

무배당수호천사NEW간편내가만드는보장보험 상품요약서

[제작일자 : 2025.04.01]

이 상품요약서는 보험약관 등 무배당수호천사NEW간편내가만드는보장보험의 기초서류에 기재된 주요내용을 요약한 것이므로 구체적인 내용은 반드시 상품요약서 뒤에 있는 보험약관 등을 참조하시기 바랍니다.

1. 상품의 특이사항 및 보험가입자격요건

가. 상품의 특이사항

Q : 무배당수호천사 NEW 간편내가만드는보장보험의 특이사항은 무엇인가요?

A :

무배당수호천사 NEW 간편내가만드는보장보험은 주계약에서 사망을 보장하는 형태로서 다음과 같은 특징이 있습니다.

- . 해약환급금 미지급형, 표준형 등 해약환급금의 유무 선택가능
- . 선택특약 부가로 보장 강화
- . "간편심사" 상품으로, 유병력자 등 일반심사보험에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다. 의사의 건강검진을 받거나 일반심사를 할 경우, 이 상품보다 저렴한 일반심사보험에 가입할 수 있습니다. (다만, 일반심사보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다)

Q : 해약환급금 미지급형은 무엇인가요?

A :

- ① 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 계약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다.
- ② 표준형의 해약환급금은 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.

Q : 가입후 무사고 계약전환제도 및 표준체 계약전환제도는 무엇입니까?

A :

- ① 가입 후 무사고 고객 계약전환제도
 - 아래의 조건을 모두 충족한 계약의 계약자가 계약전환을 신청하고 회사가 정한 절차에 따라 계약을 전환할 수 있는 제도입니다.
 - (1) 전환신청 시 전환전 계약의 보험료가 정상적으로 납입된 유효한 계약일 것
 - (2) 피보험자의 무사고 기간이 변경되어 위험이 감소된 계약일 것
 - (3) 전환전 계약이 간편심사형(6) 계약이 아닐 것
- ※ "무사고"는 아래를 모두 충족한 경우를 말합니다.
- (1) 최초 보험계약 시작일(갱신형의 경우 최초 계약일로 하며, 부활(효력회복) 계약의 경우에도 최초 계약일로 합니다. 이하 '최초 보험계약 시작일'이라 함) 이후에 질병이나 재해로 인하여 입원 및 수술을 하지 않은 경우
 - (2) 최초 보험계약 시작일 이후에 "7 대질병"으로 진단되지 않고, 해당 질병으로 입원 및 수술이 없는 경우 (7 대질병: 암, 뇌졸중, 협심증, 심근경색증, 심장판막증, 간경화증 및 투석중인 만성신부전증)
- ※ "무사고 기간"은 최초 보험계약 시작일부터 "무사고" 상태가 계속하여 유지되는 기간을 말합니다. 무사고 기간의 산정은 최초 보험기간 시작일부터 그날을 포함하여

매 1년 단위로 도래하는 계약해당일(최초 보험계약 시작일과 동일한 월, 일을 말하며, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 함) 전일까지를 기준으로 합니다.

- 회사는 고객의 계약전환 신청 내용을 확인하여 계약전환을 승낙 또는 거절할 수 있으며, 회사가 계약전환을 거절한 경우에는 기존계약이 유지됩니다.
- 계약전환의 신청기한은 최초계약 체결시 가입한 간편심사 유형에 따라 아래와 같이 적용합니다.

최초계약 체결시	계약전환 신청기한
간편심사 형(0)	최초 보험계약 시작일로부터 1년 경과시점 계약해당일부터 최초 보험계약 시작일로부터 9년 경과시점 계약해당일 전일까지
간편심사 형(1)	최초 보험계약 시작일로부터 1년 경과시점 계약해당일부터 최초 보험계약 시작일로부터 8년 경과시점 계약해당일 전일까지
간편심사 형(2)	최초 보험계약 시작일로부터 1년 경과시점 계약해당일부터 최초 보험계약 시작일로부터 7년 경과시점 계약해당일 전일까지
간편심사 형(3)	최초 보험계약 시작일로부터 1년 경과시점 계약해당일부터 최초 보험계약 시작일로부터 6년 경과시점 계약해당일 전일까지
간편심사 형(4)	최초 보험계약 시작일로부터 1년 경과시점 계약해당일부터 최초 보험계약 시작일로부터 5년 경과시점 계약해당일 전일까지
간편심사 형(5)	최초 보험계약 시작일로부터 1년 경과시점 계약해당일부터 최초 보험계약 시작일로부터 4년 경과시점 계약해당일 전일까지
간편심사 형(6)	무사고 계약전환 불가

- 계약전환 신청기한 내에 회사가 계약자의 계약전환 신청이 없는 경우(계약자와의 연락두절로 회사의 안내가 계약자에게 도달하지 못한 경우 포함)에는 계약전환 의사가 없는 것으로 봅니다.
- 회사의 승낙으로 계약전환이 이루어지는 경우 “전환후 계약”은 최초계약 시 가입한 간편심사 유형 및 무사고 기간에 따라 아래와 같이 적용됩니다.

최초계약 체결시	전환가능계약					
	무사고기간 (1년)	무사고기간 (2년)	무사고기간 (3년)	무사고기간 (4년)	무사고기간 (5년)	무사고기간 (6년)
간편심사 형(0)	간편심사형 (1)	간편심사형 (2)	간편심사형 (3)	간편심사형 (4)	간편심사형 (5)	간편심사형 (6)
간편심사 형(1)	간편심사형 (2)	간편심사형 (3)	간편심사형 (4)	간편심사형 (5)	간편심사형 (6)	
간편심사 형(2)	간편심사형 (3)	간편심사형 (4)	간편심사형 (5)	간편심사형 (6)		
간편심사 형(3)	간편심사형 (4)	간편심사형 (5)	간편심사형 (6)			
간편심사 형(4)	간편심사형 (5)	간편심사형 (6)				

간편심사 형(5)	간편심사형 (6)					
간편심사 형(6)	무사고 계약전환 불가					

- 계약전환이 되는 경우 "전환후 계약"은 아래에서 정한 사항에 대해 "전환전 계약"과 동일한 내용으로 전환됩니다.

- (1) 보장내용
- (2) 갱신/비갱신 유형
- (3) 납입면제 운영에 관한 사항
- (4) 해약환급금 지급에 관한 사항 등 (해약환급금 미지급형/표준형)
- (5) 간편심사 유형을 제외한 보험가입금액, 보험기간 등 기타 계약의 내용

- "전환후 계약"으로 계약전환 승낙 후 최초로 도래하는 보험료 납입일부터 납입하는 보험료가 변경되며, 이후 기간 보장을 위한 재원인 계약자적립액 등의 차이로 인하여 정산금액(이하 "정산금액"이라 함)이 발생할 수 있으며 회사는 정산금액이 발생한 경우 환급하여 드립니다.

- 회사는 계약전환으로 보험료 변경 및 정산금액 등을 환급하였으나 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 전환전 계약의 "무사고"의 판별 기준이 되는 사고를 알리지 않은 경우, 계약전환을 무효로 하며 "전환전 계약"이 계속 유지되는 것으로 합니다.

- 위에 따라 "전환후 계약"이 무효가 된 경우에는 환급 받았던 정산금액과 이자가 추징되며, "전환전 계약"의 유지를 위한 증액된 보험료의 추가납입을 요구할 수 있으며 계약자는 이를 정상적으로 납입하여야 합니다. 증액된 보험료의 추가납입 및 추징액이 연체된 상황에서 이 계약의 보험금 지급사유가 발생한 경우, 증액된 보험료의 추가납입 및 추징액이 납입된 이후 해당 보험금이 지급됩니다.

※ 최초 보험계약의 "계약 전 알릴 의무", "계약 후 알릴 의무", "알릴 의무 위반의 효과" 및 "사기에 의한 계약" 조항은 전환후 계약에서도 효력이 계속됩니다.

② 표준계약전환제도는 계약일로부터 1 년이후 아래의 조건을 충족할 경우 일반심사형 상품으로 전환하는 제도입니다.

- (1) 전환신청 시 전환 전 계약의 보험료가 정상적으로 납입된 유효한 계약
- (2) 해당계약의 기초서류에서 정하는 '간편심사형'인 계약
- (3) 계약전환 신청 가능 기간에 표준체(일반심사형) 가입조건에 충족하는 계약

나. 보험가입 자격요건

① 보험종목의 명칭

보험종목의 명칭	심사 유형
무배당수호천사 NEW 간편내가만드는보장보험	간편심사형(0), 간편심사형(1), 간편심사형(2), 간편심사형(3), 간편심사형(4), 간편심사형(5), 간편심사형(6), 일반심사형

주) 일반심사형의 경우 신계약체결용으로 판매하지 않으며, “18. 표준체 계약전환에 관한 사항”에 따라 전환하는 계약자를 대상으로 함

② 보험기간, 보험료 납입기간 및 가입나이

해약환급금 형태	보험기간	보험료 납입기간	가입나이
해약환급금 미지급형	30 년만기	10·15·20 년납	만 15 세~70 세
	90 세만기	10·15·20·30 년납	만 15 세~Min(70, 85-년납)세
	종신		만 15 세~Min(80, 100-년납)세
표준형	30 년만기	10·15·20·30 년납	만 15 세~70 세
	90 세만기		만 15 세~Min(70, 85-년납)세
	종신		만 15 세~Min(80, 100-년납)세

③ 보험료 납입주기 : 월납

④ 가입한도 및 건강진단 여부

- 가입한도

◎ 주계약 가입금액 최저 100 만원 ~ 최고 500 만원

다만, 기존에 가입한 보험가입내용 또는 가입경로 등에 따라 주계약 및 특약의 가입한도는 조절될 수 있습니다.

- 건강진단여부 한도

본 상품은 피보험자의 기존 보험가입상황, 나이 및 청약서의 계약 전 알릴 의무 사항에 따라 건강진단을 시행할 수 있으며, 그 결과에 따라 보험가입 가능여부를 판정할 수 있습니다.

2. 보험금 지급사유 및 지급제한사항

가. 상품의 구성

구분	상품명
----	-----

주계약	무배당수호천사 NEW 간편내가만드는보장보험
선택특약	무배당 1-5 종재해수술특약 A1
	무배당 1-5 종질병수술특약 A1
	무배당 1 인실입원특약 A1(1 일이상 3 일한도)
	무배당 2 대질병주요치료비특약 A1
	무배당 N 대질병수술특약 A1
	무배당 N 대질병입원특약 A1
	무배당간암진단특약 A1
	무배당갑상선암호르몬약물허가치료특약(갱신형)
	무배당계속받는비급여항암방사선·약물치료특약 A1(연간 1 회한)
	무배당계속받는특정면역항암약물허가치료특약(갱신형)(연간 1 회한)
	무배당계속받는표적항암약물허가치료특약(갱신형)(연간 1 회한)
	무배당계속받는항암방사선·약물치료특약 A1(연간 1 회한)
	무배당계속받는항암양성자방사선치료특약(갱신형)(연간 1 회한)
	무배당고액치료비암진단특약 A1
	무배당고액치료비암진단특약 A1(삭감없음)
	무배당급성심근경색증진단특약 A1
	무배당급성심근경색증혈전용해치료특약 A1
	무배당급여 CT,MRI 검사지원특약(갱신형)
	무배당급여뇌·심장질환 5 종검사지원특약(갱신형)
	무배당급여뇌·심장질환혈관조영술검사지원특약(갱신형)
	무배당급여뇌정위적방사선술특약 A1
	무배당급여수혈치료특약 A1
	무배당급여심장부정맥고주파·냉각절제술특약 A1
	무배당급여암 MRI 검사지원특약(갱신형)
	무배당급여암특정재활치료특약(갱신형)
	무배당급여암특정통증완화치료특약(갱신형)
	무배당급여양전자방출단층촬영(PET)검사지원특약(갱신형)
	무배당급여주요뇌심질환특정재활치료특약(갱신형)
	무배당급여창상봉합술특약 A1
	무배당기타심장부정맥진단특약 A1
	무배당뇌경색증혈전용해치료특약 A1
	무배당뇌산정특례대상보장특약 A1
	무배당뇌출혈진단특약 A1
	무배당뇌혈관질환수술보장특약 A1(최초 1 회한)
	무배당뇌혈관질환수술보장특약 A1(회당)
	무배당뇌혈관질환입원특약 A1
	무배당뇌혈관질환중환자실입원특약 A1
	무배당뇌혈관질환진단특약 A1

	무배당뇌혈관질환통원특약 A1
	무배당다빈치로봇특정수술특약(갱신형)
	무배당대장암진단특약 A1
	무배당독감항바이러스제치료특약(갱신형)
	무배당항암방사선·약물치료특약 A1
	무배당항암방사선·약물치료특약 A1_기타피부암,갑상선암제외
	무배당보험료납입면제특약 A1
	무배당보험료납입지원특약(소액암진단)
	무배당비급여항암방사선·약물치료특약 A1
	무배당비급여항암방사선·약물치료특약 A1_기타피부암,갑상선암제외
	무배당상급종합병원 1~3 인실입원특약 A1
	무배당상급종합병원 1-5 종재해수술특약 A1
	무배당상급종합병원 1-5 종질병수술특약 A1
	무배당상급종합병원 1 인실입원특약 A1
	무배당상급종합병원 2 대질병주요치료비특약 A1
	무배당상급종합병원뇌혈관질환입원특약 A1
	무배당상급종합병원뇌혈관질환통원특약 A1
	무배당상급종합병원및국립암센터암(기타피부암·갑상선암제외)주요치료비특약 A1
	무배당상급종합병원및국립암센터암주요치료비특약 A1
	무배당상급종합병원암(소액암제외)통원특약 A1
	무배당상급종합병원암통원특약 A1
	무배당상급종합병원응급실내원특약 A1
	무배당상급종합병원입원특약 A1
	무배당상급종합병원질병수술특약 A1
	무배당상급종합병원질병수술특약 A1(대장용종및백내장제외)
	무배당상급종합병원질병수술특약 A1(특정 7 대질병제외)
	무배당상급종합병원허혈심장질환입원특약 A1
	무배당상급종합병원허혈심장질환통원특약 A1
	무배당소액암진단비특약 A1
	무배당소액암진단비특약 A1(삭감없음)
	무배당심산정특례대상보장특약 A1
	무배당암(기타피부암·갑상선암제외)주요치료비특약 A1
	무배당암(소액암제외)수술특약 A1(최초 1 회한)
	무배당암(소액암제외)수술특약 A1(회당)
	무배당암(소액암제외)진단비특약 A1
	무배당암(소액암제외)진단비특약 A1(삭감없음)
	무배당암(소액암제외)통원특약 A1
	무배당암뇌심입원간병인사용특약 A1
	무배당암다빈치로봇수술특약(갱신형)_암 I 보장형

	무배당암다빈치로봇수술특약(갱신형)_암II보장형
	무배당암산정특례대상보장특약 A1
	무배당암수술특약 A1(최초 1 회한)
	무배당암수술특약 A1(회당)
	무배당암주요치료비특약 A1
	무배당암중환자실입원특약 A1
	무배당암직접치료입원(요양병원제외)특약 A1
	무배당암직접치료입원(요양병원제외)특약 A1_소액암제외
	무배당암통원특약 A1
	무배당요실금수술특약 A1
	무배당요양병원암입원특약 A1
	무배당요양병원암입원특약 A1_소액암제외
	무배당요양병원입원특약 A1
	무배당위암진단특약 A1
	무배당응급실내원특약 A1
	무배당인공관절치환수술특약 A1
	무배당입원간병인사용특약(갱신형)
	무배당입원간병인사용특약 A1(1 일이상 3 일한도)
	무배당입원간병인사용특약 A1_체증형
	무배당입원간병인사용특약 A1_평준형
	무배당입원특약 A1(1 일이상 3 일한도)
	무배당자궁근종 HIFU 치료특약(갱신형)(연간 1 회한)
	무배당자궁근종 HIFU 치료특약(갱신형)(최초 1 회한)
	무배당재정안정지원특약 A1_재해장해_20%이상장해형
	무배당재정안정지원특약 A1_재해장해_50%이상장해형
	무배당재정안정지원특약 A1_재해장해_80%이상장해형
	무배당재정안정지원특약 A1_질병장해_20%이상장해형
	무배당재정안정지원특약 A1_질병장해_50%이상장해형
	무배당재정안정지원특약 A1_질병장해_80%이상장해형
	무배당재해골절·킵스치료보장특약 A1
	무배당재해수술보장(1-7 중)특약 A1
	무배당재해수술특약 A1
	무배당재해장해보장특약 A1_3~100%장해형
	무배당재해장해보장특약 A1_80%이상장해형
	무배당종합병원 1~3 인실입원특약 A1
	무배당종합병원 1 인실입원특약 A1
	무배당주요양성신생물(폴립포함)치료특약 A1
	무배당중대한수술특약 A1
	무배당중대한재해수술특약 A1

	무배당중환자실입원특약 A1
	무배당질병수술보장(1-7 중)특약 A1
	무배당질병수술특약 A1
	무배당질병수술특약 A1(대장용종및백내장제외)
	무배당질병수술특약 A1(특정 7 대질병제외)
	무배당질병장해보장특약(갱신형)_3~100%장해형
	무배당질병장해보장특약 A1_3~100%장해형
	무배당첫날부터입원특약 A1
	무배당통합암진단특약ⅡA1
	무배당통합재해진단특약 A1
	무배당통합전이암진단특약 A1
	무배당특정급여시술특약(갱신형)
	무배당특정급여인공루형성수술특약(갱신형)
	무배당특정급여중증치료특약(갱신형)
	무배당특정급여혈전제거치료특약 A1
	무배당특정면역항암약물허가치료특약(갱신형)
	무배당특정심장질환진단특약 A1
	무배당특정항암호르몬약물허가치료특약(갱신형)
	무배당폐암진단특약 A1
	무배당표적항암약물허가치료특약(갱신형)
	무배당항암세기조절방사선치료특약(갱신형)
	무배당항암양성자방사선치료특약(갱신형)
	무배당허혈심장질환수술보장특약 A1(최초 1 회한)
	무배당허혈심장질환수술보장특약 A1(회당)
	무배당허혈심장질환입원특약 A1
	무배당허혈심장질환중환자실입원특약 A1
	무배당허혈심장질환진단특약 A1
	무배당허혈심장질환통원특약 A1
	무배당화상보장특약 A1
제도성특약	가입후무사고고객계약전환특약
	단체취급특약
	장애인전용보험전환특약
	자동갱신운영특약
	지정대리청구서비스특약
	특별조건부특약
	특정신체부위·질병보장제한부인수특약
	표준체계약전환특약

나. 보험금 지급사유 및 보험금부별 보험금 지급제한 사유

■ 무배당수호천사NEW간편내가만드는보장보험

[기준 : 보험가입금액 100만원]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
사망보험금	피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우	100만원

주) 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 때 상기의 사망보험금과 주계약의 이미 납입한 보험료(다만, 보험료 납입이 면제된 경우 납입이 면제된 보험료를 포함한 금액으로 특약보험료는 제외한 금액) 중 큰 금액을 사망보험금으로 지급합니다.

■ 무배당1-5종재해수술특약A1

[기준: 각 세부보장 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
1-5종 재해수술비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 재해를 원인으로 "1~5종 수술분류표"에서 정한 수술을 받았을 때 (동일사고당 1회한)	세부보장 급부명
		해당 지급금액
		1종 재해수술비
		해당 보험가입금액
		2종 재해수술비
		해당 보험가입금액
		3종 재해수술비
		해당 보험가입금액
		4종 재해수술비
		해당 보험가입금액
		5종 재해수술비
		해당 보험가입금액

주)

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.
2. 회사는 보험금의 지급사유에 해당하는 경우 동일사고를 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 각 세부보장별로 1회에 한하여 보험금을 지급합니다.

(세부보장)

1종 재해수술, 2종 재해수술, 3종 재해수술, 4종 재해수술, 5종 재해수술

3. '2'에도 불구하고, 피보험자가 동일사고를 직접적인 원인으로 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는, 그 수술 중 가장 높은 보험금에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 보험금을 지급합니다. 다만, 동시에 수술종류 중 서로 다른 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술비를 지급합니다.
4. 회사는 피보험자가 서로 다른 사고를 직접적인 원인으로 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 보험금에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 보험금을 지급합니다. 다만, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술비를 지급합니다.
5. '3' 및 '4'에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어 먹거나 말하기 기능과 관련된 신체부위, 머리,

목, 척추(등뼈), 체간골, 흉부장기·복부장기·비뇨생식기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리는 좌·우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.

■ 무배당1-5종질병수술특약A1

[기준: 각 세부보장 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액												
1-5종 질병수술비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 "재해 이외의 원인"으로 "1~5종 수술분류표"에서 정한 수술을 받았을 때 (동일한 질병당 1회한)	<table><tr><th>세부보장 급부명</th><th>해당 지급금액</th></tr><tr><td>1종 질병수술비</td><td>해당 보험가입금액</td></tr><tr><td>2종 질병수술비</td><td>해당 보험가입금액</td></tr><tr><td>3종 질병수술비</td><td>해당 보험가입금액</td></tr><tr><td>4종 질병수술비</td><td>해당 보험가입금액</td></tr><tr><td>5종 질병수술비</td><td>해당 보험가입금액</td></tr></table>	세부보장 급부명	해당 지급금액	1종 질병수술비	해당 보험가입금액	2종 질병수술비	해당 보험가입금액	3종 질병수술비	해당 보험가입금액	4종 질병수술비	해당 보험가입금액	5종 질병수술비	해당 보험가입금액
		세부보장 급부명	해당 지급금액											
		1종 질병수술비	해당 보험가입금액											
		2종 질병수술비	해당 보험가입금액											
		3종 질병수술비	해당 보험가입금액											
		4종 질병수술비	해당 보험가입금액											
		5종 질병수술비	해당 보험가입금액											
(다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유 발생시 50% 지급)														

주)

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.
2. 회사는 보험금의 지급사유에 해당하는 경우 동일한 질병을 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 각 세부보장별로 1회에 한하여 보험금을 지급합니다.

(세부보장)

1종 질병수술, 2종 질병수술, 3종 질병수술, 4종 질병수술, 5종 질병수술

3. '2'에도 불구하고, 피보험자가 동일한 질병을 직접적인 원인으로 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는, 그 수술 중 가장 높은 보험금에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 보험금을 지급합니다. 다만, 동시에 수술 종류 중 서로 다른 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술비를 지급합니다.
4. 회사는 피보험자가 서로 다른 질병을 직접적인 원인으로 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 보험금에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 보험금을 지급합니다. 다만, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술비를 지급합니다.
5. '3' 및 '4'에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어 먹거나 말하기 기능과 관련된 신체부위, 머리, 목, 척추(등뼈), 체간골, 흉부장기·복부장기·비뇨생식기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리는 좌·우를 각각 다른 신체부위로 봅니다.
6. '2'에서 동일한 질병이란 '한국표준질병·사인분류'상의 분류번호(3자리)가 같은 질병을 말합니다.
7. '2'에도 불구하고, 질병수술을 받고 365일이 경과한 후 동일한 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제2-2조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다.

■ 무배당1인실입원특약A1(1일이상3일한도)

[기준: 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
1인실 입원급여 금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원의 1 인실에 1일 이상 계속 입원하였을 경우	1일당 특약 보험가입금액 (1회 입원당 지급일수3일 한도) (다만, 계약일로부터 1년 미만에 재 해 이외의 원인으로 지급사유 발생 시 50% 지급)

주)

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.
2. 재해 이외의 원인의 치료를 직접적인 목적으로 인한 1인실 입원급여금의 최초 입원일이 계약일로부터 1년 미만에 발생하였다 하더라도 입원일이 계약일로부터 1년 이후까지 계속되었을 경우, 1년 미만 기간의 1인실 입원급여금은 50%를 지급하며, 1년 이후 기간의 1인실 입원급여금은 100%를 지급합니다.
3. 피보험자가 특실을 이용하는 경우에는 1인실과 동일한 기준으로 인정합니다.

■ 무배당2대질병주요치료비특약A1

[기준 : 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
2대질병 주요치료비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 "2대질병"으로 최초 진단확정 되고, "보험금 지급기간" 이내에 "2대질병"의 직접적인 치료를 목적으로 "2대질병 주요치료"를 받은 경우 (다만, 최초 2대질병 진단확정일부터 최대 10년간, 연간 1 회에 한함(최대 10회 지급))	보험계약일로부터 1년미만 최초 진단확정 시 : 보험금 지급기간 동안 특약 보험가입금액의 50%
		보험계약일로부터 1년이후 최초 진단확정 시 : 보험금 지급기간 동안 특약 보험가입금액의 100%

주)

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 보험금 지급기준표에서 정한 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.
2. 보험료 납입기간 중 "2대질병"으로 최초 진단확정 된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제 합니다.
3. "2대질병"은 뇌혈관질환 및 허혈심장질환을 말하고, "2대질병 주요치료"는 "2대질병"의 직접적인 치료를 목적으로 2대질병 수술, 혈전용해치료 또는 종합병원 중환자실 치료를 받은 경우를 말합니다.
4. "보험금 지급기간"이란 "2대질병"의 최초 진단확정일부터 그 날을 포함하여 10년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다. 다만, 최초 2대질병 진단확정일을 기준으로 10차년도에 "2대질병 주요치료"를 받은 경우에는 최초 2대질병 진단확정일로부터 10차년도의 "2대질병 주요치료" 치료일까지를 "보험금

지급기간"으로 합니다.

보험금(2대질병주요치료비) 지급 예시1

- 계약일 : 2x00년 4월 1일
- 보험가입금액 : 1,000만원
- 뇌경색증 최초 진단확정일 : 2x02년 7월 1일, 협심증 최초 진단확정일 : 2x05년 8월 1일

최초 2대질병 진단확정일 이후 발생한 2대질병 주요치료 및 보험금 지급 내역

①	②	...	⑨	⑩
2x02.7.1 ~2x03.6.30	2x03.7.1 ~2x04.6.30	...(중 략)...	2x10.7.1 ~2x11.6.30	2x11.7.1 ~2x12.6.30
진단후 1차년도	진단후 2차년도		진단후 9차년도	진단후 10차년도
뇌경색증 수술 1회	혈전용해치료 2회		협심증 수술 1회	"2대질병주요치료" 미시행
			뇌경색증 수술 1회	
1,000만원(1회)	1,000만원(1회)		1,000만원(1회)	

주) ① 보험금 지급 : 1,000만원

② 보험금 지급 : 1,000만원

...

⑨ 보험금 지급 : 1,000만원

⑩ 보험금 미지급 : "2대질병 주요치료" 미시행

다만, 2x02년 7월 1일 뇌경색증 최초 진단확정 이후 2x05년 8월 1일 협심증으로 진단확정 받더라도 보험금 지급기간은 2x02년 7월 1일로부터 10년입니다.

