



[2025년 7월 16일 제작]

무배당

ABL THE톡톡튀는여성건강보험

(해약환급금 미지급형)2506

- ※ 본 상품은 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.

ABL

여성 생애주기별 꼭 필요한 보장을 모은

(무)ABL THE톡톡튀는여성건강보험 (해약환급금 미지급형)2506



여성에게 필요한 암보장 맞춤 설계 (해당 특약 가입시)

여성에게 많이 발생하는 부위별 암진단 보장

기대수명(85.6세)까지 생존시
암에 걸릴 확률 **34.8%**

여자 3명 중에 1명



1 IN 3 WOMAN

[출처: 2022 국가암등록통계, 중앙암등록본부(2024.12)]

여성 암 발생 순위(2022년)

1위 유방암 29,391명 (21.8%)

2위 갑상선암 25,338명 (18.8%)

3위 대장암 13,525명 (10%)

4위 폐암 10,667명 (7.9%)

5위 위암 9,925명 (7.4%)

남성의 3배
(남성 8,576명)

(무)여성통합암(소액암제외)진단특약
(해약환급금 미지급형)으로

부위별 각 1회씩 **최대 9회**까지 진단금 보장

유방암

자궁암

특정여성 생식기암

위암

간암

폐암

특정암

대장암

췌장암·담낭암·기타담도암

※ “여성통합암(소액암제외)” 보장에 대한 보장개시일은 계약일부터 계약일을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.
※ 계약일로부터 1년 미만에 지급사유가 발생하였을 경우 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.

계속받는 암 주요치료비 특약으로 한번 더 든든하게 보장

【최근 5년(2019~2023년) 암 진료현황(여성)】

[단위 :명]

2023년
여성 암 환자수

갑상선암
324,629

유방암
289,988

자궁암
97,799

[단위 :억원]

2023년
여성 암 총진료비

유방암
15,772

갑상선암
2,642

자궁암
2,590

[출처: 2019-2023(5년) 악성신생물 진료 현황, 건강보험심사평가원(2024.03)]

암진단 이후 “암주요치료”(암수술, 항암약물치료, 항암방사선치료)시 특약 보험가입금액 지급 (연간 1회)

(무)계속받는 일반암주요치료비보장특약D(해약환급금 미지급형)

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

※ (무)계속받는 일반암주요치료비보장특약D(해약환급금 미지급형)에서 암(갑상선암 및 기타피부암 제외) 보장에 대한 보장개시일은 계약일부터 계약일을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.

※ (무)계속받는 일반암주요치료비보장특약D(해약환급금 미지급형)의 간편심사형의 경우, 계약일로부터 1년 미만에 지급사유가 발생하였을 경우 약정한 보험금의 50%를 지급합니다.



뇌심혈관질환 진단부터 치료까지 든든한 설계 (해당 특약 가입시)

2023년 사망원인 순위(1~5위)

1위 암 24.2%

2위 심장질환 9.4%

3위 폐렴 8.3%

4위 뇌혈관 질환 6.9%

5위 고의적자해(자살) 4.0%

[출처: 통계청, 2023년 사망원인통계 결과(2024.10)]

2023년 건강 진료비가 높은 수술(1~5위)

1위 심장수술 36,828천원

2위 관상동맥우회수술 35,249천원

3위 줄기세포 이식술 23,229천원

4위 뇌기저부 수술 20,305천원

5위 심박조율장치의 삽입,교체,제거및 교정 20,159천원

[출처: 국민건강보험, 2023 주요수술 통계연보(2024.11)]

☑ 뇌혈관질환진단특약, 허혈심장질환진단특약, 뇌심주요치료비보장특약으로 든든하게 준비할 수 있습니다.



걱정되는 갑상선 질환, 자궁 및 난소질환에 대비할수 있는 보장 설계 (해당 특약 가입시)

【남성보다 여성에게 더 많이 발생하는 갑상선질환】

· 갑상선기능항진증 환자수

남 78,401

2.3배 ↑

여

188,433

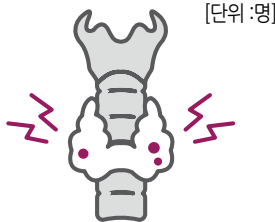
· 갑상선기능저하증 환자수

남 111,530

5.0배 ↑

여

549,968



[출처: 보건의료빅데이터개방포털, 국민관심질병통계2022(2024.06.26)]

【최근 5년(2017~2021년) 자궁근종 진료 현황】

2021년 환자수

607,035명

연평균 12.6% ▲
'17년 대비 61% ▲



1인당
2021년 진료비

566,099원

연평균 15.1% ▲
'17년 대비 22.1% ▲



[출처: 건강보험심사평가원, 최근 5년(2017~2021년)동안 자궁근종 환자수 크게 증가(2022.11)]

☑ 특약 가입을 통해 여성 다빈도 질환, 갑상선 질환, 자궁 및 난소 질환에 대비할 수 있습니다.



임신 준비부터 출산 후까지 준비하는 보장 설계 (해당 특약 가입시)



난임시술
여성 진료현황

	2018년		2022년
환자수	6만 4천명	17.5% 증가	7만 6천명
1인당 진료비	222만원	44.8% 증가	321만원

[출처: 불임 및 난임 시술 진료현황 분석, 건강보험심사평가원(2023.05)]

☑ 난임치료를 위한 인공수정·체외수정 치료비 보장, 난임치료 후 산후관리지원금 보장

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



나의 최근 입원 또는 수술 여부에 따라 유형을 선택할 수 있는 간편심사형!!

수술, 입원 이력 0년부터 5년까지 건강 상황에 맞는 보험료로 가입할 수 있습니다.(다만, 간편심사형에 한함)

※ 아래 3가지 항목에 해당하지 않으면 간편심사형 가입이 가능합니다.(다만, 간편심사형(305)의 경우 2가지 항목)

3

최근 **3개월 이내**에 의사로부터 진찰 또는 검사(건강검진 포함)를 통하여 다음의 의료행위를 받은 사실이 있습니까?

1) 질병 확정 진단 2) 질병 의심 소견 3) 입원 필요 소견 4) 수술 필요 소견 5) 추가검사(재검사) 필요 소견

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

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

N

최근 **N년 이내**에 질병이나 사고로 인하여 다음과 같은 의료행위를 받은 사실이 있습니까?(N=0, 1, 2, 3, 4, 5)

1) 입원

2) 수술(제왕절개 포함)

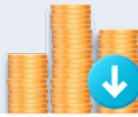
5

최근 **5년 이내**에 의사로부터 진찰 또는 검사를 통하여 아래의 질병으로 “진단” 받거나 “입원 또는 수술”을 받은 적이 있습니까?

① 암 ② 협심증 ③ 심근경색 ④ 뇌졸중증 ⑤ 간경화증 ⑥ 심장판막증 ⑦ 투석중인 만성신장질환

※ 암에는 악성신생물, 백혈병 및 기타 혈액종양이 포함됩니다.

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



‘해약환급금 미지급형’으로 기본형 대비 낮은 보험료 선택 가능

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



건강등급 적용으로 보험료 할인 혜택

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



간편심사형 가입 후 계약전환으로 저렴한 보험료 납입이 가능합니다.

간편심사형 가입 후 가입자(피보험자)가 회사가 정한 기준을 충족하는 상태에서 “건강등급 적용 표준채 계약전환 특약”, “가입 후 무사고 고객 계약전환 특약”을 통해 계약을 전환할 경우, 동일한 보장을 받으면서 보험료는 더 저렴해집니다.

가입 후 무사고 고객 계약전환 특약! (간편심사형에 한함)

※ 보험 가입 후 무사고에 해당하면 계약자의 계약전환 신청을 통해 피보험자의 건강상태에 부합하는 유형으로 계약을 전환할 수 있는 제도입니다.

전환조건(모두 충족시)

- ① 전환 신청 시 연체된 보험료가 없는 유효한 계약
- ② 피보험자의 무사고 기간이 변경되어 위험이 감소된 계약
- ③ 해당계약의 기초서류에서 정하는 '간편심사형(355)' 유형이 아닌 계약



무사고 정의(모두 충족시)

최초 보험계약일(갱신형의 경우 최초계약의 계약일로 하며, 부활(효력회복) 계약의 경우에도 최초 보험계약일(갱신형의 경우 최초계약의 계약일)) 이후에

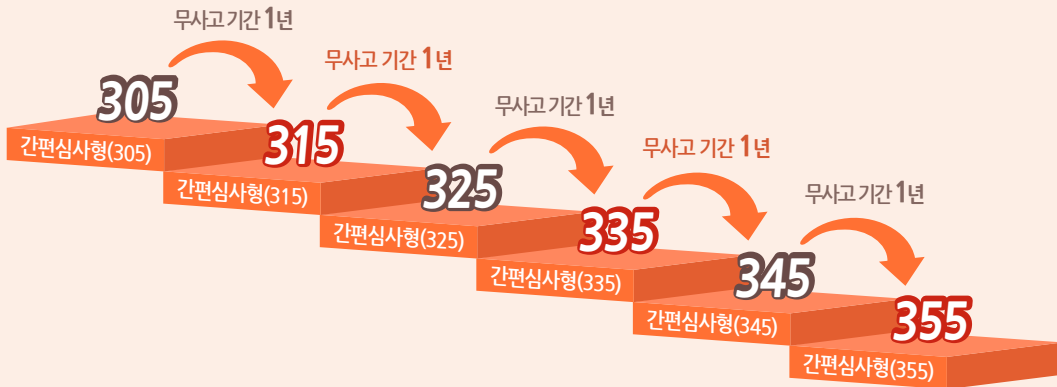
- ① 질병 및 사고로 인하여 입원 또는 수술(제왕절개 포함)을 받지 않은 경우
- ② “특정질병”으로 진단받지 않은 경우

※특정질병: 최초 보험계약 시 “계약 전 알릴의무 사항”에서 진단, 입원 또는 수술 여부를 질문한 질병



무사고 기간

최초 보험계약일로부터 “무사고” 상태가 계속 유지되는 기간을 말하며, 무사고 기간 산정은 최초 보험계약일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지를 기준으로 함



전환 신청 가능 기간

구분	신청 가능 기간	
간편심사형(305)	최초 보험계약 시작일부터 1년이 경과한 날부터	최초 보험계약 시작일부터 8년이 경과한 날 이전까지
간편심사형(315)		최초 보험계약 시작일부터 7년이 경과한 날 이전까지
간편심사형(325)		최초 보험계약 시작일부터 6년이 경과한 날 이전까지
간편심사형(335)		최초 보험계약 시작일부터 5년이 경과한 날 이전까지
간편심사형(345)		최초 보험계약 시작일부터 4년이 경과한 날 이전까지
간편심사형(355)	해당없음	

가입을 위한 안내

주계약

구분			보험기간	보험료 납입기간	피보험자 가입나이
(무)ABL THE톡톡튀는여성건강보험 (해약환급금 미지급형)2506	해약환급금 미지급형	간편심사형(305)	80세, 90세, 종신	5년납, 10년납, 15년납, 20년납, 30년납	간편심사형: 30세~최대 80세 일반심사형: 만 15세~최대 80세
		간편심사형(315)			
		간편심사형(325)			
		간편심사형(335)			
		간편심사형(345)			
		간편심사형(355)			
		일반심사형			
	기본형	간편심사형(305)			
		간편심사형(315)			
		간편심사형(325)			
		간편심사형(335)			
		간편심사형(345)			
		간편심사형(355)			
		일반심사형			

- 피보험자 가입나이는 보험종·형별, 보험기간, 보험료 납입기간에 따라 달라질 수 있습니다.
- 특약별 보험기간, 보험료 납입기간, 피보험자 가입나이는 주계약과 상이하므로 보험약관 및 상품설명서를 확인하시기 바랍니다.
- 이 계약은 여성전용 보험으로 피보험자가 여성인 경우만 가입가능합니다.

보험금 지급 기준

주계약

구분	지급사유	보장내용
사망보험금	보험기간 중 피보험자가 사망하였을 때	보험가입금액

- 보험기간 중 피보험자의 사망으로 인하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.
- 간편심사형에서 보험료 납입기간 중 피보험자가 장애분류표 중 동일한 재해를 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50% 이상인 장애상태가 되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- 일반심사형에서 보험료 납입기간 중 피보험자가 장애분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50% 이상인 장애상태가 되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

보험금 지급 기준

암 보장 선택특약

기준 : 특약 보험가입금액 1,000만원

구분	급부명칭	지급사유	보장내용
(무)일반암진단특약D (해약환급금 미지급형)	암 진단급여금	암 보장개시일 이후에 “암”(중증 이외의 갑상선암, “기타피부암” 및 “대장점막내암” 제외)으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회 진단확정에 한하여 지급)	1년 미만 : 500만원 1년 이상 : 1,000만원
(무)소액암진단특약D (해약환급금 미지급형)	중증 이외의 갑상선암 진단급여금	중증 이외의 갑상선암으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회 진단확정에 한하여 지급)	1년 미만 : 500만원 1년 이상 : 1,000만원
	기타피부암 진단급여금	기타피부암으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회 진단확정에 한하여 지급)	
	대장점막내암 진단급여금	대장점막내암으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회 진단확정에 한하여 지급)	
	제자리암 진단급여금	제자리암으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회 진단확정에 한하여 지급)	
	경계성종양 진단급여금	경계성종양으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회 진단확정에 한하여 지급)	
(무)바로보장 일반암진단특약 (해약환급금 미지급형)	암 진단급여금	“암”(중증 이외의 갑상선암, “기타피부암” 및 “대장점막내암” 제외)으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회 진단확정에 한하여 지급)	1,000만원
(무)바로보장 소액암진단특약 (해약환급금 미지급형)	중증 이외의 갑상선암 진단급여금	중증 이외의 갑상선암으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회 진단확정에 한하여 지급)	1,000만원
	기타피부암 진단급여금	기타피부암으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회 진단확정에 한하여 지급)	1,000만원
	대장점막내암 진단급여금	대장점막내암으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회 진단확정에 한하여 지급)	1,000만원
	제자리암 진단급여금	제자리암으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회 진단확정에 한하여 지급)	1,000만원
	경계성종양 진단급여금	경계성종양으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회 진단확정에 한하여 지급)	1,000만원

