

신한(간편가입)홈닥터의료비보장보험
(무배당, 갱신형)
상 품 요 약 서

이 상품요약서는 보험약관 등 신한(간편가입)홈닥터의료비보장보험(무배당, 갱신형)의 기초서류에 기재된 주요내용을 요약한 것이므로 구체적인 내용은 반드시 보험약관 등을 참조하시기 바랍니다.

1. 상품의 특이사항

Q : **신한(간편가입)홈닥터의료비보장보험(무배당, 갱신행)**의 특이사항은 무엇인가요?

A :

- ▶ **신한(간편가입)홈닥터의료비보장보험(무배당, 갱신행)**은 요양급여 및 의료급여 중 환자 본인부담금(비급여 제외)을 연간 합산한 금액을 기준으로 '급여의료비지원금'을 보장하는 주계약에 다양한 특약을 고객의 필요에 따라 선택하여 예기치 못한 질병과 재해에 대비 가능한 상품입니다.
- ▶ 10년만기 갱신행으로 최대 100세까지 보장가능 합니다.
- ▶ **신한(간편가입)홈닥터의료비보장보험(무배당, 갱신행)**은 “일반심사형”과 “간편심사형”이 있으며, “일반심사형”은 “일반심사보험”으로 피보험자가 표준체에 해당하는 계약 전 알릴 의무 항목을 통하여 보험가입 여부에 대한 의적심사를 거쳐 가입 가능한 보험을 말합니다. 또한 “간편심사형”은 “간편심사보험”으로 유병력자 또는 고연령자 등 “일반심사보험”에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다.

Q : **신한(간편가입)홈닥터의료비보장보험(무배당, 갱신행)**의 갱신은 어떻게 되나요?

A :

- ▶ 계약자가 이 계약의 보험기간 만료일 15일 전까지 이 계약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면, 이 계약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 납입최고(독촉)기간 내에 갱신전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 계약은 갱신되지 않습니다.
- ▶ 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 피보험자의 100세 계약해당일로 합니다.
- ▶ 다음 중 어느 한 가지에 해당하는 경우에는 이 계약은 갱신할 수 없습니다.
 1. 이 계약의 보험기간 만료일이 최종 갱신계약의 보험기간 만료일과 같은 경우
 2. 이 계약이 소멸된 경우
- ▶ 갱신계약의 보험료, 계약자적립액 및 해약환급금은 갱신시점의 나이 및 보험료 산출에 관한 기초율을 적용하여 계산하므로 변동될 수 있습니다.
- ▶ 보험료 납입이 면제된 이후에 계약이 갱신되는 경우 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 계약의 보험료를 납입해야 합니다.
- ▶ 갱신이 제한되거나 보험료 또는 약관이 변경되는 경우에는 이 계약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 관련 내용을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다.

- ▶▶ 갱신된 계약에 대해서는 갱신전 계약의 약관을 준용합니다. 또한, 갱신계약의 보험가입금액은 갱신전 계약과 동일하게 적용됩니다.

Q : 『**갱신형**』 특약에 관한 사항

A :

- ▶▶ 계약자가 갱신형 특약의 보험기간 만료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 갱신형 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.
- ▶▶ 특약 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 주계약의 보험기간(다만, 주계약 체결시점에 계약자가 선택한 보험기간으로 하며, 주계약이 갱신형보험인 경우에는 주계약의 최종 갱신계약 보험기간, 이하 같습니다) 만료일로 합니다. 다만, 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일로 합니다. (단, 일부특약의 경우 80세)
- ▶▶ 다만, 다음 중 어느 한가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
1. 이 특약의 보험기간 만료일이 최종 갱신계약의 보험기간 만료일과 같은 경우
 2. 주계약이 갱신형보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 만료일 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우
 3. 특약이 소멸된 경우
- ▶▶ 갱신계약의 보험료, 계약자적립액 및 해약환급금은 갱신시점의 나이 및 보험료 산출에 관한 기초율을 적용하여 계산하므로 변동될 수 있습니다.
- ▶▶ 갱신된 특약에 대해서는 갱신 전 특약의 약관을 준용합니다. 또한, 갱신계약의 특약보험가입금액은 갱신 전 계약과 동일하게 적용됩니다.
- ▶▶ 회사는 갱신계약의 변경내용 및 보험료 등을 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 관련 내용을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.
- ▶▶ 신한(간편가입)홈닥터의료비보장보험 플러스특약(최초1회)(무배당, 갱신형) “급여의료비지원금 (1백만원이상, 최초1회한) 보장계약”의 “건강환급형”의 경우 갱신 시점에서 100세까지의 잔여보험기간이 5년 이하인 경우에는 “순수보장형”으로 갱신합니다.
- ▶▶ 신한(간편가입)홈닥터의료비보장보험 플러스특약(최초1회)(무배당, 갱신형)의 경우 각 보장계약의 보험금 지급사유로 세부보장이 소멸된 경우에는 해당 세부보장계약은 갱신되지 않습니다.

Q : 이 상품의 『**간편심사**』는 무엇인가요?

A :

- ▶▶ “간편심사”란 의적결함 및 나이제한으로 인하여 보험시장에서 소외되고 있는 유병력자나

고연령자 등의 계약심사 및 건강검진의 부담을 줄여 보험에 가입할 수 있도록 표준체에 비하여 간소화된 계약 전 알릴의무 항목을 활용하여 계약심사 과정을 간소화함을 의미합니다. 간소화된 계약 전 알릴 의무 사항 이외의 항목을 사용하여 계약심사를 하지 않습니다.

Q : **보험료납입면제 요건**은 무엇인가요?

A :

[주계약]

- ▶▶▶ 주계약은 납입면제가 없습니다. 다만, 이 주계약의 보험료를 납입면제 할 수 있는 특약을 가입한 경우, 보험료 납입기간 중 피보험자가 해당 특약에서 정하는 기준에 따라 납입면제 사유에 해당되는 경우에는 차회 이후 주계약의 보험료 납입을 면제합니다.
- ▶▶▶ 다만, 보험료의 납입이 면제된 이후에 이 계약이 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

[특약]

- ▶▶▶ 특약보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 주계약의 보험료 납입면제가 "보험료의 납입을 면제하는 특약"에 의해 납입면제가 된 경우 그 "보험료의 납입을 면제하는 특약"의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 해당 약관의 「보험료납입면제대상계약」에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.
- ▶▶▶ 다만, 보험료의 납입이 면제된 이후에 이 계약이 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

Q : **"일반심사형"과 "간편심사형"**을 비교해 주세요.

A :

[기준: 주계약 보험가입금액 1,000만원 / 종속특약 : 1,000만원 / 특약 보험가입금액 1,000만원, 이외 특약 별도 기재된 가입금액 참조]

구분		보장내용	
		간편심사형	일반심사형
주계약		<ul style="list-style-type: none"> · 급여의료비지원금(1백만원이상 2백만원미만) : 100만원 · 급여의료비지원금(2백만원이상 3백만원미만) : 200만원 · 급여의료비지원금(3백만원이상 5백만원미만) : 300만원 · 급여의료비지원금(5백만원이상 1천만원미만) : 500만원 · 급여의료비지원금(1천만원이상) : 1,000만원 	좌 동
종속특약	순수보장형	<ul style="list-style-type: none"> · 급여의료비지원금(1백만원이상, 최초1회한) : 100만원 · 급여의료비지원금(2백만원이상, 최초1회한) : 100만원 · 급여의료비지원금(3백만원이상, 최초1회한) : 100만원 	좌 동

		· 급여의료비지원금(5백만원이상, 최초1회한) : 200만원 · 급여의료비지원금(1천만원이상, 최초1회한) : 500만원	
	건강 환급형	· 건강환급금 : 50만원 · 급여의료비지원금(1백만원이상, 최초1회한) : 100만원 · 급여의료비지원금(2백만원이상, 최초1회한) : 100만원 · 급여의료비지원금(3백만원이상, 최초1회한) : 100만원 · 급여의료비지원금(5백만원이상, 최초1회한) : 200만원 · 급여의료비지원금(1천만원이상, 최초1회한) : 500만원	좌 동
특 약	상품명	(간편)첫날부터입원특약(무배당, 갱신형)	첫날부터입원특약(무배당, 갱신형)
	보장 내용	[가입금액 100만원 기준] 입원급여금 : 1만원 (입원일수 1일당) - 180일한도형: 1회 입원당 180일 한도 - 30일한도형: 1회 입원당 30일 한도 - 10일한도형: 1회 입원당 10일 한도 (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유 발생시 50% 지급)	[가입금액 100만원 기준] 입원급여금 : 1만원 (입원일수 1일당) - 180일한도형: 1회 입원당 180일 한도 - 30일한도형: 1회 입원당 30일 한도 - 10일한도형: 1회 입원당 10일 한도
특 약	상품명	(간편)첫날부터상급종합병원입원특약 (무배당, 갱신형)	첫날부터상급종합병원입원특약 (무배당, 갱신형)
	보장 내용	[가입금액 100만원 기준] 상급종합병원입원급여금 (입원일수 1일당) : 1만원 (1회 입원당 180일 한도) (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유 발생시 50% 지급)	[가입금액 100만원 기준] 상급종합병원입원급여금 (입원일수 1일당) : 1만원 (1회 입원당 180일 한도)
특 약	상품명	(간편)정기특약(무배당, 갱신형)	정기특약(무배당, 갱신형)
	보장 내용	사망보험금 : 1,000만원 (다만, 최초계약의 계약일부터 2년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유 발생시 50% 지급)	사망보험금 : 1,000만원
특 약	상품명	(간편)1-5종수술특약(무배당, 갱신형)	1-5종수술특약(무배당, 갱신형)
	보장 내용	○ 1종 보장계약 [가입금액 100만원 기준] 1종수술급여금 : 10만원 (수술 1회당)	좌 동
		○ 2종 보장계약 [가입금액 300만원 기준] 2종수술급여금 : 30만원 (수술 1회당)	좌 동
		○ 3종 보장계약 [가입금액 500만원 기준] 3종수술급여금 : 50만원 (수술 1회당)	좌 동
		○ 4종 보장계약 [가입금액 5,000만원 기준] 4종수술급여금 : 500만원 (수술 1회당)	좌 동
		○ 5종 보장계약 [가입금액 10,000만원 기준] 5종수술급여금 : 1,000만원 (수술 1회당)	좌 동
		※ 상기 각 보장계약 모두 최초계약의 계약일부터 1년 미만 에 재해 이외의 원인으로 지급사유 발생시 50% 지급	※ 상기 각 보장계약 모두 삭감 미적용

특 약	상품명	(간편)간호간병통합서비스사용입원특약 (무배당, 갱신형)	간호간병통합서비스사용입원특약 (무배당, 갱신형)
	보장 내용	[가입금액 300만원 기준] 간호·간병통합서비스사용입원(요양병원 제외)급여금 (간호·간병통합서비스 사용일수 1일당) : 3만원 (1회 입원당 사용일수 180일 한도) (다만, 최초계약의 계약일부터 2년 미만에 재해 이외 의 원인으로 지급사유 발생시 50% 지급)	[가입금액 300만원 기준] 간호·간병통합서비스사용입원(요양병원 제외)급여금 (간호·간병통합서비스 사용일수 1일당) : 3만원 (1회 입원당 사용일수 180일 한도)
특 약	상품명	(간편)간병인사용입원특약 (무배당, 갱신형)	간병인사용입원특약 (무배당, 갱신형)
	보장 내용	○ 간병인사용입원(요양병원 제외) 보장계약 [가입금액 1,200만원 기준] 간병인사용입원(요양병원 제외)급여금 (1회 입원당 사용일수 180일 한도) - 간병인 사용금액이 1일당 7만원 이상인 경우 : 12만원 (간병인 사용일수 1일당) - 간병인 사용금액이 1일당 7만원 미만인 경우 : 6만원 (간병인 사용일수 1일당)	좌 동
		○ 간병인사용입원(요양병원) 보장계약 [가입금액 300만원 기준] 간병인사용입원(요양병원)급여금 (간병인 사용일수 1일당) : 3만원 (1회 입원당 사용일수 180일 한도)	좌 동
		○ 간호·간병통합서비스사용입원 보장계약 [가입금액 300만원 기준] 간호·간병통합서비스사용입원(요양병원 제외)급여금 (간호·간병통합서비스 사용일수 1일당) : 3만원 (1회 입원당 사용일수 180일 한도)	좌 동
		※ 상기 각 보장계약 모두 최초계약의 계약일부터 2년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유 발생시 50% 지급	※ 상기 각 보장계약 모두 삭감 미적용
구분		※ 아래 예시된 특약은 간편심사형 및 일반심사형의 보장내용이 동일하며, 특약의 보장내용은 상품설명 서 및 약관의 '보장내용'을 참고하시기 바랍니다. (특히, 간편심사형 및 일반심사형 지급사유의 구체 적 기준은 상이할 수 있음)	
특 약	상품명	(간편)[기본]허혈심장질환진단특약(무배당, 갱신형)	[기본]허혈심장질환진단특약 (무배당, 갱신형)
특 약	상품명	(간편)진심을품은3대질병보장특약(무배당, 갱신형)	진심을품은3대질병보장특약 (무배당, 갱신형)
특 약	상품명	(간편)재해골절치료특약(무배당, 갱신형)	재해골절치료특약(무배당, 갱신형)
특 약	상품명	(간편)[기본]일반암진단특약(무배당, 갱신형)	[기본]일반암진단특약(무배당, 갱신형)
특 약	상품명	(간편)[기본]남녀특정암진단특약(무배당, 갱신형)	[기본]남녀특정암진단특약(무배당, 갱신형)
특 약	상품명	(간편)[기본]소액암진단특약(무배당, 갱신형) [가입금액 200만원 기준]	[기본]소액암진단특약(무배당, 갱신형) [가입금액 200만원 기준]
특 약	상품명	(간편)암직접치료상급종합병원통원특약 (무배당, 갱신형)	암직접치료상급종합병원통원특약 (무배당, 갱신형)

