무배당 알파Plus보장보험2511 상품요약서

본 상품요약서는 상품의 주요내용만을 요약한 자료이며, 구체적인 상품내용은 해당 보험약관을 필히 참조하시기 바랍니다.

[상품중요사항에 대한 Q&A]

1. 보험가입이 가능한 나이는?

이 상품은 질병 및 상해보장을 포함한 상품으로 피보험자 나이에 의해 가입이 제한될 수 있습니다. 자세한 사항은 1-(1)보험가입자격제한 중 피보험자 가입가능나이를 참조하시기 바랍니다.

2. 이 상품의 보장 중 면책기간이 있거나 감액 지급하는 보장은?

보장명		최초계약과 부활계약의 면책기간 (단, 보험나이 15세 이상인 경우)	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전 감액지급
암진단비(유사암제외)/ 갱신형 암진단비(유사암제외)	암 (유사암 및 소액암 제외)	90일	-
	소액암	90일	가입금액의 50%
통합암진단비(유사암제외)/ 갱신형 통합암진단비(유사암제외)	특정소액암	90일	가입금액의 50%
	특정소화기암, 15대특정암, 10대특정암, 4대고액암	90일	-
유사암진단비/ 갱신형 유사암진단비	제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암	-	가입금액의 50%
유사암진단비Ⅱ/ 갱신형 유사암진단비Ⅱ	제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암	90일	가입금액의 50%
뇌출혈진단비		-	가입금액의 50%
뇌졸중진단비/ 갱신형 뇌졸중진단비		-	가입금액의 50%
뇌혈관질환진단비/ 갱신형 뇌혈관질환진단비		-	가입금액의 50%
급성심근경색증진단비/ 갱신형 급성심근경색증진단비		-	가입금액의 50%

보장명		최초계약과 부활계약의 면책기간 (단, 보험나이 15세 이상인 경우)	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전 감액지급
허혈성심장질환진단비/ 갱신형 허혈성심장질환진단비		-	가입금액의 50%
5대고액치료비암진단비		90일	-
암직접치료입원일당(Ⅱ)(요양병원제외, 1일이상)/ 암요양병원입원일당(Ⅱ)(1일이상 90일한도)/ 갱신형 암직접치료입원일당(Ⅱ)(요양병원제외, 1일이상)/ 갱신형 암요양병원입원일당(Ⅱ)(1일이상 90일한도)	암(유사암제외)	90일	-
	제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암	-	-
암직접치료통원일당(상급종합병원)/ 갱신형 암직접치료통원일당(상급종합병원)	암(유사암제외)	90일	-
	제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암	-	-
암수술비(유사암제외)/ 갱신형 암수술비(유사암제외)		90일	-
암수술비(유사암제외)(25%체증형)/ 갱신형 암수술비(유사암제외)(25%체증형)		90일	-
항암방사선약물치료비/ 갱신형 항암방사선약물치료비	암(유사암제외)	90일	-
	기타피부암, 갑상선암	-	-
계속받는 항암방사선약물치료비(급여)(연간1회한)/ 갱신형 계속받는 항암방사선약물치료비(급여)(연간1회한)	암(유사암제외)	90일	-
	기타피부암, 갑상선암	-	-

보장명			최초계약과 부활계약의 면책기간 (단, 보험나이 15세 이상인 경우)	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전 감액지급
26종 항암방사선및 약물치료비(전이포함)(유사암제외)	항암 방사선치료/항암 약물치료	두경부암	90일	-
		위암과 식도암(전이포함)		
		하부위장관 및 기타소화기암(전이포함)		
		간담췌암(전이포함)		
		폐암(전이포함)		
		기타 호흡기 및 흉곽암(전이포함)		
		유방암 및 전립선암(전이포함)		
		생식기관암(전이포함)		
		신장요로암과 방광암(전이포함)		
		뇌 및 중추신경계암과 안암(전이포함)		
		혈액암		
		기타 특정암(전이포함)		
		림프절 전이암		
갱신형 항암양성자방사선치료비/갱신형 항암세기조절방사선치료비		암(유사암제외)	90일	가입금액의 50% (단, 180일 경과시점 전일 이전 가입금액의 25%)
		기타피부암, 갑상선암	-	
갱신형 항암중입자방사선치료비		암(유사암제외)	90일	가입금액의 50%
		기타피부암, 갑상선암	-	가입금액의 50%
항암중입자방사선치료비		암(유사암제외)	90일	가입금액의 50%
		기타피부암, 갑상선암	-	가입금액의 50%
갱신형 다빈치로봇 암수술비		암(특정암제외)	90일	가입금액의 50% (단, 180일 경과시점 전일 이전 가입금액의 25%)
		특정암		
암진단비(유사암 및 소액암 제외)/갱신형 암진단비(유사암 및 소액암 제외)			90일	-
암특정재활치료비(급여, 1일1회한, 연간20회한)			90일	가입금액의 50%
암특정통증완화치료비(급여, 연간1회한)			90일	가입금액의 50%
희귀난치성 7대질환진단비			-	가입금액의 50%
16대특정암진단비			90일	-
재진단암진단비(1년 대기형)/갱신형 재진단암진단비(1년 대기형)			일차암/직전재진단암 발생후 1년	-

보장명		최초계약과 부활계약의 면책기간 (단, 보험나이 15세 이상인 경우)	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전 감액지급
뇌졸중진단비Ⅱ/ 갱신형 뇌졸중진단비Ⅱ		-	가입금액의 50% (단, 30일 경과시점 전일 이전 가입금액의 10%)
급성심근경색증진단비Ⅱ/ 갱신형 급성심근경색증진단비Ⅱ			
뇌혈관질환진단비Ⅱ/ 갱신형 뇌혈관질환진단비Ⅱ			
허혈성심장질환진단비Ⅱ/ 갱신형 허혈성심장질환진단비Ⅱ			
뇌혈관질환수술비/갱신형 뇌혈관질환수술비		-	가입금액의 50%
허혈성심장질환수술비/갱신형 허혈성심장질환수술비		-	가입금액의 50%
2대질병특정재활치료비 (급여, 1일1회한, 연간90회한)		-	가입금액의 50%
131대질병수술비/갱신형 131대질병수술비		-	가입금액의 50%
32대질병관혈수술비 (연간1회한)/ 갱신형 32대질병관혈수술비 (연간1회한)	5대질병관혈수술	-	가입금액의 50%
	9대질병관혈수술	-	가입금액의 50%
	14대질병관혈수술	-	가입금액의 50%
	4대질병관혈수술	-	가입금액의 50%
5대질환수술비 (연간1회한) /갱신형 5대질환수술비 (연간1회한)	관혈수술	-	가입금액의 50%
	비관혈수술	-	가입금액의 50%
갱신형 특정질환3대치료비	갑상선질환 고주파열치료비 (최초1회한)	-	가입금액의 50%
	유방병변 진공보조장치이용절제치료비(최초1회한)	-	가입금액의 50%
	자궁근종 고강도초음파집속술치료비(최초1회한)	-	가입금액의 50%
갱신형 갑상선질환 고주파열치료비(최초1회한)		-	가입금액의 50%
경증이상 치매간병비[주1)]		1년	-
중등도이상 치매간병비[주2)]		1년	-
대상포진진단비/갱신형 대상포진진단비		90일	가입금액의 50%
대상포진눈병진단비/갱신형 대상포진눈병진단비		90일	가입금액의 50%
통풍진단비/갱신형 통풍진단비		90일	가입금액의 50%
간경변증진단비/갱신형 간경변증진단비		-	가입금액의 50%
갑상선암(초기제외)진단비		90일	가입금액의 50%
중증갑상선암진단비/ 갱신형 중증갑상선암진단비		90일	가입금액의 50%
갑상선암 및 기타피부암의 전이암 (림프절 등 전이제외)진단비		-	가입금액의 50%
요로결석진단비/ 갱신형 요로결석진단비		1년	-
급성간염(A,B,C형)진단비		-	가입금액의 50%
갱신형 특정호르몬약물허가치료비	특정항암	90일	가입금액의 50%
	갑상선암수술후	-	가입금액의 50%

보장명		최초계약과 부활계약의 면책기간 (단, 보험나이 15세 이상인 경우)	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전 감액지급
갱신형 계속받는 특정항암호르몬약물허가치료비 (연간1회한)		90일	가입금액의 50%
갱신형 특정NGS유전자패널검사비 (급여,연간1회한)		-	가입금액의 50%
갱신형 암 MRI촬영검사비 (급여,연간1회한)		-	가입금액의 50%
갱신형 암 양전자단층촬영(PET)검사비 (급여,연간1회한)주3)		-	가입금액의 50%
갱신형 폴립및양성종양수술비(1~6종) (급여,종별 연간1회한)		-	가입금액의 50% (단, 90일 경과시점 전일이전은 가입금액의 10%)
갱신형 뇌정위적방사선수술비 (급여,연간1회한)		-	가입금액의 50%
심근병증진단비		-	가입금액의 50%
갱신형 체외충격파쇄석술치료비 (급여, 연간1회한)주4)		-	가입금액의 50%
갱신형 특정면역항암 약물허가치료비/ 갱신형 계속받는 특정면역항암약물허가치료비 (연간1회한)	암(유사암제외)	90일	가입금액의 50%
	기타피부암, 갑상선암	-	가입금액의 50%
갱신형 표적항암약물허가치료비Ⅱ/ 갱신형 계속받는 표적항암약물허가치료비Ⅱ (연간1회한)	암(유사암제외)	90일	가입금액의 50%
	기타피부암, 갑상선암	-	가입금액의 50%
갱신형 표적항암약물허가치료비Ⅲ (비급여)/ 갱신형 계속받는 표적항암약물허가치료비Ⅲ (연간1회한)(비급여)	암(유사암제외)	90일	가입금액의 50%
	기타피부암, 갑상선암	-	가입금액의 50%
갑상선기능저하증진단비		-	가입금액의 50%
갱신형 암 내시경검사비(급여, 연간1회한)		-	가입금액의 50%
갱신형 유방암 유방재건수술비(급여, 연간1회한)		90일	가입금액의 50%
갱신형 암 특정생검조직병리검사비Ⅱ(급여,연간1회한)		-	가입금액의 50%
갱신형 암 CT촬영검사비(급여,연간1회한)		-	가입금액의 50%
갱신형 암 초음파검사비(급여,연간1회한)		-	가입금액의 50%
갱신형 암 특정단일유전자검사비(급여,연간1회한)		-	가입금액의 50%
갱신형 희귀질환자 산정특례대상 진단비		-	가입금액의 50%
갱신형 중증난치질환자(중증치매제외) 산정특례대상 진단비주5)		-	가입금액의 50%
갱신형 결핵질환자 산정특례대상 진단비		-	가입금액의 50%
갱신형 중증난치질환자(중증치매) 산정특례대상 진단비주5)		1년	-
갱신형 중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례대상 진단비(연간1회한)주5)		-	가입금액의 50%
갱신형 중증질환자(심장질환) 산정특례대상 진단비(연간1회한)주5)		-	가입금액의 50%

보장명		최초계약과 부활계약의 면책기간 (단, 보험나이 15세 이상인 경우)	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전 감액지급
갱신형 통합 산정특례 진단비	특정소액암	90일	가입금액의 50%
	특정소화기암	90일	-
	15대특정암	90일	-
	10대특정암	90일	-
	4대고액암	90일	-
	제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암	-	가입금액의 50%
	양성뇌종양	-	-
	중증질환자(뇌혈관질환)주5)	-	가입금액의 50%
	중증질환자(심장질환)주5)	-	가입금액의 50%
	중증화상환자	-	-
전이암진단비/ 갱신형 전이암진단비	림프절전이암	90일	가입금액의 50%
	특정전이암	90일	가입금액의 50%
뇌혈관질환수술비(25%체증형)/ 갱신형 뇌혈관질환수술비(25%체증형)	1회차 수술시	-	가입금액의 50%
	2회차 수술시		가입금액의 62.5%
	3회차 수술시		가입금액의 75%
	4회차 수술시		가입금액의 87.5%
	5회차 수술 이후		가입금액의 100%
허혈성심장질환수술비 (25%체증형) / 갱신형 허혈성심장질환수술비 (25%체증형)	1회차 수술시	-	가입금액의 50%
	2회차 수술시		가입금액의 62.5%
	3회차 수술시		가입금액의 75%
	4회차 수술시		가입금액의 87.5%
	5회차 수술 이후		가입금액의 100%
혈전용해치료비II	뇌졸중	-	가입금액의 50%
	특정심장질환		
혈전용해치료비II(연간1회한)	뇌졸중	-	가입금액의 50%
	특정심장질환		
기계적혈전제거술(카테터법) 치료비II(급여, 연간1회한)	뇌졸중	-	가입금액의 50%
	특정심장질환		
갱신형 질병 특정 비급여,신의료기술치료비 (1-3종, 연간1회한)	1종 근골 및 하지정맥류질환	-	가입금액의 50%
	2종 기타질환		
	3종 로봇보조		
갱신형 질병 특정 비급여,신의료기술치료비 (1-4종, 연간1회한)	1종 근골 및 하지정맥류질환	-	가입금액의 50%
	2종 기타질환		
	3종 로봇보조		
	4종 여성 비뇨생식기질환		

보장명		최초계약과 부활계약의 면책기간 (단, 보험나이 15세 이상인 경우)	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전 감액지급
4대양성종양진단비/ 갱신형 4대양성종양진단비	대장 양성종양및특정폴립 진단비	-	가입금액의 50%
	위,십이지장,소화계통 양성종양및특정폴립 진단비	-	가입금액의 50%
	중이,호흡계통,흉곽내 기관 양성종양진단비	-	가입금액의 50%
	골,관절연골 양성종양진단비	-	가입금액의 50%
갱신형 6대심장질환진단비		-	가입금액의 50%
갱신형 6대심장질환진단비II		-	가입금액의 50% (단, 90일 경과시점 전일이전 가입금액의 10%)
갱신형 6대뇌질환진단비[주6)]		-	가입금액의 50%
갱신형 일과성뇌허혈발작진단비		-	가입금액의 50%
암 주요치료비 (연간1회한, 5년간)	암(유사암제외)	90일	-
	기타피부암 및 갑상선암	-	
암 주요치료비 (연간1회한, 10년간)	암(유사암제외)	90일	-
	기타피부암 및 갑상선암		
암 주요치료비(연간1회한, 10년간)(체증형)	암(유사암제외)	90일	-
	기타피부암 및 갑상선암	-	
통합암 주요치료비(연간1회한, 10년간)	특정소액암	90일	가입금액의 50% (보험금 지급기간동안 적용)
	특정소화기암	90일	-
	15대특정암	90일	-
	10대특정암	90일	-
	4대고액암	90일	-
	기타피부암 및 갑상선암	-	-

보장명			최초계약과 부활계약의 면책기간 (단, 보험나이 15세 이상인 경우)	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전 감액지급
통합암 주요치료비(체증형)(연간1회한, 10년간)	특정소액암	특정소액암 진단 후 1차 연도	90일	가입금액의 50% (보험금 지급기간동안 적용)
		특정소액암 진단 후 2차 연도		가입금액의 60% (보험금 지급기간동안 적용)
		특정소액암 진단 후 3차 연도		가입금액의 70% (보험금 지급기간동안 적용)
		특정소액암 진단 후 4차 연도		가입금액의 80% (보험금 지급기간동안 적용)
		특정소액암 진단 후 5차 연도		가입금액의 90% (보험금 지급기간동안 적용)
		특정소액암 진단 후 6차 연도 이후		가입금액의 100% (보험금 지급기간동안 적용)
	특정소화기암		90일	-
	15대특정암		90일	-
	10대특정암		90일	-
	4대고액암		90일	-
	기타피부암 및 갑상선암		-	-
상급종합병원,국립암센터 통합암 주요치료비(연간1회한, 10년간)	특정소액암		90일	가입금액의 50% (보험금 지급기간동안 적용)
	특정소화기암		90일	-
	15대특정암		90일	-
	10대특정암		90일	-
	4대고액암		90일	-
	기타피부암 및 갑상선암		-	-

보장명			최초계약과 부활계약의 면책기간 (단, 보험나이 15세 이상인 경우)	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전 감액지급
상급종합병원,국립암센터 통합암 주요치료비(체증형)(연간1회한, 10년간)	특정소액암	특정소액암 진단 후 1차 연도	90일	가입금액의 50% (보험금 지급기간동안 적용)
		특정소액암 진단 후 2차 연도		가입금액의 60% (보험금 지급기간동안 적용)
		특정소액암 진단 후 3차 연도		가입금액의 70% (보험금 지급기간동안 적용)
		특정소액암 진단 후 4차 연도		가입금액의 80% (보험금 지급기간동안 적용)
		특정소액암 진단 후 5차 연도		가입금액의 90% (보험금 지급기간동안 적용)
		특정소액암 진단 후 6차 연도 이후		가입금액의 100% (보험금 지급기간동안 적용)
	특정소화기암		90일	-
	15대특정암		90일	-
	10대특정암		90일	-
	4대고액암		90일	-
	기타피부암 및 갑상선암		-	-
비급여 암 주요치료비(전액본인부담 포함, 연간1회한, 10년간)			90일	-
비급여 항암약물치료비(전액본인부담 포함, 연간1회한, 10년간)			90일	-
상급종합병원,국립암센터 암 주요치료비 (연간1회한, 10년간)	암(유사암제외)		90일	-
	기타피부암 및 갑상선암			
상급종합병원,국립암센터 암 주요치료비 (연간1회한, 10년간)(체증형)	암(유사암제외)		90일	-
	기타피부암 및 갑상선암			
2대질환 주요치료비(연간1회한, 10년간)/ 갱신형 2대질환 주요치료비(연간1회한, 10년간)			-	가입금액의 50% (보험금 지급기간 동안 적용)
상급종합병원 2대질환 주요치료비(연간1회한, 10년간)/ 갱신형 상급종합병원 2대질환 주요치료비(연간1회한, 10년간)			-	가입금액의 50% (보험금 지급기간 동안 적용)

보장명		최초계약과 부활계약의 면책기간 (단, 보험나이 15세 이상인 경우)	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전 감액지급
상급종합병원 2대질환 주요치료비(연간1회한, 10년간)(체증형)/ 갱신형 상급종합병원 2대질환 주요치료비(연간1회한, 10년간)(체증형)	2대질환 진단후 1차 연도	-	가입금액의 50% (보험금 지급기간동안 적용)
	2대질환 진단후 2차 연도		가입금액의 60% (보험금 지급기간동안 적용)
	2대질환 진단후 3차 연도		가입금액의 70% (보험금 지급기간동안 적용)
	2대질환 진단후 4차 연도		가입금액의 80% (보험금 지급기간동안 적용)
	2대질환 진단후 5차 연도		가입금액의 90% (보험금 지급기간동안 적용)
	2대질환 진단후 6차 연도 이후		가입금액의 100% (보험금 지급기간동안 적용)
당뇨병진단비 II	당화혈색소 7.0%이상	1년	-
	당화혈색소 9.0%이상	1년	-
	당화혈색소 11.0%이상	1년	-
고혈압(원발성) 대상질병진단비	고혈압(원발성) 진단비	-	가입금액의 10%
	중등증이상고혈압 (원발성)진단비	-	가입금액의 10%
	중증고혈압(원발성) 진단비	-	가입금액의 10%
이상지질혈증 (고지혈증포함) 대상질병진단비	이상지질혈증(고지혈증포함)진단비	-	가입금액의 10%
	중등증이상이상지질혈증(고지혈증포함) 진단비	-	가입금액의 10%
	중증이상지질혈증(고지혈증포함)진단비	-	가입금액의 10%
특정순환계질환진단비 / 갱신형 특정순환계질환진단비		-	가입금액의 50%
최대두배받는2대질환치료비(포인트적립형) / 갱신형 최대두배받는2대질환치료비(포인트적립형)	누적 2대질환치료포인트 1점이상	-	가입금액의 12.5%
	누적 2대질환치료포인트 2점이상	-	가입금액의 17.5%
	누적 2대질환치료포인트 3점이상	-	가입금액의 20%
	누적 2대질환치료포인트 4점이상	-	가입금액의 50%

보장명		최초계약과 부활계약의 면책기간 (단, 보험나이 15세 이상인 경우)	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전 감액지급
통합암진단비(전이포함)(유사암제외)/ 갱신형 통합암진단비(전이포함)(유사암제외)	특정소액암(전이포함)	90일	가입금액의 50%
	특정소화기암(전이포함) 14대특정암(전이포함) 10대특정암(전이포함) 4대고액암(전이포함)	90일	-
암 통합치료비(비급여(전액본인부담 포함))		90일	가입금액의 50%
암 통합치료비(비급여(전액본인부담 포함), 암중점치료기관(상급종합병원 포함))		90일	가입금액의 50%
암 통합치료비Ⅱ(비급여(전액본인부담 포함))		90일	가입금액의 50%
암 통합치료비Ⅱ(비급여(전액본인부담 포함), 암중점치료기관(상급종합병원 포함))		90일	가입금액의 50%
암 통합치료비(주요치료)(비급여(전액본인부담 포함))		90일	가입금액의 50%
암 통합치료비(주요치료)(비급여(전액본인부담 포함),암중점치료기관(상급종합병원 포함))		90일	가입금액의 50%
암 통합치료비(기본형)		90일	-
암 통합치료비(실속형)		90일	-
암 통합치료비(기본형) (암중점치료기관(상급종합병원 포함))		90일	-
암 통합치료비(실속형) (암중점치료기관(상급종합병원 포함))		90일	-
암 통합치료 생활비 (연간 통합치료 2회이상)	암(유사암제외)	90일	-
	유사암	-	-
원격전이포함 4기 통합암진단비(유사암제외)	특정소액암	90일	가입금액의 50%
	특정소화기암		-
	15대특정암		-
	10대특정암		-
	4대고액암		-
원격전이포함 4기 기타피부암 및 갑상선암진단비		-	가입금액의 50%

보장명			최초계약과 부활계약의 면책기간 (단, 보험나이 15세 이상인 경우)	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전 감액지급
갱신형 통합암 주요치료비(체증형)(연간1회한, 10년간)	특정소액암	특정소액암 진단후 1차 연도	90일	가입금액의 50% (보험금 지급기간동안 적용)
		특정소액암 진단후 2차 연도	90일	가입금액의 60% (보험금 지급기간동안 적용)
		특정소액암 진단후 3차 연도	90일	가입금액의 70% (보험금 지급기간동안 적용)
		특정소액암 진단후 4차 연도	90일	가입금액의 80% (보험금 지급기간동안 적용)
		특정소액암 진단후 5차 연도	90일	가입금액의 90% (보험금 지급기간동안 적용)
		특정소액암 진단후 6차 연도 이후	90일	가입금액의 100% (보험금 지급기간동안 적용)
	특정소화기암		90일	-
	15대특정암		90일	-
	10대특정암		90일	-
	4대고액암		90일	-
	기타피부암 및 갑상선암		-	-

보장명			최초계약과 부활계약의 면책기간 (단, 보험나이 15세 이상인 경우)	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전 감액지급
갱신형 상급종합병원,국립암센터 통합암 주요치료비(연간1회한, 10년간)	특정소액암		90일	가입금액의 50% (보험금 지급기간동안 적용)
	특정소화기암		90일	-
	15대특정암		90일	-
	10대특정암		90일	-
	4대고액암		90일	-
	기타피부암 및 갑상선암		-	-
갱신형 상급종합병원,국립암센터 통합암 주요치료비(체증형)(연간1회한, 10년간)	특정소액암	특정소액암 진단후 1차 연도	90일	가입금액의 50% (보험금 지급기간동안 적용)
		특정소액암 진단후 2차 연도	90일	가입금액의 60% (보험금 지급기간동안 적용)
		특정소액암 진단후 3차 연도	90일	가입금액의 70% (보험금 지급기간동안 적용)
		특정소액암 진단후 4차 연도	90일	가입금액의 80% (보험금 지급기간동안 적용)
		특정소액암 진단후 5차 연도	90일	가입금액의 90% (보험금 지급기간동안 적용)
		특정소액암 진단후 6차 연도 이후	90일	가입금액의 100% (보험금 지급기간동안 적용)
	특정소화기암		90일	-
	15대특정암		90일	-
	10대특정암		90일	-
	4대고액암		90일	-
	기타피부암 및 갑상선암		-	-
갱신형 비급여 암 주요치료비(전액본인부담 포함, 연간1회한, 10년간)			90일	-
갱신형 비급여 항암약물치료비(전액본인부담 포함, 연간1회한, 10년간)			90일	-
갱신형 상급종합병원,국립암센터 암 주요치료비(연간1회한, 10년간)	암(유사암제외)		90일	-
	기타피부암 및 갑상선암		-	-

보장명		최초계약과 부활계약의 면책기간 (단, 보험나이 15세 이상인 경우)	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전 감액지급
갱신형 상급종합병원,국립암센터 암 주요치료비(연간1회한, 10년간)(체증형)	암(유사암제외)	90일	-
	기타피부암 및 갑상선암	-	-
갱신형 특정순환계질환진단비		-	가입금액의 50%
갱신형 암 통합치료비(기본형)		90일	-
갱신형 암 통합치료비(실속형)		90일	-
갱신형 암 통합치료비(기본형) (암중점치료기관(상급종합병원 포함))		90일	-
갱신형 암 통합치료비(실속형) (암중점치료기관(상급종합병원 포함))		90일	-
갱신형 암 통합치료비(비급여(전액본인부담 포함))		90일	가입금액의 50%
갱신형 암 통합치료비(비급여(전액본인부담 포함), 암중점치료기관(상급종합병원 포함))		90일	가입금액의 50%
갱신형 암 통합치료비Ⅱ(비급여(전액본인부담 포함))		90일	가입금액의 50%
갱신형 암 통합치료비Ⅱ(비급여(전액본인부담 포함), 암중점치료기관(상급종합병원 포함))		90일	가입금액의 50%
갱신형 암 통합치료비(주요치료) (비급여(전액본인부담 포함))		90일	가입금액의 50%
갱신형 암 통합치료비(주요치료)(비급여(전액본인부담 포함), 암중점치료기관(상급종합병원 포함))		90일	가입금액의 50%
갱신형 최대두배받는2대질환치료비(포인트적립형)	1점이상	-	가입금액의 12.5%
	2점이상		가입금액의 17.5%
	3점이상		가입금액의 20%
	4점이상		가입금액의 50%
갱신형 질병특정급여시술치료비		-	가입금액의 50%
갱신형 2대질환 주요치료비(연간1회한, 10년간)		-	가입금액의 50% (보험금 지급기간동안 적용)
갱신형 상급종합병원 2대질환 주요치료비(연간1회한, 10년간)		-	가입금액의 50% (보험금 지급기간동안 적용)
갱신형 상급종합병원 2대질환 주요치료비(연간1회한, 10년간)(체증형)	2대질환 진단후 1차 연도	-	가입금액의 50% (보험금 지급기간동안 적용)
	2대질환 진단후 2차 연도		가입금액의 60% (보험금 지급기간동안 적용)
	2대질환 진단후 3차 연도		가입금액의 70% (보험금 지급기간동안 적용)
	2대질환 진단후 4차 연도		가입금액의 80% (보험금 지급기간동안 적용)
	2대질환 진단후 5차 연도		가입금액의 90% (보험금 지급기간동안 적용)
	2대질환 진단후 6차 연도 이후		가입금액의 100% (보험금 지급기간동안 적용)

보장명			최초계약과 부활계약의 면책기간 (단, 보험나이 15세 이상인 경우)	최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전 감액지급
갱신형 가족일상생활중배상책임(IV)	대인		-	-
	대물	누수	90일	-
		누수외	-	
특정호르몬약물허가치료비	특정항암		90일	가입금액의 50%
	갑상선암수술후		-	
계속받는 특정항암호르몬약물허가치료비(연간1회한)			90일	가입금액의 50%
갱신형 가족일상생활중배상책임(IV)	대인		-	-
	대물	누수	90일	
		누수외	-	

주1) 상해로 인한 경증이상 치매간병비의 경우 면책기간 없음
주2) 상해로 인한 중등도이상 치매간병비의 경우 면책기간 없음
주3) 상해로 인한 양전자단층촬영(PET)의 경우 감액기간 없음
주4) 상해로 인한 체외충격파쇄석술의 경우 감액기간 없음
주5) 상해로 인한 산정특례대상 등록의 경우 면책기간 및 감액기간 없음
주6) 상해로 인한 6대뇌질환진단의 경우 감액기간 없음

3. 해약환급금미지급형(납입후50%)이란?

2형(해약환급금미지급형(납입후50%))은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않는 대신「해약환급금미지급형 비교상품」보다 일반적으로 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있도록 한 상품입니다. 다만, 보험료 납입기간이 완료된 이후 계약이 해지되는 경우의 해약환급금은「해약환급금미지급형 비교상품」해약환급금의 50%에 해당하는 금액으로 합니다.

4. 해약환급금미지급형 비교상품이란?

해약환급금미지급형 비교상품은 2형과 동일한 보장내용으로 해지율을 적용하지 않은 상품이며, 비교안내를 위한 종목으로 실제로 판매하지 않음

5. 지정대리청구서비스란?

계약자, 피보험자, 수익자가 동일한 경우 고객센터를 통해 보험금을 대신 청구하실 분을 지정할 수 있습니다. 자세한 사항은 약관을 참조하시기 바랍니다.

1. 가입자격제한 등 상품별 특이사항

(1) 보험가입자격제한

○ 피보험자의 직업, 직무, 기타사항으로 인해 가입금액이 제한되거나 인수가 불가능할 수도 있으며, 경우에 따라서는 건강진단결과를 요구할 수 있습니다.

○ 피보험자 가입가능나이 : 무배당 알파Plus보장보험2511 가입이 가능한 나이는 아래의 표와 같습니다.

[1형(해약환급금 지급형)]

순번	보장	보험기간	보험료 납입기간	가입나이	보험료 납입주기
가	· 기본계약(일반상해80%이상후유장해)	80세만기	10년납	0세～70세	월납
			15년납	0세～65세	
			20년납	0세～60세	
			25년납	0세～55세	
			30년납	0세～50세	
		90세만기	10년납	0세～70세	
			15년납	0세～70세	
			20년납	0세～70세	
			25년납	0세～65세	
			30년납	0세～60세	
		100세만기	10년납	0세～70세	
			15년납	0세～70세	
			20년납	0세～70세	
			25년납	0세～70세	
			30년납	0세～70세	
나	· 암요양병원입원일당(Ⅱ)(1일이상 90일한도)보장특약 · 갑상선암(초기제외)진단비보장특약 · 갑상선기능항진증치료비보장특약 · 암특정재활치료비(급여, 1일1회한, 연간20회한)보장특약 · 암특정통증완화치료비(급여, 연간1회한)보장특약 · 2대질병특정재활치료비(급여, 1일1회한, 연간90회한)보장특약 · 갑상선기능저하증진단비보장특약 · 통합암진단비(전이포함)(유사암제외)보장특약	60세만기	10년납	0세～50세	월납
			15년납	0세～45세	
			20년납	0세～40세	
			25년납	0세～35세	
			30년납	0세～30세	
		80세만기	10년납	0세～65세	
			15년납	0세～65세	
			20년납	0세～60세	
			25년납	0세～55세	
			30년납	0세～50세	
		90세만기	10년납	0세～65세	
			15년납	0세～65세	
			20년납	0세～65세	
			25년납	0세～65세	
			30년납	0세～60세	
		100세만기	10년납	0세～65세	
			15년납	0세～65세	
			20년납	0세～65세	
			25년납	0세～65세	
			30년납	0세～65세	

순번	보장	보험기간	보험료 납입기간	가입나이	보험료 납입주기
다	· 일반상해50%이상후유장해보장특약 · 일반상해50%이상후유장해 생활자금보장특약 · 일반상해80%이상후유장해보장특약 · 일반상해80%이상후유장해 생활자금보장특약 · 대중교통이용중 교통상해후유장해(3~100%)보장특약 · 골절(치아파절 제외)진단비Ⅱ보장특약 · 상해흉터복원수술비보장특약 · 일반상해입원일당(1일이상)보장특약 · 깁스치료비보장특약 · 상해수술비보장특약 · 상해수술비(치아파절및치아탈구제외)보장특약 · 일반상해중환자실입원일당(1일이상)보장특약 · 신화상치료비보장특약 · 골절수술비Ⅱ보장특약 · 골절(치아파절제외)수술비Ⅱ보장특약 · 일반상해수술입원일당(1일이상 20일한도)보장특약 · 5대골절진단비보장특약 · 5대골절수술비보장특약 · 의료사고법률비용보장특약 · 일반상해후유장해(20~100%)보장특약 · 일반상해후유장해(3~100%)보장특약 · 상해수술비보장추가특약 · 일반상해입원일당(1일이상)보장추가특약 · 신골절치료비(치아파절포함)보장특약 · 신깁스치료비보장특약 · 상급종합병원 일반상해입원일당(1일이상)보장특약 · 특정중증상해입원일당(1일이상 30일한도)보장특약 · 골절진단비Ⅱ보장특약 · 종합병원 일반상해입원일당(1일이상)보장특약 · 상급병실(1인실) 상급종합병원 일반상해입원일당(1일이상 10일한도)보장특약 · 중대한특정상해수술비보장특약 · 수술비(1~7종, 연간3회한)[상해]보장특약 · 상급병실(1인실) 종합병원 일반상해입원일당(1일이상 30일한도)보장특약 · 상급병실(1인실) 종합병원 일반상해수술입원일당(1일이상 10일한도)보장특약 · 상급종합병원 상해수술비보장특약 · 종합병원 상해수술비보장특약 · 2-3인실 상급종합병원 일반상해입원일당(1일이상 30일한도)보장특약 · 2-3인실 종합병원 일반상해입원일당(1일이상 30일한도)보장특약 · 특정순환계질환진단비보장특약 · 2대질환 주요치료비(연간1회한, 10년간)보장특약 · 상급종합병원 2대질환 주요치료비(연간1회한, 10년간)보장특약 · 상급종합병원 2대질환 주요치료비(연간1회한, 10년간)(체증형)보장특약 · 종합병원 전신마취치료비(급여)보장특약 · 종합병원 전신마취치료비(급여, 4시간이상)보장특약 · 종합병원 전신마취치료비(급여, 6시간이상)보장특약 · 상해특정급여시술치료비보장특약 · 질병특정급여시술치료비보장특약 · 상해 통합치료비(실속형)보장특약	10년만기	전기납	0세～69세	월납
		20년만기	10년납	0세～39세	
			15년납	0세～39세	
			전기납	0세～59세	
		60세만기	10년납	0세～49세	
			15년납	0세～45세	
			20년납	0세～39세	
			25년납	0세～35세	
			30년납	0세～30세	
		80세만기	10년납	0세～70세	
			15년납	0세～65세	
			20년납	0세～60세	
			25년납	0세～55세	
			30년납	0세～50세	
		90세만기	10년납	0세～70세	
			15년납	0세～70세	
			20년납	0세～70세	
			25년납	0세～65세	
			30년납	0세～60세	
		100세만기	10년납	0세～70세	
			15년납	0세～70세	
			20년납	0세～70세	
			25년납	0세～70세	
			30년납	0세～70세	

순번	보장	보험기간	보험료 납입기간	가입나이	보험료 납입주기
라	· 응급실내원비(응급)보장특약 · 아나필락시스진단비(응급, 연간1회한)보장특약 · 뇌출혈진단비보장특약 · 질병입원일당(1일이상)보장특약 · 질병중환자실입원일당(1일이상)보장특약 · 항암방사선약물치료비보장특약 · 26종 항암방사선및약물치료비(전이포함)(유사암제외)보장특약 · 기타피부암 및 갑상선암 항암방사선약물치료비보장특약 · 항암중입자방사선치료비보장특약 · 암직접치료입원일당(Ⅱ)(요양병원제외, 1일이상)보장특약 · 질병입원일당(1일이상)보장추가특약 · 32대질병관혈수술비(연간1회한)보장특약 · 5대질환수술비(연간1회한)보장특약 · 상급종합병원 질병입원일당(1일이상)보장특약 · 질병입원일당(1일이상 30일한도)보장특약 · 특정중증질병입원일당(1일이상 30일한도)보장특약 · 암수술비(유사암제외)보장특약 · 유사암수술비보장특약 · 종합병원 질병입원일당(1일이상)보장특약 · 중대한재생불량성빈혈진단비보장특약 · 상급병실(1인실) 상급종합병원 질병입원일당(1일이상 10일한도)보장특약 · 암직접치료통원일당(상급종합병원)보장특약 · 계속받는 항암방사선약물치료비(급여)(연간1회한)보장특약 · 뇌혈관질환통원일당(연간30회한)보장특약 · 뇌혈관질환통원일당(종합병원, 연간30회한)보장특약 · 뇌혈관질환통원일당(상급종합병원, 연간30회한)보장특약 · 7대장기이식대기등록보장특약 · 심근병증진단비보장특약 · 암수술비(유사암제외)(25%체증형)보장특약 · 유사암수술비(25%체증형)보장특약 · 4대양성종양진단비보장특약 · 상급병실(1인실) 종합병원 질병입원일당(1일이상 30일한도)보장특약 · 상급병실(1인실) 종합병원 질병수술입원일당(1일이상 10일한도)보장특약 · 암 주요치료비(연간1회한, 5년간)보장특약 · 암 주요치료비(연간1회한, 10년간)보장특약 · 암 주요치료비(연간1회한, 10년간)(체증형)보장특약 · 상급종합병원,국립암센터 암 주요치료비(연간1회한, 10년간)보장특약 · 상급종합병원,국립암센터 암 주요치료비(연간1회한, 10년간)(체증형)보장특약 · 통합암 주요치료비(연간1회한, 10년간)보장특약 · 통합암 주요치료비(체증형)(연간1회한, 10년간)보장특약 · 상급종합병원,국립암센터 통합암 주요치료비(연간1회한, 10년간)보장특약 · 상급종합병원,국립암센터 통합암 주요치료비(체증형)(연간1회한, 10년간)보장특약	10년만기	전기납	0세~65세	월납
		20년만기	10년납	0세~39세	
			15년납	0세~39세	
			전기납	0세~59세	
		60세만기	10년납	0세~49세	
			15년납	0세~45세	
			20년납	0세~39세	
			25년납	0세~35세	
			30년납	0세~30세	
		80세만기	10년납	0세~65세	
			15년납	0세~65세	
			20년납	0세~60세	
			25년납	0세~55세	
			30년납	0세~50세	
		90세만기	10년납	0세~65세	
			15년납	0세~65세	
			20년납	0세~65세	
			25년납	0세~65세	
			30년납	0세~60세	
		100세만기	10년납	0세~65세	
			15년납	0세~65세	
			20년납	0세~65세	
			25년납	0세~65세	
			30년납	0세~65세	

순번	보장	보험기간	보험료 납입기간	가입나이	보험료 납입주기
라	· 비급여 암 주요치료비(전액본인부담 포함, 연간1회한, 10년간)보장 특약 · 비급여 항암약물치료비(전액본인부담 포함, 연간1회한, 10년간)보장 특약 · 2-3인실 상급종합병원 질병입원일당(1일이상 30일한도)보장특약 · 2-3인실 종합병원 질병입원일당(1일이상 30일한도)보장특약 · 암 통합치료비(비급여(전액본인부담 포함))보장특약 · 암 통합치료비(비급여(전액본인부담 포함), 암중점치료기관(상급종합병원 포함))보장특약 · 암 통합치료비(기본형)보장특약 · 암 통합치료비(실속형)보장특약 · 암 통합치료비(기본형)(암중점치료기관(상급종합병원 포함))보장특약 · 암 통합치료비(실속형)(암중점치료기관(상급종합병원 포함))보장특약 · 암 통합치료비Ⅱ(비급여(전액본인부담 포함))보장특약 · 암 통합치료비Ⅱ(비급여(전액본인부담 포함), 암중점치료기관(상급종합병원 포함))보장특약 · 암 통합치료비(주요치료)(비급여(전액본인부담 포함))보장특약 · 암 통합치료비(주요치료)(비급여(전액본인부담 포함), 암중점치료기관(상급종합병원 포함))보장특약 · 암 통합치료 생활비(연간 통합치료 2회이상)보장특약 · 특정호르몬약물허가치료비보장특약 · 계속받는 특정항암호르몬약물허가치료비(연간1회한)보장특약	10년만기	전기납	0세～65세	월납
			10년납	0세～39세	
			15년납	0세～39세	
			전기납	0세～59세	
		20년만기	10년납	0세～49세	
			15년납	0세～45세	
			20년납	0세～39세	
			25년납	0세～35세	
		60세만기	30년납	0세～30세	
			10년납	0세～65세	
			15년납	0세～65세	
			20년납	0세～60세	
		80세만기	25년납	0세～55세	
			30년납	0세～50세	
			10년납	0세～65세	
			15년납	0세～65세	
		90세만기	20년납	0세～65세	
			25년납	0세～65세	
			30년납	0세～60세	
			10년납	0세～65세	
		100세만기	15년납	0세～65세	
			20년납	0세～65세	
			25년납	0세～65세	
			30년납	0세～65세	
마	· 질병80%이상후유장해보장특약 · 양성뇌종양진단비Ⅱ보장특약 · 호흡기관련질병수술비보장특약 · 남성특정비뇨기계질환수술비보장특약[주3)] · 특정희귀난치성질환수술비보장특약 · 5대고액치료비암진단비보장특약 · 질병수술입원일당(1일이상 20일한도)보장특약 · 충수염수술비보장특약 · 특정전염병진단비보장특약 · 희귀난치성 7대질환진단비보장특약 · 16대특정암진단비보장특약 · 2대질병입원일당(1일이상)보장특약 · 결핵진단비보장특약 · 질병후유장해(3~100%)보장특약 · 급성간염(A,B,C형)진단비보장특약	10년만기	전기납	0세～60세	월납
		20년만기	10년납	0세～39세	
			15년납	0세～39세	
			전기납	0세～59세	
		60세만기	10년납	0세～49세	
			15년납	0세～45세	
			20년납	0세～39세	
			25년납	0세～35세	
			30년납	0세～30세	
		80세만기	10년납	0세～60세	
			15년납	0세～60세	
			20년납	0세～60세	
			25년납	0세～55세	
			30년납	0세～50세	
		90세만기 100세만기	10년납	0세～60세	
			15년납	0세～60세	
			20년납	0세～60세	
			25년납	0세～60세	
			30년납	0세～60세	

순번	보장	보험기간	보험료 납입기간	가입나이	보험료 납입주기
바	· 5대장기이식수술비보장특약 · 조혈모세포이식수술비보장특약 · 각막이식수술비보장특약	10년만기	전기납	0세～60세	월납
		20년만기	10년납	0세～39세	
			15년납	0세～39세	
			전기납	0세～59세	
		60세만기	10년납	0세～49세	
			15년납	0세～45세	
			20년납	0세～39세	
			25년납	0세～35세	
			30년납	0세～30세	
		80세만기	10년납	0세～60세	
			15년납	0세～60세	
			20년납	0세～60세	
			25년납	0세～55세	
			30년납	0세～50세	
사	· 유방절제수술복원치료비(부분절제제외)보장특약[주4)]	10년만기	1～9년납[주2)]	20세～60세	월납
			전기납	20세～60세	
		20년만기	1～9년납[주2)]	20세～39세	
			10년납	20세～39세	
			15년납	20세～39세	
			전기납	20세～59세	
		60세만기	1～9년납[주2)]	20세～49세	
			10년납	20세～49세	
			15년납	20세～45세	
			20년납	20세～39세	
			25년납	20세～35세	
			30년납	20세～30세	
		80세만기	1～9년납[주2)]	20세～60세	
			10년납	20세～60세	
			15년납	20세～60세	
			20년납	20세～60세	
			25년납	20세～55세	
			30년납	20세～50세	

순번	보장	보험기간	보험료 납입기간	가입나이	보험료 납입주기
아	· 일반상해사망보장특약 · 일반상해사망보장추가특약 · 강력범죄피해(일상생활중)보장특약[주5)]	10년만기	1~9년납[주1)]	15세~69세	월납
			전기납	15세~69세	
		20년만기	1~9년납[주1)]	15세~39세	
			10년납	15세~39세	
			15년납	15세~39세	
			전기납	15세~59세	
		60세만기	1~9년납[주1)]	15세~49세	
			10년납	15세~49세	
			15년납	15세~45세	
			20년납	15세~39세	
			25년납	15세~35세	
			30년납	15세~30세	
		80세만기	1~9년납[주1)]	15세~70세	
			10년납	15세~70세	
			15년납	15세~65세	
			20년납	15세~60세	
			25년납	15세~55세	
			30년납	15세~50세	
		90세만기	1~9년납[주1)]	15세~70세	
			10년납	15세~70세	
			15년납	15세~70세	
			20년납	15세~70세	
			25년납	15세~65세	
			30년납	15세~60세	
		100세만기	1~9년납[주1)]	15세~70세	
			10년납	15세~70세	
			15년납	15세~70세	
			20년납	15세~70세	
			25년납	15세~70세	
			30년납	15세~70세	

순번	보장	보험기간	보험료 납입기간	가입나이	보험료 납입주기
자	· 만성당뇨합병증진단비보장특약 · 말기폐질환진단비보장특약 · 말기간경화진단비보장특약 · 말기신부전증진단비보장특약 · 약제내성결핵(슈퍼결핵포함)진단비보장특약	10년만기	1~9년납[주1]	15세~60세	월납
			전기납	15세~60세	
		20년만기	1~9년납[주1]	15세~39세	
			10년납	15세~39세	
			15년납	15세~39세	
			전기납	15세~59세	
		60세만기	1~9년납[주1]	15세~49세	
			10년납	15세~49세	
			15년납	15세~45세	
			20년납	15세~39세	
			25년납	15세~35세	
			30년납	15세~30세	
		80세만기	1~9년납[주1]	15세~60세	
			10년납	15세~60세	
			15년납	15세~60세	
			20년납	15세~60세	
			25년납	15세~55세	
			30년납	15세~50세	
		90세만기 100세만기	1~9년납[주1]	15세~60세	
			10년납	15세~60세	
			15년납	15세~60세	
			20년납	15세~60세	
			25년납	15세~60세	
			30년납	15세~60세	
차	· 질병사망보장특약 · 질병사망보장추가특약	10년만기	1~9년납[주1]	15세~69세	월납
			전기납	15세~69세	
		20년만기	1~9년납[주1]	15세~39세	
			10년납	15세~39세	
			15년납	15세~39세	
			전기납	15세~59세	
		60세만기	1~9년납[주1]	15세~49세	
			10년납	15세~49세	
			15년납	15세~45세	
			20년납	15세~39세	
			25년납	15세~35세	
			30년납	15세~30세	
		80세만기	1~9년납[주1]	15세~70세	
			10년납	15세~70세	
			15년납	15세~65세	
			20년납	15세~60세	
			25년납	15세~55세	
			30년납	15세~50세	

순번	보장	보험기간	보험료 납입기간	가입나이	보험료 납입주기
카	· 인공관절수술비보장특약 · 다발경화증진단비보장특약	10년만기	1~9년납[주1]	15세~60세	월납
			전기납	15세~60세	
		20년만기	1~9년납[주1]	15세~39세	
			10년납	15세~39세	
			15년납	15세~39세	
			전기납	15세~59세	
		60세만기	1~9년납[주1]	15세~49세	
			10년납	15세~49세	
			15년납	15세~45세	
			20년납	15세~39세	
			25년납	15세~35세	
			30년납	15세~30세	
		80세만기	1~9년납[주1]	15세~60세	
			10년납	15세~60세	
			15년납	15세~60세	
			20년납	15세~60세	
			25년납	15세~55세	
			30년납	15세~50세	
타	· 장기요양급여금(1~4등급)보장특약 · 장기요양급여금(1~2등급)보장특약 · 장기요양급여금(1등급)보장특약 · 당뇨병진단비Ⅱ보장특약	80세만기	10년납	15세~65세	월납
			15년납	15세~65세	
			20년납	15세~60세	
			25년납	15세~55세	
			30년납	15세~50세	
		90세만기	10년납	15세~65세	
			15년납	15세~65세	
			20년납	15세~65세	
			25년납	15세~65세	
			30년납	15세~60세	
		100세만기	10년납	15세~65세	
			15년납	15세~65세	
			20년납	15세~65세	
			25년납	15세~65세	
			30년납	15세~65세	

순번	보장	보험기간	보험료 납입기간	가입나이	보험료 납입주기
파	· 허혈성심장질환통원일당(연간30회한)보장특약 · 허혈성심장질환통원일당(종합병원, 연간30회한)보장특약 · 허혈성심장질환통원일당(상급종합병원, 연간30회한)보장특약	10년만기	전기납	12세~65세	월납
		20년만기	10년납	12세~39세	
			15년납	12세~39세	
			전기납	12세~59세	
		60세만기	10년납	12세~49세	
			15년납	12세~45세	
			20년납	12세~39세	
			25년납	12세~35세	
			30년납	12세~30세	
		80세만기	10년납	12세~65세	
			15년납	12세~65세	
			20년납	12세~60세	
			25년납	12세~55세	
			30년납	12세~50세	
		90세만기	10년납	12세~65세	
			15년납	12세~65세	
			20년납	12세~65세	
			25년납	12세~65세	
			30년납	12세~60세	
		100세만기	10년납	12세~65세	
			15년납	12세~65세	
			20년납	12세~65세	
			25년납	12세~65세	
			30년납	12세~65세	
하	· 간질환수술비보장특약	10년만기	전기납	4세~60세	월납
		20년만기	10년납	4세~39세	
			15년납	4세~39세	
			전기납	4세~59세	
		60세만기	10년납	4세~49세	
			15년납	4세~45세	
			20년납	4세~39세	
			25년납	4세~35세	
			30년납	4세~30세	
		80세만기	10년납	4세~60세	
			15년납	4세~60세	
			20년납	4세~60세	
			25년납	4세~55세	
			30년납	4세~50세	
		90세만기 100세만기	10년납	4세~60세	
			15년납	4세~60세	
			20년납	4세~60세	
			25년납	4세~60세	
			30년납	4세~60세	

순번	보장	보험기간	보험료 납입기간	가입나이	보험료 납입주기
거	· 중증치매간병비보장특약 · 경증이상 치매간병비보장특약 · 중등도이상 치매간병비보장특약	90세만기	10년납	15세~65세	월납
			15년납	15세~65세	
			20년납	15세~65세	
			25년납	15세~65세	
			30년납	15세~60세	
		100세만기	10년납	15세~65세	
			15년납	15세~65세	
			20년납	15세~65세	
			25년납	15세~65세	
			30년납	15세~65세	
너	· 재진단암진단비(1년 대기형)보장특약	60세만기	10년납	0세~50세	월납
			15년납	0세~45세	
			20년납	0세~39세	
			25년납	0세~35세	
			30년납	0세~30세	
		80세만기	10년납	0세~60세	
			15년납	0세~60세	
			20년납	0세~60세	
			25년납	0세~55세	
			30년납	0세~50세	
		90세만기 100세만기	10년납	0세~60세	
			15년납	0세~60세	
			20년납	0세~60세	
			25년납	0세~60세	
			30년납	0세~60세	
더	· 요실금수술비(급여)(연간1회한)보장특약[주4)]	10년만기	전기납	18세~65세	월납
		20년만기	10년납	18세~39세	
			15년납	18세~39세	
			전기납	18세~59세	
		60세만기	10년납	18세~49세	
			15년납	18세~45세	
			20년납	18세~39세	
			25년납	18세~35세	
			30년납	18세~30세	
		80세만기	10년납	18세~65세	
			15년납	18세~65세	
			20년납	18세~60세	
			25년납	18세~55세	
			30년납	18세~50세	
		90세만기	10년납	18세~65세	
			15년납	18세~65세	
			20년납	18세~65세	
			25년납	18세~65세	
			30년납	18세~60세	
		100세만기	10년납	18세~65세	
			15년납	18세~65세	
			20년납	18세~65세	
			25년납	18세~65세	
			30년납	18세~65세	

순번	보장	보험기간	보험료 납입기간	가입나이	보험료 납입주기
러	· 대상포진진단비보장특약 · 대상포진눈병진단비보장특약 · 통풍진단비보장특약 · 간경변증진단비보장특약 · 요로결석진단비보장특약 · 혈전용해치료비Ⅱ보장특약 · 혈전용해치료비Ⅱ(연간1회한)보장특약	10년만기	전기납	15세~65세	월납
		20년만기	10년납	15세~39세	
			15년납	15세~39세	
			전기납	15세~59세	
		60세만기	10년납	15세~49세	
			15년납	15세~45세	
			20년납	15세~39세	
			25년납	15세~35세	
			30년납	15세~30세	
		80세만기	10년납	15세~65세	
			15년납	15세~65세	
			20년납	15세~60세	
			25년납	15세~55세	
			30년납	15세~50세	
		90세만기	10년납	15세~65세	
			15년납	15세~65세	
			20년납	15세~65세	
			25년납	15세~65세	
			30년납	15세~60세	
		100세만기	10년납	15세~65세	
			15년납	15세~65세	
			20년납	15세~65세	
			25년납	15세~65세	
			30년납	15세~65세	
머	· 갑상선암 및 기타피부암의 전이암(림프절 등 전이제외)진단비보장특약 · 기계적혈전제거술(카테터법)치료비Ⅱ(급여, 연간1회한)보장특약	60세만기	10년납	15세~50세	월납
			15년납	15세~45세	
			20년납	15세~40세	
			25년납	15세~35세	
			30년납	15세~30세	
		80세만기	10년납	15세~65세	
			15년납	15세~65세	
			20년납	15세~60세	
			25년납	15세~55세	
			30년납	15세~50세	
		90세만기	10년납	15세~65세	
			15년납	15세~65세	
			20년납	15세~65세	
			25년납	15세~65세	
			30년납	15세~60세	
		100세만기	10년납	15세~65세	
			15년납	15세~65세	
			20년납	15세~65세	
			25년납	15세~65세	
			30년납	15세~65세	
버	· 안전사고피해치료비보장특약	10년만기	전기납	0세~10세	월납
		20세만기	10년납	0세~9세	
			15년납	0세~5세	
			20년납	0세	
서	· 화재벌금보장특약	10년만기	전기납	15세~70세	월납
		20년만기	10년납 15년납 전기납		

순번	보장	보험기간	보험료 납입기간	가입나이	보험료 납입주기
어	· 민사소송법률비용보장특약 · 임대차보증금법률비용보장특약 · 부동산소유권법률비용보장특약 · 행정소송법률비용보장특약	10년만기	전기납	만19세～70세	월납
		20년만기	10년납 15년납 전기납		
저	· 보험료납입지원(유사암진단)보장특약[주6)]	10년만기 15년만기 20년만기 25년만기 30년만기	전기납	0세～70세	월납
처	· 최대두배받는2대질환치료비(포인트적립형)보장특약	60세만기	10년납	0세～49세	월납
			15년납	0세～45세	
			20년납	0세～39세	
			25년납	0세～35세	
			30년납	0세～30세	
		80세만기	10년납	0세～70세	
			15년납	0세～65세	
			20년납	0세～60세	
			25년납	0세～55세	
			30년납	0세～50세	
		90세만기	10년납	0세～70세	
			15년납	0세～70세	
			20년납	0세～70세	
			25년납	0세～65세	
			30년납	0세～60세	
		100세만기	10년납	0세～70세	
			15년납	0세～70세	
			20년납	0세～70세	
			25년납	0세～70세	
			30년납	0세～70세	

순번	보장	보험기간	보험료 납입기간	가입나이	보험료 납입주기
커	· 간병인사용 일반상해입원일당(plus)(1일이상 180일한도)(요양병원제외)보장특약 · 간병인사용 일반상해입원일당(1일이상 180일한도)(요양병원)보장특약 · 간호 · 간병통합서비스 사용 일반상해입원일당(1일이상 180일한도)보장특약 · 일반상해입원 간병인비용지원(간병인비용 200만원 이상)(요양병원제외)보장특약 · 일반상해입원 간병인비용지원(간병인비용 500만원 이상)(요양병원제외)보장특약 · 일반상해입원 간병인비용지원(간병인비용 1,000만원 이상)(요양병원제외)보장특약 · 일반상해입원 간병인비용지원(간병인비용 2,000만원 이상)(요양병원제외)보장특약 · 일반상해입원일당(181일이상)(요양,정신,한방병원제외)보장특약 · 간병인사용 일반상해입원일당(plus)(181일이상)(요양,정신,한방병원제외)보장특약 · 간호 · 간병통합서비스 사용 일반상해입원일당(181일이상)(요양,정신,한방병원제외)보장특약 · 간병인사용 질병입원일당(plus)(1일이상 180일한도)(요양병원제외)보장특약 · 간병인사용 질병입원일당(1일이상 180일한도)(요양병원)보장특약 · 간호 · 간병통합서비스 사용 질병입원일당(1일이상 180일한도)보장특약 · 질병입원 간병인비용지원(간병인비용 200만원 이상)(요양병원제외)보장특약 · 질병입원 간병인비용지원(간병인비용 500만원 이상)(요양병원제외)보장특약 · 질병입원 간병인비용지원(간병인비용 1,000만원 이상)(요양병원제외)보장특약 · 질병입원 간병인비용지원(간병인비용 2,000만원 이상)(요양병원제외)보장특약 · 질병입원일당(181일이상)(요양,정신,한방병원제외)보장특약 · 간병인사용 질병입원일당(plus)(181일이상)(요양,정신,한방병원제외)보장특약 · 간호 · 간병통합서비스 사용 질병입원일당(181일이상)(요양,정신,한방병원제외)보장특약 · 간병인사용 일반상해수술입원일당(1일이상 30일한도)(치아파절및치아탈구제외, 요양병원제외)보장특약 · 간병인사용 질병수술입원일당(1일이상 30일한도)(특정6대질병제외, 요양병원제외)보장특약	80세만기	10년납	0세～70세	월납
			15년납	0세～65세	
			20년납	0세～60세	
			25년납	0세～55세	
			30년납	0세～50세	
		90세만기	10년납	0세～70세	
			15년납	0세～70세	
			20년납	0세～70세	
			25년납	0세～65세	
			30년납	0세～60세	
		100세만기	10년납	0세～70세	
			15년납	0세～70세	
			20년납	0세～70세	
			25년납	0세～70세	
			30년납	0세～70세	

순번	보장	보험기간	보험료 납입기간	가입나이	보험료 납입주기
터	· 간병인사용 일반상해입원일당(plus)(1일이상 180일한도)(요양병원제외)(체증형)보장특약 · 간병인사용 일반상해입원일당(1일이상 180일한도)(요양병원)(체증형)보장특약 · 간병인사용 질병입원일당(plus)(1일이상 180일한도)(요양병원제외)(체증형)보장특약 · 간병인사용 질병입원일당(1일이상 180일한도)(요양병원)(체증형)보장특약	80세만기	10년납	0세~55세	월납
			15년납	0세~55세	
			20년납	0세~55세	
			25년납	0세~55세	
			30년납	0세~50세	
		90세만기	10년납	0세~65세	
			15년납	0세~65세	
			20년납	0세~65세	
			25년납	0세~65세	
			30년납	0세~60세	
		100세만기	10년납	0세~70세	
			15년납	0세~70세	
			20년납	0세~70세	
			25년납	0세~70세	
			30년납	0세~70세	
퍼	· 고혈압(원발성)대상질병진단비보장특약 · 이상지질혈증(고지혈증포함)대상질병진단비보장특약	80세만기	10년납	20세~65세	월납
			15년납	20세~65세	
			20년납	20세~60세	
			25년납	20세~55세	
			30년납	20세~50세	
		90세만기	10년납	20세~65세	
			15년납	20세~65세	
			20년납	20세~65세	
			25년납	20세~65세	
			30년납	20세~60세	
		100세만기	10년납	20세~65세	
			15년납	20세~65세	
			20년납	20세~65세	
			25년납	20세~65세	
			30년납	20세~65세	

순번	보장	보험기간	보험료 납입기간	가입나이	보험료 납입주기
허	· 특정순환계질환 통합치료비보장특약 · 상급종합병원,권역심뇌혈관질환센터 특정순환계질환 통합치료비보장특약	10년만기	전기납	15세~69세	월납
		20년만기	10년납	15세~39세	
			15년납	15세~39세	
			전기납	15세~59세	
		60세만기	10년납	15세~49세	
			15년납	15세~45세	
			20년납	15세~39세	
			25년납	15세~35세	
			30년납	15세~30세	
		80세만기	10년납	15세~70세	
			15년납	15세~65세	
			20년납	15세~60세	
			25년납	15세~55세	
			30년납	15세~50세	
		90세만기	10년납	15세~70세	
			15년납	15세~70세	
			20년납	15세~70세	
			25년납	15세~65세	
			30년납	15세~60세	
		100세만기	10년납	15세~70세	
			15년납	15세~70세	
			20년납	15세~70세	
			25년납	15세~70세	
			30년납	15세~70세	

주1) 기본계약 최초 가입시 보험가입나이가 15세미만인 피보험자가 15세이상 계약해당일 이후 담보를 추가하는 경우에 한하여 적용함.

