

[2022년 1월 1일 제작]

하나만 묻는 (무)ABL초간편 건강보험 II

(갱신형)2201

※ 본 상품은 보장성 보험상품으로 은행의 예금·적금과는 다른 상품입니다.

하나만
물습니다!

- ※ 본 안내자료는 보험약관의 전체내용을 요약한 것이므로 보다 상세한 내용은 보험계약 체결 전에 반드시 보험약관 및 상품설명서를 확인하시기 바랍니다.
- ※ 해당 모집종사자는 ABL생명과 전속계약을 체결한 보험설계사입니다. □
해당 모집종사자는 다수의 보험사와 계약체결 및 대리·중개하는 보험대리점입니다. □
- ※ 해당 모집종사자는 보험사로부터 보험계약체결권을 부여받지 아니한 금융상품판매 대리·중개업자임을 알려드립니다.

고객의 '더 나은 삶(A Better Life)'을
보장하는 ABL생명

A Better Life

1954년 출범한 ABL생명은 60여 년의
경영 노하우와 글로벌 보험 그룹의
일원으로서 쌓아온 선진 상품개발능력,
디지털 고객서비스 환경을 기반으로
보험금융서비스를 제공하고 있습니다.

- 수입보험료 1조 9,008억원(2021년 9월 말 기준)
- 총자산 20조 5,455억원(2021년 9월 말 기준)

〈출처: ABL생명 2021년 3분기 경영공시자료〉

- 1954년 설립, 한국 시장에서 쌓아온 60년 역사와 전통
- 글로벌 금융 네트워크를 통해 축적한 선진 금융 기법과
노하우, 변액·보장성보험부터 연금·저축성보험까지 30여 종의
폭넓은 상품으로 고객의 다양한 니즈 보장
- 인터넷/모바일 전자서명청약시스템과 사이버센터/
모바일센터를 통해 보험가입, 청약, 납입, 사고보험금 청구를
간편하게 처리
- 비대면 본인인증 시스템 도입으로 간편하게 송금
- 화상 고객 서비스 도입으로 언제 어디서나 편리한 고객 상담
- 사고보험금 실시간 지급제도 시행
- 2012년 보험업계 최초 변액연금보험의 '금융자산운용방법'에
대한 특허 획득(* 특허 제 10-1211809호)



보험 가입이 어려웠던 유병자도 가입이 가능한... 하나만묻는(무)ABL초간편건강보험 II (갱신형)2201



한 가지 간편심사 고지항목으로 **초간편 가입**

- 최근 5년 이내 [1형(3대질병보장형) : 암, 제자리암, 간경화, 뇌혈관질환 또는 허혈심장질환, 2형(2대질병보장형) : 뇌혈관질환 또는 허혈심장질환]으로 진단, 입원, 수술하신 적이 없다면 가입이 가능합니다.

유병자, 고령자도 가입가능



- 고령자도 유병자도 간편심사를 통해 가입하실 수 있습니다.
- 최초 계약을 기준으로 피보험자 나이 30세부터 80세까지 가입 가능하며, 계약 갱신을 통해 최대 100세까지 보장합니다.

다만, 계약 갱신 시에는 보험나이 증가, 적용기초율 변경에 따라 보험료가 인상될 수 있습니다.



암, 뇌혈관질환, 심장질환 보장

- 1형(3대질병보장형)은 “암”(유방암, 전립선암, 중증 이외의 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외), “뇌출혈 및 뇌경색증” 또는 “급성심근경색증”을 보장하고, 2형(2대질병보장형)은 “뇌출혈 및 뇌경색증” 또는 “급성심근경색증”을 보장합니다. 다만, 보험기간 중 최초로 발생한 질병 1회에 한하여 보험금을 지급하여 드리며, 최초계약의 계약일로부터 2년 미만에 진단확정시에는 보험금의 50%를 지급합니다.

초간편 보험이란?

계약전 알릴의무 사항을 하나만 묻는 간편심사를 통해 가입이 가능한 보험상품입니다.

1형(3대질병보장형)

최근 5년 이내에 의사로부터 진찰 또는 검사를 통하여 암, 제자리암, 간경화, 뇌혈관질환(160-169) 또는 허혈심장질환(120-125)으로 “진단” 받거나 “입원 또는 수술”을 받은 적이 있습니까? (예, 아니오)
(암에는 악성신생물, 백혈병 및 기타 혈액종양이 포함됩니다)

2형(2대질병보장형)

최근 5년 이내에 의사로부터 진찰 또는 검사를 통하여 뇌혈관질환(160-169) 또는 허혈심장질환(120-125)으로 “진단” 받거나 “입원 또는 수술”을 받은 적이 있습니까? (예, 아니오)

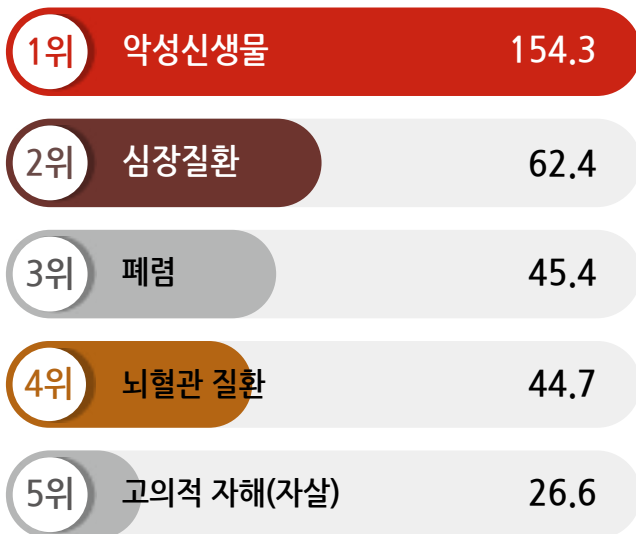
※ 본 상품은 “간편심사” 상품으로 유병력자, 고령자 등 일반심사보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 하므로 일반심사보험에 비해 보험료가 비쌉니다. 일반심사보험에 가입이 가능한 고객님은 일반심사보험((무)ABL간편가입건강보험 II (갱신형) 2종(일반심사형))을 안내받으시기 바랍니다.

※ “간편심사”란 의적결함 및 연령제한으로 인하여 보험시장에서 소외되고 있는 유병력자나 고령자 등의 계약심사 및 건강검진의 부담을 줄여 보험에 가입할 수 있도록 표준체에 비하여 간소화된 계약전 알릴의무 사항을 활용하여 계약심사 과정을 간소화함을 의미합니다. 계약전 알릴의무 사항 간소화를 통하여 보험료에 이미 반영된 사항은 계약심사에 활용하지 않습니다.

우리나라 국민 사망원인 1위는 “암”, 2위는 “심장질환”, 4위는 “뇌혈관질환”입니다.
하나만물는(무)ABL초간편건강보험Ⅱ(갱신형)2201에서
진단급여금 / 수술급여금 / 입원급여금을 보장해드립니다.

우리나라 국민 사망원인

(단위 : 인구 10만 명당 명)



자료출처 : 통계청, 2018년 사망원인 통계

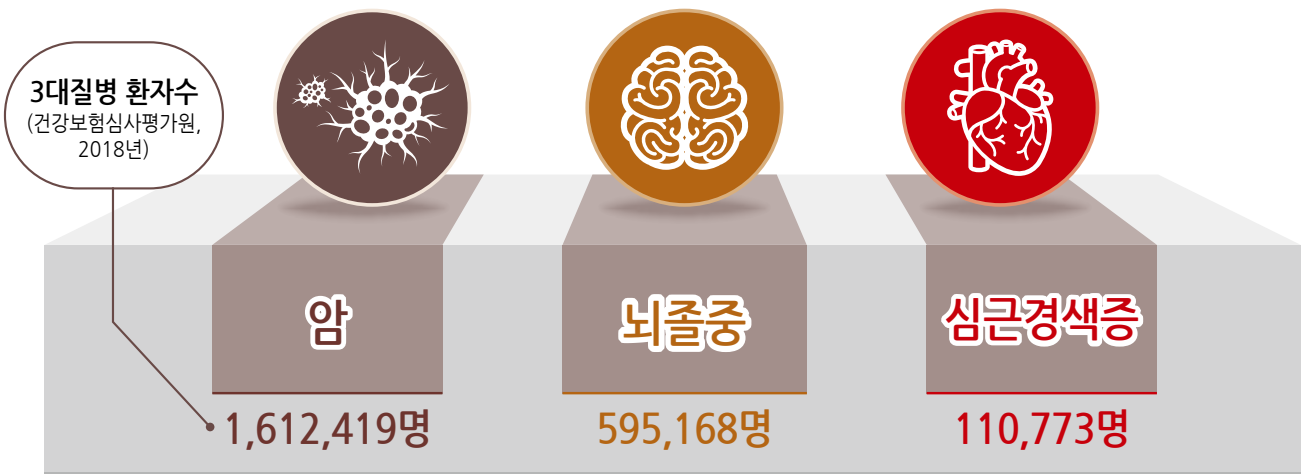
암발생자수

(단위 : 명)



자료출처 : 보건복지부, 중앙등록본부, 국립암센터, 2017년 국가암등록통계

230만명 (2,318,360명, 2018년 기준)의 사람들이 3대 질병으로 고통 받고 있습니다.



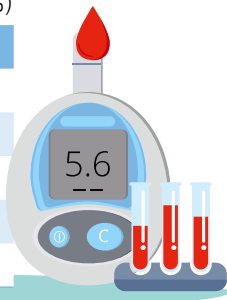
만성질환으로 가입이 어려웠던 유병자도 하나의 심사로 가입이 가능하게 되었습니다.

