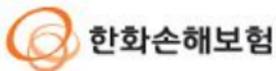




무배당 참 편한 실손의료보험 (간편고지, 갱신형) 1901

* 기존에 체결했던 보험계약을 유지하고 다른 보험계약을 체결할 경우 보험료의 거점 및 보험의 인입, 보장내용이 달라질 수 있습니다.
* 이 보험계약은 예금자보호법에 따라 예금보험공사가 보호하지 않으며, 보호대상은 공보청에 등록된 보험회사의 보험계약에 한정됩니다. * 이 보험계약은 화재보험, 자동차보험, 해상보험, 항공보험, 사립학교법령에 따라 지급금을 받기 위해 "특고 특선보험"이며, 5년간만 갱신되는 1차지급계약은 보장하지 않습니다. 단, 보험계약이 갱신될 때까지 갱신하면 보장되지 않습니다.

약관



Hanwha

신용정보 제공·활용에 대한 고객 권리 안내문

1. 금융서비스의 이용

고객의 신용정보는 고객이 동의한 이용목적만으로 사용되며, 보험관련 금융서비스는 제휴회사 등에 대한 정보의 제공·활용 동의여부와 관계없이 이용하실 수 있습니다. 다만, 제3자에 대한 정보의 제공·활용에 동의하지 않으시는 경우에는 제휴·부가서비스, 신상품서비스 등은 제공 받지 못할 수도 있습니다.

2. 고객 신용정보의 제공·활용 중단 신청

고객은 가입신청 시 동의한 본인정보의 제3자에 대한 제공 또는 당사의 보험·금융상품(서비스) 소개 등 영업목적 사용에 대하여 전체 또는 사안 별로 제공·활용을 중단 시킬 수 있습니다. 다만, 신용정보 인프라를 해하거나, 신용정보 집중기관, 신용정보업자, 업무위탁회사 등에 대한 정보를 제한함으로써 금융회사의 업무 효율성을 저해할 우려가 있는 경우의 동의철회는 제한됩니다.

본인정보의 활용 제한중단을 원하시는 고객은 아래의 연락처로 신청하여 주시기 바랍니다.

- 전화번호 : 1566-8000
- 홈페이지 : www.hwgeneralins.com
- 서면접수 : CS추진파트 및 지점 방문
 - * 단, 신규거래 고객은 계약체결일로부터 3개월간은 신청할 수 없습니다.

위의 신청과 관련한 불편과 애로가 있으신 경우에는 당사의 신용정보 관리보호인 또는 손해보합협회 및 금융감독원 정보보호담당자 앞으로 연락하여 주시기 바랍니다.

당사 신용정보 관리보호인	손해보합협회	금융감독원
<ul style="list-style-type: none">○ (연락처) (02) 316-0475○ (주소) 서울시 영등포구 여의대로 56 한화금융센터 한화손해보험 준법감시인	<ul style="list-style-type: none">○ (연락처) (02) 3702-8603○ (주소) 서울시 종로구 종로5길 68 코리아리빌딩	<ul style="list-style-type: none">○ (연락처) (02) 3145-5427○ (주소) 서울시 영등포구 여의대로 38 금융감독원 정보화전략실 정보보안팀

3. 신용정보 제공사실 통보요구 및 오류정보 정정청구

고객은 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 및 「신용정보업감독규정」 등에 따라 아래의 권리가 부여되어 있습니다. 동 권리의 세부내용에 대해서는 한화손해보험 홈페이지(www.hwgeneralins.com) 또는 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에 게시되어 있으며, 동 권리를 행사하고자 하는 고객은 당사 CS추진파트 및 지점으로 신청하여 주시기 바랍니다.

- ▣ **신용정보 제공사실 통보 요구권** (「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제35조)
 - 고객이 본인의 신용정보를 신용정보업자 등에게 제공한 주요정보 내용 등을 통보 요구할 수 있는 권리

- ▣ **신용정보 열람 및 정정 청구권** (「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제38조)
 - 고객은 신용정보업자 등이 보유하는 본인정보의 열람청구가 가능하며, 본인정보가 사실과 다른 경우 이의 정정청구 및 정정 처리 결과에 이의가 있는 경우 금융위원회에 시정 요청 가능

고객은 본인 신용정보를 신용평가회사(한국신용정보, 한국신용평가정보, 서울신용평가정보, 한국신용정보 등)를 통하여 연간 일정범위 내에서 무료로 확인할 수 있습니다. 자세한 사항은 각 신용평가회사에 문의하시기 바랍니다.

4. 금융거래 거절근거 신용정보 고지의무

당사가 전국은행연합회, 신용조회회사 등으로부터 제공받은 연체정보, 신용등급 등에 근거하여 금융거래를 거절·중지하는 경우, 고객은 그 근거가 된 신용정보와 정보를 제공한 기관의 명칭·주소·연락처 등을 고지해줄 것을 요구할 수 있습니다.

5. 개인정보 유출 시 피해보상에 관한 규정

한화손해보험의 고의 또는 과실 등 귀책사유로 인한 개인정보 유출로 고객님에게 발생한 손해에 대해 관계 법령 등에 따라 보상받으실 수 있습니다

상담 및 분쟁/범죄 신고센터 안내

1. 상담안내 및 보험분쟁조정

보험에 관한 상담 및 분쟁이 있을 때에는 먼저 한화손해보험 고객센터 서비스 센터로 연락하시고, 처리결과에 이의가 있으면 금융감독원에 민원 또는 분쟁조정을 신청하실 수 있습니다.

한화손해보험 고객센터서비스센터	금융감독원
<ul style="list-style-type: none"> ○ (연락처) 1566 - 8000 ○ (주소) 서울시 영등포구 여의대로 56(여의도동) 한화손해보험 고객센터서비스센터 	<ul style="list-style-type: none"> ○ (연락처) 1332 ○ (주 소) 서울시 영등포구 여의대로 38 금융감독원

2. 보험모집질서 위반행위 신고센터

보험계약과 관련한 보험모집질서 문란행위는 보험업법에 의해 처벌받을 수 있습니다.

한화손해보험	금융감독원
<ul style="list-style-type: none"> ○ (홈페이지) www.hwgeneralins.com ○ (연락처) 02 - 316 - 0592 ○ (FAX) 02 - 316 - 0593 	<ul style="list-style-type: none"> ○ (홈페이지) www.fss.or.kr ○ (연락처) 1332

3. 금융감독원 보험사기방지센터

금융감독원
<ul style="list-style-type: none"> ○ (홈페이지) insucop.fss.or.kr ○ (연락처) 1332, 02 - 3145 - 5114

목 차

가입자 유의사항	3
주요내용 요약서	5
보험금 청구 구비서류 안내	7
보험금 청구절차 및 알아두실 내용	9
보험가입부터 보험금지급까지	11
주요 민원사례 안내	12
보험용어 해설	14
무배당 참 편한 실손의료보험(간편고지, 갱신행)1901 보통약관	15
무배당 참 편한 실손의료보험(간편고지, 갱신행)1901 특별약관	51
1. 이륜자동차 운전중 상해 부담보 특별약관	53
2. 보험료자동납입 특별약관	53
3. 지정대리청구서비스 특별약관	54
4. 전자서명 특별약관	55
5. 법률연계보장의 계약내용 변경 특별약관	55
【부록】 약관에서 인용된 법령	57

가입자 유의사항

[보험계약 관련 특히 유의할 사항]

I. 보험계약관련 유의사항

1. 보험계약 전 알릴 의무 위반

- ☑ 과거 질병 치료사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.
- ☑ 과거 질병 치료사실 등을 보험설계사 등에게 말로써 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 계약 전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.

2. 기타

- ☑ 이 보험이 상해 등 외래의 사고만을 보험금 지급대상으로 하는지, 질병도 보험금 지급대상으로 하는지, 몇 세까지 보장하는지 등 구체적인 보험금 지급사유를 반드시 확인하시기 바랍니다.
- ☑ 보험기간은 1년만기로, 최초가입 후 1년마다 갱신을 통해 보장내용변경주기(3년)까지 보장받을 수 있습니다.
- ☑ 매년 갱신시 갱신일 현재의 기초율을 적용하여 갱신보험료를 계산합니다. 그 보험료는 나이의 증가, 기초율의 변동 등의 사유로 인상은 인정될 수 있습니다.
- ☑ 매년 보험료가 변동되어 보험료가 인상될 경우, 보험료 인상분은 반드시 추가납입하셔야 계약이 정상 유지됩니다.
- ☑ 피보험자가 연속하여 3개월 이상 해외에 체류한 사실이 확인되고 해당 체류기간동안 이 실손의료보험 계약의 보험료를 납입한 경우 사후에 이 기간에 해당하는 보험료를 환급하여 드리는 제도를 운영하고 있으니 반드시 확인하시기 바랍니다.

II. 해지환급금 관련 유의사항

보험은 은행의 저축과는 달리 위험보장과 저축을 겸한 제도로써 계약자가 납입한 보험료 중 일부는 불의의 사고를 당한 다른 가입자에게 보험금으로 지급되며, 또 다른 일부는 보험회사 운영에 필요한 경비(모집수수료, 계약유지관리비용 등)로 사용되므로 중도 해지시 지급되는 해지환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다. 한편, 적립이율이 변동하는 경우 변동이율(공시이율, 보험계약대출이율 등)에 따라 환급금액 차이가 발생할 수 있습니다.

[보험금 지급관련 특히 유의할 사항]

1. 실손의료보험

- ☑ 실손의료보험은 발생 의료비 중 국민건강보험법 또는 의료급여법에서 정한 급여의 본인부담금과 비급여를 보장해주는 보험이며, 약관상 보장제외 항목에서 발생한 의료비 및 공제금액은 보장되지 않습니다.

〈실손의료비 범위〉

총 진료비 중에서 국민건강보험법 또는 의료급여법에서 부담한 금액을 제외하고 환자 본인이 부담한 금액 중 공제금액을 뺀 금액

국민건강보험 또는 의료급여 급여항목	비급여항목
국민건강보험 또는 의료급여 부담	환자본인부담
환자본인부담	

- ☑ 실제 발생한 의료비를 보상하는 다수의 보험을 가입하더라도 실제 발생한 비용만을 보상받게 되므로, 유사한 보험가입여부 및 보상한도를 반드시 확인하시기 바랍니다.
- ☑ 다수보험의 경우 각 계약의 보상대상의료비 및 보상책임액에 따라 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.
- ☑ 각 계약의 보상책임액 합계액이 각 계약의 보상대상의료비 중 최고액에서 피보험자부담 공제금액 중 최소액을 차감한 금액을 초과한 다수보험은 아래의 산출방식에 따라 각 계약의 비례분담액을 계산합니다. 이 경우 입원, 외래를 각각 구분하여 계산합니다.

각 계약별 비례분담액 =

$$\left(\frac{\text{각 계약의 보상대상의료비 중 최고액} - \text{각 계약의 피보험자부담 공제금액 중 최소액}}{\text{각 계약의 보상대상의료비 중 최고액}} \right) \times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합}}$$

〈용어의 정의〉

보상대상의료비: 실제 부담액 - 보상제외금액*

* 제3관 회사가 보장하지 않는 사항에 따른 금액 및 실제 사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 중 회사가 보장하지 않는 금액

보상책임액: (보상대상의료비 - 피보험자부담 공제금액)과 보험가입 금액 중 작은 금액

다수보험: 실손 의료보험계약(우체국보험, 각종 공제, 상해·질병·간병 보험 등 제3보험, 개인연금·퇴직보험 등 의료비를 실손으로 보상하는 보험·공제계약을 포함)이 동시에 또는 순차적으로 2개 이상 체결되었고, 그 계약이 동일한 보험사고에 대하여 각 계약별 보상책임액이 있는 여러개의 실손 의료보험계약을 말함

☑ 연대책임에 관한 사항

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

**이 가입자 유의사항은 약관의 주요내용을 요약
발췌한 것이므로 기타 자세한 사항은
해당약관(보통약관, 특별약관)의 내용을 따릅니다.**

주요내용 요약서

1. 자필서명

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

2. 청약철회

- 1) 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 계약의 청약을 철회할 수 있으며 이 경우 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 진단계약, 보험기간이 1년 미만인 계약 또는 전문보험계약자가 체결한 계약은 청약철회할 수 없습니다.
- 2) 1)에도 불구하고, 청약을 한 날로부터 30일(만65세 이상의 계약자가 통신수단 중 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일로 합니다)이 지나면 청약철회할 수 없습니다.

3. 계약취소

계약을 체결할 때 보험약관과 계약자 보관용 청약서를 전달받지 못하였거나 약관의 중요한 내용을 설명받지 못한 때 또는 청약서에 자필서명을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

4. 계약의 무효

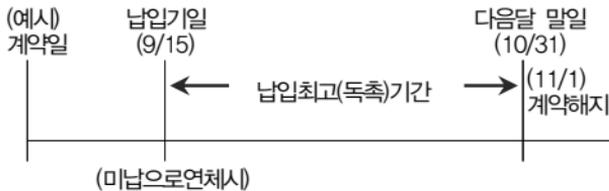
계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우 회사는 계약을 무효로 할 수 있으며 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

5. 계약의 소멸

이 보험계약은 피보험자의 사망 등으로 인하여 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우, 그때부터 효력을 가지지 않습니다.

6. 보험료의 납입연체 및 계약의 해지에 관한 사항

- 1) 계약자가 제2회 이후 보험료를 납입기일까지 납입하지 않은 경우 회사는 납입최고(독촉)기간(보험기간이 1년 이상인 경우에는 14일 이상, 보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일 이상으로 하며 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음날)을 정하여 납입을 유예하며, 해당 기간이 끝나는 날까지 연체보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지됩니다.



- 2) 당사의 납입최고(독촉)기간은 납입기일 다음 날부터 납입기일이 속하는 달의 다음 달 마지막 날까지로 하며, 이는 약관에 정한 범위 내에서 변경될 수 있습니다.

7. 해지 계약의 부활(효력회복)

- 1) 보험료 납입연체로 계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우 (보험계약대출에 의하여 해지환급금이 없는 경우를 포함함) 계약자는 해지된 날로부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활 (효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사는 계약자 또는 피보험자의

건강상태, 직업, 직종 등에 따라 승낙여부를 결정하며, 합리적인 사유가 있는 경우 부활(효력회복)을 거절하거나 보장의 일부를 제한할 수 있습니다.

- 2) 계약자의 해지환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 의해 계약이 해지된 경우 해지 당시의 수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에게 지급하고 계약내용의 변경 절차에 따라 계약자 명의를 수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.

8. 계약 전·후 알릴 의무

- 1) 계약 전 알릴 의무 : 계약자, 피보험자는 보험에 가입하실 때 청약서의 질문사항에 사실대로 기재하고 자필서명(전자서명 포함)을 하셔야 합니다.(단, 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에는 음성녹음으로 대체합니다.)
- 2) 계약 후 알릴 의무 : 계약자 또는 피보험자는 보험기간 중에 아래와 같은 경우 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.
 - 가) 보험증권에 기재된 직업 또는 직무의 변경
예) 현재의 직업 또는 직무가 변경된 경우, 직업이 없는 자가 취직한 경우, 현재의 직업을 그만둔 경우 등
 - 나) 보험증권에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우
예) 자가용에서 영업용으로 변경, 영업용에서 자가용으로 변경 등
 - 다) 보험증권에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우
예) 비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운전자로 변경 등
 - 라) 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 계속적으로 사용하게 된 경우
- 3) 알릴 의무 위반시 효과 : 회사가 별도로 정한 방법에 따라 계약을 해지하거나 보험금 지급이 제한될 수 있습니다.
 - ※ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우 즉시 변경내용을 회사에 알려셔야 합니다.

9. 보험금의 지급절차

- 1) 보험금 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 회사가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 지급기일 초과가 명백히 예상되는 경우 그 구체적 사유 및 지급예정일에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 보험금 청구서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
 - 가. 소송제기
 - 나. 분쟁조정 신청
 - 다. 수사기관의 조사
 - 라. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
 - 마. 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 인하여 보험금 지급사유의 조사 및 확인이 지연되는 경우
 - 바. 보험금 지급사유에 대한 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- 2) 위1)의 가.~바.에 따른 추가적인 조사가 이루어지는 경우(배상책임 손해 및 재물손해에 대한 보험금이 결정되기 전의 경우를 포함합니다) 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다. 만약 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급기일까지의 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

**이 주요내용 요약서는 약관의 주요내용을 요약
발췌한 것이므로 기타 자세한 사항은
해당약관(보통약관, 특별약관)의 내용을 따릅니다.**

보험금 청구 구비서류 안내

※ 고객편의를 위하여 비용부담이 없는 서류로 대체가능하며 사고내용이나 특성에 따라 서류를 추가로 요청 할 수 있습니다. 다만, 청구보험금 100만원 초과건은 원본(방문 또는 우편)접수 대상이나, 100만원 이하건은 사본(팩스 등) 접수 가능합니다.

