



70년 역사의 ABL생명, ‘더 나은 삶’을 위해 나아가겠습니다

A Better Life **ABL** 생명

수입보험료 2조 3,106억원(2023년 12월말 기준)
총자산 17조 3,549억원(2023년 12월말 기준)

〈출처: ABL생명 2023년 사업보고서〉

- 1954년 설립, 한국 시장에서 70년 동안 쌓아온 역사와 전통
- 글로벌 금융 네트워크를 통해 축적한 선진 금융 기법과 노하우, 보장성보험부터 변액·저축성보험까지 40여 종의 폭넓은 상품으로 고객의 다양한 니즈 보장
- 첨단 디지털 시스템 도입을 통해 보험가입, 청약, 납입, 사고보험금 지급까지 신속하고 편리한 고객 서비스 제공

나에게 필요한 보장을 선택해서 설계할 수 있는 종합건강보험

(무)ABL THE더보장종합건강보험(갱신형)2405

다양한 특약 가입을 통해 암 보장, 간병 보장, 뇌·심장질환 보장, 입원·수술 보장을 설계할 수 있습니다.
(다만, 간편심사형 및 간편심사형(3.0.5), 일반심사형 상품에 따라 가입 가능한 선택특약이 상이할 수 있습니다.)

10년 만기 갱신형과 20년 만기 갱신형, 30년 만기 갱신형 중 선택 가능하며, 갱신형 상품으로 초기 가입부담을 덜어 드립니다.
(단, 갱신주기는 특약별로 상이하며, 갱신시 보험료는 최초 보험료와 다를 수 있습니다.)



암 보장 설계

암 진단부터 치료까지 든든하게

- 암 전조 증상부터 검사, 진단, 치료, 후속치료, 암사망까지 암치료 전반에 걸친 보장을 든든하게 설계할 수 있습니다.
- 위암, 간암, 폐암, 대장암, 췌장암·담낭암·기타담도암의 각 부위별 암진단 보장을 추가할 수 있습니다.
- 암입원, 암수술, 암통원부터 비용 부담이 높은 표적항암물허가치료, 카티(CAR-T)항암약물허가치료까지 암집중 보장을 설계할 수 있습니다.



암진단



암검진



암수술



암입원·통원



암치료

암 주요치료비 특약으로 한번 더 든든하게

비례보장

암진단 이후 종합병원에서 “연간 암주요치료비 총액”이 1천만원 이상시 구간별 보장금액 지급(연간 1회, 최대 5회)

(무)종합병원암주요치료비보장특약D(갱신형)

정액보장

암진단 이후 “암주요치료”(암수술, 항암약물치료, 항암방사선치료)시 가입금액 지급(연간 1회, 최대 5회)

(무)일반암주요치료비보장특약D(갱신형)
(무)갑상선암 및 기타피부암 주요치료비보장특약D(갱신형)

- ※ (무)일반암주요치료비보장특약D(갱신형) 및 (무)종합병원암주요치료비보장특약D(갱신형)에서 암(갑상선암 및 기타피부암 제외) 보장에 대한 보장개시일은 계약일을 포함하여 90일이 지난날의 다음날이며, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다.
- ※ (무)일반암주요치료비보장특약D(갱신형)의 간편심사형 및 간편심사형(3.0.5)에서 최초계약의 계약일로부터 1년 미만에 “암”으로 최초 진단확정되었을 경우 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.

간병 보장 설계



- “장기요양상태” 판정 시 장기요양 급여금 보장으로 든든하게 준비할 수 있습니다.
- 간병인, 간호·간병통합서비스 사용 지원으로 간병비 부담을 덜어드립니다.

산정특례보장 설계



- “암”, “뇌혈관질환”, “심장질환”, “희귀질환”, “중증난치질환”, “결핵”, “중증화상”, “중증외상” 중대질환을 더 든든하게 준비할 수 있습니다.
- ※ 본인일부부담금 산정특례제도: 국민건강보험법에 근거하여 진료비 본인부담이 높은 중증 질환자와 희귀질환자 등에 대하여 외래 또는 입원진료시 본인부담률을 경감해주는 제도

추가 보장 설계



- 치료 과정에서 발생하는 검사, 통원, 입원, 수술 등의 본인부담 급여외료비 부담을 덜어드립니다.
- 고령화로 많이 발생하는 대상포진, 통풍, 인공관절치환수술, 관절염 수술 등의 보장이 가능합니다.
- 뇌혈관질환 및 허혈심장질환의 경증진단부터 뇌출혈, 뇌경색, 급성심근경색증과 같은 중증진단까지 단계적으로 준비할 수 있습니다.
- 1~5종 수술 보장, 상급종합병원 입원, 응급실 내원, 골절 등 일상생활에서 필요한 보장을 설계할 수 있습니다.

· 본 안내자료는 보험약관의 전체내용을 요약한 것이므로 보다 상세한 내용은 보험계약 체결 전에 반드시 보험약관 및 상품설명서를 확인하시기 바랍니다.

간편심사로 질병이 있어도 가입가능!(다만, 간편심사형 및 간편심사형(3.0.5)에 한합니다.)

※ 아래 항목에 해당되지 않으면 간편심사형 또는 간편심사형(3.0.5)에 가입이 가능합니다.

간편심사형

- 최근 3개월 이내에 의사로부터 진찰 또는 검사(건강검진 포함)를 통하여 다음의 의료행위를 받은 사실이 있습니까?
1) 질병 확정 진단 2) 질병 의심 소견 3) 입원 필요 소견 4) 수술 필요 소견 5) 추가검사(재검사) 필요 소견
- 최근 2년 이내에 질병이나 사고로 인하여 다음과 같은 의료행위를 받은 사실이 있습니까?
1) 입원 2) 수술(제왕절개 포함)
- 최근 5년 이내에 의사로부터 진찰 또는 검사를 통하여 암으로 "진단" 받거나 암으로 "입원 또는 수술"을 받은 적이 있습니까?(암에는 악성신생물, 백혈병 및 기타 혈액종양이 포함됩니다.)

※ 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.

간편심사형(3.0.5)

- 최근 3개월 이내에 의사로부터 진찰 또는 검사(건강검진 포함)를 통하여 다음의 의료행위를 받은 사실이 있습니까?
1) 질병 확정 진단 2) 질병 의심 소견 3) 입원 필요 소견 4) 수술 필요 소견 5) 추가검사(재검사) 필요 소견
- 최근 5년 이내에 의사로부터 진찰 또는 검사를 통하여 암, 제자리암, 간경화로 "진단" 받거나 "입원 또는 수술"을 받은 적이 있습니까?(암에는 악성신생물, 백혈병 및 기타 혈액종양이 포함됩니다.)

간편심사형 및 간편심사형(3.0.5) 상품은 일반심사형 상품에 가입하기 어려운 유병자 및 고연령자 등을 대상으로 하므로 일반심사형에 비해 보험료가 비쌉니다. 일반심사형 상품에 가입이 가능하신 고객님은 본 상품 일반심사형 상품에 가입하셔야 불이익이 발생하지 않습니다.

건강등급 적용으로 보험료 할인 혜택

- 건강등급은 성별, 연령, BMI, 혈압, 공복혈당, 콜레스테롤, 흡연여부, 내원일수 등 다양한 건강 지표를 활용하여 피보험자의 상대적인 건강상태 수준을 1등급부터 9등급까지 등급화한 지표입니다.
- 건강등급에 해당하는 건강등급별 할인율에 따라 선택특약 보험료를 최대 10%까지 할인하여 드립니다.
- 건강등급은 청약 시 산정된 건강등급을 최초로 적용하며, 1년 주기로 재산정하여 건강등급이 변경된 경우에는 변경된 건강등급을 기준으로 보험료를 할인하여 드립니다.
- 재산정한 건강등급이 5~8등급이고 직전 유효한 건강등급보다 건강등급이 개선된 경우 "건강등급 재산정일"부터 다음연도 "건강등급 재산정일" 전일까지 보험료의 1%를 할인해 드립니다.

간편심사형 가입 후 계약전환으로 저렴한 보험료 납입이 가능합니다.

간편심사형 및 간편심사형(3.0.5) 가입 후 가입자(피보험자)가 건강등급 등 회사가 정한 기준을 충족하는 상태에서 "건강등급 적용 표준체 계약전환 특약"을 통해 계약을 전환할 경우, 동일한 보장을 받으면서 보험료는 더 저렴해집니다.

건강등급에 따라 보험료를 할인 받을 수 있는 “건강등급 적용 특약”

- 피보험자의 건강등급에 해당하는 건강등급별 할인율에 따라 보험료를 할인하여 드립니다.
- 건강등급이란 성별, 연령, 건강상태, 의료이용정보 등을 기준으로 피보험자의 상대적인 건강상태 수준을 등급화한 지표를 말합니다. 건강등급은 1등급부터 9등급까지 산정되며 1등급에 가까울수록 건강상태가 양호하다는 것을 의미합니다.
- 건강등급은 건강등급 산출 시스템을 운영하고 건강등급 정보를 제공하는 회사의 건강등급 산출시스템을 통해 산출됩니다.
- 건강등급은 청약 시 산정된 건강등급을 최초로 적용하며, 1년 주기로 재산정하여 건강등급이 변경된 경우에는 변경된 건강등급을 기준으로 보험료를 할인하여 드립니다.
- 건강등급은 보험료 할인을 제공하기 위해 사용하는 건강 지표로, 계약인수심사기준으로는 활용되지 않습니다.



※ 고객은 (i) 건강등급 산출앱(LOG앱)을 설치하여, 해당 앱에서 건강등급을 산출하거나, (ii) 당사 설계사(FC)를 통하여 회사에 고객 등록을 하는 경우, 전송 받은 URL을 통해 웹 페이지에 접속하여 건강등급을 산출할 수 있고, 이때 산출된 건강등급 정보는 회사에 제공됩니다.

[건강등급별 보험료 할인율]

구분	건강등급	1등급	2등급	3등급	4등급	5~9등급, 등급정보 없음
할인율	선택특약	10.0%	7.0%	5.0%	3.0%	-

- 건강등급은 건강등급 적용 특약의 보험기간 중 1년 주기로 재산정하여 변경 적용하며, 건강등급이 변경된 경우에는 변경된 건강등급을 기준으로 보험료 할인이 적용됩니다.
- 건강등급에 따른 보험료 할인은 질병사망, 암, 심장질환, 뇌혈관질환, 치매질환, 질병입원, 질병수술, 간질환, 폐질환, 신장질환과 관련된 담보를 보장하는 상품(주계약의 피보험자가 가입한 특약 포함)을 대상으로 합니다.
- 재산정한 건강등급이 5~8등급이고 직전 유효한 건강등급보다 건강등급이 개선된 경우에 한하여 “건강등급 재산정일”부터 다음연도 “건강등급 재산정일” 전일까지 보험료의 1%를 할인합니다. 다만, 직전 유효한 건강등급이 없을 경우에는 보험료를 할인하지 않습니다.
- [등급정보 없음] 피보험자가 건강등급을 산출하지 않거나, 건강등급 미적용을 선택한 경우

간편심사형 가입 후 계약전환으로 저렴한 보험료 납부가 가능한 “건강등급 적용 표준체 계약전환 특약”

간편심사형 또는 간편심사형(3.0.5) 가입 후 가입자(피보험자)가 건강등급 등 회사가 정한 기준을 충족하는 상태에서 “건강등급 적용 표준체 계약전환 특약”을 통해 일반심사형 계약으로 전환할 경우, 동일한 보장을 받으면서 보험료는 더 저렴해집니다.



“전환 전 계약”이 아래 조건을 모두 충족한 경우, 계약자가 계약전환을 신청하고 회사가 계약전환을 승낙한 경우 일반심사형 계약으로 계약을 전환합니다.

- 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 계약이 간편심사형 및 간편심사형(3.0.5)인 계약
- 5) 전환 신청 시 피보험자의 보험나이가 65세 이하인 계약
- 6) 전환 전 계약의 주계약 납입기간이 경과하지 않은 계약

“계약전환 시 확인사항”

- 1) 최초 도래하는 “건강등급 재산정일”부터 전환신청일까지 계속하여 “유효한 건강등급”을 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 (“암”에는 악성신생물, 백혈병 및 기타 혈액종양이 포함됨)

[보험료 예시]

기준: 남자 40세, 20년 만기 전기납, 최초계약, 월납, 건강등급 2등급 적용, 단위:원

구분	보험가입 금액	보험료	
		간편심사형 (전환 전 계약)	일반심사형 (전환 후 계약)
주계약	100만원	28	28
(무)일반암진단특약D(갱신형)	3,000만원	18,079	12,918
(무)소액암진단특약D(갱신형)	600만원	1,222	865
(무)수술보장특약D(갱신형)	1,000만원	9,579	5,673
(무)입원보장특약D(갱신형)	1,000만원	2,595	1,720
합계		31,503	21,204

※ 상기 예시는 최초계약 가입당시의 보험요율을 기준으로 산출하였으므로, 갱신을 할 때 연령증가, 적용요율의 변동에 따라 보험료가 인상될 수 있습니다.

- ※ 계약 전환 신청은 전환 전 주계약의 보험료 납입기간 중 신청할 수 있으며, 신청 기한은 최초 계약체결 이후 5년 경과 계약해당일부터 10년 경과 계약해당일의 전일 까지입니다.
- ※ 회사는 계약전환 적용대상 및 방법, 계약전환시 확인사항의 내용을 확인하여 계약전환을 승낙 또는 거절할 수 있으며, 회사가 계약전환을 거절한 경우에는 기존계약이 유지됩니다.

• 본 안내자료는 보험약관의 전체내용을 요약한 것이므로 보다 상세한 내용은 보험계약 체결 전에 반드시 보험약관 및 상품설명서를 확인하시기 바랍니다.

