

하이외국인유학생보험

(약관분류코드 : 8322-0000-20260606)



※ 이 약관은 관련 법령 및 내부통제기준에 따른 절차를 거쳐 제공됩니다.



보험약관이란?

보험약관은 가입하신 보험계약에 대하여 계약의 내용 및 조건 등을 미리 정하여 놓은 계약조항으로 보험계약자와 보험회사의 권리와 의무를 규정하고 있습니다.

특히, 보험금 지급이나 보험료납입 관련 등 중요사항에 대한 자세한 설명이 담겨 있으니 반드시 확인하시기 바랍니다.



한눈에 보는 현대해상 약관 구성

약관 간편 설명서

다소 생소한 보험약관을 보다 쉽게 이해할 수 있도록 보험용어 해설, 보험계약 관련 유의사항 등 보험약관의 일반적인 내용을 담았습니다.

보통약관

보험계약에서 기본계약을 포함한 사항들을 공통적으로 정해놓은 기본 약관입니다.

특별약관

보통약관에서 정한 기본적인 사항 이외에 계약자가 선택하여 가입한 보장내용 등 필요한 사항을 추가 안내하는 약관입니다.

별표 및 인용 법규

약관이해를 돕기 위한 별표, 관련 법규 등을 안내한 자료입니다.



더 자세히 알기 쉬운 설명을 위해 참고하세요!



【 유의사항 】

약관 해당 조항에 덧붙여 계약자가 유의하여 할 사항에 대해 안내해 드립니다.



【 용어해설 】

약관 내용과 관련된 어려운 법률·금융 용어를 쉽게 풀어 안내해 드립니다.



【 예시안내 】

도표, 그림, 계산법 활용 등의 예시를 통하여 쉽게 풀이하여 설명해 드립니다.



【 관련법규 】

약관에서 인용한 법률 조항 및 규정을 자세하게 안내해 드립니다.



기타 문의사항

가입하신 계약관련 기타 문의사항은 당사 홈페이지(www.hi.co.kr) 또는 고객센터 1588-5656 를 통해 더욱 편리하게 문의하실 수 있습니다.

약관 간편 설명서

주요내용

1. 보험용어 해설	3
2. 주요내용 요약서.....	4
3. 계약자 유의사항.....	9
4. 보험금 청구 및 지급절차 안내	10
5. 자주 발생하는 민원 예시	12
6. 약관에서 궁금사항 쉽게 찾기	13

약관 간편 설명서

1. 보험용어해설

용어	해설
보험약관	보험계약에 관하여 보험계약자와 보험회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것입니다.
보험증권	계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
보험가액	재산보험에 있어 피보험 이익을 금전으로 평가한 금액으로 보험목적에 발생할 수 있는 최대 손해액을 말합니다. (회사가 실제 지급하는 보험금은 보험가액을 초과할 수 없습니다)
보험가입금액	회사와 계약자간에 약정한 금액으로 보험사고가 발생할 때 회사가 지급할 최대 보험금을 말합니다.
보장한도액	회사와 계약자간에 약정한 금액으로 보험사고가 발생할 때 회사가 책임지는 금액의 최대 한도를 말합니다.
자기부담금	보험사고로 인하여 발생한 손해에 대하여 계약자 또는 피보험자가 부담하는 일정 금액을 말합니다.
보험기간	회사의 책임이 시작되어 끝날 때까지의 기간으로 보험증권에 기재된 기간을 말합니다.
보험년도	보험계약일로부터 매 1년 단위의 연도(당해연도 보험계약 해당일부터 다음년도 보험계약 해당일 전일까지의 기간)를 말합니다.

이 보험용어 해설의 용어는 보장의 특성에 따라 의미가 상이하므로
기타 자세한 사항은 해당약관의 내용을 참고해주세요.

2. 보험계약 이해를 위한 주요내용 요약서



가. 자필서명

보험계약자와 피보험자가 자필서명을 하지 않은 경우에는 보장을 받지 못할 수 있습니다. 다만, 전화를 이용하여 가입할 때 일정요건이 충족되면 자필서명을 생략할 수 있으며, 인터넷을 이용한 사이버몰에서는 전자서명으로 대체할 수 있습니다.



나. 청약철회

계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 계약의 청약을 철회할 수 있습니다. 이 경우 납입한 제 1 회 보험료를 돌려드립니다. 다만, 아래의 경우 청약을 철회할 수 없습니다.

1. 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약
2. 보험기간이 90 일 이내인 계약
3. 전문금융소비자가 체결한 계약
4. 청약을 한 날부터 30 일을 초과한 계약

다. 계약취소

약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3 개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다. 계약이 취소된 경우에는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드립니다.

라. 계약의 무효

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

- 타인의 사망을 보장하는 상해보험계약에서 피보험자의 서면 동의를 얻지 않은 경우 다만, 단체계약의 경우는 제외
- 만 15 세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급 사유로 한 계약의 경우
- 계약을 맺을 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우
- 재물 및 배상책임보험계약을 맺기 전에 이미 보험의 목적에 사고가 발생한 경우

마. 보험료의 납입연체 및 계약의 해지에 관한 사항

보험계약자가 제 2 회 이후 보험료를 납입기일까지 납입하지 않은 때에는 14 일(보험기간이 1 년 미만일 경우에는 7 일)이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하고, 그 때까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 계약이 해지됩니다.



바. 해지 계약의 부활(효력회복)

보험료 납입연체로 보험계약이 해지되었으나 약관에서 정한 보험료의 환급 조항에 따라 보험료를 돌려받지 않은 경우 보험계약자는 해지된 날부터 3 년이내에 회사가 정한 절차에 따라 보험계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.



사. 계약전 알릴의무 및 위반시 효과

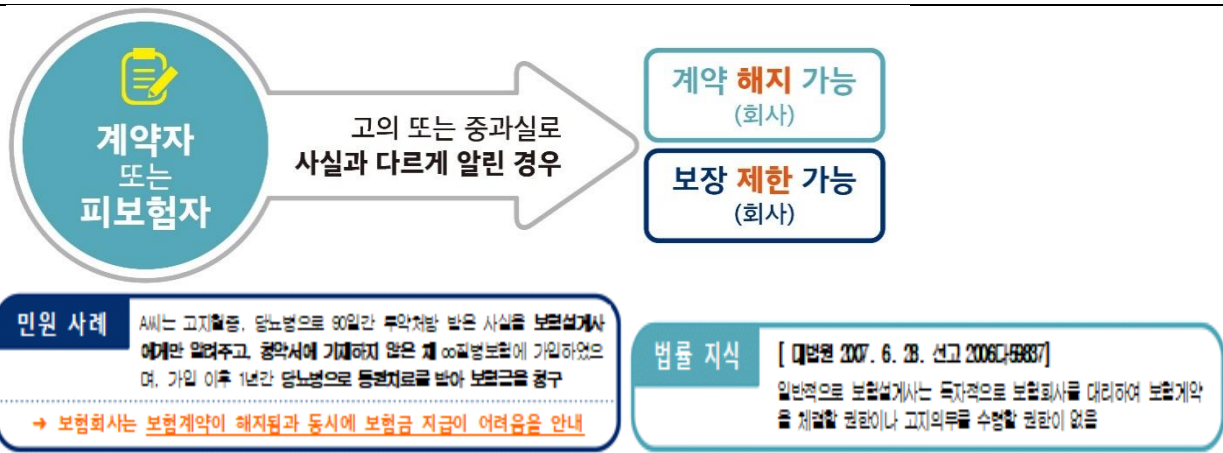
보험계약자, 피보험자는 보험에 가입하실 때 청약서의 질문사항에 사실대로 기재하고 자필서명(전자서명 포함)을 하셔야 합니다.

단, 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에는 음성녹음으로 대체합니다.



※ 알릴의무 위반시 효과

회사가 별도로 정한 방법에 따라 계약을 해지하거나 보험금 지급이 제한될 수 있습니다.



아. 계약후 알릴의무 및 위반시 효과

보험계약자 또는 피보험자는 보험계약을 맺은 후 아래와 같은 경우 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.

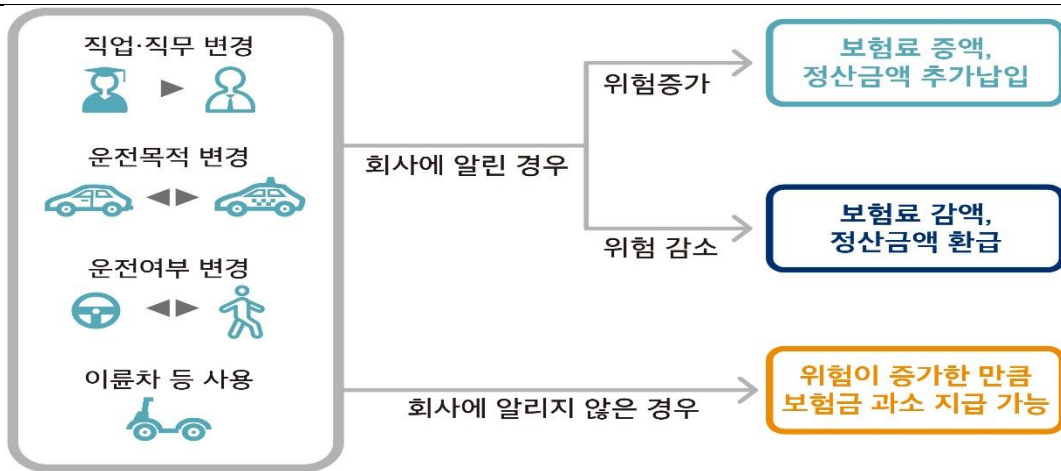
- 피보험자가 직업 또는 직무를 변경(자가용 운전자가 영업용 운전자로 변경하는 경우 포함)하거나 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 직접 사용하게 되는 등 중요한 사항을 변경하는 경우.

※ 알릴의무 위반시 효과

회사가 별도로 정한 방법에 따라 계약을 해지하거나 보험금 지급이 제한될 수 있습니다.

※ 피보험자의 직업·직무 변경 등으로

- ① 위험이 감소한 경우 보험료를 감액하고 정산금액을 환급하여 드리며,
- ② 위험이 증가한 경우 보험료가 증액되고 정산금액의 추가 납입이 필요할 수 있습니다.



자. 보험금의 지급

보험금 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 그 서류를 접수한 날로부터 신체손해에 관한 보험금은 3 영업일, 재물손해, 배상책임손해에 대한 보험금은 그 서류를 접수받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7 일 이내에 지급하여 드립니다.

다만, 보험금 지급사유의 조사 또는 확인이 이루어져 지급기일 초과가 예상되거나, 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급하여 드립니다. 만약 지급기일 내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급기일까지의 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 드립니다.

이 보험계약 이해를 위한 주요내용 요약서는 약관의 주요내용을 요약 발췌한 것이므로
기타 자세한 사항은 해당약관의 내용을 따릅니다.

3. 계약자 유의사항

가. 보험계약 관련 유의할 사항

○ 보험계약전 알릴의무 위반

- 과거 질병 치료사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.
- 과거 질병 치료사실 등을 보험설계사에게 알린 경우에는 보험회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로, 반드시 청약서에 서면으로 알리시기 바랍니다.
- 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약전 알릴의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.

○ 부활(효력회복)

- 부활(효력회복)계약의 보장 개시일은 계약의 부활(효력회복)을 청약한 날로 하며, 해당 특별약관에서 별도로 정한 경우에는 해당 부활(효력회복)일을 따릅니다.

○ 타인을 위한 계약(재물 및 배상책임 관련 보장)

- 타인을 위한 계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없을 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인은 이 계약이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 회사에 이의를 제기할 수 없으며, 보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상한 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 않는 범위 안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

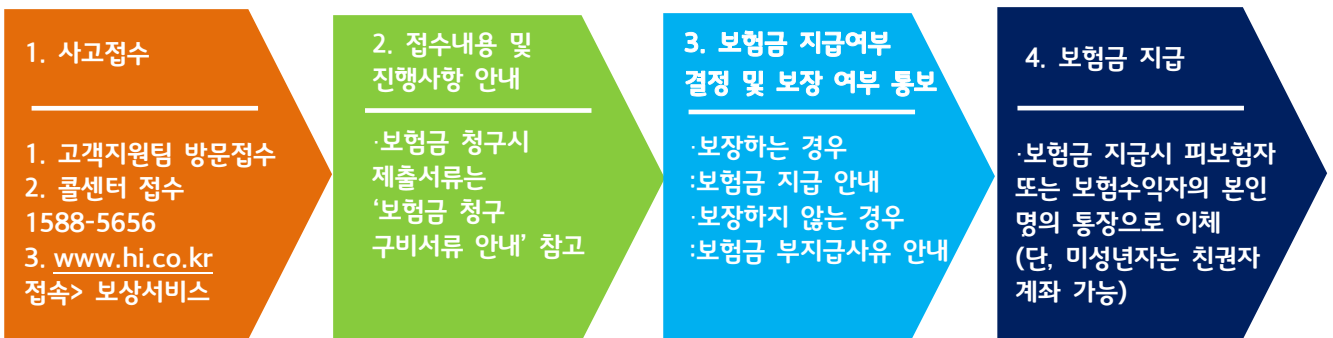
나. 보험금 지급관련 유의할 사항

○ 다수계약의 비례보상에 관한 사항

- 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약 포함)이 있을 경우에는 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 이 계약에 의한 보상책임액의 상기 합계액에 대한 비율에 따라 보상합니다.

이 계약 체결과 보험금 지급 관련 유의사항은 약관의 주요내용을 요약 발췌한 것이므로
기타 자세한 사항은 해당약관의 내용을 따릅니다.

4. 보험금 청구 및 지급절차 안내



○ 보험금 청구 소멸시효

- 보험금 청구서류를 사고발생일로부터 3년 이내에 접수하지 않으면 청구권이 소멸됩니다.(상법 제662조)

○ 보험금 지급심사 위탁

- 「금융기관의 업무위탁 등에 관한 규정」 제3조(업무위탁 등)에 의하면 '금융기관은 인가등을 받은 업무를 영위함에 있어 제3자에게 업무를 위탁하거나 제3자의 업무를 수탁할 수 있다'라고 명시하고 있습니다.

○ 손해사정사 선임 및 조사

- 보험금 지급여부 결정을 위해 사고 현장조사, 병원 방문 조사 등이 필요한 경우 보험업법에 따라 공인된 손해사정법인에게 조사 업무를 위탁할 수 있습니다.

※ 손해사정법인 : 보험업법에 따라 공정한 보험금 지급심사에 대한 인가를 받은 업체

○ 장애인단서 제출시 유의 사항

- 장애인단서 제출의 경우에는 가능한 3차 의료기관에서의 진단을 요청드리며, 진단 전에 보상 담당자와 협의 하시는 것이 신속한 보험금 심사에 도움이 됩니다.

(3차 의료기관 : 500병상 이상의 대학병원, 종합병원)

- 장애상태에 대하여 의료 재심사가 이루어 질 수 있으며, 이 경우 비용은 보험회사가 부담합니다

○ 의료심사

- 상해 질병보험 등에서는 약관에 따른 보험금 지급여부와 지급금액 결정을 위해 진단서, 치료관련 기록 등 제출하여 주신 서류를 기초로 해당 과별 전문의에 의한 의료심사가 시행될 수 있으며, 이 경우 비용은 보험회사가 부담합니다.

○ 손해/생명 보험사간 치료비 분담 지급 (비례보상 적용)

- 상해 질병으로 인한 의료비 실비를 보상하는 상품의 경우 다른 보험회사의 가입여부에 따라 비례보상원칙을 적용하여 보험금을 지급할 수 있습니다.

- 타보험사의 가입사항은 보험협회를 통하여 확인 가능합니다.

○ 보험금 지급안내 및 심사 절차 조회 방법

- 보험금이 지급되는 경우 보험금 지급안내(서면, 전자우편, 문자전송)가 이루어집니다.

- 보험금 지급심사 결과 보험금이 지급거절 될 수 있으며, 이 때에는 부지급 사유 및 근거를 제시합니다.

- 보험금 지급이 지연되는 경우에는 약관에서 정한 규정에 따라 이자를 가산하여 지급합니다.

- 현대해상(주) 홈페이지에 접속하시면 계약내용 및 사고처리 진행경과 및 지급내역을 확인하실 수 있으며, 보험금 부지급 결정 및 산정내역에 이의사항이 있는 경우 아래로 연락주시면 상담하여 드립니다.

※ 대표전화 : 1588-5656

○ 분쟁조정신청

- 보험에 관한 상담 및 분쟁이 있을 때에는 우리 회사 고객센터로 연락하여 주시기 바라며, 처리결과에 이의가 있으시면 금융감독원에 민원 또는 분쟁조정을 신청하실 수 있습니다.

※ 금융감독원 금융민원센터

• 전화 : 국번없이 1332

• 인터넷 주소 : www.fcsc.kr

※ 손해보험협회 보험상담소

• 전화 : (02)3702-8500

• 인터넷 주소 : www.knia.or.kr

※ 소비자상담센터

• 전화 : 국번없이 1372

• 인터넷 주소 : www.cnn.go.kr

5. 자주발생하는 민원 예시

<사례 1> 제가 청약한 내용과 나중에 받은 보험증권 내용이 달라요

(사례)

A씨는 계약 체결 후 증권을 확인하는 과정에서 청약시 안내받은 사항과 다른 점을 발견하여 불만을 제기하였습니다.



(유의 사항)

고객님께서 청약한 내용과 계약사항이 상이한 경우가 발생하지 않도록 청약서에 명기된 납입기간, 보험기간, 보험료, 보장내용 등이 청약한 내용과 일치하는지 반드시 확인하여 주시기 바랍니다.

<사례 2>

(사례)

A씨는 얼마전 분납으로 계약한 보험계약에 대한 미납 안내 문자를 받았습니다. 보험을 유지하고 싶으면 어떻게 해야 할지 궁금해졌습니다.

(유의 사항)

보험료 분납 조건으로 계약시, 잔고가 안정적으로 유지되는 계좌를 설정해주시기 바랍니다. 분납 보험료 납입 일에 보험료를 미납하여 보험료 납입이 연체 중인 경우에는 회사로 연락해 납입 최고 기간(14 일, 보험기간이 1 년 미만인 경우에는 7 일) 내에 미납 보험료를 납입하시기 바랍니다.

6. 약관에서 궁금사항 쉽게 찾기

○ 청약을 철회하고 싶어요

제18조 (청약의 철회)..... 29

○ 계약 해지에 대해 알려주세요

제29조 (계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회) 35

○ 보험료를 납입할 때에 유의할 사항이 있나요?

제24조 (제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 33

제25조 (제2회 이후 보험료의 납입) 33

○ 보험료 납입이 연체 되었어요

제26조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지) 33

제27조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) 34

○ 보험금 지급에 관해 알려주세요

제3조 (보험금의 지급사유) 20

제4조 (보험금 지급에 관한 세부 규정) 20

제5조 (보험금을 지급하지 않는 사유)..... 22

목 차

하이외국인유학생보험 보통약관	19
제 1 관 목적 및 용어의 정의	19
제 1 조(목적)	19
제 2 조(용어의 정의)	19
제 2 관 보험금의 지급	20
제 3 조(보험금의 지급사유)	20
제 4 조(보험금 지급에 관한 세부규정)	20
제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유)	22
제 6 조(보험금 지급사유의 통지)	22
제 7 조(보험금의 청구)	22
제 8 조(보험금의 지급절차)	23
제 9 조(보험금 받는 방법의 변경)	24
제 10 조(주소변경통지)	25
제 11 조(보험수익자의 지정)	25
제 12 조(대표자의 지정)	25
제 3 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등	25
제 13 조(계약 전 알릴 의무)	25
제 14 조(상해보험계약 후 알릴 의무)	26
제 15 조(알릴 의무 위반의 효과)	27
제 16 조(사기에 의한 계약)	28
제 4 관 보험계약의 성립과 유지	28
제 17 조(보험계약의 성립)	28
제 18 조(청약의 철회)	29
제 19 조(약관교부 및 설명의무 등)	30
제 20 조(계약의 무효)	31
제 21 조(계약내용의 변경 등)	31
제 22 조(보험나이 등)	32
제 23 조(계약의 소멸)	32
제 5 관 보험료의 납입	33
제 24 조(제 1 회 보험료 및 회사의 보장개시)	33
제 25 조(제 2 회 이후 보험료의 납입)	33
제 26 조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)	33
제 27 조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))	34
제 28 조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))	34
제 6 관 계약의 해지 및 보험료의 환급 등	35
제 29 조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)	35
제 29 조의 2(위법계약의 해지)	35
제 30 조(중대사유로 인한 해지)	35
제 31 조(회사의 파산선고와 해지)	36

제 32 조(보험료의 환급).....	36
제 7 관 분쟁의 조정 등.....	36
제 33 조(분쟁의 조정).....	36
제 34 조(관할법원).....	37
제 35 조(소멸시효).....	37
제 36 조(약관의 해석).....	37
제 37 조(설명서 교부 및 보험안내자료의 효력).....	37
제 38 조(회사의 손해배상책임).....	37
제 39 조(개인정보보호).....	38
제 40 조(준거법).....	38
제 41 조(예금보험에 의한 지급보장).....	38
하이외국인유학생보험 특별약관.....	39
사망및고도후유장해보장 특별약관.....	39
()%이상고도후유장해발생보장 특별약관.....	39
()%미만후유장해보장 특별약관.....	39
질병사망및 80%고도후유장해보장 특별약관.....	39
질병사망보장 특별약관.....	40
질병 80%고도후유장해보장 특별약관.....	41
식중독입원일당보장 특별약관.....	41
일상생활배상책임보장 특별약관.....	43
국내연수외국인특별비용보장 특별약관.....	46
여권재발급비용보장 특별약관.....	48
학생배상책임보장 특별약관.....	49
특수운동중상해위험보장 특별약관.....	53
특수운전중상해위험보장 특별약관.....	54
질병입원일당보장 특별약관(180 일한도).....	54
질병입원일당보장 특별약관(365 일한도).....	56
질병입원일당출산보장 추가특별약관.....	57
상해입원일당보장 특별약관(180 일한도).....	58
상해입원일당보장 특별약관(365 일한도).....	59
암치료비보장 특별약관(I).....	60
암치료비보장 특별약관(II).....	61
골절진단보장 특별약관.....	62
골절진단(치아파절제외)보장 특별약관.....	62
화상수술위험보장 특별약관.....	62
화상진단보장 특별약관.....	64
【실손의료비관련 특별약관】.....	65
기본형 급여 실손의료비보장 특별약관.....	65
중증비급여 실손의료비보장 특별약관.....	91
비중증비급여 실손의료비보장 특별약관.....	106
상해급여 통원의료비 보장제외 추가특별약관.....	122
질병급여 통원의료비 보장제외 추가특별약관.....	122

상해비급여 통원의료비 보장제외 추가특별약관	122
질병비급여 통원의료비 보장제외 추가특별약관	122
국민건강보험비가입자 추가특별약관	122
실손의료비 상해확장보장 추가특별약관	123
실손의료비 질병확장보장 추가특별약관	123
해외치료입원의료비보장 특별약관	124
특수운동중 상해실손의료비보장 추가특별약관	126
특수운동중 상해실손의료비(3 대비급여)보장 추가특별약관	127
특수운전중 상해실손의료비보장 추가특별약관	127
특수운전중 상해실손의료비(3 대비급여)보장 추가특별약관	128
【제도성 특별약관】.....	128
단체계약 특별약관	128
단체계약보험료정산 추가특별약관	130
질병확장보장 추가특별약관(Ⅱ)	130
상해확장보장 추가특별약관(Ⅱ)	131
보험료분납 특별약관(Ⅰ)	131
장애인전용보험 전환 특별약관	132
단체실손의료보험 중지제도 특별약관	135
업무외사망보험수익자지정 특별약관	136
별 표	138
【별표 1】 장해분류표	138
【별표 2】 식중독 분류표	156
【별표 3】 임신, 출산 및 산후기 분류표	157
【별표 4】 악성신생물(암)분류표	158
【별표 5】 제자리 신생물분류표	159
【별표 7】 골절 분류표	161
【별표 8】 화상 분류표	162

특별약관 목차(가나다 순)

(기호)

()%미만후유장해보장 특별약관	37
()%이상고도후유장해발생보장 특별약관	37

(ㄱ)

골절진단(치아파절제외)보장 특별약관	60
골절진단보장 특별약관	60
국내연수외국인특별비용보장 특별약관	44
국민건강보험비가입자 추가특별약관	103
기본형 실손의료비보장(급여 실손의료비) 특별약관	63

(ㄴ)

단체계약 특별약관	107
단체계약보험료정산 추가특별약관	109
단체실손의료보험 중지제도 특별약관	114

(ㄷ)

보험료분납 특별약관(Ⅰ)	110
비급여 실손의료비보장 특별약관	90

(ㄹ)

사망및고도후유장해보장 특별약관	37
상해급여 통원의료비 보장제외 추가특별약관	102
상해비급여 통원의료비 보장제외 추가특별약관	103
상해입원일당보장 특별약관(180 일한도)	56
상해입원일당보장 특별약관(365 일한도)	57
상해확장보장 추가특별약관(Ⅱ)	110
식중독입원일당보장 특별약관	39

(ㅇ)

암치료비보장 특별약관(Ⅰ)	58
암치료비보장 특별약관(Ⅱ)	59
업무외사망보험수익자지정 특별약관	115
여권재발급비용보장 특별약관	46
일상생활배상책임보장 특별약관	41

(ㅈ)

장애인전용보험 전환 특별약관	111
질병 80%고도후유장해보장 특별약관	39
질병급여 통원의료비 보장제외 추가특별약관	103
질병비급여 통원의료비 보장제외 추가특별약관	103
질병사망및 80%고도후유장해보장 특별약관	37
질병사망보장 특별약관	38
질병입원일당보장 특별약관(180 일한도)	52
질병입원일당보장 특별약관(365 일한도)	54
질병입원일당출산보장 추가특별약관	55
질병확장보장 추가특별약관(Ⅱ)	109

(E)

특수운동중 상해실손의료비보장 추가특별약관.....	106
특수운동중상해위험보장 특별약관.....	51
특수운전중 상해실손의료비보장 추가특별약관.....	107
특수운전중상해위험보장 특별약관.....	52

(H)

학생배상책임보장 특별약관.....	47
해외치료입원의료비보장 특별약관.....	104
화상수술위험보장 특별약관.....	60
화상진단보장 특별약관.....	62

하이외국인유학생보험 보통약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제 1 조(목적)

이 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 피보험자의 손해에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제 2 조(용어의 정의)

이 계약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 계약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어

- 가. 계약자: 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
- 나. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
- 다. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
- 라. 진단계약: 계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.
- 마. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

2. 지급사유 관련 용어

- 가. 상해: 보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.
- 나. 장애: 【별표 1】장애분류표에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.
- 다. 중요한 사항: 계약전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

[용어해설]

<보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증>

회사의 인수기준에 따라 보장내용의 보험가입금액을 일정금액 이하로 낮추거나 일부 보장내용의 가입을 거절하거나 알릴 의무와 관련하여 보험금을 삭감하거나 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 보험료를 할증하는 것을 말합니다.

3. 이자율 관련 용어

- 가. 연단위 복리: 회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.

[예시안내]

<연단위 복리 계산법>

100 원(원금) + 100 원 × 10%(1 년차 이자) + [100 원 + 100 원 × 10%] × 10%(2 년차 이자) =
총 121 원

- 나. 평균공시이율 : 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말합니다. 연도별 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인할 수 있습니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

- 가. 보험기간: 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.
- 나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일과 **노동절**을 제외합니다.

[관련법규]

<관공서의 공휴일에 관한 규정 제2조 및 제3조>

제2조(공휴일)

관공서의 공휴일은 다음 각 호와 같다. 다만, 재외공관의 공휴일은 우리나라의 국경일 중 공휴일과 주재국의 공휴일로 한다.

1. 일요일
2. 국경일 중 3·1절, 광복절, 개천절 및 한글날
3. 1월 1일
4. 설날 전날, 설날, 설날 다음날 (음력 12월 말일, 1월 1일, 2일)
5. 석제 <2005. 6. 30>
6. 부처님오신날 (음력 4월 8일)
7. 5월 5일 (어린이날)
8. 6월 6일 (현충일)
9. 추석 전날, 추석, 추석 다음날 (음력 8월 14일, 15일, 16일)
10. 12월 25일(기독탄신일)
- 10의2. 「공직선거법」제34조에 따른 임기만료에 의한 선거의 선거일
11. 기타 정부에서 수시 지정하는 날

제3조(대체공휴일)

① 제2조제2호부터 제10호까지의 공휴일이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 공휴일 다음의 첫 번째 비공휴일(제2조 각 호의 공휴일이 아닌 날을 말한다. 이하 같다)을 대체공휴일로 한다.

1. 제2조제2호 또는 제7호의 공휴일이 토요일이나 일요일과 겹치는 경우
2. 제2조제4호 또는 제9호의 공휴일이 일요일과 겹치는 경우
3. 제2조제2호·제4호·제7호 또는 제9호의 공휴일이 토요일·일요일이 아닌 날에 같은 조 제2호부터 제10호까지의 규정에 따른 다른 공휴일과 겹치는 경우

② 제1항에 따른 대체공휴일이 같은 날에 겹치는 경우에는 그 대체공휴일 다음의 첫 번째 비공휴일까지 대체공휴일로 한다.

③ 제1항 및 제2항에 따른 대체공휴일이 토요일인 경우에는 그 다음의 첫 번째 비공휴일을 대체공휴일로 한다.

※ 향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 3 조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다): 사망보험금
2. 보험기간 중 상해로 장애분류표(별표 1) 참조)에서 정한 각 장애지급률에 해당하는 장애상태가 되었을 때: 후유장해보험금

제 4 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제 3 조(보험금의 지급사유) 제 1 호 ‘사망’에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

[용어해설]

<실종선고>

어떤사람이 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속 될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정으로 민법 제 27 조(실종의 선고)를 따릅니다.

[관련법규]

<민법 제 27 조(실종의 선고)>

- ① 부재자의 생사가 5 년간 분명하지 아니한 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 한다.
- ② 전지에 임한 자, 침몰한 선박 중에 있던 자, 추락한 항공기 중에 있던 자 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한 자의 생사가 전쟁종지후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락 기타 위난이 종료한 후 1 년간 분명하지 아니한 때에도 제 1 항과 같다.

- ② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제 3 조(보험금의 지급사유) 제 1 호 ‘사망’의 원인 및 ‘사망보험금’ 지급에 영향을 미치지 않습니다.

[관련법규]

<호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률>

제15조(연명의료중단등결정 이행의 대상)

담당의사는 임종과정에 있는 환자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에만 연명의료중단등결정을 이행할 수 있다.

1. 제17조에 따라 연명의료계획서, 사전연명의료의향서 또는 환자가족의 진술을 통하여 환자의 의사로 보는 의사가 연명의료중단등결정을 원하는 것이고, 임종과정에 있는 환자의 의사에도 반하지 아니하는 경우
2. 제 18 조에 따라 연명의료중단등결정이 있는 것으로 보는 경우

- ③ 제 3 조(보험금의 지급사유) 제 2 호에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180 일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180 일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표【별표 1】참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ④ 제 3 항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 상해 발생일부터 1 년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ⑤ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제 3 조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제 3 자를 정하고 그 제 3 자의 의견에 따를 수 있습니다. 제 3 자는 의료법 제 3 조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

[관련법규]

<의료법 제 3 조(의료기관) 내지 제 3 조의 3(종합병원)의 규정에 의한 종합병원>

100 개 이상의 병상 구비, 병상수에 따라 일정 개수의 진료과목을 갖추고, 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

- ⑦ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑧ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2 회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종

장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

- ⑨ 이미 이 계약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제 8 항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

[예시안내]

질병으로 오른쪽 눈의 교정시력이 0.1 이하(지급률 15%)가 된 피보험자가 이후에 상해로 그 오른쪽 눈의 교정시력이 0.02 이하(지급률 35%)가 된 경우에는 상해로 인한 장해지급률 35%에서 질병으로 인한 장해지급률 15%를 차감한 20%에 해당하는 장해보험금을 지급합니다.

- ⑩ 회사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2 년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

[용어해설]

<습관성 유산, 불임 및 인공수정>

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98 에 해당하는 질병을 말합니다.

- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제 3 조(보험금의 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제 6 조(보험금 지급사유의 통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제 3 조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유의 발생을 안 때에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

제 7 조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사 양식)
 2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

4. 기타 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류(사망보험금 지급시 피보험자의 법정상속인이 아닌자가 청구하는 경우 법정상속인의 확인서)
- ② 제 1 항 제 2 호의 사고증명서는 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

[관련법규]

※ 의료법 제 3 조(의료기관)에서 정한 의료기관의 구분

- ◆ 의원급 의료기관 : 주로 외래환자를 대상으로 하는 의원, 치과의원, 한의원
- ◆ 병원급 의료기관 : 주로 입원환자를 대상으로 하는 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원
- ◆ 조산원 : 조산사가 임부, 해산부 등을 대상으로 보건활동 등을 하는 의료기관

제 8 조(보험금의 지급절차)

- ① 회사는 제 7 조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 보험금을 지급하며, 배상책임손해 및 재산손해에 관한 보험금은 보험금 청구서류를 접수 받은 후 지체없이 결정하고 그 보험금이 결정되면 7 일 이내에 보험금을 지급합니다.
- ② 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 제 1 항의 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지합니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제 7 조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30 영업일 이내에서 정합니다.
1. 소송제기
 2. 분쟁조정 신청
 3. 수사기관의 조사
 4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
 5. 제 7 항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 보험금 지급사유와 조사의 확인이 지연되는 경우
 6. 제 4 조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제 6 항에 따라 보험금 지급사유에 대해제 3 자의 의견에 따르기로 한 경우

[용어해설]

<분쟁조정제도>

주로 금융소비자가 금융회사를 상대로 제기하는 금융분쟁에 대하여 금융감독원이 조정신청을 받아 의견을 제시하여 당사자 간의 합의를 유도함으로써 소송을 통하지 않고 분쟁을 원만하게 해결하는 제도를 말합니다.

- ③ 제 2 항에 의하여 장해지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 확정된 장해지급률에 따른 보험금을 초과한 부분에 대한 분쟁으로 보험금 지급이 늦어지는 경우에는 보험수익자의 청구에 따라 이미 확정된 보험금을 먼저 가지급합니다.
- ④ 제 2 항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

[용어해설]

< 가지급보험금 >

보험금이 지급기한 내에 지급되지 못할 것으로 판단되는 경우 회사가 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도로 피보험자가 필요로 하는 비용을 보전해 주기 위해 회사가 먼저 지급하는 임시 교부금을 말합니다.

- ⑤ 배상책임 및 재산손해 보장의 경우 제 1 항에 의하여 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑥ 회사가 제 1 항의 규정에 정한 지급기일 내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는(제 2 항의 규정에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다) 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 <부표> ‘보험금을 지급할 때의 적립이율’에 따라 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자

또는 피보험자의 책임 있는 사유로 지급이 지연될 때에는 그 해당기간에 대한 이자를 더하여 지급하지 않습니다

- ⑦ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제 15 조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제 2 항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우 사실 확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다. .

[용어해설]

<정당한 사유>

사회통념상 그 의무나 책임 등을 이행할 수 없을만한 사정이 있거나, 그 의무나 책임 등의 이행을 기대하는 것이 무리라고 할 만한 사정이 있을 때를 말합니다.

- ⑧ 회사는 제 7 항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

<부표> 보험금을 지급할 때의 적립이율

기 간	지 급 이 자
지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
지급기일의 31일이후부터 60일내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
지급기일의 61일이후부터 90일내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)

주) 1. 지급이자자는 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 보험계약대출이율은 보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율을 적용합니다.

3. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

4. 가산이율 적용시 제8조(보험금의 지급절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

5. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

[용어해설]

<정당한 사유로 인정하는 경우>

회사의 보험금 지급지연 사유가 보험금지급의 신속성과 편의성 방해가 아닌 공정하고 정확한 보험금 지급사유의 조사, 확인을 위한 것으로 금융위원회 또는 금융감독원이 인정하는 사정이 있을 때를 말합니다.

제 9 조(보험금 받는 방법의 변경)

- ① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.

- ② 회사는 제 1 항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

[예시안내]

<일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우 예시>

(가정: 2023.1.1 에 일시에 지급할 보험금 100 만원을 2023.1.1 과 2024.1.1 에 각각 50 만원씩 나누어 지급, 평균공시이율 5%) :

2023.1.1 지급액 = 50 만원

2024.1.1 지급액 = 50 만원 + (50 만원 X 5%) = 52.5 만원

<나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우 예시>

(가정: 2023.1.1 과 2024.1.1 에 각각 50 만원씩 나누어 지급할 보험금을 2023.1.1 에 일시에 지급, 평균공시이율 5%) :

2023.1.1 에 일시에 지급할 보험금 = 50 만원 + 50 만원/(1+5%)

= 97.62 만원

제 10 조(주소변경통지)

- ① 계약자(보험수익자가 계약자와 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.
- ② 제 1 항에서 정한대로 계약자 또는 보험수익자가 변경내용을 알리지 않은 경우에는 계약자 또는 보험수익자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 또는 보험수익자에게 도달된 것으로 봅니다.

제 11 조(보험수익자의 지정)

보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 제 3 조(보험금의 지급사유) 제 1 호의 경우는 피보험자의 법정상속인, 같은 조 제 2 호의 경우는 피보험자로 합니다.

[용어해설]

<법정상속인>

법정상속인이라 함은 피상속인의 사망에 의하여 민법의 규정에 의한 상속순위에 따라 상속받는 자를 말합니다.

제 12 조(대표자의 지정)

- ① 계약자 또는 보험수익자가 2 명 이상인 경우에는 각 대표자를 1 명 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.
- ② 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 않은 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 보험수익자 1 명에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에게도 효력이 미칩니다.
- ③ 계약자가 2 명 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

[유의사항]

<계약자가 2 명 이상인 경우>

계약자가 2 명 이상인 경우, 계약전 알릴 의무, 보험료 납입의무 등 보험계약채결에 따른 계약자의 의무를 연대*로 합니다.

*연대란, 어떠한 행위의 이행에 있어서, 두 사람 이상이 공동으로 책임지는 것을 뜻하며, 각자가 해당 의무를 이행할 의무가 있습니다.

제 3 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제 13 조(계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 '계약 전 알릴의무'라 하며, 상법상 '고지의무'와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약의 경우 의료법 제 3 조(의료기관)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

[관련법규]

<상법에 따른 "고지의무">

※ 상법 제 651 조(고지의무위반으로 인한 계약 해지)

보험계약당시에 보험계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 중요한 사항을 고지하지 아니하거나 부실의 고지를 한 때에는 보험자는 그 사실을 안 날로부터 1 월내에, 계약을 체결한 날로부터 3 년내에 한하여 계약을 해지할 수 있습니다. 그러나 보험자가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못한 때에는 그러하지 아니합니다.

※ 상법 제 651 조의 2(서면에 의한 질문의 효력)

보험자가 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정합니다.

제 14 조(상해보험계약 후 알릴 의무)

① 계약자 또는 피보험자는 보험기간 중에 피보험자에게 다음 각 호의 변경이 발생한 경우에는 우편, 전화, 방문 등의 방법으로 지체없이 회사에 알려야 합니다.

1. 보험증권 등에 기재된 직업 또는 직무의 변경

가.현재의 직업 또는 직무가 변경된 경우

나.직업이 없는 자가 취직한 경우

다. 현재의 직업을 그만둔 경우

[직업]

1) 생계유지 등을 위하여 일정한 기간동안(예: 6개월 이상) 계속하여 종사하는 일

2) 1)에 해당하지 않는 경우에는 개인의 사회적 신분에 따르는 위치나 자리를 말함

예) 학생, 미취학아동, 무직 등

[직무]

직책이나 직업상 책임을 지고 담당하여 맡은 일

2. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우

예) 자가용에서 영업용으로 변경, 영업용에서 자가용으로 변경 등

3. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우

예) 비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운전자로 변경 등

4. 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거(전동킥보드, 전동이륜평행차, 전동기의 동력만으로 움직일 수 있는 자전거 등 개인형 이동장치를 포함)를 계속적으로 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동과 출퇴근용도 등으로 주로 사용하는 경우에 한함)하게 된 경우(다만, 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등 보행보조용 의자차는 제외합니다.)

② 회사는 제 1 항의 통지로 인하여 위험의 변동이 발생한 경우에는 제 21 조(계약내용의 변경 등)에 따라 계약내용을 변경할 수 있습니다.

[위험변경에 따른 계약변경 절차]

위험변경사항 통지
(우편, 전화, 방문 등)



계약자,피보험자의 계약변경사항 확인 후 청약



계약변경사항 인수 심사



정산금액 처리
(환급 또는 추가납입)



계약변경 완료

③ 회사는 제 2 항에 따라 계약내용을 변경할 때 위험이 감소된 경우에는 보험료를 감액하고, 이후 기간 보장을 위한 재원인 계약자적립액 등의 차이로 인하여 발생한 정산금액(이하 “정산금액”이라 합니다)을 환급하여 드립니다. 한편 위험이 증가된 경우에는 보험료의 증액 및 정산금액의 추가납입을 요구할 수 있으며, 계약자는 일시납 또는 잔여 보험료 납입기간과 5년 중 큰 기간(단, 잔여 보험기간을 초과할 수 없음) 동안의 분납 중 선택하여 정산금액을 납입하여야 합니다. 다만, 보험료 갱신형 계약 등 일부 보험계약의 경우 분납이 제한될 수 있습니다.

[용어해설]

<계약자적립액>

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

- ④ 제 1 항의 통지에 따라 위험의 증가로 보험료를 더 내야 할 경우 회사가 청구한 추가보험료(정산금액을 포함합니다)를 계약자가 납입하지 않았을 때, 회사는 위험이 증가되기 전에 적용된 보험요율(이하 “변경전 요율”이라 합니다)의 위험이 증가된 후에 적용해야 할 보험요율(이하 “변경후 요율”이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 증가된 위험과 관계없이 발생한 보험금 지급사유에 관해서는 원래대로 지급합니다.

[용어해설]

<보험요율>

보험료를 산출하기 위하여 일정한 보험단위 또는 단위위험 당 적용된 비율로서 보험요율에 보험금액을 곱하게 될 경우 보험계약자가 지불하는 보험료가 됩니다.

[예시안내]

<보험금을 삭감하여 지급하는 경우 예시>

보험기간 중 직업의 변경으로 위험이 증가(상해급수 1 급 → 2 급)되었으나, 이를 회사에 알리지 않고 변경전 보험료를 계속 납입하던 중 상해사망 사고가 발생한 경우

· 상해사망 가입금액 : 1 억원

· 상해사망 보험요율 : 1 급 0.3, 2 급 0.5

→ 고객이 수령하는 상해사망 보험금 = 1 억원 × (0.3 ÷ 0.5) = 6 천만원

- ⑤ 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제 1 항 각 호의 변경사실을 회사에 알리지 않았을 경우 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 그 변경사실을 안 날부터 1 개월 이내에 계약자 또는 피보험자에게 제 4 항에 따라 보장됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

[용어해설]

<고의>

자기의 행위가 불법구성요건을 실현함을 인식하고 인용하는 행위자의 심적 태도를 말합니다.

<중대한 과실(중과실)>

주의의무의 위반이 현저한 과실, 『중대한 과실』, 즉 현저한 부주의, 태만의 경우로서 조금만 주의를 하였다면 충분히 피해의 발생을 막을 수 있었음에도 그 주의조차 태만히 한 높은 강도의 주의의무위반을 말합니다.

제 15 조(알릴 의무 위반의 효과)

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 보험금 지급사유의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1 개월 이내에 이 계약을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인이 고의 또는 중대한 과실로 제 13 조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
 2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제 14 조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제 1 항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인의 고의 또는 중대한 과실로 이행하지 않았을 때
- ② 제 1 항 제 1 호의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.
1. 회사가 계약당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
 2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1 개월 이상 지났거나 또는 제 1 회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2 년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1 년)이 지났을 때
 3. 계약을 체결한 날부터 3 년이 지났을 때

4. 회사가 이 계약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지할 수 있습니다)
5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.

[용어해설]

<해지>

현재 유지되고 있는 계약 또는 효력이 상실된 계약을 장래를 향하여 소멸시키거나 계약유지 의사를 포기하여 만기일 이전에 계약관계를 청산하는 것

- ③ 제 1 항에 따라 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 전에 이루어진 경우, 이로 인하여 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 때에는 제 32 조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제 1 항 제 1 호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제 2 조 제 2 호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다. 또한 이 경우 계약 해지로 인하여 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 때에는 제 32 조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 제 1 항 제 2 호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 제 14 조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제 4 항 또는 제 5 항에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 제 1 항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제 4 항 및 제 5 항에 관계없이 약정한 보험금을 지급합니다.
- ⑦ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

[유의사항]

보험계약을 청약하면서 보험설계사에게 고혈압이 있다고만 얘기하였을 뿐, 청약서의 계약 전 알릴사항에 아무런 기재도 하지 않을 경우에는 보험설계사에게 고혈압 병력을 얘기하였다고 하더라도 회사는 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.

제 16 조(사기에 의한 계약)

- ① 계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물사용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 계약일부터 5 년 이내(사기사실을 안 날부터 1 개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.
- ② 회사가 제 1 항에 따라 계약을 취소한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고, 취소후 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 경우에는 제 32 조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.

제 4 관 보험계약의 성립과 유지

제 17 조(보험계약의 성립)

- ① 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.

- ② 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
- ③ 회사는 계약의 청약을 받고, 제 1 회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30 일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30 일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
- ④ 회사가 제 1 회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 계약자에게 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 '평균공시이율 + 1%'를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제 1 회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

[용어해설]

<보험료>

보험료는 계약자가 계약에 의거하여 회사에 지급하여야 하는 요금을 말합니다. 또한, 보험료는 보험금 지급을 위한 순보험료, 회사의 사업경비를 위한 부가보험료 및 보험금 지급조사를 위한 손해조사비로 구성됩니다.

보험료 = 순보험료 + 부가보험료 + 손해조사비

제 18 조(청약의 철회)

- ① 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 90일 이내인 계약 또는 전문금융소비가자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

[용어해설]

<전문금융소비자>

보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약에 따른 위험감수능력이 있는 자로서, 국가, 지방자치단체, 한국은행, 금융회사, 주권상장법인 등을 포함하며 「금융소비자보호에 관한 법률」 제 2 조(정의) 제 9 호에서 정하는 전문금융소비를 말합니다.

<일반금융소비자>

전문금융소비가자가 아닌 계약자를 말합니다.

[관련법규]

<금융소비자 보호에 관한 법률 제 2 조(정의) 제 9 호, 제 10 호>

9. “전문금융소비자”란 금융상품에 관한 전문성 또는 소유자산규모 등에 비추어 금융상품 계약에 따른 위험감수능력이 있는 금융소비자로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 자를 말한다. 다만, 전문금융소비자 중 대통령령으로 정하는 자가 일반금융소비자와 같은 대우를 받겠다는 의사를 금융상품판매업자 또는 금융상품자문업자(이하 “금융상품판매업자등”이라 한다)에게 서면으로 통지하는 경우 금융상품판매업자등은 정당한 사유가 있는 경우를 제외하고는 이에 동의하여야 하며, 금융상품판매업자등이 동의한 경우에는 해당 금융소비자는 일반금융소비자로 본다.

가. 국가

나. 「한국은행법」에 따른 한국은행

다. 대통령령으로 정하는 금융회사

라. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제 9 조제 15 항제 3 호에 따른 주권상장법인(투자성 상품 중 대통령령으로 정하는 금융상품계약체결등을 할 때에는 전문금융소비자와 같은 대우를 받겠다는 의사를 금융상품판매업자등에게 서면으로 통지하는 경우만 해당한다)

마. 그 밖에 금융상품의 유형별로 대통령령으로 정하는 자

10. “일반금융소비자”란 전문금융소비자가 아닌 금융소비자를 말한다.

- ② 제 1 항에도 불구하고 청약한 날부터 30 일이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.
- ③ 청약철회는 계약자가 전화로 신청하거나, 철회의사를 표시하기 위한 서면, 전자우편, 휴대전화 문자메세지

또는 이에 준하는 전자적 의사표시(이하 '서면 등'이라 합니다)를 발송한 때 효력이 발생합니다. 계약자는 서면 등을 발송한 때에 그 발송 사실을 회사에 지체없이 알려야 합니다.

- ④ 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 '보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율'을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료 등을 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해당 신용카드회사로 하여금 대금청구를 하지 않도록 해야 하며, 이 경우 회사는 보험료를 반환한 것으로 봅니다.
- ⑤ 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.
- ⑥ 제 1 항에서 보험증권을 받은 날에 대한 다툼이 발생한 경우 회사가 이를 증명하여야 합니다.

[관련법규]

<금융소비자보호에 관한 법률 제 46 조(청약의 철회)에서 정한 청약철회 가능 기간>

일반금융소비자가 상법 제 640 조에 따른 보험증권을 받은 날부터 15 일과 청약을 한 날부터 30 일 중 먼저 도래하는 기간

제 19 조(약관교부 및 설명의무 등)

- ① 회사는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며, 청약 후에 다음 각 호의 방법 중 계약자가 원하는 방법을 확인하여 지체 없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 제공하여 드립니다. 만약, 회사가 전자우편 및 전자적 의사표시로 제공한 경우 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다.
 1. 서면교부
 2. 우편 또는 전자우편
 3. 휴대전화 문자메세지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시
- ② 제 1 항과 관련하여 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특약만 포함한 약관을 드리며, 전화를 이용하여 체결하는 계약은 계약자의 동의를 얻어 다음의 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.
 1. 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

[용어해설]

<통신판매계약>

전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

- ③ 회사가 제 1 항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제 2 조 제 2 호에 따른 전자서명을 포함합니다)을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3 개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

[용어해설]

<약관의 중요한 내용>

금융소비자 보호에 관한 법률 제 19 조(설명 의무) 등에서 정한 다음의 내용을 말합니다.

- ◆ 청약의 철회에 관한 사항
- ◆ 지급한도, 면책사항, 감액지급 사항 등 보험금 지급제한 조건
- ◆ 고지의무 위반의 효과
- ◆ 계약의 취소 및 무효에 관한 사항
- ◆ 해약환급금에 관한 사항
- ◆ 분쟁조정절차에 관한 사항
- ◆ 그 밖에 약관에 기재된 보험계약의 중요사항

<자필서명>

계약자가 성명기입란에 본인 성명을 기재하고, 날인란에 사인(signature) 또는 도장을 찍는 것을 말합니다. 전자서명법 제 2 조 제 2 호에 따른 전자서명을 포함합니다.

※ 전자서명법 제 2 조 제 2 호에 따른 전자서명

: 다음 각 목의 사항을 나타내는 데 이용하기 위하여 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.

가. 서명자의 신원

나. 서명자가 해당 전자문서에 서명하였다는 사실

- ④ 제 3 항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제 1 항의 규정에 따른 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.

1. 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우
2. 계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우

- ⑤ 제 3 항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 '보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율'을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제 20 조(계약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 '보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율'을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제 2 조제 2 호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제 44 조의 2 에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
2. 만 15 세 미만자, 심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)를 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.

[용어해설]

<심신상실자>

심신상실자(心神喪失者)라 함은 의식은 있으나 장애의 정도가 심하여 자신의 행위 결과를 합리적으로 판단할 능력을 갖지 못한 사람을 말합니다.

<심신박약자>

심신박약자(心神薄弱者)라 함은 심신상실의 상태까지는 이르지 않았으나, 마음이나 정신의 장애로 인하여 사물을 변별할 능력이나 의사를 결정할 능력이 미약한 사람을 말합니다.

3. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 제 2 호의 만 15 세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

제 21 조(계약내용의 변경 등)

① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 보험종목
2. 보험기간
3. 보험료 납입주기, 납입방법 및 납입기간
4. 계약자, 피보험자 중 일부

5. 보험가입금액, 보험료 등 기타 계약의 내용

- ② 계약자는 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리를 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.

[유의사항]

<계약자의 보험수익자 변경 통지>

계약자가 회사에 보험수익자가 변경되었음을 통지하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급할 수 있습니다. 회사가 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급한 경우 변경된 보험수익자에게는 별도로 보험금을 지급하지 않습니다.

- ③ 회사는 계약자가 제 1 회 보험료를 납입한 때부터 1 년 이상 지난 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청할 때에는 회사의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.

[용어해설]

<사업방법서>

회사가 보험사업의 허가를 신청할 때 첨부해야하는 기초서류의 하나로서, 피보험자의 범위, 보험금액 및 보험기간에 대한 제한 등이 기재된 서류를 말합니다.

- ④ 회사는 계약자가 제 1 항 제 5 호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 경우에는 제 32 조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.

- ⑤ 계약자가 제 2 항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우 계약자와 피보험자가 동일하지 않을 때에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면(「전자서명법」 제 2 조 제 2 호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제 44 조의 2 에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)으로 동의하여야 합니다.

- ⑥ 회사는 제 1 항에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

[유의사항]

<보험가입금액 등의 감액시 환급금>

보험가입금액, 보험료 등의 감액시 환급금이 없거나 최초가입시 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

제 22 조(보험나이 등)

- ① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제 20 조(계약의 무효) 제 2 호의 경우에는 실제 만 나이를 적용합니다.
- ② 제 1 항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6 개월 미만의 끝수는 버리고 6 개월 이상의 끝수는 1 년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약 해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

[예시안내]

【보험나이 계산 예시】

생년월일: 1988 년 10 월 2 일, 현재(계약일): 2014 년 4 월 13 일

⇒ 2014 년 4 월 13 일 - 1988 년 10 월 2 일 = 25 년 6 월 11 일 = 26 세

[유의사항]

계약해당일이 없을 경우에는 해당월의 말일을 계약해당일로 합니다.

- ③ 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 사실과 다른 경우에는 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

[유의사항]

청약서에 기재된 피보험자의 나이 또는 성별에 따라 계약이 체결되었으나, 신분증에 기재된 사실내용과 다른 경우에는 신분증에 기재된 나이 또는 성별로 정정합니다.

