

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

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

## I 상품의 특이사항 및 보험가입 자격요건

### 1. 상품의 특이사항

Q : 『신한(간편가입)굿닥터뇌심치료보험(무배당, 갱신형)』의 특이사항은 무엇인가요?

A :

- ▶ 이 상품의 “간편심사형”은 유병력자 또는 고연령자 등 일반심사 보험(피보험자가 표준체에 해당하는 계약 전 알릴 의무 항목을 통하여 보험가입 여부에 대한 의적심사를 거쳐 가입 가능한 보험)에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 하는 간편심사 보험입니다. 여기서 “간편심사”란 의적결함 및 연령제한으로 인하여 보험시장에서 소외되고 있는 유병력자나 고연령자 등의 계약심사 및 건강검진의 부담을 줄여 보험에 가입할 수 있도록 표준체에 비하여 간소화된 계약 전 알릴 의무 항목을 활용하여 계약심사 과정을 간소화함을 의미하며, 일반심사 보험 대비 보험료가 할증되어 “일반심사형” 보다 보험료가 높습니다.
- ▶ 가입 당시 의사의 건강진단을 받거나 일반계약심사를 할 경우, 간편심사 보험보다 보험료가 적은 당사의 일반심사 보험에 가입할 수 있습니다. (다만, 일반심사 보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다)
- ▶ 이 상품은 ‘뇌심치료’를 보장하는 주계약에 ‘진단, 통원’ 등을 보장하는 다양한 특약을 고객의 필요에 따라 선택하여 나만의 맞춤 설계가 가능한 상품입니다.

Q : 신한(간편가입)굿닥터뇌심치료보험(무배당, 갱신형)의 『갱신』은 어떻게 이루어지나요?

A :

- ▶ 계약자가 보험기간 만료일 15일 전까지 계약(또는 특약)을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 갱신되어 계속 유지됩니다.
- ▶ 다만, 약관에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 갱신되지 않으며, 갱신일 현재 피보험자의 나이 및 보험요율을 적용함에 따라 갱신시 갱신보험료가 최초계약 당시보다 인상될 수 있습니다. 그럼에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 계약(또는 특약)을 갱신할 수 없습니다.
  - (1) 갱신되는 계약의 보험기간 만료일이 최종 갱신계약 보험기간 만료일(피보험자의 100세 계약해당일, 다만, 사망보장특약의 경우 80세 계약해당일)과 같은 경우
  - (2) 주계약 또는 특약의 약관에서 정한 바에 따라 계약(또는 특약)이 소멸된 경우

(3) 피보험자가 보험기간 중 “뇌혈관질환 또는 허혈심장질환”으로 최초 진단확정된 경우  
(※ 자세한 사항은 이 상품의 사업방법서를 참고해 주시기 바랍니다.)

Q : 『보험료 납입면제』는 어떤 경우에 되나요?

A :

▶▶ 보험료 납입기간 중 피보험자가 "뇌혈관질환 또는 허혈심장질환"으로 최초 진단확정 되었을 때에는 이 계약의 차회 이후의 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 피보험자가 뇌혈관질환 또는 허혈심장질환"으로 최초 진단확정 된 경우 이 계약은 갱신되지 않습니다.

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

## 2. 보험가입 자격요건

### ① 보험형태, 보험기간, 보험료 납입기간 및 피보험자 가입나이

구 분			보험기간	납입기간	가입나이
주 계 약	신한(간편가입)굿닥터뇌심 치료보험 (무배당, 갱신형)	최초	10년	전기납	[일반] 만15세~70세 [간편] 30세~70세
		갱신	10년		[일반] 25세~89세 [간편] 40세~89세
			100세		90세~99세

주) (간편)암주요치료비특약(무배당, 갱신형) 또는 (간편)종합병원이상암주요치료비특약(치료별 연간 1회)(무배당, 갱신형)과 함께 가입시 보험종목의 명칭은 “신한(간편가입)굿닥터암뇌심치료보험(무배당, 갱신형)”으로 합니다.

- ※ 선택특약의 보험기간, 보험료 납입기간은 주계약의 보험기간, 보험료 납입기간 내에서 선택 가능합니다.
- ※ 선택특약의 가입나이는 성별, 보험기간 또는 보험료 납입기간별로 다를 수 있습니다.
- ※ 만나이가 아닌 나이는 보험나이를 말합니다. 보험나이에 대한 설명은 약관을 참고하시기 바랍니다.

### ② 보험료 납입주기 : 월납

- ※ 선택특약의 보험료 납입주기는 주계약의 보험료 납입주기와 동일하게 합니다.

### ③ 가입한도

구 분		가 입 한 도
주계약	신한(간편가입)굿닥터뇌심치료보험(무배당, 갱신형)	1,000만 ~ 2,000만

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

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

### ④ 건강진단 여부

신한(간편가입)굿닥터뇌심치료보험(무배당, 갱신행)의 경우 기존 다른 보험 상품의 가입유무, 나이, 청약서의 계약 전 알릴 의무 사항에 따라 건강진단을 시행할 수 있으며, 그 결과에 따라 보험가입 가능여부를 판정할 수 있습니다.

## 11

## 1. 상품의 구성

## 신한(간편가입)굿닥터뇌심치료보험(무배당, 갱신형)

- + (간편)상급종합병원외환관·허혈심장질환진단주요치료비특약(무배당, 갱신형)
- + (간편)암주요치료비특약(무배당, 갱신형)
- + (간편)종합병원이상암주요치료비특약(치료별 연간1회)(무배당, 갱신형)
- + (간편)상급종합병원(국립암센터, 원자력병원 및 지역암센터 포함)암주요치료비특약(무배당, 갱신형)
- + (간편)종합병원이상비급여(전액본인부담 포함)암주요치료비특약(치료별 연간1회)(무배당, 갱신형)
- + (간편)종합병원이상고액암주요치료비특약(치료별 연간1회)(무배당, 갱신형)
- + (간편)비급여(전액본인부담 포함)암주요치료비특약(무배당, 갱신형)
- + (간편)비급여(전액본인부담 포함)항암약물치료특약(무배당, 갱신형)
- + (간편)[기본]일반암진단특약(무배당, 갱신형)
- + (간편)[기본]남녀특정암진단특약(무배당, 갱신형)
- + (간편)[기본]소액암진단특약(무배당, 갱신형)
- + (간편)암특정검사지원특약(무배당, 갱신형)
- + (간편)급여암특정재활치료특약(무배당, 갱신형)
- + (간편)암직접치료통원특약(무배당, 갱신형)
- + (간편)암직접치료상급종합병원통원특약(무배당, 갱신형)
- + (간편)[기본]뇌혈관질환진단특약(무배당, 갱신형)
- + (간편)[기본]허혈심장질환진단특약(무배당, 갱신형)
- + (간편)뇌혈관·허혈심장질환통원특약(무배당, 갱신형)
- + (간편)뇌혈관·허혈심장질환상급종합병원통원특약(무배당, 갱신형)
- + 고혈압(원발성)약물치료특약(무배당, 갱신형) (일반심사형에 한함)
- + 당뇨병(당화혈색소 6.5%이상)진단특약(무배당, 갱신형) (일반심사형에 한함)
- + 당뇨병(당화혈색소 7.5%이상)진단특약(무배당, 갱신형) (일반심사형에 한함)
- + 당뇨병(당화혈색소 8.5%이상)진단특약(무배당, 갱신형) (일반심사형에 한함)
- + (간편)대상포진·통풍진단특약(무배당, 갱신형)
- + (간편)중증질환자[암]산정특례대상보장특약(무배당, 갱신형)
- + (간편)중증질환자[뇌혈관질환]산정특례대상보장특약(무배당, 갱신형)
- + (간편)중증질환자[심장질환]산정특례대상보장특약(무배당, 갱신형)
- + (간편)[180일한도형]첫날부터입원특약(무배당, 갱신형)
- + (간편)[30일한도형]첫날부터입원특약(무배당, 갱신형)
- + (간편)[10일한도형]첫날부터입원특약(무배당, 갱신형)
- + (간편)첫날부터중환자실입원특약(무배당, 갱신형)
- + (간편)첫날부터상급종합병원입원특약(무배당, 갱신형)
- + (간편)3대질환간병인사용입원특약(무배당, 갱신형)
- + (간편)[3-100%장해형]질병장해특약(무배당, 갱신형)
- + (간편)정기특약(무배당, 갱신형)
- + (간편)[뇌혈관질환납입면제형]보험료납입면제특약(무배당, 갱신형)
- + (간편)[허혈심장질환납입면제형]보험료납입면제특약(무배당, 갱신형)
- + 장애인저용보험저화특약

(주계약)

- [illegible]

+ 보험금 대리청구 지정서비스특약	(제도성특약)
+ 사후 사망보험금 신속지급특약	(제도성특약)
+ 선지급서비스특약	(제도성특약)
+ 표준하체인수특약(일반심사형에 한함)	(제도성특약)
+ 특정신체부위·질병보장제한부 인수특약(일반심사형에 한함)	(제도성특약)

- 주계약의 경우 (간편)보험료납입면제특약(무배당, 갱신형)의 보험종목인 "뇌혈관질환납입면제형" 및 "허혈심장질환납입면제형"과 동일한 사유로 보험료 납입면제가 되는 항목으로 (간편)보험료납입면제특약(무배당, 갱신형)의 「보험료납입면제대상계약」에 포함되지 않습니다.
- 특약을 부가할 경우, (간편)[뇌혈관질환납입면제형]보험료납입면제특약(무배당, 갱신형)과 (간편)[허혈심장질환납입면제형]보험료납입면제특약(무배당, 갱신형)은 의무로 가입하여야 합니다.
- 2개 이상의 보장계약으로 구성된 아래 대상 특약을 가입할 경우, 각 보장계약은 하나의 계약으로 취급하여 동일한 보험기간/보험료 납입기간으로 동시 가입만 가능합니다.

대상 특약
(간편)암주요치료비특약(무배당, 갱신형) (간편)상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원 포함)암주요치료비 특약(무배당, 갱신형)

다만, (간편)대상포진·통풍진단특약(무배당, 갱신형)의 각 보장계약은 동일한 보험기간/납입기간/보험가입금액으로 동시 가입만 가능합니다.

- (간편)[기본]일반암진단특약(무배당, 갱신형), (간편)[기본]남녀특정암진단특약(무배당, 갱신형), (간편)[기본]소액암진단특약(무배당, 갱신형)은 동시 가입시에 한하여 가입 가능합니다.
- (간편)종합병원이상고액암주요치료비특약(치료별 연간1회)(무배당, 갱신형)은 (간편)종합병원이상암주요치료비특약(치료별 연간1회)(무배당, 갱신형)과 동시 가입시에 한하여 가입 가능함
- 당뇨병(당화혈색소 7.5%이상)진단특약(무배당, 갱신형), 당뇨병(당화혈색소 8.5%이상)진단특약(무배당, 갱신형)은 당뇨병(당화혈색소 6.5%이상)진단특약(무배당, 갱신형)과 동시 가입 시에 한하여 가입 가능합니다.

