

무배당 흥Good 행복한 파워종합보험(25.09)
상품요약서

흥국화재해상보험(주)

무배당 흉Good 행복한 파워종합보험(25.09) 상품요약서

◎ 이 상품의 주요 내용(Q&A)

Q 무배당 흉Good 행복한 파워종합보험(25.09)는 어떤 상품입니까?

A 보험 하나로 최고 100세까지 통합보장되는 상품으로 사망, 후유장해는 물론, 암, 뇌졸중, 급성심근경색증 등 주요 질병의 진단비와 수술비, 입원비를 보장하는 상품입니다. 2종(납입후 해약환급금지급형의 50%지급형)은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않는 대신 1종(해약환급금지급형)보다 일반적으로 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있도록 한 상품입니다.

구분	해약환급구분	해약환급금 형태
1종	해약환급금지급형	계약 해지시 해약환급금 지급
2종	납입후 해약환급금지급형의 50%지급형	- 납입기간 중 해지시 해약환급금 미지급 - 납입기간 완료 후 해지시 1종 해약환급금의 50%에 해당하는 금액을 해약환급금으로 지급

Q 이 상품의 보장개시일은 어떻게 됩니까?

A 이 상품의 보장개시일은 회사가 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터입니다. 다만, 회사가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙한 경우에는 제1회 보험료를 받은 때를 보장개시일로 봅니다. 단, 암진단비(유사암제외), 암진단비(소액암 및 유사암제외), 고액치료비암진단비, 11대특정암진단비, 암직접치료입원비(요양병원제외)(4일~120일), 암직접치료입원비(요양병원제외)(1일~180일), 요양병원 암입원비(1일~60일), 요양병원 암입원비(1일~90일), 암수술비(유사암제외)(최초1회한), 암수술비(유사암제외), 유방수술비(유방암, 유방의제자리암), 자궁적출수술비(여성생식기암, 여성생식기의제자리암), 항암방사선약물치료비, 항암방사선약물치료비(연간1회한), 암사망, 통풍진단비, 말기암 호스피스 완화의료병동 입원치료비(최초1회한), 표적항암약물허가치료비 II(갱신형_10년), 암직접치료 종합병원통원비(연간30회한)(감액없음), 암직접치료 상급종합병원통원비(연간30회한)(감액없음), 암직접치료통원비(연간30회한)(감액없음), 표적항암약물허가치료비 II(연간1회한)(갱신형_10년), 항암양성자방사선치료비 II(갱신형_10년), 항암세기조절방사선치료비 II(갱신형_10년), 항암세기조절방사선치료비 II(토모테라피) II(갱신형_10년), 항암호르몬약물허가치료비(기타피부암 및 갑상선암이외의 암)(갱신형_10년), 항암정위방사선치료비 II(갱신형_10년), 다빈치및레보아이로봇 암로봇 암수술비(최초1회한)(갱신형_10년), 자궁 및 난소 특정질환 로봇수술비(연간1회한)(갱신형_10년), 고강도초음파집속술(HIFU) 치료비(특정부인과질환)(최초1회한)(갱신형_10년), 특정유방병변 진공보조장치이용절제치료비(최초1회한)(갱신형_10년)

년), 중증갑상선암진단비, 카티(CAR-T) 항암약물허가치료비(연간1회한)(갱신형_10년), 특정경도이상자궁경부이형성증진단비(갱신형_10년), 특정중등도자궁경부이형성증진단비(갱신형_10년), 특정NGS유전자패널검사지원비(급여_연간1회한), 중증질환자(신규암(유사암제외)) 산정특례대상보장, 항암방사선치료후 9대합병증진단비, 중증질환자(중복암 및 재등록암) 산정특례대상보장 中 중증질환자(중복암) 산정특례대상(감액없음), 신통합암(전이포함)진단비 II(유사암제외), 신통합항암방사선약물치료비 II(유사암제외), 신통합암(원발후전이포함)진단비 II(유사암제외), 심부 바늘생검 조직병리 진단비(급여_연간1회한), 자궁바늘생검 조직병리 진단비(급여_연간1회한), 암주요치료비(유사암제외)(연간1회한,진단후10년)(감액없음), 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원포함) 암주요치료비(유사암제외)(연간1회한,진단후10년)(감액없음) 보장(갱신형 보장의 최초계약 포함), 가족일상생활중배상책임IV(갱신형_1년)(누수사고), 전이암진단비, 특정면역항암약물허가치료비(연간1회한)(갱신형_10년), 보장(갱신형 보장의 최초계약 포함) 등은 보험증권에 기재된 보험기간의 첫날(부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날부터입니다. (단, 일부보장의 경우 갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양 보장은 제외)

재진단암III진단비 보장의 경우, 첫 번째 재진단암의 보장개시일은 “첫 번째암” 진단 확정일부터 그날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날부터이며, 두 번째 이후 재진단암의 보장개시일은 직접 “재진단암” 진단 확정일부터 그날을 포함하여 1년(갱신계약을 포함합니다.)이 지난날의 다음날부터입니다.

재발암 및 잔여암진단비(2년대기형)(감액없음) 보장(갱신형 보장 포함)의 경우, 첫 번째 암 보장개시일 이후 최초로 발생한 암(유사암제외) 진단확정일부터 그 날을 포함하여 2년(갱신계약을 포함합니다.)이 지난날의 다음날부터입니다.

신재진단암진단비 II(기타피부암,갑상선암,전립선암포함,5회한) 보장(갱신형 보장 포함)의 경우, 첫 번째 신재진단암의 보장개시일은 “첫번째암(기타피부암, 갑상선암 포함)” 진단 확정일부터 그날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날부터이며, 두 번째 이후 신재진단암의 보장개시일은 직접 “신재진단암” 진단 확정일부터 그날을 포함하여 1년(갱신계약을 포함합니다.)이 지난날의 다음날부터입니다.

이차암진단비(갱신형_20년)의 경우 첫번째 암 진단확정일로부터 1년(12개월)이 지난 날의 다음 날이며, 보험증권에 기재된 보험기간의 첫날(부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일 이전 ‘암’으로 진단확정된 경우에는 무효입니다.

경도치매진단비(CDR1점이상), 중등도치매진단비(CDR2점이상), 요로결석진단비, 당뇨병진단비(당화혈색소 7.0%이상)(갱신형_10년), 중증치매 I 산정특례대상보장, 중증치매 II 산정특례대상보장 보장(갱신형

보장의 최초계약 포함)의 경우 보험증권에 기재된 보험기간의 첫날(부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날부터입니다.

중증질환자(중복암 및 재등록암) 산정특례대상보장 中 중증질환자(재등록암) 산정특례대상(감액없음) 보장(갱신형 보장의 최초계약 포함)은 보험증권에 기재된 보험기간의 첫날(부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 5년이 지난날의 다음날부터입니다.

질병관련, 상해관련 및 기타 담보는 보험증권에 기재된 보험기간의 첫날부터입니다.

Q 해약환급금이 이미 납입보험료보다 적은 이유는 무엇입니까?

A 보험은 은행의 저축과는 달리 위험보장과 저축을 겸한 제도로서 보험계약자가 납입한 보험료 중 일부는 불의의 사고를 당한 다른 보험계약자에게 지급되는 보험금으로, 또 다른 일부는 보험회사 운영에 필요한 경비로 사용되므로 중도 해지 시 지급되는 해약환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다.

① 가입자격 제한 등 상품의 특이사항

가. 가입자격 제한에 관한 사항

과거 질병으로 진단 확정 또는 일부 위험직종에 종사하고 있는 경우 등 피보험자의 직업, 직무, 기타 사항으로 인해 가입자격이 제한되거나 인수가 불가능할 수 있으며, 경우에 따라서 건강진단 결과를 요구할 수 있습니다.

나. 상품의 특이사항

◇ 보험기간, 납입기간, 가입나이 및 보험료 납입주기

* 피보험자의 가입나이 및 건강상태, 직업 또는 직무 등에 따라 회사가 정하는 기준에 의해 보험가입금액이 제한되거나 가입이 불가능할 수 있습니다.

1. 1종(해약환급금지급형)

- 1) 기본계약(일반상해후유장해(80%이상), 질병후유장해(80%이상)(감액없음)), 비갱신형 특별약관

보험기간	납입기간	가입나이	보험료 납입주기
80세만기	10년납	15세~70세	월납 연납
	15년납	15세~65세	
	20년납	15세~60세	
	25년납	15세~55세	
	30년납	15세~50세	
90세만기	10년납	15세~70세	월납 연납
	15년납	15세~70세	
	20년납	15세~70세	
	25년납	15세~65세	
	30년납	15세~60세	
100세만기	10년납	15세~70세	월납 연납
	15년납	15세~70세	
	20년납	15세~70세	
	25년납	15세~70세	
	30년납	15세~70세	

주) 일부 담보는 보험기간 및 가입나이가 상이할 수 있습니다.

- 2) 보험료 납입면제대상보장(6대질병진단 및 상해·질병후유장해(80%이상)), 보험료 페이백(6대질병진단 및 상해·질병후유장해(80%이상)), 무배당 보험료납입지원보장(유사암진단) 특별약관

보험기간	납입기간	가입나이	보험료 납입주기
10년만기	전기납	15세~70세	월납 연납
15년만기			
20년만기			
25년만기			
30년만기			

주1) 보험기간은 기본계약의 납입기간으로 함

주2) 보험료 페이백(6대질병진단 및 상해·질병후유장해(80%이상)) 특별약관과 무배당 보험료납입지원보장(유사암진단) 특별약관은 월납으로만 가입가능함

- 3) 일반상해사망(추가), 질병사망(감액없음)(추가)

보험기간	납입기간	가입나이	보험료 납입주기
10년만기	전기납	만15세~69세	월납 연납
15년만기		만15세~64세	
20년만기		만15세~59세	
25년만기		만15세~54세	
30년만기		만15세~49세	
60세만기	10년납	만15세~49세	월납 연납
	15년납	만15세~44세	
	20년납	만15세~39세	
	25년납	만15세~34세	
	30년납	만15세~29세	
70세만기	10년납	만15세~59세	
	15년납	만15세~54세	
	20년납	만15세~49세	
	25년납	만15세~44세	

	30년납	만15세~39세	
--	------	----------	--

4) 갱신형 특별약관(갱신형_20년)

보험기간		납입기간	가입나이	보험료 납입주기
최초	20년	전기납	기본계약 가입나이	월납
갱신	20년		(기본계약 가입나이 + 20)세 ~ (갱신종료나이 - 20)세까지	
	19년 ~ 1년		(갱신종료나이 - 보험기간)세	

주) 일부 담보는 보험기간 및 가입나이가 상이할 수 있습니다.

5) 재진단암III진단비(갱신형_20년), 신재진단암진단비 II(기타피부암,갑상선암,전립선암포함,5회한)(갱신형_20년)

보험기간		보험료 납입기간	가입나이	보험료 납입주기
최초	20년	전기납	기본계약 가입나이	월납
갱신	20년		(기본계약 가입나이 + 20)세 ~ (갱신종료나이 - 21)세까지	
	19년 ~ 2년		(갱신종료나이 - 20)세 ~ (갱신종료나이 - 3)세	
	1년		(갱신종료나이 - 2)세 ~ (갱신종료나이 - 1)세	

주) 최초 가입시 갱신종료나이가 80세인 경우 59세까지, 90세인 경우 69세 까지 가입이 가능함.

6) 재발암 및 잔여암진단비(2년대기형)(감액없음)(갱신형_20년)

보험기간		보험료 납입기간	가입나이	보험료 납입주기
최초	20년	전기납	기본계약 가입나이	월납
갱신	20년		(기본계약 가입나이 + 20)세 ~ (갱신종료나이 - 22)세까지	
	19년 ~ 2년		(갱신종료나이 - 21)세 ~ (갱신종료나이 - 4)세	
	1년		(갱신종료나이 - 3)세 ~ (갱신종료나이 - 1)세	

주) 최초 가입시 갱신종료나이가 80세인 경우 58세까지, 90세인 경우 68세 까지 가입이 가능함.

7) 중증질환자(중복암 및 재등록암) 산정특례대상보장(감액없음)(갱신형_20년)

가) 중증질환자(중복암) 산정특례대상보장(갱신형_20년)

보험기간		납입기간	가입나이	보험료 납입주기
최초	20년	전기납	기본계약 가입나이	월납
갱신	20년		(기본계약 가입나이 + 20)세 ~ (갱신종료나이 - 20)세까지	
	19년 ~ 1년		(갱신종료나이 - 보험기간)세	

나) 중증질환자(재등록암) 산정특례대상보장(갱신형_20년)

보험기간		보험료 납입기간	가입나이	보험료 납입주기
최초	20년	전기납	기본계약 가입나이	월납
갱신	20년		(기본계약 가입나이 + 20)세 ~ (갱신종료나이 - 25)세까지	
	19년 ~ 1년		(갱신종료나이 - 24)세 ~ (갱신종료나이 - 6)세	
	5년		(갱신종료나이 - 5)세	

주1) 최초 가입시 갱신종료나이가 80세인 경우 55세까지, 90세인 경우 65 세까지 가입이 가능함.

주2) 중증질환자(중복암 및 재등록암) 산정특례대상보장(갱신형_20년)은 18세부터 가입가능함.

8) 이차암진단비(갱신형_20년)

보험기간		보험료 납입기간	가입나이	보험료 납입주기
최초	20년	전기납	기본계약 가입나이	월납
	21년 ^{주1)}	20년납		
갱신	20년	전기납	(기본계약 가입나이 + 20)세 ~ (갱신종료나이 - 22)세까지	월납
	21년 ~ 2년	(보험기간-1)년납	(갱신종료나이 - 21)세 ~ (갱신종료나이 - 2)세	

주) 기본계약 보험기간이 21년일 경우 이차암진단비(갱신형_20년)의 보험 기간도 21년으로 함.

9) 갱신형 특별약관(갱신형_10년)

보험기간		납입기간	가입나이	보험료 납입주기
최초	10년	전기납	기본계약 가입나이	월납
갱신	10년		(기본계약 가입나이 + 10)세 ~ (갱신종료나이 - 10)세까지	
	9년 ~ 1년		(갱신종료나이 - 보험기간)세	

주) 일부 담보는 보험기간 및 가입나이가 상이할 수 있습니다.

10) 고강도초음파집속술(HIFU) 치료비(특정부인과질환)(최초1회한)(갱신형_10년)

보험기간		납입기간	가입나이	보험료 납입주기
최초	10년	전기납	18세 ~ 60세	월납
갱신	10년		28세 ~ 60세	
	9년 ~ 1년		(70 - 보험기간)세	

11) 중증질환자(중복암 및 재등록암) 산정특례대상보장(감액없음)(갱신형_10년)

가) 중증질환자(중복암) 산정특례대상보장(갱신형_10년)

보험기간		납입기간	가입나이	보험료 납입주기
최초	10년	전기납	기본계약 가입나이	월납
갱신	10년		(기본계약 가입나이 + 10)세 ~ (갱신종료나이 - 10)세까지	
	9년 ~ 1년		(갱신종료나이 - 보험기간)세	

나) 중증질환자(재등록암) 산정특례대상보장(갱신형_10년)

보험기간		보험료 납입기간	가입나이	보험료 납입주기
최초	10년	전기납	기본계약 가입나이	월납
갱신	10년		(기본계약 가입나이 + 20)세 ~ (갱신종료나이 - 15)세까지	
	9년 ~ 1년		(갱신종료나이 - 14)세 ~ (갱신종료나이 - 6)세	
	5년		(갱신종료나이 - 5)세	

주) 중증질환자(중복암 및 재등록암) 산정특례대상보장(갱신형_10년)은 24세부터 가입 가능함.

12) 무) 가족일상생활중배상책임IV(갱신형_1년)

보험기간		납입기간	가입나이	보험료 납입주기
최초	1년	전기납	기본계약 가입나이	월납
갱신	1년		(갱신종료나이 - 보험기간)세	

2. 2종(납입후 해약환급금지급형의 50%지급형)

- 1) 기본계약(일반상해후유장해(80%이상), 질병후유장해(80%이상)(감액없음)),
비갱신형 특별약관

보험기간	납입기간	가입나이	보험료 납입주기
80세만기	10년납	15세~70세	월납
	15년납	15세~65세	
	20년납	15세~60세	
	25년납	15세~55세	
	30년납	15세~50세	
90세만기	10년납	15세~70세	월납
	15년납	15세~70세	
	20년납	15세~70세	
	25년납	15세~65세	
	30년납	15세~60세	
100세만기	10년납	15세~70세	월납
	15년납	15세~70세	
	20년납	15세~70세	
	25년납	15세~70세	
	30년납	15세~70세	

주) 일부 담보는 보험기간 및 가입나이가 상이할 수 있습니다.

- 2) 보험료 납입면제대상보장(6대질병진단 및 상해·질병후유장해(80%이상)),
보험료 페이백(6대질병진단 및 상해·질병후유장해(80%이상)), 무배당 보
험료납입지원보장(유사암진단) 특별약관

보험기간	납입기간	가입나이	보험료 납입주기
10년만기	전기납	15세~70세	월납
15년만기			
20년만기			
25년만기			
30년만기			

주) 보험기간은 기본계약의 납입기간으로 함

- 3) 일반상해사망(추가), 질병사망(감액없음)(추가)

보험기간	납입기간	가입나이	보험료 납입주기
10년만기	전기납	만15세~69세	월납 연납
15년만기		만15세~64세	
20년만기		만15세~59세	
25년만기		만15세~54세	
30년만기		만15세~49세	
60세만기	10년납	만15세~50세	월납 연납
	15년납	만15세~45세	
	20년납	만15세~40세	
	25년납	만15세~35세	
	30년납	만15세~30세	
70세만기	10년납	만15세~60세	연납
	15년납	만15세~55세	
	20년납	만15세~50세	

	25년납	만15세~45세	
	30년납	만15세~40세	

4) 갱신형 특별약관(갱신형_20년)

보험기간		납입기간	가입나이	보험료 납입주기
갱신	20년	전기납	기본계약 가입나이	월납
	20년		(기본계약 가입나이 + 20)세 ~ (갱신종료나이 - 20)세까지	
	19년 ~ 1년		(갱신종료나이 - 보험기간)세	

주) 일부 담보는 보험기간 및 가입나이가 상이할 수 있습니다.

5) 재진단암III진단비(갱신형_20년), 신재진단암진단비 II(기타피부암,갑상선암,전립선암포함,5회한)(갱신형_20년)

보험기간		보험료 납입기간	가입나이	보험료 납입주기
갱신	20년	전기납	기본계약 가입나이	월납
	20년		(기본계약 가입나이 + 20)세 ~ (갱신종료나이 - 21)세까지	
	19년 ~ 2년		(갱신종료나이 - 20)세 ~ (갱신종료나이 - 3)세	
	1년		(갱신종료나이 - 2)세 ~ (갱신종료나이 - 1)세	

6) 갱신형 특별약관(갱신형_10년)

보험기간		납입기간	가입나이	보험료 납입주기
갱신	10년	전기납	기본계약 가입나이	월납
	10년		(기본계약 가입나이 + 10)세 ~ (갱신종료나이 - 10)세까지	
	9년 ~ 1년		(갱신종료나이 - 보험기간)세	

주) 일부 담보는 보험기간 및 가입나이가 상이할 수 있습니다.

7) 고강도초음파집속술(HIFU) 치료비(특정부인과질환)(최초1회한)(갱신형_10년)

보험기간		납입기간	가입나이	보험료 납입주기
갱신	10년	전기납	18세 ~ 60세	월납
	10년		28세 ~ 60세	
	9년 ~ 1년		(70 - 보험기간)세	

8) 중증질환자(중복암 및 재등록암) 산정특례대상보장(감액없음)(갱신형_10년)

가) 중증질환자(중복암) 산정특례대상보장(갱신형_10년)

보험기간		납입기간	가입나이	보험료 납입주기
최초	10년	전기납	기본계약 가입나이	월납
갱신	10년		(기본계약 가입나이 + 10)세 ~ (갱신종료나이 - 10)세까지	
	9년 ~ 1년		(갱신종료나이 - 보험기간)세	

나) 중증질환자(재등록암) 산정특례대상보장(갱신형_10년)

보험기간		보험료 납입기간	가입나이	보험료 납입주기
최초	10년	전기납	기본계약 가입나이	월납
갱신	10년		(기본계약 가입나이 + 20)세 ~ (갱신종료나이 - 15)세까지	
	9년 ~ 1년		(갱신종료나이 - 14)세 ~ (갱신종료나이 - 6)세	
	5년		(갱신종료나이 - 5)세	

주) 중증질환자(중복암 및 재등록암) 산정특례대상보장(갱신형_10년)은 24세부터 가입 가능함.

9) 무) 가족일상생활중배상책임IV(갱신형_1년)

보험기간		납입기간	가입나이	보험료 납입주기
최초	1년	전기납	기본계약 가입나이	월납
갱신	1년		(갱신종료나이 - 보험기간)세	

※ 담보별로 가입 가능 보험기간, 납입기간 및 가입 가능 나이가 달라질 수 있습니다.
다. 자세한 내용은 사업방법서 별지 및 약관을 참고하세요.

◇ 의무가입에 관한 사항

가. 의무가입보장

- 보험료 납입면제대상보장(6대질병진단 및 상해·질병후유장해(80%이상))

나. 의무가입사유 : 보험료 납입면제에 해당하는 보험사고 발생을 인지하지 못한 채 보험료를 계속 납입하는 경우를 사전 예방

다. 의무가입 특별약관은 회사가 정하는 지침 및 기준 (가입나이, 건강상태, 과거병력, 직무 등)에 따라 가입금액을 운영할 수 있음.

◇ 보험료 납입면제에 관한 사항

가. 보험료 납입기간 중에 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 차회 이후 보장보험료 납입을 면제함. 단, 갱신형 특별약관의 보험료는 납입면제에서 제외하며 해당 특별약관의 보험료를 계속 납입해야 함. 납입면제 사유는 종별로 아래와 같이 운영함.

- 1) 암 보장개시일 이후 「암」(단, 「제자리암」, 「기타피부암」, 「경계성 종양」 및 「갑상선암」은 제외)으로 진단확정되었을 경우
- 2) 뇌출중로 진단확정되었을 경우
- 3) 급성심근경색증으로 진단확정되었을 경우
- 4) 상해로 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우
- 5) 진단 확정된 질병으로 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태 가 되었을 경우
- 6) 말기 만성폐질환으로 진단확정되었을 경우
- 7) 말기간경화로 진단확정되었을 경우
- 8) 말기신부전증으로 진단확정되었을 경우

위에서 정한 각 납입면제 사유별 정의 및 진단확정은 약관에 정한 사항을 따름.

나. “암” 보장개시일 이후에 “암”으로 진단확정시(단, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 및 갑상선암으로 진단시 제외) 이차암진단비(갱신형_20년) 특별약관의 차회 이후의 보장보험료 납입을 면제함. 이차암진단비(갱신형_20년) 특별약관이 납입면제 된 경우, 이차암진단비(갱신형_20년) 특별약관은 그 때부터 자동갱신을 하지 아니하며, 보장은 이차암진단비(갱신형_20년) 특별약관의 만기시점에 도달할 때까지 계속 됨.

다. 1종의 경우 가.의 보장보험료 납입면제가 된 경우 차회 이후의 적립보험료 납입을 중지함.

◇ 무해악형에 관한 사항

<2종(납입후 해약환급금지급형의 50%지급형) 가입자>

- 가. 2종(납입후 해약환급금지급형의 50%지급형)은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않는 대신 1종(해약환급금지급형)보다 일 반적으로 저렴하게 보험을 가입할 수 있도록 한 상품임.
- 나. 위 가.에서 해약환급금을 계산할 때 기준이 되는 1종(해약환급금지급형)의 해약환급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 방법에 따라 산 출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산함.
- 다. 2종(납입후 해약환급금지급형의 50%지급형)의 계약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금은 지급하지 않고, 보험료 납입기간이 완료된 이후 계약이 해지되는 경우에는 1종(해약환급금지급형) 해약환급금의 50%에 해당하는 금액으로 함.
- 라. 위 다)에도 불구하고 아래에 대상 특별약관의 경우 아래의 사유에 해당하고 각각의 보험금 지급기간 이내에 계약이 해지될 경우 해당 특별약관의 계약 자적립액 및 미경과보험료를 지급함.

대상 특별약관	사유
암주요치료비(유사암제외) (연간1회한, 진단후10년)	

암주요치료비(유사암제외) (연간1회한, 진단후10년) (면책없음, 감액없음)	보장개시일 이후 「암(유사암제외)」으로 진단확정된 경우
상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원포함) 암주요치료비(유사암제외) (연간1회한, 진단후10년)(감 액없음)	
상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원포함) 암주요치료비(유사암제외) (연간1회한, 진단후10년)(면 책없음, 감액없음)	
암주요치료비(유사암) (연간1회한, 진단후10년)	「유사암」으로 진단확정 된 경우
상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원포함) 암주요치료비(유사암) (연간1회한, 진단후10년)(감 액없음)	「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심질환」으로 진단확정된 경우
순환계질환(특정질병 및 2대질병제외) 주요치료비(연간1회한, 진단 후10년)(감액없음)	「순환계질환(특정질병 및 2대질병제외)」으로 진단확정 된 경우
순환계질환(특정질병제외) 주요치료비(연간1회한, 진단 후10년)(감액없음)	「순환계질환(특정질병질병제외)」으로 진단확정 된 경우

- * 보험금 지급기간 : 약관에서 보장하는 보험금 지급사유의 최초 진단확정일로부터 10년
 마. 회사는 2종(납입후 해약환급금지급형의 50%지급형) 가입시 1종(해약환급금
 지급형)의 보험료 및 해약환급금(환급률 포함) 수준을 비교·안내함.
 바. 2종(납입후 해약환급금지급형의 50%지급형)의 경우 보험종목, 보험기간,
 보험료 납입기간, 피보험자의 변경, 보험가입금액의 증액 및 보장의 추가는
 신청할 수 없음.
 사. 회사는 2종(납입후 해약환급금지급형의 50%지급형)의 계약을 체결할 때 계
 약자에게 해약환급금 지급에 대한 내용을 충분히 설명을 하고 별도의 확인서
 를 받음.

◇ 기타 특이 사항

- ▷ 질병을 원인으로 하는 사망을 담보하는 특별약관의 운영
 - 1) 보험만기는 80세 이하이어야 함.
 - 2) 보험금액의 한도는 개인당 2억원 이내이어야 함.
 - 3) 만기시에 지급하는 환급금은 납입보험료 합계액의 범위 이내이어야 함.

▷ 특별약관 운영에 관한 사항

1) 아래의 표와 같이 [보장A]의 특별약관을 가입하기 위해서는 [보장B]의 특별약관 중 어느 한 가지 이상을 반드시 가입하여야 함.

