

상품요약서

이 상품요약서는 보험약관 등 「삼성 꿈나무 어린이보험(2404)(무배당)」의 기초서류에 기재된 주요내용을 요약한 것이므로 구체적인 내용은 반드시 보험약관 등을 참조하시기 바랍니다.

상품의 특이사항

Q	이 상품의 특이사항은 무엇인가요?
A	- 이 상품은 태아가입도 가능한 어린이 전용보험으로 고객이 원하는 보장금액 및 만기보험금 수준에 따라 1종(고급형)과 2종(일반형) 중 선택할 수 있습니다.

Q	이 상품의 주요 특징은 무엇인가요?
A	<ul style="list-style-type: none"> - 이 상품은 성장기 동안 어린이에게 꼭 필요한 핵심담보 위주로 진단/입원/수술/통원/재해보장 등을 주보험에서 보장 가능합니다. - 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태가 되었을 때, 암보장개시일 이후에 암(중증이외갑상선암, 초기유방암, 기타피부암, 비침습 방광암 및 대장점막내암 제외)으로 진단 확정 되었을 때, 뇌혈관 질환으로 진단 확정 되었을 때 또는 허혈심장질환으로 진단 확정 되었을 때에는 차회 이후 주보험 보장보험료 및 특약보험료의 납입을 면제합니다. ※ 특약의 납입면제 관련 내용은 각 특약별로 다를 수 있으므로, 이와 관련된 사항은 약관 및 상품설명서를 참조하시기 바랍니다. - 피보험자가 계약의 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 경우 만기보험금을 지급합니다. ※ 만기보험금은 1회에 한하여 지급합니다. - 「성장케어서비스」를 부가서비스로 제공합니다.

Q	이 상품의 「성장케어서비스」란 무엇인가요?
A	<ul style="list-style-type: none"> - 서비스 이용 기간 및 이용조건 보험가입 1개월 이후부터 피보험자의 만 나이 18세 계약해당일까지 정상유지 계약에 한하여 제공(단, 최소 5년 제공) - 서비스 주요내용 <ul style="list-style-type: none"> 1) 임신·출산케어 (피보험자가 될자가 태아인 경우에 한해 제공) 건강/임신/출산 관련 상담, 임신중 태아 성장과정 등 주수별 건강관리 정보 제공(SMS/App, 주1회), 임신/태교/출산/육아 등 관련 시기별 맞춤형 프로그램 및 콘텐츠 제공(SMS/App, 주1회), 임신/출산/육아 관련 이벤트 및 행사정보 안내(SMS/App, 월1~2회), 간호사 동행(다발성소아암 진단후 상급병원 진료시, 3회, 만 5세 이하에 한함), 간호사 방문(2.5kg 미만 저체중아 출산후 2개월 이내 신청시, 1회), 산후조리원 안내(App), 산후도우미 우선배정 및 비용우대 2) 성장장애케어 성장관측사 지원(신장하위 25% 대상, 1회, 진찰료+검사료, X-ray 손/손목전체 촬영에 한함) 비만유전자검사 지원(BMI25 이상 대상, 1회, 검사키트 우편제공), 수면장애 검사 지원(수면다원검사에 한함, 1회, 진찰료+검사료, 건강보험 급여적용시), 미세면지 모발중금속검사 우대(30% 할인), 성조숙증 자가검사 및 성장관리 프로그램 제공(App) 3) 학습장애케어 언어평가 검사 우대(전국발달지원센터, 최대 50%할인), 학습장애 자가검사 프로그램 제공(ADHD/틱/언어, App) 4) 마음건강·안전사고케어 미술심리상담(App, 3회), [자녀] 대면심리상담(학교폭력피해 결정시 또는 신경정신과 진료시, 결정·진료 1년 이내, 총6회, 동일진 3회, 독서심리치료·가족놀이평가·가족단체상담·유창성검사 1회 포함), [부모] 전문가유선/대면심리상담(자녀 심리상담시, 3회) [부모] 리핏카드 제공(자녀 심리상담시, NFC방식, 1회), 마음건강 자가검사 프로그램 제공(App) 5) 기본건강케어 면역세포보관(암진단시, 20년), 상급병원 간호사동행서비스(주요질환 진단시 총6회, 동일질병 3회), 상급병원 이송지원서비스(주요질환 수술시, 1회), 예방접종 및 유행성 질환 안내(App), 자녀 위치 확인(초등학생, App), 건강상담센터(24시간, 365일) 운영, 건강상담 및 병원예약 등 ※ 기본건강케어서비스에서의 "주요질환"이란 암, 뇌·심혈관질환, 류마티스열, 중증세균성수막염, 1형당뇨를 말합니다. ※ 성장케어서비스는 S-헬스케어센터 또는 삼성생명전용App에서 서비스 신청이 가능하며, 이 서비스는 삼성생명의 제휴업체인 ㈜AAI헬스케어에서 제공합니다. ※ 성장케어서비스의 내용은 2024.4월 기준이며, 대외환경 변화로 인해 향후 서비스 내용 및 제공방법, 제휴회사가 변경되거나 중지될 수 있습니다. 이 경우 회사는 서비스 변경 내용 또는 중지 사유에 대하여 안내장 또는 모바일메시지 등을 통하여 이용자에게 사전에 알려 드립니다. ※ 더 자세한 사항은 성장케어서비스 안내장 및 상품설명서를 참고하시기 바랍니다.

