

## KB 닥터플러스 건강보험(세만기)(해약환급금미지급형)(무배당)(25.08)(24882)

# 고객님을 위한 상품제안서

계약자 :

청약번호 : RQ25-53381446 | 보험료 : 130,188원



소 속 : 수도GA3-3지점 | 인카금융서비스(주)보험대리점(이현기)

컨설턴트 : 이현기

휴대전화 : 010-5728-8383

전화번호 : 02-2192-8900



고객님께  
한마디

## 상품제안서\_가입담보(계약자용)

KB 닥터플러스 건강보험(세만기)(해약환급금미지급형)(무배당)(25.08)(24882)

## 계약 내용

청약번호	RQ25-53381446
계약사항	20년납 100세만기   세만기   8대납입면제기본   납입후50%지급형   기본플랜
납입형태	월납

## 보험료

할인후조회보험료	<u>130,188원</u>
1회 보험료	130,188원

## 통합고객님 피보험자님의 가입내용 (30세|남|1급|경영지원 사무직 관리자)

보장명	가입금액	보험료(원)	납입 보험기간
1 일반상해사망(기본)	1천만원	700	20년/100세
2 일반상해후유장해(20~100%)(기본)	1천만원	300	20년/100세
3 보험료납입면제대상보장(8대기본)	10만원	36	20년/20년
5 일반상해후유장해(3%~100%)	1천만원	650	20년/100세
8 질병사망	1천만원	7,460	20년/80세
70 암진단비(유사암제외)	3천만원	36,420	20년/100세
72 10대고액치료비암진단비	1천만원	6,640	20년/100세
74 유사암진단비	6백만원	870	20년/100세
85 재진단암진단비	1천만원	22,510	20년/100세
91 뇌혈관질환진단비	1천만원	10,060	20년/100세
93 뇌출중진단비	1천만원	8,010	20년/100세
95 뇌출혈진단비	1천만원	1,820	20년/100세
97 심장질환(특정 I) 진단비	1백만원	951	20년/100세
98 심장질환(특정 II) 진단비	1백만원	356	20년/100세
101 허혈성심장질환진단비	1천만원	6,470	20년/100세
105 부정맥질환( I 49)진단비	1백만원	612	20년/100세
108 심근병증진단비	1백만원	240	20년/100세
109 심장판막협착증(대동맥판막)진단비	1백만원	150	20년/100세
152 골절진단비 II (치아파절제외)	10만원	543	20년/100세
159 화상진단비	10만원	58	20년/100세
161 질병수술비	10만원	1,596	20년/100세
202 암수술비(유사암제외)	5백만원	7,360	20년/100세
205 유사암수술비	30만원	44	20년/100세
206 다빈치로봇 암수술비(갑상선암 및 전립선암 제외)(최초1회한)(갱신형)	1천만원	260	10년/10년갱신 (갱신종료:100세)
207 다빈치로봇 갑상선암 및 전립선암수술비(최초1회한)(갱신형)	2백만원	11	10년/10년갱신 (갱신종료:100세)

보장명	가입금액	보험료(원)	납입 보험기간
209 뇌혈관질환수술비	5백만원	885	20년/100세
213 허혈성심장질환수술비	5백만원	1,760	20년/100세
227 상해수술비	10만원	420	20년/100세
256 항암방사선치료비	3백만원	1,587	20년/100세
257 항암약물치료비	3백만원	2,316	20년/100세
278 표적항암약물허가치료비(3대특정암)(최초1회한)    (갱신형)	1천만원	35	10년/10년갱신 (갱신종료:100세)
279 표적항암약물허가치료비(림프종·백혈병 관련암)(최초1회한)    (갱신형)	1천만원	57	10년/10년갱신 (갱신종료:100세)
280 표적항암약물허가치료비(3대특정암 및 림프종·백혈병 관련암 제외)(최초1회한)    (갱신형)	1천만원	25	10년/10년갱신 (갱신종료:100세)
283 특정항암호르몬약물허가치료비(최초1회한)    (갱신형)	50만원	3	10년/10년갱신 (갱신종료:100세)
291 카티(CAR-T)항암약물허가치료비(연간1회한)(갱신형)	1천만원	6	10년/10년갱신 (갱신종료:100세)
380 혈전용해치료비    (최초1회한)(특정심장질환) 보장	2백만원	76	20년/100세
381 혈전용해치료비    (최초1회한)(뇌출중) 보장	2백만원	262	20년/100세
477 질병입원일당(1일이상)	1만원	5,680	20년/100세
490 상해입원일당(1일이상)	1만원	1,435	20년/100세
503 암직접치료입원일당(요양제외, 1일이상180일한도)	2만원	1,514	20년/100세

### 주의사항

- 상품제안서\_가입담보는 보장명, 가입금액, 보험료, 납입기간, 보험기간에 대하여 요약하여 안내하는 내용으로 그 이외의 항목에 대해서는 표시되지 않습니다. 보장내용 및 상품에 대한 자세한 내용은 상품설명서 또는 약관을 참고하시기 바랍니다.

## 상품제안서\_가입설계(계약자용)

KB 닥터플러스 건강보험(세만기)(해약환급금미지급형)(무배당)(25.08)(24882)

## 계약 내용

청약번호	RQ25-53381446
계약사항	20년납 100세만기   세만기   8대납입면제기본   납입후50%지급형   기본플랜
납입형태	월납
예상만기환급금	0원   환급률 : 0.0%

## 보험료

할인후조회보험료	<u>130,188원</u>
1회 보험료	130,188원
보장보험료	130,188원(갱신보장:397원)
적립보험료	-
보험료 할인	대상아님