1. 상해 관련 보험금 청구서류

구분	구 비 서 류		발급 기관
공통 서류	필수 서류	① 보험금청구서 ② 개인(신용)정보처리동의서(반드시 작성) ③ 청구인 신분증 사본 앞면(지문정보가 포함된 주민등록증 뒷면은 수집하지 않습니다) ※ 단, 인터넷 청구시 ①~③ 불필요 ④ 사고입증서류(상해사고일자 및 내용 확인서류) • 상해 초진기록지 또는 의무기록사본(병원발급가능) 및 청구서상 사고내용 6하원칙에 따라 기재 • 교통상해 자동차보험 지급결의서, 교통사고 사실확인원(자보처리회사, 경찰서 발급가능) • 산업재해 최초 요양급여 신청서 및 산재 요양급여 확인원(근로복지공단 발급가능) • 기타입증서류 군인재해(공무상병인증서), 기타재해(공공기관(경찰서, 소방서 등) 사고사실 확인서)	당사 양식
	수익자가 미성년자인 경우	① 가족관계증명서 등 가족관계 확인서류 ② 친권자의 통장 사본(사전 미등록 계좌), 신분증 사본 ※ 이혼 등 기타 사유로 친권자가 1명으로 지정된 경우 : 미성년자 기준의 기본증명서(친권확인서류)	
	대리인 청구 및 청구보험금 위임할 경우	① 위임장(원 수익자 인감날인 또는 본인 자필 서명 필수) ② 원 수익자 본인으로 발급한 인감증명서(인감 날인 시) 또는 본인서명사실확인서(자필서명시) ③ 위임 받은 자의 통장사본(사전 미등록 계좌), 신분증 사본, 개인(신용)정보처리동의서	
입원 의료비	① (택1) 입퇴원 확인서 또는 진단서(진단명, 한국질병분류코드, 입원기간 필수기재) ② 입퇴원 진료비 영수증 (카드전표 처리불가) ③ 진료비 세부내역서		병원
통원 의료비	공통서류	① 외래 일자별 진료비 영수증 ② 비급여 금액 발생시 진료비 세부내역서	병원
	3만원 이하 (청구금액기준)	① 공통서류 ※ 단, 추가적 심사가 필요한 경우 추가 증빙서류 요청 가능	
	3만원 초과 ~10만원 이하 (청구금액기준)	① 공통서류 ※ 단, 추가적 심사가 필요한 경우 추가 증빙서류 요청 가능	

구분	구 비 서 류		발급 기관
	10만원 초과 (청구금액기준)	① 공통서류 ② (택1) 진료차트, 통원확인서 또는 소견서, 진단서(한국질병분류코드 필수기재) ※ 단, 추가적 심사가 필요한 경우 추가 증빙서류 요청 가능	

2. 질병 관련 보험금 청구서류

구분	구 비 서 류		발급 기관
공통 서류	필수 서류	① 보험금청구서 ② 개인(신용)정보처리동의서(반드시 작성) ③ 청구인 신분증 사본 앞면(지문정보가 포함된 주민등록증 뒷면은 수집하지 않습니다) ※ 단, 인터넷 청구시 불필요	당사 양식
	수익자가 미성년자인 경우	① 가족관계증명서 등 가족관계 확인서류 ② 친권자의 통장 사본(사전 미등록 계좌), 신분증 사본 ※ 이혼 등 기타 사유로 친권자가 1명으로 지정된 경우 : 미성년자 기준의 기본증명서(친권확인서류)	
	대리인 청구 및 청구보험금 위임할 경우	① 위임장(원 수익자 인감날인 또는 본인 자필 서명 필수) ② 원 수익자 본인으로 발급한 인감증명서(인감 날인 시) 또는 본인서명사실확인서(자필서명시) ③ 위임 받은 자의 통장사본(사전 미등록 계좌), 신분증 사본, 개인(신용)정보처리동의서	
입원 의료비	① (택1) 입퇴원 확인서 또는 진단서(진단명, 한국질병분류코드, 입원기간 필수기재) ② 입퇴원 진료비 영수증 (카드전표 처리불가) ③ 진료비 세부내역서	병원	
통원 의료비	공통서류	① 외래 일자별 진료비 영수증 ② 비급여 금액 발생시 진료비 세부내역서	병원
	3만원 이하 (청구금액기준)	① 공통서류 ※ 단, 추가적 심사가 필요한 경우 추가 증빙서류 요청 가능	
	3만원 초과 ~10만원 이하 (청구금액기준)	① 공통서류 ※ 단, 추가적 심사가 필요한 경우 추가 증빙서류 요청 가능	
	10만원 초과 (청구금액기준)	① 공통서류 ② (택1) 진료차트, 통원확인서 또는 소견서, 진단서(한국질병분류코드 필수기재) ※ 단, 추가적 심사가 필요한 경우 추가 증빙서류 요청 가능	

상기 보장내용별 청구서류는 변경될 수 있으며, 이 경우 회사는 변경된 내용을 적용합니다. 따라서, 실제 보험금을 청구하실 때에는 당사 홈페이지 등을 통해 청구서류를 다시 한 번 확인하여 주시기 바랍니다.

보험금 청구절차 및 알아두실 내용

□ 보험금 청구 관련 안내

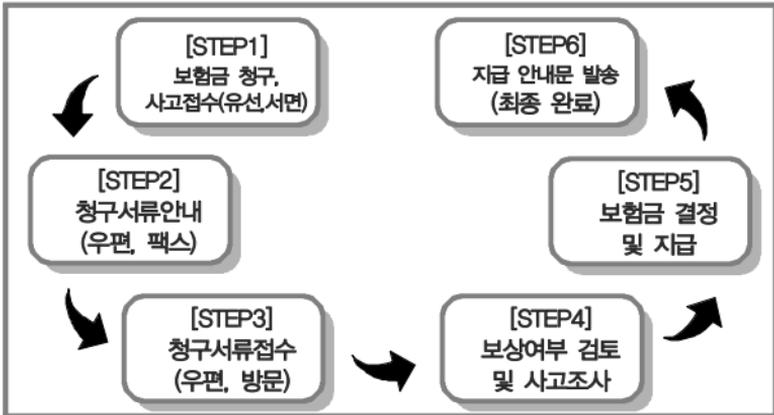
- 보험금을 받으실 통장은 피보험자 본인 명의의 통장이어야 하며 피보험자 외에 제3자 수령 시에는 피보험자의 위임장 및 인감증명서(또는 본인서명사실확인서)가 반드시 첨부되어야 합니다. 단, 피보험자가 미성년자인 경우에는 위임장 없이 친권자(부모)계좌로 수령이 가능합니다.
- 금융감독원 보험금 청구서류 표준화 간소화 방안에서의 기본서류 이외에도 사실관계 확인을 위하여 추가서류를 요청드릴 수 있습니다.
- 경우에 따라 손해사정을 위한 방문조사가 필요할 수 있으며, 이런 경우 담당자가 별도로 연락을 드립니다.

□ 보험금 청구 소멸시효

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

□ 보험금 지급절차 안내

- 발송하여 주신 서류가 한화손해보험(주)에 접수되는 경우 접수완료와 담당자 사항(이름, 연락처)이 LMS(Long Message Service, 장문문자메시지) 문자 또는 선택하신 방법으로 각각 안내 드립니다.
- 보상처리 관련 문의 사항 및 서류 발송하기 전 문의 사항이 있으신 경우 해당 담당자에게 연락 주시면 상세히 안내 드리겠습니다.



□ 손해사정사 선임 및 조사

- 보험금 지급여부 결정을 위해 사고현장조사, 병원 방문조사 등이 필요한 경우 고객의 개인정보제공 동의를 받아 보험업법에 따라 공인된 손해사정법인*에 조사업무를 위탁할 수 있습니다.
- * 손해사정법인 : 보험업법에 따라 공정한 보험금 지급심사에 대해 인가받은 업체
- 당사가 손해사정법인에게 조사 업무를 위탁하는 경우 비용은 당사가 부담하며, 고객님의 손해사정사를 선임하시는 경우에는 그 비용은 고객님의 부담하셔야 합니다.

□ 장해진단서 제출 시 유의사항

- 장해진단서를 제출 하시는 경우에는 3차 의료기관*에서의 진단을 요청드리며 병원 진단 전에 보상 담당자와 협의 하시는 것이 신속한 보험금 심사에 도움이 됩니다.
- * 3차 의료기관 : 500병상 이상의 대학병원 및 종합병원

□ **의료심사**

- 상해 질병 보험 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 한화손해보험(주)가 부담합니다.

□ **보험사간 치료비 분담지급(비례보상 적용)**

- 상해질병으로 인한 의료비 실비를 보상하는 상품에 복수로 가입하신 경우 보험약관에 따라 비례보상원칙을 적용하여 보험계약별로 보험금을 분할하여 지급할 수 있습니다.
- 타 보험사에 가입되어 있는 보험계약은 한국신용정보원을 통해 확인하실 수 있습니다
- 의료비 비례분담과 관련하여 귀하가 원하실 경우 보험금 청구를 위해 다른 보험회사에 제출하는 청구관련 구비서류 제출을 대행해 드립니다. 이 경우 타회사에 자료제공을 위한 "실손의료비 접수대행 서비스 신청서"를 제출하셔야 합니다.

□ **보험금 지급안내 및 절차 조회 방법**

- 보험금 심사 및 지급에 관한 사항은 당사 인터넷 홈페이지(www.hwgener-alins.com)에서 확인 가능합니다.
- 보험금이 지급되는 경우에는 청구 시 선택하신 방법으로 지급금액이 안내됩니다. 문의사항이 있으시면 지급금 안내 시 통보되는 담당자 전화번호로 문의하시기 바랍니다.

□ **보험금 부지급 결정 및 재심사 청구**

- 보험약관에 따라 보험금을 지급하지 않기로 결정되는 경우 구체적인 사유를 유선으로 안내하며, 해당 결정에 동의하지 않는 경우 담당자에게 재문의 또는 소비자보호파트로 통보하시면 재심사를 받으실 수 있습니다.

□ **예상 지급기일 및 지연이자 지급**

- 상해질병사고는 최종 서류접수일로부터 3일, 재물·배상책임 손해 및 재산손해에 대한 보험금은 지체 없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 보험금을 지급합니다.
- 보험금 지급 지연 시에는 사유와 지급예정일을 안내드리며, 지급예정일을 초과한 경우에는 약관상 규정된 내용에 따라 지연이자를 지급합니다.

□ **주소변경 통지**

- 계약자(보험수익자가 계약자와 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체 없이 이를 회사에 알려야 하고 알리지 않을 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 시일이 지난 때에 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 도달된 것으로 봅니다.

보험가입부터 보험금지급까지

[1단계] 보험상품 선택 및 상품설명

고객님의 가입목적에 맞는 보험상품을 선택하신 후, 보험안내자료를 교부 받고 주요사항에 대해서 충분한 설명을 들으시기 바랍니다.

☞ 약관 "약관교부 및 설명의무 등" 조항 참조



[2단계] 청약서 작성

보험가입을 위해서는 청약서를 작성하셔야 합니다. 청약서 작성시에는 계약 전 알릴 의무, 피보험자 서면동의, 자필서명을 반드시 지켜주셔야 합니다.

✓ 계약 전 알릴 의무

청약서상 피보험자 건강상태, 직업, 운전여부 등을 물어보는 질문란에 대하여 사실대로 기재해주셔야 합니다. 계약 전 알릴 의무를 지키지 않으면 보험금이 지급되지 않을 수 있고, 또한 계약이 해지될 수 있습니다. 이 경우 회사는 납입한 보험료가 아닌 해지환급금을 지급하게 되어 고객님에게 금전적 손실이 발생할 수도 있습니다.

✓ 피보험자 서면동의

계약자 본인이 아닌 다른 분을 피보험자로 하여 보험계약을 체결할 경우에는 반드시 피보험자로부터 청약서상 서면동의를 받아야 합니다. 피보험자 서면동의가 이루어지지 않은 경우 계약이 무효가 될 수 있으며 이 경우에는 보험사고가 발생하여도 보장을 받을 수 없습니다.

☞ 약관 "계약 전 알릴 의무", "계약의 무효" 조항 참조



[3단계] 보험계약 체결(회사의 승낙)

회사가 고객님이 청약하신 사항을 심사하여 보험계약 체결을 승낙하는 절차입니다. 회사는 청약을 받고 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 건강진단을 받는 계약은 진단일(재진단의 경우 최종진단일)부터 30일 이내에 승낙여부를 결정하게 되며, 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙한 것으로 인정됩니다.

☞ 약관 "보험계약의 성립" 조항 참조



[4단계] 보험사고 발생 및 보험금 청구

보험계약 유지 중 가입하신 보험상품 약관상의 보험사고가 발생하셨다면 보험금 청구에 필요한 서류를 구비하시고 보험금을 청구하세요. 구비서류 및 청구절차는 고객센터(1566-8000) 또는 담당 모집인(보험설계사)등에게 문의하시면 자세히 안내받을 수 있습니다.

☞ 약관 "보험금의 지급사유", "보험금의 청구" 조항 참조



[5단계] 보험금 지급심사 및 보험금 지급

회사가 고객님이 청구하신 보험금의 지급여부를 심사하는 절차입니다. 회사는 원칙적으로 청구하신 날부터 신체손해에 대한 보험금은 3영업일(단, 조사나 확인이 필요한 경우에는 30영업일 이내), 배상책임 및 재산손해에 대한 보험금은 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 지급해드리고 부득이 지급이 어려운 경우에는 그 구체적인 사유에 대하여 알려드립니다.

☞ 약관 "보험금의 지급절차" 조항 참조

주요 민원사례 안내

□ 계약 전 알릴 의무(고지의무) 위반

[사례] 보험가입 전에 협약을 복용하였으나 청약서 질문서에 기재하지 않은 채 보험을 가입하여 보험회사가 고지위반을 근거로 계약을 해지하면서 납입한 보험료를 돌려주지 않고 해지환급금을 지급하여 민원제기

[유의사항]

계약자가 계약 전 알릴 의무를 위반할 경우 회사는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 계약을 해지할 때에는 기존에 납입하였던 보험료를 돌려받는 것이 아니라 보통약관 「해지환급금」에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급하도록 보통약관에서 명시하고 있습니다.

□ 해지 계약의 부활(효력회복)

[사례] 보험료 미납으로 해지되어 계약부활을 신청하였는데 보상받지 못한 해지기간 동안의 보험료와 이자까지 모두 납입해야만 부활 가능하다고 하여 민원 제기

[유의사항]

보험료 미납으로 계약이 해지된 때에는 해지된 날로부터 3년 이내 회사가 정한 절차에 따라 계약 부활을 청약할 수 있습니다. 부활시 보험기간이 변경되는 것은 아니며, 해지전 설정된 회당 보험료를 기준으로 전체 보험기간에 대하여 회사가 부활을 승낙하면 계약자는 연체된 보험료와 이에 대한 연체이자를 납입하여야 합니다.

□ 직업변경 통지에 따른 보험료 추징

[사례] 직업이 사무직에서 현장직으로 변경되어 회사에 이를 고지하자 보험료 추징을 요청했다며 민원제기

[유의사항]

책임준비금이란 보험회사가 보험계약에 대하여 장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정한액을 회사가 적립해 둔 금액을 말하며, 이는 보장보험료가 계산되는 시점에 확정됩니다. 만약 담보내용, 연령, 성별, 직업급수 등이 변경될 경우 보험료가 변경될 수 있으며, 직업 변경에 따라 장래에 위험보장을 위한 책임준비금 역시 변경될 경우 책임준비금 정산(추징 또는 환급)이 발생하게 됩니다. 즉, 직업급수가 높아질 경우 책임준비금 정산으로 인한 보험료 추징이 발생할 수 있으며, 반대로 직업급수가 낮아진 경우 책임준비금 정산액을 추가로 환급받을 수 있습니다

□ 주소변경 알릴의무

[사례] 이사한 다음 경향이 없어서 보험료를 내지 못했는데, 보험사고가 발생해서 보험금 청구했다니 보험료 미납입으로 인하여 보험계약이 해지(실효)되었다고 하여 확인한 결과 이사 전 주소로 해지(실효) 통지가 된것으로 확인되었다며, 해지(실효) 통보를 받지 못했으니 보험금 지급을 요구하며 민원제기

[유의사항]

보통약관에서는 보험계약의 정상적인 유지 등을 위해 계약자는 주소가 변경되면 이를 보험회사로 알리도록 하고 있습니다. 이를 이행하지 않을 경우 이사 전 주소로 통지한 보험회사의 해지(실효) 통지는 도달된 것으로 간주되므로, 주소변경 시 반드시 보험회사에 이를 알려야 합니다.

□ 본인부담금 상한제

[사례] 국민건강보험공단으로부터 진료비를 환급받았는데, 보험회사에 실손의료비를 청구하였더니 환급받은 진료비를 공제 후 보험금이 지급되어 민원 제기

[유의사항]

「본인부담상한제」란 건강보험가입자의 소득수준에 따라 연간 본인이 부담하는 금액을 정한 뒤 초과될 경우 초과된 전액을 돌려주는 제도입니다. 「실손의료비」는 피보험자가 부담하는 치료비를 보상하는 담보로 공단 환급금은 피보험자가 부담하는 치료비에 해당하지 않기 때문에 보험금 지급시 제외됩니다. 실손의료비 특별약관 '회사가 보상하지 않는 사항'과 국민건강보험 홈페이지를 통해 자세한 내용을 확인하시기 바랍니다.

□ 실손의료보험 다수보험 가입 관련

[사례] 실손의료보험이 다른 회사와 중복 가입된 것을 모르는 상태에서 보험료를 납입했는데 중복 보험료 환급을 요구하며 민원 제기

[유의사항]

다수보험의 경우 각 계약의 보상대상의료비 및 보상책임액에 따라 비례분담하지만 실제 발생한 의료비가 초과할 때에는 비례분담하지 않습니다. 실손의료보험은 다수의 보험을 가입하더라도 실제 발생한 비용만을 보상받게 되므로 유사한 보험 가입여부 및 보상한도를 반드시 확인하시기 바랍니다.

주요 보험용어 해설

※ 아래 표에 기재되지 않은 사항은 보통약관을 참고하시기 바라며, 해당 용어가 특별약관에서 달리 정의되는 경우는 특별약관을 따릅니다.

