

신한 이지로운 간편건강보험(무배당)(일반심사형)

상품요약서

○ 신한 이지로운 간편건강보험(무배당)(일반심사형) Q&A

Q) 보험가입시 보험나이의 계산은 어떻게 합니까?

A) 피보험자의 보험나이는 계약일 현재 만 나이로 계산하고 1년 미만의 단수가 있을 때에는 6개월 미만은 버리고 6개월 이상은 1년으로 계산합니다.

Q) 이 상품의 보장개시일은 어떻게 됩니까?

A) 이 상품의 보장개시일은 회사가 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때(자동이체납입 및 신용카드납입의 경우에는 자동이체신청 및 신용카드 매출승인에 필요한 정보를 제공한 때, 다만 계약자의 귀책사유로 보험료 납입 및 승인이 불가능한 경우에는 그러하지 아니합니다)부터 입니다. 다만, 회사가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙한 경우에는 제1회 보험료를 받은 때를 보장개시일로 봅니다.

Q) 이 상품의 보장 중에 보험가입 후 일정기간 이내에 보험금 지급사유가 발생하면 50% 감액 지급하는 보장과 면책기간이 있는 보장이 있나요?

A-1) 네. 있습니다. 이 상품의 보장 중 최초 보험가입 또는 부활(효력회복) 후 일정기간 보장하지 않는 기간(면책기간)이 있는 보장과 최초 보험가입 후 일정기간 이내에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급하는 보장은 다음 표와 같습니다.

보장명	최초보험가입 또는 부활(효력회복) 후 면책기간	최초 보험가입 후 50% 감액 지급 기간
[갱신형] 독감(인플루엔자)(10일면책) 항바이러스제 치료비	10일	1년
대상포진 진단비(최초1회한)(30일면책)	30일	1년
암 진단비(유사암 제외)(최초1회한) 유사암 진단비(최초1회한)(90일면책) 암 특정재활치료비(급여, 1일1회한, 연20회한) 항암방사선·약물치료비(기타피부암 및 갑상선암 제외)(최초1회한) 고액암 진단비(최초1회한) 통합암(전이포함) 진단비(유사암제외) 계속받는 항암방사선·약물치료비(기타피부암 및 갑상선암 제외)(연간1회한) [갱신형] 암 급여 특정통증완화치료비(연간1회한) 암 수술비(유사암 제외) 암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 주요치료비(연간1회한, 진단후	90일	1년

10년) 비급여(전액본인부담 포함) 암 주요치료비(연간1회한, 진단후 10년) 뇌혈관질환 진단비(최초1회한)(90일면책) 허혈성심장질환 진단비(최초1회한)(90일면책)			
[갱신형] 다빈치로봇 암 수술비(최초1회한)		90일	주1)
[갱신형] 표적항암약물허가 치료비(최초1회한) [갱신형] 특정면역항암약물허가 치료비(최초1회한)	암	90일	1년
	기타피부암 갑상선암	X	
암직접치료입원일당(1일이상)(요양병원제외) 암요양병원입원일당(1일이상, 90일한도) 암직접치료통원일당(상급종합병원)(연간30회한도) 암직접치료통원일당(요양병원제외)(연간30회한도)	암	90일	1년
	기타피부암 갑상선암 제자리암 경계성종양	X	
보험료 납입면제대상	암	90일	X
	상해80%이상 후유장해 질병80%이상 후유장해 뇌졸중 급성심근경색증	X	
질병 후유장해(3-100%) 질병 후유장해(80%이상)(최초1회한) 질병 사망 질병 후유장해(50%이상)(최초1회한) 질병 입원일당(1일이상)		X	1년

질병 중환자실 입원일당(1일이상) 질병 입원 간병인 사용일당(1일이상)(요양병원 제외) 질병 입원 간병인 사용일당(1일이상)(요양병원) 질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당(1일이상) 질병 종합병원 입원일당(1일이상180일한도) 질병 상급종합병원 입원일당(1일이상180일한도) 131대질병 수술비 질병 수술비 질병 종합병원 수술비(백내장,대장양성종양제외) 질병 상급종합병원 수술비(백내장,대장양성종양제외) 질병 1-5종 수술비 질병 1-8종 수술비(시술포함)(연간1회한) 혈전용해 치료비(최초1회한) [갱신형] 다빈치로봇 특정질병 수술비(연간1회한) 대상포진 진단비(최초1회한) 대상포진 진단비(최초1회한)(30일면책) 통풍 진단비(최초1회한) 간경변 진단비(최초1회한) 간부전 진단비(최초1회한) [갱신형] 갑상선기능저하증 진단비(최초1회한) [갱신형] 갑상선기능항진증 치료비(최초1회한) [갱신형] 독감(인플루엔자)(10일면책) 항바이러스제 치료비 중증백내장 진단비(최초1회한) [갱신형] 특정녹내장 진단비(최초1회한) 유사암 진단비(최초1회한)(90일면책) 항암방사선·약물치료비(기타피부암 및 갑상선암)(최초1회한) 계속받는 항암방사선·약물치료비(기타피부암 및 갑상선암) (연간1회한) [갱신형] 갑상선암 수술후 호르몬 약물허가치료비(최초1회한) 유사암 수술비 기타피부암 및 갑상선암 주요치료비(연간1회한, 진단후 10년) 뇌출혈 진단비(최초1회한) 뇌졸중 진단비(최초1회한) 뇌혈관질환 진단비(최초1회한) 뇌혈관질환 수술비 급성심근경색증 진단비(최초1회한)		
--	--	--

허혈성심장질환 진단비(최초1회한) 심장질환(특정Ⅰ) 진단비(최초1회한) 심장질환(특정Ⅱ) 진단비(최초1회한) 심근병증 진단비(최초1회한) 허혈성심장질환 수술비 부정맥 진단비(최초1회한) 심방세동 및 조동 진단비(최초1회한) 2대질병 특정재활치료비(급여, 1일1회한, 연90회한) 2대질병통원일당(상급종합병원)(연간30회한) 2대질병통원일당(요양병원제외)(연간30회한) 2대질병(뇌혈관질환 및 허혈성심장질환) 주요치료비(연간1회한, 진단후 10년) 장기요양진단비(1등급)(최초1회한) 장기요양진단비(1-2등급)(최초1회한) 장기요양진단비(1-3등급)(최초1회한) 장기요양진단비(1-4등급)(최초1회한)		
치매 진단비(경증 이상:CDR 1점이상)(최초1회한) 치매 진단비(중등도 이상:CDR 2점이상)(최초1회한) 치매 진단비(중증 이상:CDR 3점이상)(최초1회한)	1년	X
폐렴 진단비(최초1회한)	X	1년 (단 30일 내 10% 지급)

주1) [갱신형] 다빈치로봇 암 수술비는 아래와 같이 감액이 적용됩니다.

보장개시일(책임개시일)부터 가입후 180일미만	보장개시일(책임개시일)부터 가입후 1년미만(180일미만 제외)	가입후 1년이상 (1년미만 제외)
보험가입금액의 25%	보험가입금액의 50%	보험가입금액의 100%

A-2) 재진단암 진단비 특별약관의 면책기간은 아래와 같습니다.

최초 보험가입 후 면책기간	1) 첫 번째 '재진단암' : '최초암'의 진단확정일로부터 2년 2) 두 번째 이후 '재진단암' : 직전 '재진단암'의 진단확정일로부터 2년
부활(효력회복) 후 면책기간	1) 해지 ^{주)} 전 '최초암'으로 진단확정되지 않은 경우 : '최초암'의 진단확정일로부터 2년 2) 해지 전 '최초암' 또는 '재진단암'으로 진단확정된 경우 : 부활(효력회복)일로부터 2년

주) 약관에 따라 보험료의 납입을 연체하여 해지되는 경우만 해당합니다.

A-3) 두번째암 진단비(최초1회한) 특별약관의 면책기간은 아래와 같습니다.

최초 보험가입 후 면책기간	‘첫 번째 암’의 진단확정일로부터 2년
부활(효력회복) 후 면책기간	1) 해지 [※] 전 ‘첫 번째 암’으로 진단확정되지 않은 경우 : ‘첫 번째 암’의 진단확정일로부터 2년 2) 해지 전 ‘첫 번째 암’으로 진단확정된 경우 : 부활(효력회복)일로부터 2년

주) 약관에 따라 보험료의 납입을 연체하여 해지되는 경우만 해당합니다.

Q) 이 상품의 보장 중에 [갱신형] 특별약관의 운영은 어떻게 되나요?

A) [갱신형] 특별약관은 최초 가입후 갱신주기마다 갱신을 통해 보험나이 최고 기본계약 보험만기 계약해당일까지 보장받을 수 있습니다.

[갱신형] 특별약관의 보험료(이하 ‘갱신보험료’)는 갱신주기마다 갱신할 때 나이증가 및 적용요율 변동(위험률 변동 등)에 따라 인상될 수 있습니다.

갱신보험료는 만기까지 납입하여야 계약이 정상 유지됩니다.

Q) 이 상품의 치매관련 보장에는 어떤 것이 있나요?

A-1) 이 상품에서 치매관련 보장에 해당하는 특별약관은 아래와 같습니다.

치매 진단비(경증 이상:CDR 1점이상)
치매 진단비(중등도 이상:CDR 2점이상)
치매 진단비(중증 이상:CDR 3점이상)

A-2) 치매관련 보장은 최초 보험가입 또는 부활(효력회복) 후 1년의 면책기간을 적용하며(다만, 상해로 인한 뇌의 손상을 직접적인 원인으로 치매상태가 발생한 경우에는 면책기간을 적용하지 않습니다), 보장개시일 이후 90일이상 인지기능 장애 상태가 지속되어 약관에서 정한 치매상태로 진단 확정상태가 되어야 합니다. 이 때 인지기능 장애 상태는 CDR척도의 검사결과를 따릅니다.

Q) 해약환급금이 기납입 보험료보다 적은 이유는 무엇인가요?

A) 보험은 은행의 저축과는 달리 위험보장과 저축을 겸한 제도로써 보험계약자가 납입한 보험료 중 일부는 불의의 사고를 당한 다른 보험계약자에게 지급되는 보험금으로 또 다른 일부는 보험회사 운영에 필요한 사업경비로 사용되므로 중도해지하는 경우 지급되는 해약환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다.

Q) 해약환급금 미지급형은 무엇인가요?

A) 이 상품은 ‘해약환급금 미지급형 상품’으로 보험료 납입기간 중에 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않습니다. 그러나 보험료 납입이 완료되고 보험료 납입기간이 종료된 이후에 해지될 경우에는 해지율을 적용하지 않고 산출한 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다.

Q) 납입면제형은 무엇인가요?

A) 이 상품의 3종은 '납입면제형 상품'으로 보험료 납입기간 중에 상해 후유장해(80%이상) 발생시, 질병 후유장해(80%이상) 발생시, 암 진단확정시, 뇌졸중 진단확정시 또는 급성심근경색증 진단확정시 차회 이후 보장보험료 납입을 면제합니다. 그러나 갱신형 특별약관의 경우 납입면제 사유가 발생하여 갱신대상 계약의 보험기간동안 보험료 납입이 면제되었더라도 해당 보험기간의 만기가 도래하여 새롭게 자동갱신된 경우 갱신전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않고 해당 보험료를 계속 납입하여야 합니다. 다만, 갱신 후 계약의 보험기간 중 납입면제사유가 발생한 경우에는 보험료 납입이 면제됩니다.

