

ABL

[2021년 6월 1일 제작]

무배당
새실손의료비
보장보험

(갱신형)

고객의 '더 나은 삶(A Better Life)'을
보장하는 ABL생명

A Better Life

1954년 출범한 ABL생명은 60여 년의
경영 노하우와 글로벌 보험 그룹의
일원으로서 쌓아온 선진 상품개발능력,
디지털 고객서비스 환경을 기반으로
115만 명의 고객에게 최상의
보험금융서비스를 제공하고 있습니다.

- 수입보험료 2조 3,390억 원(2019년 12월 말 기준)
- 총자산 19조 8,873억 원(2019년 12월 말 기준)

〈출처: ABL생명 FY2019 결산보고서〉

- 1954년 설립, 한국 시장에서 쌓아온 60년 역사와 전통
- 글로벌 금융 네트워크를 통해 축적한 선진 금융 기법과
노하우, 변액·보장성보험부터 연금·저축성보험까지 30여종의
폭넓은 상품으로 고객의 다양한 니즈 보장
- 인터넷/모바일 전자서명청약시스템과 사이버센터/
모바일센터를 통해 보험가입, 청약, 납입, 사고보험금 청구를
간편하게 처리
- 업계 최초 비대면 본인인증 시스템 도입으로 간편하게 송금
- 업계 최초 화상 고객 서비스 도입으로 언제 어디서나 편리한
고객 상담
- 업계 최초 사고보험금 실시간 지급제도 시행
- 2012년 보험업계 최초 변액연금보험의 '금융자산운용방법'에
대한 특허 획득(* 특허 제 10-1211809호)



실속 있는 실손의료보험

무배당 새실손의료비보장보험(갱신형)



실손의료비만을 위해 설계된 경제적인 보험입니다



- 사망보장 등 다른 보장을 제외하고, 순수 실손의료비보장기능을 주보험으로 만들어 추가적인 비용 부담없이 실손보험의 혜택을 받을 수 있습니다.

1년만기 갱신보험



- 보험료 갱신주기를 3년에서 1년으로 단축하여 의료환경의 변화와 위험률 변동을 보험료에 즉각 반영하여 합리적인 선택을 할 수 있습니다.
- 갱신 시 보험나이 증가, 보험요율 변경에 따라 보험료가 인상될 수 있습니다.

선택의 폭을 넓혔습니다



- 상해입원, 상해통원, 질병입원, 질병통원으로 주요보장을 분리하고, 실손 의료비 지급비율을 80%, 90%로 나누어 선택의 폭을 넓혔습니다.
- 비급여 도수치료·체외충격파치료·증식치료 / 자기공명영상진단(MRI / MRA) / 주사료실손 보장을 특약으로 나누어 원하는 보장급부를 선택할 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.

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

보험금 지급 기준

주계약

1) 상해입원형

회사는 피보험자가 상해로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원의료비를 다음과 같이 하나의 상해당 보험가입금액(5,000만원)의 한도 내에서 보상합니다.

구분		보상금액
표준형	입원실료, 입원제비용, 입원수술비	“국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금과 ‘비급여 ^{*)} ’를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다.)의 80%에 해당하는 금액. 다만, 나머지 20%가 계약일 또는 매년 계약해당일부터 기산하여 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상 주)상급병실료 차액 제외
	상급병실료차액	입원 시 실제로 사용한 병실과 기준병실의 병실료 차액에서 50%를 뺀 금액 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출
선택형 II	입원실료, 입원제비용, 입원수술비	“국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액)의 90%에 해당하는 금액과 ‘비급여 ^{*)} ’(본인이 실제로 부담한 금액)의 80%에 해당하는 금액을 합한 금액. 다만, 급여 중 본인부담금의 10%에 해당하는 금액과 비급여 ^{*)} 의 20%에 해당하는 금액을 합산한 금액이 계약일 또는 매년 계약해당일부터 기산하여 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상. 주)상급병실료 차액 제외
	상급병실료차액	입원 시 실제로 사용한 병실과 기준병실의 병실료 차액에서 50%를 뺀 금액 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출

2) 상해통원형

회사는 피보험자가 상해로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에는 통원의료비 명목으로 매년 계약해당일부터 1년을 단위로 하여 다음과 같이 외래(외래제비용, 외래수술비) 및 처방조제비를 각각 보상하여 드립니다.

구분	보상금액
외래	방문 1회당 “국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금과 ‘비급여 ^{*)} ’를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액)에서 ‘항목별 공제금액’을 뺀 금액을 20만원의 한도 내에서 보상(매년 계약해당일부터 1년간 방문 180회 한도)
처방조제비	처방전 1건당 “국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금과 ‘비급여 ^{*)} ’를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액)에서 ‘항목별 공제금액’을 뺀 금액을 10만원의 한도 내에서 보상(매년 계약해당일부터 1년간 처방전 180건 한도)

- 주) 표에서 ‘비급여’라 함은 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부 장관이 정한 비급여대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)을 의미합니다.
- 위 표의 ‘항목별 공제금액’은 6P ‘보상한도 및 공제금액’에서 확인하시기 바랍니다.
- 본 안내자료는 보험약관의 전체내용을 요약한 것이므로 보다 상세한 내용은 보험계약 체결 전에 반드시 보험약관 및 상품설명서를 확인하시기 바랍니다.

