

(사업방법서 별지)

1. 보험종목의 명칭

무배당 ABL치매케어보험(해지환급금 미지급형) 2207

2. 보험기간, 보험료 납입기간, 피보험자 가입나이 및 보험료 납입주기

보험기간	보험료 납입기간	피보험자 가입나이		보험료 납입주기
		남자	여자	
90세만기	10년	35세 ~ 75세	30세 ~ 75세	월납
	15년	35세 ~ 75세	30세 ~ 75세	
	20년	35세 ~ 70세	30세 ~ 70세	
	30년	35세 ~ 60세	30세 ~ 60세	
95세만기	10년	35세 ~ 75세	30세 ~ 75세	
	15년	35세 ~ 75세	30세 ~ 75세	
	20년	35세 ~ 75세	30세 ~ 75세	
	30년	35세 ~ 65세	30세 ~ 65세	
100세만기	10년	35세 ~ 75세	30세 ~ 75세	
	15년	35세 ~ 75세	30세 ~ 75세	
	20년	35세 ~ 73세	30세 ~ 75세	
	30년	35세 ~ 68세	30세 ~ 70세	

3. 의무가입에 관한 사항

해당사항 없음

4. 배당에 관한 사항

배당금이 없음

5. 보험료에 관한 사항

계약을 체결할 때 피보험자의 성별과 가입나이, 보험기간, 보험료 납입기간 및 보험 가입금액 등에 따라 이 특약의 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 방법으로 산출된 보험료를 말한다.

6. 보험료 할인에 관한 사항

해당사항 없음

7. 보험료 선납에 관한 사항

3개월분 이상의 보험료를 선납하는 경우에는 평균공시이율로 선납보험료를 할인한다. 다만, 당월분을 포함하여 최대 12개월분까지 선납할 수 있다.

8. 해지특약의 부활(효력회복)에 관한 사항

약관 제26조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있다.

9. 연체이율에 관한 사항

연체보험료에 대한 연체이자율은 연체기간에 대하여 「평균공시이율 + 1.0%」 범위 내에서 회사가 정한 이율로 적용한다.

10. 중도인출에 관한 사항

해당사항 없음

11. 공시이율에 관한 사항

해당사항 없음

12. 보험계약대출에 관한 사항

가. 계약자는 이 계약의 해지환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하 “보험계약대출”이라 한다)을 받을 수 있다. 그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수 있다.

나. 계약자는 ‘가’에 따른 보험계약대출금과 보험계약대출이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 때에는 회사는 보험금, 해지환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감할 수 있다.

다. 회사는 약관 제26조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감한다.

라. 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있다.

13. 해지환급금 미지급형에 관한 사항

가. 이 상품은 「해지환급금 미지급형」상품으로 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해지환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 계약이 해지될 경우 해지율을 적용하지 않는 동일한 보장내용의 상품(이하 ‘기본형’이라 한다)의 해지환급금 대비 적은 해지환급금을 지급하는 상품이다.

나. ‘가’에서 해지환급금을 계산할 때 기준이 되는 ‘기본형’은 보험료 및 해지환급금(환급률 포함)의 비교, 안내만을 위한 상품으로 가입이 불가능하며, ‘기

본형'의 해지환급금은 이 계약의 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산한다.

다. 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해지환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 계약이 해지될 경우의 해지환급금은 '기본형' 해지환급금의 50%에 해당하는 금액으로 한다.

라. '가.'에서 '보험료 납입기간'이란, 계약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말한다. 다만, 보험료의 납입이 연체된 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료 납입기간으로 본다.

마. 회사는 '해지환급금 미지급형' 및 '기본형'의 보험료 및 해지환급금(환급률 포함) 수준을 비교, 안내한다.

바. 회사는 '해지환급금 미지급형'의 계약을 체결할 때 계약자에게 '해지환급금 미지급형' 내용에 대한 충분한 설명을 하고 (별첨 제1호 참조)에서 정한 사항을 확인 받는다.

