

적용일자 : 2013.07.12

# 다이렉트 해외여행 실손의료보험

AXA손해보험주식회사

## 목 차

가입자 유의사항  
주요내용 요약서  
보험용어 해설

제1절 보통약관

제2절 제도성 특별약관

1. 지정대리청구서비스 특별약관

【별표1】 해외여행통지

## 가입자 유의사항

### 1. 보험계약 관련 특히 유의할 사항

#### ○ 보험계약 전 알릴의무 위반

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

### 2. 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

#### ○ 실손의료비 관련 담보

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

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

## 주요내용 요약서

### 1. 자필서명

보험계약자와 피보험자(보험대상자)가 자필서명을 하지 않으신 경우에는 보장을 받지 못할 수 있습니다. 다만, 전화를 이용하여 가입할 때 일정요건이 충족되면 자필서명을 생략할 수 있으며, 인터넷을 이용한 사이버 물에서는 전자서명으로 대체할 수 있습니다.

### 2. 청약철회

계약자는 계약을 청약한 날로부터 15일 이내에 그 계약의 청약을 철회할 수 있습니다. 이 경우 납입한 첫 회 보험료를 돌려드립니다. 다만 보험기간이 1년 미만인 계약의 경우 그러하지 아니합니다.

### 3. 계약취소

계약체결 시 보험약관과 계약자 보관용 청약서를 전달받지 못하였거나 약관의 중요한 내용을 설명 받지 못한 때 또는 청약서에 자필서명을 하지 아니한 때에는 계약자는 청약일로부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다.

### 4. 계약의 무효(신체관련)

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

- 타인의 사망을 보장하는 계약에서 피보험자(보험대상자)의 서면동의를 얻지 아니한 경우
- 만15세미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자(보험대상자)로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우
- 계약체결 시 계약에서 정한 피보험자(보험대상자)의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우

### 5. 계약의 소멸(신체 관련)

이 보험계약은 피보험자(보험대상자)의 사망 등으로 인하여 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우, 그때부터 효력을 가지지 아니합니다.

### 6. 계약 전 · 후 알릴의무

- 1) 계약 전 알릴의무 : 보험계약자, 피보험자(보험대상자)는 보험에 가입하실 때

청약서의 질문사항에 사실대로 기재하고 자필서명(전자서명 포함)을 하셔야 합니다.(단, 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에는 음성녹음으로 대체합니다.)

2) 계약 후 알릴의무 : 보험계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 보험계약을 맺은 후 아래와 같은 경우 지체 없이 회사에 알려야 합니다.

- 피보험자(보험대상자)가 직업 또는 직무를 변경(자가용 운전자가 영업용 운전자로 변경하는 경우 포함)하거나 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 직접 사용하게 되는 등 중요한 사항을 변경하는 경우
- 보험목적물을 양도하거나, 다른 장소로 옮기는 경우, 기타 위험이 증가하는 경우

3) 알릴의무 위반 시 효과 : 회사가 별도로 정한 방법에 따라 계약을 해지하거나 보험금 지급이 제한될 수 있습니다.

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

## 7. 보험금의 지급

보험금 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 그 서류를 접수한 날로부터 신체손해에 대한 보험금은 3영업일, 배상책임에 대한 보험금 및 재산손해에 대한 보험금은 지급보험금 결정 후 7일 이내에 지급하여 드립니다. 다만, 회사가 보험금 지급사유 조사 및 확인을 위하여 지급기일 초과가 명백히 예상되는 경우 구체적인 사유와 지급예정일을 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 서면으로 통지하여 드리며, 이 경우 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급하여 드립니다.

만약 지급기일 내에 보험금을 지급하지 아니하였을 때에는 그 다음날부터 지급기일까지의 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 드립니다.

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

## 보험용어 해설

- 보험약관 : 보험계약에 관하여 보험계약자와 보험회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것
- 보험증권(보험가입증서) : 보험계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 보험회사가 보험계약자에게 교부하는 증서
- 보험계약자 : 보험회사와 계약을 체결하고 보험료 납입의무를 지는 사람
- 피보험자(보험대상자) : 보험사고 발생의 대상이 되는 사람
- 보험수익자(보험금을 받는 자) : 보험사고 발생시 보험금 청구권을 갖는 사람
- 보험료
  - 1) 보장보험료 : 보험계약에 따른 보장을 받기 위하여 보험계약자가 보험회사에 납입하는 보험료
  - 2) 적립보험료 : 회사가 적립한 금액을 돌려주는데 필요한 보험료
  - 3) 적립부분 순보험료 : 적립보험료에서 사업비를 공제한 후의 금액
  - ※ 상품에 따라 구성되는 보험료가 다릅니다.
- 보험금 : 피보험자(보험대상자)의 사망, 장애, 입원, 만기 등 보험금 지급사유가 발생하였을 때 보험회사가 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하는 금액
- 보험기간 : 보험계약에 따라 보장을 받는 기간
- 보장개시일 : 보험회사의 보험금 지급의무가 시작되는 날
- 보험계약일 : 계약자와 회사와의 보험계약 체결일, 철회 산정기간의 기준일
- 보험가입금액 : 보험금, 보험료 및 책임준비금 등을 산정하는 기준이 되는 금액
  - ※ 보험가입금액, 보험료 납입기간, 피보험자(보험대상자)의 나이 등을 기준으로 보험료를 산출하지 아니하고, 보험계약자가 보험료를 선택하는 보험에서는 보험료 수준에 따라 보험금, 준비금(적립액) 등이 결정됨
- 책임준비금 : 장래의 보험금, 해지환급금 등의 지급을 위하여 보험계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 보험회사가 적립해 둔 금액
- 해지환급금 : 계약의 효력상실 또는 해지시 보험계약자에게 돌려주는 금액

## 제 1 절 보 통 약 관

해외여행 실손의료보험은 해외여행 중에 피보험자(보험대상자)의 상해 또는 질병으로 인한 의료비를 보험회사가 보상하는 상품입니다

### 제1장 일반사항

#### 제1조(담보종목)

회사는 해외여행 실손의료보험상품을 상해의료비, 질병의료비 등 2가지 이내의 담보종목으로 구성합니다. 또한, 세부구성항목의 해외 및 국내치료비도 선택하여 가입할 수 있습니다.

담보 종목	세부 구성 항목		보상하는 사항
상해 의료비	해외		피보험자(보험대상자)가 <u>해외여행 중에</u> 입은 <u>상해</u> 로 인하여 <u>해외의료기관<sup>(주)</sup></u> 에서 의료비 발생시 보상
	국내	상해 입원	피보험자(보험대상자)가 <u>해외여행 중에</u> 입은 <u>상해</u> 로 인하여 <u>병원</u> 에서 <u>입원</u> 의료비 발생시 보상
		상해 통원	피보험자(보험대상자)가 <u>해외여행 중에</u> 입은 <u>상해</u> 로 인하여 <u>병원</u> 에 <u>통원</u> 하여 치료를 받거나 <u>처방조제</u> 를 받은 경우에 보상
질병 의료비	해외		피보험자(보험대상자)가 <u>해외여행 중에</u> 질병으로 인하여 <u>해외의료기관<sup>(주)</sup></u> 에서 의료비 발생시 보상
	국내	질병 입원	피보험자(보험대상자)가 <u>해외여행 중에</u> 질병으로 인하여 <u>병원</u> 에서 <u>입원</u> 의료비 발생시 보상
		질병 통원	피보험자(보험대상자)가 <u>해외여행 중에</u> 질병으로 인하여 <u>병원</u> 에 <u>통원</u> 하여 치료를 받거나 <u>처방조제</u> 를 받은 경우에 보상

(주) 해외의료기관은 해외소재 의료기관을 말하며, 해외소재약국을 포함합니다. 이하 동일합니다.

#### 제2조(용어정의)

이 약관에서 사용하는 용어의 정의는 <붙임1>과 같으며, 해당 용어는 이 약관에서 밑줄을 그어 표시합니다.

### 제2장 회사가 보상하는 사항

#### 제3조(담보종목별 보장내용)

회사가 이 계약의 보험기간 중 담보종목별로 보상하는 내용은 다음과 같습니다.

담보 종목	세부 구성 항목	보상하는 사항

담보 종목	세부 구성 항목	보상하는 사항
(1) 상해 의료비	<p>해외</p> <p>국내</p>	<p>①회사는 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 해외 여행 중에 상해를 입고, 이로 인해 해외의료기관에서 의사(치료받는 국가의 법에서 정한 병원 및 의사의 자격을 가진 자에 한함)의 치료를 받은 때에는 보험가입금액을 한도로 피보험자(보험대상자)가 실제 부담한 의료비 전액을 보상하여 드립니다.</p> <p>②제1항에도 불구하고 척추지압술(Chiropractic, 추나요법 등)이나 침술(부항, 뜸 포함) 치료로 인한 의료비는 치료받는 국가의 법에서 정한 병원 및 의사의 자격을 가진 자에 의하여 치료를 받은 경우에 한하며, 하나의 상해에 대하여 US \$1,000.00 한도로 보상하여 드립니다.</p> <p>③제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상을 포함합니다. 그러나 세균성 음식물 중독과 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 이에 포함되지 아니합니다.</p> <p>④해외여행 중에 피보험자(보험대상자)가 입은 상해로 인해 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에는 보험기간 종료일로부터 90일까지(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상하여 드립니다.</p> <p>①회사는 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 해외 여행 중에 상해를 입고, 이로 인해 국내 의료기관·약국에서 치료를 받은 때에는 &lt;붙임2&gt;에 따라 보상합니다. 다만, 보험기간이 1년 미만인 경우에는 해외여행 중에 피보험자(보험대상자)가 입은 상해로 인해 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우 보험기간 종료일로부터 90일(통원은 90일 동안 외래는 45회, 처방조제는 45건)까지만(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상하여 드립니다.</p>
(2) 질병 의료비	해외	<p>①회사는 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 해외 여행 중에 질병으로 인하여 해외의료기관에서 의사(치료받는 국가의 법에서 정한 병원 및 의사의 자격을 가진 자에 한함)의 치료를 받은 때에는 보험가입금액을 한도로 피보험자(보험대상자)가 실제 부담한 의료비 전액을 보상하여 드립니다.</p> <p>②제1항에도 불구하고 척추지압술(Chiropractic, 추나요법 등)이나 침술(부항, 뜸 포함) 치료로 인한 의료비는 치료받는 국가의 법에서 정한 병원 및 의사의 자격을 가진 자에 의하여 치료를 받은 경우에 한하며, 하나의 질병에 대하여 US \$1,000.00 한도로 보상하여 드립니다.</p> <p>③제1항의 질병은 계약 청약서 상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한함)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서 상 당해 질병의 고지대상 기</p>



담보 종목	세부 구성 항목	보상하는 사항
(2) 질병 의료비	해외	간을 말함)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다.  ④ <u>해외여행 중에 피보험자(보험대상자)</u> 가 제1항의 질병으로 인해 치료를 받던 중 <u>보험기간</u> 이 만료되었을 경우에는 <u>보험기간 종료일</u> 로부터 90일까지( <u>보험기간 종료일</u> 은 제외합니다) 보상하여 드립니다.
	국내	① <u>회사는 피보험자(보험대상자)</u> 가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 <u>해외여행</u> 중에 발생한 질병으로 인해 국내 <u>의료기관·약국</u> 에서 치료를 받은 때에는 <붙임3>에 따라 보상합니다. 다만, <u>보험기간</u> 이 1년 미만인 경우에는 <u>해외여행 중에 질병(다만, 계약 청약서 상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한함)'</u> 에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서 상 당해 질병의 고지대상 기간을 말함)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다.)을 원인으로 하여 <u>보험기간</u> 만료후 30일( <u>보험기간 종료일</u> 은 제외합니다) 이내에 <u>의사</u> 의 치료를 받기 시작했을 때에는 <u>의사</u> 의 치료를 받기 시작한 날로부터 90일(통원은 90일 동안 외래는 45회, 처방조제는 45건)까지만(치료를 받기 시작한 날을 포함합니다) 보상합니다.

