



[2025년 4월 1일 제작]

무배당 ABL GI종신보험 (해약환급금 일부지급형)2504

- ※ 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

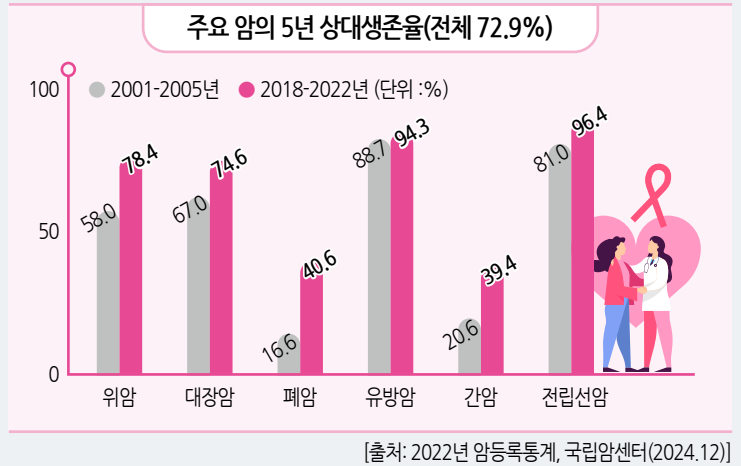
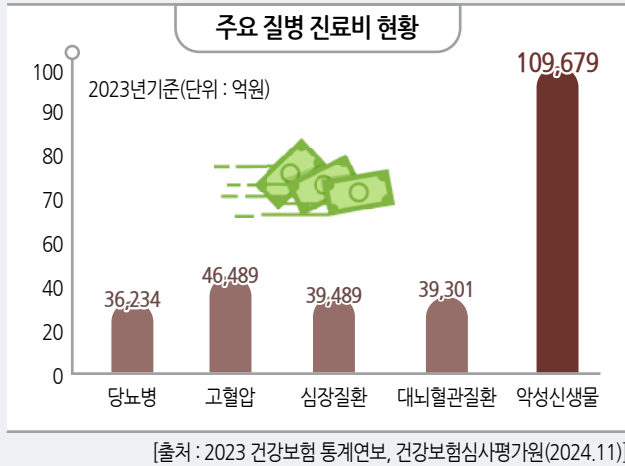
수입보험료 2조 6,686억원(2024년 12월말 기준)
총자산 18조 6,651억원(2024년 12월말 기준)

〈출처: ABL생명 2024년 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

암/뇌/심장 어떤 질환이 찾아올지 모릅니다. 선지급 진단보험금으로 경제적 부담을 덜어 드립니다.
일반적 질병 보장이 가능한 GI보험으로 치료 이후의 삶까지 미리 준비하세요.

(무)ABL GI종신보험(해약환급금 일부지급형)2504



“6대질환” 또는 “5대질환”으로 진단 확정시 보험가입금액의 80%를 선지급 진단보험금으로 미리 받을 수 있어 치료비나 생활비로 활용 가능하며, 이후 사망시 보험가입금액의 20%를 사망보험금으로 추가로 지급합니다. 또한 선지급진단보험금 지급 사유가 발생하지 않고 사망한 경우 보험가입금액의 100%를 사망보험금으로 지급합니다.

- 6대질환: 암(전립선암, 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암 제외), 뇌출혈, 급성심근경색증, 말기신부전증, 말기간질환, 말기만성폐질환
- 5대질환: 뇌출혈, 급성심근경색증, 말기신부전증, 말기간질환, 말기만성폐질환

세 가지 질문만 통과하면 질병이 있어도 가입이 가능한 간편심사보험입니다.

- 1종(간편심사형)의 경우 세 가지 질문 통과시 가입이 가능하며, 2종(일반심사형)의 경우 일반심사를 통해 가입이 가능합니다.
- 세 가지 질문
 1. 최근 ①개월 이내 질병 확정 진단, 질병 의심 소견, 입원/수술/추가검사(재검사) 필요 소견이 없음
 2. 최근 ②년 이내의 질병이나 사고로 인한 입원, 수술(제왕절개 포함)한 적이 없음
 3. 최근 ⑤년 이내 암으로 진단, 입원, 수술한 적이 없음(암에는 악성신생물, 백혈병 및 기타 혈액종양이 포함)
 - ※ 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.

해약환급금 일부지급형 선택으로 기본형 대비 낮은 보험료 선택이 가능합니다.

- ‘해약환급금 일부지급형(50%)’ 보험료는 ‘기본형’ 보험료 보다 적습니다. 다만, ‘해약환급금 일부지급형(50%)’ 계약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우(다만, 선지급 진단보험금 지급사유가 발생하지 않은 경우)에는 ‘기본형’ 해약환급금의 일부(50%)에 해당하는 금액이 해약환급금으로 지급됩니다.

예시) 해약환급금 일부지급형(50%) 선택 후 보험료 납입기간 중 해지 시, 기본형 해약환급금의 50%만 지급하는 대신 월납입보험료는 약 4.5% 낮습니다. (기준: 1종(간편심사형) 1형(6대질환보장형), 표준체, 주계약 보험가입금액 5,000만원, 남자 40세, 20년납, 특약제외)
※ 상기 예시는 대표 가입기준이므로 실제 비율은 피보험자 가입나이, 성별, 보험가입금액, 보험료 납입기간 등에 따라 달라질 수 있습니다.

주계약과 선택특약 가입으로 하나의 보험상품에서 다양한 보장 설계가 가능합니다.

- 주계약 및 선택특약 가입에 따라 다양한 보장을 받으실 수 있습니다.

간편심사형이란?

- 간편심사형 상품은 일반심사형 상품에 가입하기 어려운 유병자 및 고연령자 등을 대상으로 하므로 일반심사형에 비해 보험료가 비쌉니다. 일반심사형 상품에 가입이 가능하신 고객은 본 상품 2종(일반심사형) 상품에 가입하셔야 불이익이 발생하지 않습니다.
- “간편심사”란 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 알릴의무 사항 간소화를 통하여 보험요율에 이미 반영된 사항은 계약심사에 활용하지 않습니다.

 3개월 이내 질병 확정 진단, 질병 의심 소견 입원/수술/추가검사(재검사) 필요 소견 無	 2년 이내 질병, 사고로 인한 입원 / 수술 無	 5년 이내 암진단 / 암입원 / 암수술 無
--	--	---

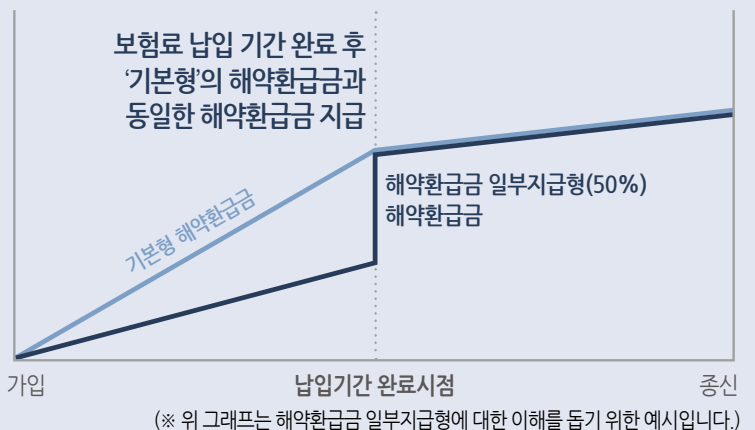
- ※ 질병 의심 소견이란, 의사가 진단서나 소견서 또는 진료의뢰서 등을 포함하여 서면(전자문서 포함)으로 교부한 경우를 말합니다.
- ※ 필요 소견이란, 의사가 진단서, 소견서 등에 기재한 경우를 말합니다.
- ※ 추가검사(재검사)에 대한 정의: 검사 결과 이상 소견이 확인되어 보다 정확한 진단을 위해 시행한 검사를 의미하며, 병증에 대한 치료 필요 없이 유지되는 상태에서 시행하는 정기검사 또는 추적관찰은 포함하지 않습니다.

위의 세 가지 질문을 통과하면 ‘(무)ABL GI종신보험’에 가입하실 수 있습니다.

- 이 상품은 1종(간편심사형)과 2종(일반심사형)이 있으며, 간소화된 계약 전 알릴 의무는 1종(간편심사형)에만 해당됩니다.
- 1종(간편심사형)의 경우, 유병자 등 일반심사보험에 가입이 어려운 피보험자를 대상으로 하며 그에 따라 일반심사보험에 비해 보험료가 할증되어 있습니다.

해약환급금 일부지급형이란?

- 해약환급금 일부지급형(50%) 상품의 보험료는 ‘기본형’ 보험료 보다 적습니다. 다만, 해약환급금 일부 지급형(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 납입기간 완료 후 해지하는 경우의 해약환급금은 ‘기본형’ 해약환급금과 동일한 금액입니다.



해약환급금 일부지급형(50%)과 기본형의 월납입보험료 비교

월납입보험료 비교		해약환급금 일부지급형(50%)	기본형
1종(간편심사형)	1형(6대질병보장형)	168,000원	176,000원
2종(일반심사형)	1형(6대질병보장형)	145,000원	152,500원

- ※ 1종(간편심사형)기준: 남자 40세, 20년납, 월납, 주계약 보험가입금액 5,000만원(최대 보험가입금액 7,500만원), 특약 보험료 제외
- ※ 2종(일반심사형)기준: 남자 40세, 20년납, 월납, 주계약 보험가입금액 5,000만원(최대 보험가입금액 12,500만원), 특약 보험료 제외
- ※ 상기 예시보험료는 대표 가입기준의 예시이므로 실제 보험료는 가입나이, 성별, 보험가입금액, 납입기간 등에 따라 달라질 수 있습니다.
- ※ 해약환급금 일부지급형(50%)은 “해약환급금 일부지급형” 상품으로 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우(다만, 선지급 진단보험금 지급사유가 발생하지 않은 경우) “기본형”의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급합니다.