순번	[보장A]	[보장B]
1	5대골절진단비	골절진단비(치아파절제외) 골절진단비(치아파절제외) (갱신형_20년) 골절진단비(치아파절포함) (연간1회한) 골절진단비(치아파절포함) (연간1회한)(갱신형_20년) 골절진단비(치아파절제외) (1~5급)(연간1회한) 골절진단비(치아파절제외) (1~5급)(연간1회한)(갱신형_20년)
2	5대골절수술비	골절수술비 골절수술비(갱신형_20년) 골절수술비(1~5급)(연간1회한) 골절수술비(1~5급) (연간1회한)(갱신형_20년)
3	요양병원 암입원비 (1일~60일) 요양병원 암입원비 (1일~60일)(갱신형_20년)	암직접치료입원비 (요양병원제외)(4일~120일) 암직접치료입원비(요양병원제외) (4일~120일)(갱신형_20년)
4	요양병원 암입원비 (1일~90일) 요양병원 암입원비 (1일~90일)(갱신형_20년)	암직접치료입원비 (요양병원제외)(1일~180일) 암직접치료입원비(요양병원제외) (1일~180일)(갱신형_20년)
5	대상포진눈병진단비 대상포진눈병진단비 (갱신형_20년)	대상포진진단비 대상포진진단비(갱신형_20년)
6	항암방사선약물치료비 (연간1회한) 항암방사선약물치료비 (연간1회한)(갱신형_20년)	
7	표적항암약물허가치료비 II (갱신형_10년) 표적항암약물허가치료비 II (연간1회한)(갱신형_10년)	항암방사선약물치료비 항암방사선약물치료비 (갱신형_20년) 항암방사선약물치료비(면책 없음, 감액없음)
8	항암성지방사선치료비 II (갱신형_10년) 항암세기조절방사선치료비 II (갱신형_10년) 항암정위방사선치료비 II (갱신형_10년)	항암방사선약물치료비(면책 없음, 감액없음)(갱신형_20 년)
9	카티(CAR-T) 항암약물허가치료 비(연간1회한)(갱신형_10년)	
10	요양병원 특정심·뇌및9대혈관질환 입원비(1일~90일) 요양병원 특정심·뇌및9대혈관질환 입원비(1일~90일)(갱신형_20년)	특정심·뇌및9대혈관질환입원비 (요양병원제외)(1일~180일) 특정심·뇌및9대혈관질환입원비 (요양병원제외) (1일~180일)(갱신형_20년)
11	특정심혈관질환	특정심혈관질환

순번	[보장A]	[보장B]
12	(기타심장부정맥)진단비 상해흉터복원수술비(안면부)	(기타심장부정맥제외)진단비 상해흉터복원수술비
13	중증갑상선암진단비	유사암진단비 유사암진단비(갱신형_20년) 유사암진단비(감액없음) 유사암진단비(감액없음)(갱신형_20년)
14	암주요치료비(유사암) (연간1회한, 진단후10년) 암주요치료비(유사암) (연간1회한, 진단후10년) (갱신형_20년) 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원포함) 암주요치료비 (유사암)(연간1회한, 진단후10년)(감액없음) 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원포함) 암주요치료비 (유사암)(연간1회한, 진단후10년)(감액없음) (갱신형_20년)	유사암진단비 유사암진단비(갱신형_20년) 유사암진단비(감액없음) 유사암진단비(감액없음)(갱신형_20년)
15	특정심혈관질환(기타심장부정 맥)진단비III	특정심혈관질환(기타심장부정 맥제외)진단비III
16	신통합항암방사선약물치료비 II(유사암제외) 신통합항암방사선약물치료비II (유사암제외)(면책없음,감액없음)	항암방사선약물치료비 항암방사선약물치료비(갱신 형_20년) 항암방사선약물치료비(면책 없음,감액없음) 항암방사선약물치료비(면책 없음,감액없음)(갱신형_20 년)
17	특정순환계질환(특정질병제 외) 주요치료비(연간1회한, 진 단후10년)(감액없음) 특정순환계질환(특정질병제 외) 주요치료비(연간1회한, 진 단후10년)(감액없음)(갱신형 _20년)	순환계질환진단비(특정질병 제외) 순환계질환진단비(특정질병 제외)(갱신형_20년)

2) 아래의 표와 같이 [보장A]의 특별약관을 가입하기 위해서는 이에 대응되는 [보장B]의 특별약관을 동시에 가입하여야 함.

순번	[보장A]	[보장B]
1	특정순환계질환 (당뇨병및이상지질혈증포함) 진단비(1종)	특정순환계질환진단비(2종) 특정순환계질환진단비(3종) 특정순환계질환진단비(4종) 특정순환계질환진단비(5종)
2	특정순환계질환진단비(2종)	특정순환계질환진단비(3종) 특정순환계질환진단비(4종) 특정순환계질환진단비(5종)

순번	[보장A]	[보장B]
3	특정순환계질환진단비(3종)	특정순환계질환진단비(4종) 특정순환계질환진단비(5종)
4	특정순환계질환진단비(4종)	특정순환계질환진단비(5종)
5	특정순환계질환 (당뇨병및이상지질혈증포함) 진단비(1종)(갱신형_20년)	특정순환계질환진단비(2종) (갱신형_20년) 특정순환계질환진단비(3종) (갱신형_20년) 특정순환계질환진단비(4종) (갱신형_20년) 특정순환계질환진단비(5종) (갱신형_20년)
6	특정순환계질환진단비(2종) (갱신형_20년)	특정순환계질환진단비(3종) (갱신형_20년) 특정순환계질환진단비(4종) (갱신형_20년) 특정순환계질환진단비(5종) (갱신형_20년)
7	특정순환계질환진단비(3종) (갱신형_20년)	특정순환계질환진단비(4종) (갱신형_20년) 특정순환계질환진단비(5종) (갱신형_20년)
8	특정순환계질환진단비(4종) (갱신형_20년)	특정순환계질환진단비(5종) (갱신형_20년)

3) 아래의 표와 같이 [보장A]의 특별약관과 각각 해당하는 [보장B]의 특별약관은 동시에 가입하여야 하며, [보장A], [보장B]의 특별약관은 단독으로 가입할 수 없음.

순번	[보장A]	[보장B]
1	암진단비(유사암제외) 또는 암진단비(유사암제외)(갱신 형_20년) 또는 신통합암(전이포함)진단비 (유사암제외) 또는 신통합암(전이포함)진단비 (유사암제외)(갱신형_20년)	유사암진단비 또는 유사암진단비(갱신형_20년)
2	유사암수술비 또는 유사암수술비(갱신형_20년)	암수술비(유사암제외)(최초1 회한) 또는 암수술비(유사암제외)(최초1 회한)(갱신형_20년) 또는 암수술비(유사암제외) 또는 암수술비(유사암제외)(갱신 형_20년)
3	암진단비(유사암제외) (면책없음,감액없음) 또는 암진단비(유사암제외)(면책없 음,감액없음)(갱신형_20년) 또는 신통합암(전이포함)진단비 (유사암제외) (면책없음,감액없음) 또는 신통합암(전이포함)진단비 (유사암제외)(면책없음,감액	유사암진단비(감액없음) 또는 유사암진단비(감액없음)(갱신 형_20년)

	없음)(갱신형_20년)	
4	중증질환자(신규암(유사암제외)) 산정특례대상보장 또는 중증질환자(신규암(유사암제외)) 산정특례대상보장(갱신형_10년/갱신형_20년)	중증질환자(신규암(유사암)) 산정특례대상보장 또는 중증질환자(신규암(유사암)) 산정특례대상보장(갱신형_10년/갱신형_20년)
5	암주요치료비(유사암제외) (연간1회한, 진단후10년)(감액없음) 또는 암주요치료비(유사암제외) (연간1회한, 진단후10년)(감액없음)(갱신형_20년) 암주요치료비(유사암제외)(연간1회한, 진단후10년)(면책없음, 감액없음) 또는 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원포함) 암주요치료비(유사암제외)(연간1회한, 진단후10년)(감액없음) 또는 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원포함) 암주요치료비(유사암제외)(연간1회한, 진단후10년)(감액없음)(갱신형_20년) 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원포함) 암주요치료비(유사암제외)(연간1회한, 진단후10년)(면책없음, 감액없음)	암주요치료비(유사암)(연간1회한, 진단후10년)(감액없음) 또는 암주요치료비(유사암)(연간1회한, 진단후10년)(감액없음)(갱신형_20년) 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원포함) 암주요치료비(유사암)(연간1회한, 진단후10년)(감액없음) 또는 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원포함) 암주요치료비(유사암)(연간1회한, 진단후10년)(감액없음)(갱신형_20년)
6	간병인사용 일반상해입원비 (요양병원제외)(1일-150일) 또는 간병인사용 일반상해입원비 (요양병원제외)(1일-150일)(갱신형_20년)	간병인사용 일반상해입원비 (요양병원)(1일-150일) 또는 간병인사용 일반상해입원비 (요양병원)(1일-150일)(갱신형_20년)
7	간병인사용 일반상해입원비 (요양병원)(1일-150일) 또는 간병인사용 일반상해입원비 (요양병원)(1일-150일)(갱신형_20년)	간병인사용 일반상해입원비 (요양병원제외)(1일-150일) 또는 간병인사용 일반상해입원비 (요양병원제외)(1일-150일)(갱신형_20년)
8	간병인사용 질병입원비(요양 병원제외)(1일-150일) 또는 간병인사용 질병입원비(요양 병원제외)(1일-150일)(갱신 형)	간병인사용 질병입원비(요양 병원)(1일-150일) 또는 간병인사용 질병입원비(요양 병원)(1일-150일)(갱신형_20 년)
9	간병인사용 질병입원비(요양 병원)(1일-150일) 또는 간병인사용 질병입원비(요양 병원)(1일-150일)(갱신형_20 년)	간병인사용 질병입원비(요양 병원제외)(1일-150일) 또는 간병인사용 질병입원비(요양 병원제외)(1일-150일)(갱신형_20년)
10	간병인사용 일반상해입원지 원비(요양병원제외)(간병인비 용연간200만원이상) 또는	간병인사용 일반상해입원지 원비(요양병원)(간병인비용연 간200만원이상) 또는

	간병인사용 일반상해입원지 원비(요양병원제외)(간병인비 용연간200만원이상)	간병인사용 일반상해입원지 원비(요양병원)(간병인비용연 간200만원이상)(갱신형_20년)
--	---	--

4) 아래의 표와 같이 [보장C]의 특별약관 가입시 [보장A], [보장B]의 특별약관을 동시에 가입하여야 함.

순번	[보장C]	[보장A]	[보장B]
1	갑상선암 (초기제외) 진단비 또는 갑상선암 (초기제외) 진단비 (갱신형_20년)	암진단비(소액암 및 유사암제외) 또는 암진단비(소액암 및 유사암제외)(갱신형 _20년) 또는 암진단비(유사암제 외) 또는 암진단비(유사암제 외) (갱신형_20년) 또는 신통합암(전이포함) 진단비 II(유사암제 외) 또는 신통합암(전이포함) 진단비 II(유사암제 외)(갱신형_20년)	유사암진단비 또는 유사암진단비 (갱신형_20년)
2	항암세기조절방사선 치료비(토모테라피) II(갱신형_10년)	암진단비(소액암 및 유사암제외)(면책없 음,감액없음) 또는 암진단비(소액암 및 유사암제외)(면책없 음,감액없음)(갱신 형_20년) 또는 암진단비(유사암제 외)(면책없음,감액 없음) 또는 암진단비(유사암제 외)(면책없음,감액 없음)(갱신형_20년) 또는 신통합암(전이포함) 진단비 II(유사암제 외)(면책없음,감액 없음) 또는 신통합암(전이포함) 진단비 II(유사암제 외)(면책없음,감액 없음)(갱신형_20년)	유사암진단비(감액 없음) 또는 유사암진단비(감액 없음)(갱신형_20 년)

			비(면책없음, 감액없음)(갱신형_20년)
3	항암호르몬약물허가치료비 (기타피부암 및 갑상선암이외의 암) (갱신형_10년)	표적항암약물허가치료비Ⅱ(갱신형_10년) 또는 표적항암약물허가치료비Ⅱ(연간1회한) (갱신형_10년)	항암방사선약물치료비 또는 항암방사선약물치료비 (갱신형_20년) 또는 항암방사선약물치료비(면책없음, 감액없음) 또는 항암방사선약물치료비(면책없음, 감액없음)(갱신형_20년)
4	암진단비(소액암 및 유사암제외) 또는 암진단비(소액암 및 유사암제외) (갱신형_20년) 또는 암진단비(소액암 및 유사암제외) (면책없음, 감액없음) 또는 암진단비(소액암 및 유사암제외) (면책없음, 감액없음)(갱신형_20년)	암진단비(유사암제외) 또는 암진단비(유사암제외) (갱신형_20년) 또는 신통합암(전이포함) 진단비Ⅱ(유사암제외) 또는 신통합암(전이포함) 진단비Ⅱ(유사암제외)(갱신형_20년)	유사암진단비 또는 유사암진단비 (갱신형_20년)
5	고액치료비암진단비 또는 고액치료비양진단비 (갱신형_20년)	암진단비(유사암제외) 또는 암진단비(유사암제외) (갱신형_20년) 또는 신통합암(전이포함) 진단비Ⅱ(유사암제외) 또는 신통합암(전이포함) 진단비Ⅱ(유사암제외)(갱신형_20년)	유사암진단비 또는 유사암진단비(갱신형_20년)
		암진단비(유사암제외)(면책없음, 감액없음) 또는 암진단비(유사암제외)(면책없음, 감액없음)(갱신형_20년)	유사암진단비(감액없음) 또는 유사암진단비(감액없음)(갱신형_20년)

		또는 신통합암(전이포함) 진단비 II(유사암제 외)(면책없음, 감액 없음) 또는 신통합암(전이포함) 진단비 II(유사암제 외)(면책없음, 감액 없음)(갱신형_20년)	
6	11대 특정암진단 비 또는 11대 특정암진단 비(갱신형_20년) 또는 11대 특정암진단 비(면책없음,감액 없음) 또는 11대 특정암진단 비(면책없음,감액 없음)(갱신형_20 년)	암진단비(유사암제 외) 또는 암진단비(유사암제 외) (갱신형_20년) 또는 신통합암(전이포함) 진단비 II(유사암제 외) 또는 신통합암(전이포함) 진단비 II(유사암제 외)(갱신형_20년)	유사암진단비 또는 유사암진단비(갱신 형_20년)
	암진단비(유사암제 외)(면책없음,감액 없음) 또는 암진단비(유사암제 외)(면책없음,감액 없음)(갱신형_20년) 또는 신통합암(전이포함) 진단비 II(유사암제 외)(면책없음,감액 없음) 또는 신통합암(전이포함) 진단비 II(유사암제 외)(면책없음,감액 없음)(갱신형_20년)	유사암진단비(감액 없음) 또는 유사암진단비(감액 없음)(갱신형_20 년)	
7	재진단암 III 진단 비 또는 재진단암 III 진단 비(갱신형_20년)	암진단비(유사암제 외) 또는 암진단비(유사암제 외) (갱신형_20년) 또는 신통합암(전이포함) 진단비 II(유사암제 외) 또는 신통합암(전이포함) 진단비 II(유사암제 외)(갱신형_20년)	유사암진단비 또는 유사암진단비(갱신 형_20년)
	암진단비(유사암제 외)(면책없음,감액 없음) 또는 암진단비(유사암제 외)(면책없음,감액 없음)(갱신형_20년) 또는 신통합암(전이포함)	유사암진단비(감액 없음) 또는 유사암진단비(감액 없음)(갱신형_20 년)	

		진단비 II(유사암제외)(면책없음, 감액없음) 또는 신통합암(전이포함) 진단비 II(유사암제외)(면책없음, 감액없음)(갱신형_20년)	
8	신재진단암진단비 II (기타피부암, 갑상선암 및 전립선암 포함, 5회한) 또는 신재진단암진단비 II (기타피부암, 갑상선암 및 전립선암 포함, 5회한)(갱신형_20년)	암진단비(유사암제외) 또는 암진단비(유사암제외) (갱신형_20년) 또는 신통합암(전이포함) 진단비 II(유사암제외) 또는 신통합암(전이포함) 진단비 II(유사암제외)(갱신형_20년)	유사암진단비 또는 유사암진단비(갱신형_20년)
9	유방수술비(유방암, 유방의제자리암)	암수술비(유사암제외)(최초1회한) 또는 암수술비(유사암제외)(최초1회한)(갱신형_20년) 또는 암수술비(유사암제외) 또는 암수술비(유사암제외)(갱신형_20년)	유사암수술비 또는 유사암수술비(갱신형_20년)
10	자궁적출수술비 (여성생식기암, 여성생식기의제자리암)	암수술비(유사암제외)(최초1회한)(갱신형_20년) 또는 암수술비(유사암제외) 또는 암수술비(유사암제외)(갱신형_20년)	유사암수술비 또는 유사암수술비(갱신형_20년)
11	중증질환자(중복암 및 재등록암) 산정특례대상보장(감액없음) 또는 중증질환자(중복암 및 재등록암) 산정특례대상보장(감액없음)(갱신형_10년/갱신형_20년)	중증질환자(신규암(유사암제외)) 산정특례대상보장 또는 중증질환자(신규암(유사암제외)) 산정특례대상보장(갱신형_10년/갱신형_20년)	중증질환자(신규암(유사암)) 산정특례대상보장 또는 중증질환자(신규암(유사암)) 산정특례대상보장(갱신형_10년/갱신형_20년)
12	신통합암(원발후 전이포함)진단비 II(유사암제외) 또	암진단비(유사암제외) 또는 암진단비(유사암제	유사암진단비 또는 유사암진단비(갱신형_20년)

	는 신통합암(원발후 전이포함)진단비 Ⅱ(유사암제외)(갱 신형_20년) 또는 신통합암(원발후 전이포함)진단비 Ⅱ(유사암제외)(면 책없음, 감액없음) 또는 신통합암(원발후 전이포함)진단비 Ⅱ(유사암제외)(면 책없음, 감액없음) (갱신형_20년)	외)(갱신형_20년) 또는 신통합암(전이포함) 진단비 Ⅱ(유사암제 외) 또는 신통합암(전이포함) 진단비 Ⅱ(유사암제 외)(갱신형_20년) 암진단비(유사암제 외)(면책없음, 감액없 음) 또는 암진단비(유사암제 외)(면책없음, 감액없 음)(갱신형_20년) 또는 신통합암(전이포함) 진단비 Ⅱ(유사암제 외)(면책없음, 감액 없음) 또는 신통합암(전이포함) 진단비 Ⅱ(유사암제 외)(면책없음, 감액 없음)(갱신형_20년)	
13	재발암 및 잔여암 진단비(2년대기 형)(감액없음) 또는 재발암 및 잔여암 진단비(2년대기 형)(감액없음) (갱신형_20년)	암진단비(유사암제 외) 또는 암진단비(유사암제 외) (갱신형_20년) 또는 신통합암(전이포함) 진단비 Ⅱ(유사암제 외) 또는 신통합암(전이포함) 진단비 Ⅱ(유사암제 외)(갱신형_20년)	유사암진단비 또는 유사암진단비(갱신 형_20년)
14	암주요치료비(유사암제외) (연간회환, 진단후1년) 또는 암주요치료비(유사암 제외)(연간회환, 진단 후1년)(갱신형_20년) 또는 암주요치료료	암진단비(유사암제외) 또는 암진단비(유사암제외) (갱신형_20년) 또는 신통합암(전이포함)진 단비 Ⅱ	유사암진단비 또는 유사암진단비(갱신 형_20년)

	<p>비(유사암제외)(연간1회한, 진단후10년)(면책없음, 감액없음) 또는</p> <p>상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원포함) 암주요치료비(유사암제외)(연간1회한, 진단후10년) 또는</p> <p>상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원포함) 암주요치료비(유사암제외)(연간1회한, 진단후10년)(갱신형_20년)</p> <p>상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원포함) 암주요치료비(유사암제외)(연간1회한, 진단후10년)(면책없음, 감액없음)</p> <p>또는</p> <p>상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원포함) 암주요치료비(유사암제외)(연간1회한, 진단후10년)(면책없음, 감액없음)(갱신형_20년)</p>	(유사암제외) 또는 신통합암(전이포함)진단비 II (유사암제외) (갱신형_20년)	
15	<p>암진단비(유방암 및 유사암제외)(면책없음, 감액없음)</p> <p>또는</p> <p>암진단비(유방암 및 유사암제외)(면책없음, 감액없음) (갱신형_20년)</p>	<p>암진단비(유사암제외)</p> <p>또는</p> <p>암진단비(유사암제외) (갱신형_20년) 또는</p> <p>신통합암(전이포함)진단비 II (유사암제외)</p> <p>또는</p> <p>신통합암(전이포함)진단비 II (유사암제외) (갱신형_20년)</p> <p>또는</p> <p>신통합암(전이포함)진단비 II (유사암제외) (갱신형_20년)</p>	<p>유사암진단비(감액없음) 또는</p> <p>유사암진단비(갱신형_20년)(감액없음)</p>
		<p>암진단비(유사암제외)</p> <p>(면책없음, 감액없음)</p> <p>또는</p> <p>암진단비(유사암제외)</p> <p>(면책없음, 감액없음) (갱신형_20년)</p> <p>또는</p> <p>신통합암(전이포함)진단비 II (유사암제외) (갱신형_20년)</p>	<p>유사암진단비 또는</p> <p>유사암진단비(갱신형_20년)</p>

		단비 (유사암제외)(면책없음,감액없음) 또는 신통합암(전이포함)진 단비 (유사암제외) (면책없음,감액없음) (갱신형_20년)	
16	2대질병주요치료비(연간1회한,진단 후10년)(감액없음) 또는 2대질병주요치료비(연간1회한,진단 후10년)(감액없음)(갱신형_20년)	뇌혈관질환진단비 또는 뇌혈관질환진단비 (갱신형_20년)	허혈성심질환진단 비 또는 허혈성심질환진단 비(갱신형_20년)
17	순환계질환(특정 질병 및 2대질병 제외) 주요치료비 (연간1회한, 진단 후 10년)(감액없음) 순환계질환(특정 질병 및 2대질병 제외) 주요치료비 (연간1회한, 진단 후 10년)(감액없음)(갱신형_20년)	순환계질환진단비 (특정 질병 및 2대질병 제외) 순환계질환진단비 (특정 질병 및 2대질병 제외)(갱신형_20년)	2대질병주요치료비 (연간1회한, 진단후 10년)(감액없음) 또는 2대질병주요치료비 (연간1회한, 진단후 10년)(감액없음)(갱신형_20년)

5) 아래의 표와 같이 [보장D]의 특별약관 가입시 [보장A], [보장B], [보장C]의 특별약관을 동시에 가입하여야 함.

구분	대상 특별약관
[보장D]	갑상선암호르몬약물허가치료비(갱신형_10년)
[보장A]	항암호르몬약물허가치료비(기타피부암 및 갑상선암이외의 암)(갱신형_10년)
[보장B]	표적항암약물허가치료비 (갱신형_10년) 또는 표적항암약물허가치료비 (연간1회한)(갱신형_10년)
[보장C]	항암방사선약물치료비 또는 항암방사선약물치료비(갱신형_20년) 또는 항암방사선약물치료비(면책없음,감액없음) 또는 항암방사선약물치료비(면책없음,감액없음)(갱신형_20년)

6) 아래 특별약관의 경우 해당 세부보장을 동시에 가입하여야 함.

