

kakaopay insurance

개인실손의료보험 보험약관

고객센터번호

1544-0022

준법감시인심의필

제2026-0311호(2026.07.01)

홈페이지

kakaopayinscorp.co.kr

[개인실손의료보험] 보험약관

이 약관은 금융소비자보호법 및 내부통제기준에 따른 절차를 거쳐 제공됩니다.

[안내사항]

가입자 유의사항

주요내용 요약서

보험용어 해설

[보통약관]

제1관 일반사항 및 용어의 정의

제1조(보장종목)

제2조(용어의 정의)

제2관 회사가 보상하는 사항

제3조(보장종목별 보상내용)

제3관 회사가 보상하지 않는 사항

제4조(보상하지 않는 사항)

제4조의2(특별약관에서 보상하는 사항)

제4관 보험금의 지급

제5조(보험가입금액 한도 등)

제5조의2(보험가입금액 한도 등에 대한 설명 의무)

제6조(보험금 지급사유 발생의 통지)

제7조(보험금의 청구)

제8조(보험금의 지급절차)

제9조(보험금을 받는 방법의 변경)

제10조(주소변경의 통지)

제11조(대표자의 지정)

제5관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제12조(계약 전 알릴 의무)

제13조(상해보험계약 후 알릴 의무)

제14조(알릴 의무 위반의 효과)

제15조(사기에 의한 계약)

제6관 보험계약의 성립과 유지

제16조(보험계약의 성립)

제17조(청약의 철회)

제18조(약관 교부 및 설명 의무 등)

제19조(계약의 무효)

제20조(계약내용의 변경 등)

제21조(보험나이 등)

제22조(계약의 소멸)

제7관 보험료의 납입

제23조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

제24조(제2회 이후 보험료의 납입)

제25조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

제26조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

제27조(강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복))

제28조(보험료의 계산)

제8관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제29조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권)

제29조의2(위법계약의 해지)

제30조(중대사유로 인한 해지)

제31조(회사의 파산선고와 해지)

제32조(보험료의 환급)

제9관 다수보험의 처리 등

제33조(다수보험의 처리)

제34조(연대책임)

제10관 분쟁의 조정 등

제35조(분쟁의 조정)

제36조(관할법원)

제37조(소멸시효)

제38조(약관의 해석)

제39조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)

제40조(회사의 손해배상책임)

제41조(개인정보보호)

제42조(준거법)

제43조(예금보험에 의한 지급보장)

[특별약관]

중증 비급여 실손의료비 특별약관

비중증 비급여 실손의료비 특별약관

국민건강보험 비가입자 특별약관

보험료분납 특별약관

지정대리청구서비스 특별약관

장애인전용보험전환 특별약관

[가입자 유의사항]

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

1. 보험계약 관련 유의할 사항

㉠ 보험계약전 알릴 의무 위반

계약자 또는 피보험자는 청약할 때 청약서(질문서를 포함합니다)에서 질문 한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 회사에 알려야 합니다. 그렇지 않은 경우 보험금 지급이 거절되거나 보험계약이 해지될 수 있습니다.

전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 판매자의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약 전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.

㉡ 상해 및 질병 관련 보장

이 보험이 상해 등 외래의 사고만을 보험금 지급대상으로 하는지, 질병도 보험금 지급대상으로 하는지, 몇 세까지 보장하는지 등 구체적인 보험금 지급사유를 반드시 확인하시기 바랍니다.

㉢ 재물 및 배상책임 관련 보장

타인을 위한 계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없는 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인이 계약이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 회사에 이의를 제기할 수 없으며, 보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상을 한 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 않는 범위안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

2. 보험금 지급관련 유의할 사항

㉠ 다수계약의 비례보상에 관한 사항

이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약 포함)이 있을 경우에는 약관에서 정한 비율에 따라 보험금을 계산하여 지급합니다.

[주요내용 요약서]

1. 자필서명

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

2. 청약철회

계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있고, 이 경우 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 의무보험의 경우에는 철회의사를 표시한 시점에 동종의 다른 의무보험에 가입된 경우에만 철회할 수 있으며, 보험기간이 90일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약 또는 청약한 날부터 30일(단, 만 65세 이상의 계약자가 통신수단 중 전화를 이용하여 체결한 경우 45일)이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해당 신용카드회사로 하여금 대금청구를 하지 않도록 해야 하며, 이 경우 회사는 보험료를 반환한 것으로 봅니다.

3. 계약취소

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

4. 계약의 무효

1) 신체보장 관련

다음 중 한 가지에 해당하는 경우 회사는 계약을 무효로 할 수 있으며 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하

지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

- 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 피보험자의 서면 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정하는 경우 외에는 피보험자의 서면 동의를 받아야 합니다.
- 만15세미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.
- 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 만15세미만자의 사망을 보험금 지급사유로 한 경우에는 그 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

2) 재물보장 관련

계약을 맺을 때에 보험목적에 이미 사고가 발생하였을 경우 회사는 계약을 무효로 할 수 있으며 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

3) 배상책임보장 관련

계약을 맺을 때에 보험사고가 이미 발생하였을 경우 회사는 계약을 무효로 할 수 있으며 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

5. 계약의 소멸

1) 신체보장 관련

피보험자의 사망 등으로 인하여 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우, 이 보험계약은 그 때부터 효력이 없습니다.

2) 재물보장 관련

사고보험금이 한 번의 사고에 대하여 보험가입금액(보험가액을 한도로 함)이상인 때에는 그 손해보상의 원인이 생긴 때로부터 해당 보험목적에 대한 계약은 소멸됩니다.

6. 보험료의 납입연체 및 계약의 해지에 관한 사항

계약자가 제2회 이후 보험료를 납입기일까지 납입이 연체 중인 경우에 14일(보험기간이 1년 미만인 경우 7일)이상의 기간을 보험료 납입최고(독촉)기간으로 하며, 납입최고(독촉)기간 안에 보험료를 납입하지 않은 경우, 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 보험계약은 해지됩니다.

7. 해지 계약의 부활(효력회복)

보험료 납입연체로 보험계약이 해지되었으나 보험료의 환급 조항에 따라 보험료를 돌려받지 않은 경우 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 보험계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사는 피보험자의 건강상태, 직업, 직종 등에 따라 승낙여부를 결정하며, 합리적인 사유가 있는 경우 부활(효력회복)을 거절하거나 보장의 일부를 제한할 수 있습니다.

8. 계약 전 · 후 알릴 의무

1) 계약 전 알릴 의무 : 계약자, 피보험자는 청약할 때 청약서의 질문사항에 사실대로 기재하고 자필서명 (전자서명 포함)을 하셔야 합니다.(단, 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에는 음성녹음으로 대체합니다.)

2) 계약 후 알릴 의무 : 계약자 또는 피보험자는 보험계약을 맺은 후 아래와 같은 경우 지체없이 서면으로 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.

- 피보험자가 직업 또는 직무를 변경(자가용 운전자가 영업용 운전자로 변경하는 경우 포함)하거나 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거(전동킥보드, 전동휠 등 전동기로 작동하는 개인형 이동장치를 포함하며, 장애인 또는 교통약자가 사용하는 보행보조용 의자차인 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등은 제외합니다)를 계속적으로 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동과 출퇴근용도로 주로 사용하는 경우에 한함)하게 되는 등 중요한 사항을 변경하는 경우

- 보험목적물을 양도하거나, 다른 장소로 옮기는 경우, 기타 위험이 증가하는 경우

3) 알릴 의무 위반시 효과 : 회사가 별도로 정한 방법에 따라 계약을 해지하거나 보험금

지급이 제한될 수 있습니다.

※ 계약자 또는 보험수익자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우 즉시 변경내용을 회사에 알려셔야 합니다.

9. 보험금의 지급절차

1) 신체보장 관련

보험금 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 지급합니다. 다만, 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50%이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드리며 지급예정일은 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다. 만약 지급 기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 '보험금을 지급할 때의 적립이율'에 따라 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 다만, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 책임이 있는 사유로 지급이 지연된 경우에는 그 기간에 대한 이자는 지급하지 않습니다.

2) 재물보장 및 배상책임보장 관련

보험금 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수 받은 후 지체 없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급합니다. 그러나 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피보험자의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50%상당액을 가지급보험금으로 지급합니다. 만약 지급보험금이 결정된 후 7일이 지나도록 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 '보험금을 지급할 때의 적립이율'에 따라 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다.

10. 대위권

회사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다)에는 회사는 지급한 보험금 한도 내에서 보험계약자 또는 피보험자가 제3자에 대하여 가지는 손해배상청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 취득합니다.

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

[보험용어 해설]

보험용어	용어 해설
보험약관	보험계약에 관하여 보험계약자와 보험회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것
보험증권	보험계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 보험회사가 보험계약자에게 교부하는 증서
보험계약자	보험회사와 계약을 체결하고 보험료 납입의무를 지는 사람
피보험자	보험사고 발생의 대상이 되는 사람
보험수익자	보험사고 발생시 보험금 청구권을 갖는 사람
보험료	보험계약자가 보험계약에 의거하여 보험회사에게 지급하여야 하는 요금
보험목적	보험사고의 발생의 객체가 되는 경제상의 재화
보험가액	재산보험에 있어 피보험이익을 금전으로 평가한 금액으로 보험의 목적에 발생할 수 있는 최대 손해액(회사가 실제 지급하는 보험 금은 보험가액을 초과할 수 없습니다)
보상한도액	회사와 계약자 간에 약정한 금액으로 피보험자가 약관에서 정한 보험사고로 부담하는 손해 중 회사가 책임지는 금액의 최대 한도
보험기간	계약에 따라 보장을 받는 기간으로 보험증권에 기재된 기간
보험금	•신체손해 · 비용손해 보장 : 피보험자의 사망, 장애, 입원 등 보험금 지급사유가 발생하였을 때 보험회사가 보험수익자에게 지급하는 금액 •재물손해 · 배상책임 보장 : 피보험자의 재물손해, 배상책임손해 등 보험금 지급사유가 발생하였을 때 보험회사가 피보험자에게 지급하는 금액
보장개시일	보험회사의 보험금 지급의무가 시작되는 날
보험년도	보험계약일로부터 매1년 단위의 연도(당해연도 보험계약 해당일부

터 다음연도 보험계약 해당일 전일까지의 기간)

영업일

회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, '토요일', '관공서의 공휴일에 관한 규정에 따른 공휴일' 및 '근로자의 날'을 제외한 날을 의미

보통약관



개인실손의료보험은 피보험자의 상해 또는 질병으로 인한 의료비를 보험회사가 보상하는 상품입니다.

제 1 관 일반사항 및 용어의 정의

제 1 조(보장종목)

① 회사가 판매하는 기본형 실손의료보험상품(급여 실손의료비)은 다음과 같이 상해 급여형, 질병 급여형의 2 개 보장종목으로 구성되어 있습니다.

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

제 2 조(용어의 정의)

이 약관에서 사용하는 용어의 뜻은 <붙임 1>과 같습니다.

제 2 관 회사가 보상하는 사항

제 3 조(보장종목별 보상내용)

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

보장종목	보상하는 사항
(1) 상해 급여	① 회사는 피보험자가 상해로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원(외래 및 처방조제)하여 치료를 받은 경우에는 급여 의료비를 제 5 조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 다음과 같이 보상합니다. 다만, 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비 기준으로 계산하며, 감면받은 의료비가 본인

또는 가족(「피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자」(이하 “배우자”라 합니다), 직계혈족 및 형제자매(민법 제 768 조))의 근로소득에 포함된 경우,「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비로 급여 의료비를 계산합니다.

구분	보상금액	
입원 (입원실료, 입원제비용, 입원수술비)	「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부분인부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액본인부담금을 말합니다.)의 80%에 해당하는 금액	
통원 (외래제비용 , 외래수술비, 처방조제비)	통원 1 회당(외래 및 처방조제 합산)「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부분인부담금을 말합니다.)에서 <표 1>의 '통원항목별 공제금액'을 뺀 금액	
	<표 1> 통원항목별 공제금액	
	항 목	공제금액
	「의료법」 제 3 조 제 2 항에 의한 의료기관(동법 제 3 조의 3 에 의한 종합병원은 제외), 「국민건강보험법」 제 42 조제 1 항제 4 호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제 42 조제 1 항제 5 호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 「국민건강보험법」 제 42 조제 1 항제 2 호에 의한 약국, 동법 제 42 조제 1 항제 3 호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의	1 만원, 보장대상 의료비의 20%, 보장대상 의료비에 건강보험 본인부담 률을 곱한 금액 ^{주)} 중

	처방·조제(의약분업 예외지역 등에서의 약사의 직접 조제 포함) 「국민건강보험법」 제 42 조 제 2 항에 의한 전문요양기관, 「의료법」 제 3 조의 4 에 의한 상급종합병원, 동법 제 3 조의 3 에 의한 종합병원에서의 외래 및 그에 따른 「국민건강보험법」 제 42 조제 1 항제 2 호에 의한 약국, 동법 제 42 조제 1 항제 3 호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제 큰 금액 2 만원, 보장대상 의료비의 20%, 보장대상 의료비에 건강보험 본인부담률을 곱한 금액^{주)} 중 큰 금액
	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. 건강보험 본인부담률 = 급여 일부 본인부담 항목의 본인부담금 합계 금액 급여 일부 본인부담 항목의 본인부담금 합계 금액 + 급여 공단부담금 합계 금액 다만, 「국민건강보험법 시행규칙」 제 16 조 및 별표 6 에 따라 요양급여비용의 본인부담률이 100 분의 100 및 「의료급여법 시행령」 제 13 조 및 별표 1 에 따라 의료급여비용의 본인부담률이 100 분의 100(전액본인부담)인 경우, 해당 금액은 상기 계산식에 포함되지 않으며 보상하는 대상에서 제외됩니다.
	② 제 1 항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연히 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상이 포함됩니다. 다만, 유독가스

또는 유독물질을 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상과 세균성 음식물 중독증상은 포함되지 않습니다.

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

1. 의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 급여 의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액(통원의 경우 본인이 실제로 부담한 금액에서 같은 조 제 1 항 <표 1>의 '통원항목별 공제금액'을 뺀 금액)의 40%를 제 5 조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다.

2. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 제 1 호를 적용하지 아니하고 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비에 대해서만 제 1 항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제 5 조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 감면받은 의료비가 본인 또는 가족(「피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자」(이하 “배우자”라 합니다), 직계혈족 및 형제자매(민법 제 768 조))의 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비에 대해서 제 1 항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제 5 조에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다.

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

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

<입원 및 통원 보상기간 예시>

	보상대상기간 (1 년)	보상대상기간 (1 년)	보상대상기간 (1 년)	추가보상 (180 일)
	↑		↑	↑
↑		↑		
계약일		계약해당일		계약해당일
계약종료일		보상종료일		
(2027. 1. 1.)	(2028. 1. 1.)	(2029. 1. 1.)	(2029. 12. 31.)	(2030. 6. 29.)
⑥ 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제 4 항과 제 5 항을 적용하지 않습니다. ⑦ 하나의 상해(같은 상해로 2 회 이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 상해로 봅니다)로 인해 동일한 의료기관에서 같은 날 외래 및 처방을 함께 받은 경우 처방일자를 기준으로 외래 및 처방조제를 합산하되(조제일자가 다른 경우도 동일하게 적용) 통원 1 회로 보아 제 1 항, 제 5 항 및 제 6 항을 적용합니다. ⑧ 하나의 상해로 인해 하루에 같은 치료를 목적으로 2 회 이상 통원치료(외래 및 처방조제 합산)를 받은 경우 1 회의 통원으로 보아 제 1 항, 제 5 항 및 제 6 항을 적용합니다. 이 때 공제금액은 2 회 이상의 중복방문 의료기관 중 가장 높은 공제금액을 적용합니다. ⑨ 회사는 피보험자가 상해로 인하여 의료기관에서 본인의 장기등(「장기등 이식에 관한 법률」 제 4 조에 의한 "장기등"을 의미합니다)의 기능회복을 위하여 「장기등 이식에 관한 법률」 제 42 조 및 관련 고시에 따라 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 제 1 항부터 제 8 항에 따라 보상합니다. ⑩ 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원 또는 통원한 경우(O00~O99) 발생한 의료비를 「모자보건법」에 따라 감면 또는 지원을 받거나 그 외 정부 및 지방자치단체의 지원금을 통해 감면 또는 지원(「국민건강보험법」 제 50 조에 따른 부가급여도 지원으로 간주합니다)받는 경우에는 감면 또는 지원 전 의료비로 급여 의료비를 계산합니다.				

(2)

질병 급여

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

구분

보상금액

입원

(입원실료, 입원제비용, 입원수술비)

「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부본인부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액본인부담금을 말합니다.)의 80%에 해당하는 금액

통원

(외래제비용, 외래수술비, 처방조제비)

통원 1 회당(외래 및 처방조제 합산) 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부본인부담금을 말합니다.)에서 <표 1>의 '통원항목별 공제금액'을 뺀 금액

<표 1> 통원항목별 공제금액

항 목

공제금액

「의료법」 제 3 조 제 2 항에 의한 의료기관(동법 제 3 조의 3 에 의한 종합병원은 제외), 「국민건강보험법」 제 42 조제 1 항제 4 호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법

1 만원, 보장대상 의료비의 20%, 보장대상

		제 42 조제 1 항제 5 호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 「국민건강보험법」 제 42 조제 1 항제 2 호에 의한 약국, 동법 제 42 조제 1 항제 3 호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제(의약분업 예외지역 등에서의 약사의 직접 조제 포함)	의료비에 건강보험 본인부담 률을 곱한 금액 ^{주)} 중 큰 금액
		「국민건강보험법」 제 42 조 제 2 항에 의한 전문요양기관, 「의료법」 제 3 조의 4 에 의한 상급종합병원, 동법 제 3 조의 3 에 의한 종합병원에서의 외래 및 그에 따른 「국민건강보험법」 제 42 조제 1 항제 2 호에 의한 약국, 동법 제 42 조제 1 항제 3 호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제	2 만원, 보장대상 의료비의 20%, 보장대상 의료비에 건강보험 본인부담 률을 곱한 금액 ^{주)} 중 큰 금액
		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. $ \begin{aligned} &\text{건강보험 본인부담률} = \\ &\quad \frac{\text{급여 일부 본인부담 항목의} \\ &\quad \quad \text{본인부담금 합계 금액}}{\text{급여 일부 본인부담 항목의 본인부담금 합계} \\ &\quad \quad \text{금액} \\ &\quad + \text{급여 공단부담금 합계 금액}} \end{aligned} $ 다만, 「국민건강보험법 시행규칙」 제 16 조 및 별표 6 에 따라 요양급여비용의 본인부담률이 100 분의 100 및	

	「의료급여법 시행령」 제 13 조 및 별표 1 에 따라 의료급여비용의 본인부담률이 100 분의 100(전액본인부담)인 경우, 해당 금액은 상기 계산식에 포함되지 않으며 보상하는 대상에서 제외됩니다.
	② 피보험자가 「국민건강보험법」제 5 조, 제 53 조, 제 54 조에 따라 요양급여 또는 「의료급여법」제 4 조, 제 15 조, 제 17 조에 따라 의료급여를 적용받지 못하는 경우에는 다음과 같이 보상합니다. 1. 의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 급여 의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액(통원의 경우 본인이 실제로 부담한 금액에서 같은 조 제 1 항 <표 1>의 '통원항목별 공제금액'을 뺀 금액)의 40%를 제 5 조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 2. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 제 1 호를 적용하지 아니하고 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비에 대해서만 제 1 항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제 5 조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 감면받은 의료비가 본인 또는 가족(「피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자」(이하 "배우자"라 합니다), 직계혈족 및 형제자매(민법 제 768 조))의 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비에 대해서 제 1 항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제 5 조에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. ③ 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음날부터 180 일까지 보상합니다. ④ 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 통원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음날부터 180 일 이내의 통원을 보상하며 최대 90 회 한도 내에서 보상합니다.

