



전속설계사용

[2026년 7월 1일 제작]

무배당 우리WON케어간병보험 (해약환급금 미지급형)2607

※ 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.

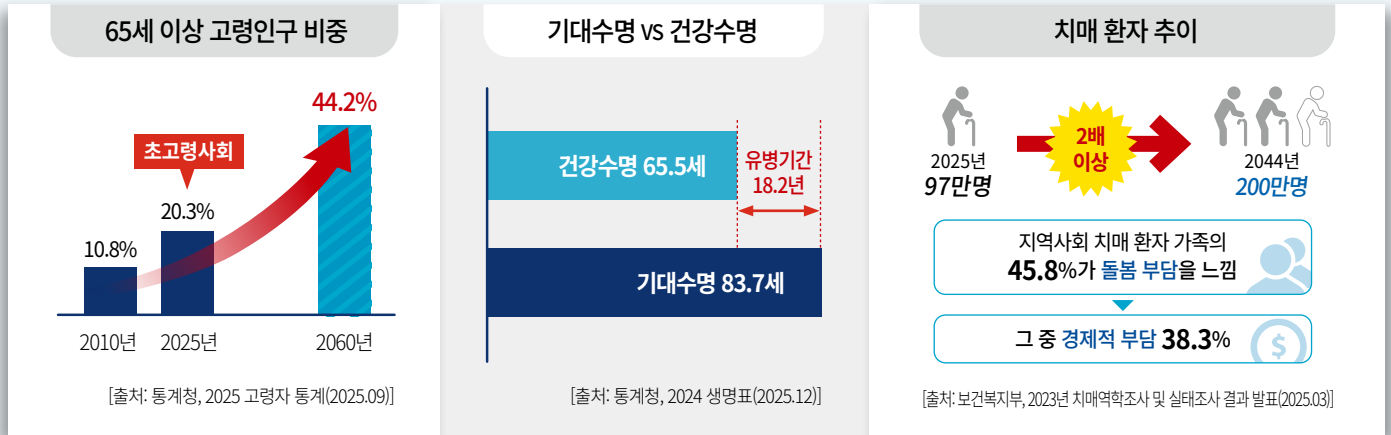
※ 해당 모집종사자는 보험사로부터 보험계약체결권을 부여받지 아니한 금융상품판매 대리·중개업자임을 알려드립니다.

ABL

초고령사회,

(무)우리WON케어간병보험(해약환급금 미지급형)으로 준비하세요!

※ 간편심사형 상품인지 일반심사형 상품인지에 따라 가입 가능한 선택특약이 상이할 수 있습니다.

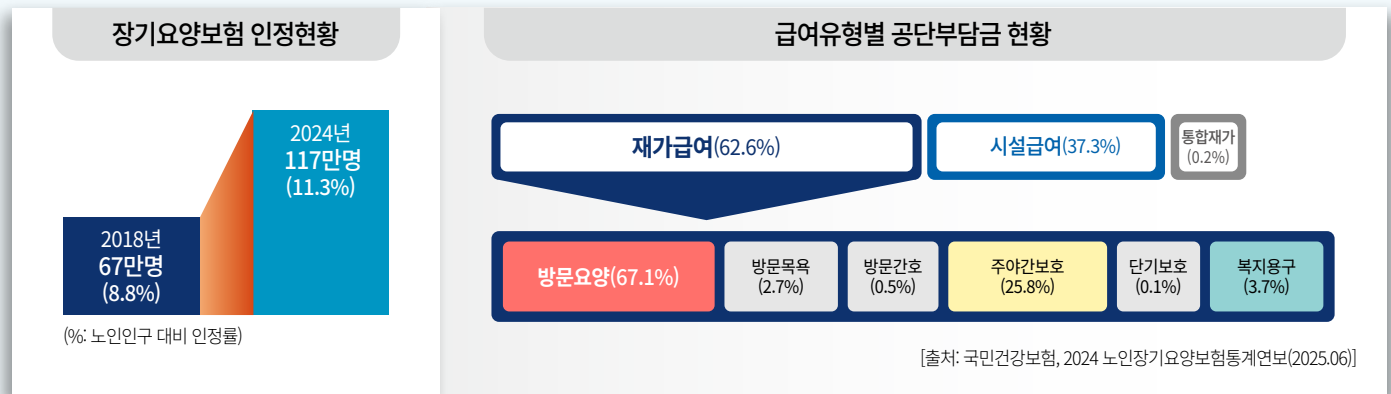


다양한 특약 가입을 통해

- ✓ 치매 진단, 치매 통원 및 노인성 질환 보장을 준비할 수 있습니다.
- ✓ 간병인 사용 또는 간호·간병통합서비스 보장으로 가족의 간병부담을 덜어드립니다.
- ✓ 급여치매·뇌혈관질환 검사비 보장을 준비할 수 있습니다.

※ “경도치매상태” 및 “중등도치매상태”, “치매”의 보장개시일은 계약일(부활(효력회복)계약의 경우 부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음 날로 합니다. 다만, 재해로 인한 뇌의 손상을 직접적인 원인으로 “경도치매상태” 또는 “중등도치매상태”, “치매”가 발생한 경우에는 계약일(부활(효력회복)계약의 경우 부활(효력회복)일)로 합니다.

※ 보험금 지급에 관한 세부 내용은 보험약관 및 상품설명서를 참고하여 주시기 바랍니다.



장기요양등급 판정시

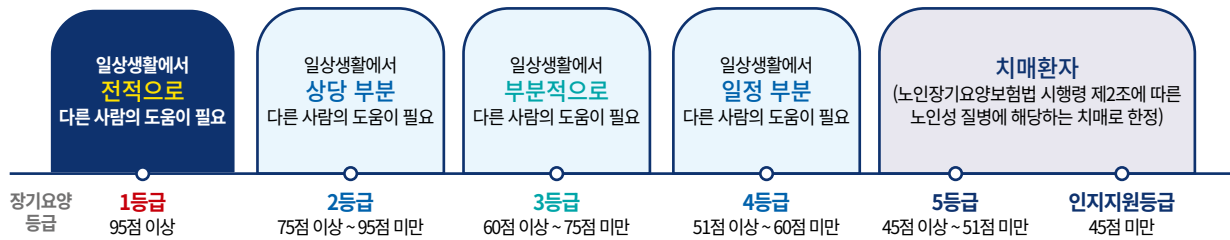
- ✓ 장기요양급여금 보장(주계약·특약별 각각 최초1회)
- ✓ 재가급여, 시설급여 이용시 재가급여지원금, 시설급여지원금 보장(해당 특약 가입시, 월 1회 한도)
- ✓ 방문요양, 주야간보호, 복지용구, 식사재료비지원, 상급침실이용추가비용지원 보장(해당 특약 가입시, 월 1회 한도)

※ “장기요양상태”의 보장개시일은 계약일(부활(효력회복)계약의 경우 부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다. 다만, 재해를 직접적인 원인으로 “장기요양상태”가 발생한 경우에는 계약일(부활(효력회복)계약의 경우 부활(효력회복)일)로 합니다.

※ 보험금 지급에 관한 세부 내용은 보험약관 및 상품설명서를 참고하여 주시기 바랍니다.

노인장기요양보험제도

고령이나 노인성 질병 등의 사유로 일상생활을 혼자서 수행하기 어려운 노인 등에게 신체활동 또는 가사활동 지원 등의 장기요양급여를 제공하여 노후의 건강증진 및 생활안정을 도모하고 그 가족의 부담을 덜어줌으로써 국민의 삶의 질을 향상하도록 함을 목적으로 시행하는 사회보험제도입니다. 장기요양등급판정은 “심신의 기능상태에 따라 일상생활에서 도움(장기요양)이 얼마나 필요한가?”를 지표화한 장기요양인정점수를 기준으로 합니다.