## 통합고객님 피보험자님의 가입내용 (30세|남|1급|경영지원 사무직 관리자)

예약담보  년/월지급형담보  면책기간有

보장명 및 보장내용	가입금액	보험료(원)	납입/보험기간
1 일반상해사망(기본) 보험기간중 상해의 직접결과로써 사망시	1천만원	700	20년/100세
2 일반상해후유장해(20~100%)(기본) 보험기간중 상해로 장해분류표에서 정한 20~100% 장해지급률에 해당하는 상태가 되었을 경우 장해분류표에서 정한 장해지급률을 보험가입금액에 곱한 금액을 지급	1천만원	300	20년/100세
3 보험료납입면제대상보장(8대기본) 보험기간중 아래사항 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 때에 이 특별약관의 보험가입금액을 보험료납입면제대상보장(8대기본) 보험금으로 지급 (최초1회한) 1. 일반상해80%이상후유장해시 2. 질병80%이상후유장해시 3. 암보장개시일(계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날) 이후에 암(유사암 제외)으로 진단확정된 경우 4. 뇌출중으로 진단확정된 경우 5. 급성심근경색증으로 진단확정된 경우 6. 말기폐질환으로 진단확정된 경우 7. 말기간경화로 진단확정된 경우 8. 말기신부전증으로 진단확정된 경우 ※ 보험료납입면제대상보장(8대) 보험금은 중복하여 지급하지 않음	 10만원	36	20년/20년
5 일반상해후유장해(3%~100%) 보험기간중 일반상해로 3~100% 장해지급률에 해당하는 상태가 되었을 경우 장해분류표에서 정한 장해지급률을 보험가입금액에 곱한 금액을 지급 ※같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급	1천만원	650	20년/100세
8 질병사망 보험기간중 질병으로 사망시	1천만원	7,460	20년/80세
70 암진단비(유사암제외) 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암(유사암 제외)으로 진단확정시(최초1회한) ※ 특정소액암(유방, 자궁경부, 자궁체부, 전립선, 방광의 악성신생물(암))의 경우  계약일로부터 1년미만시 보험가입금액의 50%지급 ※ 암보장개시일 : 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날	 3천만원	36,420	20년/100세
72 10대고액치료비암진단비 보험기간 중 암보장개시일 이후에 10대고액치료비암으로 진단확정시(최초1회한) ※ 암보장개시일 : 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날 ※ 10대고액치료비암 : 식도, 췌장, 골/관절연골, 뇌/중추신경계의 기타부위, 림프/  조혈/관련조직, 간 및 간내담관, 담낭, 담도의 기타 및 상세불명 부분, 기관, 기관지 및 폐의 악성신생물	 1천만원	6,640	20년/100세

보장명 및 보장내용	가입금액	보험료(원)	납입/보험기간
<b>74 유사암진단비</b> 보험기간 중 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단확정시 (각각 최초1회한, 계약일로부터 1년미만시 보험가입금액의 50%지급)	6백만원	870	20년/100세
<b>85 재진단암진단비</b> 보험기간중 재진단암보장개시일 이후에 재진단암(기타피부암,갑상선암,전립선암 제외)으로 진단 확정시 -첫번째 재진단암:첫번째암 보장개시일 이후 최초로 발생한 암(기타피부암, 갑상선암 제외) 진단 확정일부터 그날을 포함하여 2년이 지난날의 다음날 -두번째이후 재진단암:직전 재진단암 진단 확정일부터 그날을 포함하여 2년이 지난 날의 다음날 ※ 첫번째암 등 상세사항은 약관참조	1천만원	22,510	20년/100세
<b>91 뇌혈관질환진단비</b> 보험기간 중 뇌혈관질환으로 진단확정된 경우 (최초1회한, 계약일로부터 1년미만시 보험가입금액의 50%지급)	1천만원	10,060	20년/100세
<b>93 뇌출중진단비</b> 보험기간 중 뇌출중으로 진단확정시 (최초1회한, 계약일로부터 1년미만 진단시 가입금액의 50%지급)	1천만원	8,010	20년/100세
<b>95 뇌출혈진단비</b> 보험기간 중 뇌출혈로 진단확정시 (최초1회한, 계약일로부터 1년미만 진단시 가입금액의 50%지급)	1천만원	1,820	20년/100세
<b>97 심장질환(특정 I) 진단비</b> 보험기간 중 심장질환(특정 I)으로 진단확정된 경우 (최초1회한) ※ 계약일로부터 1년미만시 보험가입금액 50%지급 ※ 심장질환(특정 I) : 협심증, 기타 급성 허혈심장질환, 만성 허혈심장병, 급성 심장마염, 심장막의 기타질환, 달리 분류된 질환에서의 심장마염, 급성 및 아급성 심내막염, 상세불명 판막의 심내막염, 급성 심근염, 달리 분류된 질환에서의 심근염, 발작성 빈맥, 심방세동 및 조동, 심부전	1백만원	951	20년/100세
<b>98 심장질환(특정 II) 진단비</b> 보험기간 중 심장질환(특정 II)으로 진단확정된 경우 (최초1회한) ※ 계약일로부터 1년미만시 보험가입금액 50%지급 ※ 심장질환(특정 II) : 급성 심근경색증, 후속 심근경색증, 급성 심근경색증 후 특정 혼존 합병증, 인공소생에 성공한 심장경지	1백만원	356	20년/100세
<b>101 허혈성심장질환진단비</b> 보험기간 중 허혈성심장질환(약관참조)으로 진단확정된 경우 (최초1회한, 계약일로부터 1년미만시 보험가입금액의 50%지급)	1천만원	6,470	20년/100세
<b>105 부정맥질환(I49)진단비</b> 보험기간 중 "부정맥질환(I49)"으로 진단확정된 경우(최초1회한) ※ 계약일로부터 1년미만시 가입금액의 50%지급	1백만원	612	20년/100세
<b>108 심근병증진단비</b> 보험기간 중 심근병증(약관참조)으로 진단 확정시 (최초1회한, 계약일로부터 1년미만 시 50%지급)	1백만원	240	20년/100세
<b>109 심장판막협착증(대동맥판막)진단비</b> 보험기간 중 심장판막협착증(대동맥판막)으로 진단확정된 경우 (최초1회한) ※ 계약일로부터 1년미만시 보험가입금액 50%지급	1백만원	150	20년/100세
<b>152 골절진단비 II (치아파절제외)</b> 보험기간 중 상해의 직접결과로써 약관에서 정한 골절(치아의 파절(깨짐, 부러짐) 제외)로 진단확정시(매 사고시마다) ※ 같은 상해를 직접적인 원인으로 2가지 이상의 골절 발생시에는 1회에 한하여 골절진단비를 지급	10만원	543	20년/100세