<입원 및 통원 보상기간 예시>

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

- ⑤ 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제 3 항과 제 4 항을 적용하지 않습니다.
- ⑥ 하나의 질병으로 동일한 의료기관에서 같은 날 외래 및 처방을 함께 받은 경우 처방일자를 기준으로 외래 및 처방조제를 합산하되(조제일자가 다른 경우도 동일하게 적용) 통원 1 회로 보아 제 1 항, 제 4 항 및 제 5 항을 적용합니다.
- ⑦ "하나의 질병"이란 발생 원인이 동일한 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병은 하나의 질병으로 간주하며, 하나의 질병으로 2 회 이상 치료를 받는 경우에는 이를 하나의 질병으로 봅니다)을 말하며, 질병의 치료 중에 발생한 합병증 또는 새로 발견된 질병의 치료가 병행되거나 의학상 관련이 없는 여러 종류의 질병을 갖고 있는 상태에서 통원한 경우에는 하나의 질병으로 간주합니다.
- ⑧ 하나의 질병으로 하루에 같은 치료를 목적으로 2 회 이상 통원치료(외래 및 처방조제 합산)를 받은 경우 1 회의 통원으로 보아 제 1 항, 제 4 항 및 제 5 항을 적용합니다. 이 때 공제금액은 2 회 이상의 중복방문 의료기관 중 가장 높은 공제금액을 적용합니다.
- ⑨ 회사는 피보험자가 질병으로 인하여 의료기관에서 본인의 장기등(「장기등 이식에 관한 법률」 제 4 조에 의한 "장기등"을 의미합니다)의 기능회복을 위하여 「장기등 이식에 관한 법률」 제 42 조 및 관련 고시에 따라 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 제 1 항부터 제 8 항에 따라 보상합니다.
- ⑩ 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원 또는

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

제 3 관 회사가 보상하지 않는 사항

제 4 조(보상하지 않는 사항)

회사가 보상하지 않는 사항은 보장종목별로 다음과 같습니다.

보장종목	보상하지 않는 사항
(1) 상해 급여	① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 급여 의료비는 보상하지 않습니다. 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다. 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다. 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우 4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(O00~O99)로 발생한 의료비. 다만, 보험가입일이 건강보험 임신출산 진료비 지급신청서(「임신출산 진료비 지급 등에 관한 기준」 별지 제 1 호서식)상 요양기관이 기재한 분만예정일로부터 280 일 이전인 경우에는 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(O00~O99)와 관련한 치료에서 발생한 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 일부 본인부담금에 해당하는 의료비를 보상(단체보험 상품은 보험가입일이 분만예정일로부터 280 일 이내인 경우에도 보상합니다)합니다. 다만, '26.5.6. 이후 체결된 계약을 같은 회사의 보험상품으로 전환하거나 재가입한 경우에는 종전 계약을 연장하는 것으로 보아 종전 계약의 보험가입일 기준으로 보상여부를 판단합니다. 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인한 경우 6. 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지

보장종목	보상하지 않는 사항
	않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자 본인이 자의적으로 입원하여 발생한 입원의료비 7. 피보험자가 정당한 이유없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 통원의료비 ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동 목적으로 한 다음의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 생긴 상해에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전 훈련이 필요한 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩 2. 모터보트·자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 행사(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 보상합니다) 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안 ③ 회사는 다음의 급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제) 2. 「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 따라 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제) 3. 자동차보험(공제를 포함합니다)에서 보상받는 치료관계비(과실상계 후 금액을 기준으로 합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비(자동차보험 진료수가에 관한 기준 및 산재보험 요양급여 산정기준에 따라 발생한 실제 본인 부담의료비)는 제 3 조(보장종목별 보상내용) (1) 상해 급여 제 1 항, 제 2 항 및 제 4 항부터 제 8 항에 따라 보상합니다. 4. 간병비 5.통원(외래 및 처방조제)하여 치료를 받은 경우 발생한 급여의료비 중 「국민건강보험법 시행규칙」 제 16 조 및 별표 6 에 따라 요양급여비용의

보장종목	보상하지 않는 사항
	본인부담률이 100 분의 100(전액본인부담)인 의료비 및 「의료급여법 시행령」 제 13 조 및 별표 1 에 따라 의료급여비용의 본인부담률이 100 분의 100(전액본인부담)인 의료비
(2) 질병 급여	① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 급여 의료비는 보상하지 않습니다. 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다. 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다. 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우 4. 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자 본인이 자의적으로 입원하여 발생한 입원의료비 5. 피보험자가 정당한 이유 없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 통원의료비 ② 회사는 '한국표준질병사인분류'에 따른 다음의 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 정신 및 행동장애(F04~F99). 다만, F04~F09, F20~F29, F30~F39, F40~F48, F51, F90~F98 과 관련한 치료에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하는 의료비는 보상하며, 피보험자가 보험가입당시 태아인 경우에는 정신발달장애(F80~F89)와 관련한 치료에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하는 의료비도 18 세까지 보상합니다. 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98) 으로 발생한 의료비 중 전액본인부담금 및 보험가입일로부터 2 년 이내에 발생한 의료비. 다만, '21.7 월 이후 체결된 계약을 같은회사의 보험상품으로 전환하거나 재가입한 경우에는 종전 계약을 연장하는 것으로 보아 보험가입일을 적용합니다. 3. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(O00~O99)로 발생한 의료비. 다만, 보험가입일이 건강보험 임신출산 진료비 지급신청서(「임신출산 진료비 지급 등에 관한 기준」 별지 제 1 호서식)상

보장종목	보상하지 않는 사항
	요양기관이 기재한 분만예정일로부터 280 일 이전인 경우에는 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(O00~O99)와 관련한 치료에서 발생한 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 일부 본인부담금에 해당하는 의료비를 보상(단체보험 상품은 보험가입일이 분만예정일로부터 280 일 이내인 경우에도 보상합니다)합니다. 다만, '26.5.6. 이후 체결된 계약을 같은 회사의 보험상품으로 전환하거나 재가입한 경우에는 종전 계약을 연장하는 것으로 보아 종전 계약의 보험가입일 기준으로 보상여부를 판단합니다. 4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04). 다만, 피보험자가 보험가입당시 태아인 경우에는 보상합니다. 5. 요실금(N39.3, N39.4, R32) ③ 회사는 다음의 급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제) 2. 「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 따라 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제) 3. 성장호르몬제 투여에 소요된 비용으로 부담한 전액본인부담금 4. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비(산재보험 요양급여 산정기준에 따라 발생한 실제 본인 부담의료비)는 제 3 조(보장종목별 보상내용) (2) 질병 급여 제 1 항 및 제 3 항부터 제 8 항에 따라 보상합니다. 5. 사람면역결핍바이러스(HIV) 감염으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV 감염은 해당 진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 보상합니다) 6. 간병비 7. 통원(외래 및 처방조제)하여 치료를 받은 경우 발생한 급여의료비 중 「국민건강보험법 시행규칙」 제 16 조 및 별표 6 에 따라 요양급여비용의 본인부담률이 100 분의 100(전액본인부담)인 의료비 및 「의료급여법 시행령」 제 13 조 및 별표 1 에 따라 의료급여비용의 본인부담률이

보장종목	보상하지 않는 사항
	100 분의 100(전액본인부담)인 의료비

제 4 조의 2(특별약관에서 보상하는 사항)

① 제 3 조 및 제 4 조에도 불구하고 다음 각 호에 해당하는 의료비는 기본형 실손의료보험(급여 실손의료비)에서 보상하지 않습니다.

1. 비급여 의료비

2. 제 1 호와 관련하여 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 발생한 본인부담의료비

② 제 1 항 제 1 호 및 제 2 호에서 정한 의료비와 다른 의료비가 함께 청구되어 각 항목별 의료비가 구분되지 않는 경우 회사는 보험금 지급금액 결정을 위해 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 각각의 의료비에 대한 확인을 요청할 수 있습니다.

제 4 관 보험금의 지급

제 5 조(보험가입금액 한도 등)

① 이 계약의 연간 보험가입금액은 제 3 조(보장종목별 보상내용) (1) 상해 급여에 대하여 입원과 통원의 보상금액을 합산하여 5 천만원 이내에서, (2) 질병 급여에 대하여 입원과 통원의 보상금액을 합산하여 5 천만원 이내에서 회사가 정한 금액 중 계약자가 선택한 금액을 말하며, 제 3 조(보장종목별 보상내용)에 의한 급여 의료비를 이 금액 한도 내에서 보상합니다.

② 이 계약에서 '연간'이라 함은 계약일로부터 매 1 년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 입원 또는 통원 치료시 해당일이 속한 보험연도의 보험가입금액 한도를 적용합니다.

③ 제 1 항 및 제 2 항에도 불구하고 「국민건강보험법」에 따른 본인부담금 상한제 또는 「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제 적용항목은 실제 본인이 부담한 금액(「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등 관련 법령에서 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액은 제외한 금액)을 한도로 제 3 조(보장종목별 보상내용) 및 제 4 조(보상하지 않는 사항)에 따라 보상합니다.

④ 제 3 조(보장종목별 보상내용)에서 정한 입원의 경우 급여 의료비 중 보상금액을 제외한 나머지 금액(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서

정한 의료급여 중 본인부담금'(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 20%에 해당하는 금액)이 계약일 또는 매년 계약해당일부터 기산하여 연간 200 만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 제 1 항의 한도 내에서 보상합니다.

⑤ 제 3 조(보장종목별 보상내용)에서 정한 통원의 경우 (1) 상해 급여 또는 (2) 질병 급여 각각에 대하여 통원 1 회당 20 만원 이내에서 회사가 정한 금액 중 계약자가 선택한 금액의 한도 내에서 보상합니다.

⑥ 제 3 조(보장종목별 보상내용) (1) 상해 급여 제 4 항 또는 제 5 항 및 (2) 질병 급여 제 3 항 또는 제 4 항에 따른 계속 중인 입원 또는 통원의 보상한도는 연간 보험가입금액에서 직전 보험기간 종료일까지 지급한 금액을 차감한 잔여 금액을 한도로 적용합니다.

제 5 조의 2(보험가입금액 한도 등에 대한 설명 의무)

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

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

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

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

1. 1 종 수급권자 : 2 만원

2. 2 종 수급권자 : 20 만원

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

의료급여기금 등이 부담하는 제도

1. 1 종 수급권자 : 매 30 일간 5 만원

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

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

제 6 조(보험금 지급사유 발생의 통지)

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

제 7 조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)

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

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

4. 그 밖에 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제 8 조(보험금의 지급절차)

① 회사는 제 7 조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 보험금을 지급합니다.

② 제 1 항에도 불구하고 회사는 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제 1 항의

지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내의 금액을 지급하는 제도를 말합니다)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제 7 조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30 영업일 이내에 정합니다.

1. 소송제기

2. 분쟁조정 신청

3. 수사기관의 조사

4. 외국에서 발생한 보험사고에 대한 조사

5. 제 5 항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 책임이 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우

6. 제 7 항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제 3 자의 의견에 따르기로 한 경우

③ 제 2 항에 따라 추가적인 조사가 이루어지는 경우 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

④ 회사는 제 1 항에서 정한 지급기일 내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제 2 항에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대하여 [별표 2] '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따라 연단위 복리로 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 제 14 조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제 2 항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관 및 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

⑥ 회사는 제 5 항의 서면조사에 대한 동의 요청 시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

⑦ 보험수익자와 회사가 제 3 조(보장종목별 보상내용)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제 3 자를 정하고 그 제 3 자의 의견에

따를 수 있습니다. 제 3 자는 「의료법」 제 3 조(의료기관)에 규정된 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑧ 회사는 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 「국민건강보험법」에 따른 본인부담금 상한제, 「의료급여법」에 따른 본인부담금 상한제 및 보상제와 관련한 확인요청을 할 수 있습니다.

⑨ 회사는 보험금 지급금액 결정을 위해 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 건강보험심사평가원의 진료비확인요청제도를 활용할 수 있도록 동의해 줄 것을 요청할 수 있으며, 진료비확인요청제도를 활용할 경우 회사는 이를 활용한 사례를 집적하고 먼저 유사 사례가 있는지를 확인하고 이용합니다.

⑩ 회사는 보험금 지급 시 보험수익자에게 휴대전화 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

제 9 조(보험금을 받는 방법의 변경)

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

② 회사는 제 1 항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 '보험개발원이 공시하는 월평균 정기예금이율'을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 '보험개발원이 공시하는 월평균 정기예금이율'을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제 10 조(주소변경의 통지)

① 계약자(보험수익자가 계약자와 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)는 주소 또는

연락처가 변경된 경우에는 지체없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.

② 제 1 항에서 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.

제 11 조(대표자의 지정)

① 계약자 또는 보험수익자가 2 명 이상인 경우에는 각 대표자를 1 명 지정하여야 하며, 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.

② 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 않은 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 보험수익자 1 명에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에게도 효력이 미칩니다.

③ 계약자가 2 명 이상인 경우에는 연대하여 그 책임을 집니다.

제 5 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제 12 조(계약 전 알릴 의무)

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

제 13 조(상해보험계약 후 알릴 의무)

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

1. 보험증권 등에 기재된 직업 또는 직무의 변경

가. 현재의 직업 또는 직무가 변경된 경우

나. 직업이 없는 자가 취직한 경우

다. 현재의 직업을 그만둔 경우

[직업]

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

[직무]

직책이나 직업상 책임을 지고 담당하여 맡은 일

2. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우

예) 자가용에서 영업용으로 변경, 영업용에서 자가용으로 변경 등

3. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우

예) 비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운전자로 변경 등

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

② 회사는 제 1 항의 통지로 인하여 위험의 변동이 발생한 경우에는 제 20 조(계약내용의 변경 등)에 따라 계약내용을 변경할 수 있습니다.

[위험변경에 따른 계약변경 절차]



③ 회사는 제 2 항에 따라 계약내용을 변경할 때 위험이 감소된 경우에는 보험료를

감액하고, 보험료 및 해약환급금 산출방법서에 따라 환급하여 드립니다. 한편 위험이 증가된 경우에는 보험료의 증액 및 정산금액의 추가납입을 요구할 수 있으며, 계약자는 일시납 또는 잔여 보험료 납입기간과 5년 중 큰 기간(단, 잔여 보험기간을 초과할 수 없음) 동안의 분납 중 선택하여 정산금액을 납입하여야 합니다. 다만, 보험료 갱신형 계약 등 일부 보험계약의 경우 분납이 제한될 수 있습니다.

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

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

[고의] 자기의 행위가 일정한 결과를 발생시킬 것을 인식하고 또 이 결과의 발생을 용인하는 것을 말합니다.

[중대한 과실] 주의의무위반이 현저한 과실, 즉 극히 근소한 주의만 기울였더라도 결과 발생을 예견할 수 있음에도 부주의로 이를 예견하지 못한 것을 의미합니다.

제 14 조(알릴 의무 위반의 효과)

① 회사는 다음과 같은 사실이 있을 경우에는 보험금 지급사유의 발생 여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1 개월 이내에 이 계약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자나 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제 12 조(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 제 13 조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제 1 항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 이행하지 않았을 때

② 제 1 항 제 1 호의 경우라도 다음의 어느 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.

1. 회사가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때

2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1 개월 이상 지났거나 또는 제 1 회 보험료를 받은 날부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2 년(진단계약의 경우 질병에 대해서는 1 년)이 지났을 때

3. 계약체결일부터 3 년이 지났을 때

4. 이 계약을 청약할 때 회사가 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등을 말합니다)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때. 다만, 계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지할 수 있습니다.

5. 보험설계사 등이 다음의 어느 하나에 해당하는 행위를 하였을 때. 다만, 보험설계사 등이 다음의 행위를 하지 않았더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실하게 고지했다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.

가. 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았을 때

나. 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해하였을 때

다. 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실하게 고지하도록 권유했을 때

③ 제 1 항에 따른 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 전에 이루어진 경우, 이로 인하여 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 경우에는 회사는 제 32 조(보험료의 환급)에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

④ 제 1 항 제 1 호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐 만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 '반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다'라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 회사가 전자 문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제 2 조 제 2 호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다. 또한 이 경우 계약 해지로 인하여 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 때에는 제 32 조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.

⑤ 제 1 항 제 2 호에 따른 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는

회사는 제 13 조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제 4 항 또는 제 5 항에 따라 보험금을 지급합니다.

⑥ 제 1 항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유가 발생하는 데에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제 4 항 및 제 5 항에도 불구하고 해당 보험금을 지급합니다.

⑦ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

제 15 조(사기에 의한 계약)

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

제 6 관 보험계약의 성립과 유지

제 16 조(보험계약의 성립)

① 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.

② 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등을 말합니다)을 붙여 승낙할 수 있습니다.

③ 회사는 계약의 청약을 받고, 제 1 회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일을 말합니다)부터 30 일 이내에 승낙하거나 거절하여야 하며, 승낙한 경우에는 보험증권을 드립니다. 이 경우 30 일 이내에 회사가 승낙 또는 거절의 통지를 하지 않으면 승낙한 것으로 봅니다.

④ 회사가 제 1 회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 '보험개발원이 공시하는 월평균 정기예금이율'에 1%를 더한 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 제 1 회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우 회사는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

제 17 조(청약의 철회)

① 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15 일 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 90 일 이내인 계약
3. 전문금융소비자가 체결한 계약

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

[일반금융소비자] 전문금융소비자가 아닌 계약자를 말합니다.

- ② 제 1 항에도 불구하고 청약한 날부터 30 일이 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 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제 1 회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 해당 신용카드회사로 하여금 대금청구를 하지 않도록 해야 하며, 이 경우 회사는 보험료를 반환한 것으로 봅니다.
- ⑤ 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력이 발생하지 않습니다.
- ⑥ 제 1 항에서 보험증권을 받은 날에 대한 다툼이 발생한 경우 회사가 이를 증명하여야 합니다.

