

무배당 우체국하나로OK건강종신보험 2402 상품요약서

이 상품요약서는 보험약관 등 무배당 우체국하나로OK건강종신보험 2402의 기초서류에 기재된 주요내용을 요약한 것이므로 구체적인 내용은 반드시 보험약관 등을 참조하시기 바랍니다.

◆ 상품의 특이사항 및 보험가입 자격요건

① 상품의 특이사항

Q : 무배당 우체국하나로OK건강종신보험 2402의 특이사항은 무엇인가요?

A : 무배당 우체국하나로OK건강종신보험 2402의 특이사항은 다음과 같습니다.

- 건강, 상해, 중대질병·수술, 3대질병 및 유족보장까지 하나로 해결할 수 있습니다.
- 꼭 필요한 보장을 선택하여 가입할 수 있는 맞춤형 상품입니다.
- 부담없는 보험료로 각종 질병과 사고는 물론 고액치료비까지 보장하여 드립니다. (특약 가입시)
- 주계약 해약환급금 50%지급형 선택 시 동일한 보장혜택을 제공하고, 표준형 대비 저렴한 보험료로 고객의 부담을 완화하였습니다.
- 보험료 납입면제 및 고액계약 할인(주계약)으로 보험료 부담을 완화하였습니다.
- 근로소득자는 연말정산시 납입한 보험료(연간 100만 원 한도)에 대하여 12% 세액공제를 받을 수 있습니다.

② 보험가입 자격요건

■ 가입나이, 보험기간, 보험료 납입기간 및 보험료 납입주기

○ 주계약

- 1종(해약환급금 50%지급형), 2종(표준형)

가입나이	보험기간	보험료 납입기간	보험료 납입주기
만15~50세	종신	10,15,20,30년납, 80세납	월납
51~60세		10,15,20년납, 80세납	
61~65세		10,15년납, 80세납	
66~70세		10년납, 80세납	

○ 특약

- 무배당 재해치료보장특약Ⅲ 2402, 무배당 건강클리닉특약Ⅱ 2402, 무배당 상해클리닉특약Ⅱ 2402, 무배당 암클리닉특약 2402, 무배당 뇌질환클리닉특약 2402, 무배당 심장질환클리닉특약 2402, 무배당 간폐신장질환클리닉특약 2402, 무배당 중대수술특약Ⅲ 2402, 무배당 항암방사선약물치료특약Ⅵ 2402

가. 1종(20년갱신형)

구분	가입나이	보험기간	보험료 납입기간	보험료 납입주기
최초계약	만15~70세	20년	전기납	월납
갱신계약	만35~99세	1~20년		

주) 보험기간은 20년 만기(갱신형)으로 운영합니다. 단, 81세 이후 도래하는 갱신계약의 보험기간 만료일은 100세 계약해당일까지로 합니다.

나. 2종(비갱신형)

가입나이	보험기간	보험료 납입기간	보험료 납입주기
주계약과 동일	80,90,100세만기	주계약과 동일	

- 주) 1. 동일한 보험기간으로 운영하며, 주계약과 동일한 보험료 납입기간, 보험료 납입주기로 가입해야 합니다.
2. 80세만기·20년납 및 80세만기·80세납에 가입하는 경우, 가입 나이 60세는 가입할 수 없습니다.

- 무배당 표적항암약물허가치료특약 V (5년갱신형) 2402

구 분	가입나이	보험기간	보험료 납입기간	보험료 납입주기
최초계약	만15~70세	5년	전기납	월납
갱신계약	만20~99세	1~5년		

- 주) 보험기간은 5년 만기(갱신형)으로 운영합니다. 단, 96세 이후 도래하는 갱신계약의 보험기간 만료일은 100세 계약해당일까지로 합니다.

- 무배당 요양병원암입원특약 VI (20년갱신형) 2402

구 분	가입나이	보험기간	보험료 납입기간	보험료 납입주기
최초계약	만15~70세	20년	전기납	월납
갱신계약	만35~99세	1~20년		

- 주) 1. (무)요양병원암입원특약 VI (20년갱신형) 2402를 가입하는 경우 (무)암클리닉특약 2402를 가입하여야 합니다.
2. 보험기간은 20년 만기(갱신형)으로 운영합니다. 단, 81세 이후 도래하는 갱신계약의 보험기간 만료일은 100세 계약해당일까지로 합니다.

■ 가입한도

주계약	1종(해약환급금 50%지급형) 2종(표준형)	1,000만 원~4,000만 원 (500만 원 단위)
특약	(무)재해치료보장특약Ⅲ 2402 (무)표적항암약물허가치료특약Ⅴ(5년갱신형) 2402	500만 원~2,000만 원 (주계약 보험가입금액 이내에서 500만 원 단위)
	(무)건강클리닉특약Ⅱ 2402 (무)상해클리닉특약Ⅱ 2402 (무)암클리닉특약 2402 (무)뇌질환클리닉특약 2402 (무)심장질환클리닉특약 2402 (무)간폐신장질환클리닉특약 2402	500만 원~1,000만 원 (100만 원 단위)
	(무)중대수술특약Ⅲ 2402 (무)항암방사선약물치료특약Ⅵ 2402	500만 원~1,000만 원 (500만 원 단위)
	(무)요양병원암입원특약Ⅵ(20년갱신형) 2402	1,000만 원(고정)

■ 건강진단 여부 : 전건 무진단

■ 보험료 할인에 관한 사항

○ 고액 할인

주계약 보험가입금액	2천만원 이상~ 3천만원 미만	3천만원 이상~ 4천만원 미만	4천만원
할인율	1.0%	2.0%	3.0%

주) 고액 할인은 주계약 보험료(특약보험료 제외)에 한해 적용합니다.

■ 해약환급금 50%지급형 상품에 관한 사항

1. 1종(해약환급금 50%지급형)은 보험료 납입기간 중 계약이 해지될 경우 2종(표준형)의 해약환급금 대비 적은 해약환급금을 지급하는 대신 2종(표준형)보다 저렴한 보험료로 보험을 가입할 수 있도록 한 상품입니다.
2. 1종(해약환급금 50%지급형)의 해약환급금을 계산할 때 기준이 되는 2종(표준형)의 예정해약환급금은 “보험료 및 책임준비금 산출방법서” 에서 정한 방법에 따라 산출된 금액으로 해지율을 적용하지 않고 계산합니다.
3. 1종(해약환급금 50%지급형)의 계약이 보험료 납입기간 중 해지될 경우의 해약환급금은 2종(표준형) 예정해약환급금의 50%에 해당하는 금액에 플러스적립금을 더한 금액으로 합니다. 다만, 보험료 납입기간이 완료된 이후 계약이 해지되는 경우에는 2종(표준형)의 예정해약환급금과 동일한 금액에 플러스적립금을 더한 금액을 지급 합니다.

주) 해약환급금 50%지급형 상품에 관한 사항은 주계약에 한해 적용합니다.