제 23 조(계약의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제 5 관 보험료의 납입

제 24 조(제 1 회 보험료 및 회사의 보장개시)

- ① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제 1 회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 회사가 청약과 함께 제 1 회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제 1 회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제 1 회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임 있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.
- ② 회사가 청약과 함께 제 1 회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

[용어해설]

<보장개시일>

회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제 1 회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제 1 회 보험료를 받은 경우에는 제 1 회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

- ③ 회사는 제 2 항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.
 1. 제 13 조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
 2. 제 15 조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
 3. 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우. 다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 상해로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 보장을 해드립니다.
- ④ 계약이 갱신되는 경우에는 제 1 항 내지 제 3 항에 의한 보장은 기존 계약에 의한 보장이 종료하는 때부터 적용합니다.

제 25 조(제 2 회 이후 보험료의 납입)

계약자는 제 2 회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 하며, 회사는 계약자가 보험료를 납입한 경우에는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융회사(우체국을 포함합니다)를 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사 발행 증빙서류를 영수증으로 대신합니다.

[용어해설]

<납입기일>

계약자가 제 2 회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제 26 조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)과 계약의 해지)

- ① 계약자가 제 2 회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14 일(보험기간이 1 년 미만인 경우에는 7 일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.
 1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용
- ② 회사가 제 1 항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면, 전자서명법 제 2 조 제 2 호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다.

회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제 1 항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

- ③ 회사가 제 1 항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전화(음성녹음)로 안내하고자 할 때 다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 경우에 「보험업감독규정」 제 4-36 조 제 3 항에 따른 전자적 상품설명장치를 활용할 수 있습니다.
1. 계약자에게 전자적 상품설명장치를 활용하여 제 1 항에 따른 납입최고(독촉) 등을 한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것
 2. 전자적 상품설명장치를 활용하여 안내한 납입최고(독촉) 등을 계약자가 모두 수신하고 이해하였음을 확인할 것
 3. 계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품설명장치의 활용을 중단할 것을 요구하는 경우, 회사는 전화 (음성녹음) 방법으로 전환하여 제 1 항에 따른 납입최고(독촉) 등을 실시할 것
 4. 전자적 상품설명장치에 안내의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖출 것
 5. 제 3 호 및 제 4 호의 내용에 관한 사항을 계약자에게 안내할 것
- ④ 제 1 항에 따라 계약이 해지되고 이로 인하여 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 때에는 제 32 조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.

[용어해설]

<납입최고(독촉)>

약정된 기일까지 보험료가 납입되지 않을 경우, 회사가 계약자에게 납입을 재촉하는 일

제 27 조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 제 26 조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 제 32 조(보험료의 환급)에 따른 환급금을 받지 않은 경우 계약자는 해지된 날부터 3 년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 ‘평균공시이율 + 1 %’ 범위내에서 각 상품별로 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다.
- ② 제 1 항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제 13 조(계약 전 알릴의무), 제 15 조(알릴 의무 위반의 효과), 제 16 조(사기에 의한 계약), 제 17 조(보험계약의 성립) 및 제 24 조(제 1 회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다. 이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.
- ③ 제 1 항에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2 회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제 13 조(계약전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제 15 조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제 28 조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))

- ① 타인을 위한 계약의 경우 제 32 조(보험료의 환급)에 따른 계약자의 환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우에는, 회사는 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에게 지급하고 제 21 조(계약내용의 변경 등) 제 1 항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.

[용어해설]

< 타인을 위한 계약 >

계약자가 타인의 이익을 위하여 자기의 이름으로 체결하는 보험계약을 말합니다.

- ② 회사는 제 1 항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙하며, 계약은 청약한 때부터 특별부활(효력회복) 됩니다.
- ③ 회사는 제 1 항의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 회사는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제 1 항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.
- ④ 회사는 제 1 항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7 일 이내에 하여야 합니다. 다만, 회사의 통지가 7 일을 지나서 도달하고 이후 보험수익자가 제 1 항에 의한 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복)을 청약한 경우에는 계약이 해지된 날부터 7 일이 되는 날에 특별부활(효력회복) 됩니다.

- ⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제 3 항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15 일 이내에 제 1 항의 절차를 이행할 수 있습니다.

[용어해설]

<강제집행과 담보권 실행>

강제집행이란 사법상 또는 행정법상의 의무를 이행하지 않는 사람에 대하여 국가가 강제 권력으로 그 의무를 이행하는 것을 말합니다.

담보권실행이란 담보권을 설정한 채권자가 채무를 이행하지 않는 채무자에 대하여 해당 담보권을 실행하는 것을 말합니다.

<국세 및 지방세 체납처분 절차>

국세 및 지방세 체납처분 절차란 국세 또는 지방세를 체납할 경우 국세 기본법 및 지방세법에 의하여 체납된 세금에 대하여 가산금 징수, 독촉장 발부 및 재산압류 등의 집행을 하는 것을 말합니다.

제 6 관 계약의 해지 및 보험료의 환급 등

제 29 조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)

- ① 계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 경우에는 제 32 조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제 20 조(계약의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 때에는 제 32 조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ③ 보험금 지급사유 발생으로 회사가 보험금을 지급한 때에도 보험가입금액이 감액되지 않은 경우에는 계약자는 그 보험금 지급사유 발생 후에도 계약을 해지할 수 있습니다.

제 29 조의 2(위법계약의 해지)

- ① 계약자는 「금융소비자보호에 관한 법률」 제 47 조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 범위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5 년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날로부터 1 년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.

[용어해설]

<위법계약>

금융상품판매업자 등이 금융소비자보호에 관한 법률 제 47 조에서 정한 적합성원칙, 적정성원칙, 설명의무, 불공정영업행위 금지 또는 부당권유행위 금지를 위반한 계약을 말합니다.

- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10 일 이내 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제 1 항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 제 1 항 및 제 3 항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제 32 조(보험료의 환급) 제 1 항 제 1 호에 따른 환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제 1 항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제 30 조(중대사유로 인한 해지)

- ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 안 날부터 1 개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

[유의사항]

<이미 발생한 보험금 지급사유에 대한 보험금 지급>

계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류를 변조하여 보험금을 청구한 경우 회사는 그 사실을 안 날부터 1 개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
다만, 이 경우에도 회사는 이미 발생한 보험금 지급사유에 대해서는 보험금을 지급합니다.

- ② 회사가 제 1 항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고, 해지시 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 경우에는 제 32 조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.

제 31 조(회사의 파산선고와 해지)

- ① 회사가 파산의 선고를 받은 때에는 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.
- ② 제 1 항의 규정에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3 개월이 지난 때에는 그 효력을 잃습니다.
- ③ 제 1 항의 규정에 따라 계약이 해지되거나 제 2 항의 규정에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제 32 조(보험료의 환급)에 의한 보험료를 계약자에게 지급합니다.

제 32 조(보험료의 환급)

- ① 이 계약이 무효, 효력상실, 해지 또는 소멸된 때에는 다음과 같이 보험료를 돌려드립니다.
 1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임없는 사유에 의하는 경우 : 무효의 경우에는 회사에 납입한 보험료의 전액, 효력상실, 해지 또는 소멸의 경우에는 경과하지 아니한 기간에 대하여 일단위로 계산한 보험료
 2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유에 의하는 경우 : 이미 경과한 기간에 대하여 단기요율(1 년미만의 기간에 적용되는 요율)로 계산한 보험료를 뺀 잔액. 다만, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의 또는 중대한 과실로 무효가 된 때에는 보험료를 돌려드리지 않습니다.
- ② 보험기간이 1 년을 초과하는 계약이 무효, 효력상실 또는 소멸인 경우에는 무효, 효력상실 또는 소멸의 원인이 생긴 날 또는 해지일이 속하는 보험년도의 보험료는 제 1 항의 규정을 적용하고 그 이후의 보험년도에 속하는 보험료는 전액을 돌려드립니다.
- ③ 제 1 항 제 2 호에서 ‘계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유’라 함은 다음 각호를 말합니다.
 1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 임의 해지하는 경우
 2. 회사가 제 16 조(사기에 의한 계약), 제 29 조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회) 또는 제 30 조(중대사유로 인한 해지)에 따라 계약을 취소 또는 해지하는 경우
 3. 보험료 미납으로 인한 계약의 효력 상실
- ④ 계약의 무효, 효력상실, 해지 또는 소멸로 인하여 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 때에는 계약자는 환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대하여 ‘보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율’을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

[설명]

보험사가 해지권을 행사하는 경우 ‘청구일’은 보험사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

제 7 관 분쟁의 조정 등

제 33 조(분쟁의 조정)

- ① 계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁 당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있으며, 분쟁조정 과정에서 계약자는 관계 법령이 정하는 바에 따라 회사가 기록 및 유지·관리하는 자료의 열람(사본의 제공 또는 청취를 포함한다)을 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 일반금융소비자인 계약자가 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 가액이 「금융소비자보호에 관한 법률」 제 42 조에서 정하는 일정 금액 이내인 분쟁사건에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 관계 법령이 정하는 경우를 제외하고는 소를 제기하지 않습니다.

제 34 조(관할법원)

이 계약에 관한 소송 및 민사조정은 계약자의 주소지를 관할하는 법원으로 합니다. 다만, 회사와 계약자가 합의하여 관할법원을 달리 정할 수 있습니다.

제 35 조(소멸시효)

보험금청구권, 보험료 또는 환급금 반환청구권은 3 년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

[유의사항]

<소멸시효>

소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있는 때로부터 진행합니다.

제 36 조(약관의 해석)

- ① 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하여야 하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 않습니다.
- ② 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.
- ③ 회사는 보험금을 지급하지 않는 사유 등 계약자나 피보험자에게 불리하거나 부담을 주는 내용은 확대하여 해석하지 않습니다.

[용어해설]

<신의성실의 원칙>

권리의 행사와 의무의 이행은 신의와 성실을 가지고 행동하여 상대방의 신뢰와 기대를 배반하여서는 안 된다는 원칙(「민법」 제 2 조 제 1 항)

제 37 조(설명서 교부 및 보험안내자료의 효력)

- ① 회사는 일반금융소비자에게 청약을 권유하거나 일반금융소비자가 설명을 요청하는 경우 보험상품에 관한 중요한 사항을 계약자가 이해할 수 있도록 설명하고 계약자가 이해하였음을 서명(「전자서명법」 제 2 조 제 2 호에 따른 전자서명을 포함), 기명날인 또는 녹취 등을 통해 확인받아야 하며, 설명서를 제공하여야 합니다.
- ② 설명서, 약관, 계약자 보관용 청약서 및 보험증권의 제공 사실에 관하여 계약자와 회사간에 다툼이 있는 경우에는 회사가 이를 증명하여야 합니다.
- ③ 보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사 제작의 보험안내자료의 내용이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제 38 조(회사의 손해배상책임)

- ① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 발생한 손해에 대하여 관계 법령 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.
- ② 회사는 보험금 지급 거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었는데도 소를 제기하여 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 손해를 가한 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.
- ③ 회사가 보험금 지급여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 공정을 잃은 합의로 보험수익자에게 손해를 가한 경우에도 회사는 제 2 항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

[용어해설]

<현저하게 공정을 잃은 합의>

회사가 보험수익자의 경제적, 신체적, 정신적인 어려움, 경솔함, 경험 부족 등을 이용하여 동일, 유사 사례에 비추어 보험수익자에게 매우 불합리하게 합의를 하는 것을 의미합니다.

제 39 조(개인정보보호)

- ① 회사는 이 계약과 관련된 개인정보를 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 「개인정보 보호법」, 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」등 관계 법령에 정한 경우를 제외하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 동의없이 수집, 이용, 조회 또는 제공하지 않습니다. 다만, 회사는 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 위 관계 법령에 따라 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련단체 등에 개인정보를 제공할 수 있습니다.
- ② 회사는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

제 40 조(준거법)

이 계약은 대한민국 법에 따라 규율되고 해석되며, 약관에서 정하지 않은 사항은 금융소비자보호에 관한 법률, 상법, 민법 등 관계 법령을 따릅니다.

제 41 조(예금보험에 의한 지급보장)

회사가 파산 등으로 인하여 보험금 등을 지급하지 못할 경우에는 예금자보호법에서 정하는 바에 따라 그 지급을 보장합니다.

[용어해설]

<예금자보호제도>

예금자보호제도란 예금보험공사가 평소에 금융기관으로 부터 보험료를 받아 기금을 적립한 후, 금융기관이 영업정지나 파산 등으로 예금을 지급할 수 없게 되면 금융기관을 대신하여 예금을 지급하는 제도를 말합니다. 이 보험계약은 예금자보호법에 따라 해약환급금(또는 만기 시 보험금)에 기타지급금을 합한 금액이 1 인당 "1 억원까지"(본 보험회사의 여타 보호상품과 합산) 보호됩니다. 이와 별도로 본 보험회사 보호상품의 사고보험금을 합산한 금액이 1 인당 "1 억원까지" 보호됩니다. 다만, 보험계약자 및 보험료납부자가 법인인 보험계약의 경우에는 보호되지 않습니다.

하이외국인유학생보험 특별약관

사망및고도후유장해보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 상해로 장해분류표【별표 1】. 이하 같습니다)에서 정한 후유장해지급률이 ()%를 초과하는 장해상태가 되었을 때 : 고도후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

()%이상고도후유장해발생보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중 상해로 장해분류표【별표 1】. 이하 같습니다)에서 정한 후유장해지급률이 ()% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 고도후유장해보험금(보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약의 보험가입금액)

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

()%미만후유장해보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중 상해로 장해분류표【별표 1】. 이하 같습니다)에서 정한 후유장해지급률이 ()% 미만에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

질병사망및 80%고도후유장해보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 질병으로 인하여 사망한 경우 : 사망보험금 (보험증권에 기재된 이 특약의 보험가입금액)

2. 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 장애분류표(별표 1) 참조, 이하 같습니다.)에서 정한 장애지급률이 80% 이상에 해당하는 장애상태가 되었을 때 : 고도후유장해보험금(보험증권에 기재된 이 특약의 보험가입금액)

제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제 1 조(보험금의 지급사유) 제 1 호 ‘사망’의 원인 및 ‘사망보험금’ 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ② 제 1 조(보험금의 지급사유) 제 2 호에서 장애지급률이 질병의 진단 확정일부터 180 일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180 일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표(별표 1) 참조에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ③ 제 2 항에 따라 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 질병의 진단확정일부터 1 년 이내)에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.
- ④ 장애분류표에 해당되지 않은 후유장애는 피보험자의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장애정도에 따라 장애분류표의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다. 다만, 장애분류표의 각 장애분류별 최저 지급률 장애정도에 이르지 않는 후유장애에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.
- ⑤ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장애가 생긴 경우에는 후유장애지급률을 더하여 적용합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 다른 질병으로 인하여 후유장애가 2 회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장애지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장애가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장애상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 이미 이 계약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나 (보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장애를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제 6 항에 규정하는 후유장애상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장애에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장애 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.
- ⑧ 보험수익자와 회사가 제 1 조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제 3 자를 정하고 그 제 3 자의 의견에 따를 수 있습니다. 제 3 자는 의료법 제 3 조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑨ 회사가 지급하여야 할 하나의 진단확정된 질병으로 인한 후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

질병사망보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음 사항에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 질병으로 인하여 사망한 경우 : 사망보험금 (보험증권에 기재된 이 특약의 보험가입금액)

제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제 1 조(보험금의 지급사유) 제 1 호 ‘사망’의 원인 및 ‘사망보험금’ 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ② 보험수익자와 회사가 제 1 조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제 3 자를 정하고 그 제 3 자의 의견에 따를 수 있습니다. 제 3 자는 의료법

제 3 조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

질병 80%고도후유장해보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음 사항에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 장해분류표(【별표 1】 참조, 이하 같습니다.)에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때 :
고도후유장해보험금(보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약의 보험가입금액)

제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제 1 조(보험금의 지급사유) 제 1 호에서 장해지급률이 질병의 진단 확정일부터 180 일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180 일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(【별표 1】 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ② 제 1 항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 질병의 진단확정일부터 1 년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ③ 장해분류표에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자의 직업, 나이, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급률을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해지급률을 더하여 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑤ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2 회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 이미 이 계약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나 (보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제 5 항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.
- ⑦ 보험수익자와 회사가 제 1 조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제 3 자를 정하고 그 제 3 자의 의견에 따를 수 있습니다. 제 3 자는 의료법 제 3 조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑧ 회사가 지급하여야 할 하나의 진단확정된 질병으로 인한 후유장해보험금은 보험가입금액을 한도로 합니다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

식중독입원일당보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다.) 중에 식중독이 발생하여, 그 식중독의 치료를 직접적인 목적으로 4日以上 계속입원하여 치료를 받은 경우에는 4 일째 입원일부터 입원 1 일당 이 특약의 보험가입금액을 피보험자에게 식중독입원급여금으로 지급합니다. 다만, 식중독입원급여금의 지급일수는 1 회 입원당 120 일을 한도로 합니다.

제 2 조(식중독의 정의)

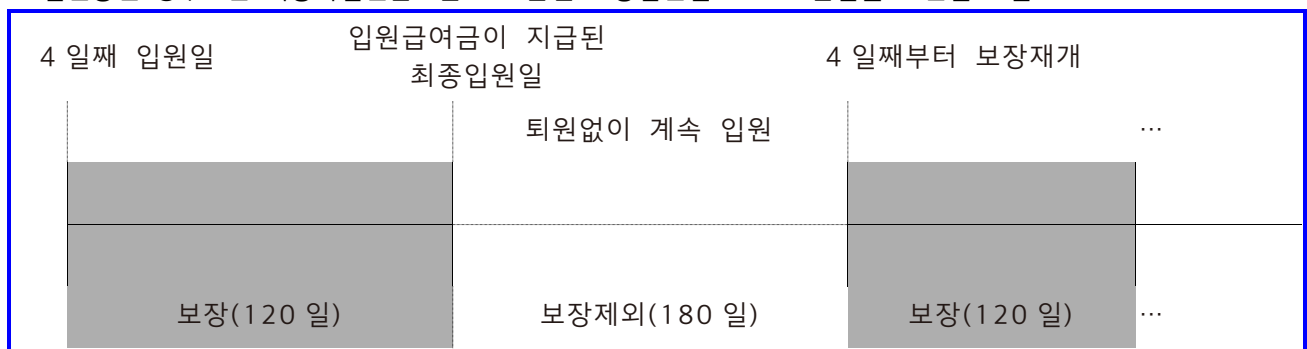
이 특약에서 “식중독”이라 함은 음식을 먹고 생기는 구토, 설사, 복통을 주요 증세로 하는 급성질환으로서 【별표 2】 “식중독 분류표”에 해당하는 질병을 말합니다.

제 3 조(입원의 정의와 장소)

이 특약에서 “입원”이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다.)에 의하여 식중독의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 4 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제 1 조(보험금의 지급사유)에서 “식중독”의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원”이란 의사에 의해 “식중독”으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, “식중독”의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 “식중독”을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 “식중독”의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 “식중독”으로 진단된 경우에는 이는 “식중독”의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.
- ② 피보험자가 동일한 식중독의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2 회 이상 입원한 경우에는 이를 1 회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나 동일한 식중독에 대한 입원이라도 식중독입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180 일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 식중독입원급여금이 지급된 최종입원일부터 180 일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 식중독입원급여금이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ③ 이 특약에서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적으로 진단되었던 동일한 “식중독”으로 계속하여 입원하는 것을 말하며, 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다.
- ④ 제 1 조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제 1 조(보험금의 지급사유)의 규정에 따라 식중독입원급여금을 계속 지급합니다.
- ⑤ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에는 회사는 식중독입원급여금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

[용어해설]

<정당한 이유>

사회통념상 그 의무나 책임 등을 이행할 수 없을만한 사정이 있거나, 그 의무나 책임 등의 이행을 기대하는 것이 무리라고 할 만한 사정이 있을 때를 말합니다.

제 5 조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

일상생활배상책임보장 특별약관

제 1 조(보상하는 손해)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자 본인 및 그와 동거하는 배우자(이하 "피보험자"라 합니다)가 보험기간 중에 아래에 열거한 사고로 타인의 신체에 장애(이하 '신체장애'라 합니다)를 입히거나 타인의 재물을 망가뜨려(이하 '재물손해'라 합니다) 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해를 보상하여 드립니다.
1. 피보험자가 주거하고 있는 주택과 주택의 소유자인 피보험자가 임대 등을 통해 주거를 허락한 자가 살고 있는 주택 중 보험증권에 기재된 하나의 주택(부지내의 동산 및 부동산을 포함합니다. 이하 '주택'이라 합니다)의 소유, 사용 또는 관리에 기인한 우연한 사고
 2. 피보험자의 일상생활(주택 이외의 부동산의 소유, 사용 및 관리는 제외합니다)에 기인하는 우연한 사고

【신체장애】 신체의 상해, 질병 및 그로 인한 사망을 말합니다.

【재물손해】 1) 물리적으로 망그러뜨려진 유체물의 직접손해

2) 물리적으로 망그러뜨려진 유체물의 사용불능으로 생긴 간접손해

3) 물리적으로 망그러뜨려지지 않은 유체물의 사용불능으로 생긴 간접손해

- ② 회사가 1 사고당 보상하는 손해는 아래와 같습니다.

1. 피보험자가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금
2. 계약자 또는 피보험자가 지출한 아래의 비용
 - 가. 피보험자가 제 6 조(손해방지의무) 제 1 항 제 1 호의 방법을 조사하여 구하기 위하여 지급한 필요 또는 유익하였던 비용
 - 나. 피보험자가 제 6 조(손해방지의무) 제 1 항 제 2 호의 조치를 취하기 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
 - 다. 피보험자가 지급한 소송비용, 변호사비용, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용
 - 라. 보험증권(보험가입증서)상의 보장한도액내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 않습니다.

[용어해설]

<공탁보증보험료>

가압류, 가집행, 가처분 신청 등 각종 민사사건을 신청할 때, 잘못된 신청으로 인해 발생하는 피신청인의 손해를 법적으로 보상해 주기 위해 법원에 납부하는 공탁금을 대신하는 보험상품의 보험료

마. 피보험자가 제 7 조(손해배상청구에 대한 회사의 해결) 제 2 항 및 제 3 항의 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 비용

- ③ 계약자 또는 피보험자는 주거 이동 또는 주택에 대한 소유변동 등으로 제 1 항 제 1 호에서 정한 보험증권에 기재된 주택이 변경되는 경우에는 지체없이 회사에 알려야 합니다. 이 경우 회사는 변경된 주택에 대하여 제 1 항에 따라 보상합니다.
- ④ 제 2 조(보상하지 않는 손해) 제 12 호에도 불구하고, 제 3 항에 따른 변경된 사실을 알리지 않아 보험증권상 기재된 주택과 실제 주거 또는 소유하게 된 주택이 다르게 된 경우에는, 피보험자가 보험증권에 기재된 주택에 주거 및 소유하지 않은 사실이 확인되고, 변경된 주택의 사용용도 등이 달라져 그 위험이 현저하게 증가하고 그로 인한 배상책임이 발생한 사고가 아닌 경우에는 변경된 주택으로 인한 사고를 보상합니다.

제 2 조(보상하지 않는 손해)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 계약자, 또는 피보험자의 고의
2. 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 노동쟁의 기타 이들과 유사한 사태로 생긴 손해에 대한 배상책임
3. 지진, 분화, 홍수, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변으로 생긴 손해에 대한 배상책임

4. 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물이 손해를 입었을 경우에 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 손해에 대한 배상책임
5. 피보험자와 타인간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우, 그 약정에 의하여 가중된 배상책임
6. 핵연료물질(사용된 연료를 포함합니다. 이하 같습니다) 또는 핵연료 물질에 의해서 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다)의 방사성, 폭발성 그 밖의 유해한 특성 또는 이들 특성에 의한 사고로 생긴 손해에 대한 배상책임
7. 제 6 호 이외의 방사선을 쬌는 것 또는 방사능 오염으로 인한 손해
8. 티끌, 먼지, 석면, 분진 또는 소음으로 생긴 손해에 대한 배상책임
9. 전자파, 전자장(EMF)으로 생긴 손해에 대한 배상책임
10. 벌과금 및 징벌적 손해에 대한 배상책임

[용어해설]

<징벌적 손해>

민사상 가해자가 피해자에게 "악의를 가지고" 또는 "무분별하게" 재산 또는 신체상의 피해를 입힐 목적으로 불법행위를 행하여 발생한 손해

11. 피보험자의 직무수행을 직접적인 원인으로 하는 배상책임
12. 보험가입증서(보험증권)에 기재된 주택을 제외하고 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 부동산으로 인한 배상책임
13. 피보험자의 피용인이 피보험자의 업무에 종사 중에 입은 신체의 장애(신체의 상해, 질병 및 그로 인한 사망을 말합니다.)로 인한 배상책임
14. 피보험자와 세대를 같이하는 친족에 대한 배상책임
15. 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물의 손해에 대하여 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 배상책임. 단, 호텔의 객실이나 객실내의 동산에 끼치는 손해에 대하여는 그러하지 않습니다.
16. 피보험자의 심신상실로 인한 배상책임
17. 피보험자 또는 피보험자의 지시에 따른 폭행 또는 구타로 인한 배상책임
18. 항공기, 선박, 차량(이륜자동차 및 이에 준하여 원동력이 인력에 의하지 않고 전동장치에 의해 움직이는 모든 개인형 이동장치(전동휠, 전동자전거, 전동킥보드 등)을 포함합니다), 총기(공기총은 제외합니다.)의 소유, 사용, 관리로 인한 배상책임
19. 주택의 수리, 개조, 신축 또는 철거공사로 생긴 손해에 대한 배상책임. 그러나 통상적인 유지, 보수작업으로 생긴 손해에 대한 배상책임은 보상합니다.
20. 불법행위 또는 폭력행위로 인한 배상책임

제 3 조(보험금 등의 지급한도)

- ① 회사는 1 회의 보험사고에 대하여 다음과 같이 보상합니다. 이 경우 보험가입금액(보장한도액)과 자기부담금(2 만원)은 각각 보험증권(보험가입증서)에 기재된 금액을 말합니다.
 1. 제 1 조(보상하는 손해) 제 2 항 제 1 호의 손해배상금 : 보험가입금액(보장한도액)을 한도로 보상하되, 자기부담금이 약정된 경우에는 그 자기부담금을 초과한 부분만 보상합니다.
 2. 제 1 조(보상하는 손해) 제 2 항 제 2 호 '가'목, '나'목 또는 '마'목의 비용 : 비용의 전액을 보상합니다.
 3. 제 1 조(보상하는 손해) 제 2 항 제 2 호 '다'목 또는 '라'목의 비용 : 이 비용과 제 1 호에 의한 보상액의 합계액을 보험가입금액(보장한도액)의 한도내에서 보상합니다.
- ② 회사가 제 1 항에 의하여 보상을 한 경우에는 보험가입금액(보장한도액)에서 그 보상액을 뺀 잔액을 나머지 보험기간에 대한 보험가입금액(보장한도액)으로 합니다.

제 4 조(타인을 위한 계약)

- ① 계약자는 타인을 위한 계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없는 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인은 이 계약이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 회사에 이익을 제기할 수 없습니다.

- ② 타인을 위한 계약에서 보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상한 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 아니하는 범위 안에서 회사에 보험금 지급을 청구할 수 있습니다.

제 5 조(손해의 발생과 통지)

- ① 계약자 또는 피보험자는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체없이 그 내용을 서면으로 회사에 알려야 합니다.
1. 사고가 발생하였을 경우 사고가 발생한 때와 곳, 피해자의 주소와 성명, 사고상황 및 이들 사항의 증인이 있을 경우 그 주소와 성명
 2. 피해자로부터 손해배상청구를 받았을 경우
 3. 피해자로부터 손해배상책임에 관한 소송을 제기 받았을 경우
- ② 계약자 또는 피보험자가 제 1 항 각의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해는 보상하지 아니하며, 제 1 항 제 3 호의 통지를 게을리한 때에는 소송비용과 변호사비용도 보상하여 드리지 않습니다.

제 6 조(손해방지의무)

- ① 보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피보험자는 아래의 사항을 이행하여야 합니다.
1. 손해의 방지 또는 경감을 위하여 노력하는 일(피해자에 대한 응급처치, 긴급호송 또는 그 밖의 긴급조치를 포함합니다)
 2. 제 3 자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 경우에는 그 권리를 지키거나 행사하기 위한 필요한 조치를 취하는 일
 3. 손해배상책임의 전부 또는 일부에 관하여 지급(변제), 승인 또는 화해를 하거나 소송, 중재 또는 조정을 제기하거나 신청하고자 할 경우에는 미리 회사의 동의를 받는 일
- ② 계약자 또는 피보험자가 정당한 이유 없이 제 1 항의 의무를 이행하지 아니하였을 때에는 제 1 조(보상하는 손해)에 의한 손해에서 다음의 금액을 뺍니다.
1. 제 1 호의 경우에는 그 노력을 하였더라면 손해를 방지 또는 경감할 수 있었던 금액
 2. 제 1 항 제 2 호의 경우에는 제 3 자로부터 손해의 배상을 받을 수 있었던 금액
 3. 제 1 항 제 3 호의 경우에는 소송비용(중재 또는 조정에 관한 비용 포함) 및 변호사비용과 회사의 동의를 받지 아니한 행위에 의하여 증가된 손해

제 7 조(손해배상청구에 대한 회사의 해결)

- ① 피보험자가 피해자로부터 손해배상책임을 지는 사고가 생긴 때에는 피해자는 이 특별약관에 의하여 회사가 피보험자에게 지급책임을 지는 금액 한도 내에서 회사에 대하여 보험금의 지급을 직접 청구할 수 있습니다. 그러나 회사는 피보험자가 손해배상액의 전부 또는 일부를 피해자에게 지급하지 않아도 되는 사유가 있는 경우에는 그에 해당하는 보험금의 지급을 거절할 수 있습니다.
- ② 회사는 제 1 항의 청구를 받았을 때에는 지체 없이 피보험자에게 통지하여야 하며, 회사의 요구가 있으면 피보험자 및 보험계약자는 필요한 서류, 증거의 제출, 증언 또는 증인 출석에 협조하여야 합니다
- ③ 피보험자가 피해자로부터 손해배상의 청구를 받았을 경우에 회사가 필요하다고 인정할 때에는 피보험자를 대신하여 회사의 비용으로 이를 해결할 수 있습니다. 이 경우 회사의 요구가 있으면 보험계약자 및 피보험자는 이에 협력하여야 합니다.
- ④ 계약자 및 피보험자가 정당한 이유없이 제 2 항, 제 3 항의 요구에 협조하지 아니한 때에는 회사는 그로 인해 늘어난 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

제 8 조(보험금의 분담)

- ① 회사는 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약(각종 공제회에 가입되어 있는 계약)을 포함합니다)이 있을 경우에는 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 넘을 때에는 회사는 이 계약에 의한 보상책임액의 전기합계액(각각 산출한 보상책임액의 합계액)에 대한 비율에 따라 보상하여 드립니다.

[용어해설]

<공제계약>

공통의 이해관계를 갖는 다수의 집단이 결합해 보험사고가 발생할 위험을 제거하고 공동으로 재산을 형성하는 계약을 말합니다.

- ② 이 계약이 의무보험이 아니고 다른 의무보험이 있는 경우에는 다른 의무보험에서 보상되는 금액(피보험자가 가입을 하지 않은 경우에는 보상될 것으로 추정되는 금액)을 차감한 금액을 손해액으로 간주하여 제 1 항에 의한 보상할 금액을 결정합니다.

[예시안내]

<비례분담예시 1>

손해액이 1,000,000 원이고, A 사와 B 사 2 곳에 중복계약이 체결되어 있는 경우(A,B 사 계약 모두 보장한도는 각 1 억원, 자기부담금 20 만원)

회사는 자기부담금을 제외한 손해액을 보상하므로,

A 사의 보상책임액 = 1,000,000 원 - 200,000 원 = 800,000 원

B 사의 보상책임액 = 1,000,000 원 - 200,000 원 = 800,000 원

A 사, B 사 보상책임액의 합계액(1,600,000 원)이 실제 입은 손해액(1,000,000 원)을 초과하기 때문에 비례보상을 아래와 같이 적용

A 사 = $1,000,000 \times 800,000 / 1,600,000 = 500,000$ 원

B 사 = $1,000,000 \times 800,000 / 1,600,000 = 500,000$ 원

<비례분담예시 2>

손해액이 300,000 원이고, A 사와 B 사 2 곳에 중복계약이 체결되어 있는 경우(A,B 사 계약 모두 보장한도는 각 1 억원, 자기부담금 20 만원)

회사는 자기부담금을 제외한 손해액을 보상하므로,

A 사의 보상책임액 = 300,000 원 - 200,000 원 = 100,000 원

B 사의 보상책임액 = 300,000 원 - 200,000 원 = 100,000 원

- ③ 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제 1 항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제 9 조(대위권)

- ① 회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다)에는 회사는 지급한 보험금의 한도내에서 아래의 권리를 가집니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 아니하는 범위내에서 그 권리를 가집니다.
1. 피보험자가 제 3 자로부터 손해배상을 받을 수 있는 경우에는 그 손해배상청구권
 2. 피보험자가 손해배상을 함으로써 대위 취득하는 것이 있을 경우에는 그 대위권
- ② 계약자 또는 피보험자는 제 1 항에 의하여 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요청하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다.
- ③ 회사는 제 1 항, 제 2 항에도 불구하고 타인을 위한 보험계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

제 10 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

국내연수외국인특별비용보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 아래의 사유로 계약자, 피보험자 또는 피보험자의 법정상속인이 부담하는 비용을 이 특별약관에 따라 특별비용보험금으로 지급하여 드립니다.
1. 국내연수 중에 피보험자가 탑승한 항공기 또는 선박이 행방불명 또는 조난된 경우 또는 산악등반 중에 조난된 경우
 2. 국내연수 중에 급격하고도 우연한 외래의 사고에 따라 긴급수색구조 등이 필요한 상태로 된 것이 경찰 등의 공공기관에 의하여 확인된 경우
 3. 국내연수 중에 상해를 직접원인으로 하여 사고일로부터 1년 이내에 사망한 경우 또는 14일 이상 계속 입원한 경우(다른 의료기관으로 이전한 경우에는 이전에 소요된 기간을 입원 중으로 봅니다. 다만, 그 이전에 대하여는 치료를 위하여 의사가 필요하다고 인정한 경우에 한합니다. 이하 같습니다.)
 4. 질병을 직접 원인으로 하여 국내연수 중에 사망한 경우 또는 보험기간도중에 걸린 질병을 직접 원인으로 하여 14일 이상 계속 입원한 경우. 다만, 입원에 대하여는 보험기간도중에 의사가 치료를 개시한 질병으로 인하여 입원에 한합니다.
- ② 제 1항 제 1호의 산악등반중 피보험자의 조난이 확실치 않은 경우에는 피보험자의 하산 예정일이후 계약자 또는 피보험자의 법정상속인이나 이들을 대신한 사람이 경찰서 등의 공공기관, 조난구조대, 해난구조회사 또는 항공회사에 수색을 의뢰한 것을 조난이 발생한 것으로 봅니다.

제 2 조(피보험자의 범위)

이 특별약관의 피보험자는 외국인으로서 국내의 교육기관, 연구소 및 기업체등에 유학, 연수, 업무 및 이와 유사한 활동을 목적으로 하는 자 및 그 배우자, 직계자녀에 한합니다.

제 3 조(특별비용의 범위)

- ① 회사가 보상하는 특별비용의 범위는 아래와 같습니다.
1. 수색구조비용
조난당한 피보험자를 수색, 구조 또는 이송(이하 「수색」이라 합니다)하는 활동에 필요한 비용 중 이들의 활동에 종사한 사람으로부터의 청구에 의하여 지급한 비용을 말합니다.
 2. 항공운임 등 교통비
피보험자의 수색, 간호 또는 사고처리를 위하여 사고발생지 또는 현지(이하 ‘현지’라 합니다)까지의 피보험자의 법정상속인(그 대리인을 포함합니다. 이하 「구원자」라 합니다)의 왕복교통비를 말하며 2명분을 한도로 합니다.
 3. 숙박비
현지에서의 구원자의 숙박비를 말하며 구원자 2명분을 한도로 하여 1명당 14일분을 한도로 합니다.
 4. 이송비용
피보험자가 사망한 경우 그 유해를 현지로부터 피보험자의 본국 주소지에 이송하는데 필요한 비용, 또는 치료를 계속중인 경우 피보험자를 본국 주소지에 이송하는데 드는 비용으로서 피보험자, 의사, 간호사의 호송비(당해 교통수단의 일반실 기준에 해당하는 피보험자 본인의 교통비 또는 운임 해당액은 공제합니다.)를 말합니다.
 5. 제압비
구원자의 출입국 절차에 필요한 비용(여권인지대, 사증료, 예방접종료 등) 및 구원자 또는 피보험자가 현지에서 지출한 교통비, 통신비, 피보험자 유해처리비 등을 말하고 10만원을 한도로 합니다.

제 4 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자에게 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태

제 5 조(보험금의 지급)

회사는 제 3 조(특별비용의 범위)의 비용 중 정당하다고 인정된 부분에 대해서만 보상하여 드리며, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 타인으로부터 손해배상을 받을 수 있는 경우에는 그 금액을 지급하지 않습니다.

제 6 조(보험금의 분담)

제 1 조(보험금의 지급사유)의 비용에 대하여 보험금을 지급할 다수의 계약이 체결되어 있는 경우에는 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 그 비용을 초과했을 때 회사는 이 계약에 따른 보상책임액의 위의 합계액에 대한 비율에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

[예시안내]

<비례분담예시 1>

손해액이 1,000,000 원이고, A 사와 B 사 2 곳에 중복계약이 체결되어 있는 경우(A,B 사 계약 모두 보장한도는 각 1 억원, 자기부담금 20 만원)

회사는 자기부담금을 제외한 손해액을 보상하므로,

A 사의 보상책임액 = 1,000,000 원 - 200,000 원 = 800,000 원

B 사의 보상책임액 = 1,000,000 원 - 200,000 원 = 800,000 원

A 사, B 사 보상책임액의 합계액(1,600,000 원)이 실제 입은 손해액(1,000,000 원)을 초과하기 때문에 비례보상을 아래와 같이 적용

A 사 = $1,000,000 \times 800,000 / 1,600,000 = 500,000$ 원

B 사 = $1,000,000 \times 800,000 / 1,600,000 = 500,000$ 원

<비례분담예시 2>

손해액이 300,000 원이고, A 사와 B 사 2 곳에 중복계약이 체결되어 있는 경우(A,B 사 계약 모두 보장한도는 각 1 억원, 자기부담금 20 만원)

회사는 자기부담금을 제외한 손해액을 보상하므로,

A 사의 보상책임액 = 300,000 원 - 200,000 원 = 100,000 원

B 사의 보상책임액 = 300,000 원 - 200,000 원 = 100,000 원

제 7 조(보장한도액)

회사가 이 특별약관에 관하여 지급할 보험금은 보험기간을 통하여 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 합니다.

제 8 조(보험금의 청구)

계약자, 피보험자, 보험수익자 또는 피보험자의 법정상속인이 보험금을 청구할 때에는 보통약관

제 7 조(보험금의 청구) 및 피보험자 국적의 정부기관에서 발행하는 피보험자와의 관계증명서를 제출하여야 합니다.

<정부에서 발행하는 관계증명서 예시>

중국 : 친족관계증명서, 호구부

일본 : 호적등본

미국 : 출생증명서

※ 해당국가 공증필 (공증 후 2 년 이내의 서류)

제 9 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

여권재발급비용보장 특별약관

제 1 조(보상하는 손해)

- ① 회사는 피보험자가 해외여행 도중에 여권을 분실하거나 도난당하여 재외공관에 여권분실신고를 하고 여행증명서(T/C: Travel Certification)를 발급받은 경우 여행증명서 발급비용과 여권 재발급비용을 보험수익자에게 지급합니다.
- ② 제 1 항의 여행증명서 발급비용 및 여권 재발급비용이란 여행증명서 및 여권 재발급에 관한 수수료로 여권법 제 22 조 제 1 항에서 정한 수수료 및 국제교류기여금을 합한 금액을 말하며 교통비 및 사진촬영비는 포함되지 않습니다.
- ③ 제 1 항에서 정한 비용에 대하여 보험금을 지급할 다른 계약(공제계약을 포함)이 체결되어 있고 각각의 계약에 대하여 다른 계약(공제계약을 포함)이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 피보험자가 부담하는 금액을 초과했을 때 회사는 이 계약에 따른 보상책임액의 상기 합계액에 대한 비율에 따라 보험금을 지급합니다.

[용어해설]

<공제계약>

공통의 이해관계를 갖는 다수의 집단이 결합해 보험사고가 발생할 위험을 제거하고 공동으로 재산을 형성하는 계약을 말합니다.

제 2 조(보상하지 않는 손해)

- ① 회사는 다음 중 어느 한가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 않습니다.
 1. 지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
 2. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
 3. 핵연료 물질(사용이 끝난 연료를 포함합니다. 이하 같습니다) 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다)의 방사성, 폭발성 또는 그밖의 유해한 특성에 의한 사고
 4. 제 3 호 이외의 방사선을 쬔 것 또는 방사능 오염
- ② 회사는 아래의 사유로 인하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.
 1. 계약자 또는 피보험자의 고의
 2. 피보험자에게 보험금이 지급되도록 하기 위하여 피보험자와 여행을 같이 하는 친족 또는 고용인이 고의로 일으킨 손해
 3. 압류, 징발, 몰수, 파괴 등 국가 또는 공공기관의 공권력행사. 단, 화재, 소방, 피난에 필요한 처리로 된 경우를 제외합니다.
 4. 선박승무원 및 항공승무원이 직무상 해외여행 중 여권을 분실 또는 도난당한 경우

제 3 조(보험금 등 청구시 구비서류)

보험수익자 또는 계약자는 보험금을 청구할 때에는 다음 서류를 첨부하여 회사에 제출하여야 합니다.

1. 보험금 청구서 (회사 양식)
2. 여행증명서(T/C : Travel Certification)(귀국 후 여권 재신청 등 사유로 여행증명서의 원본제출이 불가능한 경우, 해당 지방자치단체가 원본과 동일함을 증명하나 사본 제출)
3. 재발급받은 여권사본
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
5. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

학생배상책임보장 특별약관

제 1 조(보상하는 손해)

① 회사는 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자가 보험기간 중에 발생한 아래의 보험사고로 제 3 자의 신체의 장애 또는 재물의 손해에 대한 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 아래의 손해를 보상하여 드립니다.

1. 피보험자가 주거하고 있는 주택과 주택의 소유자인 피보험자가 임대 등을 통해 주거를 허락한 자가 살고 있는 주택 중 보험증권에 기재된 하나의 주택(부지내의 동산 및 부동산을 포함합니다. 이하 '주택'이라 합니다)의 소유, 사용 또는 관리에 기인한 우연한 사고
2. 피보험자의 일상생활(주택 이외의 부동산의 소유, 사용 및 관리 제외)에 기인하는 우연한 사고

【신체장해】 신체의 상해, 질병 및 그로 인한 사망을 말합니다.

【재물손해】 1) 물리적으로 망그러뜨려진 유체물의 직접손해

2) 물리적으로 망그러뜨려진 유체물의 사용불능으로 생긴 간접손해

3) 물리적으로 망그러뜨려지지 않은 유체물의 사용불능으로 생긴 간접손해

② 회사가 1 사고당 보상하는 손해는 아래와 같습니다.

1. 피보험자가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금
2. 계약자 또는 피보험자가 지출한 아래의 비용
 - 가. 피보험자가 제 6 조(손해방지의무) 제 1 항 제 1 호의 방법을 조사하여 구하기 위하여 지급한 필요 또는 유익하였던 비용
 - 나. 피보험자가 제 6 조(손해방지의무) 제 1 항 제 2 호의 조치를 취하기 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
 - 다. 피보험자가 지급한 소송비용, 변호사비용, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용
 - 라. 보험증권(보험가입증서)상의 보장한도액내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 않습니다.

[용어해설]

<공탁보증보험료>

가압류, 가집행, 가처분 신청 등 각종 민사사건을 신청할 때, 잘못된 신청으로 인해 발생하는 피신청인의 손해를 법적으로 보상해 주기 위해 법원에 납부하는 공탁금을 대신하는 보험상품의 보험료

마. 피보험자가 제 7 조(손해배상청구에 대한 회사의 해결) 제 2 항 및 제 3 항의 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 비용

③ 계약자 또는 피보험자는 주거 이동 또는 주택에 대한 소유변동 등으로 제 1 항 제 1 호에서 정한 보험증권에 기재된 주택이 변경되는 경우에는 지체없이 회사에 알려야 합니다. 이 경우 회사는 변경된 주택에 대하여 제 1 항에 따라 보상합니다.

④ 제 2 조(보상하지 않는 손해) 제 12 호에도 불구하고, 제 3 항에 따른 변경된 사실을 알리지 않아 보험증권상 기재된 주택과 실제 주거 또는 소유하게 된 주택이 다르게 된 경우에는, 피보험자가 보험증권에 기재된 주택에 주거 및 소유하지 않은 사실이 확인되고, 변경된 주택의 사용용도 등이 달라져 그 위험이 현저하게 증가하고 그로 인한 배상책임이 발생한 사고가 아닌 경우에는 변경된 주택으로 인한 사고를 보상합니다.

제 2 조(보상하지 않는 손해)

회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 계약자, 또는 피보험자의 고의
2. 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 노동쟁의 기타 이들과 유사한 사태로 생긴 손해에 대한 배상책임
3. 지진, 분화, 홍수, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변으로 생긴 손해에 대한 배상책임
4. 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물이 손해를 입었을 경우에 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 손해에 대한 배상책임
5. 피보험자와 타인간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우, 그 약정에 의하여 가중된 배상책임
6. 핵연료물질(사용된 연료를 포함합니다. 이하 같습니다) 또는 핵연료 물질에 의해서 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다)의 방사성, 폭발성 그 밖의 유해한 특성 또는 이들 특성에 의한 사고로 생긴 손해에 대한 배상책임

7. 제 6 호 이외의 방사선을 쬌는 것 또는 방사능 오염으로 인한 손해
8. 티끌, 먼지, 석면, 분진 또는 소음으로 생긴 손해에 대한 배상책임
9. 전자파, 전자장(EMF)으로 생긴 손해에 대한 배상책임
10. 벌과금 및 징벌적 손해에 대한 배상책임

[용어해설]

<징벌적 손해>

민사상 가해자가 피해자에게 "악의를 가지고" 또는 "무분별하게" 재산 또는 신체상의 피해를 입힐 목적으로 불법행위를 행하여 발생한 손해

11. 피보험자의 직무수행에 직접 기인하는 배상책임
12. 보험가입증서(보험증권)에 기재된 주택을 제외하고 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 부동산에 기인하는 배상책임
13. 피보험자의 피용인이 피보험자의 업무에 종사 중에 입은 신체의 장애(장애로 인한 사망을 포함합니다.)에 기인하는 배상책임
14. 피보험자와 타인간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우 그 약정에 따라 가중된 배상책임
15. 피보험자와 세대를 같이하는 친족에 대한 배상책임
16. 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물의 손해에 대하여 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 배상책임. 단, 호텔의 객실이나 객실내의 동산에 끼치는 손해에 대하여는 그러하지 않습니다.
17. 피보험자의 심신상실에 기인하는 배상책임
18. 피보험자 또는 피보험자의 지시에 따른 폭행 또는 구타에 기인하는 배상책임
19. 항공기, 선박, 차량(원동력이 인력에 의한 것은 제외합니다.), 총기(공기총은 제외합니다.)의 소유, 사용, 관리에 기인하는 배상책임
20. 주택의 수리, 개조, 신축 또는 철거공사로 생긴 손해에 대한 배상책임. 그러나 통상적인 유지, 보수작업으로 생긴 손해에 대한 배상책임은 보상합니다.
21. 불법행위 또는 폭력행위에 기인하는 배상책임

제 3 조(보험금 등의 지급한도)

- ① 회사는 1 회의 보험사고에 대하여 다음과 같이 보상합니다. 이 경우 보험가입금액(보장한도액)은 보험증권(보험가입증서)에 기재된 금액을 말합니다.
 1. 제 1 조(보상하는 손해) 제 2 항 제 1 호의 손해배상금 : 보험가입금액(보장한도액)을 한도로 보상합니다.
 2. 제 1 조(보상하는 손해) 제 2 항 제 2 호 '가'목, '나'목 또는 '마'목의 비용 : 비용의 전액을 보상합니다.
 3. 제 1 조(보상하는 손해) 제 2 항 제 2 호 '다'목 또는 '라'목의 비용 : 이 비용과 제 1 호에 의한 보상액의 합계액을 보험가입금액(보장한도액)의 한도 내에서 보상합니다.
- ② 회사가 제 1 항에 의하여 보상을 한 경우에는 보험가입금액(보장한도액)에서 그 보상액을 뺀 잔액을 나머지 보험기간에 대한 보험가입금액(보장한도액)으로 합니다.

제 4 조(타인을 위한 계약)

- ① 계약자는 타인을 위한 계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없는 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인은 이 계약이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 회사에 이익을 제기할 수 없습니다.
- ② 타인을 위한 계약에서 보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상한 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 아니하는 범위 안에서 회사에 보험금 지급을 청구할 수 있습니다.

제 5 조(손해의 발생과 통지)

- ① 계약자 또는 피보험자는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체없이 그 내용을 서면으로 회사에 알려야 합니다.
 1. 사고가 발생하였을 경우 사고가 발생한 때와 곳, 피해자의 주소와 성명, 사고상황 및 이들 사항의 증인이 있을 경우 그 주소와 성명
 2. 피해자로부터 손해배상청구를 받았을 경우

3. 피해자로부터 손해배상책임에 관한 소송을 제기 받았을 경우
- ② 계약자 또는 피보험자가 제 1 항 각의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해는 보상하지 아니하며, 제 1 항 제 3 호의 통지를 게을리한 때에는 소송비용과 변호사비용도 보상하여 드리지 않습니다.

제 6 조(손해방지의무)

- ① 보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피보험자는 아래의 사항을 이행하여야 합니다.
 1. 손해의 방지 또는 경감을 위하여 노력하는 일(피해자에 대한 응급처치, 긴급호송 또는 그 밖의 긴급조치를 포함합니다)
 2. 제 3 자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 경우에는 그 권리를 지키거나 행사하기 위한 필요한 조치를 취하는 일
 3. 손해배상책임의 전부 또는 일부에 관하여 지급(변제), 승인 또는 화해를 하거나 소송, 중재 또는 조정을 제기하거나 신청하고자 할 경우에는 미리 회사의 동의를 받는 일
- ② 계약자 또는 피보험자가 정당한 이유 없이 제 1 항의 의무를 이행하지 아니하였을 때에는 제 1 조(보상하는 손해)에 의한 손해에서 다음의 금액을 뺍니다.
 1. 제 1 호의 경우에는 그 노력을 하였더라면 손해를 방지 또는 경감할 수 있었던 금액
 2. 제 1 항 제 2 호의 경우에는 제 3 자로부터 손해의 배상을 받을 수 있었던 금액
 3. 제 1 항 제 3 호의 경우에는 소송비용(중재 또는 조정에 관한 비용 포함) 및 변호사비용과 회사의 동의를 받지 아니한 행위에 의하여 증가된 손해

제 7 조(손해배상청구에 대한 회사의 해결)

- ① 피보험자가 피해자로부터 손해배상책임을 지는 사고가 생긴 때에는 피해자는 이 특별약관에 의하여 회사가 피보험자에게 지급책임을 지는 금액 한도 내에서 회사에 대하여 보험금의 지급을 직접 청구할 수 있습니다. 그러나 회사는 피보험자가 손해배상액의 전부 또는 일부를 피해자에게 지급하지 않아도 되는 사유가 있는 경우에는 그에 해당하는 보험금의 지급을 거절할 수 있습니다.
- ② 회사는 제 1 항의 청구를 받았을 때에는 지체 없이 피보험자에게 통지하여야 하며, 회사의 요구가 있으면 피보험자 및 보험계약자는 필요한 서류, 증거의 제출, 증언 또는 증인 출석에 협조하여야 합니다.
- ③ 피보험자가 피해자로부터 손해배상의 청구를 받았을 경우에 회사가 필요하다고 인정할 때에는 피보험자를 대신하여 회사의 비용으로 이를 해결할 수 있습니다. 이 경우 회사의 요구가 있으면 보험계약자 및 피보험자는 이에 협력하여야 합니다.
- ④ 계약자 및 피보험자가 정당한 이유없이 제 2 항, 제 3 항의 요구에 협조하지 아니한 때에는 회사는 그로 인해 늘어난 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

제 8 조(보험금의 부담)

- ① 회사는 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약(각종 공제회에 가입되어 있는 계약)을 포함합니다)이 있을 경우에는 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 넘을 때에는 회사는 이 계약에 의한 보상책임액의 전기합계액(각각 산출한 보상책임액의 합계액)에 대한 비율에 따라 보상하여 드립니다.

[용어해설]

<공제계약>

공통의 이해관계를 갖는 다수의 집단이 결합해 보험사고가 발생할 위험을 제거하고 공동으로 재산을 형성하는 계약을 말합니다.

- ② 이 계약이 의무보험이 아니고 다른 의무보험이 있는 경우에는 다른 의무보험에서 보상되는 금액(피보험자가 가입을 하지 않은 경우에는 보상될 것으로 추정되는 금액)을 차감한 금액을 손해액으로 간주하여 제 1 항에 의한 보상할 금액을 결정합니다.