## 2. 보험금 지급내용

### ※ 보장관련 유의사항

- 이차성 암의 경우 원발부위(최초 발생한 부위) 일차성 암을 기준으로 보장여부 및 보험금 지급액을 결정합니다.
- C73[갑상선의 악성신생물(암)]이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세포의 악성신생물(암)]로 진단된 경우에도 C73[갑상선의 악성신생물(암)]으로 진단확정된 것으로 봅니다.
- C50[유방의 악성신생물(암)]이 폐로 전이되어 C78.0[폐의 이차성 악성신생물(암)]로 진단된 경우에도 C50[유방의 악성신생물(암)]으로 진단확정된 것으로 봅니다.
- C16[위의 악성신생물(암)]이 뇌로 전이되어 C79.3[뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(암)]로 진단된 경우에도 C16[위의 악성신생물(암)]으로 진단확정된 것으로 봅니다.
- 해당 상품에서 보험금 지급사유 해당여부 판단은 질병의 진단 및 재해 발생 당시의 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 분류코드가 변경되더라도 해당 상품에서 보장하는 분류코드의 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.
- 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다. (자세한 내용은 약관 "재해분류표" 또는 "질병 및 재해 분류표" 참조)



## 가. 주계약

구분	지급사유	지급금액
"뇌혈관질환 또는 허혈심장질환" 주요치료급여금	보험기간 중 피보험자가 “뇌혈관질환 또는 허혈심장질환”으로 최초 진단확정되고, “보험금 지급기간” 이내에 “뇌혈관질환 또는 허혈심장질환”의 직접적인 치료를 목적으로 “뇌혈관질환 또는 허혈심장질환 주요치료”를 받았을 때 [다만, 최초 진단확정일로부터 “뇌혈관질환 또는 허혈심장질환 주요치료”를 합하여 최대 10년간, 연간 1회에 한하여 지급함(최대 10회 지급)]	보험가입금액의 100%

- 주) 1. 보험기간 또는 “보험금 지급기간” 중 피보험자가 사망하거나 이 계약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우 이 계약은 그때부터 효력이 없습니다. 다만, 보험기간 또는 “보험금 지급기간” 중 피보험자가 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
2. 보험료 납입기간 중 피보험자가 "뇌혈관질환 또는 허혈심장질환"으로 최초 진단확정 되었을 때에는 이 계약의 차회 이후의 보험료의 납입을 면제합니다. 다만, 피보험자가 뇌혈관질환 또는 허혈심장질환"으로 최초 진단확정 된 경우 이 계약은 갱신되지 않습니다.
3. 이 계약의 “뇌혈관질환 또는 허혈심장질환 주요치료”는 “뇌혈관질환 또는 허혈심장질환”의 직접적인 치료를 목적으로 수술, 혈전용해치료 또는 종합병원 중환자실치료를 받은 경우를 말하며, 최초로 진단된 “뇌혈관질환 또는 허혈심장질환”과 상이한 “뇌혈관질환 또는 허혈심장질환”의 직접적인 치료를 위한 수술, 혈전용해치료 또는 종합병원 중환자실치료도 포함합니다.
4. “연간”이라 함은 “뇌혈관질환 또는 허혈심장질환” 최초 진단확정일로부터 그 날을 포함하여 매1년 단위로 도래하는 진단확정일(이하 “매년 진단확정일”이라 합니다)의 전날까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 년도의 진단확정일이 없

는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 진단확정일로 합니다.

5. 이 계약의 “보험금 지급기간”이라 함은 “뇌혈관질환 또는 허혈심장질환” 최초 진단확정일로부터 10년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말 합니다. 다만, 10차년도에 “뇌혈관질환 또는 허혈심장질환 주요치료”를 받은 경우에는 “뇌혈관질환 또는 허혈심장질환” 최초 진단확정일로부터 그 치료를 받은 날까지를 “보험금 지급기간”으로 합니다.

## 나. 선택특약

### [1] (간편)상급종합병원뇌혈관·허혈심장질환주요치료비특약(무배당, 갱신형)

구분	지급사유	지급금액
상급종합병원 "뇌혈관질환 또는 허혈심장질환" 주요치료급여금	특약보험기간 중 피보험자가 “뇌혈관질환 또는 허혈심장질환”으로 최초 진단확정 되고, “보험금 지급기간” 이내에 “뇌혈관질환 또는 허혈심장질환”의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에서 “뇌혈관질환 또는 허혈심장질환 주요치료”를 받았을 때 [다만, 최초 진단확정일로부터 “뇌혈관질환 또는 허혈심장질환 주요치료”를 합하여 최대 10년간, 연간 1회에 한하여 지급함(최대 10회 지급)]	특약보험가입금액의 100%

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

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

[2] (간편)종합병원이상암주요치료비특약(치료별 연간1회)(무배당, 갱신형)

가. 간편심사형

구분	지급사유	치료행위	지급금액
종합병원 암, 대장점막내 암 및 비침습방광 암 주요치료 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 (“암”의 경우 암보장개시일) 이후에 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」으로 진단확정 되고, 그 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 “종합병원”에서 “암, 대장점막내암 및 비침습방광암 주요치료”를 받았을 때 (다만, 각 치료행위별로 연간 1회에 한함)	수술	특약보험 가입금액의 100%
		항암 약물치료	
		항암 방사선치료	
		항암 복합치료	
종합병원 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 주요치료 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정 되고, 그 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 “종합병원”에서 “기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 주요치료”를 받았거나, 특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 “종합병원”에서 “기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 주요치료”를 받았을 때 (다만, 각 치료행위별로 연간 1회에 한함)	수술	특약보험 가입금액의 20%
		항암 약물치료	
		항암 방사선치료	
		항암 복합치료	

## 나. 일반심사형

구분	지급사유	치료행위	지급금액
종합병원 암, 대장점막내 암 및 비침습방광 암 주요치료 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 (“암”의 경우 암보장개시일) 이후에 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」으로 진단확정 되고, 그 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 “종합병원”에서 “암, 대장점막내암 및 비침습방광암 주요치료”를 받았을 때 (다만, 각 치료행위별로 연간 1회에 한함)	수술	특약보험 가입금액의 100%
		항암 약물치료	
		항암 방사선치료	
		항암 복합치료	
종합병원 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 주요치료 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 「기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양」으로 진단확정 되고, 그 「기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양」의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 “종합병원”에서 “기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 주요치료”를 받았을 때 (다만, 각 치료행위별로 연간 1회에 한함)	수술	특약보험 가입금액의 20%
		항암 약물치료	
		항암 방사선치료	
		항암 복합치료	

- 주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하거나 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 다만, 특약보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
2. 특약보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 주계약의 보험료 납입면제가 "보험료의 납입을 면제하는 특약"에 의해 납입면제가 된 경우 그 "보험료의 납입을 면제하는 특약"의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이

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

3. “2”에 따라 보험료의 납입이 면제된 이후에 이 특약이 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
4. “암보장개시일”은 최초계약의 계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 하며 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.
5. 이 특약의 “암”은 「기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암」을 제외한 “암”을 말합니다.
6. 이 특약의 “암, 대장점막내암 및 비침습방광암 주요치료”는 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」의 직접적인 치료를 목적으로 “수술”, “항암약물치료”, “항암방사선치료” 또는 “항암복합치료”를 받은 경우를 말하며, 최초로 진단된 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」과 상이한 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」의 직접적인 치료를 위한 “수술”, “항암약물치료”, “항암방사선치료” 또는 “항암복합치료”도 포함합니다.
7. 이 특약의 “기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 주요치료”는 「기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양」의 직접적인 치료를 목적으로 “수술”, “항암약물치료”, “항암방사선치료” 또는 “항암복합치료”를 받은 경우를 말하며, 최초로 진단된 「기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양」과 상이한 「기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양」의 직접적인 치료를 위한 “수술”, “항암약물치료”, “항암방사선치료” 또는 “항암복합치료”도 포함합니다.
8. 피보험자가 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」의 직접적인 치료를 목적으로 “항암약물치료”, “항암방사선치료” 또는 “항암복합치료”를 받은 경우, 동일한 치료행위에 대해서는 “수술”에 따른 「종합병원 암, 대장점막내암 및 비침습방광암 주요치료급여금」은 지급되지 않습니다.
9. 피보험자가 「기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양」의 직접적인 치료를 목적으로 “항암약물치료”, “항암방사선치료” 또는 “항암복합치료”를 받은 경우, 동일한 치료행위에 대해서는 “수술”에 따른 「종합병원 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 주요치료 급여금」은 지급되지 않습니다.

다.

10. “연간”이라 함은 계약일부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.



[3] (간편)상급종합병원(국립암센터, 원자력병원 및 지역암센터 포함)암주요치료비  
 특약(치료별 연간1회)(무배당, 갱신형)

가. 간편심사형

구분	지급사유	치료행위	지급금액
상급종합병원 (국립암센터, 원자력병원 및 지역암센터 포함) 암, 대장점막내암 및 비침습방광암 주요치료급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일(“암”의 경우 암보장개시일) 이후에 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」으로 진단확정 되고, 그 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 상급종합병원(국립암센터, 원자력병원 및 지역암센터 포함)에서 “암, 대장점막내암 및 비침습방광암 주요치료”를 받았을 때 (다만, 각 치료행위별로 연간 1회에 한함)	수술	특약 보험가입 금액의 100%
		항암 약물치료	
		항암 방사선치료	
		항암 복합치료	
상급종합병원 (국립암센터, 원자력병원 및 지역암센터 포함) 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 주요치료급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정 되고, 그 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 상급종합병원(국립암센터, 원자력병원 및 지역암센터 포함)에서 “기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 주요치료”를 받았거나, 특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 상급종합병원(국립암센터, 원자력병원 및 지역암센터 포함)에서 “기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 주요치료”를 받았을 때 (다만, 각 치료행위별로 연간 1회에 한함)	수술	특약 보험가입 금액의 20%
		항암 약물치료	
		항암 방사선치료	
		항암 복합치료	

## 나. 일반심사형

구분	지급사유	치료행위	지급금액
상급종합병원 (국립암센터, 원자력병원 및 지역암센터 포함) 암, 대장점막내암 및 비침습방광암 주요치료급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장 개시일(“암”의 경우 암보장개시일) 이후에 「암, 대장점막내암 또는 비 침습방광암」으로 진단확정 되고, 그 「암, 대장점막내암 또는 비침습 방광암」의 직접적인 치료를 목적으 로 특약보험기간 중 상급종합병원 (국립암센터, 원자력병원 및 지역 암센터 포함)에서 “암, 대장점막내 암 및 비침습방광암 주요치료”를 받았을 때 (다만, 각 치료행위별로 연간 1회에 한함)	수술	특약 보험가입 금액의 100%
		항암 약물치료	
		항암 방사선치료	
		항암 복합치료	
상급종합병원 (국립암센터, 원자력병원 및 지역암센터 포함) 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 주요치료급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장 개시일 이후에 「기타피부암, 갑상 선암, 제자리암 또는 경계성종양」 으로 진단확정 되고, 그 「기타피부 암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계 성종양」의 직접적인 치료를 목적으 로 특약보험기간 중 상급종합병원 (국립암센터, 원자력병원 및 지역 암센터 포함)에서 “기타피부암, 갑 상선암, 제자리암 및 경계성종양 주요치료”를 받았을 때 (다만, 각 치료행위별로 연간 1회에 한함)	수술	특약 보험가입 금액의 20%
		항암 약물치료	
		항암 방사선치료	
		항암 복합치료	

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

2. 특약보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 주계약의 보험료 납입면제가 "보험료의 납입을 면제하는 특약"에 의해 납입면제가 된 경우 그 "보험료의 납입을 면제하는 특약"의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 해당 약관의 「보험료납입면제대상계약」에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.
3. "2"에 따라 보험료의 납입이 면제된 이후에 이 특약이 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
4. "암보장개시일"은 최초계약의 계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 하며 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.
5. 이 특약의 "암"은 「기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암」을 제외한 "암"을 말합니다.
6. 이 특약의 "암, 대장점막내암 및 비침습방광암 주요치료"는 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」의 직접적인 치료를 목적으로 "수술", "항암약물치료", "항암방사선치료" 또는 "항암복합치료"를 받은 경우를 말하며, 최초로 진단된 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」과 상이한 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」의 직접적인 치료를 위한 "수술", "항암약물치료", "항암방사선치료" 또는 "항암복합치료"도 포함합니다.
7. 이 특약의 "기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 주요치료"는 「기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양」의 직접적인 치료를 목적으로 "수술", "항암약물치료", "항암방사선치료" 또는 "항암복합치료"를 받은 경우를 말하며, 최초로 진단된 「기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양」과 상이한 「기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양」의 직접적인 치료를 위한 "수술", "항암약물치료", "항암방사선치료" 또는 "항암복합치료"도 포함합니다.
8. 피보험자가 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」의 직접적인 치료를 목적으로 "항암약물치료", "항암방사선치료" 또는 "항암복합치료"를 받은 경우, 동일한 치료행위에 대해서는 "수술"에 따른 「상급종합병원(국립암

센터, 원자력병원 및 지역암센터 포함) 암, 대장점막내암 및 비침습방광암 주요치료급여금」은 지급되지 않습니다.

