무배당 헬스플랜CI추가보장특약 약관

제1관. 보험계약의 성립과 유지

제1조【특약의 체결 및 소멸】

① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자의 청약(請約)과 보험회사의 승낙(承諾)으로 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사”라 합니다)

② 제1항의 규정에 불구하고 주계약의 보장개시일 이후에 계약자의 신청이 있을 경우에는 회사의 승낙을 얻어 주계약에 부가하여 이 특약을 체결할 수 있습니다.

③ 주계약이 해지(解止), 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우 또는 제18조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그 때로부터 효력을 가지지 아니합니다.

제2조【특약의 보장개시일】

이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 계약일(이하 “계약일“이라 합니다)과 동일합니다. 그러나 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항의 경우에는 특약의 청약을 승낙하고 제1회 특약의 보험료를 받을 때로부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

제3조【피보험자(보험대상자)의 범위】

이 특약의 피보험자(보험대상자)는 주계약의 피보험자(보험대상자)(이하 “피보험자(보험대상자)” 라 합니다)로 합니다.

제4조【특약의 무효】

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 특약 체결시까지 피보험자(보험대상자)의 서면에 의한 동의를 얻지 아니한 경우
2. 만15세 미만자, 심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)를 피보험자(보험대상자)로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우

제5조【특약내용의 변경】

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증

권(보험가입증서)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제20조(해약환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제6조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제20조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제7조【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 제2조(특약의 보장개시일)에서 정한 보장개시일부터 이 특약의 부가 시에 회사 소정의 범위 내에서 정합니다.

제2관. 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제8조【특약 보험료의 납입】

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약 부가 시에 회사 소정의 범위 내에서 정합니다.

② 이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제9조【보험료 납입연체시 특약의 해지】

① 보험료를 납입하지 아니하여 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.

② 주계약의 보험료를 납입하고 이 특약의 보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약에 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 특약을 해지합니다. 단, 이 경우에도 주계약에 정한 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항과 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 해약환급금을 지급합니다.

제10조【보험료 납입연체로 인한 해지 특약의 부활(효력회복)】

① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정에 따라 주계약과 동시

에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

② 주계약의 부활(효력회복) 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제2조(특약의 보장개시일)의 규정을 따릅니다.

제3관. 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제11조【“소액치료비 관련 암”의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 “소액치료비 관련 암”이라 함은 다음 각호의 규정에 해당하는 “초기악성흑색종”, “기타피부암”, “초기전립샘암”, “초기갑상샘암”을 말합니다.

1. “초기악성흑색종” 이라 함은 한국표준질병사인분류표 중 피부의 악성흑색종(분류번호 C43)에 해당하는 악성흑색종(melanoma) 중에서 침범정도가 낮은(Breslow 분류법상 그 깊이가 1.5mm 이하인 경우) 경우를 말합니다.
2. “기타피부암” 이라 함은 한국표준질병사인분류표 중 기타 피부의 악성신생물(암, 분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.
3. “초기전립샘암” 이라 함은 한국표준질병사인분류표 중 전립샘의 악성신생물(암, 분류번호 C61)에 해당하는 전립샘의 악성신생물(암) 중에서 modified Jewett 병기분류상 stage B_0 이하 또는 1992년 TNM 병기상 T1c 이하인 모든 전립샘암을 말합니다.
4. “초기갑상샘암”이라 함은 한국표준질병사인분류 중 갑상샘의 악성신생물(암, 분류번호 C73)에 해당하는 질병 중에서 유두암(papillary cancer) 또는 여포암(follicular cancer)이고 암 종괴의 크기가 2.0cm미만으로서 림프절 전이나 원격전이가 없는 모든 갑상샘암을 말합니다.
5. 인간면역바이러스(HIV)감염과 관련된 악성 종양(단, 의료법에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료 중 혈액에 의한 HIV감염과 관련된 악성 종양은 해당 진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제외)

② 소액치료비 관련 암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 소액치료비 관련 암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제12조【“상피내암”의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 “상피내암”이라 함은 한국표준질병사인분류 중 별표 2 “상피내의 신생물 분류표”에서 정한 질병을 말합니다.
② 상피내암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 상피내암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제13조【“경계성 종양”의 정의 및 진단확정】
① 이 특약에 있어서 “경계성 종양”이라 함은 한국표준질병사인분류 중 별표 3 “행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표”에서 정한 질병을 말합니다.
② 경계성 종양의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 경계성 종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제14조【“조혈모세포이식수술”의 정의】
이 특약에 있어서 “조혈모세포이식수술” 이라 함은 골수부전상태 또는 악성종양을 근본적으로 치료할 목적으로 혈액을 만드는 조혈모세포(hematopoietic stem cell)의 이식수술로서 관련법규에 따라 정부에서 인정한 무균실이 있는 골수이식의료기관 또는 이와 동등하다고 회사에서 인정한 의료기관에서 다음의 각 호에서 정한 “동종골수조혈모이식수술”, “자가골수조혈모세포이식수술”, “자가말초조혈모세포이식수술”, “제대혈모세포이식수술”을 말합니다. 단, 조혈모세포수혜자에게 조혈모세포를 제공할 목적으로 조혈모세포공여자로부터 조혈모세포를 채취하는 수술은 제외합니다.
1. “동종(allogenic)골수조혈모이식수술”이라 함은 암 또는 골수부전상태를 치료하기 위해 타인의 골수로부터 정상적인 조혈모세포를 제공받아 수혜자의 골수를 정상적인 골수로 치환하여주는 수술을 말합니다.
2. “자가(autologous)골수조혈모세포이식수술”이라 함은 강력한 항암요법에 의한 골수독성을 경감하기 위해서 암환자 자신의 골수내의 조혈모세포를 미리 채취하여 필요한 처리를 한 다음 고량화학요법(highdose myeloablative theraphy)을 시행하고 그 후에 이 조혈모세포를 암환자 자신에게 다시 투여해주는 수술을 말합니다.
3. “자가(autologous)말초조혈모세포이식수술”이라 함은 강력한 항암요법에 의한