보험약관	보험계약에 관하여 계약자와 보험회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 문서
보험증권	계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서
계약자	회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람
피보험자	상해·질병보장: 보험사고의 대상이 되는 사람
보험수익자	보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금 및 만기환급금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말하며, 상해·질병보장 이외의 경우에는 피보험자
보험료	계약자가 매 납입기일에 납입하기로 한 금액
보험금	피보험자의 사망, 장애, 입원, 만기 등 보험금 지급사유가 발생하였을 때 보험회사가 보험수익자에게 지급하는 금액
보험기간	보험계약에 따라 보장을 받는 기간
보장개시일	회사가 보장을 개시하는 날로, 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말하며, 또한 보장개시일을 계약일로 봄
보험가입금액	보험금, 보험료 및 책임준비금 등을 산정하는 기준이 되는 금액
책임준비금	장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액
해지환급금	계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액

**무배당 참 편한
실손의료보험
(간편고지, 갱신형)1901
보통약관**

참 편한 실손의료보험은 보험회사가 피보험자의 질병 또는 상해로 인한 손해(의료비에 한정합니다)를 보상하는 상품입니다.

제1관. 일반사항 및 용어의 정의

제1조(보장종목 및 보험료 납입방식)

① 회사가 판매하는 참 편한 실손의료보험상품은 다음과 같이 상해입원형, 상해통원형, 질병입원형 및 질병통원형의 4개 이내의 보장종목으로 구성되어 있습니다.

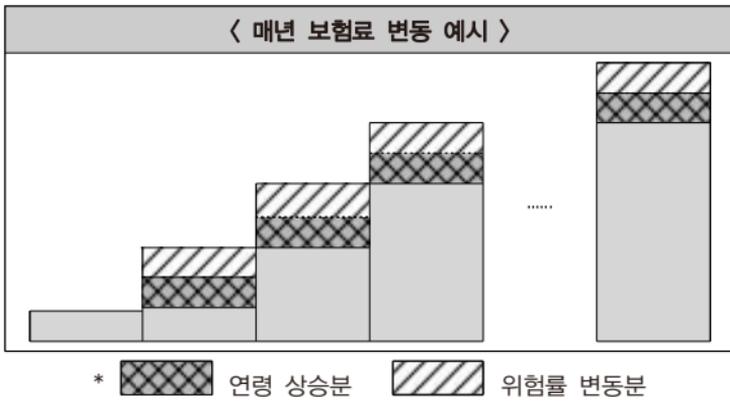
보장종목		보상하는 내용
상해	입원	피보험자가 상해로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에 보상
	통원	피보험자가 상해로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받은 경우에 보상(단, 처방조제 제외)
질병	입원	피보험자가 질병으로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에 보상
	통원	피보험자가 질병으로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받은 경우에 보상(단, 처방조제 제외)

② 회사는 이 약관의 명칭에 '실손의료비'라는 문구를 포함하여 사용합니다.

③ 계약자는 최근의 위험률을 기준으로 매년 새롭게 산출된 보험료를 납입합니다

〈 보험료납입방식 〉

최근의 위험률을 기준으로 매년 새롭게 산출된 보험료를 납입하는 상품으로, 매년 연령 및 위험률에 따라 보험료가 변동됩니다.



제2조(용어의 정의)

이 약관에서 사용하는 용어의 뜻은 【붙임1】과 같습니다.

제2관. 회사가 보상하는 사항

제3조(보장종목별 보상내용)

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

(1) 상해입원

- ① 회사는 피보험자가 상해로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원의료비를 다음과 같이 하나의 상해당 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 보험가입금액은 5천만원으로 합니다.

구 분	보 상 금 액
입원실료, 입원제비용, 입원수술비	「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금*과 '비급여 ^{주)} (상급병실료 차액은 제외합니다)'를 합한 금액(이하, 보상대상의료비라 하며, 본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 10만원과 보상대상의료비의 30% 중 큰 금액을 뺀 금액을 보상합니다. 다만, 나머지 금액(10만원과 보상대상의료비의 30% 중 큰 금액)이 계약일 또는 매년 계약해당일부터 기산하여 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다.
상급병실료 차액	입원 시 실제로 사용한 병실과 기준병실의 병실료 차액에서 50%를 뺀 금액. 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.

주) 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부 장관이 정한 비급여대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)

- ② 제1항의 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」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 경우에는 입원의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 급여 및 비급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액에서 10만원과 보상대상의료비의 30% 중 큰 금액을 뺀 금액의 40%를 하나의 상해당 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다.
- ④ 제1항에도 불구하고 회사는 하나의 상해(동일 상해로 2회 이상 치료를 받은 경우에도 이를 하나의 상해로 봅니다)로 인한 입원의료비를 보험가입금액까지 보상한 경우에는 보상한도 종료일¹⁾부터 90일이 경과한 날부터 최초 입원한 것과 동일한 기준으로 다시 보상합니다(계속입원을 포함합니다). 다만, 최초 입원일부터 275일(365일-90일) 이내에 보상한도종료일이 있는 경우에는 최초 입원일부터 365일이 경과되는 날부터 최초 입원한 것과 동일한 기준으로 다시 보상합니다.

〈 보상기간 예시 〉

1. 최초입원일~보상한도종료일이 275일(365일-90일) 이상인 경우

	426일 (예:5천만원 보상)	보상제외 (90일)	보상한도 복원
계약일	최초 입원일	보상한도종료일	(2019.7.29.)
(2018.1.1.)	(2018.3.1.)	(2019.4.30.)	2019.7.30.부터
		2019.5.1.부터 보상제외	보상재개

2. 최초입원일~보상한도종료일이 275일(365일-90일) 이내인 경우

	365일		보상한도 복원
	153일 (예:5천만원 보상)	보상제외 (212일)	
계약일 (2018.1.1.)	최초 입원일 (2018.3.1.)	보상한도종료일 (2018.7.31.) 2018.8.1.부터 보상제외	(2019.2.28.) 2019.3.1.부터 보상재개

- 5 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝나더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는 보험기간의 종료일부터 180일까지(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상하며, 이 경우 제4항은 적용하지 않습니다. 다만, 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제4항을 적용합니다.
- 6 피보험자가 직원복리후생제도에 의해 의료비를 감면받고 그 감면받은 의료비가 근로소득에 포함되는 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 입원의료비를 계산합니다.
- 7 회사는 피보험자가 상해로 인하여 병원에 입원하여 본인의 장기등(「장기등 이식에 관한 법률」제4조에 의한 “장기등”을 의미합니다)의 기능회복을 위하여 「장기등 이식에 관한 법률」 제42조 및 관련 고시에 따라 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 제1항 내지 제6항에 따라 보상합니다.

(2) 상해통원

- 1 회사는 피보험자가 상해로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받은 경우에는 통원의료비 명목으로 매년 계약해당일부터 1년을 단위로 하여 다음과 같이 외래(외래제비용, 외래수술비)를 보상하며 처방조제비는 보상하지 않습니다.

보 상 금 액

방문 1회당 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금^{주1)}과 ‘비급여^{주1)}’를 합한 금액(이하, 보상대상의료비라 하며, 본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 2만원과 보상대상의료비의 30% 중 큰 금액을 뺀 금액을 외래의 보험가입금액^{주2)}의 한도 내에서 보상(매년 계약해당일부터 1년간 방문 180회를 한도로 합니다)

주1) 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거치지 만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)

주2) 회당 20만원으로 합니다.

- 2 제1항의 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 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝나더라도 그 계속 중인 통원치료에 대해서는 다음 예시와 같이 보험기간 종료일부터 180일 이내에 방문 90회 한도 내에서 보상합니다. 다만, 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제1항을 적용합니다.

〈 보상기간 예시 〉

보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	추가보상 (180일)
계약일 (2018.1.1.)	계약해당일 (2019.1.1.)	계약해당일 (2020.1.1.)	계약종료일 (2020.12.31.)
			보상종료 (2021.6.29.)

- 4 하나의 상해로 인해 하루에 같은 치료를 목적으로 의료기관에서 2회 이상 통원치료를 받은 경우 1회의 외래로 보아 제1항과 제2항을 적용합니다.
- 5 피보험자가 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 경우에는 통원의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 급여 및 비급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액에서 2만원과 보상대상 의료비의 30% 중 큰 금액을 뺀 금액의 40%를 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다.
- 6 피보험자가 직원복리후생제도에 의해 의료비를 감면받고 그 감면받은 의료비가 근로소득에 포함되는 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 통원의료비를 계산합니다.
- 7 회사는 피보험자가 상해로 인하여 병원에 통원하여 본인의 장기등(「장기등 이식에 관한 법률」 제4조에 의한 “장기등”을 의미합니다)의 기능 회복을 위하여 「장기등 이식에 관한 법률」 제42조 및 관련 고시에 따라 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 제1항 내지 제6항에 따라 보상합니다.

(3) 질병입원

- 1 회사는 피보험자가 질병으로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원의료비를 다음과 같이 하나의 질병당 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 보험가입금액은 5천만원으로 합니다.

구 분	보 상 금 액
입원실료, 입원제비용, 입원수술비	「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금 ^{주)} 과 '비급여' ^{주)} (상급병실료 차액은 제외합니다)를 합한 금액(이하, 보상대상의료비라 하며, 본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 10만원과 보상대상의료비의 30% 중 큰 금액을 뺀 금액을 보상합니다. 다만, 10만원과 보상대상의료비의 30% 중 큰 금액이 계약일 또는 매년 계약해당일부터 기산하여 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다.
상급병실료 차액	입원 시 실제로 사용한 병실과 기준병실의 병실료 차액에서 50%를 뺀 금액. 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.

주) 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부 장관이 정한 비급여대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)

- 2 피보험자가 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 경우에는 입원의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 급여 및 비급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액의 40%를 하나의 질병당 보험가입금액(5천만원 이내에서 계약 시 계약자가 정한 금액을 말합니다)의 한도 내에서 보상합니다.
- 3 제1항에도 불구하고 회사는 하나의 질병으로 인한 입원의료비를 보험가입금액까지 보상한 경우에는 보상한도 종료일부터 90일이 경과한 날부터 최초 입원한 것과 동일한 기준으로 다시 보상합니다(계속입원을 포함합니다).

다만, 최초 입원일부터 275일(365일-90일) 이내에 보상한도종료일이 있는 경우에는 최초 입원일부터 365일이 경과되는 날부터 최초 입원한 것과 동일한 기준으로 다시 보상합니다.

〈 보상기간 예시 〉

1. 최초입원일~보상한도종료일이 275일(365일-90일) 이상인 경우

계약일	최초 입원일	426일 (예:5천만원 보상)	보상제외 (90일)	보상한도 복원
(2018.1.1.)	(2018.3.1.)	보상한도종료일 (2019.4.30.) 2019.5.1.부터 보상제외		(2019.7.29.) 2019.7.30.부터 보상재개

2. 최초입원일~보상한도종료일이 275일(365일-90일) 이내인 경우

계약일	최초 입원일	365일		보상한도 복원
		153일 (예:5천만원 보상)	보상제외 (212일)	
(2018.1.1.)	(2018.3.1.)	보상한도종료일 (2018.7.31.) 2018.8.1.부터 보상제외		(2019.2.28.) 2019.3.1.부터 보상재개

- ④ “하나의 질병”이란 발생 원인이 동일한 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병은 하나의 질병으로 간주하며, 하나의 질병으로 2회 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 봅니다.
- ⑤ 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝나더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는 보험기간의 종료일부터 180일까지(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상하며, 이 경우 제3항은 적용하지 않습니다. 다만, 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제3항을 적용합니다.
- ⑥ 피보험자가 직원복리후생제도에 의해 의료비를 감면받고 그 감면받은 의료비가 근로소득에 포함되는 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 입원의료비를 계산합니다.
- ⑦ 회사는 피보험자가 질병으로 인하여 병원에 입원하여 본인의 장기등(「장기등 이식에 관한 법률」 제4조에 의한 “장기등”을 의미합니다)의 기능회복을 위하여 「장기등 이식에 관한 법률」 제42조 및 관련 고시에 따라 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 제1항 내지 제6항에 따라 보상합니다.

(4) 질병통원

- ① 회사는 피보험자가 질병으로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받은 경우에는 통원의료비 명목으로 매년 계약해당일부터 1년을 단위로 하여 다음과 같이 외래(외래제비용, 외래수술비)를 보상하며 처방조제비는 보상하지 않습니다.

보 상 금 액

방문 1회당 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금과 '비급여^{주1)}'를 합한 금액(이하, 보상대상의료비라 하며, 본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 2만원과 보상대상의료비의 30% 중 큰 금액을 뺀 금액을 외래의 보험가입금액^{주2)}의 한도 내에서 보상(매년 계약해당일부터 1년간 방문 180회를 한도로 합니다)

주1) 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거치지 만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)
주2) 회당 20만원으로 합니다.

- ② 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝나더라도 그 계속 중인 통원치료에 대해서는 다음 예시와 같이 보험기간 종료일로부터 180일 이내에 방문 90회 한도 내에서 보상합니다. 다만, 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제1항을 적용합니다.

〈 보상기간 예시 〉

보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	추가보상 (180일)	
계약일 (2018.1.1.)	계약해당일 (2019.1.1.)	계약해당일 (2020.1.1.)	계약종료일 (2020.12.31.)	보상종료 (2021.6.29.)

- ③ 하나의 질병으로 하루에 같은 치료를 목적으로 의료기관에서 2회 이상 통원 치료를 받은 경우 1회의 외래로 보아 제1항과 제2항을 적용합니다.
- ④ “하나의 질병”이란 발생 원인이 동일한 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병을 포함합니다)을 말하며, 질병의 치료 중에 발생된 합병증 또는 새로 발견된 질병의 치료가 병행되거나 의학상 관련이 없는 여러 종류의 질병을 갖고 있는 상태에서 통원한 경우에는 하나의 질병으로 봅니다.
- ⑤ 피보험자가 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 경우에는 통원의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 급여 및 비급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액에서 2만원과 보상대상 의료비의 30% 중 큰 금액을 뺀 금액의 40%를 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다.
- ⑥ 피보험자가 직원복지후생제도에 의해 의료비를 감면받고 그 감면받은 의료비가 근로소득에 포함되는 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 통원의료비를 계산합니다.
- ⑦ 회사는 피보험자가 질병으로 인하여 병원에 통원하여 본인의 장기등(「장기등 이식에 관한 법률」 제4조에 의한 “장기등”을 의미합니다)의 기능회복을 위하여 「장기등 이식에 관한 법률」 제42조 및 관련 고시에 따라 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 제1항 내지 제6항에 따라 보상합니다.

제3관. 회사가 보상하지 않는 사항

제4조(보상하지 않는 사항)

회사가 보상하지 않는 사항은 보장종목별로 다음과 같습니다.

(1) 상해입원

- ① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 입원의료비는 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 입원한 경우, 다만, 회사가 보상하는 상해로 인하여 입원한 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
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 한 다음의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 생긴 상해에 대해서는 보상하지 않습니다.
1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련이 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. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승
- ③ 회사는 다음의 입원의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.
1. 치과치료(다만, 안면부 골절로 발생한 의료비는 치아관련 치료를 제외하고 보상합니다)·한방치료(다만, 「의료법」 제2조에 따른 한의사를 제외한 '의사'의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 보상합니다)에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 비급여 의료비
 2. 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제)
 3. 「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)
 4. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 추가 의료비용은 보상합니다), 예방접종, 인공유산에 든 비용, 다만, 회사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.
 5. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진, 의약외품과 관련하여 소요된 비용, 다만, 회사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.
 6. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용, 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 보상합니다.
 7. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비
 - 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술, 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(용비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등
 - 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. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양

급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력과 정술로 봅니다)

라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

마. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여대상에 해당하는 치료

8. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비
 9. 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(보장종목별 보상내용) (1)상해입원 제1항, 제2항 및 제4항부터 제6항에 따라 보상합니다.
 10. 「국민건강보험법」 제42조【부록】참조)의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비
 11. 도수치료·체외충격파치료·증식치료로 인하여 발생한 비급여의료비
 12. 비급여 주사료[다만, 항암제, 항생제(항진균제 포함), 희귀의약품은 보상합니다]
 13. 자기공명영상진단(MRI/MRA)으로 인하여 발생한 비급여의료비(조영제, 판독료를 포함합니다)
 14. 제11호, 제12호, 제13호와 관련하여 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 발생한 본인부담의료비
- ④ 제3항 제11호에서 제14호까지 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.

(2) 상해통원

- ① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 통원의료비는 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 통원한 경우. 다만, 회사가 보상하는 상해로 인하여 통원한 경우에는 보상합니다.
 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인하여 통원한 경우
 6. 피보험자가 정당한 이유없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 통원의료비
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 한 다음의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 생긴 상해에 대해서는 보상하지 않습니다.
1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련이 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. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승
- ③ 회사는 다음의 통원의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.
1. 치과치료(다만, 안면부 골절로 발생한 의료비는 치아관련 치료를 제외하고 보상합니다)·한방치료(다만, 「의료법」 제2조에 따른 한의사를 제외한 '의사'의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 보상합니다)에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 비급여 의료비
 2. 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험

관련 법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제)

3. 「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)
 4. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 추가 의료비용은 보상합니다), 예방접종, 인공유산에 든 비용. 다만, 회사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.
 5. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진, 의약품과 관련하여 소요된 비용. 다만, 회사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.
 6. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 보상합니다.
 7. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비
 - 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(용비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등
 - 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. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
 - 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
 - 마. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여대상에 해당하는 치료
 8. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비
 9. 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(보장종목별 보상내용) (2)상해통원 제1항부터 제4항 및 제6항에 따라 보상합니다.
 10. 「국민건강보험법」 제42조(【부록】 참조)의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비
 11. 「응급의료에 관한 법률」 및 동시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 「의료법」 제3조의4(【부록】 참조)에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료
 12. 도수치료·체외충격파치료·중식치료로 인하여 발생한 비급여의료비
 13. 비급여 주사료(다만, 항암제, 항생제(항진균제 포함), 희귀의약품은 보상합니다)
 14. 자기공명영상진단(MRI/MRA)으로 인하여 발생한 비급여의료비(조영제, 판독료를 포함합니다)
 15. 제12호, 제13호, 제14호와 관련하여 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 발생한 본인부담의료비
- ④ 제3항 제12호에서 제15호까지 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.