※ 상품요약서는 상품의 제반 내용을 요약한 자료로서 자세한 사항은 약관내용을 참조하시기 바랍니다.

1. 가입자격제한 등 상품별 특이사항

1) 가입자격제한

3종 (일반심사, 납입면제, 해약환급금 미지급형)

4종 (일반심사, 해약환급금 미지급형)

구분	보험기간	보험료 납입기간	가입 나이	보험료 납입주기
기본계약				
상해 후유장해(80%이상)(최초1회한)	100세만기 90세만기	10년납 15년납 20년납 30년납	만15세 ~ (보험기간- 납입기간)세	월납
선택계약				
상해 사망 상해 후유장해(3~100%) 상해 재활치료비(급여, 1일1회한, 연간15회한) 중증외상치료비(권역외상센터) 골절진단비(치아파절(깨짐,부러짐)제외) 골절진단비(치아파절(깨짐,부러짐)포함) 갑스치료비(부목치료제외) 골절 수술비 화상 진단비 화상 수술비 상해 입원일당(1일이상) 상해 중환자실 입원일당(1일이상) 상해 응급실내원 진료비(응급) 질병 후유장해(80%이상)(최초1회한) 암 진단비(유사암제외)(최초1회한) 유사암 진단비 유사암 진단비(최초1회한)(90일면책) 항암방사선·약물치료비(기타피부암 및 갑상선암 제외)(최초1회한) 항암방사선·약물치료비(기타피부암 및 갑상선암)(최초1회한) 암특정재활치료비(급여, 1일1회한, 연20회한)(90일면책) 암 수술비(유사암 제외) 유사암 수술비 암직접치료입원일당(1일이상)(요양병원제외) 암요양병원입원일당(1일이상, 90일한도)	100세만기 90세만기	10년납 15년납 20년납 30년납	만15세 ~ (보험기간- 납입기간)세	월납

구분	보험기간	보험료 납입기간	가입 나이	보험료 납입주기
암직접치료통원일당(상급종합병원)(연간30회한) 암직접치료통원일당(요양병원제외)(연간30회한) 뇌출혈 진단비(최초1회한) 뇌졸중 진단비(최초1회한) 뇌혈관질환 진단비(최초1회한) 뇌혈관질환 진단비(최초1회한)(90일면책) 급성심근경색증 진단비(최초1회한) 허혈성심장질환 진단비(최초1회한) 허혈성심장질환 진단비(최초1회한)(90일면책) 심장질환(특정Ⅰ) 진단비(최초1회한) 심장질환(특정Ⅱ) 진단비(최초1회한) 심근병증 진단비(최초1회한) 혈전용해 치료비(최초1회한) 2대질병 특정재활치료비(급여, 1일1회한, 연90회한) 2대질병통원일당(상급종합병원)(연간30회한) 2대질병통원일당(요양병원제외)(연간30회한) 질병 입원일당(1일이상) 질병 중환자실 입원일당(1일이상) 응급실내원 진료비(응급) 상해 입원 간병인 사용일당(1일이상)(요양병원 제외) 상해 입원 간병인 사용일당(1일이상)(요양병원) 상해입원간호·간병통합서비스사용일당(1일이상) 131대질병 수술비 질병 입원 간병인 사용일당(1일이상)(요양병원 제외) 질병 입원 간병인 사용일당(1일이상)(요양병원) 질병입원간호·간병통합서비스사용일당(1일이상) 상해 후유장해(50%이상)(최초1회한) 골절 부목치료비 상해흉터복원(성형) 수술비 상해수술비 상해 종합병원 수술비 상해 상급종합병원 수술비 상해 종합병원 입원일당(1일이상180일한도) 상해 상급종합병원 입원일당(1일이상180일한도) 질병 후유장해(50%이상)(최초1회한) 고액암 진단비(최초1회한) 통합암(전이포함) 진단비(유사암제외) 뇌혈관질환 수술비	100세만기 90세만기	10년납 15년납 20년납 30년납	만15세 ~ (보험기간- 납입기간)세	월납

구분		보험기간	보험료 납입기간	가입 나이	보험료 납입주기
	허혈성심장질환 수술비 대상포진 진단비(최초1회한) 대상포진 진단비(최초1회한)(30일면책)				
	통풍 진단비(최초1회한) 부정맥 진단비(최초1회한) 폐렴 진단비(최초1회한) 심방세동및조동진단비(최초1회한) 간경변진단비(최초1회한) 간부전진단비(최초1회한) 치매진단비(경증이상:CDR1점이상)(최초1회한) 치매진단비(중등도이상:CDR2점이상)(최초1회한) 치매진단비(중증이상:CDR3점이상)(최초1회한) 장기요양진단비(1등급)(최초1회한) 장기요양진단비(1-2등급)(최초1회한) 장기요양진단비(1-3등급)(최초1회한) 장기요양진단비(1-4등급)(최초1회한) 질병수술비 질병 1-5종 수술비 질병1-8종수술비(시술포함)(연간1회한) 질병 종합병원 수술비(백내장,대장양성종양 제외) 질병 상급종합병원 수술비(백내장,대장양성종양 제외) 질병 종합병원 입원일당(1일이상180일한도) 질병 상급종합병원 입원일당(1일이상180일한도) 계속받는 항암방사선·약물치료비(기타피부암 및 갑상선암제외)(연간1회한) 계속받는 항암방사선·약물치료비(기타피부암 및 갑상선암)(연간1회한) 재진단암진단비 두번째암진단비(최초1회한) 상해 1-5종 수술비 5대골절진단비 5대골절수술비 특정외상성뇌손상진단비(최초1회한) 특정외상성뇌출혈진단비(최초1회한) 특정외상성장기손상진단비(최초1회한) 상해1-8종수술비(시술포함)(연간1회한) 상해통원일당(상급종합병원,연간20일한도) 인공관절(견/고)치환수술비(연간1회한)	100세만기 90세만기	10년납 15년납 20년납 30년납	만15세 ~ (보험기간- 납입기간)세	월납

구분		보험기간	보험료 납입기간	가입 나이	보험료 납입주기
	디스크(추간판탈출증)수술비 디스크(추간판탈출증)신경차단술치료비(급여,연간1회한) 암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 주요치료비 (연간1회한, 진단 후 10년) 기타피부암 및 갑상선암 주요치료비 (연간1회한, 진단후 10년)				
	비급여(전액본인부담 포함) 암 주요치료비 (연간1회한, 진단후 10년) 2대질병(뇌혈관질환 및 허혈성심장질환) 주요치료비(연간1회한, 진단후 10년) 등급별골절진단비(치아파절(깨짐,부러짐)제외)(연간1회한)	100세만기 90세만기	10년납 15년납 20년납 30년납	만15세 ~ (보험기간- 납입기간)세	월납
	착오송금회수비용	100세만기	10년납	만15세 ~ 73세	월납
			15년납	만15세 ~ 49세	
		90세만기	10년납	만15세 ~ 63세	
			15년납	만15세 ~ 39세	
	중증백내장진단비(최초1회한)	100세만기 90세만기	10년납 15년납 20년납 30년납	만40세 ~ (보험기간- 납입기간)세	월납
	질병 후유장애(3-100%)	100세만기 90세만기 80세만기	10년납 15년납 20년납 30년납	만15세 ~ (보험기간- 납입기간)세	월납
	질병 사망	80세만기	10년납 15년납 20년납 30년납	만15세 ~ (보험기간- 납입기간)세	월납

구분		보험기간	보험료 납입기간	가입 나이	보험료 납입주기
	보험료 납입면제대상 ^{주4)} 유사암진단 납입지원 ^{주5)}	10년만기 15년만기 20년만기 30년만기	전기납	만15세 ~ 90세	월납
	[갱신형] 암 진단비(유사암제외)(최초1회한) [갱신형] 유사암 진단비 [갱신형] 특정녹내장진단비(최초1회한) [갱신형] 표적항암약물허가 치료비(최초1회한) [갱신형] 갑상선암수술후호르몬약물허가치료비(최초1회한) [갱신형] 암급여특정통증완화치료비(연간1회한) [갱신형] 뇌혈관질환 진단비(최초1회한) [갱신형] 허혈성심장질환 진단비(최초1회한) [갱신형] 갑상선기능저하증 진단비(최초1회한) [갱신형] 갑상선기능항진증 치료비(최초1회한) [갱신형] 독감(인플루엔자)(10일면책) 항바이러스제 치료비 [갱신형] 질병 입원일당(1일이상) [갱신형] 특정면역항암약물허가 치료비(최초1회한) [갱신형] 상해수술비 [갱신형] 질병수술비 [갱신형] 질병 1-5종 수술비 [갱신형] 다빈치로봇암수술비(최초1회한) [갱신형] 상해 입원 간병인 사용일당(1일이상)(요양병원 제외) [갱신형] 상해 입원 간병인 사용일당(1일이상)(요양병원) [갱신형] 상해입원간호·간병통합서비스사용일당(1일이상) [갱신형] 질병 입원 간병인 사용일당(1일이상)(요양병원 제외) [갱신형] 질병 입원 간병인 사용일당(1일이상)(요양병원) [갱신형] 질병입원간호·간병통합서비스사용일당(1일이상) [갱신형] 가족 일상생활 배상책임Ⅱ [갱신형] 인터넷직거래사기 피해보장 [갱신형] 전기통신금융사기(메신저피싱포함) 피해보장	10년만기 (자동갱신)	전기납	만15세 ~ 90세	월납
		15년만기 (자동갱신)			
		20년만기 (자동갱신)			
	[갱신형] 상해 1-5종 수술비	10년만기 (자동갱신) 15년만기 (자동갱신) 20년만기 (자동갱신) 15년만기	전기납	22세 ~ 90세	월납

구분		보험기간	보험료 납입기간	가입 나이	보험료 납입주기
		(자동갱신)			
		20년만기 (자동갱신)			
[갱신형] 다빈치로봇특정질병수술비(연간1회한) [갱신형] 민사소송 법률비용손해 [갱신형] 행정소송 법률비용손해		10년만기 (자동갱신)	전기납	만19세 ~ 90세	월납
		15년만기 (자동갱신)			
		20년만기 (자동갱신)			

주1) [갱신형] 특별약관과 착오송금회수비용 특별약관 이외의 선택계약 보험료 납입기간은 기본계약의 보험료 납입기간과 동일하게 운영함

주2) [갱신형] 특별약관의 보험기간은 모두 동일하게 운영함

주3) [갱신형] 특별약관의 갱신종료 나이까지의 잔여 보험기간이 기존 보험기간 미만일 경우 해당 잔여 보험기간만큼 보험기간을 적용함

주4) 보험료 납입면제대상 특별약관의 보험기간은 기본계약의 납입기간과 동일하게 하며, 3종(일반심사, 납입면제, 해약환급금 미지급형)에 한하여 부가할 수 있음

주5) 유사암진단 납입지원 특별약관의 보험기간은 기본계약의 납입기간과 동일하게 하며, 3종(일반심사, 납입면제, 해약환급금 미지급형)에 한하여 부가할 수 있음