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

보험금 지급 기준

암 보장 선택특약

기준 : 특약 보험가입금액 1,000만원

구분		급부명칭	지급사유	보장내용
(무)여성통합암 (소액암제외)진단특약 (해약환급금 미지급형)		유방암 진단급여금	암보장개시일 이후에 “유방암”으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회에 한함)	1년 미만 : 500만원 1년 이상 : 1,000만원
		자궁암 진단급여금	암보장개시일 이후에 “자궁암”으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회에 한함)	
		특정여성생식기암 진단급여금	암보장개시일 이후에 “특정여성생식기암”으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회에 한함)	
		위암 진단급여금	암보장개시일 이후에 “위암”으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회에 한함)	
		간암 진단급여금	암보장개시일 이후에 “간암”으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회에 한함)	
		폐암 진단급여금	암보장개시일 이후에 “폐암”으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회에 한함)	
		대장암 진단급여금	암보장개시일 이후에 “대장암”으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회에 한함)	
		췌장암·담낭암· 기타담도암 진단급여금	암보장개시일 이후에 “췌장암·담낭암·기타담도암”으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회에 한함)	
		특정암 진단급여금	암보장개시일 이후에 “특정암”으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회에 한함)	
(무)여성암 절제수술 보장특약 (해약환급금 미지급형)	1형 (유방절제 수술형)	급여 유방절제 수술급여금	보장개시일(“유방암”의 경우 암보장개시일) 이후에 “유방암” 또는 “유방의 제자리암”으로 진단 확정되고, 그 “유방암” 또는 “유방의 제자리암”의 직접적인 치료를 목적으로 “급여 유방절제수술”을 받았을 때 (다만, 연간 1회에 한하여 지급)	1년 미만 : 50만원 1년 이상 : 100만원
	2형 (자궁난소 적출수술형)	급여 자궁난소적출 수술급여금	보장개시일(“여성생식기암”의 경우 암보장개시일) 이후에 “여성생식기암” 또는 “여성생식기의 제자리암”으로 진단 확정되고, 그 “여성생식기암” 또는 “여성생식기의 제자리암”의 직접적인 치료를 목적으로 “급여 자궁난소적출수술”을 받았을 때 (다만, 최초 1회에 한하여 지급)	1년 미만 : 50만원 1년 이상 : 100만원
(무)항암약물치료보장특약D (해약환급금 미지급형)		항암약물 치료비	암 보장개시일 이후에 “암”으로 진단이 확정되거나 보험기간 중 “갑상선암”, “기타피부암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 진단이 확정되고 그 “암”, “갑상선암”, “기타피부암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”의 직접적인 치료를 목적으로 “항암약물치료”를 받았을 때 (다만, 각각 최초 1회에 한함)	암 100만원 갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양 20만원 (다만, ‘간편심사형’일 경우 계약일로부터 1년 미만에 지급사유가 발생하였을 경우 50% 지급)

암 보장 선택특약

기준 : 특약 보험가입금액 1,000만원

구분	급부명칭	지급사유	보장내용
(무)항암방사선치료보장특약D (해약환급금 미지급형)	항암방사선 치료비	암 보장개시일 이후에 “암”으로 진단이 확정되거나 보험기간 중 “갑상선암”, “기타피부암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 진단이 확정되고 그 “암”, “갑상선암”, “기타피부암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”의 직접적인 치료를 목적으로 “항암방사선치료”를 받았을 때 (다만, 각각 최초 1회에 한함)	암 100만원 갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양 20만원 (다만, '간편심사형'일 경우 계약일로부터 1년 미만에 지급사유가 발생하였을 경우 50% 지급)
(무)암직접치료입원보장특약 (1일이상 120일한도)D (해약환급금 미지급형)	암직접치료 입원급여금	보장개시일(암의 경우 암보장개시일) 이후에 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양으로 진단이 확정되고, 그 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 보험기간 중 1일 이상 계속하여 입원하였을 때(120일 한도)	1일당 암 5만원 갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양 2만원 (다만, '간편심사형'일 경우 계약일로부터 1년 미만에 입원시 50% 지급)
(무)요양병원암입원보장특약 (1일이상 90일한도)D (해약환급금 미지급형)	요양병원암 입원급여금	보장개시일(암의 경우 암보장개시일) 이후에 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양으로 진단이 확정되고, 그 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양의 치료를 목적으로 보험기간 중 1일 이상 계속하여 요양병원에 입원하였을 때(90일 한도)	1일당 2만원 (다만, '간편심사형'일 경우 계약일로부터 1년 미만에 입원시 50% 지급)
(무)암수술보장특약D (해약환급금 미지급형)	수술급여금	암 보장개시일 이후에 암으로 진단이 확정되거나 보험기간 중 갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양으로 진단이 확정되고 그 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 때 (수술 1회당)	최초 1회 암 200만원 경계성종양 90만원 기타피부암, 제자리암, 갑상선암 30만원 2회 이후 암 30만원 경계성종양 30만원 기타피부암, 제자리암, 갑상선암 30만원 (다만, '간편심사형'일 경우 계약일로부터 1년 미만에 지급사유가 발생하였을 경우 50% 지급)
	항암약물 치료비	암 보장개시일 이후에 암으로 진단이 확정되거나 보험기간 중 갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양으로 진단이 확정되고 그 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료를 받았을 때 (다만, 각각 최초 1회에 한함)	암 100만원 갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양 20만원 (다만, '간편심사형'일 경우 계약일로부터 1년 미만에 지급사유가 발생하였을 경우 50% 지급)
	항암방사선 치료비	암 보장개시일 이후에 암으로 진단이 확정되거나 보험기간 중 갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양으로 진단이 확정되고 그 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받았을 때 (다만, 각각 최초 1회에 한함)	

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

보험금 지급 기준

암 보장 선택특약

기준 : 특약 보험가입금액 1,000만원

구분	급부명칭	지급사유	보장내용
(무)여성암진단후 3대수술보장특약 (해약환급금 미지급형)	급여 피부재건 수술급여금	보장개시일(“암”의 경우 암보장개시일) 이후에 “암”, “갑상선암” 또는 “기타피부암”으로 진단이 확정되고, 그 “암”, “갑상선암” 또는 “기타피부암”으로 인한 “급여 피부재건수술”을 받았을 때 또는 그 “암”, “갑상선암” 또는 “기타피부암”의 직접적인 치료로 인한 “급여 피부재건수술”을 받았을 때 (다만, 연간 1회에 한하여 지급)	100만원 (다만, '간편심사형'일 경우 계약일로부터 1년 미만에 지급사유가 발생하였을 경우 50% 지급)
	급여 림프부종 수술급여금	보장개시일(“암”의 경우 암보장개시일) 이후에 “암”, “갑상선암” 또는 “기타피부암”으로 진단이 확정되고, 그 “암”, “갑상선암” 또는 “기타피부암”으로 인한 “급여 림프부종수술”을 받았을 때 또는 그 “암”, “갑상선암” 또는 “기타피부암”의 직접적인 치료로 인한 “급여 림프부종수술”을 받았을 때 (다만, 연간 1회에 한하여 지급)	300만원 (다만, '간편심사형'일 경우 계약일로부터 1년 미만에 지급사유가 발생하였을 경우 50% 지급)
	급여 유방재건 수술급여금	보장개시일(“유방암”의 경우 암보장개시일) 이후에 “유방암” 또는 “유방의 제자리암”으로 진단이 확정되고, 보험기간 중 그 “유방암” 또는 “유방의 제자리암”의 직접적인 치료로 인한 “급여 유방재건수술”을 받았을 때 (다만, 연간 1회에 한하여 지급)	300만원 (다만, '간편심사형'일 경우 계약일로부터 1년 미만에 지급사유가 발생하였을 경우 50% 지급)
(무)계속받는 일반암 주요치료비보장특약D (해약환급금 미지급형)	계속받는 일반암 주요치료비	암보장개시일 이후에 “암”으로 진단 확정되고, 그 “암”의 직접적인 치료를 목적으로 보험기간 중 “암 주요치료”를 받은 경우(다만, 연간 1회에 한함)	1,000만원 (다만, '간편심사형'일 경우 계약일로부터 1년 미만에 지급사유가 발생하였을 경우 50%지급)
(무)계속받는 갑상선암 및 기타피부암 주요치료비보장특약D (해약환급금 미지급형)	계속받는 갑상선암 및 기타피부암 주요치료비	“갑상선암” 또는 “기타피부암”으로 진단 확정되고, 그 “갑상선암” 또는 “기타피부암”의 직접적인 치료를 목적으로 보험기간 중 “암 주요치료”를 받은 경우 (다만, 연간 1회에 한함)	1,000만원
(무)일반암주요치료비 보장특약D (해약환급금 미지급형)	일반암 주요치료비	암보장개시일 이후에 “암”으로 최초 진단확정되고, “보험금 지급기간” 이내에 “암 주요치료”를 받은 경우 (다만, 연간 1회 한도, 최대 10회 지급)	1,000만원 (다만, '간편심사형'일 경우, 계약일로부터 1년 미만에 “암”으로 최초 진단확정되었을 경우 50%지급)
(무)갑상선암 및 기타피부암주요치료비 보장특약D (해약환급금 미지급형)	갑상선암 및 기타피부암 주요치료비	“갑상선암” 또는 “기타피부암”으로 최초 진단확정되고, “보험금 지급기간” 이내에 “암 주요치료”를 받은 경우 (다만, 연간 1회 한도, 최대 10회 지급)	1,000만원

- 위 특약에서 보험금은 특약의 보험기간 중 피보험자에게 보험금 지급사유가 발생하였을 때 지급하여 드립니다.
- 피보험자가 가입나이, 가입년도 등 계약인수 관련사항은 회사가 별도로 정한 기준에 따라 제한될 수 있습니다.
- 상기 보험금 지급기준표에서 “암”에 대한 정의는 각 특약별로 상이하니 반드시 보험약관을 통해 확인하시기 바랍니다.
- 암보장개시일: 계약일부터 계약일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우에는 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.
- (무)소액암진단특약D(해약환급금 미지급형) 및 (무)바로보장 소액암진단특약(해약환급금 미지급형)의 약관에서 정한 대장점막내암으로 보험금 지급사유 발생 시 대장점막내암에 해당하는 진단급여금을 지급하고 제자리암에 해당하는 진단급여금은 지급되지 않습니다.
- (무)여성통합암(소액암제외)진단특약(해약환급금 미지급형)의 경우 약관에서 정한 진단급여금의 지급사유가 발생하더라도, 이미 진단급여금이 지급된 질병과 동일한 지급사유인 경우(이미 진단급여금이 지급된 질병의 종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우를 말합니다) 회사는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
- (무)암직접치료입원보장특약(1일이상 120일한도)D(해약환급금 미지급형), (무)요양병원암입원보장특약(1일이상 90일한도)D(해약환급금 미지급형) 및 (무)암수술보장특약D(해약환급금 미지급형), (무)항암약물치료보장특약D(해약환급금 미지급형), (무)항암방사선치료보장특약D(해약환급금 미지급형) 약관의 “암”의 정의에서 “갑상선암” 및 “기타피부암”은 제외되므로, “갑상선암” 및 “기타피부암”으로 보험금 지급사유가 발생한 경우 “갑상선암” 및 “기타피부암”에 해당하는 보험금을 지급하고 “암”에 해당하는 보험금은 지급되지 않습니다.
- (무)암직접치료입원보장특약(1일이상 120일 한도)D(해약환급금 미지급형)에서 의료법 제3조(의료기관) 제2항 제3호 라목에서 규정된 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입원한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- (무)요양병원암입원보장특약(1일이상 90일 한도)D(해약환급금 미지급형)에서 동일한 질병으로 인한 요양병원암입원급여금의 경우 이 특약의 보장개시일(암의 경우 암 보장 개시일)부터 지급된 요양병원암입원급여금의 누적 총 지급일수가 365일을 초과할 때에는 365일을 초과한 날 이후부터 이 특약의 보험기간 종료일까지 동일한 질병으로 인한 요양병원암입원급여금은 지급되지 않습니다. 다만, 동일한 질병이 완치된 이후에 해당 질병을 다시 진단받는 경우에는 동일한 질병으로 보지 않습니다.

- (무)여성암절제수술보장특약(해약환급금 미지급형)에서 1형(유방절제수술형)의 경우 “유방암” 또는 “유방의 제자리암” 중 어느 하나에 대해 급여 유방절제 수술급여금을 연간 1회에 한하여 지급합니다. 2형(자궁난소적출수술형)의 경우 “여성생식기암” 또는 “여성생식기의 제자리암” 중 어느 하나에 대해 급여 자궁난소적출 수술급여금을 최초 1회에 한하여 지급합니다.
- (무)여성암절제수술보장특약(해약환급금 미지급형), (무)여성암진단후3대수술보장특약(해약환급금 미지급형), (무)계속받는 일반암주요치료비보장특약D(해약환급금 미지급형), (무)계속받는 갑상선암 및 기타피부암 주요치료비보장특약D(해약환급금 미지급형)에서 “연간”이라 함은 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
- (무)일반암주요치료비보장특약D(해약환급금 미지급형), (무)갑상선암 및 기타피부암 주요치료비보장특약D(해약환급금 미지급형), (무)계속받는 일반암주요치료비보장특약D(해약환급금 미지급형), (무)계속받는 갑상선암 및 기타피부암 주요치료비보장특약D(해약환급금 미지급형)에서 “암 주요치료”라 함은 “암수술”, “항암방사선치료”, “항암약물치료”를 말하며, 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
 1. 식이요법, 명상요법 등 암의 제거 또는 암의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
 2. 면역력 강화 치료
 3. 암이나 암 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 4. 호르몬 관련 치료제
 5. 제1호 내지 제4호 이외의 “암 주요치료”와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)그럼에도 불구하고 호스피스 완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암 환자에 대한 치료는 “암 주요치료”로 봅니다.
- (무)일반암주요치료비보장특약D(해약환급금 미지급형)에서 “보험금 지급기간”이라 함은 “암”최초 진단확정일로부터 10년을 말하며, 최초 진단확정일 이후 다시 “암” 진단이 확정되는 경우에도 “보험금 지급기간”은 변경되지 않습니다. (무)갑상선암 및 기타피부암 주요치료비보장특약D(해약환급금 미지급형)에서 “보험금 지급기간”이라 함은 “갑상선암” 또는 “기타피부암” 최초 진단확정일로부터 10년을 말하며, 최초 진단확정일 이후 다시 “갑상선암” 또는 “기타피부암” 진단이 확정되는 경우에도 “보험금 지급기간”은 변경되지 않습니다.
- (무)일반암주요치료비보장특약D(해약환급금 미지급형)에서 “연간”이라 함은 “암” 최초 진단확정일로부터 그날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 진단확정일(이하 ‘매년 진단확정일’이라 합니다)의 전일까지의 기간을 말합니다. (무)갑상선암 및 기타피부암 주요치료비보장특약D(해약환급금 미지급형)에서 “연간”이라 함은 “갑상선암” 또는 “기타피부암” 최초 진단확정일로부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 진단확정일(이하 ‘매년 진단확정일’이라 합니다)의 전일까지의 기간을 말합니다.
- 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.
- 약관에서 정하는 보험금 지급사유 관련 기준이 의료법 및 관련 법령 등의 개정에 따라 변경되는 경우, 해당 특약의 약관에서 정하는 바에 따른 기준을 적용하거나 보장내용이 변경될 수 있습니다.
- 위 특약에 대한 계약소멸사유 및 납입면제사유는 해당 보험약관을 확인하시기 바랍니다.