(3) 질병입원

- 1 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 입원의료비는 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
- 2 회사는 다음의 입원의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 아래의 질병분류 기준은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.【붙임3】 질병입원형·질병통원형에서 보상하지 않는 질병 참조)
1. 정신 및 행동장애(F04~F99)(다만, F04~F09, F20~F29, F30~F39, F40~F48, F51, F90~F98과 관련한 치료에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하는 의료비는 보상합니다)
 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
 3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원한 경우(O00~O99)
 4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04)
 5. 비만(E66)
 6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
 7. 직장 또는 항문질환 중 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 부분(K60~K62, K64)
- 3 회사는 다음의 입원의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.
1. 치과치료(K00~K08) 및 한방치료(다만, 「의료법」 제2조에 따른 한의사를 제외한 '의사'의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 보상합니다)에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 비급여 의료비
 2. 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금상한제)
 3. 「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 의해 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금상한제)
 4. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 추가 의료비용은 보상합니다), 예방접종, 인공유산에 든 비용. 다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.
 5. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 요양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보상합니다), 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진, 의약품과 관련하여 소요된 비용. 다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.
 6. 다음의 어느 하나에 해당하는 치료로 인하여 발생한 의료비
 - 가. 단순한 피로 또는 권태
 - 나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입당시 태어난 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
 - 다. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis)(「국민건강보험법」에 따른 요양급여 대상의 수술방법 및 치료재료가 사용되지 않는 경우를 말합니다), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규

칙」 제9조 제1항【별표2】비급여대상에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환

7. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체 비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 보상합니다.
 8. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비
 - 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(용비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 '여성형 유방증'을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등
 - 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. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
 - 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
 - 마. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여대상에 해당하는 치료
 9. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비
 10. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(보장종목별 보상내용) (3)질병입원 제1항, 제2항 및 제4항부터 제10항에 따라 보상합니다.
 11. 인간면역결핍바이러스(HIV)감염으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV감염은 해당진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 보상합니다)
 12. 「국민건강보험법」 제42조【부록】참조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비
 13. 도수치료·체외충격파치료·중식치료로 인하여 발생한 비급여의료비
 14. 비급여 주사료[다만, 항암제, 항생제(항진균제 포함), 희귀의약품은 보상합니다]
 15. 자기공명영상진단(MRI/MRA)으로 인하여 발생한 비급여의료비(조영제, 판독료를 포함합니다)
 16. 제13호, 제14호, 제15호와 관련하여 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 발생한 본인부담의료비
- ④ 제3항 제13호에서 제16호까지 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.

(4) 질병통원

- ① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 통원의료비는 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 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 통원의료비

② 회사는 다음의 통원의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 아래의 질병분류 기준은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류에 따릅니다.【붙임3】 질병입원형·질병통원형에서 보상하지 않는 질병 참조)

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)(다만, F04~F09, F20~F29, F30~F39, F40~F48, F51, F90~F98과 관련한 치료에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하는 의료비는 보상합니다)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 통원한 경우(O00~O99)
4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04)
5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 직장 또는 항문질환 중 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 부분(K60~K62, K64)

③ 회사는 다음의 통원의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.

1. 치과치료(K00~K08) 및 한방치료(다만, 「의료법」 제2조에 따른 한의사를 제외한 '의사'의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 보상합니다)에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 비급여 의료비
2. 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금상한제)
3. 「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 의해 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금상한제)
4. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 추가 의료비용은 보상합니다), 예방접종, 인공유산에 든 비용. 다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.
5. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 요양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보상합니다), 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진, 의약외품과 관련하여 소요된 비용. 다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.
6. 다음의 어느 하나에 해당하는 치료로 인하여 발생한 의료비
 - 가. 단순한 피로 또는 권태
 - 나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입당시 태어난 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
 - 다. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis)(「국민건강보험법」에 따른 요양급여 대상의 수술방법 및 치료재료가 사용되지 않는 경우를 말합니다), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항【별표2】비급여대상에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
7. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체 비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 보상합니다.
8. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비
 - 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(용비술), 유방축대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만, 「국민건강보험법」 및 관련 고시에 따라 요양급여

에 해당하는 '여성형 유방증'을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살제거술 등

- 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. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
 - 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
 - 마. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여대상에 해당하는 치료
9. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비
10. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(보장종목별 보상내용) (4)질병통원 제1항부터 제5항 및 제7항부터 제10항에 따라 보상합니다.
11. 인간면역결핍바이러스(HIV)감염으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV감염은 해당진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 보상합니다)
12. 「국민건강보험법」 제42조(「부록」 참조)의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비
13. 「응급의료에 관한 법률」 및 동시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 「의료법」 제3조의4(「부록」 참조)에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료
14. 도수치료·체외충격파치료·증식치료로 인하여 발생한 비급여의료비
15. 비급여 주사료[다만, 항암제, 항생제(항진균제 포함), 희귀의약품은 보상합니다]
16. 자기공명영상진단(MRI/MRA)으로 인하여 발생한 비급여의료비(조영제, 판독료를 포함합니다)
17. 제14호, 제15호, 제16호와 관련하여 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 발생한 본인부담의료비
- ④ 제3항 제14호에서 제17호까지 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.

제4관. 보험금의 지급

제5조(보험금 지급사유 발생의 통지)

계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제3조(보장종목별 보상내용)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 것을 알았을 때에는 지체 없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

제6조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
- 1. 청구서(회사 양식)
 - 2. 사고증명서(진료비계산서, 진료비세부내역서, 입원치료확인서) 등
 - 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 - 4. 그 밖에 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)(「부록」 참조)에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(보험금의 지급절차)

- 1 회사에는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
- 2 제1항에도 불구하고 회사는 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 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 통지합니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
 1. 소송제기
 2. 분쟁조정 신청
 3. 수사기관의 조사
 4. 외국에서 발생한 보험사고에 대한 조사
 5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 책임이 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
 6. 제7항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- 3 제2항에 따라 추가적인 조사가 이루어지는 경우 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- 4 회사는 제1항에서 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 【붙임2】에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 다만, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 책임이 있는 사유로 지급이 지연된 경우에는 그 기간에 대한 이자를 지급하지 않습니다.
- 5 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제13조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우 회사는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
- 6 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.
- 7 보험수익자와 회사가 제3조(보장종목별 보상내용)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)【부록】참조에 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 있습니다.

제8조(보험금을 받는 방법의 변경)

- 1 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자를 말합니다)는 회사의 「사업방법서」에서 정한 바에 따라 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.
- 2 회사는 제1항에 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.

제9조(주소변경의 통지)

- 1 계약자(보험수익자가 계약자와 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체 없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.
- 2 제1항에서 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 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 또는 보험수익자에게 도달된 것으로 봅니다.

제10조(대표자의 지정)

- 1 계약자 또는 보험수익자가 2명 이상인 경우에는 각 대표자를 1명 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 1명에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에게도 효력이 미칩니다.
- 3 계약자가 2명 이상인 경우에는 연대하여 그 책임을 집니다.

제5관. 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제11조(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」 제3조(의료기관)〔부록〕참조에 따른 종합병원이나 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강 상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제12조(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. 보험증권에 기재된 직업 또는 직무의 변경
 - 가. 현재의 직업 또는 직무가 변경된 경우
 - 나. 직업이 없는 자가 취직한 경우
 - 다. 현재의 직업을 그만둔 경우

[직업]

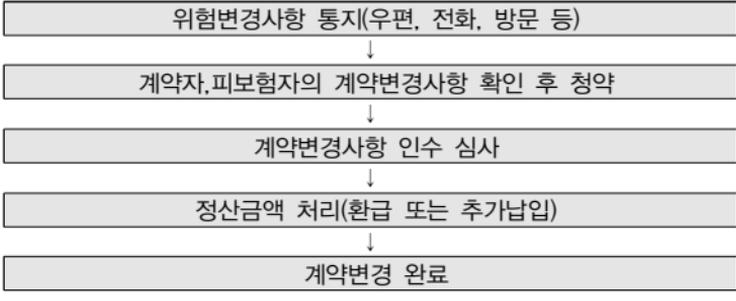
- 1) 생계유지 등을 위하여 일정한 기간동안 계속하여 종사하는 일
 - 2) 1)에 해당하지 않는 경우에는 개인의 사회적 신분에 따르는 위치나 자리를 말함
- 예) 학생, 미취학아동, 무직 등

[직무]

직책이나 직업상 책임을 지고 담당하여 맡은 일

2. 보험증권에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우
예) 자가용에서 영업용으로 변경, 영업용에서 자가용으로 변경 등
 3. 보험증권에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우
예) 비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운전자로 변경 등
 4. 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 계속적으로 사용하게 된 경우
- 2 회사는 제1항의 통지로 인하여 위험의 변동이 발생한 경우에는 제19조(계약내용의 변경 등)에 따라 계약내용을 변경할 수 있습니다.

[위험변경에 따른 계약변경 절차]



- ③ 회사는 제2항에 따라 계약내용을 변경할 때 위험이 감소된 경우에는 보장보험료를 감액하고, 이후 기간 보장을 위한 재원인 책임준비금 등의 차이로 인하여 발생한 정산금액(이하 “정산금액”이라 합니다)을 환급하여 드립니다. 한편 위험이 증가된 경우에는 보장보험료의 증액 및 정산금액의 추가납입을 요구할 수 있으며, 계약자는 이를 납입하여야 합니다.
- ④ 제1항의 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.
- ⑤ 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제1항 각 호의 변경사실을 회사에 알리지 않았을 경우 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 그 변경사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자에게 제4항에 의해 보장됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

제13조(알릴 의무 위반의 효과)

- ① 회사는 다음과 같은 사실이 있을 경우에는 보험금 지급사유의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.
 - 1. 계약자나 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제11조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 알릴 의무가 있는 사항이 중요한 사항에 해당하는 경우
 - 2. 계약자나 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제12조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 이행하지 않았을 때
- ② 제1항 제1호의 경우라도 다음의 어느 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.
 - 1. 회사가 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 알지 못하였을 때
 - 2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 날부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대해서는 1년)이 지났을 때
 - 3. 최초계약 체결일로부터 3년이 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 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 회사는 제37조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급하며, 제1항에 따라 보장을 제한한 경우는 제19조(계약내용의 변경 등)을 따릅니다.
- ④ 제1항 제1호에 따른 계약의 해지 및 보장의 제한이 보험금 지급사유가 발생한 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 계약 전 알릴 의무 위반사실과 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 서면 등으로 알려드립니다.
- ⑤ 제1항 제2호에 따른 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 회사는 제12조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제4항 또는 제5항에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제4항 및 제5항에도 불구하고 해당 보험금을 지급합니다.
- ⑦ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지, 보장을 제한하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.
- ⑧ 제32조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에 따라 이 계약(특약)이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제2항의 최초계약으로 봅니다. 또한, 부활(효력회복)이 여러 차례 발생한 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.

제14조(사기에 의한 계약)

계약자 또는 피보험자가 대리진단이나 약물사용을 통하여 진단절차를 통과하거나, 진단서를 위조 또는 변조하거나, 청약일 이전에 암 또는 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 회사는 계약일로부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제6관. 보험계약의 성립과 유지

제15조(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, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일을 말합니다)부터 30일 이내에 승낙하거나 거절하여야 하며, 승낙한 경우에는 보험증권을 드립니다. 이 경우 30일 이내에 회사가 승낙 또는 거절의 통지를 하지 않으면 승낙한 것으로 봅니다.
- ④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 평균공시이율에 1%를 더한 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우 회사는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.
- ⑤ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 청약일로부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑥ 제5항의 ‘청약일로부터 5년이 지나는 동안’이라 함은 이 약관 제31조(보험

료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

- ⑦ 이 약관 제32조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제16조(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. 진단계약
 2. 보험기간이 1년 미만인 계약
 3. 전문보험계약자가 체결한 계약

[전문보험계약자]

보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약의 내용을 이해하고 이행할 능력이 있는 자로서 「보험업법」 제2조(정의), 「보험업법 시행령」 제6조의2(전문보험계약자의 범위 등) 또는 「보험업 감독규정」 제1-4조의2(전문보험계약자의 범위)에서 정한 국가, 한국은행, 대통령령으로 정하는 금융기관, 주권상장법인, 지방자치단체, 단체보험계약자 등을 말합니다.

(관련 법령 【부록】 참조)

- ② 제1항에도 불구하고 청약한 날부터 30일(만65세 이상의 계약자가 통신수단 중 전화를 이용하여 체결한 계약은 45일로 합니다)이 지나면 청약을 철회할 수 없습니다.
- ③ 계약자는 청약서의 청약철회란을 작성하여 회사에 제출하거나, 통신수단을 이용하여 제1항의 청약을 철회할 수 있습니다.
- ④ 계약자가 청약을 철회하였을 때에는 회사의 청약을 철회를 접수한 날부터 3일 이내에 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대해서는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 이자를 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에 회사는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.
- ⑤ 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력이 발생하지 않습니다.
- ⑥ 제1항에서 보험증권을 받은 날에 대한 다툼이 발생한 경우 회사가 이를 증명하여야 합니다.

제17조(약관교부 및 설명의무 등)

- ① 회사는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며, 청약 후에 지체없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 드립니다. 다만, 계약자가 동의하는 경우 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 광기록매체(CD, DVD 등), 전자우편 등 전자적 방법으로 송부할 수 있으며, 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다. 또한, 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자의 동의를 받아 다음 중 한 가지 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.
1. 인터넷홈페이지에서 약관 및 그 설명문(약관의 중요한 내용을 설명한 문서)을 읽거나 내려받게 하는 방법. 이 경우 계약자가 이를 읽거나 내려받은 것을 확인한 때에 해당 약관을 드리고 그 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
 2. 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문하거나 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

[통신판매계약]

전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

- ② 다음의 어느 하나의 경우 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.
1. 회사가 제1항에 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

[자필서명의 종류]

1. 사인(signature) 또는 날인(도장을 찍음)
2. 「전자서명법」 제2조 제2호에 규정한 전자서명
3. 「전자서명법」 제2조 제3호에 규정한 공인전자서명
(관련 법령【부록】참조)

- ③ 제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에 다음의 어느 하나에 해당할 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제1항에 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 계약의 경우
- ④ 제2항에 따라 계약이 취소된 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 이자를 더하여 지급합니다.
- ⑤ 회사는 관계 법규에 따라 피보험자가 될 사람이 다른 실손의료보험계약을 체결하고 있는지를 확인하고, 그 결과 피보험자가 될 사람이 다른 실손의료보험계약의 피보험자로 되어 있는 경우에는 보상방식 등을 구체적으로 설명하여 드립니다.

제18조(계약의 무효)

- ① 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되거나 초과되었을 경우에는 계약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 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 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제19조(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 제1회 보험료를 납입한 날부터 1년 이상 지난 유효한 계약으로서 그 보험 종목의 변경을 요청할 경우, 회사는 회사의 「사업방법서」에서 정하는 방법에 따라 보험종목을 변경하여 드립니다.
- ③ 계약자가 제1항 제4호에 따라 보험가입금액을 감액하려는 경우 회사는 그 감액된 부분은 계약이 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제37조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ④ 계약자는 회사의 승낙 없이 보험수익자를 변경할 수 있습니다. 다만 변경된 보험수익자가 회사에 권리자로서 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경사실을 회사에 알려야 합니다.
- ⑤ 계약자가 제4항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

- ⑥ 제1항에 따라 계약자가 변경된 경우 회사는 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 드리고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

[보험료 감액시 만기(해지)환급금]

보험료 등의 감액시 만기(해지)환급금이 없거나 최초가입시 안내한 만기(해지)환급금 보다 적어질 수 있습니다.

제20조(보험나이 등)

- ① 이 약관에서 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다.
- ② 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 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.

[보험나이의 계산 예시]

생년월일: 1990년 10월 2일, 계약일: 2019년 4월 13일
 ⇒ 2019년 4월 13일 - 1990년 10월 2일 = 28년 6월 11일 = 29세

제21조(계약의 소멸)

- ① 피보험자가 사망하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 경우 회사는 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정하는 바에 따라 그때까지 회사가 적립한 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항의 “사망”은 다음 중 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.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의에 의한 피보험자 사망의 경우에는 제37조(해지환급금)에서 정한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제1항부터 제3항까지의 규정에 따라 계약이 소멸되는 경우 제38조(보험계약대출)에서 정한 보험계약대출이 있을 때에는 회사가 지급하여야 할 금액에서 대출원금과 이자의 합계액을 차감한 후 지급합니다.

[책임준비금]

장래의 보험금, 해지환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액을 말합니다.

제22조(보장내용 변경주기)

- ① 이 계약의 보장내용(보장범위 및 자기부담금 등)이 바뀌는 주기(이하 “보장내용 변경주기”라 합니다)는 3년으로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 재가입할 때 피보험자의 100세 계약해당일이 3년 미만일 경우 그 남은 기간을 보장내용 변경주기로 합니다.
- ③ 보장내용 변경주기 종료일은 「최초(재)가입나이 + 보장내용 변경주기」세 계약해당일로 합니다.

[보장내용 변경주기 예시]

- 최초 계약일 : 2018년 1월 1일, 가입당시 나이 50세



제23조(계약의 보험기간 및 자동갱신)

- ① 이 계약의 보험기간은 1년으로 합니다.
- ② 이 계약이 다음의 조건을 충족하는 경우에는 계약의 만기일의 전일까지 계약자의 별도의 의사표시가 없을 때에는 종전의 계약(이하 “갱신전 계약”이라 합니다)과 동일한 내용으로 계약의 만기일의 다음날(이하 “갱신일”이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.
 1. 갱신된 계약(이하 “갱신후 계약”이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간(보장내용 변경주기) 내일 것
 2. 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 이 상품의 「사업방법서」에서 정한 나이의 범위 내일 것
 3. 갱신전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
- ③ 회사는 갱신후 계약에 대하여 갱신전 계약의 약관을 적용하며(법령 및 금융위원회의 명령에 따라 약관이 변경되는 경우에는 변경된 약관을 적용), 보험요율에 관한 제도 또는 보험료 등을 개정된 경우에는 갱신후 계약에 대해서는 갱신일 현재의 제도 또는 보험료 등을 적용합니다.
- ④ 회사는 제2항에서 정한 갱신제한 사유 및 제1항의 갱신후 계약 보험료에 대하여 갱신전 계약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 그 내용을 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.
- ⑤ 제2항에 따라 갱신전 계약이 갱신후 계약으로 자동갱신 되는 경우, 청약서에 기재된 사항 및 보험증권에 회사가 승인한 사항에 대하여 변경이 생긴 경우에는 계약자 또는 피보험자가 서면으로 그 사실을 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.
- ⑥ 제5항의 알릴 의무에 대해서는 제12조(상해보험계약 후 알릴 의무)를 적용합니다.