구분		보험기간	보험료 납입기간	갱신 나이	갱신종료 나이
자동갱신 적용대상 특별약관					
[갱신형] 암 진단비(유사암제외)(최초1회한) [갱신형] 유사암 진단비 [갱신형] 특정녹내장진단비(최초1회한) [갱신형] 표적항암약물허가 치료비(최초1회한) [갱신형] 뇌혈관질환 진단비(최초1회한) [갱신형] 허혈성심장질환 진단비(최초1회한) [갱신형] 갑상선기능저하증 진단비(최초1회한) [갱신형] 갑상선기능항진증 치료비(최초1회한) [갱신형] 독감(인플루엔자)(10일면책) 항바이러스제 치료비		10년만기 (자동갱신)	전기납	25세 ~ (갱신 종료 나이 -1)세	기본계약 보험기간 종료나이

구분	보험기간	보험료 납입기간	갱신 나이	갱신종료 나이
[갱신형] 갑상선암수술후호르몬약물허가치료비(최초1회한) [갱신형] 암급여특정통증완화치료비(연간1회한) [갱신형] 질병 입원일당(1일이상) [갱신형] 특정면역항암약물허가 치료비(최초1회한) [갱신형] 상해수술비 [갱신형] 질병수술비 [갱신형] 질병 1-5종 수술비 [갱신형] 다빈치로봇암수술비(최초1회한) [갱신형] 상해 입원 간병인 사용일당(1일이상)(요양병원 제외) [갱신형] 상해 입원 간병인 사용일당(1일이상)(요양병원) [갱신형] 상해입원간호·간병통합서비스사용일당(1일이상) [갱신형] 질병 입원 간병인 사용일당(1일이상)(요양병원 제외) [갱신형] 질병 입원 간병인 사용일당(1일이상)(요양병원) [갱신형] 질병입원간호·간병통합서비스사용일당(1일이상) [갱신형] 가족 일상생활 배상책임Ⅱ [갱신형] 인터넷직거래사기 피해보장 [갱신형] 전기통신금융사기(메신저피싱포함) 피해보장	15년만기 (자동갱신)		30세 ~ (갱신 종료 나이 -1)세	
	20년만기 (자동갱신)		35세 ~ (갱신 종료 나이 -1)세	
	10년만기 (자동갱신)	전기납	32세 ~ (갱신 종료 나이 -1)세	기본계약 보험기간 종료나이
	15년만기 (자동갱신)		37세 ~ (갱신 종료 나이 -1)세	
	20년만기 (자동갱신)		42세 ~ (갱신 종료 나이 -1)세	
[갱신형] 상해 1-5종 수술비				

구분		보험기간	보험료 납입기간	갱신 나이	갱신종료 나이
	[갱신형] 다빈치로봇특정질병수술비(연간1회한) [갱신형] 민사소송 법률비용손해 [갱신형] 행정소송 법률비용손해	10년만기 (자동갱신)	전기납	29세 ~ (갱신 종료 나이 -1)세	기본계약 보험기간 종료나이
		15년만기 (자동갱신)		34세 ~ (갱신 종료 나이 -1)세	
		20년만기 (자동갱신)		39세 ~ (갱신 종료 나이 -1)세	

2) 상품별 특이사항

① 보험기간, 납입기간, 납입주기: 보험 가입자격제한 참조

② 적용이율에 관한 사항

- 연복리 3.0%

③ 주요 용어의 해설

□ 5대 골절

- 머리의 으깬손상, 목의 골절, 흉추의 골절 및 흉추의 다발골절, 요추 및 골반의 골절, 대퇴골의 골절

□ 131대질병

- 뇌혈관질환

- 심장질환

- 특정31대질병 : 크로이츠펔트-야콥병, 뇌의 특정염증성질환, 간질환, 고혈압질환, 당뇨병질환, 조로증, 만성 하부호흡기질환, 위궤양 및 십이지장궤양, 결핵, 패혈증, 중추신경계통의 염증성 질환, 파킨슨병, 다발경화증, 뇌전증, 중증근무력증, 뇌성마비, 마비, 자율신경계통의 장애, 수두증, 녹내장, 동맥경화증, 대동맥류, 기타동맥류 및 박리, 폐렴, 폐질환, 외부요인에 의한 폐질환, 폐부종, 특정호흡기질환, 급성췌장염, 췌장질환, 신부전

- 다빈도64대질병 : 주침샘의 양성 신생물, 소화계통의 양성신생물, 중이·호흡계통 및 흉곽의 양성신생물, 골

및 관절연골의 양성신생물, 조직의 양성신생물, 여성생식기의 양성종양, 남성생식기의 양성종양, 비뇨기관의 양성신생물, 눈 및 부속기관의 양성종양, 수막의 양성신생물, 뇌 및 중추신경계의 양성신생물, 갑상선 및 내분비선의 양성신생물, 용혈-요독증후군, 비장의 질환, 갑상선질환, 부갑상선질환, 뇌하수체질환, 특정 기타내분비선의 장애, 버거씨병, 동맥 및 세동맥의 질환, 문맥혈전증, 림프절염, 특정 식도정맥류, 급성상기도감염, 특정인플루엔자, 상세불명의 급성하기도감염, 축농증, 편도염, 인후부위의 특정질환, 성인호흡곤란증후군, 외이의 질환, 중이 및 유도의 질환, 내이의 질환, 귀의 기타장애, 황반변성, 눈 및 눈부속기관의 특정질환, 미만성총판성 각막염, 사구체질환, 신세뇨관-간질질환, 방광의 결석, 신장 및 요관의 기타장애, 비뇨계통의 기타 질환, 특정요도질환, 유방의 장애, 침샘질환, 식도질환, 위공장궤양, 위·십이지장 질환, 사타구니 탈장, 특정 부위의 탈장, 비감염성 장염 및 결장염, 특정 장질환, 복막의 질환, 담석증, 담낭담도 질환, 장흡수장애, 특정 전신결합조직장애, 결합조직의 기타전신침범, 척추변형, 척추병증, 추간판장애 디스크질환, 골다공증, 안면신경장애, 단일신경병증

- 특정다빈도29대질병 : 허의 질환, 유방의 양성 신생물, 다낭성 난소증후군, 수면무호흡, 특정질환의 신경근 및 신경총 압박, 안와장애, 결막장애, 정맥염 및 혈전정맥염, 기타 정맥의 색전증 및 혈전증, 식도정맥류, 음낭정맥류, 급성 기관지염, 급성 세기관지염, 위 및 십이지장의 기타 질환, 특정장질환, 치열및치루, 특정 소화계통의 기타 질환, 특정 전신결합조직장애 II, 달리 분류된 질환에서의 척추병증, 특정 기타등병증, 근육 장애, 기타 연조직장애, 골수염, 골괴사증, 뼈의 파궤병, 뼈의 기타 장애, 연골병증, 상세불명의 신장 급통증, 다한증

- 후각특정질환 : 혈관운동성 및 알레르기성 비염, 만성 비염, 비인두염 및 인두염, 코폴립, 코 및 비동의 기타장애

- 관절염
- 생식기질환
- 치핵
- 백내장

④ 보험료납입면제에 관한 사항(3종(일반심사, 납입면제, 해약환급금 미지급형)에 한하여 적용)

보험료 납입기간 중에 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 차회 이후 보장보험료 납입을 면제

- 상해 후유장해(80%이상)가 발생한 경우
- 질병 후유장해(80%이상)가 발생한 경우
- 암 보장개시일 이후 ‘암(유사암 제외)’으로 진단 확정되었을 경우
- ‘뇌졸중’으로 진단 확정되었을 경우
- ‘급성심근경색증’으로 진단 확정되었을 경우

2. 보험금 지급사유, 지급금액 및 지급제한 사항

1) 보험금 지급사유 및 지급금액

① 기본계약

보장명	지급사유	지급금액
상해 후유장해(80%이상) (최초1회한)	보험기간 중 상해의 직접적인 결과로써 약관에서 정한 80%이상의 후유장해가 발생한 경우 (최초 1회한)	가입금액

② 선택계약

보장명	지급사유	지급금액
상해 사망	보험기간 중 상해의 직접적인 결과로써 사망한 경우	가입금액
상해 후유장해(3-100%)	보험기간 중 상해의 직접적인 결과로써 약관에서 정한 3~100%후유장해가 발생한 경우	가입금액×지급률
상해 재활치료비(급여, 1일1회한, 연간15회한)	보험기간 중 상해의 직접적인 결과로써 입원중에 약관에서 정한 상해 재활치료(급여)를 받은 경우 (1일 1회, 연간15회한)	가입금액
중증외상치료비 (권역외상센터)	보험기간 중 권역외상센터에 내원하여 약관에서 정한 중증 외상환자로 분류되어 치료를 받은 경우 (1사고당)	가입금액
등급별 골절 진단비(치아파절(깨짐,부러짐) 제외) (연간1회한)	보험기간 중 상해의 직접적인 결과로써 약관에서 정한 골절등급분류 1-5급에 해당하는 경우 (연간 1회한)	[가입금액 50만원 기준] - 1급 50만원 - 2급 40만원 - 3급 30만원 - 4급 20만원 - 5급 10만원
골절 진단비(치아파절(깨짐, 부러짐) 제외)	보험기간 중 상해의 직접적인 결과로써 약관에서 정한 골절(치아파절(깨짐,부러짐)제외)로 진단확정된 경우 (1사고당)	가입금액
골절 진단비(치아파절(깨짐, 부러짐) 포함)	보험기간 중 상해의 직접적인 결과로써 약관에서 정한 골절로 진단확정된 경우 (1사고당)	가입금액
5대골절 진단비	보험기간 중 상해의 직접적인 결과로써 약관에서 정한 5대 골절로 진단확정된 경우 (1사고당)	가입금액
골절 수술비	보험기간 중 상해의 직접적인 결과로써 약관에서 정한 골절로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 약관에서 정한 수술을 받은 경우 (1사고당)	가입금액
5대골절 수술비	보험기간 중 상해의 직접적인 결과로써 약관에서 정한 5대 골절로 진단확정되고 후 그 치료를 직접적인 목적으로 약관에서 정한 수술을 받은 경우 (1사고당)	가입금액