9. 피보험자가 「기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양」의 직접적인 치료를 목적으로 “항암약물치료”, “항암방사선치료” 또는 “항암복합치료”를 받은 경우, 동일한 치료행위에 대해서는 “수술”에 따른 「상급종합병원(국립암센터, 원자력병원 및 지역암센터 포함) 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 주요치료급여금」은 지급되지 않습니다.
10. “연간”이라 함은 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

[4] (간편)종합병원이상비급여(전액본인부담 포함)암주요치료비특약(치료별 연간1회)(무배당, 갱신형)

가. 간편심사형

구분	지급사유	치료행위	지급금액
종합병원 비급여(전액본인부담 포함) 암주요치료급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일(“암”의 경우 암보장개시일) 이후에 「암, 대장점막내암, 비침습방광암, 기타피부암 또는 갑상선암」으로 진단확정 되고, 그 「암, 대장점막내암, 비침습방광암, 기타 피부암 또는 갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 “종합병원”에서 “비급여(전액본인부담 포함) 암 주요치료”를 받았거나, 특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 “종합병원”에서 “비급여(전액본인부담 포함) 암 주요치료”를 받았을 때 (다만, 각 치료행위별로 연간 1회에 한함)	비급여(전액본인부담 포함) 수술	특약보험 가입금액 의 100%
		비급여(전액본인부담 포함) 항암 약물치료	
		비급여(전액본인부담 포함) 항암 방사선치료	
		비급여(전액본인부담 포함) 항암 복합치료	

## 나. 일반심사형

구분	지급사유	치료행위	지급금액
종합병원 비급여(전액본인부담 포함) 암주요치료급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일(“암”의 경우 암보장개시일) 이후에 「암, 대장점막내암, 비침습방광암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양」으로 진단확정 되고, 그 「암, 대장점막내암, 비침습방광암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양」의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 “종합병원”에서 “비급여(전액본인부담 포함) 암 주요치료”를 받았을 때 (다만, 각 치료행위별로 연간 1회에 한함)	비급여(전액본인부담 포함) 수술	특약보험 가입금액 의 100%
		비급여(전액본인부담 포함) 항암 약물치료	
		비급여(전액본인부담 포함) 항암 방사선치료	
		비급여(전액본인부담 포함) 항암 복합치료	

- 주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하거나 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 다만, 특약보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
2. 특약보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 주계약의 보험료 납입면제가 "보험료의 납입을 면제하는 특약"에 의해 납입면제가 된 경우 그 "보험료의 납입을 면제하는 특약"의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 해당 약관의 「보험료납입면제대상계약」에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.
3. “2”에 따라 보험료의 납입이 면제된 이후에 이 특약이 갱신되는 경우 갱신계

약의 보험료를 납입하여야 합니다.

4. “암보장개시일”은 최초계약의 계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 하며 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.
5. 이 특약의 “암”은 「기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암」을 제외한 “암”을 말합니다.
6. 이 특약의 “비급여(전액본인부담 포함) 암 주요치료”는 「암, 대장점막내암, 비침습방광암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양」의 직접적인 치료를 목적으로 “비급여(전액본인부담 포함) 수술”, “비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료”, “비급여(전액본인부담 포함) 항암방사선치료” 또는 “비급여(전액본인부담 포함) 항암복합치료”를 받은 경우를 말하며, 최초로 진단된 「암, 대장점막내암, 비침습방광암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양」과 상이한 「암, 대장점막내암, 비침습방광암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양」의 직접적인 치료를 위한 “비급여(전액본인부담 포함) 수술”, “비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료”, “비급여(전액본인부담 포함) 항암방사선치료” 또는 “비급여(전액본인부담 포함) 항암복합치료”도 포함합니다.
7. 피보험자가 「암, 대장점막내암, 비침습방광암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양」의 직접적인 치료를 목적으로 “비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료”, “비급여(전액본인부담 포함) 항암방사선치료” 또는 “비급여(전액본인부담 포함) 항암복합치료”를 받은 경우, 동일한 치료행위에 대해서는 “비급여(전액본인부담 포함) 수술”에 따른 「종합병원 비급여(전액본인부담 포함) 암주요치료급여금」은 지급되지 않습니다.
8. “연간”이라 함은 계약일부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

[5] (간편)종합병원이상고액암주요치료비특약(치료별 연간1회)(무배당, 갱신형)

구분	지급사유	치료행위	지급금액
종합병원 고액암 주요치료 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 고액암보장개시일 이후에 「고액암」으로 진단확정 되고, 그 「고액암」의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 “종합병원”에서 “고액암 주요치료”를 받았을 때 [다만, 각 치료행위별로 연간 1회에 한함]	수술	특약보험가입금액의 100%
		항암 약물치료	
		항암 방사선치료	
		항암 복합치료	

※ 고액암 : 백혈병, 뇌암, 골수암, 췌장암 등

- 주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하거나 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 다만, 특약보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
2. 특약보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 주계약의 보험료 납입면제가 "보험료의 납입을 면제하는 특약"에 의해 납입면제가 된 경우 그 "보험료의 납입을 면제하는 특약"의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 해당 약관의 「보험료납입면제대상계약」에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.
3. “2”에 따라 보험료의 납입이 면제된 이후에 이 특약이 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
4. “고액암보장개시일”은 최초계약의 계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 하며 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일부부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.
5. 이 특약의 “고액암 주요치료”는 「고액암」의 직접적인 치료를 목적으로 「수술,



항암약물치료, 항암방사선치료 또는 항암복합치료」를 받은 경우를 말하며, 최초로 진단된 「고액암」과 상이한 「고액암」의 직접적인 치료를 위한 「수술, 항암약물치료, 항암방사선치료 또는 항암복합치료」도 포함합니다.

6. 피보험자가 「고액암」의 직접적인 치료를 목적으로 “항암약물치료”, “항암방사선치료” 또는 “항암복합치료”를 받은 경우, 동일한 치료행위에 대해서는 “수술”에 따른 종합병원 고액암 주요치료급여금은 지급되지 않습니다.
7. “연간”이라 함은 계약일부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

[6] (간편)암주요치료비특약(무배당, 갱신형)

가. 암, 대장점막내암 및 비침습방광암 주요치료 보장계약

구분	지급사유	지급금액
암, 대장점막내암 및 비침습방광암 주요치료급여금	<p>특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일("암"의 경우 암보장개시일) 이후에 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」으로 최초 진단확정 되고, "암, 대장점막내암 및 비침습방광암 보험금 지급기간" 이내에 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」의 직접적인 치료를 목적으로 "암, 대장점막내암 및 비침습방광암 주요치료"를 받았을 때</p> <p>[다만, 최초 진단확정일로부터 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」의 주요치료를 합하여 최대 10년간, 연간 1회에 한하여 지급함(최대 10회지급)]</p>	<p>특약보험가입금액의 100%</p>

- 주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 또는 "암, 대장점막내암 및 비침습방광암 보험금 지급기간" 중 사망하거나 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 또한, 각 보장계약에 대한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우 각 보장계약에 한하여 그 때부터 효력이 없습니다. 다만, 특약보험기간 또는 "암, 대장점막내암 및 비침습방광암 보험금 지급기간" 중 피보험자가 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
2. 특약보험료 납입기간 중 피보험자가 보장개시일("암"의 경우 암보장개시일) 이후 "암", "대장점막내암" 또는 "비침습방광암"으로 최초 진단확정 되었을 때에는 [암, 대장점막내암 및 비침습방광암 주요치료 보장계약]의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
3. "2"에도 불구하고 특약보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된

경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 주계약의 보험료 납입면제가 "보험료의 납입을 면제하는 특약"에 의해 납입면제가 된 경우 그 "보험료의 납입을 면제하는 특약"의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 해당 약관의 「보험료납입면제대상계약」에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.

4. "3"에 따라 보험료의 납입이 면제된 이후에 이 특약이 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
5. "암보장개시일"은 최초계약의 계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 하며 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.
6. 이 특약의 "암"은 「기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암」을 제외한 "암"을 말합니다.
7. 이 특약의 "암, 대장점막내암 및 비침습방광암 주요치료"는 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」의 직접적인 치료를 목적으로 수술, 항암약물치료 또는 항암방사선치료를 받은 경우를 말하며, 최초로 진단된 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」과 상이한 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」의 직접적인 치료를 위한 수술, 항암약물치료 또는 항암방사선치료도 포함합니다.
8. "연간"이라 함은 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」 최초 진단확정일부터 그 날을 포함하여 매년 진단확정일의 전날까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 년도의 진단확정일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 진단확정일로 합니다.
9. 이 특약의 "암, 대장점막내암 및 비침습방광암 보험금 지급기간"이라 함은 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」 최초 진단확정일로부터 10년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다. 다만, 10차년도에 "암, 대장점막내암 및 비침습방광암 주요치료"를 받은 경우에는 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」 최초 진단확정일로부터 그 치료를 받은 날까지를 "암, 대장점막내암 및 비침습방광암 보험금 지급기간"으로 합니다.

## 나. 기타피부암 및 갑상선암 주요치료 보장계약

구분	지급사유	지급금액
기타피부암 및 갑상선암 주요치료 급여금	<p>특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 「기타피부암 또는 갑상선암」으로 최초 진단확정 되고, “기타피부암 및 갑상선암 보험금 지급기간” 이내에 「기타피부암 또는 갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 “기타피부암 및 갑상선암 주요치료”를 받았을 때</p> <p>[다만, 최초 진단확정일로부터 「기타피부암 또는 갑상선암」의 주요치료를 합하여 최대 10년간, 연간 1회에 한하여 지급함 (최대 10회지급)]</p>	<p>특약보험가입금액의 100%</p>

- 주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 또는 “기타피부암 및 갑상선암 보험금 지급기간” 중 사망하거나 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 또한, 각 보장계약에 대한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우 각 보장계약에 한하여 그 때부터 효력이 없습니다. 다만, 특약보험기간 또는 “기타피부암 및 갑상선암 보험금 지급기간” 중 피보험자가 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
2. 특약보험료 납입기간 중 피보험자가 보장개시일 이후 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 최초 진단확정 되었을 때에는 [기타피부암 및 갑상선암 주요치료 보장계약]의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
3. “2”에도 불구하고 특약보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 주계약의 보험료 납입면제가 “보험료의 납입을 면제하는 특약”에 의해 납입면제가 된 경우 그 “보험료의 납입을 면제하는 특약”의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 해당 약관의 「보험료납입면제대상계약」에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.

