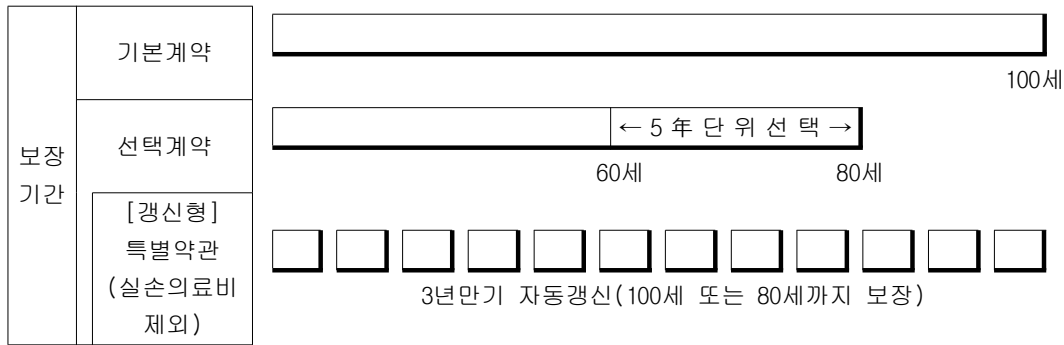


# 무배당 삼성화재 통합보험 NEW 슈퍼플러스(1501) 라이프+ 상품요약서

## ● 문답식 상품해설 (Q & A)

Q1) 이 상품의 특징에 대하여 설명해 주세요.

A1) 무배당 삼성화재 통합보험 NEW 슈퍼플러스(1501) 라이프+ 는 암 등 고액치료비가 소요되는 질병진단비, 크고 작은 질병이나 사고로 인한 치료비는 물론 불의의 사고 또는 질병으로 인한 사망·후유장해를 중점 보장하는 상품입니다. 특히, 꼭 필요한 보장만! 꼭 필요한 만큼! 개인의 Life-Cycle에 맞게 보장기간을 선택할 수 있는 맞춤형 상품입니다.





☞ 특히, [갱신형] 특별약관(실손의료비 제외)은 보험기간이 3년만기(전기납)로,

1. 최초 가입후 3년마다 갱신을 통해 보험나이 최고 100세 또는 80세 계약해당일 까지 보장하는 특별약관입니다.
2. [갱신형]특별약관(실손의료비 제외)의 보험료(이하 「갱신보험료」라 함)는 매 3년마다 나이증가 및 적용요율의 변동(위험률 변동 등)에 따라 보험료가 변동되며, 보험나이 100세 또는 80세까지 보험료를 납입하셔야 계약이 정상 유지됩니다.



**Q2) 무배당 삼성화재 통합보험 NEW 수퍼플러스(1501)의 연계가입에 대하여 설명해 주세요.**

A2) 무배당 삼성화재 통합보험 NEW 수퍼플러스(1501)는 라이프+ 외에 보장특성별 아래와 같이 구성되어 있으며, 약관에서 정한 연계가입 기준에 따라 서로 다른 종목을 2개 이상 가입하는 경우 약관/청약서/보험증권 등을 통합하여 제공합니다.

라이프+	케어+	리빙+
		
<ul style="list-style-type: none"> <li>· 상해/질병 사망 및 후유장해</li> <li>· 상해/질병 사망 가족생활지원금</li> <li>· 상해 입원일당</li> <li>· [갱신형] 질병 입원일당</li> <li>· [갱신형] 암 진단비</li> <li>· [갱신형] 중대한 질병치료비</li> <li>· [갱신형] 실손의료비 등</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 상해 사망 및 후유장해</li> <li>· 상해 고도/중증케어 생활자금</li> <li>· 질병 고도/중증케어 생활자금</li> <li>· 고도케어 주택개조지원금</li> <li>· 질병 사망 선지급형 장기요양지원금 등</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 교통상해 사망 및 후유장해</li> <li>· 골절진단비, 강력범죄위로금</li> <li>· 운전자 벌금, 교통사고처리지원금</li> <li>· 화재손해, 도난손해</li> <li>· 가족 일상생활중 배상책임</li> <li>· 법률비용손해 등</li> </ul>

- < 연계가입 기준 >**
- 1) 각 종목의 계약자가 동일할 것
  - 2) 각 종목의 피보험자가 동일할 것
  - 3) 각 종목의 보험수익자가 동일할 것
  - 4) 각 종목의 지정청구대리인이 동일할 것
  - 5) 각 종목의 제2회 이후 보험료 납입일, 납입방법(자동이체시 이체계좌)이 동일할 것
- ※ 기타 세부적인 내용은 반드시 약관을 참고하시기 바랍니다.

**Q3) [갱신형] 실손의료비 특별약관은 무엇이고 운용은 어떻게 되나요?**

A3) [갱신형] 실손의료비 특별약관은 표준형과 선택형 중 선택하여 가입하실 수 있으며, 최초 가입후 1년마다 갱신을 통해 최고 15년까지 보장받을 수 있습니다.

[갱신형] 실손의료비의 보험료는 매 1년마다 갱신할 때 나이증가 및 적용요율의 변동(의료비 상승, 위험률 변동 등)에 따라 인상될 수 있으며, 자동갱신이 끝나는 날까지 변경된 보험료를 납입하여야 계약이 정상 유지됩니다.

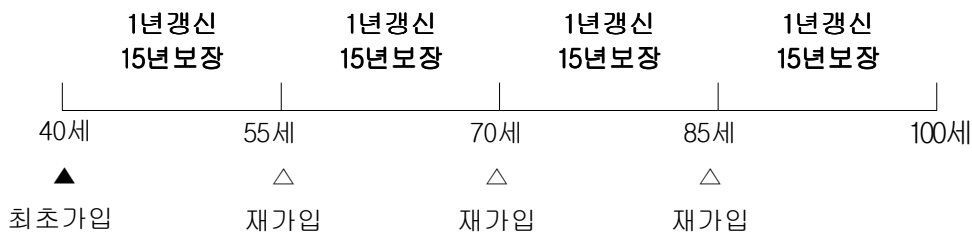
주) 표준형과 선택형 의료비의 보장내용은 「● 보험금 지급사유, 지급금액 및 지급제한사항」을 참고하세요.

**Q4) [갱신형] 실손의료비 특별약관의 자동갱신이 끝난 후에 재가입이 가능한가요? 재가입 조건은 어떻게 되나요?**

A4-1) 예, 계약자는 이 계약의 자동갱신(최고 14회)이 끝난 후에 재가입 시점에서 회사가 판매하는 실손의료비 특별약관 중에서 선택하여 재가입하실 수 있습니다. 다만, 재가입 시점의 표준약관을 적용하기 때문에 보장내용 및 보장금액 등은 변경될 수 있습니다.  
 ※ 회사는 재가입 시점의 인수기준에 따라 승낙 또는 거절할 수 있으며, 거절하는 경우에도 계약자는 재가입 직전계약과 동일한 보험계약으로 재가입 가능합니다.

A4-2) 또한, 재가입 주기(보장내용 변경주기)는 15년이며, 재가입을 통해 보장받을 수 있는 최대 기간은 보험나이 100세 계약해당일까지입니다.

< 재가입 예시 >



**Q5) 이 상품의 보장 중에 보험가입 후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생하면 50% 감액 지급하는 보장과 면책기간이 있는 보장이 있나요?**

A5) 네, 있습니다. 이 상품의 보장 중 최초 보험가입 또는 부활(효력회복) 후 면책기간이 있는 보장과 최초 보험가입 후 1년 미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급하는 보장은 다음 표와 같습니다.

보장명	최초 보험가입 또는 부활(효력회복) 후 면책 기간	최초 보험가입후 1년미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급	
<ul style="list-style-type: none"> <li>암 사망 및 고도후유장해</li> <li>[갱신형] 항암방사선 · 약물 치료비</li> </ul>	암 기타피부암, 갑상선암	90일 ×	○
<ul style="list-style-type: none"> <li>암 진단비</li> <li>[갱신형] 암 진단비</li> </ul>	암 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암, 경계성종양	90일 ×	○
<ul style="list-style-type: none"> <li>암 진단비 (부분 특정소액암 제외)</li> <li>[갱신형] 암 진단비 (부분 특정소액암 제외)</li> </ul>	암(부분 특정소액암 제외) 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암, 경계성종양	90일 ×	○

보장명		최초 보험가입 또는 부활(효력회복) 후 면책 기간	최초 보험가입후 1년미만에 보험금 지급사유발생시 50% 감액 지급
· [갱신형] 암 직접치료 입원일당 (1일이상)	암	90일	×
	기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암, 경계성종양	×	
· [갱신형] 암 최초수술비(유사암제외), [갱신형] 암(유사암제외) 수술비(3회한)		90일	○
· [갱신형] 유사암 수술비(3회한)		×	○
· [갱신형] 고액치료비암 진단비		90일	○
· 뇌출혈 진단비 · [갱신형] 뇌출혈 진단비		×	○
· 급성심근경색증 진단비 · [갱신형] 급성심근경색증 진단비		×	○
· [갱신형] 만성당뇨합병증 진단비		×	○
· [갱신형] 중대한 질병치료비		90일	○
· [갱신형] 소액 질병치료비		×	○
· [갱신형] 장기요양지원금		90일	×

주1) [갱신형] 장기요양지원금 특별약관에서 상해를 직접적인 원인으로 「장기요양상태」가 발생한 경우는 면책기간을 적용하지 않습니다.

주2) 고액치료비암 : 식도암, 췌장암, 폐암, 뇌암, 림프, 조혈 및 관련 악성신생물

주3) 부분 특정소액암 : 전립선암, 방광암

주4) 유사암 : 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암, 경계성종양

**Q6) 이 상품의 보장 중에 법령 개정으로 인해 계약내용이 변경될 가능성이 있는 보장이 있나요?**

A6-1) 네. 있습니다. 이 상품의 보장 중 [갱신형] 장기요양지원금 특별약관을 가입한 경우 「노인장기요양보험법」 및 관련 법령의 개정에 따라 장기요양상태 판정기준이 폐지되거나 보험금 지급사유에 해당하는 장기요양등급 판정이 불가능한 경우 및 기타 금융위원회의 명령이 있는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 계약내용에 상응하는 “장기요양상태”와 관련된 새로운 보장내용으로 이 계약의 내용을 변경합니다. 이 경우 보장내용, 보험가입금액 및 납입보험료 등이 변경될 수 있습니다.

A6-2) 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않는 경우 회사는 해당 특별약관의 계약내용 변경시점의 책임준비금을 지급하고, 이 계약은 더 이상 효력이 없습니다.

A6-3) 회사가 계약내용을 변경할 경우에는 지체없이 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 계약내용 변경 절차 등을 2회 이상 계약자에게 알립니다.

● 가입자격제한 등 상품의 특이사항

□ 가입자격제한

무배당 삼성화재 통합보험 NEW 슈퍼플러스(1501) 라이프+ 의 가입이 가능한 나이는 아래와 같습니다.

