

한화 더건강한 한아름종합보험 무배당2504

상품요약서

〈Q & A〉

Q. 해약환급금 일부지급형에 대해 설명해주세요.

【3종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형), 4종(납입면제지원 선택형, 납입후50%해약환급금지급형)】

- ☞ 가. 납입후50%해약환급금지급형은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입이 완료되고 납입기간이 종료된 이후 계약이 해지되는 경우에는 기본형 해약환급금의 50%를 지급하는 상품을 말합니다.
- 나. 납입후50%해약환급금지급형의 경우 보험종목, 보험기간, 보험료 납입기간, 피보험자의 변경, 보험가입금액의 증액 및 보장의 추가는 신청할 수 없습니다.
- 다. 회사는 납입후50%해약환급금지급형 계약을 체결할 때 계약자에게 납입후50%해약환급금지급형 내용에 대한 충분한 설명을 하고 별도의 확인서를 받습니다. 이 때 회사는 기본형과의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교·안내하여 드립니다.

3종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)	① 보험료 납입이 완료되고 납입기간 종료 후 1종(납입면제형,기본형) 해약환급금의 50% 지급 ② 가입시 1종(납입면제형,기본형) 과의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준 비교·안내
4종(납입면제지원 선택형, 납입후50%해약환급금 지급형)	① 보험료 납입이 완료되고 납입기간 종료 후 2종(납입면제지원 선택형,기본형) 해약환급금의 50% 지급 ② 가입시 2종(납입면제지원 선택형,기본형) 과의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준 비교·안내

Q. 자동갱신 특약으로 운영되는 담보는 무엇인가요?

- ☞ 가. 자동갱신 특약으로 운영되는 담보는 다음과 같습니다.

4대유사암진단비(갱신형)
 질병사망(갱신형)
 질병후유장해(3~100%)(갱신형)
 암(4대유사암제외)진단비(갱신형)
 통합암(4대유사암제외)진단비 III (갱신형)
 통합암(4대유사암제외, 전이암포함)진단비 II (갱신형)
 뇌혈관질환진단비(갱신형)
 뇌졸증진단비(갱신형)
 허혈성심장질환진단비(갱신형)
 급성심근경색증진단비(갱신형)
 심혈관특정질환 I 진단비(갱신형)
 심혈관특정질환 I (기타심장부정맥제외)진단비(갱신형)
 심혈관특정질환 II 진단비(갱신형)
 당뇨병(당화혈색소6.5%이상)진단비(갱신형)
 암(4대유사암제외)수술비 II (수술1회당)(갱신형)
 4대유사암수술비 II (수술1회당)(갱신형)
 특정8대기관양성종양및폴립수술비(연간1회한,급여)(갱신형)
 통합암(4대유사암제외, 전이암포함)항암방사선약물치료비 II (세부보장별각1회한)(갱신형)
 하이클래스 III 암(4대유사암제외)항암방사선치료비(연간1회한)(갱신형)
 하이클래스 III 특정유사암항암방사선치료비(연간1회한)(갱신형)
 하이클래스 III 암(4대유사암제외)항암약물치료비(연간1회한)(갱신형)
 하이클래스 III 특정유사암항암약물치료비(연간1회한)(갱신형)
 암(4대유사암제외)항암방사선치료비(1회한)(갱신형)
 암(4대유사암제외)항암약물치료비(1회한)(갱신형)

암(4대유사암제외)항암방사선약물치료비(연간1회한,급여)(갱신형)
 암(특정유사암포함)항암방사선치료비(치료1회당)(갱신형)
 암(특정유사암포함)항암약물치료비(치료1회당)(갱신형)
 암(특정유사암포함)표적항암약물허가치료비(1회한)(갱신형)
 카티(CAR-T)항암약물허가치료비(1회한)(갱신형)
 암(4대유사암제외)특정항암호르몬약물허가치료비(1회한)(갱신형)
 암(4대유사암제외)특정항암호르몬약물허가치료비(연간1회한)(갱신형)
 암(특정유사암포함)항암양성자방사선치료비(1회한)(갱신형)
 암(특정유사암포함)항암세기조절방사선치료비(1회한)(갱신형)
 인슐린치료비(1회한)(갱신형)
 독감(인플루엔자)항바이러스제치료비(7일면책, 연간1회한)(갱신형)

나. 자동갱신 특약의 운영은 다음과 같습니다.

- 자동갱신 특약의 보험기간이 끝나기 15일 이전까지 해당 계약자가 갱신 후 납입하여야 하는 자동갱신 특약의 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다. 단, 법령 및 표준약관의 제·개정 또는 금융위원회의 명령으로 약관이 변경된 경우 그 변경내용, 자동갱신 의사를 확인하는 내용 등을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음), 전자문서, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 등으로 2회이상 안내합니다.
- 자동갱신 특약의 보험기간 종료일의 전일까지 계약자의 별도의 의사표시가 없을 때에는 해당 특약을 자동으로 갱신 합니다.
- 자동갱신 특약에 대하여 갱신시 별도의 보험증권을 발행하지 않습니다.
- 회사는 갱신시 갱신일 현재의 기초율을 적용하여 갱신보험료를 계산하며, 사업년도 개시일 이후 최초로 도래하는 자동갱신 특약의 해당 보험년도 개시일부터 갱신주기동안 적용합니다. 그 보험료는 나이의 증가, 기초율의 변동 등의 사유로 인상 또는 인하될 수 있습니다.

다. 자동갱신 특약의 보험료 납입방법은 다음과 같습니다.

- 갱신시 자동갱신 특약의 보험료가 변동(인상/인하)되는 경우 계약자는 자동갱신 특약의 보험기간동안 변동된 보험료를 납입하여야 합니다.
- 라. 자동갱신 특약의 보장종료일은 계약체결시점에 계약자가 선택한 보통약관의 만기일로 합니다. 다만, 갱신시점에 갱신후 특약의 보험기간이 자동갱신 특약의 보장종료일까지의 잔여기간을 초과할 경우에는 갱신후 특약의 보험기간을 그 잔여기간으로 합니다.
- 마. 라.에도 불구하고 아래 자동갱신 특약의 보장종료일은 다음과 같습니다.
 - 질병사망(갱신형) : 피보험자의 보험나이 80세 계약해당일

Q. 갱신시점에 보장보험료가 높아지면 보험료를 추가로 더 납입해야 하나요?

- ☞ 자동갱신 특약의 갱신시점의 보험료는 피보험자의 연령의 증가 및 과거 경험통계에 의한 보험료 재산출 등으로 인하여 최초가입시 보험료보다 높아질 수 있습니다. 이 경우 최초가입시 보험료와 갱신시점의 보험료 차액(증가된 보험료)은 추가로 납입하셔야 합니다.

Q. 보장보험료 납입면제 제도는 무엇인가요?

☞ 1) 1종(납입면제형, 기본형)

가. 보장보험료 납입면제 사유는 아래와 같이 운영하며, 납입면제 사유가 발생한 경우 해당 피보험자의 소멸되지 않은 보장에 한하여 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제합니다.

납입면제 사유

- 상해로 장해분류표에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우
- 질병으로 장해분류표에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우
- 납입면제보장개시일 이후 “암”으로 진단확정된 경우(“기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양” 제외)
- “뇌출증”으로 진단확정된 경우
- “급성심근경색증”으로 진단확정된 경우
- “말기간경화”로 진단확정된 경우
- “말기폐질환”으로 진단확정된 경우
- “말기신부전증”으로 진단확정된 경우

- 나. 위 가.의 보장보험료 납입면제는 간신형 특별약관, 보장보험료50%납입지원Ⅱ(4대유사암) 특별약관 및 독립 특별약관(단, 무배당 상해및질병 관련 보장 특별약관 제외)에 대해서는 적용하지 않습니다.
- 다. 가.에 따라 피보험자 본인의 보장보험료가 납입면제 된 경우 차회 이후의 적립보험료 납입을 중지합니다.
- 라. 가. 내지 다.에도 불구하고, 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 합니다.
- 마. 자세한 사항은 반드시 약관을 참조해 주시기 바랍니다.

2) 3종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)

가. 보장보험료 납입면제 사유는 아래와 같이 운영하며, 납입면제 사유가 발생한 경우 해당 피보험자의 소멸되지 않은 보장에 한하여 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제합니다.

납입면제 사유

- 상해로 장해분류표에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우
- 질병으로 장해분류표에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 된 경우
- 납입면제보장개시일 이후 “암”으로 진단확정된 경우(“기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양” 제외)
- “뇌출증”으로 진단확정된 경우
- “급성심근경색증”으로 진단확정된 경우
- “말기간경화”로 진단확정된 경우
- “말기폐질환”으로 진단확정된 경우
- “말기신부전증”으로 진단확정된 경우

- 나. 위 가.의 보장보험료 납입면제는 간신형 특별약관, 보장보험료50%납입지원Ⅱ(4대유사암) 특별약관 및 독립 특별약관(단, 무배당 상해및질병 관련 보장 특별약관 제외)에 대해서는 적용하지 않습니다.
- 다. 가.에도 불구하고, 보장보험료의 납입이 면제되기 이전에 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 합니다.
- 라. 자세한 사항은 반드시 약관을 참조해 주시기 바랍니다.

3) 2종(납입면제지원 선택형, 기본형), 4종(납입면제지원 선택형, 납입후50%해약환급금지급형)

보장보험료 납입면제 제도를 운영하지 않습니다.

Q. 무배당 간병인보장 입원비(갱신형) 특별약관의 운영은 어떻게 되나요?

가. 대상 특별약관

간병인 지원관련 특별약관
간병인지원 상해입원비(1일이상180일한도)(갱신형), 간병인지원 질병입원비(1일이상180일한도)(갱신형)

나. 이용조건 : 서비스 신청일 당시 유효한 계약의 피보험자이면서, 대상 특별약관에서 정한 “보험금 지급사유”가 발생하여 간병인 지원 받기를 원하는 경우(단, 지원을 원하는 일자로부터 48시간 이전에 회사로 신청하여야 합니다)

다. 제공회사 : 회사와 제휴를 맺은 서비스제공회사

라. 제공기간 : 대상 특별약관의 만기일까지

마. 주요내용

- 1) 대상 특별약관에서 정한 “보험금 지급사유”가 발생하여 간병인 지원 서비스를 신청한 경우에 한하여 간병인 지원 서비스를 제공합니다.
- 2) 대상 특별약관의 제3조(보험금의 지급사유) 제1항의 입원비 지급일수와 간병인 지원일수의 합계는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.
- 3) 피보험자가 회사에 간병인 지원 서비스를 신청하였음에도 회사가 부득이한 사유로 간병인을 지원하지 못하는 경우 회사는 실제 고객이 선택하여 사용한 간병인의 간병인사용비용을 해당 특별약관에서 정한 간병인지원비용을 한도로 지급합니다.
- 4) 간병인 지원은 1일을 기준으로 하며 간병인을 지원한 시점을 기준으로 매24시간을 1일이라 합니다. 다만, 피보험자의 사정으로 간병인을 24시간미만으로 사용한 경우에도 1일로 간주하며, 이 때 간병인을 사용하지 않은 시간에 대한 간병인지원비용 상당액은 지급하지 않습니다.
- 5) 4)에도 불구하고 회사가 지원하는 간병인이 아닌 실제 고객이 선택하여 사용한 간병인에 대해 1일당 8시간미만으로 사용한 경우에는 3)의 간병인사용비용을 지급하지 않고 해당 특별약관에서 정한 보험금을 제공합니다.
- 6) 2)에서 정한 보상 한도 최종일(180일째 입원일을 말합니다)에 간병인을 지원한 경우라도 24시간을 한도로 보장합니다.
- 7) 다만, 회사에 간병인 지원 서비스를 신청하지 않고 임의로 간병인을 사용한 경우 및 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 간병인 지원 서비스를 제공하지 않고, 해당 특별약관에서 정한 보험금을 제공합니다.
- 8) “간병인”이라 함은 사업자등록된 업체에 소속되어 급여를 받는 자로서, 피보험자가 입원하였을 경우 피보험자를 위하여 신체활동지원, 정서지원, 환경관리, 안전관리, 활동관리 등을 하는 사람을 말하며, 간호·간병통합서비스를 제공하는 자는 제외합니다.

바. 이용대상자 : 피보험자 본인

사. 이 서비스는 회사와 제휴회사간의 계약에 따라 제공하는 서비스이며, 서비스 전반에 대한 책임은 제휴업체에 귀속됩니다.

아. 이 서비스는 대외환경의 변화 및 제휴회사와의 계약조건 변경에 따라 제휴회사, 서비스 내용 및 제공방법 등이 달라질 수 있습니다. 또한, 회사의 휴업·파산·경영상의 위기 등 불가피한 사유로 서비스 제공이 불가능할 수 있으며, 이 경우 간병인 지원 서비스를 제공하지 않고 해당 특별약관에서 정한 전환용 특별약관으로 전환하여 드립니다.

전환용 특별약관

상해입원비(1일이상180일한도)(전환용)(갱신형), 질병입원비(1일이상180일한도)(전환용)(갱신형)
--

자. 간병인 지원 서비스 내용이 변경되거나 서비스 제공이 중지되는 경우 회사는 관련 사실을 서비스 이용 대상자에게 서면, 우편, 팩스, 전화 또는 전자적 방식 중 2개 이상의 방법으로 6개월 전부터 매월 안내합니다. 다만, 휴업·파산, 경영상의 위기 또는 서비스 제공회사의 일방적인 서비스 제공 중단 등 6개월 전부터 안내하기 어려운 불가피한 사유가 있는 경우 해당 상황이 발생하는 즉시 안내합니다.

- 차. 회사는 갱신시 갱신일 현재의 기초율을 적용하여 갱신보험료를 계산하며, 사업년도 개시일 이후 최초로 도래하는 갱신특약의 해당 보험년도 개시일부터 갱신주기동안 적용합니다. 그 보험료는 나이의 증가, 기초율의 변동 등의 사유로 인상 또는 인하될 수 있습니다. 단, 간병인지원 관련 특별약관에 대해 회사는 매 사업년도 종료일 까지 간병인지원비용 재산정 및 위험률 재산출 등으로 갱신계약에 적용할 보험료가 개정된 경우에는 갱신일 현재의 보험료를 적용합니다.
- 차. 이 계약의 “최종 갱신계약 보험기간 종료일”은 계약체결시점에 계약자가 선택한 보통약관의 보험기간 종료일로 합니다.

가. 가입자격제한 및 상품별 특이사항

가-1. 가입자격제한

- 이 상품은 피보험자의 직업, 직무, 기타사항으로 인해 보험가입금액이 제한되거나 인수가 불가능할 수 있으며, 경우에 따라서는 건강진단 결과를 요구할 수도 있습니다.

1) 상품의 특징

- 이 상품은 일상생활을 영위하며 발생할 수 있는 각종 위험을 보장하는 종합보험입니다.

※ 보험종목의 세목

구분		형	형 이름
1종	납입면제형, 기본형	1형	일반고지형
2종	납입면제지원 선택형, 기본형	2형	건강고지형 II (6년)
3종	납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형	3형	건강고지형 II (7년)
4종	납입면제지원 선택형, 납입후50%해약환급금지급형	4형	건강고지형 II (8년)
		5형	건강고지형 II (9년)
		6형	건강고지형 II (10년)

2) 보험기간, 보험료 납입기간, 가입나이 및 보험료 납입주기에 관한 사항

- 보험료 납입주기 : 월납

- 보험기간, 보험료 납입기간, 가입나이

※ 단, 3종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형), 4종(납입면제지원 선택형, 납입후50%해약환급금지급형)의 경우 납입기간 10년납, 15년납은 운영하지 않습니다.

※ 3종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형) 및 4종(납입면제지원 선택형, 납입후50%해약환급금지급형)의 최초계약의 경우 가입연령은 60세를 초과하여 가입이 불가능합니다.

가) 보통약관(공통)

구 분		보험기간	납입기간	가입나이
1종	상해사망	100세만기	10년납	만15세 ~ 70세
2종		90세만기	15년납	만15세 ~ 65세
3종		80세만기	20년납	만15세 ~ 60세
4종		80세만기	25년납	만15세 ~ 55세
			30년납	만15세 ~ 50세

나) 특별약관(공통)

구 분	보험기간	납입기간	가입나이
	10년납	만15세 ~ 70세	
	15년납	만15세 ~ 65세	
	100세만기 90세만기 80세만기	20년납	만15세 ~ 60세
1종 2종 3종 4종	25년납	만15세 ~ 55세	
	30년납	만15세 ~ 50세	

구 분	보험기간	납입기간	가입나이
골절(치아파절제외)진단비 골절(치아파절포함)진단비 5대골절진단비 특정화상처치료비(연간5회한,급여) 특정상해성뇌손상진단비 특정상해성뇌출혈진단비 특정상해성장기손상진단비 상해1~5종수술비Ⅲ 상해1~5종수술비Ⅳ(수술1회당) 상해1~8종수술비Ⅲ(급여, 시술포함, 연간3회한) 질병후유장해(3~100%) 질병MRI촬영검사지원비(연간1회한,급여) 질병CT촬영검사지원비(연간1회한,급여) 전이암진단비 통합전이암진단비 암(4대유사암제외)진단후특정치료비(진단후10년,연간1회한) 특정유사암진단후특정치료비(진단후10년,연간1회한) 2대질병진단후특정치료비(진단후10년,연간1회한) 2대질병진단후특정치료비(상급종합병원, 권역심뇌혈관질환센터)(진단후10년,연간1회한) 중증질환자(암(4대유사암제외))산정특례대상진단비 뇌혈관질환후유장해(3~100%) 뇌혈관질환진단비 주요뇌혈관질환진단비 통합뇌관련질환진단비 뇌전증진단비 허혈성심장질환진단비 주요허혈성심장질환진단비 통합심장질병진단비 심혈관특정질환Ⅰ 진단비 심혈관특정질환Ⅱ 진단비 심근병증진단비 주요심장염증질환진단비 심장판막협착증(대동맥판막)진단비 특정양성뇌종양진단비 중대한재생불량성빈혈진단비 크론병진단비 대상포진진단비 대상포진눈병진단비 통풍진단비 급성신우신염진단비 골다공증진단비 특정천공진단비 특정천공동반질병진단비 특정천공동반개실병진단비 갑상선비늘생검조직병리검사비(연간1회한,급여) 전립선비늘생검조직병리검사비(연간1회한,급여)	10년납 15년납 20년납 100세만기 90세만기 80세만기 25년납 30년납	만15세 ~ 65세 만15세 ~ 65세 만15세 ~ 60세 만15세 ~ 55세 만15세 ~ 50세	
(계속)			

구 분	보험기간	납입기간	가입나이	
1종	10년납	만15세 ~ 65세	요로결석진단비 질병수술비 질병수술비(특정5대질병제외) 질병수술비(특정9대질병제외) 질병수술비(특정2대경증질병제외) 질병수술비(특정10대질병제외) 질병수술비(특정4대질병 II 제외) 질병상급종합병원수술비(특정10대질병제외) 질병수술비(수술1회당) 질병수술비(특정2대경증질병제외, 수술1회당) 질병종합병원수술비 질병상급종합병원수술비 질병종합병원수술비(특정9대질병제외) 질병상급종합병원수술비(특정9대질병제외) 질병종합병원수술비(수술1회당) 질병상급종합병원수술비(수술1회당) 질병1~5종수술비 III 질병1~5종수술비 IV(수술1회당) 질병1~8종수술비 III(급여, 시술포함, 연간3회한) 124대질병수술비 암(4대유사암제외)수술비 II(수술1회당) 4대유사암수술비 II(수술1회당) 암(4대유사암제외)수술비(1회한) 노혈관질환수술비(수술1회당) 노혈관질환수술비(1회한) 뇌출중수술비(수술1회당) 허혈성심장질환수술비(수술1회당) 허혈성심장질환수술비(1회한) 급성심근경색증수술비(수술1회당) 7대기관질병수술비(관혈, 비관혈)(연간1회한) 특정8대기관양성종양및풀립수술비(연간1회한, 급여) 호흡기질환수술비(수술1회당) 이비인후과질환수술비(수술1회당) 통합암(4대유사암제외, 전이암포함)항암방사선약물치료비 II (세부보장별각1회한) 하이클래스 III 암(4대유사암제외)항암방사선치료비(연간1회한) 하이클래스 III 특정유사암항암방사선치료비(연간1회한) 하이클래스 III 암(4대유사암제외)항암약물치료비(연간1회한) 하이클래스 III 특정유사암항암약물치료비(연간1회한) 암(4대유사암제외)항암방사선치료비(1회한) 암(4대유사암제외)항암약물치료비(1회한) 암(4대유사암제외)항암방사선약물치료비(연간1회한, 급여) 암(특정유사암포함)항암방사선치료비(치료1회당) 암(특정유사암포함)항암약물치료비(치료1회당) 특정유사암항암방사선치료비(세부보장별각1회한) 특정유사암항암약물치료비(세부보장별각1회한) 암(특정유사암포함)표적항암약물허가치료비(1회한) 암(특정유사암포함)표적항암약물허가치료비(연간1회한) 카티(CAR-T)항암약물허가치료비(1회한)	만15세 ~ 60세
2종	15년납	만15세 ~ 65세		
3종	20년납	100세만기		
4종	90세만기	90세만기		
	80세만기	80세만기		
	25년납	만15세 ~ 55세		
	30년납	만15세 ~ 50세		

(계속)

구 분		보험기간	납입기간	가입나이
1종	암(4대유사암제외)특정항암호르몬약물허가치료비(1회한) 암(4대유사암제외)특정항암호르몬약물허가치료비(연간1회한) 암(특정유사암포함)항암양성자방사선치료비(1회한) 암(특정유사암포함)항암세기조절방사선치료비(1회한) 2대주요기관질병스텐트삽입술및풍선혈관성형수술비(연간1회한,급여) 뇌졸중혈전용해치료비(연간1회한) 뇌졸중혈전용해치료비(1회한) 혈전제거치료비(연간1회한,급여) 뇌경색증혈전용해치료비(1회한) 특정급성심근경색증혈전용해치료비(연간1회한) 특정급성심근경색증혈전용해치료비(1회한) 특정뇌동맥질환혈관색전술치료비(연간1회한,급여) 관상동맥성형술치료비(연간1회한,급여) 심장부정맥고주파·냉각절제술치료비(연간1회한,급여) 갑상선기능항진증치료비(1회한,급여) 질병입원비(1일이상180일한도) 질병입원비(1일이상10일한도) 질병증환자실입원비(1일이상180일한도) 질병증환자실입원비(1일이상30일한도) 질병증환자실입원비(1일이상10일한도) 질병상급종합병원입원비(1일이상180일한도) 질병종합병원1인실입원비(1일이상30일한도) 질병상급종합병원1인실입원비(1일이상30일한도) 질병종합병원2-3인실입원비(1일이상30일한도) 질병상급종합병원2-3인실입원비(1일이상30일한도) 입원생활비(연간180일한도) 종합병원입원생활비(연간180일한도) 상급종합병원입원생활비(연간180일한도) 종합병원1인실,2-3인실입원생활비(각연간30일한도) 상급종합병원1인실,2-3인실입원생활비(각연간30일한도) 간병인사용입원생활비(요양병원제외,연간180일한도) 간병인사용입원생활비(요양병원,연간180일한도) 간호간병통합서비스입원생활비(요양병원제외,연간180일한도) 간병인사용입원지원금(간병인사용금액연간200만원이상) 간병인사용질병입원비Ⅱ(1일이상180일한도) 입원생활비(요양,정신,한방병원제외,연간181일이상) 종합병원입원생활비(연간181일이상) 간병인사용입원생활비(요양,정신,한방병원제외,연간181일이상) 간병인사용입원생활비(요양병원제외,연간181일이상) 간호간병통합서비스입원생활비(요양,정신,한방병원제외,연간181일이상) 간병인사용입원생활비Ⅱ(요양병원제외,연간180일한도) 간병인사용입원생활비Ⅱ(요양병원,연간180일한도) 간병인사용입원생활비Ⅱ(요양,정신,한방병원제외,연간181일이상) 간병인사용입원생활비Ⅱ(요양병원,연간181일이상) 독감(인플루엔자)입원비(1일이상30일한도)	10년납 15년납 20년납 100세만기 90세만기 80세만기 25년납 30년납	만15세 ~ 65세 만15세 ~ 65세 만15세 ~ 60세 만15세 ~ 55세 만15세 ~ 50세	
2종	(계속)			
3종				
4종				

구 분		보험기간	납입기간	가입나이
1종 2종 3종 4종	암(4대유사암포함)요양병원입원비 II (1일이상90일한도) 암(4대유사암포함)직접치료입원비 II (요양병원제외, 1일이상180일한도) 암(4대유사암포함)직접치료상급종합병원통원비 암(4대유사암포함)직접치료통원비(1일1회, 연간30일한) 뇌혈관질환직접치료통원비(1일1회, 연간30일한) 허혈성심장질환직접치료통원비(1일1회, 연간30일한) 특정쇼크(shock)진단비 특정치료합병증진단비(심장및혈관인공삽입장치, 이식기관및조직) 중증질환자(뇌혈관질환)산정특례대상진단비(연간1회한) 중증질환자(심장질환)산정특례대상진단비(연간1회한) 안면부창상봉합술치료발생금(1일1회, 3cm이상, 급여) 창상봉합술치료발생금(안면부제외, 1일1회, 5cm이상, 연간3회한, 급여) 주간판장애수술비 관절증(엉덩, 무릎)수술비(수술1회당) 인공관절치환수술비(건관절, 고관절, 슬관절)(연간1회한, 급여) 응급실내원치료비(응급) 폐렴진단비 천식진단비 파혈증진단비 주요폐질환진단비 외부요인으로인한폐질환진단비 폐렴진단비(연간1회한) 파혈증진단비(연간1회한) 주요폐질환진단비(연간1회한) 외부요인으로인한폐질환진단비(연간1회한) 2대질병특정치료비(요양병원제외, 연간1회한) 경증순환계질환특정치료비(요양병원제외, 연간1회한) 중등증순환계질환특정치료비(요양병원제외, 연간1회한) 중증순환계질환특정치료비(요양병원제외, 연간1회한) 중등증 II 순환계질환특정치료비(요양병원제외, 연간1회한)	10년납 15년납 20년납 25년납 100세만기 90세만기 80세만기 30년납	만15세 ~ 65세 만15세 ~ 65세 만15세 ~ 60세 만15세 ~ 55세 만15세 ~ 50세	만15세 ~ 65세 만15세 ~ 65세 만15세 ~ 60세 만15세 ~ 55세 만15세 ~ 50세
1종 2종 3종 4종	상해사망추가 웰엔딩장례지원금 I (상해사망체증형) 웰엔딩장례서비스 I (상해사망체증형) 나눔의행복(상해사망)	100세만기 90세만기 80세만기 70세만기	만15세 ~ 70세 만15세 ~ 65세 만15세 ~ 60세 만15세 ~ 55세 만15세 ~ 50세 만15세 ~ 49세 만15세 ~ 44세 만15세 ~ 40세	만15세 ~ 70세 만15세 ~ 65세 만15세 ~ 60세 만15세 ~ 55세 만15세 ~ 50세 만15세 ~ 49세 만15세 ~ 44세 만15세 ~ 40세

구 분		보험기간	납입기간	가입나이
1종 2종 3종 4종	암(특정유사암포함)항암방사선약물치료비 II (세부보장별각1회한)	100세만기 90세만기	10년납	만15세 ~ 70세
			15년납	만15세 ~ 65세
			20년납	만15세 ~ 60세
			25년납	17세 ~ 55세
			30년납	19세 ~ 50세
1종 2종 3종 4종	질병사망 웰엔딩장례지원금 II (질병사망체증형) 웰엔딩장례서비스 II (질병사망체증형) 나눔의행복(질병사망)	80세만기	10년납	만15세 ~ 70세
			15년납	만15세 ~ 65세
			20년납	만15세 ~ 60세
			25년납	만15세 ~ 55세
			30년납	만15세 ~ 50세
1종 2종 3종 4종	혈전용해치료비(연간1회한,급여)	100세만기 90세만기 80세만기	10년납	만15세 ~ 59세
			15년납	만15세 ~ 54세
			20년납	만15세 ~ 49세
			25년납	만15세 ~ 45세
			30년납	만15세 ~ 40세
1종 2종 3종 4종	특정유방병변진공흡인절제치료비(1회한) 유방바늘생검조직병리검사비(연간1회한,급여)	100세만기 90세만기 80세만기	10년납	20세 ~ 65세
			15년납	20세 ~ 65세
			20년납	20세 ~ 60세
			25년납	20세 ~ 55세
			30년납	20세 ~ 50세
1종 2종 3종 4종	자궁근종고강도초음파집속술(HIFU)치료비(1회한)	70세만기	10년납	만15세 ~ 65세
			15년납	만15세 ~ 65세
			20년납	만15세 ~ 60세
			25년납	만15세 ~ 55세
			30년납	만15세 ~ 50세
1종 2종 3종 4종	종증화상및부식진단비 남성특정비뇨기계질환수술비(수술1회당) 각막이식수술비(1회한)	80세만기	10년납	18세 ~ 60세
			15년납	18세 ~ 55세
			20년납	18세 ~ 50세
			25년납	18세 ~ 45세
			30년납	18세 ~ 40세
1종 2종 3종 4종	종증화상및부식진단비 남성특정비뇨기계질환수술비(수술1회당) 각막이식수술비(1회한)	60세만기	10년납	18세 ~ 50세
			15년납	18세 ~ 45세
			20년납	18세 ~ 40세
			25년납	18세 ~ 35세
			30년납	18세 ~ 30세
1종 2종 3종 4종	종증화상및부식진단비 남성특정비뇨기계질환수술비(수술1회당) 각막이식수술비(1회한)	80세만기	10년납	만15세 ~ 65세
			15년납	만15세 ~ 65세
			20년납	만15세 ~ 60세
			25년납	만15세 ~ 55세
			30년납	만15세 ~ 50세

다) 특별약관 [1종(납입면제형, 기본형),
3종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)에 한하여 부가가능]

구 분	보험기간	납입기간	가입나이
-----	------	------	------

구 分		보험기간	납입기간	가입나이
1종 3종	보험료납입면제대상보장(8대사유)	100세만기	10년납	만15세 ~ 70세
		90세만기	15년납	만15세 ~ 65세
		80세만기	20년납	만15세 ~ 60세
			25년납	만15세 ~ 55세
			30년납	만15세 ~ 50세

라) 특별약관 [1종(납입면제형, 기본형),
2종(납입면제지원 선택형, 기본형)에 한하여 부가가능]

구 分		보험기간	납입기간	가입나이
1종 2종	특정부인과질병수술비(수술1회당) 상하지(손, 발제외)절골술및체내금속고정수술비(연간1회한, 급여)	100세만기	10년납	만15세 ~ 70세
			15년납	만15세 ~ 65세
		90세만기	20년납	만15세 ~ 60세
		80세만기	25년납	만15세 ~ 55세
			30년납	만15세 ~ 50세
1종 2종	조혈모세포이식수술비(1회한) 5대장기이식수술비(1회한)	80세만기	10년납	만15세 ~ 65세
			15년납	만15세 ~ 65세
			20년납	만15세 ~ 60세
			25년납	만15세 ~ 55세
			30년납	만15세 ~ 50세
		70세만기	10년납	만15세 ~ 60세
			15년납	만15세 ~ 55세
			20년납	만15세 ~ 50세
			25년납	만15세 ~ 45세
			30년납	만15세 ~ 39세
		60세만기	10년납	만15세 ~ 50세
			15년납	만15세 ~ 45세
			20년납	만15세 ~ 40세
			25년납	만15세 ~ 35세
			30년납	만15세 ~ 30세

마) 특별약관 [3종(납입면제형, 납입후 50% 해약환급금지급형),
4종(납입면제지원 선택형, 납입후 50% 해약환급금지급형)에 한하여 부가가능]

구 分		보험기간	납입기간	가입나이
3종 4종	조혈모세포이식수술비(1회한) 5대장기이식수술비(1회한)	70세만기	20년납	만15세 ~ 50세
			25년납	만15세 ~ 45세
			30년납	만15세 ~ 39세
		60세만기	20년납	만15세 ~ 40세
			25년납	만15세 ~ 35세
			30년납	만15세 ~ 30세

바) 특별약관 [1종(납입면제형, 기본형)에 한하여 부가가능]

구 分		보험기간	납입기간	가입나이
1종	상해사망(연만기) 교통상해사망(연만기) 질병사망(연만기)	10년만기	전기납	만15세 ~ 69세
		15년만기		만15세 ~ 64세
		20년만기		만15세 ~ 59세

구 分		보험기간	납입기간	가입나이
1종	보장보험료50%납입지원 II (4대유사암)	10년만기	전기납	만15세 ~ 70세
		15년만기		만15세 ~ 65세
		20년만기		만15세 ~ 60세
		25년만기		만15세 ~ 55세
		30년만기		만15세 ~ 50세

사) 특별약관 [2종(납입면제지원 선택형, 기본형)에 한하여 부가가능]

구 分		보험기간	납입기간	가입나이
2종	상해사망(연만기) 교통상해사망(연만기) 질병사망(연만기)	10년만기	전기납	만15세 ~ 69세
		15년만기		만15세 ~ 64세
		20년만기		만15세 ~ 59세
2종	보장보험료납입면제지원(암(4대유사암제외), 뇌혈관질환, 허혈성심장질환, 80% 이상 후유장해및말기[3대질병]) 보장보험료납입면제지원(암(4대유사암제외), 뇌졸증, 급성심근경색증) 보장보험료납입면제지원(암(4대유사암제외))	10년만기	전기납	만15세 ~ 70세
		15년만기		만15세 ~ 65세
		20년만기		만15세 ~ 60세
		25년만기		만15세 ~ 55세
		30년만기		만15세 ~ 50세

아) 특별약관 [3종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)에 한하여 부가가능]

구 分		보험기간	납입기간	가입나이
3종	교통상해사망(연만기)	20년만기	전기납	만15세 ~ 40세
3종	상해사망(연만기) 질병사망(연만기)	20년만기	전기납	만15세 ~ 59세
3종	보장보험료50%납입지원 II (4대유사암)	20년만기	전기납	만15세 ~ 60세
		25년만기		만15세 ~ 55세
		30년만기		만15세 ~ 50세

자) 특별약관 [4종(납입면제지원 선택형, 납입후50%해약환급금지급형)에 한하여 부가가능]

구 分		보험기간	납입기간	가입나이
4종	교통상해사망(연만기)	20년만기	전기납	만15세 ~ 40세
4종	상해사망(연만기) 질병사망(연만기)	20년만기	전기납	만15세 ~ 59세
4종	보장보험료납입면제지원(암(4대유사암제외), 뇌혈관질환, 허혈성심장질환, 80% 이상 후유장해및말기[3대질병], 보장보험료납입면제지원(암(4대유사암제외), 뇌졸증, 급성심근경색증), 보장보험료납입면제지원(암(4대유사암제외)))	20년만기	전기납	만15세 ~ 60세
		25년만기		만15세 ~ 55세
		30년만기		만15세 ~ 50세

차) 갱신형 특별약관

구 分	보험기간	납입기간	가입나이

구 분		보험기간	납입기간	가입나이	
1종	질병후유장해(3~100%)(갱신형) 암(4대유사암제외)진단비(갱신형) 뇌혈관질환진단비(갱신형) 뇌출증진단비(갱신형) 허혈성심장질환진단비(갱신형) 급성심근경색증진단비(갱신형) 심혈관특정질환 I 진단비(갱신형) 심혈관특정질환 I (기타심장부정맥제외)진단비(갱신형) 심혈관특정질환 II 진단비(갱신형) 당뇨병(당화혈색소6.5%이상)진단비(갱신형) 4대유사암수술비 II (수술1회당)(갱신형)	최초 계약	3/10년만기 20년만기		만15세 ~ 65세 만15세 ~ 59세
2종			3/10/20년만 기		[15+보험기간]세 ~ [100-보험기간]세
3종				전기납	
4종	특정8대기관양성종양및풀립수술비(연간1회한,급여)(갱신형) 암(4대유사암제외)항암방사선치료비(1회한)(갱신형) 암(4대유사암제외)항암약물치료비(1회한)(갱신형) 암(4대유사암제외)항암방사선약물치료비(연간1회한,급여)(갱신형) 암(특정유사암포함)항암방사선치료비(치료1회당)(갱신형) 암(특정유사암포함)항암약물치료비(치료1회당)(갱신형)	갱신 계약	1,2,4~9, 11~19년만기		[80-보험기간]세, [90-보험기간]세, [100-보험기간]세
1종	암(특정유사암포함)표적항암약물허가치료비(1회한)(갱신형) 암(특정유사암포함)표적항암약물허가치료비(연간1회한)(갱신형) 카티(CAR-T)항암약물허가치료비(1회한)(갱신형)	최초 계약	3/10년만기 20년만기		만15세 ~ 65세 만15세 ~ 59세
2종			3/10/20년만 기		[15+보험기간]세 ~ [100-보험기간]세
3종				전기납	
4종	암(4대유사암제외)특정항암호르몬약물허가치료비(연간1회한)(갱신형) 암(특정유사암포함)항암세기조절방사선치료비(1회한)(갱신형) 독감(인플루엔자)항바이러스제치료비(7일면책,연간1회한)(갱신형)	갱신 계약	1,2,4~9, 11~19년만기		[80-보험기간]세, [90-보험기간]세, [100-보험기간]세
1종	암(4대유사암제외)특정항암호르몬약물허가치료비(1회한)(갱신형)	최초 계약	3/10년만기 20년만기		28세 ~ 65세 17세 ~ 59세
2종			3/10만기		[28+보험기간]세 ~ [100-보험기간]세
3종			20년만기		[17+보험기간]세 ~ [100-보험기간]세
4종			1,2,4~9, 11~19년만기		[80-보험기간]세, [90-보험기간]세, [100-보험기간]세
1종	하이클래스 III 암(4대유사암제외)항암방사선치료비(연간1회한)(갱신형)	최초 계약	3년만기		32세 ~ 60세
2종	하이클래스 III 특정유사암항암방사선치료비(연간1회한)(갱신형)		10년만기		30세 ~ 65세
3종	하이클래스 III 암(4대유사암제외)항암약물치료비(연간1회한)(갱신형)		20년만기		25세 ~ 59세
4종	하이클래스 III 특정유사암항암약물치료비(연간1회한)(갱신형)	갱신 계약	3년만기		[32+보험기간]세 ~ [100-보험기간]세
			10년만기		[30+보험기간]세 ~ [100-보험기간]세
			20년만기		[25+보험기간]세 ~ [100-보험기간]세
			1,2,4~9, 11~19년만기		[80-보험기간]세, [90-보험기간]세, [100-보험기간]세

구 분		보험기간	납입기간	가입나이
1종 2종 3종 4종	암(4대유사암제외)수술비 II (수술1회당)(갱신형) 암(특정유사암포함)항암양성지방사선치료비(1회한)(갱신형)	최초 계약	3년만기	20세 ~ 65세
			10년만기	만15세 ~ 65세
			20년만기	만15세 ~ 59세
			3년만기	[20+보험기간]세 ~ [100-보험기간]세
		갱신 계약	10/20년만기	[15+보험기간]세 ~ [100-보험기간]세
			1,2,4~9, 11~19년만기	[80-보험기간]세, [90-보험기간]세, [100-보험기간]세
			3/10/20년만 기	20세 ~ 65세
			1,2,4~9, 11~19년만기	20세 ~ 60세
1종 2종 3종 4종	인슐린치료비(1회한)(갱신형)	최초 계약	3/10년만기	[20+보험기간]세 ~ [100-보험기간]세
			20년만기	[80-보험기간]세, [90-보험기간]세, [100-보험기간]세
			3/10/20년만 기	20세 ~ 60세
			1,2,4~9, 11~19년만기	[20+보험기간]세 ~ [100-보험기간]세
		갱신 계약	3년만기	25세 ~ 65세
			10년만기	20세 ~ 65세
			20년만기	만15세 ~ 59세
			3년만기	[25+보험기간]세 ~ [100-보험기간]세
1종 2종 3종 4종	4대유사암진단비(갱신형) 통합암(4대유사암제외, 전이암포함)진단비 II (갱신형)	최초 계약	10년만기	[20+보험기간]세 ~ [100-보험기간]세
			20년만기	[15+보험기간]세 ~ [100-보험기간]세
			3년만기	[80-보험기간]세, [90-보험기간]세, [100-보험기간]세
			1,2,4~9, 11~19년만기	25세 ~ 65세
		갱신 계약	10년만기	20세 ~ 65세
			20년만기	16세 ~ 59세
			3년만기	[25+보험기간]세 ~ [100-보험기간]세
			1,2,4~9, 11~19년만기	[20+보험기간]세 ~ [100-보험기간]세
1종 2종 3종 4종	통합암(4대유사암제외)진단비 III (갱신형)	최초 계약	20년만기	[16+보험기간]세 ~ [100-보험기간]세
			3년만기	[80-보험기간]세, [90-보험기간]세, [100-보험기간]세
			10년만기	25세 ~ 65세
			20년만기	20세 ~ 65세
		갱신 계약	3년만기	20세 ~ 60세
			10년만기	16세 ~ 59세
			20년만기	[20+보험기간]세 ~ [100-보험기간]세
			1,2,4~9, 11~19년만기	[16+보험기간]세 ~ [100-보험기간]세

구 분		보험기간	납입기간	가입나이
1종 2종 3종 4종	통합암(4대유사암제외, 전이암포함)항암방사선약물치료비 II (세부보장별각1회한)(갱신형)	최초 계약	3년만기	37세 ~ 65세
			10년만기	31세 ~ 65세
			20년만기	25세 ~ 59세
			3년만기	[37+보험기간]세 ~ [100-보험기간]세
		갱신 계약	10년만기	[31+보험기간]세 ~ [100-보험기간]세
			20년만기	[25+보험기간]세 ~ [100-보험기간]세
			1,2,4~9, 11~19년만기	[80-보험기간]세, [90-보험기간]세, [100-보험기간]세
			3/10년만기	만15세 ~ 65세
1종 2종 3종 4종	질병사망(갱신형)	최초 계약	20년만기	만15세 ~ 59세
			3/10/20년만 기	[15+보험기간]세 ~ [80-보험기간]세
		갱신 계약	1,2,4~9, 11~19년만기	[80-보험기간]세

주) 1. 아래의 특별약관은 자동갱신으로 운영합니다.