특약	상품명	(간편)[기본]뇌혈관질환진단특약(무배당, 갱신형)	[기본]뇌혈관질환진단특약 (무배당, 갱신형)			
특약	상품명	(간편)뇌출혈진단특약(무배당, 갱신형)	뇌출혈진단특약(무배당, 갱신형)			
특약	상품명	(간편)급성심근경색증진단특약(무배당, 갱신형)	급성심근경색증진단특약 (무배당, 갱신형)			
특약	상품명	(간편)중증질환자[뇌혈관질환]산정특례대상보장특약 (무배당, 갱신형)	중증질환자[뇌혈관질환]산정특례대상보장특약 (무배당, 갱신형)			
특약	상품명	(간편)중증질환자[심장질환]산정특례대상보장특약 (무배당, 갱신형)	중증질환자[심장질환]산정특례대상보장특약 (무배당, 갱신형)			
특약	상품명	(간편)3대질환간병인사용입원특약(무배당, 갱신형)	3대질환간병인사용입원특약(무배당, 갱신형)			
특약	상품명	(간편)3대질환수술보장특약(무배당, 갱신형)	3대질환수술보장특약(무배당, 갱신형)			
특약	상품명	(간편)[3~100%장해형]질병장해특약(무배당, 갱신형)	[3~100%장해형]질병장해특약(무배당, 갱신형)			
특약	상품명	(간편)암직접치료통원특약(무배당, 갱신형)	암직접치료통원특약(무배당, 갱신형)			
특약	상품명	(간편)응급실내원(응급환자)특약(무배당, 갱신형) [가입금액 400만원 기준]	응급실내원(응급환자)특약(무배당, 갱신형) [가입금액 400만원 기준]			
특약	상품명	(간편)암주요치료비특약(무배당, 갱신형)	암주요치료비특약(무배당, 갱신형)			
특약	상품명	(간편)종합병원암주요치료비특약(무배당, 갱신형)	종합병원암주요치료비특약 (무배당, 갱신형)			
특약	상품명	(간편)뇌혈관·허혈심장질환주요치료비특약(무배당, 갱신형)	뇌혈관·허혈심장질환주요치료비특약 (무배당, 갱신형)			
특약	상품명	(간편)종합병원뇌혈관·허혈심장질환주요치료비특약(무배당, 갱신형)	종합병원뇌혈관·허혈심장질환주요치료비 특약(무배당, 갱신형)			
특약	상품명	(간편)질병수술특약(무배당, 갱신형)	질병수술특약(무배당, 갱신형)			
특약	상품명	(간편)질병수술(백내장및대장용종제외)특약(무배당, 갱신형)	질병수술(백내장및대장용종제외)특약 (무배당, 갱신형)			
특약	상품명	(간편)상급종합병원질병수술특약(무배당, 갱신형)	상급종합병원질병수술특약(무배당, 갱신형)			
특약	상품명	(간편)보험료납입면제특약(무배당, 갱신형)	보험료납입면제특약(무배당, 갱신형)			
계약승낙 여부		일반 상품 대비 질문항목(고지)을 간소화하여 인수기준을 완화하여, 지병이나 기왕력이 있어도 가입할 수 있습니다.		피보험자의 건강상태 및 직업에 따라서 청 약에 대한 승낙을 거절할 수 있습니다.		
보험료예시		주계약 10년 갱신형, 종속특약(순수보장형) 10년 갱신형, 가입금액 1,000만원, 월납기준				
		남자	여자	남자	여자	
		40세	37,120	52,990	24,060	32,110
		50세	57,340	75,570	37,390	44,310
		60세	106,580	121,730	73,120	76,720

보험료예시	주계약 10년 갱신형, 종속특약(건강환급형) 5년 갱신형, 가입금액 1,000만원, 월납기준			
	남자	여자	남자	여자
40세	47,470	60,070	36,510	42,970
50세	64,780	80,280	47,870	53,760
60세	107,870	120,390	78,560	81,710

2. 보험가입 자격요건

① 보험종류

구분	명칭	보험종목		
주계약	신한홈닥터 의료비보장보험 (무배당, 갱신형)	일반심사형		
		간편심사(335)형		
종속특약	신한홈닥터 의료비보장보험 플러스특약 (최초1회) (무배당, 갱신형)	일반심사형	급여의료비지원금 (1백만원이상, 최초1회한) 보장계약	순수보장형, 건강환급형
			급여의료비지원금 (2백만원이상, 최초1회한) 보장계약	순수보장형
			급여의료비지원금 (3백만원이상, 최초1회한) 보장계약	순수보장형
			급여의료비지원금 (5백만원이상, 최초1회한) 보장계약	순수보장형
			급여의료비지원금 (1천만원이상, 최초1회한) 보장계약	순수보장형
			급여의료비지원금 (1천만원이상, 최초1회한) 보장계약	순수보장형
		간편심사(335)형	급여의료비지원금 (1백만원이상, 최초1회한) 보장계약	순수보장형, 건강환급형
			급여의료비지원금 (2백만원이상, 최초1회한) 보장계약	순수보장형
			급여의료비지원금 (3백만원이상, 최초1회한) 보장계약	순수보장형
			급여의료비지원금 (5백만원이상, 최초1회한) 보장계약	순수보장형
			급여의료비지원금 (1천만원이상, 최초1회한) 보장계약	순수보장형
			급여의료비지원금 (1천만원이상, 최초1회한) 보장계약	순수보장형

- (주) 1. 이 계약을 최초로 체결하는 경우에는 “최초계약”이라 하며, 이후 계약의 보험기간 만료 후 갱신된 경우에는 “갱신계약”이라 합니다.
2. “간편심사(335)형”의 경우 상품명 신한 다음에 “(간편가입)”을 부가합니다.

② 보험기간, 보험료 납입기간, 피보험자 가입나이 및 보험료 납입주기

[주계약 및 종속특약의 “급여의료비지원금 (1백만원이상, 최초1회한) 보장계약”을 제외한 보장계약]
가. 주계약

가입가능 조건								
유형1	유형2	유형3	유형4	보험기간	보험료 납입기간	남자나이	여자나이	보험료 납입주기
주계약	일반 심사형	-	최초계약	10년만기	전기납	만15세 ~ 70세		월납
		-	갱신계약	10년만기	전기납	25세 ~ 89세		
				100세만기	전기납	90세 ~ 99세		
	간편 심사형	-	최초계약	10년만기	전기납	30세 ~ 70세		
		-	갱신계약	10년만기	전기납	40세 ~ 89세		
				100세만기	전기납	90세 ~ 99세		

나. 종속특약

① 5년만기

가입가능 조건								
유형1	유형2	유형3	유형4	보험기간	보험료 납입기간	남자나이	여자나이	보험료 납입주기
종속특약	일반 심사형	순수 보장형	최초계약	5년만기	전기납	만15세 ~ 70세		월납
			갱신계약	5년만기	전기납	20세 ~ 94세		
				100세만기	전기납	95세 ~ 99세		
	간편 심사형	순수 보장형	최초계약	5년만기	전기납	30세 ~ 70세		
			갱신계약	5년만기	전기납	35세 ~ 94세		
				100세만기	전기납	95세 ~ 99세		

② 10년만기

가입가능 조건								
유형1	유형2	유형3	유형4	보험기간	보험료 납입기간	남자나이	여자나이	보험료 납입주기
종속특약	일반 심사형	순수 보장형	최초계약	10년만기	전기납	만15세 ~ 70세		월납
			갱신계약	10년만기	전기납	25세 ~ 89세		
				100세만기	전기납	90세 ~ 99세		
	간편 심사형	순수 보장형	최초계약	10년만기	전기납	30세 ~ 70세		
			갱신계약	10년만기	전기납	40세 ~ 89세		
				100세만기	전기납	90세 ~ 99세		

[종속특약의 “급여의료비지원금 (1백만원이상, 최초1회한) 보장계약”]

① 건강환급형

가입가능 조건								
유형1	유형2	유형3	유형4	보험기간	보험료 납입기간	남자나이	여자나이	보험료 납입주기
종속특약	일반 심사형	건강 환급형	최초계약	5년만기	전기납	만15세 ~ 70세		월납
			갱신계약	5년만기	전기납	20세 ~ 94세		
	간편 심사형	건강 환급형	최초계약	5년만기	전기납	30세 ~ 70세		
			갱신계약	5년만기	전기납	35세 ~ 94세		

② 순수보장형

가입가능 조건								
유형1	유형2	유형3	유형4	보험기간	보험료 납입기간	남자나이	여자나이	보험료 납입주기
종속특약	일반 심사형	순수 보장형	최초계약	10년만기	전기납	만15세 ~ 70세		월납
			갱신계약	10년만기	전기납	25세 ~ 89세		
				100세만기	전기납	90세 ~ 99세		
	간편 심사형	순수 보장형	최초계약	10년만기	전기납	30세 ~ 70세		
			갱신계약	10년만기	전기납	40세 ~ 89세		
				100세만기	전기납	90세 ~ 99세		

가입불가 조건								
유형1	유형2	유형3	유형4	보험기간	보험료 납입기간	남자나이	여자나이	보험료 납입주기
종속특약	일반 심사형	건강 환급형	최초계약	5년만기	전기납	만15세 ~ 31세	만15세 ~ 20세	월납

※ 주계약은 10년만기 갱신형으로 하며, 종속특약의 “급여의료비지원금 (1백만원이상, 최초1회한) 보장계약”의 경우 건강환급형은 5년만기 갱신형, 순수보장형은 10년만기 갱신형으로 하며, “급여의료비지원금 (1백만원이상, 최초1회한) 보장계약”을 제외한 모든 보장계약은 “급여의료비지원금 (1백만원이상, 최초1회한) 보장계약”과 동일한 보험기간으로 합니다. 계약이 갱신된 경우 갱신되기 직전 계약과 동일한 보험기간으로 갱신합니다.

다만, “급여의료비지원금 (1백만원이상, 최초1회한) 보장계약”의 “건강환급형”의 경우 갱신시점에서 100세까지의 잔여보험기간이 5년 이하인 경우에는 “순수보장형”으로 갱신합니다.

※ 선택특약의 보험기간, 보험료 납입기간은 주계약의 보험기간, 보험료 납입기간 내에서 선택 가능합니다.

※ 선택특약의 가입나이는 성별, 보험기간 또는 보험료 납입기간별로 다를 수 있습니다.

※ 만나이가 아닌 나이는 보험나이를 말합니다. 보험나이에 대한 설명은 약관을 참고하시기 바랍니다.

③ 가입한도

구 분		가 입 한 도	
		최저	최고
주계약	신한(간편가입)홈닥터의료비보장보험(무배당, 갱신형)	500만	1,000만

※ 다만, 주계약 및 특약별 가입한도는 회사가 별도로 정한 기준에 따라 적용하며, 기존에 가입한 보험 가입내용 및 가입경로 등에 따라 주계약 및 특약별 가입한도는 조정될 수 있습니다.

주) 당사 및 손보험권(생보+손보+공제) 기계약합산 담보별 보장금액에 따라 보험가입이 차등 또는 제한될 수 있습니다.

④ 건강진단 여부

신한홈닥터의료비보장보험 (무배당, 갱신형)의 경우 기존 다른 보험상품의 가입유무, 나이, 청약서의 계약 전 알릴 의무 사항에 따라 건강진단을 시행할 수 있으며, 그 결과에 따라 보험가입 가능여부를 판정할 수 있습니다.

신한(간편가입)홈닥터의료비보장보험 (무배당, 갱신형)의 경우 간편심사보험으로 건강진단을 하지 않습니다.

II 보험금 지급사유 및 지급제한 사항

1. 상품의 구성

구 분	상 품 명	비 고
주계약	신한(간편가입)홈닥터의료비보장보험(무배당, 갱신형)	순수보장형
	신한(간편가입)홈닥터의료비보장보험 플러스특약(최초1회)(무배당, 갱신형)	
	급여의료비지원금(1백만원이상, 최초1회한) 보장계약	순수보장형/건강환급형
	급여의료비지원금(2백만원이상, 최초1회한) 보장계약	순수보장형
	급여의료비지원금(3백만원이상, 최초1회한) 보장계약	
	급여의료비지원금(5백만원이상, 최초1회한) 보장계약	
	급여의료비지원금(1천만원이상, 최초1회한) 보장계약	순수보장형
특 약	(간편)정기특약(무배당, 갱신형)	
	(간편)[기본]일반암진단특약(무배당, 갱신형)	
	(간편)[기본]남녀특정암진단특약(무배당, 갱신형)	
	(간편)[기본]소액암진단특약(무배당, 갱신형)	
	(간편)암직접치료통원특약(무배당, 갱신형)	
	(간편)암직접치료상급종합병원통원특약(무배당, 갱신형)	
	(간편)[기본]뇌혈관질환진단특약(무배당, 갱신형)	
	(간편)뇌출혈진단특약(무배당, 갱신형)	
	(간편)[기본]허혈심장질환진단특약(무배당, 갱신형)	
	(간편)급성심근경색증진단특약(무배당, 갱신형)	
	(간편)1-5종수술특약(무배당, 갱신형)	
	(간편)[180일한도형]첫날부터입원특약(무배당, 갱신형)	
	(간편)[30일한도형]첫날부터입원특약(무배당, 갱신형)	
	(간편)[10일한도형]첫날부터입원특약(무배당, 갱신형)	
	(간편)첫날부터상급종합병원입원특약(무배당, 갱신형)	
	(간편)재해골절치료특약(무배당, 갱신형)	
	(간편)진심을품은3대질병보장특약(무배당, 갱신형)	
	(간편)암주요치료비특약(무배당, 갱신형)	
	(간편)종합병원암주요치료비특약(무배당, 갱신형)	
	(간편)뇌혈관·허혈심장질환주요치료비특약(무배당, 갱신형)	
	(간편)종합병원뇌혈관·허혈심장질환주요치료비특약(무배당, 갱신형)	
	(간편)3대질병수술보장특약(무배당, 갱신형)	
	(간편)간병인사용입원특약(무배당, 갱신형)	
	(간편)3대질병간병인사용입원특약(무배당, 갱신형)	
	(간편)[180일한도형]간호간병통합서비스사용입원특약(무배당, 갱신형)	
	(간편)중증질환자[뇌혈관질환]산정특례대상보장특약(무배당, 갱신형)	
	(간편)중증질환자[허혈심장질환]산정특례대상보장특약(무배당, 갱신형)	
	(간편)응급실내원(응급환자)특약(무배당, 갱신형)	
	(간편)[3~100%장해형]질병장해특약(무배당, 갱신형)	
	(간편)질병수술특약(무배당, 갱신형)	
	(간편)질병수술(백내장및대장용종제외)특약(무배당, 갱신형)	
	(간편)상급종합병원질병수술특약(무배당, 갱신형)	
	(간편)[50%장해납입면제형]보험료납입면제특약(무배당, 갱신형)	