제 18 조(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 제 1 항과 관련하여 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특약만 포함한 약관을 드리며, 전화를 이용하여 체결하는 계약은 계약자의 동의를 얻어 다음의 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

1. 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

[통신판매계약] 전화 · 우편 · 인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

③ 다음의 어느 하나의 경우 계약자는 계약이 성립한 날부터 3 개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

1. 회사가 제 1 항에 따라 제공하여야 할 약관 및 계약자 보관용 청약서를 계약자가 청약할 때 계약자에게 전달하지 않았거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 경우

2. 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 경우(도장을 찍는 날인과 「전자서명법」 제 2 조 제 2 호에 따른 전자서명을 포함합니다.)

④ 제 3 항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에 다음의 어느 하나에 해당할 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제 2 항에 따른 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.

1. 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우

2. 계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 계약자의 법정상속인인 계약의 경우

⑤ 제 3 항에 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.

제 19 조(계약의 무효)

① 다음 각 호의 어느 하나에 해당되는 경우에는 계약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

1. 계약자와 피보험자가 다른 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」제 2 조 제 2 호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 대통령령으로 정하는바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만 피보험자와 보험수익자가 같은 경우에는 이를 적용하지 아니합니다.
2. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 해당 계약은 유효한 계약으로 보며, 이미 납입한 보험료는 돌려드리지 않습니다.

② 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우 및 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제 20 조(계약내용의 변경 등)

① 계약자는 회사의 승낙을 받아 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 회사는 승낙사실을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 적어 드립니다.

1. 보험종목 또는 보장종목
2. 보험기간
3. 보험료 납입주기, 납입방법 및 납입기간
4. 계약자, 보험가입금액 등 그 밖의 계약내용

② 계약자가 제 1 회 보험료를 납입한 날부터 1 년 이상 지난 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청할 경우 회사는 회사의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 보험종목을 변경하여 드립니다.

③ 계약자가 제 1 항 제 4 호에 따라 보험가입금액을 감액하려는 경우 회사는 그 감액된 부분은 계약이 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이

있을 때에는 제 32 조(보험료의 환급)에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

④ 계약자는 회사의 승낙 없이 보험수익자를 변경할 수 있습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리자로서 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.

⑤ 계약자가 제 4 항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우 계약자와 피보험자가 동일하지 않을 때에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면(「전자서명법」제 2 조 제 2 호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제 44 조의 2 에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)으로 동의하여야 합니다.

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

제 21 조(보험나이 등)

① 이 약관에서 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다.

② 제 1 항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6 개월 미만의 끝수는 버리고 6 개월 이상의 끝수는 1 년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

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

[보험나이 계산 예시]

생년월일 : 1988 년 10 월 2 일, 현재(계약일) : 2014 년 4 월 13 일
⇒ 2014 년 4 월 13 일 - 1988 년 10 월 2 일 = 25 년 6 월 11 일 = 26 세

[계약해당일 계산 예시]

해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.
계약일 : 2016 년 2 월 29 일 ⇒ 계약해당일 : 2017 년 2 월 28 일

제 22 조(계약의 소멸)

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

제 7 관 보험료의 납입

제 23 조(제 1 회 보험료 및 회사의 보장개시)

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

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

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

③ 회사는 제 2 항에도 불구하고 다음의 어느 하나에 해당하는 경우에는 보장을 하지 않습니다.

1. 제 12 조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용 또는 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
2. 제 14 조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
3. 진단계약에서 보험금 지급사유 발생 시까지 피보험자가 진단을 받지 않은 경우. 다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 상해로 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장을 해드립니다.

④ 계약이 갱신되는 경우에는 제 1 항부터 제 3 항까지의 규정에 따른 보장은 기존 계약에 의한 보장이 종료하는 때부터 적용합니다.

제 24 조(제 2 회 이후 보험료의 납입)

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

[납입기일] 계약자가 제 2 회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

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

① 계약자가 제 2 회부터의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우 회사는 14 일(보험기간이 1 년 미만인 경우에는 7 일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간[납입최고기간의 마지막 날이 영업일이 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 제 1 항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하려는 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」제 2 조 제 2 호에 따른 전자서명으로 동의를 받아 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다.

③ 회사는 제 2 항에 따른 확인 결과 전자문서가 수신되지 않은 것을 알았을 때에는 제 1 항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

④ 회사가 제 1 항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전화(음성녹음)로 안내하고자 할 때 다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 경우에 「보험업감독규정」 제 4-36 조 제 3 항에 따른 전자적 상품설명장치를 활용할 수 있습니다.

- 1.계약자에게 전자적 상품설명장치를 활용하여 제 1 항에 따른 납입최고(독촉) 등을 한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것
- 2.전자적 상품설명장치를 활용하여 안내한 납입최고(독촉) 등을 계약자가 모두 수신하고 이해하였음을 확인할 것
- 3.계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품설명장치의 활용을 중단할 것을 요구하는 경우, 회사는 전화 (음성녹음) 방법으로 전환하여 제 1 항에 따른 납입최고(독촉) 등을 실시할 것
- 4.전자적 상품설명장치에 안내의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖출 것

5.제 3 호 및 제 4 호의 내용에 관한 사항을 계약자에게 안내할 것

⑤ 제 1 항에 따라 계약이 해지된 경우에는 이로 인하여 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 경우에는 제 32 조(보험료의 환급) 제 1 항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제 26 조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

① 제 25 조(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 3 년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 경우에는 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 '보험개발원이 공시하는 월평균 정기예금이율'에 1%를 더한 이율의 범위 내에서 각 상품별로 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 다만 금리연동형보험은 각 상품별 사업방법서에서 별도로 정한 이율로 계산합니다.

② 제 1 항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제 12 조(계약 전 알릴 의무), 제 14 조(알릴 의무 위반의 효과), 제 15 조(사기에 의한 계약), 제 16 조(보험계약의 성립) 및 제 23 조(제 1 회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다. 이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

③ 제 1 항에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초 계약 청약 시(2 회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제 12 조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제 14 조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제 27 조(강제집행 등으로 인한 해지계약의 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 제 20 조(계약내용의 변경 등) 제 1 항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.

② 회사는 보험수익자가 제 1 항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 한 경우 이를 승낙하며, 계약은 청약한 때부터 특별부활(효력회복) 됩니다.

- ③ 회사는 제 1 항의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우 회사는 제 1 항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.
- ④ 회사는 제 1 항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7 일 이내에 하여야 합니다. 다만, 회사의 통지가 7 일이 지나 보험수익자에게 도달하고 이후 그 보험수익자가 제 1 항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복)을 청약한 경우에는 계약이 해지된 날부터 7 일이 되는 날에 특별부활(효력회복) 됩니다.
- ⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제 3 항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15 일 이내에 제 1 항의 절차를 이행할 수 있습니다.

제 28 조(보험료의 계산)

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

제 8 관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제 29 조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권)

- ① 계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 계약이 해지된 경우 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 경우에는 제 32 조(보험료의 환급)에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.
- ② 제 19 조(계약의 무효)에 따라 계약자와 피보험자가 다른 계약에서 서면(「전자서명법」제 2 조 제 2 호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 대통령령으로 정하는바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)으로 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간 중 중대한 사정변경(계약자의 미성년 자녀인 피보험자에 대한 친권 상실, 계약 체결 당시 미성년인

피보험자가 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 환급하여야 할 보험료가 있을 경우에는 제 32 조(보험료의 환급)에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제 29 조의 2(위법계약의 해지)

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

제 30 조(중대사유로 인한 해지)

- ① 회사는 다음과 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1 개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
 - 1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금(보험료 납입면제를 포함합니다)을 지급받을 목적으로 고의로 상해 또는 질병을 발생시킨 경우
 - 2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 적었거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ② 회사가 제 1 항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고, 해지 시 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 경우에는 제 32 조(보험료의 환급)에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제 31 조(회사의 파산선고와 해지)

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

제 32 조(보험료의 환급)

- ① 이 계약이 무효, 효력상실, 해지 또는 소멸된 때에는 다음과 같이 보험료를 돌려드립니다.
 - 1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임없는 사유에 의하는 경우 : 무효의 경우에는 회사에 납입한 보험료의 전액, 효력상실, 해지 또는 소멸의 경우에는 경과하지 않은 기간에 대하여 일단위로 계산한 보험료
 - 2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유에 의하는 경우 : 이미 경과한 기간에 대하여 단기요율(1 년미만의 기간에 적용되는 요율)로 계산한 보험료를 뺀 잔액. 다만, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의 또는 중대한 과실로 무효가 된 때에는 보험료를 돌려드리지 않습니다.
- ② 보험기간이 1 년을 초과하는 계약이 무효, 효력상실, 해지 또는 소멸인 경우에는 무효, 효력상실 또는 소멸의 원인이 생긴 날 또는 해지일이 속하는 보험년도의 보험료는 제 1 항의 규정을 적용하고 그 이후의 보험년도에 속하는 보험료는 전액을 돌려드립니다.
- ③ 제 1 항 제 2 호에서 '계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유'라 함은 다음 각호를 말합니다.
 - 1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 임의 해지하는 경우
 - 2. 회사가 제 15 조(사기에 의한 계약), 제 29 조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권) 또는 제 30 조(중대사유로 인한 해지)에 따라 계약을 취소 또는 해지하는 경우
 - 3. 보험료 미납으로 인한 계약의 효력 상실
- ④ 계약의 무효, 효력상실, 해지 또는 소멸로 인하여 회사가 돌려드려야 할 보험료가

있을 때에는 계약자는 환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제 9 관 다수보험의 처리 등

제 33 조(다수보험의 처리)

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

$$\begin{array}{l} \text{각 계약별 비례분담액} = \\ \left(\begin{array}{l} \text{각 계약의 보장대상의료비 중 최고액} - \\ \text{각 계약의 피보험자부담 공제금액 중} \\ \text{최소액} \end{array} \right) \times \frac{\begin{array}{l} \text{각 계약별 보장책임액} \\ \text{각 계약별 보장책임액을 합한} \\ \text{금액} \end{array}}{\end{array}}$$

제 34 조(연대책임)

- ① 2009 년 10 월 1 일 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 제 1 항에 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 범위 내에서 그 권리를 취득합니다.

제 10 관 분쟁의 조정 등

제 35 조(분쟁의 조정)

- ① 계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁 당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는

금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있으며, 분쟁조정 과정에서 계약자는 관계 법령이 정하는 바에 따라 회사가 기록 및 유지·관리하는 자료의 열람(사본의 제공 또는 청취를 포함한다)을 요구할 수 있습니다.

② 회사는 일반금융소비자인 계약자가 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 가액이 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제 42 조에서 정하는 일정 금액 이내인 분쟁사건에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 관계 법령이 정하는 경우를 제외하고는 소를 제기하지 않습니다.

제 36 조(관할법원)

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

제 37 조(소멸시효)

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

[설명] 소멸시효는 해당청구권을 행사할 수 있는 때로부터 진행합니다.

보험금 지급사유가 2020 년 1 월 1 일에 발생하였음에도 2022 년 12 월 31 일까지 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금 등을 지급받지 못할 수 있습니다.

제 38 조(약관의 해석)

① 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하며, 계약자에 따라 다르게 해석하지 않습니다.

② 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

③ 회사는 보상하지 않는 사항 등 계약자나 피보험자에게 불리하거나 부담을 주는 내용은 확대하여 해석하지 않습니다.

제 39 조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)

① 회사는 일반금융소비자에게 청약을 권유하거나 일반금융소비자가 설명을 요청하는 경우 보험상품에 관한 중요한 사항을 계약자가 이해할 수 있도록 설명하고 계약자가 이해하였음을 서명(「전자서명법」 제 2 조 제 2 호에 따른 전자서명을 포함), 기명날인

또는 녹취 등을 통해 확인받아야 하며, 설명서를 제공하여야 합니다.

② 설명서, 약관, 계약자 보관용 청약서 및 보험증권의 제공 사실에 관하여 계약자와 회사 간에 다툼이 있는 경우에는 회사가 이를 증명하여야 합니다.

③ 보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사 제작의 보험안내자료(계약의 청약권유하기 위하여 만든 자료 등을 말합니다)의 내용이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제 40 조(회사의 손해배상책임)

① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 또는 대리점에 책임이 있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 손해를 입힌 경우에는 관계 법령 등에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

② 회사는 보험금 지급 거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었는에도 소송을 제기하여 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 손해를 입힌 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.

③ 회사가 보험금 지급 여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 불공정한 합의로 보험수익자에게 손해를 입힌 경우에도 회사는 제 2 항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

④ 회사가 제 18 조(약관 교부 및 설명 의무 등) 제 6 항에 따른 의무를 이행하지 않아 계약자가 다수의 실손의료보험에 가입한 경우, 회사는 계약자에게 손해를 배상할 책임을 집니다.

⑤ 회사가 제 4 항에 따라 계약자에게 손해를 배상할 책임이 발생한 경우 계약자는 이 계약(또는 특별약관)의 최초계약일부터 5 년 이내에 회사에 손해배상을 청구할 수 있고, 이 계약의 최초계약일부터 손해배상을 청구하기 전까지 납입한 보험료와 이에 대한 이자(보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액)를 합한 금액을 손해배상액으로 합니다.

제 41 조(개인정보보호)

① 회사는 이 계약과 관련된 개인정보를 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 「개인정보 보호법」, 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 등 관계 법령에서 정한 경우를 제외하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 동의 없이 수집, 이용, 조회 또는 제공하지 않습니다. 다만, 회사는 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 위

관계 법령에 따라 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련단체 등에 개인정보를 제공할 수 있습니다.

② 회사는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

제 42 조(준거법)

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

제 43 조(예금보험에 의한 지급보장)

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

[예금자보호제도] 예금자보호제도는 예금보험공사가 평소에 금융기관으로부터 보험료를 받아 기금을 적립한 후, 금융기관이 영업정지나 파산 등으로 예금을 지급할 수 없게 되면 금융기관을 대신하여 예금을 지급하는 제도를 말합니다. 이 보험계약은 「예금자보호법」에 따라 해약환급금에 기타지급금을 합한 금액이 1 인당 "1 억원까지"(본 보험회사의 여타 보호상품과 합산) 보호됩니다. 이와 별도로 본 보험회사 보호상품의 사고보험금을 합산한 금액이 1 인당 "1 억원까지" 보호됩니다. 다만, 보험계약자 및 보험료납부자가 법인인 보험계약의 경우에는 보호되지 않습니다.

<붙임 1> 용어의 정의

용 어	정 의
계약	보험계약
진단계약	계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약
보험증권	계약의 성립과 계약내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서
계약자	보험회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입하는 사람
피보험자	보험금지급사유 또는 보험사고 발생의 대상(객체)이 되는 사람
보험수익자	보험금을 수령하는 사람
보험기간	회사가 계약에서 정한 보상책임을 지는 기간
회사	보험회사
보험연도	당해연도 계약해당일부터 차년도 계약해당일 전일까지 매 1 년 단위의 연도. 예를 들어 보험계약일이 2021 년 7 월 1 일인 경우 보험연도는 2021 년 7 월 1 일부터 2022 년 6 월 30 일까지 1 년이 됩니다.
연단위복리	회사가 지급할 금전에 대한 이자를 줄 때 1 년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1 년의 원금으로 하는 이자 계산방법
해약환급금	계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액
영업일	회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, 「관공서의 공휴일에 관한 규정」에 따른 공휴일과 근로자의 날은 제외
상해	보험기간 중 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고
상해보험계약	상해를 보장하는 계약
의사	「의료법」 제 2 조(의료인)에서 정한 의사, 한의사 및 치과의사의 자격을 가진 사람
약사	「약사법」 제 2 조(정의)에서 정한 약사 및 한약사의 자격을 가진 사람
의료기관	다음 각호의 의료기관 1. 「의료법」 제 3 조(의료기관) 제 2 항에서 정하는 의료기관을 말하며, 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원(조

용어	정의
	산원 제외) 2. 「국민건강보험법」 제 42 조제 1 항제 4 호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소 및 동법 제 42 조제 1 항제 5 호에 의한 보건진료소
약국	「약사법」 제 2 조 제 3 호에 따른 장소로서, 약사가 수여(授與)할 목적으로 의약품 조제업무를 하는 장소를 말하며, 의료기관의 조제실은 제외하며 「국민건강보험법」 제 42 조제 1 항제 3 호에 의한 한국 희귀·필수의약품센터를 포함함
입원	의사가 피보험자의 질병 또는 상해로 인하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관에 입실하여 계속하여 6 시간 이상 체류하면서 의사의 관찰 및 관리 하에 치료를 받는 것
입원의 정의 중 '이와 동등하다고 인정되는 의료기관'	보건소, 보건의료원 및 보건지소 등 「의료법」 제 3 조(의료기관) 제 2 항에서 정한 의료기관에 준하는 의료기관으로서 군의무대, 치매요양원, 노인요양원 등에 속해 있는 요양원, 요양시설, 복지시설 등과 같이 의료기관이 아닌 곳은 이에 해당되지 않음
입원실료	입원치료 중 발생한 기준병실 사용료, 환자 관리료, 식대 등
입원제비용	입원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료(퇴원시 의사로부터 치료목적으로 처방받은 약제비 포함), 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 치료재료, 석고붕대료(cast), 지정진료비 등
입원수술비	입원치료 중 발생한 수술료, 마취료, 수술재료비 등
입원의료비	입원실료, 입원제비용, 입원수술비
통원	의사가 피보험자의 질병 또는 상해로 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서, 의료기관에 입원하지 않고 의료기관을 방문하여 의사의 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」 제 42 조 제 1 항 제 3 호에 따른 한국희귀의약품센터에서의 처방조제 및 의약분업 예외 지역에서의 약사의 직접조제를 포함
외래제비용	통원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료,

용 어	정 의
	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」 제 41 조(요양급여)에 따른 가입자 및 피부양자의 질병·부상 등에 대한 다음의 요양급여 1. 진찰·검사 2. 약제·치료재료의 지급 3. 처치·수술 또는 그 밖의 치료 4. 예방·재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송
의료급여	「의료급여법」 제 7 조(의료급여의 내용 등)에 따른 가입자 및 피부양자의 질병·부상 등에 대한 다음 각 호의 의료급여 1. 진찰·검사 2. 약제·치료재료의 지급 3. 처치·수술 또는 그 밖의 치료 4. 예방·재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송 8. 그 밖에 의료 목적의 달성을 위한 조치
「국민건강보험법」에 따른 본인부담금 상한제	「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 연간 본인부담금 총액이 「국민건강보험법 시행령」 별표 3 에서 정하는 금액을 넘는 경우에 그 초과한 금액을 공단에서 부담하는 제도를 말하며, 국민건강보험 관련 법령의 변경에 따라 환급기준이 변경될 경우에는 회사는 변경되는 기준에 따름
「의료급여법」에 따른 본인부담금	「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금이 「의료급여법 시행령」 제 13 조(급여비용의 부담)에서 정하는 금액을 넘는

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

특별약관



중증 비급여 실손의료비 특별약관

제 1 조(보장종목)

회사가 판매하는 중증 비급여 실손의료비 특별약관(이하 '특별약관 1'이라 합니다)은 상해비급여형, 질병비급여형, 3 대비급여형의 3 개 보장종목으로 구성되어 있습니다.

