

ABL



[2021년 6월 1일 제적]

무배당

ABL암치매걱정없는 종신보험

(해지환급금 일부지급형)2101

※ 본 상품은 보장성 상품이며, 저축 및 연금을 주목적으로 하는 상품이 아닙니다.
※ 보험상품에 대한 상세한 내용은 보험계약 체결 전에 보험약관 및 상품설명서를 확인하시고 반드시 보험설계사로부터 설명을 받으시기 바랍니다.

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)



가정에 큰 부담을 주는 두려운 질병 '암·치매'를 대비하는 종신보험

무배당ABL암치매걱정없는종신보험 (해지환급금 일부지급형)2101



암치매진단보험금 선지급으로 살아있을 때에도 유용한 종신보험

- 보험기간 중 암 보장개시일 이후 “암”(전립선암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)으로 진단확정 받았을 경우 또는 보험기간 중 “중증치매상태”로 최종진단확정 받았을 경우, 암치매진단보험금 선지급을 통해 긴 투병기간 동안의 경제적 부담을 덜어드립니다. (단, 암치매진단보험금은 “암” 또는 “중증치매상태” 중 최초 발생한 암치매진단보험금 지급사유 1회에 한하여 지급하며, 계약일부서 경과기간 1년 미만에 유방암으로 암치매진단보험금 지급사유 발생시에는 암치매진단보험금의 50%를 지급함)



갱신없이 암 또는 중증치매 보장

- 본 상품 주계약은 비갱신형 상품으로서 처음 보험료 그대로 종신까지 “암”(전립선암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외) 또는 “중증치매상태”를 보장하여 드립니다.



다양한 선택특약으로 더 나은 보장 설계

- 경도치매에서 중등도치매까지 치매 중증도에 따라 진단자금을 추가로 설계할 수 있습니다.
- 암, 뇌출혈, 급성심근경색증, 말기신부전증, 말기간질환 등 중대질병에 대한 추가 보장이 가능합니다.
- (무)어린이보장특약, (무)어린이특정재해보장특약 부가 시 자녀에 대한 추가 보장이 가능합니다.
- 기타 다양한 선택특약으로 질병과 상해에 대한 보장을 설계할 수 있습니다.



보험료 할인 혜택

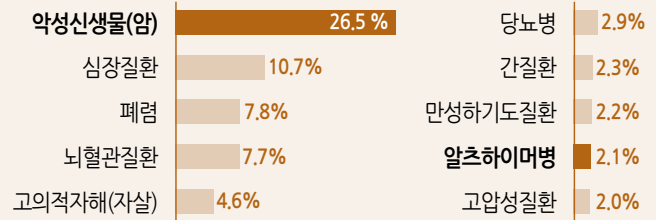
- 보험가입금액 1억원 이상 ~ 2억원 미만(다만, 1억 9,700만원 초과 2억원 미만은 가입대상에서 제외) : 주계약 영업보험료의 3.0%
- 보험가입금액 2억원 : 주계약 영업보험료의 4.0%
- 주계약 영업보험료는 해당 상품 보험료 중 특약 외 주계약으로만 납입되는 보험료를 의미합니다.

질병으로 인한 긴 투병기간과 높은 경제적 부담



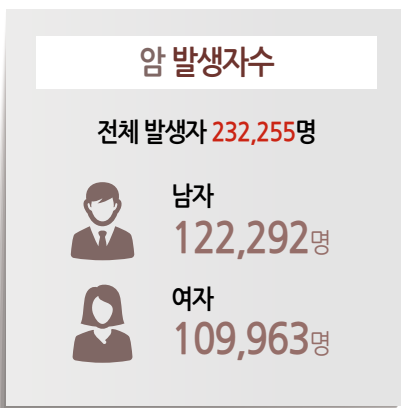
[2018 사망 원인 비율]

출처 : 통계청, 2018년 사망원인통계



기대수명까지 생존 시 발병률이 35.5%인 암, 발병해도 5년 생존율이 평균 70.4%인 암,
경제적인 고민만 해결된다면 얼마든지 이겨낼 수 있습니다.

☑ 암환자의 생존율



출처 : 보건복지부, 중앙암등록본부, 국립암센터, 2017년 국가암등록통계



출처 : 보건복지부, 중앙암등록본부, 국립암센터, 2017년 국가암등록통계



출처 : 2017년 11월 보험개발원 및 한국경제신문 국립암센터, 통계청

☑ 기대수명까지 생존 시 암발생 확률



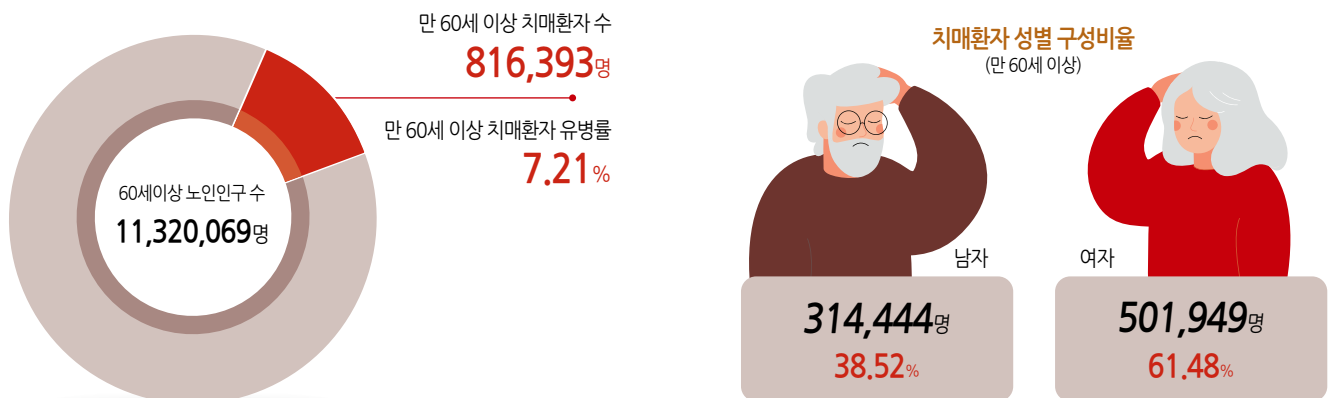
출처 : 보건복지부, 중앙암등록본부, 국립암센터, 2017년 국가암등록통계

소중한 나와 가족을 위해 어떻게 준비하시겠습니까?

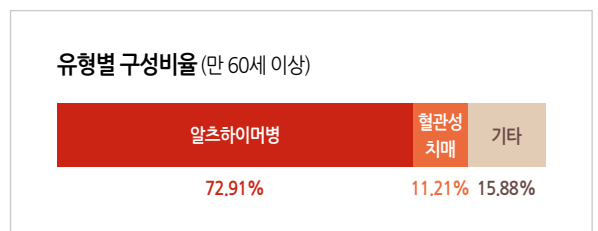
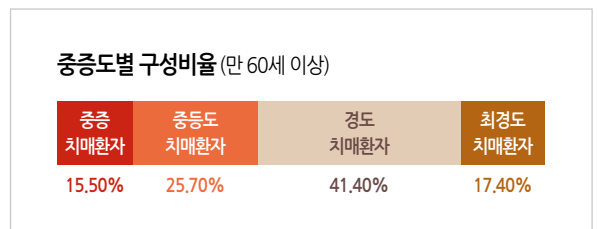
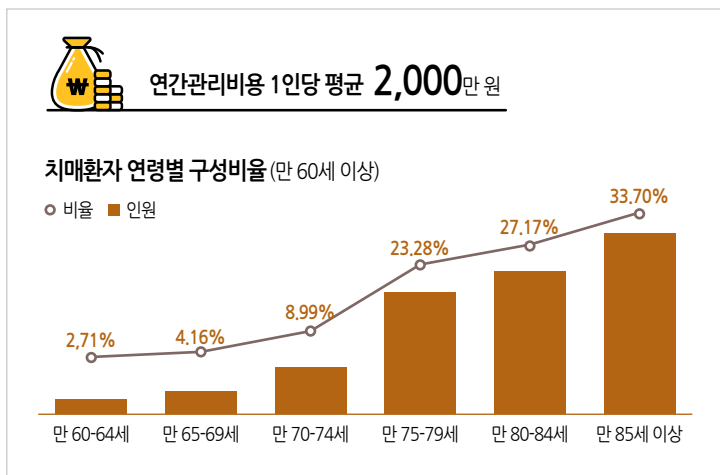


기억을 잃어가는 병... 언제 찾아올까 두려워하는 질병... 가족에게 짐 될까 두려운 치매
나와 가족을 위한 필수! 치매보험

2019년 만 60세 이상 치매환자 현황 출처: 중앙치매센터, 2019년 연차보고서



치매관리비용 / 구성비율 출처: 중앙치매센터, 2019년 연차보고서



알쏭달쏭? 이것만은 알고 가요!

임상치매척도(CDR; Clinical Dementia Rating)란?

“CDR 척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating, 2001년)”는 치매관련 전문의가 실시하는 전반적인 인지기능 및 사회기능정도를 측정하는 검사로서 전체점수구성은 0, 0.5, 1, 2, 3, 4, 5로 되어 있으며, 점수가 높을수록 중증(重症)을 의미합니다.

정상 (CDR 0)	구분	증상
경도인지기능장애 (CDR 0.5)	경도인지기능장애 (CDR 0.5)	<ul style="list-style-type: none"> 경미한 건망증이 지속되며, 사건에 대한 부분적 회상이 가능한 “양성”건망증 증세 문제점, 유사점, 차이점 등을 다루는데 경미한 장애가 있음 사회활동, 가정생활 및 취미활동에 약간의 장애가 있으며 혼자서도 개인 관리가 충분히 가능함
	경도 치매 (CDR 1)	<ul style="list-style-type: none"> 중등도의 기억력 감퇴가 있으며 특히 최근 사건에 대한 현저한 기억력 장애가 있고 이로 인해 일상생활에 지장을 받음 시간에 대한 중등도의 장애가 있고, 사람과 장소에 대해서 검사상으로는 정상이나 실생활에서 길 찾기에 장애가 있을 수 있음 사회생활에 대한 판단력은 유지되어, 사회활동 일부를 계속하고 있더라도 사실상 독립적인 수행이 불가능함 가정생활에 경하지만 분명한 장애가 있고 어려운 집안일은 포기된 상태
경도 치매 (CDR 1)	중등도 치매 (CDR 2)	<ul style="list-style-type: none"> 중증의 기억력 감퇴가 있으며 고도로 숙련된 기억외에 새로운 정보는 금방 잊게 됨 시간관계에 대한 심각한 장애가 있고 종종 장소에 대한 지남력도 결여되어 있음 문제점, 유사점, 차이점 등을 다루는데 심각한 장애를 갖고 있음 집 밖에서 독립적인 활동을 할 수 없으나 외견상으로는 집 밖에 서도 기능을 잘 할 수 있어 보임 옷을 입거나 위생상태 및 외모를 유지하는데 도움이 필요함
중등도 치매 (CDR 2)	CDR 3	<ul style="list-style-type: none"> 중증의 기억력 감퇴가 있으며 단편적인 기억만 남아있음 사람에 대한 지남력만 보유하고 있으며, 문제 해결이나 판단을 할 수 없음 가정 밖에서의 활동이 불가능해 보이고 개인관리에 더 많은 도움이 필요함
	CDR 4	<ul style="list-style-type: none"> 단편적 기억마저 상실하였으며, 자신의 이름에만 가끔 반응함 간단한 지시나 명령에도 따르지 못하며, 도움 없이는 이동하지 못함
중증 치매 (CDR 3 이상)	CDR 5	<ul style="list-style-type: none"> 의미 있는 기억력이 없으며, 이해력이 없거나 둔한 경우가 잦음 자신과 주변상황을 이해하지 못하며, 어떠한 활동도 참여할 수 없음 스스로 먹지 못하며, 누워지내는 상태임