	장애인전용보험전환특약 보험금 대리청구 지정서비스특약 사후 사망보험금 신속지급특약 선지급서비스특약	제도성 특약
--	--	--------

- 신한(간편가입)홈닥터의료비보장보험 플러스특약(최초1회)(무배당, 갱신형)의 각 보장계약은 동일한 보험기간/보험가입금액으로 동시 가입만 가능(다만, 급여의료비지원금(1백만원이상, 최초1회한) 보장계약은 순수보장형 또는 건강환급형 중에 하나의 형태만 선택하여 가입 가능)
- (간편)[기본]일반암진단특약(무배당, 갱신형), (간편)[기본]남녀특정암진단특약(무배당, 갱신형), (간편)[기본]소액암진단특약(무배당, 갱신형)은 동시 가입 시에 한하여 가입가능
- (간편)1-5종수술특약(무배당, 갱신형), (간편)암주요치료비특약(무배당, 갱신형), (간편)간병인사용입원특약(무배당, 갱신형)의 각 보장계약은 동일한 보험기간/보험가입금액으로 동시 가입만 가능
- (간편)종합병원암주요치료비특약(무배당, 갱신형)은 (간편)암주요치료비특약(무배당, 갱신형)과 동시 가입 시에 한하여 가입 가능함
- (간편)종합병원뇌혈관·허혈심장질환주요치료비특약(무배당, 갱신형)은 (간편)뇌혈관·허혈심장질환주요치료비특약(무배당, 갱신형)과 동시 가입 시에 한하여 가입 가능함
- 보험기간이 5년/10년인 특약이 모두 부가되었을 경우 진심을품은3대질병보장특약(무배당, 갱신형) 및 보험료납입면제특약(무배당, 갱신형)의 보험기간도 5년/10년으로 동시 가입하여야 함. 다만, 신한(간편가입)홈닥터의료비보장보험 플러스특약(최초1회)(무배당, 갱신형)의 보험기간 5년을 간편심사형으로 부가 시, (간편)진심을품은3대질병보장특약(무배당, 갱신형)은 가입 불가함

2. 보험금 지급내용

※ 보장관련 유의사항

- 질병으로 인한 뇌출혈 이외에 재해로 인한 뇌출혈은 보장하지 않습니다. (단, 일부 특약에 한하며, 세부사항 약관 참조)
- 뇌경색증, 뇌혈관질환을 보장하는 경우 혈관성 치매 및 외상성 두개내 출혈로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다. (단, 일부 특약에 한하며, 세부사항 약관 참조)
- 특약의 암보장과 관련하여 이차성 암의 경우 원발부위(최초 발생한 부위) 일차성 암을 기준으로 보장여부 및 보험금 지급액을 결정합니다.
 - C73[갑상선의 악성신생물(암)]이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물(암)]로 진단된 경우에도 C73[갑상선의 악성신생물(암)]으로 진단확정된 것으로 봅니다.
 - C50[유방의 악성신생물(암)]이 폐로 전이되어 C78.0[폐의 이차성 악성신생물(암)]로 진단된 경우에도 C50[유방의 악성신생물(암)]으로 진단확정된 것으로 봅니다.
 - C16[위의 악성신생물(암)]이 뇌로 전이되어 C79.3[뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(암)]로 진단된 경우에도 C16[위의 악성신생물(암)]으로 진단확정된 것으로 봅니다.
- 해당 상품에서 정한 보장여부 판단은 질병의 진단 및 재해 발생 당시의 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 분류코드가 변경되더라도 해당 상품에서 보장하는 분류코드의 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.
- 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다. (자세한 내용은 약관 "재해분류표" 또는 "질병 및 재해 분류표" 참조)

1. 주계약

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
급여의료비지원금 (1백만원이상 2백만원미만)	보험기간 중 피보험자의 “연간 요양 본인급여비용”이 1백만원 이상 2백만원 미만 발생하였을 때 (다만, 연간 1회에 한함)	보험가입금액의 10%
급여의료비지원금 (2백만원이상 3백만원미만)	보험기간 중 피보험자의 “연간 요양 본인급여비용”이 2백만원 이상 3백만원 미만 발생하였을 때 (다만, 연간 1회에 한함)	보험가입금액의 20%
급여의료비지원금 (3백만원이상 5백만원미만)	보험기간 중 피보험자의 “연간 요양 본인급여비용”이 3백만원 이상 5백만원 미만 발생하였을 때 (다만, 연간 1회에 한함)	보험가입금액의 30%
급여의료비지원금 (5백만원이상 1천만원미만)	보험기간 중 피보험자의 “연간 요양 본인급여비용”이 5백만원 이상 1천만원 미만 발생하였을 때 (다만, 연간 1회에 한함)	보험가입금액의 50%
급여의료비지원금 (1천만원이상)	보험기간 중 피보험자의 “연간 요양 본인급여비용”이 1천만원 이상 발생하였을 때 (다만, 연간 1회에 한함)	보험가입금액의 100%

- 주) ① 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 계약은 그때부터 효력이 없습니다. 다만, 보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
- ② 주계약은 납입면제가 없습니다. 다만, 이 주계약의 보험료를 납입면제 할 수 있는 특약을 가입한 경우, 보험료 납입기간 중 피보험자가 해당 특약에서 정하는 기준에 따라 납입면제 사유에 해당되는 경우에는 차회 이후 주계약의 보험료 납입을 면제합니다.
- ③ ②에 따라 보험료의 납입이 면제된 이후에 이 계약이 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ④ “요양 본인급여비용”이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 및 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 환자 본인부담금에 해당하는 금액을 말하며, 비급여는 포함하지 않습니다.
- ⑤ “연간 요양 본인급여비용”이라 함은 요양기관에 통원(내원)한 날 또는 입원을 시작한 날이 동일한 연간 내에 있는 경우, 해당 통원(내원) 또는 입원으로 인하여 발생한 “요양 본인급여비용”을 합산한 금액을 말합니다. 다만, 피보험자가 요양기관을 이전하여 입원한 경우에는 새로운 입원으로 봅니다.
- ⑥ ⑤의 “연간”이란 계약일부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일의 전날까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
- ⑦ ⑤ 및 ⑥에도 불구하고, 보험수익자가 계약해당일의 전날 이전에 보험금을 청구한 경우에는 회사는 해당 보험금 청구일의 “연간 요양 본인급여비용”을 기준으로 지급사유에 해당하는 급여의료비지원금을 지급합니다.
- ⑧ ⑦의 해당 보험금 청구일 이후 “연간 요양 본인급여비용”이 변경되어 변경된 기준에 해당하는 급여의료비지원금이 이미 지급한 급여의료비지원금보다 증가한 경우 회사는 그 차액을 추가적으로 지급하며, 변경된 기준에 해당하는 급여의료비지원금이 이미 지급한 급여의료비지원금보다 감소한 경우에는 회사는 보험수익자에게 이미 지급한 급여의료비지원금의 반환을 청구할 수 있습니다.
- ⑨ 보험기간 중 급여의료비지원금 지급사유가 발생하였으나, 보험금을 청구하지 않고 피보험자가 사망한

이후에 보험금을 청구한 경우에도 해당 급여의료비지원금을 지급합니다.
 ⑩ “요양 본인급여비용” 및 “연간 요양 본인급여비용”의 정의는 【약관】 참조

2. 선택특약

[1] 신한(간편가입)홈닥터의료비보장보험 플러스특약(최초1회)(무배당, 갱신형)
 [급여의료비지원금(1백만원이상, 최초1회한) 보장계약]

○ 건강환급형

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
건강환급금	보험기간이 끝날 때까지 급여의료비지원금(1백만원이상, 최초1회한)의 지급사유가 발생하지 않고 피보험자가 살아 있을 때	특약보험 가입금액의 5%
급여의료비지원금 (1백만원이상, 최초1회한)	보험기간 중 피보험자의 “연간 요양 본인급여비용”이 1백만원 이상 발생하였을 때 (다만, 최초 1회에 한함)	특약보험 가입금액의 10%

※ “건강환급형”의 경우 갱신시점에서 100세까지의 잔여보험기간이 5년 이하인 경우에는 “순수보장형”으로 갱신함

○ 순수보장형

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
급여의료비지원금 (1백만원이상, 최초1회한)	보험기간 중 피보험자의 “연간 요양 본인급여비용”이 1백만원 이상 발생하였을 때 (다만, 최초 1회에 한함)	특약보험 가입금액의 10%

[급여의료비지원금(2백만원이상, 최초1회한) 보장계약]

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
급여의료비지원금 (2백만원이상, 최초1회한)	보험기간 중 피보험자의 “연간 요양 본인급여비용”이 2백만원 이상 발생하였을 때 (다만, 최초 1회에 한함)	특약보험 가입금액의 10%

[급여의료비지원금(3백만원이상, 최초1회한) 보장계약]

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
급여의료비지원금 (3백만원이상, 최초1회한)	보험기간 중 피보험자의 “연간 요양 본인급여비용”이 3백만원 이상 발생하였을 때 (다만, 최초 1회에 한함)	특약보험 가입금액의 10%

[급여의료비지원금(5백만원이상, 최초1회한) 보장계약]

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
급여의료비지원금 (5백만원이상, 최초1회한)	보험기간 중 피보험자의 “연간 요양 본인급여비용”이 5백만원 이상 발생하였을 때 (다만, 최초 1회에 한함)	특약보험 가입금액의 20%

[급여의료비지원금(1천만원이상, 최초1회한) 보장계약]

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
급여의료비지원금 (1천만원이상, 최초1회한)	보험기간 중 피보험자의 “연간 요양 본인급여비용”이 1천만원 이상 발생하였을 때 (다만, 최초 1회에 한함)	특약보험 가입금액의 50%

- 주) ① 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하거나 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 다만, 특약보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
- ② 특약보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 주계약의 보험료 납입면제가 "보험료의 납입을 면제하는 특약"에 의해 납입면제가 된 경우 그 "보험료의 납입을 면제하는 특약"의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 해당 약관의 「보험료납입면제대상계약」에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.
- ③ ②에 따라 보험료의 납입이 면제된 이후에 이 특약이 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ④ “요양 본인급여비용”이라 함은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 및 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 환자 본인부담금에 해당하는 금액을 말하며, 비급여는 포함하지 않습니다.
- ⑤ “연간 요양 본인급여비용”이라 함은 요양기관에 통원(내원)한 날 또는 입원을 시작한 날이 동일한 연간 내에 있는 경우, 해당 통원(내원) 또는 입원으로 인하여 발생한 “요양 본인급여비용”을 합산한 금액을 말합니다. 다만, 피보험자가 요양기관을 이전하여 입원한 경우에는 새로운 입원으로 봅니다.
- ⑥ ⑤의 “연간”이란 계약일부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일의 전날까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
- ⑦ ⑤ 및 ⑥에도 불구하고, 보험수익자가 계약해당일의 전날 이전에 보험금을 청구한 경우에는 회사는 해당 보험금 청구일의 “연간 요양 본인급여비용”을 기준으로 지급사유에 해당하는 급여의료비지원금을 지급합니다.
- ⑧ ⑦의 해당 보험금 청구일 이후 “연간 요양 본인급여비용”이 변경되어 변경된 기준에 해당하는 급여의료비지원금이 이미 지급한 급여의료비지원금보다 증가한 경우 회사는 변경된 기준에 해당하는 보장계약의 급여의료비지원금을 추가적으로 지급하며, 변경된 기준에 해당하는 급여의료비지원금이 이미 지급한 급여의료비지원금보다 감소한 경우에는 회사는 보험수익자에게 이미 지급한 보장계약의 급여의료비지원금의 반환을 청구할 수 있습니다.
- ⑨ 각 보장계약의 “급여의료비지원금”에 대한 지급사유가 발생하였을 때, 제17조(특약의 소멸)에 따라 해당 보장계약은 소멸됩니다.
- ⑩ 특약보험기간 중 각 보장계약의 급여의료비지원금의 지급사유가 발생하였으나, 보험금을 청구하지 않고 피보험자가 사망한 이후에 보험금을 청구한 경우에도 해당 보장계약의 급여의료비지원금을 지급

합니다.

- ⑪ ⑩에도 불구하고 “1”에 따라 사망당시의 계약자적립액이 지급된 후 급여의료비지원금 지급사유에 해당하는 사실이 확인된 각 보장계약의 경우에는 이미 지급한 해당 보장계약의 계약자적립액을 차감한 금액을 지급합니다.

[2] (간편)정기특약(무배당, 갱신형)

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
사망보험금	특약보험기간 중 피보험자가 사망하였을 때	특약보험가입금액의 100% (다만, “간편심사형”에 한하여 최초 계약의 계약일부터 2년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 50%”를 지급함)
※ 2년 미만 : 최초계약의 계약일부터 2년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지		

- 주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하였을 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.

[3] (간편)[기본]일반암진단특약(무배당, 갱신형)

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
암진단 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 “암” 및 “중증 갑상선암” 보장개시일 이후에 “「여성유방암 및 전립선암」 이외의 암” 또는 “중증 갑상선암”으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 50%를 지급함)
※ 1년 미만 : 최초계약의 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지		

- 주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하였을 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
2. “암” 및 “중증 갑상선암” 보장개시일은 최초계약의 계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 하며 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.
3. 이 특약의 “암”은 「기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암」을 제외하며, “「여성유방암 및 전립선암」 이외의 암”이라 함은 “암” 중에서 “여성유방암” 및 “전립선암”을 제외한 “암”을 말합니다.
4. 이 특약의 “중증 갑상선암”은 “갑상선암”에 해당하는 질병 중 “수질성암(Medullary carcinoma)” 또는 “역형성암(Anaplastic carcinoma)”에 해당하는 질병을 말하며, “중증 이외 갑상선암”이라 함은 “갑상선암”에 해당하는 질병 중 “중증 갑상선암”을 제외한 나머지 갑상선암을 말합니다.

[4] (간편)[기본]남녀특정암진단특약(무배당, 갱신형)

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
여성유방암 진단급여금	특약보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 “여성유 방암”으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	<ul style="list-style-type: none"> - 최초계약의 계약일부터 2년 미만: 특약보험가입금액의 50% - 최초계약의 계약일부터 2년 이상 4년 미만: 특약보험가입금액의 75% - 최초계약의 계약일부터 4년 이상: 특약보험가입금액의 100% - 갱신계약: 특약보험가입금액의 100%
전립선암 진단급여금	특약보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 “전립선 암”으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	<ul style="list-style-type: none"> - 최초계약의 계약일부터 2년 미만: 특약보험가입금액의 50% - 최초계약의 계약일부터 2년 이상 4년 미만: 특약보험가입금액의 75% - 최초계약의 계약일부터 4년 이상: 특약보험가입금액의 100% - 갱신계약: 특약보험가입금액의 100%

※ 2년 미만 : 최초계약 계약일부터 2년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지
 ※ 2년 이상 4년 미만 : 최초계약 계약일부터 2년이 되는 시점의 계약해당일부터 4년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지

- 주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하거나 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 다만, 특약보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
2. 암보장개시일은 최초계약의 계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 하며 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.
3. 이 특약의 “암”은 「기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암」을 제외한 “암”을 말합니다.