당뇨병은 우리나라

30세이상 성인중 약 **439**만 명

(단위 : %)

연령구간	남자	여자	전체
30세~39세	2.0	3.0	0.9
40세~49세	6.7	8.4	5.0
50세~59세	15.1	19.1	11.0
60세~69세	19.6	23.1	16.2
70세이상	27.9	27.7	28.1



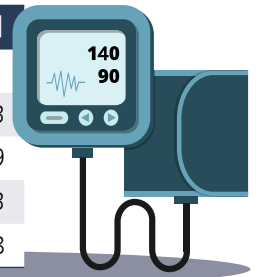
출처 : 질병관리본부, 2019년 만성질환 현황과 이슈

고혈압은 우리나라

30세이상 성인 중 약 **1,085**만 명

(단위 : %)

연령구간	남자	여자	전체
30세~39세	11.3	17.9	4.2
40세~49세	19.2	26.9	11.3
50세~59세	32.1	39.4	24.9
60세~69세	46.9	47.6	46.3
70세이상	64.7	61.6	66.8



출처 : 질병관리본부, 2019년 만성질환 현황과 이슈

매일경제

2019년 12월 25일

癌과 함께사는 시대...104만명환자, 5년 넘게 생존

국내에서 암 진단을 받은 환자 가운데 5년 넘게 생존한 사망 수가 처음으로 100만명을 넘어섰다.

24일 보건복지부가 발표한 `2017년 국가암등록통계`에 따르면 2017년 한 해 새로 발생한 암환자는 23만2255명으로 2016년에 비해 1019명(0.4%) 증가했다. 2017년 가장 많이 발생한 암은 위암(12.8%)이었고 대장암(12.1%), 폐암(11.6%), 갑상선암(11.3%), 유방암(9.6%) 등의 순으로 암 발병률이 높았다. 현재 국내 사망 원인 중 암이 부동의 1위인데 전체 사망자의 26%가량이 암 때문인 것으로 조사됐다. 남자는 위암, 폐암, 대장암 순으로 많았고 여자의 경우 유방암, 갑상선암, 대장암 순으로 발병률이 높아 성별로 발생 암종 차이가 두드러졌다.

2017년 전체 암환자 수는 2016년에 비해 소폭 늘었지만 인구 10만명당 환산한 암환자 발생률(연령표준화발생률)은 282.8명으로 2016년보다 6.6명(2.3%) 감소했다. 암발생률은 국가암등록통계가 시작된 1999년부터 2011년까지 연평균 3.7%씩 늘었지만 2011년 이후 매년 2.6% 정도씩 줄어 들고 있다. 다만 유방암, 전립선암, 췌장암, 신장암은 1999년 이후 발생률이 계속 증가하는 추세를 보이고 있다.

1999년부터 2017년까지 암 확진 후 2018년 1월 1일을 기준으로 계속 치료 중이거나 완치된 암 생존자(암 유병자) 수는 187만명으로 확인돼 전체 국민의 3.6%를 차지했다. 남

녀 전체에서 갑상선암 유병자 수가 40만5032명(21.7%)으로 가장 많았다. 특히 암 진단 후 5년 초과 생존한 암 환자는 전체 암 유병자의 절반 이상(55.7%)인 103만9659명으로 집계됐다. 이는 1999년 집계 후 처음으로 100만명을 넘어선 기록이다. 암 확진 후 치료 과정을 거치며 5년 넘게 생존하면 재발할 확률이 크게 떨어진다. 실제로 최근 5년간(2013~2017년) 진단받은 암환자의 5년 상대생존율(일반인과 비교해 암환자가 5년간 생존할 확률)은 70.4%로 10년 전인 2001~2005년에 진단받은 암환자의 5년 생존율(54.1%)보다 1.3배 높은 수준이다. 10년 전보다 생존율이 10%포인트 이상 증가한 암종은 위암, 간암, 폐암, 전립선암 등이었다. 암종별 생존율은 갑상선암(100%), 전립선암(94%), 유방암(93%) 순으로 높았지만 간암(36%), 폐암(30%), 담낭·기타담도암(29%), 췌장암(12%)의 생존율은 낮았다. 현재 국내에서 실시되고 있는 국가암검진 사업 대상 암종인 6대 암(위암·대장암·간암·유방암·자궁경부암·폐암)의 2010~2014년 5년 생존율은 같은 기간 미국, 영국, 일본보다 대체로 높았다.

복지부 관계자는 "현재 국회에서 논의되고 있는 암관리법 개정안이 최종 통과하면 정부와 지방자치단체, 공공기관이 보유 중인 암 관련 정보를 활용해 본격적인 암데이터 사업이 추진될 전망"이라고 말했다. 서진우 기자

한국경제

2019년 4월 11일

국민 5명중 1명은 '고혈압·당뇨환자'

당뇨병 환자는 당뇨병합병증 등 합병증이 생길 위험이 높지만 환자 상당수가 이를 파악하기 위한 검사를 제대로 받지 못한다는 조사 결과가 나왔다. 국민 5명중 1명은 '고혈압·당뇨환자'

10일 건강보험심사평가원이 발표한 고혈압·당뇨병 적정성 평가에 따르면 국내 당뇨병 환자의 안저 검사 시행률은 44.6%로 상당히 낮았다. 안저 검사는 눈 속 유리체, 망막 등에 문제가 없는지 확인하는 검사다. 당뇨병 환자는 합병증이 있는지 관찰하기 위해 당화혈색소, 지질 검사와 함께 안저 검사를 받아야 한다. 지난해 당뇨병 진단을 받은 환자 중 당화혈색소와 지질 검사를 받은 환자는 83.1%, 80.3%였다.

고령층이 늘고 만성질환에 대한 관심이 커지면서 국내 고혈압·당뇨병 환자는 꾸준히 증가했다. 지난해 국내 의료기관에서 진료받은 고혈압 환자는 806만8000명, 당뇨병 환자는 303만7000명이었다. 고혈압·당뇨병을 앓는 만성질환자는 917만 명으로 2017년보다 36만 명 증가했다. 두 질환을 모두 앓고 있는 환자도 전년보다 10만 명 늘어난 193만7000명으로 집계됐다. 이들 중 41.5%는 70세 이상 고령 환자다.

국내 환자들이 의료기관을 찾아 약을 처방받은 일수는 평균 330일로 대부분 처방받지 않고 약을 처방받았다. 하지만 20~30대 젊은 층으로 내려가면 처방일수가 300일 밑으로 내려갔다. 젊은 층일수록 고혈압과 당뇨병을 꾸준히 치료받지 않는다는 의미다. 의료기관 한곳을 꾸준히 다니는 환자는 여러 곳을 다니는 환자보다 치료 결과가 좋았다. 의료기관 한곳만 다니는 고혈압 환자는 약을 계속 먹는 비율이 85%로 여러 곳을 다니는 환자(64.6%)보다 높았다. 인구 1만 명당 입원환자 수도 한 개 병원만 다니고 혈압 환자가 37.7명으로, 여러 병원을 다니는 환자(66.4명)보다 높았다. 이지현 기자

보험금 지급 기준

주계약

기준 : 주계약 보험가입금액 1,000만원

구 분		지급사유	지급금액
하나만물은 (무)ABL초간편 건강보험 II (갱신형)2201	1형 (3대질병보장형)	피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 “암”(유방암, 전립선암, 중증 이외의 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)으로 진단확정 받거나 보험기간 중 “뇌출혈 및 뇌경색증” 또는 “급성심근경색증”으로 진단이 확정되었을 경우 (다만, “암”(유방암, 전립선암, 중증 이외의 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외), “뇌출혈 및 뇌경색증” 또는 “급성심근경색증” 중 최초로 발생한 질병 1회에 한하여 지급)	경과기간 2년 미만 : 500만원 경과기간 2년 이상 : 1,000만원
	2형 (2대질병보장형)	피보험자가 보험기간 중 “뇌출혈 및 뇌경색증” 또는 “급성심근경색증”으로 진단이 확정되었을 경우 (다만, “뇌출혈 및 뇌경색증” 또는 “급성심근경색증” 중 최초로 발생한 질병 1회에 한하여 지급)	경과기간 2년 미만 : 500만원 경과기간 2년 이상 : 1,000만원

- 경과기간은 계약일을 기준으로 하여 계산합니다.
- 보험료 납입기간 중 피보험자가 장애분류표 중 동일한 재해를 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 계약의 갱신이 이루어진 경우, 갱신 전 계약(최초계약을 포함합니다)에서 보험료의 납입을 면제한 장애상태의 원인과 동일한 사유로는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- 1형(3대질병보장형) 보험약관 제3조(“암”, “유방암”, “전립선암” 및 “기타피부암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암” 보장에 대한 계약상의 보장개시일은 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우에는 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.
- 한국표준질병-사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류하여 약관에서 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
 <예시1> C73(갑상선의 악성 신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
 <예시2> C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
 <예시3> C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- 외상성 두개내출혈, 혈관성 치매 및 과거 무증상성 열공성 뇌경색증으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.
- 보험금 지급금액 내용 중 계약체결 후 2년 미만의 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우에는 적용하지 않습니다.
- 이 계약의 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우에는 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급하고 이 계약은 소멸됩니다.