가입을 위한 안내

주계약

구분		피보험자 가입나이	보험기간	보험료 납입기간
(무)ABL THE더보장 종합건강보험(갱신형)2405	일반심사형	만 15세 ~ 최대 80세	10년/20년/30년 (최대 100세 만기)	전기납
	간편심사형	30세 ~ 최대 80세		
	간편심사형(3.0.5)			

- 피보험자 가입나이는 보험종별, 보험기간, 보험료 납입기간에 따라 달라질 수 있습니다.
- 특약별 보험기간, 보험료 납입기간, 피보험자 가입나이는 주계약과 상이하므로 보험약관 및 상품설명서를 확인하시기 바랍니다.
- 이 계약은 10년 만기, 20년 만기 또는 30년 만기 갱신형으로 운영하며, 갱신할 때에는 갱신 전 계약과 동일한 보험기간으로 갱신합니다. 다만, 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일이 10년(최초계약의 보험기간이 20년인 경우에는 20년, 30년인 경우에는 30년) 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 이 계약의 보험기간으로 합니다.
- 간편심사형 및 간편심사형(3.0.5)은 "간편심사"상품으로 유병력자 또는 연령제한 등 일반심사보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 하므로 일반심사형 대비 보험료가 할증됩니다. 의사의 건강검진을 받거나 일반심사를 할 경우 간편심사형보다 보험료가 낮은 일반심사형에 가입할 수 있습니다.(다만, 일반심사보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다.)
- 계약 갱신 시에는 보험나이 증가, 적용기초율 변경에 따라 보험료가 인상될 수 있습니다.

보험금 지급 기준

주계약

구분		지급사유	지급금액
(무)ABL THE더보장 종합건강보험(갱신형)2405	일반심사형	피보험자가 보험기간 중 재해로 사망하였을 때	보험가입금액
	간편심사형		
	간편심사형(3.0.5)		

- 보험기간 중 피보험자가 재해 이외의 원인으로 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고 이 계약은 소멸됩니다.
- 간편심사형 및 간편심사형(3.0.5)에서 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해를 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 계약의 갱신이 이루어진 경우, 갱신 전 계약(최초계약을 포함합니다)에서 보험료의 납입을 면제한 장해상태의 원인과 동일한 사유로는 보험료의 납입을 면제하지 않으며, 계약자는 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
- 일반심사형에서 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 그러나 계약의 갱신이 이루어진 경우, 갱신 전 계약(최초계약을 포함합니다)에서 보험료의 납입을 면제한 장해상태의 원인과 동일한 사유로는 보험료의 납입을 면제하지 않으며, 계약자는 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

보험금 지급 기준

암 보장 선택특약

기준 : 특약 보험가입금액 1,000만원

구분	급부명칭	지급사유	지급금액
(무)일반암진단특약D (갱신형)	암 진단 급여금	암보장개시일 이후에 “암”(중증 이외의 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회에 한함)	1년 미만 : 500만원 1년 이상 : 1,000만원
(무)소액암진단특약D (갱신형)	중증 이외의 갑상선암 진단급여금	중증 이외의 갑상선암으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회 진단확정에 한하여 지급)	
	기타피부암 진단급여금	기타피부암으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회 진단확정에 한하여 지급)	
	대장점막내암 진단급여금	대장점막내암으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회 진단확정에 한하여 지급)	
	제자리암 진단급여금	제자리암으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회 진단확정에 한하여 지급)	
	경계성종양 진단급여금	경계성종양으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회 진단확정에 한하여 지급)	
(무)선택주요암 진단특약D (갱신형)	1종 (위암)	위암진단 급여금	1년 미만 : 500만원 1년 이상 : 1,000만원
	2종 (간암)	간암진단 급여금	
	3종 (폐암)	폐암진단 급여금	
	4종 (대장암)	대장암진단 급여금	
	5종 (췌장암·담낭암· 기타담도암 기타담도암)	췌장암·담낭암· 기타담도암 진단급여금	
(무)암직접치료 입원보장특약D (갱신형)	암직접치료 입원급여금	보장개시일(암의 경우 암 보장개시일) 이후에 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양으로 진단이 확정되고, 그 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 보험기간 중 4일 이상 계속하여 입원하였을 때 (다만, 1회 입원당 120일 한도)	3일초과 입원일수 1일당 암 : 5만원 갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양 : 2만원 (다만, 최초계약의 계약일로부터 1년 미만에 입원시 50% 지급)
(무)요양병원암 입원보장특약D (갱신형)	요양병원 암입원급여금	보장개시일(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 (다만, 1회 입원당 60일 한도)	3일 초과 입원일수 1일당 2만원 (다만, 최초계약의 계약일로부터 1년 미만에 입원시 50% 지급)

· 본 안내자료는 보험약관의 전체내용을 요약한 것이므로 보다 상세한 내용은 보험계약 체결 전에 반드시 보험약관 및 상품설명서를 확인하시기 바랍니다.

보험금 지급 기준

암 보장 선택특약

기준 : 특약 보험가입금액 1,000만원

구분	급부명칭	지급사유	지급금액
(무)암수술보장특약D(갱신형)	암수술 급여금	보장개시일(암의 경우 암보장개시일) 이후에 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양으로 진단이 확정되고 그 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 때(수술 1회당)	암 100만원 갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양 30만원 (다만, 최초계약의 계약일로부터 1년 미만에 지급사유가 발생하였을 경우 50% 지급)
	항암약물 치료비	보장개시일(암의 경우 암보장개시일) 이후에 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양으로 진단이 확정되고 그 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료 또는 항암방사선치료를 받았을 때 (다만, 각각 최초 1회에 한함)	암 100만원 갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양 20만원 (다만, 최초계약의 계약일로부터 1년 미만에 지급사유가 발생하였을 경우 50% 지급)
	항암방사선 치료비		
(무)항암약물치료 보장특약D(갱신형)	항암약물 치료비	보장개시일(“암”의 경우 암보장개시일) 이후에 “암”, “갑상선암”, “기타피부암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 진단이 확정되고 그 “암”, “갑상선암”, “기타피부암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”의 직접적인 치료를 목적으로 “항암약물치료”를 받았을 때(다만, 각각 최초 1회에 한함)	암 100만원 갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양 20만원 (다만, 최초계약의 계약일로부터 1년 미만에 지급사유가 발생하였을 경우 50%지급)
(무)항암방사선치료 보장특약D(갱신형)	항암방사선 치료비	보장개시일(“암”의 경우 암보장개시일) 이후에 “암”, “갑상선암”, “기타피부암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 진단이 확정되고 그 “암”, “갑상선암”, “기타피부암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”의 직접적인 치료를 목적으로 “항암방사선치료”를 받았을 때(다만, 각각 최초 1회에 한함)	암 100만원 갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양 20만원 (다만, 최초계약의 계약일로부터 1년 미만에 지급사유가 발생하였을 경우 50%지급)
(무)12대기관양성신생물 (3대기관폴립포함) 수술보장특약(갱신형)	12대기관 양성신생물 (3대기관폴립포함) 수술급여금	12대기관 양성신생물(3대기관폴립포함)로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 때 (다만, 연간 1회에 한함)	1년 미만 : 5만원 1년 이상 : 10만원
(무)갑상선바늘생검 조직병리진단특약(갱신형)	갑상선바늘생검 조직병리 진단급여금	“갑상선 바늘생검 조직병리진단”을 받았을 때 (다만, 연간 1회에 한함)	20만원 (다만, 1종(간편심사형)일 경우 최초계약의 계약일로부터 1년 미만에 지급사유가 발생하였을 경우 50%지급)
(무)전립선바늘생검 조직병리진단특약(갱신형)	전립선바늘생검 조직병리 진단급여금	“전립선 바늘생검 조직병리진단”을 받았을 때 (다만, 연간 1회에 한함)	50만원 (다만, 1종(간편심사형)일 경우 최초계약의 계약일로부터 1년 미만에 지급사유가 발생하였을 경우 50%지급)
(무)특정항암호르몬 약물허가치료보장 특약D(갱신형)	특정항암 호르몬약물 허가치료비	암보장개시일 이후에 “암”으로 진단 확정되고, 그 “암”의 직접적인 치료를 목적으로 “특정항암호르몬약물허가치료”를 받았을 때 (다만, 최초 1회에 한함)	1년 미만 : 25만원 1년 이상 : 50만원

암 보장 선택특약

기준 : 특약 보험가입금액 1,000만원

구분	급부명칭	지급사유	지급금액
(무)표적항암약물허가 치료보장특약D (갱신형)	표적항암 약물허가 치료비	보장개시일(암의 경우 암보장개시일) 이후에 암, 갑상선암 또는 기타피부암으로 진단 확정되고, 그 암, 갑상선암 또는 기타피부암의 직접적인 치료를 목적으로 표적항암약물허가치료를 받았을 때(다만, 최초 1회에 한함)	1년 미만 : 500만원 1년 이상 : 1,000만원
(무)계속받는표적 항암약물허가치료 보장특약D(갱신형)	계속받는표적 항암약물허가 치료비	보장개시일(“암”의 경우 암보장개시일) 이후에 “암”, “갑상선암” 또는 “기타피부암”으로 진단 확정되고 그 “암”, “갑상선암” 또는 “기타피부암”의 직접적인 치료를 목적으로 보험기간 중 “표적항암약물허가치료”를 받았을 때	최초 1회 치료비 1년 미만 : 450만원 1년 이상 : 900만원 연간 1회 치료비 1년 미만 : 50만원 1년 이상 : 100만원
(무)계속받는카티 (CAR-T)항암약물 허가치료보장특약D (갱신형)	계속받는카티 (CAR-T)항암약물 허가치료비	보장개시일(“암”의 경우 암보장개시일) 이후에 “카티(CAR-T)항암약물허가치료 적응증”으로 진단 확정되고, 그 “카티(CAR-T)항암약물허가치료 적응증”의 직접적인 치료를 목적으로 보험기간 중 “카티(CAR-T)항암약물허가치료”를 받았을 때 (다만, 연간 1회에 한함)	1년 미만 : 500만원 1년 이상 : 1,000만원
(무)항암양성자방사선 치료보장특약D (갱신형)	항암양성자 방사선 치료비	보장개시일(암의 경우 암보장개시일) 이후에 암, 갑상선암 또는 기타피부암으로 진단 확정되고 그 암, 갑상선암 또는 기타피부암의 직접적인 치료를 목적으로 항암양성자방사선치료를 받았을 때(다만, 최초 1회에 한함)	1년 미만 : 500만원 1년 이상 : 1,000만원
(무)항암세기조절방사선 치료보장특약D (갱신형)	항암세기 조절방사선 치료비	보장개시일(암의 경우 암보장개시일) 이후에 암, 갑상선암 또는 기타피부암으로 진단 확정되고 그 암, 갑상선암 또는 기타피부암의 직접적인 치료를 목적으로 항암세기조절방사선치료를 받았을 때(다만, 최초 1회에 한함)	1년 미만 : 500만원 1년 이상 : 1,000만원
(무)급여암특정통증 완화치료보장특약 (갱신형)	급여 암 특정 통증완화 치료비	암보장개시일 이후에 암으로 진단 확정되고 그 암의 통증완화를 목적으로 “급여 암 특정통증완화치료”를 받았을 때 (다만, 연간 1회에 한하여 지급)	50만원
(무)급여암특정재활 치료보장특약(갱신형)	급여암특정 재활치료비	암보장개시일 이후에 암으로 진단이 확정되고, 보험기간 중 입원하여 “입원 급여 암 특정재활치료”를 받거나 통원하여 “외래 급여 암 특정재활치료”를 받았을 때 (다만, 1일 1회한, 연간 10회에 한함)	3만원
(무)말기암호스피스 완화의료입원치료 보장특약(갱신형)	말기암 호스피스 완화의료 입원치료비	암보장개시일 이후에 암으로 인한 호스피스대상환자에 해당되어 호스피스완화요료를 목적으로 입원형 호스피스전문기관에 입원하였을 때(다만, 최초 1회에 한함)	1,000만원

· 본 안내자료는 보험약관의 전체내용을 요약한 것이므로 보다 상세한 내용은 보험계약 체결 전에 반드시 보험약관 및 상품설명서를 확인하시기 바랍니다.

