



무배당 신한아이사랑보험 BIG II

- 안과, 치과는 물론 응급실 보장으로 자녀를 든든하게 지켜주는 어린이 지킴이 보험!
- 고객니즈에 따라 다양한 형태 가입이 가능한 고객만족 보험!
 - 50% / 100% 환급형 선택
 - 보장별 니즈에 따라 기본플랜 / 실손플랜 선택
- 보험료 할인으로 경제적 부담을 덜어드리는 따뜻한 보험!

태 아님을 위한 가입설계서

담당FC 신한GA지점 신한리더스코인스(보험대리점)

송정하

TEL 02-6959-5231(대리점 : 02-333-8701)

MOBILE 010-2782-7978

E-mail

발행일 2014년 12월 22일

- 가입설계서, 보험계약서와 가입여부를 결정하기 위해 필요한 가장 기본적인 내용(가입조건, 보험료, 보장내용, 해지환급금 등)만을 안내하고 있으므로 보다 상세한 내용은 약관 및 계약설명서 등 해당 계약서류를 꼭 확인하시기 바랍니다.
- 이 보험계약은 보험기간이 있고 가입보험금에 보험회사가 건별로 사용하는 계약재간비용 및 계약관리비용이 포함되어 있는 보험상품으로 (당해계약의 상세내용) 해설서 참조하십시오.



- 계약자 : 고객님 - 피보험자 : 태아 0 세 (남)
 - 납입주기 : 월납 - 상해위험등급 : 비위험(A)
 - 합계보험료 : 62,120 원 - 상령일 : 0000년 0월 00일

* 상령일이란? 보험가입의 기준이 되는 보험나이가 1세 증가하는 날로, 주민등록상의 생년월일과 6개월 차이나는 시점입니다.
 상령일 이후 보험가입시 보험료가 증가될 수 있으며, 동일한 기준으로 보험 가입이 제한 될 수 있습니다.

구분	보험형태	보험기간	납입기간	가입금액	보험료	
주계약 (무)신한아이사랑보험BIGII [실손플랜]	50%환급형	100세만기	30세납	1,000 만원	37,500 원	
(무)어린이3대질환진단특약						
(무)어린이치아치료특약[갱신형]						
선택 특약	(무)주산기질환수술특약	순수보장형	1년만기	전기납	1,000 만원	600 원
	(무)주산기질환입원특약	순수보장형	1년만기	전기납	1,000 만원	1,800 원
	(무)주산기질환통원특약	순수보장형	1년만기	전기납	1,000 만원	1,400 원
	(무)주요선천이상진단특약	순수보장형	1년만기	전기납	1,000 만원	1,000 원
	(무)실손의료비보장특약 [갱신형] -표준형	종합보장형	1년갱신	전기납 (최대 15년)	5,000 만원	19,820 원
(무)실손의료비보장특약 [갱신형] -선택형						

- * 보험료는 성별, 나이별, 보험형태, 보험기간, 납입기간, 가입금액에 따라 결정됩니다.
- * 태아 가입시 아래의 특약은 의무가입 사항입니다.
 -의무가입특약 : (무)주산기질환통원특약
- * (무)어린이치아치료특약[갱신형] 및 (무)실손의료비보장특약[갱신형] 가입한 경우 갱신시 해당 특약의 보험료는 변경(특히 인상)될 수 있으며, 아래의 최대 납입기간까지 보험료를 계속 납입하여야 합니다. 자세한 사항은 가입시 유의사항을 참조하시기 바랍니다.
 ※ 최대 납입기간 (단, 주계약의 보험기간 종료일이 최대 납입기간 이전일 경우 주계약의 보험기간 종료일로 합니다.)
 - 최대 60세 : 3년 만기 갱신형 : (무)어린이치아치료특약[갱신형]
 - 최대 100세 : 1년 만기 갱신형 : (무)실손의료비보장특약[갱신형]

※ 보험료 정산에 관한 사항

- * 태아 가입시에는 자녀 출생 후 피보험자 변경통지를 하셔야 합니다.
- * 태아 가입시 보험료는 피보험자 남자 0세를 기준으로 적용되었으므로, 피보험자의 성별이 여자일 경우 보험료를 정산한 후, 회사가 지급하여야 할 금액이 있을 때는 이를 계약자에게 지급하여 드리고 부족한 금액이 있을 때는 계약자가 이를 회사에 납입하셔야 합니다.
- * 태아 출생 이후의 보험료는 성별에 따라 변경될 수 있으며 이 경우 계약자는 변경된 보험료를 납입하여야 합니다.
- * 태아 등재시 구비서류 : 주민등록등본 또는 가족관계서류(부,모 모두 등재) ※ 서류기준은 변동 될 수 있습니다.



* 아래 예시된 지급금액은 보험가입금액에 따라 변동됩니다.

구분	지급 사유	지급 금액
만기환급금	보험기간이 끝날때까지 살아있을 때	675만원
암진단급여금	「암(「백혈병·골수암」 포함, 「기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 경계성종양」 제외)으로 진단확정 되었을 때 (다만, 최초1회에 한함)	백혈병·골수암 1년이상: 10,000만원 1년미만: 5,000만원 「백혈병·골수암」 이외의 암 1년이상: 5,000만원 1년미만: 2,500만원
소액암진단급여금	「기타피부암」, 「갑상선암」, 「제자리암」, 「경계성종양」으로 진단확정 되었을 때 (각각 최초1회에 한함)	1년이상: 300만원 1년미만: 150만원
교통재해장해급여금	「교통재해」로 인하여 장해분류표에서 정한 장해지급률 중 3%이상 100%이하에 해당하는 장해상태가 되었을 때	10,000만원 x 해당 장해지급률
일반재해장해급여금	「교통재해」이외의 재해로 인하여 장해분류표에서 정한 장해지급률 중 3%이상 100%이하에 해당하는 장해상태가 되었을 때	5,000만원 x 해당 장해지급률
3대질환진단급여금	뇌출혈, 급성심근경색증 및 말기신부전증으로 진단확정 되었을 때 (단, 뇌출혈, 급성심근경색증 및 말기신부전증 각각 최초 1회에 한함) 신생아뇌출혈로 진단확정 되었을 때 (단, 최초 1회에 한함)	1년이상: 1,000만원 1년미만: 500만원 1년이상: 200만원 1년미만: 100만원
수술급여금	질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 1~5종 수술분류표에서 정하는 수술을 하였을 때 (수술 1회당)	1종: 10만원 4종: 40만원 2종: 20만원 5종: 50만원 3종: 30만원
입원급여금	질병 및 재해분류표에서 정하는 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접적으로 4일이상 계속하여 입원하였을 때 (단, 120일 한도, 3일초과 입원일수 1일당)	10,000원
재해골절치료자금	재해가 발생하고, 그 재해를 직접적인 원인으로 골절 (치아파절 제외)로 진단이 확정되었을 때 [80세미만까지만 보장] (골절 1회당)	30만원
주요법정감염병진단급여금	「주요법정감염병」으로 해당보건소에 신고되어 감염병 환자로 진단확정 되었을 때 (진단 1회당) [80세미만까지만 보장]	20만원
유과·납치위로금	「유과·납치」의 피해자가 되었을 때 [단, 최초 1회에 한하며 30세미만까지만 보장]	300만원

* 상기 "지급사유"에는 "보험기간 중 보장개시일 이후에 피보험자기"라는 문구가 공통적으로 적용됩니다.