선택특약_1형(3대질병보장형)

기준 : 특약 보험가입금액 각 1,000만원

구분	지급사유	지급금액	
(무)초간편 소액암진단특약 II(갱신형)_ 의무부가특약	유방암 진단급여금	유방암 및 전립선암 보장개시일 이후에 유방암으로 진단이 확정되었을 때(다만, 최초 1회 진단확정에 한하여 지급) (다만, 최초 계약의 계약일로부터 2년 미만에 지급사유가 발생하였을 경우 50%지급)	1,000만원
	전립선암 진단급여금	유방암 및 전립선암 보장개시일 이후에 전립선암으로 진단이 확정되었을 때(다만, 최초 1회 진단확정에 한하여 지급) (다만, 최초 계약의 계약일로부터 2년 미만에 지급사유가 발생하였을 경우 50%지급)	1,000만원
	중증 이외의 갑상선암 진단급여금	중증 이외의 갑상선암으로 진단이 확정되었을 때(다만, 최초 1회 진단확정에 한하여 지급) (다만, 최초 계약의 계약일로부터 2년 미만에 지급사유가 발생하였을 경우 50%지급)	1,000만원
	기타피부암 진단급여금	기타피부암으로 진단이 확정되었을 때(다만, 최초 1회 진단확정에 한하여 지급) (다만, 최초 계약의 계약일로부터 2년 미만에 지급사유가 발생하였을 경우 50%지급)	1,000만원
	대장점막내암 진단급여금	대장점막내암으로 진단이 확정되었을 때(다만, 최초 1회 진단확정에 한하여 지급) (다만, 최초 계약의 계약일로부터 2년 미만에 지급사유가 발생하였을 경우 50%지급)	1,000만원
	제자리암 진단급여금	제자리암으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회 진단확정에 한하여 지급) (다만, 최초 계약의 계약일로부터 2년 미만에 지급사유가 발생하였을 경우 50%지급)	1,000만원
	경계성종양 진단급여금	경계성종양으로 진단이 확정되었을 때(다만, 최초 1회 진단확정에 한하여 지급) (다만, 최초 계약의 계약일로부터 2년 미만에 지급사유가 발생하였을 경우 50%지급)	1,000만원

- 위 특약에서 보험금은 특약의 보험기간 중 피보험자에게 보험금 지급사유가 발생하였을 때 지급하여 드립니다.
- 상기 보험금 지급기준표에서 “암”에 대한 정의는 주계약 및 각 특약별로 상이하니 반드시 보험약관을 통해 확인하시기 바랍니다.
- (무)초간편소액암진단특약 II (갱신형)은 주계약 1형(3대질병보장형)의 의무부가특약으로서, 주계약 2형(2대질병보장형) 가입 시에는 가입할 수 없습니다.
- (무)초간편소액암진단특약 II (갱신형)은 10년 만기 또는 20년 만기 갱신형으로 운영하며, 갱신할 때에는 갱신 전 계약과 동일한 보험기간으로 갱신합니다. 다만, 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일이 10년(최초계약의 보험기간이 20년인 경우에는 20년) 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.
- (무)초간편소액암진단특약 II (갱신형) 보험약관 제3조(“암”, “유방암”, “전립선암” 및 “기타피부암”의 정의 및 진단확정) 제2항 내지 제3항에서 정한 유방암 및 전립선암 보장에 대한 보장개시일은 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우에는 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.
- (무)초간편소액암진단특약 II (갱신형) 보험약관 제5조(“대장점막내암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 대장점막내암으로 보험금 지급사유 발생시 대장점막내암에 해당하는 진단급여금을 지급하고 제자리암에 해당하는 진단급여금은 지급되지 않습니다.
- 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류하여 약관에서 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
 <예시1> C73(갑상선의 악성신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
 <예시2> C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
 <예시3> C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- 보험금 지급사유 내용 중 계약체결 후 2년 미만의 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우에는 적용하지 않습니다.

보험금 지급 기준

선택특약_1형(3대질병보장형)

기준 : 특약보험가입금액 각 1,000만원
(무)초간편보험료환급특약 II (갱신형) 및 (무)초간편보험료납입면제특약 II (갱신형) 제외)

구분	지급사유	지급금액	
(무)초간편 보험료환급특약 II (갱신형)	보험료환급금	주계약 보험료 × 보험계약일 (갱신계약의 경우 갱신일)부터 지급사유 발생 시까지 납입월수	
(무)초간편 보험료납입면제 특약 II (갱신형)	보험료납입면제	다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우 1. 암보장개시일 이후에 “암”으로 진단이 확정되었을 때(다만, 유방암, 전립선암, 중증 이외의 갑상선암, 기타피부암 또는 대장점막내암으로 진단이 확정되었을 때에는 보험료 납입을 면제하지 않음) 2. “뇌출혈 및 뇌경색증” 또는 “급성심근경색증”으로 진단이 확정 되었을 때	납입면제 대상계약 및 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제
(무)초간편 재진단3대 질병진단특약 (갱신형)	재진단3대 질병 진단급여금	재진단 3대질병 보장개시일 이후에 재진단 3대질병으로 진단 확정되었을 때	1,000만원
(무)초간편 일반암진단특약 II (갱신형)	암진단급여금	암보장개시일 이후에 암(유방암, 전립선암, 중증 이외의 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)으로 진단 확정되었을 때(다만, 최초 1회 진단확정에 한하여 지급)(다만, 최초 계약의 계약일로부터 2년 미만에 지급사유가 발생하였을 경우 50%지급)	1,000만원

- 위 특약에서 보험금은 특약의 보험기간 중 피보험자에게 보험금 지급사유가 발생하였을 때 지급하여 드립니다.
- 상기 보험금 지급기준표에서 “암”에 대한 정의는 주계약 및 각 특약별로 상이하니 반드시 보험약관을 통해 확인하시기 바랍니다.
- (무)초간편보험료환급특약 II (갱신형)의 지급금액 내용에서 ‘주계약 보험료’(이하 “보험가입금액”이라 합니다)란 계약 체결 시점(갱신계약의 경우 갱신계약 체결시점)에 매월 납입하기로 약정한 주계약의 보험료(할인 반영 전, 추가납입보험료 제외)를 말합니다.
- (무)초간편보험료환급특약 II (갱신형)에서 주계약의 보험료가 변경되어 특약의 보험가입금액이 변경되는 경우, 계약자는 변경된 보험가입금액에 따라 산출된 보험료를 납입하여야 하고, 변경된 보험가입금액을 기준으로 보험금도 변경됩니다.
- (무)초간편보험료환급특약 II (갱신형)은 보험금 지급사유가 발생하는 경우 소멸되고, 더 이상 갱신되지 않습니다.
- (무)초간편보험료환급특약 II (갱신형) 1형(3대질병보장형) 및 (무)초간편보험료납입면제특약 II (갱신형) 1형(3대질병보장형), (무)초간편일반암진단특약 II (갱신형)의 보험약관에서 정한 “암” 보장에 대한 계약상의 보장개시일은 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우에는 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.
- (무)초간편보험료납입면제특약 II (갱신형)의 납입면제 대상계약은 아래 특약 중 계약자가 가입한 특약을 대상으로 합니다.
 - (무)초간편암직접치료입원보장특약(갱신형), (무)초간편요양병원입원보장특약(갱신형), (무)초간편암수술보장특약(갱신형), (무)초간편혈전용해치료보장특약(갱신형), (무)초간편심뇌혈관질환보장특약(갱신형)
- (무)초간편보험료납입면제특약 II (갱신형)의 보험가입금액은 납입면제 대상계약의 보험료가 변경된 경우, 납입면제 대상계약이 해지/소멸되거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우, 납입면제 대상계약의 무효/취소/철회가 발생하는 경우 변경될 수 있고, 계약자는 변경된 보험가입금액에 따라 산출된 보험료를 납입하여야 합니다. 다만, (무)초간편보험료납입면제특약 II (갱신형)의 보험가입금액이 변경되어 회사가 정한 최소가입금액 미만인 경우 특약은 해지됩니다.
- (무)초간편보험료납입면제특약 II (갱신형)에서 납입면제 사유가 발생하였음에도 불구하고 납입면제 대상계약이 갱신되는 경우, 납입면제 대상계약의 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 납입면제 대상계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
- (무)초간편보험료납입면제특약 II (갱신형)은 특약의 피보험자에게 납입면제 대상계약에서 정한 보험료 납입면제 사유가 모두 발생하거나 납입면제 대상계약이 모두 해지 또는 기타사유로 효력을 가지지 않게 되는 경우 소멸됩니다.
- (무)초간편재진단3대질병진단특약(갱신형)에서 첫 번째 “재진단 3대질병” 보장개시일과 두 번째 이후 “재진단 3대질병” 보장개시일을 합하여 「재진단 3대질병 보장개시일, 이하 하며, 각 보장개시일은 아래 각 호를 따릅니다.
 - 1) 첫 번째 “재진단 3대질병” 보장개시일 : 첫 번째 “3대질병” 진단확정일부터 그날을 포함하여 2년(진단확정 후 이 특약이 갱신되는 경우 갱신 전후의 보험기간 포함)이 지난 날의 다음날로 합니다.
 - 2) 두 번째 이후 “재진단 3대질병” 보장개시일 : 직전 “재진단 3대질병” 진단확정일부터 그날을 포함하여 2년(진단확정 후 이 특약이 갱신되는 경우 갱신 전후의 보험기간 포함)이 지난 날의 다음날로 합니다.
- (무)초간편재진단3대질병진단특약(갱신형)에서 “첫 번째 3대질병” 및 “재진단 3대질병”의 용어의 정의는 다음과 같습니다.
 - 1) “첫 번째 3대질병”이라 함은 “첫 번째 3대질병 보장개시일” 이후에 최초로 진단확정되는 특약 보험약관 제3조(“첫 번째 3대질병”의 정의 및 진단확정) 제2항 내지 제4항에서 정한 “암(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)”, “뇌출혈 및 뇌경색증”, “급성심근경색증”을 말합니다.
 - 2) “재진단 3대질병”이라 함은 “첫 번째 3대질병”으로 진단확정되고, 「재진단 3대질병 보장개시일」 이후에 진단확정되는 특약 보험약관 제4조(“재진단 3대질병”의 정의 및 진단확정) 제2항 내지 제4항에서 정한 “암(전립선암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)”, “뇌출혈 및 뇌경색증”, “급성심근경색증”을 말합니다.