보험금 지급 기준

암 보장 선택특약

기준 : 특약 보험가입금액 1,000만원

구분	급부명칭	지급사유	지급금액
(무)암직접치료 상급종합병원통원 보장특약(갱신형)	암직접치료 상급종합병원 통원급여금	암보장개시일 이후에 “암”으로 진단이 확정되고, 그 “암”의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하여 치료를 받았을 때(다만, 통원 1일당 1회에 한함)	5만원 (다만, 1중(간편심사형)일 경우 최초계약의 계약일로부터 1년 미만에 지급사유가 발생하였을 경우 50%지급)
	소액암직접치료 상급종합병원 통원급여금	갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양으로 진단이 확정되고, 그 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하여 치료를 받았을 때(다만, 통원 1일당 1회에 한함)	
(무)암사망보장 특약II(갱신형)	암사망보험금	암 보장개시일 이후에 암으로 진단이 확정되고 그 암을 직접적인 원인으로 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 보험기간 중 갑상선암 또는 기타피부암으로 진단이 확정되고 그 갑상선암 또는 기타피부암을 직접적인 원인으로 보험기간 중 사망하였을 경우	1,000만원

- 위 특약에서 보험금은 특약의 보험기간 중 피보험자에게 보험금 지급사유가 발생하였을 때 지급하여 드립니다.
- 피보험자 가입나이, 가입년도 등 계약인수 관련사항은 회사가 별도로 정한 기준에 따라 제한될 수 있습니다.
- 상기 보험금 지급기준표에서 “암”에 대한 정의는 각 특약별로 상이하니 반드시 보험약관을 통해 확인하시기 바랍니다.
- 암보장개시일 : “암” 보장에 대한 보장개시일을 말하며, 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우에는 부활(효력회복)일로부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.
- 상기 보험금 지급기준표의 내용 중 계약일로부터 1년 미만의 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우에는 적용하지 않습니다.
- 위 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고 이 특약은 소멸됩니다. 다만, (무)암사망보장특약II(갱신형)의 경우 보험금 지급사유 이외의 원인으로 사망한 경우에만 사망 당시의 계약자적립액을 지급합니다.
- (무)소액암진단특약D(갱신형) 약관의 제3조(“중증갑상선암”, “중증 이외의 갑상선암”, “기타피부암” 및 “대장점막내암”의 정의 및 진단확정) 제5항에서 정한 대장점막내암으로 보험금 지급사유 발생시 대장점막내암에 해당하는 진단급여금을 지급하고 제자리암에 해당하는 진단급여금은 지급되지 않습니다.
- (무)암직접치료입원보장특약D(갱신형) 약관의 제3조(“암”, “갑상선암” 및 “기타피부암”의 정의 및 진단확정)에 따라 암의 정의에서 갑상선암 및 기타피부암은 제외되므로, 갑상선암 및 기타피부암으로 암직접치료입원급여금 지급사유가 발생한 경우에는 갑상선암 및 기타피부암에 해당하는 암직접치료입원급여금을 지급하고 암에 해당하는 암직접치료입원급여금은 지급되지 않습니다.
- (무)암직접치료입원보장특약D(갱신형)에서 의료법 제3조(의료기관) 제2항 제3호 라목에서 규정된 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입원한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- (무)요양병원암입원보장특약D(갱신형) 약관의 제3조(“암”, “갑상선암” 및 “기타피부암”의 정의 및 진단확정)에 따라 암의 정의에서 갑상선암 및 기타피부암은 제외되므로, 갑상선암 및 기타피부암으로 요양병원암입원급여금 지급사유가 발생한 경우에는 갑상선암 및 기타피부암에 해당하는 요양병원암입원급여금을 지급하고 암에 해당하는 요양병원암입원급여금은 지급되지 않습니다.
- (무)요양병원암입원보장특약D(갱신형)에서 동일한 질병으로 인한 요양병원암입원급여금의 경우 이 특약의 최초 계약의 보장개시일(암의 경우 암 보장 개시일)부터 지급된 요양병원암입원급여금의 누적 총 지급일수가 365일을 초과할 때에는 365일을 초과한 날 이후부터 이 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지 동일한 질병으로 인한 요양병원암입원급여금은 지급되지 않습니다. 다만, 동일한 질병이 완치된 이후에 해당 질병을 다시 진단받는 경우에는 동일한 질병으로 보지 않습니다.
- (무)암수술보장특약D(갱신형), (무)항암약물치료보장특약D(갱신형) 및 (무)항암방사선치료보장특약D(갱신형) 약관(“암”, “갑상선암” 및 “기타피부암”의 정의 및 진단확정)에 따라 암의 정의에서 갑상선암 및 기타피부암은 제외되므로, 갑상선암 및 기타피부암으로 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 갑상선암 및 기타피부암에 해당하는 보험금을 지급하고 암에 해당하는 보험금은 지급되지 않습니다.
- (무)암수술보장특약D(갱신형)에서 항암약물치료비 및 항암방사선치료비는 갱신된 보험기간별로 최초 1회에 한하여 지급합니다.
- (무)암직접치료상급종합병원통원보장특약(갱신형)에서 보장대상이 되는 통원급여금은 보험기간 중 발생한 통원 치료에 한합니다.
- (무)항암약물치료보장특약D(갱신형) 및 (무)항암방사선치료보장특약D(갱신형)에서 “갑상선암”, “기타피부암”, “제자리암”, “경계성종양”에 대한 “항암약물치료비” 및 “항암방사선치료비”는 갱신된 보험기간별로 각각 최초 1회에 한하여 지급합니다.
- (무)항암약물치료보장특약D(갱신형) 및 (무)항암방사선치료보장특약D(갱신형)에서 특약의 보험기간 중 암 보장개시일 이후에 피보험자가 “암”으로 진단이 확정되고 그 “암”의 직접적인 치료를 목적으로 “항암약물치료” 및 “항암방사선치료”를 받았을 경우에는 이 특약은 갱신되지 않습니다.
- 상기 보험금 지급기준표의 “연간”이란 계약일로부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.
- (무)계속받는표적항암약물허가치료보장특약D(갱신형)의 계속받는표적항암약물허가치료비는 다음 각 호로 구성되어 있습니다.
 - 최초 1회 치료비 : 보험기간 중 최초로 “표적항암약물허가치료”시 최초 1회에 한하여 지급
 - 연간 1회 치료비 : 보험기간 중 “표적항암약물허가치료”시 연간 1회에 한하여 지급
- (무)계속받는표적항암약물허가치료보장특약D(갱신형)에서 보험기간 중 계속받는표적항암약물허가치료비 지급사유가 최초로 발생하는 경우 최초 1회 치료비와 연간 1회 치료비를 동시에 지급합니다. 다만, 최초 1회 치료비는 해당 보험금 지급사유가 발생한 이후부터 보장하지 않으며, 그 때부터 효력이 없습니다.
- (무)표적항암약물허가치료보장특약D(갱신형)의 표적항암약물허가치료비, (무)계속받는표적항암약물허가치료보장특약D(갱신형)의 계속받는표적항암약물허가치료비는 “표적항암제”가 식품의약품안전처에서 허가된 ‘효능효과’ 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 ‘효능효과’범위 외 사용이지만 ‘암질학심의회’를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.

- (무)특정항암호르몬약물허가치료보장특약D(갱신형)의 특정항암호르몬약물허가치료비와 (무)계속받는카티(CAR-T)항암약물허가치료보장특약D(갱신형)의 계속받는카티(CAR-T)항암약물허가치료비는 각각 “특정항암호르몬치료제” 및 “카티(CAR-T)치료제”가 식품의약품안전처에서 허가된 ‘효능효과’ 범위내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 ‘효능효과’ 범위 외 사용이지만 ‘암 질환심의위원회’를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신 고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.
- (무)표적항암약물허가치료보장특약D(갱신형) 및 (무)계속받는표적항암약물허가치료보장특약D(갱신형)에서 “표적항암약물허가치료를 받았을 때”는 “표적항암제”를 처방받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초 처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 각 특약의 약관에서 정한 “안전성과 유효성 인정 범위”가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 “안전성과 유효성 인정 범위” 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.
- (무)특정항암호르몬약물허가치료보장특약D(갱신형)에서 “특정항암호르몬약물허가치료를 받았을 때”와 (무)계속받는카티(CAR-T)항암약물허가치료보장특약D(갱신형)에서 “카티(CAR-T)항암약물허가치료를 받았을 때”는 각각 “특정항암호르몬치료제” 및 “카티(CAR-T)치료제”를 처방받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초 처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 각 특약의 약관에서 정한 “안전성과 유효성 인정 범위”가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 “안전성과 유효성 인정 범위” 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.
- 한국표준질병-사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정기준과 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. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암(최초 발생한 암) 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
〈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.
- 위 특약에 대한 계약소멸사유 및 납입면제사유는 해당 보험약관을 확인하시기 바랍니다.

• 본 안내자료는 보험약관의 전체내용을 요약한 것이므로 보다 상세한 내용은 보험계약 체결 전에 반드시 보험약관 및 상품설명서를 확인하시기 바랍니다.

보험금 지급 기준

암 보장 선택특약

기준 : 특약 보험가입금액 1,000만원

구분	급부명칭	지급사유	지급금액	
(무)일반암주요치료비 보장특약D(갱신형)	일반암 주요치료비	암보장개시일 이후에 “암”으로 최초 진단확정되고, “보험금 지급기간” 이내에 “암 주요치료”를 받은 경우 (다만, 연간 1회 한도, 최대 5회 지급)	1,000만원 (다만, 간편심사형 및 간편심사형(3.0.5)의 경우, 최초계약의 계약일로부터 1년 미만에 “암”으로 최초 진단확정되었을 경우 50%지급)	
(무)갑상선암 및 기타피부암 주요치료비 보장특약D(갱신형)	갑상선암 및 기타피부암 주요치료비	“갑상선암” 또는 “기타피부암”으로 최초 진단확정되고, “보험금 지급기간” 이내에 “암 주요치료”를 받은 경우 (다만, 연간 1회 한도, 최대 5회 지급)	1,000만원	
(무)종합병원암주요 치료비보장특약D(갱신형)	종합병원 암주요 치료지원금	암보장개시일(“갑상선암” 및 “기타피부암”의 경우 보장개시일) 이후에 “암(갑상선암 및 기타피부암 제외)”, “갑상선암” 또는 “기타피부암”으로 최초 진단확정되고, “보험금 지급기간” 이내에 “종합병원”에서 “암 주요치료”를 받아 발생한 “연간 암주요치료비 총액”이 1천만원 이상인 경우 (다만, 연간 1회 한도, 최대 5회 지급)	연간 암주요치료비 총액	지급금액
			1천만원 이상 ~ 2천만원 미만	1,000만원
			2천만원 이상 ~ 3천만원 미만	2,000만원
			3천만원 이상 ~ 4천만원 미만	3,000만원
			4천만원 이상 ~ 5천만원 미만	4,000만원
			5천만원 이상 ~ 6천만원 미만	5,000만원
			6천만원 이상 ~ 7천만원 미만	6,000만원
			7천만원 이상 ~ 8천만원 미만	7,000만원
			8천만원 이상 ~ 9천만원 미만	8,000만원
			9천만원 이상 ~ 1억원 미만	9,000만원
1억원 이상	1억원			
(무)암직접치료통원 보장특약D(갱신형)	암 직접치료 통원급여금	암 보장개시일 이후에 “암”으로 진단이 확정되고, 보험기간 중 그 “암”의 직접적인 치료를 목적으로 통원하여 치료를 받았을 때 (다만, 통원 1일당 1회에 한함)	5만원 (다만, 간편심사형 및 간편심사형(3.0.5)에서 최초계약의 계약일로부터 1년 미만에 지급사유가 발생하였을 경우 50%지급)	
	소액암 직접치료 통원급여금	갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양으로 진단이 확정되고, 보험기간 중 그 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 통원하여 치료를 받았을 때 (다만, 통원 1일당 1회에 한함)		

- 위 특약에서 보험금은 특약의 보험기간 중 피보험자에게 보험금 지급사유가 발생하였을 때 지급하여 드립니다.
- 피보험자 가입나이, 가입한도 등 계약인수 관련사항은 회사가 별도로 정한 기준에 따라 제한될 수 있습니다.
- 상기 보험금 지급기준표에서 “암”에 대한 정의는 각 특약별로 상이하니 반드시 보험약관을 통해 확인하시기 바랍니다
- (무)일반암주요치료비보장특약D(갱신형) 및 (무)종합병원암주요치료비보장특약D(갱신형)에서 암(갑상선암 및 기타피부암 제외) 보장에 대한 보장개시일은 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우에는 부활(효력회복)일로부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

- “암 주요치료”라 함은 “암수술”, “항암방사선치료”, “항암약물치료”를 말하며, 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
 1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
 2. 면역력 강화 치료
 3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 4. 호르몬 관련 치료제
 5. 제1호 내지 제4호 이외의 “암 주요치료”와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)
 그럼에도 불구하고 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암 환자에 대한 치료는 “암 주요치료”로 봅니다.
- (무)일반암주요치료비보장특약D(갱신형)에서 “보험금 지급기간”이라 함은 “암” 최초 진단확정일부터 5년을 말하며, 최초 진단확정된 이후 다시 “암” 진단이 확정되는 경우에도 “보험금 지급기간”은 변경되지 않습니다. (무)갑상선암 및 기타피부암 주요치료비보장특약D(갱신형)에서 “보험금 지급기간”이라 함은 “갑상선암” 또는 “기타피부암” 최초 진단확정일부터 5년을 말하며, 최초 진단확정된 이후 다시 “갑상선암” 또는 “기타피부암” 진단이 확정되는 경우에도 “보험금 지급기간”은 변경되지 않습니다. (무)중합병원암주요치료비보장특약D(갱신형)에서 “보험금 지급기간”이라 함은 “암(갑상선암 및 기타피부암 제외)”, “갑상선암” 또는 “기타피부암”의 최초 진단확정일부터 5년을 말하며, 최초 진단확정된 이후 다시 “암(갑상선암 및 기타피부암 제외)”, “갑상선암” 또는 “기타피부암” 진단이 확정되는 경우에도 “보험금 지급기간”은 변경되지 않습니다.
- (무)일반암주요치료비보장특약D(갱신형)에서 “연간”이라 함은 암 최초 진단확정일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 진단확정일(이하 ‘매년 진단확정일’이라 합니다)의 전일까지의 기간을 말합니다. (무)갑상선암 및 기타피부암 주요치료비보장특약D(갱신형)에서 “연간”이라 함은 “갑상선암” 또는 “기타피부암” 최초 진단확정일부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 진단확정일의 전일까지의 기간을 말합니다. (무)중합병원암주요치료비보장특약D(갱신형)에서 “연간”이란 “암(갑상선암 및 기타피부암 제외)”, “갑상선암” 또는 “기타피부암”의 최초 진단확정일부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 진단확정일의 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 연도의 진단확정일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 진단확정일로 합니다.
- (무)중합병원암주요치료비보장특약D(갱신형)에서 “암 주요치료비”라 함은 “암 주요치료”를 받고, 해당 치료로 인해 발생한 비용 중 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 및 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금에 해당하는 금액과 비급여 금액의 합계액을 말합니다.
- (무)중합병원암주요치료비보장특약D(갱신형)에서 “연간 암주요치료비 총액”라 함은 연간 발생한 “암 주요치료비”를 합산한 금액을 말합니다. 보험수익자가 매년 진단확정일 전일 이전에 보험금을 청구한 경우에는 회사는 해당 보험금 청구일의 “연간 암주요치료비 총액”을 기준으로 보험금의 지급사유에 따른 보험금을 지급합니다. 다만, 해당 보험금 청구일 이후 “연간 암주요치료비 총액”이 변경되어 보험금의 지급사유에 따른 보험금이 이미 지급한 보험금보다 증가한 경우에는 회사는 그 차액을 보험수익자에게 추가로 지급합니다. 한편, 보험금의 지급사유에 따른 보험금이 이미 지급한 보험금보다 감소한 경우 보험수익자는 그 차액을 회사에 납입하여야 합니다.
- 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. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암(최초 발생한 암) 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

<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.
- 위 특약에 대한 계약소멸사유 및 납입면제사유는 해당 보험약관을 확인하시기 바랍니다.