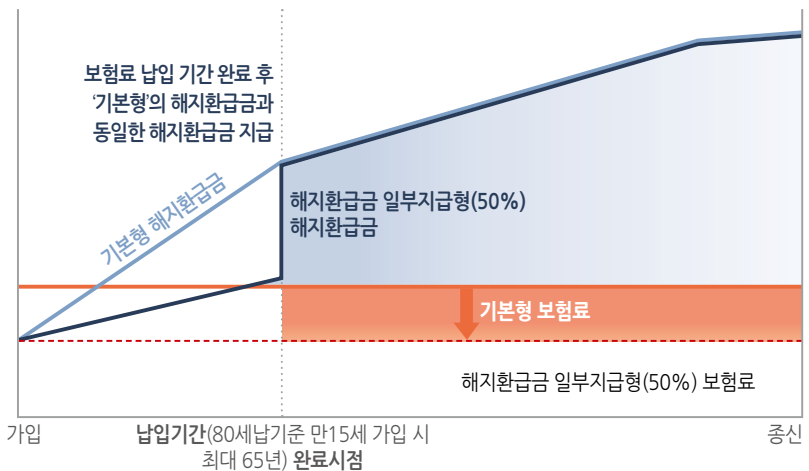
※ 위 표의 내용은 임상치매척도(CDR)의 증상을 요약한 내용입니다.

※ 이 계약에서 “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 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.

해지환급금 일부지급형이란?

- 해지환급금 일부지급형(50%) 상품의 보험료는 ‘기본형’ 보험료 보다 적습니다. 다만, 해지환급금 일부지급형(50%) 상품의 보험료 수준이 ‘기본형’ 보험료의 50%를 의미하는 것은 아닙니다.
- 해지환급금 일부지급형(50%) 상품을 보험료 납입기간 중 해지하는 경우(다만, 선지급 진단 보험금 지급사유가 발생하지 않은 경우)의 해지환급금은 ‘기본형’ 해지환급금의 50%에 해당하는 금액입니다.
- 해지환급금 일부지급형(50%) 상품을 보험료 납입기간이 완료된 이후 또는 약관 제 6조 제 2호의 암치매진단보험금 지급사유 발생 후 해지하는 경우의 해지환급금은 ‘기본형’ 해지환급금과 동일한 금액입니다.



※ ‘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.

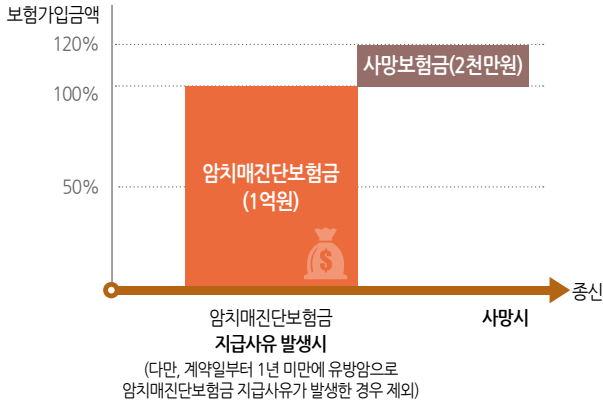
※ 보험료 납입기간이 완료된 이후 계약이 해지되는 경우 납입한 보험료에서 지난 기간의 위험보험료, 계약체결비용 및 계약관리비용(해지공제액 포함) 등이 차감되므로, 해지환급금은 납입보험료보다 적을 수 있습니다.

보험금 지급 기준

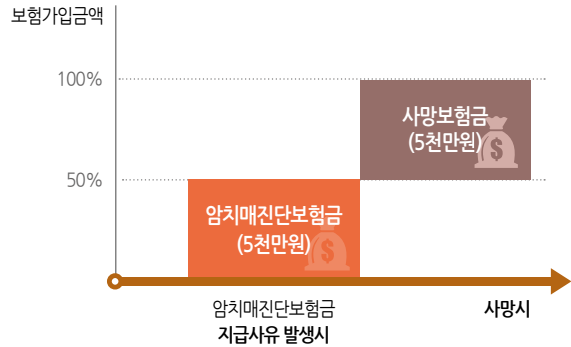
상품 도해

[보험금 지급 예시] (예시기준: 주계약 보험가입금액 1억원)

• 암치매진단보험금 지급사유 발생 후 사망시



• 계약일로부터 1년 미만에 유방암으로 암치매진단보험금 지급사유 발생 후 사망시



• 암치매진단보험금 지급사유 발생 전 사망시



- ※ 암치매진단보험금은 피보험자가 보험기간 중 「암 보장개시일」 이후에 「암」(전립선암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)으로 진단확정 받았을 때 또는 보험기간 중 「중증치매상태」로 최종진단확정 받았을 때 지급합니다. (다만, 암치매진단보험금은 「암」(전립선암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외) 또는 「중증치매상태」 중 최초 발생한 암치매진단보험금 지급사유 1회에 한하여 지급합니다.)
- ※ 계약일로부터 1년 미만에 유방암으로 암치매진단보험금 지급사유가 발생한 후 사망한 경우 보험가입금액의 50%를 사망보험금으로 지급합니다.
- ※ 암치매진단보험금 지급사유가 발생하지 않고 사망보험금 지급사유가 발생한 경우에는 해당 사망보험금(즉, 보험가입금액의 100%)과 해지환급금 중 근 금액을 지급합니다.
- ※ 암 보장개시일은 계약일(부활(효력회복)계약의 경우 부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.
- ※ 「중증치매상태」의 최종진단확정은 피보험자가 계약일 이후에 발생한 질병 또는 재해로 인하여 「중증치매상태」로 진단받고, 그 상태가 진단일로부터 90일 이상 지속되었음을 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 치매 전문의(신경과 또는 정신건강의학과)에 의한 진단 등 객관적 소견을 통해 확인함으로써 최종진단확정 됩니다.

- 「해지환급금 일부지급형(50%)」 계약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우(다만, 암치매진단보험금 지급사유가 발생하지 않은 경우)의 해지환급금은 「기본형」 해지환급금의 일부(50%)에 해당하는 금액이 해지환급금으로 지급됩니다. 다만, 보험료 납입기간이 완료된 이후 또는 약관 제 6조 제2호의 암치매진단보험금 지급사유 발생 후 계약이 해지되는 경우에는 「기본형」의 해지환급금과 동일한 금액이 해지환급금으로 지급되고, 이때에도 납입한 보험료에서 경과된 기간의 위험보험료, 계약체결비용 및 계약관리비용(해지공제액 포함)등이 차감되므로 해지환급금은 납입보험료보다 적을 수 있습니다.
- 보험기간 중 피보험자의 사망으로 인하여 보험약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.
- 본 안내자료는 보험약관의 전체내용을 요약한 것이므로 보다 상세한 내용은 보험계약 체결 전에 반드시 보험약관 및 상품설명서를 확인하시기 바랍니다.

보험금 지급 기준

주계약

구분	지급사유		보장내용
(무)ABL암치매걱정없는 중신보험(해지환급금 일부 지급형)2101	사망보험금	암치매진단보험금 지급사유가 발생하지 않은 경우	보험가입금액의 100%
		암치매진단보험금 지급사유가 발생한 경우	보험가입금액의 20% (다만, 계약일부터 1년 미만에 유방암으로 암치매진단보험금 지급사유 발생 후 사망한 경우 보험가입금액의 50%)
	암치매진단보험금	피보험자가 보험기간 중 「암 보장개시일」 이후에 「암」으로 진단확정 받았을 때 또는 보험기간 중 「중증치매상태」로 최종진단확정 받았을 때 (다만, 암치매진단보험금은 「암」 또는 「중증치매상태」 중 최초 발생한 암치매진단보험금 지급사유 1회에 한하여 지급함)	보험가입금액의 100% (다만, 계약일부터 1년 미만에 유방암으로 암치매진단보험금 지급사유가 발생한 경우 보험가입금액의 50%)

- 암치매진단보험금 지급사유가 발생하지 않고 사망보험금 지급사유가 발생한 경우에는 해당 사망보험금과 해지환급금 중 큰 금액을 지급합니다.
- 보험기간 중 피보험자의 사망으로 인하여 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.
- 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 때 또는 암치매진단보험금 지급사유가 발생하였을 때에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제 합니다.
- 「암 보장개시일」 이후에 「암」이 발생한 경우라도, 「암 보장개시일」 전일 이전에 발생한 「암」과 인과관계가 있는 경우에는 해당 사유로 인한 암치매진단보험금을 지급하지 않으며, 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
- 피보험자가 보험기간 중 「암 보장개시일」 이후에 사망하고 그 후에 「암 보장개시일」 이후에 발생한 「암」을 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인되었거나, 보험기간 중 사망하고 그 후에 보험기간 중 발생한 「중증치매상태」를 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 「암」의 진단확정일 또는 「중증치매상태」의 최종진단확정일로 하여 「암치매진단보험금 지급사유가 발생한 경우」에 해당하는 사망보험금 및 암치매진단보험금을 지급합니다. 다만, 피보험자가 사망하여 회사가 「암치매진단보험금 지급사유가 발생하지 않은 경우」에 해당하는 사망보험금을 이미 지급한 경우에는 「암치매진단보험금 지급사유가 발생한 경우」에 해당하는 사망보험금과 암치매진단보험금을 더한 금액에서 이미 지급된 사망보험금을 차감한 차액을 지급합니다.
- 이 계약에 있어서 「암」이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류의 기본분류에 따라서 「대상」이 되는 악성신생물 분류표(전립선암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 분류번호 C61(전립선의 악성신생물), 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물), 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물), 보험약관 제4조(「대장점막내암」의 정의 및 진단확정)에서 정한 대장점막내암 및 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태) (Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다. 이에 따라 전립선암, 갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암이 발생하였을 때 암치매진단보험금은 지급되지 않습니다.
- 한국표준질병·사인분류 지침서의 「사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침」에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류하여 약관에서 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
 - 〈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 보장개시일」은 계약일(부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다.
- 계약일(부활(효력회복)일)부터 「암 보장개시일」 전일 이전에 「암」이 발생하였으나, 계약자가 계약의 취소를 선택하지 않은 때에는 계약일(부활(효력회복)일)부터 「암 보장개시일」 전일 이전에 진단 확정된 「암」이 동일하거나 다른 신체기관에 재발 또는 전이되어 「암」으로 암치매진단보험금 지급사유가 발생한 경우라도 암치매진단보험금을 지급하지 않으며, 보험료의 납입을 면제하지 않습니다. 다만, 청약일부터 「암 보장개시일」 전일 이전에 「암」으로 진단확정 받더라도 「암 보장개시일」 이후 5년이 지나는 동안 그 「암」으로 인하여 추가 진단(단순 건강검진 제외)을 받거나 치료를 받은 사실이 없을 경우에는, 「암 보장개시일」부터 5년이 지난 이후에는 보장합니다.
- 이 계약에서 「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 해당하는 상태를 말합니다.
- 「중증치매상태」의 최종진단확정은 피보험자가 계약일 이후에 발생한 질병 또는 재해로 인하여 「중증치매상태」로 진단받고, 진단일로부터 90일이 경과한 이후에 회사가 피보험자의 「중증치매상태」가 계속 지속되었음을 치매 전문의의 진단 등 객관적 소견을 통해 확인함으로써 최종진단확정됩니다.
- 피보험자가 「중증치매상태」 진단일로부터 90일이 경과된 이후에 「중증치매상태」로 최종진단확정을 받지 않은 경우에는 암치매진단보험금은 지급하지 않습니다.
- 정신분열병이나 우울증과 같은 정신질환으로 인한 인지기능의 장애 및 알콜중독, 의사의 처방에 의하지 않는 약물의 투여로 인한 인지기능의 장애를 원인으로 발생한 「중증치매상태」는 보장대상에서 제외합니다.
- 「중증치매상태」의 진단은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 로기관(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 결과에 대한 종합적인 평가를 기초로 정해지며, 뇌영상검사 등 일부 검사에서 치매의 소견이 확인되지 않았다하더라도 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.
- 본 안내자료는 보험약관의 전체내용을 요약한 것이므로 보다 상세한 내용은 보험계약 체결 전에 반드시 보험약관 및 상품설명서를 확인하시기 바랍니다.