선택특약_1형(3대질병보장형)

기준 : 특약 보험가입금액 각 1,000만원

구 분		지급사유	지급금액
(무)초간편 암수술보장특약 (갱신형)	암수술 급여금	암보장개시일 이후에 암(갑상선암, 기타피부암 제외)으로 진단이 확정되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 때(수술1회당) (다만, 최초 계약의 계약일로부터 1년 미만에 지급사유가 발생하였을 경우 50%지급)	100만원
	갑상선암 수술급여금	갑상선암으로 진단이 확정되고 그 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 때(수술1회당) (다만, 최초 계약의 계약일로부터 1년 미만에 지급사유가 발생하였을 경우 50%지급)	100만원
	기타피부암 수술급여금	기타피부암으로 진단이 확정되고 그 기타피부암의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 때(수술1회당) (다만, 최초 계약의 계약일로부터 1년 미만에 지급사유가 발생하였을 경우 50%지급)	100만원
	제자리암 수술급여금	제자리암으로 진단이 확정되고 그 제자리암의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 때(수술1회당) (다만, 최초 계약의 계약일로부터 1년 미만에 지급사유가 발생하였을 경우 50%지급)	100만원
	경계성종양 수술급여금	경계성종양으로 진단이 확정되고 그 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 때(수술1회당) (다만, 최초 계약의 계약일로부터 1년 미만에 지급사유가 발생하였을 경우 50%지급)	100만원
(무)초간편 혈전용해치료 보장특약(갱신형)	급성뇌경색증 혈전용해 치료보험금	“급성뇌경색증”으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 “혈전용해치료”를 받았을 경우 (다만, 최초 1회 한하여 지급) (다만, 최초 계약의 계약일로부터 1년 미만에 지급사유가 발생하였을 경우 50%지급)	200만원
	급성심근 경색증 혈전용해 치료보험금	“급성심근경색증”으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 “혈전용해치료”를 받았을 경우 (다만, 최초 1회 한하여 지급) (다만, 최초 계약의 계약일로부터 1년 미만에 지급사유가 발생하였을 경우 50%지급)	200만원
(무)초간편 심뇌혈관질환 보장특약(갱신형)	심뇌혈관질환 입원급여금	“심뇌혈관질환”으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중 4일 이상 계속하여 입원하였을 때(다만, 1회 입원당 120일 한도) (다만, 최초 계약의 계약일로부터 1년 미만에 지급사유가 발생하였을 경우 50%지급)	3일초과 입원일수 1일당 3만원
	심뇌혈관질환 수술급여금	“심뇌혈관질환”으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 때(수술 1회당) (다만, 최초 계약의 계약일로부터 1년 미만에 지급사유가 발생하였을 경우 50%지급)	150만원

- 위 특약에서 보험금은 특약의 보험기간 중 피보험자에게 보험금 지급사유가 발생하였을 때 지급하여 드립니다.
- 상기 보험금 지급기준표에서 “암”에 대한 정의는 주계약 및 각 특약별로 상이하니 반드시 보험약관을 통해 확인하시기 바랍니다.
- 보험금 지급사유 내용 중 계약체결 후 1년 미만의 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우에는 적용하지 않습니다.
- 보험료 납입기간 중 피보험자가 장애분류표 중 동일한 재해를 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 계약의 갱신이 이루어진 경우, 갱신 전 계약(최초계약을 포함합니다)에서 보험료의 납입을 면제한 장애상태의 원인과 동일한 사유로는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- (무)초간편암수술보장특약(갱신형) 보험약관 제3조(“암”, “갑상선암” 및 “기타피부암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”(갑상선암 및 기타피부암 제외) 보장에 대한 보장개시일은 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우에는 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.
- (무)초간편암수술보장특약(갱신형)에서 항암약물치료 및 항암방사선치료는 수술급여금이 지급되지 않습니다.

보험금 지급 기준

선택특약_1형(3대질병보장형)

기준 : 특약 보험가입금액 각 1,000만원

구분	지급사유	지급금액
(무)초간편 암직접치료입원 보장특약(갱신형)	보장개시일(암의 경우 암 보장개시일) 이후에 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양으로 진단이 확정되고, 그 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성 종양의 직접적인 치료를 목적으로 보험기간 중 4일 이상 계속하여 입원하였을 때 (120일 한도)	3일초과 입원일수 1일당 3만원 (다만, 최초계약의 계약일로부터 1년 미만에 입원시 50%지급)

- 위 특약에서 보험금은 특약의 보험기간 중 피보험자에게 보험금 지급사유가 발생하였을 때 지급하여 드립니다.
- 상기 보험금 지급기준표에서 "암"에 대한 정의는 주계약 및 각 특약별로 상이하니 반드시 보험약관을 통해 확인하시기 바랍니다.
- (무)초간편암직접치료입원보장특약(갱신형) 보험약관에서 정한 "암"(갑상선암 및 기타피부암 제외) 보장에 대한 보장개시일은 최초계약의 경우 계약일부터 계약일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우에는 부활(효력회복)일부부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.
- 보험금 지급사유 내용 중 계약체결 후 1년 미만의 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우에는 적용하지 않습니다.
- 최초계약의 경우 보험계약일부터 1년 미만에 암직접치료입원급여금의 지급사유가 발생하였다 할지라도 입원일이 계약일부터 1년 이후까지 계속되었을 경우, 1년 미만의 기간에 대하여서는 입원일수 1일당 암직접치료입원급여금의 50%를 지급하며, 1년 이후의 기간에 대하여서는 입원일수 1일당 암직접치료입원급여금의 100%를 지급합니다.
- (무)초간편암직접치료입원보장특약(갱신형)에서 다음 각 호의 사항은 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양의 "직접적인 치료"에 포함되지 않습니다.
 - 식이요법, 명상요법 등 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양을 제거하거나 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
 - 면역력 강화 치료
 - 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양으로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료 및 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 그럼에도 불구하고 다음 각 호의 사항은 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양의 "직접적인 치료"로 봅니다.
 - 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양의 제거 또는 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
 - "암 등의 제거 및 증식 억제 치료"를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
 - "암 등의 제거 및 증식 억제 치료"를 받기 위해 필수불가결한 치료로서 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양으로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료 또는 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 - 호스피스, 완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료
- (무)초간편암직접치료입원보장특약(갱신형)의 암직접치료입원급여금 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다. 다만, 특약이 갱신되어 입원이 갱신 전후에 계속되는 경우에는 그 지급일수를 갱신 전후에 계속되는 총 입원일을 기준으로 1회 입원당 120일을 한도로 하여 계산합니다.
- (무)초간편암직접치료입원보장특약(갱신형)의 암직접치료입원급여금의 경우 의료법 제3조(의료기관) 제2항 제3호 라목에서 규정된 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입원한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

선택특약_1형(3대질병보장형)

기준 : 특약 보험가입금액 각 1,000만원

구분	지급사유	지급금액
(무)초간편 요양병원암입원 보장특약(갱신형)	보장 개시일(암의 경우 암 보장개시일) 이후에 암, 갑상선암,기타피부암, 제자리암 및 경계성종양으로 진단이 확정되고, 그 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양의 치료를 목적으로 보험기간 중 4일 이상 계속하여 요양병원에 입원하였을 때(60일 한도)	3일초과 입원일수 1일당 2만원 (다만, 최초계약의 계약일로부터 1년미만에 입원시 50%지급)

- 위 특약에서 보험금은 특약의 보험기간 중 피보험자에게 보험금 지급사유가 발생하였을 때 지급하여 드립니다.
- 상기 보험금 지급기준표에서 "암"에 대한 정의는 주계약 및 각 특약별로 상이하니 반드시 보험약관을 통해 확인하시기 바랍니다.
- (무)초간편요양병원암입원보장특약(갱신형) 보험약관에서 정한 "암"(갑상선암 및 기타피부암 제외) 보장에 대한 보장개시일은 최초계약의 경우 계약일부터 계약일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우에는 부활(효력회복)일부부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.
- 보험금 지급사유 내용 중 계약체결 후 1년 미만의 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우에는 적용하지 않습니다.
- 최초계약의 경우 보험계약일부터 1년 미만에 요양병원암입원급여금의 지급사유가 발생하였다 할지라도 입원일이 계약일부터 1년 이후까지 계속되었을 경우, 1년 미만의 기간에 대하여서는 입원일수 1일당 요양병원암입원급여금의 50%를 지급하며, 1년 이후의 기간에 대하여서는 입원일수 1일당 요양병원암입원급여금의 100%를 지급합니다.
- (무)초간편요양병원암입원보장특약(갱신형)은 (무)초간편암직접치료입원보장특약(갱신형) 부가 시에만 가입 가능하며, 보험가입금액은 (무)초간편암직접치료입원보장특약(갱신형)의 보험가입금액 이내로 하고, 보험기간은 동일하게 가입 하여야 합니다.
- (무)초간편요양병원암입원보장특약(갱신형)의 요양병원암입원급여금 지급일수는 1회 입원당 60일을 한도로 합니다. 다만, 특약이 갱신되어 입원이 갱신 전후에 계속되는 경우에는 그 지급일수를 갱신 전후에 계속되는 총 입원일을 기준으로 1회 입원당 60일을 한도로 하여 계산합니다.
- (무)초간편요양병원암입원보장특약(갱신형)에서 동일한 질병으로 인한 요양병원암입원급여금의 경우, 최초계약의 보장개시일(다만, 요양병원암입원급여금의 경우에는 암보장개시일)부터 지급된 요양병원암입원급여금의 누적 총 지급일수가 365일을 초과할 때에는 365일을 초과한 날 이후부터 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지 동일한 질병으로 인한 요양병원암입원급여금의 지급되지 않습니다. 다만, 동일한 질병이 원치된 이후에 해당 질병을 다시 진단받는 경우에는 동일한 질병으로 보지 않습니다.