※ 주요 법정감염병 : 법정감염병 중 일부 법정감염병을 제외함 (세부사항은 계약에 있는 「법정감염병 범위」 참조)

※ 감염차별유연성 질병 : 백혈병, 골수암, 림프종, 뼈(골)암, 뇌수막종, 허혈성 심장질환, 뇌혈관질환 (간부전증, 간경, 간암, 담낭암, 췌장암, 담낭염, 췌장염)

구분

지급 사유

지급 금액

**고액치료비
관련질병** 「고액치료비관련 질병」을 직접적인 목적으로
통원치료를 하였을 때 (통원 1회당)

재해 재해가 발생하고, 그 재해의 치료를 직접목적으로
통원치료를 하였을 때

**통원
급여금**

치과 의료기관 중 치과에 국민건강보험법에서 정한 요양급여
또는 의료급여법에서 정한 의료급여 항목에 해당하는
치료를 직접적인 목적으로 치과통원하였을 때 10,000원
(통원 1회당)

안과 의료기관 중 안과에 국민건강보험법에서 정한 요양급여
또는 의료급여법에서 정한 의료급여 항목에 해당하는
치료를 직접적인 목적으로 안과통원하였을 때

- ① 보험료 납입기간 중 피보험자가 암(단, 「백혈병·골수암」 포함, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양 제외)으로 진단 확정 또는 장애분류표중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장애지급률을 더하여 50%이상인 장애상태가 되었을 때에는 차회이후의 보험료 납입을 면제합니다.
- ② 피보험자가 사망시에는 사망 당시 책임준비금을 지급하고 그때부터 이 계약은 효력이 없습니다.
- ③ 50%환급형 및 100%환급형에서 보험료의 납입이 면제된 경우 보험료 납입기간 종료일까지 보험료가 납입된 것으로 간주하여 만기환급금의 이미 납입한 주계약 보험료를 계산합니다.
- ④ 암(「백혈병·골수암」 포함), 기타피부암, 갑상선암, 제자리암 또는 경계성종양 의 경우 보험계약일부터 1년미만에 지급사유 발생시에는 암진단급여금 및 소액암진단급여금의 50%를 삭감하여 지급합니다.
- ⑤ 보험기간 중 「백혈병·골수암 이외의 암」으로 진단확정되고, 이후 이와는 인과관계가 없는 「백혈병·골수암」이 추가로 진단확정 되었을 경우에는 「백혈병·골수암」진단급여금과 「백혈병·골수암」추가진단시점의 「백혈병·골수암 이외의 암」진단급여금과의 차액을 추가로 지급합니다. [그러나, 「백혈병·골수암」으로 진단확정되고, 그 후에 「백혈병·골수암 이외의 암」으로 진단확정시 「백혈병·골수암 이외의 암」으로 인한 진단급여금은 추가로 지급되지 않습니다.]
- ⑥ 뇌출혈, 급성심근경색증, 말기신부전증 또는 신생아뇌출혈의 경우 보험계약일부터 1년미만에 지급사유 발생시에는 3대 질병진단 급여금의 50%를 삭감하여 지급합니다.
- ⑦ 신생아 뇌출혈로 진단 확정시 신생아뇌출혈 진단급여금을 지급하고 뇌출혈 진단급여금은 지급하지 않습니다.
- ⑧ 「유과·납치위로금」의 경우 보험수익자의 고의 또는 피보험자의 직계존비속에 의한 "유과·납치"에 의한 경우는 담보하지 않습니다.
- ⑨ 「주요법정감염병진단급여금」의 경우 주요감염병에서 제외되는 감염병이 생길 경우, 그 해당 감염병은 보건소의 신고여부와 상관없이 의사의 진단에 따릅니다.
- ⑩ 「주요법정감염병진단급여금」의 경우 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조(정의)에서 제1군감염병 중 "A형간염"은 제외, 제2군 감염병 중 "B형간염", "수두"는 제외, 제3군감염병 중 "결핵", "한센병", "인플루엔자", "후천성면역결핍증(AIDS)", "매독", "크로이츠펠트-야콥병(CJD) 및 변종크로이츠펠트-야콥병(vCJD)"은 제외, 제4군감염병 중 "신종인플루엔자", "바이러스성 출혈열", "웨스트나일열", "급성출혈열증상, 급성호흡기증상, 급성설사증상, 급성황달증상 또는 급성신경증상을 나타내는 신종감염병증후군", "라임병", "진드기매개뇌염", "유비자", "치쿤구니야열"은 제외합니다.
또한 향후 「감염병예방법」이 개정되어 신규로 추가되는 법정감염병이 생기더라도 약관에서 나열한 감염병만 보장되며, 신규로 추가되는 법정감염병은 보장하지 않습니다.
- ⑪ 1년/30세/80세미만이라 함은 계약일부터 1년/30세/80세가 되는 시점의 계약해당일의 전날까지를 말합니다.
- ⑫ 치과통원이란 의료기관 중 치과에 통원을 하는 경우를 말하며, 국민건강보험법에서 정한 요양급여 및 의료급여법에서 정한 의료급여 항목에 해당하지 않는 치료만을 목적으로 통원하는 경우에는 치과통원 치료비를 지급하지 않습니다. (국민건강보험 및 의료급여 관련 법령이 변경된 경우, 회사는 변경된 내용을 적용합니다.)
- ⑬ 안과통원이란 의료기관 중 안과에 통원을 하는 경우를 말하며, 국민건강보험법에서 정한 요양급여 및 의료급여법에서 정한 의료급여 항목에 해당하지 않는 치료만을 목적으로 통원하는 경우에는 안과통원 치료비를 지급하지 않습니다. (국민건강보험 및 의료급여 관련 법령이 변경된 경우, 회사는 변경된 내용을 적용합니다.)
- ⑭ 고액치료비관련질병 통원급여금은 제6차 개정 한국표준질병사인분류 중 출생 전후기에 기원한 특정 병태(P00~P96)에 해당하는 질병은 보장하지 않습니다. 단 제7차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 추가로 출생 전후기에 기원한 특정병태에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

* 아래 예시된 지급금액은 보험가입금액에 따라 변동됩니다.

* 각 특약의 "지급사유"에는 "특약보형기간 중 보장개시일 이후에 피보험자가"라는 문구가 공통적으로 적용됩니다.