보험가입자격요건

1. 보험종류

- 삼성 꿈나무 어린이보험(2404)(무배당) [1종(고급형), 2종(일반형)]
: 만기환급형, 개인형

2. 보험기간

- 주보험 : 30세만기, 20년만기
※ 특약의 보험기간은 특약별로 상이합니다.
- 계약을 체결할 때 피보험자가 될 자가 태아인 경우 "보험기간 및 보험료 납입기간"에 태아보장기간을 추가로 부가하며, 태아보장기간은 아래와 같이 운영합니다.
※ 단, '태아전용1년특약' 및 '임산부보장특약'은 제외

보험기간	보험료 납입기간	피보험자 가입나이	보험료 납입주기
태아보장기간 (계약체결일부터 출생시점까지)	전기납	태아	월납

3. 보험료 납입기간

- 10년납, 전기납

4. 보험료 납입주기

- 월납

5. 가입나이

- 30세만기 : 0세 ~ 15세
- 20년만기 : 0세 ~ 10세
- ※ 만 나이가 아닌 나이는 보험나이입니다. 보험나이에 대한 설명은 약관을 참고하시기 바랍니다.
- ※ 피보험자 가입나이 0세의 경우 태아를 포함합니다.

6. 가입한도

- 주보험 보험가입금액 1,000만원 ~ 2,000만원
- ※ 다만, 주보험 및 특약별 가입한도는 회사가 별도로 정한 기준에 따라 적용하며, 기존에 가입한 보험가입내용 및 가입경로 등에 따라 주보험 및 특약별 가입한도는 조정될 수 있습니다.

7. 건강진단 여부

- 이 보험의 경우 기존 다른 보험상품의 가입유무, 나이, 청약서의 계약 전 알릴의무 사항에 따라 건강진단을 시행할 수 있으며, 그 결과에 따라 보험가입 가능여부를 판정할 수 있습니다.

보험금 지급사유 및 지급제한사항

1. 상품의 구성

주보험		삼성 꿈나무 어린이보험(2404)(무배당) 1종(고급형) 삼성 꿈나무 어린이보험(2404)(무배당) 2종(일반형)
고정부가특약		주산기보장특약(무배당) * 태아전용1년특약 신생아뇌출혈진단특약(무배당) * 태아전용1년특약
선택특약	태아보장	저체중아보장특약(무배당) * 태아전용1년특약 선천이상입원특약(무배당) 선천이상수술(허유착증제외)특약II(무배당) 어린이심장수술보장특약(무배당)
	임산부보장	임신중독증진단특약D(무배당) * 임산부보장특약 유산진단위로금특약D(무배당) * 임산부보장특약 임신·출산질환입원특약D(무배당) * 임산부보장특약 임신·출산질환수술특약D(무배당) * 임산부보장특약
제도성특약		지정대리청구서비스특약 장애인전용보험전환특약 특정신체부위·질병보장제한부인수특약 이륜자동차 및 원동기장치 자전거 운전·탑승부담보특약

※ 고정부가특약은 피보험자가 될자가 태아인 경우 고정적으로 부가

※ 태아를 보장하는 선택특약은 피보험자가 될자가 임신 23주 이내 태아인 경우에 한해 부가 가능

2. 보험금 지급사유

아래의 내용은 보험금 지급사유 및 보장내용별 보험금 지급제한 사항에 대한 개략적인 내용이므로 자세한 내용은 해당 약관을 참고하시기 바랍니다.

가. 주보험 : 1종(고급형), 2종(일반형)

[3대 진단]

(기준 : 보험가입금액 2,000만원)

구 분	지급사유	지급금액	
		1종(고급형)	2종(일반형)
다발성소아암 진단보험금	「암보장개시일」 이후에 "다발성소아암"으로 진단 확정되었을 경우 (최초 1회한)	5,000만원	
암진단보험금	「암보장개시일」 이후에 "암(초기유방암, 중증이외 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 비침습 방광암 제외)"으로 진단 확정되었을 경우 (최초 1회한)	5,000만원	3,000만원
소액암 진단보험금	"초기유방암", "기타피부암", "중증이외 갑상선암", "비침습 방광암", "대장점막내암", "체자리암", "경계성종양"으로 진단 확정되었을 경우 (각 최초 1회한)	1,000만원	600만원
뇌혈관질환 진단보험금	"뇌혈관질환"으로 진단 확정되었을 경우 (최초 1회한)	2,000만원	
허혈심장질환 진단보험금	"허혈심장질환"으로 진단 확정되었을 경우 (최초 1회한)	2,000만원	

[입원]

(기준 : 보험가입금액 2,000만원)

구 분	지급사유	지급금액	
		1종(고급형)	2종(일반형)
입원보험금	질병 또는 재해로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 1일이상 계속 입원시 입원일수 1일당(1회 입원당 120일한도)	2만원	
재해입원보험금	재해로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 1일이상 계속 입원시 입원일수 1일당(1회 입원당 120일한도)	2만원	
상급병실(1인실) 입원보험금	질병 또는 재해로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 "상급 종합병원 혹은 종합병원"의 1인실을 1일이상 계속 입원시 입원일수 1일당(1회 입원당 10일한도)	2만원	

[수술]

(기준 : 보험가입금액 2,000만원)