[예시안내]

<비례분담예시 1>

손해액이 1,000,000 원이고, A 사와 B 사 2 곳에 중복계약이 체결되어 있는 경우(A,B 사 계약 모두 보장한도는 각 1 억원, 자기부담금 20 만원)

회사는 자기부담금을 제외한 손해액을 보상하므로,

A 사의 보상책임액 = 1,000,000 원 - 200,000 원 = 800,000 원

B 사의 보상책임액 = 1,000,000 원 - 200,000 원 = 800,000 원

A 사, B 사 보상책임액의 합계액(1,600,000 원)이 실제 입은 손해액(1,000,000 원)을 초과하기 때문에 비례보상을 아래와 같이 적용

A 사 = $1,000,000 \times 800,000 / 1,600,000 = 500,000$ 원

B 사 = $1,000,000 \times 800,000 / 1,600,000 = 500,000$ 원

<비례분담예시 2>

손해액이 300,000 원이고, A 사와 B 사 2 곳에 중복계약이 체결되어 있는 경우(A,B 사 계약 모두 보장한도는 각 1 억원, 자기부담금 20 만원)

회사는 자기부담금을 제외한 손해액을 보상하므로,

A 사의 보상책임액 = 300,000 원 - 200,000 원 = 100,000 원

B 사의 보상책임액 = 300,000 원 - 200,000 원 = 100,000 원

- ③ 피보험자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제 1 항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제 9 조(대위권)

- ① 회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다)에는 회사는 지급한 보험금의 한도내에서 아래의 권리를 가집니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 아니하는 범위내에서 그 권리를 가집니다.
1. 피보험자가 제 3 자로부터 손해배상을 받을 수 있는 경우에는 그 손해배상청구권
 2. 피보험자가 손해배상을 함으로써 대위 취득하는 것이 있을 경우에는 그 대위권
- ② 계약자 또는 피보험자는 제 1 항에 의하여 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요청하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다.
- ③ 회사는 제 1 항, 제 2 항에도 불구하고 타인을 위한 보험계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

제 10 조(피보험자의 범위)

- ① 이 특별약관에서의 피보험자는 각종 교육법(초·중등교육법, 고등 교육법), 유아교육법, 영유아보육법, 학원의 설립·운영 및 과외교습에 관한 법률 및 관계법령에 의해 설립된 학교 및 보육시설(이하 “학교”라 합니다)에 재학하는 학생(이하 “학생”이라 합니다)으로 합니다.
- ② 이 계약이 성립된 후 학교의 학생으로서 자격을 상실한 때부터 피보험자의 자격을 상실합니다.

제 11 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

특수운동중상해위험보장 특별약관

제 1 조(적용범위)

이 특별약관은 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 특수운동을 하는 피보험자에 대하여 적용합니다.

제 2 조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩 활동을 하는 동안의 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩 활동을 하는 동안의 상해로 장해분류표(별표 1 참조. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

특수운전중상해위험보장 특별약관

제 1 조(적용범위)

이 특별약관은 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 특수운전을 하는 피보험자에 대하여 적용합니다.

제 2 조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전을 하는 동안의 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다) : 사망보험금
2. 보험기간 중 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전을 하는 동안의 상해로 장해분류표(별표 1 참조. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때: 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

질병입원일당보장 특별약관(180 일한도)

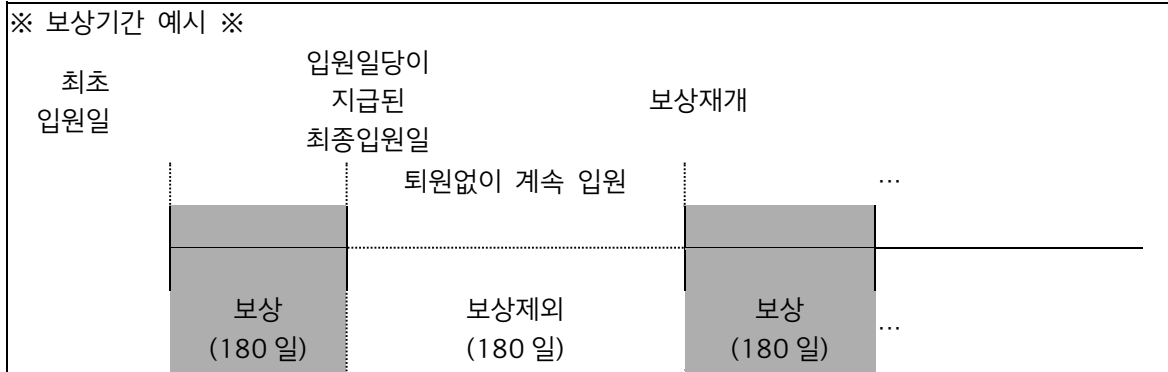
제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원 포함합니다.)에서 ()일 이상 입원(병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 이하 같습니다.)하여 치료를 받은 때에는 이 특별약관에 따라 ()일째 입원일부터 입원 1 일당 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병입원일당의 지급일수는 1 회 입원당 180 일을 한도로 합니다.

제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제 1 조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2 회 이상 입원한 경우에는 1 회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.

- ② 제 1 항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180 일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원일당이 지급된 최종입원일로부터 180 일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ③ 제 1 조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제 1 조(보험금의 지급사유)의 규정에 따라 질병입원일당을 계속 보장하여 드립니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않았을 때에는 회사는 질병입원일당의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 않습니다.

[용어해설]

<정당한 이유>

사회통념상 그 의무나 책임 등을 이행할 수 없을만한 사정이 있거나, 그 의무나 책임 등의 이행을 기대하는 것이 무리라고 할 만한 사정이 있을 때를 말합니다.

제 3 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 않습니다.
1. 피보험자의 선천성 뇌질환
 2. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
 3. 성병
 4. 알콜중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
- ② 회사는 제 1 항 이외에 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.
1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
 2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 4. 정상분만, 치과질환

제 4 조(입원의 정의와 장소)

「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 정한 병원, 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 5 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

※용 어 풀 이※

- 의사
피보험자 및 그 가족이 아닌 유면허 의료행위를 하는 자를 말합니다.
- 이 보험의 적용에 있어 야기되는 진료수준 및 용어해석상의 모든 문제는 국민건강보험법 및 관계법령의 정하는 바에 따르기로 합니다.

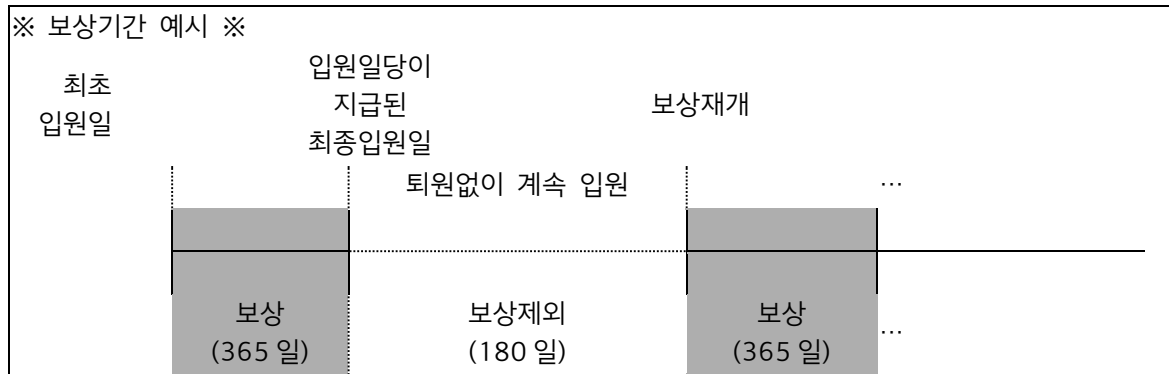
질병입원일당보장 특별약관(365 일한도)

제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원 포함합니다.)에서 ()일 이상 입원(병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병의 치료를 목적으로 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 합산합니다. 이하 같습니다.)하여 치료를 받은 때에는 이 특별약관에 따라 ()일째 입원일부터 입원 1 일당 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험가입금액을 질병입원일당으로 보험수익자에게 지급합니다. 다만, 질병입원일당의 지급일수는 1 회 입원당 365 일을 한도로 합니다.

제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제 1 조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 동일한 질병의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2 회 이상 입원한 경우에는 1 회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다.
- ② 제 1 항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180 일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 입원일당이 지급된 최종입원일로부터 180 일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다.



- ③ 제 1 조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제 1 조(보험금의 지급사유)의 규정에 따라 질병입원일당을 계속 보장하여 드립니다.
- ④ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않았을 때에는 회사는 질병입원일당의 전부 또는 일부를 지급하여 드리지 않습니다.

[용어해설]

<정당한 이유>

사회통념상 그 의무나 책임 등을 이행할 수 없을만한 사정이 있거나, 그 의무나 책임 등의 이행을 기대하는 것이 무리라고 할 만한 사정이 있을 때를 말합니다.

제 3 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 않습니다.
 1. 피보험자의 선천성 뇌질환
 2. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
 3. 성병
 4. 알콜중독, 습관성 약물 또는 환각제의 복용 및 사용
- ② 회사는 제 1 항 이외에 아래의 사유로 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.
 1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
 2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료

3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
4. 정상분만, 치과질환

제 4 조(입원의 정의와 장소)

「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 정한 병원, 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 5 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

※용 어 풀 이※

- ◎ 의사
피보험자 및 그 가족이 아닌 유면허 의료행위를 하는 자를 말합니다.
- ◎ 이 보험의 적용에 있어 야기되는 진료수준 및 용어해석상의 모든 문제는 국민건강보험법 및 관계법령의 정하는 바에 따르기로 합니다.

질병입원일당출산보장 추가특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 질병입원일당 특별약관 제 3 조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제 1 항 제 2 호 및 제 2 항 제 1 호, 제 4 호에도 불구하고 피보험자가 임신·출산·산후기 관련 질환으로 진단 확정되고, 그 질환의 치료를 직접적인 목적으로 입원하여 치료를 받은 경우에는 동 특별약관에서 정한 바에 따라 보상하여 드립니다.
이 경우 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에서 정한 조산원은 병원으로 봅니다. 다만, 모자보건법 제 2 조(정의)에서 정한 산후조리업에 해당하는 산후조리원에 입원하는 경우 및 산후조리를 목적으로 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 정한 병원, 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입원하는 경우는 보상하여 드리지 않습니다.

제 2 조(임신·출산·산후기 관련 질환의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에서 “임신·출산·산후기 관련 질환”이라 함은 제 9 차 한국표준질병사인분류에 있어서 【별표 3】 “임신, 출산 및 산후기 분류표”에 해당하는 질병을 말합니다.
- ② “임신·출산·산후기 관련 질환”의 진단확정은 의료법 제 3 조 제 2 항에서 정한 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의한 진단서에 의합니다.

제 3 조(입원의 정의와 장소)

이 특별약관에서 “입원”이라 함은 병원 또는 의원 등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 임신·출산·산후기 관련 질환의 치료가 필요하다고 인정된 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 정한 병원, 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 4 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제 1 조(보험금의 지급사유)에서 “임신·출산·산후기 관련 질환의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원”이란 의사에 의해 “임신·출산·산후기 관련 질환”으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, “임신·출산·산후기 관련 질환”의 치료 중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 “임신·출산·산후기 관련 질환”을 입원치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 “임신·출산·산후기 관련 질환”의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 “임신·출산·산후기 관련 질환”으로 진단된 경우에는 이는 “임신·출산·산후기 관련 질환”의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

- ② 피보험자가 동일한 “임신·출산·산후기 관련 질환”의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2 회 이상 입원한 경우에는 질병입원일당보장 특별약관 제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)에서 정한 바에 따라 보상하여 드립니다.

제 5 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.
1. 피보험자의 자해, 자살, 자살미수, 범죄행위 또는 폭력행위(다만, 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우에는 보상)
 2. 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
 3. 성병
 4. 알코올중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
 5. 지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변
 6. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요 기타 이들과 유사한 사태
 7. 핵연료물질 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질의 방사성, 폭발성 또는 그밖의 유해한 특성에 의한 사고
 8. 위 제 7 호 이외의 방사선을 쬌는 것 또는 방사능 오염
- ② 회사는 아래의 사유로 생긴 손해는 보장하여 드리지 않습니다.
1. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술
 2. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
 3. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
 4. 치과질환
 5. 불임에 따른 검사 및 시술
 6. 출산이전의 양수검사, 기형아검사
 7. 임신으로 인한 빈혈제, 영양제 복용

【핵연료물질】 사용된 연료를 포함합니다.

【핵연료물질에 의하여 오염된 물질】 원자핵 분열 생성물을 포함합니다.

제 6 조(보장한도)

이 추가특별약관의 보상을 포함한 질병입원일당의 보장한도는 질병입원일당 특별약관 제 1 조(보험금의 지급사유)의 보험가입금액을 한도로 합니다.

제 7 조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 질병입원일당보장 특별약관 및 보통약관을 따릅니다.

상해입원일당보장 특별약관(180 일한도)

제 1 조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에서 ()일 이상 입원하여 치료를 받은 경우에 ()일째 입원일로부터 입원 1 일당 특별약관의 보험가입금액을 입원일당으로 지급합니다. 다만 입원일당의 지급일수는 1 회 입원당 180 일을 한도로 합니다.
- ② 제 1 항의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 입원일로부터 180 일을 한도로 제 1 항의 입원일당을 계속 보상하여 드립니다.
- ③ 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 보험기간 중에 2 회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수에 더하여 계산합니다.

제 2 조(입원의 정의와 장소)

「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 정한 병원, 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

※용 어 풀 이※

◎ 의사

피보험자 및 그 가족이 아닌 유면허 의료행위를 하는 자를 말합니다.

- ◎ 이 보험의 적용에 있어 야기되는 진료수준 및 용어해석상의 모든 문제는 국민건강보험법 및 관계법령의 정하는 바에 따르기로 합니다.

상해입원일당보장 특별약관(365 일한도)

제 1 조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에서 ()일 이상 입원하여 치료를 받은 경우에 ()일째 입원일로부터 입원 1 일당 특별약관의 보험가입금액을 입원일당으로 지급합니다. 다만 입원일당의 지급일수는 1 회 입원당 365 일을 한도로 합니다.
- ② 제 1 항의 경우 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 입원일로부터 365 일을 한도로 제 1 항의 입원일당을 계속 보상하여 드립니다.
- ③ 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 보험기간 중에 2 회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수에 더하여 계산합니다.

제 2 조(입원의 정의와 장소)

「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 정한 병원, 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

※용 어 풀 이※

◎ 의사

피보험자 및 그 가족이 아닌 유면허 의료행위를 하는 자를 말합니다.

- ◎ 이 보험의 적용에 있어 야기되는 진료수준 및 용어해석상의 모든 문제는 국민건강보험법 및 관계법령의 정하는 바에 따르기로 합니다.

암치료비보장 특별약관(I)

제 1 조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중 제 2 항에서 정한 보장개시일 이후에 “기타피부암 및 갑상선암 이외의 암”, “갑상선암”, “기타피부암”, “제자리암(상피내암)”, “경계성종양” (이하 “암 등의 질병”이라 합니다.)으로 진단확정된 경우에는 이 특별약관에 따라 아래에 정한 금액을 각각 1 회에 한하여 암치료비보험금으로 피보험자에게 지급합니다.

구 분	암치료비보험금
기타피부암 및 갑상선암 이외의 암	이 특별약관 가입금액의 100%
갑상선암	이 특별약관 가입금액의 ()%
기타피부암	이 특별약관 가입금액의 ()%
제자리암(상피내암)	이 특별약관 가입금액의 ()%
경계성 종양	이 특별약관 가입금액의 ()%

- ② 이 특별약관에서 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”에 대한 보장개시일은 피보험자 나이에 관계없이 계약일로 하며 “기타피부암/갑상선암 이외의 암”에 대한 보장개시일은 피보험자의 나이에 따라 아래 각 호를 따릅니다.
1. 피보험자의 나이가 15 세 미만인 경우는 계약일
 2. 피보험자의 나이가 15 세 이상인 경우는 계약일로부터 그날을 포함하여 ()일(()일은 90 일을 넘지 않습니다)이 지난날의 다음날
- 다만, 이 규정은 보험기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14 일 이내에 재계약을 체결하는 경우에는 적용하지 않습니다.

제 2 조(암 등의 질병의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 “암”이라 함은 제 9 차 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(별표 4) “악성신생물(암)분류표” 참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태) (Premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

※ 유의사항 ※

한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(불명확한 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

- ② 이 특별약관에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제 1 항에서 정한 “암” 중에서 악성신생물(암)분류표의 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말하며, “갑상선암”이라 함은 제 1 항에서 정한 “암” 중에서 악성신생물(암) 분류표의 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말합니다. 또한 제 1 항에서 정한 “암”에서 “기타피부암” 및 “갑상선암”을 제외한 암을 “기타피부암 및 갑상선암 이외의 암”이라 합니다.
- ③ 이 특별약관에 있어서 “제자리암(상피내암)”이라 함은 제 9 차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리(상피내)의 암으로 분류되는 질병(별표 5) “제자리 신생물분류표” 참조)을 말합니다.
- ④ 이 특별약관에 있어서 “경계성종양”이라 함은 제 9 차 한국표준질병사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병(별표 6) “행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표” 참조)을 말합니다.
- ⑤ 기타피부암 및 갑상선암 이외의 암, 갑상선암, 기타피부암, 제자리암(상피내암) 및 경계성종양(이하 “암등의 질병”이라 총칭합니다)의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡입검사(fine needle aspiration biopsy, 갑상선암의 경우 fine needle aspiration) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 암 등의 질병의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

- ⑥ 제 5 항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 암 등의 질병으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[예시안내]

<제 5 항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때 예시>

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

제 3 조(계약의 무효)

보통약관 제 20 조(계약의 무효)에서 정한 사항 외에 피보험자가 계약일로부터 기타피부암 및 갑상선암 이외의 암에 대한 보장개시일 이전에 기타피부암 및 갑상선암 이외의 암으로 진단 확정되어 있는 경우 이 특별약관은 무효로 하며, 이 경우 이미 납입한 특별약관의 보험료를 계약자에게 돌려드립니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

암치료비보장 특별약관(II)

제 1 조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 “갑상선암”, “기타피부암”, “제자리암(상피내암)”, “경계성종양” (이하 “암 등의 질병”이라 합니다.)으로 진단확정된 경우에는 이 특별약관에 따라 아래에 정한 금액을 각각 1 회에 한하여 암치료비보험금으로 피보험자에게 지급합니다.

구 분	암치료비보험금
갑상선암	이 특별약관 가입금액의 ()%
기타피부암	이 특별약관 가입금액의 ()%
제자리암(상피내암)	이 특별약관 가입금액의 ()%
경계성 종양	이 특별약관 가입금액의 ()%

- ② 이 특별약관에서 “기타피부암”, “갑상선암”, “제자리암” 및 “경계성종양”에 대한 보장개시일은 계약일로 한다.

제 2 조(암 등의 질병의 정의 및 진단확정)

- ① 이 특별약관에 있어서 “기타피부암”이라 함은 제 1 항에서 정한 “암” 중에서 악성신생물(암)분류표의 분류번호 C44(기타 피부의 악성신생물(암))에 해당하는 질병을 말하며, “갑상선암”이라 함은 제 1 항에서 정한 “암” 중에서 악성신생물(암) 분류표의 분류번호 C73(갑상선의 악성신생물(암))에 해당하는 질병(【별표 4】 “악성신생물(암)분류표” 참조)을 말합니다.
- ② 이 특별약관에 있어서 “제자리암(상피내암)”이라 함은 제 9 차 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리(상피내)의 암으로 분류되는 질병(【별표 5】 “제자리 신생물분류표” 참조)을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에 있어서 “경계성종양”이라 함은 제 9 차 한국표준질병사인분류에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병(【별표 6】 “행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표” 참조)을 말합니다.
- ④ 갑상선암, 기타피부암, 제자리암(상피내암) 및 경계성종양(이하 “암 등의 질병”이라 총칭합니다)의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세바늘흡입검사(fine needle aspiration biopsy, 갑상선암의 경우 fine needle aspiration) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 이 경우 암 등의 질병의 진단확정 시점은 상기 검사에 의한 결과보고 시점으로 합니다.

- ⑤ 제 4 항에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 암 등의 질병으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[예시안내]

<‘제 4 항에 따른 진단방법이 가능하지 않을 때’ 예시>

- 피보험자가 조직검사 등 병리학적 검사를 받을 여유없이 급속한 병증 악화로 사망한 경우
- 종양의 발생부위 및 피보험자의 신체상태 등의 이유로 조직을 추출하는 경우 생명의 위험을 초래할 수 있어 병리학적 검사를 시행할 수 없는 경우

※ 유의사항 ※

한국표준질병사인분류 지침서의 “사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침”에 따라 C77~C80(불명확한 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다. 즉, 이차성암으로 진단시 이차성암의 원인이 되는 원발암이 확인된 경우 원발암을 기준으로 보험금을 지급하며, 이차성암에 대한 보험금은 별도로 지급하지 않습니다. 다만, 이 경우에도 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)(C77~C80)의 진단확정 시점은 원발암 진단확정 시점으로 변경되지 않습니다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

골절진단보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해로 골절분류표(【별표 7】 참조)에 정한 골절로 진단확정시에 이 특별약관 보험가입금액 전액을 보험금으로 피보험자에게 지급합니다. 단, 동일한 상해를 직접적인 원인으로 복합골절 발생시에는 1 회에 한하여 지급합니다.

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

골절진단(치아파절제외)보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해로 골절분류표(【별표 7】 참조)에 정한 골절(“치아파절” 제외)로 진단확정시에 이 특별약관 보험가입금액 전액을 보험금으로 피보험자에게 지급합니다. 단, 동일한 상해를 직접적인 원인으로 복합골절 발생시에는 1 회에 한하여 지급합니다.

제 2 조(치아파절의 정의)

제 1 조(보험금의 지급사유)에서 치아파절이라 함은 제 9 차 한국표준질병사인분류에 있어서 치아의 파절 및 파절치(분류코드 S02.5)에 해당하는 상병을 말합니다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

화상수술위험보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 급격하고도 우연한 외래의 사고 (이하 “사고”라 합니다)로 인하여 【별표 8】 화상 분류표에서 정한 화상으로 진단확정 후 그 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받은 때에 수술 1 회당

이 특별약관 보험가입금액 전액을 보험금으로 피보험자에게 지급합니다. 다만, 하나의 사고로 두 종류 이상의 화상 수술을 받은 경우에는 하나의 보험금만 지급합니다.

- ② 제 1 항에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 정한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

<신의료기술평가위원회>

의료법 제 54 조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

제 2 조(수술의 정의와 장소)

- ① 이 특약에서 ‘수술’이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 의사의 관리 하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
- ② 제 1 항의 수술에는 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법으로 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는것도 포함됩니다.

[용어해설]

<신의료기술평가위원회>

의료법 제 54 조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

- ③ 제 1 항의 수술은 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 행한 것에 한합니다.
- ④ 제 1 항의 수술에서 아래 각호의 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것)
 2. 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것)등의 조치
 3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
 4. 미용성형 목적의 수술
 5. 피임(避妊) 목적의 수술
 6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
 7. 기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술(체외 충격파 쇄석술 등)

[예시안내]

<기타 수술의 정의에 해당하지 않는 시술 예시>

- 체외 충격파 쇄석술
- 변연절제를 동반하지 않은 단순 창상봉합술
- 절개, 배농 또는 도관삽입술
- 종이내튜브유치술(종이내 환기관 삽입술)
- 추간판 관련 경막외 신경차단술
- 치, 치수, 치은, 치근, 치조골의 처치

※ 본 시술들은 수술의 정의에 해당하지 않는 시술의 예시로, 예시에 기재되어 있지 않다 하더라도 수술의 정의에 해당하지 않는 경우 보상되지 않습니다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

화상진단보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 보험기간 중에 급격하고도 우연한 외래의 사고(이하 “사고”라 합니다)로 인하여 화상으로 진단확정된 경우에는 이 특별약관 보험가입금액 전액을 보험금으로 피보험자에게 지급합니다. 다만, 하나의 사고로 2 가지 이상의 화상상태인 경우에도 1 회에 한하여 지급합니다.
- ② 제 1 항에서 “화상”이라 함은 【별표 8】의 화상분류표에서 정한 화상(열상을 포함합니다)에 해당되고 심재성 2 도 이상의 화상을 말합니다

제 2 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

【실손의료비관련 특별약관】

기본형 급여 실손의료비보장 특별약관

실손의료비보장 특별약관은 사람의 질병 또는 상해로 인한 손해(의료비에 한합니다)를 보험회사가 보상하는 상품입니다.

제 1 관 일반사항 및 용어의 정의

제 1 조(보장종목)

① 회사가 판매하는 기본형 실손의료보험상품은 다음과 같이 상해급여형, 질병급여형의 2 개 보장종목으로 구성되어 있습니다.

보장종목	보상하는 내용
상해급여	피보험자가 상해로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원하여 급여 ^{주)} 치료를 받거나 급여 처방조제를 받은 경우에 보상
질병급여	피보험자가 질병으로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원하여 급여 치료를 받거나 급여 처방조제를 받은 경우에 보상

주) 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여

② 회사는 이 약관의 명칭에 ‘급여 실손의료비’라는 문구를 포함하여 사용합니다.

제 2 조(용어의 정의)

이 약관에서 사용하는 용어의 뜻은 <붙임>과 같습니다.

제 2 관 회사가 보상하는 사항

제 3 조(보장종목별 보상내용)

회사가 이 계약의 보험기간 중 보장종목별로 각각 보상하거나 공제하는 내용은 다음과 같습니다.

보장 종목	보상하는 사항		
(1) 상해 급여	① 회사는 피보험자가 상해로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원(외래 및 처방조제)하여 치료를 받은 경우에는 급여의료비를 제 5 조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 다음과 같이 보상합니다. 다만, 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비 기준으로 계산하며, 감면받은 의료비가 본인 또는 가족(「피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자」(이하 “배우자”라 합니다), 직계혈족 및 형제자매(민법 제 768 조))의 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비로 급여 의료비를 계산합니다. <table border="1"> <tr> <th>구분</th><th>보상금액</th></tr> </table>	구분	보상금액
구분	보상금액		

입원 (입원실료, 입원제비용, 입원수술비)	「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부본인부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액본인부담금을 말합니다.)의 80%에 해당하는 금액						
통원 (외래제비용, 외래수술비, 처방조제비)	통원 1 회당(외래 및 처방조제 합산) 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부본인부담금을 말합니다.)에서 < 표 1>의 '통원항목별 공제금액'을 뺀 금액 < 표 1> 통원항목별 공제금액 <table border="1" data-bbox="502 638 1356 1361"> <thead> <tr> <th>항목</th><th>공제금액</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>「의료법」 제 3 조 제 2 항에 의한 의료기관 (동법 제 3 조의 3 에 의한 종합병원은 제외), 「국민건강보험법」 제 42 조 제 1 항 제 4 호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제 42 조제 1 항제 5 호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 「국민건강보험법」 제 42 조 제 1 항 제 2 호에 의한 약국, 동법 제 42 조 제 1 항 제 3 호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제(의약품업 예외지역 등에서의 약사의 직접 조제 포함)</td><td>1 만원, 보장대상 의료비의 20%, 보장대상의료비에 건강보험 본인부담률을 곱한 금액^{주)} 중 큰 금액</td></tr> <tr> <td>「국민건강보험법」 제 42 조 제 2 항에 의한 전문요양기관, 「의료법」 제 3 조의 4 에 의한 상급종합병원, 동법 제 3 조의 3 에 의한 종합병원에서의 외래 및 그에 따른 「국민건강보험법」 제 42 조제 1 항제 2 호에 의한 약국, 동법 제 42 조제 1 항제 3 호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제</td><td>2 만원, 보장대상 의료비의 20%, 보장대상의료비에 건강보험 본인부담률을 곱한 금액^{주)} 중 큰 금액</td></tr> </tbody> </table> 주) 건강보험 본인부담률은 진료비 및 약제비 계산서·영수증 상 '급여 일부 본인부담 항목의 급여 본인부담금'을 '급여 일부 본인부담 항목의 급여 본인부담금'과 '급여 공단부담금'의 합계액으로 나누어 산출한 값을 말합니다. 건강보험 본인부담률 = $\frac{\text{급여 일부 본인부담 항목의 본인부담금 합계 금액}}{\text{급여 일부 본인부담 항목의 본인부담금 합계 금액} + \text{급여 공단부담금 합계 금액}}$ 다만, 「국민건강보험법 시행규칙」 제 16 조 및 별표 6 에 따라 요양급여비용의 본인부담률이 100 분의 100 및 「의료급여법 시행령」 제 13 조 및 별표 1 에 따라 의료급여비용의 본인부담률이 100 분의 100(전액본인부담)인 경우, 해당 금액은 상기 계산식에 포함되지 않으며 보상하는 대상에서 제외됩니다.	항목	공제금액	「의료법」 제 3 조 제 2 항에 의한 의료기관 (동법 제 3 조의 3 에 의한 종합병원은 제외), 「국민건강보험법」 제 42 조 제 1 항 제 4 호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제 42 조제 1 항제 5 호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 「국민건강보험법」 제 42 조 제 1 항 제 2 호에 의한 약국, 동법 제 42 조 제 1 항 제 3 호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제(의약품업 예외지역 등에서의 약사의 직접 조제 포함)	1 만원, 보장대상 의료비의 20%, 보장대상의료비에 건강보험 본인부담률을 곱한 금액 ^{주)} 중 큰 금액	「국민건강보험법」 제 42 조 제 2 항에 의한 전문요양기관, 「의료법」 제 3 조의 4 에 의한 상급종합병원, 동법 제 3 조의 3 에 의한 종합병원에서의 외래 및 그에 따른 「국민건강보험법」 제 42 조제 1 항제 2 호에 의한 약국, 동법 제 42 조제 1 항제 3 호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제	2 만원, 보장대상 의료비의 20%, 보장대상의료비에 건강보험 본인부담률을 곱한 금액 ^{주)} 중 큰 금액
항목	공제금액						
「의료법」 제 3 조 제 2 항에 의한 의료기관 (동법 제 3 조의 3 에 의한 종합병원은 제외), 「국민건강보험법」 제 42 조 제 1 항 제 4 호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제 42 조제 1 항제 5 호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 「국민건강보험법」 제 42 조 제 1 항 제 2 호에 의한 약국, 동법 제 42 조 제 1 항 제 3 호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제(의약품업 예외지역 등에서의 약사의 직접 조제 포함)	1 만원, 보장대상 의료비의 20%, 보장대상의료비에 건강보험 본인부담률을 곱한 금액 ^{주)} 중 큰 금액						
「국민건강보험법」 제 42 조 제 2 항에 의한 전문요양기관, 「의료법」 제 3 조의 4 에 의한 상급종합병원, 동법 제 3 조의 3 에 의한 종합병원에서의 외래 및 그에 따른 「국민건강보험법」 제 42 조제 1 항제 2 호에 의한 약국, 동법 제 42 조제 1 항제 3 호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제	2 만원, 보장대상 의료비의 20%, 보장대상의료비에 건강보험 본인부담률을 곱한 금액 ^{주)} 중 큰 금액						

② 제 1 항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연히 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상이 포함됩니다. 다만, 유독가스 또는 유독물질을 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상과 세균성 음식물 중독증상은 포함되지 않습니다.

③ 피보험자가 「국민건강보험법」 제 5 조, 제 53 조, 제 54 조에 따라 요양급여 또는 「의료급여법」 제 4 조, 제 15 조, 제 17 조에 따라 의료급여를 적용받지 못하는 경우에는 다음과 같이 보상합니다.

1. 의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액(통원의 경우 본인이 실제로 부담한 금액에서 같은 조 제 1 항 <표 1>의 '통원항목별 공제금액'을 뺀 금액)의 40%를 제 5 조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다.
2. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 제 1 호를 적용하지 아니하고 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비에 대해서만 제 1 항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제 5 조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 감면받은 의료비가 **본인 또는 가족(「피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자」(이하 "배우자"라 합니다), 직계혈족 및 형제자매(민법 제 768 조)의 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비에 대해서 제 1 항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제 5 조에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다.**

④ 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음날부터 180 일까지 보상합니다.

⑤ 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 통원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음날부터 180 일 이내의 통원을 보상하며 최대 90 회 한도 내에서 보상합니다.

<입원 및 통원 보상기간 예시>

보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	추가보상 (180일)
↑	↑	↑	↑
계약일 (2027. 1. 1.)	계약해당일 (2028. 1. 1.)	계약해당일 (2029. 1. 1.)	계약종료일 (2029. 12. 31.)
			보상종료일 (2030. 6. 29.)

⑥ 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제 4 항과 제 5 항을 적용하지 않습니다.

⑦ 하나의 상해(같은 상해로 2 회 이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 상해로 봅니다)로 인해 동일한 의료기관에서 같은 날 외래 및 처방을 함께 받은 경우 처방일자를 기준으로 외래 및 처방조제를 합산하되(조제일자가 다른 경우도 동일하게 적용) 통원 1 회로 보아 제 1 항, 제 5 항 및 제 6 항을 적용합니다.

⑧ 하나의 상해로 인해 하루에 같은 치료를 목적으로 2 회 이상 통원치료(외래 및 처방조제 합산)를 받은 경우 1 회의 통원으로 보아 제 1 항, 제 5 항 및 제 6 항을 적용합니다. 이 때 공제금액은 2 회 이상의 중복방문 의료기관 중 가장 높은 공제금액을 적용합니다.

⑨ 회사는 피보험자가 상해로 인하여 의료기관에서 본인의 장기등(「장기등 이식에 관한 법률」 제 4 조에 의한 "장기등"을 의미합니다)의 기능회복을 위하여 「장기등 이식에 관한 법률」 제 42 조 및 관련 고시에 따라 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 제 1 항부터 제 8 항에 따라 보상합니다.

⑩ 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원 또는 통원한 경우(O00~O99) 발생한 의료비를 「모자보건법」에 따라 감면 또는 지원을 받거나 그 외 정부 및 지방자치단체의 지원금을 통해 감면 또는 지원(「국민건강보험법」 제 50 조에 따른 부가급여도 지원으로 간주합니다)받는 경우에는 감면 또는 지원 전 의료비로 급여 의료비를 계산합니다.

(2)
질병
급여

① 회사는 피보험자가 질병으로 의료기관에 입원 또는 통원(외래 및 처방조제)하여 치료를 받은 경우에는 급여의료비를 제 5 조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 다음과 같이 보상합니다. 다만, 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를

감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비 기준으로 계산하며, 감면받은 의료비가 **본인 또는 가족(「피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자」(이하 “배우자”라 합니다), 직계혈족 및 형제자매(민법 제 768 조)의 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비로 급여 의료비를 계산합니다.**

구분	보상금액						
입원 (입원실료, 입원제비용, 입원수술비)	국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부본인부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액본인부담금을 말합니다.)의 80%에 해당하는 금액						
통원 (외래제비용, 외래수술비, 처방조제비)	통원 1 회당(외래 및 처방조제 합산) 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부분인부담금을 말합니다.)에서 <표 1>의 ‘통원항목별 공제금액’을 뺀 금액 < 표 1 > 통원항목별 공제금액 <table> <tr> <th>항목</th><th>공제금액</th></tr> <tr> <td>「의료법」 제 3 조 제 2 항에 의한 의료기관(동법 제 3 조의 3 에 의한 종합병원은 제외), 「국민건강보험법」 제 42 조제 1 항제 4 호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제 42 조제 1 항제 5 호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 「국민건강보험법」 제 42 조 제 1 항제 2 호에 의한 약국, 동법 제 42 조제 1 항제 3 호에 의한 한국회귀·필수의약품센터에서의 처방·조제(의약품업 예외지역 등에서의 약사의 직접 조제 포함)</td><td>1 만원, 보장대상 의료비의 20%, 보장대상의료비에 건강보험 본인부담률을 곱한 금액^{주)} 중 큰 금액</td></tr> <tr> <td>「국민건강보험법」 제 42 조 제 2 항에 의한 전문요양기관, 「의료법」 제 3 조의 4 에 의한 상급종합병원, 동법 제 3 조의 3 에 의한 종합병원에서의 외래 및 그에 따른 「국민건강보험법」 제 42 조제 1 항제 2 호에 의한 약국, 동법 제 42 조제 1 항제 3 호에 의한 한국회귀·필수의약품센터에서의 처방·조제</td><td>2 만원, 보장대상 의료비의 20%, 보장대상의료비에 건강보험 본인부담률을 곱한 금액^{주)} 중 큰 금액</td></tr> </table> 주) 건강보험 본인부담률은 진료비 및 약제비 계산서·영수증 상 ‘급여 일부 본인부담 항목의 급여 본인부담금’을 ‘급여 일부 본인부담 항목의 급여 본인부담금’과 ‘급여 공단부담금’의 합계액으로 나누어 산출한 값을 말합니다. 건강보험 본인부담률 = $\frac{\text{급여 일부 본인부담 항목의 본인부담금 합계 금액}}{\text{급여 일부 본인부담 항목의 본인부담금 합계 금액} + \text{급여 공단부담금 합계 금액}}$ 다만, 「국민건강보험법 시행규칙」 제 16 조 및 별표 6 에 따라 요양급여비용의 본인부담률이 100 분의 100 및 「의료급여법 시행령」	항목	공제금액	「의료법」 제 3 조 제 2 항에 의한 의료기관(동법 제 3 조의 3 에 의한 종합병원은 제외), 「국민건강보험법」 제 42 조제 1 항제 4 호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제 42 조제 1 항제 5 호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 「국민건강보험법」 제 42 조 제 1 항제 2 호에 의한 약국, 동법 제 42 조제 1 항제 3 호에 의한 한국회귀·필수의약품센터에서의 처방·조제(의약품업 예외지역 등에서의 약사의 직접 조제 포함)	1 만원, 보장대상 의료비의 20%, 보장대상의료비에 건강보험 본인부담률을 곱한 금액 ^{주)} 중 큰 금액	「국민건강보험법」 제 42 조 제 2 항에 의한 전문요양기관, 「의료법」 제 3 조의 4 에 의한 상급종합병원, 동법 제 3 조의 3 에 의한 종합병원에서의 외래 및 그에 따른 「국민건강보험법」 제 42 조제 1 항제 2 호에 의한 약국, 동법 제 42 조제 1 항제 3 호에 의한 한국회귀·필수의약품센터에서의 처방·조제	2 만원, 보장대상 의료비의 20%, 보장대상의료비에 건강보험 본인부담률을 곱한 금액 ^{주)} 중 큰 금액
항목	공제금액						
「의료법」 제 3 조 제 2 항에 의한 의료기관(동법 제 3 조의 3 에 의한 종합병원은 제외), 「국민건강보험법」 제 42 조제 1 항제 4 호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제 42 조제 1 항제 5 호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 「국민건강보험법」 제 42 조 제 1 항제 2 호에 의한 약국, 동법 제 42 조제 1 항제 3 호에 의한 한국회귀·필수의약품센터에서의 처방·조제(의약품업 예외지역 등에서의 약사의 직접 조제 포함)	1 만원, 보장대상 의료비의 20%, 보장대상의료비에 건강보험 본인부담률을 곱한 금액 ^{주)} 중 큰 금액						
「국민건강보험법」 제 42 조 제 2 항에 의한 전문요양기관, 「의료법」 제 3 조의 4 에 의한 상급종합병원, 동법 제 3 조의 3 에 의한 종합병원에서의 외래 및 그에 따른 「국민건강보험법」 제 42 조제 1 항제 2 호에 의한 약국, 동법 제 42 조제 1 항제 3 호에 의한 한국회귀·필수의약품센터에서의 처방·조제	2 만원, 보장대상 의료비의 20%, 보장대상의료비에 건강보험 본인부담률을 곱한 금액 ^{주)} 중 큰 금액						

제 13 조 및 별표 1 에 따라 의료급여비용의 본인부담률이 100 분의 100(전액본인부담)인 경우, 해당 금액은 상기 계산식에 포함되지 않으며 보상하는 대상에서 제외됩니다.

② 피보험자가 「국민건강보험법」 제 5 조, 제 53 조, 제 54 조에 따라 요양급여 또는 「의료급여법」 제 4 조, 제 15 조, 제 17 조에 따라 의료급여를 적용받지 못하는 경우에는 다음과 같이 보상합니다.

1. 의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액(통원의 경우 본인이 실제로 부담한 금액에서 같은 조 제 1 항 <표 1>의 '통원항목별 공제금액'을 뺀 금액)의 40%를 제 5 조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다.
2. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 제 1 호를 적용하지 아니하고 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비에 대해서만 제 1 항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제 5 조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 감면받은 의료비가 본인 또는 가족(「피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자」(이하 “배우자”라 합니다), 직계혈족 및 형제자매(민법 제 768 조))의 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비에 대해서 제 1 항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제 5 조에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다.

③ 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음날부터 180 일까지 보상합니다.

④ 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 통원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음날부터 180 일 이내의 통원을 보상하며 최대 90 회 한도 내에서 보상합니다.

보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	추가보상 (180일)
↑	↑	↑	↑
계약일 (2027. 1. 1.)	계약해당일 (2028. 1. 1.)	계약해당일 (2029. 1. 1.)	계약종료일 (2029. 12. 31.)
			보상종료일 (2030. 6. 29.)

⑤ 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제 3 항과 제 4 항을 적용하지 않습니다.

⑥ 하나의 질병으로 동일한 의료기관에서 같은 날 외래 및 처방을 함께 받은 경우 처방일자를 기준으로 외래 및 처방조제를 합산하되(조제일자가 다른 경우도 동일하게 적용) 통원 1 회로 보아 제 1 항, 제 4 항 및 제 5 항을 적용합니다.

⑦ “하나의 질병”이란 발생 원인이 동일한 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병은 하나의 질병으로 간주하며, 하나의 질병으로 2 회 이상 치료를 받는 경우에는 이를 하나의 질병으로 봅니다)을 말하며, 질병의 치료 중에 발생한 합병증 또는 새로 발견된 질병의 치료가 병행되거나 의학상 관련이 없는 여러 종류의 질병을 갖고 있는 상태에서 입원 또는 통원한 경우에는 하나의 질병으로 간주합니다.

⑧ 하나의 질병으로 하루에 같은 치료를 목적으로 2 회 이상 통원치료(외래 및 처방조제 합산)를 받은 경우 1 회의 통원으로 보아 제 1 항, 제 4 항 및 제 5 항을 적용합니다. 이 때 공제금액은 2 회 이상의 중복방문 의료기관 중 가장 높은 공제금액을 적용합니다.

	⑨ 회사는 피보험자가 질병으로 인하여 의료기관에서 본인의 장기등(「장기등 이식에 관한 법률」 제 4 조에 의한 “장기등”을 의미합니다)의 기능회복을 위하여 「장기등 이식에 관한 법률」 제 42 조 및 관련 고시에 따라 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 제 1 항부터 제 8 항에 따라 보상합니다. ⑩ 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원 또는 통원한 경우(O00~O99) 발생한 의료비를 「모자보건법」에 따라 감면 또는 지원을 받거나 그 외 정부 및 지방자치단체의 지원금을 통해 감면 또는 지원(「국민건강보험법」 제 50 조에 따른 부가급여도 지원으로 간주합니다)받는 경우에는 감면 또는 지원 전 의료비로 급여 의료비를 계산합니다.
--	--

제 3 관 회사가 보상하지 않는 사항

제 4 조(보상하지 않는 사항)

보장 종목	보상하지 않는 사항
(1) 상해 급여	① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 급여의료비는 보상하지 않습니다. 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다. 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다. 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우 4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(O00~O99)로 발생한 의료비. 다만, 보험가입일이 건강보험 임신출산 진료비 지급신청서(「임신출산 진료비 지급 등에 관한 기준」 별지 제 1 호서식)상 요양기관이 기재한 분만예정일로부터 280 일 이전인 경우에는 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(O00~O99)와 관련한 치료에서 발생한 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 일부 본인부담금에 해당하는 의료비를 보상(단체보험 상품은 보험가입일이 분만예정일로부터 280 일 이내인 경우에도 보상합니다)합니다. 다만, '26.5.6. 이후 체결된 계약을 같은 회사의 보험상품으로 전환하거나 재가입한 경우에는 종전 계약을 연장하는 것으로 보아 종전 계약의 보험가입일 기준으로 보상여부를 판단합니다. 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인한 경우 6. 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자 본인이 자의적으로 입원하여 발생한 입원의료비 7. 피보험자가 정당한 이유없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 통원의료비 ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동 목적으로 한 다음의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 생긴 상해에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전 훈련이 필요한 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩 2. 모터보트·자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 행사(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 보상합니다) 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안 ③ 회사는 다음의 급여의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.

	1. 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제) 2. 「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 따라 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제) 3. 자동차보험(공제를 포함합니다)에서 보상받는 치료관계비(과실상계 후 금액을 기준으로 합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비(자동차보험 진료수가에 관한 기준 및 산재보험 요양급여 산정기준에 따라 발생한 실제 본인 부담의료비)는 제 3 조(보장종목별 보상내용) (1)상해급여 제 1 항, 제 2 항 및 제 4 항부터 제 8 항에 따라 보상합니다. 4. 간병비 5. 통원(외래 및 처방조제)하여 치료를 받은 경우 발생한 급여의료비 중 「국민건강보험법 시행규칙」 제 16 조 및 별표 6 에 따라 요양급여비용의 본인부담률이 100 분의 100(전액본인부담)인 의료비 및 「의료급여법 시행령」 제 13 조 및 별표 1 에 따라 의료급여비용의 본인부담률이 100 분의 100(전액본인부담)인 의료비
(2) 질병 급여	① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 급여의료비는 보상하지 않습니다. 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다. 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다. 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우 4. 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자 본인이 자의적으로 입원하여 발생한 입원의료비 5. 피보험자가 정당한 이유 없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 통원의료비 ② 회사는 ‘한국표준질병사인분류’에 따른 다음의 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 정신 및 행동장애(F04~F99). 다만, F04~F09, F20~F29, F30~F39, F40~F48, F51, F90~F98 과 관련한 치료에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하는 의료비는 보상하며, 피보험자가 보험가입당시 태아인 경우에는 정신발달장애(F80~F89)와 관련한 치료에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하는 의료비도 18 세까지 보상합니다. 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98) 으로 발생한 의료비 중 전액본인부담금. 다만, '21.7 월 이후 체결된 계약을 같은회사의 보험상품으로 전환하거나 재가입한 경우에는 종전 계약을 연장하는 것으로 보아 보험가입일을 적용합니다. 3. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(O00~O99)로 발생한 의료비. 다만, 보험가입일이 건강보험 임신출산 진료비 지급신청서(「임신출산 진료비 지급 등에 관한 기준」 별지 제 1 호서식)상 요양기관이 기재한 분만예정일로부터 280 일 이전인 경우에는 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(O00~O99)와 관련한 치료에서 발생한 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 일부 본인부담금에 해당하는 의료비를 보상(단체보험 상품은 보험가입일이 분만예정일로부터 280 일 이내인 경우에도 보상합니다)합니다. 다만, '26.5.6. 이후 체결된 계약을 같은 회사의 보험상품으로 전환하거나 재가입한 경우에는 종전 계약을 연장하는 것으로 보아 종전 계약의 보험가입일 기준으로 보상여부를 판단합니다. 4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04). 다만, 피보험자가 보험가입당시 태아인 경우에는 보상합니다. 5. 요실금(N39.3, N39.4, R32) ③ 회사는 다음의 급여의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.

	1. 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제) 2. 「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 따라 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제) 3. 성장호르몬제 투여에 소요된 비용으로 부담한 전액본인부담금 4. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비(산재보험 요양급여 산정기준에 따라 발생한 실제 본인 부담의료비)는 제 3 조(보장종목별 보상내용) (2)질병급여 제 1 항 및 제 3 항부터 제 8 항에 따라 보상합니다. 5. 사람면역결핍바이러스(HIV) 감염으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV 감염은 해당 진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 보상합니다) 6. 간병비 7. 통원(외래 및 처방조제)하여 치료를 받은 경우 발생한 급여의료비 중 「국민건강보험법 시행규칙」 제 16 조 및 별표 6 에 따라 요양급여비용의 본인부담률이 100 분의 100(전액본인부담)인 의료비 및 「의료급여법 시행령」 제 13 조 및 별표 1 에 따라 의료급여비용의 본인부담률이 100 분의 100(전액본인부담)인 의료비
--	---

제 4 조의 2(특별약관에서 보상하는 사항)

- ① 제 3 조 및 제 4 조에도 불구하고 다음 각 호에 해당하는 의료비는 기본형 실손의료보험에서 보상하지 않습니다.
1. 비급여의료비
 2. 제 1 호와 관련하여 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 발생한 본인부담의료비
- ② 제 1 항 제 1 호 및 제 2 호에서 정한 의료비와 다른 의료비가 함께 청구되어 각 항목별 의료비가 구분되지 않는 경우 회사는 보험금 지급금액 결정을 위해 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 각각의 의료비에 대한 확인을 요청할 수 있습니다.

제 4 관 보험금의 지급

제 5 조(보험가입금액 한도 등)

- ① 이 계약의 연간 보험가입금액은 제 3 조(보장종목별 보상내용) (1)상해급여에 대하여 입원과 통원의 보상금액을 합산하여 5 천만원 이내에서, (2)질병급여에 대하여 입원과 통원의 보상금액을 합산하여 5 천만원 이내에서 회사가 정한 금액 중 계약자가 선택한 금액을 말하며, 제 3 조(보장종목별 보상내용)에 의한 급여의료비를 이 금액 한도 내에서 보상합니다.
- ② 이 계약에서 '연간'이라 함은 계약일로부터 매 1 년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 입원 또는 통원 치료시 해당일이 속한 보험연도의 보험가입금액 한도를 적용합니다.
- ③ 제 1 항 및 제 2 항에도 불구하고 「국민건강보험법」에 따른 본인부담금 상한제 또는 「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제 적용항목은 실제 본인이 부담한 금액(「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등 관련 법령에서 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액은 제외한 금액)을 한도로 제 3 조(보장종목별 보상내용) 및 제 4 조(보상하지 않는 사항)에 따라 보상합니다.
- ④ 제 3 조(보장종목별 보상내용)에서 정한 입원의 경우 급여의료비 중 보상금액을 제외한 나머지 금액(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 20%에 해당하는 금액)이 계약일 또는 매년 계약해당일부터 기산하여 연간 200 만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 제 1 항의 한도내에서 보상합니다.
- ⑤ 제 3 조(보장종목별 보상내용)에서 정한 통원의 경우 (1)상해급여 또는 (2)질병급여 각각에 대하여 통원 1 회당 20 만원 이내에서 회사가 정한 금액 중 계약자가 선택한 금액의 한도 내에서 보상합니다.

⑥ 제 3 조(보장종목별 보상내용) (1)상해급여 제 4 항 또는 제 5 항 및 (2)질병급여 제 3 항 또는 제 4 항에 따른 계속중인 입원 또는 통원의 보장한도는 연간 보험가입금액에서 직전 보험기간 종료일까지 지급한 금액을 차감한 잔여 금액을 한도로 적용합니다.

제 5 조의 2(보험가입금액 한도 등에 대한 설명 의무)

① 회사는 제 18 조(약관 교부 및 설명 의무 등)에 따라 계약자가 청약할 때에 약관의 중요한 내용을 설명할 경우, 제 5 조(보험가입금액 한도 등)의 내용도 함께 설명하여 드립니다.

② 제 1 항에 따라 보험가입금액 한도 등을 설명할 때에, 회사는 계약자에게 제 5 조(보험가입금액 한도 등) 제 3 항의 '본인부담금 상한제' 및 '본인부담금 보상제'에 대한 사항을 구체적으로 설명하여 드립니다.

※ 「국민건강보험법」에 따른 본인부담금 상한제 : 요양급여비용 중 본인이 부담한 비용의 연간 총액이 일정 상한액(국민건강보험 지역가입자의 세대별 보험료 부담수준 또는 직장가입자의 개인별 보험료 부담수준에 따라 국민건강보험법 등 관련 법령에서 정한 금액(81 만원~584 만원))을 초과하는 경우 그 초과액을 국민건강보험공단이 부담하는 제도

※ 「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 : 수급권자의 급여대상 본인부담금이 매 30 일간 다음 금액을 초과하는 경우, 초과금액의 50%에 해당하는 금액을 의료급여기금 등이 부담하는 제도

1. 1 종 수급권자 : 2 만원

2. 2 종 수급권자 : 20 만원

※ 「의료급여법」에 따른 본인부담금 상한제 : 본인부담금 보상제에 따라 지급받은 금액을 차감한 급여대상 본인부담금이 다음 금액을 초과하는 경우, 그 초과액 전액을 의료급여기금 등이 부담하는 제도

1. 1 종 수급권자 : 매 30 일간 5 만원

2. 2 종 수급권자 : 연간 80 만원(다만, 의료법 제 3 조 제 2 항 제 3 호 라목에 따른 요양병원에 연간 240 일을 초과하여 입원한 경우에는 연간 120 만원으로 한다.)

다만, 관련 법령 등이 변경되는 경우 변경된 기준을 따릅니다. (상기 예시금액은 2021.5 월 기준)

제 6 조(보험금 지급사유 발생의 통지)

계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제 3 조(보장종목별 보상내용)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 것을 알았을 때에는 지체 없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

제 7 조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서 (회사 양식)

2. 사고증명서[(진료비 계산서·영수증, 진료비 세부산정내역, 한방진료비 계산서·영수증, 한방진료비 세부산정내역, 약제비 계산서·영수증, 약제비 세부산정내역, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비)] 등

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

4. 그 밖에 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제 1 항제 2 호의 사고증명서는 「의료법」 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 8 조(보험금의 지급절차)

- ① 회사는 제 7 조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날로부터 3 영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
- ② 제 1 항에도 불구하고 회사는 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제 1 항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내의 금액을 지급하는 제도를 말합니다)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제 7 조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30 영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정 신청

[용어해설]

<분쟁조정제도>

주로 금융소비자가 금융회사를 상대로 제기하는 금융분쟁에 대하여 금융감독원이 조정신청을 받아 의견을 제시하여 당사자 간의 합의를 유도함으로써 소송을 통하지 않고 분쟁을 원만하게 해결하는 제도를 말합니다.