보험금 지급 기준

선택특약_2형(2대질병보장형)

기준 : 특약보험가입금액 각 1,000만원
 ((무)초간편보험료환급특약 II (갱신형) 및 (무)초간편보험료납입면제특약 II (갱신형) 제외)

구 분		지급사유	지급금액
(무)초간편 보험료환급 특약 II (갱신형)	보험료환급금	“뇌출혈 및 뇌경색증” 또는 “급성심근경색증”으로 진단이 확정되었을 때 (다만, “뇌출혈 및 뇌경색증” 또는 “급성심근경색증”중 최초로 발생한 질병 1회에 한하여 지급)	주계약 보험료 × 보험계약일 (갱신계약의 경우 갱신일)부터 지급사유 발생 시까지 납입월수
(무)초간편 보험료납입면 제특약 II (갱신형)	보험료납입면제	“뇌출혈 및 뇌경색증” 또는 “급성심근경색증”으로 진단이 확정되었을 경우	납입면제 대상계약 및 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제
(무)초간편 재진단2대 질병진단특약 (갱신형)	재진단 2대질병 진단급여금	재진단 2대질병 보장개시일 이후에 재진단 2대질병으로 진단 확정되었을 때	1,000만원
(무)초간편 혈전용해 치료보장특약 (갱신형)	급성뇌경색증 혈전용해치료 보험금	“급성뇌경색증”으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 “혈전용해치료”를 받았을 경우 (다만, 최초 1회 한하여 지급) (다만, 최초 계약의 계약일로부터 1년 미만에 지급사유가 발생하였을 경우 50%지급)	200만원
	급성심근경색증 혈전용해치료 보험금	“급성심근경색증”으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 “혈전용해치료”를 받았을 경우 (다만, 최초 1회 한하여 지급) (다만, 최초 계약의 계약일로부터 1년 미만에 지급사유가 발생하였을 경우 50%지급)	200만원
(무)초간편 심뇌혈관질환 보장특약 (갱신형)	심뇌혈관질환 입원급여금	“심뇌혈관질환”으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 4일 이상 계속하여 입원하였을 때(다만, 1회 입원당 120일 한도) (다만, 최초 계약의 계약일로부터 1년 미만에 지급사유가 발생하였을 경우 50%지급)	3일초과 입원일수 1일당 3만원
	심뇌혈관질환 수술급여금	“심뇌혈관질환”으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중 수술을 받았을 때(수술 1회당) (다만, 최초 계약의 계약일로부터 1년 미만에 지급사유가 발생하였을 경우 50%지급)	150만원

- 위 특약에서 보험금은 특약의 보험기간 중 피보험자에게 보험금 지급사유가 발생하였을 때 지급하여 드립니다.
- 경과기간은 계약일을 기준으로 하여 계산합니다.
- 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우에는 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급하고 이 계약은 소멸됩니다.
- (무)초간편보험료환급특약 II (갱신형)의 지급금액 내용에서 ‘주계약 보험료’(이하 ‘보험가입금액’이라 합니다)이란 계약 체결 시점(갱신계약의 경우 갱신계약 체결시점)에 매월 납입하기로 약정한 주계약의 보험료(할인 반영 전, 추가납입보험료 제외)를 말합니다.
- (무)초간편보험료환급특약 II (갱신형)에서 주계약의 보험료가 변경되어 특약의 보험가입금액이 변경되는 경우, 변경된 보험가입금액을 기준으로 보험금도 변경됩니다.
- (무)초간편보험료환급특약 II (갱신형)은 보험금 지급사유가 발생하는 경우 소멸되고, 더 이상 갱신되지 않습니다.
- (무)초간편보험료납입면제특약 II (갱신형)의 납입면제 대상계약은 아래 특약 중 계약자가 가입한 특약을 대상으로 합니다.
 - (무)초간편암직접치료입원보장특약(갱신형), (무)초간편양병원암입원보장특약(갱신형), (무)초간편암수술보장특약(갱신형), (무)초간편혈전용해치료보장특약(갱신형), (무)초간편심뇌혈관질환보장특약(갱신형)
- (무)초간편보험료납입면제특약 II (갱신형)에서 납입면제 사유가 발생하였음에도 불구하고 납입면제 대상계약이 갱신되는 경우, 납입면제 대상계약의 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 납입면제 대상계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
- (무)초간편보험료납입면제특약 II (갱신형)은 특약의 피보험자에게 납입면제 대상계약에서 정한 보험료 납입면제 사유가 모두 발생하거나 납입면제 대상계약이 모두 해지 또는 기타사유로 효력을 가지지 않게 되는 경우 소멸됩니다.
- (무)초간편재진단2대질병진단특약(갱신형)에서 첫 번째 “재진단 2대질병” 보장개시일과 두 번째 이후 “재진단 2대질병” 보장개시일을 합하여 “재진단 2대질병 보장개시일”이라 하며, 각 보장개시일은 아래 각 호를 따릅니다.
 1) 첫 번째 “재진단 2대질병” 보장개시일 : 첫 번째 “2대질병” 진단확정일부터 그날을 포함하여 2년(진단확정 후 이 특약이 갱신되는 경우 갱신 전후의 보험기간 포함)이 지난날의 다음날로 합니다.
 2) 두 번째 이후 “재진단 2대질병” 보장개시일 : 직전 “재진단 2대질병” 진단확정일부터 그날을 포함하여 2년(진단확정 후 이 특약이 갱신되는 경우 갱신 전후의 보험기간 포함)이 지난날의 다음날로 합니다.
- (무)초간편혈전용해치료보장특약(갱신형), (무)초간편심뇌혈관질환보장특약(갱신형)의 보험금 지급기준표의 내용 중 계약체결 후 1년 미만의 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우에는 적용하지 않습니다.
- (무)초간편보험료환급특약 II (갱신형), (무)초간편재진단2대질병진단특약(갱신형), (무)초간편혈전용해치료보장특약(갱신형), (무)초간편심뇌혈관질환보장특약(갱신형)의 보험료 납입기간 중 피보험자가 장애분류표 중 동일한 재해를 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50% 이상인 장애상태가 되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 계약의 갱신이 이루어진 경우, 갱신 전 계약(최초계약을 포함합니다)에서 보험료의 납입을 면제한 장애상태의 원인과 동일한 사유로는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

가입을 위한 안내

상품구성 및 가입한도

주계약

구분	보험기간	납입기간	가입한도
하나만물은(무)ABL 초간편건강보험 II(갱신형)2201	1형(3대질병보장형) / 2형(2대질병보장형)	10년만기 / 20년만기 (최대 100세만기)	10년(갱신형) / 20년(갱신형)
			30세~50세 1,000만원 ~ 3,000만원 51세~60세 1,000만원 ~ 2,000만원 61세~80세 1,000만원

- 이 계약은 10년 만기 또는 20년 만기 갱신형으로 운영하며, 갱신할 때에는 갱신 전 계약과 동일한 보험기간으로 갱신 합니다. 다만, 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일이 10년(최초계약의 보험기간이 20년인 경우에는 20년) 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 계약의 보험기간으로 합니다.
- 보험료 납입 주기는 월납만 가능합니다.
- 계약 갱신 시에는 보험나이 증가, 적용기초율 변경에 따라 보험료가 인상될 수 있습니다.

선택특약_1형(3대질병보장형), 2형(2대질병보장형)

구분	상품구성	가입한도	가입단위
의무부가특약	(무)초간편소액암진단특약 II (갱신형)	1형	500만원 ~ 1,000만원 (주계약의 1배 이내)
선택특약 (갱신형)	(무)초간편보험료환급특약 II (갱신형)	1형, 2형	주계약의 보험료
	(무)초간편보험료납입면제특약 II (갱신형)	1형, 2형	납입면제 대상계약의 합계보험료
	(무)초간편일반암진단특약 II (갱신형) (무)초간편암수술보장특약(갱신형)	1형	500만원 ~ 3,000만원
	(무)초간편재진단 3대질병진단특약(갱신형)	1형	500만원 ~ 2,000만원
	(무)초간편재진단 2대질병진단특약(갱신형)	2형	500만원 ~ 2,000만원
	(무)초간편암직접치료입원보장특약(갱신형)	1형	500만원 ~ 1,000만원
	(무)초간편요양병원암입원보장특약(갱신형)	1형	500만원 ~ 1,000만원
	(무)초간편혈전용해치료보장특약(갱신형)	1형, 2형	1,000만원(단일)
	(무)초간편심뇌혈관질환보장특약(갱신형)	1형, 2형	500만원 ~ 3,000만원
제도성특약	지정대리청구서비스특약 / 단체취급특약 / 장애인전용보험전환특약		500만원

- (무)초간편소액암진단특약 II (갱신형)은 주계약 1형(3대질병보장형)의 의무부가특약으로서, 주계약 2형(2대질병보장형) 가입 시에는 가입할 수 없습니다.
- 보험기간, 납입주기, 납입기간 외 가입나이, 가입한도 등 계약인수관련 사항은 회사가 별도로 정한 기준에 따라 제한될 수 있습니다.
- 피보험자의 건강상태와 직업(위험직종) 등에 따라 가입이 거절되거나 보장이 제한될 수 있습니다. 다만, 회사는 역선택 방지 등 합리적인 사유 없이 특정 직업 또는 직종에 종사한다는 사실만으로 보험가입을 거절하지 않습니다.

₩ 보험료 예시표

10년(갱신형)

기준 : 주계약 보험가입금액 1,000만원, 10년만기 전기납, 월납, 특약(무)초간편보험료환급특약 II (갱신형) 및 (무)초간편보험료납입면제특약 II (갱신형) 제외) 보험가입금액 각 1,000만원, (무)초간편보험료환급특약 II (갱신형) 보험가입금액: 주계약의 보험료, (무)초간편보험료납입면제특약 II (갱신형) 보험가입금액: 납입면제 대상계약의 합계보험료, 단위:원

구 분	1형(3대질병보장형)					
	남자			여자		
	40세	50세	60세	40세	50세	60세
하나만묻는(무)ABL초간편건강보험 II (갱신형)2201	10,000	22,800	43,900	7,000	14,300	27,500
(무)초간편소액암진단특약 II (갱신형)	2,190	3,520	7,290	9,180	10,050	9,410
(무)초간편보험료환급특약 II (갱신형)	694	3,741	13,688	317	1,424	5,413
(무)초간편보험료납입면제특약 II (갱신형)	114	791	3,348	97	384	1,172
(무)초간편재진단3대질병진단특약(갱신형)	3,520	10,380	25,520	7,550	12,430	16,770
(무)초간편일반암진단특약 II (갱신형)	4,570	11,910	23,890	3,630	6,580	11,170
(무)초간편암직접치료입원보장특약(갱신형)	420	1,190	2,620	580	1,050	1,370
(무)초간편요양병원입원보장특약(갱신형)	70	180	470	210	370	490
(무)초간편암수술보장특약(갱신형)	990	2,480	4,670	1,780	2,030	2,270
(무)초간편혈전용해치료보장특약(갱신형)	70	200	460	30	120	350
(무)초간편심뇌혈관질환보장특약(갱신형)	950	2,590	5,150	620	1,770	3,380