구 분	지급사유	지급금액	
		1종(고급형)	2종(일반형)
중대질병진단 수술보험금	"말기신부전증" 또는 "재생불량성빈혈"로 진단확정 받거나 "조혈모세포이식수술(조혈모세포공여자에 대한 수술 제외)" 또는 "5대장기(심장, 간장, 폐장, 신장, 췌장) 이식수술(5대장기공여자에 대한 수술 제외)"을 받았을 경우 (말기신부전증, 재생불량성빈혈, 조혈모세포이식수술 또는 5대장기이식수술 중 최초 1회에 한함)	2,000만원	
뇌질환 수술보험금	□ 뇌질환 관혈수술보험금 "뇌질환"으로 진단이 확정되고, 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 관혈수술을 받았을 경우 * 대뇌내시경, 홍강경수술 및 복강경수술은 관혈수술에 준하여 보험금을 지급	600만원	300만원
	□ 뇌질환 비관혈수술보험금 "뇌질환"으로 진단이 확정되고, 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 내시경수술, 카테터수술 또는 신의료수술을 받았을 경우(단, 보험연도 기준 연1회의 수술에 한하여 보장)	200만원	100만원
심질환 수술보험금	□ 심질환 관혈수술보험금 "심질환"으로 진단이 확정되고, 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 관혈수술을 받았을 경우 * 대뇌내시경, 홍강경수술 및 복강경수술은 관혈수술에 준하여 보험금을 지급	600만원	300만원
	□ 심질환 비관혈수술보험금 "심질환"으로 진단이 확정되고, 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 내시경수술, 카테터수술 또는 신의료수술을 받았을 경우(단, 보험연도 기준 연1회의 수술에 한하여 보장)	200만원	100만원
수술보험금	질병 또는 재해로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 <1~5종 수술 분류표>에서 정한 "1~5종수술"을 받았을 경우(1회당)	1종 : 10만원 2종 : 30만원 3종 : 50만원 4종 : 100만원 5종 : 300만원	

[치료 등]

(기준 : 보험가입금액 2,000만원)

구 분	지급사유	지급금액	
		1종(고급형)	2종(일반형)
응급환자 응급실 내원보험금	"응급실"에 내원하여 "응급환자"로서 진료를 받았을 경우 (응급실 내원 1회당)	5만원	
독감(인플루엔자) 항바이러스제 치료보험금	"독감(인플루엔자)"으로 진단 확정되고 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 "독감 항바이러스제"를 처방 받은 경우 (보험연도 기준 연 1회의 처방에 한함)	20만원	
수족구 진단보험금	"수족구"로 진단 확정되었을 경우 (보험연도 기준 연1회한)	20만원	
특정바이러스질환 진단보험금	"특정바이러스질환"으로 진단 확정되었을 경우 (최초 1회한)	10만원	
호흡기세포융합 바이러스(RSV) 감염증 진단보험금	"호흡기세포융합바이러스(RSV)감염증"으로 진단 확정되었을 경우 (최초 1회한)	20만원	

[재해]

(기준 : 보험가입금액 2,000만원)

구 분	지급사유	지급금액	
		1종(고급형)	2종(일반형)
교통재해장해 보험금	"교통재해"로 인하여 장해지급률 3%이상 100%이하 장해상태가 되었을 경우	10,000만원 × 해당 장해지급률	6,000만원 × 해당 장해지급률
일반재해장해 보험금	"교통재해 이외의 재해"로 장해지급률이 3%이상 100%이하 장 해상태가 되었을 경우	5,000만원 × 해당 장해지급률	3,000만원 × 해당 장해지급률
재해골절 (치아파절제외) 진단보험금	출산손상 또는 재해로 인하여 "출산손상골절 및 재해골절(치 아파절제외)" 상태가 되었을 경우 (골절 발생 1회당) * 단, 동일한 원인으로 인하여 2가지 이상의 골절(복합골절)시 1회만 지급	20만원	
깁스치료 보험금	재해 또는 재해 이외의 원인으로 "깁스(Cast)치료"를 받은 경 우 (1회당)	10만원	
화상진단 보험금	"화상(심재성 2도 이상)"으로 진단 확정 되었을 경우 (보험연도 기준 연1회한)	20만원	
특정법정감염병 진단보험금	"특정법정감염병"으로 진단 확정되었을 경우 (1회당)	30만원	

[만기보험금/출산지원금]

(기준 : 보험가입금액 2,000만원)

구 분	지급사유	지급금액	
		1종(고급형)	2종(일반형)
만기보험금	피보험자가 이 계약의 보험기간이 끝날 때까지 살아 있을 경우 (1회에 한함)	1,000만원	500만원
출산지원금 (적립계약환급금)	피보험자가 될 자(태아)가 출생예정일에 살아 있을 경우 (단, 적립계약을 체결한 경우에 한하며, 1회에 한함)	적립계약 계약자적립액	

(주) 1. 계약소멸사유

- 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급 후 계약은 소멸합니다.
- 적립계약의 경우에는 피보험자가 될 자가 태아이며 출생예정일 전에 회사가 출생통지를 받은 경우 출생통지 당시의 적립계약 계약자적립액을 계약자에게 지급 후 적립계약은 소멸합니다.

2. 「암보장개시일」은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날(단, 계약일 현재 피보험자가 15세 미만인 경우에는 계약일)로 하며, 부활(효력회복)계약의 경우에는 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날(단, 부활(효력회복)일 현재 피보험자가 15세 미만인 경우에는 부활(효력회복)일)입니다.