14. 기타

가. 지정대리청구인 지정에 대한 안내

(1) 계약자가 본인을 위한 계약(계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일)일 경우, 회사는 지정대리청구서비스 신청서를 교부하고 지정대리청구인 지정에 관련된 내용을 설명하여야 한다. 다만, 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에는 음성 녹음함으로써 교부 및 설명한 것으로 본다.

(2) 계약자가 본인을 위한 치매보험계약을 체결(특약 가입을 포함) 하는 경우 회사는 원칙적으로 대리청구인을 지정하도록 하여야 한다. 다만, 약관에서 정한 대리 자격자가 없는 등의 사유로 지정이 불가능하거나, 계약자가 미지정을 요청한 경우 등은 예외로 한다.

(3) '(2)'에 해당하는 경우 계약자의 지정 편의를 위해 가족관계서류 수령을

생략할 수 있다.

- (4) 회사는 가입시 대리청구인이 지정되지 않는 계약에 대해서는 미지정 사유 구분, 모집인 확인, 전산적 재확인, 사후 관리 등 치매로 인한 보험금 청구불능을 방지하기 위한 적절한 관리 체계를 운영한다.

나. 부가서비스(ABL치매케어서비스)에 관한 사항

- (1) ABL치매케어서비스는 회사가 정한 서비스 부가 기준을 충족한 경우에 한하여 회사가 정한 방법에 따라 제공한다.
- (2) ABL치매케어서비스는 서비스 이용 신청서 및 개인정보 제공 동의서를 제출한 피보험자에게 제공한다.
- (3) ABL치매케어서비스는 회사의 제휴사에서 제공하는 서비스이며, 서비스에 대한 책임은 제휴사에 있다.
- (4) ABL치매케어서비스는 대외환경 변화로 인해 향후 서비스 내용 및 제공 방법이 변경되거나 중지될 수 있다.

다. 회사는 상품명칭 앞에 계약자가 원하는 이름이나 판매경로 등을 인식할 수 있는 용어를 덧붙여 안내자료 및 보험증권에 기재할 수 있다.

라. 보험기간, 보험료 납입주기, 보험료 납입기간 외 피보험자 가입나이 및 가입한도 등 계약인수관련 사항은 회사가 별도로 정한 기준에 따라 제한될 수 있다.

마. 향후 보험업법 등 관련 법령 및 규정의 제·개정 등에 따라 이 상품의 약관 및 사업방법서상 보험계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 부여되는 [장래의 권리(중도부가 특약, 전환 특약 등 포함)]의 내용은 변경될 수 있다.

(별첨 제1호)

「해지환급금 미지급형 상품 가입에 대한 계약자 확인서」 서식

보험소비자의 권익보호 및 보험상품에 대한 이해증진을 위해서 아래 [필수비교 확인 사항]은 계약 체결 시 반드시 확인하셔야 합니다.

[필수비교 확인사항]

예시 기준 : 남자 40세, 100세만기, 20년납, 월납, 주계약 보험가입금액 1천만원, 특약 제외

1. 납입보험료 비교

(단위 : 원)

해지환급금 미지급형	기본형
13,000	21,500

2. 해지환급금 및 환급률 비교

(단위 : 만원)

경과기간	해지환급금 미지급형		기본형	
	해지환급금	환급률	해지환급금	환급률
1년	0	0.0%	4	13.7%
2년	0	0.0%	26	50.7%
3년	0	0.0%	49	63.6%
5년	0	0.0%	97	75.0%
10년	0	0.0%	216	83.8%
19년	0	0.0%	456	93.0%
20년	243	77.8%	485	94.1%
30년	300	96.1%	599	116.2%
50년	402	128.9%	805	155.9%

* 상기 환급률은 납입보험료 대비 환급률입니다.

* ‘기본형’은 해지율을 적용하지 않는 동일한 보장내용의 상품으로 ‘해지환급금 미지급형’과의 보험료 및 해지환급금(환급률 포함)의 비교, 안내만을 위한 상품입니다. 따라서 ‘기본형’은 별도 가입이 불가능합니다.

* 상기 예시는 주계약 기준이며, 특약 가입시 납입보험료, 해지환급금 및 환급률이 달라집니다.

