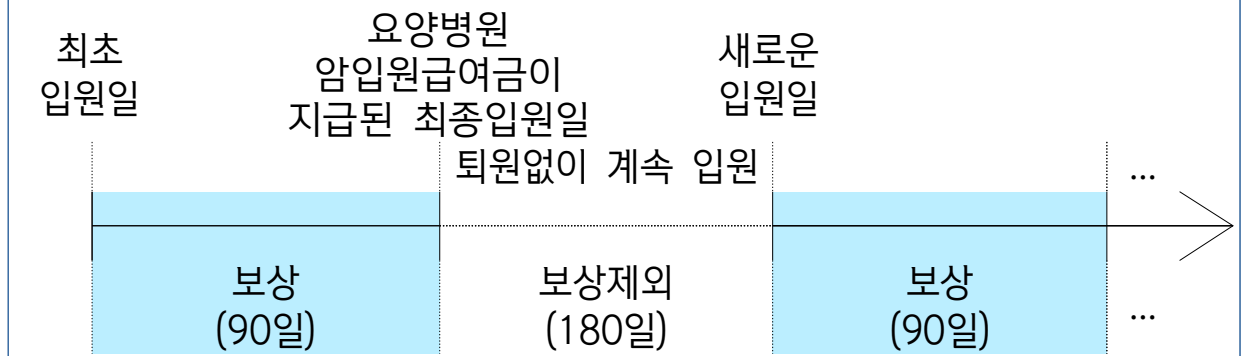


원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지난 후 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 요양병원 암입원급여금이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원 없이 계속 입원 중인 경우에는 요양병원 암입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음 날을 퇴원일로 봅니다.

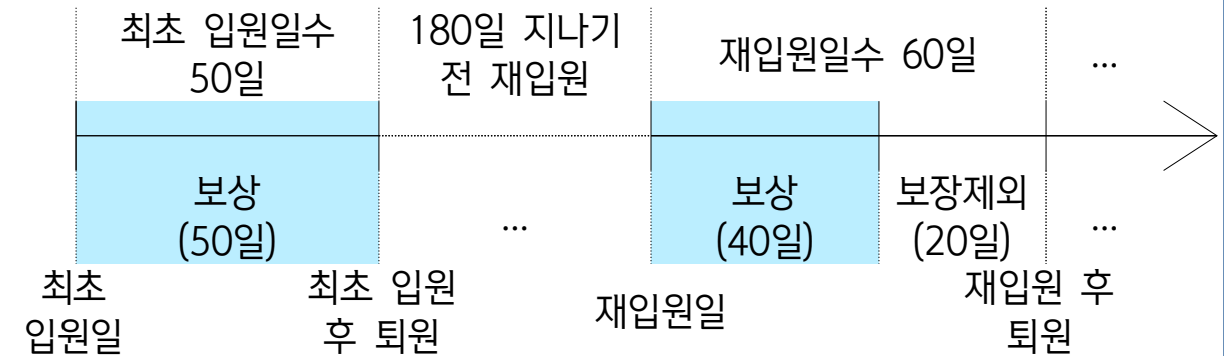
【 보상기간 예시 】



[“계속적인 입원” 및 “새로운 입원”의 입원일수 계산 예시]

<사례 1>

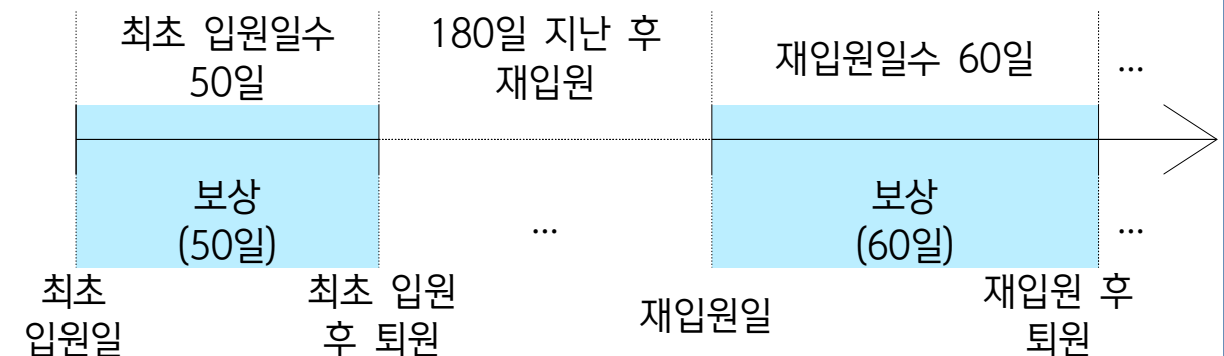
동일한 질병으로 인하여 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지나기 전에 다시 개시한 입원의 경우 “계속적인 입원”에 해당하며, 동일한 「1회 입원」으로 보아 입원일수를 계산합니다.