【등급별 이용가능한 급여 종류】

1등급	2등급	3등급	4등급	5등급	인지지원등급
재가급여 또는 시설급여		재가급여			주·야간보호
특별현금급여(가족요양비)					
기타 재가급여(복지용구)					

- ※ 장기요양 1등급 또는 2등급인 수급자는 재가급여 또는 시설급여 이용 가능, 3~5등급 수급자는 재가급여 이용 가능
- ※ 3~5등급이지만 시설급여 이용이 필요한 경우: 장기요양급여종류·내용변경신청 필요
- ※ 장기요양 가족휴가제(수급자 가족의 휴식 제공)를 위한 종일 방문요양, 단기보호는 모든 등급 이용 가능

[출처: 국민건강보험, 노인장기요양보험 급여이용 안내 e-book(2026.03)]

치매의 정의와 원인

- 원인과 관계없이 인지기능의 저하가 심해 독립적인 일상생활이나 사회생활이 어려운 경우를 '치매'로 정의합니다. 치매는 전문가에 의해 임상적으로 판단됩니다. 하지만 비전문가는 환자의 인지기능을 평가하기 어렵기 때문에 적절한 신경학적검사와 신경심리검사를 통해, 어떤 종류의 인지기능이, 어느 단계에서 얼마나 심하게, 어떤 형태로 저하되었는가를 확인하고 치매 여부를 판단해야 합니다.
- 치매는 원인 질환에 따라 나타나는 증상과 예후가 모두 다릅니다. 전체 치매의 70%는 알츠하이머병에 의해서 발생하지만, 그 외에 퇴행성 뇌질환, 뇌혈관질환, 뇌손상, 약물중독, 내분비장애 등도 치매를 유발할 수 있습니다. 이러한 질환 중 일부는 완치될 수 있거나 적절한 치료를 받으면 악화를 막을 수 있는 경우도 있으므로 초기에 정확한 진단과 적절한 치료가 매우 중요합니다.



치매의 진단 : 임상치매척도(CDR; Clinical Dementia Rating)란?

“CDR척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating, 2001년)”는 치매관련 전문가가 실시하는 전반적인 인지기능 및 사회기능 정도를 측정하는 검사로, 전체 점수 구성은 0, 0.5, 1, 2, 3, 4, 5로 되어있으며, 점수가 높을수록 중증(重症)을 의미합니다.



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



해약환급금 미지급형으로 실속있게 보장 (일부 특약 제외)

이 상품은 '해약환급금 미지급형' 상품으로 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 계약이 해지될 경우 해지율을 적용하지 않는 동일한 보장내용의 상품(이하 '기본형'이라 합니다.)의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급합니다.



간편심사로 질병이 있어도 가입가능! (다만, 간편심사형에 한합니다.)

※ 아래 항목에 해당되지 않으면 간편심사형에 가입이 가능합니다.

1. 최근 3개월 이내에 의사로부터 진찰 또는 검사(건강검진 포함)를 통하여 다음의 의료행위를 받은 사실이 있습니까?

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

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

※ 필요 소견이란, 의사가 진단서, 소견서 또는 진료의뢰서 등을 포함하여 서면(전자문서 포함)으로 교부한 경우 또는 의사가 진료기록부 등에 기재하고 이를 환자에게 설명하거나 권유한 경우를 말합니다.

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

2. 최근 5년 이내에 질병이나 사고로 인하여 다음과 같은 의료행위를 받은 사실이 있습니까?

1) 입원 2) 수술(제왕절개 포함)

3. 최근 5년 이내에 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.

4. 최근 5년 이내에 의사로부터 진찰 또는 검사를 통하여 인지기능장애, 알츠하이머병, 치매(의증포함) 또는 파킨슨병으로 “추가검사(재검사)필요소견” 또는 “진단” 받거나 “치료” 또는 “투약”을 받은 적이 있습니까?

※ 인지기능장애란 기억력을 비롯한 인지기능이 시간의 경과에 따라 점진적으로 저하되나, 일상생활 수행 능력은 보존되어 있는 상태인 경도인지장애 이상의 인지기능의 장애를 말합니다.

※ 투약이란 의사가 환자에게 약을 처방하는 행위를 말하는 것으로 실제로 약을 구입하지 않았어도 기재해야 합니다.

5. 최근 5년 이내에 노인장기요양보험 수급대상으로 인정받은 적이 있거나, 현재 장기요양인정 심의 중입니까?

※ 노인장기요양보험 수급대상으로 인정받은 경우라 함은 국민건강보험공단 등급판정위원회에 의해 장기요양등급을 판정받은 경우를 말합니다.

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



가입을 위한 안내

주계약

구 분		피보험자 가입나이	보험기간	보험료 납입기간	보험료 납입주기
(무)우리WON케어간병보험 (해약환급금 미지급형)2607	일반심사형	25세~최대 75세	90세만기, 95세만기, 100세만기	10년, 15년, 20년, 30년	월납
	간편심사형	30세~최대 75세			

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

보험금 지급 기준

주계약

구 분	지급사유	지급금액
장기요양(1~2등급)급여금	피보험자가 보험기간 중 「장기요양상태 보장개시일」 이후에 “1~2등급 장기요양상태”로 판정받았을 때 (다만, 최초 1회에 한함)	보험가입금액

- 피보험자가 보험료 납입기간 중 장애분류표 중 동일한 재해를 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- 「장기요양상태 보장개시일」은 계약일(부활(효력회복)계약의 경우 부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다. 다만, 재해를 직접적인 원인으로 장기요양상태가 발생할 경우에는 계약일(부활(효력회복)계약의 경우 부활(효력회복)일)을 “장기요양상태 보장개시일”로 합니다.
- 피보험자가 보험기간 중 「장기요양상태 보장개시일」 전일 이전에 “1~2등급 장기요양상태”가 된 경우에는 이 계약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.
- 보험기간 중 피보험자가 “1~2등급 장기요양상태”로 판정받기 전에 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고 이 계약은 소멸됩니다.
- 회사는 피보험자가 보험기간 중 「장기요양상태 보장개시일」 이후에 “1~2등급 장기요양상태”로 판정받았으나, 허위 또는 부당 판정사실이 확인되는 경우에는 장기요양(1~2등급)급여금을 지급하지 않습니다.