보장명 및 보장내용	가입금액	보험료(원)	납입/보험기간
<b>159 화상진단비</b> 보험기간 중 상해의 직접결과로써 화상분류표(약관참조)에 정한 화상에 해당되고 심재성 2도 이상의 화상으로 진단된 경우 (매 사고시마다) ※ 동일한 사고로 인하여 2가지 이상의 화상 상태인 경우에도 1회에 한하여 화상진단비를 지급합니다.	10만원	58	20년/100세
<b>161 질병수술비</b> 보험기간중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 수술시 ※같은 질병으로 두 종류 이상의 수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우 하나의 수술비만 지급	10만원	1,596	20년/100세
<b>202 암수술비(유사암제외)</b> 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암(유사암제외)으로 진단확정되고 직접치료를 목적으로 수술시 (수술 1회당) ※ 암보장개시일 : 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날 ※ 항암방사선 및 항암약물치료는 보장제외	5백만원	7,360	20년/100세
<b>205 유사암수술비</b> 보험기간중 기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양으로 진단확정되고 직접적인 치료를 목적으로 수술시 (수술 1회당) ※ 항암방사선 및 항암약물치료는 보장제외	30만원	44	20년/100세
<b>206 다빈치로봇 암수술비(갑상선암 및 전립선암 제외)(최초1회한)(갱신형)</b> 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암(갑상선암 및 전립선암 제외)으로 진단확정되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 다빈치로봇 암수술을 받은 경우(최초1회한) (계약일로부터 180일 미만 수술시 가입금액의 25%지급, 1년 미만 수술시 가입금액의 50%지급) ※ 암보장개시일 : 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날	1천만원	260	10년/10년갱신 (갱신종료:100세)
<b>207 다빈치로봇 갑상선암 및 전립선암수술비(최초1회한)(갱신형)</b> 보험기간 중 암보장개시일 이후에 갑상선암 또는 전립선암으로 진단확정되고 그 갑상선암 또는 전립선암의 직접적인 치료를 목적으로 다빈치로봇 암수술을 받았을 경우(최초1회한) (계약일로부터 180일 미만 수술시 가입금액의 25%지급, 1년 미만 수술시 가입금액의 50%지급) ※ 암보장개시일 : 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날	2백만원	11	10년/10년갱신 (갱신종료:100세)
<b>209 뇌혈관질환수술비</b> 보험기간 중 뇌혈관질환(거미막하출혈, 뇌내출혈, 뇌경색증 등 약관참조)으로 진단확정되어 그 뇌혈관질환의 치료를 직접적인 목적으로 수술시 (수술1회당, 계약일로부터 1년미만시 가입금액의 50%지급)	5백만원	885	20년/100세
<b>213 허혈성심장질환수술비</b> 보험기간 중 허혈성심장질환(협심증, 급성심근경색증 등 약관참조)으로 진단확정되고 그 허혈성심장질환의 치료를 직접적인 목적으로 수술시 (수술1회당, 계약일로부터 1년미만시 가입금액의 50%지급)	5백만원	1,760	20년/100세
<b>227 상해수술비</b> 보험기간중 상해를 입고 그 직접적인 결과로 수술시(매 사고시마다) ※같은 상해로 두 종류 이상의 수술을 받거나 같은 종류의 수술을 2회 이상 받은 경우 하나의 수술비만 지급	10만원	420	20년/100세
<b>256 항암방사선치료비</b> 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암(기타피부암,갑상선암제외)으로 진단확정되고 항암방사선치료를 받은 경우 또는 보험기간 중 기타피부암/갑상선암으로 진단 확정되고 항암방사선치료를 받은 경우(각각 최초 1회에 한하여, 기타피부암/갑상선암의 경우 가입금액의 20%지급) ※ 암보장개시일 : 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날, 기타 피부암과 갑상선암의 경우는 계약일 ※ 암으로 항암방사선치료를 받은 후, 기타피부암 및 갑상선암의 항암방사선치료를 받은 경우 추가적인 항암방사선치료비는 지급하지 않습니다.	3백만원	1,587	20년/100세

보장명 및 보장내용	가입금액	보험료(원)	납입/보험기간
<b>257 항암약물치료비</b> <p>보험기간 중 암보장개시일 이후에 암(기타피부암, 갑상선암제외)으로 진단확정되고 항암약물치료를 받은 경우 또는 보험기간 중 기타피부암/갑상선암으로 진단확정되고 항암약물치료를 받은 경우 (각각 최초 1회에 한하며, 기타피부암/갑상선암의 경우 가입금액의 20%지급)  ※ 암보장개시일 : 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날   ※ 암으로 항암약물치료를 받은 후, 기타피부암 및 갑상선암으로 항암약물치료를 받을 경우 추가적인 항암약물치료비는 지급하지 않습니다.</p>	3백만원	2,316	20년/100세
<b>278 표적항암약물허가치료비(3대특정암)(최초1회한) II (갱신형)</b> <p>보험기간 중 암보장개시일 이후에 "3대특정암"으로 진단확정되고 그 "3대특정암"의 직접적인 치료를 목적으로 "표적항암약물허가치료"를 받은 경우(최초1회한, 계약일로부터 1년미만시 보험가입금액의 50%지급)  ※ 암보장개시일 : 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날   ※ 3대특정암 : 위, 간 및 간내 담관, 기관, 기관지 및 폐의 악성신생물  ※ 표적항암제를 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우 또는 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)으로 사용된 경우 보장</p>	1천만원	35	10년/10년갱신 (갱신종료:100세)
<b>279 표적항암약물허가치료비(림프종·백혈병 관련암)(최초1회한) II (갱신형)</b> <p>보험기간 중 암보장개시일 이후에 "림프종·백혈병 관련암"으로 진단확정되고 그 "림프종·백혈병 관련암"의 직접적인 치료를 목적으로 "표적항암약물허가치료"를 받은 경우(최초1회한, 계약일로부터 1년미만시 보험가입금액의 50%지급)  ※ 암보장개시일 : 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날   ※ 표적항암제를 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우 또는 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)으로 사용된 경우 보장</p>	1천만원	57	10년/10년갱신 (갱신종료:100세)
<b>280 표적항암약물허가치료비(3대특정암 및 림프종·백혈병 관련암 제외)(최초1회한) II (갱신형)</b> <p>보험기간 중 암보장개시일 이후에 "암(3대특정암, 림프종·백혈병 관련암, 기타피부암 및 갑상선암제외)" 또는 보험기간 중 "기타피부암", "갑상선암"으로 진단확정되고 그 "암(3대특정암, 림프종·백혈병 관련암, 기타피부암 및 갑상선암제외)", "기타피부암" 또는 "갑상선암"의 직접적인 치료를 목적으로 "표적항암약물허가치료"를 받은 경우(최초1회한, 계약일로부터 1년미만시 보험가입금액의 50%지급)  ※ 암보장개시일 : 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날, 기타피부암과 갑상선암의 경우는 계약일   ※ 표적항암제를 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우 또는 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)으로 사용된 경우 보장</p>	1천만원	25	10년/10년갱신 (갱신종료:100세)
<b>283 특정항암호르몬약물허가치료비(최초1회한) II (갱신형)</b> <p>보험기간 중 암보장개시일 이후에 암(기타피부암, 갑상선암제외)으로 진단 확정되고 암의 직접적인 치료를 목적으로 특정항암호르몬약물허가치료를 받은 경우(최초1회한)  ※ 암보장개시일 : 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날   ※ 계약일로부터 1년미만시 보험가입금액 50%지급  ※ 특정항암호르몬치료제를 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우 또는 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)으로 사용된 경우 보장</p>	50만원	3	10년/10년갱신 (갱신종료:100세)
<b>291 카티(CAR-T)항암약물허가치료비(연간1회한)(갱신형)</b> <p>보험기간 중 암보장개시일 이후에 카티항암약물허가치료 적응증으로 진단확정되고 그 암의 직접치료를 목적으로 카티(CAR-T)항암약물허가치료를 받은 경우(연간1회한)  ※ 계약일로부터 1년미만시 가입금액의 50%지급  ※ 암보장개시일 : 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날, 기타피부암 및 갑상선암의 경우는 계약일로 함   ※ 카티치료제가 식품의약품안전처에서 허가된 효능효과 범위 내에서 사용된 경우 또는 암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원이 승인한 요법(해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한함)으로 사용된 경우 보장</p>	1천만원	6	10년/10년갱신 (갱신종료:100세)