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

보험금 지급 기준

암 보장 선택특약

기준 : 특약 보험가입금액 1,000만원

구분	급부명칭	지급사유	보장내용
(무)갑상선비늘생검 조직병리진단특약Ⅱ (갱신형)	갑상선 비늘생검 조직병리 진단급여금	“갑상선 비늘생검 조직병리진단”을 받았을 때 (다만, 연간 1회에 한함)	20만원 (다만, '간편심사형'일 경우 최초계약의 계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 지급사유가 발생하였을 경우에는 상기금액의 50%를 지급)
(무)통합갑상선암 진단특약Ⅱ (갱신형)	초기갑상선암 진단급여금	“초기갑상선암”으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회에 한함)	1년 미만 : 500만원 1년 이상 : 1,000만원
	갑상선암 (초기제외) 진단급여금	“갑상선암(초기제외)”으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회에 한함)	1년 미만 : 500만원 1년 이상 : 1,000만원
	중증갑상선암 진단급여금	암보장개시일 이후에 “중증갑상선암”으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회에 한함)	1년 미만 : 500만원 1년 이상 : 1,000만원
(무)갑상선기능항진증치료보장특약Ⅱ (갱신형)	갑상선기능항진증 치료비	“갑상선기능항진증”으로 진단이 확정되고 “갑상선기능항진증치료”를 받았을 때 (다만, 최초 1회에 한함)	1년 미만 : 50만원 1년 이상 : 100만원
(무)특정갑상선 기능저하증진단특약Ⅱ (갱신형)	특정갑상선기능 저하증 진단급여금	“특정갑상선기능저하증”으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회에 한함)	1년 미만 : 25만원 1년 이상 : 50만원
(무)다빈치로봇암 (전립선암 및 갑상선암 제외)수술보장특약Ⅱ (갱신형)	다빈치로봇 암 (전립선암 및 갑상선암 제외) 수술급여금	암보장개시일 이후에 “암”으로 진단이 확정되고, 그 “암”의 직접적인 치료를 목적으로 “다빈치로봇 암수술”을 받았을 때 (다만, 최초 1회에 한함)	1년 미만 : 500만원 1년 이상 : 1,000만원
(무)다빈치로봇암 (전립선암 및 갑상선암 포함) 수술보장특약Ⅱ (갱신형)	다빈치로봇 암 (전립선암 및 갑상선암 포함) 수술급여금	암보장개시일 이후에 “암”, “전립선암” 및 “갑상선암”으로 진단이 확정되고, 그 “암”, “전립선암” 및 “갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 “다빈치로봇 암수술”을 받았을 때 (다만, 최초 1회에 한함)	1년 미만 : 500만원 1년 이상 : 1,000만원
(무)암직접치료통원 보장특약DⅡ (갱신형)	암 직접치료 통원급여금	암 보장개시일 이후에 “암”으로 진단이 확정되고, 그 “암”의 직접적인 치료를 목적으로 통원하여 치료를 받았을 때 (다만, 통원 1일당 1회에 한함)	5만원 (다만, '간편심사형'일 경우 최초계약의 계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 지급사유가 발생하였을 경우에는 상기금액의 50%를 지급)
	소액암 직접치료 통원급여금	갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양으로 진단이 확정되고, 그 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 통원하여 치료를 받았을 때 (다만, 통원 1일당 1회에 한함)	

암 보장 선택특약

기준 : 특약 보험가입금액 1,000만원

구분	급부명칭	지급사유	보장내용
(무)암직접치료상급 종합병원통원보장특약Ⅱ (갱신형)	암 직접치료 상급종합병원 통원급여금	암 보장개시일 이후에 “암”으로 진단이 확정되고, 그 “암”의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하여 치료를 받았을 때 (다만, 통원 1일당 1회에 한함)	5만원 (다만, '간편심사형'일 경우 최초계약의 계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 지급사유가 발생하였을 경우에는 상기금액의 50%를 지급)
	소액암 직접치료 상급종합병원 통원급여금	갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양으로 진단이 확정되고, 그 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하여 치료를 받았을 때(다만, 통원 1일당 1회에 한함)	
(무)표적항암약물허가 치료보장특약DⅡ (갱신형)	표적항암약물 허가치료비	보장개시일(암의 경우 암보장개시일) 이후에 암, 갑상선암 또는 기타피부암으로 진단 확정되고, 그 암, 갑상선암 또는 기타피부암의 직접적인 치료를 목적으로 표적항암약물허가치료를 받았을 때(다만, 최초 1회에 한함)	1년 미만 : 500만원 1년 이상 : 1,000만원

- 위 특약에서 보험금은 특약의 보험기간 중 피보험자에게 보험금 지급사유가 발생하였을 때 지급하여 드립니다.
- 피보험자가 가입나이, 가입한도 등 계약인수 관련사항은 회사가 별도로 정한 기준에 따라 제한될 수 있습니다.
- 상기 보험금 지급기준표에서 “암”에 대한 정의는 각 특약별로 상이하니 반드시 보험약관을 통해 확인하시기 바랍니다.
- 상기 보험금 지급기준표의 내용 중 최초계약의 계약일부터 1년 미만의 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우에는 적용하지 않습니다.
- 암보장개시일: 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.
- 상기 보험금 지급기준표의 “연간”이란 계약일부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
- (무)통합갑상선암진단특약Ⅱ (갱신형)에서 암보장개시일 이후에 “중증갑상선암”으로 진단이 확정되어 중증갑상선암 진단급여금을 지급하는 경우 갑상선암(초기제외) 진단급여금을 더하여 지급합니다. 다만, 갑상선암(초기제외) 진단급여금이 이미 지급되어 해당 세부보장이 소멸된 경우에는 갑상선암(초기제외) 진단급여금을 더하여 지급하지 않습니다.
- (무)갑상선기능항진증치료보장특약Ⅱ (갱신형)에서 “갑상선기능항진증”으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 ‘갑상선독증(갑상선기능항진증)(분류번호: E05)’을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 “갑상선기능항진증” 해당 여부를 판단합니다.
- (무)갑상선기능항진증치료보장특약Ⅱ (갱신형)에서 “갑상선기능항진증치료”라 함은 “갑상선기능항진증”의 직접적인 치료를 목적으로 다음 중 어느 하나에 해당하는 치료를 받은 경우를 말합니다.
 1. “갑상선절제술”에 해당하는 수술을 받은 경우
 2. 방사성요오드치료를 받은 경우
 3. 항갑상선제를 60일 이상 처방받은 경우
- (무)특정갑상선기능저하증진단특약Ⅱ (갱신형)에서 “특정갑상선기능저하증”으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 “특정갑상선기능저하증” 해당 여부를 판단합니다.
 1. 무중상 요오드결핍성 갑상선기능저하증(분류번호: E02)
 2. 기타 갑상선기능저하증(분류번호: E03)
 3. 자가면역성 갑상선염(분류번호: E06.3)
- (무)다빈치로봇암(전립선암 및 갑상선암 제외)수술보장특약Ⅱ (갱신형)에서 암의 정의에서 전립선암 및 갑상선암은 제외되므로, 전립선암 및 갑상선암으로 보험금 지급사유가 발생한 경우 보험금은 지급되지 않습니다.
- (무)다빈치로봇암(전립선암 및 갑상선암 제외)수술보장특약Ⅱ (갱신형) 및 (무)다빈치로봇암(전립선암 및 갑상선암 포함)수술보장특약Ⅱ (갱신형)에서 항암약물치료비 및 항암방사선치료비는 다빈치로봇 암수술급여금에서 제외합니다.
- (무)암직접치료상급종합병원통원보장특약Ⅱ (갱신형)에서 보장 대상이 되는 통원급여금은 보험기간 중 발생한 통원 치료에 한합니다.
- (무)표적항암약물허가치료보장특약DⅡ (갱신형)에서 표적항암약물허가치료비는 “표적항암제”를 식품의약품안전처에서 허가된 ‘효능효과’ 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 ‘효능효과’ 범위 외 사용이지만 ‘암질환심의위원회’를 거쳐 건강보험심사평가원(항후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다.
- (무)표적항암약물허가치료보장특약DⅡ (갱신형)에서 “표적항암약물허가치료를 받았을 때”는 “표적항암제”를 처방받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초 처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 약관 제5조(“표적항암제” 및 “표적항암약물허가치료”의 정의) 제3항에서 정한 “안전성과 유효성 인정 범위”가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 “안전성과 유효성 인정 범위” 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.
- 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정척과 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.
- 약관에서 정하는 보험금 지급사유 관련 기준이 의로법 및 관련 법령 등의 개정에 따라 변경되는 경우, 해당 특약의 약관에서 정하는 바에 따른 기준을 적용하거나 보장내용이 변경될 수 있습니다.
- 위 특약에 대한 계약소멸사유 및 납입면제사유는 해당 보험약관을 확인하시기 바랍니다.

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

보험금 지급 기준

수술 보장 선택특약

기준 : 특약 보험가입금액 1,000만원

구분	급부명칭	지급사유	보장내용
(무)질병수술보장특약 (해약환급금 미지급형) (무)질병수술보장특약Ⅱ (갱신형)	질병수술급여금	질병으로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 때 (동일한 질병당 1회에 한함)	1년 미만 : 50만원 1년 이상 : 100만원
(무)종합병원질병 수술보장특약 (해약환급금 미지급형) (무)종합병원질병 수술보장특약Ⅱ (갱신형)	종합병원 질병수술급여금	질병으로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 종합병원에서 수술을 받았을 때 (동일한 질병당 1회에 한함)	1년 미만 : 50만원 1년 이상 : 100만원
(무)상급종합병원질병 수술보장특약 (해약환급금 미지급형) (무)상급종합병원질병 수술보장특약Ⅱ (갱신형)	상급종합병원 질병수술급여금	질병으로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원에서 수술을 받았을 때 (동일한 질병당 1회에 한함)	1년 미만 : 50만원 1년 이상 : 100만원
(무)여성다빈도질병 수술보장특약 (해약환급금 미지급형) (무)여성다빈도질병 수술보장특약Ⅱ (갱신형)	여성다빈도질병 수술급여금	“여성다빈도질병”으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중 수술을 받았을 때 (동일한 질병당 1회에 한함)	1년 미만 : 10만원 1년 이상 : 20만원
(무)재해수술보장특약 (해약환급금 미지급형) (무)재해수술보장특약Ⅱ (갱신형)	재해수술급여금	재해로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 때	(수술 1회당)100만원
(무)다빈치로봇자궁및 난소수술보장특약Ⅱ (갱신형)	다빈치로봇 자궁 및 난소 수술급여금	“다빈치로봇 자궁 및 난소 수술 보장개시일” 이후에 “다빈치로봇 자궁 및 난소 수술”을 받았을 때 (다만, 연간 1회에 한하여 지급)	1년 미만 : 50만원 1년 이상 : 100만원

- 위 특약에서 보험금은 특약의 보험기간 중 피보험자에게 보험금 지급사유가 발생하였을 때 지급하여 드립니다.
- 피보험자가 가입나이, 가입한도 등 계약인수 관련사항은 회사가 별도로 정한 기준에 따라 제한될 수 있습니다.
- 상기 보험금 지급기준표의 내용 중 최초계약의 계약일부터 1년 미만의 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우에는 적용하지 않습니다.
- 상기 보험금 지급기준표의 “연간”이란 계약일부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
- (무)질병수술보장특약(해약환급금 미지급형), (무)질병수술보장특약Ⅱ (갱신형), (무)종합병원질병수술보장특약(해약환급금 미지급형), (무)종합병원질병수술보장특약Ⅱ (갱신형), (무)상급종합병원질병수술보장특약(해약환급금 미지급형), (무)상급종합병원질병수술보장특약Ⅱ (갱신형)에서 피보험자가 동일한 질병을 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 1회의 질병수술급여금만 지급합니다. 다만, 질병 수술을 받고 그 날로부터 365일이 경과한 후 동일한 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 해당 특약의 보험금 지급사유에 따라 보험금을 지급합니다. 동일한 질병이란 한국표준질병·사인분류상의 분류번호(3자리)가 같은 질병을 말합니다.
- (무)여성다빈도질병수술보장특약(해약환급금 미지급형), (무)여성다빈도질병수술보장특약Ⅱ (갱신형)에서 피보험자가 “여성다빈도질병” 중 동일한 질병을 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 1회의 여성다빈도질병 수술급여금만 지급합니다. 다만, 여성다빈도질병 수술을 받고 그 날로부터 365일이 경과한 후 동일한 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 보험금 지급사유에 따라 보험금을 지급합니다. 동일한 질병이란 “여성다빈도질병” 중 한국표준질병·사인분류상의 분류번호(3자리)가 같은 질병을 말합니다. 다만, “여성다빈도질병” 중 분류번호 N39.3, N39.4, G56.0, E89.0, J99.0은 4자리 기준으로 동일한 질병 여부를 판단합니다.
- (무)재해수술보장특약(해약환급금 미지급형), (무)재해수술보장특약Ⅱ (갱신형)에서 피보험자가 동일한 재해로 인하여 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라도 1회에 한하여 보험금을 지급합니다.
- (무)다빈치로봇자궁및난소수술보장특약Ⅱ (갱신형)에서 “다빈치로봇 자궁 및 난소 수술”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.
- 약관에서 정하는 보험금 지급사유 관련 기준이 의료법 및 관련 법령 등의 개정에 따라 변경되는 경우, 해당 특약의 약관에서 정하는 바에 따른 기준을 적용하거나 보장내용이 변경될 수 있습니다.
- 위 특약에 대한 계약소멸사유 및 납입면제사유는 해당 보험약관을 확인하시기 바랍니다.

