신한(간편가입)통합건강보험 원(ONE)(무배당, 해약환급금 미지급형) 상 품 요 약 서

이 상품은 간편심사(3N5)형(이하 “간편심사형”이라 한다.)의 경우, 상품명 신한 다음에 “(간편가입)”을 부가하며 N은 1, 3 또는 5를 말한다.

이 상품요약서는 보험약관 등 신한(간편가입)통합건강보험 원(ONE)(무배당, 해약환급금 미지급형)의 기초서류에 기재된 주요내용을 요약한 것이므로 구체적인 내용은 반드시 보험약관 등을 참조하시기 바랍니다.

Ⅰ 상품의 특이사항 및 보험가입 자격요건

Ⅰ. 상품의 특이사항

[Q1] 이 상품의 특이사항은 무엇인가요?

[A1] 이 상품은 '사망'을 보장하는 주계약에 '진단, 입원, 수술' 등을 보장하는 다양한 특약을 고객의 필요에 따라 선택하여 나만의 맞춤 설계가 가능합니다.

[Q2] 이 상품의 "해약환급금 미지급형"이 무엇인가요?

[A2] ① 이 상품의 주계약 및 비갱신형 특약(일부 특약 제외)은 "해약환급금 미지급형" 상품입니다. "해약환급금 미지급형"은 이 계약의 보험료 납입기간 중 해지될 경우 해약환급금이 없는 대신 "일반형"보다 낮은 보험료로 동일한 보장을 받을 수 있도록 한 상품입니다.

② 이 계약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우의 해약환급금은 없습니다. 또한, 이 계약의 보험료 납입기간이 종료되었으나 납입하기로 한 보험료 총액의 납입이 완료되지 않고 해지될 경우 해약환급금이 없습니다. 다만, 보험료 납입기간이 종료되고 납입하기로 한 보험료 총액의 납입이 완료된 이후 계약이 해지되는 경우의 해약환급금은 "납입보험료 누계액"에 "일반형의 해약환급률"을 곱한 금액으로 합니다.

③ 이 계약의 해약환급금을 계산할 때 기준이 되는 "일반형"은 "해약환급금 미지급형"과 동일한 보장내용으로 해지율을 적용하지 않은 상품이며, 주계약의 경우 당사에서 판매하지 않고 "해약환급금 미지급형"과 비교·안내를 위한 종목으로 운영합니다.

[Q3] 부가가능 특약 중 갱신형 특약의 특이사항은 무엇인가요?

[A3] 갱신형 특약은 5년, 10년, 20년 또는 30년 단위로 갱신되며, 갱신형 특약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이 및 보험요율을 적용함에 따라 최초계약 당시보다 인상될 수 있습니다. 갱신형 특약은 계약자가 특약의 보험기간 만료일 15일 전까지 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 갱신되어 계속 유지됩니다. 주계약의 보험료 납입이 완료된 경우라도 부가된 갱신형 특약을 계속 갱신하여 이 특약의 보험기간이 종료되지 않은 경우에는 각 갱신형 특약의 갱신종료나이가 도래할 때까지 보험료를 계속 납입하여야 합니다. 각 갱신형 특약의 갱신종료나이는 본문의 보험금 지급사유 관련 사항을 확인하시기 바랍니다.

[Q4] 보험료 납입면제는 어떤 경우에 되나요?

[A4]

○ 주계약

주계약은 보험료 납입면제가 없습니다. 다만, 이 주계약의 보험료를 납입면제 할 수 있는 특약을 가입한 경우, 보험료 납입기간 중 피보험자가 해당 특약에서 정하는 기준에 따라 납입면제 사유에 해당되는 경우에는 차회 이후 주계약의 보험료 납입을 면제합니다.

○ 선택특약

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

[Q5] 이 상품의 "간편심사"는 무엇인가요?

[A5] "간편심사"란 의적결함 및 나이제한으로 인하여 보험시장에서 소외되고 있는 유병력자나 고연령자 등의 계약심사 및 건강검진의 부담을 줄여 보험에 가입할 수 있도록 표준체에 비하여 간소화된 계약 전 알릴의무 항목을 활용하여 계약심사 과정을 간소화함을 의미합니다. 피보험자가 "간편심사보험"에 가입 시 회사는 간소화된 계약 전 알릴의무 사항 이외의 항목을 사용하여 계약심사를 하지 않습니다.

Ⅱ. 보험가입 자격요건

① 보험종류

구 분	명칭	보험종목	
주계약	신한통합건강보험 원(ONE) (무배당, 해약환급금 미지급형)	해약환급금 미지급형	간편심사(315)형 /간편심사(335)형 /간편심사(355)형 /일반심사형
	신한통합건강보험 원(ONE)(무배당)	일반형	

㈜ 1. 다만, "일반형"의 경우 "해약환급금 미지급형"과 동일한 보장내용으로 해지율을 적용하지 않은 상품이며, 당사에서 판매하지 않고 "해약환급금 미지급형"과 비교·안내를 위한 종목으로 운영한다.

2. 간편심사(3N5)형(이하 "간편심사형"이라 한다.)의 경우, 상품명 신한 다음에 "(간편가입)"을 부가하며 N은 1, 3 또는 5를 말한다.

3. 통신판매채널 판매시 보험종목의 명칭은 "신한(간편가입)통합건강보험 원(ONE)Core(무배당, 해약환급금 미지급형)"으로 한다.
※ 통신판매채널은 대면영업을 병행하지 않는 아웃바운드TM 및 인바운드TM을 의미한다.

② 보험기간, 보험료 납입기간 및 가입나이

- 해약환급금 미지급형

가입가능 조건				
구분	보험기간	보험료 납입기간	남자나이	여자나이
간편 심사형	90세만기, 종신	10/15/20/30년납	만15세 - min[(90 - 년납), 80] 세	
일반 심사형	90세만기, 종신	10/15/20/30년납	만15세 - min[(90 - 년납), 70] 세	

※ 보험료 납입기간은 보험기간을 초과할 수 없습니다.

※ 선택특약의 보험기간, 보험료 납입기간은 주계약의 보험기간, 보험료 납입기간 내에서 선택 가능합니다.

※ 선택특약의 가입나이는 성별, 보험기간 또는 보험료 납입기간별로 다를 수 있습니다.

※ 만나이가 아닌 나이는 보험나이를 말합니다. 보험나이에 대한 설명은 약관을 참고하시기 바랍니다.

③ 보험료 납입주기 : 월납

※ 선택특약의 보험료 납입주기는 주계약의 보험료 납입주기와 동일하게 합니다.

④ 가입한도

구 분		가 입 한 도
주계약	신한통합건강보험 원(ONE)(무배당, 해약환급금 미지급형)	300만 ~ 1,000만

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

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

⑤ 건강진단 여부

신한(간편가입)통합건강보험 원(ONE)(무배당, 해약환급금 미지급형)의 경우 기존 다른 보험 상품의 가입 유무, 나이, 청약서의 계약 전 알릴 의무 사항에 따라 건강진단을 시행할 수 있으며, 그 결과에 따라 보험가입 가능여부를 판정할 수 있습니다.

Ⅱ 보험금 지급사유 및 지급제한사항

1. 상품의 구성

주 계 약	신한(간편가입)통합건강보험 원(ONE)(무배당, 해약환급금 미지급형)	
특 약	+ (간편)정기특약(무배당, 해약환급금 미지급형)	(선택특약)
	+ (간편)정기특약(무배당, 갱신형)	(선택특약)
	+ (간편)재해사망특약D(무배당, 해약환급금 미지급형)	(선택특약)
	+ (간편)[3-100%장해형]재해장해특약D(무배당, 해약환급금 미지급형)	(선택특약)
	+ (간편)[3-100%장해형]질병장해특약D(무배당, 해약환급금 미지급형)	(선택특약)
	+ (간편)[3-100%장해형]질병장해특약(무배당, 갱신형)	(선택특약)
	+ (간편)[기본]암진단특약D(무배당, 해약환급금 미지급형)	(선택특약)
	+ (간편)[기본]고액암진단특약D(무배당, 해약환급금 미지급형)	(선택특약)
	+ (간편)[기본]소액암진단특약D(무배당, 해약환급금 미지급형)	(선택특약)
	+ (간편)[삭감없음용]암진단특약D(무배당, 해약환급금 미지급형)	(선택특약)
	+ (간편)[삭감없음용]고액암진단특약D(무배당, 해약환급금 미지급형)	(선택특약)
	+ (간편)[삭감없음용]소액암진단특약D(무배당, 해약환급금 미지급형)	(선택특약)
	+ (간편)[기본]암진단특약80PlusD(무배당, 해약환급금 미지급형)	(선택특약)
	+ (간편)[기본]소액암진단특약80PlusD(무배당, 해약환급금 미지급형)	(선택특약)
	+ (간편)[삭감없음용]암진단특약80PlusD(무배당, 해약환급금 미지급형)	(선택특약)
	+ (간편)[삭감없음용]소액암진단특약80PlusD(무배당, 해약환급금 미지급형)	(선택특약)
	+ (간편)일반암진단특약ⅡD(무배당, 해약환급금 미지급형)	(선택특약)
	+ (간편)여성암진단특약D(무배당, 해약환급금 미지급형)	(선택특약)
	+ (간편)[기본]암진단특약(무배당, 갱신형)	(선택특약)
	+ (간편)[기본]소액암진단특약(무배당, 갱신형)	(선택특약)
	+ (간편)[삭감없음용]암진단특약(무배당, 갱신형)	(선택특약)
	+ (간편)[삭감없음용]소액암진단특약(무배당, 갱신형)	(선택특약)
	+ (간편)통합암(전이포함)진단특약TCD(무배당, 해약환급금 미지급형)	(선택특약)

+	(간편)전이암진단특약TCD(무배당, 해약환급금 미지급형)	(선택특약)
+	(간편)암수술특약D(무배당, 해약환급금 미지급형)	(선택특약)
+	(간편)암다빈치로봇수술특약(무배당, 갱신형)	(선택특약)
+	(간편)종합병원암주요치료비특약D(치료별 연간1회)(무배당, 해약환급금 미지급형)	(선택특약)
+	(간편)상급종합병원II암주요치료비특약D(치료별 연간1회)(무배당, 해약환급금 미지급형)	(선택특약)
+	(간편)종합병원암주요치료비특약D(중환자실)(연간1회)(무배당, 해약환급금 미지급형)	(선택특약)
+	(간편)종합병원비급여(전액본인부담 포함)암주요치료비특약D(치료별 연간1회)(무배당, 해약환급금 미지급형)	(선택특약)
+	(간편)종합병원고액암주요치료비특약D(치료별 연간1회)(무배당, 해약환급금 미지급형)	(선택특약)
+	(간편)암주요치료비특약D(항암호르몬약물)(연간1회)(무배당, 해약환급금 미지급형)	(선택특약)
+	(간편)종합병원암복합치료비특약D(연간1회)(무배당, 해약환급금 미지급형)	(선택특약)
+	(간편)종합병원암주요치료비특약(치료별 연간1회)(무배당, 갱신형)	(선택특약)
+	(간편)상급종합병원Ⅱ암주요치료비특약(치료별 연간1회)(무배당, 갱신형)	(선택특약)
+	(간편)종합병원암주요치료비특약(중환자실)(연간1회)(무배당, 갱신형)	(선택특약)
+	(간편)종합병원비급여(전액본인부담 포함)암주요치료비특약(치료별 연간1회)(무배당, 갱신형)	(선택특약)
+	(간편)종합병원고액암주요치료비특약(치료별 연간1회)(무배당, 갱신형)	(선택특약)
+	(간편)암주요치료비특약(항암호르몬약물)(연간1회)(무배당, 갱신형)	(선택특약)
+	(간편)종합병원암복합치료비특약(연간1회)(무배당, 갱신형)	(선택특약)
+	비급여(전액본인부담 포함)항암약물치료특약D(무배당, 해약환급금 미지급형)	(선택특약)
+	비급여(전액본인부담 포함)항암약물치료특약(무배당, 갱신형)	(선택특약)
+	(간편)항암방사선치료특약D(무배당, 해약환급금 미지급형)	(선택특약)
+	(간편)항암세기조절방사선치료특약(무배당, 갱신형)	(선택특약)
+	(간편)항암양성자방사선치료특약(무배당, 갱신형)	(선택특약)
+	(간편)항암중입자방사선치료특약D(무배당, 해약환급금 미지급형)	(선택특약)
+	(간편)항암중입자방사선치료특약(무배당, 갱신형)	(선택특약)
+	(간편)전이암항암방사선치료특약TCD(무배당, 해약환급금 미지급형)	(선택특약)
+	(간편)항암약물치료특약D(무배당, 해약환급금 미지급형)	(선택특약)

+ (간편)표적항암약물허가치료특약(무배당, 갱신형) (선택특약)

+ (간편)표적항암약물·방사선(리간드)허가치료보장특약(무배당, 갱신형) (선택특약)

+ (간편)카티(CAR-T)항암약물허가치료특약(무배당, 갱신형) (선택특약)

+ (간편)항암호르몬약물허가치료특약(무배당, 갱신형) (선택특약)

+ (간편)전이암항암약물치료특약TCD(무배당, 해약환급금 미지급형) (선택특약)

+ (간편)암특정검사지원특약D(무배당, 해약환급금 미지급형) (선택특약)

+ (간편)암특정검사지원특약(무배당, 갱신형) (선택특약)

+ (간편)급여암특정재활치료특약D(무배당, 해약환급금 미지급형) (선택특약)

+ (간편)급여암특정재활치료특약(무배당, 갱신형) (선택특약)

+ (간편)급여암특정통증완화치료특약(무배당, 갱신형) (선택특약)

+ (간편)급여6대질병진단검사지원특약(무배당, 갱신형) (선택특약)

+ (간편)급여특정NGS유전자패널검사지원특약(무배당, 갱신형) (선택특약)

+ (간편)급여바늘생검조직병리진단특약(무배당, 갱신형) (선택특약)

+ (간편)암직접치료입원특약D(무배당, 해약환급금 미지급형) (선택특약)

+ (간편)요양병원암입원특약D(무배당, 해약환급금 미지급형) (선택특약)

+ (간편)암직접치료통원특약D(무배당, 해약환급금 미지급형) (선택특약)

+ (간편)암직접치료상급종합병원통원특약D(무배당, 해약환급금 미지급형) (선택특약)

+ 여성특화진단특약(무배당, 갱신형) (선택특약)

+ 여성특화수술특약(무배당, 갱신형) (선택특약)

+ (간편)자궁·난소수술특약(무배당, 갱신형) (선택특약)

+ (간편)특정갑상선보장특약(무배당, 갱신형) (선택특약)

+ (간편)뇌전증진단특약D(무배당, 해약환급금 미지급형) (선택특약)

+ (간편)뇌혈관질환진단특약D(무배당, 해약환급금 미지급형) (선택특약)

+ (간편)허혈심장질환진단특약D(무배당, 해약환급금 미지급형) (선택특약)

+ (간편)[삭감없음용]뇌혈관·허혈심장질환진단특약D(무배당, 해약환급금 미지급형) (선택특약)

+ (간편)뇌혈관질환진단특약80PlusD(무배당, 해약환급금 미지급형) (선택특약)

+ (간편)허혈심장질환진단특약80PlusD(무배당, 해약환급금 미지급형) (선택특약)

8 신한(간편가입)통합건강보험 원(ONE)(무배당, 해약환급금 미지급형)

+ (간편)[삭감없음용]뇌혈관·허혈심장질환진단특약80PlusD(무배당, 해약환급금 미지급형) (선택특약)

+ (간편)뇌혈관질환진단특약(무배당, 갱신형) (선택특약)

+ (간편)허혈심장질환진단특약(무배당, 갱신형) (선택특약)

+ (간편)[삭감없음용]뇌혈관·허혈심장질환진단특약(무배당, 갱신형) (선택특약)

+ (간편)뇌졸중진단특약D(무배당, 해약환급금 미지급형) (선택특약)

+ (간편)뇌출혈진단특약D(무배당, 해약환급금 미지급형) (선택특약)

+ (간편)외상성뇌출혈진단특약D(무배당, 해약환급금 미지급형) (선택특약)

+ (간편)외상성뇌출혈진단특약(무배당, 갱신형) (선택특약)

+ (간편)외상성뇌손상진단특약D(무배당, 해약환급금 미지급형) (선택특약)

+ (간편)외상성뇌손상진단특약(무배당, 갱신형) (선택특약)

+ (간편)급성심근경색증진단특약D(무배당, 해약환급금 미지급형) (선택특약)

+ (간편)특정순환계질환진단특약Ⅱ D(무배당, 해약환급금 미지급형) (선택특약)

+ (간편)부정맥진단특약D(무배당, 해약환급금 미지급형) (선택특약)

+ (간편)부정맥진단특약(무배당, 갱신형) (선택특약)

+ (간편)특정부정맥진단특약D(무배당, 해약환급금 미지급형) (선택특약)

+ (간편)특정순환계질환주요치료비특약D(치료별 연간1회)(무배당, 해약환급금 미지급형) (선택특약)

+ (간편)특정순환계질환주요치료비특약D(4대중증치료)(치료별 연간1회)(무배당, 해약환급금 미지급형) (선택특약)

+ (간편)상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터 포함)특정순환계질환주요치료비특약D(치료별 연간1회)(무배당, 해약환급금 미지급형) (선택특약)

+ (간편)특정순환계질환주요치료비특약(치료별 연간1회)(무배당, 갱신형) (선택특약)

+ (간편)특정순환계질환주요치료비특약(4대중증치료)(치료별 연간1회)(무배당, 갱신형) (선택특약)

+ (간편)상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터 포함)특정순환계질환주요치료비특약(치료별 연간1회)(무배당, 갱신형) (선택특약)

+ (간편)2대질병혈전용해치료특약D(무배당, 해약환급금 미지급형) (선택특약)

+ (간편)뇌혈관·허혈심장질환입원특약D(무배당, 해약환급금 미지급형) (선택특약)

+ (간편)뇌혈관·허혈심장질환상급종합병원입원특약D(무배당, 해약환급금 미지급형) (선택특약)

+ (간편)뇌혈관질환수술특약Ⅱ D(무배당, 해약환급금 미지급형) (선택특약)

+ (간편)허혈심장질환수술특약Ⅱ D(무배당, 해약환급금 미지급형) (선택특약)
+ (간편)뇌혈관·허혈심장질환통원특약D(무배당, 해약환급금 미지급형) (선택특약)
+ (간편)뇌혈관·허혈심장질환상급종합병원통원특약D(무배당, 해약환급금 미지급형) (선택특약)
+ (간편)급여주요뇌심장질환특정재활치료특약(무배당, 갱신형) (선택특약)
+ (간편)급여뇌심장질환특정검사지원특약(무배당, 갱신형) (선택특약)
+ (간편)신장·간·폐질환수술특약D(무배당, 해약환급금 미지급형) (선택특약)
+ 고혈압(원발성)약물치료특약D(무배당, 해약환급금 미지급형) (선택특약)
+ 고혈압(원발성)약물치료특약(무배당, 갱신형) (선택특약)
+ 당뇨병(당화혈색소 6.5%이상)진단특약D(무배당, 해약환급금 미지급형) (선택특약)
+ 당뇨병(당화혈색소 7.5%이상)진단특약D(무배당, 해약환급금 미지급형) (선택특약)
+ 당뇨병(당화혈색소 8.5%이상)진단특약D(무배당, 해약환급금 미지급형) (선택특약)
+ 당뇨병(당화혈색소 6.5%이상)진단특약(무배당, 갱신형) (선택특약)
+ 당뇨병(당화혈색소 7.5%이상)진단특약(무배당, 갱신형) (선택특약)
+ 당뇨병(당화혈색소 8.5%이상)진단특약(무배당, 갱신형) (선택특약)
+ (간편)대상포진·통풍진단특약D(무배당, 해약환급금 미지급형) (선택특약)
+ (간편)대상포진·통풍진단특약(무배당, 갱신형) (선택특약)
+ 특정척추질환보장특약D(무배당, 해약환급금 미지급형) (선택특약)
+ 특정골절질환보장특약D(무배당, 해약환급금 미지급형) (선택특약)
+ (간편)특정류마티스관절염진단특약D(무배당, 해약환급금 미지급형) (선택특약)
+ (간편)1-5종수술특약D(무배당, 해약환급금 미지급형) (선택특약)
+ (간편)1-5종수술특약(무배당, 갱신형) (선택특약)
+ (간편)1-5종단일금액보장수술특약D(무배당, 해약환급금 미지급형) (선택특약)
+ (간편)질병수술특약D(무배당, 해약환급금 미지급형) (선택특약)
+ (간편)질병수술(백내장및대장용종제외)특약D(무배당, 해약환급금 미지급형) (선택특약)
+ (간편)질병수술(8대특정수술제외)특약D(무배당, 해약환급금 미지급형) (선택특약)
+ (간편)상급종합병원질병수술특약D(무배당, 해약환급금 미지급형) (선택특약)

10 신한(간편가입)통합건강보험 원(ONE)(무배당, 해약환급금 미지급형)

+ (간편)재해수술특약D(무배당, 해약환급금 미지급형) (선택특약)

+ (간편)[180일한도형]첫날부터입원특약D(무배당, 해약환급금 미지급형) (선택특약)

+ (간편)[30일한도형]첫날부터입원특약D(무배당, 해약환급금 미지급형) (선택특약)

+ (간편)[10일한도형]첫날부터입원특약D(무배당, 해약환급금 미지급형) (선택특약)

+ (간편)첫날부터중환자실입원특약D(무배당, 해약환급금 미지급형) (선택특약)

+ (간편)첫날부터상급종합병원입원특약D(무배당, 해약환급금 미지급형) (선택특약)

+ (간편)상급종합병원상급병실(1인실)입원특약D(무배당, 해약환급금 미지급형) (선택특약)

+ (간편)상급종합병원2-3인실입원특약D(무배당, 해약환급금 미지급형) (선택특약)

+ (간편)종합병원상급병실(1인실)입원특약D(무배당, 해약환급금 미지급형) (선택특약)

+ (간편)종합병원2-3인실입원특약D(무배당, 해약환급금 미지급형) (선택특약)

+ (간편)응급실내원(응급환자)특약D(무배당, 해약환급금 미지급형) (선택특약)

+ (간편)간병인사용입원특약D(무배당, 해약환급금 미지급형) (선택특약)

+ (간편)간병인사용입원특약D(181-365일)(무배당, 해약환급금 미지급형) (선택특약)

+ (간편)간호간병통합서비스사용입원특약D(무배당, 해약환급금 미지급형) (선택특약)

+ (간편)간병인사용입원특약(무배당, 갱신형) (선택특약)

+ (간편)간병인사용입원특약(181-365일)(무배당, 갱신형) (선택특약)

+ (간편)중증질환자[심장질환]산정특례대상보장특약(무배당, 갱신형) (선택특약)

+ (간편)중증질환자[뇌혈관질환]산정특례대상보장특약(무배당, 갱신형) (선택특약)

+ (간편)중증질환자[암]산정특례대상보장특약(무배당, 갱신형) (선택특약)

+ 경증이상치매보장특약D(무배당, 해약환급금 미지급형) (선택특약)

+ 중증치매보장특약D(무배당, 해약환급금 미지급형) (선택특약)

+ 표적치매약물허가치료특약2.0(최경증치매·경증알츠하이머치매)(24회한)(무배당, 갱신형) (선택특약)

+ 표적치매약물허가치료플러스특약2.0(최경증치매·경증알츠하이머치매)(무배당, 갱신형) (선택특약)

+ (간편)재해골절치료특약D(무배당, 해약환급금 미지급형) (선택특약)

+ (간편)깁스치료특약D(무배당, 해약환급금 미지급형) (선택특약)

+ (간편)급여인공관절치환수술특약D(무배당, 해약환급금 미지급형) (선택특약)

+ (간편)[소액암진단형]보험료납입보조특약(무배당) (선택특약)

+ (간편)[남녀특정암진단형]보험료납입보조특약(무배당) (선택특약)

+ (간편)[소액암진단형]보험료납입보조특약(무배당, 갱신형) (선택특약)

+ (간편)[남녀특정암진단형]보험료납입보조특약(무배당, 갱신형) (선택특약)

+ (간편)진심을품은일반암진단Plus특약(무배당) (선택특약)

+ (간편)두배로진심을품은일반암진단Plus특약(무배당) (선택특약)

+ (간편)진심을품은일반암진단특약(무배당, 갱신형) (선택특약)

+ (간편)두배로진심을품은일반암진단특약(무배당, 갱신형) (선택특약)

+ (간편)보험료납입면제특약(무배당, 해약환급금 미지급형) (선택특약)

+ (간편)보험료납입면제특약(무배당, 갱신형) (선택특약)

+ 장애인전용보험전환특약 (제도성)

+ 보험금 대리청구 지정서비스특약Ⅱ (제도성)

+ 사후 사망보험금 신속지급특약 (제도성)

+ 선지급서비스특약 (제도성)

+ 치료비선지급서비스특약 (제도성)

+ 표준하체인수특약(일반심사형에 한함) (제도성)

+ 특정신체부위·질병보장제한부 인수특약(일반심사형에 한함) (제도성)

※ "해약환급금 미지급형" 및 "일반형"으로 구분된 특약을 가입할 경우, "해약환급금 미지급형" 특약과 "일반형" 특약 중 하나의 종목만 선택하여 가입 가능함

※ 특약명에 "D"가 포함된 경우 사망시 계약자적립액 미지급형과 사망시 계약자적립액 지급형을 동시에 운영하며, 사망시 계약자적립액 미지급형의 경우, 특약명에 "D"를 포함하여 기재한다. 또한, 하나의 보험종목만 선택하여 가입할 수 있다.

- 하나의 특약 내에서 보험기간이 10년/20년/30년으로 구성된 갱신형 특약의 경우 1개의 보험기간만 선택하여 가입 가능함(다만, (간편)보험료납입면제특약(무배당, 갱신형), (간편)보험료납입보조특약(무배당, 갱신형), (간편)진심을품은일반암진단특약(무배당, 갱신형), (간편)두배로진심을품은일반암진단특약(무배당, 갱신형)의 경우 「보험료납입면제대상계약」, 「보험료납입보조대상계약」, 「올페이 대상계약」에 따라 보험기간 10년/20년/30년 중복으로 가입 가능함)
- 2개 이상의 보장계약으로 구성된 아래 대상 특약을 가입할 경우, 각 보장계약은 하나의 계약으로 취급하여 동일한 보험기간/보험료 납입기간으로 동시 가입만 가능함. 다만, (간편)대상포진·통풍진단특약(무배당, 해약환급금 미지급형), (간편)대상포진·통풍진단특약(무배당, 갱신형)의 각 보장계약은 동일한 보험기간/납입기간/보험가입금액으로 동시 가입만 가능함

대상 특약
(간편)암진단특약(무배당, 해약환급금 미지급형)
(간편)암진단특약(무배당, 갱신형)
(간편)암진단특약80Plus(무배당, 해약환급금 미지급형)
(간편)여성암진단특약(무배당, 해약환급금 미지급형)
(간편)특정갑상선보장특약(무배당, 갱신형)
여성특화진단특약(무배당, 갱신형)
여성특화수술특약(무배당, 갱신형)
(간편)자궁·난소수술특약(무배당, 갱신형)
(간편)통합암(전이포함)진단특약TC(무배당, 해약환급금 미지급형)
(간편)암다빈치로봇수술특약(무배당, 갱신형)
(간편)표적항암약물·방사선(리간드)허가치료보장특약(무배당, 갱신형)
(간편)항암호르몬약물허가치료특약(무배당, 갱신형)
(간편)특정순환계질환주요치료비특약(치료별 연간1회)(무배당, 해약환급금 미지급형)
(간편)상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터 포함)특정순환계질환주요치료비특약(치료별 연간1회)(무배당, 해약환급금 미지급형)
(간편)특정순환계질환주요치료비특약(치료별 연간1회)(무배당, 갱신형)
(간편)상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터 포함)특정순환계질환주요치료비특약(치료별 연간1회)(무배당, 갱신형)
(간편)[삭감없음용]뇌혈관·허혈심장질환진단특약(무배당, 해약환급금 미지급형)
(간편)[삭감없음용]뇌혈관·허혈심장질환진단특약80Plus(무배당, 해약환급금 미지급형)
(간편)[삭감없음용]뇌혈관·허혈심장질환진단특약(무배당, 갱신형)
(간편)2대질병혈전용해치료특약(무배당, 해약환급금 미지급형)
(간편)1-5종수술특약(무배당, 해약환급금 미지급형)
(간편)1-5종수술특약(무배당, 갱신형)
(간편)간병인사용입원특약(무배당, 해약환급금 미지급형)
(간편)간병인사용입원특약(무배당, 갱신형)
경증이상치매보장특약(무배당, 해약환급금 미지급형)
표적치매약물허가치료플러스특약2.0(최경증치매·경증알츠하이머치매)(무배당, 갱신형)

- 보험종목이 [기본]/[삭감없음용], [180일한도형]/[30일한도형]/[10일한도형], [50%장해납입면제형]/[50%재해장해납입면제형]/[일반암납입면제형]/[뇌출혈납입면제형]/[급성심근경색증납입면제형]/[중등도이상치매납입면제형]으로 구성된 특약의 경우 보험종목별 동시 가입이 가능함
- 보험종목이 [기본], [삭감없음용]으로 구분된 아래 대상 특약을 동시 가입할 경우, 모두 동일한 보험종목으로 동시 가입만 가능함

대상 특약
(간편)암진단특약(무배당, 해약환급금 미지급형)
(간편)소액암진단특약(무배당, 해약환급금 미지급형)
(간편)고액암진단특약(무배당, 해약환급금 미지급형)
(간편)암진단특약80Plus(무배당, 해약환급금 미지급형)
(간편)소액암진단특약80Plus(무배당, 해약환급금 미지급형)
(간편)암진단특약(무배당, 갱신형)
(간편)소액암진단특약(무배당, 갱신형)

- 아래 "가", "나"에 포함된 특약 가입 시 "가", "나"에서 각 1개 이상의 특약을 의무적으로 선택하여 동시 가입하여야 함. 다만, "(무배당, 해약환급금 미지급형)" 특약으로만 동시 가입 시 선택한 특약의 보험기간은 모두 동일하여야 하며, "갱신형" 특약을 포함하여 동시 가입 시 "(무배당, 해약환급금 미지급형)" 특약의 보험기간은 주계약 보험기간과 동일한 경우에 한하여 가입 가능함
  가. (간편)암진단특약(무배당, 해약환급금 미지급형) 또는 (간편)암진단특약(무배당, 갱신형)
  나. (간편)소액암진단특약(무배당, 해약환급금 미지급형) 또는 (간편)소액암진단특약(무배당, 갱신형)
- (간편)암진단특약80Plus(무배당, 해약환급금 미지급형)과 (간편)소액암진단특약80Plus(무배당, 해약환급금 미지급형)은 주계약 보험기간을 종신으로 하여 동시 가입시에 한하여 가입 가능함
- (간편)고액암진단특약(무배당, 해약환급금 미지급형), (간편)통합암(전이포함)진단특약TC(무배당, 해약환급금 미지급형), (간편)전이암진단특약TC(무배당, 해약환급금 미지급형)은 상기 "가", "나"에서 각 1개 이상의 특약을 의무적으로 선택하여 동시 가입하여야 하며 보험기간 등 세부조건도 동일하게 선택하여야 함
- (간편)일반암진단특약Ⅱ(무배당, 해약환급금 미지급형), (간편)여성암진단특약(무배당, 해약환급금 미지급형), "[기본]소액암진단특약"(상기 "나"의 특약 중 보험종목 [기본])은 동시 가입시에 한하여 가입 가능함. 다만, "(무배당, 해약환급금 미지급형)" 특약으로만 동시 가입 시 선택한 특약의 보험기간은 모두 동일하여야 하며, "갱신형" 특약을 포함하여 동시 가입 시 "(무배당, 해약환급금 미지급형)" 특약의 보험기간은 주계약 보험기간과 동일한 경우에 한하여 가입 가능함
- (간편)종합병원고액암주요치료비특약(치료별 연간1회)(무배당, 해약환급금 미지급형), (간편)종합병원고액암주요치료비특약(치료별 연간1회)(무배당, 갱신형)은 (간편)종합병원암주요치료비특약(치료별 연간1회)(무배당, 해약환급금 미지급형) 또는 (간편)종합병원암주요치료비특약(치료별 연간1회)(무배당, 갱신형)과 동시 가입시에 한하여 가입 가능함. 다만, "(무배당, 해약환급금 미지급형)" 특약으로만 동시 가입 시 선택한 특약의 보험기간은 모두 동일하여야 하며, "갱신형" 특약을 포함하여 동시 가입 시 (간편)종합병원암주요치료비특약(치료별 연간1회)(무배당, 해약환급금 미지급형)의 보험기간은 주계약 보험기간과 동일하거나 종신으로 선택하여 동시 가입시에 한하여 가입 가능함
- (간편)암주요치료비특약(항암호르몬약물)(연간1회)(무배당, 해약환급금 미지급형), (간편)암주요치료비특약(항암호르몬약물)(연간1회)(무배당, 갱신형)은 (간편)종합병원암주요치료비특약(치료별 연간1회)(무배당, 해약환급금 미지급형), (간편)종합병원암주요치료비특약(치료별 연간1회)(무배당, 갱신형), (간편)상급종합병원II암주요치료비특약(치료별 연간1회)(무배당, 해약환급금 미지급형) 또는 (간편)상급종합병원II암주요치료비특약(치료별 연간1회)(무배당, 갱신형)중 최소 1개 이상의 특약과 동시 가입시에 한하여 가입 가능함. 다만, "(무배당, 해약환급금 미지급형)" 특약으로만 동시 가입 시 선택한 특약의 보험기간은 모두 동일하여야 하며, "갱신형" 특약을 포함하여 동시 가입 시 (간편)종합병원암주요치료비특약(치료별 연간1회)(무배당, 해약환급금 미지급형) 또는 (간편)상급종합병원II암주요치료비특약(치료별 연간1회)(무배당, 해약환급금 미지급형)의 보험기간은 주계약 보험기간과 동일하거나 종신으로 선택하여 동시 가입시에 한하여 가입 가능함
- (간편)항암세기조절방사선치료특약(무배당, 갱신형), (간편)항암양성자방사선치료특약(무배당, 갱신형), (간편)항암중입자방사선치료특약(무배당, 해약환급금 미지급형), (간편)항암중입자방사선치료특약(무배당, 갱신형)은 (간편)항암

방사선치료특약(무배당, 해약환급금 미지급형)과 동시 가입시에 한하여 가입 가능함. 다만, "(무배당, 해약환급금 미지급형)" 특약으로만 동시 가입 시 선택한 특약의 보험기간은 모두 동일하여야 하며, "갱신형" 특약을 포함하여 동시 가입 시 (간편)항암방사선치료특약(무배당, 해약환급금 미지급형)의 보험기간은 주계약 보험기간과 동일하거나 종신으로 선택하여 동시 가입시에 한하여 가입 가능함

- (간편)전이암항암방사선치료특약TC(무배당, 해약환급금 미지급형)은 (간편)항암방사선치료특약(무배당, 해약환급금 미지급형)과 동일한 보험기간으로 동시 가입 시에 한하여 가입 가능함
- (간편)표적항암약물허가치료특약(무배당, 갱신형), (간편)카티(CAR-T)항암약물허가치료특약(무배당, 갱신형), (간편)항암호르몬약물허가치료특약(무배당, 갱신형)은 (간편)항암약물치료특약(무배당, 해약환급금 미지급형)의 보험기간을 주계약 보험기간과 동일하거나 종신으로 선택하여 동시 가입시에 한하여 가입 가능함
- (간편)전이암항암약물치료특약TC(무배당, 해약환급금 미지급형)은 (간편)항암약물치료특약(무배당, 해약환급금 미지급형)과 동일한 보험기간으로 동시 가입 시에 한하여 가입 가능함
- (간편)요양병원암입원특약(무배당, 해약환급금 미지급형)은 (간편)암직접치료입원특약(무배당, 해약환급금 미지급형)과 동일한 보험기간으로 동시 가입 시에 한하여 가입 가능함
- 당뇨병(당화혈색소 7.5%이상)진단특약(무배당, 해약환급금 미지급형), 당뇨병(당화혈색소 7.5%이상)진단특약(무배당, 갱신형), 당뇨병(당화혈색소 8.5%이상)진단특약(무배당, 해약환급금 미지급형), 당뇨병(당화혈색소 8.5%이상)진단특약(무배당, 갱신형)은 당뇨병(당화혈색소 6.5%이상)진단특약(무배당, 해약환급금 미지급형) 또는 당뇨병(당화혈색소 6.5%이상)진단특약(무배당, 갱신형)과 동시 가입 시에 한하여 가입 가능함
- (간편)뇌혈관질환진단특약80Plus(무배당, 해약환급금 미지급형), (간편)허혈심장질환진단특약80Plus(무배당, 해약환급금 미지급형), (간편)[삭감없음용]뇌혈관·허혈심장질환진단특약80Plus(무배당, 해약환급금 미지급형)은 주계약의 보험기간이 종신인 경우에 한하여 가입 가능함
- 갱신형으로 구성된 「보험료납입면제대상계약」, 「올페이 대상계약」의 보험기간이 5년/10년/20년/30년 동시에 있을 경우, (간편)보험료납입면제특약(무배당, 갱신형), (간편)진심을품은일반암진단특약(무배당, 갱신형), (간편)두배로진심을품은일반암진단특약(무배당, 갱신형)도 보험기간 5년/10년/20년/30년으로 동시가입하여야 함
- (간편)보험료납입면제특약(무배당, 해약환급금 미지급형)을 가입할 경우, 「보험료납입면제대상계약」의 납입기간은 주계약 납입기간과 동일하여야 함((간편)보험료납입면제특약(무배당, 해약환급금 미지급형) 미가입 시 선택특약 보험료 납입기간은 주계약 보험료 납입기간 이내로 가입 가능)
- (간편)보험료납입면제특약(무배당, 갱신형)의 보험기간 및 보험료 납입기간은 "「보험료납입면제대상계약」의 보험료 납입기간"과 동일하여야 함
- (간편)보험료납입보조특약(무배당, 갱신형)의 "남녀특정암진단형", "소액암진단형"을 가입할 경우 보험기간이 5년인 갱신형 특약은 가입 불가함
- 갱신형으로 구성된 「보험료납입보조대상계약」의 보험기간이 10년/20년/30년 동시에 있을 경우, (간편)보험료납입보조특약(무배당, 갱신형)도 보험기간 10년/20년/30년으로 동시가입하여야 함
- (간편)보험료납입보조특약(무배당)을 가입할 경우, 「보험료납입보조대상계약」의 납입기간은 주계약 납입기간과 동일하여야 함((간편)보험료납입보조특약(무배당) 미가입 시 선택특약 보험료 납입기간은 주계약 보험료 납입기간 이내로 가입 가능)
- (간편)보험료납입보조특약(무배당, 갱신형)의 보험기간 및 보험료 납입기간은 "「보험료납입보조대상계약」의 보험료 납입기간"과 동일하여야 함
- (간편)진심을품은일반암진단Plus특약(무배당), (간편)두배로진심을품은일반암진단Plus특약(무배당)을 가입할 경우, 「올페이 대상계약」의 납입기간은 주계약 납입기간과 동일하여야 함((간편)진심을품은일반암진단Plus특약(무배당), (간편)두배로진심을품은일반암진단Plus특약(무배당) 미가입 시 선택특약 보험료 납입기간은 주계약 보험료 납입기간 이내로 가입 가능)
- (간편)진심을품은일반암진단특약(무배당, 갱신형), (간편)두배로진심을품은일반암진단특약(무배당, 갱신형)의 보험기간 및 보험료 납입기간은 "「올페이 대상계약」의 보험료 납입기간"과 동일하여야 함

- (간편)보험료납입면제특약(무배당, 해약환급금 미지급형)과 (간편)보험료납입면제특약(무배당, 갱신형)의 "50%장해납입면제형", "50%재해장해납입면제형", "일반암납입면제형", "뇌출혈납입면제형", "급성심근경색증납입면제형"을 가입할 경우, 동일한 보험종목으로 동시 가입 시에 한하여 가입 가능함
- (간편)보험료납입면제특약(무배당, 해약환급금 미지급형), (간편)보험료납입면제특약(무배당, 갱신형)의 각 보험종목은 중복 가입 가능함. 다만, 아래의 경우는 동시 가입 불가함.
  가. (간편)보험료납입면제특약(무배당, 해약환급금 미지급형), (간편)보험료납입면제특약(무배당, 갱신형) 의 "50%장해납입면제형", "50%재해장해납입면제형"은 동시 가입 불가함.
  나. (간편)보험료납입면제특약(무배당, 해약환급금 미지급형), (간편)보험료납입면제특약(무배당, 갱신형)의 "50%장해납입면제형", "50%재해장해납입면제형"과 "중등도이상치매납입면제형"은 동시 가입 불가함.
- 보험료납입면제특약(무배당, 해약환급금 미지급형)의 "중등도이상치매납입면제형"을 가입할 경우 갱신형 특약은 가입 불가함.
- (간편)보험료납입보조특약(무배당), (간편)보험료납입보조특약(무배당, 갱신형)의 "소액암진단형"을 가입할 경우 "남녀특정암진단형"을 함께 부가하여야 함.
- (간편)[소액암진단형]보험료납입보조특약(무배당), (간편)[소액암진단형]보험료납입보조특약(무배당, 갱신형), (간편)[남녀특정암진단형]보험료납입보조특약(무배당), (간편)[남녀특정암진단형]보험료납입보조특약(무배당, 갱신형) 가입 시, (간편)[일반암납입면제형]보험료납입면제특약(무배당, 해약환급금 미지급형), (간편)[일반암납입면제형]보험료납입면제특약(무배당, 갱신형)과 동시 가입 시에 한하여 가입 가능함
- (간편)진심을품은일반암진단Plus특약(무배당)과 (간편)두배로진심을품은일반암진단Plus특약(무배당)의 경우 중복으로 가입 불가함(1개의 보험종목만 선택하여 가입 가능)
- (간편)진심을품은일반암진단특약(무배당, 갱신형)과 (간편)두배로진심을품은일반암진단특약(무배당, 갱신형)의 경우 중복으로 가입 불가함(1개의 보험종목만 선택하여 가입 가능)

2. 보험금 지급내용

※ 보장관련 유의사항

- 뇌출혈을 보장하는 경우에는 재해로 인한 뇌출혈은 보장하지 않습니다(다만, 외상성뇌출혈을 보장하는 경우에는 재해로 인한 외상성뇌출혈을 보장합니다).
- 뇌졸중, 뇌경색증, 뇌혈관질환을 보장하는 경우 혈관성 치매 및 외상성 두개내 출혈로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.
- 특약의 암보장과 관련하여 이차성 암의 경우, 원발부위(최초 발생한 부위) 일차성 암을 기준으로 보장여부 및 보험금 지급액을 결정합니다. 다만, 해당 특약의 약관에서 달리 정한 사항이 있을 경우, 이를 우선 적용합니다.
  · C73[갑상선의 악성신생물(암)]이 림프절로 전이되어 C77[림프절의 이차성 및 상세불명의 악성신생물(암)]로 진단된 경우에도 C73[갑상선의 악성신생물(암)]으로 진단 확정된 것으로 봅니다.
  · C50[유방의 악성신생물(암)]이 폐로 전이되어 C78.0[폐의 이차성 악성신생물(암)]으로 진단된 경우에도 C50[유방의 악성신생물(암)]으로 진단 확정된 것으로 봅니다.
  · C16[위의 악성신생물(암)]이 뇌로 전이되어 C79.3[뇌 및 뇌막의 이차성 악성신생물(암)]으로 진단된 경우에도 C16[위의 악성신생물(암)]으로 진단 확정된 것으로 봅니다.
- 해당 상품에서 정한 보장여부 판단은 질병의 진단 및 재해 발생 당시의 한국표준질병·사인분류를 기준으로 하며, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 분류코드가 변경되더라도 해당 상품에서 보장하는 분류코드의 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
- 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 시행하는 법률을 적용합니다.
  (자세한 내용은 약관 "재해분류표" 또는 "질병 및 재해 분류표" 참조)

1. 주계약

구분	지급사유	지급금액
사망 보험금	보험기간 중 피보험자가 사망하였을 때	보험가입금액의 100% (다만, “간편심사형”에 한하여 계약일부터 2년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 “보험가입금액의 50%”를 지급함)
※ 2년 미만 : 계약일부터 2년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지		

주) 1. 보험기간 중 피보험자가 사망하거나 이 약관에서 정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그때부터 효력이 없습니다.

2. 주계약은 납입면제가 없습니다. 다만, 이 주계약의 보험료를 납입면제 할 수 있는 특약을 가입한 경우, 보험료 납입기간 중 피보험자가 해당 특약에서 정하는 기준에 따라 납입면제 사유에 해당되는 경우에는 차회 이후 주계약의 보험료 납입을 면제합니다.

3. 사망 당시에 이미 납입한 주계약 보험료가 주계약의 사망보험금을 초과하는 경우, 이미 납입한 주계약 보험료를 사망보험금으로 지급하여 드립니다.

2. 특약

- 특약 명칭의 “D”는 “피보험자가 특약보험기간 중 사망하여 소멸하는 경우 계약자적립액을 지급하지 않는 상품”을 의미함

◦ (간편)정기특약(무배당, 해약환급금 미지급형)

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

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

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

◦ (간편)정기특약(무배당, 갱신형)

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

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

◦ (간편)재해사망특약D(무배당, 해약환급금 미지급형)

구분	지급사유	지급금액
재해사망 보험금	특약보험기간 중 피보험자가 재해를 직접적인 원인으로 특약보험기간 중 사망하였을 경우	특약보험가입금액의 100%

주) 1.「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하였을 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.다만 , 특약보험기간 중 피보험자가 재해 이외의 원인으로 사망하여 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

◦ (간편)재해사망특약(무배당, 해약환급금 미지급형)

구분	지급사유	지급금액
재해사망 보험금	특약보험기간 중 피보험자가 재해를 직접적인 원인으로 특약보험기간 중 사망하였을 경우	특약보험가입금액의 100%

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

◦ (간편)[3-100%장해형]재해장해특약D(무배당, 해약환급금 미지급형)

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

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

2. 특약보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

◦ (간편)[3-100%장해형]재해장해특약(무배당, 해약환급금 미지급형)

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

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

◦ (간편)[3-100%장해형]질병장해특약D(무배당, 해약환급금 미지급형)

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

주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하였을 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
2. 보험금 지급사유의 "질병"은 재해 이외의 동일한 원인을 말합니다.
3. 특약보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

◦ (간편)[3-100%장해형]질병장해특약(무배당, 해약환급금 미지급형)

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

주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하였을 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 다만, 특약보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
2. 보험금 지급사유의 "질병"은 재해 이외의 동일한 원인을 말합니다.

◦ (간편)[3-100%장해형]질병장해특약(무배당, 갱신형)

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

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

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

◦ (간편)[기본]암진단특약D(무배당, 해약환급금 미지급형)

[일반암진단 보장계약]

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

주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망」하거나 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 또한, 각 보장계약에 대한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우 각 보장계약에 한하여 그 때부터 효력이 없습니다.

2. 특약보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

3. “암” 및 “중증 갑상선암” 보장개시일은 계약일[부활(효력회복)일]부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다

4. 이 특약의 “암”은 「기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암」을 제외하며, “「여성유방암 및 전립선암」이외의 암”이라 함은 “암” 중에서 「여성유방암 및 전립선암」을 제외한 “암”을 말합니다.

5. 이 특약의 “중증 갑상선암”은 “갑상선암”에 해당하는 질병 중 "수질성암(Medullary carcinoma)" 또는 "역형성암(Anaplastic carcinoma)"에 해당하는 질병을 말합니다.

[남녀특정암진단 보장계약]

구분	지급사유	지급금액
여성유방암 진단급여금	특약보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 "여성유방암"으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	- 계약일부터 2년 미만 : 특약보험가입금액의 50% - 계약일부터 2년 이상 4년 미만 : 특약보험가입금액의 75% - 계약일부터 4년 이상 : 특약보험가입금액의 100%
전립선암 진단급여금	특약보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 "전립선암"으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	- 계약일부터 2년 미만 : 특약보험가입금액의 50% - 계약일부터 2년 이상 4년 미만 : 특약보험가입금액의 75% - 계약일부터 4년 이상 : 특약보험가입금액의 100%

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

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

주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망」하거나 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 또한, 각 보장계약에 대한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우 각 보장계약에 한하여 그 때부터 효력이 없습니다.

2. 특약보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

3. 암보장개시일은 계약일[부활(효력회복)일]부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.

4. 이 특약의 "암"은 「기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암」을 제외한 "암"을 말합니다.

◦ (간편)[기본]암진단특약(무배당, 해약환급금 미지급형)

[일반암진단 보장계약]

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

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

2. “암” 및 “중증 갑상선암” 보장개시일은 계약일[부활(효력회복)일]부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다

3. 이 특약의 “암”은 「기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암」을 제외하며, “「여성유방암 및 전립선암」이외의 암”이라 함은 “암” 중에서 「여성유방암 및 전립선암」을 제외한 “암”을 말합니다.

4. 이 특약의 “중증 갑상선암”은 “갑상선암”에 해당하는 질병 중 "수질성암(Medullary carcinoma)" 또는 "역형성암(Anaplastic carcinoma)"에 해당하는 질병을 말합니다.

[남녀특정암진단 보장계약]

구분	지급사유	지급금액
여성유방암 진단급여금	특약보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 "여성유방암"으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	- 계약일부터 2년 미만 : 특약보험가입금액의 50% - 계약일부터 2년 이상 4년 미만 : 특약보험가입금액의 75% - 계약일부터 4년 이상 : 특약보험가입금액의 100%
전립선암 진단급여금	특약보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 "전립선암"으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	- 계약일부터 2년 미만 : 특약보험가입금액의 50% - 계약일부터 2년 이상 4년 미만 : 특약보험가입금액의 75% - 계약일부터 4년 이상 : 특약보험가입금액의 100%

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

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

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

2. 암보장개시일은 계약일[부활(효력회복)일]부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.

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

◦ (간편)[기본]고액암진단특약D(무배당, 해약환급금 미지급형)

구분	지급사유	지급금액
고액암 진단급여금	특약보험기간 중 피보험자가 고액암보장개시일 이후에 “고액암”으로 진단 확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 50%”를 지급함)

※ 1년 미만 : 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지
※ 고액암 : 백혈병, 뇌암, 골수암, 췌장암 등

주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하거나 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.

2. 특약보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

3. “고액암보장개시일”은 계약일[부활(효력회복)일]부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.

◦ (간편)[기본]고액암진단특약(무배당, 해약환급금 미지급형)

구분	지급사유	지급금액
고액암 진단급여금	특약보험기간 중 피보험자가 고액암보장개시일 이후에 “고액암”으로 진단 확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 50%”를 지급함)

※ 1년 미만 : 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지
※ 고액암 : 백혈병, 뇌암, 골수암, 췌장암 등

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

2. “고액암보장개시일”은 계약일[부활(효력회복)일]부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.

◦ (간편)[기본]소액암진단특약D(무배당, 해약환급금 미지급형)

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

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

주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하거나 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.

2. 이 특약의 “중증 갑상선암”은 “갑상선암”에 해당하는 질병 중 "수질성암(Medullary carcinoma)" 또는 "역형성암(Anaplastic carcinoma)"에 해당하는 질병을 말하며, "중증 이외 갑상선암"이라 함은 "갑상선암"에 해당하는 질병 중 "중증 갑상선암"을 제외한 나머지 갑상선암을 말합니다.