주2) 기본계약 최초 가입시 보험가입나이가 20세미만인 피보험자가 20세이상 계약해당일 이후 담보를 추가하는 경우에 한하여 적용함.

주3) 해당 특약의 경우 남성에 한하여 가입 가능함.

주4) 해당 특약의 경우 여성에 한하여 가입 가능함.

주5) 해당 특약의 경우 만15세이상에 한하여 가입 가능함.

주6) 해당 특약의 경우 2종(보험료 납입면제형)에 한하여 가입 가능함.

순번	보장	구분	보험기간	보험료 납입기간	가입나이	보험료 납입주기
고	· 갱신형 재진단암진단비(1년 대기형)보장특약 · 갱신형 질병후유장해(3~100%)보장특약	신규	3년만기 10년만기 15년만기 20년만기	전기납	0세～60세	월납
		갱신	3년만기 10년만기 15년만기 20년만기		3세～(갱신종료보험나이-보험기간)세	
			1～2년만기 4～9년만기 11～14년만기 16～19년만기		(갱신종료보험나이-보험기간)세	
노	· 갱신형 질병사망보장특약	신규	3년만기 10년만기 15년만기 20년만기	전기납	15세～60세	월납
		갱신	3년만기 10년만기 15년만기 20년만기		18세～(갱신종료보험나이 -보험기간)세	
			1～2년만기 4～9년만기 11～14년만기 16～19년만기		(갱신종료보험나이-보험기간)세	

<table>
<tr><th>순번</th><th>보장</th><th>구분</th><th>보험기간</th><th>보험료
납입기간</th><th>가입나이</th><th>보험료
납입주기</th></tr>
<tr><td rowspan="4">도</td><td rowspan="4">· 갱신형 질병입원일당(1일이상)보장특약
· 갱신형 항암방사선약물치료비보장특약
· 갱신형 암직접치료입원일당(Ⅱ)(요양병원제외, 1일이상)보장특약
· 갱신형 32대질병관혈수술비(연간1회한)보장특약
· 갱신형 5대질환수술비(연간1회한)보장특약
· 갱신형 질병중환자실입원일당(1일이상)보장특약
· 갱신형 암수술비(유사암제외)보장특약
· 갱신형 유사암수술비보장특약
· 갱신형 암직접치료통원일당(상급종합병원)보장특약
· 갱신형 계속받는 항암방사선약물치료비(급여)(연간1회한)보장특약
· 갱신형 뇌혈관질환통원일당(연간30회한)보장특약
· 갱신형 뇌혈관질환통원일당(종합병원, 연간30회한)보장특약
· 갱신형 뇌혈관질환통원일당(상급종합병원, 연간30회한)보장특약
· 갱신형 암수술비(유사암제외)(25%체증형)보장특약
· 갱신형 유사암수술비(25%체증형)보장특약
· 갱신형 4대양성종양진단비보장특약
· 갱신형 통합암진단비(전이포함)(유사암제외)보장특약</td><td>신규</td><td>3년만기
10년만기
15년만기
20년만기</td><td rowspan="4">전기납</td><td>0세～65세</td><td rowspan="4">월납</td></tr>
<tr><td rowspan="3">갱신</td><td rowspan="2">3년만기
10년만기
15년만기
20년만기</td><td rowspan="2">3세～(갱신종료보험나이-보험기간)세</td></tr>
<tr><td>1～2년만기
4～9년만기
11～14년만기
16～19년만기</td></tr>
<tr><td>(갱신종료보험나이-보험기간)세</td></tr>
<tr><td rowspan="4">로</td><td rowspan="4">· 갱신형 일반상해사망보장특약</td><td>신규</td><td>3년만기
10년만기
15년만기
20년만기</td><td rowspan="4">전기납</td><td>15세～70세</td><td rowspan="4">월납</td></tr>
<tr><td rowspan="3">갱신</td><td>3년만기
10년만기
15년만기
20년만기</td><td rowspan="2">18세～(갱신종료보험나이-보험기간)세</td></tr>
<tr><td>1～2년만기
4～9년만기
11～14년만기
16～19년만기</td></tr>
<tr><td>(갱신종료보험나이-보험기간)세</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>순번</th><th>보장</th><th>구분</th><th>보험기간</th><th>보험료
납입기간</th><th>가입나이</th><th>보험료
납입주기</th></tr>
<tr><td rowspan="3">모</td><td rowspan="3">· 갱신형 일반상해입원일당(1일이상)보장특약
· 갱신형 신골절치료비(치아파절포함)보장특약
· 갱신형 신깁스치료비보장특약
· 갱신형 골절(치아파절 제외)진단비Ⅱ보장특약
· 갱신형 상해수술비보장특약
· 갱신형 상해수술비(치아파절및치아탈구제외)보장특약
· 갱신형 일반상해중환자실입원일당(1일이상)보장특약
· 갱신형 골절진단비Ⅱ보장특약
· 갱신형 수술비(1~7종, 연간3회한)[상해]보장특약
· 갱신형 상급종합병원 상해수술비보장특약
· 갱신형 종합병원 상해수술비보장특약
· 갱신형 특정순환계질환진단비보장특약
· 갱신형 2대질환 주요치료비(연간1회한, 10년간)보장특약
· 갱신형 상급종합병원 2대질환 주요치료비(연간1회한, 10년간)보장특약
· 갱신형 상급종합병원 2대질환 주요치료비(연간1회한, 10년간)(체증형)보장특약</td><td>신규</td><td>3년만기
10년만기
15년만기
20년만기</td><td rowspan="3">전기납</td><td>0세～70세</td><td rowspan="3">월납</td></tr>
<tr><td rowspan="2">갱신</td><td>3년만기
10년만기
15년만기
20년만기</td><td>3세～(갱신종료보험나이-보험기간)세</td></tr>
<tr><td>1～2년만기
4～9년만기
11～14년만기
16～19년만기</td><td>(갱신종료보험나이-보험기간)세</td></tr>
<tr><td rowspan="3">보</td><td rowspan="3">· 갱신형 암요양병원입원일당(Ⅱ)(1일이상 90일한도)보장특약</td><td>신규</td><td>3년만기
10년만기
15년만기
20년만기</td><td rowspan="3">전기납</td><td>30세～65세</td><td rowspan="3">월납</td></tr>
<tr><td rowspan="2">갱신</td><td>3년만기
10년만기
15년만기
20년만기</td><td>33세～(갱신종료보험나이
-보험기간)세</td></tr>
<tr><td>1～2년만기
4～9년만기
11～14년만기
16～19년만기</td><td>(갱신종료보험나이-보험기간)세</td></tr>
<tr><td rowspan="3">소</td><td rowspan="3">· 갱신형 대상포진진단비보장특약
· 갱신형 대상포진눈병진단비보장특약
· 갱신형 통풍진단비보장특약
· 갱신형 간경변증진단비보장특약
· 갱신형 요로결석진단비보장특약</td><td>신규</td><td>3년만기
10년만기
15년만기
20년만기</td><td rowspan="3">전기납</td><td>15세～65세</td><td rowspan="3">월납</td></tr>
<tr><td rowspan="2">갱신</td><td>3년만기
10년만기
15년만기
20년만기</td><td>18세～(갱신종료보험나이
-보험기간)세</td></tr>
<tr><td>1～2년만기
4～9년만기
11～14년만기
16～19년만기</td><td>(갱신종료보험나이-보험기간)세</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>순번</th><th>보장</th><th>구분</th><th>보험기간</th><th>보험료
납입기간</th><th>가입나이</th><th>보험료
납입주기</th></tr>
<tr><td rowspan="4">오</td><td rowspan="4">· 갱신형 허혈성심장질환통원일당(연간30회한)보장특약
· 갱신형 허혈성심장질환통원일당(종합병원, 연간30회한)보장특약
· 갱신형 허혈성심장질환통원일당(상급종합병원, 연간30회한)보장특약</td><td>신규</td><td>3년만기
10년만기
15년만기
20년만기</td><td rowspan="4">전기납</td><td>17세～65세</td><td rowspan="4">월납</td></tr>
<tr><td rowspan="2">갱신</td><td>3년만기
10년만기
15년만기
20년만기</td><td>20세～(갱신종료보험나이-보험기간)세</td></tr>
<tr><td>1～2년만기
4～9년만기
11～14년만기
16～19년만기</td><td>(갱신종료보험나이-보험기간)세</td></tr>
<tr><td rowspan="4">조</td><td rowspan="4">· 갱신형 최대두배받는2대질환치료비(포인트적립형)보장특약</td><td>신규</td><td>10년만기
15년만기
20년만기</td><td rowspan="4">전기납</td><td>16세～70세</td><td rowspan="4">월납</td></tr>
<tr><td rowspan="2">갱신</td><td>10년만기
15년만기
20년만기</td><td>26세～(갱신종료보험나이-보험기간)세</td></tr>
<tr><td>1～9년만기
11～14년만기
16～19년만기</td><td>(갱신종료보험나이-보험기간)세</td></tr>
</table>

[2형(해약환급금미지급형(납입후50%)), 해약환급금미지급형 비교상품]

<table>
<tr><th>순번</th><th>보장</th><th>보험기간</th><th>보험료
납입기간</th><th>가입나이</th><th>보험료
납입주기</th></tr>
<tr><td rowspan="12">가</td><td rowspan="12">· 기본계약(일반상해80%이상후유장해)
· 일반상해50%이상후유장해보장특약
· 일반상해50%이상후유장해 생활자금보장특약
· 일반상해80%이상후유장해보장특약
· 일반상해80%이상후유장해 생활자금보장특약
· 대중교통이용중 교통상해후유장해(3~100%)보장특약
· 골절(치아파절 제외)진단비Ⅱ보장특약
· 상해흉터복원수술비보장특약
· 일반상해입원일당(1일이상)보장특약
· 깁스치료비보장특약
· 상해수술비보장특약
· 상해수술비(치아파절및치아탈구제외)보장특약
· 일반상해중환자실입원일당(1일이상)보장특약
· 신화상치료비보장특약
· 골절수술비Ⅱ보장특약
· 골절(치아파절제외)수술비Ⅱ보장특약
· 일반상해수술입원일당(1일이상 20일한도)보장특약
· 5대골절진단비보장특약
· 5대골절수술비보장특약
· 의료사고법률비용보장특약
· 일반상해후유장해(20~100%)보장특약
· 일반상해후유장해(3~100%)보장특약
· 상해수술비보장추가특약
· 일반상해입원일당(1일이상)보장추가특약
· 신골절치료비(치아파절포함)보장특약
· 신깁스치료비보장특약
· 상급종합병원 일반상해입원일당(1일이상)보장특약
· 특정중증상해입원일당(1일이상 30일한도)보장특약
· 골절진단비Ⅱ보장특약
· 종합병원 일반상해입원일당(1일이상)보장특약
· 상급병실(1인실) 상급종합병원 일반상해입원일당(1일이상 10일한도)보장특약
· 중대한특정상해수술비보장특약
· 수술비(1~7종, 연간3회한)[상해]보장특약
· 상급병실(1인실) 종합병원 일반상해입원일당(1일이상 30일한도)보장특약
· 상급병실(1인실) 종합병원 일반상해수술입원일당(1일이상 10일한도)보장특약
· 상급종합병원 상해수술비보장특약
· 종합병원 상해수술비보장특약</td><td rowspan="3">80세만기</td><td>20년납</td><td>0세～60세</td><td rowspan="12">월납</td></tr>
<tr><td>25년납</td><td>0세～55세</td></tr>
<tr><td>30년납</td><td>0세～50세</td></tr>
<tr><td rowspan="3">90세만기</td><td>20년납</td><td>0세～70세</td></tr>
<tr><td>25년납</td><td>0세～65세</td></tr>
<tr><td>30년납</td><td>0세～60세</td></tr>
<tr><td rowspan="3">100세만기</td><td>20년납</td><td>0세～70세</td></tr>
<tr><td>25년납</td><td>0세～70세</td></tr>
<tr><td>30년납</td><td>0세～70세</td></tr>
</table>

순번	보장	보험기간	보험료 납입기간	가입나이	보험료 납입주기
가	· 2-3인실 상급종합병원 일반상해입원일당(1일이상 30일한도)보장특약 · 2-3인실 종합병원 일반상해입원일당(1일이상 30일한도)보장특약 · 특정순환계질환진단비보장특약 · 2대질환 주요치료비(연간1회한, 10년간)보장특약 · 상급종합병원 2대질환 주요치료비(연간1회한, 10년간) 보장특약 · 상급종합병원 2대질환 주요치료비(연간1회한, 10년간)(체증형)보장특약 · 간병인사용 일반상해입원일당(plus)(1일이상 180일한도)(요양병원제외)보장특약 · 간병인사용 일반상해입원일당(1일이상 180일한도)(요양병원)보장특약 · 간호 · 간병통합서비스 사용 일반상해입원일당(1일이상 180일한도)보장특약 · 일반상해입원 간병인비용지원(간병인비용 200만원 이상)(요양병원제외)보장특약 · 일반상해입원 간병인비용지원(간병인비용 500만원 이상)(요양병원제외)보장특약 · 일반상해입원 간병인비용지원(간병인비용 1,000만원 이상)(요양병원제외)보장특약 · 일반상해입원 간병인비용지원(간병인비용 2,000만원 이상)(요양병원제외)보장특약 · 일반상해입원일당(181일이상)(요양,정신,한방병원제외)보장특약 · 간병인사용 일반상해입원일당(plus)(181일이상)(요양,정신,한방병원제외)보장특약 · 간호 · 간병통합서비스 사용 일반상해입원일당(181일이상)(요양,정신,한방병원제외)보장특약 · 간병인사용 질병입원일당(plus)(1일이상 180일한도)(요양병원제외)보장특약 · 간병인사용 질병입원일당(1일이상 180일한도)(요양병원)보장특약 · 간호 · 간병통합서비스 사용 질병입원일당(1일이상 180일한도)보장특약 · 질병입원 간병인비용지원(간병인비용 200만원 이상)(요양병원제외)보장특약 · 질병입원 간병인비용지원(간병인비용 500만원 이상)(요양병원제외)보장특약 · 질병입원 간병인비용지원(간병인비용 1,000만원 이상)(요양병원제외)보장특약 · 질병입원 간병인비용지원(간병인비용 2,000만원 이상)(요양병원제외)보장특약 · 질병입원일당(181일이상)(요양,정신,한방병원제외)보장특약 · 간병인사용 질병입원일당(plus)(181일이상)(요양,정신,한방병원제외)보장특약 · 간호 · 간병통합서비스 사용 질병입원일당(181일이상)(요양,정신,한방병원제외)보장특약	80세만기	20년납	0세~60세	월납
			25년납	0세~55세	
			30년납	0세~50세	
		90세만기	20년납	0세~70세	
			25년납	0세~65세	
			30년납	0세~60세	
		100세만기	20년납	0세~70세	
			25년납	0세~70세	
			30년납	0세~70세	

순번	보장	보험기간	보험료 납입기간	가입나이	보험료 납입주기
가	· 최대두배받는2대질환치료비(포인트적립형)보장특약 · 종합병원 전신마취치료비(급여)보장특약 · 종합병원 전신마취치료비(급여, 4시간이상)보장특약 · 종합병원 전신마취치료비(급여, 6시간이상)보장특약 · 상해특정급여시술치료비보장특약 · 질병특정급여시술치료비보장특약 · 간병인사용 일반상해수술입원일당(1일이상 30일한도)(치아파절및치아탈구제외, 요양병원제외)보장특약 · 간병인사용 질병수술입원일당(1일이상 30일한도)(특정6대질병제외, 요양병원제외)보장특약 · 상해 통합치료비(실속형)보장특약	80세만기	20년납	0세~60세	월납
			25년납	0세~55세	
			30년납	0세~50세	
		90세만기	20년납	0세~70세	
			25년납	0세~65세	
			30년납	0세~60세	
		100세만기	20년납	0세~70세	
			25년납	0세~70세	
			30년납	0세~70세	

순번	보장	보험기간	보험료 납입기간	가입나이	보험료 납입주기
나	· 암요양병원입원일당(Ⅱ)(1일이상 90일한도)보장특약 · 갑상선암(초기제외)진단비보장특약 · 갑상선기능항진증치료비보장특약 · 암특정재활치료비(급여, 1일1회한, 연간20회한)보장특약 · 암특정통증완화치료비(급여, 연간1회한)보장특약 · 2대질병특정재활치료비(급여, 1일1회한, 연간90회한)보장특약 · 갑상선기능저하증진단비보장특약 · 응급실내원비(응급)보장특약 · 아나필락시스진단비(응급, 연간1회한)보장특약 · 뇌출혈진단비보장특약 · 질병입원일당(1일이상)보장특약 · 항암방사선약물치료비보장특약 · 26종 항암방사선및약물치료비(전이포함)(유사암제외)보장특약 · 기타피부암 및 갑상선암 항암방사선약물치료비보장특약 · 항암중입자방사선치료비보장특약 · 암직접치료입원일당(Ⅱ)(요양병원제외, 1일이상)보장특약 · 질병입원일당(1일이상)보장추가특약 · 32대질병관혈수술비(연간1회한)보장특약 · 5대질환수술비(연간1회한)보장특약 · 상급종합병원 질병입원일당(1일이상)보장특약 · 질병입원일당(1일이상 30일한도)보장특약 · 특정중증질병입원일당(1일이상 30일한도)보장특약 · 암수술비(유사암제외)보장특약 · 유사암수술비보장특약 · 종합병원 질병입원일당(1일이상)보장특약 · 중대한재생불량성빈혈진단비보장특약 · 상급병실(1인실) 상급종합병원 질병입원일당(1일이상 10일한도)보장특약 · 암직접치료통원일당(상급종합병원)보장특약 · 계속받는 항암방사선약물치료비(급여)(연간1회한)보장특약 · 뇌혈관질환통원일당(연간30회한)보장특약 · 뇌혈관질환통원일당(종합병원, 연간30회한)보장특약 · 뇌혈관질환통원일당(상급종합병원, 연간30회한)보장특약 · 7대장기이식대기등록보장특약 · 심근병증진단비보장특약 · 암수술비(유사암제외)(25%체증형)보장특약 · 유사암수술비(25%체증형)보장특약 · 4대양성종양진단비보장특약 · 상급병실(1인실) 종합병원 질병입원일당(1일이상 30일한도)보장특약 · 상급병실(1인실) 종합병원 질병수술입원일당(1일이상 10일한도)보장특약 · 암 주요치료비(연간1회한, 5년간)보장특약 · 암 주요치료비(연간1회한, 10년간)보장특약 · 암 주요치료비(연간1회한, 10년간)(체증형)보장특약 · 상급종합병원,국립암센터 암 주요치료비(연간1회한, 10년간)보장특약 · 상급종합병원,국립암센터 암 주요치료비(연간1회한, 10년간)(체증형)보장특약 · 통합암 주요치료비(연간1회한, 10년간)보장특약 · 통합암 주요치료비(체증형)(연간1회한, 10년간)보장특약	80세만기	20년납	0세~60세	월납
			25년납	0세~55세	
			30년납	0세~50세	
		90세만기	20년납	0세~65세	
			25년납	0세~65세	
			30년납	0세~60세	
		100세만기	20년납	0세~65세	
			25년납	0세~65세	
			30년납	0세~65세	

순번	보장	보험기간	보험료 납입기간	가입나이	보험료 납입주기
나	· 상급종합병원,국립암센터 통합암 주요치료비(연간1회한, 10년간)보장특약 · 상급종합병원,국립암센터 통합암 주요치료비(체증형)(연간1회한, 10년간)보장특약 · 비급여 암 주요치료비(전액본인부담 포함, 연간1회한, 10년간)보장 특약 · 비급여 항암약물치료비(전액본인부담 포함, 연간1회한, 10년간)보장 특약 · 2-3인실 상급종합병원 질병입원일당(1일이상 30일한도)보장특약 · 2-3인실 종합병원 질병입원일당(1일이상 30일한도)보장특약 · 암 통합치료비(비급여(전액본인부담 포함))보장특약 · 암 통합치료비(비급여(전액본인부담 포함), 암중점치료기관(상급종합병원 포함))보장특약 · 암 통합치료비(기본형)보장특약 · 암 통합치료비(실속형)보장특약 · 암 통합치료비(기본형)(암중점치료기관(상급종합병원 포함))보장특약 · 암 통합치료비(실속형)(암중점치료기관(상급종합병원 포함))보장특약 · 암 통합치료비Ⅱ(비급여(전액본인부담 포함))보장특약 · 암 통합치료비Ⅱ(비급여(전액본인부담 포함), 암중점치료기관(상급종합병원 포함))보장특약 · 암 통합치료비(주요치료)(비급여(전액본인부담 포함))보장특약 · 암 통합치료비(주요치료)(비급여(전액본인부담 포함), 암중점치료기관(상급종합병원 포함))보장특약 · 암 통합치료 생활비(연간 통합치료 2회이상)보장특약 · 특정호르몬약물허가치료비보장특약 · 계속받는 특정항암호르몬약물허가치료비(연간1회한)보장특약 · 통합암진단비(전이포함)(유사암제외)보장특약	80세만기	20년납	0세~60세	월납
			25년납	0세~55세	
			30년납	0세~50세	
		90세만기	20년납	0세~65세	
			25년납	0세~65세	
			30년납	0세~60세	
		100세만기	20년납	0세~65세	
			25년납	0세~65세	
			30년납	0세~65세	
다	· 질병80%이상후유장해보장특약 · 양성뇌종양진단비Ⅱ보장특약 · 호흡기관련질병수술비보장특약 · 남성특정비뇨기계질환수술비보장특약[주1)] · 특정희귀난치성질환수술비보장특약 · 5대고액치료비암진단비보장특약 · 질병수술입원일당(1일이상 20일한도)보장특약 · 충수염수술비보장특약 · 특정전염병진단비보장특약 · 희귀난치성 7대질환진단비보장특약 · 16대특정암진단비보장특약 · 2대질병입원일당(1일이상)보장특약 · 결핵진단비보장특약 · 질병후유장해(3~100%)보장특약 · 급성간염(A,B,C형)진단비보장특약 · 재진단암진단비(1년 대기형)보장특약	80세만기	20년납	0세~60세	월납
			25년납	0세~55세	
			30년납	0세~50세	
		90세만기 100세만기	20년납	0세~60세	
			25년납	0세~60세	
			30년납	0세~60세	
라	· 5대장기이식수술비보장특약 · 조혈모세포이식수술비보장특약 · 각막이식수술비보장특약	80세만기	20년납	0세~60세	월납
			25년납	0세~55세	
			30년납	0세~50세	

순번	보장	보험기간	보험료 납입기간	가입나이	보험료 납입주기
마	· 유방절제수술복원치료비(부분절제제외)보장특약[주2)]	80세만기	20년납	20세~60세	월납
			25년납	20세~55세	
			30년납	20세~50세	
바	· 일반상해사망보장특약 · 일반상해사망보장추가특약 · 강력범죄피해(일상생활중)보장특약[주3)] · 특정순환계질환 통합치료비보장특약 · 상급종합병원,권역심뇌혈관질환센터 특정순환계질환 통합치료비보장특약	80세만기	20년납	15세~60세	월납
			25년납	15세~55세	
			30년납	15세~50세	
		90세만기	20년납	15세~70세	
			25년납	15세~65세	
			30년납	15세~60세	
		100세만기	20년납	15세~70세	
			25년납	15세~70세	
			30년납	15세~70세	
사	· 만성당뇨합병증진단비보장특약 · 말기폐질환진단비보장특약 · 말기간경화진단비보장특약 · 말기신부전증진단비보장특약 · 약제내성결핵(슈퍼결핵포함)진단비보장특약	80세만기	20년납	15세~60세	월납
			25년납	15세~55세	
			30년납	15세~50세	
		90세만기 100세만기	20년납	15세~60세	
			25년납	15세~60세	
			30년납	15세~60세	
아	· 질병사망보장특약 · 질병사망보장추가특약 · 인공관절수술비보장특약 · 다발경화증진단비보장특약	80세만기	20년납	15세~60세	월납
			25년납	15세~55세	
			30년납	15세~50세	
자	· 장기요양급여금(1~4등급)보장특약 · 장기요양급여금(1~2등급)보장특약 · 장기요양급여금(1등급)보장특약 · 당뇨병진단비Ⅱ보장특약 · 대상포진진단비보장특약 · 대상포진눈병진단비보장특약 · 통풍진단비보장특약 · 간경변증진단비보장특약 · 요로결석진단비보장특약 · 혈전용해치료비Ⅱ보장특약 · 혈전용해치료비Ⅱ(연간1회한)보장특약 · 갑상선암 및 기타피부암의 전이암(림프절 등 전이제외)진단비보장특약 · 기계적혈전제거술(카테터법)치료비Ⅱ(급여, 연간1회한)보장특약	80세만기	20년납	15세~60세	월납
			25년납	15세~55세	
			30년납	15세~50세	
		90세만기	20년납	15세~65세	
			25년납	15세~65세	
			30년납	15세~60세	
		100세만기	20년납	15세~65세	
			25년납	15세~65세	
			30년납	15세~65세	
차	· 허혈성심장질환통원일당(연간30회한)보장특약 · 허혈성심장질환통원일당(종합병원, 연간30회한)보장특약 · 허혈성심장질환통원일당(상급종합병원, 연간30회한)보장특약	80세만기	20년납	12세~60세	월납
			25년납	12세~55세	
			30년납	12세~50세	
		90세만기	20년납	12세~65세	
			25년납	12세~65세	
			30년납	12세~60세	
		100세만기	20년납	12세~65세	
			25년납	12세~65세	
			30년납	12세~65세	

순번	보장	보험기간	보험료 납입기간	가입나이	보험료 납입주기
카	· 간질환수술비보장특약	80세만기	20년납	4세～60세	월납
			25년납	4세～55세	
			30년납	4세～50세	
		90세만기 100세만기	20년납	4세～60세	
			25년납	4세～60세	
			30년납	4세～60세	
타	· 중증치매간병비보장특약 · 경증이상 치매간병비보장특약 · 중등도이상 치매간병비보장특약	90세만기	20년납	15세～65세	월납
			25년납	15세～65세	
			30년납	15세～60세	
		100세만기	20년납	15세～65세	
			25년납	15세～65세	
			30년납	15세～65세	
파	· 요실금수술비(급여)(연간1회한)보장특약주2)	80세만기	20년납	18세～60세	월납
			25년납	18세～55세	
			30년납	18세～50세	
		90세만기	20년납	18세～65세	
			25년납	18세～65세	
			30년납	18세～60세	
		100세만기	20년납	18세～65세	
			25년납	18세～65세	
			30년납	18세～65세	
하	· 화재벌금보장특약	20년만기	전기납	15세～70세	월납
거	· 민사소송법률비용보장특약 · 임대차보증금법률비용보장특약 · 부동산소유권법률비용보장특약 · 행정소송법률비용보장특약	20년만기	전기납	만19세～70세	월납
너	· 보험료납입지원(유사암진단)보장특약주4)	20년만기 25년만기 30년만기	전기납	0세～70세	월납
더	· 간병인사용 일반상해입원일당(plus)(1일이상 180일한도)(요양병원제외)(체증형)보장특약 · 간병인사용 일반상해입원일당(1일이상 180일한도)(요양병원)(체증형)보장특약 · 간병인사용 질병입원일당(plus)(1일이상 180일한도)(요양병원제외)(체증형)보장특약 · 간병인사용 질병입원일당(1일이상 180일한도)(요양병원)(체증형)보장특약	80세만기	20년납	0세～55세	월납
			25년납	0세～55세	
			30년납	0세～50세	
		90세만기	20년납	0세～65세	
			25년납	0세～65세	
			30년납	0세～60세	
		100세만기	20년납	0세～70세	
			25년납	0세～70세	
			30년납	0세～70세	
러	· 고혈압(원발성)대상질병진단비보장특약 · 이상지질혈증(고지혈증포함)대상질병진단비보장특약	80세만기	20년납	20세～60세	월납
			25년납	20세～55세	
			30년납	20세～50세	
		90세만기	20년납	20세～65세	
			25년납	20세～65세	
			30년납	20세～60세	
		100세만기	20년납	20세～65세	
			25년납	20세～65세	
			30년납	20세～65세	

순번	보장	보험기간	보험료 납입기간	가입나이	보험료 납입주기
머	· 질병중환자실입원일당(1일이상)보장특약	80세만기	20년납	1세～60세	월납
			25년납	1세～55세	
			30년납	1세～50세	
		90세만기	20년납	1세～65세	
			25년납	1세～65세	
			30년납	1세～60세	
		100세만기	20년납	1세～65세	
			25년납	1세～65세	
			30년납	1세～65세	

주1) 해당 특약의 경우 남성에 한하여 가입 가능함.
주2) 해당 특약의 경우 여성에 한하여 가입 가능함.
주3) 해당 특약의 경우 만15세이상에 한하여 가입 가능함.
주4) 해당 특약의 경우 2종(보험료 납입면제형)에 한하여 가입 가능함.

[무배당 3대질병진단비보장(A) 특별약관2509(세만기형)]

1) 1형(해약환급금 지급형)[1종(보험료 납입면제 미적용형), 2종(보험료 납입면제형)]

순번	보장	보험기간	보험료 납입기간	가입나이	보험료 납입주기
가	· 암진단비(유사암제외)보장특약 · 암진단비(유사암 및 소액암 제외)보장특약 · 유사암진단비보장특약 · 유사암진단비Ⅱ보장특약 · 뇌졸중진단비보장특약 · 뇌졸중진단비Ⅱ보장특약 · 급성심근경색증진단비보장특약 · 급성심근경색증진단비Ⅱ보장특약 · 뇌혈관질환진단비보장특약 · 뇌혈관질환진단비Ⅱ보장특약 · 허혈성심장질환진단비보장특약 · 허혈성심장질환진단비Ⅱ보장특약 · 암진단비(유사암제외)보장추가특약 · 뇌졸중진단비보장추가특약 · 뇌졸중진단비Ⅱ보장추가특약 · 급성심근경색증진단비보장추가특약 · 급성심근경색증진단비Ⅱ보장추가특약 · 중증갑상선암진단비보장특약 · 통합암진단비(유사암제외)보장특약 · 원격전이포함 4기 통합암진단비(유사암제외)보장특약 · 원격전이포함 4기 기타피부암 및 갑상선암진단비보장특약 · 전이암진단비보장특약	60세만기	10년납	0세～50세	월납
			15년납	0세～45세	
			20년납	0세～40세	
			25년납	0세～35세	
			30년납	0세～30세	
		80세만기	10년납	0세～65세	
			15년납	0세～65세	
			20년납	0세～60세	
			25년납	0세～55세	
			30년납	0세～50세	
		90세만기	10년납	0세～65세	
			15년납	0세～65세	
			20년납	0세～65세	
			25년납	0세～65세	
			30년납	0세～60세	
		100세만기	10년납	0세～65세	
			15년납	0세～65세	
			20년납	0세～65세	
			25년납	0세～65세	
			30년납	0세～65세	

순번	보장	구분	보험기간	보험료 납입기간	가입나이	보험료 납입주기
나	· 갱신형 암진단비(유사암제외)보장특약 · 갱신형 암진단비(유사암 및 소액암 제외)보장특약 · 갱신형 유사암진단비보장특약 · 갱신형 유사암진단비Ⅱ보장특약 · 갱신형 뇌졸중진단비보장특약 · 갱신형 뇌졸중진단비Ⅱ보장특약 · 갱신형 급성심근경색증진단비보장특약 · 갱신형 급성심근경색증진단비Ⅱ보장특약 · 갱신형 뇌혈관질환진단비보장특약 · 갱신형 뇌혈관질환진단비Ⅱ보장특약 · 갱신형 허혈성심장질환진단비보장특약 · 갱신형 허혈성심장질환진단비Ⅱ보장특약 · 갱신형 통합암진단비(유사암제외)보장특약 · 갱신형 전이암진단비보장특약	신규	3년만기 10년만기 15년만기 20년만기	전기납	0세~65세	월납
		갱신	3년만기 10년만기 15년만기 20년만기		3세~(갱신종료보험나이-보험기간)세	
			1~2년만기 4~9년만기 11~14년만기 16~19년만기		(갱신종료보험나이-보험기간)세	
다	· 갱신형 중증갑상선암진단비보장특약	신규	3년만기 10년만기 15년만기 20년만기	전기납	30세~65세	월납
		갱신	3년만기 10년만기 15년만기 20년만기		33세~(갱신종료보험나이-보험기간)세	
			1~2년만기 4~9년만기 11~14년만기 16~19년만기		(갱신종료보험나이-보험기간)세	

2) 2형 (해약환급금미지급형(납입후50%)), 해약환급금미지급형 비교상품 [1종(보험료 납입면제 미적용형), 2종(보험료 납입면제형)]

순번	보장	보험기간	보험료 납입기간	가입나이	보험료 납입주기
가	· 암진단비(유사암제외)보장특약 · 암진단비(유사암 및 소액암 제외)보장특약 · 유사암진단비보장특약 · 유사암진단비Ⅱ보장특약 · 뇌졸중진단비보장특약 · 뇌졸중진단비Ⅱ보장특약 · 급성심근경색증진단비보장특약 · 급성심근경색증진단비Ⅱ보장특약 · 뇌혈관질환진단비보장특약 · 뇌혈관질환진단비Ⅱ보장특약 · 허혈성심장질환진단비보장특약 · 허혈성심장질환진단비Ⅱ보장특약 · 암진단비(유사암제외)보장추가특약 · 뇌졸중진단비보장추가특약 · 뇌졸중진단비Ⅱ보장추가특약 · 급성심근경색증진단비보장추가특약 · 급성심근경색증진단비Ⅱ보장추가특약 · 중증갑상선암진단비보장특약 · 통합암진단비(유사암제외)보장특약 · 원격전이포함 4기 통합암진단비(유사암제외)보장특약 · 원격전이포함 4기 기타피부암 및 갑상선암진단비보장특약 · 전이암진단비보장특약	80세만기	20년납	0세~60세	월납
			25년납	0세~55세	
			30년납	0세~50세	
		90세만기	20년납	0세~65세	
			25년납	0세~65세	
			30년납	0세~60세	
		100세만기	20년납	0세~65세	
			25년납	0세~65세	
			30년납	0세~65세	

[무배당 수술비(1~7종, 연간3회한)(질병)보장 특별약관2509(세만기형)]

1) 1형(해약환급금 지급형)

순번	보장	보험기간	보험료 납입기간	가입나이	보험료 납입주기
가	· 수술비(1~7종, 연간3회한)[질병]보장특약	10년만기	전기납	0세～65세	월납
		20년만기	10년납	0세～39세	
			15년납	0세～39세	
			전기납	0세～59세	
		60세만기	10년납	0세～49세	
			15년납	0세～45세	
			20년납	0세～39세	
			25년납	0세～35세	
			30년납	0세～30세	
		80세만기	10년납	0세～65세	
			15년납	0세～65세	
			20년납	0세～60세	
			25년납	0세～55세	
			30년납	0세～50세	
		90세만기	10년납	0세～65세	
			15년납	0세～65세	
			20년납	0세～65세	
			25년납	0세～65세	
			30년납	0세～60세	
		100세만기	10년납	0세～65세	
			15년납	0세～65세	
			20년납	0세～65세	
			25년납	0세～65세	
			30년납	0세～65세	

순번	보장	구분	보험기간	보험료 납입기간	가입나이	보험료 납입주기
나	· 갱신형 수술비(1~7종, 연간3회한)[질병]보장 특약	신규	3년만기 10년만기 15년만기 20년만기	전기납	0세～65세	월납
		갱신	3년만기 10년만기 15년만기 20년만기		3세～(갱신종료보험나이 - 보험기간)세	
			1～2년만기 4～9년만기 11～14년만기 16～19년만기		(갱신종료보험나이 - 보험기간)세	

2) 4형(해약환급금미지급형(납입후50%)), 해약환급금미지급형 비교상품

순번	보장	보험기간	보험료 납입기간	가입나이	보험료 납입주기
가	· 수술비(1~7종, 연간3회한)[질병]보장 특약	80세만기	20년납	0세～60세	월납
			25년납	0세～55세	
			30년납	0세～50세	
		90세만기	20년납	0세～65세	
			25년납	0세～65세	
			30년납	0세～60세	
		100세만기	20년납	0세～65세	
			25년납	0세～65세	
			30년납	0세～65세	

[무배당 수술비Ⅱ(1-5종)보장 특별약관2509(세만기형)]

1) 1형(해약환급금 지급형)

순번	보장	보험기간	보험료 납입기간	가입나이	보험료 납입주기
가	· 수술비Ⅱ(1-5종)보장특약	10년만기	전기납	0세～69세	월납
		20년만기	10년납	0세～39세	
			15년납	0세～39세	
			전기납	0세～59세	
		60세만기	10년납	0세～49세	
			15년납	0세～45세	
			20년납	0세～39세	
			25년납	0세～35세	
			30년납	0세～30세	
		80세만기	10년납	0세～70세	
			15년납	0세～65세	
			20년납	0세～60세	
			25년납	0세～55세	
			30년납	0세～50세	
		90세만기	10년납	0세～70세	
			15년납	0세～70세	
			20년납	0세～70세	
			25년납	0세～65세	
			30년납	0세～60세	
		100세만기	10년납	0세～70세	
			15년납	0세～70세	
			20년납	0세～70세	
			25년납	0세～70세	
			30년납	0세～70세	

순번	보장	구분	보험기간	보험료 납입기간	가입나이	보험료 납입주기
나	· 갱신형 수술비Ⅱ(1-5종)보장특약	신규	3년만기 10년만기 15년만기 20년만기	전기납	0세~70세	월납
		갱신	3년만기 10년만기 15년만기 20년만기		3세~ (갱신종료보험나이 - 보험기간)세	
			1~2년만기 4~9년만기 11~14년만기 16~19년만기		(갱신종료보험나이 - 보험기간)세	

2) 2형(해약환급금미지급형(납입후50%)), 해약환급금미지급형 비교상품

순번	보장	보험기간	보험료 납입기간	가입나이	보험료 납입주기
가	· 수술비Ⅱ(1-5종)보장특약	80세만기	20년납	0세~60세	월납
			25년납	0세~55세	
			30년납	0세~50세	
		90세만기	20년납	0세~70세	
			25년납	0세~65세	
			30년납	0세~60세	
		100세만기	20년납	0세~70세	
			25년납	0세~70세	
			30년납	0세~70세	

[무배당 2대질환수술비보장 특별약관2509(세만기형)]

1) 1형(해약환급금 지급형)

순번	보장	보험기간	보험료 납입기간	가입나이	보험료 납입주기
가	· 뇌혈관질환수술비보장특약 · 허혈성심장질환수술비보장특약 · 뇌혈관질환수술비(25%체증형)보장특약 · 허혈성심장질환수술비(25%체증형)보장특약	60세만기	10년납	0세~50세	월납
			15년납	0세~45세	
			20년납	0세~40세	
			25년납	0세~35세	
			30년납	0세~30세	
		80세만기	10년납	0세~65세	
			15년납	0세~65세	
			20년납	0세~60세	
			25년납	0세~55세	
			30년납	0세~50세	
		90세만기	10년납	0세~65세	
			15년납	0세~65세	
			20년납	0세~65세	
			25년납	0세~65세	
			30년납	0세~60세	
		100세만기	10년납	0세~65세	
			15년납	0세~65세	
			20년납	0세~65세	
			25년납	0세~65세	
			30년납	0세~65세	

순번	보장	구분	보험기간	보험료 납입기간	가입나이	보험료 납입주기
나	· 갱신형 뇌혈관질환수술비보장특약 · 갱신형 허혈성심장질환수술비보장특약 · 갱신형 뇌혈관질환수술비(25%체증형)보장특약 · 갱신형 허혈성심장질환수술비(25%체증형)보장특약	신규	3년만기 10년만기 15년만기 20년만기	전기납	0세～65세	월납
		갱신	3년만기 10년만기 15년만기 20년만기		3세～ (갱신종료보험나이 - 보험기간)세	
			1～2년만기 4～9년만기 11～14년만기 16～19년만기		(갱신종료보험나이 - 보험기간)세	

2) 4형(해약환급금미지급형(납입후50%)), 해약환급금미지급형 비교상품

순번	보장	보험기간	보험료 납입기간	가입나이	보험료 납입주기
가	· 뇌혈관질환수술비보장특약 · 허혈성심장질환수술비보장특약 · 뇌혈관질환수술비(25%체증형)보장특약 · 허혈성심장질환수술비(25%체증형)보장특약	80세만기	20년납	0세～60세	월납
			25년납	0세～55세	
			30년납	0세～50세	
		90세만기	20년납	0세～65세	
			25년납	0세～65세	
			30년납	0세～60세	
		100세만기	20년납	0세～65세	
			25년납	0세～65세	
			30년납	0세～65세	

[무배당 질병수술비보장(A) 특별약관2509(세만기형)]

1) 1형(해약환급금 지급형)[1종(보험료 납입면제 미적용형), 2종(보험료 납입면제형)]

순번	보장	보험기간	보험료 납입기간	가입나이	보험료 납입주기
가	· 질병수술비보장특약 · 질병수술비보장추가특약 · 질병수술비(특정5대질병 제외)보장특약 · 131대질병수술비보장특약 · 상급종합병원 질병수술비보장특약 · 종합병원 질병수술비보장특약 · 상급종합병원 질병수술비(특정5대질병 제외)보장특약 · 종합병원 질병수술비(특정5대질병 제외)보장특약 · 질병수술비(특정2대질병제외)보장특약 · 질병수술비(특정6대질병제외)보장특약	10년만기	전기납	0세~65세	월납
		20년만기	10년납	0세~39세	
			15년납	0세~39세	
			전기납	0세~59세	
		60세만기	10년납	0세~49세	
			15년납	0세~45세	
			20년납	0세~39세	
			25년납	0세~35세	
			30년납	0세~30세	
		80세만기	10년납	0세~65세	
			15년납	0세~65세	
			20년납	0세~60세	
			25년납	0세~55세	
			30년납	0세~50세	
		90세만기	10년납	0세~65세	
			15년납	0세~65세	
			20년납	0세~65세	
			25년납	0세~65세	
			30년납	0세~60세	
		100세만기	10년납	0세~65세	
			15년납	0세~65세	
			20년납	0세~65세	
			25년납	0세~65세	
			30년납	0세~65세	

순번	보장	구분	보험기간	보험료 납입기간	가입나이	보험료 납입주기
나	· 갱신형 질병수술비보장특약 · 갱신형 질병수술비(특정5대질병 제외)보장특약 · 갱신형 131대질병수술비보장특약 · 갱신형 상급종합병원 질병수술비보장특약 · 갱신형 종합병원 질병수술비보장특약 · 갱신형 상급종합병원 질병수술비(특정5대질병 제외)보장특약 · 갱신형 종합병원 질병수술비(특정5대질병 제외)보장특약 · 갱신형 질병수술비(특정2대질병제외)보장특약 · 갱신형 질병수술비(특정6대질병제외)보장특약	신규	3년만기 10년만기 15년만기 20년만기	전기납	0세~65세	월납
		갱신	3년만기 10년만기 15년만기 20년만기		3세~(갱신종료보험나이-보험기간)세	
			1~2년만기 4~9년만기 11~14년만기 16~19년만기		(갱신종료보험나이-보험기간)세	

2) 2형(해약환급금미지급형(납입후50%))[1종(보험료 납입면제 미적용형), 2종(보험료 납입면제형)]특약

순번	보장	보험기간	보험료 납입기간	가입나이	보험료 납입주기
가	· 질병수술비보장특약 · 질병수술비보장추가특약 · 질병수술비(특정5대질병 제외)보장특약 · 131대질병수술비보장특약 · 상급종합병원 질병수술비보장특약 · 종합병원 질병수술비보장특약	80세만기	20년납	0세~60세	월납
			25년납	0세~55세	
			30년납	0세~50세	
		90세만기	20년납	0세~65세	
			25년납	0세~65세	
			30년납	0세~60세	

순번	보장	보험기간	보험료 납입기간	가입나이	보험료 납입주기
	· 상급종합병원 질병수술비(특정5대질병 제외)보장특약 · 종합병원 질병수술비(특정5대질병 제외)보장특약 · 질병수술비(특정2대질병제외)보장특약 · 질병수술비(특정6대질병제외)보장특약	100세만기	20년납	0세~65세	
			25년납	0세~65세	
			30년납	0세~65세	

[무배당 갱신형 간병인지원 일반상해입원일당보장 특별약관2507]

순번	보장	구분	보험기간	보험료 납입기간	가입나이	보험료 납입주기
가	· 갱신형 간병인지원 일반상해입원일당(Ⅰ)(1일이상 180일한도)보장특약 · 갱신형 간병인지원 일반상해입원일당(Ⅵ)(1일이상 180일한도)보장특약 · 갱신형 간병인지원 일반상해입원일당(간호·간병통합서비스 사용추가보장)(1일이상 180일한도)보장특약	신규	10년만기 15년만기	전기납	0세~70세	월납
		갱신	10년만기 15년만기		10세~(갱신종료보험나이-보험기간)세	
			1~9년만기 11~14년만기		(갱신종료보험나이-보험기간)세	
나	· 갱신형 간병인지원 일반상해입원일당(Ⅰ)(181일이상)(요양,정신,한방병원제외)보장특약 · 갱신형 간병인지원 일반상해입원일당(Ⅵ)(181일이상)(요양,정신,한방병원제외)보장특약 · 갱신형 간병인사용 일반상해입원일당(plus)(181일이상, 전환용)(요양,정신,한방병원제외)보장특약 · 갱신형 간병인지원 일반상해입원일당(간호·간병통합서비스 사용추가보장)(181일이상)(요양,정신,한방병원제외)보장특약 · 갱신형 간병인사용 일반상해입원일당(plus)(1일이상 180일한도, 전환용)(요양병원제외)보장특약 · 갱신형 간병인사용 일반상해입원일당(1일이상 180일한도, 전환용)(요양병원)보장특약	신규	10년만기 15년만기	전기납	0세~70세	월납
		갱신	10년만기 15년만기		10세~(갱신종료보험나이-보험기간)세	
			1~9년만기 11~14년만기		(갱신종료보험나이-보험기간)세	

[무배당 갱신형 간병인지원 질병입원일당보장 특별약관2507]

순번	보장	구분	보험기간	보험료 납입기간	가입나이	보험료 납입주기
가	· 갱신형 간병인지원 질병입원일당(Ⅰ)(1일이상 180일한도)보장특약 · 갱신형 간병인지원 질병입원일당(Ⅵ)(1일이상 180일한도)보장특약 · 갱신형 간병인사용 질병입원일당(plus)(1일이상 180일한도, 전환용)(요양병원제외)보장특약 · 갱신형 간병인사용 질병입원일당(1일이상 180일한도, 전환용)(요양병원)보장특약 · 갱신형 간병인지원 질병입원일당(간호·간병통합서비스 사용추가보장)(1일이상 180일한도)보장특약	신규	10년만기 15년만기	전기납	0세~70세	월납
		갱신	10년만기 15년만기		10세~(갱신종료보험나이-보험기간)세	
			1~9년만기 11~14년만기		(갱신종료보험나이-보험기간)세	

순번	보장	구분	보험기간	보험료 납입기간	가입나이	보험료 납입주기
나	· 갱신형 간병인지원 질병입원일당(Ⅰ)(181일이상)(요양,정신,한방병원제외)보장특약 · 갱신형 간병인지원 질병입원일당(Ⅵ)(181일이상)(요양,정신,한방병원제외)보장특약 · 갱신형 간병인사용 질병입원일당(plus)(181일이상, 전환용)(요양,정신,한방병원제외)보장특약 · 갱신형 간병인지원 질병입원일당(간호·간병통합서비스 사용추가보장)(181일이상)(요양,정신,한방병원제외)보장특약	신규	10년만기 15년만기	전기납	0세~70세	월납
		갱신	10년만기 15년만기		10세~(갱신종료보험나이 - 보험기간)세	
			1~9년만기 11~14년만기		(갱신종료보험나이-보험기간)세	
다	· 갱신형 간병인지원 요양성특정질병입원일당(Ⅰ)(181일이상)(요양병원)보장특약 · 갱신형 간병인지원 요양성특정질병입원일당(Ⅵ)(181일이상)(요양병원)보장특약 · 갱신형 간병인사용 요양성특정질병입원일당(181일이상, 전환용)(요양병원)보장특약	신규	10년만기 15년만기	전기납	15세~70세	월납
		갱신	10년만기 15년만기		25세~(갱신종료보험나이 - 보험기간)세	
			1~9년만기 11~14년만기		(갱신종료보험나이-보험기간)세	

[무배당 갱신형 간편한 특정치료비보장 특별약관2511(일반심사형)]

순번	보장	구분	보험기간	보험료 납입기간	가입나이	보험료 납입주기
가	· 갱신형 항암양성자방사선치료비보장특약 · 갱신형 항암세기조절방사선치료비보장특약 · 갱신형 표적항암약물허가치료비Ⅱ보장특약 · 갱신형 계속받는 표적항암약물허가치료비Ⅱ(연간1회한)보장특약 · 갱신형 표적항암약물허가치료비Ⅲ(비급여)(특정표적항암약물허가치료)보장특약 · 갱신형 계속받는 표적항암약물허가치료비Ⅲ(연간1회한)(비급여)(특정표적항암약물허가치료)보장특약	신규	5년만기 10년만기	전기납	0세~70세	월납
		갱신	5년만기 10년만기	전기납	5세~(갱신종료보험나이 - 보험기간)세	
			1~4년만기 6~9년만기		(갱신종료보험나이 - 보험기간)세	
나	· 갱신형 다빈치로봇 암수술비보장특약	신규	5년만기 10년만기	전기납	20세~70세	월납
		갱신	5년만기 10년만기	전기납	25세~(갱신종료보험나이 - 보험기간)세	
			1~4년만기 6~9년만기		(갱신종료보험나이 - 보험기간)세	

순번	보장	구분	보험기간	보험료 납입기간	가입나이	보험료 납입주기
다	· 갱신형 특정면역항암약물허가치료비보장특약 · 갱신형 계속받는 특정면역항암약물허가치료비(연간1회한)보장특약 · 갱신형 표적항암약물허가치료비Ⅲ(비급여)(특정면역항암약물허가치료)보장특약 · 갱신형 계속받는 표적항암약물허가치료비Ⅲ(연간1회한)(비급여)(특정면역항암약물허가치료)보장특약	신규	5년만기	전기납	0세~70세	월납
		갱신	5년만기	전기납	5세~(갱신종료보험나이-보험기간)세	
			1~4년만기		(갱신종료보험나이-보험기간)세	
라	· 갱신형 유방암 유방재건수술비(급여, 연간1회한)보장특약[주1)]	신규	5년만기 10년만기	전기납	20세~60세	월납
		갱신	5년만기 10년만기	전기납	25세~(갱신종료보험나이-보험기간)세	
			1~4년만기 6~9년만기		(갱신종료보험나이-보험기간)세	
마	· 갱신형 특정질환3대치료비보장특약[주2)] · 갱신형 갑상선질환 고주파열치료비(최초1회한)보장특약[주3)]	신규	5년만기 10년만기	전기납	18세~60세	월납
		갱신	5년만기 10년만기	전기납	23세~(갱신종료보험나이-보험기간)세	
			1~4년만기 6~9년만기		(갱신종료보험나이-보험기간)세	
바	· 갱신형 체외충격파쇄석술치료비(급여, 연간1회한)보장특약	신규	5년만기	전기납	15세~70세	월납
		갱신	5년만기	전기납	20세~(갱신종료보험나이-보험기간)세	
			1~4년만기		(갱신종료보험나이-보험기간)세	

순번	보장	구분	보험기간	보험료 납입기간	가입나이	보험료 납입주기
사	· 갱신형 질병 특정 비급여,신의료기술치료비(1-3종, 연간1회한)보장특약주4) · 갱신형 질병 특정 비급여,신의료기술치료비(1-4종, 연간1회한)보장특약주5)	신규	5년만기 10년만기	전기납	15세~70세	월납
		갱신	5년만기 10년만기	전기납	20세~ (갱신종료보험나이 - 보험기간)세	
			1~4년만기 6~9년만기		(갱신종료보험나이 - 보험기간)세	

주1) 갱신형 유방암 유방재건수술비(급여, 연간1회한)보장특약은 여성에 한하여 가입 가능함.
주2) 갱신형 특정질환3대치료비보장특약은 여성에 한하여 가입 가능함.
주3) 갱신형 갑상선질환 고주파열치료비(최초1회한)보장특약은 남성에 한하여 가입 가능함.
주4) 갱신형 질병 특정 비급여,신의료기술치료비(1-3종, 연간1회한)보장특약은 남성에 한하여 가입 가능함.
주5) 갱신형 질병 특정 비급여,신의료기술치료비(1-4종, 연간1회한)보장특약은 여성에 한하여 가입 가능함.

[무배당 갱신형 간편한 암 검사및치료추가보장 특별약관2504(일반심사형)]

순번	보장	구분	보험기간	보험료 납입기간	가입나이	보험료 납입주기
가	· 갱신형 특정NGS유전자패널검사비(급여,연간1회한)보장 특약	신규	5년만기	전기납	0세~70세	월납
		갱신	5년만기		5세~ (갱신종료보험나이 - 보험기간)세	
			1~4년만기		(갱신종료보험나이 - 보험기간)세	
나	· 갱신형 폴립및양성종양수술비(1~6종)(급여,종별 연간1회한)보장 특약 · 갱신형 뇌정위적방사선수술비(급여,연간1회한)보장 특약	신규	5년만기	전기납	15세~70세	월납
		갱신	5년만기		20세~ (갱신종료보험나이 - 보험기간)세	
			1~4년만기		(갱신종료보험나이 - 보험기간)세	

순번	보장	구분	보험기간	보험료 납입기간	가입나이	보험료 납입주기
다	· 갱신형 암 MRI촬영검사비(급여,연간1회한)보장 특약 · 갱신형 암 양전자단층촬영(PET)검사비(급여,연간1회한)보장 특약 · 갱신형 암 내시경검사비(급여, 연간1회한)보장 특약 · 갱신형 암 특정생검조직병리검사비Ⅱ(급여,연간1회한)보장 특약 · 갱신형 암 CT촬영검사비(급여,연간1회한)보장 특약 · 갱신형 암 초음파검사비(급여,연간1회한)보장 특약 · 갱신형 암 특정단일유전자검사비(급여,연간1회한)보장 특약	신규	5년만기 10년만기	전기납	0세~70세	월납
		갱신	5년만기 10년만기		5세~ (갱신종료보험나이 - 보험기간)세	
			1~4년만기 6~9년만기		(갱신종료보험나이 - 보험기간)세	

[무배당 갱신형 간편한 산정특례 진단비보장 특별약관2504(일반심사형)]

순번	보장	구분	보험기간	보험료 납입기간	가입나이	보험료 납입주기
가	· 갱신형 통합 산정특례 진단비보장 특약 · 갱신형 중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례대상 진단비(연간1회한)보장 특약 · 갱신형 희귀질환자 산정특례대상 진단비보장 특약 · 갱신형 중증난치질환자(중증치매제외) 산정특례대상 진단비보장 특약 · 갱신형 결핵질환자 산정특례대상 진단비보장 특약 · 갱신형 중증질환자(심장질환) 산정특례대상 진단비(연간1회한)보장 특약 · 갱신형 중증화상환자 산정특례대상 진단비(연간1회한)보장 특약 · 갱신형 중증외상환자 산정특례대상 진단비(연간1회한)보장 특약	신규	5년만기	전기납	0세~70세	월납
			10년만기 20년만기		0세~(100-보험기간)세	
		갱신	5년만기 10년만기 20년만기		5세~ (갱신종료보험나이 - 보험기간)세	
			1~4년만기 6~9년만기 11~19년만기		(갱신종료보험나이 - 보험기간)세	
나	· 갱신형 중증난치질환자(중증치매) 산정특례대상 진단비보장 특약	신규	5년만기 10년만기 20년만기	전기납	45세~70세	월납
		갱신	5년만기 10년만기 20년만기		50세~ (갱신종료보험나이 - 보험기간)세	
			1~4년만기 6~9년만기 11~19년만기		(갱신종료보험나이 - 보험기간)세	

[무배당 갱신형 간편한 6대심장질환진단비보장 특별약관2504(일반심사형)]

순번	보장	구분	보험기간	보험료 납입기간	가입나이	보험료 납입주기
가	· 갱신형 6대심장질환진단비Ⅱ보장특약 · 갱신형 6대심장질환진단비보장특약	신규	10년만기 20년만기 30년만기	전기납	0세~70세	월납
		갱신	10년만기 20년만기 30년만기		10세~ (갱신종료보험나이 - 보험기간)세	
			1~9년만기 11~19년만기 21~29년만기		(갱신종료보험나이 - 보험기간)세	

[무배당 갱신형 뇌질환진단비보장 특별약관2504]

순번	보장	구분	보험기간	보험료 납입기간	가입나이	보험료 납입주기
가	· 갱신형 6대뇌질환진단비보장 특약 · 갱신형 일과성뇌허혈발작진단비보장 특약	신규	10년만기 20년만기 30년만기	전기납	15세~65세	월납
		갱신	10년만기 20년만기 30년만기		25세~ (갱신종료보험나이 - 보험기간)세	
			1~9년만기 11~19년만기 21~29년만기		(갱신종료보험나이-보험기간)세	

[무배당 가전제품 고장수리비용보장 특별약관2504]

순번	보장	보험기간	보험료 납입기간	가입나이	보험료 납입주기
가	· 20대가전제품 고장수리비용보장특약 · 12대가전제품 고장수리비용보장특약 · 신8대가전제품 고장수리비용보장특약	5년만기	전기납	0세~70세	월납
		10년만기	3년납 5년납 전기납		

[무배당 운전자 비용 및 상해보장 특별약관2509]

순번	보장	보험기간	보험료 납입기간	가입나이	보험료 납입주기
가	· 운전자용 벌금(Ⅳ)(비탑승중포함)보장특약 · 운전자용 벌금(Ⅳ)(비탑승중)보장특약 · 운전자용 벌금(대물)보장특약 · 교통사고 처리지원금(Ⅸ)(비탑승중포함)보장특약 · 교통사고 처리지원금(Ⅸ)(비탑승중)보장특약 · 교통사고 처리지원금(Ⅲ)(중대법규위반,6주미만)보장특약 · 자동차사고 변호사선임비용(Ⅱ)(타인사망,중대법규위반및중상해경찰조사포함)(비탑승중포함)보장특약 · 자동차사고 변호사선임비용(Ⅱ)(타인사망및중상해경찰조사포함)(비탑승중)보장특약 · 운전자용 자동차사고부상치료비(Ⅱ)보장특약 · 운전자용 교통상해사망보장특약 · 운전자용 교통상해후유장해(3~100%)보장특약	3년만기 5년만기 10년만기	전기납	만18세～70세	월납
		15년만기		만18세～65세	
		20년만기		만18세～60세	
나	· 비운전자용 교통상해사망보장특약	3년만기 5년만기 10년만기	전기납	15세～70세	월납
		15년만기		15세～65세	
		20년만기		15세～60세	
다	· 비운전자용 자동차사고부상치료비(Ⅱ)보장특약 · 비운전자용 교통상해후유장해(3~100%)보장특약	3년만기 5년만기 10년만기	전기납	0세～70세	월납
		15년만기		0세～65세	
		20년만기		0세～60세	

[무배당 갱신형 검사비보장 특별약관2504]

순번	보장	구분	보험기간	보험료 납입기간	가입나이	보험료 납입주기
가	· 갱신형 3대질환 MRI촬영검사비(급여, 연간1회한)보장 특약 · 갱신형 양전자단층촬영(PET)검사비(급여, 연간1회한)보장 특약 · 갱신형 부정맥질환특정검사비보장 특약	신규	5년만기 10년만기	전기납	0세 ～ 65세	월납
		갱신	5년만기 10년만기		5세～(갱신종료보험나이 - 보험기간)세	
			1~4년만기 6~9년만기		(갱신종료보험나이-보험기간)세	

[무배당 갱신형 가족일상생활중배상책임보장 특별약관2509]

순번	보장	구분	보험기간	보험료 납입기간	가입나이	보험료 납입주기
가	· 기본특약[갱신형 가족일상생활중배상책임(Ⅳ) 보장 특약]	신규	3년만기	전기납	0 ~ 70세	월납
		갱신	3년만기		3~ (갱신종료 보험나이 -보험기간) 세	
			1~2년만기		(갱신종료 보험나이 -보험기간) 세	

[무배당 갱신형 간편한 특정치료비Ⅱ보장 특별약관2509(일반심사형)]

순번	보장	구분	보험기간	보험료 납입기간	가입나이	보험료 납입주기
가	· 갱신형 항암중입자방사선치료비보장특약	신규	10년만기	전기납	0세～70세	월납
		갱신	10년만기	전기납	10세～ (갱신종료보험나이 - 보험기간)세	
			1~9년만기		(갱신종료보험나이 - 보험기간)세	
나	· 갱신형 특정호르몬약물허가치료비보장특약 · 갱신형 계속받는 특정항암호르몬약물허가치료비(연간1회한)보장특약	신규	5년만기 10년만기	전기납	0세～70세	월납
		갱신	5년만기 10년만기	전기납	5세～ (갱신종료보험나이 - 보험기간)세	
			1~4년만기 6~9년만기		(갱신종료보험나이 - 보험기간)세	

(2) 상품특이사항

① 적용이율

구 분	보장부분	적립부분(1형(해약환급금 지급형)에 한함)
적용이율	연 2.65%	[보장]공시이율 (최저보증이율 : 0.3%)

② 보험기간, 납입기간, 납입주기
: 1-(1) 피보험자 가입가능나이 항목의 표 참조

③ 만기환급금의 지급(1형(해약환급금 지급형)에 한함)

- 보험기간이 끝난 때에 만기환급금(중도인출이 있는 경우에는 중도인출 원금과 이자를 차감하고 적립한 금액을 말합니다)을 보험수익자에게 지급합니다.
- [보장]공시이율은 회사의 운용자산이익률과 외부지표금리 등을 고려하여 이 계약의 사업방법서에서 정하는 바에 따라 결정합니다. 다만, 보험기간 중에 [보장]공시이율이 변경되는 경우에는 변경된 시점 이후부터 변경된 이율을 적용하며, 최저보증이율은 연 0.3%로 합니다.
- 회사는 [보장]공시이율을 매월 회사의 인터넷 홈페이지 등을 통해 공시합니다.

