

[2025년 1월 1일 제작]

무배당

ABL건강드림 선지급GI종신보험

(해약환급금 일부지급형)2501

- ※ 본 상품은 사망보장을 주목적으로 하는 보장성 상품이며, 저축 및 연금을 주목적으로 하는 상품이 아닙니다.
- ※ 본 안내자료는 보험약관의 전체내용을 요약한 것이므로 보다 상세한 내용은 보험계약 체결 전에 반드시 보험약관 및 상품설명서를 확인하시기 바랍니다.
- ※ 해당 모집종사자는 ABL생명과 전속계약을 체결한 보험설계사입니다. □
해당 모집종사자는 다수의 보험사와 계약체결 및 대리-중개하는 보험대리점입니다. □
- ※ 해당 모집종사자는 보험사로부터 보험계약체결권을 부여받지 아니한 금융상품판매 대리-중개업자임을 알려드립니다.



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

경증, 중증, 최종증질환을 단계별로 보장해주는

(무)ABL건강드림선지급GI종신보험 (해약환급금 일부지급형)2501



미리 드리는 사망보험금으로 꼭 필요하실 때 도움을 드립니다.

- 선택유형(1종 50%선지급형, 2종 80%선지급형, 3종 100%선지급형)에 따라 선지급 진단보험금을 선지급해 드리며, 3종(100%선지급형) 가입 시 선지급 진단보험금으로 보험가입금액의 100%를 선지급 받으셔도 피보험자 사망 시 보험가입금액의 20%를 사망보험금으로 추가 지급해 드립니다.



해약환급금 일부지급형 상품으로 실속 있게 사망에 대한 보장을 준비하실 수 있습니다.

- 이 상품은 해약환급금 일부지급형 상품으로 보험료 납입기간 중(다만, 선지급 진단보험금 지급사유가 발생하지 않은 경우) 계약이 해지될 경우 해지율을 적용하지 않는 동일한 보장내용의 상품(이하 '기본형'이라 합니다)의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 상품입니다.



건강등급에 따라 **보험료 할인**을 받을 수 있습니다.

- 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 보험료 최대 8%, 선택특약 보험료 최대 10%까지 보험료를 할인하여 드립니다.
- 건강등급은 청약 시 산정된 건강등급을 최초로 적용하며, 1년 주기로 재산정하여 건강등급이 변경된 경우에는 변경된 건강 등급을 기준으로 보험료를 할인하여 드립니다.



다양한 선택특약으로 더 나은 보장 설계를 해보세요.(해당 특약 가입시)

- 특약 가입을 통해 고액암, 최종증 뇌졸중, 최종증 급성심근경색증, 급성뇌경색증 혈전용해치료비, 급성심근경색증 혈전용해치료비, 경피적 대동맥류 중재술, 경피적 심장판막 성형술 비용을 보장해 드립니다.

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

알쏭달쏭? 이것만은 알고 가요!

선지급 진단 대상 질병

■ 8대 질병

- 암
- 뇌 뇌출혈
- 심장 급성심근경색증
- 폐 말기 만성폐질환
- 간 말기간질환
- 신장 말기신부전증
- 루게릭병
- 중증 재생불량성 빈혈

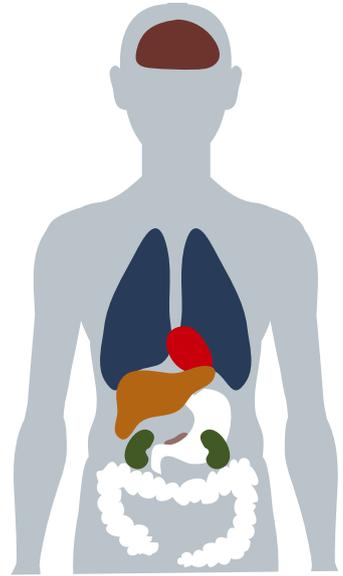
■ 중대한 수술

- 관상동맥(심장동맥)우회술
- 대동맥인조혈관치환수술
- 심장판막수술
- 5대장기이식수술(간장, 신장, 췌장, 심장, 폐장)

■ 중대한 화상 및 부식

- 전신피부의 20% 이상 3도 화상 및 부식

■ 장기요양상태

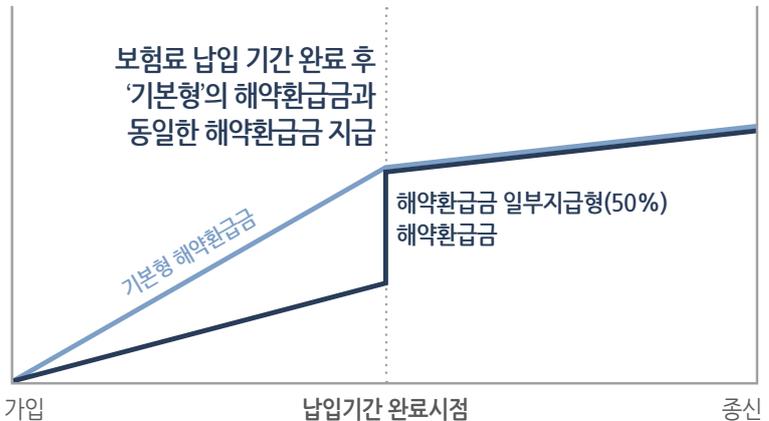


※ ‘암’이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류의 기본분류에 따라서 “대상이 되는 악성신생물 분류표[전립선암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외](주계약 약관 별표4 참조)”에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C61(전립선의 악성신생물), 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물), 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물), 제4조(“암”, “유방암”, “전립선암”, “기타피부암”, “갑상선암” 및 “대장점막내암”의 정의 및 진단확정) 제6항에서 정한 대장점막내암 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태) (Per malignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

※ 장기요양상태는 「만 65세 이상 노인」 또는 「노인성 질병을 가진 만 65세 미만의 자로서 거동이 현저히 불편하여 장기요양이 필요하다고 판단되어 노인장기요양보험법에 따라 등급판정위원회에서 장기요양 1등급 또는 장기요양 2등급으로 판정받은 경우(노인성 질병이란 치매, 뇌혈관성질환 등 대통령령으로 정하는 질병을 말합니다.)를 말합니다.

해약환급금 일부지급형이란?

- 해약환급금 일부지급형(50%) 상품의 보험료는 ‘기본형’ 보험료 보다 적습니다. 다만, 해약환급금 일부지급형(50%) 상품의 보험료 수준이 ‘기본형’ 보험료의 50%를 의미하는 것은 아닙니다.
- 해약환급금 일부지급형(50%) 상품을 보험료 납입기간 중 해지하는 경우(다만, 선지급 진단보험금 지급사유가 발생하지 않은 경우)의 해약환급금은 ‘기본형’ 해약환급금의 50%에 해당하는 금액입니다.
- 해약환급금 일부지급형(50%) 상품을 보험료 납입기간이 완료된 이후 또는 약관 제18조 제2호의 선지급진단보험금 지급사유 발생 후 해지하는 경우의 해약환급금은 ‘기본형’ 해약환급금과 동일한 금액입니다.

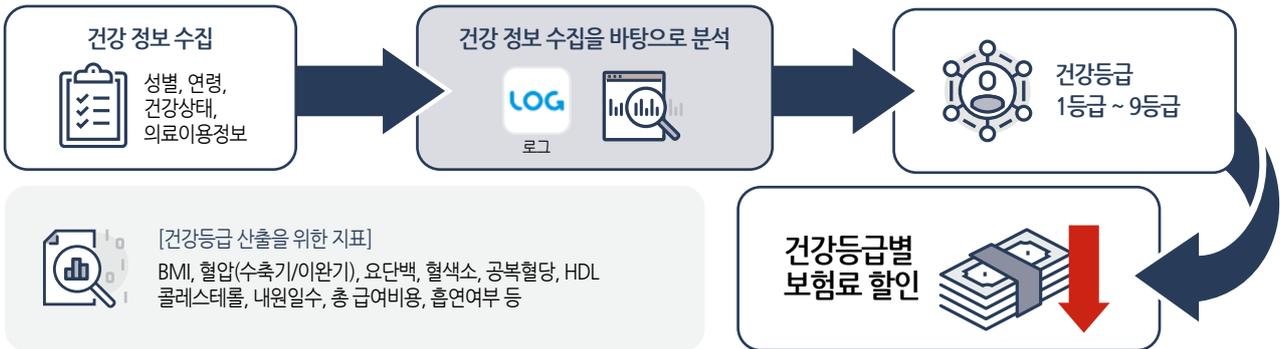


(※ 위 그래프는 해약환급금 일부지급형에 대한 이해를 돕기 위한 예시입니다.)