3. 수사기관의 조사
 4. 외국에서 발생한 보험사고에 대한 조사
 5. 제 5 항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 책임이 있는 사유로 보험금 지급사유를 조사와 확인이 지연되는 경우
 6. 제 7 항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제 3 자의 의견에 따르기로 한 경우
- ③ 제 2 항에 따라 추가적인 조사가 이루어지는 경우 회사는 피보험자 또는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ④ 회사는 제 1 항에서 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제 2 항에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 <부표> ‘보험금을 지급할 때의 적립이율’에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자 또는 피보험자의 책임 있는 사유로 지급이 지연될 때에는 그 해당기간에 대한 이자를 더하여 지급하지 않습니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제 14 조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제 2 항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관 및 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우 회사는 사실확인이 끝날 때까지 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

[용어해설]

<정당한 사유>

사회통념상 그 의무나 책임 등을 이행할 수 없을만한 사정이 있거나, 그 의무나 책임 등의 이행을 기대하는 것이 무리라고 할 만한 사정이 있을 때를 말합니다.

- ⑥ 회사는 제 5 항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.
- ⑦ 보험수익자와 회사가 보험수익자의 보험금액 및 보험금 지급여부에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 보험수익자와 회사가 동의하는 제 3 자를 정하고 그 제 3 자의 의견에 따를 수 있습니다. 제 3 자는 「의료법」 제 3 조(의료기관)에 규정된 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑧ 회사는 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 「국민건강보험법」에 따른 본인부담금 상한제, 「의료급여법」에 따른 본인부담금 상한제 및 보상제와 관련한 확인요청을 할 수 있습니다.
- ⑨ 회사는 보험금 지급금액 결정을 위해 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 건강보험심사평가원의 진료비확인요청제도를 활용할 수 있도록 동의해 줄 것을 요청할 수 있으며, 진료비확인요청제도를 활용할 경우 회사는 이를 활용한 사례를 집적하고 먼저 유사 사례가 있는지를 확인하고 이용합니다.
- ⑩ 회사는 보험금 지급시 보험수익자에게 문자메시지, 전자우편 또는 이와 유사한 전자적 장치 등으로 다음 각 호의 사항을 안내하여 드리며, 보험수익자는 안내한 사항과 관련하여 구체적인 계산내역 등에 대하여 회사에 설명을 요청할 수 있습니다.

1. 보험금 지급일 등 지급절차
2. 보험금 지급 내역
3. 보험금 심사 지연 시 지연 사유 및 예상 지급일
4. 보험금을 감액하여 지급하거나 지급하지 아니하는 경우에는 그 사유 등

<부표> 보험금을 지급할 때의 적립이율

기 간	지 급 이 자
지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
지급기일의 31일이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
지급기일의 61일이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)

주) 1. 지급이자자는 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 보험계약대출이율은 보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율을 적용합니다.
3. 계약자 등에게 책임이 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 제8조(보험금의 지급절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
5. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

[용어해설]

<정당한 사유로 인정하는 경우>

회사의 보험금 지급지연 사유가 보험금지급의 신속성과 편의성 방해가 아닌 공정하고 정확한 보험금 지급사유의 조사, 확인을 위한 것으로 금융위원회 또는 금융감독원이 인정하는 사정이 있을 때를 말합니다.

제 9 조(보험금을 받는 방법의 변경)

- ① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자를 말합니다)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.
- ② 회사는 제 1 항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

[예시안내]

<연단위 복리 계산법>

$100 \text{ 원(원금)} + 100 \text{ 원} \times 10\%(1 \text{ 년차 이자}) + [100 \text{ 원} + 100 \text{ 원} \times 10\%] \times 10\%(2 \text{ 년차 이자}) = \text{총 } 121 \text{ 원}$

<일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우>

(가정: 2023.1.1 에 일시에 지급할 보험금 100 만원을 2023.1.1 과 2024.1.1 에 각각 50 만원씩 나누어 지급, 평균공시이율 5%) :

2023.1.1 지급액 = 50 만원

2024.1.1 지급액 = 50 만원 + (50 만원 $\times$ 5%) = 52.5 만원

<나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우>

(가정: 2023.1.1 과 2024.1.1 에 각각 50 만원씩 나누어 지급할 보험금을 2023.1.1 에 일시에 지급, 평균공시이율 5%) :

$$2023.1.1 \text{ 에 일시에 지급할 보험금} = 50 \text{ 만원} + 50 \text{ 만원} / (1+5\%)$$

$$= 97.62 \text{ 만원}$$

제 10 조(주소변경의 통지)

- ① 계약자(보험수익자가 계약자와 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.
- ② 제 1 항에서 정한대로 계약자 또는 보험수익자가 변경내용을 알리지 않은 경우에는 계약자 또는 보험수익자가 회사에 알린 최종 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법을 통하여 계약자 또는 보험수익자에게 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 또는 보험수익자에게 도달된 것으로 봅니다.

제 11 조(대표자의 지정)

- ① 계약자 또는 보험수익자가 2 명 이상인 경우에는 각 대표자를 1 명 지정하여야 하며, 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.
- ② 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 않은 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 보험수익자 1 명에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에게도 효력이 미칩니다.
- ③ 계약자가 2 명 이상인 경우에는 연대하여 그 책임을 집니다.

[유의사항]

<계약자가 2 명 이상인 경우>

계약자가 2 명 이상인 경우, 계약전 알릴 의무, 보험료 납입의무 등 보험계약채결에 따른 계약자의 의무를 연대*로 합니다.

*연대란, 어떠한 행위의 이행에 있어서, 두 사람 이상이 공동으로 책임지는 것을 뜻하며, 각자가 해당 의무를 이행할 의무가 있습니다.

제 5 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제 12 조(계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단을 할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(상법에 따른 "고지의무"와 같으며, 이하 "계약 전 알릴 의무"라 합니다) 합니다. 다만, 진단계약의 경우 「의료법」 제 3 조(의료기관)에 따른 종합병원이나 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제 13 조(상해보험계약 후 알릴 의무)

- ① 계약자 또는 피보험자는 보험기간 중에 피보험자에게 다음 각 호의 변경이 발생한 경우에는 우편, 전화, 방문 등의 방법으로 지체없이 회사에 알려야 합니다.
 1. 보험증권 등에 기재된 직업 또는 직무의 변경
 - 가. 현재의 직업 또는 직무가 변경된 경우
 - 나. 직업이 없는 자가 취직한 경우
 - 다. 현재의 직업을 그만둔 경우

[직업]

- 1) 생계유지 등을 위하여 일정한 기간동안(예: 6개월 이상) 계속하여 종사하는 일
- 2) 1)에 해당하지 않는 경우에는 개인의 사회적 신분에 따르는 위치나 자리를 말함
예) 학생, 미취학아동, 무직 등

[직무]

직책이나 직업상 책임을 지고 담당하여 맡은 일

2. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우
예) 자가용에서 영업용으로 변경, 영업용에서 자가용으로 변경 등
 3. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우
예) 비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운전자로 변경 등
 4. 이륜자동차(자동차관리법상 이륜차로 분류되는 삼륜 또는 사륜의 자동차를 포함) 또는 원동기장치 자전거(전동킥보드, 전동이륜평행차, 전동기의 동력만으로 움직일 수 있는 자전거 등 개인형 이동장치를 포함)를 계속적으로 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동과 출퇴근용도 등으로 주로 사용하는 경우에 한함)하게 된 경우(다만, 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등 보행보조용 의자차는 제외합니다.)
- ② 회사는 제 1 항의 통지로 인하여 위험의 변동이 발생한 경우에는 제 20 조(계약내용의 변경 등)에 따라 계약내용을 변경할 수 있습니다.

[위험변경에 따른 계약변경 절차]

- ③ 회사는 제 2 항에 따라 계약내용을 변경할 때 위험이 감소된 경우에는 보험료를 감액하고, 이후 기간 보장을 위한 재원인 계약자적립액 등의 차이로 인하여 발생한 정산금액(이하 “정산금액”이라 합니다)을 환급하여 드립니다. 한편 위험이 증가된 경우에는 보험료의 증액 및 정산금액의 추가납입을 요구할 수 있으며, 계약자는 일시납 또는 잔여 보험료 납입기간과 5 년 중 큰 기간(단, 잔여 보험기간을 초과할 수 없음) 동안의 분납 중 선택하여 정산금액을 납입하여야 합니다. 다만, 보험료 갱신형 계약 등 일부 보험계약의 경우 분납이 제한될 수 있습니다.

[용어해설]**<계약자적립액>**

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

- ④ 제 1 항의 통지에 따라 위험의 증가로 보험료를 더 내야 할 경우 회사가 청구한 추가보험료(정산금액을 포함합니다)를 계약자가 납입하지 않았을 때, 회사는 위험이 증가되기 전에 적용된 보험요율(이하 “변경전 요율”이라 합니다)의 위험이 증가된 후에 적용해야 할 보험요율(이하 “변경후 요율”이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 증가된 위험과 관계없이 발생한 보험금 지급사유에 관해서는 원래대로 지급합니다.

[용어해설]

<보험요율>

보험료를 산출하기 위하여 일정한 보험단위 또는 단위위험 당 적용된 비율로서 보험요율에 보험금액을 곱하게 될 경우 보험계약자가 지불하는 보험료가 됩니다.

[예시안내]

<보험금을 삭감하여 지급하는 경우 예시>

보험기간 중 직업의 변경으로 위험이 증가(상해급수 1 급 → 2 급)되었으나, 이를 회사에 알리지 않고 변경전 보험료를 계속 납입하던 중 상해사망 사고가 발생한 경우

· 상해사망 가입금액 : 1 억원

· 상해사망 보험요율 : 1 급 0.3, 2 급 0.5

→ 고객이 수령하는 상해사망 보험금 = 1 억원 × (0.3 ÷ 0.5) = 6 천만원

- ⑤ 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제 1 항 각 호의 변경사실을 회사에 알리지 않았을 경우 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 그 변경사실을 안 날부터 1 개월 이내에 계약자 또는 피보험자에게 제 4 항에 따라 보장됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

제 14 조(알릴 의무 위반의 효과)

- ① 회사는 다음과 같은 사실이 있을 경우에는 보험금 지급사유의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1 개월 이내에 이 계약을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인이 고의 또는 중대한 과실로 제 12 조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 알릴 의무가 있는 사항이 중요한 사항에 해당하는 경우.
 2. 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인이 고의 또는 중대한 과실로 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제 13 조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제 1 항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 이행하지 않았을 때
- ② 제 1 항 제 1 호의 경우라도 다음의 어느 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.
1. 회사가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 알지 못하였을 때
 2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1 개월 이상 지났거나 또는 제 1 회 보험료를 받은 날부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2 년(진단계약의 경우 질병에 대해서는 1 년)이 지났을 때
 3. 계약체결일부터 3 년이 지났을 때
 4. 이 계약을 청약할 때 회사가 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등을 말합니다)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때. 다만, 계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지할 수 있습니다.
 5. 보험설계사 등이 다음의 어느 하나에 해당하는 행위를 하였을 때. 다만, 보험설계사 등이 다음의 행위를 하지 않았더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실하게 고지했다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.
 - 가. 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았을 때
 - 나. 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해하였을 때
 - 다. 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실하게 고지하도록 권유했을 때
- ③ 제 1 항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 회사는 제 32 조(보험료의 환급) 제 1 항에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제 1 항제 1 호에 따른 계약의 해지가 보험금 지급사유가 발생한 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)과 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 서면 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」제 2 조 제 2 호에 따른 전자서명으로

동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

- ⑤ 제 1 항제 2 호에 따른 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 회사는 제 13 조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제 4 항 또는 제 5 항에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 제 1 항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유가 발생하는 데에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제 4 항 및 제 5 항에도 불구하고 해당 보험금을 지급합니다.
- ⑦ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

제 15 조(사기에 의한 계약)

- ① 계약자 또는 피보험자가 대리진단이나 약물사용을 통하여 진단절차를 통과하거나, 진단서를 위조 또는 변조하거나, 청약일 이전에 암 또는 사람면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 회사는 계약일부터 5 년 이내(사기사실을 안 날부터 1 개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.
- ② 회사가 제 1 항에 따라 계약을 취소한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고, 취소후 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 경우에는 제 32 조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.

제 6 관 보험계약의 성립과 유지

제 16 조(보험계약의 성립)

- ① 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.
- ② 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등을 말합니다)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
- ③ 회사는 계약의 청약을 받고, 제 1 회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 건강진단을 받는 계약(이하 “진단계약”이라 합니다)은 진단일(재진단의 경우에는 진단일을 말합니다)부터 30 일 이내에 승낙하거나 거절하여야 하며, 승낙한 경우에는 보험증권을 드립니다. 이 경우 30 일 이내에 회사가 승낙 또는 거절의 통지를 하지 않으면 승낙한 것으로 봅니다.
- ④ 회사가 제 1 회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 평균공시이율에 1%를 더한 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 제 1 회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우 회사는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

제 17 조(청약의 철회)

- ① 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 계약은 철회할 수 없습니다.
 - 1. 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약
 - 2. 보험기간이 90일 이내인 계약
 - 3. 전문금융소비자가 체결한 계약

[용어해설]

<전문금융소비자>

보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약에 따른 위험감수능력이 있는 자로서, 국가, 지방자치단체, 한국은행, 금융회사, 주권상장법인 등을 포함하며 「금융소비자보호에 관한 법률」 제 2 조(정의) 제 9 호에서 정하는 전문금융소비자를 말합니다.

<일반금융소비자>

전문금융소비자가 아닌 계약자를 말합니다.

[관련법규]

<금융소비자 보호에 관한 법률 제 2 조(정의) 제 9 호, 제 10 호>

9. “전문금융소비자”란 금융상품에 관한 전문성 또는 소유자산규모 등에 비추어 금융상품 계약에 따른 위험감수능력이 있는 금융소비자로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 자를 말한다. 다만, 전문금융소비자 중 대통령령으로 정하는 자가 일반금융소비자와 같은 대우를 받겠다는 의사를 금융상품판매업자 또는 금융상품자문업자(이하 “금융상품판매업자등”이라 한다)에게 서면으로 통지하는 경우 금융상품판매업자등은 정당한 사유가 있는 경우를 제외하고는 이에 동의하여야 하며, 금융상품판매업자등이 동의한 경우에는 해당 금융소비자는 일반금융소비자로 본다.

가. 국가

나. 「한국은행법」에 따른 한국은행

다. 대통령령으로 정하는 금융회사

라. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제 9 조제 15 항제 3 호에 따른 주권상장법인(투자성 상품 중 대통령령으로 정하는 금융상품계약체결등을 할 때에는 전문금융소비자와 같은 대우를 받겠다는 의사를 금융상품판매업자등에게 서면으로 통지하는 경우만 해당한다)

마. 그 밖에 금융상품의 유형별로 대통령령으로 정하는 자

10. “일반금융소비자”란 전문금융소비자가 아닌 금융소비자를 말한다.

- ② 제 1 항에도 불구하고 청약한 날부터 30 일이 지나면 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.
- ③ 청약철회는 계약자가 전화로 신청하거나, 철회의사를 표시하기 위한 서면, 전자우편, 휴대전화 문자메세지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시(이하 ‘서면 등’이라 합니다)를 발송한 때 효력이 발생합니다. 계약자는 서면 등을 발송한 때에 그 발송 사실을 회사에 지체 없이 알려야 합니다.
- ④ 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 ‘보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율’을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료 등을 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해당 신용카드회사로 하여금 대금청구를 하지 않도록 해야 하며, 이 경우 회사는 보험료를 반환한 것으로 봅니다.
- ⑤ 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력이 발생하지 않습니다.
- ⑥ 제 1 항에서 보험증권을 받은 날에 대한 다툼이 발생한 경우 회사가 이를 증명하여야 합니다.

제 18 조(약관교부 및 설명의무 등)

- ① 회사는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며, 청약 후에 다음 각 호의 방법 중 계약자가 원하는 방법을 확인하여 지체 없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 제공하여 드립니다. 만약, 회사가 전자우편 및 전자적 의사표시로 제공한 경우 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다.
 - 1. 서면교부
 - 2. 우편 또는 전자우편
 - 3. 휴대전화 문자메세지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시
- ② 제1항과 관련하여 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특약만 포함한 약관을 드리며, 전화를 이용하여 체결하는 계약은 계약자의 동의를 얻어 다음의 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.
 - 1. 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

[용어해설]

<통신판매계약>

전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

- ③ 다음의 어느 하나의 경우 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.
1. 회사가 제 1 항에 따라 제공하여야 할 약관 및 계약자 보관용 청약서를 계약자가 청약할 때 계약자에게 전달하지 않았거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 경우
 2. 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 경우(도장을 찍는 날인과 「전자서명법」 제 2 조 제 2 호에 따른 전자서명을 포함합니다.)
- ④ 제 3 항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에 다음의 어느 하나에 해당할 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제 2 항에 따른 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.
1. 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우
 2. 계약자, 피보험자 가 동일하고 보험수익자가 계약자의 법정상속인인 계약의 경우
- ⑤ 제 3 항에 따라 계약이 취소된 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 '보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율'을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
- ⑥ 회사는 관계 법규에 따라 피보험자가 될 사람이 다른 실손 의료보험계약을 체결하고 있는지를 확인하고, 그 결과 피보험자가 될 사람이 다른 실손 의료보험계약의 피보험자로 되어 있는 경우에는 보상방식 등을 구체적으로 설명하여 드립니다.

제 19 조(계약의 무효)

- ① 다음 각 호의 어느 하나에 해당되는 경우에는 계약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.
1. 계약자와 피보험자가 다른 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제 2 조 제 2 호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 대통령령으로 정하는바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만 피보험자와 보험수익자가 같은 경우에는 이를 적용하지 아니합니다.
 2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 해당 계약은 유효한 계약으로 보며, 이미 납입한 보험료는 돌려드리지 않습니다.
- ② 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우 및 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제 20 조(계약내용의 변경 등)

- ① 계약자는 회사의 승낙을 받아 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 회사는 승낙사실을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 적어 드립니다.
1. 보험종목 또는 보장종목
 2. 보험기간
 3. 보험료 납입주기, 납입방법 및 납입기간
 4. 계약자, 보험가입금액 등 그 밖의 계약내용
- ② 계약자가 제 1 회 보험료를 납입한 날부터 1년 이상 지난 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청할 경우 회사는 회사의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 보험종목을 변경하여 드립니다.
- ③ 계약자가 제 1 항 제 4 호에 따라 보험가입금액을 감액하려는 경우 회사는 그 감액된 부분은 계약이 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 경우에는 제 31 조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ④ 계약자는 회사의 승낙 없이 보험수익자를 변경할 수 있습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리자로서 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.

[유의사항]

<계약자의 보험수익자 변경 통지>

계약자가 회사에 보험수익자가 변경되었음을 통지하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급할 수 있습니다. 회사가 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급한 경우 변경된 보험수익자에게는 별도로 보험금을 지급하지 않습니다.

- ⑤ 계약자가 제 4 항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우 계약자와 피보험자가 동일하지 않을 때에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면(「전자서명법」 제 2 조 제 2 호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제 44 조의 2 에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)으로 동의하여야 합니다.
- ⑥ 제 1 항에 따라 계약자가 변경된 경우 회사는 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 드리고, 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

[유의사항]

<보험가입금액 등의 감액시 환급금>

보험가입금액, 보험료 등의 감액시 환급금이 없거나 최초가입시 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

제 21 조(보험나이 등)

- ① 이 약관에서 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다.
- ② 제 1 항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6 개월 미만의 끝수는 버리고 6 개월 이상의 끝수는 1 년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.
- ③ 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 사실과 다른 경우에는 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

[예시안내]

<보험나이 계산 예시>

생년월일: 1988 년 10 월 2 일, 현재(계약일): 2014 년 4 월 13 일

⇒ 2014 년 4 월 13 일 - 1988 년 10 월 2 일 = 25 년 6 월 11 일 = 26 세

[유의사항]

- 1. 계약해당일이 없을 경우에는 해당월의 말일을 계약해당일로 합니다.
- 2. 청약서에 기재된 피보험자의 나이 또는 성별에 따라 계약이 체결되었으나, 신분증에 기재된 사실내용과 다른 경우에는 신분증에 기재된 나이 또는 성별로 정정합니다.

제 22 조(계약의 소멸)

피보험자가 사망하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제 7 관 보험료의 납입

제 23 조(제 1 회 보험료 및 회사의 보장개시)

- ① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 계약자로부터 제 1 회 보험료를 받은 때부터 이 약관에서 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 회사가 청약과 함께 제 1 회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제 1 회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 다만, 계약자가 제 1 회 보험료를 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체 신청 및 신용카드매출 승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제 1 회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자에게 책임이 있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.

- ② 회사가 청약과 함께 제 1 회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관에서 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

[용어해설]

<보장개시일>

회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제 1 회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제 1 회 보험료를 받은 경우에는 제 1 회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

- ③ 회사는 제 2 항에도 불구하고 다음의 어느 하나에 해당하는 경우에는 보장을 하지 않습니다.
1. 제 12 조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용 또는 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
 2. 제 14 조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
 3. 진단계약에서 보험금 지급사유 발생시까지 피보험자가 진단을 받지 않은 경우. 다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 상해로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 보장을 해드립니다.
- ④ 계약이 갱신되는 경우에는 제 1 항부터 제 3 항까지의 규정에 따른 보장은 기존 계약에 의한 보장이 종료하는 때부터 적용합니다.

제 24 조(제 2 회 이후 보험료의 납입)

계약자는 제 2 회부터의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 하며, 계약자가 보험료를 납입한 경우 회사는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융회사(우체국을 포함합니다)를 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사가 발행한 증명서류를 영수증으로 대신합니다.

[용어해설]

<납입기일>

계약자가 제 2 회부터의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제 25 조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

- ① 계약자가 제 2 회부터의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우 회사는 14 일(보험기간이 1 년 미만인 경우에는 7 일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 계약이 해지되기 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.
1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 계약이 해지된다는 내용
- ② 회사가 제 1 항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하려는 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제 2 조 제 2 호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다.
- ③ 회사는 제 2 항에 따른 확인 결과 전자문서가 수신되지 않은 것을 알았을 때에는 제 1 항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.
- ④ 회사가 제 1 항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전화(음성녹음)로 안내하고자 할 때 다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 경우에 「보험업감독규정」 제 4-36 조 제 3 항에 따른 전자적 상품설명장치를 활용할 수 있습니다.
1. 계약자에게 전자적 상품설명장치를 활용하여 제 1 항에 따른 납입최고(독촉) 등을 한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것
 2. 전자적 상품설명장치를 활용하여 안내한 납입최고(독촉) 등을 계약자가 모두 수신하고 이해하였음을 확인할 것

- 3.계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품설명장치의 활용을 중단할 것을 요구하는 경우, 회사는 전화 (음성녹음) 방법으로 전환하여 제 1 항에 따른 납입최고(독촉) 등을 실시할 것
- 4.전자적 상품설명장치에 안내의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖출 것
- 5.제 3 호 및 제 4 호의 내용에 관한 사항을 계약자에게 안내할 것
- ⑤ 제 1 항에 따라 계약이 해지되고 이로 인하여 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 때에는 제 31 조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.

제 26 조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 제 25 조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에 따라 계약이 해지되었으나 제 32 조(보험료의 환급)에 따른 환급금을 받지 않은 경우 계약자는 해지된 날부터 3 년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 경우에는 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 평균공시이율에 1%를 더한 이율의 범위 내에서 각 상품별로 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다.
- ② 제 1 항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제 12 조(계약 전 알릴 의무), 제 14 조(알릴 의무 위반의 효과), 제 15 조(사기에 의한 계약), 제 16 조(보험계약의 성립) 및 제 23 조(제 1 회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다. 이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.
- ③ 제 1 항에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초 계약 청약시(2 회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제 12 조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제 14 조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제 27 조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))

- ① 타인을 위한 계약의 경우 제 32 조(보험료의 환급)에 따른 계약자의 환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우에는, 회사는 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 받아 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제 20 조(계약내용의 변경 등) 제 1 항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.
- ② 회사는 보험수익자가 제 1 항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 한 경우 이를 승낙하며, 계약은 청약한 때부터 특별부활(효력회복) 됩니다.
- ③ 회사는 제 1 항의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우 회사는 제 1 항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.
- ④ 회사는 제 1 항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7 일 이내에 하여야 합니다. 다만, 회사의 통지가 7 일이 지나 보험수익자에게 도달하고 이후 그 보험수익자가 제 1 항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복)을 청약한 경우에는 계약이 해지된 날부터 7 일이 되는 날에 특별부활(효력회복) 됩니다.
- ⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제 3 항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15 일 이내에 제 1 항의 절차를 이행할 수 있습니다.

제 28 조(보험료의 계산)

- ① 보험기간이 종료되어 갱신되는 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상 또는 인하될 수 있습니다.
- ② 갱신계약의 보험료는 매년 **보험업감독규정이 정한** 범위(나이의 증가로 인한 보험료 증감분은 제외) 내에서 인상 또는 인하될 수 있습니다. 다만, 회사가 금융위원회로부터 경영개선권고, 경영개선요구 또는 경영개선명령을 받은 경우는 예외로 합니다.
- ③ 이 조항에 따른 보험료 계산 방법은 보장내용 변경주기 및 관계법령의 개정에 따라 변경될 수 있습니다.

갱신년도별 보험료 적용 예시

▶ 최초 보험료, XX 세 남자, 월 14,000 원, **매년 보험료 25% 인상 가정시**

* 기본형 실손의료보험과 **실손의료보험 특별약관 1·2** 에 함께 가입하였을 경우를 가정하여 산출한 보험료입니다.

(단위 : 원)

구분	XX 세	XX+1 세	XX+2 세	XX+3 세	XX+4 세	XX+5 세
나이증가분(A)		560	728	946	1,230	1,599
보험료 산출 기초율 (위험률 등) 증가분 (B=전년도 보험료의 최대 25% 가정)		3,640	4,732	6,152	7,997	10,396
기준보험료 (C=전년도 기준보험료 +A+B)	14,000	18,200	23,660	30,758	39,985	51,980

(상기 보험료계산 예시는 단순예시로, 실제로 납입해야하는 보험료와 상이할 수 있습니다.)

제 8 관 계약의 해지 및 보험료의 환급 등

제 29 조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권)

- ① 계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 계약이 해지된 경우 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 경우에는 제 32 조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제 19 조(계약의 무효)에 따라 계약자와 피보험자가 다른 계약에서 서면(「전자서명법」제 2 조 제 2 호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 대통령령으로 정하는바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)으로 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간 중 중대한 사정변경(계약자의 미성년 자녀인 피보험자에 대한 친권 상실, 계약 체결 당시 미성년인 피보험자가 성인인 된 이후 의사변경, 계약자와 피보험자간 연락 두절 등)이 발생하는 등 피보험자의 필요가 발생한 경우에는 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제 32 조(보험료의 환급) 제 1 항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제29조의2(위법계약의 해지)

- ① 계약자는 「금융소비자보호에 관한 법률」 제 47 조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 법위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5 년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1 년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10 일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 계약자는 회사가 「금융소비자 보호에 관한 법률 시행령」 제 38 조제 4 항의 각 호에서 정하는 정당한 사유 없이 제 1 항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 제 1 항 및 제 3 항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제 32 조(보험료의 환급) 제 1 항 제 1 호에 따른 환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제 1 항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제 30 조(중대사유로 인한 해지)

- ① 회사는 다음과 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1 개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금(보험료 납입면제를 포함합니다)을 지급받을 목적으로 고의로 상해 또는 질병을 발생시킨 경우
 2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 적었거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

[유의사항]

<이미 발생한 보험금 지급사유에 대한 보험금 지급>

계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류를 변조하여 보험금을 청구한 경우 회사는 그 사실을 안 날부터 1 개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.

다만, 이 경우에도 회사는 이미 발생한 보험금 지급사유에 대해서는 보험금을 지급합니다.

- ② 회사는 제 1 항에 따라 계약을 해지한 경우 그 사실을 계약자에게 통지하고, 해지시 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 경우에는 제 32 조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.

제 31 조(회사의 파산선고와 해지)

- ① 회사가 파산의 선고를 받은 경우 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.
- ② 제 1 항에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3 개월이 지나면 그 효력을 잃습니다.
- ③ 제 1 항에 따라 계약이 해지되거나 제 2 항에 따라 계약이 효력을 잃는 경우 회사는 제 32 조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.

제 32 조(보험료의 환급)

- ① 이 계약이 무효, 효력상실, 해지 또는 소멸된 때에는 다음과 같이 보험료를 돌려드립니다. 다만, 보험기간 중 보험사고가 발생하고 보험금이 지급되어 보험가입금액이 감액된 경우에는 어떠한 경우에도 당해 보험년도[초년도(첫째년도)는 보험기간의 초일(첫째일)부터 1 년간, 차년도 (둘째년도)이후는 각각 보험기간의 초일(첫째일) 해당일로부터 1 년간을 말합니다]의 보험료는 돌려드리지 아니합니다.
1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임없는 사유에 의하는 경우 : 무효의 경우에는 회사에 납입한 보험료의 전액, 효력상실, 해지 또는 소멸의 경우에는 경과하지 아니한 기간에 대하여 일단위로 계산한 보험료
 2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유에 의하는 경우 : 이미 경과한 기간에 대하여 단기요율(1 년미만의 기간에 적용되는 요율)로 계산한 보험료를 뺀 잔액. 다만, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의 또는 중대한 과실로 무효가 된 때에는 보험료를 돌려드리지 아니합니다.
- ② 보험기간이 1 년을 초과하는 계약이 무효 또는 효력상실인 경우에는 무효 또는 효력상실의 원인이 생긴 날 또는 해지일이 속하는 보험년도의 보험료는 제 1 항의 규정을 적용하고 그 이후의 보험년도에 속하는 보험료는 전액을 돌려드립니다.
- ③ 제1항 제2호에서 '계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유'라 함은 다음 각호를 말합니다.
1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 임의 해지하는 경우
 2. 회사가 제15조(사기에 의한 계약), 제29조(계약자의 임의해지) 또는 제30조(중대사유로 인한 해지)에 따라 계약을 취소 또는 해지하는 경우
 3. 보험료 미납으로 인한 계약의 효력 상실
- ④ 계약의 무효, 효력상실, 해지 또는 소멸로 인하여 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 때에는 계약자는 환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대하여 '보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율'을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

[설명]

보험사가 해지권을 행사하는 경우 '청구일'은 보험사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

제 9 관 다수보험의 처리 등

제 33 조(다수보험의 처리)

- ① 다수보험의 경우 각 계약의 보장대상의료비 및 보장책임액에 따라 제 2 항에서 정한 방법으로 계산된 각 계약의 비례분담액을 지급합니다.
- ② 각 계약의 보장책임액 합계액이 각 계약의 보장대상의료비 중 최고액에서 각 계약의 피보험자부담 공제금액 중 최소액을 차감한 금액을 초과한 다수보험은 아래의 산출방식에 따라 각 계약의 비례분담액을 계산합니다.

각 계약별 비례분담액 =

$$\frac{\text{계약의 보장대상의료비 중 최고액} - \text{각 계약의 피보험자부담 공제금액 중 최소액}}{\text{각 계약별 보장책임액을 합한 금액}} \times \text{각 계약별 보장책임액}$$

제 34 조(연대책임)

- ① 2009년 10월 1일 이후에 신규로 체결된 보험수익자가 동일한 다수보험의 경우 보험수익자는 보험금 전부 또는 일부의 지급을 다수계약이 체결되어 있는 회사 중 한 회사에 청구할 수 있고, 청구를 받은 회사는 해당 보험금을 이 계약의 보험가입금액 한도내에서 지급합니다.
- ② 제 1 항에 따라 보험금을 지급한 회사는 보험수익자가 다른 회사에 대하여 가지는 해당 보험금청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 지급한 금액이 보험수익자가 다른 회사에 청구할 수 있는 보험금의 일부인 경우에는 해당 보험수익자의 보험금 청구권을 침해하지 않는 범위에서 그 권리를 취득합니다.

제 10 관 분쟁의 조정 등

제 35 조(분쟁의 조정)

- ① 계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁 당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있으며, 분쟁조정 과정에서 계약자는 관계 법령이 정하는 바에 따라 회사가 기록 및 유지·관리하는 자료의 열람(사본의 제공 또는 청취를 포함한다)을 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 일반금융소비자인 계약자가 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 가액이 「금융소비자보호에 관한 법률」 제 42 조에서 정하는 일정 금액 이내인 분쟁사건에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 관계 법령이 정하는 경우를 제외하고는 소를 제기하지 않습니다.

제 36 조(관할법원)

이 계약에 관한 소송 및 민사조정은 계약자의 주소지를 관할하는 법원이 하는 것으로 합니다. 다만, 회사와 계약자가 합의하여 관할법원을 달리 정할 수 있습니다.

제 37 조(소멸시효)

보험금 청구권, 보험료 또는 환급금 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

[유의사항]

<소멸시효의 완성>

소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있는 때로부터 진행합니다.

보험금 지급사유가 2018년 1월 1일에 발생하였음에도 2021년 1월 1일까지 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.

제 38 조(약관의 해석)

- ① 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하며, 계약자에 따라 다르게 해석하지 않습니다.
- ② 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.
- ③ 회사는 보상하지 않는 사항 등 계약자나 피보험자에게 불리하거나 부담을 주는 내용은 확대하여 해석하지 않습니다.

제 39 조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)

- ① 회사는 일반금융소비자에게 청약의 권유하거나 일반금융소비자가 설명을 요청하는 경우 보험상품에 관한 중요한 사항을 계약자가 이해할 수 있도록 설명하고 계약자가 이해하였음을 서명(「전자서명법」 제 2 조 제 2 호에 따른 전자서명을 포함), 기명날인 또는 녹취 등을 통해 확인받아야 하며, 설명서를 제공하여야 합니다.
- ② 설명서, 약관, 계약자 보관용 청약서 및 보험증권의 제공 사실에 관하여 계약자와 회사 간에 다툼이 있는 경우에는 회사가 이를 증명하여야 합니다.
- ③ 보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사 제작의 보험안내자료(계약의 청약을 권유하기 위하여 만든 자료 등을 말합니다)의 내용이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제 40 조(회사의 손해배상책임)

- ① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 또는 대리점에 책임이 있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 손해를 입힌 경우에는 관계 법령 등에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.
- ② 회사는 보험금 지급 거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었는데도 소송을 제기하여 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 손해를 입힌 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.
- ③ 회사가 보험금 지급여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 불공정한 합의로 보험수익자에게 손해를 입힌 경우에도 회사는 제 2 항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.
- ④ 회사가 제 18 조(약관 교부 및 설명 의무 등) 제 6 항에 따른 의무를 이행하지 않아 계약자가 다수의 실손의료보험에 가입한 경우, 회사는 계약자에게 손해를 배상할 책임을 집니다.
- ⑤ 회사가 제 4 항에 따라 계약자에게 손해를 배상할 책임이 발생한 경우 계약자는 이 계약(또는 특별약관)의 최초계약일부터 5 년 이내에 회사에 손해배상을 청구할 수 있고, 이 계약의 최초계약일부터 손해배상을 청구하기 전까지 납입한 보험료와 이에 대한 이자(보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액)를 합한 금액을 손해배상액으로 합니다.

제 41 조(개인정보보호)

- ① 회사는 이 계약과 관련된 개인정보를 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 「개인정보 보호법」, 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 등 관계 법령에서 정한 경우를 제외하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 동의 없이 수집, 이용, 조회 또는 제공하지 않습니다. 다만, 회사는 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 위 관계 법령에 따라 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련단체 등에 개인정보를 제공할 수 있습니다.
- ② 회사는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

제 42 조(준거법)

이 계약은 대한민국 법에 따라 규율되고 해석되며, 약관에서 정하지 않은 사항은 「금융소비자보호에 관한 법률」, 상법, 민법 등 관계 법령을 따릅니다.

제 43 조(예금보험에 의한 지급보장)

회사가 파산 등으로 보험금 등을 지급하지 못할 경우에는 「예금자보호법」에서 정하는 바에 따라 그 지급을 보장합니다.

<붙임> 용어의 정의

용 어	정 의
계약	보험계약
진단계약	계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약
보험증권	계약의 성립과 계약내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서
계약자	보험회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입하는 사람
피보험자	보험금 지급사유 또는 보험사고 발생의 대상(객체)이 되는 사람
보험수익자	보험금을 수령하는 사람
보험기간	회사가 계약에서 정한 보상책임을 지는 기간
회사	보험회사
보험연도	당해연도 계약해당일부터 차년도 계약해당일 전일까지 매 1 년 단위의 연도. 예를 들어 보험계약일이 2021 년 7 월 1 일인 경우 보험연도는 2021 년 7 월 1 일부터 2022 년 6 월 30 일까지 1 년이 됩니다.
연단위복리	회사가 지급할 금전에 대한 이자를 줄 때 1 년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1 년의 원금으로 하는 이자 계산방법 [예시안내] <연단위 복리 계산법> 100 원(원금) + 100 원 × 10%(1 년차 이자) + [100 원 + 100 원 × 10%] × 10%(2 년차 이자) = 총 121 원
평균공시이율	전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말함. 연도별 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인할 수 있습니다.
환급금	계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액
영업일	회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일 「관공서의 공휴일에 관한 규정」에 따른 공휴일과 노동절을 제외
상해	보험기간 중 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고
상해보험계약	상해를 보장하는 계약
의사	「의료법」 제 2 조(의료인)에서 정한 의사, 한의사 및 치과의사의 면허를 가진 사람
약사	「약사법」 제 2 조(정의)에서 정한 약사 및 한약사의 면허를 가진 사람
의료기관	아래 각호를 말한다. 1. 「의료법」 제 3 조(의료기관) 제 2 항에서 정하는 의료기관을 말하며, 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원(조산원 제외) 2. 「국민건강보험법」 제 42 조제 1 항제 4 호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소 및 동법 제 42 조제 1 항제 5 호에 의한 보건진료소

약국	「약사법」 제 2 조 제 3 호에 따른 장소로서, 약사가 수여(授與)할 목적으로 의약품 조제업무를 하는 장소를 말하며, 의료기관의 조제실은 제외하며「국민건강보험법」 제 42 조 제 1 항 제 3 호에 의한 한국 회귀·필수의약품센터를 포함합니다.
입원	의사가 피보험자의 질병 또는 상해로 인하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관에 입실하여 계속하여 6 시간 이상 체류하면서 의사의 관찰 및 관리 하에 치료를 받는 것
입원의 정의 중 '이와 동등하다고 인정되는 의료기관'	보건소, 보건의료원 및 보건지소 등 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에서 정한 의료기관에 준하는 의료기관으로서 군의무대, 치매요양원, 노인요양원 등에 속해 있는 요양원, 요양시설, 복지시설 등과 같이 의료기관이 아닌 곳은 이에 해당되지 않음
입원실료	입원치료 중 발생한 기준병실 사용료, 환자 관리료, 식대 등
입원제비용	입원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료(퇴원시 의사로부터 치료목적으로 처방받은 약제비 포함), 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 치료재료, 석고붕대료(cast), 지정진료비 등
입원수술비	입원치료 중 발생한 수술료, 마취료, 수술재료비 등
입원의료비	입원실료, 입원제비용, 입원수술비
통원	의사가 피보험자의 질병 또는 상해로 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서, 의료기관에 입원하지 않고 의료기관을 방문하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것
처방조제	의사 및 약사가 피보험자의 질병 또는 상해로 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서, 통원으로 인하여 발행된 의사의 처방전으로 약국의 약사가 조제하는 것. 이 경우 「국민건강보험법」 제 42 조 제 1 항 제 3 호에 의한 한국회귀의약품센터에서의 처방조제 및 의약분업 예외 지역에서의 약사의 직접조제를 포함
외래제비용	통원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 재료대, 석고붕대료(cast), 지정진료비 등
외래수술비	통원치료 중 발생한 수술료, 마취료, 수술재료비 등을 말함
처방조제비	의료기관 의사의 처방전에 따라 조제되는 약국의 처방조제비 및 약사의 직접조제비
통원의료비	외래제비용, 외래수술비, 처방조제비
요양급여	「국민건강보험법」 제 41 조(요양급여)에 따른 가입자 및 피부양자의 질병·부상 등에 대한 다음의 요양급여 1. 진찰·검사 2. 약제·치료재료의 지급 3. 처치·수술 또는 그 밖의 치료 4. 예방·재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송
의료급여	「의료급여법」 제 7 조(의료급여의 내용 등)에 따른 가입자 및 피부양자의 질병·부상 등에 대한 다음 각 호의 의료급여 1. 진찰·검사 2. 약제·치료재료의 지급 3. 처치·수술 또는 그 밖의 치료 4. 예방·재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송과 그 밖의 의료목적의 달성을 위한 조치
「국민건강보험법」에 따른 본인부담금 상한제	「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 연간 본인부담금 총액이 「국민건강보험법 시행령」 별표 3 에서 정하는 금액을 넘는 경우에 그 초과한 금액을 공단에서 부담하는 제도를 말하며, 국민건강보험 관련 법령의 변경에 따라 환급기준이 변경될 경우에는 회사는 변경되는 기준에 따름

「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제	「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금이 「의료급여법 시행령」 제 13 조(급여비용의 부담)에서 정하는 금액을 넘는 경우에 그 초과한 금액을 의료급여기금 등에서 부담하는 제도를 말하며, 의료급여 관련 법령의 변경에 따라 환급기준이 변경될 경우에는 회사는 변경된 기준에 따름
보장대상의료비	실제 부담액 - 보장제외금액* * 제 3 관 회사가 보장하지 않는 사항에 따른 금액
보장책임액	(보장대상의료비 - 피보험자부담 공제금액)과 보험가입금액 중 작은 금액
다수보험	실손의료보험계약(우체국보험, 각종 공제, 상해·질병·간병보험 등 제 3 보험, 개인연금·퇴직보험 등 의료비를 실손으로 보상하는 보험·공제계약을 포함)이 동시에 또는 순차적으로 2 개 이상 체결되었고, 그 계약이 동일한 보험사고에 대하여 각 계약별 보장책임액이 있는 여러 개의 실손의료보험계약을 말함

중증비급여 실손의료비보장 특별약관

제 1 조(보장종목)

- ① 회사가 판매하는 중증비급여 실손의료비보장 특별약관(이하 '특별약관'이라 합니다)은 상해비급여 실손의료비보장, 질병비급여 실손의료비보장, 3 대비급여 실손의료비보장 3 개의 보장종목으로 구성되어 있습니다.

보장종목	보상하는 내용
상해비급여	피보험자가 상해로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원하여 산정특례 대상 질환으로 인한 비급여 ^{주)} 치료를 받거나 비급여 처방조제를 받은 경우에 보상(3 대 비급여 제외)
질병비급여	피보험자가 질병으로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원하여 산정특례 대상 질환으로 인한 비급여 치료를 받거나 비급여 처방조제를 받은 경우에 보상(3 대 비급여 제외)
3 대비급여	피보험자가 상해 또는 질병의 치료목적으로 의료기관에 입원 또는 통원하여 산정특례 대상 질환으로 인한 3 대비급여 치료를 받은 경우에 보상

주) 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여 대상 (「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)

※ 건강보험심사평가원에서는 국민 알권리 증진 및 의료기관 선택에 도움이 될 수 있도록 비급여 진료비용을 공개하고 있으며, 의료기관 등에서 진료를 받고 지불한 비급여(전액 본인부담금포함) 진료비용이 건강보험(의료급여)에 해당되는지 확인할 수 있도록 비급여 진료비 확인제도를 운영하고 있습니다.

- ② 회사는 이 특별약관의 명칭에 '중증 비급여 실손의료비'라는 문구를 포함하여 사용합니다.

제 2 조(용어의 정의)

- ① 이 특별약관에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같습니다.

용어	정의
----	----

「근골격계 이학요법치료·체외충격파치료·증식치료」	근골격계 이학요법치료	「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 내 비급여 목록 중 근골격계 질환의 기능 개선 및 통증감소를 위하여 실시하는 치료행위 일체 ^{주)} (예시 : FIMS(기능적근육내 자극치료), 신장분사치료, 도수치료, 증식치료, 비침습적 무통증 신호요법 등) 주) 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」가 관련 법령 개정 또는 폐지 등으로 이학요법치료와 관련된 행위 비급여 목록이 삭제될 경우 삭제 전 가장 최근 발간된 내용을 기준으로 하며, 보건복지부, 건강보험심사평가원 또는 국민건강보험공단 등에서 이학요법치료를 법령 등에서 별도 정의하는 경우 해당 정의에 따를 수 있습니다.
	체외충격파치료	체외에서 충격파를 병변에 가해 혈관 재형성을 돕고 건(힘줄) 및 뼈의 치유 과정을 자극하거나 재활성화 시켜 기능개선 및 통증감소를 위하여 실시하는 치료행위(체외충격파쇄석술은 제외)
주사료	주사료	항암제, 항생제, 희귀의약품을 제외한 주사치료시 사용된 행위, 약제 및 치료재료대
	항암제	식품의약품안전처가 「의약품등 분류번호에 관한 규정」에 따라 지정하는 ‘조직세포의 기능용 의약품’ 중 ‘종양용약’과 ‘조직세포의 치료 및 진단 목적제제’* * 향후 식품의약품안전처 예규인「의약품등 분류번호에 관한 규정」이 폐지되는 등의 사유가 발생하는 경우 약사법에 따른 의약품관리종합정보센터로 지정된 기관(건강보험심사평가원)에서 관리하는 「해부·치료·화학적 분류(ATC)」코드 등을 준용할 수 있으며, 분류기준 등이 변경되는 경우 치료시점의 분류기준에 따릅니다.
	항생제 (항진균제 포함)	식품의약품안전처가 「의약품등 분류번호에 관한 규정」에 따라 지정하는 ‘항병원생물성 의약품’ 중 ‘항생물질제제’, ‘화학요법제’ 및 ‘기생동물에 대한 의약품 중 항원충제’* * 향후 식품의약품안전처 예규인「의약품등 분류번호에 관한 규정」이 폐지되는 등의 사유가 발생하는 경우 약사법에 따른 의약품관리종합정보센터로 지정된 기관(건강보험심사평가원)에서 관리하는 「해부·치료·화학적 분류(ATC)」코드 등을 준용할 수 있으며, 분류기준 등이 변경되는 경우 치료시점의 분류기준에 따릅니다.
	희귀의약품	식품의약품안전처장이「희귀의약품 지정에 관한 규정」에 따라 지정하는 의약품* *「희귀의약품 지정에 관한 규정」에 따른 희귀의약품 지정 항목이 변경되는 경우 치료시점의 희귀의약품 지정 항목에 따릅니다.
자기공명영상진단		자기공명영상 장치를 이용하여 고주파 등을 통한 신호의 차이를 영상화하여 조직의 구조를 분석하는 검사(MRI/MRA) * 자기공명영상진단 결과를 다른 의료기관에서 판독하는 경우 포함 (보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」상의 MRI/MRA 범주에 따름)
산정특례 대상 질환		「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시)」제4조부터 제5조의3까지에 따른 산정특례 대상인 질환 ^{주)} (암, 뇌혈관질환, 심장질환, 희귀질환, 중증난치질환, 중증화상, 중증외상, 결핵, 잠복결핵

	등) 주)「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」제4조부터 제5조의3이 관련 법규 개정 등으로 삭제될 경우 삭제 전 가장 최근 고시된 내용을 기준으로 하며, 삭제 이후 보건복지부, 건강보험심사평가원 또는 국민건강보험공단 등에서 희귀질환, 중증난치 질환 등을 법규 등에서 별도 정의하는 경우 해당 정의에 따를 수 있습니다.
암질환·뇌혈관질환·심장질환·중증화상·중증외상	「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제4조([별표3]중증질환자 산정특례 대상)에 따른 질환
희귀질환	「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제5조([별표4]희귀질환자 산정특례 대상)에 따른 질환
중증난치질환	「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제5조([별표4의2]중증난치 질환자 산정특례 대상)에 따른 질환
결핵·잠복결핵	「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제5조의2([별표5]시행령 별표2 제3호 가목 3)에 따른 결핵질환의 적용 범위에 따른 질환
산정특례 대상 질환으로 인한 치료	산정특례 대상 질환에 대한 치료 및 해당 질환과 의학적으로 인과관계가 분명하다고 인정되는 합병증에 대한 치료(다만 산정특례 대상 질환의 치료가 종료된 상태에서 합병증만을 치료중인 경우는 제외합니다.) <산정특례 대상 질환 치료에 미해당하는 치료의 예시> -항암수술 후에 암 조직이 없는 상태에서 재발방지 목적으로 이루어지는 호르몬 치료 등(단, 항암목적의 호르몬치료 및 방사능치료는 산정특례 대상 질환 치료에 해당) -혈액암 환자 중 조혈모세포이식 후 완전관해지만 면역억제제를 복용하고 있는 경우, 간암으로 간이식술 후 재발 없이 외래에서 추적관찰하면서 면역억제제를 복용하고 있는 경우 -암, 뇌혈관질환, 심장질환, 희귀질환, 중증난치질환, 중증화상, 중증외상, 결핵, 잠복결핵 등 치료가 완료된 상태에서 신체 기능 회복 및 개선 목적으로 이루어지는 근골격계 이학요법치료 등
입원의료비	입원실료, 입원제비용, 입원수술비, 비급여 병실료
보장대상의료비	실제 부담액 - 보장제외금액* * 제3관 회사가 보장하지 않는 사항에 따른 금액 및 비급여 병실료 중 회사가 보장하지 않는 금액
상급병실료 차액	상급병상을 이용함에 따라 요양급여 대상인 입원료 외에 추가료 부담하는 입원실 이용 비용

② 제1항에서 정하지 않은 용어의 뜻은 기본형 급여 실손의료비보장 특별약관 제2조(용어의 정의)를 준용합니다.

제3조(보장종목별 보상내용)

회사가 이 계약의 보험기간 중 보상하거나 공제하는 내용은 보장종목별로 다음과 같습니다.