의무부가 특약

기준 : 특약 보험가입금액 각 1,000만원

구 분		지급사유	보장내용
(무)소액질병 추가보장특약	진단급여금	피보험자가 보험기간 중 소액치료비관련암, 제자리암, 경계성종양 진단확정을 받았을 때 (각각 최초 1회에 한함)	경계성종양 : 300만원 소액치료비관련암, 제자리암 : 100만원
	수술급여금	피보험자가 보험기간 중 조혈모세포이식수술, 양성뇌종양수술, 관상동맥(심장동맥)성형술(PTCA)을 받았을 때 (각각 최초 1회. 다만, 양성뇌종양의 경우 대 수술 시)	조혈모세포이식수술 : 1,000만원 양성뇌종양수술 : 300만원 관상동맥(심장동맥)성형술(PTCA) : 100만원

- “소액치료비관련암”은 “소액암” 및 “대장점막내암”을 의미하며, “소액암”이라 함은 다음 각 호에 해당하는 “초기악성흑색종”, “기타피부암”, “전립선암”, “갑상선암”을 말합니다.
 - 가. “초기 악성흑색종”이라 함은 피부의 악성흑색종(melanoma) 중에서 침범정도가 낮은(TNM 병기분류상 T2aN0M0이하인 피부의 악성흑색종) 경우를 말합니다. 나. “기타피부암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류표 중 기타피부의 악성신생물(분류번호 C44)에 해당하는 질병을 말합니다.
 - 다. “전립선암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류표 중 전립선의 악성신생물(분류번호 C61)에 해당하는 질병을 말합니다.
 - 라. “갑상선암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류표 중 갑상선의 악성신생물(분류번호 C73)에 해당하는 질병을 말합니다.
- “대장점막내암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류표 중 대장(맹장, 충수, 결장, 직장을 말하며, 이하 “대장”이라 합니다.) 악성신생물(C18 ~ C20)에 해당하는 질병 중에서 대장의 상피세포층(Epithelium)에서 발생한 악성종양세포가 기저막(Basement Membrane)을 뚫고 내려가서 점막고유층(Lamina Propria) 또는 점막근층(Muscularis Mucosa)을 침범하였으나 점막하층(Submucosa)까지는 침범하지 않은 상태의 질병을 말합니다.
- “제자리암”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류의 기본분류에 있어서 “제자리의 신생물 분류표[대장점막내암 제외]”에서 정한 질병을 말합니다. (“제자리암”은 암(종)세포가 상피와 기저막 사이를 벗어나지 못하고 상피 내부, 즉 제자리에 머물러 있는 신생물을 말하며, 상피란 신체의 내부나 외부에 싸고 있는 조직을 말합니다.)
- “경계성종양”이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류의 기본분류에 있어서 “경계성종양 분류표”에서 정한 질병을 말합니다. 병리 또는 진단검사의학의 전문의 자격증을 가진 자가 “경계성종양”의 진단확정을 내려야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사 또는 미세바늘흡인검사(fine needle aspiration)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 보험자가 “경계성종양”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다. (경계성종양 : 양성 종양과 악성 종양의 중간단계로, 악성인지 양성인지 구분이 모호한 단계의 신생물을 말합니다.)
- “조혈모세포이식수술”은 골수부전상태 또는 악성종양을 근본적으로 치료할 목적으로 정상적인 조혈모세포를 이식하는 시술로서 관련법규에 따라 정부에서 인정한 조혈모세포이식의료기관에서 항암화학요법, 면역억제제, 방사선 치료 또는 이와 동등한 효과를 가진 치료를 시행하여 피보험자의 병든 골수 및 면역기능을 제거한 후 다음의 각 호에서 정한 동종(골수, 말초)조혈모세포이식, 자가(골수, 말초)조혈모세포이식, 제대혈조혈모세포이식을 시술하는 것을 말합니다. 다만, 조혈모세포를 제공하는 공여자로부터 조혈모세포를 채취하는 시술은 제외합니다.
 - 가. “동종(allogenic)골수조혈모세포이식”이라 함은 정상적인 조혈모세포를 가진 공여자의 골수내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 피보험자에게 주입하는 행위를 말합니다.
 - 나. “동종(allogenic)말초조혈모세포이식”이라 함은 정상적인 조혈모세포를 가진 공여자의 말초혈액내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 피보험자에게 주입하는 행위를 말합니다.
 - 다. “자가(autologous)골수조혈모세포이식”이라 함은 피보험자의 골수내 조혈모세포를 미리 채취하여 보관하였다가 골수부전상태에 있는 피보험자에게 다시 주입하는 행위를 말합니다.
 - 라. “자가(autologous)말초조혈모세포이식”이라 함은 피보험자의 말초혈액내 조혈모세포를 미리 채취하여 보관하였다가 골수부전상태에 있는 피보험자에게 다시 주입하는 행위를 말합니다.
 - 마. “제대혈조혈모세포이식”이라 함은 정상적인 조혈모세포가 있는 제대혈내 조혈모세포를 골수부전상태에 있는 피보험자에게 주입하는 행위를 말합니다.
- “양성뇌종양수술”은 의사가 피보험자에게 양성뇌종양으로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 의료법 제3조(의료기관)에 규정된 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리 하에 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작(操作)을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말합니다. 다만, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 제외합니다.
- “관상동맥(심장동맥)성형술(PACT)”은 관상동맥(심장동맥)질환의 근본적인 치료를 직접 목적으로 하여 관상동맥(심장동맥)우회술(CABG)대신 혈관카테터를 이용한 관상동맥(심장동맥)확장술을 말합니다. [예: 경피(피부를 통한)적 관상동맥(심장동맥) 풍선확장술(Percutaneous Transluminal Balloon Angioplasty), 스텐트삽입술(Coronary Stent), 회전축상반절제술(Rotational Atherectomy) 등]
- 이 특약에 대한 계약소멸사유 및 납입면제사유는 해당 보험약관을 확인하시기 바랍니다.

보험금 지급 기준

선택특약

기준 : 특약 보험가입금액 각 1,000만원

구분	지급사유	지급금액	
(무)경도치매진단특약	이 특약의 보험기간 중 「경도치매 보장개시일」 이후 피보험자가 '경도치매상태'로 최종진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 최종진단확정에 한함)	200만원	
(무)중등도 치매보장 특약	1종(일시지급형)	이 특약의 보험기간 중 「중등도치매 보장개시일」 이후 피보험자가 '중등도치매상태'로 최종진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 최종진단확정에 한함)	1,000만원
	2종(생활자금지급형)	이 특약의 보험기간 중 「중등도치매 보장개시일」 이후 피보험자가 '중등도치매상태'로 최종진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 최종진단확정에 한함)	매월 30만원 (3년(36회)동안 지급)
(무)중증치매간병생활자금특약	이 특약의 보험기간 중 피보험자가 '중증치매상태'로 최종진단확정 되었을 때(다만, 최초 1회의 최종진단확정에 한함)	매월 100만원 (3년(36회)동안 지급)	

