라이나생명
A Chubb Company

무배당
요양병원암입원(암산정특례기간중)특약(갱신형)

약관

목차

시각화된 약관 요약내용 (소비자가 알아두어야 할 유의사항) 4
제 1 관 목적 및 용어의 정의 7
제 1 조【목적】 7
제 2 조【용어의 정의】 7
제 2 관 보험금의 지급 8
제 3 조【"암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정】 8
제 4 조【"제자리암(상피내암)"의 정의 및 진단확정】 8
제 5 조【"경계성종양"의 정의 및 진단확정】 8
제 6 조【입원의 정의와 장소】 9
제 7 조【"의료최고도환자", "의료고도이상환자" 및 "의료중도이상환자"의 정의】 9
제 8 조【"중증질환자(암) 산정특례대상"의 정의】 9
제 9 조【"중증질환자(암)본인일부부담금 산정특례 대상 질병"의 정의】 10
제 10 조【법령 개정에 따른 특약 내용의 변경】 10
제 11 조【보험금의 지급사유】 10
제 12 조【보험금 지급에 관한 세부규정】 11
제 13 조【보험금 등의 청구】 12
제 14 조【보험금 등의 지급절차】 13
제 3 관 보험계약의 성립과 유지 13
제 15 조【특약의 체결 및 소멸】 13
제 16 조【특약의 무효】 14
제 17 조【특약내용의 변경】 14
제 18 조【특약의 보험기간】 14
제 19 조【특약의 갱신】 14
제 4 관 보험료의 납입 15
제 20 조【보험료의 납입 및 회사의 보장개시】 15
제 21 조【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】 15
제 22 조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】 15
제 5 관 계약의 해지 및 해약환급금 등 15
제 23 조【계약자의 임의해지】 16
제 24 조【해약환급금】 16
제 6 관 기타사항 등 16
제 25 조【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】 16
(별표 1) 보험금 지급기준표 16
(별표 2) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 17

(별표 3) 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외) 18
(별표 4) 제자리(상피내)의 신생물 분류표 19
(별표 5) 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표 20
(별표 6) 중증질환자(암) 본인일부부담금 산정특례 대상 질병 분류표 20

시각화된 약관 요약내용 (소비자가 알아두어야 할 유의사항)

1. 상품명칭 등으로 상품의 특징 이해하기

상품명칭: 무배당 요양병원암입원(암산정특례기간중)특약(갱신형)

- **무배당**은 계약자에게 배당을 하지 않는 상품을 말합니다.
- **요양병원암입원(암산정특례기간중)**은 피보험자의 질병에 대한 위험을 보장하는 상품입니다.
- **갱신형**은 보험계약 **갱신 시** 연령의 증가, 위험률 변동 등으로 **보험료**가 **인상**될 수 있습니다.

2. 보험금 지급 유의사항

주의

이 보험에는 **면책기간**, **보장한도** 등 **보험금 지급 유의사항**이 설정되어 있습니다.
보다 자세한 사항은 상품설명서 및 약관을 참조하시기 바랍니다.

☑ 면책기간

면책기간
보험금 미지급

이 보험에는 **보험금이 지급되지 않는 기간(면책기간)**이 설정된 담보가 있습니다.

담보명	면책기간
요양병원암입원급여금	가입 후 **90 일간** 보장 제외 (단, "갑상선암", "기타피부암", "경계성종양" 또는 "제자리암(상피내암)"의 경우 계약일부터 보장)
의료중도이상 요양병원암입원급여금	
의료고도이상 요양병원암입원급여금	
의료최고도 요양병원암입원급여금	

※ 갱신계약은 면책기간이 없습니다.

☑ 보장한도

보장한도
보험금
지급한도적용

이 보험에는 **보험금 지급 한도**가 설정된 담보가 있습니다.

담보명	보장한도
요양병원암입원급여금	**1 일 이상 90 일 한도**로 보장 (퇴원없이 계속 입원시 **180 일간 보장 제외**)
의료중도이상 요양병원암입원급여금	
의료고도이상 요양병원암입원급여금	
의료최고도 요양병원암입원급여금	

☑ 기타 유의사항

- **이 특약은 "중증질환자(암) 산정특례대상"에 해당하는 경우에 한하여 보험금을 지급합니다.**
- 특약약관 제 11 조(보험금의 지급사유) 제 1 호에서 제 4 호의 보험금 지급사유가 중복하여 발생한 경우에는 각 보험금을 지급합니다.
- 입원이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진자(이하 "의사"라 합니다)가 피보험자의 "암, 갑상선암, 기타피부암, 경계성종양 또는 제자리암(상피내암)"으로 인한 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 요양병원에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- 요양병원암입원급여금은 1 일 이상 입원을 담보하며 **1 회 입원당 90 일을 지급한도**로 합니다.
- **두 가지 이상의 질병으로 입원한 경우에는 가장 높은 요양병원암입원급여금을 지급하며, 요양병원암입원급여금이 동일한 경우에는 하나의 질병으로 인한 요양병원암입원급여금을 지급합니다.**
- 피보험자가 **입원기간 중 보험기간이 만료된 경우에도** 그 계속 중인 입원기간에 대하여는 **90 일 한도까지만 보장**합니다.

3. 해약환급금에 관한 사항

- 보험계약자가 **보험계약을 중도에 해지할 경우** 보험회사는 **해약환급금**을 지급합니다.

해약환급금
0원

주의

① **해약환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다.**
* 해약환급금: 납입한 보험료에서 계약체결·유지관리 등에 소요되는 경비 및 경과된 기간의 위험 보장에 사용된 보험료를 차감하여 지급

② **1 종(해약환급금 미지급형)은 2 종(기본형)보다 낮은 보험료로 가입할 수 있는 대신, 보험기간 중 계약이 중도 해지될 경우 해약환급금을 전혀 지급하지 않습니다.**

4. 갱신 시 보험료 인상 가능성

- 이 특약은 **갱신 시 보험료가 변동**되는 갱신형 계약입니다.



주의

갱신형 계약은 **갱신할 때마다** 연령의 증가, 위험률 변동 등으로 **보험료**가 **인상**될 수 있으니 주의하시기 바랍니다.