골수독성을 경감하기 위해서 암환자 자신의 말초혈액내의 조혈모세포를 미리 채취하여 필요한 처리를 한 다음 고량화학요법(highdose myeloablative theraphy)을 시행하고 그 후에 이 조혈모세포를 암 환자 자신에게 다시 투여해주는 수술을 말합니다.

4. "제대혈모세포이식수술"이라 함은 제대혈(배꼽의 탯줄의 혈액)속에 있는 조혈모세포를 채취하여 대량 항암요법으로 암환자의 골수를 완전히 억제시킨 다음 제대혈모세포를 투여하는 수술을 말합니다.

제15조【"관상동맥성형술(PTCA)"의 정의】

이 특약에 있어서 "관상동맥성형술(PTCA)"이라 함은 관상동맥질환의 근본적인 치료를 직접 목적으로 하여 관상동맥우회술(CABG)대신 혈관카테터를 이용한 관상동맥확장술을 말합니다.

[예)경피적 관동맥 풍선확장술(Percutaneous transluminal balloon angioplasty), 스텐트삽입술(Coronary stent), 회전죽상반절제술(rotational atherectomy) 등]

제16조【"양성뇌종양"의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 "양성뇌종양"이라 함은 뇌와 척수(뇌막과 척수수막 포함)에 발생한 병리조직학적으로 양성인 뇌종양으로서 한국표준질병사인분류 중 별표 4(양성뇌종양 분류표)에서 정한 질병을 말하며, 낭종, 육아종, 혈종, 뇌농양, 뇌의 정맥기형 또는 동맥기형은 보장에서 제외합니다.

② "양성뇌종양"의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 양성뇌종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제17조【수술의 정의와 장소】

이 특약에 있어서 "수술" 이라 함은 의사(한의사, 치과의사 제외)의 자격을 가진 자(이하 "의사"라 합니다)에 의하여 양성뇌종양에 의한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말하며 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단) 은 제외합니다.

제18조【보험금의 종류 및 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자(보험대상자)에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 약정한 보험금(별표 1 "보험금 지급기준표" 참조)을 지급하여 드립니다.

1. 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 소액치료비 관련 암, 상피내암 또는 경계성 종양으로 진단 확정 받았을 때 : 해당 진단급여금(단, "소액치료비 관련 암", "상피내암" 또는 "경계성 종양" 각각 최초 1 회의 진단확정에 한하여 지급)
2. 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 "조혈모세포 이식수술", "관상동맥성형술(PTCA)"을 받았을 때 또는 "양성뇌종양"으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 때 : 해당 수술급여금(단, 조혈모세포이식수술, 관상동맥성형술(PTCA)로 인한 수술은 각각 최초 1회의 수술에 한하여 지급하며, 양성뇌종양으로 인한 수술은 1회당 지급)

제19조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

② 제2조(특약의 보장개시일)에서 정한 보장개시일 이후에 사망하고, 그 후에 "소액치료비 관련 암", "상피내암" 또는 "경계성 종양"을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 진단급여금을 지급합니다.

제20조【해약환급금】

① 이 약관에 의해 특약이 효력상실 또는 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 이 특약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.

② 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4관. 보험계약시 계약자의 계약전 알릴의무 등

제21조【계약전 알릴의무 위반에 의한 특약의 해지】

① 계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항에 의거하여 청약시(건강계약의 경우에는 건강진단시 포함) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 "계약전 알릴의무"라 하며, 상법상 "고지의무"와 같습니다.)합니다. 그러나 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 및 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

② 회사는 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 제1항에도 불구하고 고의 또는 중대한

과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 때에는 그러하지 아니합니다.

1. 회사가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날로부터 1개월 이상 지났거나 또는 보장개시일로부터 보험금지급사유가 발생하지 아니하고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
3. 회사가 이 계약의 청약시 피보험자(보험대상자)의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료 (건강진단서 사본 등)에 의하여 승낙통지를 한 때 (계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 제외)
4. 보험을 모집한 자(이하 “모집인 등”이라 합니다.)가 계약자 또는 피보험자(보험대상자)의 계약전 알릴의무 사항을 임의로 기재한 경우

③ 제2항의 중요한 사항이라 함은 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도제한, 일부보장제외, 보험금삭감, 보험료할증과 같이 조건부로 인수하는 등 계약인수에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

④ 회사는 제2항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 계약전 알릴의무 위반사실 뿐만 아니라 계약전 알릴의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 계약의 처리결과를 “반증이 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면으로 알려 드립니다.