5. "연간"이란 "최초 2대질병 진단확정일"부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 2대질병 진단확정 해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 연도의 2대질병 진단확정 해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 2대질병 진단확정 해당일로 합니다.
6. "2대질병 주요치료"의 기준 산정 시 수술일은 수술개시일자, 혈전용해치료는 혈전용해치료일자, 종합병원 중 환자실 치료는 입원 후 치료일자로 합니다.
7. 회사는 피보험자가 "2대질병 주요치료"를 각각 연 1회 이상 이용한 경우에도 "연간" 1회에 한하여 보험금을 지급합니다. 따라서 연간 1회를 초과하여 "2대질병 주요치료"를 받은 경우 초과분에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

8. 회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 "2대질병"으로 최초 진단확정되는 경우에는 보험기간이 종료되더라도 "보험금 지급기간"이 종료되지 않았다면, 보험금을 지급합니다.
9. 최초 2대질병 진단확정일 이후 다른 2대질병으로 진단 확정된 경우, 가장 먼저 2대질병으로 진단 확정받은 날을 "최초 2대질병 진단확정일"로 봅니다.
10. 회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후 보험계약일로부터 1년 경과시점 전일 이전에 "2대질병"으로 최초 진단확정된 경우에는 "보험금 지급기간" 중 "2대질병 주요치료"를 받은 시점이 보험계약일로부터 1년 이후에 해당하더라도 각 차년도별 지급금액은 특약 보험가입금액의 50%를 지급합니다.

보험금(2대질병주요치료비) 지급 예시2

- 계약일 : 2x00년 4월 1일

- 보험가입금액 : 1,000만원

- 뇌경색증 최초 진단확정일 : 2x00년 7월 1일, 협심증 최초 진단확정일 : 2x05년 8월 1일

최초 2대질병 진단확정일 이후 발생한 2대질병 주요치료 및 보험금 지급 내역

①	②	...	⑨	⑩
2x00.7.1 ~2x01.6.30	2x01.7.1 ~2x02.6.30	...(중 략)...	2x08.7.1 ~2x09.6.30	2x09.7.1 ~2x10.6.30
진단후 1차년도	진단후 2차년도		진단후 9차년도	진단후 10차년도
뇌경색증 수술 1회	혈전용해치료 2회		협심증 수술 1회	"2대질병주요치료" 미시행
			뇌경색증 수술 1회	
500만원(1회)	500만원(1회)		500만원(1회)	-

주) ① 보험금 지급 : 500만원

(보험계약일로부터 1년 경과시점 전일 이전에 "2대질병"으로 최초 진단 확정됨)

② 보험금 지급 : 500만원

...

⑨ 보험금 지급 : 500만원

⑩ 보험금 미지급 : "2대질병 주요치료" 미시행

다만, 2x00년 7월 1일 뇌경색증 최초 진단확정 이후 2x05년 8월 1일 협심증으로 진단확정 받더라도 보험금 지급기간은 2x00년 7월 1일로부터 10년입니다.

■ 무배당N대질병수술특약A1

[기준: 특약 보험가입금액 1,000만원]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
1~5형 질병 : 약관 (별표2 ~ 6) 참조		
1형질병수술비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 발생한 1형 질병으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 수술 분류표II에서 정한 수술을 받았을 때	10만원 (다만, 계약일로부터 1년 미만 에 수술 시 50% 지급)

	(동일한 질병당 1회한)	
2형질병수술비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 발생한 2형 질병으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 수술 분류표II에서 정한 수술을 받았을 때 (동일한 질병당 1회한)	25만원 (다만, 계약일로부터 1년 미만 에 수술 시 50% 지급)
3형질병수술비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 발생한 3형 질병으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 수술 분류표II에서 정한 수술을 받았을 때 (동일한 질병당 1회한)	100만원 (다만, 계약일로부터 1년 미만 에 수술 시 50% 지급)
4형질병수술비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 발생한 4형 질병으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 수술 분류표II에서 정한 수술을 받았을 때 (동일한 질병당 1회한)	200만원 (다만, 계약일로부터 1년 미만 에 수술 시 50% 지급)
5형질병수술비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 발생한 5형 질병으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 수술 분류표II에서 정한 수술을 받았을 때 (동일한 질병당 1회한)	300만원 (다만, 계약일로부터 1년 미만 에 수술 시 50% 지급)

주)

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.
2. 동일한 질병을 직접적인 원인으로 2회 이상의 수술을 받은 경우에는 1회에 한하여 보험금을 지급합니다.
3. 동일한 질병이란 각 '1~5형 질병' 분류 내에서 보장하는 질병 중 '한국표준질병사인분류'상의 분류번호(3자리)가 같은 질병을 말합니다. 다만, '한국표준질병사인분류'상의 분류번호 4자리에 따라 1~5형 질병이 분류되는 경우에는 4자리 기준의 분류번호로 분류된 해당 '1~5형 질병'내에서 동일한 질병을 판정합니다.
4. '2'에서 '3'에도 불구하고, 질병수술을 받고 365일이 경과한 후 동일한 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 보험금을 지급합니다.
5. 동시에 2가지 이상의 서로 다른 질병을 직접적인 원인으로 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 최고금액 1가지의 "해당 질병수술비"만을 지급합니다. 다만, 서로 다른 질병을 직접적인 원인으로 동시에 두 종류 이상의 수술을 받고, 동일한 신체부위가 아니면서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 "해당 질병수술비"를 지급합니다.

■ 무배당N대질병입원특약A1

[기준: 특약 보험가입금액 1,000만원]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
경증163대 질병, 1~5형 질병 : 약관 (별표2 ~7) 참조		
경증163대 질병입원비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 발생한 경증163대 질병으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 1일 이상 계속 입원하였을 때	입원일수1일당 1만원 (1회 입원당 지급일수 120일 한도)
1형질병입원비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중	입원일수1일당

	1형 질병으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 1일 이상 계속 입원하였을 때	1만원 (1회 입원당 지급일수 120일 한도)
2형질병입원비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 2형 질병으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 1일 이상 계속 입원하였을 때	입원일수1일당 1만원 (1회 입원당 지급일수 120일 한도)
3형질병입원비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 3형 질병으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 1일 이상 계속 입원하였을 때	입원일수1일당 2만원 (1회 입원당 지급일수 120일 한도)
4형질병입원비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 4형 질병으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 1일 이상 계속 입원하였을 때	입원일수1일당 2만원 (1회 입원당 지급일수 120일 한도)
5형질병입원비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 5형 질병으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 1일 이상 계속 입원하였을 때	입원일수1일당 3만원 (1회 입원당 지급일수 120일 한도)

주) 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

■ 무배당간암진단특약A1

[기준 : 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액	
간암진단비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 간암보장개시일 이후에 간암으로 진단확정 되었을 때 (최초 1회한)	계약일로부터 1년 이상	특약 보험가입금액의 100%
		계약일로부터 1년 미만	특약 보험가입금액의 50%

주)

1. 간암보장개시일은 계약일(다만, 부활(효력회복)한 경우 부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 간암진단비 지급사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

■ 무배당갑상선암호르몬약물허가치료특약(갱신형)

[기준: 특약보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액	
갑상선암호르몬약물	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 갑상선	최초계약의	특약보험가입금액

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액	
허가치료보험금	암으로 진단 확정되고, 그 갑상선암의 수술 후 "갑상선암호르몬약물허가치료"를 받았을 때 (최초1회한)	계약일로부터 1년이상	
		최초계약의 계약일로부터 1년미만	특약보험가입금액의 50%

주)

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하여 드리고 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
2. "갑상선암호르몬약물허가치료보험금"은 "갑상선암호르몬치료제"를 식품의약품안전처에서 허가된 '효능효과' 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 '효능효과' 범위 외 사용이지만, '암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)'으로 사용된 경우에는 보장합니다. 향후 식품의약품안전처 '효능효과' 허가 기준이 변경되는 경우에는 투약 처방 시점의 식품의약품안전처 기준을 적용합니다.
- 3."갑상선암호르몬약물허가치료를 받았을 때"는 "갑상선암호르몬치료제"를 처방받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 약관 제2-1조의3("갑상선암호르몬치료제" 및 "갑상선암호르몬약물허가치료"의 정의) 제3항에서 정한 "안전성과 유효성 인정 범위"가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 "안전성과 유효성 인정 범위" 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.
4. 보험금 지급기준표의 내용 중 최초계약의 계약일로부터 1년미만(최초계약의 계약일로부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다)의 보험금 금액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우에는 적용하지 않습니다.

■ 무배당계속받는비급여항암방사선·약물치료특약A1(연간1회한)

[기준 : 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
계속받는 비급여항암 방사선치료비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정되거나 암보장개시일 이후에 암으로 진단확정되고, 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여항암방사선치료"를 받았을 때 (연간 1회한)	특약 보험가입금액 (다만, 계약일로부터 1년미만에 지급사유 발생시 50% 지급)
계속받는 비급여항암 약물치료비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정되거나 암보장개시일 이후에 암으로 진단확정되고, 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여항암약물치료"를 받았을 때 (연간 1회한)	특약 보험가입금액 (다만, 계약일로부터 1년미만에 지급사유 발생시 50% 지급)

주)

1. 암보장개시일은 계약일(다만, 부활(효력회복)한 경우 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.
3. "연간"이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
4. 약관 제2-1조의4("급여항암방사선치료"의 정의) 제2항에서 정한 "방사선치료 전액본인부담(100/100)"의 경우 "비급여항암방사선치료"에 해당하므로 "비급여항암방사선치료비"가 지급됩니다.
5. 약관 제2-1조의7("급여항암약물치료"의 정의) 제2항에서 정한 "약물치료 전액본인부담(100/100)"의 경우 "비급여항암약물치료"에 해당하므로 "비급여항암약물치료비"가 지급됩니다.

■ 무배당계속받는특정면역항암약물허가치료특약 (갱신형)(연간1회한)

[기준: 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
계속받는 특정면역항암약물 허가치료비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정 되거나 암보장개시일 이후에 암으로 진단 확정되고, 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 "특정면역항암약물허가치료"를 받았을 때 (연간1회한)	특약 보험가입금액 (단, 최초계약의 계약일로부터 1년 만에 지급사유 발생 시 50% 지급)

주)

1. 암보장개시일은 최초계약의 경우 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 하며, 갱신계약의 경우는 이 특약의 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날을 암보장개시일로 합니다.
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하여 드리고 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
3. "연간"이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
4. "계속받는특정면역항암약물허가치료비"는 "특정면역항암제"를 식품의약품안전처에서 허가된 '효능효과' 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 '효능효과' 범위 외 사용이지만, '암질환심의위원회'를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다. 향후 식품의약품안전처 '효능효과' 허가 기준이 변경되는 경우에는 투약 처방 시점의 식품의약품안전처 기준을 적용합니다.
5. 계속받는특정면역항암약물허가치료비의 지급사유 중 "특정면역항암약물허가치료를 받았을 때"는 "특정면역항암제"를 처방받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 약관 제2-1조의4("특정면역항암제" 및 "특정면역항암약물허가치료"의 정의) 제3항에서 정한 "안전성과 유효성 인정 범위"가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 "안전성과 유효성 인정 범위" 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

6. 보험금 지급기준표의 내용 중 최초계약의 계약일로부터 1년미만(최초계약의 계약일로부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다)의 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우에는 적용하지 않습니다.

■ 무배당계속받는표적항암약물허가치료특약(갱신형)(연간1회한)

[기준: 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
계속받는 표적항암약물 허가치료비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정 되거나 암보장개시일 이후에 암으로 진단 확정되고, 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 "표적항암약물허가치료"를 받았을 때 (연간1회한)	특약 보험가입금액 (단, 최초계약의 계약일로부터 1년 만에 지급사유 발생 시 50% 지급)

주)

1. 암보장개시일은 최초계약의 경우 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 하며, 갱신계약의 경우는 이 특약의 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날을 암보장개시일로 합니다.
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
3. "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
4. "계속받는표적항암약물허가치료비"는 "표적항암제"를 식품의약품안전처에서 허가된 '효능효과' 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 '효능효과' 범위 외 사용이지만, '암질 환심의위원회'를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)'으로 사용된 경우에는 보장합니다. 향후 식품의약품안전처 '효능효과' 허가 기준이 변경되는 경우에는 투약 처방 시점의 식품의약품안전처 기준을 적용합니다.
5. 계속받는표적항암약물허가치료비의 지급사유 중 "표적항암약물허가치료를 받았을 때"는 "표적항암제"를 처방받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 약관 제2-1조의4("표적항암제" 및 "표적항암약물허가치료"의 정의) 제3항에서 정한 "안전성과 유효성 인정 범위"는 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, "안전성과 유효성 인정 범위"가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 "안전성과 유효성 인정 범위" 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.
6. 보험금 지급기준표의 내용 중 최초계약의 계약일로부터 1년미만(최초계약의 계약일로부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다)의 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우에는 적용하지 않습니다.

■ 무배당계속받는항암방사선·약물치료특약A1(연간1회한)

[기준 : 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
계속받는항암 방사선치료비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정되거나 암보장개시일 이후에 암으로 진단확정되고, 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 “항암방사선치료”를 받았을 때 (연간 1회한)	특약 보험가입금액 (다만, 계약일로부터 1년미만에 지 급사유 발생시 50% 지급)
계속받는항암 약물치료비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정되거나 암보장개시일 이후에 암으로 진단확정되고, 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 “항암약물치료”를 받았을 때 (연간 1회한)	특약 보험가입금액 (다만, 계약일로부터 1년미만에 지 급사유 발생시 50% 지급)

주)

1. 암보장개시일은 계약일(다만, 부활(효력회복)한 경우 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난
날의 다음 날로 합니다.
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의
계약자적립액은 지급되지 않습니다.
3. “연간”이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 연도
의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

■ 무배당계속받는항암양성자방사선치료특약(갱신형)(연간1회한)

[기준: 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
계속받는항암양성자 방사선치료비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 기타피부암 또 는 갑상선암으로 진단확정 되거나 암보장개시일 이 후에 암으로 진단 확정되고, 그 질병의 직접적인 치 료를 목적으로 “항암양성자방사선치료”를 받았을 때 (연간1회한)	특약 보험가입금액 (단, 최초계약의 계약일로부터 1년 미 만에 지급사유 발생 시 50% 지급)

주)

1. 암보장개시일은 최초계약의 경우 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 하며, 갱
신계약의 경우는 이 특약의 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일부터 그 날을
포함하여 90일이 지난 날의 다음 날을 암보장개시일로 합니다.
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고
이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
3. “연간”이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 연도
의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

4. 보험금 지급기준표의 내용 중 최초계약의 계약일로부터 1년미만(최초계약의 계약일로부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다)의 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우에는 적용하지 않습니다.

■ 무배당고액치료비암진단특약A1

[기준 : 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액	
※ 고액치료비암 : 백혈병, 뇌암, 임파선암, 골수암 등 약관에서 정한 질환			
고액치료비 암진단비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 고액치료비암 보장개시일 이후에 고액치료비암으로 진단확정 되었을 때 (최초 1회한)	계약일로부터 1년 이상	특약 보험가입금액의 100%
		계약일로부터 1년 미만	특약 보험가입금액의 50%

주)

1. 고액치료비암 보장개시일은 계약일(다만, 부활(효력회복)한 경우 부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 고액치료비암진단비 지급사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

■ 무배당고액치료비암진단특약A1(삭감없음)

[기준 : 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
※ 고액치료비암 : 백혈병, 뇌암, 임파선암, 골수암 등 약관에서 정한 질환		
고액치료비 암진단비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 고액치료비암 보장개시일 이후 에 고액치료비암으로 진단확정 되었을 때 (최초 1회한)	특약 보험가입금액

주)

1. 고액치료비암 보장개시일은 계약일(다만, 부활(효력회복)한 경우 부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 고액치료비암진단비 지급사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

■ 무배당급성심근경색증진단특약A1

[기준 : 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
급성심근경색증 진단비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 급성심근경색증으로 진단확정 되었을 때 (최초 1회한)	특약 보험가입금액 (다만, 계약일로부터 1년미만 진단확정 시 50%지급)

주) 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 급성심근경색증 진단비 지급사유가 발생한 경우 이

특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

■ 무배당급성심근경색증혈전용해치료특약A1

[기준: 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
급성심근경색증 혈전용해치료비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 급성심근경색증으로 진단확정되고 그 급성심근경색증의 직접적인 치료를 목적으로 혈전용해치료를 받았을 경우 (최초 1회한)	특약 보험가입금액

주)

1. 약관상 혈전용해치료의 정의에 포함되지 않는 치료의 경우(예: 항응고제(헤파린 등) 및 경구용약제(Plavix, Aspirin 등)를 이용한 치료)에는 보험금을 지급하지 않습니다.
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 급성심근경색증혈전용해치료비 지급사유가 발생한 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

■ 무배당급여CT,MRI검사지원특약(갱신형)

[기준: 특약 보험가입금액]

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
급여 CT검사비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 의사의 필요 소견을 토대로 '급여 CT검사'를 받았을 경우 (연간 1회한)	특약 보험가입금액
급여 MRI검사비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 의사의 필요 소견을 토대로 '급여 MRI검사'를 받았을 경우 (연간 1회한)	특약 보험가입금액

주)

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다.
2. "연간"이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

■ 무배당급여뇌·심장질환5종검사지원특약(갱신형)

[기준: 특약보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
급여뇌·심장질환 5종검사지원비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 의사에 의하여 "뇌·심장질환"의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 "급여뇌·심장질환 CT·MRI·뇌파·뇌척수액·심장초음파 검사"를 받았을 때 (연간1회한)	특약보험가입금액 (다만, 최초계약의 계약일로부터 1년미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유 발생시 50% 지급)

주)

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하여 드리고 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
2. "연간"이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
3. 보험금 지급기준표의 내용 중 최초계약의 계약일로부터 1년미만(최초계약의 계약일로부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다)의 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우에는 적용하지 않습니다.

■ 무배당급여뇌·심장질환혈관조영술검사지원특약(갱신형)

[기준: 특약보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
급여뇌·심장질환 혈관조영술 검사지원비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 의사에 의하여 "뇌·심장질환"의 진단 및 치료를 위한 필요조건을 토대로 "급여뇌·심장질환 혈관조영술 검사"를 받았을 때 (연간1회한)	특약보험가입금액 (다만, 최초계약의 계약일로부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유 발생시 50% 지급)

주)

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하여 드리고 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
2. "연간"이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
3. 보험금 지급기준표의 내용 중 최초계약의 계약일로부터 1년미만(최초계약의 계약일로부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다)의 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우에는 적용하지 않습니다.

■ 무배당급여뇌정위적방사선술특약A1

[기준: 특약 보험가입금액]

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
급여뇌정위적 방사선술수술비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 "급여 뇌 정위적 방사선술"을 받았을 때 (연간1회한)	특약 보험가입금액 (다만, 계약일로부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 "급여 뇌 정위적 방사선술"을 받았을 시 50% 지급)

주)

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.
2. "연간"이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

■ 무배당급여수혈치료특약A1

[기준: 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
급여 수혈치료비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 “ 급여 수혈”을 받았을 때	특약 보험가입금액 (연간 1회한)
급여 전신마취동반 수혈치료비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 “ 급여 전신마취”를 동반한 “급여 수혈”을 받았을 때	특약 보험가입금액 (연간 1회한)

주)

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.
2. “연간”이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
3. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 “급여 전신마취”를 동반한 “급여 수혈”을 받은 경우 “급여 전신마취동반 수혈치료비”와 “급여 수혈치료비”를 중복하여 지급합니다. 다만, 이미 “급여 수혈치료비”를 지급받아 연간 보장한도를 초과한 경우에는 보험금을 중복하여 지급하지 않습니다.
4. “급여 수혈” 및 “급여 전신마취”는 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 절차를 거쳐 수혈항목 또는 마취항목에서 급여항목이 발생한 경우에 한하여 보장합니다.

■ 무배당급여심장부정맥고주파·냉각절제술특약A1

[기준: 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
급여 심장부정맥 고주파·냉각절제술 수술비	피보험자가 보험기간 중 “급여 심장부정맥 고주파· 냉각절제술”을 받았을 때 (연간 1회한)	특약 보험가입금액 (다만, 계약일로부터 1년미만에 재 해 이외의 원인으로 지급사유 발생시 50%지급)

주)

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.
2. “급여 심장부정맥 고주파·냉각절제술”을 받은 부위 및 횟수와 관계없이 연간 1회에 한하여 지급합니다.
3. “연간”이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

■ 무배당급여암MRI검사지원특약(갱신형)

[기준: 특약보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액	
급여암MRI검사 지원비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “급여 자기 공명영상진단(MRI) 검사대상 암”의 진단 및 치 료를 위한 목적으로 급여 자기공명영상진단 (MRI) 검사를 받았을 때 (연간1회한)	최초계약의 계약일로부터 1년이상	특약보험가입금액
		최초계약의 계약일로부터 1 년미만	특약보험가입금액 의 50%

주)

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하여 드리고 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
2. “연간”이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
3. 보험금 지급기준표의 내용 중 최초계약의 계약일로부터 1년미만(최초계약의 계약일로부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다)의 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우에는 적용하지 않습니다.

■ 무배당급여암특정재활치료특약(갱신형)

[기준: 특약보험가입금액 1,000만원]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
급여 암 기본물리치료비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단 확정되고, 입원 중 또는 통원하여 “급여 암 기본물리치료”를 받았을 때, 또는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단 확정되 고, 입원 중 또는 통원하여 “급여 암 기본물리치료”를 받 았을 때 (입원 또는 통원 각각 1일 1회 한도, 합산 연간 20회 한도)	1만원 (치료 1회당)
급여 암 주요재활치료비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단 확정되고, 입원 중 또는 통원하여 “급여 암 주요재활치료”를 받았을 때, 또는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단 확정되 고, 입원 중 또는 통원하여 “급여 암 주요재활치료”를 받 았을 때 (입원 또는 통원 각각 1일 1회 한도, 합산 연간 20회 한도)	5만원 (치료 1회당)

주)

1. 암보장개시일은 최초계약의 경우 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 하며, 갱신 계약의 경우는 이 특약의 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날을 암보장개시일로 합니다.

2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하여 드리고 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
3. "연간"이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

■ 무배당급여암특정통증완화치료특약(갱신형)

[기준: 특약보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
급여암특정통증완화치료비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단 확정되고, 그 암의 통증완화를 목적으로 "급여 암 특정통증완화치료"를 받았을 때 (연간1회한)	특약보험가입금액

주)

1. 암보장개시일은 최초계약의 경우 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 하며, 갱신계약의 경우는 이 특약의 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날을 암보장개시일로 합니다.
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하여 드리고 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
3. "연간"이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
4. 약관 제2-1조의2("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정)에 따라 기타피부암 및 갑상선암은 암의 정의에서 제외됩니다.
5. 약관 제2-1조의2("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정) 제4항에서 정한 "중증 갑상선암"으로 보험금 지급사유 발생시 "암"에 해당하는 보험금이 지급됩니다.

■ 무배당급여양전자방출단층촬영(PET)검사지원특약(갱신형)

[기준: 특약보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
급여PET검사지원비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 의사의 필요소견을 토대로 "급여 양전자방출단층촬영(PET)검사"를 받았을 때 (연간1회한)	특약보험가입금액 (다만, 최초계약의 계약일로부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유 발생시 50% 지급)

주)

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하여 드리고 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
2. "연간"이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

3. 보험금 지급기준표의 내용 중 최초계약의 계약일로부터 1년미만(최초계약의 계약일로부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다)의 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우에는 적용하지 않습니다.

■ 무배당급여주요뇌심질환특정재활치료특약(갱신형)

[기준: 특약보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
급여 주요뇌심질환 특정재활치료비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 주요뇌심질환으로 진단 확정되고, 입원 중 또는 통원하여 “급여 주요뇌심질환 특정재활치료”를 받았을 때 (입원 또는 통원 각각 1일 1회 한도, 합산 연간 100회 한도)	특약보험가입금액 (치료 1회당)

주)

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하여 드리고 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
2. “연간”이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
3. 입원 중 “급여 주요뇌심질환 특정재활치료”를 받은 경우 또는 통원하여 “급여 주요뇌심질환 특정재활치료”를 받은 경우 각각에 대하여 1일 1회를 한도로 지급하며, 입원 및 통원에 대한 각 “급여 주요뇌심질환 특정재활치료비” 지급 횟수를 합산하여 연간 100회 한도로 지급합니다.

■ 무배당급여창상병합술특약A1

[기준: 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
급여창상병합술치료비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 재해로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 병원에 입원 또는 통원하여 “급여창상병합술”을 받았을 때	특약 보험가입금액 (입원 및 통원 각 1일 1회한, 합산 연간 3회한)
급여창상병합술치료비 (안면부)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 재해로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 입원 또는 통원하여 “급여창상병합술(안면부)”을 받았을 때	특약 보험가입금액 (입원 및 통원 각 1일 1회한, 합산 연간 3회한)

주)

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.
2. “연간”이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 연도

의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

3. "급여상봉합술치료비" 및 "급여상봉합술치료비(안면부)"는 입원 및 통원 각 1일 1회한, 합산 연간 3회 한도로 각 급부별로 지급합니다.
4. "급여상봉합술치료비"는 피보험자가 병원에 입원하여 "급여상봉합술"을 받은 경우 또는 통원하여 "급여상봉합술"을 받은 경우 각각 1일 1회 한도로 보장하며, 각 의료행위 횟수를 합산하여 연간 3회 한도로 보장합니다.
5. "급여상봉합술치료비(안면부)"는 피보험자가 병원에 입원하여 "급여상봉합술(안면부)"을 받은 경우 또는 통원하여 "급여상봉합술(안면부)"을 받은 경우 각각 1일 1회 한도로 보장하며, 각 의료행위 횟수를 합산하여 연간 3회 한도로 보장합니다.
6. "급여상봉합술치료비(안면부)" 지급사유 발생시 "급여상봉합술치료비"를 추가로 지급합니다. 다만, 이미 "급여상봉합술치료비"를 지급받아 연간 보장한도를 초과한 경우에는 보험금을 추가로 지급하지 않습니다.
7. 이 특약에서 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다

■ 무배당기타심장부정맥진단특약A1

[기준: 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
기타심장부정맥 진단비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 기타심장 부정맥으로 진단확정 되었을 경우 (최초 1회한)	특약 보험가입금액 (다만, 계약일로부터 1년미만 진단확정시 50%지급)

주) 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 기타심장부정맥 진단비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

■ 무배당뇌경색증혈전용해치료특약A1

[기준: 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
뇌경색증 혈전용해치료비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 뇌경색증으로 진 단확정되고, 그 뇌경색증의 직접적인 치료를 목적으로 혈전용해치료를 받았을 때	특약 보험가입금액 (최초 1회한)

주)

1. 약관상 혈전용해치료의 정의에 포함되지 않는 치료의 경우(예: 항응고제(헤파린 등) 및 경구용약제(Plavix, Aspirin 등)를 이용한 치료)에는 보험금을 지급하지 않습니다.
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 뇌경색증 혈전용해치료비 지급사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

■ 무배당뇌산정특례대상보장특약A1

[기준: 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
중증질환(뇌혈관질환) 보장보험금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례가 적용이 되는 경우	특약 보험가입금액 (연간1회한)

주)

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.
2. "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

■ 무배당뇌출혈진단특약A1

[기준: 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
뇌출혈 진단비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 뇌출혈로 진단확정 되었을 때	특약 보험가입금액 (다만, 최초 1회에 한하며, 계약일로부터 1년미 만 진단확정시 50%지급)

주) 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 뇌출혈진단비 지급사유가 발생한 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

■ 무배당뇌혈관질환수술보장특약A1(최초1회한)

[기준 : 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
뇌혈관질환 수술비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 뇌혈관질환 으로 진단확정되고 그 뇌혈관질환의 치료를 직 접적인 목적으로 수술분류표에서 정한 수술을 받았을 때 (최초 1회한)	특약 보험가입금액 (다만, 계약일로부터 1년미만 수술시 50% 지급)

주) 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 뇌혈관질환 수술비 지급사유가 발생한 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

■ 무배당뇌혈관질환수술보장특약A1(회당)

[기준: 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
뇌혈관질환 수술비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 뇌혈관질환 으로 진단확정되고 그 뇌혈관질환의 치료를	특약 보험가입금액 (다만, 계약일로부터 1년미만 수술시 50% 지급)

	직접적인 목적으로 수술분류표에서 정한 수술을 받았을 때 (수술 1회당)	
--	---	--

주)

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.
2. 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 1회의 수술비만 지급합니다. 다만, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술비를 지급합니다.