3) 질병입원형

회사는 피보험자가 질병으로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원의료비를 다음과 같이 하나의 질병당 보험가입금액(5,000만원)의 한도 내에서 보상합니다.

구분		보상금액
표준형	입원실료, 입원제비용, 입원수술비	“국민건강보험법.에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법.에서 정한 의료급여 중 본인부담금과 ‘비급여’ ^{*)} 를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 80%에 해당하는 금액 다만, 나머지 20%가 계약일 또는 매년 계약해당일부터 기산하여 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상. 주)상급병실료 차액 제외
	상급병실료차액	입원 시 실제로 사용한 병실과 기준병실의 병실료 차액에서 50%를 뺀 금액 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출
선택형 II	입원실료, 입원제비용, 입원수술비	“국민건강보험법.에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법.에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액)의 90%에 해당하는 금액과 ‘비급여’ ^{*)} (본인이 실제로 부담한 금액)의 80%에 해당하는 금액을 합한 금액. 다만, 급여 중 본인부담금의 10%에 해당하는 금액과 비급여 ^{*)} 의 20%에 해당하는 금액을 합산한 금액이 계약일 또는 매년 계약해당일부터 기산하여 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상. 주)상급병실료 차액 제외
	상급병실료차액	입원 시 실제로 사용한 병실과 기준병실의 병실료 차액에서 50%를 뺀 금액 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출

4) 질병통원형

회사는 피보험자가 질병으로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에는 통원의료비 명목으로 매년 계약해당일부터 1년을 단위로 하여 다음과 같이 외래(외래제비용, 외래수술비) 및 처방조제비를 각각 보상 하여 드립니다.

구분	보상금액
외래	방문 1회당 “국민건강보험법.에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법.에서 정한 의료급여 중 본인부담금과 ‘비급여’ ^{*)} 를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액)에서 ‘항목별 공제금액’을 뺀 금액을 20만원의 한도 내에서 보상(매년 계약해당일부터 1년간 방문 180회 한도)
처방조제비	처방전 1건당 “국민건강보험법.에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법.에서 정한 의료급여 중 본인부담금과 ‘비급여’ ^{*)} 를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액)에서 ‘항목별 공제금액’을 뺀 금액을 10만원의 한도 내에서 보상(매년 계약해당일부터 1년간 처방전 180건 한도)

• 주) 표에서 ‘비급여’라 함은 「국민건강보험법. 또는 「의료급여법.에 따라 보건복지부 장관이 정한 비급여대상(「국민건강보험법.에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법.에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법. 또는 「의료급여법.에 따른 비급여항목 포함)을 의미합니다.

• 위 표의 ‘항목별 공제금액’은 6P ‘보상한도 및 공제금액’에서 확인하시기 바랍니다.

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

보험금 지급 기준

보상한도 및 공제금액

구분		보상한도	공제금액
표준형	외래 (외래제비용 및 외래수술비 합계)	「의료법」 제3조 제2항 제1호에 따른 의원, 치과의원, 한의원, 같은 항 제2호에 따른 조산원, 「지역보건법」 제10조, 제12조 및 제13조에 따른 보건소, 보건의료원 및 보건지소, 「농어촌 등 보건요리를 위한 특별조치법」 제15조에 따른 보건진료소	1만원과 보상대상 의료비의 20% 중 큰 금액
		「의료법」 제3조 제2항 제3호에 따른 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	1만 5천원과 보상대상 의료비의 20% 중 큰 금액
		「국민건강보험법」 제42조 제2항에 따른 종합전문요양기관 또는 「의료법」 제3조의 4에 따른 상급종합병원	2만원과 보상대상 의료비의 20% 중 큰 금액
	처방조제비	「국민건강보험법」 제42조 제1항 제2호에 따른 약국, 같은 항 제3호에 따른 한국화귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약품업 예외지역에서 약사의 직접조제 1건당)	8천원과 보상대상 의료비의 20% 중 큰 금액
선택형 II	외래 (외래제비용 및 외래수술비 합계)	「의료법」 제3조 제2항 제1호에 따른 의원, 치과의원, 한의원, 같은 항 제2호에 따른 조산원, 「지역보건법」 제10조, 제12조 및 제13조에 따른 보건소, 보건의료원 및 보건지소, 「농어촌 등 보건요리를 위한 특별조치법」 제15조에 따른 보건진료소	1만원과 공제기준금액 (보상대상 의료비의 급여 10% 해당액과 비급여 20% 해당액의 합산액) 중 큰 금액
		「의료법」 제3조 제2항 제3호에 따른 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	1만 5천원과 공제기준금액 (보상대상 의료비의 급여 10% 해당액과 비급여 20% 해당액의 합산액) 중 큰 금액
		「국민건강보험법」 제42조 제2항에 따른 종합전문요양기관 또는 「의료법」 제3조의 4에 따른 상급종합병원	2만원과 공제기준금액 (보상대상 의료비의 급여 10% 해당액과 비급여 20% 해당액의 합산액) 중 큰 금액
	처방조제비	「국민건강보험법」 제42조 제1항 제2호에 따른 약국, 같은 항 제3호에 따른 한국화귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약품업 예외지역에서 약사의 직접조제 1건당)	8천원과 공제기준금액 (보상대상 의료비의 급여 10% 해당액과 비급여 20% 해당액의 합산액) 중 큰 금액

