

□ 보험금 지급제한사항

- 1) 회사는 제1회 보험료를 받은 때부터 이 상품의 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 회사의 책임(보장)은 보험증권에 기재된 보험기간의 첫날에 시작합니다. 단, 제1회 보험료를 납입하기 전 사고에 대해서는 보상하지 않습니다.
- 2) 암, 10대 주요암, 중대한 암, 특정소액암(4기), 여성유방의 암 및 여성생식기의 암의 보장개시일은 최초 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 90일이 지난 날의 다음날이며, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암, 경계성종양, 여성유방의 제자리암 및 여성생식기의 제자리암의 보장개시일은 계약일입니다.
- 3) 이 상품을 가입한 경우 보험계약일부터 암의 보장개시일 전일 이전에 암으로 진단 확정된 경우에는 진단 확정일부터 90일 이내에 이 계약을 취소할 수 있으며, 이미 납입한 이 계약의 보험료를 돌려드립니다.
- 4) 보험계약일부터 암, 10대 주요암, 중대한 암 및 특정소액암(4기)의 보장개시일 전일 이전에 해당 암으로 진단 확정되는 경우 해당 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 해당 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.
- 5) 보험계약일부터 암, 여성유방의 암 및 여성생식기의 암의 보장개시일 전일 이전에 해당 암으로 진단 확정되는 경우 해당 특별약관의 세부보장은 무효로 하며, 이미 납입한 해당 특별약관 세부보장의 보험료를 돌려드립니다.
- 6) 보험계약일부터 「최초암」의 보장개시일 전일 이전에 「최초암」으로 진단 확정되는 경우 재진단암 진단비 특별약관 및 재진단암 항암방사선·약물 치료비 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 해당 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.
- 7) 재진단암 진단비 특별약관을 가입한 경우 「최초암」의 진단 확정일을 포함하여 2년 동안은 보장하지 않으며, 「최초암」또는 직전 발생한 「재진단암」의 진단 확정일을 포함하여 2년이 지나고 「재진단암」으로 진단받은 경우에만 보험금을 지급합니다.
- 8) 재진단암 항암방사선·약물 치료비 특별약관을 가입한 경우 재진단암 진단비 특별약관의 면책기간동안 진단 확정된 암으로 인하여 항암방사선·약물치료를 받은 경우에는 보장하지 않으며, 재진단암 진단비 특별약관의 보험금 지급사유가 발생하고, 그 질병의 치료를 목적으로 항암방사선·약물치료를 받은 경우에만 보험금을 지급합니다.
- 9) 보험계약일부터 「첫 번째 암」의 보장개시일 전일 이전에 「첫 번째 암」으로 진단 확정되는 경우 두 번째 암 진단비 보장 및 두 번째 암 진단 생활자금(5년월지급형) 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 해당 특별약관의 보험료를 돌려드립니다
- 10) 두 번째 암 진단비 보장 및 두 번째 암 진단 생활자금(5년월지급형) 특별약관을 가입한 경우 「첫 번째 암」의 진단 확정일을 포함하여 2년 동안은 보장하지 않으며, 「첫 번째 암」의 진단 확정일을 포함하여 2년이 지나고 「두 번째 암」으로 진단받은 경우에만 보험금을 지급합니다.

- 11) 유사암(90일면책) 진단비의 보장개시일은 최초 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 90일이 지난 날의 다음날이며, 유사암 진단비의 보장개시일은 계약일입니다.
- 12) 유사암 진단비, 유사암(90일면책) 진단비, 항암 양성자방사선 치료비, 계속받는 항암 양성자방사선 치료비(연간1회환), 항암 세기조절방사선 치료비, 갑상선암 수술후 호르몬약물허가 치료비, 계속받는 특정항암호르몬약물허가 치료비(연간1회환), 급여 양전자단층촬영(PET) 검사비용지원(연간1회환), 암 급여 MRI 촬영검사비용지원(연간1회환) 및 특정항암호르몬약물허가 치료비 특별약관의 경우 최초 보험가입 후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급합니다.
- 13) 표적항암약물허가 치료비 및 계속받는 표적항암약물허가 치료비(연간1회환) 특별약관은 최초 보험가입 후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급합니다.
- 14) 암 다빈치로봇 수술비 특별약관은 최초 보험가입후 180일 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 75% 감액 지급하며, 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급합니다.
- 15) 유방관련 특정질환 수술비 특별약관의 여성 특정유방질환 수술비 세부보장은 약관에서 정한 특정유방질환(유방의 양성신생물(한국표준질병·사인분류 D24) 및 유방의 장애(N60~N64, 단, N62 유방의 비대 제외))을 직접치료하기 위한 목적으로 수술하는 경우 보험금을 지급합니다. 다만, 약관에 특정유방질환으로 정의하지 않은 유방의 암, 제자리암, 경계성종양 및 유방의 비대(N62)는 보장하지 않습니다.
- 16) 부인과관련 특정질환 수술비 특별약관의 여성 특정부인과질환 수술비 세부보장은 약관에서 정한 특정부인과질환(자궁의 평활근종(한국표준질병·사인분류 D25), 자궁의 기타 양성신생물(D26), 난소의 양성신생물(D27), 기타 및 상세불명의 여성생식기관의 양성신생물(D28), 여성골반내 기관의 염증성질환(N70~N77), 여성생식기관의 비염증성 장애 중 일부질환(N80~N95))을 직접치료하기 위한 목적으로 수술하는 경우 보험금을 지급합니다. 다만, 약관에 정의하지 않은 생식기의 암, 제자리암, 경계성종양, 요실금(한국표준질병·사인분류 N39.3, N39.4, R32), 자궁 무력증(N88.3) 및 성병으로 구분되는 골반염증질환 중 매독성, 임균성, 클라미디아(한국표준질병·사인분류 N74.2, N74.3, N74.4), 습관적 유산자(N96), 여성 불임(N97), 인공수정과 관련된 합병증(N98) 및 달리 분류되지 않은 비노생식계통의 처치 후 장애(N99)는 보장하지 않습니다.
- 17) 항암방사선·약물 치료비Ⅲ, 계속받는 항암방사선·약물 치료비(연간1회환), 표적항암약물허가 치료비, 계속받는 표적항암약물허가 치료비(연간1회환), 항암 양성자방사선 치료비, 계속받는 항암 양성자방사선 치료비(연간1회환), 항암 세기조절방사선 치료비, 암 다빈치로봇 수술비, 말기암 호스피스완화치료비(가정형,입원형), 암 원인 심한장애 생활자금(5년월지급형), 암 원인 장애 생활자금(5년월지급형), 암 진단 후 암 특정치료비, 종합병원 암 특정치료지원금(진단 후 5년, 연간1회환) 및 암사망 특별약관에서는 제자리암 및 경계성종양에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

- 18) 암 진단비(유사암 제외) 보장 및 두 번째 암 진단비 보장에서는 유사암(기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양, 대장점막내암)에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
- 19) 암 진단비(유사암 및 특정소액암 제외) 특별약관에서는 유사암(기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양, 대장점막내암) 및 특정소액암(유방암, 자궁경부암, 자궁체부암, 전립선암, 방광암)에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
- 20) 재진단암 진단비 특별약관 및 재진단암 항암방사선·약물 치료비 특별약관에서는 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 전립선암에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
- 21) 기본계약 및 선택계약의 기타 세부적인 사항에 따라 보험금의 지급이 제한될 수 있습니다.