④ 중도인출에 관한 사항(1형(해약환급금 지급형)에 한함)

가. 계약자는 보장개시일부터 2년 이상 지난 유효한 계약으로서 계약자의 요청이 있는 경우에 한하여 보험연도 기준 연4회에 한하여 중도인출 할 수 있음.

나. 가.의 중도인출금은 계약자가 요청한 시점에서 계산된 기본계약 해약환급금과 기본계약 적립부분 해약환급금 중 적은 금액의 80%의 범위 내에서 신청할 수 있음. 중도인출금의 총 누적액(중도인출 원금과 이자의 합계액을 말함)은 중도인출금을 한번도 지급하지 않았을 경우의 기본계약 해약환급금과 기본계약 적립부분 해약환급금 중 적은 금액의 80%를 한도로 함. 다만, 이 계약에서 정한 보험계약대출금이 있는 때에는 그 원금과 이자의 합계액을 공제한 후의 잔액을 기준으로 함.

다. 가.의 중도인출금을 지급받은 경우에는「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 계약자적립액에서 해당 중도인출금을 차감함.

⑤ 의무가입에 관한 사항

가. 일반상해사망보장특약

① 일반상해사망보장특약은 기본계약 최초 가입시 피보험자의 나이가 만15세 이상인 경우 기본계약에 고정부가함.

② 위 ①에 의하여 일반상해사망보장특약을 부가하는 경우, 보험가입금액은 100만원 이상 10억원 이내로 함.

③ 사유 : 상법 제732조(15세 미만자 등에 대한 계약의 금지) 준수 및 15세 이상인 피보험자 일반상해사망에 대한 보장공백을 방지하기 위해 의무부가함.

나. 의무가입 특약의 보험기간은 기본계약의 보험기간 이내로 운영함.

⑥ 갱신특약에 관한 사항(1형(해약환급금 지급형)에 한함)

가. 자동갱신 적용대상 및 갱신주기

갱신종료 보험나이	적용대상	보험기간	갱신주기
60세 80세 90세 100세	갱신형 일반상해사망보장특약 갱신형 질병입원일당(1일이상)보장특약 갱신형 일반상해입원일당(1일이상)보장특약 갱신형 암수술비(유사암제외)보장특약 갱신형 유사암수술비보장특약 갱신형 암수술비(유사암제외)(25%체증형)보장특약 갱신형 항암방사선약물치료비보장특약 갱신형 계속받는 항암방사선약물치료비(급여)(연간1회한)보장특약 갱신형 암직접치료통원일당(상급종합병원)보장특약 갱신형 암직접치료입원일당(Ⅱ)(요양병원제외, 1일이상)보장특약 갱신형 재진단암진단비(1년 대기형)보장특약 갱신형 암요양병원입원일당(Ⅱ)(1일이상 90일한도)보장특약 갱신형 질병후유장해(3~100%)보장특약 갱신형 32대질병관혈수술비(연간1회한)보장특약 갱신형 5대질환수술비(연간1회한)보장특약 갱신형 대상포진진단비보장특약	1~20년[주1)] 만기	피보험자별 가입시점부터 매3년/10년/ 15년/20년 마다 계약해당일

갱신종료보험나이	적용대상	보험기간	갱신주기
	갱신형 대상포진눈병진단비보장특약 갱신형 통풍진단비보장특약 갱신형 간경변증진단비보장특약 갱신형 신골절치료비(치아파절포함)보장특약 갱신형 신깁스치료비보장특약 갱신형 수술비(1~7종, 연간3회한)[상해]보장특약 갱신형 요로결석진단비보장특약 갱신형 골절(치아파절 제외)진단비Ⅱ보장특약 갱신형 상해수술비보장특약		
60세 80세 90세 100세	갱신형 상해수술비(치아파절및치아탈구제외)보장특약 갱신형 일반상해중환자실입원일당(1일이상)보장특약 갱신형 질병중환자실입원일당(1일이상)보장특약 갱신형 골절진단비Ⅱ보장특약 갱신형 상급종합병원 상해수술비보장특약 갱신형 종합병원 상해수술비보장특약 갱신형 뇌혈관질환통원일당(연간30회한)보장특약 갱신형 뇌혈관질환통원일당(종합병원, 연간30회한)보장특약 갱신형 뇌혈관질환통원일당(상급종합병원, 연간30회한)보장특약 갱신형 허혈성심장질환통원일당(연간30회한)보장특약 갱신형 허혈성심장질환통원일당(종합병원, 연간30회한)보장특약 갱신형 허혈성심장질환통원일당(상급종합병원, 연간30회한)보장특약 갱신형 유사암수술비(25%체증형)보장특약 갱신형 4대양성종양진단비보장특약 갱신형 특정순환계질환진단비보장특약 갱신형 2대질환 주요치료비(연간1회한, 10년간)보장특약 갱신형 상급종합병원 2대질환 주요치료비(연간1회한, 10년간)보장특약 갱신형 상급종합병원 2대질환 주요치료비(연간1회한, 10년간)(체증형)보장특약 갱신형 통합암진단비(전이포함)(유사암제외)보장특약	1~20년주1) 만기	피보험자별 가입시점부터 매3년/10년/ 15년/20년 마다 계약해당일
60세 80세	갱신형 질병사망보장특약	1~20년주1) 만기	피보험자별 가입시점부터 매3년/10년/ 15년/20년 마다 계약해당일
60세 80세 90세 100세	갱신형 최대두배받는2대질환치료비(포인트적립형)보장특약	1~20년주2) 만기	피보험자별 가입시점부터 매10년/ 15년/20년 마다 계약해당일

주1) 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이까지의 기간이 보험기간(3년, 10년, 15년 또는 20년) 미만일 경우 잔여기간을 보장기간으로 함

주2) 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이까지의 기간이 보험기간(10년, 15년 또는 20년) 미만일 경우 잔여기간을 보장기간으로 함

[무배당 3대질병진단비보장(A) 특별약관2509(세만기형)]

갱신종료 보험나이	적용대상	보험 기간	갱신주기
주계약 종료시 보험나이[주1)]	갱신형 암진단비(유사암제외)보장특약 갱신형 암진단비(유사암 및 소액암 제외)보장특약 갱신형 유사암진단비보장특약 갱신형 유사암진단비Ⅱ보장특약 갱신형 뇌졸중진단비보장특약 갱신형 뇌졸중진단비Ⅱ보장특약 갱신형 급성심근경색증진단비보장특약 갱신형 급성심근경색증진단비Ⅱ보장특약 갱신형 뇌혈관질환진단비보장특약 갱신형 뇌혈관질환진단비Ⅱ보장특약 갱신형 허혈성심장질환진단비보장특약 갱신형 허혈성심장질환진단비Ⅱ보장특약 갱신형 중증갑상선암진단비보장특약 갱신형 통합암진단비(유사암제외)보장특약 갱신형 전이암진단비보장특약	1~20년 만기[주2)]	피보험자별 가입시점부터 매3년/10년/15년/20년 마다 계약해당일

주1) 갱신종료보험나이는 주계약의 보험기간(주계약이 갱신형인 경우 주계약의 갱신종료보험나이) 이내로 함
주2) 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이까지의 기간이 보험기간(3년, 10년, 15년 또는 20년) 미만일 경우 잔여기간을 보장기간으로 함

[무배당 수술비(1~7종, 연간3회한)(질병)보장 특별약관2509(세만기형)]

갱신종료 보험나이	적용대상	보험 기간	갱신주기
주계약 종료시 보험나이[주1)]	갱신형 수술비(1~7종, 연간3회한)[질병]보장특약	1~20년 만기[주2)]	피보험자별 가입시점부터 매3년/10년/15년/20년 마다 계약해당일

주1) 갱신종료보험나이는 주계약의 보험기간(주계약이 갱신형인 경우 주계약의 갱신종료보험나이) 이내로 함
주2) 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이까지의 기간이 보험기간(3년, 10년, 15년 또는 20년) 미만일 경우 잔여기간을 보장기간으로 함

[무배당 수술비Ⅱ(1-5종)보장 특별약관2509(세만기형)]

갱신종료 보험나이	적용대상	보험 기간	갱신주기
주계약 종료시 보험나이[주1)]	갱신형 수술비Ⅱ(1-5종)보장특약	1~20년 만기[주2)]	피보험자별 가입시점부터 매3년/10년/15년/20년 마다 계약해당일

주1) 갱신종료보험나이는 주계약의 보험기간(주계약이 갱신형인 경우 주계약의 갱신종료보험나이) 이내로 함
주2) 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이까지의 기간이 보험기간(3년, 10년, 15년 또는 20년) 미만일 경우 잔여기간을 보장기간으로 함

[무배당 2대질환수술비보장 특별약관2509(세만기형)]

갱신종료 보험나이	적용대상	보험 기간	갱신주기
주계약 종료시 보험나이[주1)]	갱신형 뇌혈관질환수술비보장특약 갱신형 허혈성심장질환수술비보장특약 갱신형 뇌혈관질환수술비(25%체증형)보장특약 갱신형 허혈성심장질환수술비(25%체증형)보장특약	1~20년 만기[주2)]	피보험자별 가입시점부터 매3년/10년/15년/20년 마다 계약해당일

주1) 갱신종료보험나이는 주계약의 보험기간(주계약이 갱신형인 경우 주계약의 갱신종료보험나이) 이내로 함
주2) 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이까지의 기간이 보험기간(3년, 10년, 15년 또는 20년) 미만일 경우 잔여기간을 보장기간으로 함

[무배당 질병수술비보장(A) 특별약관2509(세만기형)]

갱신종료 보험나이	적용대상	보험 기간	갱신주기
주계약 종료시 보험나이[주1)]	갱신형 질병수술비보장특약 갱신형 질병수술비(특정5대질병 제외)보장특약 갱신형 131대질병수술비보장특약 갱신형 상급종합병원 질병수술비보장특약 갱신형 종합병원 질병수술비보장특약 갱신형 상급종합병원 질병수술비(특정5대질병 제외)보장특약 갱신형 종합병원 질병수술비(특정5대질병 제외)보장특약 갱신형 질병수술비(특정2대질병제외)보장특약 갱신형 질병수술비(특정6대질병제외)보장특약	1~20년 만기[주2)]	피보험자별 가입시점부터 매3/10/15/20년 마다 계약해당일

주1) 갱신종료보험나이는 주계약의 보험기간(주계약이 갱신형인 경우 주계약의 갱신종료보험나이) 이내로 함
주2) 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이까지의 기간이 보험기간(3년, 10년, 15년 또는 20년) 미만일 경우 잔여기간을 보장기간으로 함

[무배당 갱신형 간병인지원 일반상해입원일당보장 특별약관2507]

갱신종료 보험나이	적용대상	보험 기간	갱신주기
주계약 종료시 보험나이[주1)]	갱신형 간병인지원 일반상해입원일당(Ⅰ)(1일이상 180일한도)보장특약 갱신형 간병인지원 일반상해입원일당(Ⅵ)(1일이상 180일한도)보장특약 갱신형 간병인사용 일반상해입원일당(plus)(1일이상 180일한도, 전환용)(요양병원제외)보장특약 갱신형 간병인사용 일반상해입원일당(1일이상 180일한도, 전환용)(요양병원)보장특약 갱신형 간병인지원 일반상해입원일당(간호·간병통합서비스 사용추가보장)(1일이상 180일한도)보장특약 갱신형 간병인지원 일반상해입원일당(Ⅰ)(181일이상)(요양,정신,한방병원제외)보장특약 갱신형 간병인지원 일반상해입원일당(Ⅵ)(181일이상)(요양,정신,한방병원제외)보장특약 갱신형 간병인사용 일반상해입원일당(plus)(181일이상, 전환용)(요양,정신,한방병원제외)보장특약 갱신형 간병인지원 일반상해입원일당(간호·간병통합서비스 사용추가보장)(181일이상)(요양,정신,한방병원제외)보장특약	1~15년[주2)] 만기	피보험자별 가입시점부터 매10년/15년 마다 계약해당일

주1) 갱신종료보험나이는 주계약의 보험기간(주계약이 갱신형인 경우 주계약의 갱신종료보험나이) 이내로 함
주2) 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이까지의 기간이 보험기간 미만일 경우 잔여기간을 보장기간으로 함

[무배당 갱신형 간병인지원 질병입원일당보장 특별약관2507]

갱신종료 보험나이	적용대상	보험 기간	갱신주기
주계약 종료시 보험나이[주1)]	갱신형 간병인지원 질병입원일당(Ⅰ)(1일이상 180일한도)보장특약 갱신형 간병인지원 질병입원일당(Ⅵ)(1일이상 180일한도)보장특약 갱신형 간병인사용 질병입원일당(plus)(1일이상 180일한도, 전환용)(요양병원제외)보장특약 갱신형 간병인사용 질병입원일당(1일이상 180일한도, 전환용)(요양병원)보장특약 갱신형 간병인지원 질병입원일당(간호·간병통합서비스 사용추가보장)(1일이상 180일한도)보장특약 갱신형 간병인지원 질병입원일당(Ⅰ)(181일이상)(요양,정신,한방병원제외)보장특약	1~15년[주2)] 만기	피보험자별 가입시점부터 매10년/15년 마다 계약해당일

갱신종료 보험나이	적용대상	보험 기간	갱신주기
	갱신형 간병인지원 질병입원일당(Ⅵ)(181일이상)(요양,정신,한방병원제외)보장특약 갱신형 간병인사용 질병입원일당(plus)(181일이상, 전환용)(요양,정신,한방병원제외)보장특약 갱신형 간병인지원 질병입원일당(간호·간병통합서비스 사용추가보장)(181일이상)(요양,정신,한방병원제외)보장특약 갱신형 간병인지원 질병입원일당(Ⅰ)(1일이상 180일한도)Q보장특약 갱신형 간병인지원 질병입원일당(Ⅵ)(1일이상 180일한도)Q보장특약 갱신형 간병인사용 질병입원일당(plus)(1일이상 180일한도, 전환용)(요양병원제외)Q보장특약 갱신형 간병인사용 질병입원일당(1일이상 180일한도, 전환용)(요양병원)Q보장특약 갱신형 간병인지원 질병입원일당(간호·간병통합서비스 사용추가보장)(1일이상 180일한도)Q보장특약 갱신형 간병인지원 요양성특정질병입원일당(Ⅰ)(181일이상)(요양병원)보장특약 갱신형 간병인지원 요양성특정질병입원일당(Ⅵ)(181일이상)(요양병원)보장특약 갱신형 간병인사용 요양성특정질병입원일당(181일이상, 전환용)(요양병원)보장특약		

주1) 갱신종료보험나이는 주계약의 보험기간(주계약이 갱신형인 경우 주계약의 갱신종료보험나이) 이내로 함

주2) 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이까지의 기간이 보험기간 미만일 경우 잔여기간을 보장기간으로 함

[무배당 갱신형 간편한 특정치료비보장 특별약관2504(일반심사형)]

갱신종료 보험나이	적용대상	보험 기간	갱신주기
주계약 종료시 보험나이[주1)]	갱신형 항암양성자방사선치료비보장특약 갱신형 항암세기조절방사선치료비보장특약 갱신형 표적항암약물허가치료비Ⅱ보장특약 갱신형 계속받는 표적항암약물허가치료비Ⅱ(연간1회한)보장특약 갱신형 다빈치로봇 암수술비보장특약 갱신형 특정질환3대치료비(갑상선질환 고주파열치료비(최초1회한))보장특약 갱신형 특정질환3대치료비(유방병변 진공보조장치이용절제치료비(최초1회한))보장특약 갱신형 갑상선질환 고주파열치료비(최초1회한)보장특약 갱신형 질병 특정 비급여,신의료기술치료비(1-3종, 연간1회한)보장특약 갱신형 질병 특정 비급여,신의료기술치료비(1-4종, 연간1회한)보장특약 갱신형 표적항암약물허가치료비Ⅲ(비급여)(특정표적항암약물허가치료)보장특약 갱신형 계속받는 표적항암약물허가치료비Ⅲ(연간1회한)(비급여)(특정표적항암약물허가치료)보장특약	1~10년 만기[주2)]	피보험자별 가입시점부터 매5년/10년 마다 계약해당일

갱신종료 보험나이	적용대상	보험 기간	갱신주기
주계약 종료시 보험나이[주1)]	갱신형 특정면역항암약물허가치료비보장특약 갱신형 계속받는 특정면역항암약물허가치료비(연간1회한)보장특약 갱신형 체외충격파쇄석술치료비(급여, 연간1회한)보장특약 갱신형 표적항암약물허가치료비Ⅲ(비급여)(특정면역항암약물허가치료)보장특약 갱신형 계속받는 표적항암약물허가치료비Ⅲ(연간1회한)(비급여)(특정면역항암약물허가치료)보장특약	1~5년 만기[주3)]	피보험자별 가입시점부터 매5년마다 계약해당일
min(주계약 종료시 보험나이[주1)], 70세)	갱신형 특정질환3대치료비(자궁근종 고강도초음파집속술 치료비(최초1회한))보장특약 갱신형 유방암 유방재건수술비(급여, 연간1회한)보장특약	1~10년 만기[주2)]	피보험자별 가입시점부터 매5년/10년 마다 계약해당일

주1) 갱신종료보험나이는 주계약의 보험기간(주계약이 갱신형인 경우 주계약의 갱신종료보험나이) 이내로 함
주2) 보험기간 1～9년의 경우 갱신시점의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이까지의 기간이 보험기간(5년 또는 10년) 미만일 경우의 잔여기간
주3) 보험기간 1～4년의 경우 갱신시점의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이까지의 기간이 보험기간(5년) 미만일 경우의 잔여기간

[무배당 갱신형 간편한 암 검사및치료추가보장 특별약관2504(일반심사형)]

갱신종료 보험나이	적용대상	보험 기간	갱신주기
주계약 종료시 보험나이[주1)]	갱신형 특정NGS유전자패널검사비(급여,연간1회한)보장 특약 갱신형 폴립및양성종양수술비(1~6종)(급여,종별 연간1회한)보장 특약 갱신형 뇌정위적방사선수술비(급여,연간1회한)보장 특약	1~5년 만기[주2)]	피보험자별 가입시점부터 매5년 마다 계약해당일
	갱신형 암 MRI촬영검사비(급여,연간1회한)보장 특약 갱신형 암 양전자단층촬영(PET)검사비(급여,연간1회한)보장 특약 갱신형 암 내시경검사비(급여, 연간1회한)보장 특약 갱신형 암 특정생검조직병리검사비Ⅱ(급여,연간1회한)보장 특약 갱신형 암 CT촬영검사비(급여,연간1회한)보장 특약 갱신형 암 초음파검사비(급여,연간1회한)보장 특약 갱신형 암 특정단일유전자검사비(급여,연간1회한)보장 특약	1~10년 만기[주3)]	피보험자별 가입시점부터 매5년/10년 마다 계약해당일

주1) 갱신종료보험나이는 주계약의 보험기간(주계약이 갱신형인 경우 주계약의 갱신종료보험나이) 이내로 함
주2) 보험기간 1～4년의 경우 갱신시점의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이까지의 기간이 보험기간(5년) 미만일 경우의 잔여기간
주3) 보험기간 1～9년의 경우 갱신시점의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이까지의 기간이 보험기간(5년 또는 10년) 미만일 경우의 잔여기간

[무배당 갱신형 간편한 산정특례 진단비보장 특별약관2504(일반심사형)]

갱신종료 보험나이	적용대상	보험 기간	갱신주기
주계약 종료시 보험나이[주1)]	갱신형 통합 산정특례 진단비보장 특약 갱신형 희귀질환자 산정특례대상 진단비보장 특약 갱신형 중증난치질환자(중증치매제외) 산정특례대상 진단비보장 특약 갱신형 결핵질환자 산정특례대상 진단비보장 특약 갱신형 중증난치질환자(중증치매) 산정특례대상 진단비보장 특약 갱신형 중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례대상 진단비(연간1회한)보장 특약 갱신형 중증질환자(심장질환) 산정특례대상 진단비(연간1회한)보장 특약 갱신형 중증화상환자 산정특례대상 진단비(연간1회한)보장 특약 갱신형 중증외상환자 산정특례대상 진단비(연간1회한)보장 특약	1~20년 만기[주2)]	피보험자별 가입시점부터 매10년/20년 마다 계약해당일

주1) 갱신종료보험나이는 주계약의 보험기간(주계약이 갱신형인 경우 주계약의 갱신종료보험나이) 이내로 함

주2) 보험기간 1～19년의 경우 갱신시점의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이까지의 기간이 보험기간(5년, 10년 또는 20년) 미만일 경우의 잔여기간

[무배당 갱신형 간편한 6대심장질환진단비보장 특별약관2504(일반심사형)]

갱신종료 보험나이	적용대상	보험 기간	갱신주기
주계약 종료시 보험나이[주1)]	갱신형 6대심장질환진단비보장특약 갱신형 6대심장질환진단비Ⅱ보장특약	1~30년 만기[주2)]	피보험자별 가입시점부터 매10년/20년/30년마다 계약해당일

주1) 갱신종료보험나이는 주계약의 보험기간(주계약이 갱신형인 경우 주계약의 갱신종료보험나이) 이내로 함
주2) 보험기간 1～29년의 경우 갱신시점의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이까지의 기간이 보험기간(10년, 20년 또는 30년) 미만일 경우의 잔여기간

[무배당 갱신형 뇌질환진단비보장 특별약관2504]

갱신종료 보험나이	적용대상	보험 기간	갱신주기
주계약 종료시 보험나이[주1)]	갱신형 6대뇌질환진단비보장특약 갱신형 일과성뇌허혈발작진단비보장특약	1~30년 만기[주2)]	피보험자별 가입시점부터 매10/20/30년 마다 계약해당일

주1) 갱신종료보험나이는 주계약의 보험기간(주계약이 갱신형인 경우 주계약의 갱신종료보험나이) 이내로 함
주2) 보험기간 1～29년의 경우 갱신시점의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이까지의 기간이 보험기간(10년, 20년 또는 30년) 미만일 경우의 잔여기간

[무배당 갱신형 검사비보장 특별약관2504]

갱신종료 보험나이	적용대상	보험 기간	갱신주기
주계약 종료시 보험나이	갱신형 3대질환 MRI촬영검사비(급여, 연간1회한)보장특약 갱신형 양전자단층촬영(PET)검사비(급여, 연간1회한)보장특약 갱신형 부정맥질환특정검사비보장특약	1~10년 만기[주)]	피보험자별 가입시점부터 매5년/10년 마다 계약해당일

주) 보험기간 1～9년의 경우 갱신시점의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이까지의 기간이 보험기간(5년 또는 10년) 미만일 경우의 잔여기간

[무배당 갱신형 가족일상생활중배상책임보장 특별약관2509]

갱신종료 보험나이[주1)]	적용대상	보험 기간[주2)]	갱신주기
80세 90세 100세	갱신형 가족일상생활중배상책임(Ⅳ)보장 특약	1~3년만기	피보험자별 가입시점부터 매3년 마다 계약해당일

주1) 갱신종료보험나이는 주계약의 보험기간(주계약이 갱신형인 경우 주계약의 갱신종료보험나이) 이내로 함
주2) 보험기간 1년, 2년의 경우 갱신시점의 피보험자의 보험나이부터 갱신종료보험나이(최초 계약을 체결할 때 약정한 갱신종료보험나이)까지의 기간이 3년 미만일 경우의 잔여기간

[무배당 갱신형 간편한 특정치료비Ⅱ보장 특별약관2509(일반심사형)]

갱신종료 보험나이[주1)]	적용대상	보험 기간	갱신주기
주계약 종료시 보험나이[주1)]	갱신형 항암중입자방사선치료비보장특약	1~10년 만기[주2)]	피보험자별 가입시점부터 매10년 마다 계약해당일

갱신종료 보험나이[주1)]	적용대상	보험 기간	갱신주기
주계약 종료시 보험나이[주1)]	갱신형 특정호르몬약물허가치료비보장특약 갱신형 계속받는 특정항암호르몬약물허가치료비(연간1회한)보장특약	1~10년 만기[주3)]	피보험자별 가입시점부터 매5년/10년 마다 계약해당일

주1) 갱신종료보험나이는 주계약의 보험기간(주계약이 갱신형인 경우 주계약의 갱신종료보험나이) 이내로 함
주2) 보험기간 1～9년의 경우 갱신시점의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이까지의 기간이 보험기간(10년) 미만일 경우의 잔여기간
주3) 보험기간 1～9년의 경우 갱신시점의 피보험자의 보험나이로부터 갱신종료보험나이까지의 기간이 보험기간(5년 또는 10년) 미만일 경우의 잔여기간

나. 갱신계약 보험료 통보에 관한 사항

회사는 자동갱신 적용대상 계약의 보험기간이 끝나기 15일 이전까지 해당 피보험자의 갱신계약 보험료를 서면, 전화 또는 전자문서 등으로 통보함.

다. 보험료 재산출에 관한 사항

- 회사는 매사업연도 종료일까지「⑭ 간병인지원 관련 특약에 관한 사항」에서 정한「간병인지원 관련 특약」의 갱신계약에 적용할 간병인 지원비용을 재산정하며, 간병인 지원비용 재산정 및 위험률 재산출 등으로 갱신계약에 적용할 보험료가 개정된 경우에는 갱신일 현재의 보험료를 적용함.

【간병인지원 관련 특약】
[무배당 갱신형 간병인지원 일반상해입원일당보장 특별약관2507]
·갱신형 간병인지원 일반상해입원일당(Ⅰ)(1일이상 180일한도)보장특약 ·갱신형 간병인지원 일반상해입원일당(Ⅵ)(1일이상 180일한도)보장특약 ·갱신형 간병인지원 일반상해입원일당(Ⅰ)(181일이상)(요양,정신,한방병원제외)보장특약 ·갱신형 간병인지원 일반상해입원일당(Ⅵ)(181일이상)(요양,정신,한방병원제외)보장특약
[무배당 갱신형 간병인지원 질병입원일당보장 특별약관2507]
·갱신형 간병인지원 질병입원일당(Ⅰ)(1일이상 180일한도)보장특약 ·갱신형 간병인지원 질병입원일당(Ⅵ)(1일이상 180일한도)보장특약 ·갱신형 간병인지원 질병입원일당(Ⅰ)(181일이상)(요양,정신,한방병원제외)보장특약 ·갱신형 간병인지원 질병입원일당(Ⅵ)(181일이상)(요양,정신,한방병원제외)보장특약 ·갱신형 간병인지원 질병입원일당(Ⅰ)(1일이상 180일한도)Q보장특약 ·갱신형 간병인지원 질병입원일당(Ⅵ)(1일이상 180일한도)Q보장특약 ·갱신형 간병인지원 요양성특정질병입원일당(Ⅰ)(181일이상)(요양병원)보장특약 ·갱신형 간병인지원 요양성특정질병입원일당(Ⅵ)(181일이상)(요양병원)보장특약

- 회사는 간병인지원 관련 특약을 제외한 자동갱신 적용대상 계약의 갱신계약에 대하여는 갱신시점의 이 계약의 적용기초율(적용이율, 적용위험률, 부가보험요율) 및 연령의 변동 등을 반영하여 산출함

【간병인지원관련 특약을 제외한 자동갱신 적용대상 계약】	
·갱신형 일반상해사망 ·갱신형 질병입원일당(1일이상) ·갱신형 일반상해입원일당(1일이상) ·갱신형 재진단암진단비(1년대기형) ·갱신형 질병후유장해(3~100%) ·갱신형 32대질병관혈수술비(연간1회한) ·갱신형 대상포진진단비 ·갱신형 신골절치료비(치아파절포함) ·갱신형 신깁스치료비 ·갱신형 골절(치아파절 제외)진단비Ⅱ ·갱신형 골절진단비Ⅱ ·갱신형 상해수술비 ·갱신형 상해수술비(치아파절및치아탈구제외)	·갱신형 계속받는 항암방사선약물치료비 (급여)(연간1회한) ·갱신형 암요양병원입원일당(Ⅱ) (1일이상 90일한도) ·갱신형 암직접치료통원일당(상급종합병원) ·갱신형 암직접치료입원일당(Ⅱ)(요양병원 제외, 1일이상) ·갱신형 5대질환수술비(연간1회한) ·갱신형 암수술비(유사암제외) ·갱신형 유사암수술비 ·갱신형 암수술비(유사암제외)(25%체증형) ·갱신형 뇌혈관질환통원일당(연간30회한) ·갱신형 뇌혈관질환통원일당(종합병원, 연간30회한)

·갱신형 수술비(1~7종, 연간3회한)[상해]
·갱신형 요로결석진단비
·갱신형 일반상해중환자실입원일당(1일이상)
·갱신형 질병중환자실입원일당(1일이상)
·갱신형 질병사망
·갱신형 대상포진눈병진단비
·갱신형 통풍진단비
·갱신형 간경변증진단비
·갱신형 유사암수술비(25%체증형)
·갱신형 상급종합병원 상해수술비
·갱신형 종합병원 상해수술비
·갱신형 허혈성심장질환통원일당(연간30회한)
·갱신형 허혈성심장질환통원일당(종합병원, 연간30회한)
·갱신형 허혈성심장질환통원일당(상급종합병원, 연간30회한)
·갱신형 뇌혈관질환통원일당(상급종합병원, 연간30회한)
·갱신형 4대양성종양진단비
·갱신형 2대질환 주요치료비(연간1회한, 10년간)
·갱신형 상급종합병원 2대질환 주요치료비(연간1회한, 10년간)
·갱신형 상급종합병원 2대질환 주요치료비(연간1회한, 10년간)(체증형)
·갱신형 항암방사선약물치료비
·갱신형 특정순환계질환진단비
·갱신형 최대두배받는2대질환치료비(포인트적립형)
·갱신형 통합암진단비(전이포함)(유사암제외)

[무배당 3대질병진단비보장(A) 특별약관2509(세만기형)]
갱신형 암진단비(유사암제외)보장특약
갱신형 암진단비(유사암 및 소액암 제외)보장특약
갱신형 유사암진단비보장특약
갱신형 유사암진단비Ⅱ보장특약
갱신형 뇌졸중진단비보장특약
갱신형 뇌졸중진단비Ⅱ보장특약
갱신형 급성심근경색증진단비보장특약
갱신형 급성심근경색증진단비Ⅱ보장특약
갱신형 뇌혈관질환진단비보장특약
갱신형 뇌혈관질환진단비Ⅱ보장특약
갱신형 허혈성심장질환진단비보장특약
갱신형 허혈성심장질환진단비Ⅱ보장특약
갱신형 중증갑상선암진단비보장특약
갱신형 통합암진단비(유사암제외)보장특약
갱신형 전이암진단비보장특약

[무배당 수술비(1~7종, 연간3회한)(질병)보장 특별약관2509(세만기형)]
갱신형 수술비(1~7종, 연간3회한)[질병]보장특약

[무배당 수술비Ⅱ(1-5종)보장 특별약관2509(세만기형)]
갱신형 수술비Ⅱ(1-5종)보장특약

[무배당 2대질환수술비보장 특별약관2509(세만기형)]
갱신형 뇌혈관질환수술비보장특약
갱신형 허혈성심장질환수술비보장특약
갱신형 뇌혈관질환수술비(25%체증형)보장특약
갱신형 허혈성심장질환수술비(25%체증형)보장특약

[무배당 질병수술비보장(A) 특별약관2509(세만기형)]
갱신형 질병수술비보장특약
갱신형 질병수술비(특정5대질병 제외)보장특약
갱신형 131대질병수술비보장특약
갱신형 상급종합병원 질병수술비보장특약
갱신형 질병수술비(특정2대질병제외)보장특약
갱신형 질병수술비(특정6대질병제외)보장특약
갱신형 종합병원 질병수술비보장특약
갱신형 상급종합병원 질병수술비(특정5대질병 제외)보장특약
갱신형 종합병원 질병수술비(특정5대질병 제외)보장특약

[무배당 갱신형 간병인지원 일반상해입원일당보장 특별약관2507]
갱신형 간병인지원 일반상해입원일당(Ⅰ)(1일이상 180일한도)보장특약
갱신형 간병인지원 일반상해입원일당(Ⅵ)(1일이상 180일한도)보장특약
갱신형 간병인사용 일반상해입원일당(plus)(1일이상 180일한도, 전환용)(요양병원제외)보장특약
갱신형 간병인사용 일반상해입원일당(1일이상 180일한도, 전환용)(요양병원)보장특약
갱신형 간병인지원 일반상해입원일당(Ⅰ)(181일이상)(요양,정신,한방병원제외)보장특약
갱신형 간병인지원 일반상해입원일당(Ⅵ)(181일이상)(요양,정신,한방병원제외)보장특약
갱신형 간병인사용 일반상해입원일당(plus)(181일이상, 전환용)(요양,정신,한방병원제외)보장특약
갱신형 간병인지원 일반상해입원일당(간호·간병통합서비스 사용추가보장)(181일이상)(요양,정신,한방병원제외)

갱신형 간병인지원 일반상해입원일당(간호·간병통합서비스 사용추가보장)(1일이상 180일한도)보장특약
보장특약

[무배당 갱신형 간병인지원 질병입원일당보장 특별약관2507]

갱신형 간병인지원 질병입원일당(Ⅰ)(1일이상 180일한도)보장특약
갱신형 간병인지원 질병입원일당(Ⅵ)(1일이상 180일한도)보장특약
갱신형 간병인사용 질병입원일당(plus)(1일이상 180일한도, 전환용)(요양병원제외)보장특약
갱신형 간병인사용 질병입원일당(1일이상 180일한도, 전환용)(요양병원)보장특약
갱신형 간병인지원 질병입원일당(간호·간병통합서비스 사용추가보장)(1일이상 180일한도)보장특약
갱신형 간병인지원 질병입원일당(Ⅰ)(181일이상)(요양,정신,한방병원제외)보장특약
갱신형 간병인지원 질병입원일당(Ⅵ)(181일이상)(요양,정신,한방병원제외)보장특약
갱신형 간병인사용 질병입원일당(plus)(181일이상, 전환용)(요양,정신,한방병원제외)보장특약
갱신형 간병인지원 질병입원일당(간호·간병통합서비스 사용추가보장)(181일이상)(요양,정신,한방병원제외)보장특약
갱신형 간병인지원 질병입원일당(Ⅰ)(1일이상 180일한도)Q보장특약
갱신형 간병인지원 질병입원일당(Ⅵ)(1일이상 180일한도)Q보장특약
갱신형 간병인사용 질병입원일당(plus)(1일이상 180일한도, 전환용)(요양병원제외)Q보장특약
갱신형 간병인사용 질병입원일당(1일이상 180일한도, 전환용)(요양병원)Q보장특약
갱신형 간병인지원 질병입원일당(간호·간병통합서비스 사용추가보장)(1일이상 180일한도)Q보장특약
갱신형 간병인지원 요양성특정질병입원일당(Ⅰ)(181일이상)(요양병원)보장특약
갱신형 간병인지원 요양성특정질병입원일당(Ⅵ)(181일이상)(요양병원)보장특약
갱신형 간병인사용 요양성특정질병입원일당(181일이상, 전환용)(요양병원)보장특약

[무배당 갱신형 간편한 특정치료비보장 특별약관2504(일반심사형)]

갱신형 항암양성자방사선치료비보장특약
갱신형 항암세기조절방사선치료비보장특약
갱신형 표적항암약물허가치료비Ⅱ보장특약
갱신형 계속받는 표적항암약물허가치료비Ⅱ(연간1회한)보장특약
갱신형 다빈치로봇 암수술비보장특약
갱신형 특정질환3대치료비(갑상선질환 고주파열치료비(최초1회한))보장특약
갱신형 특정질환3대치료비(유방병변 진공보조장치이용절제치료비(최초1회한))보장특약
갱신형 특정질환3대치료비(자궁근종 고강도초음파집속술 치료비(최초1회한))보장특약
갱신형 갑상선질환 고주파열치료비(최초1회한)보장특약
갱신형 질병 특정 비급여,신의료기술치료비(1-3종, 연간1회한)보장특약
갱신형 질병 특정 비급여,신의료기술치료비(1-4종, 연간1회한)보장특약
갱신형 특정면역항암약물허가치료비보장특약
갱신형 계속받는 특정면역항암약물허가치료비(연간1회한)보장특약
갱신형 체외충격파쇄석술치료비(급여, 연간1회한)보장특약
갱신형 유방암 유방재건수술비(급여, 연간1회한)보장특약
갱신형 표적항암약물허가치료비Ⅲ(비급여)(특정표적항암약물허가치료)보장특약
갱신형 계속받는 표적항암약물허가치료비Ⅲ(연간1회한)(비급여)(특정표적항암약물허가치료)보장특약

[무배당 갱신형 간편한 암 검사및치료추가보장 특별약관2504(일반심사형)]

갱신형 특정NGS유전자패널검사비(급여,연간1회한)보장 특약
갱신형 폴립및양성종양수술비(1~6종)(급여,종별 연간1회한)보장 특약
갱신형 뇌정위적방사선수술비(급여,연간1회한)보장 특약
갱신형 암 MRI촬영검사비(급여,연간1회한)보장 특약
갱신형 암 양전자단층촬영(PET)검사비(급여,연간1회한)보장 특약
갱신형 암 내시경검사비(급여, 연간1회한)보장 특약
갱신형 암 특정생검조직병리검사비Ⅱ(급여,연간1회한)보장 특약
갱신형 암 CT촬영검사비(급여,연간1회한)보장 특약
갱신형 암 초음파검사비(급여,연간1회한)보장 특약
갱신형 암 특정단일유전자검사비(급여,연간1회한)보장 특약

[무배당 갱신형 간편한 산정특례 진단비보장 특별약관2504(일반심사형)]

갱신형 통합 산정특례 진단비보장 특약
갱신형 희귀질환자 산정특례대상 진단비보장 특약
갱신형 중증난치질환자(중증치매제외) 산정특례대상 진
갱신형 중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례대상 진단비(연간1회한)보장 특약
갱신형 중증질환자(심장질환) 산정특례대상 진단비(연간

단비보장 특약	1회한)보장 특약
갱신형 결핵질환자 산정특례대상 진단비보장 특약	갱신형 중증화상환자 산정특례대상 진단비(연간1회한) 보장 특약
갱신형 중증난치질환자(중증치매) 산정특례대상 진단비 보장 특약	갱신형 중증외상환자 산정특례대상 진단비(연간1회한) 보장 특약
[무배당 갱신형 간편한 6대심장질환진단비보장 특별약관2504(일반심사형)]	
갱신형 6대심장질환진단비보장특약	갱신형 6대심장질환진단비Ⅱ보장특약
[무배당 갱신형 뇌질환진단비보장 특별약관2504]	
갱신형 6대뇌질환진단비보장특약	갱신형 일과성뇌허혈발작진단비보장특약
[무배당 갱신형 검사비보장 특별약관2504]	
갱신형 3대질환 MRI촬영검사비(급여, 연간1회한)보장특약	갱신형 양전자단층촬영(PET)검사비(급여, 연간1회한)보장특약
갱신형 부정맥질환특정검사비보장특약	
[무배당 갱신형 가족일상생활중배상책임보장 특별약관2509]	
갱신형 가족일상생활중배상책임(Ⅳ)보장 특약	
[무배당 갱신형 간편한 특정치료비Ⅱ보장 특별약관2509(일반심사형)]	
갱신형 항암중입자방사선치료비보장특약	갱신형 특정호르몬약물허가치료비보장특약
갱신형 계속받는 특정항암호르몬약물허가치료비(연간1회한)보장특약	

라. 갱신형 2대질환 주요치료비(연간1회한, 10년간)보장특약, 갱신형 상급종합병원 2대질환 주요치료비(연간1회한, 10년간)보장특약, 갱신형 상급종합병원 2대질환 주요치료비(연간1회한, 10년간)(체증형)보장특약 자동갱신 운영에 관한 사항

피보험자가 보험기간 중「2대질환」으로 진단확정된 경우에는 갱신형 2대질환 주요치료비(연간1회한, 10년간)보장특약, 갱신형 상급종합병원 2대질환 주요치료비(연간1회한, 10년간)보장특약 및 갱신형 상급종합병원 2대질환 주요치료비(연간1회한, 10년간)(체증형)보장특약은 갱신되지 않음.

⑦ 보험금 지급사유가 회사의 자체적인 기준이 아닌 계약에 관한 사항

가. 다른 법률과 보험금 지급사유가 연계되는 등 보험금 지급사유가 회사의 자체적인 기준이 아님에 따라 아래와 같은 경우가 발생되는 경우 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 계약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경할 수 있습니다.

1) 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 약관에서 정한 보험금 지급사유 판정기준이 변경되는 경우
2) 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 약관에서 정한 보험금 지급사유의 판정이 불가능한 경우
3) 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 계약유지 필요가 없어지는 경우
4) 기타 금융위원회 등의 명령이 있는 경우

나. 회사는 가.에 따라 계약이 변경되는 경우 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용, 가입금액, 보험료 변경내용 및 변경 절차 등을 계약자에게 알립니다.

다. 가.에 따라 계약내용을 변경하는 경우 보장내용, 가입금액 및 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 및 미경과보험료 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할 (또는 반환받을)금액이 발생할 수 있으며, 이를 계약 체결시 계약자에게 안내합니다.

라. 회사는 가.에 따라 보장내용이 변경되는 경우 최신의 통계를 반영하여 보험료산출기초율을 재산출할 수 있으며 다음과 같이 적용합니다.

: 계약내용 변경일부터 재산출된 보험료산출기초율을 적용할 수 있으며, 이미 체결한 계약에 대하여 보험료 또는 보험금이 변경될 수 있습니다.

마. 가.에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우 회사는 계약자에게「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경 시점의 계약자적립액 및 미경과보험료를 지급하며, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

⑧ 보험료 납입면제에 관한 사항

1) 1종(보험료 납입면제 미적용형) : 해당사항 없음

2) 2종(보험료 납입면제형)

가. 암보장개시일 이후「암(유사암제외)」으로 진단확정되거나, 보장개시일 이후「뇌졸중」,「급성심근경색증」,「말기폐질환」,「말기간경화」,「말기신부전증」,「양성뇌종양」,「중대한재생불량성빈혈」,「만성당뇨합병증」으로 진단확정되거나, 일반상해80%이상후유장해 또는 질병80%이상후유장해 발생시 보장보험료를 납입면제함.

나. 가.에도 불구하고 아래의 보험료 납입면제 제외대상 특별약관 및 자동갱신 적용대상 특별약관은 보험료 납입면제에서 제외함.

【보험료 납입면제 제외대상 특별약관】

보험료납입지원(유사암진단)보장특약
무배당 갱신형 간병인지원 일반상해입원일당보장 특별약관2507
무배당 갱신형 간병인지원 질병입원일당보장 특별약관2507
무배당 갱신형 간편한 특정치료비보장 특별약관2511(일반심사형)
무배당 갱신형 간편한 암 검사및치료추가보장 특별약관2504(일반심사형)
무배당 갱신형 간편한 산정특례 진단비보장 특별약관2504(일반심사형)
무배당 갱신형 간편한 6대심장질환진단비보장 특별약관2504(일반심사형)
무배당 갱신형 뇌질환진단비보장 특별약관2504
무배당 가전제품 고장수리비용보장 특별약관2504
무배당 운전자 비용 및 상해보장 특별약관2509
무배당 갱신형 검사비보장 특별약관2504
무배당 갱신형 가족일상생활중배상책임보장 특별약관2509
무배당 갱신형 간편한 특정치료비Ⅱ보장 특별약관2509(일반심사형)

다. 가.의 사유로 보장보험료 납입면제가 된 경우 차회 이후의 적립보험료 납입을 중지함.

⑨ 2형(해약환급금미지급형(납입후50%))에 관한 사항

가. 2형(해약환급금미지급형(납입후50%))은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않고, 보험료 납입기간이 완료된 이후 계약이 해지될 경우 2형(해약환급금미지급형(납입후50%))의 해약환급금은 해약환급금미지급형 비교상품 해약환급금의 50%에 해당하는 금액으로 함.

나. 가.에서 해약환급금을 계산할 때 기준이 되는 해약환급금미지급형 비교상품은 2형(해약환급금미지급형(납입후50%))과 동일한 보장내용의 상품이며, 그 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산함.

다. 회사는 2형(해약환급금미지급형(납입후50%))과 해약환급금미지급형 비교상품의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교·안내함. 다만, 해약환급금미지급형 비교상품은 비교·안내를 위한 종목이므로 실제로 판매하지 않음.

라. 2형(해약환급금미지급형(납입후50%))의 경우 보험종목, 보험기간, 보험료 납입기간, 피보험자의 변경 및 보험가입금액의 증액은 신청할 수 없음.

마. 회사는 2형(해약환급금미지급형(납입후50%))의 계약을 체결할 때 계약자에게 “해약환급금미지급형(납입후50%)” 내용에 대한 충분한 설명을 하고 별도의 확인서를 받음. 다만, 전화를 이용하여 보험계약을 청약하는 경우 계약자 확인은 음성 녹음으로 대신함.

⑩ 갱신형 재진단암진단비(1년 대기형)보장특약 및 재진단암진단비(1년 대기형)보장특약에 관한 사항

계약자 안내 강화를 위해 다음 3가지 내용에 대하여 상품설명서에 명시하고 안내하며, 계약자가 이해하였음을 확인할 수 있도록 상품설명서에서 계약자의 자필서명(전자서명 포함) 또는 음성녹음을 통해 확인을 받음

1) 가입당시 보험나이가 15세 이상인 경우 암 관련 보장의 90일 면책기간 적용
2) 재진단암의 보장범위는 기타피부암, 갑상선암, 전립선암을 제외한 암에 대하여 보장
3) 재진단암진단보장은 최초로 발생한 암(유사암제외) 또는 직전 발생한 재진단암 진단확정일부터 1년이 지나고 재진단암으로 진단 받은 경우에 보험금을 지급함

⑪ 암 주요치료비(연간1회한, 5년간)보장특약, 암 주요치료비(연간1회한, 10년간)보장특약, 암 주요치료비(연간1회한, 10년간)(체증형)보장특약, 상급종합병원,국립암센터 암 주요치료비(연간1회한, 10년간)보장특약, 상급종합병원,국립암센터 암 주요치료비(연간1회한, 10년간)(체증형)보장특약, 통합암 주요치료비(연간1회한, 10년간)보장특약, 통합암 주요치료비(체증형)(연간1회한, 10년간)보장특약, 상급종합병원,국립암센터 통합암 주요치료비(연간1회한, 10년간)보장특약 및 상급종합병원,국립암센터 통합암 주요치료비(체증형)(연간1회한, 10년간)보장특약에 관한 사항

보험금 지급기간은 아래와 같이 적용하며, 회사는 보험계약자의 이해를 돕기 위해 아래와 같이 계약자 안내사항을 교부함.

대상 특별약관	세부보장	해당 사유	보험금 지급기간	계약자 안내사항
암 주요치료비(연간1회한, 5년간)보장특약	암(유사암제외) 주요치료비 (연간1회한, 5년간)	보험기간 중 암보장개시일 이후 「암(유사암제외)」으로 최초 진단확정된 경우	5년	「암 주요치료비 (연간1회한, 5년간) 보장에 대한 계약자 안내사항」
	기타피부암 및 갑상선암 주요치료비 (연간1회한, 5년간)	보험기간 중 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 최초 진단확정된 경우		
암 주요치료비(연간1회한, 10년간)보장특약	암(유사암제외) 주요치료비 (연간1회한, 10년간)	보험기간 중 암보장개시일 이후 「암(유사암제외)」으로 최초 진단확정된 경우	10년	「암 주요치료비 (연간1회한, 10년간) 보장에 대한 계약자 안내사항」
	기타피부암 및 갑상선암 주요치료비 (연간1회한, 10년간)	보험기간 중 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 최초 진단확정된 경우		
암 주요치료비(연간1회한, 10년간)(체증형)보장특약	암(유사암제외) 주요치료비 (연간1회한, 10년간)(체증형)	보험기간 중 암보장개시일 이후 「암(유사암제외)」으로 최초 진단확정된 경우	10년	「암 주요치료비 (연간1회한, 10년간)(체증형) 보장에 대한 계약자 안내사항」
	기타피부암 및 갑상선암 주요치료비 (연간1회한, 10년간)(체증형)	보험기간 중 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 최초 진단확정된 경우		

상급종합병원,국립암센터 암 주요치료비(연간1회한, 10년간)보장특약	상급종합병원,국립암센터 암(유사암제외) 주요치료비 (연간1회한, 10년간)	보험기간 중 암보장개시일 이후 「암(유사암제외)」으로 최초 진단확정된 경우	10년	「상급종합병원, 국립암센터 암 주요치료비 (연간1회한, 10년간) 보장에 대한 계약자 안내사항」
	상급종합병원,국립암센터 기타피부암 및 갑상선암 주요치료비 (연간1회한, 10년간)	보험기간 중 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 최초 진단확정된 경우		
상급종합병원,국립암센터 암 주요치료비(연간1회한, 10년간)(체증형)보장특약	상급종합병원,국립암센터 암(유사암제외) 주요치료비 (연간1회한, 10년간)(체증형)	보험기간 중 암보장개시일 이후 「암(유사암제외)」으로 최초 진단확정된 경우	10년	「상급종합병원, 국립암센터 암 주요치료비 (연간1회한, 10년간) (면책기간미적용) 보장에 대한 계약자 안내사항」
	상급종합병원,국립암센터 기타피부암 및 갑상선암 주요치료비 (연간1회한, 10년간)(체증형)	보험기간 중 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 최초 진단확정된 경우		
통합암 주요치료비 (연간1회한, 10년간) 보장특약	특정소액암 주요치료비 (연간1회한, 10년간)	보험기간 중 암보장개시일 이후 암구분별 「통합암(유사암제외)」 으로 각각 최초 진단확정된 경우	10년	「통합암 주요치료비 (연간1회한, 10년간) 보장에 대한 계약자 안내사항」
	특정소화기암 주요치료비 (연간1회한, 10년간)			
	15대특정암 주요치료비 (연간1회한, 10년간)			
	10대특정암 주요치료비 (연간1회한, 10년간)			
	4대고액암 주요치료비 (연간1회한, 10년간)			
	기타피부암 및 갑상선암 주요치료비 (연간1회한, 10년간)	보험기간 중 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 최초 진단확정된 경우		

통합암 주요치료비 (체증형)(연간1회한, 10년간) 보장특약	특정소액암 주요치료비 (체증형)(연간1회한, 10년간)	보험기간 중 암보장개시일 이후 암구분별 「통합암(유사암제외)」 으로 각각 최초 진단확정된 경우	10년	「통합암 주요치료비 (체증형)(연간1회한, 10년간) 보장에 대한 계약자 안내사항」
	특정소화기암 주요치료비 (체증형)(연간1회한, 10년간)			
	15대특정암 주요치료비 (체증형)(연간1회한, 10년간)			
	10대특정암 주요치료비 (체증형)(연간1회한, 10년간)			
	4대고액암 주요치료비 (체증형)(연간1회한, 10년간)			
	기타피부암 및 갑상선암 주요치료비 (체증형)(연간1회한, 10년간)	보험기간 중 「기타피부암」 또는 「갑상선암」 으로 최초 진단확정된 경우		
상급종합병원,국립암센 터 통합암 주요치료비 (연간1회한, 10년간) 보장특약	상급종합병원,국립암센터 특정소액암 주요치료비 (연간1회한, 10년간)	보험기간 중 암보장개시일 이후 암구분별 「통합암(유사암제외)」 으로 각각 최초 진단확정된 경우	10년	「상급종합병원, 국립암센터 통합암 주요치료비 (연간1회한, 10년간) 보장에 대한 계약자 안내사항」
	상급종합병원,국립암센터 특정소화기암 주요치료비 (연간1회한, 10년간)			
	상급종합병원,국립암센터 15대특정암 주요치료비 (연간1회한, 10년간)			
	상급종합병원,국립암센터 10대특정암 주요치료비 (연간1회한, 10년간)			
	상급종합병원,국립암센터 4대고액암 주요치료비 (연간1회한, 10년간)			
	상급종합병원,국립암센터 기타피부암 및 갑상선암 주요치료비 (연간1회한, 10년간)	보험기간 중 「기타피부암」 또는 「갑상선암」 으로 최초 진단확정된 경우		

상급종합병원,국립암센터 통합암 주요치료비(체증형)(연간1회한, 10년간)보장특약	상급종합병원,국립암센터 특정소액암 주요치료비(체증형)(연간1회한, 10년간)	보험기간 중 암보장개시일 이후 암구분별 「통합암(유사암제외)」으로 각각 최초 진단확정된 경우	10년	「상급종합병원, 국립암센터 통합암 주요치료비(체증형)(연간1회한, 10년간)보장에 대한 계약자 안내사항」
	상급종합병원,국립암센터 특정소화기암 주요치료비(체증형)(연간1회한, 10년간)			
	상급종합병원,국립암센터 15대특정암 주요치료비(체증형)(연간1회한, 10년간)			
	상급종합병원,국립암센터 10대특정암 주요치료비(체증형)(연간1회한, 10년간)			
	상급종합병원,국립암센터 4대고액암 주요치료비(체증형)(연간1회한, 10년간)			
	상급종합병원,국립암센터 기타피부암 및 갑상선암 주요치료비(체증형)(연간1회한, 10년간)	보험기간 중 「기타피부암」 또는 「갑상선암」으로 최초 진단확정된 경우		

⑫ 갱신형 2대질환 주요치료비(연간1회한, 10년간)보장특약, 2대질환 주요치료비(연간1회한, 10년간)보장특약, 갱신형 상급종합병원 2대질환 주요치료비(연간1회한, 10년간)보장특약, 상급종합병원 2대질환 주요치료비(연간1회한, 10년간)보장특약, 갱신형 상급종합병원 2대질환 주요치료비(연간1회한, 10년간)(체증형)보장특약 및 상급종합병원 2대질환 주요치료비(연간1회한, 10년간)(체증형)보장특약에 관한 사항

보험금 지급기간은 아래와 같이 적용하며, 회사는 보험계약자의 이해를 돕기 위해 아래와 같이 계약자 안내사항을 교부함.

대상 특별약관	해당 사유	보험금 지급기간	계약자 안내사항
갱신형 2대질환 주요치료비(연간1회한, 10년간)보장특약, 2대질환 주요치료비(연간1회한, 10년간)보장특약	보험기간 중 「2대질환」으로 최초 진단확정된 경우	10년	「2대질환 주요치료비 (연간1회한, 10년간)보장에 대한 계약자 안내사항」
갱신형 상급종합병원 2대질환 주요치료비(연간1회한, 10년간)보장특약, 상급종합병원 2대질환 주요치료비(연간1회한, 10년간)보장특약			「상급종합병원 2대질환 주요치료비 (연간1회한, 10년간)보장에 대한 계약자 안내사항」
갱신형 상급종합병원 2대질환 주요치료비(연간1회한, 10년간)(체증형)보장특약, 상급종합병원 2대질환 주요치료비(연간1회한, 10년간)(체증형)보장특약			「상급종합병원 2대질환 주요치료비 (연간1회한, 10년간)(체증형)보장에 대한 계약자 안내사항」

⑬ 비급여 암 주요치료비(전액본인부담 포함, 연간1회한, 10년간)보장 특약, 비급여 항암약물치료비(전액본인부담 포함, 연간1회한, 10년간)보장 특약에 관한 사항

보험금 지급기간은 아래와 같이 적용하며, 회사는 보험계약자의 이해를 돕기 위해 아래와 같이 계약자 안내사항을 교부함.