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

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

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

제 2 조(용어의 정의)

① 이 특별약관 1 에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같습니다.

용 어			정 의
3 대비 급여	「근골격계 이학요법 치료·체외 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,

용어			정의
			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.
		체외충격파 치료	체외에서 충격파를 병변에 가해 혈관 재형성을 돕고 건(힘줄) 및 뼈의 치유 과정을 자극하거나 재활성화시켜 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*

용어			정의
			* 「희귀의약품 지정에 관한 규정」에 따른 희귀의약품 지정 항목이 변경되는 경우 치료시점의 희귀의약품 지정 항목에 따릅니다.
	자기공명영상진단		자기공명영상 장치를 이용하여 고주파 등을 통한 신호의 차이를 영상화하여 조직의 구조를 분석하는 검사*(MRI/MRA) * 자기공명영상진단 결과를 다른 의료기관에서 판독하는 경우 포함 (보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」상의 MRI/MRA 범주에 따름)
산정특례 대상 질환			「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시)」제 4 조부터 제 5 조의 3 까지에 따른 산정특례 대상인 질환주)(암, 뇌혈관질환, 심장질환, 희귀질환, 중증난치질환, 중증화상, 중증외상, 결핵, 잠복결핵 등) 주)「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」제 4 조부터 제 5 조의 3 이 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」제 4 조([별표 3]중증질환자 산정특례 대상)에 따른 질환
희귀질환			「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」제 5 조([별표 4]희귀질환자 산정특례 대상)에 따른 질환
중증난치질환			「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」제 5 조([별표 4 의 2]중증난치질환자 산정특례 대상)에 따른 질환
결핵·잠복결핵			「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」제 5 조의 2([별표 5]시행령 별표 2 제 3 호 가목 3)에 따른 결핵질환의 적용 범위)에 따른 질환

용어	정의
산정특례 대상 질환으로 인한 치료	산정특례 대상 질환에 대한 치료 및 해당 질환과 의학적으로 인과관계가 분명하다고 인정되는 합병증에 대한 치료(다만 산정특례 대상 질환의 치료가 종료된 상태에서 합병증만을 치료중인 경우는 제외합니다.) <산정특례 대상 질환 치료에 미해당하는 치료의 예시> -항암수술 후에 암 조직이 없는 상태에서 재발방지 목적으로 이루어지는 호르몬 치료 등(단, 항암목적의 호르몬치료 및 방사능치료는 산정특례 대상 질환 치료에 해당) -혈액암 환자 중 조혈모세포이식 후 완전 관해지만 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* * 제 3 관 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 제 1 항에서 정하지 않은 용어의 뜻은 보통약관(기본형 실손의료보험) 제 2 조(용어의 정의)를 준용합니다.

제 3 조(보장종목별 보상내용)

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

보장 종목	보상하는 사항		
(1) 상해 비급여	① 회사는 피보험자가 상해로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원(외래 및 처방조제)하여 산정특례 대상 질환에 대한 치료를 받은 경우에는 비급여 의료비(3 대 비급여는 제외합니다)를 제 5 조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 다음과 같이 보상합니다. 다만, 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비 기준으로 계산하며, 감면받은 의료비가 본인 또는 가족(「피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자」(이하 "배우자"라 합니다), 직계혈족 및 형제자매(민법 제 768 조))의 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비로 비급여 의료비를 계산합니다.		
	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, 1 일 평균금액 10 만원을 한도로 하며, 1 일 평균금액은 입원기간 동안 비급여 병실료 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.	
	통원 (외래제비용, 외래수술비, 처방조제비)	통원 1 회당(외래 및 처방·조제비 합산) '비급여 의료비(비급여 병실료는 제외합니다)'(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표 1>의 '통원항목별 공제금액'을 뺀 금액(매년 계약해당일부터 1 년간 통원 100 회를 한도로 합니다.)	
		<표 1> 통원항목별 공제금액	
항 목		공제금액	
	「국민건강보험법」 제 42 조제 1 항에 따른	3 만원과	

보장 종목	보상하는 사항																						
		의료기관(제 1 호), 보건소·보건의료원·보건지소(제 4 호), 보건진료소(제 5 호)에서의 외래 및 약국(제 2 호), 한국희귀·필수의약품센터(제 3 호)에서의 처방·조제	보장대상 의료비의 30% 중 큰 금액																				
② 제 1 항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연히 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상이 포함됩니다. 다만, 유독가스 또는 유독물질을 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상과 세균성 음식물 중독증상은 포함되지 않습니다. ③ 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음날부터 180 일까지 보상합니다. ④ 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 통원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음날부터 180 일 이내의 통원을 보상하며 최대 90 회 한도 내에서 보상합니다. <입원 및 통원 보상기간 예시> <table data-bbox="328 1303 1401 1758"> <thead> <tr> <th data-bbox="328 1303 619 1429">보상대상기간 (1 년)</th><th data-bbox="619 1303 847 1429">보상대상기간 (1 년)</th><th data-bbox="847 1303 1091 1429">보상대상기간 (1 년)</th><th data-bbox="1091 1303 1401 1429">추가보상 (180 일)</th></tr> </thead> <tbody> <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></tr> <tr> <td>계약일</td><td>계약해당일</td><td>계약해당일</td><td></td></tr> <tr> <td>계약종료일</td><td>보상종료일</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>(2027. 1. 1.)</td><td>(2028. 1. 1.)</td><td>(2029. 1. 1.)</td><td>(2029. 12. 31.) (2030. 6. 29.)</td></tr> </tbody> </table> ⑤ 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제 3 항과 제 4 항을 적용하지 않습니다. ⑥ 하나의 상해(같은 상해로 2 회 이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 상해로 봅니다)로 인해 동일한 의료기관에서 같은 날 외래 및 처방을 함께				보상대상기간 (1 년)	보상대상기간 (1 년)	보상대상기간 (1 년)	추가보상 (180 일)	↑	↑	↑	↑	계약일	계약해당일	계약해당일		계약종료일	보상종료일			(2027. 1. 1.)	(2028. 1. 1.)	(2029. 1. 1.)	(2029. 12. 31.) (2030. 6. 29.)
보상대상기간 (1 년)	보상대상기간 (1 년)	보상대상기간 (1 년)	추가보상 (180 일)																				
↑	↑	↑	↑																				
계약일	계약해당일	계약해당일																					
계약종료일	보상종료일																						
(2027. 1. 1.)	(2028. 1. 1.)	(2029. 1. 1.)	(2029. 12. 31.) (2030. 6. 29.)																				

보장 종목	보상하는 사항
	받은 경우 처방일자를 기준으로 외래 및 처방조제를 합산하되(조제일자가 다른 경우도 동일하게 적용) 통원 1 회로 보아 제 1 항, 제 4 항 및 제 5 항을 적용합니다. ⑦ 하나의 상해로 인해 하루에 같은 치료를 목적으로 2 회 이상 통원치료(외래 및 처방·조제 합산)를 받은 경우 1 회의 통원으로 보아 제 1 항, 제 4 항 및 제 5 항을 적용합니다. ⑧ 피보험자가 「국민건강보험법」제 5 조, 제 53 조, 제 54 조에 따라 요양급여 또는 「의료급여법」제 4 조, 제 15 조, 제 17 조에 따라 의료급여를 적용받지 못하는 경우에는 다음과 같이 보상합니다. 1. 의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액(통원의 경우 본인이 실제로 부담한 금액에서 같은 조 제 1 항 <표 1>의 '공제금액'을 뺀 금액)의 40%를 제 5 조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 2. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 제 1 호를 적용하지 아니하고 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비에 대해서만 제 1 항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제 5 조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 감면받은 의료비가 본인 또는 가족(「피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자」(이하 "배우자"라 합니다), 직계혈족 및 형제자매(민법 제 768 조))의 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비에 대해서 제 1 항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제 5 조에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. ⑨ 회사는 피보험자가 상해로 인하여 의료기관에서 본인의 장기등(「장기등 이식에 관한 법률」 제 4 조에 의한 "장기등"을 의미합니다)의 기능회복을 위하여 「장기등 이식에 관한 법률」 제 42 조 및 관련 고시에 따라 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 제 1 항부터

보장 종목	보상하는 사항																					
	제 8 항에 따라 보상합니다.																					
(2) 질병 비급여	① 회사는 피보험자가 질병으로 의료기관에 입원 또는 통원(외래 및 처방조제)하여 산정특례 대상 질환에 대한 치료를 받은 경우에는 비급여의료비(3 대비급여는 제외합니다)를 제 5 조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 다음과 같이 보상합니다. 다만, 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비 기준으로 계산하며, 감면받은 의료비가 본인 또는 가족(「피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자」(이하 "배우자"라 합니다), 직계혈족 및 형제자매(민법 제 768 조))의 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비로 비급여 의료비를 계산합니다. <table><tr><th>구분</th><th colspan="2">보상금액</th></tr><tr><td>입원 (입원실료, 입원제비용, 입원수술비)</td><td colspan="2">'비급여 의료비(비급여 병실료는 제외합니다)'(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 70%에 해당하는 금액</td></tr><tr><td>상급병실료 차액</td><td colspan="2">비급여 병실료의 50%. 다만, 1 일 평균금액 10 만원을 한도로 하며, 1 일 평균금액은 입원기간 동안 비급여 병실료 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.</td></tr><tr><td rowspan="3">통원 (외래제비용, 외래수술비, 처방조제비)</td><td colspan="2">통원 1 회당(외래 및 처방·조제비 합산) '비급여 의료비(비급여 병실료는 제외합니다)'(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표 1>의 '통원항목별 공제금액'을 뺀 금액(매년 계약해당일부터 1 년간 통원 100 회를 한도로 합니다.)</td></tr><tr><td colspan="2"><표 1> 통원항목별 공제금액</td></tr><tr><td>항 목</td><td>공제금액</td></tr><tr><td></td><td>「국민건강보험법」 제 42 조제 1 항에 따른 의료기관(제 1 호),</td><td>3 만원과 보장대상</td></tr></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, 1 일 평균금액 10 만원을 한도로 하며, 1 일 평균금액은 입원기간 동안 비급여 병실료 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.		통원 (외래제비용, 외래수술비, 처방조제비)	통원 1 회당(외래 및 처방·조제비 합산) '비급여 의료비(비급여 병실료는 제외합니다)'(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표 1>의 '통원항목별 공제금액'을 뺀 금액(매년 계약해당일부터 1 년간 통원 100 회를 한도로 합니다.)		<표 1> 통원항목별 공제금액		항 목	공제금액		「국민건강보험법」 제 42 조제 1 항에 따른 의료기관(제 1 호),	3 만원과 보장대상
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, 1 일 평균금액 10 만원을 한도로 하며, 1 일 평균금액은 입원기간 동안 비급여 병실료 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.																					
통원 (외래제비용, 외래수술비, 처방조제비)	통원 1 회당(외래 및 처방·조제비 합산) '비급여 의료비(비급여 병실료는 제외합니다)'(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표 1>의 '통원항목별 공제금액'을 뺀 금액(매년 계약해당일부터 1 년간 통원 100 회를 한도로 합니다.)																					
	<표 1> 통원항목별 공제금액																					
	항 목	공제금액																				
	「국민건강보험법」 제 42 조제 1 항에 따른 의료기관(제 1 호),	3 만원과 보장대상																				

보장 종목	보상하는 사항																																																		
	보건소·보건의료원·보건지소(제 4 호), 보건진료소(제 5 호)에서의 외래 및 약국(제 2 호), 한국희귀·필수의약품센터(제 3 호)에서의 처방·조제		의료비의 30% 중 큰 금액																																																
② 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음날부터 180 일까지 보상합니다. ③ 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 통원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음날부터 180 일 이내의 통원을 보상하며 최대 90 회 한도 내에서 보상합니다. <입원 및 통원 보상기간 예시> <table><tr><td colspan="2">보상대상기 간 (1 년)</td><td colspan="2">보상대상기 간 (1 년)</td><td colspan="2">보상대상기 간 (1 년)</td><td colspan="2">추가보상 (180 일)</td></tr><tr><td colspan="2">↑</td><td colspan="2">↑</td><td colspan="2">↑</td><td colspan="2">↑</td></tr><tr><td colspan="2">↑</td><td colspan="2">↑</td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr><tr><td colspan="2">계약일</td><td colspan="2">계약해당일</td><td colspan="2">계약해당일</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td colspan="2">계약종료일</td><td colspan="2">보상종료일</td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr><tr><td colspan="2">(2027. 1. 1.)</td><td colspan="2">(2028. 1. 1.)</td><td colspan="2">(2029. 1. 1.)</td><td colspan="2">(2029. 12. 31.) (2030. 6. 29.)</td></tr></table> ④ 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제 2 항과 제 3 항을 적용하지 않습니다. ⑤ 하나의 질병으로 동일한 의료기관에서 같은 날 외래 및 처방을 함께 받은 경우 처방일자를 기준으로 외래 및 처방조제를 합산하되(조제일자가 다른 경우도 동일하게 적용) 통원 1 회로 보아 제 1 항, 제 3 항 및 제 4 항을 적용합니다. ⑥ "하나의 질병"이란 발생 원인이 동일한 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병은 하나의 질병으로 간주하며, 하나의 질병으로 2 회 이상 치료를 받는				보상대상기 간 (1 년)		보상대상기 간 (1 년)		보상대상기 간 (1 년)		추가보상 (180 일)		↑		↑		↑		↑		↑		↑						계약일		계약해당일		계약해당일				계약종료일		보상종료일						(2027. 1. 1.)		(2028. 1. 1.)		(2029. 1. 1.)		(2029. 12. 31.) (2030. 6. 29.)	
보상대상기 간 (1 년)		보상대상기 간 (1 년)		보상대상기 간 (1 년)		추가보상 (180 일)																																													
↑		↑		↑		↑																																													
↑		↑																																																	
계약일		계약해당일		계약해당일																																															
계약종료일		보상종료일																																																	
(2027. 1. 1.)		(2028. 1. 1.)		(2029. 1. 1.)		(2029. 12. 31.) (2030. 6. 29.)																																													

보장 종목	보상하는 사항
	경우에는 이를 하나의 질병으로 봅니다)을 말하며, 질병의 치료 중에 발생한 합병증 또는 새로 발견된 질병의 치료가 병행되거나 의학상 관련이 없는 여러 종류의 질병을 갖고 있는 상태에서 통원한 경우에는 하나의 질병으로 간주합니다. ⑦ 하나의 질병으로 하루에 같은 치료를 목적으로 2 회 이상 통원치료(외래 및 처방조제 합산)를 받은 경우 1 회의 통원으로 보아 제 1 항, 제 3 항 및 제 4 항을 적용합니다. ⑧ 피보험자가 「국민건강보험법」제 5 조, 제 53 조, 제 54 조에 따라 요양급여 또는 「의료급여법」제 4 조, 제 15 조, 제 17 조에 따라 의료급여를 적용받지 못하는 경우에는 다음과 같이 보상합니다. 1. 의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액(통원의 경우 본인이 실제로 부담한 금액에서 같은 조 제 1 항 <표 1>의 '공제금액'을 뺀 금액)의 40%를 제 5 조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 2. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 제 1 호를 적용하지 아니하고 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비에 대해서만 제 1 항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제 5 조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 감면받은 의료비가 본인 또는 가족(「피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자」(이하 “배우자”라 합니다), 직계혈족 및 형제자매(민법 제 768 조))의 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비에 대해서 제 1 항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제 5 조에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. ⑨ 회사는 피보험자가 질병으로 인하여 의료기관에서 본인의 장기등(「장기등 이식에 관한 법률」 제 4 조에 의한 “장기등”을 의미합니다)의 기능회복을 위하여 「장기등 이식에 관한 법률」 제 42 조 및 관련 고시에 따라 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비,

보장 종목	보상하는 사항														
	뇌사장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 제 1 항부터 제 8 항에 따라 보상합니다.														
(3) 3 대 비급여	① 회사는 이 특별약관 1 의 보험기간 중 상해 또는 질병의 치료목적으로 의료기관에 입원 또는 통원하여 산정특례 대상 질환에 대한 아래의 비급여 의료행위로 치료를 받은 경우에는 본인이 실제로 부담한 비급여 의료비(행위료, 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 제 768 조))의 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비로 비급여 의료비를 계산합니다. <표 1> 공제금액 및 보장한도 <table><tr><th colspan="2">구 분</th><th>공제금액</th><th>보장한도</th></tr><tr><td>근골격계 이학요법 치료·체외 충격파치 료</td><td>“근골격계이학요법 치료·체외충격파치 료”로 인하여 본인이 실제로 부담한 비급여의료비(행위 료, 약제비, 치료재료대 포함)</td><td>1 회당 3 만원과 보장대상의료 비의 30%중 큰 금액</td><td>계약일 또는 매년 계약해당일부터 1 년 단위로 각 상해·질병 치료행위를 합산하여 350 만원 이내에서 50 회까지 보상^{주)}</td></tr><tr><td>주사료</td><td>주사치료를 받아 본인이 실제로 부담한 비급여의료비</td><td>1 회당 3 만원과 보장대상의료 비의 30%중 큰 금액</td><td>계약일 또는 매년 계약해당일부터 1 년 단위로 각 상해·질병 치료행위를 합산하여 250 만원 이내에서 50 회까지 보상</td></tr></table>			구 분		공제금액	보장한도	근골격계 이학요법 치료·체외 충격파치 료	“근골격계이학요법 치료·체외충격파치 료”로 인하여 본인이 실제로 부담한 비급여의료비(행위 료, 약제비, 치료재료대 포함)	1 회당 3 만원과 보장대상의료 비의 30%중 큰 금액	계약일 또는 매년 계약해당일부터 1 년 단위로 각 상해·질병 치료행위를 합산하여 350 만원 이내에서 50 회까지 보상 ^{주)}	주사료	주사치료를 받아 본인이 실제로 부담한 비급여의료비	1 회당 3 만원과 보장대상의료 비의 30%중 큰 금액	계약일 또는 매년 계약해당일부터 1 년 단위로 각 상해·질병 치료행위를 합산하여 250 만원 이내에서 50 회까지 보상
구 분		공제금액	보장한도												
근골격계 이학요법 치료·체외 충격파치 료	“근골격계이학요법 치료·체외충격파치 료”로 인하여 본인이 실제로 부담한 비급여의료비(행위 료, 약제비, 치료재료대 포함)	1 회당 3 만원과 보장대상의료 비의 30%중 큰 금액	계약일 또는 매년 계약해당일부터 1 년 단위로 각 상해·질병 치료행위를 합산하여 350 만원 이내에서 50 회까지 보상 ^{주)}												
주사료	주사치료를 받아 본인이 실제로 부담한 비급여의료비	1 회당 3 만원과 보장대상의료 비의 30%중 큰 금액	계약일 또는 매년 계약해당일부터 1 년 단위로 각 상해·질병 치료행위를 합산하여 250 만원 이내에서 50 회까지 보상												