자동갱신 대상 특별약관
4대유사암진단비(갱신형) 질병사망(갱신형)
질병후유장해(3~100%)(갱신형) 암(4대유사암제외)진단비(갱신형)
통합암(4대유사암제외)진단비 III (갱신형) 통합암(4대유사암제외, 전이암포함)진단비 II (갱신형)
뇌혈관질환진단비(갱신형) 뇌졸증진단비(갱신형)
허혈성심장질환진단비(갱신형) 급성심근경색증진단비(갱신형)
심혈관특정질환 I 진단비(갱신형) 심혈관특정질환 I (기타심장부정맥제외)진단비(갱신형)
심혈관특정질환 II 진단비(갱신형) 당뇨병(당화혈색소6.5%이상)진단비(갱신형)
암(4대유사암제외)수술비 II (수술1회당)(갱신형) 4대유사암수술비 II (수술1회당)(갱신형)
특정8대기관양성증양및풀립수술비(연간1회한,급여)(갱신형) 통합암(4대유사암제외, 전이암포함)항암방사선약물치료비 II (세부보장별각1회한)(갱신형)
하이클래스 III 암(4대유사암제외)항암방사선치료비(연간1회한)(갱신형) 하이클래스 III 특정유사암항암방사선치료비(연간1회한)(갱신형)
하이클래스 III 암(4대유사암제외)항암약물치료비(연간1회한)(갱신형) 하이클래스 III 특정유사암항암약물치료비(연간1회한)(갱신형)
암(4대유사암제외)항암방사선치료비(1회한)(갱신형) 암(4대유사암제외)항암약물치료비(1회한)(갱신형)
암(4대유사암제외)항암방사선약물치료비(연간1회한,급여)(갱신형) 암(특정유사암포함)항암방사선치료비(치료1회당)(갱신형)
암(특정유사암포함)항암약물치료비(치료1회당)(갱신형) 암(특정유사암포함)표적항암약물허가치료비(1회한)(갱신형)
암(특정유사암포함)표적항암약물허가치료비(연간1회한)(갱신형) 카티(CAR-T)항암약물허가치료비(1회한)(갱신형)
암(4대유사암제외)특정항암호르몬약물허가치료비(1회한)(갱신형) 암(4대유사암제외)특정항암호르몬약물허가치료비(연간1회한)(갱신형)
암(특정유사암포함)항암양성자방사선치료비(1회한)(갱신형) 암(특정유사암포함)항암세기조절방사선치료비(1회한)(갱신형)
인슐린치료비(1회한)(갱신형) 독감(인플루엔자)항바이러스제치료비(7일면책,연간1회한)(갱신형)

2. 자동갱신 특별약관의 1,2,4~19년만기는 최종갱신계약의 잔여보험기간에 한하여 적용합니다.

3. 특별약관의 보험기간은 보통약관의 보험기간 이하로 운영합니다.

4. 회사가 정하는 기준에 의거, 가입나이 및 건강상태, 직무 등에 따라 보험가입금액이 제한되거나 가입이 불가능할 수 있습니다.

카) 독립특별약관

구 분		보험기간	납입기간	가입나이
1종 2종	암(갑상선암및전립선암제외)다빈치로봇수술비(1회한)(갱신형), 갑상선암및전립선암다빈치로봇수술비(1회한)(갱신형), 자궁및난소특정질환다빈치로봇수술비(1회한)(갱신형)	최초 계약	3/10년만기	전기납 [만15+보험기간]세 ~ [100-보험기간]세 [80-보험기간]세, [90-보험기간]세, [100-보험기간]세,
			20년만기	
		갱신 계약	3/10/20년만기	
			1,2,4~9,11~19 년만기	
3종 4종	암(갑상선암및전립선암제외)다빈치로봇수술비(1회한)(갱신형), 갑상선암및전립선암다빈치로봇수술비(1회한)(갱신형), 자궁및난소특정질환다빈치로봇수술비(1회한)(갱신형)	최초 계약	3/10년만기	전기납 [만15+보험기간]세 ~ [100-보험기간]세 [80-보험기간]세, [90-보험기간]세, [100-보험기간]세,
			20년만기	
		갱신 계약	3/10/20년만기	
			1,2,4~9,11~19 년만기	
1종 2종	간병인지원 상해입원비(1일이상180일한도)(갱신형), 상해입원비(1일이상180일한도)(전환용)(갱신형), 간병인지원 질병입원비(1일이상180일한도)(갱신형), 질병입원비(1일이상180일한도)(전환용)(갱신형)	최초 계약	3년만기	전기납 [만15+보험기간]세 ~ [100-보험기간]세 [80-보험기간]세, [90-보험기간]세, [100-보험기간]세
			5/10년만기	
		갱신 계약	3/5/10년만기	
			1,2,4,6~9년만기	
3종 4종	간병인지원 상해입원비(1일이상180일한도)(갱신형), 상해입원비(1일이상180일한도)(전환용)(갱신형), 간병인지원 질병입원비(1일이상180일한도)(갱신형), 질병입원비(1일이상180일한도)(전환용)(갱신형)	최초 계약	3년만기	전기납 [만15+보험기간]세 ~ [100-보험기간]세 [80-보험기간]세, [90-보험기간]세, [100-보험기간]세
			5/10년만기	
		갱신 계약	3/5/10년만기	
			1,2,4,6~9년만기	
1종 2종	가족일상생활중배상책임 III (대물20만원(누수50만원)공제)(갱신형)	최초 계약	3/5년만기	전기납 [만15+보험기간]세 ~ [100-보험기간]세 [80-보험기간]세, [90-보험기간]세, [100-보험기간]세
			3/5년만기	
		갱신 계약	1,2,4년만기	
3종 4종	가족일상생활중배상책임 III (대물20만원(누수50만원)공제)(갱신형)	최초 계약	3/5년만기	전기납 [만15+보험기간]세 ~ [100-보험기간]세 [80-보험기간]세, [90-보험기간]세, [100-보험기간]세
			3/5년만기	
		갱신 계약	1,2,4년만기	

구 분	보험기간	납입기간	가입나이
암(4대유사암제외)진단후특정치료비(상급종합병원 II) (진단후10년,연간1회한), 특정유사암진단후특정치료비(상급종합병원 II) (진단후10년,연간1회한), 암(4대유사암제외)진단후종합병원특정치료비 (상급종합병원제외)(진단후10년,연간1회한), 특정유사암진단후종합병원특정치료비(상급종합병원제외) (진단후10년,연간1회한), 하이클래스 I 암(특정유사암포함)진단후특정치료비 (진단후10년,연간1회한), 하이클래스 I 암(특정유사암포함)항암약물치료비 (진단후10년,연간1회한), 암(특정유사암포함)후유장해(3~100%), 암(특정유사암포함)항암증입자방사선치료비(1회한), 2대질병특정치료비(상급종합병원,권역심뇌혈관질환센터) (연간1회한), 경증순환계질환특정치료비(상급종합병원,권역심뇌혈관질환센터) (연간1회한), 1종 중등증순환계질환특정치료비(상급종합병원,권역심뇌혈관질환센터) (연간1회한), 2종 2종 중증순환계질환특정치료비(상급종합병원,권역심뇌혈관질환센터) (연간1회한), 3종 3종 중증순환계질환특정치료비(상급종합병원,권역심뇌혈관질환센터) (연간1회한), 4종 4종 중등증 II 순환계질환특정치료비(상급종합병원,권역심뇌혈관질환센터) (연간1회한), 암(4대유사암제외)특정치료비(종합병원)(각연간1회한), 4대유사암특정치료비(종합병원)(각연간1회한), 암(4대유사암제외)특정치료비(상급종합병원 III)(각연간1회한), 4대유사암특정치료비(상급종합병원 III)(각연간1회한), 하이클래스 II 암(특정유사암포함)특정치료비(연간1회한), 암검사및치료비, 주요순환계질환 I 특정치료비(요양병원제외,각연간1회한), 주요순환계질환 I 특정치료비(상급종합병원,권역심뇌혈관질환센터)(각연간1회한), 주요순환계질환 II 특정약제치료비, 주요순환계질환 I 검사및치료비, 간병인사용입원생활비(상급종합병원,연간180일한도), 암(특정유사암포함)간병인사용입원생활비(요양병원제외,연간180일한도), 주요순환계질환 I 간병인사용입원생활비(요양병원제외,연간180일한도)	10년납 15년납 20년납 25년납	만15세 ~ 70세 만15세 ~ 65세 만15세 ~ 60세 만15세 ~ 55세	
	100세만기 90세만기 80세만기	30년납	만15세 ~ 50세

주) 1. 독립특별약관의 갱신주기와 상이한 보험기간은 최종갱신계약의 잔여보험기간에 한하여 적용합니다.

3) 가입제한에 관한 사항

(가) 의무가입에 관한 사항

〈1종(납입면제형, 기본형), 3종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)〉

- 아래 「①」 또는 「② ~ ⑨」를 의무부가합니다.

의무가입 대상 특별약관	의무가입 사유
① 보험료납입면제대상보장(8대사유) ② 암(4대유사암제외)진단비 또는 통합암(4대유사암제외)진단비Ⅲ 또는 통합암(4대유사암제외, 전이암포함)진단비Ⅱ 특별약관 ③ 뇌졸중진단비 특별약관 ④ 급성심근경색증진단비 특별약관 ⑤ 상해80%이상후유장해 특별약관 ⑥ 질병80%이상후유장해 특별약관 ⑦ 말기간경화진단비 ⑧ 말기폐질환진단비 ⑨ 말기신부전증진단비	납입면제 사유에 해당하는 특별약관으로 납입면제 사유 발생시 계약자(피보험자)가 이를 인지하지 못한 상태에서 보험료를 계속 납입하는 경우 방지

〈2종(납입면제지원 선택형, 기본형), 4종(납입면제지원 선택형, 납입후50%해약환급금지급형)〉

- 의무가입대상 보장이 없습니다.

(나) 특별약관 운영에 관한 사항

- 1) 아래의 B 특별약관은 A 특별약관을 가입한 경우에 한하여 가입 가능합니다.

A	B
골절(치아파절제외)진단비 또는 골절(치아파절포함)진단비	5대골절진단비
당뇨병(당화혈색소6.5%이상)진단비(갱신형)	인슐린치료비(1회한)(갱신형)
암(4대유사암포함)직접치료입원비Ⅱ(요양병원제외, 1일이상180일한도)	암(4대유사암포함)요양병원입원비Ⅱ(1일이상90일한도)
중등증순환계질환특정치료비(요양병원제외, 연간1회한) 또는 중등증Ⅱ순환계질환특정치료비(요양병원제외, 연간1회한)	경증순환계질환특정치료비(요양병원제외, 연간1회한)
하이클래스Ⅲ암(4대유사암제외)항암방사선치료비(연간1회한) 또는 하이클래스Ⅲ암(4대유사암제외)항암방사선치료비(연간1회한)(갱신형)	하이클래스Ⅲ특정유사암항암방사선치료비(연간1회한) 또는 하이클래스Ⅲ특정유사암항암방사선치료비(연간1회한)(갱신형)
하이클래스Ⅲ암(4대유사암제외)항암약물치료비(연간1회한) 또는 하이클래스Ⅲ암(4대유사암제외)항암약물치료비(연간1회한)(갱신형)	하이클래스Ⅲ특정유사암항암약물치료비(연간1회한) 또는 하이클래스Ⅲ특정유사암항암약물치료비(연간1회한)(갱신형)
입원생활비(연간180일한도)	입원생활비(요양, 정신, 한방병원제외, 연간181일이상)
종합병원입원생활비(연간180일한도)	종합병원입원생활비(연간181일이상)
간병인사용입원생활비(요양병원제외, 연간180일한도)	간병인사용입원생활비(요양, 정신, 한방병원제외, 연간181일이상)
간병인사용입원생활비(요양병원, 연간180일한도)	간병인사용입원생활비(요양병원, 연간181일이상)
간호간병통합서비스입원생활비(요양병원제외, 연간180일한도)	간호간병통합서비스입원생활비(요양, 정신, 한방병원제외, 연간181일이상)
간병인사용입원생활비Ⅱ(요양병원제외, 연간180일한도)	간병인사용입원생활비Ⅱ(요양, 정신, 한방병원제외, 연간181일이상)

A	B
간병인사용입원생활비 II (요양병원, 연간180일한도)	간병인사용입원생활비 II (요양병원, 연간181일이상)

2) 아래에 정한 특별약관은 세부보장으로 구성되어 있으며, 해당 세부보장을 동시에 가입하여야 합니다.

특별약관	세부보장
124대질병수술비	124대질병(특정10대질병)수술비 124대질병(특정13대질병A)수술비 124대질병(특정13대질병B)수술비 124대질병(30대경증질병)수술비 124대질병(50대경증질병)수술비 124대질병(7대생활질병)수술비 124대질병(치핵)수술비
7대기관질병수술비(관혈,비관혈)(연간1회한)	7대기관질병수술비(간관련질병)(관혈,비관혈)(연간1회한) 7대기관질병수술비(심장관련질병)(관혈,비관혈)(연간1회한) 7대기관질병수술비(신부전)(관혈,비관혈)(연간1회한) 7대기관질병수술비(특정장질환)(관혈,비관혈)(연간1회한) 7대기관질병수술비(뇌혈관질환)(관혈,비관혈)(연간1회한) 7대기관질병수술비(폐질환)(관혈,비관혈)(연간1회한) 7대기관질병수술비(담낭,담도및췌장질환)(관혈,비관혈)(연간1회한)
상해1-5종수술비 III	상해1-5종수술비 III (1종) 상해1-5종수술비 III (2종) 상해1-5종수술비 III (3종) 상해1-5종수술비 III (4종) 상해1-5종수술비 III (5종)
질병1-5종수술비 III	질병1-5종수술비 III (1종) 질병1-5종수술비 III (2종) 질병1-5종수술비 III (3종) 질병1-5종수술비 III (4종) 질병1-5종수술비 III (5종)
상해1-5종수술비 IV(수술1회당)	상해1-5종수술비 IV(수술1회당) (1종) 상해1-5종수술비 IV(수술1회당) (2종) 상해1-5종수술비 IV(수술1회당) (3종) 상해1-5종수술비 IV(수술1회당) (4종) 상해1-5종수술비 IV(수술1회당) (5종)
질병1-5종수술비 IV(수술1회당)	질병1-5종수술비 IV(수술1회당) (1종) 질병1-5종수술비 IV(수술1회당) (2종) 질병1-5종수술비 IV(수술1회당) (3종) 질병1-5종수술비 IV(수술1회당) (4종) 질병1-5종수술비 IV(수술1회당) (5종)
상해1-8종수술비 III (급여, 시술포함, 연간3회한)	상해1-8종수술비 III (급여, 시술포함, 연간3회한) (1종) 상해1-8종수술비 III (급여, 시술포함, 연간3회한) (2종) 상해1-8종수술비 III (급여, 시술포함, 연간3회한) (3종) 상해1-8종수술비 III (급여, 시술포함, 연간3회한) (4종) 상해1-8종수술비 III (급여, 시술포함, 연간3회한) (5종) 상해1-8종수술비 III (급여, 시술포함, 연간3회한) (6종) 상해1-8종수술비 III (급여, 시술포함, 연간3회한) (7종) 상해1-8종수술비 III (급여, 시술포함, 연간3회한) (8종)

특별약관	세부보장
질병1-8종수술비 Ⅲ(급여, 시술포함, 연간3회한)	질병1-8종수술비 Ⅲ(급여, 시술포함, 연간3회한)(1종) 질병1-8종수술비 Ⅲ(급여, 시술포함, 연간3회한)(2종) 질병1-8종수술비 Ⅲ(급여, 시술포함, 연간3회한)(3종) 질병1-8종수술비 Ⅲ(급여, 시술포함, 연간3회한)(4종) 질병1-8종수술비 Ⅲ(급여, 시술포함, 연간3회한)(5종) 질병1-8종수술비 Ⅲ(급여, 시술포함, 연간3회한)(6종) 질병1-8종수술비 Ⅲ(급여, 시술포함, 연간3회한)(7종) 질병1-8종수술비 Ⅲ(급여, 시술포함, 연간3회한)(8종)
간병인사용상해입원비 Ⅱ(1일이상180일한도)	간병인사용상해입원비 Ⅱ(요양병원제외, 1일이상180일한도), 간병인사용상해입원비 Ⅱ(요양병원, 1일이상180일한도), 간병인사용상해입원비 Ⅱ(간호간병통합서비스, 1일이상180일한도)
간병인사용질병입원비 Ⅱ(1일이상180일한도)	간병인사용질병입원비 Ⅱ(요양병원제외, 1일이상180일한도), 간병인사용질병입원비 Ⅱ(요양병원, 1일이상180일한도), 간병인사용질병입원비 Ⅱ(간호간병통합서비스, 1일이상180일한도)
4대유사암진단비	4대유사암진단비(기타피부암) 4대유사암진단비(갑상선암) 4대유사암진단비(제자리암) 4대유사암진단비(경계성종양)
4대유사암진단비(갱신형)	4대유사암진단비(기타피부암)(갱신형) 4대유사암진단비(갑상선암)(갱신형) 4대유사암진단비(제자리암)(갱신형) 4대유사암진단비(경계성종양)(갱신형)
전이암진단비	전이암진단비(림프절전이암), 전이암진단비(특정전이암)
통합암(4대유사암제외)진단비 Ⅲ	통합암(4대유사암제외)진단비 Ⅲ(난소암) 통합암(4대유사암제외)진단비 Ⅲ(남성생식기관및유방암) 통합암(4대유사암제외)진단비 Ⅲ(눈, 뇌, 중추신경계통및내분비선암) 통합암(4대유사암제외)진단비 Ⅲ(대장암) 통합암(4대유사암제외)진단비 Ⅲ(림프및조혈관련특정암) 통합암(4대유사암제외)진단비 Ⅲ(비뇨기관암(요로암)) 통합암(4대유사암제외)진단비 Ⅲ(뼈, 관절, 악성흑색종, 증피성 및연조직암) 통합암(4대유사암제외)진단비 Ⅲ(유방암) 통합암(4대유사암제외)진단비 Ⅲ(입술, 구강및인두암) 통합암(4대유사암제외)진단비 Ⅲ(자궁관련암) 통합암(4대유사암제외)진단비 Ⅲ(특정소화기관암) 통합암(4대유사암제외)진단비 Ⅲ(특정여성생식기관암) 통합암(4대유사암제외)진단비 Ⅲ(특정호흡기및흉곽내기관암) 통합암(4대유사암제외)진단비 Ⅲ(폐암)

특별약관	세부보장
통합암(4대유사암제외)진단비 III (갱신형)	통합암(4대유사암제외)진단비 III (난소암)(갱신형) 통합암(4대유사암제외)진단비 III (남성생식기관및유방암)(갱신형) 통합암(4대유사암제외)진단비 III (눈, 뇌, 중추신경계통및내분비선암)(갱신형) 통합암(4대유사암제외)진단비 III (대장암)(갱신형) 통합암(4대유사암제외)진단비 III (림프및조혈관련특정암)(갱신형) 통합암(4대유사암제외)진단비 III (비뇨기관암(요로암))(갱신형) 통합암(4대유사암제외)진단비 III (뼈, 관절, 악성흑색종, 중피성 및연조직암)(갱신형) 통합암(4대유사암제외)진단비 III (유방암)(갱신형) 통합암(4대유사암제외)진단비 III (입술, 구강및인두암)(갱신형) 통합암(4대유사암제외)진단비 III (자궁관련암)(갱신형) 통합암(4대유사암제외)진단비 III (특정소화기관암)(갱신형) 통합암(4대유사암제외)진단비 III (특정여성생식기관암)(갱신형) 통합암(4대유사암제외)진단비 III (특정호흡기및흉곽내기관암)(갱신형) 통합암(4대유사암제외)진단비 III (폐암)(갱신형)
통합전이암진단비	통합전이암진단비(소화기관전이암) 통합전이암진단비(호흡기및흉곽내기관전이암) 통합전이암진단비(관절및피부전이암) 통합전이암진단비(요로전이암) 통합전이암진단비(뇌전이암) 통합전이암진단비(림프및기타특정전이암) 통합전이암진단비(남성생식기관및유방전이암) 통합전이암진단비(여성생식기관전이암) 통합전이암진단비(유방전이암)
통합뇌관련질환진단비	통합뇌관련질환진단비(뇌전증) 통합뇌관련질환진단비(일과성뇌허혈발작) 통합뇌관련질환진단비(뇌출혈) 통합뇌관련질환진단비(뇌출증(뇌출혈제외)) 통합뇌관련질환진단비(뇌혈관특정질환) 통합뇌관련질환진단비(특정상해성뇌출혈)
통합심장질병진단비	통합심장질병진단비(만성류마티스심장질환) 통합심장질병진단비(특정심장판막질환) 통합심장질병진단비(특정심장방실및전도장애) 통합심장질병진단비(주요심장염증질환) 통합심장질병진단비(심근병증) 통합심장질병진단비(심혈관특정질환 I (기타심장부정맥제외)) 통합심장질병진단비(심혈관특정질환 II) 통합심장질병진단비(기타심장부정맥)
통합상해진단비 II (상해부위별 연간1회한)	통합상해진단비 II (경증상해, 상해부위별 연간1회한) 통합상해진단비 II (중등증상해, 상해부위별 연간1회한) 통합상해진단비 II (중증상해, 상해부위별 연간1회한)

특별약관	세부보장
간병인 사용 입원 지원금(간병인 사용 금액 연간 200만 원 이상)	간병인 사용 입원 지원금(요양 병원 제외, 간병인 사용 금액 연간 200만 원 이상) 간병인 사용 입원 지원금(요양 병원, 간병인 사용 금액 연간 200만 원 이상)
통합암(4대 유사 암 제외, 전이 암 포함) 진단비 II	통합암(4대 유사 암 제외, 전이 암 포함) 진단비 II (난소암) 통합암(4대 유사 암 제외, 전이 암 포함) 진단비 II (남성 생식 기관 및 유방암) 통합암(4대 유사 암 제외, 전이 암 포함) 진단비 II (눈, 뇌, 중추 신경 계통 및 내분비선 암) 통합암(4대 유사 암 제외, 전이 암 포함) 진단비 II (대장암) 통합암(4대 유사 암 제외, 전이 암 포함) 진단비 II (비뇨기 관 암(요로암)) 통합암(4대 유사 암 제외, 전이 암 포함) 진단비 II (뼈, 관절, 악성 흙색 종, 중피성 및 연조직 암) 통합암(4대 유사 암 제외, 전이 암 포함) 진단비 II (유방암) 통합암(4대 유사 암 제외, 전이 암 포함) 진단비 II (입술, 구강 및 인두 암) 통합암(4대 유사 암 제외, 전이 암 포함) 진단비 II (자궁 관련 암) 통합암(4대 유사 암 제외, 전이 암 포함) 진단비 II (특정 소화 기관 암) 통합암(4대 유사 암 제외, 전이 암 포함) 진단비 II (특정 여성 생식 기관 암) 통합암(4대 유사 암 제외, 전이 암 포함) 진단비 II (특정 호흡기 및 흉곽 내기 관 암) 통합암(4대 유사 암 제외, 전이 암 포함) 진단비 II (폐 암) 통합암(4대 유사 암 제외, 전이 암 포함) 진단비 II (혈액 암)

특별약관	세부보장
통합암(4대유사암제외, 전이암포함)진단비 II (갱신형)	<p>통합암(4대유사암제외, 전이암포함)진단비 II (난소암)(갱신형)</p> <p>통합암(4대유사암제외, 전이암포함)진단비 II (남성생식기관 및유방암)(갱신형)</p> <p>통합암(4대유사암제외, 전이암포함)진단비 II (눈, 뇌, 중추신경 계통및내분비선암)(갱신형)</p> <p>통합암(4대유사암제외, 전이암포함)진단비 II (대장암)(갱신형)</p> <p>통합암(4대유사암제외, 전이암포함)진단비 II (비뇨기관암(요로암))(갱신형)</p> <p>통합암(4대유사암제외, 전이암포함)진단비 II (뼈, 관절, 악성흑색종, 중피성및연조직암)(갱신형)</p> <p>통합암(4대유사암제외, 전이암포함)진단비 II (유방암)(갱신형)</p> <p>통합암(4대유사암제외, 전이암포함)진단비 II (입술, 구강및인두암)(갱신형)</p> <p>통합암(4대유사암제외, 전이암포함)진단비 II (자궁관련암)(갱신형)</p> <p>통합암(4대유사암제외, 전이암포함)진단비 II (특정소화기관 암)(갱신형)</p> <p>통합암(4대유사암제외, 전이암포함)진단비 II (특정여성생식 기관암)(갱신형)</p> <p>통합암(4대유사암제외, 전이암포함)진단비 II (특정호흡기및 흉곽내기관암)(갱신형)</p> <p>통합암(4대유사암제외, 전이암포함)진단비 II (폐암)(갱신형)</p> <p>통합암(4대유사암제외, 전이암포함)진단비 II (혈액암)(갱신형)</p>

특별약관	세부보장
통합암(4대유사암제외, 전이암포함)항암방사선약물치료비 II (난소암)(1회한) 통합암(4대유사암제외, 전이암포함)항암방사선약물치료비 II (남성생식기관및유방암)(1회한) 통합암(4대유사암제외, 전이암포함)항암방사선약물치료비 II (눈, 뇌, 중주신경계통및내분비선암)(1회한) 통합암(4대유사암제외, 전이암포함)항암방사선약물치료비 II (대장암)(1회한) 통합암(4대유사암제외, 전이암포함)항암방사선약물치료비 II (비뇨기관암(요로암))(1회한) 통합암(4대유사암제외, 전이암포함)항암방사선약물치료비 II (뼈, 관절, 악성흑색종, 종피성및연조직암)(1회한) 통합암(4대유사암제외, 전이암포함)항암방사선약물치료비 II (유방암)(1회한) 통합암(4대유사암제외, 전이암포함)항암방사선약물치료비 II (입술, 구강및인두암)(1회한) 통합암(4대유사암제외, 전이암포함)항암방사선약물치료비 II (자궁관련암)(1회한) 통합암(4대유사암제외, 전이암포함)항암방사선약물치료비 II (특정소화기관암)(1회한) 통합암(4대유사암제외, 전이암포함)항암방사선약물치료비 II (특정여성생식기관암)(1회한) 통합암(4대유사암제외, 전이암포함)항암방사선약물치료비 II (특정호흡기및흉곽내기관암)(1회한) 통합암(4대유사암제외, 전이암포함)항암방사선약물치료비 II (폐암)(1회한) 통합암(4대유사암제외, 전이암포함)항암방사선약물치료비 II (혈액암)(1회한)	

특별약관	세부보장
통합암(4대유사암제외, 전이암포함)항암방사선약물치료비 II (난소암)(1회한)(갱신형) 통합암(4대유사암제외, 전이암포함)항암방사선약물치료비 II (남성생식기관및유방암)(1회한)(갱신형) 통합암(4대유사암제외, 전이암포함)항암방사선약물치료비 II (눈, 뇌, 중주신경계통및내분비선암)(1회한)(갱신형) 통합암(4대유사암제외, 전이암포함)항암방사선약물치료비 II (대장암)(1회한)(갱신형) 통합암(4대유사암제외, 전이암포함)항암방사선약물치료비 II (비뇨기관암(요로암))(1회한)(갱신형) 통합암(4대유사암제외, 전이암포함)항암방사선약물치료비 II (뼈, 관절, 악성흑색종, 종피성및연조직암)(1회한)(갱신형) 통합암(4대유사암제외, 전이암포함)항암방사선약물치료비 II (유방암)(1회한)(갱신형) 통합암(4대유사암제외, 전이암포함)항암방사선약물치료비 II (입술, 구강 및 인두암)(1회한)(갱신형) 통합암(4대유사암제외, 전이암포함)항암방사선약물치료비 II (자궁관련암)(1회한)(갱신형) 통합암(4대유사암제외, 전이암포함)항암방사선약물치료비 II (특정소화기관암)(1회한)(갱신형) 통합암(4대유사암제외, 전이암포함)항암방사선약물치료비 II (특정여성생식기관암)(1회한)(갱신형) 통합암(4대유사암제외, 전이암포함)항암방사선약물치료비 II (특정호흡기및흉곽내기관암)(1회한)(갱신형) 통합암(4대유사암제외, 전이암포함)항암방사선약물치료비 II (폐암)(1회한)(갱신형) 통합암(4대유사암제외, 전이암포함)항암방사선약물치료비 II (혈액암)(1회한)(갱신형)	
암(특정유사암포함)항암방사선약물치료비 II (세부보장별각1회한)	암(4대유사암제외)항암방사선치료비(일부본인부담급여, 1회한) 암(4대유사암제외)항암방사선치료비(비급여 및 전액본인부담급여, 1회한) 특정유사암항암방사선치료비(일부본인부담급여, 1회한) 특정유사암항암방사선치료비(비급여 및 전액본인부담급여, 1회한) 암(4대유사암제외)항암약물치료비(일부본인부담급여, 1회한) 암(4대유사암제외)항암약물치료비(비급여 및 전액본인부담급여, 1회한) 특정유사암항암약물치료비(일부본인부담급여, 1회한) 특정유사암항암약물치료비(비급여 및 전액본인부담급여, 1회한)

3) 아래의 A와 B 특별약관은 동시에 가입하여야 합니다.

A	B
암(4대유사암제외)진단비 또는 암(4대유사암제외)진단비(갱신형) 또는 통합암(4대유사암제외)진단비 III 또는 통합암(4대유사암제외)진단비 III(갱신형) 또는 통합암(4대유사암제외, 전이암포함)진단비 II 또는 통합암(4대유사암제외, 전이암포함)진단비 II(갱신형)	4대유사암진단비 또는 4대유사암진단비(갱신형)
암(4대유사암제외)수술비 II (수술1회당)	4대유사암수술비 II (수술1회당)
암(4대유사암제외)수술비 II (수술1회당)(갱신형)	4대유사암수술비 II (수술1회당)(갱신형)
암(4대유사암제외)진단후특정치료비(진단후10년,연간1회한)	특정유사암진단후특정치료비(진단후10년,연간1회한)
암(4대유사암제외)항암방사선치료비(1회한) 또는 암(4대유사암제외)항암방사선치료비(1회한)(갱신형)	특정유사암항암방사선치료비(세부보장별각1회한)
암(4대유사암제외)항암약물치료비(1회한) 또는 암(4대유사암제외)항암약물치료비(1회한)(갱신형)	특정유사암항암약물치료비(세부보장별각1회한)

4) 아래의 A와 B 특별약관은 동시에 가입할 수 없습니다.

A	B
보장보험료납입면제지원(암(4대유사암제외), 뇌혈관질환, 혀혈 성심장질환, 80%이상후유장해및말기3대질병)	보장보험료납입면제지원(암(4대유사암제외), 뇌출증, 급성심 근경색증), 보장보험료납입면제지원(암(4대유사암제외))
보장보험료납입면제지원(암(4대유사암제외), 뇌출증, 급성심근 경색증)	보장보험료납입면제지원(암(4대유사암제외)),

5) 아래 특별약관은 남성에 한하여 가입 가능합니다.

대상 특별약관
남성특정비뇨기계질환수술비(수술1회당), 전립선바늘생검조직병리검사비(연간1회한, 급여), 통합암(4대유사암제외)진단비 III(남성생식기관및유방암), 통합암(4대유사암제외)진단비 III(남성생식기관및유방암)(갱신형), 통합전이암진단비(남성생식기관및유방전이암), 통합암(4대유사암제외, 전이암포함)진단비 II (남성생식기관및유방암), 통합암(4대유사암제외, 전이암포함)진단비 II (남성생식기관및유방암)(갱신형), 통합암(4대유사암제외, 전이암포함)항암방사선약물치료비 II (남성생식기관및유방암)(1회한) 통합암(4대유사암제외, 전이암포함)항암방사선약물치료비 II (남성생식기관및유방암)(1회한)(갱신형)

6) 아래 특별약관은 여성에 한하여 가입 가능합니다.

