(사업방법서 별지)

1. 보험종목의 명칭

가. 보험종목의 명칭

보험종목	
무배당 ABL건강N더보장종합보험(갱신형)2501	간편심사형(305)
	간편심사형(315)
	간편심사형(325)
	간편심사형(335)
	간편심사형(345)
	간편심사형(355)
	일반심사형

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

가. 10년 만기 갱신형

구 분	보험기간	보험료 납입기간	피보험자 가입나이		보험료 납입주기
			간편심사형	일반심사형	
최초계약	10년	전기납	30세 ~ 80세	만 15세 ~ 80세	월납
갱신계약	10년		40세 ~ 90세	25세 ~ 90세	
	100세		91세 ~ 99세	91세 ~ 99세	

나. 20년 만기 갱신형

구 분	보험기간	보험료 납입기간	피보험자 가입나이		보험료 납입주기
			간편심사형	일반심사형	
최초계약	20년	전기납	30세 ~ 80세	만 15세 ~ 80세	월납
갱신계약	20년		50세 ~ 80세	35세 ~ 80세	
	100세		81세 ~ 99세	81세 ~ 99세	

다. 30년 만기 갱신형

구 분	보험기간	보험료 납입기간	피보험자 가입나이		보험료 납입주기
			간편심사형	일반심사형	
최초계약	30년	전기납	30세 ~ 70세	만 15세 ~ 70세	월납
갱신계약	30년		60세 ~ 70세	45세 ~ 70세	
	100세		71세 ~ 99세	71세 ~ 99세	

※ 이 계약은 10년 만기, 20년 만기 또는 30년 만기 갱신형으로 운영하며, 갱신할 때에는 갱신 전 계약과 동일한 보험기간으로 갱신한다. 다만, 갱신일부터 「13. 계약의 갱신에 관한 사항 '다.'」에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일이 10년(최초계약의 보험기간이 20년인 경우에는 20년, 30년인 경우에는 30년) 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 계약의 보험기간으로 한다.

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 보험가입금액 등에 따라 이 계약의 "보험료 및 해약환급금 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. 해지계약의 부활(효력회복)에 관한 사항

약관 제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지) 에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 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 해약환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하 “보험계약대출”이라 한다)을 받을 수 있다. 그러나 순수보장성보험 등 보험 상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있다.

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

다. 회사는 약관 제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출의 원

금과 이자를 차감한다.

라. 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있다.

13. 계약의 갱신에 관한 사항

가. 계약자가 보험료 납입기일(갱신 전 계약의 보험료 납입기일을 준용한다)까지 갱신되는 계약의 제1회 보험료를 납입할 때, 이 계약은 자동갱신되는 것으로 한다. 다만, 약관 제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 연체보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 계약은 갱신되지 않는다.

나. '가'에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에 이 계약은 갱신되지 않는다.

(1) 계약자가 계약의 보험기간 종료일부터 역산하여 15일 전까지 이 계약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우

(2) 갱신시점의 피보험자의 나이가 100세 이상인 경우

(3) 보험기간 중 피보험자가 사망하여 약관 제23조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 계약이 소멸된 경우

다. '가'에 따라 갱신할 때에는 갱신 전 계약과 동일한 보험기간으로 갱신한다. 다만, 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 피보험자의 100세 계약해당일로 한다.

라. '가'에 따라 계약이 갱신되는 경우에 갱신 후 약관은 갱신 전 약관을 준용하여 적용한다. 다만, 관계 법령의 개정 및 금융위원회의 명령에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관을 갱신 후 약관으로 적용한다.

마. 갱신계약의 보장개시일은 갱신 전 계약의 보험기간 종료일의 다음날로 한다.

바. '가'에 따라 계약이 갱신되는 경우에 보험료, 계약자적립액 등은 갱신일 현재 피보험자의 나이에 따라 계산하고, 갱신을 할 때의 보험요율을 적용하며, 갱신

할 때의 보험요율은 위험률 등의 변동으로 인하여 갱신 전과 다를 수 있다.

사. 회사는 이 계약의 보험기간 종료일부터 역산하여 30일 전까지 '바'의 갱신계약 보험료를 계약자에게 서면으로 안내한다.

아. '라'에 따라 변경된 약관을 갱신 후 약관으로 적용하는 경우에는 회사는 이 계약의 보험기간 종료일부터 역산하여 30일 전까지 그 변경된 내용 및 자동갱신 의사를 확인하는 내용 등을 계약자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음), 전자문서 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 등으로 2회 이상 안내한다.

자. 회사는 '아'에 따라 안내한 경우에는 계약자의 자동갱신 의사를 전화(음성녹음), 직접 방문 또는 전자적 의사표시(통신판매계약의 경우 통신수단)를 통해 확인하고, 자동갱신 의사가 확인되는 경우에는 '라'에 따라 변경된 약관을 갱신 후 약관으로 적용하여 갱신됩니다. 다만, 계약자가 자동갱신을 원하지 않는 경우에는 이 계약은 갱신되지 않는다.

차. '자'에도 불구하고 회사가 계약자의 자동갱신 의사를 확인하지 못한 경우(계약자와 연락두절 등으로 회사 안내가 계약자에게 도달하지 못한 경우 포함)에는 '라'에 따라 변경된 약관을 갱신 후 약관으로 적용하여 갱신된다. 다만, 계약자는 갱신일부터 90일 이내에 계약을 취소할 수 있다.

카. 갱신계약의 보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용한다.

타. 동 상품에 부가된 특약은 주계약을 갱신하지 않았을 경우 갱신하지 않는다. 다만, 보험금 지급으로 주계약이 갱신되지 않더라도 특약은 갱신할 수 있다.

14. 기타

가. 간편심사형은 "간편심사"상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반심사보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 한다.

1) 간편심사란 의적결함 및 연령제한으로 인하여 보험시장에서 소외되고 있는 유병력자나 고령자 등의 계약심사 및 건강검진의 부담을 줄여 보험에 가입할 수

있도록 표준체에 비하여 간소화된 계약 전 알릴의무 사항(별첨2, 별첨3 참조)을 활용하여 계약심사 과정을 간소화함을 의미한다. 계약 전 알릴의무사항 간소화를 통하여 보험요율에 이미 반영된 사항은 계약심사에 활용하지 않는다.

2) 계약자가 간편심사형으로 가입할 경우 회사는 간편심사형과 일반심사형의 보장내용 및 보험료를 비교하여 안내하고 이에 대한 계약자 확인(별첨1 참조)을 받아야 한다. 이 경우 비교 대상인 일반심사형은 간편심사형보다 가입금액 등 보장내용이 축소되지 않도록 운영한다. 다만, 전화를 이용하여 보험계약을 청약하는 경우 [별첨1] “간편심사 상품에 대한 계약자 확인”에 대하여 음성녹음으로 대신한다.

3) 회사는 일반심사형의 경우 피보험자가 표준체에 해당하는 계약 전 알릴의무 사항을 통하여 보험가입 여부에 대한 의적심사를 거쳐 가입이 가능한 상품임을 설명한다.

4) 회사는 간편심사형으로 가입한 계약자 또는 피보험자가 계약일부터 3개월 이내에 일반심사형 가입을 희망하는 경우, 동일한 피보험자를 대상으로 일반계약심사를 통하여 일반심사형에 청약할 수 있는 기회를 제공한다. 다만, 간편심사형 계약의 보험금이 이미 지급되거나 청구서류를 접수한 경우에는 그러하지 않는다.

5) ‘4)’에 의하여 일반심사형에 가입하는 경우에는 기가입한 간편심사형 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 보험계약자에게 돌려준다.

6) 간편심사보험의 청약서는 일반심사보험의 청약서와 구별되도록 청약서 색상을 차별화하여 적용한다.

7) 회사는 간편심사형의 피보험자가 될 자가 최근 3개월 이내 당사의 다른 일반심사보험계약의 피보험자로 체결하였는지 여부를 확인하고, 그 결과 최근 3개월 이내에 당사의 다른 일반심사보험계약의 피보험자로 체결한 경우에는 일반심사를 통하여 일반심사형에 가입할 수 있도록 안내한다.