가입제안서

보장명 및 보장내용	가입금액	보험료(원)	납입/보험기간
<b>380 혈전용해치료비 II (최초1회한)(특정심장질환) 보장</b> 보험기간 중 특정심장질환으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 "혈전용해치료"를 받은 경우(최초1회한, 계약일로부터 1년미만시 보험가입금액의 50%지급)	2백만원	76	20년/100세
<b>381 혈전용해치료비 II (최초1회한)(뇌졸중) 보장</b> 보험기간 중 뇌졸중으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 "혈전용해치료"를 받은 경우(최초1회한, 계약일로부터 1년미만시 보험가입금액의 50%지급)	2백만원	262	20년/100세
<b>477 질병입원일당(1일이상)</b> 보험기간중 진단확정된 질병으로 입원치료시(1일당, 1회 입원당 180일 한도) ※ 같은 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원 일수를 더합니다.	1만원	5,680	20년/100세
<b>490 상해입원일당(1일이상) II</b> 보험기간 중 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원 등에 입원 치료시(최초 입원일로부터 입원1일당, 1회 입원당 180일 한도) ※ 같은 상해의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원 일수를 더합니다.	1만원	1,435	20년/100세
<b>503 암직접치료입원일당(요양제외, 1일이상180일한도)</b> 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암(기타피부암,갑상선암제외)으로 진단확정되고 직접치료를 목적으로 1일 이상 계속 입원치료시 입원1일당 가입금액의 100% 지급 보험기간 중 기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양으로 진단확정되고 직접치료를 목적으로 1일 이상 계속 입원치료시 입원1일당 가입금액의 20%지급 ※ 암보장개시일 : 계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날 ※ 단, '암의 직접치료'에 해당하더라도 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 요양병원 및 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입원하는 경우는 이 특약의 보장대상에서 제외됩니다. ※ 1회 입원당 180일 한도 ※동일한 암(기타피부암,갑상선암제외), 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원 일수를 더합니다.	2만원	1,514	20년/100세
	보장합계	130,188	

\* 암, 질병의 범위 및 보장하는 내용 등은 반드시 약관을 참고하시기 바랍니다.

가입제안서

### ★ 기타 유의사항

구분	내용
공통사항	<p>상해담보 가입시, 이륜차운전증상해 부담보 특별약관에 가입한 경우 이륜자동차(원동기장치 자전거 포함)를 운전(탑승 포함)하는 중에 발생한 상해사고로 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 경우에 보험금을 지급하지 않거나 보장보험료 납입을 면제하지 않습니다.</p> <p>또한, 보험기간 중에 피보험자가 직업/직무를 변경하거나 이륜자동차를 직업, 직무 또는 동호회활동과 출퇴근용도 등 주로 사용하게 된 경우에는 지체없이 회사에 알려야 하며, 그렇지 않은 경우 보험금 지급이 거절되거나 감액될 수 있습니다.</p> <p>위 자료는 약관 내용 중 일부를 요약한 자료로 표기된 가입금액과 실제 지급되는 보상금액이 다를 수 있으며, 기타 보험금을 지급하지 않는 사유 등은 반드시 약관 내용을 참조 바랍니다.</p> <p>※ 원동기장치 자전거 : 전동킥보드, 전동이륜평행차, 전동기의 동력만으로 움직일 수 있는 자전거 등 개인형 이동장치를 포함하며, 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등 보행보조용 의자차 제외</p>

구분	내용
	<p>▶ 간병인에 관한 사항</p> <p>① "간병인"이라 함은 유상으로 "간병서비스"를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 간병서비스를 제공하고 고객이 해당 서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.</p> <p>② ①항의 사업자는 간병관련 업종에 해당되어야 하며, 국세청 업종코드 기준 "개인 간병 및 유사 서비스업" 또는 "개인간병인" 등 간병인 제공 또는 간병인 중개 서비스를 영위하는 사업에 해당하는 업종으로 등록되어 있어야 합니다. 이때, 간병인 중개 서비스 사업자는 직업안정법상 직업소개사업으로 등록되어 있어야 합니다.</p> <p>③ ①항의 "간병서비스"라 함은 간병인이 피보험자가 병원 또는 의원에 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동 지원, 정서 지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 제공하는 것을 말하며, 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정하는 간호·간병통합서비스는 제외합니다.</p>
간병인에 관한 사항	<p>▶ 간병인 사용시 보험금 청구 서류에 관한 사항</p> <p>① 간병인을 사용한 경우, 보험수익자는 아래의 서류를 추가로 제출해야 합니다.</p> <p>가. 간병인 사용 기간 및 금액이 기재된 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로, 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 합니다) 다만, 해당 서류의 제출이 불가능한 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유상으로 간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된 업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.</p> <p>나. 사업자등록증 및 국세청 업종코드를 확인할 수 있는 서류(사업자의 직인 또는 서명이 담겨있어야 합니다)</p> <p>② 회사는 간병인 필요사유 및 실제 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원증사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류(간병인사용계약서, 간병인사용확인서, 간병 기록을 확인할 수 있는 간병근무일지, 간호기록 등) 제출을 요청할 수 있습니다.</p>
가족일상생활중배상책임 IV 담보의 피보험자 범위	(가족일상생활중배상책임 담보 가입시) 가족일상생활중배상책임IV 보장의 피보험자의 범위는 피보험자 본인, 피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상 기재된 배우자, 피보험자 본인 또는 배우자와 생계를 같이 하고 보험증권에 기재된 주택의 주민등록상 동거 중인 동거친족(민법 제777조) 및 피보험자 본인 또는 배우자와 생계를 같이 하는 별거 중인 미혼자녀입니다.
보험수익자와 회사가 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 경우	보험수익자와 회사가 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
실손담보 보험 계약정보 확인	<p>실손담보의 경우 이전에 실손담보를 포함한 보험에 가입하고 계신 경우 그 계약과 보험금을 분담해 지급합니다. 따라서 계약 체결시 반드시 본인의 실손담보 보험계약정보를 확인하시기 바랍니다.</p> <p>-실손담보 보험계약여부 확인 방법</p> <p>①공인인증서 보유시 한국신용정보원 크레딧포유(<a href="http://www.credit4u.or.kr">www.credit4u.or.kr</a>)에서 실손담보 계약정보 확인 ②보험계약을 체결하고자 하는 모집인에게 실손담보 보험계약정보 조회 요청 -실손담보 보험계약 사전 조회시 공인인증서를 이용하는 경우 회사명, 상품명, 보험기간, 담보명,가입금액, 계약상태 등 6가지 항목에 대해 조회가 가능합니다. 단, 보험모집인이나 보험사 지점을 통해 조회하는 경우 상품명은 제한됩니다.</p>
간병인지원 관련 독립 특별약관에 관한 사항	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) 대상 특별약관 <ul style="list-style-type: none"> <li>- 간병인지원 상해입원일당(1일이상)   【갱신계약】특별약관</li> <li>- 간병인지원 질병입원일당(1일이상)   【갱신계약】특별약관</li> </ul> </li> <li>2) 피보험자가 회사에 간병인 지원을 신청하였음에도 회사가 부득이한 사유로 간병인을 지원하지 못하여 실제 고객이 선택한 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우에는 발생한 간병인 사용비용을 4)에서 정한 간병인지원비용을 한도로 지급합니다. 단, 보험수익자는 간병인 사용 영수증(사업자등록된 업체가 발행한 영수증으로 사업자등록번호를 포함하여야 하며, 카드전표 또는 국세청에 통보된 현금영수증이어야 함)을 제출하여야 합니다.</li> <li>3) 다만, 해당서류의 제출이 불가능할 경우에는 간이영수증과 거래방법을 추가로 확인할 수 있는 서류(계좌이체내역 등) 및 피보험자가 실제로 유급간병인을 사용했음을 확인할 수 있는 사업자등록된업체의 증빙서류 등으로 갈음할 수 있습니다.</li> <li>4) 간병인지원비용이라 함은 보험수익자에게 간병인을 지원해 주기 위하여 회사가 정한 금액을 말합니다.</li> <li>5) 4)에서 정한 간병인지원비용은 매 사업연도 종료일까지 회사의 인터넷 홈페이지 등을 통해 공시합니다.</li> <li>6) 2)에 따라 간병인을 지원받기 원하는 경우, 간병인 지원을 원하는 일자로부터 48시간 이전에 회사로 신청하여야 하며, 회사에 간병인을 신청하지 않고 임의로 간병인을 사용한 경우 간병인지원비용을 지급하지 않고 상해입원일당 및 질병입원일당으로 지급합니다.</li> </ol>