• 본 안내자료는 보험약관의 전체내용을 요약한 것이므로 보다 상세한 내용은 보험계약 체결 전에 반드시 보험약관 및 상품설명서를 확인하시기 바랍니다.

보험금 지급 기준

산정특례보장 선택특약

기준 : 특약 보험가입금액 1,000만원

구분	급부명칭	지급사유	지급금액
(무)암산정특례대상보장 특약D(갱신형)	신규암 산정특례대상보장보험금	암보장개시일 이후에 “중증질환자 암 산정특례 대상 질병”으로 진단이 확정되고, 그 “중증질환자 암 산정특례대상 질병”을 직접적인 원인으로 “신규암 산정특례대상 신규등록”된 경우 (다만, 최초 1회에 한하여 지급)	경과기간 1년 미만 : 500만원 경과기간 1년 이상 : 1,000만원
(무)뇌혈관질환산정특례 대상보장특약D(갱신형)	뇌혈관질환 산정특례대상보장보험금	“뇌혈관질환 산정특례대상 등록”된 경우 (다만, 연간 1회에 한하여 지급)	1,000만원 (다만, 보험계약일부 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생하였을 경우에는 상지금액의 50%를 지급)
(무)심장질환산정특례 대상보장특약D(갱신형)	심장질환 산정특례대상보장보험금	“심장질환 산정특례대상 등록”된 경우 (다만, 연간 1회에 한하여 지급)	1,000만원 (다만, 보험계약일부 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생하였을 경우에는 상지금액의 50%를 지급)
(무)희귀질환산정특례 대상보장특약D(갱신형)	희귀질환 산정특례대상보장보험금	“희귀질환 산정특례대상 신규등록”된 경우 (다만, 최초 1회에 한하여 지급)	경과기간 1년 미만 : 500만원 경과기간 1년 이상 : 1,000만원
(무)중증난치질환산정 특례대상보장특약D (갱신형)	중증난치질환 산정특례대상보장보험금	“중증난치질환(중증치매 제외) 산정특례대상 신규등록”된 경우 (다만, 최초 1회에 한하여 지급)	경과기간 1년 미만 : 500만원 경과기간 1년 이상 : 1,000만원
(무)결핵산정특례대상 보장특약D(갱신형)	결핵 산정특례대상보장보험금	“결핵 산정특례대상 신규등록”된 경우 (다만, 최초 1회에 한하여 지급)	경과기간 1년 미만 : 500만원 경과기간 1년 이상 : 1,000만원
(무)중증화상산정특례 대상보장특약D(갱신형)	중증화상 산정특례대상보장보험금	“중증화상 산정특례대상 신규등록”된 경우 (다만, 최초 1회에 한하여 지급)	1,000만원
(무)중증외상산정특례 대상보장특약D(갱신형)	중증외상 산정특례대상보장보험금	“중증외상 산정특례대상 등록”된 경우 (다만, 연간 1회에 한하여 지급)	1,000만원

- 위 특약에서 보험금은 특약의 보험기간 중 피보험자에게 보험금 지급사유가 발생하였을 때 지급하여 드립니다.
- 피보험자 가입나이, 가입년도 등 계약인수 관련사항은 회사가 별도로 정한 기준에 따라 제한될 수 있습니다.
- 상지 보험금 지급기준표의 내용 중 최초계약의 계약일로부터 1년 미만의 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우에는 적용하지 않습니다.
- 경과기간은 계약일을 기준으로 하여 계산합니다.
- 상지 보험금 지급기준표의 “연간”이란 계약일로부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.
- (무)암산정특례대상보장특약D(갱신형)에서 “중증질환자 암 산정특례대상 질병”보장에 대한 보장개시일은 최초계약의 경우 계약일부 90일이 지난날의 다음날로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우에는 부활(효력회복)일부 90일이 지난날의 다음날입니다.
- 위 특약에 대한 계약소멸사유 및 납입면제사유는 해당 보험약관을 확인하시기 바랍니다.

간병 보장 선택특약

기준 : 특약 보험가입금액 1,000만원

구분	급부명칭	지급사유	지급금액
(무)간병인사용지원 입원보장특약D (갱신형)	간병인사용지원 입원급여금 (요양병원 제외)	질병 또는 재해의 직접적인 치료를 목적으로 요양병원을 제외한 병원급 또는 의원급 의료기관에서 1일 이상 계속 입원하여 치료를 받으며 간병인을 사용한 경우 (다만, 1회 입원당 사용일수 180일 한도)	사용일수 1일당 10만원 (다만, 최초계약의 계약일로부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 보험금 지급사유 발생시 상기 금액의 50% 지급)
	간병인사용지원 입원급여금 (요양병원)	질병 또는 재해의 직접적인 치료를 목적으로 요양병원에서 1일 이상 계속 입원하여 치료를 받으며 간병인을 사용한 경우 (다만, 1회 입원당 사용일수 180일 한도)	사용일수 1일당 3만원 (다만, 최초계약의 계약일로부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 보험금 지급사유 발생시 상기 금액의 50% 지급)
	간호·간병통합서 비스사용지원입 원급여금 (요양병원 제외)	질병 또는 재해의 직접적인 치료를 목적으로 요양병원을 제외한 병원급 의료기관에서 1일 이상 계속 입원하여 치료를 받으며 간호·간병통합서비스를 사용한 경우 (다만, 1회 입원당 사용일수 180일 한도)	사용일수 1일당 2만원 (다만, 최초계약의 계약일로부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 보험금 지급사유 발생시 상기 금액의 50% 지급)
(무)장기요양 (1-2등급) 보장특약D (갱신형)	장기요양 (1~2등급) 급여금	「장기요양상태 보장개시일」 이후에 “1~2등급 장기요양상태”로 판정받았을 때(다만, 최초 1회에 한함)	1,000만원
(무)장기요양 (1-5등급) 보장특약D (갱신형)	장기요양 (1~5등급) 급여금	「장기요양상태 보장개시일」 이후에 “1~5등급 장기요양상태”로 판정받았을 때(다만, 최초 1회에 한함)	1,000만원

- 위 특약에서 보험금은 특약의 보험기간 중 피보험자에게 보험금 지급사유가 발생하였을 때 지급하여 드립니다.
- 피보험자가 입원, 가입년도 등 계약인수 관련사항은 회사가 별도로 정한 기준에 따라 제한될 수 있습니다.
- (무)간병인사용지원입원보장특약D(갱신형)에서 계약일로부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 보험금 지급사유가 발생하였다 할지라도 간병인 또는 간호·간병통합서비스의 사용일이 계약일로부터 1년 이후까지 계속되었을 경우, 1년 미만의 기간에 대하여서는 사용일수 1일당 약정한 보험금의 50%를 지급하며, 1년 이후의 기간에 대하여서는 사용일수 1일당 약정한 보험금의 100%를 지급합니다.
- 상기 보험금 지급기준표의 내용 중 계약일로부터 1년 미만의 보험금 금액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우에는 적용하지 않습니다.
- (무)간병인사용지원입원보장특약D(갱신형)에서 간병인사용지원입원급여금(요양병원 제외), 간병인사용지원입원급여금(요양병원) 및 간호·간병통합서비스사용지원입원급여금(요양병원 제외)의 지급일수는 각각 1회 입원당 사용일수 180일을 한도로 합니다. 다만, 특약이 갱신되어 입원이 갱신 전후에 계속되는 경우에 그 지급일수는 갱신 전후에 계속되는 총 사용일수를 기준으로 1회 입원당 180일을 한도로 하여 계산하며, 총 사용일수는 간병인사용지원입원급여금(요양병원 제외), 간병인사용지원입원급여금(요양병원) 및 간호·간병통합서비스사용지원입원급여금(요양병원 제외)에 대해 각각 기산합니다.
- (무)간병인사용지원입원보장특약D(갱신형)에서 피보험자가 동일한 질병 또는 재해로 입원을 2회 이상 경우에는 1회 입원으로 보아 각 사용일수를 합하여 계산합니다. 다만, 동일한 질병 또는 재해로 인한 입원이라도 간병인사용지원입원급여금(요양병원 제외), 간병인사용지원입원급여금(요양병원) 및 간호·간병통합서비스사용지원입원급여금(요양병원 제외)이 지급된 최종 사용일의 다음 날부터 180일이 지난 후 사용한 간병인 또는 간호·간병통합서비스는 새로운 입원에 대한 간병인 또는 간호·간병통합서비스의 사용으로 봅니다. 다만, 입원급여금이 지급된 최종 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원급여금이 지급된 최종 사용일의 다음 날부터 180일이 지난 후 사용한 간병인 또는 간호·간병통합서비스는 새로운 입원에 대한 간병인 또는 간호·간병통합서비스 사용으로 봅니다. 이 내용은 간병인사용지원입원급여금(요양병원 제외), 간병인사용지원입원급여금(요양병원) 및 간호·간병통합서비스사용지원입원급여금(요양병원 제외)에 대해 각각 적용됩니다.
- (무)간병인사용지원입원보장특약D(갱신형)에서 간병인사용지원입원급여금(요양병원 제외) 및 간병인사용지원입원급여금(요양병원)의 사용일수는 1일당 8시간 이상 간병인을 사용한 경우에 한하여 사용일수 1일로 계산합니다. 즉, 1일당 8시간 미만으로 간병인을 사용한 경우 간병인을 사용하지 않은 것으로 하여 보험금은 지급하지 않습니다.
- (무)간병인사용지원입원보장특약D(갱신형)에서 간호·간병통합서비스는 간병인의 경의에서 제외되는 바, 간호·간병통합서비스 사용으로 보험금 지급사유 발생 시 간호·간병통합서비스 사용에 해당하는 보험금을 지급하고 간병인 사용에 해당하는 보험금은 지급하지 않습니다.
- (무)장기요양(1-2등급)보장특약D(갱신형)에서 「장기요양상태 보장개시일」은 “1~2등급 장기요양상태” 보장에 대한 보장개시일을 말하며, 최초계약의 경우 계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하고 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 부활(효력회복)계약의 경우 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 재해를 직접적인 원인으로 장기요양상태가 발생한 경우에는 최초계약의 경우 계약일, 갱신계약의 경우 갱신일, 부활(효력회복)계약의 경우 부활(효력회복)일을 “장기요양상태 보장개시일”로 합니다.
- (무)장기요양(1-2등급)보장특약D(갱신형)에서 피보험자가 보험기간 중 「장기요양상태 보장개시일」 전일 이전에 “1~2등급 장기요양상태”가 된 경우에는 이 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

· 본 안내자료는 보험약관의 전체내용을 요약한 것이므로 보다 상세한 내용은 보험계약 체결 전에 반드시 보험약관 및 상품설명서를 확인하시기 바랍니다.

보험금 지급 기준

- (무)장기요양(1-5등급)보장특약D(갱신형)에서 「장기요양상태 보장개시일」은 “1~5등급 장기요양상태” 보장에 대한 보장개시일을 말하며, 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하고 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 부활(효력회복)계약의 경우 부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 재해를 직접적인 원인으로 장기요양상태가 발생할 경우에는 최초계약의 경우 계약일, 갱신계약의 경우 갱신일, 부활(효력회복)계약의 경우 부활(효력회복)일을 “장기요양상태 보장개시일”로 합니다.
- (무)장기요양(1-5등급)보장특약D(갱신형)에서 피보험자가 보험기간 중 「장기요양상태 보장개시일」 전일 이전에 “1~5등급 장기요양상태”가 된 경우에는 이 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.
- (무)장기요양(1-2등급)보장특약D(갱신형)에서 보험기간 중 「장기요양상태 보장개시일」 이후에 “1~2등급 장기요양상태”로 판정받았으나, 허위 또는 부당 판정사실이 확인되는 경우에는 장기요양(1~2등급)급여금을 지급하지 않습니다.
- (무)장기요양(1-5등급)보장특약D(갱신형)에서 보험기간 중 「장기요양상태 보장개시일」 이후에 “1~5등급 장기요양상태”로 판정받았으나, 허위 또는 부당 판정사실이 확인되는 경우에는 장기요양(1~5등급)급여금을 지급하지 않습니다.
- 위 특약에 대한 계약소멸사유 및 납입면제사유는 해당 보험약관을 확인하시기 바랍니다.

