



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 (해약환급금 미지급형)2405



다양한 선택특약으로 나에게 필요한 보장 설계를 해보세요.(해당 특약 가입시)
다만, 간편심사형 상품인지 일반심사형 상품인지에 따라 가입 가능한 선택특약이 상이할 수 있습니다.

암 보장 설계

암 진단부터 치료까지 든든하게

- 암 전조 증상부터 검사, 진단, 치료, 후속치료까지 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)항암물허가치료 까지 암집중 보장을 설계할 수 있습니다.



암 주요치료비 특약으로 한번 더 든든하게

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

(무)일반암주요치료비보장특약D(해약환급금 미지급형)
(무)갑상선암 및 기타피부암 주요치료비보장특약D(해약환급금 미지급형)

- ※ (무)일반암주요치료비보장특약D(해약환급금 미지급형)에서 암(갑상선암 및 기타피부암 제외) 보장에 대한 보장개시일은 계약일부터 계약일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날입니다.
- ※ (무)일반암주요치료비보장특약D(해약환급금 미지급형)의 1종(간편심사형)의 경우, 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.

수술·입원 보장 설계



- 일상생활에서 필요한 입원, 수술을 대비할 수 있습니다.
- 1~5종 수술보장, 질병수술, 여성다빈도질병수술, 재해수술, 상급종합병원 입원으로 든든하게 준비할 수 있습니다.

추가 보장 설계



- 고령화로 많이 발생하는 대상포진, 통풍, 인공관절치환수술, 관절염 수술 등의 보장이 가능합니다.
- 경도치매에서부터 중등도치매, 중증치매까지 진단자금을 설계할 수 있습니다.
- 중증치매상태로 최종진단 확정시 중증치매간병생활자금을 보장해드립니다.
- 뇌혈관질환 및 허혈성심장질환의 경증진단부터 뇌출혈, 뇌경색, 급성심근경색증과 같은 중증진단까지 단계적으로 준비할 수 있습니다.
- 남녀 맞춤 특약 가입으로 남성특정만성질환, 비뇨기계질환, 여성특정만성질환, 부인과질환의 수술·입원 보장을 설계할 수 있습니다.
- 산정특례보장 선택특약으로 중대질환을 더 든든하게 준비할 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, 간편심사형에 한합니다.)



※ 아래 3가지 항목에 해당되지 않으면 간편심사형에 가입이 가능합니다.

3

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

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

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

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

2

최근 2년 이내에 질병이나 사고로 인하여 다음과 같은 의료행위를 받은 사실이 있습니까?

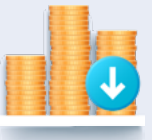
1) 입원 2) 수술(제왕절개 포함)

5

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.)

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



'해약환급금 미지급형'으로 기본형 대비 낮은 보험료 선택 가능

'해약환급금 미지급형'은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 계약이 해지될 경우 '기본형'의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급합니다.

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 주계약·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.

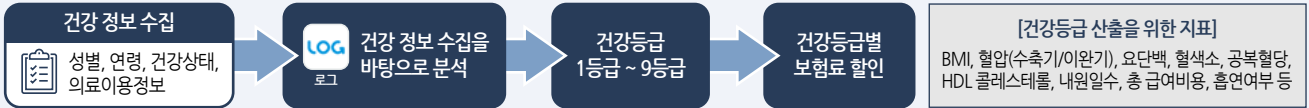
간편심사형 가입 후 계약전환으로 저렴한 보험료 납입이 가능합니다.

간편심사형 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	주계약/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 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 계약”이 간편심사형인 계약
- 5) 전환 신청 시 피보험자의 보험나이가 65세 이하인 계약
- 6) “전환 전 계약”의 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, 종신만기, 20년납, 해약환급금 미지급형, 월납, 건강등급 2등급 적용, 단위:원

구분	보험가입 금액	보험료	
		1종(간편심사형) (전환 전 계약)	2종(일반심사형) (전환 후 계약)
주계약	100만원	1,767	1,572
(무)일반암진단특약D (해약환급금 미지급형)	2,000만원	25,184	20,813
(무)소액암진단특약D (해약환급금 미지급형)	400만원	1,272	930
(무)수술보장특약D (해약환급금 미지급형)	500만원	8,881	5,394
(무)입원보장특약D (해약환급금 미지급형)	1,000만원	6,138	3,999
합계		43,242	32,708

※ 계약 전환 신청은 전환 전 주계약의 보험료 납입기간 중 신청할 수 있으며, 신청 기한은 최초 계약체결 이후 5년 경과 계약해당일부터 10년 경과 계약해당일의 전일까지입니다.
 ※ 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			보험기간	보험료 납입기간	피보험자 가입나이
(무)ABL THE더보장종합건강보험 (해약환급금 미지급형)2405	해약환급금 미지급형	1종(간편심사형)	80세, 90세, 중신	5년납, 10년납, 15년납, 20년납, 30년납	1종(간편심사형): 30세~최대 80세 2종(일반심사형): 만 15세~최대 80세
		2종(일반심사형)			
	기본형	1종(간편심사형)			
		2종(일반심사형)			

- 피보험자 가입나이는 보험종별, 보험기간, 보험료 납입기간에 따라 달라질 수 있습니다.
- 특약별 보험기간, 보험료 납입기간, 피보험자 가입나이는 주계약과 상이하므로 보험약관 및 상품설명서를 확인하시기 바랍니다.

보험금 지급 기준

주계약

구분	지급사유	보장내용
사망보험금	보험기간 중 피보험자가 사망하였을 때	보험가입금액

- 보험기간 중 피보험자의 사망으로 인하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.
- 1종(간편심사형)에서 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해를 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- 2종(일반심사형)에서 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.

암 보장 선택특약

기준 : 특약 보험가입금액 1,000만원

구분	급부명칭	지급사유	보장내용
(무)일반암진단특약D (해약환급금 미지급형)	암 진단 급여금	암 보장개시일 이후에 “암”(중증 이외의 갑상선암, “기타피부암” 및 “대장점막내암” 제외)으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회 진단확정에 한하여 지급)	1년 미만 : 500만원 1년 이상 : 1,000만원
(무)소액암진단특약D (해약환급금 미지급형)	중증 이외의 갑상선암 진단급여금	중증 이외의 갑상선암으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회 진단확정에 한하여 지급)	1년 미만 : 500만원 1년 이상 : 1,000만원
	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 (해약환급금 미지급형)	1종 (위암) 위암진단 급여금	암보장개시일 이후에 “위암”으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회에 한함)	1년 미만 : 500만원 1년 이상 : 1,000만원
	2종 (간암) 간암진단 급여금	암보장개시일 이후에 “간암”으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회에 한함)	
	3종 (폐암) 폐암진단 급여금	암보장개시일 이후에 “폐암”으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회에 한함)	
	4종 (대장암) 대장암진단 급여금	암보장개시일 이후에 “대장암”(대장점막내암 제외)으로 진단이 확정되었을 때(다만, 최초 1회에 한함)	
	5종 (췌장암·담낭암 ·기타담도암 ·기타담도암) 췌장암·담낭암 ·기타담도암 진단급여금	암보장개시일 이후에 “췌장암·담낭암·기타담도암”으로 진단이 확정되었을 때(다만, 최초 1회에 한함)	

• 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	보장내용
(무)암직접치료입원 보장특약D (해약환급금 미지급형)	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, 1종(간편심사형)일 경우 계약일로부터 1년 미만에 지급사유가 발생하였을 경우 50% 지급)
(무)요양병원입원 보장특약D (해약환급금 미지급형)	요양병원 입원급여금	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, 1종(간편심사형)일 경우 계약일로부터 1년 미만에 지급사유가 발생하였을 경우 50% 지급)
(무)암수술보장특약D (해약환급금 미지급형)	수술급여금	암 보장개시일 이후에 암으로 진단이 확정되거나 보험기간 중 갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양으로 진단이 확정되고 그 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 때 (수술 1회당)	최초 1회 암 200만원 경계성종양 90만원 기타피부암, 제자리암, 갑상선암 30만원 2회 이후 암 30만원 경계성종양 30만원 기타피부암, 제자리암, 갑상선암 30만원 (다만, 1종(간편심사형)일 경우 계약일로부터 1년 미만에 지급사유가 발생하였을 경우 50% 지급)
	항암약물 치료비	암 보장개시일 이후에 암으로 진단이 확정되거나 보험기간 중 갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양으로 진단이 확정되고 그 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료를 받았을 때(다만, 각각 최초 1회에 한함)	암 100만원 갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양 20만원 (다만, 1종(간편심사형)일 경우 계약일로부터 1년 미만에 지급사유가 발생하였을 경우 50% 지급)
	항암방사선 치료비	암 보장개시일 이후에 암으로 진단이 확정되거나 보험기간 중 갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양으로 진단이 확정되고 그 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받았을 때(다만, 각각 최초 1회에 한함)	
(무)항암약물치료 보장특약D (해약환급금 미지급형)	항암약물 치료비	암 보장개시일 이후에 “암”으로 진단이 확정되거나 보험기간 중 “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, 1종(간편심사형)일 경우 계약일로부터 1년 미만에 지급사유가 발생하였을 경우 50% 지급)
(무)항암방사선치료 보장특약D (해약환급금 미지급형)	항암방사선 치료비	암 보장개시일 이후에 “암”으로 진단이 확정되거나 보험기간 중 “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, 1종(간편심사형)일 경우 계약일로부터 1년 미만에 지급사유가 발생하였을 경우 50% 지급)

암 보장 선택특약

기준 : 특약 보험가입금액 1,000만원

구분	급부명칭	지급사유	보장내용
(무)암진단생활자금 보장특약D (해약환급금 미지급형)	암진단 생활자금	암 보장개시일 이후에 암(유방암, 전립선암, 중증 이외의 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)으로 진단 확정되고, 암 진단확정일의 1년 경과 진단확정 해당일부터 3년 경과 진단확정 해당일까지 매년 진단확정 해당일에 살아있을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한하며, 최대 36개월 지급)	진단확정일이 1년 미만 매월 20만원 진단확정일이 1년 이상 매월 40만원