## 구분

## 내용

## 1) 보험료 계산에 관한 사항

- 가) 【갱신계약】 특별약관은 갱신주기(3년, 5년, 10년, 20년, 30년)마다 자동갱신 됩니다.
- 나) 갱신시 보험기간 및 납입기간은 갱신전 계약의 보험기간 및 납입기간과 동일하게 적용합니다. 단, 갱신시점에서 갱신종료나 이까지 잔여보험기간이 갱신 전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 그 잔여보험기간으로 갱신합니다.
- 다) 【갱신계약】 특별약관의 보험료 통보
- 회사는 자동갱신 특별약관의 보험기간이 종료되기 15일 이전까지 계약자에게 납입할 갱신계약의 보험료를 통보합니다.
  - 라) 중증질환자(재등록암) 산정특례대상보장(최초1회한) 보장의 경우, 갱신시점에서 (갱신종료나이-5세)까지의 잔여보험기간이 갱신 전 계약의 보험기간보다 짧은 경우에는 (갱신종료나이-5세)까지의 잔여보험기간으로 갱신하며, 갱신시점 나이가 (갱신종료나이-5세)인 경우에는 5년을 보험기간으로 하여 갱신합니다.
  - 라-1) 나) 및 라) 에도 불구하고 중증질환자(재등록암) 산정특례대상보장(최초1회한) 보장의 경우, 피보험자에게 (갱신종료나이-5세)까지 신규암에 해당하는『중증질환자(암) 산정특례 대상질환』으로 진단확정되지 않은 경우에는 (갱신종료나이-5세) 갱신시점부터 더 이상 갱신하지 않으며, 갱신을 종료합니다.
  - 마) 신재진단암 II 표적항암약물허가치료비【갱신계약】, 신재진단암진단비 II (5회한, 1년대기형, 기타피부암 및 갑상선암 포함) 【갱신계약】의 경우, 갱신시점에서 (갱신종료나이-1세)까지의 잔여보험기간이 갱신전 계약의 보험기간 보다 짧은 경우에는 (갱신종료나이-1세)까지의 잔여보험기간으로 갱신하며, 갱신시점 나이가 (갱신종료나이-1세)인 경우에는 1년을 보험기간으로 하여 갱신합니다.
  - 마-1) 나) 및 마) 에도 불구하고 신재진단암 II 표적항암약물허가치료비【갱신계약】, 신재진단암진단비 II (5회한, 1년대기형, 기타피부암 및 갑상선암 포함) 【갱신계약】의 경우, 피보험자에게 (갱신종료나이-1세)까지 『첫 번째 암』이 진단확정되지 않은 경우에는 (갱신종료나이-1세) 갱신시점부터 더 이상 갱신하지 않으며, 갱신을 종료합니다.
  - 바) 피보험자가 갱신 전 보험기간 중 암보장개시일 이후 “암(기타피부암 및 갑상선암 제외)”으로 진단확정된 경우 아래의 특별약관은 해당 담보의 보험기간 종료시점부터 더 이상 갱신하지 않으며, 갱신을 종료합니다.

-암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 주요치료비(진단후 10년, 연간1회한)【갱신계약】

-암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 주요치료비 II (진단후 10년, 연간1회한)【갱신계약】

-상급종합병원(국립암센터 포함) 암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 주요치료비(진단후 10년, 연간1회한)【갱신계약】

-상급종합병원(국립암센터 포함) 암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 주요치료비 II (진단후 10년, 연간1회한)【갱신계약】

-종합병원(상급종합병원 제외) 암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 주요치료비(진단후 10년, 연간1회한)【갱신계약】

-종합병원(상급종합병원 제외) 암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 주요치료비 II (진단후 10년, 연간1회한)【갱신계약】

사) 피보험자가 갱신 전 보험기간 중 “기타피부암 또는 갑상선암”으로 진단확정된 경우 아래의 특별약관은 해당 담보의 보험기간 종료시점부터 더 이상 갱신하지 않으며, 갱신을 종료합니다.

-기타피부암 및 갑상선암 주요치료비(진단후 10년, 연간1회한)【갱신계약】

-기타피부암 및 갑상선암 주요치료비 II (진단후 10년, 연간1회한)【갱신계약】

-상급종합병원(국립암센터 포함) 기타피부암 및 갑상선암 주요치료비(진단후 10년, 연간1회한)【갱신계약】

-상급종합병원(국립암센터 포함) 기타피부암 및 갑상선암 주요치료비 II (진단후 10년, 연간1회한)【갱신계약】

-종합병원(상급종합병원 제외) 기타피부암 및 갑상선암 주요치료비(진단후 10년, 연간1회한)【갱신계약】

-종합병원(상급종합병원 제외) 기타피부암 및 갑상선암 주요치료비 II (진단후 10년, 연간1회한)【갱신계약】

아) 피보험자가 갱신 전 보험기간 중 “2대질병(뇌, 심장)”으로 진단확정된 경우 아래의 특별약관은 해당 담보의 보험기간 종료시점부터 더 이상 갱신하지 않으며, 갱신을 종료합니다.