순번	특별약관	세부보장
1	5대기관질병수술비 5대기관질병수술비 (갱신형_20년)	<ul style="list-style-type: none"> · 뇌질환 관혈수술비 보장 · 뇌질환 비관혈수술비 보장 · 심장질환 관혈수술비 보장 · 심장질환 비관혈수술비 보장 · 간질환 관혈수술비 보장 · 간질환 비관혈수술비 보장 · 폐질환 관혈수술비 보장

순번	특별약관	세부보장
		<ul style="list-style-type: none"> 폐질환 비관혈수술비 보장 신장질환 관혈수술비 보장 신장질환 비관혈수술비 보장
2	골절진단비 (치아파절제외)(1~5급) (연간1회한) 골절진단비 (치아파절제외)(1~5급) (연간1회한)(갱신형_20년)	<ul style="list-style-type: none"> 골절진단비(치아파절제외)(1급) (연간1회한) 보장 골절진단비(치아파절제외)(1급) (연간1회한) 보장 골절진단비(치아파절제외)(3급) (연간1회한) 보장 골절진단비(치아파절제외)(4급) (연간1회한) 보장 골절진단비(치아파절제외)(5급) (연간1회한) 보장
3	골절수술비(1~5급) (연간1회한) 골절수술비(1~5급) (연간1회한)(갱신형_20년)	<ul style="list-style-type: none"> 골절수술비(1급)(연간1회한) 보장 골절수술비(2급)(연간1회한) 보장 골절수술비(3급)(연간1회한) 보장 골절수술비(4급)(연간1회한) 보장 골절수술비(5급)(연간1회한) 보장
4	혈전용해치료비(1회한) 혈전용해치료비(1회한) (갱신형_20년)	<ul style="list-style-type: none"> 뇌경색증 혈전용해치료비 (1회한) 보장 급성심근경색증 혈전용해치료비 (1회한) 보장
5	신70대특정질병수술비 신70대특정질병수술비 (갱신형_20년)	<ul style="list-style-type: none"> 신19대특정질병수술비 보장 19대특정질병수술비 II 보장 22대특정질병수술비 III 보장 6대특정질병수술비 보장 다빈도4대질병수술비 II 보장
6	5대혈관질환진단비 5대혈관질환진단비 (갱신형_20년)	<ul style="list-style-type: none"> 4대혈관질환진단비 보장 죽상경화증진단비(뇌, 심장제외) 보장
7	상해1~5종수술비 II 상해1~5종수술비 II (갱신형_20년)	<ul style="list-style-type: none"> 상해1~5종수술비 II(1종) 보장 상해1~5종수술비 II(2종) 보장 상해1~5종수술비 II(3종) 보장 상해1~5종수술비 II(4종) 보장 상해1~5종수술비 II(5종) 보장
8	무배당 질병1~5종수술비 IV 특별약관 무배당 질병1~5종수술비 IV 특별약관(갱신형_20년)	<ul style="list-style-type: none"> 질병1~5종수술비 IV(1종) 보장 질병1~5종수술비 IV(2종) 보장 질병1~5종수술비 IV(3종) 보장 질병1~5종수술비 IV(4종) 보장 질병1~5종수술비 IV(5종) 보장
9	특정순환계질환수술비 특정순환계질환수술비(갱신 형_20년)	<ul style="list-style-type: none"> 특정순환계질환 관혈수술비 보장 특정순환계질환 비관혈수술비 보장
10	상해1~5종수술비(1사고당) 상해1~5종수술비(1사고당) (갱신형_20년)	<ul style="list-style-type: none"> 상해1~5종수술비(1사고당) (1종) 보장 상해1~5종수술비(1사고당) (2종) 보장 상해1~5종수술비(1사고당) (3종) 보장 상해1~5종수술비(1사고당) (4종) 보장 상해1~5종수술비(1사고당) (5종) 보장

순번	특별약관	세부보장
11	질병1~5종수술비 (동일질병당) 질병1~5종수술비 (동일질병당) (갱신형_20년)	<ul style="list-style-type: none"> · 질병1-5종수술비 (동일질병당) (1종) 보장 · 질병1-5종수술비 (동일질병당) (2종) 보장 · 질병1-5종수술비 (동일질병당) (3종) 보장 · 질병1-5종수술비 (동일질병당) (4종) 보장 · 질병1-5종수술비 (동일질병당) (5종) 보장
12	신142대특정질병수술비 신 142대특정질병수술비 (갱신형_20년)	<ul style="list-style-type: none"> · 신28대특정질병수술비 보장 · 39대특정질병수술비 보장 · 31대특정질병수술비 보장 · 11대특정질병수술비 보장 · 갑상선암수술비 보장 · 특정4대질병수술비IV 보장 · 다빈도4대질병수술비 II 보장 · 24대특정질병수술비 보장
13	다빈치및레보아이로봇 암수술비 (최초1회한)(갱신형_10년)	<ul style="list-style-type: none"> · 다빈치및레보아이로봇 암수술비 (갑상선암 및 전립선암 제외) (최초1회한) 보장 · 다빈치및레보아이로봇 암수술비 (갑상선암 및 전립선암) (최초1회한) 보장
14	상해1~8종수술비 (급여, 시술포함, 연간1회한) 상해1~8종수술비 (급여, 시술포함, 연간1회한) (갱신형_20년)	<ul style="list-style-type: none"> · 상해1-8종수술비(급여, 시술포함, 연간1회한)(1종) 보장 · 상해1-8종수술비(급여, 시술포함, 연간1회한)(2종) 보장 · 상해1-8종수술비(급여, 시술포함, 연간1회한)(3종) 보장 · 상해1-8종수술비(급여, 시술포함, 연간1회한)(4종) 보장 · 상해1-8종수술비(급여, 시술포함, 연간1회한)(5종) 보장 · 상해1-8종수술비(급여, 시술포함, 연간1회한)(6종) 보장 · 상해1-8종수술비(급여, 시술포함, 연간1회한)(7종) 보장 · 상해1-8종수술비(급여, 시술포함, 연간1회한)(8종) 보장
15	질병1~8종수술비 (급여, 시술포함, 연간1회한) 질병1~8종수술비 (급여, 시술포함, 연간1회한) (갱신형_20년)	<ul style="list-style-type: none"> · 질병1-8종수술비(급여, 시술포함, 연간1회한)(1종) 보장 · 질병1-8종수술비(급여, 시술포함, 연간1회한)(2종) 보장 · 질병1-8종수술비(급여, 시술포함, 연간1회한)(3종) 보장 · 질병1-8종수술비(급여, 시술포함, 연간1회한)(4종) 보장 · 질병1-8종수술비(급여, 시술포함, 연간1회한)(5종) 보장 · 질병1-8종수술비(급여, 시술포함, 연간1회한)(6종) 보장 · 질병1-8종수술비(급여, 시술포함, 연간1회한)(7종) 보장 · 질병1-8종수술비(급여, 시술포함, 연간1회한)(8종) 보장

순번	특별약관	세부보장
		<ul style="list-style-type: none"> 연간1회한)(7종) 보장 질병1·8종수술비(급여, 시술포함, 연간1회한)(8종) 보장
16	스텐트삽입술치료비 (급여_연간1회한)	<ul style="list-style-type: none"> 관상동맥 스텐트삽입술치료비 (급여_연간1회한) 보장 뇌혈관 스텐트삽입술치료비 (급여_연간1회한) 보장 대동맥 스텐트삽입술치료비 (급여_연간1회한) 보장 기타혈관 스텐트삽입술치료비 (급여_연간1회한) 보장 소화기관 스텐트삽입술치료비 (급여_연간1회한) 보장 비뇨기관 스텐트삽입술치료비 (급여_연간1회한) 보장
17	체외충격파쇄석술치료비 (급여_연간1회한)	<ul style="list-style-type: none"> 체외충격파쇄석술치료비 (ELECTRODE제외) (급여_연간1회한) 보장 체외충격파쇄석술치료비 (ELECTRODE) (급여_연간1회한) 보장
18	4대순환계질환진단비	<ul style="list-style-type: none"> 4대순환계질환진단비(특정하지정맥류질환) 보장 4대순환계질환진단비(특정3대심장질환) 보장
19	특정팔근육염증진단비	<ul style="list-style-type: none"> 특정팔근육염증진단비(테니스엘보) 보장 특정팔근육염증진단비(골프엘보) 보장 특정팔근육염증진단비(테니스엘보, 골프엘보제외) 보장
20	특정다리근육염증진단비	<ul style="list-style-type: none"> 특정다리근육염증진단비(족저근막염) 보장 특정다리근육염증진단비(족저근막염제외) 보장
21	혈전용해치료비(연간1회한)	<ul style="list-style-type: none"> 뇌경색증 혈전용해치료비(연간1회한) 급성심근경색증 혈전용해치료비(연간1회한)
22	혈전용해치료비 II(1회한)	<ul style="list-style-type: none"> 뇌졸중 혈전용해치료비(1회한) 특정허혈성심질환 혈전용해치료비(1회한)
23	혈전용해치료비 II(연간1회한)	<ul style="list-style-type: none"> 뇌졸중 혈전용해치료비(연간1회한) 특정허혈성심질환 혈전용해치료비(연간1회한)
24	항암방사선치료후 9대합병증진단비	<ul style="list-style-type: none"> 항암방사선치료후 4대합병증진단비 항암방사선치료후 5대합병증진단비
25	중증질환자(신규암(유사암 및 특정소액암제외)) 산정특례대상보장	<ul style="list-style-type: none"> 중증질환자(신규암(유사암 및 특정소액암제외)) 산정특례대상보장(감액없음)

순번	특별약관	세부보장
		<ul style="list-style-type: none"> · 중증질환자(신규암(특정소액임)) 산정특례대상보장
26	중증질환자(중복암 및 재등록암) 산정특례대상보장(감액없음)	<ul style="list-style-type: none"> · 중증질환자(중복암) 산정특례대상보장(감액없음) · 중증질환자(재등록암) 산정특례대상보장(감액없음)
27	신통합암(전이포함)진단비 II (유사암제외)	<ul style="list-style-type: none"> · 신통합암진단비 II (특정암 II (전이포함)) 보장 · 신통합암진단비 II (골및생식기관암(전이포함)) 보장 · 신통합암진단비 II (비뇨기관및특정내분비선암(전이포함)) 보장 · 신통합암진단비 II (2대부위암)(감액없음) 보장 · 신통합암진단비 II (2대부위암III(전이포함))(감액없음) 보장 · 신통합암진단비 II ((특정 소화기 관암 (전 이 포 함)))(감액없음) 보장 · 신통합암진단비 II (2대부위암IV(전이포함))(감액없음) 보장 · 신통합암진단비 II (특정4대암)(감액없음) 보장
28	신통합암(전이포함)진단비 II (유사암제외) (면책없음,감액없음)	<ul style="list-style-type: none"> · 신통합암진단비 II (특정암 II (전이포함))(면책없음,감액없음) 보장 · 신통합암진단비 II (골및생식기관암(전이포함))(면책없음,감액없음) 보장 · 신통합암진단비 II (비뇨기관 및 특정내분비선암 (전이포함))(면책없음,감액없음) 보장 · 신통합암진단비 II (2대부위암)(면책없음,감액없음) 보장 · 신통합암진단비 II (2대부위암 III(전이포함))(면책없음,감액없음) 보장 · 신통합암진단비 II ((특정 소화기 관암(전이포함)))(면책없음,감액없음) 보장 · 신통합암진단비 II (2대부위암 IV(전이포함))(면책없음,감액없음) 보장 · 신통합암진단비 II (특정4대암)(면책없음,감액없음) 보장
29	신통합항암방사선약물치료	<ul style="list-style-type: none"> · 신통합항암방사선약물치료비

순번	특별약관	세부보장
	비 II(유사암제외)	<p>(특정암 II(전이포함)) 보장</p> <ul style="list-style-type: none"> · 신통합항암방사선약물치료비 (골및생식기관암(전이포함)) 보장 · 신통합항암방사선약물치료비 (비뇨기관및특정내분비선암(전이포함)) 보장 · 신통합항암방사선약물치료비 (2대부위암)(감액없음) 보장 · 신통합항암방사선약물치료비 (2대부위암III(전이포함))(감액없음) 보장 · 신통합항암방사선약물치료비 (특정 소화기 관 암 (전 이 포 함))(감액없음) 보장 · 신통합항암방사선약물치료비 (2대부위암IV(전이포함))(감액없음) 보장 · 신통합항암방사선약물치료비 (특정4대암)(감액없음) 보장
30	신통합항암방사선약물치료비 II(유사암제외)(면책없음, 감액없음)	<ul style="list-style-type: none"> · 신통합항암방사선약물치료비 (특정암 II (전이포함))(면책없음,감액없음) 보장 · 신통합항암방사선약물치료비 (골 및 생식 기 관 암 (전 이 포 함))(면책없음,감액없음) 보장 · 신통합항암방사선약물치료비 (비뇨기관및특정내분비선암(전이포함))(면책없음,감액없음) 보장 · 신통합항암방사선약물치료비 (2대부위암)(면책없음,감액없음) 보장 · 신통합항암방사선약물치료비 (2대부위암III(전이포함))(면책없음,감액없음) 보장 · 신통합항암방사선약물치료비 (특정 소화기 관 암 (전 이 포 함))(면책없음,감액없음) 보장 · 신통합항암방사선약물치료비 (2대부위암IV(전이포함))(면책없음,감액없음) 보장 · 신통합항암방사선약물치료비 (특정4대암)(면책없음,감액없음) 보장
31	통합뇌질병진단비 II	<ul style="list-style-type: none"> · 통합뇌(뇌전증)진단비 II · 통합뇌(일과성뇌허혈발작)진단비 II · 통합뇌(뇌졸중 II)진단비 II

순번	특별약관	세부보장
		<ul style="list-style-type: none"> · 통합뇌(뇌혈관질환(협착증)) 진단비 · 통합뇌(뇌혈관질환(뇌졸중제외))진단비
32	통합심장질병진단비	<ul style="list-style-type: none"> · 통합심장(심근병증(허혈성제외))진단비 · 통합심장(심장판막협착증(대동맥판막))진단비 · 통합심장(심장질환(특정 I)) 진단비 · 통합심장(심장질환(특정 II)) 진단비 · 통합심장(특정심혈관질환(기타 심장부정맥))진단비
33	신통합암(원발후전이포함) 진단비 (유사암제외)	<ul style="list-style-type: none"> · 신통합암진단비 (특정암II) · 신통합암진단비 (골및생식기관암) · 신통합암진단비 (비뇨기관 및특정내분비선암) · 신통합암진단비 (2대부위암 III)(감액없음) · 신통합암진단비 (특정소화기관암)(감액없음) · 신통합암진단비 (2대부위암 IV)(감액없음) · 신통합암진단비 (특정암II (원발후전이)) · 신통합암진단비 (골및생식기관암(원발후전이)) · 신통합암진단비 (비뇨기관및특정내분비선암(원발후전이)) · 신통합암진단비 (2대부위암III(원발후전이))(감액없음) · 신통합암진단비 (특정소화기관암(원발후전이))(감액없음) · 신통합암진단비 (2대부위암IV(원발후전이))(감액없음)
33	신통합암(원발후전이포함) 진단비 (유사암제외)(면책 없음,감액없음)	<ul style="list-style-type: none"> · 신통합암진단비 (특정암II)(면책없음,감액없음) · 신통합암진단비 (골및생식기관암)(면책없음,감액없음) · 신통합암진단비 (비뇨기관 및특정내분비선암)(면책없음,감액없음) · 신통합암진단비 (2대부위암

순번	특별약관	세부보장
		<p>III)(면책없음, 감액없음)</p> <ul style="list-style-type: none"> · 신통합암진단비 II(특정소화 기관암)(면책없음, 감액없음) · 신통합암진단비 II(2대부위암 IV)(면책없음, 감액없음) · 신통합암진단비 II(특정암 II (원발후전이))(면책없음, 감액없음) · 신통합암진단비 II(골및생식 기관암(원발후전이))(면책없음, 감액없음) · 신통합암진단비 II(비뇨기관 및 특정내분비선암(원발후전이))(면책없음, 감액없음) · 신통합암진단비 II(2대부위암 III(원발후전이))(면책없음, 감액없음) · 신통합암진단비 II(특정소화기관암(원발후전이))(면책없음, 감액없음) · 신통합암진단비 II(2대부위암 IV(원발후전이))(면책없음, 감액없음)
34	전신마취암수술비 전신마취암수술비(갱신형_20년)	<ul style="list-style-type: none"> · 전신마취암수술비(2시간이상) 보장 · 전신마취암수술비(4시간이상) 보장 · 전신마취암수술비(6시간이상) 보장 · 전신마취암수술비(8시간이상) 보장
35	<p>양성종양1~4종수술비 II (기타경증질환포함)(최초1회한)</p> <p>양성종양1~4종수술비 II (기타경증질환포함)(최초1회한)(갱신형_20년)</p>	<ul style="list-style-type: none"> · 양성종양1~4종수술비 II(기타경증 질환포함)(최초1회한)(1종) 보장 · 양성종양1~4종수술비 II(기타경증질환포함)(최초1회한)(2종) 보장 · 양성종양1~4종수술비 II(기타경증 질환포함)(최초1회한)(3종) 보장 · 양성종양1~4종수술비 II(기타경증 질환포함)(최초1회한)(4종) 보장
36	특정순환계질환수술비(감액없음)	<ul style="list-style-type: none"> · 특정순환계질환 관혈수술비(감액없음) 보장 · 특정순환계질환 비관혈수술비(감액없음) 보장
37	다빈치및레보아이로봇 암수술비(최초1회한)(면책없음, 감액없음)(갱신형_10년)	<ul style="list-style-type: none"> · 다빈치및레보아이로봇 암수술비(감상선암 및 전립선암 제외)(최초1회한)(면책없음, 감액없음) 보장 · 다빈치및레보아이로봇 암수술비(감상선암 및 전립선암)(최초1회한)(면책없음, 감액없음) 보장

순번	특별약관	세부보장
		액없음) 보장
38	상해1~5종수술동반입원비	<ul style="list-style-type: none"> · 상해1~5종수술동반입원비(1종)(1일-2일) 보장 · 상해1~5종수술동반입원비(2종)(1일-4일) 보장 · 상해1~5종수술동반입원비(3종)(1일-6일) 보장 · 상해1~5종수술동반입원비(4종)(1일-8일) 보장 · 상해1~5종수술동반입원비(5종)(1일-10일) 보장
39	질병1~5종수술동반입원비 III	<ul style="list-style-type: none"> · 질병1~5종수술동반입원비III(1종)(1일-2일) 보장 · 질병1~5종수술동반입원비III(2종)(1일-4일) 보장 · 질병1~5종수술동반입원비III(3종)(1일-6일) 보장 · 질병1~5종수술동반입원비III(4종)(1일-8일) 보장 · 질병1~5종수술동반입원비III(5종)(1일-10일) 보장

단, 간신형의 경우 자동갱신시 해당 세부보장이 소멸되었을 경우에는 적용하지 않음.

▷ 중복보장 등 불필요한 중복가입차단

- 1) 아래의 표와 같이 【보장A】의 특별약관은 【보장B】의 특별약관과 동시에 가입이 불가함

순번	【보장A】	【보장B】
1	의료사고법률비용(간신형_20년) 특별약관	법률비용손해(민사소송)(간신형_20년) 특별약관
2	신142대특정질병수술비 II 특별약관 신 142대특정질병수술비 II(간신형_20년) 특별약관	신70대특정질병수술비 특별약관 신70대특정질병수술비(간신형_20년) 특별약관
3	보험료 폐이백(6대질병진단 및 상해·질병후유장해(80%이상)) 특별약관	무배당 보험료납입지원보장(유사암진단) 특별약관

▷ 보장특성에 따른 가입가능 피보험자 제한

- 1) 유방수술비(유방암, 유방의제자리암) 특별약관, 자궁적출수술비(여성생식기암, 여성생식기의제자리암) 특별약관, 요실금수술비(급여_연간1회한) 특별약관, 요실금수술비(급여_연간1회한)(간신형_20년) 특별약관, 고강도초음파집속술(HIFU) 치료비(특정부인과질환)(최초1회한)(간신형_10년) 특별약관, 자궁 및 난소 특정질환 로봇수술비(연간1회한)(간신형_10년) 특별약관, 특정유방병변 진공보조장치이용절제치료비(최초1회한)(간신형_10년) 특별

약관, 유방 바늘생검 조직병리진단비(급여_연간1회한) 특별약관, 특정중등도자궁경부이형성증진단비(갱신형_10년) 특별약관, 특정경도이상자궁경부이형성증진단비(갱신형_10년) 특별약관은 여성에 한하여 가입 가능함.

2) 전립선비대증진단비 특별약관, 전립선 바늘생검 조직병리진단비(급여_연간1회한) 특별약관은 남성에 한하여 가입 가능함.

▷ 의료사고법률비용(갱신형_20년) 특별약관은 가입금액 200만원으로만 가입 가능함.

▷ 법률비용손해(민사소송)(갱신형_20년) 특별약관, 법률비용손해(행정소송)(갱신형_20년) 특별약관은 2,000만원(변호사선임비용1,500만원 + 인지액·송달료500만원)으로만 가입 가능함.

▷ 일반상해사망(추가), 질병사망(감액없음)(추가)는 기본계약의 납입기간과 동일한 납입기간으로만 가입 가능함.

▷ 회사는 다음 내용에 대하여 상품설명서에 명시하고, 계약자 확인을 통해 청약 시점에 인식토록 합니다.

1) 암직접치료입원비(요양병원제외)(4일~120일), 암직접치료입원비(요양병원제외)(4일~120일)(갱신형_20년), 암직접치료입원비(요양병원제외)(1일~180일), 암직접치료입원비(요양병원제외)(1일~180일)(갱신형_20년)을 보장함에 있어 암의 직접적인 치료를 목적으로 입원하는 경우에 한함

2) 암직접치료 종합병원통원비(연간30회한)(감액없음), 3대질병 종합병원통원비(연간30회한)(감액없음)을 보장함에 있어 암의 직접적인 치료를 목적으로 종합병원에 통원하는 경우에 한함

3) 암직접치료 상급종합병원통원비(연간30회한)(감액없음), 암직접치료 종합병원통원비(연간30회한)(면책없음,감액없음), 3대질병 상급종합병원통원비(연간30회한)(감액없음), 3대질병 종합병원통원비(연간30회한)(면책없음,감액없음)를 보장함에 있어 암의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원하는 경우에 한함

4) 암직접치료통원비(연간30회한)(감액없음), 3대질병통원비(연간30회한)(감액없음)을 보장함에 있어 암의 직접적인 치료를 목적으로 통원하는 경우에 한함

▷ 회사는 암수술비(유사암제외)(최초1회한), 암수술비(유사암제외), 유사암수술비, 암수술비(유사암제외)(최초1회한)(갱신형_20년), 암수술비(유사암제외)(갱신형_20년), 유사암수술비(갱신형_20년)을 보장함에 있어 항암방사선 및 항암약물치료는 약관에서 정한 “암수술보험금” 지급이 불가하다는 사항을 상품설명서에 명시하고, 계약자 확인을 통해 청약시점에 인식토록 합니다.

▷ 회사는 아래의 특별약관을 가입 시 계약자 안내강화를 위해 다음 내용에 대하

여 계약자가 이해하였음을 확인할 수 있도록 청약시 상품설명서에 계약자의 자필확인(전자적 형태의 확인방식 포함) 또는 음성녹음을 통해 확인을 받음.

- 1) 재진단암III진단비 특별약관, 재진단암III진단비(갱신형_20년) 특별약관
 - 가) 가입당시 보험나이가 15세이상인 경우 “첫번째암”은 암관련보장의 90일 면책기간을 적용합니다.
 - 나) “첫번째암”은 기타피부암, 갑상선암 제외한 암을 말합니다.
 - 다) “재진단암”的 보장범위는 기타피부암, 갑상선암, 전립선암, 제자리암, 경계성종양을 제외한 암에 대하여 보장합니다.
 - 라) “재진단암” 보장은 “첫번째암” 또는 “직전 재진단암” 진단확정일로부터 1년이 지나고 “재진단암”으로 진단 받은 경우에 보험금을 지급합니다.
 - 마) “첫번째암”이 발생하지 않고 보험기간 종료일(갱신형의 경우 갱신 종료나이)까지의 잔여기간이 1년 이하인 경우 특별약관은 소멸 합니다.
 - 바) “재진단암”的 진단확정일로부터 보험기간 종료일(갱신형의 경우 갱신종료나이)까지의 잔여기간이 1년 이하인 경우 특별약관은 소멸 합니다.
- 2) 신재진단암진단비II(기타피부암,갑상선암,전립선암포함,5회한) 특별약관, 신재진단암진단비II(기타피부암,갑상선암,전립선암포함,5회한)(갱신형_20년) 특별약관
 - 가) 가입당시 보험나이가 15세이상인 경우 “첫번째암”은 암관련보장의 90일 면책기간을 적용합니다.
 - 나) “신재진단암”的 보장범위는 암(기타피부암, 갑상선암 포함)에 대하여 보장합니다.
 - 다) “신재진단암” 보장은 “첫번째암(기타피부암, 갑상선암 포함)” 또는 “직전 신재진단암” 진단확정일로부터 1년이 지나고 “신재진단암”으로 진단 받은 경우에 보험금을 지급합니다.
 - 라) “첫번째암”이 발생하지 않고 보험기간 종료일(갱신형의 경우 갱신 종료나이)까지의 잔여기간이 1년 이하인 경우 특별약관이 소멸합니다.
 - 마) “신재진단암”的 진단확정일부터 보험기간 종료일(갱신형의 경우 갱신종료나이)까지의 잔여기간이 1년 이하인 경우 특별약관이 소멸합니다.
 - 바) “신재진단암진단비II(기타피부암,갑상선암 및 전립선암 포함, 5회한)”의 5회차 보험금이 지급된 경우에는 그 지급사유가 발생한 때부터 이 특별약관은 소멸됩니다.
- 3) 표적항암약물허가치료비II(갱신형_10년) 특별약관, 표적항암약물허가치료비II(연간1회한)(갱신형_10년) 특별약관
 - 가) 표적항암약물허가치료비II 보장은 암세포의 특정 분자를 표적 공격하여 암의 성장과 확산을 억제하는 표적항암제의 처방을 받은 경우 보험금을 지급합니다.

나) 표적항암약물허가치료비 || 보장에서 표적항암약물허가치료란 항암약물치료 방법 중 하나로 표적항암제의 투여 치료를 말하며, 다른 항암약물치료 대비 발생빈도는 낮지만 고가의 치료비용 발생 보장을 목적으로 합니다.

다) 표적항암약물허가치료는 식약처 허가 또는 심평원 승인요법에 한해 처방시점을 기준으로 보장하며, 호르몬 관련치료제는 보장 대상에서 제외합니다.

4) 항암양성자방사선치료비 ||(갱신형_10년) 특별약관

가) 항암양성자방사선치료비 보장은 양성자를 조사하여 암세포를 죽이는 항암양성자방사선치료를 받은 경우 보험금을 지급합니다.

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

* 일부병원 : 서울 삼성서울병원, 경기 국립암센터

5) 항암세기조절방사선치료비 ||(갱신형_10년) 특별약관

가) 항암세기조절방사선치료비 보장은 방사선 조사 방향을 수십배까지 세분화하고, 각 세분화된 영역마다 방사선의 양[세기]를 조절함으로써 종양 주위의 정상조직에 들어가는 방사선량을 최소화하고 암세포에만 선택적으로 방사선량을 조절하여 조사할 수 있는 방사선치료인 항암세기조절방사선치료를 받은 경우 보험금을 지급합니다.

나) 방사선세기조절이 없거나 입자방사선을 이용하는 치료는 보장 대상에서 제외합니다.

6) 항암세기조절방사선치료비(토모테라피) ||(갱신형_10년) 특별약관

가) 항암세기조절방사선치료비(토모테라피) 보장은 항암세기조절방사선치료 중 토모테라피 방사선치료기를 이용하여 항암세기조절방사선치료와 전산화단층촬영기(CT)를 결합해 매회 치료시 정확한 부위에 세기조절방사선치료가 가능하도록 한 방사선치료인 항암토모세기조절방사선치료를 받은 경우 보험금을 지급합니다.

나) 방사선세기조절이 없거나 입자방사선을 이용하는 치료, 전산화 단층 촬영기(CT기능)이 포함되어 있지 않는 장비를 이용한 항암세기조절방사선치료는 보장 대상에서 제외합니다.

7) 항암호르몬약물허가치료비(기타피부암 및 갑상선암이외의 암)(갱신형_10년) 특별약관

가) 항암호르몬약물허가치료는 암의 발생과 성장에 호르몬을 이용하는 암종에서 암세포의 성장과 확산을 억제하거나 진행 속도를 늦추기 위한 목적으로 호르몬을 차단하거나 호르몬양을 감소시키는데 작용하는 항암호르몬치료제의 처방을 받고 투약을 한 경우 보험금을 지급합니다.

나) 항암호르몬약물허가치료는 식약처 허가 또는 심평원 승인요법에 한해 처방시점을 기준으로 보장합니다.

8) 갑상선암호르몬약물허가치료비(갱신형_10년) 특별약관

- 가) 갑상선암호르몬약물허가치료는 갑상선암수술 후 치료 또는 재발방지 목적으로 갑상선암호르몬치료제의 처방을 받은 경우 보험금을 지급합니다. 갑상선암수술 후 갑상선자극호르몬을 억제하기 위해 사용되는 갑상선암호르몬치료제로 암세포의 성장과 확산을 억제하거나 진행속도를 늦추기 위한 호르몬 관련 약제를 말합니다.
- 나) 갑상선암호르몬약물허가치료는 식약처 허가 또는 심평원 승인요법에 한해 처방시점을 기준으로 보장합니다.