3. 특약보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

◦ (간편)[기본]소액암진단특약(무배당, 해약환급금 미지급형)

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

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

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

2. 이 특약의 “중증 갑상선암”은 “갑상선암”에 해당하는 질병 중 "수질성암(Medullary carcinoma)" 또는 "역형성암(Anaplastic carcinoma)"에 해당하는 질병을 말하며, "중증 이외 갑상선암"이라 함은 "갑상선암"에 해당하는 질병 중 "중증 갑상선암"을 제외한 나머지 갑상선암을 말합니다.

◦ (간편)[삭감없음용]암진단특약D(무배당, 해약환급금 미지급형)

[일반암진단 보장계약]

구분	지급사유	지급금액
일반암진단 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 “암” 및 “중증 갑상선암” 보장개시일 이후에 “「여성유방암 및 전립선암」 이외의 암” 또는 “중증 갑상선암”으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100%

주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망」하거나 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 또한, 각 보장계약에 대한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우 각 보장계약에 한하여 그 때부터 효력이 없습니다.

2. 특약보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

3. “암” 및 “중증 갑상선암” 보장개시일은 계약일[부활(효력회복)일]부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다

4. 이 특약의 “암”은 「기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암」을 제외하며, “「여성유방암 및 전립선암」이외의 암”이라 함은 “암” 중에서 「여성유방암 및 전립선암」을 제외한 “암”을 말합니다.

5. 이 특약의 “중증 갑상선암”은 “갑상선암”에 해당하는 질병 중 "수질성암(Medullary carcinoma)" 또는 "역형성암(Anaplastic carcinoma)"에 해당하는 질병을 말합니다.

[남녀특정암진단 보장계약]

구분	지급사유	지급금액
여성유방암 진단급여금	특약보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 “여성유방암”으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100%
전립선암 진단급여금	특약보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 “전립선암”으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100%

주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망」하거나 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 또한, 각 보장계약에 대한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우 각 보장계약에 한하여 그 때부터 효력이 없습니다.

2. 특약보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

3. 암보장개시일은 계약일[부활(효력회복)일]부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.

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

◦ (간편)[삭감없음용]암진단특약(무배당, 해약환급금 미지급형)

[일반암진단 보장계약]

구분	지급사유	지급금액
일반암진단 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 “암” 및 “중증 갑상선암” 보장개시일 이후에 “「여성유방암 및 전립선암」 이외의 암” 또는 “중증 갑상선암”으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100%

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

2. “암” 및 “중증 갑상선암” 보장개시일은 계약일[부활(효력회복)일]부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다

3. 이 특약의 “암”은 「기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암」을 제외하며, “「여성유방암 및 전립선암」이외의 암”이라 함은 “암” 중에서 「여성유방암 및 전립선암」을 제외한 “암”을 말합니다.

4. 이 특약의 “중증 갑상선암”은 “갑상선암”에 해당하는 질병 중 "수질성암(Medullary carcinoma)" 또는 "역형성암(Anaplastic carcinoma)"에 해당하는 질병을 말합니다.

[남녀특정암진단 보장계약]

구분	지급사유	지급금액
여성유방암 진단급여금	특약보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 “여성유방암”으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100%
전립선암 진단급여금	특약보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 “전립선암”으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100%

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

2. 암보장개시일은 계약일[부활(효력회복)일]부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.

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

◦ (간편)[삭감없음용]고액암진단특약D(무배당, 해약환급금 미지급형)

구분	지급사유	지급금액
고액암 진단급여금	특약보험기간 중 피보험자가 고액암보장개시일 이후에 "고액암"으로 진단 확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100%

※ 고액암 : 백혈병, 뇌암, 골수암, 췌장암 등

주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하거나 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.

2. 특약보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

3. "고액암보장개시일"은 계약일[부활(효력회복)일]부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.

◦ (간편)[삭감없음용]고액암진단특약(무배당, 해약환급금 미지급형)

구분	지급사유	지급금액
고액암 진단급여금	특약보험기간 중 피보험자가 고액암보장개시일 이후에 "고액암"으로 진단 확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100%

※ 고액암 : 백혈병, 뇌암, 골수암, 췌장암 등

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

2. “고액암보장개시일”은 계약일[부활(효력회복)일]부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.

◦ (간편)[삭감없음용]소액암진단특약D(무배당, 해약환급금 미지급형)

구분	지급사유	지급금액
소액암 진단급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 “기타피부암”, “중증이외 갑상선암”, “제자리암”, “경계성종양”, “대장점막내암” 또는 “비침습방광암”으로 진단확정 되었을 때 (다만, 각각 최초1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100%

주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하거나 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.

2. 이 특약의 “중증 갑상선암”은 “갑상선암”에 해당하는 질병 중 "수질성암(Medullary carcinoma)" 또는 "역형성암(Anaplastic carcinoma)"에 해당하는 질병을 말하며, "중증 이외 갑상선암"이라 함은 "갑상선암"에 해당하는 질병 중 "중증 갑상선암"을 제외한 나머지 갑상선암을 말합니다.

3. 특약보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

◦ (간편)[삭감없음용]소액암진단특약(무배당, 해약환급금 미지급형)

구분	지급사유	지급금액
소액암 진단급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 “기타피부암”, “중증이외 갑상선암”, “제자리암”, “경계성종양”, “대장점막내암” 또는 “비침습방광암”으로 진단확정 되었을 때 (다만, 각각 최초1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100%

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

2. 이 특약의 “중증 갑상선암”은 “갑상선암”에 해당하는 질병 중 "수질성암(Medullary carcinoma)" 또는 "역형성암(Anaplastic carcinoma)"에 해당하는 질병을 말하며, "중증 이외 갑상선암"이라 함은 "갑상선암"에 해당하는 질병 중 "중증 갑상선암"을 제외한 나머지 갑상선암을 말합니다.

◦ (간편)[기본]암진단특약80PlusD(무배당, 해약환급금 미지급형)

□ 보장형 계약

가. 일반암진단 보장계약

구분	지급사유	지급금액
일반암진단 급여금	보장형 계약의 보험기간 중 피보험자가 “암” 및 “중증 갑상선암” 보장개시일 이후에 “「여성유방암 및 전립선암」 이외의 암” 또는 “중증 갑상선암”으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 50%”를 지급함)
※ 1년 미만 : 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지		

주) 1. 「이 특약의 피보험자가 보장형 계약의 보험기간 중 사망」하거나 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 또한, 각 보장계약에 대한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우 각 보장계약에 한하여 그 때부터 효력이 없습니다.

2. 보장형 계약의 보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

3. 보장형 계약의 “암” 및 “중증 갑상선암” 보장개시일은 계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우 부활(효력회복)일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.

4. 이 특약의 “암”은 「기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암」을 제외하며, “「여성유방암 및 전립선암」이외의 암”이라 함은 “암” 중에서 「여성유방암 및 전립선암」을 제외한 “암”을 말합니다.

5. 이 특약의 “중증 갑상선암”은 “갑상선암”에 해당하는 질병 중 "수질성암(Medullary carcinoma)" 또는 "역형성암(Anaplastic carcinoma)"에 해당하는 질병을 말합니다.

나. 남녀특정암진단 보장계약

구분	지급사유	지급금액
여성유방암 진단급여금	보장형 계약의 보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 “여성유방암”으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	- 계약일부터 2년 미만 : 특약보험가입금액의 50% - 계약일부터 2년 이상 4년 미만 : 특약보험가입금액의 75% - 계약일부터 4년 이상 : 특약보험가입금액의 100%
전립선암 진단급여금	보장형 계약의 보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 “전립선암”으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	- 계약일부터 2년 미만 : 특약보험가입금액의 50% - 계약일부터 2년 이상 4년 미만 : 특약보험가입금액의 75% - 계약일부터 4년 이상 : 특약보험가입금액의 100%

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

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

주) 1. 「이 특약의 피보험자가 보장형 계약의 보험기간 중 사망」하거나 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 또한, 각 보장계약에 대한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우 각 보장계약에 한하여 그 때부터 효력이 없습니다.

2. 보장형 계약의 보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

3. 보장형 계약의 암보장개시일은 계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우 부활(효력회복)일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.

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

□ 연장형 계약

가. 일반암진단 보장계약

구분	지급사유	지급금액
일반암진단 급여금	연장형 계약의 보험기간 중 피보험자가 “암” 및 “중증 갑상선암” 보장개시일 이후에 “「여성유방암 및 전립선암」 이외의 암” 또는 “중증 갑상선암”으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100%

주) 1. 「이 특약의 피보험자가 연장형 계약의 보험기간 중 사망」하거나 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 또한, 각 보장계약에 대한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우 각 보장계약에 한하여 그 때부터 효력이 없습니다.

2. 연장형 계약의 보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

3. 연장형 계약의 “암” 및 “중증 갑상선암” 보장개시일은 연장형 계약의 전환일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우 부활(효력회복)일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.

4. 이 특약의 “암”은 「기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암」을 제외하며, “「여성유방암 및 전립선암」이외의 암”이라 함은 “암” 중에서 「여성유방암 및 전립선암」을 제외한 “암”을 말합니다.

5. 이 특약의 “중증 갑상선암”은 “갑상선암”에 해당하는 질병 중 "수질성암(Medullary carcinoma)" 또는 "역형성암(Anaplastic carcinoma)"에 해당하는 질병을 말합니다.

나. 남녀특정암진단 보장계약

구분	지급사유	지급금액
여성유방암 진단급여금	연장형 계약의 보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 “여성유방암”으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100%
전립선암 진단급여금	연장형 계약의 보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 “전립선암”으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100%

주) 1. 「이 특약의 피보험자가 연장형 계약의 보험기간 중 사망」하거나 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 또한, 각 보장계약에 대한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우 각 보장계약에 한하여 그 때부터 효력이 없습니다.

2. 연장형 계약의 보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

3. 연장형 계약의 암보장개시일은 연장형 계약의 전환일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우 부활(효력회복)일부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.

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

◦ (간편)[기본]암진단특약80Plus(무배당, 해약환급금 미지급형)

□ 보장형 계약

가. 일반암진단 보장계약

구분	지급사유	지급금액
일반암진단 급여금	보장형 계약의 보험기간 중 피보험자가 “암” 및 “중증 갑상선암” 보장개시일 이후에 “「여성유방암 및 전립선암」 이외의 암” 또는 “중증 갑상선암”으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 50%”를 지급함)
※ 1년 미만 : 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지		

주) 1. 「이 특약의 피보험자가 보장형 계약의 보험기간 중 사망」하거나 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 또한, 각 보장계약에 대한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우 각 보장계약에 한하여 그 때부터 효력이 없습니다. 다만, 보장형 계약의 보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

2. 보장형 계약의 “암” 및 “중증 갑상선암” 보장개시일은 계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우 부활(효력회복)일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.

3. 이 특약의 “암”은 「기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암」을 제외하며, “「여성유방암 및 전립선암」이외의 암”이라 함은 “암” 중에서 「여성유방암 및 전립선암」을 제외한 “암”을 말합니다.

4. 이 특약의 “중증 갑상선암”은 “갑상선암”에 해당하는 질병 중 "수질성암(Medullary carcinoma)" 또는 "역형성암(Anaplastic carcinoma)"에 해당하는 질병을 말합니다.

나. 남녀특정암진단 보장계약

구분	지급사유	지급금액
여성유방암 진단급여금	보장형 계약의 보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 “여성유방암”으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	- 계약일부터 2년 미만 : 특약보험가입금액의 50% - 계약일부터 2년 이상 4년 미만 : 특약보험가입금액의 75% - 계약일부터 4년 이상 : 특약보험가입금액의 100%
전립선암 진단급여금	보장형 계약의 보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 “전립선암”으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	- 계약일부터 2년 미만 : 특약보험가입금액의 50% - 계약일부터 2년 이상 4년 미만 : 특약보험가입금액의 75% - 계약일부터 4년 이상 : 특약보험가입금액의 100%

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

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

주) 1. 「이 특약의 피보험자가 보장형 계약의 보험기간 중 사망」하거나 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 또한, 각 보장계약에 대한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우 각 보장계약에 한하여 그 때부터 효력이 없습니다. 다만, 보장형 계약의 보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

2. 보장형 계약의 암보장개시일은 계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우 부활(효력회복)일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.

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

□ 연장형 계약

가. 일반암진단 보장계약

구분	지급사유	지급금액
일반암진단 급여금	연장형 계약의 보험기간 중 피보험자가 “암” 및 “중증 갑상선암” 보장개시일 이후에 “「여성유방암 및 전립선암」 이외의 암” 또는 “중증 갑상선암”으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100%

주) 1. 「이 특약의 피보험자가 연장형 계약의 보험기간 중 사망」하거나 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 또한, 각 보장계약에 대한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우 각 보장계약에 한하여 그 때부터 효력이 없습니다. 다만, 연장형 계약의 보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

2. 연장형 계약의 “암” 및 “중증 갑상선암” 보장개시일은 연장형 계약의 전환일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우 부활(효력회복)일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.

3. 이 특약의 “암”은 「기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암」을 제외하며, “「여성유방암 및 전립선암」이외의 암”이라 함은 “암” 중에서 「여성유방암 및 전립선암」을 제외한 “암”을 말합니다.

4. 이 특약의 “중증 갑상선암”은 “갑상선암”에 해당하는 질병 중 "수질성암(Medullary carcinoma)" 또는 "역형성암(Anaplastic carcinoma)"에 해당하는 질병을 말합니다.

나. 남녀특정암진단 보장계약

구분	지급사유	지급금액
여성유방암 진단급여금	연장형 계약의 보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 “여성유방암”으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100%
전립선암 진단급여금	연장형 계약의 보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 “전립선암”으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100%

주) 1. 「이 특약의 피보험자가 연장형 계약의 보험기간 중 사망」하거나 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 또한, 각 보장계약에 대한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우 각 보장계약에 한하여 그 때부터 효력이 없습니다. 다만, 연장형 계약의 보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

2. 연장형 계약의 암보장개시일은 연장형 계약의 전환일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우 부활(효력회복)일부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.

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

◦ (간편)[기본]소액암진단특약80PlusD(무배당, 해약환급금 미지급형)

[보장형 계약]

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

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

주) 1. 「이 특약의 피보험자가 보장형 계약의 보험기간 중 사망하거나 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.

2. 이 특약의 “중증 갑상선암”은 “갑상선암”에 해당하는 질병 중 "수질성암(Medullary carcinoma)" 또는 "역형성암(Anaplastic carcinoma)"에 해당하는 질병을 말하며, "중증 이외 갑상선암"이라 함은 "갑상선암"에 해당하는 질병 중 "중증 갑상선암"을 제외한 나머지 갑상선암을 말합니다.

3. 보장형 계약의 보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

[연장형 계약]

구분	지급사유	지급금액
소액암 진단급여금	연장형 계약의 보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 “기타피부암”, “중증이외 갑상선암”, “제자리암”, “경계성종양”, “대장점막내암” 또는 “비침습방광암”으로 진단확정 되었을 때 (다만, 각각 최초1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100%

주) 1. 「이 특약의 피보험자가 연장형 계약의 보험기간 중 사망하거나 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.

2. 이 특약의 “중증 갑상선암”은 “갑상선암”에 해당하는 질병 중 "수질성암(Medullary carcinoma)" 또는 "역형성암(Anaplastic carcinoma)"에 해당하는 질병을 말하며, "중증 이외 갑상선암"이라 함은 "갑상선암"에 해당하는 질병 중 "중증 갑상선암"을 제외한 나머지 갑상선암을 말합니다.

3. 연장형 계약의 보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

◦ (간편)[기본]소액암진단특약80Plus(무배당, 해약환급금 미지급형)

[보장형 계약]

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

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

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

2. 이 특약의 “중증 갑상선암”은 “갑상선암”에 해당하는 질병 중 "수질성암(Medullary carcinoma)" 또는 "역형성암(Anaplastic carcinoma)"에 해당하는 질병을 말하며, "중증 이외 갑상선암"이라 함은 "갑상선암"에 해당하는 질병 중 "중증 갑상선암"을 제외한 나머지 갑상선암을 말합니다.

[연장형 계약]

구분	지급사유	지급금액
소액암 진단급여금	연장형 계약의 보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 “기타피부암”, “중증이외 갑상선암”, “제자리암”, “경계성종양”, “대장점막내암” 또는 “비침습방광암”으로 진단확정 되었을 때 (다만, 각각 최초1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100%

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

2. 이 특약의 “중증 갑상선암”은 “갑상선암”에 해당하는 질병 중 "수질성암(Medullary carcinoma)" 또는 "역형성암(Anaplastic carcinoma)"에 해당하는 질병을 말하며, "중증 이외 갑상선암"이라 함은 "갑상선암"에 해당하는 질병 중 "중증 갑상선암"을 제외한 나머지 갑상선암을 말합니다.

◦ (간편)[삭감없음용]암진단특약80PlusD(무배당, 해약환급금 미지급형)

□ 보장형 계약

가. 일반암진단 보장계약

구분	지급사유	지급금액
일반암진단 급여금	보장형 계약의 보험기간 중 피보험자가 “암” 및 “중증 갑상선암” 보장개시일 이후에 “「여성유방암 및 전립선암」 이외의 암” 또는 “중증 갑상선암”으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100%

주) 1. 「이 특약의 피보험자가 보장형 계약의 보험기간 중 사망」하거나 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 또한, 각 보장계약에 대한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우 각 보장계약에 한하여 그 때부터 효력이 없습니다.

2. 보장형 계약의 보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

3. 보장형 계약의 “암” 및 “중증 갑상선암” 보장개시일은 계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우 부활(효력회복)일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.

4. 이 특약의 “암”은 「기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암」을 제외하며, “「여성유방암 및 전립선암」이외의 암”이라 함은 “암” 중에서 「여성유방암 및 전립선암」을 제외한 “암”을 말합니다.

5. 이 특약의 “중증 갑상선암”은 “갑상선암”에 해당하는 질병 중 "수질성암(Medullary carcinoma)" 또는 "역형성암(Anaplastic carcinoma)"에 해당하는 질병을 말합니다.

나. 남녀특정암진단 보장계약

구분	지급사유	지급금액
여성유방암 진단급여금	보장형 계약의 보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 “여성유방암”으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100%
전립선암 진단급여금	보장형 계약의 보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 “전립선암”으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100%

주) 1. 「이 특약의 피보험자가 보장형 계약의 보험기간 중 사망」하거나 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 또한, 각 보장계약에 대한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우 각 보장계약에 한하여 그 때부터 효력이 없습니다.

2. 보장형 계약의 보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

3. 보장형 계약의 암보장개시일은 계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우 부활(효력회복)일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.

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

□ 연장형 계약

가. 일반암진단 보장계약

구분	지급사유	지급금액
일반암진단 급여금	연장형 계약의 보험기간 중 피보험자가 “암” 및 “중증 갑상선암” 보장개시일 이후에 “「여성유방암 및 전립선암」 이외의 암” 또는 “중증 갑상선암”으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100%

주) 1. 「이 특약의 피보험자가 연장형 계약의 보험기간 중 사망」하거나 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 또한, 각 보장계약에 대한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우 각 보장계약에 한하여 그 때부터 효력이 없습니다.

2. 연장형 계약의 보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

3. 연장형 계약의 “암” 및 “중증 갑상선암” 보장개시일은 연장형 계약의 전환일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우 부활(효력회복)일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.

4. 이 특약의 “암”은 「기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암」을 제외하며, “「여성유방암 및 전립선암」이외의 암”이라 함은 “암” 중에서 「여성유방암 및 전립선암」을 제외한 “암”을 말합니다.

5. 이 특약의 “중증 갑상선암”은 “갑상선암”에 해당하는 질병 중 "수질성암(Medullary carcinoma)" 또는 "역형성암(Anaplastic carcinoma)"에 해당하는 질병을 말합니다.

나. 남녀특정암진단 보장계약

구분	지급사유	지급금액
여성유방암 진단급여금	연장형 계약의 보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 “여성유방암”으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100%
전립선암 진단급여금	연장형 계약의 보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 “전립선암”으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100%

주) 1. 「이 특약의 피보험자가 연장형 계약의 보험기간 중 사망」하거나 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 또한, 각 보장계약에 대한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우 각 보장계약에 한하여 그 때부터 효력이 없습니다.

2. 연장형 계약의 보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

3. 연장형 계약의 암보장개시일은 연장형 계약의 전환일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우 부활(효력회복)일부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.

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

◦ (간편)[삭감없음용]암진단특약80Plus(무배당, 해약환급금 미지급형)

□ 보장형 계약

가. 일반암진단 보장계약

구분	지급사유	지급금액
일반암진단 급여금	보장형 계약의 보험기간 중 피보험자가 “암” 및 “중증 갑상선암” 보장개시일 이후에 “「여성유방암 및 전립선암」 이외의 암” 또는 “중증 갑상선암”으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100%

주) 1. 「이 특약의 피보험자가 보장형 계약의 보험기간 중 사망」하거나 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 또한, 각 보장계약에 대한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우 각 보장계약에 한하여 그 때부터 효력이 없습니다. 다만, 보장형 계약의 보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

2. 보장형 계약의 “암” 및 “중증 갑상선암” 보장개시일은 계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우 부활(효력회복)일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.

3. 이 특약의 “암”은 「기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암」을 제외하며, “「여성유방암 및 전립선암」이외의 암”이라 함은 “암” 중에서 「여성유방암 및 전립선암」을 제외한 “암”을 말합니다.

4. 이 특약의 “중증 갑상선암”은 “갑상선암”에 해당하는 질병 중 "수질성암(Medullary carcinoma)" 또는 "역형성암(Anaplastic carcinoma)"에 해당하는 질병을 말합니다.

나. 남녀특정암진단 보장계약

구분	지급사유	지급금액
여성유방암 진단급여금	보장형 계약의 보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 “여성유방암”으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100%
전립선암 진단급여금	보장형 계약의 보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 “전립선암”으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100%

주) 1. 「이 특약의 피보험자가 보장형 계약의 보험기간 중 사망」하거나 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 또한, 각 보장계약에 대한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우 각 보장계약에 한하여 그 때부터 효력이 없습니다. 다만, 보장형 계약의 보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

2. 보장형 계약의 암보장개시일은 계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우 부활(효력회복)일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.

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

□ 연장형 계약

가. 일반암진단 보장계약

구분	지급사유	지급금액
일반암진단 급여금	연장형 계약의 보험기간 중 피보험자가 “암” 및 “중증 갑상선암” 보장개시일 이후에 “「여성유방암 및 전립선암」 이외의 암” 또는 “중증 갑상선암”으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100%

주) 1. 「이 특약의 피보험자가 연장형 계약의 보험기간 중 사망」하거나 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 또한, 각 보장계약에 대한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우 각 보장계약에 한하여 그 때부터 효력이 없습니다. 다만, 연장형 계약의 보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

2. 연장형 계약의 “암” 및 “중증 갑상선암” 보장개시일은 연장형 계약의 전환일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우 부활(효력회복)일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.

3. 이 특약의 “암”은 「기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암」을 제외하며, “「여성유방암 및 전립선암」이외의 암”이라 함은 “암” 중에서 「여성유방암 및 전립선암」을 제외한 “암”을 말합니다.

4. 이 특약의 “중증 갑상선암”은 “갑상선암”에 해당하는 질병 중 "수질성암(Medullary carcinoma)" 또는 "역형성암(Anaplastic carcinoma)"에 해당하는 질병을 말합니다.

나. 남녀특정암진단 보장계약

구분	지급사유	지급금액
여성유방암 진단급여금	연장형 계약의 보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 “여성유방암”으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100%
전립선암 진단급여금	연장형 계약의 보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 “전립선암”으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100%

주) 1. 「이 특약의 피보험자가 연장형 계약의 보험기간 중 사망」하거나 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 또한, 각 보장계약에 대한 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우 각 보장계약에 한하여 그 때부터 효력이 없습니다. 다만, 연장형 계약의 보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

2. 연장형 계약의 암보장개시일은 연장형 계약의 전환일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우 부활(효력회복)일부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.

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

◦ (간편)[삭감없음용]소액암진단특약80PlusD(무배당, 해약환급금 미지급형)
[보장형 계약]

구분	지급사유	지급금액
소액암 진단급여금	보장형 계약의 보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 “기타피부암”, “중증이외 갑상선암”, “제자리암”, “경계성종양”, “대장점막내암” 또는 “비침습방광암”으로 진단확정 되었을 때 (다만, 각각 최초1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100%

주) 1. 「이 특약의 피보험자가 보장형 계약의 보험기간 중 사망하거나 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.

2. 이 특약의 “중증 갑상선암”은 “갑상선암”에 해당하는 질병 중 "수질성암(Medullary carcinoma)" 또는 "역형성암(Anaplastic carcinoma)"에 해당하는 질병을 말하며, "중증 이외 갑상선암"이라 함은 "갑상선암"에 해당하는 질병 중 "중증 갑상선암"을 제외한 나머지 갑상선암을 말합니다.

3. 보장형 계약의 보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

[연장형 계약]

구분	지급사유	지급금액
소액암 진단급여금	연장형 계약의 보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 “기타피부암”, “중증이외 갑상선암”, “제자리암”, “경계성종양”, “대장점막내암” 또는 “비침습방광암”으로 진단확정 되었을 때 (다만, 각각 최초1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100%

주) 1. 「이 특약의 피보험자가 연장형 계약의 보험기간 중 사망하거나 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.

2. 이 특약의 “중증 갑상선암”은 “갑상선암”에 해당하는 질병 중 "수질성암(Medullary carcinoma)" 또는 "역형성암(Anaplastic carcinoma)"에 해당하는 질병을 말하며, "중증 이외 갑상선암"이라 함은 "갑상선암"에 해당하는 질병 중 "중증 갑상선암"을 제외한 나머지 갑상선암을 말합니다.

3. 연장형 계약의 보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

◦ (간편)[삭감없음용]소액암진단특약80Plus(무배당, 해약환급금 미지급형)
[보장형 계약]

구분	지급사유	지급금액
소액암 진단급여금	보장형 계약의 보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 “기타피부암”, “중증이외 갑상선암”, “제자리암”, “경계성종양”, “대장점막내암” 또는 “비침습방광암”으로 진단확정 되었을 때 (다만, 각각 최초1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100%

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

2. 이 특약의 “중증 갑상선암”은 “갑상선암”에 해당하는 질병 중 "수질성암(Medullary carcinoma)" 또는 "역형성암(Anaplastic carcinoma)"에 해당하는 질병을 말하며, "중증 이외 갑상선암"이라 함은 "갑상선암"에 해당하는 질병 중 "중증 갑상선암"을 제외한 나머지 갑상선암을 말합니다.

[연장형 계약]

구분	지급사유	지급금액
소액암 진단급여금	연장형 계약의 보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 “기타피부암”, “중증이외 갑상선암”, “제자리암”, “경계성종양”, “대장점막내암” 또는 “비침습방광암”으로 진단확정 되었을 때 (다만, 각각 최초1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100%

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

2. 이 특약의 “중증 갑상선암”은 “갑상선암”에 해당하는 질병 중 "수질성암(Medullary carcinoma)" 또는 "역형성암(Anaplastic carcinoma)"에 해당하는 질병을 말하며, "중증 이외 갑상선암"이라 함은 "갑상선암"에 해당하는 질병 중 "중증 갑상선암"을 제외한 나머지 갑상선암을 말합니다.

◦ (간편)일반암진단특약Ⅱ D(무배당, 해약환급금 미지급형)

구분	지급사유	지급금액
암진단 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 “암” 및 “중증 갑상선암” 보장개시일 이후에 “「여성암」 이외의 암” 또는 “중증 갑상선암”으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 50%”를 지급함)
※ 1년 미만 : 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지		

주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하거나 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.

2. 특약보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

3. “암” 및 “중증 갑상선암” 보장개시일은 계약일[부활(효력회복)일]부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.

4. 이 특약의 “암”은 「기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암」을 제외하며, “「여성암」 이외의 암”이라 함은 “암” 중에서 「여성암」을 제외한 “암”을 말합니다.

5. 이 특약의 “중증 갑상선암”은 “갑상선암”에 해당하는 질병 중 "수질성암(Medullary carcinoma)" 또는 "역형성암(Anaplastic carcinoma)"에 해당하는 질병을 말합니다.

◦ (간편)일반암진단특약Ⅱ(무배당, 해약환급금 미지급형)

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

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

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

2. “암” 및 “중증 갑상선암” 보장개시일은 계약일[부활(효력회복)일]부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.

3. 이 특약의 “암”은 「기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암」을 제외하며, “「여성암」 이외의 암”이라 함은 “암” 중에서 「여성암」을 제외한 “암”을 말합니다.

4. 이 특약의 “중증 갑상선암”은 “갑상선암”에 해당하는 질병 중 "수질성암(Medullary carcinoma)" 또는 "역형성암(Anaplastic carcinoma)"에 해당하는 질병을 말합니다.

◦ (간편)여성암진단특약D(무배당, 해약환급금 미지급형)

※ 1년 미만 : 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지
※「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하거나 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우」또는「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 또한, 이 특약의 피보험자에게 특약보험기간 중 각 보장계약에 대한 지급사유가 발생하였을 경우 각 보장계약에 한하여 그때부터 효력이 없습니다. 다만, 특약보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.
※ 암보장개시일은 계약일[부활(효력회복)일]부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.
※ 이 특약의 "암"은「기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암」을 제외한 "암"을 말합니다.

가. 유방암진단 보장계약

구분	지급사유	지급금액
유방암 진단급여금	특약보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 "유방암"으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 "특약보험가입금액의 50%"를 지급함)

나. 난소암진단 보장계약

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

다. 자궁암진단 보장계약

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

라. 특정여성생식기암진단 보장계약

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

◦ (간편)여성암진단특약(무배당, 해약환급금 미지급형)

※ 1년 미만 : 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지
※「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하거나 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우」또는「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 또한, 이 특약의 피보험자에게 특약보험기간 중 각 보장계약에 대한 지급사유가 발생하였을 경우 각 보장계약에 한하여 그때부터 효력이 없습니다. 다만, 특약보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
※ 암보장개시일은 계약일[부활(효력회복)일]부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.
※ 이 특약의 "암"은「기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암」을 제외한 "암"을 말합니다.

가. 유방암진단 보장계약

구분	지급사유	지급금액
유방암 진단급여금	특약보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 "유방암"으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 "특약보험가입금액의 50%"를 지급함)

나. 난소암진단 보장계약

구분	지급사유	지급금액
난소암 진단급여금	특약보험기간 중 피보험자가 암 보장개시일 이후에 “난소암”으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 50%”를 지급함)

다. 자궁암진단 보장계약

구분	지급사유	지급금액
자궁암 진단급여금	특약보험기간 중 피보험자가 암 보장개시일 이후에 “자궁암”으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 50%”를 지급함)

라. 특정여성생식기암진단 보장계약

구분	지급사유	지급금액
특정여성생식기암 진단급여금	특약보험기간 중 피보험자가 암 보장개시일 이후에 “특정여성생식기암”으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 50%”를 지급함)

◦ (간편)[기본]암진단특약(무배당, 갱신형)

[일반암진단 보장계약]

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

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

주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망」하거나 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 또한, 이 특약의 피보험자에게 특약보험기간 중 각 보장계약에 대한 지급사유가 발생하였을 경우 각 보장계약에 한하여 그때부터 효력이 없습니다. 다만, 특약보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

2. “암” 및 “중증 갑상선암” 보장개시일은 최초계약의 계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 하며 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.

3. 이 특약의 “암”은 「기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암」을 제외하며, “「여성유방암 및 전립선암」 이외의 암”이라 함은 “암” 중에서 “여성유방암” 및 “전립선암”을 제외한 “암”을 말합니다.

4. 이 특약의 “중증 갑상선암”은 “갑상선암”에 해당하는 질병 중 "수질성암(Medullary carcinoma)" 또는 "역형성암(Anaplastic carcinoma)"에 해당하는 질병을 말하며, "중증 이외 갑상선암"이라 함은 "갑상선암"에 해당하는 질병 중 "중증 갑상선암"을 제외한 나머지 갑상선암을 말합니다.

[남녀특정암진단 보장계약]

구분	지급사유	지급금액
여성유방암 진단급여금	특약보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 “여성유방암”으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	- 최초계약의 계약일부터 2년 미만: 특약보험가입금액의 50% - 최초계약의 계약일부터 2년 이상 4년 미만: 특약보험가입금액의 75% - 최초계약의 계약일부터 4년 이상: 특약보험가입금액의 100% - 갱신계약: 특약보험가입금액의 100%
전립선암 진단급여금	특약보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 “전립선암”으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	- 최초계약의 계약일부터 2년 미만: 특약보험가입금액의 50% - 최초계약의 계약일부터 2년 이상 4년 미만: 특약보험가입금액의 75% - 최초계약의 계약일부터 4년 이상: 특약보험가입금액의 100% - 갱신계약: 특약보험가입금액의 100%

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

주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망」하거나 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 또한, 이 특약의 피보험자에게 특약보험기간 중 각 보장계약에 대한 지급사유가 발생하였을 경우 각 보장계약에 한하여 그때부터 효력이 없습니다. 다만, 특약보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

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

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

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

◦ (간편)[기본]소액암진단특약(무배당, 갱신형)

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

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

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

2. 이 특약의 “중증 갑상선암”은 “갑상선암”에 해당하는 질병 중 "수질성암(Medullary carcinoma)" 또는 "역형성암(Anaplastic carcinoma)"에 해당하는 질병을 말하며, "중증 이외 갑상선암"이라 함은 "갑상선암"에 해당하는 질병 중 "중증 갑상선암"을 제외한 나머지 갑상선암을 말합니다.

◦ (간편)[삭감없음용]암진단특약(무배당, 갱신형)

[일반암진단 보장계약]

구분	지급사유	지급금액
일반암진단 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 “암” 및 “중증 갑상선암” 보장개시일 이후에 “「여성유방암 및 전립선암」 이외의 암” 또는 “중증 갑상선암”으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100%

주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망」하거나 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 또한, 이 특약의 피보험자에게 특약보험기간 중 각 보장계약에 대한 지급사유가 발생하였을 경우 각 보장계약에 한하여 그때부터 효력이 없습니다. 다만, 특약보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

2. “암” 및 “중증 갑상선암” 보장개시일은 최초계약의 계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 하며 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.

3. 이 특약의 “암”은 「기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암」을 제외하며, “「여성유방암 및 전립선암」 이외의 암”이라 함은 “암” 중에서 “여성유방암” 및 “전립선암”을 제외한 “암”을 말합니다.

4. 이 특약의 “중증 갑상선암”은 “갑상선암”에 해당하는 질병 중 "수질성암(Medullary carcinoma)" 또는 "역형성암(Anaplastic carcinoma)"에 해당하는 질병을 말하며, "중증 이외 갑상선암"이라 함은 "갑상선암"에 해당하는 질병 중 "중증 갑상선암"을 제외한 나머지 갑상선암을 말합니다.

[남녀특정암진단 보장계약]

구분	지급사유	지급금액
여성유방암 진단급여금	특약보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 “여성유방암”으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100%
전립선암 진단급여금	특약보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 “전립선암”으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100%

주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망」하거나 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 또한, 이 특약의 피보험자에게 특약보험기간 중 각 보장계약에 대한 지급사유가 발생하였을 경우 각 보장계약에 한하여 그때부터 효력이 없습니다. 다만, 특약보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

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

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

◦ (간편)[삭감없음용]소액암진단특약(무배당, 갱신형)

구분	지급사유	지급금액
소액암 진단급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 “기타피부암”, “중증이외 갑상선암”, “제자리암”, “경계성종양”, “대장점막내암” 또는 “비침습방광암”으로 진단확정 되었을 때 (다만, 각각 최초1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100%

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

2. 이 특약의 “중증 갑상선암”은 “갑상선암”에 해당하는 질병 중 "수질성암(Medullary carcinoma)" 또는 "역형성암(Anaplastic carcinoma)"에 해당하는 질병을 말하며, "중증 이외 갑상선암"이라 함은 "갑상선암"에 해당하는 질병 중 "중증 갑상선암"을 제외한 나머지 갑상선암을 말합니다.

◦ (간편)통합암(전이포함)진단특약TCD(무배당, 해약환급금 미지급형)

※ 1년 미만 : 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지
※ 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하였을 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 또한, 이 특약의 피보험자에게 특약보험기간 중 각 보장계약에 대한 지급사유가 발생하였을 경우 각 보장계약에 한하여 그때부터 효력이 없습니다.
※ 특약보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.
※ 특약보험료 납입기간 중 다음 중 어느 한 가지에 해당될 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.
1) 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우
다만, 주계약의 보험료 납입면제가 "보험료의 납입을 면제하는 특약"에 의해 납입면제가 된 경우 그 "보험료의 납입을 면제하는 특약"의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 해당 약관의 「보험료납입면제대상계약」에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.
2) 피보험자가 암보장개시일 이후 제2-1조의3(“납입면제의 대상이 되는 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)” 등의 정의 및 진단확정”) 제1항에서 정한 “납입면제의 대상이 되는 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)”으로 진단확정되었을 경우
※ 암보장개시일은 계약일[부활(효력회복)일]부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.

①두경부암(전이포함)

구분	지급사유	지급금액
두경부암(전이포함)진단 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 “두경부암(전이포함)”으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 50%”를 지급함)

②위암 및 식도암(전이포함)

구분	지급사유	지급금액
위암 및 식도암(전이포함)진단급여금	특약보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 “위암 및 식도암(전이포함)”으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 50%”를 지급함)

③소장·대장·항문암 및 기타암(전이포함)

구분	지급사유	지급금액
소장·대장·항문암 및 기타암(전이포함)진단급여금	특약보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 “소장·대장·항문암 및 기타암(전이포함)”으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 50%”를 지급함)

④간·담낭·담도암 및 췌장암(전이포함)

구분	지급사유	지급금액
간·담낭·담도암 및 췌장암(전이포함)진단급여금	특약보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 “간·담낭·담도암 및 췌장암(전이포함)”으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 50%”를 지급함)

⑤폐암(전이포함)

구분	지급사유	지급금액
폐암(전이포함)진단급여금	특약보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 “폐암(전이포함)”으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 50%”를 지급함)

⑥흉곽내기관·중피성암 및 연조직암(전이포함)

구분	지급사유	지급금액
흉곽내기관·중피성암 및 연조직암(전이포함)진단급여금	특약보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 “흉곽내기관·중피성암 및 연조직암(전이포함)”으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 50%”를 지급함)

⑦골·피부 등 전신부위암(전이포함)

구분	지급사유	지급금액
골·피부 등 전신부위암(전이포함)진단급여금	특약보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 “골·피부 등 전신부위암(전이포함)”으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 50%”를 지급함)

⑧유방·비뇨기관·부신암 및 내분비선암(전이포함)

구분	지급사유	지급금액
유방·비뇨기관·부신암 및 내분비선암(전이포함)진단급여금	특약보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 “유방·비뇨기관·부신암 및 내분비선암(전이포함)”으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 50%”를 지급함)

⑨남성/여성생식기암(전이포함)

구분	지급사유	지급금액
남성/여성생식기암(전이포함)진단급여금	특약보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 “남성/여성생식기암(전이포함)”으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 50%”를 지급함)

⑩뇌암 및 중추신경계통암(전이포함)

구분	지급사유	지급금액
뇌암 및 중추신경계통암(전이포함)진단급여금	특약보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 “뇌암 및 중추신경계통암(전이포함)”으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 50%”를 지급함)

⑪혈액암(전이포함)

구분	지급사유	지급금액
혈액암(전이포함) 진단급여금	특약보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 “혈액암(전이포함)”으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 50%”를 지급함)

◦ (간편)통합암(전이포함)진단특약TC(무배당, 해약환급금 미지급형)

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

※ 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하였을 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 또한, 이 특약의 피보험자에게 특약보험기간 중 각 보장계약에 대한 지급사유가 발생하였을 경우 각 보장계약에 한하여 그때부터 효력이 없습니다. 다만, 특약보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

※ 특약보험료 납입기간 중 다음 중 어느 한 가지에 해당될 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.

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

2) 피보험자가 암보장개시일 이후 제2-1조의3(“납입면제의 대상이 되는 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)” 등의 정의 및 진단확정”) 제1항에서 정한 “납입면제의 대상이 되는 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)”으로 진단확정되었을 경우

※ 암보장개시일은 계약일[부활(효력회복)일]부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.

①두경부암(전이포함)

구분	지급사유	지급금액
두경부암(전이포함)진단 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 “두경부암(전이포함)”으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 50%”를 지급함)

②위암 및 식도암(전이포함)

구분	지급사유	지급금액
위암 및 식도암(전이포함)진단급여금	특약보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 “위암 및 식도암(전이포함)”으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 50%”를 지급함)

③소장·대장·항문암 및 기타암(전이포함)

구분	지급사유	지급금액
소장·대장·항문암 및 기타암(전이포함)진단급여금	특약보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 “소장·대장·항문암 및 기타암(전이포함)”으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 50%”를 지급함)

④간·담낭·담도암 및 췌장암(전이포함)

구분	지급사유	지급금액
간·담낭·담도암 및 췌장암(전이포함)진단급여금	특약보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 “간·담낭·담도암 및 췌장암(전이포함)”으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 50%”를 지급함)

⑤폐암(전이포함)

구분	지급사유	지급금액
폐암(전이포함)진단급여금	특약보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 “폐암(전이포함)”으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 50%”를 지급함)

⑥흉곽내기관·중피성암 및 연조직암(전이포함)

구분	지급사유	지급금액
흉곽내기관·중피성암 및 연조직암(전이포함)진단급여금	특약보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 “흉곽내기관·중피성암 및 연조직암(전이포함)”으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 50%”를 지급함)

⑦골·피부 등 전신부위암(전이포함)

구분	지급사유	지급금액
골·피부 등 전신부위암(전이포함)진단급여금	특약보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 “골·피부 등 전신부위암(전이포함)”으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 50%”를 지급함)

⑧유방·비뇨기관·부신암 및 내분비선암(전이포함)

구분	지급사유	지급금액
유방·비뇨기관·부신암 및 내분비선암(전이포함)진단급여금	특약보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 “유방·비뇨기관·부신암 및 내분비선암(전이포함)”으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 50%”를 지급함)

⑨남성/여성생식기암(전이포함)

구분	지급사유	지급금액
남성/여성생식기암(전이포함)진단급여금	특약보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 “남성/여성생식기암(전이포함)”으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 50%”를 지급함)

⑩뇌암 및 중추신경계통암(전이포함)

구분	지급사유	지급금액
뇌암 및 중추신경계통암(전이포함)진단급여금	특약보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 “뇌암 및 중추신경계통암(전이포함)”으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 50%”를 지급함)

⑪혈액암(전이포함)

구분	지급사유	지급금액
혈액암(전이포함) 진단급여금	특약보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 “혈액암(전이포함)”으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 50%”를 지급함)

◦ (간편)전이암진단특약TCD(무배당, 해약환급금 미지급형)

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

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

주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하거나 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.

2. 특약보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

3. 특약보험료 납입기간 중 다음 중 어느 한 가지에 해당될 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.

① 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우

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

② 피보험자가 암보장개시일 이후 제2-1조의3(“납입면제의 대상이 되는 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)” 등의 정의 및 진단 확정”) 제1항에서 정한 “납입면제의 대상이 되는 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)”으로 진단확정되었을 경우

4. 암보장개시일은 계약일[부활(효력회복)일]부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.

◦ (간편)전이암진단특약TC(무배당, 해약환급금 미지급형)

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

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

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

2. 특약보험료 납입기간 중 다음 중 어느 한 가지에 해당될 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.

① 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우

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

② 피보험자가 암보장개시일 이후 제2-1조의3(“납입면제의 대상이 되는 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)” 등의 정의 및 진단 확정”) 제1항에서 정한 “납입면제의 대상이 되는 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)”으로 진단확정되었을 경우

3. 암보장개시일은 계약일[부활(효력회복)일]부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.

◦ (간편)암수술특약D(무배당, 해약환급금 미지급형)

가. 간편심사형

구분	지급사유	지급금액
암수술 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일(암의 경우 암보장개시일) 이후에 “암”, “대장점막내암” 또는 “비침습방광암”으로 진단확정 되고, 그 “암”, “대장점막내암” 또는 “비침습방광암”의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 수술을 받았을 때	【수술 1회당】 특약보험가입금액의 10% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 5%”를 지급함)
	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단확정 되고, 그 “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 수술을 받았을 때	【각각 수술 1회당】 특약보험가입금액의 2% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 1%”를 지급함)
	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 “제자리암” 또는 “경계성종양”의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 수술을 받았을 때	
※ 1년미만 : 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지		

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

2. 특약보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

3. “암보장개시일”은 계약일[부활(효력회복)일]부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.

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

5. 피보험자가 “「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 항암약물치료” 또는 “「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의

직접적인 항암방사선치료"를 받았을 때 암수술급여금은 지급되지 않습니다.

나. 일반심사형

구분	지급사유	지급금액
암수술 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일(암의 경우 암보장개시일) 이후에 "암", "대장점막내암" 또는 "비침습방광암"으로 진단확정 되고, 그 "암", "대장점막내암" 또는 "비침습방광암"의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 수술을 받았을 때	【수술 1회당】 특약보험가입금액의 10% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 "특약보험가입금액의 5%"를 지급함)
	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암", "경계성종양"으로 진단확정 되고, 그 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암", "경계성종양"의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 수술을 받았을 때	【각각 수술 1회당】 특약보험가입금액의 2% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 "특약보험가입금액의 1%"를 지급함)
※ 1년미만 : 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지		

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

2. 특약보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

3. "암보장개시일"은 계약일[부활(효력회복)일]부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.

4. 이 특약의 "암"은 「기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암」을 제외한 "암"을 말합니다.

5. 피보험자가 "「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 항암약물치료" 또는 "「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 항암방사선치료"를 받았을 때 암수술급여금은 지급되지 않습니다.

◦ (간편)암수술특약(무배당, 해약환급금 미지급형)

가. 간편심사형

구분	지급사유	지급금액
암수술 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일(암의 경우 암보장개시일) 이후에 “암”, “대장점막내암” 또는 “비침습방광암”으로 진단확정 되고, 그 “암”, “대장점막내암” 또는 “비침습방광암”의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 수술을 받았을 때	【수술 1회당】 특약보험가입금액의 10% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 5%”를 지급함)
	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단확정 되고, 그 “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 수술을 받았을 때	【각각 수술 1회당】 특약보험가입금액의 2% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 1%”를 지급함)
	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 “제자리암” 또는 “경계성종양”의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 수술을 받았을 때	
※ 1년미만 : 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지		

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

2. “암보장개시일”은 계약일[부활(효력회복)일]부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.

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

4. 피보험자가 “「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 항암약물치료” 또는 “「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의

직접적인 항암방사선치료”를 받았을 때 암수술급여금은 지급되지 않습니다.

나. 일반심사형

구분	지급사유	지급금액
암수술 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일(암의 경우 암보장개시일) 이후에 “암”, “대장점막내암” 또는 “비침습방광암”으로 진단확정 되고, 그 “암”, “대장점막내암” 또는 “비침습방광암”의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 수술을 받았을 때	【수술 1회당】 특약보험가입금액의 10% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 5%”를 지급함)
	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암”, “경계성종양”으로 진단확정 되고, 그 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암”, “경계성종양”의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 수술을 받았을 때	【각각 수술 1회당】 특약보험가입금액의 2% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 1%”를 지급함)
※ 1년미만 : 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지		

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

2. “암보장개시일”은 계약일[부활(효력회복)일]부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.

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

4. 피보험자가 “「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 항암약물치료” 또는 “「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 항암방사선치료”를 받았을 때 암수술급여금은 지급되지 않습니다.

◦ (간편)암다빈치로봇수술특약(무배당, 갱신형)

※ 91일 이상 180일 이내 : 최초계약의 계약일이후 91일이 되는 날부터 180일이 되는 날까지
※ 181일 이상 1년 미만 : 최초계약의 계약일이후 181일이 되는 날부터 1년이 되는 시점의 계약해당일 전일이 되는 날까지
※ 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하였을 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 또한, 이 특약의 피보험자에게 특약보험기간 중 각 보장계약에 대한 지급사유가 발생하였을 경우 각 보장계약에 한하여 그때부터 효력이 없습니다. 다만, 특약보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
※ "다빈치로봇수술보장개시일"은 최초계약의 계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 하며 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.
※ 이 특약의 "암"은 「기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암」을 제외하며, "전립선암 이외의 암"이라 함은 "암" 중에서 "전립선암"을 제외한 "암"을 말합니다.
※ 항암약물치료 또는 항암방사선치료를 받았을 때 보험금이 지급되지 않습니다.

가. (갑상선암및전립선암 제외)다빈치로봇수술 보장계약

구분	지급사유	지급금액
(갑상선암 및 전립선암 제외) 다빈치로봇수술 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 다빈치로봇수술보장개시일 이후에 "전립선암 이외의 암", "기타피부암", "대장점막내암" 또는 "비침습방광암"으로 진단확정 되고, 그 "전립선암 이외의 암", "기타피부암", "대장점막내암" 또는 "비침습방광암"의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 "다빈치로봇수술"을 받았을 때 (다만, 최초 1회에 한함)	- 최초계약의 계약일부터 91일 이상 180일 이내 : 특약보험가입금액의 25% - 최초계약의 계약일부터 181일 이상 1년 미만 : 특약보험가입금액의 50% - 최초계약의 계약일부터 1년 이상 : 특약보험가입금액의 100% - 갱신계약 : 특약보험가입금액의 100%

나. (갑상선암및전립선암 포함)다빈치로봇수술 보장계약

구분	지급사유	지급금액
(갑상선암 및 전립선암 포함) 다빈치로봇수술 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 다빈치로봇수술보장개시일 이후에 "전립선암", "전립선암 이외의 암", "기타피부암", "갑상선암", "대장점막내암" 또는 "비침습방광암"으로 진단확정 되고, 그 "전립선암", "전립선암 이외의 암", "기타피부암", "갑상선암", "대장점막내암" 또는 "비침습방광암"의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 "다빈치로봇수술"을 받았을 때 (다만, 최초 1회에 한함)	- 최초계약의 계약일부터 91일 이상 180일 이내 : 특약보험가입금액의 25% - 최초계약의 계약일부터 181일 이상 1년 미만 : 특약보험가입금액의 50% - 최초계약의 계약일부터 1년 이상 : 특약보험가입금액의 100% - 갱신계약 : 특약보험가입금액의 100%

◦ (간편)종합병원암주요치료비특약D(치료별 연간1회)(무배당, 해약환급금 미지급형)

가. 간편심사형

구분	지급사유	치료행위	지급금액
종합병원 암, 대장점막내암 및 비침습방광암 주요치료 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일("암"의 경우 암보장개시일) 이후에 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」으로 진단확정 되고, 그 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 "종합병원"에서 "암, 대장점막내암 및 비침습방광암 주요치료"를 받았을 때 (다만, 각 치료행위별로 연간 1회에 한함)	수술	특약보험가입금액의 100% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 50%를 지급함)
		항암 약물치료	
		항암 방사선치료	
		항암 복합치료	
종합병원 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 주요치료 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정 되고, 그 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 "종합병원"에서 "기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 주요치료"를 받았거나, 특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 "종합병원"에서 "기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 주요치료"를 받았을 때 (다만, 각 치료행위별로 연간 1회에 한함)	수술	특약보험가입금액의 20% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 10%를 지급함)
		항암 약물치료	
		항암 방사선치료	
		항암 복합치료	

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

나. 일반심사형

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

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

2. 특약보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

3. "암보장개시일"은 계약일[부활(효력회복)일]부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.

4. 이 특약의 "암"은 「기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암」을 제외한 "암"을 말합니다.

5. 이 특약의 "암, 대장점막내암 및 비침습방광암 주요치료"는 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」의 직접적인 치료를 목적으로 "수술", "항암약물치료", "항

암방사선치료” 또는 “항암복합치료”를 받은 경우를 말하며, 최초로 진단된 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」과 상이한 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」의 직접적인 치료를 위한 “수술”, “항암약물치료”, “항암방사선치료” 또는 “항암복합치료”도 포함합니다.

