

let:

무배당
let:care
실손의료보험 V (2605)

보험약관

이 약관은 금융소비자보호에 관한 법령 및 내부통제기준에 따른 절차를 거쳐 제공됩니다.

관리번호 26-101-A-04133

심의일 2026.04.27



무배당 let:care 실손의료보험 V (2605)
약 관

롯데손해보험

신용정보 이용·제공에 대한 고객 권리 안내문

1. 금융서비스의 이용범위

고객의 신용정보는 고객이 동의한 목적만으로 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 제공받지 못할 수도 있습니다.

2. 개인신용정보의 이용·제공에 대한 고객권리 안내

신 청 방 법

- 전화 : ☎ 1588-3344
- 서면 : 본사(서울특별시 중구 소월로 3) 또는 각 영업점
- 홈페이지 : <http://www.lotteins.co.kr>

본인정보의 제3자 제공사실 통보 요구

고객은 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제35조에 따라 회사가 본인정보를 이용하거나 한국신용정보원, 손해보험협회, 신용평가회사, 타 금융회사 등 제3자에게 제공한 경우 제공한 본인 정보의 주요 내용 등을 알려주도록 회사에 요구할 수 있습니다.

금융거래 거절 근거 신용정보 고지 요구

고객은 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제36조에 따라 회사가 한국신용정보원, 신용평가회사 등으로부터 제공받은 연체정보 등에 근거하여 금융거래를 거절·중지하는 경우에는 거절중지의 근거가 된 신용정보, 동 정보를 제공한 기관의 명칭·주소·연락처 등을 고지해 줄 것을 회사에 요구할 수 있습니다.

본인정보의 제3자 제공 및 마케팅 목적의 전화 등의 중단 요구

고객은 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제37조에 따라 가입 신청 시 동의를 한 경우에도 본인정보를 제3자에게 제공하는 것 및 당해 회사가 마케팅 목적으로 본인에게 연락하는 것을 전체 또는 사안별로 중단시킬 수 있습니다. 다만, 고객의 신용도 등을 평가하기 위해 한국신용정보원 또는 신용평가회사 등에 제공하는 것에 대해서는 중단시킬 수 없습니다.

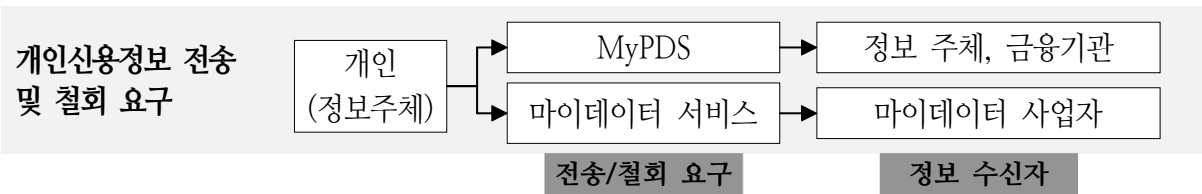
본인정보의 열람 및 정정 요구

고객은 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제38조에 따라 회사가 보유한 본인정보에 대해 열람 청구가 가능하며, 본인정보가 사실과 다른 경우에는 이의 정정 및 삭제를 요구할 수 있으며, 그 처리결과에 이의가 있는 경우에는 금융위원회에 시정을 요청할 수 있습니다.

**신용조회사실의
통지요청 및
본인정보의 무료
열람 요구**

고객은 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제38조의2, 제39조에 따라 신용평가회사에 대하여 본인의 신용조회사실을 통지하여 줄 것을 요청하거나, 본인정보를 신용평가회사를 통하여 연간 일정 범위 내에서 무료로 열람할 수 있습니다. 자세한 사항은 각 신용평가회사에 문의하시기 바랍니다.

NICE 평가정보(주)	SCI 평가정보(주)	코리아크레딧뷰로(주)
(02)2122-4000 [www.nice.co.kr]	1577-1006 [www.sci.co.kr]	(02)708-1000 [www.koreacb.com]



	권리	내 용
자동화 평가 결과에 대한 설명 요구	설명요구권	개인신용평가 등에 대한 자동화 평가 실시 여부 자동화 평가 결과 및 주요 기준 설명

3. 개인(신용)정보 유출 시 피해보상에 관한 규정

당사의 고의 또는 과실 등 귀책사유로 인해 개인(신용)정보 유출로 고객님의게 발생한 손해에 대해 관련 법령 등에 따라 보상 받으실 수 있습니다.

4. 연락처

위의 권리 행사와 관련하여 불편함을 느끼시거나 애로가 있는 경우 아래의 담당자 앞으로 연락하여 주시기 바랍니다.

구분	당사 고객정보 관리·보호담당자	손해보험협회 개인정보보호 담당자	금융감독원 개인정보보호 담당자
전화	1588-3344 (02) 3455-3680	(02) 3702-8614	(국번없이) 1332 (02) 3145-5427
주소	서울특별시 중구 소월로 3 롯데손해보험 주식회사	서울특별시 종로구 종 로1길50케이트원타워 B동 16층	서울특별시 영등포구 여의대로 38 정보화전 략국 정보보안팀

목 차

공 통 사 항

약관이용 가이드 북	9
쉽게 이해하는 약관 요약서	13

보 통 약 관

제 1 관 일반사항 및 용어의 정의

제1조(보장종목)	47
제2조(용어의 정의)	47

제 2 관 회사가 보상하는 사항

제3조(보장종목별 보상내용)	47
-----------------------	----

제 3 관 회사가 보상하지 않는 사항

제4조(보상하지 않는 사항)	52
제4조의2(특별약관에서 보상하는 사항)	55

제 4 관 보험금의 지급

제5조(보험가입금액 한도 등)	55
제5조의2(보험가입금액 한도 등에 대한 설명 의무)	55
제6조(보험금 지급사유 발생의 통지)	56
제7조(보험금의 청구)	56
제8조(보험금의 지급절차)	56
제9조(보험금을 받는 방법의 변경)	57
제10조(주소변경의 통지)	58
제11조(대표자의 지정)	58

제 5 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제12조(계약 전 알릴 의무)	58
제13조(상해보험계약 후 알릴 의무)	58
제14조(알릴 의무 위반의 효과)	60
제15조(사기에 의한 계약)	61

제 6 관 보험계약의 성립과 유지

제16조(보험계약의 성립)	61
제17조(청약의 철회)	61
제18조(약관 교부 및 설명 의무 등)	62
제19조(계약의 무효)	63
제20조(계약내용의 변경 등)	63

제21조(보험나이 등)	64
제22조(계약의 소멸)	65
제23조(계약의 재가입에 관한 사항)	65
제 7 관 보험료의 납입	
제24조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)	66
제25조(제2회 이후 보험료의 납입)	66
제26조(보험료의 자동대출납입)	66
제27조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]	67
제28조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]	67
제29조[강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복)]	68
제30조(보험료의 계산)	68
제 8 관 계약의 해지 및 해약환급금	
제31조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권)	69
제31조의2(위법계약의 해지)	69
제32조(중대사유로 인한 해지)	70
제33조(회사의 파산선고와 해지)	70
제34조(해약환급금)	70
제35조(보험계약대출)	70
제36조(배당금의 지급)	70
제 9 관 다수보험의 처리 등	
제37조(다수보험의 처리)	71
제38조(연대책임)	71
제 10 관 분쟁의 조정 등	
제39조(분쟁의 조정)	71
제40조(관할법원)	71
제41조(소멸시효)	71
제42조(약관의 해석)	71
제43조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)	72
제44조(회사의 손해배상책임)	72
제45조(개인정보보호)	72
제46조(준거법)	72
제47조(예금보험에 의한 지급보장)	72
제 11 관 자동갱신에 관한 사항	
제48조(계약의 자동갱신)	73
제49조(갱신후계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)	73
제50조(자동갱신 적용)	73

특별약관

1. 실손의료비 관련 특별약관

1-1. 실손의료보험 특별약관1(중증 비급여 실손의료비)(갱신형)	75
1-2. 실손의료보험 특별약관2(비중증 비급여 실손의료비)(갱신형)	92

2. 제도성 특별약관

2-1. 특정 신체부위·질병 보장제한부 인수 특별약관	113
2-2. 이륜자동차운전중상해 부담보 특별약관	115
2-3. 보험료 자동납입 특별약관	116
2-4. 지정대리청구서비스 특별약관	117
2-5. 피보험자추가 특별약관	119
2-6. 특별조건부(보험료할증) 특별약관	120
2-7. 실손의료보험 출생전자녀가입 특별약관	121

별 표

〈별표1〉 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	125
〈별표2〉 장애분류표	126
〈별표3〉 특정신체부위 분류표	148
〈별표4〉 특정질병 분류표	150

관련 법규

[개인정보 보호법]	153
[관공서의 공휴일에 관한 규정]	155
[국민건강보험법]	156
[국민건강보험법 시행령]	158
[국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙]	160
[금융소비자 보호에 관한 법률]	163
[금융소비자 보호에 관한 법률 시행령]	166
[농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법]	167
[산업재해보상보험법 시행규칙]	167
[신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률]	167
[약사법]	169
[응급의료에 관한 법률]	171
[응급의료에 관한 법률 시행규칙]	171
[의료법]	172
[의료급여법]	174
[의료급여법 시행령]	175
[자동차관리법 시행규칙]	176
[장기등 이식에 관한 법률]	178
[전자서명법]	179

찾아보기

약관을 쉽게 이용할 수 있는

약관 이용 Guide Book

※ 同 Guide Book은 보험약관의 개념 및 구성 등을 간략하게 소개하고,
소비자 입장에서 약관 주요내용 등을 쉽게 찾고 이해할 수 있는 방법을
안내하는 것을 목적으로 함

I 보험약관이란?

보험약관은 가입하신 보험계약의 내용 및 조건 등을 미리 정하여 놓은 계약조항으로 **보험계약자와 보험회사의 권리 및 의무**를 규정하고 있습니다.

특히, 청약철회, 계약취소, 보험금 지급 및 지급제한 사항 등 보험계약의 **중요사항**에 대한 설명이 들어 있으니 **반드시 확인**하셔야 합니다.

II 한 눈에 보는 약관의 구성

약관이용 가이드북	약관을 쉽게 잘 이용할 수 있도록 약관의 구성, 쉽게 찾는 방법 등의 내용을 담고 있는 지침서
시각화된 약관요약서	약관을 쉽게 이해할 수 있도록 계약 주요내용 및 유의사항 등을 시각적 방법을 이용하여 간단 요약한 약관
보험약관	보통약관 : 기본계약을 포함한 공통 사항을 정한 기본약관 특별약관 : 보통약관에 정한 사항 외 선택가입한 보장내용 등 필요한 사항을 정한 약관
용어해설 및 찾아보기 등	약관 이해를 돕기 위한 어려운 법률 보험용어의 해설 , 가나다 순 특약 찾아보기 , 관련 법규 등을 소비자에게 안내

III QR코드를 통한 편리한 정보 이용

스마트폰으로 해당 QR코드를 스캔하면 상세내용 등을 손쉽게 안내받을 수 있습니다.

약관해설 영상	보험금 지급절차	전국 지점
		

IV 약관의 핵심 체크항목 쉽게 찾기(보통약관 기준)

보험약관 핵심사항 등과 관련된 **해당 조문 및 영상자료** 등을 안내드리오니, 보험회사로부터 약관을 수령한 후, 해당 내용을 반드시 **확인·숙지**하시기 바랍니다.

	<p>① 보험금 지급 및 지급제한 사항 제3조(보장종목별 보상내용) 제4조(보상하지 않는 사항) ※ 본인이 가입한 특약을 확인하여 가입특약별 [보험금 지급사유 및 미지급사유]도 반드시 확인할 필요</p>
	<p>② 청약 철회 제17조(청약의 철회)</p>
	<p>③ 계약 취소 제18조(약관교부 및 설명의무 등)</p>
	<p>④ 계약 무효 제19조(계약의 무효)</p>
	<p>⑤ 계약 前 알릴 의무 및 위반효과 제12조(계약 전 알릴 의무)</p>
	<p>⑥ 계약 後 알릴 의무 및 위반효과 제13조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제14조(알릴 의무 위반의 효과)</p>
	<p>⑦ 보험료 연체 및 해지 제27조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]</p>
	<p>⑧ 부활(효력회복) 제28조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]</p>
	<p>⑨ 해약환급금 제31조(계약자의 임의해지) 제34조(해약환급금)</p>
	<p>⑩ 보험계약대출 제35조(보험계약대출)</p>

V 약관을 쉽게 이용할 수 있는 꿀팁

아래 7가지 꿀팁을 활용하시면 약관을 보다 쉽고 편리하게 이용할 수 있습니다.

1	시각화된 ' 약관요약서 '를 활용하시면 계약 일반사항, 가입시 유의사항, 민원사례 등 약관을 보다 쉽게 이해하실 수 있습니다.	P13
2	' 약관 핵심 체크항목 쉽게 찾기 '를 이용하시면 약관내용 중 핵심적인 권리 및 의무관계를 보다 쉽게 찾을 수 있습니다.	P11
3	' 찾아보기 '를 활용하시면 본인이 실제 가입한 특약 약관을 쉽게 찾을 수 있습니다.	P181
4	약관 내용 중 어려운 보험용어는 용어해설 , 약관본문 Box안 예시 등을 참고하시면 약관 이해에 도움이 됩니다.	P41
5	스마트폰으로 QR코드 를 인식하면 약관해설 동영상, 보험금 지급 절차, 전국 지점 등을 쉽게 안내 받을 수 있습니다.	P10
6	' 관련법규 ' 항목을 활용하시면 약관에서 인용한 법률 조항 및 규정을 자세히 알 수 있습니다.	P153
7	약관 조항 등이 음영·컬러화 되거나 진하게 된 경우 보험금 지급 등 약관 주요 내용이므로 주의 깊게 읽기 바랍니다.	

VI 기타문의 사항

- ※ 기타 문의사항은 당사 **홈페이지(www.lotteins.co.kr)**, **고객콜센터(1588-3344)**로 문의 가능
- ※ 보험상품 거래단계별 필요한 금융꿀팁 또는 핵심정보 등은 금융감독원 **금융소비자정보 포털(FINE, fine.fss.or.kr)**에서 확인가능

쉽게 이해하는 약관 요약서

이 요약서는 그림·도표·아이콘·삽화 등 시각화된 자료를 바탕으로
보험상품 및 약관의 핵심내용을 알기 쉽게 작성한 것입니다.
보다 자세한 사항은 상품설명서 및 약관을 반드시 확인하시기 바랍니다.

※ 이 요약서의 내용을 이해하지 못하고 보험에 가입할 경우 불이익을
받을 수 있으므로, 동 내용을 반드시 이해하시고 계약체결 여부를
결정하시기 바랍니다.

I 보험계약의 개요

1 상품의 주요 특징

무배당 let:care 실손의료보험V은 상해 또는 질병으로 인한 손해(의료비에 한정합니다)를 보장받을 수 있는 상품입니다.

2 상품명으로 상품의 특징 이해하기

무배당 let:care 실손의료보험V(2605)

상품구성 (보통약관)	급여 실손의료비(갱신형) 보통약관
무배당	계약자에게 배당을 하지 않는 상품입니다.
실손의료보험	상해 및 질병으로 치료 시 발생한 실제 의료비를 보장하는 상품입니다.
연만기	연단위로 정해진 보험기간 동안 보장되는 상품입니다. (보통약관 기준)

II 유의사항

1 보험금 지급제한 사항

이 보험에는 **보장한도**, **자기부담금** 등 **보험금 지급제한 조건**이 부가되어 있습니다. 보다 자세한 사항은 상품설명서 및 약관을 참조하시기 바랍니다.

① 보장한도

보장한도

보험금지급한도

이 보험에는 **보험금 지급한도**가 설정된 담보가 있습니다.

담보명		보장한도
<ul style="list-style-type: none"> ■ 상해급여 실손의료비(갱신형) 		<ul style="list-style-type: none"> ■ 보험가입금액 한도로 보장
<ul style="list-style-type: none"> ■ 질병급여 실손의료비(갱신형) 		
<ul style="list-style-type: none"> ■ 상해중증비급여 실손의료비(갱신형) 		<ul style="list-style-type: none"> ■ 보험가입금액 한도로 보장 (상급병실료 차액 : 1일 평균금액 10만원 한도) (통원 : 1년간 통원 100회 한도)
<ul style="list-style-type: none"> ■ 질병중증비급여 실손의료비(갱신형) 		
<ul style="list-style-type: none"> ■ 3대중증비급여 실손의료비(갱신형) 	근골격계 이학요법치료· 체외충격파치료	<ul style="list-style-type: none"> ■ 연간 350만원 한도, 연간 50회 한도
	주사료	<ul style="list-style-type: none"> ■ 연간 250만원 한도, 연간 50회 한도
	자기공명영상진단	<ul style="list-style-type: none"> ■ 연간 300만원 한도
<ul style="list-style-type: none"> ■ 상해비중증비급여 실손의료비(갱신형) 		<ul style="list-style-type: none"> ■ 보험가입금액 한도로 보장 (상급병실료 차액 : 1일 평균금액 10만원 한도) (통원 : 1년간 통원 100회 한도)
<ul style="list-style-type: none"> ■ 질병비중증비급여 실손의료비(갱신형) 		
<ul style="list-style-type: none"> ■ 비중증자기공명영상진단 실손의료비(갱신형) 		<ul style="list-style-type: none"> ■ 연간 200만원 한도

② 자기부담금 차감

자기부담금

차감후 지급

이 보험에는 **일정금액 또는 일정비율의 자기부담금을 차감**하고 보험금^주을 지급하는 담보가 있습니다.

담보명		자기부담금
■ 상해급여 실손의료비(갱신형)		<ul style="list-style-type: none"> 입원(입원실료, 입원제비용, 입원수술비): 보장대상의료비의 20%에 해당하는 금액 통원(외래제비용, 외래수술비, 처방조제비): 의료기관(종합병원제외), 보건소·보건의료원·보건지소, 보건진료소에서의 외래 및 약국, 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제 : 1만원, 보장대상의료비의 20%, 보장대상의료비에 건강보험 본인부담률을 곱한 금액 중 큰 금액
■ 질병급여 실손의료비(갱신형)		<ul style="list-style-type: none"> 통원(외래제비용, 외래수술비, 처방조제비): 의료기관(종합병원제외), 보건소·보건의료원·보건지소, 보건진료소에서의 외래 및 약국, 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제 : 2만원, 보장대상의료비의 20%, 보장대상의료비에 건강보험 본인부담률을 곱한 금액 중 큰 금액
■ 상해중증비급여 실손의료비(갱신형)		<ul style="list-style-type: none"> 입원(입원실료, 입원제비용, 입원수술비): 보장대상의료비의 30%에 해당하는 금액 상급병실료 차액: 비급여 병실료의 50%에 해당하는 금액
■ 질병중증비급여 실손의료비(갱신형)		<ul style="list-style-type: none"> 통원(외래제비용, 외래수술비, 처방조제비): 3만원과 보장대상의료비의 30% 중 큰 금액
■ 3대중증비급여 실손의료비(갱신형)	근골격계 이학요법치료· 체외충격파치료	1회당 3만원과 보장대상의료비의 30% 중 큰 금액
	주사료	
	자기공명영상진단	
■ 상해비중증비급여 실손의료비(갱신형)		<ul style="list-style-type: none"> 입원(입원실료, 입원제비용, 입원수술비): 보장대상의료비의 50%에 해당하는 금액 상급병실료 차액: 비급여 병실료의 50%에 해당하는 금액
■ 질병비중증비급여 실손의료비(갱신형)		<ul style="list-style-type: none"> 통원(외래제비용, 외래수술비, 처방조제비): 5만원과 보장대상의료비의 50% 중 큰 금액

담보명	자기부담금
<ul style="list-style-type: none"> ■ 비중증자기공명영상진단 실손의료비(갱신형) 	1회당 5만원과 보장대상의료비의 50% 중 큰 금액

주) 보장대상의료비에서 자기부담금을 차감한 후 보상비율을 곱하여 산출된 금액 보상(약관 참조)

공
통
사
항

보
통
약
관

특
별
약
관

제
도
성
특
별
약
관

별
표

※ 보험금 지급관련 유의할 사항

실손의료보험은 발생 의료비 중 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금과 비급여를 보장해주는 보험이며, 약관상 보장제외 항목에서 발생한 의료비는 보장되지 않습니다.

[실손의료비의 범위]

총 의료비 중에서 국민건강보험에서 부담한 금액을 제외하고 환자 본인이 부담한 금액

국민건강보험 급여항목	비급여항목
<ul style="list-style-type: none"> ■ 국민건강보험 부담 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 환자본인부담
<ul style="list-style-type: none"> ■ 환자본인부담 	

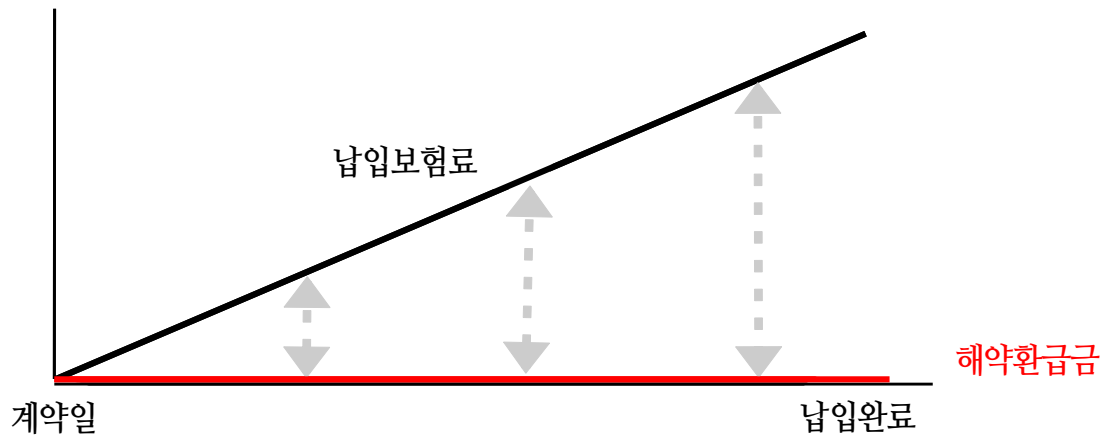
주) 1. 단, 치과치료 및 한방치료에서 발생한 비급여 항목은 실손의료비의 범위에 해당하지 않습니다.

- 실제 발생한 의료비를 보상하는 보험을 2개 이상 가입하더라도 실제 발생한 비용만을 보상받게 되므로, 유사한 보험가입여부 및 보장한도를 반드시 확인하시기 바랍니다.
- 보험금을 지급할 다수의 보험계약이 체결되어 있는 경우에는 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보장책임액의 합계액이 이 계약의 의료비를 초과했을 때, 회사는 이 계약에 따른 보장책임액의 위의 합계액에 대한 비율에 따라 의료비보험금을 지급합니다.

2 해약환급금에 관한 사항

해약환급금
無

보험계약자가 실손의료보험계약을 중도에 해지할 경우 보험회사에서 해약환급금을 지급하지 않습니다.



공
통
사
항

보
통
약
관

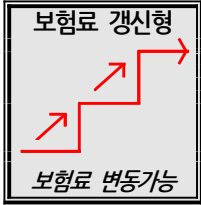
특
별
약
관

제
도
성
특
별
약
관

별
표

3 갱신 시 보험료인상 가능성

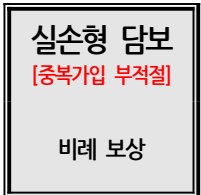
이 보험에는 **갱신 시 보험료가 변동**되는 갱신형 담보가 포함되어 있습니다. 갱신형 계약은 갱신할 때 마다 연령의 증가, 위험률 변동 등으로 보험료가 인상될 수 있으니 주의하시기 바랍니다.



- 급여 실손의료비(갱신형) 보통약관
- 중증비급여 실손의료비(갱신형) 특별약관
- 비중증비급여 실손의료비(갱신형) 특별약관

4 실손보상형 담보

이 보험에는 **실제 발생한 손해를 보상**(실손보상)하는 담보가 포함되어 있습니다.



- ① 동일한 위험을 보장하는 2개 이상의 계약에 **중복가입** 하더라도 **실제 발생한 손해(비용)를 초과하여 보험금을 지급하지 않습니다.**(중복 가입 시 비례 보상)
- ② 동일한 위험을 보장하는 여러 개의 실손보상형 담보에 가입하여 **불필요하게 보험료를 납입하지 않도록** 주의하시기 바랍니다.

담보명

- 급여 실손의료비(갱신형) 보통약관
- 중증비급여 실손의료비(갱신형) 특별약관
- 비중증비급여 실손의료비(갱신형) 특별약관

5 소비자가 반드시 알아두어야 할 상품의 주요 특성

① 보장성보험

보장성 보험

상해, 질병 등

- ① 이 보험은 보장을 주목적으로 하는 보장성보험이며, **저축이나 연금수령을 목적으로 가입하시기에 적합하지 않습니다.**
- ② 만기 또는 중도해지 시 납입한 보험료보다 해약환급금이 적을 수 있습니다.
- ③ 가입한 일부 특별약관의 경우 보통약관과 보험기간이 상이할 수 있습니다.
(특별약관별 보험기간을 꼼꼼히 확인하시기 바랍니다)

② 예금자보호제도에 관한 사항

예금보험공사
보호금융상품
1인당 최고 1억원

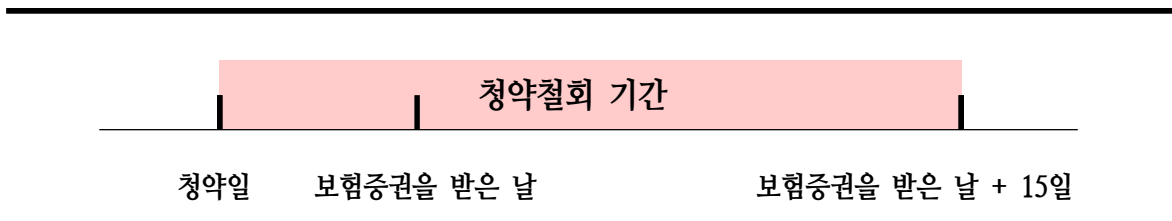
이 보험계약은 예금자보호법에 따라 **해약환급금**(또는 만기 시 보험금)에 기타지급금을 합한 금액이 **1인당 '1억원까지'**(본 보험회사의 여타 보호상품과 합산) 보호됩니다. 이와 별도로 본 보험회사 보호상품의 **사고보험금**을 합산한 금액이 **1인당 '1억원까지'** 보호됩니다. 다만, 보험계약자 및 보험료 납부자가 법인인 보험계약의 경우에는 보호되지 않습니다.

Ⅲ 보험계약의 일반사항

1 청약 철회할 수 있는 권리

[보통약관 제17조]

보험계약자는 **보험증권을** 받은 날부터 **15일 이내**에 보험계약의 **청약을 철회**할 수 있으며 이 경우 회사는 3영업일 이내에 납입한 보험료를 돌려드립니다.



[청약철회가 불가능한 경우]

- ① **청약일부**터 **30일**(만65세 이상 보험계약자가 전화를 이용하여 가입한 통신판매계약의 경우 45일)을 초과한 경우
- ② **진단계약, 보장기간이 90일 이내인 계약** 또는 **전문금융소비자가 체결한 계약**

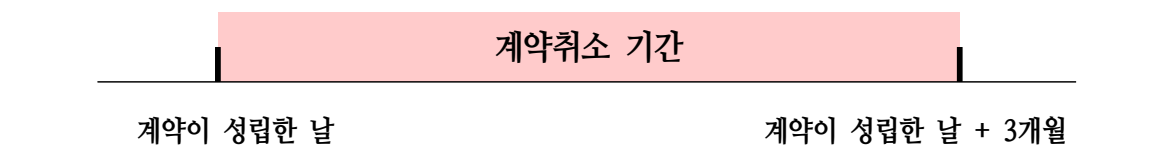
2 보험계약을 취소할 수 있는 권리

[보통약관 제18조]

보험계약자는 다음의 경우 계약이 성립한 날부터 **3개월 이내**에 **계약을 취소**할 수 있습니다.

- ① 계약체결 시 **보험약관** 및 **보험계약자 보관용 청약서**를 전달받지 못한 경우
- ② **보험약관의 중요내용**을 설명 받지 못한 경우
- ③ 보험계약자가 청약서에 **자필서명**을 하지 않은 경우

[계약취소 시 지급하는 금액 : 납입한보험료 + 이자]



3 보험계약의 무효

[보통약관 제19조]

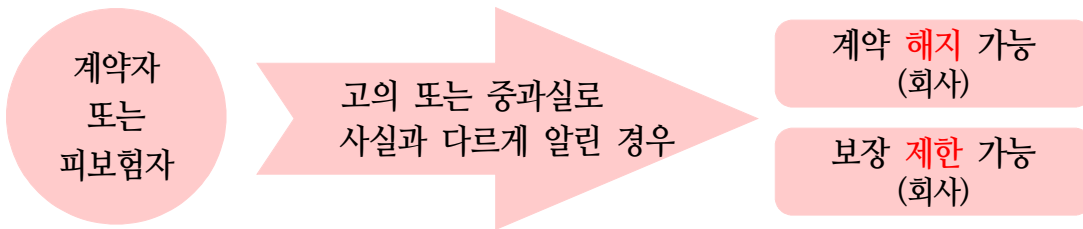
보험회사는 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되거나 초과되었을 경우에는 **보험계약을 무효**로 하며, **이미 납입한 보험료**를 돌려 드립니다. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 해당 계약은 유효한 계약으로 보며, 이미 납입한 보험료는 돌려드리지 않습니다.

4 보험계약前 알릴의무 및 위반시 효과

[보통약관 제12조]

[보통약관 제14조]

보험계약자 또는 피보험자는 보험계약을 청약할 때 **청약서의 질문사항(중요사항)**에 대하여 **사실대로 기재하고 자필서명(전자서명 포함)**을 하셔야 합니다.



- ① 청약서의 질문사항에 대하여 **보험설계사에게 구두로 알렸을 경우 보험계약前 알릴 의무를 이행한 것으로 볼 수 없습니다.**
- ② **전화 등 통신수단을 통한 보험계약의 경우 보험회사 상담원의 질문이 청약서의 질문사항을 대신하므로 상담원의 질문에 사실대로 답변하여야 합니다.**

[민원사례]

A씨는 고지혈증, 당뇨병으로 90일간 투약처방 받은 사실을 보험설계사에게만 알려주고, 청약서에 기재하지 않은 채 질병보험에 가입하였으며, 가입 이후 1년간 당뇨병으로 통일치료를 받아 보험금을 청구

⇒ **보험회사는 보험계약이 해지됨과 동시에 보험금 지급이 어려움을 안내**

[법률지식]

[대법원 2007. 6. 28. 선고 2006다59837]

일반적으로 보험설계사는 독자적으로 보험회사를 대리하여 보험계약을 체결할 권한이나 고지의무를 수령할 권한이 없음

5 보험계약後 알릴의무 및 위반시 효과

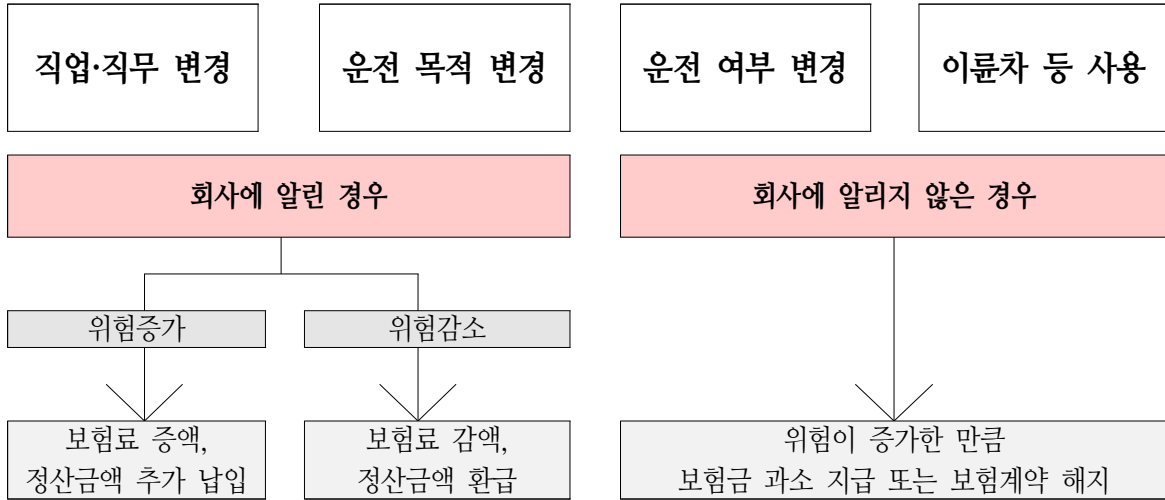
[보통약관 제13조]

[보통약관 제14조]

보험계약자 등은 피보험자의 **직업·직무 변경 등이 발생한 경우에는 지체없이** 보험회사에 알려야 합니다. 이를 **위반하는 경우 보험계약이 해지되거나 보험금 지급이 제한될 수** 있습니다.

보험회사는 피보험자의 직업·직무 변경 등으로

- ① 위험이 감소한 경우 **보험료를 감액**하고 **정산금액을 환급**하여 드리며,
- ② 위험이 증가한 경우 **보험료가 증액**되고 **정산금액의 추가 납입이 필요**할 수 있습니다.

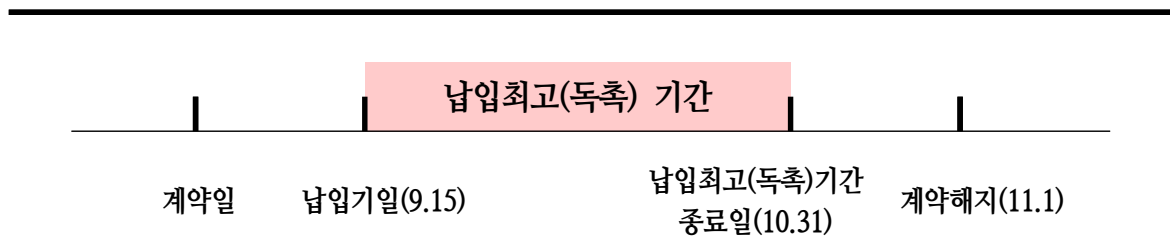


6 보험료 납입연체 및 보험계약의 해지

[보통약관 제27조]

보험료 납입이 연체 중인 경우 보험회사는 납입을 독촉하는 안내를 하며, **납입최고(독촉)기간 내에 보험료를 납입하지 않으면 보험계약이 해지**됩니다.

* 납입최고(독촉)기간 : 14일 이상(보험기간 1년 미만인 경우 7일 이상)

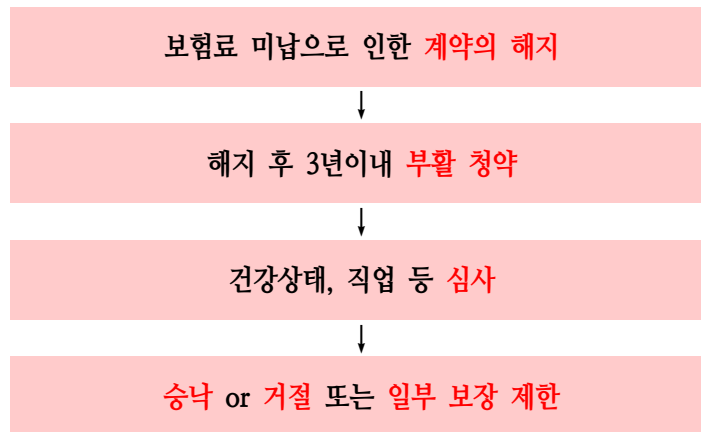


7 해지된 보험계약의 부활(효력회복)

[보통약관 제28조]

보험료 납입연체로 보험계약이 해지되었으나 **해약환급금을 받지 않은 경우** 해지된 날부터 **3년 이내**에 보험계약의 **부활(효력회복)**을 청약할 수 있습니다.

- ① 보험회사는 피보험자의 건강상태, 직업 등에 따라 승낙여부를 결정하며, **부활(효력회복)**을 **거절하거나 보장의 일부를 제한**할 수 있습니다.
- ② 회사의 부활(효력회복) 승낙 시 **연체된 보험료와 이자**를 납입하여야 합니다.



8 보험계약대출

[보통약관 제35조]

보험계약자는 보험계약의 해약환급금 범위 내에서 보험계약대출을 받을 수 있습니다.

- ① **상환하지 않은 보험계약대출금** 및 **이자**는 **해약환급금** 또는 **보험금**에서 차감될 수 있습니다.
- ② **순수보장성보험** 등 보험상품 종류에 따라 **보험계약대출이 제한**될 수 있습니다.
- ③ 보험계약자는 대출신청 전에 **보험계약대출이율**을 반드시 **확인**하시기 바랍니다.

[예시]

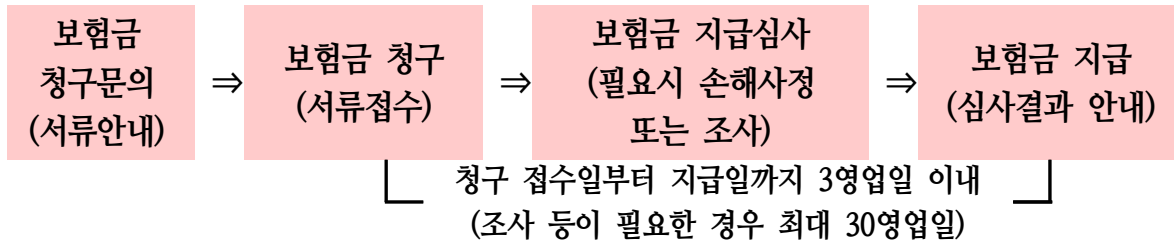
해약환급금	공제금액			실 수령액
	대출금	이자	계	
1,000만원	500만원	5만원	505만원	495만원

9 보험금 청구절차 및 서류

[보통약관 제8조]

보험금은 청구서류 접수일부터 **3영업일 이내**에 지급합니다.

(단, 보험금 지급사유의 조사·확인이 필요한 경우 30영업일 이내의 기간이 소요될 수 있습니다.)



※ **소액 보험금 청구** 시 진단서 제출이 면제되는 등 **청구서류가 간소화**되는 경우도 있으니, **보험금청구 전**에 보험회사에 **제출서류를 확인**하시기 바랍니다.

보험금 청구서류(요약)

구분	진단서	입·퇴원 확인서	수술 확인서	통원 확인서	진단 확인서류	공통
사망	● (사망진단서)					청구서 신분증
후유장애	● (장해진단서)					
진단	●				● (검사결과지 등)	
입원	△	●				
수술	△		●			
실손	△	●	●	●		

구분	유의사항
보험금 청구 소멸시효	보험금 청구 서류를 사고발생일로부터 3년 이내에 접수하지 않으면 청구권이 소멸됩니다.(상법 제662조)
보험금 지급심사 위탁	[금융기관의 업무위탁 등에 관한 규정]에 의하면 「금융기관은 인가등을 받은 업무를 영위함에 있어 제3자에게 업무를 위탁하거나 제3자의 업무를 수탁할 수 있다」 라고 명시하고 있습니다.
손해사정사 선임 및 조사	① 보험금 지급여부 결정을 위해 사고 현장조사, 병원 방문 조사 등이 필요한 경우 보험업법에 따라 공인된 손해사정법인에게 조사 업무를 위탁할 수 있습니다. ※ 손해사정법인 : 보험업법에 따라 공정한 보험금 지급심사에 대한 인가를 받은 업체 ② 보험회사가 손해사정법을 선임하는 경우 비용은 보험회사가 부담하며 가입자가 별도로 손해사정사를 선임하는 경우 그 비용은 가입자가 부담하여야 합니다.
장해진단서 제출 시 유의 사항	① 장해진단서 제출의 경우에는 가능한 3차 의료기관에서의 진단을 요청 드리며, 진단 전에 보상 담당자와 협의 하시는 것이 신속한 보험금 심사에 도움이 됩니다. ※ 3차 의료기관 : 500병상 이상의 대학병원, 종합병원 ② 장해상태에 대하여 의료 재심사가 이루어 질 수 있으며, 이 경우 비용은 보험회사가 부담합니다.
의료심사	상해, 질병보험 등에서는 약관에 따른 보험금 지급여부와 지급금액 결정을 위해 진단서, 치료관련 기록 등 제출하여 주신 서류를 기초로 해당 과별 전문의에 의한 의료심사가 시행될 수 있으며, 이 경우 비용은 보험회사가 부담합니다.
손해/생명 보험사간 치료비 분담지급 (비례보상 적용)	상해, 질병으로 인한 의료비 실비를 보상하는 상품의 경우 다른 보험회사의 가입여부에 따라 비례보상원칙을 적용하여 보험금을 지급할 수 있습니다. 타 보험사의 가입사항은 보험협회를 통하여 확인 가능합니다.
보험금 지급안내 및 심사 절차 조회 방법	① 보험금이 지급되는 경우 보험금 지급안내(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지)가 이루어집니다. ② 보험금 지급심사 결과 보험금이 지급거절 될 수 있으며, 이때에는 부지급 사유 및 근거를 제시합니다. ③ 보험금 지급이 지연되는 경우에는 약관에서 정한 규정에 따라 이자를 가산하여 지급합니다. ④ 롯데손해보험(주) 홈페이지에 접속하시면 계약내용 및 사고처리 진행경과 및 지급내역을 확인하실 수 있으며, 보험금 부지급 결정 및 산정내역에 이의사항이 있는 경우 아래로 연락주시면 상담하여 드립니다. ※ 대표전화: 1588-3344

※ 보험금 청구시 구비서류 안내

① 사망·후유장해 보험금 구비서류

■ 공통서류

필요서류	발급처
<ul style="list-style-type: none"> 보험금청구서 	당사 양식
<ul style="list-style-type: none"> 통장 및 신분증 사본 	
<ul style="list-style-type: none"> 피보험자가 미성년자인 경우 : 주민등록등본 또는 친권자임을 확인할 수 있는 서류 	시/군/구청 및 읍/면/동 주민센터

■ 보험금 종류별 추가 서류

구분	구비서류	발급처
사망 보험금	<ul style="list-style-type: none"> 사망진단서 또는 사체검안서 초진기록지 	병원
	<ul style="list-style-type: none"> 사고증명서류 ① 교통상해 사고시 : 교통사고사실확인원 ② 교통상해 이외 사고시 : 사건사고사실확인원(사건경위서) 	경찰서
	<ul style="list-style-type: none"> 가족관계증명서 기본증명서(피보험자 기준) 호적 또는 제적등본 	시/군/구청 및 읍/면/동 주민센터
	<ul style="list-style-type: none"> 위임장 및 인감증명서(본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법을 포함합니다) (법정상속인이 다수인 경우 대표자에게 위임시) 	
후유장해 보험금	<ul style="list-style-type: none"> 후유장해진단서 초진기록지(질병인 경우 진단확정일 또는 발병일이 기재된 진단서) X-Ray, CT, MRI 필름 및 판독서 	병원

※ 상기의 보험금 청구서류 외에도 추가/대체 서류를 요청 드리는 경우가 있을 수 있습니다.

② 진단/입원/수술 보험금 구비서류

■ 공통서류

필요서류	발급처
<ul style="list-style-type: none"> 보험금청구서 	당사 양식
<ul style="list-style-type: none"> 통장 및 신분증 사본 	
<ul style="list-style-type: none"> 피보험자가 미성년자인 경우 : 주민등록등본 또는 친권자임을 확인할 수 있는 서류 	시/군/구청 및 읍/면/동 주민센터

■ 보험금 종류별 추가 서류

구분	구비서류	발급처
진단보험금	암 <ul style="list-style-type: none"> 확정진단 진단서 조직병리검사 보고서 초진기록지 발생암별 기타 기록지 	병원
	특정질병 <ul style="list-style-type: none"> 확정진단 진단서 검사 결과지 (특정질병종류에 따라 다르므로 담당자와 상의 필요) 	
	골절/화상 <ul style="list-style-type: none"> 확정진단 진단서 	
입원관련 보험금	특정질병관련 입원비 <ul style="list-style-type: none"> 확정진단 진단서 입퇴원 확인서 	
	입원비 <ul style="list-style-type: none"> 입퇴원 확인서 	
수술관련 보험금	<ul style="list-style-type: none"> 진단서 그리고 수술기록지(진단명/수술명 기재) 	
신생아관련	<ul style="list-style-type: none"> 출생증명서(신생아 몸무게 기재) 간호정보조사지 입원확인서(인큐베이터 사용시 해당기간 기재) 	

※ 상기의 보험금 청구서류 외에도 추가/대체 서류를 요청 드리는 경우가 있을 수 있습니다.

③ 실손의료비 구비서류

■ 공통서류

필요서류	발급처
• 보험금청구서	당사 양식
• 초진기록지	병원
• 통장 및 신분증 사본	
• 피보험자가 미성년자인 경우 : 주민등록등본 또는 친권자임을 확인할 수 있는 서류	시/군/구청 및 읍/면/동 주민센터

■ 보험금 종류별 추가 서류

구분	구비서류	발급처	
자동차보험처리	• 자동차보험 지급결의서(치료비 개인 납부시 진료비영수증)	보험사/병원	
산재처리	• 산재보험 최초 요양급여 신청서 및 보험급여 지급확인원 • 산재급여 원부	근로복지공단/병원	
의료보험미처리	• 사고증명서류 • 교통사고시 : 교통사고사실확인원 • 폭행사고시 : 사건사고사실확인원	경찰서	
의료보험 처리	입원	• 진단서 • 진료비 세부내역서(초음파, MRI, CT 등 비급여 검사가 포함된 경우 검사결과지 추가 • 퇴원영수증(치료비영수증) • 재직증명서(해당 병원의 직원복리후생제도에 의해 의료비를 감면받은 경우)	병원
	통원	• 진단서 또는 진단명이 기재된 통원확인서/진료확인서/소견서/진료차트 중 택 1 (진단명/치료기간 기재) • 초음파, MRI, CT 등 비급여 검사가 포함된 경우 검사결과지 추가 • 통원 일지별 병원 영수증 및 약국 영수증(처방전 포함)(※카드영수증 제외) • 재직증명서(해당 병원의 직원복리후생제도에 의해 의료비를 감면받은 경우)	병원/약국

※ 상기의 보험금 청구서류 외에도 추가/대체 서류를 요청 드리는 경우가 있을 수 있습니다.

④ 비용손해 보험금 구비서류

■ 공통서류

필요서류	발급처
<ul style="list-style-type: none"> 보험금청구서 	당사 양식
<ul style="list-style-type: none"> 통장 및 신분증 사본 	
<ul style="list-style-type: none"> 피보험자가 미성년자인 경우 : 주민등록등본 또는 친권자임을 확인할 수 있는 서류 	시/군/구청 및 읍/면/동 주민센터

■ 보험금 종류별 추가 서류

구분	구비서류	발급처
운전자교통사고별금	<ul style="list-style-type: none"> 별금납부 영수증 약식명령서 및 법원 판결문 교통사고사실확인원 	법원 법원 경찰서
자동차사고 변호사선임비용	<ul style="list-style-type: none"> 교통사고사실확인원 소장(공소사실확인원으로 대체가능) 선임한 변호사가 발행한 세금계산서 구속영장 또는 사건처분증명원 재소 또는 출소증명원 	경찰서 법원 변호사 법원 구치소
교통사고 처리지원금	<ul style="list-style-type: none"> 교통사고사실확인원 금액이 기재된 형사합의서 또는 공탁서 피해자 진단서 또는 사망진단서 	경찰서 병원
면허정지/취소 (영업용)	<ul style="list-style-type: none"> 교통사고사실확인원 면허정지/취소확인원 운전경력증명서 	경찰서
자동차사고 성형치료비(자가용)	<ul style="list-style-type: none"> 소견서 또는 진단서(성형수술 부위와 크기, 수술내용을 확인할 수 있어야 함) 	병원
자동차사고 치아보철비용 (자가용)	<ul style="list-style-type: none"> 소견서 또는 진단서 	병원
강력범죄피해	<ul style="list-style-type: none"> 사건사고사실확인원 진단서, 치료비명세서 	경찰서 병원
가족일상생활 배상책임	<ul style="list-style-type: none"> 합의서 사고경위서 사진 등 사고증명서류 견적서 또는 치료확인서류 피해자 신분증, 피보험자 주민등록 등본(필요시 가족관계 증명서 포함) 	

<p>홀인원/ 알바트로스</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 홀인원/알바트로스 증명서(스코어 카드) (동반경기자, 동반한 캐디, 해당 골프장 책임자 등의 공동 성명, 날인이 있어야 함) • 기념품 구입비용, 축하만찬비용, 축하라운드 등 비용 지출 명세서 • 신분증 	
-----------------------	---	--

※ 상기의 보험금 청구서류 외에도 추가/대체 서류를 요청 드리는 경우가 있을 수 있습니다.