- (무)경도치매보장특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되거나 피보험자가 장애분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- “경도치매상태”의 보장개시일은 계약일(부활(효력회복)계약의 경우 부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 2년이 지난날의 다음 날로 합니다. 다만, 재해로 인한 뇌의 손상을 직접적인 원인으로 “경도치매상태”가 발생한 경우에는 계약일(부활(효력회복)계약의 경우 부활(효력회복)일)로 합니다.
- 피보험자가 계약일부터 「경도치매 보장개시일」 전일 이전에 “경도치매상태”로 진단되는 경우에는 이 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료(보험료의 납입이 면제된 경우 납입 면제된 보험료는 포함하지 않습니다.)를 돌려 드립니다.
- (무)중등도치매보장특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되거나 피보험자가 장애분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. (무)중등도치매보장특약의 보험료 납입기간 중 2종(생활자금지급형)의 경우에는 「중등도치매 보장개시일」 이후에 피보험자에게 중등도치매간병 생활자금 지급사유가 발생하였을 경우에도 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- “중등도치매상태”의 보장개시일은 계약일(부활(효력회복)계약의 경우 부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 2년이 지난날의 다음 날로 합니다. 다만, 재해로 인한 뇌의 손상을 직접적인 원인으로 “중등도치매상태”가 발생한 경우에는 계약일(부활(효력회복)계약의 경우 부활(효력회복)일)로 합니다.
- 피보험자가 계약일부터 「중등도치매 보장개시일」 전일 이전에 “중등도치매상태”로 진단되는 경우에는 이 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료(보험료의 납입이 면제된 경우 납입 면제된 보험료는 포함하지 않습니다.)를 돌려 드립니다.
- (무)중등도치매보장특약 2종(생활자금지급형)의 경우 중등도치매간병 생활자금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특약을 해지할 수 없습니다.
- 중등도치매간병 생활자금은 매월 최종진단확정 해당일에 지급하며, “중등도치매상태” 최종진단확정일로부터 그 날을 포함하여 3년간을 중등도치매간병 생활자금의 지급기간으로 합니다. 다만, 해당 월에 최종진단확정 해당일이 없는 경우 해당 월의 마지막 날을 최종진단확정 해당일로 봅니다.
- 피보험자가 중등도치매간병 생활자금의 지급기간 이내에 사망한 경우 회사는 잔여 중등도치매간병 생활자금을 일시에 지급합니다.
- (무)중등도치매보장특약 2종(생활자금지급형)의 보험기간 중 「중등도치매 보장개시일」 이후에 피보험자가 사망하고 그 후에 「중등도치매 보장개시일」 이후에 발생한 “중등도치매상태”를 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 중등도치매간병 생활자금을 일시에 지급합니다.
- 위에 따라 중등도치매간병 생활자금을 일시에 지급할 경우 회사는 잔여 중등도치매간병 생활자금에 대해 “적용이율을 적용하여 연단위 복리로 할인한 금액”과 “평균공시이율을 적용하여 연단위 복리로 할인한 금액” 중 큰 금액을 지급합니다.
- (무)중증도치매간병생활자금특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되거나 피보험자가 장애분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 경우 또는 피보험자에게 중증도치매간병 생활자금 지급사유가 발생하였을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- (무)중증도치매간병생활자금특약의 경우 중증도치매간병 생활자금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특약을 해지할 수 없습니다.
- 중증도치매간병 생활자금은 매월 최종진단확정 해당일에 지급하며, “중증도치매상태” 최종진단확정일로부터 그 날을 포함하여 3년간을 중증도치매간병 생활자금의 지급기간으로 합니다. 다만, 해당 월에 최종진단확정 해당일이 없는 경우 해당 월의 마지막 날을 최종진단확정 해당일로 봅니다.
- 피보험자가 중증도치매간병 생활자금의 지급기간 이내에 사망한 경우 회사는 잔여 중증도치매간병 생활자금을 일시에 지급합니다.
- (무)중증도치매보장특약 2종(생활자금지급형)의 보험기간 중 「중증도치매 보장개시일」 이후에 피보험자가 사망하고 그 후에 「중증도치매 보장개시일」 이후에 발생한 “중증도치매상태”를 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 중증도치매간병 생활자금을 일시에 지급합니다.
- 위에 따라 중증도치매간병 생활자금을 일시에 지급할 경우 회사는 잔여 중증도치매간병 생활자금에 대해 “적용이율을 적용하여 연단위 복리로 할인한 금액”과 “평균공시이율을 적용하여 연단위 복리로 할인한 금액” 중 큰 금액을 지급합니다.
- (무)중증도치매간병생활자금특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되거나 피보험자가 장애분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 경우 또는 피보험자에게 중증도치매간병 생활자금 지급사유가 발생하였을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- (무)중증도치매간병생활자금특약의 경우 중증도치매간병 생활자금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특약을 해지할 수 없습니다.
- 중증도치매간병 생활자금은 매월 최종진단확정 해당일에 지급하며, “중증도치매상태” 최종진단확정일로부터 그 날을 포함하여 3년간을 중증도치매간병 생활자금의 지급기간으로 합니다. 다만, 해당 월에 최종진단확정 해당일이 없는 경우 해당 월의 마지막 날을 최종진단확정 해당일로 봅니다.
- 피보험자가 중증도치매간병 생활자금의 지급기간 이내에 사망한 경우 회사는 잔여 중증도치매간병 생활자금을 일시에 지급합니다.
- (무)중증도치매보장특약 2종(생활자금지급형)의 보험기간 중 「중증도치매 보장개시일」 이후에 피보험자가 사망하고 그 후에 「중증도치매 보장개시일」 이후에 발생한 “중증도치매상태”를 직접적인 원인으로 사망한 사실이 확인된 경우에는 그 사망일을 진단확정일로 보고 중증도치매간병 생활자금을 일시에 지급합니다.
- 위에 따라 중증도치매간병 생활자금을 일시에 지급할 경우 회사는 잔여 중증도치매간병 생활자금에 대해 “적용이율을 적용하여 연단위 복리로 할인한 금액”과 “평균공시이율을 적용하여 연단위 복리로 할인한 금액” 중 큰 금액을 지급합니다.
- (무)중증도치매간병생활자금특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되거나 피보험자가 장애분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 경우 또는 피보험자에게 중증도치매간병 생활자금 지급사유가 발생하였을 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- (무)중증도치매간병생활자금특약의 경우 중증도치매간병 생활자금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특약을 해지할 수 없습니다.
- “중증도치매상태”라 함은 CDR 척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating 2001)검사 결과가 1점 이상(다만, 이와 동등하다고 국내외학계에서 일반적으로 인정되는 검사 방법을 사용하여 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다)에 해당되는 상태를 말합니다.
- “중등도치매상태”라 함은 CDR 척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating 2001)검사 결과가 2점 이상(다만, 이와 동등하다고 국내외학계에서 일반적으로 인정되는 검사 방법을 사용하여 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다)에 해당되는 상태를 말합니다.
- “중증도치매상태”라 함은 CDR 척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating 2001)검사 결과가 3점 이상(다만, 이와 동등하다고 국내외학계에서 일반적으로 인정되는 검사 방법을 사용하여 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다)에 해당되는 상태를 말합니다.
- “CDR척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating 2001)”는 치매관련 전문가가 실시하는 전반적인 인지기능 및 사회기능 정도를 측정하는 검사로서, 전체점수구성은 0, 0.5, 1, 2, 3, 4, 5로 되어있으며, 점수가 높을수록 중증을 의미합니다.
- 이 상품은 CDR 척도 1점 이상에 대해 보장하며, CDR 0.5점에 대해서는 보장 하지 않습니다.
- 진단일로부터 90일이 경과한 이후에 회사가 피보험자의 “경도치매상태”, “중등도치매상태” 및 “중증도치매상태”가 계속 지속되었음을 치매 전문의의 진단 등 객관적 소견을 통해 확인함으로써 약관에서 정한 “경도치매상태”, “중등도치매상태” 및 “중증도치매상태”로 최종진단확정 됩니다.
- 정신분열병이나 우울증과 같은 정신질환으로 인한 인지기능의 장애 및 알콜중독, 의사의 처방에 의하지 않는 약물의 투여로 인한 인지기능의 장애를 원인으로 발생한 “경도치매상태”, “중등도치매상태” 및 “중증도치매상태”는 보장대상에서 제외합니다.
- “경도치매상태”, “중등도치매상태” 및 “중증도치매상태”의 진단은 치매 전문의(신경과 또는 정신건강의학과)에 의한 진단서에 의하며, 이 진단은 병력취취, 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 않았더라도 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.
- 본 안내자료는 보험약관의 전체내용을 요약한 것이므로 상세한 내용은 보험계약 체결 전에 반드시 보험약관 및 상품 설명서를 확인하시기 바랍니다.

선택특약

기준 : 특약 보험가입금액 각 1,000만원

구 분		지급사유	보장내용
(무)장해80%이상 중신보장특약	장해80%이상 급여금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 80% 이상인 장해상태가 되었을 때	1,000만원
(무)플러스정기특약	사망보험금	특약의 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 때	1,000만원
(무)재해장해보장특약	재해장해급여금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 발생한 재해로 장해분류표 중 3% 이상 100% 이하에 해당하는 장해상태가 되었을 때	1,000만원 × 해당 장해 지급률
(무)재해사망보장특약 II	재해사망보험금	피보험자가 특약의 보험기간 중 재해로 사망하였을 때	1,000만원
(무)재해장해연금특약	재해장해연금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 발생한 동일한 재해로 인하여 장해분류표 중 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 80% 이상 장해상태가 되었을 때	10년간 매년 보험금 지급사유 발생 해당일 500만원 지급
		피보험자가 이 특약의 보험기간 중 발생한 동일한 재해로 인하여 장해분류표 중 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상 80% 미만 장해상태가 되었을 때	10년간 매년 보험금 지급사유 발생 해당일 250만원 지급
(무)특정재해보장특약 (무)어린이특정재해 보장특약	외모특정상해 수술급여금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 발생한 외모특정상해를 직접적인 원인으로 그 치료를 목적으로 이 특약의 보험기간 중 수술을 받았을 경우 ※ 외모특정상해 : 재해를 원인으로 얼굴 및 머리, 목의 상해	수술 1회당 50만원
	골절치료비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 재해가 발생하고 그 재해를 직접적인 원인으로 골절로 진단이 확정되었을 경우(다만, 치아파절 제외)	진단 1회당 20만원
(무)신교통재해보장	교통재해사망보험금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 발생한 교통재해를 직접적인 원인으로 사망하였을 때	1,000만원
	뺑소니·무보험차량 교통재해사망보험금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 뺑소니·무보험차량 교통재해를 직접적인 원인으로 사망하였을 때	2,000만원(다만, “교통재해사망보험금”과 중복하여 지급하지 아니함)
	교통재해장해급여금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 발생한 교통재해로 장해분류표에서 정한 장해지급률 중 3% 이상 100% 이하에 해당하는 장해상태가 되었을 때	1,000만원 × 해당 장해지급률
(무)수술보장특약III (갱신형) (무)수술보장특약	수술급여금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 수술을 받았을 때 (수술 1회당)	1종수술 : 10만원 2종수술 : 30만원 3종수술 : 50만원 4종수술 : 100만원 5종수술 : 300만원

- 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.
- 갱신형 특약은 3년 만기 자동갱신부 특약으로 보험료는 100세까지 계속 납입하여야 하며, 갱신을 할 때 연령 증가, 적용요율의 변동에 따라 보험료가 인상 될 수 있습니다.

보험금 지급 기준

선택특약

기준 : 특약 보험가입금액 각 1,000만원

구 분		지급사유	보장내용
(무)입원보장특약	입원급여금	피보험자가 특약의 보험기간 중 발생한 질병 또는 재해의 치료를 직접 목적으로 4일 이상 계속하여 입원하였을 때 (1회 입원당 120일 한도)	3일 초과 입원 1일당 1만원
(무)신입원특약Ⅳ (갱신형)	입원급여금	피보험자가 특약의 보험기간 중 발생한 질병 또는 재해의 치료를 직접 목적으로 1일 이상 계속하여 입원하였을 때 (1회 입원당 120일 한도)	입원일수 1일당 1만원
(무)뇌출혈·뇌경색증 진단특약(갱신형)	뇌출혈 및 뇌경색증 진단급여금	이 특약의 보험기간 중 피보험자가 “뇌출혈 및 뇌경색증”으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 최초 1회에 한함)	1,000만원 (다만, 보험계약일로부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 지급사유가 발생하였을 경우에는 상기금액의 50%를 지급)
(무)뇌출혈진단특약	뇌출혈진단급여금	이 특약의 보험기간 중 피보험자가 뇌출혈로 진단이 확정되었을 때(최초 1회의 진단확정에 한함)	경과기간 1년 미만 : 500만원 경과기간 1년 이상 : 1,000만원
(무)급성심근경색증 진단특약	급성심근경색증 진단급여금	이 특약의 보험기간 중 피보험자가 급성심근경색증으로 진단이 확정되었을 때(최초 1회의 진단확정에 한함)	경과기간 1년 미만 : 500만원 경과기간 1년 이상 : 1,000만원
(무)말기신부전증 진단특약	말기신부전증 진단급여금	이 특약의 보험기간 중 피보험자가 말기신부전증으로 진단이 확정되었을 때(최초 1회에 한함)	경과기간 1년 미만 : 500만원 경과기간 1년 이상 : 1,000만원
(무)말기간질환진단특약	말기간질환진단급여금	이 특약의 보험기간 중 피보험자가 말기간질환으로 진단이 확정되었을 때(최초 1회에 한함)	경과기간 1년 미만 : 500만원 경과기간 1년 이상 : 1,000만원
(무)특정수술보장특약	수술급여금	피보험자가 보험기간 중 관상동맥(심장동맥)우회술, 심장판막수술, 대동맥인조혈관치환수술, 장기수혜자로서 5대장기(간장, 신장, 췌장, 심장, 폐장)이식수술, 조혈모세포이식을 받았을 때(각각 최초 1회에 한하여 보장)	2년미만 : 250만원 2년이상 : 500만원
(무)단계별로더받는 입원특약Ⅱ (갱신형)	입원급여금	피보험자가 특약의 보험기간 중 발생한 질병 또는 재해의 치료를 직접 목적으로 1일 이상 계속하여 입원하였을 때 (1회 입원당 120일 한도)	입원 1일당 1만원
	종합병원 입원급여금	피보험자가 특약의 보험기간 중 발생한 질병 또는 재해의 치료를 직접 목적으로 1일 이상 계속하여 종합병원에 입원하였을 때(1회 입원당 120일 한도)	입원 1일당 1만원 (종합병원 입원급여금을 지급할 때 ‘입원급여금’도 동시에 지급. 다만, 1회 입원당 한도는 급부별 적용)
	상급종합병원 입원급여금	피보험자가 특약의 보험기간 중 발생한 질병 또는 재해의 치료를 직접 목적으로 1일 이상 계속하여 상급종합병원에 입원하였을 때(1회 입원당 120일한도)	입원 1일당 3만원 (‘상급종합병원 입원급여금’을 지급할 때 ‘종합병원 입원급여금’과 ‘입원급여금’도 동시에 지급. 다만, 1회 입원당 한도는 급부별 적용)

- 위 특약에 대한 계약소멸사유 및 납입면제사유는 보험약관을 확인하시기 바랍니다.
- (무)신입원특약Ⅳ(갱신형), (무)입원보장특약에서 보장대상이 되는 입원급여금은 보험기간 중 발생한 입원에 한합니다.
- 본 안내자료는 보험약관의 전체내용을 요약한 것이므로 보다 상세한 내용은 보험계약 체결 전에 반드시 보험약관 및 상품설명서를 확인하시기 바랍니다.
- 갱신형 특약은 3년 만기 자동갱신부 특약으로 보험료는 100세까지 계속 납입하여야 하며, 갱신을 할 때 연령 증가, 적용요율의 변동에 따라 보험료가 인상 될 수 있습니다.