나. 본 상품은 매년 위험률을 모니터링, 검증하여 향후 경험위험률 산출을 위한 적정 경험통계가 집적된 경우 위험률을 재산출하여 보험료를 조정한다.

다. 건강등급 적용 특약에 관한 사항

(1) 회사는 ‘건강등급 적용 특약’에 따라 건강등급의 적용을 선택한 계약에 대하여 건강등급에 따른 보험료 할인을 적용한다.

(2) ‘건강등급 할인 대상상품’ 및 ‘건강등급별 할인율’은 ‘건강등급 적용 특약II’의 기초서류(사업방법서, 약관)를 따른다.

(3) ‘7. 보험료 선납에 관한 사항’에도 불구하고, 건강등급의 적용을 선택한 계약은 ‘건강등급 적용 특약’의 기초서류에 따라 보험료의 선납이 일부 제한될 수 있다.

라. 건강등급 적용 표준체 계약전환 특약에 관한 사항(간편심사형에 한함)

(1) 회사는 ‘건강등급 적용 표준체 계약전환 특약’에 따라 계약자가 계약전환을 신청하고 회사가 계약전환을 승낙한 경우 일반심사형 계약으로 계약을 전환한다.

(2) ‘전환 전 계약’이 다음 조건을 모두 충족하는 경우 계약전환의 대상으로 합니다.

① 최초 청약 시 건강등급의 적용을 선택한 계약

② 전환 신청 시 연체된 보험료가 없는 유효한 계약

③ 전환 신청 시 피보험자가 회사가 정한 ‘계약전환 시 확인사항’을 모두 충족한 계약

④ ‘전환 전 계약’이 간편심사형인 계약

⑤ 전환 신청 시 피보험자의 보험나이가 65세 이하인 계약

⑥ ‘전환 전 계약’의 주계약 납입기간이 경과하지 않은 계약

(3) ‘계약전환 시 확인사항’은 다음 조건을 모두 충족하는 경우를 말한다.

① 최초 도래하는 “건강등급 재산정일”부터 전환신청일까지 계속하여 유효한 건강등급을 보유한 경우

② 전환신청일 직전 “건강등급 재산정일”에 피보험자의 건강등급이 1등급 또는 2등급인 경우

③ 피보험자가 전환신청일로부터 직전 5년동안 질병이나 사고로 인하여 입원 또는 수술(제왕절개 포함)을 받지 않은 경우

④ 피보험자가 전환신청일로부터 직전 5년동안 “암”으로 진단받지 않은 경우

(4) ‘계약전환의 적용대상’ 및 ‘계약전환 시 확인사항’은 ‘건강등급 적용 표준체 계약전환 특약’의 기초서류(사업방법서, 약관)를 따른다.

마. 가입 후 무사고 고객 계약전환에 관한 사항(다만, 간편심사형 상품에 한함)

(1) 회사는 ‘가입 후 무사고 고객 계약전환 특약’에 따라 계약자가 계약전환을 신청하고 회사가 계약전환을 승낙한 경우 ‘전환 후 계약’으로 계약을 전환한다.

(2) ‘전환 전 계약’이 다음 조건을 모두 충족하는 경우 계약전환의 대상으로 한다.

① 전환 신청 시 연체된 보험료가 없는 유효한 계약

② 피보험자의 무사고 기간이 변경되어 위험이 감소된 계약

③ 해당계약의 기초서류에서 정하는 ‘간편심사형(355)’ 유형이 아닌 계약

(3) ‘무사고’라 함은 아래 조건을 모두 충족하는 경우를 말한다.

① 최초 보험계약일(갱신형의 경우 최초계약의 계약일로 하며, 부활(효력회복) 계약의 경우에도 최초 보험계약일(갱신형의 경우 최초계약의 계약일)로 합니다. 이하 ‘최초 보험계약일’이라 한다) 이후에 질병 및 사고로 인하여 입원 또는 수술(제왕절개 포함)을 받지 않은 경우

② 최초 보험계약일 이후에 ‘특정질병’으로 진단받지 않은 경우

※ 특정질병: 최초 보험계약 시 “계약 전 알릴의무 사항”에서 진단, 입원 또는 수술 여부를 질문한 질병을 말한다.

(4) ‘무사고 기간’이라 함은 최초 보험계약일로부터 ‘(3)’의 ‘무사고’상태가 계속하여 유지되는 기간을 말한다. ‘무사고 기간’의 산정은 최초 보험계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일(해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 한다) 전일까

지를 기준으로 한다.

(5) ‘계약전환의 적용대상’은 ‘가입 후 무사고 고객 계약전환 특약’의 기초서류(사업방법서, 약관)를 따른다.

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

사. 보험기간, 보험료 납입주기 및 보험료 납입기간을 제외한 피보험자 가입나이 및 가입한도 등 계약인수관련 사항은 회사가 별도로 정한 기준에 따라 제한될 수 있다.

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

[별첨1]

간편심사 상품에 대한 계약자 확인

1. 이 보험은 “간편심사” 상품으로 유병력자 또는 연령제한 등 일반심사보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다.
2. 이 보험은 일반심사형 대비 보험료가 할증되어 있습니다. 의사의 건강검진을 받거나 일반심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사형에 가입할 수 있습니다. (다만, 일반심사보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다.)

※ 일반심사보험과의 보험료 비교 - 간편심사형

상품명	(무)ABL건강N더보장종합보험(갱신형)2501(간편심사형)	(무)ABL건강N더보장종합보험(갱신형)2501(일반심사형)
	(무)12대기관양성신생물(3대기관폴립포함)수술보장특약Ⅱ(갱신형)(간편심사형)	(무)12대기관양성신생물(3대기관폴립포함)수술보장특약Ⅱ(갱신형)(일반심사형)
	(무)1-5종수술보장특약Ⅱ(갱신형)(간편심사형)	(무)1-5종수술보장특약Ⅱ(갱신형)(일반심사형)
	(무)2대질병진단특약DⅡ(갱신형)(간편심사형)	(무)2대질병진단특약DⅡ(갱신형)(일반심사형)
	(무)3대질병진단특약DⅡ(갱신형)(간편심사형)	(무)3대질병진단특약DⅡ(갱신형)(일반심사형)
	(무)간편재진단2대질병진단특약Ⅱ(갱신형)(간편심사형)	(무)간편재진단2대질병진단특약Ⅱ(갱신형)(일반심사형)
	(무)간편재진단3대질병진단특약Ⅱ(갱신형)(간편심사형)	(무)간편재진단3대질병진단특약Ⅱ(갱신형)(일반심사형)
	(무)갑상선바늘생검조직병리진단특약Ⅱ(갱신형)(간편심사형)	(무)갑상선바늘생검조직병리진단특약Ⅱ(갱신형)(일반심사형)
	(무)갑상선암 및 기타피부암 주요치료비보장특약DⅢ(갱신형)(간편심사형)	(무)갑상선암 및 기타피부암 주요치료비보장특약DⅢ(갱신형)(일반심사형)
	(무)계속받는카티(CAR-T)항암약물허가치료보장특약DⅡ(갱신형)(간편심사형)	(무)계속받는카티(CAR-T)항암약물허가치료보장특약DⅡ(갱신형)(일반심사형)
	(무)계속받는표적항암약물허가치료보장특약DⅡ(갱신형)(간편심사형)	(무)계속받는표적항암약물허가치료보장특약DⅡ(갱신형)(일반심사형)
	(무)급성심근경색증진단특약DⅡ(갱신형)(간편심사형)	(무)급성심근경색증진단특약DⅡ(갱신형)(일반심사형)
	(무)뇌심질환입원수술보장특약DⅡ(갱신형)(간편심사형)	(무)뇌심질환입원수술보장특약DⅡ(갱신형)(일반심사형)
	(무)뇌출혈 및 뇌경색증진단특약DⅡ(갱신형)(간편심사형)	(무)뇌출혈 및 뇌경색증진단특약DⅡ(갱신형)(일반심사형)
	(무)뇌혈관질환진단특약DⅡ(갱신형)(간편심사형)	(무)뇌혈관질환진단특약DⅡ(갱신형)(일반심사형)
	(무)등급별골절 및 깁스특약DⅡ(갱신형)(간편심사형)	(무)등급별골절 및 깁스특약DⅡ(갱신형)(일반심사형)
	(무)상급종합병원입원보장특약DⅡ(갱신형)(간편심사형)	(무)상급종합병원입원보장특약DⅡ(갱신형)(일반심사형)
	(무)상급종합병원질병수술보장특약Ⅱ(갱신형)(간편심사형)	(무)상급종합병원질병수술보장특약Ⅱ(갱신형)(일반심사형)
	(무)선택주요암진단특약DⅡ(갱신형)(간편심사형)	(무)선택주요암진단특약DⅡ(갱신형)(일반심사형)
	(무)선택질병보험료납입면제특약DⅡ(갱신형)(간편심사형)	(무)선택질병보험료납입면제특약DⅡ(갱신형)(일반심사형)
	(무)소액암진단특약DⅡ(갱신형)(간편심사형)	(무)소액암진단특약DⅡ(갱신형)(일반심사형)
	(무)수술보장특약DⅡ(갱신형)(간편심사형)	(무)수술보장특약DⅡ(갱신형)(일반심사형)
	(무)암수술보장특약DⅡ(갱신형)(간편심사형)	(무)암수술보장특약DⅡ(갱신형)(일반심사형)
	(무)암직접치료상급종합병원통원보장특약Ⅱ(갱신형)(간편심사형)	(무)암직접치료상급종합병원통원보장특약Ⅱ(갱신형)(일반심사형)
	(무)암직접치료입원보장특약DⅡ(갱신형)(간편심사형)	(무)암직접치료입원보장특약DⅡ(갱신형)(일반심사형)
	(무)암직접치료통원보장특약DⅡ(갱신형)(간편심사형	(무)암직접치료통원보장특약DⅡ(갱신형)(일반심사형