■ (무)주산기질환수술특약

구 분	지 급 사 유	지 급 액
주산기질환 수술급여금	주산기질환의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받았을 때 [수술 1회당]	50만원

■ (무)주산기질환입원특약

구 분	지 급 사 유	지 급 액
주산기질환 입원급여금	주산기질환으로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 4일 이상 계속하여 입원하였을 때 (3일초과 1일당, 120일 한도)	1만원

■ (무)주산기질환통원특약

구 분	지 급 사 유	지 급 액
주산기질환 통원치료비	주산기질환의 치료를 직접적인 목적으로 통원하였을 때 [통원 1회당]	1만원

■ (무)주요선천이상진단특약

구 분	지 급 사 유	지 급 액
주요 선천이상 진단급여금	출생 후 3대 주요 선천이상으로 진단확정 되었을 때 (최초1회에 한함)	200 만원
	* 3대 주요선천이상 : 이분척추, 팔로 네 증후군, 다운증후군	
	출생 후 언청이(구순구개열)으로 진단확정 되었을 때 (최초1회에 한함)	200 만원
	출생 후 다지증으로 진단확정 되었을 때 (최초1회에 한함)	100 만원

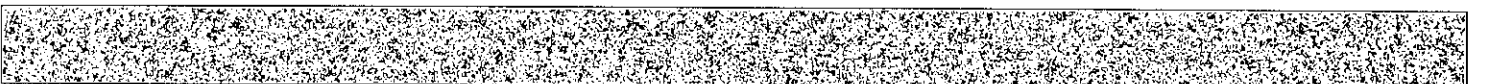
■ (무)실손의료비보장특약 보장내용

구분	지급 사유	지급액
종합 보장형 <표준형>	입원 의료비 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 질병 또는 상해로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우 (하나의 질병 또는 하나의 상해당 5,000만원을 한도로 보상)	[입원실료, 입원제비용, 입원수술비] '국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금' 과 '비급여(상급병실료 차액 제외)' 의 합계액(본인이 실제로 부담한 금액)의 80% 해당액 (다만, 20% 해당액이 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상)
	통원 의료비 피보험자가 이 특약의 보험기간 중에 질병 또는 상해로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우 (매년 계약해당일로부터 1년을 단위로 외래 및 처방조제비 각각 보상)	[상급병실료 차액] 입원시 실제 사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 중 50%를 공제한 후의 금액 (다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출함) [외래] 방문 1회당 '국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금' 과 '비급여' 의 합계액(본인이 실제로 부담한 금액)에서 「항목별 공제금액」을 차감하고 20만원을 한도로 보상 (매년 계약해당일로부터 1년간 방문 180회 한도) [처방조제비] 처방전 1건당 '국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금' 과 '비급여' 의 합계액(본인이 실제로 부담한 금액)에서 「항목별 공제금액」을 차감하고 10만원을 한도로 보상 (매년 계약해당일로부터 1년간 처방전 180건 한도)

* 피보험자가 사망으로 인하여 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우 이 계약은 더 이상 효력이 없습니다.

▶ 통원의료비 항목별 공제금액 <표준형>

구분	공제 항목	공제금액
외래 (외래제비용 및 외래수술비 합계)	의료법 제3조 제2항 제1호에 의한 의원, 치과의원, 한의원, 의료법 제3조 제2항 제2호에 의한 조산원, 지역보건법 제7조에 의한 보건소, 지역보건법 제8조에 의한 보건의료원, 지역보건법 제10조에 의한 보건지소, 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법 제15조에 의한 보건진료소	'1만원' 과 '보상대상의료비 중 큰 금액' 20%
	의료법 제3조 제2항 제3호에 의한 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	'1만5천원' 과 '보상대상의료비 중 큰 금액' 20%
처방조제비	국민건강보험법 제42조 제2항에 의한 종합전문요양기관 또는 의료법 제3조의4에 의한 상급종합병원	'2만원' 과 '보상대상의료비 중 큰 금액' 20%
	국민건강보험법 제42조 제1항 제2호에 의한 약국, 동법 제42조 제1항 제3호에 의한 한국회귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약품업 예외지역에서 약사의 직접조제 1건당)	'8천원' 과 '보상대상의료비 중 큰 금액' 20%



■ (무)실손의료비보장특약 갱신에 관한 사항

▶ 경과기간별 실손의료비 담보 갱신보험료

경과 년수	나이	표준형		종합보장형	
		연령증가만 반영 보험료	연령증가+ 위험률5%상승 보험료	연령증가+ 위험률10%상승 보험료	
(최초)1년	0세		19,820원		
2년	1세	15,190원	15,950원	16,709원	
3년	2세	12,280원	13,539원	14,859원	
4년	3세	10,490원	12,143원	13,962원	
5년	4세	9,170원	11,146원	13,426원	
6년	5세	8,160원	10,414원	13,142원	
15년	14세	5,490원	10,870원	20,848원	
(재가입)16년	15세	6,010원	12,494원	25,105원	

- * 갱신시 보험요율이 변동될 경우 갱신시점의 보험료는 상기예시와 달라질 수 있습니다.
- * 상기 보험은 1년만기 순수보장형 상품으로 해지환급금이 발생하지 않습니다.
- * 보험기간(1년), 보험료 변경주기(1년), 보장내용변경주기(15년)입니다.
- * 표준형(공제비율 20%), 선택형(공제비율 10%)

▶ 위험률 최대 인상가능폭 25%가정시 경과기간별 보험료 변동내역

구분	1세	2세	3세	4세	5세	6세
표준형 연령증가+						
종합보장형 위험률 25%	18,988원	19,188원	20,488원	22,388원	24,902원	27,924원

■ 보험료 비교

* 산출기준(예시) : 남자,비위험, 가입연령 40세, 종합보장형(입원의료비 5,000만원, 통원의료비 30만원(외래20만원,처방조제 10만원))

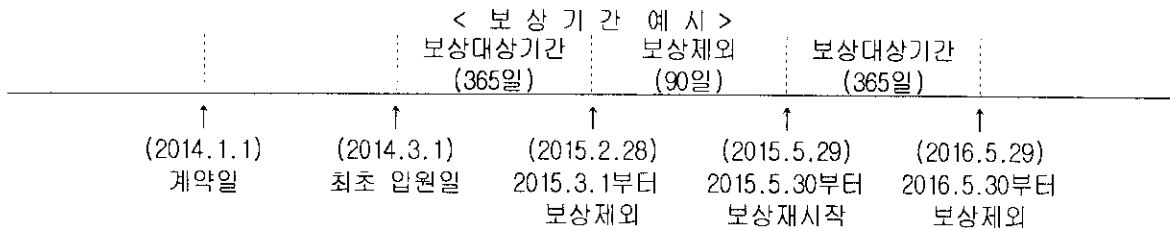
경과년수	특약상품 - 표준형 (공제비율 20%)		단독상품- 표준형 (공제비율 20%)	
	보험료	총납입 보험료	보험료	총납입 보험료
(최초) 1년	11,800원	141,600원	11,880원	142,560원
2년	11,360원	277,920원	11,440원	279,840원
3년	11,640원	417,600원	11,720원	420,480원
4년	12,050원	562,200원	12,130원	566,040원
5년	12,620원	713,640원	12,700원	718,440원
6년	13,300원	873,240원	13,380원	879,000원
15년	20,430원	2,724,240원	20,560원	2,741,880원
(재가입)16년	22,550원	2,994,840원	22,690원	3,014,160원

- * 상기 보험료 및 총납입 보험료는 연령증가만 반영하여 작성되었습니다.
- * 상기 예시된 보험료는 남자 40세 기준의 보험료이므로 장수용으로만 사용하시기 바랍니다.