- 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.
- 상기 보험금 지급기준표에서 “암”에 대한 정의는 각 특약별로 상이하니 반드시 보험약관을 통해 확인하시기 바랍니다.
- 암보장개시일 : “암” 보장에 대한 보장개시일을 말하며, 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우에는 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.
- (무)소액암진단특약D(해약환급금 미지급형) 약관 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(해약환급금 미지급형) 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(해약환급금 미지급형)에서 의료법 제3조(의료기관) 제2항 제3호 라목에서 규정된 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입원한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- (무)요양병원암입원보장특약D(해약환급금 미지급형) 약관 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(해약환급금 미지급형)에서 동일한 질병으로 인한 요양병원암입원급여금의 경우 이 특약의 보장개시일(암의 경우 암 보장 개시일)부터 지급된 요양병원암입원급여금의 누적 총 지급일수가 365일을 초과할 때에는 365일을 초과한 날 이후부터 이 특약의 보험기간 종료일까지 동일한 질병으로 인한 요양병원암입원급여금은 지급되지 않습니다. 다만, 동일한 질병이 완치된 이후에 해당 질병을 다시 진단받은 경우에는 동일한 질병으로 보지 않습니다.
- (무)암수술보장특약D(해약환급금 미지급형), (무)항암약물치료보장특약D(해약환급금 미지급형) 및 (무)항암방사선치료보장특약D(해약환급금 미지급형) 약관(“암”, “갑상선암” 및 “기타피부암”의 정의 및 진단확정)에 따라 “암”의 정의에서 “갑상선암” 및 “기타피부암”은 제외되므로, “갑상선암” 및 “기타피부암”으로 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 “갑상선암” 및 “기타피부암”에 해당하는 보험금을 지급하고 “암”에 해당하는 보험금은 지급되지 않습니다.
- (무)암진단생활자금보장특약D(해약환급금 미지급형)에서 암진단생활자금은 “암” 진단확정일 이후 1년 경과 진단확정 해당일부터 3년 동안 매년 진단확정 해당일에 생존할 경우 해당년도에 대하여 암진단생활자금을 12개월 동안 매월 확정지급합니다.
- (무)암진단생활자금보장특약D(해약환급금 미지급형)에서 암진단생활자금의 해당년도 12개월 확정지급금액 중 지급되지 않은 금액을 보험수익자가 일시금으로 선지급 받기를 원하는 경우 회사는 산출방법서에서 정한 적용이율과 평균공시이율을 각각 적용하여 연 단위 복리로 할인한 금액 중 큰 금액을 일시금으로 선지급합니다.
- (무)암진단생활자금보장특약D(해약환급금 미지급형)에서 암진단생활자금이 최종적으로 모두 지급되기 이전에 이 특약의 보험기간이 종료된다 하더라도, 보험기간 종료일 이후 암진단생활자금을 지급합니다.
- 위 특약에 대한 계약소멸사유 및 납입면제사유는 해당 보험약관을 확인하시기 바랍니다.
- 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.

· 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	보장내용
(무)일반암주요치료비 보장특약D (해약환급금 미지급형)	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, 1종(간편심사형)의 경우, 계약일로부터 1년 미만에 “암”으로 최초 진단확정되었을 경우 50%지급)
(무)갑상선암 및 기타피부암 주요치료비보장특약D (해약환급금 미지급형)	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

- 위 특약에서 보험금은 특약의 보험기간 중 피보험자에게 보험금 지급사유가 발생하였을 때 지급하여 드립니다.
- 피보험자가 입원, 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(해약환급금 미지급형)에서 암(갑상선암 및 기타피부암 제외) 보장에 대한 보장개시일은 계약일부터 계약일을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 부활(호력회복)계약의 경우에는 부활(호력회복)일부터 부활(호력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.
- “암 주요치료”라 함은 “암수술”, “항암방사선치료”, “항암약물치료”를 말하며, 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
 - 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
 - 면역력 강화 치료
 - 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 - 호르몬 관련 치료제
 - 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(해약환급금 미지급형)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(해약환급금 미지급형)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)일반암주요치료비보장특약D(해약환급금 미지급형)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(해약환급금 미지급형)에서 “연간”이라 함은 “갑상선암” 또는 “기타피부암” 최초 진단확정일부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 진단확정일(이하 “매년 진단확정일”이라 합니다)의 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 연도의 진단확정일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 진단확정일로 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.

암 보장 선택특약

기준 : 특약 보험가입금액 1,000만원

구분	급부명칭	지급사유	보장내용
(무)12대기관 양성신생물 (3대기관포립포함) 수술보장특약 (갱신형)	12대기관 양성신생물 (3대기관포립포함) 수술급여금	12대기관 양성신생물(3대기관포립포함)로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 때 (다만, 연간 1회에 한함)	1년 미만 : 5만원 1년 이상 : 10만원
(무)갑상선 바늘생검조직 병리진단특약 (갱신형)	갑상선 바늘생검 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)전립선 바늘생검조직 병리진단특약 (갱신형)	전립선 바늘생검 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)암직접치료상급 종합병원통원보장 특약(갱신형)	암직접치료 상급종합병원 통원 급여금	암보장개시일 이후에 “암”으로 진단이 확정되고, 그 “암”의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하여 치료를 받았을 때(다만, 통원 1일당 1회에 한함)	5만원 (다만, 1종(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)	5만원 (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
(무)항암양성자 방사선치료보장 특약D(갱신형)	항암양성자 방사선치료비	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)항암세기조절 방사선치료보장 특약D(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)	
(무)급여암 특정통증완화 치료보장특약 (갱신형)	급여암 특정통증 완화치료비	암보장개시일 이후에 암으로 진단 확정되고 그 암의 통증완화를 목적으로 “급여 암 특정통증완화치료”를 받았을 때 (다만, 연간 1회에 한하여 지급)	50만원
(무)급여암 특정재활치료 보장특약(갱신형)	급여암특정 재활치료비	암보장개시일 이후에 암으로 진단이 확정되고, 이 특약의 보험기간 중 입원하여 “입원 급여 암 특정재활치료”를 받거나 통원하여 “외래 급여 암 특정재활치료”를 받았을 때 (다만, 1일 1회한, 연간 10회에 한함)	3만원

· 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	보장내용
(무)말기암호스피스 완화의료입원치료 보장특약(갱신형)	말기암 호스피스완화 의료입원치료비	암 보장개시일 이후에 암으로 인한 호스피스대상환자에 해당되어 호스피스완화요료를 목적으로 입원형 호스피스전문기관에 입원하였을 때(다만, 최초 1회에 한함)	1,000만원
(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)계속받는카티(CAR-T)항암약물허가 치료보장특약D(갱신형)	계속받는카티(CAR-T)항암 약물허가치료비	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)계속받는 표적항암약물허가 치료보장특약D(갱신형)	계속받는 표적항암약물 허가치료비	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)암직접치료통원보장 특약D(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, 간편심사형에서 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.
- 상기 보험금 지급기준표의 “연간”이란 계약일부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.
- 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)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.
- 상기 특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고 이 특약은 소멸됩니다.
- 상기 보험금 지급기준표의 내용 중 계약체결 후 1년 미만의 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우에는 적용하지 않습니다.
- (무)암직접치료상급종합병원통원보장특약D(갱신형)에서 보장 대상이 되는 통원급여금은 보험기간 중 발생한 통원 치료에 한합니다.
- (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 ‘암질환심의위원회’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 신고한 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 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	보장내용
(무)암산정특례대상보장 특약D(갱신형)	신규암 산정특례 대상보장보험금	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 산정특례대상 보장보험금	“뇌혈관질환 산정특례대상 등록”된 경우 (다만, 연간 1회에 한하여 지급)	1,000만원 (다만, 보험계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생하였을 경우에는 상기금액의 50%를 지급)
(무)심장질환산정특례 대상보장특약D(갱신형)	심장질환 산정특례대상 보장보험금	“심장질환 산정특례대상 등록”된 경우 (다만, 연간 1회에 한하여 지급)	1,000만원 (다만, 보험계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생하였을 경우에는 상기금액의 50%를 지급)
(무)희귀질환산정특례 대상보장특약D(갱신형)	희귀질환 산정특례 대상보장보험금	“희귀질환 산정특례대상 신규등록”된 경우 (다만, 최초 1회에 한하여 지급)	경과기간 1년 미만 : 500만원 경과기간 1년 이상 : 1,000만원
(무)중증난치질환산정특례대상보장특약D (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 산정특례대상 보장보험금	“결핵 산정특례대상 신규등록”된 경우 (다만, 최초 1회에 한하여 지급)	경과기간 1년 미만 : 500만원 경과기간 1년 이상 : 1,000만원
(무)중증화상산정특례 대상보장특약D(갱신형)	중증화상 산정특례대상 보장보험금	“중증화상 산정특례대상 신규등록”된 경우 (다만, 최초 1회에 한하여 지급)	1,000만원
(무)중증외상산정특례 대상보장특약D(갱신형)	중증외상 산정특례대상 보장보험금	“중증외상 산정특례대상 등록”된 경우 (다만, 연간 1회에 한하여 지급)	1,000만원
(무)중증치매산정특례 대상보장특약D (해약환급금 미지급형)	중증치매 I 산정특례 대상보장보험금	중증치매 보장개시일 이후에 “중증치매 I”으로 진단이 확정되고 그 “중증치매 I”을 직접적인 원인으로 “중증치매 I 산정특례대상 신규등록” 된 경우 (다만, 최초 1회에 한하여 지급)	1,000만원
	중증치매 II 산정특례 대상보장보험금	중증치매 보장개시일 이후에 “중증치매 II”로 진단이 확정되고 그 “중증치매 II”를 직접적인 원인으로 “중증치매 II 산정특례대상 신규등록” 된 경우 (다만, 최초 1회에 한하여 지급)	1,000만원

- 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 지급기준표의 내용 중 최초계약의 계약일로부터 1년 미만의 보험금 금액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우에는 적용하지 않습니다.
- 경과기간은 계약일을 기준으로 하여 계산합니다.
- 상기 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 계약일부터 계약일을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우에는 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.
- (무)중증치매산정특례대상보장특약D(해약환급금 미지급형)에서 “중증치매 I” 및 “중증치매 II” 보장에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우에는 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 1년이 지난날의 다음날입니다. 그럼에도 불구하고 재해로 인한 뇌의 손상을 직접적인 원인으로 “중증치매 I 산정특례대상 신규등록” 또는 “중증치매 II 산정특례대상 신규등록”이 되는 경우, 보장개시일은 계약일과 같습니다.
- 위 특약에 대한 계약소멸사유 및 납입면제사유는 해당 보험약관을 확인하시기 바랍니다.