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

보험금 지급 기준

선택특약

기준 : 특약 보험가입금액 1,000만원

특약명	금부명칭	지급사유	보장내용
(무) 장기요양(1-5등급) 보장특약(해약환급금 미지급형)	장기요양 (1~5등급)급여금	「장기요양상태 보장개시일」 이후에 “1~5등급 장기요양상태”로 판정받았을 때 (다만, 최초 1회에 한함)	1,000만원
(무)장기요양 (1-인지지원등급)보장특약 (해약환급금 미지급형)	장기요양 (1-인지지원등급) 급여금	「장기요양상태 보장개시일」 이후에 “1-인지지원등급 장기요양상태”로 판정받았을 때 (다만, 최초 1회에 한함)	1,000만원
(무)장기요양(1-2등급) 재가급여지원특약 (해약환급금 미지급형)	장기요양 (1~2등급) 재가급여지원금	「장기요양상태 보장개시일」 이후에 최초로 “1~2등급 장기요양상태”로 판정받고, 장기요양등급 판정일부터 보험기간동안 “재가급여”를 이용하였을 때(다만, “판정후 보험월” 기준 월 1회 한도)	1회당 10만원
(무)장기요양(1-5등급) 재가급여지원특약 (해약환급금 미지급형)	장기요양 (1~5등급) 재가급여지원금	「장기요양상태 보장개시일」 이후에 최초로 “1~5등급 장기요양상태”로 판정받고, 장기요양등급 판정일부터 보험기간동안 “재가급여”를 이용하였을 때(다만, “판정후 보험월” 기준 월 1회 한도)	1회당 10만원
(무)장기요양(1-5등급) 방문요양지원특약 (해약환급금 미지급형)	장기요양 (1~5등급) 방문요양지원금	「장기요양상태 보장개시일」 이후에 최초로 “1~5등급 장기요양상태”로 판정받고, 장기요양등급 판정일부터 보험기간동안 “방문요양”을 이용하였을 때(다만, “판정후 보험월” 기준 월 1회 한도)	1회당 10만원
(무)장기요양(1-인지지원등급) 재가급여지원특약 (해약환급금 미지급형)	장기요양 (1-인지지원등급) 재가급여지원금	「장기요양상태 보장개시일」 이후에 최초로 “1-인지지원등급 장기요양상태”로 판정받고, 장기요양등급 판정일부터 보험기간동안 “재가급여”를 이용하였을 때(다만, “판정후 보험월” 기준 월 1회 한도)	1회당 10만원
(무)장기요양(1-인지지원등급) 주야간보호지원특약 (해약환급금 미지급형)	장기요양 (1-인지지원등급) 주야간보호지원금	「장기요양상태 보장개시일」 이후에 최초로 “1-인지지원등급 장기요양상태”로 판정받고, 장기요양등급 판정일부터 보험기간동안 “주야간보호”를 이용하였을 때(다만, “판정후 보험월” 기준 월 1회 한도)	1회당 10만원
(무)장기요양(1-인지지원등급) 복지용구지원특약 (해약환급금 미지급형)	장기요양 (1-인지지원등급) 복지용구지원금	「장기요양상태 보장개시일」 이후에 최초로 “1-인지지원등급 장기요양상태”로 판정받고, 장기요양등급 판정일부터 보험기간동안 “복지용구”를 이용하였을 때(다만, “판정후 보험월” 기준 월 1회 한도)	1회당 10만원
(무)장기요양(1-2등급) 시설급여지원특약 (해약환급금 미지급형)	장기요양 (1~2등급) 시설급여지원금	「장기요양상태 보장개시일」 이후에 최초로 “1~2등급 장기요양상태”로 판정받고, 장기요양등급 판정일부터 보험기간동안 “시설급여”를 이용하였을 때(다만, “판정후 보험월” 기준 월 1회 한도)	1회당 10만원
(무)장기요양(1-2등급) 식사재료비지원특약 (해약환급금 미지급형)	장기요양 (1~2등급) 식사재료비지원금	「장기요양상태 보장개시일」 이후에 최초로 “1~2등급 장기요양상태”로 판정받고, 장기요양등급 판정일부터 보험기간동안 “장기요양기관”을 이용하여 “식사재료비”를 부담하였을 때(다만, “판정후 보험월” 기준 월 1회 한도)	1회당 10만원
(무)장기요양(1-2등급) 상급침실이용추가비용지원특약 (해약환급금 미지급형)	장기요양 (1~2등급) 상급침실이용 추가비용지원금	「장기요양상태 보장개시일」 이후에 최초로 “1~2등급 장기요양상태”로 판정받고, 장기요양등급 판정일부터 보험기간동안 “장기요양기관”을 이용하여 “상급침실이용 추가비용”을 부담하였을 때(다만, “판정후 보험월” 기준 월 1회 한도)	1회당 10만원
(무)장기요양(1-5등급) 시설급여지원특약 (해약환급금 미지급형)	장기요양 (1~5등급) 시설급여지원금	「장기요양상태 보장개시일」 이후에 최초로 “1~5등급 장기요양상태”로 판정받고, 장기요양등급 판정일부터 보험기간동안 “시설급여”를 이용하였을 때(다만, “판정후 보험월” 기준 월 1회 한도)	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.
- 「1~2등급 장기요양상태」라 함은 「만 65 세 이상 노인」 또는 「노인성 질병을 가진 만 65 세 미만의 자」로서 거동이 현저히 불편하여 장기요양이 필요하다고 판단되어 「노인장기요양보험법」에 따라 장기요양등급판정위원회에서 장기요양 1등급 또는 장기요양 2 등급으로 판정받은 경우를 말합니다. 이때 노인성 질병이란 치매·뇌혈관성질환 등 「노인장기요양보험법 시행령」에서 정하는 질병을 말합니다.
- 「1~5등급 장기요양상태」라 함은 「만 65세 이상 노인」 또는 「노인성 질병을 가진 만 65세 미만의 자」로서 거동이 현저히 불편하여 장기요양이 필요하다고 판단되어 「노인장기요양보험법」에 따라 장기요양등급판정위원회에서 장기요양 1등급, 2등급, 3등급, 4등급 또는 5등급으로 판정받은 경우를 말합니다. 이때 노인성 질병이란 치매·뇌혈관성질환 등 「노인장기요양보험법 시행령」에서 정하는 질병을 말합니다.
- 「1~인지지원등급 장기요양상태」라 함은 「만 65 세 이상 노인」 또는 「노인성 질병을 가진 만 65 세 미만의 자」로서 거동이 현저히 불편하여 장기요양이 필요하다고 판단되어 「노인장기요양보험법」에 따라 장기요양등급판정위원회에서 장기요양 1등급, 2등급, 3등급, 4등급, 5등급 또는 인지지원등급으로 판정받은 경우를 말합니다. 이때 노인성 질병이란 치매·뇌혈관성질환 등 「노인장기요양보험법 시행령」에서 정하는 질병을 말합니다.
- 「1~2등급 장기요양상태」, 「1~5등급 장기요양상태」 및 「1~인지지원등급 장기요양상태」의 보장개시일은 계약일(부활(효력회복)계약의 경우 부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다. 다만, 재해를 직접적인 원인으로 「1~2등급 장기요양상태」 또는 「1~5등급 장기요양상태」, 「1~인지지원등급 장기요양상태」가 발생한 경우에는 계약일(부활(효력회복)계약의 경우 부활(효력회복)일)로 합니다.
- 「재가급여」라 함은 「노인장기요양보험법」 제15조(등급판정 등)에 의한 장기요양급여수급자(이하 ‘수급자’라 합니다)가 받을 수 있는 「노인장기요양보험법」 제23조(장기요양급여의 종류) 제1항 제1호에서 정한 재가급여를 말합니다. 또한, 「노인장기요양보험법」에서 정한 “통합재가서비스”를 통하여 이용한 “재가급여”를 포함합니다. “통합재가서비스”라 함은 「노인장기요양보험법 시행규칙」에 따른 통합재가서비스 제공기관을 통해 재가급여 전부 또는 일부를 통합하여 제공하는 서비스를 말합니다.
- 「재가급여」의 종류는 다음 각 호와 같습니다.
 1. 방문요양 : 장기요양요원이 수급자의 가정 등을 방문하여 신체활동 및 가사활동 등을 지원하는 장기요양급여
 2. 방문목욕 : 장기요양요원이 목욕설비를 갖춘 장비를 이용하여 수급자의 가정 등을 방문하여 목욕을 제공하는 장기 요양급여
 3. 방문간호 : 장기요양요원인 간호사 등이 의사, 한의사 또는 치과의사의 지시서에 따라 수급자의 가정 등을 방문하여 간호, 진료의 보조, 요양에 관한 상담 또는 구강위생 등을 제공하는 장기요양급여
 4. 주·야간보호 : 수급자를 하루 중 일정한 시간 동안 장기요양기관에 보호하여 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여
 5. 단기보호 : 수급자를 보건복지부령으로 정하는 범위 안에서 일정한 기간 동안 장기요양기관에 보호하여 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여
 6. 기타재가급여 : 수급자의 일상생활·신체활동 지원 및 인지기능의 유지·향상에 필요한 용구를 제공하거나 가정을 방문하여 재활에 관한 지원 등을 제공하는 장기요양급여로서 대통령령으로 정하는 것
- 「시설급여」라 함은 「노인장기요양보험법」 제23조(장기요양급여의 종류) 제1항 제2호에서 정한 장기요양급여로 ‘장기요양기관에 장기간 입소한 장기요양급여수급자에게 신체활동지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여’를 말합니다.
- 「노인장기요양보험법」 제23조(장기요양급여의 종류) 제1항 제3호의 규정에 의한 특별현금급여(가족요양비, 특례요양비, 요양병원간병비)는 재가급여 및 시설급여에 해당하지 않습니다.
- (무)장기요양(1~2등급)식사재료비지원특약(해약환급금 미지급형)에서 “장기요양기관”이라 함은 「노인장기요양보험법 시행령」 제10조(장기요양기관의 종류 및 기준) 제2호에서 정한 시설급여를 제공할 수 있는 장기요양기관을 말합니다. “식사재료비”라 함은 「노인장기요양보험법 시행규칙」 제14조(장기요양급여의 범위 등) 제1항 제1호에서 정한 식사재료비를 말합니다.
- (무)장기요양(1~2등급)상급침실이용추가비용지원특약(해약환급금 미지급형)에서 “장기요양기관”이라 함은 「노인장기요양보험법 시행령」 제10조(장기요양기관의 종류 및 기준) 제2호에서 정한 시설급여를 제공할 수 있는 장기요양기관을 말합니다. “상급침실이용 추가비용”이라 함은 「노인장기요양보험법 시행규칙」 제14조(장기요양급여의 범위 등) 제1항 제2호에서 정한 상급침실 이용에 따른 추가비용을 말합니다.
- (무)장기요양(1~2등급)재가급여지원특약(해약환급금 미지급형), (무)장기요양(1~2등급)시설급여지원특약(해약환급금 미지급형), (무)장기요양(1~2등급)식사재료비지원특약(해약환급금 미지급형), (무)장기요양(1~2등급)상급침실이용추가비용지원특약(해약환급금 미지급형)에서 보험기간 중 「장기요양상태 보장개시일」 전일 이전에 “1~2등급 장기요양상태”가 된 경우에는 이 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.
- (무)장기요양(1~5등급)보장특약(해약환급금 미지급형), (무)장기요양(1~5등급)재가급여지원특약(해약환급금 미지급형), (무)장기요양(1~5등급)시설급여지원특약(해약환급금 미지급형), (무)장기요양(1~5등급)방문요양지원특약(해약환급금 미지급형)에서 보험기간 중 「장기요양상태 보장개시일」 전일 이전에 “1~5등급 장기요양상태”가 된 경우에는 이 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.
- (무)장기요양(1~인지지원등급)보장특약(해약환급금 미지급형), (무)장기요양(1~인지지원등급)재가급여지원특약(해약환급금 미지급형), (무)장기요양(1~인지지원등급)주야간보호지원특약(해약환급금 미지급형), (무)장기요양(1~인지지원등급)복지옹구지원특약(해약환급금 미지급형)에서 보험기간 중 「장기요양상태 보장개시일」 전일 이전에 “1~인지지원등급 장기요양상태”가 된 경우에는 이 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.
- (무)장기요양(1~2등급)재가급여지원특약(해약환급금 미지급형), (무)장기요양(1~2등급)시설급여지원특약(해약환급금 미지급형), (무)장기요양(1~2등급)식사재료비지원특약(해약환급금 미지급형), (무)장기요양(1~2등급)상급침실이용추가비용지원특약(해약환급금 미지급형)에서 보험기간 중 「장기요양상태 보장개시일」 이후에 최초로 “1~2등급 장기요양상태”로 판정받았으나, 허위 또는 부당 판정사실이 확인되는 경우 또는 「노인장기요양보험법」 제29조(장기요양급여의 제한)에 의해 장기요양급여의 제한을 받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- (무)장기요양(1~5등급)재가급여지원특약(해약환급금 미지급형), (무)장기요양(1~5등급)시설급여지원특약(해약환급금 미지급형), (무)장기요양(1~5등급)방문요양지원특약(해약환급금 미지급형)에서 보험기간 중 「장기요양상태 보장개시일」 이후에 최초로 “1~5등급 장기요양상태”로 판정받았으나, 허위 또는 부당 판정사실이 확인되는 경우 또는 「노인장기요양보험법」 제29조(장기요양급여의 제한)에 의해 장기요양급여의 제한을 받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- (무)장기요양(1~인지지원등급)보장특약(해약환급금 미지급형), (무)장기요양(1~인지지원등급)재가급여지원특약(해약환급금 미지급형), (무)장기요양(1~인지지원등급)주야간보호지원특약(해약환급금 미지급형), (무)장기요양(1~인지지원등급)복지옹구지원특약(해약환급금 미지급형)에서 보험기간 중 「장기요양상태 보장개시일」 이후에 최초로 “1~인지지원등급 장기요양상태”로 판정 받았으나, 허위 또는 부당 판정사실이 확인되는 경우 또는 「노인장기요양보험법」 제29조(장기요양급여의 제한)에 의해 장기요양급여의 제한을 받은 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- 위 특약에 대한 계약소멸사유 및 납입면제사유는 해당 보험약관을 확인하시기 바랍니다.
- 약관에서 정하는 보험금 지급사유 관련 기준이 관련 법령 등의 개정에 따라 변경되는 경우, 해당 특약의 약관에서 정하는 바에 따른 기준을 적용하거나 보장내용이 변경될 수 있습니다.