구 분		보험기간	납입기간	가입나이
기본 계약	· 상해 사망 및 고도후유장해	100세만기	5년납 7년납 10년납 15년납 20년납 25년납 30년납	만15세 ~ 65세
선택 계약	· 상해 후유장해 · 상해 사망 · 상해 입원일당(1일이상) · 상해 입원일당(4일이상) · 상해 중환자실 입원일당(1일이상) · 골절 진단비(치아 파절(깨짐, 부러짐) 제외) · 5대골절 진단비 · 5대골절 수술비 · 김스치료비 · 종합 입원일당(1일이상) · 자동차사고 부상치료지원금B(비운전자용)	100세만기	5년납 7년납 10년납 15년납 20년납 25년납 30년납	만15세 ~ 65세
	· 자동차사고 부상치료지원금B(운전자용)			만18세 ~ 65세
	· 암 진단비 · 암 진단비(부분 특정소액암 제외) · 뇌출혈 진단비 · 급성심근경색증 진단비	100세 80세 만기	5년납 7년납 10년납 ----- 15년납 20년납 25년납 30년납	만15세 ~ min(65, 보험만기 나이 - 11)세
				만15세 ~ min(65, 보험만기나 이 - 납입기간)세
	· 5대장기이식 수술비 · 조혈모세포이식 수술비 · 각막이식 수술비	80세 만기	5년납 7년납 10년납 ----- 15년납 20년납 25년납 30년납	만15세 ~ 65세
				만15세 ~ (80 - 납입기간)세
	· 상해 사망 및 후유장해(Ⅱ) · 상해 사망 및 고도후유장해(Ⅱ) · 상해 사망(Ⅱ) · 상해 사망 가족생활지원금 · 질병 사망 및 고도후유장해 · 질병 사망 · 질병 사망 가족생활지원금 · 암 사망 및 고도후유장해	80세 75세 70세 65세 60세 만기	5년납 7년납 10년납 ----- 15년납 20년납 25년납 30년납	만15세 ~ min(65, 보험만기 나이 - 11)세
				만15세 ~ min(65, 보험만기나 이 - 납입기간)세

구 분		보험기간	납입기간	가입나이
선택 계약	<ul style="list-style-type: none"> <li>· [갱신형] 종합 입원일당(1일이상)</li> <li>· [갱신형] 질병 입원일당(1일이상)</li> <li>· [갱신형] 질병 입원일당(4일이상)</li> <li>· [갱신형] 질병 중환자실 입원일당(1일이상)</li> <li>· [갱신형] 암 진단비</li> <li>· [갱신형] 암 진단비(부분 특정소액암 제외)</li> <li>· [갱신형] 고액치료비암 진단비</li> <li>· [갱신형] 뇌출혈 진단비</li> <li>· [갱신형] 급성심근경색증 진단비</li> <li>· [갱신형] 만성당뇨합병증 진단비</li> <li>· [갱신형] 가족 일상생활중 배상책임</li> <li>· [갱신형] 중대한 질병치료비</li> <li>· [갱신형] 소액 질병치료비</li> <li>· [갱신형] 장기요양지원금</li> <li>· [갱신형] 항암방사선·약물 치료비</li> <li>· [갱신형] 암 직접치료 입원일당(1일이상)</li> <li>· [갱신형] 암 최초수술비(유사암제외)</li> <li>· [갱신형] 암(유사암제외) 수술비(3회한)</li> <li>· [갱신형] 유사암 수술비(3회한)</li> <li>· [갱신형] 총수염 수술비</li> <li>· [갱신형] 화상 진단비</li> <li>· [갱신형] 상해 수술비</li> <li>· [갱신형] 화상수술비</li> <li>· [갱신형] 안면두개골 특정골절 진단비</li> </ul>	3년만기 (자동갱신)  【100세까지 자동갱신】 (98세이상 갱신시 1~2년만기)	전기납	만 15세 ~ 65세
	· [갱신형] 양성뇌종양 진단비	3년 만기 【80세까지 자동갱신】 (78세이상 갱신시 1~2년만기)	전기납	만 15세 ~ 65세
	<ul style="list-style-type: none"> <li>· [갱신형] 4대중증질병 수술비</li> <li>· [갱신형] 5대특정질환 수술비</li> </ul>	3년만기 (자동갱신) 【100세까지 자동갱신】 (98세이상 갱신시 1~2년만기)	전기납	20세 ~ 65세
	· [갱신형] 실손의료비	1년만기 (자동갱신) 【15년 이 후 재가입 가능】	전기납	만 15세 ~ 65세

☞ 이 상품은 피보험자의 직업, 직무, 기타사항으로 인해 보험가입금액 또는 보험료가 제한되거나 인수가 불가능할 수 있으며, 경우에 따라서는 건강진단 결과를 요구할 수도 있습니다.

## □ 상품구조

### ① 계약형태

보험기간 / 납입기간	가입자격제한 참조
납입주기	월납

### ② 만기환급금

- 보장부분 : 없음
- 적립부분 : 적립부분 순보험료(적립보험료에서 추가보험료(계약체결비용 및 계약관리비용 등)를 제외한 금액)를 기준으로 "보장성 공시이율Ⅲ"을 적용하여 적립한 금액에서 이미 중도인출한 금액이 있는 경우 해당 금액을 차감한 금액을 만기까지 적립한 금액(단, 최저보증이율 연단위 복리 1.25%)

### ③ 중도인출

- (1) 계약자는 계약일부터 2년 이후 계약이 유효한 경우 매보험년도마다 4회에 한하여 "보험료 및 책임준비금 산출방법서"에 따라 계산된 인출시점의 적립부분 해지환급금(단, 보통약관 해지환급금이 적립부분 해지환급금보다 적은 경우에는 보통약관 해지환급금을 한도로 하며, 이 약관에서 정한 보험계약대출이 있을 경우 그 원금과 이자합계액 및 이미 중도인출을 한 경우 그 금액을 공제한 후의 잔액을 기준으로 함)의 80%한도 내에서 인출할 수 있습니다.
- (2) (1)에도 불구하고 계약일부터 10년 이내에 인출하는 경우, 각 인출시점까지의 인출금액 총합계는 이미 납입한 보험료를 초과할 수 없습니다.

## □ 상품의 특이사항

- ① 상해 입원일당(1일이상) 특별약관 및 상해 입원일당(4일이상) 특별약관 중 1가지 특별약관만 가입 가능합니다.
- ② 상해 중환자실 입원일당(1일이상) 특별약관은 [갱신형] 종합 입원일당(1일이상) 특별약관, 종합 입원일당(1일이상) 특별약관 또는 상해 입원일당(1일이상) 특별약관 가입자에 한하여 가입 가능합니다.
- ③ [갱신형] 질병 입원일당(1일이상) 특별약관 및 [갱신형] 질병 입원일당(4일이상) 특별약관 중 1가지 특별약관만 가입 가능합니다.
- ④ [갱신형] 질병 중환자실 입원일당(1일이상) 특별약관은 [갱신형] 종합 입원일당(1일이상) 특별약관, 종합 입원일당(1일이상) 특별약관 또는 [갱신형] 질병 입원일당(1일이상) 특별약관 가입자에 한하여 가입 가능합니다.
- ⑤ [갱신형] 종합 입원일당(1일이상) 특별약관 및 종합 입원일당(1일이상) 특별약관은 상해 입원일당(4일이상) 특별약관 또는 [갱신형] 질병 입원일당(4일이상) 특별약관과 동시에 가입할 수 없습니다.
- ⑥ [갱신형] 고액치료비암 진단비 특별약관은 암 진단비 특별약관 및 암 진단비(부분 특정소액암 제외) 특별약관 또는 [갱신형] 암 진단비 특별약관 및 [갱신형] 암 진단비(부분 특정소액암 제외) 특별약관 가입자에 한하여 가입 가능합니다.
- ⑦ 암 진단비 특별약관, 암 진단비(부분 특정소액암 제외) 특별약관, 뇌출혈 진단비 특별약관, 급성심근경색증 진단비 특별약관, [갱신형] 암 진단비 특별약관, [갱신형] 암 진단비(부분 특정소액암 제외) 특별약관, [갱신형] 뇌출혈 진단비 특별약관 및 [갱신형] 급성심근경색증 진단비 특별약관은 [갱신형] 중대한 질병치료비 특별약관과 동시에 가입할 수 없습니다.
- ⑧ [갱신형] 중대한 질병치료비 특별약관과 [갱신형] 소액 질병치료비 특별약관은 동시에 가입해야 합니다.
- ⑨ [갱신형] 암(유사암제외) 수술비(3회한) 특별약관, [갱신형] 유사암 수술비(3회한) 특별약관 및 [갱신형] 암 최초수술비(유사암제외) 특별약관은 동시에 가입해야 합니다.
- ⑩ [갱신형] 4대중증질병 수술비 특별약관은 뇌질환(관혈) 수술비, 뇌질환(비관혈)수술비, 심질환(관혈) 수술비, 심질환(비관혈) 수술비, 폐질환(관혈)수술비, 폐질환(비관혈) 수술비, 간질환(관혈) 수술비, 간질환(비관혈) 수술비 세부보장을 동시에 가입해야 합니다.
- ⑪ [갱신형] 5대특정질환 수술비 특별약관은 위·십이지장궤양 수술비, 갑상선질환 수술비, 녹내장 수술비, 결핵 수술비, 신부전 수술비 세부보장을 동시에 가입해야 합니다.
- ⑫ 암 진단비 특별약관과 암 진단비(부분 특정소액암 제외) 특별약관은 동일한 보험기간 및 납입기간으로 동시에 가입해야 하며, 암 진단비(부분 특정소액암 제외) 특별약관의 가입금액은 암 진단비 특별약관 가입금액의 1.5배로 합니다.

⑬ [갱신형] 암 진단비 특별약관과 [갱신형] 암 진단비(부분 특정소액암 제외) 특별약관은 동일한 보험기간 및 납입기간으로 동시에 가입해야 하며, [갱신형] 암 진단비(부분 특정소액암 제외) 특별약관의 가입금액은 [갱신형] 암 진단비 특별약관 가입금액의 1.5배로 합니다.

⑭ 이 상품에서 고액치료비암, 부분 특정소액암 및 유사암은 아래와 같습니다.

고액치료비암	식도암, 췌장암, 뼈암, 뇌암, 림프, 조혈 및 관련 악성신생물
부분 특정소액암	전립선암, 방광암
유사암	기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암, 경계성종양

⑮ 5대골절 진단비 특별약관 및 [갱신형] 안면두개골 특정골절 진단비 특별약관은 골절 진단비 (치아 파절(깨짐, 부러짐) 제외) 특별약관 가입자에 한하여 가입이 가능합니다.

1 [갱신형] 특별약관은 매 3년단위 또는 매 1년단위 갱신을 통해 아래에 정한 기간까지 보장이 가능합니다.

구 분	보장기간
[갱신형] 특별약관 <ul style="list-style-type: none"> <li>· [갱신형] 종합 입원일당(1일이상)</li> <li>· [갱신형] 질병 입원일당(1일이상)</li> <li>· [갱신형] 질병 입원일당(4일이상)</li> <li>· [갱신형] 질병 중환자실 입원일당(1일이상)</li> <li>· [갱신형] 암 진단비</li> <li>· [갱신형] 암 진단비(부분 특정소액암 제외)</li> <li>· [갱신형] 고액치료비암 진단비</li> <li>· [갱신형] 뇌출혈 진단비</li> <li>· [갱신형] 급성심근경색증 진단비</li> <li>· [갱신형] 만성당뇨합병증 진단비</li> <li>· [갱신형] 가족 일상생활중 배상책임</li> <li>· [갱신형] 중대한 질병치료비</li> <li>· [갱신형] 소액 질병치료비</li> <li>· [갱신형] 장기요양지원금</li> <li>· [갱신형] 항암방사선·약물 치료비</li> <li>· [갱신형] 암 직접치료 입원일당(1일이상)</li> <li>· [갱신형] 암 최초수술비(유사암제외)</li> <li>· [갱신형] 암(유사암제외) 수술비(3회한)</li> <li>· [갱신형] 유사암 수술비(3회한)</li> <li>· [갱신형] 충수염 수술비</li> <li>· [갱신형] 4대중증질병 수술비</li> <li>· [갱신형] 5대특정질환 수술비</li> <li>· [갱신형] 화상 진단비</li> <li>· [갱신형] 상해 수술비</li> <li>· [갱신형] 화상수술비</li> <li>· [갱신형] 안면두개골 특정골절 진단비</li> </ul>	3년 만기 【100세까지 갱신】
<ul style="list-style-type: none"> <li>· [갱신형] 양성뇌종양 진단비</li> </ul>	3년만기 【80세까지 갱신】
<ul style="list-style-type: none"> <li>· [갱신형] 실손의료비</li> </ul>	1년만기 【최대 14회 갱신가능】 * 매 15년 마다 재가입을 통해 100세까지 보장가능

**2** [갱신형] 실손의료비 특별약관의 재가입에 관한 사항은 아래에 정한 바와 같습니다.

- 1) 재가입 주기(보장내용 변경주기)는 15년으로 함
  - 2) 재가입 나이는 30세 ~ 99세로 함
  - 3) 재가입을 통해 보장받을 수 있는 최대 기간은 보험나이 100세 계약해당일 까지임
  - 4) 재가입 시점에서 회사가 판매하는 실손의료비 특별약관에서 선택하여 가입가능하며, 재가입시 보장내용 및 보장금액 등이 변경될 수 있음
- ※ 회사는 재가입 시점의 인수기준에 따라 승낙 또는 거절할 수 있으며, 거절시에도 계약자는 재가입 직전계약과 동일한 보험계약으로 재가입 가능