가입을 위한 안내

주계약

구분				보험기간	보험료 납입기간	피보험자 가입나이
(무) ABL GI중신보험 (해약환급금 일부지급형) 2504	1종 (간편심사형)	1형 (6대질병보장형)	해약환급금 일부지급형(50%)	중신	5년납, 7년납, 10년납, 15년납, 20년납	30세 ~ 최대 73세
			기본형			
		2형 (5대질병보장형)	해약환급금 일부지급형(50%)			
			기본형			
	2종 (일반심사형)	1형 (6대질병보장형)	해약환급금 일부지급형(50%)			만 15세 ~ 최대 76세
			기본형			
		2형 (5대질병보장형)	해약환급금 일부지급형(50%)			
			기본형			

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

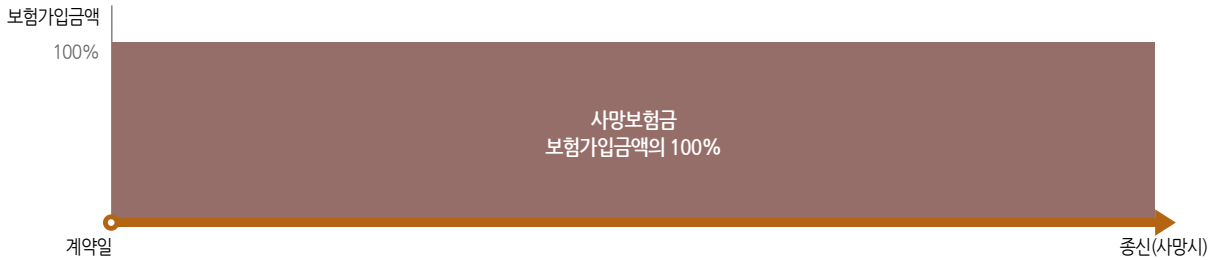
• 본 안내자료는 보험약관의 전체내용을 요약한 것이므로 보다 상세한 내용은 보험계약 체결 전에 반드시 보험약관 및 상품설명서를 확인하시기 바랍니다.

보험금 지급 기준

상품 도해

[보험금 지급 예시 _주계약]

- 선지급 진단보험금 지급사유 발생 전 사망 시(1형(6대질병보장형), 2형(5대질병보장형) 공통)

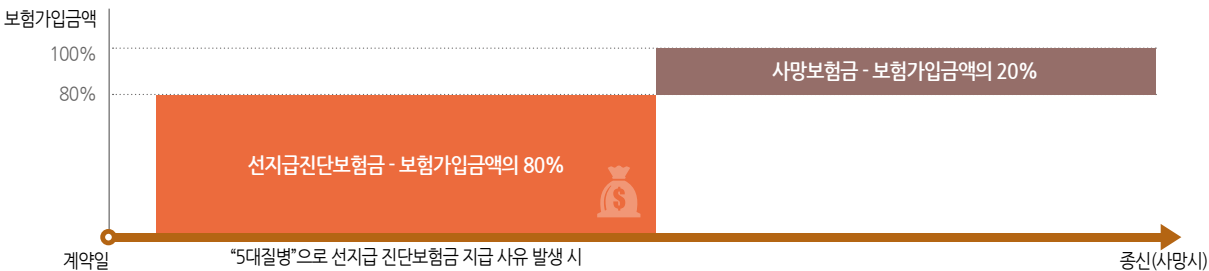


- 선지급 진단보험금 지급사유 발생 후 사망시

-1형(6대질병보장형)



-2형(5대질병보장형)



- “6대질병”이라 함은 약관에서 정의하는 “암”, “뇌출혈”, “급성심근경색증”, “말기신부전증”, “말기간질환”, “말기만성폐질환”을 말합니다.
- “5대질병”이라 함은 약관에서 정의하는 “뇌출혈”, “급성심근경색증”, “말기신부전증”, “말기간질환”, “말기만성폐질환”을 말합니다.
- 1형(6대질병보장형)의 경우, 피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 “암”으로 진단확정을 받거나 보험기간 중 “암” 이외의 “6대질병”으로 진단확정 받을때 선지급 진단보험금을 지급하며, 이때 암 보장개시일은 계약일(부활(효력회복)계약의 경우 부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.
- 2형(5대질병보장형)의 경우, 피보험자가 보험기간중 “5대질병”으로 진단확정 받을때 선지급 진단보험금을 지급합니다.
- 1형(6대질병보장형)은 계약일로부터 1년 미만에 유방암으로 선지급 진단보험금 지급사유가 발생한 경우 보험가입금액의 40%를 선지급 진단보험금으로 지급하고 이후 사망 시 보험가입금액의 60%를 사망보험금으로 지급합니다.
- 본 안내자료는 보험약관의 전체내용을 요약한 것이므로 보다 상세한 내용은 보험계약 체결 전에 반드시 보험약관 및 상품설명서를 확인하시기 바랍니다.

보험가입금액 1억원 이상 계약에 대해서 주계약 영업보험료 할인혜택을 제공합니다.

할인조건	할인금액
보험가입금액 1억원 미만	없음
보험가입금액 1억원 이상 ~ 1억 2,500만원 이하	주계약 영업보험료의 3.0%

- 이 보험의 1종은 “간편심사” 상품으로 유병력자 또는 연령제한 등 일반심사보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다.
- 1종(간편심사형)의 경우 유병력자 또는 연령제한 등 일반심사보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 하므로 2종(일반심사형) 대비 보험료가 할증됩니다. 의사의 건강검진을 받거나 일반심사를 할 경우 이 보험보다 보험료가 낮은 2종(일반심사형)에 가입할 수 있습니다.(다만, 일반심사보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며, 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다.)

주계약_1종(간편심사형), 2종(일반심사형)

구 분		지급사유		보장내용
1형 (6대질병보장형)	사망 보험금	보험기간 중 피보험자가 사망하였을 때	선지급 진단보험금 지급사유가 발생하지 않은 경우	보험가입금액의 100%
			선지급 진단보험금 지급사유가 발생한 경우	보험가입금액의 20% (다만, 계약일부터 1년미만에 유방암으로 선지급 진단보험금 지급사유 발생 후 사망한 경우 보험가입금액의 60%)
	선지급 진단보험금	피보험자가 보험기간 중 「암 보장개시일」 이후에 「암」으로 진단확정 받거나 보험기간 중 「암」 이외의 「6대질병」으로 진단확정 받았을 때(다만, 선지급 진단보험금은 「6대질병」 중 최초 사유발생1회에 한하여 지급)		보험가입금액의 80% (다만, 계약일부터 1년 미만에 유방암으로 선지급 진단보험금 지급사유가 발생한 경우 보험가입금액의 40%)
2형 (5대질병보장형)	사망 보험금	보험기간 중 피보험자가 사망하였을 때	선지급 진단보험금 지급사유가 발생하지 않은 경우	보험가입금액의 100%
			선지급 진단보험금 지급사유가 발생한 경우	보험가입금액의 20%
	선지급 진단보험금	피보험자가 보험기간 중 「5대질병」으로 진단확정 받았을 때(다만, 선지급 진단보험금은 「5대질병」 중 최초 사유발생 1회에 한하여 지급)		보험가입금액의 80%

- 「6대질병」이라 함은 약관에서 정의하는 「암」, 「뇌출혈」, 「급성심근경색증」, 「말기신부전증」, 「말기간질환」, 「말기만성폐질환」을 말합니다.
- 「5대질병」이라 함은 약관에서 정의하는 「뇌출혈」, 「급성심근경색증」, 「말기신부전증」, 「말기간질환」, 「말기만성폐질환」을 말합니다.
- 「암 보장개시일」은 계약일(부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.
- 보험기간 중 피보험자의 사망으로 인하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.
- 1종(간편심사형)에서는 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해를 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 때 또는 선지급 진단보험금 지급사유가 발생하였을 때에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- 2종(일반심사형)에서는 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 때 또는 선지급 진단보험금 지급사유가 발생하였을 때에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- 1형(6대질병보장형)은 계약일(부활(효력회복)일)부터 「암 보장개시일」 전일 이전에 「암」이 발생하였으나, 계약자가 계약의 취소를 선택하지 않은 때에는 계약일(부활(효력회복)일)부터 「암 보장개시일」 전일 이전에 진단 확정된 「암」이 동일하거나 다른 신체기관에 재발 또는 전이되어 「암」으로 선지급 진단보험금 지급사유가 발생한 경우라도 선지급 진단보험금을 지급하지 않으며, 보험료의 납입을 면제하지 않습니다. 다만, 청약일부터 「암 보장개시일」 전일 이전에 「암」으로 진단확정 받더라도 「암 보장개시일」 이후 5년이 지나는 동안 그 「암」으로 인하여 추가 진단(단순 건강검진 제외)을 받거나 치료를 받은 사실이 없을 경우에는, 「암 보장개시일」부터 5년이 지난 이후에는 보장하여 드립니다.
- 1형(6대질병보장형)은 「암 보장개시일」 이후에 「암」이 발생한 경우라도, 「암 보장개시일」 전일 이전에 발생한 「암」과 인과관계가 있는 경우에는 해당 사유로 인한 선지급 진단보험금을 지급하지 않으며, 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- 1형(6대질병보장형)의 약관 제4조(「암」, 「유방암」, 「전립선암」, 「갑상선암」, 「기타피부암」 및 「대장점막내암」의 정의 및 진단확정)에 따라 「암」의 정의에서 전립선암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암은 제외되므로, 전립선암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암이 발생하였을 때 선지급 진단보험금은 지급되지 않습니다.
- 한국표준질병·사인분류 지침서의 「사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침」에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류하여 약관에서 정하는 바에 따라 보장을 합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암(최초 발생한 암) 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

〈예시1〉 C73(갑상선의 악성 신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

〈예시2〉 C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

〈예시3〉 C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

- 고의적 사고 및 2년 이내 자살로 인한 사망 시에는 사망보험금이 지급되지 않습니다.