구 분	2형(2대질병보장형)					
	남자			여자		
	40세	50세	60세	40세	50세	60세
하나만묻는(무)ABL초간편건강보험 II (갱신형)2201	6,000	12,800	25,400	3,800	8,700	18,700
(무)초간편보험료환급특약 II (갱신형)	223	1,142	4,567	78	505	2,490
(무)초간편보험료납입면제특약 II (갱신형)	27	183	824	-	77	372
(무)초간편재진단2대질병진단특약(갱신형)	470	1,310	3,210	190	680	2,200
(무)초간편혈전용해치료보장특약(갱신형)	70	210	480	30	130	360
(무)초간편심뇌혈관질환보장특약(갱신형)	980	2,690	5,460	640	1,820	3,510

- (무)초간편보험료환급특약 II (갱신형)에서 주계약의 보험료가 변경되어 특약의 보험가입금액이 변경되는 경우, 계약자는 변경된 보험가입금액에 따라 산출된 보험료를 납입하여야 하고, 변경된 보험가입금액을 기준으로 보험금도 변경됩니다.
- (무)초간편보험료납입면제특약 II (갱신형)의 보험가입금액은 납입면제 대상계약의 보험료가 변경된 경우, 납입면제 대상계약이 해지/소멸되거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우, 납입면제 대상계약의 무효/취소/철회가 발생하는 경우 변경될 수 있고, 계약자는 변경된 보험가입금액에 따라 산출된 보험료를 납입하여야 합니다. 다만, (무)초간편보험료납입면제특약 II (갱신형)의 보험가입금액이 변경되어 회사가 정한 최소가입금액 미만인 경우 특약은 해지됩니다.
- 주계약 및 특약(무)초간편보험료납입면제특약 II (갱신형) 제외)은 보험료 납입기간 중 피보험자가 장애분류표 중 동일한 재해를 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50% 이상인 장애상태가 되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 보험료 납입이 면제된 이후 계약을 갱신할 경우 갱신계약의 보험료를 납입해야 하며, 갱신 전 계약(최초계약을 포함합니다)에서 보험료의 납입을 면제한 장애상태의 원인과 동일한 사유로는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- (무)초간편보험료납입면제특약 II (갱신형)의 경우 납입면제 대상계약의 합계보험료가 1,000원 이상(최소가입금액)일 경우 가입이 가능합니다.
- (무)초간편소액암진단특약 II (갱신형), (무)초간편일반암진단특약 II (갱신형)의 보험료 납입기간 중 피보험자가 “뇌출혈 및 뇌경색증” 또는 “급성심근경색증”으로 진단이 확정되었을 경우에는 특약의 차회 이후의 보험료 납입에 한하여 면제합니다. 그러나 특약의 갱신이 이루어진 경우, 갱신 전 계약(최초계약을 포함합니다)에서 보험료의 납입을 면제한 질병과 동일한 질병으로 진단되는 경우(이미 진단확정된 질병으로 인한 연속적인 치료나 후유증 및 합병증 포함)에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- (무)초간편소액암진단특약 II (갱신형)의 보험료 납입기간 중 “유방암 및 전립선암보장개시일” 이후에 “암”(유방암, 전립선암, 중증 이외의 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)으로 진단이 확정되었을 경우에는 특약의 차회 이후의 보험료 납입에 한하여 면제합니다. 그러나 특약이 갱신이 이루어진 경우, 갱신 전 계약(최초계약을 포함합니다)에서 보험료의 납입을 면제한 암과 동일(이미 진단확정된 암의 종양세포가 잔존(“잔존암”)하거나 재발(“재발암”) 또는 전이(“전이암”)된 경우)한 암으로 진단되는 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- 상기 예시는 최초 계약 당시의 보험요율을 기준으로 산출하였습니다. 계약 갱신 시에는 보험나이 증가, 적용기초를 변경에 따라 보험료가 인상될 수 있습니다.

하나만물는(무)ABL초간편건강보험 II (갱신형)2201

20년(갱신형)

기준 : 주계약 보험가입금액 1,000만원, 20년만기 전기납, 월납, 특약(무)초간편보험료환급특약 II (갱신형) 및 (무)초간편보험료납입면제특약 II (갱신형) 제외) 보험가입금액 각 1,000만원, (무)초간편보험료환급특약 II (갱신형) 보험가입금액: 주계약의 보험료, (무)초간편보험료납입면제특약 II (갱신형) 보험가입금액: 납입면제 대상계약의 합계보험료, 단위:원

구 분	1형(3대질병보장형)					
	남자			여자		
	40세	50세	60세	40세	50세	60세
하나만물는(무)ABL초간편건강보험 II (갱신형)2201	16,000	32,800	60,000	10,400	20,600	39,700
(무)초간편소액암진단특약 II (갱신형)	3,030	5,870	12,270	10,310	10,770	10,810
(무)초간편보험료환급특약 II (갱신형)	3,802	15,055	46,791	1,543	6,047	21,913
(무)초간편보험료납입면제특약 II (갱신형)	587	3,102	11,088	358	1,241	3,998
(무)초간편재진단3대질병진단특약(갱신형)	9,700	28,160	63,560	15,500	23,550	29,870
(무)초간편일반암진단특약 II (갱신형)	8,380	18,680	37,300	5,290	9,340	16,640
(무)초간편암직접치료입원보장특약(갱신형)	790	1,900	3,660	820	1,240	1,720
(무)초간편요양병원입원보장특약(갱신형)	130	320	730	290	440	620
(무)초간편암수술보장특약(갱신형)	1,710	3,600	5,600	1,960	2,210	2,440
(무)초간편혈전용해치료보장특약(갱신형)	130	320	680	70	230	570
(무)초간편심뇌혈관질환보장특약(갱신형)	1,730	3,850	6,810	1,170	2,570	5,010

구 분	2형(2대질병보장형)					
	남자			여자		
	40세	50세	60세	40세	50세	60세
하나만물는(무)ABL초간편건강보험 II (갱신형)2201	9,100	18,800	35,800	5,900	13,300	28,600
(무)초간편보험료환급특약 II (갱신형)	1,185	5,050	17,711	488	2,582	11,852
(무)초간편보험료납입면제특약 II (갱신형)	136	728	2,784	50	314	1,494
(무)초간편재진단2대질병진단특약(갱신형)	1,390	3,940	9,600	620	2,130	6,040
(무)초간편혈전용해치료보장특약(갱신형)	140	340	720	70	240	590
(무)초간편심뇌혈관질환보장특약(갱신형)	1,790	4,050	7,240	1,210	2,650	5,190

- (무)초간편보험료환급특약 II (갱신형)에서 주계약의 보험료가 변경되어 특약의 보험가입금액이 변경되는 경우, 계약자는 변경된 보험가입금액에 따라 산출된 보험료를 납입하여야 하고, 변경된 보험가입금액을 기준으로 보험금도 변경됩니다.
- (무)초간편보험료납입면제특약 II (갱신형)의 보험가입금액은 납입면제 대상계약의 보험료가 변경된 경우, 납입면제 대상계약이 해지/소멸되거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우, 납입면제 대상계약의 무효/취소/철회가 발생하는 경우 변경될 수 있고, 계약자는 변경된 보험가입금액에 따라 산출된 보험료를 납입하여야 합니다. 다만, (무)초간편보험료납입면제특약 II (갱신형)의 보험가입금액이 변경되어 회사가 정한 최소가입금액 미만인 경우 특약은 해지됩니다.
- 주계약 및 특약(무)초간편보험료납입면제특약 II (갱신형) 제외)은 보험료 납입기간 중 피보험자가 장애분류표 중 동일한 재해를 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50% 이상인 장애상태가 되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 보험료 납입이 면제된 이후 계약을 갱신할 경우 갱신계약의 보험료를 납입해야 하며, 갱신 전 계약(최초계약을 포함합니다)에서 보험료의 납입을 면제한 장애상태의 원인과 동일한 사유로는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- (무)초간편보험료납입면제특약 II (갱신형)의 경우 납입면제 대상계약의 합계보험료가 1,000원 이상(최소가입금액)일 경우 가입이 가능합니다.
- (무)초간편소액암진단특약 II (갱신형), (무)초간편일반암진단특약 II (갱신형)의 보험료 납입기간 중 피보험자가 “뇌출혈 및 뇌경색증” 또는 “급성심근경색증”으로 진단이 확정되었을 경우에는 특약의 차회 이후의 보험료 납입에 한하여 면제합니다. 그러나 특약의 갱신이 이루어진 경우, 갱신 전 계약(최초계약을 포함합니다)에서 보험료의 납입을 면제한 질병과 동일한 질병으로 진단되는 경우(이미 진단확정된 질병으로 인한 연속적인 치료나 후유증 및 합병증 포함)에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- (무)초간편소액암진단특약 II (갱신형)의 보험료 납입기간 중 “유방암 및 전립선암 보장개시일” 이후에 “암”(유방암, 전립선암, 중증 이외의 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)으로 진단이 확정되었을 경우에는 특약의 차회 이후의 보험료 납입에 한하여 면제합니다. 그러나 특약이 갱신이 이루어진 경우, 갱신 전 계약(최초계약을 포함합니다)에서 보험료의 납입을 면제한 암과 동일(이미 진단확정된 암의 종양세포가 잔존(“잔존암”)하거나 재발(“재발암”) 또는 전이(“전이암”)된 경우)한 암으로 진단되는 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- 상기 예시는 최초 계약 당시의 보험요율을 기준으로 산출하였습니다. 계약 갱신 시에는 보험나이 증가, 적용기초율 변경에 따라 보험료가 인상될 수 있습니다.