9) 항암정위방사선치료비 II(갱신형_10년) 특별약관

- 가) 항암정위방사선 치료는 뇌 정위적 방사선수술(Cranial Stereotactic Radiosurgery), 체부 정위적수술(Body Stereotactic Radiosurgery) 및 정위적 방사선 분할치료(Fractionated Stereotactic radiotherapy)로 나눌 수 있습니다.
- 나) 뇌 정위적 방사선수술이란 최첨단 특수장비(선험가속기, 사이버나이프, 감마나이프 등)가 발생시키는 방사선을 이용하여 두개강 및 두경부 내의 병소 치료 시 두개골을 잘라내지 않고 매우 정확하고 정위적(임체적)으로 파괴시키는 고선량의 방사선을 한번에 조사하는 방법입니다.
- 다) 체부 정위적수술이란 최첨단 특수장비(선험가속기, 사이버나이프 등)를 이용하지만 뇌 이외의 체부(Body)를 중심으로 원하는 고선량의 방사선을 약 1~5회에 걸쳐 조사하는 치료방법입니다.
- 라) 정위적 방사선 분할치료이란 저선량의 방사선을 여러번에 나누어 조사하는 분할 정위 방사선 치료입니다.

10) 카티(CAR-T) 항암약물허가치료비(연간1회한)(갱신형_10년)

- 가) 카티항암약물허가치료비 보장은 환자 본인의 혈액에서 T세포를 분리하고 체외에서 유전자 도입(변형)을 통해 제조 및 증폭된 키메라 항원수용체T세포(CAR-T(카티)세포)를 환자의 몸에 주입함으로써 암세포의 표면항원을 특이적으로 인지해 암세포를 공격하여 사멸시키는 카티치료제의 처방을 받은 경우 보험금을 지급합니다.
- 나) 카티항암약물허가치료란 항암약물치료 방법 중 하나로 카티치료제의 투여 치료를 말하며, 다른 항암약물치료 대비 발생빈도는 낮지만 고가의 치료비용 발생 보장을 목적으로 합니다.
- 다) 카티항암약물허가치료는 식약처 허가 또는 심평원 승인요법에 한해 처방시점을 기준으로 보장합니다.

11) 재발암 및 잔여암진단비(2년대기형)(감액없음)진단비, 재발암 및 잔여암진단비(2년대기형)(감액없음)(갱신형_20년)

- 가) 가입당시 보험나이가 15세이상인 경우 “첫번째암”은 암관련보장의 90일 면책기간을 적용합니다.
- 나) “재발암 및 잔여암”的 보장범위는 기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양을 제외한 암에 대하여 보장합니다.
- 다) “재발암 및 잔여암”的 보장은 “첫번째암” 진단확정일로부터 2년이

지나고 “재발암” 및 “잔여암”으로 진단 받은 경우에 보험금을 지급합니다.

12) 특정면역항암약물허가치료비(연간1회한), 특정면역항암약물허가치료비(연간1회한)(갱신형_10년)

가) 특정면역항암약물허가치료비 보장은 암세포의 특정 분자를 공격하여 암의 성장과 확산을 억제하는 치료제 중 다음의 2가지에 해당하는 항암치료제 처방을 받은 경우 보험금을 지급합니다

① 면역관문억제제(Immune Checkpoint Inhibitors)

② 항체약물중합체(Antibody–Drug Conjugate) 항암치료제

나) 특정면역항암약물허가치료는 식약처 허가 또는 심평원 승인요법에 한해 처방시점을 기준으로 보장합니다.

▷ 표적항암약물허가치료비 II(갱신형_10년) 특별약관, 표적항암약물허가치료비 II(연간1회한)(갱신형_10년) 특별약관의 경우 다음 사항을 따릅니다.

1) “표적항암약물허가치료비”지급사유가 발생한 경우(표적항암약물허가치료비 II(갱신형_10년) 특별약관, 표적항암약물허가치료비 II(연간1회한)(갱신형_10년) 특별약관을 가입한 경우에 해당함) 보험계약자 또는 보험수익자는 암진단서 이외에 회사가 별도로 마련한 “표적항암/카티(CAR-T)약물허가치료 확인서(보험회사 제출용)(【별첨2】 참고)”를 제출하여야 함

2) 회사는 “표적항암약물허가치료 보장에 대한 계약자 안내사항(【별첨4】 참고)”을 포함하여, 이 상품에서 보장하는 표적항암약물허가치료와 관련한 내용을 상품설명서에 명시하고, 계약자 확인을 통해 청약시점에 인식도록 함.

3) 회사는 보험계약자의 이해를 돋기 위해 “표적항암약물허가치료 특약가입자를 위한 표적항암제 및 표적항암약물치료 관련 안내사항(【별첨1】 참고)”을 교부함.

▷ 항암양성자방사선치료비 II(갱신형_10년) 특별약관의 경우 다음 사항을 따릅니다.

1) 회사는 “항암양성자방사선치료 보장에 대한 계약자 안내사항(【별첨5】 참고)”을 포함하여, 이 상품에서 보장하는 항암양성자방사선치료와 관련한 내용을 상품설명서에 명시하고, 계약자 확인을 통해 청약시점에 인식도록 함.

2) 회사는 보험계약자의 이해를 돋기 위해 “항암양성자방사선치료 특약가입자를 위한 항암양성자방사선치료 관련 안내사항(【별첨12】 참고)”을 교부함.

▷ 항암세기조절방사선치료비 II(갱신형_10년) 특별약관의 경우 다음 사항을 따릅니다.

1) 회사는 “항암세기조절방사선치료 보장에 대한 계약자 안내사항(【별첨

6】 참고)"을 포함하여, 이 상품에서 보장하는 항암세기조절방사선치료와 관련한 내용을 상품설명서에 명시하고, 계약자 확인을 통해 청약시점에 인식토록 함.

- 2) 회사는 보험계약자의 이해를 돋기 위해 "항암세기조절방사선치료 특약 가입자를 위한 항암세기조절방사선치료 관련 안내사항(【별첨13】 참고)"을 교부함.

▷ 항암세기조절방사선치료비(토모테라피) II(갱신형_10년) 특별약관의 경우 다음 사항을 따릅니다.

- 1) 회사는 "항암세기조절방사선치료(토모테라피) 보장에 대한 계약자 안내 사항(【별첨7】 참고)"을 포함하여, 이 상품에서 보장하는 항암토모세기 조절방사선치료와 관련한 내용을 상품설명서에 명시하고, 계약자 확인을 통해 청약시점에 인식토록 함.
- 2) 회사는 보험계약자의 이해를 돋기 위해 "항암세기조절방사선치료비(토 모테라피) 특약 가입자를 위한 항암토모세기조절방사선치료 관련 안내 사항(【별첨14】 참고)"을 교부함.

▷ 항암호르몬약물허가치료비(기타피부암 및 갑상선암이외의 암)(갱신형_10년) 특별약관의 경우 다음 사항을 따릅니다.

- 1) "항암호르몬약물허가치료비(기타피부암 및 갑상선암이외의 암)"지급사유가 발생한 경우 보험계약자 또는 보험수익자는 암(기타피부암 및 갑상선 암이외의 암)진단서 이외에 회사가 별도로 마련한 "항암호르몬약물허가 치료 확인서(보험회사 제출용)(약관 【별첨3】 참고)"를 제출하여야 함.
- 2) 회사는 "항암호르몬약물허가치료(기타피부암 및 갑상선암이외의 암) 보장에 대한 계약자 안내사항(【별첨8】 참고)"을 포함하여, 이 상품에서 보장하는 항암호르몬약물허가치료와 관련한 내용을 상품설명서에 명시하고, 계약자 확인을 통해 청약시점에 인식토록 함.
- 3) 회사는 보험계약자의 이해를 돋기 위해 "항암호르몬약물허가치료(기타 피부암 및 갑상선암이외의 암) 특약 가입자를 위한 항암호르몬치료제 및 항암호르몬약물허가치료 관련 안내사항(【별첨15】 참고)"을 교부함.

▷ 갑상선암호르몬약물허가치료비(갱신형_10년) 특별약관의 경우 다음 사항을 따릅니다.

- 1) "갑상선암호르몬약물허가치료비"지급사유가 발생한 경우 보험계약자 또는 보험수익자는 갑상선암진단서 이외에 회사가 별도로 마련한 "항암호 르몬약물허가치료 확인서(보험회사 제출용)(약관 【별첨3】 참고)"를 제 출하여야 함.
- 2) 회사는 "갑상선암호르몬약물허가치료 보장에 대한 계약자 안내사항 (【별첨9】 참고)"을 포함하여, 이 상품에서 보장하는 갑상선암호르몬 약물허가치료와 관련한 내용을 상품설명서에 명시하고, 계약자 확인을 통해 청약시점에 인식토록 함.

- 3) 회사는 보험계약자의 이해를 돋기 위해 “갑상선암호르몬약물허가치료 특약 가입자를 위한 갑상선암호르몬치료제 및 갑상선암호르몬약물허가치료 관련 안내사항(【별첨16】 참고)”을 교부함.

▷ 항암정위방사선치료비 II(갱신형_10년) 특별약관의 경우 다음 사항을 따릅니다.

- 1) 회사는 “항암정위방사선치료 보장에 대한 계약자 안내사항(【별첨10】 참고)”을 포함하여, 이 상품에서 보장하는 항암정위방사선치료와 관련한 내용을 상품설명서에 명시하고, 계약자 확인을 통해 청약시점에 인식도록 함.
- 2) 회사는 보험계약자의 이해를 돋기 위해 “항암정위방사선치료 특약 가입자를 위한 항암정위방사선치료 관련 안내사항(【별첨17】 참고)”을 교부함.

▷ 카티(CAR-T) 항암약물허가치료비(연간1회한)(갱신형_10년) 특별약관의 경우 다음 사항을 따릅니다.

- 1) 카티(CAR-T)항암약물허가치료비”지급사유가 발생한 경우 보험계약자 또는 보험수익자는 암진단서 이외에 회사가 별도로 마련한 “표적항암/카티(CAR-T)약물허가치료 확인서(보험회사 제출용)(【별첨2】 참고)”를 제출하여야 함.
- 2) 회사는 “카티(CAR-T)항암약물허가치료 보장에 대한 계약자 안내사항(【별첨18】 참고)”을 포함하여, 이 상품에서 보장하는 카티(CAR-T)항암약물허가치료와 관련한 내용을 상품설명서에 명시하고, 계약자 확인을 통해 청약시점에 인식도록 함.
- 3) 회사는 보험계약자의 이해를 돋기 위해 “카티(CAR-T)항암약물허가치료 특약 가입자를 위한 카티치료제 및 카티(CAR-T)항암약물치료 관련 안내사항(【별첨19】 참고)”을 교부함.

▷ 특정면역항암약물허가치료비(연간1회한)(갱신형_10년) 특별약관의 경우 다음 사항을 따릅니다.

- 1) “특정면역항암약물허가치료비” 지급사유가 발생한 경우 보험계약자 또는 보험수익자는 암진단서 이외에 회사가 별도로 마련한 “표적항암/카티(CAR-T)/특정항암약물허가치료 확인서(보험회사 제출용)(【별첨2】 참고)”를 제출하여야 함.
- 2) 회사는 “특정면역항암약물허가치료 보장에 대한 계약자 안내사항(【별첨20】 참고)”을 포함하여, 이 상품에서 보장하는 특정면역항암약물허가치료와 관련한 내용을 상품설명서에 명시하고, 계약자 확인을 통해 청약시점에 인식도록 함.
- 3) 회사는 보험계약자의 이해를 돋기 위해 “특정항암약물허가치료” 특약 가입자를 위한 특정항암약물치료 관련 안내사항(【별첨21】 참고)”을 교부함.

▷ 암주요치료비(유사암제외)(연간1회한, 진단후10년)(감액없음), 암주요치료비(유사암제외)(연간1회한, 진단후10년)(감액없음)(갱신형_20년), 암주요치료비

(유사암제외)(연간1회한,진단후10년)(면책없음,감액없음), 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원포함) 암주요치료비(유사암제외)(연간1회한,진단후 10년)(감액없음), 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원포함) 암주요치료비(유사암제외)(연간1회한,진단후10년)(감액없음)(갱신형_20년), 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원포함) 암주요치료비(유사암제외)(연간1회한,진단후10년)(면책없음,감액없음) 특별약관의 경우 다음 사항을 따릅니다.

- 1) 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후 「암(유사암제외)」으로 진단확정된 경우에는 해당 특별약관의 보험기간은 최초 진단확정일을 포함하여 10년까지로 합니다.
- 2) 보험료 납입기간 중 보장개시일 이후에 「암(유사암제외)」으로 진단 확정된 경우 차회 이후부터 해당 특별약관의 보험료를 더 이상 납입하지 않습니다.
- 3) 회사는 보험계약자의 이해를 돋기 위해 “암주요치료비 보장에 대한 계약자 안내사항(【별첨22】 참고)”을 교부함.

- ▷ 암주요치료비(유사암)(연간1회한,진단후10년)(감액없음), 암주요치료비(유사암)(연간1회한,진단후10년)(감액없음)(갱신형_20년), 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원포함) 암주요치료비(유사암)(연간1회한,진단후10년)(감액없음), 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원포함) 암주요치료비(유사암)(연간1회한,진단후10년)(감액없음)(갱신형_20년) 특별약관의 경우 다음 사항을 따릅니다.
- 1) 피보험자가 보험기간 중 「유사암」으로 진단확정된 경우에는 해당 특별약관의 보험기간은 최초 진단확정일을 포함하여 10년까지로 합니다.
 - 2) 보험료 납입기간 중 「유사암」으로 진단확정된 경우 차회 이후부터 해당 특별약관의 보험료를 더 이상 납입하지 않습니다.
 - 3) 회사는 보험계약자의 이해를 돋기 위해 “암주요치료비 보장에 대한 계약자 안내사항(【별첨22】 참고)”을 교부함.
- ▷ 보험료 페이백(6대질병진단 및 상해·질병후유장해(80%이상)) 특별약관은 기본계약의 보험료 납입기간과 동일하게 가입하여야 하며, 보험계약체결 후 계약변경등의 사유로 납입보험료가 변경되는 경우에도 보험계약체결시점의 보험료(할인 반영 전)를 기준으로 계산함.
- ▷ 보험료 납입면제대상보장(6대질병진단 및 상해·질병후유장해(80%이상)) 특별약관의 보험기간은 기본계약의 보험료 납입기간과 동일하게 가입하여야 함.
- ▷ 이차암진단비(갱신형_20년) 특별약관은 신규계약은 가입 불가하며, 「무배당 두 번 주는 암보험」(판매시기: 2011.10.12. ~ 2012.1.8.) 가입자의 이차암진단비 전환 가입으로만 가능함.
- ▷ 보험료 페이백(6대질병진단 및 상해·질병후유장해(80%이상)) 특별약관은 무배당 보험료납입지원보장(유사암진단) 특별약관과 동시에 가입이 불가함.

▷ 독립특별약관 운용에 관한 사항

- 1) 이 상품의 “무배당 가족일상생활중배상책임IV(갱신형_1년) 특별약관”은 독립특별약관(「무배당 가족일상생활중배상책임IV(갱신형_1년)(A종합형)(25.09) 특별약관」)으로 부가하여 운용함.
- 2) 이 상품은 위 독립특별약관 이외에도 독립특별약관을 추가로 부가하여 운용할 수 있음.

▷ 보험금 대리청구인 지정에 대한 안내

- 1) 계약자가 본인을 위한 계약(계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일)으로 가입하는 경우, 회사는 「보험금 대리청구인 지정신청서」를 교부하고 지정대리청구인 지정에 관련된 내용을 설명하여야 함. 단, 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에는 음성 녹음함으로써 교부 및 설명한 것으로 봄

대상 특별약관

경도치매진단비(ODR1점이상) 특별약관, 중증치매진단비(ODR3점이상) 특별약관, 중등도치매진단비(ODR2점이상) 특별약관, 치매입원비(1일~180일) 특별약관, 장기요양등급진단비(1등급) 특별약관, 장기요양등급진단비(1등급)(갱신형_20년) 특별약관, 장기요양등급진단비(1~2등급) 특별약관, 장기요양등급진단비(1~2등급)(갱신형_20년) 특별약관, 장기요양등급진단비(1~3등급) 특별약관, 장기요양등급진단비(1~4등급) 특별약관, 장기요양등급진단비(1~4등급)(갱신형_20년) 특별약관, 장기요양등급진단비(1~5등급) 특별약관, 장기요양등급진단비(1~5등급)(갱신형_20년) 특별약관, 장기요양등급진단비(1~5등급(인지지원등급포함)) 특별약관, 장기요양등급진단비(1~5등급(인지지원등급포함))(갱신형_20년), 중증치매 I 산정특례대상보장 특별약관, 중증치매 II 산정특례대상보장 특별약관

- 2) 계약자가 1)에 따라 계약을 체결하는 경우 회사는 원칙적으로 지정대리청구인을 지정하도록 하여야 함. 다만, 약관에서 정한 대리자격자가 없는 등의 사유로 지정이 불가능하거나, 계약자가 미지정을 요청한 경우 등은 예외로 함.
- 3) 위 2)에 해당하는 경우 계약자의 지정 편의를 위해 가족관계서류 수령을 생략할 수 있음.
- 4) 회사는 가입시 지정대리청구인이 지정되지 않은 계약에 대해서는 미지정 사유 구분, 모집인 확인, 전산적 재확인, 사후 관리 등 치매로 인한 보험금 청구불능을 방지하기 위한 적정한 관리 체계를 운영함.

◇ 적용이율

구 분		이 율
1종	보장부분	연 2.75% 복리
	적립부분	공시이율(보장), 최저보증이율 0.3%
2종	보장부분	연 2.75% 복리
	적립부분	순수보장성으로 운영하므로 해당사항 없음

주) 1종의 적립부분 적용이율은 공시이율(보장)(2025년 9월 현재 1.6%)이며, 향후 공시이율(보장)의 변동에 따라 변경될 수 있습니다.

다. 주요 용어 해설

Q 「5대장기」 란?

A 간장, 심장, 신장, 췌장, 폐장을 말합니다.

Q 「신70대특정질병」 이란?

A 백내장, 관절염, 생식기질환, 급성상기도 감염, 담낭담도질환, 중이의 진주증, 귀경화증, 소화기계통의 양성신생물, 중이·호흡계통 및 흉곽의 양성신생물, 골 및 관절 연골의 양성신생물, 조직의 양성신생물, 수막의 양성신생물, 뇌 및 중추 신경계통의 양성신생물, 갑상선 및 내분비선의 양성신생물, 유방의 양성신생물, 골다공증, 담석증, 사타구니탈장, 편도염, 축농증, 복막의 질환, 식도질환, 위·십이지장질환, 유방의 장애, 내이의 질환, 단일신경병증, 방광의 결석, 비감염성장애 및 결장염, 중이 및 유돌의 질환, 척추변형, 척추병증, 후각특정질환, 비뇨계통의 기타질환, 신장 및 요관의 기타장애, 안면신경장애, 인후부위의 특정질환, 비뇨기관의 양성신생물, 사구체질환, 신세뇨관-간질질환, 특정부위의 탈장, 특정장질환, 당뇨병질환, 심장질환, 고혈압질환, 뇌혈관질환, 간질환, 위·십이지장궤양, 갑상선질환, 동맥경화증, 만성하부호흡기질환, 폐렴, 녹내장, 황반변성, 결핵, 신부전, 급성췌장염, 다발경화증, 대동맥류, 자율신경계통의 장애, 중추신경계통의 염증성질환, 췌장질환, 파킨슨병, 패혈증, 폐질환, 생식기의 양성종양, 특정누적외상성질환, 근육장애, 어깨병변, 윤활막 및 힘줄장애, 눈 및 눈부속기관의 특정질환을 말합니다.

Q 「신142대특정질병Ⅱ」 이란?

A 백내장, 관절염, 생식기질환, 급성상기도 감염, 담낭담도질환, 중이의 진주증, 귀경화증, 소화기계통의 양성신생물, 중이·호흡계통 및 흉곽의 양성신생물, 골 및 관절 연골의 양성신생물, 조직의 양성신생물, 수막의 양성신생물, 뇌 및 중추 신경계통의 양성신생물, 갑상선 및 내분비선의 양성신생물, 골다공증, 담석증, 사타구니탈장, 편도염, 축농증, 결막장애, 기타 등병증, 외이의 질환, 귀의 기타장애, 뇌하수체기능질환, 대사장애, 외부요인 폐질환, 특정 요도질환, 특정 소화기질환, 복막의 질환, 식도질

환, 위·십이지장질환, 내이의 질환, 단일신경병증, 방광의 결석, 비감염성 장염 및 결장염, 중이 및 유돌의 질환, 척추변형, 척추병증, 비뇨계통의 기타질환, 신장 및 요관의 기타장애, 안면신경장애, 인후부위의 특정질환, 비뇨기관의 양성신생물, 사구체질환, 신세뇨관-간질질환, 특정부위의 탈장, 특정장질환, 급성 기관지염, 급성 세기관지염, 상세불명의 급성하기도감염, 성인호흡곤란증후군, 폐부종, 특정호흡기질환, 디한증, 마비, 부갑상선기능질환, 비장질환, 수면무호흡증, 용혈-요독증후군(햄버거병), 장의 특정기타질환, 장흡수장애, 전신결합조직장애, 주침샘의 양성신생물, 침샘질환, 확인된 동물매개 또는 범유행 인플루엔자바이러스에 의한 인플루엔자, 확인된 계절성 인플루엔자바이러스에 의한 인플루엔자, 바이러스가 확인되지 않은 인플루엔자, 심장질환, 뇌혈관질환, 간질환, 위·십이지장궤양, 동맥경화증, 만성하부호흡기질환, 폐렴, 녹내장, 황반변성, 결핵, 신부전, 급성췌장염, 다발경화증, 대동맥류, 자율신경계통의 장애, 중추신경계통의 염증성질환, 췌장질환, 파킨슨병, 패혈증, 폐질환, 당뇨병 질환, 고혈압질환, 기타 동맥류 박리, 뇌성마비, 뇌전증, 버거씨병, 수두증, 위공장궤양, 조로증, 크로이츠펠트-야콥병, 뇌의 특정염증성질환, 생식기의 양성종양, 특정누적외상성질환, 근육장애, 어깨병변, 윤활막 및 힘줄장애, 눈 및 눈부속기관의 특정질환, 갑상선암, 위암, 기관지 및 폐암, 간암, 난소암, 눈꺼풀의 기타 염증, 호흡계통의 기타질환, 눈꺼풀의 기타 장애, 시각장애 및 실명, 눈 및 눈부속기의 기타 장애, 유방의 양성신생물, 유방의 장애, 후각특정질환, 갑상선질환, 골수염, 기타 정맥의 색전증 및 혈전증, 다낭성 난소증후군, 동맥색전증 및 혈전증, 림프절염, 뼈의 기타장애, 뼈의 파แตก병, 식도정맥류, 안구의 장애, 안와장애, 요도결석증, 전신결합조직장애 II, 정맥염 및 혈전정맥염, 중증근무력증, 직장 및 항문관련질환, 과민대장증후군, 대상포진, 신장 및 요관의 결석, 하지정맥류 및 특정정맥합병증, 골괴사증, 눈 및 부속기 양성신생물, 연골병증, 유리체의 장애, 음낭정맥류의 특정질환을 말합니다.

Q 「간질환」 이란?

A 바이러스 간염, 간의 질환, 거대세포바이러스성 간염, 톡소포자충간염을 말합니다.

Q 「소액암」 이란?

A 유방암, 자궁경부암, 자궁체부암, 전립선암, 방광암을 말합니다.

Q 「고액치료비암」 이란?

A 식도암, 췌장(이자)암, 골수암, 뇌암, 백혈병을 말합니다.

Q 「유사암」 이란?

A 갑상선암, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암을 말합니다.

Q 「갑상선암」이란?

A 갑상선은 목 가운데 있는 울대에 성인 엄지손가락 크기의 나비 모양을 한 장기입니다. 갑상선은 우리 몸의 대사과정을 촉진하고 내부 장기의 기능을 조절하는 호르몬을 분비합니다. 갑상선암은 유두암, 여포암, 수질암 및 역형성암으로 나누어지며, 갑상선에 생기는 혹은 전체 인구의 5%에서 발견될 정도로 흔하며 대부분 크기가 작아 불편함을 느끼지 못합니다. 이 중 5%가 암으로 발전합니다.

Q 「제자리암」이란?

A 상피란 우리 몸의 가장 바깥부분을 구성하고 있는 세포라고 볼 수 있습니다. 사실 제자리암은 자궁경부암, 유방암 등 모든 암에 적용되는 암 직전 상태라고 할 수 있습니다. 피부의 가장 바깥층도 상피지만 우리 몸의 각 장기 모두 가장 바깥 층에 상피가 위치하고 그 아래 부분을 기저막이라고 합니다. 제자리암이란 암세포가 상피에는 존재하나 기저막까지는 침범이 안된 상태를 말하는 것입니다. 즉, 세포는 암세포지만 그것을 둘러싼 주 머니가 아직 터지지 않은 상태로 암(이미 터진 주머니)의 한 단계 직전의 상태입니다. 암은 발생한 뒤 그 진행 정도에 따라 1기부터 4기까지 분류하는데 제자리암은 암 병기로는 0기 암으로 표시합니다.

Q 「경계성종양」이란?

A 종양은 양성 종양과 악성 종양으로 나뉘고 그 둘은 사실 뚜렷하게 구분이 갑니다. (마치 손바닥과 손등처럼) 그런데 꼭 그런 종양만 있는 것이 아닙니다. 손날 부위를 보면, 어디부터 손등이고 어디부터 손바닥이다라고 확실히 구별할 수 없습니다. 그런 종류의 종양을 경계성 종양이라고 합니다. 물론 이 종양도 악성종양과 달리 수술을 통해 완치도 가능하며, 100% 완치는 아니더라도 악성종양에 비해 상당히 예후가 좋습니다. 정리하면, 제자리암은 암이 되기 직전의 단계. 암으로 자라나는 단계라는 시간적 개념이며, 경계성종양은 양성종양과 악성종양의 중간단계 즉, 구분상의 개념이라고 보시면 됩니다.

Q 「기타피부암」이란?

A 피부암의 빈도는 인종·지역 등에 따라 차이가 있으나, 최소한 백인(白人)에서는 가장 흔한 악성 종양입니다. 빈도는 높으나 노출되므로 쉽게 조기 진단이 가능하고, 치료도 다른 암에 비해 비교적 양호하기 때문에 사망률은 부위 악성 종양에 비해 낮은 편입니다. 피부암은 피부에 초발하는 원발암(原發癌)과 다른 장기의 암으로부터 전이되어 발생하는 전이암(轉移癌)의 두 가지로 구분될 수 있습니다. 원발암에는 기저세포암(基底細胞癌)과 편평상피암(偏平上皮癌)이 가장 흔한 형태이며, 그 외에도 악성 흑색종(melanoma), 카포시 육종(Kaposi's sarcoma), 패젯병(Paget's disease), 균상 식육종(mycosis fungoides) 등이 있습니다.

Q 「재진단암」이란?