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

보험금 지급 기준

의무부가특약 1종(간편심사형)

기준 : 특약 보험가입금액 1,000만원

구 분		지급사유	보장내용
(무)간편가입 소액암진단특약 (갱신형) [GI종신보험부가용]	전립선암 진단급여금	“전립선암 보장개시일” 이후에 전립선암으로 진단이 확정되었을 때(다만, 최초 1회 진단확정에 한하여 지급)	200만원 (다만, 보험계약일부터 2년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 지급사유가 발생하였을 경우에는 50%를 지급)
	갑상선암 진단급여금	갑상선암으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회 진단확정에 한하여 지급)	100만원 (다만, 보험계약일부터 2년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 지급사유가 발생하였을 경우에는 50%를 지급)
	기타피부암 진단급여금	기타피부암으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회 진단확정에 한하여 지급)	100만원 (다만, 보험계약일부터 2년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 지급사유가 발생하였을 경우에는 50%를 지급)
	대장점막내암 진단급여금	대장점막내암으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회 진단확정에 한하여 지급)	100만원 (다만, 보험계약일부터 2년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 지급사유가 발생하였을 경우에는 50%를 지급)
	제자리암 진단급여금	제자리암으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회 진단확정에 한하여 지급)	100만원 (다만, 보험계약일부터 2년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 지급사유가 발생하였을 경우에는 50%를 지급)
	경계성종양 진단급여금	경계성종양으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회 진단확정에 한하여 지급)	100만원 (다만, 보험계약일부터 2년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 지급사유가 발생하였을 경우에는 50%를 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.
- (무)간편가입소액암진단특약(갱신형)[GI종신보험부가용]은 주계약 1종(간편심사형) 1형(6대질병보장형)의 의무부가특약입니다.
- (무)간편가입소액암진단특약(갱신형)[GI종신보험부가용]의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 특약을 갱신할 때 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.
- 피보험자가 이 특약의 보험료 납입기간 중 “전립선암 보장개시일” 이후에 암(전립선암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)으로 진단이 확정되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입에 한하여 면제합니다. 그러나 전립선암, 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단이 확정되었을 경우에는 보험료 납입을 면제하지 않습니다.
- 상기 보험금 지급기준표의 내용 중 계약체결 후 2년 미만의 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우에는 적용하지 않습니다.
- 위 특약의 약관 제3조(“암”, “전립선암”, “갑상선암”, “기타피부암” 및 “대장점막내암”의 정의 및 진단확정) 제2항에서 정한 전립선암 보장에 대한 보장개시일은 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우에는 부활(효력회복)일로부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.
- 전립선암, 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암, 경계성종양에 대한 각각의 진단급여금은 갱신된 보험기간별로 최초 1회에 한하여 지급합니다.
- 위 특약의 약관 제3조(“암”, “전립선암”, “갑상선암”, “기타피부암” 및 “대장점막내암”의 정의 및 진단확정) 제5항에서 정한 대장점막내암으로 보험금 지급사유 발생 시 대장점막내암에 해당하는 진단급여금을 지급하고 제자리암에 해당하는 진단급여금은 지급되지 않습니다.

선택특약 1종(간편심사형)

기준 : 특약 보험가입금액 1,000만원

구 분		지급사유	보장내용
(무)간편가입 일반암진단특약Ⅲ (갱신형)	암진단급여금	암보장개시일 이후에 암(유방암, 전립선암, 중증 이외의 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회에 한함)	1,000만원(다만, 보험계약일부터 2년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 지급사유가 발생하였을 경우에는 상기금액의 50%를 지급)
(무)간편가입 소액암진단 특약Ⅲ(갱신형)	유방암 진단급여금	“유방암 및 전립선암 보장개시일” 이후에 유방암으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회 진단확정에 한하여 지급)	200만원(다만, 보험계약일부터 2년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 지급사유가 발생하였을 경우에는 상기금액의 50%를 지급)
	전립선암 진단급여금	“유방암 및 전립선암 보장개시일” 이후에 전립선암으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회 진단확정에 한하여 지급)	200만원(다만, 보험계약일부터 2년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 지급사유가 발생하였을 경우에는 상기금액의 50%를 지급)
	중증 이외의 갑상선암 진단급여금	중증 이외의 갑상선암으로 진단이 확정되었을 때(다만, 최초 1회 진단확정에 한하여 지급)	100만원(다만, 보험계약일부터 2년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 지급사유가 발생하였을 경우에는 상기금액의 50%를 지급)
	기타피부암 진단급여금	기타피부암으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회 진단확정에 한하여 지급)	100만원(다만, 보험계약일부터 2년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 지급사유가 발생하였을 경우에는 상기금액의 50%를 지급)
	대장점막내암 진단급여금	대장점막내암으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회 진단확정에 한하여 지급)	100만원(다만, 보험계약일부터 2년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 지급사유가 발생하였을 경우에는 상기금액의 50%를 지급)
	제자리암 진단급여금	제자리암으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회 진단확정에 한하여 지급)	100만원(다만, 보험계약일부터 2년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 지급사유가 발생하였을 경우에는 상기금액의 50%를 지급)
	경계성종양 진단급여금	경계성종양으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회 진단확정에 한하여 지급)	100만원(다만, 보험계약일부터 2년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 지급사유가 발생하였을 경우에는 상기금액의 50%를 지급)
(무)간편가입 말기신부전증 진단특약(갱신형)	말기신부전증 진단급여금	말기신부전증으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회 진단확정에 한하여 지급)	1,000만원(다만, 보험계약일부터 2년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 지급사유가 발생하였을 경우에는 상기금액의 50%를 지급)
(무)간편가입급성 심근경색증진단 특약Ⅱ(갱신형)	급성심근경색증 진단급여금	급성심근경색증으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회 진단확정에 한하여 지급)	1,000만원(다만, 보험계약일부터 2년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 지급사유가 발생하였을 경우에는 상기금액의 50%를 지급)
(무)간편가입 뇌출혈진단 특약Ⅱ(갱신형)	뇌출혈 진단급여금	뇌출혈로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회 진단확정에 한하여 지급)	1,000만원(다만, 보험계약일부터 2년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 지급사유가 발생하였을 경우에는 상기금액의 50%를 지급)
(무)간편가입 뇌출혈 및 뇌경색증 진단특약(갱신형)	뇌출혈 및 뇌경색증 진단급여금	“뇌출혈 및 뇌경색증”으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회 진단확정에 한하여 지급)	1,000만원(다만, 보험계약일부터 2년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 지급사유가 발생하였을 경우에는 상기금액의 50%를 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.
- 상기 보험금 지급기준표에서 “암”에 대한 정의는 주계약 및 각 특약별로 상이하니 반드시 보험약관을 통해 확인하시기 바랍니다.
- 상기 보험금 지급기준표의 내용 중 계약체결 후 2년 미만의 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우에는 적용하지 않습니다.
- (무)간편가입소액암진단특약Ⅲ(갱신형)의 경우 유방암, 전립선암, 중증 이외의 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암, 경계성종양에 대한 각각의 진단급여금은 갱신된 보험기간별로 최초 1회에 한하여 지급합니다.
- (무)간편가입뇌출혈 및 뇌경색증진단특약(갱신형)에서 “뇌출혈 및 뇌경색증”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 보험약관 별표2 “뇌출혈 및 뇌경색증 분류표”에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 외상성 두개내출혈, 혈관성 치매 및 ‘과거 무증상성 열공성 뇌경색증’으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.
- (무)간편가입일반암진단특약Ⅲ(갱신형), (무)간편가입소액암진단특약Ⅲ(갱신형)에서 암에 대한 보장개시일은 ‘암’, ‘유방암’ 및 ‘전립선암’ 보장에 대한 보장개시일을 말하며, 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우에는 부활(효력회복)일부부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음날부터 입니다.
- 본 안내자료는 보험약관의 전체내용을 요약한 것이므로 보다 상세한 내용은 보험계약 체결 전에 반드시 보험약관 및 상품설명서를 확인하시기 바랍니다.