■ 무배당뇌혈관질환입원특약A1

[기준: 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
뇌혈관질환 입원자금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 뇌혈관질환으로 진단확정 되고 그 뇌혈관질환의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 계속 입원하였을 때	특약 보험가입금액 (1회 입원당 지급일수 120일 한도)

주) 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

■ 무배당뇌혈관질환중환자실입원특약A1

[기준: 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
뇌혈관질환 중환자실 입원급여금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 뇌혈관질환으로 진단확정되고 그 뇌혈관질환의 치료를 직접적인 목적으로 중환자실에 1일 이상 계속 입원하였을 때	특약 보험가입금액 (1회 입원당 지급일수 60일 한도)

주) 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

■ 무배당뇌혈관질환진단특약A1

[기준: 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
뇌혈관질환 진단비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 뇌혈관질환으로 진단확정 되었을 때 (최초 1회한)	특약 보험가입금액 (다만, 계약일로부터 1년미만 진단확정시 50%지급)

주) 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 뇌혈관질환 진단비 지급사유가 발생한 경우에 이

특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

■ 무배당뇌혈관질환통원특약A1

[기준: 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
뇌혈관질환 통원자금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 뇌혈관질환으로 진단확정되고 그 뇌혈관질환의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 때 (1일 1회한, 연간 30회한)	특약 보험가입금액 (통원 1회당)

주)

1. "연간"이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

■ 무배당다빈치로봇특정수술특약(갱신형)

[기준: 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
다빈치로봇 특정수술비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 "다빈치 로봇 특정수술"을 받았을 때 (세부수술별 연간1회한)	특약 보험가입금액 (다만, 계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 수술시 50%를 지급함)

주)

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다.
2. "다빈치로봇 특정수술"이라 함은 "다빈치로봇 수술" 중 근치적 방광절제술 및 적출술(Radical Cystectomy), 신부분 절제술(Partial Nephrectomy), 근치적 전립선절제술(Radical Prostatectomy) 중 하나에 해당하는 경우를 말하며, "세부수술"이라 총칭합니다.
3. "다빈치로봇 수술"이라 함은 아래의 수가코드에 해당하는 수술을 한 경우를 말합니다.

대상이 되는 항목	수가코드
로봇 보조 수술[시술시 소요재료 포함] - 다빈치 기기da Vinci®	QZ961

4. "연간"이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다. 이 때 한도 산정의 기준일자는 "다빈치로봇 특정수술"을 받은 날로 합니다.
5. 최초계약의 계약일로부터 1년 미만(최초계약의 계약일로부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다)의 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우에는 적용하지 않습니다.

■ 무배당대장암진단특약A1

[기준 : 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액	
대장암진단비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 대장암보장개시일 이후에 대장암으로 진단확정 되었을 때 (최초 1회한)	계약일로부터 1년 이상	특약 보험가입금액의 100%
		계약일로부터 1년 미만	특약 보험가입금액의 50%

주)

- 1. 대장암보장개시일은 계약일(다만, 부활(효력회복)한 경우 부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.
- 2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 대장암진단비 지급사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

■ 무배당독감항바이러스제치료특약(갱신형)

[기준: 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
독감 항바이러스제 치료비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 독감(인플루엔자) 보장개시일 이후에 “독감(인플루엔자)”으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 “독감 항바이러스제”를 처방받았을 때 (연간 1회한)	특약 보험가입금액

주)

- 1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
- 2. 독감(인플루엔자)에 대한 회사의 보장개시일은 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 10일이 지난 날의 다음 날로 하며, 갱신계약의 경우는 이 특약의 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 10일이 지난 날의 다음 날을 독감(인플루엔자) 보장개시일로 합니다.
- 3. “연간”이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

■ 무배당보험료납입지원특약(소액암진단)

[기준: 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
-------	---------	---------

보험료납입 지원금 (소액암진단)	피보험자가 보험기간 중 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단확정 되었을 경우 (최초 1회한)	매월 보험금 지급사유 발생해당일에 보험가입금액을 잔여납입기간(월)동안 확정지급
-------------------------	---	---

주)

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 보험료납입지원금(소액암진단) 지급사유가 발생한 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.
2. 보험료납입지원금(소액암진단)은 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)의 요청에 따라 이 특약의 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 일시에 지급받을 수 있습니다. 다만, 보험료를 산출할 때 적용하는 이율을 연단위 복리로 할인하여 계산한 금액과 비교하여 더 큰 금액을 일시금으로 지급합니다.
3. “매월 보험금 지급사유 발생해당일”은 매월 사고 발생 해당일이며, 해당일이 없는 경우는 해당월의 말일로 합니다.
4. 이 특약의 보험기간은 주계약의 납입기간과 동일합니다.
5. 경과기간(월)은 이 특약의 체결시점을 0으로 계산하며, 이후 매월 계약해당일이 도래할 때마다 1씩 증가하여 가산한 기간(월)을 말합니다. 계약해당일이 없는 경우 해당월의 말일을 계약해당일로 하며, 경과기간(월)의 최고한도는 전체납입기간(월)으로 합니다.
6. 잔여납입기간(월)은 전체납입기간(월)에서 보험료납입지원금(소액암진단) 지급사유 발생일을 기준으로 경과기간(월)을 차감한 기간(월)을 말합니다.
7. 약관 제2-1조의3(“기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제3항에서 정한 “중증 갑상선암”으로 진단 확정되었을 경우 보험료납입지원금(소액암진단)은 지급되지 않습니다.

■ 무배당비급여항암방사선·약물치료특약A1

[기준 : 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
비급여 항암방사선 치료비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정되거나 암보장개시일 이후에 암으로 진단확정되고, 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 비급여항암방사선치료를 받았을 때 (최초 1회한)	특약 보험가입금액
비급여 항암약물 치료비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정되거나 암보장개시일 이후에 암으로 진단확정되고, 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 비급여항암약물치료를 받았을 때 (최초 1회한)	특약 보험가입금액

주)

1. 암보장개시일은 계약일(다만, 부활(효력회복)한 경우 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 보험금 지급기준표에서 정한 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지

지 않습니다.

3. 약관 제2-1조의4("급여항암방사선치료"의 정의) 제2항에서 정한 "방사선치료 전액본인부담(100/100)"의 경우 "비급여항암방사선치료"에 해당하므로 "비급여항암방사선치료비"가 지급됩니다.
4. 약관 제2-1조의7("급여항암약물치료"의 정의) 제2항에서 정한 "약물치료 전액본인부담(100/100)"의 경우 "비급여항암약물치료"에 해당하므로 "비급여항암약물치료비"가 지급됩니다.

■ 무배당비급여항암방사선·약물치료특약A1_기타피부암,갑상선암제외

[기준: 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
비급여 항암방사선 치료비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단확정되고, 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 비급여 항암방사선치료를 받았을 때 (최초 1회한)	특약 보험가입금액
비급여 항암약물 치료비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단확정되고, 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 비급여 항암약물치료를 받았을 때 (최초 1회한)	특약 보험가입금액

주)

1. 약관 제2-1조의2("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정)에 따라 "기타피부암" 및 "갑상선암"은 암의 정의에서 제외되는 바, "기타피부암" 및 "갑상선암"으로 진단확정 되었을 경우 암에 해당하는 보험금은 지급되지 않습니다.
2. 암보장개시일은 계약일(다만, 부활(효력회복)한 경우 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.
3. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 보험금 지급기준표에서 정한 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.
4. 약관 제2-1조의2("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정) 제4항에서 정한 "중증 갑상선암"으로 보험금 지급사유 발생시 "암"에 해당하는 치료비가 지급됩니다.
5. 약관 제2-1조의4("급여항암방사선치료"의 정의) 제2항에서 정한 "방사선치료 전액본인부담(100/100)"의 경우 "비급여항암방사선치료"에 해당하므로 "비급여항암방사선치료비"가 지급됩니다.
6. 약관 제2-1조의7("급여항암약물치료"의 정의) 제2항에서 정한 "약물치료 전액본인부담(100/100)"의 경우 "비급여항암약물치료"에 해당하므로 "비급여항암약물치료비"가 지급됩니다.

■ 무배당상급종합병원1-5종재해수술특약A1

[기준: 각 세부보장 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
-------	---------	---------

1-5종 재해수술비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 상급종합병원에서 재해를 원인으로 "1~5종 수술 분류표"에서 정한 수술을 받았을 때 (동일사고당 1회한)	세부보장 급부명	해당 지급금액
		1종 재해수술비	해당 보험가입금액
		2종 재해수술비	해당 보험가입금액
		3종 재해수술비	해당 보험가입금액
		4종 재해수술비	해당 보험가입금액
		5종 재해수술비	해당 보험가입금액

주)

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.
2. 회사는 보험금 지급사유에 해당하는 경우 상급종합병원에서 동일사고를 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 각 세부보장별로 1회에 한하여 보험금을 지급합니다.

(세부보장)

1종 재해수술, 2종 재해수술, 3종 재해수술, 4종 재해수술, 5종 재해수술

3. '2'에도 불구하고, 피보험자가 상급종합병원에서 동일사고를 직접적인 원인으로 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는, 그 수술 중 가장 높은 보험금에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 보험금을 지급합니다. 다만, 동시에 수술 종류 중 서로 다른 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술비를 지급합니다.
4. 회사는 피보험자가 상급종합병원에서 서로 다른 사고를 직접적인 원인으로 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 보험금에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 보험금을 지급합니다. 다만, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술비를 지급합니다.
5. '3' 및 '4'에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어 먹거나 말하기 기능과 관련된 신체부위, 머리, 목, 척추(등뼈), 체간골, 흉부장기·복부장기·비뇨생식기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리는 좌·우는 각각 다른 신체부위로 봅니다.
6. "상급종합병원"은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에 따라 종합병원 중에서 보건복지부장관이 지정한 병원을 말합니다.

■ 무배당상급종합병원1-5종질병수술특약A1

[기준: 각 세부보장 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액	
1-5종 질병수술비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 상급종합병원에서 "재해 이외의 원인"으로 "1~5종 수술분류표"에서 정한 수술을 받았을 때 (동일한 질병당 1회한)	세부보장 급부명	해당 지급금액
		1종 질병수술비	해당 보험가입금액
		2종 질병수술비	해당 보험가입금액
		3종 질병수술비	해당 보험가입금액
		4종 질병수술비	해당 보험가입금액
		5종 질병수술비	해당 보험가입금액

		(다만, 계약일부터 1년 미만에 수술 시 50% 지급)
--	--	-----------------------------------

주)

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.
2. 회사는 보험금 지급사유에 해당하는 경우 상급종합병원에서 동일한 질병을 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 각 세부보장별로 1회에 한하여 보험금을 지급합니다.

(세부보장)

1종 질병수술, 2종 질병수술, 3종 질병수술, 4종 질병수술, 5종 질병수술

3. '2'에도 불구하고, 피보험자가 상급종합병원에서 동일한 질병을 직접적인 원인으로 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는, 그 수술 중 가장 높은 보험금에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 보험금을 지급합니다. 다만, 동시에 수술 종류 중 서로 다른 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술비를 지급합니다.
4. 회사는 피보험자가 상급종합병원에서 서로 다른 질병을 직접적인 원인으로 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 보험금에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 보험금을 지급합니다. 다만, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술비를 지급합니다.
5. '3' 및 '4'에서 동일한 신체부위라 함은 각각 눈, 귀, 코, 씹어 먹거나 말하기 기능과 관련된 신체부위, 머리, 목, 척추(등뼈), 체간골, 흉부장기·복부장기·비뇨생식기, 팔, 다리, 손가락, 발가락을 말하며, 눈, 귀, 팔, 다리는 좌·우는 각각 다른 신체부위로 봅니다.
6. '2'에서 동일한 질병이란 '한국표준질병·사인분류'상의 분류번호(3자리)가 같은 질병을 말합니다.
7. '2' 및 '3'에도 불구하고, 상급종합병원에서 질병수술을 받고 365일이 경과한 후 동일한 질병으로 상급종합병원에서 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 보험금의 지급사유에 따라 보험금을 지급합니다.
8. "상급종합병원"은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에 따라 종합병원 중에서 보건복지부장관이 지정한 병원을 말합니다.

■ 무배당상급종합병원1~3인실입원특약A1

[기준: 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
상급종합병원 1~3인실 입원금 여금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원 1~3인 실에 1일 이상 계속 입원하였을 경우	1일당 특약 보험가입금액 (1회 입원당 지급일수30일 한도) (다만, 계약일로부터 1년 미만에 재 해 이외의 원인으로 지급사유 발생 시 50% 지급)

주)

1. 이 특약에 있어서 "상급종합병원"이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에 따라 종합병원 중에서 보건복지부장관이 지정한 병원을 말합니다.
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.
3. 재해 이외의 원인의 치료를 직접적인 목적으로 인한 상급종합병원 1~3인실 입원급여금의 최초 입원일이 계약일로부터 1년 미만에 발생하였다 하더라도 입원일이 계약일로부터 1년 이후까지 계속되었을 경우, 1년 미만 기간의 상급종합병원 1~3인실 입원급여금은 50%를 지급하며, 1년 이후 기간의 상급종합병원 1~3인실 입원급여금은 100%를 지급합니다.
4. 피보험자가 특실을 이용하는 경우에는 1~3인실과 동일한 기준으로 인정합니다.

■ 무배당상급종합병원1인실입원특약A1

[기준: 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
상급종합병원 1인실 입원급여 금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원 1인실 에 1일 이상 계속 입원하였을 경우	1일당 특약 보험가입금액 (1회 입원당 지급일수30일 한도) (다만, 계약일로부터 1년 미만에 재 해 이외의 원인으로 지급사유 발생 시 50% 지급)

주)

1. 이 특약에 있어서 "상급종합병원"이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에 따라 종합병원 중에서 보건복지부장관이 지정한 병원을 말합니다.
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.
3. 재해 이외의 원인의 치료를 직접적인 목적으로 인한 상급종합병원 1인실 입원급여금의 최초 입원일이 계약일로부터 1년 미만에 발생하였다 하더라도 입원일이 계약일로부터 1년 이후까지 계속되었을 경우, 1년 미만 기간의 상급종합병원 1인실 입원급여금은 50%를 지급하며, 1년 이후 기간의 상급종합병원 1인실 입원급여금은 100%를 지급합니다.
4. 피보험자가 특실을 이용하는 경우에는 1인실과 동일한 기준으로 인정합니다.

■ 무배당상급종합병원2대질병주요치료비특약A1

[기준 : 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
상급종합병원 2대질병 주요치료비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 "2대질병"으로 최초 진단확정 되고, "보험금 지급기간" 이내에 "2대질병"의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에서	보험계약일로부터 1년미만 최초 진단확정 시 : 보험금 지급기간 동안 특약 보험가입금액의 50%

	<p>“2대질병 주요치료”를 받은 경우 (다만, 최초 2대질병 진단확정일부터 최대 10년간, 연간 1회에 한함(최대 10회 지급))</p>	<p>보험계약일로부터 1년 이후 최초 진단확정 시 : 보험금 지급기간 동안 특약 보험가입금액의 100%</p>
--	---	---

주)

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 보험금 지급기준표에서 정한 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.
2. 보험료 납입기간 중 “2대질병”으로 최초 진단확정 된 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제 합니다.
3. “2대질병”은 뇌혈관질환 및 허혈심장질환을 말하고, “2대질병 주요치료”는 “2대질병”의 직접적인 치료를 목적으로 2대질병 수술, 혈전용해치료 또는 상급종합병원 중환자실 치료를 받은 경우를 말합니다.
4. “보험금 지급기간”이란 “2대질병”의 최초 진단확정일부터 그 날을 포함하여 10년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다. 다만, 최초 2대질병 진단확정일을 기준으로 10차년도에 “2대질병 주요치료”를 받은 경우에는 최초 2대질병 진단확정일로부터 10차년도의 “2대질병 주요치료” 치료일까지를 “보험금 지급기간”으로 합니다.

보험금(상급종합병원2대질병주요치료비) 지급 예시1				
- 계약일 : 2x00년 4월 1일 - 보험가입금액 : 1,000만원 - 뇌경색증 최초 진단확정일 : 2x02년 7월 1일, 협심증 최초 진단확정일 : 2x05년 8월 1일				
최초 2대질병 진단확정일 이후 상급종합병원에서 발생한 2대질병 주요치료 및 보험금 지급 내역				
①	②	...	⑨	⑩
2x02.7.1 ~2x03.6.30	2x03.7.1 ~2x04.6.30	...(중 략)...	2x10.7.1 ~2x11.6.30	2x11.7.1 ~2x12.6.30
진단후 1차년도	진단후 2차년도		진단후 9차년도	진단후 10차년도
뇌경색증 수술 1회	혈전용해치료 2회		협심증 수술 1회	“2대질병주요치료” 미시행
			뇌경색증 수술 1회	
1,000만원(1회)	1,000만원(1회)		1,000만원(1회)	-

주) ① 보험금 지급 : 1,000만원
 ② 보험금 지급 : 1,000만원
 ...
 ⑨ 보험금 지급 : 1,000만원
 ⑩ 보험금 미지급 : “2대질병 주요치료” 미시행

다만, 2x02년 7월 1일 뇌경색증 최초 진단확정 이후 2x05년 8월 1일 협심증으로 진단확정 받더라도 보험금 지급기간은 2x02년 7월 1일로부터 10년입니다.

5. “연간”이란 “최초 2대질병 진단확정일”부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 2대질병 진단확정 해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 연도의 2대질병 진단확정 해당일이 없는 경우에는 해당일의 마지막 날을 2대질병 진단확정 해당일로 합니다.

6. "2대질병 주요치료"의 기준 산정 시 수술일은 수술개시일자, 혈전용해치료는 혈전용해치료일자, 상급종합병원 중환자실 치료는 입원 후 치료일자로 합니다.
7. 회사는 피보험자가 "2대질병 주요치료"를 각각 연 1회 이상 이용한 경우에도 "연간" 1회에 한하여 보험금을 지급합니다. 따라서 연간 1회를 초과하여 "2대질병 주요치료"를 받은 경우 초과분에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
8. 회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 "2대질병"으로 최초 진단확정되는 경우에는 보험기간이 종료되더라도 "보험금 지급기간"이 종료되지 않았다면, 보험금을 지급합니다.
9. 최초 2대질병 진단확정일 이후 다른 2대질병으로 진단 확정된 경우, 가장 먼저 2대질병으로 진단 확정받은 날을 "최초 2대질병 진단확정일"로 봅니다.
10. 회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후 보험계약일로부터 1년 경과시점 전일 이전에 "2대질병"으로 최초 진단확정된 경우에는 "보험금 지급기간" 중 "2대질병 주요치료"를 받은 시점이 보험계약일로부터 1년 이후에 해당하더라도 각 차년도별 지급금액은 특약 보험가입금액의 50%를 지급합니다.

보험금(상급종합병원2대질병주요치료비) 지급 예시2				
- 계약일 : 2x00년 4월 1일 - 보험가입금액 : 1,000만원 - 뇌경색증 최초 진단확정일 : 2x00년 7월 1일, 협심증 최초 진단확정일 : 2x05년 8월 1일				
최초 2대질병 진단확정일 이후 상급종합병원에서 발생한 2대질병 주요치료 및 보험금 지급 내역				
①	②	...	⑨	⑩
2x00.7.1 ~2x01.6.30	2x01.7.1 ~2x02.6.30	...(중 략)...	2x08.7.1 ~2x09.6.30	2x09.7.1 ~2x10.6.30
진단후 1차년도	진단후 2차년도		진단후 9차년도	진단후 10차년도
뇌경색증 수술 1회	혈전용해치료 2회		협심증 수술 1회	"2대질병주요치료" 미시행
500만원(1회)	500만원(1회)		뇌경색증 수술 1회	
			500만원(1회)	-
주) ① 보험금 지급 : 500만원 (보험계약일로부터 1년 경과시점 전일 이전에 "2대질병"으로 최초 진단 확정됨) ② 보험금 지급 : 500만원 ... ⑨ 보험금 지급 : 500만원 ⑩ 보험금 미지급 : "2대질병 주요치료" 미시행 다만, 2x00년 7월 1일 뇌경색증 최초 진단확정 이후 2x05년 8월 1일 협심증으로 진단확정 받더라도 보험금 지급기간은 2x00년 7월 1일로부터 10년입니다.				

■ 무배당상급종합병원뇌혈관질환입원특약A1

[기준 : 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
상급종합병원 뇌혈관질환 입원자금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 뇌혈관질환으로 진단확정되고 그 뇌혈관질환의 치료를 직접적인 목적으로 1일 이상 계속 상급종합병원에 입원하였을 때	1일당 특약 보험가입금액 (1회 입원당 지급일수 120일 한도)

주)

1. 이 특약에 있어서 "상급종합병원"이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에 따라 종합병원 중에서 보건복지부장관이 지정한 병원을 말합니다.
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

■ 무배당상급종합병원뇌혈관질환통원특약A1

[기준 : 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
상급종합병원 뇌혈관질환 통원자금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 뇌혈관질환으로 진단확정되고 그 뇌혈관질환의 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원에 통원하였을 때 (1일 1회한, 연간 30회한)	특약 보험가입금액 (통원 1회당)

주)

1. "연간"이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
2. 이 특약에 있어서 "상급종합병원"이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에 따라 종합병원 중에서 보건복지부장관이 지정한 병원을 말합니다.
3. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

■ 무배당상급종합병원및국립암센터 암(기타피부암·갑상선암제외)주요치료비특약A1

[기준 : 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
상급종합병원 ·국립암센터 암(기타피부암·갑 상선암제외)주요 치료비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 최초 진단확정 되고, "보험금 지급기간" 이내에 암의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원 또는 국립암센터에서 "암 주요치료"를 받은 경우 (다만, 최초 암진단확정일부터 최대 10년간, 최대 10회 지급)	특약 보험가입금액 (연간 1회한)

주)

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 보험금 지급기준표에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.
2. 암보장개시일은 계약일(다만, 부활(효력회복)한 경우 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.
3. 보험료 납입기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 최초 진단확정된 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
4. "보험금 지급기간"이란 암 최초 암진단확정일부터 그 날을 포함하여 10년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다. 다만, 최초 암진단확정일을 기준으로 10차년도에 "암 주요치료"를 받은 경우에는 최초 암진단확정일로부터 10차년도 치료일까지를 "보험금 지급기간"으로 합니다.
5. "연간"이란 "최초 암진단확정일"부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 암진단확정 해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 연도의 암진단확정 해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 암진단확정 해당일로 합니다.
6. 기타피부암 및 갑상선암은 암의 정의에서 제외되는 바, 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정 되거나 기타피부암 또는 갑상선암으로 "암 주요치료"를 받았을 경우에는 보험금이 지급되지 않습니다.
7. "암 주요치료"의 기준 산정 시 수술일은 수술개시일자, 항암방사선치료는 항암방사선치료일자, 항암약물치료는 항암약물투여일자로 합니다.
8. 회사는 피보험자가 "암 주요치료"를 각각 연 1회 이상 이용한 경우에도 "연간" 1회에 한하여 보험금을 지급합니다. 따라서, 연간 1회를 초과하여 "암 주요치료"를 받은 경우 초과분에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
9. 회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 최초 진단확정되고 보험기간이 종료되더라도 "보험금 지급기간"이 종료되지 않았다면, 보험금을 지급합니다.
10. 최초 암진단확정일 이후 다른 암으로 진단 확정된 경우, 가장 먼저 "암"으로 진단 확정받은 날을 "최초 암진단확정일"로 봅니다.

보험금(상급종합병원·국립암센터암(기타피부암·갑상선암제외)주요치료비) 지급 예시

- 계약일 : 2x00년 4월 1일
- 보험가입금액 : 1,000만원
- 위암 최초 진단확정일 : 2x02년 7월 1일
- 대장암 최초 진단확정일 : 2x05년 8월 1일

최초 암진단확정일 이후 상급종합병원 또는 국립암센터에서 발생한
암 주요치료 및 보험금 지급 내역

①	②	...	⑨	⑩
2x02.7.1 ~2x03.6.30	2x03.7.1 ~2x04.6.30	...(중 략)...	2x10.7.1 ~2x11.6.30	2x11.7.1 ~2x12.6.30
진단후 1차년도	진단후 2차년도		진단후 9차년도	진단후 10차년도
위암 수술 1회	-		대장암 수술 1회	"암 주요치료" 미시행
위암 항암약물치료 2회	위암 항암방사선치 료 5회		-	
1,000만원 1회	1,000만원 1회		1,000만원 1회	

주)

- ① 보험금 지급 : 1,000만원
- ② 보험금 지급 : 1,000만원
- ...
- ⑨ 보험금 지급 : 1,000만원
- ⑩ 보험금 미지급 : "암 주요치료" 미시행

다만, 2x02년 7월 1일 위암 최초 진단확정 이후 2x05년 8월 1일 대장암으로 최초 진단확정 받더라도
보험금 지급기간은 2x02년 7월 1일로부터 10년입니다.