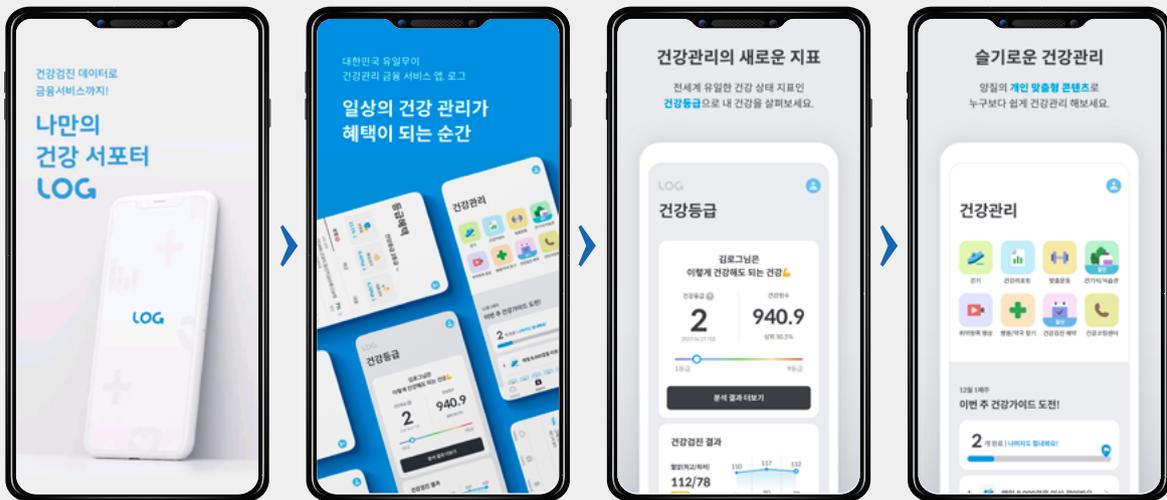
- ※ ‘보험료 납입기간’이란, 계약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 보험료의 납입이 연체된 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료 납입기간으로 봅니다.
- ※ 보험료 납입기간이 완료된 이후 계약이 해지되는 경우 납입한 보험료에서 지난 기간의 위험보험료, 계약체결비용 및 계약관리비용(해약공제액 포함) 등이 차감되므로, 해약환급금은 납입보험료보다 적을 수 있습니다.

건강등급이란?

- 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.



현재 나의 건강 등급은 얼마일까?



※ 건강등급 산출 앱(LOG 앱)을 설치하고 개인정보 처리에 관한 동의를 하시면, 해당 앱에서 고객님의 건강등급을 산출하여 회사에 제공합니다.

[건강등급별 보험료 할인율]

구분	건강등급	1등급	2등급	3등급	4등급	5~9등급	0등급	등급정보 없음
할인율	주계약	8.0%	7.0%	5.0%	3.0%	-	-	-
	선택특약	10.0%	7.0%	5.0%	3.0%	-	-	-

- 건강등급이 1등급 ~ 4등급인 경우에 한하여 보험료 할인이 적용되며, 1등급 ~ 4등급에 해당하지 않는 경우에는 보험료 할인이 적용되지 않습니다.
- 건강등급에 따른 보험료 할인은 질병사망, 암, 심장질환, 뇌혈관질환, 질병입원, 질병수술과 관련된 담보를 보장하는 상품(주계약의 피보험자가 가입한 특약 포함)을 대상으로 하며, 재해 관련 담보만을 보장하는 상품은 건강등급 할인 대상상품에서 제외됩니다.
- 건강등급은 건강등급 적용 특약의 보험기간 중 1년 주기로 재산정하여 변경 적용하며, 건강등급이 변경된 경우에는 변경된 건강등급을 기준으로 보험료 할인이 적용됩니다.
- [0등급] 피보험자의 건강등급 정보가 충분하지 않아 건강등급 산출이 불가능한 경우
- [등급정보 없음] 피보험자가 건강등급을 산출하지 않거나, 건강등급 미적용을 선택한 경우

※ 자세한 지급기준 및 상세내용은 상품설명서 및 보험약관을 참조하시기 바랍니다.

보험금 지급 예시

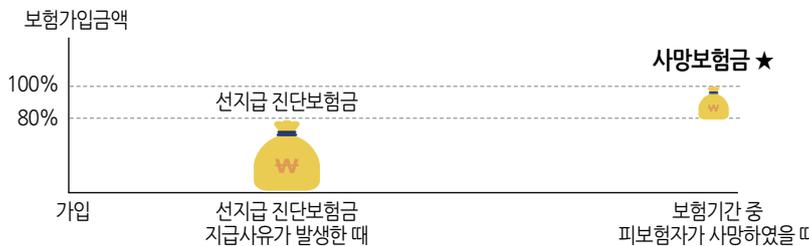
상품도해

■ 선지급 진단보험금 지급사유가 발생한 경우

1종 (50%선지급형)



2종 (80%선지급형)



3종 (100%선지급형)



■ 선지급 진단보험금 지급사유가 발생하지 않은 경우



★ 보험기간 중 선지급 진단보험금 지급사유가 발생한 후에 사망보험금의 지급사유가 발생하였을 경우 사망보험금은 「보험가입금액에 사망보험금 지급비율을 곱한 금액」입니다.

- 보험기간 중 선지급 사유가 발생하여 진단보험금이 선지급된 이후에 사망하는 경우 사망보험금은 보험가입금액에서 선지급된 금액을 제외한 나머지 금액입니다. 다만, 3종(100%선지급형) 가입 시 선지급 진단보험금으로 보험가입금액의 100%를 선지급 받으셔도 피보험자 사망 시 보험가입금액의 20%를 사망보험금으로 추가 지급하여 드립니다.(다만, 계약일로부터 1년 미만에 유방암 발생 시 제외)
- 계약일로부터 1년 미만 유방암 발생 시 선지급 진단보험금과 이후 사망 시 지급되는 사망보험금은 그래프에서 예시된 금액과는 다르며, 자세한 내용은 보험금 지급 기준 및 해당 보험약관을 참조하시기 바랍니다.

가입을 위한 안내

주계약

구분		보험기간	보험료 납입기간	피보험자 가입나이
(무) ABL건강드림선지급GI종신보험 (해약환급금 일부지급형) 2501	1종(50%선지급형)	종신	5년납, 7년납, 10년납, 15년납, 20년납, 55세납, 60세납, 65세납, 70세납, 75세납, 80세납	만 15세~최대 74세
	2종(80%선지급형)			
	3종(100%선지급형)			

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

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

보험금 지급 기준

주계약

지급사유		보장내용	
사망보험금	선지급 진단보험금 지급사유가 발생하지 않은 경우	보험가입금액	
	보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우	1종 (50%선지급형)	보험가입금액의 50% (다만, 계약일부터 1년 미만에 유방암으로 선지급 진단보험금 지급사유 발생 후 사망한 경우 보험가입금액의 75%)
		2종 (80%선지급형)	보험가입금액의 20% (다만, 계약일부터 1년 미만에 유방암으로 선지급 진단보험금 지급사유 발생 후 사망한 경우 보험가입금액의 60%)
3종 (100%선지급형)	보험가입금액의 20% (다만, 계약일부터 1년 미만에 유방암으로 선지급 진단보험금 지급사유 발생 후 사망한 경우 보험가입금액의 50%)		
선지급 진단보험금	피보험자가 보험기간 중 “중대한 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)”으로 진단확정을 받았을 때, “중대한 수술”을 받았을 때, “암” 이외의 “8대질병”으로 진단확정을 받았을 때, 암보장개시일 이후에 “암”으로 진단확정을 받았을 때 또는 장기요양상태 보장개시일 이후에 “장기요양상태”로 진단확정을 받았을 때(다만, 선지급 진단보험금은 “중대한 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)”, “8대질병”, “중대한 수술” 또는 “장기요양상태” 중 최초 사유발생 1회에 한하여 지급 합니다)	1종 (50%선지급형)	보험가입금액의 50% (다만, 계약일부터 1년 미만에 유방암으로 선지급 진단보험금 지급사유가 발생한 경우 보험가입금액의 25%)
		2종 (80%선지급형)	보험가입금액의 80% (다만, 계약일부터 1년 미만에 유방암으로 선지급 진단보험금 지급사유가 발생한 경우 보험가입금액의 40%)
		3종 (100%선지급형)	보험가입금액의 100% (다만, 계약일부터 1년 미만에 유방암으로 선지급 진단보험금 지급사유가 발생한 경우 보험가입금액의 50%)