보장명	지급사유	지급금액
골절 부목치료비	보험기간 중 상해로 약관에서 정한 골절로 진단확정되고 약관에서 정한 부목치료를 받은 경우 (1사고당)	가입금액
화상 진단비	보험기간 중 상해의 직접적인 결과로써 약관에서 정한 화상으로 진단확정된 경우 (1사고당)	가입금액
화상 수술비	보험기간 중 상해의 직접적인 결과로써 약관에서 정한 화상으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 약관에서 정한 수술을 받은 경우 (1사고당)	가입금액
특정 외상성 뇌손상 진단비 (최초1회한)	보험기간 중 상해의 직접적인 결과로써 약관에서 정한 특정 외상성 뇌손상으로 진단확정된 경우 (최초 1회한)	가입금액
특정 외상성 뇌출혈 진단비 (최초1회한)	보험기간 중 상해의 직접적인 결과로써 약관에서 정한 특정 외상성 뇌출혈로 진단확정된 경우 (최초 1회한)	가입금액
특정 외상성 장기손상 진단비(최초1회한)	보험기간 중 상해의 직접적인 결과로써 약관에서 정한 특정 외상성 장기손상으로 진단확정된 경우 (최초 1회한)	가입금액
상해 1-8종 수술비 (시술포함)(연간1회한)	보험기간 중 발생한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 약관에서 정한 1~8종 수술 및 시술을 받은 경우 (연간 1회한) ※ 1회의 입원당 1회의 수술 및 시술 또는 1회의 통원당 1회의 수술 및 시술 보장, 하나의 수술시술 코드 당 연간 1회에 한하여 보장	[가입금액 3,000만원 기준] - 1종 10만원 - 2종 30만원 - 3종 60만원 - 4종 150만원 - 5종 500만원 - 6종 1000만원 - 7종 2000만원 - 8종 3000만원
상해 1-5종 수술비, [갱신형]상해 1-5종 수술비	보험기간 중 발생한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 약관에서 정한 1-5종 수술을 받은 경우 ※ 이 보장은 상해 1-5종 수술비(1종), 상해 1-5종 수술비(2종), 상해 1-5종 수술비(3종), 상해 1-5종 수술비(4종) 및 상해 1-5종 수술비(5종)의 총 5개의 세부보장으로 구성되어 있음 ※ 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 가입금액에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 지급	해당 세부보장 가입금액
상해수술비, [갱신형]상해수술비	보험기간 중 상해의 치료를 직접적인 목적으로 약관에서 정한 수술을 받은 경우 (1사고당)	가입금액
상해 종합병원 수술비	보험기간 중 발생한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 종	가입금액

보장명	지급사유	지급금액
	합병원에서 약관에서 정한 수술을 받은 경우 (수술 1회당) ※ 동일한 상해사고로 두 종류 이상의 상해 종합병원 수술을 받거나 같은 종류의 상해 종합병원 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 상해 종합병원수술비만 지급	
상해 상급종합병원 수술비	보험기간 중에 발생한 상해의 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원에서 약관에서 정한 수술을 받은 경우 (수술 1회당) * 동일한 상해사고를 원인으로 두 종류 이상의 상해 상급종합병원 수술을 받거나 같은 종류의 상해 상급종합병원 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 상해 상급종합병원 수술비만 지급	가입금액
상해흉터복원(성형) 수술비	보험기간 중 상해를 입고 병원 또는 의원 등에서 치료를 받고 그 직접적인 결과로써 안면부, 상지, 하지에 외형상의 반흔(흉터)이나 추상(추한 모습)장애, 신체의 기형이나 기능장애가 발생하여 그 원상회복을 목적으로 사고일부터 2년 이내에 성형외과 전문의로부터 성형수술을 받은 경우 약관에서 정한 금액을 지급 (1사고당)	500만원 한도
상해 입원일당(1일이상)	보험기간 중 상해의 직접적인 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원에서 1일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우 입원 1일당 가입금액을 지급 (1회 입원당 180일 한도)	가입금액
상해 중환자실 입원일당 (1일이상)	보험기간 중 상해의 직접적인 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원의 중환자실에 1일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우 입원 1일당 가입금액을 지급 (1회 입원당 180일 한도)	가입금액
상해 종합병원 입원일당 (1일이상)	보험기간 중 상해의 직접적인 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 종합병원에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우 입원 1일당 가입금액을 지급 (1회 입원당 180일 한도)	가입금액
상해 상급종합병원 입원일당(1일이상180일한도)	보험기간 중 상해의 직접적인 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 상급종합병원에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우 입원 1일당 가입금액을 지급 (1회 입원당 180일 한도)	가입금액
상해 통원일당 (상급종합병원, 연간20일한)	보험기간 중 상해의 직접적인 결과로써 약관에서 정한 상급종합병원에 통원하는 경우 통원 1회당 가입금액을 지급	가입금액

보장명	지급사유	지급금액
도)	(1일 1회, 연간20일 한도)	
상해 응급실내원 진료비 (응급)	보험기간 중 상해의 직접적인 결과로써 약관에서 정한 응급환자에 해당되어 응급실에 내원하여 진료를 받은 경우	가입금액
상해 입원 간병인 사용일당 (1일이상)(요양병원 제외), [갱신형] 상해 입원 간병인 사용일당(1일이상)(요양병원 제외)	보험기간 중 상해의 직접적인 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원(요양병원 제외)에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받으며, 약관에서 정한 간병인을 사용한 경우 (180일을 한도로 간병인 사용 1일당 일당지급) ※ 1일당 간병인 사용금액은 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단함	간병인 사용금액 7만원 미만인 경우 : 가입금액의 50%, 간병인 사용금액 7만원 이상인 경우 : 가입금액의 100%
상해 입원 간병인 사용일당 (1일이상)(요양병원), [갱신형] 상해 입원 간병인 사용일당(1일이상)(요양병원)	보험기간 중 상해의 직접적인 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 요양병원에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받으며, 약관에서 정한 간병인을 사용한 경우 (180일을 한도로 간병인 사용 1일당 일당지급)	가입금액
상해 입원간호·간병통합서비스 사용일당(1일이상), [갱신형] 상해 입원간호·간 병통합서비스사용일당(1일 이상)	보험기간 중 상해의 직접적인 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원(요양병원 제외)에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받으며, 약관에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우 (180일을 한도로 간호·간병통합서비스 사용 1일당 일당지급)	가입금액
질병 사망	보험기간 중 진단확정된 질병의 직접적인 결과로써 사망한 경우 ※ 최초 보험가입후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급	가입금액
질병 후유장해(3-100%)	보험기간 중 진단확정된 질병의 직접적인 결과로써 약관에서 정한 3~100%후유장해가 발생한 경우 ※ 최초 보험가입후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급	가입금액×지급률
질병 후유장해 (80%이상)(최초1회한)	보험기간 중 진단확정된 질병의 직접적인 결과로써 약관에서 정한 80%이상 후유장해가 발생한 경우 (최초 1회한) ※ 최초 보험가입후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급	가입금액
질병후유장해(50%이상) (최초1회한)	보험기간 중 진단확정된 질병의 직접적인 결과로써 약관에서 정한 50%이상 후유장해가 발생한 경우(최초 1회한) ※ 최초 보험가입후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한	가입금액

보장명	지급사유	지급금액
	경우 50% 감액 지급	
암 진단비(유사암제외)(최초 1회한), [갱신형] 암 진단비(유사암제외)(최초 1회한)	보험기간 중 보장개시일 이후 약관에서 정한 암으로 진단 확정된 경우 (최초 1회한) ※ 암의 보장개시일은 최초 계약일 또는 부활(효력회복)일 부터 90일이 지난날의 다음날임 ※ 최초 보험가입후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급	가입금액
유사암 진단비, [갱신형] 유사암 진단비	보험기간 중 약관에서 정한 유사암으로 진단확정된 경우 (각각 최초 1회한) ※ 이 특별약관의 보장개시일은 계약일임 ※ 유사암은 기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양 ※ 최초 보험가입후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급	가입금액
기타피부암 진단비 (최초 1회한)(90일면책)	보험기간 중 보장개시일 이후 약관에서 정한 기타피부암으로 진단확정된 경우 (최초 1회한) ※ 이 특별약관의 보장개시일은 최초 계약일 또는 부활(효력회복)일 부터 90일이 지난날의 다음날임 ※ 최초 보험가입후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급	가입금액
갑상선암 진단비 (최초 1회한)(90일면책)	보험기간 중 보장개시일 이후 약관에서 정한 갑상선암으로 진단확정된 경우 (최초 1회한) ※ 이 특별약관의 보장개시일은 최초 계약일 또는 부활(효력회복)일 부터 90일이 지난날의 다음날임 ※ 최초 보험가입후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급	가입금액
제자리암 진단비 (최초 1회한)(90일면책)	보험기간 중 보장개시일 이후 약관에서 정한 제자리암으로 진단확정된 경우 (최초 1회한) ※ 이 특별약관의 보장개시일은 최초 계약일 또는 부활(효력회복)일 부터 90일이 지난날의 다음날임 ※ 최초 보험가입후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급	가입금액
경계성종양 진단비 (최초 1회한)(90일면책)	보험기간 중 보장개시일 이후 약관에서 정한 경계성종양으로 진단확정된 경우 (최초 1회한) ※ 이 특별약관의 보장개시일은 최초 계약일 또는 부활(효력회복)일 부터 90일이 지난날의 다음날임	가입금액

보장명	지급사유	지급금액
	※ 최초 보험가입후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급	
재진단암 진단비	보험기간 중 재진단암의 보장개시일 이후 약관에서 정한 재진단암('기타피부암', '갑상선암' 및 '전립선암' 제외)으로 진단확정된 경우 ※ 재진단암의 보장개시일 1. 첫 번째 재진단암 : 최초암(기타피부암, 갑상선암 제외) 보장개시일 이후 발생한 최초암의 진단확정일부터 그 날을 포함하여 2년이 지난 날의 다음날임 2. 두 번째 이후 재진단암 : 직전 재진단암의 진단확정일부터 그 날을 포함하여 2년이 지난 날의 다음날임 ※ 최초암 보장개시일은 최초 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 90일이 지난날의 다음날임	가입금액
두번째암 진단비 (최초1회한)	보험기간 중 두 번째 암의 보장개시일 이후 약관에서 정한 두 번째 암으로 진단확정된 경우 (최초 1회한) ※ 두 번째 암의 보장개시일은 첫 번째 암의 진단확정일부터 그 날을 포함하여 2년이 지난 날의 다음날임 ※ 첫 번째 암('기타피부암' 및 '갑상선암' 제외) 보장개시일은 최초 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 90일이 지난 날의 다음날임	가입금액
고액암 진단비(최초1회한)	보험기간 중 보장개시일 이후 약관에서 정한 고액암으로 진단확정된 경우 (최초 1회한) ※ 고액암의 보장개시일은 최초 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 90일이 지난날의 다음날임 ※ 최초 보험가입후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급	가입금액
통합암(전이포함) 진단비 (두경부암)	보험기간 중 보장개시일 이후 약관에서 정한 통합암(전이포함)(두경부암)으로 진단확정된 경우 (최초 1회한) ※ 통합암(전이포함)(두경부암)의 보장개시일은 최초 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 90일이 지난날의 다음날임 ※ 최초 보험가입후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급	가입금액
통합암(전이포함) 진단비 (위암 및 식도암)	보험기간 중 보장개시일 이후 약관에서 정한 통합암(전이포함)(위암 및 식도암)으로 진단확정된 경우 (최초 1회한) ※ 통합암(전이포함)(위암 및 식도암)의 보장개시일은 최초	가입금액