⑤ 재물손해 보험금 구비서류

■ 공통서류

필요서류	발급처
<ul style="list-style-type: none"> 보험금청구서 	당사 양식
<ul style="list-style-type: none"> 통장 및 신분증 사본 	
<ul style="list-style-type: none"> 피보험자가 미성년자인 경우 : 주민등록등본 또는 친권자임을 확인할 수 있는 서류 	시/군/구청 및 읍/면/동 주민센터

※ 재물손해는 보험목적물에 따라 보험금 수령을 위한 구비서류가 매우 상이하오니 사고발생시에는 보상담당자와 먼저 상담하시기 바랍니다. (1588-3344/1600-3434)

⑥ 배상책임 보험금 구비서류

■ 공통서류

필요서류	발급처
<ul style="list-style-type: none"> 보험금청구서 	당사 양식
<ul style="list-style-type: none"> 통장 및 신분증 사본 	
<ul style="list-style-type: none"> 피보험자가 미성년자인 경우 : 주민등록등본 또는 친권자임을 확인할 수 있는 서류 	시/군/구청 및 읍/면/동 주민센터

※ 배상책임손해는 보험목적물에 따라 보험금 수령을 위한 구비서류가 매우 상이하오니 사고발생시에는 보상담당자와 먼저 상담하시기 바랍니다. (1588-3344/1600-3434)

■ 보험금 종류별 추가 서류

구분	구비서류	발급처
대인배상사고	<ul style="list-style-type: none"> 진단서(진료확인서) 초진진료기록지 치료비영수증 입퇴원 확인서(입원서) 	병원
대물배상사고	<ul style="list-style-type: none"> 피해물품의 사진 사고피해품의 구입영수증 수리견적서 수리비영수증 수리불가 확인서(수리 불가시) 피해물 등록증(차량등록증, 건물 등기부 등본 등) 	구입처/ 수리업자

IV 보험금 등 지급 시 적립이율 안내

1 승낙거절로 인한 제1회 보험료 반환

적립기간	적립이율
보험료를 받은 기간	계약체결 시점의 평균공사이율 + 1% (단, 신용카드 매출은 이자 없음)

2 청약철회로 기납입보험료 반환

적립기간	적립이율
반환기일 ^{주)} 다음날부터 반환일까지의 기간	보험계약대출이율 (단, 신용카드 매출은 이자 없음)

주) 반환기일 : 청약 철회 접수날부터 3영업일

3 계약취소로 기납입보험료 반환

적립기간	적립이율
보험료를 받은 기간	보험계약대출이율

4 계약무효로 기납입보험료 반환 (회사의 고의·과실로 계약무효 또는 회사가 승낙 전에 무효를 알았으나 보험료를 반환하지 않은 경우)

적립기간	적립이율
보험료 납입 다음날부터 반환일까지의 기간	보험계약대출이율

5 보통약관 및 특별약관 보장보험금 (지급기일^주) 보험금을 지급하지 않은 경우)

적립기간	적립이율
지급기일의 다음날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4%)
지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6%)
지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8%)

주) 지급기일 : • 신체/비용손해 보험금 : 보험금 청구서류 접수일부터 3영업일
• 재물/배상책임손해 보험금 : 지급보험금 결정일부터 7일

6 만기환급금

적립기간	적립이율		
지급사유가 발생한 날의 다음날부터 환급금 청구일까지의 기간	회사가 환급금의 지급시기 7일 이전에 지급사유와 지급금액을 알린 경우	1년이내	공시이율 의 50%
		1년초과	공시이율 의 40%
	회사가 환급금의 지급시기 7일 이전에 지급사유와 지급금액을 알리지 않은 경우	공시이율	
환급금을 청구한 날의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율		

※ 순수보장형 상품의 경우 상기 공시이율은 평균공시이율을 말합니다.

7 해약환급금

적립기간	적립이율	
지급사유가 발생한 날의 다음날부터 환급금 청구일까지의 기간	1년 이내	공시이율의 50%
	1년 초과	공시이율의 40%
환급금을 청구한 날의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율	

※ 순수보장형 상품의 경우 상기 공시이율은 평균공시이율을 말합니다.

- ◆ 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효^{주)}가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
주) 보험금청구권, 만기환급금청구권, 보험료 반환청구권, 해약환급금청구권 및 계약자적립액 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.
- ◆ 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.

V 오인하기 쉬운 분쟁사례

모집질서 확립 안내

보험계약 체결과 관련한 특별이익제공 행위는 보험업법에 의하여 처벌 받을 수 있습니다.

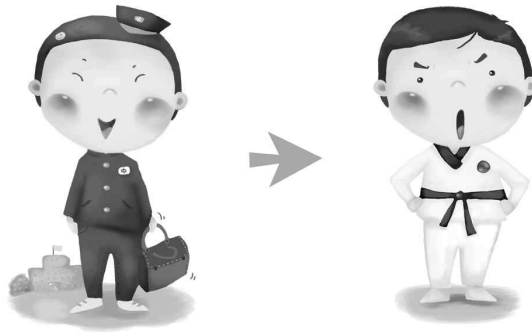
보험모집질서 위반행위신고센터	금융감독원 보험사기신고센터
<ul style="list-style-type: none"> • 전화 : 국번없이 1332 • 인터넷 : www.fss.or.kr 	<ul style="list-style-type: none"> • 전화 : 국번없이 1332 • 인터넷 : insucop.fss.or.kr

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

롯데손해보험	금융감독원 금융민원센터
<ul style="list-style-type: none"> • 전화 : 1588-3344 1600-3434(고객센터) • 주소 : 서울시 중구 소월로3 • 인터넷 주소 : www.lotteins.co.kr 	<ul style="list-style-type: none"> • 전화 : 국번없이 1332 • 인터넷 주소 : www.fss.or.kr
손해보험협회 보험상담소	한국소비자원 소비자상담센터
<ul style="list-style-type: none"> • 전화 : (02)3702-8500 • 인터넷 주소 : www.knia.or.kr 	<ul style="list-style-type: none"> • 전화 : 국번없이 1372 • 인터넷 주소 : www.ccn.go.kr

[사례] 중간 직업 변경 시 추징금 발생

A씨는 고등학생(상해급수1급) 때 보험계약 가입 후 5년이 경과한 시점에서 합기도 사범(상해급수2급)으로 직업이 변경되어 보험료 변경과 함께 납입해야 할 추가정산금액(561,020원)이 발생하였다. 이에 A씨는 해당 추징금을 납입하는 것에 대해 이의를 제기하였다.



Q. 추가정산금액을 왜 지급해야 하는 건가요?

A. A씨와 동일 조건으로 가입한 다른 보험계약(단, 상해급수는 2급)과 A씨(상해급수1급)의 계약과의 보험료 변경시점에서의 계약자적립액 등의 차액을 추징하는 것으로, 해당 금액은 보험료 변경시점 이후의 보장을 하기 위해 필요한 금액입니다. 즉, 매 납입주기별로 납입하는 보험료 및 추가정산금액의 합계액이 보험료 변경시점 이후를 보장하기 위해 필요한 보험료가 됩니다(보험료 변경시점 이전의 보장에 대하여 소급해서 보험료를 추징하는 것이 아닙니다).

Q. 직업의 변경으로 상해급수의 상향조정 시에는 거꾸로 추가정산금액을 환급받을 수 있는건가요?

A. 네, 맞습니다. 위의 경우와 반대되는 경우로서, 추가정산금액을 계약자에게 환급하여 드립니다. 다만, 보험가입 후 경과기간이 오래되지 않은 계약의 경우 상해급수의 조정(상향 또는 하향)이 있더라도 추가정산금액이 발생하지 않을 수도 있습니다.

[사례] 과거병력 고지의무 위반

A씨는 계약 체결 시 계약 전 알릴 의무 사항에 본인의 과거 치료이력을 체크하지 않아 계약이 해지되고, 보험금도 지급받지 못하였다. 이에 A씨는 회사의 조치는 부당하다며 이의를 제기하였다.



당사는 장기보험 인수지침 상 계약 체결 3개월 이내에 치료력이 있는 자를 현증자로 분류하여 인수를 제한하고 있습니다. 더욱이 조사과정에서 민원인이 가입 전 다수 진단(진단: 요추부통증, 경추부통증, 견관절통증, 양측수지부통증 등)으로 장기간(45회) 치료받은 내역 및 계약체결 3개월 이내의 치료력(무릎관절증)이 확인되어, 이는 민원인이 고의 또는 중대한 과실로 고지의무를 위반한 것으로 판단됩니다.

계약 전 알릴 의무사항에 과거 치료이력에 대한 사실관계를 기재하지 않으면 보험금이 지급되지 않거나 보험계약이 해지될 수 있으므로, 반드시 기재하여야 합니다.

[사례] 실손의료비 갱신시 보험료 인상

A씨는 최근 보험료 갱신안내를 받던 중 보험료가 기존 30,000원에서 50,000원으로 큰 폭으로 상승된 것을 보고, 이는 본 계약 체결 시 예측할 수 없었던 사항이라며 이의를 제기하였다.



회사는 계약 체결 시 갱신 시 보험료가 달라질 수 있음을 설명하고 있고, 상품설명서 및 약관에도 보험료가 변경될 수 있다는 내용을 명백하게 기재하고 있습니다. 회사도 계약 체결 시 1년 후 변동할 보험료에 대해 예측하기 어려워 가입자에게 구체적인 갱신보험료 인상금액을 안내하기 어렵습니다.

보험료 산출 기준에 따라 갱신보험료를 산출하였고, 해당 보험료는 외부 보험요율검증 기관이나 감독당국에 확인받았음을 민원인에게 안내하였으나 갱신보험료 인상이 부당하다고 주장하는 민원인과 협의점을 찾기 쉽지 않았던 사례입니다.

VI 보험용어 해설

보험약관	보험계약에 관하여 보험계약자와 보험회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것
보험증권	보험계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 보험회사가 보험계약자에게 교부하는 증서
보험계약 당사자	<ul style="list-style-type: none"> • 보험회사 : 보험사고 발생 시 보험금 지급의무를 부담하는 자로서, 보험사업을 영위하는 회사 • 보험계약자 : 보험회사와 계약을 체결하고 보험료 납입의무를 지는 사람
보험계약 관계자	<p><신체·비용손해 보장></p> <ul style="list-style-type: none"> • 피보험자 : 보험사고 발생의 대상이 되는 사람 • 보험수익자 : 보험사고 발생 시 보험금 청구권을 갖는 사람 • 대리인 : 다른 사람을 대신하여 의사 표시를 하고 또 의사 표시를 받을 권한을 가진 사람 <p><재물·배상책임손해 보장></p> <ul style="list-style-type: none"> • 피보험자 : 보험사고가 발생함으로써 손해를 입을 수 있는 사람, 즉 피보험이익을 지니고 있는 사람을 말하며, 해당 보험금을 청구할 수 있는 사람 • 대리인 : 다른 사람을 대신하여 의사 표시를 하고 또 의사 표시를 받을 권한을 가진 사람
보험료	<ul style="list-style-type: none"> • 보장보험료 = 보장부분순보험료 + 부가보험료 • 적립보험료 = 적립부분순보험료 + 부가보험료 <ul style="list-style-type: none"> • 보장부분순보험료 : 보험사고 발생 시 보험금 지급을 위한 보험료 • 적립부분순보험료 : 만기 시 환급금을 지급하기 위한 보험료 • 부가보험료 : 회사 운영에 필요한 사업경비(계약체결비용, 계약관리비용, 보험금 지급조사를 위한 손해조사비 등)를 위한 보험료 <p><보장성 상품></p> <ul style="list-style-type: none"> • 보험료 = 보장보험료 + 적립보험료 <p><순수보장성 상품></p> <ul style="list-style-type: none"> • 보험료 = 보장보험료

	<p><저축성 상품></p> <ul style="list-style-type: none"> • 보험료 = 기본보험료 + 추가적립보험료 = 보장보험료 + 적립보험료 + 추가적립보험료 • 기본보험료 : 보험계약에 의거하여 지급하여야 할 보험료로, 보장보험료와 적립보험료로 구성됨 • 추가적립보험료 : 적립보험료만 납입할 수 있음
보험목적	<p><재물·배상책임손해 보장> 보험사고의 발생의 객체가 되는 경제상의 재화</p>
보험가액	<p><재물·배상책임손해 보장> 피보험 이익의 경제적 가치이며, 보험사고가 발생하였을 경우에 피보험자가 입게 되는 손해액의 최고 견적액</p>
보험금	<p><신체·비용손해 보장> 피보험자의 사망, 장애, 입원, 만기 등 보험금 지급사유가 발생하였을 때 보험회사가 보험수익자에게 지급하는 금액</p> <p><재물·배상책임손해 보장> 피보험자의 재물손해, 배상책임손해 등 보험금 지급사유가 발생하였을 때 보험회사가 피보험자에게 지급하는 금액</p>
보험기간	보험계약에 따라 보장을 받는 기간
보장개시일	보험회사의 보험금 지급의무가 시작되는 날
보험계약일	계약자와 회사와의 보험계약 체결일, 철회 산정기간의 기준일
보험가입금액	<p>보험사고 발생시 보험회사가 지급하여야 할 보험금의 기준이 되는 금액으로 보험증권에 기재된 금액</p> <p>※ 보험가입금액, 보험료 납입기간, 피보험자의 나이 등을 기준으로 보험료를 산출하지 않고, 보험계약자가 보험료를 선택하는 보험에서는 보험료 수준에 따라 보험금, 계약자적립액 등이 결정됨</p>
보험년도	보험계약일로부터 매 1년 단위의 연도(당해연도 보험계약 해당일부터 다음년도 보험계약 해당일 전일까지의 기간)를 말함
계약자적립액	장래의 보험금, 해약환급금 등의 지급을 위하여 보험계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 보험회사가 적립해 둔 금액

해약환급금	<ul style="list-style-type: none"> • 계약의 효력상실 또는 해지 시 보험계약자에게 돌려주는 금액으로, 계약자적립액에서 해약공제액을 차감한 금액 • 해약공제액 <ul style="list-style-type: none"> : 신계약을 청약하고 승낙하는 과정에서 소요되는 비용을 계약체결비용이라 하며, 일정기간 공제를 함. 다만, 계약을 중도에 해지하게 될 경우, 공제하지 못한 계약체결비용을 한번에 공제하게 되는데 이를 해약공제액이라 함
평균공시이율	<p>회사별 공시이율의 평균을 의미하며, 보험업감독업무시행세칙에서 정한 방법에 따라 매년 산출함. 단, 계약이 체결되는 연도의 평균공시이율을 전보험기간에 걸쳐 적용</p>

꼭! 알아두세요

1. 이 약관내용 중 특별약관은 보험증권에 명기된 것에 한하여 적용합니다.
2. 청약서상의 주소, 성명, 생년월일 등 기재사항을 본인이 직접 정확하게 기재하셔야 하며, 내용을 충분히 확인하신 후 반드시 서명 날인하여야 합니다.
3. 건강상태나 직업에 대하여 회사가 질문한 사항에 대하여 반드시 사실대로 상세히 알려야 합니다.
4. 청약서를 기재하기 전에 보험금을 지급받을 수 있는 경우와 보험금을 지급받을 수 없는 경우를 꼭 확인하십시오.
5. 보험료를 내실 때에는 반드시 저희 회사가 발행한 보험료영수증을 받으시길 바랍니다.
6. 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 즉시 저희 회사에 알려주시기 바랍니다.

보 통 약 관

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

제 1 관 일반사항 및 용어의 정의

제1조(보장종목)

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

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

주) '국민건강보험법'에서 정한 요양급여 또는 '의료급여법'에서 정한 의료급여

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

제2조(용어의 정의)

이 약관에서 사용되는 용어의 뜻은 <붙임>과 같습니다.

제 2 관 회사가 보상하는 사항

제3조(보장종목별 보상내용)

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

보장종목	보상하는 사항			
(1) 상해급여	<p>① 회사는 피보험자가 상해로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원(외래 및 처방조제)하여 치료를 받은 경우에는 급여의료비를 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 다음과 같이 보상합니다. 다만, 법령 등에 따라 의료비를 감면 받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비 기준으로 계산하며, 감면받은 의료비가 본인 또는 가족(「피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자」(이하 '배우자'라 합니다), 직계혈족 및 형제자매(민법 제 768조)의 근로소득에 포함된 경우, '국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률' 및 '독립유공자 예우에 관한 법률'에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비로 급여 의료비를 계산합니다.</p>			
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>구분</th> <th>보상금액</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>입원 (입원실료, 입원제비용, 입원수술비)</td> <td>'국민건강보험법'에서 정한 요양급여 또는 '의료급여법'에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부본인부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액본인부담금을 말합니다.)의 80%에 해당하는 금액</td> </tr> </tbody> </table>	구분	보상금액	입원 (입원실료, 입원제비용, 입원수술비)
구분	보상금액			
입원 (입원실료, 입원제비용, 입원수술비)	'국민건강보험법'에서 정한 요양급여 또는 '의료급여법'에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부본인부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액본인부담금을 말합니다.)의 80%에 해당하는 금액			

보장종목	보상하는 사항							
(1) 상해급여	구분	보상금액						
	통원 (외래제비용, 외래수술비, 처방조제비)	<p>통원 1회당(외래 및 처방조제 합산) '국민건강보험법'에서 정한 요양급여 또는 '의료급여법'에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부본인부담금을 말합니다.)에서 <표 1>의 '통원항목별 공제금액'을 뺀 금액</p> <p style="text-align: center;"><표1> 통원항목별 공제금액</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;">항목</th> <th style="width: 40%;">공제금액</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>'의료법' 제3조 제2항에 의한 의료기관(동법 제3조의3에 의한 종합병원은 제외), '국민건강보험법' 제42조제1항제4호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 '국민건강보험법' 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국회귀·필수의약품센터에서의 처방·조제(의약분업 예외지역 등에서의 약사의 직접 조제 포함)</td> <td>1만원, 보장대상 의료비의 20%, 보장대상의료비에 건강보험 본인부담률을 곱한 금액^{주)} 중 큰 금액</td> </tr> <tr> <td>'국민건강보험법' 제42조 제2항에 의한 전문요양기관, '의료법' 제3조의4에 의한 상급종합병원, 동법 제3조의3에 의한 종합병원에서의 외래 및 그에 따른 '국민건강보험법' 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국회귀·필수의약품센터에서의 처방·조제</td> <td>2만원, 보장대상 의료비의 20%, 보장대상의료비에 건강보험 본인부담률을 곱한 금액^{주)} 중 큰 금액</td> </tr> </tbody> </table> <p>주) 건강보험 본인부담률은 진료비 및 약제비 계산서·영수증 상 '급여 일부 본인부담 항목의 급여 본인부담금'을 '급여 일부 본인부담 항목의 급여 본인부담금'과 '급여 공단부담금'의 합계액으로 나누어 산출한 값을 말합니다.</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> $\text{건강보험 본인부담률} = \frac{\text{급여 일부 본인부담 항목의 본인부담금 합계 금액}}{\text{급여 일부 본인부담 항목의 본인부담금 합계 금액} + \text{급여 공단부담금 합계 금액}}$ </div> <p>다만, 「국민건강보험법 시행규칙」 제16조 및 별표6에 따라 요양급여비용의 본인부담률이 100분의100 및 「의료급여법 시행령」 제13조 및 별표1에 따라 의료급여비용의 본인부담률이 100분의 100(전액본인부담)인 경우, 해당 금액은 상기 계산식에 포함되지 않으며 보상하는 대상에서 제외됩니다.</p>	항목	공제금액	'의료법' 제3조 제2항에 의한 의료기관(동법 제3조의3에 의한 종합병원은 제외), '국민건강보험법' 제42조제1항제4호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 '국민건강보험법' 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국회귀·필수의약품센터에서의 처방·조제(의약분업 예외지역 등에서의 약사의 직접 조제 포함)	1만원, 보장대상 의료비의 20%, 보장대상의료비에 건강보험 본인부담률을 곱한 금액 ^{주)} 중 큰 금액	'국민건강보험법' 제42조 제2항에 의한 전문요양기관, '의료법' 제3조의4에 의한 상급종합병원, 동법 제3조의3에 의한 종합병원에서의 외래 및 그에 따른 '국민건강보험법' 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국회귀·필수의약품센터에서의 처방·조제	2만원, 보장대상 의료비의 20%, 보장대상의료비에 건강보험 본인부담률을 곱한 금액 ^{주)} 중 큰 금액
	항목	공제금액						
'의료법' 제3조 제2항에 의한 의료기관(동법 제3조의3에 의한 종합병원은 제외), '국민건강보험법' 제42조제1항제4호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 '국민건강보험법' 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국회귀·필수의약품센터에서의 처방·조제(의약분업 예외지역 등에서의 약사의 직접 조제 포함)	1만원, 보장대상 의료비의 20%, 보장대상의료비에 건강보험 본인부담률을 곱한 금액 ^{주)} 중 큰 금액							
'국민건강보험법' 제42조 제2항에 의한 전문요양기관, '의료법' 제3조의4에 의한 상급종합병원, 동법 제3조의3에 의한 종합병원에서의 외래 및 그에 따른 '국민건강보험법' 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국회귀·필수의약품센터에서의 처방·조제	2만원, 보장대상 의료비의 20%, 보장대상의료비에 건강보험 본인부담률을 곱한 금액 ^{주)} 중 큰 금액							
<p>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.</p> <p>③ 피보험자가 '국민건강보험법' 제5조, 제53조, 제54조에 따라 요양급여 또는 '의료급여법'</p>								

보장종목	보상하는 사항															
<p>(1) 상해급여</p>	<p>제4조, 제15조, 제17조에 따라 의료급여를 적용받지 못하는 경우에는 다음과 같이 보상합니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 의료비(국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙'에 따라 보건복지부장관이 정한 급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액(통원의 경우 본인이 실제로 부담한 금액에서 같은 조 제1항 <표1>의 '통원항목별 공제금액'을 뺀 금액)의 40%를 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 2. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 제1호를 적용하지 아니하고 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비에 대해서만 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 감면받은 의료비가 본인 또는 가족(「피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자」(이하 '배우자'라 합니다), 직계혈족 및 형제자매(민법 제768조))의 근로소득에 포함된 경우, '국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률' 및 '독립유공자 예우에 관한 법률'에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비에 대해서 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. <p>④ 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음날부터 180일까지 보상합니다.</p> <p>⑤ 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 통원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음날부터 180일 이내의 통원을 보상하며 최대 90회 한도 내에서 보상합니다.</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p style="text-align: center;"><입원 및 통원 보상기간 예시></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%; text-align: center;">보상대상기간 (1년)</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">보상대상기간 (1년)</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">보상대상기간 (1년)</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">추가보상 (180일)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">↑</td> <td style="text-align: center;">↑</td> <td style="text-align: center;">↑</td> <td style="text-align: center;">↑</td> <td style="text-align: center;">↑</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">계약일 (27.1.1.)</td> <td style="text-align: center;">계약해당일 (28.1.1.)</td> <td style="text-align: center;">계약해당일 (29.1.1.)</td> <td style="text-align: center;">계약종료일 (29.12.31.)</td> <td style="text-align: center;">보상종료일 (30.6.29.)</td> </tr> </table> </div> <ol style="list-style-type: none"> ⑥ 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제4항과 제5항을 적용하지 않습니다. ⑦ 하나의 상해(같은 상해로 2회 이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 상해로 봅니다)로 인해 동일한 의료기관에서 같은 날 외래 및 처방을 함께 받은 경우 처방일자 기준으로 외래 및 처방조제를 합산하되(조제일자가 다른 경우도 동일하게 적용) 통원 1회로 보아 제1항, 제5항 및 제6항을 적용합니다. ⑧ 하나의 상해로 인해 하루에 같은 치료를 목적으로 2회 이상 통원치료(외래 및 처방조제 합산)를 받은 경우 1회의 통원으로 보아 제1항, 제5항 및 제6항을 적용합니다. 이때 공제금액은 2회 이상의 중복방문 의료기관 중 가장 높은 공제금액을 적용합니다. ⑨ 회사는 피보험자가 상해로 인하여 의료기관에서 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 제1항부터 제8항에 따라 보상합니다. ⑩ 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원 또는 통원한 경우(O00~O99) 발생한 의료비를 「모자보건법」에 따라 감면 또는 지원을 받거나 그 외 정부 		보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	추가보상 (180일)	↑	↑	↑	↑	↑	계약일 (27.1.1.)	계약해당일 (28.1.1.)	계약해당일 (29.1.1.)	계약종료일 (29.12.31.)	보상종료일 (30.6.29.)
	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	추가보상 (180일)												
↑	↑	↑	↑	↑												
계약일 (27.1.1.)	계약해당일 (28.1.1.)	계약해당일 (29.1.1.)	계약종료일 (29.12.31.)	보상종료일 (30.6.29.)												

보장종목	보상하는 사항												
(1) 상해급여	<p>및 지방자치단체의 지원금을 통해 감면 또는 지원(「국민건강보험법」 제50조에 따른 부가급여도 지원으로 간주합니다)받는 경우에는 감면 또는 지원 전 의료비로 급여 의료비를 계산합니다.</p>												
(2) 질병급여	<p>① 회사는 피보험자가 질병으로 의료기관에 입원 또는 통원(외래 및 처방조제)하여 치료를 받은 경우에는 급여의료비를 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 다음과 같이 보상합니다. 다만, 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비 기준으로 계산하며, 감면받은 의료비가 본인 또는 가족(「피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자」(이하 '배우자'라 합니다), 직계혈족 및 형제자매(민법 제768조))의 근로소득에 포함된 경우, '국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률' 및 '독립유공자 예우에 관한 법률'에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비로 급여 의료비를 계산합니다.</p> <table border="1" data-bbox="411 745 1409 2022"> <thead> <tr> <th data-bbox="411 745 651 790">구분</th> <th data-bbox="651 745 1409 790">보상금액</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="411 790 651 1003"> 입원 (입원실료, 입원제비용, 입원수술비) </td> <td data-bbox="651 790 1409 1003"> '국민건강보험법'에서 정한 요양급여 또는 '의료급여법'에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부분인 부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액본인부담금을 말합니다.)의 80%에 해당하는 금액 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="411 1003 651 2022"> 통원 (외래제비용, 외래수술비, 처방조제비) </td> <td data-bbox="651 1003 1409 2022"> 통원 1회당(외래 및 처방조제 합산) '국민건강보험법'에서 정한 요양급여 또는 '의료급여법'에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부분인 부담금을 말합니다.)에서 <표 1>의 '통원항목별 공제금액'을 뺀 금액 <표1> 통원항목별 공제금액 <table border="1" data-bbox="667 1279 1401 2022"> <thead> <tr> <th data-bbox="667 1279 1190 1323">항목</th> <th data-bbox="1190 1279 1401 1323">공제금액</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="667 1323 1190 1720"> '의료법' 제3조 제2항에 의한 의료기관(동법 제3조의3에 의한 종합병원은 제외), '국민건강보험법' 제42조제1항제4호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 '국민건강보험법' 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제(의약품업 예외지역 등에서의 약사의 직접 조제 포함) </td> <td data-bbox="1190 1323 1401 1720"> 1만원, 보장대상 의료비의 20%, 보장대상 의료비에 건강보험 본인 부담률을 곱한 금액^{주)} 중 큰 금액 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="667 1720 1190 2022"> '국민건강보험법' 제42조 제2항에 의한 전문요양기관, '의료법' 제3조의4에 의한 상급종합병원, 동법 제3조의3에 의한 종합병원에서의 외래 및 그에 따른 '국민건강보험법' 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제 </td> <td data-bbox="1190 1720 1401 2022"> 2만원, 보장대상 의료비의 20%, 보장대상 의료비에 건강보험 본인 부담률을 곱한 금액^{주)} 중 큰 금액 </td> </tr> </tbody> </table> </td> </tr> </tbody> </table>	구분	보상금액	입원 (입원실료, 입원제비용, 입원수술비)	'국민건강보험법'에서 정한 요양급여 또는 '의료급여법'에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부분인 부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액본인부담금을 말합니다.)의 80%에 해당하는 금액	통원 (외래제비용, 외래수술비, 처방조제비)	통원 1회당(외래 및 처방조제 합산) '국민건강보험법'에서 정한 요양급여 또는 '의료급여법'에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부분인 부담금을 말합니다.)에서 <표 1>의 '통원항목별 공제금액'을 뺀 금액 <표1> 통원항목별 공제금액 <table border="1" data-bbox="667 1279 1401 2022"> <thead> <tr> <th data-bbox="667 1279 1190 1323">항목</th> <th data-bbox="1190 1279 1401 1323">공제금액</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="667 1323 1190 1720"> '의료법' 제3조 제2항에 의한 의료기관(동법 제3조의3에 의한 종합병원은 제외), '국민건강보험법' 제42조제1항제4호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 '국민건강보험법' 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제(의약품업 예외지역 등에서의 약사의 직접 조제 포함) </td> <td data-bbox="1190 1323 1401 1720"> 1만원, 보장대상 의료비의 20%, 보장대상 의료비에 건강보험 본인 부담률을 곱한 금액^{주)} 중 큰 금액 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="667 1720 1190 2022"> '국민건강보험법' 제42조 제2항에 의한 전문요양기관, '의료법' 제3조의4에 의한 상급종합병원, 동법 제3조의3에 의한 종합병원에서의 외래 및 그에 따른 '국민건강보험법' 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제 </td> <td data-bbox="1190 1720 1401 2022"> 2만원, 보장대상 의료비의 20%, 보장대상 의료비에 건강보험 본인 부담률을 곱한 금액^{주)} 중 큰 금액 </td> </tr> </tbody> </table>	항목	공제금액	'의료법' 제3조 제2항에 의한 의료기관(동법 제3조의3에 의한 종합병원은 제외), '국민건강보험법' 제42조제1항제4호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 '국민건강보험법' 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제(의약품업 예외지역 등에서의 약사의 직접 조제 포함)	1만원, 보장대상 의료비의 20%, 보장대상 의료비에 건강보험 본인 부담률을 곱한 금액 ^{주)} 중 큰 금액	'국민건강보험법' 제42조 제2항에 의한 전문요양기관, '의료법' 제3조의4에 의한 상급종합병원, 동법 제3조의3에 의한 종합병원에서의 외래 및 그에 따른 '국민건강보험법' 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제	2만원, 보장대상 의료비의 20%, 보장대상 의료비에 건강보험 본인 부담률을 곱한 금액 ^{주)} 중 큰 금액
구분	보상금액												
입원 (입원실료, 입원제비용, 입원수술비)	'국민건강보험법'에서 정한 요양급여 또는 '의료급여법'에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부분인 부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액본인부담금을 말합니다.)의 80%에 해당하는 금액												
통원 (외래제비용, 외래수술비, 처방조제비)	통원 1회당(외래 및 처방조제 합산) '국민건강보험법'에서 정한 요양급여 또는 '의료급여법'에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부분인 부담금을 말합니다.)에서 <표 1>의 '통원항목별 공제금액'을 뺀 금액 <표1> 통원항목별 공제금액 <table border="1" data-bbox="667 1279 1401 2022"> <thead> <tr> <th data-bbox="667 1279 1190 1323">항목</th> <th data-bbox="1190 1279 1401 1323">공제금액</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="667 1323 1190 1720"> '의료법' 제3조 제2항에 의한 의료기관(동법 제3조의3에 의한 종합병원은 제외), '국민건강보험법' 제42조제1항제4호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 '국민건강보험법' 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제(의약품업 예외지역 등에서의 약사의 직접 조제 포함) </td> <td data-bbox="1190 1323 1401 1720"> 1만원, 보장대상 의료비의 20%, 보장대상 의료비에 건강보험 본인 부담률을 곱한 금액^{주)} 중 큰 금액 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="667 1720 1190 2022"> '국민건강보험법' 제42조 제2항에 의한 전문요양기관, '의료법' 제3조의4에 의한 상급종합병원, 동법 제3조의3에 의한 종합병원에서의 외래 및 그에 따른 '국민건강보험법' 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제 </td> <td data-bbox="1190 1720 1401 2022"> 2만원, 보장대상 의료비의 20%, 보장대상 의료비에 건강보험 본인 부담률을 곱한 금액^{주)} 중 큰 금액 </td> </tr> </tbody> </table>	항목	공제금액	'의료법' 제3조 제2항에 의한 의료기관(동법 제3조의3에 의한 종합병원은 제외), '국민건강보험법' 제42조제1항제4호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 '국민건강보험법' 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제(의약품업 예외지역 등에서의 약사의 직접 조제 포함)	1만원, 보장대상 의료비의 20%, 보장대상 의료비에 건강보험 본인 부담률을 곱한 금액 ^{주)} 중 큰 금액	'국민건강보험법' 제42조 제2항에 의한 전문요양기관, '의료법' 제3조의4에 의한 상급종합병원, 동법 제3조의3에 의한 종합병원에서의 외래 및 그에 따른 '국민건강보험법' 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제	2만원, 보장대상 의료비의 20%, 보장대상 의료비에 건강보험 본인 부담률을 곱한 금액 ^{주)} 중 큰 금액						
항목	공제금액												
'의료법' 제3조 제2항에 의한 의료기관(동법 제3조의3에 의한 종합병원은 제외), '국민건강보험법' 제42조제1항제4호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 '국민건강보험법' 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제(의약품업 예외지역 등에서의 약사의 직접 조제 포함)	1만원, 보장대상 의료비의 20%, 보장대상 의료비에 건강보험 본인 부담률을 곱한 금액 ^{주)} 중 큰 금액												
'국민건강보험법' 제42조 제2항에 의한 전문요양기관, '의료법' 제3조의4에 의한 상급종합병원, 동법 제3조의3에 의한 종합병원에서의 외래 및 그에 따른 '국민건강보험법' 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제	2만원, 보장대상 의료비의 20%, 보장대상 의료비에 건강보험 본인 부담률을 곱한 금액 ^{주)} 중 큰 금액												

보장종목	보상하는 사항	
(2) 질병급여	구분 통원 (외래제비용, 외래수술비, 처방조제비)	<div style="text-align: center;"> 보상금액 </div> <p>주) 건강보험 본인부담률은 진료비 및 약제비 계산서·영수증상 '급여 일부 본인부담 항목의 급여 본인부담금'을 '급여 일부 본인부담 항목의 급여 본인부담금'과 '급여 공단부담금'의 합계액으로 나누어 산출한 값을 말합니다.</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> 건강보험 본인부담률 = $\frac{\text{급여 일부 본인부담 항목의 본인부담금 합계 금액}}{\text{급여 일부 본인부담 항목의 본인부담금 합계 금액} + \text{급여 공단부담금 합계 금액}}$ </div> <p>다만, 「국민건강보험법 시행규칙」 제16조 및 별표6에 따라 요양급여비용의 본인부담률이 100분의100 및 「의료급여법 시행령」 제13조 및 별표1에 따라 의료급여비용의 본인부담률이 100분의 100(전액본인부담)인 경우, 해당 금액은 상기 계산식에 포함되지 않으며 보상하는 대상에서 제외됩니다.</p>
	<p>② 피보험자가 '국민건강보험법' 제5조, 제53조, 제54조에 따라 요양급여 또는 '의료급여법' 제4조, 제15조, 제17조에 따라 의료급여를 적용받지 못하는 경우에는 다음과 같이 보상합니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 의료비(국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙'에 따라 보건복지부장관이 정한 급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액(통원의 경우 본인이 실제로 부담한 금액에서 같은 조 제1항 <표1>의 '통원항목별 공제금액'을 뺀 금액)의 40%를 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 2. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 제1호를 적용하지 아니하고 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비에 대해서만 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 감면받은 의료비가 본인 또는 가족(「피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자」(이하 '배우자'라 합니다), 직계혈족 및 형제자매(민법 제768조))의 근로소득에 포함된 경우, '국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률' 및 '독립유공자 예우에 관한 법률'에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비에 대해서 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. <p>③ 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음날부터 180일까지 보상합니다.</p> <p>④ 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 통원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음날부터 180일 이내의 통원을 보상하며 최대 90회 한도 내에서 보상합니다.</p>	

보장종목	보상하는 사항												
(2) 질병급여	<div style="border: 1px dashed black; padding: 10px; margin-bottom: 10px;"> <p style="text-align: center;">〈입원 및 통원 보상기간 예시〉</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;">보상대상기간 (1년)</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;">보상대상기간 (1년)</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;">보상대상기간 (1년)</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;">추가보상 (180일)</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;">계약일 (27.1.1.)</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;">계약해당일 (28.1.1.)</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;">계약해당일 (29.1.1.)</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;">계약종료일 (29.12.31.)</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;">보상종료일 (30.6.29.)</td> </tr> </table> </div> <p>⑤ 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제3항과 제4항을 적용하지 않습니다.</p> <p>⑥ 하나의 질병으로 동일한 의료기관에서 같은 날 외래 및 처방을 함께 받은 경우 처방일자를 기준으로 외래 및 처방조제를 합산하되(조제일자가 다른 경우도 동일하게 적용) 통원 1회로 보아 제1항, 제4항 및 제5항을 적용합니다.</p> <p>⑦ '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 발생된 합병증 또는 새로 발견된 질병의 치료가 병행되거나 의학상 관련이 없는 여러 종류의 질병을 갖고 있는 상태에서 입원 또는 통원한 경우에는 하나의 질병으로 간주합니다.</p> <p>⑧ 하나의 질병으로 하루에 같은 치료를 목적으로 2회 이상 통원치료(외래 및 처방조제 합산)를 받은 경우 1회의 통원으로 보아 제1항, 제4항 및 제5항을 적용합니다. 이 때 공제금액은 2회 이상의 중복방문 의료기관 중 가장 높은 공제금액을 적용합니다.</p> <p>⑨ 회사는 피보험자가 질병으로 인하여 의료기관에서 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 제1항부터 제8항에 따라 보상합니다.</p> <p>⑩ 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원 또는 통원한 경우(O00~O99) 발생한 의료비를 「모자보건법」에 따라 감면 또는 지원을 받거나 그 외 정부 및 지방자치단체의 지원금을 통해 감면 또는 지원(「국민건강보험법」 제50조에 따른 부가급여도 지원으로 간주합니다)받는 경우에는 감면 또는 지원 전 의료비로 급여 의료비를 계산합니다.</p>	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	추가보상 (180일)	계약일 (27.1.1.)	계약해당일 (28.1.1.)	계약해당일 (29.1.1.)	계약종료일 (29.12.31.)				보상종료일 (30.6.29.)
보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	추가보상 (180일)										
계약일 (27.1.1.)	계약해당일 (28.1.1.)	계약해당일 (29.1.1.)	계약종료일 (29.12.31.)										
			보상종료일 (30.6.29.)										

제 3 관 회사가 보상하지 않는 사항

제4조(보상하지 않는 사항)

회사가 보상하지 않는 사항은 보장종목별로 다음과 같습니다.

보장종목	보상하지 않는 사항
(1) 상해급여	<p>① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 급여의료비는 보상하지 않습니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다. 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다. 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우 4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(O00~O99)로 발생한 의료

보장종목	보상하지 않는 사항
(1) 상해급여	<p>비. 다만, 보험가입일이 건강보험 임신출산 진료비 지급신청서(「임신출산 진료비 지급 등에 관한 기준」 별지 제1호서식)상 요양기관이 기재한 분만예정일로부터 280일 이전인 경우에는 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(O00~O99)와 관련한 치료에서 발생한 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 일부 본인부담금에 해당하는 의료비를 보상합니다.</p> <p>다만, '26.5.6. 이후 체결된 계약을 같은 회사의 보험상품으로 전환하거나 재가입한 경우에는 종전 계약을 연장하는 것으로 보아 종전 계약의 보험가입일 기준으로 보상 여부를 판단합니다.</p> <p>5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인한 경우</p> <p>6. 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원 치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자 본인이 자의적으로 입원하여 발생한 입원의료비</p> <p>7. 피보험자가 정당한 이유없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 통원의료비</p> <p>② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동 목적으로 한 다음의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 생긴 상해에 대해서는 보상하지 않습니다.</p> <p>1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전 훈련이 필요한 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩</p> <p>2. 모터보트·자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 행사(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 보상합니다)</p> <p>3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안</p> <p>③ 회사는 다음의 급여의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.</p> <p>1. '국민건강보험법'에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제)</p> <p>2. '의료급여법'에 따른 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 따라 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액('의료급여법'에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)</p> <p>3. 자동차보험(공제를 포함합니다)에서 보상받는 치료관계비(과실상계 후 금액을 기준으로 합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비(자동차보험 진료수가에 관한 기준 및 산재보험 요양급여 산정기준에 따라 발생한 실제 본인 부담의료비)는 제3조(보장종목별 보상내용) (1)상해급여 제1항, 제2항 및 제4항부터 제8항에 따라 보상합니다.</p> <p>4. 간병비</p> <p>5. 통원(외래 및 처방조제)하여 치료를 받은 경우 발생한 급여의료비 중 「국민건강보험법 시행규칙」 제16조 및 별표6에 따라 요양급여비용의 본인부담률이 100분의 100(전액본인부담)인 의료비 및 「의료급여법 시행령」 제13조 및 별표1에 따라 의료급여비용의 본인부담률이 100분의 100(전액본인부담)인 의료비</p>
(2) 질병급여	<p>① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 급여의료비는 보상하지 않습니다.</p> <p>1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다.</p> <p>2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.</p>

보장종목	보상하지 않는 사항
<p>(2) 질병급여</p>	<p>3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우</p> <p>4. 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자 본인이 자의적으로 입원하여 발생한 입원 의료비</p> <p>5. 피보험자가 정당한 이유 없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 통원 의료비</p> <p>② 회사는 '한국표준질병사인분류'에 따른 다음의 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.</p> <p>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 보상하며, 피보험자가 보험가입당시 태아인 경우에는 정신발달장애(F80~F89)와 관련한 치료에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하는 의료비도 18세까지 보상합니다.</p> <p>2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98) 으로 발생한 의료비 중 전액본인부담금 및 보험가입일로부터 2년 이내에 발생한 의료비. 다만, '21.7월 이후 체결된 계약을 같은회사의 보험상품으로 전환하거나 재가입한 경우에는 종전 계약을 연장하는 것으로 보아 보험가입일을 적용합니다.</p> <p>3. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(O00~O99)로 발생한 의료비. 다만, 보험가입일이 건강보험 임신출산 진료비 지급신청서(「임신출산 진료비 지급 등에 관한 기준」 별지 제1호서식)상 요양기관이 기재한 분만예정일로부터 280일 이전인 경우에는 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(O00~O99)와 관련한 치료에서 발생한 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 일부 본인부담금에 해당하는 의료비를 보상합니다. 다만, '26.5.6. 이후 체결된 계약을 같은 회사의 보험상품으로 전환하거나 재가입한 경우에는 종전 계약을 연장하는 것으로 보아 종전 계약의 보험가입일 기준으로 보상여부를 판단합니다.</p> <p>4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04). 다만, 피보험자가 보험가입당시 태아인 경우에는 보상합니다.</p> <p>5. 요실금(N39.3, N39.4, R32)</p> <p>③ 회사는 다음의 급여의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.</p> <p>1. '국민건강보험법'에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제)</p> <p>2. '의료급여법'에 따른 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 따라 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액('의료급여법'에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)</p> <p>3. 성장호르몬제 투여에 소요된 비용으로 부담한 전액본인부담금</p> <p>4. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비(산재보험 요양급여 산정기준에 따라 발생한 실제 본인 부담의료비)는 제3조(보장종목별 보상내용) (2)질병급여 제1항, 제3항부터 제8항에 따라 보상합니다.</p> <p>5. 사람면역결핍바이러스(HIV) 감염으로 인한 치료비(다만, '의료법'에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV 감염은 해당 진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 보상합니다)</p> <p>6. 간병비</p>

보장종목	보상하지 않는 사항
(2) 질병급여	7. 통원(외래 및 처방조제)하여 치료를 받은 경우 발생한 급여의료비 중 「국민건강보험법 시행규칙」 제16조 및 별표6에 따라 요양급여비용의 본인부담률이 100분의 100(전액본인부담)인 의료비 및 「의료급여법 시행령」 제13조 및 별표1에 따라 의료급여비용의 본인부담률이 100분의 100(전액본인부담)인 의료비

제4조의2(특별약관에서 보상하는 사항)

- ① 제3조 및 제4조에도 불구하고 다음 각 호에 해당하는 의료비는 보통약관에서 보상하지 않습니다.
 - 1. 비급여 의료비
 - 2. 제1호와 관련하여 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 발생한 본인부담의료비
- ② 제1항 제1호 및 제2호에서 정한 의료비와 다른 의료비가 함께 청구되어 각 항목별 의료비가 구분되지 않는 경우 회사는 보험금 지급금액 결정을 위해 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 각각의 의료비에 대한 확인을 요청할 수 있습니다.

제 4 관 보험금의 지급

제5조(보험가입금액 한도 등)

- ① 이 계약의 연간 보험가입금액은 제3조(보장종목별 보상내용) (1)상해급여에 대하여 입원과 통원의 보상금액을 합산하여 5천만원 이내에서, (2)질병급여에 대하여 입원과 통원의 보상금액을 합산하여 5천만원 이내에서 회사가 정한 금액 중 계약자가 선택한 금액을 말하며, 제3조(보장종목별 보상내용)에 의한 급여의료비를 이 금액 한도 내에서 보상합니다.
- ② 이 계약에서 '연간'이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 입원 또는 통원 치료시 해당일이 속한 보험연도의 보험가입금액 한도를 적용합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 '국민건강보험법'에 따른 본인부담금 상한제 또는 '의료급여법'에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제 적용항목은 실제 본인이 부담한 금액('국민건강보험법' 또는 '의료급여법' 등 관련 법령에서 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액은 제외한 금액)을 한도로 제3조(보장종목별 보상내용) 및 제4조(보상하지 않는 사항)에 따라 보상합니다.
- ④ 제3조(보장종목별 보상내용)에서 정한 입원의 경우 급여의료비 중 보상금액을 제외한 나머지 금액('국민건강보험법'에서 정한 요양급여 또는 '의료급여법'에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 20%에 해당하는 금액)이 계약일 또는 매년 계약해당일부터 기산하여 연간 200만 원을 초과하는 경우 그 초과금액은 제1항의 한도내에서 보상합니다.
- ⑤ 제3조(보장종목별 보상내용)에서 정한 통원의 경우 (1)상해급여 또는 (2)질병급여 각각에 대하여 통원 1회당 20만원 이내에서 회사가 정한 금액 중 계약자가 선택한 금액의 한도 내에서 보상합니다.
- ⑥ 제3조(보장종목별 보상내용) (1)상해급여 제4항 또는 제5항 및 (2)질병급여 제3항 또는 제4항에 따른 계속 중인 입원 또는 통원의 보장한도는 연간 보험가입금액에서 직전 보험기간 종료일까지 지급한 금액을 차감한 잔여 금액을 한도로 적용합니다.