### 제3장 회사가 보상하지 않는 사항

#### 제4조(보상하지 않는 사항)

회사가 보상하지 않는 사항은 다음과 같습니다.

담보 종목	세부 구성 항목	보상하지 않는 사항
		① <u>회사는</u> 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 의료비는 보상하여 드리지 않습니다. 1. <u>보험수익자(보험금을 받는 자)</u> 의 고의. 다만, 그 <u>보험수익자(보험금을 받는 자)</u> 가 보험금의 일부 <u>보험수익자(보험금을 받는 자)</u> 인 경우에는 그 <u>보험수익자(보험금을 받는 자)</u> 에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 <u>보험수익자(보험금을 받는 자)</u> 에게 지급하여 드립니다. 2. <u>계약자</u> 의 고의 3. <u>피보험자(보험대상자)</u> 의 고의. 다만, <u>피보험자(보험대상자)</u> 가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상하여 드립니다. 4. <u>피보험자(보험대상자)</u> 의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 치료한 경우. 그러나 <u>회사가</u> 보상하는 <u>상해</u> 로 인한 경우에는 보상하여 드립니다.

담보 종목	세부 구성 항목	보상하지 않는 사항
(1) 상해 의료비	해외	<p>5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동</p> <p>6. 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 입원 또는 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에 회사는 그로 인하여 악화된 부분에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.</p> <p>② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자(보험대상자)가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 생긴 <u>상해</u>에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.</p> <p>1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩</p> <p>2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 발생한 <u>상해</u>는 보상하여 드립니다)</p> <p>3. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승</p> <p>③ 회사는 아래의 의료비에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.</p> <p>1. 건강검진, 예방접종, 인공유산. 다만, <u>상해</u> 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상하여 드립니다.</p> <p>2. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 비용 등에 소요된 비용. 다만, <u>상해</u> 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상하여 드립니다.</p> <p>3. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용(다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 제외합니다)</p> <p>4. 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비</p> <p>가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등</p> <p>나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술</p> <p>다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술</p> <p>라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술</p> <p>마. 그 외 외모개선 목적의 치료로 건강보험 비급여대상에 해당하는 치료</p> <p>5. 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비</p>
(1) 상해 의료비	해외	

담보 종목	세부 구성 항목	보상하지 않는 사항
	국내	① <붙임4>에 따라 적용합니다.
(2) 질병 의료비	해외	<p>① <u>회사는</u> 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 의료비는 보상하여 드리지 아니합니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <u>보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의</u>. 다만, 그 <u>보험수익자(보험금을 받는 자)가</u> 보험금의 일부 <u>보험수익자(보험금을 받는 자)인 경우에는</u> 그 <u>보험수익자(보험금을 받는 자)에</u> 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 <u>보험수익자(보험금을 받는 자)에게</u> 지급합니다.</li> <li>2. <u>계약자의 고의</u></li> <li>3. <u>피보험자(보험대상자)의 고의</u>. 다만, 심신상실 등으로 자유로운 의사결 정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상 하여 드립니다.</li> <li>4. <u>피보험자(보험대상자)가</u> 정당한 이유없이 <u>입원 또는 통원기간 중 의사</u> 의 지시를 따르지 아니한 때에 <u>회사는</u> 그로 인하여 악화된 부분에 대 하여는 보상하여 드리지 아니합니다.</li> </ol> <p>② <u>회사는</u> 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 아래의 의료비에 대하여 는 보상하여 드리지 아니합니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 정신과질환 및 행동장애(F04~F99)</li> <li>2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관 련 합병증(N96~N98)</li> <li>3. <u>피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로</u> 치료한 경우(O00~O99)</li> <li>4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04)</li> <li>5. 비만(E66)</li> <li>6. 비뇨기계 장애(N39, R32)</li> <li>7. 직장 또는 항문질환 중 국민건강보험법상 <u>요양급여</u>에 해당하지 않는 부분(I84, K60~K62)</li> </ol> <p>③ <u>회사는</u> 아래의 의료비에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 치아보철, 보존, 금관, 틀니, 의치 및 임플란트로 인한 의료비.</li> <li>2. 건강검진, 예방접종, 인공유산. 다만, 질병 치료를 목적으로 하는 경 우에는 보상하여 드립니다.</li> <li>3. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수 정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 비용 등에 소요된 비용. 다만, 질 병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상하여 드립니다.</li> <li>4. 아래에 열거된 치료로 인하여 발생한 의료비</li> </ol>
(2) 질병 의료비	해외	

담보 종목	세부 구성 항목	보상하지 않는 사항
		<p>가. 단순한 피로 또는 권태</p> <p>나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 탈기코(주사비), 점(모반), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환</p> <p>다. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음, 단순포경(phimosis)</p> <p>라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술</p> <p>5. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용(다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 제외합니다)</p> <p>6. 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비</p> <p>가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등</p> <p>나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술</p> <p>다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술</p> <p>라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술</p> <p>마. 그 외 외모개선 목적의 치료로 건강보험 비급여대상에 해당하는 치료</p> <p>7. 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), <u>의사</u>의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비</p> <p>8. 인간면역바이러스(HIV)감염으로 인한 치료비(다만, 의료법에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV감염은 해당진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제외합니다)</p>
	국내	① <붙임5>에 따라 적용합니다.

## 제4장 계약의 성립과 유지

### 제5조(계약의 성립)

①보험계약은 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 이루어집니다.(이하 “보험계약”은 “계약”, “보험계약자”는 “계약자”, “보험회사”는 “회사”라 합니다)

②회사는 피보험자(보험대상자)가 계약에 적합하지 아니한 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 부과하여 인수할 수 있습니다.

③회사는 계약의 청약을 받고 보험료 전액 또는 제1회 보험료를 받은 경우에 건강

진단을 받지 아니하는 계약은 청약일, 건강진단을 받는 계약(이하 “진단계약”이라 합니다)은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권(보험가입증서)을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.

④ 회사가 보험료 전액 또는 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 ‘보험개발원이 공시하는 정기에금이율 + 1%’를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 보험료 전액 또는 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

### 제6조(청약의 철회)

① 계약자는 청약을 한 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 진단계약, 단체(취급)계약 또는 보험기간이 1년 미만인 계약의 경우에는 청약을 철회할 수 없으며, 전화·우편·컴퓨터 등의 통신매체를 통한 보험계약(이하 “통신판매계약”이라 합니다)의 경우(보험기간이 1년 이상인 계약에 한함)에는 청약을 한 날부터 30일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.

② 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날로부터 3일 이내에 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 그 반환기일의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 ‘보험개발원이 공시하는 정기에금이율’을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 보험료 전액 또는 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에 회사는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

③ 청약을 철회할 당시에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유의 발생사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.

### 제7조(계약내용의 변경 등)

① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 보험종목 또는 담보종목
2. 보험기간
3. 보험료 납입주기, 수금방법 및 납입기간
4. 계약자, 보험가입금액 등 기타 계약의 내용

② 계약자는 보험수익자(보험금을 받는 자)를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙을 요하지 아니합니다. 다만, 계약자가 보험수익자(보험금을 받는 자)를 변경하는 경우 회사에 통지하지 아니하면 변경 후 보험수익자(보험금을 받는 자)는 그 권리로써 회사에 대항하지 못합니다.

③ 회사는 계약자가 보험료 전액 또는 제1회 보험료를 납입한 때부터 1년 이상 지난 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청할 때에는 회사의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.

④회사는 계약자가 제1항 제4호의 규정에 의하여 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 계약이 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 경우에는 제26조(보험료의 환급)에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

⑤계약자가 제2항의 규정에 의하여 보험수익자(보험금을 받는 자)를 변경하고자 할 경우에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자(보험대상자)의 서면에 의한 동의가 있어야 합니다.

⑥회사는 제1항에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

### 제8조(보험나이 등)

①이 약관에서의 피보험자(보험대상자)의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제9조(계약의 무효) 제2호의 경우에는 실제 만 나이를 적용합니다.

②제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자(보험대상자)의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

③피보험자(보험대상자)의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 사실과 다른 경우에는 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

#### 【보험나이 계산 예시】

생년월일 : 1988년 10월 2일, 현재(계약일) : 2009년 4월 13일  
⇒ 2009년 4월 13일 - 1988년 10월 2일 = 20년 6월 11일 = 21세

### 제9조(계약의 무효)

계약체결시 계약에서 정한 피보험자(보험대상자)의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 그러나 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 그러하지 아니합니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 각각의 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험개발원이 공시하는 정기에금이용을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

### 제10조(계약의 소멸)

①피보험자(보험대상자)의 사망으로 인하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다. 이 경우 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 경우에는 제26조(보험료의 환급)에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

②장해지급률이 80% 이상인 장해상태가 되어 보험금을 지급하였다 하더라도 이 약

관에서 규정하는 보험금 지급사유가 추가로 발생할 수 있는 경우 이 계약은 소멸되지 않습니다.

### 제11조(계약자의 임의해지)

① 계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 경우에는 제26조(보험료의 환급)에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

② 보험금 지급사유 발생으로 회사가 보험금을 지급한 때에도 보험가입금액이 감액되지 아니하는 경우에는 계약자는 그 보험금 지급사유 발생 후에도 계약을 해지할 수 있습니다.

## 제5장 보험료의 납입 등

### 제12조(보험료 및 회사의 보장개시)

① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 보험료 전액 또는 제1회 보험료를 받은 때(자동이체납입 및 신용카드납입의 경우에는 자동이체신청 및 신용카드매출 승인에 필요한 정보를 제공한 때. 다만, 계약자의 귀책 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료 전액 또는 제1회 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다)부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 그러나 회사가 청약시에 보험료 전액 또는 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙한 경우에는 보험료 전액 또는 제1회 보험료를 받은 때(이 약관에서 보험료 전액 또는 제1회 보험료를 받은 날을 “보장개시일(책임개시일)”이라 하며 보장개시일(책임개시일)을 계약일로 봅니다)부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

② 회사가 청약시에 보험료 전액 또는 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보험료 전액 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다. 다만, 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.