보장명	지급사유	지급금액
	계약일 또는 부활(효력회복)일부터 90일이 지난날의 다음 날임 ※ 최초 보험가입후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급	
통합암(전이포함) 진단비(소장·대장·항문암 및 기타암)	보험기간 중 보장개시일 이후 약관에서 정한 통합암(전이포함)(소장·대장·항문암 및 기타암)으로 진단확정된 경우 (최초 1회한) ※ 통합암(전이포함)(소장·대장·항문암 및 기타암)의 보장개시일은 최초 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 90일이 지난날의 다음날임 ※ 최초 보험가입후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급	가입금액
통합암(전이포함) 진단비(간·담낭·담도암 및 췌장암)	보험기간 중 보장개시일 이후 약관에서 정한 통합암(전이포함)(간·담낭·담도암 및 췌장암)으로 진단확정된 경우 (최초 1회한) ※ 통합암(전이포함)(간·담낭·담도암 및 췌장암)의 보장개시일은 최초 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 90일이 지난날의 다음날임 ※ 최초 보험가입후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급	가입금액
통합암(전이포함) 진단비(흉곽내기관·중피성암 및 연조직암)	보험기간 중 보장개시일 이후 약관에서 정한 통합암(전이포함)(흉곽내기관·중피성암 및 연조직암)으로 진단확정된 경우 (최초 1회한) ※ 통합암(전이포함)(흉곽내기관·중피성암 및 연조직암)의 보장개시일은 최초 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 90일이 지난날의 다음날임 ※ 최초 보험가입후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급	가입금액
통합암(전이포함)진단비(골·피부 등 전신부위암)	보험기간 중 보장개시일 이후 약관에서 정한 통합암(전이포함)(골·피부 등 전신부위암)으로 진단확정된 경우 (최초 1회한) ※ 통합암(전이포함)(골·피부 등 전신부위암)의 보장개시일은 최초 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 90일이 지난날의 다음날임 ※ 최초 보험가입후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한	가입금액

보장명	지급사유	지급금액
	경우 50% 감액 지급	
통합암(전이포함)진단비(유방·비뇨기관·부신암 및 내분비선암)	보험기간 중 보장개시일 이후 약관에서 정한 통합암(전이포함)(유방·비뇨기관·부신암 및 내분비선암)으로 진단확정된 경우 (최초 1회한) ※ 통합암(전이포함)(유방·비뇨기관·부신암 및 내분비선암)의 보장개시일은 최초 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 90일이 지난날의 다음날임 ※ 최초 보험가입후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급	가입금액
통합암(전이포함)진단비(남성생식기암)	보험기간 중 보장개시일 이후 약관에서 정한 통합암(전이포함)(남성생식기암)으로 진단확정된 경우 (최초 1회한) ※ 통합암(전이포함)(남성생식기암)의 보장개시일은 최초 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 90일이 지난날의 다음날임 ※ 최초 보험가입후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급	가입금액
통합암(전이포함)진단비(여성생식기암)	보험기간 중 보장개시일 이후 약관에서 정한 통합암(전이포함)(여성생식기암)으로 진단확정된 경우 (최초 1회한) ※ 통합암(전이포함)(여성생식기암)의 보장개시일은 최초 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 90일이 지난날의 다음날임 ※ 최초 보험가입후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급	가입금액
통합암(전이포함)진단비(뇌암 및 중추신경계통암)	보험기간 중 보장개시일 이후 약관에서 정한 통합암(전이포함)(뇌암 및 중추신경계통암)으로 진단확정된 경우 (최초 1회한) ※ 통합암(전이포함)(뇌암 및 중추신경계통암)의 보장개시일은 최초 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 90일이 지난날의 다음날임 ※ 최초 보험가입후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급	가입금액
통합암(전이포함)진단비(혈액암)	보험기간 중 보장개시일 이후 약관에서 정한 통합암(전이포함)(혈액암)으로 진단확정된 경우 (최초 1회한) ※ 통합암(전이포함)(혈액암)의 보장개시일은 최초 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 90일이 지난날의 다음날임	가입금액

보장명	지급사유	지급금액
	※ 최초 보험가입후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급	
유사암진단 납입지원	이 특별약관의 보험기간 중 약관에서 정한 유사암으로 진단 확정된 경우 보험료 납입지원기간 동안 매년 보험금 지급사유 발생일에 보험료 납입지원금을 지급 (최초 1회한) ※ 이 특별약관의 보장개시일은 계약일임 ※ 유사암은 기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양	1회 지급액 : 가입금액 x 당해연도 납입지원 개월 수
항암방사선·약물치료비 (기타피부암 및 갑상선암 제외)(최초1회한)	보험기간 중 보장개시일 이후 약관에서 정한 암으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 약관에서 정한 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 경우 (최초 1회한) ※ 암의 보장개시일은 최초 계약일 또는 부활(효력회복)일 부터 90일이 지난 날의 다음날임 ※ 최초 보험가입후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급	가입금액
항암방사선·약물치료비 (기타피부암 및 갑상선암)(최초1회한)	보험기간 중 약관에서 정한 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 약관에서 정한 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 경우 (최초 1회한) ※ 최초 보험가입후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급	가입금액
계속받는항암방사선·약물치료비(기타피부암및갑상선암 제외)(연간1회한)	보험기간 중 보장개시일 이후 약관에서 정한 암으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 약관에서 정한 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 경우(연간 1회한) ※ 암의 보장개시일은 최초 계약일 또는 부활(효력회복)일 부터 90일이 지난 날의 다음날임 ※ 최초 보험가입후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급	가입금액
계속받는항암방사선·약물치료비(기타피부암및갑상선암)(연간1회한)	보험기간 중 약관에서 정한 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 약관에서 정한 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 경우(연간 1회한) ※ 최초 보험가입후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급	가입금액
[갱신형] 표적항암약물허가	보험기간 중 보장개시일 이후 약관에서 정한 암, 기타피부	가입금액

보장명	지급사유	지급금액
치료비(최초1회한)	암 또는 갑상선암으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 약관에서 정한 표적항암약물허가치료를 받은 경우 (최초 1회한) ※ 암의 보장개시일은 최초 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 90일이 지난 날의 다음날임 ※ 최초 보험가입후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급	
[갱신형] 특정면역항암약물 허가치료비(최초1회한)	보험기간 중 보장개시일 이후 약관에서 정한 암, 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 약관에서 정한 특정면역항암약물허가치료를 받은 경우 (최초 1회한) ※ 암의 보장개시일은 최초 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 90일이 지난 날의 다음날임 ※ 최초 보험가입후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급	가입금액
[갱신형] 암 급여 특정통증 완화치료비(연간1회한)	보험기간 중 보장개시일 이후 약관에서 정한 암으로 진단 확정되고 그 암의 통증완화를 위해 약관에서 정한 암 급여 특정통증완화치료를 받은 경우 (연간 1회한) ※ 암 급여 특정통증완화치료 : 급여 신경차단·파괴술, 급여 마약성 진통제 처방(연간30일이상) ※ 암 보장개시일은 최초 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 90일이 지난 날의 다음날임 ※ 최초 보험가입후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급	가입금액
[갱신형] 갑상선암 수술후 호르몬 약물허가치료비 (최초1회한)	보험기간 중 약관에서 정한 갑상선암으로 진단확정되고 그 갑상선암의 치료를 목적으로 수술 후 약관에서 정한 갑상선 호르몬치료제로 호르몬약물허가치료를 받은 경우 (최초 1회한) ※ 최초 보험가입후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급	가입금액
암 특정재활치료비 (급여, 1일1회한, 연20회한) (90일면책)	보험기간 중 보장개시일 이후 약관에서 정한 암으로 진단 확정되고 입원 또는 통원하여 약관에서 정한 암특정재활치료(급여)를 받은 경우 (1일 1회, 연간 20회한) ※ 암 보장개시일은 최초 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 90일이 지난 날의 다음날임	가입금액

보장명	지급사유	지급금액
	※ 최초 보험가입후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급	
암 수술비(유사암 제외)	보험기간 중 보장개시일 이후 약관에서 정한 암으로 진단 확정되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 약관에서 정한 수술을 받은 경우 (수술 1회당) ※ 암의 보장개시일은 최초 계약일 또는 부활(효력회복)일 부터 90일이 지난날의 다음날임 ※ 최초 보험가입후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급	가입금액
유사암 수술비	보험기간 중 보장개시일 이후 약관에서 정한 유사암으로 진단 확정되고 그 유사암의 직접적인 치료를 목적으로 약관에서 정한 수술을 받은 경우 (수술 1회당) ※ 이 특별약관의 보장개시일은 계약일임 ※ 유사암은 기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양 ※ 최초 보험가입후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급	가입금액
[갱신형] 암(특정암 제외) 다빈치로봇 수술비(최초1회한)	보험기간 중 보장개시일 이후 약관에서 정한 암으로 진단 확정되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 약관에서 정한 다빈치로봇 수술을 받은 경우 (최초 1회한) ※ 암의 보장개시일은 최초 계약일 또는 부활(효력회복)일 부터 90일이 지난 날의 다음날임 ※ 최초 보험가입후 180일 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 가입금액의 75% 감액 지급(25%지급), 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급함	가입금액
[갱신형] 특정암 다빈치로봇 수술비(최초1회한)	보험기간 중 보장개시일 이후 약관에서 정한 특정암으로 진단확정되고 그 특정암의 직접적인 치료를 목적으로 약관에서 정한 다빈치로봇 수술을 받은 경우 (최초 1회한) ※ 특정암의 보장개시일은 최초 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 90일이 지난 날의 다음날임 ※ 최초 보험가입후 180일 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 가입금액의 75% 감액 지급(25%지급), 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급함	가입금액
암직접치료입원일당 (1일이상)(요양병원제외)	보험기간 중 보장개시일 이후 약관에서 정한 암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단확정되고 그 암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의	가입금액

보장명	지급사유	지급금액
	직접적인 치료를 목적으로 병·의원 등(요양병원 제외)에 1일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우 (180일을 한도로 1일째 입원일부터 입원 1일당 일당지급) ※ 암의 보장개시일은 최초 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 90일이 지난날의 다음날이며, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양의 보장개시일은 계약일임 ※ 최초 보험가입후 1년미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급	
암요양병원입원일당 (1일이상, 90일한도)	보험기간 중 보장개시일 이후 약관에서 정한 암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단확정되고 그 암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의 치료를 목적으로 요양병원에 1일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우 (90일을 한도로 1일째 입원일부터 입원 1일당 일당지급) ※ 암의 보장개시일은 최초 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 90일이 지난날의 다음날이며, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양의 보장개시일은 계약일임 ※ 최초 보험가입후 1년미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급	가입금액
암직접치료통원일당 (상급종합병원)	보험기간 중 보장개시일 이후 약관에서 정한 암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단확정되고 그 암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하여 치료를 받은 경우 (1일 1회, 연간 30회한) ※ 암의 보장개시일은 최초 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 90일이 지난 날의 다음날이며, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양의 보장개시일은 계약일임 ※ 최초 보험가입후 1년미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급	가입금액
암직접치료통원일당 (요양병원제외)(연간30회한)	보험기간 중 보장개시일 이후 약관에서 정한 암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단확정되고 그 암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 요양병원 외의 병원에 통원하여 치료를 받은 경우 (1일 1회, 연간 30회한) ※ 암의 보장개시일은 최초 계약일 또는 부활(효력회복)일	가입금액