대 상	보험가입금액 연간한도 기준	통원 1회당 보장한도
상해급여의료비 질병급여의료비	5천만원	20만원
	3천만원	15만원
	1천만원	10만원

제5조의2(보험가입금액 한도 등에 대한 설명 의무)

- ① 회사는 제18조(약관 교부 및 설명 의무 등)에 따라 계약자가 청약할 때에 약관의 중요한 내용을 설명할 경우, 제5조(보험가입금액 한도 등)의 내용도 함께 설명하여 드립니다.
- ② 제1항에 따라 보험가입금액 한도 등을 설명할 때에, 회사는 계약자에게 제5조(보험가입금액 한도 등) 제

3항의 '본인부담금 상한제' 및 '본인부담금 보상제'에 대한 사항을 구체적으로 설명하여 드립니다.



〈국민건강보험법에 따른 본인부담금 상한제〉

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

〈의료급여법에 따른 본인부담금 보상제〉

수급권자의 급여대상 본인부담금이 매 30일간 다음 금액을 초과하는 경우, 초과금액의 50%에 해당하는 금액을 의료급여기금 등이 부담하는 제도

- 1. 1종 수급권자 : 2만원
- 2. 2종 수급권자 : 20만원

〈의료급여법에 따른 본인부담금 상한제〉

본인부담금 보상제에 따라 지급받은 금액을 차감한 급여대상 본인부담금이 다음 금액을 초과하는 경우, 그 초과액 전액을 의료급여기금 등이 부담하는 제도

- 1. 1종 수급권자 : 매 30일간 5만원
- 2. 2종 수급권자 : 연간 80만원(다만, 의료법 제3조 제2항 제3호 라목에 따른 요양병원에 연간 240일을 초과하여 입원한 경우에는 연간 120만원으로 한다.)

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

제6조(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.

제7조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- 1. 청구서(회사 양식)
- 2. 사고증명서[진료비 계산서·영수증, 진료비 세부산정내역, 한방진료비 계산서·영수증, 한방진료비 세부산정내역, 약제비 계산서·영수증, 약제비 세부산정내역, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비)] 등
- 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법을 포함합니다)
- 4. 그 밖에 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 '의료법' 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(보험금의 지급절차)

① 회사는 제7조(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 조사확인하기 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 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조(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



〈분쟁조정 신청〉

분쟁조정 신청은 이 약관의 '분쟁의 조정' 조항에 따라 금융감독원에 신청할 수 있습니다.

- ③ 제2항에 따라 추가적인 조사가 이루어지는 경우 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ④ 회사는 제1항에서 정한 지급기일 내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항에서 정한 지급예정일을 통제한 경우를 포함합니다)에는 그 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대하여 <별표1> '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 다만, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 책임이 있는 사유로 지급이 지연된 경우에는 그 기간에 대한 이자는 지급하지 않습니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제14조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관 및 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 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)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑧ 회사는 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 '국민건강보험법'에 따른 본인부담금 상한제, '의료급여법'에 따른 본인부담금 상한제 및 보상제와 관련한 확인요청을 할 수 있습니다.
- ⑨ 회사는 보험금 지급금액 결정을 위해 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 건강보험심사평가원의 진료비확인요청제도를 활용할 수 있도록 동의해 줄 것을 요청할 수 있으며, 진료비확인요청제도를 활용할 경우 회사는 이를 활용한 사례를 집적하고 먼저 유사 사례가 있는지를 확인하고 이용합니다.
- ⑩ 회사는 보험금 지급시 보험수익자에게 문자메시지, 전자우편 또는 이와 유사한 전자적 장치 등으로 다음 각 호의 사항을 안내하여 드리며, 보험수익자는 안내한 사항과 관련하여 구체적인 계산내역 등에 대하여 회사에 설명을 요청할 수 있습니다.
 1. 보험금 지급일 등 지급절차
 2. 보험금 지급 내역
 3. 보험금 심사 지연 시 지연 사유 및 예상 지급일
 4. 보험금을 감액하여 지급하거나 지급하지 아니하는 경우에는 그 사유 등
 5. 다수보험 가입으로 인해 비례보상된 경우 그 사유 및 개인 혹은 단체 실손 중지제도와 신청방법 등

제9조(보험금을 받는 방법의 변경)

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

제10조(주소변경의 통지)

- ① 계약자(보험수익자가 계약자와 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.
- ② 제1항에서 정한 대로 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.

제11조(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.



<연대>

2인 이상의 계약자가 각자 채무의 전부를 이행할 책임을 지는 것을 말하며(지분만큼 분할하여 책임을 지는 것과는 다름), 계약자 1인이 책임을 이행하는 경우 나머지 계약자는 책임을 면하게 됩니다.

제 5 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제12조(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)에 따른 종합병원이나 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.



<계약 전 알릴 의무 이행 절차>

보험계약자, 피보험자는 보험에 가입할 때 청약서의 질문사항에 사실대로 기재하고 자필서명(전자서명 포함)을 해야 합니다(단, 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에는 음성녹음으로 대체합니다).

<계약 전 알릴 의무 위반 사례>

계약을 청약하면서 보험설계사에게 고혈압이 있다고만 이야기하였을 뿐, 청약서의 계약 전 알릴사항에 아무런 기재도 하지 않을 경우에는 보험설계사에게 고혈압 병력을 이야기하였다고 하더라도 보험회사는 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금은 지급하지 않을 수 있습니다.

<상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)>

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

제13조(상해보험계약 후 알릴 의무)

① 계약자 또는 피보험자는 보험기간 중에 피보험자에게 다음 각 호의 변경이 발생한 경우에는 우편, 전화, 방문 등의 방법으로 지체 없이 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

2. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우

예) 자가용에서 영업용으로 변경, 영업용에서 자가용으로 변경 등

3. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우

예) 비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운전자로 변경 등

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



<직업>

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

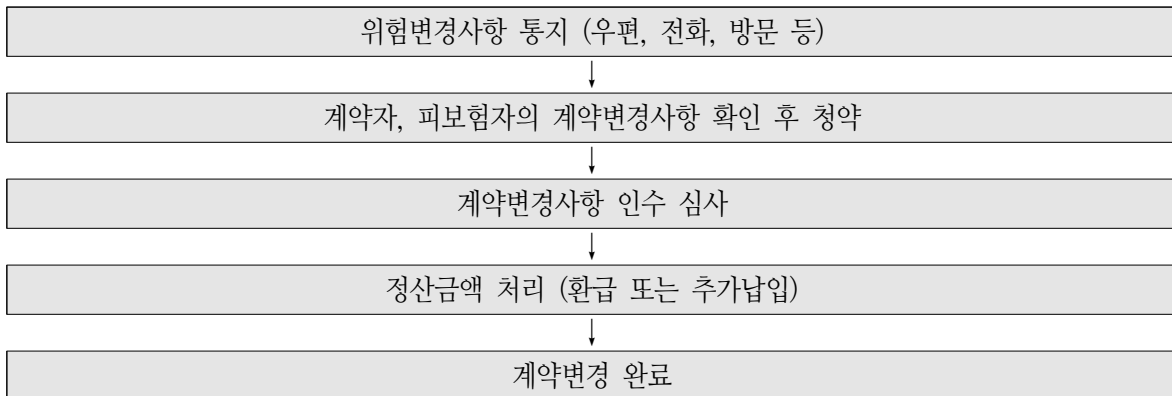
<직무>

직책이나 직업 상 책임을 지고 담당하여 맡은 일

② 회사는 제1항의 통지로 인하여 위험의 변동이 발생한 경우에는 제20조(계약내용의 변경 등)에 따라 계약 내용을 변경할 수 있습니다.



<위험변경에 따른 계약변경 절차>



③ 회사는 제2항에 따라 계약내용을 변경할 때 위험이 감소된 경우에는 보험료를 감액하고, 이후 기간 보장을 위한 재원인 계약자적립액 등의 차이로 인하여 발생한 정산금액(이하 '정산금액'이라 합니다)을 환급하여 드립니다. 한편 위험이 증가된 경우에는 보험료의 증액 및 정산금액의 추가납입을 요구할 수 있으며, 계약자는 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 관

해서는 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 따라 보장됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.



〈위험변경 시 해약환급금 정산〉

제1항에 따라 위험이 증가·감소되는 경우 이후기간 보장을 위한 재원인 계약자적립액 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

〈비례 보상 예시〉

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

- 상해사망 보험가입금액 : 1억원
- 상해사망 보험요율 : 1급 0.3, 2급 0.5

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

제14조(알릴 의무 위반의 효과)

- ① 회사는 다음과 같은 사실이 있을 경우에는 보험금 지급사유의 발생 여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 계약을 해지할 수 있습니다.
 1. 계약자나 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제12조(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 제13조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 이행하지 않았을 때
- ② 제1항 제1호의 경우라도 다음의 어느 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.
 1. 회사가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 알지 못하였을 때
 2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 날부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대해서는 1년)이 지났을 때
 3. 계약체결일부터 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 제34조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제1항 제1호에 따른 계약의 해지가 보험금 지급사유가 발생한 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)과 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 서면 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신에 확인

되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

- ⑤ 제1항 제2호에 따른 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 회사는 제13조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제4항 또는 제5항에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유가 발생하는 데에 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 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.



<계약 전 알릴 의무 위반 사례>

보험계약을 청약하면서 보험설계사에게 고혈압이 있다고만 이야기하였을 뿐, 청약서의 계약 전 알릴사항에 아무런 기재도 하지 않을 경우에는 보험설계사에게 고혈압 병력을 이야기하였다고 하더라도 보험회사는 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금은 지급하지 않을 수 있습니다.

제15조(사기에 의한 계약)

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

제 6 관 보험계약의 성립과 유지

제16조(보험계약의 성립)

- ① 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.
- ② 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등을 말합니다)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
- ③ 회사는 계약의 청약을 받고, 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 '평균공시이율 + 1%'를 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 승낙하였다면 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 제27조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑦ 이 약관 제28조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제17조(청약의 철회)

- ① 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 다음 각 호의 어느

하나에 해당하는 계약은 철회할 수 없습니다.

1. 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약
 2. 보험기간이 90일 이내인 계약
 3. 전문금융소비자가 체결한 계약
- ② 제1항에도 불구하고 청약한 날부터 30일(65세 이상 계약자가 전화를 이용하여 가입한 통신판매계약의 경우에는 45일)이 지나면 청약을 철회할 수 없습니다.
- ③ 청약철회는 계약자가 전화로 신청하거나, 철회의사를 표시하기 위한 서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시(이하 '서면 등'이라 합니다)를 발송한 때 효력이 발생합니다. 계약자는 서면 등을 발송한 때에 그 발송 사실을 회사에 지체 없이 알려야 합니다.
- ④ 계약자가 청약을 철회하였을 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해당 신용카드회사로 하여금 대금청구를 하지 않도록 해야 하며, 이 경우 회사는 보험료를 반환한 것으로 봅니다.
- ⑤ 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력이 발생하지 않습니다.
- ⑥ 제1항에서 보험증권을 받은 날에 대한 다툼이 발생한 경우 회사가 이를 증명하여야 합니다.



< 일반금융소비자 >

전문금융소비자가 아닌 계약자를 말합니다.

< 전문금융소비자 >

보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약에 따른 위험감수능력이 있는 자로서, 국가, 지방자치단체, 한국은행, 금융회사, 주권상장법인 등을 포함하며 '금융소비자보호에 관한 법률' 제2조(정의) 제9호에서 정하는 전문금융소비자를 말합니다.

제18조(약관 교부 및 설명 의무 등)

- ① 회사는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며, 청약 후에 다음 각 호의 방법 중 계약자가 원하는 방법을 확인하여 지체 없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 제공하여 드립니다. 만약, 회사가 전자우편 및 전자적 의사표시로 제공한 경우 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다.
1. 서면교부
 2. 우편 또는 전자우편
 3. 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시
- ② 제1항과 관련하여 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특약만 포함한 약관을 드리며, 전화를 이용하여 체결하는 계약은 계약자의 동의를 얻어 다음의 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.
1. 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
- ③ 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(도장을 찍는 날인과 '전자서명법' 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함합니다.)
- ④ 제3항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에 다음의 어느 하나에 해당할 때에는 자필서

명을 생략할 수 있으며, 제2항에 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
- ⑤ 제3항에 따라 계약이 취소된 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
- ⑥ 회사는 관계 법규에 따라 피보험자가 될 사람이 다른 실손 의료보험계약을 체결하고 있는지를 확인하고, 그 결과 피보험자가 될 사람이 다른 실손 의료보험계약의 피보험자로 되어 있는 경우에는 보상방식 등을 구체적으로 설명하여 드립니다.



<통신판매계약>

전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

<자필서명>

날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함합니다.

<약관의 중요한 내용>

보험업법 시행령 제42조의2(설명 의무의 중요사항 등) 및 보험업감독규정 제4-35조의2(보험계약 중요사항의 설명 의무)에 정한 다음의 내용을 말합니다.

- 청약의 철회에 관한 사항
- 지급한도, 면책사항, 감액지급 사항 등 보험금 지급제한 조건
- 고지의무 위반의 효과
- 계약의 취소 및 무효에 관한 사항
- 해약환급금에 관한 사항
- 분쟁조정절차에 관한 사항
- 만기 시 자동갱신되는 보험계약의 경우 자동갱신의 조건
- 저축성 보험계약의 공시이율
- 유배당 보험계약의 경우 계약자 배당에 관한 사항
- 그 밖에 약관에 기재된 보험계약의 중요사항

<법정상속인>

법정상속인이라 함은 피상속인의 사망에 의하여 민법에서 정한 상속의 순위에 따라 상속받는자를 말합니다.

제19조(계약의 무효)

- ① 다음 각 호의 어느 하나에 해당되는 경우에는 계약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.
 1. 계약자와 피보험자가 다른 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 대통령령으로 정하는바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만 피보험자와 보험수익자가 같은 경우에는 이를 적용하지 아니합니다.
 2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 해당 계약은 유효한 계약으로 보며, 이미 납입한 보험료는 돌려드리지 않습니다.
- ② 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우 및 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제20조(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 보험종목의 변경을 요청할 경우 회사는 회사의 사업방법서에서 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 해약환급금이 있을 때에는 제34조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ④ 계약자는 회사의 승낙 없이 보험수익자를 변경할 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자가 보험수익자 변경사실을 회사에 알리지 않아 이를 모르고 변경전의 보험수익자에게 보험금을 지급하는 등 보험금 지급에 관한 항변이 있는 경우 변경된 보험수익자에게 보험금 지급을 거절할 수 있습니다.
- ⑤ 계약자가 제4항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우 계약자와 피보험자가 동일하지 않을 때에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제44조의2에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)으로 동의하여야 합니다.
- ⑥ 제1항에 따라 계약자가 변경된 경우 회사는 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 드리고, 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.



〈해약환급금 정산〉

보험기간, 납입기간 등 계약내용의 변경이 있는 경우 이후기간 보장을 위한 재원인 계약자적립액 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

〈보험가입금액 등의 감액 시 환급금〉

보험가입금액, 보험료 등의 감액 시에는 환급금이 없거나 최초가입 시 안내한 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

제21조(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 제2항의 계약해당일이 존재하지 않는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
- ④ 청약서에 기재된 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 사항이 신분증(주민등록증, 운전면허증, 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증)에 기재된 내용과 다른 경우에는 신분증에 기재된 나이 또는 성별로 정정하고, 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.



<보험나이 계산 예시>

생년월일 : 1991년 10월 2일, 현재(계약일) : 2021년 4월 13일
 ⇒ 2021년 4월 13일 - 1991년 10월 2일
 = 29년 6월 11일 = 30세

<계약해당일이 존재하지 않는 경우 보험나이 계산 예시>

최초 계약일 : 2020년 2월 29일, 보험나이 40세
 ⇒ 2021년 2월 28일, 보험나이 41세
 ⇒ 2024년 2월 29일, 보험나이 44세

제22조(계약의 소멸)

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

제23조(계약의 재가입에 관한 사항)

- ① 계약이 다음 각 호의 조건을 충족하고 계약자가 제4항에 따라 재가입의사를 표시한 때에는 이 약관의 제16조(보험계약의 성립) 및 제18조(약관 교부 및 설명 의무 등)를 준용하여 회사가 정한 절차에 따라 계약자는 기존 계약에 이어 재가입할 수 있으며, 이 경우 회사는 기존계약의 가입 이후 발생한 상해 또는 질병을 사유로 가입을 거절할 수 없습니다.
 - 1. 재가입일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 최초가입 당시 정한 재가입 나이의 범위 내일 것
 - 2. 재가입 전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
- ② 이 계약의 자동갱신종료 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 변경주기가 끝나는 날 이전까지 2회 이상 재가입 요건, 보장내용 변경내역, 보험료 수준, 재가입 절차 및 재가입 의사 여부를 확인하는 내용 등을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음), 전자문서, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 등으로 알려드리고, 회사는 계약자의 재가입의사를 전화(음성녹음), 직접 방문 또는 전자적 의사표시, 통신판매계약의 경우 통신수단을 통해 확인합니다.
- ④ 계약자는 제3항에 따른 재가입안내와 재가입여부 확인 요청을 받은 경우 재가입 의사를 표시하여야 합니다.
- ⑤ 제3항 및 제4항에도 불구하고, 회사가 계약자의 재가입 의사를 확인하지 못한 경우(계약자와의 연락두절로 회사의 안내가 계약자에게 도달하지 못한 경우 포함)에는 직전계약과 동일한 조건으로 보험계약을 연장합니다.
- ⑥ 제5항에 따라 직전 계약과 동일한 조건으로 자동 연장된 경우 계약자는 그 연장된 날로부터 90일 이내에 그 계약을 취소할 수 있으며, 회사는 연장된 날 이후 계약자가 납입한 보험료 전액을 환급합니다.
- ⑦ 제5항에 따라 직전 계약과 동일한 조건으로 자동 연장된 경우 보험계약의 연장일은 회사가 계약자의 재가입의사를 확인한 날(계약자 등이 회사에 보험금을 청구함으로써 계약자에게 연락이 닿아 회사가 계약자의 재가입의사를 확인한 날 등) 또는 보험기간이 종료된 날로부터 1년 중 빠른 날까지로 합니다. 계약자의 재가입 의사가 확인된 경우에는 제1항에서 정한 절차에 따라 회사가 재가입 의사를 확인한 날에 판매중인 상품으로 다시 재가입하는 것으로 하며, 기존 계약은 해지됩니다. 다만, 계약자가 재가입을 원하지 않는 경우에는 해당 시점으로부터 계약은 해지되고, 재가입 의사가 확인되지 않는 경우에는 연장일이 종료되는 시점으로부터 계약은 해지됩니다.
- ⑧ 제5항에 따라 직전 계약과 동일한 조건으로 자동 연장된 경우 계약자는 회사에 재가입 의사를 표시할 수 있습니다. 회사는 계약자의 재가입 의사가 확인되었을 때에는 제1항에서 정한 절차에 따라 회사가 재가입 의사를 확인한 날에 판매중인 상품으로 재가입하는 것으로 하며, 기존 계약은 해지됩니다.

⑨ 제7항 또는 제8항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제34조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 7 관 보험료의 납입

제24조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

- ① 회사는 계약의 청약을 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 자동이체 신청 및 신용카드매출 승인에 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.
- ③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음의 어느 하나에 해당하는 경우에는 보장을 하지 않습니다.
 1. 제12조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용 또는 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
 2. 제14조(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 해드립니다.
- ④ 계약이 갱신되는 경우에는 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 보장은 기존 계약에 의한 보장이 종료하는 때부터 적용합니다.



<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.

제25조(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 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제26조(보험료의 자동대출납입)

- ① 계약자는 제27조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에 따른 보험료의 납입최고(독촉)기간이 지나기 전까지 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있으며, 이 경우 제35조(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 규정에도 불구하고 다음 제1호의 금액이 제2호의 금액을 초과하는 경우에는 보험료의 자동대출

납입을 더는 할 수 없습니다.

1. 제1항의 규정에 의한 대출금과 이자를 더한 금액
다만, 이자는 보험료의 자동대출납입일의 다음날부터 그 다음 보험료의 납입최고(독촉)기간까지의 보험계약대출이율을 적용하여 계산합니다.
2. 해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 해약환급금과 계약자에게 지급할 기타 모든 지급금의 합계액에서 계약자의 회사에 대한 모든 채무액을 뺀 금액
- 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 자동대출 납입이 이루어진 경우에도 자동대출납입 전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구하였을 때에는 회사는 보험료의 자동대출납입이 없었던 것으로 하여 제34조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.
- ⑤ 회사는 자동대출납입이 종료된 날부터 15일 이내에 자동대출납입이 종료되었음을 서면, 전화(음성녹음을 포함합니다) 또는 전자문서(문자메시지를 포함합니다) 등으로 계약자에게 안내하여 드립니다.

제27조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]

- ① 계약자가 제2회부터의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간[납입최고기간의 마지막 날이 영업일이 아닐 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다]으로 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 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 계약이 해지된다는 내용. 이 경우 계약이 해지되면 즉시 해약환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다.
- ② 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하려는 경우에는 계약자에게 서면 또는 '전자서명법' 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 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 알려 드립니다.
- ④ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제34조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제28조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]

- ① 제27조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에 따라 계약이 해지되었으나 계약자가 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 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 보험료에 '평균공시이율 + 1%' 범위 내에서 각 상품별로 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 다만 금리연동형보험은 각 상품별 사업방법서에서 별도로 정한 이율로 계산합니다.
- ② 제1항에 따라 해지된 계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제12조(계약 전 알릴 의무), 제14조(알릴 의무 위반의 효과), 제15조(사기에 의한 계약), 제16조(보험계약의 성립) 및 제24조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다. 이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.
- ③ 제1항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2

회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제12조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제14조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제29조[강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복)]

- ① 회사는 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 받아 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제20조(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, 법정상속인이 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 계약자가 통지를 받은 날을 말함)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.



〈강제집행〉

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

〈담보권실행〉

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

〈국세 및 지방세 체납처분 절차〉

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

법원은 채권자의 신청에 따른 강제집행 및 담보권실행으로 채무자의 해약환급금을 압류할 수 있으며, 법원의 추심명령 또는 전부명령에 따라 회사는 채권자에게 해약환급금을 지급하게 됩니다.

또한, 국세 및 지방세 체납 시 국세청 및 지방자치단체에 의해 채무자의 해약환급금이 압류될 수 있으며, 체납처분 절차에 따라 회사는 채권자에게 해약환급금을 지급하게 됩니다.

〈법정상속인〉

법정상속인이라 함은 피상속인의 사망에 의하여 민법에서 정한 상속의 순위에 따라 상속받는자를 말합니다.

제30조(보험료의 계산)

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



〈갱신년도별 보험료 적용 예시〉

최초 보험료, 20세 남자, 월 14,000원, 매년 보험료 25% 인상 가정 시

*기본형 실손의료보험과 실손의료보험 특별약관1·2에 함께 가입하였을 경우를 가정하여 산출한 보험료입니다

(단위 : 원)

구 분	20세	21세	22세	23세	24세	25세
나이증가분(A)	-	560	728	946	1,230	1,599
보험료 산출 기초율 (위험률 등) 증가분 (B=전년도 기준보험료의 25% 가정)	-	3,640	4,732	6,152	7,997	10,396
기준보험료 (C=전년도 기준보험료 +A+B)	14,000	18,200	23,660 (21,294) ^{주)}	30,758 (27,682) ^{주)}	39,985 (35,987) ^{주)}	51,980 (46,782) ^{주)}

주) 1. ()은 직전 2년 무사고시 보험료 10%할인 추가 적용 기준입니다.

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

제 8 관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제31조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권)

- ① 계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제34조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제19조(계약의 무효)에 따라 계약자와 피보험자가 다른 계약에서 서면(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 대통령령으로 정하는바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)으로 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간 중 중대한 사정변경(계약자의 미성년 자녀인 피보험자에 대한 친권 상실, 계약 체결 당시 미성년인 피보험자가 성인이 된 이후 의사변경, 계약자와 피보험자간 연락 두절 등)이 발생하는 등 피보험자의 필요가 발생한 경우에는 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제34조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ③ 제1항에도 불구하고 계약을 체결할 때 피보험자가 태아이며 계약의 해지 시점이 출생예정일 이후 이고 피보험자가 출생전인 경우, 출생예정일 이후에 해당하는 보험기간에 대해 이미 납입한 보험료에서 태아 보장을 위한 보험료를 차감한 금액을 돌려드립니다.
- ④ 제3항에 따라 계약을 해지하는 경우 계약자는 의사소견서 등 제3항의 태아가 출생하기 전 임을 입증할 수 있는 서류를 제출해야 합니다.

제31조의2(위법계약의 해지)

- ① 계약자는 '금융소비자보호에 관한 법률' 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 범위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 계약자는 회사가 '금융소비자 보호에 관한 법률 시행령' 제38조 제4항의 각 호에서 정하는 정당한 사유

없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.

- ④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제34조(해약환급금) 제4항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제32조(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 지급사유가 발생한 경우에는 이에 대한 보험금은 지급합니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 그 사실을 계약자에게 통지하고 제34조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 지급합니다.

제33조(회사의 파산선고와 해지)

- ① 회사가 파산의 선고를 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 제34조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제34조(해약환급금)

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 보험료 및 해약환급금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 <별표1> '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.
- ④ 제31조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적절한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제35조(보험계약대출)

- ① 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출을 받을 수 있습니다. 다만, 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.
- ② 계약자는 제1항에 따른 보험계약대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있습니다.
- ③ 계약자가 보험금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 보험계약대출금과 그 이자를 상환하지 않은 경우 회사는 그 지급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 제27조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에 따라 계약이 해지되는 경우 회사는 즉시 해약환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감합니다.
- ⑤ 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제36조(배당금의 지급)

회사는 이 보험에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

제 9 관 다수보험의 처리 등

제37조(다수보험의 처리)

- ① 다수보험의 경우 각 계약의 보장대상의료비 및 보장책임액에 따라 제2항에서 정한 방법으로 계산된 각 계약의 비례분담액을 지급합니다.
- ② 각 계약의 보장책임액 합계액이 각 계약의 보장대상의료비 중 최고액에서 각 계약의 피보험자부담 공제금액 중 최소액을 차감한 금액을 초과한 다수보험은 아래의 산출방식에 따라 각 계약의 비례분담액을 계산합니다.

$$\text{각 계약별 비례분담액} = \frac{\text{각 계약의 보장대상의료비 중 최고액} - \text{각 계약의 피보험자부담 공제금액 중 최소액}}{\text{각 계약별 보장책임액의 합계액}} \times \text{각 계약별 보장책임액}$$

제38조(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 보험금 청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 지급한 금액이 보험수익자가 다른 회사에 청구할 수 있는 보험금의 일부인 경우에는 해당 보험수익자의 보험금 청구권을 침해하지 않는 범위에서 그 권리를 취득합니다.

제 10 관 분쟁의 조정 등

제39조(분쟁의 조정)

- ① 계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁 당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있으며, 분쟁조정 과정에서 계약자는 관계 법령이 정하는 바에 따라 회사가 기록 및 유지·관리하는 자료의 열람(사본의 제공 또는 청취를 포함한다)을 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 일반금융소비자인 계약자가 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 가액이 '금융소비자 보호에 관한 법률' 제42조에서 정하는 일정 금액 이내인 분쟁사건에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 관계 법령이 정하는 경우를 제외하고는 소를 제기하지 않습니다.

제40조(관할법원)

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

제41조(소멸시효)

- ① 보험금청구권, 만기환급금청구권, 보험료 반환청구권, 해약환급금청구권 및 계약자적립액 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.
- ② 제1항의 소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있는 때로부터 진행합니다.

제42조(약관의 해석)

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

제43조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)

- ① 회사는 일반금융소비자에게 청약을 권유하거나 일반금융소비자가 설명을 요청하는 경우 보험상품에 관한 중요한 사항을 계약자가 이해할 수 있도록 설명하고 계약자가 이해하였음을 서명('전자서명법' 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함), 기명날인 또는 녹취 등을 통해 확인받아야 하며, 설명서를 제공하여야 합니다.
- ② 설명서, 약관, 계약자 보관용 청약서 및 보험증권의 제공 사실에 관하여 계약자와 회사 간에 다툼이 있는 경우에는 회사가 이를 증명하여야 합니다.
- ③ 보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사 제작의 보험안내자료(계약의 청약을 권유하기 위해 만든 자료 등을 말합니다)의 내용이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제44조(회사의 손해배상책임)

- ① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 또는 대리점의 책임이 있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 손해를 입힌 경우에는 관계 법령 등에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.
- ② 회사는 보험금 지급 거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었는데도 소송을 제기하여 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 손해를 입힌 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.
- ③ 회사가 보험금 지급여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 공정을 잃은 합의로 보험수익자에게 손해를 가한 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.
- ④ 회사가 제18조(약관 교부 및 설명 의무 등) 제6항에 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 계약(또는 특별약관)의 최초계약일부터 5년 이내에 회사에 손해배상을 청구할 수 있고, 이 계약의 최초계약일부터 손해배상을 청구하기 전까지 납입한 보험료와 이에 대한 이자(보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액)를 합한 금액을 손해배상액으로 합니다.



<현저하게 공정을 잃은 합의>

사회통념상 일반 보통인이라면 그 같은 일을 하지 않을 정도로 현저하게 공정성을 잃은 것을 말합니다.

제45조(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.

제46조(준거법)

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

제47조(예금보험에 의한 지급보장)

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



<예금자보호제도>

예금자보호제도는 예금보험공사에서 금융기관 등으로부터 미리 보험료를 받아 적립해 두었다가 금융기관이 경영악화나 파산 등으로 예금을 지급할 수 없는 경우 해당 금융기관을 대신하여 해약환급금(또는 만기시 보험금)에 기타지급금을 합한 금액 및 사고보험금을 각각 보험계약자 1인당 최고 1억원까지 지급함으로써 예금자를 보호하는 제도를 말합니다.

제 11 관 자동갱신에 관한 사항

제48조(계약의 자동갱신)

- ① 이 계약의 보험기간은 1년으로 합니다.
- ② 이 계약이 다음 각 호의 조건을 충족하고, 계약의 만기일의 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 종전의 계약(이하 '갱신전계약'이라 합니다)과 동일한 내용으로 계약의 만기일(이하 '갱신일'이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.
 - 1. 갱신된 계약(이하 '갱신후계약'이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것
 - 2. 갱신일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 정한 나이의 범위 내일 것
 - 3. 갱신전계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것



<갱신 예시>

40세의 피보험자가 1년 갱신으로 갱신하는 경우
 ⇒ 갱신시점의 피보험자 나이 : 41세, 42세, 43세, 44세, ...

제49조(갱신후계약 제1회 보험료의 납입연체와 계약의 해제)

- ① 계약자가 갱신전계약의 보험료를 정상적으로 납입하고, 갱신후계약의 제1회 보험료를 갱신일까지 납입하지 않은 때에는 회사는 제27조[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 다음날 갱신후계약은 해제됩니다.
- ② 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 갱신후계약에 따라 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신후계약의 보험료를 납입하여야 합니다. 만약, 이 보험료를 납입하지 않으면 회사는 지급할 보험금에서 이를 차감할 수 있습니다.

제50조(자동갱신 적용)

- ① 회사는 제48조(계약의 자동갱신)에 의하여 이 계약이 갱신되는 경우 보험약관은 갱신전 계약의 약관을 적용합니다. 다만, 법령의 개정, 금융위원회의 명령 또는 제도적인 약관개정으로 인하여 약관이 변경된 경우에는 갱신일 현재의 약관을 적용합니다.
- ② 보험요율에 관한 제도 또는 보험료를 개정한 경우 갱신일 현재의 제도 또는 보험료를 적용합니다.
- ③ 회사는 갱신후계약 보험료에 대하여 갱신전계약의 보험기간이 끝나기 15일전까지 그 내용을 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서(휴대전화 문자메시지 포함) 등으로 안내하여 드립니다.

특별약관

1. 실손의료비 관련 특별약관

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

1-1. 실손의료보험 특별약관1(중증 비급여 실손의료비)(갱신형)

제1조(보장종목)

① 회사가 판매하는 실손의료보험 특별약관1(이하 '특별약관1'이라 합니다)은 상해비급여형, 질병비급여형, 3대비급여형의 3개의 보장종목으로 구성되어 있습니다.

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

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

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

② 회사는 이 특별약관1의 명칭에 '중증 비급여 실손의료비'라는 문구를 포함하여 사용합니다.

제2조(용어의 정의)

① 이 특별약관1에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같습니다.

용 어			정 의
3 대 비 급 여	근골격계 이학요법 치료·제외 충격파치 료	근골격계 이학요법 치료	「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 내 비급여 목록 중 근골격계 질환의 기능 개선 및 통증감소를 위하여 실시하는 치료행위 일체 ^{주)} (예시 : FIMS(기능적근육내 자극치료), 신장분사치료, 도수 치료, 증식치료, 비침습적 무통증 신호요법 등) 주) 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」가 관련 법령 개정 또는 폐지 등으로 이학요법치료와 관련된 행위 비급여 목록이 삭제될 경우 삭제 전 가장 최근 발간된 내용을 기준으로 하며, 보건복지부, 건강보험심사평가원 또는 국민건강보험공단 등에서 이학요법치료를 법령 등에서 별도 정의하는 경우 해당 정의에 따를 수 있습니다.

용 어		정 의	
3 대 비 급 여	근골격계 이학요법 치료·제외 충격파치 료	체외에서 충격파를 병변에 가해 혈관 재형성을 돕고 건(힘줄) 및 뼈의 치유 과정을 자극하거나 재활성화 시켜 기능개선 및 통증감소를 위하여 실시하는 치료행위(체외충격파쇄석술은 제외)	
	주사료	주사료	항암제, 항생제, 희귀의약품을 제외한 주사치료시 사용된 행위, 약제 및 치료재료대
		항암제	식품의약품안전처가 「의약품등 분류번호에 관한 규정」에 따라 지정하는 '조직세포의 기능용 의약품' 중 '종양용약'과 '조직세포의 치료 및 진단 목적제제'* *향후 식품의약품안전처 예규인 「의약품등 분류번호에 관한 규정」이 폐지되는 등의 사유가 발생하는 경우 약사법에 따른 의약품관리종합정보센터로 지정된 기관(건강보험심사평가원)에서 관리하는 「해부·치료·화학적 분류(ATC)」 코드 등을 준용할 수 있으며, 분류기준 등이 변경되는 경우 치료시점의 분류기준에 따릅니다.
		항생제 (항진균제 포함)	식품의약품안전처가 「의약품등 분류번호에 관한 규정」에 따라 지정하는 '항병원생물성 의약품' 중 '항생물질제제', '화학요법제' 및 '기생동물에 대한 의약품 중 항원충제'* *향후 식품의약품안전처 예규인 「의약품등 분류번호에 관한 규정」이 폐지되는 등의 사유가 발생하는 경우 약사법에 따른 의약품관리종합정보센터로 지정된 기관(건강보험심사평가원)에서 관리하는 「해부·치료·화학적 분류(ATC)」 코드 등을 준용할 수 있으며, 분류기준 등이 변경되는 경우 치료시점의 분류기준에 따릅니다.
	희귀의약품	식품의약품안전처장이 「희귀의약품 지정에 관한 규정」에 따라 지정하는 의약품* * 「희귀의약품 지정에 관한 규정」에 따른 희귀의약품 지정 항목이 변경되는 경우 치료시점의 희귀의약품 지정 항목에 따릅니다.	
자기공명 영상진단	자기공명영상 장치를 이용하여 고주파 등을 통한 신호의 차이를 영상화하여 조직의 구조를 분석하는 검사*(MRI/MRA) *자기공명영상진단 결과를 다른 의료기관에서 판독하는 경우 포함 (보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 상의 MRI/MRA 범주에 따름)		
산정특례 대상 질환	「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시)」 제4조부터 제5조의3까지에 따른 산정특례 대상인 질환 ^{주)} (암, 뇌혈관질환, 심장질환, 희귀질환, 중증난치질환, 중증화상, 중증외상, 결핵, 잠복결핵 등) 주) 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제4조부터 제5조의3이 관련 법규 개정 등으로 삭제될 경우 삭제 전 가장 최근 고시된 내용을 기준으로 하며, 삭제 이후 보건복지부, 건강보험심사평가원 또는 국민건강보험공단 등에서 희귀질환, 중증난치 질환 등을 법규 등에서 별도 정의하는 경우 해당 정의에 따를 수 있습니다.		
암질환·뇌혈관질환·심장질환 ·중증화상·중증외상	「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제4조([별표3]중증질환자 산정특례 대상)에 따른 질환		
희귀질환	「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제5조([별표4]희귀질환자 산정특례 대상)에 따른 질환		

용 어	정 의
중증난치질환	「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제5조(〔별표4의2〕중증난치질환자 산정특례 대상)에 따른 질환
결핵·잠복결핵	「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제5조의2(〔별표5〕시행령 별표2 제3호 가목 3)에 따른 결핵질환의 적용 범위)에 따른 질환
산정특례 대상 질환으로 인한 치료	<p>산정특례 대상 질환에 대한 치료 및 해당 질환과 의학적으로 인과관계가 분명하다고 인정되는 합병증에 대한 치료(다만 산정특례 대상 질환의 치료가 종료된 상태에서 합병증만을 치료중인 경우는 제외합니다.)</p> <p style="text-align: center;">〈산정특례 대상 질환 치료에 미해당하는 치료의 예시〉</p> <ul style="list-style-type: none"> -항암수술 후에 암 조직이 없는 상태에서 재발방지 목적으로 이루어지는 호르몬 치료 등(단, 항암목적의 호르몬치료 및 방사능치료는 산정특례 대상 질환 치료에 해당) -혈액암 환자 중 조혈모세포이식 후 완전관해지만 면역억제제를 복용하고 있는 경우, 간암으로 간이식술 후 재발 없이 외래에서 추적관찰하면서 면역억제제를 복용하고 있는 경우 -암, 뇌혈관질환, 심장질환, 희귀질환, 중증난치질환, 중증화상, 중증외상, 결핵, 잠복결핵 등 치료가 완료된 상태에서 신체 기능회복 및 개선 목적으로 이루어지는 근골격계 이학요법치료 등
입원의료비	입원실료, 입원제비용, 입원수술비, 비급여 병실료
보장대상의료비	실제 부담액 - 보장제외금액* *제3관 회사가 보장하지 않는 사항에 따른 금액 및 비급여 병실료 중 회사가 보장하지 않는 금액
상급병실료 차액	상급병상을 이용함에 따라 요양급여 대상인 입원료 외에 추가로 부담하는 입원실 이용 비용

② 제1항에서 정하지 않은 용어의 뜻은 보통약관 제2조(용어의 정의)를 준용합니다.

제3조(보장종목별 보상내용)

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

보장종목	보상하는 사항
(1) 상해비급여	<p>① 회사는 피보험자가 상해로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원(외래 및 처방조제)하여 산정특례 대상 질환에 대한 치료를 받은 경우에는 비급여의료비(3대비급여는 제외합니다)를 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 다음과 같이 보상합니다. 다만, 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비 기준으로 계산하며, 감면받은 의료비가 본인 또는 가족(「피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자」(이하 '배우자'라 합니다), 직계혈족 및 형제자매(민법 제768조)의 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비로 비급여 의료비를 계산합니다.</p>

보장종목	보상하는 사항													
	구분	보상금액												
	입원 (입원실료, 입원제비용, 입원수술비)	'비급여 의료비(비급여 병실료는 제외합니다)'(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 70%에 해당하는 금액												
	상급병실료 차액	비급여 병실료의 50%. 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 비급여 병실료 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.												
	통원 (외래제비용, 외래수술비, 처방조제비)	<p>통원 1회당(외래 및 처방·조제비 합산) '비급여 의료비(비급여 병실료는 제외합니다)'(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표1>의 '통원항목별 공제금액'을 뺀 금액(매년 계약해당일부터 1년간 통원 100회를 한도로 합니다.)</p> <table border="1" data-bbox="654 705 1404 1019"> <thead> <tr> <th colspan="2" data-bbox="654 705 1404 750">〈표1〉 통원항목별 공제금액</th> </tr> <tr> <th data-bbox="654 750 1173 795">항목</th> <th data-bbox="1173 750 1404 795">공제금액</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="654 795 1173 1019">「국민건강보험법」 제42조제1항에 따른 의료기관(제1호), 보건소·보건의료원·보건지소(제4호), 보건진료소(제5호)에서의 외래 및 약국(제2호), 한국희귀·필수의약품센터(제3호)에서의 처방·조제</td> <td data-bbox="1173 795 1404 1019">3만원과 보장대상 의료비의 30% 중 큰 금액</td> </tr> </tbody> </table>	〈표1〉 통원항목별 공제금액		항목	공제금액	「국민건강보험법」 제42조제1항에 따른 의료기관(제1호), 보건소·보건의료원·보건지소(제4호), 보건진료소(제5호)에서의 외래 및 약국(제2호), 한국희귀·필수의약품센터(제3호)에서의 처방·조제	3만원과 보장대상 의료비의 30% 중 큰 금액						
〈표1〉 통원항목별 공제금액														
항목	공제금액													
「국민건강보험법」 제42조제1항에 따른 의료기관(제1호), 보건소·보건의료원·보건지소(제4호), 보건진료소(제5호)에서의 외래 및 약국(제2호), 한국희귀·필수의약품센터(제3호)에서의 처방·조제	3만원과 보장대상 의료비의 30% 중 큰 금액													
(1) 상해비급여	<p>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.</p> <p>③ 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음 날부터 180일까지 보상합니다.</p> <p>④ 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 통원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음 날부터 180일 이내의 통원을 보상하며 최대 90회 한도 내에서 보상합니다.</p> <div data-bbox="406 1422 1396 1680" style="border: 1px dashed black; padding: 10px; text-align: center;"> <p>〈입원 및 통원 보상기간 예시〉</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 80%; margin: 0 auto; padding: 2px;">보상대상기간 (1년)</div> </td> <td style="width: 25%; text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 80%; margin: 0 auto; padding: 2px;">보상대상기간 (1년)</div> </td> <td style="width: 25%; text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 80%; margin: 0 auto; padding: 2px;">보상대상기간 (1년)</div> </td> <td style="width: 25%; text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 80%; margin: 0 auto; padding: 2px;">추가보상 (180일)</div> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">↑ 계약일 (27.1.1.)</td> <td style="text-align: center;">↑ 계약해당일 (28.1.1.)</td> <td style="text-align: center;">↑ 계약해당일 (29.1.1.)</td> <td style="text-align: center;">↑ 계약종료일 (29.12.31.)</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">↑ 보상종료일 (30.6.29.)</td> </tr> </table> </div> <p>⑤ 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제3항과 제4항을 적용하지 않습니다.</p> <p>⑥ 하나의 상해(같은 상해로 2회 이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 상해로 봅니다)로 인해 동일한 의료기관에서 같은 날 외래 및 처방을 함께 받은 경우 처방일자를 기준으로 외래 및 처방조제를 합산하되(조제일자가 다른 경우도 동일하게 적용) 통원 1회로 보아 제1항, 제4항 및 제5항을 적용합니다.</p> <p>⑦ 하나의 상해로 인해 하루에 같은 치료를 목적으로 2회 이상 통원치료(외래 및 처방·조제 합산)를 받은 경우 1회의 통원으로 보아 제1항, 제4항 및 제5항을 적용합니다.</p>		<div style="border: 1px solid black; width: 80%; margin: 0 auto; padding: 2px;">보상대상기간 (1년)</div>	<div style="border: 1px solid black; width: 80%; margin: 0 auto; padding: 2px;">보상대상기간 (1년)</div>	<div style="border: 1px solid black; width: 80%; margin: 0 auto; padding: 2px;">보상대상기간 (1년)</div>	<div style="border: 1px solid black; width: 80%; margin: 0 auto; padding: 2px;">추가보상 (180일)</div>	↑ 계약일 (27.1.1.)	↑ 계약해당일 (28.1.1.)	↑ 계약해당일 (29.1.1.)	↑ 계약종료일 (29.12.31.)				↑ 보상종료일 (30.6.29.)
<div style="border: 1px solid black; width: 80%; margin: 0 auto; padding: 2px;">보상대상기간 (1년)</div>	<div style="border: 1px solid black; width: 80%; margin: 0 auto; padding: 2px;">보상대상기간 (1년)</div>	<div style="border: 1px solid black; width: 80%; margin: 0 auto; padding: 2px;">보상대상기간 (1년)</div>	<div style="border: 1px solid black; width: 80%; margin: 0 auto; padding: 2px;">추가보상 (180일)</div>											
↑ 계약일 (27.1.1.)	↑ 계약해당일 (28.1.1.)	↑ 계약해당일 (29.1.1.)	↑ 계약종료일 (29.12.31.)											
			↑ 보상종료일 (30.6.29.)											

보장종목	보상하는 사항						
(1) 상해비급여	<p>⑧ 피보험자가 「국민건강보험법」 제5조, 제53조, 제54조에 따라 요양급여 또는 「의료급여법」 제4조, 제15조, 제17조에 따라 의료급여를 적용받지 못하는 경우에는 다음과 같이 보상합니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액(통원의 경우 본인이 실제로 부담한 금액에서 같은 조 제1항 <표1>의 '공제금액'을 뺀 금액)의 40%를 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 2. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 제1호를 적용하지 아니하고 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비에 대해서만 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 감면받은 의료비가 본인 또는 가족(「피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자」(이하 '배우자'라 합니다), 직계혈족 및 형제자매(민법 제768조))의 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비에 대해서 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. <p>⑨ 회사는 피보험자가 상해로 인하여 의료기관에서 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 제1항부터 제8항에 따라 보상합니다.</p>						
(2) 질병비급여	<p>① 회사는 피보험자가 질병으로 의료기관에 입원 또는 통원(외래 및 처방조제)하여 산정특례 대상 질환에 대한 치료를 받은 경우에는 비급여의료비(3대비급여는 제외합니다)를 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 다음과 같이 보상합니다. 다만, 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비 기준으로 계산하며, 감면받은 의료비가 본인 또는 가족(「피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자」(이하 '배우자'라 합니다), 직계혈족 및 형제자매(민법 제768조))의 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비로 비급여 의료비를 계산합니다.</p> <table border="1" data-bbox="405 1585 1406 1861"> <thead> <tr> <th data-bbox="405 1585 647 1630">구분</th> <th data-bbox="647 1585 1406 1630">보상금액</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="405 1630 647 1742">입원(입원실료, 입원제비용, 입원수술비)</td> <td data-bbox="647 1630 1406 1742">'비급여 의료비(비급여 병실료는 제외합니다)'(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 70%에 해당하는 금액</td> </tr> <tr> <td data-bbox="405 1742 647 1861">상급병실료 차액</td> <td data-bbox="647 1742 1406 1861">비급여 병실료의 50%. 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 비급여 병실료 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.</td> </tr> </tbody> </table>	구분	보상금액	입원(입원실료, 입원제비용, 입원수술비)	'비급여 의료비(비급여 병실료는 제외합니다)'(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 70%에 해당하는 금액	상급병실료 차액	비급여 병실료의 50%. 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 비급여 병실료 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.
구분	보상금액						
입원(입원실료, 입원제비용, 입원수술비)	'비급여 의료비(비급여 병실료는 제외합니다)'(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 70%에 해당하는 금액						
상급병실료 차액	비급여 병실료의 50%. 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 비급여 병실료 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.						

