하나손해보험

하나 외국인계절근로자단체상해보험 약관

2026.09

이 약관은 금융소비자보호법 및 내부통제기준에 따른 절차를 거쳐 제공됩니다.

목 차

[안내사항]

가입자 유의사항
주요내용 요약서
보험용어 해설

[보통약관]

제1관 목적 및 용어의 정의
제1조(목적)
제2조(용어의 정의)

제2관 보험금의 지급
제3조(보험금의 지급사유)
제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)
제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)
제6조(보험금 지급사유의 통지)
제7조(보험금의 청구)
제8조(보험금의 지급절차)
제9조(보험금 받는 방법의 변경)
제10조(주소변경통지)
제11조(보험수익자의 지정)
제12조(대표자의 지정)

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등
제13조(계약 전 알릴 의무)
제14조(상해보험계약 후 알릴 의무)
제15조(알릴 의무 위반의 효과)
제16조(사기에 의한 계약)

제4관 보험계약의 성립과 유지
제17조(보험계약의 성립)
제18조(계약의 적용범위)
제19조(상법 제735조3의 적용)
제20조(단체요율의 적용)
제21조(청약의 철회)
제22조(약관교부 및 설명의무 등)
제23조(계약의 무효)
제24조(계약내용의 변경 등)
제25조(보험의 목적의 증가 감소 또는 교체)
제26조(개별계약으로의 전환)
제27조(보험나이 등)

제28조(계약의 소멸)

제5관 보험료의 납입

제29조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)
제30조(제2회 이후 보험료의 납입)
제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)
제32조(보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복))
제33조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))

제6관 계약의 해지 및 보험료의 환급 등

제34조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회)
제34조의2(위법계약의 해지)
제35조(중대사유로 인한 해지)
제36조(회사의 파산선고와 해지)
제37조(보험료의 환급)

제7관 분쟁의 조정 등

제38조(분쟁의 조정)
제39조(관할법원)
제40조(소멸시효)
제41조(약관의 해석)
제42조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)
제43조(회사의 손해배상책임)
제44조(개인정보보호)
제45조(준거법)
제46조(예금보험에 의한 지급보장)

보험료정산 추가약관

[특별약관]

상해

- 상해사망후유장해확장보상 특별약관
- 상해확장보장 추가특별약관(Ⅱ)

질병

질병사망 및 질병80%이상 고도후유장해 특별약관(단체용)

- 질병확장보장 추가특별약관(Ⅱ)

실손의료비

급여 실손의료비 특별약관
비급여 실손의료비 특별약관1(중증 비급여 실손의료비)
비급여 실손의료비 특별약관2(비중증 비급여 실손의료비)
- 국민건강보험 비가입자 추가특별약관
- 상해확장보장 추가특별약관
- 질병확장보장 추가특별약관
- 어업인 직무상 선박탑승중 상해 실손의료비보장 추가특별약관
단체실손의료보험 중지제도 특별약관

제도성 특별약관
보험기간 설정에 관한 특별약관
단체 포괄계약 특별약관
단체피보험자 지위유지 특별약관
- 단체피보험자 지위유지 보험료정산 추가특별약관
장애인전용보험전환 특별약관
업무외 사망 보험수익자 지정 특별약관

[별표]

【별표1】장해분류표
【별표2】보험금을 지급할 때의 적립이율

[참고 : 약관에서 인용된 법·규정]
[가나다 순 색인]

(ㄱ)
국민건강보험 비가입자 추가특별약관
급여 실손의료비 특별약관

(ㄷ)
단체 포괄계약 특별약관
단체피보험자 지위유지 특별약관
- 단체피보험자 지위유지 보험료정산 추가특별약관
단체실손의료보험 중지제도 특별약관

(ㅂ)
보험기간 설정에 관한 특별약관
비급여 실손의료비 특별약관1(중증 비급여 실손의료비)
비급여 실손의료비 특별약관2(비중증 비급여 실손의료비)

(ㅅ)
상해사망후유장해확장보상 특별약관

상해확장보장 추가특별약관
상해확장보장 추가특별약관(Ⅱ)

(ㅇ)
업무외 사망 보험수익자 지정 특별약관

(ㅈ)
장애인전용보험전환 특별약관
질병사망 및 질병80%이상 고도후유장해 특별약관

질병확장보장 추가특별약관
질병확장보장 추가특별약관(Ⅱ)

※ 해당 약관은 법령 및 내부통제기준에 따른 절차를 거쳐 제공됩니다.

【안내사항】

가입자 유의사항

1. 보험계약 관련 유의할 사항

○ 보험계약전 알릴의무 위반

- 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인은 청약할 때 청약서(질문서를 포함합니다)에서 질문한 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 계약전 알릴의무를 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 타인은 이 계약이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 회사에 이의를 제기할 수 없으며, 보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상한 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 않는 범위 안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

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.



용어 풀이

【공제계약】
각종 공제회에 가입되어 있는 계약을 말합니다.

이 가입자 유의사항은 약관의 주요내용을 요약·발췌한 것이므로 기타 자세한 사항은 해당약관의 내용을 따릅니다.

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 있습니다. 다만, 의무보험의 경우에는 철회의사를 표시한 시점에 동종의 다른 의무보험에 가입된 경우에만 철회할 수 있으며, 아래에 해당하는 경우 청약을 철회할 수 없습니다.

- 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약
- 보험기간이 90일 이내인 계약
- 전문금융소비자가 체결한 계약
- 청약을 한 날부터 30일을 초과한 계약

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 3 개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다. 계약이 취소된 경우에는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드립니다.

4. 계약의 무효

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

- 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체계약의 경우는 제외
- 만 15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 경우
- 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우
- 재물 및 배상책임보험계약을 맺기 전에 이미 보험의 목적에 사고가 발생한 경우

5. 보험료의 납입연체 및 계약의 해지에 관한 사항

보험계약자가 제 2 회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만일 경우에는 7일)이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하여 계약자에게 납입최고(독촉)하고 그 때까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지됩니다.

6. 해지 계약의 부활(효력회복)

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

7. 계약 전·후 알릴 의무

1) 계약 전 알릴 의무: 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인은 청약할 때 청약서의 질문사항에 사실대로

기재하고 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 전자서명 포함)을 하셔야 합니다. (단, 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에는 음성녹음으로 대체합니다.)

2) 계약 후 알릴의무: 계약자 또는 피보험자는 보험계약을 맺은 후 약관에서 정한 계약후 알릴 의무가 생긴 경우에는 지체없이 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.

3) 알릴 의무 위반의 효과

약관에 정한 방법에 따라 계약을 해지하거나 보험금 지급이 제한될 수 있습니다.

8. 보험금의 지급

보험금 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 그 서류를 접수한 날부터 신체손해에 관한 보험금은 3영업일, 재물손해, 배상책임손해에 대한 보험금은 그 서류를 접수받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 지급하여 드립니다. 다만, 회사가 보험금 지급사유를 조사 및 확인하기 위해 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지합니다. 회사가 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 소정의 이자를 보험금에 더하여 지급합니다.

이 가입자 유의사항은 약관의 주요내용을 요약·발췌한 것이므로 기타 자세한 사항은 해당약관의 내용을 따릅니다.

보험용어 해설

보험용어	용어 해설
보험약관	보험계약에 관하여 계약자와 보험회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것
보험증권	계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서
계약자	회사와 계약을 체결하고 보험료 납입의무를 지는 사람
피보험자	보험사고의 대상이 되는 사람
보험수익자	보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람
보험가입금액	회사와 계약자간에 약정한 금액으로 보험사고가 발생할 때 회사가 지급할 최대 보험금
보험가액	재산보험에 있어 피보험이익을 금전으로 평가한 금액으로 보험목적에 발생할 수 있는 최대 손해액(회사가 실제 지급하는 보험금은 보험가액을 초과할 수 없습니다)
자기부담금	보험사고로 인하여 발생한 손해에 대하여 계약자 또는 피보험자가 부담하는 일정 금액
보험기간	계약에 따라 보장을 받는 기간
영업일	회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일과 노동절은 제외

※ 이외 보험용어에 대한 해설은 각 조항별 <용어 풀이> 혹은 용어의 정의 조항을 참고하시기 바랍니다.

【보통약관】

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제1조(목적) 이 보험계약(이하 '계약'이라 합니다)은 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 피보험자의 상해에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조(용어의 정의) 이 계약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 계약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어

가. 계약자: 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.

나. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.

다. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.

라. 진단계약: 계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.

마. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

2. 지급사유 관련 용어

가. 상해: 보험기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.

나. 장해: 「장해분류표」(【별표1】참조)에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.

다. 중요한 사항: 계약전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

용어 풀이

【보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증】
회사의 인수기준에 따라 보장내용의 보험가입금액을 일정금액 이하로 낮추거나 일부 보장내용의 가입을 거절하거나 알릴 의무와 관련하여 보험금을 삭감하거나 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 보험료를 할증하는 것을 말합니다.

3. 이자율 관련 용어

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

예시

【연단위 복리 계산법 예시】원금 100원, 이자율 10%, 부리기간 2년
원금 = 100원
1년차 이자 = 원금 × 10% = 100원 × 10% = 10원
2년차 이자 = (원금+1년차 이자) × 10% = 110원 × 10% = 11원
⇒ 이자적용 총 금액 = 원금 + 1년차 이자 + 2년차 이자 = 100원+10원+11원 = 121원

나. 보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율: 보험개발원이 정기적으로 산출하여 공시하는 이율로써 회사가 보험금의 지급 또는 보험료의 환급을 지연하는 경우 등에 적용합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일과 노동절을 제외합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제3조(보험금의 지급사유) 회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다): 사망보험금
2. 보험기간 중 상해로 「장해분류표」(【별표1】참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때: 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) ① 제3조(보험금의 지급사유) 제1호 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

용어 풀이

【실종선고】
어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 간주하는 법원의 결정을 말합니다.

2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

② 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제3조(보험금의 지급사유) 제1호 '사망'의 원인 및 '사망보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

③ 제3조(보험금의 지급사유) 제2호에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 「장해분류표」(【별표1】참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

④ 제3항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

⑤ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

⑥ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑦ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

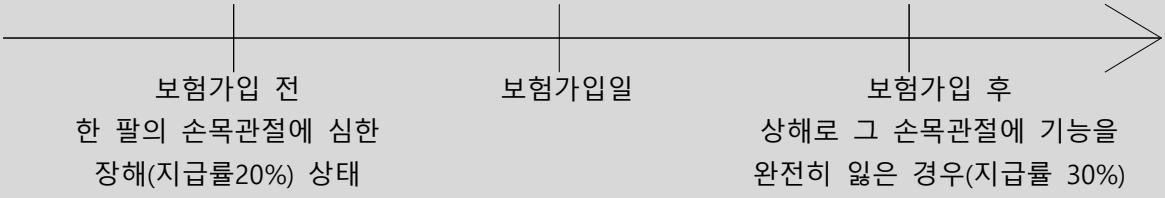
⑧ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑨ 이미 이 계약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제8항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

예시

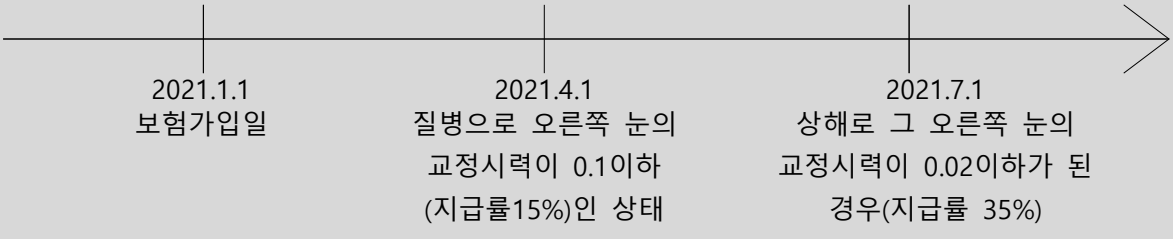
【보험금 지급 예시】

①



→ 상해로 인한 장해지급률 30%에서 보험가입 전 발생한 장해지급률 20%를 차감한 10%(=30%-20%)에 해당하는 후유장해보험금을 지급

②



→ 장해지급률 35%에서 질병으로 인한 장해지급률 15%를 뺀 20%(=35%-15%)에 해당하는 후유장해보험금을 지급

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

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) ①회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

용어 풀이

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】
한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제3조(보험금의 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전

(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제6조(보험금 지급사유의 통지) 계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유의 발생을 안 때에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

제7조(보험금의 청구) ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 보험금 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안정성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류(사망보험금 지급시 피보험자의 법정상속인이 아닌자가 청구하는 경우 법정상속인의 확인서)

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(보험금의 지급절차) ① 회사는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다.

② 회사가 보험금 지급사유를 조사.확인하기 위해 필요한 기간이 제1항의 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지합니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
1. 소송제기
2. 분쟁조정 신청

용어 풀이

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

3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제6항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제6항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

③ 제2항에 의하여 장해지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 확정된 장해지급률에 따른 보험금을 초과한 부분에 대한 분쟁으로 보험금 지급이 늦어지는 경우에는 보험수익자의 청구에 따라 이미 확정된 보험금을 먼저 가지급합니다.

④ 제2항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

용어 풀이

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

⑤ 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항의 규정에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 「보험금을 지급할 때의 적립이율」(【별표2】참조)에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
⑥ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제15조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우 사실 확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
⑦ 회사는 제6항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제9조(보험금 받는 방법의 변경) ① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.
② 회사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 '보험개발원이 공시하는 월평균 정기예금이율'을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 '보험개발원이 공시하는 월평균 정기예금이율'을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

관련 지식

【월평균 정기예금이율】
현재 시점의 정기예금이율은 보험개발원 홈페이지(www.kidi.or.kr)에서 확인할 수 있습니다.

예시

【연단위 복리로 계산한 금액을 더하는 예시】
(가정) 2020년 1월 1일 일시에 지급할 보험금 100만원을 2020년 1월 1일과 2021년 1월 1일에 각각 50만원씩 나누어 지급하는 경우(월평균 정기예금이율 5%)
- 2020년 1월 1일 지급액 = 50만원
- 2021년 1월 1일 지급액 = 50만원 × 1.05 = 52.5만원

【연단위 복리로 할인한 금액 예시】
(가정) 2020년 1월 1일과 2021년 1월 1일에 각각 50만원씩 나누어 지급할 보험금을 2020년 1월 1일 일시에 지급하는 경우(월평균 정기예금이율 5%)
- 2020년 1월 1일 일시에 지급할 보험금 = 50만원 + $\frac{50만원}{1.05}$ = 97.62만원
(소수 셋째자리에서 반올림)

제10조(주소변경통지) ① 계약자(보험수익자가 계약자와 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.
② 제1항에서 정한대로 계약자 또는 보험수익자가 변경내용을 알리지 않은 경우에는 계약자 또는 보험수익자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 회

사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 또는 보험수익자에게 도달된 것으로 봅니다.

제11조(보험수익자의 지정) 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 제3조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우는 피보험자의 법정상속인, 같은 조 제2호의 경우는 피보험자로 합니다.

제12조(대표자의 지정) ① 계약자 또는 보험수익자가 2명 이상인 경우에는 각 대표자를 1명 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.
② 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 않은 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 보험수익자 1명에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에게도 효력이 미칩니다.
③ 계약자가 2명 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

예시

계약자가 2명 이상인 경우 계약전 알릴의무, 보험료 납입의무 등 보험계약에 따른 계약자의 의무를 연대로 합니다.

연대
2인 이상이 연대하여 책임을 지므로 각자 채무의 전부를 이행할 책임을 지되(지분만큼 분할하여 책임을 지는 것과 다름), 다만 어느 1인의 이행으로 나머지 사람들도 책임을 면하게 되는 것을 말합니다.

제 3 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제13조(계약 전 알릴 의무) 계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 '계약 전 알릴 의무'라 하며, 상법상 '고지의무'와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약의 경우 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

인용 문구

【상법 제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)】
보험계약당시에 보험계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 중요한 사항을 고지하지 아니하거나 부실의 고지를 한 때에는 보험자는 그 사실을 안 날로부터 1월내에, 계약을 체결한 날로부터 3년내에 한하여 계약을 해지할 수 있다. 그러나 보험자가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못한 때에는 그러하지 아니하다.

【상법 제651조의2(서면에 의한 질문의 효력)】
보험자가 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정한다.

제14조(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

용어 풀이

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

【직무】
직책이나 직업상 책임을 지고 담당하여 맡은 일

2. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우
예) 자가용에서 영업용으로 변경, 영업용에서 자가용으로 변경 등
3. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우
예) 비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운전자로 변경 등
4. 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거(전동킥보드, 전동이륜평행차, 전동기의 동력만으로 움직일 수 있는 자전거 등 개인형 이동장치를 포함)를 계속적으로 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동과 출퇴근 용도 등으로 주로 사용하는 경우에 한함)하게 된 경우(다만, 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등 보행보조용 의자차는 제외합니다.)

② 회사는 제1항의 통지로 인하여 위험의 변동이 발생한 경우에는 제24조(계약내용의 변경 등)에 따라 계약내용을 변경할 수 있습니다.

[위험변경에 따른 계약변경 절차]

위험변경사항 통지
(우편, 전화, 방문 등)
↓
계약자,피보험자의 계약변경사항 확인 후 청약
↓
계약변경사항 인수 심사
↓
정산금액 처리
(환급 또는 추가납입)
↓
계약변경 완료

③ 회사는 제2항에 따라 계약내용을 변경할 때 위험이 감소된 경우에는 보험료를 감액하고, 이후 기간 보장을 위한 재원인 계약자적립액 등의 차이로 인하여 발생한 정산금액(이하 "정산금액"이라 합니다)을 환급하여 드립니다. 한편 위험이 증가된 경우에는 보험료의 증액 및 정산금액의 추가납입을 요구할 수 있으며, 계약자는 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 제1항의 통지에 따라 위험의 증가로 보험료를 더 내야 할 경우 회사가 청구한 추가보험료(정산금액을 포함합니다)를 계약자가 납입하지 않았을 때, 회사는 위험이 증가되기 전에 적용된 보험요율(이하 "변경 전 요율"이라 합니다)의 위험이 증가된 후에 적용해야 할 보험요율(이하 "변경후 요율"이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 증가된 위험과 관계없이 발생한 보험금 지급사유에 관해서는 원래대로 지급합니다.

예시

【가정】
상해사망 보험지급 대상금액 = 300만원
변경전 위험에 대한 보험료(요율) = 100원
변경후 위험에 대한 보험료(요율) = 150원

⇒ 증가된 위험에 대한 보험료를 미납한 후 상해 사망시 지급보험금
= 300만원 × (100원 / 150원) = 200만원

⑤ 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제1항 각 호의 변경사실을 회사에 알리지 않았을 경우 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 그 변경사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자에게 제4항에 따라 보장됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

제15조(알릴 의무 위반의 효과) ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 보험금 지급사유의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 계약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인이 고의 또는 중대한 과실로 제13조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우

2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제14조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인의 고의 또는 중대한 과실로 이행하지 않았을 때

② 제1항 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 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
3. 계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
4. 회사가 이 계약을 청약할 때 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지할 수 있습니다)
5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.

③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제37조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.

④ 제1항 제1호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않으며, 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 계약자에게 서면 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 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, 제37조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.

⑤ 제1항 제2호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 제14조(상해보험

계약 후 알릴 의무) 제4항 또는 제5항에 따라 보험금을 지급합니다.
⑥ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제4항 및 제5항에 관계없이 약정한 보험금을 지급합니다.
⑦ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

제16조(사기에 의한 계약) 계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물사용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 사람면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 계약일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제 4 관 보험계약의 성립과 유지

제17조(보험계약의 성립) ① 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.
② 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
③ 회사는 계약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 계약자에게 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 '보험개발원이 공시하는 월평균 정기예금이율 + 1%'를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

관련 지식

【월평균 정기예금이율】
현재 시점의 정기예금이율은 보험개발원 홈페이지(www.kidi.or.kr)에서 확인할 수 있습니다.

예시

【연단위 복리 계산법 예시】원금 100원, 이자율 10%, 부리기간 2년
원금 = 100원
1년차 이자 = 원금 × 10% = 100원 × 10% = 10원
2년차 이자 = (원금+1년차 이자) × 10% = 110원 × 10% = 11원
⇒ 이자적용 총 금액 = 원금 + 1년차 이자 + 2년차 이자 = 100원+10원+11원 = 121원

⑤ 회사는 계약자에게 보험증권을 드려야 합니다.
⑥ 보험계약자의 요청이 있을 경우, 개별 피보험자에게는 가입증명서를 발급하여 드립니다.

제18조(계약의 적용범위) ① 피보험자가 다음 중 한가지의 단체에 소속되어야 하며, 단체를 대표하여 계약자로 된 자가 단체보험 계약상의 모든 권리, 의무를 행사할 수 있어야 합니다.

1. 제1종 단체
   동일한 회사, 사업장, 관공서, 국영기업체, 조합 등 5인 이상의 근로자를 고용하고 있는 단체. 다만, 사업장, 직제, 직종 등으로 구분되어 있는 경우의 단체소속 여부는 관련법규 등에서 정하는 바에 따릅니다.
2. 제2종 단체
   비영리법인단체 또는 변호사회, 의사회등 동업자단체로서 5인 이상의 구성원이 있는 단체
3. 제3종 단체

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

② 제1항의 대상단체에 소속된 자로서 동일한 보험계약을 체결한 5인 이상의 피보험자로 피보험단체를 구성하여야 하며, 단체 구성원의 일부만을 대상으로 가입하는 경우에는 다음의 조건을 모두 충족하여야 합니다.

1. 단체의 내규에 의한 복지제도로서 노사합의에 의하며, 보험료의 일부를 단체 또는 단체의 대표자가 부담하여야 합니다.
2. 제1항 제2호 및 제3호에 해당하는 단체는 내규에 의해 단체의 대표자와 보험회사가 협정에 의해 체결하여야 합니다.

③ 계약자가 아닌 단체의 소속원이 보험료 전부 또는 일부를 부담하는 경우에는 1항에도 불구하고 그 소속원이 계약자로서의 권리를 행사할 수 있습니다.

제19조(상법 제735조3의 적용) ① 제18조(계약의 적용범위)의 단체가 피보험자를 확정할 수 있고 계약의 일괄적 관리가 가능하며, 규약에 따라 계약을 체결하는 경우 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻지 않아도 되며, 계약자에게만 보험증권을 드릴 수 있습니다.

② 제1항의 규약은 보험의 종류 및 일괄 가입에 관한 사항이 포함되어야 하며, 동의 또는 협의를 통하여 피보험자들의 의사가 규약에 반영될 수 있어야 합니다. 다만, 보험수익자를 계약자 등 피보험자의 이해에 반하는 자로 지정하는 경우에는 해당 내용이 규약에 반영되어야 하며, 반영되지 않은 경우에는 별도 피보험자의 동의를 받아야 합니다.

③ 보험회사는 계약자를 통해 단체의 규약이 제2항을 충족하고 있는 지 확인을 해야 하며 계약자는 이에 협조하여야 합니다.

제20조(단체요율의 적용) ① 제18조(계약의 적용범위)의 단체는 단체요율을 적용할 수 있습니다. 다만, 제3종 단체는 구성원이 명확하고 위험의 동질성이 확보되어야 합니다.

② 단체 구성원의 일부만을 대상으로 가입하는 경우에는 대상단체의 위험과 피보험단체의 위험의 동질성이 유지되어야 합니다.

제21조(청약의 철회) ① 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약, 보험기간이 90일 이내인 계약 또는 전문금융소비자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

용어 풀이

【전문금융소비자】
보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약에 따른 위험감수능력이 있는 자로서, 국가, 지방자치단체, 한국은행, 금융회사, 주권상장법인 등을 포함하며「금융소비자 보호에 관한 법률」제2조(정의) 제9호에서 정하는 전문금융소비자를 말합니다.

【일반금융소비자】
전문금융소비자가 아닌 계약자를 말합니다.

② 제1항에도 불구하고 청약한 날부터 30일이 초과된 계약은 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 지체없이 알려야 합니다.

④ 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 '보험개발원이 공시하는 보험계약대

출이율'을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료 등을 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회한 경우에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해당 신용카드회사로 하여금 대금청구를 하지 않도록 해야 하며, 이 경우 회사는 보험료를 반환한 것으로 봅니다.

⑤ 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.

⑥ 제1항에서 보험증권을 받은 날에 대한 다툼이 발생한 경우 회사가 이를 증명하여야 합니다.

제22조(약관교부 및 설명의무 등) ① 회사는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며, 청약 후에 다음 각 호의 방법 중 계약자가 원하는 방법을 확인하여 지체 없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 제공하여 드립니다. 만약, 회사가 전자우편 및 전자적 의사표시로 제공한 경우 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다.

1. 서면교부
2. 우편 또는 전자우편
3. 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시

용어 풀이

【약관의 중요한 내용】

보험업법 시행령 제42조의 2(설명의무의 중요사항 등) 및 보험업감독규정 제4-35조의2 (보험계약 중요사항의 설명의무)에 정한 다음의 내용을 말합니다.

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

금융소비자 보호에 관한 법률 제19조, 동법 시행령 제13조, 금융소비자 보호에 관한 감독규정 [별표3]에서 정한 다음의 내용을 말합니다.

- 보험상품의 내용, 위험보장범위, 보험료 및 보험금
- 위험보장의 기간, 계약의 해지 및 해제
- 연계 및 제휴된 서비스 관련 내용
- 그 밖에 관련 법령에 기재된 보험계약의 중요사항

※ 해당 내용은 법령상 주요내용만을 요약한 것으로 세부내용은 관련 법령 확인이 필요합니다.

② 제1항과 관련하여 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특약만 포함한 약관을 드리며, 전화를 이용하여 체결하는 계약은 계약자의 동의를 얻어 다음의 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

용어 풀이

【통신판매계약】

전화.우편.인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

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

③ 회사가 제1항에 따라 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서를 청약할 때 계약자에게 전달하지 않거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 때 또는 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 전자서명법 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함합니다)을 하지 않은 때에는 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

용어 풀이

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

④ 제3항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 어느 하나를 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제2항의 규정에 따른 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.

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

용어 풀이

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

⑤ 제3항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 '보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율'을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

예시

【연단위 복리 계산법 예시】원금 100원, 이자율 10%, 부리기간 2년
원금 = 100원
1년차 이자 = 원금 × 10% = 100원 × 10% = 10원
2년차 이자 = (원금+1년차 이자) × 10% = 110원 × 10% = 11원
⇒ 이자적용 총 금액 = 원금 + 1년차 이자 + 2년차 이자 = 100원+10원+11원 = 121원

제23조(계약의 무효) 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 '보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율'을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

예시

【연단위 복리 계산법 예시】원금 100원, 이자율 10%, 부리기간 2년
원금 = 100원
1년차 이자 = 원금 × 10% = 100원 × 10% = 10원
2년차 이자 = (원금+1년차 이자) × 10% = 110원 × 10% = 11원
⇒ 이자적용 총 금액 = 원금 + 1년차 이자 + 2년차 이자 = 100원+10원+11원 = 121원

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제44조의2에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
2. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 경우.

다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.