보험금 지급 기준

선택특약 1종(간편심사형)

기준 : 특약 보험가입금액 1,000만원

구 분		지급사유	보장내용
(무)간편가입 말기간질환진단 특약(갱신형)	말기간질환 진단급여금	말기간질환으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회 진단확정에 한하여 지급)	1,000만원(다만, 보험계약일로부터 2년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 지급사유가 발생하였을 경우에는 상지금액의 50%를 지급)
(무)간편가입 암수술보장 특약Ⅱ (갱신형)	암수술급여금	암보장개시일 이후에 암으로 진단이 확정되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 보험기간 중 수술을 받았을 때(수술 1회당)	100만원(다만, 최초 계약의 계약일로부터 1년 미만에 지급 사유가 발생하였을 경우 50%지급)
	갑상선암 수술급여금	갑상선암으로 진단이 확정되고 그 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 보험기간 중 수술을 받았을 때(수술1회당)	30만원(다만, 최초 계약의 계약일로부터 1년 미만에 지급 사유가 발생하였을 경우 50%지급)
	기타피부암 수술급여금	기타피부암으로 진단이 확정되고 그 기타피부암의 직접적인 치료를 목적으로 보험기간 중 수술을 받았을 때(수술1회당)	30만원(다만, 최초 계약의 계약일로부터 1년 미만에 지급 사유가 발생하였을 경우 50%지급)
	제자리암 수술급여금	제자리암으로 진단이 확정되고 그 제자리암의 직접적인 치료를 목적으로 보험기간 중 수술을 받았을 때(수술1회당)	30만원(다만, 최초 계약의 계약일로부터 1년 미만에 지급 사유가 발생하였을 경우 50%지급)
	경계성종양 수술급여금	경계성종양으로 진단이 확정되고 그 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 보험기간 중 수술을 받았을 때(수술1회당)	30만원(다만, 최초 계약의 계약일로부터 1년 미만에 지급 사유가 발생하였을 경우 50%지급)
(무)간편가입 수술보장 특약Ⅱ (갱신형)	수술급여금	수술을 받았을 때(수술 1회당)	1종 수술 : 10만원 2종 수술 : 30만원 3종 수술 : 50만원 4종 수술 : 100만원 5종 수술 : 300만원 (다만, 최초 계약의 계약일로부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생하였을 경우 50%지급)
(무)간편가입 3대중기이상질병 보장특약Ⅱ (갱신형)	3대중기이상 질병보험금	“3대중기이상질병”으로 진단확정 받았을 경우 (다만, “중기이상 만성신부전증”, “중기이상 만성간질환”, “중기이상 만성폐질환” 중 최초로 발생한 질병 1회에 한하여 지급)	1,000만원(다만, 최초 계약의 계약일로부터 2년 미만에 지급 사유가 발생하였을 경우 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.
- 상기 보험금 지급기준표에서 “암”에 대한 정의는 주계약 및 각 특약별로 상이하니 반드시 보험약관을 통해 확인하시기 바랍니다.
- (무)간편가입암수술보장특약Ⅱ(갱신형) 보험약관 제3조(“암”, “갑상선암” 및 “기타피부암”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “암”(갑상선암 및 기타피부암 제외) 보장에 대한 보장개시일은 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우에는 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.
- (무)간편가입암수술보장특약Ⅱ(갱신형)에서 항암약물치료 및 항암방사선치료는 수술급여금이 지급되지 않습니다.
- 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류하여 약관에서 정하는 바에 따라 보장을 합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암(최초 발생한 암) 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
〈예시1〉 C73(갑상선의 악성 신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
〈예시2〉 C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
〈예시3〉 C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

선택특약 1종(간편심사형)

기준 : 특약 보험가입금액 1,000만원

구 분	지급사유	보장내용
(무)간편가입 암직접치료 입원보장특약Ⅲ (갱신형)	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(120일 한도)	3일초과 입원일수 1일당 암 5만원 갑상선암,기타피부암, 제자리암, 경계성종양 2만원 (다만, 최초계약의 계약일로부터 1년 미만에 입원시 50% 지급)

- 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)간편가입암직접치료입원보장특약Ⅲ(갱신형)보험약관에서 정한 “암”(갑상선암 및 기타피부암 제외) 보장에 대한 보장개시일은 최초계약의 경우 계약일로부터 계약일을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우에는 부활(효력회복)일로부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.
- (무)간편가입암직접치료입원보장특약Ⅲ(갱신형)에서 보장대상이 되는 암직접치료입원급여금은 보험기간 중 발생한 입원에 한합니다.
- 보험금 지급사유 내용 중 계약체결 후 1년 미만의 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우에는 적용하지 않습니다.
- 최초계약의 경우 보험계약일로부터 1년 미만에 암직접치료입원급여금의 지급사유가 발생하였다 할지라도 입원일이 계약일로부터 1년 이후까지 계속되었을 경우, 1년 미만의 기간에 대하여서는 입원일수 1일당 암직접치료입원급여금의 50%를 지급하며, 1년 이후의 기간에 대하여서는 입원일수 1일당 암직접치료입원급여금의 100%를 지급합니다.
- (무)간편가입암직접치료입원보장특약Ⅲ(갱신형)에서 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 치료
 그럼에도 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
- 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.
- (무)간편가입암직접치료입원보장특약Ⅲ(갱신형)의 암직접치료입원급여금 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다. 다만, 특약이 갱신되어 입원이 갱신 전후에 계속되는 경우에는 그 지급일수를 갱신 전후에 계속되는 총 입원일을 기준으로 1회 입원당 120일을 한도로 하여 계산합니다.
- (무)간편가입암직접치료입원보장특약Ⅲ(갱신형)의 암직접치료입원급여금의 경우 의료법 제3조(의료기관) 제2항 제3호 라목에서 규정된 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입원한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 이차성 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 악성 신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

〈예시2〉 C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

〈예시3〉 C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

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

보험금 지급 기준

선택특약 1종(간편심사형)

기준 : 특약 보험가입금액 1,000만원

구 분		지급사유	보장내용
(무)간편가입요양병원 암입원보장특약Ⅱ (갱신형)	요양병원암 입원급여금	보장개시일(암의 경우 암 보장개시일) 이후에 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및경계성종양으로 진단이 확정되고, 그 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양의 치료를 목적으로 보험기간 중 4일 이상 계속하여 요양병원에 입원하였을 때 (60일 한도)	3일 초과 입원일수 1일당 2만원 (다만, 최초계약의 계약일로부터 1년 미만 입원시 50% 지급)
(무)간편가입 입원특약Ⅱ(갱신형)	입원급여금	질병 또는 재해의 직접적인 치료를 목적으로 보험기간 중 4일 이상 계속하여 입원하였을 때(다만, 1회 입원당 120일 한도) (다만, 최초계약의 계약일로부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생하였을 경우에는 상기 금액의 50%를 지급)	3일초과 입원일수 1일당 1만원

- 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 주계약 및 각 특약별로 상이하니 반드시 보험약관을 통해 확인하시기 바랍니다.
- (무)간편가입요양병원암입원보장특약Ⅱ (갱신형)보험약관에서 정한 “암”(갑상선암 및 기타피부암 제외) 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)간편가입요양병원암입원보장특약Ⅱ (갱신형) 및 (무)간편가입입원특약Ⅱ (갱신형)에서 보장대상이 되는 입원급여금은 보험기간 중 발생한 입원에 한합니다.
- 보험금 지급사유 내용 중 계약체결 후 1년 미만의 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우에는 적용하지 않습니다.
- (무)간편가입요양병원암입원보장특약Ⅱ (갱신형)은 최초계약의 경우 보험계약일부터 1년 미만 요양병원암입원급여금의 지급사유가 발생하였다 할지라도 입원일이 계약일부터 1년 이후까지 계속되었을 경우, 1년 미만의 기간에 대하여서는 입원일수 1일당 요양병원암입원급여금의 50%를 지급하며, 1년 이후의 기간에 대하여서는 입원일수 1일당 요양병원암입원급여금의 100%를 지급합니다.
- (무)간편가입요양병원암입원보장특약Ⅱ (갱신형)은 (무)간편가입암직접치료입원보장특약Ⅲ(갱신형) 부가 시에만 가입 가능하며, 보험가입금액은 (무)간편가입암직접치료입원보장특약Ⅲ(갱신형)의 보험가입금액 이내로 하고, 보험기간은 동일하게 가입하여야 합니다.
- (무)간편가입요양병원암입원보장특약Ⅱ (갱신형)의 요양병원암입원급여금 지급일수는 1회 입원당 60일을 한도로 합니다. 다만, 특약이 갱신되어 입원이 갱신 전후에 계속되는 경우에는 그 지급일수를 갱신 전후에 계속되는 총 입원일을 기준으로 1회 입원당 60일을 한도로 하여 계산합니다.
- (무)간편가입요양병원암입원보장특약Ⅱ (갱신형)에서 동일한 질병으로 인한 요양병원암입원급여금의 경우, 최초계약의 보장개시일(다만, 요양병원 암입원급여금의 경우에는 암보장개시일)부터 지급된 요양병원암입원급여금의 누적 총 지급일수가 365일을 초과할 때에는 365일을 초과한 날 이후부터 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지 동일한 질병으로 인한 요양병원암입원급여금은 지급되지 않습니다. 다만, 동일한 질병이 완치된 이후에 해당 질병을 다시 진단받는 경우에는 동일한 질병으로 보지 않습니다.
- (무)간편가입입원특약Ⅱ (갱신형)은 재해 이외의 원인으로 인한 입원급여금은 최초 입원일이 계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 발생하였다 할지라도 입원일이 계약일부터 1년 이후까지 계속되었을 경우, 1년 미만의 기간에 대하여서는 입원일수 1일당 입원급여금의 50%을 지급하며, 1년 이후의 기간에 대하여서는 입원일수 1일당 입원급여금의 100%을 지급합니다.