대상 특별약관

특정부인과질병수술비(수술1회당),
자궁근종고강도초음파집속술(HIFU)치료비(1회),
특정유방병변진공흡인절제치료비(1회한),
유방바늘생검조직병리검사비(연간1회한,급여),
통합암(4대유사암제외)진단비 Ⅲ (난소암),
통합암(4대유사암제외)진단비 Ⅲ (유방암),
통합암(4대유사암제외)진단비 Ⅲ (자궁관련암),
통합암(4대유사암제외)진단비 Ⅲ (특정여성생식기관암),
통합암(4대유사암제외)진단비 Ⅲ (난소암)(갱신형),
통합암(4대유사암제외)진단비 Ⅲ (유방암)(갱신형),
통합암(4대유사암제외)진단비 Ⅲ (자궁관련암)(갱신형),
통합암(4대유사암제외)진단비 Ⅲ (특정여성생식기관암)(갱신형),
통합전이암진단비(여성생식기관전이암),
통합전이암진단비(유방전이암),
통합암(4대유사암제외, 전이암포함)진단비 Ⅱ (난소암),
통합암(4대유사암제외, 전이암포함)진단비 Ⅱ (유방암),
통합암(4대유사암제외, 전이암포함)진단비 Ⅱ (자궁관련암),
통합암(4대유사암제외, 전이암포함)진단비 Ⅱ (특정여성생식기관암),
통합암(4대유사암제외, 전이암포함)진단비 Ⅱ (난소암)(갱신형),
통합암(4대유사암제외, 전이암포함)진단비 Ⅱ (유방암)(갱신형),
통합암(4대유사암제외, 전이암포함)진단비 Ⅱ (자궁관련암)(갱신형),
통합암(4대유사암제외, 전이암포함)진단비 Ⅱ (특정여성생식기관암)(갱신형),
통합암(4대유사암제외, 전이암포함)항암방사선약물치료비 Ⅱ (난소암)(1회한),
통합암(4대유사암제외, 전이암포함)항암방사선약물치료비 Ⅱ (유방암)(1회한),
통합암(4대유사암제외, 전이암포함)항암방사선약물치료비 Ⅱ (자궁관련암)(1회한),
통합암(4대유사암제외, 전이암포함)항암방사선약물치료비 Ⅱ (특정여성생식기관암)(1회한),
통합암(4대유사암제외, 전이암포함)항암방사선약물치료비 Ⅱ (난소암)(1회한)(갱신형),
통합암(4대유사암제외, 전이암포함)항암방사선약물치료비 Ⅱ (유방암)(1회한)(갱신형),
통합암(4대유사암제외, 전이암포함)항암방사선약물치료비 Ⅱ (자궁관련암)(1회한)(갱신형),
통합암(4대유사암제외, 전이암포함)항암방사선약물치료비 Ⅱ (특정여성생식기관암)(1회한)(갱신형)

7) 주요심장염증질환진단비 특별약관은 보험가입금액 500만원 이하로 가입 가능합니다.

8) 다음 특별약관은 아래의 보험가입금액으로 운영합니다.

특별약관	보험가입금액
웰엔딩장례지원금 I (상해사망체증형)	350만원
웰엔딩장례지원금 II (질병사망체증형)	350만원

- 9) 보장보험료납입면제지원(암(4대유사암제외), 뇌혈관질환, 허혈성심장질환, 80%이상후유장해및말기3대질병), 보장보험료납입면제지원(암(4대유사암제외), 뇌졸중, 급성심근경색증), 보장보험료납입면제지원(암(4대유사암제외)) 특별약관가입제한 사항
- 보통약관 및 특별약관의 납입기간이 모두 동일한 경우에 한하여 가입할 수 있습니다. 단, 아래의 적용예외 특별약관은 제외합니다.

적용예외 특별약관	
2종(납입면제지원 선택형, 기본형), 4종(납입면제지원 선택형, 납입후50%해약환급금지급형)	<ul style="list-style-type: none"> - 상해사망(연만기) 특별약관 - 교통상해사망(연만기) 특별약관 - 질병사망(연만기) 특별약관 - 간신형 특별약관 - 보장보험료납입면제지원(암(4대유사암제외), 뇌혈관질환, 허혈성심장질환, 80%이상후유장해및말기3대질병) 특별약관 - 보장보험료납입면제지원(암(4대유사암제외), 뇌졸중, 급성심근경색증) 특별약관 - 보장보험료납입면제지원(암(4대유사암제외)) 특별약관 - 독립특별약관(단, 무배당 상해및질병 관련 보장 특별약관 제외)

4) 간신특약에 관한 사항

■ 대상 특별약관(이하 “간신특약”이라 합니다.)

대상 특별약관
4대유사암진단비(간신형) 질병사망(간신형) 질병후유장해(3~100%)(간신형) 암(4대유사암제외)진단비(간신형) 통합암(4대유사암제외)진단비 III(간신형) 통합암(4대유사암제외, 전이암포함)진단비 II (간신형) 뇌혈관질환진단비(간신형) 뇌졸증진단비(간신형) 허혈성심장질환진단비(간신형) 급성심근경색증진단비(간신형) 심혈관특정질환 I 진단비(간신형) 심혈관특정질환 I (기타심장부정맥제외)진단비(간신형) 심혈관특정질환 II 진단비(간신형) 당뇨병(당화혈색소6.5%이상)진단비(간신형) 암(4대유사암제외)수술비 II (수술1회당)(간신형) 4대유사암수술비 II (수술1회당)(간신형) 특정8대기관양성종양및폴립수술비(연간1회한, 급여)(간신형) 통합암(4대유사암제외, 전이암포함)항암방사선약물치료비 II (세부보장별각1회한)(간신형) 하이클래스 III 암(4대유사암제외)항암방사선치료비(연간1회한)(간신형) 하이클래스 III 특정유사암항암방사선치료비(연간1회한)(간신형) 하이클래스 III 암(4대유사암제외)항암약물치료비(연간1회한)(간신형) 하이클래스 III 특정유사암항암약물치료비(연간1회한)(간신형) 암(4대유사암제외)항암방사선치료비(1회한)(간신형) 암(4대유사암제외)항암약물치료비(1회한)(간신형) 암(4대유사암제외)항암방사선약물치료비(연간1회한, 급여)(간신형) 암(특정유사암포함)항암방사선치료비(치료1회당)(간신형) 암(특정유사암포함)항암약물치료비(치료1회당)(간신형) 암(특정유사암포함)표적항암약물허가치료비(1회한)(간신형)

암(특정유사암포함)표적항암약물허가치료비(연간1회한)(갱신형)
 카티(CAR-T)항암약물허가치료비(1회한)(갱신형)
 암(4대유사암제외)특정항암호르몬약물허가치료비(1회한)(갱신형)
 암(4대유사암제외)특정항암호르몬약물허가치료비(연간1회한)(갱신형)
 암(특정유사암포함)항암양성자방사선치료비(1회한)(갱신형)
 암(특정유사암포함)항암세기조절방사선치료비(1회한)(갱신형)
 인슐린치료비(1회한)(갱신형)
 독감(인플루엔자)항바이러스제치료비(7일면책, 연간1회한)(갱신형)

■ 갱신특약의 보험기간

- 1) 갱신특약의 보험기간은 3/10/20년(이하 “갱신주기”라 합니다.) 중 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다. 단, 갱신시점에 최종 갱신계약 만기일까지의 잔여보험기간이 갱신주기보다 짧은 경우에는 그 잔여보험기간을 보험기간
- 2) 갱신특약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일은 다음과 같습니다.
 - 가) 질병사망(갱신형) : 피보험자의 보험나이 80세 계약해당일
 - 나) 가)를 제외한 갱신특약의 최종 갱신계약 보험기간 종료일은 보통약관 만기나이 계약해당일로 합니다.

※ 독립특별약관의 보험기간(갱신주기)는 “10) 독립특별약관의 부가에 관한 사항” 참고

■ 갱신의 운영에 관한 사항

- 회사는 갱신특약의 보험기간이 끝나기 15일 이전까지 해당 계약자가 갱신 후 납입하여야 하는 갱신특약의 보험료를 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다. 단, 법령 및 표준약관의 제·개정 또는 금융위원회의 명령으로 약관이 변경된 경우 그 변경내용, 자동갱신 의사를 확인하는 내용 등을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음), 전자문서, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 등으로 2회이상 안내합니다.
- 갱신특약의 보험기간 종료일의 전일까지 계약자의 별도의 의사표시가 없을 때에는 해당 갱신특약을 자동으로 갱신합니다.
- 회사는 갱신특약에 대하여 갱신시 별도의 보험증권을 발행하지 않습니다.
- 회사는 갱신시 갱신일 현재의 기초율을 적용하여 갱신보험료를 계산하며, 사업년도 개시일 이후 최초로 도래하는 갱신특약의 해당 보험년도 개시일부터 갱신주기동안 적용합니다. 그 보험료는 나이의 증가, 기초율의 변동 등 의 사유로 인상 또는 인하될 수 있습니다.

■ 보험료 납입방법

- 갱신시 갱신특약의 보험료가 변동(인상/인하)되는 경우 계약자는 갱신특약의 보험기간동안 변동된 보험료를 납입하여야 합니다.

5) 보험료 차등적용에 관한 사항

■ 전자적 안내등의 할인

- 적용대상 : 보험계약 체결시 약관, 증권 등 보험계약 안내자료를 휴대전화 문자메시지 등 전자적 방법으로 안내하는 데에 동의하고 계약을 체결하는 보험계약자(단, 계약자가 법인인 경우 적용대상에서 제외)
- 할인금액 : 제1회 보험료 납입시 해당 보험료의 3%를 할인. 다만, 할인금액이 3,000원보다 큰 경우에는 3,000원을 한도로 합니다.

6) 중도환급금에 관한 사항

[1종(납입면제형, 기본형), 2종(납입면제지원 선택형, 기본형)]

- 1) 회사는 계약자가 보험료를 완납하고 계약자가 선택한 중도환급금 지급나이(피보험자 본인의 보험나이 기준)가 도래한 때에는 적립부분 순보험료에 대하여 보험료 납입일(회사에 입금된 날을 말합니다)부터 이 보험의 보장성보험 공시이율V로 적립한 금액(이미 인출된 중도인출금이 있을 경우에는 이를 차감하고 적립한 금액을 말합니다.)을 중도환급금으로 지급합니다. 단, 보험계약대출이 있을 때는 그 원리 합계액을 공제한 후 지급합니다.
 - 2) 중도환급금은 최초 1회만 지급하며, 중도환급금을 지급하는 경우에는 만기환급금은 지급하지 않습니다. 또한, 중도환급금을 지급한 이후에는 중도인출금을 지급하지 않습니다.
- ※ 가입시 선택 가능한 중도환급금 지급나이

보통약관 보험기간	선택 가능한 중도환급금 지급나이
90세만기, 100세만기	60/65/70/75/80세
80세만기	60/65/70/75세

[3종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형), 4종(납입면제지원 선택형, 납입후50%해약환급금지급형)]

순수보장성 보험으로 회사는 계약자에게 중도환급금을 지급하지 않습니다.

7) 만기환급금에 관한 사항

[1종(납입면제형, 기본형), 2종(납입면제지원 선택형, 기본형)]

회사는 보험기간이 끝난 때에 적립부분 순보험료*에 대하여 보험료 납입일(회사에 입금된 날을 말합니다)부터 보장성보험 공시이율V로 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 계산한 금액을 만기환급금으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만 이미 인출한 중도인출금이 있을 경우에는 이를 차감하고 적립한 금액을 지급합니다. 또한 이 약관에서 정한 대출금이 있을 때에는 그 대출원금과 이자의 합계액을 빼고 지급합니다. 다만, 중도환급금을 지급한 경우에는 만기환급금을 지급하지 않습니다.

* 적립부분 순보험료는 적립보험료에서 적립부분에 해당하는 부가보험료를 제외한 보험료를 말합니다.

[3종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형), 4종(납입면제지원 선택형, 납입후50%해약환급금지급형)]

순수보장성 보험으로 회사는 계약자에게 만기환급금을 지급하지 않습니다.

8) 중도인출에 관한 사항

[1종(납입면제형, 기본형), 2종(납입면제지원 선택형, 기본형)]

회사는 보장개시일부터 1년이상 지난 유효한 계약으로서 계약자의 요청이 있는 경우에 한하여 계약자가 요청한 시점의 적립부분 해약환급금(단, 보통약관의 해약환급금이 적립부분 해약환급금보다 적은 경우에는 보통약관의 해약환급금을 한도로 하며, 이 보험의 약관에서 정한 보험계약대출이 있는 경우 그 원금과 이자합계액을 공제한 금액을 기준으로 합니다)의 80% 한도 내에서 중도인출금을 지급합니다. 다만 중도인출금의 요청은 보험년도 기준 연12회에 한합니다. 또한, 계약일로부터 10년 이내에 인출하는 경우, 각 인출시점까지의 인출금액 총합계는 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말합니다.)를 한도로 합니다.

[중도인출시 유의사항]

중도인출시 중도환급금 및 만기(해약)환급금에서 중도인출금 및 해당 금액에 적립되었을 이자만큼 차감되므로 중도환급금 및 만기(해약)환급금이 감소합니다.

[3종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형), 4종(납입면제지원 선택형, 납입후50%해약환급금지급형)]

순수보장성 보험으로 중도인출이 불가능합니다.

9) 해약환급금 일부지급형에 관한 사항

[3종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)]

- 3종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입이 완료되고 납입기간이 종료된 이후 계약이 해지되는 경우에는 1종(납입면제형, 기본형) 해약환급금의 50%를 지급합니다. 단, 3종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)에 부가되는 갱신형 특별약관은 계약이 해지될 경우 해당 특별약관의 해약환급금을 100% 지급합니다.
- 3종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)의 경우 보험종목, 보험기간, 보험료 납입기간, 피보험자의 변경, 보험가입금액의 증액 및 보장의 추가는 신청할 수 없습니다.
- 회사는 계약자가 3종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)에 가입하는 경우 1종(납입면제형, 기본형)과의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교·안내하여 드립니다.
- 독립특별약관은 계약이 해지될 경우 해당 특별약관의 해약환급금을 100% 지급합니다. 다만, 무배당 상해및질병 관련 보장 특별약관 및 무배당 질병치료 관련 보장 II 특별약관은 해당 독립특별약관을 따릅니다.

[4종(납입면제지원 선택형, 납입후50%해약환급금지급형)]

- 4종(납입면제지원 선택형, 납입후50%해약환급금지급형)은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않으며, 보험료 납입이 완료되고 납입기간이 종료된 이후 계약이 해지되는 경우에는 2종(납입면제지원 선택형, 기본형) 해약환급금의 50%를 지급합니다. 단, 4종(납입면제지원 선택형, 납입후50%해약환급금지급형)에 부가되는 갱신형 특별약관은 계약이 해지될 경우 해당 특별약관의 해약환급금을 100% 지급합니다.
- 4종(납입면제지원 선택형, 납입후50%해약환급금지급형)의 경우 보험종목, 보험기간, 보험료 납입기간, 피보험자의 변경, 보험가입금액의 증액 및 보장의 추가는 신청할 수 없습니다.
- 회사는 계약자가 4종(납입면제지원 선택형, 납입후50%해약환급금지급형)에 가입하는 경우 2종(납입면제지원 선택형, 기본형)과의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교·안내하여 드립니다.
- 독립특별약관은 계약이 해지될 경우 해당 특별약관의 해약환급금을 100% 지급합니다. 다만, 무배당 상해및질병 관련 보장 특별약관 및 무배당 질병치료 관련 보장 II 특별약관은 해당 독립특별약관을 따릅니다.

10) 독립특별약관의 부가에 관한 사항

가. 이 보험의 신계약 체결시 아래의 독립특별약관을 부가할 수 있습니다.

1) 무배당 간병인보장 입원비(갱신형) 특별약관

가) 대상 특별약관

- 간병인지원 상해입원비(1일이상180일한도)(갱신형) 특별약관
- 상해입원비(1일이상180일한도)(전환용)(갱신형) 특별약관
- 간병인지원 질병입원비(1일이상180일한도)(갱신형) 특별약관
- 질병입원비(1일이상180일한도)(전환용)(갱신형) 특별약관

나) 부가 대상 보통약관 및 독립특별약관 세목 구분

부가 대상 보통약관 세목	독립특별약관 세목
1종(납입면제형, 기본형)	
2종(납입면제지원 선택형, 기본형)	
3종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)	10종(건강고지형 II) ※ 담보명에 “건강고지 II”가 생략되어 있습니다.
4종(납입면제지원 선택형, 납입후50%해약환급금지급형)	

2) 무배당 다빈치로봇수술비(1회한)(갱신형) 특별약관

가) 대상 특별약관

- 암(갑상선암및전립선암제외)다빈치로봇수술비(1회한)(갱신형) 특별약관
- 갑상선암및전립선암다빈치로봇수술비(1회한)(갱신형) 특별약관
- 자궁및난소특정질환다빈치로봇수술비(1회한)(갱신형) 특별약관

나) 부가 대상 보통약관 및 독립특별약관 세목 구분

부가 대상 보통약관 세목	독립특별약관 세목
1종(납입면제형, 기본형)	
2종(납입면제지원 선택형, 기본형)	8종(건강고지형 II) ※ 담보명에 “건강고지 II”가 생략되어 있습니다.
3종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)	
4종(납입면제지원 선택형, 납입후50%해약환급금지급형)	

3) 무배당 가족일상생활중배상책임 III(갱신형) 특별약관

가) 대상 특별약관

- 가족일상생활중배상책임 III(대물20만원(누수50만원)공제)(갱신형) 특별약관

나) 부가 대상 보통약관 및 독립특별약관 세목 구분

부가 대상 보통약관 세목	독립특별약관 세목
1종(납입면제형, 기본형)	
2종(납입면제지원 선택형, 기본형)	-
3종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)	
4종(납입면제지원 선택형, 납입후50%해약환급금지급형)	

4) 무배당 상해및질병 관련 보장 특별약관

가) 대상 특별약관

- 암(4대유사암제외)진단후특정치료비(상급종합병원 II)(진단후10년,연간1회한) 특별약관
- 특정유사암진단후특정치료비(상급종합병원 II)(진단후10년,연간1회한) 특별약관
- 암(4대유사암제외)진단후종합병원특정치료비(상급종합병원제외)(진단후10년,연간1회한) 특별약관
- 특정유사암진단후종합병원특정치료비(상급종합병원제외)(진단후10년,연간1회한) 특별약관
- 하이클래스 I 암(특정유사암포함)진단후특정치료비(진단후10년,연간1회한) 특별약관
- 하이클래스 I 암(특정유사암포함)항암약물치료비(진단후10년,연간1회한) 특별약관
- 암(특정유사암포함)후유장해(3-100%) 특별약관
- 암(특정유사암포함)항암중입자방사선치료비(1회한) 특별약관
- 2대질병특정치료비(상급종합병원,권역심뇌혈관질환센터)(연간1회한) 특별약관
- 경증순환계질환특정치료비(상급종합병원,권역심뇌혈관질환센터)(연간1회한) 특별약관
- 중등증순환계질환특정치료비(상급종합병원,권역심뇌혈관질환센터)(연간1회한) 특별약관
- 중증순환계질환특정치료비(상급종합병원,권역심뇌혈관질환센터)(연간1회한) 특별약관
- 중증증 II 순환계질환특정치료비(상급종합병원,권역심뇌혈관질환센터)(연간1회한) 특별약관
- 주요순환계질환 I 특정치료비(요양병원제외,각연간1회한) 특별약관
- 주요순환계질환 I 특정치료비(상급종합병원,권역심뇌혈관질환센터)(각연간1회한) 특별약관
- 주요순환계질환 I 검사및치료비 특별약관
- 주요순환계질환 II 특정약제치료비 특별약관
- 간병인사용입원생활비(상급종합병원,연간180일한도) 특별약관
- 암(특정유사암포함)간병인사용입원생활비(요양병원제외,연간180일한도) 특별약관

- 주요순환계질환 | 간병인사용입원생활비(요양병원제외, 연간180일한도) 특별약관

나) 부가 대상 보통약관 및 독립특별약관 세목 구분

부가 대상 보통약관 세목	독립특별약관 세목
1종(납입면제형, 기본형)	1종(납입면제형, 기본형)
2종(납입면제지원 선택형, 기본형)	2종(납입면제지원 선택형, 기본형)
3종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)	3종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)
4종(납입면제지원 선택형, 납입후50%해약환급금지급형)	4종(납입면제지원 선택형, 납입후50%해약환급금지급형)

5) 무배당 질병치료 관련 보장 II 특별약관

가) 대상 특별약관

- 암(4대유사암제외)특정치료비(종합병원)(각연간1회한) 특별약관
- 4대유사암특정치료비(종합병원)(각연간1회한) 특별약관
- 암(4대유사암제외)특정치료비(상급종합병원Ⅲ)(각연간1회한) 특별약관
- 4대유사암특정치료비(상급종합병원Ⅲ)(각연간1회한) 특별약관
- 하이클래스 II 암(특정유사암포함)특정치료비(연간1회한) 특별약관
- 암검사및치료비 특별약관

나) 부가 대상 보통약관 및 독립특별약관 세목 구분

부가 대상 보통약관 세목	독립특별약관 세목
1종(납입면제형, 기본형)	1종(기본형, 일반/건강고지형)
2종(납입면제지원 선택형, 기본형)	
3종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형)	2종(납입후50%해약환급금지급형, 일반/건강고지형)
4종(납입면제지원 선택형, 납입후50%해약환급금지급형)	

나. 가.의 1) 내지 3) 독립특별약관의 갱신주기는 계약자가 선택한 갱신특약의 갱신주기에 따라서 아래와 같이 운영 합니다.

독립특별약관	갱신특약의 갱신주기	독립특별약관 의 갱신주기
간병인지원 상해입원비(1일이상180일한도)(갱신형) 특별약관 상해입원비(1일이상180일한도)(전환용)(갱신형) 특별약관	3년	3년
간병인지원 질병입원비(1일이상180일한도)(갱신형) 특별약관 질병입원비(1일이상180일한도)(전환용)(갱신형) 특별약관	10년, 20년	5년, 10년
암(갑상선암및전립선암제외)다빈치로봇수술비(1회한)(갱신형) 갑상선암및전립선암다빈치로봇수술비(1회한)(갱신형) 자궁및난소특정질환다빈치로봇수술비(1회한)(갱신형)	3년 10년 20년	3년 10년 20년
가족일상생활증배상책임 III (대출20만원(누수50만원)공제)(갱신형)	3년 10년, 20년	3년 5년

다. 가의 4) 및 5) 독립특별약관의 보험기간 및 납입기간은 아래와 같이 운영합니다.

독립특별약관	보험기간	납입기간
<p>암(4대유사암제외)진단후특정치료비(상급종합병원 II)(진단후10년,연간1회한) 특정유사암진단후특정치료비(상급종합병원 II)(진단후10년,연간1회한) 암(4대유사암제외)진단후종합병원특정치료비(상급종합병원제외)(진단후10년,연간1회한) 특정유사암진단후종합병원특정치료비(상급종합병원제외)(진단후10년,연간1회한) 하이클래스 I 암(특정유사암포함)진단후특정치료비(진단후10년,연간1회한) 하이클래스 I 암(특정유사암포함)항암약물치료비(진단후10년,연간1회한) 암(특정유사암포함)후유장해(3-100%) 암(특정유사암포함)항암중입자방사선치료비(1회한) 2대질병특정치료비(상급종합병원,권역심뇌혈관질환센터)(연간1회한) 경증순환계질환특정치료비(상급종합병원,권역심뇌혈관질환센터)(연간1회한) 중등증순환계질환특정치료비(상급종합병원,권역심뇌혈관질환센터)(연간1회한) 중증순환계질환특정치료비(상급종합병원,권역심뇌혈관질환센터)(연간1회한) 중등증 II 순환계질환특정치료비(상급종합병원,권역심뇌혈관질환센터)(연간1회한) 암(4대유사암제외)특정치료비(종합병원)(각연간1회한) 4대유사암특정치료비(종합병원)(각연간1회한) 암(4대유사암제외)특정치료비(상급종합병원 III)(각연간1회한) 4대유사암특정치료비(상급종합병원 III)(각연간1회한) 하이클래스 II 암(특정유사암포함)특정치료비(연간1회한) 암검사및치료비 주요순환계질환 I 특정치료비(요양병원제외,각연간1회한) 주요순환계질환 I 특정치료비(상급종합병원,권역심뇌혈관질환센터)(각연간1회한) 주요순환계질환 II 특정약제치료비 주요순환계질환 I 검사및치료비 간병인사용입원생활비(상급종합병원,연간180일한도) 암(특정유사암포함)간병인사용입원생활비(요양병원제외,연간180일한도) 주요순환계질환 I 간병인사용입원생활비(요양병원제외,연간180일한도) </p>	부가된 보통약관의 보험기간	부가된 보통약관의 납입기간

라. 상기 이외의 독립특별약관과 관련한 사항은 해당 특별약관에서 별도로 정하는 바에 따릅니다.

11) “보험소비자 민생안정 보험료 납입유예(계약자) 특별약관” 운영에 관한 사항

- 가. 보험소비자 민생안정 보험료 납입유예 특별약관은 이 상품에 가입한 계약자가 보험계약일로부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날 이후 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우에 한하여 적용합니다.
- 1) 출산 또는 육아휴직(육아기 근로시간 단축 포함)을 하게 된 경우
 - 2) 「고용보험법」 제2조(정의) 제4호에 따른 “실업의 인정”을 받은 경우
 - 3) 3대 중대질병(암, 뇌출혈 및 뇌경색증, 급성심근경색) 진단을 받은 경우
- 나. 출산의 경우 출산일로부터 1년 이내, 육아휴직(육아기 근로시간 단축)은 휴직(단축근로)을 하고 있는 해당기간 내에 신청이 가능하며, “실업의 인정”을 받은 경우 “실업의 인정”을 받고 있는 기간 내에 신청이 가능합니다.
 3대 중대질병 진단의 경우 최초진단 이후 1년 이내에 신청이 가능합니다.
- 다. 보험료 납입유예는 계약일로부터 경과기간 1년이 지난 이후부터 회사가 정한 방법에 따라 보험료 납입의 일시 중지를 보험료 납입기간 중 1회에 한하여 신청할 수 있으며, 납입유예기간은 1년으로 합니다. 단, 보험료 납입 연체가 있는 경우에는 연체된 보험료를 납입하여야 납입유예 신청이 가능합니다.
- 라. 위 다.에서 납입유예 이후의 보험료 납입기일 및 납입완료시점은 납입유예기간만큼 연기되며, 계약자는 납입유예기간 동안 납입하지 않은 보험료(이하 “납입유예 보험료”라 합니다.)를 납입유예에 따라 연기된 보험료 납입 기일까지 납입해야 합니다. 보험료 납입기일 및 납입완료시점은 보통약관을 기준으로 산정하며, 납입유예기간만큼 연기된 납입완료시점은 해당 계약의 보험기간 종료일(갱신형 특별약관의 경우 최종 갱신계약의 만기일)을 초과할 수 없습니다.
- 마. 갱신형 계약의 경우 납입유예기간 중에 갱신계약일 도래 시, 갱신계약일 현재의 기초율을 적용한 갱신보험료를

납입유예하며, 납입유예 기간의 해당 갱신보험료를 납입유예기간만큼 연기된 보험료 납입기일에 납입유예 보험료로 납입하여야 합니다.

- 바. 마.에도 불구하고 납입유예기간 중에 갱신형 특별약관의 갱신계약일 도래 시, 갱신계약일 이후 납입유예기간의 “납입유예 보험료”는 갱신후 보험료로 합니다.
- 사. 적립보험료의 경우 보험료 납입유예를 적용하지 않으며, 납입유예기간 동안 적립보험료 납입을 중지합니다.
- 아. 납입면제 사유 발생으로 보험료가 납입면제 된 경우, 계약자는 즉시 납입유예 보험료를 일시납입하여야 하며, 납입하지 않을 경우 약관의 “납입유예 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해제” 조항에 의해 해지될 수 있습니다. 또한, 이미 납입면제 사유가 발생하여 보험료가 납입면제 된 경우에는 납입유예를 신청할 수 없습니다. 단, 납입유예기간 중 납입면제된 경우, 보험료 납입유예는 납입면제사유 발생시부터 종료되며, 계약자가 즉시 일시납입해야 하는 납입유예 보험료는 납입면제사유 발생전 까지의 보험료를 대상으로 합니다.
- 자. 계약자는 납입유예기간 동안 보험료를 납입할 수 없으며, 계약자가 납입유예기간이 종료되기 전에 보험료를 납입하고자 하는 경우에는 회사에 보험료 납입유예 취소 신청을 하고 납입유예기간 동안의 납입유예 보험료를 취소 신청일에 일시납입하여야 합니다. 이 경우 납입유예기간은 그 때부터 종료되며, 계약자는 계약상의 보험료 납입기일까지 해당 보험료를 납입하여야 합니다.
- 차. 회사는 납입유예기간 종료일 1개월 이전까지 계약자에게 납입유예기간의 종료 및 보험료 납입에 관한 사항을 문자메시지 등의 방법으로 안내합니다. 계약자는 납입유예기간 종료 후 도래하는 계약상의 보험료 납입기일까지 보험료를 납입하여야 합니다.
- 카. 회사는 납입유예 보험료를 납입유예에 따라 연기된 보험료 납입기일 동안의 납입보험료로 충당하며, 납입유예기간동안 보험료 납입시와 동일하게 보장합니다. 단, 계약의 해지, 소멸 등 해약환급금, 보험금 등의 지급사유가 발생한 경우 회사는 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 납입이 완료되지 않은 납입유예 보험료를 차감하거나, 납입이 완료되지 않은 납입유예 보험료의 일시납입을 요구할 수 있으며, 계약자는 이를 납입하여야합니다.
- 타. 계약자가 납입유예 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 납입최고(독촉)기간을 정하여 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다.)에게 약관에서 정한 사항을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 회사는 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 보험금을 지급하며, 계약이 해지된 경우 회사는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 납입유예 보험료를 납입하여야 하며, 이 보험료를 납입하지 않은 경우 회사는 지급할 보험금, 해약환급금에서 이를 공제할 수 있습니다.

12) 건강고지형 II 운영에 관한 사항(건강고지형 II 가입자에 한합니다.)

- 가. “건강고지 II”란 표준사업방법서(보험업감독업무시행세칙 【별표14】)의 계약전 알릴의무 항목 “현재 및 과거의 질병 고지” (이하 「일반고지형」 이라 합니다.)대비 추가로 회사에서 운영하는 계약 전 알릴의무사항을 통해 확인한 건강상태에 따라 동일한 보장의 일반고지형 대비 보험료 부담을 덜어주는 상품(이하 「건강고지형 II」 이라 합니다.)을 의미합니다.
- 나. 건강고지형 II에 대하여 일반고지형 대비 추가 운영하는 계약 전 알릴의무사항
【2형(건강고지형 II (6년))】

계약 전 알릴의무 사항

1. 최근 6년 이내 의사로부터 진찰 또는 검사를 통하여 다음과 같은 의료행위를 받은 사실이 있습니까?
 예 아니오

1) 입원 2) 수술

2. 최근 6년 이내 아래 중대질환으로 의사로부터 진찰 또는 검사를 통하여 진단을 받았거나 입원, 수술을 받은 적이 있습니까?
 예 아니오

1) 암 2) 심근경색 3) 뇌졸중증(뇌출혈,뇌경색)

【3형(건강고지형 II (7년))】**계약 전 알릴의무 사항**

1. 최근 7년 이내 의사로부터 진찰 또는 검사를 통하여 다음과 같은 의료행위를 받은 사실이 있습니까?
 예 아니오

1) 입원 2) 수술

2. 최근 7년 이내 아래 중대질환으로 의사로부터 진찰 또는 검사를 통하여 진단을 받았거나 입원, 수술을 받은 적이 있습니까?
 예 아니오

1) 암 2) 심근경색 3) 뇌졸중증(뇌출혈,뇌경색)

【4형(건강고지형 II (8년))】**계약 전 알릴의무 사항**

1. 최근 8년 이내 의사로부터 진찰 또는 검사를 통하여 다음과 같은 의료행위를 받은 사실이 있습니까?
 예 아니오

1) 입원 2) 수술

2. 최근 8년 이내 아래 중대질환으로 의사로부터 진찰 또는 검사를 통하여 진단을 받았거나 입원, 수술을 받은 적이 있습니까?
 예 아니오

1) 암 2) 심근경색 3) 뇌졸중증(뇌출혈,뇌경색)

【5형(건강고지형 II (9년))】

계약 전 알릴의무 사항

1. 최근 9년 이내 의사로부터 진찰 또는 검사를 통하여 다음과 같은 의료행위를 받은 사실이 있습니까?
예 아니오

1) 입원 2) 수술

2. 최근 9년 이내 아래 중대질환으로 의사로부터 진찰 또는 검사를 통하여 진단을 받았거나 입원, 수술을 받은 적이 있습니까?
예 아니오

1) 암 2) 심근경색 3) 뇌졸중증(뇌출혈, 뇌경색)

【6형(건강고지형 II (10년))】

계약 전 알릴의무 사항

1. 최근 10년 이내 의사로부터 진찰 또는 검사를 통하여 다음과 같은 의료행위를 받은 사실이 있습니까?
예 아니오

1) 입원 2) 수술

2. 최근 10년 이내 아래 중대질환으로 의사로부터 진찰 또는 검사를 통하여 진단을 받았거나 입원, 수술을 받은 적이 있습니까?
예 아니오

1) 암 2) 심근경색 3) 뇌졸중증(뇌출혈, 뇌경색)

※ 위 질문에 대한 답변이 “예” 인 경우 병명, 치료기간, 치료내용, 치료병원, 재발경험, 완치여부를 기재하여 주시기 바랍니다.

- 다. 회사는 추가 운영하는 계약 전 알릴의무사항은 건강고지 상품 가입여부를 확인하기 위한 용도 이외는 활용하지 않습니다. 특히, 추가 운영하는 계약 전 알릴 의무사항은 일반고지 상품을 가입을 위한 계약심사에 활용하지 않습니다.
- 라. 다.에도 불구하고 회사는 일반고지 대비 추가로 운영하는 계약 전 알릴의무사항에 대해서도 약관에서 정한 알릴 의무 위반의 효과를 동일하게 적용합니다.
- 마. 라.에도 불구하고 회사는 계약자 또는 피보험자가 나.에 해당하는 계약 전 알릴의무 사항을 위반한 경우 계약을 해지하거나 일반고지 계약으로 전환할 수 있으며, 이를 고객에게 안내합니다.
- 바. 회사는 마.에 따라 건강고지 계약을 일반고지 계약으로 전환하는 경우에는 보험금 지급사유 발생과 관계없이 청약 시점을 기준으로 일반고지 계약의 유지를 위한 보험료 증액 및 정산금액의 추가납입(정산금액이 필요없는 경우에는 미납입보험료)을 요구할 수 있으며 계약자는 이를 정상적으로 납입해야 합니다.
- 사. 회사는 바.의 보험료 증액 및 정산금액의 추가납입이 연체되는 경우에는 계약의 보험금 지급사유 발생 시 해당 금액을 보험금에서 삭감한 후 지급합니다.
- 아. 아래 보험종목의 세목으로 최초 계약을 체결할 때 계약자/피보험자에게 건강고지형 II 내용에 대한 충분한 설명을 하고 【별첨4】“건강고지형 II 내용에 대한 계약자 확인”(사업방법서별지 참조)에 따른 별도의 확인서를 받아야 합니다.

대상 보험세목

2형(건강고지형 II (6년)), 3형(건강고지형 II (7년)), 4형(건강고지형 II (8년)), 5형(건강고지형 II (9년)),
6형(건강고지형 II (10년))

13) “가입 후 무사고 고객 계약전환Ⅱ 특별약관” 운영에 관한 사항

가. 가입 후 무사고 고객 계약전환Ⅱ 특별약관은 아래 1) 내지 4)의 조건을 모두 충족한 계약의 계약자가 계약전환을 신청하고 회사가 정한 절차에 따라 이 특별약관이 부가되는 상품 내에서 피보험자의 건강상태에 부합하는 형으로 계약을 전환하는 경우에 적용합니다.

- 1) 전환신청 시 전환전 계약의 보험료가 정상적으로 납입 된 유효한 계약일 것
- 2) 피보험자의 무사고 기간이 변경되어 위험이 감소된 계약일 것
- 3) 전환전 계약이 6형(건강고지형Ⅱ(10년)) 계약이 아닐 것
- 4) 특별조건부 표준하체보험료할증 적용 계약이 아닐 것

나. 위 가. 2)의 “무사고”라 함은 아래 1) 내지 2) 를 모두 충족하는 경우를 말합니다.

- 1) 최초 보험계약일(갱신형인 경우 최초계약의 계약일) 이후에 질병이나 상해로 인하여 입원 또는 수술을 받지 않은 경우
- 2) 최초 보험계약일(갱신형인 경우 최초계약의 계약일) 이후에 “증대질환”으로 진단확정되지 않았고 입원 또는 수술도 받지 않은 경우

※증대질환 : 암, 심근경색, 뇌졸증증(뇌출혈,뇌경색)

다. 위 가. 2)의 “무사고 기간”이라 함은 최초 보험계약일(갱신형인 경우 최초계약 계약일)부터 나.에서 정한 “무사고”상태가 계속하여 유지되는 기간을 말합니다. “무사고 기간”的 산정은 최초 보험계약일(갱신형인 경우 최초계약의 보험기간 시작일)부터 그날을 포함하여 매 1년단위로 도래하는 계약해당일 전일까지를 기준으로 합니다.

라. 회사는 【별첨3-1】 내지 【별첨3-5】 ‘계약전환 시 알릴의무 사항’(사업방법서별지 참조)을 통해 가. 내지 나.의 내용을 확인하여 계약전환을 승낙 또는 거절 할 수 있으며, 회사가 계약전환을 거절한 경우에는 기존계약이 유지됩니다.

마. 회사는 계약자에게 “계약해당일” 이전까지 계약전환 요건, 계약전환 절차 및 계약전환 신청 의사 여부를 확인하는 내용 등을 문자메시지 등으로 안내합니다.

바. 위 다. 및 마. 의 “계약해당일”이란 최초 보험계약 시작일부터 그날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 날을 말하며 최초 보험기간 시작일과 동일한 월, 일을 말합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

사. 위 가. 계약전환의 신청은 최초 보험계약일(갱신형인 경우 최초계약 계약일)로부터 1년이 경과한 날부터 가능하며, 신청기한은 최초계약 체결 시 가입한 건강고지 유형에 따라 아래와 같이 적용합니다.