선택특약

기준 : 특약 보험가입금액 각 1,000만원

구 분		지급사유	보장내용
(무)등급별 골절· 깁스 특약	등급별 골절치료비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 재해가 발생하고 그 재해를 직접적인 원인으로 "골절등급"에 해당하는 "골절"로 진단이 확정되었을 경우 (다만, 치아파절 제외, 연간 1회 한도)	1등급 : 100만원 2등급 : 40만원 3등급 : 30만원 4등급 : 20만원 5등급 : 10만원
	깁스(Cast)치료비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 발생한 재해 또는 재해 이외의 원인으로 이 특약의 보험기간 중 "깁스(Cast)치료"를 받은 경우 (다만, 부목(Splint Cast)치료는 제외)	1회당 10만원
(무)어린이보장특약	진단급여금	이 특약의 보험기간 중 피보험자가 암, 경계성종양, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암으로 진단이 확정되었을 때 (다만, 각각 최초 1회 진단확정에 한하여 지급하며, 계약일로부터 2년미만은 50% 지급)	암 : 1,000만원 경계성종양 : 300만원 기타피부암, 제자리암, 갑상선암 : 100만원 (2년미만 진단 확정시 50% 지급)
	재해장해급여금	이 특약의 보험기간 중 피보험자가 장애분류표 중 재해로 장해지급률이 3% 이상 100% 이하에 해당하는 장해상태가 되었을 때	2,000만원 × 해당장해지급률
	입원급여금	이 특약의 보험기간 중 피보험자가 질병 또는 재해의 치료를 직접 목적으로 4일 이상 계속하여 입원하였을 때	3일 초과 입원일수 1일당 1만원 (1회 입원당 120일 한도)
	수술급여금	이 특약의 보험기간 중 피보험자가 수술을 받았을 때 (수술 1회당)	1종수술 : 10만원 2종수술 : 30만원 3종수술 : 50만원 4종수술 : 100만원 5종수술 : 300만원
	유괴·납치 위로금	이 특약의 보험기간 중 피보험자가 유괴·납치의 피해자가 되었을 때(다만, 최초 1회에 한하여 지급)	100만원
	조혈모세포이식 수술급여금	이 특약의 보험기간 중 피보험자가 조혈모세포이식수술을 받았을 때 (다만, 최초 1회 수술에 한함)	경과기간 2년 미만 : 250만원 경과기간 2년 이상 : 500만원

- 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 각 1,000만원

구 분	지급사유	보장내용
(무)암직접치료 입원보장특약Ⅲ(갱신형) (무)암직접치료 입원보장특약	피보험자가 보험기간 중 보장개시일(암의 경우 암 보장개시일) 이후에 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양으로 진단이 확정되고, 그 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 4일 이상 계속하여 입원하였을 때(1회 입원당 120일 한도, 3일초과 입원일수 1일당)	암 5만원 경계성종양, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 2만원
(무)요양병원암입원 보장특약Ⅱ(갱신형) (무)요양병원암입원 보장특약	피보험자가 보험기간 중 보장개시일(암의 경우 암 보장개시일) 이후에 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양으로 진단이 확정되고, 그 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양의 치료를 목적으로 4일 이상 계속하여 요양병원에 입원하였을 때(1회 입원당 60일 한도, 3일초과 입원일수 1일당)	암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양 2만원
(무)암진단특약Ⅵ(갱신형)	이 특약의 보험기간 중 피보험자가 암 보장개시일 이후에 암, 유방암, 전립선암으로 진단이 확정되거나 보험기간 중 갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양, 대장점막내암으로 각각 최초 1회 진단이 확정되었을 때 (다만, 계약일로부터 경과기간 1년미만 50% 지급)	암 1,000만원 유방암, 전립선암 200만원 경계성종양, 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 100만원
(무)암진단특약	이 특약의 보험기간 중 피보험자가 암 보장개시일 이후에 암, 유방암, 전립선암으로 진단이 확정되거나 보험기간 중 갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양, 대장점막내암으로 각각 최초 1회 진단이 확정되었을 때 (다만, 계약일로부터 경과기간 2년미만 50% 지급)	
(무)암수술보장특약Ⅳ (갱신형)	피보험자가 보험기간 중 암 보장개시일 이후에 암으로 진단이 확정되거나 보험기간 중 갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양으로 진단이 확정되고, 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 보험기간 중 수술을 받았을 때(1회당)	최초 1회 : 암 200만원 경계성종양 90만원 기타피부암, 제자리암, 갑상선암 30만원 2회 이후 : 암 30만원 경계성종양 30만원 기타피부암, 제자리암, 갑상선암 30만원
(무)암수술보장특약	피보험자가 보험기간 중 암 보장개시일 이후에 암으로 진단이 확정되거나 보험기간 중 갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양으로 진단이 확정되고, 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 보험기간 중 항암약물치료 또는 항암방사선치료를 받았을 때(다만, 각각 최초 1회에 한함)	암 100만원 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양 : 20만원
(무)응급실내원특약Ⅱ (갱신형)	이 특약의 보험기간 중 피보험자가 “응급환자”로 응급실에 내원하여 진료를 받았을 때 (내원 1회당)	4만원
	이 특약의 보험기간 중 피보험자가 “비응급환자”로 응급실에 내원하여 진료를 받았을 때 (내원 1회당)	2만원

- (무)암진단특약Ⅵ(갱신형), (무)암직접치료입원보장특약Ⅲ(갱신형), (무)요양병원암입원보장Ⅱ(갱신형), (무)암수술보장특약Ⅳ(갱신형)에서 암에 대한 보장개시일은 ‘암’, ‘유방암’ 및 ‘전립선암’ 보장에 대한 보장개시일을 말하며, 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날부터, 갱신계약의 경우 갱신일부터입니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우에는 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난날의 다음날부터입니다.
- (무)암진단특약, (무)암직접치료입원보장특약, (무)요양병원암입원보장특약, (무)암수술보장특약에서 암에 대한 보장개시일은 ‘암’, ‘유방암’ 및 ‘전립선암’ 보장에 대한 보장개시일을 말하며, 계약일(부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날부터입니다.
- (무)암직접치료입원보장특약 및 (무)암직접치료입원보장특약Ⅲ(갱신형)의 암직접치료입원급여금은 1회 입원당 120일 한도입니다. (다만, (무)암직접치료입원보장특약Ⅲ(갱신형)이 갱신되어 입원이 갱신 전후에 계속되는 경우에 그 지급일수는 갱신 전후에 계속되는 총 입원일수를 기준으로 1회 입원당 120일을 최고 한도로 하여 계산합니다)
- (무)암직접치료입원보장특약, (무)암직접치료입원보장특약Ⅲ(갱신형)에서 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양으로 인한 “직접적인 치료”라 함은 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양을 제거하거나 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료[보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다](이하 “암 등의 제거 및 증식 억제치료”라 합니다)를 말합니다.

- 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양의 “직접적인 치료”에는 항암방사선치료, 항암화학치료, 암 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양을 제거하거나 암, 갑상선암, 기타피부암 제자리암 또는 경계성종양의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.
- 다음 각 호의 사항은 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양의 “직접적인 치료”에 포함되지 않습니다.
 1. 식이요법, 명상요법 등 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양을 제거하거나 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
 2. 면역력 강화 치료
 3. 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양으로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료 및 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 그럼에도 불구하고 다음 각 호의 사항은 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양의 “직접적인 치료”로 봅니다.
 1. 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양의 제거 또는 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
 2. “암 등의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
 3. “암 등의 제거 및 증식 억제 치료”를 받기 위해 필수불가결한 치료로서 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양으로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료 또는 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 또는 경계성종양 치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
 4. 호스피스, 완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률 제2조 제3호에 해당하는 말기암환자에 대한 치료
- (무)요양병원암입원보장특약 및 (무)요양병원암입원보장특약Ⅱ(갱신형)의 요양병원암입원급여금은 1회 입원당 60일 한도입니다. (다만,(무)요양병원암입원보장특약Ⅱ(갱신형)이 갱신되어 입원이 갱신 전후에 계속되는 경우에 그 지급일수는 갱신 전후에 계속되는 총입원일을 기준으로 1회 입원당 60일을 최고 한도로 하여 계산합니다)
- (무)암진단특약Ⅶ(갱신형)은 암(유방암, 전립선암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양, 대장점막내암은 제외)의 경우 최초 1회 진단시 특약의 갱신이 불가하나, 유방암, 전립선암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양, 갑상선암, 대장점막내암의 경우에는 최초 1회 진단시 해당급부를 지급한 후 갱신되면 다시 갱신 계약기간 3년 동안 각각 최초 1회씩 보장합니다.
- (무)암진단특약Ⅵ(갱신형)은 피보험자가 암 보장개시일 이후 암(유방암, 전립선암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암 및 경계성종양, 대장점막내암은 제외)으로 진단이 확정되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입에 한하여 면제하여 드립니다.
- 위 특약에 대한 계약소멸사유 및 납입면제사유는 보험약관을 확인하시기 바랍니다.
- 한국표준질병·사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호 부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물)의 경우 일차성 악성신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류하여 약관에서 정하는 바에 따라 보장을 합니다. <예시1> C73(갑상선의 악성 신생물)이 림프절로 전이되어 C77(림프절의 이차성 및 상세불명 악성신생물)로 진단된 경우에도 C73(갑상선의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다. <예시2> C50(유방의 악성신생물)이 폐로 전이되어 C78.0(폐의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다. <예시3> C16(위의 악성신생물)이 뇌로 전이되어 C79.3(뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물)로 진단된 경우에도 C16(위의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 봅니다.
- (무)암직접치료입원보장특약Ⅲ(갱신형) 및 (무)암직접치료입원보장특약의 암직접치료입원급여금은 의료법 제3조(의료기관) 제2항 제3호 라목에서 규정된 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입원한 경우에 입원한 경우에는 지급하지 않습니다.
- (무)암직접치료입원보장특약 및 (무)암직접치료입원보장특약Ⅲ(갱신형)에서 보장대상이 되는 암직접치료입원급여금은 보험기간 중 발생한 입원에 한합니다.
- (무)요양병원암입원보장특약 및 (무)요양병원암입원보장특약Ⅲ(갱신형)에서 보장대상이 되는 요양병원입원급여금은 보험기간 중 발생한 입원에 한합니다.
- (무)입원보장특약 및 (무)신입원특약Ⅳ(갱신형)에서 보장되는 입원급여금은 보험기간 중 발생한 입원에 한합니다.
- 본 안내자료는 보험약관의 전체내용을 요약한 것이므로 보다 상세한 내용은 보험계약 체결 전에 반드시 보험약관 및 상품설명서를 확인하시기 바랍니다.