**3** 사망을 담보로 하는 보험(기본계약 또는 선택계약) 상품의 경우, 해당 보험(기본계약 또는 선택계약)의 사망보험금이 이미 납입한 보험료보다 적을 수 있습니다.

● 보험금 지급사유, 지급금액 및 지급제한사항

□ 보험금 지급사유 및 지급금액

구 분		지급사유	지급금액
기본 계약	· 상해 사망 및 고도후유장해	상해사고로 사망 또는 80%이상 후유장해가 발생한 경우	가입금액
	· 상해 후유장해	고도후유장해 상해사고로 80%이상 후유장해가 발생한 경우	가입금액
		일반후유장해 상해사고로 80%미만 후유장해가 발생한 경우	가입금액의 80% 한도
	· 상해 사망	상해사고로 사망한 경우	가입금액
· 상해 사망 및 후유장해(Ⅱ)	사망 및 고도후유장해	상해사고로 사망 또는 80%이상 후유장해가 발생한 경우	가입금액
	일반후유장해	상해사고로 80%미만 후유장해가 발생한 경우	가입금액의 80% 한도
	· 상해 사망 및 고도후유장해(Ⅱ)	상해사고로 사망 또는 80%이상 후유장해가 발생한 경우	가입금액
	· 상해 사망(Ⅱ)	상해사고로 사망한 경우	가입금액
	· 상해 사망 가족생활지원금	상해사고로 사망한 경우	10년간 매년 가입금액
	· 질병 사망 및 고도후유장해	보험기간 중 질병으로 사망 또는 80%이상 후유장해가 발생한 경우	가입금액
선택 계약	· 질병 사망	보험기간 중 질병으로 사망한 경우	가입금액
	· 질병 사망 가족생활지원금	보험기간 중 질병으로 사망한 경우	10년간 매년 가입금액
	· 암 사망 및 고도후유장해	보장개시일 이후 암, 기타피부암, 갑상선암으로 진단 확정되고, 그 암, 기타피부암, 갑상선암으로 인하여 사망 또는 80% 이상 후유장해가 발생한 경우  ※ 보험가입후 1년미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급 ※ 암의 보장개시일은 최초 계약일 또는 부활(효력회복)일부더 90일이 지난날의 다음날이며, 기타피부암, 갑상선암의 보장개시일은 계약일임	가입금액
	· 상해 입원일당(1일이상)	상해사고로 병·의원 등에 입원하여 치료를 받은 경우 (180일을 한도로 입원1일당 일당 지급)	가입금액
	· 상해 입원일당(4일이상)	상해사고로 병·의원 등에 4일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우 (180일을 한도로 4일째 입원일부터 입원1일당 일당 지급)	(4일이상 1일당) 가입금액

구 분		지급사유	지급금액
선택 계약	· 상해 중환자실 입원일당 (1일이상)	상해사고로 병·의원 등의 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우 (180일을 한도로 입원1일당 일당 지급)	가입금액
	· [갱신형] 질병 입원일당 (1일이상)	보험기간 중 질병으로 병·의원 등에 입원하여 치료를 받은 경우 (180일을 한도로 입원1일당 일당 지급)	가입금액
	· [갱신형] 질병 입원일당 (4일이상)	보험기간 중 질병으로 병·의원 등에 4일 이상 계속입원하여 치료를 받은 경우 (180일을 한도로 4일째 입원일부터 입원1일당 일당 지급)	(4일이상 1일당) 가입금액
	· [갱신형] 질병 중환자실 입원일당(1일이상)	보험기간 중 질병으로 병·의원 등의 중환자실에 입원하여 치료를 받은 경우 (180일을 한도로 입원1일당 일당 지급)	가입금액
	· 종합 입원일당(1일이상) · [갱신형] 종합 입원일당 (1일이상)	보험기간 중 상해 또는 질병으로 병·의원 등에 입원하여 치료를 받은 경우 (180일을 한도로 입원1일당 일당지급)	가입금액
	· 암 진단비 · [갱신형] 암 진단비	보장개시일 이후 암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 및 경계성종양으로 진단 확정된 경우 (최초 1회한 지급) ※ 최초 보험가입후 1년미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급 ※ 암의 보장개시일은 최초 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 90일이 지난날의 다음날이며, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암, 경계성종양의 보장개시일은 계약일임	가입금액 ※단, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암, 경계성종양은 가입금액의 10%
	· 암 진단비 (부분 특정소액암 제외) · [갱신형] 암 진단비 (부분 특정소액암 제외)	보장개시일 이후 암(부분 특정소액암 제외), 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 및 경계성종양으로 진단 확정된 경우 (최초 1회한 지급) ※ 최초 보험가입후 1년미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급 ※ 암(부분 특정소액암 제외)의 보장개시일은 최초 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 90일이 지난날의 다음날이며, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암, 경계성종양의 보장개시일은 계약일임 ※ 부분 특정소액암은 전립선암 및 방광암 임	가입금액 ※단, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암, 경계성종양은 가입금액의 10%

구 분		지급사유	지급금액		
선택 계약	· [갱신형] 고액치료비암 진단비	<p>보장개시일 이후 약관에 정한 고액치료비 암으로 진단 확정된 경우 (최초 1회한 지급)</p> <p>※ 최초 보험가입후 1년미만에 보험금 지 급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급</p> <p>※ 고액치료비암의 보장개시일은 최초 계 약일 또는 부활(효력회복)일부터 90일 이 지난날의 다음날임</p> <table border="1"> <tr> <td style="writing-mode: vertical-rl;">고 액 치 료 비 암</td> <td>식도의 악성신생물, 췌장의 악성신 생물, 뼈 및 관절연골의 악성신생 물, 뇌 및 중추신경계통의 기타부 분의 악성신생물, 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물</td> </tr> </table>	고 액 치 료 비 암	식도의 악성신생물, 췌장의 악성신 생물, 뼈 및 관절연골의 악성신생 물, 뇌 및 중추신경계통의 기타부 분의 악성신생물, 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	가입금액
	고 액 치 료 비 암	식도의 악성신생물, 췌장의 악성신 생물, 뼈 및 관절연골의 악성신생 물, 뇌 및 중추신경계통의 기타부 분의 악성신생물, 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물			
	· [갱신형] 항암 방사선·약물 치료비	<p>보장개시일 이후 암, 기타피부암, 갑상선 암 진단을 확정받은 후 방사선·약물치료를 받은 경우 (최초 1회한 지급)</p> <p>※ 최초 보험가입후 1년미만에 보험금 지 급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급</p> <p>※ 암의 보장개시일은 최초 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 90일이 지난날 의 다음날이며, 기타피부암, 갑상선암 의 보장개시일은 계약일임</p>	<p>가입금액</p> <p>※단, 기타피부암, 갑상선암은 가입금액의 20%</p>		
	· [갱신형] 암 최초수술비 (유사암제외)	<p>보장개시일 이후 암(유사암 제외)으로 진 단 확정되고 그 암(유사암제외)의 직접적 인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우(최 초 1회한 지급)</p> <p>※ 최초 보험가입후 1년미만에 보험금 지 급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급</p> <p>※ 암(유사암제외)의 보장개시일은 최초 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 90 일이 지난날의 다음날임</p> <p>※ 유사암은 기타피부암, 갑상선암, 대장 점막내암, 제자리암 및 경계성종양 임</p>	가입금액		
· [갱신형] 암(유사암제외) 수술비(3회한)	<p>보장개시일 이후 암(유사암 제외)으로 진 단 확정되고 그 암(유사암제외)의 직접적 인 치료를 목적으로 수술을 받은 때 지급 (최초 3회한 지급)</p> <p>※ 최초 보험가입후 1년미만에 보험금 지 급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급</p> <p>※ 암(유사암제외)의 보장개시일은 최초 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 90 일이 지난날의 다음날임</p> <p>※ 유사암은 기타피부암, 갑상선암, 대장 점막내암, 제자리암 및 경계성종양 임</p>	가입금액			

구 분		지급사유	지급금액			
선택 계약	· [갱신형] 유사암 수술비(3회한)	<p>보장개시일 이후 유사암(기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 및 경계성종양)으로 진단 확정되고 그 유사암의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 때 지급(최초 3회한 지급)</p> <p>※ 최초 보험가입후 1년미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급 ※ 유사암의 보장개시일은 계약일임</p>	가입금액			
	· [갱신형] 암 직접치료 입원일당 (1일이상)	<p>보장개시일 이후 암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 및 경계성종양의 직접적인 치료를 목적으로 병·의원 등에 1일이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우(180일을 한도로 1일째 입원일부터 입원 1일당 일당 지급)</p> <p>※ 암의 보장개시일은 최초 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 90일이 지난날의 다음날이며, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암, 경계성종양의 보장개시일은 계약일임</p>	<p>가입금액</p> <p>※ 단, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암, 대장점막내암 경계성종양은 가입금액의 20%</p>			
	· 뇌출혈 진단비 · [갱신형] 뇌출혈 진단비	<p>보험기간 중 뇌출혈로 진단 확정된 경우(최초 1회한 지급)</p> <p>※ 최초 보험가입후 1년미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급</p>	가입금액			
	· 급성심근경색증 진단비 · [갱신형] 급성심근경색증 진단비	<p>보험기간 중 급성심근경색증으로 진단 확정된 경우(최초 1회한 지급)</p> <p>※ 최초 보험가입후 1년미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급</p>	가입금액			
	· [갱신형] 만성당뇨합병증 진단비	<p>보험기간 중 약관에 정한 만성당뇨합병증으로 진단 확정된 경우(최초 1회한 지급)</p> <p>※ 최초 보험가입후 1년미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급</p>	가입금액			
	· [갱신형] 중대한 질병치료비	<p>보장개시일 이후 약관에 정한 중대한 질병으로 진단받거나 중대한 수술을 받은 경우(최초 1회한 지급)</p> <p>※ 최초 보험가입후 1년미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급 ※ 중대한 질병치료비의 보장개시일은 최초 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 90일이 지난날의 다음날임</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; width: 30px;">진단</td> <td>중대한 암, 중대한 뇌졸중, 중대한 급성심근경색증, 말기신부전증, 말기간질환, 말기폐질환, 중대한 재생불량성빈혈, 수혈에 의한 HIV 감염, 크로이츠펠트-야콥병</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">수술</td> <td>관상동맥우회술, 대동맥류인조혈관치환수술, 심장판막수술</td> </tr> </table>	진단	중대한 암, 중대한 뇌졸중, 중대한 급성심근경색증, 말기신부전증, 말기간질환, 말기폐질환, 중대한 재생불량성빈혈, 수혈에 의한 HIV 감염, 크로이츠펠트-야콥병	수술	관상동맥우회술, 대동맥류인조혈관치환수술, 심장판막수술
진단	중대한 암, 중대한 뇌졸중, 중대한 급성심근경색증, 말기신부전증, 말기간질환, 말기폐질환, 중대한 재생불량성빈혈, 수혈에 의한 HIV 감염, 크로이츠펠트-야콥병					
수술	관상동맥우회술, 대동맥류인조혈관치환수술, 심장판막수술					