보장 종목	보상하는 사항												
(1) 상해 비급여	① 회사는 피보험자가 상해로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원(외래 및 처방조제)하여 산정특례 대상 질환에 대한 치료를 받은 경우에는 비급여의료비(3 대비급여는 제외합니다)를 제 5 조(보험가입금액의 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 다음과 같이 보상합니다. 다만, 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비 기준으로 계산하며, 감면받은 의료비가 본인 또는 가족(「피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자」이하 “배우자”라 합니다), 직계혈족 및 형제자매(민법 제 768 조)의 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비로 비급여 의료비를 계산합니다. <table border="1" data-bbox="300 689 1401 1619"> <thead> <tr> <th>구분</th><th>보상금액</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>입원 (입원실료, 입원제비용, 입원수술비)</td><td>‘비급여 의료비(비급여병실료는 제외합니다)’(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 70%에 해당하는 금액</td></tr> <tr> <td>상급병실료 차액</td><td>비급여 병실료의 50%. 다만, 1 일 평균금액 10 만원을 한도로 하며, 1 일 평균금액은 입원기간 동안 비급여 병실료 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.</td></tr> <tr> <td>통원 (외래제비용, 외래수술비, 처방조제비)</td><td> 통원 1 회당(외래 및 처방·조제비 합산) ‘비급여 의료비(비급여병실료는 제외합니다)’(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 < 표 1>의 ‘항목별 공제금액’을 뺀 금액(매년 계약해당일부터 1 년간 통원 100 회를 한도로 합니다.) < 표 1> 통원항목별 공제금액 <table border="1" data-bbox="502 1243 1356 1485"> <thead> <tr> <th>항목</th><th>공제금액</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>「국민건강보험법」 제 42 조제 1 항에 따른 의료기관(제 1 호), 보건소·보건의료원·보건지소(제 4 호), 보건진료소(제 5 호)에서의 외래 및 약국(제 2 호), 한국회귀·필수의약품센터(제 3 호)에서의 처방·조제</td><td>3 만원과 보장대상 의료비의 30% 중 큰 금액</td></tr> </tbody> </table> </td></tr> </tbody> </table> ② 제 1 항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연히 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상이 포함됩니다. 다만, 유독가스 또는 유독물질을 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상과 세균성 음식물 중독증상은 포함되지 않습니다. ③ 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음날부터 180 일까지 보상합니다. ④ 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 통원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음날부터 180 일 이내의 통원을 보상하며 최대 90 회 한도 내에서 보상합니다.	구분	보상금액	입원 (입원실료, 입원제비용, 입원수술비)	‘비급여 의료비(비급여병실료는 제외합니다)’(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 70%에 해당하는 금액	상급병실료 차액	비급여 병실료의 50%. 다만, 1 일 평균금액 10 만원을 한도로 하며, 1 일 평균금액은 입원기간 동안 비급여 병실료 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.	통원 (외래제비용, 외래수술비, 처방조제비)	통원 1 회당(외래 및 처방·조제비 합산) ‘비급여 의료비(비급여병실료는 제외합니다)’(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 < 표 1>의 ‘항목별 공제금액’을 뺀 금액(매년 계약해당일부터 1 년간 통원 100 회를 한도로 합니다.) < 표 1> 통원항목별 공제금액 <table border="1" data-bbox="502 1243 1356 1485"> <thead> <tr> <th>항목</th><th>공제금액</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>「국민건강보험법」 제 42 조제 1 항에 따른 의료기관(제 1 호), 보건소·보건의료원·보건지소(제 4 호), 보건진료소(제 5 호)에서의 외래 및 약국(제 2 호), 한국회귀·필수의약품센터(제 3 호)에서의 처방·조제</td><td>3 만원과 보장대상 의료비의 30% 중 큰 금액</td></tr> </tbody> </table>	항목	공제금액	「국민건강보험법」 제 42 조제 1 항에 따른 의료기관(제 1 호), 보건소·보건의료원·보건지소(제 4 호), 보건진료소(제 5 호)에서의 외래 및 약국(제 2 호), 한국회귀·필수의약품센터(제 3 호)에서의 처방·조제	3 만원과 보장대상 의료비의 30% 중 큰 금액
구분	보상금액												
입원 (입원실료, 입원제비용, 입원수술비)	‘비급여 의료비(비급여병실료는 제외합니다)’(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 70%에 해당하는 금액												
상급병실료 차액	비급여 병실료의 50%. 다만, 1 일 평균금액 10 만원을 한도로 하며, 1 일 평균금액은 입원기간 동안 비급여 병실료 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.												
통원 (외래제비용, 외래수술비, 처방조제비)	통원 1 회당(외래 및 처방·조제비 합산) ‘비급여 의료비(비급여병실료는 제외합니다)’(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 < 표 1>의 ‘항목별 공제금액’을 뺀 금액(매년 계약해당일부터 1 년간 통원 100 회를 한도로 합니다.) < 표 1> 통원항목별 공제금액 <table border="1" data-bbox="502 1243 1356 1485"> <thead> <tr> <th>항목</th><th>공제금액</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>「국민건강보험법」 제 42 조제 1 항에 따른 의료기관(제 1 호), 보건소·보건의료원·보건지소(제 4 호), 보건진료소(제 5 호)에서의 외래 및 약국(제 2 호), 한국회귀·필수의약품센터(제 3 호)에서의 처방·조제</td><td>3 만원과 보장대상 의료비의 30% 중 큰 금액</td></tr> </tbody> </table>	항목	공제금액	「국민건강보험법」 제 42 조제 1 항에 따른 의료기관(제 1 호), 보건소·보건의료원·보건지소(제 4 호), 보건진료소(제 5 호)에서의 외래 및 약국(제 2 호), 한국회귀·필수의약품센터(제 3 호)에서의 처방·조제	3 만원과 보장대상 의료비의 30% 중 큰 금액								
항목	공제금액												
「국민건강보험법」 제 42 조제 1 항에 따른 의료기관(제 1 호), 보건소·보건의료원·보건지소(제 4 호), 보건진료소(제 5 호)에서의 외래 및 약국(제 2 호), 한국회귀·필수의약품센터(제 3 호)에서의 처방·조제	3 만원과 보장대상 의료비의 30% 중 큰 금액												

	<입원 및 통원 보상기간 예시> ⑤ 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제 3 항과 제 4 항을 적용하지 않습니다. ⑥ 하나의 상해(같은 상해로 2 회 이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 상해로 봅니다)로 인해 동일한 의료기관에서 같은 날 외래 및 처방을 함께 받은 경우 처방일자를 기준으로 외래 및 처방조제를 합산하되(조제일자가 다른 경우도 동일하게 적용) 통원 1 회로 보아 제 1 항, 제 4 항 및 제 5 항을 적용합니다. ⑦ 하나의 상해로 인해 하루에 같은 치료를 목적으로 2 회 이상 통원치료(외래 및 처방·조제 합산)를 받은 경우 1 회의 통원으로 보아 제 1 항과, 제 4 항 및 제 5 항을 적용합니다. ⑧ 피보험자가 「국민건강보험법」 제 5 조, 제 53 조, 제 54 조에 따라 요양급여 또는 「의료급여법」 제 4 조, 제 15 조, 제 17 조에 따라 의료급여를 적용받지 못하는 경우에는 다음과 같이 보상합니다. 1. 의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액(통원의 경우 본인이 실제로 부담한 금액에서 같은 조 제 1 항 <표 1>의 ‘공제금액’을 뺀 금액)의 40%를 제 5 조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 2. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 제 1 호를 적용하지 아니하고 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비에 대해서만 제 1 항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제 5 조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 감면받은 의료비가 본인 또는 가족(「피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자」(이하 “배우자”라 합니다), 직계혈족 및 형제자매(민법 제 768 조))의 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비에 대해서 제 1 항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제 5 조에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. ⑨ 회사는 피보험자가 상해로 인하여 의료기관에서 본인의 장기등(「장기등 이식에 관한 법률」 제 4 조에 의한 “장기등”을 의미합니다)의 기능회복을 위하여 「장기등 이식에 관한 법률」 제 42 조 및 관련 고시에 따라 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 제 1 항부터 제 8 항에 따라 보상합니다. ① 회사는 피보험자가 질병으로 의료기관에 입원 또는 통원(외래 및 처방조제)하여 산정특례 대상 질환에 대한 치료를 받은 경우에는 비급여의료비(3 대비급여는 제외합니다)를 제 5 조(보험가입금액의 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 다음과 같이 보상합니다. 다만, 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비 기준으로 계산하며, 감면받은 의료비가 본인 또는 가족(「피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자」(이하 “배우자”라 합니다), 직계혈족 및 형제자매(민법 제 768 조))의 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비로 비급여 의료비를 계산합니다. <table> <tr> <td>구분</td><td>보상금액</td></tr> </table>	구분	보상금액
구분	보상금액		

입원 (입원실료, 입원제비용, 입원수술비)	‘비급여 의료비(비급여병실료는 제외합니다)’(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 70%에 해당하는 금액				
상급병실료 차액	비급여 병실료의 50%. 다만, 1 일 평균금액 10 만원을 한도로 하며, 1 일 평균금액은 입원기간 동안 비급여 병실료 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.				
통원 (외래, 처방조제비)	통원 1 회당(외래 및 처방·조제비 합산) ‘비급여 의료비(비급여병실료는 제외합니다)’(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 < 표 1>의 ‘항목별 공제금액’을 뺀 금액(매년 계약해당일부터 1 년간 통원 100 회를 한도로 합니다.) < 표 1> 통원항목별 공제금액 <table border="1"> <thead> <tr> <th>항목</th><th>공제금액</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>「국민건강보험법」 제 42 조제 1 항에 따른 의료기관(제 1 호), 보건소·보건의료원·보건지소(제 4 호), 보건진료소(제 5 호)에서의 외래 및 약국(제 2 호), 한국회귀·필수의약품센터(제 3 호)에서의 처방·조제</td><td>3 만원과 보장대상 의료비의 30% 중 큰 금액</td></tr> </tbody> </table>	항목	공제금액	「국민건강보험법」 제 42 조제 1 항에 따른 의료기관(제 1 호), 보건소·보건의료원·보건지소(제 4 호), 보건진료소(제 5 호)에서의 외래 및 약국(제 2 호), 한국회귀·필수의약품센터(제 3 호)에서의 처방·조제	3 만원과 보장대상 의료비의 30% 중 큰 금액
항목	공제금액				
「국민건강보험법」 제 42 조제 1 항에 따른 의료기관(제 1 호), 보건소·보건의료원·보건지소(제 4 호), 보건진료소(제 5 호)에서의 외래 및 약국(제 2 호), 한국회귀·필수의약품센터(제 3 호)에서의 처방·조제	3 만원과 보장대상 의료비의 30% 중 큰 금액				

② 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음날부터 180 일까지 보상합니다.

③ 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 통원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음날부터 180 일 이내의 통원을 보상하며 최대 90 회 한도 내에서 보상합니다.

<입원 및 통원 보상기간 예시>

보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	추가보상 (180일)
↑ 계약일 보상종료일 (2027. 1. 1.)	↑ 계약해당일 (2028. 1. 1.)	↑ 계약해당일 (2029. 1. 1.)	↑ 계약종료일 (2029.12.31) (2030. 6. 29)

④ (2027. 1. 1.) (2028. 1. 1.) (2029. 1. 1.) (2029.12.31) (2030. 6. 29) 종전

계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제 2 항과 제 3 항을 적용하지 않습니다.

⑤ 하나의 질병으로 동일한 의료기관에서 같은 날 외래 및 처방을 함께 받은 경우 처방일자를 기준으로 외래 및 처방조제를 합산하되(조제일자가 다른 경우도 동일하게 적용) 통원 1 회로 보아 제 1 항, 제 3 항 및 제 4 항을 적용합니다.

⑥ “하나의 질병”이란 발생 원인이 동일한 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병은 하나의 질병으로 간주하며, 하나의 질병으로 2 회 이상 치료를 받는 경우에는 이를 하나의 질병으로 봅니다)을 말하며, 질병의 치료 중에 발생한 합병증 또는 새로 발견된 질병의 치료가 병행되거나 의학상 관련이 없는 여러 종류의 질병을 갖고 있는 상태에서 입원한 경우에는 하나의 질병으로 간주합니다.

⑦ 하나의 질병으로 하루에 같은 치료를 목적으로 2 회 이상 통원치료(외래 및 처방조제 합산)를 받은 경우 1 회의 통원으로 보아 제 1 항, 제 3 항 및 제 4 항을 적용합니다.

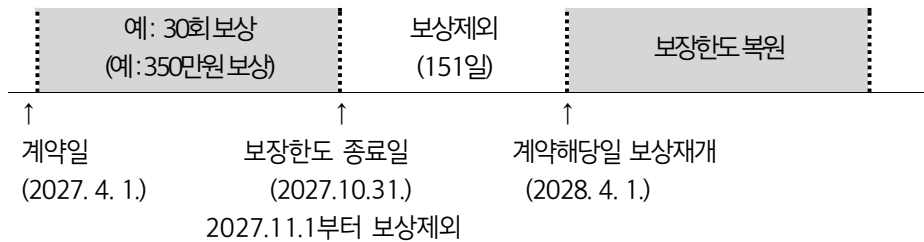
	⑧ 피보험자가 「국민건강보험법」 제 5 조, 제 53 조, 제 54 조에 따라 요양급여 또는 「의료급여법」 제 4 조, 제 15 조, 제 17 조에 따라 의료급여를 적용받지 못하는 경우에는 다음과 같이 보상합니다. 1. 의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액(통원의 경우 본인이 실제로 부담한 금액에서 같은 조 제 1 항 <표 1>의 ‘공제금액’을 뺀 금액)의 40%를 제 5 조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 2. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 제 1 호를 적용하지 아니하고 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비에 대해서만 제 1 항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제 5 조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 감면받은 의료비가 본인 또는 가족(「피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자」(이하 “배우자”라 합니다), 직계혈족 및 형제자매(민법 제 768 조))의 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비에 대해서 제 1 항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제 5 조에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. ⑨ 회사는 피보험자가 질병으로 인하여 의료기관에서 본인의 장기등(「장기등 이식에 관한 법률」 제 4 조에 의한 “장기등”을 의미합니다)의 기능회복을 위하여 「장기등 이식에 관한 법률」 제 42 조 및 관련 고시에 따라 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 제 1 항부터 제 8 항에 따라 보상합니다.																
(3) 3 대 비급여	① 회사는 이 특별약관의 보험기간 중 상해 또는 질병의 치료목적으로 의료기관에 입원 또는 통원하여 산정특례 대상 질환에 대한 아래의 비급여 의료행위로 치료를 받은 경우에는 본인이 실제로 부담한 비급여의료비(행위로, 약제비, 치료재료대, 조영제, 판독료 포함)에서 공제금액을 뺀 금액을 아래의 보장한도 범위 내에서 각각 보상합니다. 다만, 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비 기준으로 계산하며, 감면받은 의료비가 본인 또는 가족(「피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자」(이하 “배우자”라 합니다), 직계혈족 및 형제자매(민법 제 768 조))의 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비로 비급여 의료비를 계산합니다. <표 1> 공제금액 및 보장한도 <table><tr><th colspan="2">구 분</th><th>공제금액</th><th>보장한도</th></tr><tr><td>근골격계 이학요법 치료·체외 충격파치료</td><td>“근골격계이학요법치료·체외충격파치료”로 인하여 본인이 실제로 부담한 비급여의료비(행위로, 약제비, 치료재료대 포함)</td><td>1 회당 3 만원과 보장대상의료비의 30%중 큰 금액</td><td>계약일 또는 매년 계약해당일부터 1 년 단위로 각 상해·질병 치료행위를 합산하여 350 만원 이내에서 50 회까지 보상^{주)}</td></tr><tr><td>주사료</td><td>주사치료를 받아 본인이 실제로 부담한 비급여의료비</td><td>1 회당 3 만원과 보장대상의료비의 30%중 큰 금액</td><td>계약일 또는 매년 계약해당일부터 1 년 단위로 각 상해·질병 치료행위를 합산하여 250 만원 이내에서 50 회까지 보상</td></tr><tr><td>자기공명 영상진단</td><td>자기공명영상진단을 받아 본인이 실제로 부담한 비급여의료비(조영제, 판독료 포함)</td><td>1 회당 3 만원과 보장대상의료비의 30%중 큰 금액</td><td>계약일 또는 매년 계약해당일부터 1 년 단위로 각 상해·질병 치료행위를 합산하여 300 만원 이내에서 보상</td></tr></table> 주) 근골격계 이학요법치료·체외충격파치료·중식치료의 각 치료횟수를 합산하여 최초 10 회 보장하고, 이후 객관적이고 일반적으로 인정되는 검사결과 등을 토대로 증상의 개선, 병변회전 등이 확인된 경우에 한하여 10 회 단위로 연간 50 회까지 보상합니다.	구 분		공제금액	보장한도	근골격계 이학요법 치료 ·체외 충격파치료	“ 근골격계이학요법치료 ·체외충격파치료”로 인하여 본인이 실제로 부담한 비급여의료비(행위로, 약제비, 치료재료대 포함)	1 회당 3 만원과 보장대상의료비의 30%중 큰 금액	계약일 또는 매년 계약해당일부터 1 년 단위로 각 상해·질병 치료행위를 합산하여 350 만원 이내에서 50 회까지 보상 ^{주)}	주사료	주사치료를 받아 본인이 실제로 부담한 비급여의료비	1 회당 3 만원과 보장대상의료비의 30%중 큰 금액	계약일 또는 매년 계약해당일부터 1 년 단위로 각 상해·질병 치료행위를 합산하여 250 만원 이내에서 50 회까지 보상	자기공명 영상진단	자기공명영상진단을 받아 본인이 실제로 부담한 비급여의료비(조영제, 판독료 포함)	1 회당 3 만원과 보장대상의료비의 30%중 큰 금액	계약일 또는 매년 계약해당일부터 1 년 단위로 각 상해·질병 치료행위를 합산하여 300 만원 이내에서 보상
구 분		공제금액	보장한도														
근골격계 이학요법 치료 ·체외 충격파치료	“ 근골격계이학요법치료 ·체외충격파치료”로 인하여 본인이 실제로 부담한 비급여의료비(행위로, 약제비, 치료재료대 포함)	1 회당 3 만원과 보장대상의료비의 30%중 큰 금액	계약일 또는 매년 계약해당일부터 1 년 단위로 각 상해·질병 치료행위를 합산하여 350 만원 이내에서 50 회까지 보상 ^{주)}														
주사료	주사치료를 받아 본인이 실제로 부담한 비급여의료비	1 회당 3 만원과 보장대상의료비의 30%중 큰 금액	계약일 또는 매년 계약해당일부터 1 년 단위로 각 상해·질병 치료행위를 합산하여 250 만원 이내에서 50 회까지 보상														
자기공명 영상진단	자기공명영상진단을 받아 본인이 실제로 부담한 비급여의료비(조영제, 판독료 포함)	1 회당 3 만원과 보장대상의료비의 30%중 큰 금액	계약일 또는 매년 계약해당일부터 1 년 단위로 각 상해·질병 치료행위를 합산하여 300 만원 이내에서 보상														

<증상의 개선, 병변호전 등은 어떻게 확인하나요?>

1. 증상의 개선, 병변호전 등과 관련하여 기능적 회복 및 호전여부는 관절가동(ROM), 통증평가척도, 자세평가 및 근력 검사(MMT)를 포함한 이학적 검사, 초음파 검사 등을 통해 해당 부위의 체절기능부전(Somatic dysfunction) 등을 평가한 결과로 판단합니다.
2. 보험수익자와 회사가 위 제 1 호의 판단결과를 합의하지 못한 때는 보험수익자와 회사가 함께 제 3 자를 정하고 그 제 3 자의 의견에 따를 수 있으며 제 3 자는 의료법 제 3 조(의료기관)의 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<근골격계 이학요법치료-체외충격파치료 보상기간 예시>

- (i) 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 1 년내 350 만원을 모두 보상한 경우



- (ii) 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 1 년내 지급된 보험금이 350 만원 미만이나 50 회를 모두 보상한 경우



② 제 1 항의 주사료에서 항암제, 항생제(항진균제 포함), 희귀의약품을 위해 사용된 비급여 주사료는 제 3 조(보장종목별 보상내용) (1)상해비급여 또는 (2)질병비급여에서 보상합니다.

③ 제 1 항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연히 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상이 포함됩니다. 다만, 유독가스 또는 유독물질을 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상과 세균성 음식물 중독증상은 포함되지 않습니다.

④ 의료기관을 1 회 통원(또는 1 회 입원)하여 2 종류(회) 이상 치료를 받거나 동일한 치료를 2 회 이상 받은 경우는 다음과 같이 1 회당 공제금액 및 보장한도를 적용합니다.

1. 이 특별약관에서 정한 **근골격계 이학요법치료**-체외충격파치료 중 2 종류 이상의 치료를 받거나 동일한 치료를 2 회 이상 받는 경우 각 치료행위를 1 회로 보고 각각 제 1 항에서 정한 1 회당 공제금액 및 보장한도를 적용합니다.
2. 의료기관을 1 회 통원(또는 1 회 입원)하여 치료목적으로 2 회 이상 주사치료를 받더라도 1 회로 보고 제 1 항에서 정한 공제금액 및 보장한도를 적용합니다.
3. 의료기관을 1 회 통원(또는 1 회 입원)하여 2 개 이상 부위에 걸쳐 이 특별약관에서 정한 자기공명영상진단을 받거나 동일한 부위에 대해 2 회 이상 이 특별약관에서 정한 자기공명영상진단을 받는 경우 각 진단행위를 1 회로 보아 각각 1 회당 공제금액 및 보장한도를 적용합니다.

⑤ 제 4 항에서 1 회 입원이라 함은 퇴원없이 계속 중인 입원(동일한 상해 또는 질병 치료목적으로 퇴원 당일 다른 의료기관으로 옮겨 입원하는 경우 포함)을 말합니다. 동일한 상해 또는 질병으로

인한 입원이라고 하더라도 퇴원 후 재입원하는 경우에는 퇴원 전후 입원기간을 각각 1 회 입원으로 봅니다.

⑥ 제 1 항에서 보상하는 비급여의료비와 다른 의료비가 함께 청구되고 각 항목별 의료비가 구분되지 않는 경우 회사는 보험금 지급금액 결정을 위해 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 제 1 항에서 보상하는 의료비의 확인을 요청할 수 있습니다.

⑦ 피보험자가 입원 또는 통원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 치료에 대하여는 보험계약 종료일 다음 날부터 180 일까지(보험계약 종료일은 제외합니다) 보상합니다. 이 경우 보장한도는 연간 보장한도(금액)에서 직전 보험계약 종료일까지 지급한 금액을 차감한 잔여 금액과 연간 보장한도(회수)에서 직전 보험계약 종료일까지 보상한 회수를 차감한 잔여 회수를 한도로 적용합니다. 다만, 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제 1 항을 적용합니다.

<보상기간 예시>



⑧ 피보험자가 「국민건강보험법」 제 5 조, 제 53 조, 제 54 조에 따라 요양급여 또는 「의료급여법」 제 4 조, 제 15 조, 제 17 조에 따라 의료급여를 적용받지 못하는 경우에는 다음과 같이 보상합니다.

1. 의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액(통원의 경우 본인이 실제로 부담한 금액에서 같은 조 제 1 항 <표 1>의 ‘공제금액’을 뺀 금액)의 40%를 제 5 조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다.
2. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 제 1 호를 적용하지 아니하고 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비에 대해서만 제 1 항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제 5 조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 감면받은 의료비가 **본인 또는 가족(「피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자」(이하 “배우자”라 합니다), 직계혈족 및 형제자매(민법 제 768 조))의 근로소득에** 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비에 대해서 제 1 항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제 5 조에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다.

⑨ 회사는 피보험자가 상해 또는 질병으로 인하여 의료기관에서 본인의 장기등(「장기등 이식에 관한 법률」 제 4 조에 의한 “장기등”을 의미합니다)의 기능회복을 위하여 「장기등 이식에 관한 법률」 제 42 조 및 관련 고시에 따라 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 제 1 항부터 제 8 항에 따라 보상합니다.

제4조(보상하지 않는 사항)

회사가 보상하지 않는 사항은 보장종목별로 다음과 같습니다.

보장 종목	보상하지 않는 사항
----------	------------

(1) 상해 비급여	① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 비급여 의료비는 보상하지 않습니다. 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다. 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다. 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우 4. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원 또는 통원한 경우. 다만, 회사가 보상하는 상해로 인하여 입원 또는 통원한 경우에는 보상합니다. 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인한 경우 6. 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자 본인이 자의적으로 입원하여 발생한 입원의료비 7. 피보험자가 정당한 이유없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 통원의료비 ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동 목적으로 한 다음의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 생긴 상해에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전 훈련이 필요한 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩 2. 모터보트·자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 행사(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 보상합니다) 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안 ③ 회사는 다음의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 치과치료(K00 ~ K08, 다만 안면부 골절로 발생한 의료비는 치아관련 치료를 제외하고 보상합니다)·한방치료(다만, 「의료법」 제 2 조에 따른 한의사를 제외한 '의사'의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 보상합니다) 2. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용. 다만 약관상 보상하는 상해를 치료함에 있어 아래 각목에 해당하는 경우는 치료 목적으로 보아 보상합니다. 가. 약사법령에 의하여 약제별 허가사항 또는 신고된 사항(효능/효과 및 용법/용량 등)대로 사용된 경우 나. 요양급여 약제가 관련 법령 또는 고시 등에서 정한 별도의 적용기준대로 비급여 약제로 사용된 경우 다. 요양급여 약제가 관련 법령에 따라 별도의 비급여사용승인 절차를 거쳐 그 승인 내용대로 사용된 경우 라. 상기 가목 부터 다목의 약제가 두 가지 이상 함께 사용된 경우(함께 사용된 약제중 어느 하나라도 상기 가목 부터 다목에 해당하지 않는 경우 제외) 3. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용 4. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료 재료의 구입 및 대체 비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 보상합니다. 5. 진료와 무관한 각종 비용(TV 시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비 6. 자동차보험(공제를 포함합니다)에서 보상받는 치료관계비(과실상계 후 금액을 기준으로 합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비(자동차보험 진료수가에 관한 기준 및 산재보험 요양급여 산정기준에 따라 발생한 실제 본인 부담의료비)는 제 3 조(보장종목별 보상내용) (1)상해비급여 제 1 항부터 제 7 항에 따라 보상합니다. 7. 「국민건강보험법」 제 42 조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비
---------------------------	---

	8. 「응급의료에 관한 법률」 및 동법 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 동법 제 26 조에 따른 권역응급의료센터 또는 「의료법」제 3 조의 4 에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료 9. 의료법령에 따라 보건복지부장관이 고시한 사용목적, 사용대상, 시술방법 등에 맞지 않게 사용된 다음 각 목의 의료기술 가. 「신의료기술의 안전성·유효성 평가결과 고시」[별표 1] 신의료기술의 안전성·유효성 평가결과 고시(단, 목적 및 시술방법의 변경이 경미하여 새로운 신의료기술평가의 대상에 해당하지 않는 경우는 제외) 나. 「평가 유예 신의료기술 고시」[별표] 평가 유예 신의료기술 다. 「신의료기술의 안전성·유효성 평가결과 고시」[별표 2] 제한적 의료기술 라. 「신의료기술의 안전성·유효성 평가결과 고시」[별표 3] 혁신의료기술 10. 「첨단재생의료 및 첨단바이오의약품 안전 및 지원에 관한 법률」 제 12 조의 2 에 따라 심의위원회에서 적합 통보를 받은 승인 범위를 벗어나 사용된 첨단재생의료 치료 11. 「신의료기술평가에 관한 규칙」 등에 의한 의료기술 재평가 실시 결과 “임상적 이득 대비 위험이 더 크거나 의학적 필요성, 임상적 요구도 및 활용도가 매우 낮다” 또는 “권고하지 않음”으로 평가되고 해당 평가 결과가 「보건의료기술 진흥법」 제 4 장 및 관련 조항에 따라 설립된 한국보건의료연구원 홈페이지 등을 통해 공개된 지 2 개월 이상 경과한 경우
(2) 질병 비급여	① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 비급여 의료비는 보상하지 않습니다. 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다. 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다. 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우 4. 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자 본인이 자의적으로 입원하여 발생한 입원의료비 5. 피보험자가 정당한 이유 없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 통원의료비 ② 회사는 ‘한국표준질병사인분류’에 따른 다음의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 정신 및 행동장애(F04~F99) 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98) 3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원또는 통원한 경우(O00~O99) 4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04) 5. 비만(E66) 6. 요실금(N39.3, N39.4, R32) 7. 직장 또는 항문 질환(K60~K62, K64) ③ 회사는 다음의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 치과치료(K00~K08) 및 한방치료(다만, 「의료법」 제 2 조에 따른 한의사를 제외한 ‘의사’의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 보상합니다) 2. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용. 다만 약관상 보상하는 질병을 치료함에 있어 아래 각목에 해당하는 경우는 치료 목적으로 보아 보상합니다. 가. 약사법령에 의하여 약제별 허가사항 또는 신고된 사항(효능/효과 및 용법/용량 등)대로 사용된 경우 나. 영양급여 약제가 관련 법령 또는 고시 등에서 정한 별도의 적용기준대로 비급여 약제로 사용된 경우 다. 영양급여 약제가 관련 법령에 따라 별도의 비급여사용승인 절차를 거쳐 그 승인 내용대로 사용된 경우

	라. 상기 가목 부터 다목의 약제가 두 가지 이상 함께 사용된 경우(함께 사용된 약제중 어느 하나라도 상기 가목 부터 다목에 해당하지 않는 경우 제외) 3. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용 4. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료 재료의 구입 및 대체 비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 보상합니다. 5. 진료와 무관한 각종 비용(TV 시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비 6. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비(산재보험 요양급여 산정기준에 따라 발생한 실제 본인 부담의료비)는 제 3 조(보장종목별 보상내용) (2)질병비급여 제 1 항부터 제 7 항에 따라 보상합니다. 7. 사람면역결핍바이러스(HIV) 감염으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV 감염은 해당 진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 보상합니다) 8. 「국민건강보험법」 제 42 조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비 9. 「응급의료에 관한 법률」 및 동법 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 동법 제 26 조에 따른 권역응급의료센터 또는 「의료법」제 3 조의 4 에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료 10. 의료법령에 따라 보건복지부장관이 고시한 사용목적, 사용대상, 시술방법 등에 맞지 않게 사용된 다음 각 목의 의료기술 가. 「신의료기술의 안전성·유효성 평가결과 고시」[별표 1] 신의료기술의 안전성·유효성 평가 결과 고시(단, 목적 및 시술방법의 변경이 경미하여 새로운 신의료기술평가의 대상에 해당하지 않는 경우는 제외) 나. 「평가 유예 신의료기술 고시」 [별표] 평가 유예 신의료기술 다. 「신의료기술의 안전성·유효성 평가결과 고시」 [별표 2] 제한적 의료기술 라. 「신의료기술의 안전성·유효성 평가결과 고시」 [별표 3] 혁신의료기술 11. 「첨단재생의료 및 첨단바이오의약품 안전 및 지원에 관한 법률」 제 12 조의 2 에 따라 심의위원회에서 적합 통보를 받은 승인 범위를 벗어나 사용된 첨단재생의료 치료 12. 「신의료기술평가에 관한 규칙」 등에 의한 의료기술 재평가 실시 결과 “임상적 이득 대비 위험이 더 크거나 의학적 필요성, 임상적 요구도 및 활용도가 매우 낮다” 또는 “권고하지 않음”으로 평가되고 해당 평가 결과가 「보건의료기술 진흥법」 제 4 장 및 관련 조항에 따라 설립된 한국보건의료연구원 홈페이지 등을 통해 공개된 지 2 개월 이상 경과한 경우
(3) 3 대 비급여	① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 비급여 의료비는 보상하지 않습니다. 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 제 3 조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다. 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 제 3 조(보장종목별 보상내용)에 따라 지급합니다. 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우 4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인한 경우 5. 피보험자가 정당한 이유없이 입원 또는 통원 기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 의료비 ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동 목적으로 한 다음의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 생긴 손해에 대해서는 보상하지 않습니다.

	1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전 훈련이 필요한 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩 2. 모터보트·자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 행사(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로에서 시운전을 하는 동안 발생한 손해는 제 3 조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다) 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안 ③ 회사는 '한국표준질병사인분류'에 따른 다음의 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 정신 및 행동장애(F04~F99) 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98) 3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원 또는 통원한 경우(O00~O99). 다만, 회사가 보상하는 손해로 인하여 입원 또는 통원한 경우에는 제 3 조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다. 4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04) 5. 비만(E66) 6. 요실금(N39.3, N39.4, R32) 7. 직장 또는 항문 질환(K60~K62, K64) ④ 회사는 다음의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 치과치료(K00 ~ K08, 다만, 안면부 골절로 발생한 의료비는 치아관련 치료를 제외하고 보상합니다.)· 한방치료(다만, 「의료법」 제 2 조에 따른 한의사를 제외한 '의사'의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 제 3 조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다) 2. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용. 다만 약관상 보상하는 손해 또는 질병을 치료함에 있어 아래 각목에 해당하는 경우는 치료 목적으로 보아 보상합니다. 가. 약사법령에 의하여 약제별 허가사항 또는 신고된 사항(효능/효과 및 용법/용량 등)대로 사용된 경우 나. 영양급여 약제가 관련 법령 또는 고시 등에서 정한 별도의 적용기준대로 비급여 약제로 사용된 경우 다. 영양급여 약제가 관련 법령에 따라 별도의 비급여사용승인 절차를 거쳐 그 승인 내용대로 사용된 경우 라. 상기 가목 부터 다목의 약제가 두 가지 이상 함께 사용된 경우(함께 사용된 약제중 어느 하나라도 상기 가목 부터 다목에 해당하지 않는 경우 제외) 3. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용 4. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료 재료의 구입 및 대체 비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 보상합니다. 5. 진료와 무관한 각종 비용(TV 시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비 6. 자동차보험(공제를 포함합니다)에서 보상받는 치료관계비(과실상계 후 금액을 기준으로 합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비(자동차보험 진료수가에 관한 기준 및 산재보험 영양급여 산정기준에 따라 발생한 실제 본인 부담의료비)는 제 3 조(보장종목별 보상내용) (3)3 대비급여 제 1 항부터 제 7 항에 따라 보상합니다. 7. 사람면역결핍바이러스(HIV) 감염으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV 감염은 해당 진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제 3 조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다) 8. 「국민건강보험법」 제 42 조의 영양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비
--	---

	9. 「응급의료에 관한 법률」 및 동법 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 동법 제 26 조에 따른 권역응급의료센터 또는 「의료법」제 3 조의 4 에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료 10. 의료법령에 따라 보건복지부장관이 고시한 사용목적, 사용대상, 시술방법 등에 맞지 않게 사용된 다음 각 목의 의료기술 가. 「신의료기술의 안전성·유효성 평가결과 고시」[별표 1] 신의료기술의 안전성·유효성 평가결과 고시(단, 목적 및 시술방법의 변경이 경미하여 새로운 신의료기술평가의 대상에 해당하지 않는 경우는 제외) 나. 「평가 유예 신의료기술 고시」 [별표] 평가 유예 신의료기술 다. 「신의료기술의 안전성·유효성 평가결과 고시」 [별표 2] 제한적 의료기술 라. 「신의료기술의 안전성·유효성 평가결과 고시」 [별표 3] 혁신의료기술 11. 「첨단재생의료 및 첨단바이오의약품 안전 및 지원에 관한 법률」 제 12 조의 2 에 따라 심의위원회에서 적합 통보를 받은 승인 범위를 벗어나 사용된 첨단재생의료 치료 12. 「신의료기술평가에 관한 규칙」 등에 의한 의료기술 재평가 실시 결과 “임상적 이득 대비 위험이 더 크거나 의학적 필요성, 임상적 요구도 및 활용도가 매우 낮다” 또는 “권고하지 않음”으로 평가되고 해당 평가 결과가 「보건의료기술 진흥법」 제 4 장 및 관련 조항에 따라 설립된 한국보건의료연구원 홈페이지 등을 통해 공개된 지 2 개월 이상 경과한 경우
(4) 공통 ^{주)}	회사는 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제 9 조 제 1 항([별표 2]비급여대상)에 따른 아래 각호의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 다음 각 목의 질환으로서 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우에 실시 또는 사용되는 치료로 인하여 발생한 비급여 의료비 가. 단순한 피로 또는 권태 나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환 다. 발기부전(impotence) · 불감증, 라. 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 마. 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 바. 검열반 등 안과질환, 사. 그 밖에 일상생활에 지장이 없는 경우로 국민건강보험 비급여 대상에 해당하는 치료 2. 다음 각 목의 진료로서 신체의 필수 기능 개선 목적이 아닌 경우에 실시 또는 사용되는 치료로 인하여 발생한 비급여 의료비 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 성형수술(윤비술), 유방 확대(다만, 유방암 환자의 환축 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살 제거술 등 미용목적의 성형수술과 그로 인한 후유증치료 나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술 다. 치과교정 라. 씹는 기능 및 발음 기능의 개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 턱얼굴(안면)교정술 마. 관절운동 제한이 없는 반흔구축성형술 등 외모개선 목적의 반흔제거술 바. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다) 사. 질병 치료가 아닌 단순히 키 성장(성장촉진)을 목적으로 하는 진료 아. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술 자. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여 대상에 해당하는 치료

	3. 다음 각 목의 예방진료로서 질병·부상의 진료를 직접목적으로 하지 아니하는 경우에 실시 또는 사용으로 인하여 발생한 비급여 의료비 가. 본인의 희망에 의한 건강검진(다만, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 추가 의료비용은 보상합니다) 나. 예방접종(파상풍 혈청주사 등 치료목적으로 사용하는 예방주사 제외) 다. 그 밖에 예방진료로서 국민건강보험 비급여 대상에 해당하는 치료 4. 그 밖에 다음 각 목의 진료로 인해 발생한 비급여 의료비 가. 친자확인을 위한 진단 나. 불임검사, 불임수술, 불임복원술 다. 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다) 라. 인공유산에 든 비용(다만, 회사가 보상하는 상해 또는 질병으로 임신상태를 유지하기 어려워 의사의 권고에 따라 불가피하게 시행한 경우는 제외)
--	---

주) (4)공통은 (1)상해비급여, (2)질병비급여, (3)3대비급여에 대하여 공통적으로 적용됩니다.

제5조 (보험가입금액 한도 등)

① 이 계약의 연간 보험가입금액은 제3조(보장종목별 보상내용) (1)상해비급여에 대하여 입원과 통원의 보상금액을 합산하여 5천만원 이내에서, (2)질병비급여에 대하여 입원과 통원의 보상금액을 합산하여 5천만원 이내에서 회사가 정한 금액 중 계약자가 선택한 금액을 말하며, 제3조(보장종목별 보상내용)에 의한 비급여의료비를 이 금액 한도 내에서 보상합니다. 다만, (3)3대비급여의 보험가입금액은 제3조 (3)3대비급여 제1항에서 정한 연간 보장한도로 합니다.

② 이 계약에서 ‘연간’이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 입원 또는 통원 치료시 해당일이 속한 연도의 보험가입금액 한도를 적용합니다.

③ 제3조(보장종목별 보상내용)에서 정한 통원의 경우 (1)상해비급여 또는 (2)질병비급여 각각에 대하여 통원 1회당 20만원 이내에서 회사가 정한 금액 중 계약자가 선택한 금액으로 하며, (3)3대비급여의 경우 각 비급여의료비별 보장한도로 합니다.

④ 제3조 (1)상해비급여 제3항 또는 제4항, (2)질병비급여 제2항 또는 제3항 및 (3)3대비급여 제7항에 따른 계속중인 입원 또는 통원의 보장한도는 연간 보장한도(보험가입금액)에서 직전 보험기간 종료일까지 지급한 금액을 차감한 잔여 금액과 연간 보장한도(회수)에서 직전 보험기간 종료일까지 보상한 회수를 차감한 잔여 회수를 한도로 적용합니다.

⑤ 제3조(보장종목별 보상내용)에서 정한 입원의 경우 상급종합병원·종합병원의 상해·질병 및 3대 비급여 의료비(3대 비급여 중 근골격계 이학요법치료·체외충격파치료 및 주사로 관련 비급여 의료비는 제외) 중 공제금액이 계약일 또는 매년 계약해당일부터 기산하여 연간 500만원을 초과하는 때에는 500만원까지 공제합니다.

제6조(보험료의 계산)

① 보험기간이 종료되어 갱신되는 계약(이하 ‘갱신계약’이라 합니다)의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상 또는 인하될 수 있습니다.

② 갱신계약의 보험료는 매년 **보험업감독규정에서 정한** 범위(나이의 증가로 인한 보험료 증감분은 제외) 내에서 인상 또는 인하될 수 있습니다. 다만, 회사가 금융위원회로부터 경영개선권고, 경영개선요구 또는 경영개선명령을 받은 경우는 예외로 합니다.

③ 이 조항에 따른 보험료 계산 방법은 보장내용 변경주기 및 관계법령 개정에 따라 변경될 수 있습니다.

갱신년도별 보험료 적용 예시

▶ 최초 보험료, XX 세 남자, 월 14,000 원, 매년 보험료 25% 인상 가정시

(단위 : 원)

구분	XX 세	XX+1 세	XX+2 세	XX+3 세	XX+4 세	XX+5 세
나이증가분(A)		560	728	946	1,230	1,599
보험료 산출 기초율 (위험률 등) 증가분 (B=전년도 보험료의 최대 25% 가정)		3,640	4,732	6,152	7,997	10,396
기준보험료 (C=전년도 기준보험료 +A+B)	14,000	18,200	23,660	30,758	39,985	51,980

(상기 보험료계산 예시는 단순예시로, 실제로 납입해야하는 보험료와 상이할 수 있습니다.)

제 7 조(비급여 진료비용 공개제도 등의 안내)

회사는 계약자가 특별약관을 청약하였을 때 계약자의 알권리를 증진하고 합리적인 의료이용 선택에 도움이 될 수 있도록 「의료법」등 관계 법령에 따른 ‘비급여 진료비용 공개제도’와 ‘비급여 진료 전 사전설명제도’에 대해 설명하고 안내합니다.

[용어해설]

<비급여 진료비용 공개제도>

국민이 쉽게 이해하고 의료기관을 선택할 때 참고할 수 있도록 건강보험심사평가원이 매년 비급여 진료비용을 조사하여 최저, 최고금액 등 비급여 진료비용에 대한 정보를 비교, 공개하는 제도

<비급여 진료 전 사전설명제도>

진료에 필요한 비급여 항목 및 가격을 환자가 사전에 인지하고 선택할 수 있도록 의료기관이 비급여 진료 전에 비급여 제공항목과 가격을 미리 설명하도록 의무화하는 제도

제 8 조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제 9 조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 기본형 급여 실손의료비보장 특별약관을 따릅니다.

비중증비급여 실손의료비보장 특별약관

제 1 조(보장종목)

① 회사가 판매하는 비중증비급여 실손의료비보장 특별약관(이하 ‘특별약관’이라 합니다)은 상해비급여 실손의료비보장, 질병비급여 실손의료비보장, 비급여 자기공명영상진단보장 3 개의 보장종목으로 구성되어 있습니다.

보장종목	보상하는 내용
------	---------

상해비급여	피보험자가 상해로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원하여 산정특례 대상이 아닌 질환으로 인한 비급여 ^{주)} 치료를 받거나 비급여 처방조제를 받은 경우에 보상(비급여 자기공명영상진단 제외)
질병비급여	피보험자가 질병으로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원하여 산정특례 대상이 아닌 질환으로 인한 비급여 치료를 받거나 비급여 처방조제를 받은 경우에 보상(비급여 자기공명영상진단 제외)
비급여 자기공명영상진단	피보험자가 상해 또는 질병의 치료목적으로 의료기관에 입원 또는 통원하여 산정특례 대상이 아닌 질환으로 인한 비급여 치료를 위해 자기공명영상진단을 받은 경우에 보상

주) 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여 대상 (「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)

※ 건강보험심사평가원에서는 국민 알권리 증진 및 의료기관 선택에 도움이 될 수 있도록 비급여 진료비용을 공개하고 있으며, 의료기관 등에서 진료를 받고 지불한 비급여(전액 본인부담금포함) 진료비용이 건강보험(의료급여)에 해당되는지 확인할 수 있도록 비급여 진료비 확인제도를 운영하고 있습니다.

② 회사는 이 특별약관의 명칭에 ‘비중증 비급여 실손의료비’라는 문구를 포함하여 사용합니다.

제 2 조(용어의 정의)

① 이 특별약관에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같습니다.

용어		정의
「근골격계 이학요법치료·체외충격파치료·증식치료」	근골격계 이학요법치료	「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 내 비급여 목록 중 근골격계 질환의 기능 개선 및 통증감소를 위하여 실시하는 치료행위 일체 ^{주)} (예시 : FIMS(기능적근육내 자극치료), 신장분사치료, 도수치료, 증식치료, 비침습적 무통증 신호요법 등) 주) 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」가 관련 법령 개정 또는 폐지 등으로 이학요법치료와 관련된 행위 비급여 목록이 삭제될 경우 삭제 전 가장 최근 발간된 내용을 기준으로 하며, 보건복지부, 건강보험심사평가원 또는 국민건강보험공단 등에서 이학요법치료를 법령 등에서 별도 정의하는 경우 해당 정의에 따를 수 있습니다.
	체외충격파치료	체외에서 충격파를 병변에 가해 혈관 재형성을 돕고 건(힘줄) 및 뼈의 치유 과정을 자극하거나 재활성화 시켜 기능개선 및 통증감소를 위하여 실시하는 치료행위(체외충격파쇄석술은 제외)
주사료	주사료	항암제, 항생제, 희귀의약품을 제외한 주사치료시 사용된 행위, 약제 및 치료재료대
	항암제	식품의약품안전처가 「의약품등 분류번호에 관한 규정」에 따라 지정하는 ‘조직세포의 기능용 의약품’ 중 ‘종양용약’과 ‘조직세포의 치료 및 진단 목적제제’* * 향후 식품의약품안전처 예규인「의약품등 분류번호에 관한 규정」이 폐지되는 등의 사유가 발생하는 경우 약사법에 따른 의약품관리종합정보센터로 지정된 기관(건강보험심사평가원)에서 관리하는 「해부·치료·화학적 분류(ATC)」코드 등을 준용할 수 있으며, 분류기준 등이 변경되는 경우 치료시점의 분류기준에

		따릅니다.
	항생제 (항진균제 포함)	식품의약품안전처가 「의약품등 분류번호에 관한 규정」에 따라 지정하는 ‘항병원생물성 의약품’ 중 ‘항생물질제제’, ‘화학요법제’ 및 ‘기생동물에 대한 의약품 중 항원충제’* * 향후 식품의약품안전처 예규인「의약품등 분류번호에 관한 규정」이 폐지되는 등의 사유가 발생하는 경우 약사법에 따른 의약품관리종합정보센터로 지정된 기관(건강보험심사평가원)에서 관리하는 「해부·치료·화학적 분류(ATC)」코드 등을 준용할 수 있으며, 분류기준 등이 변경되는 경우 치료시점의 분류기준에 따릅니다.
	희귀의약품	식품의약품안전처장이「희귀의약품 지정에 관한 규정」에 따라 지정하는 의약품* *「희귀의약품 지정에 관한 규정」에 따른 희귀의약품 지정 항목이 변경되는 경우 치료시점의 희귀의약품 지정 항목에 따릅니다.
자기공명영상진단		자기공명영상 장치를 이용하여 고주파 등을 통한 신호의 차이를 영상화하여 조직의 구조를 분석하는 검사(MRI/MRA) * 자기공명영상진단 결과를 다른 의료기관에서 판독하는 경우 포함 (보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」상의 MRI/MRA 범주에 따름)
산정특례 대상 질환		「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시)」제4조부터 제5조의3까지에 따른 산정특례 대상인 질환^㉞(암, 뇌혈관질환, 심장질환, 희귀질환, 중증난치질환, 중증화상, 중증외상, 결핵, 잠복결핵 등) 주)「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」제4조부터 제5조의3이 관련 법규 개정 등으로 삭제될 경우 삭제 전 가장 최근 고시된 내용을 기준으로 하며, 삭제 이후 보건복지부, 건강보험심사평가원 또는 국민건강보험공단 등에서 희귀질환, 중증난치 질환 등을 법규 등에서 별도 정의하는 경우 해당 정의에 따를 수 있습니다.
암질환·뇌혈관질환·심장질환·중증화상·중증외상		「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제4조([별표3]중증질환자 산정특례 대상)에 따른 질환
희귀질환		「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제5조([별표4]희귀질환자 산정특례 대상)에 따른 질환
중증난치질환		「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제5조([별표4의2]중증난치질환자 산정특례 대상)에 따른 질환
결핵·잠복결핵		「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제5조의2([별표5]시행령 별표2 제3호 가목 3)에 따른 결핵질환의 적용 범위)에 따른 질환
산정특례 대상 질환으로 인한 치료		산정특례 대상 질환에 대한 치료 및 해당 질환과 의학적으로 인과관계가 분명하다고 인정되는 합병증에 대한 치료(다만 산정특례 대상 질환의 치료가 종료된 상태에서 합병증만을 치료중인 경우는 제외합니다.) <산정특례 대상 질환 치료에 미해당하는 치료의 예시> -항암수술 후에 암 조직이 없는 상태에서 재발방지 목적으로 이루어지는 호르몬 치료 등(단, 항암목적의 호르몬치료 및 방사능치

	료는 산정특례 대상 질환 치료에 해당) -혈액암 환자 중 조혈모세포이식 후 완전관해지만 면역억제제를 복용하고 있는 경우, 간암으로 간이식술 후 재발 없이 외래에서 추적관찰하면서 면역억제제를 복용하고 있는 경우 -암, 뇌혈관질환, 심장질환, 희귀질환, 중증난치질환, 중증화상, 중증외상, 결핵, 잠복결핵 등 치료가 완료된 상태에서 신체 기능 회복 및 개선 목적으로 이루어지는 근골격계 이학요법치료 등
입원의료비	입원실료, 입원제비용, 입원수술비, 비급여 병실료
보장대상의료비	실제 부담액 - 보장제외금액* * 제3관 회사가 보장하지 않는 사항에 따른 금액 및 비급여 병실료 중 회사가 보장하지 않는 금액
상급병실료 차액	상급병상을 이용함에 따라 요양급여 대상인 입원료 외에 추가로 부담하는 입원실 이용 비용

② 제1항에서 정하지 않은 용어의 뜻은 기본형 급여 실손의료비보장 특별약관 제2조(용어의 정의)를 준용합니다.

제3조(보장종목별 보상내용)

회사가 이 계약의 보험기간 중 보상하거나 공제하는 내용은 보장종목별로 다음과 같습니다.

보장 종목	보상하는 사항						
(1) 상해 비급여	① 회사는 피보험자가 상해로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원(외래 및 처방조제)하여 산정특례 대상 질환 외 치료를 받은 경우에는 비급여의료비(비급여 자기공명영상진단은 제외합니다)를 제 5 조(보험가입금액의 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 다음과 같이 보상합니다. 다만, 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비 기준으로 계산하며, 감면받은 의료비가 본인 또는 가족(「피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자」이하 “배우자”라 합니다), 직계혈족 및 형제자매(민법 제 768 조))의 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비로 비급여 의료비를 계산합니다. <table border="1"> <thead> <tr> <th>구분</th><th>보상금액</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>입원 (입원실료, 입원제비용, 입원수술비)</td><td>‘비급여 의료비(비급여병실료는 제외합니다)’(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 50%에 해당하는 금액. 다만, 「의료법」 제 3 조제 2 항에 의한 의료기관(동법 제 3 조의 3 에 의한 종합병원은 제외)에서 발생한 비급여 의료비는 1 회당 300 만원을 한도로 합니다.</td></tr> <tr> <td>상급병실료 차액</td><td>비급여 병실료의 50%. 다만, 1 일 평균금액 10 만원을 한도로 하며, 1 일 평균금액은 입원기간 동안 비급여 병실료 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.</td></tr> </tbody> </table>	구분	보상금액	입원 (입원실료, 입원제비용, 입원수술비)	‘비급여 의료비(비급여병실료는 제외합니다)’(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 50%에 해당하는 금액. 다만, 「의료법」 제 3 조제 2 항에 의한 의료기관(동법 제 3 조의 3 에 의한 종합병원은 제외)에서 발생한 비급여 의료비는 1 회당 300 만원을 한도로 합니다.	상급병실료 차액	비급여 병실료의 50%. 다만, 1 일 평균금액 10 만원을 한도로 하며, 1 일 평균금액은 입원기간 동안 비급여 병실료 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.
구분	보상금액						
입원 (입원실료, 입원제비용, 입원수술비)	‘비급여 의료비(비급여병실료는 제외합니다)’(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 50%에 해당하는 금액. 다만, 「의료법」 제 3 조제 2 항에 의한 의료기관(동법 제 3 조의 3 에 의한 종합병원은 제외)에서 발생한 비급여 의료비는 1 회당 300 만원을 한도로 합니다.						
상급병실료 차액	비급여 병실료의 50%. 다만, 1 일 평균금액 10 만원을 한도로 하며, 1 일 평균금액은 입원기간 동안 비급여 병실료 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.						

통원 (외래제비용, 외래수술비, 처방조제비)	통원 1 일당(외래 및 처방·조제비 합산) '비급여 의료비(비급여병실료는 제외합니다)'(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표 1>의 '통원항목별 공제금액'을 뺀 금액(매년 계약해당일부터 1 년간 통원 100 일을 한도로 합니다.)	
	<표 1> 통원항목별 공제금액	
	항목	공제금액
	「국민건강보험법」 제 42 조제 1 항에 따른 의료기관(제 1 호), 보건소·보건의료원·보건지소(제 4 호), 보건진료소(제 5 호)에서의 외래 및 약국(제 2 호), 한국희귀·필수의약품센터(제 3 호)에서의 처방·조제	5 만원과 보장대상 의료비의 50% 중 큰 금액

② 제 1 항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연히 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상이 포함됩니다. 다만, 유독가스 또는 유독물질을 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상과 세균성 음식물 중독증상은 포함되지 않습니다.

③ 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음날부터 180 일까지 보상합니다.

④ 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 통원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음날부터 180 일 이내의 통원을 보상하며 최대 90 일 한도 내에서 보상합니다.

<입원 및 통원 보상기간 예시>

보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	추가보상 (180일)
↑ 계약일 보상종료일 (2027. 1. 1.)	↑ 계약해당일 (2028. 1. 1.)	↑ 계약해당일 (2029. 1. 1.)	↑ 계약종료일 (2029. 12. 31.)
			(2030. 6. 29.)

⑤ 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제 3 항과 제 4 항을 적용하지 않습니다.

⑥ 피보험자가 「국민건강보험법」 제 5 조, 제 53 조, 제 54 조에 따라 요양급여 또는 「의료급여법」 제 4 조, 제 15 조, 제 17 조에 따라 의료급여를 적용받지 못하는 경우에는 다음과 같이 보상합니다.