(무)추가납입특약

- 추가납입특약 보험료는 이 특약 성립 후부터 보험기간 중 주계약 보험료 이외에 추가로 납입하는 보험료로서 월정기추가납입보험료와 수시추가납입보험료로 구분됩니다. 다만, 주계약 보험료 납입기간 중에는 해당 월의 주계약 보험료가 납입된 경우에 한하여 추가납입특약 보험료를 납입할 수 있습니다.
- 추가납입 보험료 계약관리비용 : 추가납입보험료의 2.0%
 - 다만, 중도인출 할계약 이내에서 추가납입 하는 경우에는 추가납입보험료에 대한 계약관리비용은 부가하지 않습니다.
- 추가납입계약자적립금(추가납입특약보험료에서 사업비(추가납입보험료의 2.0%)를 차감한 금액)에 대해 연복리 2.25% 확정금리를 제공해 드립니다.
- 월정기추가납입보험료 : 계약자가 이 특약 성립 후부터 보험기간 중 매월 정기적으로 납입할 수 있는 추가납입특약 보험료를 말합니다.
 - 계약자는 월정기추가납입보험료의 납입, 변경 및 중지를 언제든지 신청할 수 있으며, 해당 내용은 신청일 이후 도래하는 익월 월정기추가납입보험료를 납입하기로 약속한 날부터 적용됩니다.
 - 월정기추가납입보험료는 주계약 보험료 납입기간 중에는 매월 주계약 보험료를 납입하기로 한 날에 주계약 보험료와 함께 납입하여야 하며, 주계약 보험료 납입기간 이후에는 계약자가 월정기추가납입보험료의 납입을 신청할 때 매월 납입하기로 한 날에 납입합니다. 다만, 해당 월에 납입하기로 한 날이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 납입하기로 한 날로 합니다.
 - 추가납입특약 보험료의 납입한도를 초과하는 경우 월정기추가납입보험료는 자동으로 납입중단됩니다.
 - 해당 시점의 월정기추가납입보험료가 납입되지 않을 경우 회사는 차회 이후의 월정기추가납입보험료를 납부할 때 미납입된 월정기추가납입보험료를 청구하지 않습니다.
- 수시추가납입보험료 : 계약자가 보험계약 성립 후부터 보험기간 중 수시로 납입하는 추가납입특약 보험료를 말합니다.
- 추가납입특약 보험료 납입한도
 - 보험기간 중 납입할 수 있는 추가납입특약 보험료(월정기추가납입보험료와 수시추가납입보험료의 합계)의 납입한도는 주계약 보험료 납입기간동안 납입하기로 약정한 주계약 보험료 총액의 100%이내로 하며, 추가납입 계약자적립금의 인출이 있을 경우에는 추가납입특약 보험료 납입한도에 인출금액의 누계를 더한 금액을 납입한도로 합니다.
 - 위에도 불구하고 연간납입한도는 (주계약 월납 보험료 × 12 × 200%)로 합니다.
- 중도인출에 관한 사항
 - 계약자는 계약일부터 회사가 정한 기준에 따라 보험기간 동안 보험년도 기준 연 12회에 한하여 추가납입 계약자적립금(다만, 추가납입 계약자적립금에 대한 보험계약대출의 원금과 이자를 제외한 금액)의 일부를 인출할 수 있습니다.
 - 1회에 인출할 수 있는 금액은 10만원 이상 만원 단위로 하며, 총 인출금액이 계약자가 회사에 실제 납입한 주계약 보험료 및 추가납입특약 보험료의 총액을 초과할 수 없습니다.
- 본 안내자료는 보험약관의 전체내용을 요약한 것이므로 보다 상세한 내용은 보험계약 체결 전에 반드시 보험약관 및 상품설명서를 확인하시기 바랍니다.

가입을 위한 안내

상품구성 및 가입한도

구분		가입한도		가입단위
주계약	(무)ABL암치매걱정없는중신보험 (해지환급금 일부지급형)2101	해지환급금 일부지급형(50%)	3,000만원 ~ 2억원	500만원
		기본형		
의무부가 특약	(무)소액질병추가보장특약	본인형	500만원 ~ 3,000만원(주계약의 1배 이내)	
선택특약 (갱신형)	(무)수술보장특약Ⅲ(갱신형)	본인형·배우자형	500만원 ~ 2,000만원(주계약의 0.5배 이내)	
	(무)단계별로더받는입원특약Ⅱ(갱신형)	본인형·배우자형	500만원 ~ 1,500만원	
	(무)신입원특약Ⅳ(갱신형)	본인형·배우자형	500만원 ~ 1억원(주계약의 1배 이내)	
	(무)암수술보장특약Ⅳ(갱신형)	본인형·배우자형	500만원 ~ 3,000만원(주계약의 1배 이내)	
	(무)암직접치료입원보장특약Ⅲ(갱신형)	본인형·배우자형	500만원 ~ 2,000만원(주계약의 1배 이내)	
	(무)뇌출혈·뇌경색증진단특약(갱신형)	본인형·배우자형	50세 이하 500만원 ~ 3,000만원 51세 ~ 60세 500만원 ~ 2,000만원 61세 이상 500만원 ~ 1,000만원	
	(무)요양병원암입원보장특약Ⅱ(갱신형)	본인형·배우자형	500만원 ~ 1,000만원 (무)암직접치료입원보장특약Ⅲ(갱신형)의 1배 이내)	
	(무)암진단특약Ⅵ(갱신형)	본인형·배우자형	500만원 ~ 3,000만원(주계약의 1배 이내)	
	(무)응급실내원특약Ⅱ(갱신형)	본인형·배우자형	500만원 ~ 1,000만원	
	선택특약 (비갱신형)	(무)경도치매진단특약 (무)중등도치매보장특약 (무)중증치매간병생활자금특약	본인형	500만원 ~ 1,000만원
(무)장해80%이상중신보장특약		본인형·배우자형	500만원 ~ 2억원(주계약의 1배 이내)	
(무)플러스정기특약		본인형·배우자형	500만원 ~ 7억원(주계약의 3배 이내)	
(무)재해장해보장특약		본인형·배우자형	1,000만원 ~ 2억원(주계약의 1배 이내)	
(무)특정재해보장특약		본인형·배우자형	500만원 ~ 1,000만원	
(무)등급별 골절·깁스특약		본인형·배우자형	55세 미만 500만원 ~ 2,000만원 55세 이상 500만원 ~ 1,000만원	
(무)어린이특정재해보장특약		자녀형	500만원 ~ 1,000만원	
(무)신교통재해보장특약		본인형·배우자형	500만원 ~ 2억원 (주계약의 2배 이내)	
(무)재해사망보장특약Ⅱ		본인형·배우자형	1,000만원 ~ 3억원(주계약의 3배 이내)	
(무)재해장해연금특약		본인형·배우자형	1,000만원 ~ 2,000만원	
(무)뇌출혈진단특약		본인형·배우자형	500만원 ~ 5,000만원(주계약의 1배 이내) (단, 배우자형은 500만원~3,000만원)	
(무)급성심근경색증진단특약		본인형·배우자형		
(무)말기신부전증진단특약		본인형·배우자형	500만원 ~ 3,000만원(주계약의 1배 이내)	
(무)말기간질환진단특약		본인형·배우자형		

상품구성 및 가입한도

구분		가입한도	가입단위
선택특약 (비갱신형)	(무)특정수술보장특약	본인형-배우자형	500만원 ~ 2,000만원
	(무)수술보장특약	본인형-배우자형	500만원 ~ 2,000만원(주계약의 0.5배 이내)
	(무)입원보장특약	본인형-배우자형	500만원 ~ 1억원(주계약의 1배 이내)
	(무)암진단특약 (무)암수술보장특약	본인형-배우자형	500만원 ~ 3,000만원(주계약의 1배 이내)
	(무)암직접치료입원보장특약	본인형-배우자형	500만원 ~ 2,000만원(주계약의 1배 이내)
	(무)요양병원암입원보장특약	본인형-배우자형	500만원 ~ 1,000만원 (무)암직접치료입원보장특약Ⅲ(갱신형)의 1배 이내)
	(무)어린이보장특약	자녀형	500만원 ~ 2,000만원(주계약의 1배 이내)
제도성특약	(무)건강인우대특약 / (무)추가납입특약 / (무)연금전환특약(즉시형) / (무)6대질병연금전환특약(즉시형) / (무)LTC연금전환특약(즉시형) / (무)유가족연금전환특약 / 특정신체부위질병보장제한부인수특약 / 표준하체인수특약 / 선지급서비스특약 / 단체취급특약 / 중도부가 서비스특약 / 사후정리를 위한 사망보험금 신속지급 특약 / 장애인전용보험전환특약 지정대리청구서비스 특약		

- 보험기간, 납입주기, 납입기간 외 가입나이, 가입한도 등 계약인수관련 사항은 회사가 별도로 정한 기준에 따라 제한될 수 있습니다.
- 주피보험자, 종피보험자(배우자) (무)재해장해연금특약 가입 시 (무)재해장해보장특약을 가입금액 최저 1,000만원부터 3억원 한도로 의무부가 됩니다.
- (무)신입원특약Ⅳ(갱신형), (무)입원보장특약은 주계약(배우자형의 경우 (무)플러스정기특약)의 1배 이내 가입 가능하며, 기계약 합산 일반사망보험금에 따라 가입한도가 달라집니다.
 1. 일반사망보험금 1억원 이하: 3천만원 이내에서 주계약(배우자형의 경우 (무)플러스정기특약)의 1배 이내
 2. 일반사망보험금 1억원 초과: 일반사망보험금의 30% 한도 내에서 주계약(배우자형의 경우 (무)플러스정기특약)의 1배 이내
- (무)신교통재해보장특약과 (무)재해사망보장특약Ⅱ은 합산하여 주계약의 2배 이내 가입, 다만, 배우자의 (무)신교통재해보장특약과 (무)재해사망보장특약Ⅱ는 (무)플러스정기특약(배우자형) 가입금액 2배 이내로 가입 가능합니다.
- (무)플러스정기특약은 보험기간을 달리하여 중복(최대2개까지)부가 가능하며, 2개 특약을 합산하여 주계약 가입금액의 3배 이내 가입 가능합니다.
- (무)단계별로더받는입원특약Ⅲ(갱신형)은 주계약(배우자형의 경우 (무)플러스정기특약)의 0.5배 이내 가입 가능하며, 기계약 합산 일반사망보험금에 따라 가입한도가 달라집니다.
 1. 일반사망보험금 1억원 이하: 1천5백만원 이내에서 주계약(배우자형의 경우 (무)플러스정기특약)의 0.5배 이내
 2. 일반사망보험금 1억원 초과: 일반사망보험금의 15% 한도 내에서 주계약(배우자형의 경우 (무)플러스정기특약)의 0.5배 이내
- 기수술특약 가입고객은 급부사정 한도 내에서 가입 가능합니다. (위험4급, 비위험급)
- 보험기간 중 주피보험자는 배우자와 자녀 세 명까지 추가 가능합니다.
- 피보험자의 건강상태에 따라 특정신체부위질병보장제한부인수특약 적용됩니다.
- (무)건강인우대특약: 우량체 가입기준은 언더라이팅부 신계약처리기준 참고 바랍니다.
- (무)요양병원암입원보장특약Ⅱ(갱신형)은 (무)암직접치료입원보장특약Ⅲ(갱신형) 부가 시에만 가입 가능하며, 보험가입금액은 (무)암직접치료입원보장특약Ⅲ(갱신형)의 보험가입금액 이내로 합니다.
- (무)요양병원암입원보장특약Ⅱ(갱신형)은 (무)암직접치료입원보장특약 부가 시에만 가입 가능하며, 보험가입금액은 (무)암직접치료입원보장특약의 보험가입금액 이내로 하며, 이때, 보험기간은 동일 하게 가입 하여야 합니다.
- (무)등급별 골절: 깃스특약은 상해위험등급별, 가입연령별 가입한도 차등화 적용 및 (무)특정재해보장특약과 합산 가입한도 적용합니다.
 1. 상해등급 1등급: 당사 합산 가입한도 1,000만원, (무)특정재해보장특약과 합산 가입한도 1,000만원
 2. 상해등급 2 ~ 4등급: 당사 합산 가입한도 2,000만원, (무)특정재해보장특약과 합산 가입한도 2,000만원
 3. 상해등급 비위험 등급: 당사 합산 가입한도 2,000만원, (무)특정재해보장특약과 합산 가입한도 3,000만원
- 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.