- 이 계약에서 “암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류의 기본분류에 따라서 “대상이 되는 악성신생물 분류표[전립선암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외](주계약 약관 별표4 참조)”에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C61(전립선의 악성신생물), 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물), 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물), 제4조 “암”, “유방암”, “전립선암”, “기타피부암”, “갑상선암” 및 “대장점막내암”의 정의 및 진단확정) 제6항에서 정한 대장점막내암 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태) (Per malignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.
- 상기 보험금 지급기준표에서 “암”에 대한 정의는 주계약 및 각 특약별로 상이하니 반드시 보험약관을 통해 확인하시기 바랍니다.
- 상기 지급 기준에서 8대 질병은 “암”, “뇌출혈”, “급성심근경색증”, “말기신부전증”, “말기간질환”, “말기 만성폐질환”, “중증 재생불량성 빈혈”, “루게릭병”입니다.
- 중대한 수술은 “관상동맥(심장동맥)우회술”, “대동맥인조혈관치환수술”, “심장판막수술”, “5대장기이식수술”로 정의합니다.
- 장기요양상태는 “만 65 세 이상 노인” 또는 “노인성 질병을 가진 만 65 세 미만의 자로서 거동이 현저히 불편하여 장기요양이 필요하다고 판단되어 노인장기요양보험법에 따라 등급판정위원회에서 장기요양 1등급 또는 장기요양 2등급으로 판정받은 경우(노인성 질병이란 치매·뇌혈관성질환 등 대통령령으로 정하는 질병을 말합니다)를 말합니다.
- “암보장개시일”은 계약일(부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.
- “장기요양상태 보장개시일”은 계약일(부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다. 다만, 재해를 직접적인 원인으로 장기요양상태가 발생할 경우에는 계약일(부활(효력회복)계약의 경우 부활(효력회복)일)을 “장기요양상태 보장개시일”로 합니다.
- 보험료 납입기간 중 피보험자가 장애분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 50% 이상인 장애상태가 되었을 경우 또는 선지급 진단보험금 지급사유가 발생한 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- “암보장개시일” 이후에 “암”이 발생한 경우라도, “암보장개시일” 전일 이전에 발생한 “암”과 인과관계가 있는 경우에는 해당 사유로 인한 선지급 진단보험금을 지급하지 않으며, 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- “암”의 정의에 따라 전립선암, 기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암이 발생하였을 때 선지급 진단보험금은 지급하지 않으며, 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- “장기요양상태”의 경우 선지급 진단보험금의 지급사유가 “장기요양상태 보장개시일” 이후에 발생한 경우라도, “장기요양상태 보장개시일” 전일 이전에 “장기요양상태”가 발생한 경우에는 해당 사유로 인한 선지급 진단보험금을 지급하지 않으며, 보험료의 납입을 면제하지 않습니다
- 계약의 소멸 : 보험기간 중 피보험자의 사망으로 인하여 해당 보험약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.
- 위 계약에 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 보장합니다. 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.
- 고의적 사고 및 2년 이내 자살로 인한 사망 시에는 사망보험금이 지급되지 않습니다.

의무부가특약

기준 : 특약 보험가입금액 1,000만원

구분	지급사유	보장내용	
(무)소액질병 추가보장특약	진단급여금	소액치료비관련암, 제자리암, 경계성종양 진단 확정을 받았을 때(각각 최초 1회에 한함)	경계성종양 300만원 소액치료비관련암, 제자리암 100만원
	수술급여금	조혈모세포이식수술, 양성뇌종양 수술, 관상동맥(심장동맥)성형술(PTCA)을 받았을 때 (각각 최초 1회. 다만, 양성뇌종양의 경우 매 수술시)	조혈모세포이식수술 1,000만원 양성뇌종양수술 300만원 관상동맥(심장동맥)성형술(PTCA) 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.
- 소액치료비관련암 : “소액암” 및 “대장점막내암”을 의미하며, “소액암”이라 함은 다음 각 호에 해당하는 “초기악성흑색종”, “기타피부암”, “전립선암”, “갑상선암”을 말합니다.
 - 가. “초기 악성흑색종”이라 함은 피부의 악성흑색종(melanoma) 중에서 침범정도가 낮은(TNM 병기분류상 T2aN0M0이하인 피부의 악성흑색종) 경우를 말합니다.
 - 나. “기타피부암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류표 중 기타피부의 악성신생물(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.
 - 다. “전립선암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류표 중 전립선의 악성신생물(분류번호 C61)에 해당하는 질병을 말합니다.
 - 라. “갑상선암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류표 중 갑상선의 악성신생물(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다. 또한, “대장점막내암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류표 중 대장(맹장, 충수, 결장, 직장을 말하며, 이하 “대장”이라 합니다.)의 악성신생물(C18~C20)에 해당하는 질병 중에서 대장의 상피세포층(Epithelium)에서 발생한 악성종양세포가 기저막(Basement Membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(Lamina Propria) 또는 점막근층(Muscularis Mucosa)을 침범하였으나 점막하층(Submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말합니다.
- 제자리암 : 제8차 개정 한국표준질병·사인분류의 기본분류에 있어서 “제자리의 신생물 분류표[대장점막내암 제외]”에서 정한 질병을 말합니다.(제자리암 : 암(종)세포가 상피와 기저막 사이를 벗어나지 못하고 상피 내부, 즉 제자리에 머물러 있는 신생물을 말하며, 상피란 신체의 내부나 외부로 싸고 있는 조직을 말합니다.)
- 경계성종양 : 제8차 개정 한국표준질병·사인분류의 기본분류에 있어서 “경계성종양 분류표”에서 정한 질병을 말합니다. 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자가 “경계성종양”의 진단확정을 내려야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 보험자가 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.(경계성종양 : 양성 종양과 악성 종양의 중간단계로, 악성인지 양성인지 구분이 모호한 단계의 신생물을 말합니다.)
- 조혈모세포이식수술 : 골수부전상태 또는 악성종양을 근본적으로 치료할 목적으로 정상적인 조혈모세포를 이식하는 시술로서 관련 법규에 따라 정부에서 인정한 조혈모세포이식의료기관에서 항암화학요법, 면역억제제, 방사선 치료 또는 이와 동등한 효과를 가진 치료를 시행하여 피보험자의 병든 골수 및 면역기능을 제거한 후 다음의 각 호에서 정한 동종(골수, 말초)조혈모세포이식, 자가(골수, 말초)조혈모세포이식, 제대혈조혈모세포이식을 시술하는 것을 말합니다. 다만, 조혈모세포를 제공하는 공여자로부터 조혈모세포를 채취하는 시술은 제외합니다.
 - 가. “동종(allogenic)골수조혈모세포이식”이라 함은 정상적인 조혈모세포를 가진 공여자의 골수내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 피보험자에게 주입하는 행위를 말합니다.
 - 나. “동종(allogenic)말초조혈모세포이식”이라 함은 정상적인 조혈모세포를 가진 공여자의 말초혈액내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 피보험자에게 주입하는 행위를 말합니다.
 - 다. “자가(autologous)골수조혈모세포이식”이라 함은 피보험자의 골수내 조혈모세포를 미리 채취하여 보관하였다가 골수부전상태에 있는 피보험자에게 다시 주입하는 행위를 말합니다.
 - 라. “자가(autologous)말초조혈모세포이식”이라 함은 피보험자의 말초혈액내 조혈모세포를 미리 채취하여 보관하였다가 골수부전상태에 있는 피보험자에게 다시 주입하는 행위를 말합니다.
 - 마. “제대혈조혈모세포이식”이라 함은 정상적인 조혈모세포가 있는 제대혈내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 피보험자에게 주입하는 행위를 말합니다.
- 양성뇌종양수술 : 의사가 피보험자에게 양성뇌종양으로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)에 규정된 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말합니다. 다만, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 제외합니다.
- 관상동맥(심장동맥)성형술(PACT) : 관상동맥(심장동맥)질환의 근본적인 치료를 직접 목적으로 하여 관상동맥(심장동맥)우회술(CABG)대신 혈관카테터를 이용한 관상동맥(심장동맥)확장술을 말합니다.[예 : 경피(피부를 통한)적 관상동맥(심장동맥) 풍선확장술(Percutaneous Transluminal Balloon Angioplasty), 스텐트삽입술(Coronary Stent), 회전축상반절제술(Rotational Atherectomy)]등
- 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