간병 보장 선택특약

기준 : 특약 보험가입금액 1,000만원

구분	급부명칭	지급사유	보장내용
(무)장기요양 (1-2등급)시설급여 중신지원특약D (해약환급금 미지급형)	장기요양(1~2등급) 시설급여지원금	「장기요양상태 보장개시일」이후에 최초로 “1~2등급 장기요양상태”로 판정받고, “시설급여”를 이용하였을 때	1회당 10만원 (다만, “판정후 보험월” 기준 월 1회 한도, 장기요양등급 판정일부터 최대 중신 지급)
(무)장기요양 (1-2등급)재가급여 중신지원특약D (해약환급금 미지급형)	장기요양(1~2등급) 재가급여지원금	「장기요양상태 보장개시일」이후에 최초로 “1~2등급 장기요양상태”로 판정받고, “재가급여”를 이용하였을 때	1회당 10만원 (다만, “판정후 보험월” 기준 월 1회 한도, 장기요양등급 판정일부터 최대 중신 지급)
(무)장기요양(1-5등급) 시설급여지원특약D (해약환급금 미지급형)	장기요양(1~5등급) 시설급여지원금	「장기요양상태 보장개시일」이후에 최초로 “1~5등급 장기요양상태”로 판정받고, 장기요양등급 판정일부터 10년 이내에 “시설급여”를 이용하였을 때	1회당 10만원 (다만, “판정후 보험월” 기준 월 1회 한도)
(무)장기요양(1-5등급) 재가급여지원특약D (해약환급금 미지급형)	장기요양(1~5등급) 재가급여지원금	「장기요양상태 보장개시일」이후에 최초로 “1~5등급 장기요양상태”로 판정받고, 장기요양등급 판정일부터 10년 이내에 “재가급여”를 이용하였을 때	1회당 10만원 (다만, “판정후 보험월” 기준 월 1회 한도)
(무)장기요양 (1-2등급)보장특약D (해약환급금 미지급형)	장기요양(1~2등급) 급여금	「장기요양상태 보장개시일」이후에 “1~2등급 장기요양상태”로 판정받았을 때(다만, 최초 1회에 한함)	1,000만원
(무)장기요양 (1-5등급)보장특약D (해약환급금 미지급형)	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.
- 피보험자 가입나이, 가입년도 등 계약인수 관련사항은 회사가 별도로 정한 기준에 따라 제한될 수 있습니다.
- “1~2등급 장기요양상태”라 함은 「만 65세 이상 노인」 또는 「노인성 질병을 가진 만 65세 미만의 자로서 거동이 현저히 불편하여 장기요양이 필요하다고 판단되어 「노인장기요양보험법」에 따라 장기요양등급판정위원회에서 장기요양 1등급 또는 장기요양 2 등급으로 판정받은 경우를 말합니다. 이때 노인성 질병이란 치매·뇌혈관성질환 등 노인장기요양보험법 시행령에서 정하는 질병을 말합니다.
- “1~5등급 장기요양상태”라 함은 「만 65세 이상 노인」 또는 「노인성 질병을 가진 만 65세 미만의 자로서 거동이 현저히 불편하여 장기요양이 필요하다고 판단되어 「노인장기요양보험법」에 따라 장기요양등급판정위원회에서 장기요양 1등급, 2등급, 3등급, 4등급 또는 5등급으로 판정받은 경우를 말합니다. 이때 노인성 질병이란 치매·뇌혈관성질환 등 노인장기요양보험법 시행령에서 정하는 질병을 말합니다.
- “1~2등급 장기요양상태”의 보장개시일은 계약일(부활(효력회복)계약의 경우 부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다. 다만, 재해를 직접적인 원인으로 장기요양상태가 발생할 경우에는 계약일(부활(효력회복)계약의 경우 부활(효력회복)일)을 “장기요양상태 보장개시일”로 합니다.
- “1~5등급 장기요양상태”의 보장개시일은 계약일(부활(효력회복)계약의 경우 부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다. 다만, 재해를 직접적인 원인으로 장기요양상태가 발생할 경우에는 계약일(부활(효력회복)계약의 경우 부활(효력회복)일)을 “장기요양상태 보장개시일”로 합니다.
- (무)장기요양(1-2등급)시설급여중신지원특약D(해약환급금 미지급형), (무)장기요양(1-2등급)재가급여중신지원특약D(해약환급금 미지급형) 또는 (무)장기요양(1-2등급)보장특약D(해약환급금 미지급형)에서 보험기간 중 「장기요양상태 보장개시일」 전일 이전에 “1~2등급 장기요양상태”가 된 경우에는 이 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.
- (무)장기요양(1-5등급)시설급여지원특약D(해약환급금 미지급형), (무)장기요양(1-5등급)재가급여지원특약D(해약환급금 미지급형) 또는 (무)장기요양(1-5등급)보장특약D(해약환급금 미지급형)에서 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)시설급여중신지원특약D(해약환급금 미지급형) 또는 (무)장기요양(1-2등급)재가급여중신지원특약D(해약환급금 미지급형)에서 보험기간 중 「장기요양상태 보장개시일」 이후에 최초로 “1~2등급 장기요양상태”로 판정받았으나, 허위 또는 부당 판정사실이 확인되는 경우 또는 노인장기요양보험법 제29조(장기요양급여의 제한)에 의해 장기요양급여의 제한을 받는 경우에는 장기요양(1~2등급)재가급여지원금 또는 장기요양(1~2등급)시설급여지원금을 지급하지 않습니다.
- (무)장기요양(1-2등급)보장특약D(해약환급금 미지급형)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)시설급여지원특약D(해약환급금 미지급형) 또는 (무)장기요양(1-5등급)재가급여지원특약D(해약환급금 미지급형)에서 보험기간 중 「장기요양상태 보장개시일」 이후에 최초로 “1~5등급 장기요양상태”로 판정받았으나, 허위 또는 부당 판정사실이 확인되는 경우 또는 노인장기요양보험법 제29조(장기요양급여의 제한)에 의해 장기요양급여의 제한을 받는 경우에는 장기요양(1~5등급)재가급여지원금 또는 장기요양(1~5등급)시설급여지원금을 지급하지 않습니다.
- (무)장기요양(1-5등급)보장특약D(해약환급금 미지급형)에서 보험기간 중 「장기요양상태 보장개시일」 이후에 “1~5등급 장기요양상태”로 판정받았으나, 허위 또는 부당 판정사실이 확인되는 경우에는 장기요양(1~5등급)급여금을 지급하지 않습니다.
- “재가급여” 및 “시설급여”의 정의 및 종류에 대한 내용은 해당 약관을 참고해주시기 바랍니다.
- 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

간병 보장 선택특약

기준 : 특약 보험가입금액 1,000만원

구분	급부명칭	지급사유	보장내용
(무)간병인사용지원입원보장특약D(갱신형)	간병인사용지원입원급여금(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)
	간병인사용지원입원급여금(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-간병통합서비스 사용지원입원급여금(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)

- 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.
- 계약일부터 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.
- 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.
- 피보험자가 동일한 질병 또는 재해로 입원을 2회 이상 한 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 사용일로부터 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.
- 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.
- 이 특약의 약관에 따라 간호-간병통합서비스는 간병인의 정의에서 제외되는 바, 간호-간병통합서비스 사용으로 보험금 지급사유 발생 시 간호-간병통합서비스 사용에 해당하는 보험금을 지급하고 간병인 사용에 해당하는 보험금은 지급하지 않습니다.
- 위 특약에 대한 계약소멸사유 및 납입면제사유는 해당 보험약관을 확인하시기 바랍니다.

뇌·심장질환 보장 선택특약

기준 : 특약 보험가입금액 1,000만원

구분	급부명칭	지급사유	보장내용
(무)뇌출혈 및 뇌경색증 진단특약D (해약환급금 미지급형)	뇌출혈 및 뇌경색증 진단급여금	“뇌출혈 및 뇌경색증”으로 진단이 확정되었을 때 (최초 1회의 진단확정에 한함)	1년 미만 : 500만원 1년 이상 : 1,000만원
	뇌혈관질환 진단급여금	“뇌혈관질환”으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회에 한함)	
	급성 심근경색증 진단급여금	“급성심근경색증”으로 진단이 확정되었을 때 (최초 1회의 진단확정에 한함)	
	허혈심장질환 진단급여금	“허혈심장질환”으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회에 한함)	
(무)뇌심질환 입원수술보장특약D (해약환급금 미지급형)	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 : 1만원 1년 이상 : 2만원
	뇌심질환 관혈수술 급여금	“뇌심질환 I”으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 관혈수술을 받았을 때(수술 1회당)	1년 미만 : 250만원 1년 이상 : 500만원
	뇌심질환 비관혈 수술급여금	“뇌심질환 I”으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 비관혈수술을 받았을 때(수술 1회당)	1년 미만 : 50만원 1년 이상 : 100만원

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

보험금 지급 기준

뇌·심장질환 보장 선택특약

기준 : 특약 보험가입금액 1,000만원

구분	급부명칭	지급사유	보장내용
(무)급여뇌심 질환검사비 보장특약(갱신형)	급여 뇌심질환 검사비 I	“급여 뇌심질환 검사 I”를 받았을 때 (다만, 연간 1회에 한하여 지급)	30만원 (다만, 계약일로부터 1년 미만에 보험금 지급사유 발생시 15만원 지급)
	급여 뇌심질환 검사비 II	“급여 뇌심질환 검사 II”를 받았을 때 (다만, 연간 1회에 한하여 지급)	5만원 (다만, 계약일로부터 1년 미만에 보험금 지급사유 발생시 2만5천원 지급)
	급여양전자 방출단층촬영(PET) 검사비	“급여 양전자방출단층촬영(PET)검사”를 받았을 때 (다만, 연간 1회에 한하여 지급)	5만원 (다만, 계약일로부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 보험금 지급사유 발생시 2만5천원 지급)
(무)혈전용해치료 보장특약D(갱신형)	급성뇌경색증 혈전용해치료보험금	“급성뇌경색증”으로 진단확정되고 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)	1년 미만 : 100만원 1년 이상 : 200만원

- 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)뇌출혈 및 뇌경색증진단특약D(해약환급금 미지급형)에서 “뇌출혈 및 뇌경색증”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 약관 (별표 4) “뇌출혈 및 뇌경색증 분류표”에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 외상성 두개내출혈, 혈관성 치매 및 ‘과거 무증상성 열공성 뇌경색증’으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.
- (무)뇌심질환입원수술보장특약D(해약환급금 미지급형)에서 “뇌심질환”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 약관 (별표 4) “뇌심질환 분류표”에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 외상성 두개내출혈, 혈관성 치매 및 ‘과거 무증상성 열공성 뇌경색증’으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.
- (무)뇌심질환입원수술보장특약D(해약환급금 미지급형)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 계약일부터 1년 이후에 지급하는 보험금의 50%를 지급하며, 1년 이후의 기간에 대하여서는 입원일수 1일당 계약일부터 1년 이후에 지급하는 보험금의 100%를 지급합니다.
- (무)뇌심질환입원수술보장특약D(해약환급금 미지급형)에서 “대뇌내시경”, “복강경하수술”, “흉강경하수술”은 관혈수술로 보고 보험금을 지급합니다.
- (무)뇌심질환입원수술보장특약D(해약환급금 미지급형)에서 피보험자가 동일한 “뇌심질환 I”의 직접적인 치료를 목적으로 관혈수술과 비관혈수술을 동시에 받은 경우에는 뇌심질환 관혈수술급여금만 지급합니다.
- 상기 보험금 지급기준표의 내용 중 계약체결 후 1년 미만의 보험금 금액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우에는 적용하지 않습니다.
- (무)급여뇌심질환검사비보장특약(갱신형)에서 “급여 뇌심질환 검사 I”이라 함은 약관의 “급여 뇌심질환 검사 I”의 정의에 따라 뇌혈관조영술, 관상동맥조영술에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말하며, “급여 뇌심질환 검사 II”라 함은 약관의 “급여 뇌심질환 검사 II”의 정의에 따라 뇌CT, 심장CT, 뇌MRI, 심장MRI, 심장초음파검사, 뇌파검사, 뇌척수액검사에 해당하는 의료행위를 하는 것을 말합니다.
- 상기 보험금 지급기준표의 “연간”이란 계약일부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.
- 위 특약에 대한 계약소멸사유 및 납입면제사유는 해당 보험약관을 확인하시기 바랍니다.