₩ 보험료 예시표

주계약

기준 : 주계약 보험가입금액 1억원, 20년납, 월납, 표준체, 할인후 보험료, 단위 : 원

구 분		남자			여자		
		30세	40세	50세	30세	40세	50세
(무)ABL암치매걱정없는중신보험 (해지환급금 일부지급형)2101	해지환급금 일부지급형(50%)	240,560	298,760	-	226,980	277,420	337,560
	기본형	274,510	339,500	-	258,020	313,310	378,300

특약보험료

기준 : 특약 보험가입금액 1,000만원, 100세만기, 20년납, 단위 : 원

구 분		남자			여자		
		30세	40세	50세	30세	40세	50세
(무)경도치매진단특약		2,600	3,310	4,350	2,820	3,560	4,550
(무)중등도치매보장특약	1종(일시지급형)	9,460	12,060	15,810	10,580	13,350	17,060
	2종(생활자금지급형)	9,900	12,610	16,530	11,070	13,960	17,840
(무)중증치매간병생활자금특약		19,420	24,750	32,430	23,940	30,200	38,570

자녀 대상 특약보험료

기준 : 특약 보험가입금액 각 1,000만원, 단위 : 원

구 분	남자			여자		
	0세	5세	10세	0세	5세	10세
(무)어린이특정재해보장특약	1,200	1,600	1,700	500	700	600
(무)어린이보장특약	1,990	1,650	1,860	1,490	1,140	1,180

- (무)어린이특정재해보장특약은 0세(20년만기 15년납), 5세(15년만기 10년납), 10세(10년만기 7년납) 기준으로 산출됩니다.
- (무)어린이보장특약은 전기납 기준으로 산출됩니다.

(무)등급별골절·킵스 특약보험료

기준 : 특약 보험가입금액 각 1,000만원, 80세 만기, 20년납, 단위 : 원

구 분	남자			여자		
	30세	40세	50세	30세	40세	50세
(무)등급별골절·킵스특약	2,250	2,180	2,070	2,390	2,510	2,590

특약보험료

기준 : 특약 보험가입금액 1,000만원, 70세만기, 20년납 (다만, (무)소액질병추가보장특약은 종신만기, 20년납 / (무)장해80%이상종신보장특약은 종신만기, 20년납 / (무)특정재해보장특약의 50세는 70세만기, 65세납 / (무)응급실내원특약Ⅱ(갱신형) 및 (무)뇌출혈·뇌경색증진단특약(갱신형)외 갱신형 특약은 3년만기 전기납 최초계약시 / (무)응급실내원특약Ⅰ(갱신형) 및 (무)뇌출혈·뇌경색증진단특약(갱신형)은 10년만기 전기납 최초계약시, 단위 : 원

구 분	남자			여자		
	30세	40세	50세	30세	40세	50세
(무)소액질병추가보장특약_의무부가특약	1,370	1,600	1,800	1,320	1,370	1,340
(무)플러스정기특약	5,500	6,300	6,900	2,700	2,900	3,000
(무)특정재해보장특약	1,200	1,100	1,200	900	1,000	1,200
(무)특정수술보장특약	530	590	590	240	250	230
(무)재해장해연금특약	830	880	860	210	230	240
(무)재해장해보장특약	730	690	620	390	420	430
(무)재해사망보장특약Ⅱ	550	560	560	160	160	160
(무)장해80%이상종신보장특약	1,700	2,140	2,740	1,990	2,500	3,160
(무)입원보장특약	2,300	2,400	2,300	2,800	3,000	3,000
(무)응급실내원특약Ⅱ(갱신형)	820	820	990	890	760	870
(무)요양병원암입원보장특약Ⅱ(갱신형)	10	30	70	40	90	170
(무)요양병원암입원보장특약	140	160	180	240	260	240
(무)암진단특약Ⅵ(갱신형)	420	1,290	3,830	900	1,930	3,250
(무)암진단특약	6,910	8,340	9,430	5,410	5,840	5,480
(무)암직접치료입원보장특약Ⅲ(갱신형)	120	250	650	180	380	750
(무)암직접치료입원보장특약	1,300	1,530	1,730	1,050	1,140	1,070
(무)암수술보장특약Ⅳ(갱신형)	160	400	1,200	410	980	1,520
(무)암수술보장특약	2,140	2,550	2,860	2,060	2,180	1,900
(무)신입원특약Ⅳ(갱신형)	1,500	1,500	2,400	1,800	1,700	3,400
(무)신교통재해보장특약	510	480	460	230	240	250
(무)수술보장특약Ⅲ(갱신형)	1,400	2,500	4,500	2,000	3,200	5,300
(무)수술보장특약	7,000	7,600	7,800	7,600	7,900	7,300
(무)말기신부전증진단특약	940	1,020	960	680	720	660
(무)말기간질환진단특약	820	940	880	130	140	120
(무)단계별로더받는입원특약Ⅱ(갱신형)	2,500	2,600	4,300	2,700	2,900	5,700
(무)뇌출혈진단특약	1,760	1,900	1,830	1,370	1,580	1,550
(무)급성심근경색증진단특약	2,520	3,000	3,190	1,130	1,370	1,540
(무)뇌출혈·뇌경색증진단특약(갱신형)	650	1,750	4,110	300	970	2,660

- 갱신형 특약은 3년 만기 자동갱신부 특약으로 보험료는 100세까지 계속 납입(다만, (무)응급실내원특약Ⅱ(갱신형) 및 (무)뇌출혈·뇌경색증진단특약(갱신형)은 10년만기 자동갱신부 특약으로 100세까지 계속납입)하여야 하며, 갱신을 할 때 연령 증가, 적용요율의 변동에 따라 보험료가 인상 될 수 있습니다.

₩ 해지환급금 예시표

주계약

기준 : 40세 남자, 20년납, 주계약(보험가입금액 1억원, 표준체, 할인후 보험료), (무)소액질병추가보장특약(보험가입금액 2,000만원, 종신만기), 월납, 의무부가특약 외 특약제외 단위 : 원

경과 기간	해지환급금 일부지급형(50%)						기본형					
	남자			여자			남자			여자		
	납입보험료	해지환급금	환급률	납입보험료	해지환급금	환급률	납입보험료	해지환급금	환급률	납입보험료	해지환급금	환급률
1년	3,623,520	6,140	0.2%	3,361,920	600	0.0%	4,112,400	6,140	0.1%	3,792,600	600	0.0%
2년	7,247,040	1,675,580	23.1%	6,723,840	1,411,720	21.0%	8,224,800	3,320,080	40.4%	7,585,200	2,806,220	37.0%
3년	10,870,560	3,611,260	33.2%	10,085,760	3,118,440	30.9%	12,337,200	7,166,260	58.1%	11,377,800	6,202,940	54.5%
5년	18,117,600	7,561,480	41.7%	16,809,600	6,606,300	39.3%	20,562,000	15,015,980	73.0%	18,963,000	13,144,800	69.3%
10년	36,235,200	16,994,640	46.9%	33,619,200	14,999,620	44.6%	41,124,000	33,762,140	82.1%	37,926,000	29,850,620	78.7%
20년	72,470,400	73,748,640	101.8%	67,238,400	66,739,300	99.3%	82,248,000	73,748,640	89.7%	75,852,000	66,739,300	88.0%

- 상기 환급률은 고액계약 할인을 반영한 납입보험료 대비 환급률입니다.
- 상기 예시된 금액 및 환급률 등은 암치매진단보험금 지급사유가 발생하지 않은 경우를 가정하여 산출한 금액으로, 암치매진단보험금 지급사유 발생시 변경됩니다.
- 상기 예시는 주계약에 의무부가되는 (무)소액질병추가보장특약이 반영된 값이며, 의무부가특약 외 선택특약 가입시 금액이 다를 수 있습니다.
- 이 계약을 중도 해지할 경우 납입한 보험료에서 지난 기간의 위험보험료, 계약체결비용 및 계약관리비용(해지공제액 포함) 등이 차감되므로 해지환급금은 납입보험료보다 적거나 없을 수 있습니다.
- '해지환급금 일부지급형(50%)' 계약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우(다만, 암치매진단보험금 지급사유가 발생하지 않은 경우)의 해지환급금은 '기본형' 해지환급금의 일부(50%)에 해당하는 금액이 해지환급금으로 지급됩니다. 다만, 보험료 납입기간이 완료된 이후 또는 약관 제 6조 제2호의 암치매진단보험금 지급사유 발생 후 계약이 해지되는 경우에는 '기본형'의 해지환급금과 동일한 금액이 해지환급금으로 지급되고, 이때에도 납입한 보험료에서 경과된 기간의 위험보험료, 계약체결비용 및 계약관리비용(해지공제액 포함)등이 차감되므로 해지환급금은 납입보험료보다 적을 수 있습니다.

가입시 유의사항

보험료에 관한 사항

계약을 체결할 때 피보험자의 성별과 가입나이, 보험기간, 보험료 납입기간 및 보험가입금액 등에 따라 이 계약의 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 방법으로 산출된 보험료를 말합니다.

보험료 선납에 관한 사항

- 가. 보험료 납입기간 이내에 당월분을 포함하여 3개월분 이상(최대 12개월분까지)의 보험료(특약이 부가된 경우 특약보험료 포함)를 선납할 수 있습니다.
- 나. 보험료를 선납하는 경우에는 가입 시점의 평균공시이율로 선납보험료를 할인하며, 선납보험료는 보험료 납입일부터 평균공시이율(2021년 현재 평균공시이율 연복리 2.25%)로 적립하여 해당 보험료 월계약해당일에 대체합니다.

해지계약의 부활(효력회복)에 관한 사항

보험약관 제29조 “보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지”에 따라 계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.

