

[2024년 1월 1일 제작]

무배당

ABL소중한 우리아이보험

2303

- ※ 본 상품은 보장성 보험상품으로 은행의 예금·적금과는 다른 상품입니다.
- ※ 본 안내자료는 보험약관의 전체내용을 요약한 것이므로 보다 상세한 내용은 보험계약 체결 전에 반드시 보험약관 및 상품설명서를 확인하시기 바랍니다.
- ※ 해당 모집종사자는 ABL생명과 전속계약을 체결한 보험설계사입니다. ■
해당 모집종사자는 다수의 보험사와 계약체결 및 대리·중개하는 보험대리점입니다. ■
- ※ 해당 모집종사자는 보험사로부터 보험계약체결권을 부여받지 아니한 금융상품판매 대리·중개업자임을 알려드립니다.



70년 역사의 ABL생명, ‘더 나은 삶’을 위해 나아가겠습니다

A Better Life **ABL** 생명

수입보험료 2조 6,538억원(2022년 12월말 기준)
총자산 19조 3,372억원(2022년 12월말 기준)

〈출처: ABL생명 2022년 결산 경영공시자료〉

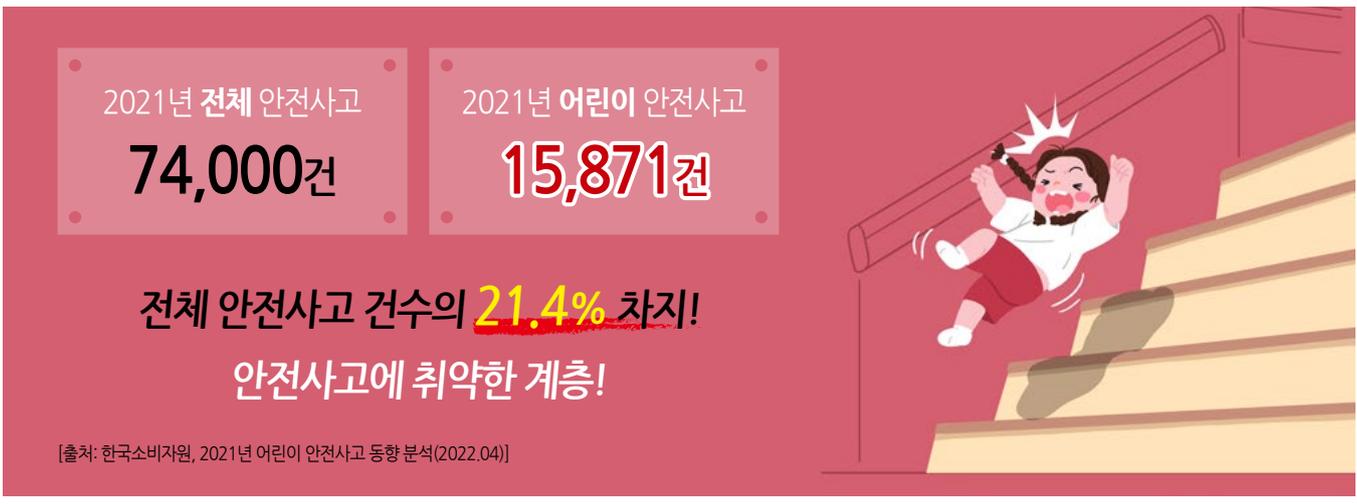
- 1954년 설립, 한국 시장에서 70년 동안 쌓아온 역사와 전통
- 글로벌 금융 네트워크를 통해 축적한 선진 금융 기법과 노하우, 보장성보험부터 변액·저축성보험까지 40여 종의 폭넓은 상품으로 고객의 다양한 니즈 보장
- 첨단 디지털 시스템 도입을 통해 보험가입, 청약, 납입, 사고보험금 지급까지 신속하고 편리한 고객 서비스 제공



 소중한고 아름다운 기다림 우리 아이가 세상과 마주하기전
 엄마품에 머무는 시간 10개월·40주·280일·6,720시간
 한 생명이 잉태되기 위한 확률 약 3억분의 1

그러나 너무 쉽게 다치고 큰병에도 취약한 우리 아이들

■ 2021년 어린이 안전사고는 전체 안전사고의 21.4%로 우리나라 어린이 인구 비중(총 인구 5,164만명, 어린이 인구 612만명, 11.9%)에 비해 매우 높게 나타납니다.



■ 2021년 다빈도질병 통계 (0-14세, 외래 진료 인원 기준)

- ① 급성 기관지염 288만명
 - ② 치아우식 212만명
 - ③ 치아의 발육 및 맹출 장애 188만명
 - ④ 혈관운동성 및 알레르기성 비염 186만명
 - ⑤ 굴절 및 조절의 장애 115만명
 - ⑥ 감염성 및 상세불명 기원의 기타 위장염 및 결장염 103만명
 - ⑦ 급성 부비동염 92만명
 - ⑧ 급성 인두염 89만명
 - ⑨ 다발성 및 상세불명 부위의 급성 상기도감염 85만명
 - ⑩ 급성 비인두염[감기] 83만명
- [출처: 보건 의료빅데이터 개방시스템, 2021 다빈도질병통계]

■ 2019년 소아암 발생자수는 926명이며, 유병자수는 7,137명입니다.
 주요 소아암의 5년 상대 생존율은 85.5% 수준이며, 소아암을 치료하기 위해서는 장기 입원과 통원치료를 반복해야 합니다.

[출처: 국립암센터, 2019년 국가암등록사업 연례보고서(2021.12)]



사랑하는 우리 아이를 위한 보험

무배당 ABL소중한우리아이보험2303

혜택1

태아부터 가입하고 최대 100세까지 보장받는 우리아이를 위한 보험

- 태아부터 최대 15세까지 폭 넓은 연령대의 자녀가 가입이 가능합니다. (1종 : 태아~최대 14세, 2종 : 태아~최대 15세)
- 최대 100세(1종 : 30세, 2종 : 80세 또는 100세)까지 보장을 해드립니다.

혜택2

주계약만으로도 다양한 보장이 가능

- 교통재해장해, 일반재해장해시 재해장해급여금을 드립니다.
- 암, 중증갑상선암, 중증 이외의 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암, 경계성종양, 말기신부전증, 중대한 화상 및 부식(화학약품 등에 따른 피부 손상) 진단확정시 진단급여금을 드립니다.
- 5대장기이식수술, 조혈모세포이식수술, 양성뇌종양수술, 암수술, 일반수술(1~5종), 일반입원, 암입원(단, 요양병원 입원은 제외), 암치료통원, 항암약물치료, 항암방사선 치료, 골절치료, 특정법정감염병치료비, 갑스치료 등 다양한 의료비를 드립니다.
- 유괴납치위로금, 강력범죄치료비등을 보장합니다.

혜택3

다양한 선택특약 가입으로 보장범위를 넓힐 수 있습니다.

- 임신/유산으로 인한 수술 및 입원급여금, 저체중아 출생자금 등의 보장을 받을 수 있습니다.
- 주요선천이상, 어린이 중대 질병, 유자녀학자금 보장을 받을 수 있습니다.
- 갑작스런 응급실 내원에 대한 보장을 받을 수 있습니다.
- 중증아토피, 뇌성마비, 성조숙증, 어린이 8대 장애 진단확정시 진단급여금을 받을 수 있습니다.
- 자전거 탑승중 교통재해장해, 스쿨존 교통사고 부상, 골절치료, 갑스치료, 화상치료, 어린이 치과치료 보장을 받을 수 있습니다.

혜택4

입학지급금, 유자녀 학자금을 지급

- 초, 중, 고, 대학교 입학지급금을 드립니다.(주계약 1종 2형(중도금부형) 가입시)
- 종피보험자 사망 이후 보험약관에서 정하는 바에 따라 유자녀학자금을 보장해 드립니다.((무)신유자녀학자금보장특약 가입시)

혜택5

다자녀 가구도, 다자녀 가입시에도 보험료 할인 혜택을 드립니다.

- 피보험자의 형제자매가 본인포함 2명인 경우 주계약 영업보험료의 1.5%, 3명 이상인 경우 2.0%를 할인해 드립니다.
- 피보험자의 형제자매 중 본인포함 2명이 회사가 정한 보장성 어린이보험의 피보험자로 가입한 경우, 이 보험 주계약 영업보험료의 1.0%를, 3명 이상인 경우 3.0%를 할인해 드립니다. 다만, 초회보험료는 할인에서 제외합니다. (할인 신청 시점에 피보험자의 형제자매의 계약이 정상 유지되고 있는 경우에 한하여 할인을 적용함)
- 다자녀 가구 및 다자녀 가입 할인을 받고자 할 때, 계약자는 가족관계의 등록 등에 관한 법률에서 정한 가족관계등록부, 주민등록법에서 정한 주민등록표 또는 기타 계약자의 가족관계를 확인할 수 있는 서류를 회사에 제출하여야 합니다.