보장종목	보상하는 사항												
(2) 질병비급여	구분 통원 (외래제비용, 외래수술비, 처방조제비)	<p style="text-align: center;">보상금액</p> <p>통원 1회당(외래 및 처방·조제비 합산) '비급여 의료비(비급여 병실료는 제외합니다)'(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표1>의 '통원항목별 공제금액'을 뺀 금액(매년 계약해당일부터 1년간 통원 100회를 한도로 합니다.)</p> <p style="text-align: center;"><표1> 통원항목별 공제금액</p> <table border="1" data-bbox="655 477 1394 734"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">항목</th> <th style="text-align: center;">공제금액</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>「국민건강보험법」 제42조제1항에 따른 의료기관(제1호), 보건소·보건의료원·보건지소(제4호), 보건진료소(제5호)에서의 외래 및 약국(제2호), 한국회귀·필수의약품센터(제3호)에서의 처방·조제</td> <td>3만원과 보장대상 의료비의 30% 중 큰 금액</td> </tr> </tbody> </table>	항목	공제금액	「국민건강보험법」 제42조제1항에 따른 의료기관(제1호), 보건소·보건의료원·보건지소(제4호), 보건진료소(제5호)에서의 외래 및 약국(제2호), 한국회귀·필수의약품센터(제3호)에서의 처방·조제	3만원과 보장대상 의료비의 30% 중 큰 금액							
	항목	공제금액											
	「국민건강보험법」 제42조제1항에 따른 의료기관(제1호), 보건소·보건의료원·보건지소(제4호), 보건진료소(제5호)에서의 외래 및 약국(제2호), 한국회귀·필수의약품센터(제3호)에서의 처방·조제	3만원과 보장대상 의료비의 30% 중 큰 금액											
<p>② 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음 날부터 180일까지 보상합니다.</p> <p>③ 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 통원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음 날부터 180일 이내의 통원을 보상하며 최대 90회 한도 내에서 보상합니다.</p>													
<p style="text-align: center;"><입원 및 통원 보상기간 예시></p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">보상대상기간 (1년)</th> <th style="width: 20%;">보상대상기간 (1년)</th> <th style="width: 20%;">보상대상기간 (1년)</th> <th style="width: 20%;">추가보상 (180일)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>↑ 계약일 (27.1.1.)</td> <td>↑ 계약해당일 (28.1.1.)</td> <td>↑ 계약해당일 (29.1.1.)</td> <td>↑ 계약종료일 (29.12.31.)</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>↑ 보상종료일 (30.6.29.)</td> </tr> </tbody> </table>		보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	추가보상 (180일)	↑ 계약일 (27.1.1.)	↑ 계약해당일 (28.1.1.)	↑ 계약해당일 (29.1.1.)	↑ 계약종료일 (29.12.31.)				↑ 보상종료일 (30.6.29.)
보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	추가보상 (180일)										
↑ 계약일 (27.1.1.)	↑ 계약해당일 (28.1.1.)	↑ 계약해당일 (29.1.1.)	↑ 계약종료일 (29.12.31.)										
			↑ 보상종료일 (30.6.29.)										
<p>④ 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제2항과 제3항을 적용하지 않습니다.</p> <p>⑤ 하나의 질병으로 동일한 의료기관에서 같은 날 외래 및 처방을 함께 받은 경우 처방일자를 기준으로 외래 및 처방조제를 합산하되(조제일자가 다른 경우도 동일하게 적용) 통원 1회로 보아 제1항, 제3항 및 제4항을 적용합니다.</p> <p>⑥ '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 발생된 합병증 또는 새로 발견된 질병의 치료가 병행되거나 의학상 관련이 없는 여러 종류의 질병을 갖고 있는 상태에서 통원한 경우에는 하나의 질병으로 간주합니다.</p> <p>⑦ 하나의 질병으로 하루에 같은 치료를 목적으로 2회 이상 통원치료(외래 및 처방조제 합산)를 받은 경우 1회의 통원으로 보아 제1항, 제3항 및 제4항을 적용합니다.</p> <p>⑧ 피보험자가 「국민건강보험법」 제5조, 제53조, 제54조에 따라 요양급여 또는 「의료급여법」 제4조, 제15조, 제17조에 따라 의료급여를 적용받지 못하는 경우에는 다음과 같이 보상합니다.</p> <p>1. 의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액(통원의 경우 본인이 실제로 부담한 금액에서 같은 조 제1항 <표1>의 '공제금액'을 뺀 금액)의 40%를 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상함</p>													

보장종목	보상하는 사항												
<p>(2) 질병비급여</p>	<p>니다.</p> <p>2. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 제1항을 적용하지 아니하고 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비에 대해서만 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 감면받은 의료비가 본인 또는 가족(「피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자」(이하 '배우자'라 합니다), 직계혈족 및 형제자매(민법 제768조))의 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비에 대해서 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다.</p> <p>⑨ 회사는 피보험자가 질병으로 인하여 의료기관에서 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 제1항부터 제8항에 따라 보상합니다.</p>												
<p>(3) 3대비급여</p>	<p>① 회사는 이 특별약관1의 보험기간 중 상해 또는 질병의 치료목적으로 의료기관에 입원 또는 통원하여 산정특례 대상 질환에 대한 아래의 비급여 의료행위로 치료를 받은 경우에는 본인이 실제로 부담한 비급여의료비(행위로, 약제비, 치료재료대, 조영제, 판독료 포함)에서 공제금액을 뺀 금액을 아래의 보장한도 범위 내에서 각각 보상합니다. 다만, 국가 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비 기준으로 계산하며, 다만, 감면받은 의료비가 본인 또는 가족(「피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자」(이하 '배우자'라 합니다), 직계혈족 및 형제자매(민법 제768조))의 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에 감면 전 의료비로 비급여 의료비를 계산합니다.</p> <p style="text-align: center;">〈표1〉 공제금액 및 보장한도</p> <table border="1" data-bbox="405 1375 1406 1928"> <thead> <tr> <th>구분</th> <th>공제금액</th> <th>보장한도</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>근골격계 이학요법치료·체외충격파치료</td> <td>'근골격계이학요법치료·체외충격파치료'로 인하여 본인이 실제로 부담한 비급여의료비(행위로, 약제비, 치료재료대 포함)</td> <td>1회당 3만원과 보장대상의료비의 30%중 큰 금액</td> </tr> <tr> <td>주사료</td> <td>주사치료를 받아 본인이 실제로 부담한 비급여의료비</td> <td>1회당 3만원과 보장대상의료비의 30%중 큰 금액</td> </tr> <tr> <td>자기공명영상진단</td> <td>자기공명영상진단을 받아 본인이 실제로 부담한 비급여의료비(조영제, 판독료 포함)</td> <td>1회당 3만원과 보장대상의료비의 30%중 큰 금액</td> </tr> </tbody> </table> <p>계약일 또는 매년 계약해당일부터 1년 단위로 각 상해·질병 치료행위를 합산하여 350만원 이내에서 50회까지 보상^{주)}</p> <p>계약일 또는 매년 계약해당일부터 1년 단위로 각 상해·질병 치료행위를 합산하여 250만원 이내에서 50회까지 보상</p> <p>계약일 또는 매년 계약해당일부터 1년 단위로 각 상해·질병 치료행위를 합산하여 300만원 이내에서 보상</p> <p>주) 근골격계 이학요법치료·체외충격파치료의 각 치료횟수를 합산하여 최초 10회 보장하고, 이후 객관적이고 일반적으로 인정되는 검사결과 등을 토대로 증상의 개선, 병</p>	구분	공제금액	보장한도	근골격계 이학요법치료·체외충격파치료	'근골격계이학요법치료·체외충격파치료'로 인하여 본인이 실제로 부담한 비급여의료비(행위로, 약제비, 치료재료대 포함)	1회당 3만원과 보장대상의료비의 30%중 큰 금액	주사료	주사치료를 받아 본인이 실제로 부담한 비급여의료비	1회당 3만원과 보장대상의료비의 30%중 큰 금액	자기공명영상진단	자기공명영상진단을 받아 본인이 실제로 부담한 비급여의료비(조영제, 판독료 포함)	1회당 3만원과 보장대상의료비의 30%중 큰 금액
구분	공제금액	보장한도											
근골격계 이학요법치료·체외충격파치료	'근골격계이학요법치료·체외충격파치료'로 인하여 본인이 실제로 부담한 비급여의료비(행위로, 약제비, 치료재료대 포함)	1회당 3만원과 보장대상의료비의 30%중 큰 금액											
주사료	주사치료를 받아 본인이 실제로 부담한 비급여의료비	1회당 3만원과 보장대상의료비의 30%중 큰 금액											
자기공명영상진단	자기공명영상진단을 받아 본인이 실제로 부담한 비급여의료비(조영제, 판독료 포함)	1회당 3만원과 보장대상의료비의 30%중 큰 금액											

보장종목	보상하는 사항											
(3) 3대비급여	<p>변호전 등이 아래의 각 호 기준에 따라 확인된 경우에 한하여 10회 단위로 연간 50회까지 보상합니다.</p>											
	<p style="text-align: center;">〈증상의 개선, 병변호전 등은 어떻게 확인하나요?〉</p> <ol style="list-style-type: none"> 증상의 개선, 병변호전 등과 관련하여 기능적 회복 및 호전여부는 관절가동(ROM), 통증평가척도, 자세평가 및 근력 검사(MMT)를 포함한 이학적 검사, 초음파 검사 등을 통해 해당 부위의 체절기능부전(Somatic dysfunction) 등을 평가한 결과로 판단합니다. 보험수익자와 회사가 위 제1호의 판단결과를 합의하지 못한 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있으며 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다. <p style="text-align: center;">〈근골격계 이학요법치료-체외충격파치료 보상기간 예시〉</p> <p>(i) 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 1년내 350만원을 모두 보상한 경우</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; background-color: #cccccc;">예: 30회 보상 (예: 350만원 보상)</td> <td style="width: 33%; background-color: #cccccc;">보상제외 (151일)</td> <td style="width: 33%; background-color: #cccccc;">보장한도 복원</td> </tr> <tr> <td>↑ 계약일 (27.4.1.)</td> <td>↑ 보장한도종료일 (27.10.31.) '27.11.1.부터 보상제외</td> <td>↑ 계약해당일('28.4.1.) 보상재개</td> </tr> </table> <p>(ii) 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 1년내 지급된 보험금이 350만원 미만이나 50회를 모두 보상한 경우</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; background-color: #cccccc;">예: 50회 보상 (예: 300만원 보상)</td> <td style="width: 33%; background-color: #cccccc;">보상제외 (182일)</td> <td style="width: 33%; background-color: #cccccc;">보장한도 복원</td> </tr> <tr> <td>↑ 계약일 (27.4.1.)</td> <td>↑ 보장한도종료일 (27.9.30.) '27.10.1.부터 보상제외</td> <td>↑ 계약해당일('28.4.1.) 부터 보상재개</td> </tr> </table> <ol style="list-style-type: none"> 제1항의 주사료에서 항암제, 항생제(항진균제 포함), 희귀의약품을 위해 사용된 비급여 주사료는 제3조(보장종목별 보상내용) (1)상해비급여 또는 (2)질병비급여에서 보상합니다. 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. 의료기관을 1회 통원(또는 1회 입원)하여 2종류(회) 이상 치료를 받거나 동일한 치료를 2회 이상 받은 경우는 다음과 같이 1회당 공제금액 및 보장한도를 적용합니다. <ol style="list-style-type: none"> 이 특별약관1에서 정한 근골격계 이학요법치료-체외충격파치료 중 2종류 이상의 치료를 받거나 동일한 치료를 2회 이상 받는 경우 각 치료행위를 1회로 보고 각각 제1항에서 정한 1회당 공제금액 및 보장한도를 적용합니다. 의료기관을 1회 통원(또는 1회 입원)하여 치료목적으로 2회 이상 주사치료를 받더라도 1회로 보고 제1항에서 정한 공제금액 및 보장한도를 적용합니다. 의료기관을 1회 통원(또는 1회 입원)하여 2개 이상 부위에 걸쳐 이 특별약관1에서 정한 자기공명영상진단을 받거나 동일한 부위에 대해 2회 이상 이 특별약관1에서 정한 자기공명영상진단을 받는 경우 각 진단행위를 1회로 보아 각각 1회당 공제금 	예: 30회 보상 (예: 350만원 보상)	보상제외 (151일)	보장한도 복원	↑ 계약일 (27.4.1.)	↑ 보장한도종료일 (27.10.31.) '27.11.1.부터 보상제외	↑ 계약해당일('28.4.1.) 보상재개	예: 50회 보상 (예: 300만원 보상)	보상제외 (182일)	보장한도 복원	↑ 계약일 (27.4.1.)	↑ 보장한도종료일 (27.9.30.) '27.10.1.부터 보상제외
예: 30회 보상 (예: 350만원 보상)	보상제외 (151일)	보장한도 복원										
↑ 계약일 (27.4.1.)	↑ 보장한도종료일 (27.10.31.) '27.11.1.부터 보상제외	↑ 계약해당일('28.4.1.) 보상재개										
예: 50회 보상 (예: 300만원 보상)	보상제외 (182일)	보장한도 복원										
↑ 계약일 (27.4.1.)	↑ 보장한도종료일 (27.9.30.) '27.10.1.부터 보상제외	↑ 계약해당일('28.4.1.) 부터 보상재개										

보장종목	보상하는 사항										
<p>(3) 3대비급여</p>	<p>액 및 보장한도를 적용합니다.</p> <p>⑤ 제4항에서 1회 입원이라 함은 퇴원없이 계속 중인 입원(동일한 상해 또는 질병 치료목적으로 퇴원 당일 다른 의료기관으로 옮겨 입원하는 경우 포함)을 말합니다. 동일한 상해 또는 질병으로 인한 입원이라고 하더라도 퇴원 후 재입원하는 경우에는 퇴원 전후 입원기간을 각각 1회 입원으로 봅니다.</p> <p>⑥ 제1항에서 보상하는 비급여의료비와 다른 의료비가 함께 청구되고 각 항목별 의료비가 구분되지 않는 경우 회사는 보험금 지급금액 결정을 위해 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 제1항에서 보상하는 의료비의 확인을 요청할 수 있습니다.</p> <p>⑦ 피보험자가 입원 또는 통원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 치료에 대하여는 보험계약 종료일 다음 날부터 180일까지 보상합니다. 이 경우 보장한도는 연간 보장한도(금액)에서 직전 보험계약 종료일까지 지급한 금액을 차감한 잔여 금액과 연간 보장한도(횟수)에서 직전 보험계약 종료일까지 보상한 횟수를 차감한 잔여 횟수를 한도로 적용합니다. 다만, 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제1항을 적용합니다.</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p style="text-align: center;">〈입원 및 통원 보상기간 예시〉</p> <table style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%; border: 1px solid black; background-color: #e0e0e0;">보상대상기간 (1년)</td> <td style="width: 20%; border: 1px solid black; background-color: #e0e0e0;">보상대상기간 (1년)</td> <td style="width: 20%; border: 1px solid black; background-color: #e0e0e0;">보상대상기간 (1년)</td> <td style="width: 20%; border: 1px solid black; background-color: #e0e0e0;">추가보상 (180일)</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">계약일 (27.1.1.)</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">계약해당일 (28.1.1.)</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">계약해당일 (29.1.1.)</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">계약종료일 (29.12.31.)</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">보상종료일 (30.6.29.)</td> </tr> </table> </div> <p>⑧ 피보험자가 「국민건강보험법」 제5조, 제53조, 제54조에 따라 요양급여 또는 「의료급여법」 제4조, 제15조, 제17조에 따라 의료급여를 적용받지 못하는 경우에는 다음과 같이 보상합니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액(통원의 경우 본인이 실제로 부담한 금액에서 같은 조 제1항 <표1>의 '공제금액'을 뺀 금액)의 40%를 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 2. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 제1호를 적용하지 아니하고 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비에 대해서만 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 감면받은 의료비가 본인 또는 가족(「피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자」(이하 '배우자'라 합니다), 직계혈족 및 형제자매(민법 제768조)의 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비에 대해서 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. <p>⑨ 회사는 피보험자가 상해 또는 질병으로 인하여 의료기관에서 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 제1항부터 제8항에 따라 보상합니다.</p>		보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	추가보상 (180일)	계약일 (27.1.1.)	계약해당일 (28.1.1.)	계약해당일 (29.1.1.)	계약종료일 (29.12.31.)	보상종료일 (30.6.29.)
	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	추가보상 (180일)							
계약일 (27.1.1.)	계약해당일 (28.1.1.)	계약해당일 (29.1.1.)	계약종료일 (29.12.31.)	보상종료일 (30.6.29.)							

제4조(보상하지 않는 사항)

회사가 보상하지 않는 사항은 보장종목별로 다음과 같습니다.

보장종목	보상하지 않는 사항
(1) 상해비급여	<p>① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 비급여 의료비는 보상하지 않습니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다. 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다. 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우 4. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원 또는 통원한 경우. 다만, 회사가 보상하는 상해로 인하여 입원 또는 통원한 경우에는 보상합니다. 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인한 경우 6. 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원 치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자 본인이 자의적으로 입원하여 발생한 입원 의료비 7. 피보험자가 정당한 이유없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 통원의료비 <p>② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동 목적으로 한 다음의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 생긴 상해에 대해서는 보상하지 않습니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전 훈련이 필요한 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩 2. 모터보트·자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 행사(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 보상합니다) 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안 <p>③ 회사는 다음의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 치과치료(K00~K08, 다만 안면부 골절로 발생한 의료비는 치아관련 치료를 제외하고 보상합니다).한방치료(다만, 「의료법」 제2조에 따른 한의사를 제외한 '의사'의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 보상합니다) 2. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용. 다만 약관상 보상하는 상해를 치료함에 있어 아래 각 목에 해당하는 경우는 치료 목적으로 보아 보상합니다. <ul style="list-style-type: none"> 가. 약사법령에 의하여 약제별 허가사항 또는 신고된 사항(효능/효과 및 용법/용량 등)대로 사용된 경우 나. 영양급여 약제가 관련 법령 또는 고시 등에서 정한 별도의 적용기준대로 비급여 약제로 사용된 경우 다. 영양급여 약제가 관련 법령에 따라 별도의 비급여사용승인 절차를 거쳐 그 승인 내용대로 사용된 경우 라. 상기 가목 부터 다목의 약제가 두 가지 이상 함께 사용된 경우(함께 사용된 약제중 어느 하나라도 상기 가목부터 다목에 해당하지 않는 경우 제외) 3. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용 4. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료 재료의 구입 및 대체 비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 보상합니다. 5. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의

보장종목	보상하지 않는 사항
(1) 상해비급여	<p>임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비</p> <p>6. 자동차보험(공제를 포함합니다)에서 보상받는 치료관계비(과실상계 후 금액을 기준으로 합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비(자동차보험 진료수가에 관한 기준 및 산재보험 요양급여 산정기준에 따라 발생한 실제 본인 부담의료비)는 제3조(보장종목별 보상내용) (1)상해비급여 제1항부터 제7항에 따라 보상합니다.</p> <p>7. 「국민건강보험법」 제42조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비</p> <p>8. 「응급의료에 관한 법률」 및 동법 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 동법 제26조에 따른 권역응급의료센터 또는 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료</p> <p>9. 의료법령에 따라 보건복지부장관이 고시한 사용목적, 사용대상, 시술방법 등에 맞지 않게 사용된 다음 각 목의 의료기술</p> <p>가. 「신의료기술의 안전성·유효성 평가결과 고시」 [별표1] 신의료기술의 안전성·유효성 평가 결과 고시(단, 목적 및 시술방법의 변경이 경미하여 새로운 신의료기술 평가의 대상에 해당하지 않는 경우는 제외)</p> <p>나. 「평가 유예 신의료기술 고시」 [별표] 평가 유예 신의료기술</p> <p>다. 「신의료기술의 안전성·유효성 평가결과 고시」 [별표2] 제한적 의료기술</p> <p>라. 「신의료기술의 안전성·유효성 평가결과 고시」 [별표3] 혁신의료기술</p> <p>10. 「첨단재생의료 및 첨단바이오의약품 안전 및 지원에 관한 법률」 제12조의2에 따라 심의위원회에서 적합 통보를 받은 승인 범위를 벗어나 사용된 첨단재생의료 치료</p> <p>11. 「신의료기술평가에 관한 규칙」 등에 의한 의료기술 재평가 실시 결과 '임상적 이득 대비 위험이 더 크거나 의학적 필요성, 임상적 요구도 및 활용도가 매우 낮다' 또는 '권고하지 않음'으로 평가되고 해당 평가 결과가 「보건의료기술 진흥법」 제4장 및 관련 조항에 따라 설립된 한국보건의료연구원 홈페이지 등을 통해 공개된 지 2개월 이상 경과한 경우</p>
(2) 질병비급여	<p>① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 비급여 의료비는 보상하지 않습니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 통원 치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자 본인이 자의적으로 입원하여 발생한 입원 의료비 5. 피보험자가 정당한 이유 없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 통원 의료비 <p>② 회사는 '한국표준질병사인분류'에 따른 다음의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 정신 및 행동장애(F04~F99) 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98) 3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원 또는 통원한 경우

보장종목	보상하지 않는 사항
<p>(2) 질병비급여</p>	<p>(O00~O99)</p> <p>4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04)</p> <p>5. 비만(E66)</p> <p>6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)</p> <p>7. 직장 또는 항문 질환(K60~K62, K64)</p> <p>③ 회사는 다음의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.</p> <p>1. 치과치료(K00~K08) 및 한방치료(다만, 「의료법」 제2조에 따른 한의사를 제외한 '의사'의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 보상합니다)</p> <p>2. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용. 다만 약관상 보상하는 질병을 치료함에 있어 아래 각 목에 해당하는 경우는 치료 목적으로 보아 보상합니다.</p> <p>가. 약사법령에 의하여 약제별 허가사항 또는 신고된 사항(효능/효과 및 용법/용량 등)대로 사용된 경우</p> <p>나. 영양급여 약제가 관련 법령 또는 고시 등에서 정한 별도의 적용기준대로 비급여 약제로 사용된 경우</p> <p>다. 영양급여 약제가 관련 법령에 따라 별도의 비급여사용승인 절차를 거쳐 그 승인 내용대로 사용된 경우</p> <p>라. 상기 가목 부터 다목의 약제가 두 가지 이상 함께 사용된 경우(함께 사용된 약제중 어느 하나라도 상기 가목 부터 다목에 해당하지 않는 경우 제외)</p> <p>3. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용</p> <p>4. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료 재료의 구입 및 대체 비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 보상합니다.</p> <p>5. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비</p> <p>6. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비(산재보험 요양급여 산정기준에 따라 발생한 실제 본인 부담의료비)는 제3조(보장종목별 보상내용) (2)질병비급여 제1항부터 제7항에 따라 보상합니다.</p> <p>7. 사람면역결핍바이러스(HIV) 감염으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV 감염은 해당 진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 보상합니다)</p> <p>8. 「국민건강보험법」 제42조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비</p> <p>9. 「응급의료에 관한 법률」 및 동법 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 동법 제26조에 따른 권역응급의료센터 또는 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료</p> <p>10. 의료법령에 따라 보건복지부장관이 고시한 사용목적, 사용대상, 시술방법 등에 맞지 않게 사용된 다음 각 목의 의료기술</p> <p>가. 「신의료기술의 안전성·유효성 평가결과 고시」 [별표1] 신의료기술의 안전성·유효성 평가 결과 고시(단, 목적 및 시술방법의 변경이 경미하여 새로운 신의료기술 평가의 대상에 해당하지 않는 경우는 제외)</p> <p>나. 「평가 유예 신의료기술 고시」 [별표] 평가 유예 신의료기술</p> <p>다. 「신의료기술의 안전성·유효성 평가결과 고시」 [별표2] 제한적 의료기술</p> <p>라. 「신의료기술의 안전성·유효성 평가결과 고시」 [별표3] 혁신의료기술</p> <p>11. 「첨단재생의료 및 첨단바이오의약품 안전 및 지원에 관한 법률」 제12조의2에 따</p>

보장종목	보상하지 않는 사항
(2) 질병비급여	<p>라 심의위원회에서 적합 통보를 받은 승인 범위를 벗어나 사용된 첨단재생의료 치료</p> <p>12. 「신의료기술평가에 관한 규칙」 등에 의한 의료기술 재평가 실시 결과 '임상적 이득 대비 위험이 더 크거나 의학적 필요성, 임상적 요구도 및 활용도가 매우 낮다' 또는 '권고하지 않음'으로 평가되고 해당 평가 결과가 「보건의료기술 진흥법」 제4장 및 관련 조항에 따라 설립된 한국보건의료연구원 홈페이지 등을 통해 공개된 지 2개월 이상 경과한 경우</p>
(3) 3대비급여	<p>① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 비급여 의료비는 보상하지 않습니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다. 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 지급합니다. 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우 4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인한 경우 5. 피보험자가 정당한 이유없이 입원 또는 통원 기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 의료비 <p>② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동 목적으로 한 다음의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 생긴 상해에 대해서는 보상하지 않습니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전 훈련이 필요한 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩 2. 모터보트·자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 행사(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다) 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안 <p>③ 회사는 '한국표준질병사인분류'에 따른 다음의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 정신 및 행동장애(F04~F99) 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98) 3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원 또는 통원한 경우(O00~O99). 다만, 회사가 보상하는 상해로 인하여 입원 또는 통원한 경우에는 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다. 4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04) 5. 비만(E66) 6. 요실금(N39.3, N39.4, R32) 7. 직장 또는 항문 질환 중 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 부분(K60~K62, K64) <p>④ 회사는 다음의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 치과치료(K00~K08, 다만, 안면부 골절로 발생한 의료비는 치아관련 치료를 제외하고 보상합니다).한방치료(다만, 「의료법」 제2조에 따른 한의사를 제외한 '의사'의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다

보장종목	보상하지 않는 사항
<p>(3) 3대비급여</p>	<p>다)</p> <p>2. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용. 다만 약관상 보상하는 상해 또는 질병을 치료함에 있어 아래 각 목에 해당하는 경우는 치료 목적으로 보아 보상합니다.</p> <p>가. 약사법령에 의하여 약제별 허가사항 또는 신고된 사항(효능/효과 및 용법/용량 등)대로 사용된 경우</p> <p>나. 요양급여 약제가 관련 법령 또는 고시 등에서 정한 별도의 적용기준대로 비급여 약제로 사용된 경우</p> <p>다. 요양급여 약제가 관련 법령에 따라 별도의 비급여사용승인 절차를 거쳐 그 승인 내용대로 사용된 경우</p> <p>라. 상기 가목 부터 다목의 약제가 두 가지 이상 함께 사용된 경우(함께 사용된 약제중 어느 하나라도 상기 가목 부터 다목에 해당하지 않는 경우 제외)</p> <p>3. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용</p> <p>4. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료 재료의 구입 및 대체 비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 보상합니다.</p> <p>5. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비</p> <p>6. 자동차보험(공제를 포함합니다)에서 보상받는 치료관계비(과실상계 후 금액을 기준으로 합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비(자동차보험 진료수가에 관한 기준 및 산재보험 요양급여 산정기준에 따라 발생한 실제 본인 부담의료비)는 제3조(보장종목별 보상내용) (3)3대비급여 제1항부터 제7항에 따라 보상합니다.</p> <p>7. 사람면역결핍바이러스(HIV) 감염으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV 감염은 해당 진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다)</p> <p>8. 「국민건강보험법」 제42조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비</p> <p>9. 「응급의료에 관한 법률」 및 동법 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 동법 제26조에 따른 권역응급의료센터 또는 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료</p> <p>10. 의료법령에 따라 보건복지부장관이 고시한 사용목적, 사용대상, 시술방법 등에 맞지 않게 사용된 다음 각 목의 의료기술</p> <p>가. 「신의료기술의 안전성·유효성 평가결과 고시」 [별표1] 신의료기술의 안전성·유효성 평가 결과 고시(단, 목적 및 시술방법의 변경이 경미하여 새로운 신의료기술 평가의 대상에 해당하지 않는 경우는 제외)</p> <p>나. 「평가 유예 신의료기술 고시」 [별표] 평가 유예 신의료기술</p> <p>다. 「신의료기술의 안전성·유효성 평가결과 고시」 [별표2] 제한적 의료기술</p> <p>라. 「신의료기술의 안전성·유효성 평가결과 고시」 [별표3] 혁신의료기술</p> <p>11. 「첨단재생의료 및 첨단바이오의약품 안전 및 지원에 관한 법률」 제12조의2에 따라 심의위원회에서 적합 통보를 받은 승인 범위를 벗어나 사용된 첨단재생의료 치료</p> <p>12. 「신의료기술평가에 관한 규칙」 등에 의한 의료기술 재평가 실시 결과 '임상적 이득 대비 위험이 더 크거나 의학적 필요성, 임상적 요구도 및 활용도가 매우 낮다'</p>

보장종목	보상하지 않는 사항
(3) 3대비급여	<p>또는 '권고하지 않음'으로 평가되고 해당 평가 결과가 「보건의료기술 진흥법」 제4장 및 관련 조항에 따라 설립된 한국보건의료연구원 홈페이지 등을 통해 공개된 지 2개월 이상 경과한 경우</p>
(4) 공통 ^{주)}	<p>회사는 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조제1항(〔별표2〕 비급여대상)에 따른 아래 각 호의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 다음 각 목의 질환으로서 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우에 실시 또는 사용되는 치료로 인하여 발생한 비급여 의료비 <ul style="list-style-type: none"> 가. 단순한 피로 또는 권태 나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환 다. 발기부전(impotence)·불감증 라. 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다) 마. 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis) 바. 검열반 등 안과질환 사. 그 밖에 일상생활에 지장이 없는 경우로 국민건강보험 비급여 대상에 해당하는 치료 2. 다음 각 목의 진료로서 신체의 필수 기능 개선 목적이 아닌 경우에 실시 또는 사용되는 치료로 인하여 발생한 비급여 의료비 <ul style="list-style-type: none"> 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 성형수술(윤비술), 유방 확대(다만, 유방암 환자의 환측 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살 제거술 등 미용목적의 성형수술과 그로 인한 후유증치료 나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술 다. 치과교정 라. 씹는 기능 및 발음 기능의 개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 턱얼굴(악안면)교정술 마. 관절운동 제한이 없는 반흔구축성형술 등 외모개선 목적의 반흔제거술 바. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다) 사. 질병 치료가 아닌 단순히 키 성장(성장촉진)을 목적으로 하는 진료 아. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술 자. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여 대상에 해당하는 치료 3. 다음 각 목의 예방진료로서 질병·부상의 진료를 직접목적으로 하지 아니하는 경우에 실시 또는 사용으로 인하여 발생한 비급여 의료비 <ul style="list-style-type: none"> 가. 본인의 희망에 의한 건강검진(다만, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 추가 의료비용은 보상합니다) 나. 예방접종(파상풍 혈청주사 등 치료목적으로 사용하는 예방주사 제외) 다. 그 밖에 예방진료로서 국민건강보험 비급여 대상에 해당하는 치료 4. 그 밖에 다음 각 목의 진료로 인해 발생한 비급여 의료비 <ul style="list-style-type: none"> 가. 친자확인을 위한 진단 나. 불임검사, 불임수술, 불임복원술 다. 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다) 라. 인공유산에 든 비용(다만, 회사가 보상하는 상해 또는 질병으로 임신상태를 유지하기 어려워 의사의 권고에 따라 불가피하게 시행한 경우는 제외)

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

제5조(보험가입금액 한도 등)

- ① 이 계약의 연간 보험가입금액은 제3조(보장종목별 보상내용) (1)상해비급여에 대하여 입원과 통원의 보상금액을 합산하여 5천만원 이내에서, (2)질병비급여에 대하여 입원과 통원의 보상금액을 합산하여 5천만원 이내에서 회사가 정한 금액 중 계약자가 선택한 금액을 말하며, 제3조(보장종목별 보상내용)에 의한 비급여의료비를 이 금액 한도 내에서 보상합니다. 다만, (3)3대비급여의 보험가입금액은 제3조 (3)3대비급여 제1항에서 정한 연간 보장한도로 합니다.
- ② 이 계약에서 '연간'이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 입원 또는 통원 치료시 해당일이 속한 연도의 보험가입금액 한도를 적용합니다.
- ③ 제3조(보장종목별 보상내용)에서 정한 통원의 경우 (1)상해비급여 또는 (2)질병비급여 각각에 대하여 통원 1회당 20만원 이내에서 회사가 정한 금액 중 계약자가 선택한 금액으로 하며, (3)3대비급여의 경우 각 비급여의료비별 보장한도로 합니다.
- ④ 제3조 (1)상해비급여 제3항 또는 제4항, (2)질병비급여 제2항 또는 제3항 및 (3)3대비급여 제7항에 따른 계속중인 입원 또는 통원의 보장한도는 연간 보장한도(보험가입금액)에서 직전 보험기간 종료일까지 지급한 금액을 차감한 잔여 금액과 연간 보장한도(횟수)에서 직전 보험기간 종료일까지 보상한 횟수를 차감한 잔여 횟수를 한도로 적용합니다.
- ⑤ 제3조(보장종목별 보상내용)에서 정한 입원의 경우 상급종합병원·종합병원의 상해·질병 및 3대 비급여 의료비(3대 비급여 중 근골격계 이학요법치료·체외충격파치료 및 주사로 관련 비급여 의료비는 제외) 중 공제금액이 계약일 또는 매년 계약해당일부터 기산하여 연간 500만원을 초과하는 때에는 500만원까지 공제합니다.

대 상	보험가입금액 연간한도 기준	통원 1회당 보장한도
상해비급여의료비	5천만원	20만원
질병비급여의료비	3천만원	15만원
	1천만원	10만원

제6조(보험료의 계산)

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



<갱신년도별 보험료 적용 예시>

최초 보험료, 20세 남자, 월 14,000원, 매년 보험료 25% 인상 가정시

*기본형 실손의료보험과 실손의료보험 특별약관1에 함께 가입하였을 경우를 가정하여 산출한 보험료입
니다

(단위 : 원)

구 분	20세	21세	22세	23세	24세	25세
나이증가분(A)	-	560	728	946	1,230	1,599
보험료 산출 기초율 (위험률 등) 증가분 (B=전년도 보험료의 25% 가정)	-	3,640	4,732	6,152	7,997	10,396
기준보험료 (C=전년도 기준보험료 +A+B)	14,000	18,200	23,660	30,758	39,985	51,980

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

제7조(비급여 진료비용 공개제도 등의 안내)

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



<비급여 진료비용 공개제도>

국민이 쉽게 이해하고 의료기관을 선택할 때 참고할 수 있도록 건강보험심사평가원이 매년 비급여 진료 비용을 조사하여 최저·최고금액 등 비급여 진료비용에 대한 정보를 비교·공개하는 제도를 말합니다.

<비급여 진료 사전설명제도>

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

제8조(특별약관의 소멸)

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

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

1-2. 실손의료보험 특별약관2(비중증 비급여 실손의료비)(갱신형)

제1조(보장종목)

- ① 회사가 판매하는 실손의료보험 특별약관2(이하 '특별약관2'이라 합니다)은 상해비급여형, 질병비급여형, 비급여자기공명영상진단형의 3개의 보장종목으로 구성되어 있습니다.

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

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

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

- ② 회사는 이 특별약관2의 명칭에 '비중증 비급여 실손의료비'라는 문구를 포함하여 사용합니다.

제2조(용어의 정의)

- ① 이 특별약관2에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같습니다.

용 어		정 의
근골격계 이학요법치료· 체외충격파치 료	근골격계 이학요법치료	「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 내 비급여 목록 중 근골격계 질환의 기능 개선 및 통증감소를 위하여 실시하는 치료행위 일체 ^{주)} (예시 : FIMS(기능적근육내 자극치료), 신장 분사치료, 도수치료, 증식치료, 비침습적 무통증 신호요법 등) 주) 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」가 관련 법령 개정 또는 폐지 등으로 이학요법치료와 관련된 행위 비급여 목록이 삭제될 경우 삭제 전 가장 최근 발간된 내용을 기준으로 하며, 보건복지부, 건강보험심사평가원 또는 국민건강보험공단 등에서 이학요법치료를 법령 등에서 별도 정의하는 경우 해당 정의에 따를 수 있습니다.
	체외충격파치 료	체외에서 충격파를 병변에 가해 혈관 재형성을 돕고 건(힘줄) 및 뼈의 치유 과정을 자극하거나 재활성화 시켜 기능개선 및 통증감소를 위하여 실시하는 치료행위(체외충격파쇄석술은 제외)

용 어		정 의
주사료	주사료	항암제, 항생제, 희귀의약품을 제외한 주사치료시 사용된 행위, 약제 및 치료재료대
	항암제	식품의약품안전처가 「의약품등 분류번호에 관한 규정」에 따라 지정하는 '조직세포의 기능용 의약품' 중 '종양용약과 '조직세포의 치료 및 진단 목적제제'* *향후 식품의약품안전처 예규인 「의약품등 분류번호에 관한 규정」이 폐지되는 등의 사유가 발생하는 경우 약사법에 따른 의약품관리 종합정보센터로 지정된 기관(건강보험심사평가원)에서 관리하는 「해부·치료·화학적 분류(ATC)」 코드 등을 준용할 수 있으며, 분류 기준 등이 변경되는 경우 치료시점의 분류기준에 따릅니다.
	항생제 (항진균제 포함)	식품의약품안전처가 「의약품등 분류번호에 관한 규정」에 따라 지정하는 '항병원생물성 의약품' 중 '항생물질제제', '화학요법제' 및 '기생동물에 대한 의약품 중 항원충제'* *향후 식품의약품안전처 예규인 「의약품등 분류번호에 관한 규정」이 폐지되는 등의 사유가 발생하는 경우 약사법에 따른 의약품관리 종합정보센터로 지정된 기관(건강보험심사평가원)에서 관리하는 「해부·치료·화학적 분류(ATC)」 코드 등을 준용할 수 있으며, 분류 기준 등이 변경되는 경우 치료시점의 분류기준에 따릅니다.
	희귀의약품	식품의약품안전처장이 「희귀의약품 지정에 관한 규정」에 따라 지정하는 의약품* * 「희귀의약품 지정에 관한 규정」에 따른 희귀의약품 지정 항목이 변경되는 경우 치료시점의 희귀의약품 지정 항목에 따릅니다.
자기공명 영상진단		자기공명영상 장치를 이용하여 고주파 등을 통한 신호의 차이를 영상화하여 조직의 구조를 분석하는 검사*(MRI/MRA) *자기공명영상진단 결과를 다른 의료기관에서 판독하는 경우 포함 (보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 상의 MRI/MRA 범주에 따름)
산정특례 대상 질환		「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시)」 제4조부터 제5조의3까지에 따른 산정특례 대상인 질환 ^{주)} (암, 뇌혈관질환, 심장질환, 희귀질환, 중증난치질환, 중증화상, 중증외상, 결핵, 잠복 결핵 등) 주) 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제4조부터 제5조의3이 관련 법규 개정 등으로 삭제될 경우 삭제 전 가장 최근 고시된 내용을 기준으로 하며, 삭제 이후 보건복지부, 건강보험심사평가원 또는 국민건강보험공단 등에서 희귀질환, 중증난치 질환 등을 법규 등에서 별도 정의하는 경우 해당 정의에 따를 수 있습니다.
암질환·뇌혈관질환·심장질환·중증화상·중증외상		「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제4조(〔별표3〕중증질환자 산정특례 대상)에 따른 질환
희귀질환		「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제5조(〔별표4〕희귀질환자 산정특례 대상)에 따른 질환

용어	정의
중증난치질환	「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제5조([별표4의2]중증난치질환자 산정특례 대상)에 따른 질환
결핵·잠복결핵	「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제5조의2([별표5]시행령 별표2 제3호 가목 3)에 따른 결핵질환의 적용 범위에 따른 질환
산정특례 대상 질환으로 인한 치료	<p>산정특례 대상 질환에 대한 치료 및 해당 질환과 의학적으로 인과관계가 분명하다고 인정되는 합병증에 대한 치료(다만 산정특례 대상 질환의 치료가 종료된 상태에서 합병증만을 치료중인 경우는 제외합니다.)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">〈산정특례 대상 질환 치료에 미해당하는 치료의 예시〉</p> <ul style="list-style-type: none"> -항암수술 후에 암 조직이 없는 상태에서 재발방지 목적으로 이루어지는 호르몬 치료 등(단, 항암목적의 호르몬치료 및 방사능치료는 산정특례 대상 질환 치료에 해당) -혈액암 환자 중 조혈모세포이식 후 완전관해지만 면역억제제를 복용하고 있는 경우, 간암으로 간이식술 후 재발 없이 외래에서 추적관찰하면서 면역억제제를 복용하고 있는 경우 -암, 뇌혈관질환, 심장질환, 희귀질환, 중증난치질환, 중증화상, 중증외상, 결핵, 잠복결핵 등 치료가 완료된 상태에서 신체 기능 회복 및 개선 목적으로 이루어지는 근골격계 이학요법치료 등 </div>
입원의료비	입원실료, 입원제비용, 입원수술비, 비급여 병실료
보장대상의료비	실제 부담액 - 보장제외금액* *제3관 회사가 보장하지 않는 사항에 따른 금액 및 비급여 병실료 중 회사가 보장하지 않는 금액
상급병실료 차액	상급병상을 이용함에 따라 요양급여 대상인 입원료 외에 추가로 부담하는 입원실 이용 비용

② 제1항에서 정하지 않은 용어의 뜻은 보통약관 제2조(용어의 정의)를 준용합니다.

제3조(보장종목별 보상내용)

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

보장종목	보상하는 사항
(1) 상해비급여	<p>① 회사는 피보험자가 상해로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원(외래 및 처방조제)하여 산정특례 대상 질환 외 치료를 받은 경우에는 비급여의료비(비급여 자기공명영상진단은 제외합니다)를 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 다음과 같이 보상합니다. 다만, 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비 기준으로 계산하며, 감면받은 의료비가 본인 또는 가족(「피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자」(이하 '배우자'라 합니다), 직계혈족 및 형제자매(민법 제768조)의 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「독립유공자 예우에 관</p>

보장종목	보상하는 사항									
(1) 상해비급여	<p>한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비로 비급여 의료비를 계산합니다.</p>									
	<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">구분</th> <th>보상금액</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>입원 (입원실료, 입원제비용, 입원수술비)</td> <td>'비급여 의료비(비급여 병실료는 제외합니다)'(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 50%에 해당하는 금액. 다만, 「의료법」 제3조제2항에 의한 의료기관(동법 제3조의3에 의한 종합병원은 제외)에서 발생한 비급여 의료비는 1회당 300만원을 한도로 합니다.</td> </tr> </tbody> </table>	구분	보상금액	입원 (입원실료, 입원제비용, 입원수술비)	'비급여 의료비(비급여 병실료는 제외합니다)'(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 50%에 해당하는 금액. 다만, 「의료법」 제3조제2항에 의한 의료기관(동법 제3조의3에 의한 종합병원은 제외)에서 발생한 비급여 의료비는 1회당 300만원을 한도로 합니다.					
	구분	보상금액								
	입원 (입원실료, 입원제비용, 입원수술비)	'비급여 의료비(비급여 병실료는 제외합니다)'(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 50%에 해당하는 금액. 다만, 「의료법」 제3조제2항에 의한 의료기관(동법 제3조의3에 의한 종합병원은 제외)에서 발생한 비급여 의료비는 1회당 300만원을 한도로 합니다.								
<p>상급병실료 차액</p> <p>비급여 병실료의 50%. 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 비급여 병실료 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.</p>										
<p>통원 (외래제비용, 외래수술비, 처방조제비)</p> <p>통원 1일당(외래 및 처방·조제비 합산) '비급여 의료비(비급여 병실료는 제외합니다)'(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표1>의 '통원항목별 공제금액'을 뺀 금액(매년 계약해당일부터 1년간 통원 100일을 한도로 합니다.)</p> <p style="text-align: center;"><표1> 통원항목별 공제금액</p> <table border="1" style="width: 100%; margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;">항목</th> <th>공제금액</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>「국민건강보험법」 제42조제1항에 따른 의료기관(제1호), 보건소·보건의료원·보건지소(제4호), 보건진료소(제5호)에서의 외래 및 약국(제2호), 한국회귀·필수의약품센터(제3호)에서의 처방·조제</td> <td>5만원과 보장대상 의료비의 50% 중 큰 금액</td> </tr> </tbody> </table>	항목	공제금액	「국민건강보험법」 제42조제1항에 따른 의료기관(제1호), 보건소·보건의료원·보건지소(제4호), 보건진료소(제5호)에서의 외래 및 약국(제2호), 한국회귀·필수의약품센터(제3호)에서의 처방·조제	5만원과 보장대상 의료비의 50% 중 큰 금액						
항목	공제금액									
「국민건강보험법」 제42조제1항에 따른 의료기관(제1호), 보건소·보건의료원·보건지소(제4호), 보건진료소(제5호)에서의 외래 및 약국(제2호), 한국회귀·필수의약품센터(제3호)에서의 처방·조제	5만원과 보장대상 의료비의 50% 중 큰 금액									
<p>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.</p>										
<p>③ 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음 날부터 180일까지 보상합니다.</p>										
<p>④ 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 통원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음 날부터 180일 이내의 통원을 보상하며 최대 90일 한도 내에서 보상합니다.</p>										
<p style="text-align: center;"><입원 및 통원 보상기간 예시></p> <table style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; border-right: 1px dashed black; padding: 5px;">보상대상기간 (1년)</td> <td style="width: 20%; border-right: 1px dashed black; padding: 5px;">보상대상기간 (1년)</td> <td style="width: 20%; border-right: 1px dashed black; padding: 5px;">보상대상기간 (1년)</td> <td style="width: 20%; border-right: 1px dashed black; padding: 5px;">추가보상 (180일)</td> <td style="width: 20%; padding: 5px;"></td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px dashed black; padding: 5px;">↑ 계약일 (27.1.1.)</td> <td style="border-right: 1px dashed black; padding: 5px;">↑ 계약해당일 (28.1.1.)</td> <td style="border-right: 1px dashed black; padding: 5px;">↑ 계약해당일 (29.1.1.)</td> <td style="border-right: 1px dashed black; padding: 5px;">↑ 계약종료일 (29.12.31.)</td> <td style="padding: 5px;">↑ 보상종료일 (30.6.29.)</td> </tr> </table>	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	추가보상 (180일)		↑ 계약일 (27.1.1.)	↑ 계약해당일 (28.1.1.)	↑ 계약해당일 (29.1.1.)	↑ 계약종료일 (29.12.31.)	↑ 보상종료일 (30.6.29.)
보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	추가보상 (180일)							
↑ 계약일 (27.1.1.)	↑ 계약해당일 (28.1.1.)	↑ 계약해당일 (29.1.1.)	↑ 계약종료일 (29.12.31.)	↑ 보상종료일 (30.6.29.)						
<p>⑤ 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제3항과 제4항을 적용하지 않습니다.</p>										
<p>⑥ 피보험자가 「국민건강보험법」 제5조, 제53조, 제54조에 따라 요양급여 또는 「의료급여법」 제4조, 제15조, 제17조에 따라 의료급여를 적용받지 못하는 경우에는 다음과 같이 보상합니다.</p>										

보장종목	보상하는 사항						
<p>(1) 상해비급여</p>	<p>1. 의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액(통원의 경우 본인이 실제로 부담한 금액에서 같은 조 제1항 <표1>의 '공제금액'을 뺀 금액)의 40%를 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다.</p> <p>2. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 제1호를 적용하지 아니하고 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비에 대해서만 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 감면받은 의료비가 본인 또는 가족(「피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자」(이하 '배우자'라 합니다), 직계혈족 및 형제자매(민법 제768조))의 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비에 대해서 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다.</p> <p>⑦ 회사는 피보험자가 상해로 인하여 의료기관에서 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, 뇌사장기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 제1항부터 제6항에 따라 보상합니다.</p>						
<p>(2) 질병비급여</p>	<p>① 회사는 피보험자가 질병으로 의료기관에 입원 또는 통원(외래 및 처방조제)하여 산정특례 대상 질환 외 치료를 받은 경우에는 비급여의료비(비급여 자기공명영상진단은 제외합니다)를 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 다음과 같이 보상합니다. 다만, 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비 기준으로 계산하며, 감면받은 의료비가 본인 또는 가족(「피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자」(이하 '배우자'라 합니다), 직계혈족 및 형제자매(민법 제768조))의 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비로 비급여 의료비를 계산합니다.</p> <table border="1" data-bbox="405 1509 1406 1904"> <thead> <tr> <th data-bbox="405 1509 647 1547">구분</th> <th data-bbox="647 1509 1406 1547">보상금액</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="405 1547 647 1765">입원(입원실료, 입원제비용, 입원수술비)</td> <td data-bbox="647 1547 1406 1765">'비급여 의료비(비급여 병실료는 제외합니다)'(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 50%에 해당하는 금액. 다만, 「의료법」 제3조제2항에 의한 의료기관(동법 제3조의3에 의한 종합병원은 제외)에서 발생한 비급여 의료비는 1회당 300만원을 한도로 합니다.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="405 1765 647 1904">상급병실료 차액</td> <td data-bbox="647 1765 1406 1904">비급여 병실료의 50%. 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 비급여 병실료 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.</td> </tr> </tbody> </table>	구분	보상금액	입원(입원실료, 입원제비용, 입원수술비)	'비급여 의료비(비급여 병실료는 제외합니다)'(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 50%에 해당하는 금액. 다만, 「의료법」 제3조제2항에 의한 의료기관(동법 제3조의3에 의한 종합병원은 제외)에서 발생한 비급여 의료비는 1회당 300만원을 한도로 합니다.	상급병실료 차액	비급여 병실료의 50%. 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 비급여 병실료 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.
구분	보상금액						
입원(입원실료, 입원제비용, 입원수술비)	'비급여 의료비(비급여 병실료는 제외합니다)'(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 50%에 해당하는 금액. 다만, 「의료법」 제3조제2항에 의한 의료기관(동법 제3조의3에 의한 종합병원은 제외)에서 발생한 비급여 의료비는 1회당 300만원을 한도로 합니다.						
상급병실료 차액	비급여 병실료의 50%. 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 비급여 병실료 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.						