■ 무배당상급종합병원및국립암센터암주요치료비특약A1

[기준 : 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
상급종합병원 ·국립암센터 암주요치료비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 최초 진단확정 되거나, 보험기간 중 기타피부암 또는 갑상 선암으로 최초 진단확정 되고, "보험금 지급기간" 이내에 암, 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적 인 치료를 목적으로 상급종합병원 또는 국립암센터에서 "암 주요치료"를 받은 경우 (다만, 최초 암진단확정일부터 최대 10년간, 최대 10회 지급)	특약 보험가입금액 (연간 1회한)

주)

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 보험금 지급기준표에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되

지 않습니다.

2. 암보장개시일은 계약일(다만, 부활(효력회복)한 경우 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.
3. 보험료 납입기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 최초 진단확정 되거나, 보험기간 중 기타피부암 또는 갑상선암으로 최초 진단확정된 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
4. "보험금 지급기간"이란 암, 기타피부암 또는 갑상선암의 최초 진단확정일부터 그 날을 포함하여 10년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다. 다만, 최초 암진단확정일을 기준으로 10차년도에 "암 주요치료"를 받은 경우에는 최초 암진단확정일로부터 10차년도 치료일까지를 "보험금 지급기간"으로 합니다.
5. "연간"이란 "최초 암진단확정일"부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 암진단확정 해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 연도의 암진단확정 해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 암진단확정 해당일로 합니다.
6. "암 주요치료"의 기준 산정 시 수술일은 수술개시일자, 항암방사선치료는 항암방사선치료일자, 항암약물치료는 항암약물투여일자로 합니다.
7. 회사는 피보험자가 "암 주요치료"를 각각 연 1회 이상 이용한 경우에도 "연간" 1회에 한하여 보험금을 지급합니다. 따라서, 연간 1회를 초과하여 "암 주요치료"를 받은 경우 초과분에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
8. 회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 최초 진단확정 되거나, 보험기간 중 기타피부암 또는 갑상선암으로 최초 진단확정된 경우 보험기간이 종료되더라도 "보험금 지급기간"이 종료되지 않았다면, 보험금을 지급합니다.
9. 암, 기타피부암 또는 갑상선암의 최초 진단확정일 이후 다른 암, 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단 확정된 경우, 가장 먼저 암, 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단 확정받은 날을 "최초 암진단확정일"로 봅니다.

보험금(상급종합병원·국립암센터암주요치료비) 지급 예시

- 계약일 : 2x00년 4월 1일
- 보험가입금액 : 1,000만원
- 위암 최초 진단확정일 : 2x02년 7월 1일
- 갑상선암 최초 진단확정일 : 2x05년 8월 1일

최초 암진단확정일 이후 상급종합병원 또는 국립암센터에서 발생한
암 주요치료 및 보험금 지급 내역

①	②	...	⑨	⑩
2x02.7.1 ~2x03.6.30	2x03.7.1 ~2x04.6.30	...(중 략)...	2x10.7.1 ~2x11.6.30	2x11.7.1 ~2x12.6.30
진단후 1차년도	진단후 2차년도		진단후 9차년도	진단후 10차년도
위암 수술 1회	-		갑상선암 수술 1회	"암 주요치료" 미시행
위암 항암약물치료 2회	위암 항암방사선치 료 5회		-	
1,000만원 1회	1,000만원 1회		1,000만원 1회	

주)

- ① 보험금 지급 : 1,000만원
- ② 보험금 지급 : 1,000만원
- ...
- ⑨ 보험금 지급 : 1,000만원
- ⑩ 보험금 미지급 : "암 주요치료" 미시행

다만, 2x02년 7월 1일 위암 최초 진단확정 이후 2x05년 8월 1일 갑상선암으로 최초 진단확정 받더라도
보험금 지급기간은 2x02년 7월 1일로부터 10년입니다.

■ 무배당상급종합병원암(소액암제외)통원특약A1

[기준: 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
암직접치료 상급종합병원 통원자금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단확정되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하였을 때	특약 보험가입금액 (통원1회당)

주)

1. 암보장개시일은 계약일(다만, 부활(효력회복)한 경우 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난
날의 다음 날로 합니다.
2. 약관 제2-1조의2("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정)에 따라 "기타피부암" 및 "갑상선암"
은 암의 정의에서 제외되는 바, "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 진단확정 되었을 경우 암직접치료상급병
원통원자금은 지급되지 않습니다.

3. 약관 제2-1조의2("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정) 제4항에서 정한 "중증 갑상선암"으로 보험금 지급사유 발생시 "암"에 해당하는 암직접치료상급병원통원자금 이 지급됩니다.
4. "상급종합병원"은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에 따라 종합병원 중에서 보건복지부장관이 지정한 병원을 말합니다.
5. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

■ 무배당상급종합병원암통원특약A1

[기준: 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
암직접치료 상급종합병원 통원자금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단확정되고 그 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하였을 때, 또는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단확정되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하였을 때	암 : 특약 보험가입금액 기타피부암 : 특약 보험가입금액 갑상선암 : 특약 보험가입금액 제자리암 : 특약 보험가입금액 경계성종양 : 특약 보험가입금액 (통원1회당)

주)

1. 약관 제2-1조의2("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정)에 따라 "기타피부암" 및 "갑상선암"은 암의 정의에서 제외되는 바, "기타피부암" 및 "갑상선암"으로 보험금 지급사유 발생시 "기타피부암" 및 "갑상선암"에 해당하는 보험금을 지급하고 암에 해당하는 보험금은 지급되지 않습니다.
2. 약관 제2-1조의2("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정) 제4항에서 정한 "중증 갑상선암"으로 보험금 지급사유 발생시 "암"에 해당하는 보험금은 지급하고 "갑상선암"에 해당하는 보험금은 지급되지 않습니다.
3. 암보장개시일은 계약일(다만, 부활(효력회복)한 경우 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.
4. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.
5. "상급종합병원"은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에 따라 종합병원 중에서 보건복지부장관이 지정한 병원을 말합니다.

■ 무배당상급종합병원응급실내원특약A1

[기준 : 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
상급종합병원 응급실내원진료비 (응급)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 "응급환자"로 상급종합병원 응급실에 내원하여 진료를 받았을 때 (내원1회당)	특약 보험가입금액

주)

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.
2. “응급환자”: 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 응급의료종사자가 판단하는 증상”이 있는 자
3. 피보험자가 상급종합병원 응급실에 내원하여 진료를 받았으나, “응급환자”에 해당하지 않은 경우에는 상급종합병원응급실내원진료비(응급)를 지급하지 않습니다.

■ 무배당상급종합병원입원특약A1

[기준: 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
상급종합병원 입원급여금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 1일 이상 상급종합병원에 계속 입원하였을 때	1일당 특약 보험가입금액 (1회 입원당 지급일수120일 한도)

주)

1. 이 특약에 있어서 “상급종합병원”이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에 따라 종합병원 중에서 보건복지부장관이 지정한 병원을 말합니다.
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

■ 무배당상급종합병원질병수술특약A1

[기준: 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
질병 : 약관 (별표2) 질병분류표Ⅱ 참조		
상급종합병원 질병수술비	피보험자가 보험기간 중 질병으로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원에서 수술분류표에서 정한 수술을 받았을 때 (동일한 질병당 1회한)	특약 보험가입금액 (다만, 계약일로부터 1년미만 수술시 50% 지급)

주)

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.
2. 동일한 질병을 직접적인 원인으로 상급종합병원에서 2회 이상의 수술을 받은 경우에는 1회에 한하여 보험금을 지급합니다.
3. 동일한 질병이란 “한국표준질병사인분류” 상의 분류번호(3자리)가 같은 질병을 말합니다.
4. ‘2’ 및 ‘3’에도 불구하고, 상급종합병원에서 질병 수술을 받고 365일이 경과한 후 동일한 질병으로 상급종합병원에서 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 보험금을 지급합니다.
5. 회사는 피보험자가 상급종합병원에서 동시에 2가지 이상의 서로 다른 질병을 직접적인 원인으로 수술을 받은 경우에는 1회의 수술비만 지급합니다. 다만, 상급종합병원에서 서로 다른 질병을 직접적인 원인으로

동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료 목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술비를 지급합니다.

■ 무배당상급종합병원질병수술특약A1(대장용종및백내장제외)

[기준: 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
질병 : 약관 (별표2) 질병분류표Ⅱ(대장용종 및 백내장 제외) 참조		
상급종합병원 질병수술비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 질병으로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원에서 수술 분류표에서 정한 수술을 받았을 때 (동일한 질병당 1회한)	특약 보험가입금액 (다만, 계약일로부터 1년미만 수술시 50% 지급)

주)

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.
2. 동일한 질병을 직접적인 원인으로 상급종합병원에서 2회 이상의 수술을 받은 경우에는 1회에 한하여 보험금을 지급합니다.
3. 동일한 질병이란 “한국표준질병사인분류” 상의 분류번호(3자리)가 같은 질병을 말합니다.
4. '2' 및 '3'에도 불구하고, 상급종합병원에서 질병 수술을 받고 365일이 경과한 후 동일한 질병으로 상급종합병원에서 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 보험금을 지급합니다.
5. 회사는 피보험자가 상급종합병원에서 동시에 2가지 이상의 서로 다른 질병을 직접적인 원인으로 수술을 받은 경우에는 1회의 수술비만 지급합니다. 다만, 상급종합병원에서 서로 다른 질병을 직접적인 원인으로 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료 목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술비를 지급합니다.

■ 무배당상급종합병원질병수술특약A1(특정7대질병제외)

[기준: 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
질병(특정7대질병제외) : 약관 (별표2) 질병분류표Ⅱ(특정7대질병제외) 참조		
상급종합병원 질병수술비 (특정7대 질병제외)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 질병 (특정7대질병제외)으로 인하여 그 치료를 직접적 인 목적으로 상급종합병원에서 수술분류표에서 정한 수술을 받았을 때 (동일한 질병당 1회한)	특약 보험가입금액 (다만, 계약일로부터 1년미만 수술시 50% 지급)

주)

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.
2. 동일한 질병을 직접적인 원인으로 상급종합병원에서 2회 이상의 수술을 받은 경우에는 1회에 한하여 보험금을 지급합니다.
3. 동일한 질병이란 “한국표준질병사인분류” 상의 분류번호(3자리)가 같은 질병을 말합니다.

4. '2' 및 '3'에도 불구하고, 상급종합병원에서 질병 수술을 받고 365일이 경과한 후 동일한 질병으로 상급종합병원에서 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 보험금을 지급합니다.
5. 회사는 피보험자가 상급종합병원에서 동시에 2가지 이상의 서로 다른 질병을 직접적인 원인으로 수술을 받은 경우에는 1회의 수술비만 지급합니다. 다만, 상급종합병원에서 서로 다른 질병을 직접적인 원인으로 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료 목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술비를 지급합니다.

■ 무배당상급종합병원허혈심장질환입원특약A1

[기준 : 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
상급종합병원 허혈심장질환 입원자금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 허혈심장질환으로 진단확정되고 그 허혈심장질환의 치료를 직접적인 목적으로 1일 이상 계속 상급종합병원에 입원하였을 때	1일당 특약 보험가입금액 (1회 입원당 지급일수 120일 한도)

주)

1. 이 특약에 있어서 "상급종합병원"이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에 따라 종합병원 중에서 보건복지부장관이 지정한 병원을 말합니다.
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

■ 무배당상급종합병원허혈심장질환통원특약A1

[기준 : 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
상급종합병원 허혈심장질환 통원자금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 허혈심장질환으로 진단확정되고 그 허혈심장질환의 직접 적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하였을때 (1일1회한, 연간 30회한)	특약 보험가입금액 (통원 1회당)

주)

1. "연간"이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
2. 이 특약에 있어서 "상급종합병원"이라 함은 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에 따라 종합병원 중에서 보건복지부장관이 지정한 병원을 말합니다.
3. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

■ 무배당소액암진단비특약A1

[기준: 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
-------	---------	---------

기타피부암 진단비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 기타피부암으로 진단확정 되었을 때 (최초 1회한)	특약 보험가입금액 (다만, 계약일로부터 1년미만 진단확정시 50% 지급)
갑상선암 진단비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 갑상선암으로 진단확정 되었을 때 (최초 1회한)	특약 보험가입금액 (다만, 계약일로부터 1년미만 진단확정시 50% 지급)
제자리암 진단비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제자리암으로 진단확정 되었을 때 (최초 1회한)	특약 보험가입금액 (다만, 계약일로부터 1년미만 진단확정시 50% 지급)
경계성종양 진단비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 경계성종양으로 진단확정 되었을 때 (최초 1회한)	특약 보험가입금액 (다만, 계약일로부터 1년미만 진단확정시 50% 지급)

주)

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 보험금 지급기준표에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.
2. 약관 제2-1조의2("기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정) 제3항에서 정한 "중증 갑상선암"으로 진단 확정 되었을 경우 "갑상선암"에 해당하는 진단비는 지급되지 않습니다.

■ 무배당소액암진단비특약A1(삭감없음)

[기준: 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
기타피부암 진단비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 기타피부암으로 진단확정 되었을 때 (최초 1회한)	특약 보험가입금액
갑상선암 진단비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 갑상선암으로 진단확정 되었을 때 (최초 1회한)	특약 보험가입금액
제자리암 진단비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제자리암으로 진단확정 되었을 때 (최초 1회한)	특약 보험가입금액
경계성종양 진단비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 경계성종양으로 진단확정 되었을 때 (최초 1회한)	특약 보험가입금액

주)

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 보험금 지급기준표에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.
2. 약관 제2-1조의2("기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정) 제3항에서 정한 "중증 갑상선암"으로 진단 확정 되었을 경우 "갑상선암"에 해당하는 진단비는 지급되지 않습니다.

■ 무배당심정특례대상보장특약A1

[기준: 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
중증질환(심장질환) 보장보험금	피보험자가 보험기간 중 중증질환자(심장질환) 산정특례가 적용이 되는 경우 (연간1회한)	특약 보험가입금액

주)

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.
2. "연간"이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

■ 무배당암(기타피부암·갑상선암제외)주요치료비특약A1

[기준 : 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
암(기타피부암·갑상선암제외)주요 치료비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 최초 진단확정 되고, "보험금 지급기간" 이내에 암의 직접적인 치료를 목적으로 "암 주요치료"를 받은 경우(다만, 최초 암진단확정일부터 최대 10년간, 최대 10회 지급)	특약 보험가입금액 (연간 1회한)

주)

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 보험금 지급기준표에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.
2. 암보장개시일은 계약일(다만, 부활(효력회복)한 경우 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.
3. 보험료 납입기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 최초 진단확정된 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
4. "보험금 지급기간"이란 암 최초 진단확정일부터 그 날을 포함하여 10년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다. 다만, 최초 암진단확정일을 기준으로 10차년도에 "암 주요치료"를 받은 경우에는 최초 암진단확정일로부터 10차년도 치료일까지를 "보험금 지급기간"으로 합니다.
5. "연간"이란 "최초 암진단확정일"부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 암진단확정 해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 연도의 암진단확정 해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 암진단확정 해당일로 합니다.
6. 기타피부암 및 갑상선암은 암의 정의에서 제외되는 바, 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정 되거나 기타피부암 또는 갑상선암으로 "암 주요치료"를 받았을 경우에는 보험금이 지급되지 않습니다.
7. "암 주요치료"의 기준 산정 시 수술일은 수술개시일자, 항암방사선치료는 항암방사선치료일자, 항암약물치료는 항암약물투여일자로 합니다.

8. 회사는 피보험자가 “암 주요치료”를 각각 연 1회 이상 이용한 경우에도 “연간” 1회에 한하여 보험금을 지급합니다. 따라서, 연간 1회를 초과하여 “암 주요치료”를 받은 경우 초과분에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
9. 회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 최초 진단확정되고 보험기간이 종료되더라도 “보험금 지급기간”이 종료되지 않았다면, 보험기간과 관계없이 보험금을 지급합니다.
10. 최초 암진단확정일 이후 다른 암으로 진단 확정된 경우, 가장 먼저 “암”으로 진단 확정받은 날을 “최초 암진단확정일”로 봅니다.

보험금(암(기타피부암·갑상선암제외)주요치료비) 지급 예시

- 계약일 : 2x00년 4월 1일

- 보험가입금액 : 1,000만원

- 위암 최초 진단확정일 : 2x02년 7월 1일

- 대장암 최초 진단확정일 : 2x05년 8월 1일

최초 암진단확정일 이후 발생한 암 주요치료 및 보험금 지급 내역

①	②	...	⑨	⑩
2x02.7.1 ~2x03.6.30	2x03.7.1 ~2x04.6.30	...(중 략)...	2x10.7.1 ~2x11.6.30	2x11.7.1 ~2x12.6.30
진단후 1차년도	진단후 2차년도		진단후 9차년도	진단후 10차년도
위암 수술 1회	-		대장암 수술 1회	“암 주요치료” 미시행
위암 항암약물치료 2회	위암 항암방사선치 료 5회		-	
1,000만원 1회	1,000만원 1회		1,000만원 1회	

주)

① 보험금 지급 : 1,000만원

② 보험금 지급 : 1,000만원

...

⑨ 보험금 지급 : 1,000만원

⑩ 보험금 미지급 : “암 주요치료” 미시행

다만, 2x02년 7월 1일 위암 최초 진단확정 이후 2x05년 8월 1일 대장암으로 최초 진단확정 받더라도

보험금 지급기간은 2x02년 7월 1일로부터 10년입니다.

■ 무배당암(소액암제외)수술특약A1(최초1회한)

[기준 : 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
암수술비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단확정 되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 때 (최초 1회한)	특약 보험가입금액 (다만, 계약일로부터 1년미만에 직접적인 치료를 목적으로 수술시 50%지급)

- 주) 1. 약관 제2-1조의2("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정)에 따라 기타피부암 및 갑상선암은 암의 정의에서 제외되는 바, 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정 및 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받더라도 암수술비는 지급되지 않습니다.
2. 약관 제2-1조의2("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정) 제4항에서 정한 "중증 갑상선암"으로 보험금 지급사유 발생시 암수술비가 지급됩니다.
3. 암보장개시일은 계약일(다만, 부활(효력회복)한 경우 부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.
4. 항암방사선치료 또는 항암약물치료는 암수술비가 지급되지 않습니다.
5. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 암수술비 지급사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

■ 무배당암(소액암제외)수술특약A1(회당)

[기준 : 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
암수술비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단확정 되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 때	특약 보험가입금액 (수술 1회당) (다만, 계약일로부터 1년미만에 직접적인 치료를 목적으로 수술시 50%지급)

주)

1. 암보장개시일은 계약일(다만, 부활(효력회복)한 경우 부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.
2. 약관 제2-1조의2("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정)에 따라 기타피부암 및 갑상선암은 암의 정의에서 제외되는 바, 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정 되었을 경우 암수술비는 지급되지 않습니다.
3. 약관 제2-1조의2("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정) 제4항에서 정한 "중증 갑상선암"으로 보험금 지급사유 발생시 암수술비가 지급됩니다.
4. 항암방사선치료 또는 항암약물치료는 암수술비가 지급되지 않습니다.
5. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

■ 무배당암(소액암제외)진단비특약A1

[기준: 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
-------	---------	---------

암진단비	피보험자가 보험기간 중 암보장 개시일 이후에 암으로 진단확정 되었을 때 (최초 1회한)	계약일로부터 1년 이상	특약 보험가입금액의 100%
		계약일로부터 1년 미만	특약 보험가입금액의 50% (다만, 유방암의 경우 계약일로부터 180일 경과 이전에 진단확정시에는 특약 보험가 입금액의 10% 지급)

주)

1. 약관 제2-1조의2("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정)에 따라 기타피부암 및 갑상선암은 암의 정의에서 제외되는 바, 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정 되었을 경우 암진단비는 지급되지 않습니다.
2. 암보장개시일은 계약일(다만, 부활(효력회복)한 경우 부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.
3. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 암진단비 지급사유가 발생한 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.
4. 약관 제2-1조의2("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정) 제4항에서 정한 "중증 갑상선암"으로 보험금 지급사유 발생시 "암"에 해당하는 진단비가 지급됩니다.
5. 피보험자가 여성인 경우에 한하여 약관 제2-1조의2("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 "암" 중 분류번호 C50(유방의 악성신생물)에 해당하는 질병을 "유방암"이라 합니다.

■ 무배당암(소액암제외)진단비특약A1(삭감없음)

[기준: 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
암진단비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단확 정 되었을 때 (최초 1회한)	특약 보험가입금액

주)

1. 약관 제2-1조의2("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정)에 따라 기타피부암 및 갑상선암은 암의 정의에서 제외되는 바, 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정 되었을 경우 암진단비는 지급되지 않습니다.
2. 암보장개시일은 계약일(다만, 부활(효력회복)한 경우 부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.
3. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 암진단비 지급사유가 발생한 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.
4. 약관 제2-1조의2("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정) 제4항에서 정한 "중증 갑상선암"으로 보험금 지급사유 발생시 "암"에 해당하는 진단비가 지급됩니다.

■ 무배당암(소액암제외)통원특약A1

[기준: 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
암 직접치료 통원자금	피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단확정되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 때	특약 보험가입금액 (통원1회당)

주)

1. 암보장개시일은 계약일(다만, 부활(효력회복)한 경우 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.
2. 약관 제2-1조의2("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정)에 따라 기타피부암 및 갑상선암은 암의 정의에서 제외되는 바, 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정 되었을 경우 암직접치료통원자금은 지급되지 않습니다.
3. 약관 제2-1조의2("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정) 제4항에서 정한 "중증 갑상선암"으로 보험금 지급사유 발생시 "암"에 해당하는 암직접치료통원자금이 지급됩니다.
4. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

■ 무배당암뇌심입원간병인사용특약A1

1. 1형(간병인사용)

[기준: 세부보장 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
암뇌심입원간병인사용 급여금 (요양병원제외)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암(기타피부암, 갑상선암 포함), 뇌혈관질환 또는 허혈심장질환으로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 요양병원을 제외한 병원급 또는 의원급 의료기관에서 1일 이상 계속 입원하여 치료를 받으며, 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우	사용일수 1일당 해당 보험가입금액의 500% (1회 입원당 사용일수 180일 한도)
암뇌심입원간병인사용 급여금 (요양병원)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암(기타피부암, 갑상선암 포함), 뇌혈관질환 또는 허혈심장질환으로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 요양병원에서 1일 이상 계속 입원하여 치료를 받으며, 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우	사용일수 1일당 해당 보험가입금액의 100% (1회 입원당 사용일수 180일 한도)

2. 2형(간호간병통합서비스)

[기준: 세부보장 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
-------	---------	---------

암·뇌심입원간호·간병통합 서비스사용급여금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암(기타피부암, 갑상선암 포함), 뇌혈관질환 또는 허혈심장질환으로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 요양병원을 제외한 병원급 의료기관에서 1일 이상 계속 입원하여 치료를 받으며, 간호·간병통합서비스를 사용한 경우	사용일수 1일당 해당 보험가입금액의 100% (1회 입원당 사용일수 180일 한도)
---------------------------	--	--

주)

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.
2. 회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자에게 다음의 세부보장에 해당하는 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 각각 1회에 한하여 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

(세부보장)

1형(간병인사용), 2형(간호·간병통합서비스)

3. 약관 제2-1조의8("간병인", "간병인 사용" 및 "간호·간병통합서비스"의 정의)에 따라 "간병인"은 유상으로 간병 서비스를 제공하는 활동을 하는 자를 말하며, 간병인이 제공하는 실질적인 간병서비스를 이용한 경우에만 "간병인 사용"을 한 것으로 봅니다.
4. 약관 제2-1조의8("간병인", "간병인 사용" 및 "간호·간병통합서비스"의 정의)에 따라 간호·간병통합서비스는 간병인의 정의에서 제외되는 바, 간호·간병통합서비스 사용으로 보험금 지급사유 발생 시 간호·간병통합서비스 사용에 해당하는 보험금을 지급하고 간병인 사용에 해당하는 보험금은 지급하지 않습니다.
5. 암(기타피부암, 갑상선암 포함), 뇌혈관질환, 허혈심장질환으로 입원하더라도 간병인 사용을 하지 않은 날(8시간 미만으로 간병인 사용을 한 경우 포함) 또는 간호·간병통합서비스를 사용하지 않은 날에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

■ 무배당암다빈치로봇수술특약(갱신형) 암 I 보장형

[기준: 특약보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액	
암다빈치 로봇수술비 I	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 로봇수술암 I으로 진단 확정되고, 그 로봇수술암 I의 직접적인 치료를 목적으로 다빈치로봇 수술을 받았을 때 (최초 1회한)	최초계약의 계약일로부터 1년 이상	특약보험가입금액
		최초계약의 계약일로부터 181일 이상 ~ 1년 미만	특약보험가입금액의 50%
		최초계약의 계약일로부터 180일 경과 이내	특약보험가입금액의 25%

주)

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하여

드리고 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.

2. 암보장개시일은 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 하며, 갱신계약의 경우는 이 특약의 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날을 암보장개시일로 합니다.
3. "로봇수술암Ⅰ"이라 함은 약관 제2-1조의2("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 "암" 중 제5항에서 정한 "전립선암"을 제외하고, 제2항에서 정한 "기타피부암"을 포함한 질병을 말합니다.
4. 약관 제2-1조의2("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정)에 따라 "갑상선암" 및 "전립선암"은 로봇수술암Ⅰ의 정의에서 제외되는 바, "갑상선암" 또는 "전립선암"으로 진단확정 되고 그 직접적인 치료를 목적으로 다빈치로봇 수술을 받았을 경우 암다빈치로봇수술비Ⅰ는 지급되지 않습니다.
5. 약관 제2-1조의2("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정) 제4항에서 정한 "중증 갑상선암"으로 보험금 지급사유 발생시 암다빈치로봇수술비Ⅰ를 지급합니다.
6. 최초계약의 계약일로부터 1년 미만(최초계약의 계약일로부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다)의 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우에는 적용하지 않습니다.
7. 항암방사선치료 또는 항암약물치료는 보험금이 지급되지 않습니다.