• 위의 혜택 1 ~ 5 상품특징은 보험약관의 전체내용을 요약한 것이므로 보다 상세한 내용은 보험계약 체결 전에 반드시 보험약관 및 상품설명서를 확인하시기 바랍니다.

가입을 위한 안내

주계약

구 분			보험기간	보험료 납입기간	피보험자 가입나이
(무)ABL소중한 우리아이보험2303	1종	1형(순수보장형)	30세	5, 10, 15, 20년납, 24세납, 전기납	0세 ~ 최대 14세
		2형(중도급부형)			
		3형(80%만기환급형)			
	2종	순수보장형	80세, 100세	5, 10, 15, 20년납, 24세납, 30세납	0세 ~ 15세

- 피보험자 가입나이는 보험종별, 보험기간, 보험료 납입기간에 따라 달라질 수 있습니다.
- 특약별 보험기간, 보험료 납입기간, 피보험자 가입나이는 주계약과 상이하므로 보험약관 및 상품설명서를 확인하시기 바랍니다.
- 계약을 체결할 때에 피보험자가 태어난 경우 계약체결일부터 출생시점(출산 또는 분만 과정에서 보험금 지급사유가 발생하는 경우 포함)까지의 기간(이하, '태아보장기간'이라 합니다)을 보험기간으로 하여 아래의 보험기간 및 보험료 납입기간을 추가로 부가합니다.

보험기간	보험료 납입기간	피보험자 가입나이	보험료 납입주기
1~10개월	전기납	태아	월납

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

보험금 지급 기준

주계약

기준 : 주계약 보험가입금액 : 3,000만원

구분	지급사유	지급액
만기환급금 (1종 2형(중도급부형) 및 3형 (80% 만기환급형)에 한함)	피보험자가 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 때	이미 납입한 보험료의 80%
교통재해장해급여금	피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후 교통재해로 장애분류표 중 3% 이상 100% 이하에 해당하는 장애상태가 되었을 때	1억원 × 해당 장애지급률
일반재해장해급여금	피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후 교통재해 이외의 재해로 장애분류표 중 3% 이상 100% 이하에 해당하는 장애상태가 되었을 때	5,000만원 × 해당 장애지급률
중대한 질병진단급여금	피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후 암 또는 중증갑상선암으로 진단이 확정되었을 때(다만, 최초 1회 진단확정에 한함)	경과기간 2년 미만 고액암 : 6,000만원 고액암 이외의 암 또는 중증갑상선암 : 3,000만원
	피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후 암 또는 중증갑상선암으로 진단이 확정되었을 때(다만, 최초 1회 진단확정에 한함)	경과기간 2년 이상 고액암 : 1억 2,000만원 고액암 이외의 암 또는 중증갑상선암 : 6,000만원
	피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후 중증 이외의 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암 또는 제자리암으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 각각 최초 1회 진단확정에 한함)	경과기간 2년 미만 100만원 경과기간 2년 이상 200만원
	피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후 경계성종양으로 진단이 확정되었을 때(다만, 최초 1회 진단확정에 한함)	경과기간 2년 미만 250만원 경과기간 2년 이상 500만원
중대한 수술급여금	피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후 말기신부전증으로 진단이 확정되었을 때(다만, 최초 1회 진단확정에 한함)	경과기간 2년 미만 1,000만원 경과기간 2년 이상 2,000만원
	피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후 중대한 화상 및 부식(화학약품 등에 따른 피부 손상)으로 진단이 확정되었을 때(다만, 최초 1회 진단확정에 한함)	2,000만원
	피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후 장기수혜자로서 5대장기이식수술을 받았을 때(다만, 최초 1회 수술에 한함)	경과기간 2년 미만 1,000만원 경과기간 2년 이상 2,000만원
	피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후 조혈모세포이식수술을 받았을 때(다만, 최초 1회 수술에 한함)	경과기간 2년 미만 500만원 경과기간 2년 이상 1,000만원
양성뇌종양 수술급여금	피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후 양성뇌종양의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 때	수술 1회당 200만원
일반수술급여금	피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후 수술을 받았을 때 (수술 1회당)	5종 300만원 4종 100만원 3종 50만원 2종 30만원 1종 10만원
암수술급여금	피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후 암 또는 대장점막내암으로 진단이 확정되고, 그 암 또는 대장점막내암의 직접적인 치료를 목적으로 보험기간 중 수술을 받았을 때 (수술1회당)	최초 1회 200만원 2회 이후 30만원
	피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후 갑상선암, 기타피부암, 제자리암으로 진단이 확정되고 그 갑상선암, 기타피부암, 제자리암의 직접적인 치료를 목적으로 보험기간 중 수술을 받았을 때(수술1회당)	30만원
	피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후 경계성종양으로 진단이 확정되고 그 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 보험기간 중 수술을 받았을 때(수술1회당)	최초 1회 90만원 2회 이후 30만원

주계약

기준 : 주계약 보험가입금액 3,000만원

구분	지급사유	지급액
일반입원급여금	피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후 질병 또는 재해의 직접적인 치료를 목적으로 4일 이상 계속하여 입원하였을 때 (다만, 1회 입원당 120일 한도)	3일 초과 입원일수 1일당 2만원
암직접치료입원급여금	피보험자 보험기간중 보장개시일 이후에 암, 대장점막내암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양으로 진단이 확정되고, 그 암, 대장점막내암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성 종양의 직접적인 치료를 목적으로 4일 이상 계속하여 입원하였을 때(120일 한도)	암, 대장점막내암은 3일 초과 입원일수 1일당 5만원
		갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양은 3일 초과 입원일수 1일당 3만원
암직접치료통원급여금	피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후 암 또는 대장점막내암으로 진단이 확정되고, 그 암 또는 대장점막내암의 직접적인 치료를 목적으로 보험기간 중 통원하였을 때	통원 1회당 2만원
	피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단이 확정되고, 그 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 보험기간 중 통원하였을 때	통원 1회당 1만원
항암약물치료비	피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후 암으로 진단이 확정되고, 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 보험기간 중 항암약물치료를 받았을 때(다만, 최초 1회에 한함)	100만원
	피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단이 확정되고, 그 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 보험기간 중 항암약물치료를 받았을 때(다만, 각각 최초 1회에 한함)	20만원
항암방사선치료비	피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후 암으로 진단이 확정되고, 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 보험기간 중 항암방사선치료를 받았을 때(다만, 최초 1회에 한함)	100만원
	피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단이 확정되고, 그 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 보험기간 중 항암방사선치료를 받았을 때(다만, 각각 최초 1회에 한함)	20만원
특정법정감염병치료비	피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후 특정법정감염병으로 보건소에 신고되어 특정법정감염병환자로 진단확정되었을 때	1회당 20만원
골절치료비	피보험자에게 보험기간 중 보장개시일 이후 재해가 발생하고 그 재해를 직접적인 원인으로 보험기간 중 보장개시일 이후 골절로 진단이 확정되었을 때(다만, 치아파절 제외)	1회당 20만원
깁스(Cast)치료비	피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후 발생한 재해 또는 재해 이외의 원인으로 보험기간 중 보장개시일 이후 깁스(Cast)치료를 받았을 때(다만, 부목(Splint Cast)치료는 제외)	1회당 10만원
유과·납치위로금	피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후 유과·납치의 피해자가 되었을 때 (다만, 30세 계약해당일 전일까지의 기간동안 최초 1회에 한함)	300만원
강력범죄치료비	피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후 강력범죄·폭력사건의 피해자가 되어 1개월(30일)을 초과하여 의사의 치료를 요하는 상해를 입었을 때	발생 1회당 300만원

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

보험금 지급 기준

주계약

기준 : 주계약 보험가입금액 3,000만원

구분	지급사유	지급액
초등학교입학지급금 (1종 2형(중도급부형)에 한함)	가입 후 만2년이 지난 이후에 피보험자가 7세의 계약해당일에 살아 있을 때	80만원
중학교입학지급금 (1종 2형(중도급부형)에 한함)	가입 후 만2년이 지난 이후에 피보험자가 13세의 계약해당일에 살아 있을 때	100만원
고등학교입학지급금 (1종 2형(중도급부형)에 한함)	피보험자가 16세의 계약해당일에 살아 있을 때	120만원
대학교입학지급금 (1종 2형(중도급부형)에 한함)	피보험자가 19세의 계약해당일에 살아 있을 때	150만원