용어 풀이

【심신상실자】
의식은 있으나 정신 장애의 정도가 심하여 자신의 결과를 합리적으로 판단할 능력을 갖지 못하는 사람

【심신박약자】
마음이나 정신의 장애로 인하여 사물을 변별할 능력이나 의사를 결정할 능력이 미약한 사람.

3. 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 제2호의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

제24조(계약내용의 변경 등) ① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 보험종목
2. 보험기간
3. 보험료 납입주기, 납입방법 및 납입기간
4. 계약자, 피보험자 중 일부
5. 보험가입금액, 보험료 등 기타 계약의 내용

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

예시

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

③ 회사는 계약자가 제1회 보험료를 납입한 때부터 1년 이상 지난 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청할 때에는 회사의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.
④ 회사는 계약자가 제1항 제5호에 따라 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 제37조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.
⑤ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우 계약자와 피보험자가 동일하지 않을 때에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제44조의2에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)으로 동의하여야 합니다.
⑥ 회사는 제1항에 따라 계약자를 변경한 경우, 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 교부하고 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

제25조(보험의 목적의 증가 감소 또는 교체) ① 계약을 맺은 후 보험의 목적을 증가, 감소 또는 교체코자 하는 경우에는 계약자 또는 피보험자는 지체없이 서면으로 그 사실을 회사에 알리고 회사의 승인을 받아야 합니다.
② 이 계약기간 중 보험의 목적 감소의 경우는 당해 보험의 목적의 계약은 해지된 것으로 하며 새로이 증가 또는 교체되는 보험의 목적의 보험기간은 이 계약의 남은 보험기간으로 하고, 이로 인하여 발생되는 추가 또는 환급보험료는 일단위로 계산하여 받거나 돌려 드립니다.
③ 회사는 제1항 및 제2항을 위반하였을 경우에 새로이 증가 또는 교체되는 해당 보험의 목적에 대하여는 보상하지 않습니다.

④ 제1항에 따라 보험의 목적이 교체되는 경우에는 보험의 목적 교체전 계약과 동일한 보장조건 및 인수기준에 따라 가입될 수 있으며, 보험의 목적 교체시점부터 잔여 보험기간(보험의 목적 교체전 계약의 보험기간 만료일)까지 보상합니다.

제26조(개별계약으로의 전환) ① 피보험자가 퇴직 등의 사유로 인하여 단체에서 탈퇴하는 경우 피보험자가 보험료의 일부를 부담한 경우에 한하여 탈퇴일로부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자는 회사의 승낙을 얻어 개별계약으로 전환할 수 있으며, 이 경우 피보험자는 개별계약의 계약자가 됩니다.
② 제1항에 따라 개별계약으로 전환 시에는 전환 후 피보험자의 보험기간은 이 계약의 남은 기간으로 하고, 이로 인하여 발생하는 추가 또는 환급되는 보험료는 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 바에 따라 일단위로 계산하여 받거나 돌려 드립니다.

제27조(보험나이 등) ① 이 약관에서의 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제23조(계약의 무효) 제2호의 경우에는 실제 만 나이를 적용합니다.
② 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약 해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

예시

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

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

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

유의사항

청약서 및 보험증권 등 보험계약을 증명하기 위한 문서에서 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 신분증(주민등록증, 운전면허증, 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증)에 기재된 사실과 다른 경우에는 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다. 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경 시 「보험료 및 해약환급금 산출방법서」에 따라 보험료의 차액을 정산합니다.

제28조(계약의 소멸) 피보험자의 사망으로 인하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제 5 관 보험료의 납입

제29조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) ① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임 있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.

② 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

용어 풀이

【보장개시일】

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

③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.

1. 제13조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
2. 제15조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
3. 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 진단을 받지 않은 경우. 다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 상해로 보험금 지급사유가 발생하는 경우에는 보장을 해드립니다.

④ 계약이 갱신되는 경우에는 제1항 내지 제3항에 의한 보장은 기존 계약에 의한 보장이 종료하는 때부터 적용합니다.

제30조(제2회 이후 보험료의 납입) 계약자는 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 하며, 회사는 계약자가 보험료를 납입한 경우에는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융회사(우체국을 포함합니다)를 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사 발행 증빙서류를 영수증으로 대신합니다.

용어 풀이

【납입기일】계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지) ① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다)으로 정하여 아래 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 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 다음날에 계약이 해지된다는 내용

② 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로

봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.
③ 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전화(음성녹음)로 안내하고자 할 때 다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 경우에「보험업감독규정」제4-36조 제3항에 따른 전자적 상품설명장치를 활용할 수 있습니다.
1. 계약자에게 전자적 상품설명장치를 활용하여 제1항에 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 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 실시할 것
4. 전자적 상품설명장치에 안내의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖출 것
5. 제3호 및 제4호의 내용에 관한 사항을 계약자에게 안내할 것
④ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우, 제37조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.

제32조(보험료의 납입연체로 인하여 해지된 계약의 부활(효력회복)) ① 제31조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 제37조(보험료의 환급)에 따라 보험료를 돌려받지 않은 경우 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 '보험개발원이 공시하는 월평균 정기예금이율 + 1%' 범위내에서 각 상품별로 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다.
② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제13조(계약 전 알릴의무), 제15조(알릴 의무 위반의 효과), 제16조(사기에 의한 계약), 제17조(보험계약의 성립) 및 제29조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다. 이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.
③ 제1항에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제13조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제15조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제33조(강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복)) ① 제37조(보험료의 환급)에 따른 계약자의 환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우에는, 회사는 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에게 지급하고 제24조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.

용어 풀이

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

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

【국세 및 지방세 체납처분 절차】
국세 및 지방세 체납처분 절차란 국세 또는 지방세를 체납할 경우 국세 기본법 및 지방세법에 의하여 체납된 세금에 대하여 가산금 징수, 독촉장 발부 및 재산 압류 등의 집행을 하는 것을 말합니다. 법원은 채권자의 신청에 따른 강제집행 및 담보권실행으로 채무자의 해약환급금을 압류할 수 있으며, 법원의 추심명령 또는 전부명령에 따라 회사는 채권자에게 해약환급금을 지급하게 됩니다. 또한, 국세 및 지방세 체납시 국세청 및 지방자치단체에 의해 채무자의 해약환급금이 압류될 수 있으며, 체납처분 절차에 따라 회사는 채권자에게 해약환급금을 지급하게 됩니다.

② 회사는 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙하며, 계약은 청약한 때부터 특별부활(효력회복) 됩니다.
③ 회사는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 회사는 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.

용어 풀이

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

④ 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다. 다만, 회사의 통지가 7일을 지나서 도달하고 이후 보험수익자가 제1항에 의한 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복)을 청약한 경우에는 계약이 해지된 날부터 7일이 되는 날에 특별부활(효력회복) 됩니다.
⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

제 6 관 계약의 해지 및 보험료의 환급 등

제34조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회) ① 계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 제37조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.
② 제23조(계약의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지된 경우에는 제37조(보험료의 환급) 에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.
③ 보험금 지급사유 발생으로 회사가 보험금을 지급한 때에도 보험가입금액이 감액되지 않은 경우에는 계약자는 그 보험금 지급사유 발생 후에도 계약을 해지할 수 있습니다.

제34조의2(위법계약의 해지) ① 계약자는「금융소비자 보호에 관한 법률」제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 법위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.

② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.

③ 계약자는 회사가 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.

④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제37조(보험료의 환급) 제1항 제1호에 따른 환급금을 계약자에게 지급합니다.

⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제35조(중대사유로 인한 해지) ① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우

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

유의사항

계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우 회사는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다. 다만, 이 경우에도 회사는 이미 발생한 보험금 지급사유에 대해서는 보험금을 지급합니다.

② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고, 제37조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.

제36조(회사의 파산선고와 해지) ① 회사가 파산의 선고를 받은 때에는 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.

② 제1항의 규정에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지난 때에는 그 효력을 잃습니다.

③ 제1항의 규정에 따라 계약이 해지되거나 제2항의 규정에 따라 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제37조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.

제37조(보험료의 환급) ① 이 계약이 무효, 효력상실, 해지 또는 소멸된 때에는 다음과 같이 보험료를 돌려드립니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 없는 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 책임 있는 사유에 의하는 경우 : 이미 경과한 기간에 대하여 단기요율(1년 미만의 기간에 적용되는 요율)로 계산한 보험료를 뺀 잔액.

② 보험기간이 1년을 초과하는 계약이 무효, 효력상실, 해지 또는 소멸인 경우에는 무효, 효력상실 또는 소멸의 원인이 생긴 날 또는 해지일이 속하는 보험년도의 보험료는 제1항의 규정을 적용하고 그 이후의 보험년도에 속하는 보험료는 전액을 돌려드립니다.

③ 제1항 제2호에서 '계약자 또는 피보험자의 책임 있는 사유'라 함은 다음 각 호를 말합니다.

1. 계약자 또는 피보험자가 임의 해지하는 경우

2. 회사가 제15조(알릴 의무 위반의 효과), 제16조(사기에 의한 계약), 제34조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회) 또는 제35조(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 '보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율'을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.


예시

【연단위 복리 계산법 예시】원금 100원, 이자율 10%, 부리기간 2년

원금 = 100원

1년차 이자 = 원금 × 10% = 100원 × 10% = 10원

2년차 이자 = (원금+1년차 이자) × 10% = 110원 × 10% = 11원

⇒ 이자적용 총 금액 = 원금 + 1년차 이자 + 2년차 이자 = 100원+10원+11원 = 121원

제 7 관 분쟁의 조정 등

제38조(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.


용어 풀이

【분쟁조정제도】

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

② 회사는 일반금융소비자인 계약자가 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 가액이 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제42조에서 정하는 일정 금액 이내인 분쟁사건에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 관계 법령이 정하는 경우를 제외하고는 소를 제기하지 않습니다.

제39조(관할법원) 이 계약에 관한 소송 및 민사조정은 계약자의 주소지를 관할하는 법원으로 합니다. 다만, 회사와 계약자가 합의하여 관할법원을 달리 정할 수 있습니다.

제40조(소멸시효) 보험금청구권, 보험료 또는 환급금 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.


예시

제3조(보험금의 지급사유)에 따른 보험금 지급사유가 2017년 1월1일에 발생하였음에도 2019년 12월 31일까지 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금 등을 지급받지 못할 수 있습니다.

제41조(약관의 해석) ① 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하여야 하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 않습니다.

② 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

③ 회사는 보험금을 지급하지 않는 사유 등 계약자나 피보험자에게 불리하거나 부담을 주는 내용은 확대하여 해석하지 않습니다.

제42조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력) ① 회사는 일반금융소비자에게 청약을 권유하거나 일반금융소비자가 설명을 요청하는 경우 보험상품에 관한 중요한 사항을 계약자가 이해할 수 있도록 설명하고 계약자가 이해하였음을 서명(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함), 기명날인 또는 녹취 등을 통해 확인받아야 하며, 설명서를 제공하여야 합니다.

② 설명서, 약관, 계약자 보관용 청약서 및 보험증권의 제공 사실에 관하여 계약자와 회사간에 다툼이 있는 경우에는 회사가 이를 증명하여야 합니다.
③ 보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사 제작의 보험안내자료의 내용이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

용어 풀이

【보험안내자료】
계약의 청약을 권유하기 위해 만든 서류 등을 말합니다.

제43조(회사의 손해배상책임) ① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 발생된 손해에 대하여 관계 법령 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.
② 회사는 보험금 지급 거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었는데도 소를 제기하여 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 손해를 가한 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.
③ 회사가 보험금 지급여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 공정을 잃은 합의로 보험수익자에게 손해를 가한 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

용어 풀이

【현저하게 공정을 잃은 합의】
사회통념상 일반 보통인 이라면 그 같은 일을 하지 않을 정도로 현저하게 공정성을 잃은 것을 말합니다.

제44조(개인정보보호) ① 회사는 이 계약과 관련된 개인정보를 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 「개인정보 보호법」,「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」등 관계 법령에 정한 경우를 제외하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 동의없이 수집, 이용, 조회 또는 제공하지 않습니다. 다만, 회사는 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 위 관계 법령에 따라 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련단체 등에 개인정보를 제공할 수 있습니다.
② 회사는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

제45조(준거법) 이 계약은 대한민국 법에 따라 규율되고 해석되며, 약관에서 정하지 않은 사항은 「금융소비자보호에 관한 법률」, 상법, 민법 등 관계 법령을 따릅니다.

제46조(예금보험에 의한 지급보장) 회사가 파산 등으로 인하여 보험금 등을 지급하지 못할 경우에는 예금자보호법에서 정하는 바에 따라 그 지급을 보장합니다.



【예금자보호안내문】
이 보험계약은 예금자보호법에 따라 해약환급금(또는 만기 시 보험금)에 기타지급금을 합한 금액이 1인당 "1억원까지"(본 보험회사의 여타 보호상품과 합산) 보호됩니다. 이와 별도로 본 보험회사 보호상품의 사고보험금을 합산한 금액이 1인당 "1억원까지" 보호됩니다. 다만, 보험계약자 및 보험료납부자가 법인인 보험계약의 경우에는 보호되지 않습니다.

보험료정산 추가약관

제1조(보험료의 정산)

① 회사는 보통약관 제25조(보험의 목적의 증가 감소 또는 교체) 제2항에도 불구하고 이 추가약관에 따라 보험료를 정산합니다.

② 회사는 보통약관 제25조(보험의 목적의 증가 감소 또는 교체) 제3항과 관계없이 보험료가 정산되기 이전일지라도 새로이 증가 또는 교체된 피보험자에 대해 생긴 손해를 보상합니다.

제2조(피보험자의 명부)

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

제3조(예치보험료)

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

제4조(보험료의 정산방법)

보험료는 피보험자수의 증감을 기초로 다음과 같이 정산합니다.

1. 계약자는 매월 10일까지 전월말까지의 피보험자에 관한 서류를 회사에 제출하여야 합니다. 그러나 계약이 효력상실 또는 해지된 경우에는 효력상실 또는 해지일까지의 보험료를 확정하기 위하여 필요한 서류를 효력상실 또는 해지 즉시 회사에 제출하여야 합니다.
2. 회사는 보험기간 중이나 보험기간 만료 후 보험료를 산출하기 위하여 필요하다고 인정될 경우에는 계약자의 서류를 열람할 수 있습니다.
3. 회사는 보험기간 만료와 동시에 제1호에 의한 피보험자수에 따라 산출된 확정보험료와 계약을 체결할 때 산출한 예치보험료를 비교하여 그 차액을 정산합니다.

제5조(준용규정)

이 추가약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

【특별약관】

상해사망후유장해확장보상 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제2항에도 불구하고 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다): 사망보험금
2. 보험기간 중 상해로 「장해분류표」(【별표1】참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때: 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유)

회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 보통약관 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 1항에 정한 사항 1호 내지 3호

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

상해확장보장 추가특별약관(Ⅱ)

제1조(계약의 적용 범위)

이 추가특별약관은 (　) 특별약관의 피보험자가 상해의 직접결과로써 사망, 후유장해, 입원, 통원, 수술, 진단의 상태가 되고 해당 상태가 (　) 특별약관의 '보험금 지급사유'에 해당되는 경우 보험수익자에게 사망보험금, 후유장해보험금, 입원·통원일당, 입원·통원비용, 수술비, 치료비 및 진단비를 지급하는 특별약관에 대해 의무로 부가됩니다.

제2조(보험금의 지급사유)

① 회사는 (　) 특별약관의 '보험금의 지급사유'의 조항에도 불구하고 이 계약이 갱신된 계약인 경우에는 피보험자가 보험기간 이전에 발생한 상해 사고에 대해서도 '보험금의 지급사유'의 조항에 따라 보상합니다.

② 제1항에도 불구하고 (　) 특별약관에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 단체상해보험계약 중 피보험자가 속한 최초계약에서 피보험자의 보장이 개시되기 이전에 발생한 상해 사고와 관련된 보험금은 지급하지 않습니다.

③ 제1항에서 갱신된 계약이라 함은 (　) 특별약관에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 단체상해보험계약의 보험기간 종료일 익일 이내에 이 계약의 (　) 특별약관의 보장이 개시되는 경우를 말합니다.

④ 제1항에도 불구하고 상해로 인한 사망, 후유장해 및 진단의 경우 사망일, 후유장해 진단일, 진단확정일과 관계없이 해당 사망, 후유장해 및 진단의 직접적인 원인이 되는 상해사고가 이 계약의 보험기간 중 발생한 경우에 보상하여 드립니다.

제3조(준용규정)

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

질병사망 및 질병80%이상 고도후유장해 특별약관

제1조(보험금의 지급사유)

회사는 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 보험증권에 기재된 보험가입금액을 약정한 보험금으로 지급합니다.

1. 보험기간 중에 질병으로 사망하였을 경우 : 사망보험금
2. 보험기간 중 진단확정된 질병으로 「장해분류표」(【별표1】참조)에서 정한 장해지급률이 80%이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 고도후유장해보험금

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」에 따른 연명의료중단등결정 및 그 이행으로 피보험자가 사망하는 경우 연명의료중단등결정 및 그 이행은 제1조(보험금의 지급사유) 제1호 '사망'의 원인 및 '사망보험금' 지급에 영향을 미치지 않습니다.

② 제1조(보험금의 지급사유) 제2호에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

③ 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

④ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

⑤ 보험수익자와 회사가 제1조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑥ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑧ 이미 이 계약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제7항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

질병확장보장 추가특별약관(Ⅱ)

제1조(계약의 적용 범위)

이 추가특별약관은 (　) 특별약관의 피보험자가 질병의 직접결과로써 사망, 후유장해, 입원, 통원, 수술, 진단의 상태가 되고 해당 상태가 (　) 특별약관의 '보험금 지급사유'에 해당되는 경우 보험수익자에게 사망보험금, 후유장해보험금, 입원·통원일당, 입원·통원비용, 수술비, 치료비 및 진단비를 지급하는 특별약관에 대해 의무로 부가됩니다.

제2조(보험금의 지급사유)

① 회사는 (　) 특별약관의 '보험금의 지급사유'의 조항에도 불구하고 이 계약이 갱신된 계약인 경우에는 피보험자가 보험기간 이전에 진단 또는 치료를 받은 질병에 대해서도 '보험금의 지급사유'의 조항에 따라 보상합니다. 단, 질병으로 인한 후유장해의 경우 이 계약의 보험기간 전에 이미 해당 후유장해에 대한 장해지급률이 있는 경우에는 보상하지 않으며, 이 계약의 보험기간 중 장해지급률이 최초로 결정된 경우에 한하여 보상하여 드립니다.

② 제1항에도 불구하고 (　) 특별약관에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 단체상해보험계약 중 피보험자가 속한 최초계약에서 피보험자의 보장이 개시되기 이전에 진단 확정된 질병과 관련된 보험금은 지급하지 않습니다.

③ 제1항에서 갱신된 계약이라 함은 (　) 특별약관에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 단체상해보험계약의 보험기간 종료일 익일 이내에 이 계약의 (　) 특별약관의 보장이 개시되는 경우를 말합니다.

④ 제1항에도 불구하고 피보험자와 회사가 장해지급률에 대한 이견으로 보험기간 중 합의가 이루어지지 않아 보험기간 종료 후에 최종 장해지급률이 결정되었다면 이는 보험기간중 장해지급률이 결정된 것으로 봅니다.

제3조(준용규정)

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

급여 실손의료비 특별약관

이 특별약관은 보험회사가 피보험자의 질병 또는 상해로 인한 손해(의료비에 한정합니다)를 보상하는 특별약관입니다.

제1관 일반사항 및 용어의 정의

제1조(보장종목) ① 회사가 판매하는 급여 실손 의료보험상품은 다음과 같이 상해급여형, 질병급여형의 2개 보장종목으로 구성되어 있습니다.

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

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

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

제2조(용어의 정의) 이 약관에서 사용하는 용어의 뜻은 <붙임1>과 같습니다.

제2관 회사가 보상하는 사항

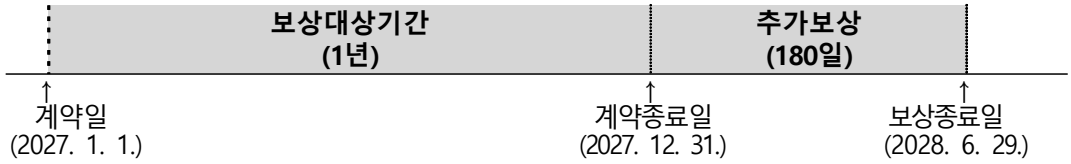
제3조(보장종목별 보상내용) 회사가 이 계약의 보험기간 중 보장종목별로 각각 보상하거나 공제하는 내용은 다음과 같습니다.

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

<table>
<tr><th>구분</th><th>보상금액</th></tr>
<tr><td>입원
(입원실료,
입원제비용,
입원수술비)</td><td>「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부본인부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액본인부담금을 말합니다.)의 80%에 해당하는 금액</td></tr>
<tr><td>통원
(외래제비용,
외래수술비,
처방조제비)</td><td>통원 1회당(외래 및 처방조제 합산)「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부본인부담금을 말합니다.)에서 <표1>의 ‘통원항목별 공제금액’을 뺀 금액

<표1> 통원항목별 공제금액
<table>
<tr><th>항 목</th><th>공제금액</th></tr>
<tr><td>「의료법」 제3조 제2항에 의한 의료기관(동법 제3조의3에 의한 종합병원은 제외), 「국민건강보험법」 제42조제1항제4호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제(의약분업 예외지역 등에서의 약사의 직접 조제 포함)</td><td>1만원과 보장대상 의료비의 20%, 보장대상의료비에 건강보험 본인부담률을 곱한 금액주) 중 큰 금액</td></tr>
<tr><td>「국민건강보험법」 제42조 제2항에 의한 전문요양기관, 「의료법」 제3조의4에 의한 상급종합병원, 동법 제3조의3에 의한 종합병원에서의 외래 및 그</td><td>2만원과 보장대상 의료비의 20%, 보장대상의료비에</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>보장종목</th><th>보상하는 사항</th></tr>
<tr><td></td><td>
<table>
<tr><th>구분</th><th>보상금액</th></tr>
<tr><td></td><td>
<table>
<tr><th>항 목</th><th>공제금액</th></tr>
<tr><td>에 따른 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제</td><td>건강보험 본인부담률을 곱한 금액주) 중 큰 금액</td></tr>
</table>
주) 건강보험 본인부담률은 진료비 및 약제비 계산서·영수증 상 '급여 일부 본인부담 항목의 급여 본인부담금'을 '급여 일부 본인부담 항목의 급여 본인부담금'과 '급여 공단부담금'의 합계액으로 나누어 산출한 값을 말합니다.
건강보험 본인부담률 =
<u>급여 일부 본인부담 항목의 본인부담금 합계 금액</u>
(급여 일부 본인부담 항목의 본인부담금 합계 금액
+ 급여 공단부담금 합계 금액)
다만, 「국민건강보험법 시행규칙」 제16조 및 별표6에 따라 요양급여비용의 본인부담률이 100분의100 및 「의료급여법 시행령」 제13조 및 별표1에 따라 의료급여비용의 본인부담률이 100분의 100(전액본인부담)인 경우, 해당 금액은 상기 계산식에 포함되지 않으며 보상하는 대상에서 제외됩니다.
</td></tr>
</table>
② 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연히 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상이 포함됩니다. 다만, 유독가스 또는 유독물질을 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상과 세균성 음식물 중독증상은 포함되지 않습니다.
③ 피보험자가 「국민건강보험법」제5조, 제53조, 제54조에 따라 요양급여 또는 「의료급여법」제4조, 제15조, 제17조에 따라 의료급여를 적용받지 못하는 경우에는 다음과 같이 보상합니다.
1. 의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액(통원의 경우 본인이 실제로 부담한 금액에서 같은 조 제1항 <표1>의 '통원항목별 공제금액'을 뺀 금액)의 40%를 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다.
2. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 제1호를 적용하지 아니하고 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비에 대해서만 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 감면받은 의료비가 본인 또는 가족(「피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자」(이하 "배우자"라 합니다), 직계혈족 및 형제자매(민법 제768조))의 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비에 대해서 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다.
④ 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음날부터 180일까지 보상합니다.
⑤ 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 통원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음날부터 180일 이내의 통원을 보상
</td></tr>
</table>

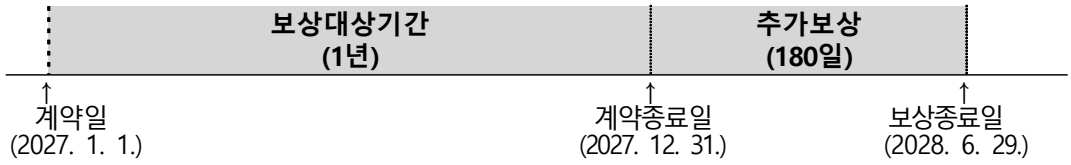
<table>
<tr><th>보장종목</th><th>보상하는 사항</th></tr>
<tr><td></td><td>하며 최대 90회 한도 내에서 보상합니다.
<보상기간 예시>


⑥ 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제4항과 제5항을 적용하지 않습니다.
⑦ 하나의 상해(같은 상해로 2회 이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 상해로 봅니다)로 인해 동일한 의료기관에서 같은 날 외래 및 처방을 함께 받은 경우 처방일자를 기준으로 외래 및 처방조제를 합산하되(조제일자가 다른 경우도 동일하게 적용) 통원 1회로 보아 제1항, 제5항 및 제6항을 적용합니다.
⑧ 하나의 상해로 인해 하루에 같은 치료를 목적으로 2회 이상 통원치료(외래 및 처방조제 합산)를 받은 경우 1회의 통원으로 보아 제1항, 제5항 및 제6항을 적용합니다. 이때 공제금액은 2회 이상의 중복방문 의료기관 중 가장 높은 공제금액을 적용합니다.
⑨ 회사는 피보험자가 상해로 인하여 의료기관에서 본인의 장기등(「장기등 이식에 관한 법률」 제4조에 의한 "장기등"을 의미합니다)의 기능회복을 위하여 「장기등 이식에 관한 법률」 제42조 및 관련 고시에 따라 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 제1항부터 제8항에 따라 보상합니다.
⑩ 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원 또는 통원한 경우(O00~O99) 발생한 의료비를 「모자보건법」에 따라 감면 또는 지원을 받거나 그 외 정부 및 지방자치단체의 지원금을 통해 감면 또는 지원(「국민건강보험법」 제50조에 따른 부가급여도 지원으로 간주합니다)받는 경우에는 감면 또는 지원 전 의료비로 급여 의료비를 계산합니다.</td></tr>
<tr><td>(2)
질병급여</td><td>① 회사는 피보험자가 질병으로 의료기관에 입원 또는 통원(외래 및 처방조제)하여 치료를 받은 경우에는 급여의료비를 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 다음과 같이 보상합니다. 다만, 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비 기준으로 계산하며, 감면받은 의료비가 본인 또는 가족(「피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자」(이하 "배우자"라 합니다), 직계혈족 및 형제자매(민법 제768조))의 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비로 급여 의료비를 계산합니다.