₩ 해지환급금 예시표

주계약_10년(갱신형)

기준 : 주계약 보험가입금액 1,000만원, 10년만기 전기납, 40세, 월납, 특약제의 단위 : 원

경과 기간	1형(3대질병보장형)						2형(2대질병보장형)					
	남자			여자			남자			여자		
	납입보험료	해지환급금	환급률	납입보험료	해지환급금	환급률	납입보험료	해지환급금	환급률	납입보험료	해지환급금	환급률
1년	120,000	0	0.0%	84,000	0	0.0%	72,000	0	0.0%	45,600	0	0.0%
3년	360,000	57,300	15.9%	252,000	27,500	10.9%	216,000	14,300	6.6%	136,800	0	0.0%
5년	600,000	90,700	15.1%	420,000	49,700	11.8%	360,000	36,600	10.2%	228,000	19,000	8.3%
10년	1,200,000	0	0.0%	840,000	0	0.0%	720,000	0	0.0%	456,000	0	0.0%

- 상기 1형(3대질병보장형)의 예시는 주계약 1형(3대질병보장형)에 의무부가되는 (무)초간편소액암진단특약Ⅱ(갱신형)이 반영되지 않은 값입니다.
- 이 계약을 중도 해지할 경우 납입한 보험료에서 지난 기간의 위험보험료, 계약체결비용 및 계약관리비용(해지공제액 포함) 등이 차감되므로 해지환급금은 납입보험료보다 적거나 없을 수 있습니다.
- 상기 예시는 주계약 기준이며, 특약 가입시 납입보험료, 해지환급금 및 환급률은 달라집니다.
- 상기 예시는 보험계약대출 등이 없는 상태를 기준으로 예시되었으므로, 보험계약대출이 있는 경우 해지환급금은 상기금 액과 크게 달라질 수 있습니다.
- 상기 예시된 금액 및 환급률은 최초 계약만을 대상으로 한 것으로, 갱신 시에는 이 예시와 달라질 수 있습니다.

주계약_20년(갱신형)

기준 : 주계약 보험가입금액 1,000만원, 20년만기 전기납, 40세, 월납, 특약제의 단위 : 원

경과 기간	1형(3대질병보장형)						2형(2대질병보장형)					
	남자			여자			남자			여자		
	납입보험료	해지환급금	환급률	납입보험료	해지환급금	환급률	납입보험료	해지환급금	환급률	납입보험료	해지환급금	환급률
1년	192,000	0	0.0%	124,800	0	0.0%	109,200	0	0.0%	70,800	0	0.0%
3년	576,000	157,100	27.3%	374,400	85,000	22.7%	327,600	68,400	20.9%	212,400	39,300	18.5%
5년	960,000	316,400	33.0%	624,000	181,600	29.1%	546,000	158,300	29.0%	354,000	106,500	30.1%
10년	1,920,000	540,300	28.1%	1,248,000	314,200	25.2%	1,092,000	287,800	26.4%	708,000	203,300	28.7%
15년	2,880,000	464,200	16.1%	1,872,000	265,800	14.2%	1,638,000	251,800	15.4%	1,062,000	177,100	16.7%
20년	3,840,000	0	0.0%	2,496,000	0	0.0%	2,184,000	0	0.0%	1,416,000	0	0.0%

- 상기 1형(3대질병보장형)의 예시는 주계약 1형(3대질병보장형)에 의무부가되는 (무)초간편소액암진단특약Ⅱ(갱신형)이 반영되지 않은 값입니다.
- 이 계약을 중도 해지할 경우 납입한 보험료에서 지난 기간의 위험보험료, 계약체결비용 및 계약관리비용(해지공제액 포함) 등이 차감되므로 해지환급금은 납입보험료보다 적거나 없을 수 있습니다.
- 상기 예시는 주계약 기준이며, 특약 가입시 납입보험료, 해지환급금 및 환급률은 달라집니다.
- 상기 예시는 보험계약대출 등이 없는 상태를 기준으로 예시되었으므로, 보험계약대출이 있는 경우 해지환급금은 상기금 액과 크게 달라질 수 있습니다.
- 상기 예시된 금액 및 환급률은 최초 계약만을 대상으로 한 것으로, 갱신 시에는 이 예시와 달라질 수 있습니다.

가입시 유의사항

간편심사에 관한 사항

이 계약은 “간편심사”상품으로 유병력자 등 일반심사보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다.

- 1) 간편심사란 의적결함 및 연령제한으로 인하여 보험시장에서 소외되고 있는 유병력자나 고령자 등의 계약심사 및 건강검진의 부담을 줄여 보험에 가입할 수 있도록 표준체에 비하여 간소화된 계약전 알릴의무 사항(사업방법서 별첨2 참조)을 활용하여 계약심사 과정을 간소화함을 의미합니다. 계약전 알릴의무사항 간소화를 통하여 보험요율에 이미 반영된 사항은 계약심사에 활용하지 않습니다.
- 2) 계약자가 이 상품에 가입할 경우 회사는 이 상품과 일반심사 상품의 보장내용 및 보험료를 비교하여 안내하고 이에 대한 계약자 확인(사업방법서 별첨1 참조)을 받아야 합니다. 이 경우 비교 대상인 일반심사 상품은 간편심사 상품보다 가입금액 등 보장내용이 축소되지 않도록 운영합니다.
- 3) 회사는 일반심사 상품의 경우 피보험자가 표준체에 해당하는 계약전 알릴의무 사항을 통하여 보험가입 여부에 대한 의적심사를 거쳐 가입이 가능한 상품임을 설명해야 합니다.
- 4) 회사는 이 상품에 가입한 계약자 또는 피보험자가 계약일부터 3개월 이내에 당사 일반심사보험 가입을 희망하는 경우 동, 일한 피보험자를 대상으로 일반계약 심사를 통하여 일반심사보험에 청약할 수 있는 기회를 제공합니다. 다만, 이 계약의 보험금이 이미 지급되거나 청구서류를 접수한 경우에는 그러하지 않습니다.
- 5) '4'에 의하여 일반심사보험에 가입하는 경우에는 기가입한 이 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 보험계약자에게 돌려줍니다.
- 6) 간편심사보험의 청약서는 일반심사보험의 청약서와 구별되도록 청약서 색상을 차별화하여 적용합니다.
- 7) 회사는 이 상품의 피보험자가 될 자가 최근 6개월 이내 당사의 다른 일반심사보험계약의 피보험자로 체결하였는지 여부를 확인하고, 그 결과 최근 6개월 이내에 당사의 다른 일반심사보험계약의 피보험자로 체결한 경우에는 일반심사를 통하여 일반심사보험에 가입할 수 있도록 안내합니다.
- 8) '2' 내지 '5' 및 '7'에서 말하는 일반심사보험이라 함은 사업방법서 [별첨1] “간편심사 상품에 대한 계약자 확인”에서 비교 설명한 「(무)ABL간편가입건강보험 II (갱신형) 2종(일반심사형)」을 말합니다.

장애인전용보험전환특약

가. 장애인전용보험전환특약의 적용은 소득세법 및 동법 시행령 및 시행규칙에 근거하여 적용됩니다.

나. 장애인전용보험전환특약은 다음 각 호의 조건을 모두 만족하는 보험계약에 한하여 부가할 수 있습니다.

(1) 「소득세법 제59조의4(특별세액공제) 제1항 제2호」에 따라 보험료가 특별세액공제의 대상이 되는 보험

(2) 모든 피보험자 또는 모든 보험수익자가 「소득세법 시행령 제107조(장애인의 범위) 제1항」에서 규정한 장애인인 보험

다. 향후 관련 법령이 제·개정 또는 폐지되는 경우 변경된 법령의 내용을 따릅니다.

라. 회사는 이 특약의 적용을 위해 알게 된 장애인 정보를 세액공제 목적으로만 활용하고, 다른 보험의 인수심사나 보험금 심사업무 및 요율 산출 업무에는 활용하지 않습니다.

보험료 선납에 관한 사항

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

가입시 유의사항

보험계약대출에 관한 사항

- 가. 계약자는 이 계약의 해지환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하 “보험계약대출”이라 한다)을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험 상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.
- 나. 계약자는 ‘가’에 따른 보험계약대출금과 보험계약대출이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 때에는 보험금, 해지환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.
- 다. 회사는 주계약 1형(3대질병보장형) 보험약관 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지) 및 주계약 2형(2대질병보장형) 보험약관 제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감합니다.
- 라. 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

계약의 갱신에 관한 사항

- 가. 계약자가 보험료 납입기일(갱신 전 계약의 보험료 납입기일을 준용합니다)까지 갱신되는 계약의 제1회 보험료를 납입할 때, 이 계약은 자동갱신되는 것으로 합니다. 다만, 주계약 1형(3대질병보장형) 보험약관 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지) 및 주계약 2형(2대질병보장형) 보험약관 제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 계약은 갱신되지 않습니다.
 - 나. “가”에도 불구하고 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우에는 이계약을 갱신할 수 없습니다.
 - 1. 계약자가 계약의 보험기간 종료일부터 역산하여 15일 전까지 이 계약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우
 - 2. 계약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 피보험자가 암(유방암, 전립선암, 중증 이외의 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)으로 진단이 확정되었을 경우 (주계약 1형(3대질병보장형)에 한함)
 - 3. 계약의 보험기간 중 “뇌출혈 및 뇌경색증” 또는 “급성심근경색증”으로 진단이 확정되었을 경우
 - 4. 갱신시점의 피보험자의 나이가 100세 이상인 경우
 - 5. 보험기간 중 피보험자가 사망하여 주계약 1형(3대질병보장형) 보험약관 제27조(계약의 소멸) 제1항 및 주계약 2형(2대질병보장형) 보험약관 제24조(계약의 소멸) 제1항에 따라 이 계약이 소멸된 경우
 - 다. “가”에 따라 갱신할 때에는 갱신 전 계약과 동일한 보험기간으로 갱신합니다. 다만, 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 피보험자의 100세 계약해당일로 합니다.
 - 라. “가”에 따라 계약이 갱신되는 경우에 갱신 후 약관은 갱신 전 약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 관계 법령의 개정 및 금융위원회의 명령에 따라 약관이 변경된 경우에는 변경된 약관을 갱신 후 약관으로 적용합니다.
 - 마. 갱신계약의 보장개시일은 갱신 전 계약의 보험기간 종료일의 다음날로 합니다.
 - 바. 계약이 갱신되는 경우에 보험료, 책임준비금 등은 갱신일 현재 피보험자의 나이에 따라 계산하고, 갱신을 할 때의 보험요율이 적용되며, 갱신할 때의 보험요율은 위험률 등의 변동으로 인하여 갱신 전과 다를 수 있습니다.
 - 사. 회사는 이 계약의 보험기간 종료일부터 역산하여 30일 전까지 다음의 사항을 계약자에게 서면으로 통지하여 드립니다.
 - 1. “라”에 따라 변경된 약관을 갱신 후 약관으로 적용하는 경우 그 변경된 내용
 - 2. “바”의 갱신계약 보험요율
 - 아. 갱신계약의 보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.
 - 자. 이 상품에 부가된 특약은 주계약을 갱신하지 않는 경우 갱신되지 않습니다. 다만, 보험금 지급으로 주계약이 갱신되지 않는 경우에는 특약을 갱신할 수 있습니다.
- ※ 계약의 갱신에 관한 사항은 주계약의 갱신에 관한 사항이며, 특약의 갱신에 관한 상세한 내용은 보험계약 체결 전에 반드시 각 특약의 보험약관 및 상품설명서를 확인하시기 바랍니다.