- (무)ABL소중한우리아이보험2303의 보험금은 보험기간 중 피보험자에게 보험금 지급사유가 발생하였을 때 지급하여 드립니다.
- 경과기간은 계약일을 기준으로 하여 계산합니다.
- 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 때에는 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고 이 계약은 소멸됩니다.
- (1종 보험약관에 한함) 보험료 납입기간 중 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 계약의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 보험료의 납입이 면제된 경우 보험료 납입기간 종료일까지 매월 보험료가 납입된 것으로 간주하여 만기환급금의 이미 납입한 보험료를 계산합니다.
 - ① 피보험자가 “암”(갑상선암, “기타피부암”, “대장점막내암”, “제자리암”, “경계성종양” 제외), “중증갑상선암”, “말기신부전증” 또는 “중대한 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)”으로 진단이 확정되었을 경우
 - ② 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체 부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우
- (2종 보험약관에 한함) 보험료 납입기간 중 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 계약의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.
 - ① 피보험자가 “암”(갑상선암, “기타피부암”, “대장점막내암”, “제자리암”, “경계성종양” 제외), “중증갑상선암”, “말기신부전증” 또는 “중대한 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부 손상)”으로 진단이 확정되었을 경우
 - ② 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체 부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 경우
- 보험약관 제4조(“암”, “갑상선암” 및 “기타피부암”의 정의 및 진단 확정)에 따라 “암”의 정의에서 “갑상선암”, “기타피부암” 및 “대장점막내암”은 제외되므로, “암”으로 보험금 지급사유가 발생할 때 “암”에 해당하는 급여금을 지급하고 “갑상선암”, “기타피부암” 및 “대장점막내암”에 해당하는 급여금은 지급되지 않습니다.
- 보험약관 제5조(“중증갑상선암” 및 “중증 이외의 갑상선암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “중증갑상선암”으로 보험금 지급사유 발생시 “중증갑상선암”에 해당하는 진단급여금을 지급하고 “중증 이외의 갑상선암”에 해당하는 진단급여금은 지급되지 않습니다.
- 보험약관 제6조(“대장점막내암”의 정의 및 진단확정)에서 정한 “대장점막내암”으로 보험금 지급사유 발생시 “대장점막내암”에 해당하는 진단급여금을 지급하고 “제자리암”에 해당하는 진단급여금은 지급되지 않습니다.
- “고액암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 백혈병, 뇌암, 골수암 등을 말합니다.
- 피보험자가 보험기간 중 “고액암 이외의 암” 또는 “중증갑상선암”으로 진단확정 받고 그 후에 “고액암”으로 진단을 확정 받을 때, “고액암” 진단확정시점의 “고액암”에 해당하는 중대한 질병진단급여금에서 이미 지급한 “고액암 이외의 암” 또는 “중증갑상선암”에 해당하는 중대한 질병진단급여금(“중증 이외의 갑상선암”, “기타피부암”, “대장점막내암”, “제자리암”, “경계성종양”으로 인한 중대한 질병진단급여금은 제외)을 뺀 차액을 추가로 지급합니다(다만, 최초 1회에 한하여 지급함). 그러나 “고액암”으로 진단확정 받고 그 후에 “고액암 이외의 암” 또는 “중증갑상선암”으로 진단이 확정 될 때, “고액암 이외의 암” 또는 “중증갑상선암”으로 인한 중대한 질병진단급여금은 추가로 지급되지 않습니다.
- 상기 보험금 지급기준표의 내용 중 계약일부터 2년 미만(계약일부터 2년이 되는 시점이 계약해당일 전일까지를 말합니다)의 보험금 금액과 관련된 사항은 계약을 체결할 때 피보험자가 태아 또는 0세인 경우에는 적용하지 않습니다.
- “5대장기이식수술”, “조혈모세포이식수술” 또는 “양성뇌종양”의 치료를 직접목적으로 한 수술이 “1 ~ 5종 수술분류표”에 해당하는 경우에는 수술급여금을 별도로 지급합니다.
- 일반수술금의 경우 회사는 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 금액에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 일반수술금여금을 지급합니다. 다만, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 일반수술금여금을 지급합니다.
- 입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 한도로 합니다.
- 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류하여 약관에서 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
 - <예시1> C73(갑상선의 악성 신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
 - <예시2> C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
 - <예시3> C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- “암”, “대장점막내암”, “갑상선암”, “기타피부암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”의 직접적인 치료에 대한 정의는 보험약관을 반드시 참고하시기 바랍니다.
- 암직접치료입원급여금의 경우 의료법 제3조(의료기관) 제2항 제3호 라목에서 규정된 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입원한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- 암수술급여금은 암의 직접치료를 목적으로 수술을 받은 경우에만 피보험자에게 보상을 해드리며, 암의 직접치료 목적이 아니라 할지라도 ‘항암방사선치료, 항암약물치료’는 암수술급여금이 지급되지 않습니다.

- 암의 직접치료 목적으로 항암방사선치료와 항암약물치료를 받았을 경우에는 각각 항암방사선치료비와 항암약물치료비를 지급합니다.
- 만기환급금의 이미 납입한 보험료 계산시 태아보장기간에 납입한 태아보장을 위한 보험료는 제외합니다.
- 계약을 체결할 때 피보험자가 태아인 경우 입학지급금에 적용하는 피보험자의 나이는 피보험자가 출생한 날부터 계산합니다.
- 보장대상이 되는 입원급여금은 보험기간 중 발생한 입원에 한합니다.
- 암직접치료입원급여금, 암직접치료통원급여금에서 암, 대장점막내암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양으로 인한 “직접적인 치료”라 함은 암, 대장점막내암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양을 제거하거나 암, 대장점막내암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다](이하 “암 등의 제거 및 증식 억제치료”라 합니다)를 말합니다.
- 암직접치료입원급여금, 암직접치료통원급여금에서 암, 대장점막내암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양의 “직접적인 치료”에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양을 제거하거나 암, 갑상선암, 기타피부암 제자리암 또는 경계성종양의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.
- 다음 각 호의 사항은 암직접치료입원급여금, 암직접치료통원급여금에서 암, 대장점막내암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양의 “직접적인 치료”에 포함되지 않습니다.
 1. 식이요법, 명상요법 등 암, 대장점막내암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양을 제거하거나 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
 2. 면역력 강화 치료
 3. 암, 대장점막내암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양으로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료 및 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료그러면서도 불구하고 다음 각 호의 사항은 암직접치료입원급여금, 암직접치료통원급여금에서 암, 대장점막내암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양의 “직접적인 치료”로 봅니다.
 1. 암, 대장점막내암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양의 제거 또는 암, 대장점막내암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
 2. “암 등의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
 3. “암 등의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 치료로서 암, 대장점막내암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양으로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료 또는 암, 대장점막내암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 4. 호스피스, 완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료

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

보험금 지급 기준

의무부가특약(주피보험자 태아 가입시)

기준 : 특약 보험가입금액 1,000만원

구분	지급사유	지급액
(무)주산기입원보장특약	주산기질환의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중 4일 이상 계속하여 입원하였을 때(3일 초과 입원일 수 1일당)	1만원(1회 입원당 120일 한도)

- 위 특약에서 보험금은 특약의 보험기간 중 피보험자에게 보험금 지급사유가 발생하였을 때 지급하여 드립니다.
- 이 특약에 대한 계약소멸사유 및 납입면제사유는 보험약관을 확인하시기 바랍니다.

대상이 되는 악성신생물 분류표(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)

보험약관에 규정하는 암으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 암 해당 여부를 판단합니다.

대상 악성신생물	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00 - C14
2. 소화기관의 악성신생물	C15 - C26
3. 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물	C30 - C39
4. 골 및 관절연골의 악성신생물	C40 - C41
5. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 종피성 및 연조직의 악성신생물	C45 - C49
7. 유방의 악성신생물	C50
8. 여성 생식기관의 악성신생물	C51 - C58
9. 남성 생식기관의 악성신생물	C60 - C63
10. 요로의 악성신생물	C64 - C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타부분의 악성신생물	C69 - C72
12. 부신의 악성신생물	C74
13. 기타 내분비선 및 관련구조물의 악성신생물	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물	C76 - C80
15. 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81 - C96
16. 독립된(일차성) 여러 부위의 악성신생물	C97
17. 진성 적혈구증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 고혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병	D47.5

- 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
- 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병·사인분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- 갑상선의 악성신생물(분류번호C73)과 기타 피부의 악성신생물(분류번호C44)은 상기 분류표에서 제외됩니다.
- 소화기관의 악성신생물(C15 ~ C26) 중 보험약관 제6조("대장점막내암"의 정의 및 진단 확정)에서 정한 대장점막내암은 상기 분류표에서 제외됩니다.
- 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류하여 약관에서 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
 <예시1> C73(갑상선의 악성 신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
 <예시2> C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
 <예시3> C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.