구 분		지급사유	지급금액					
선택 계약	· [갱신형] 소액 질병치료비	보험기간 중 약관에 정한 소액치료비암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암 및 경계성종양으로 진단확정 받은 경우(각각 최초 1회한 지급) ※ 최초 보험가입후 1년미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급	가입금액					
	· 5대장기이식 수술비	보험기간 중 상해 또는 질병으로 장기수혜자로서 5대장기(심장, 신장, 췌장, 간장, 폐장) 이식수술을 받은 경우 (최초 1회한 지급)	가입금액					
	· 조혈모세포이식 수술비	보험기간 중 질병으로 조혈모세포이식 수술을 받은 경우 (최초 1회한 지급)	가입금액					
	· 각막이식 수술비	보험기간 중 상해 또는 질병으로 장기수혜자로서, 약관에 정한 각막이식으로 수술을 받은 경우 (최초 1회한 지급)	가입금액					
	· [갱신형] 양성뇌종양 진단비	보험기간 중 약관에 정한 양성뇌종양으로 진단 확정된 경우(최초 1회한 지급) ※ 낭종, 육아종, 혈종, 뇌농양, 뇌의 정맥기형 또는 동맥기형은 제외	가입금액					
	· [갱신형] 4대중증질병 수술비	보험기간 중 약관에 정한 뇌질환, 심질환, 간·췌장질환 및 폐질환으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우(질병별 비관혈/관혈수술 각각 최초 1회한 지급) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;">비관혈</td> <td>약관에 정한 내시경수술, 카테터수술, 신의료수술</td> <td rowspan="2" style="vertical-align: top;">           ▷ 비관혈수술 100만원             ▷ 관혈수술 300만원         </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">관혈</td> <td>비관혈수술 이외의 수술 중 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변 부위를 노출시켜서 수술하는 경우  ※ 대뇌내시경, 흉강경수술 및 복강경수술은 관혈수술에 준하여 지급</td> </tr> </table>	비관혈	약관에 정한 내시경수술, 카테터수술, 신의료수술	▷ 비관혈수술 100만원  ▷ 관혈수술 300만원	관혈	비관혈수술 이외의 수술 중 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변 부위를 노출시켜서 수술하는 경우  ※ 대뇌내시경, 흉강경수술 및 복강경수술은 관혈수술에 준하여 지급	
	비관혈	약관에 정한 내시경수술, 카테터수술, 신의료수술	▷ 비관혈수술 100만원  ▷ 관혈수술 300만원					
	관혈	비관혈수술 이외의 수술 중 병변 부위를 육안으로 직접 보면서 수술적 조작을 하기 위해 피부에 절개를 가하고 병변 부위를 노출시켜서 수술하는 경우  ※ 대뇌내시경, 흉강경수술 및 복강경수술은 관혈수술에 준하여 지급						
· [갱신형] 5대특정질환 수술비	보험기간 중 약관에 정한 위·십이지장궤양, 결핵, 신부전, 갑상선질환 및 녹내장으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우(질병별 각 최초 1회한 지급)	▷ 갑상선 질환 및 녹내장 수술 50만원  ▷ 위·십이지장궤양, 결핵, 신부전 수술 100만원						
· [갱신형] 충수염 수술비	보험기간 중 약관에 정한 충수염(맹장염)으로 진단 확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 충수염(맹장염) 수술을 받은 경우(최초 1회한 지급)	가입금액						

구 분		지급사유	지급금액																		
선택 계약	· [갱신형] 장기요양지원금	<p>보험기간 중 상해 또는 질병을 직접적인 원인으로 "장기요양상태 보장개시일" 이후에 약관에 정한 「장기요양상태」가 되었을 경우 (최초 1회한 지급)</p> <p>※ "장기요양상태 보장개시일"은 최초 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 90일이 지난날의 다음날(단, 상해를 직접적인 원인으로 「장기요양상태」가 발생한 경우의 보장개시일은 계약일)임</p> <p>※ 「장기요양상태」라 함은 노인장기요양보험법에 따라 등급판정위원회에서 장기요양 1등급 또는 장기요양 2등급으로 판정받은 경우를 말함</p>	가입금액																		
	· 골절 진단비 (치아 파절(깨짐, 부러짐) 제외)	상해사고로 약관에 정한 골절(치아 파절(깨짐, 부러짐) 제외)로 진단 확정된 경우	가입금액																		
	· 5대골절 진단비	상해사고로 약관에 정한 「5대골절」로 진단 확정된 경우	가입금액																		
	· 5대골절 수술비	상해사고로 약관에 정한 「5대골절」로 수술을 받은 경우	가입금액																		
	· 깁스치료비	보험기간 중 상해 또는 질병으로 약관에 정한 깁스치료를 받은 경우	가입금액																		
	· 자동차사고 부상치료 지원금B (운전자용)	자동차사고로 신체에 입은 상해의 직접결과로써 「자동차사고 부상 등급표」에서 정한 상해등급을 받은 경우(상해등급별 차등 지급)	<table border="1"> <thead> <tr> <th>상해 등급</th> <th>지급 금액</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1급</td> <td>700만원</td> </tr> <tr> <td>2급</td> <td>400만원</td> </tr> <tr> <td>3급</td> <td>300만원</td> </tr> <tr> <td>4급</td> <td>150만원</td> </tr> <tr> <td>5급</td> <td>80만원</td> </tr> <tr> <td>6급</td> <td>40만원</td> </tr> <tr> <td>7급</td> <td>20만원</td> </tr> <tr> <td>8~14급</td> <td>10만원</td> </tr> </tbody> </table>	상해 등급	지급 금액	1급	700만원	2급	400만원	3급	300만원	4급	150만원	5급	80만원	6급	40만원	7급	20만원	8~14급	10만원
	상해 등급	지급 금액																			
	1급	700만원																			
	2급	400만원																			
	3급	300만원																			
	4급	150만원																			
5급	80만원																				
6급	40만원																				
7급	20만원																				
8~14급	10만원																				
· 자동차사고 부상치료 지원금B (비운전자용)	비운전중 자동차사고로 신체에 입은 상해의 직접결과로써 「자동차사고 부상 등급표」에서 정한 상해등급을 받은 경우(상해등급별 차등 지급)	<table border="1"> <thead> <tr> <th>상해 등급</th> <th>지급 금액</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>4급</td> <td>150만원</td> </tr> <tr> <td>5급</td> <td>80만원</td> </tr> <tr> <td>6급</td> <td>40만원</td> </tr> <tr> <td>7급</td> <td>20만원</td> </tr> <tr> <td>8~14급</td> <td>10만원</td> </tr> </tbody> </table>	상해 등급	지급 금액	4급	150만원	5급	80만원	6급	40만원	7급	20만원	8~14급	10만원							
상해 등급	지급 금액																				
4급	150만원																				
5급	80만원																				
6급	40만원																				
7급	20만원																				
8~14급	10만원																				
· [갱신형] 화상 진단비	상해사고로 심재성 2도 이상에 해당하는 화상으로 진단 확정된 경우	가입금액																			
· [갱신형] 상해 수술비	보험기간 중 상해의 직접결과로써 수술을 받은 경우	가입금액																			
· [갱신형] 화상 수술비	상해사고의 직접적인 결과로써 화상 분류표에 정한 화상으로 진단확정 후 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 경우	가입금액																			
· [갱신형] 안면두개골 특정골절 진단비	상해사고의 직접적인 결과로써 안면두개골 특정골절 분류표에 정한 골절로 진단 확정된 경우	가입금액																			
· [갱신형] 가족 일상생활중 배상책임	본인 및 약관에 정한 가족의 일상생활 및 보험증권에 기재된 주택의 소유, 사용 또는 관리로 인한 사고로 타인의 신체의 장해(대인) 또는 재물의 손해(대물)에 대한 법률상 배상책임을 부담함으로써 입은 손해 발생시	<p>1억원 한도</p> <p>※ 1사고당 자기부담금 : 대인 없음, 대물 20만원</p>																			

[갱신형] 실손의료비 특별약관

- 표준형

구분	보장명		지급사유	지급금액
선택계약	[갱신형] 실손의료비 (1)	상해입원	<p>상해로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우(하나의 상해당 최초입원일부터 365일까지 보상)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>① 입원실료, 입원제비용, 입원수술비 : 국민건강보험법에서 정한 요양급여(이하 「요양급여」라 함) 또는 의료급여법에서 정한 의료급여(이하 「의료급여」라 함) 중 본인부담금과 비급여(상급병실료 차액 제외)의 합계액(본인이 실제로 부담한 금액)의 80% 해당액(단, 20%해당액이 매년 계약해당일부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상)</p> <p>② 상급병실료 차액 : 실제사용병실과 기준병실과의 병실료 차액의 50%(단, 1일 평균금액 10만원 한도)</p> </div> <p>※ 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용받지 못한 경우에는 입원의료비(‘국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙’에 따라 보건복지부장관이 정한 급여 및 비급여의료비 항목에 한합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액의 40%해당액을 보험가입금액 한도로 보상</p> <p>※ 주요 보상하지 않는 사항</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 치과진료 및 한방치료에서 발생한 요양급여에 해당하지 않는 비급여의료비</li> <li>- 자동차보험(공제 포함) 또는 산재보험에서 보상받은 의료비</li> <li>- 국민건강보험법 제42조의 요양기관이 아닌 해외소재 의료기관에서 발생한 의료비</li> <li>- 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 의해 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제)</li> <li>- 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 의해 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후환급이 가능한 금액(의료급여상 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)</li> </ul> <p>■ 기타 보상하지 않는 사항은 반드시 약관을 참조하시기 바랍니다.</p> </div>	<p>① + ②의 의료비를 보험가입금액 한도로 보상</p>

제구	보장명	지급사유	지급금액				
선 택 계 약	[강신형] 실손 의료비 (1)	<p>상해로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우(매년 계약해당일부터 1년 단위로 보상)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>① 외래(방문 1회당) : 국민건강보험법에서 정한 요양급여(이하 「요양급여」라 함) 또는 의료급여법에서 정한 의료급여(이하 「의료급여」라 함) 중 본인부담금과 비급여의 합계액(본인이 실제로 부담한 금액)에서 공제금액을 차감한 금액을 외래의 보험가입금액을 한도로 보상(매년 계약해당일부터 1년간 방문 180회 한도)</p> <p>② 처방조제비(처방전 1건당) : 요양급여 또는 의료급여 중 본인부담금과 비급여의 합계액(본인이 실제로 부담한 금액)에서 공제금액을 차감한 금액을 처방조제비의 보험가입금액을 한도로 보상(매년 계약해당일부터 1년간 처방전 180건 한도)</p> </div> <p>- 공제금액 : 병원규모별 공제금액과 보상대상 의료비의 20% 중 큰 금액 ※ 병원규모별 공제금액</p> <table border="1" data-bbox="355 723 1038 862"> <tr> <td data-bbox="355 723 488 819">외래</td> <td data-bbox="488 723 1038 819">의원 등 : 1만원 병원 등 : 1.5만원 종합전문요양기관, 상급종합병원 : 2만원</td> </tr> <tr> <td data-bbox="355 819 488 862">처방조제비</td> <td data-bbox="488 819 1038 862">약국 : 8천원</td> </tr> </table> <p>※ 공제금액에서 정한 의료기관의 세부구분은 약관을 참조하시기 바랍니다. ※ 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용받지 못한 경우에는 통원의료비(‘국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙’에 따라 보건복지부장관이 정한 급여 및 비급여의료비 항목에 한합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액에서 공제금액을 차감한 금액의 40%해당액을 외래 및 처방조제비의 보험가입금액을 한도로 보상 ※ 주요 보상하지 않는 사항</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>- 초과진료 및 한방치료에서 발생한 요양급여에 해당하지 않는 비급여의료비 - 자동차보험(공제 포함) 또는 산재보험에서 보상받은 의료비 - 국민건강보험법 제42조의 요양기관이 아닌 해외소재 의료기관에서 발생한 의료비 - 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 의해 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제) - 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 의해 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후환급이 가능한 금액(의료급여상 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제) ■ 기타 보상하지 않는 사항은 반드시 약관을 참조하시기 바랍니다.</p> </div>	외래	의원 등 : 1만원 병원 등 : 1.5만원 종합전문요양기관, 상급종합병원 : 2만원	처방조제비	약국 : 8천원	<p>① 의 의료비를 <b>외래 보험가입금액 한도</b> 로 보상 + ② 의 의료비를 <b>처방조제비의 보험 가입금액 한도</b> 로 보상</p>
		외래	의원 등 : 1만원 병원 등 : 1.5만원 종합전문요양기관, 상급종합병원 : 2만원				
처방조제비	약국 : 8천원						

구분	보장명	지급사유	지급금액
선택계약	[갱신형] 실손의료비 (1) 질병입원	<p>질병으로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우(하나의 질병당 최초입원일부터 365일까지 보상)</p> <p>① 입원실료, 입원제비용, 입원수술비 : 국민건강보험법에서 정한 요양급여(이하 「요양급여」라 함) 또는 의료급여법에서 정한 의료급여(이하 「의료급여」라 함) 중 본인부담금과 비급여(상급병실료 차액 제외)의 합계액(본인이 실제로 부담한 금액)의 80% 해당액(단, 20%해당액이 매년 계약해당일부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상)</p> <p>② 상급병실료 차액 : 실제사용병실과 기준병실과의 병실료 차액의 50%(단, 1일 평균금액 10만원 한도)</p> <p>※ 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용받지 못한 경우에는 입원의료비(‘국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙’에 따라 보건복지부장관이 정한 급여 및 비급여의료비 항목에 한합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액의 40%해당액을 보험가입금액 한도로 보상</p> <p>※ 주요 보상하지 않는 사항</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 직장 또는 향문질환 중 요양급여에 해당하지 않는 부분</li> <li>- 치과진료 및 한방치료에서 발생한 요양급여에 해당하지 않는 비급여의료비</li> <li>- 산재보험에서 보상받은 의료비</li> <li>- 국민건강보험법 제42조의 요양기관이 아닌 해외소재 의료기관에서 발생한 의료비</li> <li>- 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 의해 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후환급이 가능한 금액 (본인부담금 상한제)</li> <li>- 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 의해 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후환급이 가능한 금액(의료급여상 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)</li> </ul> <p>■ 기타 보상하지 않는 사항은 반드시 약관을 참조하시기 바랍니다.</p>	<p>① + ②의 의료비를 보험가입금액 한도로 보상</p>

