무배당 어린이 암특약 약관

무배당 어린이 암특약 약관

보험계약의 성립과 유지

제 1 조 (특약의 체결, 효력 및 소멸)

① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다. (이하 주된 보험계약은 “ 주계약”, 보험계약자는 “ 계약자”, 보험회사는 “ 회사”라 합니다)
② 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 된 경우에는 이 특약도 그때부터 효력을 가지지 아니합니다.
③ 제16조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정하는 보험금 지급사유(이하 “ 암 급여금 지급사유”라 합니다)가 더 이상 발생할 수 없는 경우 및 보험대상자(피보험자)가 사망하였을 때에는 이 특약은 그때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제 2 조 (보험대상자(피보험자)의 범위)

이 특약의 보험대상자(피보험자)는 주계약의 보험대상자(피보험자)로 합니다. 다만, 주계약이 연생보험일 경우에는 주계약의 계약자, 보험대상자(주피보험자)와 보험대상자(종피보험자) 중 1인을 선택하여 이 특약의 보험대상자(피보험자)로 합니다.

제 3 조 (약관교부 및 설명의무 등)

① 회사는 이 특약을 체결할 때 계약자에게 약관 및 청약서 부본을 드리고 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다. 다만, 컴퓨터를 이용하여 보험거래를 할 수 있도록 설정된 가상의 영업장(사이버몰)을 이용하여 이 특약을 체결하고 전자거래기본법에서 규정하는 절차에 따라 약관 및 청약서부본을 전자문서로 송신하고 계약자 또는 그 대리인이 당해 문서를 수신하였을 때에는 약관 및 청약서부본을 드린 것으로 보며, 약관의 중요내용에 대하여 계약자가 사이버몰에서 확인한 때에는 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
② 회사가 제1항에 의해 제공될 약관 및 청약서 부본을 계약자에게 전달하지 아니하거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 아니한 때 또는 이 특약의 체결시 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제10호의 규정에 의한 공인인증기관이 인증한 전자서명을 포함합니다)을 하지 아니한 때에는 계약자는 청약일부터 3개월 이내에 이 특약을 취소할 수 있습니다.
③ 제2항에 따라 이 특약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제 4 조 (특약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약체결시까지 보험대상자(피보험자)의 서면에 의한 동의를 얻지 아니한 경우
2. 만 15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 보험대상자(피보험자)로 하여 사망을 보험금지급사유로 한 계약의 경우

제 5 조 (특약 내용의 변경)

① 회사는 계약자가 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 이 특약도 주계약의 변경 내용에 따라 같은 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나

보험가입증서(보험증권)에 뒷면에 기재하여 드립니다.
② 계약자는 특약의 보험기간 중 제16조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정하는 암 급여금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.
③ 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제18조(해약환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제 6 조 (계약자의 임의해지)

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제187조(해약환급금) 제1항에 의한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 제1항의 규정에 의하여 이 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증권)에 그 뜻을 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 7 조 (특약의 보험기간)

이 특약의 보험기간은 제8조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시일) 제3항의 규정에 의한 보장개시일부터 주계약의 보험기간 만료일까지로 합니다. 그러나 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약의 보험기간 이내에서 이 특약의 보험기간을 따로 정한 경우에는 제8조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시일) 제3항 의 규정에 의한 보장개시일부터 그 기간의 만료일까지로 합니다.

보험료의 납입 (계약자의 주된 의무)

제 8 조 (보험료의 납입 및 회사의 보장개시일)

① 이 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 합니다. 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
② 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우에는 이 특약의 보험료 납입도 면제됩니다.
③ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다. 그러나 제1조(특약의 체결, 효력 및 소멸) 제2항의 경우에는 특약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 특약이 정한 바에 따라 책임을 집니다.

제 9 조 (보험료 납입연체시 특약의 해지)

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되는 경우에는 이 특약도 함께 해지됩니다.
② 주계약의 보험료를 납입하고 특약의 보험료를 납입하지 아니하였을 경우 회사는 주계약에 정한 보험료 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 이 특약을 해지합니다. 납입최고(독촉)기간안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 급여금을 지급합니다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 이 특약이 해지된 경우에는 계약자의 청구에 의하여 회사는 해약환급금을 지급합니다.

제 10 조 (보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 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 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 제8조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시일) 제3항의 규정을 따릅니다.