보험금 지급 기준

고액치료비 관련암 분류표

보험약관에 규정하는 고액치료비 관련암으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 고액치료비 관련암 해당 여부를 판단합니다.

대상 악성신생물	분류번호
■ 골 및 관절연골의 악성신생물	
1. 사지의 골 및 관절연골의 악성신생물	C40
2. 기타 및 상세불명 부위의 골 및 관절연골의 악성신생물	C41
■ 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물	
3. 수막의 악성신생물	C70
4. 뇌의 악성신생물	C71
5. 척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부분의 악성신생물	C72
■ 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	
6. 호지킨 림프종	C81
7. 소포성 림프종	C82
8. 비소포성 림프종	C83
9. 성숙 T/NK-세포 림프종	C84
10. 기타 및 상세불명 유형의 비호지킨 림프종	C85
11. T/NK-세포 림프종의 기타 명시된 형태	C86
12. 악성 면역증식성 질환	C88
13. 다발골수종 및 악성 형질세포신 생물	C90
14. 림프성 백혈병	C91
15. 골수성 백혈병	C92
16. 단핵구성 백혈병	C93
17. 명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
18. 상세불명 세포형의 백혈병	C95
19. 림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세불명의 악성신생물	C96
20. 만성 골수증식질환	D47.1
21. 만성 호산구성 백혈병[과호산증후군]	D47.5

1) 제9차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

2) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병·사인분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

선택특약

기준 : 특약 보험가입금액 각 1,000만원

구분		지급사유	지급액
(무)산모보장특약	모성사망보험금	모성사망 사인질병을 직접적인 원인으로 사망하였을 때	2,000만원
	만기태아사망보험금	만기태아사망으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회 진단확정에 한함)	200만원
	임신에 의한 파종성 혈관내응고 치료급여금	임신에 의한 파종성 혈관내 응고로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회 진단확정에 한함)	300만원
	저체중아 출생자금	피보험자가 출산한 태아의 체중이 출산 당시 2.0kg 미만일 때 (다만, 태아가 복수로 출생 시 1인의 태아에 대해서만 보장함)	1.5kg 미만 100만원 1.5kg 이상 2.0kg 미만 50만원
	임신중독증 및 자간증 진단급여금	임신중독증 및 자간증으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회 진단확정에 한함)	20만원
	임신·출산관련질환 수술급여금	임신·출산관련질환(분만제외)으로 진단이 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중 수술하였을 때	20만원(수술 1회당)
	임신·출산관련질환 입원급여금	임신·출산관련질환(분만제외)으로 진단이 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중 입원하였을 때	2만원(3일 초과 입원일수 1일당, 1회 입원당 120일 한도)
	유산관련질환 수술급여금	유산관련질환으로 진단이 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 수술하였을 때	10만원(수술 1회당)
(무)주산기통원보장특약	주산기통원급여금	주산기질환의 치료를 직접적으로 통원하였을 때	1만원(통원 1회당)
(무)어린이안심 재해보장특약	외모특정상해 수술급여금	보장개시일 이후에 발생한 외모특정상해를 직접적인 원인으로 그 치료를 목적으로 수술을 받았을 경우 ※ 외모특정상해 : 재해를 원인으로 얼굴 및 머리, 목의 상해	수술 1회당 50만원
	자전거탑승중 교통재해 장해급여금	보장개시일 이후에 자전거탑승중 교통재해로 장해분류표에서 정한 장해지급률 중 3% 이상 100% 이하에 해당하는 장해상태가 되었을 경우	1,000만원 x 해당 장해지급률
	스쿨존 교통사고 치료비	보장개시일 이후에 스쿨존 교통사고를 직접적인 원인으로 치료를 받았을 경우(다만, 13세 계약해당일 전일까지만 보장)	진단 1회당 30만원
	깁스(Cast)치료비	보장개시일 이후에 발생한 재해 또는 재해 이외의 원인으로 깁스(Cast)치료를 받은 경우(다만, 부목(Splint Cast)치료는 제외)	진단 1회당 10만원
	화상입원급여금	보장개시일 이후에 화상으로 진단이 확정되고, 그 화상의 직접적인 치료를 목적으로 보험기간 중 4일 이상 계속하여 입원하였을 경우(120일 한도)	3일 초과 입원일수 1일당 2만원
	성폭력범죄피해보험금	보장개시일 이후에 성폭력범죄의 피해자가 되어 수사기관에 신고, 고소, 고발 등이 접수되고 검찰의 처분결정이 내려진 경우	300만원
	골절치료비	보장개시일 이후에 재해가 발생하고 그 재해를 직접적인 원인으로 골절로 진단이 확정되었을 경우(다만, 치아파절 제외)	진단 1회당 20만원
(무)재해장해 연금특약	재해장해연금	동일한 재해로 인하여 장해분류표 중 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 80% 이상인 장해상태가 되었을 때	보험금 지급사유발생일로부터 10년 동안(10회) 매년 보험금 지급사유발생해당일에 특약보험가입금액의 50%를 확정지급
		동일한 재해로 인하여 장해분류표 중 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 80% 미만인 장해상태가 되었을 때	보험금 지급사유발생일로부터 10년 동안(10회) 매년 보험금 지급사유발생해당일에 특약보험가입금액의 25%를 확정지급

- 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 계약일부 2년 미만(계약일부 2년이 되는 시점이 계약해당일 전일까지를 말함)의 보험금 금액과 관련된 사항은 계약을 체결할 때 피보험자가 태아 또는 0세인 경우에는 적용하지 않습니다.
- 유산관련질환 수술급여금의 경우 임신, 출산관련질환 수술급여금과 중복하여 지급합니다.
- 이 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 각 1,000만원

구분		지급사유	지급액
(무)재해장해보장특약	재해장해급여금	보험기간 중 발생한 재해로 장해분류표 중 3% 이상 100% 이하에 해당하는 장해상태가 되었을 때	1,000만원 × 해당 장해 지급률 (보험약관 참조)
(무)어린이보장특약	진단급여금	암, 경계성종양, 중증 이외의 갑상선암, 기타피부암, 제자리암으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 각각 최초 1회 진단확정에 한하여 지급하며, 계약일로부터 2년 미만은 50% 지급)	암 1,000만원, 경계성종양 300만원, 기타피부암, 제자리암, 중증 이외의 갑상선암 100만원
	입원급여금	질병 또는 재해의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중 4일 이상 계속하여 입원하였을 때	3일 초과 입원일수 1일당 1만원 (1회 입원당 120일 한도)
	수술급여금	수술을 받았을 때(수술 1회당)	5종 300만원, 4종 100만원, 3종 50만원, 2종 30만원, 1종 10만원
	유과·납치 위로금	유과·납치의 피해자가 되었을 때 (다만, 최초 1회에 한하여 지급)	100만원
	조혈모세포이식 수술급여금	조혈모세포이식수술을 받았을 때 (최초 1회. 다만, 계약일로부터 2년 미만 수술을 받았을 때 50% 지급)	경과기간 2년 미만 250만원 경과기간 2년 이상 500만원
	재해장해급여금	장해분류표 중 재해로 장해지급률이 3% 이상 100% 이하에 해당하는 장해상태가 되었을 때	2,000만원 × 해당장해지급률
(무)어린이중대질병 보장특약	심장합병증을 동반한 가와사키병 진단급여금	심장합병증을 동반한 가와사키병 진단이 확정되었을 때(다만, 16세 계약해당일 전일까지의 기간동안 최초 1회에 한하여 보장)	경과기간 2년 미만 250만원 경과기간 2년 이상 500만원
	1형 당뇨병 진단급여금	보장개시일 이후 1형 당뇨병 진단이 확정 되었을 때 (다만, 최초 1회에 한하여 보장)	경과기간 2년 미만 75만원 경과기간 2년 이상 150만원
	중증 세균성 수막염 진단급여금	보장개시일 이후 중증세균성수막염 진단이 확정되었을 때(다만, 최초 1회에 한하여 보장)	경과기간 2년 미만 500만원 경과기간 2년 이상 1,000만원
	중증 재생불량성 빈혈 진단급여금	보장개시일 이후 중증재생불량성빈혈 진단이 확정되었을 때(다만, 최초 1회에 한하여 보장)	경과기간 2년 미만 500만원 경과기간 2년 이상 1,000만원
	어린이심장수술급여금	보장개시일 이후 개흉심장수술을 받았을 때 (다만, 최초 1회에 한하여 보장)	경과기간 2년 미만 250만원 경과기간 2년 이상 500만원
보장개시일 이후 심장시술을 받았을 때 (다만, 최초 1회에 한하여 보장)		경과기간 2년 미만 100만원 경과기간 2년 이상 200만원	

- 위 특약에서 보험금은 특약의 보험기간 중 피보험자에게 보험금 지급사유가 발생하였을 때 지급하여 드립니다.
- 피보험자 가입나이, 가입한도 등 계약인수 관련사항은 회사가 별도로 정한 기준에 따라 제한될 수 있습니다.
- 상기 보험금 지급기준표에서 “암”에 대한 정의는 주계약 및 각 특약별로 상이하니 반드시 보험약관을 통해 확인하시기 바랍니다.
- 이 특약에 대한 계약소멸사유 및 납입면제사유는 보험약관을 확인하시기 바랍니다.