보장종목	보상하는 사항														
(2) 질병비급여	구분 통원 (외래제비용, 외래수술비, 처방조제비)	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">보상금액</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2"> 통원 1일당(외래 및 처방·조제비 합산) '비급여 의료비(비급여 병실료는 제외합니다)'(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표1>의 '통원항목별 공제금액'을 뺀 금액(매년 계약해당일부터 1년간 통원 100일을 한도로 합니다.) </td> </tr> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;"><표1> 통원항목별 공제금액</th> </tr> <tr> <th style="text-align: center;">항목</th> <th style="text-align: center;">공제금액</th> </tr> <tr> <td>「국민건강보험법」 제42조제1항에 따른 의료기관(제1호), 보건소·보건의료원·보건지소(제4호), 보건진료소(제5호)에서의 외래 및 약국(제2호), 한국희귀·필수의약품센터(제3호)에서의 처방·조제</td> <td style="text-align: center;">5만원과 보장대상 의료비의 50% 중 큰 금액</td> </tr> </tbody> </table>	보상금액		통원 1일당(외래 및 처방·조제비 합산) '비급여 의료비(비급여 병실료는 제외합니다)'(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표1>의 '통원항목별 공제금액'을 뺀 금액(매년 계약해당일부터 1년간 통원 100일을 한도로 합니다.)		<표1> 통원항목별 공제금액		항목	공제금액	「국민건강보험법」 제42조제1항에 따른 의료기관(제1호), 보건소·보건의료원·보건지소(제4호), 보건진료소(제5호)에서의 외래 및 약국(제2호), 한국희귀·필수의약품센터(제3호)에서의 처방·조제	5만원과 보장대상 의료비의 50% 중 큰 금액			
	보상금액														
통원 1일당(외래 및 처방·조제비 합산) '비급여 의료비(비급여 병실료는 제외합니다)'(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표1>의 '통원항목별 공제금액'을 뺀 금액(매년 계약해당일부터 1년간 통원 100일을 한도로 합니다.)															
<표1> 통원항목별 공제금액															
항목	공제금액														
「국민건강보험법」 제42조제1항에 따른 의료기관(제1호), 보건소·보건의료원·보건지소(제4호), 보건진료소(제5호)에서의 외래 및 약국(제2호), 한국희귀·필수의약품센터(제3호)에서의 처방·조제	5만원과 보장대상 의료비의 50% 중 큰 금액														
<p>② 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음 날부터 180일까지 보상합니다.</p> <p>③ 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 통원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음 날부터 180일 이내의 통원을 보상하며 최대 90일 한도 내에서 보상합니다.</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p style="text-align: center;"><입원 및 통원 보상기간 예시></p> <table style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%; border-bottom: 1px solid black;">보상대상기간 (1년)</td> <td style="width: 20%; border-bottom: 1px solid black;">보상대상기간 (1년)</td> <td style="width: 20%; border-bottom: 1px solid black;">보상대상기간 (1년)</td> <td style="width: 20%; border-bottom: 1px solid black;">추가보상 (180일)</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black;">↑</td> <td style="border-top: 1px solid black;">↑</td> <td style="border-top: 1px solid black;">↑</td> <td style="border-top: 1px solid black;">↑</td> <td style="border-top: 1px solid black;">↑</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black;">계약일 (27.1.1.)</td> <td style="border-top: 1px solid black;">계약해당일 (28.1.1.)</td> <td style="border-top: 1px solid black;">계약해당일 (29.1.1.)</td> <td style="border-top: 1px solid black;">계약종료일 (29.12.31.)</td> <td style="border-top: 1px solid black;">보상종료일 (30.6.29.)</td> </tr> </table> </div> <p>④ 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제2항과 제3항을 적용하지 않습니다.</p> <p>⑤ 피보험자가 「국민건강보험법」 제5조, 제53조, 제54조에 따라 요양급여 또는 「의료급여법」 제4조, 제15조, 제17조에 따라 의료급여를 적용받지 못하는 경우에는 다음과 같이 보상합니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액(통원의 경우 본인이 실제로 부담한 금액에서 같은 조 제1항 <표1>의 '공제금액'을 뺀 금액)의 40%를 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 2. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 제1호를 적용하지 아니하고 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비에 대해서만 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 감면받은 의료비가 본인 또는 가족(「피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자」(이하 '배우자'라 합니다), 직계혈족 및 형제자매(민법 제768조)의 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비에 대해서 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액 		보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	추가보상 (180일)	↑	↑	↑	↑	↑	계약일 (27.1.1.)	계약해당일 (28.1.1.)	계약해당일 (29.1.1.)	계약종료일 (29.12.31.)	보상종료일 (30.6.29.)
	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	추가보상 (180일)											
↑	↑	↑	↑	↑											
계약일 (27.1.1.)	계약해당일 (28.1.1.)	계약해당일 (29.1.1.)	계약종료일 (29.12.31.)	보상종료일 (30.6.29.)											

보장종목	보상하는 사항						
(2) 질병비급여	<p>을 제5조에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다.</p> <p>⑥ 회사는 피보험자가 질병으로 인하여 의료기관에서 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 제1항부터 제5항에 따라 보상합니다.</p>						
(3) 비급여 자기공명영상진단	<p>① 회사는 이 특별약관2의 보험기간 중 산정특례 대상 질환 외 상해 또는 질병의 치료목적으로 의료기관에 입원 또는 통원하여 자기공명영상진단을 받아 본인이 실제로 부담한 비급여의료비(조영제, 판독료 포함)에서 공제금액을 뺀 금액을 아래의 보장한도 범위 내에서 보상합니다. 다만, 국가 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비 기준으로 계산하며, 감면받은 의료비가 본인 또는 가족(「피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자」(이하 '배우자'라 합니다), 직계혈족 및 형제자매(민법 제768조)의 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비로 비급여 의료비를 계산합니다.</p> <p style="text-align: center;">〈표1〉 공제금액 및 보장한도</p> <table border="1" data-bbox="405 965 1406 1160"> <thead> <tr> <th>구분</th> <th>공제금액</th> <th>보장한도</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>비급여 자기공명영상진단</td> <td>자기공명영상진단을 받아 본인이 실제로 부담한 비급여의료비(조영제, 판독료 포함)</td> <td>1회당 5만원과 보장대상의료비의 50% 중 큰 금액</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;">〈자기공명영상진단 보상기간 예시〉</p> <p>(i) 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 1년내 200만원을 모두 보상한 경우</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p style="text-align: center;">(예: 200만원 보상) 보상제외 (151일) 보장한도 복원</p> <p>↑ 계약일 (27.4.1) ↑ 보장한도종료일 (27.10.31) ↑ 계약해당일(28.4.1) 보상재개</p> <p style="text-align: center;">'27.11.1.부터 보상제외</p> </div> <p>② 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연히 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 증독증상이 포함됩니다. 다만, 유독가스 또는 유독물질을 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 증독증상과 세균성 음식물 증독증상은 포함되지 않습니다.</p> <p>③ 의료기관을 1회 통원(또는 1회 입원)하여 2개 이상 부위에 걸쳐 이 특별약관2에서 정한 자기공명영상진단을 받거나 동일한 부위에 대해 2회 이상 이 특별약관2에서 정한 자기공명영상진단을 받은 경우 각 진단행위를 1회로 보아 각각 1회당 공제금액 및 보장한도를 적용합니다.</p> <p>④ 제3항에서 1회 입원이라 함은 퇴원없이 계속 중인 입원(동일한 상해 또는 질병 치료목적으로 퇴원 당일 다른 의료기관으로 옮겨 입원하는 경우 포함)을 말합니다. 동일한 상해 또는 질병으로 인한 입원이라고 하더라도 퇴원 후 재입원하는 경우에는 퇴원 전후</p>	구분	공제금액	보장한도	비급여 자기공명영상진단	자기공명영상진단을 받아 본인이 실제로 부담한 비급여의료비(조영제, 판독료 포함)	1회당 5만원과 보장대상의료비의 50% 중 큰 금액
구분	공제금액	보장한도					
비급여 자기공명영상진단	자기공명영상진단을 받아 본인이 실제로 부담한 비급여의료비(조영제, 판독료 포함)	1회당 5만원과 보장대상의료비의 50% 중 큰 금액					

보장종목	보상하는 사항															
<p>(3) 비급여 자기공명영상진 단</p>	<p>입원기간을 각각 1회 입원으로 봅니다.</p> <p>⑤ 제1항에서 보상하는 비급여의료비와 다른 의료비가 함께 청구되고 각 항목별 의료비가 구분되지 않는 경우 회사는 보험금 지급금액 결정을 위해 계약자, 피보험자 또는 보험 수익자에게 제1항에서 보상하는 의료비의 확인을 요청할 수 있습니다.</p> <p>⑥ 피보험자가 입원 또는 통원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 치료에 대하여는 보험계약 종료일 다음 날부터 180일까지 보상합니다. 이 경우 보장한도는 연간 보장한도(금액)에서 직전 보험계약 종료일까지 지급한 금액을 차감한 잔여 금액을 한도로 적용합니다. 다만, 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제1항을 적용합니다.</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p style="text-align: center;">〈입원 및 통원 보상기간 예시〉</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%; text-align: center;">보상대상기간 (1년)</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">보상대상기간 (1년)</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">보상대상기간 (1년)</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">추가보상 (180일)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">↑</td> <td style="text-align: center;">↑</td> <td style="text-align: center;">↑</td> <td style="text-align: center;">↑</td> <td style="text-align: center;">↑</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">계약일 (27.1.1.)</td> <td style="text-align: center;">계약해당일 (28.1.1.)</td> <td style="text-align: center;">계약해당일 (29.1.1.)</td> <td style="text-align: center;">계약종료일 (29.12.31.)</td> <td style="text-align: center;">보상종료일 (30.6.29.)</td> </tr> </table> </div> <p>⑦ 피보험자가 「국민건강보험법」 제5조, 제53조, 제54조에 따라 요양급여 또는 「의료급여법」 제4조, 제15조, 제17조에 따라 의료급여를 적용받지 못하는 경우에는 다음과 같이 보상합니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액(통원의 경우 본인이 실제로 부담한 금액에서 같은 조 제1항 <표1>의 '공제금액'을 뺀 금액)의 40%를 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 2. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 제1호를 적용하지 아니하고 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비에 대해서만 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 감면받은 의료비가 본인 또는 가족(「피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자」(이하 '배우자'라 합니다), 직계혈족 및 형제자매(민법 제768조)의 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비에 대해서 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. <p>⑧ 회사는 피보험자가 상해 또는 질병으로 인하여 의료기관에서 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 제1항부터 제7항에 따라 보상합니다.</p>		보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	추가보상 (180일)	↑	↑	↑	↑	↑	계약일 (27.1.1.)	계약해당일 (28.1.1.)	계약해당일 (29.1.1.)	계약종료일 (29.12.31.)	보상종료일 (30.6.29.)
	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	추가보상 (180일)												
↑	↑	↑	↑	↑												
계약일 (27.1.1.)	계약해당일 (28.1.1.)	계약해당일 (29.1.1.)	계약종료일 (29.12.31.)	보상종료일 (30.6.29.)												

제4조(보상하지 않는 사항)
회사가 보상하지 않는 사항은 보장종목별로 다음과 같습니다.

보장종목	보상하지 않는 사항
(1) 상해비급여	<p>① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 비급여 의료비는 보상하지 않습니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다. 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다. 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우 4. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원 또는 통원한 경우. 다만, 회사가 보상하는 상해로 인하여 입원 또는 통원한 경우에는 보상합니다. 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인한 경우 6. 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원 치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자 본인이 자의적으로 입원하여 발생한 입원 의료비 7. 피보험자가 정당한 이유없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 통원의료비 <p>② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동 목적으로 한 다음의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 생긴 상해에 대해서는 보상하지 않습니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전 훈련이 필요한 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩 2. 모터보트·자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 행사(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 보상합니다) 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안 <p>③ 회사는 다음의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 치과치료(K00~K08, 다만 안면부 골절로 발생한 의료비는 치아관련 치료를 제외하고 보상합니다).한방치료(다만, 「의료법」 제2조에 따른 한의사를 제외한 '의사'의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 보상합니다) 2. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용. 다만 약관상 보상하는 상해를 치료함에 있어 아래 각 목에 해당하는 경우는 치료 목적으로 보아 보상합니다(다만, 항암제, 항생제, 희귀의약품을 제외한 주사치료시 사용된 행위, 약제 및 치료재료와 관련하여 소요된 비용은 보상하지 않습니다). <ol style="list-style-type: none"> 가. 약사법령에 의하여 약제별 허가사항 또는 신고된 사항(효능/효과 및 용법/용량 등)대로 사용된 경우 나. 영양급여 약제가 관련 법령 또는 고시 등에서 정한 별도의 적용기준대로 비급여 약제로 사용된 경우 다. 영양급여 약제가 관련 법령에 따라 별도의 비급여사용승인 절차를 거쳐 그 승인 내용대로 사용된 경우 라. 상기 가목 부터 다목의 약제가 두 가지 이상 함께 사용된 경우(함께 사용된 약제중 어느 하나라도 상기 가목부터 다목에 해당하지 않는 경우 제외) 3. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용 4. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료 재료의 구입 및 대체 비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 보상합니다. 5. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비

보장종목	보상하지 않는 사항
<p>(1) 상해비급여</p>	<p>6. 자동차보험(공제를 포함합니다)에서 보상받는 치료관계비(과실상계 후 금액을 기준으로 합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비(자동차보험 진료수가에 관한 기준 및 산재보험 요양급여 산정기준에 따라 발생한 실제 본인 부담의료비)는 제3조(보장종목별 보상내용) (1)상해비급여 제1항부터 제5항에 따라 보상합니다.</p> <p>7. 「국민건강보험법」 제42조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비</p> <p>8. 「응급의료에 관한 법률」 및 동법 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 동법 제26조에 따른 권역응급의료센터 또는 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료</p> <p>9. 「신의료기술평가에 관한 규칙」 제3조제13항제1호에 따라 안전성 및 유효성이 있는 신의료기술로서 보건복지부장관이 고시(「신의료기술의 안전성·유효성 평가결과 고시)하였으나, 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제11조제1항 또는 제13조제1항에 따라 요양급여대상 또는 비급여대상으로 결정·고시되기 전까지의 행위·치료재료와 관련하여 소요된 비용</p> <p>10. 「신의료기술평가에 관한 규칙」 제3조제13항제2호에 따른 제한적 의료기술과 관련하여 소요된 비용</p> <p>11. 「신의료기술평가에 관한 규칙」 제3조제13항제3호에 따른 혁신의료기술과 관련하여 소요된 비용</p> <p>12. 「신의료기술평가에 관한 규칙」 제2조에 따른 평가 유예 신의료기술 및 즉시진입 의료기술 등과 관련하여 소요된 비용</p> <p>13. 「첨단재생의료 및 첨단바이오의약품 안전 및 지원에 관한 법률」 제2조에 따른 첨단재생의료와 관련하여 소요된 비용</p> <p>14. 「의료법」 제53조에 따른 신의료기술이 관련 법령상 인정 받은 사용대상, 목적 및 시술방법에 맞지 않게 사용된 경우(단, 목적 및 시술방법의 변경이 경미하여 새로운 신의료기술평가의 대상에 해당하지 않는 경우는 제외)</p> <p>15. 항암제, 항생제, 희귀의약품을 제외한 주사치료시 사용된 행위, 약제 및 치료재료와 관련하여 소요된 비용</p> <p>16. 근골격계 이학요법 치료행위에 수반된 일체의 의료비(예 : 행위료, 치료재료대, 약제 및 주사비)</p> <p>17. 체외충격파 치료행위에 수반된 일체의 의료비(예 : 행위료, 치료재료대, 약제 및 주사비)</p> <p>18. 「신의료기술평가에 관한 규칙」 등에 의한 의료기술 재평가 실시 결과 '임상적 이득 대비 위험이 더 크거나 의학적 필요성, 임상적 요구도 및 활용도가 매우 낮다' 또는 '권고하지 않음'으로 평가되고 해당 평가 결과가 「보건의료기술 진흥법」 제4장 및 관련 조항에 따라 설립된 한국보건의료연구원 홈페이지 등을 통해 공개된 지 2개월 이상 경과한 경우</p>
<p>(2) 질병비급여</p>	<p>① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 비급여 의료비는 보상하지 않습니다.</p> <p>1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다.</p> <p>2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.</p> <p>3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우</p> <p>4. 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원</p>

보장종목	보상하지 않는 사항
<p>(2) 질병비급여</p>	<p>치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자 본인이 자의적으로 입원하여 발생한 입원 의료비</p> <p>5. 피보험자가 정당한 이유 없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 통원 의료비</p> <p>② 회사는 '한국표준질병사인분류'에 따른 다음의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 정신 및 행동장애(F04~F99) 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98) 3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원 또는 통원한 경우(O00~O99) 4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04) 5. 비만(E66) 6. 요실금(N39.3, N39.4, R32) 7. 직장 또는 항문 질환(K60~K62, K64) <p>③ 회사는 다음의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 치과치료(K00~K08) 및 한방치료(다만, 「의료법」 제2조에 따른 한의사를 제외한 '의사'의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 보상합니다) 2. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용. 다만 약관상 보상하는 질병을 치료함에 있어 아래 각 목에 해당하는 경우는 치료 목적으로 보아 보상합니다(다만, 항암제, 항생제, 희귀의약품은 제외한 주사치료시 사용된 행위, 약제 및 치료재료와 관련하여 소요된 비용은 보상하지 않습니다). <ul style="list-style-type: none"> 가. 약사법령에 의하여 약제별 허가사항 또는 신고된 사항(효능/효과 및 용법/용량 등)대로 사용된 경우 나. 영양급여 약제가 관련 법령 또는 고시 등에서 정한 별도의 적용기준대로 비급여 약제로 사용된 경우 다. 영양급여 약제가 관련 법령에 따라 별도의 비급여사용승인 절차를 거쳐 그 승인 내용대로 사용된 경우 라. 상기 가목 부터 다목의 약제가 두 가지 이상 함께 사용된 경우(함께 사용된 약제중 어느 하나라도 상기 가목 부터 다목에 해당하지 않는 경우 제외) 3. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용 4. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료 재료의 구입 및 대체 비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 보상합니다. 5. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비 6. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비(산재보험 요양급여 산정기준에 따라 발생한 실제 본인 부담의료비)는 제3조(보장종목별 보상내용) (2)질병비급여 제1항부터 제4항에 따라 보상합니다. 7. 사람면역결핍바이러스(HIV) 감염으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV 감염은 해당 진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 보상합니다) 8. 「국민건강보험법」 제42조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비

보장종목	보상하지 않는 사항
<p>(2) 질병비급여</p>	<p>9. 「응급의료에 관한 법률」 및 동법 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 동법 제26조에 따른 권역응급의료센터 또는 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료</p> <p>10. 「신의료기술평가에 관한 규칙」 제3조제13항제1호에 따라 안전성 및 유효성이 있는 신의료기술로서 보건복지부장관이 고시(「신의료기술의 안전성·유효성 평가결과 고시」)하였으나, 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제11조제1항 또는 제13조제1항에 따라 요양급여대상 또는 비급여대상으로 결정·고시되기 전까지의 행위·치료재료와 관련하여 소요된 비용</p> <p>11. 「신의료기술평가에 관한 규칙」 제3조제13항제2호에 따른 제한적 의료기술과 관련하여 소요된 비용</p> <p>12. 「신의료기술평가에 관한 규칙」 제3조제13항제3호에 따른 혁신의료기술과 관련하여 소요된 비용</p> <p>13. 「신의료기술평가에 관한 규칙」 제2조에 따른 평가 유예 신의료기술 및 즉시진입 의료기술 등의 신의료기술과 관련하여 소요된 비용</p> <p>14. 「첨단재생의료 및 첨단바이오의약품 안전 및 지원에 관한 법률」 제2조에 따른 첨단재생의료와 관련하여 소요된 비용</p> <p>15. 「의료법」 제53조에 따른 신의료기술이 관련 법령상 인정 받은 사용대상, 목적 및 시술방법에 맞지 않게 사용된 경우(단, 목적 및 시술방법의 변경이 경미하여 새로운 신의료기술평가의 대상에 해당하지 않는 경우는 제외)</p> <p>16. 항암제, 항생제, 희귀의약품을 제외한 주사치료시 사용된 행위, 약제 및 치료재료와 관련하여 소요된 비용</p> <p>17. 근골격계 이학요법치료 치료행위에 수반된 일체의 의료비(행위로, 치료재료대, 약제 및 주사비 등)</p> <p>18. 체외충격파 치료행위에 수반된 일체의 의료비(행위로, 치료재료대, 약제 및 주사비 등)</p> <p>19. 「신의료기술평가에 관한 규칙」 등에 의한 의료기술 재평가 실시 결과 '임상적 이득 대비 위험이 더 크거나 의학적 필요성, 임상적 요구도 및 활용도가 매우 낮다' 또는 '권고하지 않음'으로 평가되고 해당 평가 결과가 「보건의료기술 진흥법」 제4장 및 관련 조항에 따라 설립된 한국보건의료연구원 홈페이지 등을 통해 공개된 지 2개월 이상 경과한 경우</p>
<p>(3) 비급여 자기공명영상진단</p>	<p>① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 비급여 의료비는 보상하지 않습니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다. 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 지급합니다. 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우 4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인한 경우 5. 피보험자가 정당한 이유없이 입원 또는 통원 기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 의료비 <p>② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동 목적으로 한 다음의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 생긴 상해에 대해서는 보상하지 않습니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기

보장종목	보상하지 않는 사항
(3) 비급여 자기공명영상진단	<p>술, 경험, 사전 훈련이 필요한 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩</p> <p>2. 모터보트·자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 행사(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로에서 시운전을 하는 동안 발생한 손해는 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다)</p> <p>3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안</p> <p>③ 회사는 '한국표준질병사인분류'에 따른 다음의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 정신 및 행동장애(F04~F99) 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98) 3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원 또는 통원한 경우(O00~O99). 다만, 회사가 보상하는 상해로 인하여 입원 또는 통원한 경우에는 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다. 4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04) 5. 비만(E66) 6. 요실금(N39.3, N39.4, R32) 7. 직장 또는 항문 질환 중 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 부분(K60~K62, K64) <p>④ 회사는 다음의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 치과치료(K00~K08, 다만, 안면부 골절로 발생한 의료비는 치아관련 치료를 제외하고 보상합니다).한방치료(다만, 「의료법」 제2조에 따른 한의사를 제외한 '의사'의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다) 2. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용. 다만 약관상 보상하는 상해 또는 질병을 치료함에 있어 아래 각 목에 해당하는 경우는 치료 목적으로 보아 보상합니다(다만, 항암제, 항생제, 희귀의약품을 제외한 주사치료시 사용된 행위, 약제 및 치료재료와 관련하여 소요된 비용은 보상하지 않습니다). <ol style="list-style-type: none"> 가. 약사법령에 의하여 약제별 허가사항 또는 신고된 사항(효능/효과 및 용법/용량 등)대로 사용된 경우 나. 요양급여 약제가 관련 법령 또는 고시 등에서 정한 별도의 적용기준대로 비급여 약제로 사용된 경우 다. 요양급여 약제가 관련 법령에 따라 별도의 비급여사용승인 절차를 거쳐 그 승인 내용대로 사용된 경우 라. 상기 가목 부터 다목의 약제가 두 가지 이상 함께 사용된 경우(함께 사용된 약제중 어느 하나라도 상기 가목 부터 다목에 해당하지 않는 경우 제외) 3. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약품과 관련하여 소요된 비용 4. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료 재료의 구입 및 대체 비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 보상합니다. 5. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비 6. 자동차보험(공제를 포함합니다)에서 보상받는 치료관계비(과실상계 후 금액을 기준으로 합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비(자동차보험

보장종목	보상하지 않는 사항
<p>(3) 비급여 자기공명영상진 단</p>	<p>진료수가에 관한 기준 및 산재보험 요양급여 산정기준에 따라 발생한 실제 본인 부담의료비는 제3조(보장종목별 보상내용) (3)비급여자기공명영상진단 제1항부터 제6항에 따라 보상합니다.</p> <p>7. 사람면역결핍바이러스(HIV) 감염으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV 감염은 해당 진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다)</p> <p>8. 「국민건강보험법」 제42조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비</p> <p>9. 「응급의료에 관한 법률」 및 동법 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 동법 제26조에 따른 권역응급의료센터 또는 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료</p> <p>10. 「신의료기술평가에 관한 규칙」 제3조제13항제1호에 따라 안전성 및 유효성이 있는 신의료기술로서 보건복지부장관이 고시(‘신의료기술의 안전성·유효성 평가결과 고시’)하였으나, 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제11조제1항 또는 제13조제1항에 따라 요양급여대상 또는 비급여대상으로 결정·고시되기 전까지의 행위·치료재료와 관련하여 소요된 비용</p> <p>11. 「신의료기술평가에 관한 규칙」 제3조제13항제2호에 따른 제한적 의료기술과 관련하여 소요된 비용</p> <p>12. 「신의료기술평가에 관한 규칙」 제3조제13항제3호에 따른 혁신의료기술과 관련하여 소요된 비용</p> <p>13. 「신의료기술평가에 관한 규칙」 제2조에 따른 평가 유예 신의료기술 및 즉시진입 의료기술 등과 관련하여 소요된 비용</p> <p>14. 「첨단재생의료 및 첨단바이오의약품 안전 및 지원에 관한 법률」 제2조에 따른 첨단재생의료와 관련하여 소요된 비용</p> <p>15. 「의료법」 제53조에 따른 신의료기술이 관련 법령상 인정 받은 사용대상, 목적 및 시술방법에 맞지 않게 사용된 경우(단, 목적 및 시술방법의 변경이 경미하여 새로운 신의료기술평가의 대상에 해당하지 않는 경우는 제외)</p> <p>16. 항암제, 항생제, 희귀의약품을 제외한 주사치료시 사용된 행위, 약제 및 치료재료대와 관련하여 소요된 비용</p> <p>17. 근골격계 이학요법치료 치료행위에 수반된 일체의 의료비(행위로, 치료재료대, 약제 및 주사비 등)</p> <p>18. 체외충격파 치료행위에 수반된 일체의 의료비(행위로, 치료재료대, 약제 및 주사비 등)</p> <p>19. 「신의료기술평가에 관한 규칙」 등에 의한 의료기술 재평가 실시 결과 '임상적 이득 대비 위험이 더 크거나 의학적 필요성, 임상적 요구도 및 활용도가 매우 낮다' 또는 '권고하지 않음'으로 평가되고 해당 평가 결과가 「보건의료기술 진흥법」 제4장 및 관련 조항에 따라 설립된 한국보건의료연구원 홈페이지 등을 통해 공개된 지 2개월 이상 경과한 경우</p>
<p>(4) 공통^{주)}</p>	<p>회사는 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조제1항([별표2] 비급여대상)에 따른 아래 각 호의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.</p> <p>1. 다음 각 목의 질환으로서 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우에 실시 또는 사용되는 치료로 인하여 발생한 비급여 의료비</p> <p>가. 단순한 피로 또는 권태</p> <p>나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 탈기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입당시 태</p>

보장종목	보상하지 않는 사항
(4) 공통 ^{주)}	<p>아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환</p> <p>다. 발기부전(impotence)·불감증</p> <p>라. 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다)</p> <p>마. 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis)</p> <p>바. 검열반 등 안과질환</p> <p>사. 그 밖에 일상생활에 지장이 없는 경우로 국민건강보험 비급여 대상에 해당하는 치료</p> <p>2. 다음 각 목의 진료로서 신체의 필수 기능 개선 목적이 아닌 경우에 실시 또는 사용되는 치료로 인하여 발생한 비급여 의료비</p> <p>가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 성형수술(융비술), 유방 확대(다만, 유방암 환자의 환측 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살 제거술 등 미용목적의 성형수술과 그로 인한 후유증치료</p> <p>나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술</p> <p>다. 치과교정</p> <p>라. 씹는 기능 및 발음 기능의 개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 턱얼굴(악안면)교정술</p> <p>마. 관절운동 제한이 없는 반흔구축성형술 등 외모개선 목적의 반흔제거술</p> <p>바. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)</p> <p>사. 질병 치료가 아닌 단순히 키 성장(성장촉진)을 목적으로 하는 진료</p> <p>아. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술</p> <p>자. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여 대상에 해당하는 치료</p> <p>3. 다음 각 목의 예방진료로서 질병·부상의 진료를 직접목적으로 하지 아니하는 경우에 실시 또는 사용으로 인하여 발생한 비급여 의료비</p> <p>가. 본인의 희망에 의한 건강검진(다만, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 추가 의료비용은 보상합니다)</p> <p>나. 예방접종(파상풍 혈청주사 등 치료목적으로 사용하는 예방주사 제외)</p> <p>다. 그 밖에 예방진료로서 국민건강보험 비급여 대상에 해당하는 치료</p> <p>4. 그 밖에 다음 각 목의 진료로 인해 발생한 비급여 의료비</p> <p>가. 친자확인을 위한 진단</p> <p>나. 불임검사, 불임수술, 불임복원술</p> <p>다. 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다)</p> <p>라. 인공유산에 든 비용(다만, 회사가 보상하는 상해 또는 질병으로 임신상태를 유지하기 어려워 의사의 권고에 따라 불가피하게 시행한 경우는 제외)</p> <p>마. 그 밖에 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제11조제1항 또는 제13조제1항에 따라 요양급여대상 또는 비급여대상으로 결정·고시되지 않았음에도 불구하고 「국민건강보험법」, 「의료법」, 「약사법」, 「첨단재생의료 및 첨단바이오의약품 안전 및 지원에 관한 법률」, 「장기등 이식에 관한 법률」, 「마약류 관리에 관한 법률」, 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」이 아닌 타 법령에 근거하여 「국민건강보험 요양급여 기준에 관한 규칙」 별표2에서 비급여대상으로 정하고 있는 치료와 관련하여 소요된 비용</p>

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

제5조(보험가입금액 한도 등)

- ① 이 계약의 연간 보험가입금액은 제3조(보장종목별 보상내용) (1)상해비급여에 대하여 입원과 통원의 보상금액을 합산하여 1천만원 이내에서, (2)질병비급여에 대하여 입원과 통원의 보상금액을 합산하여 1천만원 이내에서 회사가 정한 금액 중 계약자가 선택한 금액을 말하며, 제3조(보장종목별 보상내용)에 의한 비급여의료비를 이 금액 한도 내에서 보상합니다. 다만, (3)비급여 자기공명영상진단의 보험가입금액은 제3조 (3)비급여 자기공명영상진단 제1항에서 정한 연간 보장한도로 합니다.
- ② 이 계약에서 '연간'이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 입원 또는 통원 치료시 해당일이 속한 연도의 보험가입금액 한도를 적용합니다.
- ③ 제3조(보장종목별 보상내용)에서 정한 통원의 경우 (1)상해비급여 또는 (2)질병비급여 각각에 대하여 통원 1일당 20만원 이내에서 회사가 정한 금액 중 계약자가 선택한 금액으로 하며, (3)비급여 자기공명영상진단의 경우 제3조 (3)비급여 자기공명영상진단 제1항에서 정한 보장한도로 합니다.
- ④ 제3조 (1)상해비급여 제3항 또는 제4항, (2)질병비급여 제2항 또는 제3항 및 (3)비급여 자기공명영상진단 제6항에 따른 계속중인 입원 또는 통원의 보장한도는 연간 보장한도(보험가입금액)에서 직전 보험기간 종료일까지 지급한 금액을 차감한 잔여 금액과 연간 보장한도(일수)에서 직전 보험기간 종료일까지 보상한 일수를 차감한 잔여 일수를 한도로 적용합니다.

대 상	보험가입금액 연간한도 기준	통원 1일당 보장한도
상해비급여의료비 질병비급여의료비	1천만원	20만원
	6백만원	15만원
	2백만원	10만원

제6조(보험료의 계산)

- ① 보험기간이 종료되어 갱신되는 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동, 요율 상대도(할인·할증요율) 적용 등의 사유로 인하여 인상 또는 인하될 수 있습니다.
- ② 갱신계약의 '요율 상대도(할인·할증요율) 적용 전 보험료'는 매년 보험업감독규정에서 정한 범위(나이의 증가로 인한 보험료 증감분은 제외) 내에서 인상 또는 인하될 수 있습니다. 다만, 회사가 금융위원회로부터 경영개선권고, 경영개선요구 또는 경영개선명령을 받은 경우는 예외로 합니다.
- ③ 제1항에 따른 요율 상대도(할인·할증요율)는 보험료 갱신 시점 3개월 전 말일부터 직전 12개월 이내 기간 동안의 이 특별약관2에 따른 보험금 지급 실적을 고려하여 보험료 갱신시 순보험료(특별약관2의 순보험료 총액을 대상으로 합니다)에 아래와 같이 적용할 수 있습니다. 다만, 「노인장기요양보험법」상 장기요양대상자 중 1등급 또는 2등급으로 판정받은 자에 대한 비급여의료비는 요율 상대도 계산시 보험금 지급실적에서 제외합니다.

구 분	1단계(할인)	2단계(유지)	3단계(할증)	4단계(할증)	5단계(할증)
보험료 갱신 시점 3개월전 말일부터 직전 12개월 이내 기간 동안 보험금 지급실적(원)	0원 (보험금 지급실적 없음)	0원 초과~ 100만원 미만	100만원 이상~ 150만원 미만	150만원 이상~ 300만원 미만	300만원 이상
요율 상대도	할인 ^{주)}	100%	200%	300%	400%

주) 매년 상대도 적용 전·후의 총 보험료 수준이 일치하도록 3~5단계의 할증대상자의 할증재원을 1단계(할인) 대상자들에게 분배할 경우 산출됨

- ④ 제3항에 따른 요율 상대도의 할증은 이 특별약관2에 따른 보험금 지급실적이 연간 100만원 이상인 계약에 한하여 적용하며 매년 상대도 적용 전·후의 총 보험료 수준이 일치하도록 할인요율을 조정함을 원칙으로 합니다.

⑤ 이 조항에 따른 보험료 계산 방법은 보장내용 변경주기 및 관계법령 개정에 따라 변경될 수 있습니다.



〈의료이용량에 따른 갱신년도별 보험료 적용 예시〉

최초 보험료, 20세 남자, 월 14,000원, 매년 보험료 25% 인상 가정시

*기본형 실손의료보험과 실손의료보험 특별약관2에 함께 가입하였을 경우를 가정하여 산출한 보험료입니다

(단위 : 원)

구 분		20세	21세	22세	23세	24세	25세
나이증가분(A)		-	560	728	946	1,230	1,599
보험료 산출 기초율 (위험률 등) 증가분 (B=전년도 보험료의 25% 가정)		-	3,640	4,732	6,152	7,997	10,396
기준보험료 (C=전년도 기준보험료 +A+B)		14,000	18,200	23,660	30,758	39,985	51,980
의료 이용량에 따른 보험료 (D=C× 요율상대도)	1단계 (요율상대도 95% 가정)	-	17,756	23,083 (20,775 ^{주1})	30,008 (27,007 ^{주1})	39,011 (35,109 ^{주1})	50,714 (45,642 ^{주1})
	2단계 (요율상대도 100%)	-	18,200	23,660	30,758	39,985	51,980
	3단계 (요율상대도 200%)	-	27,073	35,194	45,753	59,478	77,322
	4단계 (요율상대도 300%)	-	35,945	46,729	60,747	78,971	102,663
	5단계 (요율상대도 400%)	-	44,818	58,263	75,742	98,464	128,003

주) 1. ()은 직전 2년 무사고시 보험료 10%할인 추가 적용 기준입니다.

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

제7조(비급여 진료비용 공개제도 등의 안내)

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



<비급여 진료비용 공개제도>

국민이 쉽게 이해하고 의료기관을 선택할 때 참고할 수 있도록 건강보험심사평가원이 매년 비급여 진료 비용을 조사하여 최저·최고금액 등 비급여 진료비용에 대한 정보를 비교·공개하는 제도를 말합니다.

<비급여 진료 사전설명제도>

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

제8조(특별약관의 소멸)

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

제9조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

〈붙임〉 용어의 정의

용어	정의
보험연도	당해연도 계약해당일부터 차년도 계약해당일 전일까지 매1년 단위의 연도. 예를 들어 보험계약일이 2021년7월1일인 경우 보험연도는 2021년7월1일부터 2022년6월30일까지 1년이 됩니다.
의료기관	아래 각호를 말한다. 1.'의료법' 제3조(의료기관) 제2항에서 정하는 의료기관을 말하며, 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원(조산원 제외) 2.'국민건강보험법' 제42조제1항제4호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소 및 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소
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	보험금지급사유 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
평균공시이율	전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말함(금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)의 '업무자료-보험상품자료'에서 확인할 수 있습니다.)
해약환급금	계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액
영업일	회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일, 대체공휴일 및 근로자의 날은 제외
상해	보험기간 중 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고
상해보험계약	상해를 보장하는 계약
의사	'의료법' 제2조(의료인)에서 정한 의사, 한의사 및 치과의사의 면허를 가진 사람
약사	'약사법' 제2조(정의)에서 정한 약사 및 한약사의 면허를 가진 사람
약국	'약사법' 제2조 제3호에 따른 장소로서, 약사가 수여(授與)할 목적으로 의약품 조제업무를 하는 장소를 말하며, 의료기관의 조제실은 제외하며 '국민건강보험법' 제42조제1항제3호에 의한 한국 희귀·필수의약품센터를 포함합니다.
입원	의사가 피보험자의 질병 또는 상해로 인하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관에 입실하여 계속하여 6시간 이상 체류하면서 의사의 관찰 및 관리 하에 치료를 받는 것
입원의 정의 중 '이와 동등하다고 인정되는 의료기관'	보건소, 보건의료원 및 보건지소 등 '의료법' 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 의료기관에 준하는 의료기관으로서 군의무대, 치매요양원, 노인요양원 등에 속해 있는 요양원, 요양시설, 복지시설 등과 같이 의료기관이 아닌 곳은 이에 해당되지 않음
입원실료	입원치료 중 발생한 기준병실 사용료, 환자 관리료, 식대 등

용 어	정 의
입원제비용	입원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료(퇴원시 의사로부터 치료목적으로 처방받은 약제비 포함), 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 치료재료, 석고붕대료(cast), 지정진료비 등
입원수술비	입원치료 중 발생한 수술료, 마취료, 수술재료비 등
입원의료비	입원실료, 입원제비용, 입원수술비
통원	의사가 피보험자의 질병 또는 상해로 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서, 의료기관에 입원하지 않고 의료기관을 방문하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것
처방조제	의사 및 약사가 피보험자의 질병 또는 상해로 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서, 통원으로 인하여 발행된 의사의 처방전으로 약국의 약사가 조제하는 것. 이 경우 '국민건강보험법' 제42조 제1항 제3호에 따른 한국희귀의약품센터에서의 처방조제 및 의약분업 예외 지역에서의 약사의 직접조제를 포함
외래제비용	통원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 치료재료, 석고붕대료(cast), 지정진료비 등
외래수술비	통원치료 중 발생한 수술료, 마취료, 수술재료비 등
처방조제비	의료기관 의사의 처방전에 따라 조제되는 약국의 처방조제비 및 약사의 직접조제비
통원의료비	외래제비용, 외래수술비, 처방조제비
요양급여	'국민건강보험법' 제41조(요양급여)에 따른 가입자 및 피부양자의 질병·부상 등에 대한 다음의 요양급여 <ol style="list-style-type: none"> 1. 진찰·검사 2. 약제·치료재료의 지급 3. 처치·수술 또는 그 밖의 치료 4. 예방·재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송
의료급여	'의료급여법' 제7조(의료급여의 내용 등)에 따른 가입자 및 피부양자의 질병·부상 등에 대한 다음 각 호의 의료급여 <ol style="list-style-type: none"> 1. 진찰·검사 2. 약제·치료재료의 지급 3. 처치·수술 또는 그 밖의 치료 4. 예방·재활 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' 별표3에서 정하는 금액을 넘는 경우에 그 초과한 금액을 공단에서 부담하는 제도를 말하며, 국민건강보험 관련 법령의 변경에 따라 환급기준이 변경될 경우에 회사는 변경되는 기준에 따름

용 어	정 의
'의료급여법'에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제	'의료급여법'에 따른 의료급여 중 본인부담금이 '의료급여법 시행령' 제13조(급여비용의 부담)에서 정하는 금액을 넘는 경우에 그 초과한 금액을 의료급여기금 등에서 부담하는 제도를 말하며, 의료급여 관련 법령의 변경에 따라 환급기준이 변경될 경우에 회사는 변경된 기준에 따름
보장대상의료비	실제 부담액 - 보장제외금액* * 제3관 회사가 보장하지 않는 사항에 따른 금액
보장책임액	(보장대상의료비 - 피보험자부담 공제금액)과 보험가입금액 중 작은 금액
다수보험	실손의료보험계약(우체국보험, 각종 공제, 상해·질병·간병보험 등 제3보험, 개인연금·퇴직보험 등 의료비를 실손으로 보상하는 보험·공제계약을 포함)이 동시에 또는 순차적으로 2개 이상 체결되었고, 그 계약이 동일한 보험사고에 대하여 각 계약별 보장책임액이 있는 여러 개의 실손의료보험계약을 말함

2. 제도성 특별약관

2-1. 특정 신체부위·질병 보장제한부 인수 특별약관

제1조(특약의 체결 및 효력)

- ① 이 특별약관은 계약(특별약관이 부가된 경우에는 특별약관을 포함합니다. 이하 같습니다)을 체결할 때 또는 보험기간 중에 피보험자의 건강상태가 회사가 정한 기준에 적합하지 않거나 해당계약을 체결한 후 계약전 알릴의무 위반의 효과 등으로 보장이 제한될 경우 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 제1항에 따라 이 특별약관을 부가할 때 피보험자의 과거 병력과 회사가 정한 기준(의학적으로 또는 경험 통계적으로 인과관계가 유의성 있게 확인된 경우 등)에 따라 직접 관련이 있는 특정신체부위 또는 특정 질병으로 제한하며, 보장 제한 설정 범위 및 사유를 계약자에게 설명하여 드립니다.
- ③ 이 특별약관의 효력발생일은 보통약관 및 해당 특별약관에서 정한 보장개시일과 동일합니다.
- ④ 계약이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
- ⑤ 계약에서 정한 보장개시일 이전에 발생한 질병에 대하여 계약을 무효로 하는 경우에도 다음 각 호의 경우에는 계약을 무효로 하지 않습니다.
 1. 이 특별약관 제2조(특별면책(회사가 보험금을 지급하지 않는)조건의 내용) 제2항 제1호에서 정한 특정 신체부위에 발생한 질병에 대하여 면책을 조건으로 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정신체부위에 질병이 발생한 경우
 2. 이 특별약관 제2조(특별면책(회사가 보험금을 지급하지 않는)조건의 내용) 제2항 제2호에서 정한 특정 질병에 대하여 면책을 조건으로 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정질병이 발생한 경우

제2조(특별면책(회사가 보험금을 지급하지 않는)조건의 내용)

- ① 이 특별약관은 피보험자의 건강상태에 따라 직접적인 관련이 있는 경우에 한하여 부가됩니다.
- ② 이 특별약관에서 정한 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간 중에 다음 각 호의 질병을 직접적인 원인으로 계약에 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않습니다. 다만, 질병으로 인한 사망 또는 그 질병이 치유된 후 직접결과로써 신체의 일부를 잃었거나 그 기능이 영구히 상실(이하 '후유장해'라 합니다)되어 <별표2> '장해분류표'에서 정한 지급률이 80%이상에 해당하는 후유장해가 남았을 경우에는 이를 적용하지 않습니다.
 1. <별표3> '특정신체부위 분류표' 중에서 회사가 지정한 부위(이하 '특정신체부위'라 합니다)에 발생한 질병 또는 특정신체부위에 발생한 질병의 전이로 인하여 특정신체부위 이외의 부위에 발생한 질병(단, 전이는 합병증으로 보지 않습니다)
 2. <별표4> '특정질병 분류표' 중에서 회사가 지정한 질병 (이하 '특정질병'이라 합니다)
- ③ 제2항의 회사가 보험금을 지급하지 않는 기간(이하 '부담보 기간'이라 합니다)은 특정신체부위 또는 특정 질병의 상태에 따라 '1개월부터 5년' 또는 '계약의 보험기간 전체'로 하며 그 판단기준은 회사에서 정한 계약인수지침을 따릅니다. 다만, 개개인의 질병의 상태 등에 대한 의사의 소견에 따라 다르게 적용할 수 있습니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 보험업법 제97조 제1항 제5호 및 동법 시행령 제43조의2 제1항에 따른 보장내용 등이 비슷한 보험계약(이하 '유사계약'이라 합니다)이 계약 청약일 현재 유지중이거나, 계약 청약일 전 6개월 이내에 계약자 및 피보험자의 요구 또는 보험료 납입 연체로 해지된 경우 유사계약에서 정한 부담보 기간 종료일 이내에서 계약의 부담보 기간을 적용하고, 유사계약에서 정한 질병과 동일하거나 축소된 범위로 계약의 부담보 설정 범위를 정하며, 유사계약이 다수인 경우 피보험자에게 가장 유리한 계약조건을 적용합니다. 단, 유사계약 청약일 이후 제2항 제1호 또는 제2호에서 정한 질병과 관련한 새로운 위험(재진단·치료 등은 해당하지 않습니다)이 발생하거나, 새로운 질병에 대한 보장이 추가(입원비, 수술비, 진단

비 등 보장 범위의 변경 또는 확대는 해당하지 않습니다)된 경우 이를 적용하지 아니할 수 있습니다.