<table>
<tr><th>구분</th><th>보상금액</th></tr>
<tr><td>입원
(입원실료,
입원제비용
입원수술비)</td><td>「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부본인부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액본인부담금을 말합니다.)의 80%에 해당하는 금액</td></tr>
<tr><td>통원</td><td></td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>보장종목</th><th>보상하는 사항</th></tr>
<tr><td></td><td>
<table>
<tr><th>구분</th><th>보상금액</th></tr>
<tr><td>(외래제비용, 외래수술비, 처방조제비)</td><td>
통원 1회당(외래 및 처방조제 합산)「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부본인부담금을 말합니다.)에서 <표1>의 '통원항목별 공제금액'을 뺀 금액

<표1> 통원항목별 공제금액
<table>
<tr><th>항 목</th><th>공제금액</th></tr>
<tr><td>「의료법」 제3조 제2항에 의한 의료기관(동법 제3조의3에 의한 종합병원은 제외), 「국민건강보험법」 제42조제1항제4호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제(의약분업 예외지역 등에서의 약사의 직접 조제 포함)</td><td>1만원과 보장대상 의료비의 20%, 보장대상의료비에 건강보험 본인부담률을 곱한 금액주 중 큰 금액</td></tr>
<tr><td>「국민건강보험법」 제42조 제2항에 의한 전문요양기관, 「의료법」 제3조의4에 의한 상급종합병원, 동법 제3조의3에 의한 종합병원에서의 외래 및 그에 따른 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제</td><td>2만원과 보장대상 의료비의 20%, 보장대상의료비의 건강보험 본인부담률을 곱한 금액주) 중 큰 금액</td></tr>
</table>
주) 건강보험 본인부담률은 진료비 및 약제비 계산서·영수증 상 '급여 일부 본인부담 항목의 급여 본인부담금'을 '급여 일부 본인부담 항목의 급여 본인부담금'과 '급여 공단부담금'의 합계액으로 나누어 산출한 값을 말합니다.
건강보험 본인부담률 =
급여 일부 본인부담 항목의 본인부담금 합계 금액
(급여 일부 본인부담 항목의 본인부담금 합계 금액
+ 급여 공단부담금 합계 금액)
다만,「국민건강보험법 시행규칙」 제16조 및 별표6에 따라 요양급여 비용의 본인부담률이 100분의100 및 「의료급여법 시행령」 제13조 및 별표1에 따라 의료급여비용의 본인부담률이 100분의 100(전액본인부담)인 경우, 해당 금액은 상기 계산식에 포함되지 않으며 보상하는 대상에서 제외됩니다.
</td></tr>
</table>
② 피보험자가「국민건강보험법」제5조, 제53조, 제54조에 따라 요양급여 또는「의료급여법」제4조, 제15조, 제17조에 따라 의료급여를 적용받지 못하는 경우에는 다음과 같이 보상합니다.
1. 의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액(통원의 경우 본인이 실제로 부담한 금액에서 같은 조 제1항 <표1>의 '통원항목별 공제금액'을 뺀 금액)의 40%를 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다.
2. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의</td></tr>
</table>

보장종목	보상하는 사항
	료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 제1호를 적용하지 아니하고 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비에 대해서만 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 감면받은 의료비가 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비에 대해서 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. ③ 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음날부터 180일까지 보상합니다. ④ 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 통원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음날부터 180일 이내의 통원을 보상하며 최대 90회 한도 내에서 보상합니다. <보상기간 예시>  ⑤ 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제3항과 제4항을 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 1회로 보아 제1항, 제4항 및 제5항을 적용합니다. ⑦ "하나의 질병"이란 발생 원인이 동일한 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병은 하나의 질병으로 간주하며, 하나의 질병으로 2회 이상 치료를 받는 경우에는 이를 하나의 질병으로 봅니다)을 말하며, 질병의 치료 중에 발생된 합병증 또는 새로 발견된 질병의 치료가 병행되거나 의학상 관련이 없는 여러 종류의 질병을 갖고 있는 상태에서 통원한 경우에는 하나의 질병으로 간주합니다. ⑧ 하나의 질병으로 하루에 같은 치료를 목적으로 2회 이상 통원치료(외래 및 처방조제 합산)를 받은 경우 1회의 통원으로 보아 제1항, 제4항 및 제5항을 적용합니다. 이 때 공제금액은 2회 이상의 중복방문 의료기관 중 가장 높은 공제금액을 적용합니다. ⑨ 회사는 피보험자가 질병으로 인하여 의료기관에서 본인의 장기등(「장기등 이식에 관한 법률」 제4조에 의한 "장기등"을 의미합니다)의 기능회복을 위하여 「장기등 이식에 관한 법률」 제42조 및 관련 고시에 따라 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 제1항부터 제8항에 따라 보상합니다. ⑩ 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원 또는 통원한 경우(O00~O99) 발생한 의료비를 「모자보건법」에 따라 감면 또는 지원을 받거나 그 외 정부 및 지방자치단체의 지원금을 통해 감면 또는 지원(「국민건강보험법」 제50조에 따른 부가급여도 지원으로 간주합니다)받는 경우에는 감면 또는 지원 전 의료비로 급여 의료비를 계산합니다.

제3관 회사가 보상하지 않는 사항

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

보장종목	보상하지 않는 사항
(1) 상해급여	① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 급여의료비는 보상하지 않습니다. 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다. 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다. 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우 4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(O00~O99)로 발생한 의료비. 다만, 보험가입일이 건강보험 임신출산 진료비 지급신청서(「임신출산 진료비 지급 등에 관한 기준」 별지 제1호서식)상 요양기관이 기재한 분만예정일로부터 280일 이전인 경우에는 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(O00~O99)와 관련한 치료에서 발생한 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 일부 본인부담금에 해당하는 의료비를 보상(단체보험 상품은 보험가입일이 분만예정일로부터 280일 이내인 경우에도 보상합니다)합니다. 다만, '26.6.6. 이후 체결된 계약을 같은 회사의 보험상품으로 전환하거나 재가입한 경우에는 종전 계약을 연장하는 것으로 보아 종전 계약의 보험가입일 기준으로 보상여부를 판단합니다. 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인한 경우 6. 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자 본인이 자의적으로 입원하여 발생한 입원의료비 7. 피보험자가 정당한 이유없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 통원의료비 ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동 목적으로 한 다음의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 생긴 상해에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전 훈련이 필요한 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩 2. 모터보트・자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 행사(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 보상합니다) 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안 ③ 회사는 다음의 급여의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제) 2. 「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 따라 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제) 3. 자동차보험(공제를 포함합니다)에서 보상받는 치료관계비(과실상계 후 금액을 기준으로 합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비(자동차보험 진료수가에 관한 기준 및 산재보험 요양급여 산정기준에 따라 발생한 실제 본인 부담의

보장종목	보상하지 않는 사항
	료비)는 제3조(보장종목별 보상내용) (1)상해급여 제1항, 제2항 및 제4항부터 제8항에 따라 보상합니다. 4. 간병비 5. 통원(외래 및 처방조제)하여 치료를 받은 경우 발생한 급여의료비 중 「국민건강보험법 시행규칙」 제16조에 따라 요양급여비용의 본인부담률이 100분의100 및 「의료급여법 시행령」 제13조 및 별표1에 따라 의료급여비용의 본인부담률이 100분의 100(전액 본인부담)인 의료비
(2) 질병급여	① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 급여의료비는 보상하지 않습니다. 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다. 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다. 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우 4. 피보험자가 정당한 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~F98과 관련한 치료에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하는 의료비는 보상하며, 피보험자가 보험가입당시 태아인 경우에는 정신발달장애(F80~F89)와 관련한 치료에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하는 의료비도 18세까지 보상합니다. 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98) 으로 발생한 의료비 중 전액본인부담금. 다만, '21.8월 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 입원 또는 통원한 경우 발생한 의료비. 다만, 회사가 보상하는 상해로 인하여 입원 또는 통원한 경우에는 보상합니다 보험가입일이 건강보험 임신출산 진료비 지급신청서(「임신출산 진료비 지급 등에 관한 기준」 별지 제1호서식)상 요양기관이 기재한 분만예정일로부터 280일 이전인 경우에는 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(O00~O99)와 관련한 치료에서 발생한 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 일부 본인부담금에 해당하는 의료비를 보상(단체보험 상품은 보험가입일이 분만예정일로부터 280일 이내인 경우에도 보상합니다)합니다. 다만, '26.6.6. 이후 체결된 계약을 같은 회사의 보험상품으로 전환하거나 재가입한 경우에는 종전 계약을 연장하는 것으로 보아 종전 계약의 보험가입일 기준으로 보상여부를 판단합니다. 4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04). 다만, 피보험자가 보험가입당시 태아인 경우에는 보상합니다. 5. 요실금(N39.3, N39.4, R32) ③ 회사는 다음의 급여의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에

보장종목	보상하지 않는 사항
	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 제3조(보장종목별 보상내용) (2)질병급여 제1항 및 제3항부터 제8항에 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」 제16조에 따라 요양급여비용의 본인부담률이 100분의100 및 「의료급여법 시행령」 제13조 및 별표1에 따라 의료급여비용의 본인부담률이 100분의 100(전액본인부담)인 의료비

제4조의2(비급여 실손의료비 특별약관에서 보상하는 사항) ① 제3조 및 제4조에도 불구하고 다음 각 호에 해당하는 의료비는 급여 실손의료비 특별약관에서 보상하지 않습니다.

1. 비급여 의료비
2. 제1호와 관련하여 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 발생한 본인부담의료비

② 제1항 제1호 및 제2호에서 정한 의료비와 다른 의료비가 함께 청구되어 각 항목별 의료비가 구분되지 않는 경우 회사는 보험금 지급금액 결정을 위해 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 각각의 의료비에 대한 확인을 요청할 수 있습니다.

제4관 보험금의 지급

제5조(보험가입금액 한도 등) ① 이 계약의 연간 보험가입금액은 제3조(보장종목별 보상내용) (1)상해급여에 대하여 입원과 통원의 보상금액을 합산하여 5천만원 이내에서, (2)질병급여에 대하여 입원과 통원의 보상금액을 합산하여 5천만원 이내에서 회사가 정한 금액 중 계약자가 선택한 금액을 말하며, 제3조(보장종목별 보상내용)에 의한 급여의료비를 이 금액 한도 내에서 보상합니다.

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

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 「국민건강보험법」에 따른 본인부담금 상한제 또는「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제 적용항목은 실제 본인이 부담한 금액(「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등 관련 법령에서 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액은 제외한 금액)을 한도로 제3조(보장종목별 보상내용) 및 제4조(보상하지 않는 사항)에 따라 보상합니다.

④ 제3조(보장종목별 보상내용)에서 정한 입원의 경우 급여의료비 중 보상금액을 제외한 나머지 금액('「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금'(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 20%에 해당하는 금액)이 계약일 또는 매년 계약해당일부터 기산하여 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 제1항의 한도내에서 보상합니다.

⑤ 제3조(보장종목별 보상내용)에서 정한 통원의 경우 (1)상해급여 또는 (2)질병급여 각각에 대하여 통원

1회당 20만원 이내에서 회사가 정한 금액 중 계약자가 선택한 금액의 한도 내에서 보상합니다.
⑥ 제3조(보장종목별 보상내용) (1)상해급여 제4항 또는 제5항 및 (2)질병급여 제3항 또는 제4항에 따른 계속 중인 입원 또는 통원의 보상한도는 연간 보험가입금액에서 직전 보험기간 종료일까지 지급한 금액을 차감한 잔여 금액을 한도로 적용합니다.

제5조의2(보험가입금액 한도 등에 대한 설명 의무) ① 회사는 제18조(약관 교부 및 설명 의무 등)에 따라 계약자가 청약할 때에 약관의 중요한 내용을 설명할 경우, 제5조(보험가입금액 한도 등)의 내용도 함께 설명하여 드립니다.
② 제1항에 따라 보험가입금액 한도 등을 설명할 때에, 회사는 계약자에게 제5조(보험가입금액 한도 등) 제3항의 '본인부담금 상한제' 및 '본인부담금 보상제'에 대한 사항을 구체적으로 설명하여 드립니다.

용어 풀이

【「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(81만원~584만원))을 초과하는 경우 그 초과액을 국민건강보험공단이 부담하는 제도

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

1. 1종 수급권자 : 2만원
2. 2종 수급권자 : 20만원

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

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

제6조(보험금 지급사유 발생의 통지) 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제3조(보장종목별 보상내용)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 것을 알았을 때에는 지체 없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

제7조(보험금의 청구) ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서 (회사 양식)
2. 사고증명서〔진료비 계산서·영수증, 진료비 세부산정내역, 한방진료비 계산서·영수증, 한방진료비 세부 산정내역, 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 안정성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 그 밖에 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항제2호의 사고증명서는「의료법」제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(보험금의 지급절차) ① 회사는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 회사는 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내의 금액을 지급하는 제도를 말합니다)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정 신청



용어 풀이

【분쟁조정제도】

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

3. 수사기관의 조사
4. 외국에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 책임이 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제7항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

③ 제2항에 따라 추가적인 조사가 이루어지는 경우 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

④ 회사는 제1항에서 정한 지급기일 내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대하여 「보험금을 지급할 때의 적립이율」(【별표2】참조)에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 다만, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 책임이 있는 사유로 지급이 지연된 경우에는 그 기간에 대한 이자는 지급하지 않습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제14조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관 및 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

⑦ 보험수익자와 회사가 제3조(보장종목별 보상내용)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

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

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

⑩ 회사는 보험금 지급시 보험수익자에게 문자메시지, 전자우편 또는 이와 유사한 전자적 장치 등으로 다음 각 호의 사항을 안내하여 드리며, 보험수익자는 안내한 사항과 관련하여 구체적인 계산내역 등에

대하여 회사에 설명을 요청할 수 있습니다.

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

제9조(보험금을 받는 방법의 변경) ① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자를 말합니다)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.

② 회사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 '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.

제10조(주소변경의 통지) ① 계약자(보험수익자가 계약자와 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.

② 제1항에서 정한 대로 계약자 또는 보험수익자가 변경내용을 알리지 않은 경우에는 계약자 또는 보험수익자가 회사에 알린 최종 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법을 통하여 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 또는 보험수익자에게 도달된 것으로 봅니다.

제11조(대표자의 지정) ① 계약자 또는 보험수익자가 2명 이상인 경우에는 각 대표자를 1명 지정하여야 하며, 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.

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

③ 계약자가 2명 이상인 경우에는 연대하여 그 책임을 집니다.

제5관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제12조(계약 전 알릴 의무) 계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단을 할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(상법에 따른"고지의무"와 같으며, 이하 "계약 전 알릴 의무"라 합니다) 합니다. 다만, 진단계약의 경우 「의료법」 제3조(의료기관)에 따른 종합병원이나 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제13조(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

용어

【직업】

풀이

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

【직무】

직책이나 직업상 책임을 지고 담당하여 맡은 일

2. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우
예) 자가용에서 영업용으로 변경, 영업용에서 자가용으로 변경 등
3. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우
예) 비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운전자로 변경 등
4. 이륜자동차(자동차관리법상 이륜차로 분류되는 삼륜 또는 사륜의 자동차를 포함) 또는 원동기장치자전거(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 제1항의 통지로 인하여 위험의 변동이 발생한 경우에는 제20조(계약내용의 변경 등)에 따라 계약내용을 변경할 수 있습니다.

[위험변경에 따른 계약변경 절차]

위험변경사항 통지
(우편, 전화, 방문 등)
↓
계약자,피보험자의 계약변경사항 확인 후 청약
↓
계약변경사항 인수 심사
↓
정산금액 처리
(환급 또는 추가납입)
↓
계약변경 완료

③ 회사는 제2항에 따라 계약내용을 변경할 때 위험이 감소된 경우에는 보험료를 감액하고, 이후 기간 보장을 위한 재원인 계약자적립액 등의 차이로 인하여 발생한 정산금액(이하 "정산금액"이라 합니다)을 환급하여 드립니다. 한편 위험이 증가된 경우에는 보험료의 증액 및 정산금액의 추가납입을 요구할 수 있으며 계약자는 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 제1항의 통지에 따라 위험의 증가로 보험료를 더 내야 할 경우 회사가 청구한 추가보험료(정산금액을 포함합니다)를 계약자가 납입하지 않았을 때, 회사는 위험이 증가되기 전에 적용된 보험요율(이하 "변경전 요율"이라 합니다)의 위험이 증가된 후에 적용해야 할 보험요율(이하 "변경후 요율"이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 증가된 위험과 관계없이 발생한 보험금 지급사유에 관해서는 원래대로 지급합니다.

⑤ 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제1항 각 호의 변경사실을 회사에 알리지 않았을 경우 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 그 변경사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자에게 제4항에 따라 보장됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

제14조(알릴 의무 위반의 효과) ① 회사는 다음과 같은 사실이 있을 경우에는 보험금 지급사유의 발생 여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 계약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자나 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제12조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 알릴 의무가 있는 사항이 중요한 사항에 해당하는 경우
2. 계약자나 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제13조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 이행하지 않았을 때

② 제1항 제1호의 경우라도 다음의 어느 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.

1. 회사가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 날부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대해서는 1년)이 지났을 때
3. 계약체결일부터 3년이 지났을 때
4. 이 계약을 청약할 때 회사가 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등을 말합니다)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때. 다만, 계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지할 수 있습니다.
5. 보험설계사 등이 다음의 어느 하나에 해당하는 행위를 하였을 때. 다만, 보험설계사 등이 다음의 행위를 하지 않았더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실하게 고지했다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.
   가. 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았을 때
   나. 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해하였을 때
   다. 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실하게 고지하도록 권유했을 때

③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 회사는 제31조(보험료의 환급)에 따라 보험료를 계약자에게 지급합니다.

④ 제1항 제1호에 따른 계약의 해지가 보험금 지급사유가 발생한 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)과 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 서면 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

⑤ 제1항 제2호에 따른 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 회사는 제13조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제4항 또는 제5항에 따라 보험금을 지급합니다.

⑥ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유가 발생하는 데에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제4항 및 제5항에도 불구하고 해당 보험금을 지급합니다.

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

제15조(사기에 의한 계약) 계약자 또는 피보험자가 대리진단이나 약물사용을 통하여 진단절차를 통과하거나, 진단서를 위조 또는 변조하거나, 청약일 이전에 암 또는 사람면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 회사는 계약일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제6관 보험계약의 성립과 유지

제16조(보험계약의 성립) ① 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.
② 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등을 말합니다)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
③ 회사는 계약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일을 말합니다)부터 30일 이내에 승낙하거나 거절하여야 하며, 승낙한 경우에는 보험증권을 드립니다. 이 경우 30일 이내에 회사가 승낙 또는 거절의 통지를 하지 않으면 승낙한 것으로 봅니다.
④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 '보험개발원이 공시하는 월평균 정기예금이율'에 1%를 더한 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우 회사는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

제17조(청약의 철회) ① 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 계약은 철회할 수 없습니다.

1. 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약
2. 보험기간이 90일 이내인 계약
3. 전문금융소비자가 체결한 계약

용어 풀이

【전문금융소비자】
보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약에 따른 위험감수능력이 있는 자로서, 국가, 지방자치단체, 한국은행, 금융회사, 주권상장법인 등을 포함하며「금융소비자 보호에 관한 법률」제2조(정의) 제9호에서 정하는 전문금융소비자를 말합니다.

【일반금융소비자】
전문금융소비자가 아닌 계약자를 말합니다.

② 제1항에도 불구하고 청약한 날부터 30일이 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 3영업일 이내에 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 '보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율'을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료 등을 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해당 신용카드회사로 하여금 대금청구를 하지 않도록 해야 하며, 이 경우 회사는 보험료를 반환한 것으로 봅니다.
⑤ 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력이 발생하지 않습니다.
⑥ 제1항에서 보험증권을 받은 날에 대한 다툼이 발생한 경우 회사가 이를 증명하여야 합니다.

제18조(약관 교부 및 설명 의무 등) ① 회사는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며, 청약 후에 다음 각 호의 방법 중 계약자가 원하는 방법을 확인하여 지체 없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 제공하여 드립니다. 만약, 회사가 전자우편 및 전자적 의사표시로 제공한 경우 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것

으로 봅니다.

1. 서면교부
2. 우편 또는 전자우편
3. 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시

② 제1항과 관련하여 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특약만 포함한 약관을 드리며, 전화를 이용하여 체결하는 계약은 계약자의 동의를 얻어 다음의 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.


용어 풀이

【통신판매계약】
전화.우편.인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

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

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

1. 회사가 제1항에 따라 제공하여야 할 약관 및 계약자 보관용 청약서를 계약자가 청약할 때 계약자에게 전달하지 않았거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 경우
2. 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 경우(도장을 찍는 날인과 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함합니다.)

④ 제3항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에 다음의 어느 하나에 해당할 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제2항에 따른 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.

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

⑤ 제3항에 따라 계약이 취소된 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 '보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율'을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

⑥ 회사는 관계 법규에 따라 피보험자가 될 사람이 다른 실손 의료보험계약을 체결하고 있는지를 확인하고, 그 결과 피보험자가 될 사람이 다른 실손 의료보험계약의 피보험자로 되어 있는 경우에는 보상방식 등을 구체적으로 설명하여 드립니다.

제19조(계약의 무효) ① 다음 각 호의 어느 하나에 해당되는 경우에는 계약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

1. 계약자와 피보험자가 다른 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 대통령령으로 정하는 바에 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 '보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율'을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제20조(계약내용의 변경 등) ① 계약자는 회사의 승낙을 받아 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 회사는 승낙사실을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 적어 드립니다.

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

② 계약자가 제1회 보험료를 납입한 날부터 1년 이상 지난 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청할 경우 회사는 회사의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 보험종목을 변경하여 드립니다.
③ 계약자가 제1항제4호에 따라 보험가입금액을 감액하려는 경우 회사는 그 감액된 부분은 계약이 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 보험료가 있을 때에는 제31조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.
④ 계약자는 회사의 승낙 없이 보험수익자를 변경할 수 있습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리자로서 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.
⑤ 계약자가 제4항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우 계약자와 피보험자가 동일하지 않을 때에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제44조의2에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)으로 동의하여야 합니다.
⑥ 제1항에 따라 계약자가 변경된 경우 회사는 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 드리고, 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

제21조(보험나이 등) ① 이 약관에서 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다.
② 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.
③ 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 사실과 다른 경우에는 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.


예시

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

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

제22조(계약의 소멸) 피보험자가 사망하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제7관 보험료의 납입

제23조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) ① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 계약자로부터 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관에서 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체 신청 및 신용카드매출 승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자에게 책임이 있는 사유로 자동이체 또는 매출

승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.
② 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관에서 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

용어 풀이

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

③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음의 어느 하나에 해당하는 경우에는 보장을 하지 않습니다.
1. 제12조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용 또는 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
2. 제14조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
3. 진단계약에서 보험금 지급사유 발생 시까지 피보험자가 진단을 받지 않은 경우. 다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 상해로 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장을 해드립니다.

④ 계약이 갱신되는 경우에는 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 보장은 기존 계약에 의한 보장이 종료하는 때부터 적용합니다.

제24조(제2회 이후 보험료의 납입) 계약자는 제2회부터의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 하며, 계약자가 보험료를 납입한 경우 회사는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융회사(우체국을 포함합니다)를 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사가 발행한 증명서류를 영수증으로 대신합니다.

용어 풀이

【납입기일】계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제25조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지] ① 계약자가 제2회부터의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간[납입최고기간의 마지막 날이 영업일이 아닐 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다]으로 정하여 다음 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 계약이 해지되기 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다.
1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 계약이 해지된다는 내용.

② 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하려는 경우에는 계약자에게 서면 또는「전자서명법」제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 받아 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다.
③ 회사는 제2항에 따른 확인 결과 전자문서가 수신되지 않은 것을 알았을 때에는 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.
④ 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전화(음성녹음)로 안내하고자 할 때 다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 경우에「보험업감독규정」제4-36조 제3항에 따른 전자적 상품설명장치를 활용할 수 있습니다.
1. 계약자에게 전자적 상품설명장치를 활용하여 제1항에 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 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 실시할 것
4. 전자적 상품설명장치에 안내의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖출 것
5. 제3호 및 제4호의 내용에 관한 사항을 계약자에게 안내할 것
⑤ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우, 제31조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.

제26조[보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)] ① 제25조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에 따라 계약이 해지되었으나 계약자가 제31조(보험료의 환급)에 따라 보험료를 돌려받지 않은 경우 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 경우에는 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 '보험개발원이 공시하는 월평균 정기예금이율'에 1%를 더한 이율의 범위내에서 각 상품별로 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다.
② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제12조(계약 전 알릴 의무), 제14조(알릴 의무 위반의 효과), 제15조(사기에 의한 계약), 제16조(보험계약의 성립) 및 제23조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다. 이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.
③ 제1항에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제12조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제14조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제27조[강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복)] ① 회사는 계약자의 환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 받아 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제20조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.
② 회사는 보험수익자가 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 한 경우 이를 승낙하며, 계약은 청약한 때부터 특별부활(효력회복) 됩니다.
③ 회사는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우 회사는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.
④ 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다. 다만, 회사의 통지가 7일이 지나 보험수익자에게 도달하고 이후 그 보험수익자가 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복)을 청약한 경우에는 계약이 해지된 날부터 7일이 되는 날에 특별부활(효력회복) 됩니다.
⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

제8관 계약의 해지 및 보험료의 환급 등

제28조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권) ① 계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 계약이 해지된 경우 회사는 제31조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.
② 제19조(계약의 무효)에 따라 계약자와 피보험자가 다른 계약에서 서면(「전자서명법」제2조 제2호에 따

른 전자서명이 있는 경우로서 대통령령으로 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)으로 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간 중 중대한 사정변경(계약자의 미성년 자녀인 피보험자에 대한 친권 상실, 계약 체결 당시 미성년인 피보험자가 성인이 된 이후 의사변경, 계약자와 피보험자간 연락 두절 등)이 발생하는 등 피보험자의 필요가 발생한 경우에는 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 때에는 제31조(보험료의 환급)에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제28조의2(위법계약의 해지) ① 계약자는「금융소비자 보호에 관한 법률」제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 법위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.
② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
③ 계약자는 회사가「금융소비자 보호에 관한 법률 시행령」제38조제4항의 각 호에서 정하는 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.
④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제31조(보험료의 환급) 제1항 제1호에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.
⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제29조(중대사유로 인한 해지) ① 회사는 다음과 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 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 회사는 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 그 사실을 계약자에게 통지하고 제31조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.

제30조(회사의 파산선고와 해지) ① 회사가 파산의 선고를 받은 경우 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.
② 제1항에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지나면 그 효력을 잃습니다.
③ 제1항에 따라 계약이 해지되거나 제2항에 따라 계약이 효력을 잃는 경우 회사는 제31조(보험료의 환급)에 따른 보험료를 계약자에게 지급합니다.

제31조(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(1년미만의 기간에 적용되는 요율)로 계산한 보험료를 뺀 잔액.

② 보험기간이 1년을 초과하는 계약이 무효, 효력상실, 해지 또는 소멸인 경우에는 무효, 효력상실 또는 소멸의 원인이 생긴 날 또는 해지일이 속하는 보험년도의 보험료는 제1항의 규정을 적용하고 그 이후의

보험년도에 속하는 보험료는 전액을 돌려드립니다.
③제1항 제2호에서 '계약자 또는 피보험자의 책임 있는 사유'라 함은 다음 각 호를 말합니다.
1. 계약자 또는 피보험자가 임의 해지하는 경우
2. 회사가 제14조(알릴 의무 위반의 효과), 제15조(사기에 의한 계약), 제28조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권) 또는 제29조(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 '보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율'을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제9관 다수보험의 처리 등

제32조(다수보험의 처리) ① 다수보험의 경우 각 계약의 보장대상의료비 및 보장책임액에 따라 제2항에서 정한 방법으로 계산된 각 계약의 비례분담액을 지급합니다.
② 각 계약의 보장책임액 합계액이 각 계약의 보장대상의료비 중 최고액에서 각 계약의 피보험자부담 공제금액 중 최소액을 차감한 금액을 초과한 다수보험은 아래의 산출방식에 따라 각 계약의 비례분담액을 계산합니다.