선택특약

기준 : 특약 보험가입금액 각 1,000만원

구분	지급사유	지급액	
(주)중증아토피진단특약	중증아토피진단급여금	보장개시일 이후에 중증아토피로 진단이 확정되었을 때(최초 1회의 진단확정에 한함)	30만원
(무)뇌성마비진단특약	뇌성마비진단급여금	뇌성마비로 진단이 확정되었을 때 (최초 1회의 진단확정에 한함)	1,000만원
(무)성조숙증진단특약	성조숙증진단급여금	보장개시일 이후에 성조숙증으로 진단이 확정되었을 때(최초 1회의 진단확정에 한함)	10만원
(무)어린이장애진단 보장특약	8대장애진단급여금	피보험자가 "8대장애" 중 하나 이상의 장애가 발생하고 "장애인"이 된 경우(최초 1회에 한함)	1,000만원
(무)어린이정신질환 입원특약	어린이 5대 정신질환 입원급여금	보장개시일 이후 "어린이 5대 정신질환"으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중 10일 이상 계속하여 입원하였을 때 (다만, 1회 입원당 60일 한도)	9일 초과 입원일수 1일당 2만원
(무)어린이특정질병 입원수술특약	어린이 생활질환 입원급여금	보장개시일 이후 "어린이 생활질환"으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중 4일 이상 계속하여 입원하였을 때 (다만, 1회 입원당 120일 한도)	3일 초과 입원일수 1일당 2만원
	어린이 주요질환 입원급여금	보장개시일 이후 "어린이 주요질환"으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중 4일 이상 계속하여 입원하였을 때 (다만, 1회 입원당 120일 한도)	3일 초과 입원일수 1일당 5만원
	어린이 생활질환 수술급여금	보장개시일 이후 "어린이 생활질환"으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중 수술을 받았을 때(수술 1회당)	경과기간 1년 미만 25만원 경과기간 1년 이상 50만원
	어린이 주요질환 수술급여금	보장개시일 이후 "어린이 주요질환"으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중 수술을 받았을 때(수술 1회당)	경과기간 1년 미만 250만원 경과기간 1년 이상 500만원
(무)주요선천이상진단특약	3대 주요 선천이상 진단급여금	3대 주요 선천이상으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회 진단확정에 한함)	200만원
	구순열 및 구개열 진단급여금	구순열 및 구개열으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회 진단확정에 한함)	200만원
	다지증 진단급여금	다지증으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회 진단확정에 한함)	100만원
(무)선천이상입원보장특약	선천이상 입원급여금	선천이상으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접 목적으로 보험기간 중 4일 이상 계속하여 입원하였을 때(3일 초과 입원일수 1일당)	3만원 (1회 입원당 120일 한도)

- 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.
- 이 특약에 대한 계약소멸사유 및 납입면제사유는 보험약관을 확인하시기 바랍니다.
- (무)주요선천이상진단특약은 3대 주요 선천이상 진단급여금에서 피보험자가 보험기간 중 동시에 두 종류 이상의 "3대 주요 선천이상"으로 진단 확정되었을 경우에는 1회의 진단급여금만 지급하며, "3대 주요 선천이상"으로 인한 진단급여금은 더 이상 지급하지 않습니다.
- 뇌성마비 이외의 진단으로 인한 뇌병변은 보장에서 제외합니다. [예] 뇌졸중, 뇌손상 및 뇌종양으로 진단받은 뇌병변]
- 성조숙증 진단에 대한 보장개시일은 피보험자의 5세 계약해당일로 하며, 약물복용 등으로 인한 성조숙증으로 진단이 확정되었을 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- "8대장애"는 지체/시각/청각/언어/지적/뇌병변/자폐성/심장장애를 말하며, "장애인"이란 장애인복지법 시행령 제2조에서 정한 지체/시각/청각/언어/지적/뇌병변/자폐성/심장장애인으로 장애인복지법 제32조의 등록절차에 따라 등록된 경우를 말합니다.
- 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 각 1,000만원

구분		지급사유	지급액
(무)어린이신입원특약II (갱신형)	입원급여금	질병 또는 재해의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중 1일 이상 계속하여 입원하였을 때	1일당 1만원 (1회 입원당 120일 한도)
(무)어린이요양병원 암입원보장특약		보장개시일 이후에 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양으로 진단이 확정되고, 그 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양의 치료를 목적으로 보험기간 중 4일 이상 계속하여 요양병원에 입원하였을 때 (60일 한도)	3일 초과 입원일수 1일당 2만원
(무)단계별로더받는 입원특약II (갱신형)	입원급여금	질병 또는 재해의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중 1일 이상 계속하여 입원하였을 때 (1회 입원당 120일 한도)	입원 1일당 1만원
	종합병원 입원급여금	질병 또는 재해의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중 1일 이상 계속하여 종합병원에 입원하였을 때(1회 입원당 120일 한도)	종합병원 입원급여금 : 입원 1일당 1만원 (지급 시, '입원급여금'도 동시에 지급되며, 1회 입원당 한도는 급부별로 적용)
	상급종합병원 입원급여금	질병 또는 재해의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중 1일 이상 계속하여 상급종합병원에 입원하였을 때 (1회 입원당 120일한도)	상급종합병원 입원급여금 : 입원 1일당 3만원 (지급 시, '종합병원 입원급여금'과 '입원급여금'도 동시에 지급되며, 1회 입원당 한도는 급부별로 적용)
(무)어린이응급실내원 특약III(갱신형)	응급실내원진료비(응급)	"응급환자"로 응급실에 내원하여 진료를 받았을 때 (내원 1회당)	4만원
(무)신유자녀학자금 보장특약	유자녀 학자금	입학자금 -2형(보장강화 형)에한함	주피보험자 나이 7세 100만원 13세 200만원 16세 300만원 19세 500만원
		교육자금	1형 (실속형)
	2형 (보장강화형)		1~12세 100만원 13~15세 300만원 16~18세 500만원 19~22세 1,000만원

- 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.
- 이 특약에 대한 계약소멸사유 및 납입면제사유는 보험약관을 확인하시기 바랍니다.
- (무)신유자녀학자금보장특약 가입범위는 계약자와 종피보험자가 동일인에 한합니다.
- (무)신유자녀학자금보장특약은 보험금 지급사유 발생시에 상기 보험금 지급기준표에 따라 계약해당일의 주피보험자 나이에 해당하는 지급금액을 지급합니다.

선택특약

기준 : 특약 보험가입금액 각 1,000만원

구분		지급사유	지급액	
(무)어린이치과보장 특약Ⅲ(갱신형)	아말감·글래스아이노머 보존치료 보험금	「보험기간 중 치과치료보장개시일 이후에 최초로 “치아우식증(충치)” 또는 “치주질환(잇몸질환)”을 직접적인 원인으로 “보존치료”를 진단확정받고, “보존치료”를 받았을 경우」 또는 「보험기간 중 보장개시일 이후에 발생한 재해를 직접적인 원인으로 “보존치료”를 진단확정받고, 해당 치아에 대하여 “보존치료”를 받았을 경우」	“아말감”, “글래스아이노머”로 “보존치료”를 받았을 경우	1개당 3만원 (연간 한도 무제한)
	레진보존치료 보험금		“레진”으로 “보존치료”를 받았을 경우	1개당 15만원 (연간 한도 무제한)
	인레이·온레이 보존치료 보험금		“인레이·온레이”로 “보존치료”를 받았을 경우	1개당 20만원 (연간 한도 무제한)
	크라운치료보험금	「보험기간 중 치과치료보장개시일 이후에 최초로 “치아우식증(충치)” 또는 “치주질환(잇몸질환)”을 직접적인 원인으로 “크라운치료”를 진단확정받고, 해당 치아에 대하여 “크라운치료”를 받았을 경우」 또는 「보험기간 중 보장개시일 이후에 발생한 재해를 직접적인 원인으로 “크라운치료”를 진단확정받고, 해당 치아에 대하여 “크라운치료”를 받았을 경우」		1개당 30만원 (“유치”, “영구치” 각각 연간 3개 한도)
	치수치료보험금	「보험기간 중 치과치료보장개시일 이후에 최초로 “치아우식증(충치)” 또는 “치주질환(잇몸질환)”을 직접적인 원인으로 “치수치료”를 진단확정받고, 해당 치아에 “치수치료”를 받았을 경우」 또는 「보험기간 중 보장개시일 이후에 발생한 재해를 직접적인 원인으로 “치수치료”를 진단확정받고, 해당 치아에 “치수치료”를 받았을 경우」		1개당 3만원 (연간 한도 무제한)