4. “3”에 따라 보험료의 납입이 면제된 이후에 이 특약이 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
5. 이 특약의 “기타피부암 및 갑상선암 주요치료”는 「기타피부암 또는 갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 수술, 항암약물치료 또는 항암방사선치료를 받은 경우를 말하며, 최초로 진단된 「기타피부암 또는 갑상선암」과 상이한 「기타피부암 또는 갑상선암」의 직접적인 치료를 위한 수술, 항암약물치료 또는 항암방사선치료도 포함합니다.
6. “연간”이라 함은 「기타피부암 또는 갑상선암」 최초 진단확정일부터 그 날을 포함하여 매년 진단확정일의 전날까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 년도의 진단확정일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 진단확정일로 합니다.
7. 이 특약의 “기타피부암 및 갑상선암 보험금 지급기간”이라 함은 「기타피부암 또는 갑상선암」 최초 진단확정일로부터 10년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다. 다만, 10차년도에 “기타피부암 및 갑상선암 주요치료”를 받은 경우에는 「기타피부암 또는 갑상선암」 최초 진단확정일로부터 그 치료를 받은 날까지를 “기타피부암 및 갑상선암 보험금 지급기간”으로 합니다.

[7] (간편)상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원 포함)암주요치료비특약(무배당, 갱신형)  
[상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원 포함) 암, 대장점막내암 및 비침습방광암 주요치료 보장계약]

구분	지급사유	지급금액
상급종합병원 (국립암센터 및 원자력병원 포함) 암, 대장점막내암 및 비침습방광암 주요치료급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시 일(“암”의 경우 암보장개시일) 이후에 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」 으로 최초 진단확정 되고, “암, 대장점 막내암 및 비침습방광암 보험금 지급기 간” 이내에 「암, 대장점막내암 또는 비 침습방광암」의 직접적인 치료를 목적으 로 상급종합병원(국립암센터 및 원자력 병원 포함)에서 “암, 대장점막내암 및 비침습방광암 주요치료”를 받았을 때 [다만, 최초 진단확정일로부터 상급종합 병원(국립암센터 및 원자력병원 포함)에 서의 「암, 대장점막내암 또는 비침습방 광암」의 주요치료를 합하여 최대 10년 간, 연간 1회에 한하여 지급함(최대 10 회지급)]	특약보험가입금액의 100%

- 주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 또는 “암, 대장점막내암 및 비침습방광암 보험금 지급기간” 중 사망하거나 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 또한, 각 보장계약에 대한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우 각 보장계약에 한하여 그 때부터 효력이 없습니다. 다만, 특약보험기간 또는 “암, 대장점막내암 및 비침습방광암 보험금 지급기간” 중 피보험자가 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
2. 특약보험료 납입기간 중 피보험자가 보장개시일(“암”의 경우 암보장개시일) 이후 “암”, “대장점막내암” 또는 “비침습방광암”으로 최초 진단확정 되었을 때에는 [상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원 포함) 암, 대장점막내암 및

비침습방광암 주요치료 보장계약]의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

3. “2”에도 불구하고 특약보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 주계약의 보험료 납입면제가 “보험료의 납입을 면제하는 특약”에 의해 납입면제가 된 경우 그 “보험료의 납입을 면제하는 특약”의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 해당 약관의 「보험료납입면제대상계약」에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.
4. “3”에 따라 보험료의 납입이 면제된 이후에 이 특약이 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
5. “암보장개시일”은 최초계약의 계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 하며 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.
6. 이 특약의 “암”은 「기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암」을 제외한 “암”을 말합니다.
7. 이 특약의 “암, 대장점막내암 및 비침습방광암 주요치료”는 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원 포함)에서 「수술, 항암약물치료 또는 항암방사선치료」를 받은 경우를 말하며, 최초로 진단된 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」과 상이한 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」의 직접적인 치료를 위한 「수술, 항암약물치료 또는 항암방사선치료」도 포함합니다.
8. “연간”이라 함은 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」 최초 진단확정일부터 그 날을 포함하여 매년 진단확정일의 전날까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 년도의 진단확정일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 진단확정일로 합니다.
9. 이 특약의 “암, 대장점막내암 및 비침습방광암 보험금 지급기간”이라 함은 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」 최초 진단확정일로부터 10년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다. 다만, 10차년도에 “암, 대장점막내암 및 비침습방광암 주요치료”를 받은 경우에는 「암, 대장점막내

암 또는 비침습방광암」, 최초 진단확정일로부터 그 치료를 받은 날까지를  
“암, 대장점막내암 및 비침습방광암 보험금 지급기간”으로 합니다.



[상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원 포함) 기타피부암 및 갑상선암 주요치료 보장계약]

구분	지급사유	지급금액
상급종합병원 (국립암센터 및 원자력병원 포함) 기타피부암 및 갑상선암 주요치료급여 금	<p>특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 「기타피부암 또는 갑상선암」으로 최초 진단확정 되고, “기타피부암 및 갑상선암 보험금 지급기간” 이내에 「기타피부암 또는 갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원 포함)에서 “기타피부암 및 갑상선암 주요치료”를 받았을 때</p> <p>[다만, 최초 진단확정일로부터 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원 포함)에서의 「기타피부암 또는 갑상선암」의 주요치료를 합하여 최대 10년간, 연간 1회에 한하여 지급함(최대 10회 지급)]</p>	<p>특약보험가입금액의 100%</p>

- 주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 또는 “기타피부암 및 갑상선암 보험금 지급기간” 중 사망하거나 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 또한, 각 보장계약에 대한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우 각 보장계약에 한하여 그 때부터 효력이 없습니다. 다만, 특약보험기간 또는 “기타피부암 및 갑상선암 보험금 지급기간” 중 피보험자가 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
2. 특약보험료 납입기간 중 피보험자가 보장개시일 이후 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 최초 진단확정 되었을 때에는 [상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원 포함) 기타피부암 및 갑상선암 주요치료 보장계약]의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
3. “2”에도 불구하고 특약보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된

경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 주계약의 보험료 납입면제가 "보험료의 납입을 면제하는 특약"에 의해 납입면제가 된 경우 그 "보험료의 납입을 면제하는 특약"의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 해당 약관의 「보험료납입면제대상계약」에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.

4. “3”에 따라 보험료의 납입이 면제된 이후에 이 특약이 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
5. 이 특약의 “기타피부암 및 갑상선암 주요치료”는 「기타피부암 또는 갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원 포함)에서 「수술, 항암약물치료 또는 항암방사선치료」를 받은 경우를 말하며, 최초로 진단된 「기타피부암 또는 갑상선암」과 상이한 「기타피부암 또는 갑상선암」의 직접적인 치료를 위한 「수술, 항암약물치료 또는 항암방사선치료」도 포함합니다.
6. “연간”이라 함은 「기타피부암 또는 갑상선암」 최초 진단확정일부터 그 날을 포함하여 매년 진단확정일의 전날까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 년도의 진단확정일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 진단확정일로 합니다.
7. 이 특약의 “기타피부암 및 갑상선암 보험금 지급기간”이라 함은 「기타피부암 또는 갑상선암」 최초 진단확정일로부터 10년까지의 기간으로 보험금 지급대상이 되는 기간을 말합니다. 다만, 10차년도에 “기타피부암 및 갑상선암 주요치료”를 받은 경우에는 「기타피부암 또는 갑상선암」 최초 진단확정일로부터 그 치료를 받은 날까지를 “기타피부암 및 갑상선암 보험금 지급기간”으로 합니다.

[8] (간편)비급여(전액본인부담 포함)암주요치료비특약(무배당, 갱신형)

구분	지급사유	지급금액
비급여(전액본인부담 포함) 암주요치료급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 (“암”의 경우 암보장개시일) 이후에 「암, 대장점막내암, 비침습방광암, 기타피부암 또는 갑상선암」으로 최초 진단확정 되고, “보험금 지급기간” 이내에 「암, 대장점막내암, 비침습방광암, 기타피부암 또는 갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 “비급여(전액본인부담 포함) 암 주요치료”를 받았을 때 [다만, 최초 진단확정일로부터 「암, 대장점막내암, 비침습방광암, 기타피부암 또는 갑상선암」의 “비급여(전액본인부담 포함) 암 주요치료”를 합하여 최대 10년간, 연간 1회에 한하여 지급함(최대 10회 지급)]	특약보험가입금액의 100%

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

니다.

② 피보험자가 보장개시일(“암”의 경우 암보장개시일) 이후 「암, 대장점막내암, 비침습방광암, 기타피부암 또는 갑상선암」으로 최초 진단확정 되었을 경우

3. “암보장개시일”은 최초계약의 계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 하며 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.
4. 이 특약의 “암”은 「기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암」을 제외한 “암”을 말합니다.
5. 이 특약의 “비급여(전액본인부담 포함) 암 주요치료”는 「암, 대장점막내암, 비침습방광암, 기타피부암 또는 갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 “비급여(전액본인부담 포함) 수술”, “비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료”, “비급여(전액본인부담 포함) 항암방사선치료”를 받은 경우를 말하며, 최초로 진단된 「암, 대장점막내암, 비침습방광암, 기타피부암 또는 갑상선암」과 상이한 「암, 대장점막내암, 비침습방광암, 기타피부암 또는 갑상선암」의 직접적인 치료를 위한 “비급여(전액본인부담 포함) 수술”, “비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료” 또는 “비급여(전액본인부담 포함) 항암방사선치료”도 포함합니다.
6. “연간”이라 함은 「암, 대장점막내암, 비침습방광암, 기타피부암 또는 갑상선암」 최초 진단확정일부터 그 날을 포함하여 매년 진단확정일의 전날까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 년도의 진단확정일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 진단확정일로 합니다.
7. 이 특약의 “보험금 지급기간”이라 함은 “「암, 대장점막내암, 비침습방광암, 기타피부암 또는 갑상선암」 최초 진단확정일로부터 10년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다. 다만, 10차년도에 “비급여(전액본인부담 포함) 암 주요치료”를 받은 경우에는 「암, 대장점막내암, 비침습방광암, 기타피부암 또는 갑상선암」 최초 진단확정일로부터 그 치료를 받은 날까지를 “보험금 지급기간”으로 합니다.

[9] (간편)비급여(전액본인부담 포함)항암약물치료특약(무배당, 갱신형)

구분	지급사유	지급금액
비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료급여금	<p>특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일("암"의 경우 암보장개시일) 이후에 「암, 대장점막내암, 비침습방광암, 기타 피부암 또는 갑상선암」으로 최초 진단 확정 되고, "보험금 지급기간" 이내에 「암, 대장점막내암, 비침습방광암, 기타 피부암 또는 갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료"를 받았을 때</p> <p>[다만, 최초 진단확정일로부터 「암, 대장점막내암, 비침습방광암, 기타피부암 또는 갑상선암」의 "비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료"를 합하여 최대 10년간, 연간 1회에 한하여 지급함 (최대 10회 지급)]</p>	<p>특약보험가입금액의 100%</p>

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

니다.

