

(사업방법서 별지)

### 1. 보험종목의 명칭

무배당 우리WON하는치아보험(갱신형)

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

구 분	보험기간	피보험자 가입나이	보험료 납입기간	보험료 납입주기
최초계약	10년	6세 ~ 70세	전기납	월납, 3개월납, 6개월납, 연납
	20년	6세 ~ 60세		
갱신계약	1 ~ 10년	16세 ~ (80세 - 보험기간)세		
	1 ~ 20년	26세 ~ (80세 - 보험기간)세		

※ 이 계약은 10년 만기 또는 20년 만기 갱신형으로 운영한다. 다만, 갱신할 때에는 갱신 전 계약과 동일한 보험기간으로 갱신하며, 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 피보험자의 80세 계약해당일로 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

- 가. 보험료 납입기간 이내에 당월분을 제외하고 최대 6개월분까지의 보험료(특약이 부가된 경우 특약보험료 포함)를 선납할 수 있다.
- 나. 당월분을 제외하고 3개월분 이상의 보험료를 선납하는 경우에는 평균공시이율로 선납보험료를 할인하며, 선납보험료는 보험료 납입일부터 평균공시이율로 적립하여 해당 보험료를 월계약해당일에 대체한다.

## 8. 해지계약의 부활(효력회복)에 관한 사항

- 가. 약관 제38조(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.
- 나. 계약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 하며, 치과치료보장개시일은 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 한다.

## 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 제38조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출의 원금과 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 제38조(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 갱신

하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우

(2) 갱신시점의 피보험자의 나이가 80세 이상인 경우

(3) 보험기간 중 피보험자가 사망하여 약관 제34조(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 80세 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 다음날(이하 “갱신일”이라 한다)로 한다.

바. ‘가’에 따라 계약이 갱신되는 경우에 보험료, 계약자적립액 등은 갱신일 현재 피보험자의 나이에 따라 계산하고, 갱신을 할 때의 보험요율을 적용하며, 갱신할 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 통지한다.

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 갱신된다. 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.

## 14. 기타

### 가. 판매채널에 관한 사항

이 상품의 판매채널은 보험업감독규정 제4-14조에서 정한 금융기관 보험대리점 등을 제외하며 온라인채널을 포함한 범용으로 한다.

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

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

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

마. 회사는 계약을 체결할 때 계약자에게 다음의 사항을 안내하여야 한다.

(1) 보장항목 별 감액기간 및 치과치료보장개시일

보장항목	감액기간	치과치료보장개시일
가철성의치(틀니)보철치료보험금	2년(50%)	최초계약의 계약일(부활(효력회복)일)부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날(다만, 갱신계약은 갱신일)
고정성가공의치(브릿지)보철치료보험금		
임플란트보철치료보험금		
임플란트치조골이식술치료보험금		
크라운치료보험금	1년(50%)	
아말감·글래스아이노머보존치료보험금		
레진보존치료보험금		
인레이·온레이보존치료보험금		

※ 보험기간 중 발생한 재해로 인한 치과치료의 경우 계약일부터 해당 보험금의 100%를 지급한다.

※ 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신 계약의 경우에는 적용하지 않는다.

(2) 다음의 경우 해당 보험금을 지급하지 않는다.