- 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.
- 이 특약에 대한 계약소멸사유 및 납입면제사유는 보험약관을 확인하시기 바랍니다.
- 이미 충전치료, “크라운치료”를 받은 부위에 대하여 수리, 복구, 대체치료를 하거나 다른 치아치료를 위하여 임시 치아 치료를 하는 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- 미용 상의 치료나 교정을 목적으로 치료하는 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
- 동일할 원인으로 동일한 치아에 대하여 동시에 두가지 이상의 “보존치료” 또는 “크라운치료”를 받은 경우 해당 치료보험금중 가장 높은 한가지의 치료보험금을 지급합니다.
- 계약을 체결할 때 피보험자의 보험나이가 6세 미만인 경우 “치과치료보장개시일”은 최초계약의 계약일로 하며, 갱신계약은 갱신일로 합니다.
- 계약을 체결할 때 피보험자의 보험나이가 6세 이상인 경우 “치과치료보장개시일”은 최초계약의 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 갱신계약은 갱신일로 합니다.
- 재해로 인한 치과치료의 보장개시일은 최초계약의 경우 계약일로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다.

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

해약환급금 예시표

기준 : 피보험자 남자 0세, 주계약 보험가입금액 3천만원, 30세만기 전기납, 월납, 단위:원

경과 기간	1종 1형(순수보장형)			1종 2형(중도급부형)			1종 3형(80% 만기환급형)		
	납입보험료	해약환급금	환급률	납입보험료	해약환급금	환급률	납입보험료	해약환급금	환급률
1년	115,200	0	0.0%	993,600	0	0.0%	370,800	0	0.0%
3년	345,600	0	0.0%	2,980,800	1,430,100	48.0%	1,112,400	211,230	19.0%
5년	576,000	0	0.0%	4,968,000	3,262,410	65.7%	1,854,000	822,630	44.4%
7년	806,400	0	0.0%	6,955,200	5,191,560	74.6%	2,595,600	1,477,170	56.9%
10년	1,152,000	8,490	0.7%	9,936,000	6,926,580	69.7%	3,708,000	2,277,540	61.4%
15년	1,728,000	94,620	5.5%	14,904,000	10,518,750	70.6%	5,562,000	3,729,840	67.1%
17년	1,958,400	113,460	5.8%	16,891,200	11,239,530	66.5%	6,303,600	4,343,850	68.9%
만기	3,456,000	0	0.0%	29,808,000	23,846,400	80.0%	11,124,000	8,899,200	80.0%

기준 : 피보험자 남자 0세, 주계약 보험가입금액 3천만원, 100세만기 30세납, 월납, 단위:원

경과 기간	2종 순수보장형			경과 기간	2종 순수보장형		
	납입보험료	해약환급금	환급률		납입보험료	해약환급금	환급률
1년	745,200	0	0.0%	20년	14,904,000	12,724,710	85.4%
3년	2,235,600	862,560	38.6%	30년	22,356,000	21,622,950	96.7%
5년	3,726,000	2,232,360	59.9%	50년	22,356,000	30,851,490	138.0%
7년	5,216,400	3,677,070	70.5%	70년	22,356,000	31,421,820	140.6%
10년	7,452,000	5,537,580	74.3%	100년	22,356,000	0	0.0%

- ※ 상기 예시는 주계약 기준으로, 태아를 피보험자로 할 경우 의무부가되는 (무)주산기입원보장특약이 반영되지 않은 값이며, 특약 가입시 금액이 다를 수 있습니다.
- ※ 중도 해지 시 해약환급금은 납입한 보험료에서 경과된 기간의 위험보험료, 사업비(미상각신계약비(해약공제액) 포함) 등이 차감되므로 납입된 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다.

보험료 예시표

주계약 보험료

일반보장

기준 : 주계약 보험가입금액 3천만원, 1종 30세만기 10년납, 2종 100세만기 10년납, 월납, 남자, 단위:원

가입 나이	1종			2종	가입 나이	1종			2종
	순수보장형	중도급부형	80%만기환급형	순수보장형		순수보장형	중도급부형	80%만기환급형	순수보장형
0세	22,800	141,600	52,800	148,500	8세	18,600	180,900	60,600	171,600
1세	21,600	145,500	51,600	150,300	9세	18,300	194,700	63,300	174,900
2세	21,000	151,500	51,600	152,700	10세	17,700	210,900	66,600	178,500
3세	20,400	158,400	52,200	155,400	11세	17,400	226,800	69,600	182,400
4세	19,800	166,800	53,100	158,400	12세	17,100	194,700	72,900	186,000
5세	19,500	176,100	54,600	161,400	13세	16,800	-	76,800	189,900
6세	19,200	158,700	56,100	164,700	14세	16,200	-	81,000	193,800
7세	18,600	168,900	58,200	168,000	15세	-	-	-	198,000

※ 상기 예시는 주계약 기준으로, 태아를 피보험자로 할 경우 의무부기되는 (무)주산기입원보장특약이 반영되지 않은 값이며, 특약 가입시 금액이 다를 수 있습니다.

태아보장

단위:원

가입나이	보험기간	남자	여자
태아	1 ~ 10개월	4,800	4,800

- 이 보험은 태아를 피보험자로 할 수 있으며, 이 경우 보험약관에서 정한 태아가입특칙에 따라 운용합니다. 다만, 태아의 가입은 임신사실 확인 후부터 임신 23주 이내에 한하여 가입 가능합니다.
- 일반보장의 보험기간 및 납입기간은 계약일부터 계약자가 선택한 기간이며, 계약을 체결할 때에 피보험자가 태아인 경우 계약일부터 출생시점(출산 또는 분만 과정에서 보험금 지급사유가 발생하는 경우 포함)까지의 기간을 보험기간으로하여 태아보장의 보험기간을 추가로 부가합니다.
- 계약체결시 피보험자가 태아일 경우 계약일부터 출생시점(출산 또는 분만 과정에서 보험금 지급사유가 발생하는 경우 포함)까지의 태아보장기간에는 태아위험보장을 위한 보험료를 적용합니다. 이 때 보험료는 「남자」를 기준으로 적용합니다.
- 출생예정일이 도래한 경우 차회 이후의 보험료는 보험나이 0세 기준으로 변경하여 적용합니다. 이 때 보험료는 계약체결시의 보험요율을 적용하여 이 계약 및 부가특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 계산된 보험료를 적용합니다.
- 출생한 피보험자의 성별이 변경되거나, 계약체결시 출생예정일과 실제 출생일이 다른 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 보험료를 정산합니다.
- 보험료를 정산하는 경우, 회사가 지급하여야 할 금액이 있을 때는 이를 계약자에게 지급하고 부족한 금액이 있을 때는 계약자가 이를 회사에 납입하여야 합니다.
- 보험료를 정산한 이후 계약자는 피보험자의 보험나이 및 성별에 따라 변경된 보험료를 납입하여야 합니다.
- 태아가 유산 또는 사산 등에 의해 출생하지 못한 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

보험료 예시표

특약 보험료

기준 : 특약보험가입금액 각 1,000만원, 태아가입, 전기납, 월납, 단위:원

구분	보험기간	산모 25세	산모 30세	산모 35세
(무)산모보장특약	1년	9,900	10,700	13,500
구분	보험기간	남자		여자
(무)주산기입원보장특약	1년	1,700		1,400
(무)주산기통원보장특약	1년	1,700		1,600
(무)주요선천이상진단특약	1년	2,300		2,300

• (무)주요선천이상진단특약은 산모연령을 40세로 가정합니다.