단, "초기유방암", "제자리암", "경계성종양", "중증이의 갑상선암", "기타피부암", "비침습 방광암" 또는 "대장점막내암"의 경우 보장개시일은 계약일[계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]과 동일합니다.

3. 보험료 납입기간 중 피보험자에게 다음 각 호 중 어느 하나의 사유가 발생하였을 때에는 이 계약의 차회 이후 보장보험료 납입을 면제합니다.

- 피보험자가 주보험 약관 별표(장해분류표) 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 때
- 암보장개시일 이후 "암"으로 진단 확정 되었을 때
- "뇌혈관질환"으로 진단 확정되었을 때
- "허혈심장질환"으로 진단 확정되었을 때

4. 다발성소아암 진단보험금

- "다발성소아암"이라 함은 주보험 약관 별표(다발성 소아암 관련 악성신생물 분류표)에서 정한 질병(뇌 및 중추신경 계통의 기타 부분의 악성신생물과 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물)을 말합니다.

5. 암진단보험금

- "암"이라 함은 주보험 약관 별표[악성신생물분류표(초기유방암, 중증이의 갑상선암, 기타피부암, 비침습 방광암 및 대장점막내암 제외)]에서 정한 질병을 말합니다.

6. 소액암진단보험금

- 소액암진단보험금의 지급사유가 발생하더라도, 그 지급사유가 보장개시일 이후 이미 소액암진단보험금이 지급된 "초기유방암", "경계성종양", "중증이의 갑상선암", "제자리암", "기타피부암", "비침습 방광암" 또는 "대장점막내암"과 동일한 경우(종양세포가 잔존하거나 재발 또는 전이된 경우 포함)에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
- "비침습 방광암" 또는 "대장점막내암"으로 보험금 지급사유 발생시 "비침습 방광암" 또는 "대장점막내암"에 해당하는 보험금을 지급하고 "제자리암"에 해당하는 보험금은 지급하지 않습니다.

7. 뇌혈관질환 진단보험금
 - 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 "출생전후기에 기원한 특정 병태(P00 ~ P96)"에 해당하는 질병은 보장하지 않음. 또한, 제8차 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단시점에 시행중인 한국표준질병·사인분류 중 "출생전후기에 기원한 특정 병태"에 해당하는 질병을 보장하지 않습니다.
8. 상급병실(1인실)입원보험금
 - 동일한 질병 또는 재해로 인하여 2회 이상 입원한 경우에는 1회 입원으로 보고 각 입원일수를 더하여 1회 입원당 10일을 최고 한도로 합니다.
9. 입원보험금, 재해입원보험금
 - 동일한 질병 또는 재해로 인하여 2회 이상 입원한 경우에는 1회 입원으로 보고 각 입원일수를 더하여 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.
10. 응급환자 응급실내원보험금
 - "응급실"이라 함은 응급의료에 관한 법률 제2조(정의) 제5호에서 정하는 응급의료기관 또는 응급의료에 관한 법률 제35조의 2(응급의료기관 외의 의료기관)에서 정하는 시장·군수·구청장에게 신고된 응급의료시설을 말합니다.
 - "응급환자"라 함은 응급실에 내원하여 진료를 받은 자 중 응급의료에 관한 법률 시행규칙 제2조(응급환자)에서 정하는 자로서 "응급증상 및 이에 준하는 증상"(약관 별표 "응급증상 및 이에 준하는 증상" 참조) 또는 "응급증상 및 이에 준하는 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자(응급의료에 관한 법률 제2조 제4호 참조)가 판단하는 증상"이 있는 자를 말합니다.
 - "응급실"이 아닌 곳에서의 야간진료 또는 외래진료를 받은 자는 "응급환자 응급실내원보험금" 지급대상에 해당하지 않습니다.
11. 독감(인플루엔자)항바이러스제 치료보험금
 - "독감(인플루엔자)"이라 함은 주보험 약관 별표[독감(인플루엔자) 분류표]에서 정한 질병(J09 ~ J11)을 말합니다.
 - "독감 항바이러스제"라 함은 "독감(인플루엔자)"의 치료를 직접적인 목적으로 체내에 침입한 바이러스의 작용을 약화 또는 소멸시키기 위해 사용하는 약제로서, 진단 당시 식품의약품안전처에서 허가된 「효능·효과」 항목에 "독감(인플루엔자) 바이러스 감염증의 치료제"로 기재된 경우에 한하여 인정합니다.
12. 재해골절(치아파절제외)진단보험금
 - 동일한 원인으로 인하여 2가지 이상의 골절(복합골절)상태가 되더라도 1회만 지급하며, 의학적 처치 및 치료를 목적으로 골절을 시키는 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.
13. 깁스치료보험금
 - 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 깁스(Cast)치료를 2회 이상 받거나 동시에 서로 다른 신체부위에 깁스(Cast)치료를 받은 경우에는 1회에 한하여 깁스치료보험금을 지급합니다.