A “재진단암”이란 “첫번째암” 또는 직전 “재진단암” 진단 확정일로부터 1년 경과 후 다음 각 호의 「암」에 해당하는 경우를 말하며, 기타피부암, 갑상선암, 전립선암, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태, Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

(단, “첫번째암”이 전립선암인 경우, 1년 후 “재진단암”的 보장을 개시하되, 전립선암에 대한 재진단암III진단비는 지급하지 않습니다.)

1. 새로운 원발암 : 원발부위에 발생한 암으로 “첫번째암” 또는 “재진단암”과 다른 조직병리학적 특성(Histopathological Appearance)을 가진 「암」
2. 전이암 : 원발부위의 암세포가 새로운 장소로 퍼져(침윤 또는 원격전이) 다시 그곳에서 자리를 잡고, 계속적인 분열과 성장과정을 거쳐 증식하는 「암」
3. 재발암 : “첫번째암” 또는 “재진단암”과 동일한 조직병리학적 특성(Histopathological Appearance)을 가진 암으로서 치료를 통해 몸에서 “첫번째암” 또는 “재진단암”의 암세포를 제거한 후 그 “첫번째암” 또는 “재진단암”으로 인하여 새롭게 「암」이 출현되어 치료가 필요한 상태로 판명된 「암」
4. 잔여암 : “첫번째암” 또는 “재진단암”에 대한 보장개시일 이후 발생한 암진단부위에 암세포가 남아 있는 경우. (단, “첫번째암”이 「전립선암」(전립선의 악성신생물(암))인 경우 1년 후 “재진단암”的 보장을 개시하되, 「전립선암」에 대한 “재진단암III진단비”는 지급하지 않습니다.)

Q 「이차암」이란?

A 첫번째 암이 발생한 기관과 다른기관에 새로운 암(원발암)이 진단확정된 경우와 첫번째 암이 발생한 기관과 다른기관에 전이된 암[전이암(metastatic cancer)]을 말합니다. 단, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양은 제외합니다.

Q 「5대기관질병」이란?

A 뇌질환II, 심장질환, 간질환, 폐질환, 신장질환을 말합니다.

Q 「CDR척도」란?

A 치매관련 전문의가 실시하는 전반적인 인지기능 및 사회기능 정도를 측정하는 검사로서 전체 점수구성은 0, 0.5, 1, 2, 3, 4, 5로 되어 있으며, 점수가 높을수록 중증을 의미합니다.

Q 「7대희귀난치성질환」이란?

A 재생불량성빈혈, 운동신경세포병, 다발경화증, 파킨슨병, 심근질환(I42.4(심내막탄력섬유증) 제외), 모야모야병, 전신흉반루프스을 말합니다.

Q 「표적항암약물허가치료」란?

Ⓐ “표적항암약물허가치료”란 “항암약물치료” 중 “암”, “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 치료를 목적으로 “표적항암제”를 “안전성과 유효성 인정 범위”내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다. 이 때, “표적항암제”란 식품의약품안전처 예규에 의하여 의약품 분류번호 “421(항암성종양제) (분류번호가 변경되는 경우 이에 준하는 분류번호)”로 분류되는 의약품 중 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제는 “표적항암제”의 범위에서 제외됩니다.

라. 기타 특징 (자세한 내용은 약관 참조)

Q 「만기환급금」이란? (1종에 한함)

Ⓐ 회사는 보험기간이 끝난 때에 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 계산한 만기환급금을 보험수익자에게 지급합니다. 다만 만기환급금은 보험료의 자동대출납입에 따라 납입된 보험료와 이자, 보험계약대출에 따른 보험계약대출금과 이자가 있는 경우 이를 차감한 금액을 지급합니다. 또한 보험기간 중에 이 보험의 공시이율이 변경되는 경우에는 변경된 시점 이후에는 변경된 시점 이후에는 변경된 이율을 적용하며, 최저보증 이율은 연복리 0.3%로 합니다.

Q 보험료에 대한 세제혜택은?

Ⓐ 근로소득자가 자신, 배우자, 부양가족을 피보험자로 하는 보장성보험에 가입시 연간 납입한 보험료 중 100만원을 한도로 13.2%(지방소득세 포함, 2025년 현재)의 세액공제 혜택을 받으실 수 있습니다.

② 보험금 지급사유, 지급금액 및 지급제한사항

가. 보험금 지급사유 및 지급금액

구 分		지 급 사 유	지 급 금 액
기 본	일반상해후유장해 (80%이상)	상해로 80%이상 후유장해시(1회한)	가입금액
계 약	질병후유장해 (80%이상)(감액없음)	질병으로 80%이상 후유장해시 (1회한)	가입금액
의 무 가 입	보험료 납입면제대상보장 (6대질병진단 및 상해·질병후유장해 (80%이상))	다음 중 어느 하나의 경우에 해당되는 사유가 발생한 경우(1회한) 1. 상해로 80%이상에 후유장해시 2. 질병으로 80%이상에 후유장해시 3. 암보장개시일 이후에 암(유사암제외), 뇌졸중, 급성심근경색증, 말기 만성폐질환, 말기간경화, 말기신부전증으로 진단확정된 경우	가입금액
상 해	일반상해사망	상해로 사망시	가입금액
	일반상해후유장해 (50%이상)	상해로 50%이상 후유장해시(1회한)	가입금액
	일반상해후유장해 (3~100%)	상해로 3%이상 100%이하에 해당하는 후유장해시	가입금액×장해지급률
	일반상해후유장해 (20~100%)	상해로 20%이상 100%이하에 해당하는 후유장해시	가입금액×장해지급률
	일반상해입원비 (1일~180일)	상해로 입원시(1일이상 180일한도)	입원 1일당 가입금액
	일반상해수술동반 입원비(1일~20일)	상해사고로 수술하여 입원할 경우, 최초수술일로부터 입원 1일이상 치료시(20일 한도)	입원 1일당 가입금액
	상해중환자실입원비 (1일~180일)	상해로 중환자실 입원시 (1일이상 180일한도)	입원 1일당 가입금액
	상해수술비	상해로 수술을 받은 경우	가입금액
	중대한화상및부식 치료비	중대한화상및부식(화학약품등에 의한 피부손상)으로 진단시(1회한)	가입금액
	중대한특정상해 수술비	상해로 사고일로부터 180일 이내에 뇌손상/내장손상으로 인한 개두/개흉/개복수술을 받은 경우	가입금액
상해1~5종수술비 II	상해1~5종수술비 II	상해로 “1~5종 수술분류표”에서 정한 수술을 받은 경우	종별 가입금액
	상해1~5종수술비 (1사고당)	상해로 “1~5종 수술분류표”에서 정한 수술을 받은 경우(1사고당)	종별 가입금액
	종합병원 일반상해입원비 (1일~180일)	상해로 종합병원 입원시 (1일이상 180일 한도)	입원 1일당 가입금액
상급종합병원 일반상해입원비 (1일~120일)	상급종합병원 입원시 (1일이상 120일 한도)	입원 1일당 가입금액	
	일반상해입원비	상해로 입원시(1일이상 20일한도)	입원 1일당 가입금액

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
(1일~20일)		
상해1~8종수술비 (급여, 시술포함, 연간1회한)	상해로 「1~8종 수술 및 시술 분류표」에서 정한 「수술 및 시술 」을 받은 경우 하나의 「수술 및 시술」 당 연간 1회에 한하여 지급 ※ 1회의 입원당 1회의 「수술 및 시술」 또는 통원 1일당 1회의 「수술 및 시술」에 한하여 보장합니다.	종별 가입금액
교통상해사망(운전자)	교통사고로 발생한 상해로 사망시(운전자)	가입금액
교통상해사망(비운전 자)	교통사고로 발생한 상해로 사망시(비운전자)	가입금액
상해재활치료비(급여 _연간20회한)	상해로 입원 또는 통원하여 상해재활치료(급여)를 받은 경우 (연간 20회 한도)	가입금액 (1일당 1회한)
종합병원 1인실(특실표함) 일반상해입원비 (1일~30일)	상해로 종합병원 1인실(특실표함)에 입원하여 치료를 받은 경우(1일이상 30일한도)	입원 1일당 가입금액
상급종합병원 1인실(특실표함) 일반상해입원비 (1일~30일)	상해로 상급종합병원 1인실(특실표함)에 입원하여 치료를 받은 경우(1일이상 30일한도)	입원 1일당 가입금액
종합병원 상해수술비	상해로 종합병원에서 수술을 받은 경우(1사고당)	가입금액
상급종합병원 상해수술비	상해의 직접결과로 상급종합병원에서 수술을 받은 경우(1사고당)	가입금액
간병인사용 일반상해입원비(요양 병원제외)(1일~150 일)	상해로 요양병원을 제외한 병원 또 는 의원에 1일이상 계속입원하여 치료를 받으며 간병이 필요하여 간 병인을 사용한 경우 (1일이상 150일한도)	사용일 1일당 가입금액 (단, 간병인 사용금액이 1일당 7만원 미만인 경우 가입금액의 50%)
간병인사용 일반상해입원비(요양 병원)(1일~150일)	상해로 요양병원에 1일이상 계속입 원하여 치료를 받으며 간병이 필요 하여 간병인을 사용한 경우(1일이 상 150일한도)	사용일 1일당 가입금액
간호·간병통합서비스 사용 일반상해입원비(1일 ~150일)	상해로 요양병원을 제외한 병원에 1일이상 계속입원하여 치료를 받으 며 간호·통합서비스를 사용한 경우 (1일이상 150일한도)	사용일 1일당 가입금액
일반상해입원비(요양 ,정신,한방병원제외)	상해로 병원(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 제외) 또는 의원(한의 원을 포함합니다)에 151일이상 계 속입원하여 치료를 받은 경우(215 일한도)	151일째 입원일로부터 입원 1일당 가입금액
간병인사용 일반상해 입원비(요양,정신,한	상해로 병원(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 제외) 또는 의원(한의	151일째 입원일로부터 사용일 1일당

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
방병원제외)(151일 이상)	원을 포함합니다)에 151일이상 계속입원하여 치료를 받으며 간병이 필요하여 간병인을 사용한 경우(215일한도)	가입금액 (단, 간병인 사용금액이 1일당 7만원 미만인 경우 가입금액의 50%)
간호·간병통합서비스 사용 일반상해입원비(요양,정신,한방병원제외)(151일이상)	상해로 병원(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 제외)에 151일이상 계속입원하여 치료를 받으며 간호·간병통합서비스를 사용한 경우(215일한도)	151일째 입원일로부터 사용일 1일당 가입금액
간호·간병통합서비스 사용 일반상해입원비(1일~60일)	상해로 요양병원을 제외한 병원에 1일이상 계속입원하여 치료를 받으며 간호·간병통합서비스를 사용한 경우(1일이상 60일한도)	사용일 1일당 가입금액
간호·간병통합서비스 사용 일반상해입원비(종합병원)(1일~60일)	상해로 종합병원에 1일이상 계속입원하여 치료를 받으며 간호·간병통합서비스를 사용한 경우(1일이상 60일한도)	사용일 1일당 가입금액
간호·간병통합서비스 사용 일반상해입원비(상급종합병원)(1일~60일)	상해로 상급종합병원에 1일이상 계속입원하여 치료를 받으며 간호·간병통합서비스를 사용한 경우(1일이상 60일한도)	사용일 1일당 가입금액
간병인사용 일반상해입원지원비(요양병원제외)(간병인비용연간200만원 이상)	상해로 요양병원을 제외한 병원 또는 의원에 입원하여 치료를 받으며 간병이 필요하여 간병인을 사용한 「연간 간병인 사용금액 총액」이 200만원 이상인 경우(연간1회한, 1일당 25만원한도)	연간 간병인 사용금액 총액
		200만원이상 300만원미만 0이 특별약관 보험가입금액의 10%
		300만원이상 500만원미만 0이 특별약관 보험가입금액의 15%
		500만원이상 700만원미만 0이 특별약관 보험가입금액의 25%
		700만원이상 1,000만원미만 0이 특별약관 보험가입금액의 35%
		1,000만원이상 1,500만원미만 0이 특별약관 보험가입금액의 50%
		1,500만원이상 2,000만원미만 0이 특별약관 보험가입금액의 75%
		2,000만원이상 0이 특별약관 보험가입금액의 100%
간병인사용 일반상해입원지원비(요양병원)(간병인비용연간200만원이상)	상해로 요양병원에 입원하여 치료를 받으며 간병이 필요하여 간병인을 사용한 「연간 간병인 사용금액 총액」이 200만원 이상인 경우(연간1회한, 1일당 25만원한도)	연간 간병인 사용금액 총액
		200만원이상 300만원미만 0이 특별약관 보험가입금액의 10%
		300만원이상 500만원미만 0이 특별약관 보험가입금액의 15%
		500만원이상 700만원미만 0이 특별약관 보험가입금액의 25%
		700만원이상 1,000만원미만 0이 특별약관 보험가입금액의 35%
		1,000만원이상 1,500만원미만 0이 특별약관 보험가입금액의 50%
		1,500만원이상 2,000만원미만 0이 특별약관 보험가입금액의 75%
		2,000만원이상 0이 특별약관 보험가입금액의 100%
종합병원 2~3인실 일반상해입원비(1일~30일)	상해로 종합병원 2~3인실 입원시(1일이상 30일한도)	입원 1일당 가입금액

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
상급종합병원 2~3인실 일반상해입원비(1일 -30일)	상해로 상급종합병원 2~3인실 입원시 (1일이상 30일한도)	입원 1일당 가입금액
상해수술비(치아파절 및 치아탈구제외)	상해로 수술을 받은 경우 (치아파절 및 치아탈구제외)	1사고당 가입금액
상해1~5종수술동반 입원비	상해의 직접결과로 ① 계속입원하여 치료를 받은 경우 ② “1~5종 수술분류표”에서 정한 수술을 받은 경우 ③ 1번 및 2번 항목이 동일한 상해의 치료를 목적으로 한 경우 위 항에 모두 해당하는 경우 입원 1일째부터 금액 지급	입원 1일당 가입금액
질병사망(감액없음)	질병으로 사망시	가입금액
질병후유장해 (3~100%)(감액없음)	질병으로 3%이상 100%이하에 해당하는 후유장해시	가입금액×장해지급률
질병후유장해 (20~100%)(감액없음)	질병으로 20%이상 100%이하에 해당하는 후유장해시	가입금액×장해지급률
질병입원비 (1일-180일)	질병으로 입원시 (1일이상 180일한도)	입원 1일당 가입금액
질병중환자실입원비 (1일-180일)	질병으로 중환자실 입원시 (1일이상 180일한도)	입원 1일당 가입금액
질병수술비	질병으로 수술을 받은 경우	가입금액
질병수술비(특정4대 질병제외)	질병(특정4대질병제외)으로 수술시 ※ 특정4대질병 : 용종, 피부질환, 생식기질환, 백내장	가입금액
질병수술비(특정6대 질병제외)	질병(특정6대질병제외)으로 수술시 ※ 특정6대질병 : 용종, 피부질환, 생식기질환, 백내장, 혈관종, 유방질환	가입금액
질병수술비(특정6대 질병 II 제외)	질병(특정6대질병 II 제외)으로 수술시 ※ 특정6대질병 II : 바이러스결막염, 맥립종 및 콩다래끼, 결막염, 외이염, 귀통증 및 귀의 삼출액, 티눈 및 굳은살	가입금액
질병수술비(특정8대 질병제외)	질병(특정8대질병제외)으로 수술시 ※ 특정8대질병 : 바이러스결막염, 맥립종 및 콩다래끼, 결막염, 외이염, 귀통증 및 귀의 삼출액, 티눈 및 굳은살, 용종, 백내장	가입금액
상급종합병원 질병수술비(특정6대 질병 II 제외)	질병(특정6대질병제외)으로 상급종합병원에서 수술시 ※ 특정6대질병 II : 바이러스결막염, 맥립종 및 콩다래끼, 결막염, 외이염, 귀통증 및 귀의 삼출액, 티눈 및 굳은살	가입금액

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
무)질병1~5종수술비 V	질병으로 “1~5종 수술분류표IV”에서 정한 수술을 받은 경우	종별 가입금액
질병1~5종수술비 II (동일질병당)	질병으로 “1~5종 수술분류표III”에서 정한 수술을 받은 경우(동일질병당)	종별 가입금액
종합병원 질병입원비 (1일~180일)	질병으로 종합병원 입원시 (1일이상 180일 한도)	입원 1일당 가입금액
상급종합병원 질병입원비(1일~120일)	질병으로 상급종합병원 입원시 (1일이상 120일 한도)	입원 1일당 가입금액
질병입원비 (1일~20일)	질병으로 입원시 (1일이상 20일한도)	입원 1일당 가입금액
질병1~8종수술비 (급여, 시술포함, 연간1회한)	질병으로 「1~8종 수술 및 시술 분류표」에서 정한 「수술 및 시술」을 받은 경우 하나의 「수술 및 시술」 당 연간 1회에 한하여 지급 ※ 1회의 입원당 1회의 「수술 및 시술」 또는 통원 1일당 1회의 「수술 및 시술」에 한하여 보장합니다.	종별 가입금액
질병재활치료비(급여 _연간20회한)	질병으로 입원 또는 통원하여 질병재활치료(급여)를 받은 경우 (연간 20회 한도)	가입금액 (1일당 1회한)
종합병원 질병수술비	질병으로 종합병원에서 수술시 (1년미만 50%)	가입금액
상급종합병원 질병수술비	질병으로 상급종합병원에서 수술시 (1년미만 50%)	가입금액
종합병원 1인실 (특실포함) 질병입원비 (1일~30일)	질병으로 종합병원 1인실(특실포함)에 입원하여 치료를 받은 경우(1일이상 30일한도)	입원 1일당 가입금액
상급종합병원 1인실(특실포함) 질병입원비 (1일~30일)	질병으로 상급종합병원 1인실(특실포함)에 입원하여 치료를 받은 경우(1일이상 30일한도)	입원 1일당 가입금액
간병인사용 질병입원비 (요양병원제외)(1일 -150일)	질병으로 요양병원을 제외한 병원 또는 의원에 1일이상 계속입원하여 치료를 받으며 간병이 필요하여 간병인을 사용한 경우 (1일이상 150일한도, 1년미만 50%)	사용일 1일당 가입금액 (단, 간병인 사용금액이 1일당 7만원 미만인 경우 가입금액의 50%)
간병인사용 질병입원비 (요양병원)(1일-150일)	질병으로 요양병원에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받으며 간병이 필요하여 간병인을 사용한 경우 (1일이상 150일한도, 1년미만 50%)	사용일 1일당 가입금액
간호·간병통합서비스 사용 질병입원비(1일-150 일)	질병으로 요양병원을 제외한 병원에 1일이상 계속입원하여 치료를 받으며 간호·통합서비스를 사용한 경우 (1일이상 150일한도, 1년미만 50%)	사용일 1일당 가입금액
간호·간병통합서비스	질병으로 요양병원을 제외한 병원	사용일 1일당

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
사용 질병입원비(1일~60일)	예 1일이상 계속입원하여 치료를 받으며 간호·간병통합서비스를 사용한 경우 (1일이상 60일한도)(1년미만 50%)	가입금액
간호·간병통합서비스 사용 질병 입원비(종합 병원) (1일~60일)	질병으로 종합병원에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받으며 간호·간병 통합서비스를 사용한 경우 (1일이상 60일한도)(1년미만 50%)	사용일 1일당 가입금액
간호·간병통합서비스 사용 질병입원비(상급종합 병원) (1일~60일)	질병으로 상급종합병원에 1일이상 계속입원하여 치료를 받으며 간호·간병통합서비스를 사용한 경우 (1일이상 60일한도)(1년미만 50%)	사용일 1일당 가입금액
양성종양1~4종수술 비 II(기타경증질환포 함)(최초1회한)	보장개시일 이후에 양성종양1~4종 수술비 II(기타경증질환포함)의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 (세부보장별 최초1회한, 1년미만 50%) * 세부보장 - 양성종양1~4종수술비 II (기타경증질환포함)(최초1회한)(1종) 보장 - 양성종양1~4종수술비 II (기타경증질환포함)(최초1회한)(2종) 보장 - 양성종양1~4종수술비 II (기타경증질환포함)(최초1회한)(3종) 보장 - 양성종양1~4종수술비 II (기타경증질환포함)(최초1회한)(4종) 보장	세부보장 가입금액
질병입원비(요양,정신, 한방병원제외)(151일이상)	질병으로 병원(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 제외) 또는 의원(한의원을 포함합니다)에 151일이상 계속입원하여 치료를 받은 경우 (215일한도, 1년미만 50%)	151일째 입원일로부터 입원 1일당 가입금액
간병인사용 질병입원 비(요양,정신,한방병 원제외)(151일이상)	질병으로 병원(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 제외) 또는 의원(한의원을 포함합니다)에 151일이상 계속입원하여 치료를 받으며 간병이 필요하여 간병인을 사용한 경우 (215일한도, 1년미만 50%)	151일째 입원일로부터 사용일 1일당 가입금액 (단, 간병인 사용금액이 1일당 7만원 미만인 경우 가입금액의 50%)
간호·간병통합서비스 사용 질병입원비(요 양,정신,한방병원제 외)(151일이상)	질병으로 병원(「요양병원, 정신병원 및 한방병원」 제외)에 151일이상 계속입원하여 치료를 받으며 간호·간병통합서비스를 사용한 경우 (215일한도, 1년미만 50%)	151일째 입원일로부터 사용일 1일당 가입금액
간병인사용 질병입원	질병으로 요양병원을 제외한 병원 또는 의원에 입원하여 치료를 받	

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액																
지원비(요양병원 제외)(간병인비용 연간 200만원이상)	으며 간병이 필요하여 간병인을 사용한 「연간 간병인 사용금액 총액」 이 200만원 이상인 경우(연간1회한, 1일당 25만원한도) <table border="1"> <thead> <tr> <th>연간 간병인 사용금액 총액</th><th>지 급 금 액</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>200만원이상 300만원미만</td><td>이 특별약관 보험가입금액의 10%</td></tr> <tr> <td>300만원이상 500만원미만</td><td>이 특별약관 보험가입금액의 15%</td></tr> <tr> <td>500만원이상 700만원미만</td><td>이 특별약관 보험가입금액의 25%</td></tr> <tr> <td>700만원이상 1,000만원미만</td><td>이 특별약관 보험가입금액의 35%</td></tr> <tr> <td>1,000만원이상 1,500만원미만</td><td>이 특별약관 보험가입금액의 50%</td></tr> <tr> <td>1,500만원이상 2,000만원미만</td><td>이 특별약관 보험가입금액의 75%</td></tr> <tr> <td>2,000만원이상</td><td>이 특별약관 보험가입금액의 100%</td></tr> </tbody> </table>	연간 간병인 사용금액 총액	지 급 금 액	200만원이상 300만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 10%	300만원이상 500만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 15%	500만원이상 700만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 25%	700만원이상 1,000만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 35%	1,000만원이상 1,500만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%	1,500만원이상 2,000만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 75%	2,000만원이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%	
연간 간병인 사용금액 총액	지 급 금 액																	
200만원이상 300만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 10%																	
300만원이상 500만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 15%																	
500만원이상 700만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 25%																	
700만원이상 1,000만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 35%																	
1,000만원이상 1,500만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%																	
1,500만원이상 2,000만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 75%																	
2,000만원이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%																	
간병인사용 질병입원 지원비(요양병원)(간 병인비용연간200만 원이상)	질병으로 요양병원에 입원하여 치료를 받으며 간병이 필요하여 간 병인을 사용한 「연간 간병인 사용금액 총액」 이 200만원 이상인 경우(연간1회한, 1일당 25만원한도) <table border="1"> <thead> <tr> <th>연간 간병인 사용금액 총액</th><th>지 급 금 액</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>200만원이상 300만원미만</td><td>이 특별약관 보험가입금액의 10%</td></tr> <tr> <td>300만원이상 500만원미만</td><td>이 특별약관 보험가입금액의 15%</td></tr> <tr> <td>500만원이상 700만원미만</td><td>이 특별약관 보험가입금액의 25%</td></tr> <tr> <td>700만원이상 1,000만원미만</td><td>이 특별약관 보험가입금액의 35%</td></tr> <tr> <td>1,000만원이상 1,500만원미만</td><td>이 특별약관 보험가입금액의 50%</td></tr> <tr> <td>1,500만원이상 2,000만원미만</td><td>이 특별약관 보험가입금액의 75%</td></tr> <tr> <td>2,000만원이상</td><td>이 특별약관 보험가입금액의 100%</td></tr> </tbody> </table>	연간 간병인 사용금액 총액	지 급 금 액	200만원이상 300만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 10%	300만원이상 500만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 15%	500만원이상 700만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 25%	700만원이상 1,000만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 35%	1,000만원이상 1,500만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%	1,500만원이상 2,000만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 75%	2,000만원이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%	
연간 간병인 사용금액 총액	지 급 금 액																	
200만원이상 300만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 10%																	
300만원이상 500만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 15%																	
500만원이상 700만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 25%																	
700만원이상 1,000만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 35%																	
1,000만원이상 1,500만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 50%																	
1,500만원이상 2,000만원미만	이 특별약관 보험가입금액의 75%																	
2,000만원이상	이 특별약관 보험가입금액의 100%																	
종합병원 2~3인실 질병입원비(1일~30일)	질병으로 종합병원 2~3인실 입원시 (1일이상 30일한도, 1년미만 50%)	입원 1일당 가입금액																
상급종합병원 2~3인실 질병입원비(1일~30일)	질병으로 상급종합병원 2~3인실 입원시 (1일이상 30일한도, 1년미만 50%)	입원 1일당 가입금액																
2대질병주요치료비 (연간1회한, 진단후10년)(감액없음)	「뇌혈관질환」 또는 「허혈성심 질환」으로 진단확정되고 「보 험금 지급기간」 이내에 「뇌혈 관질환」 또는 「허혈성심질환」 의 직접적인 치료를 목적으로 「2대질병 주요치료」(2대질병 수술, 2대질병 혈전용해치료, 2 대질병 중환자실입원치료)를 받 은 경우 (연간1회한, 최대 10회 지급) ※ 「보험금 지급기간」 이라 함 은 「2대질병」의 최초 진단확 정일로부터 10년을 말합니다.	가입금액																
질병1~5종수술동반 입원비 II	질병으로 ① 계속입원하여 치료를 받은 경우 ② “1~5종 수술분류표 IV”에서 정한 수술을 받은 경우 ③ 1번 및 2번 항목이 동일한 질병의 치료를 목적으로 한 경우 위 항에 모두 해당하는 경우 입원 1일째부터 금액 지급	입원 1일당 가입금액																
생	골절진단비	골절로 진단확정된 경우	가입금액															