1. 의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액(통원의 경우 본인이 실제로 부담한 금액에서 같은 조 제 1 항 <표 1>의 '공제금액'을 뺀 금액)의 40%를 제 5 조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다.
2. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 제 1 호를 적용하지 아니하고 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비에 대해서만 제 1 항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제 5 조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 감면받은 의료비가 본인 또는 가족(「피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자」(이하 "배우자"라 합니다), 직계혈족 및 형제자매(민법 제 768 조))의 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에

	따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비에 대해서 제 1 항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제 5 조에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. ⑦ 회사는 피보험자가 상해로 인하여 의료기관에서 본인의 장기등(「장기등 이식에 관한 법률」 제 4 조에 의한 “장기등”을 의미합니다)의 기능회복을 위하여 「장기등 이식에 관한 법률」 제 42 조 및 관련 고시에 따라 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 제 1 항부터 제 6 항에 따라 보상합니다.														
(2) 질병 비급여	① 회사는 피보험자가 질병으로 의료기관에 입원 또는 통원(외래 및 처방조제)하여 산정특례 대상 질환 외 치료를 받은 경우에는 비급여의료비(비급여 자기공명영상진단은 제외합니다)를 제 5 조(보험가입금액의 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 다음과 같이 보상합니다. 다만, 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비 기준으로 계산하며, 감면받은 의료비가 본인 또는 가족(「피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자」(이하 “배우자”라 합니다), 직계혈족 및 형제자매(민법 제 768 조)의 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비로 비급여 의료비를 계산합니다. <table border="1"> <thead> <tr> <th>구분</th><th>보상금액</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>입원 (입원실료, 입원제비용, 입원수술비)</td><td>‘비급여 의료비(비급여병실료는 제외합니다)’(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 50%에 해당하는 금액. 다만, 「의료법」 제 3 조제 2 항에 의한 의료기관(동법 제 3 조의 3 에 의한 종합병원은 제외)에서 발생한 비급여 의료비는 1 회당 300 만원을 한도로 합니다.</td></tr> <tr> <td>상급병실료 차액</td><td>비급여 병실료의 50%. 다만, 1 일 평균금액 10 만원을 한도로 하며, 1 일 평균금액은 입원기간 동안 비급여 병실료 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.</td></tr> <tr> <td>통원 (외래제비용, 외래수술비, 처방조제비)</td><td> 통원 1 일당(외래 및 처방·조제비 합산) ‘비급여 의료비(비급여병실료는 제외합니다)’(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표 1>의 ‘항목별 공제금액’을 뺀 금액(매년 계약해당일부터 1 년간 통원 100 일을 한도로 합니다.) <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2"><표 1> 통원항목별 공제금액</th></tr> <tr> <th>항목</th><th>공제금액</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>「국민건강보험법」 제 42 조제 1 항에 따른 의료기관(제 1 호), 보건소·보건의료원·보건지소(제 4 호), 보건진료소(제 5 호)에서의 외래 및 약국(제 2 호), 한국희귀·필수의약품센터(제 3 호)에서의 처방·조제</td><td>5 만원과 보장대상 의료비의 50% 중 큰 금액</td></tr> </tbody> </table> </td></tr> </tbody> </table> ② 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음날부터 180 일까지 보상합니다. ③ 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 통원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음날부터 180 일 이내의 통원을 보상하며 최대 90 일 한도 내에서 보상합니다. <입원 및 통원 보상기간 예시>	구분	보상금액	입원 (입원실료, 입원제비용, 입원수술비)	‘비급여 의료비(비급여병실료는 제외합니다)’(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 50%에 해당하는 금액. 다만, 「의료법」 제 3 조제 2 항에 의한 의료기관(동법 제 3 조의 3 에 의한 종합병원은 제외)에서 발생한 비급여 의료비는 1 회당 300 만원을 한도로 합니다.	상급병실료 차액	비급여 병실료의 50%. 다만, 1 일 평균금액 10 만원을 한도로 하며, 1 일 평균금액은 입원기간 동안 비급여 병실료 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.	통원 (외래제비용, 외래수술비, 처방조제비)	통원 1 일당(외래 및 처방·조제비 합산) ‘비급여 의료비(비급여병실료는 제외합니다)’(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표 1>의 ‘항목별 공제금액’을 뺀 금액(매년 계약해당일부터 1 년간 통원 100 일을 한도로 합니다.) <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2"><표 1> 통원항목별 공제금액</th></tr> <tr> <th>항목</th><th>공제금액</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>「국민건강보험법」 제 42 조제 1 항에 따른 의료기관(제 1 호), 보건소·보건의료원·보건지소(제 4 호), 보건진료소(제 5 호)에서의 외래 및 약국(제 2 호), 한국희귀·필수의약품센터(제 3 호)에서의 처방·조제</td><td>5 만원과 보장대상 의료비의 50% 중 큰 금액</td></tr> </tbody> </table>	<표 1> 통원항목별 공제금액		항목	공제금액	「국민건강보험법」 제 42 조제 1 항에 따른 의료기관(제 1 호), 보건소·보건의료원·보건지소(제 4 호), 보건진료소(제 5 호)에서의 외래 및 약국(제 2 호), 한국희귀·필수의약품센터(제 3 호)에서의 처방·조제	5 만원과 보장대상 의료비의 50% 중 큰 금액
구분	보상금액														
입원 (입원실료, 입원제비용, 입원수술비)	‘비급여 의료비(비급여병실료는 제외합니다)’(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 50%에 해당하는 금액. 다만, 「의료법」 제 3 조제 2 항에 의한 의료기관(동법 제 3 조의 3 에 의한 종합병원은 제외)에서 발생한 비급여 의료비는 1 회당 300 만원을 한도로 합니다.														
상급병실료 차액	비급여 병실료의 50%. 다만, 1 일 평균금액 10 만원을 한도로 하며, 1 일 평균금액은 입원기간 동안 비급여 병실료 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.														
통원 (외래제비용, 외래수술비, 처방조제비)	통원 1 일당(외래 및 처방·조제비 합산) ‘비급여 의료비(비급여병실료는 제외합니다)’(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표 1>의 ‘항목별 공제금액’을 뺀 금액(매년 계약해당일부터 1 년간 통원 100 일을 한도로 합니다.) <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2"><표 1> 통원항목별 공제금액</th></tr> <tr> <th>항목</th><th>공제금액</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>「국민건강보험법」 제 42 조제 1 항에 따른 의료기관(제 1 호), 보건소·보건의료원·보건지소(제 4 호), 보건진료소(제 5 호)에서의 외래 및 약국(제 2 호), 한국희귀·필수의약품센터(제 3 호)에서의 처방·조제</td><td>5 만원과 보장대상 의료비의 50% 중 큰 금액</td></tr> </tbody> </table>	<표 1> 통원항목별 공제금액		항목	공제금액	「국민건강보험법」 제 42 조제 1 항에 따른 의료기관(제 1 호), 보건소·보건의료원·보건지소(제 4 호), 보건진료소(제 5 호)에서의 외래 및 약국(제 2 호), 한국희귀·필수의약품센터(제 3 호)에서의 처방·조제	5 만원과 보장대상 의료비의 50% 중 큰 금액								
<표 1> 통원항목별 공제금액															
항목	공제금액														
「국민건강보험법」 제 42 조제 1 항에 따른 의료기관(제 1 호), 보건소·보건의료원·보건지소(제 4 호), 보건진료소(제 5 호)에서의 외래 및 약국(제 2 호), 한국희귀·필수의약품센터(제 3 호)에서의 처방·조제	5 만원과 보장대상 의료비의 50% 중 큰 금액														

	<table><tr><td>보상대상기간 (1년)</td><td>보상대상기간 (1년)</td><td>보상대상기간 (1년)</td><td>추가보상 (180일)</td></tr><tr><td>↑</td><td>↑</td><td>↑</td><td>↑</td></tr><tr><td>계약일 보상종료일</td><td>계약해당일</td><td>계약해당일</td><td>계약종료일</td></tr></table>	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	추가보상 (180일)	↑	↑	↑	↑	계약일 보상종료일	계약해당일	계약해당일	계약종료일	
보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	추가보상 (180일)											
↑	↑	↑	↑											
계약일 보상종료일	계약해당일	계약해당일	계약종료일											
④	(2027. 1. 1.)	(2028. 1. 1.)	(2029. 1. 1.)	(2029.12.31)	(2030. 6. 29)	중전								
계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 중전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제 2 항과 제 3 항을 적용하지 않습니다.														
⑤ 피보험자가 「국민건강보험법」 제 5 조, 제 53 조, 제 54 조에 따라 요양급여 또는 「의료급여법」 제 4 조, 제 15 조, 제 17 조에 따라 의료급여를 적용받지 못하는 경우에는 다음과 같이 보상합니다.														
1. 의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액(통원의 경우 본인이 실제로 부담한 금액에서 같은 조 제 1 항 <표 1>의 ‘공제금액’을 뺀 금액)의 40%를 제 5 조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다.														
2. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 제 1 호를 적용하지 아니하고 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비에 대해서만 제 1 항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제 5 조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 감면받은 의료비가 본인 또는 가족(「피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자」(이하 “배우자”라 합니다), 직계혈족 및 형제자매(민법 제 768 조))의 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비에 대해서 제 1 항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제 5 조에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다.														
⑥ 회사는 피보험자가 질병으로 인하여 의료기관에서 본인의 장기등(「장기등 이식에 관한 법률」 제 4 조에 의한 “장기등”을 의미합니다)의 기능회복을 위하여 「장기등 이식에 관한 법률」 제 42 조 및 관련 고시에 따라 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 제 1 항부터 제 5 항에 따라 보상합니다.														
(3) 비급여 자기공명 영상진단	① 회사는 이 특별약관의 보험기간 중 산정특례 대상 질환 외 상해 또는 질병의 치료목적으로 의료기관에 입원 또는 통원하여 자가공명영상진단을 받아 본인이 실제로 부담한 비급여의료비(조영제, 판독료 포함)에서 공제금액을 뺀 금액을 아래의 보장한도 범위 내에서 각각 보상합니다. 다만, 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비 기준으로 계산하며, 감면받은 의료비가 본인 또는 가족(「피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자」(이하 “배우자”라 합니다), 직계혈족 및 형제자매(민법 제 768 조))의 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비로 비급여 의료비를 계산합니다.													
	<표 1> 공제금액 및 보장한도													
	<table><tr><td colspan="2">구 분</td><td>공제금액</td><td>보장한도</td></tr><tr><td>비급여 자기공명 영상진단</td><td>자기공명영상진단을 받아 본인이 실제로 부담한 비급여의료비(조영제, 판독료 포함)</td><td>1 회당 5 만원과 보장대상의료비의 50%중 큰 금액</td><td>계약일 또는 매년 계약해당일로부터 1 년 단위로 각 상해·질병 치료행위를 합산하여 200 만원 이내에서 보상</td></tr></table>						구 분		공제금액	보장한도	비급여 자기공명 영상진단	자기공명영상진단을 받아 본인이 실제로 부담한 비급여의료비(조영제, 판독료 포함)	1 회당 5 만원과 보장대상의료비의 50%중 큰 금액	계약일 또는 매년 계약해당일로부터 1 년 단위로 각 상해·질병 치료행위를 합산하여 200 만원 이내에서 보상
	구 분		공제금액	보장한도										
	비급여 자기공명 영상진단	자기공명영상진단을 받아 본인이 실제로 부담한 비급여의료비(조영제, 판독료 포함)	1 회당 5 만원과 보장대상의료비의 50%중 큰 금액	계약일 또는 매년 계약해당일로부터 1 년 단위로 각 상해·질병 치료행위를 합산하여 200 만원 이내에서 보상										
<자기공명영상진단 보상기간 예시>														
(i) 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 1 년내 200 만원을 모두 보소한 경우														

	(예: 200만원 보상)	보상제외 (151일)	보장한도 복원																					
↑	↑	↑	↑																					
계약일 (2027. 4. 1.)	보장한도 종료일 (2027.10.31.)	계약해당일 보상재개 (2028. 4. 1.)																						
2027.11.1부터 보상제외																								
② 제 1 항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연히 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상이 포함됩니다. 다만, 유독가스 또는 유독물질을 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상과 세균성 음식물 중독증상은 포함되지 않습니다. ③ 의료기관을 1 회 통원(또는 1 회 입원)하여 2 개 이상 부위에 걸쳐 이 특별약관에서 정한 자기공명영상진단을 받거나 동일한 부위에 대해 2 회 이상 이 특별약관에서 정한 자기공명영상진단을 받은 경우 각 진단행위를 1 회로 보아 각각 1 회당 공제금액 및 보장한도를 적용합니다. ④ 제 3 항에서 1 회 입원이라 함은 퇴원없이 계속 중인 입원(동일한 상해 또는 질병 치료목적으로 퇴원 당일 다른 의료기관으로 옮겨 입원하는 경우 포함)을 말합니다. 동일한 상해 또는 질병으로 인한 입원이라고 하더라도 퇴원 후 재입원하는 경우에는 퇴원 전후 입원기간을 각각 1 회 입원으로 봅니다. ⑤ 제 1 항에서 보상하는 비급여의료비와 다른 의료비가 함께 청구되고 각 항목별 의료비가 구분되지 않는 경우 회사는 보험금 지급금액 결정을 위해 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 제 1 항에서 보상하는 의료비의 확인을 요청할 수 있습니다. ⑥ 피보험자가 입원 또는 통원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 치료에 대하여는 보험계약 종료일 다음 날부터 180 일까지(보험계약 종료일은 제외합니다) 보상합니다. 이 경우 보장한도는 연간 보장한도(금액)에서 직전 보험계약 종료일까지 지급한 금액을 차감한 잔여 금액을 한도로 적용합니다. 다만, 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제 1 항을 적용합니다.																								
<보상기간 예시> <table><tr><td>보상대상기간 (1년)</td><td>보상대상기간 (1년)</td><td>보상대상기간 (1년)</td><td>추가보상 (180일)</td><td></td></tr><tr><td>↑</td><td>↑</td><td>↑</td><td>↑</td><td>↑</td></tr><tr><td>계약일 보상종료일</td><td>계약해당일</td><td>계약해당일</td><td>계약해당일</td><td>계약종료일</td></tr><tr><td>(2027. 1. 1.)</td><td>(2028. 1. 1.)</td><td>(2029. 1. 1.)</td><td>(2029. 12. 31.)</td><td>(2030. 6. 29.)</td></tr></table>					보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	추가보상 (180일)		↑	↑	↑	↑	↑	계약일 보상종료일	계약해당일	계약해당일	계약해당일	계약종료일	(2027. 1. 1.)	(2028. 1. 1.)	(2029. 1. 1.)	(2029. 12. 31.)	(2030. 6. 29.)
보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	추가보상 (180일)																					
↑	↑	↑	↑	↑																				
계약일 보상종료일	계약해당일	계약해당일	계약해당일	계약종료일																				
(2027. 1. 1.)	(2028. 1. 1.)	(2029. 1. 1.)	(2029. 12. 31.)	(2030. 6. 29.)																				
⑦ 피보험자가 「국민건강보험법」 제 5 조, 제 53 조, 제 54 조에 따라 요양급여 또는 「의료급여법」 제 4 조, 제 15 조, 제 17 조에 따라 의료급여를 적용받지 못하는 경우에는 다음과 같이 보상합니다. 1. 의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액(통원의 경우 본인이 실제로 부담한 금액에서 같은 조 제 1 항 <표 1>의 ‘공제금액’을 뺀 금액)의 40%를 제 5 조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 2. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 제 1 호를 적용하지 아니하고 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비에 대해서만 제 1 항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제 5 조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 감면받은 의료비가 본인 또는 가족(「피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자」(이하 “배우자”라 합니다), 직계혈족 및 형제자매(민법 제 768 조))의 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에																								

	따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비에 대해서 제 1 항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제 5 조에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. ⑧ 회사는 피보험자가 상해 또는 질병으로 인하여 의료기관에서 본인의 장기등(「장기등 이식에 관한 법률」 제 4 조에 의한 “장기등”을 의미합니다)의 기능회복을 위하여 「장기등 이식에 관한 법률」 제 42 조 및 관련 고시에 따라 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 제 1 항부터 제 7 항에 따라 보상합니다.
--	--

제4조(보상하지 않는 사항)

회사가 보상하지 않는 사항은 보장종목별로 다음과 같습니다.

보장 종목	보상하지 않는 사항
(1) 상해 비급여	① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 비급여 의료비는 보상하지 않습니다. 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다. 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다. 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우 4. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원 또는 통원한 경우. 다만, 회사가 보상하는 상해로 인하여 입원 또는 통원한 경우에는 보상합니다. 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인한 경우 6. 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자 본인이 자의적으로 입원하여 발생한 입원의료비 7. 피보험자가 정당한 이유없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 통원의료비 ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동 목적으로 한 다음의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 생긴 상해에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전 훈련이 필요한 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩 2. 모터보트·자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 행사(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 보상합니다) 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안 ③ 회사는 다음의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 치과치료(K00 ~ K08, 다만 안면부 골절로 발생한 의료비는 치아관련 치료를 제외하고 보상합니다)·한방치료(다만, 「의료법」 제 2 조에 따른 한의사를 제외한 ‘의사’의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 보상합니다) 2. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용. 다만 약관상 보상하는 상해를 치료함에 있어 아래 각목에 해당하는 경우는 치료 목적으로 보아 보상합니다. (다만, 항암제, 항생제, 희귀의약품을 제외한 주사치료시 사용된 행위, 약제 및 치료재료와 관련하여 소요된 비용은 보상하지 않습니다). 가. 약사법령에 의하여 약제별 허가사항 또는 신고된 사항(효능/효과 및 용법/용량 등)대로 사용된 경우

	나. 요양급여 약제가 관련 법령 또는 고시 등에서 정한 별도의 적용기준대로 비급여 약제로 사용된 경우 다. 요양급여 약제가 관련 법령에 따라 별도의 비급여사용승인 절차를 거쳐 그 승인 내용대로 사용된 경우 라. 상기 가목 부터 다목의 약제가 두 가지 이상 함께 사용된 경우(함께 사용된 약제중 어느 하나라도 상기 가목 부터 다목에 해당하지 않는 경우 제외) 3. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용 4. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료 재료의 구입 및 대체 비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 보상합니다. 5. 진료와 무관한 각종 비용(TV 시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비 6. 자동차보험(공제를 포함합니다)에서 보상받는 치료관계비(과실상계 후 금액을 기준으로 합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비(자동차보험 진료수가에 관한 기준 및 산재보험 요양급여 산정기준에 따라 발생한 실제 본인 부담의료비)는 제 3 조(보장종목별 보상내용) (1)상해비급여 제 1 항부터 제 7 항에 따라 보상합니다. 7. 「국민건강보험법」 제 42 조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비 8. 「응급의료에 관한 법률」 및 동법 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 동법 제 26 조에 따른 권역응급의료센터 또는 「의료법」제 3 조의 4 에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료 9. 「신의료기술평가에 관한 규칙」 제 3 조제 13 항제 1 호에 따라 안전성 및 유효성이 있는 신의료기술로서 보건복지부장관이 고시(「신의료기술의 안전성·유효성 평가결과 고시」)하였으나, 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제 11 조제 1 항 또는 제 13 조제 1 항에 따라 요양급여대상 또는 비급여대상으로 결정·고시되기 전까지의 행위·치료재료와 관련하여 소요된 비용 10. 「신의료기술평가에 관한 규칙」제 3 조제 13 항제 2 호에 따른 제한적 의료기술과 관련하여 소요된 비용 11. 「신의료기술평가에 관한 규칙」제 3 조제 13 항제 3 호에 따른 혁신의료기술과 관련하여 소요된 비용 12. 「신의료기술평가에 관한 규칙」제 2 조에 따른 평가 유예 신의료기술 및 즉시진입의료기술 등과 관련하여 소요된 비용 13. 「첨단재생의료 및 첨단바이오의약품 안전 및 지원에 관한 법률」제 2 조에 따른 첨단재생의료와 관련하여 소요된 비용 14. 「의료법」제 53 조에 따른 신의료기술이 관련 법령상 인정 받은 사용대상, 목적 및 시술방법에 맞지 않게 사용된 경우(단, 목적 및 시술방법의 변경이 경미하여 새로운 신의료기술평가의 대상에 해당하지 않는 경우는 제외) 15. 항암제, 항생제, 희귀의약품을 제외한 주사치료시 사용된 행위, 약제 및 치료재료와 관련하여 소요된 비용 16. 근골격계 이학요법 치료행위에 수반된 일체의 의료비(예 : 행위료, 치료재료대, 약제 및 주사비) 17. 체외충격파 치료행위에 수반된 일체의 의료비(예 : 행위료, 치료재료대, 약제 및 주사비) 18. 「신의료기술평가에 관한 규칙」 등에 의한 의료기술 재평가 실시 결과 “임상적 이득 대비 위험이 더 크거나 의학적 필요성, 임상적 요구도 및 활용도가 매우 낮다” 또는 “권고하지 않음”으로 평가되고 해당 평가 결과가 「보건의료기술 진흥법」 제 4 장 및 관련 조항에 따라 설립된 한국보건의료연구원 홈페이지 등을 통해 공개된 지 2 개월 이상 경과한 경우
--	---

(2) 질병 비급여	① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 비급여 의료비는 보상하지 않습니다. 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다. 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다. 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우 4. 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자 본인이 자의적으로 입원하여 발생한 입원의료비 5. 피보험자가 정당한 이유 없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 통원의료비 ② 회사는 '한국표준질병사인분류'에 따른 다음의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 정신 및 행동장애(F04~F99) 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98) 3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원또는 통원한 경우(O00~O99) 4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04) 5. 비만(E66) 6. 요실금(N39.3, N39.4, R32) 7. 직장 또는 항문 질환(K60~K62, K64) ③ 회사는 다음의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 치과치료(K00~K08) 및 한방치료(다만, 「의료법」 제 2 조에 따른 한의사를 제외한 '의사'의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 보상합니다) 2. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용. 다만 약관상 보상하는 질병을 치료함에 있어 아래 각목에 해당하는 경우는 치료 목적으로 보아 보상합니다. (다만, 항암제, 항생제, 희귀의약품을 제외한 주사치료시 사용된 행위, 약제 및 치료재료와 관련하여 소요된 비용은 보상하지 않습니다). 가. 약사법령에 의하여 약제별 허가사항 또는 신고된 사항(효능/효과 및 용법/용량 등)대로 사용된 경우 나. 요양급여 약제가 관련 법령 또는 고시 등에서 정한 별도의 적용기준대로 비급여 약제로 사용된 경우 다. 요양급여 약제가 관련 법령에 따라 별도의 비급여사용승인 절차를 거쳐 그 승인 내용대로 사용된 경우 라. 상기 가목 부터 다목의 약제가 두 가지 이상 함께 사용된 경우(함께 사용된 약제중 어느 하나라도 상기 가목 부터 다목에 해당하지 않는 경우 제외) 3. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용 4. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료 재료의 구입 및 대체 비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 보상합니다. 5. 진료와 무관한 각종 비용(TV 시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비 6. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비(산재보험 요양급여 산정기준에 따라 발생한 실제 본인 부담의료비)는 제 3 조(보장종목별 보상내용) (2)질병비급여 제 1 항부터 제 7 항에 따라 보상합니다. 7. 사람면역결핍바이러스(HIV) 감염으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV 감염은 해당 진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 보상합니다) 8. 「국민건강보험법」 제 42 조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비
---------------------------	---

	9. 「응급의료에 관한 법률」 및 동법 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 동법 제 26 조에 따른 권역응급의료센터 또는 「의료법」제 3 조의 4 에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료 10. 「신의료기술평가에 관한 규칙」 제 3 조제 13 항제 1 호에 따라 안전성 및 유효성이 있는 신의료기술로서 보건복지부장관이 고시(「신의료기술의 안전성·유효성 평가결과 고시」)하였으나, 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제 11 조제 1 항 또는 제 13 조제 1 항에 따라 요양급여대상 또는 비급여대상으로 결정·고시되기 전까지의 행위·치료재료와 관련하여 소요된 비용 11. 「신의료기술평가에 관한 규칙」제 3 조제 13 항제 2 호에 따른 제한적 의료기술과 관련하여 소요된 비용 12. 「신의료기술평가에 관한 규칙」제 3 조제 13 항제 3 호에 따른 혁신의료기술과 관련하여 소요된 비용 13. 「신의료기술평가에 관한 규칙」제 2 조에 따른 평가 유예 신의료기술 및 즉시진입의료기술 등의 신의료기술과 관련하여 소요된 비용 14. 「첨단재생의료 및 첨단바이오의약품 안전 및 지원에 관한 법률」제 2 조에 따른 첨단재생의료와 관련하여 소요된 비용 15. 「의료법」제 53 조에 따른 신의료기술이 관련 법령상 인정 받은 사용대상, 목적 및 시술방법에 맞지 않게 사용된 경우(단, 목적 및 시술방법의 변경이 경미하여 새로운 신의료기술평가의 대상에 해당하지 않는 경우는 제외) 16. 항암제, 항생제, 희귀의약품을 제외한 주사치료시 사용된 행위, 약제 및 치료재료와 관련하여 소요된 비용 17. 근골격계 이학요법치료 치료행위에 수반된 일체의 의료비(행위로, 치료재료대, 약제 및 주사비 등) 18. 체외충격파 치료행위에 수반된 일체의 의료비(행위로, 치료재료대, 약제 및 주사비 등) 19. 「신의료기술평가에 관한 규칙」 등에 의한 의료기술 재평가 실시 결과 “임상적 이득 대비 위험이 더 크거나 의학적 필요성, 임상적 요구도 및 활용도가 매우 낮다” 또는 “권고하지 않음”으로 평가되고 해당 평가 결과가 「보건의료기술 진흥법」 제 4 장 및 관련 조항에 따라 설립된 한국보건의료연구원 홈페이지 등을 통해 공개된 지 2 개월 이상 경과한 경우
(3) 비급여 자기공명 영상진단	① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 비급여 의료비는 보상하지 않습니다. 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 제 3 조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다. 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 제 3 조(보장종목별 보상내용)에 따라 지급합니다. 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우 4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인한 경우 5. 피보험자가 정당한 이유없이 입원 또는 통원 기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 의료비 ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동 목적으로 한 다음의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 생긴 상해에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전 훈련이 필요한 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩 2. 모터보트·자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 행사(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 제 3 조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다)

	3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안 ③ 회사는 '한국표준질병사인분류'에 따른 다음의 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 정신 및 행동장애(F04~F99) 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98) 3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원 또는 통원한 경우(O00~O99). 다만, 회사가 보상하는 상해로 인하여 입원 또는 통원한 경우에는 제 3 조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다. 4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04) 5. 비만(E66) 6. 요실금(N39.3, N39.4, R32) 7. 직장 또는 항문 질환(K60~K62, K64) ④ 회사는 다음의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 치과치료(K00 ~ K08, 다만, 안면부 골절로 발생한 의료비는 치아관련 치료를 제외하고 보상합니다.) · 한방치료(다만, 「의료법」 제 2 조에 따른 한의사를 제외한 '의사'의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 제 3 조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다) 2. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용. 다만 약관상 보상하는 상해 또는 질병을 치료함에 있어 아래 각목에 해당하는 경우는 치료 목적으로 보아 보상합니다. (다만, 항암제, 항생제, 희귀의약품은 제외한 주사치료시 사용된 행위, 약제 및 치료재료와 관련하여 소요된 비용은 보상하지 않습니다) 가. 약사법령에 의하여 약제별 허가사항 또는 신고된 사항(효능/효과 및 용법/용량 등)대로 사용된 경우 나. 요양급여 약제가 관련 법령 또는 고시 등에서 정한 별도의 적용기준대로 비급여 약제로 사용된 경우 다. 요양급여 약제가 관련 법령에 따라 별도의 비급여사용승인 절차를 거쳐 그 승인 내용대로 사용된 경우 라. 상기 가목 부터 다목의 약제가 두 가지 이상 함께 사용된 경우(함께 사용된 약제중 어느 하나라도 상기 가목 부터 다목에 해당하지 않는 경우 제외) 3. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용 4. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료 재료의 구입 및 대체 비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 보상합니다. 5. 진료와 무관한 각종 비용(TV 시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비 6. 자동차보험(공제를 포함합니다)에서 보상받는 치료관계비(과실상계 후 금액을 기준으로 합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비(자동차보험 진료수가에 관한 기준 및 산재보험 요양급여 산정기준에 따라 발생한 실제 본인 부담의료비)는 제 3 조(보장종목별 보상내용) (3)3 대비급여 제 1 항부터 제 7 항에 따라 보상합니다. 7. 사람면역결핍바이러스(HIV) 감염으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV 감염은 해당 진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제 3 조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다) 8. 「국민건강보험법」 제 42 조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비 9. 「응급의료에 관한 법률」 및 동법 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 동법 제 26 조에 따른 권역응급의료센터 또는 「의료법」제 3 조의 4 에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료 10. 「신의료기술평가에 관한 규칙」 제 3 조제 13 항제 1 호에 따라 안전성 및 유효성이 있는 신의료기술로서 보건복지부장관이 고시('신의료기술의 안전성·유효성 평가결과 고시')하였으나,
--	--

	「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제 11 조제 1 항 또는 제 13 조제 1 항에 따라 요양급여대상 또는 비급여대상으로 결정·고시되기 전까지의 행위·치료재료와 관련하여 소요된 비용 11. 「신의료기술평가에 관한 규칙」제 3 조제 13 항제 2 호에 따른 제한적 의료기술과 관련하여 소요된 비용 12. 「신의료기술평가에 관한 규칙」제 3 조제 13 항제 3 호에 따른 혁신의료기술과 관련하여 소요된 비용 13. 「신의료기술평가에 관한 규칙」제 2 조에 따른 평가 유예 신의료기술 및 즉시진입의료기술 등과 관련하여 소요된 비용 14. 「첨단재생의료 및 첨단바이오의약품 안전 및 지원에 관한 법률」제 2 조에 따른 첨단재생의료와 관련하여 소요된 비용 15. 「의료법」제 53 조에 따른 신의료기술이 관련 법령상 인정 받은 사용대상, 목적 및 시술방법에 맞지 않게 사용된 경우(단, 목적 및 시술방법의 변경이 경미하여 새로운 신의료기술평가의 대상에 해당하지 않는 경우는 제외) 16. 항암제, 항생제, 희귀의약품을 제외한 주사치료시 사용된 행위, 약제 및 치료재료대와 관련하여 소요된 비용 17. 근골격계 이학요법치료 치료행위에 수반된 일체의 의료비(행위료, 치료재료대, 약제 및 주사비 등) 18. 체외충격파 치료행위에 수반된 일체의 의료비(행위료, 치료재료대, 약제 및 주사비 등) 19. 「신의료기술평가에 관한 규칙」 등에 의한 의료기술 재평가 실시 결과 “임상적 이득 대비 위험이 더 크거나 의학적 필요성, 임상적 요구도 및 활용도가 매우 낮다” 또는 “권고하지 않음”으로 평가되고 해당 평가 결과가 「보건의료기술 진흥법」 제 4 장 및 관련 조항에 따라 설립된 한국보건의료연구원 홈페이지 등을 통해 공개된 지 2 개월 이상 경과한 경우
(4) 공통 ^{주)}	회사는 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제 9 조 제 1 항([별표 2]비급여대상)에 따른 아래 각호의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 다음 각 목의 질환으로서 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우에 실시 또는 사용되는 치료로 인하여 발생한 비급여 의료비 가. 단순한 피로 또는 권태 나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환 다. 발기부전(impotence) · 불감증, 라. 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 마. 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 바. 검열반 등 안과질환, 사. 그 밖에 일상생활에 지장이 없는 경우로 국민건강보험 비급여 대상에 해당하는 치료 2. 다음 각 목의 진료로서 신체의 필수 기능 개선 목적이 아닌 경우에 실시 또는 사용되는 치료로 인하여 발생한 비급여 의료비 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 성형수술(윤비술), 유방 확대(다만, 유방암 환자의 환축 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살 제거술 등 미용목적의 성형수술과 그로 인한 후유증치료 나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술 다. 치과교정 라. 씹는 기능 및 발음 기능의 개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 턱얼굴(안면)교정술 마. 관절운동 제한이 없는 반흔구축성형술 등 외모개선 목적의 반흔제거술

	바. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다) 사. 질병 치료가 아닌 단순히 키 성장(성장촉진)을 목적으로 하는 진료 아. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술 자. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여 대상에 해당하는 치료 3. 다음 각 목의 예방진료로서 질병·부상의 진료를 직접목적으로 하지 아니하는 경우에 실시 또는 사용으로 인하여 발생한 비급여 의료비 가. 본인의 희망에 의한 건강검진(다만, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 추가 의료비용은 보상합니다) 나. 예방접종(파상풍 혈청주사 등 치료목적으로 사용하는 예방주사 제외) 다. 그 밖에 예방진료로서 국민건강보험 비급여 대상에 해당하는 치료 4. 그 밖에 다음 각 목의 진료로 인해 발생한 비급여 의료비 가. 친자확인을 위한 진단 나. 불임검사, 불임수술, 불임복원술 다. 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다) 라. 인공유산에 든 비용(다만, 회사가 보상하는 상해 또는 질병으로 임신상태를 유지하기 어려워 의사의 권고에 따라 불가피하게 시행한 경우는 제외) 마. 그 밖에 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제 11 조제 1 항 또는 제 13 조제 1 항에 따라 요양급여대상 또는 비급여대상으로 결정·고시되지 않았음에도 불구하고 「국민건강보험법」, 「의료법」, 「약사법」, 「첨단재생의료 및 첨단바이오의약품 안전 및 지원에 관한 법률」, 「장기등 이식에 관한 법률」, 「마약류 관리에 관한 법률」, 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」이 아닌 타 법령에 근거하여 「국민건강보험 요양급여 기준에 관한 규칙」 별표 2 에서 비급여대상으로 정하고 있는 치료와 관련하여 소요된 비용
--	--

주) (4)공통은 (1)상해비급여, (2)질병비급여, (3)비급여 자기공명영상진단에 대하여 공통적으로 적용됩니다.

제5조 (보험가입금액 한도 등)

① 이 계약의 연간 보험가입금액은 제3조(보장종목별 보상내용) (1)상해비급여에 대하여 입원과 통원의 보상금액을 합산하여 1천만원 이내에서, (2)질병비급여에 대하여 입원과 통원의 보상금액을 합산하여 1천만원 이내에서 회사가 정한 금액 중 계약자가 선택한 금액을 말하며, 제3조(보장종목별 보상내용)에 의한 비급여의료비를 이 금액 한도 내에서 보상합니다. 다만, (3)비급여 자기공명영상진단의 보험가입금액은 제3조 (3)비급여 제1항에서 정한 연간 보장한도로 합니다.

② 이 계약에서 '연간'이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 입원 또는 통원 치료시 해당일이 속한 연도의 보험가입금액 한도를 적용합니다.

③ 제3조(보장종목별 보상내용)에서 정한 통원의 경우 (1)상해비급여 또는 (2)질병비급여 각각에 대하여 통원 1회당 20만원 이내에서 회사가 정한 금액 중 계약자가 선택한 금액으로 하며, (3)비급여 자기공명영상진단의 경우 제3조 (3)비급여 자기공명영상진단 제1항에서 정한 보장한도로 합니다.

④ 제3조 (1)상해비급여 제3항 또는 제4항, (2)질병비급여 제2항 또는 제3항 및 (3)비급여 자기공명영상진단 제6항에 따른 계속중인 입원 또는 통원의 보장한도는 연간 보장한도(보험가입금액)에서 직전 보험기간 종료일까지 지급한 금액을 차감한 잔여 금액과 연간 보장한도(횟수)에서 직전 보험기간 종료일까지 보상한 횟수를 차감한 잔여 횟수를 한도로 적용합니다.

제6조(보험료의 계산)

① 보험기간이 종료되어 갱신되는 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한

제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상 또는 인하될 수 있습니다.

② 갱신계약의 보험료는 매년 보험업감독규정에서 정한 범위(나이의 증가로 인한 보험료 증감분은 제외) 내에서 인상 또는 인하될 수 있습니다. 다만, 회사가 금융위원회로부터 경영개선권고, 경영개선요구 또는 경영개선명령을 받은 경우는 예외로 합니다.

③ 이 조항에 따른 보험료 계산 방법은 보장내용 변경주기 및 관계법령 개정에 따라 변경될 수 있습니다.

갱신년도별 보험료 적용 예시						
▶ 최초 보험료, XX 세 남자, 월 14,000 원, 매년 보험료 25% 인상 가정시						
(단위 : 원)						
구분	XX 세	XX+1 세	XX+2 세	XX+3 세	XX+4 세	XX+5 세
나이증가분(A)		560	728	946	1,230	1,599
보험료 산출 기초율 (위험률 등) 증가분 (B=전년도 보험료의 최대 25% 가정)		3,640	4,732	6,152	7,997	10,396
기준보험료 (C=전년도 기준보험료 +A+B)	14,000	18,200	23,660	30,758	39,985	51,980

(상기 보험료계산 예시는 단순예시로, 실제로 납입해야하는 보험료와 상이할 수 있습니다.)

제 7 조(비급여 진료비용 공개제도 등의 안내)

회사는 계약자가 특별약관을 청약하였을 때 계약자의 알권리를 증진하고 합리적인 의료이용 선택에 도움이 될 수 있도록 「의료법」등 관계 법령에 따른 '비급여 진료비용 공개제도'와 '비급여 진료 전 사전설명제도'에 대해 설명하고 안내합니다.

[용어해설]

<비급여 진료비용 공개제도>

국민이 쉽게 이해하고 의료기관을 선택할 때 참고할 수 있도록 건강보험심사평가원이 매년 비급여 진료비용을 조사하여 최저, 최고금액 등 비급여 진료비용에 대한 정보를 비교, 공개하는 제도

<비급여 진료 전 사전설명제도>

진료에 필요한 비급여 항목 및 가격을 환자가 사전에 인지하고 선택할 수 있도록 의료기관이 비급여 진료 전에 비급여 제공항목과 가격을 미리 설명하도록 의무화하는 제도

제 8 조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제 9 조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 기본형 급여 실손의료비보장 특별약관을 따릅니다.

상해급여 통원의료비 보장제외 추가특별약관

제 1 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 기본형 실손의료비보장(급여 실손의료비) 특별약관(이하“특별약관”이라 합니다) 제 3 조(보장종목별 보상내용) 및 제 5 조(보험가입금액 한도 등)에 정한 규정에도 불구하고 상해급여 통원의료비를 이 추가특별약관에 따라 보상하여 드리지 않습니다.

제 2 조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 기본형 실손의료비보장(급여 실손의료비) 특별약관을 따릅니다.

질병급여 통원의료비 보장제외 추가특별약관

제 1 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 기본형 실손의료비보장(급여 실손의료비) 특별약관(이하“특별약관”이라 합니다) 제 3 조(보장종목별 보상내용) 및 제 5 조(보험가입금액 한도 등)에 정한 규정에도 불구하고 질병급여 통원의료비를 이 추가특별약관에 따라 보상하여 드리지 않습니다.

제 2 조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 기본형 실손의료비보장(급여 실손의료비) 특별약관을 따릅니다.

상해비급여 통원의료비 보장제외 추가특별약관

제 1 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 비급여 실손의료비보장 특별약관(이하“특별약관”이라 합니다) 제 3 조(보장종목별 보상내용) 및 제 5 조(보험가입금액 한도 등)에 정한 규정에도 불구하고 상해비급여 통원의료비를 이 추가특별약관에 따라 보상하여 드리지 않습니다.

제 2 조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 비급여 실손의료비보장 특별약관을 따릅니다.

질병비급여 통원의료비 보장제외 추가특별약관

제 1 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 비급여 실손의료비보장 특별약관(이하“특별약관”이라 합니다) 제 3 조(보장종목별 보상내용) 및 제 5 조(보험가입금액 한도 등)에 정한 규정에도 불구하고 질병비급여 통원의료비를 이 추가특별약관에 따라 보상하여 드리지 않습니다.

제 2 조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 비급여 실손의료비보장 특별약관을 따릅니다.

국민건강보험비가입자 추가특별약관

제1조(적용대상)

이 추가특별약관의 피보험자는 기본형 급여 실손의료비보장 특별약관, **중증비급여 실손의료비보장 특별약관** 및 **비중증비급여 실손의료비보장 특별약관**에 가입한 피보험자 중 국민건강보험법의 적용을 받지 않는 자로 합니다.

제2조(계약후 알릴의무)

- ① 보험기간중에 피보험자가 국민건강보험법에 정한 자격을 취득하였을 때 계약자는 서면으로 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.
- ② 피보험자가 국민건강보험법에 정한 자격을 취득한 경우 그 사실이 발생한 날로부터 이 추가특별약관은 해지되며 회사는 경과하지 않은 기간에 대하여 일단위로 계산한 정해진 보험료를 환급하여 드립니다.

제3조(보장내용)

기본형 급여 실손의료비보장 특별약관, **중증비급여 실손의료비보장 특별약관** 및 **비중증비급여 실손의료비보장 특별약관**의 제3조(보장종목별 보상내용) 및 제4조(보상하지 않는 사항)에도 불구하고 이 추가특별약관의 피보험자에 대해서는 국민건강보험 가입자와 동일하게 기본형 급여 실손의료비보장 특별약관, **중증비급여 실손의료비보장 특별약관** 및 **비중증비급여 실손의료비보장 특별약관**을 적용합니다. 다만, 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받지 못한 피보험자의 본인부담의료비는 이 추가특별약관에도 불구하고 기본형 급여 실손의료비보장 특별약관, **중증비급여 실손의료비보장 특별약관** 및 **비중증비급여 실손의료비보장 특별약관**의 제3조(보장종목별 보상내용) 및 제4조(보상하지 않는 사항)에 따라 보상하여 드립니다.

제4조(준용규정)

이 추가특별약관에서 정하지 않은 사항은 기본형 급여 실손의료비보장 특별약관, **중증비급여 실손의료비보장 특별약관** 및 **비중증비급여 실손의료비보장 특별약관**을 따릅니다.

실손의료비 상해확장보장 추가특별약관

제 1 조(보장내용)

- ① 회사는 기본형 급여 실손의료비보장 특별약관, **중증 비급여 실손의료비보장 특별약관** 및 **비중증 비급여 실손의료비보장 특별약관**에서 정한 상해(보험기간 중 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고)에도 불구하고 이 계약이 갱신된 계약인 경우에는 피보험자가 보험기간 이전에 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고(이하 「사고」라고 합니다)로 인하여 보험기간 중 병원에 입원을 개시하여 치료를 받은 경우 또는 보험기간 중 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에도 기본형 급여 실손의료비보장 특별약관 제 3 조(보장종목별 보상내용)의 (1)상해급여, **중증 비급여 실손의료비보장 특별약관 제 3 조(보장종목별 보상내용)의 (1)상해비급여**, (3)3 대비급여, **비중증 비급여 실손의료비보장 특별약관 제 3 조(보장종목별 보상내용)의 (1)상해비급여 또는 (3)비급여 자기공명영상진단**에서 정한 바에 따라 보상하여 드립니다.
- ② 제 1 항에도 불구하고 상해실손의료비를 보상하는 다른 단체상해보험계약 중 피보험자가 속한 최초계약에서 피보험자의 보장이 개시되기 이전에 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고는 보상하지 않습니다.
- ③ 제 1 항에서 갱신된 계약이라 함은 상해실손의료비를 보상하는 다른 단체상해보험계약의 보험기간 종료일 익일 이내에 이 계약의 기본형 실손의료비보장 특별약관, **중증 비급여 실손의료비보장 특별약관 또는 비중증 비급여 실손의료비보장 특별약관**의 보장이 개시되는 경우를 말합니다.

제 2 조(준용규정)

이 추가특별약관에서 정하지 않은 사항은 기본형 급여 실손의료비보장 특별약관 **중증 비급여 실손의료비보장 특별약관** 및 **비중증 비급여 실손의료비보장 특별약관**을 따릅니다.

실손의료비 질병확장보장 추가특별약관

제 1 조(보장내용)

회사는 피보험자가 청약서상 '계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 질병의 경우에도 기본형 급여 실손의료비보장 특별약관 제 3 조(보장종목별 보상내용)의 (2)질병급여, **중증 비급여 실손의료비보장 특별약관 제 3 조(보장종목별 보상내용)의 (2)질병비급여, (3)3 대비급여, 비중증 비급여 실손의료비보장 특별약관 제 3 조(보장종목별 보상내용)의 (2)질병비급여 또는 (3) 비중증 자기공명영상진단**에서 정한 바에 따라 보상하여 드립니다.

제 2 조(준용규정)

이 추가특별약관에서 정하지 않은 사항은 기본형 급여 실손의료비보장 특별약관 **중증 비급여 실손의료비보장 특별약관** 및 **비중증 비급여 실손의료비보장 특별약관**을 따릅니다.

해외치료입원의료비보장 특별약관

제 1 조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 피보험자가 국내에서 입은 상해 또는 국내에서 발생한 질병으로 인하여 해외의료기관에 입원하여 의사(치료받는 국가의 법에서 정한 병원 및 의사의 면허를 가진 자에 한함)의 치료를 받은 경우에는 하나의 상해 또는 하나의 질병당 입원의료비 중 본인이 실제로 부담한 금액의 ()% 해당액을 보험가입금액을 한도로 보상하여 드립니다.
- ② 제 1 항에도 불구하고 척추지압술(Chiropractic, 추나요법 등)이나 침술(부항, 뜸 포함) 치료로 인한 의료비는 치료받는 국가의 법에서 정한 병원 및 의사의 면허를 가진 자에 의하여 치료를 받은 경우에도 한하며, 하나의 상해 또는 하나의 질병에 대하여 본인이 실제로 부담한 금액의 ()% 해당액을 US \$1000.00 한도로 보상하여 드립니다.
- ③ 제 1 항의 상해란 보험기간 중 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로서 이를 증명하는 공적문서(경찰기록 등) 및 본 특별약관의 보험금 청구 대상 입원치료일 이전에 국내에서 동일한 상해의 치료를 목적으로 최초 내원한 의료기록이 있는 경우에 한하여 보상하여 드립니다.
- ④ 제 1 항의 질병이란 보험기간 중 본 특별약관의 보험금 청구 대상 입원치료일 이전에 국내에서 동일한 질병(해외입의료기관에서 확정 진단되기전 동일 증세로 치료한 경우를 포함합니다.)으로 최초 내원한 의료기록이 있는 경우에 한하여 보상하여 드립니다.

제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제 1 조(보험금의 지급사유) 제 1 항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상을 포함합니다. 그러나 세균성 음식물 중독과 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 이에 포함되지 않습니다.
- ② 회사는 하나의 상해(동일 상해로 2 회 이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 상해로 봅니다), 동일한 질병 또는 하나의 질병(의학상 관련이 있다고 의사가 인정하는 질병은 동일한 질병으로 간주하며, 동일한 질병으로 2 회 이상 치료를 받는 경우에는 이를 하나의 질병으로 봅니다)으로 인한 입원의료비를 최초 입원일부터 365 일까지(최초 입원일을 포함합니다) 보상합니다. 다만, 최초 입원일부터 365 일을 넘어 입원할 경우에는 아래의 예시와 같이 90 일간의 보상제외기간이 지나야 새로운 상해 또는 질병으로 보아 다시 보상하여 드립니다.

<보상기간 예시>

보상대상기간 (365 일)	보상제외 (90 일)	보상대상기간 (365 일)
-------------------	----------------	-------------------

↑	↑	↑	↑	↑
계약일	최초입원일	(2014.2.28)	(2014.5.29)	(2015.5.29)
(2013.1.1)	(2013.3.1)	2014.3.1.부터	2014.5.30.부터	2015.5.30.부터
		보상제외	보상재개	보상제외

- ③ 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되더라도 그 계속 중인 입원에 대하여는 보험기간 종료일부터 180 일까지(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상하여 드립니다. 다만, 이 경우 제 2 항은 적용하지 않습니다.
- ④ 피보험자가 병원의 직원복리후생제도에 의하여 납부할 의료비를 감면받은 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 입원의료비를 계산합니다.
- ⑤ 동일한 질병이란 발생 원인이 동일한 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병을 포함합니다)을 말하며, 질병의 치료 중에 발생한 합병증 또는 새로이 발병된 질병의 치료가 병행되거나 의학상 관련이 없는 여러 종류의 질병을 갖고 있는 상태에서 입원한 때에는 동일한 질병으로 간주합니다.
- ⑥ 보험수익자와 회사가 제 1 조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제 3 자를 정하고 그 제 3 자의 의견에 따를 수 있습니다. 제 3 자는 의료법 제 3 조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 3 조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 입원의료비는 보상하여 드리지 않습니다.
1. 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 그 보험수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자에게 지급합니다.
 2. 계약자의 고의
 3. 피보험자의 고의. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상하여 드립니다.
 4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원한 경우. 그러나 회사가 보상하는 상해로 인한 경우에는 보상하여 드립니다.
 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
 6. 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않았을 때에 회사는 그로 인하여 악화된 부분에 대하여는 보상하여 드리지 않습니다.
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 생긴 상해에 대하여는 보상하여 드리지 않습니다.
1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 보상하여 드립니다)
 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승
- ③ 회사는 한국표준질병사인분류에 있어서 아래의 입원의료비에 대하여는 보상하여 드리지 않습니다.
1. 정신과질환 및 행동장애(F04~F99)
 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
 3. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원한 경우(O00~O99)
 4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04)
 5. 비만(E66)
 6. 비뇨기계 장애(N39, R32)
 7. 직장 또는 항문질환 중 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 부분(I84, K60~K62)
- ④ 회사는 아래의 입원의료비에 대하여는 보상하여 드리지 않습니다.
1. 질병의 경우 치과치료, 보존, 금관, 틀니, 의치 및 임플란트로 인한 의료비
 2. 건강검진, 예방접종, 인공유산. 다만, 회사가 보상하는 상해 또는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상하여 드립니다.

3. 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 상해 또는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상하여 드립니다.
4. 아래에 열거된 치료로 인하여 발생한 의료비
 - 가. 단순한 피로 또는 권태
 - 나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점(모반), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
 - 다. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음, 단순포경(phimosis), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제 9 조 제 1 항【별표 2】비급여대상에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환

【관련법규】

<국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항>

- ① 법 제41조제4항에 따라 요양급여의 대상에서 제외되는 사항(이하 "비급여대상"이라 한다)은 별표2와 같다.

【별표2】 비급여대상

1. 다음 각목의 질환으로서 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료
 - 가. 단순한 피로 또는 권태
 - 나. 주근깨·다모(多毛)·무모(無毛)·백모증(白毛症)·딸기코(주사비)·점(모반)·사마귀·여드름·노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
 - 다. 발기부전(impotence)·불감증 또는 생식기 선천성기형 등의 비뇨생식기 질환
 - 라. 단순 코골음
 - 마. 질병을 동반하지 아니한 단순포경(phimosis)
 - 바. 검열반 등 안과질환
 - 사. 기타 가목 내지 바목에 상당하는 질환으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질환

5. 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 경우는 제외합니다.
6. 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비
 - 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등
 - 나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - 다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술
 - 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
7. 진료와 무관한 제비용(TV 시청료, 전화료, 제증명료 등), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비
8. 인간면역결핍바이러스(HIV)감염으로 인한 치료비. 다만, 의료법에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV 감염은 해당진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제외합니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

특수운동중 상해실손의료비보장 추가특별약관

제 1 조(적용특칙 및 적용범위)

- ① 동 추가특별약관은 기본형 급여 실손의료비보장 특별약관 제1조(보장종목)의 상해급여, **중증비급여 실손의료비보장 특별약관 제1조(보장종목)의 상해비급여** 및 **비중증비급여 실손의료비보장 특별약관 제1조(보장종목)의 상해비급여**를 모두 가입한 계약에 한하여 적용합니다.

- ② 이 추가특별약관은 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 특수운동을 하는 피보험자에 대하여 적용합니다.

제 2 조(보험금의 지급사유)

회사는 기본형 급여 실손의료비보장 특별약관 제4조(보상하지 않는 사항), **중증비급여 실손의료비보장 특별약관 제4조(보상하지 않는 사항)** 및 **비중증비급여 실손의료비보장 특별약관 제4조(보상하지 않는 사항)**에도 불구하고 피보험자가 보험기간 중에 직업, 직무 또는 동호회 활동을 목적으로 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다.), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩 활동으로 인하여 상해를 입은 경우에는 기본형 급여 실손의료비보장 특별약관 제3조(보장종목별 보상내용)의 (1)상해급여, **중증비급여 실손의료비보장 특별약관 제3조(보장종목별 보상내용)의 (1)상해비급여** 및 **비중증비급여 실손의료비보장 특별약관 제3조(보장종목별 보상내용)의 (1)상해비급여**에서 정한 바에 따라 보상합니다.

제 3 조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 기본형 급여 실손의료비보장 특별약관, **중증비급여 실손의료비보장 특별약관** 및 **비중증비급여 실손의료비보장 특별약관**을 따릅니다.

특수운동중 상해실손의료비(3 대비급여)보장 추가특별약관

제 1 조(적용범위)

이 특별약관은 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 특수운동을 하는 피보험자에 대하여 적용합니다.

제 2 조(보험금의 지급사유)

회사는 **중증비급여 실손의료비보장 특별약관**의 제4조(보상하지 않는 사항) 및 **비중증비급여 실손의료비보장 특별약관 제4조(보상하지 않는 사항)**에도 불구하고 피보험자가 보험기간 중에 직업, 직무 또는 동호회 활동을 목적으로 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다.), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩 활동으로 인하여 상해를 입은 경우에는 피보험자가 가입한 **중증비급여 실손의료비보장 특별약관 제3조(보장종목별 보상내용)의 (3)3대비급여** 및 **비중증비급여 실손의료비보장 특별약관 제3조(보장종목별 보상내용)의 (3)비급여 자기공명영상진단**에서 정한 바에 따라 보상합니다.

제 3 조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 기본형 급여 실손의료비보장 특별약관, **중증비급여 실손의료비보장 특별약관** 및 **비중증비급여 실손의료비보장 특별약관**을 따릅니다.

특수운전중 상해실손의료비보장 추가특별약관

제 1 조(적용특칙 및 적용범위)

① 동 추가특별약관은 기본형 급여 실손의료비보장 특별약관 제1조(보장종목)의 상해급여, **중증비급여 실손의료비보장 특별약관 제1조(보장종목)의 상해비급여** 및 **비중증비급여 실손의료비보장 특별약관 제1조(보장종목)의 상해비급여**를 모두 가입한 계약에 한하여 적용합니다.

② 이 추가특별약관은 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 특수운전을 하는 피보험자에 대하여 적용합니다.

제 2 조(보험금의 지급사유)

회사는 기본형 급여 실손의료비보장 특별약관 제4조(보상하지 않는 사항), **중증비급여 실손의료비보장 특별약관 제4조(보상하지 않는 사항)**에도 불구하고 피보험자가 보험기간 중에 직업, 직무 또는 동호회 활동을 목적으로 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다.) 또는 시운전 행위로 인하여 상해를 입은 경우에는 기본형 급여 실손의료비보장 특별약관 제3조(보장종목별 보상내용)의 (1)상해급여, **중증비급여 실손의료비보장 특별약관 제3조(보장종목별 보상내용)의 (1)상해비급여** 및 **비중증비급여 실손의료비보장 특별약관 제3조(보장종목별 보상내용)의 (1)상해비급여**에서 정한 바에 따라 보상합니다.

제 3 조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 기본형 급여 실손의료비보장 특별약관, **중증비급여 실손의료비보장 특별약관** 및 **비중증비급여 실손의료비보장 특별약관**을 따릅니다.

특수운전중 상해실손의료비(3 대비급여)보장 추가특별약관

제 1 조(적용범위)

이 특별약관은 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 특수운전을 하는 피보험자에 대하여 적용합니다.

제 2 조(보험금의 지급사유)

회사는 **중증비급여 실손의료비보장 특별약관**의 제4조(보상하지 않는 사항) 및 **비중증비급여 실손의료비보장 특별약관 제4조(보상하지 않는 사항)**에도 불구하고 피보험자가 보험기간 중에 직업, 직무 또는 동호회 활동을 목적으로 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다.) 또는 시운전 행위로 인하여 상해를 입은 경우에는 피보험자가 가입한 **중증비급여 실손의료비보장 특별약관 제3조(보장종목별 보상내용)의 (3)3대비급여** 및 **비중증비급여 실손의료비보장 특별약관 제3조(보장종목별 보상내용)의 (3)비급여 자기공명영상진단**에서 정한 바에 따라 보상합니다.

제 3 조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 기본형 급여 실손의료비보장 특별약관, **중증비급여 실손의료비보장 특별약관** 및 **비중증비급여 실손의료비보장 특별약관**을 따릅니다.

【제도성 특별약관】

단체계약 특별약관

제 1 조(계약의 적용 범위)

① 피보험자가 다음중 한가지의 단체에 소속되어야 하며, 단체를 대표하여 계약자로 된 자가 단체보험 계약상의 모든 권리, 의무를 행사할 수 있어야 합니다.

1. 제 1 종 단체

동일한 회사, 사업장, 관공서, 국영기업체, 조합 등 5 인 이상의 근로자를 고용하고 있는 단체. 다만, 사업장, 직제, 직종 등으로 구분되어 있는 경우의 단체소속 여부는 관련법규 등에서 정하는 바에 따릅니다.