5. 소비자가 반드시 알아두어야 할 상품의 주요 특성

보장성보험



주의

① 이 보험은 질병에 대한 위험 보장을 주목적으로 하는 보장성보험이며, **저축이나 연금수령을 목적으로 가입하시기에 적합하지 않습니다.**

② 만기 또는 중도해지 시 납입한 보험료보다 환급금이 적을 수 있습니다.

예금자보호제도에 관한 사항



주의

이 보험은 예금자보호법에 따라 **해약환급금(또는 만기 시 보험금)에 기타지급금을 합한 금액이 1 인당 "1 억원까지"(본 보험회사의 여타 보호상품과 합산) 보호**됩니다. 이와 **별도로 본 보험회사 보호상품의 사고보험금을 합산한 금액이 1 인당 "1 억원까지" 보호**됩니다. 다만, 보험계약자 및 보험료납부자가 법인인 보험계약의 경우에는 보호되지 않습니다.

무배당 요양병원암입원(암산정특례기간중)특약(갱신형) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조【목적】

이 특약은 주된 보험계약(이하 '주계약'이라 합니다)에 부가되어 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 피보험자의 질병에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조【용어의 정의】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어
   - 가. 계약자: 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
   - 나. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
   - 다. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
   - 라. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.
2. 지급사유 관련 용어
   - 가. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

     【보험가입금액 한도 제한】
     피보험자가 가입을 할 수 있는 최대 보험가입금액을 제한하는 방법

     【일부 보장 제외】
     일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법 중의 하나로, 특정 질병 또는 특정 신체 부위를 보장에서 제외하는 방법

     【보험금 삭감】
     일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법 중의 하나로, 보험 가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 감소하는 위험에 대해 적용하여 보험 가입 후 일정기간 내에 보험사고가 발생한 경우 미리 정해진 비율로 보험금을 감액하여 지급하는 방법

     【보험료 할증】
     일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법 중의 하나로, 보험 가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 증가하는 위험 또는 기간의 경과에 상관없이 일정한 상태를 유지하는 위험에 적용하여 위험정도에 따라 해당 보험료 이외에 특별보험료를 부가하는 방법
3. 지급금과 이자율 관련 용어
   - 가. 연단위 복리: 회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.

     【연단위 복리 예시】
     원금 100원, 연간 10% 이자율 적용시 연단위 복리로 계산한 2년 시점의 총 이자 금액
     - 1년차 이자 = $\underbrace{100원}_{원금} \times 10\% = 10원$
     - 2년차 이자 = $(\underbrace{100원}_{원금} + \underbrace{10원}_{1년차\ 이자}) \times 10\% = 11원$
     → 2년 시점의 총 이자금액 = 10원 + 11원 = 21원

   - 나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결 시점(갱신계약의 경우 갱신 시점)의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인할 수 있습니다. 또한, 관련법규 등의 변경으로 이 특약 갱신 시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않는 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내합니다.
   - 다. 해약환급금: 계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조【"암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 "암"이라 함은 한국표준질병사인분류 중 별표3[대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)]에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, premalignant condition or condition with malignant potential), 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))과 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병은 제외합니다.

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

③ 이 특약에 있어서 "갑상선암"이라 함은 한국표준질병사인분류표 중 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암)) 해당하는 질병을 말합니다.

④ 암, 기타피부암 및 갑상선암의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 암, 기타피부암 및 갑상선암의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

⑤ 제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 암, 기타피부암 및 갑상선암으로 진단 또는 치료를 받았음을 입증할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

【유의사항】

한국표준질병사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80[이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)]의 경우 원발성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

· C73(갑상선의 악성신생물(암))이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물(암))로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C50(유방의 악성신생물(암))이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물(암))로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물(암))에 해당하는 질병으로 봅니다.
· C16(위의 악성신생물(암))이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(암))로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물(암))에 해당하는 질병으로 봅니다.

【'제4항에 따른 진단이 가능하지 않을 때' 예시】

· 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
· 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제4조【"제자리암(상피내암)"의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 "제자리암(상피내암)"이라 함은 한국표준질병사인분류 중 별표4(제자리(상피내)의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

② 제자리암(상피내암)의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 제자리암(상피내암)의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 제자리암(상피내암)으로 진단 또는 치료를 받았음을 입증할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제5조【"경계성종양"의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 "경계성종양"이라 함은 한국표준질병사인분류 중 별표5(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

② 경계성종양의 진단확정은 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하며, 이 경우 경계성종양의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.
③ 제2항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 경계성종양으로 진단 또는 치료를 받았음을 입증할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제6조【입원의 정의와 장소】

이 특약에 있어서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진자(이하 "의사"라 합니다)가 피보험자의 "암, 갑상선암, 기타피부암, 경계성종양 또는 제자리암(상피내암)"으로 인한 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 요양병원(이하 "요양병원"이라 합니다)에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제7조【"의료최고도환자", "의료고도이상환자" 및 "의료중도이상환자"의 정의】

① 이 특약에 있어서 "의료고도이상환자"라 함은 요양병원에 입원한 환자 중 의료최고도 또는 의료고도 환자를, "의료중도이상환자"라 함은 요양병원에 입원한 환자 중 의료최고도, 의료고도 또는 의료중도 환자를 말합니다.
② 제1항의 "의료최고도환자"라 함은 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2025-59호, 2025.4.1 시행)」에서 정한 분류번호 및 코드 중 "요양병원 급여 목록 및 상대가치점수" 항목에서 급여항목(요-1-가)이 발생한 경우를 말합니다.
③ 제1항의 "의료고도환자"라 함은 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2025-59호, 2025.4.1 시행)」에서 정한 분류번호 및 코드 중 "요양병원 급여 목록 및 상대가치점수" 항목에서 급여항목(요-2-가)이 발생한 경우를 말합니다.
④ 제1항의 "의료중도환자"라 함은 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2025-59호, 2025.4.1 시행)」에서 정한 분류번호 및 코드 중 "요양병원 급여 목록 및 상대가치점수" 항목에서 급여항목(요-3-가)이 발생한 경우를 말합니다.
⑤ 제1항의 "의료최고도환자", "의료고도이상환자" 및 "의료중도이상환자"는 진료비세부내역서상 보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시 제2025-59호, 2025.4.1 시행)」에서 정한 분류번호 및 코드 기준을 따르며, 이 특약을 체결한 이후 보건복지부에서 고시하는 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여상대가치점수 개정에 따라 분류번호 및 코드가 변경된 경우에는 개정된 기준을 적용합니다.
⑥ 제5항에도 불구하고 이 특약에서 보장하는 "의료최고도환자", "의료고도이상환자" 및 "의료중도이상환자"가 당시의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」에 따라 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 건강보험 행위 급여·비급여목록표 및 급여 상대가치점수 개정으로 급여치료 판정이 변경되더라도 이 특약에서 보장하는 "의료최고도환자", "의료고도이상환자" 및 "의료중도이상환자" 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