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

보험금 지급 기준

선택특약

기준 : 특약 보험가입금액 1,000만원

특약명	급부명칭	지급사유	보장내용
(무)간병인사용지원 입원보장특약 (해약환급금 미지급형)	간병인사용지원 입원급여금 (요양병원 제외)	질병 또는 재해의 직접적인 치료를 목적으로 요양병원을 제외한 병원급 또는 의원급 의료기관에서 1일 이상 계속 입원하여 치료를 받으며 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우 (다만, 1회 입원당 사용일수 180일 한도)	사용일수 1일당 10만원 (다만, 계약일로부터 1년 미만 재해 이외의 원인으로 보험금 지급사유 발생시 상기 금액의 50% 지급)
	간병인사용지원 입원급여금 (요양병원)	질병 또는 재해의 직접적인 치료를 목적으로 요양병원에서 1일 이상 계속 입원하여 치료를 받으며 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우 (다만, 1회 입원당 사용일수 180일 한도)	사용일수 1일당 3만원 (다만, 계약일로부터 1년 미만 재해 이외의 원인으로 보험금 지급사유 발생시 상기 금액의 50% 지급)
	간호·간병통합 서비스사용지원 입원급여금 (요양병원 제외)	질병 또는 재해의 직접적인 치료를 목적으로 요양병원을 제외한 병원급 의료기관에서 1일 이상 계속 입원하여 치료를 받으며 실질적으로 간호·간병통합서비스를 사용한 경우 (다만, 1회 입원당 사용일수 180일 한도)	사용일수 1일당 3만원 (다만, 계약일로부터 1년 미만 재해 이외의 원인으로 보험금 지급사유 발생시 상기 금액의 50% 지급)
(무)간호간병통합서비스 사용지원입원보장특약 (해약환급금 미지급형)	간호·간병통합 서비스사용지원 입원급여금 (요양병원 제외)	질병 또는 재해의 직접적인 치료를 목적으로 요양병원을 제외한 병원급 의료기관에서 1일 이상 계속 입원하여 치료를 받으며 간호·간병통합서비스를 사용한 경우 (다만, 1회 입원당 사용일수 30일 한도)	사용일수 1일당 1만원 (다만, 계약일로부터 1년 미만 재해 이외의 원인으로 보험금 지급사유 발생시 상기 금액의 50% 지급)
(무)종합병원간호간병통합 서비스사용지원입원보장특약 (해약환급금 미지급형)	종합병원간호·간병 통합서비스사용 지원입원급여금	질병 또는 재해의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원에서 1일 이상 계속 입원하여 치료를 받으며 간호·간병통합서비스를 사용한 경우 (다만, 1회 입원당 사용일수 30일 한도)	사용일수 1일당 1만원 (다만, 계약일로부터 1년 미만 재해 이외의 원인으로 보험금 지급사유 발생시 상기 금액의 50% 지급)
(무)급여가정간호치료보장 특약(해약환급금 미지급형)	급여가정간호 치료비	“급여 가정간호치료”를 받은 경우	10만원 (다만, 1일 1회, 연간 20회에 한하여 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.
- (무)간병인사용지원입원보장특약(해약환급금 미지급형), (무)간호간병통합서비스사용지원입원보장특약(해약환급금 미지급형) 및 (무)종합병원간호간병통합서비스사용지원입원보장특약(해약환급금 미지급형)에서 계약일로부터 1년 미만 재해 이외의 원인으로 보험금 지급사유가 발생하였다 할지라도 “간병인” 또는 “간호·간병통합서비스”의 사용일이 계약일로부터 1년 이후까지 계속되었을 경우, 1년 미만의 기간에 대하여서는 사용일수 1일당 약정한 보험금의 50%를 지급하며, 1년 이후의 기간에 대하여서는 사용일수 1일당 약정한 보험금의 100%를 지급합니다.
- (무)간병인사용지원입원보장특약(해약환급금 미지급형)에서 간병인사용지원입원급여금(요양병원 제외), 간병인사용지원입원급여금(요양병원) 및 간호·간병통합서비스사용지원입원급여금(요양병원 제외)의 지급일수는 각각 1회 입원당 사용일수 180일을 한도로 합니다.
- (무)간호간병통합서비스사용지원입원보장특약(해약환급금 미지급형) 및 (무)종합병원간호간병통합서비스사용지원입원보장특약(해약환급금 미지급형)에서 간호·간병통합서비스사용지원입원급여금(요양병원 제외), 종합병원간호·간병통합서비스사용지원입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 사용일수 30일을 한도로 합니다.
- (무)간병인사용지원입원보장특약(해약환급금 미지급형)에서 피보험자가 동일한 질병 또는 재해로 입원을 2회 이상 한 경우 1회 입원으로 보아 각 사용일수를 더하여 계산합니다. 다만, 동일한 질병 또는 재해로 인한 입원이라도 간병인사용지원입원급여금(요양병원 제외), 간병인사용지원입원급여금(요양병원), 간호·간병통합서비스사용지원입원급여금(요양병원 제외)의 입원급여금이 지급된 최종사용일의 다음날부터 180일이 지난 후 사용한 간병인 또는 간호·간병통합서비스는 새로운 입원에 대한 간병인 또는 간호·간병통합서비스 사용으로 봅니다. 다만, 입원급여금이 지급된 최종사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원급여금이 지급된 최종사용일의 다음날부터 180일이 지난 후 사용한 간병인 또는 간호·간병통합서비스는 새로운 입원에 대한 간병인 또는 간호·간병통합서비스 사용으로 봅니다. 이 내용은 간병인사용지원입원급여금(요양병원 제외), 간병인사용지원입원급여금(요양병원) 및 간호·간병통합서비스사용지원입원급여금(요양병원 제외)에 대해 각각 적용됩니다.
- (무)간호간병통합서비스사용지원입원보장특약(해약환급금 미지급형), (무)종합병원간호간병통합서비스사용지원입원보장특약(해약환급금 미지급형)에서 피보험자가 동일한 질병 또는 재해로 입원을 2회 이상 한 경우에는 1회 입원으로 보아 각 사용일수를 더하여 계산합니다. 다만, 동일한 질병 또는 재해로 인한 입원이라도 간호·간병통합서비스사용지원입원급여금(요양병원 제외) 또는 종합병원간호·간병통합서비스사용지원입원급여금이 지급된 최종사용일의 다음날부터 180일이 지난 후 사용한 간호·간병통합서비스는 새로운 입원에 대한 간호·간병통합서비스 사용으로 봅니다. 다만, 간호·간병통합서비스사용지원입원급여금(요양병원 제외) 또는 종합병원간호·간병통합서비스사용지원입원급여금이 지급된 최종사용일부터 180일이 경과하도록

퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 간호·간병통합서비스사용지원입원급여금(요양병원 제외) 또는 종합병원간호·간병통합서비스사용지원입원급여금이 지급된 최종사용일의 다음날부터 180일이 지난 후 사용한 간호·간병통합서비스는 새로운 입원에 대한 간호·간병통합서비스 사용으로 봅니다.

- (무)간병인사용지원입원보장특약(해약환급금 미지급형)에서 간병인사용지원입원급여금(요양병원 제외) 및 간병인사용지원입원급여금(요양병원)의 사용일수는 1일당 8시간 이상 간병인을 사용한 경우에 한하여 사용일수 1일로 계산합니다. 즉, 1일당 8시간 미만으로 간병인을 사용한 경우 간병인을 사용하지 않은 것으로 하여 보험금은 지급하지 않습니다.
- (무)간병인사용지원입원보장특약(해약환급금 미지급형)에서 간호·간병통합서비스는 간병인의 정의에서 제외되는 바, 간호·간병통합서비스 사용으로 보험금지급사유 발생 시 간호·간병통합서비스 사용에 해당하는 보험금을 지급하고 간병인 사용에 해당하는 보험금은 지급하지 않습니다.
- (무)간병인사용지원입원보장특약(해약환급금 미지급형)에서 “간병인”이라 함은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자로서 「의료법」 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당 서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다. 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 「개인 간병 및 유사 서비스업」 또는 「개인간병인」 등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 「직업안정법」 상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.
- (무)급여가정간호치료보장특약(해약환급금 미지급형)에서 “급여 가정간호치료”라 함은 가정전문간호사가 환자 가정을 직접 방문하여 간호 등을 제공하는 제도로서 병원급 또는 의원급의 의료기관의 의사에 의하여 가정에서 계속적인 치료와 관리가 필요하다고 인정된 경우로서 “급여가정간호치료 인정기준”에 해당하는 경우를 말합니다.
- (무)급여가정간호치료보장특약(해약환급금 미지급형)에서 “급여 가정간호치료 인정기준”이라 함은 “급여 가정간호치료분류표”(무)급여가정간호치료 보장특약(해약환급금 미지급형) 약관 별표4 참조)에 해당하는 의료행위를 말하며, 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 급여항목이 발생한 경우로서 국내의 병원급 또는 의원급 의료기관에서 행한 의료행위에 한합니다.
- 약관에서 정하는 보험금 지급사유 관련 기준이 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 보험약관을 확인하시기 바랍니다.

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

보험금 지급 기준

선택특약

기준 : 특약 보험가입금액 1,000만원

특약명	급부명칭	지급사유	보장내용
(무)경도이상치매진단특약 (해약환급금 미지급형)	경도이상치매 진단급여금	「경도 및 중등도 치매 보장개시일」 이후 “경도치매상태” 또는 “중등도치매상태”로 최종진단확정 되거나, 보험기간 중 “중증치매상태”로 최종진단확정 되었을 때(다만, “경도치매상태”, “중등도치매상태” 또는 “중증치매상태” 중 최초 1회의 최종진단확정에 한하여 지급)	1,000만원
(무)중등도이상치매진단특약 (해약환급금 미지급형)	중등도이상치매 진단급여금	「중등도치매 보장개시일」 이후 “중등도치매상태”로 최종진단확정 되거나, 보험기간 중 “중증치매상태”로 최종진단확정 되었을 때 (다만, “중등도치매상태” 또는 “중증치매상태” 중 최초 1회의 최종진단확정에 한하여 지급)	1,000만원
(무)중증치매진단특약 (해약환급금 미지급형)	중증치매 진단급여금	“중증치매상태”로 최종진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 최종진단확정에 한하여 지급)	1,000만원
(무)치매통원보장특약 (해약환급금 미지급형)	치매 통원급여금	「치매 보장개시일」 이후에 “치매”로 진단확정되고, 보험기간 중 그 “치매”의 직접적인 치료를 목적으로 통원하여 치료를 받았을 때 (다만, 통원 1일당 1회에 한함)	1만원
(무)치매종합병원통원보장 특약(해약환급금 미지급형)	치매종합병원 통원급여금	「치매 보장개시일」 이후에 “치매”로 진단확정되고, 보험기간 중 그 “치매”의 직접적인 치료를 목적으로 “종합병원”에 통원하여 치료를 받았을 때 (다만, 통원 1일당 1회에 한함)	1만원
(무)치매상급종합병원 통원보장특약 (해약환급금 미지급형)	치매상급종합병원 통원급여금	「치매 보장개시일」 이후에 “치매”로 진단확정되고, 보험기간 중 그 “치매”의 직접적인 치료를 목적으로 “상급종합병원”에 통원하여 치료를 받았을 때 (다만, 통원 1일당 1회에 한함)	1만원
(무)급여치매 및 뇌혈관질환 검사비보장특약 (해약환급금 미지급형)	급여 치매· 뇌혈관질환검사비	“급여 치매 및 뇌혈관질환 검사”를 받았을 때 (다만, 연간 1회에 한하여 지급)”	10만원