선택특약

기준 : 특약 보험가입금액 1,000만원

구 분		지급사유	보장내용
(무)3대중기이상 질병보장특약	3대중기이상 질병보험금	“3대중기이상질병”으로 진단확정 받았을 경우(다만, “중기이상 만성신부전증”, “중기이상 만성간질환”, “중기이상 만성폐질환” 중 최초로 발생한 질병 1회에 한하여 지급)	경과기간 1년 미만 : 500만원 경과기간 1년 이상 : 1,000만원
(무)3대중증질병 보장특약	3대중증 질병보험금	“암 보장개시일” 이후에 “고액암”으로 진단확정 받거나 보험기간 중 피보험자가 “최중증 뇌졸중” 또는 “최중증 급성심근경색증”으로 진단확정 받았을 때(다만, “고액암”, “최중증 뇌졸중”, “최중증 급성심근경색증” 중 최초로 발생한 질병 1회에 한하여 지급)	1,000만원
	사망보험금	3대중증질병보험금의 지급사유가 발생하지 않고 보험기간 중 사망하였을 때	
(무)혈전용해 치료보장특약	급성뇌경색증 혈전용해치료 보험금	“급성뇌경색증”으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 “혈전용해치료”를 받았을 경우 (다만, 최초 1회에 한함)	경과기간 1년 미만 : 100만원 경과기간 1년 이상 : 200만원
	급성심근경색증II 혈전용해치료 보험금	“급성심근경색증II”으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 “혈전용해치료”를 받았을 경우 (다만, 최초 1회에 한함)	
(무)소액특정 수술보장특약	수술급여금	“경피적 대동맥류 중재술”을 받았을 경우 (다만, 최초 1회에 한함) “경피적 심장판막 성형술”을 받았을 경우 (다만, 최초 1회에 한함)	경과기간 1년 미만 : 50만원 경과기간 1년 이상 : 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.
- 상기 보험금 지급기준표에서 “암”에 대한 정의는 주계약 및 각 특약별로 상이하니 반드시 보험약관을 통해 확인하시기 바랍니다.
- “고액암”으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병 사인분류(통계청 고시 제2021-175호, 2021.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.
 - 골 및 관절연골의 악성신생물 : 사지의 골 및 관절연골의 악성신생물, 기타 및 상세불명 부위의 골 및 관절연골의 악성신생물
 - 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물 : 수막의 악성신생물, 뇌의 악성신생물, 척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성신생물
 - 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성신생물 : 호지킨 림프종, 소포성 림프종, 비소포성 림프종, 성숙 T/NK-세포 림프종, 기타 및 상세불명 유형의 비호지킨 림프종, T/NK-세포 림프종의 기타 명시된 형태, 악성 면역중식성 질환, 다발골수종 및 악성형질세포 신생물, 림프성 백혈병, 골수성 백혈병, 단핵구성 백혈병, 명시된 세포형의 기타 백혈병, 상세불명 세포형의 백혈병, 림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세불명의 악성신생물, 만성 골수증식질환, 만성 호산구성 백혈병[과호산구성후군]
- 혈전용해치료는 혈전용해치료 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 종사하는 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에 따른 의사(치과의사 및 한의사 제외)면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 피보험자의 “급성뇌경색증” 및 “급성심근경색증 II”의 치료를 직접적인 목적으로 “혈전용해제”를 정맥혈관 또는 동맥혈관에 주입하여 “뇌혈관” 및 “심혈관” 부분의 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법을 말합니다.
- “급성심근경색증 II”이라 함은 한국표준질병 사인분류 중 분류번호 I21(급성심근경색증)에 해당하는 질병을 말합니다. 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 종사하는 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에 따른 의사(치과의사 및 한의사 제외)면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)가 “급성심근경색증 II”의 진단확정을 내려야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액 중 심근효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 “급성심근경색증 II”으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단 확정 기초로 할 수 있습니다.
- “최중증급성심근경색증”이라 함은 “중대한 급성심근경색증” 중에서 좌심실 구혈률(ejection fraction)이 비가역적으로 30% 미만인 경우를 말합니다. “중대한 급성심근경색증”이라 함은 관상동맥의 폐색으로 말미암아 심근으로의 혈액공급이 급격히 감소되어 해당 심근조직의 비가역적인 괴사를 가져오는 질병으로서 한국표준질병 사인분류 중 “중대한 급성심근경색증 대상 질병분류표”에 해당하는 질병 중에서 발행 당시 다음의 3가지 특징을 모두 보여야 합니다.
 - 가. 의사가 작성한 진료기록부상 전형적인 흉통의 존재
 - 나. 급성 심근경색의 전형적인 심전도 변화(ST분절, T파, Q파)가 새롭게 출현
 - 다. CK-MB를 포함한 심근효소의 발병당시 새롭게 상승
- “최중증 뇌졸중”이라 함은 “중대한 뇌졸중” 중에서 장애분류표에서 정한 “신경계에 장애가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때”의 지급률이 80% 이상이고, 이동동작 제한에 따른 지급률이 30% 이상인 장애상태에 해당하는 경우를 말합니다. “중대한 뇌졸중”이라 함은 거미막하출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내 출혈,

뇌경색증이 발생하여 뇌혈액 순환의 급격한 차단이 생겨 그 결과 영구적인 신경학적 결손(언어 장애, 운동실조, 마비 등)이 나타나는 질병을 말합니다.

- “경피적 심장판막 성형술”이라 함은 심장판막의 손상 또는 심장판막질환의 근본적인 치료를 직접 목적으로 하여 개흉 또는 개심을 동반하지 않고 혈관카테터(도관)를 이용하여 심장판막 성형술을 받은 경우를 말합니다.(예 : 경피적 승모판막 성형술 percutaneous mitral valvuloplasty) 다만, 개흉술 또는 개심술을 동반하거나 선천적인 원인으로 인한 수술은 보장에서 제외됩니다.
- “경피적 대동맥류 중재술”이라 함은 복부대동맥, 흉복부대동맥 또는 흉부대동맥 부위에 발생한 대동맥 동맥류에 대한 근본적인 치료를 직접 목적으로 하여 개흉 또는 개복을 동반하지 않고 혈관카테터(도관)를 이용하여 인조혈관(stent graft)을 대동맥류가 발생한 병변 부위에 경피적으로 삽입하는 시술을 말합니다. 다만, 대동맥의 분지동맥(branch)에서 발생한 대동맥 동맥류에 대한 치료 및 개흉술 또는 개복술을 동반하는 수술은 보장에서 제외됩니다.
- 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

선택특약

기준 : 특약 보험가입금액 1,000만원

구 분		지급사유	보장내용
(무)암진단특약Ⅶ (갱신형) (무)암진단특약	진단급여금	암 보장개시일 이후에 암, 유방암, 전립선암으로 진단이 확정되거나 보험기간 중 중증 이외의 갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양, 대장점막내암으로 각각 최초 1회 진단이 확정되었을 때(비갱신형은 경과기간 2년미만 진단 확정시 50% 지급, 갱신형은 경과기간 1년미만 진단 확정시 50% 지급, 다만, 갱신형은 최초 계약에 한함)	암 1,000만원 유방암, 전립선암 200만원 경계성종양, 중증 이외의 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 100만원
(무)암수술 보장특약Ⅳ (갱신형)	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
(무)암수술 보장특약	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 항암약물치료 또는 항암방사선치료를 받았을 때 (다만, 각각 최초 1회에 한함)	암 100만원 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양 20만원
(무)암수술 보장특약	항암방사선 치료비	항암방사선치료를 받았을 때 (다만, 각각 최초 1회에 한함)	
(무)암직접치료 입원보장특약Ⅲ (갱신형) (무)암직접치료 입원보장특약	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 4일이상 계속하여 입원하였을 때(1회 입원당 120일 한도)	3일초과 입원일수 1일당 암 5만원 경계성종양, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 2만원
(무)요양병원암 입원보장특약Ⅱ (갱신형) (무)요양병원암 입원보장특약	요양병원암 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 4일이상 계속하여 요양병원에 입원하였을 때(1회 입원당 60일 한도)	3일초과 입원일수 1일당 2만원

- 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 주계약 및 각 특약별로 상이하니 반드시 보험약관을 통해 확인하시기 바랍니다.
- (무)암진단특약Ⅶ(갱신형), (무)암직접치료입원보장특약Ⅲ(갱신형), (무)요양병원암입원보장특약Ⅱ(갱신형), (무)암수술보장특약Ⅳ(갱신형)에서 암에 대한 보장개시일은 "암", "유방암" 및 "전립선암" 보장에 대한 보장개시일을 말하며, 최초계약의 경우 계약일부더 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날부터, 갱신계약의 경우 갱신일 부터입니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우에는 부활(효력 회복)일부더 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음날부터입니다.
- (무)암진단특약, (무)암직접치료입원보장특약, (무)요양병원암입원보장특약, (무)암수술보장특약에서 암에 대한 보장개시일은 "암", "유방암" 및 "전립선암" 보장에 대한 보장개시일을 말하며, 계약일(부활(효력회복)일)부더 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날부터입니다.
- (무)암직접치료입원보장특약 및 (무)암직접치료입원보장특약Ⅲ(갱신형)의 암직접치료입원급여금은 1회 입원당 120일 한도입니다. (다만, (무)암직접치료입원보장특약Ⅲ(갱신형)이 갱신되어 입원이 갱신 전후에 계속되는 경우에 그 지급일수는 갱신 전후에 계속되는 총입원일을 기준으로 1회 입원당 120일을 최고 한도로 하여 계산합니다)
- (무)암직접치료입원보장특약, (무)암직접치료입원보장특약Ⅲ(갱신형)에서 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양의 "직접적인 치료"라 함은 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양을 제거하거나 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다](이하 "암 등의 제거 및 증식 억제치료"라 합니다)를 말합니다.