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
활 위 험	(치아파절제외)	(치아파절 제외)
	골절진단비 (치아파절제외) (1~5급)(연간1회한)	골절(치아파절제외)분류표 II에서 정한 골절로 진단확정된 경우 (연간1회한)
	골절수술비	골절로 수술을 받은 경우
	골절수술비(1~5급) (연간1회한)	골절분류표 III에서 정한 골절로 수술을 받은 경우(연간1회한)
	화상진단비	심재성 2도이상의 화상으로 진단 확정된 경우
	화상수술비	심재성 2도이상의 화상으로 진단확정 후 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우
	상해흉터복원수술비	상해사고로 안면부, 상지, 하지에 외형상의 반흔이나 추상장애, 신체의 기형이나 기능장애가 발생하여 그 원상회복을 목적으로 성형수술시(사고일로부터 2년 이내, 1사고당 500만원한도)
	식중독입원비 (4일~120일)	식중독으로 입원시 (4일이상 120일한도)
	5대골절진단비	5대골절 (머리의 으깨손상, 목/흉추/요추/골반/대퇴골 골절, 흉추의 다발성골절)로 진단시
	5대골절수술비	5대골절 (머리의 으깨손상, 목/흉추/요추/골반/대퇴골 골절, 흉추의 다발성골절)로 수술을 받은경우
	골절진단비 (치아파절포함, 연간1회한)	골절로 진단확정된 경우 (치아파절포함)(연간1회한)
	아킬레스힘줄손상수술비	아킬레스힘줄손상으로 진단확정 후 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우
	무릎인대파열 및 연골손상수술비	무릎인대파열 및 연골손상으로 진단확정 후 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우
	외상성척추손상 수술비	외상성척추손상으로 진단확정되고 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우
	관절(무릎, 고관절)손상수술비	관절(무릎, 고관절)손상으로 진단확정되고 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우
	자전거탑승중 상해사망	자전거탑승 중 상해사고로 사망시
	뇌·내장상해수술비	상해로 인하여 뇌/내장손상을 입고 사고일로부터 180일 이내에 개두수술, 개흉수술, 개복수술을 받은 경우(1회한)
	신화상진단비	상해로 “신화상분류표”에서 정한 화상으로 진단시
		1종 : 가입금액 2종 : 가입금액의 50% 3종 : 가입금액의 20%

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
		4종 : 가입금액의 10% 5종 : 가입금액의 5%
신화상수술비	상해로 “신화상분류표”에서 정한 화상으로 수술을 받은 경우	1종 : 가입금액 2종 : 가입금액의 50% 3종 : 가입금액의 20% 4종 : 가입금액의 10% 5종 : 가입금액의 5%
아나필락시스진단비 (연간1회한) (갱신형_10년)	아나필락시스로 진단 확정된 경우 (연간1회한)	가입금액
상해흉터복원수술비 (안면부)	상해사고로 안면부에 외형상의 반흔(흉터)이나 추상장해, 신체의 기형이나 기능장애가 발생하여 그 원상회복을 목적으로 성형수술을 받은 경우 최대 수술길이에 따라 금액 지급 (사고일로부터 2년 이내, 1사고당)	1cm이상 5cm미만 : 가입금액 30% 5cm이상 10cm미만 : 가입금액 60% 10cm이상 : 가입금액 100%
골절철심제거수술비(급여_연간1회한)	골절로 골절철심제거술을 받은 경우(연간1회한)	가입금액
중증외상환자 산정특례대상보장(연간1회한)	상해로 중증외상환자 산정특례 대상으로 등록되었을 경우 (연간1회한)	가입금액
창상봉합술치료비 (급여,안면부,연간3회한)	상해로 급여 안면부창상봉합술을 받은 경우(1일1회,연간3회한)	가입금액
창상봉합술치료비(급여,연간3회한)	상해로 급여 창상봉합술을 받은 경우(1일1회,연간3회한)	가입금액
중증외상치료비(권역 외상센터)(갱신형_20년)	상해로 권역외상센터에 내원하여 중증외상환자로 분류되어 치료를 받은 경우	가입금액
중증화상 산정특례대상보장	상해로 인하여 중증화상 산정특례대상으로 산정특례 신규등록되었을 경우(1회한)	가입금액
암 관 련	암사망	보장개시일 이후 암으로 진단확정되고 그 암의 직접적인 원인으로 사망시 (1년미만 50%)
	암진단비 (소액암 및 유사암제외)	보장개시일 이후 암(소액암 및 유사암제외) 진단시 (1회한, 1년미만 50%) * 소액암 : 유방암, 자궁경부암, 자궁계부암, 전립선암, 방광암 * 유사암 : 갑상선암, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암
	암진단비(유사암제외)	보장개시일 이후 암(유사암제외) 진단시 (1회한, 1년미만 50%) * 유사암 : 갑상선암, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암
	유사암진단비	유사암 진단시 (각각 1회한, 1년미만 50%) * 유사암 : 갑상선암, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
갑상선암(초기제외) 진단비	갑상선암(초기제외)으로 진단시 (1회한, 1년미만 50%)	가입금액
재진단암III진단비	<p>“첫번째암(기타피부암 및 갑상선암 제외)”의 보장개시일 이후에 “첫번째암”으로 진단 확정을 받고 1년이 지난 후 약관에서 정한 “재진단암(기타피부암, 갑상선암 및 전립선암 제외)”으로 진단시</p> <p>※ “첫번째암”的 보장개시일은 보험계약일로부터 90일이 지난날의 다음날로 합니다.</p> <p>※ 재진단암 : 다음 중 하나에 해당하는 경우</p> <ul style="list-style-type: none"> - 새로운 원발암, 전이암, 재발암, 잔여암(자세한 정의는 약관 참조) <p>※ “첫번째암”이 전립선암인 경우, 1년 후 “재진단암”的 보장을 개시하되, 전립선암에 대한 재진단암III진단비는 지급하지 않습니다.</p>	가입금액
암직접치료입원비 (요양병원제외) (4일~120일)	보장개시일 이후 암의 직접적인 치료를 목적으로 입원시(의료법 제 3조(의료기관)에서 정한 요양병원 및 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입원하는 경우는 제외)(4일이상 120일한도) (유사암진단시 20% 지급) (1년미만 50%)	4일째 입원일부터 입원 1일당 가입금액
암직접치료입원비 (요양병원제외) (1일~180일)	보장개시일 이후 암의 직접적인 치료를 목적으로 입원시(의료법 제 3조(의료기관)에서 정한 요양병원 및 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입원하는 경우는 제외) (1일이상 180일한도)(유사암진단시 20% 지급)(1년미만 50%)	입원 1일당 가입금액
요양병원 암입원비 (1일~60일)	보장개시일 이후 암 관련 질병으로 진단이 확정되고 암의 직접적인 치료를 목적으로 의료법 제 3조(의료기관)에서 정한 요양병원 및 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입원시 (1일이상 60일한도)(유사암진단시 20% 지급)(1년미만 50%)	입원 1일당 가입금액
요양병원 암입원비 (1일~90일)	보장개시일 이후 암 관련 질병으로 진단이 확정되고 암의 직접적인 치료를 목적으로 의료법 제 3조(의료기관)에서 정한 요양병원 및 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입원시 (1일이상 90일한도)(유사암진단시 20% 지급)(1년미만 50%)	입원 1일당 가입금액

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
항암방사선약물치료비	보장개시일 이후 암으로 항암방사선 또는 항암약물치료시 (단, 갑상선암, 기타피부암으로 항암방사선약물치료시에는 20%지급)(1회한, 1년미만 50%)	가입금액
항암방사선약물치료비 (연간1회한)	보장개시일 이후 암으로 항암방사선치료(급여) 또는 항암약물치료(급여)받은 경우 (연간1회한, 1년미만 50%)	가입금액
고액치료비암진단비	보장개시일 이후 고액치료비암 진단시 (1회한, 1년미만 50%)	가입금액
11대특정암진단비	보장개시일 이후 11대특정암 진단시 (1회한, 1년미만 50%)	가입금액
말기암 호스피스 완화의료병동 입원치료비 (최초1회한)	보장개시일 이후 암으로 진단확정받고, 호스피스전문기관의 완화의료병동에 입원시(1회한)	가입금액
표적항암 약물허가치료비 II (갱신형_10년)	보장개시일 이후 암, 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단 확정되고 그 치료를 목적으로 표적항암약물허가치료를 받은 경우(1회한, 1년미만 50%)	가입금액
표적항암 약물허가치료비 II (연간1회한) (갱신형_10년)	보장개시일 이후 암, 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단 확정되고 그 치료를 목적으로 표적항암약물허가치료를 받은 경우(연간1회한, 1년미만 50%)	가입금액
항암양성자 방사선치료비 II (갱신형_10년)	보장개시일 이후 암, 기타피부암, 갑상선암으로 진단확정되고 치료를 직접적인 목적으로 항암양성자방사선치료를 받은 경우(1회한, 1년미만 50%)	가입금액
항암세기조절 방사선치료비 II (갱신형_10년)	보장개시일 이후 암, 기타피부암, 갑상선암으로 진단확정되고 치료를 직접적인 목적으로 항암세기조절방사선 치료를 받은 경우(1회한, 1년미만 50%)	가입금액
항암세기조절방사선 치료비(토모테라피) II (갱신형_10년)	보장개시일 이후 암, 기타피부암, 갑상선암으로 진단확정되고 치료를 직접적인 목적으로 항암토모세기조절방사선 치료를 받은 경우(1회한, 1년미만 50%)	가입금액
항암정위방사선치료비 II (갱신형_10년)	보장개시일 이후 암, 기타피부암, 갑상선암으로 진단확정되고 치료를 직접적인 목적으로 항암정위방사선치료를 받은 경우(1회한, 1년미만50%)	가입금액
항암호르몬약물허가 치료비(기타피부암)	보장개시일 이후 암으로 진단확정되고 치료를 직접적인	가입금액

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
및 갑상선암이외의 암 (갱신형_10년)	목적으로 항암호르몬약물허가치료를 받은 경우(1회한, 2년미만 50%)	
갑상선암 호르몬약물허가치료비 (갱신형_10년)	갑상선암으로 진단 확정되고 그 갑상선암 수술 후 갑상선암호르몬약물허가치료를 받은 경우(1회한, 2년미만 50%)	가입금액
신재진단암진단비 II (기타피부암,갑상선암 및 전립선암포함, 5회한)	“첫번째암(기타피부암 및 갑상선암 포함)”의 보장개시일 이후에 “첫번째암”으로 진단확정을 받고 1년이 지난 후 약관에서 정한 “신재진단암”으로 진단시(5회한) * “첫번째암”의 보장개시일은 보험 계약일로부터 90일이 지난날의 다음날로 합니다. * 신재진단암 : 다음 중 하나에 해당하는 경우 - 새로운 원발암, 전이암, 재발암, 잔여암 (자세한 정의는 약관 참조)	가입금액
암직접치료 종합병원통원비 (연간30회한) (감액없음)	보장개시일 이후 암관련질병으로 진단이 확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 종합병원에 통원했을 경우(연간30회한)	1회당 가입금액 (통원 1일당 1회한)
암직접치료 상급종합병원통원비 (연간30회한) (감액없음)	보장개시일 이후 암관련질병으로 진단이 확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원했을 경우(연간30회한)	1회당 가입금액 (통원 1일당 1회한)
암직접치료 상급종합병원통원비 (연간30회한) (면책없음,감액없음)	보장개시일 이후 암관련질병으로 진단이 확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원했을 경우(연간30회한)	1회당 가입금액 (통원 1일당 1회한)
암직접치료통원비 (연간30회한) (감액없음)	보장개시일 이후 암관련질병으로 진단이 확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 통원했을 경우(연간30회한)	1회당 가입금액 (통원 1일당 1회한)
다빈치및레보아이로봇 암수술비(최초1회한) (갱신형_10년)	보장개시일 이후 암(갑상선암 및 전립선암 제외)으로 진단확정 되고 그 직접적인 치료를 목적으로 다빈치및레보아이로봇 암수술을 받은 경우 (1회한, 180일미만 25%, 180일이상 1년미만 50%지급)	가입금액
	보장개시일 이후 갑상선암 또는 전립선암으로 진단확정 되고 그 직접적인 치료를 목적으로 다빈치및레보아이로봇 암수술을 받은 경우 (1회한, 180일미만 25%, 180일이상 1년미만 50%지급)	가입금액
다빈치및레보아이로봇	보장개시일 이후 암(갑상선암 및	가입금액

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
암수술비(최초1회한) (면책없음,감액없음)(갱신형_10년)	전립선암 제외)으로 진단확정 되고 그 직접적인 치료를 목적으로 다빈치및레보아이로봇 암수술을 받은 경우(최초1회한) 보장개시일 이후 감상선암 또는 전립선암으로 진단확정 되고 그 직접적인 치료를 목적으로 다빈치및레보아이로봇 암수술을 받은 경우(최초1회한)	가입금액
카티(CAR-T) 항암약물허가치료비(연간1회한)(갱신형_10 년)	보장개시일 이후 카티(CAR-T) 보장 대상 암으로 진단확정되고 치료를 직접적인 목적으로 카티항암약물허가치료를 받은 경우 (연간1회한, 1년미만 50%)	가입금액
중증갑상선암진단비	보장개시일 이후 중증갑상선암으로 진단 확정된 경우 (1회한, 1년미만 50%)	가입금액
무)보험료납입지원보 장(유사암진단)	유사암 진단시 (최초 진단확정 1회한) * 유사암 : 갑상선암, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암 * 보험료 납입지원기간동안 매년 보험금 지급사유 발생일에 확정지급	가입금액 x 당해연도 납입지원 개월수
암수술비(유사암제외) (최초1회한)	보장개시일 이후에 암(유사암 제외)으로 수술시 (1회한, 1년미만 50%)	가입금액
암수술비(유사암제외)	보장개시일 이후에 암(유사암 제외)으로 수술시 (1년미만 50%)	가입금액
유사암수술비	유사암으로 수술시 (1년미만 50%)	가입금액
특정NGS유전자페널 검사지원비(급여_연간 1회한)	보장개시일 이후 암(갑상선암, 기타피부암 포함)으로 진단확정 되고 그 치료를 위한 필요소견을 토대로 특정NGS유전자페널검사(급여)를 받은 경우 (연간1회한)	가입금액
중증질환자(신규암(유 사암제외)) 산정특례대상보장	보장개시일 이후에 중증질환자(신규암(유사암 및 특정소액암제외)) 산정특례 대상질환으로 산정특례 신규등록되었을 경우(1회한) 보장개시일 이후에 중증질환자(신규암(유사암 및 특정소액암제외)) 산정특례 대상질환으로 산정특례 신규등록되었을 경우(1회한)	가입금액 가입금액
중증질환자(신규암(유 사암))	중증질환자(신규암(유사암)) 산정특례 대상질환으로 산정특례	가입금액

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
산정특례대상보장	신규등록되었을 경우(1회한, 1년미만 50%)	
암진단비(유사암제외)(면책없음,감액없음)	암진단비(유사암제외)(면책없음,감액없음)	가입금액
유사암진단비(감액없음)	유사암으로 진단확정시(각각 1회한)	가입금액
11대특정암진단비(면책없음, 감액없음)	11대특정암으로 진단확정시(1회한)	가입금액
항암방사선치료후 9대합병증진단비	보장개시일 이후에 암, 기타피부암 및 갑상선암으로 항암방사선치료를 받은 날로부터 1년 이내에 항암방사선치료후 4대합병증으로 진단확정시(1회한, 1년미만 50%) *4대합병증 : 방사선피부염, 갑상선기능저하증, 뇌하수체기능저하증, 기타 명시된 다발신경병증	가입금액
	보장개시일 이후에 암, 기타피부암 및 갑상선암으로 항암방사선치료를 받은 날로부터 1년 이내에 5대합병증 중 골괴사, 방사선장염, 방사선방광염으로 진단확정 되거나, 항암방사선치료를 받은 날로부터 90일 이내에 5대합병증 중 폐렴, 뇌부종으로 진단확정시(1회한, 1년미만 50%) * 5대합병증 : 폐렴, 뇌부종, 골괴사, 방사선장염, 방사선방광염	가입금액
중증질환자(중복암 및 재등록암)	보장개시일 이후에 종증질환자(암) 산정특례 대상질환으로 산정특례 중복암 등록되었을 경우(1회한) * 보장개시일 : 보험계약일로부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날	가입금액
산정특례대상보장(감액없음)	보장개시일 이후에 종증질환자(암) 산정특례 대상질환으로 산정특례 재등록암 등록되었을 경우(1회한) * 보장개시일 : 보험계약일로부터 그날을 포함하여 5년이 지난 날의 다음날	가입금액
암진단비(소액암 및 유사암제외)(면책없음, 감액없음)	암(소액암 및 유사암제외) 진단시 * 소액암 : 유방암, 자궁경부암, 자궁체부암, 전립선암, 방광암 * 유사암 : 갑상선암, 제자리암, 경계성종양, 기타피부암	가입금액
항암방사선약물치료비(면책없음,감액없음)	암으로 항암방사선 또는 항암약물 치료시 (단, 갑상선암, 기타피부암으로 항암방사선약물치료시에는 20%지급)	가입금액
신통합암(전이포함)진단비 II(유사암제외)	보장개시일 이후 신통합암(전이포함) II(유사암제외)	세부보장 가입금액

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
	으로 진단되었을 경우 (세부보장별 1회한) 단, 일부 보장의 경우 1년미만 50%	
신통합암(전이포함)진 단비 II(유사암제외) (면책없음,감액없음)	신통합암(전이포함) II(유사암제외) 으로 진단되었을 경우 (세부보장별 1회한)	세부보장 가입금액
신통합항암방사선약물 치료비 II(유사암제외)	보장개시일 이후 신통합암(전이포함) II(유사암제외) 으로 진단확정되고, 신통합암(전이포함) II(유사암제외) 의 치료를 목적으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 경우 (세부보장별 1회한) 단, 일부 보장의 경우 1년미만 50%	세부보장 가입금액
신통합항암방사선약물 치료비 II(유사암제외) (면책없음,감액없음)	신통합암(전이포함) II(유사암제외) 으로 진단확정되고, 신통합암(전이포함) II(유사암제외) 의 치료를 목적으로 항암방사선치료 또는 항암약물치료를 받은 경우 (세부보장별 1회한)	세부보장 가입금액
전이암진단비	보장개시일 이후 전이암으로 진단 확정되었을 경우 지급 (1회한, 1년미만 50%)	가입금액
재발암 및 잔여암진단 비(2년대기형)(감액없 음)	보장개시일 이후 재발암 및 잔여암으로 진단확정시(1회한)	가입금액
특정면역항암약물허가 치료비(연간1회한)(갱 신형_10년)	보장개시일 이후에 암, 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정되고, 그 암, 기타피부암 또는 갑상선암의 치료를 목적으로 특정면역항암약물허가치료를 받은 경우(연간1회한, 1년미만 50%)	가입금액
신통합암(원발후전이 포함)진단비 II(유사암 제외)	보장개시일 이후 신통합암(원발후전이포함) II(유사암 제외)(원발암) 및 신통합암(원발후전이포함) II(유사암 제외)(원발후전이)으로 진단이 확정되었을 경우(세부보장별 1회한) 단, 일부 보장의 경우 1년미만 50%	세부보장 가입금액
신통합암(원발후전이 포함)진단비 II(유사암 제외)(면책없음,감액 없음)	신통합암(원발후전이포함) II(유사암 제외)(원발암) 및 신통합암(원발후전이포함) II(유사암 제외)(원발후전이)으로 진단이 확정되었을 경우(세부보장별 1회한)	세부보장 가입금액
암주요치료비(유사암 제외)(연간1회한,진단 후10년)감액없음)	보장개시일 이후 암(유사암제 외)으로 진단확정되고 「보험금 지급기간」 이내에 암(유사암제 외)의 직접적인 치료를 목적으	가입금액

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
	<p>로 암 주요치료(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료)를 받은 경우 (연간1회한, 최대 10회 지급) ※ 「보험금 지급기간」이라 함은 암(유사암제외)최초 진단확정일로부터 10년을 말합니다.</p>	
암주요치료비(유사암 제외)(연간1회한,진단후10년)(면책없음,감액없음)	<p>보장개시일 이후 암(유사암제외)으로 진단확정되고 「보험금 지급기간」 이내에 암(유사암제외)의 직접적인 치료를 목적으로 암 주요치료(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료)를 받은 경우 (연간1회한, 최대 10회 지급) ※ 「보험금 지급기간」이라 함은 암(유사암제외)최초 진단확정일로부터 10년을 말합니다.</p>	가입금액
암주요치료비(유사암)(연간1회한,진단후10년)(감액없음)	<p>유사암으로 진단확정되고 「보험금 지급기간」 이내에 유사암의 직접적인 치료를 목적으로 암 주요치료(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료)를 받은 경우 (연간1회한, 최대 10회 지급) ※ 「보험금 지급기간」이라 함은 유사암의 최초 진단확정일로부터 10년을 말합니다.</p>	가입금액
상급종합병원 (국립암센터 및 원자력병원포함)암주요치료비(유사암)(연간1회한,진단후10년)(감액없음)	<p>유사암으로 진단확정되고 「보험금 지급기간」 이내에 유사암의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에서 암 주요치료(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료)를 받은 경우 (연간1회한, 최대 10회 지급) ※ 「보험금 지급기간」이라 함은 유사암의 최초 진단확정일로부터 10년을 말합니다.</p>	가입금액
상급종합병원 (국립암센터 및 원자력병원포함)암주요치료비(유사암)(연간1회한,진단후10년)(감액없음)	<p>유사암으로 진단확정되고 「보험금 지급기간」 이내에 유사암의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에서 암 주요치료(암수술, 항암방사선치료, 항암약물치료)를 받은 경우 (연간1회한, 최대 10회 지급) ※ 「보험금 지급기간」이라 함</p>	가입금액

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액	
특정질병	은 유사암의 최초 진단확정일로부터 10년을 말합니다.		
	상급종합병원 (국립암센터 및 원자력병원포함)암주 요치료비(유사암)(연간 1회한, 진단후10년)(면 책없음, 감액없음)	유사암으로 진단확정되고 「보 험금 지급기간」 이내에 유사암 의 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에서 암 주요치료 (암수술, 항암방사선치료, 항암 약물치료)를 받은 경우 (연간1회한, 최대 10회 지급) ※ 「보험금 지급기간」 이라 함 은 유사암의 최초 진단확정일로부터 10년을 말합니다.	가입금액
	전신마취암수술비	보장개시일 이후에 '암관련질병'으로 진 단이 확정되고, 그 직접적인 치료를 목 적으로 전신마취를 하고 마취시간 2/4/6/8시간이상의 수술을 받은 경우(1 년미만 50%) (세부보장 각 수술1회당) * 세부보장 - 전신마취암수술비(2시간이상) 보장 - 전신마취암수술비(4시간이상) 보장 - 전신마취암수술비(6시간이상) 보장 - 전신마취암수술비(8시간이상) 보장	세부보장 가입금액
	뇌혈관질환사망	뇌혈관질환을 직접적인 원인으로 사망시 (1년미만 50%)	가입금액
	허혈성심질환사망	허혈성심질환을 직접적인 원인으로 사망시 (1년미만 50%)	가입금액
	뇌출혈진단비	뇌출혈로 진단 확정된 경우 (1회한, 1년미만 50%)	가입금액
	뇌출중진단비	뇌출중로 진단 확정된 경우 (1회한, 1년미만 50%)	가입금액
	급성심근경색증 진단비	급성심근경색증으로 진단 확정된 경우 (1회한, 1년미만 50%)	가입금액
	뇌혈관질환진단비	뇌혈관질환으로 진단 확정된 경우 (1회한, 1년미만 50%)	가입금액
	허혈성심질환진단비	허혈성심질환으로 진단확정된 경우 (1회한, 1년미만 50%)	가입금액
	말기간경화진단비	말기간경화로 진단 확정된 경우 (1회한, 1년미만 50%)	가입금액
	말기신부전증진단비	말기신부전증으로 진단 확정된 경우 (1회한, 1년미만 50%)	가입금액
	양성뇌종양진단비	양성뇌종양으로 진단 확정된 경우 (1회한, 1년미만 50%)	가입금액
	중대한재생불량성빈혈 진단비	중대한재생불량성빈혈로 진단 확정된 경우 (1회한)	가입금액
	질병수술동반입원비 (1일~20일)	질병으로 수술하여 입원할 경우, 최초수술일로부터 입원 1일이상 치료시(20일한도)	입원 1일당 가입금액

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
뇌졸중입원비 (1일~180일)	뇌졸중 입원시(1일이상 180일한도)	입원 1일당 가입금액
뇌졸중수술비	뇌졸중으로 수술시(1년미만 50%)	가입금액
신70대특정질병수술비	신70대특정질병으로 수술을 받은 경우(1년미만 50%) (단, 당뇨병질환, 고혈압질환, 백내장으로 수술을 받은 경우 가입금액의 50%지급)	세부보장별 수술1회당 가입금액
신142대특정질병수술비Ⅱ	신142대특정질병Ⅱ으로 수술을 받은 경우(1년미만 50%) (단, 당뇨병질환, 고혈압질환, 백내장으로 수술을 받은 경우 가입금액의 50%지급)	세부보장별 수술1회당 가입금액
피부질환수술비 (연간1회한)	피부질환으로 수술시 (연간1회한, 1년미만 50%)	가입금액
희귀질환자 산정특례대상보장	산정특례대상 희귀질환으로 산정특례 신규등록된 경우	가입금액
치핵수술비	치핵으로 수술시(1년미만 50%)	가입금액
간질환수술비	간질환으로 수술시(1년미만 50%)	가입금액
총수염수술비	총수염(맹장염)으로 수술시 (1회한, 1년미만 50%)	가입금액
조혈모세포이식 수술비	조혈모세포이식 수술시(1회한)	가입금액
특정전염병치료비	특정전염병에 감염되어 전염병환자로 진단받아 치료를 받는 경우	가입금액
류마티스관절염 (항류마티스약제) 진단비	류마티스관절염(항류마티스약제)으 로 진단확정을 받은 경우 (1회한)	가입금액
중기이상 만성폐질환진단비	중기이상 만성폐질환으로 진단 확정된 경우 (1회한, 1년미만 50%)	가입금액
중기이상 만성간질환진단비	중기이상 만성간질환으로 진단 확정된 경우 (1회한, 1년미만 50%)	가입금액
중기이상 만성신부전증진단비	중기이상 만성신부전증으로 진단 확정된 경우 (1회한, 1년미만 50%)	가입금액
말기만성폐질환 진단비	말기 만성폐질환으로 진단 확정된 경우 (1회한, 1년미만 50%)	가입금액
뇌혈관질환수술비	뇌혈관질환으로 수술시	수술1회당 가입금액
허혈성심질환수술비	허혈성심질환으로 수술시	수술1회당 가입금액
뇌혈관질환 및 허혈성심질환수술비	뇌혈관질환 또는 허혈성심질환으로 수술시	수술1회당 가입금액
5대기관질병수술비Ⅱ	뇌질환Ⅱ, 심장질환, 간질환,	관혈수술/비관혈수술