※ 동 계약을 가입하시면서 보험설계사에게 설명 받으시고, 이해하신 사항에 대하여 **음영 부분을 보험계약자가 직접 자필[전자적 형태의 확인 방식(키보드 타건 또는 음성 인식을 통한 Key-in 입력방식 등) 포함]**로 기재해 주시기 바랍니다.

√ 보험계약자 ○ ○ ○(은)는 위 내용에 대해 **비교·확인** 하였습니다.

√ 본인이 가입한 상품은 **해지환급금 미지급형 상품**으로, **보험료 납입기간 중에 중도 해지할 경우 해지환급금을 전혀 지급하지 않는 상품**을 선택하였습니다.

- 다만, 보험료 납입기간이 완료된 이후 계약이 해지될 경우 ‘기본형’ 해지환급금의 50%를 해지환급금으로 지급합니다.

√ 위의 비교사항에 대하여 보험설계사는 보험계약자에게 충분히 설명하였고, 보험계약자는 설명 받

은 내용을 **이해**하였음을 확인합니다.

[모집자 확인]

보험설계사 ○ ○ ○(은)는 위 내용에 대하여 보험계약자에게 설명하였습니다.

년 월 일

보험설계사 : _____ (인/서명)

[보험계약자 확인]

본 상품은 보험료 납입기간 중 중도에 해지 시 **해지환급금이 없으며, 저축목적으로 가입할 경우 다른 상품을 선택하는 것이 유리**합니다.

보험설계사 ○ ○ ○(으)로부터는 위 내용에 대하여 설명을 들었습니다.

년 월 일

보험계약자 : _____ (인/서명)

친권자 : _____ (인/서명)

친권자 : _____ (인/서명)

(별첨 제 2호)

계약전 알릴의무 사항

- ※ 피보험자에 관한 다음 사항은 회사가 보험계약의 청약을 심사하고 인수하는데 필요한 자료이므로 보험계약자 및 피보험자는 아래 질문들에 대해 사실대로 알려야 하며 직접 작성하기 바랍니다.
- ※ 만약 아래 질문들에 대하여 사실대로 알리지 않거나 사실과 다르게 알린 경우에는 보험가입이 거절될 수 있으며, 특히 질문 1번~5번에 대하여 알린 내용이 「중요한 사항」에 해당하는 경우 회사는 보험약관에 따라 이 보험계약을 일방적으로 해지할 수 있고, 이미 보험사고가 발생하였더라도 보험금지급을 거절하는 등 보장이 제한될 수 있습니다.
- ※ 반면, 보험설계사 등이 보험계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 사실대로 고지하는 것을 방해하는 등의 경우에는 보험계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

「중요한 사항」이란 회사가 그 사실을 알았더라면 보험계약의 청약을 거절하거나, 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 인수하는 등 계약인수에 영향을 미치는 사항을 말합니다.

- ※ 부활(효력회복)시에는 계약전 알릴의무 대상기간을 「최초 계약해당일(또는 부활(효력회복)일) 이후로부터 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 기간」과 「계약전 알릴의무 대상기간(아래 질문의 최근 3개월, 5년)」중 짧은 기간으로 합니다.

현재 및 과거의 질병

1. 최근 3개월 이내에 치매, 알츠하이머, 파킨슨병, 뇌졸중증, 외상성 뇌손상, 기억상실, 인지능력 상실, 노쇠(노령으로 인한 정신장애), 언어장애, 행동장애, 마비증세로 의사로부터 진찰 또는 검사를 통하여 다음과 같은 의료행위를 받은 사실이 있습니까?
1) 질병확정진단 2) 질병의심소견 3) 치료 4) 입원 5) 수술 6) 투약
※ 진찰 또는 검사란 건강검진을 포함하며, 질병의심소견이란 의사로부터 진단서 또는 소견서를 발급받은 경우를 말합니다.
2. 최근 5년 이내에 치매, 알츠하이머, 파킨슨병, 뇌졸중증, 외상성 뇌손상으로 의사로부터 진찰 또는 검사를 통하여 다음과 같은 의료행위를 받은 사실이 있습니까?
1) 질병확정진단 2) 치료 3) 입원 4) 수술 5) 투약
3. 최근 5년 이내에 기억상실, 인지능력 상실, 노쇠(노령으로 인한 정신장애), 언어장애, 행동장애, 마비증세와 같은 정신장애 또는 신경장애로 의사로부터 진찰 또는 검사를 통하여 다음과 같은 의료행위를 받은 사실이 있습니까?
1) 입원 2) 수술 3) 계속하여 7일 이상 치료 4) 계속하여 30일 이상 투약