제8조【"중증질환자(암) 산정특례대상"의 정의】

이 특약에 있어서 "중증질환자(암) 산정특례대상"이라 함은 보건복지부에서 고시하는 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시 제2024-275호, 2025.01.01 시행)」 제4조 별표3(중증질환자 산정특례 대상) 중 다음에 해당하는 경우를 말합니다.

산정특례대상 및 적용기간	특정기호
「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제7조에 따라 산정특례 대상으로 등록된 암환자가 등록일로부터 5년간 해당 상병(C00~C97, D00~D09, D32~D33, D37~D48) (이하,"중증질환자(암) 본인일부부담금 산정특례 대상 질병"이라 합니다)으로 진료를 받는 경우	V193

주) 1. 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 개정되는 경우 이후 약관에서 보장하는 "중증질환자(암) 산정특례대상" 해당여부는 보험금 지급사유가 발생한 시점에 시행되고 있는 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따라 판단합니다.
2. 보험금 지급사유 발생 당시의 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」에 따라 이미 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」의 개정으로 산정특례 적용기준이 변경되더라도 보험금 지급여부를 다시 판단하지 않습니다.

【본인일부부담금 산정특례제도】
국민건강보험법 제44조(비용의 일부부담) 동법 시행령 제 19조(비용의 본인부담) 제1항 별표2 및 의료급여법 제10조(급여비용의 부담) 동법 시행령 제 13조(급여비용의 부담) 제1항 별표1에 근거하여 진료비 본인부담이 높은 중증질환자와 희귀질환자 등에 대하여 외래 또는 입원진료시 본인부담률을 경감해주는 제도

【중증질환자(암) 산정특례 등록신청 절차】
· "중증질환자(암) 산정특례대상"에 해당하여 의사가 "중증질환자(암) 본인일부부담금 산정특례 대상 질병"으로 확진한 경우 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제7조에 따라 "건강보험(암) 산정특례 등록 신청서"를 작성하여 담당의사에게 자필서명/확인을 받은 후, 국민건강보험공단 또는 요양기관(EDI 대행)에 제출하여 등록 신청
· "중증질환자(암) 산정특례는 대상 질병으로 확진된 날로부터 30일(토요일, 공휴일 포함)이내 공단에 등록 신청한 경우에는 확진일로부터 소급하여 5년간 적용하며, 30일 이후에 신청한 경우에는 신청일로부터 5년간 적용이 됩니다.

제9조【"중증질환자(암)본인일부부담금 산정특례 대상 질병"의 정의】

이 특약에 있어서 "중증질환자(암)본인일부부담금 산정특례 대상 질병"이라 함은 제8조("중증질환자(암) 산정특례대상"의 정의)의 해당 상병(C00~C97, D00~D09, D32~D33, D37~D48) [별표6 (중증질환자(암) 본인일부부담금 산정특례 대상 질병 분류표) 참조]을 의미합니다.

제10조【법령 개정에 따른 특약 내용의 변경】

① 제7조("의료최고도환자", "의료고도이상환자" 및 "의료중도이상환자"의 정의)의 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」, 제8조("중증질환자(암) 산정특례대상"의 정의)의 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 「국민건강보험법」, 「의료급여법」 및 관련 법령(이하 "법령" 이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 보험금 지급사유가 발생한 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다

② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당하는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제5항에 따라 계약자에게 안내합니다.

1. 법령의 개정에 따라 보험금 지급사유 관련 판정기준이 폐지되는 경우
2. 법령의 개정에 따라 보험금 지급사유 관련 판정기준 제도의 변경으로 보험금 지급사유에 대한 판정이 불가능한 경우
3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정에 따라 보험회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우

③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 특약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 가입금액 변경내역, 보험료 수준, 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.

④ 제2항에도 불구하고 계약자가 특약내용 변경을 원하지 않는 경우에는 회사는 계약자에게 이 특약의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정하는 바에 따라 특약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다

⑤ 제2항에 따라 특약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.

⑥ 제2항에 따라 특약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환 받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제11조【보험금의 지급사유】

회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금(별표1 "보험금 지급기준표" 참조)을 지급합니다.

1. **피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일(단, "갑상선암", "기타피부암", "경계성종양" 또는 "제자리암(상피내암)"의 경우 보장개시일) 이후에 "암", "갑상선암", "기타피부암", "경계성종양" 또는 "제자리암(상피내암)"으로 진단 확정되고 그 "암", "갑상선암", "기타피부암", "경계성종양" 또는 "제자리암(상피내암)"으로 인하여 1일 이상 계속하여 요양병원에 입원하였을 때(단, 피보험자가 "중증질환자(암) 산정특례대상"에 해당하는 경우에 한함)**
   : 요양병원암입원급여금
2. **피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일(단, "갑상선암", "기타피부암", "경계성종양" 또는 "제자리암(상피내암)"의 경우 보장개시일) 이후에 "암", "갑상선암", "기타피부암", "경계성종양" 또는 "제자리암(상피내암)"으로 진단 확정되고 그 "암", "갑상선암", "기타피부암", "경계성종양" 또는 "제자리암(상피내암)"으로 인하여 1일 이상 계속하여 "의료중도이상환자"로 요양병원에 입원하였을 때(단, 피보험자가 "중증질환자(암) 산정특례대상"에 해당하는 경우에 한함)**
   : 의료중도이상 요양병원원암입원급여금
3. **피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일(단, "갑상선암", "기타피부암", "경계성종양" 또는 "제자리암(상피내암)"의 경우 보장개시일) 이후에 "암", "갑상선암", "기타피부암", "경계성종양" 또는 "제자리암(상피내암)"으로 진단 확정되고 그 "암", "갑상선암", "기타피부암", "경계성종양" 또는 "제자리암(상피내암)"으로 인하여 1일 이상 계속하여 "의료고도이상환자"로 요양병원에 입원하였을 때(단, 피보험자가 "중증질환자(암) 산정특례대상"에 해당하는 경우에 한함)**
   : 의료고도이상 요양병원원암입원급여금

4. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일(단, “갑상선암”, “기타피부암”, “경계성종양” 또는 “제자리암(상피내암)”의 경우 보장개시일) 이후에 “암”, “갑상선암”, “기타피부암”, “경계성종양” 또는 “제자리암(상피내암)”으로 진단 확정되고 그 “암”, “갑상선암”, “기타피부암”, “경계성종양” 또는 “제자리암(상피내암)”으로 인하여 1일 이상 계속하여 “의료최고도환자”로 요양병원에 입원하였을 때(단, 피보험자가 “중증질환자(암) 산정특례대상”에 해당하는 경우에 한함)
: 의료최고도 요양병원원암입원급여금

제12조【보험금 지급에 관한 세부규정】

① 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제합니다.

② 보험료 납입기간 중 암보장개시일 이후 피보험자가 “암”으로 진단확정 되었을 때에는 차회 이후의 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 제 19 조(특약의 갱신)에 따라 특약의 갱신이 이루어진 경우, 갱신 전 계약(최초계약을 포함합니다)에서 보험료의 납입을 면제한 “암”과 동일한 사유(이미 보험료의 납입을 면제한 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우)로는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

③ 제 11 조(보험금의 지급사유) 제 1 호에서 제 4 호의 경우 보험금 지급사유가 중복하여 발생한 경우에는 각 보험금을 지급합니다.

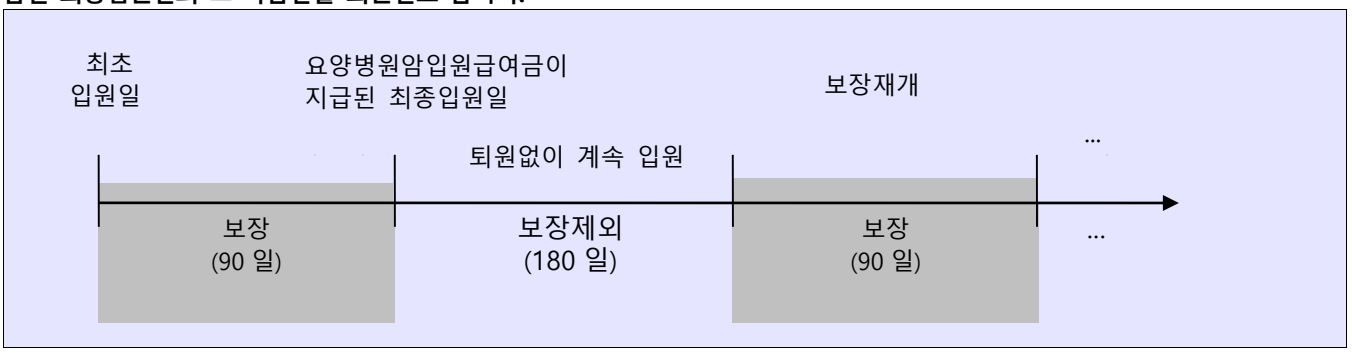
④ 제11조(보험금의 지급사유) 제1호에서 제4호의 경우 요양병원암입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 90일을 최고한도로 합니다.

⑤ 제11조(보험금의 지급사유) 제1호에서 제4호의 경우 피보험자가 동일한 질병으로 인하여 그 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 1회 입원으로 간주하여 각 입원일수를 더하고 제4항의 규정을 적용합니다.

⑥ 피보험자가 제11조(보험금의 지급사유) 제1호에서 제4호의 경우 요양병원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병으로 인한 치료를 목적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.

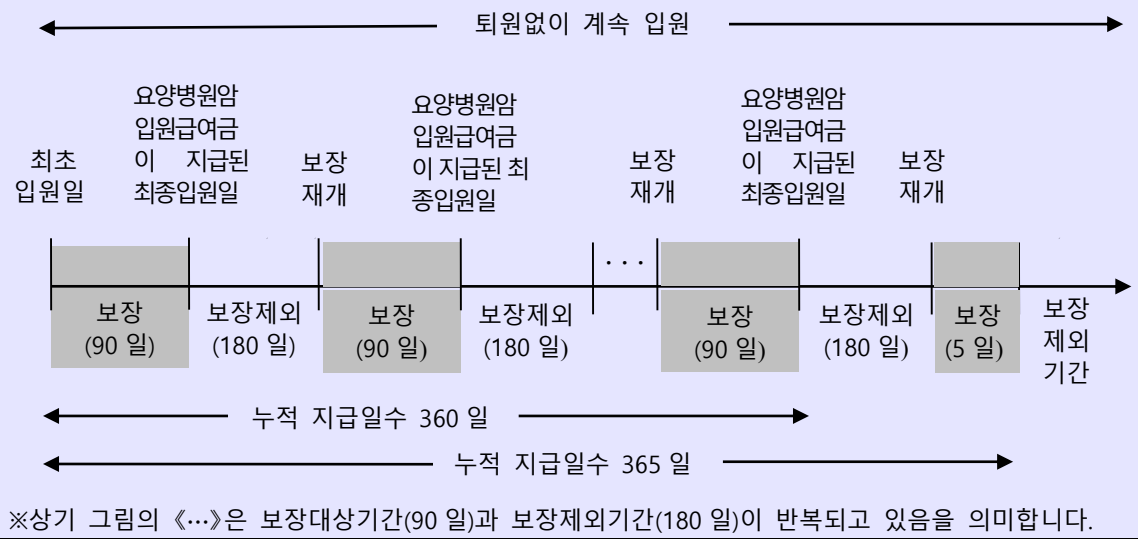
⑦ 제11조(보험금의 지급사유)에서 정한 두 가지 이상의 질병으로 입원한 경우에는 가장 높은 요양병원암입원급여금을 지급하며, 요양병원암입원급여금이 동일한 경우에는 하나의 질병으로 인한 요양병원암입원급여금을 지급합니다.