대상 특별약관	해당 사유	보험금 지급기간	계약자 안내사항
비급여 암 주요치료비(전액본인부담 포함, 연간1회한, 10년간)보장 특약	보험기간 중 암보장개시일 이후「암(유사암제외)」으로 최초 진단확정되거나 보험기간 중 「기타피부암」또는「갑상선암」으로 최초 진단확정된 경우	10년	「비급여 암 주요치료비(전액본인부담 포함, 연간1회한, 10년간)보장에 대한 계약자 안내사항」

비급여 항암약물치료비(전액본인부담 포함, 연간1회한, 10년간)보장 특약	보험기간 중 암보장개시일 이후「암(유사암제외)」 으로 최초 진단확정되거나 보험기간 중 「기타피부암」또는「갑상선암」으로 최초 진단확정된 경우	10년	비급여 항암약물치료비(전액본인부담 포함, 연간1회한, 10년간)보장에 대한 계약자 안내사항」

⑭ 갱신형 항암중입자방사선치료비보장특약 및 항암중입자방사선치료비보장특약에 관한 사항

가. 계약자 안내 강화를 위해 다음 2가지 내용에 대하여 상품설명서에 명시하고 안내하며, 계약자에게 충분히 설명함.

1) 항암중입자방사선치료는 중이온을 가속하여 조사함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 방사선치료를 말하며, 항암양성자방사선치료는 보장제외함

2) 항암중입자방사선치료는 현재 일부병원에서 제공 중이나 향후 항암중입자방사선치료를 제공하는 병원이 확대되는 경우에도 동일하게 보장받을 수 있음

※ 일부병원 : 연세의료원

나. 회사는 보험계약자의 이해를 돕기 위해「항암중입자방사선치료 특약 가입자를 위한 안내사항」을 교부함.

⑮ 암 통합치료비(비급여(전액본인부담 포함))보장특약에 관한 사항

암 통합치료비(비급여(전액본인부담 포함))보장특약이란 아래의 특약을 의미함.

대상 특별약관
·암 통합치료비(비급여(전액본인부담 포함))보장특약 ·암 통합치료비(비급여(전액본인부담 포함), 암중점치료기관(상급종합병원 포함))보장특약 ·암 통합치료비Ⅱ(비급여(전액본인부담 포함))보장특약 ·암 통합치료비Ⅱ(비급여(전액본인부담 포함), 암중점치료기관(상급종합병원 포함))보장특약

가. 계약자 안내 강화를 위해 다음 내용에 대하여 상품설명서에 명시하고 안내하며, 계약자에게 충분히 설명함.

1) 비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료는 암세포의 특정 분자를 표적 공격하여 암의 성장과 확산을 억제하는「비급여(전액본인부담 포함)」에 해당하는 표적항암제를 투여하여 치료하는 것을 말함.

2) 비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료는 암세포의 특정 분자를 표적 공격하여 암의 성장과 확산을 억제하는 치료제 중 아래의 3가지 중「비급여(전액본인부담 포함)」에 해당하는 항암치료제를 투여하여 치료하는 것을 말함.

① 면역관문억제제(Immune Checkpoint Inhibitors)

② 항체약물중합체(Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제

③ 카티(CAR-T, 키메라항원수용체 T세포) 항암치료제

3) 비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료 및 비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료는 식약처 허가 또는 심평원 승인요법에 한해 처방시점을 기준으로 보장함.

4) 비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료는 양성자를 조사하여 암세포를 죽이는 치료법 중「비급여(전액본인부담 포함)」에 해당하는 경우를 말함.

5) 항암양성자방사선치료는 현재 일부병원에서 제공 중이나 향후 항암양성자방사선치료를 제공하는 병원이 확대되는 경우에도 동일하게 보장받을 수 있음.

※ 일부병원 : 서울 삼성서울병원, 경기 국립암센터

나. 비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료 또는 비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료로 인한 보험금 지급사유가 발생한 경우 계약자 또는 보험수익자는 진단서 이외에 회사가 별도로 마련한 아래의 확인서를 작성하여 제출하여야 함.

보험금 지급사유	확인서
비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료	「표적항암약물허가치료 확인서(보험회사 제출용)」
비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료	「특정면역항암약물허가치료 확인서(보험회사 제출용)」

다. 회사는 보험계약자의 이해를 돕기 위해「암 통합치료비보장특약 가입자를 위한 표적항암제, 특정면역항암제, 비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료 및 비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료 관련 안내사항」을 교부함.

⑯ 암 통합치료비(실속형)보장특약에 관한 사항

암 통합치료비(실속형)보장특약이란 아래의 특약을 의미함.

대상 특별약관
·암 통합치료비(실속형)보장특약 ·암 통합치료비(실속형)(암중점치료기관(상급종합병원 포함))보장특약

가. 계약자 안내 강화를 위해 다음 내용에 대하여 상품설명서에 명시하고 안내하며, 계약자에게 충분히 설명함.

1) 비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료는 암세포의 특정 분자를 표적 공격하여 암의 성장과 확산을 억제하는「비급여(전액본인부담 포함)」에 해당하는 표적항암제를 투여하여 치료하는 것을 말함.

2) 비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료는 암세포의 특정 분자를 표적 공격하여 암의 성장과 확산을 억제하는 치료제 중 아래의 3가지 중「비급여(전액본인부담 포함)」에 해당하는 항암치료제를 투여하여 치료하는 것을 말함.

① 면역관문억제제(Immune Checkpoint Inhibitors)

② 항체약물중합체(Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제

③ 카티(CAR-T, 키메라항원수용체 T세포) 항암치료제

3) 비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료 및 비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료는 식약처 허가 또는 심평원 승인요법에 한해 처방시점을 기준으로 보장함.

4) 비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료는 양성자를 조사하여 암세포를 죽이는 치료법 중「비급여(전액본인부담 포함)」에 해당하는 경우를 말함.

5) 항암양성자방사선치료는 현재 일부병원에서 제공 중이나 향후 항암양성자방사선치료를 제공하는 병원이 확대되는 경우에도 동일하게 보장받을 수 있음.

※ 일부병원 : 서울 삼성서울병원, 경기 국립암센터

나. 비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료 또는 비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료로 인한 보험금 지급사유가 발생한 경우 계약자 또는 보험수익자는 진단서 이외에 회사가 별도로 마련한 아래의 확인서를 작성하여 제출하여야 함.

보험금 지급사유	확인서
비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료	「표적항암약물허가치료 확인서(보험회사 제출용)」
비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료	「특정면역항암약물허가치료 확인서(보험회사 제출용)」

다. 회사는 보험계약자의 이해를 돕기 위해「암 통합치료비보장특약 가입자를 위한 표적항암제, 특정면역항암제, 비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료 및 비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료 관련 안내사항」을 교부함.

⑰ 암 통합치료비(기본형)보장특약에 관한 사항

암 통합치료비(기본형)보장특약이란 아래의 특약을 의미함.

대상 특별약관
·암 통합치료비(기본형)보장특약 ·암 통합치료비(기본형)(암중점치료기관(상급종합병원 포함))보장특약

가. 계약자 안내 강화를 위해 다음 내용에 대하여 상품설명서에 명시하고 안내하며, 계약자에게 충분히 설명함.

1) 항암세기조절방사선치료란 방사선 조사 방향을 수십배까지 세분화하고, 각 세분화된 영역마다 방사선의 양을 조절함으로써 종양 주위의 정상조직에 들어가는 방사선량을 최소화하고 암세포에만 선택적으로 방사선량을 조절하여 조사할 수 있는 방사선치료를 말하며, 방사선세기조절이 없거나 입자방사선을 이용하는 치료는 보장제외함.

2) 비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료는 암세포의 특정 분자를 표적 공격하여 암의 성장과 확산을 억제하는「비급여(전액본인부담 포함)」에 해당하는 표적항암제를 투여하여 치료하는 것을 말함.

3) 비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료는 암세포의 특정 분자를 표적 공격하여 암의 성장과 확산을 억제하는 치료제 중 아래의 3가지 중「비급여(전액본인부담 포함)」에 해당하는 항암치료제를 투여하여 치료하는 것을 말함.

① 면역관문억제제(Immune Checkpoint Inhibitors)

② 항체약물중합체(Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제

③ 카티(CAR-T, 키메라항원수용체 T세포) 항암치료제

4) 비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료 및 비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료는 식약처 허가 또는 심평원 승인요법에 한해 처방시점을 기준으로 보장함.

5) 비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료는 양성자를 조사하여 암세포를 죽이는 치료법 중「비급여(전액본인부담 포함)」에 해당하는 경우를 말함.

6) 항암양성자방사선치료는 현재 일부병원에서 제공 중이나 향후 항암양성자방사선치료를 제공하는 병원이 확대되는 경우에도 동일하게 보장받을 수 있음.

※ 일부병원 : 서울 삼성서울병원, 경기 국립암센터

나. 비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료 또는 비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료로 인한 보험금 지급사유가 발생한 경우 계약자 또는 보험수익자는 진단서 이외에 회사가 별도로 마련한 아래의 확인서를 작성하여 제출하여야 함.

보험금 지급사유	확인서
비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료	「표적항암약물허가치료 확인서(보험회사 제출용)」
비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료	「특정면역항암약물허가치료 확인서(보험회사 제출용)」

다. 회사는 보험계약자의 이해를 돕기 위해「암 통합치료비보장특약 가입자를 위한 항암세기조절방사선치료 관련 안내사항」및「암 통합치료비보장특약 가입자를 위한 표적항암제, 특정면역항암제, 비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료 및 비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료 관련 안내사항」을 교부함.

⑱ 특정호르몬약물허가치료비보장특약 및 갱신형 특정호르몬약물허가치료비보장특약에 관한 사항

가. 계약자 안내 강화를 위해 다음 4가지 내용에 대하여 상품설명서에 명시하고 안내하며, 계약자에게 충분히 설명함.

1) 특정항암호르몬약물허가치료비보장은 암의 발생과 성장에 호르몬을 이용하는 암종에서 암세포의 성장과 확산을 억제하거나 진행 속도를 늦추기 위한 목적으로 호르몬을 차단하거나 호르몬 양을 감소시키는데 작용하는 특정항암호르몬치료제의 처방을 받은 경우 보험금을 지급함.

2) 특정항암호르몬약물허가치료는 식약처 허가 또는 심평원 승인요법에 한해 처방시점을 기준으로 보장함.

3) 갑상선암수술후호르몬약물허가치료비보장은 갑상선암수술 후 치료 또는 재발 억제 등의 목적으로 갑상선 호르몬치료제의 처방을 받은 경우 보험금을 지급함. 갑상선 호르몬치료제란 갑상선암으로 수술을 받고, 그 결과로 인한 갑상선 기능 부전이나 갑상선암 재발 억제 등의 목적으로 투여된 갑상선 호르몬 약제로 항암약물요법에서 시행하는 항암호르몬약물에는 포함되지 않음.

4) 갑상선암수술후호르몬약물허가치료는 식약처 허가요법에 한해 처방시점을 기준으로 보장함.

⑲ 계속받는 특정항암호르몬약물허가치료비(연간1회한)보장특약 및 갱신형 계속받는 특정항암호르몬약물허가치료비(연간1회한)보장특약에 관한 사항

가. 계약자 안내 강화를 위해 다음 2가지 내용에 대하여 상품설명서에 명시하고 안내하며, 계약자에게 충분히 설명함.

1) 계속받는 특정항암호르몬약물허가치료비(연간1회한)보장은 암의 발생과 성장에 호르몬을 이용하는 암종에서 암세포의 성장과 확산을 억제하거나 진행 속도를 늦추기 위한 목적으로 호르몬을 차단하거나 호르몬 양을 감소시키는데 작용하는 특정항암호르몬치료제의 처방을 받은 경우 보험금을 지급함.

2) 특정항암호르몬약물허가치료는 식약처 허가 또는 심평원 승인요법에 한해 처방시점을 기준으로 보장함.

⑳ 갱신형 표적항암약물허가치료비Ⅱ보장특약 및 갱신형 계속받는 표적항암약물허가치료비Ⅱ(연간1회한)보장특약에 관한 사항

가. 계약자 안내 강화를 위해 다음 3가지 내용에 대하여 상품설명서에 명시하고 안내하며, 계약자에게 충분히 설명함.

1) 표적항암약물허가치료비 및 계속받는 표적항암약물허가치료비(연간1회한)는 암세포의 특정 분자를 표적 공격하여 암의 성장과 확산을 억제하는 표적항암제의 처방을 받은 경우 보험금을 지급함.

2) 표적항암약물허가치료란 항암약물치료 방법 중 하나로「표적항암제」의 투여 치료를 말하며, 다른 항암약물치료 대비 발생빈도는 낮지만 고가(高價)의 치료비용 발생 보장을 목적으로 함.

3) 표적항암약물허가치료는 식약처 허가 또는 심평원 승인요법에 한해 처방시점을 기준으로 보장하며, 호르몬 관련치료제, 세포독성 항암제 및 생물학적 반응 조절제는 보장 대상에서 제외함.

㉑ 갱신형 표적항암약물허가치료비Ⅲ(비급여)보장특약 및 갱신형 계속받는 표적항암약물허가치료비Ⅲ(연간1회한)(비급여)보장특약에 관한 사항

가. 계약자 안내 강화를 위해 다음 5가지 내용에 대하여 상품설명서에 명시하고 안내하며, 계약자에게 충분히 설명함.

1) 표적항암약물허가치료비Ⅲ(비급여)(특정표적항암약물허가치료)보장 및 계속받는 표적항암약물허가치료비Ⅲ(연간1회한)(비급여)(특정표적항암약물허가치료)보장은 암세포의 특정 분자를 표적 공격하여 암의 성장과 확산을 억제하는「비급여」에 해당되는 특정표적항암제의 처방을 받은 경우 보험금을 지급함

2) 표적항암약물허가치료비Ⅲ(비급여)(특정면역항암약물허가치료)보장 및 계속받는 표적항암약물허가치료비Ⅲ(연간1회한)(비급여)(특정면역항암약물허가치료)보장은 암세포의 특정 분자를 표적 공격하여 암의 성장과 확산을 억제하는 치료제 중 아래의 3가지 중 「비급여」에 해당되는 항암치료제 처방을 받은 경우 보험금을 지급함.

① 면역관문억제제(Immune Checkpoint Inhibitors)

② 항체약물중합체(Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제

③ 카티(CAR-T, 키메라항원수용체 T세포) 항암치료제

3) 특정표적항암약물허가치료(비급여)란 항암약물치료 방법 중 하나로「비급여」에 해당되는 「특정표적항암제」의 투여 치료를 말하며, 다른 항암약물치료 대비 발생빈도는 낮지만 고가(高價)의 치료비용 발생 보장을 목적으로 함

4) 특정표적항암약물허가치료(비급여)는 식약처 허가 또는 심평원 승인요법에 한해 처방시점을 기준으로 보장하며, 호르몬 관련치료제, 세포독성 항암제 및 생물학적 반응 조절제는 보장 대상에서 제외함

5) 표적항암약물허가치료비Ⅲ(비급여)(특정면역항암약물허가치료)보장 및 계속받는 표적항암약물허가치료비Ⅲ(연간1회한)(비급여)(특정면역항암약물허가치료)보장은 식약처 허가 또는 심평원 승인요법에 한해 처방시점을 기준으로 보장함.

㉒ 갱신형 특정면역항암약물허가치료비보장특약 및 갱신형 계속받는 특정면역항암약물허가치료비(연간1회한)보장특약에 관한 사항

가. 계약자 안내 강화를 위해 다음 3가지 내용에 대하여 상품설명서에 명시하고 안내하며, 계약자에게 충분히 설명함.

1) 특정면역항암약물허가치료비보장 및 계속받는 특정면역항암약물허가치료비(연간1회한)보장은 암세포의 특정 분자를 표적 공격하여 암의 성장과 확산을 억제하는 치료제 중 아래의 3가지에 해당하는 항암치료제 처방을 받은 경우 보험금을 지급함.

① 면역관문억제제(Immune Checkpoint Inhibitors)

② 항체약물중합체(Antibody-Drug Conjugate) 항암치료제

③ 카티(CAR-T, 키메라항원수용체 T세포) 항암치료제

2) 특정면역항암약물허가치료는 식약처 허가 또는 심평원 승인요법에 한해 처방시점을 기준으로 보장함.

㉓ 갱신형 항암양성자방사선치료비보장특약에 관한 사항

계약자 안내 강화를 위해 다음 2가지 내용에 대하여 상품설명서에 명시하고 안내하며, 계약자에게 충분히 설명함.

1) 항암양성자방사선치료는 양성자를 조사하여 암세포를 죽이는 치료법을 말함.

2) 항암양성자방사선치료는 현재 일부병원에서 제공 중이나 향후 항암양성자방사선치료를 제공하는 병원이 확대되는 경우에도 동일하게 보장받을 수 있음.

※ 일부병원 : 서울 삼성서울병원, 경기 국립암센터

㉔ 갱신형 항암세기조절방사선치료비보장특약에 관한 사항

가. 계약자 안내 강화를 위해 다음 내용에 대하여 상품설명서에 명시하고 안내하며, 계약자에게 충분히 설명함.

- 항암세기조절방사선치료란 방사선 조사 방향을 수십배까지 세분화하고, 각 세분화된 영역마다 방사선의 양을 조절함으로써 종양 주위의 정상조직에 들어가는 방사선량을 최소화하고 암세포에만 선택적으로 방사선량을 조절하여 조사할 수 있는 방사선치료를 말하며, 방사선세기조절이 없거나 입자방사선을 이용하는 치료는 보장제외함.

나. 회사는 보험계약자의 이해를 돕기 위해「항암세기조절방사선치료 특약 가입자를 위한 안내사항」을 교부함.

㉕ 간병인지원 관련 특약에 관한 사항

가. 회사가 부득이한 이유로 간병인을 지원하지 못하는 경우 또는 보험수익자가 회사가 지원하는 간병인을 계속적으로 원하지 않을 경우 실제 고객이 선택하여 사용한 간병인 사용비용을 나.에서 정한 간병인지원비용 한도로 지급함. 단, 보험수익자는 간병인 사용 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 간이영수증을 제외한 카드전표 또는 현금영수증이어야 함)을 제출하여야 함.

나. 간병인 지원비용이라함은 보험수익자에게 간병인을 지원해 주기 위하여 회사가 정한 금액을 말함.

다. 나.에서 정한 간병인 지원비용은 매 사업연도 종료일까지 회사의 인터넷 홈페이지 등을 통해 공시함.

【간병인지원 관련 특약】
갱신형 간병인지원 일반상해입원일당(Ⅰ)(1일이상 180일한도)보장특약
갱신형 간병인지원 일반상해입원일당(Ⅵ)(1일이상 180일한도)보장특약
갱신형 간병인지원 일반상해입원일당(Ⅰ)(181일이상)(요양,정신,한방병원제외)보장특약
갱신형 간병인지원 일반상해입원일당(Ⅵ)(181일이상)(요양,정신,한방병원제외)보장특약
갱신형 간병인지원 질병입원일당(Ⅰ)(1일이상 180일한도)보장특약
갱신형 간병인지원 질병입원일당(Ⅵ)(1일이상 180일한도)보장특약
갱신형 간병인지원 질병입원일당(Ⅰ)(181일이상)(요양,정신,한방병원제외)보장특약
갱신형 간병인지원 질병입원일당(Ⅵ)(181일이상)(요양,정신,한방병원제외)보장특약
갱신형 간병인지원 질병입원일당(Ⅰ)(1일이상 180일한도)Q보장특약
갱신형 간병인지원 질병입원일당(Ⅵ)(1일이상 180일한도)Q보장특약
갱신형 간병인지원 요양성특정질병입원일당(Ⅰ)(181일이상)(요양병원)보장특약
갱신형 간병인지원 요양성특정질병입원일당(Ⅵ)(181일이상)(요양병원)보장특약

라. 아래의 각 그룹단위별 B 간병인지원 관련 전환용 특약은 A 간병인지원 관련 특약에 따라 법령, 제도의 변경 또는 간병인업체의 폐업 등으로 간병인지원을 할 수 없어 해당 특약이 소멸된 경우에 한하여 전환계

약으로만 가입 가능하며, 전환시 각 그룹단위별 B 간병인지원 관련 전환용 특약을 동시에 가입해야 함. 단, B 간병인지원 관련 전환용 특약의 보험가입금액은 C 금액으로 함.

	A	B	C
1	· 갱신형 간병인지원 질병입원일당(Ⅰ)(1일이상 180일한도)보장특약 · 갱신형 간병인지원 질병입원일당(Ⅵ)(1일이상 180일한도)보장특약	· 갱신형 간병인사용 질병입원일당(plus)(1일이상 180일한도, 전환용)(요양병원제외)보장특약	20만원
		· 갱신형 간병인사용 질병입원일당(1일이상 180일한도, 전환용)(요양병원)보장특약	5만원
2	· 갱신형 간병인지원 질병입원일당(Ⅰ)(181일이상)(요양,정신,한방병원제외)보장특약 · 갱신형 간병인지원 질병입원일당(Ⅵ)(181일이상)(요양,정신,한방병원제외)보장특약	· 갱신형 간병인사용 질병입원일당(plus)(181일이상, 전환용)(요양,정신,한방병원제외)보장특약	20만원
3	· 갱신형 간병인지원 질병입원일당(Ⅰ)(1일이상 180일한도)Q보장특약 · 갱신형 간병인지원 질병입원일당(Ⅵ)(1일이상 180일한도)Q보장특약	· 갱신형 간병인사용 질병입원일당(plus)(1일이상 180일한도, 전환용)(요양병원제외)Q보장특약	20만원
		· 갱신형 간병인사용 질병입원일당(1일이상 180일한도, 전환용)(요양병원)Q보장특약	5만원
4	· 갱신형 간병인지원 요양성특정질병입원일당(Ⅰ)(181일이상)(요양병원)보장특약 · 갱신형 간병인지원 요양성특정질병입원일당(Ⅵ)(181일이상)(요양병원)보장특약	· 갱신형 간병인사용 요양성특정질병입원일당(181일이상, 전환용)(요양병원)보장특약	5만원
5	· 갱신형 간병인지원 일반상해입원일당(Ⅰ)(1일이상 180일한도)보장특약 · 갱신형 간병인지원 일반상해입원일당(Ⅵ)(1일이상 180일한도)보장특약	· 갱신형 간병인사용 일반상해입원일당(plus)(1일이상 180일한도, 전환용)(요양병원제외)보장특약	20만원
		· 갱신형 간병인사용 일반상해입원일당(1일이상 180일한도, 전환용)(요양병원)보장특약	5만원
6	· 갱신형 간병인지원 일반상해입원일당(Ⅰ)(181일이상)(요양,정신,한방병원제외)보장특약 · 갱신형 간병인지원 일반상해입원일당(Ⅵ)(181일이상)(요양,정신,한방병원제외)보장특약	· 갱신형 간병인사용 일반상해입원일당(plus)(181일이상, 전환용)(요양,정신,한방병원제외)보장특약	20만원

㉖ 원격전이포함 4기 통합암진단비(유사암제외) 및 원격전이포함 4기 기타피부암 및 갑상선암진단비보장특약에 관한 사항

계약자 안내 강화를 위해 다음 4가지 내용에 대하여 상품설명서에 명시하고 안내하며, 계약자에게 충분히 설명함.

1) 「AJCC 암 병기설정 매뉴얼(AJCC(American Joint Committee on Cancer) Cancer Staging Manual)」제8판 병기분류상「Stage4」에 해당하는 경우 보장
2) 원격전이를 동반하여 재발하거나 원격전이 병변이 확인되는 경우 보장
3) 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(C77~C80)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류함
4) 상기 1) 또는 2)에 해당하지 않는 암은 보장 제외함

㉗ 주요 용어해설 (다음의 용어는 저희 회사가 임의로 사용하는 용어입니다.)

가. 암관련 용어

- 「암」: 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병으로 약관 중【별표(악성신생물(암) 분류표)】를 참조하시기 바랍니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병은 제외합니다.
- 「암(유사암제외)」: 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병으로 약관 중【별표(악성신생물(암) 분류표)】를 참조하시기 바랍니다. C44(기타 피부의 악성신생물) 및 C73(갑상선의 악성신생

물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.

- 「암(특정암제외)」: 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병으로 약관 중【별표(악성신생물(암) 분류표)】중 C73(갑상선의 악성신생물) 및 C61(전립선의 악성신생물)을 제외한 질병을 말합니다. 또한 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)에 해당하는 질병도 제외합니다.
- 통합암(유사암제외) : 「특정소액암」,「특정소화기암」,「15대특정암」,「10대특정암」,「4대고액암」을 총칭하는 것으로 약관 중【별표(통합암(유사암제외) 분류표)】를 참조하시기 바랍니다.
- 통합암(전이포함)(유사암제외) : 「특정소액암(전이포함)」,「특정소화기암(전이포함)」,「14대특정암(전이포함)」,「10대특정암(전이포함)」,「4대고액암(전이포함)」을 총칭하는 것으로 약관 중【별표(통합암(전이포함)(유사암제외) 분류표)】를 참조하시기 바랍니다.
- 「제자리암」: 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리의 신생물로 분류되는 질병으로 약관 중【별표(제자리신생물 분류표) 】를 참조하시기 바랍니다.
- 「기타피부암」: 악성신생물 분류표의 분류번호C44(기타 피부의 악성신생물)에 해당하는 질병으로 약관 중【별표(악성신생물(암) 분류표)】를 참조하시기 바랍니다.
- 「경계성종양」: 제8차 한국표준질병사인분류 중 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표에서 정한 질병으로 약관 중【별표(행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)】를 참조하시기 바랍니다.
- 「갑상선암」: 악성신생물 분류표의 분류번호C73(갑상선 악성신생물)에 해당하는 질병 (약관 중【별표(악성신생물(암) 분류표)】참조)을 말합니다.
- 「암 등의 질병」이라 함은「암(유사암제외)」,「갑상선암」,「제자리암」,「기타피부암」및「경계성종양」을 총칭합니다.
- 「유사암」이라 함은「갑상선암」,「제자리암」,「기타피부암」및「경계성종양」을 총칭합니다.
- 「특정암」: 제8차 한국표준질병사인분류 중 C73(갑상선의 악성신생물) 및 C61(전립선의 악성신생물)로 분류되는 질병을 말합니다.
- 「갑상선암(초기제외)」이라 함은「갑상선암」중「초기갑상선암」을 제외한 질병을 말합니다.
  - 「초기갑상선암」이라 함은「갑상선암」중에서 유두암(Papillary Cancer) 또는 여포암(Follicular Cancer)이고, 병리학적으로 암 종양의 크기가 2.0cm미만으로서 갑상선 내부에 한정되며, 림프절전이나 원격전이가 없는 갑상선암을 말합니다.
- 「중증갑상선암」이라 함은「갑상선암」중「갑상선 수질암(Medullary Thyroid Cancer)」 또는 「갑상선 역형성암(미분화암, Anaplastic Thyroid Cancer)」에 해당하는 질병을 말합니다.
- 「암(유사암 및 소액암 제외)」: 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표(악성신생물(암) 분류표)】를 참조) 중 전암병소와 C44(기타 피부의 악성신생물), C73(갑상선의 악성신생물), C50(유방의 악성신생물), C53(자궁경부의 악성신생물), C54(자궁체부의 악성신생물), C61(전립선의 악성신생물), C67(방광의 악성신생물)에 해당하는 질병은 제외합니다.
- 「5대고액치료비암」: 제8차 한국표준질병사인분류 중 5대고액치료비암으로 분류되는 질병(【별표(5대고액치료비암 분류표)】를 참조)으로 식도의 악성신생물(암), 췌장의 악성신생물(암), 골 및 관절연골의 악성신생물(암), 뇌 및 중추신경계통의 기타부위의 악성신생물(암), 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)을 말합니다.
- 「16대특정암」: 제8차 한국표준질병사인분류 중 16대특정암으로 분류되는 질병(【별표(16대특정암 분류표)】를 참조)으로 식도의 악성신생물, 췌장의 악성신생물, 골 및 관절연골의 악성신생물, 뇌 및 중추신경계통의 기타부분의 악성신생물, 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물, 간 및 간내 담관의 악성신생물, 기관의 악성신생물, 기관지 및 폐의 악성신생물, 흉선의 악성신생물, 기타 및 부위불명의 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성 신생물, 중피종, 카포시육종, 후복막 및 복막의 악성신생물, 담낭의 악성신생물, 담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성신생물, 소장의 악성신생물을 말합니다.
- 「이차암」:「이차암」이라함은 이차암보장개시일 이후 「일차암」으로 진단확정된 기관과 다른기관에 「원발암」이나 「전이암」으로 진단확정된 「암(유사암제외)」을 말합니다.

- 「입원」: 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여「암 등의 질병」의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
- 「계속입원」: 입원치료의 목적으로 진단되었던 동일한「암 등의 질병」으로 계속하여 입원하는 것을 말합니다. 그러나 동일한「암 등의 질병」대한 입원이라도 입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다.
- 「재진단암」:「재진단암」이란 첫번째암보장개시일 이후「첫번째암」또는「재진단암」진단확정일로부터 2년 경과 후 아래의「암」에 해당하는 경우를 말합니다. 단, 재진단암이「기타피부암」,「갑상선암」,「전립선암」인 경우는 보험금을 지급하지 않습니다.
  - 새로운 원발암 : 원발부위에 발생한 암으로「첫번째암」 또는「재진단암」과 다른 조직병리학적 특성(Histopahthological Appearance)을 가진 「암」을 말합니다.
  - 전이암 : 원발부위의 암세포가 새로운 장소로 퍼져(침윤 또는 원격전이) 다시 그곳에서 자리를 잡고, 계속적인 분열과 성장과정을 거쳐 증식하는 「암」을 말합니다.
  - 재발암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외) : 「첫번째암」또는 「재진단암」과 동일한 조직병리학적 특성(Histopathogical Appearance)을 가진 암으로서 치료를 통해 몸에서 「첫번째암」또는 「재진단암」의 암세포를 제거한 후 그 「첫번째암」또는 「재진단암」으로 인하여 새롭게 「암」이 출현되어 치료가 필요한 상태로 판명된 「암」을 말합니다.
  - 잔여암 :「첫번째암」또는「재진단암」에 대한 보장개시일 이후 발생한「암」(「기타피부암」,「갑상선암」, 「전립선암」제외) 진단부위에 암세포가 남아 있는 경우를 말합니다.
- 「갑상선암 및 기타피부암의 전이암」이라 함은 「갑상선암」 및 「기타피부암」으로 진단확정된 기관(organ)(【별표(기관(organ)분류표】참조)과 다른 기관(organ)에 「전이암」으로 진단확정된「암」을 말합니다.
- 「암 등의 질병의 직접적인 치료」:「암 등의 질병의 직접적인 치료」라 함은「암 등의 질병」을 제거하거나「암 등의 질병」의 증식을 억제하는 치료로서, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)가 인정한 최신 암치료법도 포함됩니다)를 말합니다.
  - 「암 등의 질병의 직접적인 치료」에는 항암방사선치료, 항암화학치료,「암 등의 질병」을 제거하거나「암 등의 질병」의 증식을 억제하는 수술 또는 이들을 병합한 복합치료 등이 포함됩니다.
  - 「암 등의 질병의 직접적인 치료」에는 다음 각 호의 사항은 포함되지 않습니다.
    ① 식이요법, 명상요법 등「암 등의 질병」의 제거 또는「암 등의 질병」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증되지 않은 치료
    ② 면역력 강화 치료
    ③「암 등의 질병」이나「암 등의 질병」치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료
  - 제3항에도 불구하고, 다음 각 호의 사항은「암 등의 질병의 직접적인 치료」로 봅니다.
    ①「암 등의 질병」의 제거 또는「암 등의 질병」의 증식 억제를 위하여 의학적으로 안전성과 유효성이 입증된 면역치료
    ②「암 등의 질병의 제거 및 증식 억제 치료」를 받기 위해 필수불가결한 면역력 강화 치료
    ③「암 등의 질병의 제거 및 증식 억제 치료」를 받기 위해 필수불가결한「암 등의 질병」이나「암 등의 질병」치료로 인하여 발생한 후유증 또는 합병증의 치료

나. 암 이외의 질병관련 용어

- 5대장기이식수술 :「5대장기」라 함은 신장, 간장, 심장, 췌장, 폐장을 말하며, 「5대장기이식수술」이라 함은 「장기 등 이식에 관한 법률」에서 정한 절차 및 방법에 따라 기증자의 5대장기를 이식대상자(피보험자)에게 이식하는 수술을 말하며, 다만, 랑게르한스 소도세포이식수술은 5대장기이식수술로 보지 않습니다.
- 희귀난치성 7대질환 : 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 희귀난치성 7대질환(【별표(희귀난치성 7대질환 분류표)】를 참조)으로 분류되는 질병으로 재생불량성 빈혈, 운동신경세포병, 파킨슨병, 심근질환(I42.4(심내막탄력섬유증) 제외), 모야모야병, 전신홍반루프스, 만성 신장병(5기)을 말합니다.

- 특정희귀난치성질환 : 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서「특정희귀난치성질환」으로 분류되는 질병으로서 【별표 (특정희귀난치성질환 분류표)】에서 정한 질병을 말합니다.
  * 특정희귀난치성질환으로 분류되는 질병에 만성 신장병(5기)는 포함되지 않습니다.
- 131대질병 : 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 심장질환(【별표(심장질환 분류표)】를 참조), 뇌혈관질환(【별표(뇌혈관질환 분류표)】를 참조), 특정31대질병(【별표(특정31대질병 분류표)】를 참조), 다빈도62대질병(【별표(다빈도62대질병 분류표)】를 참조), 유방의장애(【별표(유방의장애 분류표)】를 참조), 편도염(【별표(편도염 분류표)】를 참조), 특정다빈도29대질병(【별표(특정다빈도29대질병 분류표)】를 참조), 후각특정질환(【별표(후각특정질환 분류표)】를 참조), 관절염,생식기질환(【별표(관절염,생식기질환 분류표)】를 참조), 백내장(【별표(백내장 분류표)】를 참조) 및 치핵(【별표(치핵 분류표)】를 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.
- 32대질병 : 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 32대질병(【별표(32대질병 분류표)】를 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.
  - 5대질병 : 심장질환, 뇌혈관질환, 간질환, 신부전, 폐질환
  - 9대질병 : 만성하부호흡기질환, 위궤양 및 십이지장궤양, 결핵, 갑상선질환, 동맥경화증, 대동맥류, 폐렴, 급성 췌장염, 췌장질환
  - 14대질병 : 소화계통의 양성신생물(D13), 중이· 호흡계통 및 흉곽의 양성신생물, 비뇨기관의 양선신생물, 수막의 양성신생물, 뇌 및 중추신경계통의 양성신생물, 갑상선 및 내분비선의 양성신생물, 사구체질환, 신세뇨관-간질질환, 신장 및 요관의 기타 장애, 비뇨계통의 기타 질환, 특정 장질환, 담석증, 담낭담도질환, 안면 신경장애
  - 4대질병 : 여성생식기의 양성종양, 남성생식기의 양성종양, 관절염, 생식기질환
- 5대질환 : 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 5대질환(【별표(5대질환 분류표)】를 참조)으로 분류되는 심장질환, 뇌혈관질환, 간질환, 신부전 및 폐질환을 말합니다.
- 갑상선기능항진증 : 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 갑상선기능항진증(【별표(갑상선기능항진증대상질병 분류표)】를 참조)으로 분류되는 질병을 말합니다.
- 경증이상치매상태 : 치매로 CDR척도 검사결과가 1점 이상에 해당하는 상태가 발생시점부터 90일이상 계속되는 경우를 말함.「경증이상치매상태」의 진단은 치매 전문의(신경과 또는 정신건강의학과)의 진단서에 의하고, 이 진단은 병력청취, 인지기능 및 정신상태 평가, 신체진찰과 신경계진찰, 신경심리검사, 일상생활능력평가, 검사실검사, 뇌영상검사 등 해당 치매의 진단 및 원인질환 감별을 위해 의학적으로 필요한 검사 및 그 결과에 대한 종합적인 평가를 기초로 함
- 중등도이상치매상태 : 치매로 CDR척도 검사결과가 2점 이상에 해당하는 상태가 발생시점부터 90일이상 계속되는 경우를 말함.「중등도이상치매상태」의 진단은 치매 전문의(신경과 또는 정신건강의학과)의 진단서에 의하고, 이 진단은 병력청취, 인지기능 및 정신상태 평가, 신체진찰과 신경계진찰, 신경심리검사, 일상생활능력평가, 검사실검사, 뇌영상검사 등 해당 치매의 진단 및 원인질환 감별을 위해 의학적으로 필요한 검사 및 그 결과에 대한 종합적인 평가를 기초로 함
- 중증치매상태 : 치매로 CDR척도 검사결과가 3점 이상에 해당하는 상태가 발생시점부터 90일이상 계속되는 경우를 말함.「중증치매상태」의 진단은 치매 전문의(신경과 또는 정신건강의학과)의 진단서에 의하고, 이 진단은 병력청취, 인지기능 및 정신상태 평가, 신체진찰과 신경계진찰, 신경심리검사, 일상생활능력평가, 검사실검사, 뇌영상검사 등 해당 치매의 진단 및 원인질환 감별을 위해 의학적으로 필요한 검사 및 그 결과에 대한 종합적인 평가를 기초로 함

다. 기타용어

- 중환자실
  - 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.
  - 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.
  - 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.
  - 병상 1개당 면적은 15제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하 "신생아중환자실"이라 한다)의 병상 1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 "병상 1개당 면적"은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호

사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상 수로 나눈 면적을 말한다.
- 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적수액주입기를 갖추고, 병상 수의 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압모니터, 병상 수의 30퍼센트 이상 개수의 인공호흡기, 병상 수의 70퍼센트이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.
- 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.
- 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.
- 전담간호사를 두되, 간호사 1명당 연평균 1일 입원환자수는 1.2명(신생아중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니 된다.
- 중환자실에 설치하는 병상은 벽으로부터 최소 1.2미터 이상, 다른 병상으로부터 최소 2미터 이상 이격하여 설치하여야 한다.
- 중환자실에는 병상 3개당 1개 이상의 손씻기 시설을 설치하여야 한다.
- 중환자실에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 병상 10개당 1개 이상의 격리병실 또는 음압격리병실을 설치하여야 한다. 이 경우 음압격리병실은 최소 1개 이상 설치하여야 한다.

• 강력범죄
- 형법 제 24 장에서 말하는 살인의 죄
- 형법 제 25 장에서 말하는 상해와 폭행의 죄
- 형법 제 32 장에서 말하는 강간과 추행의 죄 중 강간죄
- 형법 제 38 장에서 말하는 절도와 강도의 죄 중 강도의 죄
- 폭력행위 등 처벌에 관한 법률(이하「폭처법」이라 합니다)에 정한 폭력 등의 죄

• 상급종합병원
- 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.
  1. 보건복지부령으로 정하는 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
  2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
  3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖출 것
  4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것
- 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.
- 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.
- 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.
- 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

• 국립암센터
- 암에 관한 전문적인 연구와 암환자의 진료 등을 위하여 국립암센터를 설립・운영한다.
- 국립암센터에 연구소, 부속병원, 국가암관리사업본부 및 그 밖에 필요한 기구를 둔다.

• 지역암센터
- 보건복지부장관은「의료법」제3조제2항제3호마목에 따른 종합병원 중 보건복지부령으로 정하는 기준을 충족하는 종합병원을 시・도별 지역암센터로 지정할 수 있다.

• 원자력병원
- 방사선등의 의학적 이용 및 연구・개발 업무를 효율적으로 추진하기 위하여 한국원자력의학원(이하“의학원”이라 한다)을 설립한다.
- 의학원은 정관이 정하는 바에 따라 분원 또는 부설기관을 둘 수 있다.
- 의학원은 주된 사무소를 서울특별시에 두고 필요한 곳에 분원, 부설기관, 연락사무소 등을 둘 수 있다.
-「방사선이용법」제13조의3 및 정관 제3조에 의한 의학원의 분원으로 부산광역시 기장군에 동남권원자력의학원(이하“동남권의학원”이라 한다)을 둔다.

• 잔존물제거비용 : 사고현장에서의 잔존물의 해체비용, 청소비용(오염물질 제거비용과 상차 후 폐기물 처리비

용은 제외) 및 차에 싣는 비용을 말합니다.

- 주택내 : 아파트의 경우 아파트건물의 입구 안쪽 공간을, 기타 주택(연립,다세대주택 및 단독주택)의 경우는 주택의 부속물인 대문의 안쪽 공간을 말합니다.
- 자동차 : 자동차관리법 시행규칙 제2조에 정한 자동차(「승용자동차, 승합자동차, 화물자동차, 특수자동차 및 이륜자동차」를 말합니다) 및 자동차손해배상보장법 시행령 제2조에 정한 덤프트럭, 타이어식 기중기, 콘크리트믹서트럭, 트럭적재식 콘크리트펌프, 트럭적재식 아스팔트살포기, 타이어식 굴삭기(이하「건설기계」라 합니다)를 말합니다. 다만, 건설기계가 작업기계로 사용되는 동안에는 자동차로 보지 않습니다.
- 기타교통수단 : 아래의 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.
  - 기차, 전동차, 기동차, 케이블카, 리프트, 엘리베이터 및 에스컬레이터, 모노레일
  - 스쿠터, 자전거, 원동기를 붙인 자전거
  - 항공기, 선박(요트, 모타보트, 보트 포함)
  - 자동차에 포함되지 않는 건설기계 및 농업기계(다만, 이들이 작업기계로 사용되는 동안에는 기타교통수단으로 보지 않습니다)
- 운전하던 중 : 도로여부, 주정차여부, 엔진의 시동여부를 불문하고 피보험자가 운전석에 탑승하여 핸들을 조작하거나 조작 가능한 상태를 말합니다.
- CDR척도 : 치매관련 전문의가 실시하는 전반적인 인지기능 및 사회기능 정도를 측정하는 검사로서 전체 점수구성은 0, 0.5, 1, 2, 3, 4, 5로 되어 있으며, 점수가 높을수록 중증을 의미합니다.
- 비탑승 상태에서 발생한 자동차사고 : 피보험자가 운전하던 중 상태에서 벗어난 직후 발생한 사고를 말하며, 사고 발생시 피보험자가 사고 현장에서 사고를 즉시 인지할 수 있는 경우에 한합니다. 단, 피보험자가 운전석을 벗어난 후 5분(도로교통법상 정차 기준 시간)을 초과하지 아니하고 발생한 사고임이 블랙박스 등을 통하여 입증되는 경우를 포함합니다.
  위의 정의에도 불구하고, 약관에서 말하는 “자동차 운전 후 비탑승 상태에서 발생한 급격하고도 우연한 자동차사고“는 피보험자가 자동차를 주정차한 이후에 발생한 사고 중 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 자동차로 발생한 사고를 포함합니다.

※ 별표는 약관상 별표를 참고하시기 바랍니다.

2. 보험금 지급사유, 지급금액 및 지급제한사항

(1) 보험금지급사유 및 지급금액

❍ 기본계약

보장명	지급사유	지급금액
일반상해 80%이상후유장해	보험기간 중에 상해로 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때	가입금액 (최초1회한)

❍ 선택계약

보장명	지급사유	지급금액
일반상해사망/ 일반상해사망추가/ 갱신형 일반상해사망	보험기간 중 상해의 직접결과로써 사망한 경우	가입금액
질병사망/ 질병사망 추가/ 갱신형 질병사망	보험기간 중 질병으로 사망한 경우	가입금액
일반상해80%이상 후유장해생활자금	보험기간 중 일반상해로 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 최초 1회에 한하여 지급	가입금액 매월 10년간 확정지급

보장명	지급사유	지급금액
일반상해50%이상 후유장해생활자금	보험기간 중 일반상해로 장해지급률이 50% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 최초 1회에 한하여 지급	가입금액 매월 10년간 확정지급
갑상선암(초기제외)진단비	· 보험계약일을 기준으로 15세 이상인 경우 : 보험기간 중 갑상선암(초기제외)보장개시일 이후※ 갑상선암(초기제외)으로 진단확정시 최초 1회에 한하여 지급 · 보험계약일을 기준으로 15세 미만인 경우 : 보험기간 중 갑상선암(초기제외)으로 진단확정시 최초 1회에 한하여 지급	가입금액 (가입후 1년경과시점 전일 이전 가입금액×50%지급)
갑상선암 및 기타피부암의 전이암(림프절 등 전이제외)진단비	보험기간 중 「갑상선암」및「기타피부암」으로 진단확정된 이후 「갑상선암 및 기타피부암의 전이암」으로 진단확정시 최초 1회에 한하여 지급	가입금액 (가입후 1년경과시점 전일 이전 가입금액×50%지급)
5대고액치료비암 진단비	보험계약일을 기준으로 15세 이상인 경우 : 보험기간 중 5대고액치료비암보장개시일 이후 5대고액치료비암으로 진단확정시 최초 1회에 한하여 지급 · 보험계약일을 기준으로 15세 미만인 경우 : 보험기간 중 5대고액치료비암으로 진단확정시 최초 1회에 한하여 지급	가입금액
희귀난치성 7대질환진단비	보험기간중 희귀난치성 7대질환(재생불량성 빈혈, 운동신경세포병, 파킨슨병, 심근질환(I42.4(심내막탄력섬유증)제외), 모야모야병, 전신홍반루프스, 만성신장병(5기))으로 진단확정시 최초 1회에 한하여 지급	가입금액 (가입후 1년경과시점 전일 이전 가입금액×50%지급)
암수술비 (유사암제외)	· 보험계약일을 기준으로 15세이상인 경우 : 보험기간 중 암보장개시일 이후에「암(유사암제외)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술(항암방사선, 항암약물치료 제외)을 받은 때 · 보험계약일을 기준으로 15세미만인 경우 : 보험기간 중「암(유사암제외)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술(항암방사선, 항암약물치료 제외)을 받은 때	가입금액
갱신형 암수술비 (유사암제외)	· 보험계약일을 기준으로 15세 이상인 경우: 보험기간 중 암보장개시일 이후※「암(유사암제외)」으로 진단확정되고 그 치료를 목적으로 수술(항암방사선, 항암약물치료 제외)을 받은 경우 ※보장이 자동갱신되는 경우에는 갱신일 이후 · 보험계약일을 기준으로 15세 미만인 경우: 보험기간 중「암(유사암제외)」으로 진단확정되고 그 치료를 목적으로 수술(항암방사선, 항암약물치료 제외)을 받은 경우	가입금액

<table>
<tr><th>보장명</th><th>지급사유</th><th>지급금액</th></tr>
<tr><td>암수술비
(유사암제외)
(25%체증형)/
갱신형 암수술비
(유사암제외)
(25%체증형)</td><td>· 보험계약일을 기준으로 15세이상인 경우 : 보험기간 중에 암보장개시일 이후※에「암(유사암제외)」으로 진단확정 되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술(항암방사선치료 및 항암약물치료 제외)을 받은 때
<table>
<tr><th>구 분</th><th>지급금액</th></tr>
<tr><td>1회차 수술시</td><td>보험가입금액의 100%</td></tr>
<tr><td>2회차 수술시</td><td>보험가입금액의 125%</td></tr>
<tr><td>3회차 수술시</td><td>보험가입금액의 150%</td></tr>
<tr><td>4회차 수술시</td><td>보험가입금액의 175%</td></tr>
<tr><td>5회차 수술 이후</td><td>보험가입금액의 200%</td></tr>
</table>
※갱신계약의 경우 보장이 자동갱신되는 경우에는 갱신일 이후
· 보험계약일을 기준으로 15세미만인 경우 : 보험기간 중「암(유사암제외)」으로 진단확정 되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술(항암방사선치료 및 항암약물치료 제외)을 받은 때
<table>
<tr><th>구 분</th><th>지급금액</th></tr>
<tr><td>1회차 수술시</td><td>보험가입금액의 100%</td></tr>
<tr><td>2회차 수술시</td><td>보험가입금액의 125%</td></tr>
<tr><td>3회차 수술시</td><td>보험가입금액의 150%</td></tr>
<tr><td>4회차 수술시</td><td>보험가입금액의 175%</td></tr>
<tr><td>5회차 수술 이후</td><td>보험가입금액의 200%</td></tr>
</table></td><td>수술회차당
해당금액 지급</td></tr>
<tr><td>유사암수술비/
갱신형
유사암수술비</td><td>· 보험기간 중「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」또는「갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술(항암방사선, 항암약물치료 제외)을 받은 때</td><td>가입금액</td></tr>
<tr><td rowspan="2">항암방사선
약물치료비</td><td>· 보험계약일을 기준으로 15세이상인 경우 : 보험기간 중에 암보장개시일※ 이후에「암(유사암제외)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 경우 (최초 1회한)
· 보험계약일을 기준으로 15세미만인 경우 : 보험기간 중에「암(유사암제외)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 경우 (최초 1회한)</td><td>가입금액 지급</td></tr>
<tr><td>보험기간 중「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 경우 (각각 최초 1회한)</td><td>가입금액의
20%지급</td></tr>
<tr><td>항암중입자방사선치료비</td><td>보험기간 중 암보장개시일※ 이후에「암(유사암제외)」으로 진단확정되거나 보험기간 중 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 항암중입자방사선치료를 받는 경우 (최초 1회한)
※ 암보장개시일은 계약일 또는 부활일(효력회복일)로부터 90일이 지난 다음날이고, 15세 미만인 경우 보장개시일은 계약일</td><td>가입금액
(가입후 1년
경과시점 전일
이전 가입금액의
50%)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">갱신형
항암방사선
약물치료비</td><td>· 보험계약일을 기준으로 15세 이상인 경우: 보험기간 중 암보장개시일 이후※「암(유사암제외)」으로 진단확정되고 그 치료를 목적으로 항암방사선·약물치료를 받은 경우 최초 1회에 한하여 지급
※보장이 자동갱신되는 경우에는 갱신일 이후
· 보험계약일을 기준으로 15세 미만인 경우: 보험기간 중에「암(유사암제외)」으로 진단확정되고 그 치료를 목적으로 항암방사선·약물치료를 받은 경우 최초 1회에 한하여 지급</td><td>가입금액</td></tr>
<tr><td>보험기간 중 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정되고 그 치료를 목적으로 항암방사선·약물치료를 받은 경우 최초 1회에 한하여 지급
단,「암(유사암제외)」으로 항암방사선·약물치료를 받은 후 기타피부암 또는 갑상선암으로 항암방사선·약물치료를 받은 경우에는 항암방사선약물치료비는 추가로 지급 하지 않음</td><td>가입금액의 20%</td></tr>
</table>

보장명	지급사유	지급금액
계속받는 항암방사선약물치료비(급여)(연간1회한)	· 보험계약일을 기준으로 15세이상인 경우 : 보험기간 중에 암보장개시일 이후에「암(유사암제외)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 급여 항암방사선치료 또는 급여 항암약물치료를 받은 경우 (연간 1회한) · 보험계약일을 기준으로 15세미만인 경우 : 보험기간 중에「암(유사암제외)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 급여 항암방사선치료 또는 급여 항암약물치료를 받은 경우 (연간 1회한)	가입금액
	보험기간 중「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 급여 항암방사선치료 또는 급여 항암약물치료를 받은 경우 (각각 연간 1회한)	가입금액의 20%
갱신형 계속받는 항암방사선약물치료비(급여)(연간1회한)	· 보험계약일을 기준으로 15세이상인 경우 : 보험기간 중에 암보장개시일※ 이후에「암(유사암제외)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 급여 항암방사선치료 또는 급여 항암약물치료를 받은 경우 (연간 1회한) ※보장이 자동갱신되는 경우에는 갱신일 이후 · 보험계약일을 기준으로 15세미만인 경우 : 보험기간 중에「암(유사암제외)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 급여 항암방사선치료 또는 급여 항암약물치료를 받은 경우 (연간 1회한)	가입금액
	보험기간 중「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 급여 항암방사선치료 또는 급여 항암약물치료를 받은 경우 (각각 연간 1회한)	가입금액의 20%

보장명			지급사유	지급금액
26종 항암 방사선및 약물 치료비(전이포함)(유사암제외)	항암방사선치료	두경부암	보험기간 중 암보장개시일※ 이후에 「두경부암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우(최초 1회한)	가입금액
		위암과 식도암 (전이포함)	보험기간 중 암보장개시일※ 이후에 「위암과 식도암(전이포함)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우(최초 1회한)	가입금액
		하부위장관 및 기타소화기암 (전이포함)	보험기간 중 암보장개시일※ 이후에 「하부위장관 및 기타소화기암(전이포함)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우(최초 1회한)	가입금액
		간담췌암 (전이포함)	보험기간 중 암보장개시일※ 이후에 「간담췌암(전이포함)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우(최초 1회한)	가입금액
		폐암 (전이포함)	보험기간 중 암보장개시일※ 이후에 「폐암(전이포함)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우(최초 1회한)	가입금액
		기타 호흡기 및 흉곽암 (전이포함)	보험기간 중 암보장개시일※ 이후에 「기타 호흡기 및 흉곽암(전이포함)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우(최초 1회한)	가입금액
		유방암 및 전립선암 (전이포함)	보험기간 중 암보장개시일※ 이후에 「유방암 및 전립선암(전이포함)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우(최초 1회한)	가입금액
		생식기관암 (전이포함)	보험기간 중 암보장개시일※ 이후에 「생식기관암(전이포함)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우(최초 1회한)	가입금액
		신장요로암과 방광 (전이포함)	보험기간 중 암보장개시일※ 이후에 「신장요로암과 방광암(전이포함)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우(최초 1회한)	가입금액
		뇌 및 중추신경계암과 안암 (전이포함)	보험기간 중 암보장개시일※ 이후에 「뇌 및 중추신경계암과 안암(전이포함)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우(최초 1회한)	가입금액
		혈액암	보험기간 중 암보장개시일※ 이후에 「혈액암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우(최초 1회한)	가입금액
		기타 특정암 (전이포함)	보험기간 중 암보장개시일※ 이후에 「기타 특정암(전이포함)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우(최초 1회한)	가입금액
		림프절 전이암	보험기간 중 암보장개시일※ 이후에 「림프절 전이암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우(최초 1회한)	가입금액

보장명			지급사유	지급금액
	항암약물치료	두경부암	보험기간 중 암보장개시일※ 이후에 「두경부암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 항암약물치료를 받은 경우(최초 1회한)	가입금액
		위암과 식도암 (전이포함)	보험기간 중 암보장개시일※ 이후에 「위암과 식도암(전이포함)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 항암약물치료를 받은 경우(최초 1회한)	가입금액
		하부위장관 및 기타소화기암 (전이포함)	보험기간 중 암보장개시일※ 이후에 「하부위장관 및 기타소화기암(전이포함)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 항암약물치료를 받은 경우(최초 1회한)	가입금액
		간담췌암 (전이포함)	보험기간 중 암보장개시일※ 이후에 「간담췌암(전이포함)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 항암약물치료를 받은 경우(최초 1회한)	가입금액
		폐암 (전이포함)	보험기간 중 암보장개시일※ 이후에 「폐암(전이포함)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 항암약물치료를 받은 경우(최초 1회한)	가입금액
		기타 호흡기 및 흉곽암 (전이포함)	보험기간 중 암보장개시일※ 이후에 「기타 호흡기 및 흉곽암(전이포함)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 항암약물치료를 받은 경우(최초 1회한)	가입금액
		유방암 및 전립선암 (전이포함)	보험기간 중 암보장개시일※ 이후에 「유방암 및 전립선암(전이포함)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 항암약물치료를 받은 경우(최초 1회한)	가입금액
		생식기관암 (전이포함)	보험기간 중 암보장개시일※ 이후에 「생식기관암(전이포함)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 항암약물치료를 받은 경우(최초 1회한)	가입금액
		신장요로암과 방광 (전이포함)	보험기간 중 암보장개시일※ 이후에 「신장요로암과 방광암(전이포함)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 항암약물치료를 받은 경우(최초 1회한)	가입금액
		뇌 및 중추신경계암과 안암 (전이포함)	보험기간 중 암보장개시일※ 이후에 「뇌 및 중추신경계암과 안암(전이포함)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 항암약물치료를 받은 경우(최초 1회한)	가입금액
		혈액암	보험기간 중 암보장개시일※ 이후에 「혈액암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 항암약물치료를 받은 경우(최초 1회한)	가입금액
		기타 특정암 (전이포함)	보험기간 중 암보장개시일※ 이후에 「기타 특정암(전이포함)」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 항암약물치료를 받은 경우(최초 1회한)	가입금액
		림프절 전이암	보험기간 중 암보장개시일※ 이후에 「림프절 전이암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 항암약물치료를 받은 경우(최초 1회한)	가입금액
	※ 암보장개시일은 계약일 또는 부활일(효력회복일)로부터 90일이 지난 다음날이고, 15세 미만인 경우 보장개시일은 계약일			
기타피부암 및 갑상선암 항암방사선약물치료비	항암방사선치료	기타피부암	보험기간 중에「기타피부암」으로 진단확정 되고 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우(최초 1회한)	가입금액
		갑상선암	보험기간 중에「갑상선암」으로 진단확정 되고 그 치료를 직접적인 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우(최초 1회한)	가입금액
	항암약물치료	기타피부암	보험기간 중에「기타피부암」으로 진단확정 되고 그 치료를 직접적인 목적으로 항암약물치료를 받은 경우(최초 1회한)	가입금액
		갑상선암	보험기간 중에「갑상선암」으로 진단확정 되고 그 치료를 직접적인 목적으로 항암약물치료를 받은 경우(최초 1회한)	가입금액

