무배당 암케어II특약 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 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

1. 주계약이 해지(解止), 기타사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우
2. 이 특약의 피보험자(보험대상자)가 사망하였을 경우
3. 제15조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우

다만, 주계약의 해지시 계약자의 요청과 이를 회사가 승낙한 경우에는 특약의 효력을 유지할 수 있습니다.

④ 제3항 제2호의 경우 보험기간중 피보험자(보험대상자)의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고(失踪宣告)를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.

제2조【특약의 보장개시일】

① 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 받은 때부터 이 특약이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

② 제1항의 규정에도 불구하고 제11조(“암”, “기타피부암”및“갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”보장에 대한 보장개시일은 계약일[다만, 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항의 경우에는 제1회 특약의 보험료를 받는 날]로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 그 날로부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

다만, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성 종양의 경우는 계약일을 보장개시일로 합니다.

제3조【피보험자(보험대상자)의 범위】

① 이 특약의 피보험자(보험대상자)는 주계약의 피보험자(보험대상자)로 합니다.

② 제1항에 불구하고 주계약이 2인(3인,多人)보장보험 경우에는 주계약의 피보험자(보험대상자)[주피보험자(주된 보험대상자), 종피보험자(확장 보험대상자) 등]중 1인을 선택하여 이 특약의 피보험자(보험대상자)로 합니다.

제4조【특약의 무효】

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 특약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 특약체결시까지 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 한 경우
3. 피보험자(보험대상자)가 계약일로부터 제2조(특약의 보장개시일) 제2항에서 정한 “암”에 대한 보장개시일의 전일 이전에 제11조(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”으로 진단 확정되어 있는 경우
4. 특약체결시 특약에서 정한 피보험자(보험대상자)의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우
   다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 그러하지 아니하나 제2호의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

제5조【특약내용의 변경 등】

① 회사는 계약자가 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제18조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

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

제6조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제18조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 제1항의 규정에 의하여 특약이 해지된 경우에는 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 그 뜻을 기재하여 드립니다.

제7조【특약의 보험기간】
이 특약의 보험기간은 이 특약의 부가시에 회사 소정의 범위내에서 정합니다.

제2관. 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제8조【특약 보험료의 납입】
① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약 부가시에 회사 소정의 범위내에서 정합니다.
② 이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다. 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제2항에 의하여 이 특약을 체결할 경우 주계약이 보험료 납입을 완료하였을 때에는 이 특약의 보험료를 일시에 납입하여야 합니다.

제9조【보험료 납입연체시 특약의 해지】
① 보험료를 납입하지 아니하여 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약의 보험료를 납입하지 아니하였을 경우에는 주계약에 정한 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 특약을 해지합니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.
③ 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제18조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 지급합니다.

제10조【보험료 납입연체로 인한 해지 특약의 부활(효력회복)】
① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)(復活)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정에 따라 주계약과 동시에 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 규정에 따릅니다.

제3관. 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제11조【“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정】

① 이 계약에 있어서 “암”이라 함은 한국표준질병사인분류 중 “(별표3) 대상이 되는 악성신생물(암)분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)”에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암)), C73(갑상선의 악성신생물(암)) 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

【유의사항】

한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

② 이 특약에 있어서 “기타피부암”이라 함은 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 특약에 있어서 “갑상선암”이라 함은 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다.

④ “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 “암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제12조【“제자리암”의 정의 및 진단확정】

① 이 계약에 있어서 “제자리암”이라 함은 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리의 신생물로 분류되는 질병((별표4) “제자리의 신생물 분류표”참조)을 말합니다.

② 제자리암의 진단 확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직검사(fixed tissue), 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biospy) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 제자리암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제13조【“경계성 종양”의 정의 및 진단확정】

① 이 계약에 있어서 “경계성 종양”이라 함은 한국표준질병사인분류의 기본분류에 있어서 (별표5) “행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표”에서 정한 질병을 말

합니다.

② 경계성 종양의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직검사(fixed tissue), 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration biospy) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자(보험대상자)가 경계성 종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제14조【입원 및 수술의 정의와 장소】

① 이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진자(이하 “의사”라 합니다)가 피보험자(보험대상자)의 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 인한 치료를 직접목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 특약에 있어서 “수술”이라 함은 의사에 의하여 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”에 대한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)에서 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 조작을 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.