⑧ 제 5 항에도 불구하고 동일한 질병으로 제 11 조(보험금의 지급사유) 제 1 호에서 제 4 호의 경우에 의한 입원이라도 요양병원암입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180 일이 지난 후 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 요양병원암입원급여금이 지급된 최종입원일부터 180 일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 요양병원암입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 질병으로 인한 입원의 경우, 이 특약의 최초계약 가입일부터 지급된 요양병원암입원급여금의 누적 지급일수(이하 “누적 지급일수”라 합니다)가 365일을 초과시에는, 365일을 초과한 날 이후부터 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지 동일한 질병으로 인한 요양병원암입원급여금은 더 이상 지급되지 않습니다. 다만, 동일한 질병이 완치된 이후에 해당 질병을 다시 진단받는 경우에는 동일한 질병으로 보지 않습니다.

<동일질병 입원 보장 계산 예시>



※상기 그림의 《…》은 보장대상기간(90 일)과 보장제외기간(180 일)이 반복되고 있음을 의미합니다.

⑩ 피보험자가 입원기간 중 보험기간이 끝났을 때에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여 제4항에 따라 계속 요양병원암입원급여금을 지급합니다.

⑪ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 제 11 조(보험금의 지급사유) 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑫ 회사는 피보험자가 부정한 방법 등으로 산정특례대상이 되어 법령에 따라 "중증질환자(암) 산정특례대상" 등록이 취소되는 경우에는 제 11 조(보험금의 지급사유) 제 1 호에서 제 4 호에서 정한 해당 보험금을 지급하지 않으며, 이미 보험금이 지급된 경우 그 반환을 청구할 수 있습니다.

⑬ 피보험자가 입원기간 중 "중증질환자(암) 산정특례대상" 적용기간이 끝났을 때에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여 제4항의 규정에 따라 계속 요양병원암입원급여금을 지급합니다.

⑭ 보험수익자와 회사가 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제 3 자를 정하고 그 제 3 자의 의견에 따를 수 있습니다. 제 3 자는 의료법 제 3 조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑮ 계약자와 회사가 제 2 항의 보험료 납입면제사유에 대해 합의하지 못할 때에는 계약자와 회사가 함께 제 3 자를 정하고 그 제 3 자의 의견에 따를 수 있습니다. 제 3 자는 의료법 제 3 조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험료 납입면제사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑯ 제 1 항 및 제 2 항에도 불구하고, 주계약이 갱신형 계약일 때에는, 보험료 납입이 면제된 이후에 제 19 조(특약의 갱신)에 따라 특약을 갱신하는 경우 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.

제13조【보험금 등의 청구】

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. **청구서(회사양식)**
2. **사고증명서(해당 질병 입원증명서, 진료기록부 또는 사망진단서, 검사결과지 등)**
3. **산정특례대상 관련 증명서**
   - **가. 진단서(상병명, 상병코드, 특정기호, 산정특례 적용기간 등)**
   - **나. 산정특례 적용여부(등록 승인)를 확인할 수 있는 서류(등록결과 통보방법에 따른 알림톡, 이메일 등)**
4. **진료비세부내역서 (중증질환자(암) 산정특례 적용 영수증, 수가코드(EDI코드)포함)**
5. **신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)**
6. **기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류**

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

③ 제 12 조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제 2 항에서 정한 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우 계약자는 제 1 항의 서류 중 보험료 납입면제와 관련된 서류를 제출하고 보험료 납입면제를 신청하여야 합니다.

제14조【보험금 등의 지급절차】

① 회사는 제13조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 보험금의 경우 지급사유 또는 보험료 납입면제사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 별표2(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)와 같이 계산합니다.

③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제13조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청(금융감독원 금융분쟁조정위원회 또는 한국소비자원 소비자분쟁조정위원회)
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제12조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제14항 및 제15항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

【보험금 가지급제도】
지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도를 말하며, 이는 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해주기 위해 회사가 먼저 지급해주는 임시 급부금입니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제15조【특약의 체결 및 소멸】

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 제1항의 규정에도 불구하고 주계약의 보장개시일 이후에 이 특약을 청약하는 경우에는 회사의 승낙을 얻어 주계약에 부가하여 이 특약을 체결할 수 있습니다.

③ 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. **주계약이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우. 다만, 주계약의 보험금 지급으로 주계약이 소멸하는 경우 또는 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 효력을 갖습니다.**
2. **피보험자가 사망하여 보험금의 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우. 다만, 이 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.**

④ 제3항 제2호의 사망에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. **실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.**
2. **관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.**

【실종선고】
어떤 사람의 생사불명 상태가 일정기간 이상 계속될 때 일정절차에 따라 법원이 사망한 것으로 인정하는 제도를 말합니다.

⑤ 제3항 제2호의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제13조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 제14조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표2(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)에서 정한 이율을 연단위 복리로 계산합니다.