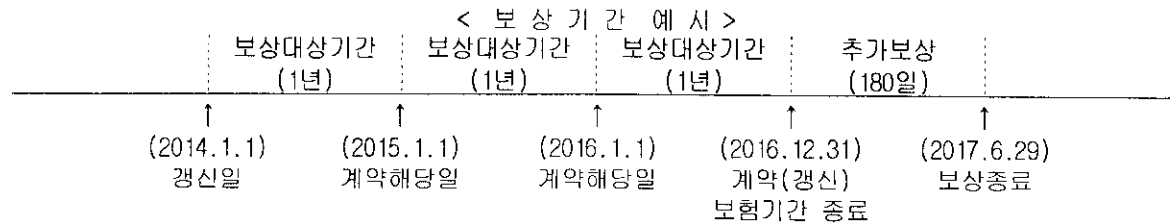
■ (무)실손의료비보장특약 가입시 유의사항

* 아래 내용 중 상해보장형은 질병관련 내용/질병보장형은 상해관련 내용을 제외합니다.

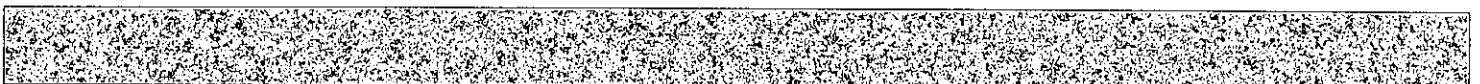
- ① 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상을 포함하나, 세균성 음식물 중독과 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 상해에 포함되지 않습니다.
- ② 청약서상 '계약 전 알릴의무'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말함)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다.
- ③ 피보험자가 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용받지 못하는 경우에는 입원의료비 및 통원의료비 ('국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙'에 따라 보건복지부장관이 정한 급여 및 비급여의료비 항목에 한함) 중 본인이 실제로 부담한 금액(통원의료비의 경우 항목별 공제금액을 차감한 금액)의 40% 해당액을 보상합니다.(단, 입원의료비의 경우 하나의 상해당 또는 하나의 질병당 각각 5,000만원을 한도로 하며, 통원의료비 중 외래의 경우 1회당 20만원, 처방조제비의 경우 1건당 10만원을 한도를 각각의 최고한도로 합니다.)
- ④ 회사는 하나의 상해(동일 상해로 2회 이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 상해로 봄), 또는 하나의 질병(의학상 관련이 있다고 의사가 인정하는 질병은 동일한 질병으로 간주하며, 동일한 질병으로 2회 이상 치료를 받는 경우에는 이를 하나의 질병으로 봄)으로 인한 입원의료비를 최초 입원일로부터 365일까지(최초 입원일을 포함) 보상합니다.(다만, 최초 입원일로부터 365일을 넘어 입원할 경우에는 아래의 예시와 같이 90일간의 보상제외 기간이 지났거나, 하나의 질병 또는 상해로 인한 입원이라도 입원의료비가 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 동일한 사유로 재입원한 경우, 질병의 경우에는 새로운 질병으로 보고 상해의 경우에는 최초 입원한 것과 동일한 기준으로 보아 다시 보상합니다.)



- ⑤ 특약이 갱신되어 하나의 질병 또는 하나의 상해로 인한 입원이 갱신 전후에 계속되는 경우, 갱신 전후에 계속되는 총 입원을 기준으로 그 지급금액 및 지급한도 등을 적용합니다.
- ⑥ 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 특약의 보험기간이 끝나더라도 그 계속 중인 입원에 대하여는 특약의 보험기간 종료일로부터 180일까지(보험기간 종료일은 제외) 보상합니다.(단, 이 경우 ④항은 적용하지 않으며, 자동갱신 또는 재가입의 경우 종전계약의 보험기간 연장으로 간주하여 ④항을 적용함))
- ⑦ 하나의 질병이란 발생 원인이 동일한 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병을 포함)을 말하며 또한 질병의 치료 중에 발생된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되거나 의학상 관련이 없는 여러 종류의 질병을 갖고 있는 상태에서 입원한 때에도 하나의 질병으로 간주합니다.
- ⑧ 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 특약의 보험기간이 끝나더라도 그 계속 중인 통원 치료에 대하여는 보험기간 종료일로부터 180일 이내에 외래는 방문 90회, 처방조제비는 처방전 90건을 한도로 보상합니다.(단, 특약의 자동갱신 또는 재가입의 경우 종전계약의 보험기간 연장으로 간주합니다.)



- ⑨ 하나의 질병(의학상 관련이 있다고 의사가 인정하는 질병은 동일한 질병으로 간주하며, 동일한 질병으로 2회 이상 치료를 받는 경우에는 이를 하나의 질병으로 봄) 또는 하나의 상해(동일 상해로 2회 이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 상해로 봄)로 인해 하루에 같은 치료를 목적으로 의료기관에 2회 이상 통원치료시(하나의 질병 또는 하나의 상해로 약국을 통한 2회이상의 처방조제를 포함함) 1회의 외래 및 1건의 처방조제로 간주합니다.(이 경우 외래의 공제금액은 더 큰 금액을 적용합니다.)



■ (무)실손의료비보장특약 가입시 유의사항

* 아래 내용 중 상해보장형은 질병관련 내용/
질병보장형은 상해관련 내용을 제외합니다.

- ⑩ 피보험자가 병원 또는 약국의 직원복리후생제도에 의하여 납부할 의료비를 감면받은 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 입원의료비 및 통원의료비를 계산합니다.
- ⑪ 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(특약이 갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보상합니다.
(“청약일 이후 5년이 지나는 동안”이라 함은 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.)
- ⑫ 특약의 갱신
 - 이 특약의 보험기간은 1년 만기 갱신으로 합니다.
 - 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 보장내용 변경주기 만료일로 합니다. 다만, 보장내용 변경주기 만료일이 주계약의 보험기간 만료일 이후인 경우에는 주계약의 보험기간 만료일로 하며, 주계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 100세 계약해당일 이후인 경우에는 100세 계약해당일의 전일로 합니다. 또한 이 계약의 보험기간 만료일이 피보험자의 100세 계약해당일의 전일과 같거나 제5항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일과 같은 경우에는 이 계약을 갱신할 수 없습니다.
 - 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. (다만, 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 특약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.)
 - 갱신계약에 대하여는 갱신일 현재의 보험료율(상해입원형, 상해통원형의 경우에는 피보험자의 직업 또는 직무 위험등급에 따라 산출된 보험료율을 말함)을 적용하고, 그 보험료율은 나이의 증가, 의료수가의 변동, 위험률의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.
 - 보험료 또는 약관이 변경되는 경우에는 이 특약의 보험기간 종료일 30일 전까지 계약자에게 관련 내용을 서면(등기우편) 또는 전화(음성녹취)로 안내합니다.
- ⑬ 특약의 재가입