제24조(갱신후 계약의 보장개시)

제23조(계약의 보험기간 및 자동갱신)에 따라 계약이 갱신되는 경우, 갱신후 계약의 보장개시는 갱신일 당일부터 개시됩니다.

제25조(계약의 재가입에 관한 사항)

- ① 계약이 다음 각 호의 조건을 충족하고 계약자가 보장내용 변경주기 만료일 전까지 재가입 의사를 표시한 때에는 회사가 정한 절차에 따라 계약자는 기존 계약 종료일의 다음날(이하 “재가입일”이라 합니다)로 재가입 할 수 있습니다.
 1. 재가입일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 최초가입 당시 정한 나이의 범위 내일 것
 2. 재가입전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
- ② 이 계약의 자동갱신 종료 후 계약자가 재가입을 원하는 경우 계약자는 재가입 시점에서 회사가 판매하는 실손의료보험 상품으로 가입을 할 수 있으며, 회사는 이를 거절할 수 없습니다.
- ③ 회사는 계약자에게 보장내용 변경주기 만료일 이전까지 2회 이상 재가입 요건, 보장내용 변경내역, 보험료 수준, 재가입 절차 및 재가입 의사 여부를 확인하는 내용 등을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드리고, 재가입일 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없

을 때에는 재가입하지 않는 것으로 봅니다. 다만, 회사의 안내가 계약자에게 도달하지 않은 경우는 그렇지 않습니다.

- ④ 회사가 제3항에 의한 안내를 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자의 서면에 의한 동의를 얻어 수신 확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것으로 확인되는 경우에는 제3항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성 녹음)로 다시 알려드립니다.

제7관. 보험료의 납입

제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

- ① 회사는 계약의 청약에 승낙하고 계약자로부터 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관에서 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자에게 책임이 있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.
- ② 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관에서 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

[보장개시일]

회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한 보장개시일을 계약일로 봅니다.

- ③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음의 어느 하나에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.
1. 제11조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용 또는 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
 2. 제13조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
 3. 진단계약에서 보험금 지급사유 발생 시까지 피보험자가 진단을 받지 않은 경우. 다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 상해로 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장을 합니다.
- ④ 계약이 갱신되는 경우에는 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 보장은 기존 계약에 의한 보장이 종료하는 때부터 적용합니다.

제27조(갱신후 계약 제1회 보험료의 납입최고(독촉)와 계약의 해제)

- ① 계약자가 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 정한 납입최고(독촉)기간내에 갱신전 계약의 보험료를 납입완료하고, 갱신후 계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 납입최고(독촉)하며, 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료를 납입하지 않은 경우에는 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 갱신후 계약은 해제됩니다.
- ② 회사는 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신후 계약의 보험료를 납입하여야 합니다. 만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

제28조(제2회 이후 보험료의 납입)

계약자는 제2회부터의 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.

[납입기일]

계약자가 제2회부터의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제29조(보험료의 자동대출납입)

- 1 계약자는 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)과 계약의 해지)에 따른 보험료의 납입최고(독촉)기간이 지나기 전까지 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있습니다. 이 경우 제38조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내용을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려드립니다.
- 2 제1항의 규정에 따른 대출금과 보험료의 자동대출납입일의 다음날부터 그 다음 보험료의 납입최고(독촉)기간까지의 이자(보험계약대출이율 이내에서 회사가 별도로 정하는 이율을 적용하여 계산)를 합산한 금액이 해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 해지환급금과 계약자에게 지급할 기타 모든 지급금의 합계액에서 계약자의 회사에 대한 모든 채무액을 뺀 금액을 초과하는 경우에는 보험료의 자동대출납입을 더는 할 수 없습니다.
- 3 제1항과 제2항에 따른 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 한도로 하며, 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.
- 4 보험료의 자동대출납입이 이루어진 경우에도 자동대출납입 전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구하였을 때에는 회사는 보험료의 자동대출납입을 없었던 것으로 하여 제37조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.
- 5 회사는 자동대출납입이 종료된 날부터 15일 이내에 자동대출납입이 종료되었음을 서면, 전화(음성녹음을 포함합니다) 또는 전자문서(문자메시지를 포함합니다) 등으로 계약자에게 안내하여 드립니다.

제30조(해외장기체류자의 보험료 환급에 관한 사항)

피보험자가 연속하여 3개월 이상 해외에 체류한 사실이 확인되고 해당 체류기간동안 이 실손의료보험 계약의 보험료를 납입한 경우 사후에 이 기간에 해당 하는 보험료를 환급하여 드립니다.

제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)과 계약의 해지)

- 1 계약자가 제2회부터의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우 회사는 납입최고(독촉)기간을 정하여 다음 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 계약이 해지되기 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다.
 1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체된 보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용. 이 경우 계약이 해지되면 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다.

[납입최고(독촉)기간]

보험료의 납입이 연체중인 경우에 회사가 계약자에게 보험료 납입을 요구하는 기간으로 보험기간이 1년 이상인 경우에는 14일 이상, 보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일 이상으로 하며 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닐 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음날까지로 합니다.

- ② 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하려는 경우에는 계약자에게 서면, 「전자서명법」 제2조 제2호〔부록〕 참조에 따른 전자서명 또는 같은 법 제2조 제3호〔부록〕 참조에 따른 공인전자서명으로 동의를 받아 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다.
- ③ 회사는 제2항에 따른 확인 결과 전자문서가 수신되지 않은 것을 알았을 때에는 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.
- ④ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제37조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제32조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

- ① 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 계약자가 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 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 보험료와 이에 대한 연체이자(평균공시이율에 1%를 더한 이율의 범위 내에서 각 상품별로 회사가 정하는 이율로 계산한 금액)를 더하여 납입하여야 합니다. 다만 금리연동형상품은 각 상품별 「사업방법서」에서 별도로 정한 이율로 계산합니다.
- ② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제11조(계약 전 알릴 의무), 제13조(알릴 의무 위반의 효과), 제14조(사기에 의한 계약), 제15조(보험계약의 성립) 및 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.
- ③ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초 계약 청약시 제11조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제13조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제33조(강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복))

- ① 회사는 계약자의 해지환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국제 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 받아 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제19조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.
- ② 회사는 보험수익자가 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 한 경우 이를 승낙하며, 계약은 청약한 때부터 특별부활(효력회복) 됩니다.
- ③ 회사는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 법정 상속인이 보험수익자로 지정된 경우 회사는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.
- ④ 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다. 다만, 회사의 통지가 7일이 지나 보험수익자에게 도달하고 이후 그 보험수익자가 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복)을 청약한 경우에는 계약이 해지된 날부터 7일이 되는 날에 특별부활(효력회복) 됩니다.
- ⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계

약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

[강제집행]

국가의 집행기관이 채권자를 위하여 집행권원에 표시된 사법상의 청구권을 국가권력으로 강제적으로 실현시키는 것을 말합니다.

[담보권실행]

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

[국세 및 지방세 체납처분 절차]

국세 또는 지방세를 체납할 경우 국세 기본법 및 지방세법에 의하여 체납된 세금에 대하여 가산금 징수, 독촉장 발부 및 재산 압류 등의 집행을 하는 것을 말합니다.

법원은 채권자의 신청에 따른 강제집행 및 담보권실행으로 채무자의 해지환급금을 압류할 수 있으며, 법원의 추심명령 또는 전부명령에 따라 회사는 채권자에게 해지환급금을 지급하게 됩니다. 또한, 국세 및 지방세 체납시 국세청 및 지방자치단체에 의해 채무자의 해지환급금이 압류될 수 있으며, 체납처분 절차에 따라 회사는 채권자에게 해지환급금을 지급하게 됩니다.

제8관. 계약의 해지 및 해지환급금 등

제34조(계약자의 임의해지)

계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 계약이 해지된 경우 회사는 제37조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제35조(중대사유로 인한 해지)

- ① 회사는 다음과 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 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 지급 사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 그 사실을 계약자에게 통지하고 제37조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

제36조(회사의 파산선고와 해지)

- ① 회사가 파산선고를 받은 경우 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.
- ② 제1항에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지나면 그 효력을 잃습니다.
- ③ 제1항에 따라 계약이 해지되거나 제2항에 따라 계약이 효력을 잃는 경우 회사는 제37조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제37조(해지환급금)

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 【붙임2】에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제38조(보험계약대출)

- 1 계약자는 이 계약의 해지환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하 "보험계약대출"이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 다만, 순수보장성 보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.
- 2 계약자는 제1항에 따른 보험계약대출금과 이자를 언제든지 상환할 수 있습니다.
- 3 계약자가 보험금, 해지환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 보험계약대출금과 이자를 상환하지 않은 경우 회사는 그 지급금에서 보험계약대출 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.
- 4 제3항에도 불구하고 회사는 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 경우 회사는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출 원금과 이자를 차감합니다.
- 5 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제39조(배당금의 지급)

회사는 이 계약에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제9관. 다수보험의 처리 등

제40조(다수보험의 처리)

- 1 다수보험의 경우 각 계약의 보상대상의료비 및 보상책임액에 따라 제2항에서 정한 방법으로 계산된 각 계약의 비례분담액을 지급합니다.
- 2 각 계약의 보상책임액 합계액이 각 계약의 보상대상의료비 중 최고액에서 각 계약의 피보험자부담 공제금액 중 최소액을 차감한 금액을 초과한 다수보험은 아래의 산출방식에 따라 각 계약의 비례분담액을 계산합니다. 이 경우 입원, 외래를 각각 구분하여 계산합니다.

각 계약별 비례분담액 =

$$\left(\frac{\text{각 계약의 보상대상의료비 중 최고액} - \text{각 계약의 피보험자부담 공제금액 중 최소액}}{\text{각 계약의 보상대상의료비 중 최고액}} \right) \times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액을 합한 금액}}$$

제41조(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 한도 내에서 지급합니다.
- 2 제1항에 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.

제10관. 분쟁의 조정 등

제42조(분쟁의 조정)

계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁당사자나 그 밖의 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있습니다.

제43조(관할법원)

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

제44조(소멸시효)

보험금청구권, 만기환급금청구권, 보험료 반환청구권, 해지환급금 청구권, 책임준비금 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

제45조(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 내용을 확대하여 해석하지 않습니다.

제46조(회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력)

보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사가 제작한 보험안내자료(계약의 청약을 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다)의 내용이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제47조(회사의 손해배상책임)

- ① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 또는 대리점에 책임이 있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 손해를 입힌 경우에는 관계법령 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 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.
- ④ 회사가 제17조(약관교부 및 설명의무 등) 제5항에 따른 의무를 이행하지 않아 계약자가 다수의 실손의료보험에 가입한 경우, 회사는 계약자에게 손해를 배상할 책임을 집니다.
- ⑤ 회사가 제4항에 따라 계약자에게 손해를 배상할 책임이 발생한 경우 계약자는 이 계약의 최초계약일로부터 5년 이내에 회사에 손해배상을 청구할 수 있고, 이 계약의 최초계약일로부터 손해배상을 청구하기 전까지 납입한 보험료와 이에 대한 이자(보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액)를 합한 금액을 손해배상액으로 합니다.

제48조(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 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.

제49조(준거법)

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

제50조(예금보험에 의한 지급보장)

회사가 파산 등으로 보험금 등을 지급하지 못할 경우에는 「예금자보호법」에서

정하는 바에 따라 그 지급을 보장합니다.

[예금자보호제도]

예금보험공사에서 금융기관 등으로부터 미리 보험료를 받아 적립해 두었다가 금융기관이 경영악화나 파산 등으로 예금을 지급할 수 없는 경우 해당금융기관을 대신하여 예금자에게 보험금 또는 환급금을 예금자 1인당 최고 5,000만원까지 지급함으로써 예금자를 보호하는 제도를 말합니다.

【붙임1】 용어의 정의

용어	정의
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
연단위복리	회사가 지급할 금전에 대한 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법
평균 공시이율	전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말함 (보험업감독규정 제1-2조(정의) 제13호【부록】 참조)에서 정하고, 보험업감독업무시행세칙 제4-4조(평균공시이율)【부록】 참조)의 기준에 따라 산출된 값을 적용합니다.)
해지환급금	계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액
영업일	회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, 「관공서의 공휴일에 관한 규정」에 따른 공휴일과 근로자의 날은 제외
계약해당일	보험계약일과 동일한 월, 일을 말합니다. 다만, 해당 월의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
상해	보험기간 중 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고
상해보험 계약	상해를 보장하는 계약
의사	「의료법」 제2조(의료인)【부록】 참조)에서 정한 의사, 한의사 및 치과 의사의 자격을 가진 사람
의료기관	「의료법」 제3조(의료기관) 제2항【부록】 참조)에서 정하는 의료기관을 말하며 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 구분
병원	「국민건강보험법」 제42조(요양기관)【부록】 참조)에서 정하는 국내의 병원 또는 의원을 말하며, 조산원은 제외
입원	의사가 피보험자의 질병 또는 상해로 인하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 병원, 의료기관 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관에 입실하여 의사의 관리를 받으며 치료에 전념하는 것
입원의 정의 중	보건소, 보건의료원 및 보건지소 등 의료법 제3조(의료기관) 제2항【부록】 참조)에서 정한 의료기관에 준하는 의료기관으

용어	정의
'이와 동등하다고 인정되는 의료기관'	로서 군의무대, 치매요양원, 노인요양원 등에 속해 있는 요양원, 요양시설, 복지시설 등과 같이 의료기관이 아닌 곳에 이에 해당되지 않음
기준병실	병원에서 국민건강보험 환자의 입원시 병실료 산정에 적용하는 기준이 되는 병실
입원실료	입원치료 중 발생한 기준병실 사용료, 환자관리료, 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, 상급병실료 차액
보상한도 종료일	회사가 보험가입금액 한도까지 입원의료비를 보상한 기준 입원일자
통원	의사가 피보험자의 질병 또는 상해로 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서, 병원에 입원하지 않고 병원을 방문하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것
외래제비용	통원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 치료재료, 석고붕대료(cast), 지정진료비 등
외래수술비	통원치료 중 발생한 수술료, 마취료, 수술재료비 등
통원의료비	외래제비용, 외래수술비
요양급여	「국민건강보험법」 제41조(요양급여)(【부록】 참조)에 따른 가입자 및 피부양자의 질병·부상 등에 대한 다음의 요양급여 1. 진찰검사 2. 약제치료재료의 지급 3. 처치수술 또는 그 밖의 치료 4. 예방재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송
의료급여	「의료급여법」 제7조(의료급여의 내용 등)(【부록】 참조)에 따른 가입자 및 피부양자의 질병부상 등에 대한 다음 각 호의 의료급여 1. 진찰검사 2. 약제치료재료의 지급 3. 처치수술 또는 그 밖의 치료 4. 예방재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송 8. 그 밖에 의료 목적의 달성을 위한 조치
「국민건강보험법」에 따른 본인부담금 상한제	「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 연간 본인부담금 총액이 「국민건강보험법 시행령」 별표3(【부록】 참조)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」 제13조(급여비용의 부담)(【부록】 참조)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
보상대상 의료비	실제 부담액 - 보상제외금액* *제3관. 회사가 보장하지 않는 사항에 따른 금액 및 실제 사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 중 회사가 보장하지 않는 금액

용어	정의
보상책임액	(보상대상의료비 - 피보험자부담 공제금액)과 보험가입금액 중 작은 금액
다수보험	실손 의료보험계약(우체국보험, 각종 공제, 상해·질병·간병보험 등 제3보험, 개인연금·퇴직보험 등 의료비를 실손으로 보상하는 보험공제계약을 포함)이 동시에 또는 순차적으로 2개 이상 체결되었고, 그 계약이 동일한 보험사고에 대하여 각 계약별 보상책임액이 있는 여러 개의 실손 의료보험계약을 말함
한국표준질병·사인분류	이 약관에서 한국표준질병·사인분류는 제7차 개정(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)을 따릅니다. 한국표준질병·사인분류를 적용하는 보장에 대하여 제8차 개정 이후 해당 보장의 약관상 정의된 질병(또는 상병) 이외에 추가로 약관상 정의에 해당하는 질병(또는 상병)이 있는 경우에는 그 질병(또는 상병)도 포함하는 것으로 합니다.
도수치료	치료자가 손(정형용 교정장치 장비 등의 도움을 받는 경우를 포함합니다)을 이용해서 환자의 근골격계통(관절, 근육, 연부조직, 림프절 등)의 기능 개선 및 통증감소를 위하여 실시하는 치료행위 * 의사 또는 의사의 지도하에 물리치료사가 도수치료를 하는 경우에 한함
체외충격파 치료	체외에서 충격파를 병변에 가해 혈관 재형성을 돕고 건(힘줄) 및 뼈의 치유 과정을 자극하거나 재활성화 시켜 기능개선 및 통증감소를 위하여 실시하는 치료행위(체외충격파쇄석술은 제외)
증식치료	근골격계 통증이 있는 부위의 인대나 건(힘줄), 관절, 연골 등에 증식물질을 주사하여 통증이 소실되거나 완화되는 것을 유도하는 치료행위
주사료	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' * 「의약품등 분류번호에 관한 규정」에 따른 의약품분류표가 변경되는 경우 치료시점의 의약품분류표에 따릅니다.
항생제(항진균제 포함)	식품의약품안전처가 「의약품등 분류번호에 관한 규정」에 따라 지정하는 '항병원생물성 의약품' 중 '항생물질제제', '화학요법제' 및 '기생동물에 대한 의약품 중 항원충제' * 「의약품등 분류번호에 관한 규정」에 따른 의약품분류표가 변경되는 경우 치료시점의 의약품분류표에 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 급여비급여 목록 및 급여 상대가치점수, 상의 MRI 범주에 따름)