- 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.
- “경도치매상태” 및 “중등도치매상태”, “치매”의 보장개시일은 계약일(부활(효력회복)계약의 경우 부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음 날로 합니다. 다만, 재해로 인한 뇌의 손상을 직접적인 원인으로 “경도치매상태” 또는 “중등도치매상태”, “치매”가 발생한 경우에는 계약일(부활(효력회복)계약의 경우 부활(효력회복)일)로 합니다.
- “경도치매상태”라 함은 CDR 척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating, 2001년)검사 결과가 1점(다만, 이와 동등하다고 국내의학계에서 일반적으로 인정되는 검사 방법을 사용하여 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다)에 해당되는 상태를 말합니다. “경도치매상태”의 최종진단확정은 피보험자가 계약일 이후에 발생한 질병 또는 재해로 인하여 「경도 및 중등도 치매 보장개시일」 이후에 “경도치매상태”로 진단받고, 그 상태가 진단일로부터 90일 이상 계속되어 장래에 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 상태를 말합니다.
- “중등도치매상태”라 함은 CDR 척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating, 2001년)검사 결과가 2점(다만, 이와 동등하다고 국내의학계에서 일반적으로 인정되는 검사 방법을 사용하여 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다)에 해당되는 상태를 말합니다. “중등도치매상태”의 최종진단확정은 피보험자가 계약일 이후에 발생한 질병 또는 재해로 인하여 「경도 및 중등도 치매 보장개시일」 이후에 “중등도치매상태”로 진단받고, 그 상태가 진단일로부터 90일 이상 계속되어 장래에 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 상태를 말합니다.
- “중증치매상태”라 함은 CDR 척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating, 2001년)검사 결과가 3점 이상(다만, 이와 동등하다고 국내의학계에서 일반적으로 인정되는 검사 방법을 사용하여 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다)에 해당되는 상태를 말합니다. “중증치매상태”의 최종진단확정은 피보험자가 계약일 이후에 발생한 질병 또는 재해로 인하여 “중증치매상태”로 진단받고, 그 상태가 진단일로부터 90일 이상 계속되어 장래에 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 상태를 말합니다.
- (무)경도이상치매진단특약(해약환급금 미지급형)에서 보험기간 중 「경도 및 중등도 치매 보장개시일」 전일 이전에 “경도치매상태” 또는 “중등도치매상태”가 발생하였거나 최종진단확정된 경우에는 진단일로부터 90일 이내에 이 특약을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 그럼에도 불구하고 피보험자가 「경도 및 중등도 치매 보장개시일」 전일 이전에 “경도치매상태”가 발생하였거나 최종진단확정이 되었음에도 계약자가 이 특약을 취소하지 않은 상태로 「경도 및 중등도 치매 보장개시일」이 지나거나 「경도 및 중등도 치매 보장개시일」 이후 “경도치매상태”로 다시 최종진단확정을 받은 경우 경도이상치매 진단급여금은 지급하지 않습니다.
- (무)중등도이상치매진단특약(해약환급금 미지급형)에서 보험기간 중 「중등도치매 보장개시일」 전일 이전에 “중등도치매상태”가 발생하였거나 최종진단확정된 경우에는 진단일로부터 90일 이내에 이 특약을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 그럼에도 불구하고 피보험자가 「중등도치매 보장개시일」 전일 이전에 “중등도치매상태”가 발생하였거나 최종진단확정이 되었음에도 계약자가 이 특약을 취소하지 않은 상태로 「중등도치매 보장개시일」이 지나거나 「중등도치매 보장개시일」 이후 “중등도치매상태”로 다시 최종진단확정을 받은 경우 중등도이상치매 진단급여금은 지급하지 않습니다.

- “경도치매상태”, “중등도치매상태” 또는 “중증치매상태”의 진단은 「의료법」 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관(이하 ‘의료기관’이라 합니다)의 치매 전문의(신경과 또는 정신건강의학과)에 의한 진단서에 의하며, 이 진단은 병력청취, 인지기능 및 정신상태 평가, 신체진찰과 신경계진찰, 신경심리검사, 일상생활능력평가, 검사실검사, 뇌영상검사 등 해당 치매의 진단 및 원인질환 감별을 위해 의학적으로 필요한 검사 및 그 결과에 대한 종합적인 평가를 기초로 정해지며, 뇌영상검사 등 일부 검사에서 치매의 소견이 확인되지 않았다 하더라도 다른 검사에 의한 종합적인 평가를 기초로 치매를 진단할 수 있습니다. 회사는 치매상태의 조사나 확인을 위해 필요한 경우 계약자 또는 피보험자에게 치매의 진단을 위해 실시한 검사결과 제출을 요청할 수 있습니다.
- 정신분열병이나 우울증과 같은 정신질환으로 인한 인지기능의 장애 및 알콜중독, 의사의 처방에 의하지 않는 약물의 투여로 인한 인지기능의 장애를 원인으로 발생한 “치매”, “경도치매상태”, “중등도치매상태” 및 “중증치매상태”는 보장대상에서 제외합니다.
- (무)급여치매 및 뇌혈관질환검사비보장특약(해약환급금 미지급형)에서 “급여 치매 및 뇌혈관질환 검사”라 함은 의사에 의하여 “치매 및 뇌혈관질환”의 진단 및 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 “급여 치매 및 뇌혈관질환 검사 인정기준”에 해당하는 경우를 말합니다. “급여 치매 및 뇌혈관질환 검사 인정기준”이라 함은 의사의 관리하에 일반 전산화단층영상진단(CT) 또는 자기공명영상(MRI)을 사용하는 촬영 의료행위를 말하며, 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한합니다.
- 약관에서 정하는 보험금 지급사유 관련 기준이 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.

선택특약

기준 : 특약 보험가입금액 1,000만원

특약명	급부명칭	지급사유	보장내용
(무)관절염수술 보장특약Ⅱ (갱신형)	관절염 수술급여금	“관절염 수술”을 받았을 때 (다만, 연간 1회에 한하여 지급)	1년 미만: 15만원 1년 이상: 30만원
(무)인공관절치환수술 보장특약Ⅱ (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)중증무릎관절연골 손상진단특약Ⅱ (갱신형)	중증무릎관절 연골손상 진단급여금	“중증무릎관절연골손상”으로 진단이 확정되었을 때(다만, 최초 1회에 한함)	1년 미만: 50만원 1년 이상: 100만원
(무)대상포진진단특약Ⅲ (갱신형)	대상포진 진단급여금	대상포진보장개시일 이후에 “대상포진”으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회 진단확정에 한하여 지급)	1년 미만: 50만원 1년 이상: 100만원
(무)통풍진단특약Ⅲ (갱신형)	통풍 진단급여금	통풍보장개시일 이후에 “통풍”으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회 진단확정에 한하여 지급)	1년 미만: 50만원 1년 이상: 100만원

- 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)대상포진진단특약Ⅲ(갱신형)에서 “대상포진” 보장에 대한 계약상의 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.
- (무)통풍진단특약Ⅲ(갱신형)에서 “통풍” 보장에 대한 계약상의 보장개시일은 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우에는 부활(효력회복)일로부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.
- 상기 보험금 지급기준표의 계약일부터 1년 미만의 보험금 금액과 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.
- 위 특약에 대한 계약소멸사유 및 납입면제사유는 보험약관을 확인하시기 바랍니다.