【재가입 가능조건】

- I. 재가입일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 보험계약 당시 정한 나이의 범위 내일 것
- II. 재가입 전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
- III. 계약자가 재가입일 전일까지 재가입 의사를 표시할 것

- 상기 재가입 가능조건을 충족하고 계약자가 보장내용 변경주기 만료일전까지 재가입 의사를 표시한 때에는 계약자는 기존 계약 만료일의 다음날로 재가입할 수 있습니다.
- 특약의 자동갱신종료 후 재가입하는 경우 계약자는 재가입 시점에서 회사가 판매하는 실손의료보험 상품 중 선택하여 가입 가능합니다. (다만, 가입조건이 변경되어 회사가 인수하는 위험이 증가된 경우 회사는 재가입 시점의 인수기준에 따라 심사를 할 수 있으며, 인수거절사에도 계약자는 기존 특약과 동일한 가입조건외 보험계약으로 재가입이 가능함)
- 회사는 이 보험의 최초계약 체결시 계약자에게 보장내용 변경주기 만료일 이후 재가입시 인수조건(재가입가능 최고연령 등)을 설명하고, 보장범위 및 자기부담금 등이 재가입 시점의 관련 법령, 금융위원회의 명령, 표준약관 등에 따라 변경될 수 있음을 안내하여야 합니다.
- 회사는 특약의 변경주기 만료일 이전까지 2회에 걸쳐 계약자에게 재가입요건, 보장내용 변경내역, 보험료수준, 재가입 절차 및 재가입 의사 여부 확인을 위한 내용을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하고, 재가입일 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 재가입하지 않는 것으로 봅니다.

⑭ 다수보험 처리

- 다수보험의 경우 각 계약의 보상대상의료비 및 보상책임액에 따라 비례분담액 산출방법에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.
- 비례분담하여 지급된 각 계약의 보상책임액 합계액은 각 계약의 보상대상의료비 중 최고액을 보상최고한도로 합니다.
- 각 계약의 보상책임액 합계액이 각 계약의 보상대상의료비 중 최고액을 초과한 다수보험은 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 다수보험 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다. [이 경우 입원의료비, 통원의료비(외래), 통원의료비(처방조제)를 각각 구분하여 계산합니다.]

< 비례분담액 계산 예시 >

$$\text{각 계약별 비례분담액} = \text{각 계약의 보상대상 의료비 중 최고액} \times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약의 보상책임액의 합계액}}$$

- 2009년 10월 1일 이후에 신규로 체결된 다수보험의 경우 수익자는 보험금 전부 또는 일부의 지급을 다수계약이 체결되어 있는 회사 중 한 회사에 청구할 수 있고 청구를 받은 회사는 해당 보험금을 계약의 보험가입금액 한도 내에서 지급합니다.

■ 보장하지 않는 사항

* 아래 내용 중 상해보장형은 질병관련 내용/
질병보장형은 상해관련 내용을 제외합니다.

- 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 의료비는 보상하지 않습니다. (질병보장형의 경우 ④항은 제외합니다)
 - 보험수익자의 고의로 피보험자를 해친 경우(다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 그 수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자에게 지급함)
 - 계약자의 고의로 피보험자를 해친 경우
 - 피보험자의 고의로 피보험자를 해친 경우(다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상함)
 - 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함), 산후기로 입원한 경우(그러나, 회사가 보상하는 상해로 인한 경우는 보상함)
 - 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
 - 피보험자가 정당한 이유없이 의사의 지시를 따르지 않은 때에 그로 인하여 악화된 부분

- 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 생긴 상해에 대하여는 보상하지 않습니다.
 - 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말함), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
 - 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는동안 발생한 상해는 보상함)
 - 선박승무원, 어부, 사공, 그 밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승

- 한국표준질병사인분류(KCD)에 있어서 아래의 질병 입원 및 통원 의료비에 대하여는 보상하지 않습니다.

- 정신과질환 및 행동장애(F04~F99)
- 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
 - * 습관성 유산자 : N96
 - * 여성 불임증 : N97
 - * 인공 수정과 관련된 합병증 : N98
- 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(000~099)
- 선천성 뇌질환(Q00~Q04)
- 비만(E66)
- 비뇨기계 장애(N39, R32)
 - * 비뇨기계통의 기타장애 : N39
 - * 상세불명의 요실금 : R32
- 직장 또는 항문질환 중 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 부분(I84, K60~K62)

직장 또는 항문질환

분류번호

직장 또는 항문질환

분류번호

○ 치질

I84

○ 항문 및 직장부의 고름집(농양)

K61

○ 항문 및 직장부의 열구 및 셋길(누공)

K60

○ 항문 및 직장의 기타질환

K62

- 아래의 의료비에 대하여는 보상하지 않습니다.

- 치과치료, 한방치료에서 발생한 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 비급여 의료비
- 국민건강보험법상 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 의해 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제)
- 의료급여법상 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 의해 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(의료급여법상 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)
- 건강검진, 예방접종, 인공유산(다만, 회사가 보상하는 질병 또는 상해의 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상)
- 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 비용 등에 소요된 비용 (다만, 회사가 보상하는 보상담보의 치료를 목적으로 하는 경우 보상)

■ 보장하지 않는 사항

* 아래 내용 중 상해보장형은 질병관련 내용/
질병보장형은 상해관련 내용을 제외합니다.

(6) 아래에 열거된 치료로 인하여 발생한 의료비

가. 단순한 피로 또는 권태

나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 탈기코(주사비), 점(모반), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
다. 발기부전(impotence), 불감증, 단순 코골음, 단순포경(phimosi), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙

제9조 제1항 ([별표2] 비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환

(7) 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및
대체비용(다만, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우에는 제외)

(8) 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비

가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등

나. 사시교정, 안외격리증의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술

다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술

라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

마. 그 외 외모개선 목적의 치료로 건강보험 비급여대상에 해당하는 치료

(9) 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비

(10) 자동차보험(공제를 포함) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비

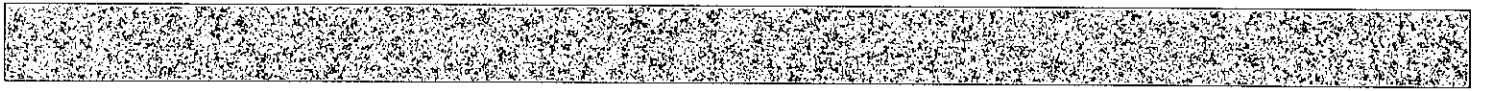
(다만, 본인부담의료비는 당보종목별 보장내용에 따라 보상)

(11) 인간면역바이러스(HIV)감염으로 인한 치료비(다만, 의료법에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한
HIV감염은 해당진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제외)