산식

$$\text{각 계약별 비례분담액} = (\text{각 계약의 보장대상의료비 중 최고액} - \text{각 계약의 피보험자부담 공제금액 중 최소액}) \times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$$

제33조(연대책임) ① 2009년 10월 1일 이후에 신규로 체결된 보험수익자가 동일한 다수보험의 경우 보험수익자는 보험금 전부 또는 일부의 지급을 다수계약이 체결되어 있는 회사 중 한 회사에 청구할 수 있고, 청구를 받은 회사는 해당 보험금을 이 계약의 보험가입금액 한도 내에서 지급합니다.
② 제1항에 따라 보험금을 지급한 회사는 보험수익자가 다른 회사에 대하여 가지는 해당 보험금 청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 지급한 금액이 보험수익자가 다른 회사에 청구할 수 있는 보험금의 일부인 경우에는 해당 보험수익자의 보험금 청구권을 침해하지 않는 범위에서 그 권리를 취득합니다.

제10관 분쟁의 조정 등

제34조(분쟁의 조정) ① 계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁 당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있으며, 분쟁조정 과정에서 계약자는 관계 법령이 정하는 바에 따라 회사가 기록 및 유지·관리하는 자료의 열람(사본의 제공 또는 청취를 포함한다)을 요구할 수 있습니다.
② 회사는 일반금융소비자인 계약자가 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 가액이 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제42조에서 정하는 일정 금액 이내인 분쟁사건에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 관계 법령이 정하는 경우를 제외하고는 소를 제기하지 않습니다.

제35조(관할법원) 이 계약에 관한 소송 및 민사조정은 계약자의 주소지를 관할하는 법원이 하는 것으로 합니다. 다만, 회사와 계약자가 합의하여 관할법원을 달리 정할 수 있습니다.

제36조(소멸시효) 보험금 청구권, 보험료 또는 환급금 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가

완성됩니다.

유의 사항

【설명】
제3조(보장종목별 보상내용)에 따른 보험금 지급사유가 2017년 1월1일에 발생하였음에도 2019년 12월 31일까지 보험금을 청구하지 않는 경우 소멸시효가 완성되어 보험금 등을 지급받지 못할 수 있습니다.

제37조(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.

제38조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력) ① 회사는 일반금융소비자에게 청약을 권유하거나 일반금융소비자가 설명을 요청하는 경우 보험상품에 관한 중요한 사항을 계약자가 이해할 수 있도록 설명하고 계약자가 이해하였음을 서명(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함), 기명날인 또는 녹취 등을 통해 확인받아야 하며, 설명서를 제공하여야 합니다.
② 설명서, 약관, 계약자 보관용 청약서 및 보험증권의 제공 사실에 관하여 계약자와 회사 간에 다툼이 있는 경우에는 회사가 이를 증명하여야 합니다.
③ 보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사 제작의 보험안내자료(계약의 청약을 권유하기 위하여 만든 자료 등을 말합니다)의 내용이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제39조(회사의 손해배상책임) ① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 또는 대리점에 책임이 있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 손해를 입힌 경우에는 관계 법령 등에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.
② 회사는 보험금 지급 거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었는데도 소송을 제기하여 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 손해를 입힌 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.
③ 회사가 보험금 지급 여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 불공정한 합의로 보험수익자에게 손해를 입힌 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.
④ 회사가 제18조(약관 교부 및 설명 의무 등) 제6항에 따른 의무를 이행하지 않아 계약자가 다수의 실손의료보험에 가입한 경우, 회사는 계약자에게 손해를 배상할 책임을 집니다.
⑤ 회사가 제4항에 따라 계약자에게 손해를 배상할 책임이 발생한 경우 계약자는 이 계약(또는 특별약관)의 최초계약일부터 5년 이내에 회사에 손해배상을 청구할 수 있고, 이 계약의 최초계약일부터 손해배상을 청구하기 전까지 납입한 보험료와 이에 대한 이자(보험료를 받은 기간에 대하여 '보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율'을 연단위 복리로 계산한 금액)를 합한 금액을 손해배상액으로 합니다.

제40조(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.

제41조(준거법) 이 계약은 대한민국 법에 따라 규율되고 해석되며, 약관에서 정하지 않은 사항은 「금융

소비자 보호에 관한 법률」, 상법, 민법 등 관계 법령을 따릅니다.

제42조(예금보험에 의한 지급보장) 회사가 파산 등으로 보험금 등을 지급하지 못할 경우에는 「예금자보호법」에서 정하는 바에 따라 그 지급을 보장합니다.

<붙임1> 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 매1년 단위의 연도. 예를 들어 보험계약일이 2021년7월1일인 경우 보험연도는 2021년7월1일부터 2022년6월30일까지 1년이 됩니다.
연단위복리	회사가 지급할 금전에 대한 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법
환급금	계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액
영업일	회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, 「관공서의 공휴일에 관한 규정」에 따른 공휴일과 노동절은 제외
상해	보험기간 중 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고
상해보험계약	상해를 보장하는 계약
의사	「의료법」 제2조(의료인)에서 정한 의사, 한의사 및 치과의사의 면허를 가진 사람
약사	「약사법」 제2조(정의)에서 정한 약사 및 한약사의 면허를 가진 사람
의료기관	다음 각 호의 의료기관 1. 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정하는 의료기관을 말하며, 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원(조산원 제외) 2. 「국민건강보험법」 제42조제1항제4호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소 및 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소
약국	「약사법」 제2조 제3호에 따른 장소로서, 약사가 수여(授與)할 목적으로 의약품 조제업무를 하는 장소를 말하며, 의료기관의 조제실은 제외하며「국민건강보험법」제42조제1항제3호에 의한 한국 희귀·필수의약품센터를 포함함
입원	의사가 피보험자의 질병 또는 상해로 인하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관에 입실하여 계속하여 6시간 이상 체류하면서 의사의 관찰 및 관리 하에 치료를 받는 것
입원의 정의 중 '이와 동등하다고 인정되는 의료기관'	보건소, 보건의료원 및 보건지소 등 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 의료기관에 준하는 의료기관으로서 군의무대, 치매요양원, 노인요양원 등에 속해 있는 요양원, 요양시설, 복지시설 등과 같이 의료기관이 아닌 곳은 이에 해당되지 않음
입원실료	입원치료 중 발생한 기준병실 사용료, 환자 관리료, 식대 등
입원제비용	입원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료(퇴원시 의사로부터 치료목적으로 처방받은 약제비 포함), 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신

용 어	정 의
	요법료, 처치료, 치료재료, 석고붕대료(cast), 지정진료비 등
입원수술비	입원치료 중 발생한 수술료, 마취료, 수술재료비 등
입원의료비	입원실료, 입원제비용, 입원수술비
통원	의사가 피보험자의 질병 또는 상해로 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서, 의료기관에 입원하지 않고 의료기관을 방문하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것.
처방조제	의사 및 약사가 피보험자의 질병 또는 상해로 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서, 통원으로 인하여 발행된 의사의 처방전으로 약국의 약사가 조제하는 것. 이 경우「국민건강보험법」 제42조 제1항 제3호에 따른 한국희귀의약품센터에서의 처방조제 및 의약분업 예외 지역에서의 약사의 직접조제를 포함
외래제비용	통원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 치료재료, 석고붕대료(cast), 지정진료비 등
외래수술비	통원치료 중 발생한 수술료, 마취료, 수술재료비 등
처방조제비	의료기관 의사의 처방전에 따라 조제되는 약국의 처방조제비 및 약사의 직접조제비
통원의료비	외래제비용, 외래수술비, 처방조제비
요양급여	「국민건강보험법」 제41조(요양급여)에 따른 가입자 및 피부양자의 질병·부상 등에 대한 다음의 요양급여 1. 진찰・검사 2. 약제・치료재료의 지급 3. 처치・수술 또는 그 밖의 치료 4. 예방・재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송
의료급여	「의료급여법」 제7조(의료급여의 내용 등)에 따른 가입자 및 피부양자의 질병・부상 등에 대한 다음 각 호의 의료급여 1. 진찰・검사 2. 약제・치료재료의 지급 3. 처치・수술 또는 그 밖의 치료 4. 예방・재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송 8. 그 밖에 의료 목적의 달성을 위한 조치
「국민건강보험법」에 따른 본인부담금 상한제	「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 연간 본인부담금 총액이 「국민건강보험법 시행령」 별표3에서 정하는 금액을 넘는 경우에 그 초과한 금액을 공단에서 부담하는 제도를 말하며, 국민건강보험 관련 법령의 변경에 따라 환급기준이 변경될 경우에는 회사는 변경되는 기준에 따름
「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제	「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금이 「의료급여법 시행령」 제13조(급여비용의 부담)에서 정하는 금액을 넘는 경우에 그 초과한 금액을 의료급여기금 등에서 부담하는 제도를 말하며, 의료급여 관련 법령의 변경에 따라 환급기준이 변경될 경우에는 회사는 변경된 기준에 따름
보장대상의료비	실제 부담액 - 보장제외금액* * 제3관 회사가 보장하지 않는 사항에 따른 금액
보장책임액	(보장대상의료비 - 피보험자부담 공제금액)과 보험가입금액 중 작은 금액

용 어	정 의
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 보장책임액이 있는 여러 개의 실손 의료보험계약을 말함

비급여 실손의료비 특별약관1(중증 비급여 실손의료비)

이 특별약관은 피보험자의 질병 또는 상해로 인한 손해(의료비에 한정합니다)를 보상하는 특별약관입니다.

제1조(보장종목) ①회사가 판매하는 비급여 실손의료비 특별약관1(중증 비급여 실손의료비)(이하 '특별약관1'이라 합니다)은 상해비급여형, 질병비급여형, 3대비급여형의 3개의 보장종목으로 구성되어 있습니다.

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

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

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

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

제2조(용어의 정의) ①이 특별약관1에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같습니다.

용 어			정 의
3대 비급여	「근골격계 이학요법치료·체외충격파치료」	근골격계 이학요법치료	「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 내 비급여 목록 중 근골격계 질환의 기능 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.

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

용 어	정 의
	험공단 등에서 희귀질환, 중증난치 질환 등을 법규 등에서 별도 정의하는 경우 해당 정의에 따를 수 있습니다.
암질환·뇌혈관질환·심장질환·중증화상·중증외상	「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제4조([별표3]중증질환자 산정특례 대상)에 따른 질환
희귀질환	「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제5조([별표4]희귀질환자 산정특례 대상)에 따른 질환
중증난치질환	「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제5조([별표4의2]중증난치질환자 산정특례 대상)에 따른 질환
결핵·잠복결핵	「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제5조의2([별표5]시행령 별표2 제3호 가목 3)에 따른 결핵질환의 적용 범위)에 따른 질환
산정특례 대상 질환으로 인한 치료	산정특례 대상 질환에 대한 치료 및 해당 질환과 의학적으로 인과관계가 분명하다고 인정되는 합병증에 대한 치료(다만 산정특례 대상 질환의 치료가 종료된 상태에서 합병증만을 치료중인 경우는 제외합니다.) <산정특례 대상 질환 치료에 미해당하는 치료의 예시> - 항암수술 후에 **암 조직이 없는 상태**에서 재발방지 목적으로 이루어지는 호르몬 치료 등(단, 항암목적의 호르몬치료 및 방사능치료는 산정특례 대상 질환 치료에 해당) - 혈액암 환자 중 조혈모세포이식 후 **완전관해**지만 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 치료**가 **완료**된 상태에서 신체 기능회복 및 개선 목적으로 이루어지는 근골격계 이학요법치료 등
입원의료비	입원실료, 입원제비용, 입원수술비, 비급여 병실료
보장대상의료비	실제 부담액 - 보장제외금액* * 제3관 회사가 보장하지 않는 사항에 따른 금액 및 비급여 병실료 중 회사가 보장하지 않는 금액
상급병실료 차액	상급병상을 이용함에 따라 요양급여 대상인 입원료 외에 추가료 부담하는 입원실 이용 비용

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

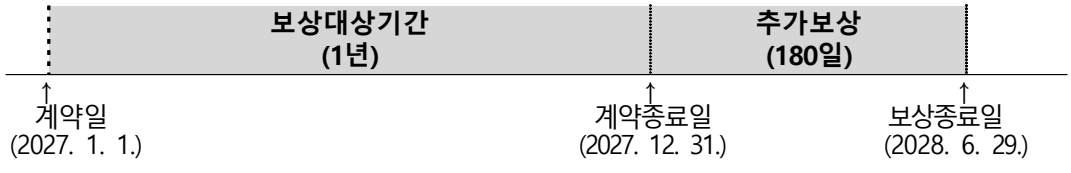
제3조(보장종목별 보상내용) 회사가 이 계약의 보험기간 중 보상하거나 공제하는 내용은 보장종목별로 다음과 같습니다.

보장 종목	보상하는 사항
(1) 상해	①회사는 피보험자가 상해로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원(외래 및 처방조제)하여 산정특례 대상 질환에 대한 치료를 받은 경우에는 비급여의료비(3대비급여는 제외합니다)를 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 다음과 같이 보상

<table>
<tr><th>보장
종목</th><th>보상하는 사항</th></tr>
<tr><td>비급여</td><td>
합니다. 다만, 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비 기준으로 계산하며, 감면받은 의료비가 본인 또는 가족(「피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자」(이하 "배우자"라 합니다), 직계혈족 및 형제자매(민법 제768조))의 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비로 비급여 의료비를 계산합니다.
<table>
<tr><th>구분</th><th>보상금액</th></tr>
<tr><td>입원(입원실료,입원제비용,입원수술비)</td><td>'비급여 의료비(비급여병실료 차액은 제외합니다)'(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 70%에 해당하는 금액</td></tr>
<tr><td>상급병실료 차액</td><td>비급여 병실료의 50%. 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 비급여 병실료 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.</td></tr>
<tr><td>통원
(외래제비용, 외래수술비, 처방조제비)</td><td>통원 1회당(외래 및 처방·조제비 합산) '비급여 의료비(비급여 병실료는 제외합니다)'(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표1>의 '통원항목별 공제금액'을 뺀 금액(매년 계약해당일부터 1년간 통원 100회를 한도로 합니다.)

<표1> 통원항목별 공제금액
<table>
<tr><th>항 목</th><th>공제금액</th></tr>
<tr><td>「국민건강보험법」 제42조제1항에 따른 의료기관(제1호), 보건소·보건의료원·보건지소(제4호), 보건진료소(제5호)에서의 외래 및 약국(제2호), 한국희귀·필수의약품센터(제3호)에서의 처방·조제</td><td>3만원과 보장대상 의료비의 30% 중 큰 금액</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>
②제1항의 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.
③피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음 날부터 180일까지 보상합니다.
④피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 통원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음 날부터 180일 이내의 통원을 보상하며 최대 90회 한도 내에서 보상합니다.

<보상기간 예시>

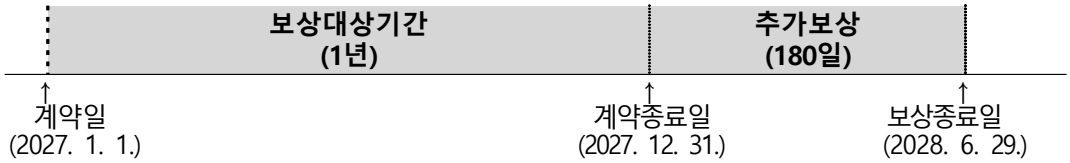


</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>보장
종목</th><th>보상하는 사항</th></tr>
<tr><td></td><td>⑤종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제3항과 제4항을 적용하지 않습니다.
⑥하나의 상해(같은 상해로 2회 이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 상해로 봅니다)로 인해 동일한 의료기관에서 같은 날 외래 및 처방을 함께 받은 경우 처방일자를 기준으로 외래 및 처방조제를 합산하되(조제일자가 다른 경우도 동일하게 적용) 통원 1회로 보아 제1항, 제4항 및 제5항을 적용합니다.
⑦하나의 상해로 인해 하루에 같은 치료를 목적으로 2회 이상 통원치료(외래 및 처방·조제 합산)를 받은 경우 1회의 통원으로 보아 제1항, 제4항 및 제5항을 적용합니다.
⑧피보험자가 「국민건강보험법」제5조, 제53조, 제54조에 따라 요양급여 또는 「의료급여법」제4조, 제15조, 제17조에 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 제1항 <표1>의 '공제금액'을 뺀 금액)의 40%를 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다.
2. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 제1호를 적용하지 아니하고 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비에 대해서만 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 감면받은 의료비가 본인 또는 가족(「피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자」(이하 "배우자"라 합니다), 직계혈족 및 형제자매(민법 제768조))의 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비에 대해서 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다.
⑨회사는 피보험자가 상해로 인하여 의료기관에서 본인의 장기등(「장기등 이식에 관한 법률」 제4조에 의한 "장기등"을 의미합니다)의 기능회복을 위하여 「장기등 이식에 관한 법률」 제42조 및 관련 고시에 따라 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 제1항부터 제8항에 따라 보상합니다.</td></tr>
<tr><td>(2)
질병
비급여</td><td>①회사는 피보험자가 질병으로 의료기관에 입원 또는 통원(외래 및 처방조제)하여 산정특례대상 질환에 대한 치료를 받은 경우에는 비급여의료비(3대비급여는 제외합니다)를 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 다음과 같이 보상합니다. 다만, 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비 기준으로 계산하며, 감면받은 의료비가 본인 또는 가족(「피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자」(이하 "배우자"라 합니다), 직계혈족 및 형제자매(민법 제768조))의 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비로 비급여 의료비를 계산합니다.
<table>
<tr><th>구분</th><th>보상금액</th></tr>
<tr><td>입원(입원실료,입원제비</td><td>'비급여 의료비(비급여병실료 차액은 제외합니다)'(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 70%에 해당하는 금액</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>보장
종목</th><th>보상하는 사항</th></tr>
<tr><td></td><td>
<table>
<tr><th>구분</th><th>보상금액</th></tr>
<tr><td>용,입원수술비)</td><td></td></tr>
<tr><td>상급병실료 차액</td><td>비급여 병실료의 50%. 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 비급여 병실료 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.</td></tr>
<tr><td>통원
(외래제비용, 외래수술비, 처방조제비)</td><td>통원 1회당(외래 및 처방·조제비 합산) '비급여 의료비(비급여 병실료는 제외합니다)'(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표1>의 '통원항목별 공제금액'을 뺀 금액(매년 계약해당일부터 1년간 통원 100회를 한도로 합니다.)

<표1> 통원항목별 공제금액
<table>
<tr><th>항 목</th><th>공제금액</th></tr>
<tr><td>「국민건강보험법」 제42조제1항에 따른 의료기관(제1호), 보건소·보건의료원·보건지소(제4호), 보건진료소(제5호)에서의 외래 및 약국(제2호), 한국희귀·필수의약품센터(제3호)에서의 처방·조제</td><td>3만원과 보장대상 의료비의 30% 중 큰 금액</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>
②피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음 날부터 180일까지 보상합니다.
③피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 통원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음 날부터 180일 이내의 통원을 보상하며 최대 90회 한도 내에서 보상합니다.

<보상기간 예시>


④종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제2항과 제3항을 적용하지 않습니다.
⑤하나의 질병으로 동일한 의료기관에서 같은 날 외래 및 처방을 함께 받은 경우 처방일자를 기준으로 외래 및 처방조제를 합산하되(조제일자가 다른 경우도 동일하게 적용) 통원 1회로 보아 제1항, 제3항 및 제4항을 적용합니다.
⑥ "하나의 질병"이란 발생 원인이 동일한 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병은 하나의 질병으로 간주하며, 하나의 질병으로 2회 이상 치료를 받는 경우에는 이를 하나의 질병으로 봅니다)을 말하며, 질병의 치료 중에 발생된 합병증 또는 새로 발견된 질병의 치료가 병행되거나 의학상 관련이 없는 여러 종류의 질병을 갖고 있는 상태에서 통원한 경우에는 하나의 질병으로 간주합니다.
⑦하나의 질병으로 하루에 같은 치료를 목적으로 2회 이상 통원치료(외래 및 처방조제 합산)를 받은 경우 1회의 통원으로 보아 제1항, 제3항 및 제4항을 적용합니다.
</td></tr>
</table>

보장 종목	보상하는 사항
	⑧피보험자가 「국민건강보험법」제5조, 제53조, 제54조에 따라 요양급여 또는 「의료급여법」 제4조, 제15조, 제17조에 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 제1항 <표1>의 '공제금액'을 뺀 금액)의 40%를 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 2. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 제1호를 적용하지 아니하고 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비에 대해서만 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 감면받은 의료비가 본인 또는 가족(「피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자」(이하 "배우자"라 합니다), 직계혈족 및 형제자매(민법 제768조))의 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비에 대해서 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. ⑨회사는 피보험자가 질병으로 인하여 의료기관에서 본인의 장기등(「장기등 이식에 관한 법률」 제4조에 의한 "장기등"을 의미합니다)의 기능회복을 위하여 「장기등 이식에 관한 법률」 제42조 및 관련 고시에 따라 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 제1항부터 제8항에 따라 보상합니다.
(3) 3대 비급여	①회사는 이 특별약관1의 보험기간 중 상해 또는 질병의 치료목적으로 의료기관에 입원 또는 통원하여 산정특례 대상 질환에 대한 아래의 비급여 의료행위로 치료를 받은 경우에는 본인이 실제로 부담한 비급여의료비(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 제768조))의 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에 감면 전 의료비로 비급여 의료비를 계산합니다. <표1> 공제금액 및 보장한도

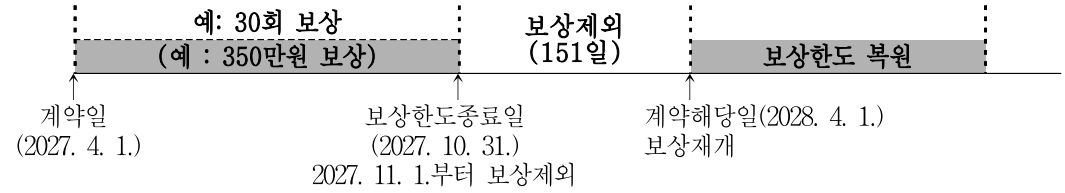
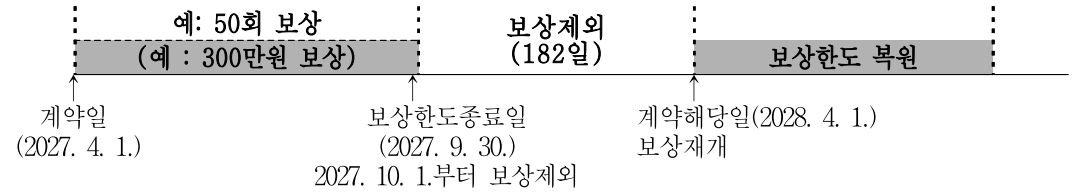
보장 종목	보상하는 사항

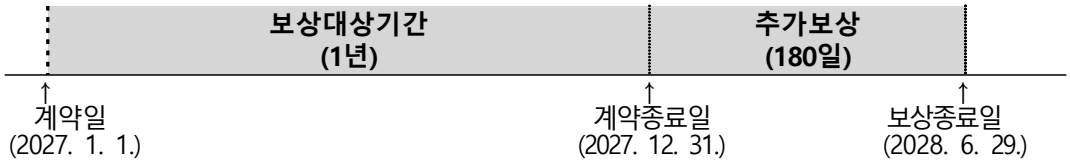
구 분		공제금액	보장한도
근골격계 이학요법치료·체외충격파치료	"근골격계이학요법치료·체외충격파치료"로 인하여 본인이 실제로 부담한 비급여의료비(행위료, 약제비, 치료재료대 포함)	1회당 3만원과 보장대상의료비의 30%중 큰 금액	계약일 또는 매년 계약해당일부터 1년 단위로 각 상해·질병 치료행위를 합산하여 350만원 이내에서 50회까지 보상주)
주사료	주사치료를 받아 본인이 실제로 부담한 비급여의료비	1회당 3만원과 보장대상의료비의 30%중 큰 금액	계약일 또는 매년 계약해당일부터 1년 단위로 각 상해·질병 치료행위를 합산하여 250만원 이내에서 50회까지 보상
자기공명영상진단	자기공명영상진단을 받아 본인이 실제로 부담한 비급여의료비(조영제, 판독료 포함)	1회당 3만원과 보장대상의료비의 30%중 큰 금액	계약일 또는 매년 계약해당일부터 1년 단위로 각 상해·질병 치료행위를 합산하여 300만원 이내에서 보상

주) 근골격계 이학요법치료·체외충격파치료의 각 치료횟수를 합산하여 최초 10회 보장하고, 이후 객관적이고 일반적으로 인정되는 검사결과 등을 토대로 증상의 개선, 병변호전 등이 아래의 각 호 기준에 따라 확인된 경우에 한하여 10회 단위로 연간 50회까지 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 제1호의 판단결과를 합의하지 못한 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있으며 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

보장 종목	보상하는 사항
	<근골격계 이학요법치료 보상기간 예시> (i) 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 1년내 350만원을 모두 보상한 경우  (ii) 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 1년내 지급된 보험금이 350만원 미만이나 50회를 모두 보상한 경우  ②제1항의 주사료에서 항암제, 항생제(항진균제 포함), 희귀의약품을 위해 사용된 비급여 주사료는 제3조(보장종목별 보상내용) (1)상해비급여 또는 (2)질병비급여에서 보상합니다. ③제1항의 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. ④의료기관을 1회 통원(또는 1회 입원)하여 2종류(회) 이상 치료를 받거나 동일한 치료를 2회 이상 받은 경우는 다음과 같이 1회당 공제금액 및 보상한도를 적용합니다. 1. 이 특별약관1에서 정한 근골격계 이학요법치료·체외충격파치료 중 2종류 이상의 치료를 받거나 동일한 치료를 2회 이상 받는 경우 각 치료행위를 1회로 보고 각각 제1항에서 정한 1회당 공제금액 및 보상한도를 적용합니다. 2. 의료기관을 1회 통원(또는 1회 입원)하여 치료목적으로 2회 이상 주사치료를 받더라도 1회로 보고 제1항에서 정한 공제금액 및 보상한도를 적용합니다. 3. 의료기관을 1회 통원(또는 1회 입원)하여 2개 이상 부위에 걸쳐 이 특별약관1에서 정한 자기공명영상진단을 받거나 동일한 부위에 대해 2회 이상 이 특별약관1에서 정한 자기공명영상진단을 받는 경우 각 진단행위를 1회로 보아 각각 1회당 공제금액 및 보상한도를 적용합니다. ⑤제4항에서 1회 입원이라 함은 퇴원없이 계속 중인 입원(동일한 상해 또는 질병 치료목적으로 퇴원 당일 다른 의료기관으로 옮겨 입원하는 경우 포함)을 말합니다. 동일한 상해 또는 질병으로 인한 입원이라고 하더라도 퇴원 후 재입원하는 경우에는 퇴원 전후 입원기간을 각각 1회 입원으로 봅니다. ⑥제1항에서 보상하는 비급여의료비와 다른 의료비가 함께 청구되고 각 항목별 의료비가 구분되지 않는 경우 회사는 보험금 지급금액 결정을 위해 계약자, 피보험자 또는 보험수익

보장 종목	보상하는 사항
	자에게 제1항에서 보상하는 의료비의 확인을 요청할 수 있습니다. ⑦피보험자가 입원 또는 통원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 치료에 대하여는 보험계약 종료일 다음 날부터 180일까지 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 제1항을 적용합니다. <보상기간 예시>  ⑧피보험자가 「국민건강보험법」제5조, 제53조, 제54조에 따라 요양급여 또는 「의료급여법」제4조, 제15조, 제17조에 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 제1항 <표1>의 '공제금액'을 뺀 금액)의 40%를 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 2. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 제1호를 적용하지 아니하고 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비에 대해서만 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 감면받은 의료비가 본인 또는 가족(「피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자」(이하 "배우자"라 합니다), 직계혈족 및 형제자매(민법 제768조))의 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비에 대해서 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. ⑨회사는 피보험자가 상해 또는 질병으로 인하여 의료기관에서 본인의 장기등(「장기등 이식에 관한 법률」 제4조에 의한 "장기등"을 의미합니다)의 기능회복을 위하여 「장기등 이식에 관한 법률」 제42조 및 관련 고시에 따라 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 제1항부터 제8항에 따라 보상합니다.