■ 특약의 갱신

갱신절차	<ul style="list-style-type: none"> - 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 서면 또는 전화(음성녹음) 안내 (보험료 등 변경내용) → 보험기간 만료일 15일 전까지 계약자의 별도 의사 표시가 없으면 자동갱신 ※ 갱신행특약의 경우, 피보험자의 99세 계약해당일까지 갱신 가능하며, 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 피보험자의 100세 계약해당일까지로 합니다. → 계약자가 갱신 거절의사를 통지하면 계약종료 - (무)암클리닉특약 2402 1종(20년갱신행)의 경우, 세부보장은 동시에 갱신하여야 하며, 보험금이 지급된 세부보장(암진단보험금에 한함) 및 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우의 세부보장(소액암진단보험금에 한함)은 갱신할 수 없습니다. - (무)뇌질환클리닉특약 2402 1종(20년갱신행)의 경우, 세부보장은 동시에 갱신하여야 하며, 보험금이 지급된 세부보장(뇌출혈진단보험금, 뇌경색증진단보험금 및 뇌혈관질환진단보험금에 한함)은 갱신할 수 없습니다. - (무)심장질환클리닉특약 2402 1종(20년갱신행)의 경우, 세부보장은 동시에 갱신하여야 하며, 보험금이 지급된 세부보장(급성심근경색증진단보험금 및 허혈성심장질환진단보험금에 한함)은 갱신할 수 없습니다. - (무)간폐신장질환클리닉특약 2402 1종(20년갱신행)의 경우, 세부보장은 동시에 갱신하여야 하며, 보험금이 지급된 세부보장(중대질병진단보험금 및 중기이상질병진단보험금에 한함)은 갱신할 수 없습니다. - (무)중대수술특약Ⅲ 2402 1종(20년갱신행)의 경우, 피보험자에게 중대수술보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다. - (무)항암방사선약물치료특약Ⅵ 2402 1종(20년갱신행)의 경우, 세부보장은 동시에 갱신하여야 하며, 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우의 세부보장(항암방사선치료보험금 및 항암약물치료보험금에 한함)은 갱신할 수 없습니다.
------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>또한, 피보험자에게 항암방사선치료보험금 또는 항암 약물치료보험금 지급사유가 발생한 경우에는 해당 세부보장을 갱신할 수 없습니다. 단, 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성 종양으로 항암방사선치료보험금 또는 항암약물치료보험금 지급사유가 발생한 경우에는 해당 세부보장을 갱신할 수 있습니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> - (무)표적항암약물허가치료특약 V(5년갱신형) 2402의 경우, 피보험자에게 표적항암약물허가치료보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.
<p>갱신계약 보험료</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 갱신계약의 보험료는 나이의 증가, 적용기초율의 변동 등의 사유로 인상될 수 있음

◆ 보험금 지급사유 및 지급제한 사항

① 상품의 구성

주계약	<ul style="list-style-type: none"> + 무배당 재해치료보장특약Ⅲ 2402(선택) + 무배당 건강클리닉특약Ⅱ 2402(선택) + 무배당 상해클리닉특약Ⅱ 2402(선택) + 무배당 암클리닉특약 2402(선택) + 무배당 뇌질환클리닉특약 2402(선택) + 무배당 심장질환클리닉특약 2402(선택) + 무배당 간폐신장질환클리닉특약 2402(선택) + 무배당 중대수술특약Ⅲ 2402(선택) + 무배당 항암방사선약물치료특약Ⅵ 2402(선택) + 무배당 표적항암약물허가치료특약Ⅴ(5년갱신형) 2402(선택) + 무배당 요양병원암입원특약Ⅵ(20년갱신형) 2402(선택) + 이륜자동차 운전 및 탑승중 재해 부담보 특약 2109(선택) + 지정대리청구서비스특약 2109(선택) + 장애인전용보험전환특약 2007(선택)
-----	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

② 보험금 지급사유

아래 내용은 계약자가 가입하신 상품이 보장하는 내용에 대한 이해를 돕기 위해서 간단히 요약 정리한 것으로 상세한 내용은 약관본문을 참고하시기 바랍니다.

■ 주계약 (보험가입금액 1,000만 원 기준)

지급구분	지급사유	지급액
사망보험금	보험기간 중 사망하였을 때	1,000만 원 + 플러스적립금

주) 1. 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 계약은 그때부터 효력이 없습니다.

2. 보험료 납입기간 중 피보험자가 동일한 재해 또는 재해

이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 50%이상인 장애상태가 되었을 때에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

3. 플러스적립금은 신공시이율Ⅳ가 변경된 경우에는 증가하거나 감소할 수 있습니다. 또한, 약관에서 정한 예정 책임준비금이 책임준비금보다 큰 경우에는 발생하지 않습니다.
4. 신공시이율Ⅳ의 최저보증이율은 가입후 10년 이내에는 1.0%, 10년을 초과한 경우에는 0.5%이며, 신공시이율Ⅳ가 변경된 경우에는 변경된 날부터 변경된 신공시이율Ⅳ를 적용합니다.

■ 무배당 재해치료보장특약Ⅲ 2402

(특약보험가입금액 1,000만 원 기준)

지급구분	지급사유	지급액
교통재해 사망보험금	보험기간 중 교통재해를 직접적인 원인으로 사망하였을 때	3,000만원
일반재해 사망보험금	보험기간 중 일반재해를 직접적인 원인으로 사망하였을 때	2,000만원
교통재해 장애보험금	보험기간 중 교통재해를 직접적인 원인으로 장애분류표에서 정한 각 장애지급률에 해당하는 장애상태가 되었을 때	3,000만원 × 해당 장애지급률
일반재해 장애보험금	보험기간 중 일반재해를 직접적인 원인으로 장애분류표에서 정한 각 장애지급률에 해당하는 장애상태가 되었을 때	2,000만원 × 해당 장애지급률
재해 외모수술보험금	보험기간 중 재해로 인하여 외모상해의 직접적인 치료를 목적으로 외모수술을 받았을 때 (수술 1회당)	25만 원

지급구분	지급사유	지급액
재해골절 (치아파절제외) 보험금	보험기간 중 재해로 인하여 골절 상태가 되었을 때 (사고 1회당)	30만 원
재해깁스치료 (부목제외)보험금	보험기간 중 재해로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으 로 깁스(Cast)치료를 받았을 때 (사고 1회당)	10만 원
재해화상 진단보험금	보험기간 중 재해로 인하여 화상으로 진단이 확정되었을 때 (사고 1회당)	15만 원
건강관리자금	보험기간(20년)이 끝날 때까 지 살아 있을 때 (단, 1종(20년갱신형)에 한함)	50만 원

- 주) 1. 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없으며, 피보험자가 재해 이외의 원인으로 사망하였을 때에는 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
2. 보험료 납입기간 중 피보험자가 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 50%이상인 장애상태가 되었을 때에는 차회 이후의 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다. 1종(20년갱신형)의 경우 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제하며, 갱신계약부터는 건강관리자금을 지급하지 않습니다.
3. 1종(20년갱신형) 갱신계약의 보험기간이 20년 미만인 경우 건강관리자금은 지급하지 않습니다.
4. 일반재해는 교통재해 이외의 재해를 말합니다.
5. 재해외모수술보험금의 경우, 피보험자가 외모수술을 동시에 두 종류 이상 받은 경우에는 1회의 재해외모수술보험금을 지급합니다.
6. 외모상해란 약관의 외모상해분류표에서 정한 머리, 얼

굴 및 목의 상해를 말합니다.

7. 재해골절(치아과절제외)보험금의 경우, 치아의 파절은 제외합니다.
8. 동일한 재해로 인하여 두 가지 이상의 골절(복합골절)상태가 되더라도 재해골절(치아과절제외)보험금은 1회만 지급하며, 의학적 처치 및 치료를 목적으로 골절을 시키는 경우에는 재해골절(치아과절제외)보험금을 지급하지 않습니다.
9. 재해깁스치료(부목제외)보험금의 경우, 동일한 재해로 인하여 2회 이상의 깁스(Cast)치료를 받은 경우라도 재해깁스치료(부목제외)보험금은 1회만 지급합니다. 다만, 부목(Splint cast)치료는 보장에서 제외합니다.
10. 화상이란 약관의 화상분류표에서 정한 화상에 해당되고, 심재성 2도 이상에 해당하는 화상을 말합니다.
11. 재해화상진단보험금의 경우, 동일한 재해로 두 가지 이상의 화상으로 진단이 확정된 경우라도 재해화상진단보험금은 1회만 지급합니다.