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
	폐질환 또는 신장질환으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우 (각각의 질병에 대하여 관절수술 및 비관절수술을 각각 1회한)	해당 가입금액
통풍진단비	보장개시일 이후 통풍으로 진단시 (1회한, 1년미만 50%)	가입금액
대상포진진단비	대상포진으로 진단시 (1회한, 1년미만 50%)	가입금액
대상포진눈병진단비	대상포진눈병으로 진단시 (1회한, 1년미만 50%)	가입금액
혈전용해치료비 (1회한)	뇌경색증(I63) 또는 급성심근경색증(I21)으로 진단확정되고, 혈전용해치료를 받은 경우 (세부보장 각각 최초1회, 1년미만 50%) *세부보장 - 뇌경색증 혈전용해치료비(1회한), 급성심근경색증 혈전용해치료비(1회한)	세부보장별 가입금액
추간판장애수술비	추간판장애로 수술시	가입금액
간경변증 (CP B이상)진단비	간경변증(CP B이상)으로 진단 확정된 경우(1회한, 1년미만 50%)	가입금액
초기이상 만성폐질환진단비	초기이상만성폐질환으로 진단 확정된 경우(1회한, 1년미만 50%)	가입금액
만성 폐쇄성폐질환진단비	만성폐쇄성폐질환으로 진단 확정된 경우(1회한, 1년미만 50%)	가입금액
만성신장질환 (CKD 3기이상)진단비	만성신장질환(CKD 3기이상)으로 진단 확정된 경우 (1회한, 1년미만 50%)	가입금액
병적골절동반 골다공증진단비	병적골절동반 골다공증으로 진단 확정된 경우(1회한, 1년미만 50%)	가입금액
7대희귀난치성질환 진단비	7대희귀난치성질환으로 진단 확정된 경우(1회한, 1년미만 50%)	가입금액
요로결석진단비	보장개시일 이후 요로결석으로 진단 확정된 경우(1회한)	가입금액
8대기관 양성신생물(폴립포함) 수술비(연간1회한)	8대기관 양성신생물(폴립포함)으로 진단 확정되고 8대기관 양성신생물(폴립포함) 수술(급여)시 (연간1회한, 1년미만 50%)	수술1회당 가입금액
갑상선기능항진증 치료비	갑상선기능항진증으로 진단이 확정되고 갑상선기능항진증치료를 받은 경우(1회한)	가입금액

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
3대질병 종합병원통원비 (연간30회한) (감액없음)	보장개시일 이후 3대질병으로 진단이 확정되고 그 치료를 목적으로 종합병원에 통원했을 경우(연간30회한)	1회당 가입금액 (통원 1일당 1회한)
3대질병 상급종합병원통원비 (연간30회한) (감액없음)	보장개시일 이후 3대질병으로 진단이 확정되고 그 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원했을 경우(연간30회한)	1회당 가입금액 (통원 1일당 1회한)
3대질병 상급종합병원통원비 (연간30회한) (면책없음,감액없음)	보장개시일 이후 3대질병으로 진단이 확정되고 그 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원했을 경우(연간30회한)	1회당 가입금액 (통원 1일당 1회한)
3대질병통원비 (연간30회한) (감액없음)	보장개시일 이후 3대질병으로 진단이 확정되고 그 치료를 목적으로 통원했을 경우(연간30회한)	1회당 가입금액 (통원 1일당 1회한)
뇌혈관질환 통원비 (연간30회한) (감액없음)	뇌혈관질환으로 진단이 확정되고 그 치료를 목적으로 통원했을 경우(연간30회한)	1회당 가입금액 (통원 1일당 1회한)
뇌혈관질환 종합병원통원비 (연간30회한) (감액없음)	뇌혈관질환으로 진단이 확정되고 그 치료를 목적으로 종합병원에 통원했을 경우(연간30회한)	1회당 가입금액 (통원 1일당 1회한)
뇌혈관질환 상급종합병원통원비 (연간30회한) (감액없음)	뇌혈관질환으로 진단이 확정되고 그 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원했을 경우(연간30회한)	1회당 가입금액 (통원 1일당 1회한)
허혈성심질환 통원비 (연간30회한) (감액없음)	허혈성심질환으로 진단이 확정되고 그 치료를 목적으로 통원했을 경우(연간30회한)	1회당 가입금액 (통원 1일당 1회한)
허혈성심질환 종합병원통원비 (연간30회한) (감액없음)	허혈성심질환으로 진단이 확정되고 그 치료를 목적으로 종합병원에 통원했을 경우(연간30회한)	1회당 가입금액 (통원 1일당 1회한)
허혈성심질환 상급종합병원통원비 (연간30회한) (감액없음)	허혈성심질환으로 진단이 확정되고 그 치료를 목적으로 상급종합병원에 통원했을 경우(연간30회한)	1회당 가입금액 (통원 1일당 1회한)
폐렴중환자실입원비 (1일~180일)	폐렴으로 중환자실 입원시 (1일이상 180일한도)	입원 1일당 가입금액
질병실명진단비	질병실명으로 진단 확정된 경우 (1회한, 1년미만 50%)	가입금액
크론병 및 궤양성대장염진단비	크론병 및 궤양성대장염으로 진단 확정된 경우(1회한, 1년미만 50%)	가입금액
3대질병 MRI 검사지원비 (급여_연간1회한)	3대질병(암관련질병, 뇌혈관질환, 허혈성심질환)의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로	가입금액

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
(갱신형_10년)	급여촬영을 받은 경우 (연간1회한, 1년미만 50%)	
다빈치로봇 특정수술비 (연간1회한) (갱신형_10년)	보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 다빈치로봇을 이용한 특정수술을 받은 경우(세부수술별 연간1회한, 1년미만 50%)	가입금액
5대혈관질환진단비	4대혈관질환으로 진단 확정된 경우(1회한, 1년미만 50%)	가입금액
	죽상경화증으로 진단 확정된 경우(1회한, 1년미만 50%)	가입금액
백내장진단비	백내장으로 진단 확정된 경우 (1회한, 1년미만50%)	가입금액
뇌심장질환 CT,MRI,초음파,뇌파, 뇌척수액검사지원비 (급여_연간1회한) (갱신형_10년)	뇌심장질환의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 급여 뇌심장질 환 검사를 받은 경우 (연간1회한, 1년미만 50%)	가입금액
뇌심장질환 혈관조영술검사지원비 (급여_연간1회한) (갱신형_10년)	뇌심장질환의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 급여 뇌혈관조영 술 및 관상동맥조영술을 받은 경우 (연간1회한, 1년미만 50%)	가입금액
특정순환계질환 수술비	특정순환계질환으로 수술시(1년미 만 50%)	관혈수술/비관혈수술 수술1회당 가입금액
특정순환계질환수술 비(감액없음)	특정순환계질환으로 수술시	관혈수술/비관혈수술 수술1회당 가입금액
다발성3대혈관질환 수술비	다발성3대혈관질환으로 수술시 (1년미만 50%)	수술1회당 가입금액
특정심·뇌및 9대혈관질환입원비 (요양병원제외) (1일~180일)	특정심·뇌및9대혈관질환으로 입원시 (요양병원 제외) (1일이상 180일한도)	입원 1일당 가입금액
요양병원 특정심·뇌및 9대혈관질환입원비 (1일~90일)	특정심·뇌및9대혈관질환으로 요양 병원에 입원시(1일이상 180일한도)	입원 1일당 가입금액
녹내장진단비	녹내장으로 진단 확정된 경우 (1회한, 1년미만50%)	가입금액
특정망막질환진단비	특정망막질환으로 진단 확정된 경 우(1회한, 1년미만50%)	가입금액
심장부정맥 고주파·냉각절제술 (급여_연간1회한)	보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 급여 심장부정맥 고주파·냉각 절제술을 받은 경우 (연간1회한, 1년미만 50%)	가입금액
특정심혈관질환	특정심혈관질환(기타심장부정맥제외)	가입금액

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
(기타심장부정맥제외) 진단비	으로 진단 확정된 경우 (1회한, 1년미만 50%)	
특정심혈관질환 (기타심장부정맥) 진단비	특정심혈관질환(기타심장부정맥)으 로 진단 확정된 경우 (1회한, 1년미만 50%)	가입금액
심근병증(허혈성제외) 진단비	심근병증(허혈성제외)으로 진단 확정된 경우 (1회한, 1년미만 50%)	가입금액
주요심장염증질환진단비	주요심장염증질환으로 진단 확정된 경우 (1회한, 1년미만 50%)	가입금액
심장판막협착증(대동 맥판막)진단비	심장판막협착증(대동맥판막)으로 진단 확정된 경우 (1회한, 1년미만 50%)	가입금액
스텐트삽입술치료비 (급여_연간1회한)	보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 목적으로 스텐트삽입술(급여)을 받은 경우 (세부보장별 각각 연간1회한, 1년미만 50%) ※ 관상동맥/뇌혈관/대동맥/ 기타혈관/소화기관/비뇨기관	세부보장 가입금액
체외충격파쇄석술치료비 (급여_연간1회한)	보험기간 중 진단확정된 질병의 치료를 목적으로 체외충격파쇄석술(급여)을 받은 경우 (세부보장별 각각 연간1회한, 1년미만 50%) ※ ELECTRODE/ELECTRODE제외	세부보장 가입금액
특정순환계질환(당뇨 병및이상지질혈증포함) 진단비(1종)	특정순환계질환(1종)(당뇨병및이상 지질혈증포함)으로 진단 확정된 경우 (1회한, 1년미만 50%)	가입금액
특정순환계질환진단비 (2종)	특정순환계질환진단비(2종)으로 진단 확정된 경우 (1회한, 1년미만 50%)	가입금액
특정순환계질환진단비 (3종)	특정순환계질환진단비(3종)으로 진단 확정된 경우 (1회한, 1년미만 50%)	가입금액
특정순환계질환진단비 (4종)	특정순환계질환진단비(4종)으로 진단 확정된 경우 (1회한, 1년미만 50%)	가입금액
특정순환계질환진단비 (5종)	특정순환계질환진단비(5종)으로 진단 확정된 경우 (1회한, 1년미만 50%)	가입금액
혈전용해치료비 (급여_연간1회한)	혈전용해치료(급여)를 받은 경우 (연간1회한, 1년미만 50%)	가입금액
당뇨병진단비 (당화혈색소 7.0%이상) (갱신형_10년)	보장개시일 이후 당뇨병(당화혈색소 7.0%이상)으로 진단 확정시 (1회한)	가입금액

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
뇌전증진단비	뇌전증으로 진단 확정된 경우 (1회한, 1년미만 50%)	가입금액
전립선비대증진단비	전립선비대증으로 진단 확정된 경우(1회한, 1년미만 50%)	가입금액
특정귀어지럼증진단비 (연간1회한)	특정귀어지럼증으로 진단 확정된 경우(연간1회한)	가입금액
특정폐혈증진단비	특정폐혈증으로 진단 확정된 경우 (1회한)	가입금액
특정갑상선기능저하증 진단비(선천성 제외)	특정갑상선기능저하증(선천성 제외)으로 진단 확정된 경우 (1회한)	가입금액
특정4대질환 헬리코박터제균치료비(최초1회한)	특정4대질환으로 진단 확정되고 헬리코박터제균치료를 받은 경우 (1회한, 1년미만 50%) ※특정4대질환: 소화성궤양, 정막관련림프모양조직의림프절외변연부B-세포림프종[MALT-lymphoma], 위의악성신생물/조기, 특발성혈소판감소성지반	가입금액
급성신우신염진단비(감액없음)	급성신우신염으로 진단 확정된 경우(1회한)	가입금액
4대순환계질환진단비	보험기간 중 특정3대심장질환 혹은 특정하지정맥류질환으로 진단 확정된 경우(세부보장별 각각 1회한, 1년미만 50%) ※특정3대심장질환: 인공소생에성공한 심장정지, 부정맥(발작성빈맥, 심방세동 및조동), 심부전 ※특정하지정맥류질환: 궤양을동반한하 지의정맥류, 궤양과염증을동반한하지의 정맥류	가입금액
특정눈염증진단비(연 간1회한)	특정눈염증으로 진단 확정된 경우(연간1회한)	가입금액
특정자기면역질환진단 비	특정자기면역질환으로 진단 확정된 경우(1회한, 1년미만 50%)	가입금액
갑상선 바늘생검 조직병리 진단비 (급여_연간1회한)	보장개시일 이후 갑상선 바늘생검 조직병리진단(급여)을 받은 경우(연간1회한)	가입금액
유방 바늘생검 조직병리 진단비 (급여_연간1회한)	보험기간 중 보장개시일 이후 유방 바늘생검 조직병리진단(급여)을 받은 경우(연간1회한)	가입금액
전립선 바늘생검 조직병리 진단비 (급여_연간1회한)	보험기간 중 보장개시일 이후 전립선 바늘생검 조직병리진단(급여)을 받은 경우(연간1회한)	가입금액
결핵질환자 산정특례대상보장	결핵질환자 산정특례 대상으로 등록된 경우(1회한, 1년미만 50%)	가입금액
대장용종제거수술비 (급여, 용종개수당)	대장용종제거수술(급여)를 받은 경우 (절제된 용종의 개수당, 90일미만10%, 90일이상1년미만 50%)	가입금액

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
특정안면마비진단비	특정안면마비로 진단시	가입금액
뇌출혈진단비(감액없음)	뇌출혈로 진단확정시(1회한)	가입금액
뇌출증진단비(감액없음)	뇌출증으로 진단확정시(1회한)	가입금액
급성심근경색증진단비(감액없음)	급성심근경색증으로 진단확정시(1회한)	가입금액
뇌혈관질환진단비(감액없음)	뇌혈관질환으로 진단확정시(1회한)	가입금액
허혈성심질환진단비(감액없음)	허혈성심질환으로 진단확정시(1회한)	가입금액
혈전용해치료비(연간1회한)	급성심근경색증(I21)으로 혈전용해치료를 받은 경우(연간1회한, 1년미만 50%)	가입금액
	뇌경색증(I63)으로 혈전용해치료를 받은 경우(연간1회한, 1년미만 50%)	가입금액
혈전용해치료비Ⅱ(1회한)	뇌졸중으로 혈전용해치료를 받은 경우(1회한, 1년미만 50%)	가입금액
혈전용해치료비Ⅱ(연간1회한)	특정허혈성심질환으로 혈전용해치료를 받은 경우(1회한, 1년미만 50%)	가입금액
뇌졸증진단비Ⅲ	뇌졸중으로 진단확정시(1회한, 30일미만 10%, 30일이상1년미만 50%)	가입금액
급성심근경색증진단비Ⅲ	급성심근경색증으로 진단확정시(1회한, 30일미만 10%, 30일이상1년미만 50%)	가입금액
뇌혈관질환진단비Ⅲ	뇌혈관질환으로 진단확정시(1회한, 30일미만 10%, 30일이상1년미만 50%)	가입금액
허혈성심질환진단비Ⅲ	허혈성심질환으로 진단확정시(1회한, 30일미만 10%, 30일이상1년미만 50%)	가입금액
특정심혈관질환(기타 심장부정맥제외)진단비Ⅲ	특정심혈관질환(기타심장부정맥제외)으로 진단확정시(1회한, 30일미만 10%, 30일이상1년미만 50%)	가입금액
특정심혈관질환(기타 심장부정맥)진단비Ⅲ	특정심혈관질환(기타심장부정맥)으로 진단확정시(기타심장부정맥제외)으로 진단확정시(1회한, 30일미만 10%, 30일이상1년미만 50%)	가입금액
통합뇌질병진단비Ⅱ	통합뇌질병으로 진단 확정된 경우 (세부보장별 1회한)(90일미만 10%, 90일이상 1년미만 50%)	세부보장 가입금액
통합심장질병진단비Ⅲ	통합심장질병으로 진단 확정된 경우 (세부보장별 1회한)(90일미만 10%, 90일이상 1년미만 50%)	세부보장 가입금액

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액	
	심부 바늘생검 조직병리 진단비 (급여_연간1회한)	보험기간 중 보장개시일 이후 심부 바늘생검 조직병리진단(급여)을 받은 경우(연간1회한)	가입금액
	자궁 생검 조직병리 진단비 (급여_연간1회한)	보험기간 중 보장개시일 이후 자궁 생검 조직병리진단(급여)을 받은 경우(연간1회한)	가입금액
	순환계질환진단비(특 정질병 및 2대질병제 외)	순환계질환(특정질병 및 2대질병제외)으로 진단확정시 금액 지급 ※ 최초1회, 계약일로부터 1년미만 발생시 가입금액의 50%지급	가입금액
	순환계질환(특정질병 및 2대질병제외) 주 요치료비(연간1회한, 진단후10년)(감액없 음)	순환계질환(특정질병 및 2대질병제외)으로 진단확정되고 직접적인 치료를 목적으로 순환계질환(특정질병 및 2대질병제외) 주요치료(수술, 혈전용해치료, 종합병원 중환자실치료, 특정급여치료 I)를 받은 경우 (연간1회한, 최대 1회 지급) ※ 「보험금 지급기간」 이라 함은 순환계질환(특정질병제외) 최초 진단확정일로부터 10년을 말하며, 암 주요치료를 받은 경우 지급의 대상이 되는 기간을 말합니다.	가입금액
	순환계질환진단비(특 정질병제외)	순환계질환(특정질병 및 2대질병제외)으로 진단확정시 금액 지급 ※ 최초1회, 계약일로부터 1년미만 발생시 가입금액의 50%지급	가입금액
	순환계질환(특정질병 제외) 주요치료비(연 간1회한, 진단 후 10 년)(감액없음)	순환계질환(특정질병제외)으로 진단확정되고 직접적인 치료를 목적으로 순환계질환(특정질병제외) 주요치료(수술, 혈전용해치료, 종합병원 중환자실치료, 특정급여치료 II)를 받은 경우 (연간1회한, 최대 1회 지급) ※ 「보험금 지급기간」 이라 함은 순환계질환(특정질병제외) 최초 진단확정일로부터 10년을 말하며, 암 주요치료를 받은 경우 지급의 대상이 되는 기간을 말합니다.	가입금액
상 해 및 질 병	5대장기이식수술비	상해 또는 질병으로 장기수혜자로서 5대장기이식수술시(1회한)	가입금액
	각막이식수술비	상해 또는 질병으로 장기수혜자로서 각막이식수술시(1회한)	가입금액
	경도치매진단비 (CDR1점이상)	보장개시일 이후 경도치매상태 (CDR1점이상)로 진단시(1회한)	가입금액

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액
중증치매진단비 (CDR3점이상)	중증치매상태(CDR3점이상)로 진단시(1회한)	가입금액
중등도치매진단비 (CDR2점이상)	보장개시일 이후 중등도치매상태(CDR2점이상)로 진단시(1회한)	가입금액
치매입원비 (1일~180일)	치매로 입원시(1일이상 180일한도)	입원 1일당 가입금액
인공관절수술비	상해 또는 질병으로 인공관절수술시	가입금액
깁스치료비	상해 또는 질병으로 깁스(Cast)치료를 받은 경우	가입금액
신깁스치료비	상해 또는 질병으로 신깁스(Cast)치료를 받은 경우	가입금액 x 신깁스치료 분류표에서 정한 지급률
관절증(엉덩, 무릎) 수술비(이차성 및 상세불명제외)	관절증(엉덩, 무릎)수술시(이차성 및 상세불명제외)(수술1회당)	가입금액
응급실내원비(응급)	응급으로 응급실 내원시	매 내원시마다 가입금액
보험료 페이백 (6대질병진단 및 상해질병후유장해 (80%이상))	다음 중 어느 하나의 경우에 해당되는 사유가 발생한 경우(1회한) 1. 상해로 80%이상에 후유장해시 2. 질병으로 80%이상에 후유장해시 3. 암보장개시일 이후에 암(유사암제외), 뇌졸중, 급성심근경색증, 말기 만성폐질환, 말기간경화, 말기신부전증으로 진단확정된 경우	가입금액
양전자 단층촬영(PET) 검사지원비 (급여_연간1회한) (갱신형_10년)	상해 또는 질병의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 양전자단층촬영(PET) 검사(급여)를 받은 경우(연간1회한, 질병의 경우 1년미만 50%)	가입금액
가정간호치료비 (급여_연간20회한)	상해 또는 질병으로 가정간호 대상자에 해당되어 가정간호치료(급여)를 받은 경우 (연간20회한) ※ 직접적인 원인, 치료의 종류 및 치료 부위와 상관없이 하루에 2회 이상 치료 시에도 1일 1회에 한하여 지급	가입금액
상급종합병원 가정간호치료비 (급여_연간20회한)	상해 또는 질병으로 상급종합병원 가정간호 대상자에 해당되어 상급종합병원 가정간호치료(급여)를 받은 경우	가입금액

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액	
	(연간20회한) ※ 직접적인 원인, 치료의 종류 및 치료 부위와 상관없이 하루에 2회 이상 치료 시에도 1일 1회에 한하여 지급		
중증질환자(뇌혈관) 산정특례대상보장(연간1회한)	보험기간 중 상해 또는 질병으로 인해 중증질환자(뇌혈관) 산정특례대상으로 등록된 경우 (연간1회한, 질병 1년미만 50%)	가입금액	
중증질환자(심장) 산정특례대상보장(연간1회한)	보험기간 중 상해 또는 질병으로 인해 중증질환자(심장) 산정특례대상으로 등록된 경우 (연간1회한, 질병 1년미만 50%)	가입금액	
외상후스트레스장애 진단비(연간1회한)	외상후스트레스장애로 진단확정시(연간1회한)	가입금액	
중증난치질환자(중증 치매제외) 산정특례대상보장	보험기간 중 상해 또는 진단확정된 질병으로 인한 산정특례대상 중증난치질환(중증치매제외)을 직접적인 원인으로 산정특례대상으로 등록된 경우 (질병 1년미만 50%)	가입금액	
중증치매 I 산정특례 대상보장	보장개시일 이후에 중증치매 I 으로 산정특례대상으로 등록된 경우	가입금액	
중증치매 II 산정특례대상보장	보장개시일 이후에 중증치매 II 으로 산정특례대상으로 등록된 경우	가입금액	
특정다리근육염증진 단비	상해 또는 질병으로 특정다리근육염증(족저근막염) 또는 특정다리근육염증(족저근막염제외)으로 진단시(1년미만 50%)	세부보장 가입금액	
특정팔근육염증진단 비	상해 또는 질병으로 특정팔근육염증(골프엘보), 특정팔근육염증(테니스엘보) 또는 특정팔근육염증(테니스엘보, 골프엘보 제외)으로 진단시 (1년미만 50%)	세부보장 가입금액	
여 성 특 정	유방수술비(유방암, 유방의제자리암)	유방암 및 유방의 제자리암으로 진단받고 직접적인 치료의 목적으로 유방수술시 (단, 유방의제자리암으로 진단후 유방수술시 가입금액의 20%지급)(1년미만 50%)	가입금액
	자궁적출수술비(여성 생식기암, 여성생식기 의제자리암)	여성생식기암 및 여성생식기의 제자리암으로 진단받고 직접적인 치료의 목적으로 자궁적출수술시 (1회한, 1년미만 50%)	가입금액
	요실금수술비 (급여_연간1회한)	요실금으로 진단확정되고 직접적인 치료를 목적으로 요실금수술(급여)시 (연간1회한, 1년미만 50%)	수술1회당 가입금액

구 분		지 급 사 유	지 급 금 액
장 기 요 양	고강도초음파집속술(HIFU)치료비(특정부인과질환)(최초1회한)(갱신형_10년)	보장개시일 이후 특정부인과질환으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 고강도초음파집속술(HIFU)을 받은 경우 (1회한, 1년미만 50%)	가입금액
	자궁 및 난소 특정질환 로봇수술비(연간1회한)(갱신형_10년)	보장개시일 이후 자궁 및 난소 특정질환으로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 로봇 수술을 받은 경우 (연간1회한, 1년미만 50%)	가입금액
	특정유방병변 진공보조장치이용절제 치료비(최초1회한)(갱신형_10년)	보장개시일 이후 특정유방질환으로 진단확정되고 유방 양성병변의 조작검사 또는 치료를 목적으로 「초음파유도하 진공보조장치를 이용한 유방 양성병변 절제술」을 받은 경우 (1회한, 1년미만 50%)	가입금액
	특정중등도자궁경부이 형성증진단비(갱신형_10년)	보장개시일 이후에 특정중등도이상자궁경부이형성증으 로 진단확정시 (1년미만 50%)	가입금액
	특정경도이상자궁경부 이형성증진단비(갱신 형_10년)	보장개시일 이후에 특정경도이상자궁경부이형성증으로 진단확정시 (1년미만 50%)	가입금액
	장기요양등급진단비 (1등급)	국민건강보험공단 등급판정위원회에 의해 1등급의 장기요양등급 판정시(1회한)	가입금액
배 상 책	장기요양등급진단비 (1~2등급)	국민건강보험공단 등급판정위원회에 의해 1등급 내지 2등급의 장기요양등급 판정시 (1회한)	가입금액
	장기요양등급진단비 (1~3등급)	국민건강보험공단 등급판정위원회에 의해 1등급 내지 3등급의 장기요양등급 판정시 (1회한)	가입금액
	장기요양등급진단비 (1~4등급)	국민건강보험공단 등급판정위원회에 의해 1등급 내지 4등급의 장기요양등급 판정시 (1회한)	가입금액
	장기요양등급진단비 (1~5등급)	국민건강보험공단 등급판정위원회에 의해 1등급 내지 5등급의 장기요양등급 판정시 (1회한)	가입금액
	장기요양등급진단비(1~5등급(인지지원등 급포함))	국민건강보험공단 등급판정위원회에 의해 1등급 내지 5등급의 장기요양등급 또는 장기요양 인지지원등급 판정시 (1회한)	가입금액
무)가족일상생활중배 상책임IV(갱신형_1년)	보장개시일 이후 주택 및 일상생활 관련 배상책임 사유 발생시	1억원한도 (자기부담금 공제)	

구 分		지 급 사 유	지 급 금 액
임			
비 용	법률비용손해 (민사소송) (갱신형_20년)	피보험자(보험대상자)에게 소송제기의 원인이 되는 사건이 발생하여, 소송사건이 대한민국 법원에서 제기되어 그 소송이 판결, 소송상 조정 또는 소송상 화해로 종료됨에 따라 피보험자(보험대상자)가 부담한 법률비용손해(민사소송에 한함)	변호사비용 : 1,500만원한도 (자기부담금 :1사고당 10만원) 인지액 + 송달료 : 500만원한도
	법률비용손해 (행정소송) (갱신형_20년)	피보험자(보험대상자)에게 소송제기의 원인이 되는 사건이 발생하여, 소송사건이 대한민국 법원에서 제기되어 그 소송이 판결, 소송상 조정 또는 소송상 화해로 종료됨에 따라 피보험자(보험대상자)가 부담한 법률비용손해(행정소송에 한함)	변호사비용 : 1,500만원한도 (자기부담금 :1사고당 10만원) 인지액 + 송달료 : 500만원한도
	의료사고법률비용 (갱신형_20년)	의료사고가 발생하여 소를 제기한 경우 1심에 한하여 1사고당 가입금액을 한도로 변호사 착수금의 80%를 지급	가입금액
	보이스피싱손해 (갱신형_20년)	보이스피싱 사고로 금전적인 손해를 입은 경우에는 1사고당 피보험자가 입은 실제 금전손해액의 70%를 이 특약의 보험가입금액을 한도로	가입금액 한도 (실제 금전손해액의 70%) 보상
	자전거사고 벌금	자전거를 운전하던 중 발생한 급격하고도 우연한 자전거 사고로 타인의 신체에 상해를 입힘으로써 신체상해와 관련하여 받은 실제 벌금액 지급(1사고당)	2,000만원 한도
	자전거사고 교통사고합의비용	자전거 운전중 사고로 피해자를 사망하게 한 경우	3,000만원 한도
		자전거 운전중 중대법령위반 교통사고로 피해자 42일 이상 치료 진단시	42일~69일 :1,000만원 한도 70일~139일 :2,000만원 한도 140일 이상 :3,000만원 한도
		자전거 운전중 일반교통사고로 피해자 중상해시	3,000만원 한도
자전거사고변호사선 임비용		자전거 운전중 교통사고로 타인의 신체에 상해를 입혀 아래의 어느 하나에 해당되는 경우 가. 피보험자가 구속영장에 의하여 구속된 경우 나. 검찰에 의해 공소제기(이하 「기소」 라 합니다. 단, 약식기소는 제외합니다)된 경우 다. 피보험자가 검사에 의해 약식기소 되었으나 형사소송법 제450조에 의거 법원에 의해 보통의 심판절차인 공판절차에 따라 재판을 진행하게 된 경우 ※ 검사에 의해 약식기소 되었으나 검사 또는 피보험자가 정식재판 청구한 경우는 제외	

구 분	지 급 사 유	지 급 금 액		
		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>지급금액</td> </tr> <tr> <td>1사고마다 200만원 한도</td> </tr> </table>	지급금액	1사고마다 200만원 한도
지급금액				
1사고마다 200만원 한도				

- ※ 일반상해후유장해(80%이상), 일반후유장해(80%이상)(감액없음) 및 적립부분은 기본계약으로 운용됩니다.(2종은 적립부분이 없는 순수보장성으로 운용됩니다.)
- ※ 그 외 특별약관에 대해서는 사업방법서 별지 및 약관을 참고하시기 바랍니다.
- ※ 플랜별/담보별 인수지침에 따라 가입나이 및 직업이 제한될 수 있습니다.