제15조【보험금의 종류 및 지급사유】

회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자(보험대상자)에게 제2조(특약의 보장개시일) 이후에 다음 사항 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자(보험금을 받는자)에게 약정한 보험금((별표1) “보험금지급기준표” 참조)을 지급합니다.

1. 보험기간 중 보장개시일 이후에 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 진단이 확정되고 그 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”의 치료를 직접 목적으로 하여 4일 이상 계속 입원(동일한 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”에 대해 직접치료를 목적으로 계속 입원한 경우에는 병원을 이전하여 입원한 경우에도 계속하여 입원한 것으로 봅니다)하였을 때
   : 암입원급여금을 지급
2. 보험기간 중 보장개시일 이후에 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자

리암” 또는 “경계성종양”으로 진단이 확정되고 그 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”의 치료를 직접 목적으로 하여 수술을 받았을 때

: 암수술급여금을 지급

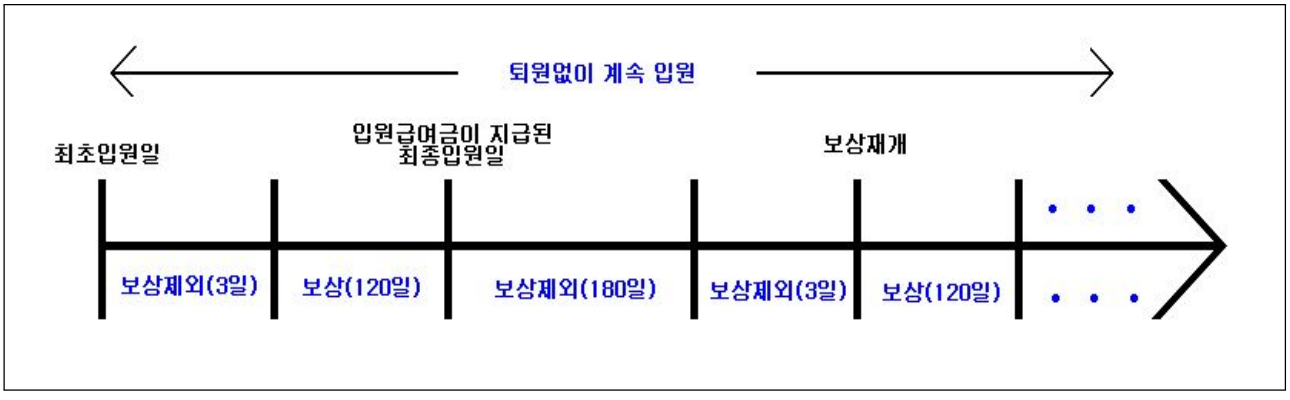
제16조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 또는 암(다만, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암”, “경계성 종양”은 제외)으로 진단확정 되었을 때에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

② 제15조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호의 경우 암입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다.

③ 제15조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호의 경우 피보험자(보험대상자)가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 인하여 그 치료를 직접목적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.

④ 제2항의 경우 피보험자(보험대상자)가 동일한 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”의 치료를 직접목적으로 하여 계속입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 간주하여 각 입원일수를 합산합니다. 그러나, 동일한 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”에 의한 입원이라도 암입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 지난 후 개시한 입원은 새로운 입원으로 간주합니다. 다만, 아래와 같이 암입원급여금이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속 입원 중인 경우에는 암입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



⑤ 제15조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호의 경우 피보험자(보험대상자)가 입원기간중 보험기간이 만료되었을 때에는 그 계속 중인 입원기간에 대하여는 암입원급여금을 지급합니다.

⑥ 제15조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호의 경우 암입원급여금은 최초입원일이 계

약일로부터 만1년 경과된 전일 이전에 발생하였다 할지라도 입원일이 계약일로부터 1년 이후까지 계속되었을 경우, 1년미만의 기간에 대하여서는 1년 미만에 해당하는 암입원급여금을 지급하며, 1년 이후의 기간에 대하여서는 1년 이후에 해당하는 암입원급여금을 지급하여 드립니다.

⑦ 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 아니한 때에는 회사는 암입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.

⑧ 청약서상 계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제15조(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.

⑨ 제8항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.