2. 제 2 종 단체

비영리법인단체 또는 변호사회, 의사회등 동업자단체로서 5 인 이상의 구성원이 있는 단체

3. 제 3 종 단체

그밖에 단체의 구성원을 확정시킬 수 있고 계약의 일괄적인 관리가 가능한 단체로서 5인 이상의 구성원이 있는 단체

② 제 1 항의 대상단체에 소속된 자로서 동일한 보험계약을 체결한 5인 이상의 피보험자로 피보험단체를 구성하여야 하며, 단체 구성원의 일부만을 대상으로 가입하는 경우에는 다음의 조건을 모두 충족하여야 합니다.

1. 단체의 내규에 의한 복지제도로써 노사합의에 의하며, 보험료의 일부를 단체 또는 단체의 대표자가 부담하여야 합니다.
2. 제 1 항 제 2 호 및 제 3 호에 해당하는 단체는 내규에 의해 단체의 대표자와 보험회사가 협정에 의해 체결하여야 합니다.

제 2 조(상법 제 735 조 3 의 적용)

- ① 제 1 조의 단체가 피보험자를 확정할 수 있고 계약의 일괄적 관리가 가능하며, 규약에 따라 계약을 체결하는 경우 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻지 않아도 되며, 계약자에게만 보험증권을 드릴 수 있습니다.
- ② 제 1 항의 규약은 보험의 종류 및 일괄 가입에 관한 사항이 포함되어야 하며, 동의 또는 협의를 통하여 피보험자들의 의사가 규약에 반영될 수 있어야 합니다. 다만, 보험수익자를 계약자 등 피보험자의 이해에 반하는 자로 지정하는 경우에는 해당 내용이 규약에 반영되어야 하며, 반영되지 않은 경우에는 별도 피보험자의 동의를 받아야 합니다.
- ③ 보험회사는 계약자를 통해 단체의 규약이 제 2 항을 충족하고 있는 지 확인을 해야 하며, 계약자는 이에 협조하여야 합니다.

제 3 조(단체요율의 적용)

- ① 제 1 조의 단체는 단체요율을 적용할 수 있습니다. 다만, 제 3 종 단체는 구성원이 명확하고 위험의 동질성이 확보되어야 합니다.
- ② 단체 구성원의 일부만을 대상으로 가입하는 경우에는 대상단체의 위험과 피보험단체의 위험의 동질성이 유지되어야 합니다.

제 4 조(보험의 목적의 증가, 감소 또는 교체)

- ① 계약을 맺은 후 보험의 목적을 증가, 감소 또는 교체코자 하는 경우에는 계약자 또는 피보험자는 지체없이 서면으로 그 사실을 회사에 알리고 회사의 승인을 받아야 합니다.
- ② 이 계약기간 중 보험의 목적 감소의 경우는 당해 보험의 목적의 계약은 해지된 것으로 하며 새로이 증가 또는 교체되는 보험의 목적의 보험기간은 이 계약의 남은 보험기간으로 하고, 이로 인하여 발생하는 추가 또는 환급보험료는 일단위로 계산하여 받거나 돌려 드립니다.
- ③ 회사는 제 1 항 및 제 2 항을 위반하였을 경우에 새로이 증가 또는 교체되는 해당 보험의 목적에 대하여는 보상하여 드리지 않습니다.
- ④ 제 1 항에 따라 보험의 목적이 교체되는 경우에는 보험의 목적 교체전 계약과 동일한 보장조건 및 인수기준에 따라 가입될 수 있으며, 보험의 목적 교체시점부터 잔여 보험기간(보험의 목적 교체전 계약의 보험기간 만료일)까지 보상하여 드립니다.

제 5 조(개별계약으로의 전환)

- ① 피보험자가 퇴직 등의 사유로 인하여 피보험단체에서 탈퇴하는 경우 피보험자가 보험료의 일부를 부담한 경우에 한하여 탈퇴일로부터 1 개월 이내에 계약자 또는 피보험자는 회사의 승낙을 얻어 개별계약으로 전환할 수 있으며, 이 경우 피보험자는 개별계약의 계약자가 됩니다.
- ② 제 1 항에 따라 개별계약으로 전환시에는 전환후 피보험자의 보험기간은 이 계약의 남은 기간으로 하고, 이로 인하여 발생하는 추가 또는 환급되는 보험료는 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 바에 따라 일단위로 계산하여 받거나 돌려 드립니다.

제 6 조(보험증권(보험가입증서)의 발급)

- ① 회사는 보험계약자에게 보험증권(보험가입증서)을 드려야 하고, 그 약관의 주요한 내용을 알려드립니다.
- ② 보험계약자의 요청이 있을 경우, 개별 피보험자에게는 가입증명서를 발급하여 드립니다.

제 7 조(적용상의 특칙)

계약자가 아닌 단체의 소속원이 보험료 전부 또는 일부를 부담하는 경우에는 그 소속원이 계약자로서의 권리를 행사할 수 있습니다.

제 8 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

단체계약보험료정산 추가특별약관

제 1 조(보험료의 정산)

- ① 회사는 단체계약 특별약관 제 4 조(보험의 목적의 증가, 감소 또는 교체) 제 2 항에도 불구하고 이 추가약관에 따라 보험료를 정산합니다.
- ② 회사는 단체계약 특별약관 제 4 조(보험의 목적의 증가, 감소 또는 교체) 제 3 항과 관계없이 보험료가 정산되기 이전 일지라도 새로이 증가 또는 교체된 피보험자에 대해 생긴 손해를 보상하여 드립니다.

제 2 조(피보험자의 명부)

계약자는 항상 피보험자의 명부를 비치하여 회사가 열람을 요구할 경우에는 이에 따라야 합니다.

제 3 조(예치 보험료)

예치보험료는 계약체결일 이전 1 개월 동안 1 일 평균인원수에 정해진 보험요율을 적용하여 계산합니다.

제 4 조(보험료의 정산방법)

보험료는 피보험자수의 증감을 기초로 하여 다음과 같이 정산합니다.

1. 계약자는 매월 10 일까지 전월말까지의 피보험자에 관한 서류를 회사에 제출하여야 합니다. 그러나 계약이 효력상실 또는 해지된 경우에는 효력상실 또는 해지일까지의 보험료를 확정하기 위하여 필요한 서류를 효력상실 또는 해지 즉시 회사에 제출하여야 합니다.
2. 회사는 보험기간중이나 보험기간 만료 후 보험료를 산출하기 위하여 필요하다고 인정될 경우에는 계약자의 서류를 열람할 수 있습니다.
3. 회사는 보험기간 만료와 동시에 제 1 호에 의한 피보험자수에 따라 산출된 확정보험료와 계약을 체결할 때 산출한 예치 보험료를 비교하여 그 차액을 정산합니다.

제 5 조(준용규정)

이 추가약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

질병확장보장 추가특별약관(Ⅱ)

제 1 조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 ()특별약관의 '보험금의 지급사유' 조항에도 불구하고 이 계약이 갱신된 계약인 경우에는 피보험자가 보험기간 이전에 진단 또는 치료를 받은 질병에 대해서도 '보험금의 지급사유'의 조항에 따라 보상하여 드립니다. 단, 질병으로 인한 후유장애의 경우 이 계약의 보험기간 전에 이미 해당 후유장애에 대한 장애지급률이 있는 경우에는 보상하지 않으며, 이 계약의 보험기간 중 장애지급률이 최초로 결정된 경우에 한하여 보상하여 드립니다.
- ② 제 1 항에서 갱신된 계약이라 함은 ()특별약관에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 단체상해보험계약의 보험기간 종료일 10 일 이내에 이 계약의 () 특별약관의 보장이 개시되는 경우를 말합니다. 단, 10 일을 초과하더라도, 이 계약의 () 특별약관 보장이 개시되기 이전 계약의 보험가입 사실을 확인하고, 보험사가 이를 승인한 경우에도 계약이 갱신된 것으로 본다.
- ③ 제 1 항에도 불구하고 피보험자와 회사가 장애지급률에 대한 이견으로 보험기간 중 합의가 이루어지지 않아 보험기간 종료 후에 최종 장애지급률이 결정되었다면 이는 보험기간중 장애지급률이 결정된 것으로 봅니다.

제 2 조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 () 특별약관에 따릅니다.

상해확장보장 추가특별약관(Ⅱ)

제1조(보험금의 지급사유)

- ① 회사는 ()특별약관의 '보험금의 지급사유' 조항에도 불구하고 이 계약이 갱신된 계약인 경우에는 피보험자에게 보험기간 이전에 발생한 상해 사고에 대해서도 '보험금의 지급사유'의 조항에 따라 보상하여 드립니다.
- ② 제1항에서 갱신된 계약이라 함은 ()특별약관에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 단체상해보험계약의 보험기간 종료일 10일 이내에 이 계약의 () 특별약관의 보장이 개시되는 경우를 말합니다. 단, 10일을 초과하더라도, 이 계약의 () 특별약관 보장이 개시되기 이전 계약의 보험가입 사실을 확인하고, 보험사가 이를 승인한 경우에도 계약이 갱신된 것으로 본다.
- ③ 제1항에도 불구하고 상해로 인한 사망, 후유장해 및 진단의 경우 사망일, 후유장해 진단일, 진단확정일과 관계없이 해당 사망, 후유장해 및 진단의 직접적인 원인이 되는 상해사고가 이 계약의 보험기간 중 발생한 경우에 보상하여 드립니다.

제2조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 () 특별약관을 따릅니다.

보험료분납 특별약관(Ⅰ)

제 1 조(보험료의 납입)

계약자는 이 계약의 연간 (보험기간이 공사기간 등 일정한 구간으로 설정되는 계약에 대해서는 증권당) 최종 적용보험료가 ()원 이상인 경우 보험료를 ()회에 나누어 회사에 납입합니다.

제 2 조(나눠내는 보험료의 납입)

- ① 계약자는 계약을 체결할 때에 제 1 회 나눠내는 보험료를 납입하고 제 2 회 이후의 나눠내는 보험료는 아래에 기재된 납입기일까지 납입하여야 합니다.
 1. 보험기간이 1 년인 경우
 - 1) 2 회 분납
 - 제 1 회 : 계약의 청약일(총 보험료의 ()%해당액)
 - 제 2 회 : 보험증권에 기재된 납입기일(총 보험료의 ()%해당액)
 - 2) 4 회 분납
 - 제 1 회 : 계약의 청약일(총 보험료의 ()%해당액)
 - 제 2 회부터 제 4 회 : 회차별 보험증권에 기재된 납입기일(각 회차별로 총 보험료의 ()%해당액)
 - 3) 12 회 분납
 - 제 1 회 : 계약의 청약일 (총 보험료의 ()% 해당액)
 - 제 2 회부터 제 12 회 : 회차별 보험증권에 기재된 납입기일(각 회차별로 총 보험료의 ()%해당액)
 2. 보험기간이 2 년인 경우
 - 1) 2 회 분납 : 2 회 균등분납으로 다음과 같이 납입하여야 합니다.
 - 제 1 회 : 계약의 청약일(총 보험료의 50%해당액)
 - 제 2 회 : 보험증권에 기재된 납입기일(총 보험료의 50%해당액)
 - 2) 24 회 분납 : 24 회 균등분납으로 다음과 같이 납입하여야 합니다.
 - 제 1 회 : 계약의 청약일(총 보험료의 (1/24)해당액)
 - 제 2 회부터 제 24 회 : 회차별 보험증권에 기재된 납입기일(각 회차별로 총 보험료의 (1/24)해당액)

3. 보험기간이 3 년인 경우

1) 3 회 분납 : 3 회 균등분납으로 다음과 같이 납입하여야 합니다.

- 제 1 회 : 계약의 청약일(총 보험료의 (1/3)해당액)
- 제 2 회 : 보험증권에 기재된 납입기일(총 보험료의 (1/3)해당액)
- 제 3 회 : 보험증권에 기재된 납입기일(총 보험료의 (1/3)해당액)

2) 36 회 분납 : 36 회 균등분납으로 다음과 같이 납입하여야 합니다.

- 제 1 회 : 계약의 청약일(총 보험료의 (1/36)해당액)
- 제 2 회부터 제 36 회 : 회차별 보험증권에 기재된 납입기일(각 회차별로 총 보험료의 (1/36)해당액)

② 위 제 1 항에도 불구하고 보험기간이 공사기간등 일정한 구간으로 설정되는 계약에 대해서는 나눠내는 보험료를 아래와 같이 정해진 납입기일까지 납입하여야 합니다.

- 제 1 회 : 계약의 청약일 (총 보험료의 ()%해당액)
- 제 2 회부터 제()회 : 회차별 보험증권에 기재된 납입기일(각 회차별로 총 보험료의 ()%해당액)

③ 보험기간이 시작된 후라도 위 제 1, 2 항의 제 1 회 나눠내는 보험료를 납입하기 전에 생긴 사고는 보상하지 않습니다.

제 3 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

장애인전용보험 전환 특별약관

제 1 조 (특별약관의 적용범위)

① 이 특별약관(이하 ‘특약’이라 합니다)은 회사가 정한 방법에 따라 계약자가 청약하고 회사가 승낙함으로써 다음 각 호의 조건을 모두 만족하는 보험계약(이하 “전환대상계약”이라 합니다)에 대하여 장애인전용보험으로 전환을 청약하는 경우에 적용합니다.

1. 「소득세법 제 59 조의 4 (특별세액공제) 제 1 항 제 2 호」에 따라 보험료가 특별세액공제의 대상이 되는 보험

[관련법규]

<소득세법 제 59조의 4 (특별세액공제) >

① 근로소득이 있는 거주자(일용근로자는 제외한다. 이하 이 조에서 같다)가 해당 과세기간에 만기에 환급되는 금액이 납입보험료를 초과하지 아니하는 보험의 보험계약에 따라 지급하는 다음 각 호의 보험료를 지급한 경우 그 금액의 100 분의 12(제1호의 경우에는 100분의 15)에 해당하는 금액을 해당 과세기간의 종합소득산출세액에서 공제한다. 다만, 다음 각 호의 보험료별로 그 합계액이 각각 연100 만원을 초과하는 경우 그 초과하는 금액은 각각 없는 것으로 한다.

1. 기본공제대상자 중 장애인을 피보험자 또는 수익자로 하는 장애인전용보험으로서 대통령령으로 정하는 장애인전용보장성보험료
2. 기본공제대상자를 피보험자로 하는 대통령령으로 정하는 보험료(제1호에 따른 장애인전용보장성보험료는 제외한다)

<소득세법 시행령 제 118조의 4 (보험료의 세액공제)>

① 소득세법 제59조의 4 제1항 제1호에서 “대통령령으로 정하는 장애인전용보장성보험료”란 제2항 각 호에 해당하는 보험·공제로서 보험·공제 계약 또는 보험료·공제로 납입영수증에 장애인전용 보험·공제로 표시된 보험·공제의 보험료·공제료를 말한다.

② 소득세법 제59조의 4 제1항 제2호에서 “대통령령으로 정하는 보험료”란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 보험·보증·공제의 보험료·보증료·공제로 중 기획재정부령으로 정하는 것을 말한다.

1. 생명보험
2. 상해보험
3. 화재·도난이나 그 밖의 손해를 담보하는 가계에 관한 손해보험

4. 「수산업협동조합법」, 「신용협동조합법」 또는 「새마을금고법」에 따른 공제
5. 「군인공제회법」, 「한국교직원공제회법」, 「대한지방행정공제회법」, 「경찰공제회법」 및 「대한소방공제회법」에 따른 공제
6. 주택 임차보증금의 반환을 보증하는 것을 목적으로 하는 보험·보증. 다만, 보증대상 임차보증금이 3억원을 초과하는 경우는 제외한다.

<소득세법 시행규칙 제 61조의 3 (공제대상보험료의 범위)>

영 제118조의 4 제2항 각 호 외의 부분에서 "기획재정부령으로 정하는 것"이란 만기에 환급되는 금액이 납입보험료를 초과하지 아니하는 보험으로서 보험계약 또는 보험료납입영수증에 보험료 공제대상임이 표시된 보험의 보험료를 말한다.

2. 모든 피보험자 또는 모든 보험수익자가 「소득세법 시행령 제 107 조 (장애인의 범위) 제 1 항」에서 규정한 장애인인 보험

[관련법규]

<「소득세법 시행령 제 107조 (장애인의 범위) 제1항」에서 규정한 장애인>

- ① 소득세법 제51조 제1항 제2호에 따른 장애인은 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 자로 한다.

1. 「장애인복지법」에 따른 장애인 및 「장애아동 복지지원법」에 따른 장애아동 중 기획재정부령으로 정하는 사람
2. 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 의한 상이자 및 이와 유사한 사람으로서 근로능력이 없는 사람
3. 「국민건강보험법 시행령」 별표2 제3호 라목1)부터10)까지 외의 부분 전단에 따른

희귀성난치질환등 또는 이와 유사한 질병·부상으로 인해 중단 없이 주기적인 치료가 필요한 사람으로서 의료기관의 장이 취업·취학 등 일상적인 생활에 지장이 있다고 인정하는 사람

<장애인복지법 제 32 조(장애인 등록)>

- ① 장애인, 그 법정대리인 또는 대통령령으로 정하는 보호자(이하 "법정대리인 등"이라 한다)는 장애 상태와 그 밖에 보건복지부령이 정하는 사항을 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수 또는 구청장(자치구의 구청장을 말한다. 이하 같다)에게 등록하여야 하며, 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 등록을 신청한 장애인이 제 2 조에 따른 기준에 맞으면 장애인등록증(이하 "등록증"이라 한다)을 내주어야 한다.

<국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률 제 6 조(등록 및 결정)>

- ① 국가유공자, 그 유족 또는 가족이 되려는 사람(이하 이 조에서 "신청 대상자"라 한다)은 대통령령으로 정하는 바에 따라 국가보훈처장에게 등록을 신청하여야 한다. 다만, 신청 대상자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 국가보훈처 소속 공무원이 신청 대상자의 동의를 받아 등록을 신청할 수 있고, 그 동의를 받은 경우에는 신청 대상자가 등록을 신청한 것으로 본다.
 1. 「국가보훈 기본법」 제 23 조제 1 항제 3 호의 2 에 따라 발굴된 희생·공헌자의 경우
 2. 전투 또는 이에 준하는 직무수행 중 상이를 입거나 사망한 경우
 3. 그 밖에 대통령령으로 정하는 사유로 직접 등록을 신청할 수 없는 경우

<소득세법 시행규칙 제 54조 (장애아동의 범위) >

영 제107조 제1항 제1호에서 "기획재정부령으로 정하는 사람"이란 「장애아동 복지지원법」 제21조 제1항에 따른 발달재활서비스를 지원받고 있는 사람을 말한다.

[예시안내]

<이특약을 적용할 수 없는 사례 예시>

1. 전환대상계약의 피보험자 1인은 비장애인이고 보험수익자 2인 중 한명은 비장애인, 한명은 장애인인 경우

⇒ 모든 보험수익자가 장애인이 아니므로 이 특약을 적용할 수 없습니다.

2. 전환대상계약의 보험수익자 1인은 비장애인이고 피보험자 2인 중 한명은 비장애인, 한명은 장애인인 경우

⇒ 모든 피보험자가 장애인이 아니므로 이 특약을 적용할 수 없습니다.

3. 전환대상계약의 피보험자는 비장애인이고 보험수익자가 법정상속인(장애인)인 경우

⇒ 현재 법정상속인이 장애인이라고 하더라도 이 특약을 적용할 수 없습니다. 장애인전용보험으로 전환을 원할 경우 수익자 지정이 필요합니다.

② 전환대상계약이 해지 또는 기타 사유로 효력이 없게 된 경우 또는 전환대상계약이 제 1 항에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

③ 제 2 조 제 1 항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료된 경우에는 제 3 조 제 1 항에도 불구하고 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

④ 이 특약의 계약자는 전환대상계약의 계약자와 동일하여야 합니다.

제 2 조 (제출서류)

① 이 특약에 가입하고자 하는 계약자는 모든 피보험자 또는 모든 보험수익자의 「소득세법 시행규칙 별지 제 38 호 서식에 의한 장애인증명서의 원본 또는 사본」(이하, “장애인증명서”라 합니다)을 제출하여 제 1 조(특별약관의 적용범위) 제 1 항 제 2 호에서 정한 조건에 해당함을 회사에 알려야 합니다.

② 제 1 항에도 불구하고 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 따른 상이자의 증명을 받은 사람 또는 「장애인복지법」에 따른 장애인등록증을 발급받은 사람에 대해서는 해당 증명서·장애인등록증의 사본이나 그 밖의 장애 사실을 증명하는 서류를 제출하는 경우에는 제 1 항의 장애인증명서는 제출하지 않을 수 있습니다.

③ 장애인으로서 그 장애기간이 기재된 장애인증명서를 제 1 항에 따라 회사에 제출한 때에는 그 장애기간 동안은 이를 다시 제출하지 않을 수 있습니다.

④ 제 1 항에 따라 제출한 장애인증명서의 장애기간이 변경되는 경우 계약자는 이를 회사에 알리고 변경된 장애기간이 기재된 장애인증명서를 제출하여야 합니다.

제 3 조 (장애인전용보험으로의 전환)

① 회사는 이 특약이 부가된 전환대상계약을 「소득세법 제 59 조의 4(특별세액공제) 제 1 항 제 1 호」에 해당하는 장애인전용보험으로 전환하여 드립니다.

② 제 1 항에 따라 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 후부터 납입된 전환대상계약 보험료는 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성보험료로 표시됩니다.

[예시안내]

2019년 1월 15일에 전환대상계약에 가입한 계약자가 2019년 6월 1일에 이 특약을 청약하고 회사가 승낙하여 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 경우, 이 특약을 청약하기 전(2019년 1월 15일~2019년 5월 31일)에 납입된 보험료는 당해년도 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성 보험료로 표시되지 않고 특별세액공제 대상에 포함되지 않으며, 장애인전용보험으로 전환된 이후(2019년6월1일~2019년12월31일) 납입된 보험료만 2019년 특별세액공제 대상이 됩니다.

③ 제 2 항에도 불구하고, 「전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 당해년도에 제 4 조(전환 취소)에 따라 전환을 취소하는 경우」에는 당해년도에 납입한 모든 전환대상계약보험료가 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성보험료로 표시되지 않습니다. 다만, 제 2 조(제출서류)제 1 항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료됨에 따라 제 1 조(특별약관의 적용범위) 제 1 항 제 2 호에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우에는 이 조항이 적용되지 않습니다.

[예시안내]

2019년 1월 15일에 전환대상계약에 가입한 계약자가 2019년 6월 1일에 이 특약을 청약하고 회사가 승낙하여 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환되었으나 2019년 12월 1일에 전환을 취소한 경우, 이 전환대상계약에 납입된 모든 보험료는 당해년도 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성 보험료로 표시되지 않으며 소득세법에 따라 보험료의 100분의 15에 해당하는 금액이 종합소득산출세액에서 공제되지 않습니다.

④ 전환대상계약에 이 특약이 부가된 이후 제 4 조(전환 취소)에 따라 전환을 취소한 경우 또는 전환대상계약이 제 1 조(특별약관의 적용범위) 제 1 항 제 2 호에서 정한 조건을 만족하지 않아 이 특약의 효력이 없어진 경우 해당 전환대상계약에는 이 특약을 다시 부가할 수 없습니다. 다만, 제 2 조(제출서류) 제 1 항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료됨에 따라 전환대상계약이 제 1 조(특별약관의 적용범위) 제 1 항 제 2 호에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우에는 이 조항이 적용되지 않습니다.

제 4 조 (전환 취소)

계약자는 전환대상계약에 대하여 장애인전용보험으로의 전환을 취소할 수 있으며, 이 경우 전환취소 신청서를 회사에 제출하여야 합니다.

제 5 조 (준용규정)

- ① 이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 전환대상계약 약관, 소득세법 등 관련법규에서 정하는 바에 따릅니다.
- ② 소득세법 등 관련법규가 제·개정 또는 폐지되는 경우 변경된 법령을 따릅니다.

단체실손의료보험 중지제도 특별약관

제 1 조(목 적)

이 특별약관은 단체실손의료보험(이하 '단체실손'이라 합니다)의 계약자(이하 '계약자'라 합니다), 해당 단체실손에 가입되어 있는 피보험자(이하 '피보험자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 단체실손을 중지하는 것을 목적으로 합니다.

[용어해설]

<단체실손의료보험>

단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 실손의료보험으로서 험업감독규정 제 7-49 조 제 2 호 각 목의 요건에 해당하는 단체보험을 말함

제 2 조(계약중지에 관한 사항)

- ① 계약중지 신청일 기준으로 다음의 각 호의 요건 중 하나가 충족되는 경우에는 해당 단체실손의 피보험자가 해당 단체실손의 보장종목 전체에 대해 보장의 중지(이하 '계약중지'라 합니다)를 신청할 수 있습니다.
 1. 피보험자가 개인실손의료보험(이하 '개인실손'이라 합니다)의 피보험자인 경우
 2. 피보험자가 해당 단체실손 이외의 단체실손의 피보험자인 경우

[용어해설]

<개인실손의료보험>

노후·유병력자·여행 실손의료보험 및 단체실손의료보험을 제외한 실손의료보험을 말함

<계약중지 신청일>

피보험자가 계약중지 신청을 회사에 접수한 날을 말함

- ② 제 1 항의 「해당 단체실손의 보장종목 전체」라 함은 피보험자가 가입한 급여 실손의료비 특별약관 및 비급여 실손의료비 특별약관의 보장종목 전체를 말하며 보장종목 중 일부를 선택하여 계약중지 신청할 수는 없습니다.

- ③ 계약중지가 이루어진 경우 회사는 피보험자에게 「계약중지 확인서」를 드립니다. 단, 계약자와 회사가 별도로 약정한 경우 계약자가 피보험자를 대신하여 회사에 계약중지를 신청할 수 있으며, 이 경우 회사는 '계약중지 확인서'를 계약자에게 드릴 수 있고 이는 피보험자에게 드린 것으로 봅니다.
- ④ 계약중지는 피보험자의 계약중지 신청일부터 시작되고, 계약중지가 이루어진 경우 그 시점부터 회사는 계약중지 피보험자의 단체실손에 대해 보장하지 않습니다.

제 3 조(중지지급금의 산출과 지급)

- ① 이 특별약관에서 「중지지급금」이라 함은 단체실손을 중지한 경우 피보험자에게 지급하는 금액으로 중지한 단체실손의 보험료 및 해약환급금 산출방법서에 따라 계산된 중지시점의 해약환급금을 말합니다.
- ② 계약중지가 이루어진 경우 회사는 계약중지가 이루어진 날로부터 3 영업일 이내에 「중지지급금」을 지급합니다. 다만, 보험료를 분할하여 납입하기로 계약을 체결한 경우에는 계약중지가 이루어졌더라도 중지된 계약에 대하여 계약자는 2 회이후의 보험료를 계속 납입하여야 하며, 회사는 마지막 분납회차 보험료 납입시점으로부터 3 영업일 이내에 「중지지급금」을 지급합니다.
- ③ 해당 지급기일내에 「중지지급금」을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출이율에서 정한 이율로 계산한 금액을 「중지지급금」에 더하여 지급합니다.
- ④ 중지지급금이 지급된 경우 회사는 다음의 각 호에 따른 사유가 발생하더라도 피보험자에게 지급한 중지지급금의 환수 및 계약자에게 보험료 환급을 진행하지 않습니다.
 - 1. 중지지급금을 받은 이후 중도퇴사한 경우
 - 2. 회원탈퇴 등 1 호에 준하는 사유

제 4 조(계약중지 신청의 취소)

- ① 피보험자는 「계약중지 확인서」를 받은 날로부터 15 일 이내에 계약중지 신청을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 계약중지 전 단체실손으로 환원해 주어야 합니다.
- ② 신청취소에 관한 기타 사항은 계약중지 전 급여 실손의료비 특별약관 및 비급여 실손의료비 특별약관을 따릅니다.
- ③ 계약중지 신청과 계약중지 신청 취소는 계약중지 전 단체실손 보험기간 중 1 회에 한합니다.

제 5 조(계약중지 신청의 취소의 제한)

제 4 조(계약중지 신청의 취소) 제 1 항에도 불구하고, 피보험자는 회사로부터 「중지지급금」을 받은 경우 회사에 「중지지급금」을 환입하기 전까지 계약중지 신청의 취소가 제한됩니다.

제 6 조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 계약중지 전 단체실손의 보통약관, 기본형 실손의료비보장(급여 실손의료비) 특별약관, 비급여 실손의료비보장 특별약관을 따릅니다.

업무외사망보험수익자지정 특별약관

제 1 조(특별약관의 적용범위)

이 특별약관은 단체보험 계약 중 사망보험금의 보험수익자가 피보험자의 법정상속인 이외의 자(단체 또는 단체의 대표자)로 지정 또는 변경되는 계약에 한하여 적용합니다.

제 2 조(사망보험금 관련 보험수익자)

- ① 이 특별약관이 부가되는 계약은 보통약관 또는 특별약관에서 피보험자의 사망을 보장하는 경우 사망보험금을 수령할 보험수익자를 「"업무상 사망"으로 인한 보험수익자」와 「"업무외 사망"으로 인한 보험수익자」로 구분합니다.
- ② 제 1 항의 "업무상 사망"과 "업무외 사망"은 다음 각 호와 같이 구분합니다.

1. “업무상 사망”이라 함은 피보험자가 보험기간 중 산업재해보상보험법 제 5 조(정의)제 1 호에 규정된 “업무상의 재해”(이하 “업무상의 재해”라 합니다)로 사망하여 근로복지공단의 보험급여 지급확인원(보험사제출용) 등 업무상의 재해 사망을 증명하는 서류를 제출하는 경우를 말하며, “업무외 사망”이라 함은 피보험자가 보험기간 중 “업무상의 재해” 이외의 원인으로 사망하는 경우를 말합니다.

[용어해설]

<업무상의 재해>

산업재해보상보험법상 업무상의 사유에 따른 근로자의 부상·질병·장해 또는 사망을 말하며, 보통약관 또는 특별약관에서 정의한 “상해”와 다릅니다.

2. 피보험자가 산업재해보상보험에 가입되어 있지 않거나, 산업재해보상보험에 가입은 되어 있으나 산업재해보상보험법 등에 따라 근로복지공단에 보험급여를 신청하지 않은 경우에는 산업재해보상보험법 제 37 조 및 산업재해보상보험법 시행령 27 조부터 37 조에서 정한 기준에 따라 “업무상 사망” 또는 “업무외 사망”으로 구분합니다.
 3. “업무상 사망” 및 “업무외 사망”의 구분에 대해 계약자와 피보험자의 법적상속인간에 합의하지 못할 경우에는 계약자가 “업무상 사망”임을 입증하여야 합니다.
- ③ 제 1 항의 “업무외 사망”으로 인한 보험수익자는 피보험자의 법적상속인으로 합니다.
- ④ 제 2 항과 관련하여 「산업재해보상보험법 및 관련 법령」(이하 “법령”이라 합니다.)이 개정되는 경우에는 보험금 지급사유 발생 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
- ⑤ 제 1 항의 사망보험금의 보험수익자를 “업무상 사망”으로 인한 보험수익자와 “업무외 사망”으로 인한 보험수익자로 구분하는 것은 보통약관 또는 특별약관에서 정한 사망보험금 지급사유가 발생한 경우에 보험수익자를 정하기 위한 것으로 보통약관 또는 특별약관에서 정한 사망보험금 지급사유가 발생하지 않은 경우에는 적용되지 않습니다.

제 3 조(사망보험금의 청구)

- ① 이 특별약관이 부가되는 경우에는 사망보험금을 청구할 때 피보험자의 법정상속인 확인서를 제출한 후 보험금을 청구하여야 합니다.
- ② 제 1 항에서 “업무외 사망”으로 인한 보험수익자가 업무외 사망보험금을 청구한 경우에는 회사는 계약자에게 해당 보험금 청구 사실을 알리고 계약자를 통하여 “업무외 사망” 여부를 확인할 수 있습니다.
- ③ 회사는 보험수익자에게 보험금 지급 이후 그 지급의 사유가 된 사망 원인이 변경된 경우 계약 내용에 따라 변경된 보험수익자에게 보험금을 지급하며, 기존 보험금 수익자에게 이미 직브된 사망보험금의 반환을 청구할 수 있습니다.

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 및 특별약관의 규정을 따릅니다.

【별표 1】장해분류표

장해분류표

☑ 총칙

1. 장해의 정의

- 1) '장해'라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아 있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태 및 기능상실 상태를 말한다. 다만, 질병과 부상의 주증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장해에 포함되지 않는다.
- 2) '영구적'이라 함은 원칙적으로 치유하는 때 장래 회복할 가망이 없는 상태로서 정신적 또는 육체적 훼손상태임이 의학적으로 인정되는 경우를 말한다.
- 3) '치유된 후'라 함은 상해 또는 질병에 대한 치료의 효과를 기대할 수 없게 되고 또한 그 증상이 고정된 상태를 말한다.
- 4) 다만, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장해지급률의 20%를 장해지급률로 한다.
- 5) 위 4)에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 보험기간이 10년 이상인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 2년 이내로 하고, 보험기간이 10년 미만인 계약은 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정한다.

2. 신체부위

'신체부위'라 함은 ① 눈 ② 귀 ③ 코 ④ 씹어먹거나 말하는 기능 ⑤ 외모 ⑥ 척추(등뼈) ⑦ 체간골 ⑧ 팔 ⑨ 다리 ⑩ 손가락 ⑪ 발가락 ⑫ 흉. 복부장기 및 비뇨생식기 ⑬ 신경계. 정신행동의 13개 부위를 말하며, 이를 각각 동일한 신체부위라 한다. 다만, 좌. 우의 눈, 귀, 팔, 다리, 손가락, 발가락은 각각 다른 신체부위로 본다.

3. 기타

- 1) 하나의 장해가 관찰 방법에 따라서 장해분류표상 2가지 이상의 신체부위에서 장해로 평가되는 경우에는 그 중 높은 지급률을 적용한다.
- 2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
- 3) 하나의 장해가 다른 장해와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 지급률만을 적용하며, 하나의 장해로 둘 이상의 파생장해가 발생하는 경우 각 파생장해의 지급률을 합산한 지급률과 최초 장해의 지급률을 비교하여 그 중 높은 지급률을 적용한다.
- 4) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장해의 판정대상에 포함되지 않는다. 다만, 뇌사판정을 받은 경우가 아닌 식물인간상태(의식이 전혀 없고 사지의 자발적인 움직임이 불가능하여 일상생활에서 항상 간호가 필요한 상태)는 각 신체부위별 판정기준에 따라 평가한다.
- 5) 장해진단서에는 ① 장해진단명 및 발생시기 ② 장해의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계. 정신행동 장해의 경우 ① 개호(장해로 혼자서 활동이 어려운 사람을 곁에서 돌보는 것) 여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가로 기재하여야 한다.

☑ 장해분류별 판정기준

1. 눈의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 두 눈이 멀었을 때	100
2) 한 눈이 멀었을 때	50
3) 한 눈의 교정시력이 0.02 이하로 된 때	35
4) 한 눈의 교정시력이 0.06 이하로 된 때	25
5) 한 눈의 교정시력이 0.1 이하로 된 때	15
6) 한 눈의 교정시력이 0.2 이하로 된 때	5
7) 한 눈의 안구(눈동자)에 뚜렷한 운동장해나 뚜렷한 조절기능장해를 남긴 때	10
8) 한 눈에 뚜렷한 시야장해를 남긴 때	5
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때	5

나. 장해판정기준

- 1) 시력장해의 경우 공인된 시력검사표에 따라 최소 3회 이상 측정한다.
- 2) '교정시력'이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 원거리 최대교정시력을 말한다. 다만, 각막이식술을 받은 환자인 경우 각막이식술 이전의 시력상태를 기준으로 평가한다.
- 3) '한눈이 멀었을 때'라 함은 안구의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나('광각무') 겨우 가릴 수 있는 경우('광각유')를 말한다.
- 4) '한눈의 교정시력이 0.02이하로 된 때'라 함은 안전수동(Hand Movement)^{주1)}, 안전수지(Finger Counting)^{주2)} 상태를 포함한다.

※주1) 안전수동 : 물체를 감별할 정도의 시력상태가 아니며 눈앞에서 손의 움직임을 식별할 수 있을 정도의 시력상태

※주2) 안전수지 : 시표의 가장 큰 글씨를 읽을 수 있는 정도의 시력은 아니나 눈 앞 30cm 이내에서 손가락의 개수를 식별할 수 있을 정도의 시력상태

- 5) 안구(눈동자) 운동장해의 판정은 질병의 진단 또는 외상 후 1년 이상이 지난 뒤 그 장해 정도를 평가한다.
- 6) '안구(눈동자)의 뚜렷한 운동장해'라 함은 아래의 두 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 한 눈의 안구(눈동자)의 주시야(머리를 움직이지 않고 눈만을 움직여서 볼 수 있는 범위)의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우
 - 나) 중심 20도 이내에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)을 남긴 경우
- 7) '안구(눈동자)의 뚜렷한 조절기능장해'라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 50세 이상(장해진단시 연령 기준)의 경우에는 제외한다.
- 8) '뚜렷한 시야 장해'라 함은 한 눈의 시야 범위가 정상시야 범위의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다. 이 경우 시야검사는 공인된 시야검사방법으로 측정하며, 시야장해 평가 시 자동시야검사계(골드만 시야검사)를 이용하여 8방향 시야범위 합계를 정상범위와 비교하여 평가한다.
- 9) '눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때'라 함은 눈꺼풀의 결손으로 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮이지 않는 경우를 말한다.
- 10) '눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때'라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.
- 11) 외상이나 화상 등으로 안구의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 안구가 적출되어 눈자위의 조직요물(凹液) 등으로 의안마저 끼워 넣을 수 없는 상태이면 '뚜렷한 추상(추한 모습)'으로, 의안을 끼워 넣을 수 있는 상태이면 '약간의 추상(추한 모습)'으로 지급률을 가산한다.
- 12) '눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때'에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장해를 포함하여 장해를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장해를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장해평가 방법 중 피보험자에게 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장해

가. 장해의 분류

장애의 분류	지급률
1) 두 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	80
2) 한 귀의 청력을 완전히 잃고, 다른 귀의 청력에 심한 장애를 남긴 때	45
3) 한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때	25
4) 한 귀의 청력에 심한 장애를 남긴 때	15
5) 한 귀의 청력에 약간의 장애를 남긴 때	5
6) 한 귀의 귓바퀴의 대부분이 결손된 때	10
7) 평형기능에 장애를 남긴 때	10

나. 장애판정기준

- 청력장애는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB: decibel)로서 표시하고 3회 이상 청력검사를 실시한 후 적용한다. 다만, 각 측정치의 결과값 차이가 $\pm 10\text{dB}$ 이상인 경우 청성뇌간반응검사(ABR)를 통해 객관적인 장애 상태를 재평가하여야 한다.
- '한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때'라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB 이상인 경우를 말한다.
- '심한 장애를 남긴 때'라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB 이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰 소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- '약간의 장애를 남긴 때'라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB 이상인 경우에 해당되어, 50cm 이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- 순음청력검사를 실시하기 곤란하거나(청력의 감소가 의심되지만 의사소통이 되지 않는 경우, 만 3세 미만의 소아 포함) 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 '언어청력검사, 임피던스 청력검사, 청성뇌간반응검사(ABR), 이음향방사검사' 등을 추가 실시 후 장애를 평가한다.

다. 귓바퀴의 결손

- '귓바퀴의 대부분이 결손된 때'라 함은 귓바퀴의 연골부가 1/2 이상 결손된 경우를 말한다.
- 귓바퀴의 연골부가 1/2 미만 결손이고 청력에 이상이 없으면 외모의 추상(추한 모습)장애로만 평가한다.

라. 평형기능의 장애

- '평형기능에 장애를 남긴 때'라 함은 전정기관 이상으로 보행 등 일상생활이 어려운 상태로 아래의 평형장애 평가항목별 합산점수가 30점 이상인 경우를 말한다.

항목	내 용	점수
검사 소견	양측 전정기능 소실	14
	양측 전정기능 감소	10
	일측 전정기능 소실	4
치료 병력	장기 통원치료(1년간 12회이상)	6
	장기 통원치료(1년간 6회이상)	4
	단기 통원치료(6개월간 6회이상)	2
	단기 통원치료(6개월간 6회미만)	0
기능 장애 소견	두 눈을 감고 일어서기 곤란하거나 두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 쓰러지는 경우	20
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 중간에 균형을 잡으려 멈추어야 하는 경우	12
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걸을 때 중앙에서 60cm 이상 벗어나는 경우	8

- 평형기능의 장애는 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 치료 후 장애가 고착되었을 때 판정하며, 뇌병변 여부,

전정기능 이상 및 장애상태를 평가하기 위해 아래의 검사들을 기초로 한다.

가) 뇌영상검사(CT, MRI)

나) 온도안진검사, 전기안진검사(또는 비디오안진검사) 등

3. 코의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 코의 호흡기능을 완전히 잃었을 때	15
2) 코의 후각기능을 완전히 잃었을 때	5

나. 장애판정기준

- 1) '코의 호흡기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 일상생활에서 구강호흡의 보조를 받지 않는 상태에서 코로 숨쉬는 것만으로 정상적인 호흡을 할 수 없다는 것이 비강통기도검사 등 의학적으로 인정된 검사로 확인되는 경우를 말한다.
- 2) '코의 후각기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 후각신경의 손상으로 양쪽 코의 후각기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각감퇴는 장애의 대상으로 하지 않는다.
- 3) 양쪽 코의 후각기능은 후각인지검사, 후각역치검사 등을 통해 6개월 이상 고정된 후각의 완전손실이 확인되어야 한다.
- 4) 코의 추상(추한 모습)장애를 수반한 때에는 기능장애의 지급률과 추상장애의 지급률을 합산한다.

4. 씹어먹거나 말하는 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 심한 장애를 남긴 때	100
2) 씹어먹는 기능에 심한 장애를 남긴 때	80
3) 말하는 기능에 심한 장애를 남긴 때	60
4) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 뚜렷한 장애를 남긴 때	40
5) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
6) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 약간의 장애를 남긴 때	10
7) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
8) 치아에 14개 이상의 결손이 생긴 때	20
9) 치아에 7개 이상의 결손이 생긴 때	10
10) 치아에 5개 이상의 결손이 생긴 때	5

나. 장애의 평가기준

- 1) 씹어먹는 기능의 장애는 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)의 맞물림(교합), 배열상태 및 아래턱의 개구운동, 삼킴(연하)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.
- 2) '씹어먹는 기능에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 심한 개구운동 제한이나 저작운동 제한으로 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
- 3) '씹어먹는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때' 라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - 가) 뚜렷한 개구운동 제한 또는 뚜렷한 저작운동 제한으로 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등)이외는 섭취하지 못하는 경우
 - 나) 위·아래턱(상, 하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 1cm이하로 제한되는 경우

- 다) 위·아래턱(상. 하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1.5cm이상인 경우
 라) 1개 이하의 치아만 교합되는 상태
 마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취 시 흡인이 발생하고 연식 외에는 섭취가 불가능한 상태
- 4) '씹어먹는 기능에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 가) 약간의 개구운동 제한 또는 약간의 저작운동 제한으로 부드러운 고형식(밥, 빵 등)만 섭취 가능한 경우
 나) 위·아래턱(상. 하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 2cm이하로 제한되는 경우
 다) 위·아래턱(상. 하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1cm이상인 경우
 라) 양측 각 1개 또는 편측 2개 이하의 치아만 교합되는 상태
 마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취시 간헐적으로 흡인이 발생하고 부드러운 고형식 외에는 섭취가 불가능한 상태
- 5) 개구장애는 턱관절의 이상으로 개구운동 제한이 있는 상태를 말하며, 최대 개구상태에서 위·아래턱(상. 하악)의 가운데 앞니(중절치)간 거리를 기준으로 한다. 단, 가운데 앞니(중절치)가 없는 경우에는 측정가능한 인접 치아간 거리의 최대치를 기준으로 한다.
- 6) 부정교합은 위턱(상악)과 아래턱(하악)의 부조화로 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)가 전방 및 측방으로 맞물림에 제한이 있는 상태를 말한다.
- 7) '말하는 기능에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 가) 언어평가상 자음정확도가 30%미만인 경우
 나) 전실어증, 운동성실어증(브로카실어증)으로 의사소통이 불가능한 경우
- 8) '말하는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 가) 언어평가상 자음정확도가 50%미만인 경우
 나) 언어평가상 표현언어지수 25 미만인 경우
- 9) '말하는 기능에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 가) 언어평가상 자음정확도가 75%미만인 경우
 나) 언어평가상 표현언어지수 65 미만인 경우
- 10) 말하는 기능의 장애는 1년 이상 지속적인 언어치료를 시행한 후 증상이 고착되었을 때 평가하며, 객관적인 검사를 기초로 평가한다.
- 11) 뇌·중추신경계 손상(정신·인지기능 저하, 편마비 등)으로 인한 말하는 기능의 장애(실어증, 구음장애) 또는 씹어먹는 기능의 장애는 신경계·정신행동 장애 평가와 비교하여 그 중 높은 지급률 하나만 인정한다.
- 12) '치아의 결손'이란 치아의 상실 또는 발치된 경우를 말하며, 치아의 일부 손상으로 금관치료(크라운 보철수복)를 시행한 경우에는 치아의 일부 결손을 인정하여 1/2개 결손으로 적용한다.
- 13) 보철치료를 위해 발치한 정상치아, 노화로 인해 자연 발치된 치아, 보철(복합레진, 인레이, 온레이 등)한 치아, 기존 의치(틀니, 임플란트 등)의 결손은 치아의 상실로 인정하지 않는다.
- 14) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.
- 15) 어린이의 유치는 향후에 영구치로 대체되므로 후유장애의 대상이 되지 않으나, 선천적으로 영구치 결손이 있는 경우에는 유치의 결손을 후유장애로 평가한다.
- 16) 가철성 보철물(신체의 일부에 붙였다 떼었다 할 수 있는 틀니 등)의 파손은 후유장애의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 외모에 뚜렷한 추상(추한 모습)을 남긴 때	15
2) 외모에 약간의 추상(추한 모습)을 남긴 때	5

나. 장애판정기준

- 1) '외모'란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
 2) '추상(추한 모습)장애'라 함은 성형수술(반흔성형술, 레이저치료 등 포함)을 시행한 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말한다.
 3) '추상(추한 모습)을 남긴 때'라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 함몰 등으로 성형수술을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 경우를 말한다.
 4) 다발성 반흔 발생시 각 판정부위(얼굴, 머리, 목) 내의 다발성 반흔의 길이 또는 면적은 합산하여 평가한다.

단, 길이가 5mm 미만의 반흔은 합산대상에서 제외한다.

- 5) 추상(추한 모습)이 얼굴과 머리 또는 목 부위에 걸쳐 있는 경우에는 머리 또는 목에 있는 흉터의 길이 또는 면적의 1/2을 얼굴의 추상(추한 모습)으로 보아 산정한다.

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)

- 1) 얼굴
 - 가) 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)
 - 나) 길이 10cm 이상의 추상 반흔(추한 모습의 흉터)
 - 다) 지름 5cm 이상의 조직함몰
 - 라) 코의 1/2 이상 결손
- 2) 머리
 - 가) 손바닥 크기 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
 - 나) 머리뼈의 손바닥 크기 이상의 손상 및 결손
- 3) 목
 - 가) 손바닥 크기 이상의 추상(추한 모습)

라. 약간의 추상(추한 모습)

- 1) 얼굴
 - 가) 손바닥 크기 1/4 이상의 추상(추한 모습)
 - 나) 길이 5cm 이상의 추상반흔(추한 모습의 흉터)
 - 다) 지름 2cm 이상의 조직함몰
 - 라) 코의 1/4 이상 결손
- 2) 머리
 - 가) 손바닥 크기 1/2 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
 - 나) 머리뼈의 손바닥 크기 1/2 이상의 손상 및 결손
- 3) 목
 - 가) 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

마. 손바닥 크기

‘손바닥 크기’라 함은 해당 환자의 손가락을 제외한 손바닥의 크기를 말하며, 12세 이상의 성인에서는 8×10cm(1/2 크기는 40㎢, 1/4 크기는 20㎢), 6~11세의 경우는 6×8cm(1/2 크기는 24㎢, 1/4 크기는 12㎢), 6세 미만의 경우는 4×6cm(1/2 크기는 12㎢, 1/4 크기는 6㎢)로 간주한다.

6. 척추(등뼈)의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 척추(등뼈)에 심한 운동장애를 남긴 때	40
2) 척추(등뼈)에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때	30
3) 척추(등뼈)에 약간의 운동장애를 남긴 때	10
4) 척추(등뼈)에 심한 기형을 남긴 때	50
5) 척추(등뼈)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	30
6) 척추(등뼈)에 약간의 기형을 남긴 때	15
7) 추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장애	20
8) 추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장애	15
9) 추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장애	10

나. 장애판정기준

- 1) 척추(등뼈)는 경추에서 흉추, 요추, 제1천추까지를 동일한 부위로 한다. 제2천추 이하의 천골 및 미골은 체간골의 장애로 평가한다.
- 2) 척추(등뼈)의 기형장애는 척추체(척추뼈 몸통)를 말하며, 횡돌기 및 극돌기는 제외한다. 이하 이 신체부위에서 갈다의 압박률 또는 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡 정도에 따라 평가한다.
 - 가) 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡변화는 객관적인 측정방법(Cobb's Angle)에 따라 골절이 발생한 척추체(척추뼈 몸통)의

- 상. 하 인접 정상 척추체(척추뼈 몸통)를 포함하여 측정하며, 생리적 정상만곡을 고려하여 평가한다.
- 나) 척추(등뼈)의 기형장해는 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률, 골절의 부위 등을 기준으로 판정한다.
척추체(척추뼈 몸통)의 압박률은 인접 상.하부[인접 상.하부 척추체(척추뼈 몸통)에 인접성 골절이 있거나, 다발성 척추골절이 있는 경우에는 골절된 척추와 가장 인접한 상.하부] 정상 척추체(척추뼈 몸통)의 전방 높이의 평균에 대한 골절된 척추체(척추뼈 몸통) 전방 높이의 감소비를 압박률로 정한다.
- 다) 척추(등뼈)의 기형장해는 「산업재해보상보험법 시행규칙」상 경추부, 흉추부, 요추부로 구분하여 각각을 하나의 운동단위로 보며, 하나의 운동단위 내에서 여러 개의 척추체(척추뼈 몸통)에 압박골절이 발생한 경우에는 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률을 합산하고, 두 개 이상의 운동단위에서 장애가 발생한 경우에는 그 중 가장 높은 지급률을 적용한다.
- 3) 척추(등뼈)의 장해는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 이 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.
- 4) 추간판탈출증으로 인한 신경 장애는 수술 또는 시술(비수술적 치료) 후 6개월 이상 지난 후에 평가한다.
- 5) 신경학적 검사상 나타난 저린감이나 방사통 등 신경자극증상의 원인으로 CT, MRI 등 영상검사에서 추간판탈출증이 확인된 경우를 추간판탈출증으로 진단하며, 수술 여부에 관계없이 운동장애 및 기형장해로 평가하지 않는다.
- 6) 심한 운동장애란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
가) 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정된 상태
나) 머리뼈(두개골), 제1경추, 제2경추를 모두 유합 또는 고정된 상태
- 7) 뚜렷한 운동장애란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
가) 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정된 상태
나) 머리뼈(두개골)와 제1경추 또는 제1경추와 제2경추를 유합 또는 고정된 상태
다) 머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추) 사이에 CT 검사 상, 두개 대후두공의 기저점(basion)과 축추 치돌기 상단사이의 거리(BDI: Basion-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태
라) 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추) CT 검사상, 환추 전방 궁(arch)의 후방과 치상돌기의 전면과의 거리(ADI: Atlanto-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태
- 8) 약간의 운동장애
머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추)를 제외한 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정된 상태
- 9) 심한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 35° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 60%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 90% 이상일 때
- 10) 뚜렷한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 15° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 40%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 60% 이상일 때
- 11) 약간의 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
가) 1개 이상의 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구로 경도(가벼운 정도)의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 20%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 40% 이상일 때
- 12) '추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장애'란 추간판탈출증으로 추간판을 2마디 이상(또는 1마디 추간판에 대해 2회 이상) 수술하고도 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장애가 있는 경우
- 13) '추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장애'란 추간판탈출증으로 추간판 1마디를 수술하고도 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되고 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우
- 14) '추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장애'란 추간판탈출증이 확인되고 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되는 경우

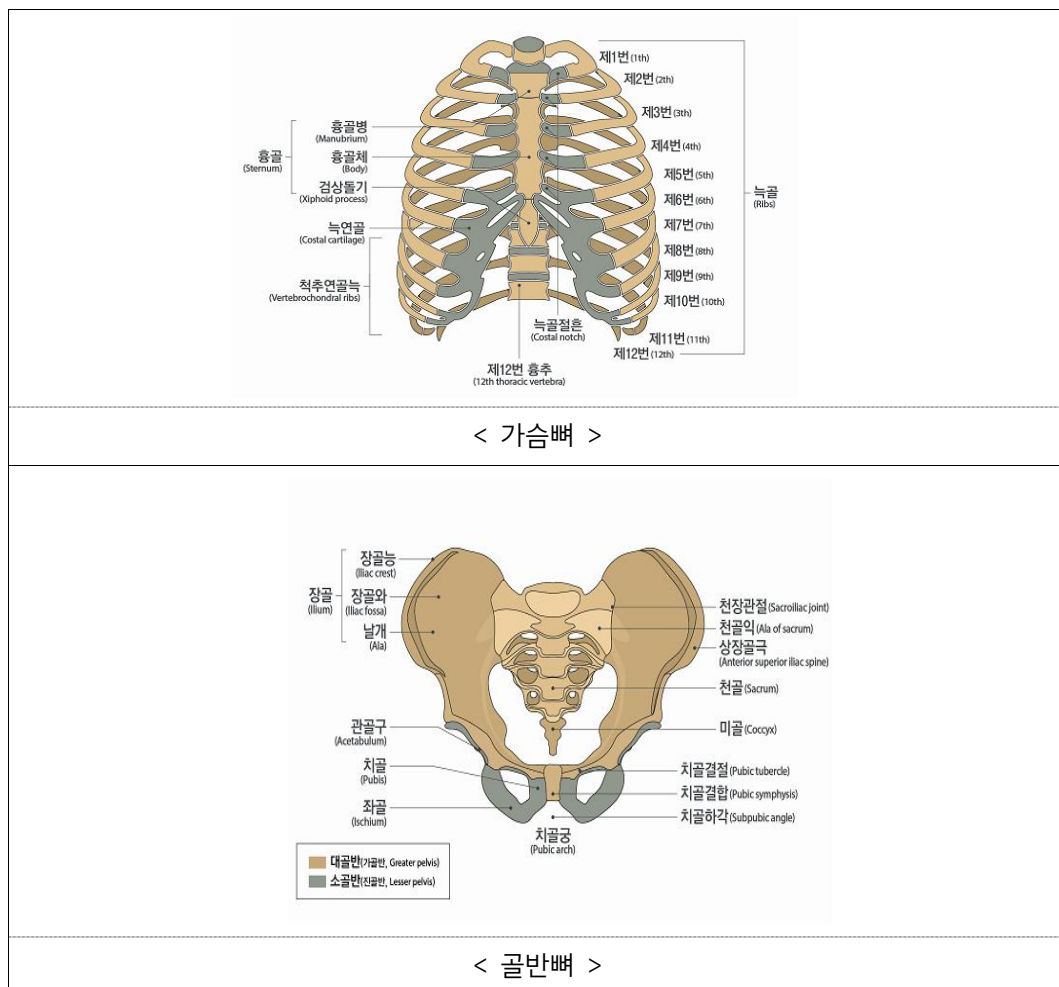
7. 체간골의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 어깨뼈(견갑골)나 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	15
2) 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	10

나. 장애판정기준

- 1) '체간골'이라 함은 어깨뼈(견갑골), 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함), 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)를 말하며 이를 모두 동일한 부위로 본다.
- 2) '골반뼈의 뚜렷한 기형'이라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm이상 분리된 부정유합 상태
 - 나) 육안으로 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도로 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 20° 이상인 경우
 - 다) 미골의 기형은 골절이나 탈구로 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 70° 이상 남은 상태
- 3) '빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골), 어깨뼈(견갑골)에 뚜렷한 기형이 남은 때'라 함은 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.
- 4) 갈비뼈(늑골)의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장애로 취급한다. 다발성늑골 기형의 경우 각각의 각(角) 변형을 합산하지 않고 그 중 가장 높은 각(角) 변형을 기준으로 평가한다.