- ⑤ 제3항에서 회사가 부담보 기간을 '계약의 보험기간 전체'로 적용한 경우 최초계약 청약일부터 5년이내에 제2항 제1호에서 정한 특정신체부위에 발생한 질병 또는 제2항 제2호에서 정한 특정질병으로 재진단 또는 치료를 받지 않은 경우에는 최초계약 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 특별약관을 적용하지 않습니다. 단, 계약 청약일 현재 부담보 기간을 '계약의 보험기간 전체'로 적용한 유사계약이 유지중이거나, 계약 청약일 전 6개월 이내에 계약자 및 피보험자의 요구 또는 보험료 납입 연체로 해지된 경우 유사계약 청약일과 계약 청약일 사이에 제2항 제1호 또는 제2호에서 정한 질병으로 재진단 또는 치료를 받지 않았다면 계약의 청약일은 유사계약의 청약일로 봅니다.
- ⑥ 제5항의 '최초계약 청약일부터 5년이내'이라 함은 보통약관 제27조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입 최고(독촉)와 계약의 해지]에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑦ 제5항의 재진단 또는 치료를 받지 않은 경우는 다음 각 호의 경우를 포함합니다.
 - 1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
 - 2. 부담보가 지정된 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우
- ⑧ 보통약관 제28조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]에서 정한 계약의 부활이 발생한 경우 부활일을 제5항의 보험계약 청약일로 하여 제5항 및 제6항을 적용합니다.
- ⑨ 제2항의 규정에도 불구하고 다음 사항 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유로 계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급합니다.
 - 1. 제2항 제1호에서 지정한 특정신체부위에 발생한 질병의 합병증으로 인하여 특정신체부위 이외의 부위에 발생한 질병으로 계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우
 - 2. 제2항 제2호에서 지정한 특정질병의 합병증으로 인해 발생한 특정질병 이외의 질병으로 계약에서 정한 보험금의 지급사유가 발생한 경우
 - 3. 상해를 직접적인 원인으로 하여 보험금의 지급사유가 발생한 경우
- ⑩ 피보험자가 회사에서 정한 부담보기간의 종료일을 포함하여 계속하여 입원한 경우 그 입원에 대해서는 부담보기간 종료일의 다음날을 입원의 개시일로 인정하여 보험금을 지급합니다.
- ⑪ 피보험자에게 보험사고가 발생했을 경우, 그 사고가 특정신체부위 또는 특정질병을 직접적인 원인으로 발생한 사고인지 아닌지는 의사의 진단서와 의견을 주된 판단자료로 하여 결정합니다.
- ⑫ 제2항의 특정신체부위와 특정질병은 4개 이내에서 선택하여 부가할 수 있습니다.
- ⑬ 이 특약이 부가된 경우 회사는 부가된 조건 및 사유를 계약자에게 설명하여 드립니다.
- ⑭ 보통약관 제14조(알릴 의무 위반의 효과)에 따라 보장이 제한되는 경우에는 계약자의 동의가 필요합니다.

제3조[해지된 특약의 부활(효력회복)]

회사는 이 특별약관의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 보통약관 제28조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)] 및 제29조[강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복)]에 따라 이 특별약관의 부활(효력회복)을 취급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항에 대하여는 보통약관 및 해당 특별약관의 규정을 따릅니다.

2-2. 이륜자동차운전중상해 부담보 특별약관

제1조(계약의 체결 및 효력)

- ① 이 특별약관은 계약(다른 특별약관이 부가된 경우에는 그 특별약관도 포함합니다. 이하 같습니다)을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 이 특별약관의 효력발생일은 보통약관 및 해당 특별약관에서 정한 보장개시일과 동일합니다.
- ③ 이 특별약관은 피보험자가 이륜자동차를 소유, 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동 등으로 주기적으로 운전하는 경우에 한하며 일회적인 사용은 제외합니다), 관리하는 경우에 한하여 부가하여 이루어집니다.
- ④ 계약이 해지 또는 기타사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제2조(보상하지 않는 손해)

- ① 회사는 계약의 내용에도 불구하고 피보험자가 보험기간 중에 이륜자동차를 운전(탑승을 포함합니다. 이하 같습니다)하는 중 발생한 급격하고도 우연한 외래의 상해사고를 직접적인 원인으로 계약에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에 보험금을 지급하지 않습니다. 다만, 피보험자가 이륜자동차를 직업, 직무 또는 동호회 활동 등 주기적으로 운전(탑승을 포함합니다)하는 사실을 회사가 입증하지 못한 때에는 보험금을 지급합니다.
- ② 이 특별약관에서 '이륜자동차'라 함은 자동차관리법(하위 법령, 규칙 포함)에서 정한 이륜자동차(총배기량 또는 정격출력의 크기와 관계없이 1인 또는 2인의 사람을 운송하기에 적합하게 제작된 이륜의 자동차 및 그와 유사한 구조로 되어 있는 자동차)를 말하며, 도로교통법(하위 법령, 규칙 포함)에서 정한 원동기장치자전거를 포함합니다.
- ③ 제2항에서 '그와 유사한 구조로 되어 있는 자동차'는 다음 각 호에 해당하는 자동차를 포함합니다.
 1. 이륜인 자동차에 측차를 붙인 자동차
 2. 내연기관을 이용한 동력발생장치를 사용하고, 조향장치의 조작방식, 동력전달방식 또는 냉각방식 등이 이륜자동차와 유사한 구조로 되어 있는 삼륜 또는 사륜의 자동차로서 승용자동차에 해당하지 않는 자동차
 3. 전동기를 이용한 동력발생장치를 사용하는 삼륜 또는 사륜의 자동차
- ④ 제2항 및 제3항에서 자동차관리법(하위 법령, 규칙 포함) 및 도로교통법(하위 법령, 규칙 포함) 변경 시 변경된 내용을 적용합니다.
- ⑤ 피보험자에게 보험사고가 발생했을 경우 그 사고가 이륜자동차를 운전하는 도중에 발생한 사고인가 아닌가는 계약자 또는 피보험자가 거주하는 관할 경찰서에서 발행한 교통사고사실 확인원 등을 주된 판단자료로 하여 결정합니다.



〈용어풀이〉

퍼스널모빌리티(세그웨이, 전동휠, 전동킥보드 등)는 자동차관리법에서 정한 '이륜자동차', 도로교통법에서 정한 '원동기장치자전거'에 포함됩니다.

제3조[해지된 특약의 부활(효력회복)]

회사는 이 특별약관의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 보통약관 제28조[보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)] 및 제29조[강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복)]에 따라 이 특별약관의 부활(효력회복)을 취급합니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항에 대하여는 보통약관 및 해당 특별약관의 규정을 따릅니다.

2-3. 보험료 자동납입 특별약관

제1조(보험료의 납입)

- ① 계약자는 이 특별약관에 따라 계약자의 거래은행(우체국을 포함합니다. 이하 같습니다) 지정계좌를 이용하여 보험료를 자동납입합니다.
- ② 제1항에 의하여 제1회 보험료의 납입방법을 계약자의 거래은행 지정 계좌를 통한 자동납입으로 가입하고자 하는 경우에, 회사는 청약서를 접수하고 자동이체 신청에 필요한 정보를 제공한 때(다만, 계약자의 귀책사유로 보험료 납입이 불가능한 경우에는 거래은행의 지정계좌로부터 제1회 보험료가 이체된 날을 기준으로 합니다)를 정약일 및 제1회 보험료 납입일로 하여 보통약관 제16조(보험계약의 성립)의 규정을 적용합니다.

제2조(보험료의 영수)

자동납입 일자는 이 보험계약청약서에 기재된 보험료납입 해당일에도 불구하고 회사와 계약자가 별도로 약정한 일자로 합니다.

제3조(계약 후 알릴의무)

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

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항에 대하여는 보통약관 및 해당 특별약관의 규정을 따릅니다.

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 부가되어집니다.
- ② 제1조(적용대상)의 계약이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 되는 경우에는 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제3조(지정대리청구인의 지정)

- ① 계약자는 보통약관 또는 특별약관에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약체결 시 또는 계약체결 이후 보험기간 중 다음 각 호의 1에 해당하는 자 중 1인을 보험금의 대리청구인(이하 '지정대리청구인'이라 합니다)으로 지정(제4조(지정대리청구인의 변경지정)에 의한 변경 지정을 포함합니다)할 수 있습니다. 다만, 지정대리청구인은 보험금 청구 시에도 다음 각 호의 1에 해당하여야 합니다.
 - 1. 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
 - 2. 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 계약체결 이후 보험기간 중 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알려거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

- 1. 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
- 2. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)
- 3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 계약자 의사 표시의 확인방법을 포함합니다)

제5조(보험금 지급 등의 절차)

- ① 지정대리청구인은 제6조(보험금 등 청구 시 구비서류)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(사망보험금은 제외합니다)을 청구하고 수령할 수 있습니다.
- ② 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

제6조(보험금 등 청구 시 구비서류)

지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

- 1. 청구서(회사양식)
- 2. 사고증명서
- 3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증)
- 4. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
- 5. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제7조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항에 대하여는 보통약관 및 해당 특별약관의 규정을 따릅니다.

2-5. 피보험자추가 특별약관

제1조(피보험자의 범위)

이 특별약관에서의 피보험자는 보통약관에서 정한 피보험자 이외에 추가되는 자로서 보험증권에 기재된 자로 합니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항에 대하여는 보통약관 및 해당 특별약관의 규정을 따릅니다.

공
통
사
항

보
통
약
관

특
별
약
관

제
도
성
특
별
약
관

별
표

2-6. 특별조건부(보험료할증) 특별약관

제1조(특별약관의 체결 및 효력)

- ① 이 특별약관은 계약을 체결할 때 피보험자의 건강상태가 회사가 정한 표준체보험에 가입할 수 없다고 인정되는 경우 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 이 특별약관의 적용을 받는 보통약관 또는 특별약관을 '해당계약'이라 합니다.)
- ② 이 특별약관의 보장개시일은 해당계약의 보장개시일과 동일합니다.
- ③ 해당계약이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력을 가지지 않습니다.



〈표준체〉

건강상태에 따라 위험률 할인, 할증하지 않은 일반 위험률을 적용하는 피보험자

제2조(특별약관의 내용)

이 특별약관은 피보험자의 위험도가 높아 계약이 불가능한 경우 이 특별약관이 정하는 바에 따라 가입할 수 있도록 하여 보험기간 중 위험에 대한 보장을 받을 수 있는 것을 주된 내용으로 합니다.

제3조(특별약관의 부가조건)

- ① 이 특별약관에 의하여 회사가 부가하는 계약조건은 다음과 같습니다.
 1. 회사는 계약 체결 시 '표준체보험료'에 피보험자의 건강상태, 위험의 종류 및 정도에 따라 회사에서 정한 '특별약관 보험료'를 더하여 해당계약의 납입보험료로 결정합니다.
 2. 제1호의 '표준체보험료'라 함은 할증위험률을 적용하지 않고 산출한 보험료를 말합니다.
 3. 제1호의 '특별약관 보험료'라 함은 할증위험률을 적용해 산출한 보험료와 표준체보험료와의 차액을 말합니다.
- ② 회사는 제1항에 따른 계약 체결 시 해당계약에 부가된 조건을 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제4조(특별약관의 보험기간 및 보험료의 납입)

- ① 이 특별약관의 보험기간은 해당계약의 보험기간과 동일합니다.
- ② 이 특별약관의 보험료는 해당계약의 납입기간 중에 해당계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 해당계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관의 규정을 따릅니다.

2-7. 실손의료보험 출생전자녀가입 특별약관

제1조(용어의 정의)

- ① 이 특별약관에서 '태아'란 계약을 체결할 때에 출생하지 않은 자(자녀)로 피보험자가 될 자를 말합니다.
- ② 이 특별약관에서 '임신부'란 제1항의 태아를 임신하고 있는 여성을 말합니다.
- ③ 이 특별약관에서 '출생일'이란 피보험자의 가족관계등록부 또는 주민등록등본에 기재된 출생일로서 주민등록번호 앞의 6자리를 기준으로 합니다.
- ④ 이 특별약관에서 '출생예정일'이란 계약체결 시 청약서에 기재된 출생예정일 또는 임신 주수를 기준으로 계산된 출생예정일을 말합니다.
- ⑤ 이 특별약관에서 '태아보장기간'이란 계약체결일로부터 출생시점(출산 또는 분만 과정에서 보험금 지급사유가 발생하는 경우 포함)까지의 기간을 말합니다.
- ⑥ 이 특별약관에서 '태아위험보장'이란 태아보장기간에 대한 보험료를 추가로 납입하고 계약일로부터 출생시점까지 발생한 위험을 보장하는 것을 말합니다. 따라서, 태아보장기간 이후에도 태아보장기간 중에 발생한 위험을 원인으로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에도 보험금을 지급합니다.

제2조(피보험자의 범위)

- ① 이 특별약관은 보통약관의 피보험자로 될 자가 계약을 체결할 때 출생전 자녀(이하 '태아'라 합니다)인 계약에 대하여 적용합니다.
- ② 제1항의 태아는 출생을 조건으로 보험계약 체결 시점에 피보험자가 됩니다.

제3조(특약의 체결 및 효력)

- ① 이 특별약관은 보통약관의 보험계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 보통약관에 부가하여 이루어집니다.
- ② 이 특별약관의 효력발생일은 보통약관 제24조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)에서 정한 보장개시일에 시작하여 제4조(출생통지)에서 정한 출생통지를 한 기간까지 적용됩니다.
- ③ 회사는 태아가 이 계약에 적합한지를 승낙하기 위하여 임신부의 가입연령, 건강상태 및 직무 등을 확인할 수 있습니다.
- ④ 회사는 제3항에 따른 확인 결과 태아 또는 임신부가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액의 제한, 일부보장 제외, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
- ⑤ 계약이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우에는 이 특별약관도 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제4조(출생통지)

- ① 계약자는 태아가 출생한 경우에 지체 없이 다음의 서류를 제출하여 이를 회사에 알려야 합니다.
 1. 통지서(회사양식)
 2. 피보험자의 가족관계등록부 또는 주민등록등본
 3. 보험증권
- ② 회사는 제1항의 알림이 있는 경우에는 다음 각 호의 사항을 확정합니다.
 1. 피보험자의 성별
 2. 출생일
 3. 출생일 기준의 태아보장기간 및 출생일 이후의 보험기간 및 납입기간
- ③ 회사는 제1항의 알림 및 제2항의 확정이 있는 경우에는 보험증권에 기재하여 드립니다.

제5조(계약의 무효)

태아가 유산 또는 사산 등에 의해 출생하지 못한 경우 아래의 서류를 제출하여 이를 회사에 알려야 하며, 회사는 이러한 알림을 받은 경우 이 계약을 무효로 하고 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

1. 통지서(회사양식)
2. 의사 또는 조산원의 유산, 사산 등을 증명하는 서류
3. 보험증권
4. 최종보험료 영수증

제6조(복수출생의 경우)

- ① 태아가 복수로 출생한 경우 계약자는 피보험자 각각을 지정할 수 있으며, 회사는 이에 따릅니다.
- ② 제1항의 피보험자가 출생한 날로부터 1년 이내에 사망하고 동시에 출생한 자가 생존하여 있는 경우에는 계약자는 피보험자가 사망한 날로부터 1개월 이내에 한하여 동시에 출생한 자 가운데 1인을 피보험자로 할 수 있습니다.
- ③ 계약자가 제2항의 변경을 청구한 때에는 다음 서류를 제출하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 새로 피보험자로 될 자의 가족관계등록부 또는 주민등록등본
 3. 보험증권
- ④ 제2항의 변경을 회사가 승인한 때에는 원래의 피보험자의 사망시로 소급하여 그 변경이 행해진 것으로 하여 회사는 그 때부터 변경후의 피보험자에 대해서 계약상의 책임을 집니다.
- ⑤ 제1항 내지 제2항의 경우에는 보험증권에 기재하여 드립니다.
- ⑥ 계약자가 원래의 피보험자를 고의로 사망케 한 경우에는 제2항의 피보험자 변경을 하지 않습니다.

제7조(보험나이의 계산 및 특례)

- ① 보통약관 제21조(보험나이 등)에서 적용하는 피보험자의 보험나이는 출생일에 0세로 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 계약자가 출생예정일 이후에도 제4조(출생통지)에서 정한 출생통지를 하지 않은 경우, 출생예정일에 0세로 하고 그 출생통지에 따른 확정일 이루어지기 전까지 출생일은 출생예정일로 합니다.
- ③ 이 계약의 계약해당일은 태아보장기간에는 최초계약일, 출생일 이후에는 출생일로 합니다.

?

<보험나이 계산>
 현재(계약일) : 2021년 4월 13일
 출생예정일 : 2021년 10월 5일 / 출생일 : 2021년 10월 2일

계약일
(21.4.13.)
출생일
(21.10.02.)
'22.10.02

보험나이 0세
보험나이 1세

<계약해당일 계산>
 출생일과 동일한 월, 일을 말합니다. 다만, 태아가 출생하기 전에는 최초계약일과 동일한 월, 일을 적용합니다. 해당연도의 계약해당일 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
 출생일 : 2021년 10월 1일 ⇒ 계약해당일 : 10월 1일
 출생일 : 2021년 2월 28일 ⇒ 계약해당일 : 2월 말일

제8조(보험료의 적용에 관한 사항)

- ① 계약체결 시 피보험자가 태아일 경우 계약일부터 출생시점까지의 태아보장기간에 태아위험보장을 위한 보장보험료를 적용합니다. 여기서 보장보험료는 피보험자 남자 기준 보장보험료로 적용합니다.
- ② 출생예정일이 도래한 경우 차회 이후의 보장보험료는 보험나이 0세 기준으로 변경하여 적용합니다. 그 보장보험료는 계약체결시의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산하며, 피보험자 남자 기준 보장보험료로 적용합니다.

- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고, 제4조(출생통지) 제2항의 확정이 있는 경우 제9조(보험료 정산에 관한 사항)에 따라 보험료 정산이 발생할 수 있습니다.

제9조(보험료 정산에 관한 사항)

- ① 계약자가 제4조(출생통지) 제2항에서 확정된 내용이 다음에 해당하는 경우에는 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 변경된 보험료로 정산합니다.
1. 계약체결 시 적용한 성별과 출생 시 성별이 다른 경우
 2. 계약체결 시 출생예정일과 출생일이 다른 경우
- ② 제1항에 따라 보험료를 정산하는 경우, 회사가 지급하여야 할 금액이 있을 때는 이를 계약자에게 지급하고 부족한 금액이 있을 때는 계약자가 이를 회사에 납입하여야 합니다.
- ③ 제2항의 회사가 지급하여야 할 금액 또는 계약자가 납입하여야 할 금액은 제1항에 따라 계산된 정산보험료와 이에 대한 이자(정산보험료를 정산일까지의 기간에 대하여 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액)를 더한 금액으로 합니다.
- ④ 제1항에 따라 보험료를 정산한 이후에 보험료가 변경될 경우 계약자는 변경된 보험료를 납입하여야 합니다.



〈보험료 정산 예시〉

출산예정일 : 계약일 + 6개월

태아등록(출생일확정)일 : 계약일 + 1년(총 12회 납입)

보험료(월납)

⇒ 태아 : 100원

⇒ 0세 : 10,000원(태아보장 5,000원, 기타 5,000원)

구 분	예정일 1개월 전 출산	예정일 1개월 후 출산
납입 보험료	60,600원 (= 6회×100원 + 6회×10,000원)	
필요 보험료	70,500원 (= 5회×100원 + 7회×10,000원)	50,700원 (= 7회×100원 + 5회×10,000원)
정산금 액	9,900원 추징	9,900원 환급

제10조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항에 대하여는 보통약관 및 해당 특별약관의 규정을 따릅니다.

별 표

〈별표1〉 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	지 급 이 자
보험금	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4%)
	지급기일의 61일이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6%)
	지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8%)
해약환급금	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50%
		1년 초과기간 : 평균공시이율의 40%
	환급금을 청구한 날의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 금리연동형보험은 일자 계산합니다.
 2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
 3. 가산이율 적용 시 보통약관 제8조(보험금의 지급절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
 4. 가산이율 적용 시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
 5. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
 6. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 보험사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

〈별표2〉 장애분류표

① 총칙

1. 장애의 정의

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

2. 신체부위

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

3. 기타

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

② 장애분류별 판정기준

1. 눈의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 두 눈이 멀었을 때	100
2) 한 눈이 멀었을 때	50
3) 한 눈의 교정시력이 0.02 이하로 된 때	35
4) 한 눈의 교정시력이 0.06 이하로 된 때	25
5) 한 눈의 교정시력이 0.1 이하로 된 때	15
6) 한 눈의 교정시력이 0.2 이하로 된 때	5
7) 한 눈의 안구(눈동자)에 뚜렷한 운동장애나 뚜렷한 조절기능장애를 남긴 때	10
8) 한 눈에 뚜렷한 시야장애를 남긴 때	5
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때	5

나. 장애판정기준

- 1) 시력장애의 경우 공인된 시력검사표에 따라 최소 3회 이상 측정한다.
- 2) '교정시력'이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 원거리 최대 교정시력을 말한다. 다만, 각막이식술을 받은 환자인 경우 각막이식술 이전의 시력상태를 기준으로 평가한다.
- 3) '한 눈이 멀었을 때'라 함은 안구의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나('광각무') 겨우 가릴 수 있는 경우('광각유')를 말한다.
- 4) '한 눈의 교정시력이 0.02이하로 된 때'라 함은 안전수동(Hand Movement)^{주1)}, 안전수지(Finger Counting)^{주2)} 상태를 포함한다.
 - ※주1) 안전수동 : 물체를 감별할 정도의 시력상태가 아니며 눈앞에서 손의 움직임을 식별할 수 있을 정도의 시력상태
 - 주2) 안전수지 : 시표의 가장 큰 글씨를 읽을 수 있을 정도의 시력은 아니나 눈 앞 30cm 이내에서 손가락의 개수를 식별할 수 있을 정도의 시력상태
- 5) 안구(눈동자) 운동장애의 판정은 질병의 진단 또는 외상 후 1년 이상이 지난 뒤 그 장애 정도를 평가한다.
- 6) '안구(눈동자)의 뚜렷한 운동장애'라 함은 아래의 두 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - ① 한 눈의 안구(눈동자)의 주시야(머리를 움직이지 않고 눈만을 움직여서 볼 수 있는 범위)의 운동 범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우
 - ② 중심 20도 이내에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 경우
- 7) '안구(눈동자)의 뚜렷한 조절기능장애'라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 50세 이상(장애진단시 연령 기준)의 경우에는 제외한다.
- 8) '뚜렷한 시야 장애'라 함은 한 눈의 시야 범위가 정상시야 범위의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다. 이 경우 시야검사는 공인된 시야검사방법으로 측정하며, 시야장애 평가 시 자동시야검사계(골드만 시야검사)를 이용하여 8방향 시야범위 합계를 정상범위와 비교하여 평가한다.
- 9) '눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때'라 함은 눈꺼풀의 결손으로 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮이지 않는 경우를 말한다.
- 10) '눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때'라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.
- 11) 외상이나 화상 등으로 안구의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 안구가 적출되어 눈자위의 조직요물(凹沒) 등으로 의안마저 끼워 넣을 수 없는 상태이면 '뚜렷한 추상(추한 모습)'으로, 의안을 끼워 넣을 수 있는 상태이면 '약간의 추상(추한 모습)'으로 지급률을 가산한다.
- 12) '눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때'에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장애를 포함하여 장애를 평

가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장애를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장애평가 방법 중 피보험자에게 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

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

다. 귓바퀴의 결손

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

라. 평형기능의 장애

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

항목	내용	점수
검사 소견	양측 전정기능 소실	14
	양측 전정기능 감소	10
	일측 전정기능 소실	4
치료 병력	장기 통원치료(1년간 12회이상)	6
	장기 통원치료(1년간 6회이상)	4
	단기 통원치료(6개월간 6회이상)	2
	단기 통원치료(6개월간 6회미만)	0

항목	내용	점수
기능 장애 소견	두 눈을 감고 일어서기 곤란하거나 두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 쓰러지는 경우	20
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 중간에 균형을 잡으려 멈추어야 하는 경우	12
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걸을 때 중앙에서 60cm 이상 벗어나는 경우	8

- 2) 평형기능의 장애는 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 치료 후 장애가 고착되었을 때 판정하며, 뇌 병변 여부, 전정기능 이상 및 장애상태를 평가하기 위해 아래의 검사들을 기초로 한다.
- ① 뇌영상검사(CT, MRI)
 - ② 온도안진검사, 전기안진검사(또는 비디오안진검사) 등

3. 코의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

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

4. 씹어먹거나 말하는 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) 씹어먹는 기능의 장애는 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)의 맞물림(교합), 배열상태 및 아래턱의 개구(입벌리기)운동, 삼킴(연하)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.
- 2) '씹어먹는 기능에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 심한 개구운동 제한이나 저작(씹기)운동 제한으로 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
- 3) '씹어먹는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - ① 뚜렷한 개구운동 제한 또는 뚜렷한 저작운동 제한으로 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등)이외는 섭취하지 못하는 경우
 - ② 위아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 1cm이하로 제한되는 경우
 - ③ 위아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1.5cm이상인 경우
 - ④ 1개 이하의 치아만 교합되는 상태
 - ⑤ 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취 시 흡인이 발생하고 연식 외에는 섭취가 불가능한 상태
- 4) '씹어먹는 기능에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - ① 약간의 개구운동 제한 또는 약간의 저작운동 제한으로 부드러운 고형식(밥, 빵 등)만 섭취 가능한 경우
 - ② 위아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 2cm이하로 제한되는 경우
 - ③ 위아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1cm이상인 경우
 - ④ 양측 각 1개 또는 편측 2개 이하의 치아만 교합되는 상태
 - ⑤ 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취시 간헐적으로 흡인이 발생하고 부드러운 고형식 외에는 섭취가 불가능한 상태
- 5) 개구장애는 턱관절의 이상으로 개구운동 제한이 있는 상태를 말하며, 최대 개구상태에서 위아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 거리를 기준으로 한다. 단, 가운데 앞니(중절치)가 없는 경우에는 측정가능한 인접 치아간 거리의 최대치를 기준으로 한다.
- 6) 부정교합은 위턱(상악)과 아래턱(하악)의 부조화로 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)가 전방 및 측방으로 맞물림에 제한이 있는 상태를 말한다.
- 7) '말하는 기능에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - ① 언어평가상 자음정확도가 30%미만인 경우
 - ② 전실어증, 운동성실어증(브로카실어증)으로 의사소통이 불가능한 경우
- 8) '말하는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - ① 언어평가상 자음정확도가 50%미만인 경우
 - ② 언어평가상 표현언어지수 25 미만인 경우
- 9) '말하는 기능에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - ① 언어평가상 자음정확도가 75%미만인 경우
 - ② 언어평가상 표현언어지수 65 미만인 경우
- 10) 말하는 기능의 장애는 1년 이상 지속적인 언어치료를 시행한 후 증상이 고착되었을 때 평가하며, 객관적인 검사를 기초로 평가한다.
- 11) 뇌중추신경계 손상(정신·인지기능 저하, 편마비 등)으로 인한 말하는 기능의 장애(실어증, 구음장애) 또는 씹어먹는 기능의 장애는 신경계·정신행동 장애 평가와 비교하여 그 중 높은 지급률 하나만 인정한다.
- 12) '치아의 결손'이란 치아의 상실 또는 발치된 경우를 말하며, 치아의 일부 손상으로 금관치료(크라운 보철수복)를 시행한 경우에는 치아의 일부 결손을 인정하여 1/2개 결손으로 적용한다.
- 13) 보철치료를 위해 발치한 정상치아, 노화로 인해 자연 발치된 치아, 보철(복합레진, 인레이, 온레이 등)한 치아, 기존 의치(틀니, 임플란트 등)의 결손은 치아의 상실로 인정하지 않는다.

- 14) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.
- 15) 어린이의 유치는 향후에 영구치로 대체되므로 후유장애의 대상이 되지 않으나, 선천적으로 영구치 결손이 있는 경우에는 유치의 결손을 후유장애로 평가한다.
- 16) 가철성 보철물(신체의 일부에 붙였다 떼었다 할 수 있는 틀니 등)의 파손은 후유장애의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) '외모'란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
- 2) '추상(추한 모습)장애'라 함은 성형수술(반흔(흉터)성형술, 레이저치료 등 포함)을 시행한 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말한다.
- 3) '추상(추한 모습)을 남긴 때'라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 함몰 등으로 성형수술을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 경우를 말한다.
- 4) 다발성 반흔 발생시 각 판정부위(얼굴, 머리, 목) 내의 다발성 반흔의 길이 또는 면적은 합산하여 평가한다. 단, 길이가 5mm 미만의 반흔은 합산대상에서 제외한다.
- 5) 추상(추한 모습)이 얼굴과 머리 또는 목 부위에 걸쳐 있는 경우에는 머리 또는 목에 있는 흉터의 길이 또는 면적의 1/2을 얼굴의 추상(추한 모습)으로 보아 산정한다.

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)

- 1) 얼굴
 - ① 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)
 - ② 길이 10cm 이상의 추상 반흔(추한 모습의 흉터)
 - ③ 지름 5cm 이상의 조직함몰
 - ④ 코의 1/2 이상 결손
- 2) 머리
 - ① 손바닥 크기 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
 - ② 머리뼈의 손바닥 크기 이상의 손상 및 결손
- 3) 목
 - ① 손바닥 크기 이상의 추상(추한 모습)

라. 약간의 추상(추한 모습)

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

② 머리뼈의 손바닥 크기 1/2 이상의 손상 및 결손

3) 목

손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

마. 손바닥 크기

'손바닥 크기'라 함은 해당 환자의 손가락을 제외한 손바닥의 크기를 말하며, 12세 이상의 성인에서는 8×10cm(1/2 크기는 40cm², 1/4 크기는 20cm²), 6~11세의 경우는 6×8cm(1/2 크기는 24cm², 1/4 크기는 12cm²), 6세 미만의 경우는 4×6cm(1/2 크기는 12cm², 1/4 크기는 6cm²)로 간주한다.

6. 척추(등뼈)의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 척추(등뼈)에 심한 운동장애를 남긴 때	40
2) 척추(등뼈)에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때	30
3) 척추(등뼈)에 약간의 운동장애를 남긴 때	10
4) 척추(등뼈)에 심한 기형을 남긴 때	50
5) 척추(등뼈)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	30
6) 척추(등뼈)에 약간의 기형을 남긴 때	15
7) 추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장애	20
8) 추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장애	15
9) 추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장애	10

나. 장애판정기준

- 척추(등뼈)는 경추에서 흉추, 요추, 제1천추까지를 동일한 부위로 한다. 제2천추 이하의 천골 및 미골은 체간골의 장애로 평가한다.
- 척추(등뼈)의 기형장애는 척추체(척추뼈 몸통)를 말하며, 횡돌기 및 극돌기는 제외한다. 이하 이 신체 부위에서 같다)의 압박률 또는 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡 정도에 따라 평가한다.
 - 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡변화는 객관적인 측정방법(Cobb's Angle)에 따라 골절이 발생한 척추체(척추뼈 몸통)의 상·하 인접 정상 척추체(척추뼈 몸통)를 포함하여 측정하며, 생리적 정상만곡을 고려하여 평가한다.
 - 척추(등뼈)의 기형장애는 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률, 골절의 부위 등을 기준으로 판정한다. 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률은 인접 상·하부[인접 상·하부 척추체(척추뼈 몸통)에 진구성 골절이 있거나, 다발성 척추골절이 있는 경우에는 골절된 척추와 가장 인접한 상·하부] 정상 척추체(척추뼈 몸통)의 전방 높이의 평균에 대한 골절된 척추체(척추뼈 몸통) 전방 높이의 감소비를 압박률로 정한다.
 - 척추(등뼈)의 기형장애는 「산업재해보상보험법 시행규칙」상 경추부, 흉추부, 요추부로 구분하여 각각을 하나의 운동단위로 보며, 하나의 운동단위 내에서 여러 개의 척추체(척추뼈 몸통)에 압박골절이 발생한 경우에는 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률을 합산하고, 두 개 이상의 운동단위에서 장애가 발생한 경우에는 그 중 가장 높은 지급률을 적용한다.
- 척추(등뼈)의 장애는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 이 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.
- 추간판탈출증으로 인한 신경 장애는 수술 또는 시술(비수술적 치료) 후 6개월 이상 지난 후에 평가한다.
- 신경학적 검사상 나타난 저린감이나 방사통 등 신경자극증상의 원인으로 CT, MRI 등 영상검사에서 추간판탈출증이 확인된 경우를 추간판탈출증으로 진단하며, 수술 여부에 관계없이 운동장애 및

기형장애로 평가하지 않는다.

- 6) 심한 운동장애란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - ① 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
 - ② 머리뼈(두개골), 제1경추, 제2경추를 모두 유합 또는 고정한 상태
- 7) 뚜렷한 운동장애란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - ① 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
 - ② 머리뼈(두개골)와 제1경추 또는 제1경추와 제2경추를 유합 또는 고정한 상태
 - ③ 머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추) 사이에 CT 검사 상, 두개 대후두공의 기저점(basion)과 측추 치돌기 상단사이의 거리(BDI : Basion-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태
 - ④ 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추) CT 검사상, 환추 전방 궁(arch)의 후방과 치상돌기의 전면과의 거리(ADI: Atlanto-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태
- 8) 약간의 운동장애
 머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추)를 제외한 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
- 9) 심한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - ① 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 35° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
 - ② 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 60%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 90% 이상일 때
- 10) 뚜렷한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - ① 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 15° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
 - ② 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 40%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 60% 이상일 때
- 11) 약간의 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - ① 1개 이상의 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구로 경도(가벼운 정도)의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
 - ② 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 20%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 40% 이상일 때
- 12) '추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장애'란 추간판탈출증으로 추간판을 2마디 이상(또는 1마디 추간판에 대해 2회 이상) 수술하고도 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장애가 있는 경우
- 13) '추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장애'란 추간판탈출증으로 추간판 1마디를 수술하고도 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되고 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우
- 14) '추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장애'란 추간판탈출증이 확인되고 신경생리검사서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되는 경우

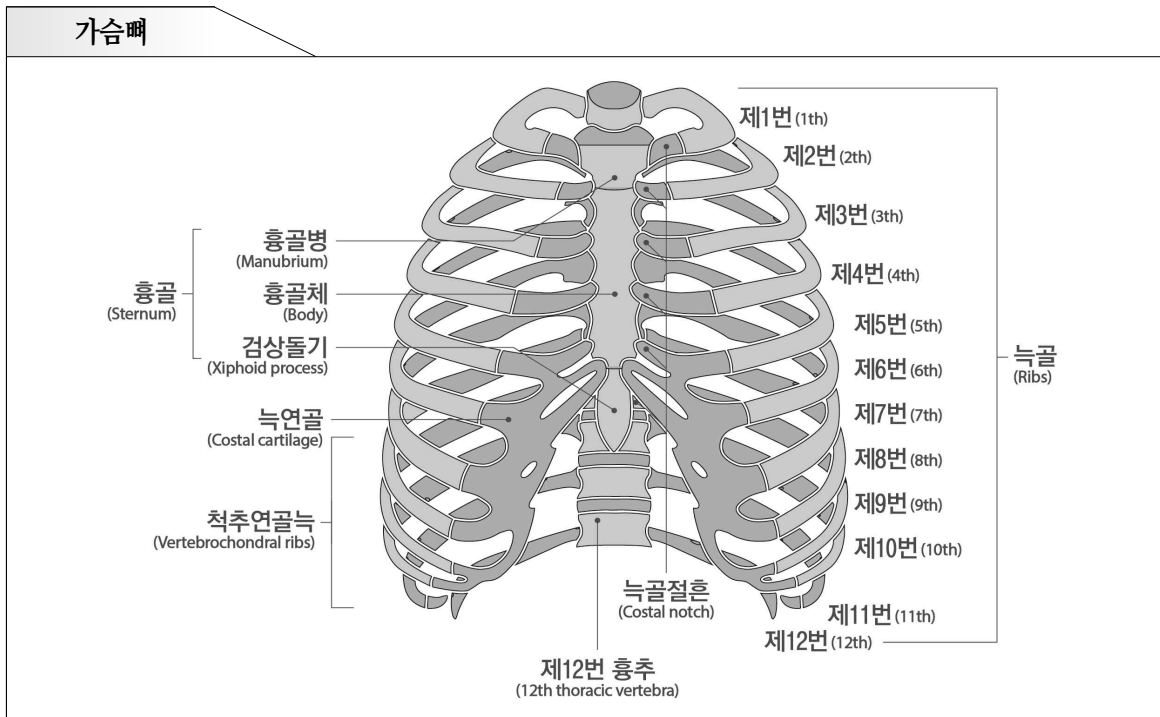
7. 체간골의 장애

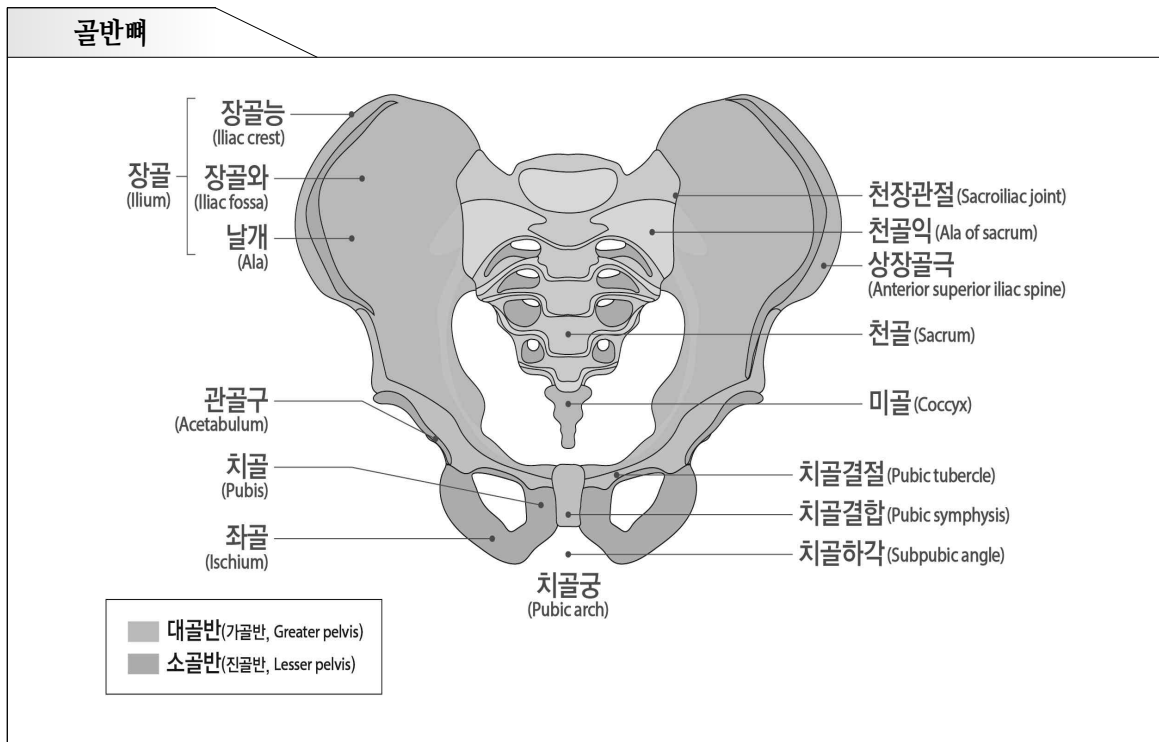
가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 어깨뼈(견갑골)나 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	15
2) 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	10

나. 장애판정기준

- 1) '체간골'이라 함은 어깨뼈(견갑골), 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함), 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)를 말하며 이를 모두 동일한 부위로 본다.
- 2) '골반뼈의 뚜렷한 기형'이라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - ① 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm이상 분리된 부정유합 상태
 - ② 육안으로 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도로 방사선 검사로 측정된 각(角) 변형이 20° 이상인 경우
 - ③ 미골의 기형은 골절이나 탈구로 방사선 검사로 측정된 각(角) 변형이 70° 이상 남은 상태
- 3) '빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골), 어깨뼈(견갑골)에 뚜렷한 기형이 남은 때'라 함은 방사선 검사로 측정된 각(角) 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.
- 4) 갈비뼈(늑골)의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장애로 취급한다. 다발성늑골 기형의 경우 각각의 각(角) 변형을 합산하지 않고 그 중 가장 높은 각(角) 변형을 기준으로 평가한다.





8. 팔의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 두 팔의 손목 이상을 잃었을 때	100
2) 한 팔의 손목 이상을 잃었을 때	60
3) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때	20
5) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
7) 한 팔에 가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
8) 한 팔에 가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때	10
9) 한 팔의 뼈에 기형을 남긴 때	5

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우는)는 장애로 평가하지 않는다.
- 3) '팔'이라 함은 어깨관절(견관절)부터 손목관절(완관절)까지를 말한다.
- 4) '팔의 3대 관절'이라 함은 어깨관절(견관절), 팔꿈치관절(주관절), 손목관절(완관절)을 말한다.
- 5) '한 팔의 손목 이상을 잃었을 때'라 함은 손목관절(완관절)부터(손목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치관절(주관절) 상부에서 절단된 경우도 포함한다.
- 6) 팔의 관절기능장애 평가는 팔의 3대 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다.

① 각 관절의 운동범위 측정은 장애평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3

항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동기능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.

- ② 관절기능장애를 표시할 경우 장애부위의 장애각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장애 상태를 명확히 한다. 단, 관절기능장애가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.
- 7) '관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - ① 완전 강직(관절굳음)
 - ② 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '0등급(zero)'인 경우
- 8) '관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
 - ② 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
 - ③ 근전도 검사상 완전손상(complete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '1등급(trace)'인 경우
- 9) '관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
 - ② 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 2등급(poor)인 경우
- 10) '관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
 - ② 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 3등급(fair)인 경우
- 11) '가관절^{주)}이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
 - ※ 주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 '불유합' 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외한다.
- 12) '가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 13) '뼈에 기형을 남긴 때'라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

- 1) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나에 기능장애가 생기고 다른 관절 하나에 기능장애가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 2) 1상지(팔과 손가락)의 후유장애지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

9. 다리의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 두 다리의 발목 이상을 잃었을 때	100
2) 한 다리의 발목 이상을 잃었을 때	60
3) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30

장애의 분류	지급률(%)
4) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때	20
5) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
7) 한 다리에 가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
8) 한 다리에 가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때	10
9) 한 다리의 뼈에 기형을 남긴 때	5
10) 한 다리가 5cm 이상 짧아지거나 길어진 때	30
11) 한 다리가 3cm 이상 짧아지거나 길어진 때	15
12) 한 다리가 1cm 이상 짧아지거나 길어진 때	5

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 않는다.
- 3) '다리'라 함은 엉덩이관절(고관절)부터 발목관절(족관절)까지를 말한다.
- 4) '다리의 3대 관절'이라 함은 엉덩이관절(고관절), 무릎관절(슬관절), 발목관절(족관절)을 말한다.
- 5) '한 다리의 발목 이상을 잃었을 때'라 함은 발목관절(족관절)부터(발목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절(슬관절)의 상부에서 절단된 경우도 포함한다.
- 6) 다리의 관절기능장애 평가는 다리의 3대 관절의 관절운동범위 제한 및 무릎관절(슬관절)의 동요성 등으로 평가한다.
 - ① 각 관절의 운동범위 측정은 장애평가지점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
 - ② 관절기능장애가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.
- 7) '관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - ① 완전 강직(관절굳음)
 - ② 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '0등급(zero)'인 경우
- 8) '관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
 - ② 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
 - ③ 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - ④ 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '1등급(trace)'인 경우
- 9) '관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
 - ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - ③ 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 2등급(poor)인 경우
- 10) '관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

- ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
 - ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - ③ 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 3등급(fair)인 경우
- 11) 동요장해 평가 시에는 정상측과 환측을 비교하여 증가된 수치로 평가한다.
 - 12) '가관절^{주)}이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
 ※주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 '불유합' 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외한다.
 - 13) '가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 경골과 종아리뼈 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
 - 14) '뼈에 기형을 남긴 때'라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.
 - 15) 다리 길이의 단축 또는 과신장은 스캐노그램(scanogram)을 통하여 측정한다.

다. 지급률의 결정

- 1) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 2) 1하지(다리과 발가락)의 후유장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

10. 손가락의 장해

가. 장해의 분류

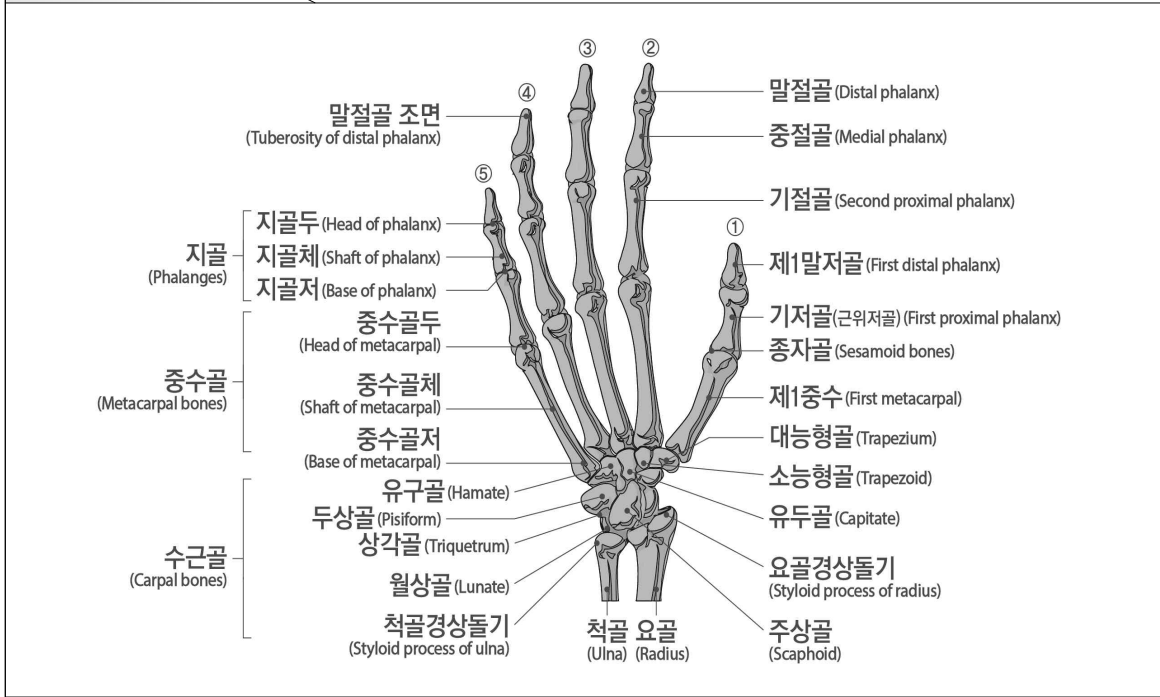
장해의 분류	지급률(%)
1) 한 손의 5개 손가락을 모두 잃었을 때	55
2) 한 손의 첫째 손가락을 잃었을 때	15
3) 한 손의 첫째 손가락 이외의 손가락을 잃었을 때(손가락 하나마다)	10
4) 한 손의 5개 손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	30
5) 한 손의 첫째 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한 손의 첫째 손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때(손가락 하나마다)	5

나. 장해판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장애를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 않는다.
- 3) 손가락에는 첫째 손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
- 4) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.

- 5) '손가락을 잃었을 때'라 함은 첫째 손가락에서는 지관절부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽으로 손가락이 절단되었을 때를 말한다.
- 6) '손가락뼈 일부를 잃었을 때'라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 손가락 뼈의 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 손가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.
- 7) '손가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 첫째 손가락의 경우 중수지관절 또는 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상 운동영역의 1/2 이하인 경우를 말하며, 다른 네 손가락에 있어서는 제1, 제2지관절의 굴신운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하이거나 중수지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.
- 8) 한 손가락에 장애가 생기고 다른 손가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 9) 손가락의 관절기능장애 평가는 손가락 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 장애평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.