(12) 국민건강보험법 제42조의 요양기관이 아닌 해외 소재 의료기관에서 발생한 의료비

■ 관련 용어 정의

용어	정의
입원	의사가 보험대상자의 질병 또는 상해로 인하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 병원, 의료기관 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관에 입실하여 의사의 관리를 받으며 치료에 전념하는 것
(입원의 정의 중) 이와 동등하다고 인정되는 의료기관	보건소, 보건의료원 및 보건지소 등 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 의료기관에 준하는 의료기관으로서 군의무대, 치매요양원, 노인요양원 등에 속해 있는 요양원, 요양시설, 복지시설 등과 같이 의료기관이 아닌 곳은 이에 해당되지 않음
기준병실	병원에서 국민건강보험 환자의 입원시 적용하는 기준이 되는 병실
입원실료	입원치료 중 발생한 기준병실 사용료, 환자관리료, 식대 등을 말함
입원제비용	입원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 재료대, 캐스트료, 지정진료비 등을 말함
입원수술비	입원치료 중 발생한 수술료, 마취료, 수술재료비 등을 말함
입원의료비	입원실료, 입원제비용, 입원수술비, 상급병실료 차액으로 구성됨
통원	의사가 피보험자의 질병 또는 상해로 인하여 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서, 병원에 입원하지 않고 병원을 방문하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것
처방조제	의사 및 약사가 피보험자의 질병 또는 상해로 인하여 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서, 통원으로 인하여 발행된 의사의 처방전으로 약국의 약사가 조제하는 것을 말함(국민건강보험법 제40조 제1항 제3호에 의한 한국회귀약품센터에서의 처방조제 및 의약분업예외지역에서 약사의 직접조제 포함)
외래제비용	통원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 재료대, 캐스트료, 지정진료비 등을 말함
외래수술비	통원치료 중 발생한 수술료, 마취료, 수술재료비 등을 말함
처방조제비	병원 의사의 처방전에 따라 조제되는 약국의 처방조제비 및 약사의 직접조제비를 말함
요양급여	국민건강보험법 제39조(요양급여)에 의한 가입자 및 피부양자의 질병 / 부상 등에 대한 다음 각 호의 요양급여를 말함 1. 진찰 / 검사 2. 약제 / 치료재료의 지급 3. 처치 / 수술 기타의 치료 4. 예방 / 재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송
의료급여	의료급여법 제7조(의료급여의 내용 등)에 의한 가입자 및 피부양자의 질병 / 부상 등에 대한 다음 각 호의 의료급여를 말함 1. 진찰 / 검사 2. 약제 / 치료재료의 지급 3. 처치 / 수술 기타의 치료 4. 예방 / 재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송과 그 밖의 의료목적의 달성을 위한 조치
국민건강보험상 본인부담금 상한제	국민건강보험법 상 요양급여 중 연간 본인부담금 총액이 국민건강보험법시행령 별표3에서 정하는 금액을 넘는 경우에 그 초과한 금액을 공단에서 부담하고 있는 제도를 말하며, 국민건강보험 관련 법령의 변경에 따라 환급기준이 변경될 경우에는 회사는 변경되는 기준에 따름
의료급여법상 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제	의료급여법상 의료급여 중 본인부담금이 의료급여법 시행령 제13조(급여비용의 부담)에서 정하는 금액을 넘는 경우에 그 초과한 금액을 의료급여기금 등에서 부담하고 있는 제도를 말하며, 의료급여 관련 법령의 변경에 따라 환급기준이 변경될 경우에는 회사는 변경된 기준에 따름
다수보험	실손 의료보험계약(우채국보험, 각종 공제, 상해 / 질병 / 간병보험 등 제3보험, 개인연금 / 퇴직보험 등 의료비를 실손으로 보상하는 보험·공제계약을 포함)이 동시에 또는 순차적으로 2개 이상 체결되었고, 그 계약이 동일한 보험사고에 대하여 각 계약별 보상책임액이 있는 다수의 실손 의료보험계약을 말함
보상대상의료비	피보험자가 실제로 부담한 의료비 - 보상제외금액
보상책임액	보상대상의료비 × 회사부담비율



■ 관련 용어 정의

용어	정 의
종합전문 요양기관	매 3년마다 신청하는 모든 종합병원을 대상으로 평가를 실시하며, 시설·장비·의료인수·교육기능·의료서비스수준 등 인프라 외 중증질환 진료실적(60%), 의료인력(30%), 교육기능(10%)에 대한 상대평가를 통하여 중증환자 진료의 실질적인 경쟁력을 갖춘 병원이 종합전문요양기관으로 선정됨 (現 44개 종합병원이 종합전문요양기관으로 선정됨)
병원·치과병원 ·한방병원	의사·치과의사 또는 한의사가 각각 의료를 행하는 곳으로서, 입원환자 30명 이상을 수용할 수 있는 시설을 갖추고 주로 입원환자에게 의료를 행할 목적으로 개설하는 의료기관(다만, 치과병원은 입원시설의 제한을 받지 않음)
의원·치과의원 ·한의원	의사·치과의사 또는 한의사가 각각 의료를 행하는 곳으로서, 진료에 지장이 없는 시설을 갖추고 주로 외래 환자에게 의료를 행할 목적으로 개설하는 의료기관

■ 보험료 할인에 관한 사항

- ① 갱신계약 할인 : 갱신직전 보험기간 동안 보험금의 지급사유가 발생하지 않은 경우 갱신계약 영업보험료의 10% 할인
- ② 의료급여 수급권자 할인 (* 본인부담금 보상제와 본인부담금 상한제를 적용하여 보험금을 지급합니다.)
 - * 적용대상 : 계약자 또는 피보험자가 계약 청약시 또는 보험기간 중에 피보험자가 의료급여법상 의료급여 수급권자임을 증명할 수 있는 서류를 제출한 경우에 한하여 적용하여 드립니다.
 - * 보험료 할인 : 피보험자가 수급권자 자격취득일(수급권자 자격취득일이 계약일 이전이면 계약일)로부터 영업보험료의 5%를 할인하여 드립니다. 다만, 피보험자가 수급권자의 자격을 상실한 경우에는 회사는 수급권자의 자격을 상실한 날로부터 할인되지 않은 영업보험료를 적용합니다.
 - * 수급권자 : 의료급여법 제3조(수급권자)에 해당하는 자

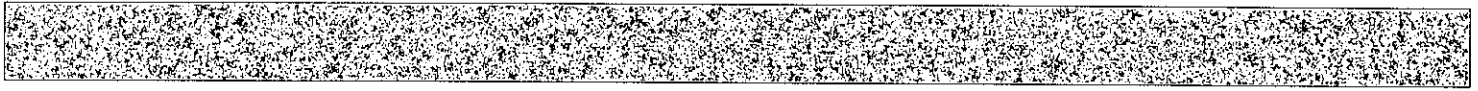
■ (무)실손의료비보장특약 해지환급금 예시

경과기간	나 이	납입보험료 누계 (A)	해지환급금(원)	환급률(%)
3개월	0세	59,460	0	0.00
6개월	0세	118,920	0	0.00
9개월	0세	178,380	0	0.00
1년	0세	237,840	0	0.00
2년	1세	420,120	0	0.00
3년	2세	567,480	0	0.00
4년	3세	693,360	0	0.00
5년	4세	803,400	0	0.00
6년	5세	901,320	0	0.00
7년	6세	989,160	0	0.00
8년	7세	1,068,480	0	0.00
9년	8세	1,141,920	0	0.00
10년	9세	1,212,120	0	0.00
11년	10세	1,279,800	0	0.00
12년	11세	1,345,320	0	0.00
13년	12세	1,409,520	0	0.00
14년	13세	1,473,960	0	0.00
15년	14세	1,539,840	0	0.00

- * 상기 예시는 (무)실손의료비보장특약(갱신형)의 최초가입시점의 적용기초율(보험료산출시 적용한 이율, 위험율, 계약체결비용 및 계약관리비용) 및 의료수가를 기준으로 나이 증가분만을 고려한 보험료를 기초로 한 것으로서 향후 갱신시점의 적용기초율(보험료산출시 적용한 이율, 위험율, 계약체결비용 및 계약관리비용) 및 의료수가 변동에 따라 달라질 수 있습니다.
- * (무)실손의료비보장특약(갱신형)은 보험기간이 1년만기 갱신형으로 해지환급금이 없습니다.