-2대질병(뇌, 심장) 주요치료비(진단후 10년, 연간1회한)【갱신계약】

-2대질병(뇌, 심장) 주요치료비(진단후 10년, 연간1회한)(감액있음)【갱신계약】

자) 피보험자가 갱신 전 보험기간 중 “신특정순환계질환”으로 진단확정된 경우 아래의 특별약관은 해당 담보의 보험기간 종료시점부터 더 이상 갱신하지 않으며, 갱신을 종료합니다.

-신특정순환계질환 주요치료비(요양병원 제외, 진단후 10년, 연간1회한)【갱신계약】

-상급종합병원 신특정순환계질환 주요치료비(진단후 10년, 연간1회한)【갱신계약】

## 2) 보험료 재산출에 관한 사항

가) 【갱신계약】에 해당하는 특별약관은 갱신시 갱신일 현재의 보험료를 사용하며, 갱신계약 보험료는 사업년도 개시일 이후 최초로 도래하는 갱신계약의 해당 보험년도 개시일부터 각 담보별 갱신 보험기간 동안 적용합니다.

나) 가)에도 불구하고, 간병인지원 관련 독립특별약관은 매 사업연도 종료일까지 간병인지원비용 재산정 및 위험률 재산출 등으로 갱신계약에 적용할 보험료가 개정된 경우에는 갱신일 현재의 보험료를 적용합니다.

## 3) 보험료 납입유예, 계약부활 등 계약변경시의 보험료 적용

-계약변경시의 보험료는 보험료 납입유예, 계약부활 등 계약변경사유가 발생한 날을 기준으로 한 보험료를 적용합니다.

## 4) 보험료 납입방법

-【갱신계약】 특별약관의 보험료는 전기간 납입하는 것으로 합니다.

## 갱신계약에 관한 사항

## 구분

## 내용

해약환급금미지급형에 관한 사항	가. 표준형해약환급금의 50%지급형(납입기간이후)은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않는 대신 표준형 보다 일반적으로 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있도록 한 상품입니다.(이하 '해약환급금 미지급형'이라 함) 다만, 보험료 납입기간이 완료된 이후 계약이 해지되는 경우 해약환급금은 아래와 같습니다.
	▶ 표준형해약환급금의 50%지급형(납입기간이후)
	① 보험료 납입기간 중 : 없음
	② 보험료 납입기간 완료 이후 : 표준형 상품 해약환급금의 50%
	나.【갱신계약】특별약관 및 보험료납입지원(유사암진단) 특별약관의 경우 가.을 적용하지 않고, 계약이 해지될 경우 보험료 및 해약환급금 산출방법서에 따라 계산한 금액을 해약환급금으로 지급합니다.
	다. 아래의 담보명이 포함된 특별약관(전체 담보명은 약관을 참조)의 경우 아래의 사유에 해당하고 각각의 보험금 지급 대상기간 이내에 계약이 해지될 경우 가.를 적용하지 않고, 해당 특별약관의 계약자격입액 및 미경과보험료를 지급합니다.
	1)암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 주요치료비(진단후 10년, 연간1회한), 암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 주요치료비 II(진단후 10년, 연간1회한), 상급종합병원 암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 주요치료비 II(진단후 10년, 연간1회한)
	-사유: 암보장개시일 이후에 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"으로 진단확정 -보험금 지급 대상기간 : "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"의 최초 진단확정일로부터 그날을 포함하여 10년
	2)기타피부암 및 갑상선암 주요치료비(진단후 10년, 연간1회한), 기타피부암 및 갑상선암 주요치료비 II(진단후 10년, 연간1회한), 상급종합병원 기타피부암 및 갑상선암 주요치료비(진단후 10년, 연간1회한), 상급종합병원 기타피부암 및 갑상선암 주요치료비 II(진단후 10년, 연간1회한)
	-사유: 보험기간 중 "기타피부암 또는 갑상선암"으로 진단확정 -보험금 지급 대상기간 : "기타피부암 또는 갑상선암"의 최초 진단확정일로부터 그날을 포함하여 10년
장애인전용보험전환 관련 유의사항 안내	3)2대질병(뇌, 심장) 주요치료비(진단후 10년, 연간1회한), 2대질병(뇌, 심장) 주요치료비(진단후 10년, 연간1회한)(감액있음)
	-사유: 보험기간 중 "2대질병(뇌, 심장)"으로 진단확정 -보험금 지급 대상기간 : "2대질병(뇌, 심장)"의 최초 진단확정일로부터 그날을 포함하여 10년
	4)신특정순환계질환 주요치료비(요양병원 제외, 진단후 10년, 연간1회한), 상급종합병원 신특정순환계질환 주요치료비(진단후 10년, 연간1회한)
	-사유: 보험기간 중 "신특정순환계질환"으로 진단확정 -보험금 지급 대상기간 : "신특정순환계질환"의 최초 진단확정일로부터 그날을 포함하여 10년
	5)비급여(전액본인부담 포함) 암 주요치료비 II(진단후 10년, 연간1회한), 비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료비 II(진단후 10년, 연간1회한)
	-사유: 암보장개시일 이후에 "암(기타피부암, 갑상선암 포함)"으로 진단확정 -보험금 지급 대상기간 : "암(기타피부암, 갑상선암 포함)"의 최초 진단확정일로부터 그날을 포함하여 10년
	라. 회사는 표준형해약환급금의 50%지급형(납입기간이후) 계약을 체결할 때 표준형 상품의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교·안내합니다.
	마. 표준형해약환급금의 50%지급형(납입기간이후)의 경우 보험종목, 보험기간, 보험료 납입기간, 피보험자의 변경, 보험가입금액의 증액 및 보장의 추가는 신청할 수 없습니다.
	바. 회사는 표준형해약환급금의 50%지급형(납입기간이후) 계약을 체결할 때 계약자에게 "해약환급금 미지급형" 내용에 대한 충분한 설명을 하고 별도의 확인서를 받습니다.
	사. 표준형 상품이란 "보험료 산출시 해지율을 적용하지 않는 동일한 보장의 상품"으로 실제 판매하지 않는 상품을 말합니다.
계약해지에 관한 사항	1) 장애인전용보험 전환의 대상 : 아래 2가지 조건을 만족하는 보험계약에 대하여 장애인전용보험으로 전환을 청약하는 경우에 적용됩니다.
	① 소득세법 제59조의4(특별세액공제) 제1항 제2호에 따라 보험료가 특별세액공제의 대상이 되는 보험
	② 모든 피보험자 또는 모든 보험수익자가 소득세법 시행령 제107조(장애인의 범위) 제1항에서 규정한 장애인인 보험 ※ 소득세법 제59조의4(특별세액공제) 및 소득세법 시행령 제107조(장애인의 범위) 등의 자세한 내용은 약관참조
	2) 제출서류 : 모든 피보험자 또는 모든 보험수익자의 장애인증명서(또는장애인등록증) 원본 또는 사본 ※ 단, 기제출한 장애인증명서의 장애기간이 변경되는 경우 계약자는 이를 회사에 알리고 변경된 장애기간이 기재된 장애인증명서를 제출해야합니다.
	3) 장애인전용보험으로 전환 - 부가된 전환대상계약을 소득세법 제59조의4(특별세액공제) 제1항 제1호에 해당하는 장애인전용보험으로 전환하여 드립니다. - 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 후부터 납입된 전환대상계약 보험료는 보험료 납입영수증에 [장애인전용 보장성보험료]로 표시됩니다.
	4) 전환의 취소 : 계약자는 전환대상계약에 대하여 장애인전용보험으로의 전환을 취소할 수 있으며, 이 경우 전환취소 신청서를 회사에 제출하여야 합니다. ※ 소득세법 등 관련법규가 제개정 또는 폐지되는 경우 변경된 법령을 따릅니다.
	계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대한 계약전 알릴의무 위반시, 보험료의 납입이 연체된 경우, 계약자의 임의해지, 계약자 및 피보험자 또는 보험수익자가 고의로 보험금 지급사유를 발생시키는 등의 중대사유 발생시, 회사의 파산선고 등의 사유로 계약이 해지 될 수 있으며 자세한 사항은 약관을 참조 하시기 바랍니다.