최초계약 체결 시 가입한 건강고지 유형	계약전환 신청기한
1형(일반고지형)	최초 보험계약일(갱신형인 경우 최초계약 계약일)로부터 8년이 경과한 날 이전까지
2형(건강고지형Ⅱ(6년))	최초 보험계약일(갱신형인 경우 최초계약 계약일)로부터 7년이 경과한 날 이전까지
3형(건강고지형Ⅱ(7년))	최초 보험계약일(갱신형인 경우 최초계약 계약일)로부터 6년이 경과한 날 이전까지
4형(건강고지형Ⅱ(8년))	최초 보험계약일(갱신형인 경우 최초계약 계약일)로부터 5년이 경과한 날 이전까지
5형(건강고지형Ⅱ(9년))	최초 보험계약일(갱신형인 경우 최초계약 계약일)로부터 4년이 경과한 날 이전까지
6형(건강고지형Ⅱ(10년))	계약전환 불가

아. 위 사. 에서 정한 계약전환 신청기한 내에 회사가 계약자의 계약전환 의사를 확인하지 못한 경우(계약자와의 연락두절로 회사의 안내가 계약자에게 도달하지 못한 경우 포함)에는 계약전환 의사가 없는 것으로 합니다.

자. 위 가. 에 따라 계약전환이 이루어지는 경우 “전환후 계약”은 다음과 같이 적용되며, “무사고 기간”에 따라 【별첨3-1】 내지 【별첨3-5】(사업방법서별지 참조)을 적용합니다.

【“무사고 기간”별 전환가능계약 예시】

전환전계약 (계약체결시)	전환가능계약				
	“무사고 기간” 1년	“무사고 기간” 2년	“무사고 기간” 3년	“무사고 기간” 4년	“무사고 기간” 5년이상
1형 (일반고지형)	2형 (건강고지형 II (6년))	3형 (건강고지형 II (7년))	4형 (건강고지형 II (8년))	5형 (건강고지형 II (9년))	6형 (건강고지형 II (10년))
2형 (건강고지형 II (6년))	3형 (건강고지형 II (7년))	4형 (건강고지형 II (8년))	5형 (건강고지형 II (9년))		6형 (건강고지형 II (10년))
3형 (건강고지형 II (7년))	4형 (건강고지형 II (8년))	5형 (건강고지형 II (9년))		6형 (건강고지형 II (10년))	
4형 (건강고지형 II (8년))	5형 (건강고지형 II (9년))		6형 (건강고지형 II (10년))		
5형 (건강고지형 II (9년))		6형 (건강고지형 II (10년))			전환불가
6형 (건강고지형 II (10년))		전환가능계약 없음			

차. 위 자.에 따라 계약전환이 되는 경우 “전환후 계약”은 아래에서 정한 사항에 대해 “전환전 계약”과 동일한 내용으로 전환됩니다.

1) 보장내용

2) 간접/비간접 유형

3) 납입면제 운영에 관한 사항

4) 해약환급금지급 유형에 관한 사항 등

5) 건강고지유형을 제외한 보험가입금액 등 기타 계약의 내용

카. “전환전 계약”에서 보통약관 및 특별약관의 소멸사유가 발생한 경우에는 해당 보통약관 및 특별약관은 계약전환이 불가능합니다.(세부 보장별 소멸사유가 있는 경우에는 소멸사유가 있는 해당 세부 보장은 계약전환이 불가능합니다.) “전환전 계약”에서 해당 보통약관 및 특별약관이 소멸하여 이미 효력이 없음에도 불구하고 계약전환이 이루어진 경우에는 해당 특별약관을 무효로 하며 효력이 없어진 이후 이미 납입한 해당 특별약관의 보험료는 환급합니다.

타. “전환후 계약”的 적용일은 회사의 계약전환 신청 승낙 후 최초 도래하는 보험료 납입일로 합니다.

파. “전환후 계약”的 적용일 부터 납입하는 보험료가 변경되며, 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에서 정하는 방법에 따라 이후 기간 보장을 위한 재원인 계약자적립액 등의 차이로 인하여 정산금액(이하 “정산금액”이라 합니다.)이 발생할 수 있으며 회사는 정산금액이 발생한 경우 환급합니다.

하. 위 파.에 따라 회사가 지급하여야 할 금액은 정산금액과 이에 대한 이자(정산금액을 계약전환 적용일 부터 지급 일 까지의 기간에 대하여 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액)를 더한 금액으로 합니다.

거. 회사는 위 파. 내지 하.에 따라 보험료 변경 및 정산금액 등을 환급하였으나 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 위 나.에서 정한 “무사고”的 판별 기준이 되는 사고를 알리지 않은 경우, 계약전환을 무효로 하며 “전환전 계약”이 계속 유지되는 것으로 합니다.

너. 위 거.에 따라 “전환후 계약”이 무효가 된 경우에는 위 하.에 따라 환급 받았던 정산금액과 이자(이하 “추징액”이라 합니다.)가 추징되며, “전환전 계약”的 유지를 위한 보험료 증액의 추가납입을 요구할 수 있으며 계약자는 이를 정상적으로 납입하여야 합니다.

더. 회사는 위 너.의 보험료 증액의 추가납입 및 추징액이 연체되는 경우에는 계약의 보험금 지급사유 발생시 해당

금액을 보험금에서 산감한 후 지급합니다.

- 러. 약관에서 정하는 최초계약의 “계약 전 알릴 의무”, “계약 후 알릴 의무”, “알릴 의무 위반의 효과” 및 “사기에 의한 계약” 조항은 전환후 계약에서도 효력이 계속됩니다.
 머. 회사는 아래 보험종목의 세목으로 최초 계약을 체결할 때 계약자/피보험자에게 『가입 후 무사고 고객 계약전환 제도』 내용에 대한 충분한 설명을 하고 【별첨3】(사업방법서별지 참조)에 따른 별도의 확인서를 받습니다.

대상 보험세목

1형(일반고지형), 2형(건강고지형 II (6년)), 3형(건강고지형 II (7년)), 4형(건강고지형 II (8년)), 5형(건강고지형 II (9년))

14) “나눔의행복” 보장 보험수익자 지정에 관한 사항

피보험자는 아래 특별약관의 사망보험금에 대하여 비영리단체를 보험수익자로 지정할 수 있습니다. 단, 보험수익자를 지정하지 않은 경우이거나 또는 보험사고 발생시점에 지정한 비영리단체가 존재하지 않는 경우에는 피보험자의 법정상속인을 보험수익자로 합니다.

대상 특별약관

나눔의행복(상해사망), 나눔의행복(질병사망)

15) 부가서비스 운영에 관한 사항

가. 웰라이프서비스

- (1) 이용조건 : 서비스 신청일 당시 유효한 계약의 피보험자인 경우
- (2) 제공회사 : 회사와 제휴를 맺은 서비스제공회사
- (3) 제공기간 :

구분	제공기간
「웰엔딩장례지원금 II (질병사망체증형) 특별약관」 및 「웰엔딩장례지원금 I (상해사망체증형) 특별약관」을 모두 가입한 경우	「웰엔딩장례지원금 II (질병사망체증형) 특별약관」의 보험기간 종료일 ~ 「웰엔딩장례지원금 I (상해사망체증형) 특별약관」의 보험기간 종료일 (단, 「웰엔딩장례지원금 I (상해사망체증형) 특별약관」의 보험기간이 더 긴 경우에 한정합니다.)
「웰엔딩장례지원금 I (상해사망체증형) 특별약관」만 가입한 경우	「웰엔딩장례지원금 I (상해사망체증형) 특별약관」의 보험기간 종료일

- (4) 주요내용 : 피보험자가 (3) 제공기간 내에 질병으로 사망시 「웰엔딩장례서비스 I (상해사망체증형) 특별약관」과 동일한 내용의 서비스를 제공합니다. 단, 이 때 계약자 또는 보험수익자는 서비스 신청일 당시 「웰엔딩장례지원금 I (상해사망체증형) 보장」의 지급대상금액만큼의 금액을 지불해야 합니다.
- (5) 이용대상자 : 피보험자 본인
- (6) 이 부가서비스는 회사와 제휴회사간의 계약에 따라 제공하는 서비스이며, 서비스 전반에 대한 책임은 제휴업체에 귀속됩니다.
- (7) 이 부가서비스는 대외환경의 변화 및 제휴회사와의 계약조건 변경에 따라 제휴회사, 서비스 내용 및 제공방법 등이 달라질 수 있습니다. 또한, 회사의 휴업·파산·경영상의 위기 등 불가피한 사유로 서비스 제공이 중지될 수 있습니다.
- (8) (7)에 해당하는 경우 회사는 관련 사실을 서비스 이용 대상자에게 서면, 우편, 팩스, 전화 또는 전자적 방식 중 2개 이상의 방법으로 6개월 전부터 매월 안내합니다. 다만, 휴업·파산, 경영상의 위기 또는 부가서비스 제공회사의 일방적인 서비스 제공 중단 등 6개월 전부터 안내하기 어려운 불가피한 사유가 있는 경우 해당 상황이 발생하는 즉시 안내합니다.

나. 가족사랑장서비스

- (1) 이용조건 : 서비스 신청일 당시 유효한 계약의 피보험자인 경우
- (2) 제공회사 : 회사와 제휴를 맺은 서비스제공회사
- (3) 제공기간 : 「웰엔딩장서비스 I (상해사망체증형) 특별약관」 또는 「웰엔딩장서비스 II (질병사망체증형) 특별약관」 중 피보험자가 가입한 특별약관의 보험기간
- (4) 주요내용 : 아래의 서비스 이용대상자 중 1인 이상이 사망한 경우 「웰엔딩장서비스 I (상해사망체증형) 특별약관」 또는 「웰엔딩장서비스 II (질병사망체증형) 특별약관」 중 피보험자가 가입한 서비스와 동일한 내용의 서비스를 제공합니다. 단, 이 때 피보험자는 서비스 신청일 당시 「웰엔딩장례지원금 I (상해사망체증형) 보장」 또는 「웰엔딩장례지원금 II (질병사망체증형) 보장」 중 가입한 해당 보장의 지급대상금액만큼의 금액을 지불해야 합니다.
- (5) 이용대상자 : 피보험자 본인의 직계존·비속, 피보험자 본인의 배우자의 직계존·비속
- (6) 이 부가서비스는 회사와 제휴회사간의 계약에 따라 제공하는 서비스이며, 서비스 전반에 대한 책임은 제휴업체에 귀속됩니다.
- (7) 이 부가서비스는 대외환경의 변화 및 제휴회사와의 계약조건 변경에 따라 제휴회사, 서비스 내용 및 제공방법 등이 달라질 수 있습니다. 또한, 회사의 휴업·파산·경영상의 위기 등 불가피한 사유로 서비스 제공이 중지될 수 있습니다.
- (8) (7)에 해당하는 경우 회사는 관련 사실을 서비스 이용 대상자에게 서면, 우편, 팩스, 전화 또는 전자적 방식 중 2개 이상의 방법으로 6개월 전부터 매월 안내합니다. 다만, 휴업·파산, 경영상의 위기 또는 부가서비스 제공회사의 일방적인 서비스 제공 중단 등 6개월 전부터 안내하기 어려운 불가피한 사유가 있는 경우 해당 상황이 발생하는 즉시 안내합니다.

다. 해외 중입자치료 상담 서비스

- 1) 서비스 대상 : 이 보험계약의 피보험자로서 다음 각 호의 조건을 모두 만족하는 고객에게 서비스를 제공함.
 - (가) 보통약관 및 특별약관(독립특별약관 포함) 조회 보장보헤판의 합계액이 월납 5만원 이상인 계약 중 아래 특별약관 또는 독립특별약관을 가입한 보험계약의 보험계약일 성립한 날부터 3개월 경과한 시점에 이 보험계약을 정상 유지 중인 고객
- | 대상 특별약관 및 독립특별약관 |
|----------------------------|
| 암(특정유사암포함)항암중입자방사선치료비(1회한) |
- (나) 부가 서비스 이용을 위한 개인신용정보 제3자 제공에 동의한 고객
 - 2) 제공회사 : 회사와 제휴를 맺은 서비스제공회사
 - 3) 제공기간 : 계약이 성립한 날부터 3개월이 경과한 시점부터 5년간
 - 4) 주요내용 : 해외 중입자치료 상담 서비스
 - 5) 이 부가서비스는 회사와 제휴회사간의 계약에 따라 제공하는 서비스이며, 서비스 전반에 대한 책임은 제휴업체에 귀속됨.
 - 6) 이 부가서비스는 대외환경의 변화 및 제휴회사와의 계약조건 변경에 따라 제휴회사, 서비스 내용 및 제공방법 등이 달라질 수 있음. 또한, 회사의 휴업·파산·경영상의 위기 등 불가피한 사유로 서비스 제공이 중지될 수 있음.
 - 7) 6)에 해당하는 경우 회사는 관련 사실을 서비스 이용 대상자에게 서면, 우편, 팩스, 전화 또는 전자적 방식 중 2개 이상의 방법으로 6개월 전부터 매월 안내함. 다만, 휴업·파산, 경영상의 위기 또는 부가서비스 제공회사의 일방적인 서비스 제공 중단 등 6개월 전부터 안내하기 어려운 불가피한 사유가 있는 경우 해당 상황이 발생하는 즉시 안내함.
 - 8) 이 부가서비스는 제공기간 중 1인 1회에 한하여 제공함.
 - 9) 이 부가서비스는 회사가 제휴회사를 통해 고객이 서비스를 이용할 수 있도록 안내 해주는 것에 한함. 중입자

치료를 위한 국내 및 해외 발생 비용은 고객본인 부담이며, 제휴회사별 서비스 내용이 일부 상이함으로 세부사항은 서비스 대상 고객이 제휴회사별로 상담을 통해 확인해야 함.

16) 용어 해설

■ 중증 화상 및 부식

“중증 화상 및 부식”이라 함은 ‘9의 법칙(Rule of 9’s) 또는 ‘룬드와 브라우더 신체표면적 차트’에 따라 측정된 신체 표면적의 최소 20% 이상에 3도 화상 또는 부식을 입은 경우를 말합니다. 자세한 내용은 약관을 참고하시기 바랍니다.

■ 특정양성뇌종양

“특정양성뇌종양”이라 함은 뇌에 발생한 병리조직학적 양성인 뇌종양으로서 수막의 양성 신생물, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 양성신생물, 뇌하수체의 양성 신생물, 두개인두관의 양성 신생물, 송과선의 양성 신생물을 말하며, 자세한 내용은 약관의 “특정양성뇌종양 분류표”를 참고하시기 바랍니다. 단, 낭종, 육아종, 혈종, 뇌농양, 뇌의 정맥기형 또는 동맥기형은 제외합니다.

■ 4대유사암

“4대유사암”이란 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암”, “경계성종양”을 말하며, 용어의 정의는 보험약관에 정의한 용어를 따릅니다. 자세한 내용은 약관을 참고하시기 바랍니다.

■ 124대질병의 질병구분

“124대질병”이란 약관상 124대질병 분류표에서 정한 “특정10대질병”, “특정13대경증질병A”, “특정13대질병B”, “30대경증질병”, “50대경증질병”, “7대생활질병” 및 “치핵”을 말합니다. 자세한 내용은 약관의 “124대질병 분류표”를 참고하시기 바랍니다.

구 분	세 부 질 병
특정10대질병	심장질환, 고혈압질환, 뇌혈관질환, 신부전, 패혈증, 크로이츠펠트-야콥병, 파킨슨병, 뇌전증, 대동맥류, 중추신경계통의 탈수조질환
특정13대질병A	결핵, 당뇨병질환, 수막염, 뇌 및 척수의 염증성질환, 폐렴, 만성하부 호흡기 질환, 간질환, 위·십이지장궤양, 위공장궤양, 급성췌장염, 췌장질환, 비장질환, 중증근무력증
특정13대질병B	폐질환, 간·담관·췌장의 양성신생물, 수막의 양성 신생물, 뇌 및 중추신경계통의 양성 신생물, 부갑상선기능질환, 뇌하수체기능질환, 뇌성마비, 자율신경계통의 장애, 수두증, 버거씨병, 기관지·폐의 특정질환, 폐부종, 특정호흡기 질환
30대경증질병	특정 소화기 양성 신생물, 기타 흉곽내기관의 양성 신생물, 골 및 관절연골의 양성 신생물, 조직의 양성 신생물, 눈 및 부속기의 양성 신생물, 갑상선의 양성 신생물, 기타 내분비선의 양성 신생물, 안면신경장애, 단일신경병증, 마비, 동맥 및 세동맥의 질환, 특정부위의 탈장, 비감염성장염 및 결장염, 특정장질환, 복막의 질환, 통풍, 골수염, 골괴사증, 뼈의 파แตก병, 기타 비대성 골관절병증, 사구체질환, 신세뇨관-간질질환, 신장 및 요관의 기타 장애, 방광의 기타 질환, 하부호흡계통 및 흉곽의 양성종양, 여성생식기의 양성 신생물, 남성생식기의 양성 신생물, 비뇨기관의 양성 신생물, 동맥경화증, 갑상선 질환
50대경증질병	유방의 양성 신생물, 상부호흡계통의 양성종양, 공막, 각막, 흉채 및 섬모체의 장애, 시신경 및 시각경로의 장애, 맥락막 및 망막의 장애, 유리체의 장애, 외이의 질환, 종이염, 종이 및 유돌의 질환, 귀경화증, 내이의질환(귀경화증 제외), 귀의 기타 장애, 림프절염, 급성 상기도감염, 후각특정질환, 축농증, 편도염, 인후부위의 특정질환, 성대결절, 식도 질환, 위·십이지장질환, 사타구니 탈장, 기타 소화기 질환, 담석증, 담낭 및 담도의 질환, 관절염 및 다발관절병증, 관절증, 사지후천변형, 관절장애, 척추변형(변형성 등병증), 척추병증, 추간판장애, 특정 누적외상성질환, 어깨병변, 근육장애, 윤활막 및 힘줄장애, 기타 등병증, 골다공증, 연골병증, 신장 및 요관의 결석, 방광의 결석, 요도결석증, 비뇨기의 기타질환, 전립선 질환, 남성 생식기관의 질환, 유방의 장애, 난소 및 난관의 질환, 여성골반내 기관의 염증성질환, 여성생식관의 비염증성 장애, 비뇨생식계통의 기타 장애
7대생활질병	하지의 정맥류, 발바닥근막성 섬유종증, 어깨의 유착성 관절낭염, 손목터널증후군, 안검하수, 수면무호흡증, 전신결합조직 장애
치핵	치핵 및 항문주위 정맥혈전증

☞ 뇌졸중

“뇌졸중”이라 함은 거미막하출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내출혈, 뇌경색증, 뇌경색증을 유발하지 않는 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착을 일컫는 것이며 자세한 내용은 약관의 “뇌졸중 분류표”를 참고하시기 바랍니다.

☞ 급성심근경색증

“급성심근경색증”이라 함은 급성심근경색증, 후속심근경색증, 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증을 일컫는 것으로 자세한 내용은 약관의 “급성심근경색증 분류표”를 참고하시기 바랍니다.

☞ 뇌혈관질환

“뇌혈관질환”이라 함은 거미막하출혈, 뇌내출혈, 기타 비외상성 두개내출혈, 뇌경색증, 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중, 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착, 기타 뇌혈관질환, 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애, 뇌혈관질환의 후유증을 일컫는 것으로 자세한 내용은 약관의 “뇌혈관질환 분류표”를 참고하시기 바랍니다.

☞ 허혈성심장질환

“허혈성심장질환”이라 함은 협심증, 급성 심근경색증, 후속심근경색증, 급성심근경색증 후 특정 현존 합병증, 기타 급성 허혈심장질환, 만성 허혈심장병을 일컫는 것으로 자세한 내용은 약관의 “허혈성심장질환 분류표”를 참고하시기 바랍니다.

☞ 5대장기

“5대장기”란 신장, 간장, 심장, 췌장, 폐장을 말합니다.

☞ 남성특정비뇨기계질환

“남성특정비뇨기계질환”이란 크게 사구체질환, 신세뇨관-간질질환, 신부전, 신장 및 요관의 기타장애, 비뇨기계통의 기타질환, 남성생식기관의 질환을 말하며, 약관의 “남성특정비뇨기계질환 분류표”의 질병을 말합니다.

☞ 5대골절

“5대골절”이란 머리의 으깨손상, 목의 골절, 흉추의 골절, 흉추의 다발골절, 요추 및 골반의 골절, 대퇴골의 골절을 말하며, 약관의 “5대골절 분류표”를 따릅니다.

☞ 7대기관질병의 질병구분

“7대기관질병”의 “질병구분”은 약관상 7대기관질병 분류표에서 정한 “간관련질병”, “심장관련질병”, “신부전”, “특정장질환”, “뇌혈관질환”, “폐질환” 및 “담낭, 담도 및 췌장질환”을 말합니다. 자세한 내용은 약관의 “7대기관질병 분류표”를 참고하시기 바랍니다.

☞ 관혈수술

“관혈수술”이라 함은 “비관혈수술” 이외의 수술 중 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부를 절개하고 병변 부위를 노출시켜 수술하는 것을 말하며, “대뇌내시경”, “복강경하수술”, “흉강경하수술”은 관혈수술에 준하여 보상합니다.

☞ 비관혈수술

“비관혈수술”이라 함은 “내시경수술”, “카테터수술”, “신의료수술”을 말합니다. 단, 수술에 해당하지 않는 “도관을 이용한 약물 또는 방사성물질 주입”과 “중심정맥관 삽입술”은 제외합니다.

☞ 말기폐질환

“말기폐질환”이라 함은 인플루엔자 및 폐렴, 기타 급성 하기도감염, 만성 하부호흡기질환, 외부요인에 의한 폐질환, 주로 간질에 영향을 주는 기타 호흡기질환, 하기도의 화농성 및 고사성 병태, 흉막의 기타 질환, 호흡계통의 기타 질환으로 진단확정되고 영구적 산소공급 치료가 요구되는 상태로서 평상시 1초간 노력성 호기량(FEV1.0) 검사가 정상예측치의

25% 이하에 해당하여 만성호흡부전을 일으키는 폐질환의 악화된 상황을 말합니다.

☞ 말기간경화

“말기간경화”라 함은 만성 말기 간경화를 의미하며, 통제가 불가능한 복수증, 영구적인 황달, 위나 식도벽의 정맥류, 간 성 뇌증 중 한 가지 이상의 원인이 됩니다. 단, 알코올중독 또는 약물중독에 의한 간질환, 선천적 및 독성 간질환은 제외됩니다.

☞ 상해성뇌출혈

“상해성뇌출혈”이라 함은 약관상 상해성뇌출혈 분류표에서 정한 규정한 초점성 뇌손상, 경막외 출혈, 외상성 경막 하출혈, 외상성 거미막하출혈, 기타 두개내손상을 말합니다.

☞ 급여 인공관절치환수술(견관절,고관절,슬관절)

“급여 인공관절치환수술(견관절,고관절,슬관절)”이라 함은 약관상 “인공관절치환수술(견관절,고관절,슬관절) 분류표”에서 정한 수술로서, 견관절(어깨관절), 고관절(엉덩이 관절) 또는 슬관절(무릎관절)이 파괴되어 더 이상 사용할 수 없는 관절(의학적으로 기능을 완전히 상실한 경우)에 대해 손상된 관절을 제거하고 인공관절(특수 소재를 사용한 인공적 신체의 관절)을 삽입하여 관절의 전부 또는 일부를 치환하여 줌으로써 원래의 관절기능을 회복시켜주는 수술을 말합니다. 단, 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한합니다.

☞ 갑상선기능항진증치료

“갑상선기능항진증치료”라 함은 “갑상선기능항진증”의 직접적인 치료를 목적으로 약관에서 정한 “급여 갑상선절제술”에 해당하는 진료행위(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한합니다)을 받은 경우, “방사성오오드치료”(주성분이 오오드화 나트륨(131I)에 해당하는 치료)를 받은 경우 또는 “항갑상 선제”(주성분이 methimazole, propylthiouracil, carbimazole 에 해당하는 약제)를 처방받은 투약일수가 60일 이상인 경우를 말합니다.

☞ 특정8대기관 양성 종양 및 폴립

“특정8대기관 양성종양 및 폴립”이라 함은 약관상 특정8대기관 양성종양 및 폴립 분류표에서 정한 간, 담관, 췌장, 기관지 및 폐, 갑상선, 남성생식기관, 여성생식기관, 위·십이지장, 대장의 양성신생물 또는 폴립을 말합니다.

☞ 급여 특정8대기관 양성종양 및 폴립수술

“급여 특정8대기관 양성종양 및 폴립수술”이라 함은 약관상 급여 특정8대기관 양성종양 및 폴립 수술 분류표에서 정한 급여 특정8대기관 양성종양 및 폴립수술 대상 진료행위코드를 말하며 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한합니다.

☞ 표적항암제

“표적항암제”란 식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 “421(항암성종양제)”(예규개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우 “항암성종양제”에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제를 말합니다.

※ 호르몬 관련 치료제는 “표적항암제”의 범위에서 제외됩니다.

☞ 표적항암약물허가치료

“표적항암약물허가치료”라 함은 “항암약물치료” 중 피보험자의 “암”的 치료를 목적으로 약관에서 정한 “표적항암제”를 안전성과 유효성 인정 범위 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

☞ 카티(CAR-T)치료제

“카티(CAR-T)치료제”란 환자 본인의 혈액에서 T세포를 분리하고 체외에서 유전자 도입(변형)을 통해 제조 및 증폭된 키메라항원수용체T세포(CAR-T(카티)세포)를 환자의 몸에 주입함으로써 암세포의 표면항원을 특이적으로 인지해 암세포

를 공격하여 사멸시키는 치료제를 말합니다.

☞ 카티(CAR-T)항암약물허가치료

“항암약물치료” 중 「의료법」 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 제1항에서 정한 “카티(CAR-T)치료제”를 “안전성과 유효성 인정 범위” 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.

나. 보험금 지급사유, 지급금액 및 지급제한사항

나-1. 보험금 지급사유 및 지급금액

■ 보통약관

구 分	지급사유	지급액
상해사망	상해로 사망한 경우	보험가입금액

■ 상해관련 특별약관

구 分	지급사유	지급액
상해사망추가, 상해사망(연만기), 나눔의행복(상해사망)	상해로 사망한 경우	보험가입금액
교통상해사망추가, 교통상해사망(연만기)	교통상해로 사망한 경우	보험가입금액
웰엔딩장례지원금 I (상해사망체증형)	상해로 사망한 경우	보험가입금액 (계약일부터 5년 경과시마다 10%씩 체증됨)
상해후유장해(3~100%)	상해로 후유장해가 발생한 경우 (단, 하나의 상해당 보험가입금액 한도)	보험가입금액 × 지급률
상해80%이상후유장해	상해로 80%이상 후유장해가 발생한 경우 (최초 1회 지급)	보험가입금액
상해MRI촬영검사지원비(연간1회한,급여)	상해의 직접 결과로써 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 “급여 MRI촬영검사”를 받은 경우(연간 1회 지급)	보험가입금액
상해CT촬영검사지원비(연간1회한,급여)	상해의 직접 결과로써 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 “급여 상해촬영검사”를 받은 경우(연간 1회 지급)	보험가입금액
골절(치아파절제외)진단비	상해로 약관에서 정한 골절(치아파절제외)로 진단이 확정된 경우 (같은 상해로 2가지 이상의 골절 상태가 발생한 경우에는 1회에 한하여 지급)	보험가입금액
골절(치아파절포함)진단비	상해로 약관에서 정한 골절로 진단이 확정된 경우 (같은 상해로 2가지 이상의 골절 상태가 발생한 경우에는 1회에 한하여 지급)	보험가입금액
5대골절진단비	상해로 약관에서 정한 “5대골절”로 진단이 확정된 경우 (같은 상해로 2가지 이상의 골절 상태가 발생한 경우에는 1회에 한하여 지급)	보험가입금액
화상진단비	상해로 약관에서 정한 심재성 2도이상 화상(열상 포함)으로 진단이 확정된 경우 (같은 상해로 2가지 이상의 화상상태가 되었을 때에는 1회에 한하여 지급)	보험가입금액
화상진단비(표재성2도이상,연간1회한)	상해로 약관에서 정한 표재성 2도이상 화상(열상 포함)으로 진단이 확정된 경우(연간 1회 지급)	보험가입금액
특정화상처치비(연간5회한,급여)	상해의 직접 결과로써 약관에서 정한 화상을 입고 그 치료를 목적으로 입원 또는 통원하여 “급여 특정화상처치”를 받은 경우 (각각 1일 1회, 연간 5회에 한하여 지급)	보험가입금액
중증화상및부식진단비	상해로 약관에서 정한 “중증 화상 및 부식”으로 진단이 확정된 경우(최초 1회 지급)	보험가입금액
특정상해성뇌손상진단비	상해의 직접 결과로써 약관에서 정한 “특정상해성뇌손상”으로 진단확정된 경우(최초 1회 지급)	보험가입금액
특정상해성뇌출혈진단비	상해의 직접 결과로써 약관에서 정한 “특정상해성뇌출혈”로 진단확정된 경우(최초 1회 지급)	보험가입금액

구 분	지급사유	지급액
특정상해성장기손상진단비	상해의 직접 결과로써 약관에서 정한 "특정상해성장기손상"으로 진단확정된 경우(최초 1회 지급)	보험가입금액
통합상해진단비 II (상해부위별 연간1회한)		
통합상해진단비 II (경증상해,상해부위별 연간1회한)	상해의 직접 결과로써 약관에서 정한 "상해사고"로 진단확정된 경우 경증상해에 대해 부위별로 각각 연간 1회에 한하여 지급 (부위 : 머리 및 목, 복부 및 등, 어깨 및 팔, 손목 및 손, 엉덩이 및 다리, 발목 및 발, 기타)	보험가입금액
통합상해진단비 II (중등증상해,상해부위별 연간1회한)	상해의 직접 결과로써 약관에서 정한 "상해사고"로 진단확정된 경우 중등증상해에 대해 부위별로 각각 연간 1회에 한하여 지급 (부위 : 머리 및 목, 복부 및 등, 어깨 및 팔, 손목 및 손, 엉덩이 및 다리, 발목 및 발, 기타)	보험가입금액
통합상해진단비 II (중증상해,상해부위별 연간1회한)	상해의 직접 결과로써 약관에서 정한 "상해사고"로 진단확정된 경우 중증상해에 대해 부위별로 각각 연간 1회에 한하여 지급 (부위 : 머리 및 목, 복부 및 등, 어깨 및 팔, 손목 및 손, 엉덩이 및 다리, 발목 및 발, 기타)	보험가입금액
※각 세부보장 및 부위별로 연간 1회 지급		
상해수술비	상해의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우 (같은 상해를 직접적인 원인으로 두종류 이상 또는 같은 종류의 상해수술을 2회 이상 받은 경우에는 1회에 한하여 지급)	보험가입금액
상해수술비(치아파절및치아탈구제외)	상해(치아파절 및 치아탈구 제외)의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우 (같은 상해를 직접적인 원인으로 두종류 이상 또는 같은 종류의 상해수술을 2회 이상 받은 경우에는 1회에 한하여 지급)	보험가입금액
상해종합병원수술비	상해의 직접적인 치료를 목적으로 수술시점 기준 종합병원에서 수술을 받은 경우 (같은 상해를 직접적인 원인으로 두종류 이상 또는 같은 종류의 상해수술을 2회 이상 받은 경우에는 1회에 한하여 지급)	보험가입금액
상해상급종합병원수술비	상해의 직접적인 치료를 목적으로 수술시점 기준 상급종합병원에서 수술을 받은 경우 (같은 상해를 직접적인 원인으로 두종류 이상 또는 같은 종류의 상해수술을 2회 이상 받은 경우에는 1회에 한하여 지급)	보험가입금액
상해1-5종수술비III	상해를 입고 그 직접적인 치료를 목적으로 "1-5종수술 분류표"에서 정한 수술을 받은 경우 (단, 같은 상해를 직접적인 원인으로 동시에 두종류 이상 또는 같은 종류의 상해수술을 2회이상 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 자급금액에 해당하는 한 종류의 수술 1회에 한하여 지급) ※ 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 약관에 정한 "동일한 신체부위"가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 보험금을 지급합니다.	각 수술종류에 해당하는 세부보장의 보험가입금액

구 분	지급사유	지급액
상해1-5종수술비Ⅳ(수술1회당)	<p>상해의 직접적인 치료를 목적으로 약관의 1-5종수술 분류표에서 정한 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 수술 종류에 따라 지급 (동일한 상해를 직접적인 원인으로 두종류 이상 또는 같은 종류의 상해수술을 2회 이상 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 지급금액에 해당하는 한 종류의 수술 1회에 한하여 지급)</p> <p>※ 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 약관에 정한 “동일한 신체부위”가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 보험금을 지급합니다.</p>	각 수술종류에 해당하는 세부보장의 보험가입금액
상해1-8종수술비Ⅲ(급여, 시술포함, 연간3회한)	<p>상해의 직접적인 치료를 목적으로 약관에서 정한 1-8종에 해당하는 수술 및 시술을 받은 경우 (1회 입원당 또는 1회의 통원당 1회의 급여 수술 및 시술에 한하여 보장하며, 하나의 수술/시술코드당 연간 3회에 한함)</p>	수술 및 시술별 보험가입금액
상해흉터복원수술비Ⅱ	상해로 치료를 받고 그 결과로 안면부, 상지, 하지에 외형상의 흉터나 추상장해, 신체의 기형이나 기능장애가 발생하여 그 원상회복을 직접목적으로 사고일부터 2년 이내에 성형수술을 받는 경우 (동일부위 성형수술은 1회한 지급)	안면부 : 1cm당 20만원 상지,하지: 1cm당 10만원 (단, 3cm 이상의 경우에 한함) (1사고당 1,000만원 한도)
상해입원비(1일이상180일한도)	상해로 1일이상 입원하여 치료받은 경우 (1회 입원당 180일 한도)	입원 1일당 보험가입금액
간병인사용상해입원비Ⅱ(1일이상180일한도)	<p>상해로 약관에서 정한 의료기관(요양병원 제외)에 입원하여 치료를 받으며 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우(연간 180일 한도)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 간병인 사용금액이 1일당 7만원 미만인 경우 • 간병인 사용금액이 1일당 7만원 이상인 경우 <p>※ “간병인”이라 함은 유상으로 “간병서비스”를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 “간병서비스”를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다. 단, 다수의 환자가 함께 간병을 받기 위해 공동으로 고용한 공동간병인은 제외합니다.</p>	간병인을 사용한 입원 1일당 보험가입금액의 50% 보험가입금액
간병인사용 상해입원비Ⅱ (요양병원, 1일이상180일한도)	<p>상해로 약관에서 정한 요양병원에 입원하여 치료를 받으며 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우(1회 입원당 180일 한도)</p> <p>※ “간병인”이라 함은 유상으로 “간병서비스”를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 “간병서비스”를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다. 단, 다수의 환자가 함께 간병을 받기 위해 공동으로 고용한 공동간병인은 제외합니다.</p>	간병인을 사용한 입원1일당 보험가입금액
간병인사용 상해입원비Ⅱ (간호간병통합서비스, 1일이상180일한도)	상해로 요양병원을 제외한 의료기관에 입원하여 간호·간병통합서비스를 받은 경우(1회 입원당 180일 한도)	간호·간병통합서비스를 사용한 입원1일당 보험가입금액
상해종합병원1인실입원비(1일이상30일한도)	상해로 약관에서 정한 종합병원의 1인실에 1일 이상 입원하여 치료를 받은 경우(1회 입원당 30일 한도)	입원 1일당 보험가입금액
상해상급종합병원1인실입원비(1일이상30일한도)	상해로 약관에서 정한 상급종합병원의 1인실에 1일 이상 입원하여 치료를 받은 경우(1회 입원당 30일 한도)	입원 1일당 보험가입금액

구 분	지급사유	지급액
상해종합병원2~3인실인실입원비(1일이상 30일한도)	상해로 약관에서 정한 종합병원의 2~3인실에 1일 이상 입원하여 치료를 받은 경우(1회 입원당 30일 한도)	입원 1일당 보험가입금액
상해상급종합병원2~3인실입원비(1일이상 30일한도)	상해로 약관에서 정한 상급종합병원의 2~3인실에 1일 이상 입원하여 치료를 받은 경우(1회 입원당 30일 한도)	입원 1일당 보험가입금액
상해중환자실입원비(1일이상180일한도)	상해로 약관에서 정한 중환자실에 1일 이상 입원하여 치료받은 경우(1회 입원당 180일 한도)	입원 1일당 보험가입금액
상해중환자실입원비(1일이상30일한도)	상해로 약관에서 정한 중환자실에 1일 이상 입원하여 치료받은 경우(1회 입원당 30일 한도)	입원 1일당 보험가입금액
상해중환자실입원비(1일이상10일한도)	상해로 약관에서 정한 중환자실에 1일 이상 입원하여 치료받은 경우(1회 입원당 10일 한도)	입원 1일당 보험가입금액
상해상급종합병원입원비(1일이상180일한도)	상해로 약관에서 정한 상급종합병원에 1일 이상 입원하여 치료받은 경우(1회 입원당 180일 한도)	입원 1일당 보험가입금액