뇌·심장질환 보장 선택특약

기준 : 특약 보험가입금액 1,000만원

구분	급부명칭	지급사유	지급금액
(무)뇌출혈 및 뇌경색증진단특약D (갱신형)	뇌출혈 및 뇌경색증 진단급여금	“뇌출혈 및 뇌경색증”으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회에 한함)	1년 미만 : 500만원 1년 이상 : 1,000만원
(무)뇌혈관질환진단특약D (갱신형)	뇌혈관질환 진단급여금	뇌혈관질환으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회에 한함)	
(무)급성심근경색증진단특약D (갱신형)	급성심근경색증 진단급여금	급성심근경색증으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회에 한함)	
(무)허혈심장질환진단특약D (갱신형)	허혈심장질환 진단급여금	“허혈심장질환”으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회에 한함)	
(무)뇌심질환입원수술보장특약D (갱신형)	뇌심질환 입원급여금	“뇌심질환 I”으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중 4일 이상 계속하여 입원하였을 때(다만, 1회 입원당 120일 한도)	3일 초과 입원일수 1일당 1년 미만 : 1.5만원 1년 이상 : 3만원
	뇌심질환 수술급여금	“뇌심질환 I”으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 때(수술 1회당)	1년 미만 : 75만원 1년 이상 : 150만원
(무)혈전용해치료보장특약D (갱신형)	급성뇌경색증 혈전용해치료보험금	“급성뇌경색증”으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 “혈전용해치료”를 받았을 경우 (다만, 최초 1회에 한함)	1년 미만 : 100만원 1년 이상 : 200만원
	급성심근경색증 II 혈전용해치료보험금	“급성심근경색증 II”으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 “혈전용해치료”를 받았을 경우 (다만, 최초 1회에 한함)	

- 위 특약에서 보험금은 특약의 보험기간 중 피보험자에게 보험금 지급사유가 발생하였을 때 지급하여 드립니다.
- 피보험자가 입원, 가입년도 등 계약인수 관련사항은 회사가 별도로 정한 기준에 따라 제한될 수 있습니다.
- 상기 보험금 지급기준표의 내용 중 계약일부 1년 미만의 보험금 금액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우에는 적용하지 않습니다.
- 위 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고 이 특약은 소멸됩니다.
- (무)뇌출혈 및 뇌경색증진단특약D(갱신형)에서 “뇌출혈 및 뇌경색증”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 약관 (별표 4) “뇌출혈 및 뇌경색증분류표”에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 외상성 두개내출혈, 혈관성 치매 및 ‘과거 무증상성 열공성 뇌경색증’으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.
- (무)뇌심질환입원수술보장특약D(갱신형)에서 “뇌심질환 I”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 약관 (별표 4) “뇌심질환 I 분류표”에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 외상성 두개내출혈, 혈관성 치매 및 ‘과거 무증상성 열공성 뇌경색증’으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.
- (무)뇌심질환입원수술보장특약D(갱신형)에서 뇌심질환 입원급여금은 최초 입원일이 계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 발생하였다 할지라도 입원일이 계약일부터 1년 이후까지 계속되었을 경우, 1년 미만의 기간에 대하여서는 입원 일수 1일당 계약일부 1년 이후에 지급하는 보험금의 50%를 지급하며, 1년 이후의 기간에 대하여서는 입원일수 1일당 계약일부 1년 이후에 지급하는 보험금의 100%를 지급합니다.
- 위 특약에 대한 계약소멸사유 및 납입면제사유는 해당 보험약관을 확인하시기 바랍니다.

• 본 안내자료는 보험약관의 전체내용을 요약한 것이므로 보다 상세한 내용은 보험계약 체결 전에 반드시 보험약관 및 상품설명서를 확인하시기 바랍니다.

보험금 지급 기준

기타 선택특약

기준 : 특약 보험가입금액 1,000만원

구분	급부명칭	지급사유	지급금액
(무)급여의료비보장 특약D(갱신형)	급여의료비지원금 (1백만원 이상 2백만원 미만)	보험기간 중 피보험자의 “연간 본인부담 급여의료비 총액”이 1백만원 이상 2백만원 미만 발생하였을 때 (다만, 연간 1회에 한함)	100만원
	급여의료비지원금 (2백만원 이상 3백만원 미만)	보험기간 중 피보험자의 “연간 본인부담 급여의료비 총액”이 2백만원 이상 3백만원 미만 발생하였을 때 (다만, 연간 1회에 한함)	200만원
	급여의료비지원금 (3백만원 이상 5백만원 미만)	보험기간 중 피보험자의 “연간 본인부담 급여의료비 총액”이 3백만원 이상 5백만원 미만 발생하였을 때 (다만, 연간 1회에 한함)	300만원
	급여의료비지원금 (5백만원 이상 1천만원 미만)	보험기간 중 피보험자의 “연간 본인부담 급여의료비 총액”이 5백만원 이상 1천만원 미만 발생하였을 때 (다만, 연간 1회에 한함)	500만원
	급여의료비지원금 (1천만원 이상)	보험기간 중 피보험자의 “연간 본인부담 급여의료비 총액”이 1천만원 이상 발생하였을 때 (다만, 연간 1회에 한함)	1,000만원
(무)입원보장특약D (갱신형)	입원급여금	질병 또는 재해의 직접적인 치료를 목적으로 보험기간 중 1일 이상 계속하여 입원하였을 때 (다만, 1회 입원당 120일 한도)	1일당 1만원 (다만, ‘간편심사형’에서 계약일로부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생하였을 경우에는 상기금액의 50%를 지급)
(무)상급종합병원입원 보장특약D (갱신형)	입원급여금	질병 또는 재해의 직접적인 치료를 목적으로 보험기간 중 1일 이상 계속하여 입원하였을 때 (다만, 1회 입원당 120일 한도)	1일당 1만원 (다만, ‘간편심사형’에서 계약일로부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생하였을 경우에는 상기금액의 50%를 지급)
	상급종합병원 입원급여금	질병 또는 재해의 직접적인 치료를 목적으로 보험기간 중 1일 이상 계속하여 상급종합병원에 입원하였을 때(다만, 1회 입원당 120일 한도) * ‘상급종합병원 입원급여금’을 지급할 때 ‘입원급여금’도 동시에 지급됨(다만, 1회 입원당 한도는 급부별 적용)	1일당 3만원 (다만, ‘간편심사형’에서 계약일로부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생하였을 경우에는 상기금액의 50%를 지급)
(무)수술보장특약D (갱신형)	수술급여금	수술을 받았을 때(1회당)	1종 수술 : 15만원 2종 수술 : 30만원 3종 수술 : 60만원 4종 수술 : 100만원 5종 수술 : 500만원 (다만, ‘간편심사형’에서 계약일로부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생하였을 경우에는 상기금액의 50%를 지급)

기타 선택특약

기준 : 특약 보험가입금액 1,000만원

구분	급부명칭	지급사유	지급금액
(무)응급실내원특약D II (갱신형)	응급실내원진료비 (응급)	“응급환자”로 응급실에 내원하여 진료를 받았을 때(내원 1회당)	4만원
(무)재해장해보장특약D (갱신형)	재해장해급여금	보험기간 중 발생한 동일한 재해로 장해분류표에서 정한 장해지급률 중 3% 이상 100%에 해당하는 장해상태가 되었을 때	1,000만원 × 해당 장해지급률
(무)질병장해보장특약D (갱신형)	질병장해급여금	보험기간 중 동일한 질병으로 장해분류표에서 정한 장해지급률 중 3% 이상 100%에 해당하는 장해상태가 되었을 때	1,000만원 × 해당 장해지급률
(무)등급별골절 및 깁스특약D(갱신형)	등급별 골절치료비	보험기간 중 재해가 발생하고 그 재해를 직접적인 원인으로 “골절등급”에 해당하는 “골절”로 진단이 확정되었을 경우 (다만, 치아파절 제외, 연간 1회 한도)	1등급 : 100만원 2등급 : 40만원 3등급 : 30만원 4등급 : 20만원 5등급 : 10만원
	깁스(Cast)치료비	보험기간 중 발생한 재해 또는 재해 이외의 원인으로 “깁스(Cast)치료”를 받은 경우(다만, 부목(Splint Cast)치료는 제외)	1회당 10만원
(무)시니어특정질환 보장특약D(갱신형)	대상포진 진단급여금	“대상포진”으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회 진단확정에 한하여 지급)	1년 미만 : 50만원 1년 이상 : 100만원
	대상포진눈병 진단급여금	“대상포진눈병”으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회 진단확정에 한하여 지급)	1년 미만 : 50만원 1년 이상 : 100만원
	통풍 진단급여금	“통풍”으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회 진단확정에 한하여 지급)	1년 미만 : 25만원 1년 이상 : 50만원
	특정 인공관절치환 수술급여금	“특정 인공관절치환 수술”을 받았을 때 (다만, 견관절(어깨관절), 고관절(엉덩이관절) 혹은 슬관절(무릎관절) 중 최초로 발생한 인공관절치환 수술 1회에 한하여 지급)	1년 미만 : 150만원 1년 이상 : 300만원
	관절염 수술급여금	“관절염 수술”을 받았을 때 (다만, 연간 수술 1회에 한하여 지급)	1년 미만 : 15만원 1년 이상 : 30만원
(무)정기특약D(갱신형)	사망보험금	피보험자가 사망하였을 때	1,000만원

- 위 특약에서 보험금은 특약의 보험기간 중 피보험자에게 보험금 지급사유가 발생하였을 때 지급하여 드립니다.
- 피보험자가 가입나이, 가입년도 등 계약인수 관련사항은 회사가 별도로 정한 기준에 따라 제한될 수 있습니다.
- (무)급여의료비보장특약D(갱신형)에서 “본인부담 급여의료비”라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 및 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 환자 본인부담금에 해당하는 금액으로 비급여는 포함하지 않습니다.
- (무)급여의료비보장특약D(갱신형)에서 “연간 본인부담 급여의료비 총액”이라 함은 요양기관에 통원(내원) 또는 최초 입원한 날이 계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간 내에 있는 “본인부담 급여의료비”를 합산한 금액을 말합니다. 다만, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에는 새로운 입원으로 봅니다.
- (무)급여의료비보장특약D(갱신형)에서 보험수익자가 계약해당일 전일 이전에 보험금을 청구한 경우에는 회사는 해당 보험금 청구일의 “연간 본인부담 급여의료비 총액”을 기준으로 보험금을 지급합니다. 해당 보험금 청구일 이후 “연간 본인부담 급여의료비 총액”이 변경되어 급여의료비지원금을 재청구하는 경우 “연간 본인부담 급여의료비총액”을 재계산하여 변경된 보험금이 이미 지급한 보험금 보다 증가한 경우 회사는 그 차액을 보험수익자에게 추가로 지급합니다. 다만, 변경된 보험금이 이미 지급한 보험금 보다 감소한 경우 보험수익자는 그 차액을 회사에 납입하여야 합니다.
- 상기 보험금 지급기준표의 “연간”이란 계약일부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.
- 상기 보험금 지급기준표의 내용 중 계약일부터 1년 미만의 보험금 금액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우에는 적용하지 않습니다.
- 위 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고 이 특약은 소멸됩니다. 다만, (무)정기특약D(갱신형)의 경우 사망보험금을 지급하고 소멸됩니다.
- (무)등급별골절 및 깁스특약D(갱신형)에서 “등급별 골절치료비”는 연간 1회를 한도로 지급하나, 연간 1회 한도에도 불구하고 이미 발생한 “골절등급”보다 높은 “골절등급”에 해당하는 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 높은 “골절등급”에 해당하는 보험금에서 이미 지급받은 “등급별 골절치료비”를 뺀 금액을 지급합니다.
- (무)시니어특정질환보장특약D(갱신형)에서 “특정 인공관절치환 수술급여금”의 경우 재해로 인한 수술은 감액하여 지급하지 않습니다.
- (무)시니어특정질환보장특약D(갱신형)에서 보험기간 중 보험금이 지급된 “세부보장”은 해당 보험금 지급사유가 발생한 이후부터 보장하지 않으며, 그 때부터 효력이 없습니다. 다만, “관절염 수술급여금”의 지급사유가 발생한 경우에는 제외합니다.
- (무)시니어특정질환보장특약D(갱신형)에서 “특정 인공관절치환 수술”에서 이미 인공관절치환 수술을 받은 동일한 부위에 인공관절치환 수술을 다시 받는 경우(재치환), 신체 내에 금속 등을 삽입하여 관절을 고정하는 금속내고정술 또는 신체 외부에 철심 등을 사용하여 관절을 고정하는 외고정술, 관절을 성형하는 수술 및 처치 등은 보장에서 제외합니다.
- 위 특약에 대한 계약소멸사유 및 납입면제사유는 해당 보험약관을 확인하시기 바랍니다.

• 본 안내자료는 보험약관의 전체내용을 요약한 것이므로 보다 상세한 내용은 보험계약 체결 전에 반드시 보험약관 및 상품설명서를 확인하시기 바랍니다.

보험금 지급 기준

기타 선택특약

기준 : 특약 보험가입금액 1,000만원

구분	급부명칭	지급사유	지급금액
(무)2대질병 진단특약D(갱신형)	진단급여금	“뇌출혈 및 뇌경색증” 또는 “급성심근경색증”으로 진단이 확정되었을 때(다만, “뇌출혈 및 뇌경색증” 또는 “급성심근경색증” 중 최초로 발생한 질병 1회에 한하여 지급)	2년 미만 : 500만원 2년 이상 : 1,000만원
(무)3대질병 진단특약D(갱신형)	진단급여금	암보장개시일 이후에 “암”(중증 이외의 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)으로 진단확정 받거나 보험기간 중 “뇌출혈 및 뇌경색증” 또는 “급성심근경색증”으로 진단이 확정되었을 경우(다만, “암”(중증 이외의 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외), “뇌출혈 및 뇌경색증” 또는 “급성심근경색증” 중 최초로 발생한 질병 1회에 한하여 지급)	2년 미만 : 500만원 2년 이상 : 1,000만원
(무)간편재진단 2대질병진단특약(갱신형)	재진단 2대질병 진단급여금	「재진단 2대질병 보장개시일」 이후에 “재진단 2대질병”으로 진단이 확정되었을 때	1,000만원
(무)간편재진단 3대질병진단특약(갱신형)	재진단 3대질병 진단급여금	「재진단 3대질병 보장개시일」 이후에 “재진단 3대질병”으로 진단이 확정되었을 때	1,000만원

- 위 특약에서 보험금은 특약의 보험기간 중 피보험자에게 보험금 지급사유가 발생하였을 때 지급하여 드립니다.
- 피보험자 가입나이, 가입년도 등 계약인수 관련사항은 회사가 별도로 정한 기준에 따라 제한될 수 있습니다.
- 상기 보험금 지급기준표에서 “암”에 대한 정의는 각 특약별로 상이하니 반드시 보험약관을 통해 확인하시기 바랍니다.
- 암보장개시일 : “암” 보장에 대한 보장개시일을 말하며, 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 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.
- 상기 보험금 지급기준표의 내용 중 계약일부터 2년 미만의 보험금 금액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우에는 적용하지 않습니다.
- 위 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고 이 특약은 소멸됩니다.
- (무)간편재진단2대질병보장특약(갱신형)의 「재진단 2대질병 보장개시일」은 다음 ‘1) 내지 ‘2)를 따릅니다.
 - 1) 첫 번째 “재진단 2대질병” : “첫 번째 2대질병” 진단확정일부부터 그날을 포함하여 2년(진단확정 후 이 특약이 갱신되는 경우 갱신 전후의 보험기간 포함)이 지난날의 다음날, 2) 두 번째 이후 “재진단 2대질병” : 직전 “재진단 2대질병” 진단확정일부부터 그날을 포함하여 2년(진단확정 후 이 특약이 갱신되는 경우 갱신 전후의 보험기간 포함)이 지난날의 다음날
- (무)간편재진단3대질병보장특약(갱신형)의 「재진단 3대질병 보장개시일」은 다음 ‘1) 내지 ‘2)를 따릅니다.
 - 1) 첫 번째 “재진단 3대질병” : “첫 번째 3대질병” 진단확정일부부터 그날을 포함하여 2년(진단확정 후 이 특약이 갱신되는 경우 갱신 전후의 보험기간 포함)이 지난날의 다음날, 2) 두 번째 이후 “재진단 3대질병” : 직전 “재진단 3대질병” 진단확정일부부터 그날을 포함하여 2년(진단확정 후 이 특약이 갱신되는 경우 갱신 전후의 보험기간 포함)이 지난날의 다음날
- (무)간편재진단2대질병보장특약(갱신형)의 “첫 번째 2대질병”, “재진단 2대질병”, (무)간편재진단3대질병보장특약(갱신형)의 “첫 번째 3대질병”, “재진단 3대질병”의 정의는 해당 약관을 참고해주시기 바랍니다.
- 위 특약에 대한 계약소멸사유 및 납입면제사유는 해당 보험약관을 확인하시기 바랍니다.