[5] (간편)[기본]소액암진단특약(무배당, 갱신형)

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
소액암 진단급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 “기타피부암”, “중증이외 갑상선암”, “제자리암”, “경계성종양”, “대장점막내암” 또는 “비침습방광암”으로 진단확정 되었을 때 (다만, 각 최초1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 50%를 지급함)
※ 1년 미만 : 최초계약의 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지		

- 주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하거나 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 다만, 특약보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
2. 이 특약의 “중증 갑상선암”은 “갑상선암”에 해당하는 질병 중 “수질성암(Medullary carcinoma)” 또는 “역형성암(Anaplastic carcinoma)”에 해당하는 질병을 말하며, “중증 이외 갑상선암”이라 함은 “갑상선암”에 해당하는 질병 중 “중증 갑상선암”을 제외한 나머지 갑상선암을 말합니다.

[6] (간편)암직접치료상급종합병원통원특약(무배당, 갱신형)

[간편심사형의 경우]

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
암직접치료 상급종합병원 통원급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일(암의 경우 암보장개시일) 이후에 “암”, “기타 피부암”, “갑상선암”, “대장점막내암” 또는 “비침습방광암”으로 진단확정 되고, 특약보험기간 중 그 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “대장점막내암” 또는 “비침습방광암”의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하였을 때 (통원 1회당, 1일 1회에 한함)	특약보험가입금액의 1% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 0.5%를 지급함)
	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 “제자리암 또는 경계성종양”의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하였을 때 (통원 1회당, 1일 1회에 한함)	특약보험가입금액의 0.6% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 0.3%를 지급함)
※ 1년 미만 : 최초계약의 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지		

- 주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하였을 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 다만, 특약보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
2. 암보장개시일은 최초계약의 계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 하며 갱신계약

의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.

3. 이 특약의 “암”은 「기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암」을 제외한 “암”을 말합니다.
4. 각 상급종합병원 통원급여금의 경우 지급횟수는 상급종합병원에 통원한 날만을 기준으로 계산합니다.

[일반심사형의 경우]

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
암직접치료 상급종합병원 통원급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일(암의 경우 암보장개시일) 이후에 “암”, “기타 피부암”, “갑상선암”, “대장점막내암” 또는 “비침습방광암”으로 진단확정 되고, 특약보험기간 중 그 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “대장점막내암” 또는 “비침습방광암”의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하였을 때 (통원 1회당, 1일 1회에 한함)	특약보험가입금액의 1% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 0.5%를 지급함)
	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 “제자리암 또는 경계성종양”으로 진단확정 되고, 특약보험기간 중 그 “제자리암 또는 경계성종양”의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하였을 때 (통원 1회당, 1일 1회에 한함)	특약보험가입금액의 0.6% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 0.3%를 지급함)
※ 1년 미만 : 최초계약의 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지		

- 주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하거나 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 다만, 특약보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
2. 암보장개시일은 최초계약의 계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 하며 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.
 3. 이 특약의 “암”은 「기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암」을 제외한 “암”을 말합니다.
 4. 각 상급종합병원 통원급여금의 경우 지급횟수는 상급종합병원에 통원한 날만을 기준으로 계산합니다.

[7] (간편)[기본]뇌혈관질환진단특약(무배당, 갱신형)

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
뇌혈관질환 진단급여금	특약보험기간 중 피보험자가 뇌혈관질환으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 50%”를 지급함)
※ 1년 미만 : 최초계약의 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지		

주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하거나 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 더 이상 효력이 없습니다. 다만, 특약보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

[8] (간편)뇌출혈진단특약(무배당, 갱신형)

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
뇌출혈 진단급여금	특약보험기간 중 피보험자가 뇌출혈로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 50%”를 지급함)
※ 1년 미만 : 최초계약의 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지		

주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하거나 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 더 이상 효력이 없습니다. 다만, 특약보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

[9] (간편)[기본]허혈심장질환진단특약(무배당, 갱신형)

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
허혈심장질환 진단급여금	특약보험기간 중 피보험자가 허혈심장질환으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 50%”를 지급함)
※ 1년 미만 : 최초계약의 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지		

주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하거나 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 더 이상 효력이 없습니다. 다만, 특약보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

[10] (간편)급성심근경색증진단특약(무배당, 갱신형)

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
급성심근경색증 진단급여금	특약보험기간 중 피보험자가 급성심근경색증으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 50%”를 지급함)
※ 1년 미만 : 최초계약의 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지		

주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하거나 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우, 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우, 이 특약은 그때부터 더 이상 효력이 없습니다. 다만, 특약보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

[11] (간편)1-5종수술특약(무배당, 갱신형)

※ 1년 미만 : 최초계약의 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지		
※ 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하였을 경우, 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우, 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 다만, 특약보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.		

[1종 보장계약]

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
1종 수술급여금	특약보험기간 중 피보험자가 질병 또는 재해로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 1~5종 수술 분류표에서 정하는 1종 수술을 받았을 때	【수술 1회당】 특약보험가입금액의 10% (다만, “간편심사형”에 한하여 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 5%”를 지급함)

[2종 보장계약]

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
2종 수술급여금	특약보험기간 중 피보험자가 질병 또는 재해로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 1~5종 수술 분류표에서 정하는 2종 수술을 받았을 때	【수술 1회당】 특약보험가입금액의 10% (다만, “간편심사형”에 한하여 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 5%”를 지급함)

[3종 보장계약]

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
3종 수술급여금	특약보험기간 중 피보험자가 질병 또는 재해로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 1~5종 수술 분류표에서 정하는 3종 수술을 받았을 때	【수술 1회당】 특약보험가입금액의 10% (다만, “간편심사형”에 한하여 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 5%”를 지급함)

[4종 보장계약]

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
4종 수술급여금	특약보험기간 중 피보험자가 질병 또는 재해로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 1~5종 수술 분류표에서 정하는 4종 수술을 받았을 때	【수술 1회당】 특약보험가입금액의 10% (다만, “간편심사형”에 한하여 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 5%”를 지급함)

[5종 보장계약]

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
5종 수술급여금	특약보험기간 중 피보험자가 질병 또는 재해로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 1~5종 수술 분류표에서 정하는 5종 수술을 받았을 때	【수술 1회당】 특약보험가입금액의 10% (다만, “간편심사형”에 한하여 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 5%”를 지급함)

[12] (간편)첫날부터입원특약(무배당, 갱신형)

[12-1] (간편)[180일한도형]첫날부터입원특약(무배당, 갱신형)

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
입원 급여금	특약보험기간 중 「피보험자가 질병 또는 재해로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 계속 입원」하였을 때 (다만, 1회 입원당 180일 한도)	【입원일수 1일당】 특약보험가입금액의 1% (다만, “간편심사형”에 한하여 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 0.5%”를 지급함)
※ 1년 미만 : 최초계약의 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지		

- 주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하거나 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 다만, 특약보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
2. “간편심사형”의 경우 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 “입원급여금” 지급사유가 발생하고 계속 입원 중에 1년 이상이 될 경우에는 계약일부터 1년 이상이 된 날부터 삭감하지 않습니다.
3. “입원급여금”의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고한도로 합니다. 다만, 특약이 갱신되어 입원이 갱신 전후에 계속되는 경우에 그 지급일수는 갱신 전후에 계속되는 총 입원일을 기준으로 1회 입원당 180일을 최고한도로 하여 계산합니다.
4. 상기 질병 또는 재해는 “질병 및 재해분류표”에서 정하는 질병 또는 재해를 말합니다.

[12-2] (간편)[30일한도형]첫날부터입원특약(무배당, 갱신형)

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
입원 급여금	특약보험기간 중 「피보험자가 질병 또는 재해로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 계속 입원」하였을 때 (다만, 1회 입원당 30일 한도)	【입원일수 1일당】 특약보험가입금액의 1% (다만, “간편심사형”에 한하여 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 0.5%”를 지급함)
※ 1년 미만 : 최초계약의 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지		

- 주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하거나 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 다만, 특약보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
2. “간편심사형”의 경우 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 “입원급여금” 지급사유가 발생하고 계속 입원 중에 1년 이상이 될 경우에는 계약일부터 1년 이상이 된 날부터 삭감하지 않습니다.
3. “입원급여금”의 지급일수는 1회 입원당 30일을 최고한도로 합니다. 다만, 특약이 갱신되어 입원이 갱

신 전후에 계속되는 경우에 그 지급일수는 갱신 전후에 계속되는 총 입원일을 기준으로 1회 입원당 180일을 최고한도로 하여 계산합니다.

4. 상기 질병 또는 재해는 “질병 및 재해분류표”에서 정하는 질병 또는 재해를 말합니다.

[12-3] (간편)[10일한도형]첫날부터입원특약(무배당, 갱신형)

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
입원 급여금	특약보험기간 중 「피보험자가 질병 또는 재해로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 계속 입원」하였을 때 (다만, 1회 입원당 10일 한도)	【입원일수 1일당】 특약보험가입금액의 1% (다만, “간편심사형”에 한하여 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 0.5%”를 지급함)
※ 1년 미만 : 최초계약의 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지		

- 주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하거나 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 다만, 특약보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
2. “간편심사형”의 경우 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 “입원급여금” 지급사유가 발생하고 계속 입원 중에 1년 이상이 될 경우에는 계약일부터 1년 이상이 된 날부터 삭감하지 않습니다.
3. “입원급여금”의 지급일수는 1회 입원당 10일을 최고한도로 합니다. 다만, 특약이 갱신되어 입원이 갱신 전후에 계속되는 경우에 그 지급일수는 갱신 전후에 계속되는 총 입원일을 기준으로 1회 입원당 180일을 최고한도로 하여 계산합니다.
4. 상기 질병 또는 재해는 “질병 및 재해분류표”에서 정하는 질병 또는 재해를 말합니다.

[13] (간편)첫날부터상급종합병원입원특약(무배당, 갱신형)

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
상급종합병원 입원급여금	특약보험기간 중 「피보험자가 질병 또는 재해로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 계속 “상급종합병원”에 입원」하였을 때 (다만, 1회 입원당 180일 한도)	【입원일수 1일당】 특약보험가입금액의 1.0% (다만, “간편심사형”에 한하여 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 0.5%를 지급함)
※ 1년 미만 : 최초계약의 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지		

- 주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하거나 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 다만, 특약보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

2. “간편심사형”의 경우 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 “입원급여금” 지급사유가 발생하고 계속 입원 중에 1년 이상이 될 경우에는 계약일부터 1년 이상이 된 날부터 삭감하지 않습니다.
3. “상급종합병원 입원급여금”의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고한도로 합니다. 다만, 특약이 갱신되어 입원이 갱신 전후에 계속되는 경우에 그 지급일수는 갱신 전후에 계속되는 총 입원일을 기준으로 1회 입원당 180일을 최고한도로 하여 계산합니다.
4. 상기 질병 또는 재해는 “질병 및 재해분류표”에서 정하는 질병 또는 재해를 말합니다.

[14] (간편)재해골절치료특약(무배당, 갱신형)

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
재해골절 치료급여금	특약보험기간 중 피보험자에게 재해가 발생하고 그 재해를 직접적인 원인으로 재해골절(치아파절 제외)로 진단이 확정되었을 때	[골절 1회당] 특약보험가입금액의 1%

- 주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하거나 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 다만, 특약보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
2. 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 회사는 이 특약의 차회이후 보험료 납입을 면제하며, 보험료의 납입이 면제된 이후에 이 특약이 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

[15] (간편)진심을품은3대질병보장특약(무배당, 갱신형)

[특약보험가입금액 : 올페이 대상계약 총 보험료]

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
올페이급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일(“암” 및 “중증 갑상선암”의 경우 “암” 및 “중증 갑상선암” 보장개시일) 이후에 “「여성유방암 및 전립선암」 이외의 암”, “중증 갑상선암”, “뇌출혈” 또는 “급성심근경색증”로 진단확정 되었을 때 (다만, “「여성유방암 및 전립선암」 이외의 암”, “중증 갑상선암”, “뇌출혈” 또는 “급성심근경색증” 중 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 50%”를 지급함)

※ 1년 미만 : 최초계약의 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지

- 주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하거나 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 다만, 특약보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
2. 특약보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 회사는 이 특약의 차회 이후 보험료

납입을 면제하며, 보험료의 납입이 면제된 이후에 이 특약이 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

3. “암” 및 “중증 갑상선암” 보장개시일은 최초계약의 계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 하며 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일부부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.
4. 이 특약의 “암”은 「기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암」을 제외하며, “「여성유방암 및 전립선암」이외의 암”이라 함은 “암” 중에서 “여성유방암” 및 “전립선암”을 제외한 “암”을 말합니다.
5. 이 특약의 “중증 갑상선암”은 “갑상선암”에 해당하는 질병 중 “수질성암 (Medullary carcinoma)” 또는 “역형성암(Anaplastic carcinoma)”에 해당하는 질병을 말합니다.
6. “올페이 대상계약”이란 다음을 올페이 대상계약으로 하며, “이 특약의 보험기간 및 보험료 납입기간”과 “각 「올페이 대상계약」의 보험료 납입기간”이 동일한 경우에 한합니다.

[최초계약의 경우]

가. 최초계약을 체결하는 시점의 갱신형 주계약(전환형 계약 제외)

나. 최초계약을 체결하는 시점의 주계약에 부가된 갱신형 특약(이 특약 제외)

[갱신계약의 경우]

다. 갱신계약을 체결하는 시점에 유지중인 갱신형 주계약(전환형 계약 제외)

라. 갱신계약을 체결하는 시점에 유지중인 주계약에 부가된 갱신형 특약(이 특약 제외)

다만, 아래에 해당하는 경우는 “올페이 대상계약”에서 제외합니다.

- 이 특약의 보험기간 중 올페이 대상계약(주계약 제외)에 해당하는 특약이 해지, 무효, 취소 또는 철회되는 경우
 - 갱신시 이 특약과 갱신계약의 보험기간이 동일하지 않은 주계약 및 주계약에 부가된 특약
 - 보험가입금액이 “주계약 및 주계약에 부가된 특약의 보험료”에 연동되는 특약
7. “올페이 대상계약 총 보험료”란 「올페이 대상계약」의 보험료 납입기간 동안 납입하기로 한 「올페이 대상계약」 보험료 총액(다만, 할인 전 보험료 기준)을 말합니다.