손가락



11. 발가락의 장애

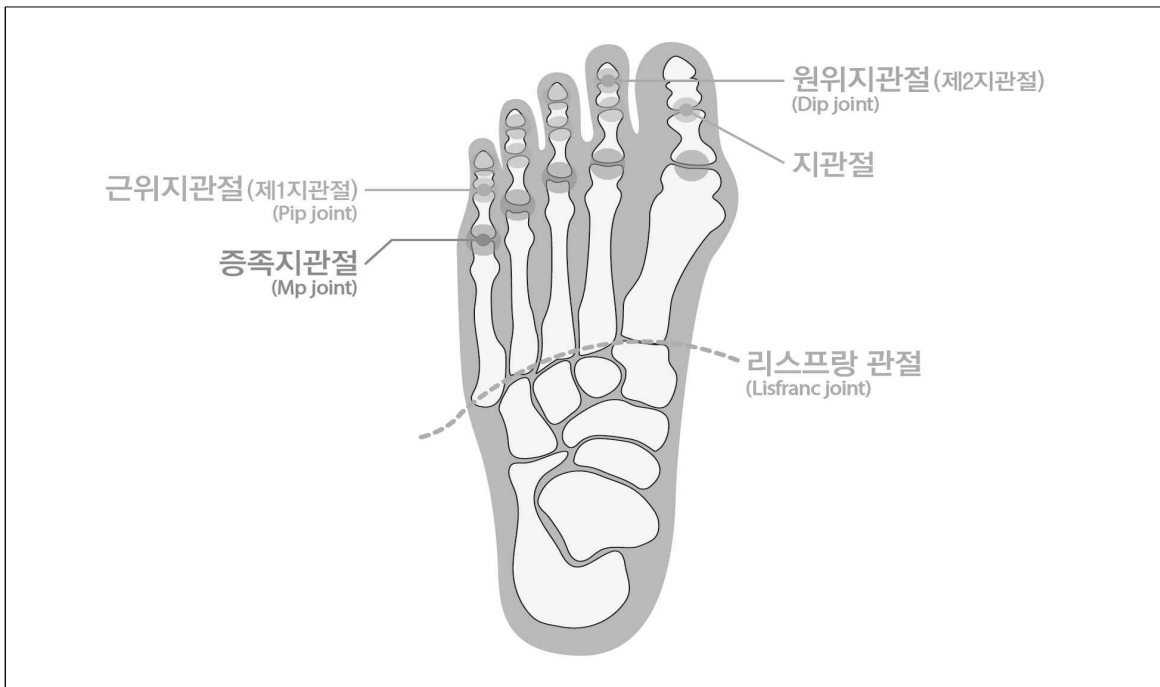
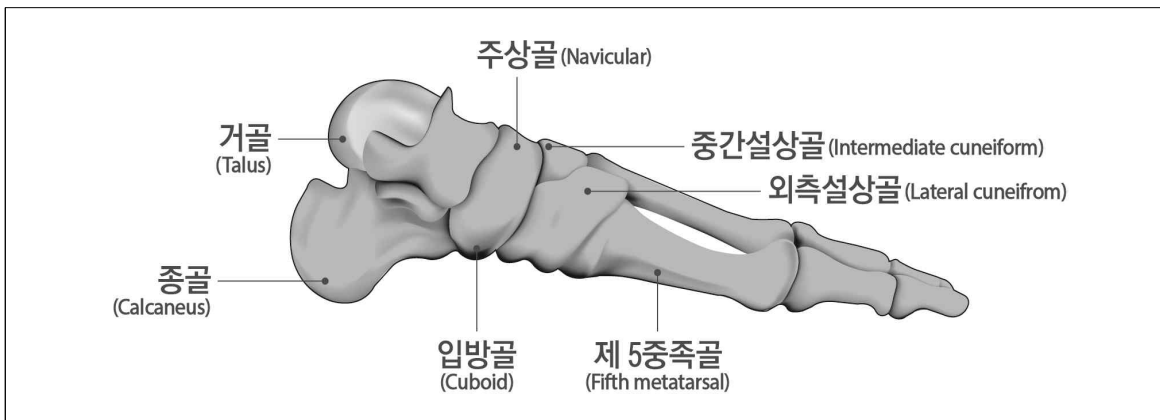
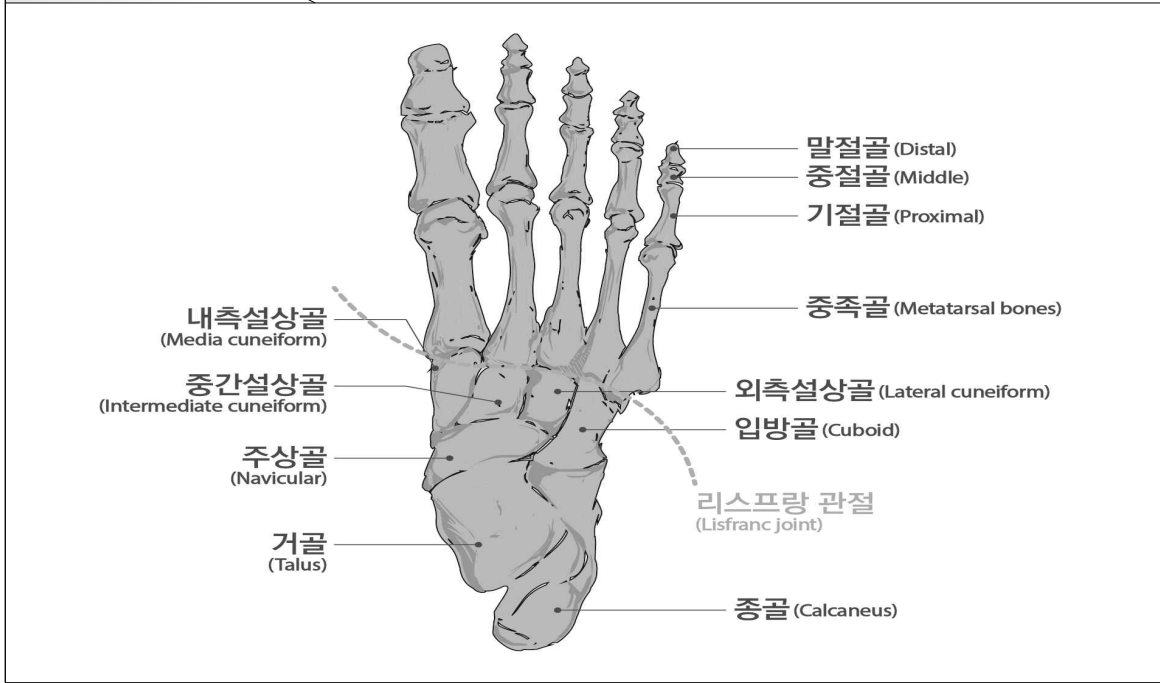
가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 한 발의 리스프랑관절 이상을 잃었을 때	40
2) 한 발의 5개 발가락을 모두 잃었을 때	30
3) 한 발의 첫째 발가락을 잃었을 때	10
4) 한 발의 첫째 발가락 이외의 발가락을 잃었을 때(발가락 하나마다)	5
5) 한 발의 5개 발가락 모두의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
6) 한 발의 첫째 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	8
7) 한 발의 첫째 발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때(발가락 하나마다)	3

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장애를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 않는다.
- 3) '발가락을 잃었을 때'라 함은 첫째 발가락에서는 지관절부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽을 잃었을 때를 말한다.
- 4) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.
- 5) '발가락뼈 일부를 잃었을 때'라 함은 첫째 발가락의 지관절, 다른 네 발가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 발가락 뼈 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 발가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.
- 6) '발가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 첫째 발가락의 경우에 중족지관절과 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동범위 합계가 정상 운동 가능영역의 1/2이하가 된 경우를 말하며, 다른 네 발가락에 있어서는 중족지관절의 신전운동범위만을 평가하여 정상운동범위의 1/2이하로 제한된 경우를 말한다.
- 7) 한 발가락에 장애가 생기고 다른 발가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 8) 발가락 관절의 운동범위 측정은 장애평가지점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.

발가락



12. 흉·복부장기 및 비뇨생식기의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 심장 기능을 잃었을 때	100
2) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때	75
3) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장애를 남긴 때	50
4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	30
5) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장애를 남긴 때	15

나. 장애판정기준

- 1) '심장 기능을 잃었을 때'라 함은 심장 이식을 한 경우를 말한다.
- 2) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - ① 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
 - ② 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석, 복막투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때
 - ③ 방광의 저장기능과 배뇨기능을 완전히 상실한 때
- 3) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - ① 위, 대장(결장~직장) 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때
 - ② 소장을 3/4 이상 잘라내었을 때 또는 잘라낸 소장의 길이가 3m 이상일 때
 - ③ 간장의 3/4 이상을 잘라내었을 때
 - ④ 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때
- 4) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - ① 한쪽 폐 또는 한쪽 신장을 전부 잘라내었을 때
 - ② 방광 기능상실로 영구적인 요도루, 방광루, 요관 장문합 상태
 - ③ 위, 췌장을 50% 이상 잘라내었을 때
 - ④ 대장절제, 항문 괄약근 등의 기능장애로 영구적으로 장루, 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
 - ⑤ 심장기능 이상으로 인공심박동기를 영구적으로 삽입한 경우
 - ⑥ 요도괄약근 등의 기능장애로 영구적으로 인공요도괄약근을 설치한 경우
- 5) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - ① 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착, 배뇨기능 상실로 영구적인 간헐적 인공요도가 필요한 때
 - ② 음경의 1/2 이상이 결손되었거나 질구 협착으로 성생활이 불가능한 때
 - ③ 폐질환 또는 폐 부분절제술 후 일상생활에서 호흡곤란으로 지속적인 산소치료가 필요하며, 폐기능 검사(PFT)상 폐환기 기능(1초간 노력성 호기량, FEV1)이 정상예측치의 40% 이하로 저하된 때
- 6) 흉복부, 비뇨생식기계 장애는 질병 또는 외상의 직접 결과로 인한 장애를 말하며, 노화에 의한 기능장애 또는 질병이나 외상이 없는 상태에서 예방적으로 장기를 절제, 적출한 경우는 장애로 보지 않는다.
- 7) 상기 흉복부 및 비뇨생식기계 장애항목에 명기되지 않은 기타 장애상태에 대해서는 '붙임' 일상생

- 활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표'에 해당하는 장애가 있을 때 ADLs 장애지급률을 준용한다.
- 8) 상기 장애항목에 해당되지 않는 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장애의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계·정신행동 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률(%)
1) 신경계에 장애가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때	10~100
2) 정신행동에 극심한 장애를 남긴 때	100
3) 정신행동에 심한 장애를 남긴 때	75
4) 정신행동에 뚜렷한 장애를 남긴 때	50
5) 정신행동에 약간의 장애를 남긴 때	25
6) 정신행동에 경미한 장애를 남긴 때	10
7) 극심한 치매: CDR 척도 5점	100
8) 심한 치매: CDR 척도 4점	80
9) 뚜렷한 치매: CDR 척도 3점	60
10) 약간의 치매: CDR 척도 2점	40
11) 심한 뇌전증 발작이 남았을 때	70
12) 뚜렷한 뇌전증 발작이 남았을 때	40
13) 약간의 뇌전증 발작이 남았을 때	10

나. 장애판정기준

1) 신경계

- ① '신경계에 장애를 남긴 때'라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계 손상으로 '〈붙임〉 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표'의 5가지 기본동작 중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.
- ② 위 ①의 경우 '〈붙임〉 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표'상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장애로 인정하지 않는다.
- ③ 신경계의 장애로 발생하는 다른 신체부위의 장애(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장애로도 평가하고 그 중 높은 지급률을 적용한다.
- ④ 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 12개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장애를 평가한다. 그러나, 12개월이 지났다고 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간 내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위에서 장애 평가를 유보한다.
- ⑤ 장애진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

- ① 정신행동장애는 보험기간중에 발생한 뇌의 질병 또는 상해를 입은 후 18개월이 지난 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 질병발생 또는 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 질병발생 또는 상해를 입은 후 12개월이 지난 후에 판정할 수 있다.
- ② 정신행동장애는 장애판정 직전 1년 이상 충분한 정신건강의학과 전문적 치료를 받은 후 치료에도 불구하고 장애가 고착되었을 때 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로써 고정되거나 중하게 된 장애에 대해서는 인정하지 않는다.
- ③ '정신행동에 극심한 장애를 남긴 때'라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료를 받았으며 GAF 30점 이하인 상태를 말한다.
- ④ '정신행동에 심한 장애를 남긴 때'라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과 치료를 받았으며 GAF 40점 이하인 상태를 말한다.

- ⑤ '정신행동에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장애측정기준'^{주)} 상 6개 항목 중 3개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 50점 이하인 상태를 말한다.
 ※주) 능력장애측정기준의 항목 : ㉠ 적절한 음식섭취, ㉡ 대소변관리, 세면, 목욕, 청소 등의 청결 유지, ㉢ 적절한 대화기술 및 협조적인 대인관계, ㉣ 규칙적인 통원·약물 복용, ㉤ 소지품 및 금전관리나 적절한 구매행위, ㉥ 대중교통이나 일반공공시설의 이용
 - ⑥ '정신행동에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장애측정기준' 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 60점 이하인 상태를 말한다.
 - ⑦ '정신행동에 경미한 장애를 남긴 때'라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장애측정기준' 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 70점 이하인 상태를 말한다.
 - ⑧ 지속적인 정신건강의학과와의 치료란 3개월 이상 약물치료가 중단되지 않았음을 의미한다.
 - ⑨ 심리학적 평가보고서는 정신건강의학과 의료기관에서 실시되어야 하며, 자격을 갖춘 임상심리 전문가가 시행하고 작성하여야 한다.
 - ⑩ 정신행동장애 진단 전문의는 정신건강의학과 전문의를 말한다.
 - ⑪ 정신행동장애는 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등 객관적 근거를 기초로 평가한다. 다만, 보호자나 환자의 진술, 감정의의 추정 혹은 인정, 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌 SPECT 등)은 객관적 근거로 인정하지 않는다.
 - ⑫ 각종 기질성 정신장애와 외상후 뇌전증에 한하여 보상한다.
 - ⑬ 외상후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증(조현병), 편집증, 조울증(양극성장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다.
- 3) 치매
- ① '치매'라 함은 정상적으로 성숙한 뇌가 질병이나 외상 후 기질성 손상으로 파괴되어 한번 획득한 지적기능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 것을 말한다.
 - ② 치매의 장애평가는 임상적인 증상 뿐 아니라 뇌영상검사(CT 및 MRI, SPECT 등)를 기초로 진단되어야 하며, 18개월 이상 지속적인 치료 후 평가한다. 다만, 진단시점에 이미 극심한 치매 또는 심한 치매로 진행된 경우에는 6개월간 지속적인 치료 후 평가한다.
 - ③ 치매의 장애평가는 전문의(정신건강의학과, 신경과)에 의한 임상치매척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사결과에 따른다.
- 4) 뇌전증
- ① '뇌전증'이라 함은 돌발적 뇌파 이상을 나타내는 뇌질환으로 발작(경련, 의식장애 등)을 반복하는 것을 말한다.
 - ② 뇌전증 발작의 빈도 및 양상은 지속적인 항뇌전증제(항경련제) 약물로도 조절되지 않는 뇌전증을 말하며, 진료기록에 기재되어 객관적으로 확인되는 뇌전증 발작의 빈도 및 양상을 기준으로 한다.
 - ③ '심한 뇌전증 발작'이라 함은 월 8회 이상의 중증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작할 때 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장애 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말한다.
 - ④ '뚜렷한 뇌전증 발작'이라 함은 월 5회 이상의 중증발작 또는 월 10회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
 - ⑤ '약간의 뇌전증 발작'이라 함은 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작이 연 6개월

월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

- ⑥ '중증발작'이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장해가 3분 이상 지속되는 발작을 말한다.
- ⑦ '경증발작'이라 함은 운동장해가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표

유형	제한정도에 따른 지급률
이동동작	<ul style="list-style-type: none"> - 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 지속적인 도움이 없이는 밖을 나올 수 없는 상태 또는 침대에서 휠체어로 옮기기를 포함하여 휠체어 이동시 다른 사람의 지속적인 도움이 필요한 상태 (지급률 40%) - 휠체어 또는 다른 사람의 도움 없이는 밖을 나올 수 없는 상태 또는 보행이 불가능하나 스스로 휠체어를 밀어 이동이 가능한 상태 (30%) - 목발 또는 보행기(walker)를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태 (20%) - 보조기구 없이 독립적인 보행은 가능하나 보행 시 파행(절뚝거림)이 있으며, 난간을 잡지 않고는 계단을 오르내리기가 불가능한 상태 또는 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태 (10%)
음식물섭취	<ul style="list-style-type: none"> - 입으로 식사를 전혀 할 수 없어 계속적으로 튜브(비위관 또는 위루관)나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양공급을 받는 상태 (20%) - 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 지속적인 도움이 없이는 식사를 전혀 할 수 없는 상태 (15%) - 숟가락 사용은 가능하나 젓가락 사용이 불가능하여 음식물 섭취에 있어 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태 (10%) - 독립적인 음식물 섭취는 가능하나 젓가락을 이용하여 생선을 바르거나 음식물을 자르는 못하는 상태 (5%)
배변·배뇨	<ul style="list-style-type: none"> - 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 지속적인 도움이 필요한 상태, 또는 지속적인 유치도뇨관 삽입상태, 방광루, 요도루, 장루상태 (20%) - 화장실에 가서 변기위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 뒤처리시 다른 사람의 지속적인 도움이 필요한 상태, 또는 간헐적으로 자가 인공도뇨가 가능한 상태(CIC), 기저귀를 이용한 배뇨,배변 상태 (15%) - 화장실에 가는 일, 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변후 뒤처리에 있어 다른 사람의 도움이 필요한 상태 (10%) - 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2시간 이상 계속되는 업무를 수행하는 것이 어려운 상태, 또는 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 요실금, 변실금이 있는 때 (5%)
목욕	<ul style="list-style-type: none"> - 세안, 양치, 샤워, 목욕 등 모든 개인위생 관리시 타인의 지속적인 도움이 필요한 상태 (10%) - 세안, 양치시 부분적인 도움 하에 혼자서 가능하나 목욕이나 샤워시 타인의 도움이 필요한 상태 (5%) - 세안, 양치와 같은 개인위생관리를 독립적으로 시행가능하나 목욕이나 샤워시 부분적으로 타인의 도움이 필요한 상태 (3%)
옷 입고 벗기	<ul style="list-style-type: none"> - 상·하의 의복 착탈시 다른 사람의 지속적인 도움이 필요한 상태 (10%) - 상·하의 의복 착탈시 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태 또는 상의 또는 하의중 하나만 혼자서 착탈의가 가능한 상태 (5%) - 상·하의 의복 착탈시 혼자서 가능하나 미세동작(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)이 필요한 마무리는 타인의 도움이 필요한 상태 (3%)

공
통
사
항

보
통
약
관

특
별
약
관

제
도
성
특
별
약
관

별
표

〈별표3〉 특정신체부위 분류표

특 정 신 체 부 위
<ul style="list-style-type: none"> • 위, 십이지장 • 공장(빈창자), 회장(돌창자), 맹장(충수돌기 포함) • 대장(맹장, 직장 제외) • 직장 • 항문 • 간 • 담낭(쓸개) 및 담관 • 췌장 • 비장 • 기관, 기관지, 폐, 흉막 및 흉곽(늑골 포함) • 코[외비(코 바깥), 비강(코 안) 및 부비강(코 곁굴) 포함] • 인두 및 후두(편도 포함) • 식도 • 구강, 치아, 혀, 악하선(턱밑샘), 이하선(귀밑샘) 및 설하선(혀밑샘) • 귀[외이(바깥 귀), 고막, 중이(가운데귀), 내이(속귀), 청신경 및 유양돌기(꼭지돌기) 포함] • 안구 및 안구부속기[안검(눈꺼풀), 결막, 누기(눈물샘), 안근 및 안와내조직 포함] • 신장 • 부신 • 요관, 방광 및 요도 • 음경 • 질 및 외음부 • 전립선 • 유방(유선 포함) • 자궁[자궁체부(자궁몸통) 포함] • 자궁체부(자궁몸통)(제왕절개술을 받은 경우에 한함) • 난소 및 난관 • 고환[고환초막(고환집막) 포함], 부고환, 정관, 정삭 및 정낭 • 갑상선 • 부갑상선 • 서혜부(넓적다리 부위의 위쪽 주변)(서혜 탈장, 음낭 탈장 또는 대퇴 탈장이 생긴 경우에 한함) • 피부(두피 및 입술 포함) • 경추부(해당신경 포함) • 흉추부(해당신경 포함) • 요추부(해당신경 포함) • 천골(엉치뼈)부 및 미골(꼬리뼈)부(해당신경 포함) • 왼쪽 어깨 • 오른쪽 어깨 • 왼팔(왼쪽 어깨 제외, 왼손 포함) • 오른팔(오른쪽 어깨 제외, 오른손 포함) • 왼손(왼쪽 손목 관절 이하) • 오른손(오른쪽 손목 관절 이하) • 왼쪽 고관절 • 오른쪽 고관절 • 왼쪽 다리(왼쪽 고관절 제외, 왼발 포함)

- 오른쪽 다리(오른쪽 고관절 제외, 오른발 포함)
- 왼발(왼쪽 발목 관절 이하)
- 오른발(오른쪽 발목 관절 이하)
- 상·하악골(위·아래턱뼈)
- 쇄골
- 늑골(갈비뼈)

공
통
사
항

보
통
약
관

특
별
약
관

제
도
성
특
별
약
관

별
표

〈별표4〉 특정질병 분류표

특 정 질 병	분 류 번 호
	[제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 기준]
담석증	K80
요로결석증	N20~N23
연골증, 관절증, 관절염	M00~M03, M05~M25, M93, M94
척추질환	M40~M54
자궁근종	D25
결핵	A15~A19
	B90
골반염	N73, N74
하지정맥류	I83
심장질환	I00~I02, I05~I09, I11, I13, I20~I28, I30~I52, I97
	P29
	Q20~Q26
	R00, R01, R57
뇌혈관질환	I60~I69
	G45, G46
	Q28
고혈압	I10~I13, I15
	O11, O13, O14
당뇨(혈당치상승 포함)	E10~E14
	O24
	R73
암	C00~C26, C30~C41, C43, C45~C58, C60~C72, C74~C97
	D45~D46, D47.1, D47.3, D47.4, D47.5
자궁내막증	N80
복막의 질환	K65~K67
통풍	E79
	M10
골다공증	M80~M82
지질단백질대사장애 및 기타 지질증	E78
사시	H49~H51
백내장	H25~H27

특 정 질 병	분 류 번 호
	[제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1. 시행) 기준]
탈장	K40~K46
	N43
천식	J44~J46
유산	N96
	O00~O08, O20
임신중독증	O11~O15
바르톨린선의 질환	N75

- 주) 1. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
2. 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 질병분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.
3. 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호를 동시에 부여 가능한 경우 대상질병 분류에 포함합니다.
4. 진단서 상의 분류번호는 한국표준질병·사인분류 질병코딩지침서에 따라 기재된 것을 인정합니다.

참 고 : 관 련 법 규

아래의 관련 법규가 변경되는 경우에는 변경된 내용을 따릅니다.

[개인정보 보호법]

법률 제19234호, 일부개정 2023.03.14, 시행일 2023.09.15

제15조(개인정보의 수집·이용)

- ① 개인정보처리자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 개인정보를 수집할 수 있으며 그 수집 목적의 범위에서 이용할 수 있다.
1. 정보주체의 동의를 받은 경우
 2. 법률에 특별한 규정이 있거나 법령상 의무를 준수하기 위하여 불가피한 경우
 3. 공공기관이 법령 등에서 정하는 소관 업무의 수행을 위하여 불가피한 경우
 4. 정보주체와 체결한 계약을 이행하거나 계약을 체결하는 과정에서 정보주체의 요청에 따른 조치를 이행하기 위하여 필요한 경우
 5. 명백히 정보주체 또는 제3자의 급박한 생명, 신체, 재산의 이익을 위하여 필요하다고 인정되는 경우
 6. 개인정보처리자의 정당한 이익을 달성하기 위하여 필요한 경우로서 명백하게 정보주체의 권리보다 우선하는 경우. 이 경우 개인정보처리자의 정당한 이익과 상당한 관련이 있고 합리적인 범위를 초과하지 아니하는 경우에 한한다.
 7. 공중위생 등 공공의 안전과 안녕을 위하여 긴급히 필요한 경우
- ② 개인정보처리자는 제1항제1호에 따른 동의를 받을 때에는 다음 각 호의 사항을 정보주체에게 알려야 한다. 다음 각 호의 어느 하나의 사항을 변경하는 경우에도 이를 알리고 동의를 받아야 한다.
1. 개인정보의 수집·이용 목적
 2. 수집하려는 개인정보의 항목
 3. 개인정보의 보유 및 이용 기간
 4. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용
- ③ 개인정보처리자는 당초 수집 목적과 합리적으로 관련된 범위에서 정보주체에게 불이익이 발생하는지 여부, 암호화 등 안전성 확보에 필요한 조치를 하였는지 여부 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 정보주체의 동의 없이 개인정보를 이용할 수 있다.

제17조(개인정보의 제공)

- ① 개인정보처리자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당되는 경우에는 정보주체의 개인정보를 제3자에게 제공(공유를 포함한다. 이하 같다)할 수 있다.
1. 정보주체의 동의를 받은 경우
 2. 제15조제1항제2호, 제3호 및 제5호부터 제7호까지에 따라 개인정보를 수집한 목적 범위에서 개인정보를 제공하는 경우
- ② 개인정보처리자는 제1항제1호에 따른 동의를 받을 때에는 다음 각 호의 사항을 정보주체에게 알려야 한다. 다음 각 호의 어느 하나의 사항을 변경하는 경우에도 이를 알리고 동의를 받아야 한다.
1. 개인정보를 제공받는 자
 2. 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 이용 목적
 3. 제공하는 개인정보의 항목
 4. 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 보유 및 이용 기간
 5. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용
- ③ 삭제 <2023. 3. 14.>

- ④ 개인정보처리자는 당초 수집 목적과 합리적으로 관련된 범위에서 정보주체에게 불이익이 발생하는지 여부, 암호화 등 안전성 확보에 필요한 조치를 하였는지 여부 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 정보주체의 동의 없이 개인정보를 제공할 수 있다.

제22조(동의를 받는 방법)

- ① 개인정보처리자는 이 법에 따른 개인정보의 처리에 대하여 정보주체(제22조의2제1항에 따른 법정대리인을 포함한다. 이하 이 조에서 같다)의 동의를 받을 때에는 각각의 동의 사항을 구분하여 정보주체가 이를 명확하게 인지할 수 있도록 알리고 동의를 받아야 한다. 이 경우 다음 각 호의 경우에는 동의 사항을 구분하여 각각 동의를 받아야 한다.
 - 1. 제15조제1항제1호에 따라 동의를 받는 경우
 - 2. 제17조제1항제1호에 따라 동의를 받는 경우
 - 3. 제18조제2항제1호에 따라 동의를 받는 경우
 - 4. 제19조제1호에 따라 동의를 받는 경우
 - 5. 제23조제1항제1호에 따라 동의를 받는 경우
 - 6. 제24조제1항제1호에 따라 동의를 받는 경우
 - 7. 재화나 서비스를 홍보하거나 판매를 권유하기 위하여 개인정보의 처리에 대한 동의를 받으려는 경우
 - 8. 그 밖에 정보주체를 보호하기 위하여 동의 사항을 구분하여 동의를 받아야 할 필요가 있는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우
- ② 개인정보처리자는 제1항의 동의를 서면(「전자문서 및 전자거래 기본법」 제2조제1호에 따른 전자문서를 포함한다)으로 받을 때에는 개인정보의 수집·이용 목적, 수집·이용하려는 개인정보의 항목 등 대통령령으로 정하는 중요한 내용을 보호위원회가 고시로 정하는 방법에 따라 명확히 표시하여 알아보기 쉽게 하여야 한다.
- ③ 개인정보처리자는 정보주체의 동의 없이 처리할 수 있는 개인정보에 대해서는 그 항목과 처리의 법적 근거를 정보주체의 동의를 받아 처리하는 개인정보와 구분하여 제30조제2항에 따라 공개하거나 전자우편 등 대통령령으로 정하는 방법에 따라 정보주체에게 알려야 한다. 이 경우 동의 없이 처리할 수 있는 개인정보라는 입증책임은 개인정보처리자가 부담한다.
- ④ 삭제 <2023. 3. 14.>
- ⑤ 개인정보처리자는 정보주체가 선택적으로 동의할 수 있는 사항을 동의하지 아니하거나 제1항제3호 및 제7호에 따른 동의를 하지 아니한다는 이유로 정보주체에게 재화 또는 서비스의 제공을 거부하여서는 아니 된다.
- ⑥ 삭제 <2023. 3. 14.>
- ⑦ 제1항부터 제5항까지에서 규정한 사항 외에 정보주체의 동의를 받는 세부적인 방법에 관하여 필요한 사항은 개인정보의 수집매체 등을 고려하여 대통령령으로 정한다.

제22조의2(아동의 개인정보 보호)

- ① 개인정보처리자는 만 14세 미만 아동의 개인정보를 처리하기 위하여 이 법에 따른 동의를 받아야 할 때에는 그 법정대리인의 동의를 받아야 하며, 법정대리인이 동의하였는지를 확인하여야 한다.
- ② 제1항에도 불구하고 법정대리인의 동의를 받기 위하여 필요한 최소한의 정보로서 대통령령으로 정하는 정보는 법정대리인의 동의 없이 해당 아동으로부터 직접 수집할 수 있다.
- ③ 개인정보처리자는 만 14세 미만의 아동에게 개인정보 처리와 관련한 사항의 고지 등을 할 때에는 이해하기 쉬운 양식과 명확하고 알기 쉬운 언어를 사용하여야 한다.
- ④ 제1항부터 제3항까지에서 규정한 사항 외에 동의 및 동의 확인 방법 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제23조(민감정보의 처리 제한)

- ① 개인정보처리자는 사상·신념, 노동조합·정당의 가입·탈퇴, 정치적 견해, 건강, 성생활 등에 관한 정보, 그 밖에 정보주체의 사생활을 현저히 침해할 우려가 있는 개인정보로서 대통령령으로 정하는 정보(이하 "

민감정보"라 한다)를 처리하여서는 아니 된다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그러하지 아니하다.

1. 정보주체에게 제15조제2항 각 호 또는 제17조제2항 각 호의 사항을 알리고 다른 개인정보의 처리에 대한 동의와 별도로 동의를 받은 경우
2. 법령에서 민감정보의 처리를 요구하거나 허용하는 경우
- ② 개인정보처리자가 제1항 각 호에 따라 민감정보를 처리하는 경우에는 그 민감정보가 분실·도난·유출·위조·변조 또는 훼손되지 아니하도록 제29조에 따른 안전성 확보에 필요한 조치를 하여야 한다.
- ③ 개인정보처리자는 재화 또는 서비스를 제공하는 과정에서 공개되는 정보에 정보주체의 민감정보가 포함됨으로써 사생활 침해의 위험성이 있다고 판단하는 때에는 재화 또는 서비스의 제공 전에 민감정보의 공개 가능성 및 비공개를 선택하는 방법을 정보주체가 알아보기 쉽게 알려야 한다.

제24조(고유식별정보의 처리 제한)

- ① 개인정보처리자는 다음 각 호의 경우를 제외하고는 법령에 따라 개인을 고유하게 구별하기 위하여 부여된 식별정보로서 대통령령으로 정하는 정보(이하 "고유식별정보"라 한다)를 처리할 수 없다.
 1. 정보주체에게 제15조제2항 각 호 또는 제17조제2항 각 호의 사항을 알리고 다른 개인정보의 처리에 대한 동의와 별도로 동의를 받은 경우
 2. 법령에서 구체적으로 고유식별정보의 처리를 요구하거나 허용하는 경우
- ② 삭제 <2013.8.6.>
- ③ 개인정보처리자가 제1항 각 호에 따라 고유식별정보를 처리하는 경우에는 그 고유식별정보가 분실·도난·유출·위조·변조 또는 훼손되지 아니하도록 대통령령으로 정하는 바에 따라 암호화 등 안전성 확보에 필요한 조치를 하여야 한다.
- ④ 보호위원회는 처리하는 개인정보의 종류·규모, 종업원 수 및 매출액 규모 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 기준에 해당하는 개인정보처리자가 제3항에 따라 안전성 확보에 필요한 조치를 하였는지에 관하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 정기적으로 조사하여야 한다.
- ⑤ 보호위원회는 대통령령으로 정하는 전문기관으로 하여금 제4항에 따른 조사를 수행하게 할 수 있다.

[관공서의 공휴일에 관한 규정]

대통령령 제33448호, 일부개정 2023.05.04, 시행일 2023.05.04

제2조(공휴일)

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

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

제3조(대체공휴일)

- ① 제2조제2호부터 제10호까지의 공휴일이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 공휴일 다음의 첫 번째 비공휴일(제2조 각 호의 공휴일이 아닌 날을 말한다. 이하 같다)을 대체공휴일로 한다.
 1. 제2조제2호·제6호·제7호 또는 제10호의 공휴일이 토요일이나 일요일과 겹치는 경우
 2. 제2조제4호 또는 제9호의 공휴일이 일요일과 겹치는 경우
 3. 제2조제2호·제4호·제6호·제7호·제9호 또는 제10호의 공휴일이 토요일·일요일이 아닌 날에 같은 조 제2호부터 제10호까지의 규정에 따른 다른 공휴일과 겹치는 경우
- ② 제1항에 따른 대체공휴일이 같은 날에 겹치는 경우에는 그 대체공휴일 다음의 첫 번째 비공휴일까지 대체공휴일로 한다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따른 대체공휴일이 토요일인 경우에는 그 다음의 첫 번째 비공휴일을 대체공휴일로 한다.

[국민건강보험법]

법률 제19420호, 일부개정 2023.05.19, 시행 2023.11.20

제5조(적용 대상 등)

- ① 국내에 거주하는 국민은 건강보험의 가입자(이하 "가입자"라 한다) 또는 피부양자가 된다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람은 제외한다.
 1. '의료급여법'에 따라 의료급여를 받는 사람(이하 "수급권자"라 한다)
 2. '독립유공자예우에 관한 법률' 및 '국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률'에 따라 의료보호를 받는 사람(이하 "유공자등 의료보호대상자"라 한다). 다만, 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 사람은 가입자 또는 피부양자가 된다.
 - 가. 유공자등 의료보호대상자 중 건강보험의 적용을 보험자에게 신청한 사람
 - 나. 건강보험을 적용받고 있던 사람이 유공자등 의료보호대상자로 되었으나 건강보험의 적용배제신청을 보험자에게 하지 아니한 사람
- ② 제1항의 피부양자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람 중 직장가입자에게 주로 생계를 의존하는 사람으로서 소득 및 재산이 보건복지부령으로 정하는 기준 이하에 해당하는 사람을 말한다.
 1. 직장가입자의 배우자
 2. 직장가입자의 직계존속(배우자의 직계존속을 포함한다)
 3. 직장가입자의 직계비속(배우자의 직계비속을 포함한다)과 그 배우자
 4. 직장가입자의 형제·자매
- ③ 제2항에 따른 피부양자 자격의 인정 기준, 취득·상실시기 및 그 밖에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

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 일상생활에 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 한국희귀·필수의약품센터
 4. 「지역보건법」에 따른 보건소·보건의료원 및 보건지소
 5. 「농어촌 등 보건의료를 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.

제53조(급여의 제한)

- ① 공단은 보험급여를 받을 수 있는 사람이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하면 보험급여를 하지 아니한다.
 1. 고의 또는 중대한 과실로 인한 범죄행위에 그 원인이 있거나 고의로 사고를 일으킨 경우
 2. 고의 또는 중대한 과실로 공단이나 요양기관의 요양에 관한 지시에 따르지 아니한 경우
 3. 고의 또는 중대한 과실로 제55조에 따른 문서와 그 밖의 물건의 제출을 거부하거나 질문 또는 진답을 기피한 경우
 4. 업무 또는 공무로 생긴 질병·부상·재해로 다른 법령에 따른 보험급여나 보상(報償) 또는 보상(補償)을 받게 되는 경우
- ② 공단은 보험급여를 받을 수 있는 사람이 다른 법령에 따라 국가나 지방자치단체로부터 보험급여에 상당하는 급여를 받거나 보험급여에 상당하는 비용을 지급받게 되는 경우에는 그 한도에서 보험급여를 하지 아니한다.
- ③ 공단은 가입자가 대통령령으로 정하는 기간 이상 다음 각 호의 보험료를 체납한 경우 그 체납한 보험료를 완납할 때까지 그 가입자 및 피부양자에 대하여 보험급여를 실시하지 아니할 수 있다. 다만, 월별 보험료의 총체납횟수(이미 납부된 체납보험료는 총체납횟수에서 제외하며, 보험료의 체납기간은 고려하지 아니한다)가 대통령령으로 정하는 횟수 미만이거나 가입자 및 피부양자의 소득·재산 등이 대통령령으로 정하는 기준 미만인 경우에는 그러하지 아니하다.

1. 제69조제4항제2호에 따른 소득월액보험료
 2. 제69조제5항에 따른 세대단위의 보험료
- ④ 공단은 제77조제1항제1호에 따라 납부의무를 부담하는 사용자가 제69조제4항제1호에 따른 보수월액보험료를 체납한 경우에는 그 체납에 대하여 직장가입자 본인에게 귀책사유가 있는 경우에 한하여 제3항의 규정을 적용한다. 이 경우 해당 직장가입자의 피부양자에게도 제3항의 규정을 적용한다.
 - ⑤ 제3항 및 제4항에도 불구하고 제82조에 따라 공단으로부터 분할납부 승인을 받고 그 승인된 보험료를 1회 이상 낸 경우에는 보험급여를 할 수 있다. 다만, 제82조에 따른 분할납부 승인을 받은 사람이 정당한 사유 없이 5회(같은 조 제1항에 따라 승인받은 분할납부 횟수가 5회 미만인 경우에는 해당 분할납부 횟수를 말한다. 이하 이 조에서 같다) 이상 그 승인된 보험료를 내지 아니한 경우에는 그러하지 아니하다.
 - ⑥ 제3항 및 제4항에 따라 보험급여를 하지 아니하는 기간(이하 이 항에서 '급여제한기간'이라 한다)에 받은 보험급여는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에만 보험급여로 인정한다.
 1. 공단이 급여제한기간에 보험급여를 받은 사실이 있음을 가입자에게 통지한 날부터 2개월이 지난 날이 속한 달의 납부기한 이내에 체납된 보험료를 완납한 경우
 2. 공단이 급여제한기간에 보험급여를 받은 사실이 있음을 가입자에게 통지한 날부터 2개월이 지난 날이 속한 달의 납부기한 이내에 제82조에 따라 분할납부 승인을 받은 체납보험료를 1회 이상 낸 경우. 다만, 제82조에 따른 분할납부 승인을 받은 사람이 정당한 사유 없이 5회 이상 그 승인된 보험료를 내지 아니한 경우에는 그러하지 아니하다.

제54조(급여의 정지)

보험급여를 받을 수 있는 사람이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하면 그 기간에는 보험급여를 하지 아니한다. 다만, 제3호 및 제4호의 경우에는 제60조에 따른 요양급여를 실시한다.

1. 삭제 <2020. 4. 7.>
2. 국외에 체류하는 경우
3. 제6조제2항제2호에 해당하게 된 경우
4. 교도소, 그 밖에 이에 준하는 시설에 수용되어 있는 경우

[국민건강보험법 시행령]

대통령령 제33844호, 일부개정 2023.11.07, 시행 2023. 11. 20

[별표 3] 본인부담상한액의 산정방법(제19조제4항 관련)

1. 본인부담상한액은 지역가입자의 세대별 보험료 부담수준 또는 직장가입자의 개인별 보험료 부담수준(이하 '상한액기준보험료'라 한다)을 구간으로 구분하여 다음 각 목의 구분에 따른 금액으로 한다.

가. 2023년 본인부담상한액: 다음 표에 따른 금액

구분	상한액기준보험료 구간	120일 초과 입원	그 밖의 경우
지역가입자, 직장가입자 및 피부양자	1구간	134만원	87만원
	2구간	168만원	108만원
	3구간	227만원	162만원
	4구간	375만원	303만원
	5구간	538만원	414만원
	6구간	646만원	497만원
	7구간	1,014만원	780만원

비고: 위 표에서 '120일 초과 입원'이란 「의료법」 제3조제2항제3호라목에 따른 요양병원(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 장애인 의료재활시설로서 「의료법」 제3조의2의 요건을 갖춘

의료기관인 요양병원은 제외한다)에 입원한 기간이 같은 연도에 120일을 초과하는 경우를 말한다.

나. 2024년 이후 본인부담상한액: 다음 계산식에 따른 금액

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

비고

1. 위 계산식에서 '본인부담상한액'이란 상한액기준보험료 구간별 금액을 말한다.
 2. 위 계산식에서 '전국소비자물가변동률'이란 「통계법」에 따라 통계청장이 매년 고시하는 전전년도와 대비한 전년도 전국소비자물가변동률을 말하며, 전국소비자물가변동률이 100분의 5를 넘는 경우에는 100분의 5로 한다.
 3. 위 계산식에 따라 산정한 금액 중 1만원 미만의 금액은 버린다.
2. 제1호의 상한액기준보험료 구간은 다음 표와 같다. 이 경우 상한액기준보험료의 구체적인 산정 기준방법 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부 장관이 정하여 고시한다.

구분	상한액기준보험료 구간	
지역가입자	1구간	상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 10에 해당하는 금액으로서 보건복지부 장관이 정하여 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	2구간	상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 10에 해당하는 금액으로서 보건복지부 장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 30에 해당하는 금액으로서 보건복지부 장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	3구간	상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 30에 해당하는 금액으로서 보건복지부 장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 50에 해당하는 금액으로서 보건복지부 장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	4구간	상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 50에 해당하는 금액으로서 보건복지부 장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 70에 해당하는 금액으로서 보건복지부 장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	5구간	상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 70에 해당하는 금액으로서 보건복지부 장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 80에 해당하는 금액으로서 보건복지부 장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	6구간	상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 80에 해당하는 금액으로서 보건복지부 장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 90에 해당하는 금액으로서 보건복지부 장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	7구간	상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 90에 해당하는 금액으로서 보건복지부 장관이 정하여 고시하는 금액을 넘는 경우
직장가입자 및 피부양자	1구간	상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 10에 해당하는 금액으로서 보건복지부 장관이 정하여 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	2구간	상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 10에 해당하는 금액으로서 보건복지부 장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 30에 해당하는 금액으로서 보건복지부 장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	3구간	상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 30에 해당하는 금액으로서 보건복지부 장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 50에 해당하는 금액으로서 보건복지부 장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	4구간	상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 50에 해당하는 금액으로서 보건복지부 장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 70에 해당하는 금액으로서 보건복지부 장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우

5구간	상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 70에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 80에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
6구간	상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 80에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 90에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
7구간	상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 90에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘는 경우

비고: 상한액기준보험료가 제32조제2호나목에 따른 월별 보험료액 하한 금액 이하인 지역가입자는 위 표에도 불구하고 1구간에 해당하는 것으로 본다.

[국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙]

보건복지부령 제974호, 일부개정 2023.10.30, 시행일 2023.11.20

제9조(비급여대상)

- ① 법 제41조 제4항에 따라 요양급여의 대상에서 제외되는 사항(이하 "비급여대상"이라 한다)은 별표 2와 같다.