■ 질병관련 특별약관

구 분	지급사유	지급액
질병사망, 질병사망(연만기), 질병사망(갱신형), 나눔의행복(질병사망)	질병으로 사망한 경우	보험가입금액
질병80%이상후유장해	질병으로 80%이상 후유장해가 발생한 경우 (최초 1회 지급)	보험가입금액
질병후유장해(3~100%), 질병후유장해(3~100%) (갱신형)	질병으로 후유장해가 발생한 경우 (단, 하나의 질병당 보험가입금액 한도)	보험가입금액 × 지급률
뇌혈관질환후유장해(3~100%)	약관에서 정한 “뇌혈관질환”으로 진단확정되고 그 직접결과로써 후유장해가 발생한 경우 (단 계약일부터 경과기간 1년 미만시 “보험가입금액의 50% × 지급률” 지급)	보험가입금액 × 지급률
웰엔딩장례지원금 II (질병사망체증형)	질병으로 사망한 경우	보험가입금액 (계약일부터 5년 경과시마다 10%씩 체증됨)
질병MRI촬영검사지원비(연간1회한,급여)	질병의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 “급여 MRI촬영검사”를 받은 경우(연간 1회 지급)	보험가입금액
질병CT촬영검사지원비(연간1회한,급여)	질병의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 “급여 상해촬영검사”를 받은 경우(연간 1회 지급)	보험가입금액
암(4대유사암제외)진단비, 암(4대유사암제외)진단비(갱신형)	보장개시일 이후에 약관에서 정한 “암”으로 진단확정된 경우 (최초 1회 지급. 단 계약일부터 경과기간 1년 미만시 보험가입 금액의 50% 지급) ※ 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.	보험가입금액
4대유사암진단비, 4대유사암진단비(갱신형)	약관에서 정한 “4대유사암”으로 진단확정된 경우 (세부보장별 각각 최초 1회 지급. 단 계약일부터 경과기간 1년 미만시 보험가입금액의 50% 지급) ※ “4대유사암”은 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암”, “경계성종양”을 말합니다.	보험가입금액

전이암진단비,

전이암진단비(림프절전이암)	보장개시일 이후 약관에서 정한 “림프절전이암”으로 진단확정된 경우 (최초 1회 지급, 단, 계약일로부터 경과기간 1년 미만시 보험가입금액의 50% 지급) ※ 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.	보험가입금액
전이암진단비(특정전이암)	보장개시일 이후 약관에서 정한 “특정전이암”으로 진단확정된 경우 (최초 1회 지급, 단, 계약일로부터 경과기간 1년 미만시 보험가입금액의 50% 지급) ※ 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.	보험가입금액

통합전이암진단비

통합전이암진단비(소화기관전이암)	보장개시일 이후 약관에서 정한 “소화기관전이암”으로 진단확정된 경우	보험가입금액
-------------------	---------------------------------------	--------

구 분	지급사유	지급액
통합전이암진단비(호흡기및흉곽내기관전이암)	보장개시일 이후 약관에서 정한 “호흡기및흉곽내기관전이암”으로 진단확정된 경우	보험가입금액
통합전이암진단비(관절및피부전이암)	보장개시일 이후 약관에서 정한 “관절및피부전이암”으로 진단확정된 경우	보험가입금액
통합전이암진단비(요로전이암)	보장개시일 이후 약관에서 정한 “요로전이암”으로 진단확정된 경우	보험가입금액
통합전이암진단비(뇌전이암)	보장개시일 이후 약관에서 정한 “뇌전이암”으로 진단확정된 경우	보험가입금액
통합전이암진단비(림프및기타특정전이암)	보장개시일 이후 약관에서 정한 “림프및기타특정전이암”으로 진단확정된 경우	보험가입금액
통합전이암진단비(남성생식기관및유방전이암)	보장개시일 이후 약관에서 정한 “남성생식기관및유방전이암”으로 진단확정된 경우	보험가입금액
통합전이암진단비(여성생식기관전이암)	보장개시일 이후 약관에서 정한 “여성생식기관전이암”으로 진단확정된 경우	보험가입금액
통합전이암진단비(유방전이암)	보장개시일 이후 약관에서 정한 “유방전이암”으로 진단확정된 경우	보험가입금액
※각 세부보장별 최초 1회 지급, 단, 계약일부터 경과기간 1년 미만시 보험가입금액의 50% 지급, 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.		
암(4대유사암제외)진단후특정치료비(진단후10년,연간1회한)	보장개시일 이후 약관에서 정한 “암”으로 진단확정 되고 “암 보험금 지급기간” 이내에 “암”으로 “암 특정치료”를 받은 경우 (연간1회한)	보험가입금액
	※ 암 보험금 지급기간 : “암” 최초 진단확정일을 포함하여 10년까지의 기간 ※ 보장개시일은 계약일부터 90일이 지난날의 다음날부터로 합니다. ※ “암 특정치료”라 함은 약관에서 정한 수술, 항암방사선치료, 항암약물치료 및 말기암 환자에 대한 호스피스완화의료 치료를 말합니다.	
특정유사암진단후특정치료비(진단후10년,연간1회한)	약관에서 정한 “특정유사암”으로 진단확정 되고 “특정유사암 보험금 지급기간” 이내에 “특정유사암”으로 “특정유사암 특정치료”를 받은 경우(연간1회한)	보험가입금액
	※ 특정유사암 보험금 지급기간 : “특정유사암” 최초 진단확정일을 포함하여 10년까지의 기간 ※ “특정유사암 특정치료”라 함은 약관에서 정한 수술, 항암방사선치료, 항암약물치료 및 말기암 환자에 대한 호스피스완화의료 치료를 말합니다.	
암(4대유사암제외)항암방사선치료비(1회한), 암(4대유사암제외)항암약물치료비(1회한)(갱신형)	보장개시일 이후에 약관에서 정한 “암”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우(최초 1회 지급)	보험가입금액
	※ 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.	
암(4대유사암제외)항암약물치료비(1회한), 암(4대유사암제외)항암약물치료비(1회한)(갱신형)	보장개시일 이후에 약관에서 정한 “암”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료를 받은 경우(최초 1회 지급)	보험가입금액
	※ 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.	

구 分	지급사유	지급액
암(특정유사암포함)항암방사선약물치료비 II (세부보장별각1회한)		
암(4대유사암제외)항암방사선치료비(일부분인부담금여, 1회한)	보장개시일 이후 약관에서 정한 “암”으로 진단 확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 “일부분인부담금여 항암방사선치료”를 받은 경우	보험가입금액
암(4대유사암제외)항암방사선치료비(비급여및전액본인부담금여, 1회한)	보장개시일 이후 약관에서 정한 “암”으로 진단 확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 “전액본인부담금여 항암방사선치료” 또는 “비급여 항암방사선치료”를 받은 경우	보험가입금액
특정유사암항암방사선치료비(비급여및전액본인부담금여, 1회한)	약관에서 정한 “기타피부암” 및 “갑상선암”으로 진단 확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 “전액본인부담금여 항암방사선치료” 또는 “비급여 항암방사선치료”를 받은 경우	보험가입금액
암(4대유사암제외)항암약물치료비(일부분인부담금여, 1회한)	보장개시일 이후 약관에서 정한 “암”으로 진단 확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 “일부분인부담금여 항암약물치료”를 받은 경우	보험가입금액
암(4대유사암제외)항암약물치료비(비급여및전액본인부담금여, 1회한)	보장개시일 이후 약관에서 정한 “암”으로 진단 확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 “전액본인부담금여 항암약물치료” 또는 “비급여 항암약물치료”를 받은 경우	보험가입금액
특정유사암항암약물치료비(일부분인부담금여, 1회한)	약관에서 정한 “기타피부암” 및 “갑상선암”으로 진단 확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 “일부분인부담금여 항암약물치료”를 받은 경우	보험가입금액
특정유사암항암약물치료비(비급여및전액본인부담금여, 1회한)	약관에서 정한 “기타피부암” 및 “갑상선암”으로 진단 확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 “전액본인부담금여 항암약물치료” 또는 “비급여 항암약물치료”를 받은 경우	보험가입금액
※각 세부보장별 최초 1회 지급, “암”에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.		
암(4대유사암제외)항암방사선약물치료비(연간1회한, 급여), 암(4대유사암제외)항암방사선약물치료비(연간1회한, 급여)(갱신형)	보장개시일 이후에 약관에서 정한 “암”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 약관에서 정한 “급여 항암방사선치료” 또는 “급여 항암약물치료”를 받은 경우 (연간 1회한)	보험가입금액
	<p>※ 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.</p> <p>※ “급여 항암방사선치료”라 함은 약관상 급여 항암방사선치료 분류표에 해당하는 진료행위 (「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한합니다)를 말합니다.</p> <p>※ “급여 항암약물”이라 함은 약관상 급여 항암약물 분류표에 해당하는 약제(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여에 해당하는 경우에 한합니다)를 말합니다.</p>	
암(특정유사암포함)항암방사선치료비(치료1회당)	보장개시일 이후 약관에서 정한 “암(특정유사암포함)”으로 진단확정되고 그 치료를 목적으로 “항암방사선치료”를 받은 경우	치료 1회당
	• “암”으로 치료시	보험가입금액
	• “갑상선암” 및 “기타피부암”으로 치료시	보험가입금액의 20%
“암”的 보장개시일은 계약일부터 90일이 지난 날의 다음날부터로 합니다.		

구 분	지급사유	지급액
암(특정유사암포함)항암약물치료비(치료1회당)	<p>보장개시일 이후 약관에서 정한 "암(특정유사암포함)"으로 진단확정되고 그 치료를 목적으로 "항암약물치료"를 받은 경우</p> <ul style="list-style-type: none"> • "암"으로 치료시 • "갑상선암" 및 "기타피부암"으로 치료시 <p>"암"의 보장개시일은 계약일부터 90일이 지난날의 다음날부터로 합니다.</p>	<p>치료 1회당</p> <p>보험가입금액</p> <p>보험가입금액의 20%</p>
특정유사암항암방사선치료비(세부보장별각1회한)	약관에서 정한 "특정유사암"("갑상선암" 또는 "기타피부암")으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우(각각 최초 1회 지급)	보험가입금액
특정유사암항암약물치료비(세부보장별각1회한)	약관에서 정한 "특정유사암"("갑상선암" 또는 "기타피부암")으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료를 받은 경우(각각 최초 1회 지급)	보험가입금액
암(특정유사암포함)표적항암약물허가치료비(1회한), 암(특정유사암포함)표적항암약물허가치료비(1회한)(갱신형)	<p>보장개시일 이후에 약관에서 정한 "암(특정유사암포함)"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 "표적항암약물허가치료"를 받은 경우(최초 1회에 한하여 지급)(계약일로부터 경과기간 1년 미만시 50% 지급)</p> <p>※ 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날부터로 합니다.</p> <p>※ 특정유사암 : "기타피부암" 및 "갑상선암"을 의미하며, 해당 용어의 정의는 보험약관에 정의한 용어를 따릅니다.</p>	보험가입금액
암(특정유사암포함)표적항암약물허가치료비(연간1회한), 암(특정유사암포함)표적항암약물허가치료비(연간1회한)(갱신형)	<p>보장개시일 이후에 약관에서 정한 "암(특정유사암포함)"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 "표적항암약물허가치료"를 받은 경우(연간1회에 한하여 지급)(계약일로부터 경과기간 1년 미만시 50% 지급)</p> <p>※ 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날부터로 합니다.</p> <p>※ 특정유사암 : "기타피부암" 및 "갑상선암"을 의미하며, 해당 용어의 정의는 보험약관에 정의한 용어를 따릅니다.</p>	보험가입금액
암(4대유사암제외)특정항암호르몬약물허가치료비(1회한), 암(4대유사암제외)특정항암호르몬약물허가치료비(1회한)(갱신형)	<p>보장개시일 이후에 약관에서 정한 "암"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 "특정항암호르몬약물허가치료"를 받은 경우(최초 1회에 한하여 지급)(계약일로부터 경과기간 1년 미만시 50% 지급)</p> <p>※ 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날부터로 합니다.</p>	보험가입금액
암(4대유사암제외)특정항암호르몬약물허가치료비(연간1회한), 암(4대유사암제외)특정항암호르몬약물허가치료비(연간1회한)(갱신형)	<p>보장개시일 이후에 약관에서 정한 "암"으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 "특정항암호르몬약물허가치료"를 받은 경우(연간 1회에 한하여 지급)(계약일로부터 경과기간 1년 미만시 50% 지급)</p> <p>※ 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날부터로 합니다.</p>	보험가입금액
카티(CAR-T)항암약물허가치료비(1회한), 카티(CAR-T)항암약물허가치료비(1회한)(갱신형)	<p>보장개시일 이후에 약관에서 정한 "카티(CAR-T) 보장 대상 암"으로 진단확정되고, 그 직접적인 치료를 목적으로 "카티(CAR-T)항암약물허가치료"를 받은 경우 (최초 1회에 한하며, 계약일로부터 경과기간 1년 미만시 50% 지급)</p> <p>※ 보장개시일은 계약일부터 90일이 지난날의 다음날부터로 합니다.</p> <p>※ "카티(CAR-T)치료제"란 인체의 면역세포가 암세포를 쉽게 찾을 수 있도록 면역세포에 일종의 암세포 위치추적 장치를 심어주는 방식의 치료제로 체내의 면역 T세포를 채집하여 체외로 추출한 후 항체 바이러스 벡터를 활용하여 암세포에 반응하는 특이적인 키메라항원수용체(CAR, Chimeric antigen receptor)를 발현시킨 뒤 다시 체내에 주입하여 면역세포가 암세포를 인식하고 공격하여 암세포의 성장 및 확산을 억제하는 방식의 항암제를 말합니다.</p> <p>※ "카티(CAR-T)항암약물허가치료"라 함은 "항암약물치료" 중 「의료법」 제3조(의료기관)에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 직접적인 치료를 목적으로 제1항에서 정한 "카티(CAR-T)치료제"를 "안전성과 유효성 인정 범위" 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.</p>	보험가입금액

구 분	지급사유	지급액
암(특정유사암포함)항암양성자방사선치료비(1회한), 암(특정유사암포함)항암양성자방사선치료비(1회한)(갱신형)	<p>보장개시일 이후에 약관에서 정한 “암(특정유사암포함)”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 “항암양성자방사선치료”를 받은 경우(최초 1회에 한하여 지급)(계약일로부터 경과기간 1년 미만시 50% 지급)</p> <p>※ 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날부터로 합니다. ※ 특정유사암 : “기타피부암” 및 “갑상선암”을 의미하며, 해당 용어의 정의는 보험약관에 정의한 용어를 따릅니다.</p>	보험가입금액
암(특정유사암포함)항암세기조절방사선치료비(1회한), 암(특정유사암포함)항암세기조절방사선치료비(1회한)(갱신형)	<p>보장개시일 이후에 약관에서 정한 “암(특정유사암포함)”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 “항암세기조절방사선치료”를 받은 경우(최초 1회에 한하여 지급)(계약일로부터 경과기간 1년 미만시 50% 지급)</p> <p>※ 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날부터로 합니다. ※ 특정유사암 : “기타피부암” 및 “갑상선암”을 의미하며, 해당 용어의 정의는 보험약관에 정의한 용어를 따릅니다.</p>	보험가입금액
증증질환자(암(4대유사암제외))산정특례 대상진단비	<p>보장개시일 이후에 약관에서 정한 “증증질환자 암(4대유사암) 제외)질환 산정특례대상 질환”으로 진단확정되고, 그 직접적인 원인으로 “증증질환자 암(4대유사암제외)질환 산정특례대상”으로 “산정특례 신규등록”되었을 경우 (최초 1회한. 단, 계약일로부터 경과기간 1년 미만시 보험가입금액의 50%지급)</p> <p>※ 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.</p>	보험가입금액
2대주요기관질병스텐트삽입술및풍선혈관 성형수술비(연간1회한,급여)	약관에서 정한 “뇌혈관질환 및 특정양성뇌종양” 또는 “심장질환”으로 진단확정되고, 그 치료를 목적으로 “급여 스텐트삽입술 및 풍선혈관성형술”을 받은 경우(각각 연간 1회 지급. 단, 계약일로부터 경과기간 1년 미만시 보험가입금액의 50%지급)	보험가입금액
뇌경색증혈전용해치료비(1회한)	약관에서 정한 “뇌경색증”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 “혈전용해치료”를 받은 경우 (최초 1회 지급)	보험가입금액
뇌출중혈전용해치료비(연간1회한)	약관에서 정한 “뇌출중”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 “혈전용해치료”를 받은 경우(연간 1회 지급. 단, 계약일로부터 경과기간 1년 미만시 보험가입금액의 50%지급)	보험가입금액
뇌출중혈전용해치료비(1회한)	약관에서 정한 “뇌출중”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 “혈전용해치료”를 받은 경우(최초 1회 지급. 단, 계약일로부터 경과기간 1년 미만시 보험가입금액의 50%지급)	보험가입금액
특정급성심근경색증혈전용해치료비(연간1 회한)	약관에서 정한 “특정급성심근경색증”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 “혈전용해치료”를 받은 경우(연간 1회 지급. 단, 계약일로부터 경과기간 1년 미만시 보험가입금액의 50%지급)	보험가입금액
특정급성심근경색증혈전용해치료비 (1회한)	약관에서 정한 “특정급성심근경색증”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 “혈전용해치료”를 받은 경우 (최초1회 지급)	보험가입금액

구 분	지급사유	지급액
혈전제거치료비(연간1회한,급여)	약관에서 정한 “뇌졸증”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 “급여 뇌졸증 혈전제거술”을 받는 경우 또는 “특정심장질환”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 “급여 특정심장질환 혈전제거술”을 받은 경우 (각각 연간 1회 지급, 단, 계약일부터 경과기간 1년 미만시 보험가입금액의 50% 지급)	보험가입금액
특정양성뇌종양진단비	약관에서 정한 “특정양성뇌종양”으로 진단확정된 경우(최초 1회 지급) ※ “특정양성뇌종양”이라 함은 뇌에 발생한 병리조직학적으로 양성인 뇌종양으로 약관의 “특정양성뇌종양 분류표”에서 정한 질병을 말하며, 낭종, 육아종, 혈종, 뇌농양, 뇌의 정맥기형 또는 동맥기형은 제외	보험가입금액
뇌혈관질환진단비, 뇌혈관질환진단비(갱신형)	약관에서 정한 “뇌혈관질환”으로 진단확정된 경우 (최초 1회 지급, 단, 계약일부터 경과기간 1년 미만시 보험가입금액의 50% 지급)	보험가입금액
주요뇌혈관질환진단비	보장개시일 이후에 약관에서 정한 “주요뇌혈관질환”으로 진단확정된 경우 (최초 1회 지급, 단, 계약일부터 경과기간 1년 미만시 보험가입금액의 50% 지급)	보험가입금액
뇌졸중진단비, 뇌졸중진단비(갱신형)	약관에서 정한 “뇌졸중”으로 진단확정된 경우 (최초 1회 지급, 단, 계약일부터 경과기간 1년 미만시 보험가입금액의 50% 지급)	보험가입금액
뇌전증진단비	약관에서 정한 “뇌전증”으로 진단확정된 경우 (최초 1회 지급, 단, 계약일부터 경과기간 1년 미만시 보험가입금액의 50% 지급)	보험가입금액
허혈성심장질환진단비, 허혈성심장질환진단비(갱신형)	약관에서 정한 “허혈성심장질환”으로 진단확정된 경우 (최초 1회 지급, 단, 계약일부터 경과기간 1년 미만시 보험가입금액의 50% 지급)	보험가입금액
급성심근경색증진단비, 급성심근경색증진단비(갱신형)	약관에서 정한 “급성심근경색증”으로 진단확정된 경우 (최초 1회 지급, 단, 계약일부터 경과기간 1년 미만시 보험가입금액의 50% 지급)	보험가입금액
통합심장질병진단비		
통합심장질병진단비(만성류마티스심장질환)	약관에서 정한 “만성류마티스심장질환”으로 진단확정된 경우	보험가입금액
통합심장질병진단비(특정심장판막질환)	약관에서 정한 “특정심장판막질환”으로 진단확정된 경우	보험가입금액
통합심장질병진단비(특정심장방실및전도장애)	약관에서 정한 “특정심장방실및전도장애”으로 진단확정된 경우	보험가입금액
통합심장질병진단비(주요심장염증질환)	약관에서 정한 “주요심장염증질환”으로 진단확정된 경우	보험가입금액

구 분	지급사유	지급액
통합심장질병진단비(심근병증)	약관에서 정한 “심근병증”으로 진단확정된 경우	보험가입금액
통합심장질병진단비(심혈관특정질환 I (기타심장부정맥제외))	약관에서 정한 “심혈관특정질환 I (기타심장부정맥제외)”으로 진단확정된 경우	보험가입금액
통합심장질병진단비(심혈관특정질환 II)	약관에서 정한 “심혈관특정질환 II”으로 진단확정된 경우	보험가입금액
※각 세부보장별 최초 1회 지급, 단, 계약일부터 경과기간 1년 미만시 보험가입금액의 50% 지급		
주요허혈성심장질환진단비	보장개시일 이후에 약관에서 정한 “주요허혈성심장질환”으로 진단확정된 경우 (최초 1회 지급, 단, 계약일부터 경과기간 1년 미만시 보험가입금액의 50% 지급)	보험가입금액
심근병증진단비	약관에서 정한 “심근병증”으로 진단확정된 경우 (최초 1회 지급, 단, 계약일부터 경과기간 1년 미만시 보험가입금액의 50% 지급(전환계약은 100% 지급))	보험가입금액
주요심장염증질환진단비	약관에서 정한 “주요심장염증질환”으로 진단확정된 경우 (최초 1회 지급, 단, 계약일부터 경과기간 1년 미만시 보험가입금액의 50% 지급)	보험가입금액
심장판막협착증(대동맥판막)진단비	약관에서 정한 “심장판막협착증(대동맥판막)”으로 진단확정된 경우 (최초 1회 지급, 단, 계약일부터 경과기간 1년 미만시 보험가입금액의 50% 지급)	보험가입금액
심혈관특정질환 I 진단비, 심혈관특정질환 I 진단비(갱신형)	약관에서 정한 “심혈관특정질환 I ”으로 진단확정된 경우 (최초 1회 지급, 단, 계약일부터 경과기간 1년 미만시 보험가입금액의 50% 지급)	보험가입금액
심혈관특정질환 I (기타심장부정맥제외)진단비, 심혈관특정질환 I (기타심장부정맥제외)진단비(갱신형)	약관에서 정한 “심혈관특정질환 I (기타심장부정맥제외)”으로 진단확정된 경우 (최초 1회 지급, 단, 계약일부터 경과기간 1년 미만시 보험가입금액의 50% 지급)	보험가입금액
심혈관특정질환 II 진단비, 심혈관특정질환 II 진단비(갱신형)	약관에서 정한 “심혈관특정질환 II ”으로 진단확정된 경우 (최초 1회 지급, 단, 계약일부터 경과기간 1년 미만시 보험가입금액의 50% 지급)	보험가입금액
혈전용해치료비(연간1회한,급여)	약관에서 정한 “급여 혈전용해치료”를 받은 경우 (연간 1회 지급)	보험가입금액
말기신부전증진단비	약관에서 정한 “말기신부전증”으로 진단확정된 경우 (최초 1회 지급, 단, 계약일부터 경과기간 1년 미만시 보험가입금액의 50% 지급)	보험가입금액
말기폐질환진단비	약관에서 정한 “말기폐질환”으로 진단확정된 경우 (최초 1회 지급, 단, 계약일부터 경과기간 1년 미만시 보험가입금액의 50% 지급)	보험가입금액
말기간경화진단비	약관에서 정한 “말기간경화”로 진단확정된 경우 (최초 1회 지급, 단, 계약일부터 경과기간 1년 미만시 보험가입금액의 50% 지급)	보험가입금액
대상포진진단비	약관에서 정한 “대상포진”으로 진단확정된 경우 (최초 1회 지급, 계약일부터 경과기간 1년 미만시 보험가입금액의 50% 지급)	보험가입금액
대상포진눈병진단비	약관에서 정한 “대상포진눈병”으로 진단확정된 경우 (최초 1회 지급, 계약일부터 경과기간 1년 미만시 보험가입금액의 50% 지급)	보험가입금액

구 분	지급사유	지급액
통풍진단비	<p>약관에서 정한 “통풍”으로 진단확정된 경우 (최초 1회 지급, 계약일부터 경과기간 1년 미만시 보험가입금액의 50% 지급)</p> <p>※ “통풍”的 진단확정은 임상학적 기준을 근거로 혈청 요산 검사, 관절액 채취 및 편광 현미경 검사, 기타 혈액 검사 등의 검사 소견 및 초음파, 이중에너지 컴퓨터 단층촬영, 방사선 검사 등의 영상 소견을 기초로 하여야 합니다.</p>	보험가입금액
급성신우신염진단비	약관에서 정한 “급성신우신염”으로 진단확정된 경우 (최초 1회 지급)	보험가입금액
당뇨병(당화혈색소6.5%이상)진단비(갱신형)	<p>보장개시일 이후에 약관에서 정한 “당뇨병(당화혈색소6.5%이상)”으로 진단확정된 경우(최초 1회 지급)</p> <p>※ 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날로 합니다.</p>	보험가입금액
독감(인플루엔자)항바이러스제치료비(7일면책, 연간1회한)(갱신형)	<p>보장개시일 이후에 약관에서 정한 “독감(인플루엔자)”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 “독감 항바이러스제”를 처방받은 경우 (연간1회에 한함)</p> <p>※ 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 7일이 지난 날의 다음날로 합니다.</p>	보험가입금액
인슐린치료비(1회한)(갱신형)	<p>약관에서 정한 당뇨병으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 “인슐린치료”를 받은 경우(최초 1회 지급, 계약일부터 경과기간 1년미만시 보험가입금액의 50% 지급)</p> <p>※ 지급보험금액은 최초 “인슐린치료”일자를 기준으로 산정합니다. ※ 혈당강하제치료(경구용 또는 주사용 제제 등), 정맥주사, 비인슐린제제(GLP-1 수용체 유사체 등) 치료, 외상 또는 급성질환, 수술 등과 같은 이유로 일시적인 인슐린 치료를 받는 경우는 제외합니다.</p>	보험가입금액
중대한재생불량성빈혈진단비	약관에서 정한 “중대한재생불량성빈혈”로 진단확정된 경우(최초 1회 지급)	보험가입금액
크론병진단비	약관에서 정한 “크론병”으로 진단확정된 경우 (최초 1회 지급, 단, 계약일부터 경과기간 1년 미만시 보험가입금액의 50% 지급)	보험가입금액
특정전염병발생금	약관에서 정한 “특정전염병”에 감염되어 전염병환자로 진단받아 치료를 받은 경우	보험가입금액
골다공증진단비	약관에서 정한 “골다공증”으로 진단확정된 경우 (최초 1회 지급, 계약일부터 경과기간 1년미만시 보험가입금액의 50% 지급)	보험가입금액
요로결석진단비	<p>보장개시일 이후에 약관에서 정한 “요로결석진단비”로 진단확정된 경우 (보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날로 합니다.)</p>	보험가입금액
특정천공진단비	약관에서 정한 “특정천공”으로 진단확정된 경우 (최초 1회 지급)	보험가입금액
특정천공동반질병진단비	약관에서 정한 “특정천공동반질병”으로 진단확정된 경우 (최초 1회 지급, 계약일부터 경과기간 1년미만시 보험가입금액의 50% 지급)	보험가입금액
특정천공동반계실병진단비	약관에서 정한 “특정천공동반계실병”으로 진단확정된 경우 (최초 1회 지급, 계약일부터 경과기간 1년미만시 보험가입금액의 50% 지급)	보험가입금액
유방바늘생검조직병리검사비(연간1회한, 급여)	약관에서 정한 “급여 유방바늘생검조직검사”를 받은 경우 (연간 1회 지급)	보험가입금액
갑상선바늘생검조직병리검사비(연간1회한, 급여)	약관에서 정한 “급여 갑상선바늘생검조직검사”를 받은 경우 (연간 1회 지급)	보험가입금액
전립선바늘생검조직병리검사비(연간1회한, 급여)	약관에서 정한 “급여 전립선바늘생검조직검사”를 받은 경우 (연간 1회 지급)	보험가입금액

구 분	지급사유	지급액
갑상선기능항진증치료비 (1회한,급여)	약관에서 정한 “갑상선기능항진증”으로 진단확정되고 약관에서 정한 “갑상선기능항진증치료”를 받은 경우 (최초 1회 지급, 단, 계약일로부터 경과기간 1년 미만시 보험가입금액의 50% 지급)	보험가입금액
질병수술비	보험기간 중에 진단확정된 질병의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우 (동일한 질병을 직접적인 원인으로 두종류 이상 또는 같은 종류의 질병수술을 2회 이상 받은 경우에는 1회에 한하여 지급)	보험가입금액
질병종합병원수술비	보험기간 중에 진단확정된 질병의 직접적인 치료를 목적으로 수술시점 기준 종합병원에서 수술을 받은 경우 (동일한 질병을 직접적인 원인으로 두종류 이상 또는 같은 종류의 질병수술을 2회 이상 받은 경우에는 1회에 한하여 지급)	보험가입금액
질병상급종합병원수술비	보험기간 중에 진단확정된 질병의 직접적인 치료를 목적으로 수술시점 기준 상급종합병원에서 수술을 받은 경우 (동일한 질병을 직접적인 원인으로 두종류 이상 또는 같은 종류의 질병수술을 2회 이상 받은 경우에는 1회에 한하여 지급)	보험가입금액
질병수술비(특정2대경증질병제외)	보험기간 중에 진단확정된 질병(특정2대경증질병제외)의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우 (동일한 질병을 직접적인 원인으로 두종류 이상 또는 같은 종류의 질병수술을 2회 이상 받은 경우에는 1회에 한하여 지급) ※ “특정2대경증질병”이란 약관상 특정2대경증질병 분류표에서 정한 티눈, 굳은살, 특정 눈 및 귀 질환을 말합니다.	보험가입금액
질병수술비(특정5대질병제외)	보험기간 중에 진단확정된 질병(특정5대질병제외)의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우 (동일한 질병을 직접적인 원인으로 두종류 이상 또는 같은 종류의 질병수술을 2회 이상 받은 경우에는 1회에 한하여 지급) ※ “특정5대질병”이란 약관상 특정5대질병 분류표에서 정한 관절염, 백내장, 생식기질환, 피부질환 및 대장용종을 말합니다.	보험가입금액
질병수술비(특정9대질병제외)	보험기간 중에 진단확정된 질병(특정9대질병제외)의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우 (동일한 질병을 직접적인 원인으로 두종류 이상 또는 같은 종류의 질병수술을 2회 이상 받은 경우에는 1회에 한하여 지급) ※ “특정9대질병”이란 약관상 특정9대질병 분류표에서 정한 관절염, 백내장, 생식기질환, 피부질환, 후각특정질환, 유방의 장애 및 양성 신생물, 갑상선 질환 및 양성신생물, 피부종양 및 대장용종을 말합니다.	보험가입금액
질병종합병원수술비(특정9대질병제외)	보험기간 중에 진단확정된 질병(특정9대질병제외)의 직접적인 치료를 목적으로 수술시점 기준 종합병원에서 수술을 받은 경우 (동일한 질병을 직접적인 원인으로 두종류 이상 또는 같은 종류의 질병수술을 2회 이상 받은 경우에는 1회에 한하여 지급) ※ “특정9대질병”이란 약관상 특정9대질병 분류표에서 정한 관절염, 백내장, 생식기질환, 피부질환, 후각특정질환, 유방의 장애 및 양성 신생물, 갑상선 질환 및 양성신생물, 피부종양 및 대장용종을 말합니다.	보험가입금액
질병상급종합병원수술비(특정9대질병제외)	보험기간 중에 진단확정된 질병(특정9대질병제외)의 직접적인 치료를 목적으로 수술시점 기준 상급종합병원에서 수술을 받은 경우 (동일한 질병을 직접적인 원인으로 두종류 이상 또는 같은 종류의 질병수술을 2회 이상 받은 경우에는 1회에 한하여 지급) ※ “특정9대질병”이란 약관상 특정9대질병 분류표에서 정한 관절염, 백내장, 생식기질환, 피부질환, 후각특정질환, 유방의 장애 및 양성 신생물, 갑상선 질환 및 양성신생물, 피부종양 및 대장용종을 말합니다.	보험가입금액

구 분	지급사유	지급액
질병수술비(수술1회당)	<p>보험기간 중에 진단확정된 질병의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우 (단, 같은 질병을 직접적인 원인으로 동시에 두종류 이상의 질병수술을 받은 경우에는 하나의 질병수술비만 지급합니다. 다만, 동시에 두종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 질병수술비를 지급)</p>	수술1회당 보험가입금액
질병종합병원수술비(수술1회당)	<p>보험기간 중에 진단확정된 질병의 직접적인 치료를 목적으로 수술시점 기준 종합병원에서 수술을 받은 경우 (단, 같은 질병을 직접적인 원인으로 동시에 두종류 이상의 질병수술을 받은 경우에는 하나의 질병수술비만 지급합니다. 다만, 동시에 두종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 질병수술비를 지급)</p>	수술1회당 보험가입금액
질병상급종합병원수술비(수술1회당)	<p>보험기간 중에 진단확정된 질병의 직접적인 치료를 목적으로 수술시점 기준 상급종합병원에서 수술을 받은 경우 (단, 같은 질병을 직접적인 원인으로 동시에 두종류 이상의 질병수술을 받은 경우에는 하나의 질병수술비만 지급합니다. 다만, 동시에 두종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 질병수술비를 지급)</p>	수술1회당 보험가입금액
질병수술비(특정2대경증질병제외,수술1회당)	<p>보험기간 중에 진단확정된 질병(특정2대경증질병제외)의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우 (단, 같은 질병을 직접적인 원인으로 동시에 두종류 이상의 질병수술을 받은 경우에는 하나의 질병수술비만 지급합니다. 다만, 동시에 두종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 질병수술비를 지급)</p> <p>※ “특정2대경증질병”이란 약관상 특정2대경증질병 분류표에서 정한 티눈, 굳은살, 특정 눈 및 귀 질환을 말합니다.</p>	수술1회당 보험가입금액
질병1-5종수술비Ⅲ	<p>보험기간 중에 진단확정된 질병의 직접적인 치료를 목적으로 약관의 “1-5종수술 분류표”에서 정한 수술을 받은 경우에는 수술 종류에 따라 지급 (단, 요실금수술(급여)은 여성인 피보험자에 한하여 연간 1회에 한하여 지급)</p> <p>※ 동일한 질병을 직접적인 원인으로 동시에 두종류 이상의 질병수술을 받은 경우에는 가장 높은 지급금액에 해당하는 한 종류의 수술 1회에 한하여 지급. 다만, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 보험금을 지급.</p>	각 수술종류에 해당하는 세부보장의 보험가입금액
질병1-5종수술비Ⅳ(수술1회당)	<p>보험기간 중에 진단확정된 질병의 직접적인 치료를 목적으로 약관의 “1-5종수술 분류표”에서 정한 수술을 받은 경우에는 수술 1회당 수술 종류에 따라 지급 (단, 요실금수술(급여)은 여성인 피보험자에 한하여 연간 1회에 한하여 지급)</p> <p>※ 눈 관련 질환으로 레이저(Laser) 수술을 받은 경우, 수술개시일부터 그 날을 포함하여 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주함.</p> <p>※ 동일한 질병을 직접적인 원인으로 동시에 두종류 이상의 질병수술을 받은 경우에는 가장 높은 지급금액에 해당하는 한 종류의 수술 1회에 한하여 지급. 다만, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 보험금을 지급.</p>	각 수술종류에 해당하는 세부보장의 보험가입금액
질병1-8종수술비Ⅲ(급여, 시술포함, 연간3회한)	보험기간 중에 진단확정된 질병의 직접적인 치료를 목적으로 약관에서 정한 1-8종에 해당하는 수술 및 시술을 받은 경우 (1회 입원당 또는 1회의 통원당 1회의 급여 수술 및 시술에 한하여 보장하며, 하나의 수술/시술코드당 연간 3회에 한함)	수술 및 시술별 보험가입금액

구 분	지급사유	지급액
암(4대유사암제외)수술비 II (수술1회당), 암(4대유사암제외)수술비 II (수술1회당)(갱신형)	보장개시일 이후에 약관에서 정한 “암”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우 (단, 계약일부터 경과기간 1년 미만시 보험가입금액의 50% 지급) ※ 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.	수술 1회당 보험가입금액
4대유사암수술비 II (수술1회당), 4대유사암수술비 II (수술1회당)(갱신형)	보험기간 중에 약관에서 정한 “4대유사암”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우 ※ “4대유사암”이라 함은 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”을 말합니다.	수술 1회당 보험가입금액
암(4대유사암제외)수술비(1회한)	보장개시일 이후에 약관에서 정한 “암”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우 (최초 1회 지급, 단, 계약일부터 경과기간 1년 미만시 보험가입금액의 50% 지급) ※ 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.	보험가입금액
뇌혈관질환수술비(수술1회당)	약관에서 정한 “뇌혈관질환”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우(단, 계약일부터 경과기간 1년 미만시 보험가입금액의 50% 지급)	수술1회당 보험가입금액
뇌혈관질환수술비(1회한)	약관에서 정한 “뇌출증”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우(단, 계약일부터 경과기간 1년 미만시 보험가입금액의 50% 지급)	보험가입금액
뇌출증수술비(수술1회당)	약관에서 정한 “뇌출증”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우(단, 계약일부터 경과기간 1년 미만시 보험가입금액의 50% 지급)	수술1회당 보험가입금액
허혈성심장질환수술비(수술1회당)	약관에서 정한 “허혈성심장질환”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우(단, 계약일부터 경과기간 1년 미만시 보험가입금액의 50% 지급)	수술1회당 보험가입금액
허혈성심장질환수술비(1회한)	약관에서 정한 “허혈성심장질환”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우(최초 1회 지급, 단, 계약일부터 경과기간 1년 미만시 보험가입금액의 50% 지급)	보험가입금액
급성심근경색증수술비(수술1회당)	약관에서 정한 “급성심근경색증”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우(단, 계약일부터 경과기간 1년 미만시 보험가입금액의 50% 지급)	수술1회당 보험가입금액
7대기관질병수술비(관혈,비관혈)(연간1회한)	약관에서 정한 “7대기관질병”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 약관에서 정한 수술을 받은 경우 (계약일부터 경과기간 1년미만시 보험가입금액의 50% 지급)	
	• 각 “질병구분” 당 “관혈수술”시 (연간 1회한)	• 해당 “질병구분”的 보험가입금액
	• 각 “질병구분” 당 “비관혈수술”시 (연간 1회한)	• 해당 “질병구분”的 보험가입금액의 50%
	※ “7대기관질병”的 “질병구분”은 약관상 7대기관질병 분류표에서 정한 “간관련질병”, “심장관련질병”, “신부전”, “특정장질환”, “뇌혈관질환”, “폐질환” 및 “담낭, 담도 및 췌장질환”을 말합니다.	
124대질병수술비	약관에서 정한 124대질병으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우	수술1회당

구 분	지급사유	지급액
124대질병(특정10대질병)수술비	약관에서 정한 “124대질병” 중 “특정10대질병”으로 진단이 확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우(계약일부터 경과기간 1년미만시 보험가입금액의 50% 지급)	보험가입금액
124대질병(특정13대질병A)수술비	약관에서 정한 “124대질병” 중 “특정13대질병A”으로 진단이 확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우(계약일부터 경과기간 1년미만시 보험가입금액의 50% 지급)	보험가입금액
124대질병(특정13대질병B)수술비	약관에서 정한 “124대질병” 중 “특정13대질병B”으로 진단이 확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우(계약일부터 경과기간 1년미만시 보험가입금액의 50% 지급)	보험가입금액
124대질병(30대경증질병)수술비	약관에서 정한 “124대질병” 중 “30대경증질병”으로 진단이 확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우(계약일부터 경과기간 1년미만시 보험가입금액의 50% 지급)	보험가입금액
124대질병(50대경증질병)수술비	약관에서 정한 “124대질병” 중 “50대경증질병”으로 진단이 확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우(계약일부터 경과기간 1년미만시 보험가입금액의 50% 지급)	보험가입금액
124대질병(7대생활질병)수술비	약관에서 정한 “124대질병” 중 “7대생활질병”으로 진단이 확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우 (계약일부터 경과기간 1년미만시 50% 지급)	보험가입금액
124대질병(치핵)수술비	약관에서 정한 “124대질병” 중 “치핵”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 경우 (계약일부터 경과기간이 1년미만시 보험가입금액의 50%지급)	보험가입금액

※ “124대질병” 중 “눈 관련 질환”으로 레이저(Laser)수술을 받은 경우, 수술개시일부터 그 날을 포함하여 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주합니다.