■ 무배당암다빈치로봇수술특약(갱신형) 암Ⅱ보장형

[기준: 특약보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액	
암다빈치 로봇수술비Ⅱ	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 로봇수술암Ⅱ으로 진단 확정되고, 그 로봇수술암Ⅱ의 직접적인 치료를 목적으로 다빈치로봇 수술을 받았을 때 (최초 1회한)	최초계약의 계약일로부터 1년 이상	특약보험가입금액
		최초계약의 계약일로부터 181일 이상 ~ 1년 미만	특약보험가입금액의 50%
		최초계약의 계약일로부터 180일 경과 이내	특약보험가입금액의 25%

주)

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하여드리고 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
2. 암보장개시일은 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 하며, 갱신계약의 경우는 이 특약의 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날을 암보장개시일로 합니다.
3. "로봇수술암Ⅱ"이라 함은 약관 제2-1조의2("갑상선암" 및 "전립선암"의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 "갑상선암" 및 제3항에서 정한 "전립선암"을 말합니다.
4. 약관 제2-1조의2("갑상선암" 및 "전립선암"의 정의 및 진단확정) 제2항에서 정한 "중증 갑상선암"으로 진단 확정 되고 그 직접적인 치료를 목적으로 다빈치로봇 수술을 받았을 경우 암다빈치로봇수술비Ⅱ는 지급되

지 않습니다.

5. 최초계약의 계약일로부터 1년 미만(최초계약의 계약일로부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다)의 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우에는 적용하지 않습니다.
6. 항암방사선치료 또는 항암약물치료는 보험금이 지급되지 않습니다.

■ 무배당암산정특례대상보장특약A1

[기준: 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
중증질환(암)보장보험금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 중증질환(암) 보장개시일 이후에 중증질환자(암) 산정특례 대상질환으로 진단확정되고, 그 중증질환자(암)산정특례대상질환을 직접적인 원인으로 산정특례 신규등록 되었을 때 (최초1회한)	특약 보험가입금액

주)

1. 중증질환(암)보장개시일은 계약일(다만, 부활(효력회복)한 경우 부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 중증질환(암)보장보험금 지급사유가 발생한 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

■ 무배당암수술특약A1(최초1회한)

[기준: 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
암수술비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단확정 되고, 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 때	특약 보험가입금액 (최초 1회에 한함. 다만, 계약일로부터 1년 미만에 지급사유 발생시 50%지급)
기타피부암수술비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 기타피부암으로 진단확정되고, 그 기타피부암의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 때	특약 보험가입금액 (최초 1회에 한함. 다만, 계약일로부터 1년 미만에 지급사유 발생시 50%지급)
갑상선암수술비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 갑상선암으로 진단확정되고, 그 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 때	특약 보험가입금액 (최초 1회에 한함. 다만, 계약일로부터 1년 미만에 지급사유 발생시 50%지급)

	때	
제자리암 수술비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 제자리암으로 진단확정되고, 그 제자리암의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 때	특약 보험가입금액 (최초 1회에 한함. 다만, 계약일로부터 1년 미만에 지급사유 발생시 50%지급)
경계성종양 수술비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 경계성종양으로 진단확정되고, 그 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 때	특약 보험가입금액 (최초 1회에 한함. 다만, 계약일로부터 1년 미만에 지급사유 발생시 50%지급)

주)

1. 암보장개시일은 계약일(다만, 부활(효력회복)한 경우 부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.
2. 약관 제2-1조의2("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정)에 따라 "기타피부암" 및 "갑상선암"은 암의 정의에서 제외되는 바, "기타피부암" 및 "갑상선암"으로 보험금 지급사유 발생시 "기타피부암" 및 "갑상선암"에 해당하는 보험금을 지급하고 암에 해당하는 보험금은 지급되지 않습니다.
3. 약관 제2-1조의2("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정) 제4항에서 정한 "중증 갑상선암"으로 보험금 지급사유 발생시 "암"에 해당하는 보험금을 지급하고 "갑상선암"에 해당하는 보험금은 지급되지 않습니다.
4. 항암방사선치료 또는 항암약물치료는 암수술비, 기타피부암수술비, 갑상선암수술비, 제자리암수술비, 경계성종양수술비가 지급되지 않습니다.
5. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 보험금 지급기준표에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

■ 무배당암수술특약A1(회당)

[기준 : 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
암수술비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단확정 되고, 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 때	특약 보험가입금액 (수술 1회당, 다만, 계약일로부터 1년미만에 지급사유 발생시 50%지급)
소액암 수술비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단확정 되고, 그 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 때	기타피부암 : 특약 보험가입금액 갑상선암 : 특약 보험가입금액 제자리암 : 특약 보험가입금액 경계성종양 : 특약 보험가입금액 (수술 1회당, 다만, 계약일로부터 1년 미만에 지급사유 발생시 50%지급)

주)

1. 암보장개시일은 계약일(다만, 부활(효력회복)한 경우 부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.
2. 약관 제2-1조의2("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정)에 따라 "기타피부암" 및 "갑상선암"

은 암의 정의에서 제외되는 바, "기타피부암" 및 "갑상선암"으로 보험금 지급사유 발생시 "기타피부암" 및 "갑상선암"에 해당하는 보험금을 지급하고 암에 해당하는 보험금은 지급되지 않습니다.

3. 약관 제2-1조의2("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정) 제4항에서 정한 "중증 갑상선암"으로 보험금 지급사유 발생시 "암"에 해당하는 보험금을 지급하고 "갑상선암"에 해당하는 보험금은 지급되지 않습니다.
4. 항암방사선치료 또는 항암약물치료는 암수술비 또는 소액암수술비가 지급되지 않습니다.
5. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

■ 무배당암주요치료비특약A1

[기준 : 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
암주요치료비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 최초 진단확정 되거나, 보험기간 중 기타피부암 또는 갑상선암으로 최초 진단확정 되고, "보험금 지급기간" 이내에 암, 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 "암 주요치료"를 받은 경우 (다만, 최초 암진단확정일부터 최대 10년간, 최대 10회 지급)	특약 보험가입금액 (연간 1회한)

주)

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 보험금 지급기준표에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.
2. 암보장개시일은 계약일(다만, 부활(효력회복)한 경우 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.
3. 보험료 납입기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 최초 진단확정 되거나, 보험기간 중 기타피부암 또는 갑상선암으로 최초 진단확정된 경우에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
4. "보험금 지급기간"이란 암, 기타피부암 또는 갑상선암의 최초 진단확정일부터 그 날을 포함하여 10년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다. 다만, 최초 암진단확정일을 기준으로 10차년도에 "암 주요치료"를 받은 경우에는 최초 암진단확정일로부터 10차년도 치료일까지를 "보험금 지급기간"으로 합니다.
5. "연간"이란 "최초 암진단확정일"부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 암진단확정 해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 연도의 암진단확정 해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 암진단확정 해당일로 합니다.
6. "암 주요치료"의 기준 산정 시 수술일은 수술개시일자, 항암방사선치료는 항암방사선치료일자, 항암약물치료는 항암약물투여일자로 합니다.
7. 회사는 피보험자가 "암 주요치료"를 각각 연 1회 이상 이용한 경우에도 "연간" 1회에 한하여 보험금을 지급합니다. 따라서, 연간 1회를 초과하여 "암 주요치료"를 받은 경우 초과분에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
8. 회사는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 최초 진단확정 되거나, 보험기간 중 기타피부암 또는 갑상선암으로 최초 진단확정된 경우 보험기간이 종료되더라도 "보험금 지급기간"이 종료

되지 않았다면, 보험금을 지급합니다.

9. 암, 기타피부암 또는 갑상선암의 최초 진단확정일 이후 다른 암, 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단 확정된 경우, 가장 먼저 암, 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단 확정받은 날을 "최초 암진단확정일"로 봅니다.

보험금(암주요치료비) 지급 예시

- 계약일 : 2x00년 4월 1일

- 보험가입금액 : 1,000만원

- 위암 최초 진단확정일 : 2x02년 7월 1일

- 갑상선암 최초 진단확정일 : 2x05년 8월 1일

최초 암진단확정일 이후 발생한 암 주요치료 및 보험금 지급 내역

①	②	...	⑨	⑩
2x02.7.1 ~2x03.6.30	2x03.7.1 ~2x04.6.30	...(중 략)...	2x10.7.1 ~2x11.6.30	2x11.7.1 ~2x12.6.30
진단후 1차년도	진단후 2차년도		진단후 9차년도	진단후 10차년도
위암 수술 1회	-		갑상선암 수술 1회	"암 주요치료" 미시행
위암 항암약물치료 2회	위암 항암방사선치 료 5회		-	
1,000만원 1회	1,000만원 1회		1,000만원 1회	
				-

주)

① 보험금 지급 : 1,000만원

② 보험금 지급 : 1,000만원

...

⑨ 보험금 지급 : 1,000만원

⑩ 보험금 미지급 : "암 주요치료" 미시행

다만, 2x02년 7월 1일 위암 최초 진단확정 이후 2x05년 8월 1일 갑상선암으로 최초 진단확정 받더라도
보험금 지급기간은 2x02년 7월 1일로부터 10년입니다.

■ 무배당암중환자실입원특약A1

[기준: 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
암 중환자실 입원급여금	「피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 중환자실에 1일 이상 계속 입원하였을 때」 또는 「피보험자가 이 특약의 보험기간 중 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 중환자실에 1일 이상 계속 입원하였을 때」	입원 1일당 특약 보험가입금액 (1회 입원당 지급일수 60일 한도)

주)

1. 암보장개시일은 계약일(다만, 부활(효력회복)한 경우 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

■ 무배당암직접치료입원(요양병원제외)특약A1

[기준 : 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
암 직접치료 입원급여금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단확정되고, 그 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 계속 입원하였을 때, 또는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단확정되고, 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 계속 입원하였을 때 (다만, 요양병원 입원 제외)	입원일수 1일당 아래금액 지급 암 : 특약 보험가입금액 기타피부암 : 특약 보험가입금액 갑상선암 : 특약 보험가입금액 제자리암 : 특약 보험가입금액 경계성종양 : 특약 보험가입금액 (1회 입원당 지급일수 120일 한도)

주)

1. 암보장개시일은 계약일(다만, 부활(효력회복)한 경우 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.
2. 약관 제2-1조의2("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정)에 따라 "기타피부암" 및 "갑상선암"은 암의 정의에서 제외되는 바, "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 보험금 지급사유 발생시 "기타피부암" 또는 "갑상선암"에 해당하는 보험금을 지급하고 암에 해당하는 보험금은 지급되지 않습니다.
3. 약관 제2-1조의2("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정) 제4항에서 정한 "중증 갑상선암"으로 보험금 지급사유 발생시 "암"에 해당하는 보험금은 지급하고 "갑상선암"에 해당하는 보험금은 지급되지 않습니다.
4. 암직접치료입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다.
5. 요양병원에 입원하는 경우에는 암직접치료입원급여금은 지급되지 않습니다.
6. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

■ 무배당암직접치료입원(요양병원제외)특약A1_소액암제외

[기준 : 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
암 직접치료 입원급여금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단확정되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 계속 입원하였을 때 (다만, 요양병원 입원 제외)	입원일수 1일당 아래금액 지급 특약 보험가입금액 (1회 입원당 지급일수 120일 한도)

주)

1. 암보장개시일은 계약일(다만, 부활(효력회복)한 경우 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.
2. 약관 제2-1조의2("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정)에 따라 "기타피부암" 및 "갑상선암"은 암의 정의에서 제외되는 바, 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정 되었을 경우 암직접치료입원급여금은 지급되지 않습니다.
3. 약관 제2-1조의2("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정) 제4항에서 정한 "중증 갑상선암"으로 보험금 지급사유 발생시 암직접치료입원급여금이 지급됩니다.
4. 암직접치료입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 120일을 최고한도로 합니다.
5. 요양병원에 입원하는 경우에는 암직접치료입원급여금은 지급되지 않습니다.
6. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

■ 무배당암통원특약A1

[기준: 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
암 직접치료 통원자금	『피보험자가 이 특약의 보험기간 중 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단확정되고 그 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 때』 또는 『피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단확정되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 때』	암 : 특약 보험가입금액 기타피부암 : 특약 보험가입금액 갑상선암 : 특약 보험가입금액 제자리암 : 특약 보험가입금액 경계성종양 : 특약 보험가입금액 (통원1회당)

주)

1. 암보장개시일은 계약일(다만, 부활(효력회복)한 경우 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.
2. 약관 제2-1조의2("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정)에 따라 "기타피부암" 및 "갑상선암"은 암의 정의에서 제외되는 바, "기타피부암" 또는 "갑상선암"으로 보험금 지급사유 발생시 "기타피부암" 또는 "갑상선암"에 해당하는 보험금을 지급하고 암에 해당하는 보험금은 지급되지 않습니다.
3. 약관 제2-1조의2("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정) 제4항에서 정한 "중증 갑상선암"으로 보험금 지급사유 발생시 "암"에 해당하는 보험금은 지급하고 "갑상선암"에 해당하는 보험금은 지급되지 않습니다.

4. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

■ 무배당요실금수술특약A1

[기준: 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
요실금 수술비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 요실금으로 진단 확정되고 , 그 요실금의 치료를 직접적인 목적으로 수술분류표에서 정한 수술을 받았을 때 (연간 1회한)	특약 보험가입금액 (다만, 계약일부터 1년 미만 수술 시 50% 지급)

주)

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.
2. "연간"이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

■ 무배당요양병원암입원특약A1

[기준: 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
요양병원 암입원비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단확정 되고 그 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 요양병원에 계속 입원하였을 때, 또는 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단확정 되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 요양병원에 계속 입원하였을 때	입원일수1일당 아래금액 지급 암 : 특약 보험가입금액 기타피부암: 특약 보험가입금액 갑상선암 : 특약 보험가입금액 제자리암 : 특약 보험가입금액 경계성종양: 특약 보험가입금액 (1회 입원당 지급일수 60일 한도)

주)

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.
2. 암보장개시일은 계약일(다만, 부활(효력회복)한 경우 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.
3. 약관 제2-1조의2("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정)에 따라 "기타피부암" 및 "갑상선암"은 암의 정의에서 제외되는 바, "기타피부암" 및 "갑상선암"으로 보험금 지급사유가 발생할 경우 "기타피부암" 및 "갑상선암"에 해당하는 요양병원암입원비를 지급하고 암에 해당하는 요양병원암입원비는 지급되지 않습니다.
4. 약관 제2-1조의2("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정) 제4항에서 정한 "중증 갑상선암"으로

보험금 지급사유 발생시 “암”에 해당하는 요양병원암입원비를 지급하고 “갑상선암”에 해당하는 요양병원암 입원비는 지급되지 않습니다.

- 요양병원암입원비의 지급일수는 1회 입원당 60일을 최고한도로 합니다. 다만 동일한 질병에 의한 입원의 경우, 이 특약의 계약일부터 지급된 요양병원암입원비의 누적 총 지급일수가 365일을 초과시에는 365일을 초과한 날 이후부터 이 특약의 보험기간 만료일까지 동일한 질병으로 인한 요양병원암입원비는 지급되지 않습니다.

■ 무배당요양병원암입원특약A1_소액암제외

[기준: 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
요양병원 암입원비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단확정 되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 요양병원에 계속 입원하였을 때	입원일수1일당 아래금액 지급 특약 보험가입금액 (1회 입원당 지급일수 60일 한도)

주)

- 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.
- 암보장개시일은 계약일(다만, 부활(효력회복)한 경우 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.
- 약관 제2-1조의2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정)에 따라 “기타피부암” 및 “갑상선암”은 암의 정의에서 제외되는 바, “기타피부암” 및 “갑상선암”으로 진단확정 및 직접적인 치료를 목적으로 요양병원에 입원하여도 요양병원암입원비는 지급되지 않습니다.
- 약관 제2-1조의2(“암”, “기타피부암” 및 “갑상선암”의 정의 및 진단확정) 제4항에서 정한 “중증 갑상선암”으로 보험금 지급사유 발생시 요양병원암입원비가 지급됩니다.
- 요양병원암입원비의 지급일수는 1회 입원당 60일을 최고한도로 합니다. 다만 동일한 질병에 의한 입원의 경우, 이 특약의 계약일부터 지급된 요양병원암입원비의 누적 총 지급일수가 365일을 초과시에는 365일을 초과한 날 이후부터 이 특약의 보험기간 만료일까지 동일한 질병으로 인한 요양병원암입원비는 지급되지 않습니다.

■ 무배당요양병원입원특약A1

[기준: 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
요양병원 입원급여금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 질병 및 재해Ⅱ 분류표(약관 별표2 “질병 및 재해Ⅱ 분류표” 참조)에서 정한 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 요양병원에 서 1일 이상 계속 입원하였을 경우	입원일수 1일당 특약 보험가입금액 (1회 입원당 지급일수 180일 한 도)

주) 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

■ 무배당위암진단특약A1

[기준 : 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액	
위암진단비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 위암보장개시일 이후에 위암으로 진단확정 되었을 때 (최초 1회한)	계약일로부터 1년 이상	특약 보험가입금액의 100%
		계약일로부터 1년 미만	특약 보험가입금액의 50%

주)

1. 위암보장개시일은 계약일(다만, 부활(효력회복)한 경우 부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 위암진단비 지급사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

■ 무배당응급실내원특약A1

[기준: 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
응급실 내원진료비 (응급)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 "응급환자"로 응급실에 내원하여 진료를 받았을 때	특약 보험가입금액 (내원1회당)

주)

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.
2. "응급환자": 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 응급의료종사자가 판단하는 증상"이 있는 자
3. 보험금 지급기준표에서 응급실에 내원하여 진료를 받았으나, "응급환자"에 해당하지 않은 경우에는 응급실 내원진료비(응급)를 지급하지 않습니다.

■ 무배당인공관절치환수술특약A1

[기준: 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
인공관절(고관절, 슬관절) 수술비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 인공관절(고관절, 슬관절) 수술을 받았을 때	특약 보험가입금액 (수술 1회당)

주)

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.
2. 피보험자가 동시에 고관절(엉덩이 관절) 또는 슬관절(무릎 관절) 수술을 받았을 경우에는 해당 보험금을 각각

지급합니다.

3. 피보험자가 동시에 왼쪽 또는 오른쪽의 관절(고관절 또는 슬관절)을 동시에 수술을 받았을 경우에는 해당 보험금을 각각 지급합니다.

■ 무배당입원간병인사용특약(갱신형)

1. 1형(간병인사용(요양병원제외))

[기준: 세부보장 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
입원간병인사용 급여금 (요양병원제외)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 질병 및 재해Ⅱ 분류표(별표2 참조)에서 정한 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 요양병원을 제외한 병원급 또는 의원급 의료기관에서 1일 이상 계속 입원하여 치료를 받으며, 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우 (다만, 간병인 사용금액이 1일당 7만원 미만인 경우 50% 지급)	사용일수 1일당 해당 보험가입금액의 100% (1회 입원당 사용일수 180일 한도)

2. 2형(간병인사용(요양병원))

[기준: 세부보장 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
입원간병인사용 급여금 (요양병원)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 질병 및 재해Ⅱ 분류표(별표2 참조)에서 정한 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 요양병원에서 1일 이상 계속 입원하여 치료를 받으며, 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우	사용일수 1일당 해당 보험가입금액의 100% (1회 입원당 사용일수 180일 한도)

3. 3형(간호간병통합서비스)

[기준: 세부보장 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
입원간호·간병통합 서비스사용급여금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 질병 및 재해Ⅱ 분류표(별표2 참조)에서 정한 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 요양병원을 제외한 병원급 의료기관에서 1일 이상 계속 입원하여 치료를 받으며, 간호·간병통합서비스를 사용한 경우	사용일수 1일당 해당 보험가입금액의 100% (1회 입원당 사용일수 180일 한도)

주)

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하여 드리고 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
2. 약관 제2-1조의5("간병인", "간병인 사용" 및 "간호·간병통합서비스"의 정의)에 따라 "간병인"은 유상으로 간병 서비스를 제공하는 활동을 하는 자를 말하며, 간병인이 제공하는 실질적인 간병서비스를 이용한 경우에만 "간병인 사용"을 한 것으로 봅니다.
3. 약관 제2-1조의5("간병인", "간병인 사용" 및 "간호·간병통합서비스"의 정의)에 따라 간호·간병통합서비스는 간

병인의 정의에서 제외되는 바, 간호·간병통합서비스 사용으로 보험금 지급사유 발생시 입원간호·간병통합서비스사용급여금을 지급하고 입원간병인사용급여금은 지급하지 않습니다.

4. 질병 또는 재해로 입원하더라도 간병인 사용을 하지 않은 날(8시간 미만으로 간병인 사용을 한 경우 포함) 또는 간호·간병통합서비스를 사용하지 않은 날에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
5. 입원간병인사용급여금(요양병원제외)의 경우 간병인 사용금액이 1일당 7만원 미만인 경우에는 세부보장 보험가입금액의 50%를 지급합니다.
6. 간병인 사용금액 기준은 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다.
7. 간병인 사용일의 연속여부 판단은 날짜를 기준으로 하며, 간병인 사용 시작일자와 간병인 사용 종료일자 사이에 간병인 사용을 하지 않은 날짜가 없는 경우에 간병인 사용일이 연속된 것으로 봅니다. 이때, 간병인 사용을 한 시간이 연속적이지 않더라도 간병인 사용을 한 날짜가 연속된 경우 간병인 사용은 연속된 것으로 봅니다.

■ 무배당입원간병인사용특약A1(1일이상3일한도)

1. 1형(간병인사용)

[기준: 세부보장 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
입원간병인사용 급여금 (요양병원제외)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 질병 및 재해Ⅱ 분류표(약관 별표2 참조)에서 정한 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 요양병원을 제외한 병원급 또는 의원급 의료기관에서 1일 이상 계속 입원하여 치료를 받으며, 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우 (다만, 간병인 사용금액이 1일당 7만원 미만인 경우 50% 지급)	사용일수 1일당 해당 보험가입금액의 100% (1회 입원당 사용일수 3일 한도)
입원간병인사용 급여금 (요양병원)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 질병 및 재해Ⅱ 분류표(약관 별표2 참조)에서 정한 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 요양병원에서 1일 이상 계속 입원하여 치료를 받으며, 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우	사용일수 1일당 해당 보험가입금액의 20% (1회 입원당 사용일수 3 일 한도)

2. 2형(간호간병통합서비스)

[기준: 세부보장 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
입원간호·간병통합 서비스사용급여금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 질병 및 재해Ⅱ 분류표(약관 별표2 참조)에서 정한 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 요양병원을 제외한 병원급 의료기관에서 1일 이상 계속 입원하여 치료를 받으며, 간호·간병통합서비스를 사용한 경우	사용일수 1일당 해당 보험가입금액의 100% (1회 입원당 사용일수 3 일 한도)

주)

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계

약자적립액은 지급되지 않습니다.

- 약관 제2-1조의5("간병인", "간병인 사용" 및 "간호·간병통합서비스"의 정의)에 따라 "간병인"은 유상으로 간병 서비스를 제공하는 활동을 하는 자를 말하며, 간병인이 제공하는 실질적인 간병서비스를 이용한 경우에만 "간병인 사용"을 한 것으로 봅니다.
- 약관 제2-1조의5("간병인", "간병인 사용" 및 "간호·간병통합서비스"의 정의)에 따라 간호·간병통합서비스는 간병인의 정의에서 제외되는 바, 간호·간병통합서비스 사용으로 보험금 지급사유 발생시 입원간호·간병통합서비스사용급여금을 지급하고 입원간병인사용급여금은 지급하지 않습니다.
- 질병 또는 재해로 입원하더라도 간병인 사용을 하지 않은 날(8시간 미만으로 간병인 사용을 한 경우 포함) 또는 간호·간병통합서비스를 사용하지 않은 날에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
- 입원간병인사용급여금(요양병원제외)의 경우 간병인 사용금액이 1일당 7만원 미만인 경우에는 세부보장 보험가입금액의 50%를 지급합니다.
- 간병인 사용금액 기준은 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다.
- 간병인 사용일의 연속여부 판단은 날짜를 기준으로 하며, 간병인 사용 시작일자와 간병인 사용 종료일자 사이에 간병인 사용을 하지 않은 날짜가 없는 경우에 간병인 사용일이 연속된 것으로 봅니다. 이때, 간병인 사용을 한 시간이 연속적이지 않더라도 간병인 사용을 한 날짜가 연속된 경우 간병인 사용은 연속된 것으로 봅니다.

■ 무배당입원간병인사용특약A1_체증형

1. 1형(간병인사용(요양병원제외))

[기준: 세부보장 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
입원간병인사용 급여금 (요양병원제외)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 질병 및 재해Ⅱ 분류표(별표2 "질병 및 재해Ⅱ 분류표" 참조)에서 정한 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 요양병원을 제외한 병원급 또는 의원급 의료기관에서 1일 이상 계속 입원하여 치료를 받으며, 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우 (단, 간병인 사용금액이 1일당 7만원 미만인 경우 50% 지급)	사용일수 1일당 해당 보험가입금액의 100% (1회 입원당 사용일수 180 일 한도) (5년 마다 10%씩 최대 5 회 정액할증)

2. 2형(간병인사용(요양병원))

[기준: 세부보장 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
입원간병인사용 급여금 (요양병원)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 질병 및 재해Ⅱ 분류표(별표2 "질병 및 재해Ⅱ 분류표" 참조)에서 정한 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 요양병원에서 1일 이상 계속 입원하여 치료를 받으며, 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우	사용일수 1일당 해당 보험가입금액의 100% (1회 입원당 사용일수 180 일 한도) (5년 마다 10%씩 최대 5 회 정액할증)

3. 3형(간호간병통합서비스)

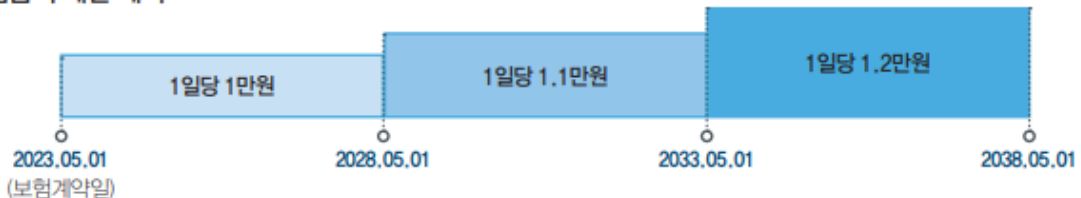
[기준: 세부보장 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
입원간호·간병통합 서비스사용급여금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 질병 및 재해Ⅱ 분류표(별표2 “질병 및 재해Ⅱ 분류표” 참조)에서 정한 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 요양병원을 제외한 병원급 의료기관에서 1일 이상 계속 입원하여 치료를 받으며, 간호·간병통합서비스를 사용한 경우	사용일수 1일당 해당 보험가입금액의 100% (1회 입원당 사용일수 180 일 한도) (5년 마다 10%씩 최대 5 회 정액할증)

주)

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.
2. 약관 제2-1조의5(“간병인”, “간병인 사용” 및 “간호·간병통합서비스”의 정의)에 따라 “간병인”은 유상으로 간병 서비스를 제공하는 활동을 하는 자를 말하며, 간병인이 제공하는 실질적인 간병서비스를 이용한 경우에만 “간병인 사용”을 한 것으로 봅니다.
3. 약관 제2-1조의5(“간병인”, “간병인 사용” 및 “간호·간병통합서비스”의 정의)에 따라 간호·간병통합서비스는 간병인의 정의에서 제외되는 바, 간호·간병통합서비스 사용으로 보험금 지급사유 발생시 입원간호·간병통합서비스사용급여금을 지급하고 입원간병인사용급여금은 지급하지 않습니다.
4. 질병 또는 재해로 입원하더라도 간병인 사용을 하지 않은 날(8시간 미만으로 간병인 사용을 한 경우 포함) 또는 간호·간병통합서비스를 사용하지 않은 날에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
5. 입원간병인사용급여금(요양병원제외)의 경우 간병인 사용금액이 1일당 7만원 미만인 경우에는 세부보장 보험가입금액의 50%를 지급합니다.
6. 간병인 사용금액 기준은 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다.
7. 간병인 사용일의 연속여부 판단은 날짜를 기준으로 하며, 간병인 사용 시작일자와 간병인 사용 종료일자 사이에 간병인 사용을 하지 않은 날짜가 없는 경우에 간병인 사용일이 연속된 것으로 봅니다. 이때, 간병인 사용을 한 시간이 연속적이지 않더라도 간병인 사용을 한 날짜가 연속된 경우 간병인 사용은 연속된 것으로 봅니다.
8. 입원간병인사용급여금(요양병원제외) 또는 입원간병인사용급여금(요양병원), 입원간호·간병통합서비스사용급여금의 경우 계약일로부터 매 5년 계약해당일마다 10%씩 최대 5회 정액 할증하여 지급하여 드립니다.