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

보장종목	보상하지 않는 사항
	①회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 비급여 의료비는 보상하지 않습니다. 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결

보장종목	보상하지 않는 사항
(1) 상해 비급여	정을 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 ②회사는 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 ③회사는 다음의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 치과치료(K00~K08, 다만 안면부 골절로 발생한 의료비는 치아관련 치료를 제외하고 보상합니다)·한방치료(다만,「의료법」제2조에 따른 한의사를 제외한 '의사'의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 보상합니다) 2. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용. 다만 약관상 보상하는 상해를 치료함에 있어 아래 각 목에 해당하는 경우는 치료 목적으로 보아 보상합니다. 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 비급여 사용승인 절차를 거쳐 그 승인 내용대로 사용된 경우 라. 상기 가목 부터 다목의 약제가 두 가지 이상 함께 사용된 경우(함께 사용된 약제중 어느 하나라도 상기 가목부터 다목에 해당하지 않는 경우 제외) 3. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용 4. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료 재료의 구입 및 대체 비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 보상합니다. 5. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비 6. 자동차보험(공제를 포함합니다)에서 보상받는 치료관계비(과실상계 후 금액을 기준으로 합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비(자동차보험 진료수가에 관한 기준 및 산재보험 요양급여 산정기준에 따라 발생한 실제 본인 부담의료비)는 제3조(보장종목별 보상내용) (1)상해비급여 제1항부터 제7항에 따라 보상합니다. 7.「국민건강보험법」제42조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비

보장종목	보상하지 않는 사항
	8.「응급의료에 관한 법률」 및 동법 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 동법 제26조에 따른 권역응급의료센터 또는 「의료법」제3조의4에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료 9. 의료법령에 따라 보건복지부장관이 고시한 사용목적, 사용대상, 시술방법 등에 맞지 않게 사용된 다음 각 목의 의료기술 가.「신의료기술의 안전성·유효성 평가결과 고시」[별표1] 신의료기술의 안전성·유효성 평가결과 고시(단, 목적 및 시술방법의 변경이 경미하여 새로운 신의료기술평가의 대상에 해당하지 않는 경우는 제외) 나.「평가 유예 신의료기술 고시」 [별표] 평가 유예 신의료기술 다.「신의료기술의 안전성·유효성 평가결과 고시」 [별표2] 제한적 의료기술 라.「신의료기술의 안전성·유효성 평가결과 고시」 [별표3] 혁신의료기술 10.「첨단재생의료 및 첨단바이오의약품 안전 및 지원에 관한 법률」 제12조의2에 따라 심의위원회에서 적합 통보를 받은 승인 범위를 벗어나 사용된 첨단재생의료 치료 11.「신의료기술평가에 관한 규칙」 등에 의한 의료기술 재평가 실시 결과 "임상적 이득 대비 위험이 더 크거나 의학적 필요성, 임상적 요구도 및 활용도가 매우 낮다" 또는 "권고하지 않음"으로 평가되고 해당 평가 결과가 「보건의료기술 진흥법」 제4장 및 관련 조항에 따라 설립된 한국보건의료연구원 홈페이지 등을 통해 공개된 지 2개월 이상 경과한 경우
(2) 질병 비급여	①회사는 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 ②회사는 '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) ③회사는 다음의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 치과치료(K00~K08) 및 한방치료(다만,「의료법」 제2조에 따른 한의사를 제외한 '의사'의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 보상합니다) 2. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용. 다만 약관상 보상하는 질병을 치료함에 있어 아래 각 목에 해당하는 경우는 치료 목적으로 보아 보상합니다. 가. 약사법령에 의하여 약제별 허가사항 또는 신고된 사항(효능/효과 및 용법/용량 등)대로 사용된 경우

보장종목	보상하지 않는 사항
	나. 요양급여 약제가 관련 법령 또는 고시 등에서 정한 별도의 적용기준대로 비급여 약제로 사용된 경우 다. 요양급여 약제가 관련 법령에 따라 별도의 비급여 사용승인 절차를 거쳐 그 승인 내용대로 사용된 경우 라. 상기 가목 부터 다목의 약제가 두 가지 이상 함께 사용된 경우(함께 사용된 약제중 어느 하나라도 상기 가목 부터 다목에 해당하지 않는 경우 제외) 3. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용 4. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료 재료의 구입 및 대체 비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 보상합니다. 5. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비 6. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비(산재보험 요양급여 산정기준에 따라 발생한 실제 본인 부담의료비)는 제3조(보장종목별 보상내용) (2)질병비급여 제1항부터 제7항에 따라 보상합니다. 7. 사람면역결핍바이러스(HIV) 감염으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV 감염은 해당 진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 보상합니다) 8.「국민건강보험법」 제42조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비 9.「응급의료에 관한 법률」 및 동법 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 동법 제26조에 따른 권역응급의료센터 또는 「의료법」제3조의4에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료 10. 의료법령에 따라 보건복지부장관이 고시한 사용목적, 사용대상, 시술방법 등에 맞지 않게 사용된 다음 각 목의 의료기술 가. 「신의료기술의 안전성·유효성 평가결과 고시」[별표1] 신의료기술의 안전성·유효성 평가결과 고시(단, 목적 및 시술방법의 변경이 경미하여 새로운 신의료기술평가의 대상에 해당하지 않는 경우는 제외) 나. 「평가 유예 신의료기술 고시」 [별표] 평가 유예 신의료기술 다. 「신의료기술의 안전성·유효성 평가결과 고시」 [별표2] 제한적 의료기술 라. 「신의료기술의 안전성·유효성 평가결과 고시」 [별표3] 혁신의료기술 11. 「첨단재생의료 및 첨단바이오의약품 안전 및 지원에 관한 법률」 제12조의2에 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」 제4장 및 관련 조항에 따라 설립된 한국보건의료연구원 홈페이지 등을 통해 공개된 지 2개월 이상 경과한 경우
(3) 3대 비급여	①회사는 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 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다. 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 지급합니다.

보장종목	보상하지 않는 사항
	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 ②회사는 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 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다) 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안 ③회사는 '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 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다. 4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04) 5. 비만(E66) 6. 요실금(N39.3, N39.4, R32) 7. 직장 또는 항문 질환 중 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 부분(K60~K62, K64) ④ 회사는 다음의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 치과치료(K00~K08, 다만, 안면부 골절로 발생한 의료비는 치아관련 치료를 제외하고 보상합니다)·한방치료(다만, 「의료법」 제2조에 따른 한의사를 제외한 '의사'의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다) 2. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용. 다만 약관상 보상하는 상해 또는 질병을 치료함에 있어 아래 각 목에 해당하는 경우는 치료 목적으로 보아 보상합니다. 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 비급여 사용승인 절차를 거쳐 그 승인 내용대로 사용된 경우 라. 상기 가목 부터 다목의 약제가 두 가지 이상 함께 사용된 경우(함께 사용된 약제중 어느 하나라도 상기 가목 부터 다목에 해당하지 않는 경우 제외) 3. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용 4. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료 재료의 구입 및 대체 비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 보상합니다.

보장종목	보상하지 않는 사항
	5. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비 6. 자동차보험(공제를 포함합니다)에서 보상받는 치료관계비(과실상계 후 금액을 기준으로 합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비(자동차보험 진료수가에 관한 기준 및 산재보험 요양급여 산정기준에 따라 발생한 실제 본인 부담의료비)는 제3조(보장종목별 보상내용) (3)3대비급여 제1항부터 제7항에 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 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다) 8.「국민건강보험법」 제42조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비 9.「응급의료에 관한 법률」 및 동법 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 동법 제26조에 따른 권역응급의료센터 또는 「의료법」제3조의4에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료 10. 의료법령에 따라 보건복지부장관이 고시한 사용목적, 사용대상, 시술방법 등에 맞지 않게 사용된 다음 각 목의 의료기술 가.「신의료기술의 안전성·유효성 평가결과 고시」[별표1] 신의료기술의 안전성·유효성 평가결과 고시(단, 목적 및 시술방법의 변경이 경미하여 새로운 신의료기술평가의 대상에 해당하지 않는 경우는 제외) 나.「평가 유예 신의료기술 고시」 [별표] 평가 유예 신의료기술 다.「신의료기술의 안전성·유효성 평가결과 고시」 [별표2] 제한적 의료기술 라.「신의료기술의 안전성·유효성 평가결과 고시」 [별표3] 혁신의료기술 11.「첨단재생의료 및 첨단바이오의약품 안전 및 지원에 관한 법률」 제12조의2에 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」 제4장 및 관련 조항에 따라 설립된 한국보건의료연구원 홈페이지 등을 통해 공개된 지 2개월 이상 경과한 경우
(4) 공통주)	회사는 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조제1항([별표2] 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(융비술), 유방 확대(다만, 유방암 환자의 환측 유방재건

보장종목	보상하지 않는 사항
	술은 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 경우는 제외)

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

제5조(보험가입금액 한도 등) ①이 계약의 연간 보험가입금액은 제3조(보장종목별 보상내용) (1)상해비급여에 대하여 입원과 통원의 보상금액을 합산하여 5천만원 이내에서, (2)질병비급여에 대하여 입원과 통원의 보상금액을 합산하여 5천만원 이내에서 회사가 정한 금액 중 계약자가 선택한 금액을 말하며, 제3조(보장종목별 보상내용)에 의한 비급여의료비를 이 금액 한도 내에서 보상합니다. 다만, (3)3대비급여의 보험가입금액은 제3조 (3)3대비급여 제1항에서 정한 연간 보상한도로 합니다.

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

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

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

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

공제합니다.

제6조(비급여 진료비용 공개제도 등의 안내) 회사는 계약자가 특별약관을 청약하였을 때 계약자의 알권리를 증진하고 합리적인 의료이용 선택에 도움이 될 수 있도록 「의료법」등 관계 법령에 따른 '비급여 진료비용 공개제도'와 '비급여 진료 사전설명제도'에 대해 설명하고 안내합니다.

※ 비급여 진료비용 공개제도 : 국민이 쉽게 이해하고 의료기관을 선택할 때 참고할 수 있도록 건강보험심사평가원이 매년 비급여 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

제7조(특별약관1의 소멸) 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관1에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제8조(준용규정) 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 급여 실손의료비 특별약관을 따릅니다.

비급여 실손의료비 특별약관2(비중증 비급여 실손의료비)

이 특별약관은 피보험자의 질병 또는 상해로 인한 손해(의료비에 한정합니다)를 보상하는 특별약관입니다.

제1조(보장종목) ①회사가 판매하는 비급여 실손의료비 특별약관2(비중증 비급여 실손의료비)(이하 '특별약관2'이라 합니다)은 상해비급여형, 질병비급여형, 비급여자기공명영상진단형의 3개의 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 자기공명영상 진단	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 본인부담금 포함) 진료비용이 건강보험(의료급여)에 해당되는지 확인할 수 있도록 진료비 확인제도를 운영하고 있습니다.

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

제2조(용어의 정의) ①이 특별약관2에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같습니다.

용 어		정 의
「근골격계 이학요법치료·체외충격파치료」	근골격계 이학요법치료	「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」내 비급여 목록 중 근골격계 질환의 기능 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 진단목적제제'* * 향후 식품의약품안전처 예규인「의약품등 분류번호에 관한 규정」이 폐지되는 등의 사유가 발생하는 경우 약사법에 따른 의약품관리종합정보센터로 지정된 기관(건강보험심사평가원)에서 관리하는 「해부·치료·화학적 분류(ATC)」코드 등을 준용할 수 있으며, 분류기준 등이 변경되는 경우 치료시점의 분류기준에 따릅니다.
	항생제 (항진균제 포함)	식품의약품안전처가 「의약품등 분류번호에 관한 규정」에 따라 지정하는 '항병원생물성 의약품' 중 '항생물질제제', '화학요법제' 및 '기생동물에 대한 의약품 중 항원충제'* * 향후 식품의약품안전처 예규인「의약품등 분류번호에 관한 규정」이 폐지되는 등의 사유가 발생하는 경우 약사법에 따른 의약품관리종합정보센터로 지정된 기관(건강보험심사평가원)에서 관리하는 「해부·치료·화학적 분류(ATC)」코드 등을 준용할 수 있으며, 분류기준 등이 변경되는 경우 치료시점의 분류기준에 따릅니다.
	희귀의약품	식품의약품안전처장이「희귀의약품 지정에 관한 규정」에 따라 지정하는 의약품* *「희귀의약품 지정에 관한 규정」에 따른 희귀의약품 지정 항목이 변경되는 경우 치료시점의 희귀의약품 지정 항목에 따릅니다.
자기공명영상진단		자기공명영상 장치를 이용하여 고주파 등을 통한 신호의 차이를 영상화

용 어	정 의
	하여 조직의 구조를 분석하는 검사(MRI/MRA) * 자기공명영상진단 결과를 다른 의료기관에서 판독하는 경우 포함 (보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」상의 MRI/MRA 범주에 따름)
산정특례 대상 질환	「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시)」제4조부터 제5조의3까지에 따른 산정특례 대상인 질환주)(암, 뇌혈관질환, 심장질환, 희귀질환, 중증난치질환, 중증화상, 중증외상, 결핵, 잠복결핵 등) 주)「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」제4조부터 제5조의3이 관련 법규 개정 등으로 삭제될 경우 삭제 전 가장 최근 고시된 내용을 기준으로 하며, 삭제 이후 보건복지부, 건강보험심사평가원 또는 국민건강보험공단 등에서 희귀질환, 중증난치 질환 등을 법규 등에서 별도 정의하는 경우 해당 정의에 따를 수 있습니다.
암질환·뇌혈관질환·심장질환·중증화상·중증외상	「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제4조([별표3]중증질환자 산정특례 대상)에 따른 질환
희귀질환	「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제5조([별표4]희귀질환자 산정특례 대상)에 따른 질환
중증난치질환	「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제5조([별표4의2]중증난치질환자 산정특례 대상)에 따른 질환
결핵·잠복결핵	「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제5조의2([별표5]시행령 별표2 제3호 가목 3)에 따른 결핵질환의 적용 범위)에 따른 질환
산정특례 대상 질환으로 인한 치료	산정특례 대상 질환에 대한 치료 및 해당 질환과 의학적으로 인과관계가 분명하다고 인정되는 합병증에 대한 치료(다만 산정특례 대상 질환의 치료가 종료된 상태에서 합병증만을 치료중인 경우는 제외합니다.) <산정특례 대상 질환 치료에 미해당하는 치료의 예시> - 항암수술 후에 **암 조직이 없는 상태**에서 재발방지 목적으로 이루어지는 호르몬 치료 등(단, 항암목적의 호르몬치료 및 방사능치료는 산정특례 대상 질환 치료에 해당) - 혈액암 환자 중 조혈모세포이식 후 **완전관해**지만 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 치료**가 **완료**된 상태에서 신체 기능회복 및 개선 목적으로 이루어지는 근골격계 이학요법치료 등
입원의료비	입원실료, 입원제비용, 입원수술비, 비급여 병실료
보장대상의료비	실제 부담액 - 보장제외금액* * 제3관 회사가 보장하지 않는 사항에 따른 금액 및 비급여 병실료 중 회사가 보장하지 않는 금액

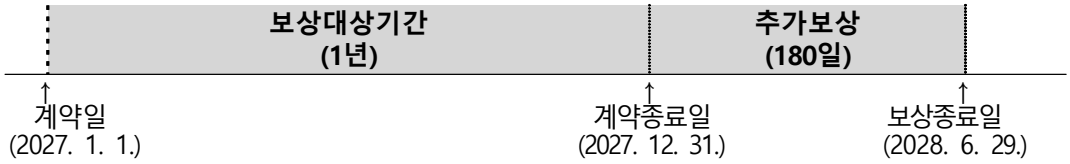
용 어	정 의
상급병실료 차액	상급병상을 이용함에 따라 요양급여 대상인 입원료 외에 추가로 부담하는 입원실 이용 비용

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

제3조(보장종목별 보상내용) 회사가 이 계약의 보험기간 중 보상하거나 공제하는 내용은 보장종목별로 다음과 같습니다.

<table>
<tr><th>보장
종목</th><th>보상하는 사항</th></tr>
<tr><td>(1)
상해
비급여</td><td>①회사는 피보험자가 상해로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원(외래 및 처방조제)하여 산정특례 대상 질환 외 치료를 받은 경우에는 비급여의료비(비급여 자기공명영상진단은 제외합니다)를 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 다음과 같이 보상합니다. 다만, 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비 기준으로 계산하며, 감면받은 의료비가 본인 또는 가족(「피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자」(이하 "배우자"라 합니다), 직계혈족 및 형제자매(민법 제768조))의 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비로 비급여 의료비를 계산합니다.
<table>
<tr><th>구분</th><th>보상금액</th></tr>
<tr><td>입원(입원실료,입원제비용,입원수술비)</td><td>'비급여 의료비(비급여 병실료는 제외합니다)'(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 50%에 해당하는 금액. 다만, 「의료법」 제3조제2항에 의한 의료기관(동법 제3조의3에 의한 종합병원은 제외)에서 발생한 비급여 의료비는 1회당 300만원을 한도로 합니다.</td></tr>
<tr><td>상급병실료 차액</td><td>비급여 병실료의 50%. 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 비급여 병실료 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.</td></tr>
<tr><td>통원
(외래제비용,
외래수술비,
처방조제비)</td><td>통원 1일당(외래 및 처방·조제비 합산) '비급여 의료비(비급여 병실료는 제외합니다)'(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표1>의 '통원항목별 공제금액'을 뺀 금액(매년 계약해당일부터 1년간 통원 100일을 한도로 합니다.)

<표1> 통원항목별 공제금액
<table>
<tr><th>항 목</th><th>공제금액</th></tr>
<tr><td>「국민건강보험법」 제42조제1항에 따른 의료기관(제1호), 보건소·보건의료원·보건지소(제4호), 보건진료소(제5호)에서의 외래 및 약국(제2호), 한국희귀·필수의약품센터(제3호)에서의 처방·조제</td><td>5만원과 보장대상 의료비의 50% 중 큰 금액</td></tr>
</table></td></tr>
</table>
②제1항의 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.
③피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 입원에 대</td></tr>
</table>

보장 종목	보상하는 사항
	해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음 날부터 180일까지 보상합니다. ④피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 통원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음 날부터 180일 이내의 통원을 보상하며 최대 90일 한도 내에서 보상합니다. <보상기간 예시>  ⑤종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제3항과 제4항을 적용하지 않습니다. ⑥피보험자가 「국민건강보험법」제5조, 제53조, 제54조에 따라 요양급여 또는 「의료급여법」제4조, 제15조, 제17조에 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 제1항 <표1>의 '공제금액'을 뺀 금액)의 40%를 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 2. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 제1호를 적용하지 아니하고 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비에 대해서만 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 감면받은 의료비가 본인 또는 가족(「피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자」(이하 "배우자"라 합니다), 직계혈족 및 형제자매(민법 제768조))의 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비에 대해서 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. ⑦ 회사는 피보험자가 상해로 인하여 의료기관에서 본인의 장기등(「장기등 이식에 관한 법률」 제4조에 의한 "장기등"을 의미합니다)의 기능회복을 위하여 「장기등 이식에 관한 법률」 제42조 및 관련 고시에 따라 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 제1항부터 제6항에 따라 보상합니다.
(2) 질병 비급여	①회사는 피보험자가 질병으로 의료기관에 입원 또는 통원(외래 및 처방조제)하여 산정특례대상 질환 외 치료를 받은 경우에는 비급여의료비(비급여 자기공명영상진단은 제외합니다)를 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 다음과 같이 보상합니다. 다만, 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비 기준으로 계산하며, 감면받은 의료비가 본인 또는 가족(「피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자」(이하 "배우자"라 합니다), 직계혈족 및 형제자매(민법 제768조))의 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비로 비급여 의료비를 계산합니다.

보장 종목	보상하는 사항

구분	보상금액
입원(입원실료,입원제비용,입원수술비)	'비급여 의료비(비급여 병실료는 제외합니다)'(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 50%에 해당하는 금액. 다만,「의료법」 제3조제2항에 의한 의료기관(동법 제3조의3에 의한 종합병원은 제외)에서 발생한 비급여 의료비는 1회당 300만원을 한도로 합니다.
상급병실료 차액	비급여 병실료의 50%. 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 비급여 병실료 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.
통원 (외래제비용, 외래수술비, 처방조제비)	통원 1일당(외래 및 처방·조제비 합산) '비급여 의료비(비급여 병실료는 제외합니다)'(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표1>의 '통원항목별 공제금액'을 뺀 금액(매년 계약해당일부터 1년간 통원 100일을 한도로 합니다.)

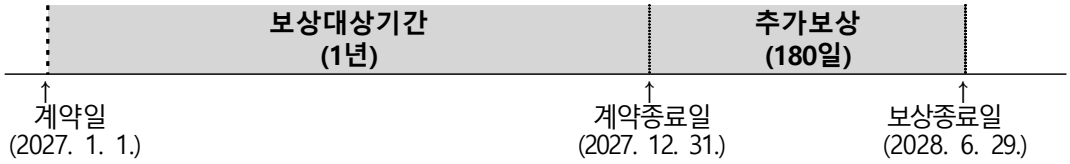
<표1> 통원항목별 공제금액

항 목	공제금액
「국민건강보험법」 제42조제1항에 따른 의료기관(제1호), 보건소·보건의료원·보건지소(제4호), 보건진료소(제5호)에서의 외래 및 약국(제2호), 한국희귀·필수의약품센터(제3호)에서의 처방·조제	5만원과 보장대상 의료비의 50% 중 큰 금액

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

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

<보상기간 예시>



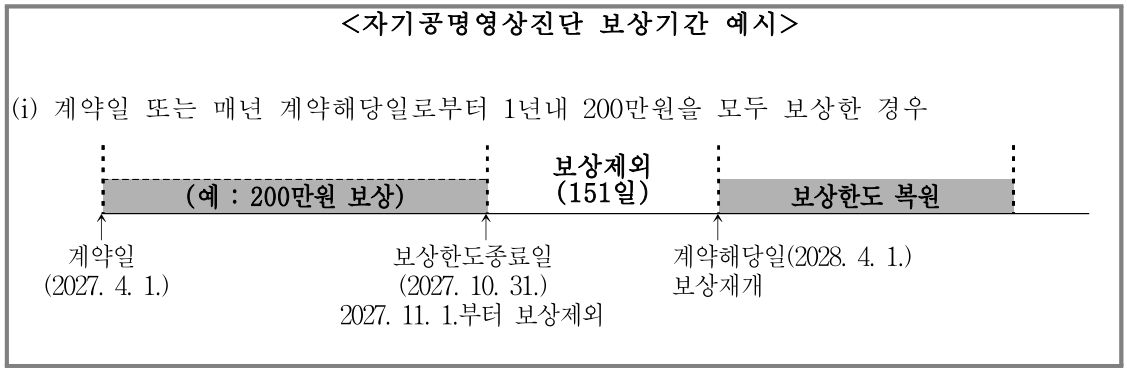
④종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제2항과 제3항을 적용하지 않습니다.

⑤피보험자가 「국민건강보험법」제5조, 제53조, 제54조에 따라 요양급여 또는 「의료급여법」 제4조, 제15조, 제17조에 따라 의료급여를 적용받지 못하는 경우에는 다음과 같이 보상합니다.

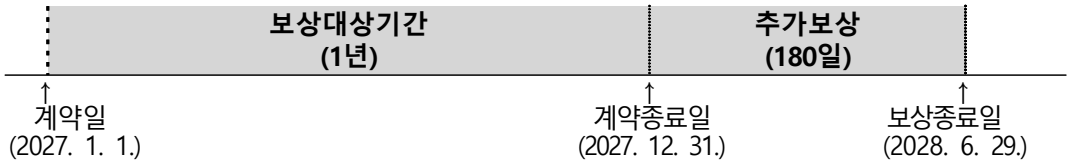
1. 의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액(통원의 경우 본인이 실제로 부담한 금액에서 같은 조 제1항 <표1>의 '공제금액'을 뺀 금액)의 40%를 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다.

2. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비

<table>
<tr><th>보장
종목</th><th>보상하는 사항</th></tr>
<tr><td></td><td>를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 제1호를 적용하지 아니하고 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비에 대해서만 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 감면받은 의료비가 본인 또는 가족(「피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자」(이하 "배우자"라 합니다), 직계혈족 및 형제자매(민법 제768조))의 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비에 대해서 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다.
⑥회사는 피보험자가 질병으로 인하여 의료기관에서 본인의 장기등(「장기등 이식에 관한 법률」 제4조에 의한 "장기등"을 의미합니다)의 기능회복을 위하여 「장기등 이식에 관한 법률」 제42조 및 관련 고시에 따라 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 제1항부터 제5항에 따라 보상합니다.</td></tr>
<tr><td>(3)
비급여
자기공명
영상진단</td><td>①회사는 이 특별약관2의 보험기간 중 산정특례 대상 질환 외 상해 또는 질병의 치료목적으로 의료기관에 입원 또는 통원하여 자기공명영상진단을 받아 본인이 실제로 부담한 비급여의료비(조영제, 판독료 포함)에서 공제금액을 뺀 금액을 아래의 보장한도 범위 내에서 보상합니다. 다만, 국가 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비 기준으로 계산하며, 감면받은 의료비가 본인 또는 가족(「피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자」(이하 "배우자"라 합니다), 직계혈족 및 형제자매(민법 제768조))의 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비로 비급여 의료비를 계산합니다.