■ 무배당 건강클리닉특약 II 2402

(특약보험가입금액 1,000만 원 기준)

지급구분	지급사유	지급액	
질병입원 보험금	보험기간 중 질병으로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 입원하였을 때 (1일 이상 입원일수 1일당, 120일 한도)	2만 원	
질병수술 보험금	보험기간 중 질병으로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 수술신생물 근치 방사선 조사 분류표에서 정한 수술을 받았을 때 (수술 1회당)	1종	10만 원
		2종	20만 원
		3종	30만 원
		4종	50만 원
		5종	200만 원
12대성인질환 입원보험금	보험기간 중 12대성인질환으로 진단이 확정되고, 그 직접적인 치료를 목적으로 4일 이상 입원하였을 때 (3일 초과 입원일수 1일당, 120일 한도)	2만 원	

지급구분	지급사유	지급액
12대성인질환 수술보험금	보험기간 중 12대성인질환으로 진단이 확정되고, 그 직접적인 치료를 목적으로 12대성인질환수술을 받았을 때 (수술 1회당)	50만 원
건강관리자금	보험기간(20년)이 끝날 때까지 살아 있을 때 (단, 1종(20년갱신형)에 한함)	50만 원

- 주) 1. 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
2. 보험료 납입기간 중 피보험자가 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 50%이상인 장애상태가 되었을 때에는 차회 이후의 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다. 1종(20년갱신형)의 경우 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제하며, 갱신계약부터는 건강관리자금을 지급하지 않습니다.
3. 1종(20년갱신형) 갱신계약의 보험기간이 20년 미만인 경우 건강관리자금은 지급하지 않습니다.
4. 질병수술보험금의 경우, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 보험금에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 1회의 질병수술보험금을 지급합니다. 다만, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 질병수술보험금을 지급합니다.
5. 12대성인질환수술보험금의 경우, 피보험자가 수술을 동시에 두 종류 이상 받은 경우에는 1회의 12대성인질환수술보험금을 지급합니다.
6. 12대성인질환은 약관에서 정한 심질환, 뇌혈관 질환, 간질환, 위·십이지장궤양, 궤장질환, 폐질환, 당뇨병, 고혈압성 질환, 갑상선의 장애, 신부전, 녹내장, 죽상경화증 등을 말합니다.

7. 선천적인 장애로 인하여 입원 또는 수술한 경우에는 보장하지 않습니다.

■ 무배당 상해클리닉특약Ⅱ 2402

(특약보험가입금액 1,000만 원 기준)

지급구분	지급사유	지급액	
재해장해 생활자금	보험기간 중 장해분류표 중 동일한 재해로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 50%이상인 장애상태가 되었을 때	100%	500만 원씩 10년
		80%~100% 미만	300만 원씩 10년
		50%~80% 미만	150만 원씩 10년
		(매년 장애진단해당일 확정지급)	
재해입원 보험금	보험기간 중 재해로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 입원하였을 때 (1일 이상 입원일수 1일당, 120일 한도)	2만 원	
재해수술 보험금	보험기간 중 재해로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 수술·신생물 근처 방사선 조사 분류표에서 정한 수술을 받았을 때 (수술 1회당)	1종	10만 원
		2종	20만 원
		3종	30만 원
		4종	50만 원
		5종	200만 원
건강관리 자금	보험기간(20년이 끝날 때까지 살아있을 때(단 1종20년갱신형에 한함))	50만 원	

주) 1. 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

2. 보험료 납입기간 중 피보험자가 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 50%이상인 장애상태가 되었을 때에는 차회 이후의 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다. 1종(20년갱신형)의 경우 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제하며, 갱신계약부터는 건강관리자금을 지급하지 않습니다.

3. 1종(20년갱신형) 갱신계약의 보험기간이 20년 미만인

경우 건강관리자금은 지급하지 않습니다.

4. 재해장해생활자금의 경우, 보험수익자가 일시금으로 받기를 원하는 경우에는 이 특약의 예정이율로 할인하여 선지급할 수 있습니다.
5. 재해장해생활자금은 보험금 지급사유 발생일을 포함하여 10년동안 매년 보험금 지급사유 발생해당일에 확정 지급합니다.
6. 재해수술보험금의 경우, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우에는 그 수술 중 가장 높은 보험금에 해당하는 한 종류의 수술에 대해서만 1회의 재해수술보험금을 지급합니다. 다만, 동시에 두 종류 이상의 수술을 받은 경우라 하더라도 동일한 신체부위가 아닌 경우로서 의학적으로 치료목적이 다른 독립적인 수술을 받은 경우에는 각각의 재해수술보험금을 지급합니다.

■ 무배당 암클리닉특약 2402

(특약보험가입금액 1,000만 원 기준)

지급구분 (1종(20년갱신형) 의 경우, 세부보장)		지급사유	지급액	
암진단보험금		암보장개시일 이후에 최초의 암으로 진단이 확정되었을 때 (단, 최초 1회에 한함)	보험계약일부터 1년미만	2,000만 원
			보험계약일부터 1년이상	4,000만 원
소액암 진단보험금		보험기간 중 최초의 갑상선암, 기타 피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성 종양으로 진단이 확정되었을 때 (단, 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 및 경계성 종양 각각 최초 1회에 한함)	보험계약일부터 1년미만	400만 원
			보험계약일부터 1년이상	800만 원
암 치료	암직접 치료 입원 보험금	암보장개시일 이후에 암으로 진단이 확정되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 4일 이상 입원(단, 요양병원 제외)하였거나, 보험기간 중 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성 종양으로 진단이 확정되고 그 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성 종양의 직접적인 치료를 목적으로 4일 이상 입원(단, 요양병원 제외)하였을 때 (3일 초과 입원일수 1일당, 120일 한도)	암	갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암, 경계성 종양
			5만 원	2만 원
	암수술 보험금	암보장개시일 이후에 암으로 진단이 확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 관혈수술을 받았거나, 보험기간 중 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성 종양으로 진단이 확정되고 그	300만 원	

지급구분 (1종(20년갱신형) 의 경우, 세부보장)	지급사유	지급액
	직접적인 치료를 목적으로 관혈수술을 받았을 때 (수술 1회당)	
	암보장개시일 이후에 암으로 진단이 확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 비관혈수술을 받았거나, 보험기간 중 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성 종양으로 진단이 확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 비관혈수술을 받았을 때 (수술 1회당)	100만 원
암직접 치료 통원 보험금	암보장개시일 이후에 암으로 진단이 확정되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였거나, 보험기간 중 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성 종양으로 진단이 확정되고 그 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성 종양의 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 때 (통원 1회당, 1일 1회한도)	2만 원
건강관리 자금	보험기간(20년)이 끝날 때까지 살아 있을 때 (단, 1종(20년갱신형)에 한함)	50만 원

- 주) 1. 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없으며, 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
2. 1종(20년갱신형)의 경우, 보험기간 중 보험금이 지급된 세부보장(암진단보험금에 한함)은 해당 보험금 지급사유가 발생한 때부터 효력이 없습니다.
3. 1종(20년갱신형)의 경우, 보험기간 중 피보험자에게 세부보장(소액암진단보험금에 한함) 지급사유가 더 이상

발생할 수 없는 경우에는 그때부터 효력이 없으며, 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없을 당시의 해당 세부보장의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

4. 1종(20년갱신형)의 경우, 보험료 납입기간 중 피보험자가 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 50%이상인 장해상태가 되었을 때에는 차회 이후의 이 특약의 보험료 납입을 면제하고, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제하며, 갱신계약부터는 건강관리자금을 지급하지 않습니다. 2종(비갱신형)의 경우, 보험료 납입기간 중 피보험자가 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 50%이상인 장해상태가 되었을 때 또는 암보장개시일 이후 최초의 암으로 진단 확정되었을 때에는 차회 이후의 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다.
5. 1종(20년갱신형) 갱신계약의 보험기간이 20년 미만인 경우 건강관리자금은 지급하지 않습니다.
6. 1종(20년갱신형) 갱신계약의 경우 경과기간 1년 미만의 보험금 감액은 적용하지 않습니다.
7. 암보장개시일은 1종(20년갱신형) 최초계약 및 2종(비갱신형)의 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 1종(20년갱신형) 갱신계약의 경우 갱신일을 암보장개시일로 합니다. 단, 특약을 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날을 암보장개시일로 합니다.
8. 암보장개시일 전일 이전에 암(갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 및 경계성 종양 제외)으로 진단이 확정된 경우에는 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.
9. 1종(20년갱신형) 갱신계약의 경우, 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성 종양으로 진단 확정되어 해당 소액암진단보험금 지급사유가 발생

하더라도 그 지급사유가 최초계약의 보장개시일 이후 이미 소액암진단보험금이 지급된 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성 종양과 인과관계(전이 및 동일부위에 대한 재진단 포함)가 있는 경우 체신관서는 해당 소액암진단보험금을 지급하지 않습니다.