1. 치과치료보장개시일 전에 “치아우식증(충치)” 또는 “치주질환(잇몸질환)” 으로 진단확정 받은 치아에 대하여 “치과치료” 를 받거나 “영구치발치” 를 받은 경우
2. 치과치료보장개시일 전에 발치한 영구치에 대하여 “보철치료” 또는 “임플란트치조골이식술치료” 를 받은 경우
3. 보험계약일 전에 발생한 재해를 직접적인 원인으로 “치과치료” 를 받거나 “영구치발치” 를 받은 경우
4. “치아우식증(충치)” 또는 “치주질환(잇몸질환)” 의 진단확정일 또는 영구치발치일이 확실하지 않거나 알 수 없는 경우
5. 다른 “치과치료” 를 위하여 임시 “치과치료” 를 한 경우
6. 이미 “보철치료”, “임플란트치조골이식술치료” 또는 “재식립임플란트치료” 를 받은 부위에 대하여 수리, 복구, 대체 및 치료를 한 경우
7. 이미 “크라운치료” 또는 “보존치료” 를 받은 부위에 대하여 새로운 “치아우식증(충치)”, “치주질환(잇몸질환)” 또는 재해에 기인하지 않는 수리, 복구, 대체 및 치료를 한 경우
8. 치아성형(Odontoplasty) 또는 라미네이트(Laminate, bonded porcelain restoration in the anterior dentition) 등 미용 상의 치료나 치아교정을 목적으로 치료하는 경우
9. 매복치(Embedded teeth) 및 매몰치(Impacted teeth) 또는 제3대구치(사랑니)에 대하여 “보철치료” 를 받은 경우
10. “보철치료”, “임플란트치조골이식술치료”, “보존치료” 또는 “크라운치료” 의 직접적인 원인이 “치아우식증(충치)”, “치주질환(잇몸질환)” 또는 재해가 아닌 경우
11. “영구치발치” 를 전제로 하지 않는 “보철치료” (선천적으로 영구치가 없는 경우에 “보철치료” 를 받는 경우 포함)
12. 골분할술(Ridge split technique), 골신장술(Distracted osteogenesis) 등 제9조(“임플란트치조골이식술치료” 의 정의)에 정하지 않은 시술



## [별첨]

### 계약 전 알릴의무 사항

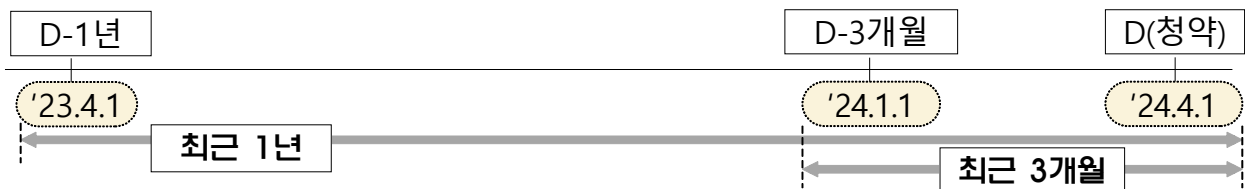
※ 피보험자에 관한 다음 사항은 회사가 보험계약의 청약을 심사하고 인수하는데 필요한 자료이므로 보험계약자 및 피보험자는 아래 질문들에 대해 사실대로 알려야 하며 직접 작성하기 바랍니다.

※ 만약 아래 질문들에 대하여 사실대로 알리지 않거나 사실과 다르게 알린 경우에는 보험가입이 거절될 수 있으며, 특히 질문 1번~3번에 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.

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

### 질문

※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 1년, 5년)」 중 짧은 기간으로 합니다.

1. 현재 틀니(가철성의치)를 사용하고 계십니까?(예, 아니오)
2. 최근 1년 이내에 치과의사로부터 진찰 또는 검사를 통하여 치료, 투약과 같은 의료행위를 받았거나 치료가 필요하다는 진단을 받은 적이 있습니까? (임플란트, 브릿지, 라미네이트, 치아/치열교정도 포함)(예, 아니오)
3. 최근 5년 이내에 치아우식증(충치), 치주질환(잇몸질환) 또는 치주염으로 영구치(자연치)를 1개 이상 상실하였거나 치주수술(잇몸수술)을 받았거나 필요하다는 진단을 받은 적이 있습니까?(예, 아니오)

※ 1번~3번까지 “예” 인 경우 병명, 치료기간, 치료내용, 치료병원, 재발경험, 완치여부를 기재하여 주시기 바랍니다.

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.

년 월 일

에이비엘생명보험주식회사 귀중

계약자 성명 : (인/서명)

피보험자 성명 : (인/서명)

법정대리인(친권자/후견인) 관계( ) 성명 : (인/서명)

법정대리인(친권자/후견인) 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)