8. 팔의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 두 팔의 손목 이상을 잃었을 때	100
2) 한 팔의 손목 이상을 잃었을 때	60
3) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때	20
5) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
7) 한 팔에 가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
8) 한 팔에 가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때	10
9) 한 팔의 뼈에 기형을 남긴 때	5

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 않는다.
- 3) '팔'이라 함은 어깨관절(견관절)부터 손목관절(완관절)까지를 말한다.
- 4) '팔의 3대 관절'이라 함은 어깨관절(견관절), 팔꿈치관절(주관절), 손목관절(완관절)을 말한다.
- 5) '한 팔의 손목 이상을 잃었을 때'라 함은 손목관절(완관절)부터(손목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치관절(주관절) 상부에서 절단된 경우도 포함한다.
- 6) 팔의 관절기능장애 평가는 팔의 3대 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다.
가) 각 관절의 운동범위 측정은 장애평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.

[관련법규]

<산업재해보상보험법 시행규칙 제47조(운동기능장애의 측정)>

- ① 비장애인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역은 별표4와 같다.
- ② 운동기능장애의 정도는 에이엠에이[AMA(American Medical Association)]식 측정방법 중 공단이 정하는 방법으로 측정한 해당 근로자의 신체 각 관절의 운동가능영역과 별표4의 평균 운동가능영역을 비교하여 판정한다. 다만, 척주의 운동가능영역은 그러하지 아니하다.
- ③ 제2항에 따라 해당 근로자의 신체 각 관절의 운동가능영역을 측정할 때에는 다음 각호의 구분에 따른 방법으로 한다.
 1. 강직, 오그라듐, 신경손상 등 운동기능장애의 원인이 명확한 경우 : 근로자의 능동적 운동에 의한 측정방법
 2. 운동기능장애의 원인이 명확하지 아니한 경우 : 근로자의 수동적 운동에 의한 측정방법

나)관절기능장애를 표시할 경우 장애부위의 장애각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장애상태를 명확히 한다. 단, 관절기능장애가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.

- 7) '관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 완전 강직(관절굳음)
 - 나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '0등급(zero)'인 경우
- 8) '관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - 가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
 - 나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우

다)근전도 검사상 완전손상(complete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '1등급(trace)'인 경우

9) '관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.

가)해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우

나)근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 2등급(poor)인 경우

10) '관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

가)해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우

나)근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 3등급(fair)인 경우

11) '가관절^㉞이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.

※주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 '불유합' 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외한다.

12) '가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.

13) '뼈에 기형을 남긴 때'라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

1) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

2) 1상지(팔과 손가락)의 후유장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

9. 다리의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 두 다리의 발목 이상을 잃었을 때	100
2) 한 다리의 발목 이상을 잃었을 때	60
3) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때	20
5) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
7) 한 다리에 가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
8) 한 다리에 가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때	10
9) 한 다리의 뼈에 기형을 남긴 때	5
10) 한 다리가 5cm 이상 짧아지거나 길어진 때	30
11) 한 다리가 3cm 이상 짧아지거나 길어진 때	15
12) 한 다리가 1cm 이상 짧아지거나 길어진 때	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.

2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않는다.

3) '다리'라 함은 엉덩이관절(고관절)부터 발목관절(족관절)까지를 말한다.

4) '다리의 3대 관절'이라 함은 엉덩이관절(고관절), 무릎관절(슬관절), 발목관절(족관절)을 말한다.

5) '한 다리의 발목 이상을 잃었을 때'라 함은 발목관절(족관절)부터(발목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절(슬관절)의 상부에서 절단된 경우도 포함한다.

6) 다리의 관절기능장해 평가는 다리의 3대 관절의 관절운동범위 제한 및 무릎관절(슬관절)의 동요성 등으로

평가한다.

가)각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.

[관련법규]

<산업재해보상보험법 시행규칙 제47조(운동기능장해의 측정)>

- ① 비장애인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역은 별표4와 같다.
- ② 운동기능장해의 정도는 에이엠에이[AMA(American Medical Association)]식 측정방법 중 공단이 정하는 방법으로 측정한 해당 근로자의 신체 각 관절의 운동가능영역과 별표4의 평균 운동가능영역을 비교하여 판정한다. 다만, 척주의 운동가능영역은 그러하지 아니하다.
- ③ 제2항에 따라 해당 근로자의 신체 각 관절의 운동가능영역을 측정할 때에는 다음 각호의 구분에 따른 방법으로 한다.
 1. 강직, 오그라듐, 신경손상 등 운동기능장해의 원인이 명확한 경우 : 근로자의 능동적 운동에 의한 측정방법
 2. 운동기능장해의 원인이 명확하지 아니한 경우 : 근로자의 수동적 운동에 의한 측정방법

나)관절기능장해가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.

7) 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

가)완전 강직(관절굳음)

나)근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '0등급(zero)'인 경우

8) '관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

가)해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우

나)인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우

다)객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우

라)근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '1등급(trace)'인 경우

9) '관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

가)해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우

나)객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우

다)근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 2등급(poor)인 경우

10) '관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

가)해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우

나)객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우

다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 3등급(fair)인 경우

11) 동요장해 평가 시에는 정상측과 환측을 비교하여 증가된 수치로 평가한다.

12) '가관절[※]이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.

※주)가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 '불유합' 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외한다.

13) '가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 경골과 종아리뼈 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.

14) '뼈에 기형을 남긴 때'라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

15) 다리 길이의 단축 또는 과신장은 스캐노그램(scanogram)을 통하여 측정한다.

다. 지급률의 결정

1) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

2) 1하지(다리와 발가락)의 후유장해 지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

10. 손가락의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 한 손의 5개 손가락을 모두 잃었을 때	55
2) 한 손의 첫째 손가락을 잃었을 때	15
3) 한 손의 첫째 손가락 이외의 손가락을 잃었을 때(손가락 하나마다)	10
4) 한 손의 5개 손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	30
5) 한 손의 첫째 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한 손의 첫째 손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때(손가락 하나마다)	5

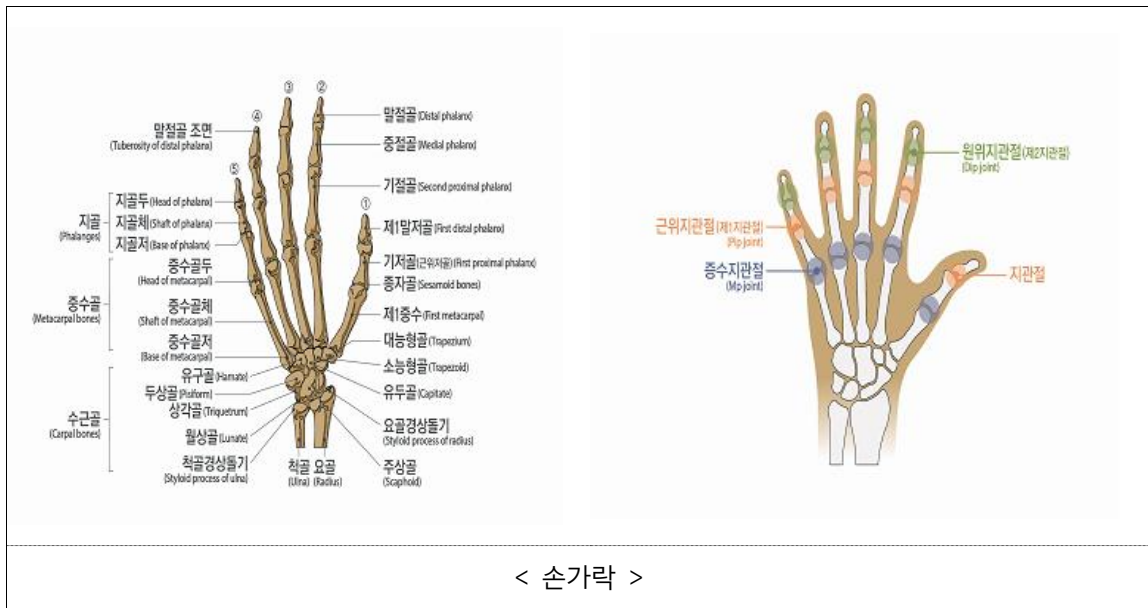
나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장애를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 않는다.
- 3) 손가락에는 첫째 손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
- 4) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.
- 5) '손가락을 잃었을 때'라 함은 첫째 손가락에서는 지관절부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽으로 손가락이 절단되었을 때를 말한다.
- 6) '손가락뼈 일부를 잃었을 때'라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 손가락 뼈의 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 손가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.
- 7) '손가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 첫째 손가락의 경우 중수지관절 또는 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상 운동영역의 1/2 이하인 경우를 말하며, 다른 네 손가락에 있어서는 제1, 제2지관절의 굴신운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하이거나 중수지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.
- 8) 한 손가락에 장애가 생기고 다른 손가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 9) 손가락의 관절기능장애 평가는 손가락 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 장애평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.

[관련법규]

<산업재해보상보험법 시행규칙 제47조(운동기능장애의 측정)>

- ① 비장애인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역은 별표4와 같다.
- ② 운동기능장애의 정도는 에이엠에이[AMA(American Medical Association)]식 측정방법 중 공단이 정하는 방법으로 측정한 해당 근로자의 신체 각 관절의 운동가능영역과 별표4의 평균 운동가능영역을 비교하여 판정한다. 다만, 척주의 운동가능영역은 그러하지 아니하다.
- ③ 제2항에 따라 해당 근로자의 신체 각 관절의 운동가능영역을 측정할 때에는 다음 각호의 구분에 따른 방법으로 한다.
 1. 강직, 오그라듐, 신경손상 등 운동기능장애의 원인이 명확한 경우 : 근로자의 능동적 운동에 의한 측정방법
 2. 운동기능장애의 원인이 명확하지 아니한 경우 : 근로자의 수동적 운동에 의한 측정방법



11. 발가락의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 한 발의 리스프랑관절 이상을 잃었을 때	40
2) 한 발의 5개 발가락을 모두 잃었을 때	30
3) 한 발의 첫째 발가락을 잃었을 때	10
4) 한 발의 첫째 발가락 이외의 발가락을 잃었을 때(발가락 하나마다)	5
5) 한 발의 5개 발가락 모두의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
6) 한 발의 첫째 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	8
7) 한 발의 첫째 발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때(발가락 하나마다)	3

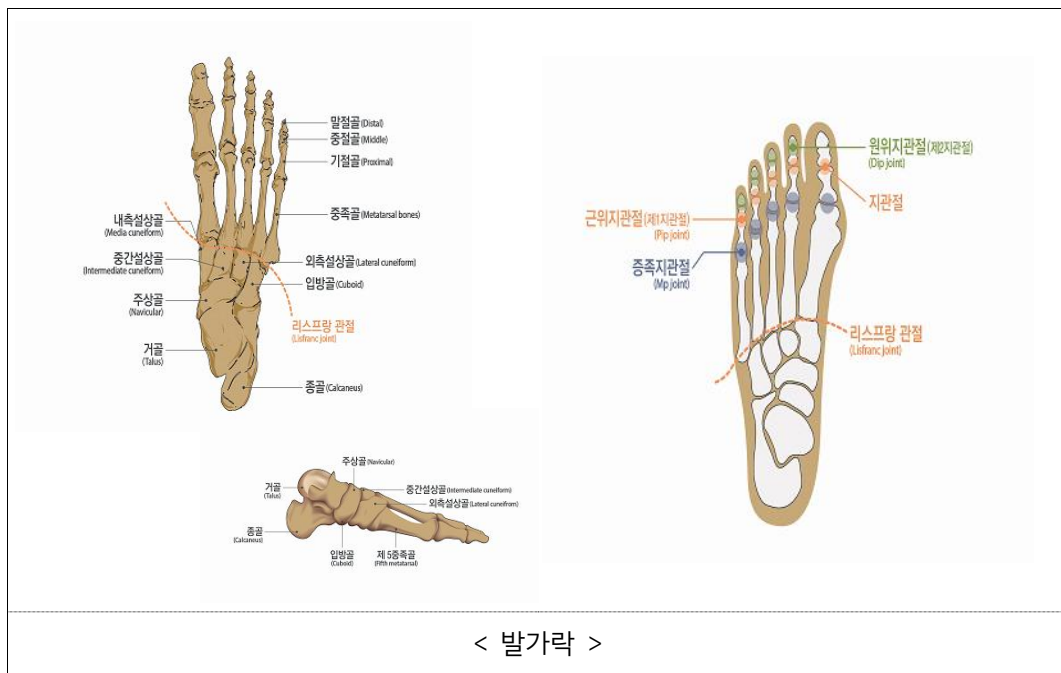
나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장애를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 않는다.
- 3) '발가락을 잃었을 때'라 함은 첫째 발가락에서는 지관절부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽을 잃었을 때를 말한다.
- 4) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.
- 5) '발가락뼈 일부를 잃었을 때'라 함은 첫째 발가락의 지관절, 다른 네 발가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 발가락 뼈 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 발가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.
- 6) '발가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 첫째 발가락의 경우에 중족지관절과 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동범위 합계가 정상 운동 가능영역의 1/2이하가 된 경우를 말하며, 다른 네 발가락에 있어서는 중족지관절의 신전운동범위만을 평가하여 정상운동범위의 1/2이하로 제한된 경우를 말한다.
- 7) 한 발가락에 장애가 생기고 다른 발가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 8) 발가락 관절의 운동범위 측정은 장애평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.

[관련법규]

<산업재해보상보험법 시행규칙 제47조(운동기능장애의 측정)>

- ① 비장애인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동기능영역은 별표4와 같다.
- ② 운동기능장애의 정도는 에이엠에이[AMA(American Medical Association)]식 측정방법 중 공단이 정하는 방법으로 측정한 해당 근로자의 신체 각 관절의 운동기능영역과 별표4의 평균 운동기능영역을 비교하여 판정한다. 다만, 척주의 운동기능영역은 그러하지 아니하다.
- ③ 제2항에 따라 해당 근로자의 신체 각 관절의 운동기능영역을 측정할 때에는 다음 각호의 구분에 따른 방법으로 한다.
 1. 강직, 오그라듐, 신경손상 등 운동기능장애의 원인이 명확한 경우 : 근로자의 능동적 운동에 의한 측정방법
 2. 운동기능장애의 원인이 명확하지 아니한 경우 : 근로자의 수동적 운동에 의한 측정방법



12. 흉. 복부장기 및 비뇨생식기의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1)심장 기능을 잃었을 때	100
2)흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때	75
3)흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장애를 남긴 때	50
4)흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	30
5)흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장애를 남긴 때	15

나. 장애의 판정기준

- 1)'심장 기능을 잃었을 때'라 함은 심장 이식을 한 경우를 말한다.
- 2)'흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - 가) 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
 - 나)장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석, 복막투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때

- 다) 방광의 저장기능과 배뇨기능을 완전히 상실한 때
- 3) '홍복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
- 가) 위, 대장(결장~직장) 또는 체장의 전부를 잘라내었을 때
 - 나) 소장을 3/4 이상 잘라내었을 때 또는 잘라낸 소장의 길이가 3m 이상일 때
 - 다) 간장의 3/4 이상을 잘라내었을 때
 - 라) 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
- 4) '홍복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
- 가) 한쪽 폐 또는 한쪽 신장을 전부 잘라내었을 때
 - 나) 방광 기능상실로 영구적인 요도루, 방광루, 요관 장문합 상태
 - 다) 위, 체장을 50% 이상 잘라내었을 때
 - 라) 대장절제, 항문 괄약근 등의 기능장애로 영구적으로 장루, 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
 - 마) 심장기능 이상으로 인공심박동기를 영구적으로 삽입한 경우
 - 바) 요도괄약근 등의 기능장애로 영구적으로 인공요도괄약근을 설치한 경우
- 5) '홍복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
- 가) 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착, 배뇨기능 상실로 영구적인 간헐적 인공요도가 필요한 때
 - 나) 음경의 1/2 이상이 결손되었거나 질구 협착으로 성생활이 불가능한 때
 - 다) 폐질환 또는 폐 부분절제술 후 일상생활에서 호흡곤란으로 지속적인 산소치료가 필요하며, 폐기능 검사(PFT)상 폐환기 기능(1초간 노력성 호기량, FEV1)이 정상예측치의 40% 이하로 저하된 때
- 6) 홍복부, 비뇨생식기계 장애는 질병 또는 외상의 직접 결과로 인한 장애를 말하며, 노화에 의한 기능장애 또는 질병이나 외상이 없는 상태에서 예방적으로 장기를 절제, 적출한 경우는 장애로 보지 않는다.
- 7) 상기 홍복부 및 비뇨생식기계 장애항목에 명기되지 않은 기타 장애상태에 대해서는 '<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표'에 해당하는 장애가 있을 때 ADLs 장애 지급률을 준용한다.
- 8) 상기 장애항목에 해당되지 않는 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장애의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계, 정신행동 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 신경계에 장애가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때	10~100
2) 정신행동에 극심한 장애를 남긴 때	100
3) 정신행동에 심한 장애를 남긴 때	75
4) 정신행동에 뚜렷한 장애를 남긴 때	50
5) 정신행동에 약간의 장애를 남긴 때	25
6) 정신행동에 경미한 장애를 남긴 때	10
7) 극심한 치매 : CDR척도 5점	100
8) 심한치매 : CDR척도 4점	80
9) 뚜렷한 치매 : CDR 척도 3점	60
10) 약간의 치매 : CDR 척도 2점	40
11) 심한 뇌전증 발작이 남았을 때	70
12) 뚜렷한 뇌전증 발작이 남았을 때	40
13) 약간의 뇌전증 발작이 남았을 때	10

나. 장애판정기준

1) 신경계

- 가)“신경계에 장애를 남긴 때”라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계 손상으로 “<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표”의 5가지 기본동작중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.
- 나)위 가)의 경우 “<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표” 상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장애로 인정하지 않는다.
- 다)신경계의 장애로 발생하는 다른 신체부위의 장애(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장애로도 평가하고 그 중 높은 지급률을 적용한다.
- 라)뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 12개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장애를 평가한다. 그러나, 12개월이 지났다고 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위에서 장애 평가를 유보한다.
- 마)장애진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2)정신행동

- 가)정신행동장애는 보험기간중에 발생한 뇌의 질병 또는 상해를 입은 후 18개월이 지난 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 질병발생 또는 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 질병발생 또는 상해를 입은 후 12개월이 지난 후에 판정할 수 있다.
- 나)정신행동장애는 장애판정 직전 1년 이상 충분한 정신건강의학과와의 전문적 치료를 받은 후 치료에도 불구하고 장애가 고착되었을 때 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로써 고정되거나 중하게 된 장애에 대해서는 인정하지 않는다.
- 다)정신행동에 극심한 장애를 남긴 때라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와의 치료를 받았으며 GAF 30점 이하인 상태를 말한다.
- 라)정신행동에 심한 장애를 남긴 때라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와의 치료를 받았으며 GAF 40점 이하인 상태를 말한다.
- 마)정신행동에 뚜렷한 장애를 남긴 때라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 ‘능력장해측정기준’^{※주} 상 6개 항목 중 3개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 50점 이하인 상태를 말한다.

※주) 능력장해측정기준의 항목 : ㉓ 적절한 음식섭취, ㉔ 대소변관리, 세면, 목욕, 청소 등의 청결 유지, ㉕ 적절한 대화기술 및 협조적인 대인관계, ㉖ 규칙적인 통원, 약물 복용, ㉗ 소지품 및 금전관리나 적절한 구매행위, ㉘ 대중교통이나 일반공공시설의 이용

- 바)정신행동에 약간의 장애를 남긴 때라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 ‘능력장해측정기준’ 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 60점 이하인 상태를 말한다.
- 사)정신행동에 경미한 장애를 남긴 때라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 ‘능력장해측정기준’ 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 70점 이하인 상태를 말한다.
- 아)지속적인 정신건강의학과와의 치료란 3개월 이상 약물치료가 중단되지 않았음을 의미한다.
- 자)심리학적 평가보고서는 정신건강의학과 의료기관에서 실시되어야 하며, 자격을 갖춘 임상심리전문가가 시행하고 작성하여야 한다.
- 차)정신행동장애 진단 전문의는 정신건강의학과 전문의를 말한다.
- 카)정신행동장애는 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등 객관적 근거를 기초로 평가한다. 다만, 보호자나 환자의 진술, 감정의 추정 혹은 인정, 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌 SPECT 등)은 객관적 근거로 인정하지 않는다.
- 타)각종 기질성 정신장애와 외상후 뇌전증에 한하여 보상한다.
- 파)외상후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증(조현병), 편집증, 조울증(양극성장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다.

3)치매

- 가)“치매”라 함은 정상적으로 성숙한 뇌가 질병이나 외상 후 기질성 손상으로 파괴되어 한번 획득한 지적기능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 것을 말한다.
- 나)치매의 장애평가는 임상적인 증상 뿐 아니라 뇌영상검사(CT 및 MRI, SPECT등)를 기초로 진단되어야 하며, 18개월 이상 지속적인 치료 후 평가한다. 다만, 진단시점에 이미 극심한 치매 또는 심한 치매로 진행된 경우에는 6개월간 지속적인 치료 후 평가한다.
- 다)치매의 장애평가는 전문의(정신건강의학과, 신경과)에 의한 임상치매척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사결과에 따른다.

4)뇌전증

가)“뇌전증”이라 함은 돌발적 뇌파 이상을 나타내는 뇌질환으로 발작(경련, 의식장해 등)을 반복하는 것을 말한다.

나)뇌전증 발작의 빈도 및 양상은 지속적인 항뇌전증제(항경련제) 약물로도 조절되지 않는 뇌전증을 말하며, 진료기록에 기재되어 객관적으로 확인되는 뇌전증 발작의 빈도 및 양상을 기준으로 한다.

다)“심한 뇌전증 발작”이라 함은 월 8회 이상의 중증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작할 때 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장해 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말한다.

라)“뚜렷한 뇌전증 발작”이라 함은 월 5회 이상의 중증발작 또는 월 10회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

마)“약간의 뇌전증 발작”이라 함은 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

바)“중증발작”이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장해가 3분 이상 지속되는 발작을 말한다.

사)“경증발작”이라 함은 운동장해가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표

유형	제한 정도에 따른 지급률
이동동작	- 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 지속적인 도움이 없이는 방 밖을 나올 수 없는 상태 또는 침대에서 휠체어로 옮기기를 포함하여 휠체어 이동시 다른 사람의 지속적인 도움이 필요한 상태(지급률 40%) - 휠체어 또는 다른 사람의 도움 없이는 방밖을 나올 수 없는 상태 또는 보행이 불가능하나 스스로 휠체어를 밀어 이동이 가능한 상태 (30%) - 목발 또는 보행기(walker)를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태(20%) - 보조기구 없이 독립적인 보행은 가능하나 보행시 파행(절뚝거림)이 있으며, 난간을 잡지 않고는 계단을 오르내리기가 불가능한 상태 또는 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태(10%)
음식물 섭취	- 입으로 식사를 전혀 할 수 없어 계속적으로 튜브(비위관 또는 위루관)나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양공급을 받는 상태 (20%) - 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 지속적인 도움이 없이는 식사를 전혀 할 수 없는 상태 (15%) - 숟가락 사용은 가능하나 젓가락 사용이 불가능하여 음식물 섭취에 있어 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태 (10%) - 독립적인 음식물 섭취는 가능하나 젓가락을 이용하여 생선을 바르거나 음식물을 자르지는 못하는 상태 (5%)
배변·배뇨	- 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 지속적인 도움이 필요한 상태, 또는 지속적인 유치도뇨관 삽입상태, 방광루, 요도루, 장루상태 (20%) - 화장실에 가서 변기위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 뒤처리시 다른 사람의 지속적인 도움이 필요한 상태, 또는 간헐적으로 자가 인공도뇨가 가능한 상태(CIC), 기저귀를 이용한 배뇨,배변 상태 (15%) - 화장실에 가는 일, 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변후 뒤처리에 있어 다른 사람의 도움이 필요한 상태 (10%) - 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2시간 이상 계속되는 업무를 수행하는 것이 어려운 상태, 또는 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 요실금, 변실금이 있는 때 (5%)
목욕	- 세안, 양치, 샤워, 목욕 등 모든 개인위생 관리시 타인의 지속적인 도움이 필요한 상태 (10%) - 세안, 양치시 부분적인 도움 하에 혼자서 가능하나 목욕이나 샤워시 타인의 도움이 필요한 상태 (5%) - 세안, 양치와 같은 개인위생관리를 독립적으로 시행가능하나 목욕이나 샤워시 부분적으로 타인의 도움이 필요한 상태 (3%)
옷 입고 벗기	- 상·하의 의복 착탈시 다른 사람의 지속적인 도움이 필요한 상태(10%) - 상·하의 의복 착탈시 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태 또는 상의 또는 하의중 하나만 혼자서 착탈의가 가능한 상태 (5%) - 상·하의 의복착탈시 혼자서 가능하나 미세동작(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)이 필요한 마무리는 타인의 도움이 필요한 상태 (3%)

【별표 2】식중독 분류표

식중독이라 함은 음식을 먹고 생기는 구토, 설사, 복통을 주요 증세로 하는 급성질환으로써 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 약관에서 보장하는 식중독 해당여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분류코드
기타 살모넬라 감염	A02
시겔라증	A03
기타 세균성 장 감염	A04
달리 분류되지 않은 기타 세균성 음식매개중독	A05
아메바증	A06
기타 원충성 장 질환	A07
바이러스 및 기타 명시된 장 감염	A08
해산물로 섭취한 유해물질의 독성효과	T61
식품으로 섭취한 기타 유해물질의 독성효과	T62

제 10 차 개정 이후 상기 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류가 변경되더라도 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표 3】 임신, 출산 및 산후기 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 임신, 출산 및 산후기로 분류되는 질병은 제 9 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2025-299 호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 약관에서 보장하는 임신, 출산 및 산후기 질병 해당여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 유산된 임신	000 ~ 008
2. 임신, 출산 및 산후기의 부종, 단백뇨 및 고혈압성 장애	010 ~ 016
3. 주로 임신과 관련된 기타 산모 장애	020 ~ 029
4. 태아와 양막강 및 가능한 분만문제에 관련된 산모 관리	030 ~ 048
5. 진통 및 분만의 합병증	060 ~ 075
6. 분만	080 ~ 084
7. 주로 산후기에 관련된 합병증	085 ~ 092
8. 달리 분류되지 않은 기타 산과학적 병태	094 ~ 099

제 10 차 개정 이후 상기 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류가 변경되더라도 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표 4】 악성신생물(암)분류표

약관에 규정하는 암으로 분류되는 질병은 제 9 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2025-299 호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 약관에서 보장하는 악성신생물(암) 해당여부를 판단합니다.

대상질병	분류번호
입술, 구강 및 인두의 악성신생물(암)	C00~C14
소화기관의 악성신생물(암)	C15~C26
호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물(암)	C30~C39
골 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40~C41
흑색종 및 기타 피부의 악성신생물(암)	C43~C44
중피성 및 연조직의 악성신생물(암)	C45~C49
유방의 악성신생물(암)	C50
여성생식기관의 악성신생물(암)	C51~C58
남성생식기관의 악성신생물(암)	C60~C63
요로의 악성신생물(암)	C64~C68
눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타부분의 악성신생물(암)	C69~C72
갑상선 및 기타 내분비선의 악성신생물	C73~C75
불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)	C76~C80
림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)	C81~C96
독립된(일차성) 여러 부위의 악성신생물(암)	C97
진성 적혈구 증가증	D45
골수 형성이상 증후군	D46
만성 골수증식 질환	D47.1
본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
골수섬유증	D47.4
만성 호산구성 백혈병	D47.5

제 10 차 개정 이후 상기 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류가 변경되더라도 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표 5】 제자리 신생물분류표

약관에 규정하는 제자리암(상피내암)으로 분류되는 질병은 제 9 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2025-299 호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 약관에서 보장하는 제자리신생물 해당여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 구강, 식도 및 위의 제자리 암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리 암종	D01
3. 가운데귀 및 호흡기계통의 제자리 암종	D02
4. 제자리의 흑색종	D03
5. 피부의 제자리 암종	D04
6. 유방의 제자리 암종	D05
7. 자궁경부의 제자리 암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리 암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 제자리 암종	D09

제 10 차 개정 이후 상기 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류가 변경되더라도 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표 6】 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관에 규정하는 경계성종양으로 분류되는 질병은 제 9 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2025-299 호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 약관에서 보장하는 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 해당여부를 판단합니다.

대 상 질 병	분류번호
구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
중이, 호흡기관, 흉곽내 기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
여성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
남성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
뇌 및 중추 신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
행동양식 불명 및 미상의 조직구 및 비만세포 종양	D47.0
미결정의 단클론감마글로불린병증	D47.2
기타 명시된 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D47.7
림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 상세불명의 신생물	D47.9
기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

제 10 차 개정 이후 상기 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류가 변경되더라도 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

【별표 7】 골절 분류표

①약관에서 규정하는 골절로 분류되는 상병은 제 9 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제 2025-299 호, 2026.1.1 시행)중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 약관에서 보장하는 골절 해당여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류코드
두개골 및 안면골의 골절	S02
머리의 으깬손상	S07
머리의 상세불명 손상	S09.9
목의 골절	S12
늑골, 흉골(복장뼈) 및 흉추의 골절	S22
요추 및 골반의 골절	S32
어깨 및 위팔의 골절	S42
아래팔의 골절	S52
손목 및 손 부분에서의 골절	S62
대퇴골의 골절	S72
발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
발목을 제외한 발의 골절	S92
여러 신체부위를 침범한 골절	T02
척추의 상세불명 부위의 골절	T08
팔의 상세불명 부위의 골절	T10
다리의 상세불명 부위의 골절	T12
상세불명의 신체부위의 골절	T14.2

제 10 차 개정 이후 상기 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류가 변경되더라도 약관에서 보장하는 상병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

②위의 골절분류코드에서 치아의 파절 및 파절치 (분류코드 S02.5)에 해당하는 상병을 ‘치아파절’이라 말합니다.

【별표 8】 화상 분류표

약관에서 규정하는 화상으로 분류되는 상병은 제 9 차 개정 한국표준질병사인분류([통계청 고시 제 2025-299 호, 2026.1.1 시행](#)) 중 다음에 적은 상병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 약관에서 보장하는 화상 해당여부를 판단합니다.

분 류 항 목	분류코드
머리 및 목의 화상 및 부식	T20
체간의 화상 및 부식	T21
손목 및 손을 제외한 어깨와 팔의 화상 및 부식	T22
손목 및 손의 화상 및 부식	T23
발목 및 발을 제외한 엉덩이 및 다리의 화상 및 부식	T24
발목 및 발의 화상 및 부식	T25
눈 및 눈부속기에 국한된 화상 및 부식	T26
기도의 화상 및 부식	T27
기타 내부기관의 화상 및 부식	T28
여러 신체부위를 침범하는 화상 및 부식	T29
상세불명 신체부위의 화상 및 부식	T30
포함된 신체 표면의 정도에 따라 분류된 화상	T31
포함된 신체 표면의 정도에 따라 분류된 부식	T32
방사선과 관련된 피부 및 피하조직의 기타장해	L59

제 10 차 개정 이후 상기 상병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보장하는 상병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병사인분류가 변경되더라도 약관에서 보장하는 상병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

법 규

[법규 1] 상법

제 662 조(소멸시효)

보험금청구권은 3 년간, 보험료 또는 적립금의 반환청구권은 3 년간, 보험료청구권은 2 년간 행사하지 아니하면 시효의 완성으로 소멸한다.

[전문개정 2014. 3. 11.]

[법규 2] 의료법 제 3 조

제 3 조(의료기관)

- ① 이 법에서 "의료기관"이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 "의료업"이라 한다)을 하는 곳을 말한다.
- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
 1. 의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 의원
 - 나. 치과의원
 - 다. 한의원
 2. 조산원: 조산사가 조산과 임신부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다.
 3. 병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 병원
 - 나. 치과병원
 - 다. 한방병원
 - 라. 요양병원(「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제 3 조제 5 호에 따른 정신의료기관 중 정신병원, 「장애인복지법」 제 58 조제 1 항제 2 호에 따른 의료재활시설로서 제 3 조의 2 의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
 - 마. 종합병원
- ③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제 2 항제 1 호부터 제 3 호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

[법규 3] 의료법 제 3 조의 4

제 3 조의 4(상급종합병원 지정)

- ① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.
 - 1. 보건복지부령으로 정하는 20 개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 - 2. 제 77 조제 1 항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
 - 3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖추는 것
 - 4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것
- ② 보건복지부장관은 제 1 항에 따른 지정을 하는 경우 제 1 항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.
- ③ 보건복지부장관은 제 1 항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3 년마다 제 2 항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.
- ④ 보건복지부장관은 제 2 항 및 제 3 항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.
- ⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무를 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

[법규 4] 의료법 제 54 조

제 54 조(신의료기술평가위원회의 설치 등)

- ① 보건복지부장관은 신의료기술평가에 관한 사항을 심의하기 위하여 보건복지부에 신의료기술평가위원회(이하 "위원회"라 한다)를 둔다.
- ② 위원회는 위원장 1 명을 포함하여 20 명 이내의 위원으로 구성한다.
- ③ 위원은 다음 각 호의 자 중에서 보건복지부장관이 위촉하거나 임명한다. 다만, 위원장은 제 1 호 또는 제 2 호의 자 중에서 임명한다.
 1. 제 28 조제 1 항에 따른 의사회·치과의사회·한의사회에서 각각 추천하는 자
 2. 보건의료에 관한 학식이 풍부한 자
 3. 소비자단체에서 추천하는 자
 4. 변호사의 면허를 가진 자로서 보건의료와 관련된 업무에 5 년 이상 종사한 경력이 있는 자
 5. 보건의료정책 관련 업무를 담당하고 있는 보건복지부 소속 5 급 이상의 공무원
- ④ 위원장과 위원의 임기는 3 년으로 하되, 연임할 수 있다. 다만, 제 3 항제 5 호에 따른 공무원의 경우에는 재임기간으로 한다.
- ⑤ 위원의 자리가 빈 때에는 새로 위원을 임명하고, 새로 임명된 위원의 임기는 임명된 날부터 기산한다.
- ⑥ 위원회의 심의사항을 전문적으로 검토하기 위하여 위원회에 분야별 전문평가위원회를 둔다.
- ⑦ 그 밖에 위원회·전문평가위원회의 구성 및 운영 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

[법규 5] 산업재해보상보험법

제 5 조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다. <개정 2010. 1. 27., 2010. 5. 20., 2010. 6. 4., 2012. 12. 18., 2017. 10. 24., 2018. 6. 12., 2020. 5. 26.>

1. “업무상의 재해”란 업무상의 사유에 따른 근로자의 부상·질병·장해 또는 사망을 말한다.
2. “근로자”·“임금”·“평균임금”·“통상임금”이란 각각 「근로기준법」에 따른 “근로자”·“임금”·“평균임금”·“통상임금”을 말한다. 다만, 「근로기준법」에 따라 “임금” 또는 “평균임금”을 결정하기 어렵다고 인정되면 고용노동부장관이 정하여 고시하는 금액을 해당 “임금” 또는 “평균임금”으로 한다.
3. “유족”이란 사망한 사람의 배우자(사실상 혼인 관계에 있는 사람을 포함한다. 이하 같다)·자녀·부모·손자녀·조부모 또는 형제자매를 말한다.
4. “치유”란 부상 또는 질병이 완치되거나 치료의 효과를 더 이상 기대할 수 없고 그 증상이 고정된 상태에 이르게 된 것을 말한다.
5. “장해”란 부상 또는 질병이 치유되었으나 정신적 또는 육체적 훼손으로 인하여 노동능력이 상실되거나 감소된 상태를 말한다.
6. “중증요양상태”란 업무상의 부상 또는 질병에 따른 정신적 또는 육체적 훼손으로 노동능력이 상실되거나 감소된 상태로서 그 부상 또는 질병이 치유되지 아니한 상태를 말한다.
7. “진폐”(塵肺)란 분진을 흡입하여 폐에 생기는 섬유증식성(纖維增殖性) 변화를 주된 증상으로 하는 질병을 말한다.
8. “출퇴근”이란 취업과 관련하여 주거와 취업장소 사이의 이동 또는 한 취업장소에서 다른 취업장소로의 이동을 말한다

제 37 조(업무상의 재해의 인정 기준)

- ① 근로자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사유로 부상·질병 또는 장해가 발생하거나 사망하면 업무상의 재해로 본다. 다만, 업무와 재해 사이에 상당인과관계(相當因果關係)가 없는 경우에는 그러하지 아니하다. <개정 2010. 1. 27., 2017. 10. 24., 2019. 1. 15.>

1. 업무상 사고

- 가. 근로자가 근로계약에 따른 업무나 그에 따르는 행위를 하던 중 발생한 사고
- 나. 사업주가 제공한 시설물 등을 이용하던 중 그 시설물 등의 결함이나 관리소홀로 발생한 사고
- 다. 삭제 <2017. 10. 24.>
- 라. 사업주가 주관하거나 사업주의 지시에 따라 참여한 행사나 행사준비 중에 발생한 사고
- 마. 휴게시간 중 사업주의 지배관리하에 있다고 볼 수 있는 행위로 발생한 사고
- 바. 그 밖에 업무와 관련하여 발생한 사고

2. 업무상 질병

- 가. 업무수행 과정에서 물리적 인자(因子), 화학물질, 분진, 병원체, 신체에 부담을 주는 업무 등 근로자의 건강에 장애를 일으킬 수 있는 요인을 취급하거나 그에 노출되어 발생한 질병
- 나. 업무상 부상이 원인이 되어 발생한 질병
- 다. 「근로기준법」 제 76 조의 2 에 따른 직장 내 괴롭힘, 고객의 폭언 등으로 인한 업무상 정신적 스트레스가 원인이 되어 발생한 질병
- 라. 그 밖에 업무와 관련하여 발생한 질병

3. 출퇴근 재해

- 가. 사업주가 제공한 교통수단이나 그에 준하는 교통수단을 이용하는 등 사업주의 지배관리하에서 출퇴근하는 중 발생한 사고
- 나. 그 밖에 통상적인 경로와 방법으로 출퇴근하는 중 발생한 사고

② 근로자의 고의·자해행위나 범죄행위 또는 그것이 원인이 되어 발생한 부상·질병·장해 또는 사망은 업무상의 재해로 보지 아니한다. 다만, 그 부상·질병·장해 또는 사망이 정상적인 인식능력 등이 뚜렷하게 낮아진 상태에서 한 행위로 발생한 경우로서 대통령령으로 정하는 사유가 있으면 업무상의 재해로 본다. <개정 2020. 5. 26.>

③ 제 1 항제 3 호나목의 사고 중에서 출퇴근 경로 이탈 또는 중단이 있는 경우에는 해당 이탈 또는 중단 중의 사고 및 그 후의 이동 중의 사고에 대하여는 출퇴근 재해로 보지 아니한다. 다만, 이탈 또는 중단이 일상생활에 필요한 행위로서 대통령령으로 정하는 사유가 있는 경우에는 출퇴근 재해로 본다. <신설 2017. 10. 24.>

④ 출퇴근 경로와 방법이 일정하지 아니한 직종으로 대통령령으로 정하는 경우에는 제 1 항제 3 호나목에 따른 출퇴근 재해를 적용하지 아니한다. <신설 2017. 10. 24.>

⑤ 업무상의 재해의 구체적인 인정 기준은 대통령령으로 정한다. <개정 2017. 10. 24.>

[2017. 10. 24. 법률 제 14933 호에 의하여 2016. 9. 29. 헌법재판소에서 헌법불합치 결정된 이 조 제 1 항제 1 호다목을 삭제함.]

[법규 6] 산업재해보상보험법 시행령

제 27 조(업무수행 중의 사고)

① 근로자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위를 하던 중에 발생한 사고는 법 제 37 조제 1 항제 1 호가 목에 따른 업무상 사고로 본다.

- 1. 근로계약에 따른 업무수행 행위
- 2. 업무수행 과정에서 하는 용변 등 생리적 필요 행위
- 3. 업무를 준비하거나 마무리하는 행위, 그 밖에 업무에 따르는 필요적 부수행위
- 4. 천재지변·화재 등 사업장 내에 발생한 돌발적인 사고에 따른 긴급피난·구조행위 등 사회통념상 예견되는 행위

② 근로자가 사업주의 지시를 받아 사업장 밖에서 업무를 수행하던 중에 발생한 사고는 법 제 37 조제 1 항제 1 호가목에 따른 업무상 사고로 본다. 다만, 사업주의 구체적인 지시를 위반한 행위, 근로자의 사적(私的) 행위 또는 정상적인 출장 경로를 벗어났을 때 발생한 사고는 업무상 사고로 보지 않는다.

③ 업무의 성질상 업무수행 장소가 정해져 있지 않은 근로자가 최초로 업무수행 장소에 도착하여 업무를 시작한 때부터 최후로 업무를 완수한 후 퇴근하기 전까지 업무와 관련하여 발생한 사고는 법 제 37 조제 1 항제 1 호가목에 따른 업무상 사고로 본다.

제 28 조(시설물 등의 결함 등에 따른 사고)

① 사업주가 제공한 시설물, 장비 또는 차량 등(이하 이 조에서 “시설물등”이라 한다)의 결함이나 사업주의 관리 소홀로 발생한 사고는 법 제 37 조제 1 항제 1 호나목에 따른 업무상 사고로 본다.

② 사업주가 제공한 시설물등을 사업주의 구체적인 지시를 위반하여 이용한 행위로 발생한 사고와 그 시설물등의 관리 또는 이용권이 근로자의 전속적 권한에 속하는 경우에 그 관리 또는 이용 중에 발생한 사고는 법 제 37 조제 1 항제 1 호나목에 따른 업무상 사고로 보지 않는다.

제 29 조 삭제 <2017. 12. 26.>

제 30 조(행사 중의 사고)

운동경기·야유회·등산대회 등 각종 행사(이하 “행사”라 한다)에 근로자가 참가하는 것이 사회통념상 노무관리 또는 사업운영상 필요하다고 인정되는 경우로서 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에 근로자가 그 행사에 참가(행사 참가를 위한 준비·연습을 포함한다)하여 발생한 사고는 법 제 37 조제 1 항제 1 호라목에 따른 업무상 사고로 본다.

1. 사업주가 행사에 참가한 근로자에 대하여 행사에 참가한 시간을 근무한 시간으로 인정하는 경우
2. 사업주가 그 근로자에게 행사에 참가하도록 지시한 경우
3. 사전에 사업주의 승인을 받아 행사에 참가한 경우
4. 그 밖에 제 1 호부터 제 3 호까지의 규정에 준하는 경우로서 사업주가 그 근로자의 행사 참가를 통상적·관례적으로 인정한 경우

제 31 조(특수한 장소에서의 사고)

사회통념상 근로자가 사업장 내에서 할 수 있다고 인정되는 행위를 하던 중 태풍·홍수·지진·눈사태 등의 천재지변이나 돌발적인 사태로 발생한 사고는 근로자의 사적 행위, 업무 이탈 등 업무와 관계없는 행위를 하던 중에 사고가 발생한 것이 명백한 경우를 제외하고는 법 제 37 조제 1 항제 1 호바목에 따른 업무상 사고로 본다.

제 32 조(요양 중의 사고)

업무상 부상 또는 질병으로 요양을 하고 있는 근로자에게 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사고가 발생하면 법 제 37 조제 1 항제 1 호바목에 따른 업무상 사고로 본다. <개정 2018. 12. 11.>

1. 요양급여와 관련하여 발생한 의료사고
2. 요양 중인 산재보험 의료기관(산재보험 의료기관이 아닌 의료기관에서 응급진료 등을 받는 경우에는 그 의료기관을 말한다. 이하 이 조에서 같다) 내에서 업무상 부상 또는 질병의 요양과 관련하여 발생한 사고
3. 업무상 부상 또는 질병의 치료를 위하여 거주지 또는 근무지에서 요양 중인 산재보험 의료기관으로 통원하는 과정에서 발생한 사고

제 33 조(제 3 자의 행위에 따른 사고)

제 3 자의 행위로 근로자에게 사고가 발생한 경우에 그 근로자가 담당한 업무가 사회통념상 제 3 자의 가해행위를 유발할 수 있는 성질의 업무라고 인정되면 그 사고는 법 제 37 조제 1 항제 1 호바목에 따른 업무상 사고로 본다.

제 34 조(업무상 질병의 인정기준)

① 근로자가 「근로기준법 시행령」제 44 조제 1 항 및 같은 법 시행령 별표 5 의 업무상 질병의 범위에 속하는 질병에 걸린 경우(임신 중인 근로자가 유산·사산 또는 조산한 경우를 포함한다. 이하 이 조에서 같다) 다음 각 호의 요건 모두에 해당하면 법 제 37 조제 1 항제 2 호가목에 따른 업무상 질병으로 본다. <개정 2018. 12. 11.>

1. 근로자가 업무수행 과정에서 유해·위험요인을 취급하거나 유해·위험요인에 노출된 경력이 있을 것
 2. 유해·위험요인을 취급하거나 유해·위험요인에 노출되는 업무시간, 그 업무에 종사한 기간 및 업무 환경 등에 비추어 볼 때 근로자의 질병을 유발할 수 있다고 인정될 것
 3. 근로자가 유해·위험요인에 노출되거나 유해·위험요인을 취급한 것이 원인이 되어 그 질병이 발생하였다고 의학적으로 인정될 것
- ② 업무상 부상을 입은 근로자에게 발생한 질병이 다음 각 호의 요건 모두에 해당하면 법 제 37 조제 1 항제 2 호나목에 따른 업무상 질병으로 본다.

1. 업무상 부상과 질병 사이의 인과관계가 의학적으로 인정될 것
 2. 기초질환 또는 기존 질병이 자연발생적으로 나타난 증상이 아닐 것
- ③ 제 1 항 및 제 2 항에 따른 업무상 질병(진폐증은 제외한다)에 대한 구체적인 인정 기준은 별표 3 과 같다.
- ④ 공단은 근로자의 업무상 질병 또는 업무상 질병에 따른 사망의 인정 여부를 판정할 때에는 그 근로자의 성별, 연령, 건강 정도 및 체질 등을 고려하여야 한다.

제 35 조(출퇴근 중의 사고)

① 근로자가 출퇴근하던 중에 발생한 사고가 다음 각 호의 요건에 모두 해당하면 법 제 37 조제 1 항제 3 호가목에 따른 출퇴근 재해로 본다.

1. 사업주가 출퇴근용으로 제공한 교통수단이나 사업주가 제공한 것으로 볼 수 있는 교통수단을 이용하던 중에 사고가 발생하였을 것
 2. 출퇴근용으로 이용한 교통수단의 관리 또는 이용권이 근로자측의 전속적 권한에 속하지 아니하였을 것
- ② 법 제 37 조제 3 항 단서에서 “일상생활에 필요한 행위로서 대통령령으로 정하는 사유”란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

1. 일상생활에 필요한 용품을 구입하는 행위
2. 「고등교육법」 제 2 조에 따른 학교 또는 「직업교육훈련 촉진법」 제 2 조에 따른 직업교육훈련기관에서 직업능력 개발향상에 기여할 수 있는 교육이나 훈련 등을 받는 행위
3. 선거권이나 국민투표권의 행사
4. 근로자가 사실상 보호하고 있는 아동 또는 장애인을 보육기관 또는 교육기관에 데려주거나 해당 기관으로부터 데려오는 행위
5. 의료기관 또는 보건소에서 질병의 치료나 예방을 목적으로 진료를 받는 행위
6. 근로자의 돌봄이 필요한 가족 중 의료기관 등에서 요양 중인 가족을 돌보는 행위
7. 제 1 호부터 제 6 호까지의 규정에 준하는 행위로서 고용노동부장관이 일상생활에 필요한 행위라고 인정하는 행위

[본조신설 2017. 12. 26.]

제 35 조의 2(출퇴근 재해 적용 제외 직종 등)

법 제 37 조제 4 항에서 “출퇴근 경로와 방법이 일정하지 아니한 직종으로 대통령령으로 정하는 경우”란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 직종에 종사하는 사람(법 제 124 조에 따라 자기 또는 유족을 보험급여를 받을 수 있는 자로 하여 보험에 가입한 사람으로서 근로자를 사용하지 않는 사람을 말한다)이 본인의 주거지에 업무에 사용하는 자동차 등의 차고지를 보유하고 있는 경우를 말한다. <개정 2020. 1. 7., 2023. 6. 27.>

1. 「여객자동차 운수사업법」 제 3 조제 1 항제 3 호에 따른 수요응답형 여객자동차운송사업
2. 「여객자동차 운수사업법 시행령」 제 3 조제 2 호라목에 따른 개인택시운송사업
3. 퀵서비스업[소화물의 집화(集貨)·수송 과정 없이 그 배송만을 업무로 하는 사업을 말한다. 이하 같다]

[본조신설 2017. 12. 26.]

제 36 조(자해행위에 따른 업무상의 재해의 인정 기준)

법 제 37 조제 2 항 단서에서 “대통령령으로 정하는 사유”란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다. <개정 2020. 1. 7.>

1. 업무상의 사유로 발생한 정신질환으로 치료를 받았거나 받고 있는 사람이 정신적 이상 상태에서 자해행위를 한 경우
2. 업무상의 재해로 요양 중인 사람이 그 업무상의 재해로 인한 정신적 이상 상태에서 자해행위를 한 경우
3. 그 밖에 업무상의 사유로 인한 정신적 이상 상태에서 자해행위를 하였다는 상당인과관계가 인정되는 경우

제 37 조(사망의 추정)

① 법 제 39 조제 1 항에 따라 사망으로 추정하는 경우는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우로 한다.

1. 선박이 침몰·전복·멸실 또는 행방불명되거나 항공기가 추락·멸실 또는 행방불명되는 사고가 발생한 경우에 그 선박 또는 항공기에 타고 있던 근로자의 생사가 그 사고 발생일부터 3 개월간 밝혀지지 아니한 경우
2. 항행 중인 선박 또는 항공기에 타고 있던 근로자가 행방불명되어 그 생사가 행방불명된 날부터 3 개월간 밝혀지지 아니한 경우
3. 천재지변, 화재, 구조물 등의 붕괴, 그 밖의 각종 사고의 현장에 있던 근로자의 생사가 사고 발생일부터 3 개월간 밝혀지지 아니한 경우

② 제 1 항에 따라 사망으로 추정되는 사람은 그 사고가 발생한 날 또는 행방불명된 날에 사망한 것으로 추정한다.

③ 제 1 항 각 호의 사유로 생사가 밝혀지지 아니하였던 사람이 사고가 발생한 날 또는 행방불명된 날부터 3 개월 이내에 사망한 것이 확인되었으나 그 사망 시기가 밝혀지지 아니한 경우에도 제 2 항에 따른 날에 사망한 것으로 추정한다.

④ 보험가입자는 제 1 항 각 호의 사유가 발생한 때 또는 사망이 확인된 때(제 3 항에 따라 사망한 것으로 추정하는 때를 포함한다)에는 지체 없이 공단에 근로자 실종 또는 사망확인의 신고를 하여야 한다.

⑤ 법 제 39 조제 1 항에 따라 보험급여를 지급한 후에 그 근로자의 생존이 확인되면 보험급여를 받은 사람과 보험가입자는 그 근로자의 생존이 확인된 날부터 15 일 이내에 공단에 근로자 생존확인신고를 하여야 한다.

⑥ 공단은 근로자의 생존이 확인된 경우에 보험급여를 받은 사람에게 법 제 39 조제 2 항에 따른 금액을 낼 것을 알려야 한다.

⑦ 제6항에 따른 통지를 받은 사람은 그 통지를 받은 날부터 30일 이내에 통지받은 금액을 공단에 내야 한다.