	)	)
	(무)여성다빈도질병수술보장특약Ⅱ(갱신형)(간편심사형)	(무)여성다빈도질병수술보장특약Ⅱ(갱신형)(일반심사형)
	(무)요양병원암입원보장특약DⅡ(갱신형)(간편심사형)	(무)요양병원암입원보장특약DⅡ(갱신형)(일반심사형)
	(무)응급실내원특약DⅢ(갱신형)(간편심사형)	(무)응급실내원특약DⅢ(갱신형)(일반심사형)
	(무)일반암주요치료비보장특약DⅢ(갱신형)(간편심사형)	(무)일반암주요치료비보장특약DⅢ(갱신형)(일반심사형)
	(무)일반암진단특약DⅡ(갱신형)(간편심사형)	(무)일반암진단특약DⅡ(갱신형)(일반심사형)
	(무)입원보장특약DⅡ(갱신형)(간편심사형)	(무)입원보장특약DⅡ(갱신형)(일반심사형)
	(무)재해수술보장특약Ⅱ(갱신형)(간편심사형)	(무)재해수술보장특약Ⅱ(갱신형)(일반심사형)
	(무)재해장해보장특약DⅡ(갱신형)(간편심사형)	(무)재해장해보장특약DⅡ(갱신형)(일반심사형)
	(무)전립선바늘생검조직병리진단특약Ⅱ(갱신형)(간편심사형)	(무)전립선바늘생검조직병리진단특약Ⅱ(갱신형)(일반심사형)
	(무)정기특약DⅡ(갱신형)(간편심사형)	(무)정기특약DⅡ(갱신형)(일반심사형)
	(무)종합병원질병수술보장특약Ⅱ(갱신형)(간편심사형)	(무)종합병원질병수술보장특약Ⅱ(갱신형)(일반심사형)
	(무)질병수술보장특약Ⅱ(갱신형)(간편심사형)	(무)질병수술보장특약Ⅱ(갱신형)(일반심사형)
	(무)질병장해보장특약DⅡ(갱신형)(간편심사형)	(무)질병장해보장특약DⅡ(갱신형)(일반심사형)
	(무)특정항암호르몬약물허가치료보장특약DⅡ(갱신형)(간편심사형)	(무)특정항암호르몬약물허가치료보장특약DⅡ(갱신형)(일반심사형)
	(무)표적항암약물허가치료보장특약DⅡ(갱신형)(간편심사형)	(무)표적항암약물허가치료보장특약DⅡ(갱신형)(일반심사형)
	(무)항암방사선치료보장특약DⅡ(갱신형)(간편심사형)	(무)항암방사선치료보장특약DⅡ(갱신형)(일반심사형)
	(무)항암세기조절방사선치료보장특약DⅡ(갱신형)(간편심사형)	(무)항암세기조절방사선치료보장특약DⅡ(갱신형)(일반심사형)
	(무)항암약물치료보장특약DⅡ(갱신형)(간편심사형)	(무)항암약물치료보장특약DⅡ(갱신형)(일반심사형)
	(무)항암양성자방사선치료보장특약DⅡ(갱신형)(간편심사형)	(무)항암양성자방사선치료보장특약DⅡ(갱신형)(일반심사형)
	(무)허혈심장질환진단특약DⅡ(갱신형)(간편심사형)	(무)허혈심장질환진단특약DⅡ(갱신형)(일반심사형)
	(무)혈전용해치료보장특약DⅡ(갱신형)(간편심사형)	(무)혈전용해치료보장특약DⅡ(갱신형)(일반심사형)
	(무)계속받는 갑상선암 및 기타피부암 주요치료비보장특약D(갱신형)(간편심사형)	(무)계속받는 갑상선암 및 기타피부암 주요치료비보장특약D(갱신형)(일반심사형)
	(무)계속받는 일반암주요치료비보장특약D(갱신형)(간편심사형)	(무)계속받는 일반암주요치료비보장특약D(갱신형)(일반심사형)
	(무)뇌심주요치료비보장특약D(갱신형)(간편심사형)	(무)뇌심주요치료비보장특약D(갱신형)(일반심사형)
상품 구분	간편심사형	일반심사형
보장 내용	(무)ABL건강N더보장종합보험(갱신형)2501(간편심사형) - 재해사망시 보험가입금액의 100%	(무)ABL건강N더보장종합보험(갱신형)2501(일반심사형) - 재해사망시 보험가입금액의 100%
	(무)12대기관양성신생물(3대기관폴립포함)수술보장특약Ⅱ(갱신형)(간편심사형) - 12대기관 양성신생물(3대기관폴립포함)의 직접적인 치료를 목적으로 수술시 보험가입금액의 1% (연간 1회)	(무)12대기관양성신생물(3대기관폴립포함)수술보장특약Ⅱ(갱신형)(일반심사형) - 12대기관 양성신생물(3대기관폴립포함)의 직접적인 치료를 목적으로 수술시 보험가입금액의 1% (연간 1회)
	(무)1-5종수술보장특약Ⅱ(갱신형)(간편심사형) - 1종수술급여금 1~5종 수술분류표에서 정한 1종수술을 받았을 때 보험가입금액의 100%(수술 1회당) - 2종수술급여금 1~5종 수술분류표에서 정한 2종수술을 받았을 때 보험가입금액의 100%(수술 1회당) - 3종수술급여금 1~5종 수술분류표에서 정한 3종수술을 받았을 때 보험가입금액의 100%(수술 1회당) - 4종수술급여금 1~5종 수술분류표에서 정한 4종수술을 받았을 때 보험가입금액의 100%(수술 1회당) - 5종수술급여금 1~5종 수술분류표에서 정한 5종수술을 받았을 때 보험가입금액의 100%(수술 1회당)	(무)1-5종수술보장특약Ⅱ(갱신형)(일반심사형) - 1종수술급여금 1~5종 수술분류표에서 정한 1종수술을 받았을 때 보험가입금액의 100%(수술 1회당) - 2종수술급여금 1~5종 수술분류표에서 정한 2종수술을 받았을 때 보험가입금액의 100%(수술 1회당) - 3종수술급여금 1~5종 수술분류표에서 정한 3종수술을 받았을 때 보험가입금액의 100%(수술 1회당) - 4종수술급여금 1~5종 수술분류표에서 정한 4종수술을 받았을 때 보험가입금액의 100%(수술 1회당) - 5종수술급여금 1~5종 수술분류표에서 정한 5종수술을 받았을 때 보험가입금액의 100%(수술 1회당)