- 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양의 “직접적인 치료”에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양을 제거하거나 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.
- 다음 각 호의 사항은 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양의 “직접적인 치료”에 포함되지 않습니다.
 1. 식이요법, 명상요법 등 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양을 제거하거나 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
 2. 면역력 강화 치료
 3. 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양으로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료 및 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료그럼에도 불구하고 다음 각 호의 사항은 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양의 “직접적인 치료”로 봅니다.
 1. 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양의 제거 또는 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
 2. “암 등의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
 3. “암 등의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 치료로서 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양으로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료 또는 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 4. 호스피스, 완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료
- (무)암직접치료입원보장특약Ⅲ(갱신형), (무)암직접치료입원보장특약의 암직접치료입원급여금은 의료법 제3조(의료기관) 제2항 제3호 라목에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입원한 경우에는 지급하지 않습니다.
- 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류하여 약관에서 정하는 바에 따라 보장을 합니다. 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.
- (무)요양병원암입원보장특약 및 (무)요양병원암입원보장특약Ⅱ(갱신형)의 요양병원암입원급여금은 1회 입원당 60일 한도입니다.

(다만,(무)요양병원암입원보장특약Ⅱ(갱신형)이 갱신되어 입원이 갱신 전후에 계속되는 경우에 그 지급일수는 갱신 전후에 계속되는 총입원일을 기준으로 1회 입원당 60일을 최고 한도로 하여 계산합니다)
- (무)암진단특약Ⅶ(갱신형)은 암(유방암, 전립선암, 중증 이외의 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양, 대장점막내암은 제외)의 경우 최초 1회 진단시 특약의 갱신이 불가하나, 유방암, 전립선암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양, 중증 이외의 갑상선암, 대장점막내암의 경우에는 최초 1회 진단시 해당급부를 지급한 후 갱신되면 다시 갱신 계약기간 3년 동안 각각 최초 1회씩 보장합니다.
- (무)암진단특약Ⅷ(갱신형)은 피보험자가 암 보장개시일 이후 암(유방암, 전립선암, 중증 이외의 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양, 대장점막내암은 제외)으로 진단이 확정되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입에 한하여 면제하여 드립니다.
- (무)암수술보장특약Ⅳ(갱신형)의 수술급여금은 계약이 갱신될 경우 다시 최초 수술급여금을 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

선택특약

기준 : 특약 보험가입금액 1,000만원

구분	지급사유	보장내용
(무)플러스정기특약	사망보험금	피보험자 사망하였을 때 1,000만원
(무)재해사망보장특약II	재해사망보험금	재해로 사망하였을 때 1,000만원
(무)장해80%이상중신보장특약	장해80%이상급여금	장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 80%이상 장해상태가 되었을 때 1,000만원
(무)재해장해보장특약	재해장해급여금	보험기간 중 발생한 재해로 장해분류표 중 3% 이상 100% 이하에 해당하는 장해상태가 되었을 때 1,000만원 × 해당장해지급률 (해당 보험약관 참조)
(무)재해장해연금특약	재해장해연금 I	동일한 재해로 인하여 장해분류표 중 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 80%미만인 장해상태가 되었을 때 (다만, 최초 1회에 한함) 보험금 지급사유발생일로부터 10년 동안(10회) 매년 보험금 지급사유발생해당일에 특약보험가입금액의 25%를 확정지급
	재해장해연금 II	동일한 재해로 인하여 장해분류표 중 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 80% 이상인 장해상태가 되었을 때 (다만, 최초 1회에 한함) 보험금 지급사유발생일로부터 10년 동안(10회) 매년 보험금 지급사유발생해당일에 특약보험가입금액의 50%를 확정지급 (다만, 재해장해연금 I 이 지급된 후에 재해장해연금 II 의 지급사유가 발생한 경우에는 재해장해연금 II 에서 이미 지급받은 보험금을 뺀 차액을 지급)
(무)신교통재해보장특약	교통재해사망보험금	교통재해를 직접적인 원인으로 사망하였을 때 1,000만원
	뺑소니·무보험차량 교통재해사망보험금	뺑소니·무보험차량 교통재해를 직접적인 원인으로 사망하였을 때 2,000만원 (다만, “교통재해사망보험금”과 중복하여 지급하지 아니함)
	교통재해장해급여금	교통재해로 장해분류표에서 정한 장해지급률 중 3% 이상 100% 이하에 해당하는 장해상태가 되었을 때 1,000만원 × 해당장해지급률 (해당 보험약관 참조)
(무)특정재해보장특약	외모특정상해수술급여금	보험기간 중 발생한 외모특정 상해를 직접적인 원인으로 그 치료를 목적으로 수술을 받았을 경우 수술 1회당 50만원
(무)어린이특정재해보장특약	골절치료비	보험기간 중 재해가 발생하고 그 재해를 직접적인 원인으로 골절로 진단이 확정되었을 경우 (다만, 치아파절 제외) 진단 1회당 20만원
(무)어린이보장특약	진단급여금	각각 최초 1회 진단이 확정되었을 때 (다만, 계약일로부터 2년미만은 50% 지급) 암 1,000만원 경계성종양 300만원 기타피부암, 중증 이외의 갑상선암, 제자리암 100만원
	재해장해급여금	장해분류표 중 재해로 장해지급률이 3% 이상 100% 이하에 해당하는 장해상태가 되었을 때 2,000만원 × 해당장해지급률 (해당 보험약관 참조)
	입원급여금	질병 또는 재해의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중 4일이상 계속 입원하였을 때 3일초과 입원일수 1일당 1만원 (1회 입원당 120일 한도)
	수술급여금	수술을 받았을 때(수술 1회당) 5중 300만원 4중 100만원 3중 50만원 2중 30만원 1중 10만원
	유괴·납치 위로금	유괴·납치 피해자가 되었을 때(최초 1회) 100만원
	조혈모세포이식 수술급여금	조혈모세포이식 수술을 받았을 때 (최초 1회. 다만, 계약일로부터 2년미만은 50% 지급) 500만원

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

선택특약

기준 : 특약 보험가입금액 1,000만원

구분	지급사유	보장내용
(무)뇌출혈진단특약	뇌출혈진단급여금	뇌출혈로 진단이 확정되었을 때(최초 1회 진단확정에 한함)
(무)급성심근경색증 진단특약	급성심근경색증 진단급여금	급성심근경색증으로 진단이 확정되었을 때 (최초 1회 진단확정에 한함)
(무)말기신부전증 진단특약	말기신부전증 진단급여금	말기신부전증으로 진단이 확정되었을 때 (최초 1회 진단확정에 한함)
(무)말기간질환 진단특약	말기간질환 진단급여금	말기간질환으로 진단이 확정되었을 때 (최초 1회 진단확정에 한함)
(무)뇌출혈 및 뇌경색 증진단특약(갱신형)	뇌출혈 및 뇌경색증 진단급여금	“뇌출혈 및 뇌경색증”으로 진단이 확정되었을 때 (최초 1회 진단확정에 한함)
(무)단계별로 더받는입원특약II (갱신형)	입원급여금	질병 또는 재해의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중 1일 이상 계속하여 입원하였을 때(1회 입원당 120일 한도)
	종합병원 입원급여금	질병 또는 재해의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중 1일 이상 계속하여 종합병원에 입원하였을 때 (1회 입원당 120일 한도)
	상급종합병원 입원급여금	질병 또는 재해의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중 1일 이상 계속하여 상급종합병원에 입원하였을 때 (1회 입원당 120일 한도)
(무)신입원특약IV (갱신형)	입원급여금	질병 또는 재해의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중 1일 이상 계속 입원하였을 때(1회 입원당 120일 한도)
(무)입원보장특약	입원급여금	질병 또는 재해의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중 4일 이상 계속 입원하였을 때(1회 입원당 120일 한도)
(무)응급실내원특약III (갱신형)	응급실내원 진료비(응급)	“응급환자”로 응급실에 내원하여 진료를 받았을 때 (내원 1회당)
(무)수술보장특약III (갱신형) (무)수술보장특약	수술급여금	수술을 받았을 때(1회당)
(무)등급별골절 및 깁스특약	등급별 골절치료비	보험기간 중 재해가 발생하고 그 재해를 직접적인 원인으로 ‘골절등급’에 해당하는 ‘골절’로 진단이 확정되었을 경우(다만, 치아파절 제외, 연간 1회 한도)
	깁스(Cast) 치료비	보험기간 중 발생한 재해 또는 재해 이외의 원인으로 ‘깁스(Cast)치료’를 받은 경우(다만, 부목(Splint Cast)치료는 제외)

- 위 특약에서 보험금은 특약의 보험기간 중 피보험자에게 보험금 지급사유가 발생하였을 때 지급하여 드립니다.
- 피보험자가입나이, 가입년도 등 계약인수 관련사항은 회사가 별도로 정한 기준에 따라 제한될 수 있습니다.
- (무)등급별골절 및 깁스특약의 ‘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.
- 위 특약에 대한 계약소멸사유 및 납입연체사유는 해당 보험약관을 확인하시기 바랍니다.