10. 암직접치료통원보험금의 경우, 암, 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 및 경계성 종양 각 질병당 1일 1회에 한하여 지급합니다.
11. 암수술보험금의 경우, 피보험자가 동일 암, 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성 종양으로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 관혈수술과 비관혈수술을 동시에 받은 경우에는 관혈수술에 대한 암수술보험금만 지급합니다.
12. 관혈수술이라 함은 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변 부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말하며, 대뇌내시경, 복강경하수술, 흉강경하수술은 관혈수술로 봅니다.
13. 비관혈수술이라 함은 내시경, 카테터(도관), 신의료비관혈수술을 말합니다.
14. 암수술보험금의 경우, 항암방사선치료, 항암약물치료 및 암세포가 없는 상태에서 면역력을 증가시키는 약물(압노바, 헬릭소, 셀레나제 등) 치료는 제외합니다.
15. 암직접치료입원보험금의 경우, 피보험자가 의료법 제3조 【의료기관】에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 요양병원에 입원하는 경우에는 암직접치료입원보험금을 지급하지 않습니다.
16. 1종(20년갱신형)에서 이 특약을 갱신하는 경우 세부보장은 동시에 갱신하여야 합니다. 다만, 보험금이 지급된 세부보장(암진단보험금에 한함) 및 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우의 세부보장(소액암진단보험금에 한함)은 갱신되지 않습니다.

■ 무배당 뇌질환클리닉특약 2402

(특약보험가입금액 1,000만 원 기준)

지급구분 (1종(20년갱신형)의 경우, 세부보장)		지급사유	지급액	
뇌출혈 진단보험금		보험기간 중 최초의 뇌출혈로 진단이 확정 되었을 때 (단, 최초 1회에 한함)	보험계약일부터 1년미만	1,250만 원
			보험계약일부터 1년이상	2,500만 원
뇌경색증 진단보험금		보험기간 중 최초의 뇌경색증으로 진단이 확정 되었을 때 (단, 최초 1회에 한함)	보험계약일부터 1년미만	1,000만 원
			보험계약일부터 1년이상	2,000만 원
뇌혈관질환 진단보험금		보험기간 중 최초의 뇌혈관질환으로 진단이 확정 되었을 때 (단, 최초 1회에 한함)	보험계약일부터 1년미만	750만 원
			보험계약일부터 1년이상	1,500만 원
뇌 질환 치료	뇌혈관질환 입원보험금	보험기간 중 뇌혈관질환으로 진단이 확정되고, 그 직접적인 치료를 목적으로 4일 이상 입원하였을 때(3일 초과 입원일수 1일당, 120일 한도)	2만 원	
	뇌혈관질환 수술보험금	보험기간 중 뇌혈관질환으로 진단이 확정되고, 그 직접적인 치료를 목적으로 관혈수술을 받았을 때 (수술 1회당)	300만 원	
		보험기간 중 뇌혈관질환으로 진단이 확정되고, 그 직접적인 치료를 목적으로 비관혈수술을 받았을 때 (수술 1회당)	100만 원	
	뇌출혈 통원보험금	보험기간 중 뇌출혈로 진단이 확정되고, 그 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 때(통원 1회당, 1일 1회 한도, 연간 30회 한도)	2만 원	

지급구분 (1종(20년갱신형)의 경우, 세부보장)	지급사유	지급액
뇌혈관질환 통원보험금	보험기간 중 뇌혈관질환으로 진단이 확정되고, 그 직접적인 치료를 목적으로 통원하였을 때(통원 1회당, 1일 1회 한도, 연간 10회 한도)	1만 원
건강관리 자금	보험기간(20년)이 끝날 때까지 살아 있을 때(단 1종(20년갱신형)에 한함)	50만 원

- 주) 1. 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없으며, 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
2. 1종(20년갱신형)의 경우, 보험기간 중 보험금이 지급된 세부보장(뇌출혈진단보험금, 뇌경색증진단보험금 및 뇌혈관질환진단보험금에 한함)은 해당 보험금 지급사유가 발생한 때부터 효력이 없습니다.
3. 1종(20년갱신형)의 경우, 보험료 납입기간 중 피보험자가 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 50%이상인 장애상태가 되었을 때에는 차회 이후의 이 특약의 보험료 납입을 면제하고, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제하며, 갱신계약부터는 건강관리자금을 지급하지 않습니다. 2종(비갱신형)의 경우, 보험료 납입기간 중 피보험자가 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 50%이상인 장애상태가 되었을 때 또는 보장개시일 이후 최초의 뇌출혈로 진단 확정되었을 때에는 차회 이후의 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다.
4. 1종(20년갱신형) 갱신계약의 보험기간이 20년 미만인 경우 건강관리자금은 지급하지 않습니다.
5. 1종(20년갱신형) 갱신계약의 경우 경과기간 1년 미만의

보험금 감액은 적용하지 않습니다.

6. 뇌출혈진단보험금 또는 뇌경색증진단보험금의 경우 보험기간 중 해당 지급사유 발생시 뇌혈관질환진단보험금을 더하여 지급합니다. 다만, 보장개시일부터 뇌출혈진단보험금 또는 뇌경색증진단보험금의 지급사유 발생시점 이전에 뇌혈관질환진단보험금의 지급사유가 이미 발생한 경우에는 뇌혈관질환진단보험금을 더하여 지급하지 않습니다.

[예시6-1] 뇌출혈 진단 확정(보험계약일부터 1년 이상)

뇌혈관질환 미발생	뇌출혈진단보험금 2,500만원 + 뇌혈관질환진단보험금 1,500만원 = 4,000만원
뇌혈관질환 기발생	뇌출혈진단보험금 2,500만원

[예시6-2] 뇌경색증 진단 확정(보험계약일부터 1년 이상)

뇌혈관질환 미발생	뇌경색증진단보험금 2,000만원 + 뇌혈관질환진단보험금 1,500만원 = 3,500만원
뇌혈관질환 기발생	뇌경색증진단보험금 2,000만원

[예시6-3] 뇌혈관질환 진단 확정(보험계약일부터 1년 이상)

뇌출혈 또는 뇌경색증 미발생	뇌혈관질환진단보험금 1,500만원
뇌출혈 또는 뇌경색증 기발생	없음

7. 뇌출혈에서 외상성 두개내출혈, 혈관성 치매로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.
8. 뇌경색증에서 과거 무증상성 열공성 뇌경색증 및 혈관성 치매로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.
9. 뇌혈관질환에서 과거 무증상성 열공성 뇌경색증, 외상성 두개내출혈 및 혈관성 치매로 분류되는 경우에는 보장하지 않습니다.
10. 뇌혈관질환수술보험금의 경우, 피보험자가 동일 뇌혈관질환으로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 관혈수술과 비관혈수술을 동시에 받은 경우에는 관혈수술에 대한 뇌혈관질환수술보험금만 지급합니다. 다만, 동일 뇌혈관질환은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호가

동일한 경우를 말합니다.