⇒ 요양병원 암입원급여금 지급대상 입원일수 = (50일 + 60일) - 20일
= 90일(90일한도)

<사례 2>

동일한 질병으로 인하여 최종입원의 퇴원일부터 180일이 지난 후 다시 개시한 입원의 경우 “새로운 입원”에 해당하며, 새로운 입원으로 보아 입원일수를 계산합니다.



⇒ 요양병원 암입원급여금 지급대상 입원일수 = 50일 + 60일 = 110일

- ⑦ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 지급사유에 해당하는 입원기간 중 특약 보험기간이 만료되었을 때에는 그 계속 중인 입원기간에 대하여도 제4항 및 제5항에 따라 계속 입원급여금을 지급합니다.
- ⑧ 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우 계속 입원이란 중도 퇴원 없이 계속하여 입원하는 것을 뜻합니다.
- ⑨ 제8항에도 불구하고 피보험자가 “요양병원”을 이전하여 입원한 경우에

도 동일한 질병으로 인한 치료를 목적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.

- ⑩ 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 요양병원 암입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.
- ⑪ 제2-2조(보험금의 지급사유)에서 2가지 이상의 질병을 치료하기 위한 목적으로 입원한 경우에는 각각의 질병에 해당하는 입원급여금 중 가장 높은 입원급여금을 지급하며, 각각의 질병에 해당하는 입원급여금이 모두 동일한 경우에는 하나의 질병으로 인한 입원급여금을 지급합니다. 다만, 2가지 이상의 질병이 모두 입원치료가 필요한 질병의 경우에 한합니다.
- ⑫ 계약일부터 동일한 질병으로 지급된 요양병원 암입원급여금의 누적 총지급일수가 365일을 초과한 경우에는 365일을 초과한 날부터 이 특약의 보험기간 만료일까지 동일한 질병으로 인한 요양병원 암입원급여금은 지급되지 않습니다.

누적 총지급일수 365일에 대한 지급 예시

○ 특약보험가입금액 1,000만원 기준,
계약일부터 2년 후 지급사유 발생시

- ① 유방암(C50)으로 요양병원에 90일한도로 4회 입원
⇒ 1일당 급여금 10만원 × 90일 × 4회 = 총 3,600만원
⇒ 누적 총지급일수 : 360일
- ② ① 이후 1년 경과 후 동일한 유방암(C50)으로 요양병원에 90일한도로 입원
⇒ 1일당 급여금 10만원 × 5일 = 총 50만원
⇒ 누적 총지급일수 365일을 초과하는 85일에 대한 급여금은 지급하지 않음

- ⑬ 제12항에도 불구하고 동일한 질병으로 최종 치료가 종료된 이후 5년이 지나는 동안 해당 동일한 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우 그 5년이 지난 이후에는 새로운 질병으로 보아 제2-2조(보험금의 지급사유)에 해당하는 경우 보장하며, 이 경우 제12항을 적용합니다.

제2-4조 보험금을 지급하지 않는 사유

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 해당 보험금을 지급합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

심신상실

의식은 있으나 심신장애의 정도가 심해 자신의 행위 결과를 합리적으로 판단할 능력을 갖지 못한 상태

제2-5조 사고증명서

- ① 제1-5조(보험금 등의 청구) 제2호에서 말하는 이 특약의 사고증명서는 “사망진단서, 입원증명서, 진단서(병명 및 분류코드 기입), 진료기록부(검사기록지 포함), 각종사고 증명서류 등”을 말합니다.
- ② 제1항의 사고증명서는 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등에서 발급한 것이어야 합니다.

제2-6조 보험금 받는 방법의 변경

이 특약은 보험금 받는 방법의 변경을 적용하지 않습니다.

제2-7조 보험수익자의 지정

이 특약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 하며, 피보험자 사망시는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

법정상속인

법정상속인은 피상속인의 사망으로 인하여 민법의 규정에 의한 상속

순서에 따라 상속받는 자

민법 제 1000조(상속의 순위)

① 상속에 있어서는 다음 순위로 상속인이 된다.

1. 피상속인의 직계비속
2. 피상속인의 직계존속
3. 피상속인의 형제자매
4. 피상속인의 4촌 이내의 방계혈족

② 전항의 경우에 동순위의 상속인이 수인인 때에는 최근친을 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.