[16] (간편)암주요치료비특약(무배당, 갱신형)

[암, 대장점막내암 및 비침습방광암 주요치료 보장계약]

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
암, 대장점막내암 및 비침습방광암 주요치료급여금	<p>특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일(“암”의 경우 암보장개시일) 이후에 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」으로 최초 진단확정 되고, “암, 대장점막내암 및 비침습방광암 보험금 지급기간” 이내에 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」의 직접적인 치료를 목적으로 “암, 대장점막내암 및 비침습방광암 주요치료”를 받았을 때</p> <p>[다만, 최초 진단확정일로부터 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」의 주요치료를 합하여 최대 10년간, 연간 1회에 한하여 지급함(최대 10회지급)]</p>	특약보험가입금액의 100%

- 주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 또는 “암, 대장점막내암 및 비침습방광암 보험금 지급기간” 중 사망하거나 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 다만, 특약보험기간 또는 “암, 대장점막내암 및 비침습방광암 보험금 지급기간” 중 피보험자가 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
2. 특약보험료 납입기간 중 다음 중 어느 한 가지에 해당될 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.
- ① 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우
- 다만, 주계약의 보험료 납입면제가 “보험료의 납입을 면제하는 특약”에 의해 납입면제가 된 경우 그 “보험료의 납입을 면제하는 특약”의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 해당 약관의 「보험료납입면제대상계약」에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.
- ② 피보험자가 [암, 대장점막내암 및 비침습방광암 주요치료 보장계약]에서 보장개시일(“암”의 경우 암보장개시일) 이후 “암”, “대장점막내암” 또는 “비침습방광암”으로 최초 진단확정 되었을 경우
3. 암보장개시일은 최초계약의 계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 하며 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.
4. 이 특약의 “암”은 「기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암」을 제외한 “암”을 말합니다.
5. 이 특약의 “암, 대장점막내암 및 비침습방광암 주요치료”는 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」의 직접적인 치료를 목적으로 수술, 항암약물치료 또는 항암방사선치료를 받은 경우를 말하며, 최초로 진단된 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」과 상이한 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」의 직접적인 치료를 위한 수술, 항암약물치료 또는 항암방사선치료도 포함합니다.
6. “연간”이라 함은 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」 최초 진단확정일부터 그 날을 포함하여 매년 진단확정일의 전날까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 년도의 진단확정일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 진단확정일로 합니다.
7. 이 특약의 “암, 대장점막내암 및 비침습방광암 보험금 지급기간”이라 함은 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」 최초 진단확정일로부터 10년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다. 다만, 10차년도에 “암, 대장점막내암 및 비침습방광암 주요치료”를 받은 경우에는 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」 최초 진단확정일로부터 그 치료를 받은 날까지를 “암, 대장점막내암 및 비침습방광암 보험금 지급기간”으로 합니다.

[기타피부암 및 갑상선암 주요치료 보장계약]

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
기타피부암 및 갑상선암 주요치료 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 「기타피부암 또는 갑상선암」으로 최초 진단확정 되고, “기타피부암 및 갑상선암 보험금 지급기간” 이 내에 「기타피부암 또는 갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 “기타피부암 및 갑상선암 주요치료”를 받았을 때 [다만, 최초 진단확정일로부터 「기타피부암 또는 갑상선암」의 주요치료를 합하여 최대 10년간, 연간 1회에 한하여 지급함(최대 10회지급)]	특약보험가입금액의 100%

- 주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 또는 “암, 대장점막내암 및 비침습방광암 보험금 지급기간” 중 사망하거나 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 다만, 특약보험기간 또는 “암, 대장점막내암 및 비침습방광암 보험금 지급기간” 중 피보험자가 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
2. 특약보험료 납입기간 중 다음 중 어느 한 가지에 해당될 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.
- ① 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우
다만, 주계약의 보험료 납입면제가 “보험료의 납입을 면제하는 특약”에 의해 납입면제가 된 경우 그 “보험료의 납입을 면제하는 특약”의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 해당 약관의 「보험료납입면제대상계약」에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.
- ② 피보험자가 [기타피부암 및 갑상선암 주요치료 보장계약]에서 보장개시일 이후 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 최초 진단확정 되었을 경우
3. 이 특약의 “기타피부암 및 갑상선암 주요치료”는 「기타피부암 또는 갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 수술, 항암약물치료 또는 항암방사선치료를 받은 경우를 말하며, 최초로 진단된 「기타피부암 또는 갑상선암」과 상이한 「기타피부암 또는 갑상선암」의 직접적인 치료를 위한 수술, 항암약물치료 또는 항암방사선치료도 포함합니다.
4. “연간”이라 함은 「기타피부암 또는 갑상선암」 최초 진단확정일부터 그 날을 포함하여 매년 진단확정일의 전날까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 년도의 진단확정일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 진단확정일로 합니다.
5. 이 특약의 “기타피부암 및 갑상선암 보험금 지급기간”이라 함은 「기타피부암 또는 갑상선암」 최초 진단확정일로부터 10년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다. 다만, 10차년도에 “기타피부암 및 갑상선암 주요치료”를 받은 경우에는 「기타피부암 또는 갑상선암」 최초 진단확정일로부터 그 치료를 받은 날까지를 “기타피부암 및 갑상선암 보험금 지급기간”으로 합니다.

[17] (간편)종합병원암주요치료비특약(무배당, 갱신형)

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
종합병원 암주요치료 지원금	<p>특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일(“암”의 경우 암보장개시일) 이후에 “암”, “대장점막내암”, “비침습방광암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 최초 진단확정 되고, “보험금 지급기간” 이내에 종합병원에서 “암”, “대장점막내암”, “비침습방광암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 “암 주요치료”를 받아 “연간 암 주요치료비 본인부담금 총액”이 1천만원 이상 발생하였을 때 [다만, 최초 진단확정일로부터 “암”, “대장점막내암”, “비침습방광암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 주요치료를 합하여 최대 10년간, 연간 1회에 한하여 지급함(최대 10회지급)]</p>	<p>[특약보험가입금액의 50%] “연간 암 주요치료비 본인부담금 총액”이 5백만원 이상 1천만원 미만 발생하였을 때</p>
		<p>[특약보험가입금액의 100%] “연간 암 주요치료비 본인부담금 총액”이 1천만원 이상 2천만원 미만 발생하였을 때</p>
		<p>[특약보험가입금액의 200%] “연간 암 주요치료비 본인부담금 총액”이 2천만원 이상 3천만원 미만 발생하였을 때</p>
		<p>[특약보험가입금액의 300%] “연간 암 주요치료비 본인부담금 총액”이 3천만원 이상 4천만원 미만 발생하였을 때</p>
		<p>[특약보험가입금액의 400%] “연간 암 주요치료비 본인부담금 총액”이 4천만원 이상 5천만원 미만 발생하였을 때</p>
		<p>[특약보험가입금액의 500%] “연간 암 주요치료비 본인부담금 총액”이 5천만원 이상 6천만원 미만 발생하였을 때</p>
		<p>[특약보험가입금액의 600%] “연간 암 주요치료비 본인부담금 총액”이 6천만원 이상 7천만원 미만 발생하였을 때</p>
		<p>[특약보험가입금액의 700%] “연간 암 주요치료비 본인부담금 총액”이 7천만원 이상 8천만원 미만 발생하였을 때</p>
		<p>[특약보험가입금액의 800%] “연간 암 주요치료비 본인부담금 총액”이 8천만원 이상 9천만원 미만 발생하였을 때</p>
		<p>[특약보험가입금액의 900%] “연간 암 주요치료비 본인부담금 총액”이 9천만원 이상 1억원 미만 발생하였을 때</p>
		<p>[특약보험가입금액의 1,000%] “연간 암 주요치료비 본인부담금 총액”이 1억원 이상 1억1천만원 미만 발생하였을 때</p>

	[특약보험가입금액의 1,100%] “연간 암 주요치료비 본인부담금 총액”이 1억1천만원 이상 1억2천만원 미만 발생하였을 때
	[특약보험가입금액의 1,200%] “연간 암 주요치료비 본인부담금 총액”이 1억2천만원 이상 1억3천만원 미만 발생하였을 때
	[특약보험가입금액의 1,300%] “연간 암 주요치료비 본인부담금 총액”이 1억3천만원 이상 1억4천만원 미만 발생하였을 때
	[특약보험가입금액의 1,400%] “연간 암 주요치료비 본인부담금 총액”이 1억4천만원 이상 1억5천만원 미만 발생하였을 때
	[특약보험가입금액의 1,500%] “연간 암 주요치료비 본인부담금 총액”이 1억5천만원 이상 발생하였을 때

- 주)1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 또는 “암, 대장점막내암 및 비침습방광암 보험금 지급기간” 중 사망하거나 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 다만, 특약보험기간 또는 “암, 대장점막내암 및 비침습방광암 보험금 지급기간” 중 피보험자가 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
2. 특약보험료 납입기간 중 다음 중 어느 한 가지에 해당될 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.
- ① 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우
다만, 주계약의 보험료 납입면제가 “보험료의 납입을 면제하는 특약”에 의해 납입면제가 된 경우 그 “보험료의 납입을 면제하는 특약”의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 해당 약관의 「보험료납입면제대상계약」에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.
- ② 피보험자가 보장개시일(“암”의 경우 암보장개시일) 이후 “암”, “대장점막내암”, “비침습방광암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 최초 진단확정 되었을 경우
3. “암보장개시일”은 최초계약의 계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 하며 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일부부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.
4. 이 특약의 “암”은 「기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암」을 제외한 “암”을 말합니다.
5. 이 특약의 “암 주요치료”는 “암”, “대장점막내암”, “비침습방광암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 수술, 항암약물치료 또는 항암방사선치료를 받은 경우를 말하며, 최초로 진단된 “암”, “대장점막내암”, “비침습방광암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”과 상이한 “암”, “대장점막내암”, “비침습방광암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 직접적인 치료를 위한 수술, 항암약물치료 또는 항암방사선치료도 포함합니다.
6. “암 주요치료비 본인부담금”이라 함은 “암 주요치료”를 받고 해당 치료로 인하여 발생한 비용 중 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 및 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 환자 본인부담금에 해당하는 금액과 비급여에 해당하는 금액의 합계액을 말합니다.
7. “연간 암 주요치료비 본인부담금 총액”이라 함은 종합병원에서 “암 주요치료”를 받은 날이 동일한 연

간 내에 있는 경우, 해당 치료로 인하여 발생한 “암 주요치료비 본인부담금”을 합산한 금액을 말하며 매년 재산정합니다.

8. “7”에서 “연간”이라 함은 “암”, “대장점막내암”, “비침습방광암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암” 최초 진단확정일부터 그 날을 포함하여 매년 진단확정일의 전날까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 년도의 진단확정일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 진단확정일로 합니다.
9. “보험금 지급기간”이라 함은 “암”, “대장점막내암”, “비침습방광암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암” 최초 진단확정일로부터 5년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다. 다만, 10차 년도에 “연간 암 주요치료비 본인부담금 총액”이 1억5천만원 이상 발생하였을 때에는 “암”, “대장점막내암”, “비침습방광암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 최초 진단확정일로부터 그 치료를 받은 날까지를 “보험금 지급기간”으로 합니다.
10. “7” 및 “8”에도 불구하고 보험수익자가 “보험금 지급기간” 중 매년 진단확정일의 전날 이전에 보험금을 청구한 경우에는 회사는 해당 보험금 청구일 기준의 “연간 암 주요치료비 본인부담금 총액”을 기준으로 보험금의 지급사유에 해당하는 종합병원 암주요치료지원금을 지급합니다.
11. “10”의 해당 보험금 청구일 이후 “연간 암 주요치료비 본인부담금 총액”이 변경되어 변경된 기준에 해당하는 종합병원 암주요치료지원금이 이미 지급한 종합병원 암주요치료지원금보다 증가한 경우 회사는 그 차액을 추가적으로 지급하며, 변경된 기준에 해당하는 종합병원 암주요치료지원금이 이미 지급한 종합병원 암주요치료지원금보다 감소한 경우에는 회사는 보험수익자에게 이미 지급한 종합병원 암주요치료지원금의 반환을 청구할 수 있습니다.

[18] (간편)[3~100%장해형]질병장해특약(무배당, 갱신형)

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
(3~100%) 질병장해 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 질병을 직접적인 원인으로 장해분류표에서 정한 장해지급률 중 3%이상 100%이하에 해당하는 장해상태가 되었을 경우	특약보험가입금액의 100% × 해당 장해지급률

- 주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하였을 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 더 이상 효력이 없습니다. 다만, 특약보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
2. 보험금 지급사유의 "질병"은 재해 이외의 동일한 원인을 말합니다.

[19] (간편)3대질병수술보장특약(무배당, 갱신형)

구 분	지 급 사 유		지 급 금 액	
암수술급여금	간편 심사형	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일(암의 경우 암보장개시일) 이후에 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암, 기타 피부암 또는 갑상선암으로 진단확정 되고, 특약보험기간 중 그 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암, 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 때	암, 대장점막내암 또는 비침습방광암	【수술 1회당】 특약보험가입금액의 10% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 5%”를 지급함)
			기타피부암 또는 갑상선암	【각각 수술 1회당】 특약보험가입금액의 2% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 1%”를 지급함)
		특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 “제자리암” 또는 “경계성종양”의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 때	제자리암 또는 경계성종양	【각각 수술 1회당】 특약보험가입금액의 2% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 1%”를 지급함)
	일반 심사형	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일(암의 경우 암보장개시일) 이후에 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암, 기타 피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단확정 되고, 특약보험기간 중 그 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 때	암, 대장점막내암 또는 비침습방광암	【수술 1회당】 특약보험가입금액의 10% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 5%”를 지급함)
			기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양	【각각 수술 1회당】 특약보험가입금액의 2% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 1%”를 지급함)

뇌혈관질환 수술급여금	간편 심사형	특약보험기간 중 피보험자가 “뇌혈관질환”의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 때	【수술 1회당】 특약보험가입금액의 10% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 5%”를 지급함)
	일반 심사형	특약보험기간 중 피보험자가 “뇌혈관질환”으로 진단확정 되고, 특약보험기간 중 그 “뇌혈관질환”의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 때	
허혈심장질환 수술급여금	간편 심사형	특약보험기간 중 피보험자가 “허혈심장질환”의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 때	【수술 1회당】 특약보험가입금액의 10% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 5%”를 지급함)
	일반 심사형	특약보험기간 중 피보험자가 “허혈심장질환”으로 진단확정 되고, 특약보험기간 중 그 “허혈심장질환”의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 때	
※ 1년 미만 : 최초계약의 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지			

- 주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하였을 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 다만, 특약보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
2. “암보장개시일”은 최초계약의 계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 하며 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.
3. 이 특약의 “암”은 「기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암」을 제외한 “암”을 말합니다.
4. 피보험자가 “「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 항암약물치료” 또는 “「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 항암방사선치료”를 받았을 때 암수술급여금은 지급되지 않습니다.