※ 임신, 출산 및 산후기 중 치핵은 제외합니다.

※ 아래에 해당하는 질병코드를 동시에 진단받은 경우에는 “50대경증질병”이 아닌 “결핵”으로 간주하여 “특정13대질병A”으로 적용합니다.

1. “남성생식기관의 결핵(A18.14)”과 “달리 분류된 질환에서의 전립선장애(N51.0)”
2. “남성생식기관의 결핵(A18.14)”과 “달리 분류된 질환에서의 고환 및 부고환의 장애(N51.1)”
3. “남성생식기관의 결핵(A18.14)”과 “달리 분류된 질환에서의 남성생식기관의 기타 장애(N51.8)”

남성특정비뇨기계질환수술비 (수술1회당)	약관에서 정한 “남성특정비뇨기계질환”으로 진단확정되고, 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우	수술1회당 보험가입금액
호흡기질환수술비(수술1회당)	약관에서 정한 “호흡기질환”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우	수술1회당 보험가입금액
조혈모세포이식수술비(1회한)	보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 장기이식수혜자로서 약관에서 정한 “조혈모세포이식수술”을 받은 경우(최초 1회 지급)	보험가입금액
특정8대기관양성종양및풀립수술비 (연간1회한,급여), 특정8대기관양성종양및풀립수술비 (연간1회한,급여)(갱신형)	약관에서 정한 “특정8대기관 양성종양 및 풀립”으로 진단확정되고, 그 직접적인 치료를 목적으로 약관에서 정한 “급여 특정8대기관 양성종양 및 풀립 수술”을 받은 경우 (연간 1회에 한하여 지급하며, 계약일부터 경과기간 1년 미만시 보험가입금액의 50%지급) ※ 수술의 직접적인 원인, “특정8대기관 양성종양 및 풀립”的 개수, 수술의 종류 및 수술 부위와 상관없이 연간 1회에 한하여 보장합니다.	보험가입금액
특정부인과질병수술비(수술1회당)	약관에서 정한 “특정부인과질병”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우 (계약일부터 경과기간 1년 미만시 보험가입금액의 50% 지급)	수술 1회당 보험가입금액

구 분	지급사유	지급액
이비인후과질환수술비(수술1회당)	약관에서 정한 “이비인후과질환”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우 (계약일부터 경과기간이 1년미만시 보험가입금액의 50% 지급)	수술 1회당 보험가입금액
자궁근종고강도초음파집속술(HIFU)치료비(1회한)	약관에서 정한 “자궁근종”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 “고강도초음파집속술(HIFU)”을 받은 경우 (최초 1회에 한하여 지급. 계약일부터 경과기간이 1년미만시 보험가입금액의 50% 지급)	보험가입금액
특정유방병변진공흡인절제치료비(1회한)	약관에서 정한 “여성 특정유방질환”으로 진단확정되고 여성 특정유방질환의 조직검사 또는 치료를 직접적인 목적으로 “초음파유도하 진공보조장치를 이용한 유방 양성병변 절제술”을 받은 경우 (최초 1회에 한하여 지급. 계약일부터 경과기간이 1년미만시 보험가입금액의 50% 지급)	보험가입금액
특정뇌동맥질환혈관색전술치료비(연간1회한,급여)	약관에서 정한 “특정뇌동맥질환”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 “급여 혈관색전술”을 받은 경우 (연간 1회에 한하여 지급. 계약일부터 경과기간이 1년미만시 보험가입금액의 50% 지급)	보험가입금액
관상동맥성형술치료비(연간1회한,급여)	진단확정된 질병의 직접적인 치료를 목적으로 “급여 관상동맥 성형술”을 받은 경우 (연간 1회에 한하여 지급. 계약일부터 경과기간이 1년미만시 보험가입금액의 50% 지급)	보험가입금액
심장부정맥고주파·냉각절제술치료비(연간1회한,급여)	진단확정된 질병의 직접적인 치료를 목적으로 “급여 심장부정 맥고주파·냉각절제술”을 받은 경우 (연간 1회에 한하여 지급. 계약일부터 경과기간이 1년미만시 보험가입금액의 50% 지급)	보험가입금액
질병입원비(1일이상180일한도)	보험기간 중에 진단확정된 질병으로 1일 이상 입원하여 치료를 받은 경우(1회 입원당 180일 한도)	입원 1일당 보험가입금액
질병입원비(1일이상10일한도)	보험기간 중에 진단확정된 질병으로 1일 이상 입원하여 치료를 받은 경우(1회 입원당 10일 한도)	입원 1일당 보험가입금액
간병인사용질병입원비 II (1일이상180일한도)		

구 분	지급사유	지급액
간병인사용 질병입원비 II (요양병원제외, 1일이상180일한도)	보험기간 중에 진단확정된 질병으로 약관에서 정한 의료기관(요양병원 제외)에 입원하여 치료를 받으며 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우(연간 180일 한도) <ul style="list-style-type: none"> • 간병인 사용금액이 1일당 7만원 미만인 경우 • 간병인 사용금액이 1일당 7만원 이상인 경우 ※ “간병인”이라 함은 유상으로 “간병서비스”를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 “간병서비스”를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다. 단, 다수의 환자가 함께 간병을 받기 위해 공동으로 고용한 공동간병인은 제외합니다.	간병인을 사용한 입원 1일당 보험가입금액의 50% 보험가입금액
간병인사용 질병입원비 II (요양병원, 1 일이상180일한도)	보험기간 중에 진단확정된 질병으로 약관에서 정한 요양병원에 입원하여 치료를 받으며 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우(1회 입원당 180일 한도) ※ “간병인”이라 함은 유상으로 “간병서비스”를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 “간병서비스”를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다. 단, 다수의 환자가 함께 간병을 받기 위해 공동으로 고용한 공동간병인은 제외합니다.	간병인을 사용한 입원1일당 보험가입금액
간병인사용 질병입원비 II (간호간병통합서비스, 1일이상180일한도)	보험기간 중에 진단확정된 질병으로 요양병원을 제외한 의료기관에 입원하여 간호·간병통합서비스를 받은 경우(1회 입원당 180일 한도)	간호·간병통합서비스를 사용한 입원1일당 보험가입금액
질병종합병원1인실입원비 (1일이상30일한도)	보험기간 중에 진단확정된 질병으로 약관에서 정한 종합병원의 1인실에 1일 이상 입원하여 치료를 받은 경우(1회 입원당 30일 한도)	입원 1일당 보험가입금액
질병상급종합병원1인실입원비 (1일이상30일한도)	보험기간 중에 진단확정된 질병으로 약관에서 정한 상급종합병원의 1인실에 1일 이상 입원하여 치료를 받은 경우(1회 입원당 30일 한도)	입원 1일당 보험가입금액
질병종합병원2-3인실입원비 (1일이상30일한도)	보험기간 중에 진단확정된 질병으로 약관에서 정한 종합병원의 2-3인실에 1일 이상 입원하여 치료를 받은 경우(1회 입원당 30일 한도)	입원 1일당 보험가입금액
질병상급종합병원2-3인실입원비 (1일이상30일한도)	보험기간 중에 진단확정된 질병으로 약관에서 정한 상급종합병원의 2-3인실에 1일 이상 입원하여 치료를 받은 경우(1회 입원당 30일 한도)	입원 1일당 보험가입금액
질병증환자실입원비 (1일이상180일한도)	보험기간 중에 진단확정된 질병으로 증환자실에 1일 이상 입원하여 치료를 받은 경우(1회 입원당 180일 한도)	입원 1일당 보험가입금액
질병증환자실입원비 (1일이상30일한도)	보험기간 중에 진단확정된 질병으로 증환자실에 1일 이상 입원하여 치료를 받은 경우(1회 입원당 30일 한도)	입원 1일당 보험가입금액
질병증환자실입원비 (1일이상10일한도)	보험기간 중에 진단확정된 질병으로 증환자실에 1일 이상 입원하여 치료를 받은 경우(1회 입원당 10일 한도)	입원 1일당 보험가입금액
질병상급종합병원입원비 (1일이상180일한도)	보험기간 중에 진단확정된 질병으로 약관에서 정한 상급종합병원에 1일 이상 입원하여 치료를 받은 경우(1회 입원당 180일 한도)	입원 1일당 보험가입금액
독감(인플루엔자)입원비 (1일이상30일한도)	약관에서 정한 “독감(인플루엔자)”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 입원하여 치료를 받은 경우(1회 입원당 30일 한도)	입원 1일당 보험가입금액

구 분	지급사유	지급액
암(4대유사암포함)직접치료입원비 II (요양 병원제외, 1일이상180일한도)	<p>보장개시일 이후 “암(4대유사암포함)”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 요양병원을 제외한 의료기관에 입원하여 치료를 받은 경우(1회 입원당 180일 한도)</p> <ul style="list-style-type: none"> “암”으로 입원시 “갑상선암”으로 입원시 “기타피부암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 입원시 <p>※ “암(4대유사암포함)”은 “암”, “갑상선암”, “기타피부암”, “제자리암”, “경계성종양”을 의미하며, 해당 용어의 정의는 보험약관에 정의한 용어를 따릅니다.</p> <p>※ “암”的 보장개시일은 계약일부터 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.</p>	입원 1일당
암(4대유사암포함)요양병원입원비 II (1일 이상90일한도)	<p>보장개시일 이후 “암(4대유사암포함)”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 요양병원에 입원하여 치료를 받은 경우(1회 입원당 90일 한도)</p> <ul style="list-style-type: none"> “암”으로 입원시 “갑상선암”으로 입원시 “기타피부암”, “제자리암” 또는 “경계성종양”으로 입원시 <p>※ “암(4대유사암포함)”은 “암”, “갑상선암”, “기타피부암”, “제자리암”, “경계성종양”을 의미하며, 해당 용어의 정의는 보험약관에 정의한 용어를 따릅니다.</p> <p>※ “암”的 보장개시일은 계약일부터 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.</p>	입원 1일당
암(4대유사암포함)직접치료상급종합병원 통원비	<p>보장개시일 이후 “암(4대유사암포함)”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원한 경우(지급횟수는 각 세부보장별 1일 통원당 1회)</p> <p>※ “암(4대유사암포함)”은 “암”, “갑상선암”, “기타피부암”, “제자리암”, “경계성종양”을 의미하며, 해당 용어의 정의는 보험약관에 정의한 용어를 따릅니다.</p> <p>※ “암”的 보장개시일은 계약일부터 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.</p> <p>※ “상급종합병원”이라 함은 [의료법 제3조의4(상급종합병원 지정)]에 규정한 상급종합병원을 말합니다. 특히 국립암센터 및 원자력병원은 “2024~2026년 상급종합병원 지정 알림(보건복지부 공고)” 기준 상급종합병원에 해당되지 않습니다.</p>	통원 1회당 보험가입금액
암(4대유사암포함)직접치료통원비(1일1회, 연간30일한)	<p>보장개시일 이후 “암(4대유사암포함)”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원한 경우(지급횟수는 각 세부보장별 1일 통원당 1회, 연간 30일 한도)</p> <p>※ “암(4대유사암포함)”은 “암”, “갑상선암”, “기타피부암”, “제자리암”, “경계성종양”을 의미하며, 해당 용어의 정의는 보험약관에 정의한 용어를 따릅니다.</p> <p>※ “암”的 보장개시일은 계약일부터 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.</p>	통원 1회당 보험가입금액
뇌혈관질환직접치료통원비(1일1회,연간30일한)	<p>약관에서 정한 “뇌혈관질환”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 통원하여 치료를 받은 경우(1일 1회 한, 1회 통원당 30일 한도)</p>	통원 1일당 보험가입금액
허혈성심장질환직접치료통원비(1일1회,연간30일한)	<p>약관에서 정한 “허혈성심장질환”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 통원하여 치료를 받은 경우(1일 1회한, 1회 통원당 30일 한도)</p>	통원 1일당 보험가입금액
보장보험료납입면제지원(암(4대유사암제외),뇌졸중,급성심근경색증)	<p>다음 질병 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생한 경우, 차회 이후의 “납입면제지원대상 보장보험료”를 이 특별약관에 서 잔여 보험료 납입기간동안 계속 자동납입 하여 드립니다.</p> <p>▷ 약관에서 정한 “암”에 대한 보장개시일 이후 “암”으로 진단확정된 경우</p> <p>▷ 약관에서 정한 “뇌졸중” 또는 “급성심근경색증”으로 진단확정된 경우</p> <p>※ “암”에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.</p>	약관에서 정하는 “납입면제지원대상보장보험료”

구 분	지급사유	지급액
보장보험료납입면제지원(암(4대유사암제외))	약관에서 정한 "암"에 대한 보장개시일 이후 "암"으로 진단확정된 경우, 차회 이후의 "납입면제지원대상 보장보험료"를 이 특별약관에서 잔여 보험료 납입기간동안 계속 자동납입하여 드립니다. ※ "암"에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.	약관에서 정하는 "납입면제지원대상상보장보험료"
보장보험료50%납입지원 II (4대유사암)	약관에서 정한 "4대유사암"으로 진단확정된 경우 (최초 1회에 한하여, 보장보험료 납입지원기간 동안 매년 보험금 지급사유 발생일에 1회 지급액 확정지급) ※ "4대유사암"은 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암", "경계성종양"을 말합니다. ※ "보장보험료 납입지원기간"이라 함은 보험금 지급사유 발생일부터 이 특별약관의 보험기간 종료일 이전까지의 기간을 말합니다. ※ "납입지원대상 보장보험료"라 함은 약관에서 정한 "납입지원대상 보장"의 납입 1회당 보장보험료를 말합니다. ※ "당해연도 납입지원 개월수"라 함은 보험금 지급사유 발생일부터 그 날을 포함하여 매 1년 단위로 도래하는 보험금 지급사유 발생일(최초 보험금 지급사유 발생일과 동일한 월, 일을 말합니다) 전일까지의 월단위 기간(월단위 미만의 끝수는 버립니다)을 말합니다. 다만, 보험기간 종료일이 포함되어 있는 당해연도의 경우, 보험기간 종료일 전일까지의 월단위 기간을 말합니다.	1회 지급액 : "납입지원대상 보장보험료"의 50% × 당해연도 납입지원 개월수
2대질병진단후특정치료비 (진단후10년,연간1회한)	보험기간중에 약관에서 정한 "2대질병"으로 진단확정 되고 "2대질병 보험금 지급기간" 이내에 "2대질병"으로 "2대질병 특정치료"를 받은 경우(연간1회 지급) ※ 2대질병 보험금 지급기간 : "2대질병" 최초 진단확정일을 포함하여 10년까지의 기간	보험가입금액
2대질병진단후특정치료비(상급종합병원,권역심뇌혈관질환센터) (진단후10년,연간1회한)	보험기간중에 약관에서 정한 "2대질병"으로 진단확정 되고 "2대질병 보험금 지급기간" 이내에 "2대질병 특정치료"를 받은시점 기준 상급종합병원 또는 권역심뇌혈관질환센터에서 "2대질병"으로 "2대질병 특정치료"를 받은 경우(연간1회 지급) ※ 2대질병 보험금 지급기간 : "2대질병" 최초 진단확정일을 포함하여 10년까지의 기간	보험가입금액
2대질병특정치료비(요양병원제외,연간1회한)	보험기간중에 약관에서 정한 "2대질병"으로 진단확정 되고 그 직접적인 치료를 목적으로 요양병원을 제외한 의료기관에서 "2대질병 특정치료"를 받은 경우 (연간1회 지급. 단 계약일부터 경과기간 1년 미만시 보험가입 금액의 50% 지급)	보험가입금액
경증순환계질환특정치료비(요양병원제외,연간1회한)	보험기간중에 약관에서 정한 "경증순환계질환"으로 진단확정 되고 그 직접적인 치료를 목적으로 요양병원을 제외한 의료기관에서 "경증순환계질환 특정치료"를 받은 경우 (연간1회 지급. 단 계약일부터 경과기간 1년 미만시 보험가입 금액의 50% 지급)	보험가입금액
중등증순환계질환특정치료비(요양병원제외,연간1회한)	보험기간중에 약관에서 정한 "중등증순환계질환"으로 진단확정 되고 그 직접적인 치료를 목적으로 요양병원을 제외한 의료기관에서 "중등증순환계질환 특정치료"를 받은 경우 (연간1회 지급. 단 계약일부터 경과기간 1년 미만시 보험가입 금액의 50% 지급)	보험가입금액

구 분	지급사유	지급액
중증순환계질환특정치료비(요양병원제외, 연간1회한)	보험기간중에 약관에서 정한 “중증순환계질환”으로 진단확정 되고 그 직접적인 치료를 목적으로 요양병원을 제외한 의료기관에서 “중증순환계질환 특정치료”를 받은 경우 (연간1회 지급. 단 계약일부터 경과기간 1년 미만시 보험가입금액의 50% 지급)	보험가입금액
중등증 II 순환계질환특정치료비(요양병원제외,연간1회한)	보험기간중에 약관에서 정한 “중등증 II 순환계질환”으로 진단확정 되고 그 직접적인 치료를 목적으로 요양병원을 제외한 의료기관에서 “중등증 II 순환계질환 특정치료”를 받은 경우 (연간1회 지급. 단 계약일부터 경과기간 1년 미만시 보험가입금액의 50% 지급)	보험가입금액
질병수술비(특정10대질병제외)	보험기간 중에 진단확정된 질병(특정10대질병제외)의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우 (동일한 질병을 직접적인 원인으로 두종류 이상 또는 같은 종류의 질병수술을 2회 이상 받은 경우에는 1회에 한하여 지급) ※ “특정10대질병”이란 약관상 특정10대질병 분류표에서 정한 관절염, 백내장, 생식기질환, 피부질환, 후각특정질환, 유방의 장애 및 양성 신생물, 갑상선 질환 및 양성신생물, 피부종양, 대장용종 및 특정 눈 및 귀 질환(결막의 기타 장애 포함)을 말합니다.	보험가입금액
질병수술비(특정4대질병 II 제외)	보험기간 중에 진단확정된 질병(특정4대질병 II 제외)의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우 (동일한 질병을 직접적인 원인으로 두종류 이상 또는 같은 종류의 질병수술을 2회 이상 받은 경우에는 1회에 한하여 지급) ※ “특정4대질병 II ”란 약관상 특정4대질병 분류표에서 정한 티눈 및 굳은살, 특정 눈 및 귀 질환(결막의 기타 장애 포함), 백내장 및 대장용종을 말합니다.	보험가입금액
질병상급종합병원수술비 (특정10대질병제외)	보험기간 중에 진단확정된 질병(특정10대질병제외)의 직접적인 치료를 목적으로 수술시점 기준 상급종합병원에서 수술을 받은 경우 (동일한 질병을 직접적인 원인으로 두종류 이상 또는 같은 종류의 질병수술을 2회 이상 받은 경우에는 1회에 한하여 지급) ※ “특정10대질병”이란 약관상 특정10대질병 분류표에서 정한 관절염, 백내장, 생식기질환, 피부질환, 후각특정질환, 유방의 장애 및 양성 신생물, 갑상선 질환 및 양성신생물, 피부종양, 대장용종 및 특정 눈 및 귀 질환(결막의 기타 장애 포함)을 말합니다.	보험가입금액
폐렴진단비	약관에서 정한 “폐렴”으로 진단확정된 경우 (최초1회 지급. 단, 계약일로부터 경과기간 1년 미만시 보험가입금액의 50%지급)	보험가입금액
천식진단비	약관에서 정한 “천식”으로 진단확정된 경우 (최초1회 지급. 단, 계약일로부터 경과기간 1년 미만시 보험가입금액의 50%지급)	보험가입금액
파혈증진단비	약관에서 정한 “파혈증”으로 진단확정된 경우 (최초1회 지급. 단, 계약일로부터 경과기간 1년 미만시 보험가입금액의 50%지급)	보험가입금액
주요폐질환진단비	약관에서 정한 “주요폐질환”으로 진단확정된 경우 (최초1회 지급. 단, 계약일로부터 경과기간 1년 미만시 보험가입금액의 50%지급)	보험가입금액
외부요인으로인한폐질환진단비	약관에서 정한 “외부요인으로인한폐질환”으로 진단확정된 경우 (최초1회 지급. 단, 계약일로부터 경과기간 1년 미만시 보험가입금액의 50%지급)	보험가입금액

구 분	지급사유	지급액
폐렴진단비(연간1회한)	약관에서 정한 “폐렴”으로 진단확정된 경우 (연간1회 지급. 단, 계약일로부터 경과기간 1년 미만시 보험가입금액의 50%지급)	보험가입금액
폐혈증진단비(연간1회한)	약관에서 정한 “폐혈증”으로 진단확정된 경우 (연간1회 지급. 단, 계약일로부터 경과기간 1년 미만시 보험가입금액의 50%지급)	보험가입금액
주요폐질환진단비(연간1회한)	약관에서 정한 “주요폐질환”으로 진단확정된 경우 (연간1회 지급. 단, 계약일로부터 경과기간 1년 미만시 보험가입금액의 50%지급)	보험가입금액
외부요인으로인한폐질환진단비(연간1회한)	약관에서 정한 “외부요인으로인한폐질환”으로 진단확정된 경우 (연간1회 지급. 단, 계약일로부터 경과기간 1년 미만시 보험가입금액의 50%지급)	보험가입금액
통합암(4대유사암제외)진단비 III , 통합암(4대유사암제외)진단비 III (갱신형)		
통합암(4대유사암제외)진단비 III (난소암), 통합암(4대유사암제외)진단비 III (난소암) (갱신형)	보장개시일 이후 약관에서 정한 “난소암”으로 진단확정된 경우	보험가입금액
통합암(4대유사암제외)진단비 III (남성생식기관및유방암), 통합암(4대유사암제외)진단비 III (남성생식기관및유방암)(갱신형)	보장개시일 이후 약관에서 정한 “남성생식기관및유방암”으로 진단확정된 경우	보험가입금액
통합암(4대유사암제외)진단비 III (눈,뇌,중추신경계통및내분비선암), 통합암(4대유사암제외)진단비 III (눈,뇌,중추신경계통및내분비선암)(갱신형)	보장개시일 이후 약관에서 정한 “눈,뇌,중추신경계통및내분비선암”으로 진단확정된 경우	보험가입금액
통합암(4대유사암제외)진단비 III (대장암), 통합암(4대유사암제외)진단비 III (대장암) (갱신형)	보장개시일 이후 약관에서 정한 “대장암”으로 진단확정된 경우	보험가입금액
통합암(4대유사암제외)진단비 III (림프및조혈관련특정암), 통합암(4대유사암제외)진단비 III (림프및조혈관련특정암)(갱신형)	보장개시일 이후 약관에서 정한 “림프및조혈관련특정암”으로 진단확정된 경우	보험가입금액
통합암(4대유사암제외)진단비 III (비뇨기관암(요로암)), 통합암(4대유사암제외)진단비 III (비뇨기관암(요로암))(갱신형)	보장개시일 이후 약관에서 정한 “비뇨기관암(요로암)”으로 진단확정된 경우	보험가입금액
통합암(4대유사암제외)진단비 III (뼈,관절,악성흑색종,중피성및연조직암),통합암(4대유사암제외)진단비 III (뼈,관절,악성흑색종,중피성및연조직암)(갱신형)	보장개시일 이후 약관에서 정한 “뼈,관절,악성흑색종,중피성및연조직암”으로 진단확정된 경우	보험가입금액
통합암(4대유사암제외)진단비 III (유방암), 통합암(4대유사암제외)진단비 III (유방암) (갱신형)	보장개시일 이후 약관에서 정한 “유방암”으로 진단확정된 경우	보험가입금액
통합암(4대유사암제외)진단비 III (입술,구강및인두암),통합암(4대유사암제외)진단비 III (입술,구강및인두암)(갱신형)	보장개시일 이후 약관에서 정한 “입술,구강및인두암”으로 진단확정된 경우	보험가입금액

구 분	지급사유	지급액
통합암(4대유사암제외)진단비 III (자궁관련암), 통합암(4대유사암제외)진단비 III (자궁관련암)(갱신형)	보장개시일 이후 약관에서 정한 “자궁관련암”으로 진단확정된 경우	보험가입금액
통합암(4대유사암제외)진단비 III (특정소화기관암), 통합암(4대유사암제외)진단비 III (특정소화기관암)(갱신형)	보장개시일 이후 약관에서 정한 “특정소화기관암”으로 진단확정된 경우	보험가입금액
통합암(4대유사암제외)진단비 III (특정여성생식기관암), 통합암(4대유사암제외)진단비 III (특정여성생식기관암)(갱신형)	보장개시일 이후 약관에서 정한 “특정여성생식기관암”으로 진단확정된 경우	보험가입금액
통합암(4대유사암제외)진단비 III (특정호흡기및흉곽내기관암), 통합암(4대유사암제외)진단비 III (특정호흡기및흉곽내기관암)(갱신형)	보장개시일 이후 약관에서 정한 “특정호흡기및흉곽내기관암”으로 진단확정된 경우	보험가입금액
통합암(4대유사암제외)진단비 III (폐암), 통합암(4대유사암제외)진단비 III (폐암)(갱신형)	보장개시일 이후 약관에서 정한 “폐암”으로 진단확정된 경우	보험가입금액
※ 각 세부보장별 최초 1회 지급, 단, 계약일부터 경과기간 1년 미만시 보험가입금액의 50% 지급, 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 전이암(2차암)과 4대 유사암(기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양)은 보장되지 않습니다.		
통합암(4대유사암제외, 전이암포함)진단비 II, 통합암(4대유사암제외, 전이암포함)진단비 II (갱신형)		
통합암(4대유사암제외, 전이암포함)진단비 II (난소암), 통합암(4대유사암제외, 전이암포함)진단비 II (난소암)(갱신형)	보장개시일 이후 약관에서 정한 “난소암(전이암포함)”으로 진단확정된 경우	보험가입금액
통합암(4대유사암제외, 전이암포함)진단비 II (남성생식기관및유방암), 통합암(4대유사암제외, 전이암포함)진단비 II (남성생식기관및유방암)(갱신형)	보장개시일 이후 약관에서 정한 “남성생식기관및유방암(전이암포함)”으로 진단확정된 경우	보험가입금액
통합암(4대유사암제외, 전이암포함)진단비 II (눈, 뇌, 종추신경계통및내분비선암), 통합암(4대유사암제외, 전이암포함)진단비 II (눈, 뇌, 종추신경계통및내분비선암)(갱신형)	보장개시일 이후 약관에서 정한 “눈, 뇌, 종추신경계통및내분비선암(전이암포함)”으로 진단확정된 경우	보험가입금액
통합암(4대유사암제외, 전이암포함)진단비 II (대장암), 통합암(4대유사암제외, 전이암포함)진단비 II (대장암)(갱신형)	보장개시일 이후 약관에서 정한 “대장암(전이암포함)”으로 진단확정된 경우	보험가입금액
통합암(4대유사암제외, 전이암포함)진단비 II (비뇨기관암(요로암)), 통합암(4대유사암제외, 전이암포함)진단비 II (비뇨기관암(요로암))(갱신형)	보장개시일 이후 약관에서 정한 “비뇨기관암(요로암)(전이암포함)”으로 진단확정된 경우	보험가입금액
통합암(4대유사암제외, 전이암포함)진단비 II (뼈, 관절, 악성흑색종, 중피성및연조직암), 통합암(4대유사암제외, 전이암포함)진단비 II (뼈, 관절, 악성흑색종, 중피성및연조직암)(갱신형)	보장개시일 이후 약관에서 정한 “뼈, 관절, 악성흑색종, 중피성및연조직암(전이암포함)”으로 진단확정된 경우	보험가입금액
통합암(4대유사암제외, 전이암포함)진단비 II (유방암), 통합암(4대유사암제외, 전이암포함)진단비 II (유방암)(갱신형)	보장개시일 이후 약관에서 정한 “유방암(전이암포함)”으로 진단확정된 경우	보험가입금액
통합암(4대유사암제외, 전이암포함)진단비 II (입술, 구강및인두암), 통합암(4대유사암제외, 전이암포함)진단비 II (입술, 구강및인두암)(갱신형)	보장개시일 이후 약관에서 정한 “입술, 구강및인두암”으로 진단확정된 경우	보험가입금액

구 분	지급사유	지급액
통합암(4대유사암제외, 전이암포함)진단비 Ⅱ(자궁관련암), 통합암(4대유사암제외, 전이암포함)진단비 Ⅱ(자궁관련암)(갱신형)	보장개시일 이후 약관에서 정한 "자궁관련암"으로 진단확정된 경우	보험가입금액
통합암(4대유사암제외, 전이암포함)진단비 Ⅱ(특정소화기관암), 통합암(4대유사암제외, 전이암포함)진단비 Ⅱ(특정소화기관암)(갱신형)	보장개시일 이후 약관에서 정한 "특정소화기관암(전이암포함)"으로 진단확정된 경우	보험가입금액
통합암(4대유사암제외, 전이암포함)진단비 Ⅱ(특정여성생식기관암), 통합암(4대유사암제외, 전이암포함)진단비 Ⅱ(특정여성생식기관암)(갱신형)	보장개시일 이후 약관에서 정한 "특정여성생식기관암(전이암포함)"으로 진단확정된 경우	보험가입금액
통합암(4대유사암제외, 전이암포함)진단비 Ⅱ(특정호흡기및흉곽내기관암), 통합암(4대유사암제외, 전이암포함)진단비 Ⅱ(특정호흡기및흉곽내기관암)(갱신형)	보장개시일 이후 약관에서 정한 "특정호흡기및흉곽내기관암(전이암포함)"으로 진단확정된 경우	보험가입금액
통합암(4대유사암제외, 전이암포함)진단비 Ⅱ(폐암), 통합암(4대유사암제외, 전이암포함)진단비 Ⅱ(폐암)(갱신형)	보장개시일 이후 약관에서 정한 "폐암(전이암포함)"으로 진단확정된 경우	보험가입금액
통합암(4대유사암제외, 전이암포함)진단비 Ⅱ(혈액암), 통합암(4대유사암제외, 전이암포함)진단비 Ⅱ(혈액암)(갱신형)	보장개시일 이후 약관에서 정한 "혈액암"으로 진단확정된 경우	보험가입금액
※각 세부보장별 최초 1회 지급, 단, 계약일부터 경과기간 1년 미만시 보험가입금액의 50% 지급, 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 4대 유사암(기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양)은 보장되지 않습니다.		
통합암(4대유사암제외, 전이암포함)항암방사선약물치료비 Ⅱ(세부보장별각1회한), 통합암(4대유사암제외, 전이암포함)항암방사선약물치료비 Ⅱ(세부보장별각1회한)(갱신형)		
통합암(4대유사암제외, 전이암포함)항암방사선약물치료비 Ⅱ(난소암)(1회한), 통합암(4대유사암제외, 전이암포함)항암방사선약물치료비 Ⅱ(난소암)(1회한)(갱신형)	보장개시일 이후 약관에서 정한 "난소암(전이암포함)"으로 진단 확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 "항암방사선치료" 또는 "항암약물치료"를 받은 경우	보험가입금액
통합암(4대유사암제외, 전이암포함)항암방사선약물치료비 Ⅱ(남성생식기관및유방암)(1회한), 통합암(4대유사암제외, 전이암포함)항암방사선약물치료비 Ⅱ(남성생식기관및유방암)(1회한)(갱신형)	보장개시일 이후 약관에서 정한 "남성생식기관및유방암(전이암포함)"으로 진단 확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 "항암방사선치료" 또는 "항암약물치료"를 받은 경우	보험가입금액
통합암(4대유사암제외, 전이암포함)항암방사선약물치료비 Ⅱ(눈, 뇌, 중추신경계통및내분비선암)(1회한), 통합암(4대유사암제외, 전이암포함)항암방사선약물치료비 Ⅱ(눈, 뇌, 중추신경계통및내분비선암)(1회한)(갱신형)	보장개시일 이후 약관에서 정한 "눈, 뇌, 중추신경계통및내분비선암(전이암포함)"으로 진단 확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 "항암방사선치료" 또는 "항암약물치료"를 받은 경우	보험가입금액
통합암(4대유사암제외, 전이암포함)항암방사선약물치료비 Ⅱ(대장암)(1회한), 통합암(4대유사암제외, 전이암포함)항암방사선약물치료비 Ⅱ(대장암)(1회한)(갱신형)	보장개시일 이후 약관에서 정한 "대장암(전이암포함)"으로 진단 확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 "항암방사선치료" 또는 "항암약물치료"를 받은 경우	보험가입금액
통합암(4대유사암제외, 전이암포함)항암방사선약물치료비 Ⅱ(비뇨기관암(요로암))(1회한), 통합암(4대유사암제외, 전이암포함)항암방사선약물치료비 Ⅱ(비뇨기관암(요로암))(1회한)(갱신형)	보장개시일 이후 약관에서 정한 "비뇨기관암(요로암)(전이암포함)"으로 진단 확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 "항암방사선치료" 또는 "항암약물치료"를 받은 경우	보험가입금액

구 분	지급사유	지급액
통합암(4대유사암제외, 전이암포함)항암방사선약물치료비 Ⅱ (뼈, 관절, 악성흑색종, 중피성및연조직암)(1회한), 통합암(4대유사암제외, 전이암포함)항암방사선약물치료비 Ⅱ (뼈, 관절, 악성흑색종, 중피성및연조직암)(1회한)(갱신형)	보장개시일 이후 약관에서 정한 “뼈, 관절, 악성흑색종, 중피성및연조직암(전이암포함)”으로 진단 확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 “항암방사선치료” 또는 “항암약물치료”를 받은 경우	보험가입금액
통합암(4대유사암제외, 전이암포함)항암방사선약물치료비 Ⅱ (유방암)(1회한), 통합암(4대유사암제외, 전이암포함)항암방사선약물치료비 Ⅱ (유방암)(1회한)(갱신형)	보장개시일 이후 약관에서 정한 “유방암(전이암포함)”으로 진단 확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 “항암방사선치료” 또는 “항암약물치료”를 받은 경우	보험가입금액
통합암(4대유사암제외, 전이암포함)항암방사선약물치료비 Ⅱ (입술, 구강및인두암)(1회한), 통합암(4대유사암제외, 전이암포함)항암방사선약물치료비 Ⅱ (입술, 구강및인두암)(1회한)(갱신형)	보장개시일 이후 약관에서 정한 “입술, 구강및인두암”으로 진단 확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 “항암방사선치료” 또는 “항암약물치료”를 받은 경우	보험가입금액
통합암(4대유사암제외, 전이암포함)항암방사선약물치료비 Ⅱ (자궁관련암)(1회한), 통합암(4대유사암제외, 전이암포함)항암방사선약물치료비 Ⅱ (자궁관련암)(1회한)(갱신형)	보장개시일 이후 약관에서 정한 “자궁관련암”으로 진단 확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 “항암방사선치료” 또는 “항암약물치료”를 받은 경우	보험가입금액
통합암(4대유사암제외, 전이암포함)항암방사선약물치료비 Ⅱ (특정소화기관암)(1회한), 통합암(4대유사암제외, 전이암포함)항암방사선약물치료비 Ⅱ (특정소화기관암)(1회한)(갱신형)	보장개시일 이후 약관에서 정한 “특정소화기관암(전이암포함)”으로 진단 확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 “항암방사선치료” 또는 “항암약물치료”를 받은 경우	보험가입금액
통합암(4대유사암제외, 전이암포함)항암방사선약물치료비 Ⅱ (특정여성생식기관암)(1회한), 통합암(4대유사암제외, 전이암포함)항암방사선약물치료비 Ⅱ (특정여성생식기관암)(1회한)(갱신형)	보장개시일 이후 약관에서 정한 “특정여성생식기관암(전이암포함)”으로 진단 확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 “항암방사선치료” 또는 “항암약물치료”를 받은 경우	보험가입금액
통합암(4대유사암제외, 전이암포함)항암방사선약물치료비 Ⅱ (특정호흡기및흉곽내기관암)(1회한), 통합암(4대유사암제외, 전이암포함)항암방사선약물치료비 Ⅱ (특정호흡기및흉곽내기관암)(1회한)(갱신형)	보장개시일 이후 약관에서 정한 “특정호흡기및흉곽내기관암(전이암포함)”으로 진단 확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 “항암방사선치료” 또는 “항암약물치료”를 받은 경우	보험가입금액
통합암(4대유사암제외, 전이암포함)항암방사선약물치료비 Ⅱ (폐암)(1회한), 통합암(4대유사암제외, 전이암포함)항암방사선약물치료비 Ⅱ (폐암)(1회한)(갱신형)	보장개시일 이후 약관에서 정한 “폐암(전이암포함)”으로 진단 확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 “항암방사선치료” 또는 “항암약물치료”를 받은 경우	보험가입금액
통합암(4대유사암제외, 전이암포함)항암방사선약물치료비 Ⅱ (혈액암)(1회한), 통합암(4대유사암제외, 전이암포함)항암방사선약물치료비 Ⅱ (혈액암)(1회한)(갱신형)	보장개시일 이후 약관에서 정한 “혈액암”으로 진단 확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 “항암방사선치료” 또는 “항암약물치료”를 받은 경우	보험가입금액
※각 세부보장별 최초 1회 지급, 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 4대 유사암(기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양)은 보장되지 않습니다.		