- 피보험자가 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 경우에는 입원의료비 및 통원의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 급여 및 비급여의료비 항목만 해당함) 중 본인이 실제로 부담한 금액(통원의료비의 경우, 본인이 실제로 부담한 금액에서 상가 표의 '공제금액'에 해당하는 금액을 뺀 금액)의 40%를 하나의 질병 또는 상해당 보험가입금액(5천만원)의 한도 내에서 보상합니다(통원의료비의 경우, [외래의 경우 1회당 20만원, 처방조제비의 경우 1건당 10만원] 한도).
- '1)'에도 불구하고 회사는 하나의 상해(같은 상해로 2회 이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 상해로 봅니다)로 인한 입원의료비를 보험가입금액까지 보상한 경우에는 보상한도 종료일부터 90일이 경과한 날부터 최초 입원한 것과 동일한 기준으로 다시 보상합니다(계속 입원을 포함함). 다만, 최초 입원일부터 275일(365일-90일) 이내에 보상한도 종료일이 있는 경우에는 최초 입원일부터 365일이 경과되는 날부터 최초 입원한 것과 동일한 기준으로 다시 보상합니다.
- '1)'에도 불구하고 회사는 하나의 질병(의학상 관련이 있다고 의사가 인정하는 질병은 하나의 질병으로 간주하며, 하나의 질병으로 2회 이상 치료를 받는 경우에는 이를 하나의 질병으로 봅니다)으로 인한 입원의료비를 보험가입금액까지 보상한 경우에는 보상한도 종료일부터 90일이 경과한 날부터 최초 입원한 것과 동일한 기준으로 다시 보상합니다(계속 입원을 포함함). 다만, 최초 입원일부터 275일(365일-90일) 이내에 보상한도 종료일이 있는 경우에는 최초 입원일부터 365일이 경과되는 날부터 최초 입원한 것과 동일한 기준으로 다시 보상합니다.
- 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝나더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는 보험기간 종료일부터 180일까지(보험기간 종료일은 제외함) 보상하며, 이 경우 '2) 및 3)'은 적용하지 않습니다. 다만, 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 '2) 및 3)'을 적용합니다.
- 계약이 갱신되어 하나의 질병, 상해로 인한 입원이 갱신 전후에 계속되는 경우, 갱신 전후에 계속되는 총 입원을 기준으로 그 지급금액 및 지급한도 등을 적용합니다.
- 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝나더라도 그 계속 중인 통원 치료에 대해서는 보험기간 종료일부터 180일 이내에 외래는 방문 90회, 처방조제비는 처방전 90건의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 봅니다.
- 하나의 질병(의학상 관련이 있다고 의사가 인정하는 질병은 하나의 질병으로 간주하며, 하나의 질병으로 2회 이상 치료를 받는 경우에는 이를 하나의 질병으로 봅니다)으로 하루에 같은 치료를 목적으로 의료기관에서 2회 이상 통원치료를 받거나 하나의 질병으로 약국에서 2회 이상 처방조제를 받은 경우 각각 1회의 외래 및 1건의 처방으로 보아 위의 표와 '6)'을 적용합니다. 이때 공제금액은 2회 이상의 중복방문 의료기관 중 가장 높은 공제금액을 적용합니다.
- "하나의 질병"이란 발생 원인이 동일한 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병은 하나의 질병으로 간주하며, 하나의 질병으로 2회 이상 치료를 받는 경우에는 이를 하나의 질병으로 봅니다)을 말하며, 질병의 치료 중에 발생된 합병증 또는 새로 발견된 질병의 치료가 병행되거나 의학상 관련이 없는 여러 종류의 질병을 갖고 있는 상태에서 입원한 경우에는 하나의 질병으로 봅니다.
- 하나의 상해로 인해 하루에 같은 치료를 목적으로 의료기관에서 2회 이상 통원치료를 받거나 하나의 상해로 약국에서 2회 이상의 처방조제를 받은 경우 각각 1회의 외래 및 1건의 처방으로 보아 위의 표와 '6)'을 적용합니다. 이때 공제금액은 2회 이상의 중복방문 의료기관 중 가장 높은 공제금액을 적용합니다.