1. 제16조(계약 전 알릴의무)의 규정에 의하여 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 회사에 알린 내용 또는 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
2. 제18조(알릴의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우
3. 진단계약에서 보험금 지급사유 발생시까지 진단을 받지 아니한 경우

③ 제1항의 규정에도 불구하고 회사는 피보험자(보험대상자)가 주거지를 출발하기 전과 주거지에 도착한 이후에 발생한 사고에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.

④ 피보험자(보험대상자)가 승객으로 탑승하는 항공기, 선박 등의 교통수단이 보험기간 마지막날 여행의 최종목적지에 도착하도록 예정되어 있음에도 불구하고 도착

이 지연되었을 경우에는 회사의 보장의 종기는 24시간을 한도로 자동적으로 연장됩니다.

⑤제4항의 경우 중 피보험자(보험대상자)가 승객으로 탑승하는 항공기가 제3자에 의한 불법적인 지배를 받았을 경우 또는 공권력에 의해 구속을 받았을 경우에는 그 때부터 피보험자(보험대상자)가 정상적인 여행 상태로 돌아올 때까지의 필요한 시간 또는 회사가 타당하다고 인정되는 시간을 한도로 하여 회사의 보장의 종기는 연장됩니다.

### 제13조(강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복))

①타인을 위한 계약의 경우 제26조(보험료의 환급)에 따른 계약자의 해지환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 의해 계약이 해지된 경우에는, 회사는 해지 당시의 보험수익자(보험금을 받는 자)가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에게 지급하고 제7조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자(보험금을 받는 자)로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 통지하여야 합니다.

②회사는 제1항에 의한 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙하며, 계약은 청약한 때부터 특별부활(효력회복) 됩니다.

③회사는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 하여야 합니다. 다만, 회사는 법정상속인이 보험수익자(보험금을 받는 자)로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.

④회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날로부터 7일 이내에 하여야 합니다. 다만, 회사의 통지가 7일을 경과하여 도달하고 이후 보험수익자(보험금을 받는 자)가 제1항에 의한 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복)을 청약한 경우에는 계약이 해지된 날부터 7일이 되는 날에 특별부활(효력회복) 됩니다.

⑤보험수익자(보험금을 받는 자)는 통지를 받은 날(제3항에 의해 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)로부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

#### 【강제집행과 담보권 실행】

강제집행이란 사법상 또는 행정법상의 의무를 이행하지 아니하는 사람에 대하여 국가가 강제 권력으로 그 의무를 이행하는 것을 말합니다. 담보권실행이란 담보권을 설정한 채권자가 채무를 이행하지 아니하는 채무자에 대하여 해당 담보권을 실행하는 것을 말합니다. 법원은 채권자의 신청에 따른 강제집행 및 담보권실행으로 채무자의 해지환급금을 압류할 수 있으며, 법원의 추심명령 또는 전부명령에 따라 회사는 채권자에게 해지환급금을 지급하게 됩니다.

- 추심명령 : 채권자에게 채무자가 제3채무자에 대하여 가지고 있는 금전채권을 대위의 절차없이 채무자에 갈음하여 직접 추심(받아냄)할 수 있는 권리를 부여하는 집행법원의 결정
- 전부명령 : 채무자가 제3채무자에 대한 채권을 채권자에게 이전시키고 그 대신채무자에 대한 채권이 소멸되는 집행법원의 결정



**【국세 및 지방세 체납처분 절차】**

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

국세 및 지방세 체납시 국세청 및 지방자치단체에 의해 채무자의 해지환급금이 압류될 수 있으며, 체납처분 절차에 따라 회사는 채권자에게 해지환급금을 지급하게 됩니다.

## 제6장 다수보험의 처리 등

### 제14조(다수보험의 처리)

- ① 다수보험의 경우 각 계약의 보상대상의료비 및 보상책임액에 따라 제3항에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.
- ② 비례분담하여 지급된 각 계약의 보상책임액 합계액은 각 계약의 보장대상의료비 중 최고액을 보상최고한도로 합니다.
- ③ 각 계약의 보상책임액 합계액이 각 계약의 보장대상의료비 중 최고액을 초과한 다수보험은 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 다수보험 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다. 이 경우 입원, 외래, 처방조제를 각각 구분하여 계산합니다.

$$\text{각 계약별 비례분담액} = \frac{\text{계약의 } \underline{\text{보장대상의료비}} \text{ 중 최고액} \times \text{각 계약별 } \underline{\text{보상책임액}}}{\text{각 계약별 } \underline{\text{보상책임액의 합계액}}}$$

### 제15조(연대책임)

- ① 2009년 10월 1일 이후에 신규로 체결된 보험수익자(보험금을 받는 자)가 동일한 다수보험의 경우 보험수익자(보험금을 받는 자)는 보험금 전부 또는 일부의 지급을 다수계약이 체결되어 있는 회사 중 한 회사에 청구할 수 있고 청구를 받은 회사는 해당 보험금을 이 계약의 보험가입금액 한도내에서 지급합니다.
- ② 제1항에 의하여 보험금을 지급한 회사는 보험수익자(보험금을 받는 자)가 다른 회사에 대하여 가지는 해당 보험금청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 보험수익자(보험금을 받는 자)가 다른 회사에 청구할 수 있는 보험금의 일부인 경우에는 해당 보험수익자(보험금을 받는 자)의 청구권을 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 취득합니다.

## 제7장 계약 전 알릴의무 등

### 제16조(계약 전 알릴의무)

계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 청약시(진단계약의 경우에는 건강진단서를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 “계약 전 알릴의무”라 하며, 상법상 “고지의무”와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약의 경우 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 및 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

**【계약 전 알릴의무】**

상법 제651조에서 정하고 있는 의무. 보험계약자나 피보험자는 청약시에 보험회사가 서면으로 질문한 중요한 사항에 대해 사실대로 알려야 하며, 위반시 보험계약의 해지 또는 보험금 부지급 등 불이익을 당할 수 있습니다.

※ 상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약 해지)  
: 계약당시 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 중요한 사항을 고지하지 아니하거나 부실 고지한 때에는 보험회사는 그 사실을 안 날로부터 1월내에, 계약을 체결한 날로부터 3년내에 계약을 해지할 수 있다. 그러나 보험회사가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못한 때에는 계약을 해지할 수 없다.

※ 의료법 제3조(의료기관)내지 제3조의 2의 규정에 의한 병원 : 30개 이상의 병상(또는 요양병상)을 갖춘 병원, 치과병원, 한방병원(또는 요양병원)

**제17조(상해보험계약 후 알릴의무)**

① 계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 보험기간 중에 피보험자(보험대상자)가 그 직업 또는 직무를 변경(자가용 운전자가 영업용 운전자로 직업 또는 직무를 변경하는 등의 경우를 포함합니다)하거나 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 계속적으로 사용하게 된 경우에는 지체없이 회사에 알려야 합니다.

② 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려드리며, 계약자 또는 피보험자(보험대상자)의 고의 또는 중과실로 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날부터 1개월 이내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.

③ 제1항의 통지에 따라 보험료를 더 내야 할 경우 회사의 청구에 대해 계약자가 그 납입을 게을리 했을 때, 회사는 직업 또는 직무가 변경되기 전에 적용된 보험료를(이하 “변경전 요율”이라 합니다)의 직업 또는 직무가 변경된 후에 적용해야 할 보험료를(이하 “변경후 요율”이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 변경된 직업 또는 직무와 관계없는 사고로 발생한 상해에 관해서는 그러하지 아니합니다.

④ 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 고의 또는 중과실로 직업 또는 직무의 변경 사실을 회사에 알리지 아니하였을 경우 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 동 사실을 안 날로부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자(보험대상자)에게 제3항에 의해 보상됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

**제18조(알릴의무 위반의 효과)**

① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 보험금 지급사유의 발생여부에 관계없

이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 계약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 이들의 대리인이 고의 또는 중대한 과실로 제16조(계약 전 알릴의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우.
2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제17조(상해보험계약 후 알릴의무) 제1항에서 정한 계약후 알릴의무를 이행하지 아니하였을 때

②제1항 제1호의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.

1. 회사가 계약당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날로부터 1개월 이상 지났거나 보험료 전액 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
3. 계약체결일부부터 3년이 지났을 때
4. 회사가 이 계약의 청약시 피보험자(보험대상자)의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 의하여 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 제외)
5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자(보험대상자)에게 고지할 기회를 부여하지 아니하였거나 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자(보험대상자)에 대해 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 그러하지 아니합니다.

③제1항에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 전에 이루어진 경우, 이로 인하여 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 경우에는 제26조(보험료의 환급)에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

④제1항 제1호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 드리지 아니하며, 계약전 알릴의무 위반사실뿐만 아니라 계약전 알릴의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다” 라는 문구와 함께 계약자에게 서면으로 알려 드립니다. 또한 이 경우 계약 해지로 인하여 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 경우에는 제26조(보험료의 환급)에 따라 이를 계약자에게 지급합니다. 또한, 제1항 제2호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 그 손해를 제17조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제3항 또는 제4항에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

⑤제1항에도 불구하고 알릴의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미치지 아니하였음을 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)가 증명한 경우에는 제4항에 관계없이 약정한 보험금을 지급하여 드립니다.

⑥회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 아니합니다.

### 제19조(중대사유로 인한 해지)

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

1. 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)가 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

②회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고, 해지시 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 경우에는 제26조(보험료의 환급)에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

### 제20조(사기에 의한 계약)

계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 대리진단, 약물복용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 인간면역바이러스(HIV) 감염의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등, 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 계약체결일부터 5년 이내(사기사실을 안 날로부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

## 제8장 보험금 지급의 절차 등

### 제21조(주소변경통지)

①계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)(타인을 위한 보험계약에 해당합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.

②제1항에서 정한대로 계약자가 알리지 아니한 경우에는 계약자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 방법에 의해 계약자에게 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자에게 도달된 것으로 봅니다.

### 제22조(대표자의 지정)

①계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)가 2인 이상인 경우에는 각 대표자 1인을 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)를 대리하는 것으로 합니다.

②제1항의 대표자로 지정된 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 소재가 확실하지 아니한 경우 또는 회사의 요구에도 불구하고 대표자를 선정하지 아니하거나 선정할 수 없는 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 보험수익자(보

보험금을 받는 자) 1인에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)에 대하여도 효력이 미칩니다.

③계약자가 2인 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

### 제23조(보험금 지급사유의 통지)

계약자 또는 피보험자(보험대상자)나 보험수익자(보험금을 받는 자)는 보험금 지급사유가 생긴 것을 안 때에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

### 제24조(보험금 등 청구시 구비서류)

①보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 및 제26조(보험료의 환급)에 따른 환급금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

②**병원** 또는 의원에서 제1항 제2호의 사고증명서를 발급받을 경우, 그 **병원** 또는 의원은 의료법 제3조(의료기관)에서 정하는 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관이어야 합니다.