보장명		지급사유	지급금액
말기폐질환진단비		보험기간 중 말기폐질환으로 진단확정시 최초 1회에 한하여 지급	가입금액
말기간경화진단비		보험기간 중 말기간경화로 진단확정시 최초 1회에 한하여 지급	가입금액
양성뇌종양진단비II		보험기간 중 양성뇌종양으로 진단확정시 최초 1회에 한하여 지급	가입금액
뇌출혈진단비		보험기간 중 뇌출혈로 진단확정시 최초 1회에 한하여 지급	가입금액 (가입후 1년경과시점 전일 이전 가입금액×50%지급)
특정전염병치료비		보험기간 중 약관에서 정한 특정전염병에 감염되어 전염병환자로 진단받아 치료를 받은 경우	가입금액
충수염수술비		보험기간 중 충수염(맹장염)으로 진단확정되고 수술을 받은 경우 최초 1회에 한하여 지급	가입금액
호흡기관련질병 수술비		보험기간 중 호흡기관련질병으로 진단확정되고 수술을 받은 경우	가입금액
조혈모세포 이식수술비		보험기간 중 조혈모세포이식 수술을 받은 경우 최초 1회에 한하여 지급	가입금액
상해수술비/ 상해수술비추가/ 갱신형 상해수술비		보험기간 중 상해의 직접적인 결과로써 수술을 받은 경우(단, 같은 상해로 두 종류 이상의 상해수술을 받거나 같은 종류의 상해수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 상해수술비만 지급)	가입금액 (1사고당)
상해수술비(치아파절 및치아탈구제외)/ 갱신형 상해수술비(치아파절 및치아탈구제외)		보험기간 중 상해(치아파절및치아탈구제외)의 직접적인 결과로써 수술을 받은 경우(단, 같은 상해로 두 종류 이상의 상해수술을 받거나 같은 종류의 상해수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 상해수술비만 지급)	가입금액 (1사고당)
종합병원 상해수술비/ 갱신형 종합병원 상해수술비		보험기간 중 상해의 직접적인 결과로써 종합병원에서 수술을 받은 경우 ※ 같은 상해로 두 종류 이상의 상해수술을 받거나 같은 종류의 상해수술을 2회 이상 받은 경우 하나의 수술비만 지급 ※ 종합병원 : 의료법 제3조의3에서 정한 종합병원	가입금액 (1사고당)
상급종합병원 상해수술비/ 갱신형 상급종합병원 상해수술비		보험기간 중 상해의 직접적인 결과로써 상급종합병원에서 수술을 받은 경우 ※ 같은 상해로 두 종류 이상의 상해수술을 받거나 같은 종류의 상해수술을 2회 이상 받은 경우 하나의 수술비만 지급 ※ 상급종합병원 : 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 병원으로서, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에 따라 보건복지부장관이 지정한 병원	가입금액 (1사고당)
신화상 치료비	화상진단비	보험기간 중 사고로 심재성 2도 이상의 화상으로 진단확정시	가입금액
	화상수술비	보험기간 중 사고로 심재성 2도 이상의 화상으로 수술을 받은 경우(단, 하나의 사고로 두 종류 이상의 화상 수술을 받거나 같은 종류의 화상 수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 화상수술비만 지급)	가입금액 (1사고당)
	중증화상및 부식진단비	보험기간 중 급격하고도 우연한 외래의 사고로 중증화상 및 부식으로 진단확정시 지급(최초 1회한)	가입금액

보장명	지급사유	지급금액
골절(치아파절 제외)진단비Ⅱ/ 갱신형 골절(치아파절 제외)진단비Ⅱ	보험기간 중 상해로 골절(치아파절 제외) 진단확정시	가입금액
골절진단비Ⅱ/ 갱신형 골절진단비Ⅱ	보험기간 중 상해로 골절 진단확정시	가입금액
골절수술비Ⅱ	보험기간 중 상해로 골절을 입고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 가입금액 지급(단, 하나의 상해로 두 종류 이상의 골절 수술을 받거나 같은 종류의 골절 수술을 2회이상 받은 경우에는 하나의 골절수술비Ⅱ만 지급)	가입금액 (1사고당)
골절(치아파절제외)수술비Ⅱ	보험기간 중 상해로 골절(치아파절제외)을 입고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 가입금액 지급(단, 하나의 상해로 두 종류 이상의 골절 수술을 받거나 같은 종류의 골절 수술을 2회이상 받은 경우에는 하나의 골절수술비Ⅱ만 지급)	가입금액 (1사고당)
5대골절진단비	보험기간 중 상해로 5대골절 진단확정시	가입금액
5대골절수술비	보험기간 중 상해로 5대골절을 입고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우(단, 하나의 상해로 두 종류 이상의 5대골절수술을 받거나 같은 종류의 5대골절수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 5대골절수술비만을 지급)	가입금액 (1사고당)
중대한 특정상해 수술비	보험기간 중 사고로 뇌손상 또는 내장손상을 입고 사고일로부터 180일이내 치료를 목적으로 개두수술, 개흉수술 또는 개복수술을 받은 경우 최초 1회에 한하여 지급	가입금액
상해흉터복원수술비	보험기간 중 상해로 치료를 받고 그 결과로 안면부, 상지, 하지에 외형상의 반흔(흉터)이나 추상장해, 신체의 기형이나 기능장해가 발생하여 그 원상 회복을 목적으로 성형외과 전문의로부터 성형 수술을 받은 경우(단, 동일부위에 대한 성형수술을 2회 이상 받은 경우에는 최초로 받은 수술에 대해서만 지급)	· 안면부 : 수술1cm당14만원 · 상지.하지 : 1cm당 7만원 (단,3cm이상) 사고당 500만원한도
5대장기이식수술비	보험기간 중 진단확정된 질병 또는 상해로 인한 장기수혜자로서 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함)등에서「5대장기이식수술」을 받았을 경우 최초 1회에 한하여 지급	가입금액
유방절제수술복원치료비(부분절제제외)	보험기간 중 진단확정된 질병 또는 상해로 유방절제수술을 받은 경우 최초 1회에 한하여 지급(단, 부분절제술, 국소 절제술, 미용을 위한 절제 등 제외)	가입금액
각막이식수술비	보험기간 중 진단확정된 질병 또는 상해로 인한 장기수혜자로서 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함) 등에서 각막이식수술을 받은 경우 최초 1회에 한하여 지급	가입금액
깁스치료비/ 갱신형 신깁스치료비	보험기간 중 진단확정된 질병 또는 상해로 인하여 깁스치료를 받은 경우	가입금액

보장명	지급사유	지급금액
일반상해입원일당 (1일이상)/ 일반상해입원일당 (1일이상)추가/ 갱신형 일반상해입원일당 (1일이상)	보험기간 중 상해로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일에 대하여 180일 한도로 지급	1일당 가입금액
상급종합병원 일반상해입원일당 (1일이상)	보험기간 중 상해로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 상급종합병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일에 대하여 180일 한도로 지급	1일당 가입금액
종합병원 일반상해입원일당 (1일이상)	보험기간 중 상해로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 종합병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일에 대하여 180일 한도로 지급	1일당 가입금액
특정중증상해입원일당 (1일이상 30일한도)	보험기간 중에 「특정중증상해」를 입고 그 상해의 직접적인 결과로써 입원하여 치료를 받은 경우에는 1회 입원당 30일 한도로 지급	1일당 가입금액
일반상해중환자실 입원일당(1일이상)/ 갱신형 일반상해중환자실 입원일당(1일이상)	보험기간 중 상해로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일에 대하여 180일 한도로 지급	1일당 가입금액
질병중환자실 입원일당(1일이상)/ 갱신형 질병중환자실 입원일당(1일이상)	보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(한방병원, 한의원 포함)의 중환자실에 입원하였을 경우 입원 1일에 대하여 180일 한도로 지급	1일당 가입금액
질병입원일당 (1일이상)/ 질병입원일당 (1일이상)추가/ 갱신형 질병입원일당 (1일이상)	보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(한방병원, 한의원 포함)에 입원하였을 경우 입원 1일에 대하여 180일 한도로 지급	1일당 가입금액
상급종합병원 질병입원일당 (1일이상)	보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원에 입원하였을 경우 입원 1일에 대하여 180일 한도로 지급	1일당 가입금액
종합병원 질병입원일당 (1일이상)	보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 종합병원에 입원하였을 경우 입원 1일에 대하여 180일 한도로 지급	1일당 가입금액
질병입원일당 (1일이상 30일한도)	보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(한방병원, 한의원 포함)에 입원하였을 경우 입원 1일에 대하여 30일 한도로 지급	1일당 가입금액
특정중증질병입원일당 (1일이상 30일한도)	보험기간 중에 「특정중증질병」으로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 입원하였을 경우 1회 입원당 30일 한도로 지급	1일당 가입금액

보장명	지급사유	지급금액
암직접치료 입원일당(Ⅱ)(요양병원 제외, 1일이상)/ 갱신형 암직접치료 입원일당(Ⅱ)(요양병원 제외, 1일이상)	· 보험계약일을 기준으로 15세 이상인 경우 : 보험기간 중 암보장개시일※ 이후「암(유사암제외)」으로 진단확정되거나 보장개시일이후「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」또는「갑상선암」으로 진단확정된 후 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 1일이상 계속하여 입원(요양병원제외)시 180일 한도로 지급 ※보장이 자동갱신되는 경우에는 갱신일 이후 · 보험계약일을 기준으로 15세 미만인 경우 : 보험기간 중「암(유사암제외)」,「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」또는「갑상선암」으로 진단확정후 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 1일이상 계속하여 입원(요양병원제외)시 180일 한도로 지급	1일당 가입금액
암요양병원 입원일당(Ⅱ)(1일이상 90일한도)/ 갱신형 암요양병원 입원일당(Ⅱ)(1일이상 90일한도)	· 보험계약일을 기준으로 15세 이상인 경우 : 보험기간 중 암보장개시일※ 이후「암(유사암제외)」으로 진단확정되거나 보장개시일이후「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」또는「갑상선암」으로 진단확정된 후 그 질병의 치료를 목적으로 1일이상 계속하여 요양병원에 입원시 90일 한도로 지급 ※보장이 자동갱신되는 경우에는 갱신일 이후 · 보험계약일을 기준으로 15세 미만인 경우 : 보험기간 중「암(유사암제외)」,「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」또는「갑상선암」으로 진단확정후 그 질병의 직접적인 치료를 목적으로 1일이상 계속하여 요양병원에 입원시 90일 한도로 지급	1일당 가입금액
암직접치료통원일당(상급종합병원)/ 갱신형 암직접치료통원일당(상급종합병원)	· 보험계약일을 기준으로 15세 이상인 경우 : 보험기간 중 암보장개시일※ 이후「암(유사암제외)」으로 진단확정되거나 보장개시일이후「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」또는「갑상선암」으로 진단확정된 후 그 질병의 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하였을 경우 통원1회당 지급 (단, 상급종합병원 암직접치료통원일당의 지급횟수는 1일 통원당 1회) ※보장이 자동갱신되는 경우에는 갱신일 이후 · 보험계약일을 기준으로 15세 미만인 경우 : 보험기간 중「암(유사암제외)」,「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」또는「갑상선암」으로 진단확정된 후 그 질병의 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하였을 경우 통원1회당 지급	1일당 가입금액
뇌혈관질환통원일당(연간30회한)/ 갱신형 뇌혈관질환통원일당(연간30회한)	보험기간 중에「뇌혈관질환」으로 진단확정되고 그「뇌혈관질환」의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 경우 통원 1회당 지급 (단, 뇌혈관질환통원일당의 지급횟수는 1일 통원당 1회이며, 연간30일 한도)	가입금액 (연간 30일 한도)
뇌혈관질환통원일당(종합병원, 연간30회한)/ 갱신형 뇌혈관질환통원일당(종합병원, 연간30회한)	보험기간 중에「뇌혈관질환」으로 진단확정되고 그「뇌혈관질환」의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원에 통원하였을 경우 통원 1회당 지급 (단, 종합병원 뇌혈관질환통원일당의 지급횟수는 1일 통원당 1회이며, 연간30일 한도)	가입금액 (연간 30일 한도)

보장명	지급사유		지급금액
뇌혈관질환통원일당(상급종합병원, 연간30회한)/ 갱신형 뇌혈관질환통원일당(상급종합병원, 연간30회한)	보험기간 중에「뇌혈관질환」으로 진단확정되고 그「뇌혈관질환」의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하였을 경우 통원 1회당 지급 (단, 상급종합병원 뇌혈관질환통원일당의 지급횟수는 1일 통원당 1회이며, 연간30일 한도)		가입금액 (연간 30일 한도)
허혈성심장질환통원일당(연간30회한)/ 갱신형 허혈성심장질환통원일당(연간30회한)	보험기간 중에「허혈성심장질환」으로 진단확정되고 그「허혈성심장질환」의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 경우 통원 1회당 지급 (단, 허혈성심장질환통원일당의 지급횟수는 1일 통원당 1회이며, 연간 30일 한도)		가입금액 (연간 30일 한도)
허혈성심장질환통원일당(종합병원, 연간30회한)/ 갱신형 허혈성심장질환통원일당(종합병원, 연간30회한)	보험기간 중에「허혈성심장질환」으로 진단확정되고 그「허혈성심장질환」의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원에 통원하였을 경우 통원 1회당 지급 (단, 종합병원 허혈성심장질환통원일당의 지급횟수는 1일 통원당 1회이며, 연간 30일 한도)		가입금액 (연간 30일 한도)
허혈성심장질환통원일당(상급종합병원, 연간30회한)/ 갱신형 허혈성심장질환통원일당(상급종합병원, 연간30회한)	보험기간 중에「허혈성심장질환」으로 진단확정되고 그「허혈성심장질환」의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하였을 경우 통원 1회당 지급 (단, 상급종합병원 허혈성심장질환통원일당의 지급횟수는 1일 통원당 1회이며, 연간 30일 한도)		가입금액 (연간 30일 한도)
의료사고법률비용	보험기간 중 의료기관에서 의사의 진단에 따른 치료 중 또는 그 치료의 직접 결과로 의료사고가 발생하여 소를 제기한 경우 1심에 한하여 지급		변호사 착수금 X 80%(가입금액 한도)
화재벌금	보험기간 중 형법 제170조(실화) 혹은 171조(업무상 실화, 중실화)에 따른 벌금 확정판결시 지급(보험기간 중에 발생한 사고의 벌금 확정판결이 보험기간 종료 후에 이루어진 경우를 포함)		형법 제170조 1,500만원 한도 형법 제171조 2,000만원 한도
강력범죄피해 (일상생활중)	일상생활 중 강력범죄사고로 사망하거나 신체에 피해가 발생하였을 경우		가입금액
안전사고 피해치료비	폭력치료비	보험기간 중 물리적 폭력행위를 당함으로써 신체에 상해를 입은 경우	가입금액×25%
	유괴·인신매매 피해치료비	보험기간 중 약취와 유인의 죄에 의해 피해자가 된 경우	가입금액
만성당뇨합병증 진단비	보험기간 중 약관에서 정한 만성당뇨합병증으로 진단확정시 (최초 1회한)		가입금액
인공관절수술비	보험기간 중 진단확정된 질병 또는 상해로 인한 인공골두삽입술을 받거나 고관절, 슬관절, 견관절에 인공관절치환술을 받은 경우		가입금액
중증치매간병비	보험기간 중 진단확정된 질병 또는 상해로 인하여 「중증치매상태」 진단확정되었을 경우 최초 1회에 한하여 가입금액 지급		가입금액
장기요양급여금 (1~4등급)	보험기간 중 국민건강보험공단 등급판정위원회에 의해「1등급, 2등급 ,3등급 또는 4등급」의 장기요양등급을 판정받은 경우 최초 1회에 한하여 지급 ※ 계약자, 피보험자, 수익자가 동일한 경우 고객센터를 통해 보험금을 대신 청구하실 분을 지정할 수 있음		가입금액

보장명	지급사유	지급금액
장기요양급여금 (1~2등급)	보험기간 중 국민건강보험공단 등급판정위원회에 의해「1등급 또는 2등급」의 장기요양등급을 판정받은 경우 최초 1회에 한하여 지급 ※ 계약자, 피보험자, 수익자가 동일한 경우 고객센터를 통해 보험금을 대신 청구하실 분을 지정할 수 있음	가입금액
장기요양급여금 (1등급)	보험기간 중 국민건강보험공단 등급판정위원회에 의해「1등급」의 장기요양등급을 판정받은 경우 최초 1회에 한하여 지급 ※ 계약자, 피보험자, 수익자가 동일한 경우 고객센터를 통해 보험금을 대신 청구하실 분을 지정할 수 있음	가입금액
일반상해수술입원일당(1일이상 20일한도)	보험기간 중 상해로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 입원하여 치료를 받고, 동일한 상해의 직접적인 결과로써 수술을 받은 경우 최초수술일부터 입원 1일에 대하여 20일 한도로 지급	1일당 가입금액 지급 (20일한도)
질병수술입원일당 (1일이상 20일한도)	보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원하여 동일한 질병의 치료를 목적으로 수술을 받은 경우 최초수술일로부터 입원 1일에 대하여 20일한도로 지급	1일당 가입금액 지급 (20일한도)
일반상해80%이상 후유장해	보험기간 중에 상해로 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때	가입금액 (최초1회한)
일반상해50%이상 후유장해	보험기간 중에 상해로 장해지급률이 50%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때	가입금액 (최초1회한)
일반상해후유장해 (3~100%)	보험기간 중 상해로 각 장해지급률이 3~100%에 해당하는 장해상태가 되었을 때	가입금액 X 지급률
일반상해후유장해 (20~100%)	보험기간 중 상해로 각 장해지급률이 20~100%에 해당하는 장해상태가 되었을 때	가입금액 X 지급률
대중교통이용중 교통상해후유장해 (3~100%)	보험기간 중에 승객으로서 대중교통이용중 교통상해로 각 장해지급률이 3~100%에 해당하는 장해상태가 되었을 때	가입금액 X 지급률
질병80%이상 후유장해	보험기간 중에 진단확정된 질병으로 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때	가입금액
말기신부전증진단비	보험기간 중 말기신부전증으로 진단확정시	가입금액 (최초 1회한)
남성특정비뇨기계 질환수술비	보험기간 중에「남성특정비뇨기계질환」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때	가입금액 (수술 1회당)
간질환수술비	보험기간 중에「간질환」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때	가입금액 (수술 1회당)
특정희귀난치성질환 수술비	보험기간 중에「특정희귀난치성질환」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때	가입금액 (수술 1회당)
16대특정암진단비	보험기간 중에 16대특정암보장개시일 이후「16대특정암」으로 진단확정되었을 때 (최초 1회한)	가입금액
응급실내원비 (응급)	보험기간 중에「응급환자」에 해당되어「응급실」에 내원하여 진료 받은 경우 매 내원시마다 지급 (응급실 도착전 사망하였거나 외부에서 병원을 옮겨 응급실에 내원한 환자도 보상)	가입금액
아나필락시스진단비(응급, 연간1회한)	보험기간 중에「응급실」에 내원하여「아나필락시스」로 진단확정된 경우 연간1회에 한하여 지급	가입금액

보장명	지급사유	지급금액
민사소송법률비용	보험기간 중 피보험자에게 소송의 원인이 되는 사건이 발생하여, 민사소송사건이 보험기간 중에 대한민국 법원에 제기되어 그 소송이 판결, 소송상 조정 또는 소송상 화해로 종료됨에 따라 피보험자가 법률비용을 부담하는 경우	· 변호사비용: 「변호사보수의 소송비용산입에 관한 규칙」에 정한 변호사비용의 한도내에서 실제 부담한 변호사 보수액(단, 1,500만원 한도, 자기부담금 10만원) · 인지액 + 송달료: 500만원 한도
임대차보증금 법률비용	보험기간 중 피보험자에게 임대차보증금과 관련된 소송제기의 원인이 되는 사건이 발생하여, 소송사건이 보험기간 중에 대한민국 법원에 제기되어 그 소송이 판결, 소송상 조정 또는 소송상 화해로 종료됨에 따라 피보험자가 법률비용을 부담하는 경우	· 변호사비용: 「변호사보수의 소송비용산입에 관한 규칙」에 정한 변호사비용의 한도내에서 실제 부담한 변호사 보수액(단, 1,500만원 한도, 자기부담금 10만원) · 인지액 + 송달료: 500만원 한도
부동산소유권 법률비용	보험기간 중 피보험자에게 부동산소유권과 관련된 소송제기의 원인이 되는 사건이 발생하여, 소송사건이 보험기간 중에 대한민국 법원에 제기되어 그 소송이 판결, 소송상 조정 또는 소송상 화해로 종료됨에 따라 피보험자가 법률비용을 부담하는 경우	· 변호사비용: 「변호사보수의 소송비용산입에 관한 규칙」에 정한 변호사비용의 한도내에서 실제 부담한 변호사 보수액(단, 1,500만원 한도, 자기부담금 10만원) · 인지액 + 송달료: 500만원 한도

보장명	지급사유	지급금액
행정소송 법률비용	보험기간 중 피보험자에게 소송제기의 원인이 되는 사건이 발생하여, 행정소송사건이 보험기간 중에 대한민국 법원에 제기되어 그 소송이 판결, 소송상 조정 또는 소송상 화해로 종료됨에 따라 피보험자가 법률비용을 부담하는 경우	· 변호사비용: 「변호사보수의 소송비용산입에 관한 규칙」에 정한 변호사비용의 한도내에서 실제 부담한 변호사 보수액(단, 1,500만원 한도, 자기부담금 10만원) · 인지액 + 송달료: 500만원 한도
2대질병입원일당 (1일이상)	보험기간 중「2대질병」으로 진단확정되고 그「2대질병」의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(한방병원, 한의원 포함)에 입원시 입원 1일당 지급 (지급일수 180일 한도)	1일당 가입금액
재진단암진단비(1년 대기형)/ 갱신형 재진단암진단비(1년 대기형)	재진단암보장개시일※ 이후 재진단암(기타피부암, 갑상선암, 전립선암 제외)으로 진단 확정시 가입금액 지급 ※첫번째 재진단암의 보장개시일 : 첫번째암보장개시일 이후 최초로 발생한 암(유사암제외) 진단 확정일부터 그날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날 두번째 이후 재진단암 보장개시일 : 직전 재진단암 진단확정일부터 그날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날	가입금액
다발경화증진단비	보험기간 중에「다발경화증」으로 진단확정시 최초 1회에 한하여 지급	가입금액
결핵진단비	보험기간 중에「결핵」으로 진단확정시 최초 1회에 한하여 지급	가입금액
약제내성결핵 (슈퍼결핵포함) 진단비	보험기간 중에「약제내성결핵(슈퍼결핵포함)」으로 진단확정시 최초 1회에 한하여 지급	가입금액
질병후유장해 (3~100%)/ 갱신형 질병후유장해 (3~100%)	보험기간 중에 질병으로 각 장해지급률이 3~100%에 해당하는 장해상태가 되었을 때	가입금액 ×지급률
신골절치료비(치아파절포함)/ 갱신형 신골절치료비(치아파절포함)	보험기간 중에 상해를 입고 그 직접적인 결과로 약관에서 정한 신골절로 진단 확정시 1사고당 가입금액에 신골절치료비(치아파절포함) 보험금 지급률표에 정한 비율을 곱한 금액 지급	가입금액 ×지급률

보장명	지급사유	지급금액
32대질병관혈 수술비(연간1회한)/갱신형 32대질병관혈 수술비(연간1회한)	보험기간 중에「9대질병」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 관혈수술을 받은 경우	가입금액 (가입후 1년경과시점 전일 이전 가입금액×50%지급)
	보험기간 중에「5대질병」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 관혈수술을 받은 경우	가입금액 (가입후 1년경과시점 전일 이전 가입금액×50%지급)
	보험기간 중에「14대질병」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 관혈수술을 받은 경우	가입금액 (가입후 1년경과시점 전일 이전 가입금액×50%지급)
	보험기간 중에「4대질병」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 관혈수술을 받은 경우	가입금액 (가입후 1년경과시점 전일 이전 가입금액×50%지급)
5대질환 수술비(연간1회한)/갱신형 5대질환 수술비(연간1회한)	보험기간 중에「5대질환」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 관혈수술을 받은 경우	가입금액 (가입후 1년경과시점 전일 이전 가입금액×50%지급)
	보험기간 중에「5대질환」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 비관혈수술을 받은 경우	가입금액 (가입후 1년경과시점 전일 이전 가입금액×50%지급)
요실금수술비 (급여)(연간1회한)	보험기간 중에「요실금」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 요실금수술(급여)을 받은 경우	가입금액
신깁스치료비/ 갱신형 신깁스치료비	보험기간 중에 상해 또는 진단확정된 질병으로 인하여 신깁스 치료를 받았을 경우 신깁스치료 지급률표에서 정한 진료행위별 지급률을 가입금액에 곱하여 산출한 금액 지급(석고붕대 또는 섬유유리붕대를 고정할 부분의 일측면 또는 양측면에 착용시키고 대주는 치료법은 제외)	가입금액 ×지급률
경증이상 치매간병비	경증이상치매보장개시일※ 이후에 진단확정된 질병 또는 상해로 인하여「경증이상치매상태」 진단확정되었을 경우 최초 1회에 한하여 가입금액 지급. 다만, 상해로 인한 뇌의 손상으로 인하여「경증이상 치매상태」가 발생한 경우에는 계약일을 보장개시일로 함. ※ 경증이상치매보장개시일은 가입일 또는 부활일(효력회복일)부터 그날을 포함하여 1년이 지난 다음날	가입금액

보장명	지급사유	지급금액
중등도이상 치매간병비	중등도이상치매보장개시일※ 이후에 진단확정된 질병 또는 상해로 인하여 「중등도이상치매상태」 진단확정되었을 경우 최초 1회에 한하여 가입금액 지급. 다만, 상해로 인한 뇌의 손상으로 인하여「중등도이상 치매상태」가 발생한 경우에는 계약일을 보장개시일로 함. ※ 중등도이상치매보장개시일은 가입일 또는 부활일(효력회복일)부터 그날을 포함하여 1년이 지난 다음날	가입금액
갱신형 대상포진진단비	보험기간 중에 대상포진보장개시일※ 이후 약관에서 정한 대상포진으로 진단확정시(최초 1회한) ※ 가입일 또는 부활일(효력회복일)부터 그날을 포함하여 90일이 지난 다음날 (단, 보장이 자동갱신된 경우에는 갱신일 이후)	가입금액 (최초가입후 1년경과시점 전일 이전 가입금액×50%지급)
갱신형 대상포진 눈병진단비	보험기간 중에 대상포진눈병보장개시일※ 이후 약관에서 정한 대상포진눈병으로 진단확정시(최초 1회한) ※ 가입일 또는 부활일(효력회복일)부터 그날을 포함하여 90일이 지난 다음날 (단, 보장이 자동갱신된 경우에는 갱신일 이후)	가입금액 (최초가입후 1년경과시점 전일 이전 가입금액×50%지급)
갱신형 통풍진단비	보험기간 중에 통풍보장개시일※ 이후 약관에서 정한 통풍으로 진단확정시(최초 1회한) ※ 가입일 또는 부활일(효력회복일)부터 그날을 포함하여 90일이 지난 다음날 (단, 보장이 자동갱신된 경우에는 갱신일 이후)	가입금액 (최초가입후 1년경과시점 전일 이전 가입금액×50%지급)
갱신형 간경변증진단비	보험기간 중에 약관에서 정한 간경변증으로 진단확정시(최초 1회한)	가입금액 (최초가입후 1년경과시점 전일 이전 가입금액×50%지급)
대상포진진단비	보험기간 중에 대상포진보장개시일※ 이후 약관에서 정한 대상포진으로 진단확정시(최초 1회한) ※ 가입일 또는 부활일(효력회복일)부터 그날을 포함하여 90일이 지난 다음날	가입금액 (가입후 1년경과시점 전일 이전 가입금액×50%지급)
대상포진눈병 진단비	보험기간 중에 대상포진눈병보장개시일※ 이후 약관에서 정한 대상포진눈병으로 진단확정시(최초 1회한) ※ 가입일 또는 부활일(효력회복일)부터 그날을 포함하여 90일이 지난 다음날	가입금액 (가입후 1년경과시점 전일 이전 가입금액×50%지급)
통풍진단비	보험기간 중에 통풍보장개시일※ 이후 약관에서 정한 통풍으로 진단확정시(최초 1회한) ※ 가입일 또는 부활일(효력회복일)부터 그날을 포함하여 90일이 지난 다음날	가입금액 (가입후 1년경과시점 전일 이전 가입금액×50%지급)

<table>
<tr><th>보장명</th><th>지급사유</th><th>지급금액</th></tr>
<tr><td>간경변증진단비</td><td>보험기간 중에 약관에서 정한 간경변증으로 진단확정시(최초 1회한)</td><td>가입금액
(가입후
1년경과시점 전일
이전
가입금액×50%지급)</td></tr>
<tr><td>갑상선기능항진증
치료비</td><td>보험기간 중에 갑상선기능항진증으로 진단확정되고 갑상선기능항진증치료를 받은 경우(최초 1회한)</td><td>가입금액</td></tr>
<tr><td>요로결석진단비/
갱신형
요로결석진단비</td><td>보험기간 중에 요로결석보장개시일※ 이후 요로결석으로 진단확정시(최초 1회한)
※ 가입일 또는 부활일(효력회복일)부터 그날을 포함하여 1년이 지난 다음날
(단, 보장이 자동갱신된 경우에는 갱신일 이후)</td><td>가입금액</td></tr>
<tr><td>중대한재생불량성빈혈진단비</td><td>보험기간 중에 약관에서 정한 중대한재생불량성빈혈으로 진단확정시 최초 1회에 한하여 지급</td><td>가입금액</td></tr>
<tr><td>상급병실(1인실)
상급종합병원
일반상해입원일당
(1일이상 10일한도)</td><td>보험기간 중 상해로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 상급종합병원 1인실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일에 대하여 10일 한도로 지급</td><td>1일당 가입금액</td></tr>
<tr><td>2-3인실
상급종합병원
일반상해입원일당(1일이상 30일한도)</td><td>보험기간 중 상해로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 상급종합병원 2인실 또는 3인실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일에 대하여 30일 한도로 지급</td><td>1일당 가입금액</td></tr>
<tr><td>2-3인실 종합병원
일반상해입원일당(1일이상 30일한도)</td><td>보험기간 중 상해로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 종합병원 2인실 또는 3인실에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일에 대하여 30일 한도로 지급</td><td>1일당 가입금액</td></tr>
<tr><td>상급병실(1인실)
상급종합병원
질병입원일당
(1일이상 10일한도)</td><td>보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원 1인실에 입원하였을 경우 입원 1일에 대하여 10일한도로 지급</td><td>1일당 가입금액</td></tr>
<tr><td>2-3인실
상급종합병원
질병입원일당(1일이상 30일한도)</td><td>보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원 2인실 또는 3인실에 입원하였을 경우 입원 1일에 대하여 30일한도로 지급</td><td>1일당 가입금액</td></tr>
<tr><td>2-3인실 종합병원
질병입원일당(1일이상 30일한도)</td><td>보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 종합병원 2인실 또는 3인실에 입원하였을 경우 입원 1일에 대하여 30일한도로 지급</td><td>1일당 가입금액</td></tr>
<tr><td>수술비(1~7종,
연간3회한)[상해]/
갱신형 수술비(1~7종,
연간3회한)[상해]</td><td>보험기간 중에 상해의 직접적인 치료를 목적으로 1~7종 수술시(단, 1회 입원 또는 통원당 1회의 수술에 한하여 보장하며, 하나의 수술코드당 연간 3회한 보장하며, 30일 내 다시 입원 또는 통원하여 동일한 수술코드로 수술 시 수술비를 지급하지 않습니다.)
<table>
<tr><th>구 분</th><th>지급금액</th></tr>
<tr><td>1종수술</td><td>상해1종 수술비보장 보험가입금액</td></tr>
<tr><td>2종수술</td><td>상해2종 수술비보장 보험가입금액</td></tr>
<tr><td>3종수술</td><td>상해3종 수술비보장 보험가입금액</td></tr>
<tr><td>4종수술</td><td>상해4종 수술비보장 보험가입금액</td></tr>
<tr><td>5종수술</td><td>상해5종 수술비보장 보험가입금액</td></tr>
<tr><td>6종수술</td><td>상해6종 수술비보장 보험가입금액</td></tr>
<tr><td>7종수술</td><td>상해7종 수술비보장 보험가입금액</td></tr>
</table></td><td>1-7종 수술
종구분 당
가입금액</td></tr>
</table>

보장명	지급사유	지급금액
암특정재활치료비(급여, 1일1회한, 연간20회한)	보험기간 중 암보장개시일※ 이후에「암」으로 진단확정되고 입원 중에 또는 통원하여 암특정재활치료(급여)를 받은 경우 각각 1일 1회, 합산하여 연간 20회에 한하여 지급 ※ 암보장개시일은 가입일 또는 부활일(효력회복일)로부터 90일이 지난 다음날이고, 15세 미만인 경우 보장개시일은 가입일	가입금액 (가입후 1년경과시점 전일 이전 가입금액×50%지급)
암특정통증완화치료비(급여, 연간1회한)	보험기간 중 암보장개시일※ 이후에 암(유사암제외)으로 진단확정되고, 그 암(유사암제외)으로 인한 통증 완화를 목적으로 암특정통증완화치료(급여)를 받은 경우 연간 1회에 한하여 지급 ※ 암보장개시일은 가입일 또는 부활일(효력회복일)로부터 90일이 지난 다음날이고, 15세 미만인 경우 보장개시일은 가입일	가입금액 (가입후 1년경과시점 전일 이전 가입금액×50%지급)
2대질병특정재활치료비(급여, 1일1회한, 연간90회한)	보험기간 중 약관에서 정한 2대질병※으로 진단확정되고 입원 중에 또는 통원하여 2대질병특정재활치료(급여)를 받은 경우 각각 1일 1회, 합산하여 연간 90회에 한하여 지급 ※ 뇌졸중, 급성심근경색증	가입금액 (가입후 1년경과시점 전일 이전 가입금액×50%지급)
급성간염(A,B,C형)진단비,	보험기간 중 급성간염(A,B,C형)으로 진단확정시 최초 1회에 한하여 지급	가입금액 (가입후 1년경과시점 전일 이전 가입금액×50%지급)
7대장기이식대기등록	보험기간 중 진단확정된 질병 또는 상해로 「7대장기이식대기자」로 등록되었을 때 최초 1회에 한하여 지급 ※「7대장기」이라 함은 신장, 간장, 심장, 췌장, 폐, 조혈모세포, 안구를 말합니다.	가입금액
심근병증진단비	보험기간 중 심근병증으로 진단확정시 최초 1회에 한하여 지급	가입금액 (가입후 1년경과시점 전일 이전 가입금액×50%지급)
갑상선기능저하증진단비	보험기간 중에 「갑상선기능저하증」으로 진단확정시(최초1회한)	가입금액 (가입후 1년경과시점 전일 이전 가입금액×50%지급)
보험료납입지원(유사암진단)	보험기간 중「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」또는「갑상선암」으로 진단확정시(최초 1회한)	가입금액을 매월 보험료납입지원금 지급기간동안 확정지급

<table>
<tr><th>보장명</th><th colspan="2">지급사유</th><th>지급금액</th></tr>
<tr><td>유사암수술비(25%체증형)/
갱신형
유사암수술비(25%체증형)</td><td colspan="2">보험기간 중에 보장개시일 이후에「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」또는「갑상선암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술(항암방사선치료 및 항암약물치료 제외)을 받은 때
<table>
<tr><th>구 분</th><th>지급금액</th></tr>
<tr><td>1회차 수술시</td><td>보험가입금액의 100%</td></tr>
<tr><td>2회차 수술시</td><td>보험가입금액의 125%</td></tr>
<tr><td>3회차 수술시</td><td>보험가입금액의 150%</td></tr>
<tr><td>4회차 수술시</td><td>보험가입금액의 175%</td></tr>
<tr><td>5회차 수술 이후</td><td>보험가입금액의 200%</td></tr>
</table></td><td>수술회차당
해당금액 지급</td></tr>
<tr><td rowspan="2">혈전용해치료비Ⅱ</td><td>뇌졸중</td><td>보험기간 중에 뇌졸중으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 혈전용해치료를 받은 경우(최초 1회한)</td><td>가입금액
(가입후
1년경과시점 전일
이전
가입금액×50%지급)</td></tr>
<tr><td>특정심장질환</td><td>보험기간 중에 특정심장질환으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 혈전용해치료를 받은 경우(최초 1회한)</td><td>가입금액
(가입후
1년경과시점 전일
이전
가입금액×50%지급)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">혈전용해치료비Ⅱ(연간1회한)</td><td>뇌졸중</td><td>보험기간 중에 뇌졸중으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 혈전용해치료를 받은 경우(연간 1회한)</td><td>가입금액
(가입후
1년경과시점 전일
이전
가입금액×50%지급)</td></tr>
<tr><td>특정심장질환</td><td>보험기간 중에 특정심장질환으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 혈전용해치료를 받은 경우(연간 1회한)</td><td>가입금액
(가입후
1년경과시점 전일
이전
가입금액×50%지급)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">기계적혈전제거술(카테터법)치료비Ⅱ(급여, 연간1회한)</td><td>뇌졸중</td><td>보험기간 중에 뇌졸중으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 급여 기계적혈전제거술(카테터법)를 받은 경우(연간 1회한)</td><td>가입금액
(가입후
1년경과시점 전일
이전
가입금액×50%지급)</td></tr>
<tr><td>특정심장질환</td><td>보험기간 중에 특정심장질환으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 급여 기계적혈전제거술(카테터법)를 받은 경우(연간 1회한)</td><td>가입금액
(가입후
1년경과시점 전일
이전
가입금액×50%지급)</td></tr>
</table>

보장명	지급사유		지급금액
4대양성종양진단비/ 갱신형 4대양성종양진단비	대장 양성종양및특정폴립진단비	보험기간 중「대장 양성종양및특정폴립」으로 진단확정되었을 때(최초1회한)	가입금액 (최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전 가입금액×50%지급)
	위,십이지장,소화계통 양성종양및특정폴립진단비	보험기간 중「위,십이지장,소화계통 양성종양및특정폴립」으로 진단확정되었을 때(최초1회한)	
	중이,호흡계통,흉곽내기관 양성종양진단비	보험기간 중「중이,호흡계통,흉곽내기관 양성종양」으로 진단확정되었을 때(최초1회한)	
	골,관절연골 양성종양진단비	보험기간 중「골,관절연골 양성종양」으로 진단확정되었을 때(최초1회한)	
상급병실(1인실) 종합병원 일반상해입원일당 (1일이상 30일한도)	보험기간 중 상해로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 종합병원 1인실에 입원하여 치료를 받은 경우 최초입원일부터 입원 1일당 가입금액 지급(1회 입원당 30일 한도)		1일당 가입금액 (30일 한도)
상급병실(1인실) 종합병원 일반상해수술 입원일당 (1일이상 10일한도)	보험기간 중 상해로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 종합병원 1인실에 입원하여 치료를 받고 상해의 직접적인 결과로써 수술을 받은 경우 최초수술일부터 입원 1일당 가입금액 지급(1회 상해수술입원당 10일 한도) ※ 동일한 상해의 치료를 목적으로 입원치료 및 수술을 받은 경우에만 해당함		1회 상해수술입원당 가입금액 (10일 한도)
상급병실(1인실) 종합병원 질병입원일당 (1일이상 30일한도)	보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 종합병원 1인실에 입원하였을 경우 최초입원일부터 입원 1일당 가입금액 지급(1회 입원당 30일 한도)		1일당 가입금액 (30일 한도)
상급병실(1인실) 종합병원 질병수술입원일당 (1일이상 10일한도)	보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 종합병원 1인실에 입원하고 종합병원에서 수술을 받은 경우 최초수술일부터 입원 1일당 가입금액 지급(1회 질병수술입원당 10일 한도) ※ 동일한 질병의 치료를 목적으로 입원 및 수술을 받은 경우에만 해당함		1회 질병수술입원당 가입금액 (10일 한도)
암 주요치료비 (연간1회한, 5년간)/ 암 주요치료비 (연간1회한, 10년간)	암 (유사암제외)	보험기간 중 암보장개시일※ 이후에「암(유사암제외)」으로 진단확정되고, 「보험금 지급기간」이내에「암주요치료」(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료)를 받은 경우(연간1회한) ※ 암보장개시일은 가입일 또는 부활일(효력회복일)로부터 90일이 지난 다음날이고, 15세 미만인 경우 보장개시일은 가입일	가입금액
	기타피부암 및 갑상선암	보험기간 중에「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단확정되고,「보험금 지급기간」이내에「암주요치료」(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료)를 받은 경우(연간1회한)	

<table>
<tr><th>보장명</th><th colspan="2">지급사유</th><th>지급금액</th></tr>
<tr><td rowspan="2">상급종합병원,국립암센터 암 주요치료비
(연간1회한, 10년간)</td><td>상급종합병원
,국립암센터
암
(유사암제외)</td><td>보험기간 중 암보장개시일※ 이후에「암(유사암제외)」으로 진단확정되고, 「보험금 지급기간」이내에 상급종합병원 또는 국립암센터에서 「암주요치료」(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료)를 받은 경우(연간1회한)
※ 암보장개시일은 가입일 또는 부활일(효력회복일)로부터 90일이 지난 다음날이고, 15세 미만인 경우 보장개시일은 가입일</td><td rowspan="2">가입금액</td></tr>
<tr><td>상급종합병원
,국립암센터
기타피부암
및 갑상선암</td><td>보험기간 중에「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단확정되고,「보험금 지급기간」이내에 상급종합병원 또는 국립암센터에서 「암주요치료」(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료)를 받은 경우(연간1회한)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">상급종합병원,국립암센터 암 주요치료비
(연간1회한,
10년간)(체증형)</td><td>상급종합병원
,국립암센터
암
(유사암제외)
(체증형)</td><td>보험기간 중 암보장개시일※ 이후에「암(유사암제외)」으로 진단확정되고, 「보험금 지급기간」이내에 상급종합병원 또는 국립암센터에서 「암주요치료」(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료)를 받은 경우(연간1회한)
※ 암보장개시일은 가입일 또는 부활일(효력회복일)로부터 90일이 지난 다음날이고, 15세 미만인 경우 보장개시일은 가입일
<table>
<tr><th>구 분</th><th>지급금액</th></tr>
<tr><td>암(유사암제외) 진단후 1차 연도</td><td>해당보장 보험가입금액의 100%</td></tr>
<tr><td>암(유사암제외) 진단후 2차 연도</td><td>해당보장 보험가입금액의 120%</td></tr>
<tr><td>암(유사암제외) 진단후 3차 연도</td><td>해당보장 보험가입금액의 140%</td></tr>
<tr><td>암(유사암제외) 진단후 4차 연도</td><td>해당보장 보험가입금액의 160%</td></tr>
<tr><td>암(유사암제외) 진단후 5차 연도</td><td>해당보장 보험가입금액의 180%</td></tr>
<tr><td>암(유사암제외) 진단후 6차 연도 이후</td><td>해당보장 보험가입금액의 200%</td></tr>
</table></td><td>암(유사암제외)
진단후
경과 연도별
해당금액 지급</td></tr>
<tr><td>상급종합병원
,국립암센터
기타피부암
및 갑상선암
(체증형)</td><td>보험기간 중에「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단확정되고,「보험금 지급기간」이내에 상급종합병원 또는 국립암센터에서 「암주요치료」(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료)를 받은 경우(연간1회한)
<table>
<tr><th>구분</th><th>지급금액</th></tr>
<tr><td>기타피부암 또는 갑상선암 진단후 1차 연도</td><td>해당보장 보험가입금액의 100%</td></tr>
<tr><td>기타피부암 또는 갑상선암 진단후 2차 연도</td><td>해당보장 보험가입금액의 120%</td></tr>
<tr><td>기타피부암 또는 갑상선암 진단후 3차 연도</td><td>해당보장 보험가입금액의 140%</td></tr>
<tr><td>기타피부암 또는 갑상선암 진단후 4차 연도</td><td>해당보장 보험가입금액의 160%</td></tr>
<tr><td>기타피부암 또는 갑상선암 진단후 5차 연도</td><td>해당보장 보험가입금액의 180%</td></tr>
<tr><td>기타피부암 또는 갑상선암 진단후 6차 연도 이후</td><td>해당보장 보험가입금액의 200%</td></tr>
</table></td><td>기타피부암 또는
갑상선암 진단후
경과 연도별
해당금액 지급</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>보장명</th><th>지급사유</th><th>지급금액</th></tr>
<tr><td rowspan="2">암 주요치료비
(연간1회한,
10년간)(체증형)</td><td>암
(유사암제외)
(체증형)</td><td>보험기간 중 암보장개시일※ 이후에「암(유사암제외)」으로 진단확정되고, 「보험금 지급기간」이내에「암주요치료」(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료)를 받은 경우(연간1회한)
※ 암보장개시일은 가입일 또는 부활일(효력회복일)로부터 90일이 지난 다음날이고, 15세 미만인 경우 보장개시일은 가입일
<table>
<tr><th>구 분</th><th>지급금액</th></tr>
<tr><td>암(유사암제외) 진단후 1차 연도</td><td>해당보장 보험가입금액의 100%</td></tr>
<tr><td>암(유사암제외) 진단후 2차 연도</td><td>해당보장 보험가입금액의 120%</td></tr>
<tr><td>암(유사암제외) 진단후 3차 연도</td><td>해당보장 보험가입금액의 140%</td></tr>
<tr><td>암(유사암제외) 진단후 4차 연도</td><td>해당보장 보험가입금액의 160%</td></tr>
<tr><td>암(유사암제외) 진단후 5차 연도</td><td>해당보장 보험가입금액의 180%</td></tr>
<tr><td>암(유사암제외) 진단후 6차 연도 이후</td><td>해당보장 보험가입금액의 200%</td></tr>
</table></td><td>암(유사암제외)
진단후
경과 연도별
해당금액 지급</td></tr>
<tr><td>기타피부암
및 갑상선암
(체증형)</td><td>보험기간 중에「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단확정되고,「보험금 지급기간」이내에「암주요치료」(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료)를 받은 경우(연간1회한)
<table>
<tr><th>구분</th><th>지급금액</th></tr>
<tr><td>기타피부암 또는 갑상선암 진단후 1차 연도</td><td>해당보장 보험가입금액의 100%</td></tr>
<tr><td>기타피부암 또는 갑상선암 진단후 2차 연도</td><td>해당보장 보험가입금액의 120%</td></tr>
<tr><td>기타피부암 또는 갑상선암 진단후 3차 연도</td><td>해당보장 보험가입금액의 140%</td></tr>
<tr><td>기타피부암 또는 갑상선암 진단후 4차 연도</td><td>해당보장 보험가입금액의 160%</td></tr>
<tr><td>기타피부암 또는 갑상선암 진단후 5차 연도</td><td>해당보장 보험가입금액의 180%</td></tr>
<tr><td>기타피부암 또는 갑상선암 진단후 6차 연도 이후</td><td>해당보장 보험가입금액의 200%</td></tr>
</table></td><td>기타피부암 또는
갑상선암 진단후
경과 연도별
해당금액 지급</td></tr>
</table>

보장명	지급사유		지급금액
통합암 주요치료비(연간1회한, 10년간)	특정소액암	보험기간 중 암보장개시일※ 이후에 특정소액암으로 진단확정되고, 「특정소액암 보험금 지급기간」이내에「암주요치료」(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료)를 받은 경우(연간1회한)	가입금액 (가입후 1년경과시점 전일 이전 가입금액×50%지급)
	특정소화기암	보험기간 중 암보장개시일※ 이후에 특정소화기암으로 진단확정되고, 「특정소화기암 보험금 지급기간」이내에「암주요치료」(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료)를 받은 경우(연간1회한)	가입금액
	15대특정암	보험기간 중 암보장개시일※ 이후에 15대특정암으로 진단확정되고, 「15대특정암 보험금 지급기간」이내에「암주요치료」(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료)를 받은 경우(연간1회한)	가입금액
	10대특정암	보험기간 중 암보장개시일※ 이후에 10대특정암으로 진단확정되고, 「10대특정암 보험금 지급기간」이내에「암주요치료」(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료)를 받은 경우(연간1회한)	가입금액
	4대고액암	보험기간 중 암보장개시일※ 이후에 4대고액암으로 진단확정되고, 「4대고액암 보험금 지급기간」이내에「암주요치료」(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료)를 받은 경우(연간1회한)	가입금액
	기타피부암 및 갑상선암	보험기간 중에「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단확정되고,「보험금 지급기간」이내에「암주요치료」(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료)를 받은 경우(연간1회한)	가입금액
	※ 암보장개시일은 가입일 또는 부활일(효력회복일)로부터 90일이 지난 다음날이고, 15세 미만인 경우 보장개시일은 가입일		

<table>
<tr><th>보장명</th><th>지급사유</th><th>지급금액</th></tr>
<tr><td rowspan="4">통합암
주요치료비(체증형)(연간1회한, 10년간)</td><td>특정소액암(체증형)</td><td>보험기간 중 암보장개시일※ 이후에 특정소액암으로 진단확정되고, 「특정소액암 보험금 지급기간」이내에「암주요치료」(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료)를 받은 경우(연간1회한)
<table>
<tr><th>구 분</th><th>지급금액</th></tr>
<tr><td>특정소액암 진단후 1차 연도</td><td>해당보장 보험가입금액의 100%</td></tr>
<tr><td>특정소액암 진단후 2차 연도</td><td>해당보장 보험가입금액의 120%</td></tr>
<tr><td>특정소액암 진단후 3차 연도</td><td>해당보장 보험가입금액의 140%</td></tr>
<tr><td>특정소액암 진단후 4차 연도</td><td>해당보장 보험가입금액의 160%</td></tr>
<tr><td>특정소액암 진단후 5차 연도</td><td>해당보장 보험가입금액의 180%</td></tr>
<tr><td>특정소액암 진단후 6차 연도 이후</td><td>해당보장 보험가입금액의 200%</td></tr>
</table></td><td>특정소액암 진단후 경과 연도별 해당금액 지급
(가입후 1년경과시점 전일 이전 연도별 해당금액×50%지급)</td></tr>
<tr><td>특정소화기암(체증형)</td><td rowspan="3">보험기간 중 암보장개시일※ 이후에 특정소액암 이외의 암구분별「통합암(유사암제외)」으로 진단확정되고, 「암구분별 보험금 지급기간」이내에「암주요치료」(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료)를 받은 경우(연간1회한)
<table>
<tr><th>구 분</th><th>지급금액</th></tr>
<tr><td>특정소액암 이외의 암구분별 통합암(유사암제외) 진단후 1차 연도</td><td>해당보장 보험가입금액의 100%</td></tr>
<tr><td>특정소액암 이외의 암구분별 통합암(유사암제외) 진단후 2차 연도</td><td>해당보장 보험가입금액의 120%</td></tr>
<tr><td>특정소액암 이외의 암구분별 통합암(유사암제외) 진단후 3차 연도</td><td>해당보장 보험가입금액의 140%</td></tr>
<tr><td>특정소액암 이외의 암구분별 통합암(유사암제외) 진단후 4차 연도</td><td>해당보장 보험가입금액의 160%</td></tr>
<tr><td>특정소액암 이외의 암구분별 통합암(유사암제외) 진단후 5차 연도</td><td>해당보장 보험가입금액의 180%</td></tr>
<tr><td>특정소액암 이외의 암구분별 통합암(유사암제외) 진단후 6차 연도 이후</td><td>해당보장 보험가입금액의 200%</td></tr>
</table></td><td rowspan="3">특정소액암 이외의 암구분별 통합암(유사암제외) 진단후 경과 연도별 해당금액 지급</td></tr>
<tr><td>15대특정암(체증형)</td></tr>
<tr><td>10대특정암(체증형)</td></tr>
<tr><td>4대고액암(체증형)</td><td></td></tr>
<tr><td>기타피부암 및 갑상선암(체증형)</td><td>보험기간 중에「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단확정되고,「보험금 지급기간」이내에「암주요치료」(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료)를 받은 경우(연간1회한)
<table>
<tr><th>구분</th><th>지급금액</th></tr>
<tr><td>기타피부암 또는 갑상선암 진단후 1차 연도</td><td>해당보장 보험가입금액의 100%</td></tr>
<tr><td>기타피부암 또는 갑상선암 진단후 2차 연도</td><td>해당보장 보험가입금액의 120%</td></tr>
<tr><td>기타피부암 또는 갑상선암 진단후 3차 연도</td><td>해당보장 보험가입금액의 140%</td></tr>
<tr><td>기타피부암 또는 갑상선암 진단후 4차 연도</td><td>해당보장 보험가입금액의 160%</td></tr>
<tr><td>기타피부암 또는 갑상선암 진단후 5차 연도</td><td>해당보장 보험가입금액의 180%</td></tr>
<tr><td>기타피부암 또는 갑상선암 진단후 6차 연도 이후</td><td>해당보장 보험가입금액의 200%</td></tr>
</table></td><td>기타피부암 또는 갑상선암 진단후 경과 연도별 해당금액 지급</td></tr>
<tr><td colspan="3">※ 암보장개시일은 가입일 또는 부활일(효력회복일)로부터 90일이 지난 다음날이고, 15세 미만인 경우 보장개시일은 가입일</td></tr>
</table>

보장명	지급사유		지급금액
상급종합병원,국립암센터 통합암 주요치료비(연간1회한, 10년간)	상급종합병원,국립암센터 특정소액암	보험기간 중 암보장개시일※ 이후에 특정소액암으로 진단확정되고, 「특정소액암 보험금 지급기간」이내에 상급종합병원 또는 국립암센터에서 「암주요치료」(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료)를 받은 경우(연간1회한)	가입금액 (가입후 1년경과시점 전일 이전 가입금액×50%지급)
	상급종합병원,국립암센터 특정소화기암	보험기간 중 암보장개시일※ 이후에 특정소화기암으로 진단확정되고, 「특정소화기암 보험금 지급기간」이내에 상급종합병원 또는 국립암센터에서 「암주요치료」(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료)를 받은 경우(연간1회한)	가입금액
	상급종합병원,국립암센터 15대특정암	보험기간 중 암보장개시일※ 이후에 15대특정암으로 진단확정되고, 「15대특정암 보험금 지급기간」이내에 상급종합병원 또는 국립암센터에서 「암주요치료」(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료)를 받은 경우(연간1회한)	가입금액
	상급종합병원,국립암센터 10대특정암	보험기간 중 암보장개시일※ 이후에 10대특정암으로 진단확정되고, 「10대특정암 보험금 지급기간」이내에 상급종합병원 또는 국립암센터에서 「암주요치료」(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료)를 받은 경우(연간1회한)	가입금액
	상급종합병원,국립암센터 4대고액암	보험기간 중 암보장개시일※ 이후에 4대고액암으로 진단확정되고, 「4대고액암 보험금 지급기간」이내에 상급종합병원 또는 국립암센터에서 「암주요치료」(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료)를 받은 경우(연간1회한)	가입금액
	상급종합병원,국립암센터 기타피부암 및 갑상선암	보험기간 중에「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단확정되고,「보험금 지급기간」이내에 상급종합병원 또는 국립암센터에서 「암주요치료」(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료)를 받은 경우(연간1회한)	가입금액
	※ 암보장개시일은 가입일 또는 부활일(효력회복일)로부터 90일이 지난 다음날이고, 15세 미만인 경우 보장개시일은 가입일		

<table>
<tr><th>보장명</th><th>지급사유</th><th>지급금액</th></tr>
<tr><td rowspan="4">상급종합병원,국립암센터 통합암 주요치료비(체증형)(연간1회한, 10년간)</td><td>상급종합병원,국립암센터 특정소액암(체증형)</td><td>보험기간 중 암보장개시일※ 이후에 특정소액암으로 진단확정되고, 「특정소액암 보험금 지급기간」이내에 상급종합병원 또는 국립암센터에서 「암주요치료」(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료)를 받은 경우(연간1회한)
<table>
<tr><th>구 분</th><th>지급금액</th></tr>
<tr><td>특정소액암 진단후 1차 연도</td><td>해당보장 보험가입금액의 100%</td></tr>
<tr><td>특정소액암 진단후 2차 연도</td><td>해당보장 보험가입금액의 120%</td></tr>
<tr><td>특정소액암 진단후 3차 연도</td><td>해당보장 보험가입금액의 140%</td></tr>
<tr><td>특정소액암 진단후 4차 연도</td><td>해당보장 보험가입금액의 160%</td></tr>
<tr><td>특정소액암 진단후 5차 연도</td><td>해당보장 보험가입금액의 180%</td></tr>
<tr><td>특정소액암 진단후 6차 연도 이후</td><td>해당보장 보험가입금액의 200%</td></tr>
</table></td><td>특정소액암 진단후 경과 연도별 해당금액 지급 (가입후 1년경과시점 전일 이전 연도별 해당금액×50%지급)</td></tr>
<tr><td>상급종합병원,국립암센터 특정소화기암(체증형)
상급종합병원,국립암센터 15대특정암(체증형)
상급종합병원,국립암센터 10대특정암(체증형)
상급종합병원,국립암센터 4대고액암(체증형)</td><td>보험기간 중 암보장개시일※ 이후에 특정소액암 이외의 암구분별「통합암(유사암제외)」으로 진단확정되고, 「암구분별 보험금 지급기간」이내에 상급종합병원 또는 국립암센터에서 「암주요치료」(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료)를 받은 경우(연간1회한)
<table>
<tr><th>구 분</th><th>지급금액</th></tr>
<tr><td>특정소액암 이외의 암구분별 통합암(유사암제외) 진단후 1차 연도</td><td>해당보장 보험가입금액의 100%</td></tr>
<tr><td>특정소액암 이외의 암구분별 통합암(유사암제외) 진단후 2차 연도</td><td>해당보장 보험가입금액의 120%</td></tr>
<tr><td>특정소액암 이외의 암구분별 통합암(유사암제외) 진단후 3차 연도</td><td>해당보장 보험가입금액의 140%</td></tr>
<tr><td>특정소액암 이외의 암구분별 통합암(유사암제외) 진단후 4차 연도</td><td>해당보장 보험가입금액의 160%</td></tr>
<tr><td>특정소액암 이외의 암구분별 통합암(유사암제외) 진단후 5차 연도</td><td>해당보장 보험가입금액의 180%</td></tr>
<tr><td>특정소액암 이외의 암구분별 통합암(유사암제외) 진단후 6차 연도 이후</td><td>해당보장 보험가입금액의 200%</td></tr>
</table></td><td>특정소액암 이외의 암구분별 통합암(유사암제외) 진단후 경과 연도별 해당금액 지급</td></tr>
<tr><td>상급종합병원,국립암센터 기타피부암 및 갑상선암(체증형)</td><td>보험기간 중에「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단확정되고,「보험금 지급기간」이내에 상급종합병원 또는 국립암센터에서 「암주요치료」(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료)를 받은 경우(연간1회한)
<table>
<tr><th>구분</th><th>지급금액</th></tr>
<tr><td>기타피부암 또는 갑상선암 진단후 1차 연도</td><td>해당보장 보험가입금액의 100%</td></tr>
<tr><td>기타피부암 또는 갑상선암 진단후 2차 연도</td><td>해당보장 보험가입금액의 120%</td></tr>
<tr><td>기타피부암 또는 갑상선암 진단후 3차 연도</td><td>해당보장 보험가입금액의 140%</td></tr>
<tr><td>기타피부암 또는 갑상선암 진단후 4차 연도</td><td>해당보장 보험가입금액의 160%</td></tr>
<tr><td>기타피부암 또는 갑상선암 진단후 5차 연도</td><td>해당보장 보험가입금액의 180%</td></tr>
<tr><td>기타피부암 또는 갑상선암 진단후 6차 연도 이후</td><td>해당보장 보험가입금액의 200%</td></tr>
</table></td><td>기타피부암 또는 갑상선암 진단후 경과 연도별 해당금액 지급</td></tr>
<tr><td colspan="3">※ 암보장개시일은 가입일 또는 부활일(효력회복일)로부터 90일이 지난 다음날이고, 15세 미만인 경우 보장개시일은 가입일</td></tr>
</table>