## 구분

## 내용

<b>보험금 지급사유가 회사의 자체적인 기준이 아닌 계약에 관한 사항</b>	<p>1) 다른 법률과 보험금 지급사유가 연계되는 등 보험금 지급사유가 회사의 자체적인 기준이 아님에 따라 아래와 같은 경우가 발생되는 경우 회사의 객관적이고 합리적인 범위내에서 기존 계약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경할 수 있습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>① 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 약관에서 정한 보험금 지급사유 판정기준이 변경되는 경우</li> <li>② 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 약관에서 정한 보험금 지급사유의 판정이 불가능한 경우</li> <li>③ 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 계약유지 필요가 없어지는 경우</li> <li>④ 기타 금융위원회 등의 명령이 있는 경우</li> </ul> <p>2) 회사는 1)에 따라 계약이 변경되는 경우 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 가입금액 변경내역, 보험료 수준, 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 알려드립니다.</p> <p>3) 1)에 따라 계약내용을 변경하는 경우 보장내용, 가입금액 및 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을)금액이 발생할수 있습니다.</p> <p>4) 회사는 1)에 따라 보장내용이 변경되는 경우 최신의 통계를 반영하여 보험료산출기초율을 재산출하여 계약내용 변경일부터 적용할 수 있으며, 이미 체결한 계약에 대하여 보험료 또는 보험금이 변경될 수 있습니다.</p> <p>5) 1)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 변경시점의 계약자적립액 등을 지급하며, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.</p>
	가. 8대 납입면제 기본형
	<p>1) 보험료 납입기간 중에 아래사항 중 한 가지에 해당되는 경우에는 해당 피보험자의 차회 이후 보장보험료 납입을 면제합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>① 일반상해80% 이상후유장해 발생</li> <li>② 질병80% 이상후유장해 발생</li> <li>③ 암보장개시일 이후 암(유사암제외)으로 진단 확정</li> <li>④ 뇌출중으로 진단 확정</li> <li>⑤ 급성심근경색증으로 진단 확정</li> <li>⑥ 말기폐질환으로 진단 확정</li> <li>⑦ 말기간경화로 진단 확정</li> <li>⑧ 말기신부전증으로 진단 확정</li> </ul> <p>* 단, 보험금 지급으로 인하여 소멸된 특별약관, 아래에 해당하는 특별약관 및 독립특별약관은 납입면제를 적용하지 않습니다.</p> <p>- 가족일상생활중배상책임Ⅳ【갱신계약】, 가족일상생활중배상책임Ⅳ(누수사고 제외)【갱신계약】, 간병인지원상해입원일당(1일이상)Ⅱ【갱신계약】, 간병인지원 질병입원일당(1일이상)Ⅱ【갱신계약】</p> <p>2) 위 1)에서 정한 보장보험료 납입이 면제된【갱신계약】의 경우, 보험료 납입이 면제된 이후 새롭게 갱신되는 계약에서는 갱신 전 보험사고로 인한 보험료 납입면제를 적용하지 않고 해당 특별약관의 보험료를 계속 납입하여야 합니다.</p>
	<p>나. 아래의 담보명이 포함된 특별약관(전체 담보명은 약관을 참조)은 위 가.에 따른 납입면제 관련 사항을 포함하고 보험료 납입 기간 중 암 보장개시일 이후에 "암(기타피부암 및 갑상선암 제외)"으로 진단확정되었을 경우 차회 이후 보장보험료 납입을 면제합니다.</p> <p>-암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 주요치료비(진단후 10년, 연간1회한)</p> <p>-암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 주요치료비Ⅱ(진단후 10년, 연간1회한)</p> <p>-상급종합병원(국립암센터 포함) 암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 주요치료비(진단후 10년, 연간1회한)</p> <p>-상급종합병원(국립암센터 포함) 암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 주요치료비Ⅱ(진단후 10년, 연간1회한)</p> <p>-종합병원(상급종합병원 제외) 암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 주요치료비(진단후 10년, 연간1회한)</p> <p>-종합병원(상급종합병원 제외) 암(기타피부암 및 갑상선암 제외) 주요치료비Ⅱ(진단후 10년, 연간1회한)</p> <p>다. 아래의 담보명이 포함된 특별약관(전체 담보명은 약관을 참조)은 위 가.에 따른 납입면제 관련 사항을 포함하고 보험료 납입 기간 중에 "기타피부암 또는 갑상선암"으로 진단확정되었을 경우 차회 이후 보장보험료 납입을 면제합니다.</p> <p>-기타피부암 및 갑상선암 주요치료비(진단후 10년, 연간1회한)</p> <p>-기타피부암 및 갑상선암 주요치료비Ⅱ(진단후 10년, 연간1회한)</p> <p>-상급종합병원(국립암센터 포함) 기타피부암 및 갑상선암 주요치료비(진단후 10년, 연간1회한)</p> <p>-상급종합병원(국립암센터 포함) 기타피부암 및 갑상선암 주요치료비Ⅱ(진단후 10년, 연간1회한)</p> <p>-종합병원(상급종합병원 제외) 기타피부암 및 갑상선암 주요치료비(진단후 10년, 연간1회한)</p> <p>-종합병원(상급종합병원 제외) 기타피부암 및 갑상선암 주요치료비Ⅱ(진단후 10년, 연간1회한)</p> <p>라. 아래의 담보명이 포함된 특별약관(전체 담보명은 약관을 참조)은 위 가.에 따른 납입면제 관련 사항을 포함하고 보험료 납입 기간 중에 "2대질병(뇌, 심장)"으로 진단확정되었을 경우 차회 이후 보장보험료 납입을 면제합니다.</p> <p>-2대질병(뇌, 심장) 주요치료비(진단후 10년, 연간1회한)</p> <p>-2대질병(뇌, 심장) 주요치료비(진단후 10년, 연간1회한)(감액있음)</p>