보장명	지급사유	지급금액
	부터 90일이 지난 날의 다음날이며, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양의 보장개시일은 계약일임 ※ 최초 보험가입후 1년미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급	
뇌출혈 진단비(최초1회한)	보험기간 중 약관에서 정한 뇌출혈로 진단확정된 경우 (최초 1회한) ※ 최초 보험가입후 1년미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급	가입금액
뇌졸중 진단비(최초1회한)	보험기간 중 약관에서 정한 뇌졸중으로 진단확정된 경우 (최초 1회한) ※ 최초 보험가입후 1년미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급	가입금액
뇌혈관질환 진단비 (최초1회한), [갱신형] 뇌혈관질환 진단비 (최초1회한)	보험기간 중 약관에서 정한 뇌혈관질환으로 진단확정된 경우 (최초 1회한) ※ 최초 보험가입후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급	가입금액
뇌혈관질환 진단비 (최초1회한)(90일면책)	보험기간 중 보장개시일 이후 약관에서 정한 뇌혈관질환으로 진단확정된 경우 (최초 1회한) ※ 이 특별약관의 보장개시일은 최초 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 90일이 지난 날의 다음날임 ※ 최초 보험가입후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급	가입금액
뇌혈관질환 수술비	보험기간 중 약관에서 정한 뇌혈관질환으로 진단확정되고 그 치료를 목적으로 약관에서 정한 수술을 받은 경우 (수술 1회당) ※ 최초 보험가입후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급	가입금액
급성심근경색증 진단비 (최초1회한), [갱신형] 급성심근경색증 진단비(최초1회한)	보험기간 중 약관에서 정한 급성심근경색증으로 진단확정된 경우 (최초 1회한) ※ 최초 보험가입후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급	가입금액
허혈성심장질환 진단비 (최초1회한), [갱신형] 허혈성심장질환 진단비(최초1회한)	보험기간 중 약관에서 정한 허혈성심장질환으로 진단확정된 경우 (최초 1회한) ※ 최초 보험가입후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급	가입금액

보장명	지급사유	지급금액
허혈성심장질환 진단비 (최초1회한)(90일면책)	보험기간 중 보장개시일 이후 약관에서 정한 허혈성심장질환으로 진단확정된 경우 (최초 1회한) ※ 이 특별약관의 보장개시일은 최초 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 90일이 지난 날의 다음날임 ※ 최초 보험가입후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급	가입금액
심장질환(특정Ⅰ)진단비 (최초1회한)	보험기간 중 약관에서 정한 심장질환(특정Ⅰ)으로 진단확정된 경우 (최초 1회한) ※ 최초 보험가입후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급	가입금액
심장질환(특정Ⅱ)진단비 (최초1회한)	보험기간 중 약관에서 정한 심장질환(특정Ⅱ)으로 진단확정된 경우 (최초 1회한) ※ 최초 보험가입후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급	가입금액
심근병증진단비 (최초1회한)	보험기간 중 약관에서 정한 심근병증으로 진단확정된 경우 (최초 1회한) ※ 최초 보험가입후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급	가입금액
심방세동 및 조동 진단 (최초1회한)	보험기간 중 약관에서 정한 심방세동 및 조동으로 진단확정된 경우 (최초 1회한) ※ 최초 보험가입후 1년미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급	가입금액
허혈성심장질환 수술비	보험기간 중 약관에서 정한 허혈성심장질환으로 진단확정되고 그 치료를 목적으로 약관에서 정한 수술을 받은 경우 (수술 1회당) ※ 최초 보험가입후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급	가입금액
혈전용해 치료비 (최초1회한)	보험기간 중 약관에서 정한 뇌경색증 또는 급성심근경색증으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 약관에서 정한 혈전용해 치료를 받은 경우 (각각 최초 1회한) ※ 최초 보험가입후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급	가입금액
2대질병 특정재활치료비 (급여, 1일1회한, 연90회한)	보험기간 중 약관에서 정한 2대질병으로 진단확정 되고 그 2대질병의 치료를 목적으로 병원에 입원 중에 약관에서 정한 2대질병특정재활치료(급여)를 받은 경우 또는 통원하여	가입금액

보장명	지급사유	지급금액
	2대질병특정재활치료(급여)를 받은 경우 (각각 1일 1회, 합산하여 연간 90회한) ※ 최초 보험가입후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급	
2대질병통원일당 (요양병원제외)(연간30회한)	보험기간 중 약관에서 정한 뇌졸중 또는 급성심근경색증으로 진단확정되고 그 뇌졸중 또는 급성심근경색증의 치료를 목적으로 요양병원을 제외한 병원에 통원하여 치료를 받은 경우 (각각 1일 1회, 합산하여 연간 30회한) ※ 최초 보험가입후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급	가입금액
2대질병통원일당(상급종합병원)	보험기간 중 약관에서 정한 뇌졸중 또는 급성심근경색증으로 진단확정되고 그 뇌졸중 또는 급성심근경색증의 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하여 치료를 받은 경우 (각각 1일 1회, 합산하여 연간 30회한) ※ 최초 보험가입후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급	가입금액
[갱신형] 갑상선기능저하증 진단비(최초1회한)	보험기간 중 약관에서 정한 갑상선기능저하증으로 진단확정된 경우 (최초 1회한) ※ 최초 보험가입후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급	가입금액
대상포진 진단비 (최초1회한)	보험기간 중 약관에서 정한 대상포진으로 진단확정된 경우 (최초 1회한) ※ 최초 보험가입후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급	가입금액
대상포진 진단비 (최초1회한)(30일면책)	보험기간 중 약관에서 정한 대상포진으로 진단확정된 경우 (최초 1회한) ※ 최초 보험가입후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급 ※ 이 특별약관의 보장개시일은 최초 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 30일이 지난 날의 다음날임	가입금액
통풍 진단비(최초1회한)	보험기간 중 약관에서 정한 통풍으로 진단확정된 경우 (최초 1회한) ※ 최초 보험가입후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급	가입금액
부정맥 진단비(최초1회한)	보험기간 중 약관에서 정한 부정맥으로 진단확정된 경우	가입금액

보장명	지급사유	지급금액
	(최초 1회한) ※ 최초 보험가입후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급	
간경변 진단비(최초1회한)	보험기간 중 약관에서 정한 간경변으로 진단확정된 경우 (최초 1회한) ※ 최초 보험가입후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급	가입금액
간부전 진단비(최초1회한)	보험기간 중 약관에서 정한 간부전으로 진단확정된 경우 (최초 1회한) ※ 최초 보험가입후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급	가입금액
폐렴 진단비(최초1회한)	보험기간 중 약관에서 정한 폐렴으로 진단확정된 경우 (최초 1회한) ※ 최초 보험가입후 30일 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 가입금액의 90% 감액 지급(10%지급), 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급함	가입금액
[갱신형] 갑상선기능항진증 치료비(최초1회한)	보험기간 중 약관에서 정한 갑상선기능항진증으로 진단확정되고 약관에서 정한 갑상선기능항진증 치료를 받은 경우 (최초 1회한) ※ 최초 보험가입후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급	가입금액
[갱신형] 독감(인플루엔자) (10일면책) 항바이러스제 치료비	보험기간 중 약관에서 정한 독감(인플루엔자)으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 약관에서 정한 독감 항바이러스제를 처방받은 경우 (연간 1회한) ※ 독감(인플루엔자)항바이러스제 치료비의 보장개시일은 최초 계약일 또는 부활(효력회복)일로부터 10일이 지난 날의 다음날임 ※ 최초 보험가입후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급	가입금액
질병 1-8종 수술비 (수술포함)(연간1회한)	보험기간 중 진단환정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 「1~8종 수술 및 시술 분류표」에서 정한 「수술 및 시술」을 받은 경우 ※ 1회의 입원당 1회의 「수술 및 시술」 또는 1회의 통원당 1회의 「수술 및 시술」에 한하여보장, 하나의 「수술시술 코드」당 연간 1회에 한하여 보장	[가입금액 3,000만원 기준] - 1종 10만원 - 2종 30만원 - 3종 60만원 - 4종 150만원

보장명	지급사유	지급금액
	※ 최초 보험가입후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급	- 5종 500만원 - 6종 1000만원 - 7종 2000만원 - 8종 3000만원
131대질병 수술비	보험기간 중 약관에서 정한 심장질환으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 약관에서 정한 수술을 받은 경우 (수술 1회당) 보험기간 중 약관에서 정한 뇌혈관질환으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 약관에서 정한 수술을 받은 경우 (수술 1회당) 보험기간 중 약관에서 정한 특정31대질병으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 약관에서 정한 수술을 받은 경우 (수술 1회당) 보험기간 중 약관에서 정한 다빈도64대질병으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 약관에서 정한 수술을 받은 경우 (수술 1회당) 보험기간 중 약관에서 정한 특정다빈도29대질병으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 약관에서 정한 수술을 받은 경우 (수술 1회당) 보험기간 중 약관에서 정한 후각특정질환으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 약관에서 정한 수술을 받은 경우 (수술 1회당) 보험기간 중 약관에서 정한 관절염·생식기질환으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 약관에서 정한 수술을 받은 경우 (수술 1회당) 보험기간 중 약관에서 정한 치핵으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 약관에서 정한 수술을 받은 경우 (수술 1회당) 보험기간 중 약관에서 정한 백내장으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 약관에서 정한 수술을 받은 경우 (수술 1회당) ※ 최초 보험가입후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급 ※ 단, 동일한 질병으로 동일 일자에 시행한 수술은 1회의 수술로 간주합니다.	[가입금액 1,000만원 기준] - 심장질환 1000만원 - 뇌혈관질환 1000만원 - 특정31대질병 100만원 - 다빈도64대질병 50만원 - 특정다빈도29대질병 20만원 - 후각특정질환 20만원 - 관절염·생식기질환 10만원 - 치핵수술 10만원 - 백내장수술 20만원

보장명	지급사유	지급금액
질병 1-5종 수술비, [갱신형]질병 1-5종 수술비	보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 약관에서 정한 1-5종 수술을 받은 경우 ※ 이 보장은 질병 1-5종 수술비(1종), 질병 1-5종 수술비(2종), 질병 1-5종 수술비(3종), 질병 1-5종 수술비(4종) 및 질병 1-5종 수술비(5종)의 총 5개의 세부보장으로 구성되어 있음 ※ 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 가입금액에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 지급 ※ 최초 보험가입후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급	해당 세부보장 가입 금액
질병수술비, [갱신형]질병수술비	보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 약관에서 정한 수술을 받은 경우 (1사고당) ※ 최초 보험가입후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급	가입금액
질병종합병원수술비 (백내장,대장양성종양제외)	보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 종합병원에서 약관에서 정한 수술을 받은 경우 (수술 1회당) ※ 최초 보험가입후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급	가입금액
질병상급종합병원수술비 (백내장,대장양성종양제외)	보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원에서 약관에서 정한 수술을 받은 경우 (수술 1회당) ※ 최초 보험가입후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급	가입금액
[갱신형] 다빈치로봇 특정질 병 수술비(연간1회한)	보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 약관에서 정한 다빈치로봇을 이용한 특정수술을 받은 경우 ※ 세부수술별(근치적 방광절제술 및 적출술, 신부분 절제술, 근치적 전립선 절제술)로 각각 연간1회한 지급 ※ 최초 보험가입후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급	가입금액
질병 입원일당(1일이상), [갱신형] 질병 입원일당(1일 이상)	보험기간 중 진단확정된 질병으로 병원 또는 의원에 1일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우 입원 1일당 가입금액을 지급 (1회 입원당 180일 한도) ※ 최초 보험가입후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한	가입금액