6. 이 특약의 “기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 주요치료”는 「기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양」의 직접적인 치료를 목적으로 “수술”, “항암약물치료”, “항암방사선치료” 또는 “항암복합치료”를 받은 경우를 말하며, 최초로 진단된 「기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양」과 상이한 「기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양」의 직접적인 치료를 위한 “수술”, “항암약물치료”, “항암방사선치료” 또는 “항암복합치료”도 포함합니다.
7. 피보험자가 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」의 직접적인 치료를 목적으로 “항암약물치료”, “항암방사선치료” 또는 “항암복합치료”를 받은 경우, 동일한 “항암약물치료”, “항암방사선치료” 또는 “항암복합치료”에 대해서는 “수술”에 따른 「종합병원 암, 대장점막내암 및 비침습방광암 주요치료급여금」은 지급되지 않습니다.
8. 피보험자가 「기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양」의 직접적인 치료를 목적으로 “항암약물치료”, “항암방사선치료” 또는 “항암복합치료”를 받은 경우, 동일한 “항암약물치료”, “항암방사선치료” 또는 “항암복합치료”에 대해서는 “수술”에 따른 「종합병원 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 주요치료 급여금」은 지급되지 않습니다.
9. “연간”이라 함은 계약일부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

◦ (간편)종합병원암주요치료비특약(치료별 연간1회)(무배당, 해약환급금 미지급형)

가. 간편심사형

구분	지급사유	치료행위	지급금액
종합병원 암, 대장점막내암 및 비침습방광암 주요치료 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일("암"의 경우 암보장개시일) 이후에 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」으로 진단확정 되고, 그 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 "종합병원"에서 "암, 대장점막내암 및 비침습방광암 주요치료"를 받았을 때 (다만, 각 치료행위별로 연간 1회에 한함)	수술	특약보험 가입금액의 100% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 50%를 지급함)
		항암 약물치료	
		항암 방사선치료	
		항암 복합치료	
종합병원 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 주요치료 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정 되고, 그 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 "종합병원"에서 "기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 주요치료"를 받았거나, 특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 "종합병원"에서 "기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 주요치료"를 받았을 때 (다만, 각 치료행위별로 연간 1회에 한함)	수술	특약보험 가입금액의 20% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 10%를 지급함)
		항암 약물치료	
		항암 방사선치료	
		항암 복합치료	

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

나. 일반심사형

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

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

2. “암보장개시일”은 계약일[부활(효력회복)일]부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.

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

4. 이 특약의 “암, 대장점막내암 및 비침습방광암 주요치료”는 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」의 직접적인 치료를 목적으로 “수술”, “항암약물치료”, “항

암방사선치료” 또는 “항암복합치료”를 받은 경우를 말하며, 최초로 진단된 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」과 상이한 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」의 직접적인 치료를 위한 “수술”, “항암약물치료”, “항암방사선치료” 또는 “항암복합치료”도 포함합니다.

5. 이 특약의 “기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 주요치료”는 「기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양」의 직접적인 치료를 목적으로 “수술”, “항암약물치료”, “항암방사선치료” 또는 “항암복합치료”를 받은 경우를 말하며, 최초로 진단된 「기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양」과 상이한 「기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양」의 직접적인 치료를 위한 “수술”, “항암약물치료”, “항암방사선치료” 또는 “항암복합치료”도 포함합니다.
6. 피보험자가 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」의 직접적인 치료를 목적으로 “항암약물치료”, “항암방사선치료” 또는 “항암복합치료”를 받은 경우, 동일한 “항암약물치료”, “항암방사선치료” 또는 “항암복합치료”에 대해서는 “수술”에 따른 「종합병원 암, 대장점막내암 및 비침습방광암 주요치료급여금」은 지급되지 않습니다.
7. 피보험자가 「기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양」의 직접적인 치료를 목적으로 “항암약물치료”, “항암방사선치료” 또는 “항암복합치료”를 받은 경우, 동일한 “항암약물치료”, “항암방사선치료” 또는 “항암복합치료”에 대해서는 “수술”에 따른 「종합병원 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 주요치료 급여금」은 지급되지 않습니다.
8. “연간”이라 함은 계약일부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

◦ (간편)상급종합병원Ⅱ암주요치료비특약D(치료별 연간1회)(무배당, 해약환급금 미지급형)

가. 간편심사형

구분	지급사유	치료행위	지급금액
상급종합병원(국립암센터, 원자력병원 및 지역암센터 포함) 암, 대장점막내암 및 비침습방광암 주요치료급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일(“암”의 경우 암보장개시일) 이후에 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」으로 진단확정 되고, 그 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 상급종합병원(국립암센터, 원자력병원 및 지역암센터 포함)에서 “암, 대장점막내암 및 비침습방광암 주요치료”를 받았을 때 (다만, 각 치료행위별로 연간 1회에 한함)	수술	특약 보험가입금액의 100% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약 보험가입금액의 50%를 지급함)
		항암 약물치료	
		항암 방사선치료	
		항암 복합치료	
상급종합병원(국립암센터, 원자력병원 및 지역암센터 포함) 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 주요치료급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정 되고, 그 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 상급종합병원(국립암센터, 원자력병원 및 지역암센터 포함)에서 “기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 주요치료”를 받았거나, 특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 상급종합병원(국립암센터, 원자력병원 및 지역암센터 포함)에서 “기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 주요치료”를 받았을 때 (다만, 각 치료행위별로 연간 1회에 한함)	수술	특약 보험가입 금액의 20% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약 보험가입금액의 10%를 지급함)
		항암 약물치료	
		항암 방사선치료	
		항암 복합치료	

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

나. 일반심사형

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

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

2. 특약보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

3. "암보장개시일"은 계약일[부활(효력회복)일]부터 그날을 포함하여 90일이

지난날의 다음 날로 합니다.

4. 이 특약의 “암”은 「기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암」을 제외한 “암”을 말합니다.
5. 이 특약의 “암, 대장점막내암 및 비침습방광암 주요치료”는 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」의 직접적인 치료를 목적으로 “수술”, “항암약물치료”, “항암방사선치료” 또는 “항암복합치료”를 받은 경우를 말하며, 최초로 진단된 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」과 상이한 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」의 직접적인 치료를 위한 “수술”, “항암약물치료”, “항암방사선치료” 또는 “항암복합치료”도 포함합니다.
6. 이 특약의 “기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 주요치료”는 「기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양」의 직접적인 치료를 목적으로 “수술”, “항암약물치료”, “항암방사선치료” 또는 “항암복합치료”를 받은 경우를 말하며, 최초로 진단된 「기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양」과 상이한 「기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양」의 직접적인 치료를 위한 “수술”, “항암약물치료”, “항암방사선치료” 또는 “항암복합치료”도 포함합니다.
7. 피보험자가 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」의 직접적인 치료를 목적으로 “항암약물치료”, “항암방사선치료” 또는 “항암복합치료”를 받은 경우, 동일한 “항암약물치료”, “항암방사선치료” 또는 “항암복합치료”에 대해서는 “수술”에 따른 「상급종합병원(국립암센터, 원자력병원 및 지역암센터 포함) 암, 대장점막내암 및 비침습방광암 주요치료급여금」은 지급되지 않습니다.
8. 피보험자가 「기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양」의 직접적인 치료를 목적으로 “항암약물치료”, “항암방사선치료” 또는 “항암복합치료”를 받은 경우, 동일한 “항암약물치료”, “항암방사선치료” 또는 “항암복합치료”에 대해서는 “수술”에 따른 「상급종합병원(국립암센터, 원자력병원 및 지역암센터 포함) 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 주요치료급여금」은 지급되지 않습니다.
9. “연간”이라 함은 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

◦ (간편)상급종합병원Ⅱ암주요치료비특약(치료별 연간1회)(무배당, 해약환급금 미지급형)

가. 간편심사형

구분	지급사유	치료행위	지급금액
상급종합병원(국립암센터, 원자력병원 및 지역암센터 포함) 암, 대장점막내암 및 비침습방광암 주요치료급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일(“암”의 경우 암보장개시일) 이후에 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」으로 진단확정 되고, 그 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 상급종합병원(국립암센터, 원자력병원 및 지역암센터 포함)에서 “암, 대장점막내암 및 비침습방광암 주요치료”를 받았을 때 (다만, 각 치료행위별로 연간 1회에 한함)	수술	특약 보험가입금액의 100% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약 보험가입금액의 50%를 지급함)
		항암 약물치료	
		항암 방사선치료	
		항암 복합치료	
상급종합병원(국립암센터, 원자력병원 및 지역암센터 포함) 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 주요치료급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정 되고, 그 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 상급종합병원(국립암센터, 원자력병원 및 지역암센터 포함)에서 “기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 주요치료”를 받았거나, 특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 상급종합병원(국립암센터, 원자력병원 및 지역암센터 포함)에서 “기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 주요치료”를 받았을 때 (다만, 각 치료행위별로 연간 1회에 한함)	수술	특약 보험가입 금액의 20% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약 보험가입금액의 10%를 지급함)
		항암 약물치료	
		항암 방사선치료	
		항암 복합치료	

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

나. 일반심사형

<table>
<tr><th>구분</th><th>지급사유</th><th>치료행위</th><th>지급금액</th></tr>
<tr><td rowspan="4">상급종합병원
(국립암센터,
원자력병원 및
지역암센터 포함)
암, 대장점막내암
및 비침습방광암
주요치료급여금</td><td rowspan="4">특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일(“암”의 경우 암보장개시일) 이후에 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」으로 진단확정 되고, 그 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 상급종합병원(국립암센터, 원자력병원 및 지역암센터 포함)에서 “암, 대장점막내암 및 비침습방광암 주요치료”를 받았을 때 (다만, 각 치료행위별로 연간 1회에 한함)</td><td>수술</td><td rowspan="4">특약
보험가입
금액의
100%</td></tr>
<tr><td>항암
약물치료</td></tr>
<tr><td>항암
방사선치료</td></tr>
<tr><td>항암
복합치료</td></tr>
<tr><td rowspan="4">상급종합병원
(국립암센터,
원자력병원 및
지역암센터 포함)
기타피부암,
갑상선암,
제자리암 및
경계성종양
주요치료급여금</td><td rowspan="4">특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 「기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양」으로 진단확정 되고, 그 「기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양」의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 상급종합병원(국립암센터, 원자력병원 및 지역암센터 포함)에서 “기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 주요치료”를 받았을 때 (다만, 각 치료행위별로 연간 1회에 한함)</td><td>수술</td><td rowspan="4">특약
보험가입
금액의
20%</td></tr>
<tr><td>항암
약물치료</td></tr>
<tr><td>항암
방사선치료</td></tr>
<tr><td>항암
복합치료</td></tr>
</table>

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

2. “암보장개시일”은 계약일[부활(효력회복)일]부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.
3. 이 특약의 “암”은 「기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암」을 제외한 “암”을 말합니다.
4. 이 특약의 “암, 대장점막내암 및 비침습방광암 주요치료”는 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」의 직접적인 치료를 목적으로 “수술”, “항암약물치료”, “항암방사선치료” 또는 “항암복합치료”를 받은 경우를 말하며, 최초로 진단된 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」과 상이한 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」의 직접적인 치료를 위한 “수술”, “항암약물치료”, “항암방사선치료” 또는 “항암복합치료”도 포함합니다.
5. 이 특약의 “기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 주요치료”는 「기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양」의 직접적인 치료를 목적으로 “수술”, “항암약물치료”, “항암방사선치료” 또는 “항암복합치료”를 받은 경우를 말하며, 최초로 진단된 「기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양」과 상이한 「기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양」의 직접적인 치료를 위한 “수술”, “항암약물치료”, “항암방사선치료” 또는 “항암복합치료”도 포함합니다.
6. 피보험자가 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」의 직접적인 치료를 목적으로 “항암약물치료”, “항암방사선치료” 또는 “항암복합치료”를 받은 경우, 동일한 “항암약물치료”, “항암방사선치료” 또는 “항암복합치료”에 대해서는 “수술”에 따른 「상급종합병원(국립암센터, 원자력병원 및 지역암센터 포함) 암, 대장점막내암 및 비침습방광암 주요치료급여금」은 지급되지 않습니다.
7. 피보험자가 「기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양」의 직접적인 치료를 목적으로 “항암약물치료”, “항암방사선치료” 또는 “항암복합치료”를 받은 경우, 동일한 “항암약물치료”, “항암방사선치료” 또는 “항암복합치료”에 대해서는 “수술”에 따른 「상급종합병원(국립암센터, 원자력병원 및 지역암센터 포함) 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 주요치료급여금」은 지급되지 않습니다.
8. “연간”이라 함은 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

◦ (간편)종합병원암주요치료비특약D(중환자실)(연간1회)(무배당, 해약환급금 미지급형)

가. 간편심사형

구분	지급사유	지급금액
암, 대장점막내암 및 비침습방광암 종합병원 중환자실치료 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일("암"의 경우 암보장개시일) 이후에 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」으로 진단확정 되고, 그 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」의 치료를 목적으로 특약보험기간 중 "암, 대장점막내암 및 비침습방광암 종합병원 중환자실치료"를 받았을 때 (다만, 연간 1회에 한함)	특약보험가입금액의 100% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 50%를 지급함)
기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 종합병원 중환자실치료 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정 되고, 그 기타피부암 또는 갑상선암의 치료를 목적으로 특약보험기간 중 "기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 종합병원 중환자실치료"를 받았거나, 특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후 제자리암 또는 경계성종양의 치료를 목적으로 특약보험기간 중 "기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 종합병원 중환자실치료"를 받았을 때 (다만, 연간 1회에 한함)	특약보험가입금액의 20% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 10%를 지급함)

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

나. 일반심사형

구분	지급사유	지급금액
암, 대장점막내암 및 비침습방광암 종합병원 중환자실치료 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일(“암”의 경우 암보장개시일) 이후에 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」으로 진단확정 되고, 그 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」의 치료를 목적으로 특약보험기간 중 “암, 대장점막내암 및 비침습방광암 종합병원 중환자실치료”를 받았을 때 (다만, 연간 1회에 한함)	특약보험가입금액의 100%
기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 종합병원 중환자실치료 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 「기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양」으로 진단확정 되고, 그 「기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양」의 치료를 목적으로 특약보험기간 중 “기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 종합병원 중환자실치료”를 받았을 때 (다만, 연간 1회에 한함)	특약보험가입금액의 20%

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

2. 특약보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

3. “암보장개시일”은 계약일[부활(효력회복)일]부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.

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

5. 이 특약의 “암, 대장점막내암 및 비침습방광암 종합병원 중환자실치료”는 최초로 진단된 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」과 상이한 「암, 대장

점막내암 또는 비침습방광암」의 치료를 위한 “종합병원 중환자실치료”도 포함합니다.

6. 이 특약의 “기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 종합병원 중환자실치료”는 최초로 진단된 「기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양」과 상이한 「기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양」의 치료를 위한 “종합병원 중환자실치료”도 포함합니다.
7. “연간”이라 함은 계약일부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

◦ (간편)종합병원암주요치료비특약(중환자실)(연간1회)(무배당, 해약환급금 미지급형)

가. 간편심사형

구분	지급사유	지급금액
암, 대장점막내암 및 비침습방광암 종합병원 중환자실치료 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일(“암”의 경우 암보장개시일) 이후에 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」으로 진단확정 되고, 그 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」의 치료를 목적으로 특약보험기간 중 “암, 대장점막내암 및 비침습방광암 종합병원 중환자실치료”를 받았을 때 (다만, 연간 1회에 한함)	특약보험가입금액의 100% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 50%를 지급함)
기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 종합병원 중환자실치료 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정 되고, 그 기타피부암 또는 갑상선암의 치료를 목적으로 특약보험기간 중 “기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 종합병원 중환자실치료”를 받았거나, 특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후 제자리암 또는 경계성종양의 치료를 목적으로 특약보험기간 중 “기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 종합병원 중환자실치료”를 받았을 때 (다만, 연간 1회에 한함)	특약보험가입금액의 20% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 10%를 지급함)

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

나. 일반심사형

구분	지급사유	지급금액
암, 대장점막내암 및 비침습방광암 종합병원 중환자실치료 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일(“암”의 경우 암보장개시일) 이후에 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」으로 진단확정 되고, 그 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」의 치료를 목적으로 특약보험기간 중 “암, 대장점막내암 및 비침습방광암 종합병원 중환자실치료”를 받았을 때 (다만, 연간 1회에 한함)	특약보험가입금액의 100%
기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 종합병원 중환자실치료 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 「기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양」으로 진단확정 되고, 그 「기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양」의 치료를 목적으로 특약보험기간 중 “기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 종합병원 중환자실치료”를 받았을 때 (다만, 연간 1회에 한함)	특약보험가입금액의 20%

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

2. “암보장개시일”은 계약일[부활(효력회복)일]부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.

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

4. 이 특약의 “암, 대장점막내암 및 비침습방광암 종합병원 중환자실치료”는 최초로 진단된 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」과 상이한 「암, 대장

점막내암 또는 비침습방광암」의 치료를 위한 “종합병원 중환자실치료”도 포함합니다.

5. 이 특약의 “기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 종합병원 중환자실치료”는 최초로 진단된 「기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양」과 상이한 「기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양」의 치료를 위한 “종합병원 중환자실치료”도 포함합니다.
6. “연간”이라 함은 계약일부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

◦ (간편)종합병원비급여(전액본인부담 포함)암주요치료비특약D(치료별 연간1회)(무배당, 해약환급금 미지급형)

가. 간편심사형

구분	지급사유	치료행위	지급금액
종합병원 비급여(전액본인부담 포함) 암주요치료급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일(“암”의 경우 암보장개시일) 이후에 「암, 대장점막내암, 비침습방광암, 기타피부암 또는 갑상선암」으로 진단확정 되고, 그 「암, 대장점막내암, 비침습방광암, 기타피부암 또는 갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 “종합병원”에서 “비급여(전액본인부담 포함) 암주요치료”를 받았거나, 특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 “종합병원”에서 “비급여(전액본인부담 포함) 암 주요치료”를 받았을 때 (다만, 각 치료행위별로 연간 1회에 한함)	비급여(전액본인부담 포함) 수술 비급여(전액본인부담 포함) 항암 약물치료 비급여(전액본인부담 포함) 항암 방사선치료 비급여(전액본인부담 포함) 항암 복합치료	특약보험 가입금액의 100% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 50%를 지급함)

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

나. 일반심사형

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

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

2. 특약보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

3. “암보장개시일”은 계약일[부활(효력회복)일]부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.

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

5. 이 특약의 “비급여(전액본인부담 포함) 암 주요치료”는 「암, 대장점막내암, 비침습방광암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양」의 직접적인 치료를 목적으로 “비급여(전액본인부담 포함) 수술”, “비급여(전액본인부담 포함) 항

암약물치료", "비급여(전액본인부담 포함) 항암방사선치료" 또는 "비급여(전액본인부담 포함) 항암복합치료"를 받은 경우를 말하며, 최초로 진단된 「암, 대장점막내암, 비침습방광암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양」과 상이한 「암, 대장점막내암, 비침습방광암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양」의 직접적인 치료를 위한 "비급여(전액본인부담 포함) 수술", "비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료", "비급여(전액본인부담 포함) 항암방사선치료" 또는 "비급여(전액본인부담 포함) 항암복합치료"도 포함합니다.

6. 피보험자가 「암, 대장점막내암, 비침습방광암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양」의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료", "비급여(전액본인부담 포함) 항암방사선치료" 또는 "비급여(전액본인부담 포함) 항암복합치료"를 받은 경우, 동일한 "비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료", "비급여(전액본인부담 포함) 항암방사선치료" 또는 "비급여(전액본인부담 포함) 항암복합치료"에 대해서는 "비급여(전액본인부담 포함) 수술"에 따른 「종합병원 비급여(전액본인부담 포함) 암주요치료급여금」은 지급되지 않습니다.
7. "연간"이라 함은 계약일부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

◦ (간편)종합병원비급여(전액본인부담 포함)암주요치료비특약(치료별 연간1회)(무배당, 해약환급금 미지급형)

가. 간편심사형

구분	지급사유	치료행위	지급금액
종합병원 비급여(전액본인부담 포함) 암주요치료급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일(“암”의 경우 암보장개시일) 이후에 「암, 대장점막내암, 비침습방광암, 기타피부암 또는 갑상선암」으로 진단확정 되고, 그 「암, 대장점막내암, 비침습방광암, 기타피부암 또는 갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 “종합병원”에서 “비급여(전액본인부담 포함) 암 주요치료”를 받았거나, 특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 “종합병원”에서 “비급여(전액본인부담 포함) 암 주요치료”를 받았을 때 (다만, 각 치료행위별로 연간 1회에 한함)	비급여(전액본인부담 포함) 수술 비급여(전액본인부담 포함) 항암 약물치료 비급여(전액본인부담 포함) 항암 방사선치료 비급여(전액본인부담 포함) 항암 복합치료	특약보험 가입금액의 100% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 50%를 지급함)

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

나. 일반심사형

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

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

2. “암보장개시일”은 계약일[부활(효력회복)일]부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.

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

4. 이 특약의 “비급여(전액본인부담 포함) 암 주요치료”는 「암, 대장점막내암, 비침습방광암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양」의 직접적인 치료를 목적으로 “비급여(전액본인부담 포함) 수술”, “비급여(전액본인부담 포함) 항

암약물치료", "비급여(전액본인부담 포함) 항암방사선치료" 또는 "비급여(전액본인부담 포함) 항암복합치료"를 받은 경우를 말하며, 최초로 진단된 「암, 대장점막내암, 비침습방광암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양」과 상이한 「암, 대장점막내암, 비침습방광암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양」의 직접적인 치료를 위한 "비급여(전액본인부담 포함) 수술", "비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료", "비급여(전액본인부담 포함) 항암방사선치료" 또는 "비급여(전액본인부담 포함) 항암복합치료"도 포함합니다.

5. 피보험자가 「암, 대장점막내암, 비침습방광암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양」의 직접적인 치료를 목적으로 "비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료", "비급여(전액본인부담 포함) 항암방사선치료" 또는 "비급여(전액본인부담 포함) 항암복합치료"를 받은 경우, 동일한 "비급여(전액본인부담 포함) 항암약물치료", "비급여(전액본인부담 포함) 항암방사선치료" 또는 "비급여(전액본인부담 포함) 항암복합치료"에 대해서는 "비급여(전액본인부담 포함) 수술"에 따른 「종합병원 비급여(전액본인부담 포함) 암주요치료급여금」은 지급되지 않습니다.
6. "연간"이라 함은 계약일부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

◦ (간편)종합병원고액암주요치료비특약D(치료별 연간1회)(무배당, 해약환급금 미지급형)

구분	지급사유	치료행위	지급금액
종합병원 고액암 주요치료 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 고액암보장개시일 이후에 「고액암」으로 진단확정 되고, 그 「고액암」의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 "종합병원"에서 "고액암 주요치료"를 받았을 때 (다만, 각 치료행위별로 연간 1회에 한함)	수술	특약보험가입금액의 100% (다만, "간편심사형"에 한하여 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 50%를 지급함)
		항암 약물치료	
		항암 방사선치료	
		항암 복합치료	

※ 고액암 : 백혈병, 뇌암, 골수암, 췌장암 등

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

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

2. 특약보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

3. "고액암보장개시일"은 계약일[부활(효력회복)일]부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.

4. 이 특약의 "고액암 주요치료"는 「고액암」의 직접적인 치료를 목적으로 "수술", "항암약물치료", "항암방사선치료" 또는 "항암복합치료"를 받은 경우를 말하며, 최초로 진단된 「고액암」과 상이한 「고액암」의 직접적인 치료를 위한 "수술", "항암약물치료", "항암방사선치료" 또는 "항암복합치료"도 포함합니다.

5. 피보험자가 「고액암」의 직접적인 치료를 목적으로 "항암약물치료", "항암방사선치료" 또는 "항암복합치료"를 받은 경우, 동일한 "항암약물치료", "항암방사선치료" 또는 "항암복합치료"에 대해서는 "수술"에 따른 종합병원 고액암 주요치료급여금은 지급되지 않습니다.

6. "연간"이라 함은 계약일부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지

의 기간을 의미합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

◦ (간편)종합병원고액암주요치료비특약(치료별 연간1회)(무배당, 해약환급금 미지급형)

구분	지급사유	치료행위	지급금액
종합병원 고액암 주요치료 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 고액암보장개시일 이후에 「고액암」으로 진단확정 되고, 그 「고액암」의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 "종합병원"에서 "고액암 주요치료"를 받았을 때 (다만, 각 치료행위별로 연간 1회에 한함)	수술	특약보험가입금액의 100% (다만, "간편심사형"에 한하여 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 50%를 지급함)
		항암 약물치료	
		항암 방사선치료	
		항암 복합치료	

※ 고액암 : 백혈병, 뇌암, 골수암, 췌장암 등

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

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

2. "고액암보장개시일"은 계약일[부활(효력회복)일]부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.

3. 이 특약의 "고액암 주요치료"는 「고액암」의 직접적인 치료를 목적으로 "수술", "항암약물치료", "항암방사선치료" 또는 "항암복합치료"를 받은 경우를 말하며, 최초로 진단된 「고액암」과 상이한 「고액암」의 직접적인 치료를 위한 "수술", "항암약물치료", "항암방사선치료" 또는 "항암복합치료"도 포함합니다.

4. 피보험자가 「고액암」의 직접적인 치료를 목적으로 "항암약물치료", "항암방사선치료" 또는 "항암복합치료"를 받은 경우, 동일한 "항암약물치료", "항암방사선치료" 또는 "항암복합치료"에 대해서는 "수술"에 따른 종합병원 고액암 주요치료급여금은 지급되지 않습니다.

5. "연간"이라 함은 계약일부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의

기간을 의미합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

◦ (간편)암주요치료비특약D(항암호르몬약물)(연간1회)(무배당, 해약환급금 미지급형)

가. 간편심사형

구분	지급사유	지급금액
암, 대장점막내암 및 비침습방광암 항암호르몬약물 치료 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일("암"의 경우 암보장개시일) 이후에 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」으로 진단확정 되고, 그 치료를 목적으로 특약보험기간 중 "암, 대장점막내암 및 비침습방광암 항암호르몬약물치료"를 받았을 때 (다만, 연간 1회에 한함)	특약보험 가입금액의 100% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 50%를 지급함)
기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 항암호르몬약물 치료 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정 되고, 그 치료를 목적으로 특약보험기간 중 "기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 항암호르몬약물치료"를 받았거나, 특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후 제자리암 또는 경계성종양의 치료를 목적으로 특약보험기간 중 "기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 항암호르몬약물치료"를 받았을 때 (다만, 연간 1회에 한함)	특약보험 가입금액의 20% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 10%를 지급함)

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

나. 일반심사형

구분	지급사유	지급금액
암, 대장점막내암 및 비침습방광암 항암호르몬약물치료 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일(“암”의 경우 암보장개시일) 이후에 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」으로 진단확정 되고, 그 치료를 목적으로 특약보험기간 중 “암, 대장점막내암 및 비침습방광암 항암호르몬약물치료”를 받았을 때 (다만, 연간 1회에 한함)	특약보험 가입금액의 100%
기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 항암호르몬약물치료 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 「기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양」으로 진단확정 되고, 그 치료를 목적으로 특약보험기간 중 “기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 항암호르몬약물치료”를 받았을 때 (다만, 연간 1회에 한함)	특약보험 가입금액의 20%

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

2. 특약보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

3. “암보장개시일”은 계약일[부활(효력회복)일]부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.

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

5. 제2-2조(보험금의 지급사유)의 “암, 대장점막내암 및 비침습방광암 항암호르몬약물치료”는 최초로 진단된 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」과 상이한

「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」의 직접적인 치료를 위한 “암, 대장점막내암 및 비침습방광암 항암호르몬약물치료”도 포함합니다.

6. 제2-2조(보험금의 지급사유)의 “기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 항암호르몬약물치료”는 최초로 진단된 「기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양」과 상이한 「기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양」의 직접적인 치료를 위한 “기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 항암호르몬약물치료”도 포함합니다.
7. “연간”이라 함은 계약일부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미하며, 지급사유 기준일은 해당 호르몬성 항암제 처방일자로 합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

◦ (간편)암주요치료비특약(항암호르몬약물)(연간1회)(무배당, 해약환급금 미지급형)

가. 간편심사형

구분	지급사유	지급금액
암, 대장점막내암 및 비침습방광암 항암호르몬약물 치료 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일("암"의 경우 암보장개시일) 이후에 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」으로 진단확정 되고, 그 치료를 목적으로 특약보험기간 중 "암, 대장점막내암 및 비침습방광암 항암호르몬약물치료"를 받았을 때 (다만, 연간 1회에 한함)	특약보험 가입금액의 100% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 50%를 지급함)
기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 항암호르몬약물 치료 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정 되고, 그 치료를 목적으로 특약보험기간 중 "기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 항암호르몬약물치료"를 받았거나, 특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후 제자리암 또는 경계성종양의 치료를 목적으로 특약보험기간 중 "기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 항암호르몬약물치료"를 받았을 때 (다만, 연간 1회에 한함)	특약보험 가입금액의 20% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 10%를 지급함)

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

나. 일반심사형

구분	지급사유	지급금액
암, 대장점막내암 및 비침습방광암 항암호르몬약물 치료 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일("암"의 경우 암보장개시일) 이후에 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」으로 진단확정 되고, 그 치료를 목적으로 특약보험기간 중 "암, 대장점막내암 및 비침습방광암 항암호르몬약물치료"를 받았을 때 (다만, 연간 1회에 한함)	특약보험 가입금액의 100%
기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 항암호르몬약물 치료 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 「기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양」으로 진단확정 되고, 그 치료를 목적으로 특약보험기간 중 "기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 항암호르몬약물치료"를 받았을 때 (다만, 연간 1회에 한함)	특약보험 가입금액의 20%

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

2. "암보장개시일"은 계약일[부활(효력회복)일]부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.

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

4. 제2-2조(보험금의 지급사유)의 "암, 대장점막내암 및 비침습방광암 항암호르몬약물치료"는 최초로 진단된 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」과 상이한

「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」의 직접적인 치료를 위한 "암, 대장점막내암 및 비침습방광암 항암호르몬약물치료"도 포함합니다.

5. 제2-2조(보험금의 지급사유)의 "기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 항암호르몬약물치료"는 최초로 진단된 「기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양」과 상이한 「기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양」의 직접적인 치료를 위한 "기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 항암호르몬약물치료"도 포함합니다.
6. "연간"이라 함은 계약일부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미하며, 지급사유 기준일은 해당 호르몬성 항암제 처방일자로 합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

◦ (간편)종합병원암복합치료비특약D(연간1회)(무배당, 해약환급금 미지급형)

가. 간편심사형

구분	지급사유	연간 복합치료 횟수	지급금액
종합병원 암, 대장점막내암 및 비침습방광암 복합치료 급여금 (2회, 3회, 4회이상)	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일("암"의 경우 암보장개시일) 이후에 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」으로 진단확정 되고, 그 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」으로 인하여 특약보험기간 중 "종합병원"에서 받은 "암, 대장점막내암 및 비침습방광암 복합치료"의 "연간 복합치료 횟수"가 2회 이상인 경우 (다만, 각 "연간 복합치료 횟수"별로 연간 1회에 한함)	2회이상	특약보험 가입금액의 50% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험 가입금액의 25%를 지급함)
		3회이상	특약보험 가입금액의 50% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험 가입금액의 25%를 지급함)
		4회이상	특약보험 가입금액의 100% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험 가입금액의 50%를 지급함)

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

구분	지급사유	연간 복합치료 횟수	지급금액
종합병원 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 복합치료 급여금 (2회, 3회, 4회이상)	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정 되고, 그 기타피부암 또는 갑상선암으로 인하여 특약보험기간 중 “종합병원”에서 받은 “기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 복합치료”의 “연간 복합치료 횟수”가 2회 이상인 경우 또는 특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후 제자리암 또는 경계성종양으로 인하여 특약보험기간 중 “종합병원”에서 받은 “기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 복합치료”의 “연간 복합치료 횟수”가 2회 이상인 경우 (다만, 각 “연간 복합치료 횟수”별로 연간 1회에 한함)	2회이상	특약보험 가입금액의 10% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험 가입금액의 5%를 지급함)
		3회이상	특약보험 가입금액의 10% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험 가입금액의 5%를 지급함)
		4회이상	특약보험 가입금액의 20% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 10%를 지급함)

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

나. 일반심사형

구분	지급사유	연간 복합치료횟수	지급금액
종합병원 암, 대장점막내암 및 비침습방광암 복합치료 급여금 (2회, 3회, 4회이상)	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일("암"의 경우 암보장개시일) 이후에 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」으로 진단확정 되고, 그 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」으로 인하여 특약보험기간 중 "종합병원"에서 받은 "암, 대장점막내암 및 비침습방광암 복합치료"의 "연간 복합치료 횟수"가 2회 이상인 경우 (다만, 각 "연간 복합치료 횟수"별로 연간 1회에 한함)	2회이상	특약보험 가입금액의 50%
		3회이상	특약보험 가입금액의 50%
		4회이상	특약보험 가입금액의 100%
종합병원 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 복합치료 급여금 (2회, 3회, 4회이상)	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 「기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양」으로 진단확정 되고, 그 「기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양」으로 인하여 특약보험기간 중 "종합병원"에서 받은 "기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 복합치료"의 "연간 복합치료 횟수"가 2회 이상인 경우(다만, 각 "연간 복합치료 횟수"별로 연간 1회에 한함)	2회이상	특약보험 가입금액의 10%
		3회이상	특약보험 가입금액의 10%
		4회이상	특약보험 가입금액의 20%

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

2. 특약보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적

립액 등을 지급하지 않습니다.

3. “암보장개시일”은 계약일[부활(효력회복)일]부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.
4. 이 특약의 “암”은 「기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암」을 제외한 “암”을 말합니다.
5. 이 특약의 “암, 대장점막내암 및 비침습방광암 복합치료”는 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」으로 인하여 “수술”, “항암약물치료(항암호르몬약물치료 제외)”, “항암방사선치료” 또는 “중환자실치료”를 받은 경우를 말하며, 최초로 진단된 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」과 상이한 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」으로 인하여 받은 “수술”, “항암약물치료(항암호르몬약물치료 제외)”, “항암방사선치료” 또는 “중환자실치료”도 포함합니다.
6. 이 특약의 “기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 복합치료”는 「기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양」으로 인하여 “수술”, “항암약물치료(항암호르몬약물치료 제외)”, “항암방사선치료” 또는 “중환자실치료”를 받은 경우를 말하며, 최초로 진단된 「기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양」과 상이한 「기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양」으로 인하여 받은 “수술”, “항암약물치료(항암호르몬약물치료 제외)”, “항암방사선치료” 또는 “중환자실치료”도 포함합니다.
7. 이 특약의 “연간 복합치료 횟수”는 “암, 대장점막내암 및 비침습방광암 복합치료” 및 “기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 복합치료”의 복합치료 행위별 연간 치료 횟수를 아래의 산정기준에 따라 합산한 횟수를 말합니다.
    가. 수술 : 수술 1회당
    나. 항암약물치료(항암호르몬약물치료 제외) : 연간 1회한
    다. 항암방사선치료 : 연간 1회한
    라. 중환자실치료 : 연간 1회한
8. “연간”이라 함은 계약일부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
9. “연간 복합치료 횟수”가 1회인 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

◦ (간편)종합병원암복합치료비특약(연간1회)(무배당, 해약환급금 미지급형)

가. 간편심사형

구분	지급사유	연간 복합치료 횟수	지급금액
종합병원 암, 대장점막내암 및 비침습방광암 복합치료 급여금 (2회, 3회, 4회이상)	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일("암"의 경우 암보장개시일) 이후에 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」으로 진단확정 되고, 그 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」으로 인하여 특약보험기간 중 "종합병원"에서 받은 "암, 대장점막내암 및 비침습방광암 복합치료"의 "연간 복합치료 횟수"가 2회 이상인 경우 (다만, 각 "연간 복합치료 횟수"별로 연간 1회에 한함)	2회이상	특약보험 가입금액의 50% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험 가입금액의 25%를 지급함)
		3회이상	특약보험 가입금액의 50% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험 가입금액의 25%를 지급함)
		4회이상	특약보험 가입금액의 100% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험 가입금액의 50%를 지급함)

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

구분	지급사유	연간 복합치료 횟수	지급금액
종합병원 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 복합치료 급여금 (2회, 3회, 4회이상)	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정 되고, 그 기타피부암 또는 갑상선암으로 인하여 특약보험기간 중 “종합병원”에서 받은 “기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 복합치료”의 “연간 복합치료 횟수”가 2회 이상인 경우 또는 특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후 제자리암 또는 경계성종양으로 인하여 특약보험기간 중 “종합병원”에서 받은 “기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 복합치료”의 “연간 복합치료 횟수”가 2회 이상인 경우 (다만, 각 “연간 복합치료 횟수”별로 연간 1회에 한함)	2회이상	특약보험 가입금액의 10% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험 가입금액의 5%를 지급함)
		3회이상	특약보험 가입금액의 10% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험 가입금액의 5%를 지급함)
		4회이상	특약보험 가입금액의 20% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 10%를 지급함)

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

나. 일반심사형

구분	지급사유	연간 복합치료횟수	지급금액
종합병원 암, 대장점막내암 및 비침습방광암 복합치료 급여금 (2회, 3회, 4회이상)	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일("암"의 경우 암보장개시일) 이후에 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」으로 진단확정 되고, 그 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」으로 인하여 특약보험기간 중 "종합병원"에서 받은 "암, 대장점막내암 및 비침습방광암 복합치료"의 "연간 복합치료 횟수"가 2회 이상인 경우 (다만, 각 "연간 복합치료 횟수"별로 연간 1회에 한함)	2회이상	특약보험 가입금액의 50%
		3회이상	특약보험 가입금액의 50%
		4회이상	특약보험 가입금액의 100%
종합병원 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 복합치료 급여금 (2회, 3회, 4회이상)	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 「기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양」으로 진단확정 되고, 그 「기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양」으로 인하여 특약보험기간 중 "종합병원"에서 받은 "기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 복합치료"의 "연간 복합치료 횟수"가 2회 이상인 경우(다만, 각 "연간 복합치료 횟수"별로 연간 1회에 한함)	2회이상	특약보험 가입금액의 10%
		3회이상	특약보험 가입금액의 10%
		4회이상	특약보험 가입금액의 20%

주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하였을 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 다만, 특약보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따

라 회사가 적립한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

2. “암보장개시일”은 계약일[부활(효력회복)일]부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.
3. 이 특약의 “암”은 「기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암」을 제외한 “암”을 말합니다.
4. 이 특약의 “암, 대장점막내암 및 비침습방광암 복합치료”는 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」으로 인하여 “수술”, “항암약물치료(항암호르몬약물치료 제외)”, “항암방사선치료” 또는 “중환자실치료”를 받은 경우를 말하며, 최초로 진단된 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」과 상이한 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」으로 인하여 받은 “수술”, “항암약물치료(항암호르몬약물치료 제외)”, “항암방사선치료” 또는 “중환자실치료”도 포함합니다.
5. 이 특약의 “기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 복합치료”는 「기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양」으로 인하여 “수술”, “항암약물치료(항암호르몬약물치료 제외)”, “항암방사선치료” 또는 “중환자실치료”를 받은 경우를 말하며, 최초로 진단된 「기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양」과 상이한 「기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양」으로 인하여 받은 “수술”, “항암약물치료(항암호르몬약물치료 제외)”, “항암방사선치료” 또는 “중환자실치료”도 포함합니다.
6. 이 특약의 “연간 복합치료 횟수”는 “암, 대장점막내암 및 비침습방광암 복합치료” 및 “기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 복합치료”의 복합치료 행위별 연간 치료 횟수를 아래의 산정기준에 따라 합산한 횟수를 말합니다.
    가. 수술 : 수술 1회당
    나. 항암약물치료(항암호르몬약물치료 제외) : 연간 1회한
    다. 항암방사선치료 : 연간 1회한
    라. 중환자실치료 : 연간 1회한
7. “연간”이라 함은 계약일부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
8. “연간 복합치료 횟수”가 1회인 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

◦ (간편)종합병원암주요치료비특약(치료별 연간1회)(무배당, 갱신형)

가. 간편심사형

구분	지급사유	치료행위	지급금액
종합병원 암, 대장점막내암 및 비침습방광암 주요치료 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일(“암”의 경우 암보장개시일) 이후에 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」으로 진단확정 되고, 그 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 “종합병원”에서 “암, 대장점막내암 및 비침습방광암 주요치료”를 받았을 때 (다만, 각 치료행위별로 연간 1회에 한함)	수술	특약보험 가입금액의 100% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 50%를 지급함)
		항암 약물치료	
		항암 방사선치료	
		항암 복합치료	
종합병원 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 주요치료 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정 되고, 그 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 “종합병원”에서 “기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 주요치료”를 받았거나, 특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 “종합병원”에서 “기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 주요치료”를 받았을 때 (다만, 각 치료행위별로 연간 1회에 한함)	수술	특약보험 가입금액의 20% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 10%를 지급함)
		항암 약물치료	
		항암 방사선치료	
		항암 복합치료	

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

나. 일반심사형

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

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

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

3. "2"에 따라 보험료의 납입이 면제된 이후에 이 특약이 갱신되는 경우 갱신

계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

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

마지막 날을 계약해당일로 합니다.

◦ (간편)상급종합병원Ⅱ암주요치료비특약(치료별 연간1회)(무배당, 갱신형)

가. 간편심사형

구분	지급사유	치료행위	지급금액
상급종합병원(국립암센터, 원자력병원 및 지역암센터 포함) 암, 대장점막내암 및 비침습방광암 주요치료급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일("암"의 경우 암보장개시일) 이후에 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」으로 진단확정 되고, 그 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 상급종합병원(국립암센터, 원자력병원 및 지역암센터 포함)에서 "암, 대장점막내암 및 비침습방광암 주요치료"를 받았을 때 (다만, 각 치료행위별로 연간 1회에 한함)	수술	특약 보험가입금액의 100% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 50%를 지급함)
		항암 약물치료	
		항암 방사선치료	
		항암 복합치료	
상급종합병원(국립암센터, 원자력병원 및 지역암센터 포함) 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 주요치료급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정 되고, 그 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 상급종합병원(국립암센터, 원자력병원 및 지역암센터 포함)에서 "기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 주요치료"를 받았거나, 특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 상급종합병원(국립암센터, 원자력병원 및 지역암센터 포함)에서 "기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 주요치료"를 받았을 때 (다만, 각 치료행위별로 연간 1회에 한함)	수술	특약 보험가입 금액의 20% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 10%를 지급함)
		항암 약물치료	
		항암 방사선치료	
		항암 복합치료	

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

나. 일반심사형

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

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

2. 특약보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 이 특약의

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

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

치료를 목적으로 “항암약물치료”, “항암방사선치료” 또는 “항암복합치료”를 받은 경우, 동일한 “항암약물치료”, “항암방사선치료” 또는 “항암복합치료”에 대해서는 “수술”에 따른 「상급종합병원(국립암센터, 원자력병원 및 지역암센터 포함) 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 주요치료급여금」은 지급되지 않습니다.

10. “연간”이라 함은 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

◦ (간편)종합병원암주요치료비특약(중환자실)(연간1회)(무배당, 갱신형)

가. 간편심사형

구분	지급사유	지급금액
암, 대장점막내암 및 비침습방광암 종합병원 중환자실치료 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일(“암”의 경우 암보장개시일) 이후에 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」으로 진단확정 되고, 그 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」의 치료를 목적으로 특약보험기간 중 “암, 대장점막내암 및 비침습방광암 종합병원 중환자실치료”를 받았을 때 (다만, 연간 1회에 한함)	특약보험가입금액의 100% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 50%를 지급함)
기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 종합병원 중환자실치료 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정 되고, 그 기타피부암 또는 갑상선암의 치료를 목적으로 특약보험기간 중 “기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 종합병원 중환자실치료”를 받았거나, 특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후 제자리암 또는 경계성종양의 치료를 목적으로 특약보험기간 중 “기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 종합병원 중환자실치료”를 받았을 때 (다만, 연간 1회에 한함)	특약보험가입금액의 20% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 10%를 지급함)

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

나. 일반심사형

구분	지급사유	지급금액
암, 대장점막내암 및 비침습방광암 종합병원 중환자실치료 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일(“암”의 경우 암보장개시일) 이후에 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」으로 진단확정 되고, 그 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」의 치료를 목적으로 특약보험기간 중 “암, 대장점막내암 및 비침습방광암 종합병원 중환자실치료”를 받았을 때 (다만, 연간 1회에 한함)	특약보험가입금액의 100%
기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 종합병원 중환자실치료 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 「기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양」으로 진단확정 되고, 그 「기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양」의 치료를 목적으로 특약보험기간 중 “기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 종합병원 중환자실치료”를 받았을 때 (다만, 연간 1회에 한함)	특약보험가입금액의 20%

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

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

3. “2”에 따라 보험료의 납입이 면제된 이후에 이 특약이 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
4. “암보장개시일”은 최초계약의 계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 하며 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.
5. 이 특약의 “암”은 「기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암」을 제외한 “암”을 말합니다.
6. 이 특약의 “암, 대장점막내암 및 비침습방광암 종합병원 중환자실치료”는 최초로 진단된 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」과 상이한 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」의 치료를 위한 “종합병원 중환자실치료”도 포함합니다.
7. 이 특약의 “기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 종합병원 중환자실치료”는 최초로 진단된 「기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양」과 상이한 「기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양」의 치료를 위한 “종합병원 중환자실치료”도 포함합니다.
8. “연간”이라 함은 계약일부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

◦ (간편)종합병원비급여(전액본인부담 포함)암주요치료비특약(치료별 연간1회)(무배당, 갱신형)

가. 간편심사형

구분	지급사유	치료행위	지급금액
종합병원 비급여 (전액본인 부담 포함) 암주요 치료 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일(“암”의 경우 암보장개시일) 이후에 「암, 대장점막내암, 비침습방광암, 기타피부암 또는 갑상선암」으로 진단확정 되고, 그 「암, 대장점막내암, 비침습방광암, 기타피부암 또는 갑상선암」의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 “종합병원”에서 “비급여(전액본인부담 포함) 암 주요치료”를 받았거나, 특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 “종합병원”에서 “비급여(전액본인부담 포함) 암 주요치료”를 받았을 때 (다만, 각 치료행위별로 연간 1회에 한함)	비급여(전액본인 부담 포함) 수술	특약보험 가입금액의 100% (다만, 최초 계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 50%를 지급함)
		비급여(전액본인 부담 포함) 항암 약물치료	
		비급여(전액본인 부담 포함) 항암 방사선치료	
		비급여(전액본인 부담 포함) 항암 복합치료	

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

나. 일반심사형

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

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

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

3. “2”에 따라 보험료의 납입이 면제된 이후에 이 특약이 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

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

◦ (간편)종합병원고액암주요치료비특약(치료별 연간1회)(무배당, 갱신형)

구분	지급사유	치료행위	지급금액
종합병원 고액암 주요치료 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 고액암보장개시일 이후에 「고액암」으로 진단확정 되고, 그 「고액암」의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 “종합병원”에서 “고액암 주요치료”를 받았을 때 (다만, 각 치료행위별로 연간 1회에 한함)	수술	특약보험가입금액의 100% (다만, “간편심사형”에 한하여 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 50%를 지급함)
		항암 약물치료	
		항암 방사선치료	
		항암 복합치료	

※ 고액암 : 백혈병, 뇌암, 골수암, 췌장암 등

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

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

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

3. “2”에 따라 보험료의 납입이 면제된 이후에 이 특약이 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

4. “고액암보장개시일”은 최초계약의 계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 하며 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일부터 그날을

포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.

5. 이 특약의 “고액암 주요치료”는 「고액암」의 직접적인 치료를 목적으로 「수술, 항암약물치료, 항암방사선치료 또는 항암복합치료」를 받은 경우를 말하며, 최초로 진단된 「고액암」과 상이한 「고액암」의 직접적인 치료를 위한 「수술, 항암약물치료, 항암방사선치료 또는 항암복합치료」도 포함합니다.
6. 피보험자가 「고액암」의 직접적인 치료를 목적으로 “항암약물치료”, “항암방사선치료” 또는 “항암복합치료”를 받은 경우, 동일한 “항암약물치료”, “항암방사선치료” 또는 “항암복합치료”에 대해서는 “수술”에 따른 종합병원 고액암 주요치료급여금은 지급되지 않습니다.
7. “연간”이라 함은 계약일부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

◦ (간편)암주요치료비특약(항암호르몬약물)(연간1회)(무배당, 갱신형)

가. 간편심사형

구분	지급사유	지급금액
암, 대장점막내암 및 비침습방광암 항암호르몬약물 치료 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일("암"의 경우 암보장개시일) 이후에 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」으로 진단확정 되고, 그 치료를 목적으로 특약보험기간 중 "암, 대장점막내암 및 비침습방광암 항암호르몬약물치료"를 받았을 때 (다만, 연간 1회에 한함)	특약보험 가입금액의 100% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 50%를 지급함)
기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 항암호르몬약물 치료 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정 되고, 그 치료를 목적으로 특약보험기간 중 "기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 항암호르몬약물치료"를 받았거나, 특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후 제자리암 또는 경계성종양의 치료를 목적으로 특약보험기간 중 "기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 항암호르몬약물치료"를 받았을 때 (다만, 연간 1회에 한함)	특약보험 가입금액의 20% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 10%를 지급함)

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

나. 일반심사형

구분	지급사유	지급금액
암, 대장점막내암 및 비침습방광암 항암호르몬약물 치료 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일("암"의 경우 암보장개시일) 이후에 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」으로 진단확정 되고, 그 치료를 목적으로 특약보험기간 중 "암, 대장점막내암 및 비침습방광암 항암호르몬약물치료"를 받았을 때 (다만, 연간 1회에 한함)	특약보험 가입금액의 100%
기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 항암호르몬약물 치료 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 「기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양」으로 진단확정 되고, 그 치료를 목적으로 특약보험기간 중 "기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 항암호르몬약물치료"를 받았을 때 (다만, 연간 1회에 한함)	특약보험 가입금액의 20%

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

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

3. “2”에 따라 보험료의 납입이 면제된 이후에 이 특약이 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
4. “암보장개시일”은 최초계약의 계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 하며 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.
5. 이 특약의 “암”은 「기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암」을 제외한 “암”을 말합니다.
6. 제2-2조(보험금의 지급사유)의 “암, 대장점막내암 및 비침습방광암 항암호르몬약물치료”는 최초로 진단된 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」과 상이한 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」의 직접적인 치료를 위한 “암, 대장점막내암 및 비침습방광암 항암호르몬약물치료”도 포함합니다.
7. 제2-2조(보험금의 지급사유)의 “기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 항암호르몬약물치료”는 최초로 진단된 「기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양」과 상이한 「기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양」의 직접적인 치료를 위한 “기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 항암호르몬약물치료”도 포함합니다.
8. “연간”이라 함은 계약일부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미하며, 지급사유 기준일은 해당 호르몬성 항암제 처방일자로 합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

◦ (간편)종합병원암복합치료비특약(연간1회)(무배당, 갱신형)

가. 간편심사형

구분	지급사유	연간 복합치료 횟수	지급금액
종합병원 암, 대장점막내암 및 비침습방광암 복합치료 급여금 (2회, 3회, 4회이상)	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일(“암”의 경우 암보장개시일) 이후에 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」으로 진단확정 되고, 그 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」으로 인하여 특약보험기간 중 “종합병원”에서 받은 “암, 대장점막내암 및 비침습방광암 복합치료”의 “연간 복합치료 횟수”가 2회 이상인 경우 (다만, 각 “연간 복합치료 횟수”별로 연간 1회에 한함)	2회이상	특약보험 가입금액의 50% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 25%를 지급함)
		3회이상	특약보험 가입금액의 50% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 25%를 지급함)
		4회이상	특약보험 가입금액의 100% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 50%를 지급함)

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

구분	지급사유	연간 복합치료 횟수	지급금액
종합병원 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 복합치료 급여금 (2회, 3회, 4회이상)	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정 되고, 그 기타피부암 또는 갑상선암으로 인하여 특약보험기간 중 “종합병원”에서 받은 “기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 복합치료”의 “연간 복합치료 횟수”가 2회 이상인 경우 또는 특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후 제자리암 또는 경계성종양으로 인하여 특약보험기간 중 “종합병원”에서 받은 “기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 복합치료”의 “연간 복합치료 횟수”가 2회 이상인 경우 (다만, 각 “연간 복합치료 횟수”별로 연간 1회에 한함)	2회이상	특약보험 가입금액의 10% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험 가입금액의 5%를 지급함)
		3회이상	특약보험 가입금액의 10% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험 가입금액의 5%를 지급함)
		4회이상	특약보험 가입금액의 20% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험 가입금액의 10%를 지급함)

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

나. 일반심사형

구분	지급사유	연간 복합치료횟수	지급금액
종합병원 암, 대장점막내암 및 비침습방광암 복합치료 급여금 (2회, 3회, 4회이상)	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일("암"의 경우 암보장개시일) 이후에 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」으로 진단확정 되고, 그 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」으로 인하여 특약보험기간 중 "종합병원"에서 받은 "암, 대장점막내암 및 비침습방광암 복합치료"의 "연간 복합치료 횟수"가 2회 이상인 경우 (다만, 각 "연간 복합치료 횟수"별로 연간 1회에 한함)	2회이상	특약보험 가입금액의 50%
		3회이상	특약보험 가입금액의 50%
		4회이상	특약보험 가입금액의 100%
종합병원 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 복합치료 급여금 (2회, 3회, 4회이상)	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 「기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양」으로 진단확정 되고, 그 「기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양」으로 인하여 특약보험기간 중 "종합병원"에서 받은 "기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 복합치료"의 "연간 복합치료 횟수"가 2회 이상인 경우(다만, 각 "연간 복합치료 횟수"별로 연간 1회에 한함)	2회이상	특약보험 가입금액의 10%
		3회이상	특약보험 가입금액의 10%
		4회이상	특약보험 가입금액의 20%

주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하였을 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 다만, 특약보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따

라 회사가 적립한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

2. 특약보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 주계약의 보험료 납입면제가 "보험료의 납입을 면제하는 특약"에 의해 납입면제가 된 경우 그 "보험료의 납입을 면제하는 특약"의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 해당 약관의 「보험료납입면제대상계약」에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.
3. “2”에 따라 보험료의 납입이 면제된 이후에 이 특약이 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
4. “암보장개시일”은 최초계약의 계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 하며 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.
5. 이 특약의 “암”은 「기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암」을 제외한 “암”을 말합니다.
6. 이 특약의 “암, 대장점막내암 및 비침습방광암 복합치료”는 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」으로 인하여 “수술”, “항암약물치료(항암호르몬약물치료 제외)”, “항암방사선치료” 또는 “중환자실치료”를 받은 경우를 말하며, 최초로 진단된 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」과 상이한 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」으로 인하여 받은 “수술”, “항암약물치료(항암호르몬약물치료 제외)”, “항암방사선치료” 또는 “중환자실치료”도 포함합니다.
7. 이 특약의 “기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 복합치료”는 「기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양」으로 인하여 “수술”, “항암약물치료(항암호르몬약물치료 제외)”, “항암방사선치료” 또는 “중환자실치료”를 받은 경우를 말하며, 최초로 진단된 「기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양」과 상이한 「기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양」으로 인하여 받은 “수술”, “항암약물치료(항암호르몬약물치료 제외)”, “항암방사선치료” 또는 “중환자실치료”도 포함합니다.
8. 이 특약의 “연간 복합치료 횟수”는 “암, 대장점막내암 및 비침습방광암 복합치료” 및 “기타피부암, 갑상선암, 제자리암 및 경계성종양 복합치료”의 복합치료 행위별 연간 치료 횟수를 아래의 산정기준에 따라 합산한 횟수를 말합니다.