### 제25조(보험금의 지급)

①회사는 제24조(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하여 드립니다.

#### 【 영업일 】

“토요일”, “일요일”, “관공서의 공휴일에 관한 규정에 정한 공휴일” 및 “근로자의 날”을 제외한 날을 의미합니다.

②회사가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제1항의 지급기일 초과가 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유 및 지급예정일에 대하여 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제24조(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정 신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제4항에 의한 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또

는 보험수익자의 책임있는 사유로 인하여 보험금 지급사유의 조사 및 확인이 지연되는 경우

③회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 아니하였을 때에는 (제2항의 규정에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다) 그 다음날로부터 지급일까지의 기간에 대하여 ‘보험개발원이 공시하는 정기에금이율’을 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 드립니다. 그러나 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 책임 있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 드리지 않습니다.

④계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)는 제18조(알릴의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실 확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

### 제26조(보험료의 환급)

①이 계약이 소멸된 때에는 다음과 같이 보험료를 돌려 드립니다.

1. 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 책임 없는 사유에 의하는 경우 : 무효의 경우에는 회사에 납입한 보험료의 전액, 해지의 경우에는 경과하지 아니한 기간에 대하여 일단위로 계산한 보험료
2. 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 책임 있는 사유에 의하는 경우 : 이미 경과한 기간에 대하여 단기요율(1년 미만의 기간에 적용되는 요율)로 계산한 보험료를 뺀 잔액. 다만, 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의 또는 중대한 과실로 무효가 된 때에는 보험료를 돌려드리지 않습니다.

②보험기간이 1년을 초과하는 계약이 무효 또는 해지의 경우에는 무효의 원인이 생긴 날 또는 해지일이 속하는 날에 해당하는 보험년도의 보험료는 제1항의 규정을 적용하고 그 이후의 보험년도에 속하는 보험료는 전액을 돌려드립니다.

### 제27조(보험금 받는 방법의 변경)

①계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자(보험금을 받는 자))는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급하거나 일시에 지급하는 방법으로 변경할 수 있습니다.

②회사는 제1항에 의하여 일시금을 나누어 지급하는 경우에는 그 미지급금액에 대하여 ‘보험개발원이 공시하는 정기에금이율’을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급하며, 나누어 지급하는 금액을 일시금으로 지급하는 경우에는 보험개발원이 공시하는 정기에금이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

### 제28조(계약내용의 교환)

회사는 계약의 체결 및 관리 등을 위한 판단자료로서 활용하기 위하여 다음 각 호의 사항을 계약자 및 피보험자(보험대상자)의 동의를 받아 다른 회사(보험관련 업

무를 위탁받은 자를 포함합니다) 및 보험관련 단체 등에게 제공할 수 있으며, 이 경우 회사는 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제16조(수집·조사 및 처리의 제한) 제2항, 제32조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의) 및 제33조(개인신용정보의 이용), 동법 시행령 제28조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의), 개인정보보호법 제15조(개인정보의 수집·이용), 제17조(개인정보의 제공), 제22조(동의를 받는 방법), 제23조(민감정보의 처리 제한) 및 제24조(고유식별정보의 처리제한)의 규정을 따릅니다.

1. 계약자, 피보험자(보험대상자)의 성명, 주민등록번호 및 주소
2. 계약체결일, 보험종목, 보험료, 보험가입금액 등 계약내용
3. 보험금과 각종 급부금액 및 지급사유 등 지급내용
4. 피보험자(보험대상자)의 상해 및 질병에 관한 정보

**【신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률】**

- 제16조(수집·조사 및 처리의 제한) 제2항 : 회사가 개인의 질병에 관한 정보를 수집하거나 타인에게 제공하는 경우 개인의 동의를 받아야 하며, 대통령령이 정하는 목적으로만 그 정보를 이용해야 한다.
- 제32조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의) : 회사가 개인신용정보를 타인에게 제공하려는 경우 다음 각 호 중 하나의 방식으로 미리 동의를 얻어야 함
  1. 서면
  2. 전자서명법에 따른 공인전자서명이 있는 전자문서
  3. 유무선통신으로 개인비밀번호를 입력하는 방식
  4. 유무선통신으로 동의 내용을 알리고 동의를 받는 방법
  5. 그 밖에 대통령령으로 정하는 방식

**【개인정보보호법】**

- 제17조(개인정보의 제공) : 회사는 계약자 등의 동의를 받을 때에는 다음 각 호의 사항을 계약자 등에게 알려야 하며, 다음 각 호의 어느 하나의 사항을 변경하는 경우에도 이를 알리고 동의를 받아야 한다.
  1. 개인정보를 제공받는 자
  2. 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 이용 목적
  3. 제공하는 개인정보의 항목
  4. 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 보유 및 이용 기간
  5. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용

## 제9장 분쟁조정 등

### 제29조(약관교부 및 설명의무 등)

①회사는 계약자가 청약한 경우 계약자에게 약관 및 계약자 보관용 청약서(청약서 부분)를 드리고 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다. 다만, 통신판매 계약의 경우에는 회사는 계약자의 동의를 얻어 다음 중 한 가지 방법으로 할 수 있습니다.

1. 광기록매체 또는 전자우편 등의 전자적 방법으로 약관이나 계약자 보관용 청약서(청약서 부분)를 송부하는 방법. 이 경우 계약자 또는 그 대리인이 이를 수신한 때에 당해 약관이나 계약자 보관용 청약서(청약서 부분)를 드린 것으로 봅니다.
2. 사이버몰(컴퓨터를 이용하여 보험거래를 할 수 있도록 설정된 가상의 영업

장)에서 약관 및 그 설명문(약관의 중요한 내용을 알 수 있도록 설명한 문서)을 읽거나 내려받게 하는 방법. 이 경우 계약자가 이를 읽거나 내려받은 것을 확인한 때에 당해 약관을 드리고 그 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

3. 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴의무, 약관의 중요한 내용 등 계약 체결을 위하여 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

②회사가 제1항에 의해 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서(청약서 부분)를 청약시 계약자에게 전달하지 아니하거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 아니한 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명[날인(도장을 찍음) 또는 전자서명법 제2조 제10호의 규정에 의한 공인인증기관이 인증한 전자서명을 포함합니다]을 하지 아니한 때에는 계약자는 청약일부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다. 다만, 단체(취급)계약의 경우에는 계약체결일부터 1개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

③제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 1을 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제1항에 의한 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서(청약서 부분)를 전달한 것으로 봅니다.

1. 계약자, 피보험자(보험대상자) 및 보험수익자(보험금을 받는 자)가 동일한 계약의 경우

2. 계약자, 피보험자(보험대상자)가 동일하고 보험수익자(보험금을 받는 자)가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우

④제2항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 ‘보험개발원이 공시하는 정기에금이율’을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

⑤회사는 관계 법규에 따라 피보험자(보험대상자)가 될 자가 다른 실손 의료보험계약을 체결하고 있는지 여부를 확인하고, 그 결과 피보험자(보험대상자)가 될 자가 다른 실손 의료보험계약의 피보험자(보험대상자)로 되어 있는 경우에는 보상방식 등을 설명하여 드립니다.

### 제30조(소멸시효)

보험금 청구권, 보험료 또는 환급금 반환청구권은 2년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성됩니다.

#### 【소멸시효】

주어진 권리를 행사하지 않을 때 그 권리가 없어지게 되는 기간으로 보험금 지급사유가 발생한 후 2년간 보험금을 청구하지 않는 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.



### 제31조(분쟁의 조정)

계약에 관하여 분쟁이 있는 경우에는 분쟁당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있습니다.

### 제32조(관할법원)

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

### 제33조(약관의 해석)

- ①회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하여야 하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 아니합니다.
- ②회사는 약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.
- ③회사는 보상하지 않는 사항 등 계약자나 피보험자(보험대상자)에게 불리하거나 부담을 주는 내용은 확대하여 해석하지 아니합니다.

### 제34조(회사가 제작한 보험안내장의 효력)

보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사 제작의 보험안내장(계약의 청약을 권유하기 위하여 만든 서류 등을 말합니다)의 내용이 약관의 규정과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

### 제35조(회사의 손해배상책임)

- ①회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험 설계사 및 대리점의 책임있는 사유로 인하여 계약자, 피보험자(보험대상자) 및 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 발생한 손해에 대하여는 보험업법 등 관계 법률 등에서 정한 바에 따라 손해배상의 책임을 집니다.
- ②회사는 보험금 지급 거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 소를 제기하여 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 손해를 가한 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.
- ③회사가 보험금 지급여부 및 지급금액에 관하여 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 곤궁, 경솔 또는 무경험을 이용하여 현저하게 공정을 잃은 합의를 한 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

### 제36조(회사의 파산선고와 해지)

- ①회사가 파산의 선고를 받은 때에는 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.
- ②제1항의 규정에 의하여 해지하지 아니한 계약은 파산선고 후 3개월이 지난 때에는 그 효력을 잃습니다.
- ③제1항의 규정에 의하여 계약이 해지되거나 제2항의 규정에 의하여 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제26조(보험료의 환급) 상 환급금을 계약자에게 지급합니다.

### **제37조(예금보험기금에 의한 지급보장)**

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

### **제38조(준거법)**

이 약관에서 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

<붙임 1>용어의 정의

용어	정의
계약	보험계약
계약자	보험회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입하는 사람
피보험자 (보험대상자)	보험금지급사유 또는 보험사고 발생의 대상(객체)이 되는 사람
보험수익자 (보험금을 받는 자)	보험금을 수령하는 사람
보험기간	계약에서 정한 대상이 되는 위험이 보장되는 기간
회사	보험회사
해외여행중	피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 여행을 목적으로 주거지를 출발하여 여행을 마치고 주거지에 도착할 때까지의 기간
상해	보험기간 중 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고
상해보험계약	상해를 보장하는 계약
의사	의료법 제2조(의료인)에서 정한 의사, 한의사 및 치과의사의 자격을 가진 사람
약사	약사법 제2조(정의)에서 정한 약사 및 한약사의 자격을 가진 사람
의료기관	의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정하는 의료기관이며 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 구분됨 (해외의료기관은 제외)
약국	약사법 제2조 제3항 규정에 의한 장소로서, 약사가 수여할 목적으로 의약품 조제업무를 하는 장소를 말하며, 의료기관의 조제실은 제외
병원	국민건강보험법 제40조(요양기관)에서 정하는 국내의 병원 또는 의원(조산원은 제외)
입원	의사가 보험대상자의 질병 또는 상해로 인하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 병원, 의료기관 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관에 입실하여 의사의 관리를 받으며 치료에 전념하는 것
입원의 정의 중 이와 동등하다고 인정되는 의료기관	보건소, 보건의료원 및 보건지소 등 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 의료기관에 준하는 의료기관으로서 군의무대, 치매요양원, 노인요양원 등에 속해 있는 요양원, 요양시설, 복지시설 등과 같이 의료기관이 아닌 곳은 이에 해당되지 않음
기준병실	병원에서 국민건강보험 환자의 입원시 적용하는 기준이 되는 병실