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

- 10) 기본형 실손의료보험의 보험약관 제3조 및 제4조에도 불구하고 다음 각 호에 해당하는 의료비는 기본형 실손의료보험에서 보상하지 않습니다.
 가. 도수치료·체외충격파치료·증식치료로 인하여 발생한 비급여 의료비
 나. 비급여 주사료(다만, 항암제, 항생제(항진균제 포함), 희귀의약품은 보상합니다)
 다. 자기공명영상진단(MRI / MRA)으로 인하여 발생한 비급여 의료비(조영제, 판독료를 포함합니다)
 라. 가목, 나목, 다목과 관련하여 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 발생한 본인부담의료비
- 11) 보험약관 제5조 제1항 제1호 내지 제4호에서 정한 의료비와 다른 의료비가 함께 청구되어 각 항목별 의료비가 구분되지 않는 경우 회사는 보험금 지급금액 결정을 위해 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 각각의 의료비에 대한 확인을 요청할 수 있습니다.
- 12) 피보험자가 직원복리후생제도에 의해 의료비를 감면받고 그 감면받은 의료비가 근로소득에 포함되는 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 입원의료비 및 통원의료비를 계산합니다.

선택특약

구 분	보상대상의료비	공제금액	보상한도
(무)비급여도수치료·체외충격파 치료·증식치료실손의료비 보장특약(갱신형)	「도수치료·체외충격파치료·증식치료」로 인하여 본인이 실제로 부담한 비급여 의료비(행위료, 약제비, 치료재료대 포함)	입원·통원 1회당 2만원과 보상대상 의료비의 30% 중 큰 금액	계약일 또는 매년 계약해당일부터 1년 단위로 350만원 이내에서 50회 ¹⁾ 까지 보상
(무)비급여자기공명영상진단 (MRI/MRA)실손의료비보장 특약(갱신형)	자기공명영상진단을 받아 본인이 실제로 부담한 비급여 의료비(조영제, 판독료 포함)		계약일 또는 매년 계약해당일부터 1년 단위로 연간 300만원 한도 내에서 보상
(무)비급여주사료실손의료비 보장특약(갱신형)	주사치료를 받아 본인이 실제로 부담한 비급여 주사료 ²⁾		계약일 또는 매년 계약해당일부터 1년 단위로 250만원 이내에서 입원과 통원을 합산하여 50회까지 보상

- 1) 도수치료·체외충격파치료·증식치료의 각 치료횟수를 합산하여 50회까지 보상합니다.
- 2) 항암제, 항생제(항진균제 포함), 희귀의약품을 위해 사용된 비급여 주사료는 기본형 실손의료보험에서 보상합니다.
- 3) 다음과 같은 경우, 병원을 1회 통원(또는 1회 입원) 시 받은 각 치료 / 진단행위를 1회로 보고 위 표의 각 특약에서 정한 1회당 공제금액 및 보상한도를 적용합니다.
 가. 도수치료, 체외충격파치료, 증식치료 중 2종류 이상의 치료를 받거나 동일한 치료를 2회 이상 받는 경우
 나. 2개 이상 부위에 걸쳐 자기공명영상진단을 받거나 동일한 부위에 대해 2회 이상 자기공명영상진단을 받는 경우
 다. 치료목적으로 2회 이상 주사치료를 받은 경우(다만, 1회 입원이라 함은 퇴원 없이 계속 중인 입원(동일한 질병 또는 상해 치료목적으로 퇴원 당일 다른 병원으로 옮겨 입원하는 경우 포함)을 말합니다. 동일한 상해 또는 질병으로 인한 입원이라고 하더라도 퇴원 후 재입원하는 경우에는 퇴원 전후 입원기간을 각각 1회 입원으로 봅니다.)
- 4) 무배당 비급여도수치료·체외충격파치료·증식치료실손의료비보장특약(갱신형)과 무배당 비급여주사료실손의료비보장특약(갱신형)에 대해 각각 보상하는 비급여의료비와 다른 의료비가 함께 청구되고 각 항목별 의료비가 구분되지 않는 경우 회사는 보험금 지급금액을 결정하기 위해 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 제1항에서 보상하는 의료비의 확인을 요청할 수 있습니다.
- 5) 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연히 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상이 포함됩니다. 다만, 유독가스 또는 유독물질을 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상과 세균성 음식물 중독증상은 포함되지 않습니다.
- 6) 질병에서 청약서상 '계약 전 알릴 의무(중요한 사항으로 한정합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우 그 질병으로 인한 의료비는 보상하지 않습니다.
- 7) 피보험자가 입원 또는 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝나더라도 그 계속 중인 치료에 대하여는 보험기간 종료일부터 180일까지(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상합니다. 이 경우 보상한도는 연간 보상한도(금액)에서 직전 보험기간 종료일까지 지급한 금액을 차감한 잔여 금액과 연간 보상한도(회수)에서 직전 보험기간 종료일까지 보상한 회수를 차감한 잔여 회수를 한도로 적용합니다. 다만, 종전 계약을 자동 갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 봅니다.
- 8) 피보험자가 직원복리후생제도에 의해 의료비를 감면 받고 그 감면 받은 의료비가 근로소득에 포함되는 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 각 특약의 비급여 의료비 또는 주사료를 계산합니다.
- 9) '6)'에도 불구하고 최초계약의 청약일 이전에 진단확정 된 질병이라 하더라도 최초계약의 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동 갱신되어 5년이 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진은 제외합니다) 또는 치료사실이 없을 경우, 최초계약의 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특약에 따라 보상합니다.
- 10) '9)'에서 "최초계약의 청약일 이후 5년이 지나는 동안"이란 이 보험약관 제21조(특약 보험료의 납입)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- 11) 각 특약의 보험약관 제22조(보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 '9)'의 최초계약의 청약일로 하여 적용합니다.