가입시 유의사항

기타

- 가. 본 상품은 매년 위험률을 모니터링, 검증하여 향후 경험위험률 산출을 위한 적정 경험통계가 집적된 경우 위험률을 재산출하여 보험료를 조정합니다.
- 나. 회사는 상품명칭 앞에 계약자가 원하는 이름이나 판매경로 등을 인식할 수 있는 용어를 덧붙여 안내자료 및 보험증권에 기재할 수 있습니다.
- 다. 보험기간, 납입주기, 납입기간 외 가입나이, 가입한도 등 계약인수관련 사항은 회사가 별도로 정한 기준에 따라 제한될 수 있습니다.
- 라. 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 있습니다.
- 마. ABL생명은 해당 상품에 대해 충분히 설명할 의무가 있으며, 가입자는 가입하기 전 이에 대한 충분한 설명을 받으시기 바랍니다.

예금자보호제도

- 본 상품은 예금자보호법에 따라 예금보험공사가 보호하되, 보호 한도는 본 회사에 있는 귀하의 모든 예금보호 대상 계약의 해지환급금(또는 만기 시 보험금이나 사고보험금)과 기타지급금을 합하여 1인당 “최고 5천만원”이며, 5천만원을 초과하는 나머지 금액은 보호하지 않습니다.

알아두실 사항

보험계약사항 기본 확인

- 계약자는 계약 청약 시에 보험상품명, 보험기간, 보험가입금액, 보험료, 보험료 납입기간, 피보험자 등을 반드시 확인하시고 보험 상품에 관한 중요사항을 설명 받으시기 바랍니다.

계약 전 알릴 의무 및 자필서명(날인 및 전자서명 등)

- 계약자 또는 피보험자는 청약서의 질문사항에 대하여 사실대로 기재하고 자필서명(날인 및 전자서명 등)을 하여야 하며 보험설계사 등에게 구두로 알린 사항은 보험회사에 알리지 않은 것으로 간주합니다. 만약 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정한 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.

청약철회 청구제도에 관한 사항

- ‘금융소비자보호에 관한 법률’에 따른 일반금융소비자인 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내(청약을 한 날부터 30일 이내에 가능)에 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약의 경우 청약을 철회할 수 없습니다. 계약자가 청약을 철회한 경우 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 납입한 보험료를 돌려드립니다. 청약철회를 원하시는 경우에는 청약서의 청약철회란을 작성하신 후 우편 송부하거나, 영업시간 내에 가까운 고객센터(CSC)에 방문하거나 콜센터(1588-6500)로 신청하실 수 있으며, 당사 홈페이지(www.abllife.co.kr)에서도 청약을 철회할 수 있습니다.

보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지

- 보험계약자가 제2회 이후 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하여 보험료 납입을 최고(독촉)하고, 그 때까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 계약이 해지됩니다.

보험품질보증제도에 관한 사항

- 보험약관 및 계약자보관용 청약서를 청약할 때 전달받지 못하였거나 보험약관의 중요한 내용을 설명받지 못한 때 또는 계약을 체결할 때 청약서에 자필서명(날인 및 전자서명 등)을 하지 아니한 때에는 계약자가 보험계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다. 이 경우 이미 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

배당에 관한 사항

- 이 상품은 무배당 보험으로 배당이 없는 대신 보험료가 낮습니다.

세제혜택

- 근로소득자가 기본공제대상자를 피보험자로 하여 이 보험에 가입한 경우 당해년도 납입하신 보험료에 대하여 소득세법이 정하는 금액을 세액공제(납입금액 중 연간 100만원 한도로 납입금액의 100분의 12를 세액공제) 받으실 수 있습니다.
- 이 계약의 세제와 관련된 사항은 관련세법의 제·개정이나 폐지에 따라 변경될 수 있습니다.

해지환급금이 납입보험료보다 적은 이유

- 계약자가 납입한 보험료는 불의의 사고를 당한 다른 가입자에게 보험금으로 지급되고 회사 운영에 필요한 경비로 사용되므로 중도해지시 지급되는 해지환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다.

소멸시효

- 주어진 권리를 장기간 행사하지 않을 때 그 권리가 없어지게 되는 제도로, 보험사고가 발생한 후 보험금 등의 청구권을 3년간 행사하지 않으면 보험금 등의 청구권이 소멸합니다.
- 회사가 보험금 및 해지환급금 등을 지급할 때에는 청구권의 소멸시효기간 내에서만 약관에서 정한 이자를 더하여 지급하며, 보험기간 종료일 이전이라도 청구권의 소멸시효가 완성된 이후부터는 이자를 부리(지급)해 드리지 않습니다.

보험금을 지급하지 않는 보험사고

- 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
- 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- 보험계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ※ 일반사망보험금의 경우 ‘고의적 사고 및 가입 후 2년 이내 자살사’ 지급 제한
- 자세한 사항은 보험약관 참조

기존계약 해지 후 신계약 체결 시 불이익 사항

- 기존에 체결했던 보험계약을 해지하고 다른 보험계약을 체결할 경우 보험 인수가 거절되거나 보험료가 인상되거나 보장내용이 달라질 수 있습니다.

지정대리청구서비스특약에 관한 사항

- 적용대상
지정대리청구서비스특약은 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 주계약 및 특약에 적용됩니다.
- 지정대리청구인의 지정
(1) 계약자는 보험수익자에게 정성 또는 신경계의 장애로 영구히 의사소통이 불가능하거나 스스로 올바른 의사판단을 할 수 없다는 의사의 소견을 제출한 경우 등 주계약 및 특약에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약을 체결할 때 또는 계약체결 이후 다음 각 호의 어느 하나에 해당 하는 자 중에서 보험금의 대리청구인(2인 이내에서 지정하되, 2인 지정시 대표대리청구인을 지정. 이하, “지정대리청구인”이라 합니다)으로 지정 또는 변경할 수 있습니다. 다만, 지정대리청구인은 보험금을 청구할 때에도 다음에 해당하여야 합니다.
* 보험수익자의 가족관계등록부상 배우자
* 보험수익자의 3촌 이내의 친족
(2) ‘(1)에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 적용대상(지정대리청구서비스특약은 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 주계약 및 특약에 적용됩니다.)의 계약자 또는 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

단체취급특약에 관한 사항

이 특약의 가입 대상단체는 단체구성원을 확정시킬 수 있고 관리가 가능한 단체로서 다음과 같습니다.

- 제1종 단체 : 동일한 회사, 사업장, 관공서, 국영기업체, 조합 등 5인 이상의 근로자를 고용하고 있는 단체 (다만, 사업장, 직제, 직종 등으로 구분되어 있는 경우의 단체소속 여부는 관련법규 등에서 정하는 바에 따릅니다.)
- 제2종 단체 : 비영리법인단체 또는 변호사회, 의사회 등 동업자단체로서 5인 이상의 구성원이 있는 단체
- 제3종 단체 : 그 밖에 단체의 구성원을 확정시킬 수 있고 계약의 일괄적인 관리가 가능한 단체로서 5인 이상의 구성원이 있는 단체

불만족 접수 안내

<불만 접수 안내>

- 우편 : 서울시 영등포구 의사당대로 147 (구.여의도동 45-21) ABL 타워 6층 소비자부 (우)07332
- ABL생명 콜센터 : 국번없이 1588-6500
- 팩스 : 02-3787-8719
- 인터넷 : www.abllife.co.kr > 전자민원접수 > 불만접수창구 > 불만의 소리
- e-mail : customer@ablifc.co.kr
- 기타 상담(문의) : 전 영업점 및 자급 창구, 보험설계사
- 수술/입원/사망보험금 관련 상담 : 전화 1588-4404, 팩스 02-3787-8745

<생명보험협회>

- 02-2262-6600 / www.klia.or.kr

<금융감독원 민원상담>

- 국번 없이 1332 / www.fss.or.kr

보험계약관련 조회시스템 운영

- 본 상품안내장은 계약자의 이해를 돕기 위한 요약자료입니다. 계약자께서는 본 상품에 대한 자세한 내용과 본 상품에 제시된 보장내용, 보험기간 등을 변경하여 보험설계를 하실 경우 당사의 상품과 유사한 다른회사의 상품을 비교하실 경우 아래에서 확인하실 수 있습니다.
- 보험상품 및 가격공시실 : www.abllife.co.kr(당사 홈페이지)
- 보험상품비교 공시 : www.klia.or.kr(생명보험협회)

에이비엘생명보험주식회사 07332 서울시 영등포구 의사당대로 147 (구.여의도동 45-21) ABL 타워
콜센터 1588-6500 www.abllife.co.kr

마케팅부 제작(2022.01.01) / 준법감시인 심의필 제2021-PA460호 (2021.12.28~2022.12.27)