【계약자적립액】
장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제16조【특약의 무효】

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며 특약의 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 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. **특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.**
2. **피보험자가 계약일부터 제20조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제4항에서 정한 암보장개시일 전일 이전에 "암"으로 진단확정된 경우**

② 보험료 납입이 면제된 경우, 제1항에서 무효로 된 특약의 '이미 납입한 보험료'는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제17조【특약내용의 변경】

① 회사는 계약자가 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제24조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 이 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입 시 안내한 보험금 또는 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.
③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금의 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제18조【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때 회사가 제시한 소정의 범위내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제19조【특약의 갱신】

① 제 15 조(특약의 체결 및 소멸) 제 1 항에도 불구하고 계약자가 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간 만료일 15 일전까지 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면, 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 특약의 보험료 및 갱신계약의 제 1 회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.
② 보험료 납입기간 중 보험료의 납입이 면제된 경우에도 제 1 항에 따라 갱신계약의 제 1 회 보험료를 납입하여야 갱신되는 것으로 합니다. 다만, 이 경우 갱신계약의 보험료를 계속하여 납입하여야 합니다.
③ 제 1 항 및 제 2 항에 따라 갱신할 때에는 갱신 전 특약과 동일한 보험기간으로 갱신합니다. 다만, 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 피보험자의 100 세 계약해당일 전일로 하며, 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지의 기간이 갱신 전 특약의 보험기간 미만인 경우에는 100 세만기로 갱신됩니다.
④ 제 1 항에서 제 3 항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특약은 갱신되지 않습니다.

1. **갱신되는 특약의 보험기간 만료일이 주계약의 보험기간 만료일(주계약이 갱신형 계약인 경우에는 주계약 최종 갱신계약의 보험기간 만료일)을 초과하는 경우**
2. **제15조(특약의 체결 및 소멸) 제3항에 따라 이 특약이 소멸된 경우**

⑤ 제 1 항에서 제 3 항에 따라 갱신된 특약에 대해서 갱신 전 특약의 약관을 따릅니다. 다만, 갱신 전 특약의 약관이 법령의 개정 및 금융위원회의 명령에 따라 변경된 경우에는 갱신되기 전 최종으로 변경된 약관을 따릅니다.
⑥ 갱신계약의 효력에 관하여는 제 20 조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제 3 항 및 제 4 항에도 불구하고 갱신 전 특약의 보험기간 만료일 다음날(이하 "갱신일"이라 합니다)을 보장개시일 및 암보장개시일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 암보장개시일은 부활(효력회복)일을 포함하여 90 일이 지난 날의 다음 날로 합니다.
⑦ 갱신계약의 보험료, 계약자적립액 및 해약환급금은 갱신일 현재 보험요율을 적용하여 재계산합니다.
⑧ 제 7 항의 보험요율은 피보험자 나이의 증가 및 보험료 산출에 관한 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률)의

변동 등의 사유로 변동될 수 있습니다.

⑨ 회사는 다음에 해당하는 경우 계약자에게 각 해당 내용을 보험기간 만료일 30 일전까지 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

1. **제 4 항 제 1 호에 따라 갱신이 제한되는 경우 그 제한 사유**
2. **제 7 항 및 제 8 항에 따른 갱신계약의 보험료 변동 내용**

⑩ 제2항에도 불구하고 이 특약의 주계약이 갱신형 계약이 아닌 경우에는 주계약의 보험료 납입이 면제된 이후 이 특약의 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

⑪ 회사는 제5항에 따라 약관이 변경되는 경우에 그 변경되는 내용과 갱신 의사를 확인하는 내용 등을 보험기간 만료일 30일전까지 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 2회 이상 안내하여 드립니다.

⑫ 회사는 제11항에 따라 갱신할 때에는 계약자의 갱신 의사를 전화(음성녹음), 직접 방문 또는 전자문서(통신판매계약의 경우 통신수단)를 통해 확인하고, 갱신 의사가 확인되는 경우 갱신일에 갱신일 현재의 약관 등으로 갱신됩니다. 다만, 계약자가 갱신을 원하지 않는 경우에는 갱신일에 변경 전 특약은 만료됩니다.

⑬ 회사가 제12항에 따라 계약자의 갱신 의사를 확인하지 못한 경우(계약자와 연락두절 등으로 회사 안내가 계약자에게 도달하지 못한 경우 포함)에는 갱신일 현재의 약관 등으로 갱신됩니다. 다만, 계약자는 갱신 90일 이내에 그 계약을 취소할 수 있습니다.

제4관 보험료의 납입

제20조【보험료의 납입 및 회사의 보장개시】

① 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다. 그러나 제15조(특약의 체결 및 소멸) 제2항에 따라 이 특약을 체결할 경우 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입을 완료하였을 때에는 특약의 보험료를 일시에 납입하여야 하며, 주계약의 보험료 납입기간 중일 때에는 회사에서 정한 별도의 방법에 따라 제1회 특약의 보험료를 정산한 다음 차회 이후의 보험료는 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 합니다.

② 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료되었거나 주계약의 보험금 지급사유 등으로 인해 주계약이 소멸된 경우라도, 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않았거나 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

③ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다. 그러나 제15조(특약의 체결 및 소멸) 제2항의 경우 특약의 청약을 승낙한 경우에는 제1회 특약보험료를 받은 때부터 이 특약이 정하는 바에 따라 보장합니다.

④ 제3항의 규정에도 불구하고 제3조(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”에 대한 보장개시일은(이하 “암보장개시일”이라 합니다) 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 하고 갱신계약의 경우 갱신일로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 암보장개시일은 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.

제21조【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 다만, 이 특약의 보험료납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 해지되지 않습니다.

② 제1항에 따라 이 특약이 해지되는 경우에도 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제24조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제22조【보험료의 납입을 연체하여 해지된 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 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

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

③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제20조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제3항 및 제4항의 규정을 준용합니다.

제5관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제23조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제24조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

③ 제1항에도 불구하고, 이 특약이 주계약 또는 특약에 의무부가된 경우, 주계약 또는 특약 해지 시 해지 가능합니다.

제24조【해약환급금】

① 이 약관에 따른 해약환급금은 보험료 및 해약환급금 산출방법서에 따라 계산합니다. 다만, 1종(해약환급금 미지급형)은 보험기간 중 중도 해지될 경우 해약환급금이 전혀 없습니다.

【해약환급금 관련 유의사항】

1. 1 종(해약환급금 미지급형)은 2 종(기본형)보다 낮은 보험료로 가입할 수 있는 대신, 보험기간 중 계약이 중도 해지될 경우 해약환급금을 전혀 지급하지 않습니다.
2. 2 종(기본형)의 해약환급금은 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정한 방법에 따라 계산한 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표2(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)에 따릅니다.