보험금의 지급 (회사의 주된 의무)

제 11 조 (“ 암 및 기타피부암” 의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에 있어서 “ 암” 이라 함은 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물로 분류되는 질병(별표2 “ 대상이 되는 악성신생물 분류표(기타피부암 제외)” 참조)을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물) 및 전암병소(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
② 이 특약에 있어서 “ 기타피부암” 이라 함은 제4차 개정 한국표준질병사인분류 중 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병을 말합니다.
③ “ 암” 및 “ 기타피부암” 의 진단 확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 임상학적 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 “ 암” 및 “ 기타피부암” 으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 입증할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 12 조 (“ 상피내암” 의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에 있어서 “ 상피내암” 이라 함은 한국표준질병사인분류에 있어서 상피내의 신생물로 분류되는 질병(별표3 “ 대상이 되는 상피내의 신생물 분류표” 참조)을 말합니다.
② 상피내암의 진단 확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 상피내암에 대한 임상학적 진단이 상피내암의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 상피내암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 입증할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 13 조 (“ 경계성 종양” 의 정의 및 진단확정)

① 이 특약에 있어서 “ 경계성 종양” 이라 함은 한국표준질병사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병(별표4 “ 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표” 참조)을 말합니다.
② 경계성 종양의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 경계성 종양에 대한 임상학적 진단이 경계성 종양의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 경계성 종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 입증할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제 14 조 (입원의 정의와 장소)

이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성 종양으로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 15조 (통원의 정의와 장소)

이 계약에서 “ 통원” 이라 함은 의사에 의하여 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성 종양으로 인한 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 그 치료를 직접적인 목적으로, 입원하지 아니하고 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 16 조 (보험금의 종류 및 지급사유)

회사는 보험대상자(피보험자)에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 급여금을 지급합니다. (별표1 “ 보험금 지급기준표” 참조)

1. 보험대상자(피보험자)가 보장개시일 이후 암으로 진단이 확정되었을 때
   : 암진단치료급여금 (단, 최초 1회에 한하여 지급함)
2. 보험대상자(피보험자)가 보장개시일 이후 경계성종양으로 진단이 확정되었을 때
   : 경계성종양 진단치료급여금 (단, 최초 1회에 한하여 지급함)
3. 보험대상자(피보험자)가 보장개시일 이후 상피내암 또는 기타피부암으로 진단이 확정되었을 때
   : 상피내암 또는 기타피부암 진단치료급여금 (단, 각각 최초 1회에 한하여 지급함)
4. 보험대상자(피보험자)가 보장개시일 이후 암으로 진단이 확정되고 그 암의 치료를 직접적인 목적으로 하여 4일이상 계속 입원하였을 때 : 암입원급여금
5. 보험대상자(피보험자)가 보장개시일 이후 기타피부암으로 진단이 확정되고 그 기타피부암의 치료를 직접적인 목적으로 하여 4일이상 계속 입원하였을 때 : 기타피부암입원급여금
6. 보험대상자(피보험자)가 보장개시일 이후 상피내암 또는 경계성종양으로 진단이 확정되고 그 상피내암 또는 경계성종양의 치료를 직접적인 목적으로 하여 4일이상 계속 입원하였을때
   : 상피내암 또는 경계성종양입원급여금
7. 보험대상자(피보험자)가 보장개시일 이후 암으로 진단이 확정되고 그 암의 치료를 직접적인 목적으로 하여 수술을 받았을 때 : 암수술급여금 (수술 1회당)
8. 보험대상자(피보험자)가 보장개시일 이후 기타피부암으로 진단이 확정되고 그 기타피부암의 치료를 직접적인 목적으로 하여 수술을 받았을 때
   : 기타피부암수술급여금 (수술 1회당)
9. 보험대상자(피보험자)가 보장개시일 이후 상피내암 또는 경계성종양으로 진단이 확정되고 그 상피내암 또는 경계성종양의 치료를 직접적인 목적으로 하여 수술을 받았을 때
   : 상피내암 또는 경계성종양수술급여금 (수술 1회당)
10. 보험대상자(피보험자)가 보장개시일 이후 암으로 진단이 확정되고 그 암의 치료를 직접적인 목적으로 하여 통원치료를 받았을 경우 : 암통원급여금 (통원 1회당)
11. 보험대상자(피보험자)가 보장개시일 이후 기타피부암으로 진단이 확정되고 그 기타피부암의 치료를 직접적인 목적으로 하여 통원치료를 받았을 경우 : 기타피부암통원급여금 (통원 1회당)
12. 보험대상자(피보험자)가 보장개시일 이후 상피내암 또는 경계성 종양으로 진단이 확정되고 그 상피내암 또는 경계성 종양의 치료를 직접적인 목적으로 하여 통원치료를 받았을 경우
    : 상피내암 또는 경계성종양통원급여금 (통원 1회당)