② 피보험자가 보장개시일(“암”의 경우 암보장개시일) 이후 「암, 대장점막내암, 비침습방광암, 기타피부암 또는 갑상선암」으로 최초 진단확정 되었을 경우

3. “암보장개시일”은 최초계약의 계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 하며 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.
4. 이 특약의 “암”은 「기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암」을 제외한 “암”을 말합니다.
5. 이 특약의 “비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료”는 「암, 대장점막내암, 비침습방광암, 기타피부암 또는 갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 받은 “항암약물치료”로 인해 발생한 진료비 세부내역서의 항암제의 약제비가 “비급여” 또는 “전액본인부담”에 해당하는 진료행위를 말하며, 최초로 진단된 「암, 대장점막내암, 비침습방광암, 기타피부암 또는 갑상선암」과 상이한 「암, 대장점막내암, 비침습방광암, 기타피부암 또는 갑상선암」의 직접적인 치료를 위한 “비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료”도 포함합니다.
6. “연간”이라 함은 「암, 대장점막내암, 비침습방광암, 기타피부암 또는 갑상선암」 최초 진단확정일로부터 그 날을 포함하여 매년 진단확정일의 전날까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 년도의 진단확정일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 진단확정일로 합니다.
7. 이 특약의 “보험금 지급기간”이라 함은 「암, 대장점막내암, 비침습방광암, 기타피부암 또는 갑상선암」 최초 진단확정일로부터 10년까지의 기간으로 보험금 지급 대상이 되는 기간을 말합니다. 다만, 10차년도에 “비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료”를 받은 경우에는 「암, 대장점막내암, 비침습방광암, 기타피부암 또는 갑상선암」 최초 진단확정일로부터 그 치료를 받은 날까지를 “보험금 지급기간”으로 합니다.

[10] (간편)[기본]일반암진단특약(무배당, 갱신형)

구분	지급사유	지급금액
암진단 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 “암” 및 “중증 갑상선암” 보장개시일 이후에 “「여성유방암 및 전립선암」 이외의 암” 또는 “중증 갑상선암”으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 50%를 지급함)

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

- 주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하거나 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 다만, 특약보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적용한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
2. “암” 및 “중증 갑상선암” 보장개시일은 최초계약의 계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 하며 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.
3. 이 특약의 “암”은 「기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암」을 제외하며, “「여성유방암 및 전립선암」 이외의 암”이라 함은 “암” 중에서 “여성유방암” 및 “전립선암”을 제외한 “암”을 말합니다.
4. 이 특약의 “중증 갑상선암”은 “갑상선암”에 해당하는 질병 중 “수질성암(Medullary carcinoma)” 또는 “역형성암(Anaplastic carcinoma)”에 해당하는 질병을 말하며, “중증 이외 갑상선암”이라 함은 “갑상선암”에 해당하는 질병 중 “중증 갑상선암”을 제외한 나머지 갑상선암을 말합니다.

[11] (간편)[기본]남녀특정암진단특약(무배당, 갱신형)

구분	지급사유	지급금액
여성유방암 진단급여금	특약보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 “여성유방암”으로 진단 확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 최초계약의 계약일부터 2년 미만: 특약보험가입금액의 50%</li> <li>- 최초계약의 계약일부터 2년 이상 4년 미만: 특약보험가입금액의 75%</li> <li>- 최초계약의 계약일부터 4년 이상: 특약보험가입금액의 100%</li> <li>- 갱신계약: 특약보험가입금액의 100%</li> </ul>
전립선암 진단급여금	특약보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 “전립선암”으로 진단 확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 최초계약의 계약일부터 2년 미만: 특약보험가입금액의 50%</li> <li>- 최초계약의 계약일부터 2년 이상 4년 미만: 특약보험가입금액의 75%</li> <li>- 최초계약의 계약일부터 4년 이상: 특약보험가입금액의 100%</li> <li>- 갱신계약: 특약보험가입금액의 100%</li> </ul>

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

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

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

2. 암보장개시일은 최초계약의 계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 하며 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계



약의 경우 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.

3. 이 특약의 “암”은 「기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암」을 제외한 “암”을 말합니다.

[12] (간편)[기본]소액암진단특약(무배당, 갱신형)

구분	지급사유	지급금액
소액암 진단급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 “기타피부암”, “중증이외 갑상선암”, “제자리암”, “경계성종양”, “대장점막내암” 또는 “비침습방광암”으로 진단확정 되었을 때 (다만, 각각 최초1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 50%를 지급함)

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

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

[13] (간편)암특정검사지원특약(무배당, 갱신형)

가. 간편심사형

구분	지급사유	지급금액
암 CT검사 지원비	<p>특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일(“암”의 경우 암보장개시일) 이후 암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 또는 비침습방광암으로 진단이 확정되고, 특약보험기간 중 그 암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 또는 비침습방광암의 치료 또는 진행여부 확인을 위한 필요소견을 토대로 “CT촬영”을 받았거나,</p> <p>특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후 제자리암 또는 경계성종양의 치료 또는 진행여부 확인을 위한 필요소견을 토대로 “CT촬영”을 받았을 때(다만, 연간 1회에 한함)</p>	<p>특약 보험가입금액의 1.0%</p> <p>(다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약 보험가입금액의 0.5%를 지급함)</p>
암 PET검사 지원비	<p>특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일(“암”의 경우 암보장개시일) 이후 암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 또는 비침습방광암으로 진단이 확정되고, 특약보험기간 중 그 암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 또는 비침습방광암의 치료 또는 진행여부 확인을 위한 필요소견을 토대로 “PET촬영”을 받았거나,</p> <p>특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후 제자리암 또는 경계성종양의 치료 또는 진행여부 확인을 위한 필요소견을 토대로 “PET촬영”을 받았을 때(다만, 연간 1회에 한함)</p>	<p>특약 보험가입금액의 1.0%</p> <p>(다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약 보험가입금액의 0.5%를 지급함)</p>

구분	지급사유	지급금액
암 MRI검사 지원비	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일("암"의 경우 암보장개시일) 이후 암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 또는 비침습방광암으로 진단이 확정되고, 특약보험기간 중 그 암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 또는 비침습방광암의 치료 또는 진행여부 확인을 위한 필요소견을 토대로 "MRI촬영"을 받았거나, 특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후 제자리암 또는 경계성종양의 치료 또는 진행여부 확인을 위한 필요소견을 토대로 "MRI촬영"을 받았을 때(다만, 연간 1회에 한함)	특약 보험가입금액의 1.0% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약 보험가입금액의 0.5%를 지급함)
암 초음파검사 지원비	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일("암"의 경우 암보장개시일) 이후 암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 또는 비침습방광암으로 진단이 확정되고, 특약보험기간 중 그 암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 또는 비침습방광암의 치료 또는 진행여부 확인을 위한 필요소견을 토대로 "초음파검사"을 받았거나, 특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후 제자리암 또는 경계성종양의 치료 또는 진행여부 확인을 위한 필요소견을 토대로 "초음파검사"을 받았을 때(다만, 연간 1회에 한함)	특약 보험가입금액의 1.0% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약 보험가입금액의 0.5%를 지급함)
※ 1년미만 : 최초계약의 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지		

## 나. 일반심사형

구분	지급사유	지급금액
암 CT검사 지원비	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일(“암”의 경우 암보장개시일) 이후 암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 비침습방광암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단이 확정되고, 특약보험기간 중 그 암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 비침습방광암, 제자리암 또는 경계성종양의 치료 또는 진행여부 확인을 위한 필요소견을 토대로 “CT촬영”을 받았을 때(다만, 연간 1회에 한함)	특약 보험가입금액의 1.0% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약 보험가입금액의 0.5%를 지급함)
암 PET검사 지원비	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일(“암”의 경우 암보장개시일) 이후 암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 비침습방광암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단이 확정되고, 특약보험기간 중 그 암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 비침습방광암, 제자리암 또는 경계성종양의 치료 또는 진행여부 확인을 위한 필요소견을 토대로 “PET촬영”을 받았을 때(다만, 연간 1회에 한함)	특약 보험가입금액의 1.0% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약 보험가입금액의 0.5%를 지급함)
암 MRI검사 지원비	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일(“암”의 경우 암보장개시일) 이후 암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 비침습방광암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단이 확정되고, 특약보험기간 중 그 암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 비침습방광암, 제자리암 또는 경계성종양의 치료 또는 진행여부 확인을 위한 필요소견을 토대로 “MRI촬영”을 받았을 때(다만, 연간 1회에 한함)	특약 보험가입금액의 1.0% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약 보험가입금액의 0.5%를 지급함)

구분	지급사유	지급금액
암 초음파검사 지원비	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일("암"의 경우 암보장개시일) 이후 암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 비침습방광암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단이 확정되고, 특약보험기간 중 그 암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 비침습방광암, 제자리암 또는 경계성종양의 치료 또는 진행여부 확인을 위한 필요조건을 토대로 "초음파검사"를 받았을 때(다만, 연간 1회에 한함)	특약 보험가입금액의 1.0% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약 보험가입금액의 0.5%를 지급함)

※ 1년미만 : 최초계약의 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지

- 주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하였을 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 다만, 특약보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
2. 특약보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 주계약의 보험료 납입면제가 "보험료의 납입을 면제하는 특약"에 의해 납입면제가 된 경우 그 "보험료의 납입을 면제하는 특약"의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 해당 약관의 「보험료납입면제대상계약」에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.
3. "2"에 따라 보험료의 납입이 면제된 이후에 이 특약이 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
4. "암보장개시일"은 최초계약의 계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 하며 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.
5. 이 특약의 "암"은 「기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암」을

제외한 “암”을 말합니다.

6. 암 CT 검사지원비, 암 PET 검사지원비, 암 MRI 검사지원비, 암 초음파 검사지원비의 경우 암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 비침습방광암, 제자리암 또는 경계성종양의 치료 또는 진행여부확인을 위한 필요소견을 토대로 각 검사를 받았을 경우에만 보험금을 지급합니다.
7. PET-CT와 PET-MRI는 암 PET 검사지원비에 포함되며, 암 CT 검사지원비와 암 MRI 검사지원비를 중복하여 보험금을 지급하지 않습니다.
8. ‘연간’이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

[14] (간편)급여암특정재활치료특약(무배당, 갱신형)

구분	지급사유	지급금액
[기본물리] 급여 암특정 재활치료 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일(암의 경우 암보장개시일) 이후에 암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 또는 비침습방광암으로 진단확정 되고, 그 암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 또는 비침습방광암의 치료를 목적으로 특약보험기간 중 급여암특정재활치료(기본물리치료)를 받았을 때 (다만, 1일 1회, 연간 20회에 한함)	특약보험가입금액의 0.2% (다만, “간편심사형”에 한하여 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 0.1%”를 지급함)
[단순재활] 급여 암특정 재활치료 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일(암의 경우 암보장개시일) 이후에 암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 또는 비침습방광암으로 진단확정 되고, 그 암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 또는 비침습방광암의 치료를 목적으로 특약보험기간 중 급여암특정재활치료(단순재활치료)를 받았을 때 (다만, 1일 1회, 연간 20회에 한함)	특약보험가입금액의 0.5% (다만, “간편심사형”에 한하여 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 0.25%”를 지급함)
[전문재활] 급여 암특정 재활치료 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일(암의 경우 암보장개시일) 이후에 암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 또는 비침습방광암으로 진단확정 되고, 그 암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 또는 비침습방광암의 치료를 목적으로 특약보험기간 중 급여암특정재활치료(전문재활치료 및 기타이학요법)를 받았을 때 (다만, 1일 1회, 연간 20회에 한함)	특약보험가입금액의 1% (다만, “간편심사형”에 한하여 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 0.5%”를 지급함)

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



- 주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하였을 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 더 이상 효력이 없습니다. 다만, 특약보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
2. “암보장개시일”은 최초계약의 계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 하며 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.
3. 이 특약의 “암”은 「기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암」을 제외한 “암”을 말합니다.
4. “연간”이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

[15] (간편)암직접치료통원특약(무배당, 갱신형)