<표1> 공제금액 및 보장한도
<table><tr><th colspan="2">구 분</th><th>공제금액</th><th>보장한도</th></tr><tr><td>비급여
자기공명영상
진단</td><td>자기공명영상진단을 받아 본인이 실제로 부담한 비급여의료비(조영제, 판독료 포함)</td><td>1회당 5만원과 보장대상의료비의 50%중 큰 금액</td><td>계약일 또는 매년 계약해당일부터 1년 단위로 각 상해·질병 치료행위를 합산하여 200만원 이내에서 보상</td></tr></table>
<자기공명영상진단 보상기간 예시>


②제1항의 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.</td></tr>
</table>

보장 종목	보상하는 사항
	③의료기관을 1회 통원(또는 1회 입원)하여 2개 이상 부위에 걸쳐 이 특별약관2에서 정한 자기공명영상진단을 받거나 동일한 부위에 대해 2회 이상 이 특별약관2에서 정한 자기공명영상진단을 받은 경우 각 진단행위를 1회로 보아 각각 1회당 공제금액 및 보상한도를 적용합니다. ④제3항에서 1회 입원이라 함은 퇴원없이 계속 중인 입원(동일한 상해 또는 질병 치료목적으로 퇴원 당일 다른 의료기관으로 옮겨 입원하는 경우 포함)을 말합니다. 동일한 상해 또는 질병으로 인한 입원이라고 하더라도 퇴원 후 재입원하는 경우에는 퇴원 전후 입원기간을 각각 1회 입원으로 봅니다. ⑤제1항에서 보상하는 비급여의료비와 다른 의료비가 함께 청구되고 각 항목별 의료비가 구분되지 않는 경우 회사는 보험금 지급금액 결정을 위해 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 제1항에서 보상하는 의료비의 확인을 요청할 수 있습니다. ⑥피보험자가 입원 또는 통원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 치료에 대하여는 보험계약 종료일 다음 날부터 180일까지 보상합니다. 이 경우 보상한도는 연간 보상한도(금액)에서 직전 보험계약 종료일까지 지급한 금액을 차감한 잔여 금액을 한도로 적용합니다. 다만, 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제1항을 적용합니다. <보상기간 예시>  ⑦피보험자가 「국민건강보험법」제5조, 제53조, 제54조에 따라 요양급여 또는 「의료급여법」제4조, 제15조, 제17조에 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 제1항 <표1>의 '공제금액'을 뺀 금액)의 40%를 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 2. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 제1호를 적용하지 아니하고 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비에 대해서만 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 감면받은 의료비가 본인 또는 가족(「피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자」(이하 "배우자"라 합니다), 직계혈족 및 형제자매(민법 제768조))의 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비에 대해서 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. ⑧회사는 피보험자가 상해 또는 질병으로 인하여 의료기관에서 본인의 장기등(「장기등 이식에 관한 법률」 제4조에 의한 "장기등"을 의미합니다)의 기능회복을 위하여 「장기등 이식에 관한 법률」 제42조 및 관련 고시에 따라 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은

보장 종목	보상하는 사항
	제1항부터 제7항에 따라 보상합니다.

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

보장종목	보상하지 않는 사항
(1) 상해 비급여	①회사는 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 ②회사는 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 ③회사는 다음의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 치과치료(K00~K08, 다만 안면부 골절로 발생한 의료비는 치아관련 치료를 제외하고 보상합니다)・한방치료(다만,「의료법」제2조에 따른 한의사를 제외한 '의사'의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 보상합니다) 2. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용. 다만 약관상 보상하는 상해를 치료함에 있어 아래 각 목에 해당하는 경우는 치료 목적으로 보아 보상합니다(다만, 항암제, 항생제, 희귀의약품을 제외한 주사치료시 사용된 행위, 약제 및 치료재료와 관련하여 소요된 비용은 보상하지 않습니다). 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 비급여 사용승인 절차를 거쳐 그 승인 내용대로 사용된 경우 라. 상기 가목 부터 다목의 약제가 두 가지 이상 함께 사용된 경우(함께 사용된 약제중 어느 하나라도 상기 가목부터 다목에 해당하지 않는 경우 제외) 3. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용 4. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료 재

보장종목	보상하지 않는 사항
	료의 구입 및 대체 비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 보상합니다. 5. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비 6. 자동차보험(공제를 포함합니다)에서 보상받는 치료관계비(과실상계 후 금액을 기준으로 합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비(자동차보험 진료수가에 관한 기준 및 산재보험 요양급여 산정기준에 따라 발생한 실제 본인 부담의료비)는 제3조(보장종목별 보상내용) (1)상해비급여 제1항부터 제5항에 따라 보상합니다. 7.「국민건강보험법」 제42조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비 8.「응급의료에 관한 법률」 및 동법 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 동법 제26조에 따른 권역응급의료센터 또는 「의료법」제3조의4에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료 9.「신의료기술평가에 관한 규칙」 제3조제13항제1호에 따라 안전성 및 유효성이 있는 신의료기술로서 보건복지부장관이 고시('신의료기술의 안전성·유효성 평가결과 고시')하였으나, 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제11조제1항 또는 제13조제1항에 따라 요양급여대상 또는 비급여대상으로 결정·고시되기 전까지의 행위·치료재료와 관련하여 소요된 비용 10.「신의료기술평가에 관한 규칙」제3조제13항제2호에 따른 제한적 의료기술과 관련하여 소요된 비용 11.「신의료기술평가에 관한 규칙」제3조제13항제3호에 따른 혁신의료기술과 관련하여 소요된 비용 12.「신의료기술평가에 관한 규칙」제2조에 따른 평가 유예 신의료기술 및 즉시진입의료기술 등과 관련하여 소요된 비용 13.「첨단재생의료 및 첨단바이오의약품 안전 및 지원에 관한 법률」제2조에 따른 첨단재생의료와 관련하여 소요된 비용 14.「의료법」제53조에 따른 신의료기술이 관련 법령상 인정 받은 사용대상, 목적 및 시술방법에 맞지 않게 사용된 경우(단, 목적 및 시술방법의 변경이 경미하여 새로운 신의료기술평가의 대상에 해당하지 않는 경우는 제외) 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」 제4장 및 관련 조항에 따라 설립된 한국보건의료연구원 홈페이지 등을 통해 공개된 지 2개월 이상 경과한 경우
(2) 질병 비급여	①회사는 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

보장종목	보상하지 않는 사항
	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」제2조에 따른 한의사를 제외한 '의사'의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 보상합니다) 2. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용. 다만 약관상 보상하는 질병을 치료함에 있어 아래 각 목에 해당하는 경우는 치료 목적으로 보아 보상합니다(다만, 항암제, 항생제, 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 비급여 사용승인 절차를 거쳐 그 승인 내용대로 사용된 경우 라. 상기 가목 부터 다목의 약제가 두 가지 이상 함께 사용된 경우(함께 사용된 약제중 어느 하나라도 상기 가목 부터 다목에 해당하지 않는 경우 제외) 3. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용 4. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료 재료의 구입 및 대체 비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 보상합니다. 5. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비 6. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비(산재보험 요양급여 산정기준에 따라 발생한 실제 본인 부담의료비)는 제3조(보장종목별 보상내용) (2)질병비급여 제1항부터 제4항에 따라 보상합니다. 7. 사람면역결핍바이러스(HIV) 감염으로 인한 치료비(다만,「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV 감염은 해당 진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 보상합니다) 8.「국민건강보험법」제42조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비 9.「응급의료에 관한 법률」및 동법 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 동법 제26조에 따른 권역응급의료센터 또는「의료법」제3조의4에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료

보장종목	보상하지 않는 사항
	10.「신의료기술평가에 관한 규칙」 제3조제13항제1호에 따라 안전성 및 유효성이 있는 신의료기술로서 보건복지부장관이 고시('신의료기술의 안전성·유효성 평가결과 고시')하였으나, 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제11조제1항 또는 제13조제1항에 따라 요양급여대상 또는 비급여대상으로 결정·고시되기 전까지의 행위·치료재료와 관련하여 소요된 비용 11.「신의료기술평가에 관한 규칙」제3조제13항제2호에 따른 제한적 의료기술과 관련하여 소요된 비용 12.「신의료기술평가에 관한 규칙」제3조제13항제3호에 따른 혁신의료기술과 관련하여 소요된 비용 13.「신의료기술평가에 관한 규칙」제2조에 따른 평가 유예 신의료기술 및 즉시진입의료기술 등의 신의료기술과 관련하여 소요된 비용 14.「첨단재생의료 및 첨단바이오의약품 안전 및 지원에 관한 법률」제2조에 따른 첨단재생의료와 관련하여 소요된 비용 15.「의료법」제53조에 따른 신의료기술이 관련 법령상 인정 받은 사용대상, 목적 및 시술방법에 맞지 않게 사용된 경우(단, 목적 및 시술방법의 변경이 경미하여 새로운 신의료기술평가의 대상에 해당하지 않는 경우는 제외) 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」 제4장 및 관련 조항에 따라 설립된 한국보건의료연구원 홈페이지 등을 통해 공개된 지 2개월 이상 경과한 경우
(3) 비급여 자기공명 영상진단	①회사는 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 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다. 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 지급합니다. 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우 4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인한 경우 5. 피보험자가 정당한 이유없이 입원 또는 통원 기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 의료비 ②회사는 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 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다)

보장종목	보상하지 않는 사항
	3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안 ③회사는 '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 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다. 4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04) 5. 비만(E66) 6. 요실금(N39.3, N39.4, R32) 7. 직장 또는 항문 질환 중 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 부분(K60~K62, K64) ④회사는 다음의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 치과치료(K00~K08, 다만, 안면부 골절로 발생한 의료비는 치아관련 치료를 제외하고 보상합니다)·한방치료(다만,「의료법」 제2조에 따른 한의사를 제외한 '의사'의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다) 2. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용. 다만 약관상 보상하는 상해 또는 질병을 치료함에 있어 아래 각 목에 해당하는 경우는 치료 목적으로 보아 보상합니다(다만, 항암제, 항생제, 희귀의약품을 제외한 주사치료시 사용된 행위, 약제 및 치료재료와 관련하여 소요된 비용은 보상하지 않습니다). 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 비급여 사용승인 절차를 거쳐 그 승인 내용대로 사용된 경우 라. 상기 가목 부터 다목의 약제가 두 가지 이상 함께 사용된 경우(함께 사용된 약제중 어느 하나라도 상기 가목 부터 다목에 해당하지 않는 경우 제외) 3. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용 4. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료 재료의 구입 및 대체 비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 보상합니다. 5. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비 6. 자동차보험(공제를 포함합니다)에서 보상받는 치료관계비(과실상계 후 금액을 기준으로 합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비(자동차보험 진료수가에 관한 기준 및 산재보험 요양급여 산정기준에 따라 발생한 실제 본인 부담의료비)는 제3조(보장종목별 보상내용) (3)비급여자기공명영상진단 제1항부터 제6항에 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 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다) 8.「국민건강보험법」 제42조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비

보장종목	보상하지 않는 사항
	9.「응급의료에 관한 법률」 및 동법 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 동법 제26조에 따른 권역응급의료센터 또는 「의료법」제3조의4에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료 10.「신의료기술평가에 관한 규칙」 제3조제13항제1호에 따라 안전성 및 유효성이 있는 신의료기술로서 보건복지부장관이 고시('신의료기술의 안전성·유효성 평가결과 고시')하였으나, 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제11조제1항 또는 제13조제1항에 따라 요양급여대상 또는 비급여대상으로 결정·고시되기 전까지의 행위·치료재료와 관련하여 소요된 비용 11.「신의료기술평가에 관한 규칙」제3조제13항제2호에 따른 제한적 의료기술과 관련하여 소요된 비용 12.「신의료기술평가에 관한 규칙」제3조제13항제3호에 따른 혁신의료기술과 관련하여 소요된 비용 13.「신의료기술평가에 관한 규칙」제2조에 따른 평가 유예 신의료기술 및 즉시진입의료기술 등과 관련하여 소요된 비용 14.「첨단재생의료 및 첨단바이오의약품 안전 및 지원에 관한 법률」제2조에 따른 첨단재생의료와 관련하여 소요된 비용 15.「의료법」제53조에 따른 신의료기술이 관련 법령상 인정 받은 사용대상, 목적 및 시술방법에 맞지 않게 사용된 경우(단, 목적 및 시술방법의 변경이 경미하여 새로운 신의료기술평가의 대상에 해당하지 않는 경우는 제외) 16. 항암제, 항생제, 희귀의약품을 제외한 주사치료시 사용된 행위, 약제 및 치료재료대와 관련하여 소요된 비용 17. 근골격계 이학요법치료 치료행위에 수반된 일체의 의료비(행위료, 치료재료대, 약제 및 주사비 등) 18. 체외충격파 치료행위에 수반된 일체의 의료비(행위료, 치료재료대, 약제 및 주사비 등) 19.「신의료기술평가에 관한 규칙」 등에 의한 의료기술 재평가 실시 결과 "임상적 이득 대비 위험이 더 크거나 의학적 필요성, 임상적 요구도 및 활용도가 매우 낮다" 또는 "권고하지 않음"으로 평가되고 해당 평가 결과가 「보건의료기술 진흥법」 제4장 및 관련 조항에 따라 설립된 한국보건의료연구원 홈페이지 등을 통해 공개된 지 2개월 이상 경과한 경우
(4) 공통주)	회사는 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조제1항([별표2] 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(융비술), 유방 확대(다만, 유방암 환자의 환측 유방재건

보장종목	보상하지 않는 사항
	술은 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 경우는 제외) 마. 그 밖에 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제11조제1항 또는 제13조제1항에 따라 요양급여대상 또는 비급여대상으로 결정·고시되지 않았음에도 불구하고 「국민건강보험법」, 「의료법」,「약사법」,「첨단재생의료 및 첨단바이오의약품 안전 및 지원에 관한 법률」, 「장기등 이식에 관한 법률」,「마약류 관리에 관한 법률」,「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」이 아닌 타 법령에 근거하여 「국민건강보험 요양급여 기준에 관한 규칙」 별표2에서 비급여대상으로 정하고 있는 치료와 관련하여 소요된 비용

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

제5조(보험가입금액 한도 등) ①이 계약의 연간 보험가입금액은 제3조(보장종목별 보상내용) (1)상해비급여에 대하여 입원과 통원의 보상금액을 합산하여 1천만원 이내에서, (2)질병비급여에 대하여 입원과 통원의 보상금액을 합산하여 1천만원 이내에서 회사가 정한 금액 중 계약자가 선택한 금액을 말하며, 제3조(보장종목별 보상내용)에 의한 비급여의료비를 이 금액 한도 내에서 보상합니다. 다만, (3)비급여 자기공명영상진단의 보험가입금액은 제3조 (3)비급여 자기공명영상진단 제1항에서 정한 연간 보상한도로 합니다.

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

③제3조(보장종목별 보상내용)에서 정한 통원의 경우 (1)상해비급여 또는 (2)질병비급여 각각에 대하여 통원 1일당 20만원 이내에서 회사가 정한 금액 중 계약자가 선택한 금액으로 하며, (3)비급여 자기공명

영상진단의 경우 제3조 (3)비급여 자기공명영상진단 제1항에서 정한 보상한도로 합니다.
④제3조 (1)상해비급여 제3항 또는 제4항, (2)질병비급여 제2항 또는 제3항 및 (3)비급여 자기공명영상진단 제6항에 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.

제6조(비급여 진료비용 공개제도 등의 안내) 회사는 계약자가 특별약관을 청약하였을 때 계약자의 알권리를 증진하고 합리적인 의료이용 선택에 도움이 될 수 있도록 「의료법」등 관계 법령에 따른 '비급여 진료비용 공개제도'와 '비급여 진료 사전설명제도'에 대해 설명하고 안내합니다.

※ 비급여 진료비용 공개제도 : 국민이 쉽게 이해하고 의료기관을 선택할 때 참고할 수 있도록 건강보험심사평가원이 매년 비급여 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

제7조(특별약관2의 소멸) 피보험자의 사망으로 인하여 이 특별약관2에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제8조(준용규정) 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 급여 실손의료비 특별약관을 따릅니다.

국민건강보험 비가입자 추가특별약관

제1조(적용대상) 이 추가특별약관의 피보험자는 아래 각호 중 하나 이상의 보장종목을 가입한 피보험자 중 국민건강보험 비가입자로 합니다.

1. 급여 실손의료비 특별약관 제1조(보장종목)의 「상해급여」
2. 급여 실손의료비 특별약관 제1조(보장종목)의 「질병급여」
3. 중증 비급여 실손의료비 특별약관 제1조(보장종목)의 「상해비급여」
4. 중증 비급여 실손의료비 특별약관 제1조(보장종목)의 「질병비급여」
5. 비중증 비급여 실손의료비 특별약관 제1조(보장종목)의 「상해비급여」
6. 비중증 비급여 실손의료비 특별약관 제1조(보장종목)의 「질병비급여」

제2조(보상하는 사항)
① 회사는 급여 실손의료비 특별약관의 제3조(보장종목별 보상내용)와 제4조(보상하지 않는 사항)에도 불구하고 이 추가특별약관의 피보험자에 대해서는 국민건강보험 가입자와 동일하게(국민건강보험공단 부담금이 없는 급여치료비에 대해서도 본인부담금의 80% 보장 등) 급여 실손의료비 특별약관을 적용합니다. 다만, 자동차사고 및 산업재해보상사고의 경우 피보험자가 실제로 부담한 의료비는 급여 실손의료비 특별약관의 제3조(보장종목별 보상내용)와 제4조(보상하지 않는 사항)에 따라 보상합니다.
② 회사는 비급여 실손의료비 특별약관1(중증 비급여 실손의료비)(이하 "특별약관1" 이라 합니다.) 제1조(보장종목) 「상해비급여」,「질병비급여」,「3대비급여」에 대해 특별약관1 제3조(보장종목별 보상내용)와 제4조(보상하지 않는 사항)에도 불구하고 이 추가특별약관의 피보험자에 대해서는 국민건강보험 가입자와 동일하게 특별약관1을 적용합니다. 다만, 자동차사고 및 산업재해보상사고의 경우 피보험자가 실제로 부담한 의료비는 특별약관1의 제3조(보장종목별 보상내용)와 제4조(보상하지 않는 사항)에 따라 보상합니다.
③ 회사는 비급여 실손의료비 특별약관2(비중증 비급여 실손의료비)(이하 "특별약관2" 이라 합니다.) 제1조

(보장종목) 「상해비급여」,「질병비급여」,「비급여 자기공명영상진단」에 대해 특별약관2 제3조(보장종목별 보상내용)와 제4조(보상하지 않는 사항)에도 불구하고 이 추가특별약관의 피보험자에 대해서는 국민건강보험 가입자와 동일하게 특별약관2를 적용합니다. 다만, 자동차사고 및 산업재해보상사고의 경우 피보험자가 실제로 부담한 의료비는 특별약관2의 제3조(보장종목별 보상내용)와 제4조(보상하지 않는 사항)에 따라 보상합니다.

제3조(계약 후 알릴의무)
① 보험기간중에 피보험자가 국민건강보험법에 정한 자격을 취득하였을 때 계약자는 서면으로 회사에 알리고 보험증권에 확인을 받아야 합니다.
② 피보험자가 국민건강보험법에 정한 자격을 취득한 경우 그 사실이 발생된 날로부터 이 추가특별약관은 해지되며 회사는 경과하지 않은 기간에 대하여 일단위로 계산한 정해진 보험료를 환급하여 드립니다.

제4조(준용규정) 이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 급여 실손의료비 특별약관, 비급여 실손의료비 특별약관1(중증 비급여 실손의료비) 및 비급여 실손의료비 특별약관2(비중증 비급여 실손의료비)를 따릅니다.

상해확장보장 추가특별약관

제1조(보장내용) ① 회사는 급여 실손의료비 특별약관 및 비급여 실손의료비 특별약관1(중증 비급여 실손의료비) 및 비급여 실손의료비 특별약관2(비중증 비급여 실손의료비)에서 정한 상해에도 불구하고 이 계약이 갱신된 계약인 경우에는 피보험자가 보험기간 이전에 발생한 상해로 인하여 보험기간 중 병원에 입원을 개시하여 치료를 받은 경우 또는 보험기간 중 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에도 급여 실손의료비 특별약관 제3조(보장종목별 보상내용)의 (1)상해급여와 비급여 실손의료비 특별약관1(중증 비급여 실손의료비) 제3조(보장종목별 보상내용) (1)상해비급여 및 (3)3대비급여, 비급여 실손의료비 특별약관2(비중증 비급여 실손의료비) 제3조(보장종목별 보상내용) (1)상해비급여 및 (3)비급여 자기공명영상진단에서 정한 바에 따라 보상합니다.
② 제1항에도 불구하고 실손의료비를 보상하는 다른 단체상해보험계약 중 피보험자가 속한 최초계약에서 피보험자의 보장이 개시되기 이전에 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고는 보상하지 않습니다.
③ 제1항에서 갱신된 계약이라 함은 실손의료비를 보상하는 다른 단체상해보험계약의 보험기간 종료일 10일이내에 이 계약의 급여 실손의료비 특별약관, 비급여 실손의료비 특별약관1(중증 비급여 실손의료비) 및 비급여 실손의료비 특별약관2(비중증 비급여 실손의료비)의 보장이 개시되는 경우를 말합니다.

제2조(준용규정) 이 추가특별약관에서 정하지 않은 사항은 급여 실손의료비 특별약관, 비급여 실손의료비 특별약관1(중증 비급여 실손의료비) 및 비급여 실손의료비 특별약관2(비중증 비급여 실손의료비)를 따릅니다.

질병확장보장 추가특별약관

제1조(보장내용) 회사는 급여 실손의료비 특별약관 제3조(보장종목별 보상내용)의 (2)질병급여 및 비급여 실손의료비 특별약관1(중증 비급여 실손의료비) 및 비급여 실손의료비 특별약관2(비중증 비급여 실손의료비) 제3조(보장종목별 보상내용)의 (2)질병비급여 및 (3)3대비급여에서 피보험자가 청약서상 '계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 질병의 경우에도 급여 실손의료비 특별약관 제3조(보장종목별 보상내용)의 (2)질병급여와 비급여 실손의료비 특별약관1(중증 비급여 실손의료비) 제3조(보장종목별 보상내용)

(2)질병비급여 및 (3)3대비급여, 비급여 실손의료비 특별약관2(비중증비급여 실손의료비) 제3조(보장종목별 보상내용) (2)질병비급여 및 (3)비급여 자기공명영상진단에서 정한 바에 따라 보상합니다.

제2조(준용규정) 이 추가특별약관에서 정하지 않은 사항은 급여 실손의료비 특별약관, 비급여 실손의료비 특별약관1(중증 비급여 실손의료비) 및 비급여 실손의료비 특별약관2(비중증 비급여 실손의료비)를 따릅니다.

어업인 직무상 선박탑승중 상해 실손의료비보장 추가특별약관

제1조(적용특칙) 이 추가특별약관은 아래 특별약관 모두를 동시에 가입한 계약에 한해 적용합니다.

1. 급여 실손의료비 특별약관
2. 비급여 실손의료비 특별약관1(중증 비급여 실손의료비)
3. 비급여 실손의료비 특별약관2(비중증 비급여 실손의료비)

제2조(보험금의 지급사유)

① 회사는 급여 실손의료비 특별약관 제4조(보상하지 않는 사항)의 (1)상해급여의 제2항 제3호에도 불구하고 보험기간 중에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안에 발생한 상해로 인하여 병원에 입원 또는 통원하여 발생한 의료비를 급여 실손의료비 특별약관 제3조(보장종목별 보상내용)의 (1)상해급여에서 정한 바에 따라 보상합니다.

② 회사는 비급여 실손의료비 특별약관1(중증 비급여 실손의료비) 제4조(보상하지 않는 사항) (1)상해비급여의 제2항 제3호 및 (3)3대비급여의 제2항 제3호에도 불구하고 보험기간 중에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안에 발생한 상해로 인하여 병원에 입원 또는 통원하여 발생한 의료비를 비급여 실손의료비 특별약관1(중증 비급여 실손의료비) 제3조(보장종목별 보상내용)의 (1)상해비급여 및 (3)3대비급여에서 정한 바에 따라 보상합니다.

③ 회사는 비급여 실손의료비 특별약관2(비중증 비급여 실손의료비) 제4조(보상하지 않는 사항) (1)상해비급여의 제2항 제3호 및 (3)비급여 자기공명영상진단의 제2항 제3호에도 불구하고 보험기간 중에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안에 발생한 상해로 인하여 병원에 입원 또는 통원하여 발생한 의료비를 비급여 실손의료비 특별약관2(비중증 비급여 실손의료비) 제3조(보장종목별 보상내용)의 (1)상해비급여 및 (3)비급여 자기공명영상진단에서 정한 바에 따라 보상합니다.

제3조(준용규정) 이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 급여 실손의료비 특별약관, 비급여 실손의료비 특별약관1(중증 비급여 실손의료비) 및 비급여 실손의료비 특별약관2(비중증 비급여 실손의료비)를 따릅니다.

단체실손의료보험 중지제도 특별약관

제1조(목 적)

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

용어

【단체실손의료보험】

단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 실손의료보험으로서 보험업감

풀이 독규정 제7-49조 제2호 각 목의 요건에 해당하는 단체보험을 말합니다.

제2조(계약중지에 관한 사항)

① 계약중지 신청일 기준으로 다음의 각 호의 요건 중 하나가 충족되는 경우에는 해당 단체실손의 피보험자가 해당 단체실손의 보장종목 전체에 대해 보장의 중지(이하 '계약중지'라 합니다)를 신청할 수 있습니다.

1. 피보험자가 개인실손의료보험(이하 '개인실손'이라 합니다)의 피보험자인 경우
2. 피보험자가 해당 단체실손 이외의 단체실손의 피보험자인 경우

용어 풀이

【개인실손의료보험】

노후·유병력자·여행 실손의료보험 및 단체실손의료보험을 제외한 실손의료보험을 말합니다.

【계약중지 신청일】

피보험자가 계약중지 신청을 회사에 접수한 날을 말합니다.

② 제1항의 「해당 단체실손의 보장종목 전체」라 함은 피보험자가 가입한 급여 실손의료비 특별약관 및 비급여 실손의료비 특별약관1(중증 비급여 실손의료비) 및 비급여 실손의료비 특별약관2(비중증 비급여 실손의료비) 보장종목 전체를 말하며 보장종목 중 일부를 선택하여 계약중지 신청할 수는 없습니다.

③ 계약중지가 이루어진 경우 회사는 피보험자에게 「계약중지 확인서」를 드립니다. 단, 계약자와 회사가 별도로 약정한 경우 계약자가 피보험자를 대신하여 회사에 계약중지를 신청할 수 있으며, 이 경우 회사는 '계약중지 확인서'를 계약자에게 드릴 수 있고 이는 피보험자에게 드린 것으로 봅니다.

④ 계약중지는 피보험자의 계약중지 신청일부터 시작되고, 계약중지가 이루어진 경우 그 시점부터 회사는 계약중지 피보험자의 단체실손에 대해 보장하지 않습니다.

제3조(중지지급금의 산출과 지급)

① 이 특별약관에서 「중지지급금」이라 함은 단체실손을 중지한 경우 피보험자에게 지급하는 금액으로 중지한 단체실손의 보험료 및 해약환급금 산출방법서에 따라 계산된 중지시점의 해약환급금 합산액을 말합니다.