제 17 조 (보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제 16조 (보험금의 종류 및 지급사유) 제 4호 내지 제 6호의 경우 보험대상자(피보험자)에 대한 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다.

② 동일한 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양의 치료를 직접적인 목적으로 하여 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 합산하여 제 1항의 규정을 적용합니다.
그러나, 동일한 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양에 의한 입원이라도 입원급여금이 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.

③ 제 16조 (보험금의 종류 및 지급사유) 제 4호 내지 제 6호의 경우 보험대상자(피보험자)가 입원기간 중에 보험기간이 만료되었을 경우, 그 계속 중인 입원기간에 대하여도 제 1항의 규정에 따라 계속 입원급여금을 지급하여 드립니다.

④ 보험대상자(피보험자)가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 아니한 때에는 회사는 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 아니합니다.
⑤ 보험대상자(피보험자)가 보장개시일 이후에 사망하여 그 후에 암, 경계성종양, 상피내암, 기타피부암을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 사망일을 진단확정일로보아 제16조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1호 내지 3호의 약정 진단치료급여금을 지급합니다.

제 18 조 (해약환급금)

① 이 약관에 의해 특약이 해지된 경우에 지급하는 해약환급금은 “ 보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 따라 계산합니다.
② 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

보험계약시 계약자의 계약전 알릴의무 등

제 19 조 (계약전 알릴의무 위반에 의한 특약의 해지)

① 계약자 또는 보험대상자(피보험자)가 계약전 알릴의무를 위반하여 주계약이 해지되거나 보장이 제한된 경우에는 이 특약도 해지되거나 보장을 제한할 수 있습니다.
② 이 특약의 부가시 이 특약에 대하여도 계약전 알릴의무가 있으며 중요한 사항에 해당하는 계약전 알릴의무를 위반한 경우에 회사는 이 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.
③ 제1항 또는 제2항에 의하여 이 특약을 해지하였을 때에는 해약환급금과 이미 납입한 보험료 중 많은 금액을 지급하여 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액 등이 조정될 수 있습니다.

보험금 지급 등의 절차

제 20 조 (보험금 지급사유의 발생통지)

① 보험금을 받는 자(보험수익자)는 암 급여금 지급사유가 발생하였을 때에는 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.
② 보험금을 받는 자(보험수익자)가 제1항의 통지의무를 고의로 지체함으로 인하여 의료비, 기타의 비용이 증가한 때에는 회사는 그 증가된 비용을 급여금으로 지급하지 아니합니다.

제 21 조 (보험금등 청구시 구비서류)

① 보험금을 받는 자(보험수익자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 급여금 또는 해약환급금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
2. 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성 종양 진단서(암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성 종양 진단확정의 경우)
3. 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성 종양 입원증명서(암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성 종양 입원의 경우)
4. 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성 종양 수술증명서(암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성 종양 수술의 경우)
5. 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성 종양 통원증명서(암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성 종양 통원의 경우)
6. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
7. 기타 보험금을 받는 자(보험수익자)가 급여금 수령 또는 계약자가 해약환급금 수령에 필요하여

제출하는 서류
② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호 내지 제4호의 증명서 또는 진단서는 의료법 제3조(의료기관) 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 22 조 (보험금등의 지급)