보장명	지급사유		지급금액
비급여 암 주요치료비(전액본인부담 포함, 연간1회한, 10년간)	보험기간 중 암보장개시일※ 이후에「암(유사암제외)」으로 진단확정되거나 보험기간 중에「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단확정되고,「보험금 지급기간」이내에「비급여(전액본인부담 포함) 암주요치료」(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료)를 받은 경우(연간1회한) ※ 암보장개시일은 가입일 또는 부활일(효력회복일)로부터 90일이 지난 다음날이고, 15세 미만인 경우 보장개시일은 가입일		가입금액
비급여 항암약물치료비(전액본인부담 포함, 연간1회한, 10년간)	보험기간 중 암보장개시일※ 이후에「암(유사암제외)」으로 진단확정되거나 보험기간 중에「기타피부암」또는「갑상선암」으로 진단확정되고,「보험금 지급기간」이내에「비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료」를 받은 경우(연간1회한) ※ 암보장개시일은 가입일 또는 부활일(효력회복일)로부터 90일이 지난 다음날이고, 15세 미만인 경우 보장개시일은 가입일		가입금액
당뇨병진단비Ⅱ	당화혈색소 7.0%이상	보험기간 중 당뇨병보장개시일※ 이후 약관에서 정한 당뇨병Ⅱ[당화혈색소 7.0%]으로 진단확정시(최초 1회한) ※ 계약일부터 그날을 포함하여 1년이 지난 다음날	가입금액
	당화혈색소 9.0%이상	보험기간 중 당뇨병보장개시일※ 이후 약관에서 정한 당뇨병Ⅱ[당화혈색소 9.0%]으로 진단확정시(최초 1회한) ※ 계약일부터 그날을 포함하여 1년이 지난 다음날	가입금액
	당화혈색소 11.0%이상	보험기간 중 당뇨병보장개시일※ 이후 약관에서 정한 당뇨병Ⅱ[당화혈색소 11.0%]으로 진단확정시(최초 1회한) ※ 계약일부터 그날을 포함하여 1년이 지난 다음날	가입금액
고혈압(원발성)대상질병진단비	고혈압(원발성) 진단비	보험기간 중 고혈압(원발성)으로 진단확정시 최초 1회에 한하여 지급	가입금액 (가입후 1년경과시점 전일 이전 가입금액×10%지급)
	중등증이상 고혈압(원발성)진단비	보험기간 중 중등증이상고혈압(원발성)으로 진단확정시 최초 1회에 한하여 지급	가입금액 (가입후 1년경과시점 전일 이전 가입금액×10%지급)
	중증 고혈압(원발성)진단비	보험기간 중 중증고혈압(원발성)으로 진단확정시 최초 1회에 한하여 지급	가입금액 (가입후 1년경과시점 전일 이전 가입금액×10%지급)

보장명	지급사유		지급금액
이상지질혈증(고지혈증포함)대상질병진단비	이상지질혈증(고지혈증포함)진단비	보험기간 중 이상지질혈증(고지혈증포함)으로 진단확정시 최초 1회에 한하여 지급	가입금액(가입후 1년경과시점 전일 이전 가입금액×10%지급)
	중등증이상이상지질혈증(고지혈증포함)진단비	보험기간 중 중등증이상 이상지질혈증(고지혈증포함)으로 진단확정시 최초 1회에 한하여 지급	가입금액(가입후 1년경과시점 전일 이전 가입금액×10%지급)
	중증이상지질혈증(고지혈증포함)진단비	보험기간 중 중증 이상지질혈증(고지혈증포함)으로 진단확정시 최초 1회에 한하여 지급	가입금액(가입후 1년경과시점 전일 이전 가입금액×10%지급)
2대질환 주요치료비(연간1회한, 10년간)/ 갱신형 2대질환 주요치료비(연간1회한, 10년간)	보험기간 중 「2대질환」으로 진단확정되고, 「보험금 지급기간」이내에 「2대질환 주요치료」를 받은 경우(연간1회한)		가입금액(최초가입후 1년경과시점 전일 이전 가입금액×50%지급 (보험금 지급기간 동안 적용))
상급종합병원 2대질환 주요치료비(연간1회한, 10년간)/ 갱신형 상급종합병원 2대질환 주요치료비(연간1회한, 10년간)	보험기간 중 「2대질환」으로 진단확정되고, 「보험금 지급기간」이내에 상급종합병원에서 「2대질환 주요치료」를 받은 경우(연간1회한)		가입금액(최초가입후 1년경과시점 전일 이전 가입금액×50%지급 (보험금 지급기간 동안 적용))

<table>
<tr><th>보장명</th><th>지급사유</th><th>지급금액</th></tr>
<tr><td>상급종합병원
2대질환
주요치료비(연간1회한, 10년간)(체증형)</td><td>보험기간 중 「2대질환」으로 진단확정되고, 「보험금 지급기간」이내에 상급종합병원에서 「2대질환 주요치료」를 받은 경우(연간1회한)
<table>
<tr><th rowspan="2">구분</th><th colspan="2">지급금액
(보험금 지급기간 동안 적용)</th></tr>
<tr><th>계약일부터 1년경과시점 전일 이전
「2대질환」으로 진단확정 시</th><th>계약일부터 1년경과시점 이후
「2대질환」으로 진단확정 시</th></tr>
<tr><td>2대질환 진단후
1차 연도</td><td>보험가입금액의 50%</td><td>보험가입금액의 100%</td></tr>
<tr><td>2대질환 진단후
2차 연도</td><td>보험가입금액의 60%</td><td>보험가입금액의 120%</td></tr>
<tr><td>2대질환 진단후
3차 연도</td><td>보험가입금액의 70%</td><td>보험가입금액의 140%</td></tr>
<tr><td>2대질환 진단후
4차 연도</td><td>보험가입금액의 80%</td><td>보험가입금액의 160%</td></tr>
<tr><td>2대질환 진단후
5차 연도</td><td>보험가입금액의 90%</td><td>보험가입금액의 180%</td></tr>
<tr><td>2대질환 진단후
6차 연도 이후</td><td>보험가입금액의 100%</td><td>보험가입금액의 200%</td></tr>
</table></td><td>2대질환 진단후
경과 연도별
해당금액 지급</td></tr>
<tr><td>갱신형 상급종합병원
2대질환
주요치료비(연간1회한, 10년간)(체증형)</td><td>보험기간 중 「2대질환」으로 진단확정되고, 「보험금 지급기간」이내에 상급종합병원에서 「2대질환 주요치료」를 받은 경우(연간1회한)
<table>
<tr><th rowspan="2">구분</th><th colspan="2">지급금액
(보험금 지급기간 동안 적용)</th></tr>
<tr><th>최초계약일부터 1년경과시점 전일 이전 「2대질환」으로 진단확정 시</th><th>최초계약일부터 1년경과시점 이후
「2대질환」으로 진단확정 시</th></tr>
<tr><td>2대질환 진단후
1차 연도</td><td>보험가입금액의 50%</td><td>보험가입금액의 100%</td></tr>
<tr><td>2대질환 진단후
2차 연도</td><td>보험가입금액의 60%</td><td>보험가입금액의 120%</td></tr>
<tr><td>2대질환 진단후
3차 연도</td><td>보험가입금액의 70%</td><td>보험가입금액의 140%</td></tr>
<tr><td>2대질환 진단후
4차 연도</td><td>보험가입금액의 80%</td><td>보험가입금액의 160%</td></tr>
<tr><td>2대질환 진단후
5차 연도</td><td>보험가입금액의 90%</td><td>보험가입금액의 180%</td></tr>
<tr><td>2대질환 진단후
6차 연도 이후</td><td>보험가입금액의 100%</td><td>보험가입금액의 200%</td></tr>
</table></td><td>2대질환 진단후
경과 연도별
해당금액 지급</td></tr>
<tr><td>특정순환계질환진단비
/ 갱신형
특정순환계질환진단비</td><td>보험기간 중에 「특정순환계질환」으로 진단확정되었을 경우 최초 1회에 한하여 지급</td><td>가입금액
(최초가입후
1년경과시점 전일
이전
가입금액×50%지급)</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>보장명</th><th>지급사유</th><th>지급금액</th></tr>
<tr><td>특정순환계질환
통합치료비</td><td>1) 보험기간 중 「특정순환계질환」의 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 「특정순환계질환 통합치료(검사)」를 받은 경우
2) 보험기간 중「특정순환계질환」으로 진단확정되고「특정순환계질환」의 치료를 직접적인 목적으로「특정순환계질환 통합치료(주요치료)」를 받은 경우
3) 보험기간 중「특정순환계질환」으로 진단확정되고「특정순환계질환 통합치료(재활치료)」를 받은 경우
아래의 통합치료항목별 지급금액을 지급
※ 연간 총 지급액은 보험가입금액을 한도로 함
<table>
<tr><th colspan="2">특정순환계질환
통합치료항목</th><th>연간
지급
횟수</th><th>보험가
입금액
2,000만
원</th><th>보험가
입금액
3,000만
원</th><th>보험가
입금액
5,000만
원</th><th>보험가
입금액
8,000만
원</th><th>보험가
입금액
1억원</th></tr>
<tr><td rowspan="3">검
사</td><td>MRI촬영(급여)</td><td>연간
1회한</td><td>5만원</td><td>5만원</td><td>5만원</td><td>5만원</td><td>5만원</td></tr>
<tr><td>양전자단층촬영
(PET)(급여)</td><td>연간
1회한</td><td>5만원</td><td>5만원</td><td>5만원</td><td>5만원</td><td>5만원</td></tr>
<tr><td>CT촬영(급여)</td><td>연간
1회한</td><td>10만원</td><td>10만원</td><td>10만원</td><td>10만원</td><td>10만원</td></tr>
<tr><td rowspan="7">주
요
치
료</td><td>혈전용해치료</td><td>연간
1회한</td><td>400만원</td><td>700만원</td><td>1,000만
원</td><td>2,000만
원</td><td>2,500만
원</td></tr>
<tr><td>지속적신대체요
법
(CRRT)(급여)</td><td>연간
1회한</td><td>200만원</td><td>300만원</td><td>500만원</td><td>500만원</td><td>500만원</td></tr>
<tr><td>인공호흡기치료
(12시간초과)(급
여)</td><td>연간
1회한</td><td>100만원</td><td>100만원</td><td>200만원</td><td>200만원</td><td>200만원</td></tr>
<tr><td>저체온요법치료
(급여)</td><td>연간
1회한</td><td>50만원</td><td>50만원</td><td>100만원</td><td>100만원</td><td>100만원</td></tr>
<tr><td>부분체외순환치
료
(급여)</td><td>연간
1회한</td><td>500만원</td><td>1,000만
원</td><td>2,000만
원</td><td>2,000만
원</td><td>2,000만
원</td></tr>
<tr><td>종합병원
중환자실치료</td><td>연간
1회한</td><td>400만원</td><td>700만원</td><td>1,000만
원</td><td>2,000만
원</td><td>2,000만
원</td></tr>
<tr><td>수술</td><td>수술
1회당</td><td>400만원</td><td>700만원</td><td>1,000만
원</td><td>2,000만
원</td><td>2,000만
원</td></tr>
<tr><td rowspan="2">재
활
치
료</td><td>입원
특정순환계질환
재활치료(급여)</td><td rowspan="2">연간
15회한
(각각
1일1회
한)</td><td rowspan="2">2만원</td><td rowspan="2">2만원</td><td rowspan="2">2만원</td><td rowspan="2">2만원</td><td rowspan="2">2만원</td></tr>
<tr><td>외래
특정순환계질환
재활치료(급여)</td></tr>
</table></td><td>통합치료항목별
지급금액 지급
(연간 총 지급액
한도 이내)</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>보장명</th><th>지급사유</th><th>지급금액</th></tr>
<tr><td>상급종합병원,권역심뇌혈관질환센터 특정순환계질환 통합치료비</td><td>1) 보험기간 중「상급종합병원 또는 권역심뇌혈관질환센터」에서「특정순환계질환」의 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 「특정순환계질환 통합치료(검사)」를 받은 경우
2) 보험기간 중「특정순환계질환」으로 진단확정되고「상급종합병원 또는 권역심뇌혈관질환센터」에서「특정순환계질환」의 치료를 직접적인 목적으로「특정순환계질환 통합치료(주요치료)」를 받은 경우
3) 보험기간 중「특정순환계질환」으로 진단확정되고「상급종합병원 또는 권역심뇌혈관질환센터」에서「특정순환계질환 통합치료(재활치료)」를 받은 경우
아래의 통합치료항목별 지급금액을 지급
※ 연간 총 지급액은 보험가입금액을 한도로 함
<table>
<tr><th colspan="2">특정순환계질환 통합치료항목</th><th>연간 지급 횟수</th><th>보험가 입금액 2,000만원</th><th>보험가 입금액 3,000만원</th><th>보험가 입금액 5,000만원</th><th>보험가 입금액 8,000만원</th><th>보험가 입금액 1억원</th></tr>
<tr><td rowspan="3">검사</td><td>MRI촬영(급여)</td><td>연간 1회한</td><td>5만원</td><td>5만원</td><td>5만원</td><td>5만원</td><td>5만원</td></tr>
<tr><td>양전자단층촬영(PET)(급여)</td><td>연간 1회한</td><td>5만원</td><td>5만원</td><td>5만원</td><td>5만원</td><td>5만원</td></tr>
<tr><td>CT촬영(급여)</td><td>연간 1회한</td><td>10만원</td><td>10만원</td><td>10만원</td><td>10만원</td><td>10만원</td></tr>
<tr><td rowspan="7">주요치료</td><td>혈전용해치료</td><td>연간 1회한</td><td>400만원</td><td>700만원</td><td>1,000만원</td><td>2,000만원</td><td>2,500만원</td></tr>
<tr><td>지속적신대체요법(CRRT)(급여)</td><td>연간 1회한</td><td>200만원</td><td>300만원</td><td>500만원</td><td>500만원</td><td>500만원</td></tr>
<tr><td>인공호흡기치료(12시간초과)(급여)</td><td>연간 1회한</td><td>100만원</td><td>100만원</td><td>200만원</td><td>200만원</td><td>200만원</td></tr>
<tr><td>저체온요법치료(급여)</td><td>연간 1회한</td><td>50만원</td><td>50만원</td><td>100만원</td><td>100만원</td><td>100만원</td></tr>
<tr><td>부분체외순환치료(급여)</td><td>연간 1회한</td><td>500만원</td><td>1,000만원</td><td>2,000만원</td><td>2,000만원</td><td>2,000만원</td></tr>
<tr><td>중환자실치료</td><td>연간 1회한</td><td>400만원</td><td>700만원</td><td>1,000만원</td><td>2,000만원</td><td>2,000만원</td></tr>
<tr><td>수술</td><td>수술 1회당</td><td>400만원</td><td>700만원</td><td>1,000만원</td><td>2,000만원</td><td>2,000만원</td></tr>
<tr><td rowspan="2">재활치료</td><td>입원 특정순환계질환 재활치료(급여)</td><td rowspan="2">연간 15회한(각각 1일1회한)</td><td rowspan="2">2만원</td><td rowspan="2">2만원</td><td rowspan="2">2만원</td><td rowspan="2">2만원</td><td rowspan="2">2만원</td></tr>
<tr><td>외래 특정순환계질환 재활치료(급여)</td></tr>
</table></td><td>통합치료항목별 지급금액 지급 (연간 총 지급액 한도 이내)</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>보장명</th><th colspan="2">지급사유</th><th>지급금액</th></tr>
<tr><td rowspan="4">최대두배받는2대질환치료비
(포인트적립형)/
갱신형
최대두배받는2대질환치료비
(포인트적립형)</td><td>누적
2대질환치료
포인트
1점이상</td><td>보험기간 중「2대질환」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 2대질환치료를 받아 2대질환치료포인트가 1점 이상인 경우(최초 1회한)</td><td>가입금액×25%
(최초가입후
1년경과시점 전일
이전
가입금액×12.5%
지급)</td></tr>
<tr><td>누적
2대질환치료
포인트
2점이상</td><td>보험기간 중「2대질환」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 2대질환치료를 받아 2대질환치료포인트가 2점 이상인 경우(최초 1회한)</td><td>가입금액×35%
(최초가입후
1년경과시점 전일
이전
가입금액×17.5%
지급)</td></tr>
<tr><td>누적
2대질환치료
포인트
3점이상</td><td>보험기간 중「2대질환」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 2대질환치료를 받아 2대질환치료포인트가 3점 이상인 경우(최초 1회한)</td><td>가입금액×40%
(최초가입후
1년경과시점 전일
이전
가입금액×20%지급)</td></tr>
<tr><td>누적
2대질환치료
포인트
4점이상</td><td>보험기간 중「2대질환」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 2대질환치료를 받아 2대질환치료포인트가 4점 이상인 경우(최초 1회한)</td><td>가입금액×100%
(최초가입후
1년경과시점 전일
이전
가입금액×50%지급)</td></tr>
<tr><td>암
통합치료비(비급여(전액본인부담 포함))</td><td colspan="2">보험기간 중 암 통합치료보장개시일※ 이후「통합치료항목별 대상질병」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로「비급여(전액본인부담 포함) 암 통합치료」를 받은 경우 아래의 통합치료항목별 지급금액을 지급
※ 연간 총 지급액은 보험가입금액을 한도로 함
※ 암 통합치료보장개시일은 가입일 또는 부활일(효력회복일)로부터 90일이 지난 다음날이고, 15세 미만인 경우 보장개시일은 가입일
<table>
<tr><th>통합치료항목</th><th>지급
횟수</th><th>보험
가입금액
2,000만원</th><th>보험
가입금액
5,000만원</th><th>보험
가입금액
8,000만원</th></tr>
<tr><td>비급여(전액본인부담 포함) 암(특정암제외) 다빈치로봇수술</td><td>연간
1회한</td><td>500만원</td><td>750만원</td><td>1,000만원</td></tr>
<tr><td>비급여(전액본인부담 포함) 특정암 다빈치로봇수술</td><td>연간
1회한</td><td>100만원</td><td>150만원</td><td>200만원</td></tr>
<tr><td>비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료</td><td>연간
1회한</td><td>1,000만원</td><td>2,000만원</td><td>3,000만원</td></tr>
<tr><td>비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료</td><td>연간
1회한</td><td>1,000만원</td><td>2,000만원</td><td>3,000만원</td></tr>
<tr><td>비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료</td><td>연간
1회한</td><td>1,000만원</td><td>2,000만원</td><td>3,000만원</td></tr>
</table></td><td>통합치료항목별
지급금액 지급
(연간 총 지급액
한도 이내)
(가입후
1년경과시점 전일
이전 한도 및
지급금액×50%)</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>보장명</th><th>지급사유</th><th>지급금액</th></tr>
<tr><td>암
통합치료비(비급여(전액본인부담 포함), 암중점치료기관(상급종합병원 포함))</td><td>보험기간 중 암 통합치료보장개시일※ 이후「통합치료항목별 대상질병」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로「암중점치료기관(상급종합병원 포함)」에서「비급여(전액본인부담 포함) 암 통합치료」를 받은 경우 아래의 통합치료항목별 지급금액을 지급
※ 연간 총 지급액은 보험가입금액을 한도로 함
※ 암 통합치료보장개시일은 가입일 또는 부활일(효력회복일)로부터 90일이 지난 다음날이고, 15세 미만인 경우 보장개시일은 가입일
<table>
<tr><th>통합치료항목</th><th>지급 횟수</th><th>보험 가입금액 2,000만원</th><th>보험 가입금액 5,000만원</th><th>보험 가입금액 8,000만원</th></tr>
<tr><td>비급여(전액본인부담 포함) 암(특정암제외) 다빈치로봇수술</td><td>연간 1회한</td><td>500만원</td><td>750만원</td><td>1,000만원</td></tr>
<tr><td>비급여(전액본인부담 포함) 특정암 다빈치로봇수술</td><td>연간 1회한</td><td>100만원</td><td>150만원</td><td>200만원</td></tr>
<tr><td>비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료</td><td>연간 1회한</td><td>1,000만원</td><td>2,000만원</td><td>3,000만원</td></tr>
<tr><td>비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료</td><td>연간 1회한</td><td>1,000만원</td><td>2,000만원</td><td>3,000만원</td></tr>
<tr><td>비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료</td><td>연간 1회한</td><td>1,000만원</td><td>2,000만원</td><td>3,000만원</td></tr>
</table></td><td>통합치료항목별 지급금액 지급
(연간 총 지급액 한도 이내)
(가입후 1년경과시점 전일 이전 한도 및 지급금액×50%)</td></tr>
<tr><td>암 통합치료비Ⅱ
(비급여(전액본인부담 포함))</td><td>보험기간 중 암 통합치료보장개시일※ 이후「통합치료항목별 대상질병」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로「비급여(전액본인부담 포함) 암 통합치료(주요치료)」또는「비급여(전액본인부담 포함) 암 통합치료(특정치료)」를 받은 경우 아래의 통합치료항목별 지급금액을 지급
※ 연간 총 지급액은 보험가입금액을 한도로 함
※ 암 통합치료보장개시일은 가입일 또는 부활일(효력회복일)로부터 90일이 지난 다음날이고, 15세 미만인 경우 보장개시일은 가입일
<table>
<tr><th colspan="2" rowspan="2">통합치료항목</th><th rowspan="2">지급 횟수</th><th colspan="3">보험가입금액별 지급금액</th></tr>
<tr><th>4,000만원</th><th>7,000만원</th><th>1억원</th></tr>
<tr><td rowspan="6">주요 치료</td><td>비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 수술</td><td>수술 1회당</td><td>500만원</td><td>750만원</td><td>1,000만원</td></tr>
<tr><td>비급여(전액본인부담 포함) 유사암 수술</td><td>수술 1회당</td><td>100만원</td><td>150만원</td><td>200만원</td></tr>
<tr><td>비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 항암방사선치료</td><td>연간 1회한</td><td>500만원</td><td>750만원</td><td>1,000만원</td></tr>
<tr><td>비급여(전액본인부담 포함) 기타피부암 및 갑상선암 항암방사선치료</td><td>연간 1회한</td><td>100만원</td><td>150만원</td><td>200만원</td></tr>
<tr><td>비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 항암약물치료</td><td>연간 1회한</td><td>500만원</td><td>750만원</td><td>1,000만원</td></tr>
<tr><td>비급여(전액본인부담 포함) 기타피부암 및 갑상선암 항암약물치료</td><td>연간 1회한</td><td>100만원</td><td>150만원</td><td>200만원</td></tr>
<tr><td rowspan="6">특정 치료</td><td>비급여(전액본인부담 포함) 암(특정암제외) 다빈치로봇수술</td><td>연간 1회한</td><td>500만원</td><td>750만원</td><td>1,000만원</td></tr>
<tr><td>비급여(전액본인부담 포함) 특정암 다빈치로봇수술</td><td>연간 1회한</td><td>100만원</td><td>150만원</td><td>200만원</td></tr>
<tr><td>비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료</td><td>연간 1회한</td><td>1,000만원</td><td>2,000만원</td><td>3,000만원</td></tr>
<tr><td>비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료</td><td>연간 1회한</td><td>1,000만원</td><td>2,000만원</td><td>3,000만원</td></tr>
<tr><td>비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료</td><td>연간 1회한</td><td>1,000만원</td><td>2,000만원</td><td>3,000만원</td></tr>
</table></td><td>통합치료항목별 지급금액 지급
(연간 총 지급액 한도 이내)
(가입후 1년경과시점 전일 이전 한도 및 지급금액×50%)</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>보장명</th><th>지급사유</th><th>지급금액</th></tr>
<tr><td>암
통합치료비Ⅱ(비급여(전액본인부담 포함), 암중점치료기관(상급종합병원 포함))</td><td>보험기간 중 암 통합치료보장개시일※ 이후「통합치료항목별 대상질병」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로「암중점치료기관(상급종합병원 포함)」에서「비급여(전액본인부담 포함) 암 통합치료(주요치료)」또는「비급여(전액본인부담 포함) 암 통합치료(특정치료)」를 받은 경우 아래의 통합치료항목별 지급금액을 지급
※ 연간 총 지급액은 보험가입금액을 한도로 함
※ 암 통합치료보장개시일은 가입일 또는 부활일(효력회복일)로부터 90일이 지난 다음날이고, 15세 미만인 경우 보장개시일은 가입일
<table>
<tr><th colspan="2" rowspan="2">통합치료항목</th><th rowspan="2">지급횟수</th><th colspan="3">보험가입금액별 지급금액</th></tr>
<tr><th>4,000만원</th><th>7,000만원</th><th>1억원</th></tr>
<tr><td rowspan="6">주요치료</td><td>비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 수술</td><td>수술 1회당</td><td>500만원</td><td>750만원</td><td>1,000만원</td></tr>
<tr><td>비급여(전액본인부담 포함) 유사암 수술</td><td>수술 1회당</td><td>100만원</td><td>150만원</td><td>200만원</td></tr>
<tr><td>비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 항암방사선치료</td><td>연간 1회한</td><td>500만원</td><td>750만원</td><td>1,000만원</td></tr>
<tr><td>비급여(전액본인부담 포함) 기타피부암 및 갑상선암 항암방사선치료</td><td>연간 1회한</td><td>100만원</td><td>150만원</td><td>200만원</td></tr>
<tr><td>비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 항암약물치료</td><td>연간 1회한</td><td>500만원</td><td>750만원</td><td>1,000만원</td></tr>
<tr><td>비급여(전액본인부담 포함) 기타피부암 및 갑상선암 항암약물치료</td><td>연간 1회한</td><td>100만원</td><td>150만원</td><td>200만원</td></tr>
<tr><td rowspan="5">특정치료</td><td>비급여(전액본인부담 포함) 암(특정암제외) 다빈치로봇수술</td><td>연간 1회한</td><td>500만원</td><td>750만원</td><td>1,000만원</td></tr>
<tr><td>비급여(전액본인부담 포함) 특정암 다빈치로봇수술</td><td>연간 1회한</td><td>100만원</td><td>150만원</td><td>200만원</td></tr>
<tr><td>비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료</td><td>연간 1회한</td><td>1,000만원</td><td>2,000만원</td><td>3,000만원</td></tr>
<tr><td>비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료</td><td>연간 1회한</td><td>1,000만원</td><td>2,000만원</td><td>3,000만원</td></tr>
<tr><td>비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료</td><td>연간 1회한</td><td>1,000만원</td><td>2,000만원</td><td>3,000만원</td></tr>
</table></td><td>통합치료항목별 지급금액 지급
(연간 총 지급액 한도 이내)
(가입후 1년경과시점 전일 이전 한도 및 지급금액×50%)</td></tr>
<tr><td>암 통합치료비
(주요치료)
(비급여(전액본인부담 포함))</td><td>보험기간 중 암 통합치료보장개시일※ 이후「통합치료항목별 대상질병」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로「비급여(전액본인부담 포함) 암 통합치료(주요치료)」를 받은 경우 아래의 통합치료항목별 지급금액을 지급
※ 연간 총 지급액은 보험가입금액을 한도로 함
※ 암 통합치료보장개시일은 가입일 또는 부활일(효력회복일)로부터 90일이 지난 다음날이고, 15세 미만인 경우 보장개시일은 가입일
<table>
<tr><th colspan="2" rowspan="2">통합치료항목</th><th rowspan="2">지급횟수</th><th colspan="3">보험가입금액별 지급금액</th></tr>
<tr><th>3,000만원</th><th>5,000만원</th><th>7,000만원</th></tr>
<tr><td rowspan="6">주요치료</td><td>비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 수술</td><td>수술 1회당</td><td>500만원</td><td>750만원</td><td>1,000만원</td></tr>
<tr><td>비급여(전액본인부담 포함) 유사암 수술</td><td>수술 1회당</td><td>100만원</td><td>150만원</td><td>200만원</td></tr>
<tr><td>비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 항암방사선치료</td><td>연간 1회한</td><td>500만원</td><td>750만원</td><td>1,000만원</td></tr>
<tr><td>비급여(전액본인부담 포함) 기타피부암 및 갑상선암 항암방사선치료</td><td>연간 1회한</td><td>100만원</td><td>150만원</td><td>200만원</td></tr>
<tr><td>비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 항암약물치료</td><td>연간 1회한</td><td>500만원</td><td>750만원</td><td>1,000만원</td></tr>
<tr><td>비급여(전액본인부담 포함) 기타피부암 및 갑상선암 항암약물치료</td><td>연간 1회한</td><td>100만원</td><td>150만원</td><td>200만원</td></tr>
</table></td><td>통합치료항목별 지급금액 지급
(연간 총 지급액 한도 이내)
(가입후 1년경과시점 전일 이전 한도 및 지급금액×50%)</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>보장명</th><th>지급사유</th><th>지급금액</th></tr>
<tr><td>암 통합치료비
(주요치료)
(비급여(전액본인부담 포함),
암중점치료기관(상급종합병원 포함))</td><td>보험기간 중 암 통합치료보장개시일※ 이후「통합치료항목별 대상질병」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로「암중점치료기관(상급종합병원 포함)」에서「비급여(전액본인부담 포함) 암 통합치료(주요치료)」를 받은 경우 아래의 통합치료항목별 지급금액을 지급
※ 연간 총 지급액은 보험가입금액을 한도로 함
※ 암 통합치료보장개시일은 가입일 또는 부활일(효력회복일)로부터 90일이 지난 다음날이고, 15세 미만인 경우 보장개시일은 가입일
<table>
<tr><th colspan="2" rowspan="2">통합치료항목</th><th rowspan="2">지급 횟수</th><th colspan="3">보험가입금액별 지급금액</th></tr>
<tr><th>3,000만원</th><th>5,000만원</th><th>7,000만원</th></tr>
<tr><td rowspan="6">주요 치료</td><td>비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 수술</td><td>수술 1회당</td><td>500만원</td><td>750만원</td><td>1,000만원</td></tr>
<tr><td>비급여(전액본인부담 포함) 유사암 수술</td><td>수술 1회당</td><td>100만원</td><td>150만원</td><td>200만원</td></tr>
<tr><td>비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 항암방사선치료</td><td>연간 1회한</td><td>500만원</td><td>750만원</td><td>1,000만원</td></tr>
<tr><td>비급여(전액본인부담 포함) 기타피부암 및 갑상선암 항암방사선치료</td><td>연간 1회한</td><td>100만원</td><td>150만원</td><td>200만원</td></tr>
<tr><td>비급여(전액본인부담 포함) 암(유사암제외) 항암약물치료</td><td>연간 1회한</td><td>500만원</td><td>750만원</td><td>1,000만원</td></tr>
<tr><td>비급여(전액본인부담 포함) 기타피부암 및 갑상선암 항암약물치료</td><td>연간 1회한</td><td>100만원</td><td>150만원</td><td>200만원</td></tr>
</table></td><td>통합치료항목별 지급금액 지급
(연간 총 지급액 한도 이내)
(가입후 1년경과시점 전일 이전 한도 및 지급금액×50%)</td></tr>
</table>

보장명	지급사유	지급금액
암 통합치료비(기본형)	1) 보험기간 중 암 통합치료보장개시일※ 이후「통합치료항목별 대상질병」의 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로「암 통합치료(검사)」를 받은 경우 2) 보험기간 중 암 통합치료보장개시일※ 이후「통합치료항목별 대상질병」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로「암 통합치료(주요치료)」또는「암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함)치료)」를 받은 경우 3) 보험기간 중 암 통합치료보장개시일※ 이후「통합치료항목별 대상질병」으로 진단확정되고「암 통합치료(통증완화치료)」를 받은 경우 4) 보험기간 중 암 통합치료보장개시일※ 이후「통합치료항목별 대상질병」으로 진단확정되고「암 통합치료(재활치료)」를 받은 경우 아래의 통합치료항목별 지급금액을 지급 ※ 연간 총 지급액은 보험가입금액을 한도로 함 ※ 암 통합치료보장개시일은 가입일 또는 부활일(효력회복일)로부터 90일이 지난 다음날이고, 15세 미만인 경우 보장개시일은 가입일	통합치료항목별 지급금액 지급 (연간 총 지급액 한도 이내)

통합치료항목		지급 횟수	보험가입 금액 4,000만원	보험가입 금액 8,000만원	보험가입 금액 1억원
검사	암 내시경검사(급여)	연간 1회한	5만원	5만원	5만원
	암 MRI촬영검사(급여)	연간 1회한	5만원	5만원	5만원
	암 양전자단층촬영(PET)검사(급여)	연간 1회한	5만원	5만원	5만원
	암 특정단일유전자검사(급여)	연간 1회한	5만원	5만원	5만원
	암 초음파검사(급여)	연간 1회한	5만원	10만원	10만원
	암 CT촬영검사(급여)	연간 1회한	5만원	10만원	10만원
	암 특정생검조직병리검사(급여)	연간 1회한	10만원	20만원	20만원
	암 특정NGS유전자패널검사(급여)	연간 1회한	100만원	100만원	100만원
주요치료	암(유사암제외) 수술	수술 1회당	500만원	750만원	1,000만원
	유사암 수술	수술 1회당	100만원	150만원	200만원
	암(유사암제외) 항암방사선치료	연간 1회한	500만원	750만원	1,000만원
	기타피부암 및 갑상선암 항암방사선치료	연간 1회한	100만원	150만원	200만원
	암(유사암제외) 항암약물치료	연간 1회한	500만원	750만원	1,000만원
	기타피부암 및 갑상선암 항암약물치료	연간 1회한	100만원	150만원	200만원
	항암세기조절방사선치료	연간 1회한	500만원	750만원	1,000만원
비급여(전액본인부담포함)치료	비급여(전액본인부담 포함) 암(특정암제외) 다빈치로봇수술	연간 1회한	500만원	750만원	1,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 특정암 다빈치로봇수술	연간 1회한	100만원	150만원	200만원
	비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료	연간 1회한	1,000만원	2,000만원	3,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료	연간 1회한	1,000만원	2,000만원	3,000만원
	비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료	연간 1회한	1,000만원	2,000만원	3,000만원
통증완화치료	암(유사암제외) 특정통증완화치료(급여)	연간 1회한	30만원	40만원	50만원
재활치료	입원 암 재활치료(급여)	연간 20회한 (각각 1일 1회한)	2만원	2만원	2만원
	외래 암 재활치료(급여)				

<table>
<tr><th>보장명</th><th>지급사유</th><th>지급금액</th></tr>
<tr><td>암
통합치료비(암중점치료기관(기본형)(상급종합병원 포함))</td><td>1) 보험기간 중 암 통합치료보장개시일※ 이후「통합치료항목별 대상질병」의 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로「암중점치료기관(상급종합병원 포함)」에서「암 통합치료(검사)」를 받은 경우
2) 보험기간 중 암 통합치료보장개시일※ 이후「통합치료항목별 대상질병」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로「암중점치료기관(상급종합병원 포함)」에서「암 통합치료(주요치료)」또는 「암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함)치료)」를 받은 경우
3) 보험기간 중 암 통합치료보장개시일※ 이후「통합치료항목별 대상질병」으로 진단확정되고「암 통합치료(통증완화치료)」를 받은 경우
4) 보험기간 중 암 통합치료보장개시일※ 이후「통합치료항목별 대상질병」으로 진단확정되고「암중점치료기관(상급종합병원 포함)」에서「암 통합치료(재활치료)」를 받은 경우
아래의 통합치료항목별 지급금액을 지급
※ 연간 총 지급액은 보험가입금액을 한도로 함
※ 암 통합치료보장개시일은 가입일 또는 부활일(효력회복일)로부터 90일이 지난 다음날이고, 15세 미만인 경우 보장개시일은 가입일
<table>
<tr><th colspan="2">통합치료항목</th><th>지급 횟수</th><th>보험가입 금액 4,000만원</th><th>보험가입 금액 8,000만원</th><th>보험가입 금액 1억원</th></tr>
<tr><td rowspan="8">검사</td><td>암 내시경검사(급여)</td><td>연간 1회한</td><td>5만원</td><td>5만원</td><td>5만원</td></tr>
<tr><td>암 MRI촬영검사(급여)</td><td>연간 1회한</td><td>5만원</td><td>5만원</td><td>5만원</td></tr>
<tr><td>암 양전자단층촬영(PET)검사(급여)</td><td>연간 1회한</td><td>5만원</td><td>5만원</td><td>5만원</td></tr>
<tr><td>암 특정단일유전자검사(급여)</td><td>연간 1회한</td><td>5만원</td><td>5만원</td><td>5만원</td></tr>
<tr><td>암 초음파검사(급여)</td><td>연간 1회한</td><td>5만원</td><td>10만원</td><td>10만원</td></tr>
<tr><td>암 CT촬영검사(급여)</td><td>연간 1회한</td><td>5만원</td><td>10만원</td><td>10만원</td></tr>
<tr><td>암 특정생검조직병리검사(급여)</td><td>연간 1회한</td><td>10만원</td><td>20만원</td><td>20만원</td></tr>
<tr><td>암 특정NGS유전자패널검사(급여)</td><td>연간 1회한</td><td>100만원</td><td>100만원</td><td>100만원</td></tr>
<tr><td rowspan="7">주요치료</td><td>암(유사암제외) 수술</td><td>수술 1회당</td><td>500만원</td><td>750만원</td><td>1,000만원</td></tr>
<tr><td>유사암 수술</td><td>수술 1회당</td><td>100만원</td><td>150만원</td><td>200만원</td></tr>
<tr><td>암(유사암제외) 항암방사선치료</td><td>연간 1회한</td><td>500만원</td><td>750만원</td><td>1,000만원</td></tr>
<tr><td>기타피부암 및 갑상선암 항암방사선치료</td><td>연간 1회한</td><td>100만원</td><td>150만원</td><td>200만원</td></tr>
<tr><td>암(유사암제외) 항암약물치료</td><td>연간 1회한</td><td>500만원</td><td>750만원</td><td>1,000만원</td></tr>
<tr><td>기타피부암 및 갑상선암 항암약물치료</td><td>연간 1회한</td><td>100만원</td><td>150만원</td><td>200만원</td></tr>
<tr><td>항암세기조절방사선치료</td><td>연간 1회한</td><td>500만원</td><td>750만원</td><td>1,000만원</td></tr>
<tr><td rowspan="5">비급여(전액본인부담포함)치료</td><td>비급여(전액본인부담 포함) 암(특정암제외) 다빈치로봇수술</td><td>연간 1회한</td><td>500만원</td><td>750만원</td><td>1,000만원</td></tr>
<tr><td>비급여(전액본인부담 포함) 특정암 다빈치로봇수술</td><td>연간 1회한</td><td>100만원</td><td>150만원</td><td>200만원</td></tr>
<tr><td>비급여(전액본인부담 포함) 표적항암약물허가치료</td><td>연간 1회한</td><td>1,000만원</td><td>2,000만원</td><td>3,000만원</td></tr>
<tr><td>비급여(전액본인부담 포함) 특정면역항암약물허가치료</td><td>연간 1회한</td><td>1,000만원</td><td>2,000만원</td><td>3,000만원</td></tr>
<tr><td>비급여(전액본인부담 포함) 항암양성자방사선치료</td><td>연간 1회한</td><td>1,000만원</td><td>2,000만원</td><td>3,000만원</td></tr>
<tr><td>통증완화치료</td><td>암(유사암제외) 특정통증완화치료(급여)</td><td>연간 1회한</td><td>30만원</td><td>40만원</td><td>50만원</td></tr>
<tr><td rowspan="2">재활치료</td><td>입원 암 재활치료(급여)</td><td rowspan="2">연간 20회한 (각각 1일 1회한)</td><td rowspan="2">2만원</td><td rowspan="2">2만원</td><td rowspan="2">2만원</td></tr>
<tr><td>외래 암 재활치료(급여)</td></tr>
</table></td><td>통합치료항목별 지급금액 지급
(연간 총 지급액 한도 이내)</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>보장명</th><th>지급사유</th><th>지급금액</th></tr>
<tr><td>암 통합치료비(실속형)</td><td>보험기간 중 암 통합치료보장개시일※ 이후「통합치료항목별 대상질병」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로「암 통합치료(주요치료)」또는「암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함)치료)」를 받은 경우 아래의 통합치료항목별 지급금액을 지급
※ 연간 총 지급액은 보험가입금액을 한도로 함
※ 암 통합치료보장개시일은 가입일 또는 부활일(효력회복일)로부터 90일이 지난 다음날이고, 15세 미만인 경우 보장개시일은 가입일
<table>
<tr><th colspan="2">통합치료항목</th><th>지급 횟수</th><th>보험가입금액 1,000만원</th><th>보험가입금액 3,000만원</th><th>보험가입금액 5,000만원</th><th>보험가입금액 7,000만원</th></tr>
<tr><td rowspan="6">주요치료</td><td>암(유사암제외) 수술</td><td>수술 1회당</td><td>250만원</td><td>500만원</td><td>750만원</td><td>1,000만원</td></tr>
<tr><td>유사암 수술</td><td>수술 1회당</td><td>50만원</td><td>100만원</td><td>150만원</td><td>200만원</td></tr>
<tr><td>암(유사암제외) 항암방사선치료</td><td>연간 1회한</td><td>250만원</td><td>500만원</td><td>750만원</td><td>1,000만원</td></tr>
<tr><td>기타피부암 및 갑상선암 항암방사선치료</td><td>연간 1회한</td><td>50만원</td><td>100만원</td><td>150만원</td><td>200만원</td></tr>
<tr><td>암(유사암제외) 항암약물치료</td><td>연간 1회한</td><td>250만원</td><td>500만원</td><td>750만원</td><td>1,000만원</td></tr>
<tr><td>기타피부암 및 갑상선암 항암약물치료</td><td>연간 1회한</td><td>50만원</td><td>100만원</td><td>150만원</td><td>200만원</td></tr>
<tr><td rowspan="3">비급여(전액본인부담포함)치료</td><td>비급여(전액본인부담포함) 표적항암약물허가치료</td><td>연간 1회한</td><td>250만원</td><td>500만원</td><td>750만원</td><td>1,000만원</td></tr>
<tr><td>비급여(전액본인부담포함) 특정면역항암약물허가치료</td><td>연간 1회한</td><td>250만원</td><td>500만원</td><td>750만원</td><td>1,000만원</td></tr>
<tr><td>비급여(전액본인부담포함) 항암양성자방사선치료</td><td>연간 1회한</td><td>250만원</td><td>500만원</td><td>750만원</td><td>1,000만원</td></tr>
</table></td><td>통합치료항목별 지급금액 지급
(연간 총 지급액 한도 이내)</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>보장명</th><th>지급사유</th><th>지급금액</th></tr>
<tr><td>암 통합치료비(실속형)
(암중점치료기관(상급종합병원 포함))</td><td>보험기간 중 암 통합치료보장개시일※ 이후「통합치료항목별 대상질병」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로「암중점치료기관(상급종합병원 포함)」에서「암 통합치료(주요치료)」또는「암 통합치료(비급여(전액본인부담 포함)치료)」를 받은 경우 아래의 통합치료항목별 지급금액을 지급
※ 연간 총 지급액은 보험가입금액을 한도로 함
※ 암 통합치료보장개시일은 가입일 또는 부활일(효력회복일)로부터 90일이 지난 다음날이고, 15세 미만인 경우 보장개시일은 가입일
<table>
<tr><th colspan="2">통합치료항목</th><th>지급횟수</th><th>보험가입금액 1,000만원</th><th>보험가입금액 3,000만원</th><th>보험가입금액 5,000만원</th><th>보험가입금액 7,000만원</th></tr>
<tr><td rowspan="6">주요치료</td><td>암(유사암제외) 수술</td><td>수술 1회당</td><td>250만원</td><td>500만원</td><td>750만원</td><td>1,000만원</td></tr>
<tr><td>유사암 수술</td><td>수술 1회당</td><td>50만원</td><td>100만원</td><td>150만원</td><td>200만원</td></tr>
<tr><td>암(유사암제외) 항암방사선치료</td><td>연간 1회한</td><td>250만원</td><td>500만원</td><td>750만원</td><td>1,000만원</td></tr>
<tr><td>기타피부암 및 갑상선암 항암방사선치료</td><td>연간 1회한</td><td>50만원</td><td>100만원</td><td>150만원</td><td>200만원</td></tr>
<tr><td>암(유사암제외) 항암약물치료</td><td>연간 1회한</td><td>250만원</td><td>500만원</td><td>750만원</td><td>1,000만원</td></tr>
<tr><td>기타피부암 및 갑상선암 항암약물치료</td><td>연간 1회한</td><td>50만원</td><td>100만원</td><td>150만원</td><td>200만원</td></tr>
<tr><td rowspan="3">비급여(전액본인부담포함)치료</td><td>비급여(전액본인부담포함) 표적항암약물허가치료</td><td>연간 1회한</td><td>250만원</td><td>500만원</td><td>750만원</td><td>1,000만원</td></tr>
<tr><td>비급여(전액본인부담포함) 특정면역항암약물허가치료</td><td>연간 1회한</td><td>250만원</td><td>500만원</td><td>750만원</td><td>1,000만원</td></tr>
<tr><td>비급여(전액본인부담포함) 항암양성자방사선치료</td><td>연간 1회한</td><td>250만원</td><td>500만원</td><td>750만원</td><td>1,000만원</td></tr>
</table></td><td>통합치료항목별 지급금액 지급
(연간 총 지급액 한도 이내)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">암 통합치료 생활비
(연간 통합치료 2회이상)보장특약</td><td>암(유사암제외)</td><td>보험기간 중에 암보장개시일※ 이후에「암(유사암제외)」으로 진단확정 되고 그 치료를 직접적인 목적으로 받은「암(유사암제외) 통합치료」의「연간 암(유사암제외) 통합치료횟수」가 2회 이상인 경우(연간1회한)
※ 암보장개시일은 계약일 또는 부활일(효력회복일)로부터 90일이 지난 다음날이고, 15세 미만인 경우 보장개시일은 계약일</td><td>가입금액</td></tr>
<tr><td>유사암</td><td>보험기간 중「통합치료항목별 대상질병」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 받은「유사암 통합치료」의「연간 유사암 통합치료횟수」가 2회 이상인 경우(연간1회한)</td><td>가입금액</td></tr>
</table>

보장명	지급사유		지급금액
특정호르몬약물허가치료비	특정항암	보험기간 중에 암보장개시일※ 이후에「암(유사암제외)」으로 진단확정 되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「특정항암호르몬약물허가치료」를 받은 경우(최초1회한) ※ 암보장개시일은 최초계약일 또는 부활일(효력회복일)로부터 90일이 지난 다음날이고, 15세 미만인 경우 보장개시일은 최초계약일	가입금액 (최초가입후 1년경과시점 전일 이전 가입금액×50%)
	갑상선암수술후	보험기간 중에「감상선암」으로 진단확정 되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「특정항암호르몬약물허가치료」를 받은 경우(최초1회한)	가입금액 (최초가입후 1년경과시점 전일 이전 가입금액×50%)
계속받는 특정항암호르몬약물허가치료비 (연간1회한)	보험기간 중에 암보장개시일※ 이후에「암(유사암제외)」으로 진단확정 되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「특정항암호르몬약물허가치료」를 받은 경우(연간1회한) ※ 암보장개시일은 최초계약일 또는 부활일(효력회복일)로부터 90일이 지난 다음날이고, 15세 미만인 경우 보장개시일은 최초계약일		가입금액 (최초가입후 1년경과시점 전일 이전 가입금액×50%)
통합암진단비(전이포함)(유사암제외)/ 갱신형 통합암진단비(전이포함)(유사암제외)	특정소액암 (전이포함)	보험기간 중 암보장개시일※ 이후에 특정소액암(전이포함)으로 진단확정시 (최초 1회한)	가입금액 (최초가입후 1년경과시점 전일 이전 가입금액×50%지급)
	특정소화기암 (전이포함)	보험기간 중 암보장개시일※ 이후에 특정소화기암(전이포함)으로 진단확정시 (최초 1회한)	가입금액
	14대특정암 (전이포함)	보험기간 중 암보장개시일※ 이후에 14대특정암(전이포함)으로 진단확정시 (최초 1회한)	가입금액
	10대특정암 (전이포함)	보험기간 중 암보장개시일※ 이후에 10대특정암(전이포함)으로 진단확정시 (최초 1회한)	가입금액
	4대고액암 (전이포함)	보험기간 중 암보장개시일※ 이후에 4대고액암(전이포함)으로 진단확정시 (최초 1회한)	가입금액
	※ 암보장개시일은 가입일 또는 부활일(효력회복일)로부터 90일이 지난 다음날이고, 15세 미만인 경우 가입일. 단, 보장이 자동갱신된 경우에는 갱신일		
간병인사용 일반상해입원일당(plus)(1일이상180일한도)(요양병원제외)	보험기간 중 상해로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(요양병원 제외)에 입원하여 의사의 치료를 받으며 약관에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우 간병인사용 1일당 지급 ※ 1일당 간병인 사용금액 산정기준 : 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액 및 총 사용시간을 총 사용일수로 나눈 금액 및 시간으로 판단하며 간병인 사용 시작일자와 간병인 사용 종료일자 사이에 간병인을 사용하지 않은 날짜가 없는 경우 간병인 사용일이 연속된 것으로 봄 ※ 간병인 사용금액이 1일당 7만원 미만이더라도 간병인 사용시간이 1일당 8시간 이상인 경우에는 간병인 사용 1일당 「간병인 사용금액이 1일당 7만원 이상인 경우」의 지급금액 지급 ※ 1회 입원당 180일 한도 지급 ※ 의료법 제4조의2에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우 보험금을 지급하지 않음		간병인 사용금액이 1일당 7만원 미만인 경우 가입금액의 50%(단, 간병인사용시간이 1일당 8시간 이상인 경우 가입금액의 100%), 간병인 사용금액이 1일당 7만원 이상인 경우 가입금액의 100%

보장명	지급사유	지급금액
간병인사용 일반상해입원일당(1일 이상180일한도)(요양병원)	보험기간 중 상해로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 요양병원에 입원하여 의사의 치료를 받으며 약관에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우 간병인사용 1일당 가입금액 지급 ※ 1회 입원당 180일 한도 지급 ※ 의료법 제4조의2에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우 보험금을 지급하지 않음	간병인사용 1일당 가입금액 (180일 한도)
간호·간병통합서비스 사용 일반상해입원일당(1일 이상180일한도)	보험기간 중 상해로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원(요양병원 제외)에 입원하여 의사의 치료를 받으며 의료법 제4조의2에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우 간호·간병통합서비스사용 1일당 가입금액 지급 ※ 1회 입원당 180일 한도 지급	간호·간병통합서비스사용 1일당 가입금액 (180일 한도)
일반상해입원일당(181일이상)(요양,정신,한방병원제외)	보험기간 중 상해로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(요양,정신,한방병원 제외)에 181일 이상 입원하여 치료를 받은 경우 최초입원일부터 180일을 초과하는 입원 1일당 가입금액 지급 ※ 1회 입원당 185일 한도 지급	180일을 초과하는 입원 1일당 가입금액 (185일 한도)
간병인사용 일반상해입원일당(plus)(181일이상)(요양,정신,한방병원제외)	보험기간 중 상해로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(요양,정신,한방병원 제외)에 181일 이상 입원하여 의사의 치료를 받으며 약관에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우 180일을 초과한 간병인사용 1일당 지급 ※ 1일당 간병인 사용금액 산정기준 : 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액 및 총 사용시간을 총 사용일수로 나눈 금액 및 시간으로 판단하며 간병인 사용 시작일자와 간병인 사용 종료일자 사이에 간병인을 사용하지 않은 날짜가 없는 경우 간병인 사용일이 연속된 것으로 봄 ※ 간병인 사용금액이 1일당 7만원 미만이더라도 간병인 사용시간이 1일당 8시간 이상인 경우에는 간병인 사용 1일당 「간병인 사용금액이 1일당 7만원 이상인 경우」의 지급금액 지급 ※ 1회 입원당 185일 한도 지급 ※ 의료법 제4조의2에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우 보험금을 지급하지 않음	180일을 초과하는 간병인 사용 1일당 간병인 사용금액이 1일당 7만원 미만인 경우 가입금액의 50%(단, 간병인사용시간이 1일당 8시간 이상인 경우 가입금액의 100%), 간병인 사용금액이 1일당 7만원 이상인 경우 가입금액의 100% (185일 한도)
간호·간병통합서비스 사용 일반상해입원일당(181일이상)(요양,정신,한방병원제외)	보험기간 중 상해로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원(요양,정신,한방병원제외)에 181일 이상 입원하여 의사의 치료를 받으며 의료법 제4조의2에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우 180일을 초과하는 간호·간병통합서비스사용 1일당 가입금액 지급 ※ 1회 입원당 185일 한도 지급	180일을 초과하는 간호·간병통합서비스 사용 1일당 가입금액 (185일 한도)

<table>
<tr><th>보장명</th><th>지급사유</th><th>지급금액</th></tr>
<tr><td>간병인사용
일반상해입원일당(plus)
(1일이상
180일한도)(요양병원제외)(체증형)</td><td>보험기간 중 상해로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(요양병원 제외)에 입원하여 의사의 치료를 받으며 약관에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우 간병인 사용 1일당 아래의 금액을 지급
<table>
<tr><th rowspan="2">구분</th><th colspan="2">지급금액</th></tr>
<tr><th>간병인 사용금액이 1일당 7만원 미만인 경우</th><th>간병인 사용금액이 1일당 7만원 이상인 경우</th></tr>
<tr><td>계약일부터
5년경과시점 전일 이전</td><td>보험가입금액의 50%</td><td>보험가입금액의
100%</td></tr>
<tr><td>계약일부터
5년경과시점 이후
10년경과시점 전일 이전</td><td>보험가입금액의 60%</td><td>보험가입금액의
120%</td></tr>
<tr><td>계약일부터
10년경과시점 이후
20년경과시점 전일 이전</td><td>보험가입금액의 75%</td><td>보험가입금액의
150%</td></tr>
<tr><td>계약일부터
20년경과시점 이후</td><td>보험가입금액의
100%</td><td>보험가입금액의
200%</td></tr>
</table>
※ 1일당 간병인 사용금액 산정기준 : 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액 및 총 사용시간을 총 사용일수로 나눈 금액 및 시간으로 판단하며 간병인 사용 시작일자와 간병인 사용 종료일자 사이에 간병인을 사용하지 않은 날짜가 없는 경우 간병인 사용일이 연속된 것으로 봄
※ 간병인 사용금액이 1일당 7만원 미만이더라도 간병인 사용시간이 1일당 8시간 이상인 경우에는 간병인 사용 1일당 「간병인 사용금액이 1일당 7만원 이상인 경우」의 지급금액 지급
※ 의료법 제4조의2에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우 보험금을 지급하지 않음
※ 1회 입원당 180일 한도 지급
※ 계약일부터 5/10/20년 경과시점 : 계약일부터 그 날을 포함하여 5/10/20년이 지난날의 다음날</td><td>계약일부터
경과시점별
해당금액 지급</td></tr>
<tr><td>간병인사용
일반상해입원일당(1일이상
180일한도)(요양병원)(체증형)</td><td>보험기간 중 상해로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 요양병원에 입원하여 의사의 치료를 받으며 약관에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우 간병인 사용 1일당 아래의 금액을 지급
<table>
<tr><th>구분</th><th>지급금액</th></tr>
<tr><td>계약일부터
5년경과시점 전일 이전</td><td>보험가입금액의 100%</td></tr>
<tr><td>계약일부터
5년경과시점 이후
10년경과시점 전일 이전</td><td>보험가입금액의 120%</td></tr>
<tr><td>계약일부터
10년경과시점 이후
20년경과시점 전일 이전</td><td>보험가입금액의 150%</td></tr>
<tr><td>계약일부터
20년경과시점 이후</td><td>보험가입금액의 200%</td></tr>
</table>
※ 의료법 제4조의2에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우 보험금을 지급하지 않음
※ 1회 입원당 180일 한도 지급
※ 계약일부터 5/10/20년 경과시점 : 계약일부터 그 날을 포함하여 5/10/20년이 지난날의 다음날</td><td>계약일부터
경과시점별
해당금액 지급</td></tr>
</table>

보장명	지급사유	지급금액
일반상해입원 간병인비용지원(간병인 비용 200만원 이상)(요양병원제외)	보험기간 중 상해로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(요양병원제외)에 입원하여 의사의 치료를 받으며 약관에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우, 한 사고당 간병인 이용금액이 200만원 이상인 경우 가입금액 지급 ※ 간병인 이용금액 : 간병인이 고용된 의료기관 또는 사업체에 지불한 비용으로 간병인 이용에 사용된 금액 외에 간병에 쓰인 비용은 불포함 ※ 지급기준은 사고당 180일간 간병인 이용금액 총액으로 판단하며 간병인 이용금액은 1일당 15만원 한도 ※ 의료법 제4조의2에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우 보험금을 지급하지 않음	가입금액
일반상해입원 간병인비용지원(간병인 비용 500만원 이상)(요양병원제외)	보험기간 중 상해로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(요양병원제외)에 입원하여 의사의 치료를 받으며 약관에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우, 한 사고당 간병인 이용금액이 500만원 이상인 경우 가입금액 지급 ※ 간병인 이용금액 : 간병인이 고용된 의료기관 또는 사업체에 지불한 비용으로 간병인 이용에 사용된 금액 외에 간병에 쓰인 비용은 불포함 ※ 지급기준은 사고당 180일간 간병인 이용금액 총액으로 판단하며 간병인 이용금액은 1일당 15만원 한도 ※ 의료법 제4조의2에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우 보험금을 지급하지 않음	가입금액
일반상해입원 간병인비용지원(간병인 비용 1,000만원 이상)(요양병원제외)	보험기간 중 상해로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(요양병원제외)에 입원하여 의사의 치료를 받으며 약관에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우, 한 사고당 간병인 이용금액이 1,000만원 이상인 경우 가입금액 지급 ※ 간병인 이용금액 : 간병인이 고용된 의료기관 또는 사업체에 지불한 비용으로 간병인 이용에 사용된 금액 외에 간병에 쓰인 비용은 불포함 ※ 지급기준은 사고당 180일간 간병인 이용금액 총액으로 판단하며 간병인 이용금액은 1일당 15만원 한도 ※ 의료법 제4조의2에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우 보험금을 지급하지 않음	가입금액
일반상해입원 간병인비용지원(간병인 비용 2,000만원 이상)(요양병원제외)	보험기간 중 상해로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(요양병원제외)에 입원하여 의사의 치료를 받으며 약관에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우, 한 사고당 간병인 이용금액이 2,000만원 이상인 경우 가입금액 지급 ※ 간병인 이용금액 : 간병인이 고용된 의료기관 또는 사업체에 지불한 비용으로 간병인 이용에 사용된 금액 외에 간병에 쓰인 비용은 불포함 ※ 지급기준은 사고당 180일간 간병인 이용금액 총액으로 판단하며 간병인 이용금액은 1일당 15만원 한도 ※ 의료법 제4조의2에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우 보험금을 지급하지 않음	가입금액

보장명	지급사유	지급금액
간병인사용 질병입원일당(plus)(1일이상180일한도)(요양병원제외)	보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(요양병원 제외)에 입원하여 의사의 치료를 받으며 약관에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우 간병인사용 1일당 지급 ※ 1일당 간병인 사용금액 산정기준 : 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액 및 총 사용시간을 총 사용일수로 나눈 금액 및 시간으로 판단하며 간병인 사용 시작일자와 간병인 사용 종료일자 사이에 간병인을 사용하지 않은 날짜가 없는 경우 간병인 사용일이 연속된 것으로 봄 ※ 간병인 사용금액이 1일당 7만원 미만이더라도 간병인 사용시간이 1일당 8시간 이상인 경우에는 간병인 사용 1일당 「간병인 사용금액이 1일당 7만원 이상인 경우」의 지급금액 지급 ※ 1회 입원당 180일 한도 지급 ※ 의료법 제4조의2에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우 보험금을 지급하지 않음	간병인 사용금액이 1일당 7만원 미만인 경우 가입금액의 50%(단, 간병인사용시간이 1일당 8시간 이상인 경우 가입금액의 100%), 간병인 사용금액이 1일당 7만원 이상인 경우 가입금액의 100%
간병인사용 질병입원일당(1일이상180일한도)(요양병원)	보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 요양병원에 입원하여 의사의 치료를 받으며 약관에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우 간병인사용 1일당 가입금액 지급 ※ 1회 입원당 180일 한도 지급 ※ 의료법 제4조의2에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우 보험금을 지급하지 않음	간병인 사용 1일당 가입금액 (180일 한도)
간호·간병통합서비스 사용 질병입원일당(1일이상180일한도)	보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원(요양병원 제외)에 입원하여 의사의 치료를 받으며 의료법 제4조의2에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우 간호·간병통합서비스사용 1일당 가입금액 지급 ※ 1회 입원당 180일 한도 지급	간호·간병통합서비스사용 1일당 가입금액 (180일 한도)
질병입원일당(181일이상)(요양,정신,한방병원 제외)	보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(요양,정신,한방병원 제외)에 181일 이상 입원한 경우 최초입원일부터 180일을 초과하는 입원 1일당 가입금액 지급 ※ 1회 입원당 185일 한도 지급	180일을 초과하는 입원 1일당 가입금액 (185일 한도)