수술 보장 선택특약

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

- 위 특약에서 보험금은 특약의 보험기간 중 피보험자에게 보험금 지급사유가 발생하였을 때 지급하여 드립니다.
- 피보험자 가입나이, 가입년도 등 계약인수 관련사항은 회사가 별도로 정한 기준에 따라 제한될 수 있습니다.
- 상기 보험금 지급기준표의 내용 중 계약일부터 1년 미만의 보험금 금액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우에는 적용하지 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

입원 보장 선택특약

기준 : 특약 보험가입금액 1,000만원

구분	급부명칭	지급사유	보장내용
(무)입원보장특약D (해약환급금 미지급형)	입원급여금	질병 또는 재해의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중 1일 이상 계속하여 입원하였을 때 (다만, 1회 입원당 120일 한도)	1일당 1만원 (다만, '간편심사형'일 경우 계약일로부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생하였을 경우에는 상기금액의 50%를 지급)
(무)종합병원입원보장특약 (해약환급금 미지급형)	종합병원 입원급여금	질병 또는 재해의 직접적인 치료를 목적으로 보험기간 중 1일 이상 계속하여 "종합병원"에 입원하였을 때 (다만, 1회 입원당 120일 한도)	1일당 1만원 (다만, '간편심사형'일 경우 계약일로부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생하였을 경우에는 상기금액의 50%를 지급)
(무)상급종합병원입원보장 특약(해약환급금 미지급형)	상급종합병원 입원급여금	질병 또는 재해의 직접적인 치료를 목적으로 보험기간 중 1일 이상 계속하여 "상급종합병원"에 입원하였을 때 (다만, 1회 입원당 120일 한도)	1일당 1만원 (다만, '간편심사형'일 경우 계약일로부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생하였을 경우에는 상기금액의 50%를 지급)
(무)중환자실입원보장특약 (해약환급금 미지급형)	중환자실 입원급여금	질병 또는 재해의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중 1일 이상 계속하여 "중환자실"에 입원하였을 때 (다만, 1회 입원당 60일 한도)	1일당 10만원 (다만, '간편심사형'일 경우 계약일로부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생하였을 경우에는 상기금액의 50%를 지급)
(무)입원보장특약 (1일이상30일한도) (해약환급금 미지급형)	입원급여금	질병 또는 재해의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중 1일 이상 계속하여 입원하였을 때 (다만, 1회 입원당 30일 한도)	1일당 1만원 (다만, '간편심사형'일 경우 계약일로부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생하였을 경우에는 상기금액의 50%를 지급)
(무)질병입원보장특약 (121일이상) (해약환급금 미지급형)	질병입원급여금	질병의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중 121일 이상 계속하여 입원하였을 때 (다만, 지급일수는 1회 입원당 245일 한도)	120일 초과 입원1일당 1만원 (다만, '간편심사형'일 경우 계약일로부터 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.
- 피보험자가 가입나이, 가입한도 등 계약인수 관련사항은 회사가 별도로 정한 기준에 따라 제한될 수 있습니다.
- (무)질병입원보장특약(121일이상)(해약환급금 미지급형)에서 질병입원급여금의 지급일수는 병원(다만, 의료법 제3조(의료기관) 제2항 제3호 다목에서 규정된 한방병원, 라목에서 규정된 요양병원 및 마목에서 규정된 정신병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 한방병원, 요양병원 및 정신병원 제외) 또는 의원에 120일을 초과하여 입원한 날만을 기준으로 합니다.
- (무)질병입원보장특약(121일이상)(해약환급금 미지급형)에서 의료법 제3조(의료기관) 제2항 제3호 다목에서 규정된 한방병원, 라목에서 규정된 요양병원 및 마목에서 규정된 정신병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 한방병원, 요양병원 및 정신병원에 입원한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- 약관에서 정하는 보험금 지급사유 관련 기준이 의료법 및 관련 법령 등의 개정에 따라 변경되는 경우, 해당 특약의 약관에서 정하는 바에 따른 기준을 적용하거나 보장내용이 변경될 수 있습니다.
- 위 특약에 대한 계약소멸사유 및 납입면제사유는 해당 보험약관을 확인하시기 바랍니다.

뇌·심장질환 보장 선택특약

기준 : 특약 보험가입금액 1,000만원

구분	급부명칭	지급사유	보장내용
(무)뇌심주요치료비보장특약D (해약환급금 미지급형)	뇌심주요치료비	“뇌혈관질환” 또는 “허혈심장질환”으로 최초 진단확정되고, “보험금 지급기간” 이내에 “뇌심주요치료”를 받은 경우 (다만, 연간 1회 한도, 최대 10회 지급)	1,000만원 (다만, ‘간편심사형’일 경우 계약일로부터 1년 미만에 “뇌혈관질환” 또는 “허혈심장질환”으로 최초 진단확정되었을 경우 50%지급)
(무)뇌혈관질환진단특약D (해약환급금 미지급형)	뇌혈관질환 진단급여금	“뇌혈관질환”으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회에 한함)	1년 미만 : 500만원 1년 이상 : 1,000만원
(무)허혈심장질환진단특약D (해약환급금 미지급형)	허혈심장질환 진단급여금	“허혈심장질환”으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회에 한함)	1년 미만 : 500만원 1년 이상 : 1,000만원
(무)뇌혈관질환입원보장특약D (해약환급금 미지급형)	뇌혈관질환 입원급여금	“뇌혈관질환”으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중 1일 이상 계속하여 입원하였을 때 (다만, 1회 입원당 120일 한도)	1일당 1만원 (다만, ‘간편심사형’일 경우 계약일로부터 1년 미만에 지급사유가 발생하였을 경우 50% 지급)
(무)상급종합병원 뇌혈관질환입원보장특약D (해약환급금 미지급형)	상급종합병원 뇌혈관질환 입원급여금	“뇌혈관질환”으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중 1일 이상 계속하여 상급종합병원에 입원하였을 때 (다만, 1회 입원당 120일 한도)	1일당 2만원 (다만, ‘간편심사형’일 경우 계약일로부터 1년 미만에 지급사유가 발생하였을 경우 50% 지급)
(무)허혈심장질환 입원보장특약D (해약환급금 미지급형)	허혈심장질환 입원급여금	“허혈심장질환”으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중 1일 이상 계속하여 입원하였을 때 (다만, 1회 입원당 120일 한도)	1일당 1만원 (다만, ‘간편심사형’일 경우 계약일로부터 1년 미만에 지급사유가 발생하였을 경우 50% 지급)
(무)상급종합병원 허혈심장질환입원보장특약D (해약환급금 미지급형)	상급종합병원 허혈심장질환 입원급여금	“허혈심장질환”으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중 1일 이상 계속하여 상급종합병원에 입원하였을 때 (다만, 1회 입원당 120일 한도)	1일당 2만원 (다만, ‘간편심사형’일 경우 계약일로부터 1년 미만에 지급사유가 발생하였을 경우 50% 지급)
(무)뇌혈관질환통원보장특약D (해약환급금 미지급형)	뇌혈관질환 통원급여금	“뇌혈관질환”으로 진단이 확정되고, 보험기간 중 그 “뇌혈관질환”의 직접적인 치료를 목적으로 통원하여 치료를 받았을 때 (다만, 통원 1일당 1회한, 연간 30회에 한하여 지급)	통원 1회당 1만원 (다만, ‘간편심사형’일 경우 계약일로부터 1년 미만에 지급사유가 발생하였을 경우 50% 지급)
(무)종합병원뇌혈관질환 통원보장특약D (해약환급금 미지급형)	종합병원 뇌혈관질환 통원급여금	“뇌혈관질환”으로 진단이 확정되고, 보험기간 중 그 “뇌혈관질환”의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원에 통원하여 치료를 받았을 때 (다만, 통원 1일당 1회한, 연간 30회에 한하여 지급)	통원 1회당 1만원 (다만, ‘간편심사형’일 경우 계약일로부터 1년 미만에 지급사유가 발생하였을 경우 50% 지급)

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

보험금 지급 기준

뇌·심장질환 보장 선택특약

기준 : 특약 보험가입금액 1,000만원

구분	급부명칭	지급사유	보장내용
(무)상급종합병원뇌혈관질환 통원보장특약D (해약환급금 미지급형)	상급종합병원 뇌혈관질환 통원급여금	“뇌혈관질환”으로 진단이 확정되고, 보험기간 중 그 “뇌혈관질환”의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하여 치료를 받았을 때 (다만, 통원 1일당 1회한, 연간 30회에 한하여 지급)	통원 1회당 5만원 (다만, '간편심사형'일 경우 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생하였을 경우 50% 지급)
(무)허혈심장질환 통원보장특약D (해약환급금 미지급형)	허혈심장질환 통원급여금	“허혈심장질환”으로 진단이 확정되고, 보험기간 중 그 “허혈심장질환”의 직접적인 치료를 목적으로 통원하여 치료를 받았을 때 (다만, 통원 1일당 1회한, 연간 30회에 한하여 지급)	통원 1회당 1만원 (다만, '간편심사형'일 경우 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생하였을 경우 50% 지급)
(무)종합병원허혈심장질환 통원보장특약D (해약환급금 미지급형)	종합병원 허혈심장질환 통원급여금	“허혈심장질환”으로 진단이 확정되고, 보험기간 중 그 “허혈심장질환”의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원에 통원하여 치료를 받았을 때 (다만, 통원 1일당 1회한, 연간 30회에 한하여 지급)	통원 1회당1만원 (다만, '간편심사형'일 경우 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생하였을 경우 50% 지급)
(무)상급종합병원 허혈심장질환통원보장특약D (해약환급금 미지급형)	상급종합병원 허혈심장질환 통원급여금	“허혈심장질환”으로 진단이 확정되고, 보험기간 중 그 “허혈심장질환”의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하여 치료를 받았을 때 (다만, 통원 1일당 1회한, 연간 30회에 한하여 지급)	통원 1회당 5만원 (다만, '간편심사형'일 경우 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생하였을 경우 50% 지급)
(무)급여뇌심질환 특정재활치료보장특약D (해약환급금 미지급형)	급여뇌심질환 특정재활치료비	“뇌졸중” 또는 “급성심근경색증”으로 진단이 확정되고, 보험기간 중 입원하여 “입원 급여 뇌심질환 특정재활치료”를 받거나 통원하여 “외래 급여 뇌심질환 특정재활치료”를 받았을 때 (다만, 1일 1회한, 연간 100회에 한함)	1회당 2만원 (다만, '간편심사형'일 경우 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생하였을 경우 50% 지급)

- 위 특약에서 보험금은 특약의 보험기간 중 피보험자에게 보험금 지급사유가 발생하였을 때 지급하여 드립니다.
- 피보험자가 가입나이, 가입한도 등 계약인수 관련사항은 회사가 별도로 정한 기준에 따라 제한될 수 있습니다.
- 상기 보험금 지급기준표의 “연간”이라 함은 계약일로부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미하며, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다. 다만, (무)뇌심주요치료비보장특약D(해약환급금 미지급형)에서 “연간”이라 함은 “뇌혈관질환” 또는 “허혈심장질환” 최초 진단확정일부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 진단확정일의 전일까지의 기간을 의미하며, 해당 연도의 진단확정일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 진단확정일로 합니다.
- “뇌혈관질환”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 “뇌혈관질환 및 허혈심장질환 분류표”(약관 별표 4 참조)의 분류번호 I60부터 I69에 해당하는 질병을 말합니다. 다만, 외상성 두개내출혈, 혈관성 치매 및 ‘과거 무증상성 열공성 뇌경색증’으로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다. “허혈심장질환”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 “뇌혈관질환 및 허혈심장질환 분류표”(약관 별표 4 참조)의 분류번호 I20부터 I25에 해당하는 질병을 말합니다.
- (무)뇌심주요치료비보장특약D(해약환급금 미지급형)에서 “보험금 지급기간”이라 함은 “뇌혈관질환” 또는 “허혈심장질환” 최초 진단확정일부터 10년을 말하며, 최초 진단확정된 이후 다시 “뇌혈관질환” 또는 “허혈심장질환” 진단이 확정되는 경우에도 “보험금 지급기간”은 변경되지 않습니다. “뇌심 주요치료”라 함은 “수술”, “혈전용해치료”, “종합병원 중환자실치료”를 말합니다. “뇌심 주요치료”에는 “뇌심주요치료”와 관련이 없는 각종 비용(진찰료, 입원료, 마취료, 검사료 등)은 포함되지 않습니다.
- 약관에서 정하는 보험금 지급사유 관련 기준이 의료법 및 관련 법령 등의 개정에 따라 변경되는 경우, 해당 특약의 약관에서 정하는 바에 따른 기준을 적용하거나 보장내용이 변경될 수 있습니다.
- 위 특약에 대한 계약소멸사유 및 납입면제사유는 해당 보험약관을 확인하시기 바랍니다.