구 분	지급사유	지급액
하이클래스Ⅲ 암(4대유사암제외) 항암방사선치료비(연간1회한), 하이클래스Ⅲ 암(4대유사암제외) 항암방사선치료비(연간1회한)(갱신형)	<p>보장개시일 이후 약관에서 정한 “암”으로 진단 확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 “하이클래스Ⅲ 항암방사선치료”를 받은 경우(연간1회 지급)</p> <p>※ “암”에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.</p> <p>※ “하이클래스Ⅲ 항암방사선치료”란 약관상 “항암방사선치료” 치료 중 “전액본인부담금여 항암방사선치료” 및 “급여 인정기준 이외 항암방사선치료(비급여 포함)”을 말합니다.</p>	보험가입금액
하이클래스Ⅲ 특정유사암항암방사선치료비(연간1회한), 하이클래스Ⅲ 특정유사암항암방사선치료비(연간1회한)(갱신형)	<p>약관에서 정한 “기타피부암” 및 “갑상선암”으로 진단 확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 “하이클래스Ⅲ 항암방사선치료”를 받은 경우(연간1회 지급)</p> <p>※ “암”에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.</p> <p>※ “하이클래스Ⅲ 항암방사선치료”란 약관상 “항암방사선치료” 치료 중 “전액본인부담금여 항암방사선치료” 및 “급여 인정기준 이외 항암방사선치료(비급여 포함)”을 말합니다.</p>	보험가입금액
하이클래스Ⅲ 암(4대유사암제외) 항암약물치료비(연간1회한), 하이클래스Ⅲ 암(4대유사암제외) 항암약물치료비(연간1회한)(갱신형)	<p>보장개시일 이후 약관에서 정한 “암”으로 진단 확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 “하이클래스Ⅲ 항암약물치료”를 받은 경우(연간1회 지급)</p> <p>※ “암”에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.</p> <p>※ “하이클래스Ⅲ 항암약물치료”란 약관상 “항암약물치료” 치료 중 “전액본인부담금여 항암약물치료” 및 “급여 인정기준 이외 항암약물치료(비급여 포함)”을 말합니다.</p>	보험가입금액
하이클래스Ⅲ 특정유사암항암약물치료비(연간1회한), 하이클래스Ⅲ 특정유사암항암약물치료비(연간1회한)(갱신형)	<p>약관에서 정한 “기타피부암” 및 “갑상선암”으로 진단 확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 “하이클래스Ⅲ 항암약물치료”를 받은 경우(연간1회 지급)</p> <p>※ “하이클래스Ⅲ 항암약물치료”란 약관상 “항암약물치료” 치료 중 “전액본인부담금여 항암약물치료” 및 “급여 인정기준 이외 항암약물치료(비급여 포함)”을 말합니다.</p>	보험가입금액

■ 상해 및 질병관련 특별약관

구 분	지급사유	지급액
입원생활비(연간180일한도)	보험기간중에 진단확정된 질병 또는 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 1일 이상 입원하여 치료를 받은 경우(연간 180일 한도)	입원 1일당 보험가입금액
종합병원입원생활비(연간180일한도)	보험기간중에 진단확정된 질병 또는 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 종합병원에 1일 이상 입원하여 치료를 받은 경우(연간 180일 한도)	입원 1일당 보험가입금액
상급종합병원입원생활비(연간180일한도)	보험기간중에 진단확정된 질병 또는 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 상급종합병원에 1일 이상 입원하여 치료를 받은 경우(연간 180일 한도)	입원 1일당 보험가입금액
종합병원1인실, 2~3인실입원생활비(각연간30일한도)	보험기간중에 진단확정된 질병 또는 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 종합병원의 1인실에 1일 이상 입원하여 치료를 받은 경우 또는 종합병원의 2~3인실에 1일 이상 입원하여 치료를 받은 경우(각각 연간 30일 한도) <ul style="list-style-type: none"> • 종합병원의 1인실에 입원한 경우 • 종합병원의 2~3인실에 입원한 경우 	입원 1일당 보험가입금액 보험가입금액의 50%
상급종합병원1인실, 2~3인실입원생활비(각연간30일한도)	보험기간중에 진단확정된 질병 또는 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 상급종합병원의 1인실에 1일 이상 입원하여 치료를 받은 경우 또는 상급종합병원의 2~3인실에 1일 이상 입원하여 치료를 받은 경우(각각 연간 30일 한도) <ul style="list-style-type: none"> • 상급종합병원의 1인실에 입원한 경우 • 상급종합병원의 2~3인실에 입원한 경우 	입원 1일당 보험가입금액 보험가입금액의 50%
간병인사용입원생활비(요양병원제외, 연간 180일한도)	보험기간중에 진단확정된 질병 또는 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 요양병원을 제외한 의료기관에 입원하여 치료를 받으며 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우(연간 180일 한도) <ul style="list-style-type: none"> • 간병인 사용금액이 1일당 7만원 미만인 경우 • 간병인 사용금액이 1일당 7만원 이상인 경우 ※ “간병인”이라 함은 유상으로 “간병서비스”를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 “간병서비스”를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.	간병인을 사용한 입원 1일당 보험가입금액의 50% 보험가입금액 ※ “간병인”이라 함은 유상으로 “간병서비스”를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 “간병서비스”를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.
간병인사용입원생활비(요양병원, 연간180일한도)	보험기간중에 진단확정된 질병 또는 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 요양병원에 입원하여 치료를 받으며 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우(연간 180일 한도) <ul style="list-style-type: none"> • 간병인 사용금액이 1일당 7만원 미만인 경우 • 간병인 사용금액이 1일당 7만원 이상인 경우 ※ “간병인”이라 함은 유상으로 “간병서비스”를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 “간병서비스”를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.	간병인을 사용한 입원 1일당 보험가입금액 ※ “간병인”이라 함은 유상으로 “간병서비스”를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 “간병서비스”를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.

구 분	지급사유	지급액
간호·간병통합서비스입원생활비(요양병원 제외, 연간 180일 한도)	보험기간중에 진단확정된 질병 또는 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 요양병원을 제외한 의료기관에 입원하여 「의료법」 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)(【부록】 참조)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우(연간 180일 한도)	간호·간병통합서비스를 사용한 1일당 보험가입금액
간병인사용입원지원금(간병인사용금액연간200만원이상)		
간병인사용입원지원금(요양병원제외, 간 병인비용연간200만원이상)	<p>보험기간중에 진단확정된 질병 또는 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 요양병원을 제외한 의료기관에 입원하여 치료를 받으며 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우 “연간 간병인사용 금액”에 “연간 간병인사용 금액”에 따라 연간 1회 지급</p> <ul style="list-style-type: none"> - 200만원 이상 300만원 미만 : 보험가입금액의 5% - 300만원 이상 500만원 미만 : 보험가입금액의 10% - 500만원 이상 700만원 미만 : 보험가입금액의 10% - 700만원 이상 1,000만원 미만 : 보험가입금액의 10% - 1,000만원 이상 1,500만원 미만 : 보험가입금액의 15% - 1,500만원 이상 2,000만원 미만 : 보험가입금액의 25% - 2,000만원 이상 : 보험가입금액의 25% <p>※ “간병인”이라 함은 유상으로 “간병서비스”를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 “간병서비스”를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.</p>	
간병인사용입원지원금(요양병원, 간병인 비용연간200만원이상)	<p>보험기간중에 진단확정된 질병 또는 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 요양병원에 입원하여 치료를 받으며 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우 “연간 간병인사용 금액”에 “연간 간병인사용 금액”에 따라 연간 1회 지급</p> <ul style="list-style-type: none"> - 200만원 이상 300만원 미만 : 보험가입금액의 5% - 300만원 이상 500만원 미만 : 보험가입금액의 10% - 500만원 이상 700만원 미만 : 보험가입금액의 10% - 700만원 이상 1,000만원 미만 : 보험가입금액의 10% - 1,000만원 이상 1,500만원 미만 : 보험가입금액의 15% - 1,500만원 이상 2,000만원 미만 : 보험가입금액의 25% - 2,000만원 이상 : 보험가입금액의 25% <p>※ “간병인”이라 함은 유상으로 “간병서비스”를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 “간병서비스”를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.</p>	
입원생활비 (요양, 정신, 한방병원제외, 연간181일이상)	보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 약관에서 정한 요양병원, 정신병원 및 한방병원을 제외한 의료기관에 연간 181일 이상 입원하여 치료를 받은 경우(연간 185일 한도)	연간 180일을 초과하는 입원1일당 보험가입금액
종합병원입원생활비(연간181일이상)	보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 약관에서 정한 종합병원에 연간 181일 이상 입원하여 치료를 받은 경우(연간 185일 한도)	연간 180일을 초과하는 입원1일당 보험가입금액

구 분	지급사유	지급액
간병인사용입원생활비 (요양, 정신, 한방병원제외, 연간181일이상)	<p>보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 약관에서 정한 요양병원, 정신병원 및 한방병원을 제외한 의료기관에 연간 181일 이상 입원하여 치료를 받으며 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우(연간 185일 한도)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 간병인 사용금액이 1일당 7만원 미만인 경우 • 간병인 사용금액이 1일당 7만원 이상인 경우 <p>※ “간병인”이라 함은 유상으로 “간병서비스”를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 “간병서비스”를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.</p>	<p>연간 180일을 초과하는 간병인을 사용한 입원 1일당</p> <p>보험가입금액의 50%</p> <p>보험가입금액</p>
간병인사용입원생활비 (요양병원, 연간181일이상)	<p>보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 약관에서 정한 요양병원에 연간 181일이상 입원하여 치료를 받으며 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우(연간 185일 한도)</p> <p>※ “간병인”이라 함은 유상으로 “간병서비스”를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 “간병서비스”를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.</p>	<p>연간 180일을 초과하는 간병인을 사용한 입원 1일당</p> <p>보험가입금액</p>
간호간병통합서비스입원생활비 (요양, 정신, 한방병원제외, 연간181일이상)	<p>보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 약관에서 정한 요양병원, 정신병원 및 한방병원을 제외한 의료기관에 연간 181일이상 입원하여 「의료법」 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)(【부록】 참조)에서 정한 간호·간병통합서비스를 사용한 경우(연간 185일 한도)</p>	<p>연간 180일을 초과하는 간호·간병통합서비스를 사용한 입원 1일당</p> <p>보험가입금액</p>
간병인사용입원생활비 II (요양병원제외, 연간180일한도)	<p>보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 약관에서 정한 요양병원을 제외한 의료기관에 입원하여 치료를 받으며 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우(연간 180일 한도)</p> <p>※ “간병인”이라 함은 유상으로 “간병서비스”를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 “간병서비스”를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다. 단, 다수의 환자가 함께 간병을 받기 위해 공동으로 고용한 공동간병인은 제외합니다.</p>	<p>간병인을 사용한 입원 1일당</p> <p>보험가입금액</p>
간병인사용입원생활비 II (요양병원, 연간180일한도)	<p>보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 약관에서 정한 요양병원에 입원하여 치료를 받으며 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우(연간 180일 한도)</p> <p>※ “간병인”이라 함은 유상으로 “간병서비스”를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 “간병서비스”를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다. 단, 다수의 환자가 함께 간병을 받기 위해 공동으로 고용한 공동간병인은 제외합니다.</p>	<p>간병인을 사용한 입원 1일당</p> <p>보험가입금액</p>

구 분	지급사유	지급액
간병인사용입원생활비 II (요양, 정신, 한방병원제외, 연간181일이상)	<p>보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 약관에서 정한 요양병원, 정신병원 및 한방병원을 제외한 의료기관에 연간 181일이상 입원하여 치료를 받으며 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우(연간 185일 한도)</p> <p>※ “간병인”이라 함은 유상으로 “간병서비스”를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 “간병서비스”를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다. 단, 다수의 환자가 함께 간병을 받기 위해 공동으로 고용한 공동간병인은 제외합니다.</p>	연간 180일을 초과하는 간병인을 사용한 입원 1일당 보험가입금액
간병인사용입원생활비 II (요양병원, 연간181일이상)	<p>보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 요양병원에 연간 181일이상 입원하여 치료를 받으며 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우(연간 185일 한도)</p> <p>※ “간병인”이라 함은 유상으로 “간병서비스”를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 “간병서비스”를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다. 단, 다수의 환자가 함께 간병을 받기 위해 공동으로 고용한 공동간병인은 제외합니다.</p>	연간 180일을 초과하는 간병인을 사용한 입원 1일당 보험가입금액
특정쇼크(Shock)진단비	약관에서 정한 “특정쇼크(Shock)”로 진단확정을 받은 경우(최초 1회 지급)	보험가입금액
특정치료합병증진단비(심장및혈관인공삽입장치,이식기관 및조직)	약관에서 정한 “특정치료합병증(심장및혈관인공삽입장치,이식기관 및조직)”로 진단확정을 받은 경우(최초 1회 지급)	보험가입금액
중증질환자(뇌혈관질환)산정특례대상진단비(연간1회한)	보험기간 중에 상해 또는 진단확정된 질병으로 인하여 약관에서 정한 “중증질환자 뇌혈관질환 산정특례대상”으로 등록되었을 경우(연간 1회에 한하여 지급. 계약일부터 경과기간이 1년미만시 보험가입금액의 50% 지급)	보험가입금액
중증질환자(심장질환)산정특례대상진단비(연간1회한)	보험기간 중에 상해 또는 진단확정된 질병으로 인하여 약관에서 정한 “중증질환자 심장질환 산정특례대상”으로 등록되었을 경우(연간 1회에 한하여 지급. 계약일부터 경과기간이 1년미만시 보험가입금액의 50% 지급)	보험가입금액
응급실내원치료비(응급)	질병 또는 상해로 약관에서 정한 “응급환자”에 해당하여 약관에서 정한 “응급실”에 내원하여 진료를 받은 경우 (응급실 도착전 사망하였거나 외부에서 전원하여 응급실에 내원한 환자도 보상)	내원 1회당 보험가입금액
깁스치료비	보험기간중에 진단확정된 질병 또는 상해의 직접결과로써 약관에서 정한 김스(Cast)치료(부목 제외)를 받은 경우(동일한 질병 또는 상해로 인하여 김스치료를 2회 이상 받은 경우 또는 동시에 서로 다른 신체부위에 김스치료를 받은 경우에는 1회한 지급)	보험가입금액
신깁스치료비(급여)	<p>보험기간중에 진단확정된 질병 또는 상해의 직접결과로써 약관에서 정한 “신김스치료”를 받은 경우 (석고붕대 또는 섬유유리붕대(Fiberglass Cast)를 고정할 부분의 일측면 또는 양측면에 착용시키는 치료법은 제외)</p> <p>※ 진료행위별 지급률은 약관에서 정한 기준을 따릅니다. ※ 동일한 질병 또는 상해로 인하여 “신김스치료”를 2회 이상 받은 경우 또는 동시에 서로 다른 신체부위에 “신김스치료”를 받은 경우에는 1회에 한하여 약관에 따라 산출한 금액을 지급합니다. ※ 지급률이 상이한 두 가지 이상의 “신김스치료”를 받은 경우 그 중 높은 지급률을 기준으로 보험금을 지급합니다.</p>	보험가입금액 X 진료행위별 지급률

구 분	지급사유	지급액
안면부창상봉합술치료발생금(1일1회,3cm 이상,급여)	질병 또는 상해의 직접 결과로써 안면부에 입원 중에 약관에서 정한 “급여 안면부창상봉합술”을 받은 경우 또는 통원하여 약관에서 정한 “급여 안면부창상봉합술”을 받은 경우 (각각 1일 1회에 한하여 지급)	보험가입금액
창상봉합술치료발생금(안면부제외,1일1회,5cm이상,연간3회한,급여)	질병 또는 상해의 직접 결과로써 안면부 이외의 부위에 입원 중에 약관에서 정한 “급여 창상봉합술(안면부제외)”를 받은 경우 또는 통원하여 약관에서 정한 “급여 창상봉합술(안면부제외)”를 받은 경우 (각각 1일 1회, 연간3회에 한하여 지급)	보험가입금액
	질병 또는 상해로 약관에서 정한 “추간판장애”로 진단확정되고 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우	보험가입금액
추간판장애수술비	※ 동일한 “추간판장애”를 직접적인 원인으로 두종류 이상 또는 같은 종류의 추간판장애수술을 2회 이상 받은 경우에는 1호의 추간판장애수술로 봅니다. 다만, 추간판장애수술을 받고 365일이 경과한 후 동일한 “추간판장애”로 수술을 받는 경우에는 다른 “추간판장애”로 보아 보험금을 지급합니다.	
관절증(엉덩,무릎)수술비(수술1회당)	질병 또는 상해로 약관에서 정한 “관절증”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우	수술 1회당 보험가입금액
	※ 이 특별약관에서 보장하는 “관절증”은 고관절증 및 무릎관절증을 말합니다.	
5대장기이식수술비(1회한)	보험기간중에 진단확정된 질병 또는 상해의 직접결과로써 장기 이식수혜자로서 약관에서 정한 “5대장기이식수술”을 받았을 경우(최초 1회 지급)	보험가입금액
	※ “5대장기”란 신장, 간장, 심장, 췌장, 폐장을 말합니다.	
각막이식수술비(1회한)	보험기간중에 진단확정된 질병 또는 상해의 직접결과로써 장기 이식수혜자로서 약관에서 정한 “각막이식수술”을 받았을 경우(최초 1회 지급)	보험가입금액
인공관절치환수술비(견관절,고관절,슬관절)(연간1회한,급여)	상해 또는 진단확정된 질병의 직접 결과로써 “급여 인공관절치환수술(견관절,고관절,슬관절)”을 받은 경우 보험가입금액 지급 (연간 1회에 한함)	보험가입금액
	※ 연간 견관절, 고관절, 슬관절 중 2개 부위 이상에 “급여 인공관절치환수술(견관절, 고관절, 슬관절)”을 받은 경우에도 부위에 관계없이 연간 1회에 한하여 보험금을 지급합니다. ※ 단, 관절을 성형하는 수술 및 처치 또는 인공관절이 아닌 금속내고정술, 외고정술 등은 보장에서 제외합니다.	
상하지(손,발제외)절골술및체내금속고정수술비(연간1회한,급여)	질병 또는 상해의 직접결과로써 약관에서 정한 “급여 상하지(손, 발제외)절골술및체내금속고정수술”을 받은 경우 (연간 1회 지급)	보험가입금액

구 分	지급사유	지급액
통합노관련질환진단비		
통합노관련질환진단비(뇌전증)	약관에서 정한 “뇌전증”으로 진단확정된 경우	보험가입금액
통합노관련질환진단비(일과성뇌하혈발작)	약관에서 정한 “일과성뇌하혈발작”으로 진단확정된 경우	보험가입금액
통합노관련질환진단비(뇌출증(뇌출혈제외))	약관에서 정한 “뇌출증(뇌출혈제외)”으로 진단확정된 경우	보험가입금액
통합노관련질환진단비(뇌출혈)	약관에서 정한 “뇌출혈”으로 진단확정된 경우	보험가입금액
통합노관련질환진단비(뇌혈관특정질환)	약관에서 정한 “뇌혈관특정질환”으로 진단확정된 경우	보험가입금액
통합노관련질환진단비(특정상해성뇌출혈)	약관에서 정한 “특정상해성뇌출혈”으로 진단확정된 경우	보험가입금액
※ 각 세부보장별 최초 1회 지급, 단, 통합노관련질환진단비(특정상해성뇌출혈)를 제외한 세부보장은 계약일부터 경과기간 1년 미만시 보험가입금액의 50% 지급		
보험료납입면제대상보장(8대사유)	<p>다음 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생한 경우 (최초 1회 지급)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▷ 약관에서 정한 “암”에 대한 보장개시일 이후 “암”으로 진단확정된 경우 ▷ 약관에서 정한 “뇌출증”, “급성심근경색증”, “말기간경화”, “말기폐질환” 또는 “말기신부정증”으로 진단확정된 경우 ▷ 상해로 80%이상 후유장해가 발생한 경우 ▷ 질병으로 80%이상 후유장해가 발생한 경우 <p>※ “암”에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.</p>	보험가입금액
보장보험료납입면제지원(암(4대유사암제외), 뇌혈관질환, 허혈성심장질환, 80%이상후유장해및말기 3대질병)	<p>다음 질병 중 어느 하나에 해당하는 보험사고가 발생한 경우, 차회 이후의 “납입면제지원대상 보장보험료”를 이 특별약관에서 잔여 보험료 납입기간동안 계속 자동납입하여 드립니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▷ 약관에서 정한 “암”에 대한 보장개시일 이후 “암”으로 진단확정된 경우 ▷ 약관에서 정한 “뇌혈관질환”, “허혈성심장질환”, “말기간경화”, “말기폐질환” 또는 “말기신부정증”으로 진단확정된 경우 ▷ 상해로 80%이상 후유장해가 발생한 경우 ▷ 질병으로 80%이상 후유장해가 발생한 경우 <p>※ “암”에 대한 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.</p>	약관에서 정하는 “납입면제지원대상보장보험료”

■ (독립특별약관) 무배당 간병인보장입원비(갱신형) 특별약관

구 분	지급사유	지급액
간병인지원상해입원비(1일이상180일한도)(갱신형) 특별약관	상해로 1일이상 입원하여 치료를 받은 경우 아래 중 택1(1회 입원당 180일 한도)	입원 1일당
	• (상해입원비) 상해입원비로 지급받기 원할 경우	• 보험가입금액 지급
	• (간병인지원) 간병인을 지원받기 원할 경우	• 간병인 지원
	• (간호·간병통합서비스사용상해입원비) 간호·간병통합서비스를 사용한 경우	• 보험가입금액의 2배
※ 피보험자가 간병인지원을 신청하였음에도 회사가 부득이한 사유로 간병인을 지원하지 못하는 경우, 실제 피보험자가 선택하여 사용한 간병인의 간병인사용비용을 회사가 정한 금액 한도로 지급합니다.		
상해입원비(1일이상180일한도)(전환용) (갱신형) 특별약관	상해로 1일이상 입원하여 치료받은 경우 (1회 입원당 180일한도)	입원1일당 보험가입금액
간병인지원질병입원비(1일이상180일한도)(갱신형) 특별약관	질병으로 1일이상 입원하여 치료를 받은 경우 아래 중 택1(1회 입원당 180일 한도)	입원 1일당
	• (질병입원비) 질병입원비로 지급받기 원할 경우	• 보험가입금액 지급
	• (간병인지원) 간병인을 지원받기 원할 경우	• 간병인 지원
	• (간호·간병통합서비스사용질병입원비) 간호·간병통합서비스를 사용한 경우	• 보험가입금액의 2배
※ 피보험자가 간병인지원을 신청하였음에도 회사가 부득이한 사유로 간병인을 지원하지 못하는 경우, 실제 피보험자가 선택하여 사용한 간병인의 간병인사용비용을 회사가 정한 금액 한도로 지급합니다.		
질병입원비(1일이상180일한도)(전환용) (갱신형) 특별약관	질병으로 1일이상 입원하여 치료를 받은 경우(1회 입원당 180일한도)	입원1일당 보험가입금액

■ (독립특별약관) 무배당 다빈치로봇수술비(1회한)(갱신형) 특별약관

구 분	지급사유	지급액
암(갑상선암및전립선암제외)다빈치로봇수술비(1회한)(갱신형) 특별약관	보장개시일 이후에 “암(갑상선암및전립선암제외)”으로 진단확정되고, 그 직접적인 치료를 목적으로 약관에서 정한 “다빈치로봇수술”을 받은 경우(최초 1회에 한하며, 계약일로부터 경과기간 1년 미만시 50% 지급)	보험가입금액
※ 보장개시일은 계약일부터 90일이 지난날의 다음날부터로 합니다.		
갑상선암및전립선암다빈치로봇수술비(1회한)(갱신형) 특별약관	보장개시일 이후에 “갑상선암” 또는 “전립선암”으로 진단확정되고, 그 직접적인 치료를 목적으로 약관에서 정한 “다빈치로봇수술”을 받은 경우(최초 1회에 한하며, 계약일로부터 경과기간 1년 미만시 50% 지급)	보험가입금액
※ 보장개시일은 계약일부터 90일이 지난날의 다음날부터로 합니다.		
자궁및난소특정질환다빈치로봇수술비(1회한)(갱신형) 특별약관	보장개시일 이후에 “자궁및난소특정질환”으로 진단확정되고, 그 직접적인 치료를 목적으로 약관에서 정한 “다빈치로봇수술”을 받은 경우(최초 1회에 한하며, 계약일로부터 경과기간 1년 미만시 50% 지급)	보험가입금액
※ 보장개시일은 계약일부터 90일이 지난날의 다음날부터로 합니다.		

■ (독립특별약관) 무배당 가족일상생활중배상책임 III (갱신형) 특별약관

구 분	지급사유	지급액
가족일상생활중배상책임 III (대물20만원(누수50만원)공제)(갱신형)	약관에서 정한 피보험자가 주택(피보험자 또는 주택의 소유자인 피보험자가 주거를 허락한 자가 살고 있는 보험증권에 기재된 주택으로 주거용 건물에 한합니다)의 소유, 사용, 관리 및 일상 생활에 기인한 사고로 타인의 신체 또는 재물에 대한 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해	보험가입금액 한도 보상 (1사고당 대물배상책임 자기부담금 "누수사고"인 경우 50만원, "누수사고" 이외의 사고인 경우 20만원)
※ 피보험자의 범위 : 피보험자 본인, 피보험자 본인의 배우자, 피보험자 본인 또는 피보험자 본인의 배우자와 생계를 같이 하고, 주민등록상 동거 중인 동거 친족, 피보험자 본인 또는 피보험자 본인의 배우자와 생계를 같이 하는 별거중인 미혼 자녀		

■ (독립특별약관) 무배당 상해및질병 관련 보장 특별약관

구 분	지급사유	지급액
암(4대유사암제외)진단후특정치료비(상급종합병원Ⅱ)(진단후10년,연간1회한) 특별약관	<p>보장개시일 이후 약관에서 정한 “암”으로 진단확정 되고 “암 보험금 지급기간” 이내에 “암 특정치료”를 받은 시점 기준 상급종합병원Ⅱ에서 “암”으로 “암 특정치료”를 받은 경우 (연간1회한)</p> <p>※ 암 보험금 지급기간 : “암” 최초 진단확정일을 포함하여 10년까지의 기간 ※ 보장개시일은 계약일부터 90일이 지난날의 다음날부터로 합니다. ※ “암 특정치료”라 함은 약관에서 정한 수술, 항암방사선치료, 항암약물치료 및 말기암 환자에 대한 호스피스완화의료 치료를 말합니다. ※ “상급종합병원Ⅱ”란약관상 “상급종합병원”, “국립암센터”, “지역암센터” 및 “원자력병원”을 말합니다.</p>	보험가입금액
특정유사암진단후특정치료비(상급종합병원Ⅱ)(진단후10년,연간1회한) 특별약관	<p>약관에서 정한 “특정유사암”으로 진단확정 되고 “특정유사암 보험금 지급기간” 이내에 “특정유사암 특정치료”를 받은 시점 기준 상급종합병원Ⅱ에서 “특정유사암”으로 “특정유사암 특정치료”를 받은 경우(연간1회한)</p> <p>※ 특정유사암 보험금 지급기간 : “특정유사암” 최초 진단확정일을 포함하여 10년까지의 기간 ※ “특정유사암 특정치료”라 함은 약관에서 정한 수술, 항암방사선치료, 항암약물치료 및 말기암 환자에 대한 호스피스완화의료 치료를 말합니다. ※ “상급종합병원Ⅱ”란약관상 “상급종합병원”, “국립암센터”, “지역암센터” 및 “원자력병원”을 말합니다.</p>	보험가입금액
암(4대유사암제외)진단후종합병원특정치료비(상급종합병원제외)(진단후10년,연간1회한) 특별약관	<p>보장개시일 이후 약관에서 정한 “암”으로 진단확정 되고 “암 보험금 지급기간” 이내에 “암 특정치료”를 받은 시점 기준 종합병원(상급종합병원제외)에서 “암”으로 “암 특정치료”를 받은 경우(연간1회한)</p> <p>※ 암 보험금 지급기간 : “암” 최초 진단확정일을 포함하여 10년까지의 기간 ※ 보장개시일은 계약일부터 90일이 지난날의 다음날부터로 합니다. ※ “암 특정치료”라 함은 약관에서 정한 수술, 항암방사선치료, 항암약물치료 및 말기암 환자에 대한 호스피스완화의료 치료를 말합니다.</p>	보험가입금액
특정유사암진단후종합병원특정치료비(상급종합병원제외)(진단후10년,연간1회한) 특별약관	<p>약관에서 정한 “특정유사암”으로 진단확정 되고 “특정유사암 보험금 지급기간” 이내에 “특정유사암 특정치료”를 받은 시점 기준 종합병원(상급종합병원제외)에서 “특정유사암”으로 “특정유사암 특정치료”를 받은 경우(연간1회한)</p> <p>※ 특정유사암 보험금 지급기간 : “특정유사암” 최초 진단확정일을 포함하여 10년까지의 기간 ※ “특정유사암 특정치료”라 함은 약관에서 정한 수술, 항암방사선치료, 항암약물치료 및 말기암 환자에 대한 호스피스완화의료 치료를 말합니다.</p>	보험가입금액
하이클래스 I 암(특정유사암포함)진단후 특정치료비(진단후10년,연간1회한) 특별약관	<p>보장개시일 이후 약관에서 정한 “암(특정유사암포함)”으로 진단확정되고 “암(특정유사암포함) 보험금 지급기간” 이내에 “암(특정유사암포함)”으로 “하이클래스 I 암(특정유사암포함) 특정치료”를 받은 경우(연간1회한)</p> <p>※ 암(특정유사암포함) 보험금 지급기간 : “암(특정유사암포함)” 최초 진단확정일을 포함하여 10년까지의 기간 ※ 보장개시일은 계약일부터 90일이 지난날의 다음날부터로 합니다.</p> <p>※ “하이클래스 I 암(특정유사암포함) 특정치료”란 약관상 “비급여(전액본인부담금여포함) 수술”, “비급여(전액본인부담금여포함) 항암방사선치료” 및 “비급여(전액본인부담금여포함) 항암약물치료”를 말합니다.</p>	보험가입금액

구 분	지급사유	지급액
하이클래스 I 암(특정유사암포함)항암약물치료비(진단후10년,연간1회한) 특별약관	보장개시일 이후에 “암(특정유사암포함)”으로 진단확정되고 “암(특정유사암포함) 보험금 지급기간” 이내에 “암(특정유사암포함)”으로 “하이클래스 I 암(특정유사암포함) 항암약물치료”를 받은 경우(연간1회한)	보험가입금액
암(특정유사암포함)후유장해(3~100%) 특별약관	<p>※ 암(특정유사암포함) 보험금 지급기간 : “암(특정유사암포함)” 최초 진단확정일을 포함하여 10년까지의 기간</p> <p>※ 보장개시일은 계약일부터 90일이 지난날의 다음날부터로 합니다.</p> <p>※ “하이클래스 I 암(특정유사암포함) 항암약물치료”란 약관상 “항암약물치료” 치료 중 “비급여(전액 본인부담금여포함) 항암약물치료”를 말합니다.</p>	
암(특정유사암포함)항암중입자방사선치료비(1회한) 특별약관	<p>보장개시일 이후에 “암(특정유사암포함)”으로 진단확정되고 그 직접 결과로써 장해분류표에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 된 경우 (단 계약일부터 경과기간 1년 미만시 “보험가입금액의 50% × 지급률” 지급)</p> <p>※ 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.</p>	보험가입금액 × 지급률
2대질병특정치료비(상급종합병원,권역 심뇌혈관질환센터)(연간1회한) 특별약관	<p>보장개시일 이후에 “암(특정유사암포함)”으로 진단확정 되고 그 직접적인 치료를 목적으로 “항암중입자방사선치료”를 받은 경우 (최초1회한, 계약일로부터 경과기간 1년 미만시 50% 지급)</p> <p>※ 보장개시일은 계약일부터 90일이 지난날의 다음날부터로 합니다.</p>	보험가입금액
경증순환계질환특정치료비(상급종합병원,권역심뇌혈관질환센터)(연간1회한) 특별약관	<p>보험기간중에 약관에서 정한 “경증순환계질환”으로 진단확정 되고 그 직접적인 치료를 목적으로 “경증순환계질환 특정치료”를 받은 시점 기준 상급종합병원 또는 권역심뇌혈관질환센터에서 “경증순환계질환 특정치료”를 받은 경우(연간1회한) (단 계약일부터 경과기간 1년 미만시 보험가입금액의 50% 지급)</p> <p>※ “경증순환계질환 특정치료”라 함은 약관상 “경증순환계질환 수술”, “경증순환계질환 혈전용해치료” 및 “경증순환계질환 중환자실치료”를 말합니다.</p>	보험가입금액
중등증순환계질환특정치료비(상급종합병원,권역심뇌혈관질환센터)(연간1회한) 특별약관	<p>보험기간중에 약관에서 정한 “중등증순환계질환”으로 진단확정 되고 그 직접적인 치료를 목적으로 “중등증순환계질환 특정치료”를 받은 시점 기준 상급종합병원 또는 권역심뇌혈관질환센터에서 “중등증순환계질환 특정치료”를 받은 경우(연간1회한) (단 계약일부터 경과기간 1년 미만시 보험가입금액의 50% 지급)</p> <p>※ “중등증순환계질환 특정치료”라 함은 약관상 “중등증순환계질환 수술”, “중등증순환계질환 혈전용해치료” 및 “중등증순환계질환 중환자실치료”를 말합니다.</p>	보험가입금액
중증순환계질환특정치료비(상급종합병원,권역심뇌혈관질환센터)(연간1회한) 특별약관	<p>보험기간중에 약관에서 정한 “중증순환계질환”으로 진단확정 되고 그 직접적인 치료를 목적으로 “중증순환계질환 특정치료”를 받은 시점 기준 상급종합병원 또는 권역심뇌혈관질환센터에서 “중증순환계질환 특정치료”를 받은 경우(연간1회한) (단 계약일부터 경과기간 1년 미만시 보험가입금액의 50% 지급)</p> <p>※ “중증순환계질환 특정치료”라 함은 약관상 “중증순환계질환 수술”, “중증순환계질환 혈전용해치료” 및 “중증순환계질환 중환자실치료”를 말합니다.</p>	보험가입금액