보장명	지급사유	지급금액
간병인사용 질병입원일당(plus)(181일이상)(요양,정신,한방병원제외)	보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(요양,정신,한방병원 제외)에 181일 이상 입원하여 의사의 치료를 받으며 약관에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우 180일을 초과한 간병인사용 1일당 지급 ※ 1일당 간병인 사용금액 산정기준 : 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액 및 총 사용시간을 총 사용일수로 나눈 금액 및 시간으로 판단하며 간병인 사용 시작일자와 간병인 사용 종료일자 사이에 간병인을 사용하지 않은 날짜가 없는 경우 간병인 사용일이 연속된 것으로 봄 ※ 간병인 사용금액이 1일당 7만원 미만이더라도 간병인 사용시간이 1일당 8시간 이상인 경우에는 간병인 사용 1일당 「간병인 사용금액이 1일당 7만원 이상인 경우」의 지급금액 지급 ※ 1회 입원당 185일 한도 지급 ※ 의료법 제4조의2에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우 보험금을 지급하지 않음	180일을 초과하는 간병인 사용 1일당 간병인 사용금액이 1일당 7만원 미만인 경우 가입금액의 50%(단, 간병인사용시간이 1일당 8시간 이상인 경우 가입금액의 100%), 간병인 사용금액이 1일당 7만원 이상인 경우 가입금액의 100% (185일 한도)
간호·간병통합서비스 사용 질병입원일당(181일이상)(요양,정신,한방병원제외)	보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원(요양,정신,한방병원제외)에 181일 이상 입원하여 의사의 치료를 받으며 의료법 제4조의2에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우 180일을 초과하는 간호·간병통합서비스사용 1일당 가입금액 지급 ※ 1회 입원당 185일 한도 지급	180일을 초과하는 간호·간병통합서비스 사용 1일당 가입금액 (185일 한도)

<table>
<tr><th>보장명</th><th>지급사유</th><th>지급금액</th></tr>
<tr><td>간병인사용
질병입원일당(plus)(1일이상
180일한도)(요양병원제외)(체증형)</td><td>보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(요양병원 제외)에 1일 이상 계속 입원하여 의사의 치료를 받으며 약관에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우 간병인 사용 1일당 아래의 금액을 지급
<table>
<tr><th rowspan="2">구분</th><th colspan="2">지급금액</th></tr>
<tr><th>간병인 사용금액이 1일당 7만원 미만인 경우</th><th>간병인 사용금액이 1일당 7만원 이상인 경우</th></tr>
<tr><td>계약일부터
5년경과시점 전일 이전</td><td>보험가입금액의 50%</td><td>보험가입금액의
100%</td></tr>
<tr><td>계약일부터
5년경과시점 이후
10년경과시점 전일 이전</td><td>보험가입금액의 60%</td><td>보험가입금액의
120%</td></tr>
<tr><td>계약일부터
10년경과시점 이후
20년경과시점 전일 이전</td><td>보험가입금액의 75%</td><td>보험가입금액의
150%</td></tr>
<tr><td>계약일부터
20년경과시점 이후</td><td>보험가입금액의
100%</td><td>보험가입금액의
200%</td></tr>
</table>
※ 1일당 간병인 사용금액 산정기준 : 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액 및 총 사용시간을 총 사용일수로 나눈 금액 및 시간으로 판단하며 간병인 사용 시작일자와 간병인 사용 종료일자 사이에 간병인을 사용하지 않은 날짜가 없는 경우 간병인 사용일이 연속된 것으로 봄
※ 간병인 사용금액이 1일당 7만원 미만이더라도 간병인 사용시간이 1일당 8시간 이상인 경우에는 간병인 사용 1일당 「간병인 사용금액이 1일당 7만원 이상인 경우」의 지급금액 지급
※ 의료법 제4조의2에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우 보험금을 지급하지 않음
※ 1회 입원당 180일 한도 지급
※ 계약일부터 5/10/20년 경과시점 : 계약일부터 그 날을 포함하여 5/10/20년이 지난날의 다음날</td><td>계약일부터
경과시점별
해당금액 지급</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>보장명</th><th>지급사유</th><th>지급금액</th></tr>
<tr><td>간병인사용
질병입원일당(1일이상
180일한도)(요양병원)(
체증형)</td><td>보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 요양병원에 1일 이상 계속 입원하여 의사의 치료를 받으며 약관에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우 간병인 사용 1일당 아래의 금액을 지급
<table>
<tr><th>구분</th><th>지급금액</th></tr>
<tr><td>계약일부터
5년경과시점 전일 이전</td><td>보험가입금액의 100%</td></tr>
<tr><td>계약일부터
5년경과시점 이후
10년경과시점 전일 이전</td><td>보험가입금액의 120%</td></tr>
<tr><td>계약일부터
10년경과시점 이후
20년경과시점 전일 이전</td><td>보험가입금액의 150%</td></tr>
<tr><td>계약일부터
20년경과시점 이후</td><td>보험가입금액의 200%</td></tr>
</table>
※ 의료법 제4조의2에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우 보험금을 지급하지 않음
※ 1회 입원당 180일 한도 지급
※ 계약일부터 5/10/20년 경과시점 : 계약일부터 그 날을 포함하여 5/10/20년이 지난날의 다음날</td><td>계약일부터
경과시점별
해당금액 지급</td></tr>
<tr><td>질병입원
간병인비용지원(간병인
비용 200만원
이상)(요양병원제외)</td><td>보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(요양병원제외)에 입원하여 의사의 치료를 받으며 약관에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우, 입원당 간병인 이용금액이 200만원 이상인 경우 가입금액 지급
※ 간병인 이용금액 : 간병인이 고용된 의료기관 또는 사업체에 지불한 비용으로 간병인 이용에 사용된 금액 외에 간병에 쓰인 비용은 불포함
※ 지급기준은 1회 입원당 180일간 간병인 이용금액 총액으로 판단하며 간병인 이용금액은 1일당 15만원 한도
※ 의료법 제4조의2에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우 보험금을 지급하지 않음</td><td>가입금액</td></tr>
<tr><td>질병입원
간병인비용지원(간병인
비용 500만원
이상)(요양병원제외)</td><td>보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(요양병원제외)에 입원하여 의사의 치료를 받으며 약관에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우, 입원당 간병인 이용금액이 500만원 이상인 경우 가입금액 지급
※ 간병인 이용금액 : 간병인이 고용된 의료기관 또는 사업체에 지불한 비용으로 간병인 이용에 사용된 금액 외에 간병에 쓰인 비용은 불포함
※ 지급기준은 1회 입원당 180일간 간병인 이용금액 총액으로 판단하며 간병인 이용금액은 1일당 15만원 한도
※ 의료법 제4조의2에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우 보험금을 지급하지 않음</td><td>가입금액</td></tr>
</table>

보장명	지급사유	지급금액
질병입원 간병인비용지원(간병인 비용 1,000만원 이상)(요양병원제외)	보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(요양병원제외)에 입원하여 의사의 치료를 받으며 약관에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우, 입원당 간병인 이용금액이 1,000만원 이상인 경우 가입금액 지급 ※ 간병인 이용금액 : 간병인이 고용된 의료기관 또는 사업체에 지불한 비용으로 간병인 이용에 사용된 금액 외에 간병에 쓰인 비용은 불포함 ※ 지급기준은 1회 입원당 180일간 간병인 이용금액 총액으로 판단하며 간병인 이용금액은 1일당 15만원 한도 ※ 의료법 제4조의2에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우 보험금을 지급하지 않음	가입금액
질병입원 간병인비용지원(간병인 비용 2,000만원 이상)(요양병원제외)	보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(요양병원제외)에 입원하여 의사의 치료를 받으며 약관에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우, 입원당 간병인 이용금액이 2,000만원 이상인 경우 가입금액 지급 ※ 간병인 이용금액 : 간병인이 고용된 의료기관 또는 사업체에 지불한 비용으로 간병인 이용에 사용된 금액 외에 간병에 쓰인 비용은 불포함 ※ 지급기준은 1회 입원당 180일간 간병인 이용금액 총액으로 판단하며 간병인 이용금액은 1일당 15만원 한도 ※ 의료법 제4조의2에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우 보험금을 지급하지 않음	가입금액
간병인사용 일반상해수술입원일당(1일이상 30일한도)(치아파절및치아탈구제외, 요양병원제외)	보험기간 중 상해(치아파절및치아탈구제외)로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(요양병원 제외)에 입원하여 상해의 직접적인 결과로써 수술을 받고 의사의 치료를 받으며 간병이 필요하여 간병인을 사용한 경우 간병인 사용 1일당 지급(1회 간병인사용 상해수술입원당 최초수술일로부터 30일 한도) ※ 동일한 상해의 치료를 목적으로 입원치료 및 수술을 받은 경우에만 해당함 ※ 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용하는 경우 보험금을 지급하지 않음	1일당 가입금액 (30일 한도)
간병인사용 질병수술입원일당(1일 이상 30일한도)(특정6대질병제외, 요양병원제외)	보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(요양병원 제외)에 입원하고 질병의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받으며 의사의 치료를 받으며 간병이 필요하여 간병인을 사용한 경우 간병인 사용 1일당 지급(1회 간병인사용 질병수술입원당 최초수술일부터 30일 한도) ※ 동일한 질병의 치료를 목적으로 입원치료 및 수술을 받은 경우에만 해당함 ※ 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용하는 경우 보험금을 지급하지 않음	1일당 가입금액 (30일 한도)

보장명	지급사유		지급금액
상해특정급여시술치료비	흡인,천자,절개,배액,배농	보험기간 중 상해의 직접결과로써 상해특정급여시술치료[흡인,천자,절개,배액,배농]를 받은 경우 (연간 1회한) ※ 연간 1년 이내에 상해특정급여시술치료[흡인,천자,절개,배액,배농]를 2회이상 받더라도 부위, 횟수 관계없이 1회한 지급	가입금액
	신경차단술	보험기간 중 상해의 직접결과로써 상해특정급여시술치료[신경차단술]를 받은 경우 (연간 1회한) ※ 연간 1년 이내에 상해특정급여시술치료[신경차단술]를 2회이상 받더라도 부위, 횟수 관계없이 1회한 지급	가입금액
	화상처치	보험기간 중 상해의 직접결과로써 상해특정급여시술치료[화상처치]를 받은 경우 (연간 1회한) ※ 연간 1년 이내에 상해특정급여시술치료[화상처치]를 2회이상 받더라도 부위, 횟수 관계없이 1회한 지급	가입금액
	도수정복술	보험기간 중 상해의 직접결과로써 상해특정급여시술치료[도수정복술]를 받은 경우 (연간 1회한) ※ 연간 1년 이내에 상해특정급여시술치료[도수정복술]를 2회이상 받더라도 부위, 횟수 관계없이 1회한 지급	가입금액
	단순창상봉합술	보험기간 중 상해의 직접결과로써 상해특정급여시술치료[단순창상봉합술]를 받은 경우 (연간 1회한) ※ 연간 1년 이내에 상해특정급여시술치료[단순창상봉합술]를 2회이상 받더라도 부위, 횟수 관계없이 1회한 지급	가입금액
	기타시술	보험기간 중 상해의 직접결과로써 상해특정급여시술치료[기타시술]를 받은 경우 (연간 1회한) ※ 연간 1년 이내에 상해특정급여시술치료[기타시술]를 2회이상 받더라도 부위, 횟수 관계없이 1회한 지급	가입금액

보장명	지급사유		지급금액
질병특정급여시술치료비	흡인,천자,절개,배액,배농	보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 질병특정급여시술치료[흡인,천자,절개,배액,배농]를 받은 경우 (연간 1회한) ※ 연간 1년 이내에 질병특정급여시술치료[흡인,천자,절개,배액,배농]를 2회이상 받더라도 부위, 횟수 관계없이 1회한 지급	가입금액 (가입후 1년 경과시점 전일 이전 가입금액×50% 지급)
	신경차단술	보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 질병특정급여시술치료[신경차단술]를 받은 경우 (연간 1회한) ※ 연간 1년 이내에 질병특정급여시술치료[신경차단술]를 2회이상 받더라도 부위, 횟수 관계없이 1회한 지급	가입금액 (가입후 1년 경과시점 전일 이전 가입금액×50% 지급)
	도수정복술	보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 질병특정급여시술치료[도수정복술]를 받은 경우 (연간 1회한) ※ 연간 1년 이내에 질병특정급여시술치료[도수정복술]를 2회이상 받더라도 부위, 횟수 관계없이 1회한 지급	가입금액 (가입후 1년 경과시점 전일 이전 가입금액×50% 지급)
	단순창상봉합술	보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 질병특정급여시술치료[단순창상봉합술]를 받은 경우 (연간 1회한) ※ 연간 1년 이내에 질병특정급여시술치료[단순창상봉합술]를 2회이상 받더라도 부위, 횟수 관계없이 1회한 지급	가입금액 (가입후 1년 경과시점 전일 이전 가입금액×50% 지급)
	기타시술	보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 질병특정급여시술치료[기타시술]를 받은 경우 (연간 1회한) ※ 연간 1년 이내에 질병특정급여시술치료[기타시술]를 2회이상 받더라도 부위, 횟수 관계없이 1회한 지급	가입금액 (가입후 1년 경과시점 전일 이전 가입금액×50% 지급)
종합병원 전신마취치료비(급여)	보험기간 중 진단확정된 질병 또는 상해의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원(의료법 제3조의3에서 정한 종합병원)에서 [전신마취치료(급여)]를 받은 경우 치료 1회당 가입금액 지급		가입금액
종합병원 전신마취치료비(급여, 4시간이상)	보험기간 중 진단확정된 질병 또는 상해의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원(의료법 제3조의3에서 정한 종합병원)에서 [전신마취치료(급여)]를 4시간 이상 받은 경우 치료 1회당 가입금액 지급 ※ 마취시간은 전신마취치료(급여) 1회당 마취시간 기준으로 2회 이상의 전신마취치료(급여)를 받더라도 합산하지 않음		가입금액
종합병원 전신마취치료비(급여, 6시간이상)	보험기간 중 진단확정된 질병 또는 상해의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원(의료법 제3조의3에서 정한 종합병원)에서 [전신마취치료(급여)]를 6시간 이상 받은 경우 치료 1회당 가입금액 지급 ※ 마취시간은 전신마취치료(급여) 1회당 마취시간 기준으로 2회 이상의 전신마취치료(급여)를 받더라도 합산하지 않음		가입금액

<table>
<tr><th>보장명</th><th>지급사유</th><th>지급금액</th></tr>
<tr><td>상해
통합치료비(실속형)</td><td>보험기간 중 「상해의 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 「상해 통합치료(검사)」를 받은 경우, 보험기간 중 상해로「상해 통합치료(수술(1-5종))」를 받은 경우, 보험기간 중 상해의 치료를 직접적인 목적으로 「상해 통합치료(주요치료)」를 받은 경우 또는 상해의 직접결과로써「상해 통합치료(재활치료)」를 받은 경우 아래의 통합치료항목별 지급금액을 연간 총 지급액 한도(가입금액) 내에서 지급
<table>
<tr><th colspan="2">통합치료항목</th><th>지급
횟수</th><th>보험가입금액
1,500만원</th><th>보험가입금액
3,000만원</th><th>보험가입금액
5,000만원</th></tr>
<tr><td rowspan="3">검사</td><td>MRI촬영(급여)</td><td>연간 1회한</td><td>5만원</td><td>5만원</td><td>5만원</td></tr>
<tr><td>양전자단층촬영
(PET)(급여)</td><td>연간 1회한</td><td>5만원</td><td>5만원</td><td>5만원</td></tr>
<tr><td>CT촬영(급여)</td><td>연간 1회한</td><td>5만원</td><td>5만원</td><td>5만원</td></tr>
<tr><td rowspan="5">수술
(1-5종)</td><td>1종수술</td><td>수술 1회당</td><td>5만원</td><td>10만원</td><td>20만원</td></tr>
<tr><td>2종수술</td><td>수술 1회당</td><td>10만원</td><td>20만원</td><td>30만원</td></tr>
<tr><td>3종수술</td><td>수술 1회당</td><td>30만원</td><td>50만원</td><td>100만원</td></tr>
<tr><td>4종수술</td><td>수술 1회당</td><td>300만원</td><td>500만원</td><td>1,000만원</td></tr>
<tr><td>5종수술</td><td>수술 1회당</td><td>500만원</td><td>1,000만원</td><td>2,000만원</td></tr>
<tr><td rowspan="14">주요치료</td><td>특정시술치료(흡인,
천자,절개)(급여)</td><td>연간 1회한</td><td>5만원</td><td>10만원</td><td>20만원</td></tr>
<tr><td>특정시술치료(신경
차단술)(급여)</td><td>연간 1회한</td><td>5만원</td><td>10만원</td><td>20만원</td></tr>
<tr><td>특정시술치료(화상
처치)(급여)</td><td>연간 1회한</td><td>5만원</td><td>10만원</td><td>20만원</td></tr>
<tr><td>특정시술치료(도수
정복술)(급여)</td><td>연간 1회한</td><td>5만원</td><td>10만원</td><td>20만원</td></tr>
<tr><td>창상봉합술치료(안
면부,표재성)(급여)</td><td>연간 1회한</td><td>5만원</td><td>10만원</td><td>20만원</td></tr>
<tr><td>창상봉합술치료
(안면부이외,표재성)
(급여)</td><td>연간 1회한</td><td>5만원</td><td>10만원</td><td>20만원</td></tr>
<tr><td>깁스치료</td><td>연간 1회한</td><td>30만원</td><td>50만원</td><td>100만원</td></tr>
<tr><td>부목치료(급여)</td><td>연간 1회한</td><td>5만원</td><td>5만원</td><td>10만원</td></tr>
<tr><td>지속적신대체요법
(CRRT)(급여)</td><td>연간 1회한</td><td>300만원</td><td>400만원</td><td>500만원</td></tr>
<tr><td>인공호흡기치료
(12시간초과)(급여)</td><td>연간 1회한</td><td>100만원</td><td>150만원</td><td>200만원</td></tr>
<tr><td>저체온요법치료
(급여)</td><td>연간 1회한</td><td>50만원</td><td>75만원</td><td>100만원</td></tr>
<tr><td>부분체외순환치료
(급여)</td><td>연간 1회한</td><td>1,000만원</td><td>1,500만원</td><td>2,000만원</td></tr>
<tr><td>종합병원
전신마취치료
(6시간이상)(급여)</td><td>연간 1회한</td><td>300만원</td><td>400만원</td><td>500만원</td></tr>
<tr><td>종합병원
중환자실치료</td><td>연간 1회한</td><td>150만원</td><td>300만원</td><td>500만원</td></tr>
<tr><td rowspan="2">재활치료</td><td>입원 상해 재활치료
(급여)</td><td rowspan="2">연간
15회한
(각각
1일1회한)</td><td rowspan="2">1만원</td><td rowspan="2">1만원</td><td rowspan="2">1만원</td></tr>
<tr><td>외래 상해 재활치료
(급여)</td></tr>
</table></td><td>통합치료항목별
지급금액 지급
(연간 총 지급액
한도 이내)</td></tr>
</table>

❍ 무배당 3대질병진단비보장(A) 특별약관2509(세만기형)

보장명	지급사유	지급금액
암진단비 (유사암제외)/ 암진단비 (유사암제외)추가/ 갱신형 암진단비(유사암제외)	보험기간 중 암보장개시일※ 이후에「암(유사암제외)」으로 진단확정시 최초 1회에 한하여 지급. 단, 소액암은 1년미만 50% 지급 ※ 암보장개시일은 가입일 또는 부활일(효력회복일)로부터 90일이 지난 다음날이고, 15세 미만인 경우 가입일. 단, 보장이 자동갱신된 경우에는 갱신일	가입금액 (소액암은 최초가입후 1년경과시점 전일 이전 가입금액×50%)
유사암진단비/ 갱신형 유사암진단비	보험기간 중 제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암으로 진단확정시 각각 최초 1회에 한하여 지급	가입금액 (최초가입후 1년경과시점 전일 이전 가입금액×50%지급)
유사암진단비Ⅱ/ 갱신형 유사암진단비Ⅱ	보험기간 중 유사암보장개시일※ 이후에 제자리암, 기타피부암, 경계성종양, 갑상선암으로 진단확정시 각각 최초 1회에 한하여 지급 ※ 유사암보장개시일은 가입일 또는 부활일(효력회복일)로부터 90일이 지난 다음날이고, 15세 미만인 경우 가입일. 단, 보장이 자동갱신된 경우에는 갱신일	가입금액 (최초가입후 1년경과시점 전일 이전 가입금액×50%지급)
암진단비 (유사암 및 소액암 제외)/ 갱신형 암진단비 (유사암 및 소액암 제외)	암보장개시일※ 이후 암(유사암 및 소액암 제외)으로 진단시 최초 1회에 한하여 지급 ※ 암보장개시일은 가입일 또는 부활일(효력회복일)로부터 90일이 지난 다음날이고, 15세 미만인 경우 가입일. 단, 보장이 자동갱신된 경우에는 갱신일	가입금액
뇌졸중진단비/ 뇌졸중진단비추가/ 갱신형 뇌졸중진단비	보험기간 중 뇌졸중으로 진단확정시 최초 1회에 한하여 지급	가입금액 (최초가입후 1년경과시점 전일 이전 가입금액×50%지급)
뇌졸중진단비Ⅱ/ 뇌졸중진단비Ⅱ추가/ 갱신형 뇌졸중진단비Ⅱ	보험기간 중 뇌졸중으로 진단확정시 최초 1회에 한하여 지급	가입금액 (최초가입후 30일경과시점 전일 이전 가입금액×10%지급, 최초가입후 30일 경과시점 이후 1년경과시점 전일 이전 가입금액×50%지급)
급성심근경색증 진단비/ 급성심근경색증 진단비추가/ 갱신형 급성심근경색증 진단비	보험기간 중 급성심근경색증으로 진단확정시 최초 1회에 한하여 지급	가입금액 (최초가입후 1년경과시점 전일 이전 가입금액×50%지급)

보장명	지급사유	지급금액
급성심근경색증 진단비Ⅱ/ 급성심근경색증 진단비Ⅱ추가/ 갱신형 급성심근경색증 진단비Ⅱ	보험기간 중 급성심근경색증으로 진단확정시 최초 1회에 한하여 지급	가입금액 (최초가입후 30일경과시점 전일 이전 가입금액×10%지급, 최초가입후 30일 경과시점 이후 1년경과시점 전일 이전 가입금액×50%지급)
뇌혈관질환진단비/ 갱신형 뇌혈관질환진단비	보험기간 중에 약관에서 정한 뇌혈관질환으로 진단확정시 최초 1회에 한하여 지급	가입금액 (최초가입후 1년경과시점 전일 이전 가입금액×50%지급)
허혈성심장질환진단비/ 갱신형 허혈성심장질환진단비	보험기간 중에 약관에서 정한 허혈성심장질환으로 진단확정시 최초 1회에 한하여 지급	가입금액 (최초가입후 1년경과시점 전일 이전 가입금액×50%지급)
뇌혈관질환진단비Ⅱ/ 갱신형 뇌혈관질환진단비Ⅱ	보험기간 중에 약관에서 정한 뇌혈관질환으로 진단확정시 최초 1회에 한하여 지급	가입금액 (최초가입후 30일경과시점 전일 이전 가입금액×10%지급, 최초가입후 30일 경과시점 이후 1년경과시점 전일 이전 가입금액×50%지급)
허혈성심장질환 진단비Ⅱ/ 갱신형 허혈성심장질환 진단비Ⅱ	보험기간 중에 약관에서 정한 허혈성심장질환으로 진단확정시 최초 1회에 한하여 지급	가입금액 (최초가입후 30일경과시점 전일 이전 가입금액×10%지급, 최초가입후 30일 경과시점 이후 1년경과시점 전일 이전 가입금액×50%지급)
중증갑상선암진단비/ 갱신형 중증갑상선암진단비	보험기간 중 중증갑상선암보장개시일※ 이후에「중증갑상선암」으로 진단확정시 최초 1회에 한하여 지급. ※ 중증갑상선암보장개시일은 가입일 또는 부활일(효력회복일)로부터 90일이 지난 다음날이고, 15세 미만인 경우 가입일. 단, 보장이 자동갱신된 경우에는 갱신일	가입금액 (최초가입후 1년경과시점 전일 이전 가입금액×50%지급)

보장명	지급사유		지급금액
통합암진단비 (유사암제외)/ 갱신형 통합암진단비 (유사암제외)	특정소액암	보험기간 중에 암보장개시일※ 이후에 특정소액암으로 진단이 확정시 (최초 1회한)	가입금액 (최초가입후 1년경과시점 전일 이전 가입금액×50%지급)
	특정소화기암	보험기간 중에 암보장개시일※ 이후에 특정소화기암으로 진단이 확정시 (최초 1회한)	가입금액
	15대특정암	보험기간 중에 암보장개시일※ 이후에 15대특정암으로 진단이 확정시 (최초 1회한)	가입금액
	10대특정암	보험기간 중에 암보장개시일※ 이후에 10대특정암으로 진단이 확정시 (최초 1회한)	가입금액
	4대고액암	보험기간 중에 암보장개시일※ 이후에 4대고액암으로 진단이 확정시 (최초 1회한)	가입금액
	※ 암보장개시일은 가입일 또는 부활일(효력회복일)로부터 90일이 지난 다음날이고, 15세 미만인 경우 가입일. 단, 보장이 자동갱신된 경우에는 갱신일		
전이암진단비/ 갱신형 전이암진단비	림프절전이암	보험기간 중에 전이암보장개시일※ 이후에 림프절전이암으로 진단확정시(최초 1회한) ※ 가입일 또는 부활일(효력회복일)부터 그날을 포함하여 90일이 지난 다음날이고, 15세 미만인 경우 가입일(단, 보장이 자동갱신된 경우에는 갱신일 이후)	가입금액 (최초가입후 1년경과시점 전일 이전 가입금액×50%지급)
	특정전이암	보험기간 중에 전이암보장개시일※ 이후에 특정전이암으로 진단확정시(최초 1회한) ※ 가입일 또는 부활일(효력회복일)부터 그날을 포함하여 90일이 지난 다음날이고, 15세 미만인 경우 가입일(단, 보장이 자동갱신된 경우에는 갱신일 이후)	
원격전이포함 4기 통합암진단비 (유사암제외)	특정소액암	보험기간 중에 원격전이포함 4기 통합암보장개시일※ 이후에 특정소액암으로 진단확정시 (최초 1회한)	가입금액 (최초가입후 1년경과시점 전일 이전 가입금액×50%지급)
	특정소화기암	보험기간 중에 원격전이포함 4기 통합암보장개시일※ 이후에 특정소화기암으로 진단확정시 (최초 1회한)	가입금액
	15대특정암	보험기간 중에 원격전이포함 4기 통합암보장개시일※ 이후에 15대특정암으로 진단확정시 (최초 1회한)	가입금액
	10대특정암	보험기간 중에 원격전이포함 4기 통합암보장개시일※ 이후에 10대특정암으로 진단확정시 (최초 1회한)	가입금액
	4대고액암	보험기간 중에 원격전이포함 4기 통합암보장개시일※ 이후에 4대고액암으로 진단확정시 (최초 1회한)	가입금액
	※ 원격전이포함 4기 통합암보장개시일은 가입일 또는 부활일(효력회복일)로부터 90일이 지난 다음날이고, 15세 미만인 경우 가입일. 단, 보장이 자동갱신된 경우에는 갱신일		

보장명	지급사유	지급금액
원격전이포함 4기 기타피부암 및 갑상선암진단비	보험기간 중에 원격전이포함 4기 기타피부암 및 갑상선암으로 진단확정시(최초 1회한)	가입금액 (최초가입후 1년경과시점 전일 이전 가입금액×50%지급)

❍ 무배당 수술비(1~7종, 연간3회한)(질병)보장 특별약관2509(세만기형)

보장명	지급사유	지급금액
수술비(1~7종, 연간3회한)[질병]/ 갱신형 수술비(1~7종, 연간3회한)[질병]	보험기간 중에 진단확정된 질병의 직접적인 치료를 목적으로 1~7종 수술 시(단, 1회 입원 또는 통원당 1회의 수술에 한하여 보장하며, 하나의 수술 코드당 연간 3회한 보장하며, 30일 내 다시 입원 또는 통원하여 동일한 수술코드로 수술 시 수술비를 지급하지 않습니다.) 구분 / 지급보험금 1종수술 / 질병1종 수술비보장 보험가입금액 2종수술 / 질병2종 수술비보장 보험가입금액 3종수술 / 질병3종 수술비보장 보험가입금액 4종수술 / 질병4종 수술비보장 보험가입금액 5종수술 / 질병5종 수술비보장 보험가입금액 6종수술 / 질병6종 수술비보장 보험가입금액 7종수술 / 질병7종 수술비보장 보험가입금액	1-7종 수술 종구분 당 가입금액

❍ 무배당 수술비Ⅱ(1-5종)보장 특별약관2509(세만기형)

보장명	지급사유	지급금액
수술비Ⅱ(1-5종)/ 갱신형 수술비Ⅱ(1-5종)	보험기간 중에 질병 또는 상해로 1-5종 수술을 받은 경우 구 분 / 지급금액 질병으로 수술시 1종수술 / 질병1종 수술비보장 보험가입금액 질병으로 수술시 2종수술 / 질병2종 수술비보장 보험가입금액 질병으로 수술시 3종수술 / 질병3종 수술비보장 보험가입금액 질병으로 수술시 4종수술 / 질병4종 수술비보장 보험가입금액 질병으로 수술시 5종수술 / 질병5종 수술비보장 보험가입금액 상해로 수술시 1종수술 / 상해1종 수술비보장 보험가입금액 상해로 수술시 2종수술 / 상해2종 수술비보장 보험가입금액 상해로 수술시 3종수술 / 상해3종 수술비보장 보험가입금액 상해로 수술시 4종수술 / 상해4종 수술비보장 보험가입금액 상해로 수술시 5종수술 / 상해5종 수술비보장 보험가입금액	1-5종 수술 종구분 당 가입금액

❍ 무배당 2대질환수술비보장 특별약관2509(세만기형)

보장명	지급사유	지급금액
뇌혈관질환수술비/ 갱신형 뇌혈관질환수술비	보험기간 중에 약관에서 정한 뇌혈관질환으로 진단확정 되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우	가입금액 (최초가입후 1년경과시점 전일 이전 가입금액×50%지급)

<table>
<tr><td>허혈성심장질환수술비/
갱신형
허혈성심장질환수술비</td><td>보험기간 중에 약관에서 정한 허혈성심장질환으로 진단확정 되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우</td><td>가입금액
(최초가입후
1년경과시점 전일
이전
가입금액×50%지급)</td></tr>
<tr><td>뇌혈관질환수술비
(25%체증형)/
갱신형
뇌혈관질환수술비
(25%체증형)</td><td>보험기간 중에 보장개시일 이후에「뇌혈관질환」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때
<table>
<tr><th rowspan="2">구 분</th><th colspan="2">지급금액</th></tr>
<tr><th>최초계약일부터
1년경과시점 전일 이전</th><th>최초계약일부터
1년경과시점 이후</th></tr>
<tr><td>1회차 수술시</td><td>보험가입금액의
50%</td><td>보험가입금액의
100%</td></tr>
<tr><td>2회차 수술시</td><td>보험가입금액의
62.5%</td><td>보험가입금액의
125%</td></tr>
<tr><td>3회차 수술시</td><td>보험가입금액의
75%</td><td>보험가입금액의
150%</td></tr>
<tr><td>4회차 수술시</td><td>보험가입금액의
87.5%</td><td>보험가입금액의
175%</td></tr>
<tr><td>5회차 수술 이후</td><td>보험가입금액의
100%</td><td>보험가입금액의
200%</td></tr>
</table></td><td>수술회차당
해당금액 지급</td></tr>
<tr><td>허혈성심장질환수술비
(25%체증형)/
갱신형
허혈성심장질환수술비
(25%체증형)</td><td>보험기간 중에 보장개시일 이후에「허혈성심장질환」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때
<table>
<tr><th rowspan="2">구 분</th><th colspan="2">지급금액</th></tr>
<tr><th>최초계약일부터
1년경과시점 전일 이전</th><th>최초계약일부터
1년경과시점 이후</th></tr>
<tr><td>1회차 수술시</td><td>보험가입금액의
50%</td><td>보험가입금액의
100%</td></tr>
<tr><td>2회차 수술시</td><td>보험가입금액의
62.5%</td><td>보험가입금액의
125%</td></tr>
<tr><td>3회차 수술시</td><td>보험가입금액의
75%</td><td>보험가입금액의
150%</td></tr>
<tr><td>4회차 수술시</td><td>보험가입금액의
87.5%</td><td>보험가입금액의
175%</td></tr>
<tr><td>5회차 수술 이후</td><td>보험가입금액의
100%</td><td>보험가입금액의
200%</td></tr>
</table></td><td>수술회차당
해당금액 지급</td></tr>
</table>

❍ 무배당 질병수술비보장(A) 특별약관2509(세만기형)

보장명	지급사유	지급금액
질병수술비/ 질병수술비추가/ 갱신형 질병수술비	보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 (단, 같은 질병으로 두 종류 이상의 질병수술을 받거나 같은 종류의 질병수술을 2회이상 받은 경우에는 하나의 질병수술비만 지급)	가입금액 (1사고당)
상급종합병원 질병수술비/ 갱신형 상급종합병원 질병수술비	보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원에서 수술을 받은 경우 ※ 같은 질병으로 두 종류 이상의 질병수술을 받거나 같은 종류의 질병수술을 2회 이상 받은 경우 하나의 수술비만 지급 ※ 상급종합병원 : 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 병원으로서, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에 따라 보건복지부장관이 지정한 병원	가입금액 (1사고당)

보장명	지급사유	지급금액
종합병원 질병수술비/ 갱신형 종합병원 질병수술비	보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 종합병원에서 수술을 받은 경우 ※ 같은 질병으로 두 종류 이상의 질병수술을 받거나 같은 종류의 질병수술을 2회 이상 받은 경우 하나의 수술비만 지급 ※ 종합병원 : 의료법 제3조의3에서 정한 종합병원	가입금액 (1사고당)
질병수술비 (특정5대질병 제외)/ 갱신형 질병수술비 (특정5대질병 제외)	보험기간 중 진단확정된 질병(특정5대질병 제외)의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우(단, 같은 질병으로 두 종류 이상의 질병수술을 받거나 같은 종류의 질병수술을 2회이상 받은 경우에는 하나의 질병수술비만 지급) ※ 특정5대질병 : ① 대장의 용종 또는 대장의 양성신생물의 내시경적 절제술 ② 백내장 ③ 후각특정질환 ④ 특정피부질환 ⑤ 혈관종 및 림프관종	가입금액 (1사고당)
질병수술비(특정2대 질병제외)/ 갱신형 질병수술비(특정2대 질병제외)	보험기간 중 진단확정된 질병(특정2대질병 제외)의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우(단, 같은 질병으로 두 종류 이상의 질병수술을 받거나 같은 종류의 질병수술을 2회이상 받은 경우에는 하나의 질병수술비만 지급) ※ 특정2대질병 : ① 특정피부질환II ② 특정눈및귀질환	가입금액 (1사고당)
질병수술비(특정6대 질병제외)/ 갱신형 질병수술비(특정6대 질병제외)	보험기간 중 진단확정된 질병(특정6대질병 제외)의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우(단, 같은 질병으로 두 종류 이상의 질병수술을 받거나 같은 종류의 질병수술을 2회이상 받은 경우에는 하나의 질병수술비만 지급) ※ 특정6대질병 : ① 대장의 용종 또는 대장의 양성신생물의 내시경적 절제술 ② 백내장 ③ 후각특정질환 ④ 특정피부질환 ⑤ 혈관종 및 림프관종 ⑥ 특정눈및귀질환	가입금액 (1사고당)
상급종합병원 질병수술비(특정5대 질병 제외)/ 갱신형 상급종합병원 질병수술비(특정5대 질병 제외)	보험기간 중 진단확정된 질병(특정5대질병 제외)의 치료를 직접적인 목적으로 상급종합병원에서 수술을 받은 경우 ※ 같은 질병으로 두 종류 이상의 질병수술을 받거나 같은 종류의 질병수술을 2회 이상 받은 경우 하나의 수술비만 지급 ※ 특정5대질병 : ① 대장의 용종 또는 대장의 양성신생물의 내시경적 절제술 ② 백내장 ③ 후각특정질환 ④ 특정피부질환 ⑤ 혈관종 및 림프관종 ※ 상급종합병원 : 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 병원으로서, 의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)에 따라 보건복지부장관이 지정한 병원	가입금액 (1사고당)
종합병원 질병수술비(특정5대 질병 제외)/ 갱신형 종합병원 질병수술비(특정5대 질병 제외)	보험기간 중 진단확정된 질병(특정5대질병 제외)의 치료를 직접적인 목적으로 종합병원에서 수술을 받은 경우 ※ 같은 질병으로 두 종류 이상의 질병수술을 받거나 같은 종류의 질병수술을 2회 이상 받은 경우에는 하나의 수술비만 지급 ※ 특정5대질병 : ① 대장의 용종 또는 대장의 양성신생물의 내시경적 절제술 ② 백내장 ③ 후각특정질환 ④ 특정피부질환 ⑤ 혈관종 및 림프관종 ※ 종합병원 : 의료법 제3조의3에서 정한 종합병원	가입금액 (1사고당)

보장명	지급사유	지급금액
131대질병수술비/ 갱신형 131대질병수술비	보험기간 중에「심장질환」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우	가입금액 (최초가입후 1년경과시점 전일 이전 가입금액×50%지급)
	보험기간 중에「뇌혈관질환」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우	
	보험기간 중에「특정31대질병」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우	
	보험기간 중에「다빈도62대질병」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우	
	보험기간 중에「유방의장애」로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우	
	보험기간 중에「편도염」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우	
	보험기간 중에「특정다빈도29대질병」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우	
	보험기간 중에「후각특정질환」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우	
	보험기간 중에「관절염,생식기질환」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우	
	보험기간 중에「치핵」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우	
	보험기간 중에「백내장」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우	

❍ 무배당 갱신형 간병인지원 일반상해입원일당보장 특별약관2507

보장명	지급사유	지급금액
갱신형 간병인지원 일반상해입원일당(Ⅰ) (1일이상 180일한도)	보험기간 중 상해로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 입원하여 치료를 받은 경우 최초입원일부터 입원 1일당 가입금액을 일반상해입원일당으로 지급 ※ 간병인을 지원받기 원하는 경우 입원 1일당 약관에서 정한 간병인을 지원 (이 경우 일반상해입원일당은 지급하지 않음) ※ 의료법 제4조의2에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우 간병인 지원 및 간병인 사용비용을 지급하지 않음 ※ 간병인을 지원받기 원하는 경우 간병인 지원을 원하는 일자로부터 48시간 이전에 회사로 신청을 해야하며 회사에 신청하지 않고 임의로 간병인을 사용한 경우 간병인 사용비용을 지급하지 않고 일반상해입원일당 지급 ※ 일반상해입원일당 지급일수 또는 간병인 지원일수 합계는 1회 입원당 180일 한도	입원 1일당 가입금액 지급 또는 간병인 지원 (180일 한도)

갱신형 간병인지원 일반상해입원일당(Ⅰ)(181일이상)(요양,정신,한방병원제외)	보험기간 중 상해로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(요양,정신,한방병원 제외)에 181일 이상 입원하여 치료를 받은 경우 최초입원일부터 180일을 초과하는 입원 1일당 가입금액을 일반상해입원일당으로 지급 ※ 간병인을 지원받기 원하는 경우 입원 1일당 약관에서 정한 간병인을 지원 (이 경우 일반상해입원일당은 지급하지 않음) ※ 의료법 제4조의2에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우 간병인 지원 및 간병인 사용비용을 지급하지 않음 ※ 간병인을 지원받기 원하는 경우 간병인 지원을 원하는 일자로부터 48시간 이전에 회사로 신청을 해야하며 회사에 신청하지 않고 임의로 간병인을 사용한 경우 간병인 사용비용을 지급하지 않고 일반상해입원일당 지급 ※ 일반상해입원일당 지급일수 또는 간병인 지원일수 합계는 1회 입원당 185일 한도	180일을 초과하는 입원 1일당 가입금액 지급 또는 간병인 지원 (185일 한도)
갱신형 간병인지원 일반상해입원일당(Ⅵ)(1일이상 180일한도)	보험기간 중 상해로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 입원하여 치료를 받으며 간병인을 지원받기 원하는 경우 입원 1일당 약관에서 정한 간병인을 지원 ※ 의료법 제4조의2에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우 간병인 지원 및 간병인 사용비용을 지급하지 않음 ※ 간병인을 지원받기 원하는 경우 간병인 지원을 원하는 일자로부터 48시간 이전에 회사로 신청을 해야하며 회사에 신청하지 않고 임의로 간병인을 사용한 경우 간병인 사용비용을 지급하지 않음 ※ 간병인 지원일수 합계는 1회 입원당 180일 한도	입원 1일당 간병인 지원 (180일 한도)
갱신형 간병인지원 일반상해입원일당(Ⅵ)(181일이상)(요양,정신,한방병원제외)	보험기간 중 상해로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(요양,정신,한방병원제외)에 181일 이상 입원하여 치료를 받으며 간병인을 지원받기 원하는경우 180일을 초과하는 입원 1일당 약관에서 정한 간병인을 지원 ※ 180일을 초과하는 입원 : 갱신형 간병인지원 일반상해입원일당(Ⅵ)(1일이상 180일한도)보장 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 간병인을 180일 지원받은 이후의 입원 ※ 의료법 제4조의2에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우 간병인 지원 및 간병인 사용비용을 지급하지 않음 ※ 간병인을 지원받기 원하는 경우 간병인 지원을 원하는 일자로부터 48시간 이전에 회사로 신청을 해야하며 회사에 신청하지 않고 임의로 간병인을 사용한 경우 간병인 사용비용을 지급하지 않음 ※ 간병인 지원일수 합계는 1회 입원당 185일 한도	180일을 초과하는 입원 1일당 간병인 지원 (185일 한도)
갱신형 간병인지원 일반상해입원일당(간호·간병통합서비스사용추가보장)(1일이상 180일한도)	보험기간 중 상해로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원(요양병원 제외)에 입원하여 의사의 치료를 받으며 의료법 제4조의2에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우 간호·간병통합서비스사용 1일당 가입금액 지급 ※ 1회 입원당 180일 한도 지급	간호·간병통합서비스사용 1일당 가입금액 (180일 한도)
갱신형 간병인지원 일반상해입원일당(간호·간병통합서비스사용추가보장)(181일이상)(요양,정신,한방병원제외)	보험기간 중 상해로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원(요양,정신,한방병원 제외)에 181일 이상 입원하여 의사의 치료를 받으며 의료법 제4조의2에서 정한 간호·간병통합서비스를 180일 초과하여 사용한 경우 180일을 초과하는 간호·간병통합서비스사용 1일당 가입금액 지급 ※ 1회 입원당 185일 한도 지급	180일을 초과하는 간호·간병통합서비스사용 1일당 가입금액 (185일 한도)

갱신형 간병인사용 일반상해입원일당(plus)(1일이상 180일한도, 전환용)(요양병원제외)	보험기간 중 상해로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(요양병원 제외)에 입원하여 의사의 치료를 받으며 약관에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우 간병인사용 1일당 지급 ※ 1일당 간병인 사용금액 산정기준 : 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액 및 총 사용시간을 총 사용일수로 나눈 금액 및 시간으로 판단하며 간병인 사용 시작일자와 간병인 사용 종료일자 사이에 간병인을 사용하지 않은 날짜가 없는 경우 간병인 사용일이 연속된 것으로 봄 ※ 간병인 사용금액이 1일당 7만원 미만이더라도 간병인 사용시간이 1일당 8시간 이상인 경우에는 간병인 사용 1일당 「간병인 사용금액이 1일당 7만원 이상인 경우」의 지급금액 지급 ※ 1회 입원당 180일 한도 지급 ※ 의료법 제4조의2에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우 보험금을 지급하지 않음	간병인 사용금액이 1일당 7만원 미만인 경우 가입금액의 50%(단, 간병인사용시간이 1일당 8시간 이상인 경우 가입금액의 100%), 간병인 사용금액이 1일당 7만원 이상인 경우 가입금액의 100%
갱신형 간병인사용 일반상해입원일당(1일이상 180일한도, 전환용)(요양병원)	보험기간 중 상해로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 요양병원에 입원하여 의사의 치료를 받으며 약관에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우 간병인사용 1일당 지급 ※ 1회 입원당 180일 한도 지급 ※ 의료법 제4조의2에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우 보험금을 지급하지 않음	가입금액
갱신형 간병인사용 일반상해입원일당(plus)(181일이상, 전환용)(요양,정신,한방병원제외)	보험기간 중 상해로 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(요양,정신,한방병원 제외)에 181일 이상 입원하여 의사의 치료를 받으며 약관에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우 180일을 초과한 간병인사용 1일당 지급 ※ 1일당 간병인 사용금액 산정기준 : 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액 및 총 사용시간을 총 사용일수로 나눈 금액 및 시간으로 판단하며 간병인 사용 시작일자와 간병인 사용 종료일자 사이에 간병인을 사용하지 않은 날짜가 없는 경우 간병인 사용일이 연속된 것으로 봄 ※ 간병인 사용금액이 1일당 7만원 미만이더라도 간병인 사용시간이 1일당 8시간 이상인 경우에는 간병인 사용 1일당 「간병인 사용금액이 1일당 7만원 이상인 경우」의 지급금액 지급 ※ 1회 입원당 185일 한도 지급 ※ 의료법 제4조의2에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우 보험금을 지급하지 않음	간병인 사용금액이 1일당 7만원 미만인 경우 가입금액의 50%(단, 간병인사용시간이 1일당 8시간 이상인 경우 가입금액의 100%), 간병인 사용금액이 1일당 7만원 이상인 경우 가입금액의 100%

❍ 무배당 갱신형 간병인지원 질병입원일당보장 특별약관2507

보장명	지급사유	지급금액
갱신형 간병인지원 질병입원일당(Ⅰ)(1일이상 180일한도)	보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우 최초입원일부터 입원 1일당 가입금액을 질병입원일당으로 지급 ※ 간병인을 지원받기 원하는 경우 입원 1일당 약관에서 정한 간병인을 지원 (이 경우 질병입원일당은 지급하지 않음) ※ 의료법 제4조의2에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우 간병인 지원 및 간병인 사용비용을 지급하지 않음 ※ 간병인을 지원받기 원하는 경우 간병인 지원을 원하는 일자로부터 48시간 이전에 회사로 신청을 해야하며 회사에 신청하지 않고 임의로 간병인을 사용한 경우 간병인 사용비용을 지급하지 않고 질병입원일당 지급 ※ 질병입원일당 지급일수 또는 간병인 지원일수 합계는 1회 입원당 180일 한도	입원 1일당 가입금액 지급 또는 간병인 지원 (180일 한도)

갱신형 간병인지원 질병입원일당(Ⅰ)(181일이상)(요양,정신,한방병원제외)	보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(요양,정신,한방병원 제외)에 181일 이상 입원한 경우 최초입원일부터 180일을 초과하는 입원 1일당 가입금액을 질병입원일당으로 지급 ※ 간병인을 지원받기 원하는 경우 입원 1일당 약관에서 정한 간병인을 지원 (이 경우 질병입원일당은 지급하지 않음) ※ 의료법 제4조의2에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우 간병인 지원 및 간병인 사용비용을 지급하지 않음 ※ 간병인을 지원받기 원하는 경우 간병인 지원을 원하는 일자로부터 48시간 이전에 회사로 신청을 해야하며 회사에 신청하지 않고 임의로 간병인을 사용한 경우 간병인 사용비용을 지급하지 않고 질병입원일당 지급 ※ 질병입원일당 지급일수 또는 간병인 지원일수 합계는 1회 입원당 185일 한도	180일을 초과하는 입원 1일당 가입금액 지급 또는 간병인 지원 (185일 한도)
갱신형 간병인지원 질병입원일당(Ⅵ)(1일이상 180일한도)	보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 입원하여 치료를 받으며 간병인을 지원받기 원하는 경우 입원 1일당 약관에서 정한 간병인을 지원 ※ 의료법 제4조의2에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우 간병인 지원 및 간병인 사용비용을 지급하지 않음 ※ 간병인을 지원받기 원하는 경우 간병인 지원을 원하는 일자로부터 48시간 이전에 회사로 신청을 해야하며 회사에 신청하지 않고 임의로 간병인을 사용한 경우 간병인 사용비용을 지급하지 않음 ※ 간병인 지원일수 합계는 1회 입원당 180일 한도	입원 1일당 간병인 지원 (180일 한도)
갱신형 간병인지원 질병입원일당(Ⅵ)(181일이상)(요양,정신,한방병원제외)	보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원에 181일 이상 입원하여 치료를 받으며 간병인을 지원받기 원하는 경우 180일을 초과하는 입원 1일당 약관에서 정한 간병인을 지원 (요양,정신,한방병원제외) ※ 180일을 초과하는 입원 : 갱신형 간병인지원 질병입원일당(Ⅵ)(1일이상 180일한도)보장 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 간병인을 180일 지원받은 이후의 입원 ※ 의료법 제4조의2에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우 간병인 지원 및 간병인 사용비용을 지급하지 않음 ※ 간병인을 지원받기 원하는 경우 간병인 지원을 원하는 일자로부터 48시간 이전에 회사로 신청을 해야하며 회사에 신청하지 않고 임의로 간병인을 사용한 경우 간병인 사용비용을 지급하지 않음 ※ 간병인 지원일수 합계는 1회 입원당 185일 한도	180일을 초과하는 입원 1일당 간병인 지원 (185일 한도)
갱신형 간병인지원 질병입원일당(간호·간병통합서비스사용추가보장)(1일이상 180일한도)	보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원(요양병원제외)에 입원하여 의사의 치료를 받으며 의료법 제4조의2에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우 간호·간병통합서비스사용 1일당 가입금액 지급 ※ 1회 입원당 180일 한도 지급	간호·간병통합서비스사용 1일당 가입금액 (180일 한도)
갱신형 간병인지원 질병입원일당(간호·간병통합서비스사용추가보장)(181일이상)(요양,정신,한방병원제외)	보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원(요양,정신,한방병원 제외)에 181일 이상 입원하여 의사의 치료를 받으며 의료법 제4조의2에서 정한 간호·간병통합서비스를 180일 초과하여 사용한 경우 180일을 초과하는 간호·간병통합서비스사용 1일당 가입금액 지급 ※ 1회 입원당 185일 한도 지급	180일을 초과하는 간호·간병통합서비스사용 1일당 가입금액 (185일 한도)

갱신형 간병인지원 요양성특정질병입원일당(Ⅰ)(181일이상)(요양병원)	보험기간 중 약관에서 정한 요양성특정질병으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 요양병원에 181일 이상 입원한 경우 최초입원일부터 180일을 초과하는 입원 1일당 가입금액을 지급 ※ 요양성특정질병 : 요양성특정질병 분류표에서 정한 치매질환, 뇌혈관질환, 신경계질환 ※ 간병인을 지원받기 원하는 경우 입원 1일당 약관에서 정한 간병인을 지원 (이 경우 요양성특정질병입원일당은 지급하지 않음) ※ 의료법 제4조의2에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우 간병인 지원 및 간병인사용비용을 지급하지 않음 ※ 간병인을 지원받기 원하는 경우 간병인 지원을 원하는 일자로부터 48시간 이전에 회사로 신청을 해야하며 회사에 신청하지 않고 임의로 간병인을 사용한 경우 간병인사용비용을 지급하지 않고 요양성특정질병입원일당 지급 ※ 요양성특정질병입원일당 지급일수 또는 간병인 지원일수 합계는 1회 입원당 185일 한도	180일을 초과하는 입원 1일당 가입금액 지급 또는 간병인 지원 (185일 한도)
갱신형 간병인지원 요양성특정질병입원일당(Ⅵ)(181일이상)(요양병원)	보험기간 중 약관에서 정한 요양성특정질병으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 요양병원에 181일 이상 입원하여 치료를 받으며 간병인을 지원받기 원하는 경우 180일을 초과하는 입원 1일당 약관에서 정한 간병인을 지원 ※ 요양성특정질병 : 요양성특정질병 분류표에서 정한 치매질환, 뇌혈관질환, 신경계질환 ※ 180일을 초과하는 입원 : 갱신형 간병인지원 질병입원일당(Ⅵ)(1일이상 180일한도)보장 특별약관 제1조(보험금의 지급사유)에 따라 간병인을 180일 지원받은 이후의 입원으로 요양성특정질병으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 입원하여 간병인을 지원받은 경우에 한함 ※ 의료법 제4조의2에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우 간병인 지원 및 간병인사용비용을 지급하지 않음 ※ 간병인을 지원받기 원하는 경우 간병인 지원을 원하는 일자로부터 48시간 이전에 회사로 신청을 해야하며 회사에 신청하지 않고 임의로 간병인을 사용한 경우 간병인사용비용을 지급하지 않음 ※ 간병인 지원일수 합계는 1회 입원당 185일 한도	180일을 초과하는 입원 1일당 간병인 지원 (185일 한도)
갱신형 간병인사용 질병입원일당(plus)(1일이상 180일한도, 전환용)(요양병원제외)	보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(요양병원 제외)에 입원하여 의사의 치료를 받으며 약관에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우 간병인사용 1일당 지급 ※ 1일당 간병인 사용금액 산정기준 : 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액 및 총 사용시간을 총 사용일수로 나눈 금액 및 시간으로 판단하며 간병인 사용 시작일자와 간병인 사용 종료일자 사이에 간병인을 사용하지 않은 날짜가 없는 경우 간병인 사용일이 연속된 것으로 봄 ※ 간병인 사용금액이 1일당 7만원 미만이더라도 간병인 사용시간이 1일당 8시간 이상인 경우에는 간병인 사용 1일당 「간병인 사용금액이 1일당 7만원 이상인 경우」의 지급금액 지급 ※ 1회 입원당 180일 한도 지급 ※ 의료법 제4조의2에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우 보험금을 지급하지 않음	간병인 사용금액이 1일당 7만원 미만인 경우 가입금액의 50%(단, 간병인사용시간이 1일당 8시간 이상인 경우 가입금액의 100%), 간병인 사용금액이 1일당 7만원 이상인 경우 가입금액의 100%
갱신형 간병인사용 질병입원일당(1일이상 180일한도, 전환용)(요양병원)	보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 요양병원에 입원하여 의사의 치료를 받으며 약관에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우 간병인사용 1일당 지급 ※ 1회 입원당 180일 한도 지급 ※ 의료법 제4조의2에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우 보험금을 지급하지 않음	가입금액

갱신형 간병인사용 질병입원일당(plus)(181일이상, 전환용)(요양,정신,한방병원제외)	보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(요양,정신,한방병원 제외)에 181일 이상 입원하여 의사의 치료를 받으며 약관에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우 180일을 초과한 간병인사용 1일당 지급 ※ 1일당 간병인 사용금액 산정기준 : 연속적인 간병인 사용일마다 총 사용금액 및 총 사용시간을 총 사용일수로 나눈 금액 및 시간으로 판단하며 간병인 사용 시작일자와 간병인 사용 종료일자 사이에 간병인을 사용하지 않은 날짜가 없는 경우 간병인 사용일이 연속된 것으로 봄 ※ 간병인 사용금액이 1일당 7만원 미만이더라도 간병인 사용시간이 1일당 8시간 이상인 경우에는 간병인 사용 1일당 「간병인 사용금액이 1일당 7만원 이상인 경우」의 지급금액 지급 ※ 1회 입원당 185일 한도 지급 ※ 의료법 제4조의2에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우 보험금을 지급하지 않음	간병인 사용금액이 1일당 7만원 미만인 경우 가입금액의 50%(단, 간병인사용시간이 1일당 8시간 이상인 경우 가입금액의 100%), 간병인 사용금액이 1일당 7만원 이상인 경우 가입금액의 100%
갱신형 간병인사용 요양성특정질병입원일당(181일이상, 전환용)(요양병원)	보험기간 중 약관에서 정한 요양성특정질병으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 요양병원에 181일 이상 입원하여 치료를 받으며 약관에서 정한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우 180일을 초과하는 간병인사용 1일당 지급 ※ 요양성특정질병 : 요양성특정질병 분류표에서 정한 치매질환, 뇌혈관질환, 신경계질환 ※ 간병인사용 지급일수는 1회 입원당 185일 한도 ※ 의료법 제4조의2에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우 보험금을 지급하지 않음	가입금액

❍ 무배당 갱신형 간편한 특정치료비보장 특별약관2511(일반심사형)

보장명	지급사유		지급금액
갱신형 특정질환3대치료비	갑상선질환 고주파열치료비(최초1회한)	보험기간 중「갑상선특정질환」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 갑상선고주파치료술을 받은 경우 (최초1회한)	가입금액 (최초가입후 1년경과시점 전일 이전 가입금액×50%지급)
	유방병변 진공보조장치이용절제치료비 (최초1회한)	보험기간 중「유방특정질환」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 진공보조장치이용절제술을 받은 경우 (최초1회한)	가입금액 (최초가입후 1년경과시점 전일 이전 가입금액×50%지급)
	자궁근종 고강도초음파집속술치료비 (최초1회한)	보험기간 중「자궁근종」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 고강도초음파집속술을 받은 경우 (최초1회한)	가입금액 (최초가입후 1년경과시점 전일 이전 가입금액×50%지급)
갱신형 갑상선질환 고주파열치료비 (최초1회한)	보험기간 중「갑상선특정질환」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 갑상선고주파치료술을 받은 경우 (최초1회한)		가입금액 (최초가입후 1년경과시점 전일 이전 가입금액×50%지급)