가. 수술 : 수술 1회당

나. 항암약물치료(항암호르몬약물치료 제외) : 연간 1회한

다. 항암방사선치료 : 연간 1회한

라. 중환자실치료 : 연간 1회한

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

10. “연간 복합치료 횟수”가 1회인 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

◦ 비급여(전액본인부담 포함)항암약물치료특약D(무배당, 해약환급금 미지급형)

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

주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 또는 “보험금 지급기간” 중 사망하거나 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.

2. 특약보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다. 다만, “보험금 지급기간” 중 피보험자가 사망한 경우에는 “산출방법서”에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

3. 특약보험료 납입기간 중 다음 중 어느 한 가지에 해당될 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.

① 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우

다만, 주계약의 보험료 납입면제가 "보험료의 납입을 면제하는 특약"에 의해 납입면제가 된 경우 그 "보험료의 납입을 면제하는 특약"의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 해당 약관의 「보험료납입면제대상

계약」에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.

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

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

◦ 비급여(전액본인부담 포함)항암약물치료특약(무배당, 해약환급금 미지급형)

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

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

2. 특약보험료 납입기간 중 다음 중 어느 한 가지에 해당될 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.

① 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우

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

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

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

◦ 비급여(전액본인부담 포함)항암약물치료특약(무배당, 갱신형)

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

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

2. 특약보험료 납입기간 중 다음 중 어느 한 가지에 해당될 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.

① 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우

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

② 피보험자가 보장개시일(“암”의 경우 암보장개시일) 이후 「암, 대장점막

내암, 비침습방광암, 기타피부암 또는 갑상선암」으로 최초 진단확정 되었을 경우

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

◦ (간편)항암방사선치료특약D(무배당, 해약환급금 미지급형)

가. 간편심사형

구분	지급사유	지급금액
항암 방사선 치료 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일(암의 경우 암보장개시일) 이후에 “암”, “대장점막내암” 또는 “비침습방광암”으로 진단확정 되고, 그 “암”, “대장점막내암” 또는 “비침습방광암”의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 “항암방사선치료”를 받았을 때 (다만, 최초 1회에 한함)	특약보험가입금액의 10% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 5%”를 지급함)
	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단확정 되고, 그 “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 “항암방사선치료”를 받았을 때 (다만, “기타피부암”, “갑상선암” 각각 최초 1회에 한함)	특약보험가입금액의 2% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 1%”를 지급함)
	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 “제자리암” 또는 “경계성종양”의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 “항암방사선치료”를 받았을 때 (다만, “제자리암”, “경계성종양” 각각 최초 1회에 한함)	
※ 1년미만 : 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지		

주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하거나 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.

2. 특약보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

3. “암보장개시일”은 계약일[부활(효력회복)일]부터 그날을 포함하여 90일이

지난날의 다음 날로 합니다.

4. 이 특약의 "암"은 「기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암」을 제외한 "암"을 말합니다.

나. 일반심사형

구분	지급사유	지급금액
항암 방사선 치료 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일(암의 경우 암보장개시일) 이후에 "암", "대장점막내암" 또는 "비침습방광암"으로 진단확정 되고, 그 "암", "대장점막내암" 또는 "비침습방광암"의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 "항암방사선치료"를 받았을 때 (다만, 최초 1회에 한함)	특약보험가입금액의 10% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 "특약보험가입금액의 5%"를 지급함)
	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암", "경계성종양"으로 진단확정 되고, 그 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암", "경계성종양"의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 "항암방사선치료"를 받았을 때 (다만, "기타피부암", "갑상선암", "제자리암", "경계성종양" 각각 최초 1회에 한함)	특약보험가입금액의 2% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 "특약보험가입금액의 1%"를 지급함)

※ 1년미만 : 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지

주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하거나 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.

2. 특약보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

3. "암보장개시일"은 계약일[부활(효력회복)일]부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.

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

◦ (간편)항암방사선치료특약(무배당, 해약환급금 미지급형)

가. 간편심사형

구분	지급사유	지급금액
항암 방사선 치료 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일(암의 경우 암보장개시일) 이후에 “암”, “대장점막내암” 또는 “비침습방광암”으로 진단확정 되고, 그 “암”, “대장점막내암” 또는 “비침습방광암”의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 “항암방사선치료”를 받았을 때 (다만, 최초 1회에 한함)	특약보험가입금액의 10% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 5%”를 지급함)
	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단확정 되고, 그 “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 “항암방사선치료”를 받았을 때 (다만, “기타피부암”, “갑상선암” 각각 최초 1회에 한함)	특약보험가입금액의 2% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 1%”를 지급함)
	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 “제자리암” 또는 “경계성종양”의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 “항암방사선치료”를 받았을 때 (다만, “제자리암”, “경계성종양” 각각 최초 1회에 한함)	
※ 1년미만 : 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지		

주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하거나 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소

또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 다만, 특약보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

2. “암보장개시일”은 계약일[부활(효력회복)일]부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.
3. 이 특약의 “암”은 「기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암」을 제외한 “암”을 말합니다.

나. 일반심사형

구분	지급사유	지급금액
항암 방사선 치료 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일(암의 경우 암보장개시일) 이후에 “암”, “대장점막내암” 또는 “비침습방광암”으로 진단확정 되고, 그 “암”, “대장점막내암” 또는 “비침습방광암”의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 “항암방사선치료”를 받았을 때 (다만, 최초 1회에 한함)	특약보험가입금액의 10% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 5%”를 지급함)
	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암”, “경계성종양”으로 진단확정 되고, 그 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암”, “경계성종양”의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 “항암방사선치료”를 받았을 때 (다만, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암”, “경계성종양” 각각 최초 1회에 한함)	특약보험가입금액의 2% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 1%”를 지급함)

※ 1년미만 : 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지

주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하거나 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 다만, 특약보험기간 중 피보

험자가 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

2. “암보장개시일”은 계약일[부활(효력회복)일]부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.
3. 이 특약의 “암”은 「기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암」을 제외한 “암”을 말합니다.

◦ **(간편)항암세기조절방사선치료특약(무배당, 갱신형)**

구분	지급사유	지급금액
항암세기조절방사선치료급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일(“암”의 경우 암보장개시일) 이후에 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “대장점막내암” 또는 “비침습방광암”으로 진단확정되고, 그 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “대장점막내암” 또는 “비침습방광암”의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 “항암세기조절방사선치료”를 받았을 때 (다만, 최초 1회에 한함)	특약보험가입금액의 100% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 50%”를 지급함)
※ 1년 미만 : 최초계약의 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지		

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

2. “암보장개시일”은 최초계약의 계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 하며 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회

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

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

◦ (간편)항암양성자방사선치료특약(무배당, 갱신형)

구분	지급사유	지급금액
항암양성자 방사선 치료급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일(“암”의 경우 암보장개시일) 이후에 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “대장점막내암” 또는 “비침습방광암”으로 진단확정 되고, 그 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “대장점막내암” 또는 “비침습방광암”의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 “항암양성자방사선치료”를 받았을 때 (다만, 최초 1회에 한함)	특약보험가입금액의 100% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 50%”를 지급함)

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

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

2. “암보장개시일”은 최초계약의 계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 하며 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.

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

◦ (간편)항암중입자방사선치료특약D(무배당, 해약환급금 미지급형)

구분	지급사유	지급금액
항암중입자 방사선 치료급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일(“암”의 경우 암보장개시일) 이후에 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “대장점막내암” 또는 “비침습방광암”으로 진단확정 되고, 그 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “대장점막내암” 또는 “비침습방광암”의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 “항암중입자방사선치료”를 받았을 때 (다만, 최초 1회에 한함)	특약보험가입금액의 100% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 50%”를 지급함)

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

주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하거나 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 더 이상 효력이 없습니다.

2. 특약보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

3. “암보장개시일”은 계약일[부활(효력회복)일]부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.

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

◦ (간편)항암중입자방사선치료특약(무배당, 해약환급금 미지급형)

구분	지급사유	지급금액
항암중입자방사선치료급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일(“암”의 경우 암보장개시일) 이후에 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “대장점막내암” 또는 “비침습방광암”으로 진단확정 되고, 그 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “대장점막내암” 또는 “비침습방광암”의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 “항암중입자방사선치료”를 받았을 때 (다만, 최초 1회에 한함)	특약보험가입금액의 100% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 50%”를 지급함)
※ 1년 미만 : 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지		

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

2. “암보장개시일”은 계약일[부활(효력회복)일]부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.

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

◦ (간편)항암중입자방사선치료특약(무배당, 갱신형)

구분	지급사유	지급금액
항암중입자 방사선 치료급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일(“암”의 경우 암보장개시일) 이후에 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “대장점막내암” 또는 “비침습방광암”으로 진단확정 되고, 그 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “대장점막내암” 또는 “비침습방광암”의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 “항암중입자방사선치료”를 받았을 때 (다만, 최초 1회에 한함)	특약보험가입금액의 100% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 50%”를 지급함)

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

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

2. “암보장개시일”은 최초계약의 계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 하며 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.

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

◦ (간편)전이암항암방사선치료특약TCD(무배당, 해약환급금 미지급형)

구분	지급사유	지급금액
전이암항암방사선치료급여금	특약보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 “전이암”으로 진단확정 되고, 그 “전이암”의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 “항암방사선치료”를 받았을 때(다만, 최초 1회에 한함)	특약보험가입금액의 10%(다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 5%”를 지급함)
※ 1년 미만 : 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지		

주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하거나 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.

2. 특약보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

3. 특약보험료 납입기간 중 다음 중 어느 한 가지에 해당될 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.

① 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우

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

② 피보험자가 암보장개시일 이후 제2-1조의3(“납입면제의 대상이 되는 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)” 등의 정의 및 진단 확정”) 제1항에서 정한 “납입면제의 대상이 되는 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)”으로 진단확정되었을 경우

4. 암보장개시일은 계약일[부활(효력회복)일]부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.

◦ (간편)전이암항암방사선치료특약TC(무배당, 해약환급금 미지급형)

구분	지급사유	지급금액
전이암항암방사선치료급여금	특약보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 “전이암”으로 진단확정 되고, 그 “전이암”의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 “항암방사선치료”를 받았을 때(다만, 최초 1회에 한함)	특약보험가입금액의 10% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 5%”를 지급함)
※ 1년 미만 : 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지		

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

2. 특약보험료 납입기간 중 다음 중 어느 한 가지에 해당될 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.

① 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우

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

② 피보험자가 암보장개시일 이후 제2-1조의3(“납입면제의 대상이 되는 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)” 등의 정의 및 진단 확정”) 제1항에서 정한 “납입면제의 대상이 되는 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)”으로 진단확정되었을 경우

3. 암보장개시일은 계약일[부활(효력회복)일]부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.

◦ (간편)항암약물치료특약D(무배당, 해약환급금 미지급형)

가. 간편심사형

구분	지급사유	지급금액
항암 약물 치료 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일(암의 경우 암보장개시일) 이후에 “암”, “대장점막내암” 또는 “비침습방광암”으로 진단확정 되고, 그 “암”, “대장점막내암” 또는 “비침습방광암”의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 “항암약물치료”를 받았을 때(다만, 최초 1회에 한함)	특약보험가입금액의 10% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 5%”를 지급함)
	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단확정 되고, 그 “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 “항암약물치료”를 받았을 때 (다만, “기타피부암”, “갑상선암” 각각 최초 1회에 한함)	특약보험가입금액의 2% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 1%”를 지급함)
	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 “제자리암” 또는 “경계성종양”의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 “항암약물치료”를 받았을 때 (다만, “제자리암”, “경계성종양” 각각 최초 1회에 한함)	
※ 1년미만 : 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지		

주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하거나 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.

2. 특약보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

3. “암보장개시일”은 계약일[부활(효력회복)일]부터 그날을 포함하여 90일이

지난날의 다음 날로 합니다.

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

나. 일반심사형

구분	지급사유	지급금액
항암 약물 치료 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일(암의 경우 암보장개시일) 이후에 “암”, “대장점막내암” 또는 “비침습방광암”으로 진단확정 되고, 그 “암”, “대장점막내암” 또는 “비침습방광암”의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 “항암약물치료”를 받았을 때(다만, 최초 1회에 한함)	특약보험가입금액의 10% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 5%”를 지급함)
	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암”, “경계성종양”으로 진단확정 되고, 그 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암”, “경계성종양”의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 “항암약물치료”를 받았을 때(다만, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암”, “경계성종양” 각각 최초 1회에 한함)	특약보험가입금액의 2% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 1%”를 지급함)
※ 1년미만 : 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지		

주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하거나 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.

2. 특약보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

3. “암보장개시일”은 계약일[부활(효력회복)일]부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.

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

◦ (간편)항암약물치료특약(무배당, 해약환급금 미지급형)

가. 간편심사형

구분	지급사유	지급금액
항암 약물 치료 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일(암의 경우 암보장개시일) 이후에 “암”, “대장점막내암” 또는 “비침습방광암”으로 진단확정 되고, 그 “암”, “대장점막내암” 또는 “비침습방광암”의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 “항암약물치료”를 받았을 때(다만, 최초 1회에 한함)	특약보험가입금액의 10% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 5%”를 지급함)
	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 “기타피부암” 또는 “갑상선암”으로 진단확정 되고, 그 “기타피부암” 또는 “갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 “항암약물치료”를 받았을 때 (다만, “기타피부암”, “갑상선암” 각각 최초 1회에 한함)	특약보험가입금액의 2% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 1%”를 지급함)
	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 “제자리암” 또는 “경계성종양”의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 “항암약물치료”를 받았을 때 (다만, “제자리암”, “경계성종양” 각각 최초 1회에 한함)	
※ 1년미만 : 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지		

주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하거나 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소

또는 철회된 경우」이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 다만, 특약보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

2. "암보장개시일"은 계약일[부활(효력회복)일]부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.
3. 이 특약의 "암"은「기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암」을 제외한 "암"을 말합니다.

나. 일반심사형

구분	지급사유	지급금액
항암 약물 치료 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일(암의 경우 암보장개시일) 이후에 "암", "대장점막내암" 또는 "비침습방광암"으로 진단확정 되고, 그 "암", "대장점막내암" 또는 "비침습방광암"의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 "항암약물치료"를 받았을 때(다만, 최초 1회에 한함)	특약보험가입금액의 10% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 "특약보험가입금액의 5%"를 지급함)
	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암", "경계성종양"으로 진단확정 되고, 그 "기타피부암", "갑상선암", "제자리암", "경계성종양"의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 "항암약물치료"를 받았을 때(다만, "기타피부암", "갑상선암", "제자리암", "경계성종양" 각각 최초 1회에 한함)	특약보험가입금액의 2% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 "특약보험가입금액의 1%"를 지급함)

※ 1년미만 : 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지

주) 1.「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하거나 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우」또는「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 다만, 특약보험

기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

2. “암보장개시일”은 계약일[부활(효력회복)일]부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.
3. 이 특약의 “암”은 「기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암」을 제외한 “암”을 말합니다.

◦ (간편)표적항암약물허가치료특약(무배당, 갱신형)

구분	지급사유	지급금액
표적항암 약물 허가치료 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일(“암”의 경우 암보장개시일) 이후에 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “대장점막내암” 또는 “비침습방광암”으로 진단확정 되고, 그 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “대장점막내암” 또는 “비침습방광암”의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 “표적항암약물허가치료”를 받았을 때 (다만, 최초 1회에 한함)	특약보험가입금액의 100% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 50%”를 지급함)
※ 1년 미만 : 최초계약의 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지		

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

2. “암보장개시일”은 최초계약의 계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 하며 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.

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

4. “표적항암약물허가치료급여금”은 “표적항암제”를 식품의약품안전처에서 허가된 “효능효과” 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 “효능효과” 범위 외 사용이지만, “암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)”으로 사용된 경우에는 보장합니다. 향후 식품의약품안전처 “효능효과” 허가 기준이 변경되는 경우에는 투약 처방 시점의 식품의약품안전처 기준

을 적용합니다.

5. 보험금 지급사유 중 “표적항암약물허가치료를 받았을 때”는 “표적항암제”를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제2-1조의7(“표적항암제” 및 “표적항암약물허가치료”의 정의) 제3항에서 정한 “안전성과 유효성 인정 범위”가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 “안전성과 유효성 인정 범위” 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

◦ (간편)표적항암약물·방사선(리간드)허가치료보장특약(무배당,갱신형)

[표적항암약물허가치료 보장계약]

구분	지급사유	지급금액
표적항암약물허가치료급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일(“암”의 경우 암보장개시일) 이후에 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “대장점막내암” 또는 “비침습방광암”으로 진단확정 되고, 그 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “대장점막내암” 또는 “비침습방광암”의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 “표적항암약물허가치료”를 받았을 때 (다만, 연간 1회에 한함)	특약보험 가입금액의 100% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 50%를 지급함)

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

[표적항암방사선(리간드)허가치료 보장계약]

구분	지급사유	지급금액
표적항암방사선(리간드)허가치료급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일(“암”의 경우 암보장개시일) 이후에 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “대장점막내암” 또는 “비침습방광암”으로 진단확정 되고, 그 “암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “대장점막내암” 또는 “비침습방광암”의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 “표적항암방사선(리간드)허가치료”를 받았을 때 (다만, 연간 1회에 한함)	특약보험 가입금액의 100% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 50%를 지급함)

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

주) 1.「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하였을 경우」 또는 「주계약이

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

2. 특약보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 주계약의 보험료 납입면제가 "보험료의 납입을 면제하는 특약"에 의해 납입면제가 된 경우 그 "보험료의 납입을 면제하는 특약"의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 해당 약관의 「보험료납입면제대상계약」에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.
3. “암보장개시일”은 최초계약의 계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 하며 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.
4. 이 특약의 “암”은 「기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암」을 제외한 “암”을 말합니다.
5. “연간”이라 함은 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
6. [표적항암약물허가치료 보장계약]의 경우 표적항암제를 식품의약품안전처에서 허가된 “효능효과” 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 “효능효과” 범위 외 사용이지만 “암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)”으로 사용된 경우에는 보장합니다. 향후 식품의약품안전처 “효능효과” 허가기준이 변경되는 경우에는 투약 처방 시점의 식품의약품안전처 기준을 적용합니다.
7. [표적항암방사선(리간드)허가치료 보장계약]의 경우 표적항암방사선(리간드)치료제를 식품의약품안전처에서 허가된 “효능효과” 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 “효능효과” 범위 외 사용이지만 “암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는

동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)"으로 사용된 경우에는 보장합니다. 향후 식품의약품안전처 "효능효과" 허가기준이 변경되는 경우에는 투약처방 시점의 식품의약품안전처 기준을 적용합니다.

8. [표적항암약물허가치료 보장계약]의 보험금 지급사유 중 "표적항암약물허가치료를 받았을 때"는 "표적항암제"를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 해당 "표적항암제" 처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제2-1조의8("표적항암제" 및 "표적항암약물허가치료"의 정의) 제3항에서 정한 "안전성과 유효성 인정 범위"가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 "안전성과 유효성 인정 범위" 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.
9. [표적항암방사선(리간드)허가치료 보장계약]의 보험금 지급사유 중 "표적항암방사선(리간드)허가치료를 받았을 때"는 "표적항암방사선(리간드)치료제"를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 해당 "표적항암방사선(리간드)치료제" 처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제2-1조의10("표적항암방사선(리간드)치료제" 및 "표적항암방사선(리간드)허가치료"의 정의) 제4항에서 정한 "안전성과 유효성 인정 범위"가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 "안전성과 유효성 인정 범위" 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

◦ (간편)카티(CAR-T)항암약물허가치료특약(무배당, 갱신형)

구분	지급사유	지급금액
카티(CAR-T)항암약물허가치료급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일(“암”의 경우 암보장개시일) 이후에 “카티(CAR-T)항암약물허가치료 적응증”으로 진단이 확정되고, 그 “카티(CAR-T)항암약물허가치료 적응증”의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 “카티(CAR-T)항암약물허가치료”를 받았을 때 (다만, 연간 1회에 한함)	특약보험가입금액의 100% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 50%”를 지급함)
※ 1년 미만 : 최초계약의 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지		

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

2. “암보장개시일”은 최초계약의 계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 하며 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.

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

4. “연간”이라 함은 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

5. “카티(CAR-T)항암약물허가치료급여금”은 “카티(CAR-T)항암약물치료제”를 식품의약품안전처에서 허가된 “효능효과” 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 “효능효과” 범위 외 사용이지만, “암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도 변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용

을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)"으로 사용된 경우에는 보장합니다. 향후 식품의약품안전처 "효능효과" 허가 기준이 변경되는 경우에는 투약 처방 시점의 식품의약품안전처 기준을 적용합니다.

6. 보험금 지급사유 중 "카티(CAR-T)항암약물허가치료를 받았을 때"는 "카티(CAR-T)항암약물치료제"를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제2-1조의7("카티(CAR-T)항암약물치료제" 및 "카티(CAR-T)항암약물허가치료"의 정의) 제3항에서 정한 "안전성과 유효성 인정 범위"가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 "안전성과 유효성 인정 범위" 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

◦ (간편)항암호르몬약물허가치료특약(무배당, 갱신형)

※ 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하였을 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 또한, 이 특약의 피보험자에게 특약보험기간 중 각 보장계약에 대한 지급사유가 발생하였을 경우 각 보장계약에 한하여 그때부터 효력이 없습니다. 다만, 특약보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

※ "암보장개시일"은 최초계약의 계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 하며 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.

※ 이 특약의 "암"은 「기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암」을 제외한 "암"을 말합니다.

[특정항암호르몬약물허가치료 보장계약]

구분	지급사유	지급금액
특정항암호르몬약물허가치료급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일(“암”의 경우 암보장개시일) 이후에 “암”, “대장점막내암” 또는 “비침습방광암”으로 진단확정 되고, 그 “암”, “대장점막내암” 또는 “비침습방광암”의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 “특정항암호르몬약물허가치료”를 받았을 때 (다만, 최초 1회에 한함)	특약보험가입금액의 10% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 5%”를 지급함)
※ 1년 미만 : 최초계약의 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지		

주) 1. “기타피부암” 및 “갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 “특정항암호르몬약물허가치료”를 받았을 때는 상기 보험금 지급사유에 해당하지 않습니다.

2. “특정항암호르몬약물허가치료급여금”은 “특정항암호르몬치료제”를 식품의약품안전처에서 허가된 ‘효능효과’ 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 ‘효능효과’ 범위 외 사용이지만, ‘암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다.)’으로 사용된 경우에는 보장합니다. 향후 식품의약품안전처 ‘효능효과’ 허가 기준이 변경되는 경우에는 투약 처방 시점의 식품의약품안전처 기준을 적용합니다.

3. “특정항암호르몬약물허가치료를 받았을 때”는 “특정항암호르몬치료제”를 처방받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제2-1조의7(“특정항암호르몬치료제” 및 “특정항암호르몬약물허가치료”의 정의)에서 정한 “안전성과 유효성 인정 범위”가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 “안전성과 유효성 인정 범위” 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

[갑상선암수술후항암호르몬약물허가치료 보장계약]

구분	지급사유	지급금액
갑상선암 수술후 항암호르몬 약물허가치료 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 “갑상선암”으로 진단확정 되고, 그 “갑상선암”의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 갑상선암 수술 후 “갑상선암수술후항암호르몬약물허가치료”를 받았을 때 (다만, 최초 1회에 한함)	특약보험가입금액의 10% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 5%”를 지급함)

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

주) 1. “갑상선암수술후항암호르몬약물허가치료급여금”은 “갑상선암수술후항암호르몬치료제”를 식품의약품안전처에서 허가된 ‘효능효과’ 범위 내에서 사용된 경우에 한하여 보장합니다. 다만, 식품의약품안전처에서 허가된 ‘효능효과’ 범위 외 사용이지만, ‘암질환심의위원회를 거쳐 건강보험심사평가원(향후 제도변경 시에는 동 기관과 동일한 기능을 수행하는 기관)이 승인한 요법(다만, 해당 의약품의 사용을 신청 또는 신고한 요양기관에 한합니다)’으로 사용된 경우에는 보장합니다. 향후 식품의약품안전처 ‘효능효과’ 허가 기준이 변경되는 경우에는 투약 처방 시점의 식품의약품안전처 기준을 적용합니다.

2. “갑상선암수술후항암호르몬약물허가치료를 받았을 때”는 “갑상선암수술후항암호르몬치료제”를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, 제2-1조의8(“갑상선암수술후항암호르몬치료제” 및 “갑상선암수술후항암호르몬약물허가치료”의 정의)에서 정한 “안전성과 유효성 인정 범위”가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 “안전성과 유효성 인정 범위” 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.

◦ (간편)전이암항암약물치료특약TCD(무배당, 해약환급금 미지급형)

구분	지급사유	지급금액
전이암항암약물치료급여금	특약보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 “전이암”으로 진단확정 되고, 그 “전이암”의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 “항암약물치료”를 받았을 때(다만, 최초 1회에 한함)	특약보험가입금액의 10% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 5%”를 지급함)

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

주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하거나 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.

2. 특약보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

3. 특약보험료 납입기간 중 다음 중 어느 한 가지에 해당될 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.

① 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우

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

② 피보험자가 암보장개시일 이후 제2-1조의3(“납입면제의 대상이 되는 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)” 등의 정의 및 진단 확정”) 제1항에서 정한 “납입면제의 대상이 되는 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)”으로 진단확정되었을 경우

4. 암보장개시일은 계약일[부활(효력회복)일]부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.

◦ (간편)전이암항암약물치료특약TC(무배당, 해약환급금 미지급형)

구분	지급사유	지급금액
전이암항암약물치료급여금	특약보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 “전이암”으로 진단확정 되고, 그 “전이암”의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 “항암약물치료”를 받았을 때(다만, 최초 1회에 한함)	특약보험가입금액의 10% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 5%”를 지급함)
※ 1년 미만 : 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지		

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

2. 특약보험료 납입기간 중 다음 중 어느 한 가지에 해당될 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.

① 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우

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

② 피보험자가 암보장개시일 이후 제2-1조의3(“납입면제의 대상이 되는 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)” 등의 정의 및 진단 확정”) 제1항에서 정한 “납입면제의 대상이 되는 암(기타피부암 및 갑상선암 제외)”으로 진단확정되었을 경우

3. 암보장개시일은 계약일[부활(효력회복)일]부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.

◦ (간편)암특정검사지원특약D(무배당, 해약환급금 미지급형)

가. 간편심사형

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

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

※ 1년미만 : 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지

나. 일반심사형

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

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

※ 1년미만 : 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지

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

2. 특약보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

3. “암보장개시일”은 계약일[부활(효력회복)일]부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.

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

5. 암 CT 검사지원비, 암 PET 검사지원비, 암 MRI 검사지원비, 암 초음파 검사지원비의 경우 암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 비침습방광암, 제자리암 또는 경계성종양의 치료 또는 진행여부확인을 위한 필요소견을 토대로 각 검사를 받았을 경우에만 보험금을 지급합니다.

6. PET-CT와 PET-MRI는 암 PET 검사지원비에 포함되며, 암 CT 검사지원비와 암 MRI 검사지원비를 중복하여 보험금을 지급하지 않습니다.

7. ‘연간’이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

◦ (간편)암특정검사지원특약(무배당, 해약환급금 미지급형)

가. 간편심사형

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

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

※ 1년미만 : 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지

나. 일반심사형

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

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

※ 1년미만 : 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지

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

2. “암보장개시일”은 계약일[부활(효력회복)일]부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.

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

4. 암 CT 검사지원비, 암 PET 검사지원비, 암 MRI 검사지원비, 암 초음파 검사지원비의 경우 암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 비침습방광암, 제자리암 또는 경계성종양의 치료 또는 진행여부확인을 위한 필요소견을 토대로 각 검사를 받았을 경우에만 보험금을 지급합니다.

5. PET-CT와 PET-MRI는 암 PET 검사지원비에 포함되며, 암 CT 검사지원비와 암 MRI 검사지원비를 중복하여 보험금을 지급하지 않습니다.

6. ‘연간’이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

◦ (간편)암특정검사지원특약(무배당, 갱신형)

가. 간편심사형

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

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

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

나. 일반심사형

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

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

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

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

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

3. “2”에 따라 보험료의 납입이 면제된 이후에 이 특약이 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

4. “암보장개시일”은 최초계약의 계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 하며 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.

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

◦ (간편)급여암특정재활치료특약D(무배당, 해약환급금 미지급형)

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

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

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

2. 특약보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

3. “암보장개시일”은 계약일[부활(효력회복)일]부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.

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

5. “연간”이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

◦ (간편)급여암특정재활치료특약(무배당, 해약환급금 미지급형)

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

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

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

2. "암보장개시일"은 계약일[부활(효력회복)일]부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.

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

4. "연간"이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

◦ (간편)급여암특정재활치료특약(무배당, 갱신형)

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

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

에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

2. “암보장개시일”은 최초계약의 계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 하며 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.
3. 이 특약의 “암”은 「기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암」을 제외한 “암”을 말합니다.
4. “연간”이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

◦ (간편)급여암특정통증완화치료특약(무배당, 갱신형)

구분	지급사유	지급금액
급여 암특정통증완화 치료급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일(암의 경우 암보장개시일) 이후에 암, 대장점막내암 또는 비침습방광암으로 진단확정 되고, 그 암, 대장점막내암 또는 비침습방광암의 통증완화를 목적으로 특약보험기간 중 "급여암특정통증완화치료"를 받았을 때 (다만, 연간 1회에 한함)	특약보험가입금액의 1% (다만, "간편심사형"에 한하여 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 "특약보험가입금액의 0.5%"를 지급함)

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

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

2. "암보장개시일"은 최초계약의 계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 하며 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.

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

4. '연간'이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

◦ (간편)급여6대질병진단검사지원특약(무배당, 갱신형)

구분	지급사유		지급금액
급여 6대질병 진단검사 지원 급여금	간편 심사형	피보험자에게 다음의 사유가 발생한 경우 (다만, 연간 1회에 한함) 1. 특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일(“암”의 경우 암보장개시일) 이후에 “암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암”으로 진단확정되고, 의료기관의 의사에 의하여 그 “암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암”의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 특약보험기간 중 “급여6대질병진단검사”를 받았을 때 2. 특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 의료기관의 의사에 의하여, “제자리암”, “경계성종양”, “뇌혈관질환”, “허혈심장질환”, “간질환”, “폐질환”, “신장질환”의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 특약보험기간 중 “급여6대질병진단검사”를 받았을 때	특약보험가입금액의 1% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 0.5%”를 지급함)
	일반 심사형	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일(“암”의 경우 암보장개시일) 이후 “6대질병”으로 진단확정 되고, 의료기관의 의사에 의하여 그 “6대질병”의 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 특약보험기간 중 “급여6대질병진단검사”」를 받았을 때 (다만 연간 1회에 한함)	

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

※ 6대질병 : “암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 비침습방광암, 제자리암 및 경계성종양”, “뇌혈관질환”, “허혈심장질환”, “간질환”, “폐질환”, “신장질환”

※ 급여6대질병진단검사 : PET, MRI, CT, 초음파, 간/호흡기/신장 기능검사

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

2. “암보장개시일”은 최초계약의 계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 하며 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.

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

4. “연간”이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

◦ (간편)급여특정NGS유전자패널검사지원특약(무배당, 갱신형)

구분	지급사유	지급금액
급여 특정NGS 유전자패널 검사 지원급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일(“암”의 경우 암보장개시일) 이후 암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 또는 비침습방광암으로 진단이 확정되고, 그 암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 또는 비침습방광암의 치료 또는 진행여부 확인을 위한 필요소견을 토대로 특약보험기간 중 “급여 특정NGS 유전자패널 검사”를 받았을 때(다만, 연간 1회에 한함)	특약보험가입금액의 1% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 0.5%”를 지급함)
※ 1년 미만 : 최초계약의 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지		

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

2. “암보장개시일”은 최초계약의 계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 하며 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.

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

4. 급여 특정NGS 유전자패널 검사지원급여금의 경우 암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 또는 비침습방광암의 치료 또는 진행여부 확인을 위한 필요소견을 토대로 급여 특정NGS 유전자패널 검사를 받았을 경우에만 보험금을 지급합니다.

5. ‘연간’이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

◦ (간편)급여바늘생검조직병리진단특약(무배당, 갱신형)

구분	지급사유	지급금액
급여 갑상선 바늘생검 조직병리진단 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 「의료기관의 의사에 의하여 질병 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 특약보험기간 중 "급여 갑상선 바늘생검 조직병리진단"」을 받았을 때 (다만, 연간 1회에 한함)	특약보험가입금액의 1% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 0.5%”를 지급함)
급여 유방 바늘생검 조직병리진단 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 「의료기관의 의사에 의하여 질병 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 특약보험기간 중 "급여 유방 바늘생검 조직병리진단"」을 받았을 때 (다만, 연간 1회에 한함)	특약보험가입금액의 1% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 0.5%”를 지급함)
급여 전립선 바늘생검 조직병리진단 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 「의료기관의 의사에 의하여 질병 진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 특약보험기간 중 “급여 전립선 바늘생검 조직병리진단”」을 받았을 때 (다만, 연간 1회에 한함)	특약보험가입금액의 1% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 0.5%”를 지급함)

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

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

2. 급여 유방 바늘생검 조직병리진단급여금의 경우 피보험자가 여성인 경우에 한합니다.

3. ‘연간’이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

◦ (간편)암직접치료입원특약D(무배당, 해약환급금 미지급형)

가. 간편심사형

<table>
<tr><th>구분</th><th>지급사유</th><th colspan="2">지급금액</th></tr>
<tr><td rowspan="4">암직접치료
입원급여금</td><td rowspan="2">특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일(암의 경우 암보장개시일) 이후에 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」, 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정 되고, 그 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」, 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 1일이상 계속하여 입원하였을 때 (다만, 요양병원입원 제외, 각각 1회 입원당 180일 한도)</td><td colspan="2">【입원일수 1일당】</td></tr>
<tr><td>암,
대장점막내암
또는
비침습방광암</td><td>특약보험가입금액의 1%
(다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 0.5%”를 지급함)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 1일이상 계속하여 입원하였을 때 (다만, 요양병원입원 제외, 각각 1회 입원당 180일 한도)</td><td>기타피부암,
갑상선암</td><td>특약보험가입금액의 0.6%
(다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 0.3%”를 지급함)</td></tr>
<tr><td>제자리암,
경계성종양</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="4">※ 1년 미만 : 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지</td></tr>
</table>

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

2. 특약보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

3. 계약일부터 1년 미만에 “암직접치료입원급여금” 지급사유가 발생하고 계속 입원 중에 1년 이상이 될 경우에는 계약일부터 1년 이상이 된 날부터 삭감하지 않습니다.

4. “암보장개시일”은 계약일[부활(효력회복)일]부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.
5. 이 특약의 “암”은 「기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암」을 제외한 “암”을 말합니다.
6. 암직접치료입원급여금에서 피보험자가 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양으로 인한 치료를 위하여 요양병원에 입원한 경우에는 입원급여금을 지급하지 않습니다.

나. 일반심사형

<table>
<tr><th>구분</th><th>지급사유</th><th colspan="2">지급금액</th></tr>
<tr><td rowspan="3">암직접치료
입원급여금</td><td rowspan="3">특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일(암의 경우 암보장개시일) 이후에 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단확정 되고, 그 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 1일이상 계속하여 입원하였을 때 (다만, 요양병원입원 제외, 각각 1회 입원당 180일 한도)</td><td colspan="2">【입원일수 1일당】</td></tr>
<tr><td>암,
대장점막내암
또는
비침습방광암</td><td>특약보험가입금액의 1%</td></tr>
<tr><td>기타피부암,
갑상선암,
제자리암,
경계성종양</td><td>특약보험가입금액의 0.6%</td></tr>
</table>

주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하였을 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
2. 특약보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.
3. “암보장개시일”은 계약일[부활(효력회복)일]부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.
4. 이 특약의 “암”은 「기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암」을 제

외한 “암”을 말합니다.

5. 암직접치료입원급여금에서 피보험자가 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양으로 인한 치료를 위하여 요양병원에 입원한 경우에는 입원급여금을 지급하지 않습니다.

◦ (간편)암직접치료입원특약(무배당, 해약환급금 미지급형)

가. 간편심사형

<table>
<tr><th>구분</th><th>지급사유</th><th colspan="2">지급금액</th></tr>
<tr><td rowspan="4">암직접치료
입원급여금</td><td rowspan="2">특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일(암의 경우 암보장개시일) 이후에 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」, 기타피부암 또는 갑상선암으로 진단확정 되고, 그 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」, 기타피부암 또는 갑상선암의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 1일이상 계속하여 입원하였을 때 (다만, 요양병원입원 제외, 각각 1회 입원당 180일 한도)</td><td colspan="2">【입원일수 1일당】</td></tr>
<tr><td>암,
대장점막내암
또는
비침습방광암</td><td>특약보험가입금액의 1%
(다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 0.5%”를 지급함)</td></tr>
<tr><td>특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 1일이상 계속하여 입원하였을 때 (다만, 요양병원입원 제외, 각각 1회 입원당 180일 한도)</td><td>기타피부암,
갑상선암</td><td rowspan="2">특약보험가입금액의 0.6%
(다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 0.3%”를 지급함)</td></tr>
<tr><td></td><td>제자리암,
경계성종양</td></tr>
<tr><td colspan="4">※ 1년 미만 : 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지</td></tr>
</table>

주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하였을 경우」 또는 「주계약이

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

2. 계약일부터 1년 미만에 “암직접치료입원급여금” 지급사유가 발생하고 계속 입원 중에 1년 이상이 될 경우에는 계약일부터 1년 이상이 된 날부터 삭감하지 않습니다.
3. “암보장개시일”은 계약일[부활(효력회복)일]부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.
4. 이 특약의 “암”은 「기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암」을 제외한 “암”을 말합니다.
5. 암직접치료입원급여금에서 피보험자가 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양으로 인한 치료를 위하여 요양병원에 입원한 경우에는 입원급여금을 지급하지 않습니다.

나. 일반심사형

<table>
<tr><th>구분</th><th>지급사유</th><th colspan="2">지급금액</th></tr>
<tr><td rowspan="3">암직접치료
입원급여금</td><td rowspan="3">특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일(암의 경우 암보장개시일) 이후에 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단확정 되고, 그 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 1일이상 계속하여 입원하였을 때 (다만, 요양병원입원 제외, 각각 1회 입원당 180일 한도)</td><td colspan="2">【입원일수 1일당】</td></tr>
<tr><td>암,
대장점막내암
또는
비침습방광암</td><td>특약보험가입금액의 1%</td></tr>
<tr><td>기타피부암,
갑상선암,
제자리암,
경계성종양</td><td>특약보험가입금액의 0.6%</td></tr>
<tr><td colspan="4">※ 1년 미만 : 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지</td></tr>
</table>

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

2. "암보장개시일"은 계약일[부활(효력회복)일]부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.

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

4. 암직접치료입원급여금에서 피보험자가 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양으로 인한 치료를 위하여 요양병원에 입원한 경우에는 입원급여금을 지급하지 않습니다.

◦ (간편)요양병원암입원특약D(무배당, 해약환급금 미지급형)

가. 간편심사형

구분	지급사유	지급금액	
요양병원 암입원 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일(암의 경우 암보장개시일) 이후 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」으로 진단확정 되고, 그 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」으로 인한 치료를 위하여 특약보험기간 중 요양병원에 1일이상 계속하여 입원하였을 때 (다만, 1회 입원당 90일 한도)	암, 대장점막내암 또는 비침습방광암	【입원일수 1일당】 특약보험가입금액의 1% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 0.5%”를 지급함)
	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양으로 인한 치료를 위하여 특약보험기간 중 요양병원에 1일이상 계속하여 입원하였을 때 (다만, 1회 입원당 90일 한도)	기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양	【입원일수 1일당】 특약보험가입금액의 0.6% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 0.3%”를 지급함)
※ 1년 미만 : 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지			

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

2. 특약보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

3. 계약일부터 1년 미만에 요양병원 암입원급여금 지급사유가 발생하고 계속

입원 중에 1년 이상이 될 경우에는 계약일부터 1년 이상이 된 날부터 삭감하지 않습니다.

4. "암보장개시일"은 계약일[부활(효력회복)일]부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.
5. 이 특약의 "암"은 「기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암」을 제외한 "암"을 말합니다.
6. 요양병원 암입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 90일을 최고한도로 합니다. 다만, 보험계약일부터 동일한 질병으로 지급된 요양병원 암입원급여금의 누적 총지급일수가 365일을 초과한 경우에는 365일을 초과한 날부터 이 특약의 보험기간 만료일까지 동일한 질병으로 인한 요양병원 암입원급여금은 지급되지 않습니다.

나. 일반심사형

구분	지급사유	지급금액	
요양병원 암입원 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일(암의 경우 암보장개시일) 이후 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단확정 되고, 그 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양으로 인한 치료를 위하여 특약보험기간 중 요양병원에 1일이상 계속하여 입원하였을 때 (다만, 1회 입원당 90일 한도)	암, 대장점막내암 또는 비침습방광암	【입원일수 1일당】 특약보험가입금액의 1%
		기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양	【입원일수 1일당】 특약보험가입금액의 0.6%

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

2. 특약보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

3. “암보장개시일”은 계약일[부활(효력회복)일]부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.
4. 이 특약의 “암”은 「기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암」을 제외한 “암”을 말합니다.
5. 요양병원 암입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 90일을 최고한도로 합니다. 다만, 보험계약일부터 동일한 질병으로 지급된 요양병원 암입원급여금의 누적 총지급일수가 365일을 초과한 경우에는 365일을 초과한 날부터 이 특약의 보험기간 만료일까지 동일한 질병으로 인한 요양병원 암입원급여금은 지급되지 않습니다.

◦ (간편)요양병원암입원특약(무배당, 해약환급금 미지급형)

가. 간편심사형

구분	지급사유	지급금액	
요양병원 암입원 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일(암의 경우 암보장개시일) 이후 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」으로 진단확정 되고, 그 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」으로 인한 치료를 위하여 특약보험기간 중 요양병원에 1일이상 계속하여 입원하였을 때 (다만, 1회 입원당 90일 한도)	암, 대장점막내암 또는 비침습방광암	【입원일수 1일당】 특약보험가입금액의 1% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 "특약보험가입금액의 0.5%"를 지급함)
	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양으로 인한 치료를 위하여 특약보험기간 중 요양병원에 1일이상 계속하여 입원하였을 때 (다만, 1회 입원당 90일 한도)	기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양	【입원일수 1일당】 특약보험가입금액의 0.6% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 "특약보험가입금액의 0.3%"를 지급함)
※ 1년 미만 : 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지			

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

2. 계약일부터 1년 미만에 요양병원 암입원급여금 지급사유가 발생하고 계속 입원 중에 1년 이상이 될 경우에는 계약일부터 1년 이상이 된 날부터 삭감하지 않습니다.

3. “암보장개시일”은 계약일[부활(효력회복)일]부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.
4. 이 특약의 “암”은 「기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암」을 제외한 “암”을 말합니다.
5. 요양병원 암입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 90일을 최고한도로 합니다. 다만, 보험계약일부터 동일한 질병으로 지급된 요양병원 암입원급여금의 누적 총지급일수가 365일을 초과한 경우에는 365일을 초과한 날부터 이 특약의 보험기간 만료일까지 동일한 질병으로 인한 요양병원 암입원급여금은 지급되지 않습니다.

나. 일반심사형

구분	지급사유	지급금액	
요양병원 암입원 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일(암의 경우 암보장개시일) 이후 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단확정 되고, 그 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양으로 인한 치료를 위하여 특약보험기간 중 요양병원에 1일이상 계속하여 입원하였을 때 (다만, 1회 입원당 90일 한도)	암, 대장점막내암 또는 비침습방광암	【입원일수 1일당】 특약보험가입금액의 1%
		기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양	【입원일수 1일당】 특약보험가입금액의 0.6%

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

3. 이 특약의 “암”은 「기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암」을 제외한 “암”을 말합니다.
4. 요양병원 암입원급여금의 지급일수는 1회 입원당 90일을 최고한도로 합니다. 다만, 보험계약일부터 동일한 질병으로 지급된 요양병원 암입원급여금의 누적 총지급일수가 365일을 초과한 경우에는 365일을 초과한 날부터 이 특약의 보험기간 만료일까지 동일한 질병으로 인한 요양병원 암입원급여금은 지급되지 않습니다.

◦ (간편)암직접치료통원특약D(무배당, 해약환급금 미지급형)

가. 간편심사형

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

※ 1년미만 : 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지

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

2. 특약보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

3. "암보장개시일"은 계약일[부활(효력회복)일]부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.

4. 이 특약의 "암"은 「기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암」을 제외한 "암"을 말합니다.

5. 통원급여금의 경우 지급횟수는 통원한 날만을 기준으로 계산합니다.

나. 일반심사형

구분	지급사유	지급금액	
암직접치료 통원급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일(암의 경우 암보장개시일) 이후에 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단확정되고, 그 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 통원하였을 때 (통원 1회당, 1일 1회에 한함)	암, 대장점막내암 또는 비침습방광암	특약보험가입금액의 1% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 "특약보험가입금액의 0.5%"를 지급함)
		기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양	특약보험가입금액의 0.6% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 "특약보험가입금액의 0.3%"를 지급함)

※ 1년미만 : 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지

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

2. 특약보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

3. "암보장개시일"은 계약일[부활(효력회복)일]부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.

4. 이 특약의 "암"은 「기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암」을 제외한 "암"을 말합니다.

5. 통원급여금의 경우 지급횟수는 통원한 날만을 기준으로 계산합니다.

◦ (간편)암직접치료통원특약(무배당, 해약환급금 미지급형)

가. 간편심사형

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

※ 1년미만 : 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지

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

2. "암보장개시일"은 계약일[부활(효력회복)일]부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.

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

4. 통원급여금의 경우 지급횟수는 통원한 날만을 기준으로 계산합니다.

나. 일반심사형

<table>
<tr><th>구분</th><th>지급사유</th><th colspan="2">지급금액</th></tr>
<tr><td rowspan="2">암직접치료
통원급여금</td><td rowspan="2">특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일(암의 경우 암보장개시일) 이후에 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단확정되고, 그 「암, 대장점막내암 또는 비침습방광암」, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 통원하였을 때 (통원 1회당, 1일 1회에 한함)</td><td>암,
대장점막내암
또는
비침습방광암</td><td>특약보험가입금액의 1%
(다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 0.5%”를 지급함)</td></tr>
<tr><td>기타피부암,
갑상선암,
제자리암,
경계성종양</td><td>특약보험가입금액의 0.6%
(다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 0.3%”를 지급함)</td></tr>
<tr><td colspan="4">※ 1년미만 : 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지</td></tr>
</table>

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

2. “암보장개시일”은 계약일[부활(효력회복)일]부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.

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

을 제외한 “암”을 말합니다.

4. 통원급여금의 경우 지급횟수는 통원한 날만을 기준으로 계산합니다.

◦ (간편)암직접치료상급종합병원통원특약D(무배당, 해약환급금 미지급형)

가. 간편심사형

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

※ 1년미만 : 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지

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

2. “암보장개시일”은 계약일[부활(효력회복)일]부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.
3. 이 특약의 “암”은 「기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암」을 제외한 “암”을 말합니다.
4. 각 상급종합병원 통원급여금의 경우 지급횟수는 상급종합병원에 통원한 날만을 기준으로 계산합니다.
5. 특약보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

나. 일반심사형

<table>
<tr><th>구분</th><th>지급사유</th><th colspan="2">지급금액</th></tr>
<tr><td rowspan="2">암직접치료 상급종합병원 통원급여금</td><td rowspan="2">특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일(암의 경우 암보장개시일) 이후에 “암”, “대장점막내암”, “비침습방광암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암”, “경계성종양”으로 진단확정되고, 그 “암”, “대장점막내암”, “비침습방광암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암”, “경계성종양”의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 상급종합병원에 통원하였을 때 (통원 1회당, 1일 1회에 한함)</td><td>암, 대장점막내암, 비침습방광암, 기타피부암, 갑상선암</td><td>특약보험가입금액의 1% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 0.5%”를 지급함)</td></tr>
<tr><td>제자리암, 경계성종양</td><td>특약보험가입금액의 0.6% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 0.3%”를 지급함)</td></tr>
</table>

※ 1년미만 : 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지

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

2. “암보장개시일”은 계약일[부활(효력회복)일]부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.