	(다만, 간편심사형일 경우 계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생하였을 경우에는 상기금액의 50%를 지급)	
	(무)2대질병진단특약DⅡ(갱신형)(간편심사형) - 뇌출혈 및 뇌경색증 또는 급성심근경색증으로 진단시 보험가입금액의 100% (최초 질병 1회)	(무)2대질병진단특약DⅡ(갱신형)(일반심사형) - 뇌출혈 및 뇌경색증 또는 급성심근경색증으로 진단시 보험가입금액의 100% (최초 질병 1회)
	(무)3대질병진단특약DⅡ(갱신형)(간편심사형) - 암, 뇌출혈 및 뇌경색증 또는 급성심근경색증으로 진단시 보험가입금액의 100% (최초 질병 1회)	(무)3대질병진단특약DⅡ(갱신형)(일반심사형) - 암, 뇌출혈 및 뇌경색증 또는 급성심근경색증으로 진단시 보험가입금액의 100% (최초 질병 1회)
	(무)간편재진단2대질병진단특약Ⅱ(갱신형)(간편심사형) - 재진단2대질병 보장개시일 이후에 재진단2대질병으로 진단시 보험가입금액의 100%	(무)간편재진단2대질병진단특약Ⅱ(갱신형)(일반심사형) - 재진단2대질병 보장개시일 이후에 재진단2대질병으로 진단시 보험가입금액의 100%
	(무)간편재진단3대질병진단특약Ⅱ(갱신형)(간편심사형) - 재진단3대질병 보장개시일 이후에 재진단3대질병으로 진단시 보험가입금액의 100%	(무)간편재진단3대질병진단특약Ⅱ(갱신형)(일반심사형) - 재진단3대질병 보장개시일 이후에 재진단3대질병으로 진단시 보험가입금액의 100%
	(무)갑상선바늘생검조직병리진단특약Ⅱ(갱신형)(간편심사형) - 갑상선 바늘생검 조직병리진단 시 보험가입금액의 2% (연간 1회)	(무)갑상선바늘생검조직병리진단특약Ⅱ(갱신형)(일반심사형) - 갑상선 바늘생검 조직병리진단 시 보험가입금액의 2% (연간 1회)
	(무)갑상선암 및 기타피부암 주요치료비보장특약DⅢ(갱신형)(간편심사형) - 갑상선암 및 기타피부암으로 최초 진단확정되고, 보험금 지급기간 이내에 갑상선암 및 기타피부암으로 “암 주요치료”를 받은 경우 보험가입금액의 100% (다만, 연간 1회 한도, 최대 10회 지급)	(무)갑상선암 및 기타피부암 주요치료비보장특약DⅢ(갱신형)(일반심사형) - 갑상선암 및 기타피부암으로 최초 진단확정되고, 보험금 지급기간 이내에 갑상선암 및 기타피부암으로 “암 주요치료”를 받은 경우 보험가입금액의 100% (다만, 연간 1회 한도, 최대 10회 지급)
	(무)계속받는카티(CAR-T)항암약물허가치료보장특약DⅡ(갱신형)(간편심사형) - 카티(CAR-T)항암약물허가치료적응증의 직접적인 치료를 목적으로 카티(CAR-T)항암약물허가치료 시 보험가입금액의 100% (연간1회)	(무)계속받는카티(CAR-T)항암약물허가치료보장특약DⅡ(갱신형)(일반심사형) - 카티(CAR-T)항암약물허가치료적응증의 직접적인 치료를 목적으로 카티(CAR-T)항암약물허가치료 시 보험가입금액의 100% (연간1회)
	(무)계속받는표적항암약물허가치료보장특약DⅡ(갱신형)(간편심사형) - 암, 갑상선암, 기타피부암의 직접적인 치료를 목적으로 표적항암약물허가치료시 최초 1회 / 보험가입금액의 90% 연간 1회 / 보험가입금액의 10%	(무)계속받는표적항암약물허가치료보장특약DⅡ(갱신형)(일반심사형) - 암, 갑상선암, 기타피부암의 직접적인 치료를 목적으로 표적항암약물허가치료시 최초 1회 / 보험가입금액의 90% 연간 1회 / 보험가입금액의 10%
	(무)급성심근경색증진단특약DⅡ(갱신형)(간편심사형) - 급성심근경색증 진단시 보험가입금액의 100% (최초 1회)	(무)급성심근경색증진단특약DⅡ(갱신형)(일반심사형) - 급성심근경색증 진단시 보험가입금액의 100% (최초 1회)
	(무)뇌심질환입원수술보장특약DⅡ(갱신형)(간편심사형) - 뇌심질환Ⅰ의 직접적인 치료를 목적으로 입원시(120일 한도) 3일 초과 입원 일수 1일당 보험가입금액의 0.3% - 뇌심질환Ⅰ의 직접적인 치료를 목적으로 수술시(수술 1회당) 보험가입금액의 15%	(무)뇌심질환입원수술보장특약DⅡ(갱신형)(일반심사형) - 뇌심질환Ⅰ의 직접적인 치료를 목적으로 입원시(120일 한도) 3일 초과 입원 일수 1일당 보험가입금액의 0.3% - 뇌심질환Ⅰ의 직접적인 치료를 목적으로 수술시(수술 1회당) 보험가입금액의 15%
	(무)뇌출혈 및 뇌경색증진단특약DⅡ(갱신형)(간편심사형) - 뇌출혈 및 뇌경색증 진단시 보험가입금액의 100% (최초 1회)	(무)뇌출혈 및 뇌경색증진단특약DⅡ(갱신형)(일반심사형) - 뇌출혈 및 뇌경색증 진단시 보험가입금액의 100% (최초 1회)
	(무)뇌혈관질환진단특약DⅡ(갱신형)(간편심사형) - 뇌혈관질환 진단시 보험가입금액의 100% (최초 1회)	(무)뇌혈관질환진단특약DⅡ(갱신형)(일반심사형) - 뇌혈관질환 진단시 보험가입금액의 100% (최초 1회)
	(무)등급별골절 및 깁스특약DⅡ(갱신형)(간편심사형) - 재해를 직접적인 원인으로 골절등급에 해당하는 골절로 진단시(치아파절 제외, 연간 1회 한도) 보험가입금액의 10%/4%/3%/2%/1%	(무)등급별골절 및 깁스특약DⅡ(갱신형)(일반심사형) - 재해를 직접적인 원인으로 골절등급에 해당하는 골절로 진단시(치아파절 제외, 연간 1회 한도) 보험가입금액의 10%/4%/3%/2%/1%