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

해약환급금 예시표

주계약

기준 : 주계약 보험가입금액 1억원, 40세, 20년납, 월납, 특약제외, 건강등급 미적용, 단위:원

경과기간	남자			여자		
	납입보험료	해약환급금	환급률	납입보험료	해약환급금	환급률
1종(50%선지급형)						
1년	3,348,000	0	0.0%	3,060,000	0	0.0%
2년	6,696,000	1,212,500	18.1%	6,120,000	1,005,500	16.4%
3년	10,044,000	2,760,000	27.5%	9,180,000	2,362,500	25.7%
5년	16,740,000	5,929,500	35.4%	15,300,000	5,134,000	33.6%
10년	33,480,000	13,545,000	40.5%	30,600,000	11,772,000	38.5%
20년	66,960,000	60,466,000	90.3%	61,200,000	54,203,000	88.6%
30년	66,960,000	70,839,000	105.8%	61,200,000	65,294,000	106.7%
40년	66,960,000	80,590,000	120.4%	61,200,000	77,105,000	126.0%
60년	66,960,000	94,262,000	140.8%	61,200,000	94,192,000	153.9%
2종(80%선지급형)						
1년	3,576,000	0	0.0%	3,312,000	0	0.0%
2년	7,152,000	1,297,500	18.1%	6,624,000	1,074,500	16.2%
3년	10,728,000	2,936,500	27.4%	9,936,000	2,508,500	25.2%
5년	17,880,000	6,289,000	35.2%	16,560,000	5,429,500	32.8%
10년	35,760,000	14,325,000	40.1%	33,120,000	12,384,000	37.4%
20년	71,520,000	63,578,000	88.9%	66,240,000	56,983,000	86.0%
30년	71,520,000	73,358,000	102.6%	66,240,000	67,717,000	102.2%
40년	71,520,000	82,268,000	115.0%	66,240,000	78,928,000	119.2%
60년	71,520,000	94,829,000	132.6%	66,240,000	95,190,000	143.7%
3종(100%선지급형)						
1년	3,972,000	0	0.0%	3,696,000	0	0.0%
2년	7,944,000	1,486,000	18.7%	7,392,000	1,241,000	16.8%
3년	11,916,000	3,308,000	27.8%	11,088,000	2,836,500	25.6%
5년	19,860,000	7,035,000	35.4%	18,480,000	6,082,000	32.9%
10년	39,720,000	15,973,000	40.2%	36,960,000	13,795,000	37.3%
20년	79,440,000	70,588,000	88.9%	73,920,000	63,377,000	85.7%
30년	79,440,000	80,547,000	101.4%	73,920,000	74,668,000	101.0%
40년	79,440,000	88,995,000	112.0%	73,920,000	86,100,000	116.5%
60년	79,440,000	101,375,000	127.6%	73,920,000	105,205,000	142.3%

- 상기 예시는 주계약 기준이며, 특약 가입시 납입보험료, 해약환급금 및 환급률은 달라집니다.
- 상기 예시금액은 주계약에 의무부가되는 (무)소액질병추가보장특약이 반영되지 않은 금액이며, 특약 가입 시 금액이 달라질 수 있습니다.
- 상기 예시는 보험계약대출, 보험가입금액 자동 감액을 통한 생활설계자금 신청 등이 없는 상태를 기준으로 예시되었으므로, 보험계약대출이나 보험가입금액 자동 감액을 통한 생활설계자금 신청이 있는 경우 해약환급금은 상기 금액과 크게 달라질 수 있습니다.
- 이 계약을 중도 해지할 경우 납입한 보험료에서 지난 기간의 위험보험료, 계약체결비용 및 계약관리비용(해약공제액 포함) 등이 차감되므로 해약환급금은 납입보험료보다 적거나 없을 수 있습니다.

보험료 예시표

주계약 보험료

기준 : 주계약 보험가입금액 1억원, 20년납(다만, 3종(100%선지급형)의 남자 50세는 15년납), 월납, 단위:원

구 분	남자			여자				
	30세	40세	50세	30세	40세	50세		
(무)ABL건강드림 선지급GI종신보험 (해약환급금 일부지급형) 2501	1종(50%선지급형)							
	건강등급 미적용	222,000	279,000	364,000	205,000	255,000	311,000	
	건강등급	1등급	204,240	256,680	334,880	188,600	234,600	286,120
		2등급	206,460	259,470	338,520	190,650	237,150	289,230
		3등급	210,900	265,050	345,800	194,750	242,250	295,450
		4등급	215,340	270,630	353,080	198,850	247,350	301,670
	2종(80%선지급형)							
	건강등급 미적용	238,000	298,000	387,000	222,000	276,000	331,000	
	건강등급	1등급	218,960	274,160	356,040	204,240	253,920	304,520
		2등급	221,340	277,140	359,910	206,460	256,680	307,830
		3등급	226,100	283,100	367,650	210,900	262,200	314,450
		4등급	230,860	289,060	375,390	215,340	267,720	321,070
	3종(100%선지급형)							
	건강등급 미적용	263,000	331,000	506,000	248,000	308,000	368,000	
	건강등급	1등급	241,960	304,520	465,520	228,160	283,360	338,560
		2등급	244,590	307,830	470,580	230,640	286,440	342,240
		3등급	249,850	314,450	480,700	235,600	292,600	349,600
		4등급	255,110	321,070	490,820	240,560	298,760	356,960

• 3종(100%선지급형)의 남자 50세는 주계약 보험가입금액 1억원, 15년납 기준입니다.

자녀 대상 특약보험료

기준 : 특약 보험가입금액 각 1,000만원, 단위:원

구 분	남자			여자		
	0세	5세	10세	0세	5세	10세
(무)어린이특정재해보장특약	1,000	1,400	1,500	600	700	600
(무)어린이보장특약	1,570	1,430	1,640	1,310	1,110	1,210

• (무)어린이특정재해보장특약은 0세(20년만기 15년납), 5세(15년만기 10년납), 10세(10년만기 7년납) 기준으로 산출합니다.

• (무)어린이보장특약은 24세만기 전기납 기준으로 산출합니다.

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

보험료 예시표

특약 보험료

기준 : 특약 가입금액 각 1,000만원, 70세만기 20년납, (다만, (무)소액질병추가보장특약은 종신만기 20년납, (무)3대중기이상질병보장특약,

(무)3대중중질병보장특약은 종신만기 70세납, (무)장해80%이상중신보장특약은 종신만기 20년납, (무)혈전용해치료보장특약,

(무)소액특정수술보장특약은 100세만기 70세납, (무)특정재해보장특약의 50세는 70세 만기 65세납, (무)응급실내원특약Ⅲ(갱신형), (무)뇌출혈 및 뇌경색증진단특약(갱신형) 외 갱신형 특약은 3년만기 전기납 최초계약시, (무)응급실내원특약Ⅲ(갱신형), (무)뇌출혈 및 뇌경색증진단특약(갱신형)은 10년만기 전기납 최초계약시, (무)등급별골절 및 갑스특약은 80세만기 20년납, 단위:원

구분	남자			여자		
	30세	40세	50세	30세	40세	50세
(무)3대중기이상질병보장특약	5,230	7,890	12,830	3,340	4,930	7,910
(무)3대중중질병보장특약	13,910	21,070	35,500	11,900	17,990	30,370
(무)혈전용해치료보장특약	60	90	140	40	70	110
(무)소액특정수술보장특약	20	31	53	5	8	13
(무)단계별로더받는입원특약Ⅱ(갱신형)	2,000	2,200	3,300	2,300	2,300	4,200
(무)장해80%이상중신보장특약	3,840	4,980	6,580	2,740	3,530	4,580
(무)플러스정기특약	4,600	5,300	5,800	2,400	2,600	2,600
(무)소액질병추가보장특약	1,430	1,690	1,950	1,340	1,380	1,310
(무)뇌출혈 및 뇌경색증진단특약(갱신형)	340	830	1,740	240	520	960
(무)재해장해연금특약	440	470	500	130	150	160
(무)특정재해보장특약	1,200	1,000	1,000	1,100	1,200	1,400
(무)신교통재해보장특약	330	330	320	140	150	160
(무)재해사망보장특약Ⅱ	370	390	400	100	100	100
(무)재해장해보장특약	510	490	470	330	360	380
(무)수술보장특약Ⅲ(갱신형)	2,000	3,100	4,500	2,500	3,700	5,800
(무)수술보장특약	6,800	7,000	6,800	7,800	8,000	7,200
(무)신입원특약Ⅳ(갱신형)	1,200	1,300	1,900	1,500	1,400	2,500
(무)입원보장특약	1,900	2,000	2,000	2,300	2,500	2,600
(무)암수술보장특약Ⅳ(갱신형)	260	550	1,130	500	1,310	1,810
(무)암수술보장특약	1,910	2,250	2,470	2,340	2,460	2,020
(무)암진단특약Ⅶ(갱신형)	790	1,680	3,610	1,150	2,710	3,840
(무)암진단특약	6,640	7,840	8,720	6,080	6,460	5,530
(무)암직접치료입원보장특약Ⅲ(갱신형)	140	270	700	180	520	1,100
(무)암직접치료입원보장특약	1,330	1,580	1,800	1,380	1,540	1,420
(무)요양병원암입원보장특약Ⅱ(갱신형)	10	30	60	30	100	210
(무)요양병원암입원보장특약	120	140	160	270	300	270
(무)급성심근경색증진단특약	1,260	1,490	1,510	210	260	280
(무)뇌출혈진단특약	740	810	750	590	660	620
(무)말기간질환진단특약	660	780	780	110	110	100
(무)말기신부전증진단특약	920	1,070	1,100	540	620	620
(무)응급실내원특약Ⅲ(갱신형)	530	560	690	600	530	590
(무)등급별골절 및 갑스특약	2,000	1,880	1,740	2,540	2,720	2,920

• 피보험자 가입나이, 가입년도 등 계약인수 관련사항은 회사가 별도로 정한 기준에 따라 제한될 수 있습니다.