14. 특정법정감염병 진단보험금

- "특정법정감염병"이라 함은 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률(2020.9.29. 법률 제17491호 일부개정)」 제2조(정의)에 해당하는 법정감염병 중 다음에 적은 항목을 말합니다.
 - 제1급 감염병(7종) : 두창, 페스트, 탄저, 보툴리눔독소증, 야토병, 중증 급성호흡기 증후군(SARS), 디프테리아
 - 제2급 감염병(12종) : 홍역, 콜레라, 장티푸스, 파라티푸스, 세균성이질, 장출혈성대장균감염증, 백일해, 유행성이하선염, 풍진, 폴리오, 수막구균 감염증, 성홍열
 - 제3급 감염병(21종) : 파상풍, 일본뇌염, 말라리아, 레지오넬라증, 비브리오 패혈증, 발진티푸스, 발진열, 쓰쯔가무시증, 렙토스피라증, 브루셀라증, 공수병, 신증후군출혈열, 크로이츠펔트-야콥병(CJD) 및 변종크로이츠펔트-야콥병(vCJD), 황열, 뎅기열, 큐열(Q열), 웨스트나일열, 라임병, 진드기매개뇌염, 유비저, 치쿤구니아열

15. 특정바이러스질환 진단보험금

- "특정바이러스질환"이라 함은 주보험 약관 별표(특정바이러스질환 분류표)에서 정한 아래 질병을 말합니다.
 - 바이러스성 및 기타 명시된 장감염(A08)
 - 바이러스 수막염(A87)
 - 볼거리(유행성이하선염)(B26)
 - 돌발발진(B08.2)

16. 호흡기세포융합바이러스(RSV)감염증 진단보험금

- "호흡기세포융합바이러스(RSV)감염증"이라 함은 주보험 약관 별표[호흡기세포융합바이러스(RSV)감염증 분류표]에서 정한 아래 질병을 말합니다.
 - 호흡기세포융합바이러스 폐렴(J12.1)
 - 호흡기세포융합바이러스에 의한 급성 기관지염(J20.5)
 - 호흡기세포융합바이러스에 의한 급성 세기관지염(J21.0)
 - 다른 장에서 분류된 질환의 원인으로서의 호흡기세포융합바이러스(B97.4)

17. 적립계약 계약자적립액

- 적립순보험료[적립보험료에서 계약관리비용을 차감한 금액]에 대하여 산출방법서에서 정한 바에 따라 보험료 납입일부 터 일자 계산에 따라 적용이율로 적립한 금액을 말합니다.

18. 적립보험료

- 「태아보장기간에 태아위험보장을 위한 보험료(주보험 보장보험료 및 특약보험료 합산)」와 「출생 이후 납입하기로 한 보험료(주보험 보장보험료 및 특약보험료 합산)」의 차액
(단, 태아전용1년특약, 임신부보장특약은 계산에서 제외)

※ 각 특약의 보험기간은 주보험과 다를 수 있으므로 보험계약 청약서나 보험증권(보험가입증서)을 확인하시기 바랍니다.

나. 고정부가특약

(기준 : 특약 보험가입금액 1,000만원)

구 분	지급사유	지급금액
주산기보장특약 (무배당)	<input type="checkbox"/> 주산기입원보험금 "주산기질환"의 직접적인 치료를 목적으로 4일이상 입원시 최초 3일을 제외한 입원일수 1일당 (1회 입원당 120일한도)	2만원
	<input type="checkbox"/> 주산기수술보험금 "주산기질환"의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우 (1회당)	30만원
	<input type="checkbox"/> 주산기통원보험금 "주산기질환"의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 경우 (1회당)	1만원

- (주) 1. 보험료 납입기간 중 주보험의 보험료 납입면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
2. 보험료 납입기간 중 피보험자가 장애분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
3. "주산기질환"이라 함은 출산 외상, 임신 기간 및 태아성장과 관련된 장애 등 한국표준질병·사인분류 중 특약 약관 별표 (출생전후기에 기원한 특정병태 대상 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
4. "주산기입원보험금"은 동일한 질병으로 인하여 2회 이상 입원한 경우에는 1회 입원으로 보고 각 입원일수를 더하여 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다.

(기준 : 특약 보험가입금액 1,000만원)

구 분	지급사유	지급금액
신생아뇌출혈진단특약 (무배당)	<input type="checkbox"/> 신생아뇌출혈 진단보험금 "신생아 뇌출혈"로 진단 확정되었을 경우(최초 1회한)	100만원

- (주) 1. 보험료 납입기간 중 주보험의 보험료 납입면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
2. 보험료 납입기간 중 피보험자가 장애분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

다. 선택특약

[태아보장]

(기준 : 특약 보험가입금액 1,000만원)

특약명	지급사유	지급금액
저체중아보장특약 (무배당)	<input type="checkbox"/> 저체중아육아보험금 주피보험자가 출생시 체중이 - 2.0kg미만일 경우 - 2.0kg이상 2.5kg미만일 경우	100만원 50만원
	<input type="checkbox"/> 저체중아입원보험금 주피보험자가 출생시 체중이 2.5kg미만이고 "저체중아 대상 분류표" 에서 정하는 질병의 직접적인 치료를 목적으로 3일 이상 입원하였을 때 최초 2일을 제외한 입원일수 1일당 (1회 입원당 60일한도)	2만원

- (참) 1. 보험료 납입기간 중 주보험의 보험료 납입면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
2. 보험료 납입기간 중 종피보험자가 사망하거나 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
4. "저체중아입원보험금"은 동일한 질병으로 인하여 2회 이상 입원한 경우에는 1회 입원으로 보고 각 입원일수를 더하여 1회 입원당 60일을 최고 한도로 합니다.
5. 특약 가입시 계약자가 양수검사 등으로 태아의 이상 상태를 이미 알고 있었을 경우 보험금을 지급하지 않습니다.