• 실손의료보험은 두 개 이상의 상품에 가입하더라도 실제 발생한 손해(다만, 항목별 공제금액을 공제한 금액) 한도 내에서만 보상(비례보상)합니다.

- 본 특약은 1년 만기 자동갱신부 특약으로 보험료는 100세까지 계속 납입하여야 하며, 갱신을 할 때 연령 증가, 적용 요율의 변동에 따라 보험료가 인상될 수 있습니다.
- 본 안내자료는 보험약관의 전체내용을 요약한 것이므로 보다 상세한 내용은 보험계약 체결 전에 반드시 보험약관 및 상품설명서를 확인하시기 바랍니다.

가입을 위한 안내

상품구성

구분	
주계약	(무)새실손의료비보장보험(갱신형)(표준형, 선택형 II)
선택특약	(무)비급여도수치료·체외충격파치료·증식치료실손의료비보장특약(갱신형)
	(무)비급여자기공명영상진단(MRI/MRA)실손의료비보장특약(갱신형)
	(무)비급여주사료실손의료비보장특약(갱신형)
제도성특약	지정대리청구서비스특약 / 단체취급특약 / 특정신체부위질병보장제한부인수특약 / 장애인전용보험전환특약

- 피보험자의 건강상태와 직업(위험직종) 등에 따라 가입이 거절되거나 보장이 제한될 수 있습니다. 다만, 회사는 역선택 방지 등 합리적인 사유 없이 특정 직업 또는 직종에 종사한다는 사실만으로 보험가입을 거절하지 않습니다.
- 실손의료보험은 두 개 이상의 상품에 가입하더라도 실제 발생한 손해(다만, 항목별 공제금액을 공제한 금액) 한도 내에서만 보상(비례보상)합니다.
- (무)비급여도수치료·체외충격파치료·증식치료실손의료비보장특약(갱신형), (무)비급여자기공명영상진단(MRI/MRA)실손의료비보장특약(갱신형), (무)비급여주사료실손의료비보장특약(갱신형)은 (무)새실손의료비보장보험(갱신형) 계약을 체결할 때, 계약자가 선택하여 부가할 수 있습니다. 또한 (무)새실손의료비보장보험(갱신형)이 해지된 경우에는 (무)비급여도수치료·체외충격파치료·증식치료실손의료비보장특약(갱신형), (무)비급여자기공명영상진단(MRI / MRA)실손의료비보장특약(갱신형), (무)비급여주사료실손의료비보장특약(갱신형)도 해지됩니다.

피보험자 가입나이	재가입 종료나이	갱신 종료나이	보험기간	보험료 납입기간	보험료 납입주기	보험료 변경주기	보장내용 변경주기	보험가입 금액 한도
0 ~ 60세	100세	계약 체결시 나이 + 보장내용변경주기	1년 만기	전기납	월납, 3개월납, 6개월납, 연납	1년	15년	5,000만원 (단일가입)

- 다만, 재가입할 때 피보험자의 100세 계약해당일 전일까지의 잔여기간이 15년 미만일 경우 그 잔여기간을 보장내용 변경주기로 합니다.

보험료 예시표

기준 : 1년 갱신형, 최초계약, 월납, 상해입원의료비 5천만원, 질병입원의료비 5천만원, 상해통원의료비 30만원(외래20만원, 처방조제10만원), 질병통원의료비 30만원(외래20만원, 처방조제 10만원), (무)비급여도수치료·체외충격파치료·중식치료실손의료비보장특약(갱신형) 350만원, (무)비급여주사료실손의료비보장특약(갱신형) 250만원, (무)비급여자기공명영상진단(MRI/MRA)실손의료비보장특약(갱신형) 300만원, 단위 : 원

구 분		남자			여자		
		30세	40세	50세	30세	40세	50세
기본형 실손의료 보험	(무)질병입원형(표준형)	4,240	5,900	9,360	5,200	7,680	13,250
	(무)질병입원형(선택형 II)	4,430	6,170	9,790	5,430	8,010	13,820
	(무)질병통원형(표준형)	1,740	2,340	3,380	3,090	3,860	6,400
	(무)질병통원형(선택형 II)	1,810	2,440	3,520	3,200	4,000	6,630
	(무)상해입원형(표준형, 비위험)	1,330	1,310	1,280	540	790	1,410
	(무)상해입원형(선택형 II, 비위험)	1,410	1,390	1,360	570	840	1,490
	(무)상해통원형(표준형, 비위험)	270	230	210	180	200	320
	(무)상해통원형(선택형 II, 비위험)	280	240	210	180	210	330
(무)비급여도수치료·체외충격파치료·중식치료 실손의료비보장특약(갱신형, 비위험)		970	1,140	1,460	1,310	1,650	2,650
(무)비급여자기공명영상진단(MRI / MRA) 실손의료비보장특약(갱신형, 비위험)		1,180	1,470	2,070	1,390	1,900	3,180
(무)비급여주사료실손의료비보장특약 (갱신형, 비위험)		470	590	820	560	770	1,280

• 기본형 실손의료보험은 '무배당 새실손의료비보장보험(갱신형)'을 말합니다.