용어	정의
입원실료	입원치료 중 발생한 기준병실 사용료, 환자관리료, 식대 등을 말함
입원제비용	입원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 재료대, 캐스트료, 지정진료비 등을 말함
입원수술비	입원치료 중 발생한 수술료, 마취료, 수술재료비 등을 말함
입원의료비	입원실료, 입원제비용, 입원수술비, 상급병실료 차액으로 구성됨
통원	의사가 피보험자(보험대상자)의 질병 또는 상해로 인하여 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서, 병원에 입원하지 않고 병원을 방문하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것
처방조제	의사 및 약사가 피보험자(보험대상자)의 질병 또는 상해로 인하여 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서, 통원으로 인하여 발행된 의사의 처방전으로 약국의 약사가 조제하는 것을 말함(국민건강보험법 제40조 제1항 제3호에 의한 한국회귀의약품센터에서의 처방조제 및 의약분업예외지역에서 약사의 직접조제 포함)
외래제비용	통원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 재료대, 캐스트료, 지정진료비 등을 말함
외래수술비	통원치료 중 발생한 수술료, 마취료, 수술재료비 등을 말함
처방조제비	병원 의사의 처방전에 따라 조제되는 약국의 처방조제비 및 약사의 직접조제비를 말함
통원의료비	외래제비용, 외래수술비, 처방조제비로 구성됨
요양급여	국민건강보험법 제39조(요양급여)에 의한 가입자 및 피부양자의 질병·부상 등에 대한 다음 각호의 요양급여를 말함 1. 진찰·검사 2. 약제·치료재료의 지급 3. 처치·수술 기타의 치료 4. 예방·재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송
의료급여	의료급여법 제7조(의료급여의 내용 등)에 의한 가입자 및 피부양자의 질병·부상 등에 대한 다음 각호의 요양급여를 말함 1. 진찰·검사 2. 약제·치료재료의 지급 3. 처치·수술 기타의 치료 4. 예방·재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송과 그 밖의 의료목적의 달성을 위한 조치
국민건강보험법상 본인부담금상한제	국민건강보험법 상 요양급여 중 연간 본인부담금 총액이 국민건강보험법시행령 별표3에서 정하는 금액을 넘는 경우에 그 초과한 금액을 공단에서 부담하고 있는 제도를 말하며, 국민건강보험 관련 법령의 변경에 따라 환급기준이 변경될 경우에는 회사는 변경되는 기준에 따름
의료급여법	의료급여법상 의료급여 중 본인부담금이 의료급여법 시행령 제13조(급여비용

용어	정의
상 본인부담금 보상제 및 본인부담금상한제	의 부담)에서 정하는 금액을 넘는 경우에 그 초과한 금액을 의료급여기금 등에서 부담하고 있는 제도를 말하며, 의료급여 관련 법령의 변경에 따라 환급기준이 변경될 경우에는 회사는 변경된 기준에 따름
보상대상의료비	실제 부담액 - 보상제외금액
보상책임액	(실제 부담액 - 보상제외금액) × 회사부담비율
다수보험	실손 의료보험계약(우체국보험, 각종 공제, 상해·질병·간병보험 등 제3보험, 개인연금·퇴직보험 등 의료비를 실손으로 보상하는 보험·공제계약을 포함)이 동시에 또는 순차적으로 2개 이상 체결되었고, 그 계약이 동일한 보험사고에 대하여 각 계약별 보상책임액이 있는 다수의 실손 의료보험계약을 말함

<붙임 2> 국내 의료기관 의료비 중 보상하는 상해의료비

구분	보상하는 사항	
상해 입원	① 회사는 피보험자(보험대상자)가 상해로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원의료비를 다음과 같이 하나의 상해당 보험가입금액(5,000만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다)을 한도로 보상하여 드립니다.	
	구분	보상금액
	표준형	‘국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금’과 ‘비급여’ <sup>주)</sup> (상급병실료 차액 제외)의 합계액(본인이 실제로 부담한 금액)의 80% 해당액(다만, 20% 해당액이 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다)
	선택형	‘국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금’과 ‘비급여’ <sup>주)</sup> (상급병실료 차액 제외)의 합계액(본인이 실제로 부담한 금액)의 90% 해당액(다만, 10% 해당액이 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다)
	표준형	‘국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금’과 ‘비급여’ <sup>주)</sup> (상급병실료 차액 제외)의 합계액(본인이 실제로 부담한 금액)의 80% 해당액(다만, 20% 해당액이 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다)
선택형	‘국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금’과 ‘비급여’ <sup>주)</sup> (상급병실료 차액 제외)의 합계액(본인이 실제로 부담한 금액)의 90% 해당액(다만, 10% 해당액이 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다)	
주) 국민건강보험 또는 의료급여법에 따라 보건복지부 장관이 정한 비급여대상		
② 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상을 포함합니다. 그러나 세균성 음식물 중독과 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 이에 포함되지 않습니다.		
③ 피보험자(보험대상자)가 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용받지 못하는 경우에는 입원의료비(국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙’에 따라 보건복지부장관이 정한 급여 및 비급여의료비 항목에 한합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액의 40% 해당액을 하나의 상해당 보험가입금액(5,000만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다)을 한도로 보상하여 드립니다.		
④ 회사는 하나의 상해(동일 상해로 2회 이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 상해로 봅니다)로 인한 입원의료비를 최초 입원일로부터 365일까지(최초 입원일을 포함합니다) 보상합니다. 다만, 동일한 상해로 인하여 최초 입원일로부터 365일을 넘어 입원할 경우에는 아래의 예시와 같이 90일간의 보상제외기간이 지나야 새로운 상해로 보아 다시 보상하여 드립니다.		

구분	보상하는 사항														
<u>상해</u> <u>입원</u>	<p style="text-align: center;"><b>&lt;보상기간 예시&gt;</b></p> <div style="text-align: center;"> </div> <p>⑤ 피보험자(보험대상자)가 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되더라도 그 계속 중인 입원에 대하여는 보험기간 종료일로부터 180일까지(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상하며 이 경우 제4항은 적용하지 아니합니다. 다만, 동일회사 계약의 자동갱신 또는 재가입의 경우 종전계약의 보험기간 연장으로 간주하여 제4항을 적용합니다.</p> <p>⑥ 피보험자(보험대상자)가 병원의 직원복리후생제도에 의하여 납부할 의료비를 감면받은 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 <u>입원의료비</u>를 계산합니다.</p>														
	<p>① 회사는 피보험자(보험대상자)가 <u>상해</u>로 인하여 <u>병원</u>에 <u>통원</u>하여 치료를 받거나 <u>처방조제</u>를 받은 경우에는 <u>통원의료비</u>로서 매년 <u>계약해당일</u>로부터 1년을 단위로 하여 다음과 같이 <u>외래(외래제비용, 외래수술비)</u> 및 <u>처방조제비</u>를 각각 보상하여 드립니다.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">구분</th> <th style="width: 90%;">보 상 한 도</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">외래</td> <td>방문 1회당 '국민건강보험법에서 정한 <u>요양급여</u> 또는 의료급여법에서 정한 <u>의료급여</u> 중 본인부담금'과 '비급여<sup>주1)</sup>'의 합계액(본인이 실제로 부담한 금액)에서 &lt;표1 항목별 공제금액&gt;을 차감하고 외래의 보험가입금액<sup>주2)</sup>을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 방문 180회 한도)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">처방조제비</td> <td>처방전 1건당 '국민건강보험법에서 정한 <u>요양급여</u> 또는 의료급여법에서 정한 <u>의료급여</u> 중 본인부담금'과 '비급여<sup>주1)</sup>'의 합계액(본인이 실제로 부담한 금액)에서 &lt;표1 항목별 공제금액&gt;을 차감하고 <u>처방조제비</u>의 보험가입금액<sup>주2)</sup>을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 처방전 180건 한도)</td> </tr> </tbody> </table> <p>주1) 국민건강보험 또는 의료급여법에 따라 보건복지부 장관이 정한 비급여대상  주2) 외래 및 처방조제비는 회(건)당 합산하여 30만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다.</p> <p style="text-align: center;"><b>&lt;표1 항목별 공제금액&gt;</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">구분</th> <th style="width: 60%;">항 목</th> <th style="width: 30%;">공제금액</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">표준형</td> <td>외래 (외래 제비용 및</td> <td>의료법 제3조 제2항 제1호에 의한 의원, 치과의원, 한의원, 의료법 제3조 제2항 제2호에 의한 조산원, 지역보건법 제7조에 의한 보건소, 지역보건법 제8조에 의한 보건의료원, 지역보건법 제10조에 의한 보건지소, 농어촌 등</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>1만원과 <u>보상대상 의료비의 20%중 큰</u></td> </tr> </tbody> </table>	구분	보 상 한 도	외래	방문 1회당 '국민건강보험법에서 정한 <u>요양급여</u> 또는 의료급여법에서 정한 <u>의료급여</u> 중 본인부담금'과 '비급여 <sup>주1)</sup> '의 합계액(본인이 실제로 부담한 금액)에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감하고 외래의 보험가입금액 <sup>주2)</sup> 을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 방문 180회 한도)	처방조제비	처방전 1건당 '국민건강보험법에서 정한 <u>요양급여</u> 또는 의료급여법에서 정한 <u>의료급여</u> 중 본인부담금'과 '비급여 <sup>주1)</sup> '의 합계액(본인이 실제로 부담한 금액)에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감하고 <u>처방조제비</u> 의 보험가입금액 <sup>주2)</sup> 을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 처방전 180건 한도)	구분	항 목	공제금액	표준형	외래 (외래 제비용 및	의료법 제3조 제2항 제1호에 의한 의원, 치과의원, 한의원, 의료법 제3조 제2항 제2호에 의한 조산원, 지역보건법 제7조에 의한 보건소, 지역보건법 제8조에 의한 보건의료원, 지역보건법 제10조에 의한 보건지소, 농어촌 등		
구분	보 상 한 도														
외래	방문 1회당 '국민건강보험법에서 정한 <u>요양급여</u> 또는 의료급여법에서 정한 <u>의료급여</u> 중 본인부담금'과 '비급여 <sup>주1)</sup> '의 합계액(본인이 실제로 부담한 금액)에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감하고 외래의 보험가입금액 <sup>주2)</sup> 을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 방문 180회 한도)														
처방조제비	처방전 1건당 '국민건강보험법에서 정한 <u>요양급여</u> 또는 의료급여법에서 정한 <u>의료급여</u> 중 본인부담금'과 '비급여 <sup>주1)</sup> '의 합계액(본인이 실제로 부담한 금액)에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감하고 <u>처방조제비</u> 의 보험가입금액 <sup>주2)</sup> 을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 처방전 180건 한도)														
구분	항 목	공제금액													
표준형	외래 (외래 제비용 및	의료법 제3조 제2항 제1호에 의한 의원, 치과의원, 한의원, 의료법 제3조 제2항 제2호에 의한 조산원, 지역보건법 제7조에 의한 보건소, 지역보건법 제8조에 의한 보건의료원, 지역보건법 제10조에 의한 보건지소, 농어촌 등													
		1만원과 <u>보상대상 의료비의 20%중 큰</u>													