(기준 : 특약 보험가입금액 1,000만원)

특약명	지급사유	지급금액
선천이상입원특약 (무배당)	<input type="checkbox"/> 선천이상입원보험금 "선천이상"으로 진단이 확정되고, "선천이상"의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 입원시 입원일수 1일당 (1회 입원당 120일한도)	2만원

- (참) 1. 보험료 납입기간 중 주보험의 보험료 납입면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
2. 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
3. "선천이상"이라 함은 신경계통의 선천기형, 순환계통의 선천기형 등 한국표준질병·사인분류 중 특약 약관 별표(선천이상 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
※ 단, 선천이상수술(허유착증제외)특약에서 허유착증(Q38.1)은 제외됩니다.
4. 동일한 질병으로 인하여 2회 이상 입원한 경우에는 1회 입원으로 보고 각 입원일수를 더하여 1회 입원당 120일을 최고 한도로 합니다.
5. 특약 가입시 계약자가 양수검사 등으로 태아의 이상 상태를 이미 알고 있었을 경우 보험금을 지급하지 않습니다.
6. 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 "출생전후기에 기원한 특정 병태(P00 ~ P96)"에 해당하는 질병은 보장하지 않습니다. 또한, 제8차 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행중인 한국표준질병·사인분류 중 "출생전후기에 기원한 특정 병태"에 해당하는 질병을 보장하지 않습니다.

(기준 : 특약 보험가입금액 1,000만원)

특약명	지급사유	지급금액
선천이상수술 (허유착증제외)특약 II (무배당)	<input type="checkbox"/> 선천이상수술보험금 "선천이상"으로 진단이 확정되고, "선천이상"의 직접적인 치료를 목적으로 수술하였을 경우 (1회당) * 단, 선천성 비신생물성 모반(Q82.5)은 '선천이상수술보험금 지급사유'에 해당하지 않으며, '선천성 비신생물성 모반 수술보험금' 지급사유에 해당	100만원
	<input type="checkbox"/> 선천성 비신생물성 모반 수술보험금 "선천성 비신생물성 모반"으로 진단이 확정되고, "선천성 비신생물성 모반"의 직접적인 치료를 목적으로 수술하였을 경우 (1회당)	10만원

- (참) 1. 보험료 납입기간 중 주보험의 보험료 납입면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
2. 보험료 납입기간 중 피보험자가 장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
3. "선천이상"이라 함은 신경계통의 선천기형, 순환계통의 선천기형 등 한국표준질병·사인분류 중 특약 약관 별표(선천이상 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
※ 단, 선천이상수술(허유착증제외)특약에서 허유착증(Q38.1)은 제외됩니다.
4. 특약 가입시 계약자가 양수검사 등으로 태아의 이상 상태를 이미 알고 있었을 경우 보험금을 지급하지 않습니다.
5. 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 "출생전후기에 기원한 특정 병태(P00 ~ P96)"에 해당하는 질병은 보장하지 않습니다. 또한, 제8차 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행중인 한국표준질병·사인분류 중 "출생전후기에 기원한 특정 병태"에 해당하는 질병을 보장하지 않습니다.

(기준 : 특약 보험가입금액 1,000만원)

특약명	지급사유	지급금액
어린이심장수술 보장특약(무배당)	<input type="checkbox"/> 어린이 심장수술보험금 어린이개흉심장수술 또는 어린이심장시술을 받았을 경우(각각 1회한) - 어린이개흉심장수술시 - 어린이심장시술시	1,000만원 200만원

- (주) 1. 보험료 납입기간 중 주보험의 보험료 납입면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
 2. 보험료 납입기간 중 피보험자가 장애분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체 부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

[임산부보장]

(기준 : 특약 보험가입금액 1,000만원)

특약명	지급사유	지급금액
임신중독증진단 특약D(무배당)	<input type="checkbox"/> 임신중독증진단보험금 "임신중독증"으로 진단 확정되었을 경우 (최초 1회한)	20만원

- (주) 1. 보험료 납입기간 중 주보험의 보험료 납입면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
 2. 보험료 납입기간 중 피보험자가 장애분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체 부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
 3. "임신중독증"이라 함은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 014(전자간) 및 015(자간)에 해당하는 질병을 말합니다.

(기준 : 특약 보험가입금액 1,000만원)

특약명	지급사유	지급금액
유산진단위로금 특약D(무배당)	<input type="checkbox"/> 유산진단위로금 "유산"으로 진단 확정되었을 경우 (최초 1회한)	10만원

- (주) 1. 보험료 납입기간 중 주보험의 보험료 납입면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
 2. 보험료 납입기간 중 피보험자가 장애분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체 부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
 3. "태아가 모체 밖에서는 생명을 유지할 수 없는 시기에 태아와 그 부속물들을 인공적으로 모체 밖으로 배출시키는 수술"(인공임신중절 수술)은 보장에서 제외합니다. 다만, 모자보건법 제14조 및 동법 시행령 제15조에 해당하는 경우에는 이 특약에 따라 보장합니다.
 4. 특약 가입시 계약자가 태아의 이상 상태를 이미 알고 있었을 경우 보험금을 지급하지 않습니다.