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

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

5. 특약보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

◦ (간편)암직접치료상급종합병원통원특약(무배당, 해약환급금 미지급형)

가. 간편심사형

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

※ 1년미만 : 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지

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

2. “암보장개시일”은 계약일[부활(효력회복)일]부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.

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

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

나. 일반심사형

<table>
<tr><th>구분</th><th>지급사유</th><th colspan="2">지급금액</th></tr>
<tr><td rowspan="2">암직접치료 상급종합병원 통원급여금</td><td rowspan="2">특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일(암의 경우 암보장개시일) 이후에 “암”, “대장점막내암”, “비침습방광암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암”, “경계성종양”으로 진단확정되고, 그 “암”, “대장점막내암”, “비침습방광암”, “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암”, “경계성종양”의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 상급종합병원에 통원하였을 때 (통원 1회당, 1일 1회에 한함)</td><td>암, 대장점막내암, 비침습방광암, 기타피부암, 갑상선암</td><td>특약보험가입금액의 1% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 0.5%”를 지급함)</td></tr>
<tr><td>제자리암, 경계성종양</td><td>특약보험가입금액의 0.6% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 0.3%”를 지급함)</td></tr>
<tr><td colspan="4">※ 1년미만 : 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지</td></tr>
</table>

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

2. “암보장개시일”은 계약일[부활(효력회복)일]부터 그날을 포함하여 90일이

지난날의 다음 날로 합니다.

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

◦ 여성특화진단특약(무배당, 갱신형)

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

※ 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하거나 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 또한, 자궁내막증 보장계약의 경우 특약의 피보험자에게 특약보험기간 중 해당 보장계약에 대한 지급사유가 발생하였을 경우 해당 보장계약에 한하여 그때부터 효력이 없습니다. 다만, 특약보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

※ "연간"이라 함은 계약일부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미하며, 해당 년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다. 또한, 연간 보장한도 산정의 기준일자는 진단개시일(제2-1조의4["급여 유방 바늘생검 조직병리 진단"의 정의 및 장소] 제1항에서 정한 수가코드에 해당하는 의료행위를 한 날을 말합니다)로 합니다.

[자궁내막증 보장계약]

구분	지급사유	지급금액
자궁내막증 진단급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 자궁내막증으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 4% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 2%를 지급함)

[급여 유방 바늘생검 조직병리진단 보장계약]

구분	지급사유	지급금액
급여 유방 바늘생검 조직병리 진단급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 「의료기관의 의사에 의하여 질병진단 및 치료를 위한 필요 소견을 토대로 특약보험기간 중 "급여 유방 바늘생검 조직병리진단"」을 받았을 때 (다만, 연간 1회에 한함)	특약보험가입금액의 1% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 0.5%를 지급함)

◦ **여성특화수술특약(무배당, 갱신형)**

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

※ 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하였을 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 또한, 급여 요실금 수술 보장계약을 제외한 4개의 보장계약의 경우 이 특약의 피보험자에게 특약보험기간 중 각 보장계약에 대한 지급사유가 발생하였을 경우 각 보장계약에 한하여 그때부터 효력이 없습니다. 다만, 특약보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

※ "암보장개시일"은 최초계약의 계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 하며 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.

※ 이 특약의 "암"은 「기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암」을 제외한 "암"을 말합니다.

※ 피보험자가 "여성생식기암의 직접적인 항암약물치료" 또는 "여성생식기암의 직접적인 항암방사선치료"를 받았을 때 여성생식기암 수술급여금은 지급되지 않습니다.

※ 피보험자가 "여성생식기 제자리암의 직접적인 항암약물치료" 또는 "여성생식기 제자리암의 직접적인 항암방사선치료"를 받았을 때 여성생식기 제자리암 수술급여금은 지급되지 않습니다.

※ "연간"이라 함은 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

[여성생식기암 수술 보장계약]

구분	지 급 사 유	지급금액
여성생식기암 수술급여금	특약보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 여성생식기암으로 진단확정되고, 그 여성생식기암의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 여성생식기암 수술을 받았을 때 (다만, 최초 1회에 한함)	특약보험가입금액의 100% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 "특약보험가입금액의 50%"를 지급함)

[여성생식기 제자리암 수술 보장계약]

구분	지 급 사 유	지급금액
여성생식기 제자리암 수술급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 여성생식기 제자리암으로 진단확정되고, 그 여성생식기 제자리암의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 여성생식기 제자리암 수술을 받았을 때 (다만, 최초 1회에 한함)	특약보험가입금액의 100% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 "특약보험가입금액의 50%"를 지급함)

[급여 유방암 절제 및 보전수술 보장계약]

구분	지 급 사 유	지급금액
급여 유방암 절제 및 보전수술급여금	특약보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 유방암으로 진단확정되고, 그 유방암의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 급여 유방절제·유방보전수술을 받았을 때 (다만, 최초 1회에 한함)	특약보험가입금액의 100% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 "특약보험가입금액의 50%"를 지급함)

[급여 유방제자리암 절제 및 보전수술 보장계약]

구분	지 급 사 유	지급금액
급여 유방제자리암 절제 및 보전수술급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 유방의 제자리암으로 진단확정되고, 그 “유방의 제자리암”의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 급여 유방절제·유방보전수술을 받았을 때 (다만, 최초 1회에 한함)	특약보험가입금액의 100% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 50%”를 지급함)

[급여 요실금 수술 보장계약]

구분	지 급 사 유	지급금액
급여 요실금 수술급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 요실금으로 진단확정되고, 그 요실금의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 급여 요실금 수술을 받았을 때 (다만, 연간 1회에 한함)	특약보험가입금액의 5% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 2.5%”를 지급함)

◦ (간편)자궁·난소수술특약(무배당, 갱신형)

※「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하거나 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 또한, 급여 자궁난소적출수술 보장계약의 경우 특약의 피보험자에게 특약보험기간 중 해당 보장계약에 대한 지급사유가 발생하였을 경우 해당 보장계약에 한하여 그때부터 효력이 없습니다. 다만, 특약보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

※ "암보장개시일"은 최초계약의 계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 하며 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.

[급여 자궁난소적출수술 보장계약]

구분	지급사유		지급금액
급여 자궁난소적출 수술급여금	간편 심사형	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일("여성생식기암"의 경우 암보장개시일) 이후에 「"여성생식기암"으로 진단확정되고, 그 "여성생식기암"의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 "급여 자궁난소적출수술"을 받았을 때」 또는 「"여성생식기 제자리암"의 직접적인 치료를 목적으로 "급여 자궁난소적출수술"을 받았을 때」 (다만, 최초 1회에 한함)	특약보험가입금액의 10% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 5%를 지급함)
	일반 심사형	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일("여성생식기암"의 경우 암보장개시일) 이후에 "여성생식기암" 또는 "여성생식기 제자리암"으로 진단확정되고, 그 "여성생식기암" 또는 "여성생식기 제자리암"의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 "급여 자궁난소적출수술"을 받았을 때 (다만, 최초 1회에 한함)	

[난소제거수술 보장계약]

구분	지급사유		지급금액
난소제거 수술급여금	간편 심사형	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 “난소제거수술”을 받았을 때 (수술1회당)	특약보험가입금액의 10% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 5%를 지급함)
	일반 심사형		

◦ (간편)특정갑상선보장특약(무배당, 갱신형)

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

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

가. 갑상선기능항진증치료 보장계약

① 간편심사형

구분	지급사유	지급금액
갑상선기능항진증치료급여금	특약보험기간 중 피보험자가 “갑상선기능항진증”의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 “갑상선기능항진증치료”를 받았을 때(다만, 최초 1회에 한함)	특약보험가입금액의 5% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 2.5%”를 지급함)

② 일반심사형

구분	지급사유	지급금액
갑상선기능항진증치료급여금	특약보험기간 중 피보험자가 “갑상선기능항진증”으로 진단확정 되고, 그 “갑상선기능항진증”의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 “갑상선기능항진증치료”를 받았을 때(다만, 최초 1회에 한함)	특약보험가입금액의 5% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 2.5%”를 지급함)

나. 특정갑상선기능저하증진단 보장계약

① 간편심사형

구분	지급사유	지급금액
특정갑상선기능 저하증진단급여금	특약보험기간 중 피보험자가 “특정갑상선기능저하증”으로 진단 확정 되었을 때(다만, 최초 1회에 한함)	특약보험가입금액의 5% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 2.5%”를 지급함)

② 일반심사형

구분	지급사유	지급금액
특정갑상선기능 저하증진단급여금	특약보험기간 중 피보험자가 “특정갑상선기능저하증”으로 진단 확정 되었을 때(다만, 최초 1회에 한함)	특약보험가입금액의 5% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 2.5%”를 지급함)

◦ (간편)뇌전증진단특약D(무배당, 해약환급금 미지급형)

구분	지급사유	지급금액
뇌전증 진단급여금	특약보험기간 중 피보험자가 “뇌전증”으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 50%”를 지급함)
※ 1년 미만 : 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지		

주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하거나 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 더 이상 효력이 없습니다.

2. 특약보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

◦ (간편)뇌전증진단특약(무배당, 해약환급금 미지급형)

구분	지급사유	지급금액
뇌전증 진단급여금	특약보험기간 중 피보험자가 “뇌전증”으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 50%”를 지급함)
※ 1년 미만 : 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지		

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

◦ (간편)뇌혈관질환진단특약D(무배당, 해약환급금 미지급형)

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

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

주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하거나 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.

2. 특약보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

◦ (간편)뇌혈관질환진단특약(무배당, 해약환급금 미지급형)

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

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

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

◦ (간편)허혈심장질환진단특약D(무배당, 해약환급금 미지급형)

구분	지급사유	지급금액
허혈심장질환 진단급여금	특약보험기간 중 피보험자가 허혈심장질환으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 "특약보험가입금액의 50%"를 지급함)

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

주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하거나 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.

2. 특약보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

◦ (간편)허혈심장질환진단특약(무배당, 해약환급금 미지급형)

구분	지급사유	지급금액
허혈심장질환 진단급여금	특약보험기간 중 피보험자가 허혈심장질환으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 "특약보험가입금액의 50%"를 지급함)

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

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

◦ (간편)[삭감없음용]뇌혈관·허혈심장질환진단특약D(무배당, 해약환급금 미지급형)

※「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하거나 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
※ 특약보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

가. 뇌혈관질환진단 보장계약

구분	지급사유	지급금액
뇌혈관질환 진단급여금	특약보험기간 중 피보험자가 뇌혈관질환으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100%

나. 허혈심장질환진단 보장계약

구분	지급사유	지급금액
허혈심장질환 진단급여금	특약보험기간 중 피보험자가 허혈심장질환으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100%

◦ (간편)[삭감없음용]뇌혈관·허혈심장질환진단특약(무배당, 해약환급금 미지급형)

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

가. 뇌혈관질환진단 보장계약

구분	지급사유	지급금액
뇌혈관질환 진단급여금	특약보험기간 중 피보험자가 뇌혈관질환으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100%

나. 허혈심장질환진단 보장계약

구분	지급사유	지급금액
허혈심장질환 진단급여금	특약보험기간 중 피보험자가 허혈심장질환으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100%

◦ (간편)뇌혈관질환진단특약80PlusD(무배당, 해약환급금 미지급형)

[보장형 계약]

구분	지급사유	지급금액
뇌혈관질환 진단급여금	보장형 계약의 보험기간 중 피보험자가 뇌혈관질환으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 "특약보험가입금액의 50%"를 지급함)
※ 1년 미만 : 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지		

주) 1. 「이 특약의 피보험자가 보장형 계약의 보험기간 중 사망하거나 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.

2. 보장형 계약의 보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

[연장형 계약]

구분	지급사유	지급금액
뇌혈관질환 진단급여금	연장형 계약의 보험기간 중 피보험자가 뇌혈관질환으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100%

주) 1. 「이 특약의 피보험자가 연장형 계약의 보험기간 중 사망하거나 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.

2. 연장형 계약의 보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

◦ (간편)뇌혈관질환진단특약80Plus(무배당, 해약환급금 미지급형)

[보장형 계약]

구분	지급사유	지급금액
뇌혈관질환 진단급여금	보장형 계약의 보험기간 중 피보험자가 뇌혈관질환으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 "특약보험가입금액의 50%"를 지급함)
※ 1년 미만 : 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지		

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

[연장형 계약]

구분	지급사유	지급금액
뇌혈관질환 진단급여금	연장형 계약의 보험기간 중 피보험자가 뇌혈관질환으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100%

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

◦ (간편)허혈심장질환진단특약80PlusD(무배당, 해약환급금 미지급형)

[보장형 계약]

구분	지급사유	지급금액
허혈심장질환 진단급여금	보장형 계약의 보험기간 중 피보험자가 허혈심장질환으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 "특약보험가입금액의 50%"를 지급함)
※ 1년 미만 : 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지		

주) 1. 「이 특약의 피보험자가 보장형 계약의 보험기간 중 사망하거나 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.

2. 보장형 계약의 보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

[연장형 계약]

구분	지급사유	지급금액
허혈심장질환 진단급여금	연장형 계약의 보험기간 중 피보험자가 허혈심장질환으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100%

주) 1. 「이 특약의 피보험자가 연장형 계약의 보험기간 중 사망하거나 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.

2. 연장형 계약의 보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

◦ (간편)허혈심장질환진단특약80Plus(무배당, 해약환급금 미지급형)

[보장형 계약]

구분	지급사유	지급금액
허혈심장질환 진단급여금	보장형 계약의 보험기간 중 피보험자가 허혈심장질환으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 "특약보험가입금액의 50%"를 지급함)

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

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

[연장형 계약]

구분	지급사유	지급금액
허혈심장질환 진단급여금	연장형 계약의 보험기간 중 피보험자가 허혈심장질환으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100%

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

◦ (간편)[삭감없음용]뇌혈관·허혈심장질환진단특약80PlusD(무배당, 해약환급금 미지급형)

□ 보장형 계약

※「이 특약의 피보험자가 보장형 계약의 보험기간 중 사망하거나 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
※ 보장형 계약의 보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

가. 뇌혈관질환진단 보장계약

구분	지급사유	지급금액
뇌혈관질환 진단급여금	보장형계약의 보험기간 중 피보험자가 뇌혈관질환으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100%

나. 허혈심장질환진단 보장계약

구분	지급사유	지급금액
허혈심장질환 진단급여금	보장형계약의 보험기간 중 피보험자가 허혈심장질환으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100%

□ 연장형 계약

※「이 특약의 피보험자가 연장형 계약의 보험기간 중 사망하거나 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
※ 연장형 계약의 보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

가. 뇌혈관질환진단 보장계약

구분	지급사유	지급금액
뇌혈관질환 진단급여금	연장형계약의 보험기간 중 피보험자가 뇌혈관질환으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100%

나. 허혈심장질환진단 보장계약

구분	지급사유	지급금액
허혈심장질환 진단급여금	연장형계약의 보험기간 중 피보험자가 허혈심장질환으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100%

◦ (간편)[삭감없음용]뇌혈관·허혈심장질환진단특약80Plus(무배당, 해약환급금 미지급형)

□ 보장형 계약

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

가. 뇌혈관질환진단 보장계약

구분	지급사유	지급금액
뇌혈관질환 진단급여금	보장형계약의 보험기간 중 피보험자가 뇌혈관질환으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100%

나. 허혈심장질환진단 보장계약

구분	지급사유	지급금액
허혈심장질환 진단급여금	보장형계약의 보험기간 중 피보험자가 허혈심장질환으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100%

□ 연장형 계약

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

가. 뇌혈관질환진단 보장계약

구분	지급사유	지급금액
뇌혈관질환 진단급여금	연장형계약의 보험기간 중 피보험자가 뇌혈관질환으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100%

나. 허혈심장질환진단 보장계약

구분	지급사유	지급금액
허혈심장질환 진단급여금	연장형계약의 보험기간 중 피보험자가 허혈심장질환으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100%

◦ (간편)뇌혈관질환진단특약(무배당, 갱신형)

구분	지급사유	지급금액
뇌혈관질환 진단급여금	특약보험기간 중 피보험자가 뇌혈관질환으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 50%”를 지급함)
※ 1년 미만 : 최초계약의 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지		

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

◦ (간편)허혈심장질환진단특약(무배당, 갱신형)

구분	지급사유	지급금액
허혈심장질환진단급여금	특약보험기간 중 피보험자가 허혈심장질환으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 "특약보험가입금액의 50%"를 지급함)
※ 1년 미만 : 최초계약의 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지		

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

◦ (간편)[삭감없음용]뇌혈관·허혈심장질환진단특약(무배당, 갱신형)

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

가. 뇌혈관질환진단 보장계약

구분	지급사유	지급금액
뇌혈관질환 진단급여금	특약보험기간 중 피보험자가 뇌혈관질환으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100%

나. 허혈심장질환진단 보장계약

구분	지급사유	지급금액
허혈심장질환 진단급여금	특약보험기간 중 피보험자가 허혈심장질환으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100%

◦ (간편)뇌졸중진단특약D(무배당, 해약환급금 미지급형)

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

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

주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하거나 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.

2. 특약보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

◦ (간편)뇌졸중진단특약(무배당, 해약환급금 미지급형)

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

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

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

◦ (간편)뇌출혈진단특약D(무배당, 해약환급금 미지급형)

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

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

주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하거나 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 더 이상 효력이 없습니다.

2. 특약보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

◦ (간편)뇌출혈진단특약(무배당, 해약환급금 미지급형)

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

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

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

◦ (간편)외상성뇌출혈진단특약D(무배당, 해약환급금 미지급형)

구분	지급사유	지급금액
외상성뇌출혈 진단급여금	특약보험기간 중 피보험자가 재해를 직접적인 원인으로 특약보험기간 중 “외상성뇌출혈”로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100%

주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하거나 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 더 이상 효력이 없습니다.
2. 특약보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

◦ (간편)외상성뇌출혈진단특약(무배당, 해약환급금 미지급형)

구분	지급사유	지급금액
외상성뇌출혈 진단급여금	특약보험기간 중 피보험자가 재해를 직접적인 원인으로 특약보험기간 중 “외상성뇌출혈”로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100%

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

◦ (간편)외상성뇌출혈진단특약(무배당, 갱신형)

구분	지급사유	지급금액
외상성뇌출혈 진단급여금	특약보험기간 중 피보험자가 재해를 직접적인 원인으로 특약보험기간 중 “외상성뇌출혈”로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100%

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

◦ (간편)외상성뇌손상진단특약D(무배당, 해약환급금 미지급형)

구분	지급사유	지급금액
외상성뇌손상 진단급여금	특약보험기간 중 피보험자가 재해를 직접적인 원인으로 특약보험기간 중 “외상성뇌손상”으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 10%

주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하거나 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 더 이상 효력이 없습니다.

2. 특약보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

◦ (간편)외상성뇌손상진단특약(무배당, 해약환급금 미지급형)

구분	지급사유	지급금액
외상성뇌손상 진단급여금	특약보험기간 중 피보험자가 재해를 직접적인 원인으로 특약보험기간 중 “외상성뇌손상”으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 10%

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

◦ (간편)외상성뇌손상진단특약(무배당, 갱신형)

구분	지급사유	지급금액
외상성뇌손상 진단급여금	특약보험기간 중 피보험자가 재해를 직접적인 원인으로 특약보험기간 중 “외상성뇌손상”으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 10%

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

◦ (간편)급성심근경색증진단특약D(무배당, 해약환급금 미지급형)

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

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

주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하거나 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 더 이상 효력이 없습니다.

2. 특약보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

◦ (간편)급성심근경색증진단특약(무배당, 해약환급금 미지급형)

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

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

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

◦ (간편)특정순환계질환진단특약Ⅱ D(무배당, 해약환급금 미지급형)

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

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

주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하거나 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.

2. 특약보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

3. 이 특약의 보험금 지급사유 발생 당시에 이미 납입한 특약 보험료가 보험금을 초과하는 경우, 이미 납입한 특약보험료를 보험금으로 지급하여 드립니다.

◦ (간편)특정순환계질환진단특약Ⅱ(무배당, 해약환급금 미지급형)

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

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

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

2. 이 특약의 보험금 지급사유 발생 당시에 이미 납입한 특약 보험료가 보험금을 초과하는 경우, 이미 납입한 특약보험료를 보험금으로 지급하여 드립니다.

◦ (간편)부정맥진단특약D(무배당, 해약환급금 미지급형)

구분	지급사유	지급금액
부정맥 진단급여금	특약보험기간 중 피보험자가 부정맥으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 50%를 지급함)

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

주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하거나 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 더 이상 효력이 없습니다.

2. 특약보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

◦ (간편)부정맥진단특약(무배당, 해약환급금 미지급형)

구분	지급사유	지급금액
부정맥 진단급여금	특약보험기간 중 피보험자가 부정맥으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 50%를 지급함)

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

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

◦ (간편)부정맥진단특약(무배당, 갱신형)

구분	지급사유	지급금액
부정맥 진단급여금	특약보험기간 중 피보험자가 부정맥으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 50%를 지급함)
※ 1년 미만 : 최초계약의 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지		

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

◦ (간편)특정부정맥진단특약D(무배당, 해약환급금 미지급형)

구분	지급사유	지급금액
특정부정맥 진단급여금	특약보험기간 중 피보험자가 특정부정맥으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 50%를 지급함)

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

주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하거나 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 더 이상 효력이 없습니다.

2. 특약보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

◦ (간편)특정부정맥진단특약(무배당, 해약환급금 미지급형)

구분	지급사유	지급금액
특정부정맥 진단급여금	특약보험기간 중 피보험자가 특정부정맥으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 50%를 지급함)

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

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

◦ (간편)특정순환계질환주요치료비특약D(치료별 연간1회)(무배당, 해약환급금 미지급형)

[수술 보장계약]

가. 간편심사형

구분	지급사유	지급금액
특정 순환계질환 수술급여금	특약보험기간 중 피보험자가 "특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 “수술(급여 혈전제거술, 혈전용해치료 제외)”을 받았을 때(다만, 연간 1회에 한함)	특약보험가입금액의 100% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 50%”를 지급함)

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

나. 일반심사형

구분	지급사유	지급금액
특정 순환계질환 수술급여금	특약보험기간 중 피보험자가 "특정순환계질환"으로 진단확정되고, 그 "특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 “수술(급여 혈전제거술, 혈전용해치료 제외)”을 받았을 때(다만, 연간 1회에 한함)	특약보험가입금액의 100%

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

2. 특약보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

3. 이 보장계약의 “수술”은 최초로 진단된 "특정순환계질환"과 상이한 "특정순환계질환"의 직접적인 치료를 위한 “수술”도 포함합니다.

4. “연간”이라 함은 계약일부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의

마지막 날을 계약해당일로 합니다.

[혈전주요치료 보장계약]

가. 간편심사형

구분	지급사유	치료행위	지급금액
특정 순환계질환 혈전주요치료 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 "특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 "혈전주요치료"를 받았을 때(다만, 각 치료행위별로 연간 1회에 한함)	급여 혈전제거술	특약보험가입금액의 100% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 "특약보험가입금액의 50%"를 지급함)
		혈전용해 치료	
		혈전복합 치료	

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

나. 일반심사형

구분	지급사유	치료행위	지급금액
특정 순환계질환 혈전주요치료 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 "특정순환계질환"으로 진단확정되고, 그 "특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 "혈전주요치료"를 받았을 때(다만, 각 치료행위별로 연간 1회에 한함)	급여 혈전제거술	특약보험가입금액의 100%
		혈전용해 치료	
		혈전복합 치료	

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

2. 특약보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

3. 이 보장계약의 "혈전주요치료"는 "특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 급여 혈전제거술, 혈전용해치료 또는 혈전복합치료를 받은 경우를 말하며, 최초로 진단된 "특정순환계질환"과 상이한 "특정순환계질환"의 직접적인 치료를 위

한 급여 혈전제거술, 혈전용해치료 또는 혈전복합치료도 포함합니다.

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

[중환자실치료 보장계약]

가. 간편심사형

구분	지급사유	지급금액
특정순환계질환 종합병원 중환자실 치료급여금	특약보험기간 중 피보험자가 "특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 “종합병원 중환자실치료”를 받았을 때(다만, 연간 1회에 한함)	특약보험 가입금액의 100% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 50%”를 지급함)
※ 1년 미만 : 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지		

나. 일반심사형

구분	지급사유	지급금액
특정순환계질환 종합병원 중환자실 치료급여금	특약보험기간 중 피보험자가 "특정순환계질환"으로 진단확정되고, 그 "특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 “종합병원 중환자실치료”를 받았을 때(다만, 연간 1회에 한함)	특약보험가입금액의 100%

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

2. 특약보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

3. 이 보장계약의 “종합병원 중환자실치료”는 최초로 진단된 "특정순환계질환"과 상이한 "특정순환계질환"의 직접적인 치료를 위한 “종합병원 중환자실치료”도 포함합니다.
4. “연간”이라 함은 계약일부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

◦ (간편)특정순환계질환주요치료비특약(치료별 연간1회)(무배당, 해약환급금 미지급형)

[수술 보장계약]

가. 간편심사형

구분	지급사유	지급금액
특정 순환계질환 수술급여금	특약보험기간 중 피보험자가 "특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 “수술(급여 혈전제거술, 혈전용해치료 제외)”을 받았을 때(다만, 연간 1회에 한함)	특약보험가입금액의 100% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 50%”를 지급함)

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

나. 일반심사형

구분	지급사유	지급금액
특정 순환계질환 수술급여금	특약보험기간 중 피보험자가 "특정순환계질환"으로 진단확정되고, 그 "특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 “수술(급여 혈전제거술, 혈전용해치료 제외)”을 받았을 때(다만, 연간 1회에 한함)	특약보험가입금액의 100%

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

2. 이 보장계약의 “수술”은 최초로 진단된 "특정순환계질환"과 상이한 "특정순환계질환"의 직접적인 치료를 위한 “수술”도 포함합니다.

3. “연간”이라 함은 계약일부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의

기간을 의미합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

[혈전주요치료 보장계약]

가. 간편심사형

구분	지급사유	치료행위	지급금액
특정 순환계질환 혈전주요치료 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 "특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 "혈전주요치료"를 받았을 때(다만, 각 치료행위별로 연간 1회에 한함)	급여 혈전제거술	특약보험가입금액의 100% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 50%”를 지급함)
		혈전용해 치료	
		혈전복합 치료	

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

나. 일반심사형

구분	지급사유	치료행위	지급금액
특정 순환계질환 혈전주요치료 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 "특정순환계질환“으로 진단확정되고, 그 "특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 "혈전주요치료"를 받았을 때(다만, 각 치료행위별로 연간 1회에 한함)	급여 혈전제거술	특약보험가입금액의 100%
		혈전용해 치료	
		혈전복합 치료	

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

2. 이 보장계약의 "혈전주요치료"는 "특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적

으로 급여 혈전제거술, 혈전용해치료 또는 혈전복합치료를 받은 경우를 말하며, 최초로 진단된 "특정순환계질환"과 상이한 "특정순환계질환"의 직접적인 치료를 위한 급여 혈전제거술, 혈전용해치료 또는 혈전복합치료도 포함합니다.

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

[중환자실치료 보장계약]

가. 간편심사형

구분	지급사유	지급금액
특정순환계질환 종합병원 중환자실 치료급여금	특약보험기간 중 피보험자가 "특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 “종합병원 중환자실치료”를 받았을 때(다만, 연간 1회에 한함)	특약보험가입금액의 100% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 50%”를 지급함)

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

나. 일반심사형

구분	지급사유	지급금액
특정순환계질환 종합병원 중환자실 치료급여금	특약보험기간 중 피보험자가 "특정순환계질환"으로 진단확정되고, 그 "특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 “종합병원 중환자실치료”를 받았을 때(다만, 연간 1회에 한함)	특약보험가입금액의 100%

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

2. 이 보장계약의 “종합병원 중환자실치료”는 최초로 진단된 "특정순환계질환"과 상이한 "특정순환계질환"의 직접적인 치료를 위한 “종합병원 중환자실치료”도 포함합니다.

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

◦ (간편)특정순환계질환주요치료비특약D(4대중증치료)(치료별 연간1회)(무배당, 해약환급금 미지급형)

가. 간편심사형

구분	지급사유	지급금액
특정순환계질환 급여 부분체외 순환치료 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 "특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 "급여 부분체외순환치료"를 받았을 때 (다만, 연간 1회에 한함)	특약보험가입금액의 100% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 "특약보험가입금액의 50%"를 지급함)
특정순환계질환 급여 지속적 신대체요법(CRRT) 치료급여금	특약보험기간 중 피보험자가 "특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 "급여 지속적 신대체요법(CRRT) 치료"를 받았을 때 (다만, 연간 1회에 한함)	특약보험가입금액의 25% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 "특약보험가입금액의 12.5%"를 지급함)
특정순환계질환 급여 인공호흡기치료(12시간초과) 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 "특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 "급여 인공호흡기치료(12시간초과)"를 받았을 때 (다만, 연간 1회에 한함)	특약보험가입금액의 10% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 "특약보험가입금액의 5%"를 지급함)
특정순환계질환 급여 저체온요법치료 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 "특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 "급여 저체온요법치료"를 받았을 때 (다만, 연간 1회에 한함)	특약보험가입금액의 5% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 "특약보험가입금액의 2.5%"를 지급함)

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

나. 일반심사형

구분	지급사유	지급금액
특정순환계질환 급여 부분체외순환치료 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 "특정순환계질환"으로 진단확정되고, 그 "특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 "급여 부분체외순환치료"를 받았을 때 (다만, 연간 1회에 한함)	특약보험 가입금액의 100%
특정순환계질환 급여 지속적 신대체요법(CRRT) 치료급여금	특약보험기간 중 피보험자가 "특정순환계질환"으로 진단확정되고, 그 "특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 "급여 지속적 신대체요법(CRRT) 치료"를 받았을 때 (다만, 연간 1회에 한함)	특약보험 가입금액의 25%
특정순환계질환 급여 인공호흡기치료(12시간초과) 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 "특정순환계질환"으로 진단확정되고, 그 "특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 "급여 인공호흡기치료(12시간초과)"를 받았을 때 (다만, 연간 1회에 한함)	특약보험 가입금액의 10%
특정순환계질환 급여 저체온요법치료 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 "특정순환계질환"으로 진단확정되고, 그 "특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 "급여 저체온요법치료"를 받았을 때 (다만, 연간 1회에 한함)	특약보험 가입금액의 5%

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

2. 특약보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

3. "연간"이라 함은 계약일부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의

마지막 날을 계약해당일로 합니다.

◦ (간편)특정순환계질환주요치료비특약(4대중증치료)(치료별 연간1회)(무배당, 해약환급금 미지급형)

가. 간편심사형

구분	지급사유	지급금액
특정순환계질환 급여 부분체외 순환치료 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 "특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 "급여 부분체외순환치료"를 받았을 때 (다만, 연간 1회에 한함)	특약보험가입금액의 100% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 "특약보험가입금액의 50%"를 지급함)
특정순환계질환 급여 지속적 신대체요법(CRRT) 치료급여금	특약보험기간 중 피보험자가 "특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 "급여 지속적 신대체요법(CRRT) 치료"를 받았을 때 (다만, 연간 1회에 한함)	특약보험가입금액의 25% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 "특약보험가입금액의 12.5%"를 지급함)
특정순환계질환 급여 인공호흡기치료(12시간초과) 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 "특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 "급여 인공호흡기치료(12시간초과)"를 받았을 때 (다만, 연간 1회에 한함)	특약보험가입금액의 10% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 "특약보험가입금액의 5%"를 지급함)
특정순환계질환 급여 저체온요법치료 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 "특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 "급여 저체온요법치료"를 받았을 때 (다만, 연간 1회에 한함)	특약보험가입금액의 5% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 "특약보험가입금액의 2.5%"를 지급함)

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

나. 일반심사형

구분	지급사유	지급금액
특정순환계질환 급여 부분체외순환치료 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 "특정순환계질환"으로 진단확정되고, 그 "특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 "급여 부분체외순환치료"를 받았을 때 (다만, 연간 1회에 한함)	특약보험 가입금액의 100%
특정순환계질환 급여 지속적 신대체요법(CRRT) 치료급여금	특약보험기간 중 피보험자가 "특정순환계질환"으로 진단확정되고, 그 "특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 "급여 지속적 신대체요법(CRRT) 치료"를 받았을 때 (다만, 연간 1회에 한함)	특약보험 가입금액의 25%
특정순환계질환 급여 인공호흡기치료(12시간초과) 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 "특정순환계질환"으로 진단확정되고, 그 "특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 "급여 인공호흡기치료(12시간초과)"를 받았을 때 (다만, 연간 1회에 한함)	특약보험 가입금액의 10%
특정순환계질환 급여 저체온요법치료 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 "특정순환계질환"으로 진단확정되고, 그 "특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 "급여 저체온요법치료"를 받았을 때 (다만, 연간 1회에 한함)	특약보험 가입금액의 5%

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

2. "연간"이라 함은 계약일부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당

월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

◦ (간편)상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터 포함)특정순환계질환주요치료비특약D(치료별 연간1회)(무배당, 해약환급금 미지급형)

[수술 보장계약]

가. 간편심사형

구분	지급사유	지급금액
상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터 포함) 특정순환계질환 수술급여금	특약보험기간 중 피보험자가 "특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터 포함)에서 "수술(급여 혈전제거술, 혈전용해치료 제외)"을 받았을 때(다만, 연간 1회에 한함)	특약보험가입금액의 100% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 "특약보험가입금액의 50%"를 지급함)

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

나. 일반심사형

구분	지급사유	지급금액
상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터 포함) 특정순환계질환 수술급여금	특약보험기간 중 피보험자가 "특정순환계질환"으로 진단확정되고, 그 "특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터 포함)에서"수술(급여 혈전제거술, 혈전용해치료 제외)"을 받았을 때(다만, 연간 1회에 한함)	특약보험가입금액의 100%

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

2. 특약보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.
3. 이 보장계약의 “수술”은 최초로 진단된 "특정순환계질환"과 상이한 "특정순환계질환"의 직접적인 치료를 위한 “수술”도 포함합니다.
4. “연간”이라 함은 계약일부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

[혈전주요치료 보장계약]

가. 간편심사형

구분	지급사유	치료행위	지급금액
상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터 포함) 특정순환계질환 혈전주요치료 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 "특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터 포함)에서 "혈전주요치료"를 받았을 때(다만, 각 치료행위별로 연간 1회에 한함)	급여 혈전제거술	특약보험가입금액의 100% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 50%”를 지급함)
		혈전용해 치료	
		혈전복합 치료	
※ 1년 미만 : 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지			

나. 일반심사형

구분	지급사유	치료행위	지급금액
상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터 포함) 특정순환계질환 혈전주요치료 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 "특정순환계질환“으로 진단확정되고, 그 "특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터 포함)에서 "혈전주요치료"를	급여 혈전제거술	특약보험가입금액의 100%
		혈전용해 치료	
		혈전복합	

구분	지급사유	치료행위	지급금액
	받았을 때(다만, 각 치료행위별로 연간 1회에 한함)	치료	

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

2. 특약보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

3. 이 보장계약의 "혈전주요치료"는 "특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 급여 혈전제거술, 혈전용해치료 또는 혈전복합치료를 받은 경우를 말하며, 최초로 진단된 "특정순환계질환"과 상이한 "특정순환계질환"의 직접적인 치료를 위한 급여 혈전제거술, 혈전용해치료 또는 혈전복합치료도 포함합니다.

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

[중환자실치료 보장계약]

가. 간편심사형

구분	지급사유	지급금액
상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터 포함) 특정순환계질환 중환자실 치료급여금	특약보험기간 중 피보험자가 "특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터 포함)에서 “상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터 포함) 중환자실 치료”를 받았을 때(다만, 연간 1회에 한함)	특약보험가입금액의 100% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 50%”를 지급함)

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

나. 일반심사형

구분	지급사유	지급금액

구분	지급사유	지급금액
상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터 포함) 특정순환계질환 중환자실 치료급여금	특약보험기간 중 피보험자가 "특정순환계질환"으로 진단확정되고, 그 "특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터 포함)에서 “상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터 포함) 중환자실치료”를 받았을 때(다만, 연간 1회에 한함)	특약보험가입금액의 100%

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

2. 특약보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

3. 이 보장계약의 “상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터 포함) 중환자실치료”는 최초로 진단된 "특정순환계질환"과 상이한 "특정순환계질환"의 직접적인 치료를 위한 “상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터 포함) 중환자실치료”도 포함합니다.

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

◦ (간편)상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터 포함)특정순환계질환주요치료비특약(치료별 연간1회)(무배당, 해약환급금 미지급형)

[수술 보장계약]

가. 간편심사형

구분	지급사유	지급금액
상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터 포함) 특정순환계질환 수술급여금	특약보험기간 중 피보험자가 "특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터 포함)에서 "수술(급여 혈전제거술, 혈전용해치료 제외)"을 받았을 때(다만, 연간 1회에 한함)	특약보험가입금액의 100% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 "특약보험가입금액의 50%"를 지급함)

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

나. 일반심사형

구분	지급사유	지급금액
상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터 포함) 특정순환계질환 수술급여금	특약보험기간 중 피보험자가 "특정순환계질환"으로 진단확정되고, 그 "특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터 포함)에서"수술(급여 혈전제거술, 혈전용해치료 제외)"을 받았을 때(다만, 연간 1회에 한함)	특약보험가입금액의 100%

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

2. 이 보장계약의 “수술”은 최초로 진단된 "특정순환계질환"과 상이한 "특정순환계질환"의 직접적인 치료를 위한 “수술”도 포함합니다.
3. “연간”이라 함은 계약일부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

[혈전주요치료 보장계약]

가. 간편심사형

구분	지급사유	치료행위	지급금액
상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터 포함) 특정순환계질환 혈전주요치료 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 "특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터 포함)에서 "혈전주요치료"를 받았을 때(다만, 각 치료행위별로 연간 1회에 한함)	급여 혈전제거술	특약보험가입금액의 100% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 50%”를 지급함)
		혈전용해 치료	
		혈전복합 치료	

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

나. 일반심사형

구분	지급사유	치료행위	지급금액
상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터 포함) 특정순환계질환 혈전주요치료 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 "특정순환계질환“으로 진단확정되고, 그 "특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터 포함)에서 "혈전주요치료"를 받았을 때(다만, 각 치료행위	급여 혈전제거술	특약보험가입금액의 100%
		혈전용해 치료	
		혈전복합 치료	

구분	지급사유	치료행위	지급금액
	별로 연간 1회에 한함)		

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

2. 이 보장계약의 "혈전주요치료"는 "특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 급여 혈전제거술, 혈전용해치료 또는 혈전복합치료를 받은 경우를 말하며, 최초로 진단된 "특정순환계질환"과 상이한 "특정순환계질환"의 직접적인 치료를 위한 급여 혈전제거술, 혈전용해치료 또는 혈전복합치료도 포함합니다.

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

[중환자실치료 보장계약]

가. 간편심사형

구분	지급사유	지급금액
상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터 포함) 특정순환계질환 중환자실 치료급여금	특약보험기간 중 피보험자가 "특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터 포함)에서 “상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터 포함) 중환자실 치료”를 받았을 때(다만, 연간 1회에 한함)	특약보험가입금액의 100% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 50%”를 지급함)

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

나. 일반심사형

구분	지급사유	지급금액
상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터 포함) 특정순환계질환 중환자실 치료급여금	특약보험기간 중 피보험자가 "특정순환계질환"으로 진단확정되고, 그 "특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터 포함)에서 “상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터 포함) 중환자실치료”를 받았을 때(다만, 연간 1회에 한함)	특약보험가입금액의 100%

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

2. 이 보장계약의 “상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터 포함) 중환자실치료”는 최초로 진단된 "특정순환계질환"과 상이한 "특정순환계질환"의 직접적인 치료를 위한 “상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터 포함) 중환자실치료”도 포함합니다.

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

◦ (간편)특정순환계질환주요치료비특약(치료별 연간1회)(무배당, 갱신형)

[수술 보장계약]

가. 간편심사형

구분	지급사유	지급금액
특정 순환계질환 수술급여금	특약보험기간 중 피보험자가 "특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 “수술(급여 혈전제거술, 혈전용해치료 제외)”을 받았을 때(다만, 연간 1회에 한함)	특약보험 가입금액의 100% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 50%를 지급함)

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

나. 일반심사형

구분	지급사유	지급금액
특정 순환계질환 수술급여금	특약보험기간 중 피보험자가 "특정순환계질환"으로 진단확정되고, 그 "특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 “수술(급여 혈전제거술, 혈전용해치료 제외)”을 받았을 때(다만, 연간 1회에 한함)	특약보험 가입금액의 100%

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

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

3. “2”에 따라 보험료의 납입이 면제된 이후에 이 특약이 갱신되는 경우 갱신 계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
4. 이 보장계약의 “수술”은 최초로 진단된 "특정순환계질환"과 상이한 "특정순환계질환"의 직접적인 치료를 위한 “수술”도 포함합니다.
5. “연간”이라 함은 계약일부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

[혈전주요치료 보장계약]

가. 간편심사형

구분	지급사유	치료행위	지급금액
특정 순환계질환 혈전주요치료 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 "특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 "혈전주요치료"를 받았을 때(다만, 각 치료행위별로 연간 1회에 한함)	급여 혈전제거술	특약보험 가입금액의 100% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 50%를 지급함)
		혈전용해치료	
		혈전복합치료	

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

나. 일반심사형

구분	지급사유	치료행위	지급금액
특정 순환계질환 혈전주요치료 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 "특정순환계질환“으로 진단확정되고, 그 "특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 "혈전주요치료"를 받았을 때(다만, 각 치료행위별로 연간 1회에 한함)	급여 혈전제거술	특약보험 가입금액의 100%
		혈전용해치료	
		혈전복합치료	

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

2. 특약보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 주계약의 보험료 납입면제가 "

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

3. “2”에 따라 보험료의 납입이 면제된 이후에 이 특약이 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
4. 이 보장계약의 "혈전주요치료"는 "특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 급여 혈전제거술, 혈전용해치료 또는 혈전복합치료를 받은 경우를 말하며, 최초로 진단된 "특정순환계질환"과 상이한 "특정순환계질환"의 직접적인 치료를 위한 급여 혈전제거술, 혈전용해치료 또는 혈전복합치료도 포함합니다.
5. “연간”이라 함은 계약일부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

[중환자실치료 보장계약]

가. 간편심사형

구분	지급사유	지급금액
특정순환계질환 종합병원 중환자실 치료급여금	특약보험기간 중 피보험자가 "특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 “종합병원 중환자실치료”를 받았을 때(다만, 연간 1회에 한함)	특약보험 가입금액의 100% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 50%를 지급함)
※ 1년 미만 : 최초계약 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지		

나. 일반심사형

구분	지급사유	지급금액
특정순환계질환 종합병원 중환자실 치료급여금	특약보험기간 중 피보험자가 "특정순환계질환"으로 진단확정되고, 그 "특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 “종합병원 중환자실치료”를 받았을 때(다만, 연간 1회에 한함)	특약보험 가입금액의 100%

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

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

3. “2”에 따라 보험료의 납입이 면제된 이후에 이 특약이 갱신되는 경우 갱신 계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
4. 이 보장계약의 “종합병원 중환자실치료”는 최초로 진단된 "특정순환계질환"과 상이한 "특정순환계질환"의 직접적인 치료를 위한 “종합병원 중환자실치료”도 포함합니다.
5. “연간”이라 함은 계약일부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

◦ (간편)특정순환계질환주요치료비특약(4대중증치료)(치료별 연간1회)(무배당, 갱신형)

가. 간편심사형

구분	지급사유	지급금액
특정순환계질환 급여 부분체외 순환치료 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 "특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 "급여 부분체외순환치료"를 받았을 때 (다만, 연간 1회에 한함)	특약보험가입금액의 100% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 "특약보험가입금액의 50%"를 지급함)
특정순환계질환 급여 지속적 신대체요법(CRRT) 치료급여금	특약보험기간 중 피보험자가 "특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 "급여 지속적 신대체요법(CRRT) 치료"를 받았을 때 (다만, 연간 1회에 한함)	특약보험가입금액의 25% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 "특약보험가입금액의 12.5%"를 지급함)
특정순환계질환 급여 인공호흡기치료(12시간초과) 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 "특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 "급여 인공호흡기치료(12시간초과)"를 받았을 때 (다만, 연간 1회에 한함)	특약보험가입금액의 10% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 "특약보험가입금액의 5%"를 지급함)
특정순환계질환 급여 저체온요법치료 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 "특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 "급여 저체온요법치료"를 받았을 때 (다만, 연간 1회에 한함)	특약보험가입금액의 5% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 "특약보험가입금액의 2.5%"를 지급함)

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

나. 일반심사형

구분	지급사유	지급금액
특정순환계질환 급여 부분체외순환치료 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 "특정순환계질환"으로 진단확정되고, 그 "특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 "급여 부분체외순환치료"를 받았을 때 (다만, 연간 1회에 한함)	특약보험 가입금액의 100%
특정순환계질환 급여 지속적 신대체요법(CRRT) 치료급여금	특약보험기간 중 피보험자가 "특정순환계질환"으로 진단확정되고, 그 "특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 "급여 지속적 신대체요법(CRRT) 치료"를 받았을 때 (다만, 연간 1회에 한함)	특약보험 가입금액의 25%
특정순환계질환 급여 인공호흡기치료(12시간초과) 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 "특정순환계질환"으로 진단확정되고, 그 "특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 "급여 인공호흡기치료(12시간초과)"를 받았을 때 (다만, 연간 1회에 한함)	특약보험 가입금액의 10%
특정순환계질환 급여 저체온요법치료 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 "특정순환계질환"으로 진단확정되고, 그 "특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 "급여 저체온요법치료"를 받았을 때 (다만, 연간 1회에 한함)	특약보험 가입금액의 5%

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

2. 특약보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 주계약의 보험료 납입면제가 "보험료의 납입을 면제하는 특약"에 의해 납입면제가 된 경우 그 "보험료의

납입을 면제하는 특약"의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 해당 약관의 「보험료납입면제대상계약」에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.

3. “2”에 따라 보험료의 납입이 면제된 이후에 이 특약이 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
4. “연간”이라 함은 계약일부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

◦ (간편)상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터 포함)특정순환계질환주요치료비특약(치료별 연간1회)(무배당, 갱신형)

[수술 보장계약]

가. 간편심사형

구분	지급사유	지급금액
상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터 포함) 특정 순환계질환 수술급여금	특약보험기간 중 피보험자가 "특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터 포함)에서 “수술(급여 혈전제거술, 혈전용해치료 제외)”을 받았을 때(다만, 연간 1회에 한함)	특약보험 가입금액의 100% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 50%를 지급함)
※ 1년 미만 : 최초계약 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지		

나. 일반심사형

구분	지급사유	지급금액
상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터 포함) 특정 순환계질환 수술급여금	특약보험기간 중 피보험자가 "특정순환계질환"으로 진단확정되고, 그 "특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터 포함)에서 “수술(급여 혈전제거술, 혈전용해치료 제외)”을 받았을 때(다만, 연간 1회에 한함)	특약보험 가입금액의 100%

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

2. 특약보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 주계약의 보험료 납입면제가 "보험료의 납입을 면제하는 특약"에 의해 납입면제가 된 경우 그 "보험료의

납입을 면제하는 특약"의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 해당 약관의 「보험료납입면제대상계약」에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.

3. “2”에 따라 보험료의 납입이 면제된 이후에 이 특약이 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
4. 이 보장계약의 “수술”은 최초로 진단된 "특정순환계질환"과 상이한 "특정순환계질환"의 직접적인 치료를 위한 “수술”도 포함합니다.
5. “연간”이라 함은 계약일부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

[혈전주요치료 보장계약]

가. 간편심사형

구분	지급사유	치료행위	지급금액
상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터 포함) 특정 순환계질환 혈전주요치료 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 "특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터 포함)에서 "혈전주요치료"를 받았을 때(다만, 각 치료행위별로 연간 1회에 한함)	급여 혈전제거술	특약보험 가입금액의 100% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 50%를 지급함)
		혈전용해치료	
		혈전복합치료	

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

나. 일반심사형

구분	지급사유	치료행위	지급금액
상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터 포함) 특정 순환계질환 혈전주요치료 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 "특정순환계질환“으로 진단확정되고, 그 "특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터 포함)에서 "혈전주요치료"를 받았을 때(다만, 각 치료행위별로 연간 1회에 한함)	급여 혈전제거술	특약보험 가입금액의 100%
		혈전용해치료	
		혈전복합치료	

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

2. 특약보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 주계약의 보험료 납입면제가 "보험료의 납입을 면제하는 특약"에 의해 납입면제가 된 경우 그 "보험료의

납입을 면제하는 특약"의 약관에서 정한 바를 따르며, 이 특약이 해당 약관의 「보험료납입면제대상계약」에 해당되지 않는 경우 보험료 납입면제가 되지 않습니다.

3. “2”에 따라 보험료의 납입이 면제된 이후에 이 특약이 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
4. 이 보장계약의 "혈전주요치료"는 "특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 급여 혈전제거술, 혈전용해치료 또는 혈전복합치료를 받은 경우를 말하며, 최초로 진단된 "특정순환계질환"과 상이한 "특정순환계질환"의 직접적인 치료를 위한 급여 혈전제거술, 혈전용해치료 또는 혈전복합치료도 포함합니다.
5. “연간”이라 함은 계약일부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

[중환자실치료 보장계약]

가. 간편심사형

구분	지급사유	지급금액
상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터 포함) 특정순환계질환 중환자실 치료급여금	특약보험기간 중 피보험자가 "특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터 포함)에서 “상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터 포함) 중환자실치료”를 받았을 때(다만, 연간 1회에 한함)	특약보험 가입금액의 100% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 50%를 지급함)

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

나. 일반심사형

구분	지급사유	지급금액
상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터 포함) 특정순환계질환 중환자실 치료급여금	특약보험기간 중 피보험자가 "특정순환계질환"으로 진단확정되고, 그 "특정순환계질환"의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터 포함)에서 “상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터 포함) 중환자실치료”를 받았을 때(다만, 연간 1회에 한함)	특약보험 가입금액의 100%

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

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

되지 않습니다.