- 재해 또는 재해 이외의 원인으로 깁스(Cast)치료시(부목(Splint Cast)치료 제외) 보험가입금액의 1% (치료 1회당)	- 재해 또는 재해 이외의 원인으로 깁스(Cast)치료시(부목(Splint Cast)치료 제외) 보험가입금액의 1% (치료 1회당)
(무)상급종합병원입원보장특약DⅡ(갱신형)(간편심사형) - 질병 및 재해의 직접적인 치료를 목적으로 입원시(120일 한도) 1일이상 입원일수 1일당 보험가입금액의 0.1% - 질병 및 재해의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원 입원시(120일 한도) 1일이상 입원일수 1일당 보험가입금액의 0.3%	(무)상급종합병원입원보장특약DⅡ(갱신형)(일반심사형) - 질병 및 재해의 직접적인 치료를 목적으로 입원시(120일 한도) 1일이상 입원일수 1일당 보험가입금액의 0.1% - 질병 및 재해의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원 입원시(120일 한도) 1일이상 입원일수 1일당 보험가입금액의 0.3%
(무)상급종합병원질병수술보장특약Ⅱ(갱신형)(간편심사형) - 질병으로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원에서 수술을 받았을 때 보험가입금액의 10%(동일한 질병당 1회에 한함) (최초계약의 경우 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생하였을 경우 약정한 보험금의 50%를 지급)	(무)상급종합병원질병수술보장특약Ⅱ(갱신형)(일반심사형) - 질병으로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원에서 수술을 받았을 때 보험가입금액의 10%(동일한 질병당 1회에 한함) (최초계약의 경우 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생하였을 경우 약정한 보험금의 50%를 지급)
(무)선택주요암진단특약DⅡ(갱신형)(간편심사형) - 계약자가 가입한 종에 따라 다음에 해당하는 암 진단시 보험가입금액의 100% (최초 1회) 1종 위암 2종 간암 3종 폐암 4종 대장암 (대장점막내암 제외) 5종 췌장암 · 담낭암 · 기타담도암	(무)선택주요암진단특약DⅡ(갱신형)(일반심사형) - 계약자가 가입한 종에 따라 다음에 해당하는 암 진단시 보험가입금액의 100% (최초 1회) 1종 위암 2종 간암 3종 폐암 4종 대장암 (대장점막내암 제외) 5종 췌장암 · 담낭암 · 기타담도암
(무)선택질병보험료납입면제특약DⅡ(갱신형)(간편심사형) - [암 보장형] 암 진단시 차회 이후의 납입보험료 면제 - [뇌출혈 및 뇌경색증 보장형] 뇌출혈 및 뇌경색증 진단시 차회 이후의 납입보험료 면제 - [급성심근경색증 보장형] 급성심근경색증 진단시 차회 이후의 납입보험료 면제	(무)선택질병보험료납입면제특약DⅡ(갱신형)(일반심사형) - [암 보장형] 암 진단시 차회 이후의 납입보험료 면제 - [뇌출혈 및 뇌경색증 보장형] 뇌출혈 및 뇌경색증 진단시 차회 이후의 납입보험료 면제 - [급성심근경색증 보장형] 급성심근경색증 진단시 차회 이후의 납입보험료 면제
(무)소액암진단특약DⅡ(갱신형)(간편심사형) - 중증 이외의 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암, 경계성종양 진단시 각각 보험가입금액의 100% (각각 최초 1회)	(무)소액암진단특약DⅡ(갱신형)(일반심사형) - 중증 이외의 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암, 경계성종양 진단시 각각 보험가입금액의 100% (각각 최초 1회)
(무)수술보장특약DⅡ(갱신형)(간편심사형) - 수술분류표 1~5종 수술시(수술1회당) 보험가입금액의 1.5%/3%/6%/10%/50%	(무)수술보장특약DⅡ(갱신형)(일반심사형) - 수술분류표 1~5종 수술시(수술1회당) 보험가입금액의 1.5%/3%/6%/10%/50%
(무)암수술보장특약DⅡ(갱신형)(간편심사형) - 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 수술시(수술 1회당) 암 / 보험가입금액의 10% 갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양 / 보험가입금액의 3% - 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료시(각각 최초 1회) 암 / 보험가입금액의 10% 갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양 / 보험가입금액의 2% - 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료시(각각 최초 1회) 암 / 보험가입금액의 10% 갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양 / 보험가입금액의 2%	(무)암수술보장특약DⅡ(갱신형)(일반심사형) - 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 수술시(수술 1회당) 암 / 보험가입금액의 10% 갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양 / 보험가입금액의 3% - 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료시(각각 최초 1회) 암 / 보험가입금액의 10% 갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양 / 보험가입금액의 2% - 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료시(각각 최초 1회) 암 / 보험가입금액의 10% 갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양 / 보험가입금액의 2%
(무)암직접치료상급종합병원통원보장특약Ⅱ(갱신형)(간편심사형)	(무)암직접치료상급종합병원통원보장특약Ⅱ(갱신형)(일반심사형)

- 암의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원시 보험가입금액의 0.5% (통원 1일당 1회) - 갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원시 보험가입금액의 0.5% (통원 1일당 1회)	- 암의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원시 보험가입금액의 0.5% (통원 1일당 1회) - 갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원시 보험가입금액의 0.5% (통원 1일당 1회)
(무)암직접치료입원보장특약DⅡ(갱신형)(간편심사형) - 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 입원시(120일 한도) 3일 초과 입원 일수 1일당 암 / 보험가입금액의 0.5% 갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양 / 보험가입금액의 0.2%	(무)암직접치료입원보장특약DⅡ(갱신형)(일반심사형) - 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 입원시(120일 한도) 3일 초과 입원 일수 1일당 암 / 보험가입금액의 0.5% 갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양 / 보험가입금액의 0.2%
(무)암직접치료통원보장특약DⅡ(갱신형)(간편심사형) - “암”으로 진단이 확정되고, 보험기간 중 그 “암”의 직접적인 치료를 목적으로 통원하여 치료를 받았을 때 보험가입금액의 0.5% (다만, 통원 1일당 1회에 한함) - 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양으로 진단이 확정되고, 보험기간 중 그 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 통원하여 치료를 받았을 때 보험가입금액의 0.5% (다만, 통원 1일당 1회에 한함)	(무)암직접치료통원보장특약DⅡ(갱신형)(일반심사형) - “암”으로 진단이 확정되고, 보험기간 중 그 “암”의 직접적인 치료를 목적으로 통원하여 치료를 받았을 때 보험가입금액의 0.5% (다만, 통원 1일당 1회에 한함) - 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양으로 진단이 확정되고, 보험기간 중 그 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 통원하여 치료를 받았을 때 보험가입금액의 0.5% (다만, 통원 1일당 1회에 한함)
(무)여성다빈도질병수술보장특약Ⅱ(갱신형)(간편심사형) 여성다빈도질병”으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중 수술을 받았을 때 보험가입금액의 2%(동일한 질병당 1회에 한함) (최초계약의 경우 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생하였을 경우 약정한 보험금의 50%를 지급)	(무)여성다빈도질병수술보장특약Ⅱ(갱신형)(일반심사형) 여성다빈도질병”으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중 수술을 받았을 때 보험가입금액의 2%(동일한 질병당 1회에 한함) (최초계약의 경우 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생하였을 경우 약정한 보험금의 50%를 지급)
(무)요양병원암입원보장특약DⅡ(갱신형)(간편심사형) - 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양의 치료를 목적으로 요양병원 입원시(60일 한도) 3일 초과 입원일수 1일당 보험가입금액의 0.2%	(무)요양병원암입원보장특약DⅡ(갱신형)(일반심사형) - 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양의 치료를 목적으로 요양병원 입원시(60일 한도) 3일 초과 입원일수 1일당 보험가입금액의 0.2%
(무)응급실내원특약DⅢ(갱신형)(간편심사형) - 응급환자로 응급실에 내원시 보험가입금액의 0.4% (내원 1회당)	(무)응급실내원특약DⅢ(갱신형)(일반심사형) - 응급환자로 응급실에 내원시 보험가입금액의 0.4% (내원 1회당)
(무)일반암주요치료비보장특약DⅢ(갱신형)(간편심사형) - 암(갑상선암 및 기타피부암 제외)으로 최초 진단확정되고, “보험금 지급기간” 이내에 암(갑상선암 및 기타피부암 제외)으로 “암 주요치료”를 받은 경우 보험가입금액의 100% (다만, 연간 1회 한도, 최대 10회 지급)	(무)일반암주요치료비보장특약DⅢ(갱신형)(일반심사형) - 암(갑상선암 및 기타피부암 제외)으로 최초 진단확정되고, “보험금 지급기간” 이내에 암(갑상선암 및 기타피부암 제외)으로 “암 주요치료”를 받은 경우 보험가입금액의 100% (다만, 연간 1회 한도, 최대 10회 지급)
(무)일반암진단특약DⅡ(갱신형)(간편심사형) - 암(중증 이외의 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외) 진단시 보험가입금액의 100% (최초 1회)	(무)일반암진단특약DⅡ(갱신형)(일반심사형) - 암(중증 이외의 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외) 진단시 보험가입금액의 100% (최초 1회)
(무)입원보장특약DⅡ(갱신형)(간편심사형) - 질병 및 재해의 직접적인 치료를 목적으로 입원시(120일 한도) 1일이상 입원일수 1일당 보험가입금액의 0.1%	(무)입원보장특약DⅡ(갱신형)(일반심사형) - 질병 및 재해의 직접적인 치료를 목적으로 입원시(120일 한도) 1일이상 입원일수 1일당 보험가입금액의 0.1%
(무)재해수술보장특약Ⅱ(갱신형)(간편심사형) - 재해로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 때 보험가입금액의 10%(수술 1회당)	(무)재해수술보장특약Ⅱ(갱신형)(일반심사형) - 재해로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 때 보험가입금액의 10%(수술 1회당)
(무)재해장해보장특약DⅡ(갱신형)(간편심사형) - 재해로 장해분류표 중 3% 이상 100% 이하에 해당하는 장해상태시 보험가입금액의 100% X 해당 장해지급률	(무)재해장해보장특약DⅡ(갱신형)(일반심사형) - 재해로 장해분류표 중 3% 이상 100% 이하에 해당하는 장해상태시 보험가입금액의 100% X 해당 장해지급률
(무)전립선바늘생검조직병리진단특약Ⅱ(갱신형)(간편심사형)	(무)전립선바늘생검조직병리진단특약Ⅱ(갱신형)(일반심사형)