간·폐·신장질환 보장 선택특약

기준 : 특약 보험가입금액 1,000만원

구분	급부명칭	지급사유	보장내용
(무)초기이상 간·폐·신장질환진단특약D (해약환급금 미지급형)	초기이상 간·폐·신장질환 진단급여금	“초기이상 간·폐·신장질환”으로 진단확정 받았을 경우 (다만, “초기이상 만성간질환”, “초기이상 만성폐질환” 또는 “초기이상 만성신부전증” 중 최초로 발생한 질병 1회에 한하여 지급)	1년 미만 : 500만원 1년 이상 : 1,000만원
(무)중기이상 간·폐·신장질환진단특약D (해약환급금 미지급형)	중기이상 간·폐·신장질환 진단급여금	“중기이상 간·폐·신장질환”으로 진단확정 받았을 경우 (다만, “중기이상 만성간질환”, “중기이상 만성폐질환” 또는 “중기이상 만성신부전증” 중 최초로 발생한 질병 1회에 한하여 지급)	1년 미만 : 500만원 1년 이상 : 1,000만원
(무)말기 간·폐·신장질환진단특약D (해약환급금 미지급형)	말기 간·폐·신장질환 진단급여금	“말기 간·폐·신장질환”으로 진단확정 받았을 경우 (다만, “말기간질환”, “말기 만성폐질환” 또는 “말기신부전증” 중 최초로 발생한 질병 1회에 한하여 지급)	1년 미만 : 500만원 1년 이상 : 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 지급기준표의 “초기이상 간·폐·신장질환”, “중기이상 간·폐·신장질환”, “말기 간·폐·신장질환”에 대한 정의는 해당 약관을 참고해주시기 바랍니다.
- 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

치매 보장 선택특약

기준 : 특약 보험가입금액 1,000만원

구분	급부명칭	지급사유	보장내용
(무)치매진단특약D (해약환급금 미지급형)	경도치매 진단급여금	「경도 및 중등도 치매 보장개시일」 이후 “경도치매상태”로 최종진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 최종진단확정에 한함)	500만원
	중등도치매 진단급여금	「경도 및 중등도 치매 보장개시일」 이후 “중등도치매상태”로 최종진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 최종진단확정에 한함)	1,000만원 (다만, 경도치매 진단급여금을 지급받은 후에 “중등도치매상태”로 최종진단확정 되었을 경우에는 상기 금액에서 이미 지급받은 경도치매 진단급여금을 뺀 차액을 지급함)
	중증치매 진단급여금	“중증치매상태”로 최종진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 최종진단확정에 한함)	3,000만원 (다만, 경도치매 진단급여금 또는 중등도치매진단급여금을 지급받은 후에 “중증치매상태”로 최종진단확정 되었을 경우에는 상기 금액에서 이미 지급받은 보험금의 총 합계액을 뺀 차액을 지급함)
(무)중증치매간병생활 자금특약D (해약환급금 미지급형)	중증치매간병 생활자금	“중증치매상태”로 최종진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 최종진단확정에 한함)	매월 100만원 (3년(36회)동안 지급)

- 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.
- “경도치매상태” 및 “중등도치매상태”의 보장개시일은 계약일(부활(효력회복)계약의 경우 부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 2년이 지난날의 다음 날로 합니다. 다만, 재해로 인한 뇌의 손상을 직접적인 원인으로 “경도치매상태” 및 “중등도치매상태”가 발생한 경우에는 계약일(부활(효력회복)계약의 경우 부활(효력회복)일)로 합니다.
- 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 「경도 및 중등도 치매 보장개시일, 전일 이전에 “경도치매상태” 또는 “중등도치매상태”가 발생하였거나 최종진단확정된 경우에는 계약자는 진단일로부터 90일 이내에 이 특약을 취소할 수 있으며, 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료(보험료의 납입이 면제된 경우 납입면제된 보험료는 포함하지 않음)를 돌려드립니다.
- 피보험자가 「경도 및 중등도 치매 보장개시일, 전일 이전에 “경도치매상태”가 발생하였거나 최종진단확정이 되었음에도 계약자가 특약을 취소하지 않은 상태로 「경도 및 중등도 치매 보장 개시일」이 지나거나 「경도 및 중등도 치매 보장개시일」 이후 “경도치매상태”로 다시 최종진단확정을 받은 경우 경도치매 진단급여금은 지급하지 않습니다.
- 피보험자가 「경도 및 중등도 치매 보장개시일, 전일 이전에 “중등도치매상태”가 발생하였거나 최종진단확정이 되었음에도 계약자가 특약을 취소하지 않은 상태로 「경도 및 중등도 치매 보장개시일」이 지나거나 「경도 및 중등도 치매 보장개시일」 이후 “경도치매상태” 또는 “중등도치매상태”로 다시 최종진단확정을 받은 경우 경도치매 진단급여금 및 중등도치매 진단급여금은 지급하지 않습니다.
- 경도치매 진단급여금이 지급된 후에 중등도치매 진단급여금의 지급사유가 발생한 경우에는 중등도치매 진단급여금에서 이미 지급받은 경도치매 진단급여금을 뺀 차액을 지급하여 드립니다. 또한, 중등도치매 진단 급여금이 지급된 후에 경도치매 진단급여금의 지급사유가 발생한 경우에는 경도치매 진단급여금은 추가로 지급되지 않습니다.
- 경도치매 진단급여금 또는 중등도치매 진단급여금이 지급된 후에 중증치매 진단급여금의 지급사유가 발생한 경우에는 중증치매 진단급여금에서 이미 지급받은 보험금의 총 합계액을 뺀 차액을 지급하여 드립니다. 또한, 중증치매 진단급여금이 지급된 후에 경도치매 진단급여금 또는 중등도치매 진단급여금의 지급사유가 발생한 경우에는 경도치매 진단급여금 또는 중등도치매 진단급여금은 추가로 지급되지 않습니다.
- 중증치매간병 생활자금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특약을 해지할 수 없습니다.
- 중증치매간병 생활자금은 매월 최종진단확정 해당일에 지급하며, “중증치매상태” 최종진단확정일부터 그 날을 포함하여 3년간을 중증치매간병 생활자금의 지급기간으로 합니다. 다만, 해당 월에 최종진단확정 해당일이 없는 경우 해당 월의 마지막 날을 최종진단확정 해당일로 봅니다.
- 피보험자가 중증치매간병 생활자금의 지급기간 이내에 사망한 경우 회사는 잔여 중증치매간병 생활자금을 일시에 지급합니다.
- 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후에 피보험자가 사망하고 그 후에 “중증치매상태”를 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 중증치매간병 생활자금을 일시에 지급합니다.
- 중증치매간병 생활자금을 일시에 지급할 경우 회사는 잔여 중증치매간병 생활자금에 대해 “적용이율을 적용하여 연단위 복리로 할인한 금액”과 “평균공시이율을 적용하여 연단위 복리로 할인한 금액” 중 큰 금액을 지급합니다.
- “경도치매상태”라 함은 CDR 척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating 2001)검사 결과가 1점(다만, 이와 동등하다고 국내의학계에서 일반적으로 인정되는 검사 방법을 사용하여 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다)에 해당되는 상태를 말합니다.
- “중등도치매상태”라 함은 CDR 척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating 2001)검사 결과가 2점(다만, 이와 동등하다고 국내의학계에서 일반적으로 인정되는 검사 방법을 사용하여 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다)에 해당되는 상태를 말합니다.
- “중증치매상태”라 함은 CDR 척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating 2001)검사 결과가 3점 이상(다만, 이와 동등하다고 국내의학계에서 일반적으로 인정되는 검사 방법을 사용하여 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다)에 해당되는 상태를 말합니다.
- “CDR척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating 2001)”는 치매관련 전문의가 실시하는 전반적인 인지기능 및 사회기능 정도를 측정하는 검사로서, 전체점수구성은 0, 0.5, 1, 2, 3, 4, 5로 되어있으며, 점수가 높을수록 중증을 의미합니다.

- 이 특약은 CDR 척도 1점 이상에 대해 보장하며, CDR 0.5점에 대해서는 보장 하지 않습니다.
- 진단일로부터 90일이 경과한 이후에 회사가 피보험자의 “경도치매상태”, “중등도치매상태” 및 “중증치매상태”가 계속 지속되었음을 치매 전문의의 진단 등 객관적소견을 통해 확인함으로써 약관에서 정한 “경도치매상태”, “중등도치매상태” 및 “중증치매상태”로 최종진단확정 됩니다.
- 정신분열병이나 우울증과 같은 정신질환으로 인한 인지기능의 장애 및 알콜중독, 의사의 처방에 의하지 않는 약물의 투여로 인한 인지기능의 장애를 원인으로 발생한 “경도치매상태”, “중등도치매상태” 및 “중증치매상태”는 보장대상에서 제외합니다.
- “경도치매상태”, “중등도치매상태” 및 “중증치매상태”의 진단은 치매 전문의(신경과 또는 정신건강의학과)에 의한 진단서에 의하며, 이 진단은 병력청취, 인지기능 및 정신상태 평가, 신체진찰과 신경계진찰, 신경심리검사, 일상생활능력평가, 검사실검사, 뇌영상검사 등 해당 치매의 진단 및 원인질환 감별을 위해 의학적으로 필요한 검사 및 그 결과에 대한 종합적인 평가를 기초로 경해지며, 뇌영상검사 등 일부 검사에서 치매의 소견이 확인되지 않았다하더라도 다른 검사에 의한 종합적인 평가를 기초로 치매를 진단할 수 있습니다. 회사는 치매상태의 조사나 확인을 위해 필요한 경우 계약자 또는 피보험자에게 치매의 진단을 위해 실시한 검사결과 제출을 요청할 수 있습니다.
- 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

수술 보장 선택특약

기준 : 특약 보험가입금액 1,000만원

구분	급부명칭	지급사유	보장내용
(무)수술보장특약D (해약환급금 미지급형)	수술급여금	수술을 받았을 때(1회당)	1종 수술 : 15만원 2종 수술 : 30만원 3종 수술 : 60만원 4종 수술 : 100만원 5종 수술 : 500만원 (다만, 1종(간편심사형)일 경우 계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생하였을 경우에는 상기금액의 50%를 지급)
(무)질병수술보장특약 (해약환급금 미지급형)	질병 수술급여금	질병으로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 때 (동일한 질병당 1회에 한함)	1년 미만 : 50만원 1년 이상 : 100만원
(무)종합병원질병 수술보장특약 (해약환급금 미지급형)	종합병원질병 수술급여금	질병으로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 종합병원에서 수술을 받았을 때 (동일한 질병당 1회에 한함)	1년 미만 : 50만원 1년 이상 : 100만원
(무)상급종합병원 질병수술보장특약 (해약환급금 미지급형)	상급종합병원 질병 수술급여금	질병으로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원에서 수술을 받았을 때 (동일한 질병당 1회에 한함)	1년 미만 : 50만원 1년 이상 : 100만원
(무)여성다빈도 질병수술보장특약 (해약환급금 미지급형)	여성다빈도 질병 수술급여금	“여성다빈도질병”으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중 수술을 받았을 때 (동일한 질병당 1회에 한함)	1년 미만 : 10만원 1년 이상 : 20만원
(무)재해수술보장특약 (해약환급금 미지급형)	재해 수술급여금	재해로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 때	(수술 1회당)100만원