구분	보상하는 사항													
	구분	항목	공제금액											
	외래 수술 비 합계)	보건의료를 위한 특별조치법 제15조에 의한 보건진료소	금액											
		의료법 제3조 제2항 제3호에 의한 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	1만 5천원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액											
	처방 조제 비	국민건강보험법 제40조 제2항에 의한 종합전문요양기관 또는 의료법 제3조의 4에 의한 상급종합병원	2만원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액											
국민건강보험법 제40조 제1항 제2호에 의한 약국, 동법 제40조 제1항 제3호에 의한 한국희귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약분업 예외지역에서 약사의 직접조제 1건당)		8천원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액												
선택 형	외래 (외래 제비용 및 외래 수술 비 합계)	의료법 제3조 제2항 제1호에 의한 의원, 치과의원, 한의원, 의료법 제3조 제2항 제2호에 의한 조산원, 지역보건법 제7조에 의한 보건소, 지역보건법 제8조에 의한 보건의료원, 지역보건법 제10조에 의한 보건지소, 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법 제15조에 의한 보건진료소	1만원											
		의료법 제3조 제2항 제3호에 의한 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	1만 5천원											
	처방 조제 비	국민건강보험법 제40조 제2항에 의한 종합전문요양기관 또는 의료법 제3조의 4에 의한 상급종합병원	2만원											
		국민건강보험법 제40조 제1항 제2호에 의한 약국, 동법 제40조 제1항 제3호에 의한 한국희귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약분업 예외지역에서 약사의 직접조제 1건당)	8천원											
상해 통원	<p>② 피보험자(보험대상자)가 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되더라도 그 계속 중인 통원 치료에 대하여는 보험기간 만료일로부터 180일 이내에 외래는 방문 90회, 처방조제비는 처방전 90건을 한도로 보상하여 드립니다. 다만, 동일 회사 계약의 자동갱신 또는 재가입의 경우 종전계약의 보험기간 연장으로 간주하여 제1항을 적용합니다.</p>													
	<p style="text-align: center;">&lt;보상기간 예시&gt;</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%;">보상대상기간 (1년)</td> <td style="width: 25%;">보상대상기간 (1년)</td> <td style="width: 25%;">보상대상기간 (1년)</td> <td style="width: 25%;">추가보상 (180일)</td> </tr> <tr> <td>↑ 계약일 (2013.1.1)</td> <td>↑ 계약해당일 (2014.1.1)</td> <td>↑ 계약해당일 (2015.1.1)</td> <td>↑ 계약종료일 (2015.12.31)</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>↑ 보상종료 (2016.6.28.)</td> </tr> </table> <p>③ 하나의 상해로 인해 하루에 같은 치료를 목적으로 의료기관에 2회 이상 통원치</p>			보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	추가보상 (180일)	↑ 계약일 (2013.1.1)	↑ 계약해당일 (2014.1.1)	↑ 계약해당일 (2015.1.1)	↑ 계약종료일 (2015.12.31)			
보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	추가보상 (180일)											
↑ 계약일 (2013.1.1)	↑ 계약해당일 (2014.1.1)	↑ 계약해당일 (2015.1.1)	↑ 계약종료일 (2015.12.31)											
			↑ 보상종료 (2016.6.28.)											



구분	보상하는 사항
	<p>료시(하나의 <u>상해</u>로 <u>약국</u>을 통한 2회 이상의 <u>처방조제</u>를 포함합니다) 1회의 외래 및 1건의 <u>처방</u>으로 간주하여 제1항 및 제2항을 적용합니다.</p> <p>④ 제1항의 <u>상해</u>에는 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상을 포함합니다. 그러나 세균성 음식물 중독과 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 이에 포함되지 않습니다.</p> <p>⑤ <u>피보험자(보험대상자)</u>가 국민건강보험법 또는 <u>의료급여법</u>을 적용받지 못하는 경우에는 <u>통원의료비</u>(‘국민건강보험 <u>요양급여</u>의 기준에 관한 규칙’에 따라 보건복지부장관이 정한 <u>급여</u> 및 <u>비급여의료비</u> 항목에 한합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액에서 &lt;표1 항목별 공제금액&gt;을 차감한 금액의 40% 해당액을 외래 및 <u>처방조제비</u>로 보험가입금액(외래 및 <u>처방조제비</u>는 회(건)당 합산하여 30만원을 최고한도로 <u>계약자</u>가 정하는 금액으로 합니다)을 한도로 보상하여 드립니다.</p> <p>⑥ <u>피보험자(보험대상자)</u>가 <u>병원</u> 또는 <u>약국</u>의 <u>직원복리후생제도</u>에 의하여 <u>납부할</u> 의료비를 감면받은 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 <u>통원의료비</u>를 계산합니다.</p>

<붙임 3> 국내 의료기관 의료비 중 보상하는 질병의료비

구분	보상하는 사항	
질병 입원	① 회사는 피보험자(보험대상자)가 질병으로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원의료비를 다음과 같이 하나의 질병당 보험가입금액(5,000만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다)을 한도로 보상하여 드립니다.	
	구분	보상금액
	표준형	'국민건강보험법에서 정한 <u>요양급여</u> 또는 의료급여법에서 정한 <u>의료급여</u> 중 본인부담금'과 '비급여 <sup>*)</sup> (상급병실료 차액 제외)'의 합계액(본인이 실제로 부담한 금액)의 80% 해당액(다만, 20% 해당액이 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다)
	상급병실료차액	입원시 실제 사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 중 50%를 공제한 후의 금액(다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다)
	선택형	'국민건강보험법에서 정한 <u>요양급여</u> 또는 의료급여법에서 정한 <u>의료급여</u> 중 본인부담금'과 '비급여 <sup>*)</sup> (상급병실료 차액 제외)'의 합계액(본인이 실제로 부담한 금액)의 90% 해당액(다만, 10% 해당액이 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다)
상급병실료차액	입원시 실제 사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 중 50%를 공제한 후의 금액(다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다)	
주) 국민건강보험 또는 의료급여법에 따라 보건복지부 장관이 정한 비급여대상		
② 제1항의 질병에서 청약서 상 '계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다.		
③ 피보험자(보험대상자)가 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용받지 못하는 경우에는 <u>입원의료비</u> (국민건강보험 <u>요양급여</u> 의 기준에 관한 규칙'에 따라 보건복지부장관이 정한 급여 및 비급여의료비 항목에 한합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액의 40% 해당액을 하나의 질병당 보험가입금액(5,000만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다)을 한도로 보상하여 드립니다.		
④ 회사는 동일한 질병 또는 하나의 질병(의학상 관련이 있다고 의사가 인정하는 질병은 동일한 질병으로 간주하며, 동일한 질병으로 2회 이상 치료를 받는 경우에는 이를 하나의 질병으로 봅니다)으로 인한 <u>입원의료비</u> 는 최초 입원일로부터 365일(최초 입원일을 포함합니다)까지 보상하여 드립니다. 다만, 하나의 질병으로 인하여 최초 입원일로부터 365일을 넘어 입원할 경우에는 아래의 예시와 같이 90일간의 보상제외기간이 지나야 새로운 질병으로 인한 입원으로 보아		

구분	보상하는 사항					
질병 입원	<p>다시 보상하여 드립니다.</p> <p style="text-align: center;"><b>&lt;보상기간 예시&gt;</b></p> <div style="text-align: center;"> <p>Timeline diagram showing compensation periods:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>보상대상기간 (365일): 2013.3.1 (최초 입원일) to 2014.2.28 (2014.3.1.부터 보상제외)</li> <li>보상제외 (90일): 2014.5.29 (2014.5.30.부터 보상재개)</li> <li>보상대상기간 (365일): 2015.5.29 (2015.5.30.부터 보상제외)</li> </ul> </div> <p>⑤ 피보험자(보험대상자)가 입원하여 치료를 받던 중 <u>보험기간</u>이 만료되더라도 그 계속 중인 입원에 대하여는 <u>보험기간 종료일로부터 180일까지(보험기간 종료일은 제외합니다)</u> 보상하며 이 경우 제4항은 적용하지 아니합니다. 다만, 동일회사의 자동갱신 또는 재가입의 경우 종전계약의 보험기간 연장으로 간주하여 제4항을 적용합니다.</p> <p>⑥ 피보험자(보험대상자)가 <u>병원의 직원복리후생제도에 의하여 납부할 의료비를 감면받은 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 입원의료비를 계산합니다.</u></p> <p>⑦ 동일한 질병이란 발생 원인이 동일한 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병을 포함합니다)을 말하며, 질병의 치료 중에 발생된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되거나 의학상 관련이 없는 여러 종류의 질병을 갖고 있는 상태에서 <u>입원한 때에는 동일한 질병으로 간주합니다.</u></p> <p>⑧ 제2항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보상하여 드립니다.</p>					
	<p>① <u>회사는 피보험자(보험대상자)가 질병으로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에는 통원의료비로서 매년 계약해당일로부터 1년을 단위로 하여 다음과 같이 외래(외래제비용, 외래수술비) 및 처방조제비를 각각 보상하여 드립니다.</u></p> <table border="1" data-bbox="323 1621 1350 1975"> <thead> <tr> <th data-bbox="323 1621 437 1675">구분</th> <th data-bbox="437 1621 1350 1675">보 상 한 도</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="323 1675 437 1839">외래</td> <td data-bbox="437 1675 1350 1839">방문 1회당 '국민건강보험법에서 정한 <u>요양급여</u> 또는 의료급여법에서 정한 <u>의료급여</u> 중 본인부담금'과 '비급여<sup>주1)</sup>' 부분의 합계액(본인이 실제로 부담한 금액)에서 &lt;표1 항목별 공제금액&gt;을 차감하고 외래의 보험가입금액<sup>주2)</sup>을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 방문 180회 한도)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="323 1839 437 1975">질병 통원 처방 조제비</td> <td data-bbox="437 1839 1350 1975">처방전 1건당 '국민건강보험법에서 정한 <u>요양급여</u> 또는 의료급여법에서 정한 <u>의료급여</u> 중 본인부담금'과 '비급여<sup>주1)</sup>' 부분의 합계액(본인이 실제로 부담한 금액)에서 &lt;표1 항목별 공제금액&gt;을 차감하고 처방조제비의 보험가입금액<sup>주2)</sup>을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 처방전 180</td> </tr> </tbody> </table>	구분	보 상 한 도	외래	방문 1회당 '국민건강보험법에서 정한 <u>요양급여</u> 또는 의료급여법에서 정한 <u>의료급여</u> 중 본인부담금'과 '비급여 <sup>주1)</sup> ' 부분의 합계액(본인이 실제로 부담한 금액)에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감하고 외래의 보험가입금액 <sup>주2)</sup> 을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 방문 180회 한도)	질병 통원 처방 조제비
구분	보 상 한 도					
외래	방문 1회당 '국민건강보험법에서 정한 <u>요양급여</u> 또는 의료급여법에서 정한 <u>의료급여</u> 중 본인부담금'과 '비급여 <sup>주1)</sup> ' 부분의 합계액(본인이 실제로 부담한 금액)에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감하고 외래의 보험가입금액 <sup>주2)</sup> 을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 방문 180회 한도)					
질병 통원 처방 조제비	처방전 1건당 '국민건강보험법에서 정한 <u>요양급여</u> 또는 의료급여법에서 정한 <u>의료급여</u> 중 본인부담금'과 '비급여 <sup>주1)</sup> ' 부분의 합계액(본인이 실제로 부담한 금액)에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감하고 처방조제비의 보험가입금액 <sup>주2)</sup> 을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 처방전 180					