선택특약 2종(일반심사형)

기준 : 특약 보험가입금액 1,000만원

구 분		지급사유	보장내용
(무)소액질병 추가보장특약	진단급여금	소액치료비 관련 암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단이 확정되었을 때(각각 최초 1회의 진단 확정에 한하여 지급)	경계성종양 300만원 소액치료비관련암, 제자리암 100만원
	수술급여금	조혈모세포이식수술, 관상동맥(심장동맥)성형술(PTCA)을 받았을 때 또는 양성뇌종양으로 수술을 받았을 때(각각 최초 1회에 한하여 지급. 다만, "양성뇌종양"으로 인한 수술은 매 수술 시 지급)	조혈모세포이식수술 1,000만원 양성뇌종양수술 300만원 관상동맥(심장동맥)성형술(PTCA) 100만원
(무)3대 중기이상 질병보장특약	3대중기이상 질병보험금	"3대중기이상질병"으로 진단확정 받았을 경우(다만, "중기이상 만성간질환", "중기이상 만성폐질환", "중기이상 만성신부전증" 중 최초로 발생한 질병 1회에 한하여 지급)	경과기간 1년 미만 : 500만원 경과기간 1년 이상 : 1,000만원
(무)3대중증 질병보장특약	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 혈전용해 치료보험금	"급성뇌경색증"으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 "혈전용해치료"를 받았을 경우 (다만, 최초 1회에 한함)	경과기간 1년 미만 : 100만원 경과기간 1년 이상 : 200만원
	급성심근 경색증 II 혈전용해 치료보험금	"급성심근경색증 II"으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 "혈전용해치료"를 받았을 경우 (다만, 최초 1회에 한함)	
(무)뇌출혈진단특약		뇌출혈로 진단이 확정되었을 때 (최초 1회의 진단확정에 한함)	경과기간 1년 미만 : 500만원 경과기간 1년 이상 : 1,000만원
(무)급성심근경색증진단특약		급성심근경색증으로 진단이 확정되었을 때 (최초 1회의 진단확정에 한함)	
(무)말기신부전증진단특약		말기신부전증으로 진단이 확정되었을 때(최초 1회에 한함)	
(무)말기간질환진단특약		말기간질환으로 진단이 확정되었을 때(최초 1회에 한함)	
(무)뇌출혈 및 뇌경색증진단 특약(갱신형)	뇌출혈 및 뇌경색증 진단급여금	"뇌출혈 및 뇌경색증"으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회에 진단확정에 한하여 지급)	1,000만원 (다만, 보험계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 지급사유가 발생하였을 경우에는 상기금액의 50%를 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.
- 상기 보험금 지급기준표에서 "암"에 대한 정의는 주계약 및 각 특약별로 상이하니 반드시 보험약관을 통해 확인하시기 바랍니다
- (무)소액질병추가보장특약은 주계약 2종(일반심사형) 1형(6대질병보장형)의 의무부가특약입니다.
- (무)뇌출혈 및 뇌경색증진단특약(갱신형)에서 "뇌출혈 및 뇌경색증"이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 보험약관 별표2 "뇌출혈 및 뇌경색증 분류표"에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 외상성 두개내출혈, 혈관성 치매 및 과거 무증상성 열공성 뇌경색증으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.
- 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 2종(일반심사형)

기준 : 특약 보험가입금액 1,000만원

구 분		지급사유	보장내용
(무)신입원특약Ⅳ(갱신형)		질병 또는 재해의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중 1일 이상 계속 입원하였을 때(1회 입원당 120일 한도)	입원일수 1일당 1만원
(무)입원보장특약		질병 또는 재해의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중 4일 이상 계속 입원하였을 때(1회 입원당 120일 한도)	3일 초과 입원일수 1일당 1만원
(무)수술보장특약Ⅲ(갱신형) (무)수술보장특약		수술을 받았을 때(수술 1회당)	5종 300만원 4종 100만원 3종 50만 2종 30만원 1종 10만원
(무)응급실내원특약Ⅲ(갱신형)		“응급환자”로 응급실에 내원하여 진료를 받았을 때 (내원 1회당)	4만원
(무)단계별로 더받는 입원특약Ⅱ (갱신형)	입원급여금	질병 또는 재해의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중 1일 이상 계속하여 입원하였을 때(1회 입원당 120일 한도)	입원 1일당 1만원
	종합병원 입원급여금	질병 또는 재해의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중 1일이상 계속하여 종합병원에 입원하였을 때(1회 입원당 120일 한도)	입원 1일당 1만원 (‘종합병원 입원급여금’을 지급할 때 ‘입원급여금’도 동시에 지급. 다만, 1회 입원당 한도는 급부별 적용)
	상급종합병원 입원급여금	질병 또는 재해의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중 1일이상 계속하여 상급종합병원에 입원하였을 때 (1회 입원당 120일 한도)	입원 1일당 3만원 (‘상급종합병원 입원급여금’을 지급할 때 ‘종합병원 입원급여금’과 ‘입원급여금’도 동시에 지급. 다만, 1회 입원당 한도는 급부별 적용)

- 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 보험약관을 확인하시기 바랍니다.
- (무)신입원특약Ⅳ(갱신형), (무)입원보장특약, (무)단계별로더받는입원특약Ⅱ (갱신형)에서 보장되는 입원급여금은 보험기간 중 발생한 입원에 한합니다.

선택특약 2종(일반심사형)

기준 : 특약 보험가입금액 1,000만원

구 분	지급사유	보장내용
(무)암직접치료입원 보장특약Ⅲ(갱신형) (무)암직접치료입원 보장특약	보장개시일(암의 경우 암 보장개시일) 이후에 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양의 진단이 확정되고, 그 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 보험기간 중 4일 이상 계속하여 입원하였을 때 (1회 입원당 120일 한도, 3일초과 입원일수 1일당)	암 5만원 경계성종양, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 2만원
(무)요양병원암입원 보장특약Ⅱ(갱신형) (무)요양병원암입원 보장특약	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 (1회 입원당 60일 한도, 3일초과 입원일수 1일당)	암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양 2만원
(무)암진단특약Ⅶ(갱신형) (무)암진단특약	암 보장개시일 이후에 암, 유방암, 전립선암으로 진단이 확정되거나 보험기간 중 증중 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, 증중 이외의 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 100만원
(무)암수술보장특약Ⅳ (갱신형) (무)암수술보장특약	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
	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

- 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 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 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날부터, 갱신계약의 경우 갱신일부터 입니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우에는 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음날부터 입니다.
- (무)암진단특약, (무)암직접치료입원보장특약, (무)요양병원암입원보장특약, (무)암수술보장특약에서 암에 대한 보장개시일은 “암”, “유방암” 및 “전립선암” 보장에 대한 보장개시일을 말하며, 계약일(부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날부터 입니다.
- (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 총 입원일을 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.
 - 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

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

보험금 지급 기준

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 치료
- 그럼에도 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 치료로써 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)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, 중증 이외의 갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양, 대장점막내암의 경우에는 최초 1회 진단시 해당급부를 지급한 후 갱신되면 다시 갱신 계약기간 3년 동안 각각 최초 1회씩 보장합니다.
 - (무)암진단특약Ⅶ(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 보험약관을 확인하시기 바랍니다.
 - 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류하여 약관에서 정하는 바에 따라 보장을 합니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암(최초 발생한 암) 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.
〈예시1〉 C73(갑상선의 악성 신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
〈예시2〉 C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
〈예시3〉 C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
 - (무)암직접치료입원보장특약Ⅲ(갱신형) 및 (무)암직접치료입원보장특약의 암직접치료입원급여금은 의료법 제3조(의료기관) 제2항 제3호 라목에서 규정된 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입원한 경우에는 지급하지 않습니다.
 - (무)암직접치료입원보장특약 및 (무)암직접치료입원보장특약Ⅲ(갱신형), (무)요양병원암입원보장특약 및 (무)요양병원암입원보장특약Ⅱ(갱신형)에서 보장대상이 되는 입원급여금은 보험기간 중 발생한 입원에 한합니다.

선택특약 2종(일반심사형)

기준 : 특약 보험가입금액 각 1,000만원

구 분		지급사유	보장내용
(무)장해80%이상중신보장특약		장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 80% 이상인 장해상태가 되었을 때	1,000만원
(무)재해사망보장특약 II		재해로 사망하였을 때	1,000만원
(무)재해장해보장특약		보험기간 중 발생한 재해로 장해분류표 중 3% 이상 100% 이하에 해당하는 장해상태가 되었을 때	1,000만원 × 해당 장해지급률 (보험약관 참조)
(무)재해장해연금 금특약	재해장해 연금 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
	재해장해 연금 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 II의 지급사유가 발생한 경우에는 재해장해연금 II에서 이미 지급받은 보험금을 뺀 차액을 지급)
(무)특정재해 보장특약	외모특정상해 수술급여금	보험기간 중 발생한 외모특정상해를 직접적인 원인으로 그 치료를 목적으로 수술을 받았을 경우 ※ 외모특정상해:재해를 원인으로 얼굴 및 머리, 목의 상해	수술 1회당 50만원
	골절치료비	보험기간 중 재해가 발생하고 그 재해를 직접적인 원인으로 골절로 진단이 확정되었을 경우 (다만, 치아파절 제외)	진단 1회당 20만원
(무)신교통재해 보장특약	교통재해 사망보험금	교통재해를 직접적인 원인으로 사망하였을 때	1,000만원
	뺑소니· 무보험차량 교통재해 사망보험금	뺑소니·무보험차량 교통재해를 직접적인 원인으로 사망하였을 때	2,000만원 (다만, “교통재해사망보험금”과 중복하여 지급하지 아니함)
	교통재해 장해급여금	교통재해로 장해분류표에서 정한 장해지급률 중 3% 이상 100% 이하에 해당하는 장해상태가 되었을 때	1,000만원 × 해당 장해지급률
(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)	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

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

보험료 예시표

주계약

남자

기준 : 주계약 보험가입금액 5,000만원, 10년납, 월납, 단위:원

구 분			해약환급금 일부지급형(50%)			기본형		
			30세	40세	50세	30세	40세	50세
(무) ABL GI종신보험 (해약환급금 일부지급형)2504	1종 (간편심사형)	1형(6대질병보장형)	224,000	276,500	345,000	238,500	294,000	365,000
		2형(5대질병보장형)	201,000	247,500	305,500	214,000	263,500	324,000
			30세	40세	50세	30세	40세	50세
	2종 (일반심사형)	1형(6대질병보장형)	197,000	243,000	302,000	210,000	258,500	320,500
		2형(5대질병보장형)	176,000	216,500	268,000	187,000	230,500	285,000

여자

기준 : 주계약 보험가입금액 5,000만원, 10년납, 월납, 단위:원

구 분			해약환급금 일부지급형(50%)			기본형		
			30세	40세	50세	30세	40세	50세
(무) ABL GI종신보험 (해약환급금 일부지급형)2504	1종 (간편심사형)	1형(6대질병보장형)	205,500	251,500	298,000	218,000	266,500	315,000
		2형(5대질병보장형)	169,500	207,500	254,500	180,500	221,000	271,000
			30세	40세	50세	30세	40세	50세
	2종 (일반심사형)	1형(6대질병보장형)	181,500	221,500	263,000	192,500	235,000	279,000
		2형(5대질병보장형)	151,500	185,500	228,000	160,500	197,500	243,000

선택 특약_의무부가특약

1종(간편심사형)_1형(6대질병보장형)

기준 : 특약 보험가입금액 1,000만원, 10년만기 전가입, 월납, 최초계약, 단위:원

구 분		해약환급금 일부지급형(50%)			기본형		
		30세	40세	50세	30세	40세	50세
(무)간편가입소액암진단특약(갱신형) [GI종신보험부가용]	남자	180	220	400	180	220	400
	여자	570	670	580	570	670	580

• 상기 예시는 최초 계약 가입 당시의 보험요율을 기준으로 하여 산출하였으므로, 갱신을 할 때 연령 증가, 적용요율의 변동에 따라 보험료가 인상될 수 있습니다.