- 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.
- (무)질병수술보장특약(해약환급금 미지급형), (무)종합병원질병수술보장특약(해약환급금 미지급형), (무)상급종합병원질병수술보장특약(해약환급금 미지급형)에서 피보험자가 동일한 질병을 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 1회의 질병수술급여금만 지급합니다. 다만, 질병 수술을 받고 그 날로부터 365일이 경과한 후 동일한 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 해당 특약의 보험금 지급사유에 따라 보험금을 지급합니다. 동일한 질병이란 한국표준질병·사인분류상의 분류번호(3자리)가 같은 질병을 말합니다.
- (무)여성다빈도질병수술보장특약(해약환급금 미지급형)에서 피보험자가 “여성다빈도질병” 중 동일한 질병을 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 1회의 여성다빈도질병 수술급여금만 지급합니다. 다만, 여성다빈도질병 수술을 받고 그 날로부터 365일이 경과한 후 동일한 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 보험금 지급사유에 따라 보험금을 지급합니다. 동일한 질병이란 “여성다빈도질병” 중 한국표준질병·사인분류상의 분류번호(3자리)가 같은 질병을 말합니다. 다만, “여성다빈도질병” 중 분류번호 N39.3, N39.4, G56.0, E89.0, J99.0은 4자리 기준으로 동일한 질병 여부를 판단합니다.
- (무)재해수술보장특약(해약환급금 미지급형)에서 피보험자가 동일한 재해로 인하여 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라도 1회에 한하여 보험금을 지급합니다.
- 약관에서 정하는 보험금 지급사유 관련 기준이 의료법 및 관련 법령 등의 개정에 따라 변경되는 경우, 해당 특약의 약관에서 정하는 바에 따른 기준을 적용하거나 보장내용이 변경될 수 있습니다.
- 위 특약에 대한 계약소멸사유 및 납입면제사유는 해당 보험약관을 확인하시기 바랍니다.

수술 보장 선택특약

구분	급부명칭	지급사유	보장내용		
(무) 1-5종수술 보장특약 (해약환급금 미지급형)	1종수술급여금	1~5종 수술분류표에서 정한 1종수술을 받았을 때	평 준 형	(수술 1회당) 각 종별 보험가입금액 (다만, 1종(간편심사형)일 경우 계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 재 해 이외의 원인으로 지급사유가 발생하였을 경우에는 상기금액의 50%를 지급)	
	2종수술급여금	1~5종 수술분류표에서 정한 2종수술을 받았을 때		보험금 지급사유 발생시점	지급금액
	3종수술급여금	1~5종 수술분류표에서 정한 3종수술을 받았을 때	체 증 형	계약일부터 1년 경과 계약해당일의 전일까지	(수술 1회당) 각 종별 보험가입금액 (다만, 1종(간편심사형)일 경우 계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생하였을 경우에는 상기금액의 50%를 지급)
	4종수술급여금	1~5종 수술분류표에서 정한 4종수술을 받았을 때		1년 경과 계약해당일부터 21년 경과 계약해당일의 전일까지	(수술 1회당) 1년 경과 계약해당일부터 최대 20년 동안 매년 각 종별 보험가입금액의 5%씩 정액 체증한 금액
	5종수술급여금	1~5종 수술분류표에서 정한 5종수술을 받았을 때		21년 경과 계약해당일부터	(수술 1회당) 각 종별 보험가입금액의 200%

- 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.
- 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	금부명칭	지급사유	보장내용
(무)입원보장특약D (해약환급금 미지급형)	입원급여금	질병 또는 재해의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중 1일 이상 계속하여 입원하였을 때 (다만, 1회 입원당 120일 한도)	1일당 1만원 (다만, 1종(간편심사형)일 경우 계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생하였을 경우에는 상기금액의 50%를 지급)
(무)상급종합병원 입원보장특약D (해약환급금 미지급형)	입원급여금	질병 또는 재해의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중 1일 이상 계속하여 입원하였을 때 (다만, 1회 입원당 120일 한도)	1일당 1만원 (다만, 1종(간편심사형)일 경우 계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생하였을 경우에는 상기금액의 50%를 지급)
	상급종합병원 입원급여금	질병 또는 재해의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중 1일 이상 계속하여 상급종합병원에 입원하였을 때 (다만, 1회 입원당 120일 한도) *상급종합병원 입원급여금을 지급할 때 '입원급여금'도 동시에 지급됨(다만, 1회 입원당 한도는 급부별 적용)	1일당 3만원 (다만, 1종(간편심사형)일 경우 계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생하였을 경우에는 상기금액의 50%를 지급)
(무)재해장해 보장특약D (해약환급금 미지급형)	재해장해 급여금	보험기간 중 발생한 동일한 재해로 장해분류표에서 정한 장해지급률 중 3% 이상 100%에 해당하는 장해상태가 되었을 때	1,000만원 × 해당 장해지급률
(무)질병장해 보장특약D (해약환급금 미지급형)	질병장해 급여금	보험기간 중 동일한 질병으로 장해분류표에서 정한 장해지급률 중 3% 이상 100%에 해당하는 장해상태가 되었을 때	1,000만원 × 해당 장해지급률

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

기타 선택특약

기준 : 특약 보험가입금액 1,000만원

구분	급부명칭	지급사유	보장내용
(무)남성특정질환 보장특약D (해약환급금 미지급형)	남성특정 만성질환 입원급여금	“남성특정만성질환”으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중 4일 이상 계속하여 입원하였을 때(다만, 1회 입원당 120일 한도)	3일 초과 입원일수 1일당 2만원
	남성특정 비뇨기계질환 입원급여금	“남성특정비뇨기계질환”으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중 4일 이상 계속하여 입원하였을 때(다만, 1회 입원당 120일 한도)	3일 초과 입원일수 1일당 2만원
	남성특정 만성질환 수술급여금	“남성특정만성질환”으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 때 (수술 1회당, 연간 3회 한도)	300만원
	남성특정 비뇨기계질환 수술급여금	“남성특정비뇨기계질환”으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 때 (수술 1회당, 연간 3회 한도)	300만원
(무)여성특정질환 보장특약D (해약환급금 미지급형)	여성특정 만성질환 입원급여금	“여성특정만성질환”으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중 4일 이상 계속하여 입원하였을 때(다만, 1회 입원당 120일 한도)	3일 초과 입원일수 1일당 2만원
	여성부인과질환 입원급여금	“여성부인과질환”으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중 4일 이상 계속하여 입원하였을 때(다만, 1회 입원당 120일 한도)	3일 초과 입원일수 1일당 2만원
	여성특정 만성질환 수술급여금	“여성특정만성질환”으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 때 (수술 1회당, 연간 3회 한도)	300만원
	여성부인과질환 수술급여금	“여성부인과질환”으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 때 (수술 1회당, 연간 3회 한도)	50만원

- 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.
- 위 특약에 대한 계약소멸사유 및 납입면제사유는 해당 보험약관을 확인하시기 바랍니다.
- 연간 한도는 매년 계약해당일부터 다음연도 계약해당일 전일까지를 기준으로 합니다.

• 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	보장내용
(무)등급별골절 및 깁스특약D(해약환급금 미지급형)	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)응급실내원특약DII(갱신형)	응급실내원진료비	"응급환자"로 응급실에 내원하여 진료를 받았을 때 (내원 1회당)	4만원
(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

- 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.
- (무)등급별골절 및 깁스특약D(해약환급금 미지급형)의 '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 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.
- (무)시니어특정질환보장특약D(갱신형)에서 "특정 인공관절치환 수술급여금"의 경우 재해로 인한 수술은 감액하여 지급하지 않습니다.
- 상기 보험금 지급기준표의 내용 중 계약체결 후 1년 이내의 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우에는 적용하지 않습니다.
- 상기 보험금 지급기준표의 "연간"이란 계약일로부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다.
- 위 특약에 대한 계약소멸사유 및 납입면제사유는 해당 보험약관을 확인하시기 바랍니다.

기타 선택특약

기준 : 특약 보험가입금액 1,000만원

구분	급부명칭	지급사유	보장내용
(무)2대질병 진단특약D(갱신형)	2대질병 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)	3대질병 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)	재진단2대질병 진단급여금	「재진단 2대질병 보장개시일」 이후에 “재진단 2대질병”으로 진단이 확정되었을 때	1,000만원
(무)간편재진단 3대질병진단특약 (갱신형)	재진단3대질병 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.
- 피보험자가 입원, 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.
- 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)일부러 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.
- 상기 보험금 지급기준표의 내용 중 계약체결 후 2년 이내의 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 진단확정일부러 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” 진단확정일부러 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 진단확정일부러 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” 진단확정일부러 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.

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

보험금 지급 기준

기타 선택특약

구분	급부명칭	납입면제사유
(무) 선택질병보험료 납입면제특약D (해약환급금 미지급형)	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

납입면제 대상계약 및 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제

- 피보험자가 가입나이, 가입년도 등 계약인수 관련사항은 회사가 별도로 정한 기준에 따라 제한될 수 있습니다.
- 상기 보험금 지급기준표에서 “암”에 대한 정의는 해당 약관을 참고하시기 바랍니다.
- 암보장개시일 : “암” 보장에 대한 보장개시일을 말하며, 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우에는 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.
- (무)선택질병보험료납입면제특약D(해약환급금 미지급형)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(해약환급금 미지급형) 납입면제 대상 계약은 주계약 및 최초 계약체결 시 주계약과 함께 가입한 아래 특약을 대상으로 합니다.