구분	보상하는 사항		
질병 통원	건 한도)		
	주1) 국민건강보험 또는 의료급여법에 따라 보건복지부 장관이 정한 비급여대상 주2) 외래 및 처방조제비는 회(건)당 합산하여 30만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다.		
< 표1 항목별 공제금액 >			
	구분	항 목	공제금액
	표준형  외래 (외래제 비용 및 외래수술 비 합계)	의료법 제3조 제2항 제1호에 의한 의원, 치과의원, 한의원, 의료법 제3조 제2항 제2호에 의한 조산원, 지역보건법 제7조에 의한 보건소, 지역보건법 제8조에 의한 보건의료원, 지역보건법 제10조에 의한 보건지소, 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법 제15조에 의한 보건진료소	1만원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액
의료법 제3조 제2항 제3호에 의한 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원		1만 5천원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액	
국민건강보험법 제40조 제2항에 의한 종합전문요양기관 또는 의료법 제3조의 4에 의한 상급종합병원		2만원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액	
	처방조제비	국민건강보험법 제40조 제1항 제2호에 의한 약국, 동법 제40조 제1항 제3호에 의한 한국회귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약품업 예외지역에서 약사의 직접조제 1건당)	8천원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액
선택형	외래 (외래제 비용 및 외래수술 비 합계)	의료법 제3조 제2항 제1호에 의한 의원, 치과의원, 한의원, 의료법 제3조 제2항 제2호에 의한 조산원, 지역보건법 제7조에 의한 보건소, 지역보건법 제8조에 의한 보건의료원, 지역보건법 제10조에 의한 보건지소, 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법 제15조에 의한 보건진료소	1만원
		의료법 제3조 제2항 제3호에 의한 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	1만 5천원
		국민건강보험법 제40조 제2항에 의한 종합전문요양기관 또는 의료법 제3조의 4에 의한 상급종합병원	2만원
	처방조제비	국민건강보험법 제40조 제1항 제2호에 의한 약국, 동법 제40조 제1항 제3호에 의한 한국회귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약품업 예외지역에서 약사의 직접조제 1건당)	8천원
② 피보험자(보험대상자)가 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되더라도 그 계속 중인 통원 치료에 대하여는 보험기간 만료일로부터 180일 이내에 외래는 방문 90회, 처방조제비는 처방전 90건을 한도로 보상하여 드립니다.			
② 피보험자(보험대상자)가 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되더라도 그			

구분	보상하는 사항																			
질병 통원	<p>계속 중인 통원 치료에 대하여는 <u>보험기간 만료일</u>로부터 180일 이내에 외래는 방문 90회, <u>처방조제비</u>는 처방전 90건을 한도로 보상하여 드립니다. 다만, 동일회사 <u>계약의 자동갱신</u> 또는 재가입의 경우 <u>중전계약의 보험기간 연장</u>으로 간주하여 제1항을 적용합니다.</p>																			
	<p style="text-align: center;"><b>&lt;보상기간 예시&gt;</b></p> <table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">↑</td> <td style="text-align: center;">↑</td> <td style="text-align: center;">↑</td> <td style="text-align: center;">↑</td> <td style="text-align: center;">↑</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">계약일 (2013.1.1)</td> <td style="text-align: center;">보상대상기간 (1년)</td> <td style="text-align: center;">계약해당일 (2014.1.1)</td> <td style="text-align: center;">보상대상기간 (1년)</td> <td style="text-align: center;">계약해당일 (2015.1.1)</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">보상대상기간 (1년)</td> <td></td> <td style="text-align: center;">보상대상기간 (1년)</td> <td style="text-align: center;">계약 종료일 (2015.12.31)</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">추가보상 (180일)</td> <td style="text-align: center;">보상종료 (2016.6.28.)</td> </tr> </table> <p>③ 하나의 질병으로 인해 하루에 같은 치료를 목적으로 <u>의료기관</u>에 2회 이상 <u>통원</u> 치료시(하나의 질병으로 <u>약국</u>을 통한 2회 이상의 <u>처방조제</u>를 포함합니다) 1회의 외래 및 1건의 처방으로 간주하여 제1항 및 제2항을 적용합니다.</p> <p>④ 제1항의 질병에서 청약서상 '<u>계약 전 알릴의무</u>(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다.</p> <p>⑤ <u>피보험자(보험대상자)</u>가 국민건강보험법 또는 <u>의료급여법</u>을 적용받지 못하는 경우에는 통원의료비('국민건강보험 <u>요양급여</u>의 기준에 관한 규칙'에 따라 보건복지부장관이 정한 급여 및 비급여의료비 항목에 한합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액에서 &lt;표1 항목별 공제금액&gt;을 차감한 금액의 40% 해당액을 외래 및 <u>처방조제비</u>로 보험가입금액(외래 및 <u>처방조제비</u>는 회(건)당 합산하여 30만원을 최고한도로 <u>계약자</u>가 정하는 금액으로 합니다)을 한도로 보상하여 드립니다.</p> <p>⑥ <u>피보험자(보험대상자)</u>가 병원 또는 <u>약국</u>의 직원복리후생제도에 의하여 납부할 의료비를 감면받은 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 <u>통원의료비</u>를 계산합니다.</p> <p>⑦ 제4항에도 불구하고 청약일 이전에 진단된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(<u>계약</u>이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보상하여 드립니다.</p>	↑	↑	↑	↑	↑	계약일 (2013.1.1)	보상대상기간 (1년)	계약해당일 (2014.1.1)	보상대상기간 (1년)	계약해당일 (2015.1.1)		보상대상기간 (1년)		보상대상기간 (1년)	계약 종료일 (2015.12.31)				추가보상 (180일)
↑	↑	↑	↑	↑																
계약일 (2013.1.1)	보상대상기간 (1년)	계약해당일 (2014.1.1)	보상대상기간 (1년)	계약해당일 (2015.1.1)																
	보상대상기간 (1년)		보상대상기간 (1년)	계약 종료일 (2015.12.31)																
			추가보상 (180일)	보상종료 (2016.6.28.)																

<붙임4> 국내 의료기관 의료비 중 보상하지 않는 상해의료비

구분	보상하지 않는 사항
상해 입원	<p>① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 <u>입원의료비</u>는 보상하여 드리지 아니합니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <u>보험수익자(보험금을 받는 자)</u>의 고의. 다만, 그 <u>보험수익자(보험금을 받는 자)</u>가 보험금의 일부 <u>보험수익자(보험금을 받는 자)</u>인 경우에는 그 <u>보험수익자(보험금을 받는 자)</u>에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 <u>보험수익자(보험금을 받는 자)</u>에게 지급하여 드립니다.</li> <li>2. 계약자의 고의</li> <li>3. <u>피보험자(보험대상자)</u>의 고의. 다만, <u>피보험자(보험대상자)</u>가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상하여 드립니다.</li> <li>4. <u>피보험자(보험대상자)</u>의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원한 경우. 그러나 회사가 보상하는 상해로 인한 경우에는 보상하여 드립니다.</li> <li>5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동</li> <li>6. <u>피보험자(보험대상자)</u>가 정당한 이유없이 <u>입원기간</u> 중 <u>의사</u>의 지시를 따르지 아니한 때에 <u>회사</u>는 그로 인하여 악화된 부분에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.</li> </ol> <p>② 회사는 다른 약정이 없으면 <u>피보험자(보험대상자)</u>가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 생긴 <u>상해</u>에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩</li> <li>2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 발생한 <u>상해</u>는 보상하여 드립니다)</li> <li>3. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승</li> </ol> <p>③ 회사는 아래의 <u>입원의료비</u>에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 치과치료·한방치료에서 발생한 국민건강보험법상 <u>요양급여</u>에 해당하지 않는 비급여 의료비</li> <li>2. 국민건강보험법상 <u>요양급여</u> 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 의해 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(<u>본인부담금 상한제</u>)</li> <li>3. <u>의료급여법상 의료급여</u> 중 본인부담금의 경우 <u>의료급여</u> 관련 법령에 의해 <u>의료급여기금</u> 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(<u>의료급여법상 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제</u>)</li> <li>4. 건강검진, 예방접종, 인공유산. 다만, <u>회사</u>가 보상하는 <u>상해</u> 치료를 목적으로</li> </ol>

구분	보상하지 않는 사항
<p>상해 입원</p>	<p>하는 경우에는 보상하여 드립니다.</p> <p>5. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임 검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 비용 등에 소요된 비용. 다만, 회사가 보상하는 <u>상해</u> 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상하여 드립니다.</p> <p>6. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용(다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 제외합니다)</p> <p>7. 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비  가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(윤비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등  나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술  다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술  라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술  마. 그 외 외모개선 목적의 치료로 건강보험 비급여대상에 해당하는 치료</p> <p>8. 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), <u>의사</u>의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비</p> <p>9. 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(담보종목별 보장내용)에 따라 보상하여 드립니다.</p> <p>10. 국민건강보험법 제40조의 요양기관이 아닌 해외 소재 의료기관에서 발생한 의료비</p>
<p>상해 통원</p>	<p>① <u>회사</u>는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 <u>통원의료비</u>는 보상하여 드리지 않습니다.</p> <p>1. <u>보험수익자(보험금을 받는 자)</u>의 고의. 다만, 그 <u>보험수익자(보험금을 받는 자)</u>가 보험금의 일부 <u>보험수익자(보험금을 받는 자)</u>인 경우에는 그 <u>보험수익자(보험금을 받는 자)</u>에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 <u>보험수익자(보험금을 받는 자)</u>에게 지급하여 드립니다.</p> <p>2. 계약자의 고의</p> <p>3. <u>피보험자(보험대상자)</u>의 고의. 다만, 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상하여 드립니다.</p> <p>4. <u>피보험자(보험대상자)</u>의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다),산후기로 <u>통원</u>한 경우. 그러나 <u>회사</u>가 보상하는 <u>상해</u>로 인한 경우에는 보상하여 드립니다.</p> <p>5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동</p> <p>6. <u>피보험자(보험대상자)</u>가 정당한 이유없이 <u>통원기간</u> 중 <u>의사</u>의 지시를 따르지 아니한 때에 <u>회사</u>는 그로 인하여 악화된 부분에 대하여는 보상하여 드리지 않습니다.</p> <p>② <u>회사</u>는 다른 약정이 없으면 <u>피보험자(보험대상자)</u>가 직업, 직무 또는 동호회 활동 목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 생긴 <u>상해</u>에 대하여는 보상하여 드리지 않습니다.</p>