② 계약중지가 이루어진 경우 회사는 계약중지가 이루어진 날로부터 3영업일 이내에 「중지지급금」을 지급합니다. 다만, 보험료를 분할하여 납입하기로 계약을 체결한 경우에는 계약중지가 이루어졌더라도 중지된 계약에 대하여 계약자는 2회이후의 보험료를 계속 납입하여야 하며, 회사는 마지막 분납회차 보험료 납입시점으로부터 3영업일 이내에 「중지지급금」을 지급합니다.

③ 해당 지급기일내에 「중지지급금」을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 '보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율'을 연단위 복리로 계산한 금액을 「중지지급금」에 더하여 지급합니다.

④ 중지지급금이 지급된 경우 회사는 다음의 각 호에 따른 사유가 발생하더라도 피보험자에게 지급한 중지지급금의 환수 및 계약자에게 보험료 환급을 진행하지 않습니다.

1. 중지지급금을 받은 이후 중도퇴사한 경우
2. 회원탈퇴 등 1호에 준하는 사유

제4조(계약중지 신청의 취소)

① 피보험자는 「계약중지 확인서」를 받은 날로부터 15일 이내에 계약중지 신청을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 계약중지 전 단체실손으로 환원해 주어야 합니다.

② 신청취소에 관한 기타 사항은 계약중지 전 급여 실손의료비 특별약관과 비급여 실손의료비 특별약관1(중증 비급여 실손의료비) 및 비급여 실손의료비 특별약관2(비중증 비급여 실손의료비)를 따릅니다.

③ 계약중지 신청과 계약중지 신청 취소는 계약중지 전 단체실손 보험기간 중 1회에 한합니다.

제5조(계약중지 신청의 취소의 제한)
제4조(계약중지 신청의 취소) 제1항에도 불구하고, 피보험자는 회사로부터 「중지지급금」을 받은 경우 회사에 「중지지급금」을 환입하기 전까지 계약중지 신청의 취소가 제한됩니다.

제6조(준용규정)
이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 계약중지 전 단체실손의 보통약관, 급여 실손의료비 특별약관, 비급여 실손의료비 특별약관1(중증 비급여 실손의료비) 및 비급여 실손의료비 특별약관2(비중증 비급여 실손의료비)를 따릅니다.

보험기간 설정에 관한 특별약관

제1조(적용범위)
이 특별약관은 보통약관 제25조(보험의 목적의 증가 감소 또는 교체) 제2항에도 불구하고, 새로이 증가되는 피보험자의 보험기간을 정하는 경우에 적용합니다.

제2조(보험기간)
이 특별약관에 따라 계약기간중에 새로이 증가된 피보험자의 보험기간은 계약자가 요청하는 기간으로 합니다.

제3조(보험료의 납입)
① 계약자는 새로이 증가된 피보험자에 대하여 일단위로 계산된 추가보험료를 납입하여야 합니다.
② 새로이 증가된 피보험자의 보험기간이 시작된 후라도 다른 약정이 없으면 추가 보험료를 받기 전에 생긴 손해는 보상하지 않습니다.

제4조(준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

단체 포괄계약 특별약관

제1조(적용범위)
① 이 단체 포괄계약 특별약관(이하 "특별약관"이라 합니다)은 보통약관 제18조(계약의 적용범위)의 제1항에 정한 단체로서 동일한 성격을 갖는 둘 이상의 단체가 모여 공동으로 보험계약을 체결하는 경우에 적용합니다.
② 제1항의 경우 총 피보험자수는 5명 이상이어야 합니다.

제2조(계약자)
이 특별약관에서의 계약자는 제1조(적용범위)의 단체를 대표하여 보험계약상의 모든 권리, 의무를 직접 또는 간접적으로 행사할 수 있어야 합니다.

제3조(피보험자수의 산정)
이 특별약관하에서의 피보험자수는 이 보험계약에 부보된 총 피보험자수로 하며 이를 기준으로 단체계약의 유형에 따른 할인율을 적용합니다.

제4조(준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.

단체피보험자 지위유지 특별약관

제1조(피보험자 지위의 유지)
① 피보험자가 피보험단체에서 탈퇴하더라도 회사는 보통약관 제24조(계약내용의 변경 등)에도 불구하고 피보험자의 지위를 이 보험의 종기까지 연장합니다. 다만, 사망으로 인한 퇴직 등 지위유지가 불가능한 경우에는 제외합니다.
② 이 특별약관은 아래의 조건을 모두 충족하는 경우에 한하여 적용합니다.
1. 피보험단체는 보통약관 제18조(계약의 적용범위) 제1항 제1호에 해당하는 단체이어야 합니다.
2. 보험종기까지 잔여기간에 대한 보험료를 계약자가 모두 부담하여야 합니다.

제2조(준용규정)
이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

단체피보험자 지위유지 보험료정산 추가특별약관

제1조(보험료의 정산)
① 회사는 보통약관 제25조(보험의 목적의 증가 감소 또는 교체) 제2항에도 불구하고 이 추가약관에 따라 보험료를 정산합니다.
② 회사는 보통약관 제25조(보험의 목적의 증가 감소 또는 교체) 제3항과 관계없이 보험료가 정산되기 이전일지라도 새로이 증가 또는 교체된 피보험자에 대해 생긴 손해를 보상합니다.

제2조(피보험자의 명부)
계약자는 항상 피보험자의 명부를 비치하여 회사가 열람을 요구할 경우에는 이에 따라야 합니다.

제3조(예치 보험료)
예치보험료는 계약체결일 이전 1개월 동안 1일 평균인원수에 정해진 보험요율을 적용하여 계산합니다.

제4조(보험료의 정산방법)
보험료는 피보험자수의 증감(단, 피보험자가 피보험단체에서 단체피보험자로서 지위를 유지한 경우를 제외함)을 기초로 하여 다음과 같이 정산합니다.
1. 계약자는 매월 10일까지 전월말까지의 피보험자에 관한 서류를 회사에 제출하여야 합니다. 그러나 계약이 효력상실 또는 해지된 경우에는 효력상실 또는 해지일까지의 보험료를 확정하기 위하여 필요한 서류를 효력상실 또는 해지 즉시 회사에 제출하여야 합니다.
2. 회사는 보험기간중이나 보험기간 만료 후 보험료를 산출하기 위하여 필요하다고 인정될 경우에는 계약자의 서류를 열람할 수 있습니다.
3. 회사는 보험기간 만료와 동시에 제1호에 의한 피보험자수에 따라 산출된 확정보험료와 계약을 체결할 때 산출한 예치보험료를 비교하여 그 차액을 정산합니다.

제5조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당특별약관을 따릅니다.

장애인전용보험전환 특별약관

제1조(적용범위) ① 이 특별약관은 회사가 정한 방법에 따라 계약자가 청약(請約)하고 회사가 승낙(承諾)함으로써 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

인용문구

「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 재정경제부령으로 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 "재정경제부령으로 정하는 것"이란 만기에 환급되는 금액이 납입보험료를 초과하지 아니하는 보험으로서 보험계약 또는 보험료납입영수증에 보험료 공제대상임이 표시된 보험의 보험료를 말한다.

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

인용 문구

「소득세법 시행령」 제107조(장애인의 범위)에서 규정한 장애인

1. 「장애인복지법」에 따른 장애인 및 「장애아동 복지지원법」에 따른 장애아동 중 재정경제부령으로 정하는 사람
2. 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 의한 상이자 및 이와 유사한 사람으로서 근로능력이 없는 사람
3. 「국민건강보험법 시행령」 별표 2 제3호 라목 1)부터 10)까지 외의 부분 전단에 따른 희귀성난치질환등 또는 이와 유사한 질병·부상으로 인해 중단 없이 주기적인 치료가 필요한 사람으로서 의료기관의 장이 취업·취학 등 일상적인 생활에 지장이 있다고 인정하는 사람

「소득세법 시행규칙」제54조(장애아동의 범위)

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

유의 사항

【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 그때부터 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.

② 제1항에 따라 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 후부터 납입된 전환대상계약 보험료는 보험료 납입영수증에 장애인전용보장성보험료로 표시됩니다.

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.

③ 제2항에도 불구하고,「전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 당해년도에 제4조(전환 취소)에 따라 전환을 취소하는 경우」에는 당해년도에 납입한 모든 전환대상계약보험료가 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성보험료로 표시되지 않습니다. 다만, 제2조(제출서류)제1항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료됨에 따라 제1조(특약의 적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우에는 이 조항이 적용되지 않습니다.

예시

2019년 1월 15일에 전환대상계약에 가입한 계약자가 2019년 6월 1일에 이 특별약관을 청약하고 회사가 승낙하여 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환되었으나

1. 2019년 12월 1일에 전환을 취소한 경우, 이 전환대상계약에 납입된 모든 보험료는 당해년도 보험료 납입영수증에 장애인전용보장성보험료로 표시되지 않으며 「소득세법」에 따라 보험료의 100분의 15에 해당하는 금액이 종합소득산출세액에서 공제되지 않습니다.
2. 2020년 6월 1일에 전환을 취소한 경우, 2020년 1월부터 5월까지 납입된 보험료만 2020년 보험료 납입영수증에 장애인전용보장성보험료로 표시되고 해당금액은 「소득세법」에 따라 보험료의 100분의 15에 해당하는 금액으로 종합소득산출세액에서 공제됩니다.

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. 다만 제2조(제출서류) 제1항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료됨에 따라 전환대상계약이 제1조(특약의 적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우에는 이 조항이 적용되지 않습니다.

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.

업무외 사망 보험수익자 지정 특별약관

제1조(적용범위)

이 특별약관은 단체보험 계약 중 사망보험금의 보험수익자가 피보험자의 법정상속인 이외의 자(단체 또

는 단체의 대표자)로 지정 또는 변경되는 계약에 한하여 적용합니다.

제2조(사망보험금 관련 보험수익자)

① 이 특별약관이 부가되는 계약은 보통약관 또는 특별약관에서 피보험자의 사망을 보장하는 경우 사망보험금을 수령할 보험수익자를 「"업무상 사망"으로 인한 보험수익자」와 「"업무외 사망"으로 인한 보험수익자」로 구분합니다.

② 제1항의 "업무상 사망"과 "업무외 사망"은 다음 각 호와 같이 구분합니다.

1. "업무상 사망"이라 함은 피보험자가 보험기간 중 산업재해보상보험법 제5조(정의) 제1호에 규정된 "업무상의 재해"(이하 "업무상의 재해"라 합니다)로 사망하여 근로복지공단의 보험급여 지급확인원(보험사제출용) 등 업무상의 재해 사망을 증명하는 서류를 제출하는 경우를 말하며, "업무외 사망"이라 함은 피보험자가 보험기간 중 "업무상의 재해" 이외의 원인으로 사망하는 경우를 말합니다.
2. 피보험자가 산업재해보상보험에 가입되어 있지 않거나, 산업재해보상보험에 가입은 되어 있으나 산업재해보상보험법 등에 따라 근로복지공단에 보험급여를 신청하지 않은 경우에는 산업재해보상보험법 제37조 및 산업재해보상보험법 시행령 제27조부터 제37조에서 정한 기준에 따라 "업무상 사망" 또는 "업무외 사망"으로 구분합니다.
3. "업무상 사망" 및 "업무외 사망"의 구분에 대해 계약자와 피보험자의 법정상속인간에 합의하지 못할 경우에는 계약자가 "업무상 사망"임을 입증하여야 합니다.

용어 풀이

【업무상의 재해】
업무상의 재해란 산업재해보상보험법 제5조 제1호의 업무상의 사유에 따른 근로자의 부상·질병·장해 또는 사망을 말합니다.

③ 제1항의 「"업무외 사망"으로 인한 보험수익자」는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

④ 제2항과 관련하여 「산업재해보상보험법 및 관련 법령」(이하 "법령"이라 합니다)이 개정되는 경우에는 보험금 지급사유 발생 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.

⑤ 제1항의 사망보험금의 보험수익자를 "업무상 사망"으로 인한 보험수익자와 "업무외 사망"으로 인한 보험수익자로 구분하는 것은 보통약관 또는 특별약관에서 정한 사망보험금 지급사유가 발생한 경우에 보험수익자를 정하기 위한 것으로 보통약관 또는 특별약관에서에서 정한 사망보험금 지급사유가 발생하지 않은 경우에는 적용되지 않습니다.

제3조(사망보험금의 청구)

① 이 특별약관이 부가되는 경우에는 사망보험금을 청구할 때 피보험자의 법정상속인 확인서를 제출한 후 보험금을 청구하여야 합니다.

② 제1항에서 「"업무외 사망"으로 인한 보험수익자」가 업무외 사망보험금을 청구한 경우에는 회사는 계약자에게 해당 보험금 청구 사실을 알리고 계약자를 통하여 "업무외 사망"여부를 확인할 수 있습니다.

③ 회사는 보험수익자에게 보험금 지급 이후 그 지급의 사유가 된 사망 원인이 변경된 경우 계약 내용에 따라 변경된 보험수익자에게 보험금을 지급하며, 기존 보험금 수익자에게 이미 지급된 사망보험금의 반환을 청구할 수 있습니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

【별표1】장해분류표

1 총칙

1. 장해의 정의

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

2. 신체부위

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

3. 기타

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

2 장해분류별 판정기준

1. 눈의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) 시력장해의 경우 공인된 시력검사표에 따라 최소 3회 이상 측정한다.
2) '교정시력'이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 원거리 최대교정시력을 말한다. 다만, 각막이식술을 받은 환자인 경우 각막이식술 이전의 시력상태를 기준으로 평가한다.
3) '한 눈이 멀었을 때'라 함은 안구의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나('광각무') 겨우 가릴 수 있는 경우('광각유')를 말한다.
4) '한눈의 교정시력이 0.02이하로 된 때'라 함은 안전수동(Hand Movement)[주1], 안전수지(Finger Counting)[주2] 상태를 포함한다.
   ※주1) 안전수동 : 물체를 감별할 정도의 시력상태가 아니며 눈앞에서 손의 움직임을 식별할 수 있을 정도의 시력상태
   주2) 안전수지 : 시표의 가장 큰 글씨를 읽을 수 있는 정도의 시력은 아니나 눈 앞 30cm 이내에서 손가락의 개수를 식별할 수 있을 정도의 시력상태
5) 안구(눈동자) 운동장해의 판정은 질병의 진단 또는 외상 후 1년 이상이 지난 뒤 그 장해 정도를 평가한다.
6) '안구(눈동자)의 뚜렷한 운동장해' 라 함은 아래의 두 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
   가) 한 눈의 안구(눈동자)의 주시야(머리를 움직이지 않고 눈만을 움직여서 볼 수 있는 범위)의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우
   나) 중심 20도 이내에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 경우
7) '안구(눈동자)의 뚜렷한 조절기능장해'라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 50세 이상(장해진단시 연령 기준)의 경우에는 제외한다.
8) '뚜렷한 시야 장해'라 함은 한 눈의 시야 범위가 정상시야 범위의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다. 이 경우 시야검사는 공인된 시야검사방법으로 측정하며, 시야장해 평가 시 자동시야검사계(골드만 시야검사)를 이용하여 8방향 시야범위 합계를 정상범위와 비교하여 평가한다.
9) '눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때'라 함은 눈꺼풀의 결손으로 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이

완전히 덮이지 않는 경우를 말한다.

10) '눈꺼풀에 뚜렷한 운동장해를 남긴 때'라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.
11) 외상이나 화상 등으로 안구의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 안구가 적출되어 눈자위의 조직요몰(凹沒) 등으로 의안마저 끼워 넣을 수 없는 상태이면 '뚜렷한 추상(추한 모습)'으로, 의안을 끼워 넣을 수 있는 상태이면 '약간의 추상(추한 모습)'으로 지급률을 가산한다.
12) '눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때'에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장해를 포함하여 장해를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장해를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장해평가 방법 중 피보험자에게 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

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

다. 귓바퀴의 결손

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

라. 평형기능의 장해

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

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

2) 평형기능의 장해는 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 치료 후 장해가 고착되었을 때 판정하며, 뇌병변 여부, 전정기능 이상 및 장해상태를 평가하기 위해 아래의 검사들을 기초로 한다.
   가) 뇌영상검사(CT, MRI)
   나) 온도안진검사, 전기안진검사(또는 비디오안진검사) 등

3. 코의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

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

4. 씹어먹거나 말하는 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해의 평가기준

1) 씹어먹는 기능의 장해는 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)의 맞물림(교합), 배열상태 및 아래턱의 개구운동, 삼킴(연하)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.

2) '씹어먹는 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 심한 개구운동 제한이나 저작운동 제한으로 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.

3) '씹어먹는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
   가) 뚜렷한 개구운동 제한 또는 뚜렷한 저작운동 제한으로 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등)이외는 섭취하지 못하는 경우
   나) 위·아래턱(상.하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 1cm이하로 제한되는 경우
   다) 위·아래턱(상.하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1.5cm이상인 경우
   라) 1개 이하의 치아만 교합되는 상태
   마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취 시 흡인이 발생하고 연식 외에는 섭취가 불가능한 상태

4) '씹어먹는 기능에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
   가) 약간의 개구운동 제한 또는 약간의 저작운동 제한으로 부드러운 고형식(밥, 빵 등)만 섭취 가능한 경우
   나) 위·아래턱(상.하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 2cm이하로 제한되는 경우
   다) 위·아래턱(상.하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1cm이상인 경우
   라) 양측 각 1개 또는 편측 2개 이하의 치아만 교합되는 상태
   마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취시 간헐적으로 흡인이 발생하고 부드러운 고형식 외에는 섭취가 불가능한 상태

5) 개구장해는 턱관절의 이상으로 개구운동 제한이 있는 상태를 말하며, 최대 개구상태에서 위·아래턱(상.하악)의 가운데 앞니(중절치)간 거리를 기준으로 한다. 단, 가운데 앞니(중절치)가 없는 경우에는 측정가능한 인접 치아간 거리의 최대치를 기준으로 한다.

6) 부정교합은 위턱(상악)과 아래턱(하악)의 부조화로 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)가 전방 및 측방으로 맞물림에 제한이 있는 상태를 말한다.

7) '말하는 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
   가) 언어평가상 자음정확도가 30%미만인 경우

나) 전실어증, 운동성실어증(브로카실어증)으로 의사소통이 불가한 경우

8) '말하는 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
   가) 언어평가상 자음정확도가 50%미만인 경우
   나) 언어평가상 표현언어지수 25 미만인 경우
9) '말하는 기능에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
   가) 언어평가상 자음정확도가 75%미만인 경우
   나) 언어평가상 표현언어지수 65 미만인 경우
10) 말하는 기능의 장해는 1년 이상 지속적인 언어치료를 시행한 후 증상이 고착되었을 때 평가하며, 객관적인 검사를 기초로 평가한다.
11) 뇌·중추신경계 손상(정신·인지기능 저하, 편마비 등)으로 인한 말하는 기능의 장해(실어증, 구음장애) 또는 씹어먹는 기능의 장해는 신경계·정신행동 장해 평가와 비교하여 그 중 높은 지급률 하나만 인정한다.
12) '치아의 결손'이란 치아의 상실 또는 발치된 경우를 말하며, 치아의 일부 손상으로 금관치료(크라운 보철수복)를 시행한 경우에는 치아의 일부 결손을 인정하여 1/2개 결손으로 적용한다.
13) 보철치료를 위해 발치한 정상치아, 노화로 인해 자연 발치된 치아, 보철(복합레진, 인레이, 온레이 등)한 치아, 기존 의치(틀니, 임플란트 등)의 결손은 치아의 상실로 인정하지 않는다.
14) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.
15) 어린이의 유치는 향후에 영구치로 대체되므로 후유장해의 대상이 되지 않으나, 선천적으로 영구치 결손이 있는 경우에는 유치의 결손을 후유장해로 평가한다.
16) 가철성 보철물(신체의 일부에 붙였다 떼었다 할 수 있는 틀니 등)의 파손은 후유장해의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

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

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)

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

라. 약간의 추상(추한 모습)

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

마. 손바닥 크기

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

6. 척추(등뼈)의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) 척추(등뼈)는 경추에서 흉추, 요추, 제1천추까지를 동일한 부위로 한다. 제2천추 이하의 천골 및 미골은 체간골의 장해로 평가한다.
2) 척추(등뼈)의 기형장해는 척추체(척추뼈 몸통을 말하며, 횡돌기 및 극돌기는 제외한다. 이하 이 신체부위에서 같다)의 압박률 또는 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡 정도에 따라 평가한다.
   가) 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡변화는 객관적인 측정방법(Cobb's Angle)에 따라 골절이 발생한 척추체(척추뼈 몸통)의 상.하 인접 정상 척추체(척추뼈 몸통)를 포함하여 측정하며, 생리적 정상만곡을 고려하여 평가한다.
   나) 척추(등뼈)의 기형장해는 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률, 골절의 부위 등을 기준으로 판정한다. 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률은 인접 상.하부[인접 상.하부 척추체(척추뼈 몸통)에 진구성 골절이 있거나, 다발성 척추골절이 있는 경우에는 골절된 척추와 가장 인접한 상.하부] 정상 척추체(척추뼈 몸통)의 전방 높이의 평균에 대한 골절된 척추체(척추뼈 몸통) 전방 높이의 감소비를 압박률로 정한다.
   다) 척추(등뼈)의 기형장해는 「산업재해보상보험법 시행규칙」상 경추부, 흉추부, 요추부로 구분하여 각각을 하나의 운동단위로 보며, 하나의 운동단위 내에서 여러 개의 척추체(척추뼈 몸통)에 압박골절이 발생한 경우에는 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률을 합산하고, 두 개 이상의 운동단위에서 장해가 발생한 경우에는 그 중 가장 높은 지급률을 적용한다.
3) 척추(등뼈)의 장해는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 이 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.
4) 추간판탈출증으로 인한 신경 장해는 수술 또는 시술(비수술적 치료) 후 6개월 이상 지난 후에 평가한다.
5) 신경학적 검사상 나타난 저린감이나 방사통 등 신경자극증상의 원인으로 CT, MRI 등 영상검사에서 추간판탈출증이 확인된 경우를 추간판탈출증으로 진단하며, 수술 여부에 관계없이 운동장해 및 기형장해로 평가하지 않는다.
6) 심한 운동장해란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
   가) 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
   나) 머리뼈(두개골), 제1경추, 제2경추를 모두 유합 또는 고정한 상태
7) 뚜렷한 운동장해란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
   가) 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
   나) 머리뼈(두개골)와 제1경추 또는 제1경추와 제2경추를 유합 또는 고정한 상태
   다) 머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추) 사이에 CT 검사 상, 두개 대후두공의 기저점(basion)과 축추 치돌기 상단사이의 거리(BDI : Basion-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태
   라) 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추) CT 검사상, 환추 전방 궁(arch)의 후방과 치상돌기의 전면과의 거리(ADI: Atlanto-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태
8) 약간의 운동장해
   머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추)를 제외한 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
9) 심한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
   가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 35° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
   나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 60%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개

이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 90% 이상일 때

10) 뚜렷한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
   가) 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구 등으로 15° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
   나) 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 40%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 60% 이상일 때
11) 약간의 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
   가)1개 이상의 척추(등뼈)의 골절 또는 탈구로 경도(가벼운 정도)의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때
   나)척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 20%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 40% 이상일 때
12) '추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장해'란 추간판탈출증으로 추간판을 2마디 이상(또는 1마디 추간판에 대해 2회 이상) 수술하고도 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장해가 있는 경우
13) '추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장해'란 추간판탈출증으로 추간판 1마디를 수술하고도 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되고 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우
14) '추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장해'란 추간판탈출증이 확인되고 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되는 경우

7. 체간골의 장해

가. 장해의 분류

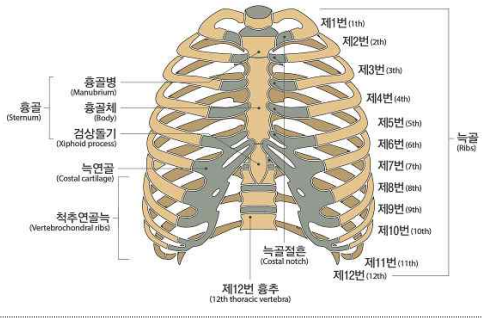
장해의 분류	지급률
1) 어깨뼈(견갑골)나 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	15
2) 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	10

나. 장해판정기준

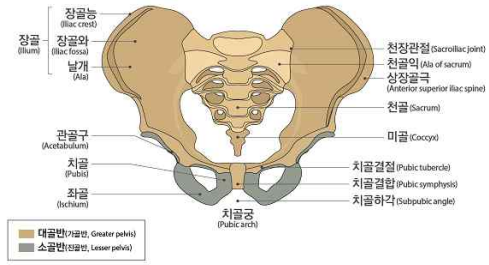
1) '체간골'이라 함은 어깨뼈(견갑골), 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함), 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)를 말하며 이를 모두 동일한 부위로 본다.
2) '골반뼈의 뚜렷한 기형'이라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm이상 분리된 부정유합 상태
   나) 육안으로 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도로 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 20° 이상인 경우
   다) 미골의 기형은 골절이나 탈구로 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 70° 이상 남은 상태

3) '빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골), 어깨뼈(견갑골)에 뚜렷한 기형이 남은 때'라 함은 방사선 검사로 측정한 각(角) 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.

4) 갈비뼈(늑골)의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장해로 취급한다. 다발성늑골 기형의 경우 각각의 각(角) 변형을 합산하지 않고 그 중 가장 높은 각(角) 변형을 기준으로 평가한다.



< 가슴뼈 >



< 골반뼈 >

8. 팔의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.

2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않는다.
3) '팔'이라 함은 어깨관절(견관절)부터 손목관절(완관절)까지를 말한다.
4) '팔의 3대 관절'이라 함은 어깨관절(견관절), 팔꿈치관절(주관절), 손목관절(완관절)을 말한다.
5) '한 팔의 손목 이상을 잃었을 때'라 함은 손목관절(완관절)부터(손목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치관절(주관절) 상부에서 절단된 경우도 포함한다.
6) 팔의 관절기능장해 평가는 팔의 3대 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다.
   가) 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
   나) 관절기능장해를 표시할 경우 장해부위의 장해각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장해상태를 명확히 한다. 단, 관절기능장해가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.
7) '관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
   가) 완전 강직(관절굳음)
   나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '0등급(zero)'인 경우
8) '관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
   가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
   나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
   다) 근전도 검사상 완전손상(complete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '1등급(trace)'인 경우
9) '관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
   가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
   나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 2등급(poor)인 경우
10) '관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
   나) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 3등급(fair)인 경우
11) '가관절[주]이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
   ※ 주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 '불유합' 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외한다.
12) '가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
13) '뼈에 기형을 남긴 때'라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

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

9. 다리의 장해

가. 장해의 분류

장해의 분류	지급률
1) 두 다리의 발목 이상을 잃었을 때	100
2) 한 다리의 발목 이상을 잃었을 때	60
3) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때	20
5) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때	10
6) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때	5
7) 한 다리에 가관절이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때	20
8) 한 다리에 가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때	10
9) 한 다리의 뼈에 기형을 남긴 때	5
10) 한 다리가 5cm 이상 짧아지거나 길어진 때	30
11) 한 다리가 3cm 이상 짧아지거나 길어진 때	15
12) 한 다리가 1cm 이상 짧아지거나 길어진 때	5

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않는다.
3) '다리'라 함은 엉덩이관절(고관절)부터 발목관절(족관절)까지를 말한다.
4) '다리의 3대 관절'이라 함은 엉덩이관절(고관절), 무릎관절(슬관절), 발목관절(족관절)을 말한다.
5) '한 다리의 발목 이상을 잃었을 때'라 함은 발목관절(족관절)부터(발목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절(슬관절)의 상부에서 절단된 경우도 포함한다.
6) 다리의 관절기능장해 평가는 다리의 3대 관절의 관절운동범위 제한 및 무릎관절(슬관절)의 동요성 등으로 평가한다.
   가) 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
   나) 관절기능장해가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.
7) '관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 완전 강직(관절굳음)
   나) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '0등급(zero)'인 경우
8) '관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
나) 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
다) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
라) 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 '1등급(trace)'인 경우

9) '관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 2등급(poor)인 경우

10) '관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
가) 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
나) 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
다) 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 3등급(fair)인 경우

11) 동요장해 평가 시에는 정상측과 환측을 비교하여 증가된 수치로 평가한다.