① 회사는 제21조(보험금등 청구시 구비서류)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 급여금 또는 해약환급금을 지급합니다. 다만, 급여금의 경우, 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 급여금을 지급합니다.
② 회사는 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표5)" 보험금지급시의 적립이율 계산" 과 같습니다.
③ 계약자, 보험대상자(피보험자) 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)는 제19조(계약전 알릴의무 위반에 의한 특약의 해지) 및 제1항의 급여금 지급사유조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 조사에 동의하여야 합니다. 다만 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실 확인이 끝날 때 까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 아니합니다.
④ 회사가 제1항의 지급사유 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우, 보험대상자(피보험자)는 정당한 사유가 없는 한 회사가 지정한 의사의 진단, 의료비의 심사, 기타의 조사를 받을 것(진단에 필요한 검사자료 등의 제출을 포함합니다)에 동의하여야 하며, 보험대상자(피보험자)가 지정한 의사와 회사가 지정한 의사가 진단 및 진료내용, 입원기간 등에 대하여 합의하여 정하는 때에는 그에 따라 급여금을 지급하기로 합니다. 그러나, 보험대상자(피보험자)의 의사와 회사의 의사가 합의에 도달하지 못하는 때에는, 보험대상자(피보험자)와 회사가 동의하여 제3의 의사를 정하고 그 제3의 의사의 의견에 따를 수 있습니다. 이 약관에서 " 회사가 지정한 의사" 및 " 제3의 의사" 는 의료법에서 정하는 제3차 진료기관 중에서 정하며, 이 항의 규정에 의한 의료비용은 회사가 부담합니다.
⑤ 제1항, 제3항 및 제4항에서 규정한 회사의 조사, 확인 또는 진단요청에 대하여, 계약자, 보험대상자(피보험자)나 보험금을 받는 자(보험수익자)가 정당한 사유 없이 동의를 하지 아니하는 때에는, 그 동의를 얻어 조사, 확인 또는 진단을 완료할 때까지 급여금의 지급을 유예(猶豫)할 수 있습니다.
⑥ 회사가 급여금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제1항의 지급기일이내에 급여금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급 예정일 및 급여금 가지급제도에 대하여 보험대상자(피보험자) 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 서면으로 통지하여 드리며, 지급할 급여금의 결정과 관련하여 급여금 지급이 지연되는 경우에는 보험금을 받는 자(보험수익자)의 청구에 따라 회사가 추정하는 급여금을 우선적으로 가지급할 수 있습니다.

기 타

제 23 조 (주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용)

① 이 특약에 정하지 아니한 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

(기준: 1구좌)

급여금명	지급사유	지급금액
암진단치료급여금 (약관 제 16조 제 1호)	보험대상자(피보험자)가 보장개시일 이후 암으로 진단확정되었을 때 (단, 최초 1회에 한함)	1,000,000원
경계성종양 진단치료급여금 (약관 제 16조 제 2호)	보험대상자(피보험자)가 보장개시일 이후 경계성종양으로 진단확정되었을 때 (단, 최초 1회에 한함)	200,000원
상피내암 또는 기타피부암 진단치료급여금 (약관 제 16조 제 3호)	보험대상자(피보험자)가 보장개시일 이후 상피내암 또는 기타피부암으로 진단확정되었을 때 (단, 최초 1회에 한함)	100,000원
암입원급여금 (약관 제 16조 제 4호)	보험대상자(피보험자)가 보장개시일 이후 진단확정된 암으로 인해 4일 이상 계속 입원하였을 때 (3일 초과 입원일수 1일당, 120일 한도)	8,000원
기타피부암 입원급여금 (약관 제 16조 제 5호)	보험대상자(피보험자)가 보장개시일 이후 진단확정된 기타피부암으로 인해 4일 이상 계속 입원하였을 때 (3일 초과 입원일수 1일당, 120일 한도)	1,600원
상피내암 또는 경계성종양 입원급여금 (약관 제 16조 제 6호)	보험대상자(피보험자)가 보장개시일 이후 진단확정된 상피내암 또는 경계성종양으로 인해 4일 이상 계속 입원하였을 때 (3일 초과 입원일수 1일당, 120일 한도)	1,600원
암수술급여금 (약관 제 16조 제 7호)	보험대상자(피보험자)가 보장개시일 이후 진단확정된 암으로 인해 수술을 받았을 때	최초 1회 :200,000원 2회 이후 :20,000원
기타피부암 수술급여금 (약관 제 16조 제 8호)	보험대상자(피보험자)가 보장개시일 이후 진단확정된 기타피부암으로 인해 수술을 받았을 때 (수술 1회당)	20,000원
상피내암 또는 경계성종양 수술급여금 (약관 제 16조 제 9호)	보험대상자(피보험자)가 보장개시일 이후 진단확정된 상피내암 또는 경계성종양으로 인해 수술을 받았을 때 (수술 1회당)	20,000원
암통원급여금 (약관 제 16조 제 10호)	보험대상자(피보험자)가 보장개시일 이후 진단확정된 암의 치료를 직접적인 목적으로 통원치료를 받았을 때 (통원 1회당)	1,000원
기타피부암 통원급여금 (약관 제 16조 제 11호)	보험대상자(피보험자)가 보장개시일 이후 진단확정된 기타피부암의 치료를 직접적인 목적으로 통원치료를 받았을 때 (통원 1회당)	1,000원
상피내암 또는 경계성종양 통원급여금 (약관 제 16조 제 12호)	보험대상자(피보험자)가 보장개시일 이후 진단확정된 상피내암 또는 경계성종양의 치료를 직접적인 목적으로 통원치료를 받았을 때 (통원 1회당)	1,000원