제구	보장명	지급사유	지급금액				
선 택 계 약	[갱신형] 실손 의료비 (1)	<p>질병으로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우(매년 계약해당일부터 1년 단위로 보상)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>① 외래(방문 1회당) : 국민건강보험법에서 정한 요양급여(이하 「요양급여」라 함) 또는 의료급여법에서 정한 의료급여(이하 「의료급여」라 함) 중 본인부담금과 비급여의 합계액(본인이 실제로 부담한 금액)에서 공제금액을 차감한 금액을 외래의 보험가입금액을 한도로 보상(매년 계약해당일부터 1년간 방문 180회 한도)</p> <p>② 처방조제비(처방전 1건당) : 요양급여 또는 의료급여 중 본인부담금과 비급여의 합계액(본인이 실제로 부담한 금액)에서 공제금액을 차감한 금액을 처방조제비의 보험가입금액을 한도로 보상(매년 계약해당일부터 1년간 처방전 180건 한도)</p> </div> <p>- 공제금액 : 병원규모별 공제금액과 보상대상 의료비의 20% 중 큰 금액 ※ 병원규모별 공제금액</p> <table border="1" data-bbox="354 795 1037 936"> <tr> <td style="text-align: center;">외래</td> <td>의원 등 : 1만원 병원 등 : 1.5만원 종합전문요양기관, 상급종합병원 : 2만원</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">처방조제비</td> <td>약국 : 8천원</td> </tr> </table> <p>※ 공제금액에서 정한 의료기관의 세부구분은 약관을 참조하시기 바랍니다.</p> <p>※ 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용받지 못한 경우에는 통원의료비( '국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙'에 따라 보건복지부장관이 정한 급여 및 비급여의료비 항목에 한함) 중 본인이 실제로 부담한 금액에서 공제금액을 차감한 금액의 40%해당액을 외래 및 처방조제비의 보험가입금액을 한도로 보상</p> <p>※ 주요 보상하지 않는 사항</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>- 직장 또는 항문질환 중 요양급여에 해당하지 않는 부분</p> <p>- 치과진료 및 한방치료에서 발생한 요양급여에 해당하지 않는 비급여 의료비</p> <p>- 산재보험에서 보상받은 의료비</p> <p>- 국민건강보험법 제42조의 요양기관이 아닌 해외소재 의료기관에서 발생한 의료비</p> <p>- 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 의해 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제)</p> <p>- 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 의해 의료급여금 등으로부터 사전 또는 사후환급이 가능한 금액(의료급여상 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)</p> <p>■ 기타 보상하지 않는 사항은 반드시 약관을 참조하시기 바랍니다.</p> </div>	외래	의원 등 : 1만원 병원 등 : 1.5만원 종합전문요양기관, 상급종합병원 : 2만원	처방조제비	약국 : 8천원	<p>① 의 의료비를 <b>외래 보험가입금액 한도</b> 로 보상 +</p> <p>② 의 의료비를 <b>처방조제비의 보험 가입금액 한도</b>로 보상</p>
외래	의원 등 : 1만원 병원 등 : 1.5만원 종합전문요양기관, 상급종합병원 : 2만원						
처방조제비	약국 : 8천원						

- 선택형

구분	보장명		지급사유	지급금액
선택 계 약	[갱신형] 실손 의료비 (2)	상해 입원	<p>상해로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우(하나의 상해당 최초입원일부터 365일까지 보상)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>① 입원실료, 입원제비용, 입원수술비 : 국민건강보험법에서 정한 요양급여(이하 「요양급여」라 함) 또는 의료급여법에서 정한 의료급여(이하 「의료급여」라 함) 중 본인부담금과 비급여(상급병실료 차액 제외)의 합계액(본인이 실제로 부담한 금액)의 90% 해당액(단, 10%해당액이 매년 계약해당일부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상)</p> <p>② 상급병실료 차액 : 실제사용병실과 기준병실과의 병실료 차액의 50%(단, 1일 평균금액 10만원 한도)</p> </div> <p>※ 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용받지 못한 경우에는 입원의료비(‘국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙’에 따라 보건복지부장관이 정한 급여 및 비급여의료비 항목에 한합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액의 40%해당액을 보험가입금액 한도로 보상</p> <p>※ 주요 보상하지 않는 사항</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 치과진료 및 한방치료에서 발생한 요양급여에 해당하지 않는 비급여의료비</li> <li>- 자동차보험(공제 포함) 또는 산재보험에서 보상받은 의료비</li> <li>- 국민건강보험법 제42조의 요양기관이 아닌 해외소재 의료기관에서 발생한 의료비</li> <li>- 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 의해 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제)</li> <li>- 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 의해 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후환급이 가능한 금액(의료급여상 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)</li> </ul> <p>■ 기타 보상하지 않는 사항은 반드시 약관을 참조하시기 바랍니다.</p> </div>	<p>①+②의 의료비를 보험가입금액 한도 로 보상</p>

세구	보장명		지급사유	지급금액				
선 택 계 약	[갱신형] 실손 의료비 (2)	상해 통원	<p>상해로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우(매년 계약해당일부터 1년 단위로 보상)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>① 외래(방문 1회당) : 국민건강보험법에서 정한 요양급여(이하 「요양급여」라 함) 또는 의료급여법에서 정한 의료급여(이하 「의료급여」라 함) 중 본인부담금과 비급여의 합계액(본인이 실제로 부담한 금액)에서 공제금액을 차감한 금액을 외래의 보험가입금액을 한도로 보상(매년 계약해당일부터 1년간 방문 180회 한도)</p> <p>② 처방조제비(처방전 1건당) : 요양급여 또는 의료급여 중 본인부담금과 비급여의 합계액(본인이 실제로 부담한 금액)에서 공제금액을 차감한 금액을 처방조제비의 보험가입금액을 한도로 보상(매년 계약해당일부터 1년간 처방전 180건 한도)</p> </div> <p>- 공제금액</p> <table border="1" data-bbox="354 707 1037 855"> <tr> <td data-bbox="354 707 488 815">외래</td> <td data-bbox="488 707 1037 815">의원 등 : 1만원 병원 등 : 1.5만원 종합전문요양기관, 상급종합병원 : 2만원</td> </tr> <tr> <td data-bbox="354 815 488 855">처방조제비</td> <td data-bbox="488 815 1037 855">약국 : 8천원</td> </tr> </table> <p>※ 공제금액에서 정한 의료기관의 세부구분은 약관을 참조하시기 바랍니다.</p> <p>※ 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용받지 못한 경우에는 통원의료비(‘국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙’에 따라 보건복지부장관이 정한 급여 및 비급여의료비 항목에 한합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액에서 공제금액을 차감한 금액의 40%해당액을 외래 및 처방조제비의 보험가입금액을 한도로 보상</p> <p>※ 주요 보상하지 않는 사항</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 치과진료 및 한방치료에서 발생한 요양급여에 해당하지 않는 비급여의료비</li> <li>- 자동차보험(공제 포함) 또는 산재보험에서 보상받은 의료비</li> <li>- 국민건강보험법 제42조의 요양기관이 아닌 해외소재 의료기관에서 발생한 의료비</li> <li>- 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 의해 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후환급이 가능한 금액 (본인부담금 상한제)</li> <li>- 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 의해 의료급여상 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제</li> </ul> <p>■ 기타 보상하지 않는 사항은 반드시 약관을 참조하시기 바랍니다.</p> </div>	외래	의원 등 : 1만원 병원 등 : 1.5만원 종합전문요양기관, 상급종합병원 : 2만원	처방조제비	약국 : 8천원	<p>① 의 의료비를 <b>외래 보험가입금액 한도</b> 로 보상 + ② 의 의료비를 <b>처방조제비의 보험 가입금액 한도</b> 로 보상</p>
외래	의원 등 : 1만원 병원 등 : 1.5만원 종합전문요양기관, 상급종합병원 : 2만원							
처방조제비	약국 : 8천원							

구분	보장명		지급사유	지급금액
선택계약	[갱신형] 실손의료비 (2)	질병입원	<p>질병으로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우(하나의 질병당 최초입원일부터 365일까지 보상)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>① 입원실료, 입원제비용, 입원수술비 : 국민건강보험법에서 정한 요양급여(이하 「요양급여」라 함) 또는 의료급여법에서 정한 의료급여(이하 「의료급여」라 함) 중 본인부담금과 비급여(상급병실료 차액 제외)의 합계액(본인이 실제로 부담한 금액)의 90% 해당액(단, 10%해당액이 매년 계약해당일부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상)</p> <p>② 상급병실료 차액 : 실제사용병실과 기준병실과의 병실료 차액의 50%(단, 1일 평균금액 10만원 한도)</p> </div> <p>※ 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용받지 못한 경우에는 입원의료비(‘국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙’에 따라 보건복지부장관이 정한 급여 및 비급여의료비 항목에 한합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액의 40%해당액을 보험가입금액 한도로 보상</p> <p>※ 주요 보상하지 않는 사항</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 직장 또는 향문질환 중 요양급여에 해당하지 않는 부분</li> <li>- 치과진료 및 한방치료에서 발생한 요양급여에 해당하지 않는 비급여의료비</li> <li>- 산재보험에서 보상받은 의료비</li> <li>- 국민건강보험법 제42조의 요양기관이 아닌 해외소재 의료기관에서 발생한 의료비</li> <li>- 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 의해 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후환급이 가능한 금액 (본인부담금 상한제)</li> <li>- 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 의해 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후환급이 가능한 금액(의료급여상 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)</li> </ul> <p>■ 기타 보상하지 않는 사항은 반드시 약관을 참조하시기 바랍니다.</p> </div>	<p>① + ②의 의료비를 보험가입금액 한도로 보상</p>

제구	보장명		지급사유	지급금액				
선 택 계 약	[갱신형] 실손 의료비 (2)	질병 통원	<p>질병으로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우(매년 계약해당일부터 1년 단위로 보상)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>① 외래(방문 1회당) : 국민건강보험법에서 정한 요양급여(이하 「요양급여」라 함) 또는 의료급여법에서 정한 의료급여(이하 「의료급여」라 함) 중 본인부담금과 비급여의 합계액(본인이 실제로 부담한 금액)에서 공제금액을 차감한 금액을 외래의 보험가입금액을 한도로 보상(매년 계약해당일부터 1년간 방문 180회 한도)</p> <p>② 처방조제비(처방전 1건당) : 요양급여 또는 의료급여 중 본인부담금과 비급여의 합계액(본인이 실제로 부담한 금액)에서 공제금액을 차감한 금액을 처방조제비의 보험가입금액을 한도로 보상(매년 계약해당일부터 1년간 처방전 180건 한도)</p> </div> <p>- 공제금액</p> <table border="1" data-bbox="354 712 1032 862"> <tr> <td data-bbox="354 712 488 824">외래</td> <td data-bbox="488 712 1032 824">의원 등 : 1만원 병원 등 : 1.5만원 종합전문요양기관, 상급종합병원 : 2만원</td> </tr> <tr> <td data-bbox="354 824 488 862">처방조제비</td> <td data-bbox="488 824 1032 862">약국 : 8천원</td> </tr> </table> <p>※ 공제금액에서 정한 의료기관의 세부구분은 약관을 참조하시기 바랍니다.</p> <p>※ 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용받지 못한 경우에는 통원의료비(‘국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙’에 따라 보건복지부장관이 정한 급여 및 비급여의료비 항목에 한합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액에서 공제금액을 차감한 금액의 40%해당액을 외래 및 처방조제비의 보험가입금액을 한도로 보상</p> <p>※ 주요 보상하지 않는 사항</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 직장 또는 항문질환 중 요양급여에 해당하지 않는 부분</li> <li>- 치과진료 및 한방치료에서 발생한 요양급여에 해당하지 않는 비급여의료비</li> <li>- 산재보험에서 보상받은 의료비</li> <li>- 국민건강보험법 제42조의 요양기관이 아닌 해외소재 의료기관에서 발생한 의료비</li> <li>- 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 의해 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후환급이 가능한 금액 (본인부담금 상한제)</li> <li>- 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 의해 의료급여상 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제</li> </ul> <p>■ 기타 보상하지 않는 사항은 반드시 약관을 참조하시기 바랍니다.</p> </div>	외래	의원 등 : 1만원 병원 등 : 1.5만원 종합전문요양기관, 상급종합병원 : 2만원	처방조제비	약국 : 8천원	<p>① 의 의료비를 <b>외래 보험가입금액 한도</b> 로 보상 +</p> <p>② 의 의료비를 <b>처방조제비의 보험 가입금액 한도</b> 로 보상</p>
			외래	의원 등 : 1만원 병원 등 : 1.5만원 종합전문요양기관, 상급종합병원 : 2만원				
처방조제비	약국 : 8천원							