2종(일반심사형)_1형(6대질병보장형)

기준 : 특약 보험가입금액 1,000만원, 종신만기, 20년납, 월납, 단위:원

구 분		해약환급금 일부지급형(50%)			기본형		
		30세	40세	50세	30세	40세	50세
(무)소액질병추가보장특약_종신형	남자	1,430	1,690	1,950	1,430	1,690	1,950
	여자	1,340	1,380	1,310	1,340	1,380	1,310

1종(간편심사형)_남자

기준 : 특약 보험가입금액 1,000만원, 10년만기 전기납, 월납, 최초계약, 단위:원

1형(6대질병보장형) 2형(5대질병보장형)						
구 분	해약환급금 일부지급형(50%)			기본형		
	30세	40세	50세	30세	40세	50세
(무)간편가입말기간질환진단특약(갱신형)	190	600	1,220	190	600	1,220
(무)간편가입말기신부전증진단특약(갱신형)	320	760	1,450	320	760	1,450
(무)간편가입3대중기이상질병보장특약Ⅱ(갱신형)	1,060	2,720	5,930	1,060	2,720	5,930
(무)간편가입입원특약Ⅱ(갱신형)	1,400	1,620	2,990	1,400	1,620	2,990
(무)간편가입수술보장특약Ⅱ(갱신형)	5,070	7,230	11,660	5,070	7,230	11,660
(무)간편가입급성심근경색증진단특약Ⅱ(갱신형)	360	1,060	2,040	360	1,060	2,040
(무)간편가입뇌출혈진단특약Ⅱ(갱신형)	370	780	1,220	370	780	1,220
(무)간편가입뇌출혈 및 뇌경색증진단특약(갱신형)	630	1,570	3,330	630	1,570	3,330
(무)간편가입일반암진단특약Ⅲ(갱신형)	1,790	3,920	9,570	1,790	3,920	9,570
(무)간편가입소액암진단특약Ⅲ(갱신형)	180	220	400	180	220	400
(무)간편가입암수술보장특약Ⅱ(갱신형)	270	630	1,560	270	630	1,560
(무)간편가입암직접치료입원보장특약Ⅲ(갱신형)	360	720	2,020	360	720	2,020
(무)간편가입요양병원암입원보장특약Ⅱ(갱신형)	40	70	160	40	70	160

1종(간편심사형)_여자

기준 : 특약 보험가입금액 1,000만원, 10년만기 전기납, 월납, 최초계약, 단위:원

1형(6대질병보장형) 2형(5대질병보장형)						
구 분	해약환급금 일부지급형(50%)			기본형		
	30세	40세	50세	30세	40세	50세
(무)간편가입말기간질환진단특약(갱신형)	80	120	140	80	120	140
(무)간편가입말기신부전증진단특약(갱신형)	210	460	860	210	460	860
(무)간편가입3대중기이상질병보장특약Ⅱ(갱신형)	840	1,680	3,370	840	1,680	3,370
(무)간편가입입원특약Ⅱ(갱신형)	1,350	2,050	4,540	1,350	2,050	4,540
(무)간편가입수술보장특약Ⅱ(갱신형)	5,950	8,590	13,480	5,950	8,590	13,480
(무)간편가입급성심근경색증진단특약Ⅱ(갱신형)	60	180	380	60	180	380
(무)간편가입뇌출혈진단특약Ⅱ(갱신형)	240	660	930	240	660	930
(무)간편가입뇌출혈 및 뇌경색증진단특약(갱신형)	440	1,060	1,860	440	1,060	1,860
(무)간편가입일반암진단특약Ⅲ(갱신형)	2,160	4,530	6,460	2,160	4,530	6,460
(무)간편가입소액암진단특약Ⅲ(갱신형)	870	1,520	1,350	870	1,520	1,350
(무)간편가입암수술보장특약Ⅱ(갱신형)	650	1,290	1,560	650	1,290	1,560
(무)간편가입암직접치료입원보장특약Ⅲ(갱신형)	540	1,290	2,270	540	1,290	2,270
(무)간편가입요양병원암입원보장특약Ⅱ(갱신형)	110	250	430	110	250	430

- 위 갱신형 특약은 10년 만기 갱신형으로 운영합니다. 다만, 갱신일부터 사업방법서에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일이 10년 미만일 경우에는 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 종료일까지를 특약의 보험기간으로 합니다.
- 상기 예시는 최초 계약 가입 당시의 보험요율을 기준으로 하여 산출하였으므로, 갱신을 할 때 연령 증가, 적용 요율의 변동에 따라 보험료가 인상될 수 있습니다.
- 피보험자 가입나이, 가입년도 등 계약인수 관련사항은 회사가 별도로 정한 기준에 따라 제한될 수 있습니다.

보험료 예시표

2종(일반심사형)_남자

기준 : 보험가입금액 1,000만원, 70세만기, 10년납 (다만, (무)장해80%이상종신보장특약은 종신만기, 10년납 / (무)응급실내원특약Ⅲ(갱신형), (무)뇌출혈 및 뇌경색증진단특약(갱신형) 외
갱신형 특약은 3년만기 전기납 최초계약시 / (무)응급실내원특약Ⅲ(갱신형), (무)뇌출혈 및 뇌경색증진단특약(갱신형)은 가입금액 1,000만원, 10년만기 전기납 최초계약시 /
(무)3대중증질병보장특약 (무)3대중기이상질병보장특약은 종신만기, 70세납 / (무)혈전용해치료보장특약은 100세만기, 10년납 / (무)등급별골절 및 갑스특약은 80세만기, 10년납, 단위:원

1형(6대질병보장형) 2형(5대질병보장형)						
구 분	해약환급금 일부지급형(50%)			기본형		
	30세	40세	50세	30세	40세	50세
(무)단계별로더받는입원특약Ⅱ(갱신형)	2,000	2,200	3,300	2,000	2,200	3,300
(무)뇌출혈 및 뇌경색증진단특약(갱신형)	340	830	1,740	340	830	1,740
(무)수술보장특약Ⅲ(갱신형)	2,000	3,100	4,500	2,000	3,100	4,500
(무)신입원특약Ⅳ(갱신형)	1,200	1,300	1,900	1,200	1,300	1,900
(무)암수술보장특약Ⅳ(갱신형)	260	550	1,130	260	550	1,130
(무)암진단특약Ⅷ(갱신형)	790	1,680	3,610	790	1,680	3,610
(무)암직접치료입원보장특약Ⅲ(갱신형)	140	270	700	140	270	700
(무)요양병원암입원보장특약Ⅱ(갱신형)	10	30	60	10	30	60
(무)응급실내원특약Ⅲ(갱신형)	530	560	690	530	560	690
(무)3대중기이상질병보장특약	5,230	7,890	12,830	5,230	7,890	12,830
(무)3대중증질병보장특약	13,910	21,070	35,500	13,910	21,070	35,500
(무)혈전용해치료보장특약	160	200	240	160	200	240
(무)장해80%이상종신보장특약	6,800	8,780	11,440	6,800	8,780	11,440
(무)재해장해보장특약	900	870	810	900	870	810
(무)특정재해보장특약	2,100	1,700	1,400	2,100	1,700	1,400
(무)등급별골절 및 갑스특약	3,550	3,320	3,040	3,550	3,320	3,040
(무)신교통재해보장특약	590	590	560	590	590	560
(무)재해사망보장특약Ⅱ	660	700	690	660	700	690
(무)재해장해연금특약	780	830	870	780	830	870
(무)뇌출혈진단특약	1,310	1,420	1,290	1,310	1,420	1,290
(무)급성심근경색증진단특약	2,240	2,620	2,600	2,240	2,620	2,600
(무)말기신부전증진단특약	1,630	1,890	1,900	1,630	1,890	1,900
(무)말기간질환진단특약	1,170	1,380	1,350	1,170	1,380	1,350
(무)암진단특약	11,700	13,620	14,660	11,700	13,620	14,660
(무)암수술보장특약	3,390	3,960	4,280	3,390	3,960	4,280
(무)수술보장특약	12,000	12,400	11,800	12,000	12,400	11,800
(무)입원보장특약	3,400	3,500	3,600	3,400	3,500	3,600
(무)암직접치료입원보장특약	2,350	2,780	3,120	2,350	2,780	3,120
(무)요양병원암입원보장특약	220	250	280	220	250	280

- 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.
- 피보험자 가입나이, 가입한도 등 계약인수 관련사항은 회사가 별도로 정한 기준에 따라 제한될 수 있습니다.