기타 선택특약

기준 : 특약 보험가입금액 1,000만원

구분	급부명칭	지급사유	보장내용
(무)자궁내막증 진단특약Ⅱ(갱신형)	자궁내막증 진단급여금	자궁내막증으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회에 한함)	1년 미만 : 50만원 1년 이상 : 100만원
(무)난소과다자극 진단특약(갱신형)	난소과다자극 진단급여금	「난소과다자극 보장개시일」 이후 “난소과다자극”으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 연간 1회에 한함)	30만원
(무)난임진단특약(갱신형)	난임 진단급여금	「난임 보장개시일」 이후 “난임”으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회에 한하여 지급함)	100만원
(무)난임치료특약 (기혼자용)(갱신형)	인공수정치료비	“난임치료 보장개시일” 이후에 “급여 난임”으로 진단이 확정되고 “급여 인공수정치료”를 받았을 때 (다만, 최초 1회에 한하여 지급함)	100만원
	체외수정치료비	“난임치료 보장개시일” 이후에 “급여 난임”으로 진단이 확정되고 “급여 체외수정치료”를 받았을 때 (다만, 최초 1회에 한하여 지급함)	300만원
(무)난임치료후 산후관리지원특약 (기혼자용)(갱신형)	난임치료후 산후관리지원금	“난임치료 보장개시일” 이후에 “급여 난임”으로 진단이 확정되고 “난임치료”로 임신하여 자녀를 “출산”한 경우 (다만, 최초 1회에 한하여 지급함)	100만원
(무)질병장해보장특약D (해약환급금 미지급형)	질병장해급여금	보험기간 중 동일한 질병으로 장해분류표에서 정한 장해지급률 중 3% 이상 100%에 해당하는 장해상태가 되었을 때	1,000만원 × 해당 장해지급률
(무)재해장해보장특약D (해약환급금 미지급형)	재해장해급여금	보험기간 중 발생한 동일한 재해로 장해분류표에서 정한 장해지급률 중 3% 이상 100%에 해당하는 장해상태가 되었을 때	1,000만원 × 해당 장해지급률
(무)급여골밀도검사비 보장특약 (해약환급금 미지급형)	급여 골밀도검사비	“급여 골밀도검사”를 받았을 때 (다만, 연간 1회에 한하여 지급)	5만원 (다만, '간편심사형'일 경우 계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생 하였을 경우에는 상가금액의 50%를 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.
- 상가 보험금 지급기준표의 내용 중 계약일부터 1년 미만의 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우에는 적용하지 않습니다.
- 상가 보험금 지급기준표의 “연간”이란 계약일로부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
- (무)난소과다자극진단특약(갱신형)에서 “난소과다자극” 보장에 대한 보장개시일은 최초계약의 경우 계약일부터 계약일을 포함하여 1년이 지난날의 다음날로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우에는 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 1년이 지난날의 다음날입니다.
- (무)난임진단특약(갱신형)에서 “난임” 보장에 대한 보장개시일은 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날로 하며, 갱신계약은 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우에는 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 1년이 지난날의 다음날입니다.
- (무)난임진단특약(갱신형)에서 남성에서 기원한 여성불임(N97.4)에 해당하는 질병코드는 보장하지 않습니다.
- (무)난임치료특약(기혼자용)(갱신형) 및 (무)난임치료후산후관리지원특약(기혼자용)(갱신형)에서 “난임치료” 보장에 대한 보장개시일은 최초계약의 경우 계약일부터 계약일을 포함하여 1년이 지난날의 다음날로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우에는 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 1년이 지난날의 다음날입니다.
- (무)난임치료특약(기혼자용)(갱신형) 및 (무)난임치료후산후관리지원특약(기혼자용)(갱신형)의 피보험자는 기혼여성과 사실혼여성을 대상으로 합니다. 기혼여성이라 함은 법적혼인상태(국내법상 혼인관계가 유효한 경우)에 있는 여성을 말합니다. 사실혼여성이라 함은 사실상 혼인관계를 유지하였다고 관할 보건소에서 확인된 경우로 보건복지부의 모자보건사업 중 ‘난임부부 시술비 지원사업’에서 정한 지침을 따릅니다.
- (무)난임치료후산후관리지원특약(기혼자용)(갱신형)에서 출생아가 2명 이상인 다태아 출산의 경우에도 출생아의 인원수에 관계없이 최초 1회에 한하여 난임치료후 산후관리지원금을 지급합니다. “출산”은 유산 및 사산의 경우는 포함하지 않습니다.
- (무)급여골밀도검사비보장특약(해약환급금 미지급형)에서 “급여 골밀도검사”라 함은 의사에 의하여 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 약관 (별표4) “급여 골밀도검사 분류표”에 해당하는 의료행위(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에만 합니다)를 말합니다.
- (무)급여골밀도검사비보장특약(해약환급금 미지급형)에서 피보험자가 연간 1년 이내에 각각 다른 “급여 골밀도검사”를 받은 경우에도 검사를 받은 부위 및 횟수와 관계없이 연간 1회에 한하여 지급합니다.
- 약관에서 정하는 보험금 지급사유 관련 기준이 의료법 및 관련 법령 등의 개정에 따라 변경되는 경우, 해당 특약의 약관에서 정하는 바에 따른 기준을 적용하거나 보장내용이 변경될 수 있습니다.
- 위 특약에 대한 계약소멸사유 및 납입면제사유는 해당 보험약관을 확인하시기 바랍니다.

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

보험금 지급 기준

기타 선택특약

기준 : 특약 보험가입금액 1,000만원

구분	급부명칭	지급사유	보장내용
(무)고혈압(원발성)약물치료 보장특약(해약환급금 미지급형)	고혈압(원발성)약물 치료급여금	고혈압보장개시일 이후에 “고혈압(원발성)”으로 진단확정되고, 그 직접적인 치료를 목적으로 180일 이상의 기간에 대해 “고혈압(원발성) 약물치료”를 받았을 때(다만, 최초 1회에 한함)	100만원
(무)당뇨병(당화혈색소6.5%이상) 진단특약(해약환급금 미지급형)	당뇨병(당화혈색소 6.5%이상) 진단급여금	당뇨보장개시일 이후에 “당뇨병(당화혈색소6.5%이상)”으로 진단이 확정되었을 때(다만, 최초 1회에 한함)	100만원
(무)당뇨병(당화혈색소7.0%이상) 진단특약(해약환급금 미지급형)	당뇨병(당화혈색소 7.0%이상) 진단급여금	당뇨보장개시일 이후에 “당뇨병(당화혈색소7.0%이상)”으로 진단이 확정되었을 때(다만, 최초 1회에 한함)	100만원
(무)당뇨병(당화혈색소9.0%이상) 진단특약(해약환급금 미지급형)	당뇨병(당화혈색소 9.0%이상) 진단급여금	당뇨보장개시일 이후에 “당뇨병(당화혈색소9.0%이상)”으로 진단이 확정되었을 때(다만, 최초 1회에 한함)	100만원
(무)대상포진진단특약 (해약환급금 미지급형)	대상포진 진단급여금	“대상포진”으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회에 한함)	1년 미만 : 50만원 1년 이상 : 100만원
(무)통풍진단특약 (해약환급금 미지급형)	통풍 진단급여금	“통풍”으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회에 한함)	1년 미만 : 50만원 1년 이상 : 100만원
(무)관절염수술보장특약Ⅱ (갱신형)	관절염 수술급여금	“관절염 수술”을 받았을 때 (다만, 연간 1회에 한하여 지급)	1년 미만 : 15만원 1년 이상 : 30만원
(무)인공관절치환수술보장특약Ⅱ (갱신형)	특정 인공관절치환 수술급여금	“특정 인공관절치환 수술”을 받았을 때 (다만, 견관절(어깨관절), 고관절(엉덩이관절) 혹은 슬관절(무릎관절) 중 최초로 발생한 인공관절치환 수술 1회에 한하여 지급)	100만원 (다만, 최초계약의 계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생하였을 경우에는 상기금액의 50%를 지급)
(무)중증무릎관절연골손상 진단특약Ⅱ (갱신형)	중증무릎관절 연골손상 진단급여금	“중증무릎관절연골손상”으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회에 한함)	1년 미만 : 50만원 1년 이상 : 100만원

- 위 특약에서 보험금은 특약의 보험기간 중 피보험자에게 보험금 지급사유가 발생하였을 때 지급하여 드립니다.
- 피보험자가 가입나이, 가입한도 등 계약인수 관련사항은 회사가 별도로 정한 기준에 따라 제한될 수 있습니다.
- 상기 보험금 지급기준표의 계약일부터 1년 미만의 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우에는 적용하지 않습니다.
- 상기 보험금 지급기준표의 “연간”이란 계약일부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
- (무)고혈압(원발성)약물치료보장특약(해약환급금 미지급형)에서 “고혈압(원발성)” 보장에 대한 고혈압보장개시일은 계약일부터 계약일을 포함하여 1년이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우에는 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 1년이 지난날의 다음날입니다. “고혈압(원발성)”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 “고혈압(원발성) 분류표”(별표4 참조)에서 정한 질병을 말합니다. “고혈압(원발성) 약물치료”라 함은 의사가 피보험자의 “고혈압(원발성)”의 직접적인 치료를 목적으로 하는 약물(식품의약품안전처 예규 ‘의약품등 분류번호에 관한 규정’에 의하여 의약품 분류번호 ‘213(이노제)’(예규 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우 ‘이노제’에 준하는 분류번호), ‘214(혈압강화제)’(예규 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우 ‘혈압강화제’에 준하는 분류번호), ‘217(혈관확장제)’(예규 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우 ‘혈관확장제’에 준하는 분류번호), ‘219(기타의 순환계용약)’(예규 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우 ‘기타의 순환계용약’에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품)을 180일 이상의 기간에 대해 처방하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, “고혈압(원발성)”이 동반되지 않고 기타질환의 증상관리나 합병증 예방을 목적으로 약물이 투여된 경우에는 보장하지 않습니다. 180일 이상의 기간에 대해 “고혈압(원발성) 약물치료”를 받았을 때라 함은 “고혈압(원발성) 약물치료”일수의 합이 누적하여 180일 이상인 경우를 말하며, 해당 일수는 처방일을 기준으로 산정합니다.
- (무)당뇨병(당화혈색소6.5%이상)진단특약(해약환급금 미지급형), (무)당뇨병(당화혈색소7.0%이상)진단특약(해약환급금 미지급형) 및 (무)당뇨병(당화혈색소9.0%이상)진단특약(해약환급금 미지급형)에서 당뇨보장개시일은 계약일부터 계약일을 포함하여 1년이 지난날의 다음날로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우에는 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 1년이 지난날의 다음날입니다.
- (무)당뇨병(당화혈색소6.5%이상)진단특약(해약환급금 미지급형)에서 “당뇨병(당화혈색소6.5%이상)”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 “당뇨병 분류표”(별표4 참조)에서 정한 질병 중 당화혈색소(HbA1c) 6.5% 이상을 만족하는 당뇨병을 말합니다. (무)당뇨병(당화혈색소7.0%이상)진단특약(해약환급금 미지급형)에서 “당뇨병(당화혈색소7.0% 이상)”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 “당뇨병 분류표”(별표4 참조)에서 정한 질병 중 당화혈색소(HbA1c) 7.0% 이상을 만족하는 당뇨병을 말합니다. (무)당뇨병(당화혈색소9.0%이상)진단특약(해약환급금 미지급형)에서 “당뇨병(당화혈색소9.0%이상)”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 “당뇨병 분류표”(별표4 참조)에서 정한 질병 중 당화혈색소(HbA1c) 9.0% 이상을 만족하는 당뇨병을 말합니다. 당화혈색소(HbA1c)는 표준화된 방법으로 측정된 것이어야 하며, 이는 ‘국제당화혈색소 측정 표준화 프로그램(National Glycohemoglobin Standardization Program: NGSP)’에 의해 인증되고 ‘당뇨병 조절과 합병증에 대한 연구(Diabetes Control and Complication Trial: DCCT)’에서 정한 표준화된 방법으로 측정된 것을 말합니다.
- 위 특약에 대한 계약소멸사유 및 납입면제사유는 해당 보험약관을 확인하시기 바랍니다.

기타 선택특약

구 분	급부명칭	납입면제사유
(무) 선택질병보험료 납입면제특약D (해약환급금 미지급형)	1형(암 보장형)	암 보장개시일 이후에 “암”으로 진단이 확정되었을 때 (중증 이외의 갑상선암, 기타피부암 또는 대장점막내암 제외)
	2형(뇌출혈 및 뇌경색증 보장형)	“뇌출혈 및 뇌경색증”으로 진단이 확정되었을 때
	3형(급성심근경색증 보장형)	“급성심근경색증”으로 진단이 확정되었을 때
		납입면제 대상계약 및 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제

- 피보험자 가입나이, 가입한도 등 계약인수 관련사항은 회사가 별도로 정한 기준에 따라 제한될 수 있습니다.
- 상기 보험금 지급기준표에서 “암”에 대한 정의는 해당 약관을 참고해주시기 바랍니다.
- 암보장개시일 : “암” 보장에 대한 보장개시일을 말하며, 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우에는 부활(효력회복)일부부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.
- (무)선택질병보험료납입면제특약D(해약환급금 미지급형)에서 “뇌출혈 및 뇌경색증”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 약관 (별표1) “뇌출혈 및 뇌경색증 분류표”에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 외상성 두개내출혈, 혈관성 치매 및 ‘과거 무증상성 열공성 뇌경색증’으로 분류되는 경우에는 납입면제하지 않습니다.
- (무)선택질병보험료납입면제특약D(해약환급금 미지급형) 납입면제 대상 계약은 주계약 및 최초 계약체결 시 주계약과 함께 가입한 특약 중 ●표시된 특약을 대상으로 합니다.