■ 보험금액 계산 예시



[보험가입금액 1만원 기준]

- 가입후 5년 경과 계약해당일 전일 이전 발생시 : 1만원
- 가입후 5년 경과 계약해당일 ~ 10년 경과 계약해당일 전일 이전 발생시 : 1만원 + 1만원 × 10% = 1.1만원
- 가입후 10년 경과 계약해당일 ~ 15년 경과 계약해당일 전일 이전 발생시 : 1만원 + 1만원 × 20% = 1.2만원

■ 무배당입원간병인사용특약A1_평준형

1. 1형(간병인사용(요양병원제외))

[기준: 세부보장 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
입원간병인사용 급여금 (요양병원제외)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 질병 및 재해Ⅱ 분류표(별표2 “질병 및 재해Ⅱ 분류표” 참조)에서 정한 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 요양병원을 제외한 병원급 또는 의원급 의료기관에서 1일 이상 계속 입원하여 치료를 받으며, 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우 (다만, 간병인 사용금액이 1일당 7만원 미만인 경우 50% 지급)	사용일수 1일당 해당 보험가입금액의 100% (1회 입원당 사용일수 180일 한도)

2. 2형(간병인사용(요양병원))

[기준: 세부보장 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
입원간병인사용 급여금 (요양병원)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 질병 및 재해Ⅱ 분류표(별표2 “질병 및 재해Ⅱ 분류표” 참조)에서 정한 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 요양병원에서 1일 이상 계속 입원하여 치료를 받으며, 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우	사용일수 1일당 해당 보험가입금액의 100% (1회 입원당 사용일수 180일 한도)

3. 3형(간호간병통합서비스)

[기준: 세부보장 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
입원간호.간병통합 서비스사용급여금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 질병 및 재해Ⅱ 분류표(별표2 “질병 및 재해Ⅱ 분류표” 참조)에서 정한 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 요양병원을 제외한 병원급 의료기관에서 1일 이상 계속 입원하여 치료를 받으며, 간호.간병통합서비스를 사용한 경우	사용일수 1일당 해당 보험가입금액의 100% (1회 입원당 사용일수 180일 한도)

주)

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.
2. 약관 제2-1조의5(“간병인”, “간병인 사용” 및 “간호.간병통합서비스”의 정의)에 따라 “간병인”은 유상으로 간병서비스를 제공하는 활동을 하는 자를 말하며, 간병인이 제공하는 실질적인 간병서비스를 이용한 경우에만 “간병인 사용”을 한 것으로 봅니다.
3. 약관 제2-1조의5(“간병인”, “간병인 사용” 및 “간호.간병통합서비스”의 정의)에 따라 간호.간병통합서비스는 간병인의 정의에서 제외되는 바, 간호.간병통합서비스 사용으로 보험금 지급사유 발생시 입원간호.간병통합서비스사용급여금을 지급하고 입원간병인사용급여금은 지급하지 않습니다.
4. 질병 또는 재해로 입원하더라도 간병인 사용을 하지 않은 날(8시간 미만으로 간병인 사용을 한 경우 포함)

또는 간호·간병통합서비스를 사용하지 않은 날에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

5. 입원간병인사용급여금(요양병원제외)의 경우 간병인 사용금액이 1일당 7만원 미만인 경우에는 세부보장 보험 가입금액의 50%를 지급합니다.
6. 간병인 사용금액 기준은 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액을 총 사용일수로 나눈 금액으로 판단합니다.
7. 간병인 사용일의 연속여부 판단은 날짜를 기준으로 하며, 간병인 사용 시작일자와 간병인 사용 종료일자 사이에 간병인 사용을 하지 않은 날짜가 없는 경우에 간병인 사용일이 연속된 것으로 봅니다. 이때, 간병인 사용을 한 시간이 연속적이지 않더라도 간병인 사용을 한 날짜가 연속된 경우 간병인 사용은 연속된 것으로 봅니다.

■ 무배당입원특약A1(1일이상3일한도)

[기준: 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
입원급여금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 1일 이상 계속 입원하였을 경우	입원일수 1일당 특약 보험가입금액 (1회 입원당 지급일수 3일 한도)

주) 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

■ 무배당자궁근종HIFU치료특약(갱신형)(연간1회한)

[기준 : 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
자궁근종HIFU 치료비	피보험자가 보험기간 중 자궁근종보장개시일 이후에 자궁근종으로 진단 확정되고, 그 자궁근종의 직접적인 치료를 목적으로 고강도초음파집속술(HIFU)을 받았을 때 (연간 1회한)	특약 보험가입금액 (다만, 최초계약의 계약일로부터 1년 미만에 고강도초음파 집속술(HIFU)을 받았을 때 50% 지급)

주)

1. 자궁근종보장개시일은 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 하며, 갱신계약의 경우는 이 특약의 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날을 자궁근종보장개시일로 합니다.
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다.
3. “연간”이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
4. 보험금 지급기준표의 내용 중 최초계약의 계약일로부터 1년 미만(최초계약의 계약일로부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다)의 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우에는 적용하지 않

습니다.

■ 무배당자궁근종HIFU치료특약(갱신형)(최초1회한)

[기준 : 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
자궁근종HIFU 치료비	피보험자가 보험기간 중 자궁근종보장개시일 이후에 자궁근종으로 진단 확정되고, 그 자궁근종의 직접적인 치료를 목적으로 고강도초음파집속술(HIFU)을 받았을 때 (최초 1회한)	특약 보험가입금액 (다만, 최초계약의 계약일로부터 1년 미만에 고강도초음파집속술(HIFU)을 받았을 때 50% 지급)

주)

1. 자궁근종보장개시일은 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 하며, 갱신계약의 경우는 이 특약의 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날을 자궁근종보장개시일로 합니다.
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 자궁근종HIFU치료비 지급사유가 발생한 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 다만, 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다.
3. 보험금 지급기준표의 내용 중 최초계약의 계약일로부터 1년 미만(최초계약의 계약일로부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다)의 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우에는 적용하지 않습니다.

■ 무배당재정안정지원특약A1_재해장해_20%이상장해형

[기준: 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
20%이상 재해장해생활비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후 발생한 동일한 재해로 인하여 장해분류표 중 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 20%이상인 장해상태가 되었을 때 (최초 1회한)	매월 재해장해생활비 지급해당일 : 특약 보험가입금액 (60회 확정지급)

주)

1. 20%이상재해장해생활비는 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)의 요청에 따라 이 특약의 평균 공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 일시에 지급받을 수 있습니다. 다만, 보험료를 산출할 때 적용하는 이율을 연단위 복리로 할인하여 계산한 금액과 비교하여 더 큰 금액을 일시금으로 지급합니다.
2. "매월 재해장해생활비 지급해당일"은 매월 사고 발생 해당일이며, 해당일이 없는 경우는 해당월의 말일로 합니다.
3. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 20%이상재해장해생활비 지급사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

■ 무배당재정안정지원특약A1_재해장해_50%이상장해형

[기준: 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
50%이상 재해장해생활비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후 발생한 동일한 재해로 인하여 장해분류표 중 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해상태가 되었을 때 (최초 1회한)	매월 재해장해생활비 지급해당일 : 특약 보험가입금액 (120회 확정지급)

주)

1. 50%이상재해장해생활비는 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)의 요청에 따라 이 특약의 평균 공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 일시에 지급받을 수 있습니다. 다만, 보험료를 산출할 때 적용하는 이율을 연단위 복리로 할인하여 계산한 금액과 비교하여 더 큰 금액을 일시금으로 지급합니다.
2. "매월 재해장해생활비 지급해당일"은 매월 사고 발생 해당일이며, 해당일이 없는 경우는 해당월의 말일로 합니다.
3. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 50%이상재해장해생활비 지급사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

■ 무배당재정안정지원특약A1_재해장해_80%이상장해형

[기준: 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
80%이상 재해장해생활비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후 발생 한 동일한 재해로 인하여 장해분류표 중 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 80%이상인 장해상태가 되었을 때 (최초 1회한)	매월 재해장해생활비 지급해당일 : 특약 보험가입금액 (240회 확정지급)

주)

1. 80%이상재해장해생활비는 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)의 요청에 따라 이 특약의 평균 공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 일시에 지급받을 수 있습니다. 다만, 보험료를 산출할 때 적용하는 이율을 연단위 복리로 할인하여 계산한 금액과 비교하여 더 큰 금액을 일시금으로 지급합니다.
2. "매월 재해장해생활비 지급해당일"은 매월 사고 발생 해당일이며, 해당일이 없는 경우는 해당월의 말일로 합니다.
3. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 80%이상재해장해생활비 지급사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

■ 무배당재정안정지원특약A1_질병장해_20%이상장해형

[기준: 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
-------	---------	---------

20%이상 질병장해생활비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후 동일한 질병으로 인하여 장애 분류표 중 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 20%이상인 장애상태가 되었을 때 (최초 1회한)	매월 질병장해생활비 지급해당일 : 특약 보험가입금액 (60회 확정지급) (다만, 계약일로부터 1년 미만에 재해 이외의 동일한 원인으로 20%이상인 장 해상태가 되었을 때 매월 질병장해생활 비 지급 해당일에 특약 보험가입금액의 50% 지급)
------------------	--	--

주)

1. 20%이상질병장해생활비는 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)의 요청에 따라 이 특약의 평균
공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 일시에 지급받을 수 있습니다. 다만, 보험료를 산출할 때 적용하는
이율을 연단위 복리로 할인하여 계산한 금액과 비교하여 더 큰 금액을 일시금으로 지급합니다.
2. "매월 질병장해생활비 지급해당일"은 매월 사고 발생 해당일이며, 해당일이 없는 경우는 해당월의 말일로 합
니다.
3. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 20%이상질병장해생활비 지급사유가 발생한 경우
이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

■ 무배당재정안정지원특약A1_질병장해_50%이상장해형

[기준: 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
50%이상 질병장해생활비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후 동일한 질병으로 인하여 장애 분류표 중 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 때 (최초 1회한)	매월 질병장해생활비 지급해당일 : 특약 보험가입금액 (120회 확정지급) (다만, 계약일로부터 1년 미만에 재해 이외의 동일한 원인으로 50%이상인 장 해상태가 되었을 때 매월 질병장해생활 비 지급 해당일에 특약 보험가입금액의 50% 지급)

주)

1. 50%이상질병장해생활비는 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)의 요청에 따라 이 특약의 평균
공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 일시에 지급받을 수 있습니다. 다만, 보험료를 산출할 때 적용하는
이율을 연단위 복리로 할인하여 계산한 금액과 비교하여 더 큰 금액을 일시금으로 지급합니다.
2. "매월 질병장해생활비 지급해당일"은 매월 사고 발생 해당일이며, 해당일이 없는 경우는 해당월의 말일로 합
니다.
3. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 50%이상질병장해생활비 지급사유가 발생한 경우
이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

■ 무배당재정안정지원특약A1_질병장해_80%이상장해형

[기준: 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
80%이상 질병장해생활비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후 동일한 질병으로 인하여 장애 분류표 중 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 80%이상인 장애상태가 되었을 때 (최초 1회한)	매월 질병장해생활비 지급해당일 : 특약 보험가입금액 (240회 확정지급) (다만, 계약일로부터 1년 미만에 재해 이외의 동일한 원인으로 80%이상인 장 해상태가 되었을 때 매월 질병장해생활 비 지급 해당일에 특약 보험가입금액의 50% 지급)

주)

1. 80%이상질병장해생활비는 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)의 요청에 따라 이 특약의 평균 공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 일시에 지급받을 수 있습니다. 다만, 보험료를 산출할 때 적용하는 이율을 연단위 복리로 할인하여 계산한 금액과 비교하여 더 큰 금액을 일시금으로 지급합니다.
2. "매월 질병장해생활비 지급해당일"은 매월 사고 발생 해당일이며, 해당일이 없는 경우는 해당월의 말일로 합니다.
3. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 80%이상질병장해생활비 지급사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

■ 무배당재해골절·집스치료보장특약A1

[기준 : 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
재해골절 치료비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 발생한 재해를 직접 적인 원인으로 재해골절(치아파절제외) 상태가 되었을 때 (발생1회당)	특약 보험가입금액의 3%
집스치료비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 치료를 직접적인 목 적으로 집스(Cast)치료를 받았을 때 (집스치료1회당)	특약 보험가입금액의 1%

주)

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

■ 무배당재해수술보장(1-7종)특약A1

[기준: 특약 보험가입금액 1,000만원]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
1종재해수 술비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 발생한 재해로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 1~7종 수술분류표에서 정한 1종 수술을 받았을 때 (「1회의 입원당 1회의 수술」 또는 「1회의 통원(1일1회의 통원에 한함)당 1회	10만원

	의 수술」에 한함, 하나의 수술코드당 연간3회에 한함)	
2종재해수 술비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 발생한 재해로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 1~7종 수술분류표에서 정한 2종 수술을 받았을 때 (「1회의 입원당 1회의 수술」 또는 「1회의 통원(1일1회의 통원에 한함)당 1회 의 수술」에 한함, 하나의 수술코드당 연간3회에 한함)	10만원
3종재해수 술비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 발생한 재해로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 1~7종 수술분류표에서 정한 3종 수술을 받았을 때 (「1회의 입원당 1회의 수술」 또는 「1회의 통원(1일1회의 통원에 한함)당 1회 의 수술」에 한함, 하나의 수술코드당 연간3회에 한함)	30만원
4종재해수 술비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 발생한 재해로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 1~7종 수술분류표에서 정한 4종 수술을 받았을 때 (「1회의 입원당 1회의 수술」 또는 「1회의 통원(1일1회의 통원에 한함)당 1회 의 수술」에 한함, 하나의 수술코드당 연간3회에 한함)	50만원
5종재해수 술비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 발생한 재해로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 1~7종 수술분류표에서 정한 5종 수술을 받았을 때 (「1회의 입원당 1회의 수술」 또는 「1회의 통원(1일1회의 통원에 한함)당 1회 의 수술」에 한함, 하나의 수술코드당 연간3회에 한함)	150만원
6종재해수 술비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 발생한 재해로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 1~7종 수술분류표에서 정한 6종 수술을 받았을 때 (「1회의 입원당 1회의 수술」 또는 「1회의 통원(1일1회의 통원에 한함)당 1회 의 수술」에 한함, 하나의 수술코드당 연간3회에 한함)	300만원
7종재해수 술비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 발생한 재해로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 1~7종 수술분류표에서 정한 7종 수술을 받았을 때 (「1회의 입원당 1회의 수술」 또는 「1회의 통원(1일1회의 통원에 한함)당 1회 의 수술」에 한함, 하나의 수술코드당 연간3회에 한함)	500만원

주)

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.
2. “연간”이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
3. 재해수술비가 지급된 수술코드에 대하여 그 수술이 행해진 「해당 입원의 퇴원일 또는 해당 통원의 통원일」의 다음 날부터 이후 동일한 수술코드가 부여된 「입원의 입원일 또는 통원의 통원일」까지의 기간이 30일 이내인 경우 재해수술비를 지급하지 않습니다.
4. 피보험자가 1회의 입원 또는 1회의 통원 중 2가지 이상의 수술을 받을 경우 피보험자의 퇴원일 또는 통원일을 기준으로 진단서 및 진료비 세부내역서 등에서 확인되는 하나의 수술코드에 한해 연간 3회에 한하여

재해수술비를 지급합니다.

5. "4"에도 불구하고 피보험자가 동일한 의료기관에서 퇴원없이 계속입원 중에 2가지 이상의 수술코드가 부여되는 경우 또는 1일 2회 이상 통원하여 2가지 이상의 수술코드가 부여된 경우에는 수술종류가 높은 하나의 수술코드에 한하여 해당 종의 재해수술비를 지급합니다. "수술종류가 높은 하나의 수술코드"란 2가지 이상의 수술코드 중 재해수술비가 가장 높은 수술 종류의 수술코드를 의미합니다.
6. 피보험자가 동일한 재해로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 병원을 이전하여 입원하거나 동일한 병원에 재입원하는 경우 새로운 입원으로 보고 보장합니다.
7. 피보험자가 계속입원 중에 이 특약의 보험기간이 끝났을 때에도 이 특약의 보험기간 만료일의 다음 날부터 180일 이내에 해당 입원 중 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.
8. 피보험자가 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 사고로 입원 또는 통원하여 수술한 후 진단서 및 진료비 세부내역서 등을 통해 주진단 범주(MDC)와 시술명 등으로 이 특약에서 정한 수술코드를 확인할 수 있는 경우 회사는 약관 제2-1조의3("수술"의 정의와 장소)에서 정한 수술에 포함하여 보장합니다.
9. "5"에도 불구하고 "8"에서 해당 입원기간 또는 통원일에 추가적으로 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 급여항목이 발생하는 다른 수술을 받은 경우 회사는 이 수술코드에 해당하는 재해수술비와 "8"의 수술코드에 해당하는 재해수술비를 각각 지급합니다.

■ 무배당재해수술특약A1

[기준 : 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
재해수술비	피보험자가 보험기간 중 재해로 인한 치료를 직접적인 목적으로 수술 을 받았을 때 (동일사고당 1회한)	특약 보험가입금액 (수술 1회당)

주)

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.
2. 재해수술비는 동일사고를 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 수술을 받거나, 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 재해수술비만 지급합니다.

■ 무배당재해장해보장특약A1_3~100%장해형

[기준: 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
재해장해 보험금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후 발생한 동일한 재해로 인하여 장해분류표에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때	특약 보험가입금액의 100% × 해당 장해지급률

주) 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

■ 무배당재해장해보장특약A1_80%이상장해형

[기준: 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
재해고도장해 보험금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후 발생한 동일한 재해로 인하여 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 80%이상인 장해상 태가 되었을 때 (최초 1회한)	특약 보험가입금액

주) 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 재해고도장해보험금 지급사유가 발생한 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

■ 무배당종합병원1~3인실입원특약A1

[기준: 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
종합병원 1~3인실 입원급 여금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 종합병원 1~3인실에 1일 이상 계속 입원하였을 경우	1일당 특약 보험가입금액 (1회 입원당 지급일수30일 한도) (다만, 계약일로부터 1년 미만에 재 해 이외의 원인으로 지급사유 발생 시 50% 지급)

주)

1. 이 특약에 있어서 "종합병원"이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 요건을 갖춘 종합병원을 말합니다.
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.
3. 재해 이외의 원인의 치료를 직접적인 목적으로 인한 종합병원 1~3인실 입원급여금의 최초 입원일이 계약일로부터 1년 미만에 발생하였다 하더라도 입원일이 계약일로부터 1년 이후까지 계속되었을 경우, 1년 미만 기간의 종합병원 1~3인실 입원급여금은 50%를 지급하며, 1년 이후 기간의 종합병원 1~3인실 입원급여금은 100%를 지급합니다.
4. 피보험자가 특실을 이용하는 경우에는 1~3인실과 동일한 기준으로 인정합니다.

■ 무배당종합병원1인실입원특약A1

[기준: 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
-------	---------	---------

종합병원 1인실 입원급여 금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 종합병원 1인실에 1 일 이상 계속 입원하였을 경우	1일당 특약 보험가입금액 (1회 입원당 지급일수30일 한도) (다만, 계약일로부터 1년 미만 재 해 이외의 원인으로 지급사유 발생 시 50% 지급)
-----------------------	--	--

주)

1. 이 특약에 있어서 "종합병원"이라 함은 의료법 제3조의3(종합병원)에서 정한 요건을 갖춘 종합병원을 말합니다.
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.
3. 재해 이외의 원인의 치료를 직접적인 목적으로 인한 종합병원 1인실 입원급여금의 최초 입원일이 계약일로부터 1년 미만 발생하였다 하더라도 입원일이 계약일로부터 1년 이후까지 계속되었을 경우, 1년 미만 기간의 종합병원 1인실 입원급여금은 50%를 지급하며, 1년 이후 기간의 종합병원 1인실 입원급여금은 100%를 지급합니다.
4. 피보험자가 특실을 이용하는 경우에는 1인실과 동일한 기준으로 인정합니다.

■ 무배당주요양성신생물(폴립포함)치료특약A1

[기준 : 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
위·십이지장, 대장 양성신생물 (폴립 포함)치료비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 위·십이지장, 대장 양성신생물(폴립 포함)로 진단확 정되었을 때 (연간 1회한)	특약 보험가입금액 (다만, 계약일로부터 1년미만 진단확정시 50%지급)

주)

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.
2. "연간"이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

■ 무배당중대한수술특약A1

[기준 : 특약 보험가입금액 1,000만원]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
관상동맥(심장동맥)성 형수술비	피보험자가 보험기간 중 관상동맥(심장동맥)성형술(PTCA)을 받았을 때 (최초 1회한)	100만원 (다만, 계약일로부터 1년미만에 재 해 이외의 원인으로 수술시 50% 지급)

관상동맥(심장동맥)우회수술비	피보험자가 보험기간 중 관상동맥(심장동맥)우회술을 받았을 때 (최초 1회한)	1,000만원 (다만, 계약일로부터 1년미만에 재해 이외의 원인으로 수술시 50% 지급)
심장판막수술비	피보험자가 보험기간 중 심장판막수술을 받았을 때 (최초 1회한)	1,000만원 (다만, 계약일로부터 1년미만에 재해 이외의 원인으로 수술시 50% 지급)
대동맥인조혈관치환수술비	피보험자가 보험기간 중 대동맥인조혈관치환수술을 받았을 때 (최초 1회한)	1,000만원 (다만, 계약일로부터 1년미만에 재해 이외의 원인으로 수술시 50% 지급)
5대장기이식수술비	피보험자가 보험기간 중 장기수혜자로서 5대장기 이식수술을 받았을 때 (최초 1회한)	2,000만원
조혈모세포이식수술비	피보험자가 보험기간 중 조혈모세포수혜자로서 조혈모세포이식수술을 받았을 때 (최초 1회한)	1,000만원

주) 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 보험금 지급기준표에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

■ 무배당중대한재해수술특약A1

[기준: 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
중대한재해수술비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 재해로 인한 치료를 직접적인 목적으로 중대한재해수술을 받았을 때	특약 보험가입금액 (수술 1회당)

주)

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.
2. 중대한재해수술은 재해로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 행하는 개두수술, 개흉수술 및 개복수술을 말합니다.