- 전립선 바늘생검 조직병리진단 시 보험가입금액의 5% (연간 1회)	- 전립선 바늘생검 조직병리진단 시 보험가입금액의 5% (연간 1회)
(무)정기특약DⅡ(갱신형)(간편심사형) - 사망시 보험가입금액의 100%	(무)정기특약DⅡ(갱신형)(일반심사형) - 사망시 보험가입금액의 100%
(무)종합병원질병수술보장특약Ⅱ(갱신형)(간편심사형) - 질병으로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 종합병원에서 수술을 받았을 때 보험가입금액의 10%(동일한 질병당 1회에 한함) (최초계약의 경우 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생하였을 경우 약정한 보험금의 50%를 지급)	(무)종합병원질병수술보장특약Ⅱ(갱신형)(일반심사형) - 질병으로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 종합병원에서 수술을 받았을 때 보험가입금액의 10%(동일한 질병당 1회에 한함) (최초계약의 경우 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생하였을 경우 약정한 보험금의 50%를 지급)
(무)질병수술보장특약Ⅱ(갱신형)(간편심사형) - 질병으로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 때 보험가입금액의 10%(동일한 질병당 1회에 한함) (최초계약의 경우 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생하였을 경우 약정한 보험금의 50%를 지급)	(무)질병수술보장특약Ⅱ(갱신형)(일반심사형) - 질병으로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 때 보험가입금액의 10%(동일한 질병당 1회에 한함) (최초계약의 경우 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생하였을 경우 약정한 보험금의 50%를 지급)
(무)질병장해보장특약DⅡ(갱신형)(간편심사형) - 질병으로 장해분류표 중 3% 이상 100% 이하에 해당하는 장해상태시 보험가입금액의 100% X 해당 장해지급률	(무)질병장해보장특약DⅡ(갱신형)(일반심사형) - 질병으로 장해분류표 중 3% 이상 100% 이하에 해당하는 장해상태시 보험가입금액의 100% X 해당 장해지급률
(무)특정항암호르몬약물허가치료보장특약DⅡ(갱신형)(간편심사형) - 암의 직접적인 치료를 목적으로 특정항암호르몬약물허가치료시 보험가입금액의 5% (최초 1회)	(무)특정항암호르몬약물허가치료보장특약DⅡ(갱신형)(일반심사형) - 암의 직접적인 치료를 목적으로 특정항암호르몬약물허가치료시 보험가입금액의 5% (최초 1회)
(무)표적항암약물허가치료보장특약DⅡ(갱신형)(간편심사형) - 암, 갑상선암, 기타피부암의 직접적인 치료를 목적으로 표적항암약물허가치료시 보험가입금액의 100% (최초 1회)	(무)표적항암약물허가치료보장특약DⅡ(갱신형)(일반심사형) - 암, 갑상선암, 기타피부암의 직접적인 치료를 목적으로 표적항암약물허가치료시 보험가입금액의 100% (최초 1회)
(무)항암방사선치료보장특약DⅡ(갱신형)(간편심사형) - 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료시(각각 최초 1회) 암 / 보험가입금액의 10% 갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양 / 보험가입금액의 2%	(무)항암방사선치료보장특약DⅡ(갱신형)(일반심사형) - 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료시(각각 최초 1회) 암 / 보험가입금액의 10% 갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양 / 보험가입금액의 2%
(무)항암세기조절방사선치료보장특약DⅡ(갱신형)(간편심사형) - 암, 갑상선암, 기타피부암의 직접적인 치료를 목적으로 항암세기조절방사선치료시 보험가입금액의 100% (최초 1회)	(무)항암세기조절방사선치료보장특약DⅡ(갱신형)(일반심사형) - 암, 갑상선암, 기타피부암의 직접적인 치료를 목적으로 항암세기조절방사선치료시 보험가입금액의 100% (최초 1회)
(무)항암약물치료보장특약DⅡ(갱신형)(간편심사형) - 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료시(각각 최초 1회) 암 / 보험가입금액의 10% 갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양 / 보험가입금액의 2%	(무)항암약물치료보장특약DⅡ(갱신형)(일반심사형) - 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료시(각각 최초 1회) 암 / 보험가입금액의 10% 갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양 / 보험가입금액의 2%
(무)항암양성자방사선치료보장특약DⅡ(갱신형)(간편심사형) - 암, 갑상선암, 기타피부암의 직접적인 치료를 목적으로 항암양성자방사선치료시 보험가입금액의 100% (최초 1회)	(무)항암양성자방사선치료보장특약DⅡ(갱신형)(일반심사형) - 암, 갑상선암, 기타피부암의 직접적인 치료를 목적으로 항암양성자방사선치료시 보험가입금액의 100% (최초 1회)
(무)허혈심장질환진단특약DⅡ(갱신형)(간편심사형) - 허혈심장질환 진단시 보험가입금액의 100% (최초 1회)	(무)허혈심장질환진단특약DⅡ(갱신형)(일반심사형) - 허혈심장질환 진단시 보험가입금액의 100% (최초 1회)
(무)혈전용해치료보장특약DⅡ(갱신형)(간편심사형) - 급성뇌경색증의 직접적인 치료를 목적으로	(무)혈전용해치료보장특약DⅡ(갱신형)(일반심사형) - 급성뇌경색증의 직접적인 치료를 목적으로