11. 관혈수술이라 함은 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변 부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말하며, 대뇌내시경, 복강경하수술, 흉강경하수술은 관혈수술로 봅니다.
12. 비관혈수술이라 함은 내시경, 카테터(도관), 신의료비관혈수술을 말합니다.
13. 뇌출혈통원보험금은 통원 1일당 1회한, 연간 30회한으로 합니다.
14. 뇌혈관질환통원보험금은 통원 1일당 1회한, 연간 10회한으로 합니다.
15. “연간”이란 계약일부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미하며, 보장한도 산정의 기준일은 통원하여 치료를 받은 날로 합니다.
16. 1종(20년갱신형)에서 이 특약을 갱신하는 경우 세부보장은 동시에 갱신하여야 합니다. 다만, 보험금이 지급된 세부보장(뇌출혈진단보험금, 뇌경색증진단보험금 및 뇌혈관질환진단보험금에 한함)은 갱신되지 않습니다.

■ 무배당 심장질환클리닉특약 2402

(특약보험가입금액 1,000만 원 기준)

지급구분 (1종(20년갱신형)의 경우, 세부보장)	지급사유	지급액	
급성심근경색증 진단보험금	보험기간 중 최초의 급성심근경색증으로 진단이 확정 되었을 때 (단, 최초 1회에 한함)	보험계약일부터 1년미만	1,250만 원
		보험계약일부터 1년이상	2,500만 원
허혈성심장질환 진단보험금	보험기간 중 최초의 허혈성심장질환으로 진단이 확정 되었을 때 (단, 최초 1회에 한함)	보험계약일부터 1년미만	750만 원
		보험계약일부터 1년이상	1,500만 원

지급구분 (1종(20년갱신형)의 경우, 세부보장)		지급사유	지급액
심장 질환 치료	심질환 입원보험금	보험기간 중 심질환으로 진단이 확 정되고 그 직접적인 치료를 목적 으로 4일 이상 입원하였을 때 (3일 초과 입원일수 1일당 120일 한도)	2만원
	심질환 수술보험금	보험기간 중 심질환으로 진단이 확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 관혈수술을 받았을 때 (수술 1회당)	300만원
		보험기간 중 심질환으로 진단이 확정되고 그 직접적인 치료를 목적으로 비관혈수술을 받았을 때 (수술 1회당)	100만원
	급성 심근경색증 통원보험금	보험기간 중 급성심근경색증으 로 진단이 확정되고 그 직접 적인 치료를 목적으로 통원하 였을 때 (통원 1회당, 1일 1회 한도, 연간 30회 한도)	2만원
	허혈성 심장질환 통원보험금	보험기간 중 허혈성심장질환으 로 진단이 확정되고 그 직접 적인 치료를 목적으로 통원하 였을 때 (통원 1회당, 1일 1회 한도, 연간 10회 한도)	1만원
	건강관리 자금	보험기간(20년)이 끝날 때까지 살아 있을 때(단 1종(20년갱신형)에 한함)	50만 원

- 주) 1. 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없으며, 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
2. 1종(20년갱신형)의 경우, 보험기간 중 보험금이 지급된 세부보장(급성심근경색증진단보험금 및 허혈성심장질환진단보험금에 한함)은 해당 보험금 지급사유가 발생

한 때부터 효력이 없습니다.

3. 1종(20년갱신형)의 경우, 보험료 납입기간 중 피보험자가 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 50%이상인 장애상태가 되었을 때에는 차회 이후의 이 특약의 보험료 납입을 면제하고, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제하며, 갱신계약부터는 건강관리자금을 지급하지 않습니다. 2종(비갱신형)의 경우, 보험료 납입기간 중 피보험자가 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 50%이상인 장애상태가 되었을 때 또는 보장개시일 이후 최초의 급성심근경색증으로 진단 확정되었을 때에는 차회 이후의 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다.
4. 1종(20년갱신형) 갱신계약의 보험기간이 20년 미만인 경우 건강관리자금은 지급하지 않습니다.
5. 1종(20년갱신형) 갱신계약의 경우 경과기간 1년 미만의 보험금 감액은 적용하지 않습니다.
6. 급성심근경색증진단보험금의 경우 보험기간 중 해당 지급사유 발생시 허혈성심장질환진단보험금을 더하여 지급합니다. 다만, 보장개시일부터 급성심근경색증진단보험금의 지급사유 발생시점 이전에 허혈성심장질환진단보험금의 지급사유가 이미 발생한 경우에는 허혈성심장질환진단보험금을 더하여 지급하지 않습니다.

[예시6-1]급성심근경색증 진단 확정(보험계약일부터 1년 이상)

허혈성심장질환 미발생	급성심근경색증진단보험금 2,500만원 + 허혈성심장질환진단보험금 1,500만원 = 4,000만원
허혈성심장질환 기발생	급성심근경색증진단보험금 2,500만원

[예시6-2]허혈성심장질환 진단 확정(보험계약일부터 1년 이상)

급성심근경색증 미발생	허혈성심장질환진단보험금 1,500만원
급성심근경색증 기발생	없음

7. 심질환수술보험금의 경우, 피보험자가 동일 심질환으로

인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 관혈수술과 비관혈 수술을 동시에 받은 경우에는 관혈수술에 대한 심질환수술보험금만 지급합니다. 다만, 동일 심질환은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호가 동일한 경우를 말합니다.

8. 심질환은 약관에서 정한 급성 류마티스 열, 만성 류마티스 심장질환, 허혈 심장질환, 폐성 심장병 및 폐순환의 질환, 기타 형태의 심장병, 수막알균성 심장병, 칸디다심내막염 등을 말합니다.
9. 관혈수술이라 함은 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변 부위를 노출시켜서 수술하는 것을 말하며, 대뇌내시경, 복강경하수술, 흉강경하수술은 관혈수술로 봅니다.
10. 비관혈수술이라 함은 내시경, 카테터(도관), 신의료비관혈수술을 말합니다.
11. 급성심근경색증통원보험금은 통원 1일당 1회한, 연간 30회한도로 합니다.
12. 허혈성심장질환통원보험금은 통원 1일당 1회한, 연간 10회한도로 합니다.
13. “연간”이란 계약일부터 매 1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 의미하며, 보장한도 산정의 기준일자는 통원하여 치료를 받은 날로 합니다.
14. 1종(20년갱신형)에서 이 특약을 갱신하는 경우 세부보장은 동시에 갱신하여야 합니다. 다만, 보험금이 지급된 세부보장(급성심근경색증진단보험금 및 허혈성심장질환진단보험금에 한함)은 갱신되지 않습니다.

■ 무배당 간폐신장질환클리닉특약 2402

(특약보험가입금액 1,000만 원 기준)

지급구분 (1종(20년갱신형)의 경우, 세부보장)		지급사유	지급액	
중대질병 진단보험금		보험기간 중 최초의 중대질 병으로 진단이 확정되었을 때 (단, 최초 1회에 한함)	보험계약일부 1년미만	1,500만 원
			보험계약일부 1년이상	3,000만 원
중기이상질병 진단보험금		보험기간 중 최초의 중기이 상질병으로 진단이 확정되었 을 때 (단, 최초 1회에 한함)	보험계약일부 1년미만	500만 원
			보험계약일부 1년이상	1,000만 원
주요 간폐 신장 질환 치료	주요간폐 신장질환 입원보험금	보험기간 중 주요 간질환, 주 요 폐질환 또는 주요 신장질 환으로 진단이 확정되고, 그 직접적인 치료를 목적으로 4 일이상 입원하였을 때(3일 초 과 입원일수 1일당, 120일 한 도)	2만 원	
	주요간폐 신장질환 수술보험금	보험기간 중 주요 간질환, 주요 폐질환 또는 주요 신장질환으로 진단이 확정되고, 그 직접적인 치료를 목적으로 주요 간질환수 술, 주요 폐질환수술 또는 주요 신장질환수술을 받았을 때 (수술 1회당)	100만 원	
	건강관리 자금	보험기간(20년)이 끝날 때 까지 살아 있을 때 (단, 1 종(20년갱신형)에 한함)	50만 원	

주) 1. 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없으며, 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

2. 1종(20년갱신형)의 경우, 보험기간 중 보험금이 지급된

세부보장(중대질병진단보험금 및 중기이상질병진단보험금에 한함)은 해당 보험금 지급사유가 발생한 때부터 효력이 없습니다.