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

보험료 예시표

일반심사형

기준 : [주계약: 보험가입금액 1,000만원, 90세만기, 20년납]
 [특약: 보험가입금액 1,000만원(다만, (무)장기요양(1-인지지원등급)보장특약(해약환급금 미지급형)은 보험가입금액 100만원), 90세만기, 20년납, 갱신형 특약은 10년만기 전기납, 최초계약시] 월납, 단위:원

구분	남자			여자		
	40세	50세	60세	40세	50세	60세
(무)우리WON케어간병보험(해약환급금 미지급형)2607	3,300	4,000	4,900	5,000	6,200	7,900
(무)장기요양(1-5등급)보장특약(해약환급금 미지급형)	15,010	20,070	27,830	17,890	23,920	33,890
(무)장기요양(1-인지지원등급)보장특약(해약환급금 미지급형)	1,524	2,039	2,831	1,806	2,416	3,430
(무)장기요양(1-2등급)재가급여지원특약(해약환급금 미지급형)	610	810	1,080	850	1,130	1,510
(무)장기요양(1-5등급)재가급여지원특약(해약환급금 미지급형)	6,300	8,440	11,710	8,720	11,670	16,540
(무)장기요양(1-5등급)방문요양지원특약(해약환급금 미지급형)	4,250	5,680	7,870	6,650	8,900	12,610
(무)장기요양(1-인지지원등급)재가급여지원특약(해약환급금 미지급형)	6,410	8,580	11,930	8,870	11,870	16,870
(무)장기요양(1-인지지원등급)주야간보호지원특약(해약환급금 미지급형)	1,130	1,510	2,100	1,950	2,600	3,700
(무)장기요양(1-인지지원등급)복지옹구지원특약(해약환급금 미지급형)	2,150	2,880	4,000	3,330	4,460	6,330
(무)장기요양(1-2등급)시설급여지원특약(해약환급금 미지급형)	450	600	790	860	1,140	1,530
(무)장기요양(1-5등급)시설급여지원특약(해약환급금 미지급형)	1,590	2,130	2,940	3,040	4,060	5,760
(무)장기요양(1-2등급)식사재료비지원특약(해약환급금 미지급형)	440	590	780	850	1,120	1,500
(무)장기요양(1-2등급)상급침실이용추가비용지원특약(해약환급금 미지급형)	101	133	177	152	202	270
(무)경도이상치매진단특약(해약환급금 미지급형)	17,400	23,200	31,790	13,920	18,510	25,060
(무)중등도이상치매진단특약(해약환급금 미지급형)	11,750	15,620	21,010	9,530	12,660	16,960
(무)중증치매진단특약(해약환급금 미지급형)	5,710	7,590	10,110	5,460	7,250	9,650
(무)치매통원보장특약(해약환급금 미지급형)	355	471	621	556	738	975
(무)치매종합병원통원보장특약(해약환급금 미지급형)	138	182	240	191	253	334
(무)치매상급종합병원통원보장특약(해약환급금 미지급형)	23	30	40	30	40	52
(무)급여치매 및 뇌혈관질환검사비보장특약(해약환급금 미지급형)	500	630	740	500	620	730
(무)간병인사용지원입원보장특약(해약환급금 미지급형)	14,670	17,620	20,000	17,700	21,370	23,800
(무)간호간병통합서비스사용지원입원보장특약(해약환급금 미지급형)	1,030	1,290	1,560	1,270	1,570	1,780
(무)종합병원간호간병통합서비스사용지원입원보장특약(해약환급금 미지급형)	650	800	970	810	1,000	1,150
(무)급여가정간호치료보장특약(해약환급금 미지급형)	570	740	950	880	1,150	1,500
(무)관절염수술보장특약Ⅱ (갱신형)	50	90	190	40	170	500
(무)인공관절치환수술보장특약Ⅱ (갱신형)	50	104	392	34	166	1,270
(무)중증무릎관절연골손상진단특약Ⅱ (갱신형)	670	1,090	2,050	380	990	2,060
(무)대상포진진단특약Ⅲ(갱신형)	1,880	2,170	2,850	2,450	3,220	3,820
(무)통풍진단특약Ⅲ(갱신형)	1,020	880	940	260	320	380

- 피보험자가 입나이, 가입년도 등 계약인수 관련사항은 회사가 별도로 정한 기준에 따라 제한될 수 있습니다.
- 갱신형 특약은 10년 만기 자동갱신부 특약으로 보험료는 100세(주계약 보험기간이 90세만기일 경우에는 90세, 95세 만기일 경우에는 95세)까지 계속 납입하여야 합니다. 상기 예시는 최초 계약 가입 당시의 보험요율을 기준으로 산출하였으므로, 갱신을 할 때 연령증가, 적용요율의 변동에 따라 보험료가 인상될 수 있습니다.

간편심사형

기준 : [주계약: 보험가입금액 1,000만원, 90세만기, 20년납] [특약: 보험가입금액 1,000만원, 90세만기, 20년납(다만, (무) 장기요양(1-5등급)보장특약(해약환급금 미지급형)의 여자 60세는 90세 만기 15년납)] 월납, 단위:원

구분	남자			여자		
	40세	50세	60세	40세	50세	60세
(무)우리WON케어간병보험(해약환급금 미지급형)2607	4,000	4,900	6,100	6,000	7,700	9,800
(무)장기요양(1-5등급)보장특약(해약환급금 미지급형)	17,300	23,210	32,640	19,910	26,690	44,500
(무)장기요양(1-2등급)재가급여지원특약(해약환급금 미지급형)	800	1,060	1,410	1,100	1,470	1,970
(무)장기요양(1-5등급)재가급여지원특약(해약환급금 미지급형)	8,190	11,000	15,490	11,340	15,200	21,970
(무)장기요양(1-5등급)방문요양지원특약(해약환급금 미지급형)	5,520	7,410	10,410	8,650	11,590	16,740
(무)장기요양(1-2등급)시설급여지원특약(해약환급금 미지급형)	590	780	1,030	1,120	1,490	1,990
(무)장기요양(1-5등급)시설급여지원특약(해약환급금 미지급형)	2,070	2,770	3,890	3,950	5,290	7,650
(무)장기요양(1-2등급)식사재료비지원특약(해약환급금 미지급형)	580	760	1,010	1,100	1,460	1,960
(무)장기요양(1-2등급)상급침실이용추가비용지원특약(해약환급금 미지급형)	131	174	230	198	263	352
(무)경도이상치매진단특약(해약환급금 미지급형)	19,250	25,710	35,590	16,280	21,710	29,720
(무)중등도이상치매진단특약(해약환급금 미지급형)	13,850	18,420	24,890	11,540	15,350	20,680
(무)중증치매진단특약(해약환급금 미지급형)	7,110	9,450	12,610	6,830	9,070	12,090
(무)치매통원보장특약(해약환급금 미지급형)	462	613	807	723	959	1,267
(무)치매종합병원통원보장특약(해약환급금 미지급형)	179	237	312	248	329	434
(무)치매상급종합병원통원보장특약(해약환급금 미지급형)	30	39	52	39	52	67
(무)간병인사용지원입원보장특약(해약환급금 미지급형)	18,770	22,540	25,590	22,680	27,380	30,500
(무)간호간병통합서비스사용지원입원보장특약(해약환급금 미지급형)	1,320	1,650	2,000	1,630	2,010	2,280
(무)종합병원간호간병통합서비스사용지원입원보장특약(해약환급금 미지급형)	830	1,030	1,240	1,040	1,280	1,470

- 피보험자 가입나이, 가입한도 등 계약인수 관련사항은 회사가 별도로 정한 기준에 따라 제한될 수 있습니다
- 간편심사형 상품은 일반심사형 상품에 가입하기 어려운 유병자 및 고연령자 등을 대상으로 하므로 일반심사형에 비해 보험료가 비쌉니다. 일반심사형 상품에 가입이 가능하신 고객님의 본 상품 일반심사형 상품에 가입하셔야 불이익이 발생하지 않습니다.