갱신보험료 예시표

기준 : 40세, 남자, 비위험, 표준형, 월납, 상해입원의료비 5천만원, 질병입원의료비 5천만원, 상해통원의료비 30만원(외래20만원, 처방조제10만원), 질병통원의료비 30만원(외래20만원, 처방조제 10만원), (무)비급여도수치료·체외충격파치료·중식치료실손의료비보장특약(갱신형) 350만원, (무)비급여주사료실손의료비보장특약(갱신형) 250만원, (무)비급여자기공명영상진단(MRI/MRA)실손의료비보장특약(갱신형) 300만원, 단위 : 원

경과기간	1년 (최초가입할 때)	2년 (1회갱신할 때)	3년 (2회갱신할 때)	4년 (3회갱신할 때)	5년 (4회갱신할 때)	6년 (5회갱신할 때)	15년 (14회갱신할 때)	16년 (재가입할 때)
연령증가만 반영	12,980	12,360	12,460	12,790	13,330	14,060	20,500	21,670
연령증가 + 보험료 5% 상승	12,980	12,978	13,737	14,806	16,203	17,945	40,589	45,050
연령증가 + 보험료 10% 상승	12,980	13,596	15,077	17,023	19,516	22,644	77,849	90,521

- 이 계약이 체결되었을 경우에는 “최초계약”이라 하며, 이후 계약의 보험기간이 끝난 후 ‘계약의 갱신에 관한 사항’에 의하여 갱신된 경우에는 “갱신계약”이라 합니다.
- 상기 예시는 보험료 할인과 관련된 사항이 적용되지 않은 예상 보험료입니다.
- 상기 예시는 최초계약 가입당시의 보험료율을 기준으로 산출하였으므로, 갱신을 할 때 보험료율이 변동될 경우 갱신시점의 보험료는 상기 예시와 달라질 수 있습니다.
- (무)새실손의료비보장보험(갱신형), (무)비급여도수치료·체외충격파치료·중식치료실손의료비보장특약(갱신형), (무)비급여자기공명영상진단(MRI / MRA)실손의료비보장특약(갱신형), (무)비급여주사료실손의료비보장특약(갱신형)은 1년 만기 자동갱신부 보험으로 갱신을 할 때 연령 증가, 적용 요율의 변동에 따라 보험료가 인상될 수 있습니다.
- (무)새실손의료비보장보험(갱신형), (무)비급여도수치료·체외충격파치료·중식치료실손의료비보장특약(갱신형), (무)비급여자기공명영상진단(MRI / MRA), 실손의료비보장특약(갱신형), (무)비급여주사료실손의료비보장특약(갱신형)의 피보험자 가입 나이는 0세부터 60세까지이며, 최대 99세까지 갱신 가능하고, 보장은 최대 100세까지 가능합니다.

가입시 유의사항

장애인전용보험전환특약

- 장애인전용보험전환특약의 적용은 소득세법 및 동법 시행령 및 시행규칙에 근거하여 적용됩니다.
- 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
- 향후 관련 법령이 제·개정 또는 폐지되는 경우 변경된 법령의 내용을 따릅니다.
- 회사는 이 특약의 적용을 위해 알게 된 장애인 정보를 세액공제 목적으로만 활용하고, 다른 보험의 인수심사나 보험금 심사업무 및 요율 산출 업무에는 활용하지 않습니다.