보장 종목	보상하는 사항											
자기공명 영상진단	자기공명영상진단 을 받아 본인이 실제로 부담한 비급여의료비(조영 제, 판독료 포함)	1 회당 3 만원과 보장대상의료 비의 30%중 큰 금액	계약일 또는 매년 계약해당일부터 1 년 단위로 각 상해·질병 치료행위를 합산하여 300 만원 이내에서 보상									
주) 근골격계 이학요법치료-체외충격파치료의 각 치료횟수를 합산하여 최초 10 회 보장하고, 이후 객관적이고 일반적으로 인정되는 검사결과 등을 토대로 증상의 개선, 병변호전 등이 아래의 각 호 기준에 따라 확인된 경우에 한하여 10 회 단위로 연간 50 회까지 보상합니다.												
< 증상의 개선, 병변호전 등은 어떻게 확인하나요? > 1. 증상의 개선, 병변호전 등과 관련하여 기능적 회복 및 호전여부는 관절가동(ROM), 통증평가척도, 자세평가 및 근력 검사(MMT)를 포함한 이학적 검사, 초음파 검사 등을 통해 해당 부위의 체절기능부전(Somatic dysfunction) 등을 평가한 결과로 판단합니다. 2. 보험수익자와 회사가 위 제 1 호의 판단결과를 합의하지 못한 때는 보험수익자와 회사가 함께 제 3 자를 정하고 그 제 3 자의 의견에 따를 수 있으며 제 3 자는 의료법 제 3 조(의료기관)의 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.												
<근골격계 이학요법치료-체외충격파치료 보상기간 예시> (i) 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 1 년내 350 만원을 모두 보상한 경우 <table><tr><td>예: 30 회 보상 (예 : 350 만원 보상)</td><td>보상제외 (151 일)</td><td>보상한도 복원</td></tr><tr><td>↑ 계약일 (2027. 4. 1.)</td><td>↑ 보상한도종료일(2027. 10. 31.) 2027. 11. 1.부터 보상제외</td><td>↑ 계약해당일(2028. 4. 1.) 보상재개</td></tr></table> (ii) 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 1 년내 지급된 보험금이 350 만원 미만이나 50 회를 모두 보상한 경우 <table><tr><td>예: 50 회 보상 (예 : 300 만원 보상)</td><td>보상제외 (182 일)</td><td>보상한도 복원</td></tr></table>				예: 30 회 보상 (예 : 350 만원 보상)	보상제외 (151 일)	보상한도 복원	↑ 계약일 (2027. 4. 1.)	↑ 보상한도종료일(2027. 10. 31.) 2027. 11. 1.부터 보상제외	↑ 계약해당일(2028. 4. 1.) 보상재개	예: 50 회 보상 (예 : 300 만원 보상)	보상제외 (182 일)	보상한도 복원
예: 30 회 보상 (예 : 350 만원 보상)	보상제외 (151 일)	보상한도 복원										
↑ 계약일 (2027. 4. 1.)	↑ 보상한도종료일(2027. 10. 31.) 2027. 11. 1.부터 보상제외	↑ 계약해당일(2028. 4. 1.) 보상재개										
예: 50 회 보상 (예 : 300 만원 보상)	보상제외 (182 일)	보상한도 복원										

보장 종목	보상하는 사항		
	↑ 계약일 (2027. 4. 1.)	↑ 보상한도종료일(2027. 9. 30.) 2027. 10. 1.부터 보상제외	↑ 계약해당일(2028. 4. 1.) 보상재개
	② 제 1 항의 주사료에서 항암제, 항생제(항진균제 포함), 희귀의약품을 위해 사용된 비급여 주사료는 제 3 조(보장종목별 보상내용) (1) 상해비급여 또는 (2) 질병비급여에서 보상합니다. ③ 제 1 항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연히 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상이 포함됩니다. 다만, 유독가스 또는 유독물질을 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상과 세균성 음식물 중독증상은 포함되지 않습니다. ④ 의료기관을 1 회 통원(또는 1 회 입원)하여 2 종류(회) 이상 치료를 받거나 동일한 치료를 2 회 이상 받은 경우는 다음과 같이 1 회당 공제금액 및 보상한도를 적용합니다. 1. 이 특별약관 1 에서 정한 근골격계 이학요법치료·체외충격파치료 중 2 종류 이상의 치료를 받거나 동일한 치료를 2 회 이상 받는 경우 각 치료행위를 1 회로 보고 각각 제 1 항에서 정한 1 회당 공제금액 및 보장한도를 적용합니다. 2. 의료기관을 1 회 통원(또는 1 회 입원)하여 치료목적으로 2 회 이상 주사치료를 받더라도 1 회로 보고 제 1 항에서 정한 공제금액 및 보상한도를 적용합니다. 3. 의료기관을 1 회 통원(또는 1 회 입원)하여 2 개 이상 부위에 걸쳐 이 특별약관 1 에서 정한 자기공명영상진단을 받거나 동일한 부위에 대해 2 회 이상 이 특별약관 1 에서 정한 자기공명영상진단을 받는 경우 각 진단행위를 1 회로 보아 각각 1 회당 공제금액 및 보장한도를 적용합니다. ⑤ 제 4 항에서 1 회 입원이라 함은 퇴원없이 계속 중인 입원(동일한 상해 또는 질병 치료목적으로 퇴원 당일 다른 의료기관으로 옮겨 입원하는 경우 포함)을 말합니다. 동일한 상해 또는 질병으로 인한 입원이라고 하더라도 퇴원 후 재입원하는 경우에는 퇴원 전후 입원기간을 각각 1 회 입원으로 봅니다. ⑥ 제 1 항에서 보상하는 비급여 의료비와 다른 의료비가 함께 청구되고 각		

보장 종목	보상하는 사항																								
	항목별 의료비가 구분되지 않는 경우 회사는 보험금 지급금액 결정을 위해 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 제 1 항에서 보상하는 의료비의 확인을 요청할 수 있습니다. ⑦ 피보험자가 입원 또는 통원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 치료에 대하여는 보험계약 종료일 다음날부터 180 일까지 보상합니다. 이 경우 보상한도는 연간 보상한도(금액)에서 직전 보험계약 종료일까지 지급한 금액을 차감한 잔여 금액과 연간 보상한도(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 제 1 항을 적용합니다. <보상기간 예시> <table><tr><td>보상대상기간 (1 년)</td><td>보상대상기간 (1 년)</td><td>보상대상기간 (1 년)</td><td>추가보상 (180 일)</td></tr><tr><td>↑</td><td>↑</td><td></td><td>↑</td></tr><tr><td>↑</td><td>↑</td><td></td><td></td></tr><tr><td>계약일</td><td>계약해당일</td><td>계약해당일</td><td></td></tr><tr><td>계약종료일</td><td>보상종료일</td><td></td><td></td></tr><tr><td>(2027. 1. 1.)</td><td>(2028. 1. 1.)</td><td>(2029. 1. 1.)</td><td>(2029. 12. 31.) (2030. 6. 29.)</td></tr></table> ⑧ 피보험자가 「국민건강보험법」제 5 조, 제 53 조, 제 54 조에 따라 요양급여 또는 「의료급여법」제 4 조, 제 15 조, 제 17 조에 따라 의료급여를 적용받지 못하는 경우에는 다음과 같이 보상합니다. 1. 의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액(통원의 경우 본인이 실제로 부담한 금액에서 같은 조 제 1 항 <표 1>의 '공제금액'을 뺀 금액)의 40%를 제 5 조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 2. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은	보상대상기간 (1 년)	보상대상기간 (1 년)	보상대상기간 (1 년)	추가보상 (180 일)	↑	↑		↑	↑	↑			계약일	계약해당일	계약해당일		계약종료일	보상종료일			(2027. 1. 1.)	(2028. 1. 1.)	(2029. 1. 1.)	(2029. 12. 31.) (2030. 6. 29.)
보상대상기간 (1 년)	보상대상기간 (1 년)	보상대상기간 (1 년)	추가보상 (180 일)																						
↑	↑		↑																						
↑	↑																								
계약일	계약해당일	계약해당일																							
계약종료일	보상종료일																								
(2027. 1. 1.)	(2028. 1. 1.)	(2029. 1. 1.)	(2029. 12. 31.) (2030. 6. 29.)																						

보장 종목	보상하는 사항
	의료비에 포함)에는 제 1 호를 적용하지 아니하고 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비에 대해서만 제 1 항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제 5 조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 감면받은 의료비가 본인 또는 가족(「피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자」(이하 “배우자”라 합니다), 직계혈족 및 형제자매(민법 제 768 조))의 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비에 대해서 제 1 항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제 5 조에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. ⑨ 회사는 피보험자가 상해 또는 질병으로 인하여 의료기관에서 본인의 장기등(「장기등 이식에 관한 법률」 제 4 조에 의한 “장기등”을 의미합니다)의 기능회복을 위하여 「장기등 이식에 관한 법률」 제 42 조 및 관련 고시에 따라 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 제 1 항부터 제 8 항에 따라 보상합니다.

제 4 조(보상하지 않는 사항)

회사가 보상하지 않는 사항은 보장종목별로 다음과 같습니다.

보장종목	보상하지 않는 사항
(1) 상해 비급여	① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 비급여 의료비는 보상하지 않습니다. 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다. 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다. 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우 4. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원 또는

보장종목	보상하지 않는 사항
	통원한 경우. 다만, 회사가 보상하는 상해로 인하여 입원 또는 통원한 경우에는 보상합니다. 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인한 경우 6. 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자 본인이 자의적으로 입원하여 발생한 입원의료비 7. 피보험자가 정당한 이유없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 통원의료비 ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동 목적으로 한 다음의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 생긴 상해에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전 훈련이 필요한 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩 2. 모터보트·자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 행사(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 보상합니다) 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안 ③ 회사는 다음의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 치과치료(K00~K08, 다만 안면부 골절로 발생한 의료비는 치아관련 치료를 제외하고 보상합니다)·한방치료(다만, 「의료법」 제 2 조에 따른 한의사를 제외한 '의사'의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 보상합니다) 2. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용. 다만 약관상 보상하는 상해를 치료함에 있어 아래 각 목에 해당하는 경우는 치료 목적으로 보아 보상합니다. 가. 약사법령에 의하여 약제별 허가사항 또는 신고된 사항(효능/효과 및 용법/용량 등)대로 사용된 경우 나. 요양급여 약제가 관련 법령 또는 고시 등에서 정한 별도의 적용기준대로 비급여 약제로 사용된 경우 다. 요양급여 약제가 관련 법령에 따라 별도의 비급여사용승인 절차를

보장종목	보상하지 않는 사항
	거쳐 그 승인 내용대로 사용된 경우 라. 상기 가목부터 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(TV 시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비 6. 자동차보험(공제를 포함합니다)에서 보상받는 치료관계비(과실상계 후 금액을 기준으로 합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비(자동차보험 진료수가에 관한 기준 및 산재보험 요양급여 산정기준에 따라 발생한 실제 본인 부담의료비)는 제 3 조(보장종목별 보상내용) (1) 상해 비급여 제 1 항부터 제 7 항에 따라 보상합니다. 7. 「국민건강보험법」 제 42 조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비 8. 「응급의료에 관한 법률」 및 동법 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 동법 제 26 조에 따른 권역응급의료센터 또는 「의료법」제 3 조의 4 에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료 9. 의료법령에 따라 보건복지부장관이 고시한 사용목적, 사용대상, 시술방법 등에 맞지 않게 사용된 다음 각 목의 의료기술 가. 「신의료기술의 안전성·유효성 평가결과 고시」[별표 1] 신의료기술의 안전성·유효성 평가 결과 고시(단, 목적 및 시술방법의 변경이 경미하여 새로운 신의료기술평가의 대상에 해당하지 않는 경우는 제외) 나. 「평가 유예 신의료기술 고시」 [별표] 평가 유예 신의료기술 다. 「신의료기술의 안전성·유효성 평가결과 고시」 [별표 2] 제한적 의료기술 라. 「신의료기술의 안전성·유효성 평가결과 고시」 [별표 3] 혁신의료기술 10. 「첨단재생의료 및 첨단바이오의약품 안전 및 지원에 관한 법률」 제 12 조의 2 에 따라 심의위원회에서 적합 통보를 받은 승인 범위를

보장종목	보상하지 않는 사항
	벗어나 사용된 첨단재생의료 치료 11. 「신의료기술평가에 관한 규칙」 등에 의한 의료기술 재평가 실시 결과 “임상적 이득 대비 위험이 더 크거나 의학적 필요성, 임상적 요구도 및 활용도가 매우 낮다” 또는 “권고하지 않음”으로 평가되고 해당 평가 결과가 「보건의료기술 진흥법」 제 4 장 및 관련 조항에 따라 설립된 한국보건의료연구원 홈페이지 등을 통해 공개된 지 2 개월 이상 경과한 경우
(2) 질병 비급여	① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 비급여 의료비는 보상하지 않습니다. 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다. 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다. 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우 4. 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자 본인이 자의적으로 입원하여 발생한 입원의료비 5. 피보험자가 정당한 이유 없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 통원의료비 ② 회사는 '한국표준질병사인분류'에 따른 다음의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 정신 및 행동장애(F04~F99) 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98) 3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 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)

보장종목	보상하지 않는 사항
	③ 회사는 다음의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. - 치과치료(K00~K08) 및 한방치료(다만, 「의료법」 제 2 조에 따른 한의사를 제외한 '의사'의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 보상합니다) - 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용. 다만 약관상 보상하는 질병을 치료함에 있어 아래 각 목에 해당하는 경우는 치료 목적으로 보아 보상합니다. 가. 약사법령에 의하여 약제별 허가사항 또는 신고된 사항(효능/효과 및 용법/용량 등)대로 사용된 경우 나. 영양급여 약제가 관련 법령 또는 고시 등에서 정한 별도의 적용기준대로 비급여 약제로 사용된 경우 다. 영양급여 약제가 관련 법령에 따라 별도의 비급여사용승인 절차를 거쳐 그 승인 내용대로 사용된 경우 라. 상기 가목부터 다목의 약제가 두 가지 이상 함께 사용된 경우(함께 사용된 약제중 어느 하나라도 상기 가목부터 다목에 해당하지 않는 경우 제외) - 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용 - 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. - 진료와 무관한 각종 비용(TV 시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비 - 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비(산재보험 영양급여 산정기준에 따라 발생한 실제 본인 부담의료비)는 제 3 조(보장종목별 보상내용) (2) 질병 비급여 제 1 항부터 제 7 항에 따라 보상합니다. - 사람면역결핍바이러스(HIV) 감염으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV 감염은 해당 진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 보상합니다) 「국민건강보험법」 제 42 조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비 「응급의료에 관한 법률」 및 동법 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 동법 제 26 조에 따른 권역응급의료센터 또는

보장종목	보상하지 않는 사항
	「의료법」제 3 조의 4 에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료 10. 의료법령에 따라 보건복지부장관이 고시한 사용목적, 사용대상, 시술방법 등에 맞지 않게 사용된 다음 각 목의 의료기술 가. 「신의료기술의 안전성·유효성 평가결과 고시」[별표 1] 신의료기술의 안전성·유효성 평가 결과 고시(단, 목적 및 시술방법의 변경이 경미하여 새로운 신의료기술평가의 대상에 해당하지 않는 경우는 제외) 나. 「평가 유예 신의료기술 고시」 [별표] 평가 유예 신의료기술 다. 「신의료기술의 안전성·유효성 평가결과 고시」 [별표 2] 제한적 의료기술 라. 「신의료기술의 안전성·유효성 평가결과 고시」 [별표 3] 혁신의료기술 11. 「첨단재생의료 및 첨단바이오의약품 안전 및 지원에 관한 법률」 제 12 조의 2 에 따라 심의위원회에서 적합 통보를 받은 승인 범위를 벗어나 사용된 첨단재생의료 치료 12. 「신의료기술평가에 관한 규칙」 등에 의한 의료기술 재평가 실시 결과 “임상적 이득 대비 위험이 더 크거나 의학적 필요성, 임상적 요구도 및 활용도가 매우 낮다” 또는 “권고하지 않음”으로 평가되고 해당 평가 결과가 「보건의료기술 진흥법」 제 4 장 및 관련 조항에 따라 설립된 한국보건의료연구원 홈페이지 등을 통해 공개된 지 2 개월 이상 경과한 경우
(3) 3 대 비급여	① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 비급여 의료비는 보상하지 않습니다. 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 제 3 조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다. 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 제 3 조(보장종목별 보상내용)에 따라 지급합니다. 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우 4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인한 경우 5. 피보험자가 정당한 이유없이 입원 또는 통원 기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 의료비

보장종목	보상하지 않는 사항
	② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동 목적으로 한 다음의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 생긴 상해에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전 훈련이 필요한 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩 2. 모터보트·자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 행사(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 제 3 조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다) 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안 ③ 회사는 '한국표준질병사인분류'에 따른 다음의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 정신 및 행동장애(F04~F99) 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98) 3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원 또는 통원한 경우(O00~O99). 다만, 회사가 보상하는 상해로 인하여 입원 또는 통원한 경우에는 제 3 조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다. 4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04) 5. 비만(E66) 6. 요실금(N39.3, N39.4, R32) 7. 직장 또는 항문 질환 중 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 부분(K60~K62, K64) ④ 회사는 다음의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 치과치료(K00~K08, 다만, 안면부 골절로 발생한 의료비는 치아관련 치료를 제외하고 보상합니다)·한방치료(다만, 「의료법」 제 2 조에 따른 한의사를 제외한 '의사'의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 제 3 조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다) 2. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용. 다만 약관상 보상하는 상해 또는 질병을 치료함에 있어 아래 각 목에 해당하는 경우는

보장종목	보상하지 않는 사항
	치료 목적으로 보아 보상합니다. 가. 약사법령에 의하여 약제별 허가사항 또는 신고된 사항(효능/효과 및 용법/용량 등)대로 사용된 경우 나. 요양급여 약제가 관련 법령 또는 고시 등에서 정한 별도의 적용기준대로 비급여 약제로 사용된 경우 다. 요양급여 약제가 관련 법령에 따라 별도의 비급여사용승인 절차를 거쳐 그 승인 내용대로 사용된 경우 라. 상기 가목부터 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(TV 시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비 6. 자동차보험(공제를 포함합니다)에서 보상받는 치료관계비(과실상계 후 금액을 기준으로 합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비(자동차보험 진료수가에 관한 기준 및 산재보험 요양급여 산정기준에 따라 발생한 실제 본인 부담의료비)는 제 3 조(보장종목별 보상내용) (3) 3 대 비급여 제 1 항부터 제 7 항에 따라 보상합니다. 7. 사람면역결핍바이러스(HIV) 감염으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV 감염은 해당 진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제 3 조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다) 8. 「국민건강보험법」 제 42 조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비 9. 「응급의료에 관한 법률」 및 동법 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 동법 제 26 조에 따른 권역응급의료센터 또는 「의료법」제 3 조의 4 에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료 10. 의료법령에 따라 보건복지부장관이 고시한 사용목적, 사용대상,