## □ 보험금 지급제한사항

- ① 회사는 제1회 보험료를 받은 때부터 이 상품의 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 회사의 책임은 보험증권에 기재된 보험기간의 첫날에 시작합니다. 단, 제1회 보험료를 납입하기 전 사고에 대해서는 보상하지 않습니다.
  - ② 하나의 상해로 인하여 회사가 지급하는 후유장해보험금은 후유장해보험가입금액을 한도로 합니다.
  - ③ 암, 암(부분 특정소액암 제외), 고액치료비암, 중대한 질병치료비의 보장개시일은 최초 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 90일이 지난 다음날이며, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암, 제자리암, 경계성종양의 보장개시일은 계약일입니다.
  - ④ 장기요양상태 보장개시일은 최초 계약일 또는 부활(효력회복)일부터 90일이 지난 다음날입니다. 다만, 상해를 직접적인 원인으로 「장기요양상태」가 발생한 경우의 보장개시일은 계약일입니다.
  - ⑤ 보험계약일부부터 암, 암(부분 특정소액암 제외) 및 고액치료비암의 보장개시일 전일 이전에 암으로 진단확정되는 경우 해당 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 해당 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.
  - ⑥ 보험계약일부부터 장기요양상태 보장개시일 전일 이전에 약관에 정한 「장기요양상태」가 발생한 경우 해당 특별약관은 무효로 하며, 이미 납입한 해당 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.
  - ⑦ 보험계약일부부터 중대한 질병치료비의 보장개시일 전일 이전에 중대한 질병으로 진단확정되거나 중대한 수술을 받는 경우에는 진단확정일 또는 수술일부부터 90일 이내에 해당 특별약관의 계약을 취소할 수 있으며, 이미 납입한 해당 특별약관의 보험료를 돌려드립니다.
  - ⑧ 암 사망 및 고도후유장해, 암 진단비, 암 진단비(부분 특정소액암 제외), 뇌출혈 진단비, 급성심근경색증 진단비, [갱신형] 암 진단비, [갱신형] 암 진단비(부분 특정소액암 제외), [갱신형] 뇌출혈 진단비, [갱신형] 급성심근경색증 진단비, [갱신형] 고액치료비암 진단비, [갱신형] 항암방사선·약물 치료비, [갱신형] 암 최초수술비(유사암제외), [갱신형] 암(유사암제외) 수술비(3회한), [갱신형] 유사암 수술비(3회한), [갱신형] 만성당뇨합병증 진단비, [갱신형] 중대한 질병치료비, [갱신형] 소액 질병치료비 특별약관은 최초 보험가입후 1년미만에 보험금 지급사유가 발생한 경우 50% 감액 지급합니다.
  - ⑨ 제자리암, 경계성종양의 경우 암 사망 및 고도후유장해, [갱신형] 항암방사선·약물치료비 특별약관에서는 보험금을 지급하지 않습니다.
- + 암 진단비(부분 특정소액암 제외), [갱신형] 암 진단비(부분 특정소액암 제외)에서는 전립선암 및 방광암의 부분 특정소액암에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.

- 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암은 암, 암(부분 특정소액암 제외) 및 중대한 암의 정의에서 제외되는 바, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암으로 보험금 지급사유 발생시 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암에 해당하는 보험금을 지급하고 암, 암(부분 특정소액암 제외) 및 중대한 암에 해당하는 보험금은 지급되지 않습니다.
- ※ 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암은 담보별로 보장범위가 달리 정의되는 바, 보험금 지급에 관한 세부적인 사항은 해당 특별약관을 참조하시기 바랍니다.
- [갱신형] 가족 일상생활중 배상책임 특별약관 등 실제 손해를 보상하는 특별약관은 다수계약(공제 계약을 포함)이 체결되어 있는 경우, 약관에 따라 비례하여 보상합니다.
- [갱신형] 실손의료비 특별약관은 의료실비에 대하여 보험금을 지급할 다수의 보험계약이 체결되어 있는 경우에는 약관에 따라 비례하여 보상합니다.
- ※ 위의 「다수의 보험계약」이란 우체국보험, 각종 공제, 상해·질병·간병보험 등 제3보험, 개인연금·퇴직보험 등 의료비를 실손으로 보상하는 보험 및 공제계약으로 합니다.
- ／ 보험금을 지급하지 않는 사유 등 기타 세부적인 사항은 보통약관 및 특별약관 내용에 따라 보험금의 지급이 제한될 수 있습니다.

## ● 보험료 산출기초 및 공시이율

### □ 보험료 구성

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

### □ 적용이율

#### 보장부분 적용이율이란?

보험회사는 장래의 보험금 지급을 대비하여 계약자가 납입한 보험료를 적립해 두는데 보험료 납입시점과 보험금 지급시점에는 시차가 발생하게 됩니다. 이 기간동안 보험회사는 적립된 금액을 운용할 수 있으므로 운용에 따라 기대되는 수익을 미리 예상하여 일정한 비율로 보험료를 할인해 주는데, 이러한 할인을 "보장부분 적용이율"이라고 합니다. 일반적으로 보장부분 적용이율이 높으면 보험료는 내려가고, 낮으면 보험료는 올라갑니다.

#### 공시이율이란?

이 보험에 적용되는 공시이율은 이 보험의 사업방법서에서 정한 방법에 따라 회사의 운용 자산이익률과 객관적인 외부지표금리를 가중평균하여 산출된 공시기준이율에서 향후 예상 수익 등을 고려한 조정율을 가감하여 결정하며, 산출된 공시기준이율의 80%~120% 범위 내에서 정합니다.

※ 이에 대한 보다 자세한 산출방법은 인터넷홈페이지 상품공시실에서 무배당 삼성화재 통합보험 NEW 슈퍼플러스(1501)의 사업방법서를 참조하시기 바랍니다.

이 보험상품의 보장부분 적용이율은 연단위 복리 3.5%입니다.

이 보험의 적립순보험료는 보장성 공시이율Ⅲ(이하 「공시이율」이라 합니다)에 의해 연동되어 적용되며, 2015년 1월 현재 적용되는 이율은 연단위 복리 3.35%입니다. 단, 최저보증 이율은 연단위 복리 1.25%입니다.

공시이율은 매월 1일 회사가 정한 이율로 하며, 매월 1일부터 해당월 마지막 날까지 1개월 간 확정 적용합니다.

**최저보증이율이란?**

회사의 운용자산이익률 및 시종금리가 하락하더라도 회사에서 지급을 보증하는 최저한도의 적용이율입니다.

**□ 적용위험률**

**적용위험률이란?**

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

< 적용위험률 예시 >

(기본계약, 상해1급 기준)

위험률명	적용위험률	
	남자	여자
일반상해 사망률	0.000329	0.000150
일반상해 후유장해 발생률(80%이상)	0.000036	0.000016

**□ 계약체결비용 및 계약관리비용**

**계약체결비용 및 계약관리비용이란?**

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

## ● 보험료지수

### □ 보험료지수

- 산출식 : “영업보험료/참조순보험료 × 100”

#### 보험료지수란?

해당상품의 보험료(보험금 지급을 위한 보험료 및 보험회사의 사업경비 등을 위한 보험료)가 참조순보험료(금융감독원이 정하는 표준이율 및 참조순보험요율을 적용하여 산출한 보험금 지급을 위한 보험료) 대비 높거나 낮은 수준을 나타내는 지수입니다.

### < 보험료지수 예시 >

(기준 : 남자 40세, 상해1급, 자가용운전자)

구 분		보험기간 (납입기간)	보험료지수 (%)	가입금액 (만원)
기본 계약	상해사망 및 고도후유장해	100세 (20년)	138.5	1,000
	적립보험료	100세 (20년)	133.0	5
상해 후유장해		100세 (20년)	132.0	1,000
상해 사망 후유장해(Ⅱ)		80세 (20년)	138.3	1,000
상해 사망 및 고도후유장해(Ⅱ)		80세 (20년)	140.9	1,000
상해 사망 가족생활지원금		80세 (20년)	141.3	100
질병 사망 및 고도후유장해		80세 (20년)	168.9	1,000
질병 사망 및 고도후유장해(할인)		80세 (20년)	166.1	1,000
질병 사망 가족생활지원금		80세 (20년)	163.6	100
암 사망 및 고도후유장해		80세 (20년)	166.1	1,000
질병 사망		80세 (20년)	169.8	1,000
질병 사망(할인)		80세 (20년)	166.3	1,000
상해 사망		100세 (20년)	141.3	1,000
상해 사망(Ⅱ)		80세 (20년)	141.0	1,000
[갱신형] 가족 일상생활중 배상책임		3년 (3년)	293.1	10,000
갑스치료비		100세 (20년)	132.4	10
골절 진단비(치아 파절(깨짐, 부러짐) 제외)		100세 (20년)	217.9	10
5대골절 진단비		100세 (20년)	184.1	10
5대골절 수술비		100세 (20년)	150.0	10
상해 입원일당(1일이상)		100세 (20년)	91.4	1
상해 입원일당(4일이상)		100세 (20년)	91.5	1
상해 중환자실 입원일당(1일이상)		100세 (20년)	91.0	1
자동차사고 부상치료지원금B		100세 (20년)	238.3	700
[갱신형] 질병 입원일당(1일이상)		3년 (3년)	108.3	1
[갱신형] 질병 입원일당(4일이상)		3년 (3년)	110.0	1
[갱신형] 질병 중환자실입원일당(1일이상)		3년 (3년)	6,500.0	1
[갱신형] 암 진단비		3년 (3년)	145.3	1,000

구 분	보험기간 (납입기간)	보험료지수 (%)	가입금액 (만원)
[갱신형] 암 진단비(부분 특정소액암 제외)	3년 (3년)	145.6	1,000
[갱신형] 고액치료비암 진단비	3년 (3년)	150.0	1,000
[갱신형] 뇌출혈 진단비	3년 (3년)	155.2	1,000
[갱신형] 급성심근경색증 진단비	3년 (3년)	148.5	1,000
[갱신형] 만성당뇨합병증 진단비	3년 (3년)	152.0	100
[갱신형] 중대한 질병치료비	3년 (3년)	144.8	1,000
[갱신형] 소액 질병치료비	3년 (3년)	327.8	100
[갱신형] 장기요양지원금	3년 (3년)	142.9	1,000
[갱신형] 종합 입원일당(1일이상)	3년 (3년)	105.0	1
암 진단비	100세 (20년)	150.4	1,000
암 진단비(부분 특정소액암 제외)	100세 (20년)	156.3	1,000
뇌출혈 진단비	100세 (20년)	135.0	1,000
급성심근경색증 진단비	100세 (20년)	131.9	1,000
[갱신형] 4대중증질병 수술비(뇌질환, 관혈)	3년 (3년)	144.7	300
[갱신형] 4대중증질병 수술비(뇌질환, 비관혈)	3년 (3년)	142.9	100
[갱신형] 4대중증질병 수술비(심질환, 관혈)	3년 (3년)	145.5	300
[갱신형] 4대중증질병 수술비(심질환, 비관혈)	3년 (3년)	143.8	100
[갱신형] 4대중증질병 수술비(간·췌장질환, 관혈)	3년 (3년)	145.2	300
[갱신형] 4대중증질병 수술비(간·췌장질환, 비관혈)	3년 (3년)	160.0	100
[갱신형] 4대중증질병 수술비(폐질환, 관혈)	3년 (3년)	143.2	300
[갱신형] 4대중증질병 수술비(폐질환, 비관혈)	3년 (3년)	140.0	100
[갱신형] 5대특정질환 수술비(위·십이지장궤양)	3년 (3년)	141.2	100
[갱신형] 5대특정질환 수술비(갑상선)	3년 (3년)	133.3	50
[갱신형] 5대특정질환 수술비(녹내장)	3년 (3년)	142.9	50
[갱신형] 5대특정질환 수술비(결핵)	3년 (3년)	133.3	100
[갱신형] 5대특정질환 수술비(신부전)	3년 (3년)	143.8	100
[갱신형] 양성뇌종양 진단비	3년 (3년)	140.0	100
[갱신형] 총수염 수술비	3년 (3년)	153.3	10
[갱신형] 항암 방사선·약물 치료비	3년 (3년)	142.9	100
[갱신형] 암 직접치료 입원일당(1일이상)	3년 (3년)	144.6	1
[갱신형] 암 최초수술비(유사암제외)	3년 (3년)	145.5	270
[갱신형] 암 수술비(3회한, 유사암제외)	3년 (3년)	225.0	30
[갱신형] 유사암 수술비(3회한)	3년 (3년)	180.0	30
5대장기 이식수술비	80세 (20년)	130.8	1,000
조혈모세포이식수술비	80세 (20년)	127.8	1,000
각막이식 수술비	80세 (20년)	137.5	1,000
종합 입원일당(1일이상)	100세 (20년)	95.7	1
[갱신형] 화상진단비	3년 (3년)	100.0	10
[갱신형] 상해수술비	3년 (3년)	146.5	10
[갱신형] 화상수술비	3년 (3년)	100.0	30