(기준 : 특약 보험가입금액 1,000만원)

특약명	지급사유	지급금액
임신·출산질환 입원특약D(무배당)	<input type="checkbox"/> 임신·출산질환입원보험금 "임신·출산질환"으로 진단이 확정되고, "임신·출산질환"의 직접적인 치료를 목적으로 4일 이상 입원시 최초 3일을 제외한 입원일수 1일당(1회 입원당 120일한도)	1만원

- (주) 1. 보험료 납입기간 중 주보험의 보험료 납입면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
2. 보험료 납입기간 중 피보험자가 장애분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체 부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
3. "임신·출산질환"이라 함은 진통 및 분만의 합병증, 임신, 출산 및 산후기의 부종, 단백뇨 및 고혈압성 장애 등 한국표준질병·사인분류 중 특약 약관 별표(임신·출산질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
4. 동일한 질병으로 2회 이상 입원한 경우에는 1회 입원으로 보고 각 입원일수를 더하여 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다.
5. 2가지 이상의 질병을 직접 치료하기 위한 목적으로 입원한 경우에는 하나의 질병으로 인한 "임신·출산질환 입원보험금"을 지급합니다.

(기준 : 특약 보험가입금액 1,000만원)

특약명	지급사유	지급금액
임신·출산질환 수술특약D(무배당)	<input type="checkbox"/> 임신·출산질환수술보험금 "임신·출산질환"으로 진단이 확정되고, "임신·출산질환"의 직접적인 치료를 목적으로 수술하였을 경우 (1회당)	10만원

- (주) 1. 보험료 납입기간 중 주보험의 보험료 납입면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약의 피보험자와 주계약의 피보험자가 다를 경우에는 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.
2. 보험료 납입기간 중 피보험자가 장애분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체 부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
3. "임신·출산질환"이라 함은 진통 및 분만의 합병증, 임신, 출산 및 산후기의 부종, 단백뇨 및 고혈압성 장애 등 한국표준질병·사인분류 중 특약 약관 별표(임신·출산질환 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.
4. 임신·출산질환수술 중 내시경수술, 카테터수술 및 신의료수술의 경우 수술개시일로부터 60일 이내 1회의 보험금을 지급한도로 하며, 60일이 지난 후 수술을 받은 경우 그 수술일을 새로운 수술개시일로 합니다.

[참고사항]

1. 주보험 및 각 선택특약의 지급사유에서 사용하고 있는 용어나 질병, 각종 분류표 등에 대한 자세한 사항은 반드시 해당 약관을 참조하시기 바랍니다.

2. 주보험 및 특약의 "재해"라 함은 「재해분류표」에서 정한 보장대상이 되는 재해를 말하는 것으로서 「한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고」와 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 제1급 감염병」을 말합니다. 단, 다음에 해당하는 경우 재해에 해당되지 않습니다.

- ① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
- ② 사고의 원인이 과잉 노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50), 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52), 식량부족(X53), 물부족(X54), 상세불명의 결핍(X57), 고의적 자해(X60~X84), '법적 개입' 중 법적 처형(Y35.5)에 의한 경우
- ③ '외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)' 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고[단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자의 이상반응 또는 이후 합병증의 원인이 된 외과적 및 기타 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장]
- ④ '자연의 힘에 노출(X30~X39)' 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
- ⑤ '우발적 익사 및 익수(W65~W74), 호흡과 관련된 기타 불의의 위협 (W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)' 중 질병에 의한 호흡장애 및 삼킴 장애
- ⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(주)

- 1. 위 () 안의 내용은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1시행) 상의 분류번호를 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 발생(진단) 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.
- 2. 발생(진단) 시점에 상기 "재해의 정의 및 재해에 해당되지 않는 사항" 인지 여부가 확인된 경우, 발생(진단) 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 재해의 분류가 추가 또는 제외되더라도 상기 "재해의 정의 및 재해에 해당되지 않는 사항" 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- 3. 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 제1급 감염병」은 보험사고 발생 당시 시행 중인 법률을 적용하며, 「한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병」에 해당되더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

3. 일반적인 보험금 지급제한사항

① 계약 전 알릴의무

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강 진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야합니다. 이를 “계약 전 알릴 의무”라 하며, 상법상 “고지의무”와 같습니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

만약 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.

② 계약의 무효

- 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우에는 계약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약 나이에 도달한 경우에는 해당 계약은 유효한 계약으로 보며, 이미 납입한 보험료는 돌려드리지 않습니다. 여기서 "이미 납입한 보험료"는 계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, '감액으로 회사가 실제 지급한 금액'을 차감한 금액입니다.

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 돌려드립니다.

- 태아가 유산 또는 사산에 의해 출생하지 못한 경우에는 계약(특약 포함)을 무효로 합니다.

다만, 다음 (1),(2)의 특약은 태아가 유산 또는 사산된 때부터 효력이 없으며, (3),(4)의 특약은 태아가 유산 또는 사산에 의해 출생하지 못한 경우에도 해당 특약의 약관에 따라 보장합니다.

(1) 임신중독증진단특약D(무배당)

(2) 유산진단위로금특약D(무배당)

(3) 임신·출산질환입원특약D(무배당)

(4) 임신·출산질환수술특약D(무배당)

위 내용에 의해 무효가 된 계약(특약 포함)의 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드립니다.

여기서 "이미 납입한 보험료"는 계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, '감액으로 회사가 실제 지급한 금액'을 차감한 금액입니다.

③ 사기 등에 의한 보험계약 체결

계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물사용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기의사에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 보장개시일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터는 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다. 계약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

④ 보험금을 지급하지 않는 사유

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보장보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

- 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 보험금 지급사유 또는 보장보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보장보험료의 납입을 면제합니다.