구분	1형(암 보장형)	2형(뇌출혈 및 뇌경색증 보장형)	3형(급성심근경색증 보장형)
주계약 (무)ABL THE더보장종합건강보험(해약환급금 미지급형)2405	○	○	○
(무)일반암진단특약D(해약환급금 미지급형)	○	○	○
(무)소액암진단특약D(해약환급금 미지급형)	○	○	○
(무)선택주요암진단특약D(해약환급금 미지급형)	○	○	○
(무)일반암주요치료비보장특약D(해약환급금 미지급형)	○	○	○
(무)갑상선암 및 기타피부암 주요치료비보장특약D(해약환급금 미지급형)	○	○	○
(무)암직접치료입원보장특약D(해약환급금 미지급형)	○	○	○
(무)요양병원입원보장특약D(해약환급금 미지급형)	○	○	○
(무)암수술보장특약D(해약환급금 미지급형)	○	○	○
(무)항암약물치료보장특약D(해약환급금 미지급형)	○	○	○
(무)항암방사선치료보장특약D(해약환급금 미지급형)	○	○	○
(무)암진단생활자금보장특약D(해약환급금 미지급형)	○	○	○
(무)중증치매산정특례대상보장특약D(해약환급금 미지급형)	○	○	○
(무)장기요양(1-2등급)재가급여종신지원특약D(해약환급금 미지급형)	○	○	○
(무)장기요양(1-5등급)재가급여지원특약D(해약환급금 미지급형)	○	○	○
(무)장기요양(1-2등급)시설급여종신지원특약D(해약환급금 미지급형)	○	○	○
(무)장기요양(1-5등급)시설급여지원특약D(해약환급금 미지급형)	○	○	○
(무)장기요양(1-2등급)보장특약D(해약환급금 미지급형)	○	○	○
(무)장기요양(1-5등급)보장특약D(해약환급금 미지급형)	○	○	○
(무)뇌출혈 및 뇌경색증진단특약D(해약환급금 미지급형)	○	○	○
(무)뇌혈관질환진단특약D(해약환급금 미지급형)	○	○	○
(무)급성심근경색증진단특약D(해약환급금 미지급형)	○	○	○
(무)허혈심장질환진단특약D(해약환급금 미지급형)	○	○	○
(무)뇌심장질환진단특약D(해약환급금 미지급형)	○	○	○
(무)초기이상 간 폐 신장질환진단특약D(해약환급금 미지급형)	○	○	○
(무)중기이상 간 폐 신장질환진단특약D(해약환급금 미지급형)	○	○	○
(무)말기 이상 간 폐 신장질환진단특약D(해약환급금 미지급형)	○	○	○
(무)치매진단특약D(해약환급금 미지급형)	○	○	○
(무)중증치매간병생활자금보장특약D(해약환급금 미지급형)	○	○	○
(무)입원보장특약D(해약환급금 미지급형)	○	○	○
(무)상급종합병원입원보장특약D(해약환급금 미지급형)	○	○	○
(무)수술보장특약D(해약환급금 미지급형)	○	○	○
(무)질병수술보장특약D(해약환급금 미지급형)	○	○	○
(무)종합병원질병수술보장특약D(해약환급금 미지급형)	○	○	○
(무)상급종합병원질병수술보장특약D(해약환급금 미지급형)	○	○	○
(무)여성다빈도질병수술보장특약D(해약환급금 미지급형)	○	○	○
(무)재해수술보장특약D(해약환급금 미지급형)	○	○	○
(무)1-5중수술보장특약D(해약환급금 미지급형)	○	○	○
(무)재해장해보장특약D(해약환급금 미지급형)	○	○	○
(무)질병장해보장특약D(해약환급금 미지급형)	○	○	○
(무)남성특정질환보장특약D(해약환급금 미지급형)	○	○	○
(무)여성특정질환보장특약D(해약환급금 미지급형)	○	○	○
(무)등급별골절 및 김스특약D(해약환급금 미지급형)	○	○	○

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

보험료 예시표

주계약

기준 : 주계약 보험가입금액 100만원, 종신만기, 20년납, 월납, 단위 : 원

구 분			남자			여자		
			30세	40세	50세	30세	40세	50세
해약환급금 미지급형	1종 (간편심사형)	건강등급 미적용	1,450	1,900	2,590	1,230	1,590	2,100
		건강등급 1등급	1,305	1,710	2,331	1,107	1,431	1,890
		건강등급 2등급	1,348	1,767	2,409	1,144	1,479	1,953
		건강등급 3등급	1,377	1,805	2,460	1,168	1,510	1,995
		건강등급 4등급	1,406	1,843	2,512	1,193	1,542	2,037
	2종 (일반심사형)	건강등급 미적용	1,290	1,690	2,270	1,110	1,420	1,870
		건강등급 1등급	1,161	1,521	2,043	999	1,278	1,683
		건강등급 2등급	1,200	1,572	2,111	1,032	1,321	1,739
		건강등급 3등급	1,225	1,605	2,156	1,054	1,349	1,776
		건강등급 4등급	1,251	1,639	2,202	1,077	1,377	1,814
기본형	1종 (간편심사형)	건강등급 미적용	2,130	2,630	3,360	1,860	2,300	2,860
		건강등급 1등급	1,917	2,367	3,024	1,674	2,070	2,574
		건강등급 2등급	1,981	2,446	3,125	1,730	2,139	2,660
		건강등급 3등급	2,023	2,498	3,192	1,767	2,185	2,717
		건강등급 4등급	2,066	2,551	3,259	1,804	2,231	2,774
	2종 (일반심사형)	건강등급 미적용	1,940	2,410	3,030	1,720	2,120	2,630
		건강등급 1등급	1,746	2,169	2,727	1,548	1,908	2,367
		건강등급 2등급	1,804	2,241	2,818	1,600	1,972	2,446
		건강등급 3등급	1,843	2,289	2,878	1,634	2,014	2,498
		건강등급 4등급	1,882	2,338	2,939	1,668	2,056	2,551

• 해약환급금 미지급형은 '기본형'보다 보험료가 저렴한 대신, 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 계약이 해지될 경우 '기본형'의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급합니다.

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

보험료 예시표

선택특약_1종(간편심사형)

기준: 갱신행 특약은 최초계약, 비갱신행 특약은 해약환급금 미지급형,건강등급 미적용, 월납, 단위: 원

구분	가입금액 (만원)	보험기간/ 납입기간	남자			여자		
			30세	40세	50세	30세	40세	50세
(무)일반암진단특약D(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	9,970	13,540	19,000	9,900	12,800	13,980
(무)소액암진단특약D(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	3,150	3,420	3,730	7,780	7,470	6,120
(무)선택주요암진단특약D(해약환급금 미지급형)_1종(위암)	1,000	종신만기 20년납	1,960	2,750	3,750	1,030	1,350	1,590
(무)선택주요암진단특약D(해약환급금 미지급형)_2종(간암)	1,000	종신만기 20년납	1,230	1,710	2,290	420	560	740
(무)선택주요암진단특약D(해약환급금 미지급형)_3종(폐암)	1,000	종신만기 20년납	2,000	2,810	4,080	970	1,330	1,760
(무)선택주요암진단특약D(해약환급금 미지급형)_4종 (대장암)	1,000	종신만기 20년납	1,710	2,240	2,890	1,190	1,540	1,850
(무)선택주요암진단특약D(해약환급금 미지급형)_5종 (췌장암·담낭암·기타담도암)	1,000	종신만기 20년납	890	1,240	1,760	740	1,010	1,380
(무)일반암주요치료비보장특약D(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	15,110	20,800	29,230	14,610	19,020	20,620
(무)갑상선암 및 기타피부암 주요치료비보장특약D (해약환급금 미지급형)	100	종신만기 20년납	213	213	210	543	544	444
(무)암직접치료입원보장특약D(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	2,760	3,700	5,040	2,410	3,090	3,630
(무)요양병원입원보장특약D(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	270	360	500	450	590	690
(무)암수술보장특약D(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	3,100	4,090	5,390	3,310	3,980	4,110
(무)항암약물치료보장특약D(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	440	580	770	410	500	530
(무)항암방사선치료보장특약D(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	310	420	560	390	470	500
(무)12대기관양성신생물(3대기관포립포함)수술보장특약(갱신행)	1,000	10년만기 전기납	190	410	590	250	430	540
(무)갑상선비늘생검조직병리진단특약(갱신행)	1,000	10년만기 전기납	60	90	120	280	420	560
(무)전립선비늘생검조직병리진단특약(갱신행)	1,000	10년만기 전기납	4	19	136	가입불가	가입불가	가입불가
(무)암직접치료상급종합병원통원보장특약(갱신행)	1,000	10년만기 전기납	260	620	1,810	900	1,940	2,790
(무)특정항암호르몬약물허가치료보장특약D(갱신행)	1,000	10년만기 전기납	4	8	20	3	7	9
(무)항암양성자방사선치료보장특약D(갱신행)	1,000	10년만기 전기납	140	220	430	140	240	260
(무)항암세기조절방사선치료보장특약D(갱신행)	1,000	10년만기 전기납	320	490	960	710	1,230	1,350
(무)표적항암약물허가치료보장특약D(갱신행)	1,000	10년만기 전기납	670	910	1,760	750	1,280	1,690
(무)암직접치료통원보장특약D(갱신행)	1,000	10년만기 전기납	410	960	2,740	1,490	3,090	4,590
(무)계속받는표적항암약물허가치료보장특약D(갱신행)	1,000	10년만기 전기납	730	960	1,910	1,030	2,060	2,710
(무)계속받는카티(CAR-T)항암약물허가치료보장특약D(갱신행)	1,000	10년만기 전기납	10	14	34	51	128	141
(무)뇌출혈 및 뇌경색증진단특약D(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	3,370	4,540	6,000	3,110	4,150	5,460
(무)뇌혈관질환진단특약D(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	14,120	19,590	28,040	14,590	20,080	28,340
(무)급성심근경색증진단특약D(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	1,670	2,250	2,770	560	750	990
(무)허혈심장질환진단특약D(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	9,820	12,260	15,300	7,230	9,260	11,590

선택특약_1종(간편심사형)

기준: 갱신형 특약은 최초계약, 비갱신형 특약은 해약환급금 미지급형, 건강등급 미적용, 월납, 단위: 원

구분	가입금액 (만원)	보험기간/ 납입기간	남자			여자		
			30세	40세	50세	30세	40세	50세
(무)뇌심질환입원수술보장특약D(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	4,920	6,660	8,780	4,060	5,480	7,370
(무)혈전용해치료보장특약D(갱신형)	1,000	20년만기 전기납	10	40	90	10	10	40
(무)입원보장특약D(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	5,600	6,600	8,300	7,400	8,800	10,900
(무)상급종합병원입원보장특약D(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	8,300	9,800	12,500	10,100	12,100	14,800
(무)수술보장특약D(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	16,200	19,100	22,300	18,200	20,600	22,200
(무)질병수술보장특약(해약환급금 미지급형)	700	종신만기 20년납	21,280	24,850	27,720	22,890	27,090	29,890
(무)종합병원질병수술보장특약(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	10,700	12,800	15,100	10,800	13,100	14,300
(무)상급종합병원질병수술보장특약(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	4,700	5,800	7,000	5,100	6,200	6,800
(무)여성다빈도질병수술보장특약(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	가입불가	가입불가	가입불가	3,700	4,400	5,000
(무)재해수술보장특약(해약환급금 미지급형)	100	종신만기 20년납	490	479	482	366	440	535
(무)1-5종수술보장특약(해약환급금 미지급형) _1형(평준형)_1종수술	20	종신만기 20년납	2,880	3,344	3,862	4,456	4,516	4,972
(무)1-5종수술보장특약(해약환급금 미지급형) _1형(평준형)_2종수술	40	종신만기 20년납	8,232	9,432	10,336	7,884	9,472	10,860
(무)1-5종수술보장특약(해약환급금 미지급형) _1형(평준형)_3종수술	100	종신만기 20년납	3,720	4,420	5,240	3,180	3,660	3,970
(무)1-5종수술보장특약(해약환급금 미지급형) _1형(평준형)_4종수술	500	종신만기 20년납	1,650	1,900	2,250	1,250	1,400	1,500
(무)1-5종수술보장특약(해약환급금 미지급형) _1형(평준형)_5종수술	1,000	종신만기 20년납	9,800	12,200	15,400	12,900	14,500	14,600
(무)1-5종수술보장특약(해약환급금 미지급형) _2형(체증형)_1종수술	20	종신만기 20년납	5,106	5,744	6,168	7,558	7,662	7,828
(무)1-5종수술보장특약(해약환급금 미지급형) _2형(체증형)_2종수술	40	종신만기 20년납	14,460	15,884	16,400	14,224	16,400	17,504
(무)1-5종수술보장특약(해약환급금 미지급형) _2형(체증형)_3종수술	100	종신만기 20년납	6,680	7,730	8,680	5,620	6,230	6,440
(무)1-5종수술보장특약(해약환급금 미지급형) _2형(체증형)_4종수술	500	종신만기 20년납	2,850	3,250	3,650	2,150	2,350	2,450
(무)1-5종수술보장특약(해약환급금 미지급형) _2형(체증형)_5종수술	1,000	종신만기 20년납	18,000	21,800	25,900	22,300	23,700	22,200
(무)재해장해보장특약D(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	560	620	710	470	590	770
(무)질병장해보장특약D(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	6,070	8,440	12,170	6,700	9,280	13,070
(무)등급별골절 및 갑스특약D(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	1,910	1,920	1,980	2,570	3,010	3,680
(무)응급실내원특약D II (갱신형)	1,000	20년만기 전기납	660	740	910	690	680	770