[20] (간편)간병인사용입원특약(무배당, 갱신형)

- ※ 2년 미만 : 최초계약의 계약일부터 2년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지
- ※ 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하였을 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 다만, 특약보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
- ※ “간편심사형”의 경우 최초계약의 계약일부터 2년 미만에 재해 이외의 원인으로 해당 보험금 지급사유가 발생하고 계속 입원 중에 2년 이상이 될 경우에는 최초계약의 계약일부터 2년 이상이 된 날부터 삭감하지 않습니다.
- ※ 각 보장계약별 입원급여금의 사용일수는 각각 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다. 다만, 특약이 갱신되어 입원이 갱신 전후에 계속되는 경우에 그 사용일수는 갱신 전후에 계속되는 총 사용일을 기준으로 1회 입원당 180일을 최고한도로 하여 계산합니다.
- ※ 이 약관에서 “질병 또는 재해”는 “질병 및 재해분류표”에서 정하는 질병 또는 재해를 말합니다.

[간병인사용입원(요양병원 제외) 보장계약]

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액	
간병인사용 입원 (요양병원 제외)급여금	특약보험기간 중 「피보험자가 질병 또는 재해로 인한 그 직 접적인 치료를 목적으로 1일 이상 계속하여 요양병원을 제 외한 병원급 의료기관 또는 의 원급 의료기관에 입원하며 간 병인을 사용」하였을 때 (다만, 1회 입원당 사용일수 180일 한도)	【간병인 사용일수 1일당】	
		간병인 사용금액이 1일당 7만원 이상인 경우	특약보험가입금액의 1% (다만, “간편심사형”에 한하여 최초계약의 계약일부터 2년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 0.5%”를 지급함)
		간병인 사용금액이 1일당 7만원 미만인 경우	특약보험가입금액의 0.5% (다만, “간편심사형”에 한하여 최초계약의 계약일부터 2년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 0.25%”를 지급함)

[간병인사용입원(요양병원) 보장계약]

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
간병인사용 입원(요양병원)급여 금	특약보험기간 중 「피보험자가 질병 또는 재해로 인한 그 직 접적인 치료를 목적으로 1일 이상 계속하여 요양병원에 입 원하며 간병인을 사용」하였을 때 (다만, 1회 입원당 사용일 수 180일 한도)	【간병인 사용일수 1일당】 특약보험가입금액의 1% (다만, “간편심사형”에 한하여 최초계약의 계약일부터 2년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 0.5%”를 지급함)

[간호·간병통합서비스사용입원 보장계약]

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
간호·간병통합 서비스사용 입원 (요양병원 제외)급여금	특약보험기간 중 「피보험자가 질병 또는 재해로 인한 그 직 접적인 치료를 목적으로 1일 이상 계속하여 요양병원을 제 외한 병원급 의료기관에 입원 하며 간호·간병통합서비스를 사용」하였을 때 (다만, 1회 입 원당 사용일수 180일 한도)	【간호·간병통합서비스 사용일수 1일당】 특약보험가입금액의 1% (다만, “간편심사형”에 한하여 최초계약의 계약일부터 2년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 0.5%”를 지급함)

[21] (간편)3대질병간병인사용입원특약(무배당, 갱신형)
[일반심사형의 경우]

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
3대질병 간병인 사용 입원급여금 (상급종합병원)	특약보험기간 중 「피보험자가 보장개시일(암의 경우 암보장개시일) 이후에 “3대질병”으로 진단 확정되고, 특약보험기간 중 그 진단된 “3대질병”의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 계속하여 상급종합병원에 입원하며 간병인을 사용」하였을 때(다만, 1회 입원당 사용일수 30일 한도)	【간병인 사용일수 1일당】 특약보험가입금액의 1% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 0.5%를 지급함)
3대질병 간병인 사용 입원급여금 (요양병원 제외)	특약보험기간 중 「피보험자가 보장개시일(암의 경우 암보장개시일) 이후에 “3대질병”으로 진단 확정되고, 특약보험기간 중 그 진단된 “3대질병”의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 계속하여 요양병원을 제외한 병원급 의료기관 또는 의원급 의료기관에 입원하며 간병인을 사용」하였을 때(다만, 1회 입원당 사용일수 30일 한도)	【간병인 사용일수 1일당】 특약보험가입금액의 1.5% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 0.75%를 지급함)
3대질병 간병인 사용 입원급여금 (요양병원)	특약보험기간 중 「피보험자가 보장개시일(암의 경우 암보장개시일) 이후에 “3대질병”으로 진단 확정되고, 특약보험기간 중 그 진단된 “3대질병”의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 계속하여 요양병원에 입원하며 간병인을 사용」하였을 때(다만, 1회 입원당 사용일수 30일 한도)	【간병인 사용일수 1일당】 특약보험가입금액의 0.5% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 0.25%를 지급함)
※ 1년 미만 : 최초계약의 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지		

- 주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하였을 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 다만, 특약보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
2. “암보장개시일”은 최초계약의 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.
3. 이 특약의 “암”은 「기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암」을 제외한 “암”을 말합니다.
4. “3대질병”은 약관 제2-1조의11(“3대질병”의 정의)에서 정한 “3대질병”을 말합니다.
5. “3대질병 간병인 사용 입원급여금(상급종합병원)”, “3대질병 간병인 사용 입원급여금(요양병원 제외)” 및 “3대질병 간병인 사용 입원급여금(요양병원)”의 사용일수는 각각 1회 입원당 30일을 최고 한도로 합니다. 다만, 특약이 갱신되어 입원이 갱신 전후에 계속되는 경우에 그 사용일수는 갱신 전후에 계속되는 총 사용일을 기준으로 1회 입원당 30일을 최고 한도로 하여 계산합니다.

[간편심사형의 경우]

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
3대질병 간병인 사용 입원급여금 (상급종합병원)	<p>피보험자에게 다음의 사유가 발생한 경우 (다만, 1회 입원당 사용일수 30일 한도)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 특약보험기간 중 「피보험자가 보장개시일(암의 경우 암보장개시일) 이후에 “암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암”으로 진단확정되고, 특약보험기간 중 그 “암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암”으로 인한 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 계속하여 상급종합병원에 입원하며 간병인을 사용」하였을 때 2. 특약보험기간 중 「피보험자가 보장개시일 이후에 “제자리암”, “경계성종양”, “뇌혈관질환” 및 “허혈심장질환”으로 인한 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 계속하여 상급종합병원에 입원하며 간병인을 사용」하였을 때 	<p>【간병인 사용일수 1일당】 특약보험가입금액의 1% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 0.5%를 지급함)</p>
3대질병 간병인 사용 입원급여금 (요양병원 제외)	<p>피보험자에게 다음의 사유가 발생한 경우 (다만, 1회 입원당 사용일수 30일 한도)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 특약보험기간 중 「피보험자가 보장개시일(암의 경우 암보장개시일) 이후에 “암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암”으로 진단확정되고, 특약보험기간 중 그 “암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암”으로 인한 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 계속하여 요양병원을 제외한 병원급 의료기관 또는 의원급 의료기관에 입원하며 간병인을 사용」하였을 때 2. 특약보험기간 중 「피보험자가 보장개시일 이후에 “제자리암”, “경계성종양”, “뇌혈관질환” 및 “허혈심장질환”으로 인한 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 계속하여 요양병원을 제외한 병원급 의료기관 또는 의원급 의료기관에 입원하며 간병인을 사용」하였을 때 	<p>【간병인 사용일수 1일당】 특약보험가입금액의 1.5% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 0.75%를 지급함)</p>

<p>3대질병 간병인 사용 입원급여금 (요양병원)</p>	<p>피보험자에게 다음의 사유가 발생한 경우 (다만, 1회 입원당 사용일수 30일 한도)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 특약보험기간 중 「피보험자가 보장개시일(암의 경우 암보장개시일) 이후에 “암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암”으로 진단확정되고, 특약보험기간 중 그 “암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암”으로 인한 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 계속하여 요양병원에 입원하며 간병인을 사용」하였을 때 2. 특약보험기간 중 「피보험자가 보장개시일 이후에 “제자리암”, “경계성종양”, “뇌혈관질환” 및 “허혈심장질환”으로 인한 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 계속하여 요양병원에 입원하며 간병인을 사용」하였을 때 	<p>【간병인 사용일수 1일당】 특약보험가입금액의 0.5% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 0.25%를 지급함)</p>
--	---	--

※ 1년 미만 : 최초계약의 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지

- 주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하였을 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 다만, 특약보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
2. “암보장개시일”은 최초계약의 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 합니다.
3. 이 특약의 “암”은 「기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암」을 제외한 “암”을 말합니다.
4. “3대질병”은 제2-1조의11(“3대질병”의 정의)에서 정한 “3대질병”을 말합니다.
5. “3대질병 간병인 사용 입원급여금(상급종합병원)”, “3대질병 간병인 사용 입원급여금(요양병원 제외)” 및 “3대질병 간병인 사용 입원급여금(요양병원)”의 사용일수는 각각 1회 입원당 30일을 최고 한도로 합니다. 다만, 특약이 갱신되어 입원이 갱신 전후에 계속되는 경우에 그 사용일수는 갱신 전후에 계속되는 총 사용일을 기준으로 1회 입원당 30일을 최고 한도로 하여 계산합니다.

[22] (간편)[180일한도형]간호간병통합서비스사용입원특약(무배당, 갱신형)

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
<p>간호·간병 통합서비스 사용입원 (요양병원 제외)급여금</p>	<p>특약보험기간 중 「피보험자가 질병 또는 재해로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 계속하여 요양병원을 제외한 병원급 의료기관에 입원하며 간호·간병통합서비스를 사용」하였을 때 (다만, 1회 입원당 사용일수 180일 한도)</p>	<p>【간호·간병통합서비스 사용일수 1일당】 특약보험가입금액의 1% (다만, “간편심사형”에 한하여 최초계약의 계약일부터 2년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 0.5%를 지급함)</p>

※ 2년 미만 : 최초계약의 계약일부터 2년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지

- 주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하였을 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 다만, 특약보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
2. “간편심사형”의 경우 최초계약의 계약일부터 2년 미만에 재해 이외의 원인으로 해당 보험금 지급사유가 발생하고 계속 입원 중에 2년 이상이 될 경우에는 최초계약의 계약일부터 2년 이상이 된 날부터 삭감하지 않습니다.
3. “간호간병통합서비스사용 입원(요양병원 제외)급여금”의 사용일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다. 다만, 특약이 갱신되어 입원이 갱신 전후에 계속되는 경우에 그 사용일수는 갱신 전후에 계속되는 총 사용일을 기준으로 1회 입원당 180일을 최고한도로 하여 계산합니다.
4. 상기 “질병 또는 재해”는 “질병 및 재해분류표”에서 정하는 질병 또는 재해를 말합니다.

[23] (간편)중증질환자[뇌혈관질환]산정특례대상보장특약(무배당, 갱신형)

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
중증질환자 [뇌혈관질환] 산정특례대상 보장급여금	특약보험기간 중 피보험자가 “중증질환자[뇌혈관질환]산정특례대상”으로 적용되는 경우(다만, 연간1회에 한함)	특약보험가입금액의 100% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 50%”를 지급함)
※ 1년 미만 : 최초계약의 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지		

- 주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하였을 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 더 이상 효력이 없습니다. 다만, 특약보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
2. “중증질환자[뇌혈관질환]산정특례가 적용되는 경우”는 “중증질환자[뇌혈관질환]산정특례대상으로 등록된 날” 또는 “중증질환자[뇌혈관질환]산정특례대상에 해당하는 수술 또는 진료를 받은 날”을 기준으로 적용합니다.
3. “중증질환자[뇌혈관질환]산정특례보장급여금”은 “중증질환자[뇌혈관질환]산정특례대상”에 해당하는 수술 또는 진료를 여러 번 시행하여 중증질환자[뇌혈관질환]산정특례가 2회 이상 적용되더라도 연간 1회에 한하여 보장합니다.
4. ‘연간’이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

[24] (간편)중증질환자[심장질환]산정특례대상보장특약(무배당, 갱신형)

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
중증질환자 [심장질환] 산정특례대상 보장급여금	특약보험기간 중 피보험자가 “중증질환자[심장질환]산정특례대상”으로 적용되는 경우(다만, 연간1회에 한함)	특약보험가입금액의 100% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 50%”를 지급함)
※ 1년 미만 : 최초계약의 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지		

- 주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하였을 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 더 이상 효력이 없습니다. 다만, 특약보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
2. “중증질환자[심장질환]산정특례가 적용되는 경우”는 “중증질환자[심장질환]산정특례대상으로 등록된 날” 또는 “중증질환자[심장질환]산정특례대상에 해당하는 수술 또는 약제투여를 받은 날”을 기준으로 적용합니다.
3. “중증질환자[심장질환]산정특례 보장급여금”은 “중증질환자[심장질환]산정특례대상”에 해당하는 수술 또는 약제투여를 여러 번 시행하여 중증질환자 [심장질환]산정특례가 2회 이상 적용되더라도 연간 1회에 한하여 보장합니다.
4. ‘연간’이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

[25] (간편)암직접치료통원특약(무배당, 갱신형)
[간편심사형의 경우]

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액	
암직접치료 통원급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 (암의 경우 암보장개시일) 이후에 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암, 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정 되고, 특약보험기간 중 그 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암, 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 때 (통원 1회당, 1일 1회에 한 함)	암, 대장점막내암 또는 비침습방광암	특약보험가입금액의 1% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 0.5%”를 지급함)
		기타피부암 또는 갑상선암	특약보험가입금액의 0.6% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 0.3%”를 지급함)
	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 “제자리암” 또는 “경계성종양”의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 때 (통원 1회당, 1일 1회에 한함)	제자리암 또는 경계성종양	특약보험가입금액의 0.6% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 0.3%”를 지급함)
※ 1년 미만 : 최초계약의 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지			

- 주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하였을 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 다만, 특약보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
2. “암보장개시일”은 최초계약의 계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 하며 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일부부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.
3. 이 특약의 “암”은 「기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암」을 제외한 “암”을 말합니다.
4. 통원급여금의 경우 지급횟수는 통원한 날만을 기준으로 계산합니다.