⑩ 제9항의 청약일 이후 5년이 지나는 동안이라 함은 이 약관 제9조(보험료의 납입연체시 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑪ 이 약관 제10조(보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제9항의 청약일로 하여 적용합니다.

제17조【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】

회사는 다음 중 어느 한가지의 경우에 의하여 보험금지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니하거나 보험료의 납입을 면제하여 드리지 아니합니다.

1. 피보험자(보험대상자)가 고의로 자신을 해친 경우
2. 보험수익자(보험금을 받는 자)가 고의로 피보험자(보험대상자)를 해친 경우
   그러나 그 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부 보험수익자(보험금을 받는 자)인 경우에는 그 보험수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자(보험대상자)를 해친 경우

제18조【해지환급금】

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

② 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제4관. 보험계약시 계약자의 계약전 알릴의무 등

제19조【계약전 알릴의무 위반에 의한 특약의 해지】

① 계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 청약시(진단계약의 경우에는 건강진단시 포함) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 “계약전 알릴의무”라 하며, 상법상 “고지의무”와 같습니다)합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조의 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 다음중 한가지의 경우에 해당되는 때에는 그러하지 아니합니다.

1. 회사가 계약당시에 그 사실을 알았거나 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)이상 지났을 때
3. 계약체결일부터 3년이 지났을 때
4. 회사가 이 계약의 청약시 피보험자(보험대상자)의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료 (건강진단서 사본 등)에 의하여 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때 (계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 회사에 제출한 기초자료의 내용중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 제외)
5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자(보험대상자)에게 고지할 기회를 부여하지 아니하였거나 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자(보험대상자)에 대해 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때

   다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 그러하지 아니합니다.

③ 제2항의 중요한 사항이라 함은 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 인수하는 등 계약 인수에 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 “반대 증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면으로 알려 드립니다.

⑤ 회사는 제2항에 의하여 계약을 해지하였을 때에는 제18조(해지환급금) 제1항에 의

한 해지환급금을 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 제2항에 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당보험금을 지급하여 드립니다.

⑦ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약전 알릴의무 위반을 이유로 특약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 아니합니다.

제5관. 보험금 지급 등의 절차

제20조【보험금 등 청구시 구비서류】

① 보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금, 해지환급금 또는 보험료의 납입면제 등을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(입원증명서, 수술증명서 등)
3. 암진단서, 기타피부암진단서, 갑상선암진단서, 제자리암진단서, 경계성종양진단서(“암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암”및 “경계성종양” 진단확정의 경우)
4. 신분증 (주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
5. 기타 보험수익자(보험금을 받는자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 사고증명서 또는 제3호의 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양” 진단서를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

제21조【보험금 등의 지급】

① 회사는 제20조(보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 보험금 또는 해지환급금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다. 다만, 보험금 또는 보험료 납입면제의 경우 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제하여 드립니다.

② 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표2) “보험금 지급시의 적립이율 계산” 과 같습니다.

제6관. 기타사항 등

제22조【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
암입원 급여금 (약관 제15조 제1호)	제2조(특약의 보장개시일)에서 정한 보장개시일 이후에 “암”으로 진단확정되고 그 “암”의 치료를 직접목적으로 하여 4일이상 계속 입원(병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 “암”으로 인하여 그 치료를 직접목적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다)하였을 때	3일초과 입원 일수 1일당 1% 해당액 (1회 입원당 120일 한도) (다만, 1년미만 입원시 0.5% 해당액)
	제2조(특약의 보장개시일)에서 정한 보장개시일 이후에 “갑상선암”, “경계성종양”, “제자리암” 또는 “기타피부암”으로 진단확정되고 그 “갑상선암”, “경계성종양”, “제자리암” 또는 “기타피부암”의 치료를 직접목적으로 하여 4일이상 계속 입원(병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 인하여 그 치료를 직접목적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다)하였을 때	3일초과 입원 일수 1일당 0.2% 해당액 (1회 입원당 120일 한도) (다만, 1년미만 입원시 0.1% 해당액)
암수술 급여금 (약관 제15조 제2호)	제2조(특약의 보장개시일)에서 정한 보장개시일 이후에 “암”으로 진단확정되고 그 “암”의 치료를 직접목적으로 하여 수술을 받았을 때	수술1회당 20% 해당액 (다만, 1년미만 수술시 10% 해당액)
	제2조(특약의 보장개시일)에서 정한 보장개시일 이후에 “갑상선암”, “기타피부암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 진단확정되고 그 “갑상선암”, “기타피부암”, “제자리암”또는 “경계성종양”의 치료를 직접목적으로 하여 수술을 받았을 때	수술1회당 4% 해당액 (다만, 1년미만 수술시 2% 해당액)

주)1. 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우 또는 암(다만, “갑상선암”, “기타피부암”, “제자리암” 및 “경계성 종양”은 제외)으로 진단확정 되었을 때에는 이 특약의 보험료 납입을 면제하여 드립니다.