• 갱신형 특약은 3년 만기 자동갱신부 특약으로 보험료는 100세까지 계속 납입(다만, (무)응급실내원특약Ⅲ(갱신형), (무)뇌출혈 및 뇌경색증진단특약(갱신형)은 10년만기 자동갱신부 특약으로 100세까지 계속 납입)하여야 하며, 갱신을 할 때 연령 증가, 적용 요율의 변동에 따라 보험료가 인상될 수 있습니다.

가입 시 유의사항

해약환급금 일부지급형에 관한 사항

- 가. 이 상품은 「해약환급금 일부지급형」상품으로 보험료 납입기간 중(다만, 약관 제18조(보험금의 지급사유) 제2호에서 정한 선지급 진단보험금 지급사유 발생전) 계약이 해지 될 경우 '해지율을 적용하지 않은 동일한 보장내용의 상품'(이하 '기본형'이라 합니다)의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 상품입니다.
- 나. 가에서 해약환급금을 계산할 때 기준이 되는 '기본형'은 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 비교, 안내만을 위한 상품으로 가입이 불가능하며, '기본형'의 해약환급금은 이 계약의 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 다. 보험료 납입기간 중(다만, 약관 제18조(보험금의 지급사유) 제2호에서 정한 선지급 진단보험금 지급사유 발생전) 계약이 해지될 경우 해약환급금은 '기본형' 해약환급금의 50%에 해당하는 금액으로 합니다. 다만, 보험료 납입기간이 완료된 이후 계약이 해지되는 경우에는 '기본형'의 해약환급금과 동일합니다.
- 라. 회사는 '해약환급금 일부지급형(50%)' 및 '기본형'의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교, 안내합니다.
- 마. 회사는 '해약환급금 일부지급형(50%)'의 계약을 체결할 때 계약자에게 '해약환급금 일부지급형' 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. 피보험자의 건강등급 정보가 충분하지 않아 건강등급 산출시스템 상 건강등급 산출이 불가능한 경우, 건강등급은 유효하지 않으며 피보험자의 건강등급은 '0등급'으로 산출됩니다.
- 라. 건강등급은 약관 제6조(청약 시 건강등급의 산정)에 따라 청약 시 산정된 건강등급을 최초로 적용하며, 이후 이 특약의 보험기간 중 1년 주기로 약관 제7조(건강등급의 재산정)에 따라 건강등급을 재산정하여 적용합니다.
- 마. 략에도 불구하고, 피보험자가 약관 제6조(청약 시 건강등급의 산정) 및 제7조(건강등급 재산정)에서 정한 기한 이내에 건강등급을 산출하지 않는 경우, 약관 제7조(건강등급 재산정)에 따른 다음연도 "건강등급 재산정일" 전일까지 건강등급이 적용되지 않습니다.
- 바. 보험료 선납에 관한 사항에도 불구하고, 건강등급의 적용을 선택한 계약은 '건강등급 적용 특약'의 기초서류에 따라 보험료의 선납이 일부 제한될 수 있습니다.
- 사. 회사는 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

(무)건강인우대특약의 우량체 가입기준에 관한 사항

이 특약의 피보험자는 '가'에서 정한 건강상태와 '나'에서 정한 가입자격을 모두 충족한 자로 합니다. 다만, "건강등급 적용 특약"에 따라 '건강등급 적용'을 선택한 경우 (무)건강인우대특약은 선택할 수 없습니다.

가. 이 특약을 가입할 수 있는 피보험자의 건강상태 요건은 다음과 같습니다.

- (1) 이 특약의 가입시점으로부터 직전 1년간 어떠한 형태와 종류를 불문하고 담배를 피우거나 씹거나 또는 기타 이와 유사한 형태(전자담배 포함)로 사용하지 않은 자
- (2) 최대혈압치(수축기)가 140mmHg 미만이고, 최저혈압치(이완기)가 90mmHg 미만인 자
- (3) BMI(Body Mass Index)수치(Kg/m²)가 16.5 이상 26.4 이하인 자

나. 이 특약을 가입할 수 있는 피보험자의 가입자격은 다음과 같습니다.

- (1) 이 특약의 가입시점에 '표준하체인수특약'을 부가하지 않고도 주계약 가입이 가능한 자('표준하체인수특약'을 부가하여 주계약을 가입하였으나 건강상태의 호전 등으로 인하여 이 특약의 가입시점에는 '표준하체인수특약'을 부가하지 않고도 주계약 가입이 가능한 상태가 된 경우를 포함)
- (2) 이 특약의 가입시점에 피보험자의 나이가 20세 이상 60세 이하인 자

가입시 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 평균공시이율(2025년 기준, 연복리 2.75%)로 적립하여 해당 보험료 월계약해당일에 대체합니다.

보험가입금액 자동 감액을 통한 생활설계자금에 관한 사항

가. 계약자는 보험료 납입기간이 지난 유효한 계약에 한하여 보험가입금액 자동 감액을 통한 생활설계자금(이하 “생활설계자금”이라 한다)을 신청할 수 있습니다. 다만, 보험계약대출이 있는 경우에는 보험계약대출의 원금과 이자를 모두 상환한 이후에 생활설계자금을 신청할 수 있습니다.

나. 가에 따라 생활설계자금을 신청한 경우 회사는 그 내용을 기재하여 보험증권을 다시 교부하며, 생활설계자금 신청내역 및 보험금 변경내용 등을 계약자에게 서면으로 안내합니다.

다. 가의 생활설계자금은 생활설계자금 지급기간 동안 매년 1회 지급하며, 생활설계자금의 지급기간은 최소 2년에서 최대 20년 범위 내에서 신청하여야 합니다. 다만, 생활설계자금은 피보험자의 90세 계약해당일의 전일까지 신청할 수 있으며, 생활설계자금의 지급이 완료된 후 보험가입금액은 신청 직전 보험가입금액의 20%와 2,000만원 중 큰 금액 이상이어야 합니다.

라. 생활설계자금 지급에 관한 사항

(1) 계약자는 생활설계자금을 신청할 때, 다음 중 하나의 방식을 선택하여야 합니다.

① 정액 지급 방식: 계약자가 선택한 정액의 생활설계자금을 생활설계자금 지급기간 동안 매년 계약자에게 지급하고, 이 계약의 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 방법에 따라 매년 보험가입금액을 감액하는 방식

② 정액 감액 방식: 계약자가 선택한 보험가입금액 감액 대상금액을 생활설계자금 지급기간으로 나누어 매년 정액으로 감액할 금액을 정하고, 이 계약의 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 방법에 따라 매년 정액의 보험가입금액을 감액하여 감액부분에 해당되는 해약환급금을 계약자에게 생활설계자금으로 지급하는 방식

(2) 생활설계자금은 생활설계자금의 신청일을 포함하여 생활설계자금 지급기간 동안 매년 생활설계자금의 신청 해당일에 지급합니다. 다만, 해당 월의 생활설계자금의 신청 해당일이 없는 경우에는 해당 월의 말일에 생활설계자금을 지급합니다.

(3) 계약이 해지 및 기타사유에 따라 효력이 없는 경우 또는 피보험자가 사망하였을 경우에는 그때부터 생활설계자금은 지급되지 않으며, 피보험자가 사망한 이후에 지급된 생활설계자금이 있는 경우에는 사망보험금에서 그 생활설계자금을 차감하고 지급합니다.

마. 계약자는 생활설계자금의 지급이 개시된 이후에 생활설계자금의 지급 중지를 신청할 수 있으며, 이 경우 회사는 보험가입금액의 감액을 중단하고 생활설계자금도 지급하지 않습니다.

바. 계약자는 생활설계자금 지급기간 중에는 보험가입금액의 감액, 보험계약대출을 신청할 수 없습니다.

중신보험 상품별 유의사항 안내

가. 단기납 중신보험은 동일한 보장내용의 일반 중신보험에 비해 보험료가 비쌀 수 있습니다.

나. 해약환급금 일부지급형 중신보험은 보험료 납입기간 중(다만, 선지급 진단보험금 지급사유가 발생하지 않은 경우) 계약이 해지될 경우 해약환급금이 기본형 상품보다 적거나 없을 수 있습니다.

가입시 유의사항

추가납입특약에 관한 사항

가. 추가납입특약 보험료는 이 특약 성립 후부터 보험기간 중 주계약 보험료 이외에 추가로 납입하는 보험료로서 월정기추가납입보험료와 수시추가납입보험료로 구분됩니다. 다만, 주계약 보험료 납입기간 중에는 해당 월의 주계약 보험료가 납입된 경우에 한하여 추가납입특약 보험료를 납입할 수 있습니다.