③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 기타사항 등

제25조【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

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

(별표1) 보험금 지급기준표

보험금 지급기준표

[기준: 특약보험가입금액]

급부명	지급사유	지급금액	
요양병원암입원급여금	피보험자가 보험기간 중 암보장개시일(단, "갑상선암", "기타피부암", "경계성종양" 또는 "제자리암(상피내암)"의 경우 보장개시일) 이후에 "암", "갑상선암", "기타피부암", "경계성종양" 또는 "제자리암(상피내암)"으로 진단 확정되고 그 "암", "갑상선암", "기타피부암", "경계성종양" 또는 "제자리암(상피내암)"으로 인하여 1일 이상 계속하여 요양병원에 입원하였을 때(단, 피보험자가 "중증질환자(암) 산정특례대상"에 해당하는 경우에 한함) (1회 입원당 90일 한도)	암	입원일수 1일당 특약보험가입금액의 0.2%
		갑상선암 · 기타피부암 · 경계성종양 · 제자리암(상피내암)	입원일수 1일당 특약보험가입금액의 0.1%
의료중도이상 요양병원암입원급여금	피보험자가 보험기간 중 암보장개시일(단, "갑상선암", "기타피부암", "경계성종양" 또는 "제자리암(상피내암)"의 경우 보장개시일) 이후에 "암", "갑상선암", "기타피부암", "경계성종양" 또는 "제자리암(상피내암)"으로 진단 확정되고 그 "암", "갑상선암", "기타피부암", "경계성종양" 또는 "제자리암(상피내암)"으로 인하여 1일 이상 계속하여 요양병원에 "의료중도이상환자"로 입원하였을 때(단, 피보험자가 "중증질환자(암) 산정특례대상"에 해당하는 경우에 한함) (1회 입원당 90일 한도)	암	입원일수 1일당 특약보험가입금액의 0.3%
		갑상선암 · 기타피부암 · 경계성종양 · 제자리암(상피내암)	입원일수 1일당 특약보험가입금액의 0.15%
의료고도이상 요양병원암입	피보험자가 보험기간 중 암보장개시일(단, "갑상선암", "기타피부암", "경계성종양" 또는 "제자리암(상피내암)"의 경우 보장개시일)	암	입원일수 1일당 특약보험가입금액의 0.5%

원급여금	이후에 "암", "갑상선암", "기타피부암", "경계성종양" 또는 "제자리암(상피내암)"으로 진단 확정되고 그 "암", "갑상선암", "기타피부암", "경계성종양" 또는 "제자리암(상피내암)"으로 인하여 1일 이상 계속하여 요양병원에 "의료고도이상환자"로 입원하였을 때(단, 피보험자가 "중증질환자(암) 산정특례대상"에 해당하는 경우에 한함) (1회 입원당 90일 한도)	갑상선암 · 기타피부암 · 경계성종양 · 제자리암(상피내암)	입원일수 1일당 특약보험가입금액의 0.25%
의료최고도 요양병원암입원급여금	피보험자가 보험기간 중 암보장개시일(단, "갑상선암", "기타피부암", "경계성종양" 또는 "제자리암(상피내암)"의 경우 보장개시일) 이후에 "암", "갑상선암", "기타피부암", "경계성종양" 또는 "제자리암(상피내암)"으로 진단 확정되고 그 "암", "갑상선암", "기타피부암", "경계성종양" 또는 "제자리암(상피내암)"으로 인하여 1일 이상 계속하여 요양병원에 "의료최고도환자"로 입원하였을 때(단, 피보험자가 "중증질환자(암) 산정특례대상"에 해당하는 경우에 한함) (1회 입원당 90일 한도)	암	입원일수 1일당 특약보험가입금액의 0.5%
		갑상선암 · 기타피부암 · 경계성종양 · 제자리암(상피내암)	입원일수 1일당 특약보험가입금액의 0.25%

주)

1. 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제합니다.
2. 보험료 납입기간 중 암보장개시일 이후 피보험자가 "암"으로 진단확정 되었을 때에는 차회 이후의 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 특약의 갱신이 이루어진 경우, 갱신 전 계약(최초계약을 포함합니다)에서 보험료의 납입을 면제한 "암"과 동일한 사유(이미 보험료의 납입을 면제한 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우)로는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
3. 암보장개시일은 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 하고 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 암보장개시일은 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.
4. 특약약관 제11조(보험금의 지급사유) 제1호에서 제4호의 보험금 지급사유가 중복하여 발생한 경우에는 각 보험금을 지급합니다.
5. 특약약관 제11조(보험금의 지급사유)에서 정한 두 가지 이상의 질병으로 입원한 경우에는 가장 높은 요양병원암입원급여금을 지급하며, 요양병원암입원급여금이 동일한 경우에는 하나의 질병으로 인한 요양병원암입원급여금을 지급합니다.
6. 특약약관 제3조("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정), 제4조("제자리암(상피내암)"의 정의 및 진단확정), 제5조("경계성종양"의 정의 및 진단확정)에 따라 "갑상선암", "기타피부암"은 암의 정의에서 제외되는 바, "갑상선암", "기타피부암", "경계성종양", "제자리암(상피내암)" 으로 보험금 지급사유가 발생한 경우 "갑상선암", "기타피부암", "경계성종양", "제자리암(상피내암)" 에 해당하는 요양병원암입원급여금을 지급하고 "암"에 해당하는 요양병원암입원급여금은 지급하지 않습니다.
7. 피보험자가 동일한 질병으로 인해 입원한 경우, 이 특약의 최초계약 가입일부터 지급된 요양병원암입원급여금의 누적 지급일수가 365일을 초과시에는, 365일을 초과한 날 이후부터 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지 동일한 질병으로 인한 요양병원암입원급여금은 더 이상 지급되지 않습니다. 다만, 동일한 질병이 완치된 이후에 해당 질병을 다시 진단받는 경우에는 동일한 질병으로 보지 않습니다.
8. 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

(별표2) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구분	적립기간	지급이자
요양병원암입원급여금, 의료중도이상 요양병원암입원급여금,	지급기일의 다음 날부터 30일이내 기간	보험계약대출이율