가. 간편심사형

구분	지급사유	지급금액	
암직접 치료 통원급 여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일(암의 경우 암보장개시일) 이후에 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」으로 진단확정 되고, 그 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 통원하였을 때 (통원 1회당, 1일 1회에 한함)	암, 대장점막내암 또는 비침습방광암	특약보험가입금액의 1% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 0.5%”를 지급함)
	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 기타 피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 통원하였을 때 (통원 1회당, 1일 1회에 한함)	기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양	특약보험가입금액의 0.6% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 0.3%”를 지급함)

※ 1년미만 : 최초계약의 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지

- 주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하였을 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 다만, 특약보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
2. “암보장개시일”은 최초계약의 계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 하며 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약

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

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

## 나. 일반심사형

구분	지급사유	지급금액	
암직접 치료 통원급 여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일(암의 경우 암보장개시일) 이후에 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단확정 되고, 그 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 통원하였을 때 (통원 1회당, 1일 1회에 한함)	암, 대장점막내 암 또는 비침습방광 암	특약보험가입금액의 1% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 0.5%”를 지급함)
		기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양	특약보험가입금액의 0.6% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 0.3%”를 지급함)

※ 1년미만 : 최초계약의 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지

- 주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하였을 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 다만, 특약보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
2. “암보장개시일”은 최초계약의 계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 하며 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약

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

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

[16] (간편)암직접치료상급종합병원통원특약(무배당, 갱신형)

가. 간편심사형

구분	지급사유	지급금액
암직접치료 상급 종합병원 통원급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일(암의 경우 암보장개시일) 이후에 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “대장점막내암” 또는 “비침습방광암”으로 진단확정 되고, 그 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “대장점막내암” 또는 “비침습방광암”의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 상급종합병원에 통원하였을 때(통원 1회당, 1일 1회에 한함)	특약보험가입금액의 1% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 0.5%를 지급함)
	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 “제자리암 또는 경계성종양”의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 상급종합병원에 통원하였을 때 (통원 1회당, 1일 1회에 한함)	특약보험가입금액의 0.6% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 0.3%를 지급함)

※ 1년미만 : 최초계약의 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지

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

제외한 “암”을 말합니다.

4. 각 상급종합병원 통원급여금의 경우 지급횟수는 상급종합병원에 통원한 날만을 기준으로 계산합니다.

## 나. 일반심사형

구분	지급사유	지급금액
암직접치료 상급 종합병원 통원급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 (암의 경우 암보장개시일) 이후에 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “대장점막내암” 또는 “비침습방광암”으로 진단확정되고, 그 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “대장점막내암” 또는 “비침습방광암”의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 상급종합병원에 통원하였을 때(통원 1회당, 1일 1회에 한함)	특약보험가입금액의 1% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 0.5%를 지급함)
	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 “제자리암 또는 경계성종양”으로 진단확정되고, 그 “제자리암 또는 경계성종양”의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 상급종합병원에 통원하였을 때 (통원 1회당, 1일 1회에 한함)	특약보험가입금액의 0.6% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 0.3%를 지급함)

※ 1년미만 : 최초계약의 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지

- 주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하였을 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 다만, 특약보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
2. “암보장개시일”은 최초계약의 계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 하며 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약

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

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

[17] (간편)[기본]뇌혈관질환진단특약(무배당, 갱신형)

구분	지급사유	지급금액
뇌혈관질환 진단급여금	특약보험기간 중 피보험자가 뇌혈관 질환으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 50%”를 지급함)

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

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



[18] (간편)[기본]허혈심장질환진단특약(무배당, 갱신형)

구분	지급사유	지급금액
허혈심장질환 진단급여금	특약보험기간 중 피보험자가 허혈심장 질환으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최 초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생 한 경우 “특약보험가입금액의 50%”를 지급함)

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

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

[19] (간편)뇌혈관·허혈심장질환통원특약(무배당, 갱신형)

가. 간편심사형

구분	지급사유	지급금액
뇌혈관질환 통원급여금	특약보험기간 중 피보험자가 “뇌혈관질환”의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 통원하였을 때 (통원 1회당, 1일 1회, 연간 30회에 한함)	특약보험가입금액의 1% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만 발생한 경우 특약보험가입금액의 0.5%를 지급함)
허혈심장질환 통원급여금	특약보험기간 중 피보험자가 “허혈심장질환”의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 통원하였을 때 (통원 1회당, 1일 1회, 연간 30회에 한함)	특약보험가입금액의 1% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만 발생한 경우 특약보험가입금액의 0.5%를 지급함)

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

## 나. 일반심사형

구분	지급사유	지급금액
뇌혈관질환 통원급여금	특약보험기간 중 피보험자가 “뇌혈관질환”으로 진단확정 되고, 그 “뇌혈관질환”의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 통원하였을 때 (통원 1회당, 1일 1회, 연간 30회에 한함)	특약보험가입금액의 1% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 0.5%를 지급함)
허혈심장질환 통원급여금	특약보험기간 중 피보험자가 “허혈심장질환”으로 진단확정 되고, 그 “허혈심장질환”의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 통원하였을 때 (통원 1회당, 1일 1회, 연간 30회에 한함)	특약보험가입금액의 1% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 0.5%를 지급함)

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

- 주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하였을 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 다만, 특약보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
2. 각 통원급여금의 경우 지급횟수는 통원한 날만을 기준으로 계산합니다.

[20] (간편)뇌혈관·허혈심장질환상급종합병원통원특약(무배당, 갱신형)

가. 간편심사형

구분	지급사유	지급금액
뇌혈관질환 상급종합병원 통원급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시 일 이후에 “뇌혈관질환”의 직접적인 치 료를 목적으로 특약보험기간 중 상급종 합병원에 통원하였을 때 (통원 1회당, 1일 1회, 연간 30회에 한함)	특약보험가입금액의 1% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 0.5%를 지급함)
허혈심장질환 상급종합병원 통원급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시 일 이후에 “허혈심장질환”의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 상급 종합병원에 통원하였을 때 (통원 1회당, 1일 1회, 연간30회에 한함)	특약보험가입금액의 1% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 0.5%를 지급함)
※ 1년 미만 : 최초계약의 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지		

## 나. 일반심사형

구분	지급사유	지급금액
뇌혈관질환 상급종합병원 통원급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 “뇌혈관질환”으로 진단확정 되고, 그 “뇌혈관질환”의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 상급종합병원에 통원하였을 때 (통원 1회당, 1일 1회, 연간 30회에 한함)	특약보험가입금액의 1% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 0.5%를 지급함)
허혈심장질환 상급종합병원 통원급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 “허혈심장질환”으로 진단확정 되고, 그 “허혈심장질환”의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 상급종합병원에 통원하였을 때 (통원 1회당, 1일 1회, 연간 30회에 한함)	특약보험가입금액의 1% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 0.5%를 지급함)

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

- 주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하였을 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 다만, 특약보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
2. 각 상급종합병원 통원급여금의 경우 지급횟수는 상급종합병원에 통원한 날만을 기준으로 계산합니다.
3. 각 상급종합병원 통원급여금의 경우 하루에 2회 이상 통원 치료시 1회에 한하여 지급합니다.

## [21] 고혈압(원발성)약물치료특약(무배당, 갱신형)

구분	지급사유	지급금액
고혈압 (원발성)약물 치료급여금	특약보험기간 중 피보험자가 고혈압보장개시일 이후에 “고혈압(원발성)”으로 진단이 확정되고, 그 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 180일 이상의 기간동안 “고혈압(원발성)약물치료”를 받은 때 (다만, 최초1회에 한함)	특약보험가입금액의 10%

- 주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하거나 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 더 이상 효력이 없습니다. 다만, 특약보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
2. “고혈압보장개시일”은 최초계약의 계약일부터 그날을 포함하여 1년이 지난날의 다음 날로 하며 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일부터 그날을 포함하여 1년이 지난날의 다음 날로 합니다.
3. “고혈압(원발성)약물치료”라 함은 의사가 피보험자의 “고혈압(원발성)”의 직접적인 치료를 목적으로 하는 약물(식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 ‘214(혈압강하제)’(예규 개정예에 따라 분류번호가 변경되는 경우 ‘혈압강하제’에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품)을 180일 이상의 기간에 대해 처방하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, “고혈압(원발성)”이 동반되지 않고 기타질환의 증상관리나 합병증 예방을 목적으로 혈압강하제가 투여된 경우에는 보상하지 않습니다.
4. 약물을 180일 이상의 기간에 대해 처방하여 치료하는 것이라 함은 약물 처방일수의 합이 누적하여 180일 이상 처방하여 치료하는 것을 의미합니다.

[22] 당뇨병(당화혈색소 6.5%이상)진단특약(무배당, 갱신형)

구분	지급사유	지급금액
당뇨병(당화혈색소 6.5%이상)진단급여금	특약보험기간 중 피보험자가 당뇨보장개시일 이후에 “당뇨병(당화혈색소 6.5%이상)”으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 10%

- 주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하거나 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 더 이상 효력이 없습니다. 다만, 특약보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
2. “당뇨보장개시일”은 최초계약의 계약일부터 그날을 포함하여 1년이 지난날의 다음 날로 하며 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일부터 그날을 포함하여 1년이 지난날의 다음 날로 합니다.
3. “당뇨병(당화혈색소 6.5%이상)”이라 함은 “당뇨병 대상 분류표”에 해당하는 항목 중에서 당화혈색소(HbA1c) 6.5% 이상을 만족하는 당뇨병으로 진단받은 경우를 말합니다.

[23] 당뇨병(당화혈색소 7.5%이상)진단특약(무배당, 갱신형)

구분	지급사유	지급금액
당뇨병(당화혈색소 7.5%이상)진단급여금	특약보험기간 중 피보험자가 당뇨보장개시일 이후에 “당뇨병(당화혈색소 7.5%이상)”으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 10%

- 주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하거나 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 더 이상 효력이 없습니다. 다만, 특약보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
2. “당뇨보장개시일”은 최초계약의 계약일부터 그날을 포함하여 1년이 지난날의 다음 날로 하며 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일부터 그날을 포함하여 1년이 지난날의 다음 날로 합니다.
3. “당뇨병(당화혈색소 7.5%이상)”이라 함은 “당뇨병 대상 분류표”에 해당하는 항목 중에서 당화혈색소(HbA1c) 7.5% 이상을 만족하는 당뇨병으로 진단받은 경우를 말합니다.



[24] 당뇨병(당화혈색소 8.5%이상)진단특약(무배당, 갱신형)

구분	지급사유	지급금액
당뇨병(당화혈색소 8.5%이상)진단급여금	특약보험기간 중 피보험자가 당뇨보장개시일 이후에 “당뇨병(당화혈색소 8.5%이상)”으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 10%

- 주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하거나 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 더 이상 효력이 없습니다. 다만, 특약보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
2. “당뇨보장개시일”은 최초계약의 계약일부터 그날을 포함하여 1년이 지난날의 다음 날로 하며 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일부터 그날을 포함하여 1년이 지난날의 다음 날로 합니다.
3. “당뇨병(당화혈색소 8.5%이상)”이라 함은 “당뇨병 대상 분류표”에 해당하는 항목 중에서 당화혈색소(HbA1c) 8.5% 이상을 만족하는 당뇨병으로 진단받은 경우를 말합니다.