③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

민법 제 1001조(대습상속)

전조제1항제1호와 제3호의 규정에 의하여 상속인이 될 직계비속 또는 형제자매가 상속개시전에 사망하거나 결격자가 된 경우에 그 직계비속이 있는 때에는 그 직계비속이 사망하거나 결격된 자의 순위에 갈음하여 상속인이 된다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

민법 제 1003조(배우자의 상속순위)

① 피상속인의 배우자는 제1000조제1항제1호와 제2호의 규정에 의한 상속인이 있는 경우에는 그 상속인과 동순위로 공동상속인이 되고 그 상속인이 없는 때에는 단독상속인이 된다.

② 제1001조의 경우에 상속개시전에 사망 또는 결격된 자의 배우자는 동조의 규정에 의한 상속인과 동순위로 공동상속인이 되고 그 상속인이 없는 때에는 단독상속인이 된다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제3관 특약의 성립과 유지

제2-8조 특약내용의 변경 등

- ① 계약자는 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 이 특약을 변경할 수 있습니다. 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 제2-11조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제2항에 따라 특약의 보험가입금액을 감액하는 경우 지급하는 해약환급금이 없을 수도 있으며, 감액 이후 보험금 및 해약환급금은 최초 가입 당시에 안내한 금액보다 적을 수 있습니다.

감액처리에 대한 설명

[감액]

보험료, 보험금, 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 가입금액을 계약시 선택한 금액보다 적은 금액으로 줄이는 것 (이에 따라 보험료, 보험금 및 계약자적립액(해약환급금)도 줄어듭니다.)

[해지]

현재 유지되고 있는 계약이나 또는 효력이 상실된 계약을 장래를 향하여 소멸시키거나 계약 유지 의사를 포기하여 만기일 이전에 계약관계를 청산하는 것

[보험가입금액을 감액할 때의 해약환급금 지급 예시]

보험가입금액을 감액할 때 회사가 지급해야 할 해약환급금이 있는 경우 아래 예시와 같이 해약환급금을 지급합니다.

구 분	감액전	감액후
보험가입금액	1,000만원	500만원
감액시점의 해약환급금	400만원	200만원
감액할 때 지급금액	200만원 (= 400만원 - 200만원)	

계약자적립액

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

보험료 및 해약환급금 산출방법서

보험약관에서 보장하는 위험에 대하여 보험료, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율^(※)을 사용하여 계산한 방법을 기재하는 서류입니다.

(※) 산출기초율 : 계약체결비용, 계약관리비용, 이율 및 위험률 등

제2-9조 특약의 소멸

- ① 다음 각 호의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
 1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우.
다만, 주계약의 보험금 지급으로 인하여 주계약이 소멸하는 경우 또는 이 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 이 특약은 소멸되지 않습니다.
 2. 이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하였을 경우
- ② 제1항 제2호에서 해당 특약이 피보험자의 사망으로 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.
- ③ 제1항 제2호 및 제2항의 “사망”에는 특약보험기간에 다음 중 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 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속 될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

민법 제27조(실종의 선고)

- ① 부재자의 생사가 5년간 분명하지 아니한 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 한다.
- ② 전지에 임한 자, 침몰한 선박 중에 있던 자, 추락한 항공기 중에 있던 자 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한 자의 생사가 전쟁종지후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 아니한 때에도 제1항과 같다.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.>

제2-9조의2 “특약의 무효”에 대한 특칙

제1-10조(특약의 무효) 제1항 이외에 다음에 해당되는 경우에는 이 특약을 무효로 하며 계약자에게 실제 납입한 보험료 누계액(다만, “감액 등으로 회사가 실제 지급한 금액”을 차감한 금액)을 돌려 드립니다.

1. 피보험자가 암보장개시일 전일 이전에 제2-1조의3(“암” 등의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”으로 진단이 확정되는 경우

무효

당사자가 행한 의사표시가 법률상 아무런 효력이 발생하지 않는 것을 말함

제4관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제2-10조 계약자의 임의해지

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제2-11조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

- ② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제2-11조 해약환급금

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 계산합니다. 다만, “해약환급금 미지급형”의 해약환급금은 다음과 같습니다.

“해약환급금 미지급형”의 경우 해약환급금 관련 유의사항

1. 이 특약의 “해약환급금 미지급형”은 이 특약의 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금이 없는 대신 “일반형”보다 낮은 보험료로 동일한 보장을 받을 수 있도록 한 상품입니다.
2. 이 특약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금이 없습니다.
3. 이 특약의 보험료 납입기간이 종료되었으나 납입하기로 한 보험료 총액의 납입이 완료되지 않고 해지될 경우 해약환급금이 없습니다. 다만, 보험료 납입기간이 종료되고 납입하기로 한 보험료 총액의 납입이 완료된 이후 특약이 해지되는 경우 해약환급금은 다음과 같이 계산한 금액으로 합니다.