- 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

- 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

보험료 산출기초 및 공시이율

1. 적용이율

Q	적용이율이란 무엇인가요?
A	보험료를 납입하는 시점과 보험금 지급 사이에는 시차가 발생하므로 이 기간동안 기대되는 수익을 미리 예상하여 일정한 비율로 보험료를 할인해 주는데, 이 할인을율 적용이율이라고 합니다. 일반적으로 적용이율이 높으면 보험료는 내려가고, 낮아지면 보험료는 올라갑니다. 이 상품의 주보험 및 특약에 적용한 적용이율은 연복리 2.5%입니다.

2. 적용위험률

Q	적용위험률이란 무엇인가요?
A	한 개인이 사망하거나 질병에 걸리는 등의 일정한 보험사고가 발생할 확률을 예측한 것을 말합니다. 일반적으로 위험률이 높으면 보험료는 올라가고, 낮으면 보험료는 내려갑니다.

위험률	남자			여자		
	0세	5세	10세	0세	5세	10세
무배당 예정 경험 암 발생률	0.000256	0.000162	0.000225	0.000298	0.000205	0.000238
무배당 예정 경험 질병 및 재해 입원적용률 (1일이상 120일한도)	3.590364	0.963859	0.465196	2.943078	0.907184	0.390962
무배당 예정 독감(인플루엔자) 항바이러스제 치료율(1년 1회)	0.053150	0.247859	0.196885	0.052516	0.257121	0.202048

3. 계약체결비용 및 계약관리비용

Q	계약체결비용 및 계약관리비용은 무엇인가요?
A	계약체결비용 및 계약관리비용이란 보험회사가 보험계약의 체결, 유지 및 관리 등에 필요한 경비로 사용하기 위하여 보험료 중 일정비율을 책정한 것을 말합니다.

계약자 배당에 관한 사항

계약자배당은 배당상품에 한하여 실시를 하며, 무배당상품은 배당을 하지 않습니다. 그러나 무배당상품은 배당상품보다 상대적으로 낮은 보험료로 가입할 수 있습니다. 이 상품은 무배당상품으로서 배당을 하지 않습니다.

해약환급금에 관한 사항

1. 해약환급금 산출기준 등 안내

Q	해약환급금은 어떻게 산출되며, 납입한 보험료보다 적은 이유는 뭔가요?
A	우리 삼성생명보험주식회사는 보험료 계산시 적용한 위험률로 산출한 계약자적립액에서 해약공제 금액을 공제한 금액을 해약환급금으로 지급합니다. 보험은 은행의 저축과는 달리 위험보장과 저축을 겸비한 제도로써 계약자가 납입한 보험료 중 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

1) 1종(고급형)

(기준 : 주보험 가입금액 2,000만원, 남자, 5세, 30세만기, 10년 월납)
(단위 : 원, %)

경과기간	납입보험료 (A)	해약환급금 (B)	환급률 (B/A)
3개월	297,600	0	0
6개월	595,200	0	0
9개월	892,800	0	0
1년	1,190,400	0	0
2년	2,380,800	874,620	36.7
3년	3,571,200	1,830,540	51.2
5년	5,952,000	3,820,770	64.1
10년	11,904,000	8,835,200	74.2
15년	11,904,000	9,224,200	77.4
20년	11,904,000	9,643,200	81.0
25년	11,904,000	10,000,000	84.0

2) 2종(일반형)

(기준 : 주보험 가입금액 2,000만원, 남자, 5세, 30세만기, 10년 월납)
(단위 : 원, %)

경과기간	납입보험료 (A)	해약환급금 (B)	환급률 (B/A)
3개월	198,000	0	0
6개월	396,000	0	0
9개월	594,000	0	0
1년	792,000	0	0
2년	1,584,000	411,170	25.9
3년	2,376,000	983,850	41.4
5년	3,960,000	2,182,420	55.1
10년	7,920,000	5,183,800	65.4
15년	7,920,000	5,161,000	65.1
20년	7,920,000	5,128,200	64.7
25년	7,920,000	5,000,000	63.1

(주) 이 보험계약을 중도 해지할 경우 해약환급금은 납입한 보험료에서 경과된 기간의 위험보험료, 계약제결비용 및 계약관리비용, 해약공제금액 등이 차감되므로 납입보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다.

보험가격지수

Q	보험가격지수란 무엇인가요?
A	<p>해당상품의 보험료총액(보험금 지급을 위한 보험료 및 보험회사의 사업경비 등을 위한 보험료)을 참조 순보험료(㉠) 총액과 평균사업비(㉡) 총액을 합한 금액으로 나눈 비율을 "보험가격지수"라고 합니다.</p> <p>* ㉠: 금융감독원이 정하는 평균공시이율, 평균해지율 및 참조순보험요율을 적용하여 산출한 보험금 지급을 위한 보험료</p> <p>* ㉡: 상품군별 생명보험상품 전체의 평균 사업비율을 반영하여 계산한 값</p>

- 가입기준 : 5세

상품명	보험기간	납입기간	보험가격지수(%)		가입금액 (만원)
삼성 꿈나무 어린이보험(2404)(무배당) 1종(고급형)	30세	10년납	남자	110.5	2,000
			여자	109.9	
삼성 꿈나무 어린이보험(2404)(무배당) 2종(일반형)	30세	10년납	남자	118.3	2,000
			여자	119.5	