기타 선택특약

구분	급부명칭	납입면제사유	
(무) 선택질병보험료 납입면제특약D (갱신형)	납입면제	1형(암 보장형)	암 보장개시일 이후에 “암”으로 진단이 확정되었을 때 (중증 이외의 갑상선암, 기타피부암 또는 대장점막내암 제외)
		2형(뇌출혈 및 뇌경색증 보장형)	“뇌출혈 및 뇌경색증”으로 진단이 확정되었을 때
		3형(급성심근경색증 보장형)	“급성심근경색증”으로 진단이 확정되었을 때

- 피보험자가 가입나이, 가입년도 등 계약인수 관련사항은 회사가 별도로 정한 기준에 따라 제한될 수 있습니다.
- 상기 보험금 지급기준표에서 “암”에 대한 정의는 해당 약관을 참고해주시기 바랍니다.
- 암보장개시일 : “암” 보장에 대한 보장개시일을 말하며, 최초계약의 경우 계약일로부터 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)선택질병보험료납입면제특약D(갱신형)에서 “뇌출혈 및 뇌경색증”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 약관 (별표1) “뇌출혈 및 뇌경색증 분류표”에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 외상성 두개내출혈, 혈관성 치매 및 ‘과거 무증상성 열공성 뇌경색증’으로 분류되는 경우에는 납입면제하지 않습니다.
- (무)선택질병보험료납입면제특약D(갱신형) 납입면제 대상 계약은 주계약 및 계약자가 가입한 아래 특약을 대상으로 합니다. 다만, 계약자가 가입한 주계약과 특약의 갱신주기가 다른 경우, 주계약과 갱신주기가 동일한 특약에 한하여 납입면제 대상계약으로 합니다.

구분	1형(암 보장형)	2형(뇌출혈 및 뇌경색증 보장형)	3형(급성심근경색증 보장형)
주계약 (무)ABL THE더보장종합건강보험(갱신형)2405	○	○	○
특약	(무)일반암진단특약D(갱신형)	○	○
	(무)소액암진단특약D(갱신형)	○	○
	(무)선택주요암진단특약D		○
	(무)일반암주요치료비보장특약D(갱신형)		○
	(무)갑상선암 및 기타피부암 주요치료비보장특약D(갱신형)	○	○
	(무)종합병원암주요치료비보장특약D(갱신형)		○
	(무)암직접치료입원보장특약D(갱신형)	○	○
	(무)암직접치료통원보장특약D(갱신형)	○	○
	(무)암직접치료상급종합병원통원보장특약D(갱신형)	○	○
	(무)요양병원암입원보장특약D(갱신형)	○	○
	(무)암수술보장특약D(갱신형)	○	○
	(무)항암약물치료보장특약D(갱신형)	○	○
	(무)항암방사선치료보장특약D(갱신형)	○	○
	(무)12대기관양성신생물(3대기관포함)수술보장특약D(갱신형)	○	○
	(무)갑상선비늘생검조직병리진단특약D(갱신형)	○	○
	(무)전립선비늘생검조직병리진단특약D(갱신형)	○	○
	(무)특정항암호르몬약물허기치료보장특약D(갱신형)	○	○
	(무)항암양성자방사선치료보장특약D(갱신형)	○	○
	(무)항암세기조절방사선치료보장특약D(갱신형)	○	○
	(무)표적항암약물허기치료보장특약D(갱신형)	○	○
	(무)계속받는 표적항암약물허기치료보장특약D(갱신형)	○	○
	(무)계속받는카티(CAR-T)항암약물허기치료보장특약D(갱신형)	○	○
	(무)급여암특정통증완화치료보장특약D(갱신형)	○	○
	(무)급여암특정재활치료보장특약D(갱신형)	○	○
	(무)말기암호스피스완화의료입원치료보장특약D(갱신형)	○	○
	(무)암사망보장특약 II (갱신형)	○	○
	(무)암산정특례대상보장특약D(갱신형)		○

· 본 안내자료는 보험약관의 전체내용을 요약한 것이므로 보다 상세한 내용은 보험계약 체결 전에 반드시 보험약관 및 상품설명서를 확인하시기 바랍니다.

보험금 지급 기준

구분	1형(암 보장형)	2형(뇌출혈 및 뇌경색증 보장형)	3형(급성심근경색증 보장형)
특약	(무)뇌혈관질환산정특례대상보장특약D(갱신형)	○	○
	(무)심장질환산정특례대상보장특약D(갱신형)	○	○
	(무)희귀질환산정특례대상보장특약D(갱신형)	○	○
	(무)중증난치질환산정특례대상보장특약D(갱신형)	○	○
	(무)결핵산정특례대상보장특약D(갱신형)	○	○
	(무)중증화상산정특례대상보장특약D(갱신형)	○	○
	(무)중증외상산정특례대상보장특약D(갱신형)	○	○
	(무)장기요양(1-2등급)보장특약D(갱신형)	○	○
	(무)장기요양(1-5등급)보장특약D(갱신형)	○	○
	(무)간병인사용지원입원보장특약D(갱신형)	○	○
	(무)뇌출혈 및 뇌경색증진단특약D(갱신형)	○	○
	(무)뇌혈관질환진단특약D(갱신형)	○	○
	(무)급성심근경색증진단특약D(갱신형)	○	○
	(무)허혈심장질환진단특약D(갱신형)	○	○
	(무)뇌심질환입원수술보장특약D(갱신형)	○	○
	(무)혈전용해치료보장특약D(갱신형)	○	○
	(무)급의료비보장특약D(갱신형)	○	○
	(무)입원보장특약D(갱신형)	○	○
	(무)상급종합병원입원보장특약D(갱신형)	○	○
	(무)수술보장특약D(갱신형)	○	○
	(무)응급실내원특약D II (갱신형)	○	○
	(무)재해장해보장특약D(갱신형)	○	○
	(무)질병장해보장특약D(갱신형)	○	○
	(무)등급별골절 및 갑스특약D(갱신형)	○	○
	(무)시니어특정질환보장특약D(갱신형)	○	○
	(무)정기특약D(갱신형)	○	○
	(무)2대질환진단특약D(갱신형)	○	○
	(무)간편재진단2대질환진단특약D(갱신형)	○	○

• 위 특약에 대한 계약소멸사유 및 납입면제사유는 해당 보험약관을 확인하시기 바랍니다.

보험료 예시표

간편심사형

기준: 건강등급 미적용, 월납, 최초계약, 단위: 원

구분	가입금액 (만원)	보험기간 /납입기간	남자			여자		
			30세	40세	50세	30세	40세	50세
(무)ABL THE더보장종합건강보험(갱신형)2405	100	20년만기 전기납	20	28	46	9	10	15
(무)일반암진단특약D(갱신형)	1,000	20년만기 전기납	2,910	6,480	14,350	5,360	8,700	10,430
(무)소액암진단특약D(갱신형)	1,000	20년만기 전기납	1,820	2,190	2,820	5,990	6,080	5,080
(무)선택주요암진단특약D(갱신형)_1종(위암)	1,000	20년만기 전기납	410	1,270	2,720	370	660	980
(무)선택주요암진단특약D(갱신형)_2종(간암)	1,000	20년만기 전기납	290	890	1,670	100	200	390
(무)선택주요암진단특약D(갱신형)_3종(폐암)	1,000	20년만기 전기납	180	660	2,210	200	490	1,040
(무)선택주요암진단특약D(갱신형)_4종(대장암)	1,000	20년만기 전기납	540	1,100	2,010	410	750	1,060
(무)선택주요암진단특약D(갱신형)_5종(췌장암·담낭암·기타 담도암)	1,000	20년만기 전기납	130	370	980	110	250	600
(무)일반암주요치료비보장특약D(갱신형)	1,000	20년만기 전기납	3,780	9,260	20,860	6,990	11,770	14,370
(무)갑상선암 및 기타피부암 주요치료비보장특약D(갱신형)	100	20년만기 전기납	132	138	144	377	407	332
(무)종합병원암주요치료비보장특약D(갱신형)	1,000	20년만기 전기납	4,507	9,586	20,333	7,057	10,496	11,731
(무)암직접치료입원보장특약D(갱신형)	1,000	20년만기 전기납	530	1,190	2,870	820	1,560	2,220
(무)암직접치료통원보장특약D(갱신형)	1,000	10년만기 전기납	410	960	2,740	1,490	3,090	4,590
(무)암직접치료상급종합병원통원보장특약D(갱신형)	1,000	10년만기 전기납	260	620	1,810	900	1,940	2,790
(무)요양병원암입원보장특약D(갱신형)	1,000	20년만기 전기납	50	100	260	150	300	420
(무)암수술보장특약D(갱신형)	1,000	20년만기 전기납	700	1,440	3,070	1,310	1,900	2,220
(무)항암약물치료보장특약D(갱신형)	1,000	20년만기 전기납	120	250	510	210	310	350
(무)항암방사선치료보장특약D(갱신형)	1,000	20년만기 전기납	90	190	380	200	300	340
(무)12대기관양성신생물(3대기관포립포함)수술보장특약D(갱신형)	1,000	10년만기 전기납	190	410	590	250	430	540
(무)갑상선비늘생검조직병리진단특약D(갱신형)	1,000	10년만기 전기납	60	90	120	280	420	560
(무)전립선비늘생검조직병리진단특약D(갱신형)	1,000	10년만기 전기납	4	19	136	가입불가	가입불가	가입불가
(무)특정항암호르몬약물허가치료보장특약D(갱신형)	1,000	10년만기 전기납	4	8	20	3	7	9
(무)항암양성자방사선치료보장특약D(갱신형)	1,000	10년만기 전기납	140	220	430	140	240	260
(무)항암세기조절방사선치료보장특약D(갱신형)	1,000	10년만기 전기납	320	490	960	710	1,230	1,350
(무)표적항암약물허가치료보장특약D(갱신형)	1,000	10년만기 전기납	670	910	1,760	750	1,280	1,690
(무)계속받는표적항암약물허가치료보장특약D(갱신형)	1,000	10년만기 전기납	730	960	1,910	1,030	2,060	2,710
(무)계속받는카티(CAR-T)항암약물허가치료보장특약D(갱신형)	1,000	10년만기 전기납	10	14	34	51	128	141
(무)뇌출혈 및 뇌경색증진단특약D(갱신형)	1,000	20년만기 전기납	1,170	2,310	4,330	900	1,500	2,640

· 본 안내자료는 보험약관의 전체내용을 요약한 것이므로 보다 상세한 내용은 보험계약 체결 전에 반드시 보험약관 및 상품설명서를 확인하시기 바랍니다.