2종(일반심사형)_여자

기준: 보험가입금액 1,000만원, 70세만기, 10년납 (다만, (무)장해80%이상중신보장특약은 종신만기, 10년납 / (무)응급실내원특약Ⅲ(갱신형), (무)뇌출혈 및 뇌경색증진단특약(갱신형) 외
갱신형 특약은 3년만기 전가납 최초계약시 / (무)응급실내원특약Ⅲ(갱신형), (무)뇌출혈 및 뇌경색증진단특약(갱신형)은 가입금액 1,000만원, 10년만기 전가납 최초계약시 /
(무)3대중증질병보장특약 (무)3대중기이상질병보장특약은 종신만기, 70세납 / (무)혈전용해치료보장특약은 100세만기, 10년납 / (무)등급별골절 및 갑스특약은 80세만기, 10년납, 단위: 원

1형(6대질병보장형) 2형(5대질병보장형)						
구 분	해약환급금 일부지급형(50%)			기본형		
	30세	40세	50세	30세	40세	50세
(무)단계별로더받는입원특약Ⅱ(갱신형)	2,300	2,300	4,200	2,300	2,300	4,200
(무)뇌출혈 및 뇌경색증진단특약(갱신형)	240	520	960	240	520	960
(무)수술보장특약Ⅲ(갱신형)	2,500	3,700	5,800	2,500	3,700	5,800
(무)신입원특약Ⅳ(갱신형)	1,500	1,400	2,500	1,500	1,400	2,500
(무)암수술보장특약Ⅳ(갱신형)	500	1,310	1,810	500	1,310	1,810
(무)암진단특약Ⅷ(갱신형)	1,150	2,710	3,840	1,150	2,710	3,840
(무)암직접치료입원보장특약Ⅲ(갱신형)	180	520	1,100	180	520	1,100
(무)요양병원암입원보장특약Ⅱ(갱신형)	30	100	210	30	100	210
(무)응급실내원특약Ⅲ(갱신형)	600	530	590	600	530	590
(무)3대중기이상질병보장특약	3,340	4,930	7,910	3,340	4,930	7,910
(무)3대중증질병보장특약	11,900	17,990	30,370	11,900	17,990	30,370
(무)혈전용해치료보장특약	120	160	200	120	160	200
(무)장해80%이상중신보장특약	4,860	6,260	8,080	4,860	6,260	8,080
(무)재해장해보장특약	590	640	670	590	640	670
(무)특정재해보장특약	2,000	2,100	2,000	2,000	2,100	2,000
(무)등급별골절 및 갑스특약	4,520	4,830	5,150	4,520	4,830	5,150
(무)신교통재해보장특약	240	260	280	240	260	280
(무)재해사망보장특약Ⅱ	180	180	180	180	180	180
(무)재해장해연금특약	230	260	290	230	260	290
(무)뇌출혈진단특약	1,060	1,180	1,080	1,060	1,180	1,080
(무)급성심근경색증진단특약	380	450	490	380	450	490
(무)말기신부전증진단특약	970	1,100	1,090	970	1,100	1,090
(무)말기간질환진단특약	200	200	170	200	200	170
(무)암진단특약	10,710	11,300	9,570	10,710	11,300	9,570
(무)암수술보장특약	4,150	4,360	3,560	4,150	4,360	3,560
(무)수술보장특약	13,900	14,100	12,700	13,900	14,100	12,700
(무)입원보장특약	4,100	4,500	4,600	4,100	4,500	4,600
(무)암직접치료입원보장특약	2,450	2,740	2,500	2,450	2,740	2,500
(무)요양병원암입원보장특약	470	530	480	470	530	480

- 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.
- 피보험자 가입나이, 가입한도 등 계약인수 관련사항은 회사가 별도로 정한 기준에 따라 제한될 수 있습니다.

해약환급금 예시표

주계약

1종(간편심사형)

기준 : 주계약 보험가입금액 5,000만원, 40세, 20년납, 월납, 특약 제외, 단위:원

1형(6대질병보장형)												
경과 기간	해약환급금 일부지급형(50%)						기본형					
	남자			여자			남자			여자		
	납입보험료	해약환급금	환급률	납입보험료	해약환급금	환급률	납입보험료	해약환급금	환급률	납입보험료	해약환급금	환급률
1년	2,016,000	0	0.0%	1,836,000	0	0.0%	2,112,000	0	0.0%	1,902,000	0	0.0%
2년	4,032,000	692,250	17.2%	3,672,000	565,500	15.4%	4,224,000	1,384,500	32.8%	3,804,000	1,131,000	29.7%
3년	6,048,000	1,580,000	26.1%	5,508,000	1,331,750	24.2%	6,336,000	3,160,000	49.9%	5,706,000	2,663,500	46.7%
5년	10,080,000	3,392,500	33.7%	9,180,000	2,888,250	31.5%	10,560,000	6,785,000	64.3%	9,510,000	5,776,500	60.7%
10년	20,160,000	7,707,250	38.2%	18,360,000	6,566,000	35.8%	21,120,000	15,414,500	73.0%	19,020,000	13,132,000	69.0%
19년	38,304,000	16,100,250	42.0%	34,884,000	14,192,750	40.7%	40,128,000	32,200,500	80.2%	36,138,000	28,385,500	78.5%
20년	40,320,000	34,357,000	85.2%	36,720,000	30,370,500	82.7%	42,240,000	34,357,000	81.3%	38,040,000	30,370,500	79.8%
30년	40,320,000	39,054,000	96.9%	36,720,000	35,609,500	97.0%	42,240,000	39,054,000	92.5%	38,040,000	35,609,500	93.6%
50년	40,320,000	45,491,000	112.8%	36,720,000	44,636,000	121.6%	42,240,000	45,491,000	107.7%	38,040,000	44,636,000	117.3%
2형(5대질병보장형)												
경과 기간	해약환급금 일부지급형(50%)						기본형					
	남자			여자			남자			여자		
	납입보험료	해약환급금	환급률	납입보험료	해약환급금	환급률	납입보험료	해약환급금	환급률	납입보험료	해약환급금	환급률
1년	1,770,000	0	0.0%	1,464,000	0	0.0%	1,860,000	0	0.0%	1,536,000	0	0.0%
2년	3,540,000	638,500	18.0%	2,928,000	541,250	18.5%	3,720,000	1,277,000	34.3%	3,072,000	1,082,500	35.2%
3년	5,310,000	1,455,000	27.4%	4,392,000	1,246,750	28.4%	5,580,000	2,910,000	52.2%	4,608,000	2,493,500	54.1%
5년	8,850,000	3,125,250	35.3%	7,320,000	2,697,750	36.9%	9,300,000	6,250,500	67.2%	7,680,000	5,395,500	70.3%
10년	17,700,000	7,124,000	40.2%	14,640,000	6,218,000	42.5%	18,600,000	14,248,000	76.6%	15,360,000	12,436,000	81.0%
19년	33,630,000	14,988,750	44.6%	27,816,000	13,204,500	47.5%	35,340,000	29,977,500	84.8%	29,184,000	26,409,000	90.5%
20년	35,400,000	31,966,500	90.3%	29,280,000	28,165,500	96.2%	37,200,000	31,966,500	85.9%	30,720,000	28,165,500	91.7%
30년	35,400,000	37,196,000	105.1%	29,280,000	34,065,000	116.3%	37,200,000	37,196,000	100.0%	30,720,000	34,065,000	110.9%
50년	35,400,000	44,939,500	126.9%	29,280,000	44,300,500	151.3%	37,200,000	44,939,500	120.8%	30,720,000	44,300,500	144.2%

- 상기 예시금액은 주계약 기준이며, 특약 가입 시 총 납입보험료, 해약환급금 및 환급률은 달라집니다.
- 상기 1형(6대질병보장형)의 예시는 주계약 1종(간편심사형) 1형(6대질병보장형)에 의무부가되는 (무)간편가입소액암진단특약(갱신형)[GI종신보험부가용]이 반영되지 않은 값입니다.
- 상기 예시금액은 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.
- ‘해약환급금 일부지급형(50%)’ 계약이 보험료 납입기간 중 해지되는 경우(다만, 선지급 진단보험금 지급사유가 발생하지 않은 경우)에는 ‘기본형’ 해약환급금의 일부(50%)에 해당하는 금액이 해약환급금으로 지급됩니다. 다만, 보험료 납입기간이 완료된 이후 계약이 해지되는 경우에는 ‘기본형’의 해약환급금과 동일한 금액이 해약환급금으로 지급되고, 이때에도 납입한 보험료에서 경과된 기간의 위험보험료, 계약체결비용 및 계약관리비용(해약공제액 포함)등이 차감되므로 해약환급금은 납입보험료보다 적을 수 있습니다.
- 상기 예시된 해약환급금 및 환급률은 선지급 진단보험금 지급사유가 발생하지 않은 경우를 가정하여 산출한 금액으로 선지급 진단보험금 지급사유 발생 시 변경됩니다.