## [25] (간편)대상포진·통풍진단특약(무배당, 갱신형)

- ※ 1년 미만 : 최초계약의 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지
- ※ 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하거나 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 또한, 이 특약의 피보험자에게 특약보험기간 중 각 보장계약에 대한 지급사유가 발생하였을 경우 각 보장계약에 한하여 그때부터 효력이 없습니다. 다만, 특약보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
- ※ 각 보장계약을 합하여 “특약”이라 하며, 이 특약의 보험금 지급사유가 모두 발생시에 이미 납입한 특약 보험료가 보험금 총액을 초과하는 경우, 보험금 총액이 이미 납입한 특약보험료가 되도록 지급하여 드립니다.

### [대상포진 보장계약]

구분	지급사유	지급금액
대상포진 진단급여금	특약보험기간 중 피보험자가 “대상포진”으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 10% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 5%”를 지급함)

### [통풍 보장계약]

구분	지급사유	지급금액
통풍 진단급여금	특약보험기간 중 피보험자가 “통풍”으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 10% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 5%”를 지급함)

[26] (간편)중증질환자[암]산정특례대상보장특약(무배당, 갱신형)

구분	지급사유	지급금액
중증질환자[암] 산정특례대상 보장급여금	특약보험기간 중 피보험자가 중증질환자[암]산정특례대상보장개시일 이후에 “중증질환자[암] 본인일부부담금 산정특례 대상 질병”으로 진단확정되고, 그 “중증질환자[암] 본인일부부담금 산정특례 대상 질병”을 직접적인 원인으로 특약보험기간 중 “중증질환자[암] 산정특례대상”에 “중증질환자[암] 산정특례 신규암 등록”되는 경우 (다만, 최초1회에 한함)	특약보험가입금액의 100% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 50%”를 지급함)

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

- 주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하거나 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 더 이상 효력이 없습니다. 다만, 특약보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
2. 이 특약의 “중증질환자[암]산정특례대상보장개시일”은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 합니다. 다만, 부활(효력회복) 계약의 경우에는 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 합니다.
3. 다만, 중증질환자[암] 산정특례대상 재등록은 보험금 지급사유에 해당하지 않습니다.

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

구분	지급사유	지급금액
중증질환자 [뇌혈관질환] 산정특례대상 보장급여금	특약보험기간 중 피보험자가 “중증질환자[뇌혈관질환]산정특 례대상”으로 적용되는 경우(다 만, 연간1회에 한함)	특약보험가입금액의 100% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급 사유가 발생한 경우 “특약보험가입 금액의 50%”를 지급함)

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

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

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

구분	지급사유	지급금액
중증질환자 [심장질환] 산정특례대상 보장급여금	특약보험기간 중 피보험자가 “중증질환자[심장질환]산정특 례대상”으로 적용되는 경우(다 만, 연간1회에 한함)	특약보험가입금액의 100% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사 유가 발생한 경우 “특약보험가입금액 의 50%”를 지급함)

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

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

[29] (간편)[180일한도형]첫날부터입원특약(무배당, 갱신형)

구분	지급사유	지급금액
입원 급여금	특약보험기간 중 「피보험자가 질병 또는 재해로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 1일 이상 계속 입원」하였을 때 (다만, 1회 입원당 180일 한도)	<b>【입원일수 1일당】</b> 특약보험가입금액의 1% (다만, “간편심사형”에 한하여 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 0.5%”를 지급함)

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

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

[30] (간편)[30일한도형]첫날부터입원특약(무배당, 갱신형)

구분	지급사유	지급금액
입원 급여금	특약보험기간 중 「피보험자가 질병 또는 재해로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 1일 이상 계속 입원」하였을 때 (다만, 1회 입원당 30일 한도)	<b>【입원일수 1일당】</b> 특약보험가입금액의 1% (다만, “간편심사형”에 한하여 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 0.5%”를 지급함)

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

- 주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하였을 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 더 이상 효력이 없습니다. 다만, 특약보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
2. “간편심사형”의 경우 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 “입원급여금” 지급사유가 발생하고 계속 입원 중에 1년 이상이 될 경우에는 계약일부터 1년 이상이 된 날부터 삭감하지 않습니다.
3. “입원급여금”의 지급일수는 1회 입원당 30일을 최고한도로 합니다. 다만, 특약이 갱신되어 입원이 갱신 전후에 계속되는 경우에 그 지급일수는 갱신 전후에 계속되는 총 입원일을 기준으로 1회 입원당 30일을 최고한도로 하여 계산합니다.
4. 상기 질병 또는 재해는 “질병 및 재해분류표”에서 정하는 질병 또는 재해를 말합니다.



[31] (간편)[10일한도형]첫날부터입원특약(무배당, 갱신형)

구분	지급사유	지급금액
입원 급여금	특약보험기간 중 「피보험자가 질병 또는 재해로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 1일 이상 계속 입원」하였을 때 (다만, 1회 입원당 10일 한도)	【입원일수 1일당】 특약보험가입금액의 1% (다만, “간편심사형”에 한하여 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 0.5%”를 지급함)

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

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

[32] (간편)첫날부터중환자실입원특약(무배당, 갱신형)

구분	지급사유	지급금액
중환자실 입원급여금	특약보험기간 중 「피보험자가 질병 또는 재해로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 1일 이상 계속 “중환자실”에 입원」하였을 때 (다만, 1회 입원당 60일 한도)	【입원일수 1일당】 특약보험가입금액의 1% (다만, “간편심사형”에 한하여 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 0.5%를 지급함)

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

- 주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하였을 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 더 이상 효력이 없습니다. 다만, 특약보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
2. “간편심사형”의 경우 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 보험금 지급사유가 발생하고 계속 입원 중에 1년 이상이 될 경우에는 최초계약의 계약일부터 1년 이상이 된 날부터 삭감하지 않습니다.
3. “중환자실 입원급여금”의 지급일수는 1회 입원당 60일을 최고한도로 합니다. 다만, 특약이 갱신되어 입원이 갱신 전후에 계속되는 경우에 그 지급일수는 갱신 전후에 계속되는 총 입원일을 기준으로 1회 입원당 60일을 최고한도로 하여 계산합니다.
4. 상기 질병 또는 재해는 “질병 및 재해분류표”에서 정하는 질병 또는 재해를 말합니다.

[33] (간편)첫날부터상급종합병원입원특약(무배당, 갱신형)

구분	지급사유	지급금액
상급종합병원 입원급여금	특약보험기간 중 「피보험자가 질병 또는 재해로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 1일 이상 계속 “상급종합병원”에 입원」하였을 때 (다만, 1회 입원당 180일 한도)	【입원일수 1일당】 특약보험가입금액의 1.0% (다만, “간편심사형”에 한하여 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 0.5%를 지급함)

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

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

[34] (간편)3대질환간병인사용입원특약(무배당, 갱신형)  
[일반심사형의 경우]

구분	지급사유	지급금액
3대질환 간병인 사용 입원급여금 (상급종합병원)	특약보험기간 중 「피보험자가 보장개시일 (암의 경우 암보장개시일) 이후에 “3대질환”으로 진단 확정되고, 그 진단된 “3대질환”의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 1일 이상 계속하여 상급종합병원에 입원하며 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용」하였을 때 (다만, 1회 입원당 사용일수 30일 한도)	【간병인 사용일수 1일당】 특약보험가입금액의 1% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 0.5%를 지급함)
3대질환 간병인 사용 입원급여금 (요양병원 제외)	특약보험기간 중 「피보험자가 보장개시일 (암의 경우 암보장개시일) 이후에 “3대질환”으로 진단 확정되고, 그 진단된 “3대질환”의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 1일 이상 계속하여 요양병원을 제외한 병원급 의료기관 또는 의원급 의료기관에 입원하며 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용」하였을 때 (다만, 1회 입원당 사용일수 30일 한도)	【간병인 사용일수 1일당】 특약보험가입금액의 1.5% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 0.75%를 지급함)
3대질환 간병인 사용 입원급여금 (요양병원)	특약보험기간 중 「피보험자가 보장개시일 (암의 경우 암보장개시일) 이후에 “3대질환”으로 진단 확정되고, 그 진단된 “3대질환”의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 1일 이상 계속하여 요양병원에 입원하며 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용」하였을 때 (다만, 1회 입원당 사용일수 30일 한도)	【간병인 사용일수 1일당】 특약보험가입금액의 0.5% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 0.25%를 지급함)

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

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

[간편심사형의 경우]

구분	지급사유	지급금액
3대질병 간병인 사용 입원급여금 (상급종합병원)	<p>피보험자에게 다음의 사유가 발생한 경우 (다만, 1회 입원당 사용일수 30일 한도)</p> <p>1. 특약보험기간 중 「피보험자가 보장개시일(암의 경우 암보장개시일) 이후에 “암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암”으로 진단확정되고, 그 “암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암”으로 인한 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 1일 이상 계속하여 상급종합병원에 입원하며 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용」하였을 때</p> <p>2. 특약보험기간 중 「피보험자가 보장개시일 이후에 “제자리암”, “경계성종양”, “뇌혈관질환” 및 “허혈심장질환”으로 인한 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 1일 이상 계속하여 상급종합병원에 입원하며 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용」하였을 때</p>	<p>【간병인 사용일수 1일당】 특약보험가입금액의 1% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 0.5%를 지급함)</p>
3대질병 간병인 사용 입원급여금 (요양병원 제외)	<p>피보험자에게 다음의 사유가 발생한 경우 (다만, 1회 입원당 사용일수 30일 한도)</p> <p>1. 특약보험기간 중 「피보험자가 보장개시일(암의 경우 암보장개시일) 이후에 “암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암”으로 진단확정되고, 그 “암, 기타피부암, 갑</p>	<p>【간병인 사용일수 1일당】 특약보험가입금액의 1.5% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 0.75%를 지급함)</p>

구분	지급사유	지급금액
	<p>상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암”으로 인한 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 1일 이상 계속하여 요양병원을 제외한 병원급 의료기관 또는 의원급 의료기관에 입원하며 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용하였을 때</p> <p>2. 특약보험기간 중 「피보험자가 보장개시일 이후에 “제자리암”, “경계성종양”, “뇌혈관질환” 및 “허혈심장질환”으로 인한 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 1일 이상 계속하여 요양병원을 제외한 병원급 의료기관 또는 의원급 의료기관에 입원하며 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용하였을 때</p>	
3대질병 간병인 사용 입원급여금 (요양병원)	<p>피보험자에게 다음의 사유가 발생한 경우 (다만, 1회 입원당 사용일수 30일 한도)</p> <p>1. 특약보험기간 중 「피보험자가 보장개시일(암의 경우 암보장개시일) 이후에 “암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암”으로 진단확정되고, 그 “암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암”으로 인한 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 1일 이상 계속하여 요양병원에 입원하며 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용하였을 때</p> <p>2. 특약보험기간 중 「피보험자가 보장</p>	<p>【간병인 사용일수 1일당】 특약보험가입금액의 0.5% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 0.25%를 지급함)</p>

구분	지급사유	지급금액
	개시일 이후에 “제자리암”, “경계성 종양”, “뇌혈관질환” 및 “허혈심장 질환”으로 인한 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 1일 이상 계속하여 요양병원에 입원하며 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용하였을 때	

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

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



[35] (간편)[3-100%장해형]질병장해특약(무배당, 갱신형)

구분	지급사유	지급금액
(3-100%) 질병장해 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 질병을 직접적인 원인으로 특약보험기간 중 장해분류표에서 정한 장해지급률 중 3%이상 100%이하에 해당하는 장해상태가 되었을 경우	특약보험가입금액의 100% × 해당 장해지급률

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

2. 보험금 지급사유의 "질병"은 재해 이외의 동일한 원인을 말합니다.