■ 무배당중환자실입원특약A1

[기준: 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
중환자실 입원급여금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 중환자실에 1일 이상 계속 입원하였을 경우	1일당 특약 보험가입금액 (1회 입원당 지급일수60일 한도)

주) 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우에 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

■ 무배당질병수술보장(1-7종)특약A1

[기준: 특약 보험가입금액 1,000만원]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
1종질병수 술비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 "수술 보장 대상 질병"의 직접적인 치료를 목적으로 1-7종 수술분류표에서 정한 1종 수술을 받았을 때 (「1회의 입원당 1회의 수술」 또는 「1회의 통원(1일1회의 통원에 한함)당 1회의 수술」에 한함, 하나의 수술코드당 연간3회에 한함)	10만원
2종질병수 술비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 "수술 보장 대상 질병"의 직접적인 치료를 목적으로 1-7종 수술분류표에서 정한 2종 수술을 받았을 때 (「1회의 입원당 1회의 수술」 또는 「1회의 통원(1일1회의 통원에 한함)당 1회의 수술」에 한함, 하나의 수술코드당 연간3회에 한함)	10만원
3종질병수 술비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 "수술 보장 대상 질병"의 직접적인 치료를 목적으로 1-7종 수술분류표에서 정한 3종 수술을 받았을 때 (「1회의 입원당 1회의 수술」 또는 「1회의 통원(1일1회의 통원에 한함)당 1회의 수술」에 한함, 하나의 수술코드당 연간3회에 한함)	30만원
4종질병수 술비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 "수술 보장 대상 질병"의 직접적인 치료를 목적으로 1-7종 수술분류표에서 정한 4종 수술을 받았을 때 (「1회의 입원당 1회의 수술」 또는 「1회의 통원(1일1회의 통원에 한함)당 1회의 수술」에 한함, 하나의 수술코드당 연간3회에 한함)	50만원
5종질병수 술비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 "수술 보장 대상 질병"의 직접적인 치료를 목적으로 1-7종 수술분류표에서 정한 5종 수술을 받았을 때 (「1회의 입원당 1회의 수술」 또는 「1회의 통원(1일1회의 통원에 한함)당 1회의 수술」에 한함, 하나의 수술코드당 연간3회에 한함)	150만원
6종질병수 술비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 "수술 보장 대상 질병"의 직접적인 치료를 목적으로 1-7종 수술분류표에서 정한 6종 수술을 받았을 때	300만원

	(「1회의 입원당 1회의 수술」 또는 「1회의 통원(1일1회의 통원에 한함)당 1회의 수술」에 한함, 하나의 수술코드당 연간3회에 한함)	
7종질병수술비	<p>피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “수술 보장 대상 질병”의 직접적인 치료를 목적으로 1-7종 수술분류표에서 정한 7종 수술을 받았을 때</p> <p>(「1회의 입원당 1회의 수술」 또는 「1회의 통원(1일1회의 통원에 한함)당 1회의 수술」에 한함, 하나의 수술코드당 연간3회에 한함)</p>	500만원

주)

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.
2. “연간”이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
3. 질병수술비가 지급된 수술코드에 대하여 그 수술이 행해진 「해당 입원의 퇴원일 또는 해당 통원의 통원일」의 다음 날부터 이후 동일한 수술코드가 부여된 「입원의 입원일 또는 통원의 통원일」까지의 기간이 30일 이내인 경우 질병수술비를 지급하지 않습니다.
4. 피보험자가 1회의 입원 또는 1회의 통원 중 2가지 이상의 수술을 받을 경우 피보험자의 퇴원일 또는 통원일을 기준으로 진단서 및 진료비 세부내역서 등에서 확인되는 하나의 수술코드에 한해 연간 3회에 한하여 질병수술비를 지급합니다.
5. “4”에도 불구하고 피보험자가 동일한 의료기관에서 퇴원없이 계속입원 중에 2가지 이상의 수술코드가 부여되는 경우 또는 1일 2회 이상 통원하여 2가지 이상의 수술코드가 부여된 경우에는 수술종류가 높은 하나의 수술코드에 한하여 해당 종의 질병수술비를 지급합니다. “수술종류가 높은 하나의 수술코드”란 2가지 이상의 수술코드 중 질병수술비가 가장 높은 수술 종류의 수술코드를 의미합니다.
6. 피보험자가 동일한 “수술 보장 대상 질병”으로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 병원을 이전하여 입원하거나 동일한 병원에 재입원하는 경우 새로운 입원으로 보고 보장합니다.
7. 피보험자가 계속입원 중에 이 특약의 보험기간이 끝났을 때에도 이 특약의 보험기간 만료일의 다음 날부터 180일 이내에 해당 입원 중 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 이 특약에서 정한 바에 따라 보장합니다.
8. 피보험자가 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 사고로 입원 또는 통원하여 수술한 후 진단서 및 진료비 세부내역서 등을 통해 주진단 범주(MDC)와 시술명 등으로 이 특약에서 정한 수술코드를 확인할 수 있는 경우 회사는 약관 제2-1조의3(“수술”의 정의와 장소)에서 정한 수술에 포함하여 보장합니다.
9. “5”에도 불구하고 “8”에서 해당 입원기간 또는 통원일에 추가적으로 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여의 급여항목이 발생하는 다른 수술을 받은 경우 회사는 이 수술코드에 해당하는 질병수술비와 “8”의 수술코드에 해당하는 질병수술비를 각각 지급합니다.

■ 무배당질병수술특약A1

[기준: 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
질병 : 약관 (별표2) 질병분류표Ⅱ 참조		

질병 수술비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 질병으로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 수술분류표에서 정한 수술을 받았을 때 (동일한 질병당 1회한)	특약 보험가입금액 (다만, 계약일로부터 1년미만 수술시 50% 지급)
-----------	--	--

주)

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.
2. 동일한 질병을 직접적인 원인으로 2회 이상의 수술을 받은 경우에는 1회에 한하여 보험금을 지급합니다.
3. 동일한 질병이란 “한국표준질병사인분류” 상의 분류번호(3자리)가 같은 질병을 말합니다.
4. 2에서 3에도 불구하고, 질병 수술을 받고 365일이 경과한 후 동일한 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 보험금을 지급합니다.
5. 피보험자가 동시에 2가지 이상의 서로 다른 질병을 직접적인 원인으로 수술을 받은 경우에는 1회의 수술비만 지급합니다. 다만, 서로 다른 질병을 직접적인 원인으로 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술비를 지급합니다.

■ 무배당질병수술특약A1(대장용종및백내장제외)

[기준: 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
질병 : 약관 (별표2) 질병분류표Ⅱ(대장용종 및 백내장 제외) 참조		
질병 수술비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 질병으로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 수술분류표에서 정한 수술을 받았을 때 (동일한 질병당 1회한)	특약 보험가입금액 (다만, 계약일로부터 1년미만 수술시 50% 지급)

주)

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.
2. 동일한 질병을 직접적인 원인으로 2회 이상의 수술을 받은 경우에는 1회에 한하여 보험금을 지급합니다.
3. 동일한 질병이란 “한국표준질병사인분류” 상의 분류번호(3자리)가 같은 질병을 말합니다.
4. '2' 및 '3'에도 불구하고, 질병 수술을 받고 365일이 경과한 후 동일한 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 보험금을 지급합니다.
5. 피보험자가 동시에 2가지 이상의 서로 다른 질병을 직접적인 원인으로 수술을 받은 경우에는 1회의 수술비만 지급합니다. 다만, 서로 다른 질병을 직접적인 원인으로 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술비를 지급합니다.

■ 무배당질병수술특약A1(특정7대질병제외)

[기준: 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
질병(특정7대질병제외) : 약관 (별표2) 질병분류표Ⅱ(특정7대질병제외) 참조		
질병 수술비 (특정7대질 병제외)	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 질병 (특정7대질병제외)으로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 수술분류표에서 정한 수술을 받았을 때 (동일한 질병당 1회한)	특약 보험가입금액 (다만, 계약일로부터 1년미만 수술시 50% 지급)

주)

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.
2. 동일한 질병을 직접적인 원인으로 2회 이상의 수술을 받은 경우에는 1회에 한하여 보험금을 지급합니다.
3. 동일한 질병이란 “한국표준질병사인분류” 상의 분류번호(3자리)가 같은 질병을 말합니다.
4. '2' 및 '3'에도 불구하고, 질병 수술을 받고 365일이 경과한 후 동일한 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 보험금을 지급합니다.
5. 피보험자가 동시에 2가지 이상의 서로 다른 질병을 직접적인 원인으로 수술을 받은 경우에는 1회의 수술 비만 지급합니다. 다만, 서로 다른 질병을 직접적인 원인으로 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라도 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술비를 지급합니다.

■ 무배당질병장해보장특약(갱신형)_3~100%장해형

[기준 : 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
질병장해 보험금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후 동일 한 질병으로 인하여 장해분류표에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때	특약 보험가입금액 x 해당 장해지급률

주) 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하여 드리고 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

■ 무배당질병장해보장특약A1_3~100%장해형

[기준: 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
질병장해 보험금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 보장개시일 이후 동일 한 질병으로 인하여 장해분류표에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때	특약 보험가입금액 x 해당 장해지급률

주) 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

■ 무배당첫날부터입원특약A1

[기준: 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
입원급여금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 1일 이상 계속 입원하였을 경우	입원일수 1일당 특약 보험가입금액 (1회 입원당 지급일수 120일 한도)

주) 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

■ 무배당통합암진단특약ⅡA1

가. 남성형

[기준: 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
입술,구강및 인두암 진단비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 입술,구강및인두암으로 진단확정 되었을 때 (최초 1회한)	특약 보험가입금액 (다만, 계약일로부터 1년미만 진단확정시50%지급)
소화기관암 진단비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 소화기관암으로 진단확정 되었을 때 (최초 1회한)	특약 보험가입금액 (다만, 계약일로부터 1년미만 진단확정시50%지급)
호흡기및 흉곽내기관암 진단비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 호흡기및흉곽내기관암으로 진단확정 되었을 때 (최초 1회한)	특약 보험가입금액 (다만, 계약일로부터 1년미만 진단확정시50%지급)
뼈,관절, 흑색종, 특정조직암 진단비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 뼈,관절,흑색종,특정조직암으로 진단확정 되었을 때 (최초 1회한)	특약 보험가입금액 (다만, 계약일로부터 1년미만 진단확정시50%지급)
요로암 진단비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 요로암으로 진단확정 되었을 때 (최초 1회한)	특약 보험가입금액 (다만, 계약일로부터 1년미만 진단확정시50%지급)
눈,뇌, 중추신경및 내분비선암 진단비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 눈,뇌,중추신경및내분비선암으로 진단확정 되었을 때 (최초 1회한)	특약 보험가입금액 (다만, 계약일로부터 1년미만 진단확정시50%지급)
기타부위암 진단비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 기타부위암으로 진단확정 되었을 때 (최초 1회한)	특약 보험가입금액 (다만, 계약일로부터 1년미만 진단확정시50%지급)
남성생식기관및 남성유방암 진단비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 남성생식기관및남성유방암으로 진단확정 되었을 때 (최초 1회한)	특약 보험가입금액 (다만, 계약일로부터 1년미만 진단확정시50%지급)

주)

1. 암보장개시일은 보험계약일(다만, 부활(효력회복)한 경우 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.
3. 남성형은 '이 특약의 피보험자가 남성인 경우'에 한하여 해당 급부의 보험금을 지급합니다.

나. 여성형

[기준: 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
입술,구강및 인두암 진단비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 입술,구강및인두암으로 진단확정 되었을 때 (최초 1회한)	특약 보험가입금액 (다만, 계약일로부터 1년미만 진단확정시50%지급)
소화기관암 진단비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 소화기관암으로 진단확정 되었을 때 (최초 1회한)	특약 보험가입금액 (다만, 계약일로부터 1년미만 진단확정시50%지급)
호흡기및 흉곽내기관암 진단비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 호흡기및흉곽내기관암으로 진단확정 되었을 때 (최초 1회한)	특약 보험가입금액 (다만, 계약일로부터 1년미만 진단확정시50%지급)
뼈,관절, 흑색종, 특정조직암 진단비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 뼈,관절,흑색종,특정조직암으로 진단확정 되었을 때 (최초 1회한)	특약 보험가입금액 (다만, 계약일로부터 1년미만 진단확정시50%지급)
요로암 진단비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 요로암으로 진단확정 되었을 때 (최초 1회한)	특약 보험가입금액 (다만, 계약일로부터 1년미만 진단확정시50%지급)
눈,뇌, 중추신경및 내분비선암 진단비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 눈,뇌,중추신경및내분비선암으로 진단확정 되었을 때 (최초 1회한)	특약 보험가입금액 (다만, 계약일로부터 1년미만 진단확정시50%지급)
기타부위암 진단비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 기타부위암으로 진단확정 되었을 때 (최초 1회한)	특약 보험가입금액 (다만, 계약일로부터 1년미만 진단확정시50%지급)
여성생식기관암 진단비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 여성생식기관암으로 진단확정 되었을 때 (최초 1회한)	특약 보험가입금액 (다만, 계약일로부터 1년미만 진단확정시50%지급)
여성유방암 진단비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 여성유방암으로 진단확정 되었을 때 (최초 1회한)	특약 보험가입금액 (다만, 계약일로부터 1년미만 진단확정시 50%지급. 유방암 의 경우에는 계약일로부터 180일 경과 이전에 진단확정 시 10%지급)

주)

1. 암보장개시일은 보험계약일(다만, 부활(효력회복)한 경우 부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이

지난 날의 다음 날로 합니다.

2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.
3. 여성형은 '이 특약의 피보험자가 여성인 경우'에 한하여 해당 급부의 보험금을 지급합니다.

■ 무배당통합재해진단특약A1

[기준: 특약 보험가입금액]

급 부 명	신 체 부 위	지 급 사 유	지 급 금 액
경증통합 재해진단비	머리, 목	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 "신체부위별 경증재해"로 진단확정 되었을 때 (신체부위별 연간1회한)	특약 보험가입금액의 1%
	복부, 등		
	어깨, 팔		
	손목, 손		
	엉덩이, 다리		
	발목, 발		
	기타		
중등증통합 재해진단비	머리, 목	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 "신체부위별 중등증재해"로 진단확정 되었을 때 (신체부위별 연간1회한)	특약 보험가입금액의 10%
	복부, 등		
	어깨, 팔		
	손목, 손		
	엉덩이, 다리		
	발목, 발		
	기타		
중증통합 재해진단비	머리, 목	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 "신체부위별 중증재해"로 진단확정 되었을 때 (신체부위별 연간1회한)	특약 보험가입금액의 100%
	복부, 등		
	어깨, 팔		
	손목, 손		
	엉덩이, 다리		
	발목, 발		
	기타		

주)

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.
2. "연간"이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약 해당일로 합니다.
3. "경증통합재해진단비", "중등증통합재해진단비" 및 "중증통합재해진단비"는 각각 신체부위별 연간 1회에 한하여 지급하여 드립니다.

■ 무배당통합전이암진단특약A1

가. 남성형

[기준: 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
소화기관 전이암진단비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 소화기관전이암으로 진단확정 되었을 때 (최초 1회한)	특약 보험가입금액 (다만, 계약일로부터 1년미만 진단확정시50%지급)
호흡기및 흉곽내기관 전이암진단비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 호흡기및흉곽내기관전이암으로 진단확정 되었을 때 (최초 1회한)	특약 보험가입금액 (다만, 계약일로부터 1년미만 진단확정시50%지급)
관절및피부 전이암진단비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 관절및피부전이암으로 진단확정 되었을 때 (최초 1회한)	특약 보험가입금액 (다만, 계약일로부터 1년미만 진단확정시50%지급)
요로전이암 진단비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 요로전이암으로 진단확정 되었을 때 (최초 1회한)	특약 보험가입금액 (다만, 계약일로부터 1년미만 진단확정시50%지급)
뇌전이암 진단비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 뇌전이암으로 진단확정 되었을 때 (최초 1회한)	특약 보험가입금액 (다만, 계약일로부터 1년미만 진단확정시50%지급)
림프및기타 특정전이암 진단비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 림프및기타특정전이암으로 진단확정 되었을 때 (최초 1회한)	특약 보험가입금액 (다만, 계약일로부터 1년미만 진단확정시50%지급)
남성생식기관및 남성유방전이암 진단비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 남성생식기관및남성유방전이암으로 진단확정 되었을 때 (최초 1회한)	특약 보험가입금액 (다만, 계약일로부터 1년미만 진단확정시50%지급)

주)

1. 암보장개시일은 “보험계약일 또는 부활(효력회복)일”부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.
3. 남성형은 ‘이 특약의 피보험자가 남성인 경우’에 한하여 해당 급부의 보험금을 지급합니다.

나. 여성형

[기준: 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
소화기관 전이암진단비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 소화기관전이암으로 진단확정 되었을 때 (최초 1회한)	특약 보험가입금액 (다만, 계약일로부터 1년미만 진단확정시50%지급)
호흡기및 흉곽내기관 전이암진단비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 호흡기및흉곽내기관전이암으로 진단확정 되었을 때 (최초 1회한)	특약 보험가입금액 (다만, 계약일로부터 1년미만 진단확정시50%지급)
관절및피부 전이암진단비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 관절및피부전이암으로 진단확정 되었을 때 (최초 1회한)	특약 보험가입금액 (다만, 계약일로부터 1년미만 진단확정시50%지급)
요로전이암 진단비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 요로전이암으로 진단확정 되었을 때 (최초 1회한)	특약 보험가입금액 (다만, 계약일로부터 1년미만 진단확정시50%지급)
뇌전이암 진단비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 뇌전이암으로 진단확정 되었을 때 (최초 1회한)	특약 보험가입금액 (다만, 계약일로부터 1년미만 진단확정시50%지급)
림프및기타 특정전이암 진단비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 림프및기타특정전이암으로 진단확정 되었을 때 (최초 1회한)	특약 보험가입금액 (다만, 계약일로부터 1년미만 진단확정시50%지급)
여성생식기관전 이암진단비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 여성생식기관전이암으로 진단확정 되었을 때 (최초 1회한)	특약 보험가입금액 (다만, 계약일로부터 1년미만 진단확정시50%지급)
여성유방 전이암진단비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 여성유방전이암으로 진단확정 되었을 때 (최초 1회한)	특약 보험가입금액 (다만, 계약일로부터 1년미만 진단확정시50%지급)

주)

1. 암보장개시일은 "보험계약일 또는 부활(효력회복)일"부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.
3. 여성형은 '이 특약의 피보험자가 여성인 경우'에 한하여 해당 급부의 보험금을 지급합니다.

■ 무배당특정급여시술특약(갱신형)

[기준: 특약보험가입금액 1,000만원]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
-------	---------	---------

특정급여흡인천자검사지원비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 의사의 필요소견을 토대로 "특정급여흡인천자(검사)"를 받았을 때 (연간 1회한)	1만원
특정급여흡인천자치료비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 의사의 필요소견을 토대로 "특정급여흡인천자(치료)"를 받았을 때 (연간 1회한)	5만원
특정급여신경차단술치료비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 의사의 필요소견을 토대로 "특정급여신경차단술"을 받았을 때 (연간 1회한)	3만원

주)

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다.
2. "연간"이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

■ 무배당특정급여인공루형성수술특약(갱신형)

[기준: 특약보험가입금액 1,000만원]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
급여 장루조성수술비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 "급여 장루조성수술"을 받았을 때 (연간 1회한)	150만원
급여 요루형성수술비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 "급여 요루형성수술"을 받았을 때 (연간 1회한)	200만원
급여 방광루설치수술비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 "급여 방광루설치수술"을 받았을 때 (연간 1회한)	200만원

주)

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다.
2. "연간"이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
3. "급여 장루조성수술비"의 경우 동시에 두 가지 이상의 급여 장루조성수술 대상 진료행위코드(별표2 "급여 장루 조성수술 분류표" 참조)를 받은 경우에는 하나의 급여 장루조성수술비만 지급합니다.
4. "급여 요루형성수술비"의 경우 동시에 두 가지 이상의 급여 요루형성수술 대상 진료행위코드(별표3 "급여 요루형성수술 분류표" 참조)를 받은 경우에는 하나의 급여 요루형성수술비만 지급합니다.
5. "급여 방광루설치수술비"의 경우 동시에 두 가지 이상의 급여 방광루설치수술 대상 진료행위코드(별표4 "급

여 방광루설치수술 분류표” 참조)를 받은 경우에는 하나의 급여 방광루설치수술비만 지급합니다.

■ 무배당특정급여중증치료특약(갱신형)

[기준: 특약 보험가입금액]

급여명	지급사유	지급금액
특정급여 에크모치료비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “특정급여체 외순환막형산화요법”을 받았을 때 (연간 1회한)	특약 보험가입금액 (다만, 최초계약의 계약일로부터 1 년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유 발생시 50% 지급)
특정급여 저체온치료비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 “특정급여치 료적저체온요법”을 받았을 때 (연간 1회한)	특약 보험가입금액 (다만, 최초계약의 계약일로부터 1 년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유 발생시 50% 지급)

주)

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하고 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다.
2. “연간”이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
3. 보험금 지급기준표의 내용 중 최초계약의 계약일로부터 1년미만(최초계약의 계약일로부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다)의 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우에는 적용하지 않습니다.

■ 무배당특정급여혈전제거치료특약A1

[기준 : 특약 보험가입금액]

급여명	지급사유	지급금액
뇌경색증 특정급여혈전제거 치료비	피보험자가 보험기간 중 뇌경색증으로 진단확정되고 그 뇌 경색증의 직접적인 치료를 목적으로 “특정 뇌 급여 혈전제 거술”을 받았을 때 (최초 1회한)	특약 보험가입금액
급성심근경색증 특정급여혈전제거 치료비	피보험자가 보험기간 중 급성심근경색증으로 진단확정되고 그 급성심근경색증의 직접적인 치료를 목적으로 “특정 심 장 급여 혈전제거술”을 받았을 때 (최초 1회한)	특약 보험가입금액

주)

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 보험금 지급기준표에서 정한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.
2. 약관상 혈전제거술의 정의에 포함되지 않는 치료의 경우(예: 정맥혈관 또는 동맥혈관에 혈전용해제를 투여하여 혈전 또는 색전을 녹이기 위한 치료법(혈전용해치료) 등)에는 보험금을 지급하지 않습니다.

■ 무배당특정면역항암약물허가치료특약(갱신형)

[기준: 특약보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액	
특정면역항암약물 허가치료보험금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단 확정되거나 암보장개시 일 이후에 암으로 진단 확정되고, 그 질병의 직 접적인 치료를 목적으로 “특정면역항암약물허가 치료”를 받았을 때 (최초1회한)	최초계약의 계약일로부터 1년이상	특약보험가입금액
		최초계약의 계약일로부터 1년미만	특약보험가입금액의 50%

주)

1. 암보장개시일은 최초계약의 경우 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 하며, 갱신계약의 경우는 이 특약의 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날을 암보장개시일로 합니다.
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하여 드리고 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
3. “특정면역항암약물허가치료보험금”은 “특정면역항암제”를 식품의약품안전처에서 허가된 ‘효능효과’ 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 ‘효능효과’ 범위 외 사용이지만, ‘암질환심의위원회’를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다. 향후 식품의약품안전처 ‘효능효과’ 허가 기준이 변경되는 경우에는 투약 처방 시점의 식품의약품안전처 기준을 적용합니다.
4. “특정면역항암약물허가치료를 받았을 때”는 “특정면역항암제”를 처방받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 약관 제2-1조의4(“특정면역항암제” 및 “특정면역항암약물허가치료”의 정의) 제3항에서 정한 “안전성과 유효성 인정 범위”가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 “안전성과 유효성 인정 범위” 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.
5. 보험금 지급기준표의 내용 중 최초계약의 계약일로부터 1년미만(최초계약의 계약일로부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다)의 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우에는 적용하지 않습니다.

■ 무배당특정심장질환진단특약A1

[기준 : 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
특정심장질환 진단비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 특정심 장질환으로 진단확정 되었을 경우	특약 보험가입금액 (다만, 계약일로부터 1년미만 진단확정시

	(최초 1회한)	50%지급)
--	----------	--------

주) 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 특정심장질환진단비 지급사유가 발생한 경우 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

■ 무배당특정항암호르몬약물허가치료특약(갱신형)

[기준: 특약보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액	
특정항암 호르몬약물허가 치료보험금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단 확정되고, 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 "특정항암호르몬약물허가치료"를 받았을 때 (최초1회한)	최초계약의 계약일로부터 1년이상	특약 보험가입금액
		최초계약의 계약일로부터 1년미만	특약보험가입금액의 50%

주)

1. 약관 제2-1조의2("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정)에 따라 기타피부암 및 갑상선암은 암의 정의에서 제외되는 바, 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단 확정되고 그 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 특정항암호르몬약물허가치료를 받았을 시에는 특정항암호르몬약물허가치료보험금이 지급되지 않습니다.
2. 암보장개시일은 최초계약의 경우 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 하며, 갱신계약의 경우는 이 특약의 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날을 암보장개시일로 합니다.
3. 약관 제2-1조의2("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정) 제4항에서 정한 "중증 갑상선암"으로 보험금 지급사유 발생시, "암"에 해당하는 보험금을 지급합니다.
4. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하여 드리고 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
5. "특정항암호르몬약물허가치료보험금"은 "특정항암호르몬치료제"를 식품의약품안전처에서 허가된 '효능효과' 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 '효능효과' 범위 외 사용이지만, '암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)'으로 사용된 경우에는 보장합니다. 향후 식품의약품안전처 '효능효과' 허가 기준이 변경되는 경우에는 투약 처방 시점의 식품의약품안전처 기준을 적용합니다.
6. "특정항암호르몬약물허가치료를 받았을 때"는 "특정항암호르몬치료제"를 처방받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 약관 제2-1조의4("특정항암호르몬치료제" 및 "특정항암호르몬약물허가치료"의 정의) 제3항에서 정한 "안전성과 유효성 인정 범위"가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 "안전성과 유효성 인정 범위" 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.
7. 보험금 지급기준표의 내용 중 최초계약의 계약일로부터 1년미만(최초계약의 계약일로부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다)의 보험금 금액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우에는 적용하지 않습니다.

■ 무배당폐암진단특약A1

[기준 : 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액	
폐암진단비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 폐암보장개시일 이후에 폐암으로 진단확정 되었을 때 (최초 1회한)	계약일로부터 1년 이상	특약 보험가입금액의 100%
		계약일로부터 1년 미만	특약 보험가입금액의 50%

주)

1. 폐암보장개시일은 계약일(다만, 부활(효력회복)한 경우 부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 폐암진단비 지급사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

■ 무배당표적항암약물허가치료특약(갱신형)

[기준: 특약보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액	
표적항암약물 허가치료보험금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단 확정되거나 암보장개시일 이후에 암으로 진단 확정되고, 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 “표적항암약물허가치료”를 받았을 때 (최초1회한)	최초계약의 계약일로부터 1년이상	특약보험가입금액
		최초계약의 계약일로부터 1년 미만	특약보험가입금액의 50%

주)

1. 암보장개시일은 최초계약의 경우 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 하며, 갱신계약의 경우는 이 특약의 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날을 암보장개시일로 합니다.
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하여 드리고 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
3. “표적항암약물허가치료보험금”은 “표적항암제”를 식품의약품안전처에서 허가된 ‘효능효과’ 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 ‘효능효과’ 범위 외 사용이지만, ‘암질환심의회위원회’를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)으로 사용된 경우에는 보장합니다. 향후 식품의약품안전처 ‘효능효과’ 허가 기준이 변경되는 경우에는 투약 처방 시점의 식품의약품안전처 기준을 적용합니다.
4. 표적항암약물허가치료보험금의 지급사유 중 “표적항암약물허가치료를 받았을 때”는 “표적항암제”를 처방받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 약관 제2-1조의4(“표적항암제” 및 “표적항암약물허가치료”의 정의) 제3

항에서 정한 “안전성과 유효성 인정 범위”는 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, “안전성과 유효성 인정 범위”가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 “안전성과 유효성 인정 범위” 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

5. 보험금 지급기준표의 내용 중 최초계약의 계약일로부터 1년미만(최초계약의 계약일로부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다)의 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우에는 적용하지 않습니다.

■ 무배당항암방사선·약물치료특약A1

[기준 : 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
항암방사선 치료비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정되거나 암보장개시일 이후에 암으로 진단확정되고, 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 “항암방사선치료”를 받았을 때 (최초 1회한)	특약 보험가입금액
항암약물 치료비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정되거나 암보장개시일 이후에 암으로 진단확정되고, 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 “항암약물치료”를 받았을 때 (최초 1회한)	특약 보험가입금액

주)

1. 암보장개시일은 계약일(다만, 부활(효력회복)한 경우 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 보험금 지급기준표에서 정한 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

■ 무배당항암방사선·약물치료특약A1_기타피부암,갑상선암제외

[기준 : 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
항암방사선 치료비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단확정되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 “항암방사선치료”를 받았을 때 (최초 1회한)	특약 보험가입금액
항암약물 치료비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단확정되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 “항암약물치료”를 받았을 때 (최초 1회한)	특약 보험가입금액

주)

1. 약관 제2-1조의2("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정)에 따라 "기타피부암" 및 "갑상선암"은 암의 정의에서 제외되는 바, "기타피부암" 및 "갑상선암"으로 진단확정 되었을 경우 암에 해당하는 보험금은 지급되지 않습니다.
2. 암보장개시일은 계약일(다만, 부활(효력회복)한 경우 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.
3. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 보험금 지급기준표에서 정한 보험금지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.
4. 약관 제2-1조의2("암", "기타피부암" 및 "갑상선암"의 정의 및 진단확정) 제4항에서 정한 "중증 갑상선암"으로 보험금 지급사유 발생시 "암"에 해당하는 치료비가 지급됩니다.