【붙임2】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구분	기간	지급이자
보장관련 보험금	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%)
해지환급금	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년내: 평균공시이율의 50%
		1년초과기간: 1%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 계산	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 일자 계산합니다.
 2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.
 3. 가산이율 적용시 제8조(보험금의 지급절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
 4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

【붙임3】 질병입원형·질병통원형에서 보상하지 않는 질병

약관에 규정하는 질병입원형·질병통원형에서 보상하지 않는 질병은 제7차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016. 1. 1시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 정신 및 행동장애 (F04~F99) (다만, F04~F09, F20~F29, F30~F39, F40~F48, F51, F90~F98과 관련한 치료에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하는 의료비는 보상) 1) 증상성을 포함하는 기질성 정신장애 2) 정신활성물질의 사용에 의한 정신 및 행동 장애 3) 조현병, 분열형 및 망상 장애 4) 기분[정동] 장애 5) 신경증성, 스트레스-연관 및 신체형 장애 6) 생리적 장애 및 신체적 요인들과 수반된 행동증후군 7) 성인 인격 및 행동의 장애 8) 정신지체 9) 정신발달장애 10) 소아기 및 청소년기에 주로 발병하는 행동 및 정서 장애 11) 상세불명의 정신장애	F04~F09 F10~F19 F20~F29 F30~F39 F40~F48 F50~F59 F60~F69 F70~F79 F80~F89 F90~F98 F99
2. 여성 생식기의 비염증성 장애 (N96~N98) 1) 습관적 유산자 2) 여성불임 3) 인공수정과 관련된 합병증	N96 N97 N98
3. 임신, 출산 및 산후기 (O00~O99)	O00~O99
4. 선천성 뇌질환 (Q00~Q04) 1) 무뇌증 및 유사 기형 2) 뇌류 3) 소두증 4) 선천수두증 5) 뇌의 기타 선천기형	Q00 Q01 Q02 Q03 Q04
5. 비만 (E66)	E66
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32) 1) 스트레스요실금 2) 기타 명시된 요실금 3) 상세불명의 요실금	N39.3 N39.4 R32
7. 직장 또는 항문관련 질환 (K60~K62, K64) (「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하는 부분은 보상) 1) 항문 및 직장부의 열창 및 누공 2) 항문 및 직장부의 농양 3) 항문 및 직장의 기타 질환 4) 치핵(치질포함) 및 항문주위정맥의 혈전증	K60 K61 K62 K64
8. 손상, 중독 및 외인(상해)에 의한 특정 기타 결과 (S00~T98)	S00~T98

제8차 개정이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

**무배당 참 편한
실손의료보험
(간편고지, 갱신형)1901
특별약관**

1. 이륜자동차 운전중 상해 부담보 특별약관

제1조(계약의 체결 및 효력)

- 1 이 특별약관은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 보험계약(특별약관이 부가된 경우에는 그 특별약관도 포함합니다. 이하 같습니다)에 부가됩니다.
- 2 이 특별약관의 효력발생일은 보통약관 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일과 동일합니다.
- 3 보험계약이 해지 또는 기타사유에 의하여 효력이 없게 된 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력이 없습니다.
- 4 이 특별약관은 피보험자가 이륜자동차를 소유, 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동 등으로 주기적으로 운전하는 경우에 한하며 일회적인 사용은 제외합니다), 관리하는 경우에 한하여 부가하여 이루어집니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- 1 회사는 보험계약의 내용에도 불구하고 보험증권에 기재된 보험기간 중에 이륜자동차를 운전(탑승을 포함합니다. 이하 같습니다)하는 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 상해사고를 직접적인 원인으로 보험계약에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에 보험금을 지급하지 않습니다. 다만, 피보험자가 이륜자동차를 직업, 직무 또는 동호회 활동 등 주기적으로 운전한 사실을 회사가 입증하지 못한 때에는 보험금을 지급합니다.
- 2 제1항의 이륜자동차라 함은 「자동차관리법 시행규칙」 제2조【부록】참조에 정한 이륜자동차(1인 또는 2인의 사람을 운송하기에 적합하게 제작된 2륜의 자동차(2륜인 자동차에 1륜의 측차를 붙인 것과 배기량 125cc이하로서 3륜 이상인 자동차를 포함합니다)와 배기량이 50cc미만(전기로 동력을 발생하는 구조인 경우에는 정격 출력이 0.59kw미만)인 이륜자동차를 말합니다.
- 3 피보험자에게 보험사고가 발생했을 경우 그 사고가 이륜자동차를 운전하는 도중에 발생한 사고인지 아닌지는 계약자 또는 피보험자가 거주하는 관할 경찰서에서 발행한 교통사고사실확인원 등으로 결정합니다.

제3조(해지된 특별약관의 부활(효력회복))

회사는 이 특별약관의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 보통약관의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 보통약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 보통약관과 동시에 이 특별약관의 부활(효력회복)을 취급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

2. 보험료자동납입 특별약관

제1조(보험료의 납입)

- 1 계약자는 이 특별약관에 따라 계약자의 거래은행(우체국을 포함합니다. 이하 같습니다) 지정계좌를 이용하여 보험료를 자동 납입합니다.
- 2 제1항에 의하여 제1회 보험료의 납입방법을 계약자의 거래은행 지정계좌를 통한 자동납입으로 가입하고자 하는 경우에, 회사는 청약서를 접수하고 자동이체신청에 필요한 정보를 제공한 때(다만, 계약자의 책임있는 사유로 보험료 납입이 불가능한 경우에는 거래은행의 지정계좌로부터 제1회 보험료가 이체된 날을 기준으로 합니다)를 청약일 및 제1회 보험료 납입일로 하여 보통약관 제15조(보험계약의 성립)를 적용합니다.

제2조(보험료의 영수)

자동납입일자는 이 보험계약청약서에 기재된 보험료 납입해당일에도 불구하고 회사와 계약자가 별도로 정한 일자로 합니다.

제3조(계약 후 알릴 의무)

계약자는 지정계좌의 번호가 변경 또는 거래 정지된 경우에는 그 사실을 즉시 알려야 합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

3. 지정대리청구서비스 특별약관

제1조(적용대상)

이 특별약관은 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 보통약관 및 특별약관에 적용됩니다.

제2조(특별약관의 체결 및 소멸)

- ① 이 특별약관은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 보통약관에 부가됩니다.
- ② 제1조(적용대상)의 보험계약이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력이 없게 된 경우에는 이 특별약관은 더 이상 효력이 없습니다.

제3조(지정대리청구인의 지정)

- ① 계약자는 보통약관에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약을 체결할 때 또는 계약체결 이후 다음 중 어느 하나에 해당하는 사람 중 1인을 보험금의 대리청구인(이하, "지정대리청구인"이라 합니다)으로 지정(제4조에 의한 변경 지정 포함)할 수 있습니다. 다만, 지정대리청구인은 보험금을 청구할 때에도 다음 중 어느 하나에 해당하여야 합니다.
 1. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
 2. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 3촌 이내의 친족
- ② 제1항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제1조(적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

제4조(지정대리청구인의 변경지정)

계약자는 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
2. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서, 가족관계증명서, 혼인관계증명서 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

제5조(보험금의 지급절차)

- ① 지정대리청구인은 제6조(보험금의 청구)에 정한 구비서류 및 제1조(적용대상)의 보험수익자가 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제1조(적용대상)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다.
- ② 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

제6조(보험금의 청구)

지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 보험금을 청구할 때 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증)
4. 피보험자 및 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서, 가족관계증명서, 혼인관계증명서 등)
5. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

4. 전자서명 특별약관

제1조(적용대상)

이 특별약관은 전자서명을 포함한 전자문서 작성 및 제공에 대한 사전동의(사전동의서를 통한 동의)를 받은 보험계약에 적용됩니다.

제2조(특별약관의 체결 및 효력)

- ① 이 특별약관은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 보통약관에 부가됩니다.
- ② 이 특별약관을 통하여 「전자서명법」 제2조 제2호【부록】참조에 따른 전자서명 또는 제2조 제3호【부록】참조에 따른 공인전자서명(이하 “전자서명”이라 합니다)으로 계약을 청약할 수 있으며, 이 경우 보통약관 제15조(약관교부 및 설명의무 등) 제2항에도 불구하고 전자서명은 자필서명과 동일한 효력을 갖는 것으로 합니다.

제3조(약관교부의 특례)

- ① 계약자가 동의하는 경우 상품설명서, 보험약관 및 계약자 보관용 청약서 및 보험증권 등(이하 “보험계약 안내자료”라 합니다)을 광기록매체 및 전자우편 등 전자적 방법으로 교부하고, 계약자 또는 그 대리인이 보험계약 안내자료를 수령하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다.
- ② 계약자가 보험계약 안내자료에 대하여 전자적 방법의 수령을 원하지 않는 경우에는 청약한 날로부터 5영업일 이내에 보험계약 안내자료를 우편 등의 방법으로 계약자에게 드립니다.

제4조(계약자의 알릴 의무)

- ① 계약자가 제3조(약관교부의 특례) 제1항에 정한 방법으로 보험계약 안내자료를 수령하고자 하는 경우 계약을 청약할 때 보험계약 안내자료를 수령할 전자우편(이메일) 주소를 지정하여 회사에 알려야 합니다.
- ② 제1항에서 지정한 전자우편(이메일) 주소가 변경되거나 사용 정지된 경우에는 그 사실을 지체없이 회사에 알려야 합니다.
- ③ 제1항 또는 제2항에서 지정한 전자우편(이메일) 주소를 사실과 다르게 알리거나 알리지 않은 경우에는 회사가 알고 있는 최근의 전자우편(이메일) 주소로 보험계약 안내자료를 교부함으로써 회사의 보험계약 안내자료 제공의무를 다한 것으로 보며, 전자우편(이메일) 주소를 사실과 다르게 알리거나 알리지 않아 발생하는 불이익은 계약자가 부담합니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

5. 법률연계보장의 계약내용 변경 특별약관

제1조(특별약관의 적용범위)

이 특별약관은 보험업감독규정 제7-57조(손해보험의 사업방법서) 제1항 및 제7-55조(생명보험의 사업방법서) 제6호에 따라 다른 법률과 보험금 지급사유가

연계되는 등 보험금 지급사유가 보험회사의 자체적인 기준이 아닌 보장(이하, "법률연계보장"이라 합니다)에 적용됩니다.

제7-55조(생명보험의 사업방법서)

생명보험회사는 영 별표 7 제3호에 따라 보험종목별 또는 생명보험상품별 사업방법서를 작성하려는 경우 다음 각 호의 사항을 지켜야 한다. <개정 2011.3.22, 2016.4.1>

6. 다른 법률과 보험금 지급사유가 연계되는 등 보험금 지급사유가 보험회사의 자체적인 기준이 아닌 경우 향후 법률 개정 등으로 계약유지 필요가 없어지거나 변동될 가능성을 고려하여 계약내용 변경 가능여부, 안내방법 및 계약내용 변경시 보험료와 책임준비금 정산에 관한 사항을 명기하여야 한다. <신설 2016.4.1>

제7-57조(손해보험의 사업방법서)

① 손해보험회사가 영 별표 7 제3호에 따라 보험종목별 또는 손해보험상품(연금저축손해보험상품 및 퇴직보험상품을 포함한다)별 사업방법서를 작성하려는 경우 지켜야 할 사항은 제7-55조 및 제7-56조를 준용한다. 다만, 일반손해보험(자동차보험을 포함한다)은 제외한다.

제2조(법률연계보장의 계약내용 변경에 관한 사항)

- ① 법률연계보장에 다음 각 호 중 어느 하나에 해당되는 경우 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 계약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경할 수 있습니다.
 1. 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 약관에서 정한 보험금 지급사유 판정기준이 변경되는 경우
 2. 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 약관에서 정한 보험금 지급사유의 판정이 불가능한 경우
 3. 관련 법률의 개정 또는 폐지 등에 따라 계약유지 필요가 없어지는 경우
 4. 기타 금융위원회 등의 명령이 있는 경우
- ② 제1항에 따라 변경된 보장내용은 개정법률의 시행일 이후 발생한 보험사고에 대하여 적용합니다.
- ③ 회사는 제1항에 따라 계약이 변경되는 경우 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 알립니다.
- ④ 회사는 계약체결시 계약자에게 제1항에 따라 계약이 변경되는 경우와 관련된 다음 각 호의 내용을 계약자에게 안내합니다.
 1. 계약내용 변경으로 보장내용, 보험가입금액 및 납입보험료 등이 변경될 수 있음
 2. 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 책임준비금 정산으로 계약자가 추가로 납입 또는 반환받을 금액이 발생할 수 있음
- ⑤ 회사는 제1항에 따라 보장내용이 변경되는 경우 최신의 통계를 반영하여 보험료산출 기초율을 재산출할 수 있으며, 계약내용 변경일부터 재산출된 보험료산출 기초율을 적용합니다. 이 경우 계약내용 변경으로 보장내용, 보험가입금액 및 납입보험료 등이 변경될 수 있습니다.
- ⑥ 제1항에도 불구하고 계약자가 계약내용 변경을 원하지 않거나 새로운 보장내용으로 계약내용을 변경하는 것이 불가능한 경우 회사는 계약자에게 보험계약의 '보험료 및 책임준비금 산출방법서'에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 책임준비금을 지급하며, 해당 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

【부록】 약관에서 인용된 법령

※ 약관에서 인용된 법령조항은 약관작성일(2018.12.01) 기준으로 작성되었으며, 작성일 이후 해당 법령의 개정 또는 폐지가 있을 경우에는 변경된 내용을 따릅니다.

법령별 목차

국민건강보험법

국민건강보험법 시행령

농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법

보험업법

보험업법 시행령

보험업감독규정

보험업감독업무시행세칙

상법

지역보건법

의료법

약사법

의료급여법

의료급여법 시행령

응급의료에 관한 법률

응급의료에 관한 법률 시행규칙

전자서명법

자동차관리법 시행규칙

국민건강보험법

제41조(요양급여)

- ① 가입자와 피부양자의 질병, 부상, 출산 등에 대하여 다음 각 호의 요양급여를 실시한다.
 1. 진찰·검사
 2. 약제(藥劑)·치료재료의 지급
 3. 처치·수술 및 그 밖의 치료
 4. 예방·재활
 5. 입원
 6. 간호
 7. 이송(移送)
- ② 제1항에 따른 요양급여(이하 "요양급여"라 한다)의 범위(이하 "요양급여대상"이라 한다)는 다음 각 호와 같다.
 1. 제1항 각 호의 요양급여(제1항제2호의 약제는 제외한다): 제4항에 따라 보건복지부장관이 비급여대상으로 정한 것을 제외한 일체의 것
 2. 제1항제2호의 약제: 제41조의3에 따라 요양급여대상으로 보건복지부장관이 결정하여 고시한 것
- ③ 요양급여의 방법·절차·범위·상한 등의 기준은 보건복지부령으로 정한다.
- ④ 보건복지부장관은 제3항에 따라 요양급여의 기준을 정할 때 업무나 일상 생활에 지장이 없는 질환에 대한 치료 등 보건복지부령으로 정하는 사항은 요양급여대상에서 제외되는 사항(이하 "비급여대상"이라 한다)으로 정할 수 있다.

제42조(요양기관)

- ① 요양급여(간호와 이송은 제외한다)는 다음 각 호의 요양기관에서 실시한다. 이 경우 보건복지부장관은 공익이나 국가정책에 비추어 요양기관으로 적합하지 아니한 대통령령으로 정하는 의료기관 등은 요양기관에서 제외할 수 있다.
 1. 「의료법」에 따라 개설된 의료기관
 2. 「약사법」에 따라 등록된 약국
 3. 「약사법」 제91조에 따라 설립된 한국회귀·필수의약품센터
 4. 「지역보건법」에 따른 보건소·보건의료원 및 보건지소
 5. 「농어촌 등 보건의료료 위한 특별조치법」에 따라 설치된 보건진료소
- ② 보건복지부장관은 효율적인 요양급여를 위하여 필요하면 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 시설·장비·인력 및 진료과목 등 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당하는 요양기관을 전문요양기관으로 인정할 수 있다. 이 경우 해당 전문요양기관에 인정서를 발급하여야 한다.
- ③ 보건복지부장관은 제2항에 따라 인정받은 요양기관이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 인정을 취소한다.
 1. 제2항 전단에 따른 인정기준에 미달하게 된 경우
 2. 제2항 후단에 따라 발급받은 인정서를 반납한 경우
- ④ 제2항에 따라 전문요양기관으로 인정된 요양기관 또는 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원에 대하여는 제41조제3항에 따른 요양급여의 절차 및 제45조에 따른 요양급여비용을 다른 요양기관과 달리 할 수 있다.
- ⑤ 제1항·제2항 및 제4항에 따른 요양기관은 정당한 이유 없이 요양급여를 거부하지 못한다.

국민건강보험법 시행령

[별표 3] 요양급여비용 중 본인이 부담하는 상한액(제19조제4항 관련)

1. 본인부담상한액은 지역가입자의 세대별 보험료 부담수준 또는 직장가입자

의 개인별 보험료 부담수준(이하 "상한액기준보험료"라 한다)에 따라 그 금액을 달리한다. 이 경우 상한액기준보험료의 구체적인 산정 기준·방법 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다.