3. 1종(20년갱신형)의 경우, 보험료 납입기간 중 피보험자가 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 50%이상인 장애상태가 되었을 때에는 차회 이후의 이 특약의 보험료 납입을 면제하고, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제하며, 갱신계약부터는 건강관리자금을 지급하지 않습니다. 2종(비갱신형)의 경우, 보험료 납입기간 중 피보험자가 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 50%이상인 장애상태가 되었을 때 또는 보장개시일 이후 최초의 중대질병으로 진단 확정되었을 때에는 차회 이후의 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다.
4. 1종(20년갱신형) 갱신계약의 보험기간이 20년 미만인 경우 건강관리자금은 지급하지 않습니다.
5. 1종(20년갱신형) 갱신계약의 경우 경과기간 1년 미만의 보험금 감액은 적용하지 않습니다.
6. 중대질병은 중증간경화, 중증신부전증, 중증폐질환을 말하며, 중대질병의 정의 및 진단 확정은 약관에서 정한 기준에 따릅니다.
7. 중기이상질병은 중기이상 만성간질환, 중기이상 만성신부전증, 중기이상 만성폐질환을 말하며, 중기이상질병의 정의 및 진단 확정은 약관에서 정한 기준에 따릅니다.
8. 주요간폐신장질환수술보험금의 경우, 피보험자가 수술을 동시에 두 종류 이상 받은 경우에는 1회의 주요간폐신장질환 수술보험금을 지급합니다.
9. 1종(20년갱신형)에서 이 특약을 갱신하는 경우 세부보장은 동시에 갱신하여야 합니다. 다만, 보험금이 지급된 세부보장(중대질병진단보험금 및 중기이상질병진단보험

금에 한함)은 갱신되지 않습니다.

■ 무배당 중대수술특약Ⅲ 2402

(특약보험가입금액 1,000만 원 기준)

지급구분	지급사유	지급액	
중대수술 보험금	보험기간 중 최초의 중대한 수술을 받았을 때 (단, 최초 1회에 한함)	보험계약일부터 1년미만	500만 원
		보험계약일부터 1년이상	1,000만 원

- 주) 1. 보험기간 중 피보험자에게 중대수술보험금 지급사유가 발생하였거나 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없으며, 피보험자가 사망하였을 경우에는 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
2. 보험료 납입기간 중 피보험자가 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해지급률이 50%이상인 장해상태가 되었을 때에는 차회 이후의 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다. 1종(20년갱신형)의 경우 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.
3. 1종(20년갱신형) 갱신계약의 경우 경과기간 1년 미만의 보험금 감액은 적용하지 않습니다.
4. 중대한 수술은 관상동맥우회술, 대동맥류인조혈관치환수술, 심장판막수술, 5대장기이식수술, 조혈모세포이식수술을 말하며, 중대한 수술의 정의는 약관에서 정한 기준에 따릅니다.

■ 무배당 항암방사선약물치료특약Ⅵ 2402

(특약보험가입금액 1,000만 원 기준)

지급구분 (1종(20년갱신형) 의 경우, 세부보장)	지급사유	지급액
항암방사선 치료보험금	암보장개시일 이후에 암으로 진단이 확정되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선 치료를 받았을 때 (단, 최초 1회에 한함)	100만 원
	보험기간 중 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단이 확정되고 그 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 항암방사선치료를 받았을 때 (단, 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 및 경계성종양 각각 최초 1회에 한함)	20만 원
항암약물 치료보험금	암보장개시일 이후에 암으로 진단이 확정되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료를 받았을 때 (단, 최초 1회에 한함)	100만 원
	보험기간 중 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양으로 진단이 확정되고 그 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 항암약물치료를 받았을 때 (단, 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 및 경계성종양 각각 최초 1회에 한함)	20만 원

- 주) 1. 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없으며, 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
2. 1종(20년갱신형)의 경우, 보험기간 중 피보험자에게 세부보장(항암방사선치료보험금 및 항암약물치료보험금에 한함) 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 그때부터 효력이 없으며, 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없을 당시의 해당 세부보장의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다. 2종(비갱신형)의 경우, 보험기간 중 피보험자에게 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수

- 없는 경우에는 그때부터 효력이 없으며, 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없을 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
3. 보험료 납입기간 중 피보험자가 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 50%이상인 장애상태가 되었을 때에는 차회 이후의 이 특약의 보험료 납입을 면제합니다. 1종(20년갱신형)의 경우 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.
 4. 암보장개시일은 1종(20년갱신형) 최초계약 및 2종(비갱신형)의 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 1종(20년갱신형) 갱신계약의 경우 갱신일을 암보장개시일로 합니다. 단, 특약을 부활(효력회복)하는 경우 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날을 암보장개시일로 합니다.
 5. 암보장개시일 전일 이전에 암(갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 및 경계성 종양 제외)으로 진단이 확정된 경우에는 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.
 6. 1종(20년갱신형) 갱신계약의 경우, 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성 종양으로 해당 항암방사선치료보험금 또는 항암약물치료보험금 지급사유가 발생하더라도 그 지급사유가 최초계약의 보장개시일 이후 이미 항암방사선치료보험금 또는 항암약물치료보험금이 지급된 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성 종양과 인과관계(전이 및 동일부위에 대한 재진단 포함)가 있는 경우 체신관서는 해당 항암방사선치료보험금 또는 항암약물치료보험금을 지급하지 않습니다.
 7. 1종(20년갱신형)에서 이 특약을 갱신하는 경우 세부보장은 동시에 갱신하여야 합니다. 다만, 보험금 지급사유가 더 이상 발생할수 없는 경우의 세부보장(항암방사선치료보험금 및 항암약물치료보험금에 한함)은 갱신되지 않으며, 피보험자에게 항암

방사선치료보험금 또는 항암약물치료보험금 지급사유가 발생한 경우에는 해당 세부보장을 갱신할 수 없습니다. 단, 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성 종양으로 항암방사선치료보험금 또는 항암약물치료보험금 지급사유가 발생한 경우에는 해당 세부보장을 갱신할 수 있습니다.

■ 무배당 표적항암약물허가치료특약 V (5년갱신형) 2402
(특약보험가입금액 1,000만 원 기준)

지급구분	지급사유	지급액	
표적항암 약물허가 치료 보험금	암보장개시일 이후에 암으로 진단이 확정되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 표적항암약물허가치료를 받았거나, 보험기간 중 갑상선암, 기타피부암 또는 대장점막내암으로 진단이 확정되고 그 갑상선암, 기타피부암 또는 대장점막내암의 직접적인 치료를 목적으로 표적항암약물허가치료를 받았을 때 (단, 암, 갑상선암, 기타피부암 또는 대장점막내암 중 최초 1회에 한함)	보험계약일부 2년미만	2,000만 원
		보험계약일부 2년이상	4,000만 원

- 주) 1. 보험기간 중 피보험자에게 표적항암약물허가치료보험금 지급사유가 발생하였거나 피보험자가 사망하였을 때에는 이 특약은 그때부터 효력이 없으며, 피보험자가 사망하였을 때에는 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
2. 보험료 납입기간 중 피보험자가 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 50%이상인 장애상태가 되었을 때에는 차회 이후의 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.
3. 암보장개시일은 최초계약의 경우 계약일부부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 갱신계약의

경우 갱신일로 합니다. 단, 특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날을 암보장개시일로 합니다.