	혈전용해치료시 보험가입금액의 20% (최초 1회) - 급성심근경색증II의 직접적인 치료를 목적으로 혈전용해치료시 보험가입금액의 20% (최초 1회) (무)계속받는 갑상선암 및 기타피부암 주요치료비보장특약D(갱신형)(간편심사형) - “갑상선암” 또는 “기타피부암”으로 진단 확정되고, 그 “갑상선암” 또는 “기타피부암”의 직접적인 치료를 목적으로 보험기간 중 “암 주요치료”를 받은 경우(다만, 연간 1회에 한함) (무)계속받는 일반암주요치료비보장특약D(갱신형)(간편심사형) - “암”으로 진단 확정되고, 그 “암”의 직접적인 치료를 목적으로 보험기간 중 “암 주요치료”를 받은 경우(다만, 연간 1회에 한함) (무)뇌심주요치료비보장특약D(갱신형)(간편심사형) - “뇌혈관질환” 또는 “허혈심장질환”으로 최초 진단확정되고, “보험금 지급기간” 이내에 “뇌심 주요치료”를 받은 경우(다만, 연간 1회 한도, 최대 10회 지급)			혈전용해치료시 보험가입금액의 20% (최초 1회) - 급성심근경색증II의 직접적인 치료를 목적으로 혈전용해치료시 보험가입금액의 20% (최초 1회) (무)계속받는 갑상선암 및 기타피부암 주요치료비보장특약D(갱신형)(일반심사형) - “갑상선암” 또는 “기타피부암”으로 진단 확정되고, 그 “갑상선암” 또는 “기타피부암”의 직접적인 치료를 목적으로 보험기간 중 “암 주요치료”를 받은 경우(다만, 연간 1회에 한함) (무)계속받는 일반암주요치료비보장특약D(갱신형)(일반심사형) - “암”으로 진단 확정되고, 그 “암”의 직접적인 치료를 목적으로 보험기간 중 “암 주요치료”를 받은 경우(다만, 연간 1회 한함) (무)뇌심주요치료비보장특약D(갱신형)(일반심사형) - “뇌혈관질환” 또는 “허혈심장질환”으로 최초 진단확정되고, “보험금 지급기간” 이내에 “뇌심 주요치료”를 받은 경우(다만, 연간 1회 한도, 최대 10회 지급)		
계약 승낙 여부	일반심사보험 대비 질문항목(고지)을 간소화하여, 지병이나 기왕력이 있어도 가입할 수 있습니다.			피보험자의 건강상태 및 직업에 따라서 청약에 대한 승낙을 거절할 수 있습니다.		
구분	나이	남자	여자	나이	남자	여자
보험료 예시	40세	x,xxx원	x,xxx원	40세	x,xxx원	x,xxx원
	50세	x,xxx원	x,xxx원	50세	x,xxx원	x,xxx원
	60세	x,xxx원	x,xxx원	60세	x,xxx원	x,xxx원
기준	주계약 : 보험가입금액 100만원, 10년 만기 전기납, 최초계약 특약 : 보험가입금액 1,000만원(단, (무)항암세기조절방사선치료보장특약DII(갱신형)(간편심사형)은 보험가입금액 500만원), 10년 만기 전기납, 최초계약 (무)선택질병보험료납입면제특약DII(갱신형)(간편심사형) : 보험가입금액 납입면제 대상계약의 보험료 합계, 10년 만기 전기납, 최초계약			주계약 : 보험가입금액 100만원, 10년 만기 전기납, 최초계약 특약 : 보험가입금액 1,000만원(단, (무)항암세기조절방사선치료보장특약DII(갱신형)은 보험가입금액 500만원), 10년만기 전기납, 최초계약 (무)선택질병보험료납입면제특약DII(갱신형) : 보험가입금액 납입면제 대상계약의 보험료 합계, 10년 만기 전기납, 최초계약		

• 비교 대상 상품은 회사에서 판매중인 유사한 상품으로 변경할 수 있음

위 내용에 대하여 모집자는 계약자에게 충분히 설명하였고, 계약자는 설명 받은 내용을 이해하였음을 확인합니다.

[모집자 확인]

보험설계사 _____은(는) 위 내용에 대하여 계약자 _____에게 설명하였습니다.

20 년 월 일 보험설계사 (인/서명)

[계약자 확인]

보험설계사 _____(으)로 부터 위 내용에 대하여 설명을 들었습니다.

20 년 월 일 계약자 (인/서명)

[별첨2] 간편심사형(3N5), N=0,1,2,3,4,5

계약 전 알릴의무 사항

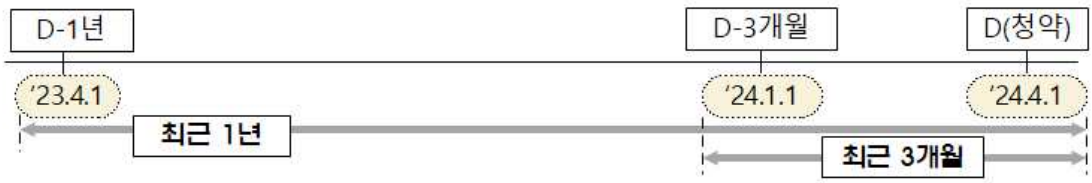
※ 피보험자에 관한 다음 사항은 회사가 보험계약의 청약을 심사하고 인수하는데 필요한 자료이므로 보험계약자 및 피보험자는 아래 질문들에 대해 사실대로 알려야 하며 직접 작성하기 바랍니다.

※ 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 보험금 지급을 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.

※ 이 청약서에서 '최근 ○개월 이내(◆년 이내)'는 청약일의 ○개월 전일(◆년 전일)부터 청약일까지를 의미합니다. (예를 들어 청약일이 4월 1일인 경우 '최근 3개월 이내'는 1월 1일부터 4월 1일까지)



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

건강상태

※ 보험료의 납입연체로 인한 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우, 아래 1번~3번 항목의 알릴의무 대상기간은 「계약해지일 이후로부터 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 기간」과 「계약 전 알릴의무 대상기간(아래 질문의 최근 3개월, N년, 5년)」 중 짧은 기간으로 합니다.

1. 최근 3개월 이내에 의사로부터 진찰 또는 검사(건강검진 포함)를 통하여 다음의 의료행위를 받은 사실이 있습니까? (예, 아니오)

   1) 질병 확정 진단 2) 질병 의심 소견

   3) 입원 필요 소견 4) 수술 필요 소견

   5) 추가검사(재검사) 필요 소견

※ 질병 의심 소견이란, 의사가 진단서나 소견서 또는 진료의뢰서 등을 포함하여 서면(전자문서 포함)으로 교부한 경우를 말합니다.

※ 필요 소견이란, 의사가 진단서, 소견서 등에 기재한 경우를 말합니다.

※ 추가검사(재검사)에 대한 정의 : 검사 결과 이상 소견이 확인되어 보다 정확한 진단을 위해 시행한 검사를 의미하며, 병증에 대한 치료 필요 없이 유지되는 상태에서 시행하는 정기검사 또는 추적관찰은 포함하지 않습니다.

2. 최근 N년 이내에 질병이나 사고로 인하여 다음과 같은 의료행위를 받은 사실이 있습니까? (예, 아니오)

   1) 입원 2) 수술(제왕절개 포함)

3. 최근 5년 이내에 의사로부터 진찰 또는 검사를 통하여 아래의 질병으로 “진단” 받거나 “ 입원 또는 수술” 을 받은 적이 있습니까? (예, 아니오)

   1) 암 2) 협심증 3) 심근경색 4) 뇌졸중증

   5) 간경화증 6) 심장판막증 7) 투석중인 만성신장질환

   ※ 암에는 악성신생물, 백혈병 및 기타 혈액종양이 포함됩니다.

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)이륜자동차(영업용) 8)이륜자동차(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. 원동기장치 자전거(전동킥보드, 전동이륜평행차, 전동기의 동력만으로 움직일 수 있는 자전거 등 개인형 이동장치를 포함)를 사용하십니까?(다만, 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등 보행보조용 의자차는 제외합니다) (예, 아니오)

6. 월소득(계약자 기준) - 월평균( )만원

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

보험계약자 _____은(는) 보험설계사 _____(으)로부터 계약 전 알릴의무 위반시의 효과(계약해지, 보장제한, 보험금 미지급 등)에 대해 설명을 들었으며, 계약 전 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)

[별첨3]

가입 후 무사고 고객 계약전환에 대한 계약자 확인서

1. 이 상품은 아래 조건을 모두 충족한 계약의 계약자가 계약전환을 신청하고 회사가 정한 절차에 따라 피보험자의 건강상태에 부합하는 유형으로 계약을 전환 할 수 있는 '가입 후 무사고 고객 계약전환'을 운영하는 상품입니다.

1) 전환 신청 시 연체된 보험료가 없는 유효한 계약

2) 피보험자의 무사고 기간이 변경되어 위험이 감소된 계약

3) 해당계약의 기초서류에서 정하는 '간편심사형(355)' 유형이 아닌 계약

[간편심사 유형별 보험료 예시]

○ 이 상품은 일반심사보험 대비 보험료가 할증 되어 있으며, "간편심사" 유형에 따라 할증 수준이 다릅니다. 보험료 수준은 할증 폭이 가장 큰 간편심사형(305)에서 간편심사형(355) 순으로 저렴해집니다.