⑤ 제2항에 의하여 계약을 해지하였을 때에는 해약환급금 또는 이미 납입한 보험료 중 많은 금액을 지급하여 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

⑥ 제1항의 계약전 알릴의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제2항에도 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당보험금을 지급하여 드립니다.

제5관. 보험금 지급 등의 절차

제22조【보험금 등 청구시 구비서류】

① 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 급여금 또는 해약환급금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(수술증명서, 진료기록부(검사기록지 포함), 진단서(병명기입) 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)

4. 기타, 보험수익자(보험금을 받는 자)가 급여금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제23조【보험금 등의 지급】

① 회사는 제22조(보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 급여금 또는 해약환급금을 지급합니다. 다만, 급여금의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 지급합니다.

② 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표 5) "보험금 지급시 적립이율 계산" 과 같습니다.

③ 회사가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제1항의 지급기일이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도에 대하여 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 서면으로 통지하여 드리며, 장해등급의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 보험금 지급이 지연되는 경우에는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금을 우선적으로 가지급할 수 있습니다.

제6관. 기타사항 등

제24조【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

① 이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정에 따릅니다.

② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정에 따릅니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

(기준 : 특약보험가입금액)

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
진 단 급여금 (약관 제18조 제1호)	피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 제2조(특약의 보장개시일)에서 정한 보장개시일 이후에 “소액치료비 관련 암”, “상피내암” 또는 “경계성 종양”으로 진단 확정시	소액치료비 관련 암 : 10% 상피내암 : 20% 경계성 종양 : 20% (단, “소액치료비 관련 암”, “상피내암” 또는 “경계성 종양” 에 대하여 각각 최초 1회에 한하여 지급)
수 술 급여금 (약관 제18조 제2호)	피보험자(보험대상자)가 보험기간 중 제2조(특약의 보장개시일)에서 정한 보장개시일 이후에 “조혈모세포이식수술”, “관상동맥성형술(PTCA)”을 받았을 때 또는 “양성뇌종양”으로 수술을 받았을 때	조혈모세포이식수술 : 100% 관상동맥성형술 : 10% (단, “조혈모세포이식수술”, “관상동맥성형술”로 인한 수술은 각각 최초 1회에 한하여 지급) 양성뇌종양 : 20% (수술 1회당)

주) 소액치료비 관련 암 : 초기악성흑색종, 기타피부암, 초기전립샘암, 초기갑상샘암, HIV관련악성종양

(별표 2)

상피내의 신생물 분류표

약관에 규정하는 상피내의 신생물로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병명	분류번호
1. 구강, 식도 및 위의 상피내 암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 상피내 암종	D01
3. 가운데귀 및 호흡기계통의 상피내암종	D02
4. 상피내의 흑색종	D03
5. 피부의 상피내 암종	D04
6. 유방의 상피내 암종	D05
7. 자궁목의 상피내 암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 상피내 암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 상피내 암종	D09

제6차 개정 이후 한국표준질병사인분류에서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다

(별표 3)

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관에 규정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병은 제5차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 가운데귀, 호흡기, 가슴내 장기의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성 생식기관의 행동양식 불명 및 미상의 신생물	D39
4. 남성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추 신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비샘의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물	D47 (D47.1, D47.3제외)
10. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48
11. 달리 분류되지 않은 랑게르한스 세포 조직구증	D76.0

1. 제6차 개정 이후 한국표준질병사인분류에서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
2. 만성 골수증식성 질환(D47.1), 본태성(출혈성) 혈소판 증가증(D47.3)은 9.림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물에 포함되지 않는 것으로 보아 보장하지 않습니다.

(별표 4)

양성뇌종양 분류표

약관에 규정하는 양성뇌종양으로 분류되는 질병은, 뇌와 척수(뇌막과 척수 수막 포함)에 발생한 병리조직학으로 양성인 뇌종양으로서 제5차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008.1.1 시행)중 다음에 적은 것을 말합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
1. 수막의 양성신생물	D32
2. 뇌 및 기타 중추 신경계통 부위의 양성신생물	D33
3. 뇌하수체	D35.2, D44.3
4. 머리인두관 양성신생물	D35.3, D44.4
5. 솔방울샘 양성신생물	D35.4, D44.5
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추 신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43

제6차 개정 이후 한국표준질병사인분류에서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표 5)

보험금 지급시의 적립이율 계산
(제23조제2항관련)

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
진단급여금 수술급여금 (제18조)	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간	보험계약대출이율
해약환급금 (제20조제1항)	보험금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 보험금 청구일까지의 기간	1년이내:예정이율의 50% 1년초과기간:1%
	보험금청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간	예정이율 + 1%
	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산합니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.