보장명	지급사유	지급금액
	경우 50% 감액 지급	
질병 종합병원 입원일당 (1일이상180일한도)	보험기간 중 진단확정된 질병으로 종합병원에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우 입원 1일당 가입금액을 지급 (1회 입원당 180일 한도) ※ 최초 보험가입후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급	가입금액
질병상급종합병원입원일당 (1일이상180일한도)	보험기간 중 진단확정된 질병으로 상급종합병원에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우 입원 1일당 가입금액을 지급 (1회 입원당 180일 한도) ※ 최초 보험가입후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급	가입금액
질병 중환자실 입원일당 (1일이상)	보험기간 중 진단확정된 질병으로 약관에서 정한 병원 또는 의원의 중환자실에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우 입원 1일당 가입금액을 지급 (1회 입원당 180일 한도) ※ 최초 보험가입후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급	가입금액
질병 입원 간병인 사용일당 (1일이상)(요양병원 제외), [갱신형] 질병 입원 간병인 사용일당(1일이상)(요양병원 제외)	보험기간 중 진단확정된 질병으로 병원(요양병원 제외)에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받으며, 약관에서 정한 간병인을 사용한 경우 (180일을 한도로 간병인 사용 1일당 일당지급) ※ 1일당 간병인 사용금액은 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단함 ※ 최초 보험가입후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급	간병인 사용금액 7만원 미만인 경우 : 가입금액의 50% 간병인 사용금액 7만원 이상인 경우 : 가입금액의 100%
질병 입원 간병인 사용일당 (1일이상)(요양병원), [갱신형] 질병 입원 간병인 사용일당(1일이상)(요양병원)	보험기간 중 진단확정된 질병으로 요양병원에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받으며, 약관에서 정한 간병인을 사용한 경우 (180일을 한도로 간병인 사용 1일당 일당지급) ※ 최초 보험가입후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급	가입금액
질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당(1일이상), [갱신형] 질병 입원 간호·간병통합서비스 사용일당(1일이상)	보험기간 중 진단확정된 질병으로 병원(요양병원 제외)에 1일 이상 계속 입원하여 치료를 받으며, 약관에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우 (180일을 한도로 간호·간병통합서비스 사용 1일당 일당지급) ※ 최초 보험가입후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한	가입금액

보장명	지급사유	지급금액
	경우 50% 감액 지급	
암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 주요치료비 (연간1회한, 진단후 10년)	보험기간 중 보장개시일 이후 약관에서 정한 암으로 진단 확정되고 보험금 지급대상기간 이내에 암의 직접적인 치료를 목적으로 약관에서 정한 암주요치료를 받은 경우 (연간 1회한, 최대 10회한) ※ 암의 보장개시일은 최초 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 90일이 지난날의 다음날임 ※ 보험금 지급대상기간은 암의 최초 진단확정일을 포함하여 10년까지의 기간임 ※ 최초 보험가입후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급	가입금액
기타피부암 및 갑상선암 주요치료비 (연간1회한, 진단 후 10년)	보험기간 중 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정되고 보험금 지급대상기간 이내에 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 약관에서 정한 기타피부암 및 갑상선암 주요치료를 받은 경우 (연간 1회한, 최대 10회한) ※ 보험금 지급대상기간은 기타피부암 또는 갑상선암의 최초 진단확정일을 포함하여 10년까지의 기간임 ※ 최초 보험가입후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급	가입금액
비급여(전액본인부담 포함) 암 주요치료비 (연간1회한, 진단후 10년)	보험기간 중 보장개시일 이후 약관에서 정한 암(기타피부암 및 갑상선암 포함)으로 진단확정되고 보험금 지급대상기간 이내에 암(기타피부암 및 갑상선암 포함)의 직접적인 치료를 목적으로 약관에서 정한 비급여(전액본인부담 포함) 암주요치료를 받은 경우 (연간 1회한, 최대 10회한) ※ 암(기타피부암 및 갑상선암 포함)의 보장개시일은 최초 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 90일이 지난날의 다음날임 ※ 보험금 지급대상기간은 암(기타피부암 및 갑상선암 포함)의 최초 진단확정일을 포함하여 10년까지의 기간임 ※ 최초 보험가입후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급	가입금액
2대질병(뇌혈관질환 및 허혈성심장질환) 주요치료비 (연간1회한, 진단후 10년)	보험기간 중 약관에서 정한 2대질병으로 진단확정되고 보험금 지급대상기간 이내에 2대질병의 직접적인 치료를 목적으로 약관에서 정한 2대질병 주요치료를 받은 경우 (연간 1회한, 최대 10회한)	가입금액

보장명	지급사유	지급금액
	간 1회한, 최대 10회한) ※ 보험금 지급대상기간은 2대질병의 최초 진단확정일을 포함하여 10년까지의 기간임 ※ 최초 보험가입후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급	
중증백내장진단비 (최초1회한)	보험기간 중 약관에서 정한 중증백내장으로 진단확정된 경우 (최초 1회한) ※ 최초 보험가입후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급	가입금액
[갱신형] 특정녹내장 진단비 (최초1회한)	보험기간 중 약관에서 정한 특정녹내장으로 진단확정된 경우 (최초1회한) ※ 최초 보험가입후 1년미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급	가입금액
보험료납입면제대상	보험기간 중 다음 중 하나의 사유가 발생한 경우에는 최초 1회에 한하여 이 특별약관의 보험가입금액을 보험료 납입 면제대상 보험금으로 지급합니다. 다만, 어떠한 경우에도 보험료 납입면제대상 보험금은 중복하여 지급하지 않습니다. 1. 피보험자가 상해로 약관에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때 2. 피보험자가 진단확정된 질병의 직접적인 결과로써 약관에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때 3. 암에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후 피보험자가 약관에서 정한 암으로 진단확정된 경우 4. 피보험자가 약관에서 정한 뇌졸중으로 진단확정된 경우 5. 피보험자가 약관에서 정한 급성심근경색증으로 진단확정된 경우 ※ 암의 보장개시일은 최초 계약일 또는 부활(효력회복)일 부터 90일이 지난날의 다음날임 ※ 피보험자가 보험계약일부터 암에 대한 보장개시일(책임개시일) 전일 이전에 암이 발생하고, 그 암이 동일하거나 다른 신체기관에 재발 또는 전이되었을때는 보험금을 지급하지 않음	가입금액
킵스치료비(부목치료제외)	보험기간 중 상해 또는 질병으로 약관에서 정한 킵스치료	가입금액

보장명	지급사유	지급금액
	를 받은 경우 (1사고당)	
응급실내원 진료비(응급)	보험기간 중 약관에서 정한 응급환자로 응급실에 내원하여 진료를 받은 경우 (내원 1회당)	가입금액
인공관절(건/고)치환수술비 (연간1회한)	보험기간 중 상해 또는 질병으로 약관에서 정한 인공관절(건/고)치환 대상질환으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 약관에서 정한 인공관절(건/고)치환술을 받은 경우 (연간 1회한) ※ 최초 보험가입후 1년미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급	가입금액
디스크(추간판탈출증)수술비	보험기간 중 상해 또는 질병으로 약관에서 정한 추간판탈출증으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 약관에서 정한 추간판탈출증 수술을 받은 경우 (수술 1회당) ※ 최초 보험가입후 1년미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급	가입금액
디스크(추간판탈출증)신경차단술치료비(급여,연간1회한)	보험기간 중 상해 또는 질병으로 약관에서 정한 추간판탈출증으로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 약관에서 정한 추간판탈출증 신경차단술(급여)를 받은 경우 (연간 1회한) ※ 최초 보험가입후 1년미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급	가입금액
치매 진단비 (경증 이상:CDR 1점이상) (최초1회한)	보험기간 중 보장개시일 이후 상해 또는 질병을 직접적인 원인으로 약관에서 정한 경증이상 치매상태로 진단확정된 경우 (최초 1회한) ※ 보장개시일은 최초 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 1년이 지난날의 다음날임. 단, 상해로 인한 뇌의 손상을 직접적인 원인으로 치매상태가 발생한 경우에는 보험계약일 또는 부활(효력회복)일을 보장개시일로 함 ※ 경증이상 치매상태는 보장개시일 이후 치매로 진단확정되고 CDR척도 검사결과 1점이상으로 판정되어 90일 이상 상태가 유지되어야 함	가입금액
치매 진단비 (중등도 이상:CDR 2점이상) (최초1회한)	보험기간 중 보장개시일 이후 상해 또는 질병을 직접적인 원인으로 약관에서 정한 중등도이상 치매상태로 진단확정된 경우 (최초 1회한) ※ 보장개시일은 최초 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 1년이 지난날의 다음날임. 단, 상해로 인한 뇌의 손상을 직	가입금액

보장명	지급사유	지급금액
	접적인 원인으로 치매상태가 발생한 경우에는 보험계약일 또는 부활(효력회복)일을 보장개시일로 함 ※ 중등도이상 치매상태는 보장개시일 이후 치매로 진단확정되고 CDR척도 검사결과 2점이상으로 판정되어 90일 이상 상태가 유지되어야 함	
치매 진단비 (중증 이상:CDR 3점이상) (최초1회한)	보험기간 중 보장개시일 이후 상해 또는 질병을 직접적인 원인으로 약관에서 정한 중증이상 치매상태로 진단확정된 경우 (최초 1회한) ※ 보장개시일은 최초 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 1년이 지난날의 다음날임. 단, 상해로 인한 뇌의 손상을 직접적인 원인으로 치매상태가 발생한 경우에는 보험계약일 또는 부활(효력회복)일을 보장개시일로 함 ※ 중증이상 치매상태는 보장개시일 이후 치매로 진단확정되고 CDR척도 검사결과 3점이상으로 판정되어 90일 이상 상태가 유지되어야 함	가입금액
장기요양진단비(1등급) (최초1회한)	보험기간 중 상해 또는 질병을 직접적인 원인으로 장기요양상태가 되어 보험기간 중에 노인장기요양보험 1등급 수급대상으로 인정되었을 경우 (최초 1회한) ※ 최초 보험가입후 1년미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급	가입금액
장기요양진단비(1-2등급) (최초1회한)	보험기간 중 상해 또는 질병을 직접적인 원인으로 약관에서 정한 장기요양상태가 되어 보험기간 중에 약관에서 정한 노인장기요양보험 1등급 또는 2등급 수급대상으로 인정되었을 경우 (최초 1회한) ※ 최초 보험가입후 1년미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급	가입금액
장기요양진단비(1-3등급) (최초1회한)	보험기간 중 상해 또는 질병을 직접적인 원인으로 약관에서 정한 장기요양상태가 되어 보험기간 중에 약관에서 정한 노인장기요양보험 1등급, 2등급 또는 3등급 수급대상으로 인정되었을 경우 (최초 1회한) ※ 최초 보험가입후 1년미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급	가입금액
장기요양진단비(1-4등급) (최초1회한)	보험기간 중 상해 또는 질병을 직접적인 원인으로 약관에서 정한 장기요양상태가 되어 보험기간 중에 약관에서 정한 노인장기요양보험 1등급, 2등급, 3등급 또는 4등급 수급	가입금액