기준 : 계약사항에 해당하는 보험료 합계 예시(단위:원)

구분	간편 심사형 (305)	간편 심사형 (315)	간편 심사형 (325)	간편 심사형 (335)	간편 심사형 (345)	간편 심사형 (355)
보험료합계	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx

["무사고" 및 "무사고 기간"의 정의]

1) "무사고"라 함은 아래 조건을 모두 충족하는 경우를 말합니다.

① 최초 보험계약일(갱신형의 경우 최초계약의 계약일로 하며, 부활(효력회복) 계약의 경우에도 최초 보험계약일(갱신형의 경우 최초계약의 계약일)로 합니다. 이하 "최초 보험계약일"이라 합니다) 이후에 질병 및 사고로 인하여 입원 또는 수술(제왕절개 포함)을 받지 않은 경우

② 최초 보험계약일 이후에 "특정질병"으로 진단받지 않은 경우

※ 특정질병: 최초 보험계약 시 "계약 전 알릴의무 사항"에서 진단, 입원 또는 수술 여부를 질문한 질병을 말합니다.

2) "무사고 기간"이라 함은 최초 보험계약일로부터 '1)'에서 정한 "무사고" 상태가 계속하여 유지되는 기간을 말합니다. "무사고 기간"의 산정은 최초 보험계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일(해당연

도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다) 전일까지를 기준으로 합니다.

2. 계약자는 계약전환 신청 가능 기간 동안 회사에 계약전환을 신청할 수 있으며, 회사는 신청내용을 확인하여 계약전환을 승낙 또는 거절할 수 있습니다. 회사가 계약전환을 승낙할 경우 “전환 후 계약”으로 계약을 전환하며, 회사가 계약전환을 거절할 경우에는 기존 계약이 유지되는 것으로 합니다.

3. 계약전환 신청은 보험계약일(갱신형의 경우 최초계약의 계약일)부터 1년이 경과한 날부터 가능하며, 계약전환 신청 가능 기간은 최초 계약체결 시 가입한 간편심사형 유형에 따라 아래와 같이 적용합니다.

최초계약	계약전환 신청 가능 기간
간편심사형(305)	최초 보험계약 시작일로부터 1년이 경과한 날부터 최초 보험계약 시작일로부터 8년이 경과한 날 이전까지
간편심사형(315)	최초 보험계약 시작일로부터 1년이 경과한 날부터 최초 보험계약 시작일로부터 7년이 경과한 날 이전까지
간편심사형(325)	최초 보험계약 시작일로부터 1년이 경과한 날부터 최초 보험계약 시작일로부터 6년이 경과한 날 이전까지
간편심사형(335)	최초 보험계약 시작일로부터 1년이 경과한 날부터 최초 보험계약 시작일로부터 5년이 경과한 날 이전까지
간편심사형(345)	최초 보험계약 시작일로부터 1년이 경과한 날부터 최초 보험계약 시작일로부터 4년이 경과한 날 이전까지
간편심사형(355)	계약전환 불가

4. 계약전환 신청 가능 기간 동안 계약자의 계약전환 신청이 없는 경우(계약자와의 연락두절로 회사의 안내가 계약자에게 도달하지 못한 경우 포함)에는 계약전환 의사가 없는 것으로 봅니다.

5. 회사의 승낙으로 계약전환이 이루어지는 경우, “전환 후 계약”은 최초 계약 시 가입한 간편심사형의 유형 및 무사고 기간에 따라 아래 표에 따른 유형의 간편심사형 계약을 같이 적용합니다.

<table>
<tr><td rowspan="2">최초계약
체결시</td><td colspan="5">최초계약</td></tr>
<tr><td>무사고기간
(1년)</td><td>무사고기간
(2년)</td><td>무사고기간
(3년)</td><td>무사고기간
(4년)</td><td>무사고기간
(5년)</td></tr>
<tr><td>간편심사형
(305)</td><td>간편심사형
(315)</td><td>간편심사형
(325)</td><td>간편심사형
(335)</td><td>간편심사형
(345)</td><td>간편심사형
(355)</td></tr>
<tr><td>간편심사형
(315)</td><td>간편심사형
(325)</td><td>간편심사형
(335)</td><td>간편심사형
(345)</td><td colspan="2">간편심사형(355)</td></tr>
<tr><td>간편심사형
(325)</td><td>간편심사형
(335)</td><td>간편심사형
(345)</td><td colspan="3">간편심사형(355)</td></tr>
<tr><td>간편심사형
(335)</td><td>간편심사형
(345)</td><td colspan="4">간편심사형(355)</td></tr>
<tr><td>간편심사형
(345)</td><td colspan="4">간편심사형(355)</td><td>계약전환
불가</td></tr>
<tr><td>간편심사형
(355)</td><td colspan="5">계약전환 불가</td></tr>
</table>

6. 계약전환이 이루어지는 경우, “전환 후 계약”의 보험기간은 “전환 전 계약”의 잔여보험기간과 동일합니다.

7. 계약전환이 이루어지는 경우, “전환 후 계약”은 아래에서 정한 사항에 대해 “전환 전 계약”과 동일한 내용으로 전환됩니다.

   1) 보장내용

   2) 갱신/비갱신 유형

   3) 해약환급금 지급에 관한 사항(기본형/해약환급금 미지급형)

   4) 간편심사 유형 변경을 제외한 보험가입금액 등 기타 계약의 내용

8. 회사는 계약전환 승낙 후 최초로 도래하는 보험료 납입일부터 보험료를 변경하여 적용하며, “전환 전 계약”의 계약자적립액과 “전환 후 계약”의 계약자적립액의 차이로 인하여 회사가 지급하여야 할 금액(이하 ‘정산차액’이라 합니다)이 발생하는 경우 회사는 이를 계약자에게 지급합니다.

9. ‘가입 후 무사고 고객 계약전환 특약’ 약관 제4조(계약전환 시 알릴 의무 위반의 효과)에 따라 계약전환이 무효가 된 경우 계약자는 지급된 정산차액을 회사에 반환하여야 하며, “전환 전 계약”의 유지를 위한 전환전 보험료와 전환후 보험료의 차액((이하 ‘증액보험료’라 합니다.)의 추가납입이 필요할 경우 계약자는 이를 정상적으로 납입하여야 합니다.

10. ‘9’에 따른 증액보험료 추가납입 또는 정산차액 반환이 연체되는 경우, 회사는 보험금 지급사유 발생 시 해당 금액을 보험금에서 차감하여 지급합니다.

11. ‘가입 후 무사고 고객 계약전환 특약’ 약관 제7조(계약전환의 적용) 제1항에 따른 계약전환이 이루어지는 경우, 해당계약 전체에 대하여 이루어져야 합니다.

12. ‘11’ 항에도 불구하고, “전환 전 계약”에서 해당계약의 소멸사유가 발생한 경우 해당계약은 계약전환이 불가능하며, 세부보장으로 구성된 계약의 경우 소멸사유가 발생한 세부보장은 계약전환이 불가능합니다. “전환 전 계약”에서 해당계약이 효력이 없음에도 불구하고 계약전환이 이루어진 경우에는 해당계약 전체에 대한 계약전환을 무효로 하며, 회사는 효력이 없어진 이후 납입한 해당계약의 보험료를 계약자에게 반환합니다.

※ 최초계약의 ‘계약 전 알릴 의무’, ‘계약 전 알릴 의무 위반의 효과’ 및 ‘사기에 의한 계약’ 조항은 “전환 후 계약”에서도 효력이 계속됩니다.

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

계약자 _____은(는) 보험설계사 _____(으)로부터 위 내용에 대해 설명을 들었으며, 무사고 고객 계약전환은 신청기한 가능 기간 동안 신청한 계약자에 한해서 회사의 승낙으로 적용됩니다.

상기 가입 후 무사고 고객 계약전환 특약에 대한 사항을 충분히 이해하고 계약을 체결하였습니다.

[모집자 확인]

보험설계사 _____은(는) 위 내용에 대하여 계약자 _____에게 설명하였습니다.

20 년 월 일 보험설계사 (인/서명)

[계약자 확인]

보험설계사 _____(으)로 부터 위 내용에 대하여 설명을 들었습니다.

20 년 월 일 계약자 (인/서명)