구 분	보험기간 (납입기간)	보험료지수 (%)	가입금액 (만원)
[갱신형] 안면두개골 특정골절 진단비	3년 (3년)	166.7	10
[갱신형] 실손의료비(1)(상해입원)	1년 (1년)	156.3	5000
[갱신형] 실손의료비(1)(상해외래)	1년 (1년)	165.1	25
[갱신형] 실손의료비(1)(상해처방조제비)	1년 (1년)	350.0	5
[갱신형] 실손의료비(1)(질병입원)	1년 (1년)	129.5	5000
[갱신형] 실손의료비(1)(질병외래)	1년 (1년)	169.4	25
[갱신형] 실손의료비(1)(질병처방조제비)	1년 (1년)	241.4	5
[갱신형] 실손의료비(2)(상해입원)	1년 (1년)	157.6	5000
[갱신형] 실손의료비(2)(상해외래)	1년 (1년)	164.5	25
[갱신형] 실손의료비(2)(상해처방조제비)	1년 (1년)	350.0	5
[갱신형] 실손의료비(2)(질병입원)	1년 (1년)	130.9	5000
[갱신형] 실손의료비(2)(질병외래)	1년 (1년)	169.7	25
[갱신형] 실손의료비(2)(질병처방조제비)	1년 (1년)	240.9	5

주1) 유사암 : 경계성종양, 제자리암, 기타피부암, 갑상선암, 대장점막내암

주2) 부분 특정소액암 : 전립선암, 방광암

### ● 계약자배당에 관한 사항

무배당 삼성화재 통합보험 NEW 슈퍼플러스(1501) 라이프+ 는 무배당 상품으로서 배당을 하지 않습니다. 그러나, 무배당 상품은 배당상품에 비해 보험료가 상대적으로 저렴합니다.

## ● 해지환급금에 관한 사항

### □ 해지환급금 산출기준

회사는 금융감독원장이 인가한 산출기준에 따라 계산한 이 보험의 보험료적립금(순보험료 식 책임준비금에서 해지공제금액을 공제한 금액)과 미경과보험료를 더한 금액을 해지환급금으로 지급합니다.

### □ 해지환급금이 적은 이유

보험은 은행의 저축과는 달리 위험보장과 저축을 겸한 제도로서 보험계약자가 납입한 보험료 중 일부는 불의의 사고를 당한 다른 보험계약자에게 지급되는 보험금으로, 또 다른 일부는 보험회사 운영에 필요한 사업경비로 사용되므로 중도해지하는 경우 지급되는 해지환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다.

### □ 해지환급금

#### ([갱신형] 실손의료비 특별약관 외 [갱신형]특별약관)

동 상품의 [갱신형]특별약관은 3년납 3년만기 자동갱신 상품이지만 갱신시점에 나이의 증가, 위험률 증가 등에 따라 변경되는 보험료를 추가로 납입해야하는 상품입니다.

#### ([갱신형] 실손의료비 특별약관)

동 상품의 [갱신형] 실손의료비 특별약관은 1년납 1년만기 자동갱신 상품이지만 갱신시점에 나이의 증가, 의료수가 상승, 위험률 증가 등에 따라 변경되는 보험료를 추가로 납입해야하는 상품입니다.

갱신시점에 보험료가 인상된 경우에는 추가로 보험료를 납입해야 해당 [갱신형]특별약관 계약을 계속 유지할 수 있습니다.

### □ 예상 해지환급금(률)

- 가입기준 : 남자 40세, 상해 1급, 20년납, 월납 55,000원 납입시
- 가입금액
  - 기본계약 : 상해 사망 및 고도후유장해 3,000만원
  - 선택계약 : 상해 후유장해 3,000만원  
질병 사망 및 고도후유장해 (80세만기) 1,000만원, (65세만기) 2,000만원  
상해 사망 가족생활지원금(65세만기) 500만원,  
질병 사망 가족생활지원금(65세만기) 500만원,  
[갱신형] 실손의료비(1) 특별약관  
(상해입원 5,000만원, 상해외래 25만원, 상해처방조제 5만원,  
질병입원 5,000만원, 질병외래 25만원, 질병처방조제 5만원)

- 기본계약(적립보험료 포함) + 선택계약([갱신형] 실손의료비(1) 특별약관 제외)

(단위: 원)

경과 기간	납입보험료	예상 해지환급금(률)					
		최저보증이율		연단위 복리 3.25% 가정시 <sup>주1)</sup>		연단위 복리 3.35% 가정시 <sup>주2)</sup>	
		예상 해지환급금	환급률	예상 해지환급금	환급률	예상 해지환급금	환급률
1년도	429,828	-	0.0%	-	0.0%	-	0.0%
3년도	1,478,484	507,640	34.3%	512,880	34.6%	513,150	34.7%
5년도	2,464,140	1,287,050	52.2%	1,301,890	52.8%	1,302,660	52.8%
7년도	3,449,796	2,071,890	60.0%	2,101,730	60.9%	2,103,290	60.9%
10년도	4,928,280	3,004,180	60.9%	3,069,070	62.2%	3,072,520	62.3%
20년도	9,856,560	5,595,290	56.7%	5,920,160	60.0%	5,938,570	60.2%
30년도	9,856,560	3,748,690	38.0%	4,554,210	46.2%	4,603,780	46.7%
40년도	9,856,560	2,118,140	21.4%	3,632,850	36.8%	3,734,760	37.8%
50년도	9,856,560	2,266,650	23.0%	4,811,470	48.8%	4,998,550	50.7%
60년도	9,856,560	2,406,750	24.4%	6,430,670	65.2%	6,753,380	68.5%

주1) 상기 예시된 [연단위 복리 3.25% 가정시]는 금융감독원에서 정한 표준이율(2015년 1월 현재 연단위 복리 3.25%)과 당월 공시이율(2015년 1월 현재 연단위 복리 3.35%) 중 낮은 이율을 기준으로 예시한 금액입니다.

주2) 상기 예시된 [연단위 복리 3.35% 가정시]는 금융감독원에서 정한 표준이율의 1.2배(2015년 1월 현재 연단위 복리 3.9%)와 당월 공시이율(2015년 1월 현재 연단위 복리 3.35%) 중 낮은 이율을 기준으로 예시한 금액입니다.

주3) 실제 해지환급금(률)은 이 계약의 적립부분 순보험료(적립보험료에서 부가보험료(계약체결비용 및 계약관리비용 등)를 제외한 금액)를 기준으로 공시이율(2015년 1월 현재 연단위 복리 3.35%)을 적용하고, 보장부분의 해지환급금을 더한 금액으로, 향후 공시이율의 변경, 계약내용의 변경, 보험료 실제납입일자, 중도인출 여부 등에 따라 달라질 수 있습니다. 단, 최저보증이율은 연단위 복리 1.25%로 합니다.

주4) 상기 공시이율은 매월 1일 회사가 정하며, 매월 1일부터 해당월 마지막 날까지 1개월간 확정 적용합니다.

주5) 중도 해지하는 경우 해지환급금이 이미 납입한 보험료보다 큰 경우 해당 차액에 대하여 이자소득세가 부과될 수 있습니다.

- [갱신형] 실손의료비(1) 특별약관

(단위: 원)

경과기간	납입보험료	해지환급금
1년	167,172	-
3년	498,780	-
5년	860,448	-
7년	1,276,212	-
10년	2,004,996	-
15년	3,526,044	-

주1) 상기 납입보험료 및 해지환급금은 최초 가입시점의 적용요율을 기준으로 연령 증가분만을 고려한 보험료로써, 향후 매1년마다 갱신시 적용요율의 변동(의료비 상승, 위험률 변동 등)에 따라 달라질 수 있습니다.

주2) 상기 납입보험료 및 해지환급금은 최대 14회차까지 갱신하는 것을 가정하여 예시하였으며, 기본계약 보험기간 동안 보장받기 위해서는 기본계약의 보험기간이 끝날 때까지 [갱신형] 실손의료비 특별약관의 보험료를 계속 납입해야 합니다.

● 경과기간별 예상갱신보험료 안내

□ [갱신형] 실손의료비 특별약관 예상갱신보험료

[갱신형] 실손의료비 특별약관은 연령의 증가, 의료수가의 상승, 위험률 증가 등에 따라 보험료가 매년 변동됩니다.

○ 남자40세, 상해 1급, 월납,  
 [갱신형] 실손의료비 특별약관  
 (상해입원 5,000만원, 상해외래 25만원, 상해처방조제 5만원,  
 질병입원 5,000만원, 질병외래 25만원, 질병처방조제 5만원)

(단위: 원)

구분	연령증가 반영		연령증가+위험률5% 증가		연령증가 + 위험률10%증가	
	표준형	선택형	표준형	선택형	표준형	선택형
1년	13,931	15,255	13,931	15,255	13,931	15,255
2년	13,639	14,941	14,321	15,688	15,003	16,435
3년	13,995	15,333	15,429	16,905	16,934	18,553
4년	14,598	15,997	16,899	18,519	19,430	21,292
5년	15,541	17,031	18,890	20,701	22,754	24,935
6년	16,718	18,320	21,337	23,381	26,925	29,505
15년	28,460	31,218	56,349	61,810	108,077	118,550
16년	31,424	34,453	65,328	71,625	131,266	143,919

- 주) 1. 표준형 : [갱신형] 실손의료비(1) 특별약관, 선택형 : [갱신형] 실손의료비(2) 특별약관  
 2. 상기 16년시점 예시는 [갱신형] 실손의료비 특별약관의 보장내용 변경주기(15년)가 끝난 후 재가입을 한 경우의 예시입니다.  
 3. 갱신시 위험률이 변동될 경우 갱신시점의 보험료는 상기 예시와 달라질 수 있습니다.

※ 이 상품과 실손의료비 단독상품(표준형)과의 보험료 비교

- 가입기준 : 남자 40세, 상해 1급, 20년납
- 가입금액
  - 기본계약 : 상해 사망 및 고도후유장해 3,000만원
  - 선택계약 : 상해 후유장해 3,000만원  
질병 사망 및 고도후유장해 (80세만기) 1,000만원, (65세만기) 2,000만원  
상해 사망 가족생활지원금(65세만기) 500만원,  
질병 사망 가족생활지원금(65세만기) 500만원,  
[갱신형] 실손의료비(1) 특별약관  
(상해입원 5,000만원, 상해외래 25만원, 상해처방조제 5만원,  
질병입원 5,000만원, 질병외래 25만원, 질병처방조제 5만원)

(단위: 원)

경과기간	이 상품		단독상품(표준형)	
	월보험료	총납입보험료	월보험료	총납입보험료
1년	47,926	575,112	13,931	167,172
2년	47,634	1,146,720	13,639	330,840
3년	47,990	1,722,600	13,995	498,780
4년	48,593	2,305,716	14,598	673,956
5년	49,536	2,900,148	15,541	860,448
6년	50,713	3,508,704	16,718	1,061,064
15년	62,455	9,645,144	28,460	3,526,044

주) 상기 월보험료(총납입보험료)는 최초 가입시점의 적용요율을 기준으로 연령증가분만을 고려한 보험료로써, 향후 매1년마다 갱신시 적용요율의 변동(의료비 상승, 위험률 변동 등)에 따라 달라질 수 있습니다.