기준 : 특약보험가입금액 각 1,000만원, 태아가입, 월납, 단위:원

구분	일반보장			태아보장	
	보험기간	남자	여자	남자	여자
(무)선천이상입원보장특약	6세만기 전기납	300	240	380	300
(무)뇌성마비진단특약	6세만기 3년납	1,720	1,420	1,660	1,490
(무)어린이장애진단보장특약	30세만기 5년납	2,960	1,890	90	60
(무)중증아토피진단특약	14세 만기 5년납	530	380	-	-
(무)어린이정신질환입원특약	30세 만기 5년납	53	46	-	-

- 피보험자 가입나이, 가입한도 등 계약인수 관련사항은 회사가 별도로 정한 기준에 따라 제한될 수 있습니다.
- (무)선천이상입원보장특약, (무)뇌성마비진단특약, (무)어린이장애진단보장특약의 일반보장의 보험기간 및 납입기간은 계약일부터 계약자가 선택한 기간이며, 계약을 체결할 때에 피보험자가 태아인 경우 계약일부터 출생시점까지의 기간을 보험기간으로하여 태아보장의 보험기간을 추가로 부가합니다.
- (무)중증아토피진단특약, (무)어린이정신질환입원특약의 일반보장의 보험기간 및 납입기간은 계약일부터 계약자가 선택한 기간이며, 계약을 체결할 때에 피보험자가 태아인 경우 보장개시일은 피보험자의 보험나이 0세 계약해당일로 합니다.

특약 보험료

기준 : 특약보험가입금액 각 1,000만원, 월납, 단위:원

구분	보험기간	일반보장						태아보장	
		남자			여자			남자	여자
		0세	5세	10세	0세	5세	10세		
(무)어린이중대질병보장특약	30세만기 5년납	1,840	550	450	1,780	480	340	1,490	1,340
(무)어린이안심재해보장특약	30세만기 5년납	6,200	6,000	5,100	6,400	6,300	5,900	300	300
(무)어린이신입원특약Ⅱ(갱신형)	3년만기 전기납	3,500	1,400	900	3,300	1,400	800	1,800	1,600
(무)어린이응급실내원특약Ⅲ(갱신형)	10년만기 전기납	3,020	1,670	980	2,480	1,330	810	2,260	1,890
(무)어린이요양병원암입원보장특약	30세만기 5년납	10	10	10	10	10	20	-	-
(무)어린이특정질병입원수술특약	30세만기 5년납	3,030	1,860	1,360	2,800	1,770	1,290	-	-
(무)어린이치과보장특약Ⅲ(갱신형)	3년만기 전기납	13,920	68,270	21,730	10,750	72,230	23,620	-	-
(무)신유자녀학자금보장특약(실속형)	22세만기 5년납 종피: 여자 (주피연령+30)세	9,200	8,200	6,600	9,200	8,200	6,600	-	-
(무)신유자녀학자금보장특약(보장강화형)	22세만기 5년납 종피: 여자 (주피연령+30)세	15,000	13,400	10,800	15,000	13,400	10,800	-	-

- 피보험자 가입나이, 가입년도 등 계약인수 관련사항은 회사가 별도로 정한 기준에 따라 제한될 수 있습니다.
- (무)어린이중대질병보장특약, (무)어린이안심재해보장특약, (무)어린이신입원특약Ⅱ(갱신형), (무)어린이응급실내원특약Ⅲ(갱신형)의 일반보장의 보험기간 및 납입기간은 계약일부터 계약자가 선택한 기간이며, 계약을 체결할 때에 피보험자가 태어난 경우 계약일부터 출생시점까지의 기간을 보험기간으로하여 태아보장의 보험기간을 추가로 부가합니다.
- (무)어린이요양병원암입원보장특약, (무)어린이특정질병입원수술특약, (무)어린이치과보장특약Ⅲ(갱신형), (무)신유자녀학자금보장특약의 일반보장의 보험기간 및 납입기간은 계약일부터 계약자가 선택한 기간이며, 계약을 체결할 때에 피보험자가 태어난 경우 보장개시일은 피보험자의 보험나이 0세 계약해당일로 합니다.
- 갱신형 특약은 3년만기 자동갱신부 특약으로 보험료는 100세까지 계속 납입(다만, (무)어린이신입원특약Ⅱ(갱신형)은 3년만기 자동갱신부 특약으로 30세까지 계속납입, (무)어린이응급실내원특약Ⅲ(갱신형)은 10년만기 자동갱신부 특약으로 100세까지 계속납입, (무)어린이치과보장특약Ⅲ(갱신형)은 3년만기 자동갱신부 특약으로 보험료는 30세까지 계속 납입)하여야 합니다. 상기 예시는 최초 계약 가입 당시의 보험요율을 기준으로 산출하였으므로, 갱신을 할 때 연령증가, 적용요율의 변동에 따라 보험료가 인상될 수 있습니다.

기준 : 특약보험가입금액 각 1,000만원, 0세, 월납, 단위:원

구분	보험기간	남자	여자
(무)성조숙증진단특약	10세만기 전기납	30	630

- 피보험자 가입나이, 가입년도 등 계약인수 관련사항은 회사가 별도로 정한 기준에 따라 제한될 수 있습니다.
- (무)성조숙증진단특약의 보장개시일은 피보험자의 보험나이 5세 계약해당일로 하며, 계약자는 이 특약의 보장개시시점부터 보험료를 납입합니다.
- 이 특약은 예약가입대상특약으로 이 특약의 보장개시일 전까지 보험료 선납이 제한됩니다.

기준 : 특약보험가입금액 각 1,000만원, 월납, 단위:원

구분	보험기간	남자			여자		
		0세	5세	10세	0세	5세	10세
(무)어린이보장특약	24세만기 전기납	1,990	1,650	1,850	1,500	1,130	1,180
(무)단계별로더받는입원특약Ⅱ(갱신형)	3년만기 전기납	8,300	2,600	1,700	7,400	2,400	1,400
(무)재해장해연금특약	20년만기 전기납	60	100	140	20	30	40
(무)재해장해보장특약	20년만기 전기납	40	90	140	20	30	50

- 피보험자 가입나이, 가입년도 등 계약인수 관련사항은 회사가 별도로 정한 기준에 따라 제한될 수 있습니다.
- 갱신형 특약은 3년만기 자동갱신부 특약으로 보험료는 100세까지 계속 납입하여야 하며, 상기 예시는 최초 계약 가입 당시의 보험요율을 기준으로 하여 산출하였으므로, 갱신을 할 때 연령증가, 적용요율의 변동에 따라 보험료가 인상될 수 있습니다.

가입시 유의사항

의무가입에 관한 사항

태아를 피보험자로 할 경우 아래의 특약을 의무부가 하여 판매합니다.
- 무배당 주산기입원보장특약 : 특약 보험가입금액 최저 1,000만원부터 2,000만원 한도

보험료 선납에 관한 사항

- 3개월분 이상의 보험료를 선납하는 경우에는 평균공시이율로 선납보험료를 할인합니다. 다만, 당월분을 포함하여 최대 12개월분까지 선납할 수 있습니다.
- 태아를 피보험자로 한 경우 약관 “출생통지”에서 정한 출생통지에 따른 확정이 이루어지기 전까지 보험료 선납이 제한됩니다.
- (무)성조숙증진단특약은 예약가입대상특약으로 특약의 보장개시일 전까지 보험료 선납이 제한됩니다.

해지계약의 부활(효력회복)에 관한 사항

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

태아가입에 관한 사항

- 가. 이 보험은 태아를 피보험자로 할 수 있으며, 이 경우 약관에서 정한 태아가입특칙에 따라 운용합니다. 다만, 태아의 가입은 임신사실 확인 후부터 임신 23주 이내에 한하여 가입 가능합니다.
- 나. 계약체결시 피보험자가 태아일 경우 계약일부터 출생시점(출산 또는 분만 과정에서 보험금 지급사유가 발생하는 경우 포함)까지의 태아보장기간에 태아위험보장을 위한 보험료를 적용합니다. 이 때 보험료는 「남자」를 기준으로 적용합니다.
- 다. 출생예정일이 도래한 경우 차회 이후의 보험료는 피보험자의 보험나이 기준으로 변경하여 적용합니다. 이 때 보험료는 계약체결시의 보험요율을 적용하여 이 계약 및 부가특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 계산된 보험료를 적용합니다.
- 라. ‘나’ 및 ‘다’항에도 불구하고 출생한 피보험자의 성별이 변경되거나, 계약체결시 출생예정일과 실제 출생일이 다른 경우에는 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 보험료를 정산합니다.
- 마. ‘라’항에 따라 보험료를 정산하는 경우, 회사가 지급하여야 할 금액이 있을 때는 이를 보험계약자에게 지급하고 부족한 금액이 있을 때는 보험계약자가 이를 회사에 납입하여야 합니다.
- 바. ‘라’항에 따라 보험료를 정산한 이후 계약자는 피보험자의 보험나이 및 성별에 따라 변경된 보험료를 납입하여야 합니다.
- 사. 태아가 유산 또는 사산 등으로 출생하지 못한 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 지급합니다.
- 아. 회사는 ‘다’항에 따라 변경되는 보험료에 대하여 출생예정일이 도래하기 15일 전까지 그 내용을 계약자에게 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

예약가입대상특약의 처리에 관한 사항

가. 회사는 주계약 가입시에 한하여 아래에 정한 특약(이하, ‘예약가입대상특약’이라 한다)에 대하여 보장개시나이 계약해당일 이전에 미리 가입할 수 있도록 운영합니다.