2. 가입자 또는 피부양자의 본인부담상한액은 나목에 따른 상한액기준보험료의 구간별로 가목의 산정 방법에 따라 산정한다.

가. 본인부담상한액 산정 방법

1) 계산식

해당 연도 본인부담상한액 = $\text{전년도 본인부담상한액} \times (1 + \text{전국소비자물가변동률})$
--

- 2) 전국소비자물가변동률은 「통계법」 제3조에 따라 통계청장이 매년 고시하는 전전년도와 대비한 전년도 전국소비자물가변동률을 적용하되, 그 전국소비자물가변동률이 100분의 5를 넘는 경우에는 100분의 5를 적용한다.
- 3) 1)의 계산식에 따라 해당 연도 본인부담상한액을 산정한 경우에 1만원 미만의 금액은 버린다.

나. 본인부담상한액 산정 단위 상한액기준보험료의 구간

1) 지역가입자인 경우

- 가) 상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 10에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
- 나) 상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 10에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 30에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
- 다) 상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 30에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 50에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
- 라) 상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 50에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 70에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
- 마) 상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 70에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 80에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
- 바) 상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 80에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 90에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
- 사) 상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 90에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘는 경우

2) 직장가입자 또는 피부양자인 경우

- 가) 상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 10에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
- 나) 상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 10에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 30에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
- 다) 상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 30에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 50에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
- 라) 상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 50에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 70에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
- 마) 상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 70에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 80에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을

- 넘지 않는 경우
- 바) 상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 80에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 90에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
- 사) 상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 90에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘는 경우
3. 제1호 및 제2호에도 불구하고 제2호나목1)가)부터 다)까지 및 같은 목2)가)부터 다)까지에 해당하는 구간의 경우에는 「의료법」 제3조제2항제3호라목에 따른 요양병원에 120일을 초과하여 입원한 경우를 제외하고는 2018년 1월 1일부터 2018년 12월 31일까지 다음 각 목의 구분에 따른 상한액기준보험료별 본인부담상한액을 각각 적용한다.
- 가. 지역가입자인 경우

구 분	본인부담 상한액
1) 상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 10에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘지 않는 경우	80만원
2) 상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 10에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 30에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우	100만원
3) 상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 30에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 50에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우	150만원

나. 직장가입자 또는 피부양자인 경우

구 분	본인부담 상한액
1) 상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 10에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘지 않는 경우	80만원
2) 상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 10에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 30에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우	100만원
3) 상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 30에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 50에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우	150만원

농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법

제15조(보건진료소의 설치·운영)

- ① 시장[도농복합형태(都農複合形態)의 시의 시장을 말하며, 읍·면 지역에서 보건진료소를 설치·운영하는 경우만 해당한다] 또는 군수는 보건의료 취약지역의 주민에게 보건의료를 제공하기 위하여 보건진료소를 설치·운영한다. 다만, 시·구의 관할구역의 도서지역에는 해당 시장·구청장이 보건진료소를 설치·운영할 수 있으며, 군 지역에 있는 보건진료소의 행정구역이 행정구역의 변경 등으로 시 또는 구 지역으로 편입된 경우에는 보건복지부장관이 정하는 바에 따라 해당 시장 또는 구청장이 보건진료소를 계속 운영할 수 있다.
- ② 보건진료소에 보건진료소장 1명과 필요한 직원을 두되, 보건진료소장은 보

건진료 전담공무원으로 보한다.

- ③ 보건진료소의 설치기준은 보건복지부령으로 정한다.

보험업법

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

19. "전문보험계약자"란 보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약의 내용을 이해하고 이행할 능력이 있는 자로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 자를 말한다. 다만, 전문보험계약자 중 대통령령으로 정하는 자가 일반보험계약자와 같은 대우를 받겠다는 의사를 보험회사에 서면으로 통지하는 경우 보험회사는 정당한 사유가 없으면 이에 동의하여야 하며, 보험회사가 동의한 경우에는 해당 보험계약자는 일반보험계약자로 본다.
- 가. 국가
 - 나. 한국은행
 - 다. 대통령령으로 정하는 금융기관
 - 라. 주권상장법인
 - 마. 그 밖에 대통령령으로 정하는 자
20. "일반보험계약자"란 전문보험계약자가 아닌 보험계약자를 말한다.

보험업법 시행령

제6조의2(전문보험계약자의 범위 등)

- ① 법 제2조제19호 각 목 외의 부분 단서에서 "대통령령으로 정하는 자"란 다음 각 호의 자를 말한다.
- 1. 지방자치단체
 - 2. 주권상장법인
 - 3. 제2항제15호에 해당하는 자
 - 4. 제3항제15호, 제16호 및 제18호에 해당하는 자
- ② 법 제2조제19호다목에서 "대통령령으로 정하는 금융기관"이란 다음 각 호의 금융기관을 말한다.
- 1. 보험회사
 - 2. 「금융지주회사법」에 따른 금융지주회사
 - 3. 「농업협동조합법」에 따른 농업협동조합중앙회
 - 4. 「산림조합법」에 따른 산림조합중앙회
 - 5. 「상호저축은행법」에 따른 상호저축은행 및 그 중앙회
 - 6. 「새마을금고법」에 따른 새마을금고연합회
 - 7. 「수산업협동조합법」에 따른 수산업협동조합중앙회
 - 8. 「신용협동조합법」에 따른 신용협동조합중앙회
 - 9. 「여성전문금융업법」에 따른 여성전문금융회사
 - 10. 「은행법」에 따른 은행
 - 11. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 금융투자업자(같은 법 제22조에 따른 검영금융투자업자는 제외한다), 증권금융회사, 종합금융회사 및 자금중개회사
 - 12. 「중소기업은행법」에 따른 중소기업은행
 - 13. 「한국산업은행법」에 따른 한국산업은행
 - 14. 「한국수출입은행법」에 따른 한국수출입은행
 - 15. 제1호부터 제14호까지의 기관에 준하는 외국금융기관
- ③ 법 제2조제19호마목에서 "대통령령으로 정하는 자"란 다음 각 호의 자를 말한다.
- 1. 지방자치단체
 - 2. 법 제83조에 따라 모집을 할 수 있는 자
 - 3. 법 제175조에 따른 보험협회, 법 제176조에 따른 보험요율 산출기관 및

- 법 제178조에 따른 보험 관계 단체
4. 「금융회사부실자산 등의 효율적 처리 및 한국자산관리공사의 설립에 관한 법률」에 따른 한국자산관리공사
 5. 「금융위원회의 설치 등에 관한 법률」에 따른 금융감독원(이하 "금융감독원"이라 한다)
 6. 「예금자보호법」에 따른 예금보험공사 및 정리금융회사
 7. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 한국예탁결제원 및 같은 법 제373조의2에 따라 허가를 받은 거래소(이하 "거래소"라 한다)
 8. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 집합투자기구. 다만, 금융위원회가 정하여 고시하는 집합투자기구는 제외한다.
 9. 「한국주택금융공사법」에 따른 한국주택금융공사
 10. 「한국투자공사법」에 따른 한국투자공사
 11. 삭제 (2014.12.30.)
 12. 「기술보증기금법」에 따른 기술보증기금
 13. 「신용보증기금법」에 따른 신용보증기금
 14. 법률에 따라 공제사업을 하는 법인
 15. 법률에 따라 설립된 기금(제12호와 제13호에 따른 기금은 제외한다) 및 그 기금을 관리·운영하는 법인
 16. 해외 증권시장에 상장된 주권을 발행한 국내법인
 17. 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 외국인
 - 가. 외국 정부
 - 나. 조약에 따라 설립된 국제기구
 - 다. 외국 중앙은행
 - 라. 제1호부터 제15호까지 및 제18호의 자에 준하는 외국인
 18. 그 밖에 보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약의 내용을 이해하고 이행할 능력이 있는 자로서 금융위원회가 정하여 고시하는 자

보험업감독규정

제1-2조(정의)

이 규정에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

13. "평균공시이율"이란 감독원장이 정하는 바에 따라 산정한 전체 보험회사 공시이율의 평균을 말한다.

제1-4조의2(전문보험계약자의 범위)

영 제6조의2제3항제18호에서 "금융위원회가 정하여 고시하는 자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자를 말한다.

1. 제7-49조제2호 각 목의 요건을 충족하는 단체보험계약을 체결하고자 하는 자
2. 기업성 보험계약을 체결하고자 하는 자
3. 「근로자퇴직급여 보장법」에 따른 퇴직연금계약을 체결하고자 하는 자

보험업감독업무 시행세칙

제4-4조(평균공시이율)

감독규정 제1-2조 제13호의 규정에 의한 평균공시이율은 다음 각호의 기준에 따라 매 사업년도말까지 산출하여 다음 사업년도에 적용한다.

1. 평균공시이율은 감독규정 제6-12조 제3항에서 정한 회사별 공시이율의 평균으로 보험계약이 체결되는 연도의 이율을 전보험기간에 걸쳐 적용하며, 0.25%포인트 단위로 반올림하여 산출한다.
 - 가. 회사별 공시이율은 매월말 보험료적립금 기준으로 가중평균하여 산출한다.
 - 나. 평균공시이율은 회사별 공시이율을 보험료적립금 기준으로 가중평

균하여 산출한다.

2. 제1호에 의한 공시이율은 9월말을 기준으로 최근 12개월을 대상으로 한다.

구 분	평균공시이율
2019년	2.5%

상법

제657조(보험사고발생의 통지의무)

- ① 보험계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 보험사고의 발생을 안 때에는 지체없이 보험자에게 그 통지를 발송하여야 한다.
- ② 보험계약자 또는 피보험자나 보험수익자가 제1항의 통지의무를 해태함으로써 인하여 손해가 증가된 때에는 보험자는 그 증가된 손해를 보상할 책임이 없다. <신설 1991.12.31.>

제662조(소멸시효)

보험금청구권은 3년간, 보험료 또는 적립금의 반환청구권은 3년간, 보험료 청구권은 2년간 행사하지 아니하면 시효의 완성으로 소멸한다.

지역보건법

제10조(보건소의 설치)

- ① 지역주민의 건강을 증진하고 질병을 예방·관리하기 위하여 시·군·구에 대통령령으로 정하는 기준에 따라 해당 지방자치단체의 조례로 보건소(보건의료원을 포함한다. 이하 같다)를 설치한다.
- ② 동일한 시·군·구에 2개 이상의 보건소가 설치되어 있는 경우 해당 지방자치단체의 조례로 정하는 바에 따라 업무를 총괄하는 보건소를 지정하여 운영할 수 있다.

제12조(보건의료원)

보건소 중 「의료법」 제3조제2항제3호가목에 따른 병원의 요건을 갖춘 보건소는 보건의료원이라는 명칭을 사용할 수 있다.

제13조(보건지소의 설치)

지방자치단체는 보건소의 업무수행을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 대통령령으로 정하는 기준에 따라 해당 지방자치단체의 조례로 보건소의 지소(이하 "보건지소"라 한다)를 설치할 수 있다.

의료법

제2조(의료인)

- ① 이 법에서 "의료인"이란 보건복지부장관의 면허를 받은 의사·치과의사·한 의사·조산사 및 간호사를 말한다.
- ② 의료인은 종별에 따라 다음 각 호의 임무를 수행하여 국민보건 향상을 이루고 국민의 건강한 생활 확보에 이바지할 사명을 가진다.
 1. 의사는 의료와 보건지도를 임무로 한다.
 2. 치과의사는 치과 의료와 구강 보건지도를 임무로 한다.
 3. 한의사는 한방 의료와 한방 보건지도를 임무로 한다.
 4. 조산사는 조산(助産)과 임부(妊婦)·해산부(解産婦)·산욕부(産褥婦) 및 신생아에 대한 보건과 양호지도를 임무로 한다.
 5. 간호사는 다음 각 목의 업무를 임무로 한다.
 - 가. 환자의 간호요구에 대한 관찰, 자료수집, 간호판단 및 요양을 위한 간호

- 나. 의사, 치과의사, 한의사의 지도하에 시행하는 진료의 보조
- 다. 간호 요구자에 대한 교육·상담 및 건강증진을 위한 활동의 기획
과 수행, 그 밖의 대통령령으로 정하는 보건활동
- 라. 제80조에 따른 간호조무사가 수행하는 가목부터 다목까지의 업무
보조에 대한 지도

제3조(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 임부·해산부·산욕부 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」 제3조 제5호에 따른 정신의료기관 중 정신병원, 「장애인복지법」 제58조제1항제2호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
 - 마. 종합병원
- ③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.
- ④ 삭제 <2009.1.30.>
- ⑤ 삭제 <2009.1.30.>
- ⑥ 삭제 <2009.1.30.>
- ⑦ 삭제 <2009.1.30.>
- ⑧ 삭제 <2009.1.30.>

제3조의4(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 20개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 2. 제77조제1항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
 3. 보건복지부령으로 정하는 인력·시설·장비 등을 갖춘 것
 4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것
- ② 보건복지부장관은 제1항에 따른 지정을 하는 경우 제1항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.
- ③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3년마다 제2항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.
- ④ 보건복지부장관은 제2항 및 제3항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.
- ⑤ 상급종합병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관

하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)

- ① 의사·치과의사 또는 한의사가 되려는 자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자격을 가진 자로서 제9조에 따른 의사·치과의사 또는 한의사 국가시험에 합격한 후 보건복지부장관의 면허를 받아야 한다.
 1. 「고등교육법」 제11조의2에 따른 인정기관(이하 "평가인증기구"라 한다)의 인증(이하 "평가인증기구의 인증"이라 한다)을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학을 졸업하고 의학사·치의학사 또는 한의학사 학위를 받은 자
 2. 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 전문대학원을 졸업하고 석사학위 또는 박사학위를 받은 자
 3. 보건복지부장관이 인정하는 외국의 제1호나 제2호에 해당하는 학교를 졸업하고 외국의 의사·치과의사 또는 한의사 면허를 받은 자로서 제9조에 따른 예비시험에 합격한 자
- ② 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는 전문대학원을 6개월 이내에 졸업하고 해당 학위를 받을 것으로 예정된 자는 제1항제1호 및 제2호의 자격을 가진 자로 본다. 다만, 그 졸업예정시기에 졸업하고 해당 학위를 받아야 면허를 받을 수 있다.
- ③ 제1항에도 불구하고 입학 당시 평가인증기구의 인증을 받은 의학·치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는 전문대학원에 입학한 사람으로서 그 대학 또는 전문대학원을 졸업하고 해당 학위를 받은 사람은 같은 항 제1호 및 제2호의 자격을 가진 사람으로 본다.

제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)

- ① 보건복지부장관은 신의료기술평가에 관한 사항을 심의하기 위하여 보건복지부에 신의료기술평가위원회(이하 "위원회"라 한다)를 둔다.
- ② 위원회는 위원장 1명을 포함하여 20명 이내의 위원으로 구성한다.
- ③ 위원은 다음 각 호의 자 중에서 보건복지부장관이 위촉하거나 임명한다. 다만, 위원장은 제1호 또는 제2호의 자 중에서 임명한다.
 1. 제28조제1항에 따른 의사회·치과의사회·한의사회에서 각각 추천하는 자
 2. 보건의료에 관한 학식이 풍부한 자
 3. 소비자단체에서 추천하는 자
 4. 변호사의 자격을 가진 자로서 보건의료와 관련된 업무에 5년 이상 종사한 경력이 있는 자
 5. 보건의료정책 관련 업무를 담당하고 있는 보건복지부 소속 5급 이상의 공무원
- ④ 위원장과 위원의 임기는 3년으로 하되, 연임할 수 있다. 다만, 제3항제5호에 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.