구 분	지급사유	지급액
중등증 II 순환계질환특정치료비(상급종합병원,권역심뇌혈관질환센터)(연간1회한) 특별약관	보험기간중에 약관에서 정한 “중등증 II 순환계질환”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 “중등증 II 순환계질환 특정치료”를 받은 시점 기준 상급종합병원 또는 권역심뇌혈관질환센터에서 “중등증 II 순환계질환 특정치료”를 받은 경우(연간1회한) (단 계약일부터 경과기간 1년 미만시 보험가입금액의 50% 지급)	보험가입금액
※ “중등증 II 순환계질환 특정치료”라 함은 약관상 “중등증 II 순환계질환 수술”, “중등증 II 순환계질환 혈전용해치료” 및 “중등증 II 순환계질환 중환자실치료”를 말합니다.		
주요순환계질환 I 특정치료비(요양병원제외,각연간1회한) 특별약관	보험기간중에 약관에서 정한 “주요순환계질환 I ”으로 진단확정 되고 그 직접적인 치료를 목적으로 요양병원을 제외한 의료기관에서 “주요순환계질환 I 수술(혈전제거술제외)”을 받은 경우(연간 1회 지급)	보험가입금액
주요순환계질환 I 특정치료비(혈전제거술)(요양병원제외,연간1회한) 특별약관	보험기간중에 약관에서 정한 “주요순환계질환 I ”으로 진단확정 되고 그 직접적인 치료를 목적으로 요양병원을 제외한 의료기관에서 “주요순환계질환 I 혈전제거술”을 받은 경우(연간 1회 지급)	보험가입금액
주요순환계질환 I 특정치료비(혈전용해치료)(요양병원제외,연간1회한) 특별약관	보험기간중에 약관에서 정한 “주요순환계질환 I ”으로 진단확정 되고 그 직접적인 치료를 목적으로 요양병원을 제외한 의료기관에서 “주요순환계질환 I 혈전용해치료”를 받은 경우(연간 1회 지급)	보험가입금액
주요순환계질환 I 특정치료비(중환자실치료)(요양병원제외,연간1회한) 특별약관	보험기간중에 약관에서 정한 “주요순환계질환 I ”으로 진단확정 되고 그 직접적인 치료를 목적으로 요양병원을 제외한 의료기관에서 “주요순환계질환 I 중환자실치료”를 받은 경우(연간 1회 지급)	보험가입금액
※ 계약일부터 경과기간 1년 미만시 보험가입금액의 50% 지급		
주요순환계질환 I 특정치료비(상급종합병원,권역심뇌혈관질환센터)(각연간1회한) 특별약관	보험기간중에 약관에서 정한 “주요순환계질환 I ”으로 진단확정 되고 그 직접적인 치료를 목적으로 “주요순환계질환 I 수술(혈전제거술제외)”를 받은 시점 기준 상급종합병원 또는 권역심뇌혈관질환센터에서 “주요순환계질환 I 수술(혈전제거술제외)”을 받은 경우(연간 1회 지급)	보험가입금액
주요순환계질환 I 특정치료비(혈전제거술)(상급종합병원,권역심뇌혈관질환센터)(연간1회한) 특별약관	보험기간중에 약관에서 정한 “주요순환계질환 I ”으로 진단확정 되고 그 직접적인 치료를 목적으로 “주요순환계질환 I 혈전제거술”를 받은 시점 기준 상급종합병원 또는 권역심뇌혈관질환센터에서 “주요순환계질환 I 혈전제거술”을 받은 경우(연간 1회 지급)	보험가입금액
주요순환계질환 I 특정치료비(혈전용해치료)(상급종합병원,권역심뇌혈관질환센터)(연간1회한) 특별약관	보험기간중에 약관에서 정한 “주요순환계질환 I ”으로 진단확정 되고 그 직접적인 치료를 목적으로 “주요순환계질환 I 혈전용해치료”를 받은 시점 기준 상급종합병원 또는 권역심뇌혈관질환센터에서 “주요순환계질환 I 혈전용해치료”를 받은 경우(연간 1회 지급)	보험가입금액
주요순환계질환 I 특정치료비(중환자실치료)(상급종합병원,권역심뇌혈관질환센터)(연간1회한) 특별약관	보험기간중에 약관에서 정한 “주요순환계질환 I ”으로 진단확정 되고 그 직접적인 치료를 목적으로 “주요순환계질환 I 중환자실치료”를 받은 시점 기준 상급종합병원 또는 권역심뇌혈관질환센터에서 “주요순환계질환 I 중환자실치료”를 받은 경우(연간 1회 지급)	보험가입금액
※ 계약일부터 경과기간 1년 미만시 보험가입금액의 50% 지급		
주요순환계질환 I 검사및치료비 특별약관		

구 분	지급사유	지급액
주요순환계질환 I 검사및치료비(MRI, PET)(연간1회한,급여) 특별약관	보험기간중에 약관에서 정한 “주요순환계질환 I ”의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 “급여 MRI촬영검사” 또는 “급여 양전자방출단층촬영(PET)검사”를 받은 경우(각각 연간 1회 지급)	보험가입금액
주요순환계질환 I 검사및치료비(CT)(연간1회한,급여) 특별약관	보험기간중에 약관에서 정한 “주요순환계질환 I ”의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 “급여 CT촬영검사”를 받은 경우(연간 1회 지급)	보험가입금액
주요순환계질환 I 검사및치료비(지속 적신대체요법치료(투석))(연간1회한, 급여) 특별약관	보험기간중에 약관에서 정한 “주요순환계질환 I ”으로 진단확정 되고 그 직접적인 치료를 목적으로 “급여 지속적신대체요법치료(CRRT)”을 받은 경우(연간 1회 지급)	보험가입금액
주요순환계질환 I 검사및치료비(재활 치료)(1일1회,연간15회한,급여) 특별약관	보험기간중에 약관에서 정한 “주요순환계질환 I ”으로 진단확정 되고 그 질병으로 입원 중에 “급여 주요순환계질환 I 재활치료”를 받은 경우 또는 통원하여 “급여 주요순환계질환 I 재활치료”를 받은 경우 (각각 1일 1회에 한하며, 합산하여 연간 15회에 한하여 지급)	1일 1회당 보험가입금액
주요순환계질환 I 검사및치료비(인공 호흡기치료(12시간초과))(연간1회한, 급여) 특별약관	보험기간중에 약관에서 정한 “주요순환계질환 I ”으로 진단확정 되고 그 직접적인 치료를 목적으로 “급여 인공호흡기치료(12시간초과)”를 받은 경우(연간 1회 지급)	보험가입금액
주요순환계질환 I 검사및치료비(저체 온요법치료)(연간1회한,급여) 특별약관	보험기간중에 약관에서 정한 “주요순환계질환 I ”으로 진단확정 되고 그 직접적인 치료를 목적으로 “급여 저체온요법치료”를 받은 경우(연간 1회 지급)	보험가입금액
주요순환계질환 I 검사및치료비(부분 체외순환치료)(연간1회한,급여) 특별약관	보험기간중에 약관에서 정한 “주요순환계질환 I ”으로 진단확정 되고 그 직접적인 치료를 목적으로 “급여 부분체외순환치료”를 받은 경우(연간 1회 지급)	보험가입금액
주요순환계질환 II 특정약제치료비 특별약관		
주요순환계질환 II 특정약제치료비(항응 고경구제,90일이상)(연간1회한,급여) 특별약관	보험기간중에 약관에서 정한 “주요순환계질환 II ”로 진단확정 되고 그 직접적인 치료를 목적으로 연간90일 이상 “특정항응고제경구약물치료(급여)”를 받은 경우(연간 1회 지급)	보험가입금액
주요순환계질환 II 특정약제치료비(항 응고주사제)(연간1회한,급여) 특별약관	보험기간중에 약관에서 정한 “주요순환계질환 II ”로 진단확정 되고 그 직접적인 치료를 목적으로 “특정항응고제주사약물치료(급여)”를 받은 경우(연간 1회 지급)	보험가입금액
주요순환계질환 II 특정약제치료비(항 혈소판경구제,아스피린,90일이상)(연 간1회한,급여) 특별약관	보험기간중에 약관에서 정한 “주요순환계질환 II ”로 진단확정 되고 그 직접적인 치료를 목적으로 연간90일 이상 “특정항혈소판제경구약물치료(급여) (아스피린 치방)”을 받은 경우(연간 1회 지급)	보험가입금액
주요순환계질환 II 특정약제치료비(항 혈소판경구제,아스피린이외,90일이상) (연간1회한,급여) 특별약관	보험기간중에 약관에서 정한 “주요순환계질환 II ”로 진단확정 되고 그 직접적인 치료를 목적으로 연간90일 이상 “특정항혈소판제경구약물치료(급여) (아스피린 이외 처방)”을 받은 경우(연간 1회 지급)	보험가입금액
주요순환계질환 II 특정약제치료비(항 혈소판주사제)(연간1회한,급여) 특별약관	보험기간중에 약관에서 정한 “주요순환계질환 II ”로 진단확정 되고 그 직접적인 치료를 목적으로 “특정항혈소판제주사약물치료(급여)”를 받은 경우(연간 1회 지급)	보험가입금액
간병인사용입원생활비(상급종합병원,연 간180일한도) 특별약관	보험기간중에 진단확정된 질병 또는 상해의 직접 결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 상급종합병원에 입원하여 치료를 받으며 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우(연간 180일 한도) ※ “간병인”이라 함은 유상으로 “간병서비스”를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 “간병서비스”를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.	간병인을 사용한 입원 1일당

구 분	지급사유	지급액
암(특정유사암포함)간병인사용입원생활비(요양병원제외,연간180일한도) 특별약관	<p>보장개시일 이후 약관에서 정한 “암(특정유사암포함)”으로 진단확정되고 그 “암(특정유사암포함)”의 직접적인 치료”를 목적으로 요양병원을 제외한 의료기관에 입원하여 치료를 받으며 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우(연간 180일 한도)</p> <p>※ 보장개시일은 계약일부터 90일이 지난날의 다음날부터로 합니다.</p> <p>※ “간병인”이라 함은 유상으로 “간병서비스”를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 “간병서비스”를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.</p>	간병인을 사용한 입원 1일당
주요순환계질환Ⅰ간병인사용입원생활비(요양병원제외,연간180일한도) 특별약관	<p>약관에서 정한 “주요순환계질환Ⅰ”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 요양병원을 제외한 의료기관에 입원하여 치료를 받으며 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용한 경우(연간 180일 한도)</p> <p>※ “간병인”이라 함은 유상으로 “간병서비스”를 제공하는 활동을 하는 자로서 의료법 제3조(의료기관)(【부록】 참조)에 소속되어 급여를 받는 자 또는 사업자를 등록하거나 사업자 등록된 업체를 통하여 “간병서비스”를 제공하고 고객이 해당서비스에 상응하는 비용을 지불하는 것이 확인된 자에 한합니다.</p>	간병인을 사용한 입원 1일당

■ (독립특별약관) 무배당 질병치료 관련 보장 II 특별약관

구 分	지급사유	지급액
암(4대유사암제외)특정치료비(종합 병원)(각연간1회한) 특별약관	<p>보장개시일 이후에 약관에서 정한 “암”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 “암 특정치료”를 받은 시점 기준 종합병원에서 “암 특정치료”를 받은 경우 세부보장별로 보험가입금액 지급(연간 1회 지급)</p> <p>※ 보장개시일은 계약일부터 90일이 지난날의 다음날부터로 합니다.</p> <p>※ “암 특정치료”라 함은 “암”을 제거하거나 “암”的 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 아래의 사항을 말합니다.</p>	
암(4대유사암제외)특정치료비(수술)(종합병원)(연간1회한)	“암”的 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우(연간 1회 지급)	보험가입금액
암(4대유사암제외)특정치료비(항암 방사선치료)(종합병원)(연간1회한)	“암”的 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우(연간 1회 지급)	보험가입금액
암(4대유사암제외)특정치료비(항 암약물치료)(종합병원)(연간1회한)	“암”的 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료를 받은 경우(연간 1회 지급)	보험가입금액
암(4대유사암제외)특정치료비(중 환자실치료)(종합병원)(연간1회한)	“암”的 직접적인 치료를 목적으로 중환자실치료를 받은 경우(연간 1회 지급)	보험가입금액
암(4대유사암제외)특정치료비(호 스피스완화의료치료)(종합병원)(연간1회한)	“암”으로 인하여 말기암 환자에 대한 호스피스완화의료 치료를 받은 경우(연간 1회 지급)	보험가입금액
4대유사암특정치료비(종합병원)(각 연간1회한) 특별약관	<p>보험기간 중에 “4대유사암”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 “4대유사암 특정치료”를 받은 시점 기준 종합병원에서 “4대유사암 특정치료”를 받은 경우에는 세부보장별로 보험가입금액 지급(연간 1회 지급)</p> <p>※ “4대유사암 특정치료”라 함은 “4대유사암”을 제거하거나 “4대유사암”的 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 아래의 사항을 말합니다.</p>	
4대유사암특정치료비(수술)(종합 병원)(연간1회한)	“4대유사암”的 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우	보험가입금액
4대유사암특정치료비(항암방사선 치료)(종합병원)(연간1회한)	“4대유사암”的 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우	보험가입금액
4대유사암특정치료비(항암약물치료)(종합병원)(연간1회한)	“4대유사암”的 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료를 받은 경우	보험가입금액

구 분	지급사유	지급액
4대유사암특정치료비(중환자실치료)(종합병원)(연간1회한)	“4대유사암”의 직접적인 치료를 목적으로 중환자실치료를 받은 경우	보험가입금액
암(4대유사암제외)특정치료비(상급종합병원Ⅲ)(각연간1회한) 특별약관	<p>보장개시일 이후에 “암”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 “암 특정치료”를 받은 시점 기준 상급종합병원Ⅲ에서 “암 특정치료”를 받은 경우에는 세부보장별로 보험가입금액 지급(연간 1회 지급)</p> <p>※ 보장개시일은 계약일부터 90일이 지난날의 다음날부터로 합니다.</p> <p>※ “암 특정치료”라 함은 “암”을 제거하거나 “암”的 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 아래의 사항을 말합니다.</p> <p>※ “상급종합병원Ⅲ”라 함은 “상급종합병원”, “국립암센터” 및 “원자력병원”을 말합니다.</p>	
암(4대유사암제외)특정치료비(수술)(상급종합병원Ⅲ)(연간1회한)	“암”的 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우(연간 1회 지급)	보험가입금액
암(4대유사암제외)특정치료비(항암방사선치료)(상급종합병원Ⅲ)(연간1회한)	“암”的 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우(연간 1회 지급)	보험가입금액
암(4대유사암제외)특정치료비(항암약물치료)(상급종합병원Ⅲ)(연간1회한)	“암”的 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료를 받은 경우(연간 1회 지급)	보험가입금액
암(4대유사암제외)특정치료비(중환자실치료)(상급종합병원Ⅲ)(연간1회한)	“암”的 직접적인 치료를 목적으로 중환자실치료를 받은 경우(연간 1회 지급)	보험가입금액
암(4대유사암제외)특정치료비(호스피스완화의료치료)(상급종합병원Ⅲ)(연간1회한)	“암”으로 인하여 말기암 환자에 대한 호스피스완화의료 치료를 받은 경우(연간 1회 지급)	보험가입금액
4대유사암특정치료비(상급종합병원Ⅲ)(각연간1회한) 특별약관	<p>회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 “4대유사암”으로 진단확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 “4대유사암 특정치료”를 받은 시점 기준 상급종합병원Ⅲ에서 “4대유사암 특정치료”를 받은 경우에는 세부보장별로 보험가입금액 지급(연간 1회 지급)</p> <p>※ “4대유사암 특정치료”라 함은 “4대유사암”을 제거하거나 “4대유사암”的 증식을 억제하는 치료이며, 의학적으로 그 안전성과 유효성이 입증되어 임상적으로 통용되는 치료로서 아래의 사항을 말합니다.</p>	
4대유사암특정치료비(수술)(상급종합병원Ⅲ)(연간1회한)	“4대유사암”的 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우	보험가입금액
4대유사암특정치료비(항암방사선치료)(상급종합병원Ⅲ)(연간1회한)	“4대유사암”的 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받은 경우	보험가입금액
4대유사암특정치료비(항암약물치료)(상급종합병원Ⅲ)(연간1회한)	“4대유사암”的 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료를 받은 경우	보험가입금액
4대유사암특정치료비(중환자실치료)(상급종합병원Ⅲ)(연간1회한)	“4대유사암”的 직접적인 치료를 목적으로 중환자실치료를 받은 경우	보험가입금액
하이클래스Ⅱ 암(특정유사암포함) 특정치료비(연간1회한) 특별약관	<p>보장개시일 이후에 “암(특정유사암포함)”으로 진단확정 되고 그 직접적인 치료를 목적으로 “하이클래스Ⅱ 암(특정유사암포함) 특정치료”를 받은 경우(연간1회한)</p> <p>※ 보장개시일은 계약일부터 90일이 지난날의 다음날부터로 합니다.</p> <p>※ “하이클래스Ⅱ 암(특정유사암포함) 특정치료”라 함은 약관에서 정한 “비급여(전액본인부담금 여포함) 수술”, “비급여(전액본인부담금여포함) 항암방사선치료” 및 “비급여(전액본인부담금여포함) 항암약물치료”를 말합니다.</p>	보험가입금액
암검사및치료비 특별약관		
암(4대유사암포함)CT촬영검사지원비(연간1회한,급여)	보험기간 중에 “암(4대유사암포함)”의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 “급여 CT촬영검사”를 받은 경우(연간 1회 지급)	보험가입금액
암(특정유사암포함)재활치료비(1일1회,연간20회한,급여)	보장개시일 이후에 “암(특정유사암포함)”으로 진단확정되고, 그 질병으로 입원 중에 “급여 암(특정유사암포함) 재활치료”를 받은	보험가입금액

구 분	지급사유	지급액
	경우 또는 통원하여 “급여 암(특정유사암포함) 재활치료”를 받은 경우 각각 1일 1회에 한하여 지급(연간 20회한) ※ 보장개시일은 계약일부터 90일이 지난날의 다음날부터로 합니다.	
암(4대유사암포함)특정생검조직병리검사지원비(연간1회한,급여)	보험기간 중에 “암(4대유사암포함)”의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 “급여 특정생검조직병리검사”를 받은 경우(연간 1회 지급)	보험가입금액
암(4대유사암포함)특정단일유전자검사지원비(연간1회한,급여)	보험기간 중에 “암(4대유사암포함)”의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 “급여 특정단일유전자검사”를 받은 경우(연간 1회 지급)	보험가입금액
암(4대유사암포함)초음파검사지원비(연간1회한,급여)	보험기간 중에 “암(4대유사암포함)”의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 “급여 초음파검사”를 받은 경우(연간 1회 지급)	보험가입금액
암(4대유사암포함)MRI촬영검사지원비(연간1회한,급여)	보험기간 중에 “암(4대유사암포함)”의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 “급여 MRI촬영검사”를 받은 경우(연간 1회 지급)	보험가입금액
암(4대유사암포함)내시경검사지원비(연간1회한,급여)	보험기간 중에 “암(4대유사암포함)”의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 “급여 내시경검사”를 받은 경우(연간 1회 지급)	보험가입금액
암(4대유사암포함)검사(PET)지원비(연간1회한,급여)	보험기간 중에 “암(4대유사암포함)”의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 “급여 양전자방출단층촬영(PET)검사”를 받은 경우(연간 1회 지급)	보험가입금액
암(4대유사암제외)특정통증완화치료비(연간1회한,급여)	보장개시일 이후에 “암”으로 진단확정되고, “급여 암 특정통증완화치료”를 받은 경우(연간 1회 지급) ※ 보장개시일은 계약일부터 90일이 지난날의 다음날부터로 합니다.	보험가입금액
특정NGS유전자패널검사지원비(연간1회한,급여)	보험기간 중에 질병의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 “급여 특정NGS유전자패널검사”를 받은 경우(연간 1회 지급)	보험가입금액

나-2. 보험금 지급제한 사항

1) 암보장의 보장개시일은 아래와 같습니다.

* 단, 갱신형 계약에서 최초계약의 보장개시일은 아래와 같으며, 갱신계약의 보장개시일은 갱신계약일입니다.

보장명	보장개시일
통합암(4대유사암제외)진단비Ⅲ(갱신형 포함)	계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
통합암(4대유사암제외, 전이암포함)진단비Ⅱ(갱신형 포함)	계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
암(4대유사암제외)진단비(갱신형 포함)	계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날 계약일
4대유사암진단비(갱신형 포함)	계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
전이암진단비	계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
통합전이암진단비	계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
암(4대유사암제외)진단후특정치료비(진단후10년, 연간1회한)	계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날 계약일
특정유사암진단후특정치료비(진단후10년, 연간1회한)	계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날 계약일
하이클래스Ⅲ 암(4대유사암제외)항암방사선치료비(연간1회한)(갱신형 포함)	계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
하이클래스Ⅲ 암(4대유사암제외)항암약물치료비(연간1회한)(갱신형 포함)	계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날 계약일
하이클래스Ⅲ 특정유사암항암방사선치료비(연간1회한)(갱신형 포함)	계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날 계약일
하이클래스Ⅲ 특정유사암항암약물치료비(연간1회한)(갱신형 포함)	계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날 계약일
통합암(4대유사암제외, 전이암포함)항암방사선약물치료비Ⅱ(세부보장별각1회한)(갱신형 포함)	계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
암(4대유사암제외)항암방사선치료비(1회한)(갱신형 포함)	계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
암(4대유사암제외)항암약물치료비(1회한)(갱신형 포함)	계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날 계약일
암(4대유사암제외)항암방사선약물치료비(연간1회한, 급여)(갱신형 포함)	계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
암(특정유사암포함)항암방사선약물치료비Ⅱ(세부보장별각1회한)	계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날 계약일
암(특정유사암포함)항암방사선치료비(치료1회당)	암(기타피부암, 갑상선암 제외) 계약일
암(특정유사암포함)항암방사선치료비(치료1회당)	암(기타피부암, 갑상선암 제외) 계약일
암(특정유사암포함)항암약물치료비(치료1회당)	암(기타피부암, 갑상선암 제외) 계약일
암(특정유사암포함)항암약물치료비(치료1회당)	암(기타피부암, 갑상선암 제외) 계약일
특정유사암항암방사선치료비(세부보장별각1회한)	계약일
특정유사암항암약물치료비(세부보장별각1회한)	계약일
암(특정유사암포함)표적항암약물허가치료비(1회한)(갱신형 포함)	계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
암(특정유사암포함)표적항암약물허가치료비(연간1회한)(갱신형 포함)	계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
암(4대유사암제외)표적항암호르몬약물허가치료비(1회한)(갱신형 포함)	계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
암(4대유사암제외)표적항암호르몬약물허가치료비(연간1회한)(갱신형 포함)	계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
암(특정유사암포함)항암양성자방사선치료비(1회한)(갱신형 포함)	계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
암(특정유사암포함)항암세기조절방사선치료비(1회한)(갱신형 포함)	계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
카티(CAR-T)항암약물허가치료비(1회한)(갱신형 포함)	계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
암(4대유사암제외)특정통증완화치료비(연간1회한, 급여)	계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
암(4대유사암제외)수술비Ⅱ(수술1회당) (갱신형 포함)	암(기타피부암, 갑상선암 제외) 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
4대유사암수술비Ⅱ(수술1회당)(갱신형포함)	계약일
암(4대유사암제외)수술비(1회한)	계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날

보장명	보장개시일
암(4대유사암포함)요양병원입원비 II (1일이상90일한도)	암(기타피부암, 갑상선암 제외) 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
암(4대유사암포함)직접치료입원비 II (요양병원제외, 1일이상180일한도)	기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양 계약일
암(4대유사암포함)직접치료상급종합병원통원비	암(기타피부암, 갑상선암 제외) 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
암(4대유사암포함)직접치료통원비(1일1회, 연간30일한)	기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양 계약일
보험료납입면제대상보장(8대사유)	암(기타피부암, 갑상선암 제외) 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
보장보험료납입면제지원(암(4대유사암제외), 뇌혈관질환, 허혈성심장질환, 80%이상후유장해및말기3대질병)	암(기타피부암, 갑상선암 제외) 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
보장보험료납입면제지원(암(4대유사암제외), 뇌출증, 급성심근경색증)	암(기타피부암, 갑상선암 제외) 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
보장보험료납입면제지원(암(4대유사암제외))	암(기타피부암, 갑상선암 제외) 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
(독립특별약관)암(갑상선암및전립선암제외)다빈치로봇수술비(1회한)(갱신형) 특별약관	계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
(독립특별약관)갑상선암및전립선암다빈치로봇수술비(1회한)(갱신형) 특별약관	계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
(독립특별약관)암(4대유사암제외)진단후특정치료비(상급종합병원 II) (진단후10년,연간1회한) 특별약관	계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
(독립특별약관)특정유사암진단후특정치료비(상급종합병원 II) (진단후10년,연간1회한) 특별약관	계약일
(독립특별약관)암(4대유사암제외)진단후종합병원특정치료비(상급종합병원제외)(진단후10년,연간1회한) 특별약관	계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
(독립특별약관)특정유사암진단후종합병원특정치료비(상급종합병원제외)(진단후10년,연간1회한) 특별약관	계약일
(독립특별약관)하이클래스 I 암(특정유사암포함)진단후특정치료비(진단후10년,연간1회한) 특별약관	계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
(독립특별약관)하이클래스 I 암(특정유사암포함)항암약물치료비(진단후10년,연간1회한) 특별약관	계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
(독립특별약관)암(특정유사암포함)항암중입자방사선치료비(1회한) 특별약관	계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
(독립특별약관)암(특정유사암포함)후유장해(3~100%) 특별약관	계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
(독립특별약관)암(4대유사암제외)특정치료비(종합병원)(각연간1회한) 특별약관	계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
(독립특별약관)4대유사암특정치료비(종합병원)(각연간1회한) 특별약관	계약일
(독립특별약관)암(4대유사암제외)특정치료비(상급종합병원 III)(각연간1회한) 특별약관	계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
(독립특별약관)4대유사암특정치료비(상급종합병원 III)(각연간1회한) 특별약관	계약일
(독립특별약관)하이클래스 II 암(특정유사암포함)특정치료비(연간1회한) 특별약관	계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날

보장명	보장개시일	
(독립특별약관)암검사및치료비 특별약관	암(4대유사암포함)CT촬영검사지원비(연간1회한,급여) 암(4대유사암포함)특정생검조직병리검사지원비(연간1회한,급여) 암(4대유사암포함)특정단일유전자검사지원비(연간1회한,급여) 암(4대유사암포함)초음파검사지원비(연간1회한,급여) 암(4대유사암포함)MRI촬영검사지원비(연간1회한,급여) 암(4대유사암포함)내시경검사지원비(연간1회한,급여) 암(4대유사암포함)검사(PET)지원비(연간1회한,급여)	계약일
(독립특별약관)암(특정유사암포함)간병인사용입원생활비(요양병원제외,연간180일한도) 특별약관	암(특정유사암포함)재활치료비(1일1회,연간20회한,급여) 암(4대유사암제외)특정통증완화치료비(연간1회한,급여)	계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
2) 당뇨병(당화혈색소 6.5%이상)진단비(갱신형) 특별약관의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날로 합니다. 3) 독감(인플루엔자)항바이러스제치료비(7일면책,연간1회한)(갱신형) 특별약관의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 7일이 지난 날의 다음날로 합니다. 4) (독립특별약관)자궁및난소특정질환다빈치로봇수술비(1회한)(갱신형) 의 보장개시일은 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다. 5) 보험약관의 내용에 따라 보험금의 지급이 제한될 수 있으므로 보험금을 지급하지 않는 사유 등 기타 세부적인 사항은 약관을 참조해 주시기 바랍니다. 6) 회사의 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때(자동이체납입 및 신용카드납입의 경우 자동이체신청 및 신용카드 매출 승인에 필요한 정보를 제공한 때(다만, 계약자의 책임있는 사유로 보험료 납입 및 승인이 불가능한 경우는 제외))부터 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 7) 이륜자동차운전증상해 부담보 특별약관을 부가한 경우에는 이륜자동차를 운전(탑승을 포함합니다)하던 중 발생한 급격하고도 우연한 외래의 상해사고를 직접적인 원인으로 상해관련 보장에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.	계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날	

다. 보험료 산출기초 및 공시이율

다-1. 보험료의 구성

보험계약자가 납입하는 보험료는 보험사고 발생시 보험금지급을 위한 위험보험료, 만기시 환급금을 지급하기 위한 적립보험료, 보험회사의 사업경비를 위한 부가보험료 등으로 구성됩니다. 단, 3종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형) 및 4종(납입면제지원 선택형, 납입후50%해약환급금지급형)의 경우 적립보험료는 운영하지 않습니다.

다-2. 적용이율

【공통】

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.

- ▶ 이 상품의 보장부분 적용이율은 연복리 2.75%입니다.

[1종(납입면제형, 기본형), 2종(납입면제지원 선택형, 기본형)]

적립부분 적용이율(보장성보험 공시이율V)이란?

적립부분 적용이율(공시이율)이란 보험회사가 장래 보험금 지급을 위하여 계약자의 납입보험료의 일정부분을 적립해 나가는데, 이 계약자적립액을 적립하는 이율을 의미합니다.

최저보증이율이란?

회사의 운용자산이익률 및 시중금리가 하락하더라도 회사에서 지급을 보증하는 최저한도의 적용이율입니다.

- ▶ 이 상품의 적립부분 적용이율은 보장성보험 공시이율V로 하며, 2025년 10월 현재 연복리 1.5%입니다.
 - ▶ “한화 더건강한 한아름종합보험 무배당2504”는 객관적인 외부지표금리*와 운용자산이익률**을 가중평균하여 산출된 공시기준이율에서 향후 예상수익 등을 고려하여 매월 회사가 결정하는 공시이율에 연동되는 상품이며, 보장성보험 공시이율V가 변동될 경우 이 상품의 적립부분 적용이율도 변동됩니다.
 - * 외부지표금리는 국고채, 회사채, 통화안정증권, 양도성예금증서 등을 고려하여 산출
 - ** 운용자산이익률은 직전 12개월간의 운용자산에 대한 투자영업수익과 투자영업비용 등을 고려하여 산출
 - ▶ 이 상품의 적립부분 최저보증이율은 연복리 0.3%입니다.
- ※ 이에 대한 보다 자세한 내용은 인터넷 홈페이지 상품공시실에서 “한화 더건강한 한아름종합보험 무배당2504”의 사업방법서를 참조하시기 바랍니다.

[3종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형), 4종(납입면제지원 선택형, 납입후50%해약환급금지급형)]

- 순수보장성보험으로 적립부분 적용이율을 적용하지 않습니다.

다-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.

<적용위험률 예시>

(보통약관, 40세, 상해1급 기준)

보장위험	남자	여자
상해사망	0.000172	0.000081

다-4. 적용해지율

적용해지율이란?

보험기간 중 계약이 해지될 확률을 예측한 것을 말합니다. 일반적으로 적용해지율이 높으면 보험료는 내려가고, 낮으면 보험료는 올라갑니다.

다-5. 계약체결비용 및 계약관리비용

계약체결비용 및 계약관리비용이란?

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

라. 보험가격지수 예시

보험가격지수란?

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

* 금융감독원이 정하는 평균공시이율, 평균해지율 및 참조순보험요율을 적용하여 산출한 보험금 지급을 위한 보험료

** 상품군별로 손해보험상품 전체의 평균 사업비율을 반영하여 계산(역산)한 값

※ 회사별/상품별 비교·공시 : 손해보험협회(www.knia.or.kr) “상품비교·공시실” 참조

[기준 : 40세, 100세만기 20년납, 상해급수 1급]

보험가격지수(%)			
구분		남자	여자
1종(납입면제형, 기본형)	1형(일반고지형)	99.1%	95.6%
	2형(건강고지형 II (6년))	95.4%	90.1%
	3형(건강고지형 II (7년))	90.8%	85.6%
	4형(건강고지형 II (8년))	86.3%	80.8%
	5형(건강고지형 II (9년))	79.3%	71.1%
	6형(건강고지형 II (10년))	67.5%	62.3%
2종(납입면제지원 선택형, 기본형)	1형(일반고지형)	97.9%	95.0%
	2형(건강고지형 II (6년))	94.3%	89.8%
	3형(건강고지형 II (7년))	90.0%	85.5%
	4형(건강고지형 II (8년))	85.8%	80.9%
	5형(건강고지형 II (9년))	79.3%	71.5%
	6형(건강고지형 II (10년))	67.9%	62.8%
3종(납입면제형, 납입후50%해 약환급금지급형)	1형(일반고지형)	111.0%	104.7%
	2형(건강고지형 II (6년))	106.8%	98.8%
	3형(건강고지형 II (7년))	101.7%	93.8%
	4형(건강고지형 II (8년))	96.6%	88.5%
	5형(건강고지형 II (9년))	89.0%	78.4%
	6형(건강고지형 II (10년))	76.0%	69.1%

보험가격지수(%)			
구분		남자	여자
4종(납입면제지원 선택형, 납입후50%해약환급 금지급형)	1형(일반고지형)	109.6%	103.9%
	2형(건강고지형 II (6년))	105.6%	98.3%
	3형(건강고지형 II (7년))	100.7%	93.5%
	4형(건강고지형 II (8년))	96.0%	88.5%
	5형(건강고지형 II (9년))	88.7%	78.4%
	6형(건강고지형 II (10년))	76.2%	69.4%

마. 계약자배당에 관한 사항

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

바. 해약환급금에 관한 사항

바-1. 해약환급금 산출기준

- 1종(납입면제형, 기본형) 및 2종(납입면제지원 선택형, 기본형)의 경우 회사는 금융감독원장이 인가한 산출기준에 따라 계산한 이 보험의 계약자적립액에서 해약공제액을 공제한 금액을 해약환급금으로 지급하여 드립니다.
- 3종(납입면제형, 납입후50%해약환급금지급형) 및 4종(납입면제지원 선택형, 납입후50%해약환급금지급형)의 경우 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않습니다. 다만, 보험료 납입이 완료되고 납입기간이 종료된 이후 계약이 해지되는 경우 1종(납입면제형, 기본형) 및 2종(납입면제지원 선택형, 기본형) 해약환급금의 50%를 지급합니다. 단, 갱신형 특별약관은 계약이 해지될 경우 해당 특별약관의 해약환급금을 100% 지급합니다.
- 독립특별약관은 계약이 해지될 경우 해당 특별약관의 해약환급금을 100% 지급합니다. 다만, 무배당 상해및질병관련 보장 특별약관 및 무배당 질병치료 관련 보장 II 특별약관은 해당 독립특별약관을 따릅니다.

바-2. 해약환급금

- 가입기준 : 1종(납입면제형, 기본형) 1형(일반고지형) 남자 40세, 상해 1급, 월납 80,000원, 20년납 100세만기
- 보통약관 : 상해사망 3,000만원
- 특별약관 : 보험료납입면제대상보장(8대사유) 10만원, 질병사망(80세만기) 1,000만원,
암(4대유사암제외)진단비 1,000만원, 4대유사암진단비 500만원,
뇌혈관질환진단비 1,000만원, 허혈성심장질환진단비 1,000만원

(단위 : 원, %)

구 분	납입보험료	최저보증이율		적용이율			
		해약환급금	환급률	평균공시이율		공시이율	
				해약환급금	환급률	해약환급금	환급률
1년	960,000	7,185	0.7	7,821	0.8	7,821	0.8
3년	2,880,000	1,385,108	48.0	1,390,597	48.2	1,390,597	48.2
5년	4,800,000	2,999,203	62.4	3,014,461	62.8	3,014,461	62.8
10년	9,600,000	6,734,940	70.1	6,797,312	70.8	6,797,312	70.8
20년	19,200,000	13,889,657	72.3	14,153,751	73.7	14,153,751	73.7
40년	19,200,000	10,666,435	55.5	11,597,494	60.4	11,597,494	60.4
만기	19,200,000	2,274,890	11.8	4,139,778	21.5	4,139,778	21.5

주) 1. 상기 예시된 해약환급금(률)은 보장부분 및 적립부분 해약환급금의 합계를 기준으로 산출한 금액입니다.

2. 적용이율 해약환급금의 적립부분 해약환급금은 적립부분 순보험료를 공시이율(보장성보험 공시이율V : 2025

년 10월 현재 연복리 1.5%), 감독규정 제1-2조 제13호에 따른 평균공시이율[2025년 10월 현재 2.75%, 판매시점의 공시이율을 한도로 함(2025년 10월 현재 1.5% 적용)]을 기준으로 계산된 금액이며 실제 해지시에는 공시이율을 적용합니다. 향후 보장성보험 공시이율V의 변동 또는 보험료 납입일 등에 따라 해약환급금은 증감될 수 있습니다.

3. 최저보증이율 해약환급금 중 적립부분 해약환급금은 적립부분 순보험료를 경과기간에 따라 연복리 0.3%를 적용하여 산출한 금액입니다.
4. 적립부분 순보험료는 적립보험료에서 적립부분에 해당하는 부가보험료를 제외한 보험료를 말합니다.
5. 가입 후 10년 이내에 해지시 해약환급금이 기납입보험료보다 큰 경우 그 차액에 대하여 이자소득세가 부과될 수 있습니다.
6. 중도인출시 인출금액 및 인출금액에 적립되는 이자만큼 만기(해약)환급금에서 차감하여 지급하므로 만기(해약)환급금이 현저하게 감소할 수 있습니다.
7. 평균공시이율은 감독원장이 정하는 바에 따라 산정한 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 전년도 8월말 기준 직전 12개월간 보험회사 평균공시이율을 말합니다.
8. 상기 예시된 해약환급금은 계약내용의 변경, 보험료 실제 납입일자 등에 따라 실제 해약환급금과 달라 질 수 있습니다.
9. 상기 예시된 해약환급금이 미래수익을 보장하는 것은 아닙니다.

바-3. 해약환급금이 적은 이유

손해보험상품은 은행의 저축과는 달리 위험보장과 저축기능을 겸한 제도로서 보험계약자가 납입한 보험료 중 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.

이 상품요약서는 **한화 더건강한 한아름종합보험 무배당2504**의 주요내용을 요약 발췌한 것이므로 기타 자세한 사항은 해당약관(보통약관, 특별약관)의 내용을 따릅니다.