4. 암보장개시일 전일 이전에 암(갑상선암, 기타피부암 및 대장점막내암 제외)으로 진단 확정된 경우에는 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.
5. “표적항암약물허가치료를 받았을 때” 라 함은 “표적항암제” 를 처방 받고 약물이 투여되었을 때를 말하며, 최초처방일자를 기준으로 합니다. 다만, “안전성과 유효성 인정 범위” 가 변경(추가 또는 삭제)된 경우에는 변경된 “안전성과 유효성 인정 범위” 적용 후 최초로 도래하는 처방일자를 기준으로 합니다.
6. “제자리암” 및 “경계성종양” 은 암에 해당하지 않습니다.
7. 갱신계약의 경우, 경과기간 2년 미만의 보험금 감액은 적용하지 않습니다.

※ 표적항암제 및 표적항암약물허가치료의 정의

- “표적항암제”라 함은 식품의약품안전처 예규「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 의하여 의약품 분류번호 421(항악성종양제)(예규 개정에 따라 분류번호가 변경되는 경우 항악성종양제에 준하는 분류번호)로 분류되는 의약품 중 종양의 성장, 진행 및 확산에 직접 관여하여 특정한 분자의 기능을 방해함으로써 암세포의 성장과 확산을 억제하는 치료제를 말합니다. 다만, 호르몬 관련 치료제, 세포독성 항암제 및 생물학적 반응 조절제는 표적항암제의 범위에서 제외됩니다.
- “표적항암약물허가치료”라 함은 약관에서 정한 항암약물치료 중 의료법 제3조【의료기관】에 의거 해당 진료과목의 전문의 자격을 가진 자가 피보험자의 암, 갑상선암, 기타피부암 또는 대장점막내암의 직접적인 치료를 목적으로 표적항암제를 “안전성과 유효성 인정 범위” 내에서 투여하여 치료하는 것을 말합니다.
- “안전성과 유효성 인정 범위”라 함은 다음 각 호에 해당하는 경우를 말하며, 투약 처방 시점의 기준을 적용합니다.
 1. 식품의약품안전처에서 허가된 ‘효능효과’ 범위 내로 사용된 경우
 2. 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 경우

주) 표적항암제 및 표적항암약물허가치료에 대한 자세한 사항은 약관을 참고하시기 바랍니다.

■ 무배당 요양병원암입원특약Ⅵ(20년갱신형) 2402

(특약보험가입금액 1,000만 원 기준)

지급구분	지급사유	지급액	
요양병원 암입원보험금	암보장개시일 이후에 암으로 진단이 확정되고, 그 치료를 목적으로 4일 이상 요양병원에 입원하였거나, 보험기간 중 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성 종양으로 진단이 확정되고, 그 치료를 목적으로 4일 이상 요양병원에 입원하였을 때 (3일 초과 입원일수 1일당, 60일 한도)	암	갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암, 경계성 종양
		2만 원	1만 원

- 주) 1. 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없으며, 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
2. 보험료 납입기간 중 피보험자가 동일한 재해 또는 재해 이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 합산 장애지급률이 50%이상인 장애상태가 되었을 때에는 차회 이후의 이 특약의 보험료 납입을 면제하며, 보험료 납입이 면제된 이후 갱신 시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제합니다.
3. 암보장개시일은 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 하며, 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 단, 특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날을 암보장개시일로 합니다.
4. 암보장개시일 전일 이전에 암(갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 및 경계성 종양 제외)으로 진단 확정된 경우에는 특약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.
5. 동일 암, 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성 종양에 의한 입원의 경우, 특약의 최초계약 가입일부터 지급된 요양병원 암입원보험금의 누적 지급

일수가 365일을 초과하는 경우에는 365일을 초과한 날 이후부터 특약의 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지 동일 암, 갑상선암, 기타피부암, 대장점막내암, 제자리암 또는 경계성 종양으로 인한 요양병원 암입원보험금은 더 이상 지급되지 않습니다.

■ 이륜자동차 운전 및 탑승중 재해 부담보 특약 2109

가입대상	이륜자동차 운전자(소유 및 관리하는 경우 포함)
부담보 범위	이륜자동차 운전(탑승 포함) 중에 발생한 재해로 인하여 주계약 및 특약에서 정한 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 경우에 보험금을 지급하지 않으며, 보험료 납입을 면제하지 않음

- 주) 1. 이륜자동차를 소유, 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동과 출퇴근(통학 포함)용도 등으로 주로 사용하는 경우에 한하며 일회적인 사용은 제외), 관리하는 경우에는 반드시 이 특약을 가입해야 합니다.
2. 이륜자동차란, 총배기량 또는 정격출력의 크기와 관계없이 1인 또는 2인의 사람을 운송하기에 적합하게 제작된 이륜의 자동차(이륜인 자동차에 측차를 붙인 자동차와 내연기관을 이용한 동력발생장치를 사용하고, 조향장치의 조작방식, 동력전달방식 또는 냉각방식 등이 이륜자동차와 유사한 구조로 되어 있는 삼륜 또는 사륜의 자동차로서 승용자동차에 해당하지 않는 자동차, 전동기를 이용한 동력발생장치를 사용하는 삼륜 또는 사륜의 자동차로서 승용자동차에 해당하지 않는 자동차를 포함)를 말하며, 원동기장치 자전거(전동킥보드, 전동휠 등 전동기로 작동하는 개인형 이동장치를 포함하며, 장애인 또는 교통약자가 사용하는 보행보조용 의자차인 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등은 제외)를 포함합니다.

■ 지정대리청구서비스특약 2109

대상계약	계약자, 피보험자 및 수익자(사망시 수익자 제외)가 모두 동일한 계약
지정대리 청구인 지정	보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우 대리청구인 지정
지정대리 청구인	피보험자의 가족관계등록부상의 배우자 또는 3촌 이내의 친족
보험금 지급 등의 절차	<ul style="list-style-type: none"> - 보험수익자가 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류 제출 - 보험수익자의 대리인으로서 해당 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령 - 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우, 그 이후 보험금 청구를 받더라도 체신관서는 이를 지급하지 않음

■ 장애인전용보험전환특약 2007

대상계약	- 피보험자 또는 수익자가 소득세법상 장애인인 계약
장애인전용 보험으로 전환	<ul style="list-style-type: none"> - 계약자가 증빙서류(장애인증명서, 국가유공자 확인서, 장애인등록증 등 확인서류 등)를 제출하고, 특약 가입 신청 - 장애인전용보험으로 전환된 이후 납입된 보험료부터 장애인전용 보장성보험료로 처리

③ 일반적 보험금 지급제한 사유

■ 고지의무(계약자가 체신관서에 사실대로 알려야 할 의무)

- 계약자 또는 피보험자는 체신관서에 피보험자의 과거의 지병, 현재의 건강상태, 직업 또는 직종 및 기타 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 합니다.
- 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 체신관서가 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.

■ 계약의 무효

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

- 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제44조의2에서 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함합니다)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.
- 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.

- 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 체신관서가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 만 15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

■ 사기 등에 의한 보험계약 체결

보험금을 부당하게 받을 목적으로 자신의 신체를 자해하거나, 타인의 생명을 해치는 행위는 보험범죄로서 사법당국의 철저한 수사로 반드시 적발되어 처벌을 받게 됩니다. 이 경우 보험금을 지급받지 못합니다.

■ 보험금을 지급하지 않는 사유

다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료 납입을 면제하지 않습니다.

- 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
- 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

■ 계약의 효력

- 체신관서는 제1회 보험료를 받은 때부터 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.
- 체신관서가 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에는 계약자 또는 피보험자가 체신관서에 알린 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 체신관서가 증명하는 경우에는 보장을 하지 않습니다.

- 보험료의 납입이 연체되는 경우 계약의 해지 및 부활(효력회복)
 - 보험료 납입유예기간은 납입기일부터 납입기일이 속하는 달의 다음 다음달의 마지막 날까지로 합니다.
 - 보험료 납입유예기간이 끝나는 날까지 보험료가 납입되지 않은 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음 날에 계약을 해지합니다.
 - 계약자는 계약이 해지된 날부터 3년 이내에 체신관서가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 계약자는 연체된 보험료에 소정의 연체 이자를 더하여 납입하여야 합니다.