2. 약관 제11조 『“암”, “기타피부암”및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정』에 따라 “기타피부암”과 “갑상선암”은 “암”의 정의에서 제외되는 바. “기타피부암”, “갑상선암”으로 보험금 지급사유 발생시 “기타피부암”, “갑상선암”에 해당하는 급여금을 지급하고 “암”에 해당하는 급여금은 지급되지 않습니다.

(별표 2)

보험금 지급시의 적립이율 계산

(제21조 제2항관련)

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
암입원, 암수술급여금 (제15조)	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간	보험계약대출이율
해지환급금 (제18조 제1항)	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.

(별표 3)

대상이 되는 악성신생물(암) 분류표
(기타피부암 및 갑상선암 제외)

약관에 규정하는 악성신생물(암)로 분류되는 질병은 제6차 개정한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상악성신생물(암)	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물(암)	C00-C14
2. 소화기관의 악성신생물(암)	C15-C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물(암)	C30-C39
4. 뼈 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40-C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성신생물(암)	C45-C49
7. 유방의 악성신생물(암)	C50
8. 여성 생식기관의 악성신생물(암)	C51-C58
9. 남성 생식기관의 악성신생물(암)	C60-C63
10. 요로의 악성신생물(암)	C64-C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물(암)	C69-C72
12. 부신의 악성신생물(암)	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물(암)	C75
14. 불명확한 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)	C76-C80
15. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)	C81-C96
16. 독립된(일차성) 여러 부위의 악성신생물(암)	C97
17. 진성 적혈구 증가증	D45
18. 골수 형성이상 증후군	D46
19. 만성 골수증식 질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판 증가증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병	D47.5

(주) 1. 제7차 개정이후 한국표준질병·사인분류에서 상기 질병이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

2. 기타 피부의 악성신생물(암)(분류번호 C44) 및 갑상선의 악성신생물(암)(분류번호 C73)은 상기 분류표에서 제외됩니다.

3. 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

(별표 4)

제자리의 신생물 분류표

약관에 규정하는 제자리의 신생물로 분류되는 질병은 제6차 개정한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상질병명	분류번호
1. 구강, 식도 및 위의 제자리암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	D01
3. 중이 및 호흡계통의 제자리암종	D02
4. 제자리흑색종	D03
5. 피부의 제자리암종	D04
6. 유방의 제자리암종	D05
7. 자궁경부의 제자리암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 제자리암종	D09

(주) 1. 제7차 개정이후 한국표준질병·사인분류에서 상기 질병이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표 5)

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관에 규정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1시행) 중 다음에 해당하는 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내 기관의 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 신경계의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물	D47 (D47.1, D47.3, D47.4, D47.5제외)
10. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

(주) 1. 만성 골수증식 질환(D47.1), 본태성(출혈성) 혈소판 증가증(D47.3), 골수섬유증(D47.4), 만성 호산구성 백혈병(D47.5)은 9.림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물에 포함되지 않는 것으로 보아 보장하지 않습니다.

2. 제7차 개정이후 한국표준질병·사인분류에서 상기 질병이외에 추가로 상기분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표 6)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

① 한국표준질병ㆍ 사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에 규정한 감염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과로 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(다만, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 후에 합병증을 일으키게 한 외과적 및 기타 내과적 처치(Y83~Y84)는 보상)

④ "자연의 힘에 노출(X30~X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수

⑤ "우발적 익사 및 익수(W65~W74), 기타 호흡과 관련된 불의의 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물질(W44)" 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

㈜ ( ) 안은 제6차 개정한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1시행)상의 분류번호이며, 제7차 개정 이후 상기 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호의 분류번호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함하는 것으로 합니다.