약사법

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "약사(藥事)"란 의약품·의약외품의 제조·조제·감정(鑑定)·보관·수입·판매[수여(授與)]를 포함한다. 이하 같다]와 그 밖의 약학 기술에 관련된 사항을 말한다.
2. "약사(藥師)"란 한약에 관한 사항 외의 약사(藥事)에 관한 업무(한약제제

- 에 관한 사항을 포함한다)를 담당하는 자로서, "한약사"란 한약과 한약 제제에 관한 약사(藥事) 업무를 담당하는 자로서 각각 보건복지부장관의 면허를 받은 자를 말한다.
3. "약국"이란 약사나 한약사가 수여할 목적으로 의약품 조제 업무[약국제제(藥局製劑)를 포함한다]를 하는 장소(그 개설자가 의약품 판매업을 겸하는 경우에는 그 판매업에 필요한 장소를 포함한다)를 말한다. 다만, 의료기관의 조제실은 예외로 한다.
 4. "의약품"이란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 물품을 말한다.
 - 가. 대한민국약전(大韓民國藥典)에 실린 물품 중 의약외품이 아닌 것
 - 나. 사람이나 동물의 질병을 진단·치료·경감·처치 또는 예방할 목적으로 사용하는 물품 중 기구·기계 또는 장치가 아닌 것
 - 다. 사람이나 동물의 구조와 기능에 약리학적(藥理學的) 영향을 줄 목적으로 사용하는 물품 중 기구·기계 또는 장치가 아닌 것
 5. "한약"이란 동물·식물 또는 광물에서 채취된 것으로 주로 원형대로 건조·절단 또는 정제된 생약(生藥)을 말한다.
 6. "한약제제(韓藥製劑)"란 한약을 한방원리에 따라 배합하여 제조한 의약품을 말한다.
 7. "의약외품(醫藥外品)"이란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 물품(제4호나목 또는 다목에 따른 목적으로 사용되는 물품은 제외한다)으로서 식품의약품안전처장이 지정하는 것을 말한다.
 - 가. 사람이나 동물의 질병을 치료·경감(輕減)·처치 또는 예방할 목적으로 사용되는 섬유·고무제품 또는 이와 유사한 것
 - 나. 인체에 대한 작용이 약하거나 인체에 직접 작용하지 아니하며, 기구 또는 기계가 아닌 것과 이와 유사한 것
 - 다. 감염병 예방을 위하여 살균·살충 및 이와 유사한 용도로 사용되는 제제
 8. "신약"이란 화학구조나 본질 조성이 전혀 새로운 신물질의약품 또는 신물질 유효성분으로 함유한 복합제제 의약품으로서 식품의약품안전처장이 지정하는 의약품을 말한다.
 9. "일반의약품"이란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 것으로서 보건복지부장관과 협의하여 식품의약품안전처장이 정하여 고시하는 기준에 해당하는 의약품을 말한다.
 - 가. 오용·남용될 우려가 적고, 의사나 치과의사의 처방 없이 사용하더라도 안전성 및 유효성을 기대할 수 있는 의약품
 - 나. 질병 치료를 위하여 의사나 치과의사의 전문지식이 없어도 사용할 수 있는 의약품
 - 다. 의약품의 제형(劑型)과 약리작용상 인체에 미치는 부작용이 비교적 적은 의약품
 10. "전문의약품"이란 일반의약품이 아닌 의약품을 말한다.
 11. "조제"란 일정한 처방에 따라서 두 가지 이상의 의약품을 배합하거나 한 가지 의약품을 그대로 일정한 분량으로 나누어서 특정한 용법에 따라 특정인의 특정된 질병을 치료하거나 예방하는 등의 목적으로 사용하도록 약제를 만드는 것을 말한다.
 12. "복약지도(服藥指導)"란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 것을 말한다.
 - 가. 의약품의 명칭, 용법·용량, 효능·효과, 저장 방법, 부작용, 상호 작용이나 성상(性狀) 등의 정보를 제공하는 것
 - 나. 일반의약품을 판매할 때 진단적 판단을 하지 아니하고 구매자가 필요한 의약품을 선택할 수 있도록 도와주는 것
 13. "안전용기·포장"이란 5세 미만 어린이가 열기 어렵게 설계·고안된 용기나 포장을 말한다.
 14. "위탁제조판매업"이란 제조시설을 갖추지 아니하고 식품의약품안전처장으로부터 제조판매품목허가를 받은 의약품을 의약품제조업자에게 위탁하여 제조판매하는 영업을 말한다.
 15. "임상시험"이란 의약품 등의 안전성과 유효성을 증명하기 위하여 사람

- 을 대상으로 해당 약물의 약동(藥動)·약력(藥力)·약리·임상적 효과를 확인하고 이상반응을 조사하는 시험(생물학적 동등성시험을 포함한다)을 말한다.
16. "비임상시험"이란 사람의 건강에 영향을 미치는 시험물질의 성질이나 안전성에 관한 각종 자료를 얻기 위하여 실험실과 같은 조건에서 동물·식물·미생물과 물리적·화학적 매체 또는 이들의 구성 성분으로 이루어진 것을 사용하여 실시하는 시험을 말한다.
 17. "생물학적 동등성시험"이란 임상시험중 생물학적 동등성을 입증하기 위한 생체시험으로서 동일 주성분을 함유한 두 제제의 생체이용률이 통계학적으로 동등하다는 것을 보여주는 시험을 말한다.
 18. "희귀의약품"이란 제4호에 따른 의약품 중 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 의약품으로서 식품의약품안전처장의 지정을 받은 의약품을 말한다.
 - 가. 「희귀질환관리법」 제2조제1호에 따른 희귀질환을 진단하거나 치료하기 위한 목적으로 사용되는 의약품
 - 나. 적용 대상이 드문 의약품으로서 대체 가능한 의약품이 없거나 대체 가능한 의약품보다 현저히 안전성 또는 유효성이 개선된 의약품
 19. "국가필수약품"이란 질병 관리, 방사능 방재 등 보건의료상 필수적이거나 시장 기능만으로는 안정적 공급이 어려운 의약품으로서 보건복지부장관과 식품의약품안전처장이 관계 중앙행정기관의 장과 협의하여 지정하는 의약품을 말한다.

의료급여법

제7조(의료급여의 내용 등)

- ① 이 법에 따른 수급권자의 질병·부상·출산 등에 대한 의료급여의 내용은 다음 각 호와 같다.
 1. 진찰·검사
 2. 약제(藥劑)·치료재료의 지급
 3. 처치·수술과 그 밖의 치료
 4. 예방·재활
 5. 입원
 6. 간호
 7. 이송과 그 밖의 의료목적 달성을 위한 조치
- ② 제1항에 따른 의료급여의 방법·절차·범위·한도 등 의료급여의 기준에 관하여는 보건복지부령으로 정하고, 의료수가기준과 그 계산방법 등에 관하여는 보건복지부장관이 정한다.
- ③ 보건복지부장관은 제2항에 따라 의료급여의 기준을 정할 때에는 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 질환 등 보건복지부령으로 정하는 사항은 의료급여 대상에서 제외할 수 있다.

의료급여법 시행령

제13조(급여비용의 부담)

- ① 법 제10조에 따라 기금에서 부담하는 급여비용의 범위는 별표 1과 같다.
 1. 삭제 (2005.7.5.)
 2. 삭제 (2005.7.5.)
- ② 삭제 (2005.7.5.)
- ③ 제1항의 규정에 불구하고 법 제15조제1항의 규정에 의하여 의료급여가 제한되는 경우, 기금에 상당한 부담을 초래한다고 인정되는 경우 등 보건복지부령이 정하는 경우 또는 항목에 대하여는 보건복지부령이 정하는 금액을 수급권자가 부담한다.
- ④ 제1항의 규정에 따라 기금에서 부담하는 급여비용외에 수급권자가 부담하는 본인부담금(이하 "급여대상 본인부담금"이라 한다)과 제3항의 규정에 따

라 수급권자가 부담하는 본인부담금은 의료급여기관의 청구에 의하여 수급권자가 의료급여기관에 지급한다.

- ⑤ 제4항의 규정에 따라 의료급여기관에 지급한 급여대상 본인부담금(별표 1 제1호라목·마목, 같은 표 제2호마목·바목 및 같은 표 제3호에 따라 의료급여기관에 지급한 급여대상 본인부담금은 제외한다. 이하 이 조에서 같다)이 매 30일간 다음 각 호의 금액을 초과한 경우에는 그 초과한 금액의 100분의 50에 해당하는 금액을 보건복지부령이 정하는 바에 따라 시장·군수·구청장이 수급권자에게 지급한다. 다만, 지급하여야 할 금액이 2천원 미만인 경우에는 이를 지급하지 아니한다.
1. 1종수급권자 : 2만원
 2. 2종수급권자 : 20만원
- ⑥ 급여대상 본인부담금에서 제5항에 따라 지급받은 금액을 차감한 금액이 다음 각 호의 금액을 초과한 경우에는 그 초과금액을 기금에서 부담한다. 다만, 초과금액이 2천원 미만인 경우에는 이를 수급권자가 부담한다.
1. 1종수급권자 : 매 30일간 5만원
 2. 2종수급권자 : 연간 80만원. 다만, 「의료법」 제3조제2항제3호라목에 따른 요양병원에 연간 240일을 초과하여 입원한 경우에는 연간 120만원으로 한다.
- ⑦ 시장·군수·구청장은 수급권자가 제6항 본문의 규정에 따라 기금에서 부담하여야 하는 초과금액을 의료급여기관에 지급한 경우에는 보건복지부령이 정하는 바에 따라 그 초과금액을 수급권자에게 지급하여야 한다.

응급의료에 관한 법률

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "응급환자"란 질병, 분만, 각종 사고 및 재해로 인한 부상이나 그 밖의 위급한 상태로 인하여 즉시 필요한 응급처치를 받지 아니하면 생명을 보존할 수 없거나 심신에 중대한 위해(危害)가 발생할 가능성이 있는 환자 또는 이에 준하는 사람으로서 보건복지부령으로 정하는 사람을 말한다.

응급의료에 관한 법률 시행규칙

제2조(응급환자)

「응급의료에 관한 법률」(이하 "법"이라 한다) 제2조제1호에서 "보건복지부령이 정하는 자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 증상이 있는 자를 말한다.

1. 별표 1의 응급증상 및 이에 준하는 증상
2. 제1호의 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상

[별표 1] 응급증상 및 이에 준하는 증상(제2조제1호관련)

※ 응급증상 및 이에 준하는 증상

1. 응급증상
 - 가. 신경학적 응급증상 : 급성뇌식장애, 급성신경학적 이상, 구토·의식장애 등의 증상이 있는 두부 손상
 - 나. 심혈관계 응급증상 : 심폐소생술이 필요한 증상, 급성호흡곤란, 심장질환으로 인한 급성 흉통, 심계항진, 박동이상 및 쇼크
 - 다. 중독 및 대사장애 : 심한 탈수, 약물·알콜 또는 기타 물질의 과다복용이나 중독, 급성대사장애(간부전·신부전·당뇨병 등)
 - 라. 외과적 응급증상 : 개복술을 요하는 급성복증(급성복막염·장폐색증·급성채장염 등 중한 경우에 한함), 광범위한 화상(외부신체 표면적의 18% 이상), 관통상, 개방성·다발성 골절 또는 대퇴부 척추의 골절, 사지를 절단할 우려가 있는 혈관 손상, 전신마취하에 응급수술

- 을 요하는 증상, 다발성 외상
- 마. 출혈 : 계속되는 각혈, 지혈이 안되는 출혈, 급성 위장관 출혈
- 바. 안과적 응급증상 : 화학물질에 의한 눈의 손상, 급성 시력 손실
- 사. 알러지 : 얼굴 부종을 동반한 알러지 반응
- 아. 소아과적 응급증상 : 소아경련성 장애
- 자. 정신과적 응급증상 : 자신 또는 다른 사람을 해할 우려가 있는 정신 장애
- 2. 응급증상에 준하는 증상
 - 가. 신경학적 응급증상 : 의식장애, 현훈
 - 나. 심혈관계 응급증상 : 호흡곤란, 과호흡
 - 다. 외과적 응급증상 : 화상, 급성복증을 포함한 배의 전반적인 이상증상, 골절·외상 또는 탈골, 그 밖에 응급수술을 요하는 증상, 배뇨장애
 - 라. 출혈 : 혈관손상
 - 마. 소아과적 응급증상 : 소아 경련, 38℃ 이상인 소아 고열(공휴일·야간 등 의료서비스가 제공되기 어려운 때에 8세 이하의 소아에게 나타나는 증상을 말한다)
 - 바. 산부인과적 응급증상 : 분만 또는 성폭력으로 인하여 산부인과적 검사 또는 처치가 필요한 증상
 - 사. 이물에 의한 응급증상 : 귀·눈·코·항문 등에 이물이 들어가 제거술이 필요한 환자

전자서명법

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다.

1. "전자문서"라 함은 정보처리시스템에 의하여 전자적 형태로 작성되어 송신 또는 수신되거나 저장된 정보를 말한다.
2. "전자서명"이라 함은 서명자를 확인하고 서명자가 당해 전자문서에 서명을 하였음을 나타내는데 이용하기 위하여 당해 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.
3. "공인전자서명"이라 함은 다음 각목의 요건을 갖추고 공인인증서에 기초한 전자서명을 말한다.
 - 가. 전자서명생성정보가 가입자에게 유일하게 속할 것
 - 나. 서명 당시 가입자가 전자서명생성정보를 지배·관리하고 있을 것
 - 다. 전자서명이 있는 후에 당해 전자서명에 대한 변경여부를 확인할 수 있을 것
 - 라. 전자서명이 있는 후에 당해 전자문서의 변경여부를 확인할 수 있을 것
4. "전자서명생성정보"라 함은 전자서명을 생성하기 위하여 이용하는 전자적 정보를 말한다.
5. "전자서명검증정보"라 함은 전자서명을 검증하기 위하여 이용하는 전자적 정보를 말한다.
6. "인증"이라 함은 전자서명생성정보가 가입자에게 유일하게 속한다는 사실을 확인하고 이를 증명하는 행위를 말한다.
7. "인증서"라 함은 전자서명생성정보가 가입자에게 유일하게 속한다는 사실 등을 확인하고 이를 증명하는 전자적 정보를 말한다.
8. "공인인증서"라 함은 제15조의 규정에 따라 공인인증기관이 발급하는 인증서를 말한다.
9. "공인인증업무"라 함은 공인인증서의 발급, 인증관련 기록의 관리등 공인인증여무를 제공하는 업무를 말한다.
10. "공인인증기관"이라 함은 공인인증여무를 제공하기 위하여 제4조의 규정에 의하여 지정된 자를 말한다.
11. "가입자"라 함은 공인인증기관으로부터 전자서명생성정보를 인증받은 자를 말한다.

12. "서명자"라 함은 전자서명생성정보를 보유하고 자신이 직접 또는 타인을 대리하여 서명을 하는 자를 말한다.
13. "개인정보"라 함은 생존하고 있는 개인에 관한 정보로서 성명·주민등록번호 등에 의하여 당해 개인을 알아볼 수 있는 부호·문자·음성·음향·영상 및 생체특성 등에 관한 정보(당해 정보만으로는 특정 개인을 알아볼 수 없는 경우에도 다른 정보와 용이하게 결합하여 알아볼 수 있는 것을 포함한다)를 말한다.

자동차관리법 시행규칙

제2조(자동차의 종별 구분)

법 제3조제2항 및 제3항에 따른 자동차의 종류는 그 규모별 세부기준 및 유형별 세부기준에 따라 별표 1과 같이 구분한다.

[별표1] 자동차의 종류

2. 유형별 세부기준

종류	유형별	세부기준
승용 자동차	일반형	2개 내지 4개의 문이 있고, 전후 2열 또는 3열의 좌석을 구비한 유선형인 것
	승용겸 화물형	차실안에 화물을 적재하도록 장치된 것
	다목적 형	후레임형이거나 4륜구동장치 또는 차동제한장치를 갖추는 등 험로운행이 용이한 구조로 설계된 자동차로서 일반형 및 승용겸화물형이 아닌 것
	기타형	위 어느 형에도 속하지 아니하는 승용자동차인 것
승합 자동차	일반형	주목적이 여객운송용인 것
	특수형	특정한 용도(장의·헌혈·구급·보도·캠핑 등)를 가진 것
화물 자동차	일반형	보통의 화물운송용인 것
	덤프형	적재함을 원동기의 힘으로 기울여 적재물을 중력에 의하여 쉽게 미끄러뜨리는 구조의 화물운송용인 것
	밴형	지붕구조의 덮개가 있는 화물운송용인 것
	특수용 도형	특정한 용도를 위하여 특수한 구조로 하거나, 기구를 장치한 것으로서 위 어느 형에도 속하지 아니하는 화물운송용인 것
특수 자동차	견인형	피견인차의 견인을 전용으로 하는 구조인 것
	구난형	고장·사고 등으로 운행이 곤란한 자동차를 구난·견인할 수 있는 구조인 것
	특수작 업형	위 어느 형에도 속하지 아니하는 특수작업용인 것
이륜 자동차	일반형	자전거로부터 진화한 구조로서 사람 또는 소량의 화물을 운송하기 위한 것
	특수형	경주·오락 또는 운전을 즐기 위한 경쾌한 구조인 것

종류	유형별	세부기준
	기타형	3륜 이상인 것으로서 최대적재량이 100kg이하인 것

※ 비교

1. 위 표 제1호 및 제2호에 따른 화물자동차 및 이륜자동차의 범위는 다음 각 목의 기준에 따른다.

가. 화물자동차 : 화물을 운송하기 적합하게 바닥 면적이 최소 2제곱미터 이상(소형·경형화물자동차로서 이동용 음식판매 용도인 경우에는 0.5제곱미터 이상, 그 밖에 특수용도형의 경형화물자동차는 1제곱미터 이상을 말한다)인 화물적재공간을 갖춘 자동차로서 다음 각 호의 1에 해당하는 자동차

- 1) 승차공간과 화물적재공간이 분리되어 있는 자동차로서 화물적재공간의 윗부분이 개방된 구조의 자동차, 유류·가스 등을 운반하기 위한 적재함을 설치한 자동차 및 화물을 싣고 내리는 문을 갖춘 적재함이 설치된 자동차(구조·장치의 변경을 통하여 화물적재공간에 덮개가 설치된 자동차를 포함한다)
- 2) 승차공간과 화물적재공간이 동일 차실내에 있으면서 화물의 이동을 방지하기 위해 격벽을 설치한 자동차로서 화물적재공간의 바닥면적이 승차공간의 바닥면적(운전석이 있는 열의 바닥면적을 포함한다)보다 넓은 자동차
- 3) 화물을 운송하는 기능을 갖추고 자체적하 기타 작업을 수행할 수 있는 설비를 함께 갖춘 자동차

나. 이륜자동차(법 제3조제1항 제5호)의 "그와 유사한 구조로 되어 있는 자동차" : 다음 각 호의 1에 해당하는 자동차를 포함한다.

- 1) 이륜인 자동차에 측차를 붙인 자동차
- 2) 조향장치의 조작방식, 동력전달방식 또는 원동기 냉각방식 등이 이륜의 자동차와 유사한 구조로 되어 있는 삼륜 또는 사륜의 자동차로서 승용자동차에 해당하지 아니하는 자동차

2. 위 표 제1호에 따른 규모별 세부기준에 대하여는 다음 각 목의 기준을 적용한다.

가. 사용연료의 종류가 전기인 자동차의 경우에는 복수 기준 중 길이·너비·높이에 따라 규모를 구분하고, 「환경친화적자동차의 개발 및 보급촉진에 관한 법률」 제2조제5호에 따른 하이브리드자동차는 복수 기준 중 배기량과 길이·너비·높이에 따라 규모를 구분한다.

나. 복수의 기준중 하나가 작은 규모에 해당되고 다른 하나가 큰 규모에 해당되면 큰 규모로 구분한다.

다. 이륜자동차의 최고정격출력(maximum continuous rated power)은 구동전동기의 최대의 부하(負荷, load)상태에서 측정된 출력을 말한다.