주계약

2종(일반심사형)

기준 : 주계약 보험가입금액 5,000만원, 40세, 20년납, 월납, 특약 제외, 단위:원

1형(6대질병보장형)												
경과 기간	해약환급금 일부지급형(50%)						기본형					
	남자			여자			남자			여자		
	납입보험료	해약환급금	환급률	납입보험료	해약환급금	환급률	납입보험료	해약환급금	환급률	납입보험료	해약환급금	환급률
1년	1,740,000	0	0.0%	1,596,000	0	0.0%	1,830,000	0	0.0%	1,662,000	0	0.0%
2년	3,480,000	639,500	18.4%	3,192,000	517,000	16.2%	3,660,000	1,279,000	34.9%	3,324,000	1,034,000	31.1%
3년	5,220,000	1,447,750	27.7%	4,788,000	1,214,500	25.4%	5,490,000	2,895,500	52.7%	4,986,000	2,429,000	48.7%
5년	8,700,000	3,102,250	35.7%	7,980,000	2,635,250	33.0%	9,150,000	6,204,500	67.8%	8,310,000	5,270,500	63.4%
10년	17,400,000	7,070,250	40.6%	15,960,000	6,010,000	37.7%	18,300,000	14,140,500	77.3%	16,620,000	12,020,000	72.3%
19년	33,060,000	14,731,250	44.6%	30,324,000	12,935,500	42.7%	34,770,000	29,462,500	84.7%	31,578,000	25,871,000	81.9%
20년	34,800,000	31,388,500	90.2%	31,920,000	27,644,500	86.6%	36,600,000	31,388,500	85.8%	33,240,000	27,644,500	83.2%
30년	34,800,000	36,283,000	104.3%	31,920,000	32,797,500	102.7%	36,600,000	36,283,000	99.1%	33,240,000	32,797,500	98.7%
50년	34,800,000	44,317,500	127.3%	31,920,000	43,194,500	135.3%	36,600,000	44,317,500	121.1%	33,240,000	43,194,500	129.9%

2형(5대질병보장형)												
경과 기간	해약환급금 일부지급형(50%)						기본형					
	남자			여자			남자			여자		
	납입보험료	해약환급금	환급률	납입보험료	해약환급금	환급률	납입보험료	해약환급금	환급률	납입보험료	해약환급금	환급률
1년	1,536,000	0	0.0%	1,302,000	0	0.0%	1,608,000	0	0.0%	1,368,000	0	0.0%
2년	3,072,000	578,000	18.8%	2,604,000	485,250	18.6%	3,216,000	1,156,000	35.9%	2,736,000	970,500	35.5%
3년	4,608,000	1,316,000	28.6%	3,906,000	1,127,000	28.9%	4,824,000	2,632,000	54.6%	4,104,000	2,254,000	54.9%
5년	7,680,000	2,829,000	36.8%	6,510,000	2,447,250	37.6%	8,040,000	5,658,000	70.4%	6,840,000	4,894,500	71.6%
10년	15,360,000	6,468,750	42.1%	13,020,000	5,652,500	43.4%	16,080,000	12,937,500	80.5%	13,680,000	11,305,000	82.6%
19년	29,184,000	13,573,500	46.5%	24,738,000	12,001,750	48.5%	30,552,000	27,147,000	88.9%	25,992,000	24,003,500	92.3%
20년	30,720,000	28,921,500	94.1%	26,040,000	25,591,500	98.3%	32,160,000	28,921,500	89.9%	27,360,000	25,591,500	93.5%
30년	30,720,000	34,251,500	111.5%	26,040,000	31,289,500	120.2%	32,160,000	34,251,500	106.5%	27,360,000	31,289,500	114.4%
50년	30,720,000	43,752,000	142.4%	26,040,000	42,856,500	164.6%	32,160,000	43,752,000	136.0%	27,360,000	42,856,500	156.6%

- 상기 예시금액은 주계약 기준이며, 특약 가입 시 총 납입보험료, 해약환급금 및 환급률은 달라집니다.
- 상기 1형(6대질병보장형)의 예시는 주계약 2종(일반심사형) 1형(6대질병보장형)에 의무부가되는 (무)소액질병추가보장특약이 반영되지 않은 값입니다.
- 상기 예시금액은 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.
- '해약환급금 일부지급형(50%)' 계약이 보험료 납입기간 중 해지되는 경우(다만, 선지급 진단보험금 지급사유가 발생하지 않은 경우)에는 '기본형' 해약환급금의 일부(50%)에 해당하는 금액이 해약환급금으로 지급됩니다. 다만, 보험료 납입기간이 완료된 이후 계약이 해지되는 경우에는 '기본형'의 해약환급금과 동일한 금액이 해약환급금으로 지급되고, 이때에도 납입한 보험료에서 경과된 기간의 위험보험료, 계약체결비용 및 계약관리비용(해약공제액 포함)등이 차감되므로 해약환급금은 납입보험료보다 적을 수 있습니다.
- 상기 예시된 해약환급금 및 환급률은 선지급 진단보험금 지급사유가 발생하지 않은 경우를 가정하여 산출한 금액으로 선지급 진단보험금 지급사유 발생 시 변경됩니다.

가입 시 유의사항

간편심사에 관한 사항

- 1종(간편심사형)은 “간편심사”상품으로 유병력자 등 2종(일반심사형)과 같은 일반심사보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다.
- 가. 간편심사란 의결결함 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 알릴의무 사항 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 기 가입한 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 2종(일반심사형)에 가입할 수 있도록 안내합니다.

해약환급금 일부지급형에 관한 사항

- 가. ‘해약환급금 일부지급형(50%)’은 「해약환급금 일부지급형 상품으로 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우(다만, 1형(6대질환보장형) 약관 제10조(보험금의 지급사유) 제2호 및 2형(5대질환보장형) 약관 제9조(보험금의 지급사유) 제2호에서 정한 선지급 진단보험금 지급사유가 발생하지 않은 경우) ‘기본형’의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 ‘기본형’보다 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있도록 한 상품입니다.
- 나. ‘가’에서 해약환급금을 계산할 때 기준이 되는 ‘기본형’의 해약환급금은 이 계약의 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 다. ‘해약환급금 일부지급형(50%)’의 계약이 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우(다만, 1형(6대질환보장형) 약관 제10조(보험금의 지급사유) 제2호 및 2형(5대질환보장형) 약관 제9조(보험금의 지급사유) 제2호에서 정한 선지급 진단보험금 지급사유가 발생하지 않은 경우) 해약환급금은 ‘기본형’ 해약환급금의 50%에 해당하는 금액으로 합니다. 다만, 보험료 납입기간이 완료된 이후 또는 1형(6대질환보장형) 약관 제10조(보험금의 지급사유) 제2호 및 2형(5대질환보장형) 약관 제9조(보험금의 지급사유) 제2호에서 정한 선지급 진단보험금 지급사유 발생 후 계약이 해지되는 경우 해약환급금은 ‘기본형’의 해약환급금과 동일합니다.
- 라. 회사는 ‘해약환급금 일부지급형(50%)’ 및 기본형의 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.

연금전환특약으로의 전환에 관한 사항

- 가. (무)연금전환특약, (무)유가족연금전환특약, (무)LTC연금전환특약 및 (무)6대질환연금전환특약(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)6대질환연금전환특약의 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.

보험계약대출에 관한 사항

- 가. 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하 “보험계약대출”이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수 있습니다.
- 나. 계약자는 ‘가’에 따른 보험계약대출금과 보험계약대출이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 때에는 회사는 보험금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.
- 다. 1형(6대질환보장형) 약관 제33조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)과 계약의 해지) 및 2형(5대질환보장형) 약관 제32조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)과 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감합니다.
- 라. 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.
- ※ 해약환급금 일부지급형 상품의 보험료 납입기간 동안에는 해약환급금이 없거나 적으므로 해약환급금을 담보로 하는 보험계약대출이 불가능하거나 제한적일 수 있습니다.

가입 시 유의사항

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 신청 할 수 있습니다. 다만, 보험계약대출이 있는 경우에는 보험계약대출의 원금과 이자를 모두 상환한 이후에 생활설계자금을 신청 할 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 지급기간동안 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 그 때부터 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 신청 할 수 없습니다.

해지계약의 부활(효력회복)에 관한 사항

보험약관 “보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지”에 따라 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.

지정대리청구서비스특약에 관한 사항

가. 적용대상

지정대리청구서비스특약은 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 주계약 및 특약에 적용됩니다.

나. 지정대리청구인의 지정

(1) 계약자는 보험수익자에게 정신 또는 신경계의 장애로 영구히 의사소통이 불가능하거나 스스로 올바른 의사판단을 할 수 없다는 의사의 소견을 제출한 경우 등 주계약 및 특약에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약을 체결할 때 또는 계약체결 이후 다음 각 호의 어느 하나에 해당 하는 자 중에서 보험금의 대리청구인(2인 이내에서 지정하되, 2인 지정시 대표대리청구인을 지정. 이하, “지정대리청구인”이라 합니다)으로 지정 또는 변경할 수 있습니다. 다만, 지정대리청구인은 보험금을 청구할 때에도 다음에 해당하여야 합니다.

* 보험수익자의 가족관계등록부상 배우자

* 보험수익자의 3촌 이내의 친족

(2) ‘(1)’에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 적용대상(지정대리청구서비스특약은 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 주계약 및 특약에 적용됩니다.)의 계약자 또는 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

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.

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.

가입 시 유의사항

연체이율에 관한 사항

연체보험료에 대한 연체이자율은 연체기간에 대하여 「평균공시이율 + 1%」범위 내에서 회사가 정하는 이율로 합니다.

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

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

나. 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.

다. 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

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 하셔야 하며 보험설계사 등에게 구두로 알린 사항은 보험회사에 알리지 않은 것으로 간주합니다. 만약 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정한 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.

청약철회 청구제도에 관한 사항

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

보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지

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

보험품질보증제도에 관한 사항

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

배당에 관한 사항

- 이 상품은 무배당 보험으로 배당이 없는 대신 보험료가 저렴합니다.

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)받을 수 있습니다.
- 이 계약의 세제와 관련된 사항은 관련세법의 제·개정이나 폐지에 따라 변경될 수 있습니다.

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.

소멸시효

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

보험금을 지급하지 않는 보험사고

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

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.

단체취급특약에 관한 사항

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

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

불만족 접수 안내

<불만 접수 안내>

- 우편 : 서울시 영등포구 의사당대로 147 (구.여의도동 45-21) ABL 타워 6층 소비자부 (우)07332
- ABL생명 콜센터 : 국번없이 1588-6500
- 팩스 : 02-3787-8719
- 인터넷 : www.abllife.co.kr > 전자민원접수 > 불만접수창구 > 불만의 소리
- e-mail : customer@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(2025.04.01) / 준법감시인 심의필 제2025-PA105호 (2025.03.28~2026.03.27)