갱신형 항암양성자방사선치료비	암보장개시일※ 이후에 암(유사암제외)으로 진단확정되거나 보험기간 중에 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 항암양성자방사선치료를 받는 경우 최초 1회에 한하여 지급 ※ 암보장개시일은 최초계약일 또는 부활일(효력회복일)로부터 90일이 지난 다음날이고, 15세 미만인 경우 보장개시일은 최초계약일		가입금액 (최초가입후 180일 경과시점 전일 이전 가입금액×25%지급, 최초가입후 180일 경과시점 이후 1년 경과시점 전일 이전 가입금액×50%지급)
갱신형 항암세기조절방사선치료비	암보장개시일※ 이후에 암(유사암제외)으로 진단확정되거나 보험기간 중에 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 항암세기조절방사선치료를 받는 경우 최초 1회에 한하여 지급 ※ 암보장개시일은 최초계약일 또는 부활일(효력회복일)로부터 90일이 지난 다음날이고, 15세 미만인 경우 보장개시일은 최초계약일		가입금액 (최초가입후 180일 경과시점 전일 이전 가입금액×25%지급, 최초가입후 180일 경과시점 이후 1년 경과시점 전일 이전 가입금액×50%지급)
갱신형 다빈치로봇 암수술비	암보장개시일※ 이후에 암(특정암제외)으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 다빈치로봇 암수술시 최초 1회에 한하여 지급 암보장개시일※ 이후에 특정암※※으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 다빈치로봇 암수술시 최초 1회에 한하여 지급 ※ 암보장개시일은 최초계약일 또는 부활일(효력회복일)로부터 90일이 지난 다음날이고, 15세 미만인 경우 보장개시일은 최초계약일 ※ 특정암:전립선암,갑상선암		각각 가입금액 (최초가입후 180일 경과시점 전일 이전 가입금액×25%지급, 최초가입후 180일 경과시점 이후 1년 경과시점 전일 이전 가입금액×50%지급)
갱신형 질병 특정 비급여,신의료기술치료비(1-3종, 연간1회한)	1종 근골 및 하지정맥류질환	보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로「특정 근골 및 하지정맥류질환 비급여,신의료기술치료」를 받은 경우(연간 1회한)	가입금액 (최초가입후 1년경과시점 전일 이전 가입금액×50%지급)
	2종 기타질환	보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로「특정 기타질환 비급여,신의료기술치료」를 받은 경우(연간 1회한)	가입금액 (최초가입후 1년경과시점 전일 이전 가입금액×50%지급)
	3종 로봇보조	보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로「질병 로봇보조 비급여치료」를 받은 경우(연간 1회한)	가입금액 (최초가입후 1년경과시점 전일 이전 가입금액×50%지급)

갱신형 질병 특정 비급여,신의료기술치료비(1-4종, 연간1회한)	1종 근골 및 하지정맥류질환	보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로「특정 근골 및 하지정맥류질환 비급여,신의료기술치료」를 받은 경우(연간 1회한)	가입금액 (최초가입후 1년경과시점 전일 이전 가입금액×50%지급)
	2종 기타질환	보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로「특정 기타질환 비급여,신의료기술치료」를 받은 경우(연간 1회한)	가입금액 (최초가입후 1년경과시점 전일 이전 가입금액×50%지급)
	3종 로봇보조	보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로「질병 로봇보조 비급여치료」를 받은 경우(연간 1회한)	가입금액 (최초가입후 1년경과시점 전일 이전 가입금액×50%지급)
	4종 여성 비뇨생식기질환	보험기간 중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로「특정 여성 비뇨생식기질환 비급여,신의료기술치료」를 받은 경우(연간 1회한)	가입금액 (최초가입후 1년경과시점 전일 이전 가입금액×50%지급)
갱신형 표적항암약물 허가치료비II	암보장개시일※ 이후에 암(유사암제외)으로 진단확정되거나 보험기간 중에 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 표적항암약물허가치료를 받는 경우 최초 1회에 한하여 지급 ※ 암보장개시일은 최초계약일 또는 부활일(효력회복일)로부터 90일이 지난 다음날이고, 15세 미만인 경우 보장개시일은 최초계약일		가입금액 (최초가입후 1년 경과시점 전일 이전 가입금액×50%지급)
갱신형 계속받는 표적항암약물 허가치료비II (연간1회한)	암보장개시일※ 이후에 암(유사암제외)으로 진단확정되거나 보험기간 중에 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 표적항암약물허가치료를 받는 경우 (연간 1회한) ※ 암보장개시일은 최초계약일 또는 부활일(효력회복일)로부터 90일이 지난 다음날이고, 15세 미만인 경우 보장개시일은 최초계약일		최초치료시 : 가입금액 (최초가입후 1년 경과시점 전일 이전 가입금액×50%지급) 두 번째 치료부터 : 가입금액X10%
갱신형 표적항암약물 허가치료비III(비급여)	암보장개시일※ 이후에 암(유사암제외)으로 진단확정되거나 보험기간 중에 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 표적항암약물허가치료(비급여)를 받는 경우 최초 1회에 한하여 지급 ※ 암보장개시일은 최초계약일 또는 부활일(효력회복일)로부터 90일이 지난 다음날이고, 15세 미만인 경우 보장개시일은 최초계약일		가입금액 (최초가입후 1년 경과시점 전일 이전 가입금액×50%지급)
갱신형 계속받는 표적항암약물 허가치료비III (연간1회한)(비급여)	암보장개시일※ 이후에 암(유사암제외)으로 진단확정되거나 보험기간 중에 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 표적항암약물허가치료(비급여)를 받는 경우 (연간 1회한) ※ 암보장개시일은 최초계약일 또는 부활일(효력회복일)로부터 90일이 지난 다음날이고, 15세 미만인 경우 보장개시일은 최초계약일		최초치료시 : 가입금액 (최초가입후 1년 경과시점 전일 이전 가입금액×50%지급) 두 번째 치료부터 : 가입금액X10%
갱신형 특정면역항암 약물허가치료비	암보장개시일※ 이후에 암(유사암제외)으로 진단확정되거나 보험기간 중에 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 특정면역항암약물허가치료를 받는 경우 최초 1회에 한하여 지급 ※ 암보장개시일은 최초계약일 또는 부활일(효력회복일)로부터 90일이 지난 다음날이고, 15세 미만인 경우 보장개시일은 최초계약일		가입금액 (최초가입후 1년 경과시점 전일 이전 가입금액×50%지급)

갱신형 계속받는 특정면역항암 약물허가치료비 (연간1회한)	암보장개시일※ 이후에 암(유사암제외)으로 진단확정되거나 보험기간 중에 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 특정면역항암약물허가치료를 받는 경우 (연간 1회한) ※ 암보장개시일은 최초계약일 또는 부활일(효력회복일)로부터 90일이 지난 다음날이고, 15세 미만인 경우 보장개시일은 최초계약일	최초치료시 : 가입금액 (최초가입후 1년 경과시점 전일 이전 가입금액×50%지급) 두 번째 치료부터 : 가입금액X10%
갱신형 체외충격파쇄석술 치료비(급여, 연간1회한)	보험기간 중 진단확정된 질병 또는 상해의 치료를 직접적인 목적으로「체외충격파쇄석술(급여)」을 받은 경우(연간 1회한)	가입금액 (최초가입후 1년경과시점 전일 이전 가입금액×50%지급, 단, 상해로 인한 체외충격파쇄석술의 경우 감액기간 없음)
갱신형 유방암 유방재건수술비 (급여, 연간1회한)	보험기간 중 유방암보장개시일※ 이후에「유방암」으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 유방전체절제수술 후「유방재건수술(급여)」을 받은 경우(연간1회한) ※ 유방암보장개시일은 최초계약일 또는 부활일(효력회복일)로부터 90일이 지난 다음날이고, 15세 미만인 경우 보장개시일은 최초계약일	가입금액 (최초가입후 1년 경과시점 전일 이전 가입금액×50%지급)

❍ 무배당 갱신형 간편한 암 검사및치료추가보장 특별약관2504(일반심사형)

보장명	지급사유	지급금액
갱신형 암 특정생검조직병리검사비Ⅱ(급여,연간1회한)	보험기간 중「암(유사암제외)」또는「유사암」의 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로「암 특정생검조직병리검사Ⅱ(급여)」를 받은 경우(연간1회한)	가입금액 (최초가입후 1년경과시점 전일 이전 가입금액×50%)
갱신형 특정NGS유전자패널검사비(급여,연간1회한)	보험기간 중에 질병의 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로「특정NGS유전자패널검사(급여)」를 받은 경우(연간1회한)	가입금액 (최초가입후 1년경과시점 전일 이전 가입금액×50%)
갱신형 암 MRI촬영검사비 (급여,연간1회한)	보험기간 중에「암(유사암제외)」또는「유사암」의 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로「MRI촬영(급여)」을 받은 경우(연간1회한)	가입금액 (최초가입후 1년경과시점 전일 이전 가입금액×50%)
갱신형 암 양전자단층촬영 (PET) 검사비(급여, 연간1회한)	보험기간 중에「암(유사암제외)」또는「유사암」의 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로「양전자단층촬영(PET)(급여)」을 받은 경우(연간1회한)	가입금액 (최초가입후 1년경과시점 전일 이전 가입금액×50%)

<table>
<tr><td>갱신형
폴립및양성종양
수술비(1~6종)
(급여,종별
연간1회한)</td><td>보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 목적으로「폴립및양성종양수술(급여)」을 받은 경우(수술 종별로 각각 연간 1회한 보장)
<table><tr><th>구 분</th><th>지급금액</th></tr><tr><td>1종수술</td><td>폴립및양성종양수술비(1종) 보험가입금액</td></tr><tr><td>2종수술</td><td>폴립및양성종양수술비(2종) 보험가입금액</td></tr><tr><td>3종수술</td><td>폴립및양성종양수술비(3종) 보험가입금액</td></tr><tr><td>4종수술</td><td>폴립및양성종양수술비(4종) 보험가입금액</td></tr><tr><td>5종수술</td><td>폴립및양성종양수술비(5종) 보험가입금액</td></tr><tr><td>6종수술</td><td>폴립및양성종양수술비(6종) 보험가입금액</td></tr></table></td><td>1~6종
종구분 당 가입금액
(최초가입후 90일
경과시점 전일 이전
가입금액×10%,
90일이상
1년 미만시
가입금액×50%)</td></tr>
<tr><td>갱신형
뇌정위적방사선
수술비
(급여,연간1회한)</td><td>보험기간 중 진단확정된 질병의 직접적인 치료를 위하여「뇌정위적방사선수술(급여)」을 받은 경우(연간1회한)</td><td>가입금액
(최초가입후
1년경과시점 전일
이전
가입금액×50%)</td></tr>
<tr><td>갱신형 암
내시경검사비(급여,
연간1회한)</td><td>보험기간 중 「암(유사암제외)」또는「유사암」의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로「암 내시경검사(급여)」를 받은 경우(연간1회한)</td><td>가입금액
(최초가입후
1년경과시점 전일
이전
가입금액×50%)</td></tr>
<tr><td>갱신형 암
CT촬영검사비(급여,
연간1회한)</td><td>보험기간 중「암(유사암제외)」또는「유사암」의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로「암 CT촬영(급여)」을 받은 경우(연간1회한)</td><td>가입금액
(최초가입후
1년경과시점 전일
이전
가입금액×50%)</td></tr>
<tr><td>갱신형 암
초음파검사비(급여,
연간1회한)</td><td>보험기간 중「암(유사암제외)」또는「유사암」의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로「암 초음파검사(급여)」를 받은 경우(연간1회한)</td><td>가입금액
(최초가입후
1년경과시점 전일
이전
가입금액×50%)</td></tr>
<tr><td>갱신형 암
특정단일유전자검사
비(급여,연간1회한)</td><td>보험기간 중 암(유사암제외)」또는「유사암」의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로「암 특정단일유전자검사(급여)」를 받은 경우(연간1회한)</td><td>가입금액
(최초가입후
1년경과시점 전일
이전
가입금액×50%)</td></tr>
</table>

❍ 무배당 갱신형 간편한 산정특례 진단비보장 특별약관2504(일반심사형)

보장명	지급사유		지급금액
갱신형 통합 산정특례 진단비	암 산정특례 관련 질병 진단비 (특정소액암)	보험기간 중 암보장개시일※ 이후에「특정소액암」으로 진단확정되었을 때(최초1회한)	가입금액 (최초가입후 1년 경과시점 전일 이전 가입금액의 50%)
	암 산정특례 관련 질병 진단비 (특정소화기암)	보험기간 중 암보장개시일※ 이후에「특정소화기암」으로 진단확정되었을 때(최초1회한)	가입금액
	암 산정특례 관련 질병 진단비 (15대특정암)	보험기간 중 암보장개시일※ 이후에「15대특정암」으로 진단확정되었을 때(최초1회한)	가입금액
	암 산정특례 관련 질병 진단비 (10대특정암)	보험기간 중 암보장개시일※ 이후에「10대특정암」으로 진단확정되었을 때(최초1회한)	가입금액
	암 산정특례 관련 질병 진단비 (4대고액암)	보험기간 중 암보장개시일※ 이후에「4대고액암」으로 진단확정되었을 때(최초1회한)	가입금액
	암 산정특례 관련 질병 진단비 (유사암)	보험기간 중「제자리암」,「기타피부암」,「경계성종양」,「갑상선암」으로 진단확정되었을 때(각 최초1회한)	가입금액 (최초가입후 1년 경과시점 전일 이전 가입금액의 50%)
	암 산정특례 관련 질병 진단비 (양성뇌종양)	보험기간 중「양성뇌종양」으로 진단확정되었을 때(최초1회한)	가입금액
	중증질환자 (뇌혈관질환) 산정특례대상 진단비	보험기간 중 진단확정된 질병 또는 상해로 인하여「중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례대상」으로 보험기간 중 등록된 경우(최초1회한) ※ 상해로 인한 경우, 감액기간 없음	가입금액 (최초가입후 1년 경과시점 전일 이전 가입금액의 50%)
	중증질환자 (심장질환) 산정특례대상 진단비	보험기간 중 진단확정된 질병 또는 상해로 인하여「중증질환자(심장질환) 산정특례대상」으로 보험기간 중 등록된 경우(최초1회한) ※ 상해로 인한 경우, 감액기간 없음	가입금액 (최초가입후 1년 경과시점 전일 이전 가입금액의 50%)
	중증화상환자 산정특례대상 진단비	보험기간 중 상해로 인하여「중증화상환자 산정특례대상」으로 보험기간 중 신규등록된 경우(최초1회한)	가입금액
	※ 암보장개시일은 최초계약일 또는 부활일(효력회복일)로부터 90일이 지난 다음날이고, 15세 미만인 경우 암보장개시일은 최초계약일. 단, 보장이 자동갱신된 경우에는 갱신일		
갱신형 희귀질환자 산정특례대상 진단비	보험기간 중 진단확정된 질병으로 인하여「희귀질환자 산정특례대상」으로 보험기간 중 신규등록된 경우(최초1회한)		가입금액 (최초가입후 1년 경과시점 전일 이전 가입금액의 50%)

갱신형 중증난치질환자(중증치매제외) 산정특례대상 진단비	보험기간 중 진단확정된 질병 또는 상해로 인하여「중증난치질환자(중증치매제외) 산정특례대상」으로 보험기간 중 신규등록된 경우(최초1회한) ※ 상해로 인한 경우, 감액기간 없음	가입금액 (최초가입후 1년 경과시점 전일 이전 가입금액의 50%)
갱신형 결핵질환자 산정특례대상 진단비	보험기간 중 진단확정된 질병으로 인하여「결핵질환자 산정특례대상」으로 보험기간 중 신규등록된 경우(최초1회한)	가입금액 (최초가입후 1년 경과시점 전일 이전 가입금액의 50%)
갱신형 중증난치질환자 (중증치매) 산정특례대상 진단비	보험기간 중 진단확정된 질병 또는 상해로 인하여 중증난치질환자(중증치매) 산정특례대상보장개시일※ 이후에「중증난치질환자(중증치매) 산정특례대상」으로 보험기간 중 신규등록된 경우(연간1회한) ※ 중증난치질환자(중증치매) 산정특례대상보장개시일은 최초계약일부터 그날을 포함하여 1년이 지난 다음날. 단, 상해로 인하여 보험기간 중에「중증난치질환자(중증치매) 산정특례대상」으로 신규 등록된 경우에는 최초계약일 (단, 보장이 자동갱신된 경우에는 갱신일 이후)	가입금액
갱신형 중증질환자 (뇌혈관질환) 산정특례대상 진단비(연간1회한)	보험기간 중 진단확정된 질병 또는 상해로 인하여「중증질환자(뇌혈관질환) 산정특례대상」으로 보험기간 중 등록된 경우(연간1회한) ※ 상해로 인한 경우, 감액기간 없음	가입금액 (최초가입후 1년 경과시점 전일 이전 가입금액의 50%)
갱신형 중증질환자 (심장질환) 산정특례대상 진단비(연간1회한)	보험기간 중 진단확정된 질병 또는 상해로 인하여「중증질환자(심장질환) 산정특례대상」으로 보험기간 중 등록된 경우(연간1회한) ※ 상해로 인한 경우, 감액기간 없음	가입금액 (최초가입후 1년 경과시점 전일 이전 가입금액의 50%)
갱신형 중증화상환자 산정특례대상 진단비(연간1회한)	보험기간 중 상해로 인하여「중증화상환자산정특례대상」으로 보험기간 중 등록된 경우(연간1회한)	가입금액
갱신형 중증외상환자 산정특례대상 진단비(연간1회한)	보험기간 중 상해로 인하여「중증외상환자산정특례대상」으로 보험기간 중 등록된 경우(연간1회한)	가입금액

❍ 무배당 갱신형 간편한 6대심장질환진단비보장 특별약관2504(일반심사형)

보장명	지급사유	지급금액
갱신형 6대심장질환 진단비	보험기간 중 「6대심장질환」으로 진단확정시(최초 1회한)	가입금액 (최초가입후 1년 경과시점 전일 이전 가입금액의 50%)
갱신형 6대심장질환 진단비Ⅱ	보험기간 중 「6대심장질환」으로 진단확정시(최초 1회한)	가입금액 (최초가입후 30일경과시점 전일 이전 가입금액×10%지급, 최초가입후 30일 경과시점 이후 1년경과시점 전일 이전 가입금액×50%지급)

❍ 무배당 갱신형 뇌질환진단비보장 특별약관2504

보장명	지급사유	지급금액
갱신형 6대뇌질환진단비	보험기간 중「6대뇌질환」으로 진단확정되었을 때 (최초 1회한)	가입금액 (최초가입후 1년 경과시점 전일 이전 가입금액의 50%)
갱신형 일과성뇌허혈발작 진단비	보험기간 중「일과성뇌허혈발작」으로 진단확정되었을 때 (최초 1회한)	가입금액 (최초가입후 1년 경과시점 전일 이전 가입금액의 50%)

❍ 무배당 가전제품 고장수리비용보장 특별약관2504

보장명	지급사유	지급금액
20대가전제품 수리비용	20대가전제품(TV, 세탁기, 냉장고, 김치냉장고, 에어컨, 전자레인지, 공기청정기, 청소기, 식기세척기, 의류건조기, 의류관리기, 제습기, 전기밥솥, 정수기, 음식물처리기, 식기건조기, 오븐, 선풍기, 에어프라이어, 전기레인지)에 고장 발생시 실제 수리비를 보험년도에 100만원을 한도 보상 (단, 자기부담금 2만원)	100만원 한도 (1사고당 자기부담금: 2만원)
12대가전제품 수리비용	12대가전제품(TV, 세탁기, 냉장고, 김치냉장고, 에어컨, 전자레인지, 공기청정기, 청소기, 식기세척기, 의류건조기, 의류관리기, 제습기)에 고장 발생시 실제 수리비를 보험년도에 100만원을 한도 보상 (단, 자기부담금 2만원)	100만원 한도 (1사고당 자기부담금: 2만원)
신8대가전제품 수리비용	신8대가전제품(전기밥솥, 정수기, 음식물처리기, 식기건조기, 오븐, 선풍기, 에어프라이어, 전기레인지)에 고장 발생시 실제 수리비를 보험년도에 100만원을 한도 보상 (단, 자기부담금 2만원)	100만원 한도 (1사고당 자기부담금: 2만원)

❍ 무배당 운전자 비용 및 상해보장 특별약관2509

<table>
<tr><th>보장명</th><th colspan="3">지급사유</th><th>지급금액</th></tr>
<tr><td>운전자용 벌금(대물)</td><td colspan="3">보험기간 중 자동차를 운전하던중 사고로 도로교통법 제151조(벌칙)에 따른 벌금형이 확정된 경우(음주, 무면허, 도주, 약물상태 등 제외) 지급
※ 자가용운전자형의 경우 피보험자가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 발생한 사고는 보상하지 않음</td><td>1사고당
500만원 한도</td></tr>
<tr><td>(운전자용/비운전자용)
교통상해사망</td><td colspan="3">보험기간 중 교통상해(비운전자용은 비운전중 교통상해로 한함)의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다)</td><td>가입금액</td></tr>
<tr><td>(운전자용/비운전자용)
교통상해후유장해
(3~100%)</td><td colspan="3">보험기간 중 교통상해(비운전자용은 비운전중 교통상해로 한함)로 각 장해지급률이 3~100%에 해당하는 장해상태가 되었을 때</td><td>가입금액
× 지급률</td></tr>
<tr><td rowspan="4">교통사고
처리지원금(Ⅲ)
(중대법규위반,6주미만)</td><td rowspan="2">자가용
운전자형</td><td rowspan="2">보험기간 중 자가용자동차를 운전하던중 사고로 피해자(피보험자의 부모, 배우자, 자녀 제외)에게 아래의 상해를 입혀 형사합의를 한 경우 피보험자가 형사합의금으로 지급한 금액을 지급 (피해자 각각 지급)
- 중대법규위반 교통사고로 피해자가 42일(피해자 1인을 기준으로 합니다) 미만의 치료를 요한다는 진단을 받은 경우(자동차손해배상보장법시행령에서 정한「자동차사고 부상등급표」의 부상등급을 받은 경우에 한함)</td><td>4주미만
진단시</td><td>150만원/200만원
/500만원/600만원 한도</td></tr>
<tr><td>4주이상
6주미만
진단시</td><td>500만원/700만원
/1천만원/1천2백만원 한도</td></tr>
<tr><td rowspan="2">영업용
운전자형</td><td rowspan="2">보험기간 중 자동차를 운전하던중 사고로 피해자(피보험자의 부모, 배우자, 자녀 제외)에게 아래의 상해를 입혀 형사합의를 한 경우 피보험자가 형사합의금으로 지급한 금액을 지급 (피해자 각각 지급)
- 중대법규위반 교통사고로 피해자가 42일(피해자 1인을 기준으로 합니다) 미만의 치료를 요한다는 진단을 받은 경우(자동차손해배상보장법시행령에서 정한「자동차사고 부상등급표」의 부상등급을 받은 경우에 한함)</td><td>4주미만
진단시</td><td>150만원/200만원
/500만원/600만원 한도</td></tr>
<tr><td>4주이상
6주미만
진단시</td><td>500만원/700만원
/1천만원/1천2백만원 한도</td></tr>
<tr><td rowspan="2">(운전자용/비운전자용)
자동차사고부상치료비
(Ⅱ)</td><td>자가용
운전자형</td><td colspan="2">보험기간 중에 자가용자동차를 운전하던 중 자동차사고(비운전자용은 비운전중 교통상해로 한함)로 신체에 상해를 입고 자동차손해배상보장법시행령에서 정한「자동차사고 부상등급표」의 부상등급을 받은 경우
(가입금액 1천만원 기준)
<table>
<tr><th>부상등급</th><th>1급</th><th>2~4급</th><th>5급</th><th>6급</th><th>7급</th><th>8~11급</th><th>12~14급</th></tr>
<tr><td>지급보험금</td><td>1천만원</td><td>600만원</td><td>200만원</td><td>80만원</td><td>40만원</td><td>20만원</td><td>10만원</td></tr>
</table></td><td>부상등급에
따라
차등지급</td></tr>
<tr><td>영업용
운전자형</td><td colspan="2">보험기간 중에 자동차를 운전하던 중 자동차사고(비운전자용은 비운전중 교통상해로 한함)로 신체에 상해를 입고 자동차손해배상보장법시행령에서 정한「자동차사고 부상등급표」의 부상등급을 받은 경우
(가입금액 1천만원 기준)
<table>
<tr><th>부상등급</th><th>1급</th><th>2~4급</th><th>5급</th><th>6급</th><th>7급</th><th>8~11급</th><th>12~14급</th></tr>
<tr><td>지급보험금</td><td>1천만원</td><td>600만원</td><td>200만원</td><td>80만원</td><td>40만원</td><td>20만원</td><td>10만원</td></tr>
</table></td><td>부상등급에
따라
차등지급</td></tr>
</table>

보장명	지급사유	지급금액
운전자용 벌금(Ⅳ) (비탑승중포함)	보험기간 중에 자동차를 운전하던 중 또는 자동차 운전 후 비탑승 상태에서 발생한 급격하고도 우연한 자동차사고로 타인의 신체에 상해를 입힘으로써 신체상해와 관련하여 받은 벌금액(확정 판결에 의하여 정해진 벌금액을 말하며, 보험기간 중에 발생한 사고의 벌금 확정판결이 보험기간 종료 후에 이루어진 경우를 포함) 1사고당 2,000만원 한도로 지급. 단, 특정범죄 가중처벌 등에 관한 법률 제5조의13(어린이 보호구역에서 어린이 치사상의 가중처벌)에 따른 벌금액 확정시 1사고당 3,000만원 한도로 지급 ※ 자가용운전자형의 경우 피보험자가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 및 운전 후 비탑승 상태에서 발생한 사고는 보상하지 않음	지급사유 참조
운전자용 벌금(Ⅳ) (비탑승중)	보험기간 중에 자동차 운전 후 비탑승 상태에서 발생한 급격하고도 우연한 자동차사고로 타인의 신체에 상해를 입힘으로써 신체상해와 관련하여 받은 벌금액(확정 판결에 의하여 정해진 벌금액을 말하며, 보험기간 중에 발생한 사고의 벌금 확정판결이 보험기간 종료 후에 이루어진 경우를 포함) 1사고당 2,000만원 한도로 지급. 단, 특정범죄 가중처벌 등에 관한 법률 제5조의13(어린이 보호구역에서 어린이 치사상의 가중처벌)에 따른 벌금액 확정시 1사고당 3,000만원 한도로 지급 ※ 자가용운전자형의 경우 피보험자가 자동차를 영업목적으로 운전 후 비탑승 상태에서 발생한 사고는 보상하지 않음	지급사유 참조

<table>
<tr><th>보장명</th><th>지급사유</th><th>지급금액</th></tr>
<tr><td>자동차사고
변호사선임비용(Ⅱ)(타인사망,중대법규위반및중상해경찰조사포함)
(비탑승중포함)</td><td>① 보험기간 중에 자동차를 운전하던 중 또는 자동차 운전 후 비탑승 상태에서 발생한 급격하고도 우연한 자동차사고로 타인의 신체에 상해를 입힘으로써, 아래의 어느 하나에 해당하는 경우 변호사선임비용을 부담함으로써 입은 손해를 보상
- 구속영장에 의하여 구속된 경우
- 검찰에 의해 공소제기(약식기소는 제외)
- 검사에 의해 약식기소 되었으나「형사소송법」 제450조에 의거, 법원에 의해 보통의 심판절차인 공판절차로 재판이 진행되는 경우 또는 같은 법 제453조에 의거 검사 또는 피보험자가 정식재판을 청구하는 경우
② 보험기간 중에 자동차를 운전하던 중 또는 자동차 운전 후 비탑승 상태에서 발생한 급격하고도 우연한 자동차사고로 타인의 신체에 상해를 입힘으로써, 피해자를 사망하게 하여 아래의 어느 하나에 해당되는 경우 변호사선임비용을 부담함으로써 입은 손해를 보상
- 검사에 의해 약식기소 되었으나 제1항 제3호에 해당되지 않는 경우
- 검사에 의해 불기소된 경우
- 경찰 조사 후 불송치된 경우
③ 보험기간 중에 자동차를 운전하던 중 발생한 급격하고도 우연한 자동차사고(단, 사고가 중대법규위반 교통사고에 해당하는 경우에 한합니다)로 타인의 신체에 상해를 입힘으로써, 피해자에게 자동차손해배상보장법 시행령에서 정한「자동차사고 부상등급표」의 부상등급에 해당하는 부상을 입혀 ②의 어느 하나에 해당되는 경우 변호사선임비용을 부담함으로써 입은 손해를 아래에서 정한 금액을 한도로 보상(피해자가 다수인 경우 가장 높은 부상등급을 기준으로 합니다).
<table>
<tr><th>부상등급</th><th>보상한도</th></tr>
<tr><td>1-3급</td><td>보험가입금액</td></tr>
<tr><td>4-7급</td><td>3천만원</td></tr>
<tr><td>8-14급</td><td>1천만원</td></tr>
</table>
④ 보험기간 중에 자동차를 운전하던 중 또는 자동차 운전 후 비탑승 상태에서 발생한 급격하고도 우연한 자동차사고(단, 사고가 중대법규위반 교통사고에 해당하지 않는 경우에 한합니다)로 타인의 신체에 상해를 입힘으로써, 피해자에게 자동차손해배상보장법 시행령에서 정한「자동차사고 부상등급표」의 부상등급 1급, 2급 또는 3급에 해당하는 부상을 입혀 ②의 어느 하나에 해당되는 경우 변호사선임비용을 부담함으로써 입은 손해를 아래에서 정한 금액을 한도로 보상(피해자가 다수인 경우 가장 높은 부상등급을 기준으로 합니다).
<table>
<tr><th>부상등급</th><th>보상한도</th></tr>
<tr><td>1-3급</td><td>3천만원</td></tr>
</table>
※ 자동차 운전 후 비탑승상태에서 발생한 급격하고도 우연한 자동차사고란 피보험자가 운전하던 중 상태에서 벗어난 직후 발생한 사고를 말하며, 사고 발생시 피보험자가 사고 현장에서 사고를 즉시 인지할 수 있는 경우에 한함. 단, 피보험자가 운전석을 벗어난 후 5분(도로교통법상 정차 기준 시간)을 초과하지 아니하고 발생한 사고임이 입증되는 경우 포함.
※ 위에도 불구하고, 「자동차 운전 후 비탑승 상태에서 발생한 급격하고도 우연한 자동차사고」는 피보험자가 자동차를 주정차한 이후에 발생한 사고 중 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 자동차로 발생한 사고를 포함. 단, 타인이 사망한 경우 이외에는 ①에 한함.
※ 자가용운전자형의 경우 피보험자가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 및 운전 후 비탑승 상태에서 발생한 사고는 보상하지 않음</td><td>1사고당
가입금액
한도내
차등지급</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>보장명</th><th>지급사유</th><th>지급금액</th></tr>
<tr><td>자동차사고
변호사선임비용(Ⅱ)(타인사망및중상해경찰조사포함)
(비탑승중)</td><td>① 보험기간 중에 자동차 운전 후 비탑승 상태에서 발생한 급격하고도 우연한 자동차사고로 타인의 신체에 상해를 입힘으로써, 아래의 어느 하나에 해당하는 경우 변호사선임비용을 부담함으로써 입은 손해를 보상
- 구속영장에 의하여 구속된 경우
- 검찰에 의해 공소제기(이하「기소」라 합니다. 단, 약식기소는 제외합니다)된 경우
- 검사에 의해 약식기소 되었으나「형사소송법」 제450조에 의거, 법원에 의해 보통의 심판절차인 공판절차로 재판이 진행되는 경우 또는 같은 법 제453조에 의거 검사 또는 피보험자가 정식재판을 청구하는 경우
② 보험기간 중에 자동차 운전 후 비탑승 상태에서 발생한 급격하고도 우연한 자동차사고로 타인의 신체에 상해를 입힘으로써, 피해자를 사망하게 하여 아래의 어느 하나에 해당되는 경우 변호사선임비용을 부담함으로써 입은 손해를 보상
- 검사에 의해 약식기소 되었으나 제1항 제3호에 해당되지 않는 경우
- 검사에 의해 불기소된 경우
- 경찰 조사 후 불송치된 경우
③ 보험기간 중에 자동차 운전 후 비탑승 상태에서 발생한 급격하고도 우연한 자동차사고(단, 사고가 중대법규위반 교통사고에 해당하지 않는 경우에 한합니다)로 타인의 신체에 상해를 입힘으로써, 피해자에게 자동차손해배상보장법 시행령에서 정한「자동차사고 부상등급표」의 부상등급 1급, 2급 또는 3급에 해당하는 부상을 입혀 ②의 어느 하나에 해당되는 경우 변호사선임비용을 부담함으로써 입은 손해를 아래에서 정한 금액을 한도로 보상(피해자가 다수인 경우 가장 높은 부상등급을 기준으로 합니다).
<table>
<tr><th>부상등급</th><th>보상한도</th></tr>
<tr><td>1-3급</td><td>3천만원</td></tr>
</table>
※ 자동차 운전 후 비탑승상태에서 발생한 자동차사고란 피보험자가 운전하던 중 상태에서 벗어난 직후 발생한 사고를 말하며, 사고 발생시 피보험자가 사고 현장에서 사고를 즉시인지할 수 있는 경우에 한함. 단, 피보험자가 운전석을 벗어난 후 5분(도로교통법상 정차 기준 시간)을 초과하지 아니하고 발생한 사고임이 입증되는 경우 포함.
※ 위에도 불구하고, 「자동차 운전 후 비탑승 상태에서 발생한 급격하고도 우연한 자동차사고」는 피보험자가 자동차를 주정차한 이후에 발생한 사고 중 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 자동차로 발생한 사고를 포함, 단, 타인이 사망한 경우 이외에는 ①에 한함.
※ 자가용운전자형의 경우 피보험자가 자동차를 영업목적으로 운전 후 비탑승 상태에서 발생한 사고는 보상하지 않음</td><td>1사고당
가입금액
한도내
차등지급</td></tr>
</table>

보장명	지급사유		지급금액
교통사고 처리지원금(IX) (비탑승중포함)	보험기간 중 자동차(이륜자동차 제외)를 운전하던 중 또는 운전 후 비탑승 상태에서 발생한 급격하고도 우연한 자동차사고로 피해자(피보험자의 부모, 배우자, 자녀 제외)에게 아래의 상해를 입혀 형사합의를 한 경우 피보험자가 형사합의금으로 지급한 금액을 지급 (피해자 각각 지급). 단, 운전 후 비탑승 상태에서 발생한 자동차 사고로 아래 ②, ⑥에 해당하는 경우 제외. ① 피해자 사망 ② 중대법규위반 교통사고로 피해자가 42일(6주) 이상 치료시 ③ 일반교통사고로 피해자에게 자동차손해배상보장법 시행령 제3조에서 정한 상해 1급, 2급, 3급에 해당하는 부상을 입힌 경우 ④ 일반교통사고로 피해자에게 자동차손해배상보장법 시행령 제3조에서 정한 상해 1급, 2급, 3급외에 해당하는 중상해를 입혀 공소제기된 경우 ⑤ 일반교통사고로 피해자에게 자동차손해배상보장법 시행령 제3조에서 정한 상해 1급, 2급, 3급외에 해당하는 중상해를 입혀 불기소 및 불송치된 경우 ⑥ 스쿨존 내 자동차 운전중 교통사고로 사고당시 나이가 만13세 미만인 피해자가 42일 미만 치료시 ※ 자동차 운전 후 비탑승 상태에서 발생한 급격하고도 우연한 자동차사고란 피보험자가 운전하던 중 상태에서 벗어난 직후 발생한 사고를 말하며, 사고 발생시 피보험자가 사고 현장에서 사고를 즉시 인지할 수 있는 경우에 한함. 단, 피보험자가 운전석을 벗어난 후 5분(도로교통법상 정차 기준 시간)을 초과하지 아니하고 발생한 사고임이 입증되는 경우 포함. ※ 위에도 불구하고, 「자동차 운전 후 비탑승 상태에서 발생한 급격하고도 우연한 자동차사고」는 피보험자가 자동차를 주정차한 이후에 발생한 사고 중 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 자동차로 발생한 사고를 포함. 단, ③은 공소제기된 경우에 한하며 ⑤는 제외함. ※ 자가용운전자형의 경우 피보험자가 자동차를 영업목적으로 운전하던 중 및 운전 후 비탑승 상태에서 발생한 사고는 보상하지 않음	사망	보험가입금액(3천/1억/1억5천만원/2억원 한도)
		6주이상 10주미만 진단시	보험가입금액(1천/2천만원/2천만원/2천만원 한도)
		10주이상 20주미만 진단시	보험가입금액(2천/7천만원/8천만원/8천만원 한도)
		20주이상 25주미만 진단시	보험가입금액(3천/1억원/1억원/1억원 한도)
		25주이상 30주미만 진단시	보험가입금액(3천/1억원/1억5천만원/1억5천만원 한도)
		30주이상 진단시	보험가입금액(3천/1억원/1억5천만원/2억원 한도)
		상해 1~3급 부상시	보험가입금액(3천/1억/1억5천만원/2억원 한도)
		1~3급외 중상해로 공소제기시	보험가입금액(3천/1억/1억5천만원/2억원 한도)
		1~3급외 중상해로 불기소 및 불송치시	3천/5천/5천/7천만원 한도
		스쿨존 내 6주미만 진단시	5백만원 한도

<table>
<tr><th>보장명</th><th colspan="2">지급사유</th><th>지급금액</th></tr>
<tr><td rowspan="4">교통사고
처리지원금(IX)
(비탑승중)</td><td rowspan="4">보험기간 중 자동차(이륜자동차 제외)를 운전 후 비탑승 상태에서 발생한 급격하고도 우연한 자동차사고로 피해자(피보험자의 부모, 배우자, 자녀 제외)에게 아래의 상해를 입혀 형사합의를 한 경우 피보험자가 형사합의금으로 지급한 금액을 지급 (피해자 각각 지급).
① 피해자 사망
② 일반교통사고로 피해자에게 자동차손해배상보장법 시행령 제3조에서 정한 상해 1급, 2급, 3급에 해당하는 부상을 입힌 경우
③ 일반교통사고로 피해자에게 자동차손해배상보장법 시행령 제3조에서 정한 상해 1급, 2급, 3급외에 해당하는 중상해를 입혀 공소제기된 경우
④ 일반교통사고로 피해자에게 자동차손해배상보장법 시행령 제3조에서 정한 상해 1급, 2급, 3급외에 해당하는 중상해를 입혀 불기소 및 불송치된 경우
※ 자동차 운전 후 비탑승 상태에서 발생한 급격하고도 우연한 자동차사고란 피보험자가 운전하던 중 상태에서 벗어난 직후 발생한 사고를 말하며, 사고 발생시 피보험자가 사고 현장에서 사고를 즉시 인지할 수 있는 경우에 한함. 단, 피보험자가 운전석을 벗어난 후 5분(도로교통법상 정차 기준 시간)을 초과하지 아니하고 발생한 사고임이 입증되는 경우 포함.
※ 위에도 불구하고, 「자동차 운전 후 비탑승 상태에서 발생한 급격하고도 우연한 자동차사고」는 피보험자가 자동차를 주정차한 이후에 발생한 사고 중 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 자동차로 발생한 사고를 포함. 단, ②는 공소제기된 경우에 한하며 ④는 제외함.
※ 자가용운전자형의 경우 피보험자가 자동차를 영업목적으로 운전 후 비탑승 상태에서 발생한 사고는 보상하지 않음</td><td>사망</td><td>보험가입금액
(3천/1억/1억5천만원/2억원 한도)</td></tr>
<tr><td>상해 1~3급 부상시</td><td>보험가입금액
(3천/1억/1억5천만원/2억원 한도)</td></tr>
<tr><td>1~3급외 중상해로 공소제기시</td><td>보험가입금액
(3천/1억/1억5천만원/2억원 한도)</td></tr>
<tr><td>1~3급외 중상해로 불기소 및 불송치시</td><td>3천/5천/5천/7천만원 한도</td></tr>
</table>

❍ 무배당 갱신형 검사비보장 특별약관2504

보장명	지급사유	지급금액
갱신형 3대질환 MRI촬영검사비(급여, 연간1회한)	보험기간 중 약관에서 정한 3대질환※의 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 MRI촬영(급여)을 받은 경우 연간 1회에 한하여 지급 ※ 3대질환 : 암(유사암포함), 뇌혈관질환, 허혈성심장질환	가입금액 (최초가입후 1년경과시점 전일 이전 가입금액×50%지급)
갱신형 양전자단층촬영(PET) 검사비(급여, 연간1회한)	보험기간 중 질병 또는 상해의 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 양전자단층촬영(PET)(급여)을 받은 경우 연간 1회에 한하여 지급	가입금액 (질병의 경우 최초가입후 1년경과시점 전일 이전 가입금액×50%지급)
갱신형 부정맥질환특정검사비	보험기간 중 「부정맥질환」의 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 약관에서 정한「부정맥질환특정검사(1종)(급여)」를 받은 경우(연간 1회한)	부정맥질환특정검사비(1종)가입금액 (최초가입후 1년경과시점 전일 이전 가입금액×50%지급)
	보험기간 중 「부정맥질환」의 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 약관에서 정한「부정맥질환특정검사(2종)(급여)」를 받은 경우(연간 1회한)	부정맥질환특정검사비(2종)가입금액 (최초가입후 1년경과시점 전일 이전 가입금액×50%지급)

❍ 무배당 갱신형 가족일상생활중배상책임보장 특별약관2509

보장명	지급사유	지급금액
갱신형 가족일상생활중 배상책임(Ⅳ)	보험기간 중 가족일상생활중배상책임보장개시일※ 이후에 피보험자가 살고 있거나 피보험자가 임대 등을 통해 거주를 허락한 자가 살고있는 주택 중 보험증권에 기재된 하나의 주택의 소유, 사용, 관리로 인한 우연한 사고 또는 피보험자와 그 가족의 일상생활로 인한 우연한 사고로 피해자에게 신체의 장해(대인) 또는 재물의 손해(대물)에 대한 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해발생시 ※ 가족일상생활중배상책임보장개시일은「누수사고」인 경우 최초계약일 또는 부활일(효력회복일)부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며,「누수사고」가 아닌 경우에는 최초계약일 또는 부활일(효력회복일) (단, 보장이 자동갱신된 경우에는 갱신일 이후) ※ 하나의 사고를 원인으로 누수로 인한「대물 배상책임」, 누수 이외로 인한「대물 배상책임」및「대인 배상책임」중 두 가지 이상이 동시에 발생한 경우 각각의 보험사고로 보고 자기부담금 및 가족일상생활중배상책임보장개시일을 적용	1억원 한도 (1사고당 자기부담금 대인 : 없음 대물 : 누수 50만원, 누수 이외 20만원)

❍ 무배당 갱신형 간편한 특정치료비Ⅱ보장 특별약관2509(일반심사형)

보장명	지급사유		지급금액
갱신형 항암중입자방사선치료비	보험기간 중 암보장개시일※ 이후에「암(유사암제외)」으로 진단확정되거나 보험기간 중 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 항암중입자방사선치료를 받는 경우 (최초 1회한) ※ 암보장개시일은 최초계약일 또는 부활일(효력회복일)로부터 90일이 지난 다음날이고, 15세 미만인 경우 보장개시일은 최초계약일 (단, 보장이 자동갱신된 경우에는 갱신일 이후)		가입금액 (최초가입후 1년 경과시점 전일 이전 가입금액의 50%)
갱신형 특정호르몬약물허가치료비	특정항암	보험기간 중에 암보장개시일※ 이후에「암(유사암제외)」으로 진단확정 되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「특정항암호르몬약물허가치료」를 받은 경우(최초1회한) ※ 암보장개시일은 최초계약일 또는 부활일(효력회복일)로부터 90일이 지난 다음날이고, 15세 미만인 경우 보장개시일은 최초계약일	가입금액 (최초가입후 1년경과시점 전일 이전 가입금액×50%)
	갑상선암수술후	보험기간 중에「감상선암」으로 진단확정 되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「특정항암호르몬약물허가치료」를 받은 경우(최초1회한)	가입금액 (최초가입후 1년경과시점 전일 이전 가입금액×50%)
갱신형 계속받는 특정항암호르몬약물허가치료비 (연간1회한)	보험기간 중에 암보장개시일※ 이후에「암(유사암제외)」으로 진단확정 되고 그 치료를 직접적인 목적으로 「특정항암호르몬약물허가치료」를 받은 경우(연간1회한) ※ 암보장개시일은 최초계약일 또는 부활일(효력회복일)로부터 90일이 지난 다음날이고, 15세 미만인 경우 보장개시일은 최초계약일		가입금액 (최초가입후 1년경과시점 전일 이전 가입금액×50%)

(2) 보험금 지급제한 사항

- 회사는 제1회 보험료를 받은 때부터 이 상품의 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 회사의 책임은 보험증권(에 기재된 보험기간의 첫날에 시작합니다. 단, 제1회 보험료를 납입하기 전 사고에 대해서는 보상하지 않습니다.
- 암보장개시일, 유사암보장개시일, 5대고액치료비암보장개시일, 16대특정암보장개시일, 대상포진보장개시일, 대상포진눈병보장개시일, 통풍보장개시일, 갑상선암(초기제외)보장개시일, 일차암보장개시일, 첫 번째암보장개시일, 암 통합치료보장개시일 및 원격전이포함 4기 통합암보장개시일은 보험계약일을 기준으로 피보험자의 보험나이가 15세 이상인 경우 계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 경증이상 치매보장개시일, 중등도이상 치매보장개시일, 당뇨병보장개시일 및 요로결석보장개시일은 계약일부터 그날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날로 합니다.
- 이 보험계약에서 보장하는 의료비는 동비용을 보장하는 다수의 보험계약이 체결되어 있는 경우, 약관에 따라 비례하여 보상합니다. 다만, 이미 가입한 보험계약에서 보상한 금액이 본인이 부담한 의료비를 초과하였을 때에는 보험금이 지급되지 아니할 수 있습니다.
- 보험금을 지급하지 않는 사유 등 기타 세부적인 사항은 보통약관 및 특별약관 내용에 따라 보험금 지급이 제한될 수 있습니다. 반드시 약관을 참조하시기 바랍니다.

3. 보험료산출기초 및 적용이율

(1) 보험료의 구성

계약자가 납입하는 보험료는 보험사고발생시 보험금지급을 위한 위험보험료, 만기시 환급금을 지급하기 위한 적립보험료, 그리고 보험회사의 사업경비를 위한 부가보험료로 구성됩니다.

(2) 적용이율

보장부분 적용이율이란?

보험료를 납입하는 시점과 보험금 지급사이에는 시차가 발생하므로 이 기간 동안 기대되는 수익을 미리 예상하여 일정한 비율로 보험료를 할인해 주는데 이 할인율을 "보장부분 적용이율"이라고 합니다. 일반적으로 보장부분 적용이율이 높으면 보험료는 내려가고, 낮아지면 보험료는 올라갑니다.

적립부분 적용이율([보장]공시이율)이란?

- 적립부분 적용이율([보장]공시이율)이란 회사가 장래 보험금 지급을 위하여 계약자의 납입보험료의 일정부분을 적립해 나가는데, 이 계약자적립액을 적립하는 이율을 의미합니다.
- [보장]공시이율은 매월 마지막 날(다만, 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 직전의 영업일로 한다) 이전에 산출하며, 그 다음달에 한하여 적용합니다.
- 회사는 운용자산이익률과 외부지표금리수익률을 고려하여 산출된 공시기준에 조정률을 반영하여 [보장]공시이율을 결정합니다.

◦ 공시기준이율(%) = 외부지표금리수익률 × α + 운용자산이익률 × (1-α)

$$* \ \alpha = \frac{A/B + C}{A + C}$$

- A : 직전년도초 계약자적립액
- B : 자산의 직전년도말 듀레이션
- C : 직전년도 보험료 수입

- 세부적인 [보장]공시이율의 운영방법은 회사에서 별도로 정한「[보장]공시이율 적용에 관한 세부지침」을 따릅니다.

최저보증이율이란?

회사의 운용자산이익률 및 외부지표금리수익률이 하락하더라도 회사에서 지급을 보증하는 최저한도의 적용이율입니다.

- 이 상품의 보장부분 적용이율은 연복리 2.65%입니다.
- 이 상품의 적립부분 적용이율([보장]공시이율)은 2025년 11월 현재 2.05%입니다.(1형(해약환급금 지급형)에 한함)
- 이 상품의 최저보증이율은 연 0.3%입니다.(1형(해약환급금 지급형)에 한함)

(3) 적용위험률

적용위험률이란?

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

(기준 : 40세, 상해1급)

보장위험	적용위험률	
	남자	여자
일반상해 후유장해 발생률(80%이상)	0.000026	0.000017

(4) 적용해지율

적용해지율이란?

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

- 적용해지율은 2형(해약환급금미지급형(납입후50%))에 한하여 적용합니다.

(5) 계약체결비용 및 계약관리비용이란?

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

4. 보험가격지수

보험가격지수란?
해당상품의 보험료총액(보험금 지급을 위한 보험료 및 보험회사의 사업경비 등을 위한 보험료)을 참조순보험료총액*과 평균사업비총액**을 합한 금액으로 나눈 비율을 "보험가격지수"라고 합니다. * 금융감독원이 정하는 평균공시이율 및 참조순보험요율을 적용하여 산출한 보험금 지급을 위한 보험료 ** 상품군별로 손해보험상품 전체의 평균 사업비율을 반영하여 계산(역산)한 값

기준			보험가격지수(%)	
			남자	여자
40세, 상해1급, 100세만기 20년납	1종	1형	97.6	117.8
		2형	110.8	128.1
	2종	1형	98.0	117.9
		2형	112.8	129.6

5. 계약자배당에 관한 사항

이 상품은 무배당 상품으로 배당을 하지 않습니다. 그러나 무배당 상품은 배당상품에 비해 보험료가 상대적으로 저렴하다는 특징이 있습니다.

6. 해약환급금에 관한 사항

(1) 해약환급금 산출기준

<1형(해약환급금 지급형)>

회사는 금융감독원장이 인가한 산출기준에 따라 계산한 이 보험의 계약자적립액에서 해약공제액을 공제한 금액을 해약환급금으로 지급합니다.

<2형(해약환급금미지급형(납입후50%))>

2형(해약환급금미지급형(납입후50%))은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않습니다. 다만, 보험료 납입기간이 완료된 이후 계약이 해지되는 경우의 해약환급금은「해약환급금미지급형 비교상품」해약환급금의 50%에 해당하는 금액으로 합니다.

(2) 해약환급금

❍ 가입조건

- 기준 : 남자 40세, 상해 1급, 자가용운전자, 100세만기 20년납 - 가입금액 : 일반상해80%이상후유장해 1억5천만원, 질병80%이상후유장해 1,000만원, 일반상해사망 1억5천만원, 상해수술비 50만원, 질병수술비 20만원, 질병입원일당(1일이상) 2만원, 일반상해입원일당(1일이상) 2만원, 5대고액치료비암진단비 2,000만원, 암수술비(유사암제외) 300만원, 유사암수술비 100만원, 항암방사선약물치료비 500만원, 암직접치료입원일당(Ⅱ)(요양병원제외, 1일이상) 5만원, 골절(치아파절제외)진단비Ⅱ 20만원, 골절수술비Ⅱ 20만원, 신화상치료비(화상진단비) 20만원, 신화상치료비(화상수술비) 20만원, 신화상치료비(중증및화상부식진단비) 3,000만원, 깁스치료비 10만원 [무배당 3대질병진단비보장(A) 특별약관2509(세만기형)]

암진단비(유사암제외) 3,000만원, 유사암진단비 300만원, 뇌졸중진단비 1,000만원, 급성심근경색증진단비 1,000만원

<1종 - 1형, 월납보험료 : 134,790원>

❍ 예시표

(단위 : 천원)

구분	기본계약 및 기타 특약담보						
	납입 보험료	해약환급금					
		최저보증이율		적용이율			
				평균공시이율(A)		[보장]공시이율	
		환급금	환급률	환급금	환급률	환급금	환급률
1년	1,617	6	0.4%	6	0.4%	6	0.4%
3년	4,852	2,344	48.3%	2,344	48.3%	2,344	48.3%
5년	8,087	5,111	63.2%	5,111	63.2%	5,111	63.2%
7년	11,322	7,955	70.2%	7,955	70.2%	7,955	70.2%
10년	16,174	11,631	71.9%	11,631	71.9%	11,631	71.9%
15년	24,262	18,074	74.4%	18,074	74.4%	18,074	74.4%
20년	32,349	24,958	77.1%	24,958	77.1%	24,958	77.1%
30년	32,349	25,378	78.4%	25,378	78.4%	25,378	78.4%
40년	32,349	21,799	67.3%	21,799	67.3%	21,799	67.3%
50년	32,349	13,683	42.2%	13,683	42.2%	13,683	42.2%
60년	32,349	-	-	-	-	-	-

주1) 상기 예상 해약환급금은 천원미만 절사한 금액으로 보장부분 해약환급금과 적립부분 해약환급금으로 이루어지며, 이중 적립부분 해약환급금은 적립부분 순보험료(영업보험료에서 보장보험료, 계약체결비용 및 계약관리비용을 공제한 보험료)를 최저보증이율 및 적용이율로 적립한 것을 가정한 금액입니다.

주2) 상기 예상 해약환급금의 최저보증이율은 0.3%, 적용이율은「[보장]공시이율 및 평균공시이율(A)」입니다. 실제 해지시 지급되는 금액의 적용이율은 [보장]공시이율(2.05%)이며, [보장]공시이율의 변동, 계약내용의 변경, 중도인출 및 실제보험료 납입일 등에 따라 해약환급금은 달라집니다.

* [보장]공시이율 : 2.05% (2025년 11월 현재 기준)

평균공시이율(A) : 2.05% (보험업감독규정 제1-2조 제13호에 따른 평균공시이율(2.75%)과 [보장]공시이율(2.05%) 중 작은이율

주3) 상기 예상 해약환급금은 보험금 지급이나 계약체결/관리비용 지출 등으로 인하여 납입하신 보험료 보다 적거나 없을 수 있습니다.

주4) 가입후 10년미만 해지시 해약환급금이 이미 납입한 보험료보다 큰 경우 해당 차액에 대하여 이자소득세가 부과됩니다. (관련 세법이 변경되는 경우 해당 내용 적용 시점의 변경된 법률을 적용합니다.)

주5) 평균공시이율은 감독원장이 정하는 바에 따라 산정한 전체 보험회사 공시이율의 평균으로 전년도 8월말 기준 직전 12개월간 보험회사 공시이율을 대상으로 산출합니다.

<1종 - 2형, 월납보험료 : 103,580원>

ㅇ 예시표

(단위 : 천원)

구분	납입보험료	예상 해약환급금(률)	
		환급금	환급률
1년	1,242	-	-
3년	3,728	-	-
5년	6,214	-	-
7년	8,700	-	-
10년	12,429	-	-
15년	18,644	-	-
19년	23,616	-	-
20년	24,859	12,475	50.1%
30년	24,859	12,685	51.0%
40년	24,859	10,897	43.8%
50년	24,859	6,840	27.5%
60년	24,859	-	-

주1) 상기 예상 해약환급금은 계약내용의 변경 및 실제보험료 납입일 등에 따라 달라집니다.

주2) 상기 예상 해약환급금은 천원미만 절사한 금액으로 보장부분 적용이율(2.65%)을 사용하여 계산된 금액입니다.

주3) 상기 예상 해약환급금은 보험금 지급이나 계약체결/관리비용 지출 등으로 인하여 납입하신 보험료 보다 적거나 없을 수 있습니다.

<2종 - 1형, 월납보험료 : 141,670원>

❍ 예시표

(단위 : 천원)

구분	기본계약 및 기타 특약담보						
	납입 보험료	해약환급금					
		최저보증이율		적용이율			
				평균공시이율(A)		[보장]공시이율	
		환급금	환급률	환급금	환급률	환급금	환급률
1년	1,700	7	0.4%	7	0.4%	7	0.4%
3년	5,100	2,472	48.4%	2,472	48.4%	2,472	48.4%
5년	8,500	5,344	62.8%	5,344	62.8%	5,344	62.8%
7년	11,900	8,277	69.5%	8,277	69.5%	8,277	69.5%
10년	17,000	12,024	70.7%	12,024	70.7%	12,024	70.7%
15년	25,500	18,429	72.2%	18,429	72.2%	18,429	72.2%
20년	34,000	24,968	73.4%	24,968	73.4%	24,968	73.4%
30년	34,000	25,386	74.6%	25,386	74.6%	25,386	74.6%
40년	34,000	21,805	64.1%	21,805	64.1%	21,805	64.1%
50년	34,000	13,687	40.2%	13,687	40.2%	13,687	40.2%
60년	34,000	-	-	-	-	-	-

주1) 상기 예상 해약환급금은 천원미만 절사한 금액으로 보장부분 해약환급금과 적립부분 해약환급금으로 이루어지며, 이중 적립부분 해약환급금은 적립부분 순보험료(영업보험료에서 보장보험료, 계약체결비용 및 계약관리비용을 공제한 보험료)를 최저보증이율 및 적용이율로 적립한 것을 가정한 금액입니다.

주2) 상기 예상 해약환급금의 최저보증이율은 0.3%, 적용이율은「[보장]공시이율 및 평균공시이율(A)」입니다. 실제 해지시 지급되는 금액의 적용이율은 [보장]공시이율(2.05%)이며, [보장]공시이율의 변동, 계약내용의 변경, 중도인출 및 실제보험료 납입일 등에 따라 해약환급금은 달라집니다.

* [보장]공시이율 : 2.05% (2025년 11월 현재 기준)

평균공시이율(A) : 2.05% (보험업감독규정 제1-2조 제13호에 따른 평균공시이율(2.75%)과 [보장]공

시이율(2.05%) 중 작은이율

주3) 상기 예상 해약환급금은 보험금 지급이나 계약체결/관리비용 지출 등으로 인하여 납입하신 보험료 보다 적거나 없을 수 있습니다.

주4) 가입후 10년미만 해지시 해약환급금이 이미 납입한 보험료보다 큰 경우 해당 차액에 대하여 이자소득세가 부과됩니다. (관련 세법이 변경되는 경우 해당 내용 적용 시점의 변경된 법률을 적용합니다.)

주5) 평균공시이율은 감독원장이 정하는 바에 따라 산정한 전체 보험회사 공시이율의 평균으로 전년도 8월말 기준 직전 12개월간 보험회사 공시이율을 대상으로 산출합니다.

<2종 - 2형, 월납보험료 : 109,090원>

ㅇ 예시표

(단위 : 천원)

구분	납입보험료	예상 해약환급금(률)	
		환급금	환급률
1년	1,309	-	-
3년	3,927	-	-
5년	6,545	-	-
7년	9,163	-	-
10년	13,090	-	-
15년	19,636	-	-
19년	24,872	-	-
20년	26,181	12,481	47.6%
30년	26,181	12,690	48.4%
40년	26,181	10,900	41.6%
50년	26,181	6,842	26.1%
60년	26,181	-	-

주1) 상기 예상 해약환급금은 계약내용의 변경 및 실제보험료 납입일 등에 따라 달라집니다.

주2) 상기 예상 해약환급금은 천원미만 절사한 금액으로 보장부분 적용이율(2.65%)을 사용하여 계산된 금액입니다.

주3) 상기 예상 해약환급금은 보험금 지급이나 계약체결/관리비용 지출 등으로 인하여 납입하신 보험료 보다 적거나 없을 수 있습니다.

(3) 해약환급금이 적은 이유

- 손해보험상품은 은행의 저축과는 달리 위험보장과 저축기능을 겸한 제도로서 보험계약자가 납입한 보험료중 일부는 불의의 사고를 당한 다른 보험계약자에게 지급되는 보험금의 재원으로, 또 다른 일부는 보험회사 운영에 필요한 사업경비로 사용되므로 중도해지시 지급되는 해약환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다.
- 본 상품은 보장성보험으로 저축성 상품이 아닙니다.

상품요약서는 상품의 주요내용만을 요약한 자료입니다.

구체적인 상품내용은 해당 보험약관 등을 참조하시기 바랍니다.