보장종목	보상하지 않는 사항
	시술방법 등에 맞지 않게 사용된 다음 각 목의 의료기술 가. 「신의료기술의 안전성·유효성 평가결과 고시」[별표 1] 신의료기술의 안전성·유효성 평가 결과 고시(단, 목적 및 시술방법의 변경이 경미하여 새로운 신의료기술평가의 대상에 해당하지 않는 경우는 제외) 나. 「평가 유예 신의료기술 고시」 [별표] 평가 유예 신의료기술 다. 「신의료기술의 안전성·유효성 평가결과 고시」 [별표 2] 제한적 의료기술 라. 「신의료기술의 안전성·유효성 평가결과 고시」 [별표 3] 혁신의료기술 11. 「첨단재생의료 및 첨단바이오의약품 안전 및 지원에 관한 법률」 제 12 조의 2 에 따라 심의위원회에서 적합 통보를 받은 승인 범위를 벗어나 사용된 첨단재생의료 치료 12. 「신의료기술평가에 관한 규칙」 등에 의한 의료기술 재평가 실시 결과 “임상적 이득 대비 위험이 더 크거나 의학적 필요성, 임상적 요구도 및 활용도가 매우 낮다” 또는 “권고하지 않음”으로 평가되고 해당 평가 결과가 「보건의료기술 진흥법」 제 4 장 및 관련 조항에 따라 설립된 한국보건의료연구원 홈페이지 등을 통해 공개된 지 2 개월 이상 경과한 경우
(4) 공통 ^{주)}	회사는 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제 9 조제 1 항([별표 2]비급여대상)에 따른 아래 각 호의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 다음 각 목의 질환으로서 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우에 실시 또는 사용되는 치료로 인하여 발생한 비급여 의료비 가. 단순한 피로 또는 권태 나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환 다. 발기부전(impotence) · 불감증, 라. 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 마. 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 바. 검열반 등 안과질환, 사. 그 밖에 일상생활에 지장이 없는 경우로 국민건강보험 비급여 대상에

보장종목	보상하지 않는 사항
	해당하는 치료 2. 다음 각 목의 진료로서 신체의 필수 기능 개선 목적이 아닌 경우에 실시 또는 사용되는 치료로 인하여 발생한 비급여 의료비 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 성형수술(윤비술), 유방 확대(다만, 유방암 환자의 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 가. 본인의 희망에 의한 건강검진(다만, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 추가 의료비용은 보상합니다) 나. 예방접종(파상풍 혈청주사 등 치료목적으로 사용하는 예방주사 제외) 다. 그 밖에 예방진료로서 국민건강보험 비급여 대상에 해당하는 치료 4. 그 밖에 다음 각 목의 진료로 인해 발생한 비급여 의료비 가. 친자확인을 위한 진단 나. 불임검사, 불임수술, 불임복원술 다. 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다) 라. 인공유산에 든 비용(다만, 회사가 보상하는 상해 또는 질병으로 임신상태를 유지하기 어려워 의사의 권고에 따라 불가피하게 시행한

보장종목	보상하지 않는 사항
	경우는 제외)

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

제 5 조 (보험가입금액 한도 등)

- ① 이 계약의 연간 보험가입금액은 제 3 조(보장종목별 보상내용) (1) 상해비급여에 대하여 입원과 통원의 보상금액을 합산하여 5 천만원 이내에서, (2) 질병비급여에 대하여 입원과 통원의 보상금액을 합산하여 5 천만원 이내에서 회사가 정한 금액 중 계약자가 선택한 금액을 말하며, 제 3 조(보장종목별 보상내용)에 의한 비급여의료비를 이 금액 한도 내에서 보상합니다. 다만, (3) 3 대비급여의 보험가입금액은 제 3 조 (3) 3 대비급여 제 1 항에서 정한 연간 보장한도로 합니다.
- ② 이 계약에서 '연간'이라 함은 계약일로부터 매 1 년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 입원 또는 통원 치료시 해당일이 속한 연도의 보험가입금액 한도를 적용합니다.
- ③ 제 3 조(보장종목별 보상내용)에서 정한 통원의 경우 (1) 상해비급여 또는 (2) 질병비급여 각각에 대하여 통원 1 회당 20 만원 이내에서 회사가 정한 금액 중 계약자가 선택한 금액으로 하며, (3) 3 대비급여의 경우 각 비급여의료비별 보장한도로 합니다.
- ④ 제 3 조 (1) 상해비급여 제 3 항 또는 제 4 항, (2) 질병비급여 제 2 항 또는 제 3 항 및 (3) 3 대비급여 제 7 항에 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 제 3 조(보장종목별 보상내용)에서 정한 입원의 경우 상급종합병원·종합병원의 상해·질병 및 3 대 비급여 의료비(3 대 비급여 중 근골격계 이학요법치료·체외충격파치료 및 주사료 관련 비급여 의료비는 제외) 중 공제금액이 계약일 또는 매년 계약해당일부터 기산하여 연간 500 만원을 초과하는 때에는 500 만원까지 공제합니다.

제 6 조(비급여 진료비용 공개제도 등의 안내)

회사는 계약자가 특별약관 1 을 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 진료비용을 조사하여 최저·최고금액 등 비급여 진료비용에 대한 정보를 비교·공개하는 제도

※ 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 제도

제 7 조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관 1 에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제 8 조(준용규정)

이 특별약관 1 에서 정하지 않은 사항은 보통약관(기본형 실손의료보험)을 따릅니다.

비중증 비급여 실손의료비 특별약관

제 1 조(보장종목)

회사가 판매하는 비중증 비급여 실손의료비 특별약관(이하 '특별약관 2'이라 합니다)은 상해 비급여형, 질병 비급여형, 비급여자기공명영상진단형의 3 개 보장종목으로 구성되어 있습니다.

보장종목	보상하는 내용
상해 비급여	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)
질병 비급여	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 비급여 진료비 확인제도를 운영하고 있습니다.

제 2 조(용어의 정의)

① 이 특별약관 2 에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같습니다.

보장종목	용어	정의
「근골격계 이학요법치료」	근골격계 이학요법	「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」내 비급여 목록 중 근골격계 질환의 기능

보장종목	용어	정의
체외충격파치료	치료	개선 및 통증감소를 위하여 실시하는 치료행위 일체주) (예시 : FIMS(기능적근육내 자극치료), 신장분사치료, 도수치료, 증식치료, 비침습적 무통증 신호요법 등) 주) 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」가 관련 법령 개정 또는 폐지 등으로 이학요법치료와 관련된 행위 비급여 목록이 삭제될 경우 삭제 전 가장 최근 발간된 내용을 기준으로 하며, 보건복지부, 건강보험심사평가원 또는 국민건강보험공단 등에서 이학요법치료를 법령 등에서 별도 정의하는 경우 해당 정의에 따를 수 있습니다.
	체외충격파치료	체외에서 충격파를 병변에 가해 혈관 재형성을 돕고 건(힘줄) 및 뼈의 치유 과정을 자극하거나 재활성화 시켜 기능개선 및 통증감소를 위하여 실시하는 치료행위(체외충격파쇄석술은 제외)
주사료	주사료	항암제, 항생제, 희귀의약품을 제외한 주사치료시 사용된 행위, 약제 및 치료재료대
	항암제	식품의약품안전처가 「의약품등 분류번호에 관한 규정」에 따라 지정하는 '조직세포의 기능용 의약품' 중 '종양용약'과 '조직세포의 치료 및 진단 목적제제'* * 항후 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'* * 항후 식품의약품안전처 예규인 「의약품등 분류번호에 관한 규정」이 폐지되는 등의 사유가 발생하는 경우 약사법에 따른 의약품관리종합정보센터로 지정된 기관(건강보험심사평가원)에서 관리하는 「해부·치료·화학적 분류(ATC)」코드 등을 준용할 수 있으며, 분류기준 등이 변경되는 경우 치료시점의 분류기준에 따릅니다.
	희귀의약품	식품의약품안전처장이 「희귀의약품 지정에 관한 규정」에 따라 지정하는 의약품* * 「희귀의약품 지정에 관한 규정」에 따른 희귀의약품 지정 항목이 변경되는 경우 치료시점의 희귀의약품 지정 항목에 따릅니다.
자기공명영상진단		자기공명영상 장치를 이용하여 고주파 등을 통한 신호의 차이를 영상화하여 조직의 구조를 분석하는 검사*(MRI/MRA) * 자기공명영상진단 결과를 다른 의료기관에서 판독하는 경우 포함 (보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」상의 MRI/MRA 범주에 따름)
산정특례 대상 질환		「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시)」제 4 조부터 제 5 조의 3 까지에 따른 산정특례 대상인 질환주)(암, 뇌혈관질환, 심장질환, 희귀질환,

보장종목	용어	정의
		중증난치질환, 중증화상, 중증외상, 결핵, 잠복결핵 등) 주)「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」제 4 조부터 제 5 조의 3 이 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」제 4 조([별표 3]중증질환자 산정특례 대상)에 따른 질환
희귀질환		「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」제 5 조([별표 4]희귀질환자 산정특례 대상)에 따른 질환
중증난치질환		「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」제 5 조([별표 4 의 2]중증난치질환자 산정특례 대상)에 따른 질환
결핵·잠복결핵		「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」제 5 조의 2([별표 5]시행령 별표 2 제 3 호 가목 3)에 따른 결핵질환의 적용 범위)에 따른 질환
산정특례 대상 질환으로 인한 치료		<u>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.)</u> <산정특례 대상 질환 치료에 미해당하는 치료의 예시> -항암수술 후에 암 조직이 없는 상태에서 재발방지 목적으로 이루어지는 호르몬 치료 등(단, 항암목적의 호르몬치료 및 방사능치료는 산정특례 대상 질환 치료에 해당) -혈액암 환자 중 조혈모세포이식 후 완전 관해지만 면역억제제를 복용하고 있는 경우, 간암으로 간이식술 후 재발 없이

보장종목	용어	정의
		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* * 제 3 관 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 제 1 항에서 정하지 않은 용어의 뜻은 보통약관(기본형 실손의료보험) 제 2 조(용어의 정의)를 준용합니다.

제 3 조(보장종목별 보상내용)

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

보장 종목	보상하는 사항
(1) 상해 비급여	① 회사는 피보험자가 상해로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원(외래 및 처방조제)하여 산정특례 대상 질환 외 치료를 받은 경우에는 비급여의료비(비급여 자기공명영상진단은 제외합니다)를 제 5 조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 다음과 같이 보상합니다. 다만, 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비 기준으로 계산하며, 감면받은 의료비가 본인 또는 가족(「피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자」(이하 “배우자”라 합니다), 직계혈족 및 형제자매(민법 제 768 조))의 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「독립유공자 예우에 관한

보장 종목	보상하는 사항		
	법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비로 비급여 의료비를 계산합니다.		
	구분	보상금액	
	입원 (입원실료, 입원제비용, 입원수술비)	'비급여 의료비(비급여 병실료는 제외합니다)'(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 50%에 해당하는 금액. 다만, 「의료법」 제 3 조제 2 항에 의한 의료기관(동법 제 3 조의 3 에 의한 종합병원은 제외)에서 발생한 비급여 의료비는 1 회당 300 만원을 한도로 합니다.	
	상급병실료 차액	비급여 병실료의 50%. 다만, 1 일 평균금액 10 만원을 한도로 하며, 1 일 평균금액은 입원기간 동안 비급여 병실료 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.	
	통원 (외래제비용, 외래수술비, 처방조제비)	통원 1 일당(외래 및 처방·조제비 합산) '비급여 의료비(비급여 병실료는 제외합니다)'(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표 1>의 '통원항목별 공제금액'을 뺀 금액(매년 계약해당일부터 1 년간 통원 100 일을 한도로 합니다.)	
		<표 1> 통원항목별 공제금액	
		항 목	공제금액
	「국민건강보험법」 제 42 조제 1 항에 따른 의료기관(제 1 호), 보건소·보건의료원·보건지소(제 4 호), 보건진료소(제 5 호)에서의 외래 및 약국(제 2 호), 한국희귀·필수의약품센터(제 3 호)에서의 처방·조제	5 만원과 보장대상 의료비의 50% 중 큰 금액	
② 제 1 항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연히 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상이 포함됩니다. 다만, 유독가스 또는 유독물질을 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상과 세균성 음식물 중독증상은 포함되지 않습니다.			
③ 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속			

보장 종목	보상하는 사항																																										
	중인 입원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음 날부터 180 일까지 보상합니다. ④ 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 통원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음 날부터 180 일 이내의 통원을 보상하며 최대 90 일 한도 내에서 보상합니다. <입원 및 통원 보상기간 예시> <table><tr><th colspan="2">보상대상기간 (1 년)</th><th colspan="2">보상대상기간 (1 년)</th><th colspan="2">보상대상기간 (1 년)</th><th>추가보상 (180 일)</th></tr><tr><td>↑</td><td></td><td>↑</td><td></td><td></td><td></td><td>↑</td></tr><tr><td>↑</td><td></td><td>↑</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>계약일</td><td></td><td>계약해당일</td><td></td><td>계약해당일</td><td></td><td></td></tr><tr><td>계약종료일</td><td></td><td>보상종료일</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>(2027. 1. 1.)</td><td>(2028. 1. 1.)</td><td></td><td>(2029. 1. 1.)</td><td>(2029. 12. 31.)</td><td>(2030. 6. 29.)</td><td></td></tr></table> ⑤ 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제 3 항과 제 4 항을 적용하지 않습니다. ⑥ 피보험자가 「국민건강보험법」제 5 조, 제 53 조, 제 54 조에 따라 요양급여 또는 「의료급여법」제 4 조, 제 15 조, 제 17 조에 따라 의료급여를 적용받지 못하는 경우에는 다음과 같이 보상합니다. 1. 의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여 의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액(통원의 경우 본인이 실제로 부담한 금액에서 같은 조 제 1 항 <표 1>의 '공제금액'을 뺀 금액)의 40%를 제 5 조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 2. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 제 1 호를 적용하지 아니하고 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비에 대해서만 제 1 항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제 5 조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서	보상대상기간 (1 년)		보상대상기간 (1 년)		보상대상기간 (1 년)		추가보상 (180 일)	↑		↑				↑	↑		↑					계약일		계약해당일		계약해당일			계약종료일		보상종료일					(2027. 1. 1.)	(2028. 1. 1.)		(2029. 1. 1.)	(2029. 12. 31.)	(2030. 6. 29.)	
보상대상기간 (1 년)		보상대상기간 (1 년)		보상대상기간 (1 년)		추가보상 (180 일)																																					
↑		↑				↑																																					
↑		↑																																									
계약일		계약해당일		계약해당일																																							
계약종료일		보상종료일																																									
(2027. 1. 1.)	(2028. 1. 1.)		(2029. 1. 1.)	(2029. 12. 31.)	(2030. 6. 29.)																																						

보장 종목	보상하는 사항				
	보상합니다. 다만, 감면받은 의료비가 본인 또는 가족(「피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자」(이하 “배우자”라 합니다), 직계혈족 및 형제자매(민법 제 768 조))의 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비에 대해서 제 1 항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제 5 조에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. ⑦ 회사는 피보험자가 상해로 인하여 의료기관에서 본인의 장기등(「장기등 이식에 관한 법률」 제 4 조에 의한 “장기등”을 의미합니다)의 기능회복을 위하여 「장기등 이식에 관한 법률」 제 42 조 및 관련 고시에 따라 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 제 1 항부터 제 6 항에 따라 보상합니다.				
(2) 질병 비급여	① 회사는 피보험자가 질병으로 의료기관에 입원 또는 통원(외래 및 처방조제)하여 산정특례 대상 질환 외 치료를 받은 경우에는 비급여의료비(비급여 자기공명영상진단은 제외합니다)를 제 5 조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 다음과 같이 보상합니다. 다만, 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비 기준으로 계산하며, 감면받은 의료비가 본인 또는 가족(「피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자」(이하 “배우자”라 합니다), 직계혈족 및 형제자매(민법 제 768 조))의 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비로 비급여 의료비를 계산합니다. <table data-bbox="261 1812 1481 2067"> <tr> <th data-bbox="261 1812 491 1883">구분</th><th data-bbox="491 1812 1481 1883">보상금액</th></tr> <tr> <td data-bbox="261 1883 491 2067">입원 (입원실료, 입원제비용,</td><td data-bbox="491 1883 1481 2067">‘비급여 의료비(비급여 병실료는 제외합니다)’(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 50%에 해당하는 금액. 다만, 「의료법」 제 3 조제 2 항에 의한 의료기관(동법 제 3 조의 3 에</td></tr> </table>	구분	보상금액	입원 (입원실료, 입원제비용,	‘비급여 의료비(비급여 병실료는 제외합니다)’(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 50%에 해당하는 금액. 다만, 「의료법」 제 3 조제 2 항에 의한 의료기관(동법 제 3 조의 3 에
구분	보상금액				
입원 (입원실료, 입원제비용,	‘비급여 의료비(비급여 병실료는 제외합니다)’(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 50%에 해당하는 금액. 다만, 「의료법」 제 3 조제 2 항에 의한 의료기관(동법 제 3 조의 3 에				

보장 종목	보상하는 사항														
	입원수술비)	의한 종합병원은 제외)에서 발생한 비급여 의료비는 1 회당 300 만원을 한도로 합니다.													
	상급병실료 차액	비급여 병실료의 50%. 다만, 1 일 평균금액 10 만원을 한도로 하며, 1 일 평균금액은 입원기간 동안 비급여 병실료 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.													
	통원 (외래제비용, 외래수술비, 처방조제비)	통원 1 일당(외래 및 처방·조제비 합산) '비급여 의료비(비급여 병실료는 제외합니다)'(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표 1>의 '통원항목별 공제금액'을 뺀 금액(매년 계약해당일부터 1 년간 통원 100 일을 한도로 합니다.)													
		<표 1> 통원항목별 공제금액													
		항 목	공제금액												
	「국민건강보험법」 제 42 조제 1 항에 따른 의료기관(제 1 호), 보건소·보건의료원·보건지소(제 4 호), 보건진료소(제 5 호)에서의 외래 및 약국(제 2 호), 한국희귀·필수의약품센터(제 3 호)에서의 처방·조제	5 만원과 보장대상 의료비의 50% 중 큰 금액													
② 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음 날부터 180 일까지 보상합니다.															
③ 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 통원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음 날부터 180 일 이내의 통원을 보상하며 최대 90 회 한도 내에서 보상합니다.															
<입원 및 통원 보상기간 예시>															
<table><tr><td>보상대상기간 (1 년)</td><td>보상대상기간 (1 년)</td><td>보상대상기간 (1 년)</td><td>추가보상 (180 일)</td></tr><tr><td>↑</td><td>↑</td><td>↑</td><td>↑</td></tr><tr><td>↑</td><td>↑</td><td></td><td></td></tr></table>				보상대상기간 (1 년)	보상대상기간 (1 년)	보상대상기간 (1 년)	추가보상 (180 일)	↑	↑	↑	↑	↑	↑		
보상대상기간 (1 년)	보상대상기간 (1 년)	보상대상기간 (1 년)	추가보상 (180 일)												
↑	↑	↑	↑												
↑	↑														