※ [갱신형] 실손의료비 특별약관 보험료 인상을 관련 유의사항  
: 위험률 최대 인상가능폭 25% 가정시 경과기간별 보험료 변동내역

(기준: 표준형, [갱신형] 실손의료비(1) 특별약관, 40세, 상해1급, 월납,  
상해/질병입원 5,000만원, 상해/질병외래 25만원, 상해/질병처방조제 5만원)

구분		40세	41세	42세	43세	44세	45세
연령증가	남자	13,931	13,639	13,995	14,598	15,541	16,718
	여자	19,158	19,428	20,599	21,884	23,348	25,025
연령증가 + 위험률 매년 25% 상승	남자	13,931	17,049	21,867	28,512	37,942	51,019
	여자	19,158	24,285	32,186	42,742	57,002	76,370

(기준: 선택형, [갱신형] 실손의료비(2) 특별약관, 40세, 상해1급, 월납,  
상해/질병입원 5,000만원, 상해/질병외래 25만원, 상해/질병처방조제 5만원)

구분		40세	41세	42세	43세	44세	45세
연령증가	남자	15,255	14,941	15,333	15,997	17,031	18,320
	여자	20,897	21,202	22,488	23,896	25,497	27,331
연령증가 + 위험률 매년 25% 상승	남자	15,255	18,676	23,958	31,244	41,580	55,908
	여자	20,897	26,503	35,138	46,672	62,249	83,408

□ [갱신형] 질병보장 특별약관 예상갱신보험료

· [갱신형] 암 직접치료 입원일당(1일이상)

(기준: 남자 40세, 1만원, 단위: 원)

경과기간	~3년	~6년	~9년	~12년	~15년	~18년
연령증가 반영	107	159	220	285	373	491
증가율(%)		48.60	38.36	29.55	30.88	31.64

· [갱신형] 암 진단비

(기준: 남자 40세, 1,000만원, 단위: 원)

경과기간	~3년	~6년	~9년	~12년	~15년	~18년
연령증가 반영	1,700	2,780	3,730	5,130	6,920	9,350
증가율(%)		63.53	34.17	37.53	34.89	35.12

· [갱신형] 암 진단비(부분 특정소액암 제외)

(기준: 남자 40세, 1,500만원, 단위: 원)

경과기간	~3년	~6년	~9년	~12년	~15년	~18년
연령증가 반영	2,490	4,065	5,400	7,350	9,810	13,035
증가율(%)		63.25	32.84	36.11	33.47	32.87

· [갱신형] 고액치료비암 진단비

(기준: 남자 40세, 1,000만원, 단위: 원)

경과기간	~3년	~6년	~9년	~12년	~15년	~18년
연령증가 반영	210	310	390	510	690	930
증가율(%)		47.62	25.81	30.77	35.29	34.78

· [갱신형] 항암방사선·약물치료비

(기준: 남자 40세, 100만원, 단위: 원)

경과기간	~3년	~6년	~9년	~12년	~15년	~18년
연령증가 반영	100	170	220	330	460	620
증가율(%)		70.00	29.41	50.00	39.39	34.78

· [갱신형] 급성심근경색증 진단비

(기준: 남자 40세, 1,000만원, 단위: 원)

경과기간	~3년	~6년	~9년	~12년	~15년	~18년
연령증가 반영	490	680	770	930	1,120	1,360
증가율(%)		38.78	13.24	20.78	20.43	21.43

· [갱신형] 질병 중환자실 입원일당(1일이상)

(기준: 남자 40세, 1만원, 단위: 원)

경과기간	~3년	~6년	~9년	~12년	~15년	~18년
연령증가 반영	130	146	174	204	241	248
증가율(%)		12.31	19.18	17.24	18.14	2.90

· [갱신형] 만성당뇨합병증 진단비

(기준: 남자 40세, 500만원, 단위: 원)

경과기간	~3년	~6년	~9년	~12년	~15년	~18년
연령증가 반영	190	285	350	415	490	565
증가율(%)		50.00	22.81	18.57	18.07	15.31

· [갱신형] 총수염 수술비

(기준: 남자 40세, 10만원, 단위: 원)

경과기간	~3년	~6년	~9년	~12년	~15년	~18년
연령증가 반영	23	20	19	18	17	15
증가율(%)		-13.04	-5.00	-5.26	-5.56	-11.76

· [갱신형] 장기요양지원금

(기준: 남자 40세, 1,000만원, 단위: 원)

경과기간	~3년	~6년	~9년	~12년	~15년	~18년
연령증가 반영	200	240	280	350	410	420
증가율(%)		20.00	16.67	25.00	17.14	2.44

· [갱신형] 종합 입원일당(1일이상)

(기준: 남자 40세, 1만원, 단위: 원)

경과기간	~3년	~6년	~9년	~12년	~15년	~18년
연령증가 반영	1,617	1,707	1,922	2,150	2,427	2,480
증가율(%)		5.57	12.60	11.86	12.88	2.18

· [갱신형] 암 최초수술비(유사암제외)

(기준: 남자 40세, 270만원, 단위: 원)

경과기간	~3년	~6년	~9년	~12년	~15년	~18년
연령증가 반영	432	729	972	1,350	1,836	2,403
증가율(%)		68.75	33.33	38.89	36.00	30.88

· [갱신형] 암 수술비(3회한, 유사암제외)

(기준: 남자 40세, 30만원, 단위: 원)

경과기간	~3년	~6년	~9년	~12년	~15년	~18년
연령증가 반영	81	120	144	180	237	306
증가율(%)		48.15	20.00	25.00	31.67	29.11

· [갱신형] 유사암 수술비(3회한)

(기준: 남자 40세, 30만원, 단위: 원)

경과기간	~3년	~6년	~9년	~12년	~15년	~18년
연령증가 반영	9	12	13	15	18	21
증가율(%)		33.33	8.33	15.38	20.00	16.67

· [갱신형] 4대중증질병 수술비(뇌질환, 관혈)

(기준: 남자 40세, 300만원, 단위: 원)

경과기간	~3년	~6년	~9년	~12년	~15년	~18년
연령증가 반영	220	283	372	431	487	553
증가율(%)		28.64	31.45	15.86	12.99	13.55

· [갱신형] 4대중증질병 수술비(뇌질환, 비관혈)

(기준: 남자 40세, 100만원, 단위: 원)

경과기간	~3년	~6년	~9년	~12년	~15년	~18년
연령증가 반영	10	13	17	20	23	26
증가율(%)		30.00	30.77	17.65	15.00	13.04

· [갱신형] 4대중증질병 수술비(심질환, 관혈)

(기준: 남자 40세, 300만원, 단위: 원)

경과기간	~3년	~6년	~9년	~12년	~15년	~18년
연령증가 반영	64	85	116	160	218	291
증가율(%)		32.81	36.47	37.93	36.25	33.49

· [갱신형] 4대중증질병 수술비(심질환, 비관혈)

(기준: 남자 40세, 100만원, 단위: 원)

경과기간	~3년	~6년	~9년	~12년	~15년	~18년
연령증가 반영	23	30	41	57	78	104
증가율(%)		30.43	36.67	39.02	36.84	33.33

· [갱신형] 4대중증질병 수술비(간·췌장질환, 관혈)

(기준: 남자 40세, 300만원, 단위: 원)

경과기간	~3년	~6년	~9년	~12년	~15년	~18년
연령증가 반영	90	114	144	158	169	183
증가율(%)		26.67	26.32	9.72	6.96	8.28

· [갱신형] 4대중증질병 수술비(간·췌장질환, 비관혈)

(기준: 남자 40세, 100만원, 단위: 원)

경과기간	~3년	~6년	~9년	~12년	~15년	~18년
연령증가 반영	8	10	13	14	15	16
증가율(%)		25.00	30.00	7.69	7.14	6.67

· [갱신형] 4대중증질병 수술비(폐질환, 관혈)

(기준: 남자 40세, 300만원, 단위: 원)

경과기간	~3년	~6년	~9년	~12년	~15년	~18년
연령증가 반영	53	52	55	59	70	92
증가율(%)		-1.89	5.77	7.27	18.64	31.43

· [갱신형] 4대중증질병 수술비(폐질환, 비관혈)

(기준: 남자 40세, 100만원, 단위: 원)

경과기간	~3년	~6년	~9년	~12년	~15년	~18년
연령증가 반영	7	6	7	7	9	11
증가율(%)		-14.29	16.67	0.00	28.57	22.22

· [갱신형] 5대특정질환 수술비(위·십이지장궤양)

(기준: 남자 40세, 100만원, 단위: 원)

경과기간	~3년	~6년	~9년	~12년	~15년	~18년
연령증가 반영	24	29	37	37	38	44
증가율(%)		20.83	27.59	00.00	2.70	15.79

· [갱신형] 5대특정질환 수술비(결핵)

(기준: 남자 40세, 100만원, 단위: 원)

경과기간	~3년	~6년	~9년	~12년	~15년	~18년
연령증가 반영	8	9	10	11	12	13
증가율(%)		12.50	11.11	10.00	9.09	8.33

· [갱신형] 5대특정질환 수술비(신부전)

(기준: 남자 40세, 100만원, 단위: 원)

경과기간	~3년	~6년	~9년	~12년	~15년	~18년
연령증가 반영	23	29	39	46	53	62
증가율(%)		26.09	34.48	17.95	15.22	16.98

· [갱신형] 5대특정질환 수술비(갑상선)

(기준: 남자 40세, 50만원, 단위: 원)

경과기간	~3년	~6년	~9년	~12년	~15년	~18년
연령증가 반영	4	5	5	6	6	7
증가율(%)		25.00	00.00	20.00	00.00	16.67

· [갱신형] 5대특정질환 수술비(녹내장)

(기준: 남자 40세, 50만원, 단위: 원)

경과기간	~3년	~6년	~9년	~12년	~15년	~18년
연령증가 반영	10	14	20	25	29	34
증가율(%)		40.00	42.86	25.00	16.00	17.24

· [갱신형] 양성뇌종양 진단비

(기준: 남자 40세, 100만원, 단위: 원)

경과기간	~3년	~6년	~9년	~12년	~15년	~18년
연령증가 반영	7	7	8	9	11	12
증가율(%)		00.00	14.29	12.50	22.22	9.09

· [갱신형] 질병 입원일당(1일이상)

(기준: 남자 40세, 1만원, 단위: 원)

경과기간	~3년	~6년	~9년	~12년	~15년	~18년
연령증가 반영	981	1,099	1,314	1,542	1,819	1,872
증가율(%)		12.03	19.56	17.35	17.96	2.91

· [갱신형] 뇌출혈 진단비

(기준: 남자 40세, 1,000만원, 단위: 원)

경과기간	~3년	~6년	~9년	~12년	~15년	~18년
연령증가 반영	450	680	860	960	1,110	1,450
증가율(%)		51.11	26.47	11.63	15.63	30.63

· [갱신형] 질병 입원일당(4일이상)

(기준: 남자 40세, 1만원, 단위: 원)

경과기간	~3년	~6년	~9년	~12년	~15년	~18년
연령증가 반영	528	608	735	810	921	951
증가율(%)		15.15	20.89	10.20	13.70	3.26

· [갱신형] 중대한 질병치료비

(기준: 남자 40세, 1,000만원, 단위: 원)

경과기간	~3년	~6년	~9년	~12년	~15년	~18년
연령증가 반영	3,200	5,250	6,910	8,780	11,390	15,350
증가율(%)		64.06	31.62	27.06	29.73	34.77

· [갱신형] 소액 질병치료비

(기준: 남자 40세, 100만원, 단위: 원)

경과기간	~3년	~6년	~9년	~12년	~15년	~18년
연령증가 반영	59	72	75	82	91	103
증가율(%)		22.03	4.17	9.33	10.98	13.19

※ 갱신시 위험률이 변동될 경우 갱신시점의 보험료는 상기 예시와 달라질 수 있습니다.

상품요약서는 상품의 주요 내용만을 요약한 자료이며, 보다 구체적인 상품내용은 무배당 삼성화재 통합보험 NEW 슈퍼플러스(1501) 라이프+의 보험약관을 참조하시기 바랍니다.