■ 무배당항암세기조절방사선치료특약(갱신형)

[기준: 특약보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액	
항암세기조절 방사선치료비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단 확정되거나 암보장개시일 이후에 암으로 진단 확정되고, 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 "항암세기조절방사선치료"를 받았을 때 (최초1회한)	최초계약의 계약일로부터 1년이상	특약보험가입금액
		최초계약의 계약일로부터 1 년미만	특약보험가입금액의 50%

주)

1. 암보장개시일은 최초계약의 경우 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 하며, 갱신계약의 경우는 이 특약의 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날을 암보장개시일로 합니다.
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하여 드리고 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
3. 보험금 지급기준표의 내용 중 최초계약의 계약일로부터 1년미만(최초계약의 계약일로부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다)의 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우에는 적용하지 않습니다.

■ 무배당항암양성자방사선치료특약(갱신형)

[기준: 특약보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액	
항암양성자 방사선치료비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단 확정되거나 암보장개시일 이후에 암으로 진단 확정되고, 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 “항암양성자방사선치료”를 받았을 때 (최초1회한)	최초계약의 계약일로부터 1년이상	특약보험가입금액
		최초계약의 계약일로부터 1년미만	특약보험가입금액의 50%

주)

1. 암보장개시일은 최초계약의 경우 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 하며, 갱신계약의 경우는 이 특약의 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일로부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날을 암보장개시일로 합니다.
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급하여 드리고 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
3. 보험금 지급기준표의 내용 중 최초계약의 계약일로부터 1년미만(최초계약의 계약일로부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지를 말합니다)의 보험금 감액과 관련된 사항은 갱신계약의 경우에는 적용하지 않습니다.

■ 무배당허혈심장질환수술보장특약A1(최초1회한)

[기준 : 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
허혈심장질환 수술비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 허혈심장질환으로 진단확정되고 그 허혈심장질환의 치료를 직접적인 목적으로 수술분류표에서 정한 수술을 받았을 경우 (최초 1회한)	특약 보험가입금액 (다만, 계약일로부터 1년미만 수술시 50% 지급)

주)

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 허혈심장질환 수술비 지급사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

■ 무배당허혈심장질환수술보장특약A1(회당)

[기준 : 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
-------	---------	---------

허혈심장질환 수술비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 허혈심장질환으로 진단확정되고 그 허혈심장질환의 치료를 직접적인 목적으로 수술분류표에서 정한 수술을 받았을 경우 (수술 1회당)	특약 보험가입금액 (다만, 계약일로부터 1년미만 수술시 50% 지급)
---------------	--	--

주)

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.
2. 피보험자가 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 1회의 수술비만 지급합니다. 다만, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 수술비를 지급합니다.

■ 무배당허혈심장질환입원특약A1

[기준 : 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
허혈심장질환 입원자금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 허혈심장질환으로 진단확정되고 그 허혈심장질환의 치료를 직접적인 목적으로 1일 이상 계속 입원하였을 때	특약 보험가입금액 (1회 입원당 지급일수 120일 한도)

주)

피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

■ 무배당허혈심장질환중환자실입원특약A1

[기준: 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
허혈심장질환 중환자실 입원급여금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 허혈심장질환으로 진단확정되고 그 허혈심장질환의 치료를 직접적인 목적으로 중환자실에 1일 이상 계속 입원하였을 경우	특약 보험가입금액 (1회 입원당 지급일수 60일 한도)

주) 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

■ 무배당허혈심장질환진단특약A1

[기준 : 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
허혈심장질환	피보험자가 이 특약의 보험기간 중	특약 보험가입금액

진단비	허혈심장질환으로 진단확정 되었을 경우 (최초 1회한)	(다만, 계약일로부터 1년미만 진단확정시 50%지급)
-----	----------------------------------	----------------------------------

주) 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 또는 허혈심장질환진단비 지급사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

■ 무배당허혈심장질환통원특약A1

[기준 : 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
허혈심장질환 통원자금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 허혈심장질환으로 진단확정되고 그 허혈심장질환의 직접 적인 치료를 목적으로 통원하였을 때 (1일 1회한, 연간 30회한)	특약 보험가입금액 (통원 1회당)

주)

1. "연간"이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
2. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.

■ 무배당화상보장특약A1

[기준 : 특약 보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
화상수술비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 화상으로 인한 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 때	특약 보험가입금액의 5% (수술1회당)
화상입원비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 화상의 치료를 직접적인 목적으로 4일 이상 계속 입원하였을 때	3일초과 1일당 특약 보험가입금액의 0.3% (다만, 1회입원당 120일한도)
특정화상 진단비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 특정화상으로 진단 확정 되었을 때 (연간1회한)	특약 보험가입금액의 2%
3도화상 진단비	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 3도화상으로 진단 확정 되었을 때 (최초1회한)	특약 보험가입금액의 10%

주)

1. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 사망하였을 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 별도의 계약자적립액은 지급되지 않습니다.
2. 화상입원비는 3일을 초과하여 입원시 지급되는 보험금으로, 최초 3일을 제외한 입원일수 1일당 보험금이

지급됩니다.

3. "연간"이라 함은 계약일부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
4. 피보험자가 이 특약의 보험기간 중 연간 1회를 초과하여 특정화상 진단비의 지급사유가 발생한 경우, 특정 화상 진단비를 지급하지 않습니다.

다. 보험금 지급제한 사유

■ 보험금부별 제한사유나 한도

- 해약환급금 미지급형은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 지급하는 해약환급금이 없으며, 보험료 납입기간이 완료된 이후 계약이 해지되는 경우에는 표준형 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 지급합니다.

■ 일반적인 보험금 지급제한 사유

- 보험 당사자간에 의한 보험사고 발생시 지급제한
 - 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우 : 해약환급금 지급
 - 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우 : 해약환급금 지급
 - 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우 : 해약환급금 지급
 - 보험금지급사유발생에 영향을 미치는 계약 전 알릴 의무를 위반할 경우(2 년이내) : 해약환급금 지급
 - 계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물사용을 수단으로 진단 절차를 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 보장개시일로부터 5 년 이내(사기사실을 안 날로부터는 1 개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.
 - 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제 2 조 제 2 호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제 44 조의 2 에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)에 의한 동의를 얻지 않은 경우는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말함)를 돌려드립니다. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.

- 계약 전 알릴 의무 관련사항 지급제한

- 계약자 또는 피보험자가 보험계약을 체결할 때 고의 또는 중대한 과실로 인해 보험금지급 사유 발생에 영향을 미치는 사항의 계약 전 알릴 의무를 위반한 경우 회사는 보장개시일로부터 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여 1년)이내에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 보험계약자는 보험사고 발생시 보험금을 받지 못하는 경우도 있습니다.

3. 보험료 산출기초

가. 적용이율

Q : 적용이율이란 무엇인가요?

A : 보험료를 납입하는 시점과 보험금 지급 사이에는 시차가 발생하므로 이 기간 동안 기대되는 수익을 미리 예상하여 일정한 비율로 보험료를 할인해 주는데, 이 할인율을 적용이율이라고 합니다. 일반적으로 적용이율이 높으면 보험료는 내려가고, 낮아지면 보험료는 올라갑니다.

무배당수호천사 NEW 간편내가만드는보장보험의 보험료 산출에 적용한 적용이율은 연복리 3.25%입니다. 부가된 특약의 보험료 산출에 적용하는 이율은 연복리 3.25%(단, 갱신형 특약 등 일부특약은 2.25%)입니다.

나. 적용위험률

Q : 적용위험률이란 무엇입니까?

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

구 분		40 세	50 세	60 세
무배당예정 간편고지(305)사망률	남자	0.002322	0.005921	0.012906
	여자	0.001035	0.002789	0.004991
무배당예정 간편고지(315)사망률	남자	0.001515	0.004168	0.009897
	여자	0.000804	0.002129	0.004240
무배당예정 간편고지(325)사망률	남자	0.001065	0.002927	0.009046
	여자	0.000687	0.001834	0.003741
무배당예정	남자	0.000924	0.002617	0.007936

간편고지(335)사망률	여자	0.000665	0.001751	0.003256
무배당예정 간편고지(345)사망률	남자	0.000905	0.002530	0.007568
	여자	0.000627	0.001530	0.003165
무배당예정 간편고지(355)사망률	남자	0.000889	0.002486	0.007395
	여자	0.000583	0.001266	0.002804
무배당예정 간편고지(365)사망률	남자	0.000856	0.002391	0.006924
	여자	0.000536	0.001160	0.002600
무배당예정경험사망률	남자	0.000884	0.002234	0.005376
	여자	0.000551	0.001021	0.002042

다. 계약체결비용 및 계약관리비용

Q : 계약체결비용 및 계약관리비용이란 무엇입니까?

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

라. 적용해지율

Q : 적용해지율이란 무엇입니까?

A : 한 개인이 보험기간 중 계약을 해지할 확률을 예측한 것입니다. 일반적으로 적용해지율이 높으면 보험료는 내려가고, 낮으면 보험료는 올라갑니다.

무배당수호천사 NEW 간편내가만드는보장보험 해약환급금 미지급형에 적용한 적용해지율은 납입기간마다 다르며, 표준형에는 적용해지율이 적용되지 않습니다.

해약환급금 미지급형, 종신, 20 년납의 적용해지율은 아래와 같습니다.

<납입기간 중>

경과 기간	1 차년	2 차년	3 차년	4 차년	5 차년	6 차년	7 차년	8 차년	9 차년	10차년
적용 해지율	11.92%	12.53%	10.43%	7.61%	5.81%	4.43%	3.38%	2.58%	1.97%	1.50%
경과 기간	11 차년	12 차년	13 차년	14 차년	15 차년	16 차년	17 차년	18 차년	19 차년	20 차년
적용 해지율	1.14%	0.87%	0.67%	0.51%	0.39%	0.30%	0.23%	0.17%	0.13%	0.00%

<납입기간 후>

경과 기간	1 차년	2차년 이후	
적용 해지율	1.94%	0.7%	

4. 계약자배당에 관한 사항

Q : 계약자배당이란 무엇이며 그 종류는 어떤것들이 있나요?

A : 계약자가 납입한 보험료로 보험회사가 합리적인 경영을 하여 발생한 이익금을 금융감독원장이 인가하는 방식에 따라 보험계약자에게 환원하여 드리는 것을 말하며, 또 그 종류에는 총괄배당과 장기유지 특별배당이 있습니다.

계약자 배당은 배당상품에 한하여 실시를 하며, 무배당 상품은 배당을 하지 않습니다. 그러나 무배당 상품은 배당상품보다 상대적으로 저렴한 보험료로 가입하실 수 있습니다. 무배당수호천사NEW 간편내가만드는보장보험은 무배당상품으로서 배당을 하지 않습니다.

5. 해약환급금에 관한 사항

가. 해약환급금 산출기준 등 안내

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

A : 우리 동양생명보험회사는 보험료 계산시 적용한 위험률로 산출한 순보험료식 계약자적립액에서 해약공제액을 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.

나. 해약환급금 예시

[기준 : 간편심사형(0), 주계약 보험가입금액 100 만원, 남자 40 세, 종신, 20 년납, 월납,
단위 : 천원, %]

종류	해약환급금 미지급형			표준형		
경과기간	납입보험료 (A)	해약환급금 (B)	환급률(B/A)	납입보험료 (A)	해약환급금 (B)	환급률 (B/A)
3 개월	7	0	0.0%	9	0	0.0%
6 개월	15	0	0.0%	18	0	0.0%

종류	해약환급금 미지급형			표준형		
경과기간	납입보험료 (A)	해약환급금 (B)	환급률(B/A)	납입보험료 (A)	해약환급금 (B)	환급률 (B/A)
9 개월	22	0	0.0%	28	0	0.0%
1 년	30	0	0.0%	37	0	0.0%
2 년	60	0	0.0%	74	22	30.1%
3 년	91	0	0.0%	112	51	45.9%
5 년	152	0	0.0%	187	111	59.4%
10 년	304	0	0.0%	374	256	68.4%
15 년	456	0	0.0%	561	410	73.2%
19 년	577	0	0.0%	711	551	77.6%
20 년	608	294	48.5%	748	589	78.7%
30 년	608	354	58.2%	748	708	94.6%
40 년	608	410	67.5%	748	820	109.6%
60 년	608	472	77.7%	748	945	126.3%

[기준 : 간편심사형(1), 주계약 보험가입금액 100 만원, 남자 40 세, 종신, 20 년납, 월납,
단위 : 천원, %]

종류	해약환급금 미지급형			표준형		
경과기간	납입보험료 (A)	해약환급금 (B)	환급률(B/A)	납입보험료 (A)	해약환급금 (B)	환급률 (B/A)
3 개월	6	0	0.0%	8	0	0.0%
6 개월	13	0	0.0%	17	0	0.0%
9 개월	20	0	0.0%	25	0	0.0%
1 년	27	0	0.0%	34	0	0.0%
2 년	54	0	0.0%	68	21	31.7%
3 년	82	0	0.0%	102	49	48.1%
5 년	136	0	0.0%	170	105	62.1%
10 년	273	0	0.0%	340	244	71.9%
15 년	410	0	0.0%	510	393	77.0%
19 년	520	0	0.0%	647	528	81.7%
20 년	547	282	51.5%	681	564	82.9%
30 년	547	343	62.7%	681	686	100.8%
40 년	547	402	73.5%	681	805	118.3%
60 년	547	471	86.1%	681	942	138.4%

[기준 : 간편심사형(2), 주계약 보험가입금액 100 만원, 남자 40 세, 종신, 20 년납, 월납,

단위 : 천원, %

종류	해약환급금 미지급형			표준형		
	납입보험료 (A)	해약환급금 (B)	환급률(B/A)	납입보험료 (A)	해약환급금 (B)	환급률 (B/A)
3 개월	6	0	0.0%	8	0	0.0%
6 개월	12	0	0.0%	16	0	0.0%
9 개월	19	0	0.0%	24	0	0.0%
1 년	25	0	0.0%	32	0	0.0%
2 년	51	0	0.0%	64	21	33.0%
3 년	77	0	0.0%	96	48	49.8%
5 년	128	0	0.0%	161	103	64.4%
10 년	257	0	0.0%	322	240	74.8%
15 년	386	0	0.0%	483	388	80.4%
19 년	489	0	0.0%	611	521	85.2%
20 년	515	278	54.0%	644	556	86.4%
30 년	515	339	66.0%	644	679	105.5%
40 년	515	400	77.7%	644	800	124.3%
60 년	515	471	91.4%	644	942	146.2%

[기준 : 간편심사형(3), 주계약 보험가입금액 100 만원, 남자 40 세, 종신, 20 년납, 월납,
단위 : 천원, %]

종류	해약환급금 미지급형			표준형		
	납입보험료 (A)	해약환급금 (B)	환급률(B/A)	납입보험료 (A)	해약환급금 (B)	환급률 (B/A)
3 개월	6	0	0.0%	7	0	0.0%
6 개월	12	0	0.0%	15	0	0.0%
9 개월	18	0	0.0%	22	0	0.0%
1 년	24	0	0.0%	30	0	0.0%
2 년	48	0	0.0%	61	20	33.4%
3 년	73	0	0.0%	91	46	50.6%
5 년	122	0	0.0%	153	100	65.6%
10 년	244	0	0.0%	306	233	76.3%
15 년	366	0	0.0%	459	376	82.0%
19 년	463	0	0.0%	581	505	86.9%
20 년	488	270	55.3%	612	540	88.2%
30 년	488	331	67.8%	612	662	108.2%
40 년	488	392	80.3%	612	784	128.1%

종류	해약환급금 미지급형			표준형		
경과기간	납입보험료 (A)	해약환급금 (B)	환급률(B/A)	납입보험료 (A)	해약환급금 (B)	환급률 (B/A)
60 년	488	468	95.8%	612	936	152.8%

[기준 : 간편심사형(4), 주계약 보험가입금액 100 만원, 남자 40 세, 종신, 20 년납, 월납,
단위 : 천원, %]

종류	해약환급금 미지급형			표준형		
경과기간	납입보험료 (A)	해약환급금 (B)	환급률(B/A)	납입보험료 (A)	해약환급금 (B)	환급률 (B/A)
3 개월	5	0	0.0%	7	0	0.0%
6 개월	11	0	0.0%	14	0	0.0%
9 개월	17	0	0.0%	22	0	0.0%
1 년	23	0	0.0%	29	0	0.0%
2 년	47	0	0.0%	59	20	33.7%
3 년	71	0	0.0%	89	45	51.2%
5 년	118	0	0.0%	149	99	66.4%
10 년	237	0	0.0%	298	231	77.4%
15 년	356	0	0.0%	447	372	83.2%
19 년	452	0	0.0%	567	500	88.2%
20 년	475	267	56.2%	597	534	89.5%
30 년	475	328	69.0%	597	656	110.0%
40 년	475	389	81.9%	597	779	130.5%
60 년	475	468	98.3%	597	936	156.8%

[기준 : 간편심사형(5), 주계약 보험가입금액 100 만원, 남자 40 세, 종신, 20 년납, 월납,
단위 : 천원, %]

종류	해약환급금 미지급형			표준형		
경과기간	납입보험료 (A)	해약환급금 (B)	환급률(B/A)	납입보험료 (A)	해약환급금 (B)	환급률 (B/A)
3 개월	5	0	0.0%	7	0	0.0%
6 개월	11	0	0.0%	14	0	0.0%
9 개월	17	0	0.0%	21	0	0.0%
1 년	23	0	0.0%	29	0	0.0%
2 년	46	0	0.0%	58	20	34.1%
3 년	70	0	0.0%	87	45	51.9%
5 년	116	0	0.0%	146	98	67.3%
10 년	233	0	0.0%	292	229	78.5%

종류	해약환급금 미지급형			표준형		
경과기간	납입보험료 (A)	해약환급금 (B)	환급률(B/A)	납입보험료 (A)	해약환급금 (B)	환급률 (B/A)
15 년	350	0	0.0%	439	370	84.4%
19 년	443	0	0.0%	556	497	89.5%
20 년	467	265	57.0%	585	531	90.8%
30 년	467	326	70.0%	585	653	111.6%
40 년	467	388	83.1%	585	776	132.5%
60 년	467	467	100.2%	585	935	159.7%

[기준 : 간편심사형(6), 주계약 보험가입금액 100 만원, 남자 40 세, 종신, 20 년납, 월납, 단위 : 천원, %]

종류	해약환급금 미지급형			표준형		
경과기간	납입보험료 (A)	해약환급금 (B)	환급률(B/A)	납입보험료 (A)	해약환급금 (B)	환급률 (B/A)
3 개월	5	0	0.0%	7	0	0.0%
6 개월	11	0	0.0%	14	0	0.0%
9 개월	17	0	0.0%	21	0	0.0%
1 년	22	0	0.0%	28	0	0.0%
2 년	45	0	0.0%	56	19	34.5%
3 년	68	0	0.0%	85	44	52.5%
5 년	113	0	0.0%	142	96	68.2%
10 년	226	0	0.0%	284	226	79.6%
15 년	340	0	0.0%	426	365	85.6%
19 년	430	0	0.0%	540	490	90.8%
20 년	453	262	57.8%	568	524	92.1%
30 년	453	322	71.2%	568	645	113.5%
40 년	453	384	84.8%	568	768	135.1%
60 년	453	466	103.0%	568	933	164.1%

[기준 : 일반심사형, 주계약 보험가입금액 100 만원, 남자 40 세, 종신, 20 년납, 월납, 단위 : 천원, %]

종류	해약환급금 미지급형			표준형		
경과기간	납입보험료 (A)	해약환급금 (B)	환급률(B/A)	납입보험료 (A)	해약환급금 (B)	환급률 (B/A)
3 개월	5	0	0.0%	6	0	0.0%
6 개월	11	0	0.0%	13	0	0.0%
9 개월	16	0	0.0%	20	0	0.0%

종류	해약환급금 미지급형			표준형		
경과기간	납입보험료 (A)	해약환급금 (B)	환급률(B/A)	납입보험료 (A)	해약환급금 (B)	환급률 (B/A)
1 년	22	0	0.0%	27	0	0.0%
2 년	44	0	0.0%	55	18	33.5%
3 년	66	0	0.0%	83	43	51.5%
5 년	111	0	0.0%	139	93	67.0%
10 년	222	0	0.0%	279	219	78.2%
15 년	333	0	0.0%	419	354	84.3%
19 년	422	0	0.0%	531	477	89.7%
20 년	444	255	57.4%	559	510	91.2%
30 년	444	318	71.7%	559	637	113.9%
40 년	444	383	86.3%	559	767	137.1%
60 년	444	467	105.2%	559	935	167.1%

6. 보험가격지수

보험가격지수란?

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

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

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

[기준 : 40세]

상품명	보험기간 (년)	납입기간 (년)	보험가격지수		가입금액 (만원)
무배당수호천사 NEW 간편내가만드는 보장보험_간편심사형(0)_해약환급금미 지급형	50	20	남자	99.3%	100
			여자	97.7%	
무배당수호천사 NEW 간편내가만드는 보장보험_간편심사형(0)_해약환급금미 지급형_종신	종신	20	남자	103.5%	100
			여자	102.9%	
무배당수호천사 NEW 간편내가만드는 보장보험_간편심사형(0)_표준형	50	20	남자	92.5%	100
			여자	89.8%	
무배당수호천사 NEW 간편내가만드는 보장보험_간편심사형(0)_표준형_종신	종신	20	남자	94.6%	100
			여자	91.8%	
무배당수호천사 NEW 간편내가만드는 보장보험_간편심사형(1)_해약환급금미 지급형	50	20	남자	98.6%	100
			여자	97.4%	
무배당수호천사 NEW 간편내가만드는 보장보험_간편심사형(1)_해약환급금미 지급형_종신	종신	20	남자	102.6%	100
			여자	101.9%	
무배당수호천사 NEW 간편내가만드는 보장보험_간편심사형(1)_표준형	50	20	남자	91.4%	100
			여자	89.1%	
무배당수호천사 NEW 간편내가만드는 보장보험_간편심사형(1)_표준형_종신	종신	20	남자	92.9%	100
			여자	90.4%	
무배당수호천사 NEW 간편내가만드는 보장보험_간편심사형(2)_해약환급금미 지급형	50	20	남자	97.8%	100
			여자	96.9%	
무배당수호천사 NEW 간편내가만드는	종신	20	남자	101.7%	100

보장보험_간편심사형(2)_해약환급금미 지급형_종신			여자	100.8%	
무배당수호천사 NEW 간편내가만드는 보장보험_간편심사형(2)_표준형	50	20	남자	90.1%	100
			여자	88.4%	
무배당수호천사 NEW 간편내가만드는 보장보험_간편심사형(2)_표준형_종신	종신	20	남자	91.5%	100
			여자	89.1%	
무배당수호천사 NEW 간편내가만드는 보장보험_간편심사형(3)_해약환급금미 지급형	50	20	남자	97.2%	100
			여자	97.2%	
무배당수호천사 NEW 간편내가만드는 보장보험_간편심사형(3)_해약환급금미 지급형_종신	종신	20	남자	100.6%	100
			여자	99.8%	
무배당수호천사 NEW 간편내가만드는 보장보험_간편심사형(3)_표준형	50	20	남자	89.4%	100
			여자	88.5%	
무배당수호천사 NEW 간편내가만드는 보장보험_간편심사형(3)_표준형_종신	종신	20	남자	90.2%	100
			여자	88%	
무배당수호천사 NEW 간편내가만드는 보장보험_간편심사형(4)_해약환급금미 지급형	50	20	남자	96.3%	100
			여자	96.5%	
무배당수호천사 NEW 간편내가만드는 보장보험_간편심사형(4)_해약환급금미 지급형_종신	종신	20	남자	99.4%	100
			여자	98.7%	
무배당수호천사 NEW 간편내가만드는 보장보험_간편심사형(4)_표준형	50	20	남자	88.4%	100
			여자	87.5%	
무배당수호천사 NEW 간편내가만드는 보장보험_간편심사형(4)_표준형_종신	종신	20	남자	89%	100
			여자	86.8%	
무배당수호천사 NEW 간편내가만드는 보장보험_간편심사형(5)_해약환급금미 지급형	50	20	남자	95.2%	100
			여자	96.7%	
무배당수호천사 NEW 간편내가만드는 보장보험_간편심사형(5)_해약환급금미 지급형_종신	종신	20	남자	98.3%	100
			여자	97.8%	
무배당수호천사 NEW 간편내가만드는 보장보험_간편심사형(5)_표준형	50	20	남자	87.4%	100
			여자	87.4%	
무배당수호천사 NEW 간편내가만드는	종신	20	남자	87.8%	100

보장보험_간편심사형(5)_표준형_종신			여자	85.6%	
무배당수호천사 NEW 간편내가만드는 보장보험_간편심사형(6)_해약환급금미 지급형	50	20	남자	94.5%	100
			여자	96.5%	
무배당수호천사 NEW 간편내가만드는 보장보험_간편심사형(6)_해약환급금미 지급형_종신	종신	20	남자	97.3%	100
			여자	96.8%	
무배당수호천사 NEW 간편내가만드는 보장보험_간편심사형(6)_표준형	50	20	남자	86.6%	100
			여자	87%	
무배당수호천사 NEW 간편내가만드는 보장보험_간편심사형(6)_표준형_종신	종신	20	남자	86.6%	100
			여자	84.5%	
무배당수호천사 NEW 간편내가만드는 보장보험_일반심사형_해약환급금미지 급형	50	20	남자	127.6%	100
			여자	131%	
무배당수호천사 NEW 간편내가만드는 보장보험_일반심사형_해약환급금미지 급형_종신	종신	20	남자	112.3%	100
			여자	107.6%	
무배당수호천사 NEW 간편내가만드는 보장보험_일반심사형_표준형	50	20	남자	116.5%	100
			여자	118%	
무배당수호천사 NEW 간편내가만드는 보장보험_일반심사형_표준형_종신	종신	20	남자	97.8%	100
			여자	92.5%	

주) 간편심사보험 등 비표준체 대상 상품의 경우, 표준체 상품 대비 보험가격지수가 높을 수 있음