(별표 2)

대상이 되는 악성신생물 분류표 (기타피부암 제외)

약관에 규정하는 악성신생물로 분류되는 질병은 제4차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2002-1호, 2003.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 악 성 신 생 물	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00-C14
2. 소화기관의 악성신생물	C15-C26
3. 호흡기 및 가슴내 장기의 악성신생물	C30-C39
4. 뼈 및 관절연골의 악성신생물	C40-C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성신생물	C45-C49
7. 유방의 악성신생물	C50
8. 여성 생식기관의 악성신생물	C51-C58
9. 남성 생식기관의 악성신생물	C60-C63
10. 요로의 악성신생물	C64-C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타부위의 악성신생물	C69-C72
12. 갑상샘 및 기타 내분비샘의 악성신생물	C73-C75
13. 불명확한 속발성 및 상세불명 부위의 악성신생물	C76-C80
14. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81-C96
15. 독립된(원발성) 다발성 부위의 악성신생물	C97

㈜ 1. 제5차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.
2. 기타 피부의 악성신생물(분류번호 C44)은 상기분류표에서 제외됩니다.

(별표 3)

상피내의 신생물 분류표

약관에 규정하는 상피내의 신생물로 분류되는 질병은 제4차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2002-1호, 2003.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분류번호
1. 구강, 식도 및 위의 상피내 암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화 기관의 상피내 암종	D01
3. 가운데귀 및 호흡기계통의 상피내 암종	D02
4. 상피내의 흑색종	D03
5. 피부의 상피내 암종	D04
6. 유방의 상피내 암종	D05
7. 자궁목의 상피내 암종	D06
8. 기타 및 상세 불명의 생식기관의 상피내 암종	D07
9. 기타 및 상세 불명 부위의 상피내 암종	D09

㈜ 제5차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표 4)

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관에 규정하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병은 제4차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2002-1호, 2003.1.1 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 또는 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. 진성 적혈구 증다증	D45
10. 골수 형성이상 증후군	D46
11. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물	D47
12. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

㈜ 제5차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기질병이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(별표 5)

보험금 지급시의 적립이율 계산

<table>
<tr><th colspan="2">구 분</th><th>적 립 기 간</th><th>지 급 이 자</th></tr>
<tr><td colspan="2">암진단치료급여금, 경계성종양진단치료급여금, 상피내암 또는 기타피부암 진단치료급여금, 암입원급여금, 기타피부암입원급여금, 상피내암 또는 경계성종양 입원급여금, 암수술급여금, 기타피부암수술급여금, 상피내암 또는 경계성종양 수술급여금, 암통원급여금, 기타피부암 통원급여금, 상피내암 또는 경계성종양 통원급여금
(제16조 제1호 내지 제12호)</td><td>지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간</td><td>보험계약대출이율</td></tr>
<tr><td rowspan="3">해약환급금
(제18조 제1항)</td><td>해약환급금 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 해약환급금 청구일까지의 기간</td><td>1년이내 :
예정이율의 50%
1년초과기간 : 1%</td></tr>
<tr><td>해약환급금 청구일의 다음날부터 지급기일까지의 기간</td><td>예정이율 + 1%</td></tr>
<tr><td>지급기일의 다음날부터 해약환급금 지급일까지의 기간</td><td>보험계약대출이율</td></tr>
</table>

㈜ 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산되며 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.

3. 보험금의 경우 계약자, 보험대상자(피보험자) 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)가 회사의 조사, 확인 또는 진단 요청을 받은 날부터 그에 대한 동의를 정당한 사유없이 지체한 기간에 대하여는 이자를 지급하지 아니합니다.