예약가입대상특약	최초가입시 피보험자의 보험나이	보장개시나이
(무)성조숙증진단특약	태아, 0세 ~ 4세	5세

- 나. 예약가입대상특약의 보장개시일은 보장개시나이 계약해당일로 하며, 계약자는 해당 특약의 보험료를 피보험자의 5세 계약해당일에 해당하는 보험료 납입기일부터 납입하여야 합니다.
- 다. 회사는 예약가입대상특약의 보장개시일 15일 전까지 보장개시 대상 약관 및 계약자가 납입하여야 하는 보험료를 서면(등기우편), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하며, 계약자가 해당 특약의 보장개시일 전일까지 별도의 의사표시가 없고 해당 특약의 보험료를 보험료납입기일까지 납입한 경우에는 해당 특약은 자동으로 보장이 개시됩니다.
- 라. 보험계약자는 예약가입대상특약의 보장개시시점 이전에 해당 특약의 가입을 취소할 수 있습니다.

보험료 할인에 관한 사항

- 가. 다자녀 가구 할인
 - 1) 피보험자의 형제자매가 본인포함 2명인 경우 주계약 영업보험료의 1.5%, 본인포함 3명 이상인 경우 주계약 영업보험료의 2.0%를 할인합니다.
 - 2) 할인 적용 방법
 - 가) 가입시 신청 : 초회보험료부터 할인을 적용합니다.
 - 나) 가입후 신청 : 신청서류가 접수되어 회사가 승인한 경우 ‘1)’에서 정한 ‘다자녀 가구 할인’ 요건이 충족된 날 이후 납입하는 영업보험료부터 할인합니다. 다만, 승인 전 이미 ‘1)’에서 정한 ‘다자녀 가구 할인’ 요건을 충족하여 할인 대상 보험료임에도 불구하고 할인이 적용되지 않은 보험료를 납입한 경우, 미적용된 할인금액을 계약자에게 반환합니다.

나. 다자녀 가입 할인

- 1) 피보험자의 형제자매 중 본인포함 2명이 회사가 정한 보장성 어린이보험의 피보험자로 가입한 경우 주계약 영업보험료의 1.0%, 본인포함 3명 이상이 회사가 정한 보장성 어린이보험의 피보험자로 가입한 경우 주계약 영업보험료의 3.0%를 할인합니다.
- 2) 할인 적용 방법
 - 가) 가입시 신청: 가입시점에 피보험자의 형제자매의 계약이 정상 유지되고 있는 경우에 한하여 할인을 적용합니다. 다만, 초회보험료는 할인에서 제외합니다.
 - 나) 가입후 신청: ① 계약 체결 후 피보험자의 형제자매가 새로이 회사가 정한 보장성 어린이보험에 가입한 경우에는 계약자가 회사에 해당 할인을 신청하고, 회사가 승인한 경우 영업보험료부터 할인합니다.
 - ② 회사의 승인 이후 최초로 납입하는 영업보험료부터 할인합니다.
 - ③ ① 내지 ②에도 불구하고 할인 신청 시점에 피보험자의 형제자매의 계약이 정상 유지되고 있는 경우에 한하여 할인을 적용합니다.

다. 부모 기가입자 할인

이 보험 가입시점에 피보험자의 부모 중 1명 이상이 회사의 계약자 또는 피보험자로 정상 유지하고 있는 종신보험이 있는 경우 이 보험의 주계약 영업보험료의 1.0%를 할인합니다. 다만, 초회보험료는 할인에서 제외합니다.

라. 가' 내지 '다'에 해당하는 할인은 중복하여 적용 가능합니다.

마. 가' 내지 '다'의 할인을 받고자 할 때 계약자는 「가족관계의 등록 등에 관한 법률」에서 정한 가족관계등록부 또는 「주민등록법」에서 정한 주민등록표, 기타 계약자 및 피보험자의 가족관계를 확인할 수 있는 서류를 회사에 제출하여야 합니다.

기타

가. 만기고객 종신보험 가입 특전(1중에 한함)

동일한 피보험자를 대상으로 하는 계약에 한하여, 해당 계약의 만기가 도래한 후 3개월 이내에 회사가 판매하고 있는 보험상품 중 해당 시기에 회사가 지정하는 종신보험으로 가입을 할 때 산출된 주계약의 영업보험료의 1.0%를 할인하여 영수합니다. 다만, 태아보장기간에 대한 만기는 제외합니다.

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

다. 향후 보험업법 등 관련 법령 및 규정의 제·개정 등에 따라 이 상품의 약관 및 사업방법서상 보험계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 부여되는 [장래의 권리(중도부가 특약, 전환 특약 등 포함)]의 내용은 변경될 수 있습니다.

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

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.

계약자의 임의해지

가. 계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 약관 제52조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

나. 가항에도 불구하고 회사는 다음 각 호의 조건을 모두 만족하는 경우에는 '출생예정일' 이후에 해당하는 보험기간에 대해 이미 납입한 보험료(보험료의 납입이 면제된 경우 납입 면제된 보험료는 포함하지 않습니다)를 계약자에게 돌려 드립니다. 다만, 보험료를 받은 기간에 대한 이자는 지급하지 않습니다.

- (1) 계약체결시 피보험자가 '태아인 경우
- (2) 계약의 해지 시점이 '출생예정일' 이후인 경우
- (3) 피보험자가 출생 전인 경우

다. '나'항에 따라 계약을 해지하는 경우 계약자는 다음의 서류를 제출해야 합니다.

- (1) 의사소견서(해지일 현재 임신주수, 출생예정일 및 태아가 아직 출생하지 않았다는 내용이 기재되어야 합니다)
- (2) 기타 (1)호의 내용을 확인할 수 있다고 회사가 인정한 서류

라. '다'항 (1)호의 의사소견서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

예금자보호제도

이 보험계약은 예금자보호법에 따라 예금보험공사가 보호하되, 보호 한도는 본 보험회사에 있는 귀하의 모든 예금보호대상 금융상품의 해약환급금(또는 만기 시 보험금이나 사고보험금)에 기타지급금을 합하여 1인당 "최고 5천만원"이며, 5천만원을 초과하는 나머지 금액은 보호하지 않습니다. 또한, 보험계약자 및 보험료납부자가 법인인 경우는 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.

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 법률에 따른 일반금융소비자인 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내(청약을 한 날부터 30일 이내에 가능)에 청약 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)과 계약의 해지

- 보험계약자가 제2회 이후 보험료를 납입하지 아니하여 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정합니다. 다만, 납입최고(독촉)기간의 마지막날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 영업일까지로 합니다.
- 회사는 보험료 납입을 최고(독촉)하고, 그 때까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날 계약이 해지됩니다.

보험품질보증제도에 관한 사항

- 보험약관 및 계약자보관용 청약서를 청약할 때 전달받지 못하였거나 보험약관의 중요한 내용을 설명받지 못한 때에는 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.

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.

배당에 관한 사항

- 이 상품은 무배당 보험으로 배당이 없는 대신 보험료가 저렴합니다.

기존계약 해지후 신계약 체결시 불이익 사항

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

해약환급금이 납입 보험료보다 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.

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

단체취급특약에 관한 사항

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

불만족 접수 안내

<불만 접수 안내>

- 우편: 서울시 영등포구 의사당대로 147 (구.여의도동 45-21) ABL 타워 6층 소비자부 (우)07332
- ABL생명 콜센터: 국번없이 1588-6500
- 팩스: 02-3787-8719
- 인터넷: www.abllife.co.kr > 전자민원접수 > 불만접수창구 > 불만의 소리
- e-mail: customer@abllife.co.kr
- 기타 상담(문의): 전 영업점 및 지급 창구, 보험설계사
- 수술/입원/사망보험금 관련 상담: 전화 1588-4404

<생명보험협회>

- 02-2262-6600 / www.kfia.or.kr

<금융감독원 민원상담>

- 국번 없이 1332 / www.fss.or.kr

보험계약관련 조회시스템 운영

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