[일반심사형의 경우]

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액	
암직접치료 통원급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 (암의 경우 암보장개시일) 이후에 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암, 기타 피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성 종양으로 진단확정 되고, 특약보험기간 중 그 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 때 (통원 1회당, 1일 1회에 한함)	암, 대장점막내암 또는 비침습방광암	특약보험가입금액의 1% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 0.5%”를 지급함)
		기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양	특약보험가입금액의 0.6% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 0.3%”를 지급함)
※ 1년 미만 : 최초계약의 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지			

- 주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하였을 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 다만, 특약보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
2. “암보장개시일”은 최초계약의 계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 하며 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일부부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.
3. 이 특약의 “암”은 「기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암」을 제외한 “암”을 말합니다.
4. 통원급여금의 경우 지급횟수는 통원한 날만을 기준으로 계산합니다.

[26] (간편)응급실내원(응급환자)특약(무배당, 갱신형)

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
응급실내원비 (응급환자)	특약보험기간 중 피보험자가 응급실에 내원하여 「응급환자」로서 진료를 받았을 때	【내원 1회당】 특약보험가입금액의 1%

- 주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하였을 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 다만, 특약보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적절한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
2. “응급환자”라 함은 응급실에 내원하여 진료를 받은 자 중 “응급의료에 관한 법률 시행규칙 제2조(응급환자)”에서 정하는 자로 「응급증상 및 이에 준하는 증상」 또는 「응급증상 및 이에 준하는 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자[응급의료에 관한 법률 제2조(정의) 제4호]가 판단하는 증상」이 있는 자를 말합니다. 다만, 응급실에 도착 전에 사망한 자도 포함합니다.

[27] (간편)질병수술특약(무배당, 갱신형)

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
질병수술 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 “질병”으로 인 한 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받 았을 때 (다만, 동일 질병당 1회에 한함)	특약보험가입금액의 1% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 0.5%”를 지급함)
※ 1년 미만 : 최초계약의 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지		

- 주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하였을 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 더 이상 효력이 없습니다. 다만, 특약보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
2. 약관 [보험금의 지급사유]의 경우, 동일한 질병을 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 1회의 질병수술급여금만 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유에 해당하는 수술을 받고 365일이 경과한 후 동일한 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 약관 [보험금의 지급사유] 조항에 따라 보험금을 지급합니다. 이 때, 동일한 질병이란 한국표준질병·사인분류상의 분류번호(3자리)가 같은 질병을 말합니다.
3. 상기 질병은 “질병분류표Ⅱ”에서 정하는 질병을 말합니다.

[28] (간편)질병수술(백내장및대장용종제외)특약(무배당, 갱신형)

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
질병수술(백내장 및대장용종제외) 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 “질병(백내장 및대장용종제외)”으로 인한 그 직접적인 치 료를 목적으로 수술을 받았을 때 (다만, 동일 질병당 1회에 한함)	특약보험가입금액의 1% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 0.5%”를 지급함)
※ 1년 미만 : 최초계약의 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지		

- 주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하였을 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 더 이상 효력이 없습니다. 다만, 특약보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
2. 약관 [보험금의 지급사유]의 경우, 동일한 질병을 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 1회의 질병수술(백내장및대장용종제외)급여금만 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유에 해당하는 수술을 받고 365일이 경과한 후 동일한 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 약관 [보험금의 지급사유] 조항에 따라 보험금을 지급합니다. 이 때, 동일한 질병이란 한국표준질병·사인분류상의 분류번호(3자리)가 같은 질병을 말합니다.
3. 상기 질병은 “질병분류표Ⅱ(백내장및대장용종제외)”에서 정하는 질병을 말합니다.

[29] (간편)상급종합병원질병수술특약(무배당, 갱신형)

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
상급종합병원 질병수술급여금	특약보험기간 중 피보험자가 “질병”으로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 “상급 종합병원”에서 수술을 받았을 때 (다만, 동일 질병당 1회에 한함)	특약보험가입금액의 1% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 0.5%”를 지급함)
※ 1년 미만 : 최초계약의 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지		

- 주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하였을 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 더 이상 효력이 없습니다. 다만, 특약보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
2. 약관 [보험금의 지급사유]의 경우, 동일한 질병을 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 1회의 상급종합병원질병수술급여금만 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유에 해당하는 수술을 받고 365일이 경과한 후 동일한 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 약관 [보험금의 지급사유] 조항에 따라 보험금을 지급합니다. 이 때, 동일한 질병이란 한국표준질병·사인분류상의 분류번호(3자리)가 같은 질병을 말합니다.
3. 상기 질병은 “질병분류표Ⅱ”에서 정하는 질병을 말합니다.

[30] (간편)[50%장해납입면제형]보험료납입면제특약(무배당, 갱신형)

※ 특약보험가입금액

- 「보험료납입면제대상계약」 중 이 특약의 사업방법서에 따른 대상계약의 월보험료(다만, 추가납입보험료 제외, 할인 전 보험료 기준). 다만, 보험료납입면제대상계약 내용의 변경으로 인하여 해당 대상계약이 변경된 경우 보험가입금액도 변경됩니다.

※ 보험료납입면제대상계약

- 이 특약은 다음 ①부터 ④에 부가하며, 각 부가대상을 이하 「보험료납입면제대상계약」이라 합니다. 다만, “이 특약의 보험기간 및 보험료 납입기간”과 “각 「보험료납입면제대상계약」의 보험료 납입기간”이 동일한 경우에 한하여 부가합니다.

[최초계약의 경우]

- ① 최초계약을 체결하는 시점의 갱신형 주계약(전환형 계약 제외)
- ② 최초계약을 체결하는 시점의 주계약에 부가된 갱신형특약(이 특약 포함)

[갱신계약의 경우]

- ③ 갱신계약을 체결하는 시점에 유지중인 갱신형 주계약(전환형 계약 제외)
- ④ 갱신계약을 체결하는 시점에 유지중인 주계약에 부가된 갱신형 특약(이 특약 포함)

- 다음의 경우는 「보험료납입면제대상계약」에 포함되지 않으며, 약관 [특약내용의 변경 등] 조항에 따라 변경될 수 있습니다.

- ① 가입한 보험종목 이외의 사유로 보험료납입을 면제하는 특약(다만, 이 특약의 보험종목 중에 한함)
- ② 가입한 보험종목의 사유 중 어느 한 가지를 보험료납입면제사유로 하는 주계약 및 부가특약(다만, 이 특약 제외)
- ③ 약관 [보험료 납입면제사유] 조항에 따라 보험료납입면제사유 발생 시 소멸되는 주계약 및 부가특약
- ④ 중도부가특약

- 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하거나 보험종목별 보험료납입면제사유 이외의 사유로 보험료납입면제사유 발생하였을 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
- 보험료납입면제사유가 발생한 이후에는 주계약을 해지하는 경우에 한하여 해지할 수 있습니다.

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
50%장해 납입면제형	특약보험기간 중 피보험자가 「장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태」가 되었을 때	차회 이후의 “보험료납입면제대상계약”의 보험료(다만, 추가납입보험료 제외) 납입 면제※
※ 보험료 납입이 면제된 이후에는 차회 이후 보험료납입면제대상계약의 보험료가 정상적으로 납입된 것으로 봅니다. 다만, 보험료 납입이 면제된 이후에 보험료납입면제대상계약이 갱신되는 경우 갱신된 보험료납입면제대상계약의 보험료를 납입하여야 합니다.		

[31] (간편)뇌혈관·허혈심장질환주요치료비특약(무배당, 갱신형)

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
"뇌혈관질환 또는 허혈심장질환" 주요치료급여금	특약보험기간 중 피보험자가 “뇌혈관질환 또는 허혈심장질환”으로 최초 진단확정 되고, “보험금 지급기간” 이내에 “뇌혈관질환 또는 허혈심장질환”의 직접적인 치료를 목적으로 “뇌혈관질환 또는 허혈심장질환 주요치료”를 받았을 때 [다만, 최초 진단확정일로부터 “뇌혈관질환 또는 허혈심장질환 주요치료”를 합하여 최대 10년간, 연간 1회에 한하여 지급함(최대 10회 지급)]	특약보험가입금액의 100%

- 주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 또는 “보험금 지급기간” 중 사망하거나 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 다만, 특약보험기간 또는 “암, 대장점막내암 및 비침습방광암 보험금 지급기간” 중 피보험자가 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
2. 특약보험료 납입기간 중 다음 중 어느 한 가지에 해당될 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.
- ① 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우
다만, 주계약의 보험료 납입면제가 “보험료의 납입을 면제하는 특약”에 의해 납입면제가 된 경우 그 “보험료의 납입을 면제하는 특약”의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 해당 약관의 「보험료납입면제대상계약」에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.
 - ② 피보험자가 “뇌혈관질환 또는 허혈심장질환”으로 최초 진단확정 되었을 경우

3. 이 특약의 “뇌혈관질환 또는 허혈심장질환 주요치료”는 “뇌혈관질환 또는 허혈심장질환”의 직접적인 치료를 목적으로 수술, 혈전용해치료 또는 종합병원 중환자실치료를 받은 경우를 말하며, 최초로 진단된 “뇌혈관질환 또는 허혈심장질환”과 상이한 “뇌혈관질환 또는 허혈심장질환”의 직접적인 치료를 위한 수술, 혈전용해치료 또는 종합병원 중환자실치료도 포함합니다.
4. “연간”이라 함은 “뇌혈관질환 또는 허혈심장질환” 최초 진단확정일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 진단확정일(이하 “매년 진단확정일”이라 합니다)의 전날까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 년도의 진단확정일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 진단확정일로 합니다.
5. 이 특약의 “보험금 지급기간”이라 함은 “뇌혈관질환 또는 허혈심장질환” 최초 진단확정일로부터 10년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다. 다만, 10차년도에 “뇌혈관질환 또는 허혈심장질환 주요치료”를 받은 경우에는 “뇌혈관질환 또는 허혈심장질환” 최초 진단확정일로부터 그 치료를 받은 날까지를 “보험금 지급기간”으로 합니다.

[32] (간편)종합병원뇌혈관·허혈심장질환주요치료비특약(무배당, 갱신형)

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
종합병원 “뇌혈관질환 또는 허혈심장질환” 주요치료 지원금	특약보험기간 중 피보험자가 “뇌혈관질환 또는 허혈심장질환”으로 최초 진단확정되고, “보험금 지급기간” 이내에 종합병원에서 “뇌혈관질환 또는 허혈심장질환”의 직접적인 치료를 목적으로 “뇌혈관질환 또는 허혈심장질환 주요치료”를 받아 “연간 뇌혈관질환 또는 허혈심장질환 주요치료비 본인부담금 총액”이 1백만원 이상 발생하였을 때 [다만, 최초 진단확정일로부터 “뇌혈관질환 또는 허혈심장질환의 주요치료”를 합하여 최대 10년간, 연간 1회에 한하여 지급함(최대 10회지급)]	[특약보험가입금액의 10%] “연간 뇌혈관질환 또는 허혈심장질환 주요치료비 본인부담금 총액”이 1백만원 이상 3백만원 미만 발생하였을 때
		[특약보험가입금액의 30%] “연간 뇌혈관질환 또는 허혈심장질환 주요치료비 본인부담금 총액”이 3백만원 이상 5백만원 미만 발생하였을 때
		[특약보험가입금액의 50%] “연간 뇌혈관질환 또는 허혈심장질환 주요치료비 본인부담금 총액”이 5백만원 이상 7백만원 미만 발생하였을 때
		[특약보험가입금액의 70%] “연간 뇌혈관질환 또는 허혈심장질환 주요치료비 본인부담금 총액”이 7백만원 이상 9백만원 미만 발생하였을 때
		[특약보험가입금액의 90%] “연간 뇌혈관질환 또는 허혈심장질환 주요치료비 본인부담금 총액”이 9백만원 이상 1천만원 미만 발생하였을 때
		[특약보험가입금액의 100%] “연간 뇌혈관질환 또는 허혈심장질환 주요치료비 본인부담금 총액”이 1천만원 이상 1천5백만원 미만 발생하였을 때
		[특약보험가입금액의 150%] “연간 뇌혈관질환 또는 허혈심장질환 주요치료비 본인부담금 총액”이 1천5백만원 이상 2천만원 미만 발생하였을 때
		[특약보험가입금액의 200%] “연간 뇌혈관질환 또는 허혈심장질환 주요치료비 본인부담금 총액”이 2천만원 이상 3천만원 미만 발생하였을 때
		[특약보험가입금액의 300%] “연간 뇌혈관질환 또는 허혈심장질환 주요치료비 본인부담금 총액”이 3천만원 이상 발생하였을 때

주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 또는 “보험금 지급기간” 중 사망하거나 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 다만, 특약보험기간 또는 “보험금 지급기간” 중 피보험자가 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

2. 특약보험료 납입기간 중 다음 중 어느 한 가지에 해당될 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.

① 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우다만, 주계약의 보험료 납입면제가 “보험료의 납입을 면제하는 특약”에 의해 납입면제가 된 경우 그 “보험료의 납입을 면제하는 특약”의 약관에서 정한 바를 따르며,

이 특약이 해당 약관의 「보험료납입면제대상계약」에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.

② 피보험자가 "뇌혈관질환 또는 허혈심장질환"으로 최초 진단확정 되었을 경우

3. 이 특약의 "뇌혈관질환 또는 허혈심장질환 주요치료"는 "뇌혈관질환 또는 허혈심장질환"의 직접적인 치료를 목적으로 수술, 혈전용해치료 또는 종합병원 중환자실치료를 받은 경우를 말하며, 최초로 진단된 "뇌혈관질환 또는 허혈심장질환"과 상이한 "뇌혈관질환 또는 허혈심장질환"의 직접적인 치료를 위한 수술, 혈전용해치료 또는 종합병원 중환자실치료도 포함합니다.
4. "뇌혈관질환 또는 허혈심장질환 주요치료비 본인부담금"이라 함은 "뇌혈관질환 또는 허혈심장질환 주요치료"를 받고 해당 치료로 인하여 발생한 비용 중 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 및 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 환자 본인부담금에 해당하는 금액과 비급여에 해당하는 금액의 합계액을 말합니다.
5. "연간 뇌혈관질환 또는 허혈심장질환 주요치료비 본인부담금 총액"이라 함은 종합병원에서 "뇌혈관질환 또는 허혈심장질환 주요치료"를 받은 날이 동일한 연간 내에 있는 경우, 해당 치료로 인하여 발생한 "뇌혈관질환 또는 허혈심장질환 주요치료비 본인부담금"을 합산한 금액을 말하며 매년 재산정합니다.
6. "5"에서 "연간"이라 함은 "뇌혈관질환 또는 허혈심장질환" 최초 진단확정일부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 진단확정일(이하 "매년 진단확정일"이라 합니다)의 전날까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 년도의 진단확정일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 진단확정일로 합니다.
7. "보험금 지급기간"이라 함은 "뇌혈관질환 또는 허혈심장질환" 최초 진단확정일로부터 10년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다. 다만, 10차년도에 "연간 뇌혈관질환 또는 허혈심장질환 주요치료비 본인부담금 총액"이 3천만원 이상 발생하였을 때에는 "뇌혈관질환 또는 허혈심장질환" 최초 진단확정일로부터 그 치료를 받은 날까지를 "보험금 지급기간"으로 합니다.
8. "6" 및 "7"에도 불구하고 보험수익자가 "보험금 지급기간" 중 매년 진단확정일의 전날 이전에 보험금을 청구한 경우에는 회사는 해당 보험금 청구일 기준의 "연간 뇌혈관질환 또는 허혈심장질환 주요치료비 본인부담금 총액"을 기준으로 보험금의 지급사유에 해당하는 「종합병원 "뇌혈관질환 또는 허혈심장질환" 주요치료지원금」을 지급합니다.
9. "8"의 해당 보험금 청구일 이후 "연간 뇌혈관질환 또는 허혈심장질환 주요치료비 본인부담금 총액"이 변경되어 변경된 기준에 해당하는 보험금이 이미 지급한 보험금보다 증가한 경우 회사는 그 차액을 추가적으로 지급하며, 변경된 기준에 해당하는 보험금이 이미 지급한 보험금보다 감소한 경우에는 회사는 보험수익자에게 이미 지급한 보험금의 반환을 청구할 수 있습니다.