구분	1형(암 보장형)	2형(뇌출혈 및 뇌경색증 보장형)	3형(급성심근경색증 보장형)
주계약 (무)ABL THE특특위는여성건강보험(해약환급금 미지급형)2506	●	●	●
(무)일반암진단특약D(해약환급금 미지급형)		●	●
(무)소액암진단특약D(해약환급금 미지급형)	●	●	●
(무)바로보장 일반암진단특약(해약환급금 미지급형)		●	●
(무)바로보장 소액암진단특약(해약환급금 미지급형)	●	●	●
(무)여성통합암(소액암제외)진단특약(해약환급금 미지급형)		●	●
(무)여성암절제수술보장특약(해약환급금 미지급형)	●	●	●
(무)여성암진단후3대수술보장특약(해약환급금 미지급형)	●	●	●
(무)항암약물치료보장특약D(해약환급금 미지급형)	●	●	●
(무)항암방사선치료보장특약D(해약환급금 미지급형)	●	●	●
(무)암수술보장특약D(해약환급금 미지급형)	●	●	●
(무)암직접치료입원보장특약(1일이상 120일한도)D(해약환급금 미지급형)	●	●	●
(무)요양병원입원보장특약(1일이상 90일한도)D(해약환급금 미지급형)	●	●	●
(무)일반암주요치료비보장특약D(해약환급금 미지급형)		●	●
(무)갑상선암 및 기타피부암 주요치료비보장특약D(해약환급금 미지급형)	●	●	●
(무)계속받는 일반암주요치료비보장특약D(해약환급금 미지급형)		●	●
(무)계속받는 갑상선암 및 기타피부암 주요치료비보장특약D(해약환급금 미지급형)	●	●	●
특약 (무)뇌심주요치료비보장특약D(해약환급금 미지급형)	●		
(무)뇌혈관질환진단특약D(해약환급금 미지급형)	●		●
(무)허혈심장질환진단특약D(해약환급금 미지급형)	●	●	
(무)뇌혈관질환입원보장특약D(해약환급금 미지급형)	●	●	●
(무)상급종합병원뇌혈관질환입원보장특약D(해약환급금 미지급형)	●	●	●
(무)허혈심장질환입원보장특약D(해약환급금 미지급형)	●	●	●
(무)상급종합병원허혈심장질환입원보장특약D(해약환급금 미지급형)	●	●	●
(무)뇌혈관질환통원보장특약D(해약환급금 미지급형)	●	●	●
(무)종합병원뇌혈관질환통원보장특약D(해약환급금 미지급형)	●	●	●
(무)상급종합병원뇌혈관질환통원보장특약D(해약환급금 미지급형)	●	●	●
(무)허혈심장질환통원보장특약D(해약환급금 미지급형)	●	●	●
(무)종합병원허혈심장질환통원보장특약D(해약환급금 미지급형)	●	●	●
(무)상급종합병원허혈심장질환통원보장특약D(해약환급금 미지급형)	●	●	●
(무)급여뇌심질환특정재활치료보장특약D(해약환급금 미지급형)	●	●	●
(무)질병수술보장특약(해약환급금 미지급형)	●	●	●
(무)종합병원질병수술보장특약(해약환급금 미지급형)	●	●	●
(무)상급종합병원질병수술보장특약(해약환급금 미지급형)	●	●	●
(무)여성다빈도질병수술보장특약(해약환급금 미지급형)	●	●	●

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

보험금 지급 기준

기타 선택특약

구분		1형(암 보장형)	2형(뇌출혈 및 뇌경색증 보장형)	3형(급성심근경색증 보장형)
특약	(무)재해수술보장특약(해약환급금 미지급형)	●	●	●
	(무)1-5종수술보장특약(해약환급금 미지급형)	●	●	●
	(무)입원보장특약D(해약환급금 미지급형)	●	●	●
	(무)종합병원입원보장특약(해약환급금 미지급형)	●	●	●
	(무)상급종합병원입원보장특약(해약환급금 미지급형)	●	●	●
	(무)중환자실입원보장특약(해약환급금 미지급형)	●	●	●
	(무)입원보장특약(1일이상30일한도)(해약환급금 미지급형)	●	●	●
	(무)질병입원보장특약(121일이상)(해약환급금 미지급형)	●	●	●
	(무)급여골밀도검사비보장특약(해약환급금 미지급형)	●	●	●
	(무)질병장해보장특약D(해약환급금 미지급형)	●	●	●
	(무)재해장해보장특약D(해약환급금 미지급형)	●	●	●
	(무)고혈압(원발성)약물치료보장특약(해약환급금 미지급형)	●	●	●
	(무)당뇨병(당화혈색소6.5%이상)진단특약(해약환급금 미지급형)	●	●	●
	(무)당뇨병(당화혈색소7.0%이상)진단특약(해약환급금 미지급형)	●	●	●
	(무)당뇨병(당화혈색소9.0%이상)진단특약(해약환급금 미지급형)	●	●	●
	(무)대상포진진단특약(해약환급금 미지급형)	●	●	●
	(무)통풍진단특약(해약환급금 미지급형)	●	●	●

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

보험료 예시표

주계약

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

구분		간편심사형(305)			일반심사형		
		30세	40세	50세	30세	40세	50세
해약환급금 미지급형	건강등급 미적용	1,760	2,200	2,800	1,470	1,850	2,360
	건강등급 1등급	1,584	1,980	2,520	1,323	1,665	2,124
	건강등급 2등급	1,637	2,046	2,604	1,367	1,720	2,195
	건강등급 3등급	1,672	2,090	2,660	1,396	1,757	2,242
	건강등급 4등급	1,707	2,134	2,716	1,426	1,794	2,289
기본형	건강등급 미적용	2,080	2,550	3,150	1,780	2,180	2,710
	건강등급 1등급	1,872	2,295	2,835	1,602	1,962	2,439
	건강등급 2등급	1,934	2,371	2,929	1,655	2,027	2,520
	건강등급 3등급	1,976	2,422	2,992	1,691	2,071	2,574
	건강등급 4등급	2,018	2,473	3,055	1,727	2,115	2,629

- 상기 예시는 간편심사형(305), 일반심사형 가입 기준이며, 간편심사형별 보험료 예시는 상품설명서를 확인하시기 바랍니다.
- '해약환급금 미지급형'은 '기본형'보다 보험료가 저렴한 대신, 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 계약이 해지될 경우 '기본형'의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급합니다.

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

보험료 예시표

선택특약_간편심사형(305)

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

구분	가입금액(만원)	보험기간/납입기간	30세	40세	50세
(무)일반암진단특약D(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	14,090	17,240	17,880
(무)소액암진단특약D(해약환급금 미지급형)	100	종신만기 20년납	971	899	731
(무)바로보장 일반암진단특약(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	14,210	17,600	18,500
(무)바로보장 소액암진단특약(해약환급금 미지급형)	200	종신만기 20년납	1,986	1,854	1,516
(무)여성통합암(소액암제외)진단특약(해약환급금 미지급형)_유방암	1,000	종신만기 20년납	4,960	5,750	4,530
(무)여성통합암(소액암제외)진단특약(해약환급금 미지급형)_자궁암	1,000	종신만기 20년납	1,370	1,420	1,220
(무)여성통합암(소액암제외)진단특약(해약환급금 미지급형)_특정여성생식기암	1,000	종신만기 20년납	630	730	690
(무)여성통합암(소액암제외)진단특약(해약환급금 미지급형)_위암	1,000	종신만기 20년납	1,520	1,910	2,160
(무)여성통합암(소액암제외)진단특약(해약환급금 미지급형)_간암	1,000	종신만기 20년납	610	790	980
(무)여성통합암(소액암제외)진단특약(해약환급금 미지급형)_폐암	1,000	종신만기 20년납	1,460	1,910	2,390
(무)여성통합암(소액암제외)진단특약(해약환급금 미지급형)_대장암	1,000	종신만기 20년납	1,750	2,170	2,490
(무)여성통합암(소액암제외)진단특약(해약환급금 미지급형)_췌장암·담낭암·기타담도암	1,000	종신만기 20년납	1,100	1,450	1,870
(무)여성통합암(소액암제외)진단특약(해약환급금 미지급형)_특정암	1,000	종신만기 20년납	2,760	3,160	3,230
(무)여성암절제수술보장특약(해약환급금 미지급형)_1형(유방절제수술형)	1,000	종신만기 20년납	794	891	715
(무)여성암절제수술보장특약(해약환급금 미지급형)_2형(자궁난소적출수술형)	1,000	종신만기 20년납	214	244	220
(무)항암약물치료보장특약D(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	560	650	650
(무)항암방사선치료보장특약D(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	550	630	630
(무)암직접치료입원보장특약(1일이상 120일한도)D(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	5,260	6,370	6,900
(무)요양병원암입원보장특약(1일이상 90일한도)D(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	920	1,130	1,250
(무)암수술보장특약D(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	4,350	4,940	4,830
(무)여성암진단후3대수술보장특약(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	714	736	494
(무)일반암주요치료비보장특약D(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	23,290	28,540	29,290
(무)갑상선암 및 기타피부암주요치료비보장특약D(해약환급금 미지급형)	100	종신만기 20년납	703	673	545
(무)계속받는 일반암주요치료비보장특약D(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	32,860	41,280	43,810
(무)계속받는 갑상선암 및 기타피부암 주요치료비보장특약D(해약환급금 미지급형)	100	종신만기 20년납	695	690	592
(무)갑상선바늘생검조직병리진단특약Ⅱ(갱신형)	1,000	10년만기 전기납	280	420	560
(무)통합갑상선암진단특약Ⅱ(갱신형)_초기갑상선암	100	20년만기 전기납	191	193	145
(무)통합갑상선암진단특약Ⅱ(갱신형)_갑상선암(초기제외)	1,000	20년만기 전기납	1,740	1,770	1,350
(무)통합갑상선암진단특약Ⅱ(갱신형)_중증갑상선암	10,000	20년만기 전기납	70	110	170
(무)갑상선기능항진증치료보장특약Ⅱ(갱신형)	1,000	20년만기 전기납	420	520	530
(무)특정갑상선기능저하증진단특약Ⅱ(갱신형)	1,000	20년만기 전기납	1,770	1,490	1,440
(무)다빈치로봇암(전립선암 및 갑상선암 제외)수술보장특약Ⅱ(갱신형)	1,000	10년만기 전기납	780	980	980
(무)다빈치로봇암(전립선암 및 갑상선암 포함)수술보장특약Ⅱ(갱신형)	1,000	10년만기 전기납	4,110	3,640	2,160
(무)암직접치료통원보장특약DⅡ(갱신형)	1,000	10년만기 전기납	1,660	3,410	5,130
(무)암직접치료상급종합병원통원보장특약Ⅱ(갱신형)	1,000	10년만기 전기납	1,000	2,140	3,130

선택특약_간편심사형(305)

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

구분	가입금액(만원)	보험기간/납입기간	30세	40세	50세
(무)표적항암약물허가치료보장특약DⅡ(갱신형)	1,000	10년만기 전기납	820	1,420	1,860
(무)뇌혈관질환진단특약D(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	22,570	30,050	40,970
(무)허혈심장질환진단특약D(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	13,930	17,140	20,120
(무)뇌심주요치료비보장특약D(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	15,880	21,460	30,740
(무)뇌혈관질환입원보장특약D(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	890	1,180	1,540
(무)상급종합병원뇌혈관질환입원보장특약D(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	170	223	276
(무)허혈심장질환입원보장특약D(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	172	228	293
(무)상급종합병원허혈심장질환입원보장특약D(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	93	122	156
(무)뇌혈관질환통원보장특약D(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	530	700	890
(무)종합병원뇌혈관질환통원보장특약D(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	400	520	660
(무)상급종합병원뇌혈관질환통원보장특약D(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	810	1,050	1,280
(무)허혈심장질환통원보장특약D(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	390	520	670
(무)종합병원허혈심장질환통원보장특약D(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	301	401	521
(무)상급종합병원허혈심장질환통원보장특약D(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	580	780	1,010
(무)급여성심질환특정재활치료보장특약D(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	1,450	1,910	2,440
(무)자궁내막증진단특약Ⅱ(갱신형)	500	10년만기 전기납	1,570	2,255	1,065
(무)질병수술보장특약(해약환급금 미지급형)	400	종신만기 20년납	21,040	23,880	25,000
(무)질병수술보장특약Ⅱ(갱신형)	400	20년만기 전기납	8,080	12,600	17,040
(무)종합병원질병수술보장특약(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	17,300	20,100	20,900
(무)종합병원질병수술보장특약Ⅱ(갱신형)	1,000	20년만기 전기납	6,800	10,800	14,400
(무)상급종합병원질병수술보장특약(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	8,200	9,500	9,900
(무)상급종합병원질병수술보장특약Ⅱ(갱신형)	1,000	20년만기 전기납	3,100	5,100	6,900
(무)여성다빈도질병수술보장특약(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	5,900	6,800	7,300
(무)여성다빈도질병수술보장특약Ⅱ(갱신형)	1,000	20년만기 전기납	2,200	3,600	5,000
(무)재해수술보장특약(해약환급금 미지급형)	100	종신만기 20년납	527	612	687
(무)재해수술보장특약Ⅱ(갱신형)	100	20년만기 전기납	188	299	421
(무)1-5종수술보장특약(해약환급금 미지급형)_1형(평준형)_1종수술	20	종신만기 20년납	7,168	7,322	7,638
(무)1-5종수술보장특약(해약환급금 미지급형)_1형(평준형)_2종수술	40	종신만기 20년납	13,356	15,584	16,932
(무)1-5종수술보장특약(해약환급금 미지급형)_1형(평준형)_3종수술	100	종신만기 20년납	5,310	5,970	6,220
(무)1-5종수술보장특약(해약환급금 미지급형)_1형(평준형)_4종수술	500	종신만기 20년납	2,000	2,250	2,350
(무)1-5종수술보장특약(해약환급금 미지급형)_1형(평준형)_5종수술	1,000	종신만기 20년납	20,900	22,900	21,900
(무)1-5종수술보장특약(해약환급금 미지급형)_2형(체증형)_1종수술	20	종신만기 20년납	12,584	12,704	12,402
(무)1-5종수술보장특약(해약환급금 미지급형)_2형(체증형)_2종수술	40	종신만기 20년납	24,644	27,560	28,108
(무)1-5종수술보장특약(해약환급금 미지급형)_2형(체증형)_3종수술	100	종신만기 20년납	9,620	10,420	10,400

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

보험료 예시표

선택특약_간편심사형(305)

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

구분	가입금액(만원)	보험기간/납입기간	30세	40세	50세
(무)1-5종수술보장특약(해약환급금 미지급형)_2형(체증형)_4종수술	500	종신만기 20년납	3,600	3,900	3,900
(무)1-5종수술보장특약(해약환급금 미지급형)_2형(체증형)_5종수술	1,000	종신만기 20년납	37,300	38,400	34,400
(무)1-5종수술보장특약Ⅱ(갱신형)_1종수술	20	20년만기 전기납	2,784	3,546	4,750
(무)1-5종수술보장특약Ⅱ(갱신형)_2종수술	40	20년만기 전기납	3,960	6,744	10,048
(무)1-5종수술보장특약Ⅱ(갱신형)_3종수술	100	20년만기 전기납	1,840	2,670	3,480
(무)1-5종수술보장특약Ⅱ(갱신형)_4종수술	500	20년만기 전기납	800	1,100	1,450
(무)1-5종수술보장특약Ⅱ(갱신형)_5종수술	1,000	20년만기 전기납	8,700	13,000	14,400
(무)다빈치로봇자궁및난소수술보장특약Ⅱ(갱신형)	1,000	10년만기 전기납	340	650	420
(무)입원보장특약D(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	14,300	16,500	18,900
(무)종합병원입원보장특약(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	5,600	6,630	7,580
(무)상급종합병원입원보장특약(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	1,740	2,010	2,240
(무)중환자실입원보장특약(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	2,500	3,110	3,850
(무)입원보장특약(1일이상30일한도)(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	11,900	13,400	15,100
(무)질병입원보장특약(121일이상)(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	93	116	135
(무)대상포진진단특약(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	5,886	6,835	7,997
(무)통풍진단특약(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	708	776	819
(무)급여골밀도검사비보장특약(해약환급금 미지급형)	1,000	65세만기 15년납	1,340	1,710	1,970
(무)관절염수술보장특약Ⅱ(갱신형)	1,000	10년만기 전기납	40	100	390
(무)인공관절치환수술보장특약Ⅱ(갱신형)	1,000	10년만기 전기납	34	62	366
(무)중증무릎관절연골손상진단특약Ⅱ(갱신형)	1,000	10년만기 전기납	270	660	2,090
(무)질병장해보장특약D(해약환급금 미지급형)	1,000	90세만기 20년납	13,090	17,140	22,220
(무)재해장해보장특약D(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	890	1,100	1,380
(무)선택질병보험료납입면제특약D(해약환급금 미지급형)_1형(암 보장형)	10	20년만기 전기납	5,360	10,993	13,264
(무)선택질병보험료납입면제특약D(해약환급금 미지급형)_2형(뇌출혈 및 뇌경색증 보장형)	10	20년만기 전기납	735	1,760	3,233
(무)선택질병보험료납입면제특약D(해약환급금 미지급형)_3형(급성심근경색증 보장형)	10	20년만기 전기납	157	408	758