3. “2”에 따라 보험료의 납입이 면제된 이후에 이 특약이 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
4. 이 보장계약의 “상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터 포함) 중환자실치료”는 최초로 진단된 "특정순환계질환"과 상이한 "특정순환계질환"의 직접적인 치료를 위한 “상급종합병원(권역심뇌혈관질환센터 포함) 중환자실치료”도 포함합니다.
5. “연간”이라 함은 계약일부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

◦ (간편)2대질병혈전용해치료특약D(무배당, 해약환급금 미지급형)

※ 1년 미만 : 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지
※「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하였을 경우」또는「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 또한, 이 특약의 피보험자에게 특약보험기간 중 각 보장계약에 대한 지급사유가 발생하였을 경우 각 보장계약에 한하여 그때부터 효력이 없습니다.
※ 특약보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

가. 급성뇌경색증 혈전용해치료 보장계약

구분	지급사유	지급금액
급성뇌경색증 혈전용해치료 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 “급성뇌경색증”으로 진단확정 되고, 그 “급성뇌경색증”의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 “혈전용해치료”를 받았을 때 (다만, 최초 1회에 한함)	특약보험가입금액의 10% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 5%”를 지급함)

나. 특정 급성심근경색증 혈전용해치료 보장계약

구분	지급사유	지급금액
특정 급성심근경색증 혈전용해치료 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 “특정 급성심근경색증”으로 진단확정 되고, 그 “특정 급성심근경색증”의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 “혈전용해치료”를 받았을 때 (다만, 최초 1회에 한함)	특약보험가입금액의 10% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 5%”를 지급함)

◦ (간편)2대질병혈전용해치료특약(무배당, 해약환급금 미지급형)

※ 1년 미만 : 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지
※「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하였을 경우」또는「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 또한, 이 특약의 피보험자에게 특약보험기간 중 각 보장계약에 대한 지급사유가 발생하였을 경우 각 보장계약에 한하여 그때부터 효력이 없습니다. 다만, 특약보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

가. 급성뇌경색증 혈전용해치료 보장계약

구분	지급사유	지급금액
급성뇌경색증 혈전용해치료 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 “급성뇌경색증”으로 진단확정 되고, 그 “급성뇌경색증”의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 “혈전용해치료”를 받았을 때 (다만, 최초 1회에 한함)	특약보험가입금액의 10% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 5%”를 지급함)

나. 특정 급성심근경색증 혈전용해치료 보장계약

구분	지급사유	지급금액
특정 급성심근경색증 혈전용해치료 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 “특정 급성심근경색증”으로 진단확정 되고, 그 “특정 급성심근경색증”의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 “혈전용해치료”를 받았을 때 (다만, 최초 1회에 한함)	특약보험가입금액의 10% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 5%”를 지급함)

◦ (간편)뇌혈관·허혈심장질환입원특약D(무배당, 해약환급금 미지급형)

가. 간편심사형

구분	지급사유	지급금액
뇌혈관질환 입원급여금	특약보험기간 중 피보험자가 “뇌혈관질환”의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 1일이상 계속 입원하였을 때(다만, 1회 입원당 180일 한도)	【입원일수 1일당】 특약보험가입금액의 1% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 0.5%”를 지급함)
허혈심장질환 입원급여금	특약보험기간 중 피보험자가 “허혈심장질환”의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 1일이상 계속 입원하였을 때(다만, 1회 입원당 180일 한도)	【입원일수 1일당】 특약보험가입금액의 1% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 0.5%”를 지급함)

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

나. 일반심사형

구분	지급사유	지급금액
뇌혈관질환 입원급여금	특약보험기간 중 피보험자가 “뇌혈관질환”으로 진단확정 되고, 그 “뇌혈관질환”의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 1일이상 계속 입원하였을 때(다만, 1회 입원당 180일 한도)	【입원일수 1일당】 특약보험가입금액의 1%
허혈심장질환 입원급여금	특약보험기간 중 피보험자가 “허혈심장질환”으로 진단확정 되고, 그 “허혈심장질환”의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 1일 이상 계속 입원하였을 때(다만, 1회 입원당 180일 한도)	【입원일수 1일당】 특약보험가입금액의 1%

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

2. 특약보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

3. “간편심사형”의 경우, 계약일부터 1년 미만에 각 보험금 지급사유가 발생하고 계속 입원 중에 1년 이상이 될 경우에는 계약일부터 1년 이상이 된 날부터 삭감하지 않습니다.

◦ (간편)뇌혈관·허혈심장질환입원특약(무배당, 해약환급금 미지급형)

가. 간편심사형

구분	지급사유	지급금액
뇌혈관질환 입원급여금	특약보험기간 중 피보험자가 “뇌혈관질환”의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 1일이상 계속 입원하였을 때(다만, 1회 입원당 180일 한도)	【입원일수 1일당】 특약보험가입금액의 1% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 0.5%”를 지급함)
허혈심장질환 입원급여금	특약보험기간 중 피보험자가 “허혈심장질환”의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 1일이상 계속 입원하였을 때(다만, 1회 입원당 180일 한도)	【입원일수 1일당】 특약보험가입금액의 1% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 0.5%”를 지급함)

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

나. 일반심사형

구분	지급사유	지급금액
뇌혈관질환 입원급여금	특약보험기간 중 피보험자가 “뇌혈관질환”으로 진단확정 되고, 그 “뇌혈관질환”의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 1일이상 계속 입원하였을 때(다만, 1회 입원당 180일 한도)	【입원일수 1일당】 특약보험가입금액의 1%
허혈심장질환 입원급여금	특약보험기간 중 피보험자가 “허혈심장질환”으로 진단확정 되고, 그 “허혈심장질환”의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 1일 이상 계속 입원하였을 때(다만, 1회 입원당 180일 한도)	【입원일수 1일당】 특약보험가입금액의 1%

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

2. “간편심사형”의 경우, 계약일부터 1년 미만에 각 보험금 지급사유가 발생하고 계속 입원 중에 1년 이상이 될 경우에는 계약일부터 1년 이상이 된 날부터 삭감하지 않습니다.

◦ (간편)뇌혈관·허혈심장질환상급종합병원입원특약D(무배당, 해약환급금 미지급형)

가. 간편심사형

구분	지급사유	지급금액
뇌혈관질환 상급종합병원 입원급여금	특약보험기간 중 피보험자가 "뇌혈관질환"의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 상급종합병원에 1일이상 계속 입원하였을 때(다만, 1회 입원당 180일 한도)	【입원일수 1일당】 특약보험가입금액의 1% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 "특약보험가입금액의 0.5%"를 지급함)
허혈심장질환 상급종합병원 입원급여금	특약보험기간 중 피보험자가 "허혈심장질환"의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 상급종합병원에 1일이상 계속 입원하였을 때(다만, 1회 입원당 180일 한도)	【입원일수 1일당】 특약보험가입금액의 1% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 "특약보험가입금액의 0.5%"를 지급함)

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

나. 일반심사형

구분	지급사유	지급금액
뇌혈관질환 상급종합병원 입원급여금	특약보험기간 중 피보험자가 “뇌혈관질환”으로 진단확정 되고, 그 “뇌혈관질환”의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 상급종합병원에 1일이상 계속 입원하였을 때(다만, 1회 입원당 180일 한도)	【입원일수 1일당】 특약보험가입금액의 1%
허혈심장질환 상급종합병원 입원급여금	특약보험기간 중 피보험자가 “허혈심장질환”으로 진단확정 되고, 그 “허혈심장질환”의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 상급종합병원에 1일이상 계속 입원하였을 때(다만, 1회 입원당 180일 한도)	【입원일수 1일당】 특약보험가입금액의 1%

주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하였을 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
2. 특약보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.
3. “간편심사형”의 경우, 계약일부터 1년 미만에 각 보험금 지급사유가 발생하고 계속 입원 중에 1년 이상이 될 경우에는 계약일부터 1년 이상이 된 날부터 삭감하지 않습니다.

◦ (간편)뇌혈관·허혈심장질환상급종합병원입원특약(무배당, 해약환급금 미지급형)

가. 간편심사형

구분	지급사유	지급금액
뇌혈관질환 상급종합병원 입원급여금	특약보험기간 중 피보험자가 “뇌혈관질환”의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 상급종합병원에 1일이상 계속 입원하였을 때(다만, 1회 입원당 180일 한도)	【입원일수 1일당】 특약보험가입금액의 1% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 0.5%”를 지급함)
허혈심장질환 상급종합병원 입원급여금	특약보험기간 중 피보험자가 “허혈심장질환”의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 상급종합병원에 1일이상 계속 입원하였을 때(다만, 1회 입원당 180일 한도)	【입원일수 1일당】 특약보험가입금액의 1% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 0.5%”를 지급함)

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

나. 일반심사형

구분	지급사유	지급금액
뇌혈관질환 상급종합병원 입원급여금	특약보험기간 중 피보험자가 “뇌혈관질환”으로 진단확정 되고, 그 “뇌혈관질환”의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 상급종합병원에 1일이상 계속 입원하였을 때(다만, 1회 입원당 180일 한도)	【입원일수 1일당】 특약보험가입금액의 1%
허혈심장질환 상급종합병원 입원급여금	특약보험기간 중 피보험자가 “허혈심장질환”으로 진단확정 되고, 그 “허혈심장질환”의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 상급종합병원에 1일이상 계속 입원하였을 때(다만, 1회 입원당 180일 한도)	【입원일수 1일당】 특약보험가입금액의 1%

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

2. “간편심사형”의 경우, 계약일부터 1년 미만에 각 보험금 지급사유가 발생하고 계속 입원 중에 1년 이상이 될 경우에는 계약일부터 1년 이상이 된 날부터 삭감하지 않습니다.

◦ (간편)뇌혈관질환수술특약Ⅱ D(무배당, 해약환급금 미지급형)

가. 간편심사형

구분	지급사유	지급금액
뇌혈관질환 관혈수술 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 “뇌혈관질환”의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 “관혈수술”을 받았을 때	【수술 1회당】 특약보험가입금액의 100% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 50%를 지급함)
뇌혈관질환 비관혈수술 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 “뇌혈관질환”의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 “비관혈수술”을 받았을 때	【수술 1회당】 특약보험가입금액의 30% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 15%를 지급함)
※ 1년 미만 : 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지		

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

2. 특약보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

나. 일반심사형

구분	지급사유	지급금액
뇌혈관질환 관혈수술 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 “뇌혈관질환”으로 진단확정 되고, 그 “뇌혈관질환”의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 “관혈수술”을 받았을 때	【수술 1회당】 특약보험가입금액의 100% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 50%를 지급함)
뇌혈관질환 비관혈수술 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 “뇌혈관질환”으로 진단확정 되고, 그 “뇌혈관질환”의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 “비관혈수술”을 받았을 때	【수술 1회당】 특약보험가입금액의 30% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 15%를 지급함)
※ 1년 미만 : 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지		

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

2. 특약보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

◦ (간편)뇌혈관질환수술특약Ⅱ(무배당, 해약환급금 미지급형)

가. 간편심사형

구분	지급사유	지급금액
뇌혈관질환 관혈수술 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 “뇌혈관질환”의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 “관혈수술”을 받았을 때	【수술 1회당】 특약보험가입금액의 100% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 50%를 지급함)
뇌혈관질환 비관혈수술 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 “뇌혈관질환”의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 “비관혈수술”을 받았을 때	【수술 1회당】 특약보험가입금액의 30% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 15%를 지급함)
※ 1년 미만 : 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지		

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

나. 일반심사형

구분	지급사유	지급금액
뇌혈관질환 관혈수술 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 “뇌혈관질환”으로 진단확정 되고, 그 “뇌혈관질환”의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 “관혈수술”을 받았을 때	【수술 1회당】 특약보험가입금액의 100% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 50%를 지급함)
뇌혈관질환 비관혈수술 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 “뇌혈관질환”으로 진단확정 되고, 그 “뇌혈관질환”의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 “비관혈수술”을 받았을 때	【수술 1회당】 특약보험가입금액의 30% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 15%를 지급함)
※ 1년 미만 : 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지		

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

◦ (간편)허혈심장질환수술특약Ⅱ D(무배당, 해약환급금 미지급형)

가. 간편심사형

구분	지급사유	지급금액
허혈심장질환 관혈수술 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 “허혈심장질환”의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 “관혈수술”을 받았을 때	【수술 1회당】 특약보험가입금액의 100% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 50%”를 지급함)
허혈심장질환 비관혈수술 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 “허혈심장질환”의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 “비관혈수술”을 받았을 때	【수술 1회당】 특약보험가입금액의 30% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 15%”를 지급함)
※ 1년 미만 : 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지		

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

2. 특약보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

나. 일반심사형

구분	지급사유	지급금액
허혈심장질환 관혈수술 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 “허혈심장질환”으로 진단확정 되고, 그 “허혈심장질환”의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 “관혈수술”을 받았을 때	【수술 1회당】 특약보험가입금액의 100% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 50%”를 지급함)
허혈심장질환 비관혈수술 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 “허혈심장질환”으로 진단확정 되고, 그 “허혈심장질환”의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 “비관혈수술”을 받았을 때	【수술 1회당】 특약보험가입금액의 30% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 15%”를 지급함)
※ 1년 미만 : 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지		

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

2. 특약보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

◦ (간편)허혈심장질환수술특약Ⅱ(무배당, 해약환급금 미지급형)

가. 간편심사형

구분	지급사유	지급금액
허혈심장질환 관혈수술 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 “허혈심장질환”의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 “관혈수술”을 받았을 때	【수술 1회당】 특약보험가입금액의 100% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 50%”를 지급함)
허혈심장질환 비관혈수술 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 “허혈심장질환”의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 “비관혈수술”을 받았을 때	【수술 1회당】 특약보험가입금액의 30% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 15%”를 지급함)
※ 1년 미만 : 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지		

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

나. 일반심사형

구분	지급사유	지급금액
허혈심장질환 관혈수술 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 “허혈심장질환”으로 진단확정 되고, 그 “허혈심장질환”의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 “관혈수술”을 받았을 때	【수술 1회당】 특약보험가입금액의 100% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 50%”를 지급함)
허혈심장질환 비관혈수술 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 “허혈심장질환”으로 진단확정 되고, 그 “허혈심장질환”의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 “비관혈수술”을 받았을 때	【수술 1회당】 특약보험가입금액의 30% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 15%”를 지급함)
※ 1년 미만 : 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지		

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

◦ (간편)뇌혈관·허혈심장질환통원특약D(무배당, 해약환급금 미지급형)

가. 간편심사형

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

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

나. 일반심사형

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

주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하였을 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
2. 통원급여금의 경우 지급횟수는 통원한 날만을 기준으로 계산합니다.
3. 특약보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

◦ (간편)뇌혈관·허혈심장질환통원특약(무배당, 해약환급금 미지급형)

가. 간편심사형

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

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

나. 일반심사형

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

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

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

2. 통원급여금의 경우 지급횟수는 통원한 날만을 기준으로 계산합니다.

◦ (간편)뇌혈관·허혈심장질환상급종합병원통원특약D(무배당, 해약환급금 미지급형)

가. 간편심사형

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

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

나. 일반심사형

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

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

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

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

3. 특약보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

◦ (간편)뇌혈관·허혈심장질환상급종합병원통원특약(무배당, 해약환급금 미지급형)

가. 간편심사형

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

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

나. 일반심사형

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

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

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

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

◦ (간편)급여주요뇌심장질환특정재활치료특약(무배당, 갱신형)

구분	지급사유	지급금액
[기본물리] 급여주요뇌심장질환특정재활치료급여금	특약보험기간 중 피보험자가 주요뇌심장질환으로 진단확정 되고, 그 주요뇌심장질환의 치료를 목적으로 특약보험기간 중 급여 주요뇌심장질환특정재활치료(기본물리치료)를 받았을 때 (다만, 1일 1회, 연간 30회에 한함)	특약보험가입금액의 0.2% (다만, "간편심사형"에 한하여 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 "특약보험가입금액의 0.1%"를 지급함)
[단순재활] 급여주요뇌심장질환특정재활치료급여금	특약보험기간 중 피보험자가 주요뇌심장질환으로 진단확정 되고, 그 주요뇌심장질환의 치료를 목적으로 특약보험기간 중 급여 주요뇌심장질환특정재활치료(단순재활치료)를 받았을 때 (다만, 1일 1회, 연간 30회에 한함)	특약보험가입금액의 0.5% (다만, "간편심사형"에 한하여 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 "특약보험가입금액의 0.25%"를 지급함)
[전문재활] 급여주요뇌심장질환특정재활치료급여금	특약보험기간 중 피보험자가 주요뇌심장질환으로 진단확정 되고, 그 주요뇌심장질환의 치료를 목적으로 특약보험기간 중 급여 주요뇌심장질환특정재활치료(전문재활치료 및 기타이학요법)를 받았을 때 (다만, 1일 1회, 연간 30회에 한함)	특약보험가입금액의 1% (다만, "간편심사형"에 한하여 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 "특약보험가입금액의 0.5%"를 지급함)

※ 1년 미만 : 최초계약의 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지
※ 주요뇌심장질환 : 뇌졸중, 급성심근경색증
[세부사항은 뇌졸중 분류표 및 급성심근경색증 분류표]

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

2. '연간'이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막

날을 계약해당일로 합니다.

◦ (간편)급여뇌심장질환특정검사지원특약(무배당, 갱신형)

구분	지급사유	지급금액
급여 뇌심장질환 검사급여금	특약보험기간 중 피보험자가 「의료기관의 의사에 의하여 "뇌심장질환"으로 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 특약보험기간 중 "급여뇌심장질환검사"」를 받았을 때 (다만, 연간 1회에 한함)	특약보험가입금액의 1% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 "특약보험가입금액의 0.5%"를 지급함)
급여 혈관조영술 검사급여금	특약보험기간 중 피보험자가 「의료기관의 의사에 의하여 "뇌심장질환"으로 진단 및 치료를 위한 필요소견을 토대로 특약보험기간 중 "급여 혈관조영술검사"」를 받았을 때 (다만, 연간 1회에 한함)	특약보험가입금액의 1% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 "특약보험가입금액의 0.5%"를 지급함)

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

※ 뇌심장질환 : 뇌질환, 뇌전증, 파킨슨병, 뇌수막염, 허혈심장질환, 류마티스심장질환 등

※ 급여뇌심장질환검사 : 뇌심장질환 CT/MRI, 심장초음파, 뇌파검사, 뇌척수액 검사

※ 급여혈관조영술검사 : 뇌혈관조영술, 관상동맥조영술

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

2. "연간"이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

◦ (간편)신장·간·폐질환수술특약D(무배당, 해약환급금 미지급형)

※ 1년 미만 : 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지
※ 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하였을 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 다만, 특약보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

가. 신장질환수술급여금

① 간편심사형

구분	지급사유	지급금액
신장질환 수술급여금	특약보험기간 중 피보험자가 "신장질환"의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 수술을 받았을 때	【수술 1회당】 특약보험가입금액의 100% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 50%를 지급함)

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

② 일반심사형

구분	지급사유	지급금액
신장질환 수술급여금	특약보험기간 중 피보험자가 "신장질환"으로 진단확정 되고, 그 "신장질환"의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 수술을 받았을 때	【수술 1회당】 특약보험가입금액의 100% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 50%를 지급함)

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

나. 간질환수술급여금

① 간편심사형

구분	지급사유	지급금액
간질환 수술급여금	특약보험기간 중 피보험자가 “간질환”의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 수술을 받았을 때	【수술 1회당】 특약보험가입금액의 100% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 50%를 지급함)

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

② 일반심사형

구분	지급사유	지급금액
간질환 수술급여금	특약보험기간 중 피보험자가 “간질환”으로 진단확정 되고, 그 “간질환”의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 수술을 받았을 때	【수술 1회당】 특약보험가입금액의 100% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 50%를 지급함)

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

다. 폐질환수술급여금

① 간편심사형

구분	지급사유	지급금액
폐질환 수술급여금	특약보험기간 중 피보험자가 “폐질환”의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 수술을 받았을 때	【수술 1회당】 특약보험가입금액의 100% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 50%를 지급함)

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

② 일반심사형

구분	지급사유	지급금액
폐질환 수술급여금	특약보험기간 중 피보험자가 “폐질환”으로 진단확정 되고, 그 “폐질환”의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 수술을 받았을 때	【수술 1회당】 특약보험가입금액의 100% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 50%를 지급함)

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

◦ (간편)신장·간·폐질환수술특약(무배당, 해약환급금 미지급형)

※ 1년 미만 : 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지
※「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하였을 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 다만, 특약보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

가. 신장질환수술급여금

① 간편심사형

구분	지급사유	지급금액
신장질환 수술급여금	특약보험기간 중 피보험자가 “신장질환”의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 수술을 받았을 때	【수술 1회당】 특약보험가입금액의 100% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 50%를 지급함)

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

② 일반심사형

구분	지급사유	지급금액
신장질환 수술급여금	특약보험기간 중 피보험자가 “신장질환”으로 진단확정 되고, 그 “신장질환”의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 수술을 받았을 때	【수술 1회당】 특약보험가입금액의 100% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 50%를 지급함)

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

나. 간질환수술급여금

① 간편심사형

구분	지급사유	지급금액
간질환 수술급여금	특약보험기간 중 피보험자가 “간질환”의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 수술을 받았을 때	【수술 1회당】 특약보험가입금액의 100% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 50%를 지급함)

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

② 일반심사형

구분	지급사유	지급금액
간질환 수술급여금	특약보험기간 중 피보험자가 “간질환”으로 진단확정 되고, 그 “간질환”의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 수술을 받았을 때	【수술 1회당】 특약보험가입금액의 100% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 50%를 지급함)

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

다. 폐질환수술급여금

① 간편심사형

구분	지급사유	지급금액
폐질환 수술급여금	특약보험기간 중 피보험자가 “폐질환”의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 수술을 받았을 때	【수술 1회당】 특약보험가입금액의 100% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 50%를 지급함)

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

② 일반심사형

구분	지급사유	지급금액
폐질환 수술급여금	특약보험기간 중 피보험자가 “폐질환”으로 진단확정 되고, 그 “폐질환”의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 수술을 받았을 때	【수술 1회당】 특약보험가입금액의 100% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 50%를 지급함)

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

◦ 고혈압(원발성)약물치료특약D(무배당, 해약환급금 미지급형)

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

주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하거나 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.

2. 특약보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

3. “고혈압보장개시일”은 계약일[부활(효력회복)일]부터 그날을 포함하여 1년이 지난날의 다음 날로 합니다.

4. “고혈압(원발성)약물치료”라 함은 의사가 피보험자의 “고혈압(원발성)”의 직접적인 치료를 목적으로 하는 약물(식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 ‘214(혈압강하제)’(예규 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우 ‘혈압강하제’에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품)을 180일 이상의 기간에 대해 처방하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, “고혈압(원발성)”이 동반되지 않고 기타질환의 증상관리나 합병증 예방을 목적으로 혈압강하제가 투여된 경우에는 보상하지 않습니다.

5. 약물을 180일 이상의 기간에 대해 처방하여 치료하는 것이라 함은 약물 처방일수의 합이 누적하여 180일 이상 처방하여 치료하는 것을 의미합니다.

6. 보험금 지급사유 발생 당시에 이미 납입한 특약보험료가 보험금을 초과하는 경우, 이미 납입한 특약보험료를 보험금으로 지급하여 드립니다.

◦ 고혈압(원발성)약물치료특약(무배당, 해약환급금 미지급형)

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

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

2. “고혈압보장개시일”은 계약일[부활(효력회복)일]부터 그날을 포함하여 1년이 지난날의 다음 날로 합니다.

3. “고혈압(원발성)약물치료”라 함은 의사가 피보험자의 “고혈압(원발성)”의 직접적인 치료를 목적으로 하는 약물(식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 ‘214(혈압강하제)’(예규 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우 ‘혈압강하제’에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품)을 180일 이상의 기간에 대해 처방하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, “고혈압(원발성)”이 동반되지 않고 기타질환의 증상관리나 합병증 예방을 목적으로 혈압강하제가 투여된 경우에는 보상하지 않습니다.

4. 약물을 180일 이상의 기간에 대해 처방하여 치료하는 것이라 함은 약물 처방일수의 합이 누적하여 180일 이상 처방하여 치료하는 것을 의미합니다.

5. 보험금 지급사유 발생 당시에 이미 납입한 특약보험료가 보험금을 초과하는 경우, 이미 납입한 특약보험료를 보험금으로 지급하여 드립니다.

◦ 고혈압(원발성)약물치료특약(무배당, 갱신형)

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

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

2. “고혈압보장개시일”은 최초계약의 계약일부터 그날을 포함하여 1년이 지난 날의 다음 날로 하며 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일부터 그날을 포함하여 1년이 지난날의 다음 날로 합니다.

3. “고혈압(원발성)약물치료”라 함은 의사가 피보험자의 “고혈압(원발성)”의 직접적인 치료를 목적으로 하는 약물(식품의약품안전처 예규 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 ‘214(혈압강하제)’(예규 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우 ‘혈압강하제’에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품)을 180일 이상의 기간에 대해 처방하여 치료하는 것을 말합니다. 다만, “고혈압(원발성)”이 동반되지 않고 기타질환의 증상관리나 합병증 예방을 목적으로 혈압강하제가 투여된 경우에는 보상하지 않습니다.

4. 약물을 180일 이상의 기간에 대해 처방하여 치료하는 것이라 함은 약물 처방일수의 합이 누적하여 180일 이상 처방하여 치료하는 것을 의미합니다.

5. 보험금 지급사유 발생 당시에 이미 납입한 특약보험료가 보험금을 초과하는 경우, 이미 납입한 특약보험료를 보험금으로 지급하여 드립니다.

◦ 당뇨병(당화혈색소 6.5%이상)진단특약D(무배당, 해약환급금 미지급형)

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

주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하거나 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.

2. 특약보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

3. “당뇨보장개시일”은 계약일[부활(효력회복)일]부터 그날을 포함하여 1년이 지난날의 다음 날로 합니다.

4. “당뇨병(당화혈색소 6.5%이상)”이라 함은 “당뇨병 대상 분류표”에 해당하는 항목 중에서 당화혈색소(HbA1c) 6.5% 이상을 만족하는 당뇨병으로 진단받은 경우를 말합니다.

5. “당뇨병(당화혈색소 6.5%이상)”으로 진단 확정 시점까지의 이미 납입한 특약보험료가 보험금을 초과하는 경우, 이미 납입한 특약보험료를 보험금으로 지급하여 드립니다.

◦ 당뇨병(당화혈색소 6.5%이상)진단특약(무배당, 해약환급금 미지급형)

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

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

2. “당뇨보장개시일”은 계약일[부활(효력회복)일]부터 그날을 포함하여 1년이 지난날의 다음 날로 합니다.

3. “당뇨병(당화혈색소 6.5%이상)”이라 함은 “당뇨병 대상 분류표”에 해당하는 항목 중에서 당화혈색소(HbA1c) 6.5% 이상을 만족하는 당뇨병으로 진단받은 경우를 말합니다.

4. “당뇨병(당화혈색소 6.5%이상)”으로 진단 확정 시점까지의 이미 납입한 특약보험료가 보험금을 초과하는 경우, 이미 납입한 특약보험료를 보험금으로 지급하여 드립니다.

◦ 당뇨병(당화혈색소 7.5%이상)진단특약D(무배당, 해약환급금 미지급형)

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

주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하거나 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.

2. 특약보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

3. “당뇨보장개시일”은 계약일[부활(효력회복)일]부터 그날을 포함하여 1년이 지난날의 다음 날로 합니다.

4. “당뇨병(당화혈색소 7.5%이상)”이라 함은 “당뇨병 대상 분류표”에 해당하는 항목 중에서 당화혈색소(HbA1c) 7.5% 이상을 만족하는 당뇨병으로 진단받은 경우를 말합니다.

5. “당뇨병(당화혈색소 7.5%이상)”으로 진단 확정 시점까지의 이미 납입한 특약보험료가 보험금을 초과하는 경우, 이미 납입한 특약보험료를 보험금으로 지급하여 드립니다.

◦ 당뇨병(당화혈색소 7.5%이상)진단특약(무배당, 해약환급금 미지급형)

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

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

2. “당뇨보장개시일”은 계약일[부활(효력회복)일]부터 그날을 포함하여 1년이 지난날의 다음 날로 합니다.

3. “당뇨병(당화혈색소 7.5%이상)”이라 함은 “당뇨병 대상 분류표”에 해당하는 항목 중에서 당화혈색소(HbA1c) 7.5% 이상을 만족하는 당뇨병으로 진단받은 경우를 말합니다.

4. “당뇨병(당화혈색소 7.5%이상)”으로 진단 확정 시점까지의 이미 납입한 특약보험료가 보험금을 초과하는 경우, 이미 납입한 특약보험료를 보험금으로 지급하여 드립니다.

◦ 당뇨병(당화혈색소 8.5%이상)진단특약D(무배당, 해약환급금 미지급형)

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

주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하거나 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.

2. 특약보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

3. “당뇨보장개시일”은 계약일[부활(효력회복)일]부터 그날을 포함하여 1년이 지난날의 다음 날로 합니다.

4. “당뇨병(당화혈색소 8.5%이상)”이라 함은 “당뇨병 대상 분류표”에 해당하는 항목 중에서 당화혈색소(HbA1c) 8.5% 이상을 만족하는 당뇨병으로 진단받은 경우를 말합니다.

5. “당뇨병(당화혈색소 8.5%이상)”으로 진단 확정 시점까지의 이미 납입한 특약보험료가 보험금을 초과하는 경우, 이미 납입한 특약보험료를 보험금으로 지급하여 드립니다.

◦ 당뇨병(당화혈색소 8.5%이상)진단특약(무배당, 해약환급금 미지급형)

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

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

2. “당뇨보장개시일”은 계약일[부활(효력회복)일]부터 그날을 포함하여 1년이 지난날의 다음 날로 합니다.

3. “당뇨병(당화혈색소 8.5%이상)”이라 함은 “당뇨병 대상 분류표”에 해당하는 항목 중에서 당화혈색소(HbA1c) 8.5% 이상을 만족하는 당뇨병으로 진단받은 경우를 말합니다.

4. “당뇨병(당화혈색소 8.5%이상)”으로 진단 확정 시점까지의 이미 납입한 특약보험료가 보험금을 초과하는 경우, 이미 납입한 특약보험료를 보험금으로 지급하여 드립니다.

◦ 당뇨병(당화혈색소 6.5%이상)진단특약(무배당, 갱신형)

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

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

2. “당뇨보장개시일”은 최초계약의 계약일부터 그날을 포함하여 1년이 지난날의 다음 날로 하며 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일부터 그날을 포함하여 1년이 지난날의 다음 날로 합니다.

3. “당뇨병(당화혈색소 6.5%이상)”이라 함은 “당뇨병 대상 분류표”에 해당하는 항목 중에서 당화혈색소(HbA1c) 6.5% 이상을 만족하는 당뇨병으로 진단받은 경우를 말합니다.

4. 보험금 지급사유 발생 당시에 이미 납입한 특약보험료가 보험금을 초과하는 경우, 이미 납입한 특약보험료를 보험금으로 지급하여 드립니다.

◦ 당뇨병(당화혈색소 7.5%이상)진단특약(무배당, 갱신형)

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

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

2. “당뇨보장개시일”은 최초계약의 계약일부터 그날을 포함하여 1년이 지난날의 다음 날로 하며 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일부터 그날을 포함하여 1년이 지난날의 다음 날로 합니다.

3. “당뇨병(당화혈색소 7.5%이상)”이라 함은 “당뇨병 대상 분류표”에 해당하는 항목 중에서 당화혈색소(HbA1c) 7.5% 이상을 만족하는 당뇨병으로 진단받은 경우를 말합니다.

◦ 당뇨병(당화혈색소 8.5%이상)진단특약(무배당, 갱신형)

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

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

2. “당뇨보장개시일”은 최초계약의 계약일부터 그날을 포함하여 1년이 지난날의 다음 날로 하며 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일부터 그날을 포함하여 1년이 지난날의 다음 날로 합니다.

3. “당뇨병(당화혈색소 8.5%이상)”이라 함은 “당뇨병 대상 분류표”에 해당하는 항목 중에서 당화혈색소(HbA1c) 8.5% 이상을 만족하는 당뇨병으로 진단받은 경우를 말합니다.

◦ (간편)대상포진·통풍진단특약D(무배당, 해약환급금 미지급형)

※ 1년 미만 : 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지
※ 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하거나 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 또한, 이 특약의 피보험자에게 특약보험기간 중 각 보장계약에 대한 지급사유가 발생하였을 경우 각 보장계약에 한하여 그때부터 효력이 없습니다.
※ 특약보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.
※ 각 보장계약을 합하여 "특약"이라 하며, 이 특약의 보험금 지급사유가 모두 발생시에 이미 납입한 특약 보험료가 보험금 총액을 초과하는 경우, 보험금 총액이 이미 납입한 특약보험료가 되도록 지급하여 드립니다.

가. 대상포진 보장계약

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

나. 통풍 보장계약

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

◦ (간편)대상포진·통풍진단특약(무배당, 해약환급금 미지급형)

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

가. 대상포진 보장계약

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

나. 통풍 보장계약

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

◦ (간편)대상포진·통풍진단특약(무배당, 갱신형)

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

[대상포진 보장계약]

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

[통풍 보장계약]

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

◦ 특정척추질환보장특약D(무배당, 해약환급금 미지급형)

구분		지급사유	지급금액
디스크 질병(추간판장애) 진단급여금	경추	특약보험기간 중 피보험자가 경추 디스크 질병(추간판장애)으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 3% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 1.5%를 지급함)
	경추 이외	특약보험기간 중 피보험자가 경추 이외 디스크 질병(추간판장애)으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 3% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 1.5%를 지급함)
척추질환 입원급여금		특약보험기간 중 「피보험자가 "척추질환"으로 진단확정 되고, 그 "척추질환"의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 1일 이상 계속하여 입원」하였을 때 (다만, 1회 입원당 30일 한도)	【입원일수 1일당】 특약보험가입금액의 0.3% (다만, 계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 "척추질환"에 대한 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 0.15%를 지급함)
척추질환 종합병원 입원급여금		특약보험기간 중 「피보험자가 "척추질환"으로 진단확정 되고, 그 "척추질환"의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 1일 이상 계속하여 "종합병원"에 입원」하였을 때 (다만, 1회 입원당 30일 한도)	【종합병원 입원일수 1일당】 특약보험가입금액의 0.2% (다만, 계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 "척추질환"에 대한 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 0.1%를 지급함)
척추질환 상급종합병원 입원급여금		특약보험기간 중 「피보험자가 "척추질환"으로 진단확정 되고, 그 "척추질환"의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 1일 이상 계속하여 "상급종합병원"에 입원」하였을 때 (다만, 1회 입원당 30일 한도)	【상급종합병원 입원일수 1일당】 특약보험가입금액의 0.2% (다만, 계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 "척추질환"에 대한 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 0.1%를 지급함)
척추질환 수술급여금		특약보험기간 중 「피보험자가 척추질환으로 진단확정 되고, 그 "척추질환"의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 수술」을 받았을 때 (다만, 수술 1회당)	【수술 1회당】 특약보험가입금액의 15% (다만, 계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 "척추질환"에 대한 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 7.5%를 지급함)

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

주) 1.「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하였을 경우」 또는 「주계약이

해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.

2. 특약보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

3. “척추질환 입원급여금”, “척추질환 종합병원 입원급여금”, “척추질환 상급종합병원 입원급여금”의 경우 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생하고 계속 입원중에 1년 이상이 된 경우에는 계약일부터 1년 이상이 된 날부터 해당 급여금을 삭감하지 않고 지급합니다.

4. “척추질환 입원급여금”, “척추질환 종합병원 입원급여금” 및 “척추질환 상급종합병원 입원급여금” 경우 보험금의 지급사유가 중복하여 발생한 경우에는 각각에 해당하는 보험금을 지급합니다.

◦ 특정척추질환보장특약(무배당, 해약환급금 미지급형)

구분		지급사유	지급금액
디스크 질병(추간판장애) 진단급여금	경추	특약보험기간 중 피보험자가 경추 디스크 질병(추간판장애)으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 3% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 1.5%를 지급함)
	경추 이외	특약보험기간 중 피보험자가 경추 이외 디스크 질병(추간판장애)으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 3% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 1.5%를 지급함)
척추질환 입원급여금		특약보험기간 중 「피보험자가 "척추질환"으로 진단확정 되고, 그 "척추질환"의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 1일 이상 계속하여 입원」하였을 때 (다만, 1회 입원당 30일 한도)	【입원일수 1일당】 특약보험가입금액의 0.3% (다만, 계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 "척추질환"에 대한 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 0.15%를 지급함)
척추질환 종합병원 입원급여금		특약보험기간 중 「피보험자가 "척추질환"으로 진단확정 되고, 그 "척추질환"의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 1일 이상 계속하여 "종합병원"에 입원」하였을 때 (다만, 1회 입원당 30일 한도)	【종합병원 입원일수 1일당】 특약보험가입금액의 0.2% (다만, 계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 "척추질환"에 대한 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 0.1%를 지급함)
척추질환 상급종합병원 입원급여금		특약보험기간 중 「피보험자가 "척추질환"으로 진단확정 되고, 그 "척추질환"의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 1일 이상 계속하여 "상급종합병원"에 입원」하였을 때 (다만, 1회 입원당 30일 한도)	【상급종합병원 입원일수 1일당】 특약보험가입금액의 0.2% (다만, 계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 "척추질환"에 대한 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 0.1%를 지급함)
척추질환 수술급여금		특약보험기간 중 「피보험자가 척추질환으로 진단확정 되고, 그 "척추질환"의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 수술」을 받았을 때 (다만, 수술 1회당)	【수술 1회당】 특약보험가입금액의 15% (다만, 계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 "척추질환"에 대한 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 7.5%를 지급함)

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

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

2. “척추질환 입원급여금”, “척추질환 종합병원 입원급여금”, “척추질환 상급종합병원 입원급여금”의 경우 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생하고 계속 입원중에 1년 이상이 된 경우에는 계약일부터 1년 이상이 된 날부터 해당 급여금을 삭감하지 않고 지급합니다.

3. “척추질환 입원급여금”, “척추질환 종합병원 입원급여금” 및 “척추질환 상급종합병원 입원급여금” 경우 보험금의 지급사유가 중복하여 발생한 경우에는 각각에 해당하는 보험금을 지급합니다.

◦ 특정골절질환보장특약D(무배당, 해약환급금 미지급형)

구분	지급사유	지급금액
특정 류마티스 관절염 진단급여금	특약보험기간 중 피보험자가 “특정 류마티스 관절염”으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 10% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 5%를 지급함)
1~5등급 재해골절 진단급여금	특약보험기간 중 피보험자가 재해를 원인으로 특약보험기간 중 “1~5등급 재해골절(치아파절 제외)”로 진단확정 되었을 때 (다만, 연간 1회의 진단확정에 한함)	1등급 : 특약보험가입금액의 10% 2등급 : 특약보험가입금액의 4% 3등급 : 특약보험가입금액의 3% 4등급 : 특약보험가입금액의 2% 5등급 : 특약보험가입금액의 1%
십자인대 수술급여금	특약보험기간 중 「피보험자가 “십자인대 질환”으로 진단확정 되고, 그 “십자인대 질환”의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 “급여 십자인대 수술”」을 받았을 때 (다만, 연간 1회의 수술에 한함)	【수술 1회당】 특약보험가입금액의 5%
반월판 연골 수술급여금	특약보험기간 중 「피보험자가 “반월판 연골 질환”으로 진단확정 되고, 그 “반월판 연골 질환”의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 “급여 반월판 연골 수술”」을 받았을 때 (다만, 연간 1회의 수술에 한함)	【수술 1회당】 특약보험가입금액의 5%

구분	지급사유	지급금액
아킬레스힘줄손상 수술급여금	특약보험기간 중 「피보험자가 재해를 원인으로 “아킬레스힘줄손상”으로 진단확정 되고, 그 “아킬레스힘줄손상”의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 수술」을 받았을 때	【수술 1회당】 특약보험가입금액의 5%
인공관절치환 수술급여금	특약보험기간 중 피보험자가 “급여 인공관절(견관절, 고관절, 슬관절) 치환수술”을 받았을 때 (다만, 「견관절, 고관절, 슬관절」 중 연간 1회에 한함)	【수술 1회당】 특약보험가입금액의 30%(다만, 계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때에는 특약보험가입금액의 15%를 지급함)

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

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

2. 특약보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

3. 「십자인대 수술급여금」, 「반월판 연골 수술급여금」, 「아킬레스힘줄손상 수술급여금」 및 「인공관절치환 수술급여금」은 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 경우에만 해당 수술급여금을 지급합니다.

4. 「1~5등급 재해골절 진단급여금」의 경우 동일한 재해를 원인으로 두 가지 이상의 1~5등급 재해골절이 진단되었을 경우에는 가장 높은 등급에 해당하는 재해골절을 기준으로 연간 1회에 한하여 해당 진단급여금을 지급합니다.

5. 「1~5등급 재해골절 진단급여금」의 경우 “연간”에 이미 진단확정 된 재해골절등급보다 높은 등급에 해당하는 재해골절로 진단되었을 경우에는 높은 재해골절등급의 1~5등급 재해골절 진단급여금에서 이미 지급된 1~5등급 재해골절 진단급여금을 차감하여 지급합니다. 다만, “연간”에 이미 진단확

정 된 재해골절등급보다 동일하거나 낮은 등급에 해당하는 재해골절로 진단되었을 경우에는 해당 급여금은 지급되지 않습니다.

6. 「십자인대 수술급여금」, 「반월판 연골 수술급여금」 및 「인공관절치환 수술급여금」의 경우 연간 1회에 한하여 지급합니다.
7. “연간”이란 계약일부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일의 전날까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

◦ 특정골절질환보장특약(무배당, 해약환급금 미지급형)

구분	지급사유	지급금액
특정 류마티스 관절염 진단급여금	특약보험기간 중 피보험자가 “특정 류마티스 관절염”으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 10% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 특약보험가입금액의 5%를 지급함)
1~5등급 재해골절 진단급여금	특약보험기간 중 피보험자가 재해를 원인으로 특약보험기간 중 “1~5등급 재해골절(치아파절 제외)”로 진단확정 되었을 때 (다만, 연간 1회의 진단확정에 한함)	1등급 : 특약보험가입금액의 10% 2등급 : 특약보험가입금액의 4% 3등급 : 특약보험가입금액의 3% 4등급 : 특약보험가입금액의 2% 5등급 : 특약보험가입금액의 1%
십자인대 수술급여금	특약보험기간 중 「피보험자가 “십자인대 질환”으로 진단확정 되고, 그 “십자인대 질환”의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 “급여 십자인대 수술”」을 받았을 때 (다만, 연간 1회의 수술에 한함)	【수술 1회당】 특약보험가입금액의 5%
반월판 연골 수술급여금	특약보험기간 중 「피보험자가 “반월판 연골 질환”으로 진단확정 되고, 그 “반월판 연골 질환”의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 “급여 반월판 연골 수술”」을 받았을 때 (다만, 연간 1회의 수술에 한함)	【수술 1회당】 특약보험가입금액의 5%

구분	지급사유	지급금액
아킬레스힘줄손상 수술급여금	특약보험기간 중 「피보험자가 재해를 원인으로 “아킬레스힘줄손상”으로 진단확정 되고, 그 “아킬레스힘줄손상”의 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 수술」을 받았을 때	【수술 1회당】 특약보험가입금액의 5%
인공관절치환 수술급여금	특약보험기간 중 피보험자가 “급여 인공관절(견관절, 고관절, 슬관절) 치환수술”을 받았을 때 (다만, 「견관절, 고관절, 슬관절」 중 연간 1회에 한함)	【수술 1회당】 특약보험가입금액의 30%(다만, 계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때에는 특약보험가입금액의 15%를 지급함)

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

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

2. 「십자인대 수술급여금」, 「반월판 연골 수술급여금」, 「아킬레스힘줄손상 수술급여금」 및 「인공관절치환 수술급여금」은 그 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받았을 경우에만 해당 수술급여금을 지급합니다.

3. 「1~5등급 재해골절 진단급여금」의 경우 동일한 재해를 원인으로 두 가지 이상의 1~5등급 재해골절이 진단되었을 경우에는 가장 높은 등급에 해당하는 재해골절을 기준으로 연간 1회에 한하여 해당 진단급여금을 지급합니다.

4. 「1~5등급 재해골절 진단급여금」의 경우 “연간”에 이미 진단확정 된 재해골절등급보다 높은 등급에 해당하는 재해골절로 진단되었을 경우에는 높은 재해골절등급의 1~5등급 재해골절 진단급여금에서 이미 지급된 1~5등급 재해골절 진단급여금을 차감하여 지급합니다. 다만, “연간”에 이미 진단확

정 된 재해골절등급보다 동일하거나 낮은 등급에 해당하는 재해골절로 진단되었을 경우에는 해당 급여금은 지급되지 않습니다.

5. 「십자인대 수술급여금」, 「반월판 연골 수술급여금」 및 「인공관절치환 수술급여금」의 경우 연간 1회에 한하여 지급합니다.
6. “연간”이란 계약일부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일의 전날까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

◦ (간편)특정류마티스관절염진단특약D(무배당, 해약환급금 미지급형)

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

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

주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하거나 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.

2. 특약보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

◦ (간편)특정류마티스관절염진단특약(무배당, 해약환급금 미지급형)

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

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

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

◦ (간편)1-5종수술특약D(무배당, 해약환급금 미지급형)

※ 1년 미만 : 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지
※「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하였을 경우」또는「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 다만, 특약보험기간 중 피보험자가 사망한 으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

가. 1종 보장계약

구분	지급사유	지급금액
1종 수술 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 질병 또는 재해로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 1~5종 수술분류표에서 정하는 1종 수술을 받았을 때	【수술 1회당】 보험가입금액의 10% (다만, "간편심사형"에 한하여 계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 "특약보험가입금액의 5%"를 지급함)

나. 2종 보장계약

구분	지급사유	지급금액
2종 수술 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 질병 또는 재해로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 1~5종 수술분류표에서 정하는 2종 수술을 받았을 때	【수술 1회당】 보험가입금액의 10% (다만, "간편심사형"에 한하여 계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 "특약보험가입금액의 5%"를 지급함)

다. 3종 보장계약

구분	지급사유	지급금액
3종 수술 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 질병 또는 재해로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 1~5종 수술분류표에서 정하는 3종 수술을 받았을 때	【수술 1회당】 보험가입금액의 10% (다만, "간편심사형"에 한하여 계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 "특약보험가입금액의 5%"를 지급함)

라. 4종 보장계약

구분	지급사유	지급금액
4종 수술 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 질병 또는 재해로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 1~5종 수술분류표에서 정하는 4종 수술을 받았을 때	【수술 1회당】 보험가입금액의 10% (다만, "간편심사형"에 한하여 계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 "특약보험가입금액의 5%"를 지급함)

마. 5종 보장계약

구분	지급사유	지급금액
5종 수술 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 질병 또는 재해로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 1~5종 수술분류표에서 정하는 5종 수술을 받았을 때	【수술 1회당】 보험가입금액의 10% (다만, "간편심사형"에 한하여 계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 "특약보험가입금액의 5%"를 지급함)

◦ (간편)1-5종수술특약(무배당, 해약환급금 미지급형)

※ 1년 미만 : 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지
※「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하였을 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 다만, 특약보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

가. 1종 보장계약

구분	지급사유	지급금액
1종 수술 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 질병 또는 재해로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 1~5종 수술분류표에서 정하는 1종 수술을 받았을 때	【수술 1회당】 보험가입금액의 10% (다만, "간편심사형"에 한하여 계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 "특약보험가입금액의 5%"를 지급함)

나. 2종 보장계약

구분	지급사유	지급금액
2종 수술 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 질병 또는 재해로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 1~5종 수술분류표에서 정하는 2종 수술을 받았을 때	【수술 1회당】 보험가입금액의 10% (다만, "간편심사형"에 한하여 계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 "특약보험가입금액의 5%"를 지급함)

다. 3종 보장계약

구분	지급사유	지급금액
3종 수술 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 질병 또는 재해로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 1~5종 수술분류표에서 정하는 3종 수술을 받았을 때	【수술 1회당】 보험가입금액의 10% (다만, "간편심사형"에 한하여 계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 "특약보험가입금액의 5%"를 지급함)

라. 4종 보장계약

구분	지급사유	지급금액
4종 수술 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 질병 또는 재해로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 1~5종 수술분류표에서 정하는 4종 수술을 받았을 때	【수술 1회당】 보험가입금액의 10% (다만, "간편심사형"에 한하여 계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 "특약보험가입금액의 5%"를 지급함)

마. 5종 보장계약

구분	지급사유	지급금액
5종 수술 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 질병 또는 재해로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 1~5종 수술분류표에서 정하는 5종 수술을 받았을 때	【수술 1회당】 보험가입금액의 10% (다만, "간편심사형"에 한하여 계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 "특약보험가입금액의 5%"를 지급함)

◦ (간편)1-5종수술특약(무배당, 갱신형)

※ 1년 미만 : 최초계약의 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지
※ 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하였을 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 다만, 특약보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

가. 1종 보장계약

구분	지급사유	지급금액
1종 수술 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 질병 또는 재해로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 1~5종 수술분류표에서 정하는 1종 수술을 받았을 때	【수술 1회당】 특약보험가입금액의 10% (다만, "간편심사형"에 한하여 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 "특약보험가입금액의 5%"를 지급함)

나. 2종 보장계약

구분	지급사유	지급금액
2종 수술 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 질병 또는 재해로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 1~5종 수술분류표에서 정하는 2종 수술을 받았을 때	【수술 1회당】 특약보험가입금액의 10% (다만, "간편심사형"에 한하여 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 "특약보험가입금액의 5%"를 지급함)

다. 3종 보장계약

구분	지급사유	지급금액
3종 수술 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 질병 또는 재해로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 1~5종 수술분류표에서 정하는 3종 수술을 받았을 때	【수술 1회당】 특약보험가입금액의 10% (다만, "간편심사형"에 한하여 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 "특약보험가입금액의 5%"를 지급함)

라. 4종 보장계약

구분	지급사유	지급금액
4종 수술 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 질병 또는 재해로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 1~5종 수술분류표에서 정하는 4종 수술을 받았을 때	【수술 1회당】 특약보험가입금액의 10% (다만, "간편심사형"에 한하여 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 "특약보험가입금액의 5%"를 지급함)

마. 5종 보장계약

구분	지급사유	지급금액
5종 수술 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 질병 또는 재해로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 1~5종 수술분류표에서 정하는 5종 수술을 받았을 때	【수술 1회당】 특약보험가입금액의 10% (다만, "간편심사형"에 한하여 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 "특약보험가입금액의 5%"를 지급함)

◦ (간편)1-5종단일금액보장수술특약D(무배당, 해약환급금 미지급형)

구분	지급사유	지급금액
수술 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 질병 또는 재해로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 "1~5종 수술분류표"에서 정하는 수술을 받았을 때 (다만, 연간 1회에 한함)	특약보험가입금액의 1% (다만, "간편심사형"에 한하여 계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 "특약보험가입금액의 0.5%"를 지급함)
※ 1년 미만 : 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지		

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

2. 특약보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

3. "수술급여금"에서 "연간"이라 함은 계약해당일부터 매 1년마다 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

◦ (간편)1-5종단일금액보장수술특약(무배당, 해약환급금 미지급형)

구분	지급사유	지급금액
수술 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 질병 또는 재해로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 "1~5종 수술분류표"에서 정하는 수술을 받았을 때 (다만, 연간 1회에 한함)	특약보험가입금액의 1% (다만, “간편심사형”에 한하여 계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 0.5%”를 지급함)

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

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

2. “수술급여금”에서 “연간”이라 함은 계약해당일부터 매 1년마다 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말합니다. 다만, 해당 년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

◦ (간편)질병수술특약D(무배당, 해약환급금 미지급형)

구분	지급사유	지급금액
질병수술 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 “질병”으로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 수술을 받았을 때 (다만, 동일 질병당 1회에 한함)	특약보험가입금액의 1% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 0.5%”를 지급함)

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

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

2. 특약보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

3. 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우, 동일한 질병을 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 1회의 질병수술급여금만 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유에 해당하는 수술을 받고 365일이 경과한 후 동일한 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제2-2조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다. 이 때, 동일한 질병이란 한국표준질병·사인분류상의 분류번호(3자리)가 같은 질병을 말합니다.

4. 상기 질병은 “질병분류표Ⅱ”에서 정하는 질병을 말합니다.

◦ (간편)질병수술특약(무배당, 해약환급금 미지급형)

구분	지급사유	지급금액
질병수술 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 “질병”으로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 수술을 받았을 때 (다만, 동일 질병당 1회에 한함)	특약보험가입금액의 1% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 0.5%”를 지급함)

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

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

2. 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우, 동일한 질병을 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 1회의 질병수술급여금만 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유에 해당하는 수술을 받고 365일이 경과한 후 동일한 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제2-2조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다. 이 때, 동일한 질병이란 한국표준질병·사인분류상의 분류번호(3자리)가 같은 질병을 말합니다.

3. 상기 질병은 “질병분류표Ⅱ”에서 정하는 질병을 말합니다.