※ 계약 소멸에 관한 사항

구 분		세 부 내 용
계약 소멸	주계약	<ul style="list-style-type: none"> ○ 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우
	특 약	<ul style="list-style-type: none"> ○ 주계약의 해지, 무효, 취소 또는 철회로 효력을 갖지 않게 된 경우 <ul style="list-style-type: none"> ※ 단, 주계약의 보험금 지급으로 인하여 주계약이 소멸하는 경우 또는 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함)에는 특약이 소멸되지 않음 ○ 피보험자가 특약보험기간 중 사망하였을 경우 <ul style="list-style-type: none"> ※ 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하며, 그때부터 효력이 없음 (일부 특약에 한하며, 세부사항 약관 참조) ○ 특약 보험기간 중 보험금 지급사유가 더이상 발생할 수 없는 경우 ○ 신한홈닥터의료비보장보험 플러스특약(최초1회)(무배당, 갱신형), 신한(간편가입)홈닥터의료비 보장보험 플러스특약(최초1회)(무배당, 갱신형) <ul style="list-style-type: none"> : 특약 보험기간 중 약관 [보험금의 지급사유] 각 보장계약의 제1호의 “급여의료비지원금”에 대한 지급사유가 발생하였을 때 <ul style="list-style-type: none"> - 피보험자가 약관 [보험금의 지급사유] [급여의료비지원금(1백만원이상, 최초1회한) 보장계약]의 “급여의료비지원금(1백만원이상, 최초1회한)” 지급사유 발생시 [급여의료비지원금(1백만원이상, 최초1회한) 보장계약]에 한하여 그때부터 효력이 없음 - 피보험자가 약관 [보험금의 지급사유] [급여의료비지원금(2백만원이상, 최초1회한) 보장계약]의 “급여의료비지원금(2백만원이상, 최초1회한)” 지급사유 발생시 [급여의료비지원금(2백만원이상, 최초1회한) 보장계약]에 한하여 그때부터 효력이 없음 - 피보험자가 약관 [보험금의 지급사유] [급여의료비지원금(3백만원이상, 최초1회한) 보장계약]의 “급여의료비지원금(3백만원이상, 최초1회한)” 지급사유 발생시 [급여의료비지원금(3백만원이상, 최초1회한) 보장계약]에 한하여 그때부터 효력이 없음 - 피보험자가 약관 [보험금의 지급사유] [급여의료비지원금(5백만원이상, 최초1회한) 보장계약]의 “급여의료비지원금(5백만원이상, 최초1회한)” 지급사유 발생시 [급여의료비지원금(5백만원이상, 최초1회한) 보장계약]에 한하여 그때부터 효력이 없음 - 피보험자가 약관 [보험금의 지급사유] [급여의료비지원금(1천만원이상, 최초1회한) 보장계약]의 “급여의료비지원금(1천만원이상, 최초1회한)” 지급사유 발생시 [급여의료비지원금(1천만원이상, 최초1회한) 보장계약]에 한하여 그때부터 효력이 없음 ○ (간편)보험료납입면제특약(무배당, 갱신형) <ul style="list-style-type: none"> - 약관 [보험료 납입면제사유]에서 정하는 보험료납입면제사유 이외의 사유로 보험료납입면제사유가 발생하는 경우 - 약관 [보험료 납입면제사유]에서 정하는 보험료납입면제사유 이외의 사유로 보험료납입면제사유가 발생하는 경우 이 특약의 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 납입면제 발생 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하며, 이 특약은 그때부터 효력이 없음 ○ 그 외 약관 [특약의 소멸]에서 정하는 사유 등

3. 보험금 지급제한 사유

① 보험금을 지급하지 않는 보험사고

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생하거나 보험료 납입면제 사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 약관에서 정한 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

② 사기에 의한 계약

1. 계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물사용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 “암 또는 사람면역결핍바이러스(HIV) 감염”의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기의사행에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 보장개시일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터는 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

2. 1.에 따라 계약을 취소한 경우 회사는 보험금을 지급할 책임이 없고, 이미 지급한 보험금의 반환을 청구할 수 있습니다.

3. 1.에 따라 계약을 취소한 경우 회사는 계약자에게 실제 납입한 보험료 누계액(다만, “감액 등으로 회사가 실제 지급한 금액”을 차감한 금액)을 돌려 드립니다. 다만, 보험료를 받은 기간에 대한 이자는 지급하지 않습니다.

③ 계약의 무효

계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다)에는 이 계약을 무효로 하며 계약자에게 실제 납입한 보험료 누계액(다만, “감액 등으로 회사가 실제 지급한 금액”을 차감한 금액)을 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

④ 계약 전 알릴 의무 관련사항

1. 가입자의 계약 전 알릴 의무

계약자 또는 피보험자는 청약시(진단계약의 경우에는 건강진단시 포함) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 “계약 전 알릴 의무”라 하며, 상법상 “고지의무”와 같습니다)합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 및 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

2. 계약 전 알릴 의무 위반시 불이익사항

보험가입시 청약서상 “회사에 알려야 할 사항”(직업, 운전, 현재와 과거의 건강상태, 신체장해 등)은 피보험자가 직접 사실대로 작성하셔야만 보험금 지급이 보장됩니다.

III 보험료 산출기초

1. 보험료 산출시 적용한 이율

Q : 보험료 산출시 적용한 이율이란 무엇인가요?

A : 보험료를 납입하는 시점과 보험금 지급사이에는 시차가 발생하므로 이 기간동안 기대되는 수익을 미리 예상하여 일정한 비율로 보험료를 할인해주는데, 이 할인을 말합니다. 일반적으로 보험료 산출시 적용한 이율이 높으면 보험료는 내려가고, 낮아지면 보험료는 올라갑니다.

신한(간편가입)홈닥터의료비보장보험(무배당, 갱신형)의 보험료 산출시 적용한 이율은 연복리 2.25%입니다.

2. 보험료 산출시 적용한 위험률

Q : 보험료 산출시 적용한 위험률이란 무엇인가요?

A : 한 개인이 사망하거나 질병에 걸리는 등의 일정한 보험사고가 발생할 확률을 예측한 것을 말합니다. 일반적으로 보험료 산출시 적용한 위험률이 높으면 보험료는 올라가고, 낮으면 보험료는 내려갑니다.

① 일반심사형

구 분	남 자			여 자		
	20세	40세	60세	20세	40세	60세
무배당 예정 연간 요양 본인급여비용 발생률 (1백만원 이상)(연간 1회한) [보험개발원 생명장기 제2023-1569호(2023.08.25)]	0.026826	0.045797	0.117877	0.02314	0.074223	0.148219
무배당 예정 연간 요양 본인급여비용 발생률 (2백만원 이상)(연간 1회한) [보험개발원 생명장기 제2023-1569호(2023.08.25)]	0.005357	0.011893	0.036577	0.00430	0.015807	0.039403
무배당 예정 연간 요양 본인급여비용 발생률 (3백만원 이상)(연간 1회한) [보험개발원 생명장기 제2023-1569호(2023.08.25)]	0.002068	0.005566	0.017719	0.001681	0.005656	0.016145

② 간편심사형

구 분	남 자			여 자		
	40세	50세	60세	40세	50세	60세
무배당 예정 연간 요양 본인급여비용 발생률 (1백만원 이상)(연간 1회한) [보험개발원 생명장기 제2023-1569호(2023.08.25)]	0.045797	0.068549	0.117877	0.074223	0.098303	0.148219
무배당 예정 연간 요양 본인급여비용 발생률 (2백만원 이상)(연간 1회한) [보험개발원 생명장기 제2023-1569호(2023.08.25)]	0.011893	0.019143	0.036577	0.015807	0.022260	0.039403
무배당 예정 연간 요양 본인급여비용 발생률 (3백만원 이상)(연간 1회한) [보험개발원 생명장기 제2023-1569호(2023.08.25)]	0.005566	0.009233	0.017719	0.005656	0.008362	0.016145

3. 계약체결비용 및 계약관리비용

Q : 계약체결비용 및 계약관리비용은 무엇인가요?

A : 계약체결비용 및 계약관리비용이란 보험회사가 보험계약의 체결 및 유지 및 관리 등에 필요한 경비로 사용하기 위하여 보험료 중 일정비율을 책정한 것을 말합니다.

IV 계약자배당에 관한 사항

계약자 배당은 배당상품에 한하여 실시하며, 무배당 상품은 배당을 하지 않습니다. 그러나 무배당 상품은 배당상품보다 상대적으로 저렴한 보험료로 가입하실 수 있습니다. **신한(간편가입) 홈닥터의료비보장보험(무배당, 갱신형)**은 **무배당 상품**으로서 계약자배당을 하지 않습니다.

V 해약환급금에 관한 사항

1. 해약환급금 산출기준 등 안내

Q : 해약환급금은 어떻게 산출되며, 납입한 보험료보다 적은 이유는 뭔가요?

A : 우리 신한라이프생명보험회사는 보험료 계산시 적용한 위험률로 산출한 계약자적립액에서 해약공제액을 공제한 금액을 해약환급금으로 지급합니다. 보험은 은행의 저축과는 달리 위험보장과 저축을 겸비한 제도로써 계약자가 납입한 보험료중 일부는 불의의 사고를 당한 다른 가입자에게 지급되는 보험금으로, 또 다른 일부는 보험회사 운영에 필요한 경비로 사용되므로 중도해지시 지급되는 해약환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다.

2. 해약환급금 예시

- * 이 보험의 보험료 산출시 적용한 이율은 연복리 2.25%입니다.
- * 이 보험계약을 중도 해지할 경우 해약환급금은 납입한 보험료에서 경과된 기간의 위험보험료, 계약체결비용(해약공제액 포함) 및 계약관리비용 등이 차감되므로 납입보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다.
- * 상기 해약환급금 예시는 가입금액의 감액, 계약내용의 변경 또는 보험금 지급사유 발생 등에 따라 금액이 달라지거나 감소할 수 있습니다.

① 일반심사형

<기준 : 주계약 보험가입금액 1,000만원, 40세, 10년만기, 전기납, 월납, 최초계약> (단위 : 원)

경과 기간	남자			여자		
	납입보험료 (A)	해약환급금 (B)	환급률(%) (B/A)	납입보험료 (A)	해약환급금 (B)	환급률(%) (B/A)
3개월	42,030	-	0.0	55,560	-	0.0
6개월	84,060	-	0.0	111,120	-	0.0
9개월	126,090	-	0.0	166,680	-	0.0
1년	168,120	-	0.0	222,240	-	0.0
2년	336,240	-	0.0	444,480	-	0.0
3년	504,360	7,723	1.5	666,720	-	0.0
4년	672,480	22,007	3.2	888,960	8,726	0.9
5년	840,600	32,531	3.8	1,111,200	20,977	1.8
6년	1,008,720	38,996	3.8	1,333,440	30,369	2.2
7년	1,176,840	41,320	3.5	1,555,680	36,520	2.3
8년	1,344,960	31,930	2.3	1,777,920	29,620	1.6
9년	1,513,080	18,160	1.2	2,000,160	17,720	0.8
10년	1,681,200	-	0.0	2,222,400	-	0.0

② 간편심사형

<기준 : 주계약 보험가입금액 1,000만원, 40세, 10년만기, 전기납, 월납, 최초계약> (단위 : 원)

경과 기간	남자			여자		
	납입보험료 (A)	해약환급금 (B)	환급률() (B/A)	납입보험료 (A)	해약환급금 (B)	환급률() (B/A)
3개월	64,800	-	0.0	91,350	-	0.0
6개월	129,600	-	0.0	182,700	-	0.0
9개월	194,400	-	0.0	274,050	-	0.0
1년	259,200	-	0.0	365,400	-	0.0
2년	518,400	-	0.0	730,800	-	0.0
3년	777,600	16,504	2.1	1,096,200	7,330	0.6
4년	1,036,800	37,226	3.5	1,461,600	33,470	2.2
5년	1,296,000	52,157	4.0	1,827,000	53,810	2.9
6년	1,555,200	60,879	3.9	2,192,400	67,940	3.1
7년	1,814,400	63,260	3.4	2,557,800	75,140	2.9
8년	2,073,600	49,060	2.3	2,923,200	60,820	2.0
9년	2,332,800	27,980	1.2	3,288,600	36,280	1.1
10년	2,592,000	-	0.0	3,654,000	-	0.0

VI 보험가격지수

Q : 보험가격지수란?

A : 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 총액 : 감독원장이 정하는 바에 따라 산정한 전체 보험회사 공시이율의 평균(평균공시이율), 평균해지율 및 참조순보험요율을 적용하여 산출한 보험금 지급을 위한 보험료

** 평균사업비총액 : 상품군별 생명보험상품 전체의 평균 사업비율을 반영하여 계산(역산)한 값

(기준 : 40세)

상품명	보험기간 (년)	납입기간 (년)	보험가격지수		가입금액 (만원)
			남자	여자	
신한홈닥터의료비보장보험 (무배당, 갱신형)	10	전기납	132.1%	127.9%	1,000
신한(간편가입)홈닥터의료비보장보험 (무배당, 갱신형)	10	전기납	131.0%	127.1%	1,000