계약의 갱신에 관한 사항

- 가. 계약자가 보험료 납입기일(갱신 전 계약의 보험료 납입 기일을 준용한다)까지 갱신되는 계약의 제1회 보험료를 납입할 때, 이 계약은 자동 갱신되는 것으로 합니다. 다만, 보험약관 제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 계약은 갱신되지 않습니다.
- 나. '가'에도 불구하고 계약자가 계약의 보험기간 종료일부터 역산하여 15일 전까지 이 계약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우에는 이 계약은 자동 갱신되지 않습니다.
- 다. '가'에 따라 갱신을 할 때에는 갱신 전 계약과 동일한 보험기간으로 갱신합니다. 다만, 최종갱신계약의 보험기간 종료일은 「최초(재) 가입나이 + 보장내용 변경주기」세의 계약해당일 전일로 합니다.
- 라. '가'에도 불구하고 이 계약의 보험기간 종료일이 '다'에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우에는 이 계약을 갱신할 수 없습니다.
- 마. 갱신계약의 보장개시일은 보험약관 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에도 불구하고 갱신 전 계약의 보험기간 종료일 다음날(이하 "갱신일"이라 함)로 합니다.
- 바. 갱신일 이전에 이 계약이 관계 법령 및 금융감독원장이 정한 시행세칙 등의 개정에 따라 변경된 경우에는 이 계약에도 불구하고 갱신일을 기준으로 회사가 정한 소정의 보험상품으로 갱신합니다. 또한 갱신계약에 대하여는 갱신일 현재의 보험요율(상해입원형, 상해통원형의 경우에는 피보험자의 직업 또는 직무 위험등급에 따라 산출된 보험요율을 말함)을 적용하며, 그 보험요율은 나이의 증가, 의료수가의 변동, 위험률의 변동 등의 사유로 변동될 수 있습니다.
- 사. '바'에 따라 보험료 또는 보험약관이 변경되는 경우에는 이 계약의 보험기간 종료일부터 역산하여 30일 전까지 계약자에게 관련 내용을 서면 또는 전화(음성녹취)로 안내하여 드립니다.
- 아. 1년 만기 자동갱신부 보험으로 갱신을 할 때 연령 증가, 적용 요율의 변동에 따라 보험료가 인상될 수 있습니다.
- 자. 최대 99세까지 갱신 가능하고, 보장은 최대 100세까지 가능합니다

계약의 재가입에 관한 사항

- 가. 계약이 다음 각 호의 조건을 충족하고 계약자가 보장내용 변경주기 종료일전까지 재가입 의사를 표시한 때에는 회사가 정한 절차에 따라 계약자는 기존 계약 종료일의 다음날로 재가입할 수 있습니다.
- 1) 재가입을 할 때 피보험자의 나이가 회사가 최초가입 당시 정한 나이의 범위 내일 것
 - 2) 재가입을 하기 전에 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
- 나. 이 계약의 자동갱신종료 후 계약자가 재가입을 원하는 경우 계약자는 재가입 시점에서 회사가 판매하는 실손의료보험 상품으로 가입을 할 수 있으며, 회사는 이를 거절할 수 없습니다.
- 다. 회사는 계약자에게 보장내용 변경주기 종료일 이전까지 2회 이상 재가입 요건, 보장내용 변경내역, 보험료 수준, 재가입 절차 및 재가입 의사 여부를 확인하는 내용 등을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 알려드리고, 재가입일 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 재가입하지 않는 것으로 봅니다. 다만, 회사의 안내가 계약자에게 도달하지 않은 경우는 예외로 합니다.
- 라. 회사가 '다'에 따른 안내를 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면으로 의한 동의를 얻어 수신을 확인하는 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자가 전자문서의 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 '다'에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹취)로 다시 알려 드립니다.

단체취급특약 할인율 1.0 %

보험가입금액의 설정

이 계약의 보험가입금액은 「보험약관 제3조(보장종목별 보상내용)」에서 정한 입원의료비의 하나의 질병 당 또는 하나의 상해 당 지급한도(5,000만원)로 합니다.

가입시 유의사항

보험료 산출에 관한 처리방안

보험료를 산출할 때에는 보험가입금액 기준으로 원단위에서 반올림하여 처리합니다.

다수보험에 관한 사항

가. 다수보험에 대한 가입 안내 : 회사는 관계 법령에 따라 피보험자가 될 자가 다른 실손 의료보험계약을 체결하고 있는지 여부를 확인하고, 그 결과 피보험자가 될 자가 다른 실손의료보험계약의 피보험자로 되어 있는 경우에는 보상방식 등을 구체적으로 설명합니다.

나. 다수보험의 처리

- 1) 다수보험의 경우 각 계약의 보상대상의료비에 따라 '2)'에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 지급합니다.
- 2) 각 계약의 보상책임액 합계액이 각 계약의 보상대상의료비 중 최고액에서 각 계약의 피보험자부담 공제금액 중 최소액을 차감한 금액을 초과한 다수보험은 아래의 산출 방식에 따라 각 계약의 비례분담을 계산합니다. 이 경우 입원, 외래, 처방조제를 각각 구분하여 계산합니다.

※ 각 계약별 비례분담액

= (각 계약의 보상대상의료비 중 최고액 - 각 계약의 피보험자부담 공제금액 중 최소액)

× 각 계약별 보상책임액 / 각 계약별 보상책임액을 합한 금액

- 3) 2009년 10월 1일 이후에 신규로 체결된 다수보험의 경우 수익자는 보험금 전부 또는 일부의 지급을 다수계약이 체결되어 있는 회사 중 한 회사에 청구할 수 있고 청구를 받은 회사는 해당 보험금을 계약의 보험가입금액 한도 내에서 지급합니다.

보험계약청약서에 추가할 사항

이 계약이 체결되었을 경우에는 다음의 사항에 대하여 보험계약청약서에 추가할 수 있습니다.