경과기간	나이	납입보험료(원)	해지환급금(원)	환급률(%)
3개월	0세	126,900	0	0.00
6개월	0세	253,800	0	0.00
9개월	0세	380,700	0	0.00
1년	1세	507,600	0	0.00
2년	2세	957,600	155,029	16.18
3년	3세	1,407,600	555,743	39.48
4년	4세	1,857,600	965,957	52.00
5년	5세	2,307,600	1,385,571	60.04
6년	6세	2,757,600	1,814,286	65.79
7년	7세	3,207,600	2,251,300	70.18
8년	8세	3,657,600	2,606,200	71.25
9년	9세	4,107,600	2,975,400	72.43
10년	10세	4,557,600	3,358,200	73.68
15년	15세	6,807,600	5,499,500	80.78
20년	20세	9,057,600	8,098,100	89.40
25년	25세	11,307,600	11,161,900	98.71
30년	30세	13,557,600	14,808,000	109.22
35년	35세	13,557,600	17,083,200	126.00
40년	40세	13,557,600	19,627,100	144.76
45년	45세	13,557,600	22,362,800	164.94
50년	50세	13,557,600	25,115,600	185.25
55년	55세	13,557,600	27,589,500	203.49
60년	60세	13,557,600	29,579,300	218.17
65년	65세	13,557,600	30,870,900	227.70
70년	70세	13,557,600	30,472,700	224.76
75년	75세	13,557,600	28,189,700	207.92
80년	80세	13,557,600	23,617,600	174.20
85년	85세	13,557,600	18,806,500	138.71
90년	90세	13,557,600	14,482,900	106.82
100년	100세	13,557,600	6,750,000	49.78

- * 상기 해지환급금은 주계약 및 선택특약을 포함한 금액입니다. 다만, 순수보장형 특약의 경우에는 만기시점에 보험료를 환급하여 드리지 않습니다.
- * 이 보험계약을 중도 해지할 경우 해지환급금은 납입한 보험료에서 경과된 기간의 위험보험료, 계약체결비용(해지공제액 포함) 및 계약관리비용 등이 차감되므로 납입보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다.
- * 만기시 해지환급금은 주계약의 만기환급금이 포함된 금액입니다.
- * 이 보험의 보험료 산출시 적용한 이율은 연복리 3.75%입니다.
- * 태아 가입시 해지환급금은 피보험자 남자 0세를 기준으로 적용되었으므로, 태아 출생 후 피보험자의 성별이 여자일 경우 해지환급금은 상기 예시한 해지환급금과 다를 수 있습니다.
- * (무)실손의료비보장특약에 대한 납입보험료 누계 및 해지환급금은 제외된 예시이며, 가입하신 경우 해당 금액은 이전 페이지를 참조해주시기 바랍니다



- * 선납은 당월분 제외 6개월분 이하의 보험료 선납만 가능하며, 선납 후 취소불가합니다. (단, 미도래된 선납보험료는 반환)
- * 선납할인 요건 : 만 3개월분 이상의 보험료를 선납시 할인
(선납 1회차 보험료가 만 1개월미만 선납인 경우 4개월분 이상 선납시 할인 가능)
- * 선납 할인을 : 표준이율(계약체결 시점)로 연복리적용 할인 (단, 갱신행특약의 갱신키율은 갱신키율표준이율 적용)

- * 할인대상 : (1) 계약자가 장애인복지법 제32조(장애인의 등록)의 규정에 의하여 관할 특별자치도지사, 시장, 군수 또는 구청장에게 등록된 장애인 중 장애인복지법 시행규칙 제2조(장애인의 장애등급 등)에 규정한 장애로 장애등급 제1급 내지 제3급에 해당하는 장애인일 경우
(2) 계약자가 (1)의 장애인 가족에 해당하는 자(장애인의 배우자, 장애인의 직계 존·비속)로서, 주민등록상 함께 거주하는 자일 경우
- * 제출서류 : 복지카드(구 장애인등록증), 주민등록등본 등 (계약자가 장애인의 가족일 경우), 당사신청서
- * 적용시기 : 주계약 보장개시일 이후에 장애인가족우대특약의 할인대상에 해당되는 경우 구비서류 제출일 이후 입력분부터 할인 적용
- * 할인금액 : 주계약 보험료(특약보험료 제외)의 5% 할인(다만, 제2회 이후의 보험료부터 적용)

- * 적용범위 : 주계약에서 25세 이하인 자를 피보험자로 하는 계약 중 사망을 보험금 지급 사유로 하지 않는 경우 [다만, 피보험자가 2인 이상 복수인 경우 그 중 1인 이상이 해당되는 경우도 포함]
- * 할인조건 : 주계약 피보험자의 "가족관계의등록등에관한법률" 에서 정한 가족관계등록부상 또는 주민등록상 주계약 피보험자와 동일한 부모를 두고 있는 자[피보험자 본인 포함]가 2명 이상인 경우
- * 할인금액
(1) 주계약 피보험자와 동일한 부모를 두고 있는 자[피보험자 본인 포함]가 2명인 경우 : 주계약보험료(특약보험료 제외)의 0.5% 할인 (다만, 제2회 이후의 보험료부터 적용)
(2) 주계약 피보험자와 동일한 부모를 두고 있는 자[피보험자 본인 포함]가 3명인 경우 : 주계약보험료(특약보험료 제외)의 1.0% 할인 (다만, 제2회 이후의 보험료부터 적용)
- * 제출서류 : 당사신청서, 신분증(가족관계등록등본, 주민등록등본, 기타 회사가 인정하는 "다자녀가정" 임을 증명할 수 있는 서류 등)
※ 태아의 경우, 당사에 태아등재를 한 경우에 한하여 동일한 부모의 자녀로 인정하여 드립니다.
- * 적용시기 : 서류제출 이후 최초로 납입하는 보험료부터 해당 할인 적용

- * 할인대상 : 국민기초생활보장법 상의 국민기초생활수급자일 경우
- * 할인금액 : 주계약 보험료(특약보험료 제외)의 5% 할인 (다만, 제2회 이후의 보험료부터 적용)
- * 제출서류 : 할인등록신청서(당사양식), 신분증, 국민기초생활수급자 증명서
- * 제출방법 : 가까운 신한생명 지점에 내방하여 접수 (팩스본, 사본 접수 불가)
- * 적용시기 : 서류제출 이후 최초로 납입하는 보험료부터 해당 할인 적용

* 이 보험의 월납 초회 영업보험료의 1%에 해당하는 금액을 기금으로 조성하여 매년 말 어린이 관련 단체에 기부할 수 있습니다.