- 피보험자 가입나이, 가입년도 등 계약인수 관련사항은 회사가 별도로 정한 기준에 따라 제한될 수 있습니다.
- 상기 갱신형 특약(무)통합갑상선암진단특약Ⅱ(갱신형), (무)갑상선기능항진증치료보장특약Ⅱ(갱신형), (무)특정갑상선기능저하증진단특약Ⅱ(갱신형), (무)질병수술보장특약Ⅱ(갱신형), (무)종합병원질병수술보장특약Ⅱ(갱신형), (무)상급종합병원질병수술보장특약Ⅱ(갱신형), (무)여성다빈도질병수술보장특약Ⅱ(갱신형), (무)재해수술보장특약Ⅱ(갱신형), (무)1-5종수술보장특약Ⅱ(갱신형) 제외)은 10년만기 자동갱신부 특약으로 보험료는 100세(주계약 보험기간이 80세만기일 경우에는 80세, 90세만기일 경우에는 90세)까지 계속 납입하여야 하며, 상기 예시는 최초 계약 가입 당시의 보험요율을 기준으로 산출하였으므로, 갱신을 할 때 연령증가, 적용요율의 변동에 따라 보험료가 인상될 수 있습니다.
- (무)통합갑상선암진단특약Ⅱ(갱신형), (무)갑상선기능항진증치료보장특약Ⅱ(갱신형), (무)특정갑상선기능저하증진단특약Ⅱ(갱신형), (무)질병수술보장특약Ⅱ(갱신형), (무)종합병원질병수술보장특약Ⅱ(갱신형), (무)상급종합병원질병수술보장특약Ⅱ(갱신형), (무)여성다빈도질병수술보장특약Ⅱ(갱신형), (무)재해수술보장특약Ⅱ(갱신형), (무)1-5종수술보장특약Ⅱ(갱신형)은 10년만기, 20년만기 또는 30년만기 자동갱신부 특약으로 보험료는 100세(주계약 보험기간이 80세만기일 경우에는 80세, 90세만기일 경우에는 90세)까지 계속 납입하여야 하며, 상기 예시는 최초 계약 가입 당시의 보험요율을 기준으로 산출하였으므로, 갱신을 할 때 연령증가, 적용요율의 변동에 따라 보험료가 인상될 수 있습니다.
- (무)선택질병보험료납입면제특약D(해약환급금 미지급형)의 보험가입금액은 납입면제 대상계약의 보험료가 변경된 경우, 납입면제 대상계약이 해지/소멸되거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우, 납입면제 대상계약의 무효/취소/철회가 발생하는 경우 변경될 수 있고, 계약자는 변경된 보험가입금액에 따라 산출된 보험료를 납입하여야 합니다.
- 해약환급금 미지급형은 '기본형'보다 보험료가 저렴한 대신, 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 계약이 해지될 경우 '기본형'의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급합니다.

선택특약_일반심사형

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

구분	가입금액(만원)	보험기간/납입기간	30세	40세	50세
(무)일반암진단특약D(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	9,340	11,310	11,800
(무)소액암진단특약D(해약환급금 미지급형)	100	종신만기 20년납	590	553	457
(무)바로보장 일반암진단특약(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	9,400	11,510	12,140
(무)바로보장 소액암진단특약(해약환급금 미지급형)	200	종신만기 20년납	1,200	1,138	944
(무)여성통합암(소액암제외)진단특약(해약환급금 미지급형)_유방암	1,000	종신만기 20년납	2,960	3,380	2,650
(무)여성통합암(소액암제외)진단특약(해약환급금 미지급형)_자궁암	1,000	종신만기 20년납	810	840	730
(무)여성통합암(소액암제외)진단특약(해약환급금 미지급형)_특정여성생식기암	1,000	종신만기 20년납	390	440	430
(무)여성통합암(소액암제외)진단특약(해약환급금 미지급형)_위암	1,000	종신만기 20년납	1,000	1,250	1,430
(무)여성통합암(소액암제외)진단특약(해약환급금 미지급형)_간암	1,000	종신만기 20년납	420	540	670
(무)여성통합암(소액암제외)진단특약(해약환급금 미지급형)_폐암	1,000	종신만기 20년납	1,000	1,300	1,620
(무)여성통합암(소액암제외)진단특약(해약환급금 미지급형)_대장암	1,000	종신만기 20년납	1,180	1,460	1,690
(무)여성통합암(소액암제외)진단특약(해약환급금 미지급형)_췌장암·담낭암·기타담도암	1,000	종신만기 20년납	790	1,040	1,340
(무)여성통합암(소액암제외)진단특약(해약환급금 미지급형)_특정암	1,000	종신만기 20년납	1,760	2,030	2,110
(무)여성암절제수술보장특약(해약환급금 미지급형)_1형(유방절제수술형)	1,000	종신만기 20년납	474	532	433
(무)여성암절제수술보장특약(해약환급금 미지급형)_2형(자궁난소적출수술형)	1,000	종신만기 20년납	129	147	134
(무)항암약물치료보장특약D(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	380	440	450
(무)항암방사선치료보장특약D(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	360	420	430
(무)암직접치료입원보장특약(1일 이상 120일 한도)D(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	2,910	3,510	3,820
(무)요양병원입원보장특약(1일 이상 90일 한도)D(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	510	630	700
(무)암수술보장특약D(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	2,940	3,380	3,380
(무)여성암진단후3대수술보장특약(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	416	437	310
(무)일반암주요치료비보장특약D(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	15,160	18,470	19,080
(무)갑상선암 및 기타피부암주요치료비보장특약D(해약환급금 미지급형)	100	종신만기 20년납	424	411	339
(무)계속받는 일반암주요치료비보장특약D(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	20,820	26,000	27,950
(무)계속받는 갑상선암 및 기타피부암 주요치료비보장특약D(해약환급금 미지급형)	100	종신만기 20년납	421	426	376
(무)갑상선바늘생검조직병리진단특약Ⅱ(갱신형)	1,000	10년만기 전기납	190	290	380
(무)통합갑상선암진단특약Ⅱ(갱신형)_초기갑상선암	100	20년만기 전기납	124	125	92
(무)통합갑상선암진단특약Ⅱ(갱신형)_갑상선암(초기제외)	1,000	20년만기 전기납	1,130	1,140	860
(무)통합갑상선암진단특약Ⅱ(갱신형)_중증갑상선암	10,000	20년만기 전기납	50	70	110
(무)갑상선기능항진증치료보장특약Ⅱ(갱신형)	1,000	20년만기 전기납	180	220	230
(무)특정갑상선기능저하증진단특약Ⅱ(갱신형)	1,000	20년만기 전기납	740	620	630
(무)다빈치로봇암(전립선암 및 갑상선암 제외)수술보장특약Ⅱ(갱신형)	1,000	10년만기 전기납	510	630	640

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

보험료 예시표

선택특약_일반심사형

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

구분	가입금액(만원)	보험기간/납입기간	30세	40세	50세
(무)다빈치로봇암(전립선암 및 갑상선암 포함)수술보장특약Ⅱ(갱신형)	1,000	10년만기 전기납	2,460	2,200	1,330
(무)암직접치료통원보장특약DⅡ(갱신형)	1,000	10년만기 전기납	1,100	2,320	3,380
(무)암직접치료상급종합병원통원보장특약Ⅱ(갱신형)	1,000	10년만기 전기납	670	1,460	2,060
(무)표적항암약물허가치료보장특약DⅡ(갱신형)	1,000	10년만기 전기납	570	980	1,220
(무)뇌혈관질환진단특약D(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	13,440	17,320	22,570
(무)허혈심장질환진단특약D(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	5,440	6,670	8,040
(무)뇌심주요치료비보장특약D(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	10,150	13,200	17,620
(무)뇌혈관질환입원보장특약D(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	440	580	760
(무)상급종합병원뇌혈관질환입원보장특약D(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	76	99	123
(무)허혈심장질환입원보장특약D(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	42	55	72
(무)상급종합병원허혈심장질환입원보장특약D(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	21	27	35
(무)뇌혈관질환통원보장특약D(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	290	370	480
(무)종합병원뇌혈관질환통원보장특약D(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	210	270	350
(무)상급종합병원뇌혈관질환통원보장특약D(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	410	530	650
(무)허혈심장질환통원보장특약D(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	170	230	300
(무)종합병원허혈심장질환통원보장특약D(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	132	175	230
(무)상급종합병원허혈심장질환통원보장특약D(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	260	340	440
(무)급여성심질환특정재활치료보장특약D(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	750	990	1,270
(무)자궁내막증진단특약Ⅱ(갱신형)	500	10년만기 전기납	825	1,090	585
(무)난소과다자극진단특약(갱신형)	1,000	5년만기 전기납	34	6	가입불가
(무)난임진단특약(갱신형)	1,000	5년만기 전기납	2,660	750	가입불가
(무)난임치료특약(기혼자용)(갱신형)	1,000	5년만기 전기납	6,570	2,280	가입불가
(무)난임치료후산후관리지원특약(기혼자용)(갱신형)	1,000	5년만기 전기납	730	320	가입불가
(무)질병수술보장특약(해약환급금 미지급형)	400	종신만기 20년납	9,800	11,080	11,720
(무)질병수술보장특약Ⅱ(갱신형)	400	20년만기 전기납	3,880	5,720	7,800
(무)종합병원질병수술보장특약(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	8,100	9,300	9,800
(무)종합병원질병수술보장특약Ⅱ(갱신형)	1,000	20년만기 전기납	3,400	5,000	6,700
(무)상급종합병원질병수술보장특약(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	3,800	4,400	4,600
(무)상급종합병원질병수술보장특약Ⅱ(갱신형)	1,000	20년만기 전기납	1,500	2,300	3,200
(무)여성다빈도질병수술보장특약(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	2,800	3,200	3,400
(무)여성다빈도질병수술보장특약Ⅱ(갱신형)	1,000	20년만기 전기납	1,100	1,700	2,400
(무)재해수술보장특약(해약환급금 미지급형)	100	종신만기 20년납	293	341	396
(무)재해수술보장특약Ⅱ(갱신형)	100	20년만기 전기납	103	150	224
(무)1·5종수술보장특약(해약환급금 미지급형)_1형(평준형)_1종수술	20	종신만기 20년납	3,066	3,134	3,326

선택특약_일반심사형

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

구분	가입금액(만원)	보험기간/납입기간	30세	40세	50세
(무)1-5종수술보장특약(해약환급금 미지급형)_1형(평준형)_2종수술	40	종신만기 20년납	5,760	6,728	7,428
(무)1-5종수술보장특약(해약환급금 미지급형)_1형(평준형)_3종수술	100	종신만기 20년납	2,290	2,590	2,760
(무)1-5종수술보장특약(해약환급금 미지급형)_1형(평준형)_4종수술	500	종신만기 20년납	900	1,000	1,050
(무)1-5종수술보장특약(해약환급금 미지급형)_1형(평준형)_5종수술	1,000	종신만기 20년납	8,800	9,700	9,500
(무)1-5종수술보장특약(해약환급금 미지급형)_2형(체증형)_1종수술	20	종신만기 20년납	5,382	5,476	5,476
(무)1-5종수술보장특약(해약환급금 미지급형)_2형(체증형)_2종수술	40	종신만기 20년납	10,652	11,996	12,500
(무)1-5종수술보장특약(해약환급금 미지급형)_2형(체증형)_3종수술	100	종신만기 20년납	4,170	4,560	4,670
(무)1-5종수술보장특약(해약환급금 미지급형)_2형(체증형)_4종수술	500	종신만기 20년납	1,600	1,700	1,750
(무)1-5종수술보장특약(해약환급금 미지급형)_2형(체증형)_5종수술	1,000	종신만기 20년납	15,700	16,300	15,100
(무)1-5종수술보장특약Ⅱ(갱신형)_1종수술	20	20년만기 전기납	1,280	1,566	2,156
(무)1-5종수술보장특약Ⅱ(갱신형)_2종수술	40	20년만기 전기납	1,792	2,968	4,560
(무)1-5종수술보장특약Ⅱ(갱신형)_3종수술	100	20년만기 전기납	840	1,190	1,590
(무)1-5종수술보장특약Ⅱ(갱신형)_4종수술	500	20년만기 전기납	400	550	700
(무)1-5종수술보장특약Ⅱ(갱신형)_5종수술	1,000	20년만기 전기납	4,000	5,900	6,700
(무)다빈치로봇자궁및난소수술보장특약Ⅱ(갱신형)	1,000	10년만기 전기납	210	330	230
(무)입원보장특약D(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	5,700	6,600	8,000
(무)종합병원입원보장특약(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	2,210	2,630	3,140
(무)상급종합병원입원보장특약(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	650	760	880
(무)중환자실입원보장특약(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	1,090	1,360	1,720
(무)입원보장특약(1일이상30일한도)(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	4,600	5,200	6,100
(무)질병입원보장특약(121일이상)(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	36	45	54
(무)고혈압(원발성)약물치료보장특약(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	2,730	3,540	4,150
(무)당뇨병(당화혈색소6.5%이상)진단특약(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	1,540	2,000	2,460
(무)당뇨병(당화혈색소7.0%이상)진단특약(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	1,110	1,430	1,700
(무)당뇨병(당화혈색소9.0%이상)진단특약(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	319	388	433
(무)대상포진진단특약(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	2,940	3,258	3,596
(무)통풍진단특약(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	329	362	389
(무)급여골밀도검사비보장특약(해약환급금 미지급형)	1,000	65세만기 15년납	590	750	870
(무)관절염수술보장특약Ⅱ(갱신형)	1,000	10년만기 전기납	20	40	170
(무)인공관절치환수술보장특약Ⅱ(갱신형)	1,000	10년만기 전기납	22	34	166
(무)중증무릎관절연골손상진단특약Ⅱ(갱신형)	1,000	10년만기 전기납	220	380	990
(무)질병장해보장특약D(해약환급금 미지급형)	1,000	90세만기 20년납	5,830	7,620	9,910