보장명	지급사유	지급금액
	대상으로 인정되었을 경우 (최초 1회한) ※ 최초 보험가입후 1년미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급	
[갱신형] 민사소송 법률비용 손해	피보험자에게 보험기간 중에 소송제기의 원인이 되는 사건이 발생하여, 약관에서 정한 민사소송사건이 대한민국 법원에 제기되어 그 소송이 판결, 소송상 조정, 또는 소송상 화해로 종료됨에 따라 피보험자가 부담한 민사소송 법률비용을 약관에 따라 보상 (자기부담금 존재) ※ 소송은 심급별을 말하며 보험기간내에 제기되어야 함	변호사비용 : 1,500만원한도 (1사고당 10만원 자기부담금 공제), 인지액+송달료 : 500만원 한도
[갱신형] 행정소송 법률비용 손해	피보험자에게 보험기간 중에 소송제기의 원인이 되는 사건이 발생하여, 약관에서 정한 행정소송사건이 대한민국 법원에 제기되어 그 소송이 판결, 소송상 조정 또는 소송상 화해로 종료됨에 따라 피보험자가 부담한 행정소송 법률비용을 가입금액 한도내 지급 (자기부담금 존재) ※ 소송은 심급별을 말하며 보험기간내에 제기되어야 함	변호사비용 : 1,500만원한도 (1사고당 10만원 자기부담금 공제), 인지액+송달료 : 500만원 한도
[갱신형]인터넷직거래 사기피해보장	피보험자가 보험기간 중 발생한 약관에서 정한 인터넷직거래사기로 금전상의 피해를 입어 수사기관에 신고, 고소, 고발 등을 접수하고, 가해자에게 검찰의 기소처분결정이 내려진 경우에는 피보험자에게 발생한 실제 금전손실액의 70%를 가입금액 한도로 보상	가입금액 한도
[갱신형]전기통신금융사기 (메신저피싱포함)피해보장	피보험자가 보험기간 중 대한민국 내에서 발생한 약관에서 정한 전기통신금융사기로 금전상의 피해를 입어 관할 경찰서에 신고하여 사기피해가 확정되고, 「전기통신금융사기 피해 방지 및 피해금 환급에 관한 특별법」에 따라 전기통신금융사기의 피해구제를 신청하여 피해환급금이 결정된 경우에는 피보험자에게 발생한 실제 금전손실액의 70%를 가입금액 한도로 보상	가입금액 한도
착오송금 회수비용	피보험자가 보험기간 중 착오송금으로 금전상의 피해를 입어 예금보험공사에 반환신청을 하고 반환지원대상으로 결정된 경우 실제 발생한 부당이득반환채권 회수관련 비용을 가입금액 한도로 보상	가입금액 한도
[갱신형] 가족 일상생활 배상책임 II	약관에서 정한 피보험자가 보험기간 중에 약관에서 정한 사고로 타인의 신체에 장해 또는 재물의 손해에 대한 법률	가입금액 한도

보장명	지급사유	지급금액
	상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해를 약관에 따라 보상	자기부담금 : 누수대물사고인 경우 50만원, 누수외대물사고 이외의 경우는 20만원 대인사고는 없음

2) 보험금 지급 제한사항

① 보험금 지급 제한사항

- 가. 이 상품의 보장개시일(책임개시일)은 회사가 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터입니다. 또한, 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임 있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.
- 나. 가족 일상생활 배상책임, 민사소송 법률비용손해, 행정소송 법률비용손해 특별약관은 보험금을 지급할 다수의 보험계약이 체결되어 있는 경우에는 약관에 따라 비례 보상합니다.
- 다. 보험금을 지급하지 아니하는 사유 등 기타 세부적인 사항은 보통약관 및 특별약관의 내용에 따라 보험금의 지급이 제한될 수 있으니, 반드시 약관 본문을 참조하여 주시기 바랍니다.

다수계약이란?

다수계약에 해당하는 보험종목은 제3보험의 상해·질병·간병보험 및 손해보험의 종합·장기손해·개인연금·퇴직보험으로 합니다.

3. 보험료 산출기초

1) 보험료의 구성

보험계약자가 납입하는 보험료는 만약의 사고시 보험금을 지급하는 위험보험료, 보험회사의 경비를 위한 부가보험료로 구성됩니다.

2) 적용이율

- 보장부분 적용이율 : 연복리 3.00%

적용이율이란?

보험회사는 장래의 보험금 지급을 대비하여 계약자가 납입한 보험료를 적립해 두는데, 보험료 납입시점과

보험금 지급시점에는 시차가 발생하게 됩니다. 이 기간 동안 보험회사는 적립된 금액을 운용할 수 있으므로 운용에 따라 기대되는 수익을 미리 예상하여 일정한 비율로 보험료를 할인해 주는데, 이러한 할인을 “적용이율”이라고 합니다. 일반적으로, 적용이율이 높아지면 보험료는 낮아지고, 적용이율이 낮아지면 보험료는 올라갑니다.

3) 적용위험률

[기본계약, 40세 기준]

위험률명	상해급수	적용위험률	
		남자	여자
일반상해후유장해발생률(80%이상)	1급	0.000024	0.000009
	2급	0.000059	0.000017
	3급	0.000098	0.000042

적용위험률이란?

한 개인이 사망하거나 질병에 걸리는 등의 일정한 보험사고가 발생할 수 있는 확률을 예측한 것을 말합니다. 일반적으로 적용위험률이 높으면 보험료가 올라가고 낮으면 보험료는 내려갑니다.

4) 적용해지율

적용해지율이란?

한 개인이 보험료 납입기간 중 계약을 해지할 확률을 예측한 것을 말합니다. 일반적으로 적용해지율이 높으면 보험료는 내려가고, 낮으면 보험료는 올라갑니다.

5) 계약체결비용 및 계약관리비용

계약체결비용 및 계약관리비용이란?

보험회사가 보험계약의 체결, 유지 및 관리 등에 필요한 경비로 사용하기 위하여 보험료 중 일정비율을 책정한 것을 말합니다.

4. 보험가격지수

보험가격지수란?

해당상품의 보험료총액(보험금 지급을 위한 보험료 및 보험회사의 사업경비 등을 위한 보험료)을 참조순보험료 총액*과 평균사업비총액**을 합한 금액으로 나눈 비율을 “보험가격지수”라고 합니다.

* 참조순보험료: 금융감독원이 정하는 평균공시이율, 평균해지율 및 참조 순보험요율을 적용하여 산출한 보험금 지급을 위한 보험료

** 평균사업비총액: 상품군별로 손해보험상품 전체의 평균사업비율을 반영하여 계산(역산)한 값

보험가격지수(%)		
구분	남자	여자
3종(일반심사, 납입면제, 해약환급금 미지급형)	97.5%	96.2%
4종(일반심사, 해약환급금 미지급형)	97.4%	96.1%

주) 100세만기, 20년납, 40세, 상해1급, 월납

가입금액 : 상해후유장해(80%이상)(최초1회한) 1억원, 상해사망 1억원, 암 진단비(유사암제외)(최초1회한) 1천만원, 유사암진단비 1천만원, 뇌혈관질환 진단비(최초1회한) 2천만원, 허혈성심장질환 진단비(최초1회한) 2천만원, 항암방사선·약물치료비(기타피부암 및 갑상선암 제외)(최초1회한) 1천만원, 항암방사선·약물치료비(기타피부암 및 갑상선암)(최초1회한) 5백만원, 보험료납입면제대상 10만원 기준

5. 계약자배당에 관한 사항

이 보험은 무배당 상품으로서 배당을 하지 않습니다. 그러나 무배당 상품은 배당 상품에 비해 보험료가 상대적으로 저렴합니다.

6. 해약환급금에 관한 사항

1) 해약환급금 산출기준

회사는 금융감독원장이 인가한 산출기준에 따라 계산한 이 보험의 계약자적립액(순보험료식 계약자적립액에서 해약공제금액을 차감한 금액)과 미경과보험료를 더한 금액을 해약환급금으로 지급합니다.

2) 해약환급금이 적은 이유

보험은 은행의 저축과는 달리 위험보장과 저축을 겸한 제도로써 보험계약자가 납입한 보험료 중 일부는 불의의 사고를 당한 다른 보험계약자에게 지급되는 보험금으로 또 다른 일부는 보험회사 운영에 필요한 사업경비로 사용되므로 중도해지하는 경우 지급되는 해약환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다.

3) 해약환급금 예시

- 3종(일반심사, 납입면제, 해약환급금 미지급형)

○가입기준 : 남자 40세, 100세만기, 20년납, 상해1급, 월납 31,557원

○기본계약 : 상해후유장해(80%이상)(최초1회한) - 1,000만원

○선택계약 : 상해사망 - 1,000만원
 상해후유장해(3-100%) - 1,000만원
 암 진단비(유사암제외)(최초1회한) - 1,000만원
 유사암진단비 - 200만원
 뇌졸중 진단비(최초1회한) - 1,000만원
 급성심근경색증 진단비(최초1회한) - 1,000만원
 보험료납입면제대상 - 10만원

[단위 : 원, %]

경과 기간	납입보험료	예상 해약환급금	예상 해약환급률
1년	378,684	-	0.0%
3년	1,136,052	-	0.0%
5년	1,893,420	-	0.0%
7년	2,650,788	-	0.0%
10년	3,786,840	-	0.0%
15년	5,680,260	-	0.0%
20년	7,573,680	3,232,320	42.6%
30년	7,573,680	3,447,459	45.5%
40년	7,573,680	2,992,850	39.5%
50년	7,573,680	1,878,031	24.7%
60년	7,573,680	-	0.0%

주1) 이 상품은 순수보장성보험으로, 보험계약 만기시 지급받는 금액(만기환급금)이 없습니다.

주2) 이 상품은 해약환급금 미지급형 보험으로, 보험료 납입기간 중에 중도 해지할 경우 비갱신담보의 해약환급금은 지급되지 않습니다. 단, 갱신형 특별약관의 해약환급금은 보험료 납입기간 중에 중도 해지할 경우에도 지급됩니다.

- 4종(일반심사, 해약환급금 미지급형)

○가입기준 : 남자 40세, 100세만기, 20년납, 상해1급, 월납 30,767원
 ○기본계약 : 상해후유장해(80%이상)(최초1회한) - 1,000만원
 ○선택계약 : 상해사망 - 1,000만원
 상해후유장해(3-100%) - 1,000만원
 암 진단비(유사암제외)(최초1회한) - 1,000만원
 유사암진단비 - 200만원
 뇌졸중 진단비(최초1회한) - 1,000만원
 급성심근경색증 진단비(최초1회한) - 1,000만원

[단위 : 원, %]

경과 기간	납입보험료	예상 해약환급금	예상 해약환급률
1년	369,204	-	0.0%
3년	1,107,612	-	0.0%
5년	1,846,020	-	0.0%
7년	2,584,428	-	0.0%
10년	3,692,040	-	0.0%
15년	5,538,060	-	0.0%
20년	7,384,080	3,232,320	43.7%
30년	7,384,080	3,447,459	46.6%
40년	7,384,080	2,992,850	40.5%
50년	7,384,080	1,878,031	25.4%
60년	7,384,080	-	0.0%

주1) 이 상품은 순수보장성보험으로, 보험계약 만기시 지급받는 금액(만기환급금)이 없습니다.

주2) 이 상품은 해약환급금 미지급형 보험으로, 보험료 납입기간 중에 중도 해지할 경우 비갱신담보의
해약환급금은 지급되지 않습니다. 단, 갱신형 특별약관의 해약환급금은 보험료 납입기간 중에 중도 해지할
경우에도 지급됩니다.

※ 상품요약서는 상품의 제반 내용을 요약한 자료로서 자세한 사항은 약관내용을 참조하시기 바랍니다.