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

보험료 예시표

선택특약_1종(간편심사형)

기준: 갱신형 특약은 최초계약, 비갱신형 특약은 해약환급금 미지급형, 건강등급 미적용, 월납, 단위: 원

구분	가입금액 (만원)	보험기간/ 납입기간	남자			여자		
			30세	40세	50세	30세	40세	50세
(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)간편재진단2대질병진단특약(갱신형)	1,000	20년만기 전기납	170	490	1,130	60	160	400
(무)간편재진단3대질병진단특약(갱신형)	1,000	20년만기 전기납	2,500	5,480	14,710	6,680	13,960	14,140
(무)선택질병보험료납입면제특약D(해약환급금 미지급형)_1형(암 보장형)	10	20년만기 전기납	2,050	4,681	11,117	3,916	8,174	10,285
(무)선택질병보험료납입면제특약D(해약환급금 미지급형)_2형(뇌출혈 및 뇌경색증 보장형)	10	20년만기 전기납	674	1,634	3,367	498	1,053	1,956
(무)선택질병보험료납입면제특약D(해약환급금 미지급형)_3형(급성심근경색증 보장형)	10	20년만기 전기납	395	1,049	1,887	58	148	321

- 피보험자가 입나이, 가입년도 등 계약인수 관련사항은 회사가 별도로 정한 기준에 따라 제한될 수 있습니다.
- (무)소액암진단특약D(해약환급금 미지급형)의 보험가입금액은 (무)일반암진단특약D(해약환급금 미지급형) 및 (무)3대질병진단특약D(갱신형) 보험가입금액 합산의 0.2배를 한도로 합니다.
- 위 갱신형 특약((무)2대질병진단특약D(갱신형), (무)3대질병진단특약D(갱신형), (무)간편재진단2대질병진단특약(갱신형), (무)간편재진단3대질병진단특약(갱신형), (무)혈전용해치료보장특약D(갱신형), (무)응급실내원특약D II (갱신형) 제외)은 10년만기 자동갱신부 특약으로 보험료는 100세(주계약 보험기간이 80세만기일 경우에는 80세, 90세만기일 경우에는 90세)까지 계속 납입하여야 하며, 상기 예시는 최초 계약 가입 당시의 보험요율을 기준으로 산출하였으므로, 갱신을 할 때 연령증가, 적용요율의 변동에 따라 보험료가 인상될 수 있습니다.
- (무)2대질병진단특약D(갱신형), (무)3대질병진단특약D(갱신형), (무)간편재진단2대질병진단특약(갱신형), (무)간편재진단3대질병진단특약(갱신형)은 10년만기 또는 20년만기 자동갱신부 특약으로 보험료는 100세(주계약 보험기간이 80세만기일 경우에는 80세, 90세만기일 경우에는 90세)까지 계속 납입하여야 하며, 상기 예시는 최초 계약 가입 당시의 보험요율을 기준으로 산출하였으므로, 갱신을 할 때 연령증가, 적용요율의 변동에 따라 보험료가 인상될 수 있습니다.
- (무)혈전용해치료보장특약D(갱신형), (무)응급실내원특약D II (갱신형)은 10년만기, 20년만기 또는 30년만기 자동갱신부 특약으로 보험료는 100세(주계약 보험기간이 80세만기일 경우에는 80세, 90세만기일 경우에는 90세)까지 계속 납입하여야 하며, 상기 예시는 최초 계약 가입 당시의 보험요율을 기준으로 산출하였으므로, 갱신을 할 때 연령증가, 적용요율의 변동에 따라 보험료가 인상될 수 있습니다.
- (무)선택질병보험료납입면제특약D(해약환급금 미지급형)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.
- 해약환급금 미지급형은 '기본형'보다 보험료가 저렴한 대신, 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 계약이 해지될 경우 '기본형'의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급합니다.

선택특약_2종(일반심사형)

기준: 갱신형 특약은 최초계약, 비갱신형 특약은 해약환급금 미지급형, 건강등급 미적용, 월납, 단위 : 원

구분	가입금액 (만원)	보험기간/ 납입기간	남자			여자		
			30세	40세	50세	30세	40세	50세
(무)일반암진단특약D(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	8,270	11,190	15,440	8,030	10,260	10,930
(무)소액암진단특약D(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	2,300	2,500	2,690	5,450	5,260	4,380
(무)선택주요암진단특약D(해약환급금 미지급형)_1종(위암)	1,000	종신만기 20년납	1,520	2,130	2,870	820	1,080	1,270
(무)선택주요암진단특약D(해약환급금 미지급형)_2종(간암)	1,000	종신만기 20년납	950	1,320	1,750	350	460	600
(무)선택주요암진단특약D(해약환급금 미지급형)_3종(폐암)	1,000	종신만기 20년납	1,640	2,300	3,290	790	1,080	1,420
(무)선택주요암진단특약D(해약환급금 미지급형)_4종(대장암)	1,000	종신만기 20년납	1,320	1,730	2,240	960	1,240	1,490
(무)선택주요암진단특약D(해약환급금 미지급형)_5종(췌장암·담낭암·기타담도암)	1,000	종신만기 20년납	730	1,010	1,410	620	840	1,140
(무)일반암주요치료비보장특약D(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	12,330	16,900	23,430	11,800	15,290	16,270
(무)갑상선암 및 기타피부암 주요치료비보장특약D(해약환급금 미지급형)	100	종신만기 20년납	162	162	158	367	367	303
(무)암직접치료입원보장특약D(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	2,050	2,740	3,730	1,740	2,240	2,600
(무)요양병원입원보장특약D(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	200	270	370	320	420	490
(무)암수술보장특약D(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	2,460	3,250	4,270	2,580	3,130	3,210
(무)항암약물치료보장특약D(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	360	480	640	330	410	420
(무)항암방사선치료보장특약D(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	260	350	460	310	380	400
(무)암진단생활자금보장특약D(해약환급금 미지급형)	1,000	100세만기 20년납	6,460	8,460	11,130	5,410	6,680	7,200
(무)12대기관양성신생물(3대기관포괄포함)수술보장특약(갱신형)	1,000	10년만기 전기납	100	220	320	140	250	300
(무)갑상선비늘생검조직병리진단특약(갱신형)	1,000	10년만기 전기납	40	70	90	190	290	380
(무)전립선비늘생검조직병리진단특약(갱신형)	1,000	10년만기 전기납	3	14	96	가입불가	가입불가	가입불가
(무)암직접치료상급종합병원통원보장특약(갱신형)	1,000	10년만기 전기납	190	450	1,300	670	1,460	2,060
(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)급여암특정통증완화치료보장특약(갱신형)	1,000	10년만기 전기납	40	130	380	60	170	280
(무)급여암특정재활치료보장특약(갱신형)	1,000	10년만기 전기납	2	3	10	5	19	26
(무)말기암호스피스완화의료입원치료보장특약(갱신형)	1,000	10년만기 전기납	130	230	610	100	170	440
(무)표적항암약물허가치료보장특약D(갱신형)	1,000	10년만기 전기납	510	680	1,260	570	980	1,220
(무)암직접치료통원보장특약D(갱신형)	1,000	10년만기 전기납	300	690	1,960	1,100	2,320	3,380
(무)계속받는표적항암약물허가치료보장특약D(갱신형)	1,000	10년만기 전기납	550	710	1,370	770	1,550	1,930
(무)계속받는카티(CAR-T)항암약물허가치료보장특약D(갱신형)	1,000	10년만기 전기납	7	10	23	36	94	99
(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)희귀질환산정특례대상보장특약D(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

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

보험료 예시표

선택특약_2종(일반심사형)