보장 종목	보상하는 사항				
	계약일	계약해당일	계약해당일		
	계약종료일	보상종료일			
	(2027. 1. 1.)	(2028. 1. 1.)	(2029. 1. 1.)	(2029. 12. 31.)	(2030. 6. 29.)
	④ 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제 2 항과 제 3 항을 적용하지 않습니다. ⑤ 피보험자가 「국민건강보험법」제 5 조, 제 53 조, 제 54 조에 따라 요양급여 또는 「의료급여법」제 4 조, 제 15 조, 제 17 조에 따라 의료급여를 적용받지 못하는 경우에는 다음과 같이 보상합니다. 1. 의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액(통원의 경우 본인이 실제로 부담한 금액에서 같은 조 제 1 항 <표 1>의 '공제금액'을 뺀 금액)의 40%를 제 5 조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 2. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 제 1 호를 적용하지 아니하고 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비에 대해서만 제 1 항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제 5 조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 감면받은 의료비가 본인 또는 가족(「피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자」(이하 "배우자"라 합니다), 직계혈족 및 형제자매(민법 제 768 조))의 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비에 대해서 제 1 항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제 5 조에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. ⑥ 회사는 피보험자가 질병으로 인하여 의료기관에서 본인의 장기등(「장기등 이식에 관한 법률」 제 4 조에 의한 "장기등"을 의미합니다)의 기능회복을 위하여 「장기등 이식에 관한 법률」 제 42 조 및 관련 고시에 따라 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비,				

보장 종목	보상하는 사항																
	뇌사장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 제 1 항부터 제 5 항에 따라 보상합니다.																
(3) 비급여 자기공 명영상 진단	① 회사는 이 특별약관 2 의 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 제 768 조))의 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비로 비급여 의료비를 계산합니다. <표 1> 공제금액 및 보장한도 <table><tr><th colspan="2">구 분</th><th>공제금액</th><th>보장한도</th></tr><tr><td>비급여 자기공명 영상진단</td><td>자기공명영상진단을 받아 본인이 실제로 부담한 비급여의료비(조영제, 판독료 포함)</td><td>1 회당 5 만원과 보장대상의료 비의 50%중 큰 금액</td><td>계약일 또는 매년 계약해당일로부터 1 년 단위로 각 상해·질병 치료행위를 합산하여 200 만원 이내에서 보상</td></tr></table> <자기공명영상진단 보상기간 예시> (i) 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 1 년내 200 만원을 모두 보상한 경우 <table><tr><td style="border: 1px dashed black; text-align: center;">(예 : 200 만원 보상)</td><td style="border: 1px dashed black; text-align: center;">보상제외 (151 일)</td><td style="border: 1px dashed black; text-align: center;">보상한도 복원</td></tr><tr><td style="text-align: center;">↑ 계약일 (2027. 4. 1.)</td><td style="text-align: center;">↑ 보상한도종료일(2027. 10. 31.) 2027. 11. 1.부터 보상제외</td><td style="text-align: center;">↑ 계약해당일(2028. 4. 1.) 보상재개</td></tr></table> ② 제 1 항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연히 일시에 흡입, 흡수			구 분		공제금액	보장한도	비급여 자기공명 영상진단	자기공명영상진단을 받아 본인이 실제로 부담한 비급여의료비(조영제, 판독료 포함)	1 회당 5 만원과 보장대상의료 비의 50%중 큰 금액	계약일 또는 매년 계약해당일로부터 1 년 단위로 각 상해·질병 치료행위를 합산하여 200 만원 이내에서 보상	(예 : 200 만원 보상)	보상제외 (151 일)	보상한도 복원	↑ 계약일 (2027. 4. 1.)	↑ 보상한도종료일(2027. 10. 31.) 2027. 11. 1.부터 보상제외	↑ 계약해당일(2028. 4. 1.) 보상재개
구 분		공제금액	보장한도														
비급여 자기공명 영상진단	자기공명영상진단을 받아 본인이 실제로 부담한 비급여의료비(조영제, 판독료 포함)	1 회당 5 만원과 보장대상의료 비의 50%중 큰 금액	계약일 또는 매년 계약해당일로부터 1 년 단위로 각 상해·질병 치료행위를 합산하여 200 만원 이내에서 보상														
(예 : 200 만원 보상)	보상제외 (151 일)	보상한도 복원															
↑ 계약일 (2027. 4. 1.)	↑ 보상한도종료일(2027. 10. 31.) 2027. 11. 1.부터 보상제외	↑ 계약해당일(2028. 4. 1.) 보상재개															

보장 종목	보상하는 사항																								
	또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상이 포함됩니다. 다만, 유독가스 또는 유독물질을 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상과 세균성 음식물 중독증상은 포함되지 않습니다. ③ 의료기관을 1 회 통원(또는 1 회 입원)하여 2 개 이상 부위에 걸쳐 이 특별약관 2 에서 정한 자기공명영상진단을 받거나 동일한 부위에 대해 2 회 이상 이 특별약관 2 에서 정한 자기공명영상진단을 받은 경우 각 진단행위를 1 회로 보아 각각 1 회당 공제금액 및 보장한도를 적용합니다. ④ 제 3 항에서 1 회 입원이라 함은 퇴원없이 계속 중인 입원(동일한 상해 또는 질병 치료목적으로 퇴원 당일 다른 의료기관으로 옮겨 입원하는 경우 포함)을 말합니다. 동일한 상해 또는 질병으로 인한 입원이라고 하더라도 퇴원 후 재입원하는 경우에는 퇴원 전후 입원기간을 각각 1 회 입원으로 봅니다. ⑤ 제 1 항에서 보상하는 비급여의료비와 다른 의료비가 함께 청구되고 각 항목별 의료비가 구분되지 않는 경우 회사는 보험금 지급금액 결정을 위해 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 제 1 항에서 보상하는 의료비의 확인을 요청할 수 있습니다. ⑥ 피보험자가 입원 또는 통원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 치료에 대하여는 보험계약 종료일 다음날부터 180 일까지 보상합니다. 이 경우 보상한도는 연간 보장한도(금액)에서 직전 보험계약 종료일까지 지급한 금액을 차감한 잔여 금액을 한도로 적용합니다. 다만, 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제 1 항을 적용합니다. <보상기간 예시> <table><tr><th>보상대상기간</th><th>보상대상기간</th><th>보상대상기간</th><th>추가보상</th></tr><tr><td>(1 년)</td><td>(1 년)</td><td>(1 년)</td><td>(180 일)</td></tr><tr><td>↑</td><td>↑</td><td>↑</td><td>↑</td></tr><tr><td>계약일</td><td>계약해당일</td><td>계약해당일</td><td></td></tr><tr><td>계약종료일</td><td>보상종료일</td><td></td><td></td></tr><tr><td>(2027. 1. 1.)</td><td>(2028. 1. 1.)</td><td>(2029. 1. 1.)</td><td>(2029. 12. 31.) (2030. 6.</td></tr></table>	보상대상기간	보상대상기간	보상대상기간	추가보상	(1 년)	(1 년)	(1 년)	(180 일)	↑	↑	↑	↑	계약일	계약해당일	계약해당일		계약종료일	보상종료일			(2027. 1. 1.)	(2028. 1. 1.)	(2029. 1. 1.)	(2029. 12. 31.) (2030. 6.
보상대상기간	보상대상기간	보상대상기간	추가보상																						
(1 년)	(1 년)	(1 년)	(180 일)																						
↑	↑	↑	↑																						
계약일	계약해당일	계약해당일																							
계약종료일	보상종료일																								
(2027. 1. 1.)	(2028. 1. 1.)	(2029. 1. 1.)	(2029. 12. 31.) (2030. 6.																						

보장 종목	보상하는 사항
	29.) ⑦ 피보험자가 「국민건강보험법」제 5 조, 제 53 조, 제 54 조에 따라 요양급여 또는 「의료급여법」제 4 조, 제 15 조, 제 17 조에 따라 의료급여를 적용받지 못하는 경우에는 다음과 같이 보상합니다. 1. 의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액(통원의 경우 본인이 실제로 부담한 금액에서 같은 조 제 1 항 <표 1>의 '공제금액'을 뺀 금액)의 40%를 제 5 조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 2. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 제 1 호를 적용하지 아니하고 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비에 대해서만 제 1 항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제 5 조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 감면받은 의료비가 본인 또는 가족(「피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자」(이하 “배우자”라 합니다), 직계혈족 및 형제자매(민법 제 768 조))의 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비에 대해서 제 1 항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제 5 조에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. ⑧ 회사는 피보험자가 상해 또는 질병으로 인하여 의료기관에서 본인의 장기등(「장기등 이식에 관한 법률」 제 4 조에 의한 “장기등”을 의미합니다)의 기능회복을 위하여 「장기등 이식에 관한 법률」 제 42 조 및 관련 고시에 따라 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 제 1 항부터 제 7 항에 따라 보상합니다.

제 4 조(보상하지 않는 사항)

회사가 보상하지 않는 사항은 보장종목별로 다음과 같습니다.

보장종목	보상하지 않는 사항
(1) 상해 비급여	① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 비급여 의료비는 보상하지 않습니다. 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다. 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다. 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우 4. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원 또는 통원한 경우. 다만, 회사가 보상하는 상해로 인하여 입원 또는 통원한 경우에는 보상합니다. 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인한 경우 6. 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자 본인이 자의적으로 입원하여 발생한 입원의료비 7. 피보험자가 정당한 이유없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 통원의료비 ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동 목적으로 한 다음의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 생긴 상해에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전 훈련이 필요한 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩 2. 모터보트·자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 행사(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 보상합니다) 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안 ③ 회사는 다음의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 치과치료(K00~K08, 다만 안면부 골절로 발생한 의료비는 치아관련

보장종목	보상하지 않는 사항
	치료를 제외하고 보상합니다) · 한방치료(다만, 「의료법」 제 2 조에 따른 한의사를 제외한 '의사'의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 보상합니다) 2. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용. 다만 약관상 보상하는 상해를 치료함에 있어 아래 각 목에 해당하는 경우는 치료 목적으로 보아 보상합니다(다만, 항암제, 항생제, 희귀의약품을 제외한 주사치료시 사용된 행위, 약제 및 치료재료와 관련하여 소요된 비용은 보상하지 않습니다). 가. 약사법령에 의하여 약제별 허가사항 또는 신고된 사항(효능/효과 및 용법/용량 등)대로 사용된 경우 나. 요양급여 약제가 관련 법령 또는 고시 등에서 정한 별도의 적용기준대로 비급여 약제로 사용된 경우 다. 요양급여 약제가 관련 법령에 따라 별도의 비급여사용승인 절차를 거쳐 그 승인 내용대로 사용된 경우 라. 상기 가목부터 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(TV 시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비 6. 자동차보험(공제를 포함합니다)에서 보상받는 치료관계비(과실상계 후 금액을 기준으로 합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비(자동차보험 진료수가에 관한 기준 및 산재보험 요양급여 산정기준에 따라 발생한 실제 본인 부담의료비)는 제 3 조(보장종목별 보상내용) (1) 상해비급여 제 1 항부터 제 5 항에 따라 보상합니다. 7. 「국민건강보험법」 제 42 조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비 8. 「응급의료에 관한 법률」 및 동법 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 동법 제 26 조에 따른 권역응급의료센터 또는 「의료법」제 3 조의 4 에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한

보장종목	보상하지 않는 사항
	응급의료관리료 9. 「신의료기술평가에 관한 규칙」 제 3 조제 13 항제 1 호에 따라 안전성 및 유효성이 있는 신의료기술로서 보건복지부장관이 고시('신의료기술의 안전성·유효성 평가결과 고시')하였으나, 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제 11 조제 1 항 또는 제 13 조제 1 항에 따라 요양급여대상 또는 비급여대상으로 결정·고시되기 전까지의 행위·치료재료와 관련하여 소요된 비용 10. 「신의료기술평가에 관한 규칙」 제 3 조제 13 항제 2 호에 따른 제한적 의료기술과 관련하여 소요된 비용 11. 「신의료기술평가에 관한 규칙」 제 3 조제 13 항제 3 호에 따른 혁신의료기술과 관련하여 소요된 비용 12. 「신의료기술평가에 관한 규칙」 제 2 조에 따른 평가 유예 신의료기술 및 즉시진입의료기술 등과 관련하여 소요된 비용 13. 「첨단재생의료 및 첨단바이오의약품 안전 및 지원에 관한 법률」 제 2 조에 따른 첨단재생의료와 관련하여 소요된 비용 14. 「의료법」 제 53 조에 따른 신의료기술이 관련 법령상 인정 받은 사용대상, 목적 및 시술방법에 맞지 않게 사용된 경우(단, 목적 및 시술방법의 변경이 경미하여 새로운 신의료기술평가의 대상에 해당하지 않는 경우는 제외) 15. 항암제, 항생제, 희귀의약품을 제외한 주사치료시 사용된 행위, 약제 및 치료재료와 관련하여 소요된 비용 16. 근골격계 이학요법 치료행위에 수반된 일체의 의료비(예 : 행위료, 치료재료대, 약제 및 주사비) 17. 체외충격파 치료행위에 수반된 일체의 의료비(예 : 행위료, 치료재료대, 약제 및 주사비) 18. 「신의료기술평가에 관한 규칙」 등에 의한 의료기술 재평가 실시 결과 “임상적 이득 대비 위험이 더 크거나 의학적 필요성, 임상적 요구도 및 활용도가 매우 낮다” 또는 “권고하지 않음”으로 평가되고 해당 평가 결과가 「보건의료기술 진흥법」 제 4 장 및 관련 조항에 따라 설립된 한국보건의료연구원 홈페이지 등을 통해 공개된 지 2 개월 이상 경과한 경우
(2)	① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 비급여 의료비는 보상하지

보장종목	보상하지 않는 사항
질병 비급여	않습니다. 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다. 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다. 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우 4. 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자 본인이 자의적으로 입원하여 발생한 입원의료비 5. 피보험자가 정당한 이유 없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 통원의료비 ② 회사는 '한국표준질병사인분류'에 따른 다음의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 정신 및 행동장애(F04~F99) 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98) 3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 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) ③ 회사는 다음의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 치과치료(K00~K08) 및 한방치료(다만, 「의료법」 제 2 조에 따른 한의사를 제외한 '의사'의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 보상합니다) 2. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용. 다만 약관상 보상하는 질병을 치료함에 있어 아래 각 목에 해당하는 경우는 치료 목적으로 보아 보상합니다(다만, 항암제, 항생제, 희귀의약품을 제외한 주사치료시 사용된 행위, 약제 및 치료재료와 관련하여 소요된 비용은 보상하지 않습니다).

보장종목	보상하지 않는 사항
	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 가목부터 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(TV 시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비 6. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비(산재보험 요양급여 산정기준에 따라 발생한 실제 본인 부담의료비)는 제 3 조(보장종목별 보상내용) (2) 질병비급여 제 1 항부터 제 4 항에 따라 보상합니다. 7. 사람면역결핍바이러스(HIV) 감염으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV 감염은 해당 진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 보상합니다) 8. 「국민건강보험법」 제 42 조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비 9. 「응급의료에 관한 법률」 및 동법 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 동법 제 26 조에 따른 권역응급의료센터 또는 「의료법」제 3 조의 4 에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료 10. 「신의료기술평가에 관한 규칙」 제 3 조제 13 항제 1 호에 따라 안전성 및 유효성이 있는 신의료기술로서 보건복지부장관이 고시('신의료기술의 안전성·유효성 평가결과 고시')하였으나, 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제 11 조제 1 항 또는 제 13 조제 1 항에 따라

보장종목	보상하지 않는 사항
	요양급여대상 또는 비급여대상으로 결정·고시되기 전까지의 행위·치료재료와 관련하여 소요된 비용 11. 「신의료기술평가에 관한 규칙」제 3 조제 13 항제 2 호에 따른 제한적 의료기술과 관련하여 소요된 비용 12. 「신의료기술평가에 관한 규칙」제 3 조제 13 항제 3 호에 따른 혁신의료기술과 관련하여 소요된 비용 13. 「신의료기술평가에 관한 규칙」제 2 조에 따른 평가 유예 신의료기술 및 즉시진입의료기술 등의 신의료기술과 관련하여 소요된 비용 14. 「첨단재생의료 및 첨단바이오의약품 안전 및 지원에 관한 법률」제 2 조에 따른 첨단재생의료와 관련하여 소요된 비용 15. 「의료법」제 53 조에 따른 신의료기술이 관련 법령상 인정 받은 사용대상, 목적 및 시술방법에 맞지 않게 사용된 경우(단, 목적 및 시술방법의 변경이 경미하여 새로운 신의료기술평가의 대상에 해당하지 않는 경우는 제외) 16. 항암제, 항생제, 희귀의약품을 제외한 주사치료시 사용된 행위, 약제 및 치료재료와 관련하여 소요된 비용 17. 근골격계 이학요법치료 치료행위에 수반된 일체의 의료비(행위료, 치료재료대, 약제 및 주사비 등) 18. 체외충격파 치료행위에 수반된 일체의 의료비(행위료, 치료재료대, 약제 및 주사비 등) 19. 「신의료기술평가에 관한 규칙」 등에 의한 의료기술 재평가 실시 결과 “임상적 이득 대비 위험이 더 크거나 의학적 필요성, 임상적 요구도 및 활용도가 매우 낮다” 또는 “권고하지 않음”으로 평가되고 해당 평가 결과가 「보건의료기술 진흥법」 제 4 장 및 관련 조항에 따라 설립된 한국보건의료연구원 홈페이지 등을 통해 공개된 지 2 개월 이상 경과한 경우
(3) 비급여 자기공명 영상진단	① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 비급여 의료비는 보상하지 않습니다. 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 제 3 조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다. 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가

보장종목	보상하지 않는 사항
	보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 제 3 조(보장종목별 보상내용)에 따라 지급합니다. 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우 4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인한 경우 5. 피보험자가 정당한 이유없이 입원 또는 통원 기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 의료비 ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동 목적으로 한 다음의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 생긴 상해에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전 훈련이 필요한 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩 2. 모터보트·자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 행사(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 제 3 조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다) 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안 ③ 회사는 '한국표준질병사인분류'에 따른 다음의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 정신 및 행동장애(F04~F99) 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98) 3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원 또는 통원한 경우(O00~O99). 다만, 회사가 보상하는 상해로 인하여 입원 또는 통원한 경우에는 제 3 조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다. 4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04) 5. 비만(E66) 6. 요실금(N39.3, N39.4, R32) 7. 직장 또는 항문 질환 중 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 부분(K60~K62, K64) ④ 회사는 다음의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.