- 1) 현재 의료기관에 검사 또는 치료를 목적으로 하는 진료 예약(단순 종합검진은 제외) 여부
- 2) 현재 다른 보험회사(우체국보험, 각종 공제 등 포함)에 실손의료비를 보장하는 보험에 가입여부

연대책임

가. 2009년 10월 1일 이후에 신규로 체결된 수익자가 동일한 다수보험의 경우 수익자는 보험금 전부 또는 일부의 지급을 다수보험이 체결되어 있는 회사 중 한 회사에 청구할 수 있고 청구를 받은 회사는 해당 보험금을 이 계약의 지급한도내에서 지급합니다.

나. 가에 따라 보험금을 지급한 회사는 수익자가 다른 회사에 대하여 가지는 해당 보험금청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 수익자가 다른 회사에 청구할 수 있는 보험금의 일부인 경우에는 해당 보험수익자의 보험금 청구권을 침해하지 않는 범위에서 그 권리를 취득합니다.

기타사항

가. 국민건강보험 및 의료급여 관계 법령 및 규정이 개정될 경우 이 계약은 개정된 국민건강보험 및 의료급여 관계 법령 및 규정을 준용합니다.

나. 보험료선납에 관한 사항 : 3개월분 이상의 보험료를 선납하는 경우에는 평균공시이율로 선납보험료를 할인합니다.

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

라. 보험기간, 납입주기, 납입기간 외 가입나이, 가입한도 등 계약인수관련 사항은 회사가 별도로 정한 기준에 따라 제한될 수 있습니다.

마. 보험료 할인

- 1) 피보험자가 의료급여법상 의료급여수급권자인 경우 영업보험료의 10%를 할인합니다.
- 2) 직전 2년간 보험금 지급 실적(급여 의료비 중 본인부담금 및 4대 중증질환(암, 뇌혈관질환, 심장질환, 희귀난치성질환)으로 인한 비급여 의료비에 대한 보험금은 제외)이 없는 계약자를 대상으로 차기 1년간 영업보험료의 10%를 할인합니다.

바. 실손의료보험에서는 피보험자가 연속하여 3개월 이상 해외 장기 체류한 사실이 확인되는 경우 사후에 해당 기간의 실손의료보험료를 환급해 드립니다.

사. 2018년 12월 1일부터 단체실손의료보험과 개인실손의료보험의 연계를 통해 재직 중 실손의료보험 중복 가입을 해소하고 퇴직 후 실손의료보장이 가능합니다. 「단체-개인실손연계제도」와 관련하여 자세한 내용은 당사 홈페이지 공시실(www.abllife.co.kr)에서 확인하시기 바랍니다.

아. 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.

자. ABL생명은 해당 상품에 대해 충분히 설명할 의무가 있으며, 가입자는 가입하기 전 이에 대한 충분한 설명을 받으시기 바랍니다.

예금자보호제도

이 보험계약은 예금자보호법에 따라 예금보험공사가 보호하되, 보호 한도는 본 보험회사에 있는 귀하의 모든 예금보호 대상 금융상품의 해지환급금(또는 만기 시 보험금이나 사고보험금)에 기타지급금을 합하여 1인당 "최고 5천만원"이며, 5천만원을 초과하는 나머지 금액은 보호하지 않습니다.

알아두실 사항

보험계약사항 기본 확인

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

계약전 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.

청약철회 청구제도

- “금융소비자보호에 관한 법률”에 따른 일반금융소비자인 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내(청약을 한 날부터 30일 이내에 가능)에 청약 철회할 수 있습니다. 다만, 진단계약을 청약한 경우 청약 철회할 수 없습니다. 계약자가 청약 철회한 경우 회사는 청약 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 청약 철회할 수 있습니다.

보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지

- 보험계약자가 제2회 이후 보험료를 납입일까지 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 납입한 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.

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 해지환급금 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
- 자세한 사항은 보험약관 참조

기존계약 해지후 신계약 체결시 불이익 사항

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

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 적용대상(지정대리청구서비스특약은 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 주계약 및 특약에 적용됩니다.)의 계약자 또는 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 상실된 것으로 봅니다.

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

불만족상담 및 민원상담 안내

<불만 접수(상담) 방법 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, 팩스 02-3787-8745

<생명보험협회 소비자 보호실>

- 서울본부 : 02-2262-6600 / 수도권지역본부 : 02-2262-6550 /
- 영남지역본부 : 051-638-7801~4 / 대구지부 : 053-427-8051 /
- 호남지역본부 : 062-350-0111~4 / 중부지역본부 : 042-242-7002~4 /
- 원주지부 : 033-761-9672~3

<금융감독원 민원상담 전화>

- 국번 없이 1332(이동 전화는 지역 번호-1332)

보험계약관련 조회시스템 운영

- 본 상품안내장은 계약자의 이해를 돕기 위한 요약자료입니다. 계약자께서는 본 상품에 대한 자세한 내용과 본 상품에 제시된 보장내용, 보험기간 등을 변경하여 보험설계를 하실경우 당사의 상품과 유사한 다른회사의 상품을 비교하실 경우 아래에서 확인하실 수 있습니다.
 - 보험상품 및 가격공시실 : www.abllife.co.kr(당사 홈페이지)
 - 보험상품비교 공시 : www.kia.or.kr(생명보험협회)