- * 세액공제 혜택 : 근로자가 기본공제 대상자를 피보험자로 하여 이 보험에 가입한 경우에는 당해년도에 납입하신 보장정보료에 대해서 年 100만원 이내의 12%(최대 12만원)까지 세액공제 혜택을 받으실 수 있습니다.

※세제혜택 내용은 향후 관련 세법개정에 따라 변경 적용 될 수 있으므로, 자세한 내용은 관련 세법을 참고하시기 바랍니다.

- * 이 상품은 무배당 상품으로 배당이 없는 대신 배당 상품과 비교하여 보험료가 저렴합니다.

- * 계약자 또는 피보험자께서는 보험계약 청약서에 보험상품명, 보험기간, 보험료, 납입기간, 피보험자 등을 반드시 확인하시고 보험상품 내용을 설명 받으시기 바랍니다.

- * 보험계약 청약시 청약서에 질문한 사항(계약전 알릴 의무 사항)에 대하여 사실대로 알려야하며(청약서에 기재), 청약서 상의 자필서명란에 반드시 본인의 자필서명을 하셔야 합니다. 그렇지 않은 경우 보험금의 지급이 거절되거나 계약이 무효나 해지로 처리될 수 있습니다. 단, 전화를 이용하여 가입할 경우 녹취로 자필서명을 대신할 수 있습니다.

- * 청약철회 : 보험계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 청약을 철회할 수 있으며, 이 경우 3일 이내에 납입한 보험료를 돌려드립니다. 단, 진단계약, 단체(취급)계약, 보험기간이 1년 미만인 계약 또는 청약을 한 날부터 30일을 초과한 경우에는 청약을 철회할 수 없습니다. 청약철회 기간내에 청약철회를 하는 경우 납입한 보험료 전액을 돌려받으실 수 있습니다.

- ※ 청약을 철회할 당시에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유의 발생사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.

- * 이 보험계약은 예금자보호법에 따라 예금보험공사가 보호하되, 보호 한도는 본 보험회사에 있는 귀하의 모든 예금보호대상 금융상품의 해지환급금(또는 만기시 보험금이나 사고보험금)에 기타지급금을 합하여 1인당 "최고 5천만원"이며, 5천만원을 초과하는 나머지 금액은 보호하지 않습니다. 단, 보험계약자 또는 보험료 납부자가 법인이면 보호되지 않습니다.

- 주계약 -

- * 보험료 납입기간 중 피보험자가 암(단, 「백혈병·골수암」 포함, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양 및 갑상선암 제외)으로 진단 확정되거나 장해분류표중 동일한 재해 또는 재해이외의 동일한 원인으로 여러 신체부위의 장해지급률을 더하여 50%이상인 장해 상태가 되었을 때에는 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.

(다만, 보험료의 납입이 면제된 경우 보험료 납입기간 종료일까지 보험료가 납입된 것으로 간주하여 만기환급금의 이미 납입한 주계약보험료를 계산합니다.)

- 선택특약 -

- * 주계약 보험료 납입이 면제된 경우 차회 이후의 특약 보험료 납입면제

(단, (무)실손의료비보장특약[갱신형]의 경우 주계약의 보험료납입이 면제되더라도, 이 특약은 보험료의 납입을 면제하지 않음)

- 주계약 -

- * 피보험자가 사망시에는 사망 당시의 책임준비금을 지급하고 그때부터 이 계약은 효력이 없습니다.

- 선택특약 -

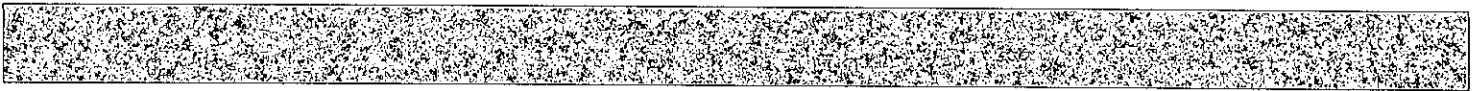
- * 주계약의 해지(解止), 기타 사유에 의하여 효력을 갖지 않게 된 경우

- ※ 다만, 주계약의 보험금 지급으로 인하여 주계약이 소멸하는 경우 또는 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함)에는 제외

- * 피보험자가 사망하여 주계약이 효력을 효력을 갖지 않게 된 경우

- ※ 단, 피보험자가 사망하였을 경우에는 사망당시의 책임준비금을 지급하고 계약 소멸합니다.

(단, (무)실손의료비보장특약[갱신형]의 경우 주계약이 사망으로 소멸되었을 때는 같이 효력을 상실합니다.)



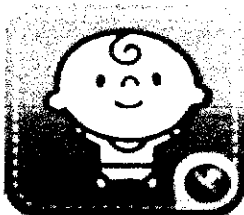
보험료지수

구분	상품명	보험기간	납입기간	보험료지수(%)		
				남(5세)	여(5세)	가입금액 (만원)
주계약	(무)신한아이사랑보험BIGII 실손플랜 - 50%환급형 -	25	10	139.8	148.6	1,000
선택 특약	(무)주산기질환통원특약	1	1	155.6	162.5	1,000
선택 특약	(무)주산기질환수술특약	1	1	150.0	150.0	1,000
선택 특약	(무)주산기질환입원특약	1	1	163.6	160.0	1,000
선택 특약	(무)주요선천이상진단특약	1	1	166.7	166.7	1,000
선택 특약	(무)실손의료비보장특약(갱신형) 질병보장형 표준형(80%)	1	1	136.1	136.6	5,000
선택 특약	(무)실손의료비보장특약(갱신형) 상해보장형 표준형(80%)	1	1	143.5	135.9	5,000

* 보험료지수란, 해당상품의 보험료(보청금 지급을 위한 보험료 및 보험회사의 사업경비 등을 위한 보험료)가 참조순보험료(표준이율 및 참조순보험요율을 적용하여 계산한 순보험료)에 대비한 수준을 나타내는 지수를 의미합니다.

신한생명 '사랑해! 우리아가' App을 다운받아 보세요!

사랑해! 우리아가



우리 아가와 사랑의 교감을 나누는 방법!!

- ♡ 향기태교라고 들어보셨어요?
- ♡ 남편은 어떻게 태교를 도와줄 수 있을까요?
- ♡ 개월수 별로 태교에 좋은 음식은 무엇일까요?
- ♡ 태당이 힘들다면 동화태교는 어떠세요?



신한생명
<사랑해!우리아가>
App에서 모든것을
알려드립니다~

※ 스마트폰 [안드로이드(Play 스토어), iOS(App Store)] 에서 '사랑해 우리아가' 를 조회해보세요.