보장종목	보상하지 않는 사항
	1. 치과치료(K00~K08, 다만, 안면부 골절로 발생한 의료비는 치아관련 치료를 제외하고 보상합니다) · 한방치료(다만, 「의료법」 제 2 조에 따른 한의사를 제외한 '의사'의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 제 3 조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다) 2. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용. 다만 약관상 보상하는 상해 또는 질병을 치료함에 있어 아래 각 목에 해당하는 경우는 치료 목적으로 보아 보상합니다(다만, 항암제, 항생제, 희귀의약품을 제외한 주사치료시 사용된 행위, 약제 및 치료재료와 관련하여 소요된 비용은 보상하지 않습니다). 가. 약사법령에 의하여 약제별 허가사항 또는 신고된 사항(효능/효과 및 용법/용량 등)대로 사용된 경우 나. 요양급여 약제가 관련 법령 또는 고시 등에서 정한 별도의 적용기준대로 비급여 약제로 사용된 경우 다. 요양급여 약제가 관련 법령에 따라 별도의 비급여사용승인 절차를 거쳐 그 승인 내용대로 사용된 경우 라. 상기 가목부터 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(TV 시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비 6. 자동차보험(공제를 포함합니다)에서 보상받는 치료관계비(과실상계 후 금액을 기준으로 합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비(자동차보험 진료수가에 관한 기준 및 산재보험 요양급여 산정기준에 따라 발생한 실제 본인 부담의료비)는 제 3 조(보장종목별 보상내용) (3) 비급여자기공명영상진단 제 1 항부터 제 6 항에 따라 보상합니다. 7. 사람면역결핍바이러스(HIV) 감염으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV 감염은 해당

보장종목	보상하지 않는 사항
	진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 보상합니다) 8. 「국민건강보험법」 제 42 조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비 9. 「응급의료에 관한 법률」 및 동법 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 동법 제 26 조에 따른 권역응급의료센터 또는 「의료법」제 3 조의 4 에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료 10. 「신의료기술평가에 관한 규칙」 제 3 조제 13 항제 1 호에 따라 안전성 및 유효성이 있는 신의료기술로서 보건복지부장관이 고시(‘신의료기술의 안전성·유효성 평가결과 고시’)하였으나, 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제 11 조제 1 항 또는 제 13 조제 1 항에 따라 요양급여대상 또는 비급여대상으로 결정·고시되기 전까지의 행위·치료재료와 관련하여 소요된 비용 11. 「신의료기술평가에 관한 규칙」제 3 조제 13 항제 2 호에 따른 제한적 의료기술과 관련하여 소요된 비용 12. 「신의료기술평가에 관한 규칙」제 3 조제 13 항제 3 호에 따른 혁신의료기술과 관련하여 소요된 비용 13. 「신의료기술평가에 관한 규칙」제 2 조에 따른 평가 유예 신의료기술 및 즉시진입의료기술 등과 관련하여 소요된 비용 14. 「첨단재생의료 및 첨단바이오의약품 안전 및 지원에 관한 법률」제 2 조에 따른 첨단재생의료와 관련하여 소요된 비용 15. 「의료법」제 53 조에 따른 신의료기술이 관련 법령상 인정 받은 사용대상, 목적 및 시술방법에 맞지 않게 사용된 경우(단, 목적 및 시술방법의 변경이 경미하여 새로운 신의료기술평가의 대상에 해당하지 않는 경우는 제외) 16. 항암제, 항생제, 희귀의약품을 제외한 주사치료시 사용된 행위, 약제 및 치료재료대와 관련하여 소요된 비용 17. 근골격계 이학요법치료 치료행위에 수반된 일체의 의료비(행위료, 치료재료대, 약제 및 주사비 등) 18. 체외충격파 치료행위에 수반된 일체의 의료비(행위료, 치료재료대, 약제 및 주사비 등) 19. 「신의료기술평가에 관한 규칙」 등에 의한 의료기술 재평가 실시 결과

보장종목	보상하지 않는 사항
	“임상적 이득 대비 위험이 더 크거나 의학적 필요성, 임상적 요구도 및 활용도가 매우 낮다” 또는 “권고하지 않음”으로 평가되고 해당 평가 결과가 「보건의료기술 진흥법」 제 4 장 및 관련 조항에 따라 설립된 한국보건의료연구원 홈페이지 등을 통해 공개된 지 2 개월 이상 경과한 경우
(4) 공통^{주)}	회사는 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제 9 조제 1 항([별표 2]비급여대상)에 따른 아래 각 호의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 다음 각 목의 질환으로서 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우에 실시 또는 사용되는 치료로 인하여 발생한 비급여 의료비 가. 단순한 피로 또는 권태 나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환 다. 발기부전(impotence) · 불감증, 라. 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 마. 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 바. 검열반 등 안과질환, 사. 그 밖에 일상생활에 지장이 없는 경우로 국민건강보험 비급여 대상에 해당하는 치료 2. 다음 각 목의 진료로서 신체의 필수 기능 개선 목적이 아닌 경우에 실시 또는 사용되는 치료로 인하여 발생한 비급여 의료비 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 성형수술(윤비술), 유방 확대(다만, 유방암 환자의 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

보장종목	보상하지 않는 사항
	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 의료비가. 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 의료비가. 친자확인을 위한 진단 나. 불임검사, 불임수술, 불임복원술 다. 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다) 라. 인공유산에 든 비용(다만, 회사가 보상하는 상해 또는 질병으로 임신상태를 유지하기 어려워 의사의 권고에 따라 불가피하게 시행한 경우는 제외) 마. 그 밖에 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제 11 조제 1 항 또는 제 13 조제 1 항에 따라 요양급여대상 또는 비급여대상으로 결정·고시되지 않았음에도 불구하고 「국민건강보험법」, 「의료법」, 「약사법」, 「첨단재생의료 및 첨단바이오의약품 안전 및 지원에 관한 법률」, 「장기등 이식에 관한 법률」, 「마약류 관리에 관한 법률」, 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」이 아닌 타 법령에 근거하여 「국민건강보험 요양급여 기준에 관한 규칙」 별표 2 에서 비급여대상으로 정하고 있는 치료와 관련하여 소요된 비용

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

제 5 조 (보험가입금액 한도 등)

- ① 이 계약의 연간 보험가입금액은 제 3 조(보장종목별 보상내용) (1) 상해비급여에 대하여 입원과 통원의 보상금액을 합산하여 1 천만원 이내에서, (2) 질병비급여에 대하여 입원과 통원의 보상금액을 합산하여 1 천만원 이내에서 회사가 정한 금액 중 계약자가 선택한 금액을 말하며, 제 3 조(보장종목별 보상내용)에 의한 비급여의료비를 이 금액 한도 내에서 보상합니다. 다만, (3) 비급여 자기공명영상진단의 보험가입금액은 제 3 조 (3) 비급여 자기공명영상진단 제 1 항에서 정한 연간 보장한도로 합니다.
- ② 이 계약에서 '연간'이라 함은 계약일로부터 매 1 년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 입원 또는 통원 치료시 해당일이 속한 연도의 보험가입금액 한도를 적용합니다.
- ③ 제 3 조(보장종목별 보상내용)에서 정한 통원의 경우 (1) 상해비급여 또는 (2) 질병비급여 각각에 대하여 통원 1 일당 20 만원 이내에서 회사가 정한 금액 중 계약자가 선택한 금액으로 하며, (3) 비급여 자기공명영상진단의 경우 제 3 조 (3) 비급여 자기공명영상진단 제 1 항에서 정한 보장한도로 합니다.
- ④ 제 3 조 (1) 상해비급여 제 3 항 또는 제 4 항, (2) 질병비급여 제 2 항 또는 제 3 항 및 (3) 비급여 자기공명영상진단 제 6 항에 따른 계속중인 입원 또는 통원의 보상한도는 연간 보상한도(보험가입금액)에서 직전 보험기간 종료일까지 지급한 금액을 차감한 잔여 금액과 연간 보상한도(일수)에서 직전 보험기간 종료일까지 보상한 일수를 차감한 잔여 일수를 한도로 적용합니다.

제 6 조(비급여 진료비용 공개제도 등의 안내)

회사는 계약자가 특별약관 2 을 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 진료비용을 조사하여 최저·최고금액 등 비급여 진료비용에 대한 정보를 비교·공개하는 제도

※ 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 제도

제 7 조(특별약관의 소멸)

피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관 2 에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제 8 조(준용규정)

이 특별약관 2 에서 정하지 않은 사항은 보통약관(기본형 실손의료보험)을 따릅니다.

국민건강보험 비가입자 특별약관

제 1 조(적용대상)

이 특별약관의 피보험자는 보통약관(기본형 실손의료보험)의 피보험자 중 국민건강보험 비가입자로 합니다.

제 2 조(보상하는 사항)

보통약관(기본형 실손의료보험)의 제 3 조(보장종목별 보상내용)와 제 4 조(보상하지 않는 사항)에도 불구하고 이 특별약관의 피보험자에 대해서는 국민건강보험 가입자와 동일하게 보통약관(기본형 실손의료보험)을 적용합니다. 다만, 자동차사고 및 산업재해보상사고의 경우 피보험자가 실제로 부담한 의료비는 보통약관(기본형 실손의료보험)의 제 3 조(보장종목별 보상내용)와 제 4 조(보상하지 않는 사항)에 따라 보상합니다.

제 3 조(계약 후 알릴 의무)

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

제 4 조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관(기본형 실손의료보험)을 따릅니다.

지정대리청구서비스 특별약관

제1조(적용대상)

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

제2조(특약의 체결 및 소멸)

- ① 이 특별약관은 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 부가되어집니다.
- ② 제1조(적용대상)의 보험계약이 해지(解止) 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 되는 경우에는 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다.

제3조(지정대리청구인의 지정)

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

제4조(지정대리청구인의 변경지정)

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

1. 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
2. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

제5조(보험금 지급 등의 절차)

① 지정대리청구인은 제6조(보험금의 청구)에 정한 구비서류 및 제1조(적용대상)의 보험수익자가 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제1조(적용대상)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다. 다만, 2인의 청구대리인이 지정된 경우에는 그 중 대표대리인이 보험금을 청구하고 수령할 수 있으며 대표대리인이 사망 등의 사유로 보험금 청구가 불가능한 경우에는 대표가 아닌 청구대리인도 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다.

② 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

제6조(보험금의 청구)

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

1. 보험금 청구서(회사양식)
2. 사고증명서
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 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.

장애인전용보험전환 특별약관

제1조(적용범위)

① 이 특별약관은 회사가 정한 방법에 따라 계약자가 청약하고 회사가 승낙함으로써 다음 각 호의 조건을 모두 만족하는 보험계약(이하 "전환대상계약"이라 합니다)에 대하여 장애인전용보험으로 전환을 청약하는 경우에 적용합니다.

1. 「소득세법」 제59조의4(특별세액공제) 제1항 제2호에 따라 보험료가 특별세액공제의 대상이 되는 보험

[「소득세법」 제59조의4(특별세액공제)]

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

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

[「소득세법 시행령」 제118조의4(보험료의 세액공제)]

① 법 제59조의4 제1항 제1호에서 "대통령령으로 정하는 장애인전용보장성보험료"란 제2항 각 호에 해당하는 보험·공제로서 보험·공제 계약 또는 보험료·공제료 납입영수증에 장애인전용 보험·공제로 표시된 보험·공제의 보험료·공제료를 말한다.

② 법 제59조의4 제1항 제2호에서 "대통령령으로 정하는 보험료"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 보험·보증·공제의 보험료·보증료·공제료 중 기획재정부령으로 정하는 것을 말한다.

1. 생명보험
2. 상해보험
3. 화재·도난이나 그 밖의 손해를 담보하는 가계에 관한 손해보험
4. 「수산업협동조합법」, 「신용협동조합법」 또는 「새마을금고법」에 따른 공제

5. 「군인공제회법」, 「한국교직원공제회법」, 「대한지방행정공제회법」, 「경찰공제회법」 및 「대한소방공제회법」에 따른 공제

6. 주택 임차보증금의 반환을 보증하는 것을 목적으로 하는 보험·보증. 다만, 보증대상 임차보증금이 3억원을 초과하는 경우는 제외한다.

[「소득세법 시행규칙」 제61조의3(공제대상보험료의 범위)]

영 제118조의4제2항 각 호 외의 부분에서 "기획재정부령으로 정하는 것"이란 만기에 환급되는 금액이 납입보험료를 초과하지 아니하는 보험으로서 보험계약 또는 보험료 납입영수증에 보험료 공제대상임이 표시된 보험의 보험료를 말한다.

2. 모든 피보험자 또는 모든 보험수익자가 「소득세법 시행령」 제107조(장애인의 범위) 제1항에서 규정한 장애인인 보험

「소득세법 시행령」 제107조(장애인의 범위)에서 규정한 장애인

1. 「장애인복지법」에 따른 장애인 및 「장애아동 복지지원법」에 따른 장애아동 중 기획재정부령으로 정하는 사람
2. 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 의한 상이자 및 이와 유사한 사람으로서 근로능력이 없는 사람
3. 제1호 및 제2호 외에 항시 치료를 요하는 중증환자

「소득세법 시행규칙」 제54조(장애아동의 범위)

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

[이 특별약관을 적용할 수 없는 사례]

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

⇒ 모든 보험수익자가 장애인이 아니므로 이 특별약관을 적용할 수 없습니다.

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

⇒ 모든 피보험자가 장애인이 아니므로 이 특별약관을 적용할 수 없습니다.

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

⇒ 현재 법정상속인이 장애인이라고 하더라도 이 특별약관을 적용할 수 없습니다.

장애인전용보험으로 전환을 원할 경우 보험수익자 지정이 필요합니다.

- ② 전환대상계약이 해지(解止) 또는 기타 사유로 효력이 없게 된 경우 또는 전환대상계약이 제1항에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다.
- ③ 제2조(제출서류) 제1항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료된 경우에는 제3조(장애인전용보험으로의 전환) 제1항에도 불구하고 이 특별약관은 그 때부터 효력이 없습니다.
- ④ 이 특별약관의 계약자는 전환대상계약의 계약자와 동일하여야 합니다.

제2조(제출서류)

- ① 이 특별약관에 가입하고자 하는 계약자는 모든 피보험자 또는 모든 보험수익자의 「소득세법 시행규칙」 별지 제38호 서식에 의한 장애인증명서의 원본 또는 사본(이하 “장애인증명서”라 합니다)을 제출하여 제1조(적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건에 해당함을 회사에 알려야 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 따른 상이자의 증명을 받은 사람 또는 「장애인복지법」에 따른 장애인등록증을 발급받은 사람에 대해서는 해당 증명서·장애인등록증의 사본이나 그 밖의 장애 사실을 증명하는 서류를 제출하는 경우에는 제 1항의 장애인증명서는 제출하지 않을 수 있습니다.
- ③ 장애인으로서 그 장애기간이 기재된 장애인증명서를 제1항 따라 회사에 제출한 때에는 그 장애기간 동안은 이를 다시 제출하지 않을 수 있습니다.
- ④ 제1항에 따라 제출한 장애인증명서의 장애기간이 변경되는 경우 계약자는 이를 회사에 알리고 변경된 장애기간이 기재된 장애인증명서를 제출하여야 합니다.

제3조(장애인전용보험으로의 전환)

- ① 회사는 이 특별약관이 부가된 전환대상계약을 「소득세법」 제59조의4(특별세액공제) 제1항 제1호에 해당하는 장애인전용보험으로 전환하여 드립니다.

[예시] 2019년 1월 15일에 전환대상계약에 가입한 계약자가 2019년 6월 1일에 이 특별약관을 청약하고 회사가 승낙하여 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 경우, 이 특별약관을 청약하기 전(2019.1.15.~2019.5.31.)에 납입된 보험료는 당해년도 보험료 납입영수증에 장애인전용보장성보험료로 표시되지 않고 특별세액공제 대상에 포함되지 않으며, 장애인전용보험으로 전환된 이후(2019.6.1.~2019.12.31.) 납입된 보험료만 2019년 특별세액공제 대상이 됩니다.

- ② 제1항에 따라 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 후부터 납입된 전환대상계약 보험료는 보험료 납입영수증에 장애인전용보장성보험료로 표시됩니다.
- ③ 제2항에도 불구하고, “전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 당해년도에 전환대상계약이 제1조(적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우” 또는 “전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 당해년도에 제4조(전환 취소)에 따라 전환을 취소하는 경우”에는 당해년도에 납입한 모든 전환대상계약보험료가 보험료 납입영수증에 장애인전용보장성보험료로 표시되지 않습니다.

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

- ④ 전환대상계약에 이 특별약관이 부가된 이후 제4조(전환 취소)에 따라 전환을 취소한 경우 또는 전환대상계약이 제1조(적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않아 이 특별약관의 효력이 없어진 경우 해당 전환대상계약에는 이 특별약관을 다시 부가할 수 없습니다.

제4조(전환 취소)

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

제5조(준용규정)

- ① 이 특별약관에서 정하지 않은 사항에 대하여는 보통약관 및 「소득세법」 등 관련법규에서 정하는 바에 따릅니다.
- ② 「소득세법」 등 관련법규가 제·개정 또는 폐지되는 경우 변경된 법령을 따릅니다.

보험료분납 특별약관

제1조(보험료의 분납)

- ① 이 특별약관에 따라 계약자는 이 계약의 보험료를 분할하여 납입할 수 있습니다.
- ② 납입기일 및 매회 납입하여야 할 보험료는 보험증권에 기재된 바를 따릅니다.

제2조(보험료의 납입)

- ① 계약자는 계약을 체결할 때에 제1회 보험료를 납입하고 제2회 이후 보험료는 보험증권에 기재된 납입기일까지 납입하여야 합니다.
- ② 보험기간이 시작된 후라도 제1항의 제1회 보험료를 납입하기 전에 생긴 사고는 보상하여 드리지 않습니다.
- ③ 보험기간동안 이 계약의 보험요율이 변경된 경우라도 이 특별약관에 따라 납입하는 보험료는 변경 적용하지 않습니다. 다만, 보통약관 및 특별약관의 계약 후 알릴 의무에 따라 보험료가 변경된 경우에는 예외로 합니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.