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

해약환급금 예시표

선택특약_일반심사형

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

구분	가입금액(만원)	보험기간/납입기간	30세	40세	50세
(무)재해장해보장특약D(해약환급금 미지급형)	1,000	종신만기 20년납	870	1,080	1,340
(무)선택질병보험료납입면제특약D(해약환급금 미지급형)_1형(암 보장형)	10	20년만기 전기납	2,992	6,129	7,223
(무)선택질병보험료납입면제특약D(해약환급금 미지급형)_2형(뇌출혈 및 뇌경색증 보장형)	10	20년만기 전기납	305	638	1,198
(무)선택질병보험료납입면제특약D(해약환급금 미지급형)_3형(급성심근경색증 보장형)	10	20년만기 전기납	37	90	206

- 피보험자가 입나이, 가입년도 등 계약인수 관련사항은 회사가 별도로 정한 기준에 따라 제한될 수 있습니다.
- 상기 갱신형 특약((무)통합갑상선암진단특약Ⅱ (갱신형), (무)갑상선기능항진증치료보장특약Ⅱ (갱신형), (무)특정갑상선기능저하증진단특약Ⅱ (갱신형), (무)난소과다자극진단특약(갱신형), (무)난임진단특약(미혼자용)(갱신형), (무)난임치료특약(기혼자용)(갱신형), (무)난임치료후산후관리지원특약(기혼자용)(갱신형), (무)질병수술보장특약Ⅱ (갱신형), (무)종합병원질병수술보장특약Ⅱ (갱신형), (무)상급종합병원질병수술보장특약Ⅱ (갱신형), (무)여성다빈도질병수술보장특약Ⅱ (갱신형), (무)재해수술보장특약Ⅱ (갱신형), (무)1-5종수술보장특약Ⅱ (갱신형) 제외)은 10년만기 자동갱신부 특약으로 보험료는 100세(주계약 보험기간이 80세만기일 경우에는 80세, 90세만기일 경우에는 90세)까지 계속 납입하여야 하며, 상기 예시는 최초 계약 가입 당시의 보험요율을 기준으로 산출하였으므로, 갱신을 할 때 연령증가, 적용요율의 변동에 따라 보험료가 인상될 수 있습니다.
- (무)통합갑상선암진단특약Ⅱ (갱신형), (무)갑상선기능항진증치료보장특약Ⅱ (갱신형), (무)특정갑상선기능저하증진단특약Ⅱ (갱신형), (무)질병수술보장특약Ⅱ (갱신형), (무)종합병원질병수술보장특약Ⅱ (갱신형), (무)상급종합병원질병수술보장특약Ⅱ (갱신형), (무)여성다빈도질병수술보장특약Ⅱ (갱신형), (무)재해수술보장특약Ⅱ (갱신형), (무)1-5종수술보장특약Ⅱ (갱신형)은 10년만기, 20년만기 또는 30년만기 자동갱신부 특약으로 보험료는 100세(주계약 보험기간이 80세만기일 경우에는 80세, 90세만기일 경우에는 90세)까지 계속 납입하여야 하며, 상기 예시는 최초 계약 가입 당시의 보험요율을 기준으로 산출하였으므로, 갱신을 할 때 연령증가, 적용요율의 변동에 따라 보험료가 인상될 수 있습니다.
- (무)난소과다자극진단특약(갱신형), (무)난임진단특약(갱신형), (무)난임치료특약(기혼자용)(갱신형), (무)난임치료후산후관리지원특약(기혼자용)(갱신형)은 3년만기 또는 5년만기 자동갱신부 특약으로 보험료는 48세까지 계속 납입하여야 하며, 상기 예시는 최초 계약 가입 당시의 보험요율을 기준으로 산출하였으므로, 갱신을 할 때 연령증가, 적용요율의 변동에 따라 보험료가 인상될 수 있습니다.
- (무)선택질병보험료납입면제특약D(해약환급금 미지급형)의 보험가입금액은 납입면제 대상계약의 보험료가 변경된 경우, 납입면제 대상계약이 해지/소멸되거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우, 납입면제 대상계약의 무효/취소/철회가 발생하는 경우 변경될 수 있고, 계약자는 변경된 보험가입금액에 따라 산출된 보험료를 납입하여야 합니다.
- '해약환급금 미지급형'은 '기본형'보다 보험료가 저렴한 대신, 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 계약이 해지될 경우 '기본형'의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급합니다.

주계약

해약환급금 미지급형

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

구 분	간편심사형(305)			일반심사형		
	납입보험료	해약환급금	환급률	납입보험료	해약환급금	환급률
1년	26,400	-	0.0%	22,200	-	0.0%
3년	79,200	-	0.0%	66,600	-	0.0%
5년	132,000	-	0.0%	111,000	-	0.0%
10년	264,000	-	0.0%	222,000	-	0.0%
15년	396,000	-	0.0%	333,000	-	0.0%
20년	528,000	285,720	54.1%	444,000	251,070	56.5%
30년	528,000	347,045	65.7%	444,000	308,785	69.5%
40년	528,000	404,885	76.7%	444,000	372,065	83.8%

기본형

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

구 분	간편심사형(305)			일반심사형		
	납입보험료	해약환급금	환급률	납입보험료	해약환급금	환급률
1년	30,600	-	0.0%	26,160	-	0.0%
3년	91,800	50,420	54.9%	78,480	44,250	56.4%
5년	153,000	108,850	71.1%	130,800	95,790	73.2%
10년	306,000	251,780	82.3%	261,600	221,420	84.6%
15년	459,000	401,720	87.5%	392,400	353,450	90.1%
20년	612,000	571,440	93.4%	523,200	502,140	96.0%
30년	612,000	694,090	113.4%	523,200	617,570	118.0%
40년	612,000	809,770	132.3%	523,200	744,130	142.2%

- '해약환급금 미지급형'은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 계약이 해지될 경우 '기본형'의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급합니다.
- 이 계약을 중도 해지할 경우 납입한 보험료에서 지난 기간의 위험보험료, 계약체결비용 및 계약관리비용(해약공제액 포함) 등이 차감되므로 해약환급금은 납입보험료보다 적거나 없을 수 있습니다.
- 상기 예시는 간편심사형(305), 일반심사형 주계약 기준이며, 특약 가입시 납입보험료, 해약환급금 및 환급률은 달라집니다.

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

가입 시 유의사항

간편심사 상품에 관한 사항

간편심사형은 “간편심사”상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반심사보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다.

- 가. 간편심사란 의적결함 및 연령제한으로 인하여 보험시장에서 소외되고 있는 유병력자나 고령자 등의 계약심사 및 건강검진의 부담을 줄여 보험에 가입할 수 있도록 표준체에 비하여 간소화된 계약 전 알릴의무 사항을 활용하여 계약심사 과정을 간소화함을 의미합니다. 계약 전 알릴의무사항 간소화를 통하여 보험요율에 이미 반영된 사항은 계약심사에 활용하지 않습니다.
- 나. 계약자가 간편심사형으로 가입할 경우 회사는 간편심사형과 일반심사형의 보장내용 및 보험료를 비교하여 안내하고 이에 대한 계약자 확인을 받아야 합니다. 이 경우 비교 대상인 일반심사형은 간편심사형보다 가입금액 등 보장내용이 축소되지 않도록 운영합니다.
- 다. 회사는 일반심사형의 경우 피보험자가 표준체에 해당하는 계약 전 알릴의무 사항을 통하여 보험가입 여부에 대한 의적심사를 거쳐 가입이 가능한 상품임을 설명해야 합니다.
- 라. 회사는 간편심사형으로 가입한 계약자 또는 피보험자가 계약일로부터 3개월 이내에 일반심사형 가입을 희망하는 경우, 동일한 피보험자를 대상으로 일반계약심사를 통하여 일반심사형에 청약할 수 있는 기회를 제공합니다. 다만, 간편심사형 계약의 보험금이 이미 지급되거나 청구서류를 접수한 경우에는 그러하지 않습니다.
- 마. ‘라’에 의하여 일반심사형에 가입하는 경우에는 기가입한 간편심사형 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 보험계약자에게 돌려줍니다.
- 바. 간편심사보험의 청약서는 일반심사보험의 청약서와 구별되도록 청약서 색상을 차별화하여 적용합니다.
- 사. 회사는 간편심사형의 피보험자가 될 자가 최근 3개월 이내 당사의 다른 일반심사보험계약의 피보험자로 체결하였는지 여부를 확인하고, 그 결과 최근 3개월 이내에 당사의 다른 일반심사보험계약의 피보험자로 체결한 경우에는 일반심사를 통하여 일반심사형에 가입할 수 있도록 안내합니다.

해약한금급 미지급형에 관한 사항

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

‘건강등급 적용 특약’에 관한 사항

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

가입 시 유의사항

‘건강등급 적용 표준체 계약전환 특약’에 관한 사항(간편심사형에 한함)

가. 회사는 ‘건강등급 적용 표준체 계약전환 특약’에 따라 계약자가 계약전환을 신청하고 회사가 계약전환을 승낙한 경우 일반심사형 계약으로 계약을 전환합니다.

나. ‘전환 전 계약’이 다음 조건을 모두 충족하는 경우 계약전환의 대상으로 합니다.

- ① 최초 청약 시 건강등급의 적용을 선택한 계약
- ② 전환 신청 시 연체된 보험료가 없는 유효한 계약
- ③ 전환 신청 시 피보험자가 회사가 정한 ‘계약전환 시 확인사항’을 모두 충족한 계약
- ④ ‘전환 전 계약’이 간편심사형인 계약
- ⑤ 전환 신청 시 피보험자의 보험나이가 65세 이하인 계약
- ⑥ ‘전환 전 계약’의 주계약 납입기간이 경과하지 않은 계약

다. ‘계약전환 시 확인사항’은 다음 조건을 모두 충족하는 경우를 말합니다.

- ① 최초 도래하는 “건강등급 재산정일”부터 전환신청일까지 계속하여 유효한 건강등급을 보유한 경우
- ② 전환신청일 직전 “건강등급 재산정일”에 피보험자의 건강등급이 1등급 또는 2등급인 경우
- ③ 피보험자가 전환신청일로부터 직전 5년동안 질병이나 사고로 인하여 입원 또는 수술(제왕절개 포함)을 받지 않은 경우
- ④ 피보험자가 전환신청일로부터 직전 5년동안 “암”으로 진단받지 않은 경우

라. ‘계약전환의 적용대상’ 및 ‘계약전환 시 확인사항’은 ‘건강등급 적용 표준체 계약전환 특약’의 기초서류(사업방법서, 약관)를 따릅니다.

보험료 납입유예에 관한 사항

가. 납입유예를 신청한 경우 계약자는 신청 이후 최초 도래하는 납입기일부터 1년간(12개월) 보험료를 납입하지 않으며 이 경우에도 회사는 보험료가 정상적으로 납입된 경우와 동일하게 보장합니다. 다만, 납입유예 이후 납입유예된 기간만큼 보험료 납입기간은 연장되며, 납입유예기간 동안 납입하지 않은 해당계약 보험료는 납입유예 신청 전 주계약 납입기간 이후 최초로 도래하는 납입기일부터 1년간 각 보험료 납입기일에 납입하여야 합니다.

나. 계약자가 계약체결 이후 아래의 적용대상 기준 중 어느 하나에 해당하는 경우에 한하여 적용합니다.

다. 적용대상

- 1) 「고용보험법」 제2조(정의) 제4호에 따른 ‘실업의 인정’을 받은 경우
- 2) “암”(중증 이외의 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외), “뇌출혈 및 뇌경색증”, “급성심근경색증”으로 진단
- 3) 출산 또는 육아휴직(육아기 근로시간 단축 포함)

라. 납입유예 신청에 관한 사항

- 1) 계약자는 계약일로부터 경과기간 1년이 지난 이후부터 적용대상에 해당하는 경우 보험료 납입기간 중 1회에 한하여 신청할 수 있습니다.
- 2) ‘실업의 인정’의 경우 고용보험 수급자격증 취득 이후 1년 이내, 3대 중대질병 진단의 경우 최초진단 이후 1이년내, 출산의 경우 출산일로부터 1년 이내, 육아휴직(육아기 근로시간 단축)은 휴직(단축근로)을 하고 있는 해당기간 내에서 신청이 가능합니다.

※ 보험료 납입유예에 대한 보다 자세한 사항은 해당 약관(보험소비자 민생안정 보험료납입유예특약)을 반드시 참조하시기 바랍니다.

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 제외하고 최대 6개월분까지의 보험료(특약이 부가된 경우 특약보험료 포함)를 선납할 수 있습니다.

나. 당월분을 제외하고 3개월분 이상의 보험료를 선납하는 경우에는 평균공시이율로 선납보험료를 할인하며, 선납보험료는 보험료 납입일부터 평균공시이율로 적립하여 해당 보험료를 월계약해당일에 대체합니다.

예금자보호제도

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

알아두실 사항

기존계약 해지 후 신계약 체결 시 불이익 사항

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

청약철회 청구제도에 관한 사항

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

보험계약사항 기본 확인

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

계약 전 알릴 의무 및 자필서명(날인 및 전자서명 등)

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

세제혜택

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

보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지

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

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 지정하되, 2인 지정시 대표대리청구인을 지정. 이하, "지정대리청구인"이라 합니다)으로 지정 또는 변경할 수 있습니다. 다만, 지정대리청구인은 보험금을 청구할 때에도 다음에 해당하여야 합니다.
 - * 보험수익자의 가족관계등록부상 배우자
 - * 보험수익자의 3촌 이내의 친족
- (2) '(1)'에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 계약자 또는 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

기타

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

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)