■ 보험금 등의 청구

- 체신관서는 계약자 또는 보험수익자로부터 보험금 등의 청구서류를 접수한 때에는 이 약관에서 정하는 바에 따라 보험금 또는 해약환급금 등을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다.
- 보험금 등의 청구시 구비서류는 다음과 같습니다.

구비서류 지급사유	신분증	도장	해 당 진단서	비고
만 기 시	○	○		<ul style="list-style-type: none"> ■ 사망시는 사망진단서, 사망을 확인할 수 있는 서류 또는 경찰기관이 작성한 사고확인서 등 ■ 장해시는 장해상태를 판정할 수 있는 진단서 ■ 질병 진단 확정시는 해당 질병 진단서 ■ 입원시는 입원을 확인할 수 있는 서류 ■ 수술시는 수술을 받았음을 확인할 수 있는 서류
사 망 시	○	○	○	
장 해 시	○	○	○	
진 단 시	○	○	○	
입 원 시	○	○	○	
수 술 시	○	○	○	

화 상 시	○	○	○	<ul style="list-style-type: none"> ■ 화상시는 화상을 확인할 수 있는 진단서 ■ 통원시는 통원을 확인할 수 있는 서류, 질병을 확인할 수 있는 진단서 ■ 골절시는 골절을 확인할 수 있는 진단서 ■ 항암방사선·약물 치료시는 항암방사선치료증명서, 항암약물치료증명서 등 ■ 표적항암약물허가 치료시는 표적항암약물허가치료확인서, 진료비 세부내역서, 진료비계산서 등
통 원 시	○	○	○	
골 절 시	○	○	○	
항암방사선약물치료시	○	○	○	
표적항암약물 허가 치료시	○	○	○	
해 약 시	○	○		
환급금대출시	○	○		
<ul style="list-style-type: none"> ■ 보험금 또는 대출금 등을 대리 수령하고자 할 때에는 계약자(보험수익자)의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서(용도 : 보험금 대리 수령용 등)와 대리인의 신분증을 지참하여야 합니다. ■ 신분증은 주민등록증을 원칙으로 하되, 여권, 운전면허증, 공무원증 등 국가기관 및 지방자치단체에서 발행한 본인의 사진이 붙어 있는 신분증은 2차 서류를 요구하거나 추가확인 후 지급할 수 있습니다. 				

◆ 보험료 산출기초

① 예정이율

Q : 예정이율이란 무엇인가요?

A : 보험료를 납입하는 시점과 보험금 지급사이에는 시차가 발생하므로 이 기간 동안 기대되는 수익을 미리 예상하여 일정한 비율로 보험료를 할인해 주는데, 이 할인을 말합니다. 일반적으로 예정이율이 높으면 보험료는 내려가고, 낮아지면 보험료는 올라갑니다. 주계약에 적용한 예정이율은 연단위 복리 2.50%이고, 특약에 적용한 예정이율은 연단위 복리 2.25%입니다.

② 예정위험률

Q : 예정위험률이란 무엇인가요?

A : 한 개인이 사망하거나 질병에 걸리는 등의 일정한 보험사고가 발생할 확률을 예측한 것을 말합니다. 일반적으로 예정위험률이 높으면 보험료는 올라가고, 낮으면 보험료는 내려갑니다.

구분		20세	40세	60세
사망률	남자	0.000450	0.001060	0.004750
	여자	0.000270	0.000660	0.001710

③ 예정해지율

Q : 예정해지율이란 무엇인가요?

A : 한 개인이 보험료 납입기간 중 계약을 해지할 확률을 예측한 것을 말합니다. 일반적으로 예정해지율이 높으면 보험료는 내려가고, 낮으면 보험료는 올라갑니다. 무배당 우체국하나로OK 건강종신보험 2402 1종(해약환급금 50%지급형)에 적용된 예정해지율은 아래와 같으며, 2종(표준형) 및 특약에는 적용되지 않습니다.

- 납입기간 이내 : 10년 이하 연 5.2%, 10년 초과 20년 이하 연 0.9%, 20년 초과 연 0.2%
- 납입기간 이후 : 연 0.0%

④ 적용이율

적용이율이란 체신관서가 장래 보험금 지급을 위하여 계약자의 납입보험료의 일정부분을 적립해 나가는데, 이 적립금을 부리하는 이율을 의미합니다.

무배당 우체국하나로OK건강종신보험 2402(주계약에 한함)는 신공시이율 IV에 연동되는 상품입니다. 무배당 우체국하나로OK건강종신보험 2402(주계약에 한함)의 신공시이율IV가 변동될 경우 적용이율도 변경됩니다.

⑤ 최저보증이율

최저보증이율은 시중금리 등이 하락하여도 체신관서에서 보증해 드리는 적용이율의 최저한도로서 무배당 우체국하나로OK건강종신보험 2402(주계약에 한함)에 적용된 최저보증이율은 가입후 10년 이내에는 연단위 복리 1.0%, 10년을 초과한 경우에는 연단위 복리 0.5%입니다.

◆ 계약자배당에 관한 사항

무배당 우체국하나로OK건강종신보험 2402는 무배당상품으로서 배당을 하지 않습니다.

◆ 해약환급금에 관한 사항

① 해약환급금 산출기준

Q : 해약환급금은 어떻게 산출되며, 납입한 보험료보다 적은 이유는 뭔가요?

A : 우체국보험은 보험료 계산시 적용한 위험률로 산출한 순보험료식 책임준비금에서 미상각신계약비를 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 체신관서 운영에 필요한 경비로 사용되므로 중도해약시 지급되는 해약환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다.

② 해약환급금 예시

○ 1종(해약환급금 50%지급형)

(기준 : 주계약 보험가입금액 1,000만 원, 남자 40세, 종신, 30년납, 단위 : 원)

경과기간	납입보험료	최저해약환급금	신공시이율Ⅳ 적용 해약환급금
1년	202,560	0	0
3년	607,680	216,090	216,090
5년	1,012,800	443,960	443,960
7년	1,417,920	634,240	634,240
10년	2,025,600	934,110	934,110
20년	4,051,200	2,076,420	2,076,420
30년	6,076,800	6,942,190	6,942,190
50년	6,076,800	9,083,910	9,083,910
70년	6,076,800	9,887,300	9,887,300

○ 2종(표준형)

(기준 : 주계약 보험가입금액 1,000만 원, 남자 40세, 종신, 30년납, 단위 : 원)

경과기간	납입보험료	최저해약환급금	신공시이율Ⅳ 적용 해약환급금
1년	214,080	0	0
3년	642,240	432,180	432,180
5년	1,070,400	887,930	887,930
7년	1,498,560	1,268,480	1,268,480
10년	2,140,800	1,868,220	1,868,220
20년	4,281,600	4,152,850	4,152,850
30년	6,422,400	6,942,190	6,942,190
50년	6,422,400	9,083,910	9,083,910
70년	6,422,400	9,887,300	9,887,300

주) 1. 위 예시된 최저해약환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 예정책임준비금을 기초로 산출된 금액으로 예정이율(2.50%)이 적용되어 계산되며, 향후

신공시이율Ⅳ에 관계없이 보장하는 최저한도의 해약환급금입니다.

2. 위 예시된 신공시이율Ⅳ 적용 해약환급금은 2.50%의 신공시이율Ⅳ가 경과기간동안 유지된다는 가정 하에 산출한 금액으로 신공시이율Ⅳ가 변경되면 위 예시된 금액도 달라집니다. 또한 보험료를 계약해당일에 납입한 경우의 금액이므로, 계약해당일에 납입하지 않았을 경우 위 예시된 금액도 달라집니다.