나. 추가납입 보험료 계약관리비용 : 추가납입보험료의 2.0%

- 다만, 중도인출 합계액 이내에서 추가납입하는 경우에는 추가납입보험료에 대한 계약관리비용은 부가하지 않습니다.

다. 추가납입계약자적립액(추가납입특약보험료에서 사업비(추가납입보험료의 2.0%)를 차감한 금액)에 대해 연복리 2.50% 확정이율을 적용합니다.

라. 월정기추가납입보험료 : 계약자가 이 특약 성립 후부터 보험기간 중 매월 정기적으로 납입할 수 있는 추가납입특약 보험료를 말합니다.

- 계약자는 월정기추가납입보험료의 납입, 변경 및 중지를 언제든지 신청할 수 있으며, 해당 내용은 신청일 이후 도래하는 익월 월정기추가납입보험료를 납입하기로 약속한 날부터 적용됩니다.

- 월정기추가납입보험료는 주계약 보험료 납입기간 중에는 매월 주계약 보험료를 납입하기로 한 날에 주계약 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약 보험료 납입기간 이후에는 계약자가 월정기추가납입보험료의 납입을 신청할 때 매월 납입하기로 한 날에 납입합니다. 다만, 해당 월에 납입하기로 한 날이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 납입하기로 한 날로 합니다.

- 추가납입특약 보험료의 납입한도를 초과하는 경우 월정기추가납입보험료는 자동으로 납입중단됩니다.

- 해당 시점의 월정기추가납입보험료가 납입되지 않을 경우 회사는 차회 이후의 월정기추가납입보험료를 납부할 때 미납입된 월정기추가납입보험료를 청구하지 않습니다.

마. 수시추가납입보험료 : 계약자가 보험계약 성립 후부터 보험기간 중 수시로 납입하는 추가납입특약 보험료를 말합니다.

바. 추가납입특약 보험료 납입한도

- 보험기간 중 납입할 수 있는 추가납입특약 보험료(월정기추가납입보험료와 수시추가납입보험료의 합계)의 납입한도는 주계약 보험료 납입기간동안 납입하기로 약정한 주계약 보험료 총액의 100% 이내로 하며, 추가납입 계약자적립액의 인출이 있을 경우에는 추가납입특약 보험료 납입한도에 인출금액의 누계를 더한 금액을 납입한도로 합니다.

- 위에도 불구하고 연간납입한도는 (주계약 월납 보험료 × 12 × 200%)로 합니다.

사. 중도인출에 관한 사항

- 계약자는 계약일부터 회사가 정한 기준에 따라 보험기간 동안 보험연도 기준 연12회에 한하여 추가납입 계약자적립액(다만, 추가납입 계약자적립액에 대한 보험계약대출의 원금과 이자를 제외한 금액)의 일부를 인출할 수 있습니다.

- 1회에 인출할 수 있는 금액은 10만원 이상 만원 단위로 하며, 총 인출금액이 계약자가 회사에 실제 납입한 주계약 보험료 및 추가납입특약 보험료의 총액을 초과할 수 없습니다.

연금전환특약으로의 전환에 관한 사항

가. (무)연금전환특약, (무)유가족연금전환특약, (무)LTC연금전환특약 및 (무)6대질병연금전환특약(이하 "연금전환특약"이라 합니다)의 보험료는 전환일 현재 피보험자의 나이에 따라 계산합니다.

나. 연금전환특약은 전환시점의 기초서류(사업방법서, 보험약관, 보험료 및 해약환급금 산출방법서) 및 보험요율을 적용합니다.

다. 다만, (무)연금전환특약의 종신연금형, (무)유가족연금전환특약의 종신연금형, (무)LTC연금전환특약 및 (무)6대질병연금전환특약의 경우 '나'에도 불구하고 연금사망률의 개정 등에 따라 「전환전계약의 가입시점 연금사망률에 따라 계산된 연금연액」이 「전환시점의 연금사망률에 의해 계산된 연금연액」보다 큰 경우에는 「전환전계약의 가입시점 연금사망률을 기준으로 산출한 연금연액」을 지급합니다.

가입시 유의사항

보험계약의 전환에 관한 사항

- 기존 계약을 해지하고 새로운 계약을 청약하거나 그 반대의 경우에 새로운 계약에 적용되는 금리가 달라질 수 있고, 가입나이의 증가로 보험료가 비싸질 수 있으며, 기존 계약에 대한 해약환급금은 해약공제로 인해 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있으므로 계약의 전환시에는 충분한 전환안내를 받으셔야 합니다.

연금전환특약 관련 안내

연금전환특약을 통하여 연금으로 전환하는 경우, 전환 당시 판매중인 연금전환특약의 기초서류(사업방법서, 약관, 보험료 및 해약환급금 산출방법서) 내용을 적용하므로 약관과 보험요율 등이 현재 안내되는 내용(선택가능한 연금지급형태, 기초율 및 공시이율(최저보증이율 포함))과 달라질 수 있습니다. 다만, 종신연금형의 경우 연금사망률의 개정 등에 따라 「전환전 계약의 가입시점 연금사망률에 따라 계산된 연금연액」이 「전환시점의 연금사망률에 따라 계산된 연금연액」보다 큰 경우에는 「전환전 계약의 가입시점 연금사망률에 따라 계산된 연금연액」을 지급합니다.

[종신보험 및 연금(저축성)보험의 특징]

구분	종신보험(연금전환특약)	연금보험 등 저축성보험
가입 목적	- 사망보험금으로 유족 보장 다만, 사망 이전에 연금으로 전환 가능	- 연금 수령 등 노후 대비를 위한 저축
장점	- 고액의 사망보험금 설계 가능	- 안정적인 목돈(연금연액) 설계 가능
단점	- 연금전환시 연금보험 대비 적은 연금연액	- 사망 등 보장기능 미흡

(예시) 종신보험 및 연금보험의 해약환급금, 사망보험금, 연금연액 비교

단위:만원

구분	경과년수 / 연금개시시점	납입 보험료	A종신보험(연금전환시)	B연금보험
해약환급금(율)	1년	314	0 (0.0%)	188 (59.6%)
	5년	1,572	1,072 (68.1%)	1,445 (91.9%)
	10년	3,144	2,470 (78.5%)	3,178 (101.0%)
	15년	4,716	3,938 (83.5%)	5,190 (110.0%)
	20년	6,288	5,586 (88.8%)	7,742(123.1%)
사망보험금	종신	-	1억원	사망시 적립액
연금연액	20년	6,288	263	344

주) 1. 40세 남자, 보험가입기간 종신, 월납 보험료 26.2만원, 20년납, 보험가입금액 1억원 기준(연금보험은 재해장해보험금 1천만원 기준)

* 연금연액은 10년보증 종신연금 기준으로 산출 가정

2. 종신보험의 적용이율(약 2.75%) 및 연금보험의 공시이율(약 2.52% 가정)로 적용 · 산출

3. 최저보증이율 적용시에는 종신보험의 해약환급금 및 연금연액이 높아질 수도 있습니다.

※ 본 예시금액은 종신보험과 연금보험의 특징을 설명하기 위한 자료로서 생명보험협회의 '상품공시시행세칙' 상 예시로 산출된 금액이며, 실제 가입하고자하는 상품과 다를수도 있습니다.

※ 본 상품은 사망보장을 주목적으로 하는 보장성보험으로 연금보장 또는 적립형 계약을 주목적으로 가입하는 것은 적합하지 않습니다.

기타

- 회사는 상품명칭 앞에 계약자가 원하는 이름이나 판매경로 등을 인식할 수 있는 용어를 덧붙여 안내자료 및 보험증권에 기재할 수 있습니다.
- 향후 보험업법 등 관련 법령 및 규정의 제·개정에 따라 이 상품의 약관 및 사업방법서상 보험계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 부여되는 [장래의 권리(중도부가 특약, 전환 특약 등 포함)]의 내용은 변경될 수 있습니다.
- ABL생명은 해당 상품에 대해 충분히 설명할 의무가 있으며, 가입자는 가입하기 전 이에 대한 충분한 설명을 받으시기 바랍니다.

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 설명 받으시기 바랍니다.

계약 전 알릴 의무 및 자필서명(날인 및 전자서명 등)

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

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.

해약환급금이 납입보험료보다 적은 이유

- 계약자가 납입한 보험료는 불의의 사고를 당한 다른 가입자에게 보험금으로 지급되고 회사 운영에 필요한 경비로 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 자살시' 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.

불만족 접수 안내

<불만 접수 안내>

- 우편: 서울시 영등포구 의사당대로 147 (구.여의도동 45-21) ABL 터워 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.kfia.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.kfia.or.kr(생명보험협회)

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

마케팅부 제작(2025.01.01) / 준법감시인 심의필 제2024-PA388호 (2024.12.30~2025.12.29)