보험료 예시표

간편심사형

기준: 건강등급 미적용, 월납, 최초계약, 단위: 원

구분	가입금액 (만원)	보험기간 /납입기간	남자			여자		
			30세	40세	50세	30세	40세	50세
(무)뇌혈관질환진단특약D(갱신형)	1,000	20년만기 전기납	5,080	10,870	23,330	5,050	10,800	22,640
(무)급성심근경색증진단특약D(갱신형)	1,000	20년만기 전기납	700	1,380	2,230	220	330	570
(무)허혈심장질환진단특약D(갱신형)	1,000	20년만기 전기납	5,390	8,420	13,810	3,600	6,030	9,790
(무)뇌심질환입원수술보장특약D(갱신형)	1,000	20년만기 전기납	740	1,850	3,710	430	950	2,160
(무)혈전용해치료보장특약D(갱신형)	1,000	20년만기 전기납	10	40	90	10	10	40
(무)급여의료비보장특약D(갱신형)	1,000	10년만기 전기납	12,920	18,020	27,380	20,200	25,200	35,290
(무)입원보장특약D(갱신형)	1,000	20년만기 전기납	2,110	2,790	4,640	2,570	4,000	6,460
(무)상급종합병원입원보장특약D(갱신형)	1,000	20년만기 전기납	2,940	4,090	7,200	3,630	5,620	9,160
(무)수술보장특약D(갱신형)	1,000	20년만기 전기납	7,000	10,300	15,900	8,800	12,800	16,300
(무)응급실내원특약D II (갱신형)	1,000	20년만기 전기납	660	740	910	690	680	770
(무)재해장해보장특약D(갱신형)	1,000	20년만기 전기납	300	380	530	170	260	440
(무)질병장해보장특약D(갱신형)	1,000	20년만기 전기납	330	770	2,150	400	1,170	3,400
(무)등급별골절 및 갑스특약D(갱신형)	1,000	20년만기 전기납	1,150	1,220	1,360	960	1,240	1,850
(무)정기특약D(갱신형)	1,000	20년만기 전기납	2,100	4,400	11,000	1,600	2,600	5,300
(무)2대질병진단특약D(갱신형)	1,000	20년만기 전기납	1,840	3,520	6,130	1,140	1,770	3,020
(무)3대질병진단특약D(갱신형)	1,000	20년만기 전기납	4,560	9,700	19,860	6,280	10,140	12,960
(무)간편재진단2대질병진단특약D(갱신형)	1,000	20년만기 전기납	170	490	1,130	60	160	400
(무)간편재진단3대질병진단특약D(갱신형)	1,000	20년만기 전기납	2,500	5,480	14,710	6,680	13,960	14,140
(무)선택질병보험료납입면제특약D(갱신형)_1형(암 보장형)	10	20년만기 전기납	2,389	5,535	13,578	4,583	9,454	11,905
(무)선택질병보험료납입면제특약D(갱신형)_2형(뇌출혈 및 뇌경색증 보장형)	10	20년만기 전기납	787	1,918	4,039	577	1,222	2,284
(무)선택질병보험료납입면제특약D(갱신형)_3형(급성심근경색증 보장형)	10	20년만기 전기납	466	1,227	2,239	67	172	379

- 피보험자가 가입나이, 가입년도 등 계약인수 관련사항은 회사가 별도로 정한 기준에 따라 제한될 수 있습니다.
- (무)소액암진단특약D(갱신형)의 보험가입금액은 (무)일반암진단특약D(갱신형) 및 (무)3대질병진단특약D(갱신형) 보험가입금액 합산의 0.2배를 한도로 합니다.
- 상기 주계약 및 특약은 10년만기, 20년만기 또는 30년만기 자동갱신부 특약으로 보험료는 100세(다만, (무)정기특약D(갱신형)은 84세)까지 계속 납입하여야 하며, 상기 예시는 최초계약 가입당시의 보험요율을 기준으로 산출하였으므로, 갱신을 할 때 연령증가, 적용요율의 변동에 따라 보험료가 인상될 수 있습니다. 다만, (무)2대질병진단특약D(갱신형), (무)3대질병진단특약D(갱신형), (무)간편재진단2대질병진단특약D(갱신형), (무)간편재진단3대질병진단특약D(갱신형), (무)정기특약D(갱신형)은 10년만기 또는 20년만기 자동갱신부 특약이며, (무)특정항암호르몬약물허가치료보장특약D(갱신형), (무)표적항암약물허가치료보장특약D(갱신형), (무)항암양성자방사선치료보장특약D(갱신형), (무)항암세기조절방사선치료보장특약D(갱신형), (무)암직접치료상급종합병원동원보장특약D(갱신형), (무)12대기관양성신생물(3대기관포립포함)수술보장특약D(갱신형), (무)갑상선비늘생검조직병리진단특약D(갱신형), (무)전립선비늘생검조직병리진단특약D(갱신형), (무)계속받는표적항암약물허가치료보장특약D(갱신형), (무)계속받는카티(CAR-T)항암약물허가치료보장특약D(갱신형), 암직접치료동원보장특약D(갱신형), 급여의료비보장특약D(갱신형)은 10년만기 자동갱신부 특약입니다.
- (무)선택질병보험료납입면제특약D(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.

간편심사형(3.0.5)

기준: 건강등급 미적용, 월납, 최초계약, 단위: 원

구분	가입금액 (만원)	보험기간 /납입기간	남자			여자		
			30세	40세	50세	30세	40세	50세
(무)ABL THE더보장종합건강보험(갱신형)2405	100	20년만기 전기납	20	28	46	9	10	15
(무)일반암진단특약D(갱신형)	1,000	20년만기 전기납	3,560	7,710	16,360	5,730	9,450	11,510
(무)소액암진단특약D(갱신형)	1,000	20년만기 전기납	2,070	2,460	3,080	6,650	6,960	5,800
(무)일반암주요치료비보장특약D(갱신형)	1,000	20년만기 전기납	4,660	11,040	23,810	7,480	12,790	15,860
(무)갑상선암 및 기타피부암 주요치료비보장특약D(갱신형)	100	20년만기 전기납	145	151	155	435	488	398
(무)종합병원암주요치료비보장특약D(갱신형)	1,000	20년만기 전기납	5,377	11,299	23,138	7,798	11,773	13,209
(무)암직접치료입원보장특약D(갱신형)	1,000	20년만기 전기납	670	1,540	3,500	900	1,980	2,840
(무)암직접치료통원보장특약D(갱신형)	1,000	10년만기 전기납	500	1,180	3,200	1,620	3,390	5,180
(무)암직접치료상급종합병원통원보장특약D(갱신형)	1,000	10년만기 전기납	320	770	2,120	970	2,120	3,140
(무)요양병원암입원보장특약D(갱신형)	1,000	20년만기 전기납	70	130	310	170	380	540
(무)암수술보장특약D(갱신형)	1,000	20년만기 전기납	840	1,730	3,560	1,430	2,080	2,430
(무)표적항암약물허가치료보장특약D(갱신형)	1,000	10년만기 전기납	780	1,080	2,030	820	1,420	1,900
(무)선택질병보험료납입면제특약D(갱신형)_1형(암 보장형)	10	20년만기 전기납	3,016	6,832	15,859	4,938	10,233	13,225

- 피보험자가 입나이, 가입년도 등 계약인수 관련사항은 회사가 별도로 정한 기준에 따라 제한될 수 있습니다.
- 상기 주계약 및 특약은 10년만기, 20년만기 또는 30년만기 자동갱신부 특약으로 보험료는 100세까지 계속 납입하여야 하며, 상기 예시는 최초계약 가입당시의 보험요율을 기준으로 산출하였으므로, 갱신을 할 때 연령증가, 적용요율의 변동에 따라 보험료가 인상될 수 있습니다. 다만 (무)암직접치료입원보장특약D(갱신형), (무)암직접치료통원보장특약D(갱신형), (무)암직접치료상급종합병원통원보장특약D(갱신형), (무)표적항암약물허가치료보장특약D(갱신형)은 10년만기 자동갱신부 특약입니다.

• 본 안내자료는 보험약관의 전체내용을 요약한 것이므로 보다 상세한 내용은 보험계약 체결 전에 반드시 보험약관 및 상품설명서를 확인하시기 바랍니다.

보험료 예시표

일반심사형

기준: 건강등급 미적용, 월납, 최초계약, 단위: 원

구분	가입금액 (만원)	보험기간 /납입기간	남자			여자		
			30세	40세	50세	30세	40세	50세
(무)ABL THE더보장종합건강보험(갱신형)2405	100	20년만기 전기납	20	28	46	9	10	15
(무)일반암진단특약D(갱신형)	1,000	20년만기 전기납	2,120	4,630	10,250	4,280	6,670	7,690
(무)소액암진단특약D(갱신형)	1,000	20년만기 전기납	1,340	1,550	1,920	4,110	4,150	3,510
(무)선택주요암진단특약D(갱신형)_1종(위암)	1,000	20년만기 전기납	290	890	1,910	280	500	740
(무)선택주요암진단특약D(갱신형)_2종(간암)	1,000	20년만기 전기납	210	620	1,170	80	160	300
(무)선택주요암진단특약D(갱신형)_3종(폐암)	1,000	20년만기 전기납	130	460	1,550	150	380	780
(무)선택주요암진단특약D(갱신형)_4종(대장암)	1,000	20년만기 전기납	370	760	1,410	320	560	800
(무)선택주요암진단특약D(갱신형)_5종(췌장암·담낭암·기타담도암)	1,000	20년만기 전기납	100	260	690	90	190	460
(무)일반암주요치료비보장특약D(갱신형)	1,000	20년만기 전기납	2,730	6,610	14,980	5,590	9,110	10,790
(무)갑상선암 및 기타피부암 주요치료비보장특약D(갱신형)	100	20년만기 전기납	101	103	103	250	267	220
(무)종합병원암주요치료비보장특약D(갱신형)	1,000	20년만기 전기납	3,268	6,819	14,434	5,233	7,656	8,403
(무)암직접치료입원보장특약D(갱신형)	1,000	20년만기 전기납	360	800	1,910	600	1,090	1,490
(무)암직접치료통원보장특약D(갱신형)	1,000	10년만기 전기납	300	690	1,960	1,100	2,320	3,380
(무)암직접치료상급종합병원통원보장특약D(갱신형)	1,000	10년만기 전기납	190	450	1,300	670	1,460	2,060
(무)요양병원암입원보장특약D(갱신형)	1,000	20년만기 전기납	40	70	170	110	200	280
(무)암수술보장특약D(갱신형)	1,000	20년만기 전기납	530	1,050	2,180	1,010	1,430	1,630
(무)항암약물치료보장특약D(갱신형)	1,000	20년만기 전기납	90	180	370	160	240	260
(무)항암방사선치료보장특약D(갱신형)	1,000	20년만기 전기납	70	140	280	160	230	250
(무)12대기관양성신생물(3대기관포립포함)수술보장특약D(갱신형)	1,000	10년만기 전기납	100	220	320	140	250	300
(무)갑상선비늘생검조직병리진단특약D(갱신형)	1,000	10년만기 전기납	40	70	90	190	290	380
(무)전립선비늘생검조직병리진단특약D(갱신형)	1,000	10년만기 전기납	3	14	96	가입불가	가입불가	가입불가
(무)특정항암호르몬약물허가치료보장특약D(갱신형)	1,000	10년만기 전기납	2	5	14	2	6	7
(무)항암양성자방사선치료보장특약D(갱신형)	1,000	10년만기 전기납	100	160	310	110	180	190
(무)항암세기조절방사선치료보장특약D(갱신형)	1,000	10년만기 전기납	250	370	690	530	930	970
(무)표적항암약물허가치료보장특약D(갱신형)	1,000	10년만기 전기납	510	680	1,260	570	980	1,220
(무)계속받는 표적항암약물허가치료보장특약D(갱신형)	1,000	10년만기 전기납	550	710	1,370	770	1,550	1,930
(무)계속받는 카티(CAR-T)항암약물허가치료보장특약D(갱신형)	1,000	10년만기 전기납	7	10	23	36	94	99
(무)급여암특정통증완화치료보장특약D(갱신형)	1,000	10년만기 전기납	40	130	380	60	170	280
(무)급여암특정재활치료보장특약D(갱신형)	1,000	10년만기 전기납	2	3	10	5	19	26

기준: 건강등급 미적용, 월납, 최초계약, 단위: 원

구분	가입금액 (만원)	보험기간 /납입기간	남자			여자		
			30세	40세	50세	30세	40세	50세
(무)말기암호스피스완화의료입원치료보장특약D(갱신형)	1,000	10년만기 전기납	130	230	610	100	170	440
(무)암사망보장특약 II (갱신형)	1,000	10년만기 전기납	290	560	1,420	330	570	950
(무)암산정특례대상보장특약D(갱신형)	1,000	20년만기 전기납	3,750	6,860	14,080	9,090	11,850	13,210
(무)뇌혈관질환산정특례대상보장특약D(갱신형)	1,000	20년만기 전기납	1,150	2,120	3,910	1,020	1,810	3,150
(무)심장질환산정특례대상보장특약D(갱신형)	1,000	20년만기 전기납	1,850	4,340	9,040	900	1,380	2,900
(무)허리질환산정특례대상보장특약D(갱신형)	500	20년만기 전기납	685	710	1,010	825	920	1,120
(무)중증난치질환산정특례대상보장특약D(갱신형)	500	20년만기 전기납	995	1,225	1,995	995	1,140	1,600
(무)결핵산정특례대상보장특약D(갱신형)	100	20년만기 전기납	50	70	107	42	44	54
(무)중증화상산정특례대상보장특약D(갱신형)	500	20년만기 전기납	40	50	60	30	35	45
(무)중증외상산정특례대상보장특약D(갱신형)	500	20년만기 전기납	95	130	195	45	50	60
(무)장기요양(1-2등급)보장특약D(갱신형)	1,000	20년만기 전기납	14	73	422	9	58	405
(무)장기요양(1-5등급)보장특약D(갱신형)	1,000	20년만기 전기납	50	350	2,860	20	210	2,620
(무)간병인사용지원입원보장특약D(갱신형)	1,000	10년만기 전기납	2,800	3,270	5,540	3,170	3,710	7,090
(무)뇌출혈 및 뇌경색증진단특약D(갱신형)	1,000	20년만기 전기납	870	1,580	2,900	670	1,040	1,770
(무)뇌혈관질환진단특약D(갱신형)	1,000	20년만기 전기납	3,530	7,060	15,170	3,450	6,820	14,380
(무)급성심근경색증진단특약D(갱신형)	1,000	20년만기 전기납	540	1,050	1,690	190	260	430
(무)허혈심장질환진단특약D(갱신형)	1,000	20년만기 전기납	3,920	6,000	9,560	2,260	3,340	5,800
(무)뇌심질환입원수술보장특약D(갱신형)	1,000	20년만기 전기납	490	1,070	2,170	310	580	1,260
(무)혈전용해치료보장특약D(갱신형)	1,000	20년만기 전기납	10	30	60	가입불가	10	30
(무)급여의료비보장특약D(갱신형)	1,000	10년만기 전기납	8,540	12,070	18,250	12,700	15,400	21,650
(무)입원보장특약D(갱신형)	1,000	20년만기 전기납	1,360	1,850	3,030	1,600	2,310	3,870
(무)상급종합병원입원보장특약D(갱신형)	1,000	20년만기 전기납	1,910	2,700	4,660	2,250	3,240	5,470
(무)수술보장특약D(갱신형)	1,000	20년만기 전기납	4,200	6,100	9,400	5,500	7,700	10,000
(무)응급실내원특약D II (갱신형)	1,000	20년만기 전기납	660	740	910	690	680	770
(무)재해장해보장특약D(갱신형)	1,000	20년만기 전기납	300	380	530	170	260	450
(무)질병장해보장특약D(갱신형)	1,000	20년만기 전기납	230	530	1,510	270	750	2,200
(무)등급별골절 및 갑수특약D(갱신형)	1,000	20년만기 전기납	1,150	1,220	1,370	960	1,240	1,850
(무)시니어특정질환보장특약D(갱신형)	1,000	10년만기 전기납	1,781	2,053	2,477	1,718	2,184	3,502
(무)정기특약D(갱신형)	1,000	20년만기 전기납	1,700	3,100	6,900	1,200	1,700	3,100
(무)2대질환진단특약D(갱신형)	1,000	20년만기 전기납	1,420	2,550	4,340	900	1,290	2,100

· 본 안내자료는 보험약관의 전체내용을 요약한 것이므로 보다 상세한 내용은 보험계약 체결 전에 반드시 보험약관 및 상품설명서를 확인하시기 바랍니다.