※ 해약환급금

$$= \text{납입보험료 누계액}^{(\text{주}①)} \times \text{“일반형”의 해약환급률}^{(\text{주}②)}$$

(주)

- ① 납입보험료 누계액 : 계약자가 해지시점까지 납입하기로 한 특약 보험료의 합계액으로 「해약환급금 지급사유가 발생한 시점까지의 감액 등 변경사항을 반영한 이 특약의 월납보험료 x 보험료 납입기간 x 12」로 계산한 금액을 말합니다.
- ② “일반형”의 해약환급률 : “일반형”의 납입보험료 누계액 대비 해약환급금의 비율을 말하며, 소수점 4번째 자리 이하는 버림하고 소수점 3번째 자리까지 계산합니다.

4. 제2-3조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제1항에 따라 보험료 납입기간 중 보험료 납입이 면제된 경우에는 납입이 면제된 기간 동안 보험료가 정상적으로 납입된 것으로 보고 “3”의 해약환급금을 계

산합니다.

5. “1” 및 “3”에서 해약환급금을 계산할 때 기준이 되는 “일반형”은 “해약환급금 미지급형”과 동일한 보장내용으로 해지율을 적용하지 않은 상품입니다.
6. 회사는 이 특약을 체결할 때 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 “일반형”과 비교·안내해 드립니다.

- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 <부표1-1>“보험금 등을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제5관 기타사항

제2-12조 주계약 약관 규정의 준용

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.



[간편심사형]

구분	지급사유	지급금액
요양병원 암입원 급여금	특약보험기간 중 『피보험자가 보장개시일(암의 경우 암보장개시일) 이후 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」으로 진단 확정 되고, 특약보험기간 중 그 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」으로 인한 치료를 위하여 요양병원에 1일이상 계속하여 입원』하였을 때 (다만, 1회 입원당 90일 한도)	【입원일수 1일당】
		암, 대장점막내암 또는 비침습방광암
	특약보험기간 중 『피보험자가 보장개시일 이후 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양으로 인한 치료를 위하여 요양병원에 1일이상 계속하여 입원』하였을 때 (다만, 1회 입원당 90일 한도)	특약보험가입금액의 1%
		(다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 0.5%”를 지급함)
		기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양
		특약보험가입금액의 0.6%
		(다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 0.3%”를 지급함)

※ 1년 미만 : 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지

- 주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하였을 경우, 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우, 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
2. 특약보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자 적립액 등을 지급하지 않습니다.
3. 계약일부터 1년 미만에 요양병원 암입원급여금 지급사유가 발생하고 계속 입원 중에 1년 이상이 될 경우에는 계약일부터 1년 이상이 된 날부터 삭감하지 않습니다.
4. “암보장개시일”은 계약일[부활(효력회복)일]부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.

5. 이 특약의 “암”은 「기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암」을 제외한 “암”을 말합니다.
6. 요양병원 암입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 90일을 최고한도로 합니다. 다만, 보험계약일부터 동일한 질병으로 지급된 요양병원 암입원급여금의 누적 총지급일수가 365일을 초과한 경우에는 365일을 초과한 날부터 이 특약의 보험기간 만료일까지 동일한 질병으로 인한 요양병원 암입원급여금은 지급되지 않습니다.

[일반심사형]

구분	지급사유	지급금액	
요양병원 암입원 급여금	특약보험기간 중 『피보험자가 보장개시일(암의 경우 암보장개시일) 이후 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단확정 되고, 특약보험기간 중 그 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양으로 인한 치료를 위하여 요양병원에 1일이상 계속하여 입원」하였을 때 (다만, 1회 입원당 90일 한도)	【입원일수 1일당】	
		암, 대장점막내암 또는 비침습방광암	특약보험가입 금액의 1%
		기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양	특약보험가입 금액의 0.6%

※ 1년 미만 : 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지

- 주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하였을 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
2. 특약보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자 적립액 등을 지급하지 않습니다.
3. “암보장개시일”은 계약일[부활(효력회복)일]부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.
4. 이 특약의 “암”은 「기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암」을 제외한 “암”을 말합니다.

5. 요양병원 암입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 90일을 최고한도로 합니다. 다만, 보험계약일부터 동일한 질병으로 지급된 요양병원 암입원급여금의 누적 총지급일수가 365일을 초과한 경우에는 365일을 초과한 날부터 이 특약의 보험기간 만료일까지 동일한 질병으로 인한 요양병원 암입원급여금은 지급되지 않습니다.

부표2-2 |

대상이 되는 악성신생물(암)분류표
(기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암 제외)



별첨2 [표 5-1] 참조

부표2-3 |

제자리의 신생물 분류표
(대장점막내암 및 비침습방광암 제외)



별첨2 [표 6-1] 참조

부표2-4 |

행동양식 불명 또는 미상의 신생물
분류표



별첨2 [표 7] 참조