[36] (간편)정기특약(무배당, 갱신형)

구분	지급사유	지급금액
사망보험금	특약보험기간 중 피보험자가 사망하였을 때	특약보험가입금액의 100% (다만, “간편심사형”에 한하여 최초계약의 계약일부터 2년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 50%”를 지급함)

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

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

### [37] (간편)보험료납입면제특약(무배당, 갱신형)

#### ※ 특약보험가입금액

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

#### ※ 보험료납입면제대상계약

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

##### [최초계약의 경우]

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

##### [갱신계약의 경우]

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

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

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

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

보험종목	보험료 납입면제사유	보험료 납입면제금액
뇌혈관질환 납입면제형	특약보험기간 중 피보험자가 뇌혈관질환으로 진단 확정되었을 때	차회 이후의 “보험료 납입면제대상계약”의 보험료(다만, 추가납 입보험료 제외) 납입 면제※
허혈심장질환 납입면제형	특약보험기간 중 피보험자가 허혈심장질환으 로 진단 확정되었을 때	

※ 보험료 납입이 면제된 이후에는 차회 이후 보험료납입면제대상계약의 보험료가 정상적으로 납입된 것으로 봅니다. 다만, 보험료 납입이 면제된 이후에 보험료납입면제대상계약이 갱신되는 경우 갱신된 보험료납입면제대상계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

### 3. 제도성 특약

#### [1] 사후 사망보험금 신속지급특약

구분	지급사유	지급금액
사망보험금	<p>특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 사망하였을 때</p> <p>※ 보장개시일 : 계약일[부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 2년이 지난날의 다음 날</p>	<p>“주계약 및 사망보장특약”에서 지급할 사망보험금의 일부 (다만, “재해”를 직접적인 원인으로 사망한 경우에 지급되는 사망보험금은 제외)</p> <p>※ 서류 접수한 날부터 1영업일 이내 지급</p>

- 주) 1. 지급금액은 “주계약 및 사망보장특약” 사망보험금의 50%이내에서 피보험자 별로 통산하여 최고 3,000만원까지로 합니다.
2. 제1항에도 불구하고 보험금을 청구한 보험수익자가 사망보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 해당 보험수익자에 대한 사망보험금의 지급비율에 해당하는 금액을 초과할 수 없습니다. 또한, 일부 보험수익자에게 이 특약에 따른 보험금을 지급한 경우, 차후 남은 사망보험금 지급시 그 보험수익자에게 해당하는 사망보험금에서 이 특약에 따라 지급한 보험금을 차감하고 나머지 사망보험금을 지급합니다.
3. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 뚜렷한 사기의사 등에 의하여 회사가 보험금 지급책임의 의무가 없을 것으로 판단하는 경우에는 약관[보험금의 지급사유]에서 정한 보험금을 지급하지 않습니다.
4. 회사는 이 특약에 따라 보험금을 지급한 경우 지급일 이후 “주계약 및 사망보장특약”의 약관에서 정하는 사망보험금의 청구를 받더라도 이 특약에 따라 지급된 보험금은 지급하지 않습니다.
5. “주계약 및 사망보장특약”의 약관에서 정하는 사망보험금 지급청구를 받아 그 사망보험금이 지급된 이후에는 이 특약에 따른 보험금을 지급하지 않습니다.
6. 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 함
- 보험수익자가 자연인이 아닌 경우

- 보험수익자가 미성년자인 경우
  - 보험수익자가 법정상속인인 경우. 다만, 보험수익자 중 1인 이상이 실명으로 지정되어 있는 경우는 제외
7. 보험계약대출이 있는 보험계약에 대해서는 본 서비스를 적용하지 않음

## [2] 선지급서비스특약

구분	지급사유	지급금액
선지급 사망보험금	특약보험기간 중에 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 종합병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 전문의 자격증을 가진 자가 실시한 진단결과 피보험자의 남은 생존기간이 6개월 이내라고 판단한 경우에 피보험자가 신청한 경우	「“주계약 및 사망보장특약” 사망보험금」의 일부 또는 전부

- 주) 1. 지급금액은 “주계약 및 사망보장특약” 사망보험금의 50%이내에서 피보험자 별로 통산하여 최고 1억원까지로 합니다. 다만, 사망보험금이 2,000만원 이하인 경우에는 사망보험금의 100% 이내로 할 수 있습니다.
2. 보험금을 선지급한 경우 선지급 보험금에 해당하는 “주계약 및 사망보장특약”의 보험가입금액을 보험금 지급일에 감액처리 하며, 그 감액된 부분에 대한 해약환급금은 지급하지 않습니다. 또한, 보험금이 선지급된 이후 “주계약 및 사망보장특약”의 약관에 따라 사망보험금의 청구를 받더라도 그 감액된 부분에 해당하는 사망보험금은 지급하지 않습니다.
3. 약관 [보험금의 지급사유]에도 불구하고 보험금이 선지급되기 전에 “주계약 및 사망보장특약”의 약관에서 정한 사망보험금의 청구를 받았거나 사망보험금이 지급된 경우에는 이 특약에 따른 보험금의 청구가 있더라도 보험금을 선지급하지 않습니다.
4. 보험금을 지급할 때에는 회사가 정한 바에 따라 남은 생존기간에 해당하는 선지급 보험금에 대한 이자 및 보험료를 뺀 금액을 지급하며, “주계약 및 사망보장특약”의 보험계약대출의 원금과 이자를 상환하지 않은 경우에는 선지급 보험금에서 보험계약대출의 원금과 이자도 뺀 금액을 지급합니다.
5. 보험금을 지급할 때 보험금액의 계산은 보험금을 지급하는 날의 “주계약 및 사망보장특약”의 사망보험금을 기준으로 합니다.
6. 이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가한 날부터 “주계약 및 사망보장특

약”의 보험기간이 끝나는 날의 1년(12개월) 이전까지로 합니다. 다만, “주계약 및 사망보장특약”이 갱신계약인 경우에는 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날의 1년(12개월) 이전까지로 합니다.

7. 이 특약은 보험계약자와 피보험자가 동일한 “주계약 및 사망보장특약”에 한하여 적용할 수 있습니다.



### 3. 보험금 지급제한 사유

#### ① 보험금을 지급하지 않는 보험사고

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

##### 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

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

##### 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

##### 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

#### ② 사기에 의한 계약

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

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

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

#### ③ 계약의 무효

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 이 계약을 무효로 하며 계약자에게 실제 납입한 보험료 누계액(다만, “감액 등으로 회사가 실제 지급한 금액”을 차감한 금액)을 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다)

2. 계약자 또는 피보험자가 최초계약의 계약일부터 3개월 이내에 이 계약의 동일한 피보험자를 대상으로 “일반심사보험” 가입을 위하여 일반계약심사를 통하여 “일반심사보험”에 가입한 경우. 다만, 보험금이 이미 지급되거나 약관에서 정한 보험금 청구서류를 접수한 경우에는 이를 적용하지 않습니다.

#### ④ 계약 전 알릴 의무 관련사항

##### 1. 가입자의 계약 전 알릴 의무

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

##### 2. 계약 전 알릴 의무 위반시 불이익사항

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

### III 보험료 산출기초

#### 1. 보험료 산출시 적용한 이율

**Q : 보험료 산출시 적용한 이율이란 무엇인가요?**

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

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

## 2. 보험료 산출시 적용한 위험률

**Q : 보험료 산출시 적용한 위험률이란 무엇인가요?**

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

구 분	남 자			여 자		
	40세	50세	60세	40세	50세	60세
무배당 예정 뇌혈관질환 발생률(허혈심장질환과 중복제외) [보험개발원 생명장기 제2024-1963호(2024.05.28)]	0.001766	0.003177	0.006433	0.001277	0.002572	0.005064
무배당 예정 허혈심장질환 발생률 [보험개발원 생명장기 제2024-1336호(2024.03.15)]	0.001316	0.003219	0.00709	0.000153	0.000367	0.001131
무배당 예정 뇌혈관·허혈심장질환 진단 후 뇌혈관·허혈심장질환주요치료 발생률(진단 후 10년, 연간1회한) [선금융보험계리법인 제S24-09245호(2024.09.24)]	0.002121	0.004713	0.010012	0.000668	0.001421	0.003142

## 3. 계약체결비용 및 계약관리비용

**Q : 계약체결비용 및 계약관리비용은 무엇인가요?**

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

#### Ⅳ 계약자배당에 관한 사항

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

## V 해약환급금에 관한 사항

### 1. 해약환급금 산출기준 등 안내

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

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

### 2. 해약환급금 예시

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

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

#### [간편심사(335)형]

구분 경과기간	남자			여자		
	납입보험료 (A)	해약환급금 (B)	환급률 (B/A)	납입보험료 (A)	해약환급금 (B)	환급률 (B/A)
3개월	24,990	0	0.0%	9,450	0	0.0%
6개월	49,980	0	0.0%	18,900	0	0.0%
9개월	74,970	0	0.0%	28,350	0	0.0%
1년	99,960	1,903	1.9%	37,800	869	2.2%
2년	199,920	22,046	11.0%	75,600	8,217	10.8%
3년	299,880	38,249	12.7%	113,400	13,996	12.3%
4년	399,840	49,911	12.4%	151,200	18,094	11.9%
5년	499,800	56,654	11.3%	189,000	20,313	10.7%
6년	599,760	58,237	9.7%	226,800	20,531	9.0%
7년	699,720	54,420	7.7%	264,600	18,780	7.0%
8년	799,680	41,820	5.2%	302,400	13,990	4.6%
9년	899,640	23,630	2.6%	340,200	7,620	2.2%
10년	999,600	0	0.0%	378,000	0	0.0%

[일반심사형]

구분 경과기간	남자			여자		
	납입보험료 (A)	해약환급금 (B)	환급률 (B/A)	납입보험료 (A)	해약환급금 (B)	환급률 (B/A)
3개월	18,900	0	0.0%	6,690	0	0.0%
6개월	37,800	0	0.0%	13,380	0	0.0%
9개월	56,700	0	0.0%	20,070	0	0.0%
1년	75,600	1,211	1.6%	26,760	164	0.6%
2년	151,200	16,033	10.6%	53,520	4,839	9.0%
3년	226,800	27,864	12.2%	80,280	8,593	10.7%
4년	302,400	36,376	12.0%	107,040	11,257	10.5%
5년	378,000	41,337	10.9%	133,800	12,731	9.5%
6년	453,600	42,559	9.3%	160,560	12,936	8.0%
7년	529,200	39,900	7.5%	187,320	11,920	6.3%
8년	604,800	30,840	5.0%	214,080	8,960	4.1%
9년	680,400	17,510	2.5%	240,840	4,920	2.0%
10년	756,000	0	0.0%	267,600	0	0.0%

## VI 보험가격지수

### Q : 보험가격지수란?

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

\* 참조순보험료 총액 : 감독원장이 정하는 바에 따라 산정한 전체 보험회사 공시이율의 평균(평균공시이율), 평균해지율 및 참조순보험요율을 적용하여 산출한 보험금 지급 위한 보험료

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

(기준 : 40세)

상품명	보험기간 (년)	납입기간 (년)	간편심사 구분	보험가격지수		가입금액 (만원)
				남자	여자	
신한(간편가입)굿닥터뇌심치료보험(무배당, 갱신형)	10	전기납	일반심사형	125.8%	132.2%	2,000
			간편심사 (335)형	124.5%	126.8%	

주) 위의 예시된 보험가격지수는 대표계약의 지수로, 실제 가입하신 조건에 따라 적용 받으시는 지수는 위의 예시된 내용과 다를 수 있습니다. 다만, 간편심사형의 경우 참조순보험료 계산시, 해당 할증지수를 적용하여 보험가격지수를 산출합니다.