의료고도이상 요양병원암입원급여금, 의료최고도 요양병원암입원급여금, 계약자적립액 (제11조, 제15조 제3항)	지급기일의 31일이후부터 60일이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율+가산이율(8.0%)
해약환급금 (제24조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년이내: 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 일자 계산하며, 주계약의 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율 적용 시 제14조(보험금 등의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 가산이율 적용 시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

5. 보험사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 보험사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

(별표3) 대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)

대상이 되는 악성신생물(암) 분류표(기타피부암 및 갑상선암 제외)

Ⅰ. 약관에서 규정하는 "악성신생물(암)"로 분류되는 질병은 제 8 차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물(암)	C00 - C14
2. 소화기관의 악성신생물(암)	C15 - C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성신생물(암)	C30 - C39
4. 골 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. 여성생식기관의 악성신생물(암)	C51 - C58
9. 남성생식기관의 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 관련 조직의 악성신생물(암)	C81 - C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물(암)	C97
17. 진성 적혈구증가증	D45
18. 골수형성이상 증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1

20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

㈜ 1. 제 9 차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병 코드부여에 대한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암))의 경우 원발성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

【원발부위(최초 발생한 부위) 기준 예시】

· C73(갑상선의 악성신생물(암))이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물(암))로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C50(유방의 악성신생물(암))이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물(암))로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물(암))에 해당하는 질병으로 봅니다.

· C16(위의 악성신생물(암))이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(암))로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물(암))에 해당하는 질병으로 봅니다.

Ⅱ. 진단확정일 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(별표4) 제자리(상피내)의 신생물 분류표

제자리(상피내)의 신생물 분류표

Ⅰ. 약관에서 규정하는 "제자리(상피내)의 신생물"로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	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

㈜ 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

Ⅱ. 진단확정일 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(별표5) 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

Ⅰ. 약관에서 규정하는 "행동양식 불명 또는 미상의 신생물"로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성생식기관의 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 중추신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물	D47 (D47.1, D47.3, D47.4, D47.5 제외)
10. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

㈜ 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2. 만성 골수증식질환(D47.1), 본태성(출혈성) 혈소판혈증(D47.3), 골수섬유증(D47.4), 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군](D47.5)은 "9. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 및 미상의 기타 신생물"에 포함되지 않는 것으로 보아 보장하지 않습니다.

Ⅱ. 진단확정일 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(별표6) 중증질환자(암) 본인일부부담금 산정특례 대상 질병 분류표

중증질환자(암) 본인일부부담금 산정특례 대상 질병 분류표

Ⅰ. 약관에 규정하는 "중증질환자(암) 본인일부부담금 산정특례 대상 질병"으로 분류되는 상병은 제 8 차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제 2020-175 호, 2021.1.1 시행) 중 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」(보건복지부 고시 제 2024-275 호, 2025.01.01 시행)」 제 4 조 별표 3(중증질환자 산정특례 대상)에서 정하는 다음에 적은 상병을 말합니다. 이후 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」이 개정되는 경우는 개정된 기준에 따르며, 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용하여 판단합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물(암)	C00 - C14
2. 소화기관의 악성신생물(암)	C15 - C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성신생물(암)	C30 - C39
4. 골 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40 - C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 기타 피부의 악성신생물	C44
7. 중피성 및 연조직의 악성신생물(암)	C45 - C49
8. 유방의 악성신생물(암)	C50
9. 여성생식기관의 악성신생물(암)	C51 - C58
10. 남성생식기관의 악성신생물(암)	C60 - C63
11. 요로의 악성신생물(암)	C64 - C68

12. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물(암)	C69 - C72
13. 갑상선의 악성신생물	C73
14. 부신의 악성신생물(암)	C74
15. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성신생물(암)	C75
16. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)	C76 - C80
17. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성신생물(암)	C81 - C96
18. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물(암)	C97
19. 제자리 신생물	D00 - D09
20. 수막의 양성신생물	D32
21. 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 양성신생물	D33
22. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
23. 중이, 호흡기관, 흉곽내 기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
24. 여성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
25. 남성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
26. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
27. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
28. 뇌 및 중추신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
29. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
30. 진성 적혈구증가증	D45
31. 골수형성이상 증후군	D46
32. 행동양식 불명 및 미상의 조직구 및 비만세포 종양	D47.0
33. 만성 골수증식질환	D47.1
34. 미결정의 단클론감마글로불린병증	D47.2
35. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
36. 골수섬유증	D47.4
37. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5
38. 기타 명시된 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D47.7
39. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 상세불명 신생물	D47.9
40. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

㈜ 1. 제9차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 "중증질환자(암) 본인일부부담금 산정특례 대상 질병"으로 분류되는 상병은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

【추가 설명】
피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "중증질환자(암) 본인일부부담금 산정특례 대상 질병"으로 분류되는 상병으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "중증질환자(암) 본인일부부담금 산정특례 대상 질병"으로 분류되는 상병이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 "중증질환자(암) 본인일부부담금 산정특례 대상 질병"으로 분류되는 상병으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제8차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 "중증질환자(암) 본인일부부담금산정특례 대상 질병"으로 분류되는 상병으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 "중증질환자(암) 본인일부부담금 산정특례 대상 질병"으로 분류되는 상병인 경우에는 약관에서 규정하는 "중증질환자(암) 본인일부부담금 산정특례 대상 질병"으로 분류되는 상병으로 봅니다.

2. 진단 시점에 약관에서 규정하는 "중증질환자(암) 본인일부부담금 산정특례 대상 질병"으로 분류되는 상병인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 상병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 "중증질환자(암) 본인일부부담금 산정특례 대상 질병"으로 분류되는 상병인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

【추가 설명】
진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "중증질환자(암) 본인일부부담금 산정특례 대상 질병"으로 분류되는 상병으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는

"중증질환자(암) 본인일부부담금 산정특례 대상 질병"으로 분류되는 상병으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "중증질환자(암) 본인일부부담금 산정특례 대상 질병"으로 분류되는 상병으로 보지 않습니다.