◦ (간편)질병수술(백내장및대장용종제외)특약D(무배당, 해약환급금 미지급형)

구분	지급사유	지급금액
질병수술(백내장 및 대장용종 제외) 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 “질병(백내장 및 대장용종 제외)”으로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 수술을 받았을 때 (다만, 동일 질병당 1회에 한함)	특약보험가입금액의 1% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 0.5%”를 지급함)

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

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

2. 특약보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

3. 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우, 동일한 질병을 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 1회의 질병수술(백내장 및 대장용종 제외)급여금만 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유에 해당하는 수술을 받고 365일이 경과한 후 동일한 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제2-2조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다. 이 때, 동일한 질병이란 한국표준질병·사인분류상의 분류번호(3자리)가 같은 질병을 말합니다.

4. 상기 질병(백내장 및 대장용종 제외)은 “질병분류표Ⅱ(백내장 및 대장용종 제외)”에서 정하는 질병을 말합니다.

◦ (간편)질병수술(백내장및대장용종제외)특약(무배당, 해약환급금 미지급형)

구분	지급사유	지급금액
질병수술(백내장 및 대장용종 제외) 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 “질병(백내장 및 대장용종 제외)”으로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 수술을 받았을 때 (다만, 동일 질병당 1회에 한함)	특약보험가입금액의 1% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 0.5%”를 지급함)

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

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

2. 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우, 동일한 질병을 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 1회의 질병수술(백내장 및 대장용종 제외)급여금만 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유에 해당하는 수술을 받고 365일이 경과한 후 동일한 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제2-2조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다. 이 때, 동일한 질병이란 한국표준질병·사인분류상의 분류번호(3자리)가 같은 질병을 말합니다.

3. 상기 질병(백내장 및 대장용종 제외)은 “질병분류표Ⅱ(백내장 및 대장용종 제외)”에서 정하는 질병을 말합니다.

◦ (간편)질병수술(8대특정수술제외)특약D(무배당, 해약환급금 미지급형)

구분	지급사유	지급금액
질병수술(8대특정수술제외) 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 질병(특정다빈도 7대질병 제외)으로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 수술(제왕절개 제외)을 받았을 때 (다만, 동일 질병당 1회에 한함)	특약보험가입금액의 1% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 "특약보험가입금액의 0.5%"를 지급함)

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

※ 보장이 제외되는 "8대특정수술"

- 제왕절개수술[세부사항은 "제왕절개수술 분류표" 참조]
- 특정다빈도 7대질병["백내장, 대장용종, 후각특정질환, 피부종양, 특정피부질환, 하지정맥류, 유방의 장애](세부사항은 질병분류표Ⅱ(특정다빈도 7대질병 제외) 참조)으로 인한 수술

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

2. 특약보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

3. 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우, 동일한 질병을 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 1회의 질병수술(8대특정수술 제외)급여금만 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유에 해당하는 수술을 받고 365일이 경과한 후 동일한 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제2-2조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다. 이 때, 동일한 질병이란 한국표준질병·사인분류상의 분류번호(3자리)가 같은 질병을 말합니다.

◦ (간편)질병수술(8대특정수술제외)특약(무배당, 해약환급금 미지급형)

구분	지급사유	지급금액
질병수술(8대특정수술제외) 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 질병(특정다빈도 7대질병 제외)으로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 수술(제왕절개 제외)을 받았을 때 (다만, 동일 질병당 1회에 한함)	특약보험가입금액의 1% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 "특약보험가입금액의 0.5%"를 지급함)

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

※ 보장이 제외되는 "8대특정수술"

- 제왕절개수술[세부사항은 "제왕절개수술 분류표" 참조]
- 특정다빈도 7대질병["백내장, 대장용종, 후각특정질환, 피부종양, 특정피부질환, 하지정맥류, 유방의 장애](세부사항은 질병분류표Ⅱ(특정다빈도 7대질병 제외)참조)으로 인한 수술

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

2. 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우, 동일한 질병을 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 1회의 질병수술(8대특정수술 제외)급여금만 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유에 해당하는 수술을 받고 365일이 경과한 후 동일한 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제2-2조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다. 이 때, 동일한 질병이란 한국표준질병·사인분류상의 분류번호(3자리)가 같은 질병을 말합니다.

◦ (간편)상급종합병원질병수술특약D(무배당, 해약환급금 미지급형)

구분	지급사유	지급금액
상급종합병원 질병수술급여금	특약보험기간 중 피보험자가 “질병”으로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 “상급종합병원”에서 수술을 받았을 때 (다만, 동일 질병당 1회에 한함)	특약보험가입금액의 1% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 0.5%”를 지급함)

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

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

2. 특약보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

3. 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우, 동일한 질병을 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 1회의 상급종합병원질병수술급여금만 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유에 해당하는 수술을 받고 365일이 경과한 후 동일한 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제2-2조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다. 이 때, 동일한 질병이란 한국표준질병·사인분류상의 분류번호(3자리)가 같은 질병을 말합니다.

4. 상기 질병은 “질병분류표Ⅱ”에서 정하는 질병을 말합니다.

◦ (간편)상급종합병원질병수술특약(무배당, 해약환급금 미지급형)

구분	지급사유	지급금액
상급종합병원 질병수술급여금	특약보험기간 중 피보험자가 “질병”으로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 “상급종합병원”에서 수술을 받았을 때 (다만, 동일 질병당 1회에 한함)	특약보험가입금액의 1% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 0.5%”를 지급함)

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

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

2. 제2-2조(보험금의 지급사유)의 경우, 동일한 질병을 직접적인 원인으로 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 1회의 상급종합병원질병수술급여금만 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유에 해당하는 수술을 받고 365일이 경과한 후 동일한 질병으로 새로운 수술을 받은 경우에는 다른 질병으로 간주하고 제2-2조(보험금의 지급사유)에 따라 보험금을 지급합니다. 이 때, 동일한 질병이란 한국표준질병·사인분류상의 분류번호(3자리)가 같은 질병을 말합니다.

3. 상기 질병은 “질병분류표Ⅱ”에서 정하는 질병을 말합니다.

◦ (간편)재해수술특약D(무배당, 해약환급금 미지급형)

구분	지급사유	지급금액
재해수술 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 재해로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 수술을 받았을 때	【수술 1회당】 특약보험가입금액의 1%

주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하였을 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
2. 특약보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

◦ (간편)재해수술특약(무배당, 해약환급금 미지급형)

구분	지급사유	지급금액
재해수술 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 재해로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 수술을 받았을 때	【수술 1회당】 특약보험가입금액의 1%

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

◦ (간편)[180일한도형]첫날부터입원특약D(무배당, 해약환급금 미지급형)

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

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

2. 특약보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

3. “간편심사형”의 경우 계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 “입원급여금” 지급사유가 발생하고 계속 입원 중에 1년 이상이 될 경우에는 계약일부터 1년 이상이 된 날부터 삭감하지 않습니다.

4. 상기 질병 또는 재해는 “질병 및 재해분류표”에서 정하는 질병 또는 재해를 말합니다.

◦ (간편)[180일한도형]첫날부터입원특약(무배당, 해약환급금 미지급형)

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

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

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

2. “간편심사형”의 경우 계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 “입원급여금” 지급사유가 발생하고 계속 입원 중에 1년 이상이 될 경우에는 계약일부터 1년 이상이 된 날부터 삭감하지 않습니다.

3. 상기 질병 또는 재해는 “질병 및 재해분류표”에서 정하는 질병 또는 재해를 말합니다.

◦ (간편)[30일한도형]첫날부터입원특약D(무배당, 해약환급금 미지급형)

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

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

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

2. 특약보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

3. "간편심사형"의 경우 계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 "입원급여금" 지급사유가 발생하고 계속 입원 중에 1년 이상이 될 경우에는 계약일부터 1년 이상이 된 날부터 삭감하지 않습니다.

4. 상기 질병 또는 재해는 "질병 및 재해분류표"에서 정하는 질병 또는 재해를 말합니다.

◦ (간편)[30일한도형]첫날부터입원특약(무배당, 해약환급금 미지급형)

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

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

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

다만, 특약보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

2. "간편심사형"의 경우 계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 "입원급여금" 지급사유가 발생하고 계속 입원 중에 1년 이상이 될 경우에는 계약일부터 1년 이상이 된 날부터 삭감하지 않습니다.

3. 상기 질병 또는 재해는 "질병 및 재해분류표"에서 정하는 질병 또는 재해를 말합니다.

◦ (간편)[10일한도형]첫날부터입원특약D(무배당, 해약환급금 미지급형)

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

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

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

2. 특약보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

3. “간편심사형”의 경우 계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 “입원급여금” 지급사유가 발생하고 계속 입원 중에 1년 이상이 될 경우에는 계약일부터 1년 이상이 된 날부터 삭감하지 않습니다.

4. 상기 질병 또는 재해는 “질병 및 재해분류표”에서 정하는 질병 또는 재해를 말합니다.

◦ (간편)[10일한도형]첫날부터입원특약(무배당, 해약환급금 미지급형)

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

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

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

다만, 특약보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

2. “간편심사형”의 경우 계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 “입원급여금” 지급사유가 발생하고 계속 입원 중에 1년 이상이 될 경우에는 계약일부터 1년 이상이 된 날부터 삭감하지 않습니다.

3. 상기 질병 또는 재해는 “질병 및 재해분류표”에서 정하는 질병 또는 재해를 말합니다.

◦ (간편)첫날부터중환자실입원특약D(무배당, 해약환급금 미지급형)

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

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

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

2. 특약보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

3. "간편심사형"의 경우 계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 "중환자실 입원급여금" 지급사유가 발생하고 계속 입원 중에 1년 이상이 될 경우에는 계약일부터 1년 이상이 된 날부터 삭감하지 않습니다.

4. 상기 질병 또는 재해는 "질병 및 재해분류표"에서 정하는 질병 또는 재해를 말합니다.

◦ (간편)첫날부터중환자실입원특약(무배당, 해약환급금 미지급형)

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

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

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

다만, 특약보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

2. "간편심사형"의 경우 계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 "중환자실 입원급여금" 지급사유가 발생하고 계속 입원 중에 1년 이상이 될 경우에는 계약일부터 1년 이상이 된 날부터 삭감하지 않습니다.
3. 상기 질병 또는 재해는 "질병 및 재해분류표"에서 정하는 질병 또는 재해를 말합니다.

◦ (간편)첫날부터상급종합병원입원특약D(무배당, 해약환급금 미지급형)

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

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

2. 특약보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

3. “간편심사형”의 경우 계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 “상급종합병원 입원급여금” 지급사유가 발생하고 계속 입원 중에 1년 이상이 될 경우에는 계약일부터 1년 이상이 된 날부터 삭감하지 않습니다.

4. 상기 질병 또는 재해는 “질병 및 재해분류표”에서 정하는 질병 또는 재해를 말합니다.

◦ (간편)첫날부터상급종합병원입원특약(무배당, 해약환급금 미지급형)

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

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

2. “간편심사형”의 경우 계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 “상급종합병원 입원급여금” 지급사유가 발생하고 계속 입원 중에 1년 이상이 될 경우에는 계약일부터 1년 이상이 된 날부터 삭감하지 않습니다.

3. 상기 질병 또는 재해는 “질병 및 재해분류표”에서 정하는 질병 또는 재해를 말합니다.

◦ (간편)상급종합병원상급병실(1인실)입원특약D(무배당, 해약환급금 미지급형)

구분	지급사유	지급금액
상급종합병원 상급병실(1인실) 입원급여금	특약보험기간 중 「피보험자가 질병 또는 재해로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 1일이상 계속 "상급종합병원"의 1인실에 입원」하였을 때(다만, 1회 입원당 30일 한도)	【입원일수 1일당】 특약보험가입금액의 1% (다만, "간편심사형"에 한하여 계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 "특약보험가입금액의 0.5%"를 지급함)
※ 1년 미만 : 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지		

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

2. 특약보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

3. "간편심사형"의 경우 계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 "입원급여금" 지급사유가 발생하고 계속 입원 중에 1년 이상이 될 경우에는 계약일부터 1년 이상이 된 날부터 삭감하지 않습니다.

4. 상기 질병 또는 재해는 "질병 및 재해분류표"에서 정하는 질병 또는 재해를 말합니다.

◦ (간편)상급종합병원상급병실(1인실)입원특약(무배당, 해약환급금 미지급형)

구분	지급사유	지급금액
상급종합병원 상급병실(1인실) 입원급여금	특약보험기간 중 「피보험자가 질병 또는 재해로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 1일이상 계속 "상급종합병원"의 1인실에 입원」하였을 때(다만, 1회 입원당 30일 한도)	【입원일수 1일당】 특약보험가입금액의 1% (다만, "간편심사형"에 한하여 계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 "특약보험가입금액의 0.5%"를 지급함)
※ 1년 미만 : 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지		

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

2. "간편심사형"의 경우 계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 "입원급여금" 지급사유가 발생하고 계속 입원 중에 1년 이상이 될 경우에는 계약일부터 1년 이상이 된 날부터 삭감하지 않습니다.

3. 상기 질병 또는 재해는 "질병 및 재해분류표"에서 정하는 질병 또는 재해를 말합니다.

◦ (간편)상급종합병원2-3인실입원특약D(무배당, 해약환급금 미지급형)

구분	지급사유	지급금액
상급종합병원 2-3인실 입원급여금	특약보험기간 중 「피보험자가 질병 또는 재해로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 1일이상 계속 "상급종합병원"의 "2인실 또는 3인실"에 입원」하였을 때(다만, 1회 입원당 30일 한도)	【입원일수 1일당】 특약보험가입금액의 1% (다만, "간편심사형"에 한하여 계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 "특약보험가입금액의 0.5%"를 지급함)
※ 1년 미만 : 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지		

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

2. 특약보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

3. "간편심사형"의 경우 계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 "입원급여금" 지급사유가 발생하고 계속 입원 중에 1년 이상이 될 경우에는 계약일부터 1년 이상이 된 날부터 삭감하지 않습니다.

4. 상기 질병 또는 재해는 "질병 및 재해분류표"에서 정하는 질병 또는 재해를 말합니다.

◦ (간편)상급종합병원2-3인실입원특약(무배당, 해약환급금 미지급형)

구분	지급사유	지급금액
상급종합병원 2-3인실 입원급여금	특약보험기간 중 「피보험자가 질병 또는 재해로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 1일이상 계속 "상급종합병원"의 "2인실 또는 3인실"에 입원」하였을 때(다만, 1회 입원당 30일 한도)	【입원일수 1일당】 특약보험가입금액의 1% (다만, "간편심사형"에 한하여 계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 "특약보험가입금액의 0.5%"를 지급함)
※ 1년 미만 : 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지		

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

2. "간편심사형"의 경우 계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 "입원급여금" 지급사유가 발생하고 계속 입원 중에 1년 이상이 될 경우에는 계약일부터 1년 이상이 된 날부터 삭감하지 않습니다.

3. 상기 질병 또는 재해는 "질병 및 재해분류표"에서 정하는 질병 또는 재해를 말합니다.

◦ (간편)종합병원상급병실(1인실)입원특약D(무배당, 해약환급금 미지급형)

구분	지급사유	지급금액
종합병원 상급병실(1인실) 입원급여금	특약보험기간 중 「피보험자가 질병 또는 재해로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 1일이상 계속 "종합병원"의 1인실에 입원」하였을 때 (다만, 1회 입원당 30일 한도)	【입원일수 1일당】 특약보험가입금액의 1% (다만, "간편심사형"에 한하여 계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 "특약보험가입금액의 0.5%"를 지급함)

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

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

2. 특약보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

3. "간편심사형"의 경우 계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 "입원급여금" 지급사유가 발생하고 계속 입원 중에 1년 이상이 될 경우에는 계약일부터 1년 이상이 된 날부터 삭감하지 않습니다.

4. 상기 질병 또는 재해는 "질병 및 재해분류표"에서 정하는 질병 또는 재해를 말합니다.

◦ (간편)종합병원상급병실(1인실)입원특약(무배당, 해약환급금 미지급형)

구분	지급사유	지급금액
종합병원 상급병실(1인실) 입원급여금	특약보험기간 중 「피보험자가 질병 또는 재해로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 1일이상 계속 "종합병원"의 1인실에 입원」하였을 때 (다만, 1회 입원당 30일 한도)	【입원일수 1일당】 특약보험가입금액의 1% (다만, "간편심사형"에 한하여 계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 "특약보험가입금액의 0.5%"를 지급함)

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

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

2. "간편심사형"의 경우 계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 "입원급여금" 지급사유가 발생하고 계속 입원 중에 1년 이상이 될 경우에는 계약일부터 1년 이상이 된 날부터 삭감하지 않습니다.

3. 상기 질병 또는 재해는 "질병 및 재해분류표"에서 정하는 질병 또는 재해를 말합니다.

◦ (간편)종합병원2-3인실입원특약D(무배당, 해약환급금 미지급형)

구분	지급사유	지급금액
종합병원 2-3인실 입원급여금	특약보험기간 중 「피보험자가 질병 또는 재해로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 1일이상 계속 "종합병원"의 "2인실 또는 3인실"에 입원」하였을 때(다만, 1회 입원당 30일 한도)	【입원일수 1일당】 특약보험가입금액의 1% (다만, "간편심사형"에 한하여 계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 "특약보험가입금액의 0.5%"를 지급함)

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

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

2. 특약보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

3. "간편심사형"의 경우 계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 "입원급여금" 지급사유가 발생하고 계속 입원 중에 1년 이상이 될 경우에는 계약일부터 1년 이상이 된 날부터 삭감하지 않습니다.

4. 상기 질병 또는 재해는 "질병 및 재해분류표"에서 정하는 질병 또는 재해를 말합니다.

◦ (간편)종합병원2-3인실입원특약(무배당, 해약환급금 미지급형)

구분	지급사유	지급금액
종합병원 2-3인실 입원급여금	특약보험기간 중 「피보험자가 질병 또는 재해로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 1일이상 계속 "종합병원"의 "2인실 또는 3인실"에 입원」하였을 때(다만, 1회 입원당 30일 한도)	【입원일수 1일당】 특약보험가입금액의 1% (다만, "간편심사형"에 한하여 계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 "특약보험가입금액의 0.5%"를 지급함)
※ 1년 미만 : 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지		

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

2. "간편심사형"의 경우 계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 "입원급여금" 지급사유가 발생하고 계속 입원 중에 1년 이상이 될 경우에는 계약일부터 1년 이상이 된 날부터 삭감하지 않습니다.

3. 상기 질병 또는 재해는 "질병 및 재해분류표"에서 정하는 질병 또는 재해를 말합니다.

◦ (간편)응급실내원(응급환자)특약D(무배당, 해약환급금 미지급형)

구분	지급사유	지급금액
응급실내원비(응급환자)	특약보험기간 중 피보험자가 응급실에 내원하여 「응급환자」로서 진료를 받았을 때	【내원 1회당】 특약보험가입금액의 1%

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

2. 특약보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

3. “응급환자”라 함은 응급실에 내원하여 진료를 받은 자 중 “응급의료에 관한 법률 시행규칙 제2조(응급환자)”에서 정하는 자로 「응급증상 및 이에 준하는 증상」 또는 「응급증상 및 이에 준하는 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자[응급의료에 관한 법률 제2조(정의) 제4호]가 판단하는 증상」이 있는 자를 말합니다. 다만, 응급실에 도착 전에 사망한 자도 포함합니다.

◦ (간편)응급실내원(응급환자)특약(무배당, 해약환급금 미지급형)

구분	지급사유	지급금액
응급실내원비(응급환자)	특약보험기간 중 피보험자가 응급실에 내원하여 「응급환자」로서 진료를 받았을 때	【내원 1회당】 특약보험가입금액의 1%

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

2. "응급환자"라 함은 응급실에 내원하여 진료를 받은 자 중 "응급의료에 관한 법률 시행규칙 제2조(응급환자)"에서 정하는 자로 「응급증상 및 이에 준하는 증상」 또는 「응급증상 및 이에 준하는 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자[응급의료에 관한 법률 제2조(정의) 제4호]가 판단하는 증상」이 있는 자를 말합니다. 다만, 응급실에 도착 전에 사망한 자도 포함합니다.

◦ (간편)간병인사용입원특약D(무배당, 해약환급금 미지급형)

※ 2년 미만 : 계약일부터 2년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지
※ 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하였을 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.
※ 특약보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.
※ "간편심사형"의 경우, 계약일부터 2년 미만에 재해 이외의 원인으로 해당 보험금 지급사유가 발생하고 계속 입원 중에 2년 이상이 될 경우에는 계약일부터 2년 이상이 된 날부터 삭감하지 않습니다.
※ 이 약관에서 "질병 또는 재해"는 "질병 및 재해분류표"에서 정하는 질병 또는 재해를 말합니다.

가. 간병인사용입원(요양병원 제외)

구분	지급사유	지급금액	
간병인사용입원(요양병원제외)급여금	특약보험기간 중 「피보험자가 질병 또는 재해로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 1일 이상 계속하여 요양병원을 제외한 병원급 의료기관 또는 의원급 의료기관에 입원하며 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용」하였을 때 (다만, 1회 입원당 사용일수 180일 한도)	간병인 사용금액이 1일당 7만원 이상인 경우	【간병인 사용일수 1일당】 보험가입금액의 1% (다만, "간편심사형"에 한하여 계약일부터 2년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 "특약보험가입금액의 0.5%"를 지급함)
		간병인 사용금액이 1일당 7만원 미만인 경우	【간병인 사용일수 1일당】 보험가입금액의 0.5% (다만, "간편심사형"에 한하여 계약일부터 2년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 "특약보험가입금액의 0.25%"를 지급함)

나. 간병인사용입원(요양병원) 보장계약

구분	지급사유	지급금액
간병인사용입원(요양병원)급여금	특약보험기간 중 「피보험자가 질병 또는 재해로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 1일 이상 계속하여 요양병원에 입원하며 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용」하였을 때 (다만, 1회 입원당 사용일수 180일 한도)	【간병인 사용일수 1일당】 보험가입금액의 1% (다만, “간편심사형”에 한하여 계약일부터 2년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 0.5%”를 지급함)

다. 간호·간병통합서비스사용입원 보장계약

구분	지급사유	지급금액
간호·간병통합서비스사용입원(요양병원제외)급여금	특약보험기간 중 「피보험자가 질병 또는 재해로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 1일 이상 계속하여 요양병원을 제외한 병원급 의료기관에 입원하며 간호·간병통합서비스를 사용」하였을 때 (다만, 1회 입원당 사용일수 180일 한도)	【간호·간병통합서비스 사용일수 1일당】 보험가입금액의 1% (다만, “간편심사형”에 한하여 계약일부터 2년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 0.5%”를 지급함)

◦ (간편)간병인사용입원특약(무배당, 해약환급금 미지급형)

※ 2년 미만 : 계약일부터 2년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지
※ 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하였을 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 다만, 특약보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
※ "간편심사형"의 경우, 계약일부터 2년 미만에 재해 이외의 원인으로 해당 보험금 지급사유가 발생하고 계속 입원 중에 2년 이상이 될 경우에는 계약일부터 2년 이상이 된 날부터 삭감하지 않습니다.
※ 이 약관에서 "질병 또는 재해"는 "질병 및 재해분류표"에서 정하는 질병 또는 재해를 말합니다.

가. 간병인사용입원(요양병원 제외) 보장계약

구분	지급사유	지급금액	
간병인사용입원(요양병원제외)급여금	특약보험기간 중 「피보험자가 질병 또는 재해로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 1일 이상 계속하여 요양병원을 제외한 병원급 의료기관 또는 의원급 의료기관에 입원하며 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용」하였을 때 (다만, 1회 입원당 사용일수 180일 한도)	간병인 사용금액이 1일당 7만원 이상인 경우	【간병인 사용일수 1일당】 보험가입금액의 1% (다만, "간편심사형"에 한하여 계약일부터 2년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 "특약보험가입금액의 0.5%"를 지급함)
		간병인 사용금액이 1일당 7만원 미만인 경우	【간병인 사용일수 1일당】 보험가입금액의 0.5% (다만, "간편심사형"에 한하여 계약일부터 2년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 "특약보험가입금액의 0.25%"를 지급함)

나. 간병인사용입원(요양병원) 보장계약

구분	지급사유	지급금액
간병인사용입원(요양병원)급여금	특약보험기간 중 「피보험자가 질병 또는 재해로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 1일 이상 계속하여 요양병원에 입원하며 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용」하였을 때 (다만, 1회 입원당 사용일수 180일 한도)	【간병인 사용일수 1일당】 보험가입금액의 1% (다만, “간편심사형”에 한하여 계약일부터 2년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 0.5%”를 지급함)

다. 간호·간병통합서비스사용입원 보장계약

구분	지급사유	지급금액
간호·간병통합서비스사용입원(요양병원제외)급여금	특약보험기간 중 「피보험자가 질병 또는 재해로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 1일 이상 계속하여 요양병원을 제외한 병원급 의료기관에 입원하며 간호·간병통합서비스를 사용」하였을 때 (다만, 1회 입원당 사용일수 180일 한도)	【간호·간병통합서비스 사용일수 1일당】 보험가입금액의 1% (다만, “간편심사형”에 한하여 계약일부터 2년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 0.5%”를 지급함)

◦ (간편)간병인사용입원특약D(181-365일)(무배당, 해약환급금 미지급형)

<table>
<tr><th>구분</th><th>지급사유</th><th colspan="2">지급금액</th></tr>
<tr><td rowspan="2">간병인사용입원(요양, 한방병원 제외) 급여금</td><td rowspan="2">특약보험기간 중 「피보험자가 질병 또는 재해로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 181일 이상 계속하여 요양, 한방병원을 제외한 병원급 의료기관 또는 의원급 의료기관에 입원하며 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용」하였을 때
(다만, 181일째 입원일부터 보장하며, 1회 입원당 사용일수 185일 한도)</td><td>간병인 사용금액이 1일당 7만원 이상인 경우</td><td>【간병인 사용일수 1일당】
특약보험가입금액의 1%
(다만, “간편심사형”에 한하여 계약일부터 2년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 0.5%”를 지급함)</td></tr>
<tr><td>간병인 사용금액이 1일당 7만원 미만인 경우</td><td>【간병인 사용일수 1일당】
특약보험가입금액의 0.5%
(다만, “간편심사형”에 한하여 계약일부터 2년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 0.25%”를 지급함)</td></tr>
<tr><td>간병인사용입원(요양병원) 급여금</td><td>특약보험기간 중 「피보험자가 질병 또는 재해로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 181일 이상 계속하여 요양병원에 입원하며 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용」하였을 때
(다만, 181일째 입원일부터 보장하며, 1회 입원당 사용일수 185일 한도)</td><td colspan="2">【간병인 사용일수 1일당】
특약보험가입금액의 0.5%
(다만, “간편심사형”에 한하여 계약일부터 2년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 0.25%”를 지급함)</td></tr>
</table>

구분	지급사유	지급금액
간호·간병 통합 서비스사용 입원 (요양, 한방병원 제외) 급여금	특약보험기간 중 「피보험자가 질병 또는 재해로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 181일 이상 계속하여 요양, 한방병원을 제외한 병원급 의료기관에 입원하며 간호·간병통합서비스를 사용」하였을 때 (다만, 181일째 입원일부터 보장하며, 1회 입원당 사용일수 185일 한도)	【간호·간병통합서비스 사용일수 1일당】 특약보험가입금액의 0.7% (다만, “간편심사형”에 한하여 계약일부터 2년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 0.35%”를 지급함)
※ 2년 미만 : 계약일부터 2년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지		

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

2. 특약보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

3. “간편심사형”의 경우, 계약일부터 2년 미만에 재해 이외의 원인으로 해당 보험금 지급사유가 발생하고 계속 입원 중에 2년 이상이 될 경우에는 계약일부터 2년 이상이 된 날부터 삭감하지 않습니다.

4. 이 약관에서 “질병 또는 재해”는 “질병 및 재해분류표”에서 정하는 질병 또는 재해를 말합니다.

◦ (간편)간병인사용입원특약(181-365일)(무배당, 해약환급금 미지급형)

<table>
<tr><th>구분</th><th>지급사유</th><th colspan="2">지급금액</th></tr>
<tr><td rowspan="2">간병인사용입원
(요양, 한방병원 제외)
급여금</td><td rowspan="2">특약보험기간 중 「피보험자가 질병 또는 재해로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 181일 이상 계속하여 요양, 한방병원을 제외한 병원급 의료기관 또는 의원급 의료기관에 입원하며 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용」하였을 때
(다만, 181일째 입원일부터 보장하며, 1회 입원당 사용일수 185일 한도)</td><td>간병인 사용금액이 1일당 7만원 이상인 경우</td><td>【간병인 사용일수 1일당】
특약보험가입금액의 1%
(다만, “간편심사형”에 한하여 계약일부터 2년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 0.5%”를 지급함)</td></tr>
<tr><td>간병인 사용금액이 1일당 7만원 미만인 경우</td><td>【간병인 사용일수 1일당】
특약보험가입금액의 0.5%
(다만, “간편심사형”에 한하여 계약일부터 2년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 0.25%”를 지급함)</td></tr>
<tr><td>간병인사용입원
(요양병원)
급여금</td><td>특약보험기간 중 「피보험자가 질병 또는 재해로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 181일 이상 계속하여 요양병원에 입원하며 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용」하였을 때
(다만, 181일째 입원일부터 보장하며, 1회 입원당 사용일수 185일 한도)</td><td colspan="2">【간병인 사용일수 1일당】
특약보험가입금액의 0.5%
(다만, “간편심사형”에 한하여 계약일부터 2년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 0.25%”를 지급함)</td></tr>
</table>

구분	지급사유	지급금액
간호·간병 통합 서비스사용 입원 (요양, 한방병원 제외) 급여금	특약보험기간 중 「피보험자가 질병 또는 재해로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 181일 이상 계속하여 요양, 한방병원을 제외한 병원급 의료기관에 입원하며 간호·간병통합서비스를 사용」하였을 때 (다만, 181일째 입원일부터 보장하며, 1회 입원당 사용일수 185일 한도)	【간호·간병통합서비스 사용일수 1일당】 특약보험가입금액의 0.7% (다만, “간편심사형”에 한하여 계약일부터 2년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 0.35%”를 지급함)
※ 2년 미만 : 계약일부터 2년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지		

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

2. “간편심사형”의 경우, 계약일부터 2년 미만에 재해 이외의 원인으로 해당 보험금 지급사유가 발생하고 계속 입원 중에 2년 이상이 될 경우에는 계약일부터 2년 이상이 된 날부터 삭감하지 않습니다.

3. 이 약관에서 “질병 또는 재해”는 “질병 및 재해분류표”에서 정하는 질병 또는 재해를 말합니다.

◦ (간편)간호간병통합서비스사용입원특약D(무배당, 해약환급금 미지급형)

구분	지급사유	지급금액
간호·간병 통합서비스 사용입원 (요양병원제외) 급여금	특약보험기간 중 「피보험자가 질병 또는 재해로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 1일 이상 계속하여 요양병원을 제외한 병원급 의료기관에 입원하며 간호·간병통합서비스를 사용」하였을 때 (다만, 1회 입원당 사용일수 30일 한도)	【간호·간병통합서비스 사용일수 1일당】 특약보험가입금액의 1% (다만, “간편심사형”에 한하여 계약일부터 2년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 0.5%”를 지급함)

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

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

2. 특약보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

3. “간편심사형”의 경우, 계약일부터 2년 미만에 재해 이외의 원인으로 해당 보험금 지급사유가 발생하고 계속 입원 중에 2년 이상이 될 경우에는 계약일부터 2년 이상이 된 날부터 삭감하지 않습니다.

4. 상기 “질병 또는 재해”는 “질병 및 재해분류표”에서 정하는 질병 또는 재해를 말합니다.

◦ (간편)간호간병통합서비스사용입원특약(무배당, 해약환급금 미지급형)

구분	지급사유	지급금액
간호·간병 통합서비스 사용입원 (요양병원제외) 급여금	특약보험기간 중 「피보험자가 질병 또는 재해로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 1일 이상 계속하여 요양병원을 제외한 병원급 의료기관에 입원하며 간호·간병통합서비스를 사용」하였을 때 (다만, 1회 입원당 사용일수 30일 한도)	【간호·간병통합서비스 사용일수 1일당】 특약보험가입금액의 1% (다만, "간편심사형"에 한하여 계약일부터 2년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 "특약보험가입금액의 0.5%"를 지급함)

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

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

2. "간편심사형"의 경우, 계약일부터 2년 미만에 재해 이외의 원인으로 해당 보험금 지급사유가 발생하고 계속 입원 중에 2년 이상이 될 경우에는 계약일부터 2년 이상이 된 날부터 삭감하지 않습니다.

3. 상기 "질병 또는 재해"는 "질병 및 재해분류표"에서 정하는 질병 또는 재해를 말합니다.

◦ (간편)간병인사용입원특약(무배당, 갱신형)

※ 2년 미만 : 최초계약의 계약일부터 2년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지
※ 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하였을 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 다만, 특약보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
※ "간편심사형"의 경우 최초계약의 계약일부터 2년 미만에 재해 이외의 원인으로 해당 보험금 지급사유가 발생하고 계속 입원 중에 2년 이상이 될 경우에는 최초계약의 계약일부터 2년 이상이 된 날부터 삭감하지 않습니다.
※ 각 보장계약별 입원급여금의 사용일수는 각각 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다. 다만, 특약이 갱신되어 입원이 갱신 전후에 계속되는 경우에 그 사용일수는 갱신 전후에 계속되는 총 사용일을 기준으로 1회 입원당 180일을 최고한도로 하여 계산합니다.
※ 이 약관에서 "질병 또는 재해"는 "질병 및 재해분류표"에서 정하는 질병 또는 재해를 말합니다.

[간병인사용입원(요양병원 제외) 보장계약]

구분	지급사유	지급금액	
간병인사용입원(요양병원제외)급여금	특약보험기간 중 「피보험자가 질병 또는 재해로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 1일 이상 계속하여 요양병원을 제외한 병원급 의료기관 또는 의원급 의료기관에 입원하며 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용」하였을 때 (다만, 1회 입원당 사용일수 180일 한도)	【간병인 사용일수 1일당】	
		간병인 사용금액이 1일당 7만원 이상인 경우	특약보험가입금액의 1% (다만, "간편심사형"에 한하여 최초계약의 계약일부터 2년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 "특약보험가입금액의 0.5%"를 지급함)
		간병인 사용금액이 1일당 7만원 미만인 경우	특약보험가입금액의 0.5% (다만, "간편심사형"에 한하여 최초계약의 계약일부터 2년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 "특약보험가입금액의 0.25%"를 지급함)

[간병인사용입원(요양병원) 보장계약]

구분	지급사유	지급금액
간병인사용 입원(요양병원) 급여금	특약보험기간 중 「피보험자가 질병 또는 재해로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 1일 이상 계속하여 요양병원에 입원하며 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용」하였을 때 (다만, 1회 입원당 사용일수 180일 한도)	【간병인 사용일수 1일당】 특약보험가입금액의 1% (다만, “간편심사형”에 한하여 최초계약의 계약일부터 2년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 0.5%”를 지급함)

[간호·간병통합서비스사용입원 보장계약]

구분	지급사유	지급금액
간호·간병통합서비스사용 입원 (요양병원 제외)급여금	특약보험기간 중 「피보험자가 질병 또는 재해로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 1일 이상 계속하여 요양병원을 제외한 병원급 의료기관에 입원하며 간호·간병통합서비스를 사용」하였을 때 (다만, 1회 입원당 사용일수 180일 한도)	【간호·간병통합서비스 사용일수 1일당】 특약보험가입금액의 1% (다만, “간편심사형”에 한하여 최초계약의 계약일부터 2년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 0.5%”를 지급함)

◦ (간편)간병인사용입원특약(181-365일)(무배당, 갱신형)

<table>
<tr><th>구분</th><th>지급사유</th><th colspan="2">지급금액</th></tr>
<tr><td rowspan="2">간병인사용입원(요양, 한방병원 제외) 급여금</td><td rowspan="2">특약보험기간 중 「피보험자가 질병 또는 재해로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 181일 이상 계속하여 요양, 한방병원을 제외한 병원급 의료기관 또는 의원급 의료기관에 입원하며 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용」하였을 때
(다만, 181일째 입원일부터 보장하며, 1회 입원당 사용일수 185일 한도)</td><td>간병인 사용금액이 1일당 7만원 이상인 경우</td><td>【간병인 사용일수 1일당】
특약보험가입금액의 1%
(다만, “간편심사형”에 한하여 최초계약의 계약일부터 2년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 0.5%”를 지급함)</td></tr>
<tr><td>간병인 사용금액이 1일당 7만원 미만인 경우</td><td>【간병인 사용일수 1일당】
특약보험가입금액의 0.5%
(다만, “간편심사형”에 한하여 최초계약의 계약일부터 2년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 0.25%”를 지급함)</td></tr>
<tr><td>간병인사용입원(요양병원) 급여금</td><td>특약보험기간 중 「피보험자가 질병 또는 재해로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 181일 이상 계속하여 요양병원에 입원하며 간병인을 사용하여 실질적으로 간병서비스를 이용」하였을 때
(다만, 181일째 입원일부터 보장하며, 1회 입원당 사용일수 185일 한도)</td><td colspan="2">【간병인 사용일수 1일당】
특약보험가입금액의 0.5%
(다만, “간편심사형”에 한하여 최초계약의 계약일부터 2년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 0.25%”를 지급함)</td></tr>
</table>

구분	지급사유	지급금액
간호·간병 통합 서비스사용 입원 (요양, 한방병원 제외) 급여금	특약보험기간 중 「피보험자가 질병 또는 재해로 인한 그 직접적인 치료를 목적으로 특약보험기간 중 181일 이상 계속하여 요양, 한방병원을 제외한 병원급 의료기관에 입원하며 간호·간병통합서비스를 사용」하였을 때 (다만, 181일째 입원일부터 보장하며, 1회 입원당 사용일수 185일 한도)	【간호·간병통합서비스 사용일수 1일당】 특약보험가입금액의 0.7% (다만, "간편심사형"에 한하여 최초계약의 계약일부터 2년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 "특약보험가입금액의 0.35%"를 지급함)

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

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

2. 특약보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

3. "간편심사형"의 경우, 최초계약의 계약일부터 2년 미만에 재해 이외의 원인으로 해당 보험금 지급사유가 발생하고 계속 입원 중에 2년 이상이 될 경우에는 최초계약의 계약일부터 2년 이상이 된 날부터 삭감하지 않습니다.

4. 각 입원급여금의 사용일수는 각각 1회 입원당 185일을 최고 한도로 합니다. 다만, 특약이 갱신되어 입원이 갱신 전후에 계속되는 경우에 그 사용일수는 갱신 전후에 계속되는 총 사용일을 기준으로 1회 입원당 185일을 최고한도로 하여 계산합니다.

5. 이 약관에서 "질병 또는 재해"는 "질병 및 재해분류표"에서 정하는 질병 또는 재해를 말합니다.

◦ (간편)중증질환자[심장질환]산정특례대상보장특약(무배당, 갱신형)

구분	지급사유	지급금액
중증질환자[심장질환]산정특례대상보장급여금	특약보험기간 중 피보험자가 “중증질환자[심장질환]산정특례대상”으로 적용되는 경우(다만, 연간1회에 한함)	특약보험가입금액의 100% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 50%”를 지급함)
※ 1년 미만 : 최초계약의 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지		

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

2. “중증질환자[심장질환]산정특례가 적용되는 경우”는 “중증질환자[심장질환]산정특례대상으로 등록된 날” 또는 “중증질환자[심장질환]산정특례대상에 해당하는 수술 또는 약제투여」를 받은 날”을 기준으로 적용합니다.

3. “중증질환자[심장질환]산정특례 보장급여금”은 “중증질환자[심장질환]산정특례대상”에 해당하는 수술 또는 약제투여를 여러 번 시행하여 중증질환자 [심장질환]산정특례가 2회 이상 적용되더라도 연간 1회에 한하여 보장합니다.

4. ‘연간’이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

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

구분	지급사유	지급금액
중증질환자[뇌혈관질환]산정특례대상보장급여금	특약보험기간 중 피보험자가 “중증질환자[뇌혈관질환]산정특례대상”으로 적용되는 경우(다만, 연간1회에 한함)	특약보험가입금액의 100% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 50%”를 지급함)
※ 1년 미만 : 최초계약의 계약일부터 1년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지		

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

2. “중증질환자[뇌혈관질환]산정특례가 적용되는 경우”는 “중증질환자[뇌혈관질환]산정특례대상으로 등록된 날” 또는 “중증질환자[뇌혈관질환]산정특례대상에 해당하는 수술 또는 진료를 받은 날”을 기준으로 적용합니다.

3. “중증질환자[뇌혈관질환]산정특례보장급여금”은 “중증질환자[뇌혈관질환]산정특례대상”에 해당하는 수술 또는 진료를 여러 번 시행하여 중증질환자[뇌혈관질환]산정특례가 2회 이상 적용되더라도 연간 1회에 한하여 보장합니다.

4. ‘연간’이란 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

◦ (간편)중증질환자[암]산정특례대상보장특약(무배당, 갱신형)

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

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

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

2. 이 특약의 “중증질환자[암]산정특례대상보장개시일”은 보험계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 합니다. 다만, 부활(효력회복) 계약의 경우에는 부활(효력회복)일부터 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 되는 날의 다음날로 합니다.

3. 다만, 중증질환자[암] 산정특례대상 재등록은 보험금 지급사유에 해당하지 않습니다.

4. 보험금 지급사유 발생 당시에 이미 납입한 특약보험료가 보험금을 초과하는 경우, 이미 납입한 특약보험료를 보험금으로 지급하여 드립니다.

◦ 경증이상치매보장특약D(무배당, 해약환급금 미지급형)

※ 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하거나 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 또한, 이 특약의 피보험자에게 특약보험기간 중 각 보장계약에 대한 지급사유가 발생하였을 경우 각 보장계약에 한하여 그때부터 효력이 없습니다.

※ 특약보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

※ "치매보장개시일"은 계약일[부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 2년이 지난 날의 다음날로 합니다. 다만, 재해로 인한 뇌의 손상을 직접적인 원인으로 "경증이상의 인지기능의 장애" 또는 "중등도이상의 인지기능 장애"가 진단된 경우 제2-1조(특약의 보장개시) 제1항 및 제2항에서 정한 보장개시일로 합니다.

가. 경증이상치매 보장계약

구분	지급사유	지급금액
경증이상 치매진단급여금	특약보험기간 중 피보험자가 "치매보장개시일" 이후에 "경증이상치매상태"로 최종 진단확정되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100%

주) 경증이상치매진단급여금은 "경증이상의 인지기능의 장애" 진단일부터 90일이 지난 이후에 "경증이상치매상태"로 최종 진단확정되지 않은 경우에는 지급되지 않습니다. 다만, 피보험자가 장래에 더 이상 호전을 기대할 수 없는 상태인 경우 그 진단일부터 90일이 지나기 전이라도 "경증이상치매상태"로 최종 진단확정되면 경증이상치매진단급여금을 지급합니다.

나. 중등도이상치매 보장계약

구분	지급사유	지급금액
중등도이상 치매진단급여금	특약보험기간 중 피보험자가 “치매보장개시일” 이후에 “중등도이상치매상태”로 최종 진단확정되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100%

주) 중등도이상치매진단급여금은 “중등도이상의 인지기능의 장애” 진단일부터 90일이 지난 이후에 “중등도이상치매상태”로 최종 진단확정되지 않은 경우에는 지급되지 않습니다. 다만, 피보험자가 장래에 더 이상 호전을 기대할 수 없는 상태인 경우 그 진단일부터 90일이 지나기 전이라도 “중등도이상치매상태”로 최종 진단확정되면 중등도이상치매진단급여금을 지급합니다.

◦ 경증이상치매보장특약(무배당, 해약환급금 미지급형)

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

※ "치매보장개시일"은 계약일[부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 2년이 지난 날의 다음날로 합니다. 다만, 재해로 인한 뇌의 손상을 직접적인 원인으로 "경증이상의 인지기능의 장애" 또는 "중등도이상의 인지기능 장애"가 진단된 경우 제2-1조(특약의 보장개시) 제1항 및 제2항에서 정한 보장개시일로 합니다.

가. 경증이상치매 보장계약

구분	지급사유	지급금액
경증이상 치매진단급여금	특약보험기간 중 피보험자가 "치매보장개시일" 이후에 "경증이상치매상태"로 최종 진단확정되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100%

주) 경증이상치매진단급여금은 "경증이상의 인지기능의 장애" 진단일부터 90일이 지난 이후에 "경증이상치매상태"로 최종 진단확정되지 않은 경우에는 지급되지 않습니다. 다만, 피보험자가 장래에 더 이상 호전을 기대할 수 없는 상태인 경우 그 진단일부터 90일이 지나기 전이라도 "경증이상치매상태"로 최종 진단확정되면 경증이상치매진단급여금을 지급합니다.

나. 중등도이상치매 보장계약

구분	지급사유	지급금액
중등도이상 치매진단급여금	특약보험기간 중 피보험자가 “치매보장개시일” 이후에 “중등도이상치매상태”로 최종 진단확정되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100%

주) 중등도이상치매진단급여금은 “중등도이상의 인지기능의 장애” 진단일부터 90일이 지난 이후에 “중등도이상치매상태”로 최종 진단확정되지 않은 경우에는 지급되지 않습니다. 다만, 피보험자가 장래에 더 이상 호전을 기대할 수 없는 상태인 경우 그 진단일부터 90일이 지나기 전이라도 “중등도이상치매상태”로 최종 진단확정되면 중등도이상치매진단급여금을 지급합니다.

◦ 중증치매보장특약D(무배당, 해약환급금 미지급형)

구분	지급사유	지급금액
중증치매 진단급여금	특약보험기간 중 피보험자가 “치매보장개시일” 이후에 “중증치매상태”로 최종 진단확정되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100%

주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하거나 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.

2. 특약보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

3. “치매보장개시일”은 계약일[부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 2년이 지난 날의 다음날로 합니다. 다만, 재해로 인한 뇌의 손상을 직접적인 원인으로 “중증의 인지기능의 장애”가 진단된 경우 제2-1조(특약의 보장개시) 제1항 및 제2항에서 정한 보장개시일로 합니다.

4. 중증치매진단급여금은 “중증의 인지기능의 장애” 진단일부터 90일이 지난 이후에 “중증치매상태”로 최종 진단확정되지 않은 경우에는 지급되지 않습니다. 다만, 피보험자가 장래에 더 이상 호전을 기대할 수 없는 상태인 경우 그 진단일부터 90일이 지나기 전이라도 “중증치매상태”로 최종 진단확정되면 중증치매진단급여금을 지급합니다.

◦ **중증치매보장특약(무배당, 해약환급금 미지급형)**

구분	지급사유	지급금액
중증치매 진단급여금	특약보험기간 중 피보험자가 “치매보장개시일” 이후에 “중증치매상태”로 최종 진단확정되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액의 100%

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

2. “치매보장개시일”은 계약일[부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 2년이 지난 날의 다음날로 합니다. 다만, 재해로 인한 뇌의 손상을 직접적인 원인으로 “중증의 인지기능의 장애”가 진단된 경우 제2-1조(특약의 보장개시) 제1항 및 제2항에서 정한 보장개시일로 합니다.

3. 중증치매진단급여금은 “중증의 인지기능의 장애” 진단일부터 90일이 지난 이후에 “중증치매상태”로 최종 진단확정되지 않은 경우에는 지급되지 않습니다. 다만, 피보험자가 장래에 더 이상 호전을 기대할 수 없는 상태인 경우 그 진단일부터 90일이 지나기 전이라도 “중증치매상태”로 최종 진단확정되면 중증치매진단급여금을 지급합니다.

◦ **표적치매약물허가치료특약2.0(최경증치매·경증알츠하이머채매)(24회한)(무배당, 갱신형)**

※ 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하거나 “치매보장개시일” 이후에 “중등도이상 치매상태”로 최종 진단확정되거나 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 다만, 특약보험기간 중 피보험자가 사망하거나 “치매보장개시일” 이후에 “중등도이상 치매상태”로 최종 진단확정된 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 또는 최종 진단확정 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

※ “치매보장개시일”은 계약일[부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 2년이 지난 날의 다음날로 합니다. 다만, 재해로 인한 뇌의 손상을 직접적인 원인으로 “최경증의 인지기능의 장애” 또는 “경증의 인지기능의 장애”가 진단된 경우 제2-1조(특약의 보장개시) 제1항 및 제2항에서 정한 보장개시일로 합니다.

구분	지급사유	지급금액
표적치매 약물허가치료 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 “치매보장개시일” 이후에 진단확정된 재해 또는 질병으로 인하여 “최경증 치매상태” 또는 “경증알츠하이머 치매상태”로 최종 진단확정되고, “아밀로이드베타 적응증 상태”로 진단확정 후 특약보험기간 중 “표적치매약물허가치료”를 받았을 때(다만, 치료 1회당, 24회 한도)	특약보험가입금액의 15%

주) 표적치매약물허가치료급여금은 “최경증의 인지기능의 장애” 또는 “경증의 인지기능의 장애” 진단일부터 90일이 지난 이후에 “최경증 치매상태” 또는 “경증알츠하이머 치매상태”로 최종 진단확정되지 않은 경우에는 지급되지 않습니다. 다만, 피보험자가 장래에 더 이상 호전을 기대할 수 없는 상태인 경우 그 진단일부터 90일이 지나기 전이라도 “최경증 치매상태” 또는 “경증알츠하이머 치매상태”로 최종 진단확정되면 표적치매약물허가치료급여금을 지급합니다.

◦ **표적치매약물허가치료플러스특약2.0(최경증치매·경증알츠하이머치매)(무배당, 갱신형)**

※ 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하거나 “치매보장개시일” 이후에 “중등도이상 치매상태”로 최종 진단확정되거나 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다. 또한, 이 특약의 피보험자에게 특약보험기간 중 각 보장계약에 대한 지급사유가 발생하였을 경우 각 보장계약에 한하여 그때부터 효력이 없습니다. 다만, 특약보험기간 중 피보험자가 사망하거나 “치매보장개시일” 이후에 “중등도이상 치매상태”로 최종 진단확정된 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시 또는 최종 진단확정 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.

※ “치매보장개시일”은 계약일[부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 2년이 지난 날의 다음날로 합니다. 다만, 재해로 인한 뇌의 손상을 직접적인 원인으로 “최경증의 인지기능의 장애” 또는 “경증의 인지기능의 장애”가 진단된 경우 제2-1조(특약의 보장개시) 제1항 및 제2항에서 정한 보장개시일로 합니다.

[표적치매약물허가치료(1회이상) 보장계약]

구분	지급사유	지급금액
표적치매 약물허가치료 (1회이상) 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 “치매보장개시일” 이후에 진단확정된 재해 또는 질병으로 인하여 “최경증 치매상태” 또는 “경증알츠하이머 치매상태”로 최종 진단확정되고, “아밀로이드베타 적응증 상태”로 진단확정 후 특약보험기간 중 “표적치매약물허가치료”를 1회 이상 받았을 때(다만, 최초 1회에 한함)	특약보험가입금액의 20%

주) 표적치매약물허가치료(1회이상)급여금은 “최경증의 인지기능의 장애” 또는 “경증의 인지기능의 장애” 진단일부터 90일이 지난 이후에 “최경증 치매상태” 또는 “경증알츠하이머 치매상태”로 최종 진단확정되지 않은 경우에는 지급되지 않습니다. 다만, 피보험자가 장래에 더 이상 호전을 기대할 수 없는

상태인 경우 그 진단일부터 90일이 지나기 전이라도 “최경증 치매상태” 또는 “경증알츠하이머 치매상태”로 최종 진단확정되면 표적치매약물허가치료(1회이상)급여금을 지급합니다.