연체이율에 관한 사항

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

보험계약대출에 관한 사항

- 가. 계약자는 이 계약의 해지환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하 “보험계약대출”이라 한다)을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수 있습니다.
- 나. 계약자는 ‘가’에 따른 보험계약대출금과 보험계약대출이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 때에는 회사는 보험금, 해지환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.
- ※ 해지환급금 일부지급형(50%) 상품의 보험료 납입기간 동안에는 해지환급금이 없거나 적으므로 해지환급금을 담보로 하는 보험계약대출이 불가능하거나 제한적일 수 있습니다.

해지환급금 일부지급형에 관한 사항

- 가. ‘해지환급금 일부지급형(50%)’은 「해지환급금 일부지급형 상품으로 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우(다만, 약관 제6조(보험금의 지급사유) 제2호의 암치매진단보험금 지급사유가 발생하지 않은 경우) ‘기본형’의 해지환급금 대비 적은 해지환급금을 지급하는 대신 ‘기본형’보다 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있도록 한 상품입니다.
- 나. ‘가’에서 해지환급금을 계산할 때 기준이 되는 ‘기본형’의 해지환급금은 이 계약의 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
- 다. ‘해지환급금 일부지급형(50%)’의 계약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우(다만, 약관 제6조(보험금의 지급사유) 제2호의 암치매진단보험금 지급사유가 발생하지 않은 경우)의 해지환급금은 ‘기본형’해지환급금의 50%에 해당하는 금액으로 합니다. 다만, 보험료 납입기간이 완료된 이후 또는 약관 제 6조 제2호의 암치매진단보험금 지급사유 발생 후 계약이 해지되는 경우에는 ‘기본형’의 해지환급금과 동일한 금액으로 합니다.
- 라. ‘가.’에서 ‘보험료 납입기간’이란, 계약을 체결할 때 보험료를 납입하기로 한 기간(년수)이 경과한 계약해당일의 전일까지를 말합니다. 다만, 보험료의 납입이 연체된 경우 보험료 총액의 납입이 완료된 기간까지를 보험료 납입기간으로 봅니다.
- 마. 회사는 해지환급금 일부지급형(50%) 및 ‘기본형’의 보험료 및 해지환급금(환급률 포함)의 수준을 비교하여 안내 합니다.
- 바. 회사는 해지환급금 일부지급형(50%)의 계약을 체결할 때 계약자에게 ‘해지환급금 일부지급형’ 내용에 대한 충분한 설명을 하고 (사업방법서 별첨 제1호 참조)에서 정한 사항을 확인 받습니다.

가입시 유의사항

보험가입금액 자동 감액을 통한 생활설계자금에 관한 사항

- 가. 계약자는 보험료 납입기간이 지난 유효한 계약에 한하여 보험가입금액 자동 감액을 통한 생활설계자금(이하 "생활설계자금"이라 한다)을 신청 할 수 있다. 다만, 보험계약대출이 있는 경우에는 보험계약대출의 원금과 이자를 모두 상환한 이후에 생활설계자금을 신청 할 수 있습니다.
- 나. 가에 따라 생활설계자금을 신청한 경우 회사는 그 내용을 기재하여 보험증권을 다시 교부하며, 생활설계자금 신청내역 및 보험금 변경내용 등을 계약자에게 서면으로 안내합니다.
- 다. 가의 생활설계자금은 생활설계자금 지급기간 동안 매년 1회 지급하며, 생활설계자금의 지급기간은 최소 2년에서 최대 20년 범위 내에서 신청하여야 합니다. 다만, 생활설계자금은 피보험자의 90세 계약해당일의 전일까지 신청할 수 있으며, 생활설계자금의 지급이 완료된 후 보험가입금액은 신청 직전 보험가입금액의 20%와 2,000만원 중 큰 금액 이상이어야 합니다.
- 라. 생활설계자금 지급에 관한 사항
- (1) 계약자는 생활설계자금을 신청할 때, 다음 중 하나의 방식을 선택하여야 합니다.
 - ① 정액 지급 방식 : 계약자가 선택한 정액의 생활설계자금을 생활설계자금 지급기간 동안 매년 계약자에게 지급하고, 이 계약의 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 방법에 따라 매년 보험가입금액을 감액하는 방식입니다.
 - ② 정액 감액 방식 : 계약자가 선택한 보험가입금액 감액 대상금액을 생활설계자금 지급기간으로 나누어 매년 정액으로 감액할 금액을 정하고, 이 계약의 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 방법에 따라 매년 정액의 보험가입금액을 감액하여 감액부분에 해당되는 해지환급금을 계약자에게 생활설계자금으로 지급하는 방식입니다.
 - (2) 생활설계자금은 생활설계자금의 신청일을 포함하여 생활설계자금 지급기간 동안 매년 생활설계자금의 신청 해당일에 지급한다. 다만, 해당 월의 생활설계자금의 신청 해당일이 없는 경우에는 해당 월의 말일에 생활설계자금을 지급합니다.
 - (3) 계약이 해지 및 기타사유에 따라 효력이 없는 경우 또는 피보험자가 사망하였을 경우에는 그 때부터 생활설계자금은 지급되지 않으며, 피보험자가 사망한 이후에 지급된 생활설계자금이 있는 경우에는 사망보험금에서 그 생활설계자금을 차감하고 지급합니다.
- 마. 계약자는 생활설계자금의 지급이 개시된 이후에 생활설계자금의 지급 중지를 신청할 수 있으며, 이 경우 회사는 보험가입금액의 감액을 중단하고 생활설계자금도 지급하지 않습니다.
- 바. 계약자는 생활설계자금 지급기간 중에는 보험가입금액의 감액, 보험계약대출을 신청 할 수 없습니다.

(무)건강인우대특약의 우량체 가입기준에 관한 사항

이 특약의 피보험자는 '가'에서 정한 건강상태와 '나'에서 정한 가입자격을 모두 충족한 자로 합니다.

가. 이 특약을 가입할 수 있는 피보험자의 건강상태 요건은 다음과 같습니다.

- (1) 직전 1년간 어떠한 형태와 종류를 불문하고 담배를 피우거나 씹거나 또는 기타 이와 유사한 형태로 사용하지 않은 자
- (2) 최대혈압(수축기)가 140mmHg 미만이고, 최저혈압(이완기)가 90mmHg 미만인 자
- (3) BMI(Body Mass Index)수치(Kg/m²)가 16.5 이상 26.4 이하인 자

나. 이 특약을 가입할 수 있는 피보험자의 가입자격은 다음과 같습니다.

- (1) 이 특약의 가입시점에 '표준하체인수특약'을 부가하지 않고도 주계약 가입이 가능한 자('표준하체인수특약'을 부가하여 주계약을 가입하였으나 건강상태의 호전 등으로 인하여 이 특약의 가입시점에는 '표준하체인수특약'을 부가하지 않고도 주계약 가입이 가능한 상태가 된 경우를 포함)
- (2) 이 특약의 가입시점에 피보험자의 나이가 20세 이상 60세 이하인 자

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.

가입시 유의사항

보험계약의 전환에 관한 사항

- 기존 계약을 해지하고 새로운 계약을 청약하거나 그 반대의 경우에 새로운 계약에 적용되는 금리가 달라질 수 있고, 가입나이의 증가로 보험료가 비싸질 수 있으며, 기존 계약에 대한 해지환급금은 해지공제로 인해 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있으므로 계약의 전환시에는 충분한 전환안내를 받으셔야 합니다.

• 연금전환특약 관련 안내

연금전환특약을 통하여 연금으로 전환하는 경우, 전환 당시 판매 중인 연금전환특약의 기초서류(사업방법서, 약관, 보험료 및 책임준비금 산출방법서) 내용을 적용하므로 약관과 보험요율 등이 현재 안내되는 내용[선택가능한 연금지급형태, 기초율 및 공시이율(최저보증이율포함)]과 달라질 수 있습니다. 다만, 종신연금형의 경우 연금사망률의 개정 등에 따라 「전환전 계약의 가입시점 연금사망률에 따라 계산된 연금연액」이 「전환시점의 연금사망률에 따라 계산된 연금연액」보다 큰 경우에는 「전환전 계약의 가입시점 연금사망률에 따라 계산된 연금연액」을 지급합니다.

[종신보험 및 연금(저축성)보험의 특징]

구분	종신보험(연금전환특약)	연금보험 등 저축성보험
가입 목적	- 사망보험금으로 유족 보장 다만, 사망 이전에 연금으로 전환 가능	- 연금 수령 등 노후 대비를 위한 저축
장점	- 고액의 사망보험금 설계 가능	- 안정적인 목돈(연금연액) 설계 가능
단점	- 연금전환시 연금보험 대비 적은 연금연액	- 사망 등 보장기능 미흡

(예시) 종신보험 및 연금보험의 해지환급금, 사망보험금, 연금연액 비교

단위 : 만원

구분	경과년수 / 연금개시시점	납입 보험료	A종신보험(연금전환시)	B연금보험
해지 환급금(율)	1년	314	0 (0.0%)	188 (59.6%)
	5년	1,572	1,072 (68.1%)	1,445 (91.9%)
	10년	3,144	2,470 (78.5%)	3,178 (101.0%)
	15년	4,716	3,938 (83.5%)	5,190 (110.0%)
	20년	6,288	5,586 (88.8%)	7,742(123.1%)
사망보험금	종신	-	1억원	사망시 적립액
연금연액	20년	6,288	263	344

주) 1. 40세 남자, 보험가입기간 종신, 월납 보험료 26.2만원, 20년납, 보험가입금액 1억원 기준(연금보험은 재해장해보험금 1천만원 기준)

* 연금연액은 10년보증 종신연금 기준으로 산출 가정

2. 종신보험의 적용이율(약 2.75%) 및 연금보험의 공시이율(약 2.52% 가정)로 적용 · 산출

3. 최저보증이율 적용시에는 종신보험의 해지환급금 및 연금연액이 높아질 수도 있습니다.

※ 본 예시금액은 종신보험과 연금보험의 특징을 설명하기 위한 자료로서 생명보험협회의 '상품공시시행세칙' 상 예시로 산출된 금액이며, 실제 가입하고자하는 상품과 다를수도 있습니다.

※ 본 상품은 보장성보험으로 연금보장 또는 적립형 계약을 주목적으로 가입하는 것은 적합하지 않습니다.

기타

- 회사는 상품명칭 앞에 계약자가 원하는 이름이나 판매경로 등을 인식할 수 있는 용어를 덧붙여 안내자료 및 보험증권에 기재할 수 있습니다.
- 보험기간, 납입주기, 납입기간 외 가입나이, 가입한도 등 계약인수관련 사항은 회사가 별도로 정한 기준에 따라 제한될 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.

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 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 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 청구제도에 관한 사항

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

보험품질보증제도에 관한 사항

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

배당에 관한 사항

- 이 상품은 무배당 보험으로 배당이 없는 대신 보험료가 저렴합니다.

세제혜택

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

해지환급금이 납입보험료보다 적은 이유

- 계약자가 납입한 보험료는 불의의 사고를 당한 다른 가입자에게 보험금으로 지급되고 회사 운영에 필요한 경비로 사용되므로 충도해지시 지급되는 해지환급금은 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 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
- ※ 일반사망보험금의 경우 '고의적 사고 및 가입 후 2년내 자살시' 지급 제한
- 자세한 사항은 보험약관 참조

기존계약 해지 후 신계약 체결 시 불이익 사항

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

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 관원법규 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, 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 보험설계사를 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.klia.or.kr(생명보험협회)