구분	내용
마.	아래의 담보명이 포함된 특별약관(전체 담보명은 약관을 참조)은 위 가.에 따른 납입면제 관련 사항을 포함하고 보험료 납입 기간 중에 “신특경순환계질환”으로 진단확정되었을 경우 차회 이후 보장보험료 납입을 면제합니다. -신특경순환계질환 주요치료비(요양병원 제외, 진단후 10년, 연간1회한) -상급종합병원 신특경순환계질환 주요치료비(진단후 10년, 연간1회한)
바.	아래에 해당하는 특별약관은 위 가.에 따른 납입면제 관련 사항을 포함하고 보험료 납입기간 중 “암(기타피부암, 갑상선암 포함)”으로 진단확정되었을 경우 차회 이후 보장보험료 납입을 면제합니다. -비급여(전액본인부담 포함) 암 주요치료비    (진단후 10년, 연간1회한) -비급여(전액본인부담 포함) 황암약물치료비    (진단후 10년, 연간1회한)

## 상품제안서\_요약해약환급금예시(계약자용)

KB 닥터플러스 건강보험(세만기)(해약환급금미지급형)(무배당)(25.08)(24882)

## 계약내용

청약번호	RQ25-53381446	보험기간	20년납 100세만기	계약형태	표준형해약환급금의 50%지급형(납입기간이후)
계약자		납입주기	월납	할인후초회보험료	130,188원
보장보험료	130,188원	적립보험료	-	합계보험료	130,188원

(단위 : 원)

경과기간 (보험나이)	기본계약 및 기타특약담보(갱신특약 제외)			
	납입보험료	해약환급금		
		예상환급금	예상환급률	
3개월	389,373	0	0.0 %	
6개월	778,746	0	0.0 %	
9개월	1,168,119	0	0.0 %	
1년(31세)	1,557,492	0	0.0 %	
2년(32세)	3,114,984	0	0.0 %	
3년(33세)	4,672,476	0	0.0 %	
4년(34세)	6,229,968	0	0.0 %	
5년(35세)	7,787,460	0	0.0 %	
7년(37세)	10,902,444	0	0.0 %	
10년(40세)	15,574,920	0	0.0 %	
15년(45세)	23,362,380	0	0.0 %	
19년(49세)	29,592,348	0	0.0 %	
20년(50세)	31,149,840	15,924,523	51.1 %	
25년(55세)	31,149,840	17,230,078	55.3 %	
30년(60세)	31,149,840	18,237,835	58.5 %	
35년(65세)	31,149,840	18,742,556	60.2 %	
40년(70세)	31,149,840	18,567,969	59.6 %	
45년(75세)	31,149,840	17,419,740	55.9 %	
50년(80세)	31,149,840	14,956,459	48.0 %	
55년(85세)	31,149,840	12,194,458	39.1 %	
60년(90세)	31,149,840	8,873,308	28.5 %	
만기(100세)	31,149,840	0	0.0 %	

요약  
해약환급금예시표

※ 상기 납입보험료 및 예상해약환급금(률)은 갱신담보를 제외한 세만기 담보만의 예시입니다.

※ 고객이 갱신담보를 선택(갱신)할 경우 총 납입한 보험료가 증가하여 계약전체의 해약(만기)환급률은 낮아집니다.

(단위 : 원)

경과기간 (보험나이)	갱신특약(10년만기)		
	납입보험료	예상환급금	예상환급률
3개월	1,191	0	0.0%
6개월	2,382	0	0.0%
9개월	3,573	0	0.0%
1년(31세)	4,764	9	0.2%
2년(32세)	9,528	67	0.7%

(단위 : 원)

경과기간 (보험나이)	갱신특약(10년만기)		
	납입보험료	예상환급금	예상환급률
3년(33세)	14,292	714	5.0%
4년(34세)	19,056	2,166	11.4%
5년(35세)	23,820	3,232	13.6%
7년(37세)	33,348	4,068	12.2%
10년(40세)	47,640	0	0.0%

※ 상기 납입보험료 및 예상해약환급금(률)은 갱신담보만의 예시입니다.

※ 상기 담보는 갱신시 만기까지 계속 추가납입해야합니다.

※ 최근의 보험요율을 기준으로 매 갱신주기마다 새롭게 산출된 보험료를 납입하는 담보로 매 갱신시 연령 및 손해율에 따라 보험료가 변동됩니다.

**비 고** ※ 갱신담보를 만기까지 갱신 할 경우 추가납입 될 보험료를 포함한 예상만기환급률: 0.0%

위 만기환급률의 계산에 사용된 갱신담보 예상납입보험료는 갱신시의 보험료 변동을 예측하여 산출한 것으로, 갱신시 실제 적용 되는 보험료의 변동에 의해 달라질 수 있으며, 이에 따라 예상만기환급률도 달라질 수 있습니다.

※ 이 상품은 보험감독규정에 의한 '보장성보험'으로 운영하여야 하므로, 갱신담보를 갱신하지 않아 만기환급금이 납입보험료를 초과할 것으로 예상되는 경우 적립보험료를 조정해야 합니다.

※ 이 상품은 순수보장형상품으로 만기환급금이 발생하지 않습니다.

※ 표준형해약환급금의 50%지급형(납입기간 이후)을 가입한 경우 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금이 없고, 보험료 납입기간이 완료된 이후 계약이 해지될 경우 표준형 상품 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 표준형 상품 보다 일반적으로 낮은 보험료로 가입할 수 있습니다.(단, 특별납입기간에 따라 달라질 수 있습니다.)

※ 계약체결시 보장성보험으로 분류되었다 하더라도 중도해지시 해약환급금(중도인출 가능 상품의 경우 중도인출액 포함)이 기납입보험료 보다 큰 경우 동차액에 대하여 이자소득세가 부과 될 수 있습니다. 이 계약의 세제와 관련된 사항은 관련 세법의 제·개정이나 폐지에 따라 변경될 수 있습니다.