기준: 갱신형 특약은 최초계약, 비갱신형 특약은 해약환급금 미지급형, 건강등급 미적용, 월납, 단위 : 원

구분	가입금액 (만원)	보험기간/ 납입기간	남자			여자		
			30세	40세	50세	30세	40세	50세
(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)중증치매산정특례대상보장특약D(해약환급금 미지급형)	500	종신만기 20년납	가입불가	540	785	가입불가	1,015	1,445
(무)장기요양(1-2등급)재가급여종신지원특약D (해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	330	460	660	590	830	1,180
(무)장기요양(1-5등급)재가급여지원특약D (해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	2,430	3,440	5,050	3,680	5,170	7,430
(무)장기요양(1-2등급)시설급여종신지원특약D (해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	300	430	620	840	1,170	1,660
(무)장기요양(1-5등급)시설급여지원특약D (해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	820	1,160	1,700	1,680	2,360	3,390
(무)장기요양(1-2등급)보장특약D(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	1,300	1,830	2,640	2,960	4,110	5,830
(무)장기요양(1-5등급)보장특약D(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	6,060	8,580	12,590	8,730	12,250	17,600
(무)간병인사용지원입원보장특약D(갱신형)	1,000	10년만기 전기납	2,800	3,270	5,540	3,170	3,710	7,090
(무)뇌출혈 및 뇌경색증진단특약D(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	2,500	3,330	4,350	2,210	2,930	3,840
(무)뇌혈관질환진단특약D(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	11,170	15,310	21,360	10,970	14,780	20,370
(무)급성심근경색증진단특약D(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	1,330	1,780	2,200	420	560	740
(무)허혈심장질환진단특약D(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	7,240	9,020	11,090	4,550	5,790	7,320
(무)뇌심장질환입원수술보장특약D(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	3,390	4,560	5,970	2,400	3,180	4,210
(무)급성뇌심장질환검사비보장특약(갱신형)	1,000	10년만기 전기납	110	280	650	90	180	410
(무)혈전용해치료보장특약D(갱신형)	1,000	20년만기 전기납	10	30	60	가입불가	10	30
(무)초기이상 간 폐 신장질환진단특약D(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	9,630	13,270	18,360	6,760	9,030	12,020
(무)중기이상 간 폐 신장질환진단특약D(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	5,150	7,040	9,500	3,400	4,480	5,820
(무)말기 간 폐 신장질환진단특약D(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	2,090	2,790	3,570	1,130	1,420	1,750
(무)치매진단특약D(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	10,420	14,640	21,240	13,240	18,450	26,170
(무)중증치매간병생활자금특약D(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	9,780	13,720	19,880	13,670	19,030	27,020
(무)입원보장특약D(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	3,600	4,300	5,400	4,700	5,700	7,100
(무)상급종합병원입원보장특약D(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	5,300	6,400	8,000	6,400	7,700	9,600
(무)수술보장특약D(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	9,800	11,600	13,800	11,400	13,100	14,300
(무)질병수술보장특약(해약환급금 미지급형)	700	종신만기 20년납	13,020	15,470	17,640	14,910	17,500	19,320
(무)종합병원질병수술보장특약(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	6,600	8,000	9,700	7,000	8,400	9,300
(무)상급종합병원질병수술보장특약(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	2,900	3,700	4,500	3,300	4,000	4,400
(무)여성다빈도질병수술보장특약(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	가입불가	가입불가	가입불가	2,400	2,900	3,200
(무)재해수술보장특약(해약환급금 미지급형)	100	종신만기 20년납	317	316	321	248	297	362
(무)1-5종수술보장특약(해약환급금 미지급형) _1형(평준형)_1종수술	20	종신만기 20년납	1,700	1,990	2,330	2,730	2,834	3,154
(무)1-5종수술보장특약(해약환급금 미지급형) _1형(평준형)_2종수술	40	종신만기 20년납	4,816	5,600	6,236	4,908	5,988	6,944
(무)1-5종수술보장특약(해약환급금 미지급형) _1형(평준형)_3종수술	100	종신만기 20년납	2,220	2,670	3,210	1,980	2,320	2,560

선택특약_2종(일반심사형)

기준: 갱신형 특약은 최초계약, 비갱신형 특약은 해약환급금 미지급형, 건강등급 미적용, 월납, 단위 : 원

Table with columns: 구분, 가입금액 (만원), 보험기간/납입기간, 남자 (30세, 40세, 50세), 여자 (30세, 40세, 50세). Rows list various insurance options like (우)1-5종수술보장특약, (우)재해장해보장특약D, (우)질병장해보장특약D, etc.

- 피보험자가 가입나이, 가입년도 등 계약인수 관련사항은 회사가 별도로 정한 기준에 따라 제한될 수 있습니다.
• (우)소액암진단특약D(해약환급금 미지급형)의 보험가입금액은 (우)일반암진단특약D(해약환급금 미지급형) 및 (우)3대질병진단특약D(갱신형) 보험가입금액 합산의 0.2배를 한도로 합니다.
• 위 갱신형 특약은 10년만기 자동갱신부 특약으로 보험료는 100세(주계약 보험기간이 80세만기일 경우에는 80세, 90세만기일 경우에는 90세)까지 계속 납입하여야 하며, 상기 예시는 최초 계약 가입 당시의 보험요율을 기준으로 산출하였으며, 로 갱신을 할 때 연령증가, 적용요율의 변동에 따라 보험료가 인상될 수 있습니다.
• (우)암상징특례대상보장특약D(갱신형), (우)뇌혈관질환상징특례대상보장특약D(갱신형), (우)심장질환상징특례대상보장특약D(갱신형), (우)회귀질환상징특례대상보장특약D(갱신형), (우)중증난치상징특례대상보장특약D(갱신형), (우)결핵상징특례대상보장특약D(갱신형), (우)중증화상상징특례대상보장특약D(갱신형), (우)중증외상상징특례대상보장특약D(갱신형), (우)2대질병진단특약D(갱신형), (우)3대질병진단특약D(갱신형), (우)간편재진단2대질병진단특약(갱신형), (우)간편재진단3대질병진단특약(갱신형)은 10년만기 또는 20년만기 자동갱신부 특약이며, (우)혈전용해치료보장특약D(갱신형), (우)응급실내원특약D II (갱신형)은 10년만기, 20년만기 또는 30년만기 자동갱신부 특약입니다.
• (우)선택질병보험료납입면제특약D(해약환급금 미지급형)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.
• 해약환급금 미지급형은 '기본형'보다 보험료가 저렴한 대신, 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 계약이 해지될 경우 '기본형'의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급합니다.
• 본 안내자료는 보험약관의 전체내용을 요약한 것이므로 보다 상세한 내용은 보험계약 체결 전에 반드시 보험약관 및 상품설명서를 확인하시기 바랍니다.

해약환급금 예시표

해약환급금 미지급형

기준 : 주계약 보험가입금액 100만원, 종신만기, 20년납, 40세, 남자, 월납, 건강등급 미적용, 특약제외, 단위 : 원

구분	1종(간편심사형)			2종(일반심사형)		
	납입보험료	해약환급금	환급률	납입보험료	해약환급금	환급률
1년	22,800	-	0.0%	20,280	-	0.0%
3년	68,400	-	0.0%	60,840	-	0.0%
5년	114,000	-	0.0%	101,400	-	0.0%
10년	228,000	-	0.0%	202,800	-	0.0%
15년	342,000	-	0.0%	304,200	-	0.0%
20년	456,000	301,810	66.2%	405,600	279,265	68.9%
30년	456,000	354,890	77.8%	405,600	335,370	82.7%
40년	456,000	405,090	88.8%	405,600	390,465	96.3%

기본형

기준 : 주계약 보험가입금액 100만원, 종신만기, 20년납, 40세, 남자, 월납, 건강등급 미적용, 특약제외, 단위 : 원

구분	1종(간편심사형)			2종(일반심사형)		
	납입보험료	해약환급금	환급률	납입보험료	해약환급금	환급률
1년	31,560	-	0.0%	28,920	-	0.0%
3년	94,680	55,530	58.7%	86,760	50,530	58.2%
5년	157,800	118,330	75.0%	144,600	108,330	74.9%
10년	315,600	270,380	85.7%	289,200	248,680	86.0%
15년	473,400	428,090	90.4%	433,800	394,810	91.0%
20년	631,200	603,620	95.6%	578,400	558,530	96.6%
30년	631,200	709,780	112.4%	578,400	670,740	116.0%
40년	631,200	810,180	128.4%	578,400	780,930	135.0%

- 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 계약이 해지될 경우 '기본형'의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급합니다.
- 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.

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

가입 시 유의사항

간편심사 상품에 관한 사항

- 1종(간편심사형)은 “간편심사”상품으로 유병력자 등 2종(일반심사형)과 같은 일반심사보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다.
- 가. 간편심사란 의적결함 및 연령제한으로 인하여 보험시장에서 소외되고 있는 유병력자나 고령자 등의 계약심사 및 건강검진의 부담을 줄여 보험에 가입할 수 있도록 표준체에 비하여 간소화된 계약 전 알릴의무 사항을 활용하여 계약심사 과정을 간소화함을 의미합니다. 계약 전 알릴의무사항 간소화를 통하여 보험요율에 이미 반영된 사항은 계약심사에 활용하지 않습니다.
- 나. 계약자가 1종(간편심사형)으로 가입할 경우 회사는 1종(간편심사형)과 2종(일반심사형)의 보장내용 및 보험료를 비교하여 안내하고 이에 대한 계약자 확인을 받아야 합니다. 이 경우 비교 대상인 2종(일반심사형)은 1종(간편심사형)보다 가입금액 등 보장내용이 축소되지 않도록 운영합니다.
- 다. 회사는 2종(일반심사형)의 경우 피보험자가 표준체에 해당하는 계약 전 알릴의무 사항을 통하여 보험가입 여부에 대한 의적심사를 거쳐 가입이 가능한 상품임을 설명해야 합니다.
- 라. 회사는 1종(간편심사형)으로 가입한 계약자 또는 피보험자가 계약일부터 3개월 이내에 2종(일반심사형) 가입을 희망하는 경우, 동일한 피보험자를 대상으로 일반계약심사를 통하여 2종(일반심사형)에 청약할 수 있는 기회를 제공합니다. 다만, 1종(간편심사형) 계약의 보험금이 이미 지급되거나 청구서류를 접수한 경우에는 그러하지 않습니다.
- 마. '라'에 의하여 2종(일반심사형)에 가입하는 경우에는 기가입한 1종(간편심사형) 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 보험계약자에게 돌려줍니다.
- 바. 간편심사보험의 청약서는 일반심사보험의 청약서와 구별되도록 청약서 색상을 차별화하여 적용합니다.
- 사. 회사는 1종(간편심사형)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.

해약한금급 미지급형에 관한 사항

- 가. '해약한금급 미지급형'은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약한금급을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 계약이 해지될 경우 '기본형'의 해약한금급 대비 적은 해약한금급을 지급합니다.
- 나. '가'에서 해약한금급을 계산할 때 기준이 되는 '기본형'의 해약한금급은 이 계약의 「보험료 및 해약한금급 산출방법서」에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 다. '해약한금급 미지급형'은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약한금급을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 계약이 해지될 경우의 해약한금급은 '기본형' 해약한금급의 50%에 해당하는 금액으로 합니다.
- 라. '가'에서 '보험료 납입기간'이란, 계약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 보험료의 납입이 연체된 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료 납입기간으로 봅니다.
- 마. 회사는 '해약한금급 미지급형' 및 '기본형'의 보험료 및 해약한금급(환급률 포함) 수준을 비교, 안내합니다.
- 바. 회사는 '해약한금급 미지급형'의 계약을 체결할 때 계약자에게 '해약한금급 미지급형' 내용에 대한 충분한 설명을 하고 (사업방법서 별첨 제1호)에서 정한 사항을 확인 받습니다.

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

가입 시 유의사항

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

가. 보험료 납입기간 이내에 당월분을 포함하여 3개월분 이상(최대 12개월분까지)의 보험료(특약이 부가된 경우 특약보험료 포함)를 선납할 수 있습니다.

나. 보험료를 선납하는 경우에는 평균공시이율로 선납보험료를 할인하며, 선납보험료는 보험료 납입일부터 평균공시이율로 적립하여 해당 보험료 월계약해당일에 대체합니다.

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 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.

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.

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.

해약한금급이 납입보험료보다 적은 이유

- 계약자가 납입한 보험료는 불의의 사고를 당한 다른 가입자에게 보험금으로 지급되고 회사 운영에 필요한 경비로 사용되므로 중도해지시 지급되는 해약한금급은 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 해약한금급 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 2년내 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 지정되되, 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.
- ABL생명은 해당 상품에 대해 충분히 설명할 의무가 있으며, 가입자는 가입하기 전에 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 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(2024.11.23) / 준법감시인 심의필 제2024-PA350호 (2024.11.29~2025.11.28)