※ 여기서 “계속하여”란 같은 원인으로 치료 시작 후 완료일까지 실제 치료, 투약 받은 일수를 말합니다.

외부 환경 및 기타

4. 귀하의 직업은 무엇입니까?

1) 근무처 2) 근무지역 3) 업종 4) 취급하는 업무(구체적으로 기재하여 주십시오)

5-1. 현재 운전을 하고 있습니까? (예, 아니오)

5-2. “예”인 경우 운전 차종 (,)

1)승용차(영업용) 2)승용차(자가용)

3)승합차(영업용) 4)승합차(자가용)

5)화물차(영업용) 6)화물차(자가용)

7)오토바이(50cc 미만 포함)(영업용)

8)오토바이(50cc 미만 포함)(자가용)

9)건설기계 10)농기계

11)기타()

※ 기타에 해당하는 경우 차종을 구체적으로 기재하고, 둘 이상의 차량을 운전하거나 하나의 차량을 둘 이상의 목적으로 사용하는 경우 해당되는 사항을 모두 기재하십시오

5-3. 개인형 이동장치(전동킥보드, 전동휠 등을 포함하며 장애인 또는 교통약자가 사용하는 보행보조용 의자차인 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등은 제외합니다)를 사용하십니까? (예, 아니오)

※ 계속적으로 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동과 출퇴근용도 등으로 주로 사용하는 경우에 한함)하는 경우 기재

6. 월소득(계약자 기준) - 월평균()만원

7. 음주 : 음주횟수(주 회), 음주량 : 소주기준 1회 병

8. 흡연 : 현재 흡연여부, 흡연량 : 1일 개피, 흡연기간 : 현재부터 과거 년간

9. 체격 : 키 cm, 몸무게 : kg

※ 아래 옅고 크게 밀줄친 내용에 계약자가 직접 자필[전자적 형태의 확인 방식(키보드 타건 또는 음성 인식을 통한 Key-in 입력방식 등) 포함]로 기재하시기 바랍니다.

보험설계사는 계약전 알릴의무사항에 대한 수령권한이 없으므로 과거의 진단 또는 치료사실 등 중요한 내용을 구두로만 알릴 경우 계약전 알릴의무를 이행한 것으로 인정되지 않아 향후 계약이 해지되거나 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.

보험계약자 _____은(는) 보험설계사 _____(으)로부터 계약전 알릴의무 위반시의 효과(계약해

지, 보장제한, 보험금 미지급 등)에 대해 설명을 들었으며, 계약전 알릴의무 사항에 대해 청약서에 사실대로 기재하였음을 확인합니다.

약관의 중요한 내용에 대한 설명을 충분히 들었고, 피보험자의 동의를 얻어 청약하였으며, 이 보험과 관련하여 의사에게 질병 등의 건강상태에 대해 조회 및 열람하는 것에 동의합니다.

년 월 일

에이비엘생명보험주식회사 귀중

계약자 성명 : (인/서명)

피보험자 성명 : (인/서명)

법정대리인(친권자) 관계() 성명 : (인/서명)

법정대리인(친권자) 관계() 성명 : (인/서명)

피보험자 본인이 자필서명을 하지 않으신 경우에는 계약이 무효가 되어 보장을 받지 못하실 수도 있습니다. 계약자 또는 피보험자가 미성년자인 경우 법정대리인(친권자/후견인)이 서명동의를 해주시기 바랍니다.

<법정대리인(친권자) 1인이 서명한 경우>

본인은 다른 법정대리인(친권자) 1인과 합의하에 공동으로 친권을 행사합니다. (인/서명)