나. 보험금 지급제한 사항

- ◇ 보험금 지급에 관한 세부규정, 보험금을 지급하지 않는 사유 등 기타 세부적인 사항은 약관 내용에 따라 제할 될 수 있으니, 반드시 약관 본문을 참조하여 주시기 바랍니다.
- ◇ 특정보장의 책임개시일 설정된 보장은 아래와 같습니다.
 - 암진단비(유사암제외), 암진단비(소액암 및 유사암제외), 고액치료비암진단비, 11대특정암진단비, 암직접치료입원비(요양병원제외)(4일~120일), 암직접치료입원비(요양병원제외)(1일~180일), 요양병원 암입원비(1일~60일), 요양병원 암입원비(1일~90일), 암수술비(유사암제외)(최초1회한), 암수술비(유사암제외), 유방수술비(유방암, 유방의제자리암), 자궁적출수술비(여성생식기암, 여성생식기의제자리암), 항암방사선약물치료비, 항암방사선약물치료비(연간1회한), 암사망, 통풍진단비, 말기암 호스피스 완화의료병동 입원치료비(최초1회한), 표적항암약물허가치료비 II(갱신형_10년), 3대질병 종합병원 통원비(연간30회한)(감액없음), 3대질병 상급종합병원통원비(연간30회한)(감액없음), 암직접치료 종합병원통원비(연간30회한)(감액없음), 암직접치료 상급종합병원통원비(연간30회한)(감액없음), 암직접치료통원비(연간30회한)(감액없음), 3대질병통원비(연간30회한)(감액없음), 표적항암약물허가치료비 II(연간1회한)(갱신형_10년), 항암양성자방사선치료비 II(갱신형_10년), 항암세기조절방사선치료비 II(갱신형_10년), 항암세기조절방사선치료비(토모테라피) II(갱신형_10년), 항암호르몬약물허가치료비(기타피부암 및 갑상선암이외의 암)(갱신형_10년), 항암정위방사선치료비 II(갱신형_10년), 다빈치 및 레보아이로봇 암수술비(최초1회한)(갱신형_10년), 자궁 및 난소 특정질환 로봇수술비(연간1회한)(갱신형_10년), 고강도초음파집속술(HIFU) 치료비(특정부인과질환)(최초1회한)(갱신형_10년), 특정유방병변 진공보조장치이용질제치료비(최초1회한)(갱신형_10년), 중증갑상선암진단비, 카티(CAR-T) 항암 약물허가치료비(연간1회한)(갱신형_10년), 특정경도이상자궁경부이형성증진 단비(갱신형_10년), 특정중등도자궁경부이형성증진단비(갱신형_10년), 특정 NGS유전자패널검사지원비(급여_연간1회한), 중증질환자(신규암(유사암제외)) 산정특례대상보장, 항암방사선치료후 9대합병증진단비, 중증질환자(중복암 및 재등록암) 산정특례대상보장 中 중증질환자(중복암) 산정특례대상

(감액없음), 신통합암(전이포함)진단비 II(유사암제외), 신통합항암방사선약물치료비 II(유사암제외), 신통합암(원발후전이포함)진단비 II(유사암제외), 전이암진단비, 특정면역항암약물허가치료비(연간1회한)(갱신형_10년), 심부바늘생검 조직병리 진단비(급여_연간1회한), 자궁 바늘생검 조직병리 진단비(급여_연간1회한), 암주요치료비(유사암제외)(연간1회한,진단후10년)(감액없음), 상급종합병원(국립암센터 및 원자력병원포함) 암주요치료비(유사암제외)(연간1회한,진단후10년)(감액없음), 가족일상생활중배상책임IV(갱신형_1년)(누수사고)등은 보험증권에 기재된 보험기간의 첫날(부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날부터입니다. (단, 일부 보장의 경우 갑상선암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양 보장은 제외)

- 재진단암III진단비 보장의 경우, 첫 번째 재진단암의 보장개시일은 “첫번째암” 진단 확정일부터 그날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날부터이며, 두 번째 이후 재진단암의 보장개시일은 직전 “재진단암” 진단 확정일부터 그날을 포함하여 1년(갱신계약을 포함합니다.)이 지난날의 다음날부터입니다.
- 신재진단암진단비 II(기타피부암,갑상선암,전립선암포함,5회한) 보장(갱신형 보장 포함)의 경우, 첫 번째 신재진단암의 보장개시일은 “첫번째암(기타피부암, 간상선암 포함)” 진단 확정일부터 그날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날부터이며, 두 번째 이후 신재진단암의 보장개시일은 직전 “신재진단암” 진단 확정일부터 그날을 포함하여 1년(갱신계약을 포함합니다.)이 지난날의 다음날부터입니다.
- 이차암진단비(갱신형_20년)의 경우 첫번째 암 진단확정일로부터 1년(12개월)이 지난 날의 다음 날이며, 보험증권에 기재된 보험기간의 첫날(부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 90일 이전 ‘암’으로 진단확정된 경우에는 무효입니다.
- 경도치매진단비(CDR1점이상), 중등도치매진단비(CDR2점이상), 요로결석진단비, 당뇨병진단비(당화혈색소 7.0%이상)(갱신형_10년), 중증치매 I 산정특례대상보장, 중증치매 II 산정특례대상보장 보장(갱신형 보장의 최초계약 포함)의 보장개시일은 보험증권에 기재된 보험기간의 첫날(부활(효력회복)일)부터 그 날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음날부터입니다.
- 질병관련, 상해관련 및 기타 담보는 보험증권에 기재된 보험기간의 첫날부터입니다.

◇ 가입 후 1년미만 보험사고 발생시 가입금액의 50%를 지급하는 담보는 아래와 같습니다.

암진단비(유사암제외), 암진단비(소액암 및 유사암제외), 유사암진단비, 갑상선암(초기제외)진단비, 고액치료비암진단비, 11대특정암진단비, 암직접치료입원비(요양병원제외)(4일~120일), 암직접치료입원비(요양병원제외)(1일~180일), 요양병원 암입원비(1일~60일), 요양병원 암입원비(1일~90일), 암수술비(유사암제외)(최초1회한), 암수술비(유사암제외), 유사암수술비, 유방수술비(유방암, 유방의제자리암), 자궁적출수술비(여성생식기암, 여성생식기의 제자리암), 항암방사선약물치료비, 암사망, 급성심근경색증진단비, 뇌출혈진

단비, 뇌졸중진단비, 신70대특정질병수술비, 피부질환수술비(연간1회한), 대상포진진단비, 대상포진눈병진단비, 통풍진단비, 혈전용해치료비(1회한), 치핵수술비, 노인성질환수술비, 남성특정비뇨기계질환수술비, 희귀난치성질환수술비, 충수염수술비, 간질환사망, 간질환수술비, 말기간경화진단비, 말기신부전증진단비, 양성뇌종양진단비, 뇌혈관질환사망, 허혈성심질환사망, 뇌혈관질환진단비, 허혈성심질환진단비, 뇌졸중수술비, 중기이상 만성간질환진단비, 중기이상 만성신부전증진단비, 중기이상 만성폐질환진단비, 말기만성폐질환진단비, 뇌혈관질환수술비, 허혈성심질환수술비, 뇌혈관질환 및 허혈성심질환수술비, 5대기관질병수술비, 요실금수술비(급여_연간1회한), 간경변증(CP B이상)진단비, 초기이상만성폐질환진단비, 만성폐쇄성폐질환진단비, 만성신장질환(CKD 3기이상)진단비, 병적골절동반 골다공증진단비, 7대희귀난치성질환진단비, 항암방사선약물치료비(연간1회한), 8대기관 양성신생물(플립포함)수술비(연간1회한), 질병실명진단비, 크론병 및 궤양성대장염진단비, 3대질병 MRI 검사지원비(급여_연간1회한)(갱신형_10년), 다빈치로봇 특정수술비(연간1회한)(갱신형_10년), 양전자 단층촬영(PET) 검사지원비(급여_연간1회한)는 질병의 경우에 한함), 특정심혈관질환진단비, 5대혈관질환진단비, 항암양성자방사선치료비 II(갱신형_10년), 항암세기조절방사선치료비 II(갱신형_10년), 항암세기조절방사선치료비(토모테라피) II(갱신형_10년), 항암정위방사선치료비 II(갱신형_10년), 백내장진단, 뇌심장질환 CT,MRI,초음파,뇌파,뇌척수액검사지원비(급여_연간1회한)(갱신형_10년), 뇌심장질환 혈관조영술검사지원비(급여_연간1회한)(갱신형_10년), 특정순환계질환수술비, 특정심·뇌및9대혈관질환입원비(요양병원제외)(1일~180일), 요양병원 특정심·뇌및9대혈관질환입원비(1일~90일), 녹내장진단비, 특정망막질환진단비, 신142대특정질병수술비 II, 심장부정맥 고주파·냉각절제술(급여_연간1회한), 특정심혈관질환(기타심장부정맥제외)진단비, 특정심혈관질환(기타심장부정맥)진단비, 심근병증(허혈성제외)진단비, 주요심장염증질환진단비, 심장판막협착증(대동맥판막)진단비, 자궁 및 난소 특정질환 로봇수술비(연간1회한)(갱신형_10년), 고강도초음파집속술(HIFU) 치료비(특정부인과질환)(최초1회한)(갱신형_10년), 다빈치및레보아이로봇 암수술비(최초1회한)(갱신형_10년)(단, 다빈치및레보아이로봇 암수술비(최초1회한)의 경우 180일미만 25%지급), 스텐트삽입치료비(급여_연간1회한), 체외충격파쇄석술치료비(급여_연간1회한), 특정순환계질환(당뇨병및이상지질증포함)진단비(1종), 특정순환계질환진단비(2종), 특정순환계질환진단비(3종), 특정순환계질환진단비(4종), 특정순환계질환진단비(5종), 혈전용해치료비(급여_연간1회한), 특정유방병변 진공보조장치이용절제치료비(최초1회한)(갱신형_10년), 뇌전증진단비, 전립선비대증진단비, 카티(CAR-T) 항암약물허가치료비(연간1회한)(갱신형_10년), 중증갑상선암진단비, 특정4대질환 헬리코박터제균치료비(최초1회한), 4대순환계질환진단비, 특정자가면역질환진단비, 중증질환자(뇌혈관) 산정특례대상보장(연간1회한), 중증질환자(심장) 산정특례대상보장(연간1회한), 결핵질환자 산정특례대상보장, 대장용종제거수술비(급여,용종개수당),

희귀질환자 산정특례대상보장, 중증난치질환자(중증치매제외) 산정특례대상보장, 특정다리근육염증진단비, 특정팔근육염증진단비, 특정중등도자궁경부이형성증진단비(갱신형_10년), 특정경도이상자궁경부이형성증진단비(갱신형_10년), 혈전용해치료비(연간1회한), 혈전용해치료비 II(1회한), 혈전용해치료비 II(연간1회한), 항암방사선치료후 9대합병증진단비, 뇌졸중진단비III, 급성심근경색증진단비III, 뇌혈관질환진단비III, 허혈성심질환진단비III, 특정심혈관질환(기타심장부정맥제외)진단비III, 특정심혈관질환(기타심장부정맥)진단비III, 중증질환자(신규암(유사암제외)) 산정특례대상보장 중 중증질환자(신규암(특정소액암)) 산정특례대상 보장, 중증질환자(신규암(유사암)) 산정특례대상보장, 신통합암(전이포함)진단비 II(유사암제외) 中 신통합암진단비 II(특정암 II(전이포함)), 신통합암진단비 II(특정암 II(전이포함)) 및 신통합암진단비 II(비뇨기관및특정내분비선암(전이포함)), 신통합항암방사선약물치료비 II(유사암제외) 中 신통합항암방사선약물치료비(특정암 II(전이포함)), 신통합항암방사선약물치료비(골및생식기관암(전이포함)) 및 신통합항암방사선약물치료비(비뇨기관및특정내분비선암(전이포함)), 신통합암(원발후전이포함)진단비 II(유사암제외) 中 신통합암진단비 II(특정암 II), 신통합암진단비 II(골및생식기관암), 신통합암진단비 II(비뇨기관및특정내분비선암), 신통합암진단비 II(특정암 II(원발후전이)), 신통합암진단비 II(골및생식기관암(원발후전이)) 및 신통합암진단비 II(비뇨기관및특정내분비선암(원발후전이)), 중증질환자(신규암(유사암)) 산정특례대상보장, 신행암방사선약물치료비 중 신행암방사선약물치료비(특정암 II), 전이암진단비, 특정면역항암약물허가치료비(연간1회한)(갱신형_10년), 통합뇌질병진단비 II, 통합심장질병진단비 II, 양성종양1~4종수술비(기타경증질환포함) II(최초1회한), 순환계질환진단비(특정질병제외), 순환계질환진단비(특정질병제외)

* 갱신형 보장의 최초계약 포함

** 중증질환자(뇌혈관) 산정특례대상보장(연간1회한), 중증질환자(심장) 산정특례대상보장(연간1회한), 중증난치질환자(중증치매제외) 산정특례대상보장의 경우 질병에 한해서만 해당

*** 뇌졸중진단비III, 급성심근경색증진단비III, 뇌혈관질환진단비III, 허혈성심질환진단비III, 특정심혈관질환(기타심장부정맥제외)진단비III, 특정심혈관질환(기타심장부정맥)진단비III의 경우 보험계약일로부터 30일 미만 발생시 보험가입금액의 10%, 90일이상 1년미만 발생시 보험가입금액의 50% 지급

**** 대장용종제거수술비(급여,용종개수당), 통합뇌질병진단비 II, 통합심장질병진단비 II의 경우 보험계약일로부터 90일 미만 발생시 보험가입금액의 10%, 90일이상 1년미만 발생시 보험가입금액의 50% 지급

◇ 가입 후 2년미만 보험사고 발생시 가입금액의 50%를 지급하는 담보는 아래와 같습니다.

표적항암약물허가치료비 II(갱신형_10년), 표적항암약물허가치료비 II(연간1회한)(갱신형_10년), 항암호르몬약물허가치료비(기타피부암 및 갑상선암이외의

암)(갱신형_10년), 갑상선암호르몬약물허가치료비(갱신형_10년)

◇ 계약의 무효

다음 중 한 가지에 해당하는 경우 회사는 계약을 무효로 할 수 있으며, 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

- 타인의 사망을 보장하는 계약에서 피보험자의 서면 동의를 얻지 아니한 경우
- 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험금 지급사유로 한 경우
- 계약 체결시 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우
- 암관련 보장시 암 보장개시일의 전일 이전에 암으로 진단 확정되어 있는 경우

◇ 계약 전 알릴 의무

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 ‘계약 전 알릴 의무’라 하며, 상법상 ‘고지의무’와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약의 경우 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

◇ 자필서명의 중요성

보험계약자 및 피보험자는 청약서상의 자필서명란에 반드시 본인이 자필서명을 해야 합니다. 보험계약자와 피보험자가 자필서명을 하지 않은 경우에는 보장을 받지 못할 수 있습니다. 다만, 전화를 이용하여 가입할 때 일정요건이 충족되면 자필서명을 생략할 수 있으며, 인터넷을 이용한 사이버몰에서는 전자서명으로 대체할 수 있습니다.

③ 보험료산출기초 및 공시이율

가. 보험료의 구성

보험계약자가 납입하는 보험료는 보험사고 발생시 보험금지급을 위한 위험보험료, 만기시 환급금을 지급하기 위한 적립보험료, 보험회사의 사업경비를 위한 보험료 등으로 구성됩니다.

나. 적용이율

◇ 보장부분 적용이율

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 적용

이율이 높으면 보험료는 내려가고, 낮아지면 보험료는 올라갑니다.

◇ 적립부분 적용이율(공시이율)(1종에만 해당)

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

◇ 최저보증이율(1종에만 해당)

회사의 운용자산이익률 및 시중금리가 하락하더라도 회사에서 지급을 보증하는 최저한도의 적용이율입니다.

※ 금리연동형

구 분		이 율
1종	보장부분	연 2.75% 복리
	적립부분	공시이율(보장), 최저보증이율 0.3%
2종	보장부분	연 2.75% 복리
	적립부분	순수보장성으로 운영하므로 해당사항 없음

주) 무배당 흉Good 행복한 파워종합보험(25.09)는 객관적인 외부지표금리와* 운용자산이익률**을 가중평균하여 산출된 공시기준이율에서 향후 예상수익 등을 고려한 조정률을 가감하여 매월 회사가 결정하는 공시이율에 연동되는 상품입니다.

2025년 9월 현재 공시이율(보장)은 1.6%이며, 공시이율(보장)이 변동될 경우 이 상품의 적립부분 적용이율도 변동됩니다. 무배당 흉Good 행복한 파워종합보험(25.09)의 최저보증이율은 연 0.3%입니다.

* 외부지표금리는 국고채, 회사채, 통화안정증권, 양도성예금증서 등을 고려하여 산출

** 운용자산이익률은 직전 12개월간의 운용자산에 대한 투자영업수익과 투자영업비용 등을 고려하여 산출

이에 대한 보다 자세한 내용은 인터넷홈페이지 상품공시실에서 **무배당 흉Good 행복한 파워종합보험(25.09)**의 사업방법서를 참조하시기 바랍니다.

◇ 공시이율

회사가 운용자산이익률 및 시중의 지표금리 등의 객관적인 지표를 이용하여 산출한 후 일정기간마다 공시하는 이율을 말합니다.

▷ 공시이율 산출방법 요약

흥국화재해상보험(주)에서 적용하는 공시이율(보장)은 매월 아래의 공식으로 산출된 이율로 합니다. 이에 대한 보다 자세한 내용은 인터넷홈페이지 상품공시실에서 사업방법서 별지를 참조하시기 바랍니다.

▪ 공시기준이율(보장) =
객관적인 외부지표금리 $\times \alpha +$ 운용자산이익률 $\times (1-\alpha)$

외부지표금리와 운용자산이익률의 가중치

$$\cdot \text{외부지표금리의 가중치}(\alpha) = \frac{A/B + C}{A + C}$$

$$\cdot \text{운용자산이익률의 가중치}(1-\alpha) = 1 - \frac{A/B + C}{A + C}$$

A : 직전년도초 계약자적립액

B : 자산의 직전년도말 드레이션

C : 직전년도 보험료 수입

* 외부지표금리는 국고채, 회사채, 통화안정증권, 양도성예금증서 등을 고려하여 산출

다. 적용위험률

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

(기본계약, 40세, 상해1급 기준)

보 장 위 험		적용위험률
일반상해후유장해(80%이상)	남자	0.000059
	여자	0.000021
질병후유장해(80%이상)(감액없음)	남자	0.000038
	여자	0.000032

라. 적용해지율(2종에만 해당)

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

마. 계약체결비용 및 계약관리비용

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

④ 보험가격지수

보험가격지수란?

해당상품의 보험료총액(보험금 지급을 위한 보험료 및 보험회사의 사업경비 등을 위한 보험료)을 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

[기준 : 40세, 상해 1급, 100세만기 20년납]

종 구 분	보험가격지수(%)	
	남자	여자
1종(해약환급금지급형)	94.4	103.0
2종(납입후 해약환급금지급형의 50%지급형)	108.2	116.4

⑤ 계약자배당에 관한 사항

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

⑥ 해약환급금에 관한 사항

가. 해약환급금 산출기준

- 2종(납입후 해약환급금지급형의 50%지급형)은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 해약환급금을 지급하지 않는 대신 1종(해약환급금지급형)보다 일반적으로 낮은 보험료로 보험을 가입할 수 있도록 한 상품입니다.
- 1종(해약환급금지급형)의 경우 회사는 금융감독원장이 인가한 산출기준에 따라 계산한 이 보험의 계약자적립액에서 해약공제액을 공제한 금액을 해약환급금으로 지급하여 드립니다.

나. 예상 해약환급금

- 가입기준 : 남자 40세, 상해1급, 자가용운전자, 100세만기 20년납
 - 기본계약 :
일반상해후유장해(80%이상) 1억원, 질병후유장해(80%이상)(감액없음) 1,000만원
 - 의무계약 :
보험료 납입면제대상보장(6대질병진단 및 상해 · 질병후유장해(80%이상)) 10만원
 - 선택특약 :
일반상해사망 1억원
질병사망(감액없음) 1,000만원
일반상해후유장해(3~100%) 1,000만원
질병후유장해(20~100%)(감액없음) 1,000만원
뇌졸중진단비 1,000만원
급성심근경색증진단비 1,000만원
암진단비(유사암제외) 5,000만원
유사암진단비 500만원
암직접치료입원비(요양병원제외)(1일~180일) 1만원
일반상해입원비(1일~180일) 1만원
질병입원비(1일~180일) 1만원
상해수술비 10만원
질병수술비 10만원
- 주) 질병사망(감액없음) 특별약관의 경우 20년납 80세만기임.

(1종(해약환급금지급형), 초회 월납보험료 194,582원, 단위 : 원)

경과 기간	납입보험 료	해약환급금					
		최저보증이율		적용이율			
		환급금	환급률	환급금	환급률	환급금	환급률
1년	2,334,984	60,857	2.61%	63,772	2.93%	63,772	2.93%
3년	7,004,952	3,009,847	42.97%	3,010,336	46.09%	3,010,336	46.09%
5년	11,674,920	6,534,881	55.97%	6,533,340	60.02%	6,533,340	60.02%
7년	16,344,888	10,155,478	62.13%	10,151,543	66.61%	10,151,543	66.61%
10년	23,349,840	14,835,413	63.54%	14,829,736	68.11%	14,829,736	68.11%
19년	44,364,696	29,877,450	67.35%	29,865,132	72.19%	29,865,132	72.19%
20년	46,699,680	31,627,067	67.72%	31,613,939	72.60%	31,613,939	72.60%
30년	46,699,680	34,290,207	73.43%	34,279,497	78.72%	34,279,497	78.72%
40년	46,699,680	30,805,782	65.97%	30,797,717	70.73%	30,797,717	70.73%
50년	46,699,680	20,874,980	44.70%	20,870,076	47.93%	20,870,076	47.93%
60년	46,699,680	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%

주1) 상기 예시금액은 세전 기준이며, 적용이율은 공시이율(보장)(2025년 9월 현재 1.6%), 감독규정 제1-2조 제13호에 따른 평균공시이율(2025년 기준 2.75%)을 기준으로 계산한 금액으로, 실제 해지시 해약환급금은 공시이율(보장)이 적용되며, 공시이율 변동, 보험료 납입일, 갱신형 보장의 보험료 변동 등에 따라 해약환급금이 달라질 수 있습니다.

* 평균공시이율은 판매시점의 공시이율(보장)을 한도로 함.

주2) 상기 최저보증이율은 0.3%를 기준으로 산출한 금액입니다.

주3) 가입후 10년미만 해지시 환급금이 기납입보험료보다 큰 경우 동 차액에 대하여 이자소득세가 부과됩니다.

주4) 평균공시이율은 감독원장이 정하는 바에 따라 산정한 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 전년도 9월말 기준 직전 12개월간 보험회사 평균공시이율이며, 해약환급금 및 환급률 계산시에는 판매시점의 공시이율을 한도로 적용합니다.

(2종(납입후 해약환급금지급형의 50%지급형), 초회 월납보험료 155,966원, 단위 : 원)

경과기간	납입보험료	해약환급금	
		환급금	환급률
1년	1,871,592	0	0.00%
3년	5,614,776	0	0.00%
5년	9,357,960	0	0.00%
7년	13,101,144	0	0.00%
10년	18,715,920	0	0.00%
19년	35,560,248	0	0.00%
20년	37,431,840	15,813,681	42.25%
30년	37,431,840	17,145,280	45.80%
40년	37,431,840	15,403,032	41.15%
50년	37,431,840	10,437,642	27.88%
60년	37,431,840	0	0.00%

주) 상기 예시금액은 세전 기준이며, 예상 해약환급금은 보장부분 적용이율(2.75%)를 사용하여 계산된 금액으로 실제 해지시 해약환급금은 보험료 납입일, 갱신형 보장의 보험료 변동 등에 따라 해약환급금이 달라질 수 있습니다.

다. 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.

상기 상품요약서는 상품의 주요내용을 요약한 자료이므로, 구체적인 상품내용은 해당 보험약관을 참조하여 주시기 바랍니다.