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

해약환급금 예시표

주계약

기준 : 40세, 주계약 보험가입금액 1,000만원, 90세만기, 20년납, 월납, 단위:원

일반심사형						
경과 기간	남자			여자		
	납입보험료	해약환급금	환급률	납입보험료	해약환급금	환급률
1년	39,600	-	0.0%	60,000	-	0.0%
2년	79,200	-	0.0%	120,000	-	0.0%
3년	118,800	-	0.0%	180,000	-	0.0%
5년	198,000	-	0.0%	300,000	-	0.0%
7년	277,200	-	0.0%	420,000	-	0.0%
10년	396,000	-	0.0%	600,000	-	0.0%
15년	594,000	-	0.0%	900,000	-	0.0%
20년	792,000	385,700	48.7%	1,200,000	620,000	51.7%
30년	792,000	431,150	54.4%	1,200,000	733,450	61.1%
40년	792,000	400,050	50.5%	1,200,000	715,400	59.6%
50년	792,000	-	0.0%	1,200,000	-	0.0%

간편심사형						
경과 기간	남자			여자		
	납입보험료	해약환급금	환급률	납입보험료	해약환급금	환급률
1년	48,000	-	0.0%	72,000	-	0.0%
2년	96,000	-	0.0%	144,000	-	0.0%
3년	144,000	-	0.0%	216,000	-	0.0%
5년	240,000	-	0.0%	360,000	-	0.0%
7년	336,000	-	0.0%	504,000	-	0.0%
10년	480,000	-	0.0%	720,000	-	0.0%
15년	720,000	-	0.0%	1,080,000	-	0.0%
20년	960,000	478,750	49.9%	1,440,000	769,950	53.5%
30년	960,000	541,100	56.4%	1,440,000	917,600	63.7%
40년	960,000	507,700	52.9%	1,440,000	904,000	62.8%
50년	960,000	-	0.0%	1,440,000	-	0.0%

- 계약을 중도 해지할 경우 납입한 보험료에서 지난 기간의 위험보험료, 계약체결비용 및 계약관리비용(해약공제액 포함) 등이 차감되므로 해약환급금은 납입보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다.
- 상기 예시는 주계약 기준이며, 특약 가입시 납입보험료, 해약환급금 및 환급률은 달라집니다.
- 이 상품은 '해약환급금 미지급형' 상품으로 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 계약이 해지될 경우 '기본형'의 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 해약환급금으로 지급하는 상품입니다.

가입 시 유의사항

해약환급금 미지급형에 관한 사항

- 가. 이 상품은 「해약환급금 미지급형」 상품으로 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 계약이 해지될 경우 '기본형'의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 상품입니다.
- 나. 가에서 해약환급금을 계산할 때 기준이 되는 '기본형'은 보험료 및 해약환급금(환급률 포함)의 비교, 안내만을 위한 상품으로 가입이 불가능하며, '기본형'의 해약환급금은 이 계약의 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 다. 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 계약이 해지될 경우의 해약환급금은 '기본형' 해약환급금의 50%에 해당하는 금액으로 합니다.
- 라. 가에서 '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 '해약환급금 미지급형' 및 '기본형'의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교, 안내합니다.
- 바. 회사는 '해약환급금 미지급형'의 계약을 체결할 때 계약자에게 '해약환급금 미지급형' 내용에 대한 충분한 설명을 하고 (사업방법서 별첨 제1호)에서 정한 사항을 확인 받습니다.

간편심사 상품에 관한 사항

- 간편심사형은 "간편심사" 상품으로 유병력자 등 일반심사형과 같은 일반심사보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다.
- 가. 간편심사란 의적결함 및 연령제한 없이 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 간소화를 의미합니다. 계약 전 알릴의무 사항 간소화를 통하여 보험요율에 이미 반영된 사항은 계약심사에 활용하지 않습니다.
- 나. 계약자가 간편심사형으로 가입할 경우 회사는 간편심사형과 일반심사형의 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 설명합니다.
- 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. 라에 의하여 일반심사형에 가입하는 경우에는 기가입한 간편심사형 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 보험계약자에게 돌려 드립니다.
- 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.

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 납입일로부터 평균공시이율로 적립하여 해당 보험료를 월계약해당일에 대체합니다.

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 또는 알게 된 장애인 정보를 세액공제 목적으로만 활용하고, 다른 보험의 인수심사나 보험금 심사업무 및 요율 산출 업무에는 활용하지 않습니다.

법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경에 관한 사항

- 가. 법령 등의 개정에 따른 계약내용의 변경
- 「노인장기요양보험법」 및 관련법령의 개정 등에 따라 "장기요양상태"의 판정기준이 변경된 경우에는 "장기요양상태" 판정하는 시점에서 시행 중인 법령에 따른 기준을 적용합니다. 다만, "장기요양상태" 판정기준이 폐지되거나 정의의 변경으로 이 계약의 보험금 지급 기준에 대한 판단이 불가능한 경우 및 기타 금융위원회의 명령이 있는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 계약의 "장기요양상태"에 상응하는 새로운 보장내용으로 이 계약의 내용을 변경하며, 보장내용, 보험가입금액 및 보험료 등의 변경사항을 나함과 같이 계약자에게 안내합니다.
- 나. 계약내용 변경에 대한 안내 절차
- 회사는 가에 따라 안내할 때에는 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보험료 수준 및 계약내용 변경 절차 등을 2회 이상 계약자에게 알립니다.
- 다. 계약내용 변경에 대한 계약자 확인
- 회사는 계약을 체결할 때 계약자에게 계약내용 변경으로 납입보험료가 변경될 수 있음을 설명하고 별도의 확인을 받습니다.
- 라. 법령 등의 개정 등에 따른 기초율 변경
- 회사는 법령의 개정 등에 따라 보장내용이 변경되는 경우 최신의 통계를 반영하여 보험료 산출 기초율을 재산출할 수 있으며 다음과 같이 적용합니다.
- (1) 가에 따라 계약내용이 변경된 경우 계약내용 변경일로부터 재산출된 보험료 산출 기초율을 적용함
 - (2) 재산출된 보험료 산출 기초율이 계약자에게 유리하게 변경되는 경우에는 가에 따라 계약내용이 변경되지 않더라도 이미 체결한 계약에 대하여 보험료를 인하 또는 보험가입금액을 증액할 수 있음

예금자보호제도

이 보험계약은 예금자보호법에 따라 해약환급금(또는 만기 시 보험금)에 기타지급금을 합한 금액이 1인당 "1억원까지"(본 보험회사의 여타 보호상품과 합산) 보호됩니다. 이와 별도로 본 보험회사 보호상품의 사고보험금을 합산한 금액이 1인당 "1억원까지" 보호됩니다. 다만, 보험계약자 및 보험료납부자가 법인인 보험계약의 경우에는 보호되지 않습니다.



출산육아휴직 보험료 납입유예특약에 관한 사항

계약자(또는 계약자의 배우자)가 출산한 경우(출산일로부터 1년 이내) 또는 육아휴직(육아기 근로시간 단축을 포함) 중인 경우(육아휴직(육아기 근로시간 단축)을 하고 있는 해당기간 내), 계약자는 회사가 정한 방법에 따라 보험료 납입기간 중 1회에 한하여 보험료 납입유예를 신청할 수 있습니다(출산은 유산 및 사산을 포함하지 않습니다). 계약자가 보험료 납입유예를 신청하고 회사가 이를 승인하는 경우, 계약자는 신청 이후 최초 도래하는 납입일로부터 '납입유예기간'(6개월 또는 1년) 동안 보험료를 납입하지 않으며 이 경우에도 회사는 보험료가 정상적으로 납입된 경우와 동일하게 보장합니다. 다만, '납입유예기간' 직후 최초로 도래하는 납입일로부터 '납입유예기간'과 동일 기간 동안 '납입유예 보험료'를 '납입유예 보험료 납입기간'의 보험료와 함께 납입해야 합니다.

※ 보다 자세한 사항은 해당 약관(출산육아휴직 보험료 납입유예특약)을 반드시 참조하시기 바랍니다.

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

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 보험증권 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 낮습니다.

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.

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 자살시' 지급 제한
- 자세한 사항은 보험약관 참조

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

기타

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

보험상담 및 불만족 접수 안내

- 보험계약에 관한 상담 및 불만사항(민원)이 있는 경우 아래 경로를 통해 신청할 수 있습니다.
- 당사 홈페이지(www.abllife.co.kr)
- 콜센터(일반상담 1588-6500, 사고보험금 1588-4404)
- 우편: 서울시 영등포구 의사당대로 147(여의도동, ABL타워) 17층 소비자보호팀 (우)07332
- 팩스: 02-3787-8719 • e-mail: customer@abllife.co.kr
- 또한, 생명보험협회(02-2262-6600, www.klia.or.kr) 또는 금융감독원(국번없이 1332, www.fss.or.kr)을 통해 상담 및 민원, 분쟁조정을 신청할 수 있습니다.

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)