[별표 2] 비급여대상(제9조제1항관련)

- 다음 각목의 질환으로서 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료
 - 단순한 피로 또는 권태
 - 주근깨·다모(多毛)·무모(無毛)·백모증(白毛症)·탈기코(주사비)·점(모반)·사마귀·여드름·노화 현상으로 인한 탈모 등 피부질환
 - 발기부전(impotence)·불감증 또는 생식기 선천성기형 등의 비뇨생식기 질환
 - 단순 코골음
 - 질병을 동반하지 아니한 단순포경(phimosis)
 - 검열반 등 안과질환
 - 기타 가목 내지 바목에 상당하는 질환으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질환
- 다음 각목의 진료로서 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료
 - 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(용비술), 유방확대·축소술, 지방흡인술, 주름살제거술 등 미용목적의 성형수술과 그로 인한 후유증치료
 - 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선의 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - 치과교정. 다만, 선천성 기형으로 저하된 씹는 기능 및 발음 기능을 개선하기 위한 치과교정으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 경우는 제외한다.
 - 씹는 기능 및 발음 기능의 개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 턱얼굴(악안면) 교정술
 - 관절운동 제한이 없는 반흔구축성형술 등 외모개선 목적의 반흔제거술
 - 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술
 - 질병 치료가 아닌 단순히 키 성장을 목적으로 하는 진료
 - 그 밖에 가목부터 사목까지에 상당하는 외모개선 목적의 진료로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 진료
- 다음 각목의 예방진료로서 질병·부상의 진료를 직접목적으로 하지 아니하는 경우에 실시 또는 사용되는 행위·약제 및 치료재료

- 가. 본인의 희망에 의한 건강검진(법 제52조의 규정에 의하여 공단이 가입자들에게 실시하는 건강검진 제외)
 - 나. 예방접종(파상풍 혈청주사 등 치료목적으로 사용하는 예방주사 제외)
 - 다. 구취제거, 치아 착색물질 제거, 치아 교정 및 보철을 위한 치석제거 및 구강보건증진 차원에서 정기적으로 실시하는 치석제거. 다만, 치석제거만으로 치료가 종료되는 전체 치석제거로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 경우는 제외한다.
 - 라. 불소부분도포, 치면열구전색(치아홈메우기) 등 치아우식증(충치) 예방을 위한 진료. 다만, 18세 이하인 사람의 치아 중 치아우식증(충치)이 생기지 않은 순수 건전치아인 제1큰어금니 또는 제2큰어금니에 대한 치면열구전색(치아홈메우기)은 제외한다.
 - 마. 멀미 예방, 금연 등을 위한 진료
 - 바. 유전성질환 등 태아 또는 배아의 이상유무를 진단하기 위한 유전학적 검사
 - 사. 장애인 진단서 등 각종 증명서 발급을 목적으로 하는 진료
 - 아. 기타 가목 내지 마목에 상당하는 예방진료로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 예방진료
4. 보험급여시책상 요양급여로 인정하기 어려운 경우 및 그 밖에 건강보험급여원리에 부합하지 아니하는 경우로서 다음 각목에서 정하는 비용·행위·약제 및 치료재료
- 가. 가입자등이 다음 표에 따른 요양기관으로서 다음 각 항목 중 어느 하나의 요건을 갖춘 요양기관에서 1개의 입원실에 1인(「의료법」 제3조제2항제1호에 따른 의원급 의료기관 및 제3호나목에 따른 치과병원의 경우 3인 이하)이 입원할 수 있는 병상(이하 "상급병상"이라 한다)을 이용한 경우에는 다음 표의 구분에 따라 부담하는 비용. 다만, 격리치료 대상인 환자가 1인실에 입원하는 경우 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 불가피한 경우에는 비급여대상에서 제외한다.
 - (1) 의료법령에 따라 허가를 받거나 신고한 병상 중 입원실 이용비용을 입원료만으로 산정하는 일반병상(이하 "일반병상"이라 한다)을 다음의 구분에 따라 운영하는 경우. 다만, 규칙 제12조제1항 또는 제2항에 따라 제출한 요양기관 현황신고서 또는 요양기관 현황 변경신고서 상의 격리병실, 무균치료실, 특수진료실 및 중환자실과 「의료법」 제27조제3항제2호에 따른 외국인환자를 위한 전용 병실 및 병동의 병상은 일반병상 및 상급병상의 계산에서 제외한다.
 - (가) 의료법령에 따라 신고한 병상이 10병상을 초과하는 「의료법」 제3조제2항제1호의 의원급 의료기관, 같은 항 제3호나목의 치과병원, 같은 법 제3조의5제1항에 따른 지정을 받은 산부인과 또는 주산기(周産期) 전문병원 및 아동·분만병원: 일반병상을 총 병상의 2분의 1 이상 확보할 것
 - (나) 「의료법」 제3조제2항제3호에 따른 병원급 의료기관(치과병원 및 아동·분만병원을 제외한다): 일반병상을 총 병상의 5분의 3 이상 확보할 것
 - (다) 「의료법」 제3조제2항제3호마목의 종합병원 및 같은 법 제3조의4제1항에 따른 지정을 받은 상급종합병원: 일반병상을 총 병상의 5분의 4 이상 확보할 것
 - (2) 의료법령에 의하여 신고한 병상이 10병상 이하인 경우
 - 나. 가목에도 불구하고 다음 각 항목에 해당하는 경우에는 다음의 구분에 따른 비용
 - (1) 가입자등이 「의료법」 제3조제2항제3호라목에 따른 요양병원(「정신보건법」 제3조제3호에 따른 정신의료기관 중 정신병원, 「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 장애인 의료재활 시설로서 「의료법」 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관은 제외한다. 이하 같다) 중 입원실 이용비용을 입원료만으로 산정하는 일반병상(규칙 제12조제1항 또는 제2항에 따라 제출한 요양기관 현황신고서 또는 요양기관 현황 변경신고서 상의 격리병실, 무균치료실, 특수진료실 및 중환자실과 「의료법」 제27조제3항제2호에 따른 외국인환자를 위한 전용 병실 및 병동의 병상은 제외한다)을 50퍼센트 이상 확보하여 운영하는 요양병원에서 1개의 입원실에 5인 이하가 입원할 수 있는 병상을 이용하는 경우: 제8조제4항 전단에 따라 고시한 입원료 외에 추가로 부담하는 입원실 이용 비용
 - (2) 가입자등이 가목(1)에서 정한 요건을 갖춘 상급종합병원, 종합병원, 병원 중 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제25조에 따라 호스피스전문기관으

- 로 지정된 요양기관에서 1인실 병상을 이용하여 같은 법 제28조에 따른 호스피스·완화의료로 받는 경우(격리치료 대상인 환자가 1인실에 입원하는 경우, 임종실을 이용하는 경우 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 불가피한 경우는 제외한다): 제8조제4항 전단에 따라 고시한 호스피스·완화의료 입원실의 입원료 중 4인실 입원료 외에 추가로 부담하는 입원실 이용 비용
- 다. 법 제51조에 따라 장애인에게 보험급여를 실시하는 보장구를 제외한 보조기·보청기·안경 또는 콘택트렌즈 등 보장구. 다만, 보청기 중 보험급여의 적용을 받게 될 수술과 관련된 치료재료인 보건복지부장관이 정하여 고시하는 보청기는 제외한다.
- 라. <삭제>
- 마. 친자확인을 위한 진단
- 바. 치과의 보철(보철재료 및 가공료 등을 포함한다) 및 치과임플란트를 목적으로 실시한 부가수술(골이식수술 등을 포함한다). 다만, 보건복지부장관이 정하여 고시하는 65세 이상인 사람의 틀니 및 치과임플란트는 제외한다.
- 사. 및 아. <삭제>
- 자. 이 규칙 제8조의 규정에 의하여 보건복지부장관이 고시한 약제에 관한 급여목록표에서 정한 일반의약품으로서 「약사법」 제23조에 따른 조제에 의하지 아니하고 지급하는 약제
- 차. <삭제>
- 카. <삭제>
- 타. 「장기등 이식에 관한 법률」에 따른 장기이식을 위하여 다른 의료기관에서 채취한 골수 등 장기의 운반에 소요되는 비용
- 파. 「마약류 관리에 관한 법률」 제40조에 따른 마약류중독자의 치료보호에 소요되는 비용
- 하. 이 규칙 제11조제1항 또는 제13조제1항에 따라 요양급여대상 또는 비급여대상으로 결정·고시되기 전까지의 행위·치료재료(「신의료기술평가에 관한 규칙」 제2조제2항에 따른 평가 유예 신의료기술을 포함하되, 같은 규칙 제3조제3항에 따라 서류를 송부받은 경우와 같은 규칙 제3조의4에 따른 신의료기술평가 결과 안전성·유효성을 인정받지 못한 경우에는 제외한다). 다만, 제11조제9항 또는 제13조제1항 후단의 규정에 따라 소급하여 요양급여대상으로 적용되는 행위·치료재료(「신의료기술평가에 관한 규칙」 제2조제2항에 따른 평가 유예 신의료기술을 포함한다)는 제외한다.
- 거. 「신의료기술평가에 관한 규칙」 제3조제10항제2호에 따른 제한적 의료기술
- 너. 「의료기기법 시행규칙」 제32조제1항제6호에 따른 의료기기를 장기이식 또는 조직이식에 사용하는 의료행위
- 더. 그 밖에 요양급여를 함에 있어서 비용효과성 등 진료상의 경제성이 불분명하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 검사·처치·수술 기타의 치료 또는 치료재료
5. <삭제>
6. 영 제21조제3항제2호에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병군에 대한 입원진료의 경우에는 제1호 내지 제4호(제4호 하목을 제외한다), 제7호에 해당되는 행위·약제 및 치료재료. 다만, 제2호아목, 제3호아목 및 제4호더목은 다음 각 목에서 정하는 경우에 한정한다.
- 가. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 행위 및 치료재료
- 나. 질병군 진료 외의 목적으로 투여된 약제
- 6의2. 영 제21조제3항제3호에 따른 호스피스·완화의료 입원진료의 경우에는 제1호부터 제3호까지, 제4호나목(2)·더목에 해당되는 행위·약제 및 치료재료. 다만, 제2호사목, 제3호아목 및 제4호더목은 보건복지부장관이 정하여 고시하는 행위 및 치료재료에 한정한다.
7. 건강보험제도의 여건상 요양급여로 인정하기 어려운 경우
- 가. 보건복지부장관이 정하여 고시하는 한방물리요법
- 나. 한약첩약 및 기상한의사의 처방 등을 근거로 한 한방생약제제
8. 약사법령에 따라 허가를 받거나 신고한 범위를 벗어나 약제를 처방·투여하려는 자가 보건복지부장관이 정하여 고시하는 절차에 따라 의학적 근거 등을 입증하여 비급여로 사용할 수 있는 경우. 다만, 제5조제4항에 따라 중증환자에게 처방·투여하는 약제 중 보건복지부장관이 정하여 고시하는 약제는 건강보험심

사평가원장의 공고에 따른다.

[금융소비자 보호에 관한 법률]

법률 제19532호, 일부개정 2023.07.11, 시행일 2023.10.12

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

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

가. 국가

나. 「한국은행법」에 따른 한국은행

다. 대통령령으로 정하는 금융회사

라. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제9조제15항제3호에 따른 주권상장법인(투자성 상품 중 대통령령으로 정하는 금융상품계약체결등을 할 때에는 전문금융소비자와 같은 대우를 받겠다는 의사를 금융상품판매업자등에게 서면으로 통지하는 경우만 해당한다)

마. 그 밖에 금융상품의 유형별로 대통령령으로 정하는 자

10. "일반금융소비자"란 전문금융소비자가 아닌 금융소비자를 말한다.

제19조(설명 의무)

① 금융상품판매업자등은 일반금융소비자에게 계약 체결을 권유(금융상품자문업자가 자문에 응하는 것을 포함한다)하는 경우 및 일반금융소비자가 설명을 요청하는 경우에는 다음 각 호의 금융상품에 관한 중요한 사항(일반금융소비자가 특정 사항에 대한 설명만을 원하는 경우 해당 사항으로 한정한다)을 일반금융소비자가 이해할 수 있도록 설명하여야 한다.

1. 다음 각 목의 구분에 따른 사항

가. 보장성 상품

1) 보장성 상품의 내용

2) 보험료(공제료를 포함한다. 이하 같다)

3) 보험금(공제금을 포함한다. 이하 같다) 지급제한 사유 및 지급절차

4) 위험보장의 범위

5) 그 밖에 위험보장 기간 등 보장성 상품에 관한 중요한 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항

나. 투자성 상품

1) 투자성 상품의 내용

2) 투자에 따른 위험

3) 대통령령으로 정하는 투자성 상품의 경우 대통령령으로 정하는 기준에 따라 금융상품직접판매업자가 정하는 위험등급

4) 그 밖에 금융소비자가 부담해야 하는 수수료 등 투자성 상품에 관한 중요한 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항

다. 예금성 상품

1) 예금성 상품의 내용

2) 그 밖에 이자율, 수익률 등 예금성 상품에 관한 중요한 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항

라. 대출성 상품

- 1) 금리 및 변동 여부, 중도상환수수료(금융소비자가 대출만기일이 도래하기 전 대출금의 전부 또는 일부를 상환하는 경우에 부과하는 수수료를 의미한다. 이하 같다) 부과 여부기간 및 수수료율 등 대출성 상품의 내용
 - 2) 상환방법에 따른 상환금액·이자율·시기
 - 3) 저당권 등 담보권 설정에 관한 사항, 담보권 실행사유 및 담보권 실행에 따른 담보목적물의 소유권 상실 등 권리변동에 관한 사항
 - 4) 대출원리금, 수수료 등 금융소비자가 대출계약을 체결하는 경우 부담하여야 하는 금액의 총액
 - 5) 그 밖에 대출계약의 해지에 관한 사항 등 대출성 상품에 관한 중요한 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항
2. 제1호 각 목의 금융상품과 연계되거나 제휴된 금융상품 또는 서비스 등(이하 '연계·제휴서비스등'이라 한다)이 있는 경우 다음 각 목의 사항
- 가. 연계·제휴서비스등의 내용
 - 나. 연계·제휴서비스등의 이행책임에 관한 사항
 - 다. 그 밖에 연계·제휴서비스등의 제공기간 등 연계·제휴서비스등에 관한 중요한 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항
3. 제46조에 따른 청약 철회의 기한·행사방법·효과에 관한 사항
4. 그 밖에 금융소비자 보호를 위하여 대통령령으로 정하는 사항
- ② 금융상품판매업자등은 제1항에 따른 설명에 필요한 설명서를 일반금융소비자에게 제공하여야 하며, 설명한 내용을 일반금융소비자가 이해하였음을 서명, 기명날인, 녹취 또는 그 밖에 대통령령으로 정하는 방법으로 확인을 받아야 한다. 다만, 금융소비자 보호 및 건전한 거래질서를 해칠 우려가 없는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우에는 설명서를 제공하지 아니할 수 있다.
 - ③ 금융상품판매업자등은 제1항에 따른 설명을 할 때 일반금융소비자의 합리적인 판단 또는 금융상품의 가치에 중대한 영향을 미칠 수 있는 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항을 거짓으로 또는 왜곡(불확실한 사항에 대하여 단정적 판단을 제공하거나 확실하다고 오인하게 할 소지가 있는 내용을 알리는 행위를 말한다)하여 설명하거나 대통령령으로 정하는 중요한 사항을 빠뜨려서는 아니 된다.
 - ④ 제2항에 따른 설명서의 내용 및 제공 방법·절차에 관한 세부내용은 대통령령으로 정한다.

제42조(소액분쟁사건에 관한 특례)

조정대상기관은 다음 각 호의 요건 모두를 충족하는 분쟁사건(이하 '소액분쟁사건'이라 한다)에 대하여 조정 절차가 개시된 경우에는 제36조제6항에 따라 조정안을 제시받기 전에는 소를 제기할 수 없다. 다만, 제36조제3항에 따라 서면통지를 받거나 제36조제5항에서 정한 기간 내에 조정안을 제시받지 못한 경우에는 그러하지 아니하다.

- 1. 일반금융소비자가 신청한 사건일 것
- 2. 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 금액이 2천만원 이내에서 대통령령으로 정하는 금액 이하일 것

제46조(청약의 철회)

① 금융상품판매업자등과 대통령령으로 각각 정하는 보장성 상품, 투자성 상품, 대출성 상품 또는 금융상품 자문에 관한 계약의 청약을 한 일반금융소비자는 다음 각 호의 구분에 따른 기간(거래 당사자 사이에 다음 각 호의 기간보다 긴 기간으로 약정한 경우에는 그 기간) 내에 청약을 철회할 수 있다.

- 1. 보장성 상품: 일반금융소비자가 「상법」 제640조에 따른 보험증권을 받은 날부터 15일과 청약을 한 날부터 30일 중 먼저 도래하는 기간
- 2. 투자성 상품, 금융상품자문: 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 날부터 7일
 - 가. 제23조제1항 본문에 따라 계약서류를 제공받은 날
 - 나. 제23조제1항 단서에 따른 경우 계약체결일

3. 대출성 상품: 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 날[다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 날보다 계약에 따른 금전·재화·용역(이하 이 조에서 "금전·재화등"이라 한다)의 지급이 늦게 이루어진 경우에는 그 지급일]부터 14일
 - 가. 제23조제1항 본문에 따라 계약서류를 제공받은 날
 - 나. 제23조제1항 단서에 따른 경우 계약체결일
- ② 제1항에 따른 청약의 철회는 다음 각 호에서 정한 시기에 효력이 발생한다.
 1. 보장성 상품, 투자성 상품, 금융상품자문: 일반금융소비자가 청약의 철회의사를 표시하기 위하여 서면(대통령령으로 정하는 방법에 따른 경우를 포함한다. 이하 이 절에서 "서면등"이라 한다)을 발송한 때
 2. 대출성 상품: 일반금융소비자가 청약의 철회의사를 표시하기 위하여 서면등을 발송하고, 다음 각 목의 금전·재화등(이미 제공된 용역은 제외하며, 일정한 시설을 이용하거나 용역을 제공받을 수 있는 권리를 포함한다. 이하 이 항에서 같다)을 반환한 때
 - 가. 이미 공급받은 금전·재화등
 - 나. 이미 공급받은 금전과 관련하여 대통령령으로 정하는 이자
 - 다. 해당 계약과 관련하여 금융상품판매업자등이 제3자에게 이미 지급한 수수료 등 대통령령으로 정하는 비용
- ③ 제1항에 따라 청약이 철회된 경우 금융상품판매업자등이 일반금융소비자로부터 받은 금전·재화등의 반환은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 방법으로 한다.
 1. 보장성 상품: 금융상품판매업자등은 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 이미 받은 금전·재화등을 반환하고, 금전·재화등의 반환이 늦어진 기간에 대하여는 대통령령으로 정하는 바에 따라 계산한 금액을 더하여 지급할 것
 2. 투자성 상품, 금융상품자문: 금융상품판매업자등은 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 이미 받은 금전·재화등을 반환하고, 금전·재화등의 반환이 늦어진 기간에 대해서는 대통령령으로 정하는 바에 따라 계산한 금액을 더하여 지급할 것. 다만, 대통령령으로 정하는 금액 이내인 경우에는 반환하지 아니할 수 있다.
 3. 대출성 상품: 금융상품판매업자등은 일반금융소비자로부터 제2항제2호에 따른 금전·재화등, 이자 및 수수료를 반환받은 날부터 3영업일 이내에 일반금융소비자에게 대통령령으로 정하는 바에 따라 해당 대출과 관련하여 일반금융소비자로부터 받은 수수료를 포함하여 이미 받은 금전·재화등을 반환하고, 금전·재화등의 반환이 늦어진 기간에 대해서는 대통령령으로 정하는 바에 따라 계산한 금액을 더하여 지급할 것
- ④ 제1항에 따라 청약이 철회된 경우 금융상품판매업자등은 일반금융소비자에 대하여 청약의 철회에 따른 손해배상 또는 위약금 등 금전의 지급을 청구할 수 없다.
- ⑤ 보장성 상품의 경우 청약이 철회된 당시 이미 보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 청약 철회의 효력은 발생하지 아니한다. 다만, 일반금융소비자가 보험금의 지급사유가 발생했음을 알면서 청약을 철회한 경우에는 그러하지 아니하다.
- ⑥ 제1항부터 제5항까지의 규정에 반하는 특약으로서 일반금융소비자에게 불리한 것은 무효로 한다.
- ⑦ 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 청약 철회권의 행사 및 그에 따른 효과 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제47조(위법계약의 해지)

- ① 금융소비자는 금융상품판매업자등이 제17조제3항, 제18조제2항, 제19조제1항·제3항, 제20조제1항 또는 제21조를 위반하여 대통령령으로 정하는 금융상품에 관한 계약을 체결한 경우 5년 이내의 대통령령으로 정하는 기간 내에 서면등으로 해당 계약의 해지를 요구할 수 있다. 이 경우 금융상품판매업자등은 해지를 요구받은 날부터 10일 이내에 금융소비자에게 수락여부를 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절사유를 함께 통지하여야 한다.
- ② 금융소비자는 금융상품판매업자등이 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있다.

- ③ 제1항 및 제2항에 따라 계약이 해지된 경우 금융상품판매업자들은 수수료, 위약금 등 계약의 해지와 관련된 비용을 요구할 수 없다.
- ④ 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 계약의 해지요구권의 행사요건, 행사범위 및 정당한 사유 등과 관련하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

[금융소비자 보호에 관한 법률 시행령]

대통령령 제33656호, 일부개정 2023.08.01, 시행일 2023.11.02

제13조(설명 의무)

- ① 법 제19조제1항제1호가목5)에서 '대통령령으로 정하는 사항'이란 다음 각 호의 사항을 말한다.
 - 1. 위험보장 기간
 - 2. 계약의 해지·해제
 - 3. 보험료의 감액 청구
 - 4. 보험금 또는 해약환급금의 손실 발생 가능성
 - 5. 그 밖에 제1호부터 제4호까지의 사항에 준하는 것으로서 금융위원회가 정하여 고시하는 사항
- ② ~ ⑥ (생략)
- ⑦ 법 제19조제1항제2호다목에서 '대통령령으로 정하는 사항'이란 다음 각 호의 사항을 말한다.
 - 1. 연계·제휴서비스등(금융상품과 연계되거나 제휴된 금융상품 또는 서비스 등을 말한다. 이하 같다)의 제공기간
 - 2. 연계·제휴서비스등의 변경·종료에 대한 사전통지
- ⑧ 법 제19조제1항제4호에서 '대통령령으로 정하는 사항'이란 다음 각 호의 사항을 말한다.
 - 1. 민원처리 및 분쟁조정 절차
 - 2. 「예금자보호법」 등 다른 법률에 따른 보호 여부(대출성 상품은 제외한다)
 - 3. 그 밖에 일반금융소비자의 의사결정 지원 또는 권익보호를 위해 필요한 것으로서 금융위원회가 정하여 고시하는 사항
- ⑨ 법 제19조제3항에서 '대통령령으로 정하는 사항' 및 '대통령령으로 정하는 중요한 사항'이란 각각 같은 조 제1항 각 호의 구분에 따른 사항을 말한다.

제38조(위법계약의 해지)

- ① 법 제47조제1항 전단에서 '대통령령으로 정하는 금융상품'이란 금융소비자와 금융상품직접판매업자 또는 금융상품자문업자 간 계속적 거래가 이루어지는 금융상품 중 금융위원회가 정하여 고시하는 금융상품을 말한다.
- ② 법 제47조제1항 전단에서 '대통령령으로 정하는 기간'이란 금융소비자가 계약 체결에 대한 위반사항을 안 날부터 1년 이내의 기간을 말한다. 이 경우 해당 기간은 계약체결일부터 5년 이내의 범위에 있어야 한다.
- ③ 금융소비자는 법 제47조제1항 전단에 따라 계약의 해지를 요구하려는 경우 금융위원회가 정하여 고시하는 해지요구서에 위반사항을 증명하는 서류를 첨부하여 금융상품직접판매업자 또는 금융상품자문업자에게 제출해야 한다. 이 경우 「자동차손해배상 보장법」에 따른 책임보험에 대해 해지 요구를 할 때에는 동종의 다른 책임보험에 가입해 있어야 한다.
- ④ 법 제47조제2항에 따른 정당한 사유의 범위는 다음 각 호와 같다.
 - 1. 위반사실에 대한 근거를 제시하지 않거나 거짓으로 제시한 경우
 - 2. 계약 체결 당시에는 위반사항이 없었으나 금융소비자가 계약 체결 이후의 사정변경에 따라 위반사항을 주장하는 경우
 - 3. 금융소비자의 동의를 받아 위반사항을 시정한 경우
 - 4. 그 밖에 제1호부터 제3호까지의 경우에 준하는 것으로서 금융위원회가 정하여 고시하는 경우

- ⑤ 제1항부터 제4항까지에서 규정한 사항 외에 해지요구권의 행사 방법 및 절차 등에 관하여 필요한 세부 사항은 금융위원회가 정하여 고시한다.

[농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법]

법률 제18413호, 일부개정 2021.08.17, 시행일 2022.02.18

제15조(보건진료소의 설치·운영)

- ① 시장[도농복합형태(都農複合形態)의 시의 시장을 말하며, 읍면 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 보건진료 전담공무원으로 보한다.
- ③ 보건진료소의 설치기준은 보건복지부령으로 정한다.

[산업재해보상보험법 시행규칙]

고용노동부령 제384호, 일부개정 2023.06.30, 시행일 2023.07.01

제47조(운동기능장애의 측정)

- ① 비장애인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동기능영역은 별표 4와 같다.
- ② 운동기능장애의 정도는 미국의학협회[AMA(American Medical Association)]식 측정 방법 중 공단이 정하는 방법으로 측정한 해당 근로자의 신체 각 관절의 운동기능영역과 별표 4의 평균 운동기능영역을 비교하여 판정한다. 다만, 척주의 운동기능영역은 그러하지 아니하다.
- ③ 제2항에 따라 해당 근로자의 신체 각 관절의 운동기능영역을 측정할 때에는 다음 각 호의 구분에 따른 방법으로 한다.
 1. 강직, 오그라듐, 신경손상 등 운동기능장애의 원인이 명확한 경우: 근로자의 능동적 운동에 의한 측정방법
 2. 운동기능장애의 원인이 명확하지 아니한 경우: 근로자의 수동적 운동에 의한 측정방법

[신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률]

법률 제19234호, 타법개정 2023.03.14, 시행 2023.09.15

제32조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의)

- ① 신용정보제공·이용자가 개인신용정보를 타인에게 제공하려는 경우에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 해당 신용정보주체로부터 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 방식으로 개인신용정보를 제공할 때마다 미리 개별적으로 동의를 받아야 한다. 다만, 기존에 동의한 목적 또는 이용 범위에서 개인신용정보의 정확성·최신성을 유지하기 위한 경우에는 그러하지 아니하다.
 1. 서면
 2. 「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명(서명자의 실지명의를 확인할 수 있는 것을 말한다)이 있는 전자문서(「전자문서 및 전자거래 기본법」 제2조제1호에 따른 전자문서를 말한다)
 3. 개인신용정보의 제공 내용 및 제공 목적 등을 고려하여 정보 제공 동意的 안정성과 신뢰성이 확보될

수 있는 유무선 통신으로 개인비밀번호를 입력하는 방식

4. 유무선 통신으로 동의 내용을 해당 개인에게 알리고 동의를 받는 방법. 이 경우 본인 여부 및 동의 내용, 그에 대한 해당 개인의 답변을 음성녹음하는 등 증거자료를 확보·유지하여야 하며, 대통령령으로 정하는 바에 따른 사후 고지절차를 거친다.
 5. 그 밖에 대통령령으로 정하는 방식
- ② 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관으로부터 개인신용정보를 제공받으려는 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 해당 신용정보주체로부터 제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 방식으로 개인신용정보를 제공받을 때마다 개별적으로 동의(기존에 동의한 목적 또는 이용 범위에서 개인신용정보의 정확성·최신성을 유지하기 위한 경우는 제외한다)를 받아야 한다. 이 경우 개인신용정보를 제공받으려는 자는 개인신용정보의 조회 시 개인신용평점이 하락할 수 있는 때에는 해당 신용정보주체에게 이를 고지하여야 한다.
 - ③ 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관이 개인신용정보를 제2항에 따라 제공하는 경우에는 해당 개인신용정보를 제공받으려는 자가 제2항에 따른 동의를 받았는지를 대통령령으로 정하는 바에 따라 확인하여야 한다.
 - ④ 신용정보회사등은 개인신용정보의 제공 및 활용과 관련하여 동의를 받을 때에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 서비스 제공을 위하여 필수적 동의사항과 그 밖의 선택적 동의사항을 구분하여 설명한 후 각각 동의를 받아야 한다. 이 경우 필수적 동의사항은 서비스 제공과의 관련성을 설명하여야 하며, 선택적 동의사항은 정보제공에 동의하지 아니할 수 있다는 사실을 고지하여야 한다.
 - ⑤ 신용정보회사등은 신용정보주체가 선택적 동의사항에 동의하지 아니한다는 이유로 신용정보주체에게 서비스의 제공을 거부하여서는 아니 된다.
 - ⑥ 신용정보회사등(제9호의3을 적용하는 경우에는 데이터전문기관을 포함한다)이 개인신용정보를 제공하는 경우로서 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 제1항부터 제5항까지를 적용하지 아니한다.
 1. 신용정보회사 및 채권추심회사가 다른 신용정보회사 및 채권추심회사 또는 신용정보집중기관과 서로 집중관리·활용하기 위하여 제공하는 경우
 2. 제17조제2항에 따라 신용정보의 처리를 위탁하기 위하여 제공하는 경우
 3. 영업양도·분할·합병 등의 이유로 권리의무의 전부 또는 일부를 이전하면서 그와 관련된 개인신용정보를 제공하는 경우
 4. 채권추심(추심채권을 추심하는 경우만 해당한다), 인가허가의 목적, 기업의 신용도 판단, 유가증권의 양수 등 대통령령으로 정하는 목적으로 사용하는 자에게 제공하는 경우
 5. 법원의 제출명령 또는 법관이 발부한 영장에 따라 제공하는 경우
 6. 범죄 때문에 피해자의 생명이나 신체에 심각한 위험 발생이 예상되는 등 긴급한 상황에서 제5호에 따른 법관의 영장을 발부받을 시간적 여유가 없는 경우로서 검사 또는 사법경찰관의 요구에 따라 제공하는 경우. 이 경우 개인신용정보를 제공받은 검사는 지체 없이 법관에게 영장을 청구하여야 하고, 사법경찰관은 검사에게 신청하여 검사의 청구로 영장을 청구하여야 하며, 개인신용정보를 제공받은 때부터 36시간 이내에 영장을 발부받지 못하면 지체 없이 제공받은 개인신용정보를 폐기하여야 한다.
 7. 조세에 관한 법률에 따른 질문·검사 또는 조사를 위하여 관할 관서의 장이 서면으로 요구하거나 조세에 관한 법률에 따라 제출의무가 있는 과세자료의 제공을 요구함에 따라 제공하는 경우
 8. 국제협약 등에 따라 외국의 금융감독기구에 금융회사가 가지고 있는 개인신용정보를 제공하는 경우
 9. 제2조제1호의4나목 및 다목의 정보를 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용등급제공업무기술신용평가업무를 하는 기업신용조회회사 및 신용정보집중기관에 제공하거나 그로부터 제공받는 경우
 - 9의2. 통계작성, 연구, 공익적 기록보존 등을 위하여 가명정보를 제공하는 경우. 이 경우 통계작성에는 시장조사 등 상업적 목적의 통계작성을 포함하며, 연구에는 산업적 연구를 포함한다.
 - 9의3. 제17조의2제1항에 따른 정보집합물의 결합 목적으로 데이터전문기관에 개인신용정보를 제공하는 경우

9의4. 다음 각 목의 요소를 고려하여 당초 수집한 목적과 상충되지 아니하는 목적으로 개인신용정보를 제공하는 경우

가. 양 목적 간의 관련성

나. 신용정보회사등이 신용정보주체로부터 개인신용정보를 수집한 경위

다. 해당 개인신용정보의 제공이 신용정보주체에게 미치는 영향

라. 해당 개인신용정보에 대하여 가명처리를 하는 등 신용정보의 보안대책을 적절히 시행하였는지 여부

10. 이 법 및 다른 법률에 따라 제공하는 경우

11. 제1호부터 제10호까지의 규정에 준하는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우

- ⑦ 제6항 각 호에 따라 개인신용정보를 타인에게 제공하려는 자 또는 제공받은 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 개인신용정보의 제공 사실 및 이유 등을 사전에 해당 신용정보주체에게 알려야 한다. 다만, 대통령령으로 정하는 불가피한 사유가 있는 경우에는 인터넷 홈페이지 게재 또는 그 밖에 유사한 방법을 통하여 사후에 알리거나 공시할 수 있다.
- ⑧ 제6항제3호에 따라 개인신용정보를 타인에게 제공하는 신용정보제공이용자로서 대통령령으로 정하는 자는 제공하는 신용정보의 범위 등 대통령령으로 정하는 사항에 관하여 금융위원회의 승인을 받아야 한다.
- ⑨ 제8항에 따른 승인을 받아 개인신용정보를 제공받은 자는 해당 개인신용정보를 금융위원회가 정하는 바에 따라 현재 거래 중인 신용정보주체의 개인신용정보와 분리하여 관리하여야 한다.
- ⑩ 신용정보회사등이 개인신용정보를 제공하는 경우에는 금융위원회가 정하여 고시하는 바에 따라 개인신용정보를 제공받는 자의 신원(身元)과 이용 목적을 확인하여야 한다.
- ⑪ 개인신용정보를 제공한 신용정보제공이용자는 제1항에 따라 미리 개별적 동의를 받았는지 여부 등에 대한 다툼이 있는 경우 이를 증명하여야 한다.

제33조(개인신용정보의 이용)

- ① 개인신용정보는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에만 이용하여야 한다.
 - 1. 해당 신용정보주체가 신청한 금융거래 등 상거래관계의 설정 및 유지 여부 등을 판단하기 위한 목적으로 이용하는 경우
 - 2. 제1호의 목적 외의 다른 목적으로 이용하는 것에 대하여 신용정보주체로부터 동의를 받은 경우
 - 3. 개인이 직접 제공한 개인신용정보(그 개인과의 상거래에서 생긴 신용정보를 포함한다)를 제공받은 목적으로 이용하는 경우(상품과 서비스를 소개하거나 그 구매를 권유할 목적으로 이용하는 경우는 제외한다)
 - 4. 제32조제6항 각 호의 경우
 - 5. 그 밖에 제1호부터 제4호까지의 규정에 준하는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우
- ② 신용정보회사등이 개인의 질병, 상해 또는 그 밖에 이와 유사한 정보를 수집·조사하거나 제3자에게 제공하려면 미리 제32조제1항 각 호의 방식으로 해당 개인의 동의를 받아야 하며, 대통령령으로 정하는 목적으로만 그 정보를 이용하여야 한다.

[약사법]

법률 제19359호, 일부개정 2023.04.18, 시행일 2023.10.19

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(한약제제에 관한 사항을 포함한다)를 담당하는 자로서, "한약사"란 한약과 한약제제에 관한 약사(藥事) 업무를 담당하는 자로서 각각 보건복지부

장관의 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(제4호 나목 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 신물질을 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 사람을 대상으로 해당 약물의 약동(藥動)·약력(藥力)·약리·임상적 효과를 확인하고 이상반응을 조사하는 시험(생물학적 동등성시험을 포함한다)을 말한다. 다만, 「첨단재생의료 및 첨단바이오의약품 안전 및 지원에 관한 법률」 제2조제3호에 따른 첨단재생의료 임상연구는 제외한다.
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 이

루어진 것을 사용하여 실시하는 시험을 말한다.

17. "생물학적 동등성시험"이란 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. "국가필수의약품"이란 질병 관리, 방사능 방재 등 보건의료상 필수적이거나 시장 기능만으로는 안정적 공급이 어려운 의약품으로서 보건복지부장관과 식품의약품안전처장이 관계 중앙행정기관의 장과 협의하여 지정하는 의약품을 말한다.

[응급의료에 관한 법률]

법률 제19607호, 일부개정 2023.08.08, 시행일 2023.11.09

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.

제26조(권역응급의료센터의 지정)

- ① 보건복지부장관은 응급의료에 관한 다음 각 호의 업무를 수행하게 하기 위하여 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원 또는 같은 법 제3조의3에 따른 300병상을 초과하는 종합병원 중에서 권역응급의료센터를 지정할 수 있다.
 1. 중증응급환자 중심의 진료
 2. 재난 대비 및 대응 등을 위한 거점병원으로서 보건복지부령으로 정하는 업무
 3. 권역(圈域) 내에 있는 응급의료종사자에 대한 교육·훈련
 4. 권역 내 다른 의료기관에서 제11조에 따라 이송되는 중증응급환자에 대한 수용
 5. 그 밖에 보건복지부장관이 정하는 권역 내 응급의료 관련 업무
- ② 권역응급의료센터의 지정 기준·방법·절차 및 업무와 중증응급환자의 기준 등은 권역 내 응급의료 수요와 공급 등을 고려하여 보건복지부령으로 정한다.

제35조의2(응급의료기관 외의 의료기관)

- ① 이 법에 따른 응급의료기관으로 지정받지 아니한 의료기관이 응급의료시설을 설치·운영하려면 보건복지부령으로 정하는 시설·인력 등을 갖추어 시장·군수·구청장에게 신고하여야 한다. 다만, 종합병원의 경우에는 신고를 생략할 수 있다.
- ② 시장·군수·구청장은 제1항에 따른 신고를 받은 경우 그 내용을 검토하여 이 법에 적합하면 신고를 수리하여야 한다

[응급의료에 관한 법률 시행규칙]

보건복지부령 제938호, 일부개정 2023.02.24, 시행일 2023.02.24

제2조(응급환자)

「응급의료에 관한 법률」(이하 "법"이라 한다) 제2조 제1호에서 "보건복지부령이 정하는 자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 증상이 있는 자를 말한다.

1. 별표1의 응급증상 및 이에 준하는 증상
2. 제1호의 증상으로 진행될 가능성이 있다고 응급의료종사자가 판단하는 증상

[별표 1] 응급증상 및 이에 준하는 증상(제2조제1호관련)

1. 응급증상

- 가. 신경학적 응급증상 : 급성뇌척수막염, 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·급성췌장염 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 응급수술을 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 정신장애

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

[의료법]

법률 제19421호, 일부개정 2023.05.19, 시행일 2023.11.20

제2조(의료인)

- ① 이 법에서 "의료인"이란 보건복지부장관의 면허를 받은 의사·치과의사·한의사·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 임신부 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 기획과 수행, 그 밖의 대통령령으로 정하는 보건활동
 - 라. 제80조에 따른 간호조무사가 수행하는 가목부터 다목까지의 업무보조에 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 임신부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다.
 3. 병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 병원
 - 나. 치과병원
 - 다. 한방병원
 - 라. 요양병원(「장애인복지법」 제58조제1항제4호 에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
 - 마. 정신병원
 - 바. 종합병원
- ③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

제3조의3(종합병원)

- ① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.
 1. 100개 이상의 병상을 갖춘 것
 2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
 3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
- ② 종합병원은 제1항제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 '필수진료과목'이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

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. 제77조 제1항에 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 평가업무를 위탁 절차 등에 관하여 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. 외국의 제1호나 제2호에 해당하는 학교(보건복지부장관이 정하여 고시하는 인정기준에 해당하는 학교를 말한다)를 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.

[의료급여법]

법률 제16374호, 일부개정 2019.04.23, 시행일 2019.10.24

제4조(적용 배제)

- ① 수급권자가 업무 또는 공무로 생긴 질병·부상·재해로 다른 법령에 따른 급여나 보상(報償) 또는 보상(補償)을 받게 되는 경우에는 이 법에 따른 의료급여를 하지 아니한다.
- ② 수급권자가 다른 법령에 따라 국가나 지방자치단체 등으로부터 의료급여에 상당하는 급여 또는 비용을 받게 되는 경우에는 그 한도에서 이 법에 따른 의료급여를 하지 아니한다.

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.

제15조(의료급여의 제한)

- ① 시장·군수·구청장은 수급권자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하면 이 법에 따른 의료급여를 하지 아니한다. 다만, 보건복지부장관이 의료급여를 할 필요가 있다고 인정하는 경우에는 그러하지 아니하다.
1. 수급권자가 자신의 고의 또는 중대한 과실로 인한 범죄행위에 그 원인이 있거나 고의로 사고를 일으켜 의료급여가 필요하게 된 경우
 2. 수급권자가 정당한 이유 없이 이 법의 규정이나 의료급여기관의 진료에 관한 지시에 따르지 아니한 경우
- ② 의료급여기관은 수급권자가 제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 대통령령으로 정하는 바에 따라 수급권자의 거주지를 관할하는 시장·군수·구청장에게 알려야 한다.

제17조(의료급여의 중지 등)

- ① 시장·군수·구청장은 수급권자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하면 의료급여를 중지하여야 한다.
1. 수급권자에 대한 의료급여가 필요 없게 된 경우
 2. 수급권자가 의료급여를 거부한 경우
- ② 시장·군수·구청장은 수급권자가 의료급여를 거부한 경우에는 수급권자가 속한 가구원 전부에 대하여 의료급여를 중지하여야 한다.
- ③ 시장·군수·구청장은 제1항에 따라 의료급여를 중지하였을 때에는 서면으로 그 이유를 밝혀 수급권자에게 알려야 한다.

[의료급여법 시행령]

대통령령 제33716호, 일부개정 2023.09.12, 시행일 2023.09.29

제13조(급여비용의 부담)

- ① 법 제10조에 따라 기금에서 부담하는 급여비용의 범위는 별표 1과 같다.
1. 삭제
 2. 삭제
- ② 삭제
- 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 따라 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.

[자동차관리법 시행규칙]

국토교통부령 제1269호, 일부개정 2023.10.31, 시행일 2023.12.01

제2조(자동차의 종별 구분)

「자동차관리법」(이하 "법"이라 한다) 제3조제2항 및 제3항에 따른 자동차의 종류는 그 규모별 세부기준 및 유형별 세부기준에 따라 별표 1과 같이 구분한다.

[별표 1]

1. 규모별 세부기준

종류	경형		소형
	초소형	일반형	
승용자동차	배기량이250cc(전기자동차의 경우 최고정격출력이 15킬로와트) 이하이고, 길이 3.6미터·너비 1.5미터·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1000cc 미만이고, 길이 3.6미터·너비 1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것	배기량이 1600cc 미만이고, 길이 4.7미터·너비 1.7미터·높이 2.0미터 이하인 것
승합자동차	배기량이 1000cc 미만이고, 길이 3.6미터·너비 1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것		승차정원이 15인 이하이고, 길이 4.7미터·너비 1.7미터·높이 2.0미터 이하인 것
화물자동차	배기량이 250cc(전기자동차의 경우 최고정격출력이 15킬로와트) 이하이고, 길이 3.6미터·너비 1.6미터·높이 2.0미터	배기량이 1000cc 미만이고, 길이 3.6미터·너비 1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것	최대적재량이 1톤 이하이고, 총중량이 3.5톤 이하인 것

종류	경형		소형
	초소형	일반형	
	이하인 것		
특수자동차	배기량이 1000cc 미만으로서 길이 3.6미터·너비1.6미터·높이 2.0미터 이하인 것		총중량이 3.5톤 이하인 것
이륜자동차	배기량이 50cc 미만(최고정격출력 4킬로와트 이하)인 것		배기량이 100cc 이하(최고정격출력 11킬로와트 이하)인 것

종류	중형	대형
승용자동차	배기량이 1600cc 이상 2000cc 미만이거나 길이·너비·높이 중 어느 하나라도 소형을 초과하는 것	배기량이 2000cc 이상이거나, 길이·너비·높이 모두 소형을 초과 하는 것
승합자동차	승차정원이 16인 이상 35인 이하이거나 길이·너비·높이 중 어느 하나라도 소형을 초과하고, 길이가 9미터 미만인 것	승차정원이 36인 이상 이거나, 길이·너비·높이 모두가 소형을 초과하고, 길이가 9미터 이상인 것
화물자동차	최대적재량이 1톤 초과 5톤 미만이거나, 총중량이 3.5톤 초과 10톤 미만인 것	최대적재량이 5톤 이상이거나, 총중량이 10톤 이상인 것
특수자동차	총중량이 3.5톤 초과 10톤 미만인 것	총중량이 10톤 이상인 것
이륜자동차	배기량이 100cc 초과 260cc 이하(최고정격출력 11킬로와트 초과 15킬로와트 이하)인 것	배기량이 260cc(최고정격출력 15킬로와트)를 초과하는 것

2. 유형별 세부기준

종류	유형별	세부기준
승용자동차	일반형	2개 내지 4개의 문이 있고, 전후 2열 또는 3열의 좌석을 구비한 유선형인 것
	승용겸 화물형	차실안에 화물을 적재하도록 장치된 것
	다목적형	후레임형이거나 4륜구동장치 또는 자동제한장치를 갖추는 등 험로운행이 용이한 구조로 설계된 자동차로서 일반형 및 승용겸화물형이 아닌 것
	기타형	위 어느 형에도 속하지 아니하는 승용자동차인 것
승합자동차	일반형	주목적이 여객운송용인 것
	특수형	특정한 용도(장의, 헌혈, 구급, 보도, 캠핑 등)를 가진 것
화물자동차	일반형	보통의 화물운송용인 것
	덤프형	적재함을 원동기의 힘으로 기울여 적재물을 중력에 의하여 쉽게 미끄러뜨리는 구조의 화물운송용인 것
	밴형	지붕구조의 덮개가 있는 화물운송용인 것
	특수용도형	특정한 용도를 위하여 특수한 구조로 하거나, 기구를 장치한 것으로서 위 어느 형에도 속하지 아니하는 화물운송용인 것

종류	유형별	세부기준
특수자동차	견인형	피견인차의 견인을 전용으로 하는 구조인 것
	구난형	고장, 사고 등으로 운행이 곤란한 자동차를 구난, 견인 할 수 있는 구조인 것
	특수작업형	위 어느 형에도 속하지 아니하는 특수 작업용인 것
이륜자동차	일반형	자전거로부터 진화한 구조로서 사람 또는 소량의 화물을 운송하기 위한 것
	특수형	경주, 오락 또는 운전을 즐기기 위한 경쾌한 구조인 것
	기타형	3륜 이상인 것으로서 최대적재량이 100kg 이하인 것

※ 비고

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 초소형화물차 및 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 칸막이벽을 설치한 자동차로서 화물적재공간의 바닥면적이 승차공간의 바닥면적(운전석에 있는 열의 바닥적을 포함한다)보다 넓은 자동차
- 3) 화물을 운송하는 기능을 갖추고 자체적하 기타 작업을 수행할 수 있는 설비를 함께 갖춘 자동차

나. 법 제3조제1항제5호에서 "그와 유사한 구조로 되어 있는 자동차"란 승용자동차에 해당하지 않는 자동차로서 다음의 어느 하나에 해당하는 자동차를 말한다.

- 1) 이륜인 자동차에 측차를 붙인 자동차
- 2) 내연기관을 이용한 동력발생장치를 사용하고, 조향장치의 조작방식, 동력전달방식 또는 냉각방식 등이 이륜자동차와 유사한 구조로 되어 있는 삼륜 또는 사륜의 자동차
- 3) 전동기를 이용한 동력발생장치를 사용하는 삼륜 또는 사륜의 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' 제2조 제5호에 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.

[장기등 이식에 관한 법률]

법률 제18623호, 일부개정 2021.12.21, 시행 2022.12.22

제4조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. '장기등'이란 사람의 내장이나 그 밖에 손상되거나 정지된 기능을 회복하기 위하여 이식이 필요한 조직으로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 것을 말한다.
 - 가. 신장·간장·췌장·심장·폐
 - 나. 말초혈(조혈모세포를 이식할 목적으로 채취하는 경우에 한정한다)·골수·안구
 - 다. 뼈·피부·근육·신경·혈관 등으로 구성된 복합조직으로서의 손·팔 또는 발·다리
 - 라. 제8조제2항제4호에 따라 장기등이식윤리위원회의 심의를 거쳐 보건복지부장관이 결정·고시한 것
 - 마. 그 밖에 사람의 내장 또는 조직 중 기능회복을 위하여 적출·이식할 수 있는 것으로서 대통령령으로 정하는 것
2. '장기등기증자'란 다른 사람의 장기등의 기능회복을 위하여 대가 없이 자신의 특정한 장기등을 제공하는 사람으로서 제14조에 따라 등록한 사람을 말한다.
3. '장기등기증희망자'란 본인이 장래에 뇌사 또는 사망할 때(말초혈 또는 골수의 경우에는 살아있을 때를 포함한다) 장기등을 기증하겠다는 의사표시를 한 사람으로서 제15조에 따라 등록한 사람을 말한다.
4. '장기등이식대기자'란 자신의 장기등의 기능회복을 목적으로 다른 사람의 장기등을 이식받기 위하여 제14조에 따라 등록한 사람을 말한다.
5. '살아있는 사람'이란 사람 중에서 뇌사자를 제외한 사람을 말하고, '뇌사자'란 이 법에 따른 뇌사판정기준 및 뇌사판정절차에 따라 뇌 전체의 기능이 되살아날 수 없는 상태로 정지되었다고 판정된 사람을 말한다.
6. '가족' 또는 '유족'이란 살아있는 사람·뇌사자 또는 사망한 자의 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 사람을 말한다. 다만, 14세 미만인 사람은 제외한다.
 - 가. 배우자
 - 나. 직계비속
 - 다. 직계존속
 - 라. 형제자매
 - 마. 가목부터 라목까지에 해당하는 가족 또는 유족이 없는 경우에는 4촌 이내의 친족

제42조(장기등의 적출·이식 비용의 부담 등)

- ① 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용은 해당 장기등을 이식받은 사람이 부담한다. 다만, 이식받은 사람이 부담하는 비용에 대하여 다른 법령에서 따로 정하는 경우에는 해당 법령에서 정하는 바에 따른다.
- ② 제1항에 따른 비용은 「국민건강보험법」에서 정하는 바에 따라 산출한다. 다만, 「국민건강보험법」에서 규정하지 아니한 비용은 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 산출한다.

[전자서명법]

법률 제18479호, 전부개정 2021.10.19, 시행일 2022.10.20

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다.

1. "전자문서"란 정보처리시스템에 의하여 전자적 형태로 작성되어 송신 또는 수신되거나 저장된 정보를 말한다.
2. "전자서명"이란 다음 각 목의 사항을 나타내는 데 이용하기 위하여 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.
 - 가. 서명자의 신원
 - 나. 서명자가 해당 전자문서에 서명하였다는 사실

3. "전자서명생성정보"란 전자서명을 생성하기 위하여 이용하는 전자적 정보를 말한다.
4. "전자서명수단"이란 전자서명을 하기 위하여 이용하는 전자적 수단을 말한다.
5. "전자서명인증"이란 전자서명생성정보가 가입자에게 유일하게 속한다는 사실을 확인하고 이를 증명하는 행위를 말한다.
6. "인증서"란 전자서명생성정보가 가입자에게 유일하게 속한다는 사실 등을 확인하고 이를 증명하는 전자적 정보를 말한다.
7. "전자서명인증업무"란 전자서명인증, 전자서명인증 관련 기록의 관리 등 전자서명인증서비스를 제공하는 업무를 말한다.
8. "전자서명인증사업자"란 전자서명인증업무를 하는 자를 말한다.
9. "가입자"란 전자서명생성정보에 대하여 전자서명인증사업자로부터 전자서명인증을 받은 자를 말한다.
10. "이용자"란 전자서명인증사업자가 제공하는 전자서명인증서비스를 이용하는 자를 말한다.

[지역보건법]

법률 제19305호, 일부개정 2023.03.28, 시행일 2023.09.29

제10조(보건소의 설치)

- ① 지역주민의 건강을 증진하고 질병을 예방·관리하기 위하여 시·군·구에 1개소의 보건소(보건의료원을 포함한다. 이하 같다)를 설치한다. 다만, 시·군·구의 인구가 30만 명을 초과하는 등 지역주민의 보건의료로 위하여 특별히 필요하다고 인정되는 경우에는 대통령령으로 정하는 기준에 따라 해당 지방자치단체의 조례로 보건소를 추가로 설치할 수 있다.
- 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.

찾아보기

ㄴ

- 보험료 자동납입 특별약관 116

ㄷ

- 실손의료보험 출생전자녀가입 특별약관 121
- 실손의료보험 특별약관1(중증 비급여 실손의료비)(갱신형) 75
- 실손의료보험 특별약관2(비중증 비급여 실손의료비)(갱신형) 92

ㄹ

- 이륜자동차운전중상해 부담보 특별약관 115

ㅁ

- 지정대리청구서비스 특별약관 117

ㅂ

- 특별조건부(보험료할증) 특별약관 120
- 특정 신체부위·질병 보장제한부 인수 특별약관 113

ㅅ

- 피보험자추가 특별약관 119

M E M O

M E M O

M E M O