보험료 예시표

일반심사형

기준: 건강등급 미적용, 월납, 최초계약, 단위: 원

구분	가입금액 (만원)	보험기간 /납입기간	남자			여자		
			30세	40세	50세	30세	40세	50세
(무)3대질병진단특약D(갱신형)	1,000	20년만기 전기납	3,370	6,940	14,180	4,990	7,670	9,410
(무)간편재진단2대질병진단특약(갱신형)	1,000	20년만기 전기납	110	330	750	30	100	250
(무)간편재진단3대질병진단특약(갱신형)	1,000	20년만기 전기납	1,740	3,720	9,810	4,810	9,650	9,590
(무)선택질병보험료납입면제특약D(갱신형)_1형(암 보장형)	10	20년만기 전기납	1,646	3,817	9,387	3,559	7,271	8,587
(무)선택질병보험료납입면제특약D(갱신형)_2형(뇌출혈 및 뇌경색증 보장형)	10	20년만기 전기납	530	1,235	2,566	361	757	1,427
(무)선택질병보험료납입면제특약D(갱신형)_3형(급성심근경색증 보장형)	10	20년만기 전기납	333	893	1,654	44	107	247

- 피보험자가 가입나이, 가입한도 등 계약인수 관련사항은 회사가 별도로 정한 기준에 따라 제한될 수 있습니다.
- (무)소액암진단특약D(갱신형)의 보험가입금액은 (무)일반암진단특약D(갱신형) 및 (무)3대질병진단특약D(갱신형) 보험가입금액 합산의 0.2배를 한도로 합니다.
- 상기 주계약 및 특약은 10년만기, 20년만기 또는 30년만기 자동갱신부 특약으로 보험료는 100세(다만, (무)정기특약D(갱신형)은 84세)까지 계속 납입하여야 하며, 상기 예시는 최초계약 가입당시의 보험요율을 기준으로 산출하였으므로, 갱신을 할 때 연령증가, 적용요율의 변동에 따라 보험료가인 상될 수 있습니다. 다만, (무)2대질병진단특약D(갱신형), (무)3대질병진단특약D(갱신형), (무)간편재진단2대질병진단특약(갱신형), (무)간편재진단3대질병진단특약(갱신형), (무)정기특약D(갱신형), (무)암산정특례대상보장특약D(갱신형), (무)뇌혈관질환산정특례대상보장특약D(갱신형), (무)심장질환산정특례대상보장특약D(갱신형), (무)희귀질환산정특례대상보장특약D(갱신형), (무)중증난치산정특례대상보장특약D(갱신형), (무)결핵산정특례대상보장특약D(갱신형), (무)중증화상산정특례대상보장특약D(갱신형), (무)중증외상산정특례대상보장특약D(갱신형)은 10년만기 또는 20년만기 자동갱신부 특약이며, (무)특정항암호르몬약물허가치료보장특약D(갱신형), (무)표적항암약물허가치료보장특약D(갱신형), (무)항암양성자방사선치료보장특약D(갱신형), (무)항암세기조절방사선치료보장특약D(갱신형), (무)암직접치료상급종합병원동원보장특약(갱신형), (무)암사망보장특약(갱신형), (무)시니어특정질환보장특약D(갱신형), (무)12대기관양성신생물(3대기관포립포함)수술보장특약(갱신형), (무)갑상선비늘생검조직병리진단특약(갱신형), (무)전립선비늘생검조직병리진단특약(갱신형), (무)급여암특정종양완화치료보장특약(갱신형), (무)급여암특정재활치료보장특약(갱신형), (무)말기암호스피스완화의료입원치료보장특약(갱신형), 암직접치료동원보장특약D(갱신형), 급여의료비보장특약D(갱신형)은 10년만기 자동갱신부 특약입니다.
- (무)선택질병보험료납입면제특약D(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.

• 본 안내자료는 보험약관의 전체내용을 요약한 것이므로 보다 상세한 내용은 보험계약 체결 전에 반드시 보험약관 및 상품설명서를 확인하시기 바랍니다.

해약환급금 예시표

주계약

기준 : 주계약 보험가입금액 100만원, 20년 만기 전기납, 40세, 남자, 월납, 특약제외, 단위 : 원

구분	간편심사형			간편심사형(3.0.5)			일반심사형		
	납입보험료	해약환급금	환급률	납입보험료	해약환급금	환급률	납입보험료	해약환급금	환급률
1년	336	-	0.0%	336	-	0.0%	336	-	0.0%
3년	1,008	-	0.0%	1,008	-	0.0%	1,008	-	0.0%
5년	1,680	140	8.3%	1,680	140	8.3%	1,680	142	8.5%
10년	3,360	557	16.6%	3,360	557	16.6%	3,360	559	16.6%
15년	5,040	445	8.8%	5,040	445	8.8%	5,040	447	8.9%
20년	6,720	-	0.0%	6,720	-	0.0%	6,720	-	0.0%

- 이 계약을 중도 해지할 경우 납입한 보험료에서 지난 기간의 위험보험료, 계약체결비용 및 계약관리비용(해약공제액 포함) 등이 차감되므로 해약환급금은 납입보험료보다 적거나 없을 수 있습니다.
- 상기 예시는 주계약 기준이며, 특약 가입시 납입보험료, 해약환급금 및 환급률은 달라집니다.
- 상기 예시된 금액 및 환급률은 최초 계약만을 대상으로 한 것으로, 갱신 시에는 이 예시와 달라질 수 있습니다.

가입 시 유의사항

간편심사에 관한 사항

간편심사형 및 간편심사형(3.0.5)은 “간편심사”상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반심사보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다.

- 가. 간편심사란 의결결합 및 연령제한으로 인하여 보험시장에서 소외되고 있는 유병력자나 고령자 등의 계약심사 및 건강검진의 부담을 줄여 보험에 가입할 수 있도록 표준체에 비하여 간소화된 계약 전 알릴의무 사항을 활용하여 계약심사 과정을 간소화함을 의미합니다. 계약 전 알릴의무사항 간소화를 통하여 보험요율에 이미 반영된 사항은 계약심사에 활용하지 않습니다.
- 나. 계약자가 간편심사형 및 간편심사형(3.0.5)형으로 가입할 경우 회사는 간편심사형, 간편심사형(3.0.5)과 일반심사형의 보장내용 및 보험료를 비교하여 안내하고 이에 대한 계약자 확인을 받아야 합니다. 이 경우 비교 대상인 일반심사형은 간편심사형과 간편심사형(3.0.5)보다 가입금액 등 보장내용이 축소되지 않도록 운영합니다.
- 다. 회사는 일반심사형의 경우 피보험자가 표준체에 해당하는 계약 전 알릴의무 사항을 통하여 보험가입 여부에 대한 의적심사를 거쳐 가입이 가능한 상품임을 설명해야 합니다.
- 라. 회사는 간편심사형 및 간편심사형(3.0.5)으로 가입한 계약자 또는 피보험자가 계약일부 3개월 이내에 일반심사형 가입을 희망하는 경우, 동일한 피보험자를 대상으로 일반계약심사를 통하여 일반심사형에 청약할 수 있는 기회를 제공합니다. 다만, 간편심사형 및 간편심사형(3.0.5) 계약의 보험금이 이미 지급되거나 청구서류를 접수한 경우에는 그러하지 않습니다.
- 마. '라'에 의하여 일반심사형에 가입하는 경우에는 기가입한 간편심사형 및 간편심사형(3.0.5) 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 보험계약자에게 돌려줍니다.
- 바. 간편심사보험의 청약서는 일반심사보험의 청약서와 구별되도록 청약서 색상을 차별화하여 적용합니다.
- 사. 회사는 간편심사형 및 간편심사형(3.0.5)의 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 안내합니다.

계약의 갱신에 관한 사항

- 가. 계약자가 보험료 납입기일(갱신 전 계약의 보험료 납입기일을 준용)까지 갱신되는 계약의 제1회 보험료를 납입할 때, 이 계약은 자동갱신되는 것으로 합니다. 다만, 보험약관에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 연체보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 계약은 갱신되지 않습니다.
- 나. '가'에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에 이 계약은 갱신되지 않습니다.
 - (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 보험약관에 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 보험약관은 갱신 전 보험약관을 준용하여 적용합니다. 다만, 관련 법령의 개정 및 금융위원회의 명령에 따라 보험약관이 변경된 경우에는 변경된 보험약관을 갱신 후 보험약관으로 적용합니다.
- 마. 갱신계약의 보장개시일은 갱신 전 계약의 보험기간 종료일의 다음날로 합니다.
- 바. 갱신계약의 보험료, 계약자적립액 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 통지합니다.
 - (1) '라'에 따라 변경된 보험약관을 갱신 후 보험약관으로 적용하는 경우 그 변경된 내용
 - (2) '바'의 갱신계약의 보험료
- 아. 갱신계약의 보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용합니다.
- 자. 동 상품에 부가된 특약은 주계약을 갱신하지 않는 경우 갱신하지 않습니다. 다만, 보험금 지급으로 주계약이 갱신되지 않는 경우에는 특약을 갱신할 수 있습니다.

가입 시 유의사항

건강등급 적용 특약에 관한 사항

- 가. "건강등급"은 피보험자의 성별, 연령, 건강상태, 의료이용정보 등을 기준으로 1등급부터 9등급까지 산정되며, 1등급에 가까울수록 건강상태가 양호하다는 것을 의미합니다.
- 나. 건강등급은 "건강등급 산출 및 정보 제공회사"의 건강등급 산출시스템을 통해 산출됩니다.
- 다. 건강등급은 건강등급 적용 특약 II 약관 제7조(청약 시 건강등급의 산정)에 따라 청약 시 산정된 건강등급을 최초로 적용하며, 이후 이 특약의 보험기간 중 1년 주기로 약관 제8조(건강등급의 재산정)에 따라 건강등급을 재산정하여 적용합니다.
- 라. '다'에도 불구하고, 피보험자가 약관 제7조(청약 시 건강등급의 산정) 및 제8조(건강등급 재산정)에서 정한 기한 이내에 건강등급을 산출하지 않는 경우, 약관 제8조(건강등급 재산정)에 따른 다음연도 "건강등급 재산정일" 전일까지 건강등급이 적용되지 않습니다. 다만, 계약일 이후 최초 도래하는 "건강등급 재산정일" 이전에 건강등급 산출 후 회사에 통보한 경우에 한하여 차회 이후의 납입 보험료부터 "건강등급 재산정일" 전일까지 건강등급이 적용됩니다.
- 마. "건강등급 할인 대상상품"은 질병사망, 암, 심장질환, 뇌혈관질환, 치매질환, 질병입원, 질병수술, 간질환, 폐질환, 신장질환과 관련된 담보를 보장하는 상품(선택특약 포함)을 대상으로 합니다.
- 바. '보험료 선납에 관한 사항'에도 불구하고, 건강등급의 적용을 선택한 계약은 "건강등급 적용 특약 II"의 기초서류에 따라 보험료의 선납이 일부 제한될 수 있습니다.
- 사. 회사는 "건강등급 산출 및 정보 제공회사"와의 계약해지 등의 사유로 불가피하게 건강등급의 산출 및 건강등급 제도의 유지가 불가능한 경우, 다음 중 어느 하나의 방법을 선택합니다. 이때 계약별로 방법을 달리 적용할 수는 없습니다.
- (1) 회사 자체적으로 건강등급 산출 시스템 개발하여 운영
 - (2) 건강등급 산출 불가 시점에 적용 중인 건강등급 또는 회사에서 정한 별도의 건강등급을 보험료 납입기간 종료시점까지 일괄 적용

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 최대12개월분까지 선납할 수 있습니다.

예금자보호제도

이 보험계약은 예금자보호법에 따라 해약환급금(또는 만기 시 보험금)에 기타지급금을 합한 금액이 1인당 "5천만원까지"(본 보험회사의 여타 보호상품과 합산) 보호됩니다. 이와 별도로 본 보험회사 보호상품의 사고보험금을 합산한 금액이 1인당 "5천만원까지" 보호됩니다. 또한, 보험계약자 및 보험료납부자가 법인인 계약은 보호되지 않습니다.

알아두실 사항

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.

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.

보험계약사항 기본 확인

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

세제혜택

- 근로소득자가 기본공제대상자를 피보험자로 하여 이 보험에 가입한 경우 당해연도 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.

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.

해약환급금이 납입보험료보다 적은 이유

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

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.

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 해약환급금 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

지정대리청구서비스특약에 관한 사항

- 적용대상
지정대리청구서비스특약은 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 주계약 및 특약에 적용됩니다.
- 지정대리청구인의 지정
(1) 계약자는 보험수익자에게 정신 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 계약자 또는 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

기타

- 회사는 상품명칭 앞에 계약자가 원하는 이름이나 판매경로 등을 인식할 수 있는 용어를 덧붙여 안내자료 및 보험증권에 기재할 수 있습니다.
- 향후 보험법 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 있습니다.
- ABL생명명은 해당 상품에 대해 충분히 설명할 의무가 있으며, 가입자는 가입하기 전 이에 대한 충분한 설명을 받으시기 바랍니다.

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@abllife.co.kr
- 기타 상담(문의) : 전 영업점 및 지급 창구, 보험설계사
- 수술/입원/사망보험금 관련 상담 : 전화 1588-4404

<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 당시의 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)