[표적치매약물허가치료(7회이상) 보장계약]

구분	지급사유	지급금액
표적치매 약물허가치료 (7회이상) 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 “치매보장개시일” 이후에 진단확정된 재해 또는 질병으로 인하여 “최경증 치매상태” 또는 “경증알츠하이머 치매상태”로 최종 진단확정되고, “아밀로이드베타 적응증 상태”로 진단확정 후 특약보험기간 중 “표적치매약물허가치료”를 7회 이상 받았을 때(다만, 최초 1회에 한함)	특약보험가입금액의 100%

주) 표적치매약물허가치료(7회이상)급여금은 “최경증의 인지기능의 장애” 또는 “경증의 인지기능의 장애” 진단일부터 90일이 지난 이후에 “최경증 치매상태” 또는 “경증알츠하이머 치매상태”로 최종 진단확정되지 않은 경우에는 지급되지 않습니다. 다만, 피보험자가 장래에 더 이상 호전을 기대할 수 없는 상태인 경우 그 진단일부터 90일이 지나기 전이라도 “최경증 치매상태” 또는 “경증알츠하이머 치매상태”로 최종 진단확정되면 표적치매약물허가치료(7회이상)급여금을 지급합니다.

[표적치매약물허가치료(18회이상) 보장계약]

구분	지급사유	지급금액
표적치매 약물허가치료 (18회이상) 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 “치매보장개시일” 이후에 진단확정된 재해 또는 질병으로 인하여 “최경증 치매상태” 또는 “경증알츠하이머 치매상태”로 최종 진단확정되고, “아밀로이드베타 적응증 상태”로 진단확정 후 특약보험기간 중 “표적치매약물허가치료”를 18회 이상 받았을 때(다만, 최초 1회에 한함)	특약보험가입금액의 100%

주) 표적치매약물허가치료(18회이상)급여금은 “최경증의 인지기능의 장애” 또는 “경증의 인지기능의 장애” 진단일부터 90일이 지난 이후에 “최경증 치매상태” 또는 “경증알츠하이머 치매상태”로 최종 진단확정되지 않은 경우에는 지급되지 않습니다. 다만, 피보험자가 장래에 더 이상 호전을 기대할 수 없는 상태인 경우 그 진단일부터 90일이 지나기 전이라도 “최경증 치매상태” 또는 “경증알츠하이머 치매상태”로 최종 진단확정되면 표적치매약물허가치료(18회이상)급여금을 지급합니다.

◦ (간편)재해골절치료특약D(무배당, 해약환급금 미지급형)

구분	지급사유	지급금액
재해골절 치료급여금	특약보험기간 중 피보험자에게 재해가 발생하고 그 재해를 직접적인 원인으로 특약보험기간 중 재해골절(치아파절 제외)로 진단이 확정되었을 때	【골절 1회당】 특약보험가입금액의 1%

주) 1.「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하였을 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 더 이상 효력이 없습니다.
2. "재해골절치료급여금"에서 재해골절(치아파절 제외)은 치아의 파절(분류번호 S02.5)을 제외합니다.
3. 특약보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

◦ (간편)재해골절치료특약(무배당, 해약환급금 미지급형)

구분	지급사유	지급금액
재해골절 치료급여금	특약보험기간 중 피보험자에게 재해가 발생하고 그 재해를 직접적인 원인으로 특약보험기간 중 재해골절(치아파절 제외)로 진단이 확정되었을 때	【골절 1회당】 특약보험가입금액의 1%

주) 1.「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하였을 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 더 이상 효력이 없습니다. 다만, 특약보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
2. "재해골절치료급여금"에서 재해골절(치아파절 제외)은 치아의 파절(분류번호 S02.5)을 제외합니다.

◦ (간편)깁스치료특약D(무배당, 해약환급금 미지급형)

구분	지급사유	지급금액
깁스치료급여금	특약보험기간 중 피보험자에게 발생한 재해 또는 재해 이외의 원인에 따른 치료를 직접적인 목적으로 특약보험기간 중 "깁스치료"를 받은 경우 (다만, "부목(Splint Cast)치료"제외)	【깁스치료 1회당】 특약보험가입금액의 1%

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

2. 특약보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

◦ (간편)깁스치료특약(무배당, 해약환급금 미지급형)

구분	지급사유	지급금액
깁스치료급여금	특약보험기간 중 피보험자에게 발생한 재해 또는 재해 이외의 원인에 따른 치료를 직접적인 목적으로 특약보험기간 중 "깁스치료"를 받은 경우 (다만, "부목(Splint Cast)치료"제외)	【깁스치료 1회당】 특약보험가입금액의 1%

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

◦ (간편)급여인공관절치환수술특약D(무배당, 해약환급금 미지급형)

구분	지급사유	지급금액
급여인공관절 치환 수술급여금	특약보험기간 중 피보험자가 “급여 인공관절(견관절, 고관절, 슬관절) 치환수술”을 받았을 때 (다만, 「견관절, 고관절, 슬관절」 중 연간 1회에 한함)	【수술 1회당】 특약보험가입금액의 10% (다만, 계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때에는 “특약보험가입금액의 5%”를 지급함)

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

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

2. ‘연간’이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

3. 특약보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

◦ (간편)급여인공관절치환수술특약(무배당, 해약환급금 미지급형)

구분	지급사유	지급금액
급여인공관절 치환 수술급여금	특약보험기간 중 피보험자가 “급여 인공관절(견관절, 고관절, 슬관절) 치환수술”을 받았을 때 (다만, 「견관절, 고관절, 슬관절」 중 연간 1회에 한함)	【수술 1회당】 특약보험가입금액의 10% (다만, 계약일부터 1년 미만에 재해 이외의 원인으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때에는 “특약보험가입금액의 5%”를 지급함)

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

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

2. ‘연간’이란 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미합니다. 다만, 해당 년도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

◦ (간편)[소액암진단형]보험료납입보조특약(무배당)

구분	지급사유	지급금액
보험료납입 보조급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 기타피부암, 중증 이외 갑상선암, 대장점막내암, 비침습방광암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단확정되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액※ (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 "특약보험가입금액의 50%"를 지급함)

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

※ 특약보험가입금액: 「"보험료납입보조대상계약"의 월보험료(다만, 추가납입보험료 제외, 할인전 보험료 기준)×24」에 해당하는 금액 (다만, 보험료납입보조대상계약 내용의 변경으로 인하여 해당 대상계약이 변경된 경우 보험가입금액도 변경되며, "보험금 지급사유 발생해당일" 당시의 보험가입금액이 적용됨)

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

2. "보험료납입보조대상계약"이란 다음으로 하며 "이 특약의 보험기간 및 보험료 납입기간"과 "각 「보험료납입보조대상계약」의 보험료 납입기간"이 동일한 경우에 한합니다.

가. 이 특약의 부가시에 비갱신형 주계약(전환형 계약 제외)

나. 이 특약의 부가시에 주계약에 부가된 비갱신형 특약(이 특약 제외)

다만, 다음 '가'부터 '나'의 경우는 「보험료납입보조대상계약」에 포함되지 않으며, 제2-8조(특약내용의 변경 등)에 따라 변경될 수 있습니다.

가. 보험가입금액이 "주계약 및 부가특약의 보험료"에 연동되는 특약

나. 보험료납입보조급여금 지급사유 발생 시 소멸되는 주계약 및 부가특약

◦ (간편)[남녀특정암진단형]보험료납입보조특약(무배당)

구분	지급사유	지급금액
보험료납입 보조급여금	특약보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 “여성유방암” 및 “전립선암”으로 진단확정되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액※ (다만, 계약일부터 2년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 50%”, 계약일부터 2년 이상 4년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 75%”를 지급함)

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

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

※ 특약보험가입금액: 「“보험료납입보조대상계약”의 월보험료(다만, 추가납입보험료 제외, 할인전 보험료 기준)×24」에 해당하는 금액 (다만, 보험료납입보조대상계약 내용의 변경으로 인하여 해당 대상계약이 변경된 경우 보험가입금액도 변경되며, “보험금 지급사유 발생해당일” 당시의 보험가입금액이 적용됨)

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

2. “보험료납입보조대상계약”이란 다음으로 하며 “이 특약의 보험기간 및 보험료 납입기간”과 “각 「보험료납입보조대상계약」의 보험료 납입기간”이 동일한 경우에 한합니다.

가. 이 특약의 부가시에 비갱신형 주계약(전환형 계약 제외)

나. 이 특약의 부가시에 주계약에 부가된 비갱신형 특약(이 특약 제외)

다만, 다음 ‘가’부터 ‘나’의 경우는 「보험료납입보조대상계약」에 포함되지 않으며, 제2-8조(특약내용의 변경 등)에 따라 변경될 수 있습니다.

가. 보험가입금액이 “주계약 및 부가특약의 보험료”에 연동되는 특약

나. 보험료납입보조급여금 지급사유 발생 시 소멸되는 주계약 및 부가특약

◦ (간편)[소액암진단형]보험료납입보조특약(무배당, 갱신형)

구분	지급사유	지급금액
보험료납입보조급여금	특약보험기간 중 피보험자가 보장개시일 이후에 기타피부암, 중증 이외 갑상선암, 대장점막내암, 비침습방광암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단확정되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액※ (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 "특약보험가입금액의 50%"를 지급함)

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

※ 특약보험가입금액: 「"보험료납입보조대상계약"의 월보험료(다만, 추가납입보험료 제외, 할인전 보험료 기준)×24」에 해당하는 금액
(다만, 보험료납입보조대상계약 내용의 변경으로 인하여 해당 대상계약이 변경된 경우 보험가입금액도 변경되며, "보험금 지급사유 발생해당일" 당시의 보험가입금액이 적용됨)

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

2. "보험료납입보조대상계약"이란 다음으로 하며, "이 특약의 보험기간 및 보험료 납입기간"과 "각 「보험료납입보조대상계약」의 보험료 납입기간"이 동일한 경우에 한합니다.

[최초계약의 경우]

가. 최초계약을 체결하는 시점의 갱신형 주계약(전환형 계약 제외)

나. 최초계약을 체결하는 시점의 주계약에 부가된 갱신형 특약(이 특약 제외)

[갱신계약의 경우]

다. 갱신계약을 체결하는 시점에 유지중인 갱신형 주계약(전환형 계약 제외)

라. 갱신계약을 체결하는 시점에 유지중인 주계약에 부가된 갱신형 특약(이 특약 제외)

다만, 다음 '가'부터 '나'의 경우는 「보험료납입보조대상계약」에 포함되지 않으며, 제2-8조(특약내용의 변경 등)에 따라 변경될 수 있습니다.

가. 보험가입금액이 "주계약 및 부가특약의 보험료"에 연동되는 특약

나. 보험료납입보조급여금 지급사유 발생 시 소멸되는 주계약 및 부가특약

◦ (간편)[남녀특정암진단형]보험료납입보조특약(무배당, 갱신형)

구분	지급사유	지급금액
보험료납입 보조급여금	특약보험기간 중 피보험자가 암보장개시일 이후에 “여성유방암” 또는 “전립선암”으로 진단확정되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	특약보험가입금액※ (다만, 최초계약의 계약일부터 2년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 50%”, 최초계약의 계약일부터 2년 이상 4년 미만에 지급사유가 발생한 경우 “특약보험가입금액의 75%”를 지급함)

※ 2년 미만 : 최초계약의 계약일부터 2년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지
※ 2년 이상 4년 미만 : 최초계약의 계약일부터 2년이 되는 시점의 계약해당일부터 4년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지
※ 특약보험가입금액: 「“보험료납입보조대상계약”의 월보험료(다만, 추가납입보험료 제외, 할인전 보험료 기준)×24」에 해당하는 금액 (다만, 보험료납입보조대상계약 내용의 변경으로 인하여 해당 대상계약이 변경된 경우 보험가입금액도 변경되며, “보험금 지급사유 발생해당일” 당시의 보험가입금액이 적용됨)

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

2. “보험료납입보조대상계약”이란 다음으로 하며, “이 특약의 보험기간 및 보험료 납입기간”과 “각 「보험료납입보조대상계약」의 보험료 납입기간”이 동일한 경우에 한합니다.

[최초계약의 경우]

가. 최초계약을 체결하는 시점의 갱신형 주계약(전환형 계약 제외)

나. 최초계약을 체결하는 시점의 주계약에 부가된 갱신형 특약(이 특약 제

외)

[갱신계약의 경우]

다. 갱신계약을 체결하는 시점에 유지중인 갱신형 주계약(전환형 계약 제외)

라. 갱신계약을 체결하는 시점에 유지중인 주계약에 부가된 갱신형 특약(이 특약 제외)

다만, 다음 '가'부터 '나'의 경우는 「보험료납입보조대상계약」에 포함되지 않으며, 제2-8조(특약내용의 변경 등)에 따라 변경될 수 있습니다.

가. 보험가입금액이 "주계약 및 부가특약의 보험료"에 연동되는 특약

나. 보험료납입보조급여금 지급사유 발생 시 소멸되는 주계약 및 부가특약

◦ (간편)진심을품은일반암진단Plus특약(무배당)

구분	지급사유	지급금액
올페이Plus 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 “암” 및 “중증 갑상선암” 보장개시일 이후에 “「여성유방암 및 전립선암」 이외의 암” 또는 “중증 갑상선암”으로 진단 확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	올페이 대상계약 총 보험료 (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 상기 지급금액의 50%를 지급함)

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

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

2. 특약보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.

3. “암” 및 “중증 갑상선암” 보장개시일은 계약일[부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.

4. 이 특약의 “암”은 「기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암」을 제외하며, “「여성유방암 및 전립선암」이외의 암”이라 함은 “암” 중에서 “여성유방암” 및 “전립선암”을 제외한 “암”을 말합니다.

5. 이 특약의 “중증 갑상선암”은 “갑상선암”에 해당하는 질병 중 "수질성암(Medullary carcinoma)" 또는 "역형성암(Anaplastic carcinoma)"에 해당하는 질병을 말합니다.

6. “올페이 대상계약”이란 이 특약의 부가시에 「주계약(전환형계약 제외) 및 주계약에 부가된 비갱신형특약(이 특약 및 보험가입금액이 “주계약 및 주계약에 부가된 특약의 보험료”에 연동되는 특약 제외)」을 말하며, 이 특약의 보험기간 및 보험료 납입기간과 “올페이 대상계약”의 보험료 납입기간이 동일한 경우에 한합니다. 다만, 이 특약의 보험기간 중 올페이 대상계약(주계

약 제외)에 해당하는 특약이 해지, 무효, 취소 또는 철회되는 경우 “올페이 대상계약”에서 제외합니다.

7. “올페이 대상계약 총 보험료”란 「올페이 대상계약」의 보험기간 중 납입하기로 정한 「올페이 대상계약」 보험료 총액(다만, 추가납입보험료 제외, 할인 전 보험료 기준)을 말합니다.

◦ (간편)두배로진심을품은일반암진단Plus특약(무배당)

구분	지급사유	지급금액
올페이Plus 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 “암” 및 “중증 갑상선암” 보장개시일 이후에 “「여성유방암 및 전립선암」 이외의 암” 또는 “중증 갑상선암”으로 진단 확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	올페이 대상계약 총 보험료의 200% (다만, 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 상기 지급금액의 50%를 지급함)

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

주) 1. 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하거나 이 특약의 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.

2. 특약보험기간 중 피보험자의 사망으로 이 특약이 소멸하는 경우에는 계약자적립액 등을 지급하지 않습니다.

3. 특약보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었을 때에는 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다.

4. “암” 및 “중증 갑상선암” 보장개시일은 계약일[부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.

5. 이 특약의 “암”은 「기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암」을 제외하며, “「여성유방암 및 전립선암」이외의 암”이라 함은 “암” 중에서 “여성유방암” 및 “전립선암”을 제외한 “암”을 말합니다.

6. 이 특약의 “중증 갑상선암”은 “갑상선암”에 해당하는 질병 중 "수질성암(Medullary carcinoma)" 또는 "역형성암(Anaplastic carcinoma)"에 해당하는 질병을 말합니다.

7. “올페이 대상계약”이란 이 특약의 부가시에 「주계약(전환형계약 제외) 및 주계약에 부가된 비갱신형특약(이 특약 및 보험가입금액이 “주계약 및 주계약에 부가된 특약의 보험료”에 연동되는 특약 제외)」을 말하며, 이 특약의 보험기간 및 보험료 납입기간과 “올페이 대상계약”의 보험료 납입기간이 동일한 경우에 한합니다. 다만, 이 특약의 보험기간 중 올페이 대상계약(주계

약 제외)에 해당하는 특약이 해지, 무효, 취소 또는 철회되는 경우 “올페이 대상계약”에서 제외합니다.

8. “올페이 대상계약 총 보험료”란 「올페이 대상계약」의 보험기간 중 납입하기로 정한 「올페이 대상계약」 보험료 총액(다만, 추가납입보험료 제외, 할인 전 보험료 기준)을 말합니다.

◦ (간편)진심을품은일반암진단특약(무배당, 갱신형)

구분	지급사유	지급금액
올페이 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 “암” 및 “중증 갑상선암” 보장개시일 이후에 “「여성유방암 및 전립선암」 이외의 암” 또는 “중증 갑상선암”으로 진단 확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	「올페이 대상계약 총 보험료」의 100% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 상기 지급금액의 50%를 지급함)

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

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

2. 특약보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 회사는 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 보험료의 납입이 면제된 이후에 이 특약이 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

3. “암” 및 “중증 갑상선암” 보장개시일은 최초계약의 계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 하며 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.

4. “올페이 대상계약”이란 다음을 올페이 대상계약으로 하며, “이 특약의 보험기간 및 보험료 납입기간”과 “각 「올페이 대상계약」의 보험료 납입기간”이 동일한 경우에 한합니다.

[최초계약의 경우]

가. 최초계약을 체결하는 시점의 갱신형 주계약(전환형 계약 제외)

나. 최초계약을 체결하는 시점의 주계약에 부가된 갱신형 특약(이 특약 제외)

[갱신계약의 경우]

다. 갱신계약을 체결하는 시점에 유지중인 갱신형 주계약(전환형 계약 제외)
라. 갱신계약을 체결하는 시점에 유지중인 주계약에 부가된 갱신형 특약(이 특약 제외)

다만, 아래에 해당하는 경우는 「올페이 대상계약」에서 제외합니다.

- 이 특약의 보험기간 중 올페이 대상계약(주계약 제외)에 해당하는 특약이 해지, 무효, 취소 또는 철회되는 경우
- 갱신시 이 특약과 갱신계약의 보험기간이 동일하지 않은 주계약 및 주계약에 부가된 특약
- 보험가입금액이 “주계약 및 주계약에 부가된 특약의 보험료”에 연동되는 특약

5. “올페이 대상계약 총 보험료”란 「올페이 대상계약」의 보험료 납입기간 동안 납입하기로 한 「올페이 대상계약」 보험료 총액(다만, 할인 전 보험료 기준)을 말합니다.
6. 이 특약의 “암”은 「기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암」을 제외하며, “「여성유방암 및 전립선암」이외의 암”이라 함은 “암” 중에서 “여성유방암” 및 “전립선암”을 제외한 “암”을 말합니다.
7. 이 특약의 “중증 갑상선암”은 “갑상선암”에 해당하는 질병 중 "수질성암(Medullary carcinoma)" 또는 "역형성암(Anaplastic carcinoma)"에 해당하는 질병을 말합니다.

◦ (간편)두배로진심을품은일반암진단특약(무배당, 갱신형)

구분	지급사유	지급금액
올페이 급여금	특약보험기간 중 피보험자가 “암” 및 “중증 갑상선암” 보장개시일 이후에 “「여성유방암 및 전립선암」 이외의 암” 또는 “중증 갑상선암”으로 진단 확정 되었을 때 (다만, 최초 1회의 진단확정에 한함)	「올페이 대상계약 총 보험료」의 200% (다만, 최초계약의 계약일부터 1년 미만에 지급사유가 발생한 경우 상기 지급금액의 50%를 지급함)

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

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

2. 특약보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우 회사는 이 특약의 차회 이후 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 보험료의 납입이 면제된 이후에 이 특약이 갱신되는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

3. “암” 및 “중증 갑상선암” 보장개시일은 최초계약의 계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 하며 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.

4. “올페이 대상계약”이란 다음을 올페이 대상계약으로 하며, “이 특약의 보험기간 및 보험료 납입기간”과 “각 「올페이 대상계약」의 보험료 납입기간”이 동일한 경우에 한합니다.

[최초계약의 경우]

가. 최초계약을 체결하는 시점의 갱신형 주계약(전환형 계약 제외)

나. 최초계약을 체결하는 시점의 주계약에 부가된 갱신형 특약(이 특약 제

외)

[갱신계약의 경우]

다. 갱신계약을 체결하는 시점에 유지중인 갱신형 주계약(전환형 계약 제외)

라. 갱신계약을 체결하는 시점에 유지중인 주계약에 부가된 갱신형 특약(이 특약 제외)

다만, 아래에 해당하는 경우는 「올페이 대상계약」에서 제외합니다.

- 이 특약의 보험기간 중 올페이 대상계약(주계약 제외)에 해당하는 특약이 해지, 무효, 취소 또는 철회되는 경우
- 갱신시 이 특약과 갱신계약의 보험기간이 동일하지 않은 주계약 및 주계약에 부가된 특약
- 보험가입금액이 “주계약 및 주계약에 부가된 특약의 보험료”에 연동되는 특약

5. “올페이 대상계약 총 보험료”란 「올페이 대상계약」의 보험료 납입기간 동안 납입하기로 한 「올페이 대상계약」 보험료 총액(다만, 할인 전 보험료 기준)을 말합니다.
6. 이 특약의 “암”은 「기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암」을 제외하며, “「여성유방암 및 전립선암」이외의 암”이라 함은 “암” 중에서 “여성유방암” 및 “전립선암”을 제외한 “암”을 말합니다.
7. 이 특약의 “중증 갑상선암”은 “갑상선암”에 해당하는 질병 중 "수질성암(Medullary carcinoma)" 또는 "역형성암(Anaplastic carcinoma)"에 해당하는 질병을 말합니다.

◦ (간편)보험료납입면제특약(무배당, 해약환급금 미지급형)

※ 특약보험가입금액

○ 각 보험종목별 「보험료납입면제대상계약」의 월보험료(다만, 추가납입보험료 제외, 할인 전 보험료 기준). 다만, 보험료납입면제대상계약 내용의 변경으로 인하여 해당 대상계약이 변경된 경우 보험가입금액도 변경됩니다.
(※ 세부사항 【붙임】 참조)

※ 보험료납입면제대상계약

○ 이 특약은 다음 ①부터 ②에 부가하며, 각 부가대상을 이하 「보험료납입면제대상계약」이라 합니다. 다만, "이 특약의 보험기간 및 보험료 납입기간"과 "각 「보험료납입면제대상계약」의 보험료 납입기간"이 동일한 경우에 한하여 부가합니다.
① 이 특약의 부가시에 비갱신형 주계약(전환형 계약 제외)
② 이 특약의 부가시에 주계약에 부가된 비갱신형특약(이 특약 포함)

○ 다음의 경우는 「보험료납입면제대상계약」에 포함되지 않으며, 약관 [특약내용의 변경 등] 조항에 따라 변경될 수 있습니다.
① 가입한 보험종목 이외의 사유로 보험료납입을 면제하는 특약(다만, 이 특약의 보험종목 중에 한함)
② 가입한 보험종목의 사유 중 어느 한 가지를 보험료납입면제사유로 하는 주계약 및 부가특약(다만, 이 특약 제외)
③ 약관 [보험료 납입면제사유] 조항에 따라 보험료납입면제사유 발생 시 소멸되는 주계약 및 부가특약

○ 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하거나 보험종목별 보험료납입면제사유 이외의 사유로 보험료납입면제사유 발생하였을 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.

○ 보험료납입면제사유가 발생한 이후에는 주계약을 해지하는 경우에 한하여 해지할 수 있습니다.

보험종목	보험료 납입면제사유	보험료 납입면제금액
50%장해납입 면제형	특약보험기간 중 피보험자가 「장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태」가 되었을 때	차회 이후의 "보험료 납입면제대상계약"의 보험료(다만, 추가납입보험료 제외) 납입면제※
50%재해장해 납입면제형	특약보험기간 중 피보험자가 동일한 재해를 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태」가 되었을 때	
일반암납입 면제형	특약보험기간 중 피보험자가 "암" 및 "중증 갑상선암" 보장개시일 이후에 "「여성유방암 및 전립선암」 이외의 암" 또는 "중증 갑상선암"으로 진단확정 되었을 때주1)	
뇌출혈 납입면제형	특약보험기간 중 피보험자가 뇌출혈로 진단 확정되었을 때주2)	
급성심근경색증 납입면제형	특약보험기간 중 피보험자가 급성심근경색증으로 진단 확정되었을 때주3)	
중등도이상치매 납입면제형	특약보험기간 중 피보험자가 치매보장개시일 이후에 중등도이상치매상태로 최종 진단확정 되었을 때주4)	

※ 보험료 납입이 면제된 이후에는 차회 이후 보험료납입면제대상계약의 보험료가 정상적으로 납입된 것으로 봅니다.

주1) 1. "암" 및 "중증 갑상선암" 보장개시일은 계약일[부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.

2. 이 특약의 "암"은 「기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암」

을 제외하며, “「여성유방암 및 전립선암」이외의 암”이라 함은 “암” 중에서 「여성유방암 및 전립선암」을 제외한 “암”을 말합니다.

3. 이 특약의 “중증 갑상선암”은 “갑상선암”에 해당하는 질병 중 "수질성암(Medullary carcinoma)" 또는 "역형성암(Anaplastic carcinoma)"에 해당하는 질병을 말합니다.

주2) 1. “이 특약의 “뇌출혈”은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 “뇌출혈 분류표”에 해당하는 항목을 말합니다.

주3) 1. 이 특약의 “급성심근경색증”은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 “급성심근경색증 분류표”에 해당하는 항목을 말합니다.

주4) 1. “치매보장개시일”은 계약일[부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 2년이 지난 날의 다음날로 합니다. 다만, 질병이 없는 상태에서 재해로 인한 뇌의 손상을 직접적인 원인으로 “중등도이상의 인지기능의 장애”가 진단된 경우 약관에서 정한 보장개시일로 합니다.

2. “중등도이상의 인지기능의 장애” 진단일부터 90일이 지난 이후에 “중등도이상치매상태” 최종 진단확정되지 않은 경우에는 보험료 납입을 면제하지 않습니다. 다만, 피보험자가 장래에 더 이상 호전을 기대할 수 없는 상태인 경우 그 진단일부터 90일이 지나기 전이라도 “중등도이상치매상태”로 최종 진단확정되면 보험료 납입을 면제합니다.

◦ (간편)보험료납입면제특약(무배당, 갱신형)

※ 특약보험가입금액

○ 각 보험종목별 「보험료납입면제대상계약」의 월보험료(다만, 추가납입보험료 제외, 할인 전 보험료 기준). 다만, 보험료납입면제대상계약 내용의 변경으로 인하여 해당 대상계약이 변경된 경우 보험가입금액도 변경됩니다.
(※ 세부사항 【붙임】 참조)

※ 보험료납입면제대상계약

○ 이 특약은 다음 ①부터 ④에 부가하며, 각 부가대상을 이하 「보험료납입면제대상계약」이라 합니다. 다만, "이 특약의 보험기간 및 보험료 납입기간"과 "각 「보험료납입면제대상계약」의 보험료 납입기간"이 동일한 경우에 한하여 부가합니다.
[최초계약의 경우]
① 최초계약을 체결하는 시점의 갱신형 주계약(전환형 계약 제외)
② 최초계약을 체결하는 시점의 주계약에 부가된 갱신형특약(이 특약 포함)
[갱신계약의 경우]
③ 갱신계약을 체결하는 시점에 유지중인 갱신형 주계약(전환형 계약 제외)
④ 갱신계약을 체결하는 시점에 유지중인 주계약에 부가된 갱신형 특약(이 특약 포함)

○ 다음의 경우는 「보험료납입면제대상계약」에 포함되지 않으며, 약관 [특약내용의 변경 등] 조항에 따라 변경될 수 있습니다.
① 가입한 보험종목 이외의 사유로 보험료납입을 면제하는 특약(다만, 이 특약의 보험종목 중에 한함)
② 가입한 보험종목의 사유 중 어느 한 가지를 보험료납입면제사유로 하는 주계약 및 부가특약(다만, 이 특약 제외)
③ 약관 [보험료 납입면제사유] 조항에 따라 보험료납입면제사유 발생 시 소멸되는 주계약 및 부가특약

○ 「이 특약의 피보험자가 특약보험기간 중 사망하거나 보험종목별 보험료납입면제사유 이외의 사유로 보험료납입면제사유 발생하였을 경우」 또는 「주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우」 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.

○ 보험료납입면제사유가 발생한 이후에는 주계약을 해지하는 경우에 한하여 해지할 수 있습니다.

보험종목	보험료 납입면제사유	보험료 납입면제금액
50%장해납입 면제형	특약보험기간 중 피보험자가 「장해분류표 중 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태」가 되었을 때	차회 이후의 "보험료납입면제대상계약"의 보험료(다만, 추가납입보험료 제외) 납입면제※
50%재해장해 납입면제형	특약보험기간 중 피보험자가 동일한 재해를 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50% 이상인 장해상태」가 되었을 때	
일반암납입 면제형	특약보험기간 중 피보험자가 "암" 및 "중증갑상선암" 보장개시일 이후에 "「여성유방암 및 전립선암」 이외의 암" 또는 "중증 갑상선암"으로 진단확정 되었을 때주1)	
뇌출혈 납입면제형	특약보험기간 중 피보험자가 뇌출혈로 진단확정되었을 때주2)	
급성심근경색증 납입면제형	특약보험기간 중 피보험자가 급성심근경색증으로 진단 확정되었을 때주3)	

※ 보험료 납입이 면제된 이후에는 차회 이후 보험료납입면제대상계약의 보험료가 정상적으로 납입된 것으로 봅니다.

주1) 1. "암" 및 "중증 갑상선암" 보장개시일은 최초계약의 계약일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 하며 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 경우 최초계약 및 갱신계약의 부활(효력회복)일부터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날로 합니다.

2. 이 특약의 "암"은 「기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암 및 비침습방광암」을 제외하며, "「여성유방암 및 전립선암」이외의 암"이라 함은 "암" 중에서 「여성유방암 및 전립선암」을 제외한 "암"을 말합니다.

3. 이 특약의 “중증 갑상선암”은 “갑상선암”에 해당하는 질병 중 "수질성암(Medullary carcinoma)" 또는 "역형성암(Anaplastic carcinoma)"에 해당하는 질병을 말합니다.

주2) 1. “이 특약의 “뇌출혈”은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 “뇌출혈 분류표”에 해당하는 항목을 말합니다.

주3) 1. 이 특약의 “급성심근경색증”은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류 중 “급성심근경색증 분류표”에 해당하는 항목을 말합니다.

3. 제도성 특약

[1] 사후 사망보험금 신속지급특약

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

주) 1. 지급금액은 "주계약 및 사망보장특약" 사망보험금의 50%이내에서 피보험자별로 통산하여 최고 3,000만원까지로 합니다.

2. 제1항에도 불구하고 보험금을 청구한 보험수익자가 사망보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 해당 보험수익자에 대한 사망보험금의 지급비율에 해당하는 금액을 초과할 수 없습니다. 또한, 일부 보험수익자에게 이 특약에 따른 보험금을 지급한 경우, 차후 남은 사망보험금 지급시 그 보험수익자에게 해당하는 사망보험금에서 이 특약에 따라 지급한 보험금을 차감하고 나머지 사망보험금을 지급합니다.

3. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 뚜렷한 사기의사 등에 의하여 회사가 보험금 지급책임의 의무가 없을 것으로 판단하는 경우에는 약관[보험금의 지급사유]에서 정한 보험금을 지급하지 않습니다.

4. 회사는 이 특약에 따라 보험금을 지급한 경우 지급일 이후 "주계약 및 사망보장특약"의 약관에서 정하는 사망보험금의 청구를 받더라도 이 특약에 따라 지급된 보험금은 지급하지 않습니다.

5. "주계약 및 사망보장특약"의 약관에서 정하는 사망보험금 지급청구를 받아 그 사망보험금이 지급된 이후에는 이 특약에 따른 보험금을 지급하지 않습니다.

6. 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 함
   - 보험수익자가 자연인이 아닌 경우

- 보험수익자가 미성년자인 경우
- 보험수익자가 법정상속인인 경우. 다만, 보험수익자 중 1인 이상이 실명으로 지정되어 있는 경우는 제외

7. 보험계약대출이 있는 보험계약에 대해서는 본 서비스를 적용하지 않음

[2] 선지급서비스특약

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

주) 1. 지급금액은 "주계약 및 사망보장특약" 사망보험금의 50%이내에서 피보험자별로 통산하여 최고 1억원까지로 합니다. 다만, 사망보험금이 2,000만원 이하인 경우에는 사망보험금의 100% 이내로 할 수 있습니다.

2. 보험금을 선지급한 경우 선지급 보험금에 해당하는 "주계약 및 사망보장특약"의 보험가입금액을 보험금 지급일에 감액처리 하며, 그 감액된 부분에 대한 해약환급금은 지급하지 않습니다. 또한, 보험금이 선지급된 이후 "주계약 및 사망보장특약"의 약관에 따라 사망보험금의 청구를 받더라도 그 감액된 부분에 해당하는 사망보험금은 지급하지 않습니다.

3. 약관 [보험금의 지급사유]에도 불구하고 보험금이 선지급되기 전에 "주계약 및 사망보장특약"의 약관에서 정한 사망보험금의 청구를 받았거나 사망보험금이 지급된 경우에는 이 특약에 따른 보험금의 청구가 있더라도 보험금을 선지급하지 않습니다.

4. 보험금을 지급할 때에는 회사가 정한 바에 따라 남은 생존기간에 해당하는 선지급 보험금에 대한 이자 및 보험료를 뺀 금액을 지급하며, "주계약 및 사망보장특약"의 보험계약대출의 원금과 이자를 상환하지 않은 경우에는 선지급 보험금에서 보험계약대출의 원금과 이자도 뺀 금액을 지급합니

다.

5. 보험금을 지급할 때 보험금액의 계산은 보험금을 지급하는 날의 “주계약 및 사망보장특약”의 사망보험금을 기준으로 합니다.
6. 이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가한 날부터 “주계약 및 사망보장특약”의 보험기간이 끝나는 날의 1년(12개월) 이전까지로 합니다. 다만, “주계약 및 사망보장특약”이 갱신계약인 경우에는 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날의 1년(12개월) 이전까지로 합니다.
7. 이 특약은 보험계약자와 피보험자가 동일한 “주계약 및 사망보장특약”에 한하여 적용할 수 있습니다.

[3] 치료비선지급서비스특약

구분	지급사유	지급금액
선지급 치료비	적용대상상품의 보험기간 중에 “보장개시일” 이후 “보장질병”으로 진단이 확정되고, 그 질병의 치료를 직접적인 목적으로 보험기간 중 “치료 또는 수술”을 받기 위해 ‘치료일자 또는 수술일자’ 예약 후 약관에서 정한 서류를 제출하고 보험금을 청구하는 경우	적용대상상품 보험금의 일부

주) 1. “선지급 치료비”란 적용대상상품의 약관 [보험금의 지급사유]에서 정한 보험금 지급사유에 해당하는 치료가 발생하기 이전에 약관 [선지급 치료비의 지급사유]를 충족하여 치료를 받는다는 조건을 전제로 먼저 지급하는 금액을 말합니다.

2. “선지급 치료비”는 예약된 ‘치료일자 또는 수술일자’ 기준으로 적용대상상품의 약관 [보험금의 지급사유]에서 정한 보험금 지급사유에 해당하여 지급될 것으로 계산된 보험금의 50%를 말합니다. 다만, “선지급 치료비”는 500만원을 한도로 하며, 예약된 ‘치료일자 또는 수술일자’가 “선지급 치료비”를 청구하는 날로부터 3개월 이내인 경우에 한하여 청구할 수 있습니다.
3. “보장개시일”, “보장질병” 및 “치료 또는 수술”은 적용대상상품의 약관 [보험금

의 지급사유]를 따릅니다. 다만, 적용대상상품의 약관 [보험금의 지급사유]에서 정한 보험금 지급사유 중 “항암복합치료”의 경우 “선지급 치료비” 지급 대상에서 제외합니다.

4. 연간 지급한도가 있는 적용대상상품의 경우 “선지급 치료비”의 연간 지급 횟수 및 총 지급액 한도는 적용대상상품의 약관 [보험금의 지급사유]에서 정한 보험금 지급사유 기준으로 합니다.
5. "선지급 치료비"는 예약된 ‘치료일자 또는 수술일자’가 속하는 보험년도의 연간 지급횟수 및 총 지급액 한도에 포함하여 산정합니다.
6. 회사가 "선지급 치료비"를 지급한 경우 보험수익자는 실제 ‘치료일자 또는 수술일자’로부터 3년 이내에 적용대상상품의 약관 [보험금의 지급사유]에 따른 잔여보험금을 청구하여야 합니다. 이 경우 회사는 적용대상상품의 약관에 따라 지급되는 보험금에서 "선지급 치료비"를 차감한 금액을 잔여보험금으로 지급합니다. 예약된 ‘치료일자 또는 수술일자’와 다르게 실제 치료일자 또는 수술일자가 변경된 경우, 실제 ‘치료일자 또는 수술일자‘를 기준으로 잔여보험금을 계산합니다. 이 경우 실제 ’치료일자 또는 수술일자‘가 속하는 보험년도를 기준으로 연간 지급횟수 및 총 지급액 한도를 최종 산정합니다.
7. 회사가 "선지급 치료비"를 지급한 경우 해당 치료항목에 대한 잔여보험금 청구 이전에는 동일한 치료항목에 대하여 추가 "선지급 치료비"를 청구할 수 없습니다.
8. 회사가 “선지급 치료비”를 지급한 후 그 대상이 되는 치료 또는 수술이 실제로 시행되기 전에 “선지급 치료비”를 지급한 적용대상상품의 약관 [보험금의 지급사유]에서 정한 보험금 지급사유가 먼저 발생하여 그 보험금을 청구하는 경우, 회사는 해당 보험금에서 “선지급 치료비”를 차감한 금액을 지급할 수 있습니다.
9. "선지급 치료비"가 지급되기 전에 적용대상상품 약관에서 정한 해당 수술 또는 치료 보험금의 청구를 받았을 경우, 선지급 치료비 청구가 있어도 이를 없었던 것으로 보아 선지급 치료비를 지급하지 않습니다.
10. 적용대상상품은 아래 목록에 해당하는 경우 적용합니다.

적용대상상품
(간편)종합병원암주요치료비특약(치료별 연간1회)(무배당, 해약환급금 미지급형)
(간편)종합병원암주요치료비특약D(치료별 연간1회)(무배당, 해약환급금 미지급형)
(간편)상급종합병원II암주요치료비특약(치료별 연간1회)(무배당, 해약환급금 미지급형)
(간편)상급종합병원II암주요치료비특약D(치료별 연간1회) (무배당, 해약환급금 미지급형)
(간편)종합병원비급여(전액본인부담 포함)암주요치료비특약(치료별 연간1회) (무배당, 해약환급금 미지급형)
(간편)종합병원비급여(전액본인부담 포함)암주요치료비특약D(치료별 연간1회) (무배당, 해약환급금 미지급형)
(간편)종합병원고액암주요치료비특약(치료별 연간1회) (무배당, 해약환급금 미지급형)
(간편)종합병원고액암주요치료비특약D(치료별 연간1회) (무배당, 해약환급금 미지급형)
(간편)종합병원암주요치료비특약(치료별 연간1회)(무배당, 갱신형)
(간편)상급종합병원II암주요치료비특약(치료별 연간1회)(무배당, 갱신형)
(간편)종합병원비급여(전액본인부담 포함)암주요치료비특약(치료별 연간1회) (무배당, 갱신형)
(간편)종합병원고액암주요치료비특약(치료별 연간1회)(무배당, 갱신형)

3. 보험금 지급제한 사유

① 보험금 등을 지급하지 않는 보험사고

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

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

   다만, 다음 중 어느 하나에 해당하면 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

   가. 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 경우에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다. 특히, 그 결과 사망에 이르게 된 경우에는 사망보험금을 지급합니다.

   나. 계약의 보장개시일 [부활(효력회복)계약의 경우는 부활(효력회복)청약일]부터 2년이 지난 후에 자살한 경우에는 사망보험금을 지급합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

② 사기에 의한 계약

1. 계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물사용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 "암 또는 사람면역결핍바이러스(HIV) 감염"의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기의사에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 보장개시일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터는 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.
2. 1.에 따라 계약을 취소한 경우 회사는 보험금을 지급할 책임이 없고, 이미 지급한 보험금의 반환을 청구할 수 있습니다.
3. 1.에 따라 계약을 취소한 경우 회사는 계약자에게 실제 납입한 보험료 누계액(다만, "감액 등으로 회사가 실제 지급한 금액"을 차감한 금액)을 돌려 드립니다. 다만, 보험료를 받은 기간에 대한 이자는 지급하지 않습니다.

③ 계약의 무효

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

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(전자서명이 있는 경우 본인 확인 및 위조 변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서 포함)에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
2. 만 15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
3. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 제2호의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.
4. "간편심사형"에서 계약자 또는 피보험자가 계약일부터 3개월 이내에 이 계약의 동일한 피보험자를 대상으로

“일반심사형” 가입을 원하여 일반계약심사를 통하여 “일반심사형”에 가입한 경우. 다만, 보험금이 이미 지급되거나 약관에서 정한 보험금 청구서류를 접수한 경우에는 이를 적용하지 않습니다.

④ 계약 전 알릴 의무 관련사항

1. 가입자의 계약 전 알릴 의무

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단 할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 합니다. 다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

2. 계약 전 알릴 의무 위반시 불이익사항

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

Ⅲ 보험료 산출기초

1. 보험료 산출시 적용한 이율

Q : 보험료 산출시 적용한 이율이란 무엇인가요?

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

신한(간편가입)통합건강보험 원(ONE)(무배당, 해약환급금 미지급형)의 보험료 산출시 적용한 이율은 연복리 2.10%입니다.

2. 보험료 산출시 적용한 해지율

Q : 보험료 산출시 적용한 해지율이란 무엇인가요?

A : 한 개인이 보험료 납입기간 중 계약을 해지할 확률을 예측한 것을 말합니다. 일반적으로 보험료 산출시 적용한 해지율이 높으면 보험료는 내려가고, 낮으면 보험료는 올라갑니다.

신한(간편가입)통합건강보험 원(ONE)(무배당, 해약환급금 미지급형)의 보험료 산출시 적용한 해지율은 0.1% ~ 15.86%이며, 일반형에는 적용되지 않습니다.

3. 보험료 산출시 적용한 위험률

Q : 보험료 산출시 적용한 위험률이란 무엇인가요?

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

구 분	남 자			여 자		
	20세	40세	60세	20세	40세	60세
무배당 예정 경험 사망률 [보험개발원 생명장기 제2024-0250호(2024.01.23)]	0.000278	0.000708	0.003703	0.000176	0.000491	0.00166
10회 참조 재해 사망률 [보험개발원 생명장기 제2023-2072호(2023.12.06.)]	0.000097	0.000121	0.000332	0.000042	0.000033	0.000084

4. 계약체결비용 및 계약관리비용

Q : 계약체결비용 및 계약관리비용은 무엇인가요?

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

Ⅳ 계약자배당에 관한 사항

계약자 배당은 배당상품에 한하여 실시를 하며, 무배당 상품은 배당을 하지 않습니다. 그러나 무배당 상품은 배당상품보다 상대적으로 저렴한 보험료로 가입하실 수 있습니다. **신한(간편가입)통합건강보험 원(ONE)(무배당, 해약환급금 미지급형)은 무배당상품으로서 계약자배당을 하지 않습니다.**

Ⅴ 해약환급금에 관한 사항

Ⅰ. 해약환급금 산출기준 등 안내

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

A : 우리 신한라이프생명보험은 적용기초율로 산출한 계약자적립액에서 사업비(해약공제액)를 공제한 금액을 해약환급금으로 지급합니다. 보험은 은행의 저축과는 달리 위험보장과 저축을 겸비한 제도로서 계약자가 납입한 보험료 중 일부는 불의의 사고를 당한 다른 가입자에게 지급되는 보험금으로, 또 다른 일부는 보험회사 운영에 필요한 경비로 사용되므로 중도해지시 지급되는 해약환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다.

Q : "해약환급금 미지급형"의 해약환급금은 어떻게 되나요?

A : "해약환급금 미지급형"은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우의 해약환급금은 없고, 보험료 납입기간이 종료되었으나 납입하기로 한 보험료 총액의 납입이 완료되지 않고 해지될 경우에도 해약환급금이 없습니다. 다만, 보험료 납입기간이 완료된 이후 계약이 해지되는 경우의 해약환급금은 "납입보험료 누계액"에 "일반형의 해약환급률"을 곱한 금액으로 합니다.

보험료 납입기간 완료 후 해약환급금 = 납입보험료 누계액 × "일반형"의 해약환급률

주) 1. 납입보험료 누계액 : 계약자가 해지시점까지 납입하기로 한 보험료의 합계액으로 「해약환급금 지급사유가 발생한 시점까지의 감액 등 변경사항을 반영한 이 계약의 월납보험료 × 보험료 납입기간 × 12」로 계산한 금액을 말합니다.

2. "일반형"의 해약환급률 : "일반형"의 납입보험료 누계액 대비 해약환급금의 비율을 말하며, 소수점 4번째 자리 이하는 버림하고 소수점 3번째 자리까지 계산합니다.

Ⅱ. 해약환급금 예시

(기준 : 주계약, 보험가입금액 400만원, 40세, 종신, 20년납, 월납, 단위 : 원)

[간편심사(315)형]

구분 / 경과기간	남자			여자		
	납입보험료 (A)	해약환급금 (B)	환급률 (B/A)	납입보험료 (A)	해약환급금 (B)	환급률 (B/A)
3개월	42,228	0	0.0%	37,644	0	0.0%
6개월	84,456	0	0.0%	75,288	0	0.0%
9개월	126,684	0	0.0%	112,932	0	0.0%
1년	168,912	0	0.0%	150,576	0	0.0%
2년	337,824	0	0.0%	301,152	0	0.0%
3년	506,736	0	0.0%	451,728	0	0.0%
5년	844,560	0	0.0%	752,880	0	0.0%
10년	1,689,120	0	0.0%	1,505,760	0	0.0%
15년	2,533,680	0	0.0%	2,258,640	0	0.0%
19년	3,209,328	0	0.0%	2,860,944	0	0.0%
20년	3,378,240	2,165,452	64.1%	3,011,520	1,972,546	65.5%
30년	3,378,240	2,476,250	73.3%	3,011,520	2,303,813	76.5%
40년	3,378,240	2,749,887	81.4%	3,011,520	2,641,103	87.7%
50년	3,378,240	2,945,825	87.2%	3,011,520	2,903,105	96.4%
60년	3,378,240	3,077,577	91.1%	3,011,520	3,041,635	101.0%

[간편심사(335)형]

구분 / 경과기간	남자			여자		
	납입보험료 (A)	해약환급금 (B)	환급률 (B/A)	납입보험료 (A)	해약환급금 (B)	환급률 (B/A)
3개월	39,336	0	0.0%	35,868	0	0.0%
6개월	78,672	0	0.0%	71,736	0	0.0%
9개월	118,008	0	0.0%	107,604	0	0.0%
1년	157,344	0	0.0%	143,472	0	0.0%
2년	314,688	0	0.0%	286,944	0	0.0%
3년	472,032	0	0.0%	430,416	0	0.0%
5년	786,720	0	0.0%	717,360	0	0.0%
10년	1,573,440	0	0.0%	1,434,720	0	0.0%
15년	2,360,160	0	0.0%	2,152,080	0	0.0%
19년	2,989,536	0	0.0%	2,725,968	0	0.0%
20년	3,146,880	2,083,235	66.2%	2,869,440	1,931,133	67.3%
30년	3,146,880	2,394,776	76.1%	2,869,440	2,261,119	78.8%
40년	3,146,880	2,684,289	85.3%	2,869,440	2,602,582	90.7%
50년	3,146,880	2,901,423	92.2%	2,869,440	2,875,179	100.2%
60년	3,146,880	3,046,180	96.8%	2,869,440	3,021,520	105.3%

[간편심사(355)형]

구분 / 경과기간	남자			여자		
	납입보험료 (A)	해약환급금 (B)	환급률 (B/A)	납입보험료 (A)	해약환급금 (B)	환급률 (B/A)
3개월	37,296	0	0.0%	34,332	0	0.0%
6개월	74,592	0	0.0%	68,664	0	0.0%
9개월	111,888	0	0.0%	102,996	0	0.0%
1년	149,184	0	0.0%	137,328	0	0.0%
2년	298,368	0	0.0%	274,656	0	0.0%
3년	447,552	0	0.0%	411,984	0	0.0%
5년	745,920	0	0.0%	686,640	0	0.0%
10년	1,491,840	0	0.0%	1,373,280	0	0.0%
15년	2,237,760	0	0.0%	2,059,920	0	0.0%
19년	2,834,496	0	0.0%	2,609,232	0	0.0%
20년	2,983,680	2,028,902	68.0%	2,746,560	1,892,380	68.9%
30년	2,983,680	2,342,189	78.5%	2,746,560	2,216,474	80.7%
40년	2,983,680	2,637,573	88.4%	2,746,560	2,562,540	93.3%
50년	2,983,680	2,867,316	96.1%	2,746,560	2,845,436	103.6%
60년	2,983,680	3,025,452	101.4%	2,746,560	3,004,737	109.4%

[일반심사형]

구분 / 경과기간	남자			여자		
	납입보험료 (A)	해약환급금 (B)	환급률 (B/A)	납입보험료 (A)	해약환급금 (B)	환급률 (B/A)
3개월	35,376	0	0.0%	32,868	0	0.0%
6개월	70,752	0	0.0%	65,736	0	0.0%
9개월	106,128	0	0.0%	98,604	0	0.0%
1년	141,504	0	0.0%	131,472	0	0.0%
2년	283,008	0	0.0%	262,944	0	0.0%
3년	424,512	0	0.0%	394,416	0	0.0%
5년	707,520	0	0.0%	657,360	0	0.0%
10년	1,415,040	0	0.0%	1,314,720	0	0.0%
15년	2,122,560	0	0.0%	1,972,080	0	0.0%
19년	2,688,576	0	0.0%	2,497,968	0	0.0%
20년	2,830,080	1,964,076	69.4%	2,629,440	1,843,237	70.1%
30년	2,830,080	2,278,214	80.5%	2,629,440	2,166,659	82.4%
40년	2,830,080	2,586,693	91.4%	2,629,440	2,516,374	95.7%
50년	2,830,080	2,838,570	100.3%	2,629,440	2,813,501	107.0%
60년	2,830,080	3,011,205	106.4%	2,629,440	2,992,303	113.8%

Ⅵ 보험가격지수

Q : 보험가격지수란?

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

* 감독원장이 정하는 바에 따라 산정한 전체 보험회사 공시이율의 평균(평균공시이율), 평균해지율 및 참조순보험요율을 적용하여 산출한 보험금 지급을 위한 보험료

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

※ 보험가격지수 예시

상품명		나이(세)	보험기간	납입기간(년)	보험가격지수		가입금액(만원)
					남자	여자	
신한(간편가입)통합건강보험원(ONE)(무배당, 해약환급금 미지급형)	일반심사형	40	종신	20	153.2%	159.3%	1,000
	간편심사(315)형				153.0%	161.2%	
	간편심사(335)형				153.4%	160.5%	
	간편심사(355)형				153.0%	159.9%	
	일반심사형		90세	20	162.8%	191.3%	
	간편심사(315)형				156.1%	177.3%	
	간편심사(335)형				158.3%	180.8%	
	간편심사(355)형				159.7%	184.7%	

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