구분	보상하지 않는 사항
상해 통원	<p>1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩</p> <p>2. 모타보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 발생한 <u>상해</u>는 보상하여 드립니다)</p> <p>3. 선박승무원, 어부, 사공, 그 밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승</p> <p>③ <u>회사</u>는 아래의 <u>통원의료비</u>에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.</p> <p>1. 초과치료·한방치료에서 발생한 국민건강보험법상 <u>요양급여</u>에 해당하지 않는 비급여 의료비</p> <p>2. 국민건강보험법상 <u>요양급여</u> 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 의해 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(<u>본인부담금 상한제</u>)</p> <p>3. <u>의료급여법상 의료급여</u> 중 본인부담금의 경우 <u>의료급여</u> 관련 법령에 의해 <u>의료급여기금</u> 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(<u>의료급여법상 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제</u>)</p> <p>4. 건강검진, 예방접종, 인공유산. 다만, <u>회사</u>가 보상하는 <u>상해</u> 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상하여 드립니다.</p> <p>5. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임 검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 비용 등에 소요된 비용. 다만, <u>회사</u>가 보상하는 <u>상해</u> 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상하여 드립니다.</p> <p>6. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용(다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 제외합니다)</p> <p>7. 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비  가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등  나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술  다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술  라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술  마. 그 외 외모개선 목적의 치료로 건강보험 비급여대상에 해당하는 치료</p> <p>8. 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), <u>의사</u>의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비</p> <p>9. 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(담보종목별 보장내용)에 따라 보상하여 드립니다.</p> <p>10. 국민건강보험법 제40조의 요양기관이 아닌 해외 소재 의료기관에서 발생한 의료비</p>



<붙임5> 국내 의료기관 의료비 중 보상하지 않는 질병의료비

구분	보상하지 않는 사항
질병 입원	<p>① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 <u>입원의료비</u>는 보상하여 드리지 아니합니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <u>보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의</u>. 다만, 그 <u>보험수익자(보험금을 받는 자)</u>가 <u>보험금의 일부 보험수익자(보험금을 받는 자)인 경우에는 그 보험수익자(보험금을 받는 자)에</u> 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 <u>보험수익자(보험금을 받는 자)에게</u> 지급합니다.</li> <li>2. <u>계약자의 고의</u></li> <li>3. <u>피보험자(보험대상자)의 고의</u>. 다만, 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상하여 드립니다.</li> <li>4. <u>피보험자(보험대상자)가</u> 정당한 이유없이 <u>입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에</u> <u>회사는</u> 그로 인하여 악화된 부분에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.</li> </ol> <p>② 회사는 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 아래의 <u>입원의료비</u>에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 정신과질환 및 행동장애(F04~F99)</li> <li>2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)</li> <li>3. <u>피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원한 경우(O00~O99)</u></li> <li>4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04)</li> <li>5. 비만(E66)</li> <li>6. 비뇨기계 장애(N39, R32)</li> <li>7. 직장 또는 항문질환 중 국민건강보험법상 <u>요양급여</u>에 해당하지 않는 부분(I84, K60~K62)</li> </ol> <p>③ 회사는 아래의 <u>입원의료비</u>에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 치과치료 및 한방치료에서 발생한 국민건강보험법상 <u>요양급여</u>에 해당하지 않는 비급여 의료비</li> <li>2. 국민건강보험법상 <u>요양급여</u> 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 의해 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(<u>본인부담금 상한제</u>)</li> <li>3. <u>의료급여법상 의료급여</u> 중 본인부담금의 경우 <u>의료급여</u> 관련 법령에 의해 <u>의료급여기금</u> 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(<u>의료급여법상 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제</u>)</li> <li>4. 건강검진, 예방접종, 인공유산. 다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상하여 드립니다.</li> <li>5. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임 검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다),</li> </ol>

구분	보상하지 않는 사항
질병 입원	<p>성장촉진과 관련된 비용 등에 소요된 비용. 다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상하여 드립니다.</p> <p>6. 아래에 열거된 치료로 인하여 발생한 의료비</p> <p>가. 단순한 피로 또는 권태</p> <p>나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점(모반), 사마귀, 여드름, 노화 현상으로 인한 탈모 등 피부질환</p> <p>다. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음, 단순포경(phimosis), 국민건강보험 <u>요양급여</u>의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환</p> <p>7. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용(다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 제외합니다)</p> <p>8. 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비</p> <p>가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(윤비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등</p> <p>나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술</p> <p>다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술</p> <p>라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술</p> <p>마. 그 외 외모개선 목적의 치료로 건강보험 비급여대상에 해당하는 치료</p> <p>9. 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), <u>의사</u>의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비</p> <p>10. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(담보종목별 보장내용)에 따라 보상하여 드립니다.</p> <p>11. 인간면역바이러스(HIV)감염으로 인한 치료비(다만, 의료법에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV감염은 해당진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제외합니다)</p> <p>12. 국민건강보험법 제40조의 요양기관이 아닌 해외 소재 의료기관에서 발생한 의료비</p>
질병 통원	<p>① <u>회사는</u> 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 <u>통원의료비</u>는 보상하여 드리지 아니합니다.</p> <p>1. <u>보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의</u>. 다만, 그 <u>보험수익자(보험금을 받는 자)</u>가 보험금의 일부 <u>보험수익자(보험금을 받는 자)</u>인 경우에는 그 <u>보험수익자(보험금을 받는 자)</u>에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 <u>보험수익자(보험금을 받는 자)</u>에게 지급합니다.</p> <p>2. <u>계약자의 고의</u></p> <p>3. <u>피보험자(보험대상자)의 고의</u>. 다만, 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상하여 드립니다.</p> <p>4. <u>피보험자(보험대상자)</u>가 정당한 이유없이 <u>통원기간 중 의사</u>의 지시를 따르지 아니한 때에 <u>회사는</u> 그로 인하여 악화된 부분에 대하여는 보상하여 드리지</p>

구분	보상하지 않는 사항
질병 통원	<p>아니합니다.</p> <p>② 회사는 제6차 한국표준질병사인분류에 있어서 아래의 <u>통원의료비</u>에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 정신과질환 및 행동장애(F04~F99)</li> <li>2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)</li> <li>3. <u>피보험자(보험대상자)</u>의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 <u>통원한</u> 경우(O00~O99)</li> <li>4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04)</li> <li>5. 비만(E66)</li> <li>6. 비뇨기계 장애(N39, R32)</li> <li>7. 직장 또는 항문질환 중 국민건강보험법상 <u>요양급여</u>에 해당하지 않는 부분(I84, K60~K62)</li> </ol> <p>③ 회사는 아래의 <u>통원의료비</u>에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 치과치료 및 한방치료에서 발생한 국민건강보험법상 <u>요양급여</u>에 해당하지 않는 비급여 의료비</li> <li>2. 국민건강보험법상 <u>요양급여</u> 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 의해 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(<u>본인부담금 상한제</u>)</li> <li>3. <u>의료급여법상 의료급여</u> 중 본인부담금의 경우 <u>의료급여</u> 관련 법령에 의해 <u>의료급여기금</u> 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(<u>의료급여법상 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제</u>)</li> <li>4. 건강검진, 예방접종, 인공유산. 다만, <u>회사가</u> 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상하여 드립니다.</li> <li>5. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임 검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 비용 등에 소요된 비용. 다만, <u>회사가</u> 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상하여 드립니다.</li> <li>6. 아래에 열거된 치료로 인하여 발생한 의료비 <ol style="list-style-type: none"> <li>가. 단순한 피로 또는 권태</li> <li>나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점(모반), 사마귀, 여드름, 노화 현상으로 인한 탈모 등 피부질환</li> <li>다. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음, 단순포경(phimosis), 국민건강보험 <u>요양급여</u>의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환</li> </ol> </li> <li>7. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용(다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 제외합니다)</li> </ol>

구분	보상하지 않는 사항
질병 통원	<p>8. 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비</p> <p>가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등</p> <p>나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술</p> <p>다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술</p> <p>라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술</p> <p>마. 그 외 외모개선 목적의 치료로 건강보험 비급여대상에 해당하는 치료</p> <p>9. 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), <u>의사</u>의 임상적 소견과 관련없는 검사비용, 간병비</p> <p>10. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(담보종목별 보장내용)에 따라 보상하여 드립니다.</p> <p>11. 인간면역바이러스(HIV)감염으로 인한 치료비(단, 의료법에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV감염은 해당진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제외)</p> <p>12. 국민건강보험법 제40조의 요양기관이 아닌 해외 소재 의료기관에서 발생한 의료비</p>

## 제 2 절 제 도 성 특 별 약 관

### 1. 지정대리청구서비스 특별약관

#### 제1조(적용대상)

이 특별약관은 계약자, 피보험자(보험대상자) 및 보험수익자(보험금을 받는 자)가 모두 동일한 보통약관 및 특별약관에 적용됩니다.

#### 제2조(특별약관의 체결 및 소멸)

①이 특별약관은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 부가되어집니다.

②제1조(적용대상)의 보험계약이 해지(解止) 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 되는 경우에는 이 특별약관은 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

#### 제3조(지정대리청구인의 지정)

①계약자는 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(제4조(지정대리청구인의 변경지정)에 의한 변경지정을 포함합니다)할 수 있습니다. 다만, 지정대리청구인은 보험금 청구시에도 다음 각호의 1에 해당하여야 합니다.

1. 피보험자(보험대상자)와 동거하거나 피보험자(보험대상자)와 생계를 같이 하고 있는 피보험자(보험대상자)의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
2. 피보험자(보험대상자)와 동거하거나 피보험자(보험대상자)와 생계를 같이 하고 있는 피보험자(보험대상자)의 3촌 이내의 친족

②제1항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제1조(적용대상)의 보험수익자(보험금을 받는 자)가 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 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
2. 보험증권(보험가입증서)
3. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)
4. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)

### **제5조(보험금 지급 등의 절차)**

①지정대리청구인은 제6조(보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 구비서류 및 제1조(적용대상)의 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제1조(적용대상)의 보험수익자(보험금을 받는 자)의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다.

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

### **제6조(보험금 등 청구시 구비서류)**

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

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

### **제7조(준용규정)**

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 제1절 보통약관을 따릅니다.

**【별표1】**

**해외여행통지**

피보험자 (보험 대상 자)	주민등 등록번호	여행지	여행 목적	보험 기간		현재의 건강상태	과거의 상 병	휴대품	보 험 수익자	다른보험 계약유무	보험가 입조건	피보험자 (보험 대상자) 날 인
				출 발 일	도 착 일							

다른 보험 계약 사항	성 명	보험종목	회사명	만기일

.....  
 작성자 \_\_\_\_\_ 인