12) '가관절[주]이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.
※ 주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 '불유합' 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외한다.

13) '가관절이 남아 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 경골과 종아리뼈 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.

14) '뼈에 기형을 남긴 때'라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

15) 다리 길이의 단축 또는 과신장은 스캐노그램(scanogram)을 통하여 측정한다.

다. 지급률의 결정

1) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나에 기능장해가 생기고 다른 관절 하나에 기능장해가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

2) 1하지(다리와 발가락)의 후유장해지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

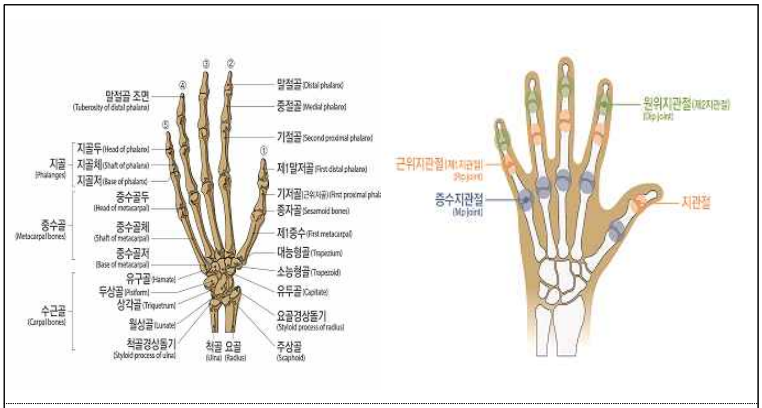
10. 손가락의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않는다.
3) 손가락에는 첫째 손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
4) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.
5) '손가락을 잃었을 때'라 함은 첫째 손가락에서는 지관절부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽으로 손가락이 절단되었을 때를 말한다.
6) '손가락뼈 일부를 잃었을 때'라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 손가락 뼈의 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 손가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.
7) '손가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 첫째 손가락의 경우 중수지관절 또는 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상 운동영역의 1/2 이하인 경우를 말하며, 다른 네 손가락에 있어서는 제1, 제2지관절의 굴신운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하이거나 중수지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.
8) 한 손가락에 장해가 생기고 다른 손가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
9) 손가락의 관절기능장해 평가는 손가락 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.



< 손가락 >

11. 발가락의 장해

가. 장해의 분류

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

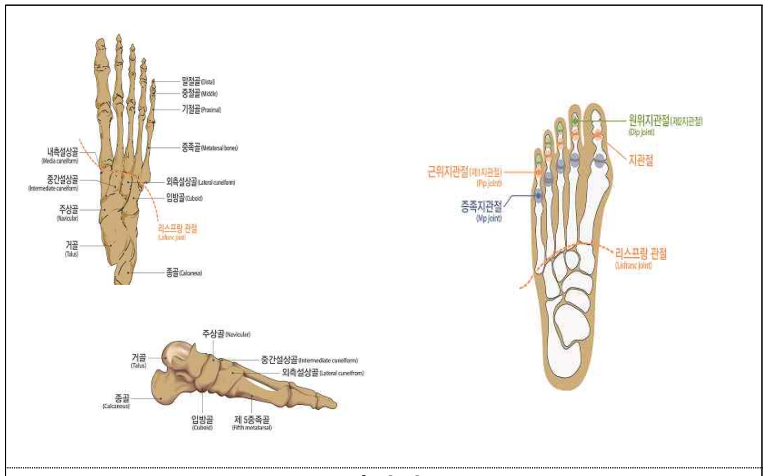
나. 장해판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장해의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장해를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장해를 평가한다.
2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장해(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장해가 발생한 경우)는 장해로 평가하지 않는다.
3) '발가락을 잃었을 때'라 함은 첫째 발가락에서는 지관절부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽을 잃었을 때를 말한다.
4) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.
5) '발가락뼈 일부를 잃었을 때'라 함은 첫째 발가락의 지관절, 다른 네 발가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 발가락 뼈 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 발가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.
6) '발가락에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 첫째 발가락의 경우에 중족지관절과 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동범위 합계가 정상 운동 가능영역의 1/2이하가 된 경우를 말하며, 다른 네

발가락에 있어서는 중족지관절의 신전운동범위만을 평가하여 정상운동범위의 1/2이하로 제한된 경우를 말한다.

7) 한 발가락에 장해가 생기고 다른 발가락에 장해가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

8) 발가락 관절의 운동범위 측정은 장해평가시점의「산업재해보상보험법 시행규칙」제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.



< 발가락 >

12. 흉.복부장기 및 비뇨생식기의 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해의 판정기준

1) '심장 기능을 잃었을 때'라 함은 심장 이식을 한 경우를 말한다.

2) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

가) 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우

나) 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석, 복막투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때

다) 방광의 저장기능과 배뇨기능을 완전히 상실한 때

3) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.

가) 위, 대장(결장~직장) 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때

나) 소장을 3/4 이상 잘라내었을 때 또는 잘라낸 소장의 길이가 3m 이상일 때

다) 간장의 3/4 이상을 잘라내었을 때

라) 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때

4) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 한쪽 폐 또는 한쪽 신장을 전부 잘라내었을 때
   나) 방광 기능상실로 영구적인 요도루, 방광루, 요관 장문합 상태
   다) 위, 췌장을 50% 이상 잘라내었을 때
   라) 대장절제, 항문 괄약근 등의 기능장해로 영구적으로 장루, 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
   마) 심장기능 이상으로 인공심박동기를 영구적으로 삽입한 경우
   바) 요도괄약근 등의 기능장해로 영구적으로 인공요도괄약근을 설치한 경우
5) '흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
   가) 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착, 배뇨기능 상실로 영구적인 간헐적 인공요도가 필요한 때
   나) 음경의 1/2 이상이 결손되었거나 질구 협착으로 성생활이 불가능한 때
   다) 폐질환 또는 폐 부분절제술 후 일상생활에서 호흡곤란으로 지속적인 산소치료가 필요하며, 폐기능 검사(PFT)상 폐환기 기능(1초간 노력성 호기량, FEV1)이 정상예측치의 40% 이하로 저하된 때
6) 흉복부, 비뇨생식기계 장해는 질병 또는 외상의 직접 결과로 인한 장해를 말하며, 노화에 의한 기능장해 또는 질병이나 외상이 없는 상태에서 예방적으로 장기를 절제, 적출한 경우는 장해로 보지 않는다.
7) 상기 흉복부 및 비뇨생식기계 장해항목에 명기되지 않은 기타 장해상태에 대해서는 '<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표'에 해당하는 장해가 있을 때 ADLs 장해 지급률을 준용한다.
8) 상기 장해항목에 해당되지 않는 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장해의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계.정신행동 장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

1) 신경계

가) '신경계에 장해를 남긴 때'라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계 손상으로 '<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표'의 5가지 기본동작중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.

나) 위 가)의 경우 '<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표'상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장해로 인정하지 않는다.

다) 신경계의 장해로 발생하는 다른 신체부위의 장해(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장해로도 평가하고 그 중 높은 지급률을 적용한다.

라) 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 12개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장해를 평가한다.
그러나 12개월이 지났다고 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위에서 장해 평가를 유보한다.

마) 장해진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

가) 정신행동장해는 보험기간중에 발생한 뇌의 질병 또는 상해를 입은 후 18개월이 지난 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 질병발생 또는 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 질병발생 또는 상해를 입은 후 12개월이 지난 후에 판정할 수 있다.

나) 정신행동장해는 장해판정 직전 1년 이상 충분한 정신건강의학과의 전문적 치료를 받은 후 치료에도 불구하고 장해가 고착되었을 때 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로써 고정되거나 중하게 된 장해에 대해서는 인정하지 않는다.

다) '정신행동에 극심한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며 GAF 30점 이하인 상태를 말한다.

라) '정신행동에 심한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며 GAF 40점 이하인 상태를 말한다.

마) '정신행동에 뚜렷한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장애측정기준' '주)상 6개 항목 중 3개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 50점 이하인 상태를 말한다.

※주) 능력장애측정기준의 항목 : ㉮ 적절한 음식섭취, ㉯ 대소변관리, 세면, 목욕, 청소 등의 청결 유지, ㉰ 적절한 대화기술 및 협조적인 대인관계, ㉱ 규칙적인 통원.약물복용, ㉲ 소지품 및 금전관리나 적절한 구매행위, ㉳ 대중교통이나 일반공공시설의 이용

바) '정신행동에 약간의 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장애측정기준' 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 60점 이하인 상태를 말한다.

사) '정신행동에 경미한 장해를 남긴 때'라 함은 장해판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과의 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 '능력장애측정기준' 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 70점 이하인 상태를 말한다.

아) 지속적인 정신건강의학과의 치료란 3개월 이상 약물치료가 중단되지 않았음을 의미한다.
자) 심리학적 평가보고서는 정신건강의학과 의료기관에서 실시되어져야 하며, 면허를 갖춘 임상심리전문가가 시행하고 작성하여야 한다.
차) 정신행동장해 진단 전문의는 정신건강의학과 전문의를 말한다.
카) 정신행동장해는 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등 객관적 근거를 기초로 평가한다. 다만, 보호자나 환자의 진술, 감정의의 추정 혹은 인정, 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌 SPECT 등)은 객관적 근거로 인정하지 않는다.
타) 각종 기질성 정신장해와 외상후 뇌전증에 한하여 보상한다.
파) 외상후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증(조현병), 편집증, 조울증(양극성장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다.

3) 치매

가) "치매"라 함은 정상적으로 성숙한 뇌가 질병이나 외상 후 기질성 손상으로 파괴되어 한번 획득한 지적기능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 것을 말한다.
나) 치매의 장해평가는 임상적인 증상 뿐 아니라 뇌영상검사(CT 및 MRI, SPECT 등)를 기초로 진단되어져야 하며, 18개월 이상 지속적인 치료 후 평가한다. 다만, 진단시점에 이미 극심한 치매 또는 심한 치매로 진행된 경우에는 6개월간 지속적인 치료 후 평가한다.
다) 치매의 장해평가는 전문의(정신건강의학과, 신경과)에 의한 임상치매척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사결과에 따른다.

4) 뇌전증

가) '뇌전증'이라 함은 돌발적 뇌파이상을 나타내는 뇌질환으로 발작(경련, 의식장해 등)을 반복하는 것을 말한다.
나) 뇌전증 발작의 빈도 및 양상은 지속적인 항뇌전증제(항경련제) 약물로도 조절되지 않는 뇌전증을 말하며, 진료기록에 기재되어 객관적으로 확인되는 뇌전증 발작의 빈도 및 양상을 기준으로 한다.
다) '심한 뇌전증 발작'이라 함은 월 8회 이상의 중증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작할 때 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장해 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말한다.
라) '뚜렷한 뇌전증 발작'이라 함은 월 5회 이상의 중증발작 또는 월 10회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
마) '약간의 뇌전증 발작'이라 함은 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
바) '중증발작'이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장해가 3분 이상 지속되는 발작을 말한다.
사) '경증발작'이라 함은 운동장해가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

<붙 임>

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

유형	제한 정도에 따른 지급률
이동동작	- 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 방 밖을 나올 수 없는 상태 또는 침대에서 휠체어로 옮기기를 포함하여 휠체어 이동시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태(지급률 40%) - 휠체어 또는 다른 사람의 도움 없이는 방 밖을 나올 수 없는 상태 또는 보행이 불가능하나 스스로 휠체어를 밀어 이동이 가능한 상태(30%) - 목발 또는 보행기(walker)를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태(20%) - 보조기구 없이 독립적인 보행은 가능하나 보행시 파행(절뚝거림)이 있으며, 난간을 잡지 않고는 계단을 오르내리기가 불가능한 상태 또는 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태(10%)
음식물 섭취	- 입으로 식사를 전혀 할 수 없어 계속적으로 튜브(비위관 또는 위루관)나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양공급을 받는 상태(20%) - 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 식사를 전혀 할 수 없는 상태(15%) - 숟가락 사용은 가능하나 젓가락 사용이 불가능하여 음식물 섭취에 있어 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%) - 독립적인 음식물 섭취는 가능하나 젓가락을 이용하여 생선을 바르거나 음식물을 자르지는 못하는 상태(5%)
배변·배뇨	- 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 계속적인 도움이 필요한 상태, 또는 지속적인 유치도뇨관 삽입상태, 방광루, 요도루, 장루상태(20%) - 화장실에 가서 변기 위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 화장지로 닦고 옷을 입는 일에 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태, 또는 간헐적으로 자가 인공도뇨가 가능한 상태(CIC), 기저귀를 이용한 배뇨,배변 상태(15%) - 화장실에 가는 일, 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변 후 뒤처리에 있어 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%) - 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2시간 이상 계속되는 업무를 수행하는 것이 어려운 상태, 또는 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 요실금, 변실금이 있는 때 (5%)
목욕	- 세안, 양치, 샤워, 목욕 등 모든 개인위생 관리시 타인의 지속적인 도움이 필요한 상태(10%) - 세안, 양치시 부분적인 도움 하에 혼자서 가능하나 목욕이나 샤워시 타인의 도움이 필요한 상태(5%) - 세안, 양치와 같은 개인위생관리를 독립적으로 시행가능하나 목욕이나 샤워시 부분적으로 타인의 도움이 필요한 상태(3%)
옷 입고 벗기	- 상·하의 의복 착탈시 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태(10%) - 상·하의 의복 착탈시 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태 또는 상의 또는 하의 중 하나만 혼자서 착탈의가 가능한 상태(5%) - 상·하의 의복착탈시 혼자서 가능하나 미세동작(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)이 필요한 마무리는 타인의 도움이 필요한 상태 (3%)

【별표2】보험금을 지급할 때의 적립이율

구분	기간	지급이자
제3조(보험금의 지급사유)에 따른 보험금	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
제37조(보험료의 환급) 제4항의 환급금	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 보험계약대출이율은 보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율을 적용합니다.

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

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

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

참고 : 약관에서 인용된 법·규정

【법규1】의료법
【법규2】전자서명법
【법규3】민법
【법규4】상법
【법규5】상법 시행령
【법규6】개인정보 보호법
【법규7】개인정보 보호법 시행령
【법규8】보험업법
【법규9】보험업법 시행령
【법규10】보험업법 감독규정
【법규11】신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률
【법규12】소득세법
【법규13】소득세법 시행령
【법규14】관공서의 공휴일에 관한 규정
【법규15】노동절 제정에 관한 법률
【법규16】호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 의료연명결정에 관한 법률
【법규17】국민건강보험법
【법규18】국민건강보험법 시행령
【법규19】장애인복지법
【법규20】국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률
【법규21】금융소비자 보호에 관한 법률
【법규22】금융소비자 보호에 관한 법률 시행령
【법규23】금융소비자 보호에 관한 감독규정
【법규24】산업재해보상보험법
【법규25】산업재해보상보험법 시행규칙

※ 상기 법규 및 약관에 인용된 법규가 변경된 경우 변경된 내용을 따릅니다.

【법규1】의료법

제2조(의료인)

① 이 법에서 "의료인"이란 보건복지부장관의 면허를 받은 의사·치과의사·한의사·조산사 및 간호사를 말한다. <개정 2008. 2. 29., 2010. 1. 18.>

② 의료인은 종별에 따라 다음 각 호의 임무를 수행하여 국민보건 향상을 이루고 국민의 건강한 생활 확보에 이바지할 사명을 가진다. <개정 2015. 12. 29., 2019. 4. 23.>

1. 의사는 의료와 보건지도를 임무로 한다.
2. 치과의사는 치과 의료와 구강 보건지도를 임무로 한다.
3. 한의사는 한방 의료와 한방 보건지도를 임무로 한다.
4. 조산사는 조산(助産)과 임산부 및 신생아에 대한 보건과 양호지도를 임무로 한다.
5. 간호사는 다음 각 목의 업무를 임무로 한다.

「간호법」 제12조 제1항
1. 가. 환자의 간호요구에 대한 관찰, 자료수집, 간호판단 및 요양을 위한 간호
2. 나. 의사, 치과의사, 한의사의 지도하에 시행하는 진료의 보조
3. 다. 간호 요구자에 대한 교육·상담 및 건강증진을 위한 활동의 기획과 수행, 그 밖의 대통령령으로 정하는 보건활동
4. 라. 제80조에 따른 간호조무사가 수행하는 가목부터 다목까지의 업무보조에 대한 지도

제3조(의료기관)

① 이 법에서 "의료기관"이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 "의료업"이라 한다)을 하는 곳을 말한다.

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다. <개정 2009. 1. 30., 2011. 6. 7., 2016. 5. 29., 2019. 4. 23., 2020. 3. 4.>

1. 의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
   가. 의원
   나. 치과의원
   다. 한의원
2. 조산원: 조산사가 조산과 임산부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다.
3. 병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
   가. 병원
   나. 치과병원
   다. 한방병원
   라. 요양병원(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
   마. 정신병원
   바. 종합병원

③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다. <개정 2009. 1. 30., 2010. 1. 18.>

④ 삭제 <2009. 1. 30.>

⑤ 삭제 <2009. 1. 30.>

⑥ 삭제 <2009. 1. 30.>
⑦ 삭제 <2009. 1. 30.>
⑧ 삭제 <2009. 1. 30.>

제3조의3(종합병원)

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다. <개정 2011. 8. 4.>
1. 100개 이상의 병상을 갖출 것
2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과·외과·소아청소년과·산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

② 종합병원은 제1항제2호 또는 제3호에 따른 진료과목(이하 이 항에서 "필수진료과목"이라 한다) 외에 필요하면 추가로 진료과목을 설치·운영할 수 있다. 이 경우 필수진료과목 외의 진료과목에 대하여는 해당 의료기관에 전속하지 아니한 전문의를 둘 수 있다.

[본조신설 2009. 1. 30.]

제3조의5(전문병원 지정)

① 보건복지부장관은 병원급 의료기관 중에서 특정 진료과목이나 특정 질환 등에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 하는 병원을 전문병원으로 지정할 수 있다. <개정 2010. 1. 18.>

② 제1항에 따른 전문병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다. <개정 2010. 1. 18.>
1. 특정 질환별·진료과목별 환자의 구성비율 등이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것
2. 보건복지부령으로 정하는 수 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
3. 최근 3년간 해당 의료기관 또는 그 개설자가 제64조제1항에 따른 3개월 이상의 의료업 정지나 개설 허가의 취소 또는 폐쇄 명령을 받은 사실이 없을 것

③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 전문병원으로 지정하는 경우 제2항 각 호의 사항 및 진료의 난이도 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다. <개정 2010. 1. 18.>

④ 보건복지부장관은 제1항에 따라 전문병원으로 지정받은 의료기관에 대하여 3년마다 제3항에 따른 평가를 실시하여 전문병원으로 재지정할 수 있다. <개정 2010. 1. 18., 2015. 1. 28.>

⑤ 보건복지부장관은 제1항 또는 제4항에 따라 지정받거나 재지정받은 전문병원이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 지정 또는 재지정을 취소할 수 있다. 다만, 제1호에 해당하는 경우에는 그 지정 또는 재지정을 취소하여야 한다. <신설 2015. 1. 28.>
1. 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 지정 또는 재지정을 받은 경우
2. 지정 또는 재지정의 취소를 원하는 경우
3. 제4항에 따른 평가 결과 제2항 각 호의 요건을 갖추지 못한 것으로 확인된 경우
4. 제64조제1항에 따라 의료업이 3개월 이상 정지되거나 개설 허가의 취소 또는 폐쇄 명령을 받은 경우
5. 전문병원에 소속된 의료인, 의료기관 개설자 또는 종사자가 제27조제1항 또는 제5항을 위반하여 전문병원 지정을 계속 유지하는 것이 부적절하다고 인정되는 경우

⑥ 보건복지부장관은 제3항 및 제4항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다. <개정 2010. 1. 18., 2015. 1. 28.>

⑦ 전문병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다. <개정 2010. 1. 18., 2015. 1. 28.>

[본조신설 2009. 1. 30.]

제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)

① 보건복지부장관은 신의료기술평가에 관한 사항을 심의하기 위하여 보건복지부에 신의료기술평가위원회(이하 "위원회"라 한다)를 둔다. <개정 2008. 2. 29., 2010. 1. 18.>

② 위원회는 위원장 1명을 포함하여 20명 이내의 위원으로 구성한다.

③ 위원은 다음 각 호의 자 중에서 보건복지부장관이 위촉하거나 임명한다. 다만, 위원장은 제1호 또는 제2호의 자 중에서 임명한다. <개정 2008. 2. 29., 2010. 1. 18.>

1. 제28조제1항에 따른 의사회·치과의사회·한의사회에서 각각 추천하는 자
2. 보건의료에 관한 학식이 풍부한 자
3. 소비자단체에서 추천하는 자
4. 변호사의 자격을 가진 자로서 보건의료와 관련된 업무에 5년 이상 종사한 경력이 있는 자
5. 보건의료정책 관련 업무를 담당하고 있는 보건복지부 소속 5급 이상의 공무원

④ 위원장과 위원의 임기는 3년으로 하되, 연임할 수 있다. 다만, 제3항제5호에 따른 공무원의 경우에는 재임기간으로 한다.

⑤ 위원의 자리가 빈 때에는 새로 위원을 임명하고, 새로 임명된 위원의 임기는 임명된 날부터 기산한다.

⑥ 위원회의 심의사항을 전문적으로 검토하기 위하여 위원회에 분야별 전문평가위원회를 둔다.

⑦ 그 밖에 위원회·전문평가위원회의 구성 및 운영 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다. <개정 2008. 2. 29., 2010. 1. 18.>

【법규2】전자서명법

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "전자문서"란 정보처리시스템에 의하여 전자적 형태로 작성되어 송신 또는 수신되거나 저장된 정보를 말한다.
2. "전자서명"이란 다음 각 목의 사항을 나타내는 데 이용하기 위하여 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.
   가. 서명자의 신원
   나. 서명자가 해당 전자문서에 서명하였다는 사실
3. "전자서명생성정보"란 전자서명을 생성하기 위하여 이용하는 전자적 정보를 말한다.
4. "전자서명수단"이란 전자서명을 하기 위하여 이용하는 전자적 수단을 말한다.
5. "전자서명인증"이란 전자서명생성정보가 가입자에게 유일하게 속한다는 사실을 확인하고 이를 증명하는 행위를 말한다.
6. "인증서"란 전자서명생성정보가 가입자에게 유일하게 속한다는 사실 등을 확인하고 이를 증명하는 전자적 정보를 말한다.
7. "전자서명인증업무"란 전자서명인증, 전자서명인증 관련 기록의 관리 등 전자서명인증서비스를 제공하는 업무를 말한다.
8. "전자서명인증사업자"란 전자서명인증업무를 하는 자를 말한다.
9. "가입자"란 전자서명생성정보에 대하여 전자서명인증사업자로부터 전자서명인증을 받은 자를 말한다.
10. "이용자"란 전자서명인증사업자가 제공하는 전자서명인증서비스를 이용하는 자를 말한다.

【법규3】민법

제27조(실종의 선고)
① 부재자의 생사가 5년간 분명하지 아니한 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종 선고를 하여야 한다.
② 전지에 임한 자, 침몰한 선박 중에 있던 자, 추락한 항공기 중에 있던 자 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한 자의 생사가 전쟁종지후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 아니한 때에도 제1항과 같다. <개정 1984. 4. 10.>

제657조(권리의무의 전속성)
① 사용자는 노무자의 동의없이 그 권리를 제삼자에게 양도하지 못한다.
② 노무자는 사용자의 동의없이 제삼자로 하여금 자기에 갈음하여 노무를 제공하게 하지 못한다. <개정 2014. 12. 30.>
③ 당사자 일방이 전2항의 규정에 위반한 때에는 상대방은 계약을 해지할 수 있다.

제775조(인척관계 등의 소멸)
① 인척관계는 혼인의 취소 또는 이혼으로 인하여 종료한다. <개정 1990. 1. 13.>
② 부부의 일방이 사망한 경우 생존 배우자가 재혼한 때에도 제1항과 같다. <개정 1990. 1. 13.>

제777조(친족의 범위)
친족관계로 인한 법률상 효력은 이 법 또는 다른 법률에 특별한 규정이 없는 한 다음 각호에 해당하는 자에 미친다.
1. 8촌 이내의 혈족
2. 4촌 이내의 인척
3. 배우자

제1000조(상속의 순위)
① 상속에 있어서는 다음 순위로 상속인이 된다. <개정 1990. 1. 13.>
1. 피상속인의 직계비속
2. 피상속인의 직계존속
3. 피상속인의 형제자매
4. 피상속인의 4촌 이내의 방계혈족

② 전항의 경우에 동순위의 상속인이 수인인 때에는 최근친을 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.
③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다. <개정 1990. 1. 13.>

【법규4】상법

제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)
보험계약당시에 보험계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 인하여 중요한 사항을 고지하지 아니하거나 부실의 고지를 한 때에는 보험자는 그 사실을 안 날로부터 1월내에, 계약을 체결한 날로부터 3년내에 한하여 계약을 해지할 수 있다. 그러나 보험자가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못한 때에는 그러하지 아니하다. <개정 1991. 12. 31.>

제651조의2(서면에 의한 질문의 효력)
보험자가 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정한다.

제657조(보험사고발생의 통지의무)
① 보험계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 보험사고의 발생을 안 때에는 지체없이 보험자에게 그 통지를 발송하여야 한다.
② 보험계약자 또는 피보험자나 보험수익자가 제1항의 통지의무를 해태함으로 인하여 손해가 증가된 때에는 보험자는 그 증가된 손해를 보상할 책임이 없다. <신설 1991. 12. 31.>

제682조(제3자에 대한 보험대위)
① 손해가 제3자의 행위로 인하여 발생한 경우에 보험금을 지급한 보험자는 그 지급한 금액의 한도에서 그 제3자에 대한 보험계약자 또는 피보험자의 권리를 취득한다. 다만, 보험자가 보상할 보험금의 일부를 지급한 경우에는 피보험자의 권리를 침해하지 아니하는 범위에서 그 권리를 행사할 수 있다.
② 보험계약자나 피보험자의 제1항에 따른 권리가 그와 생계를 같이 하는 가족에 대한 것인 경우 보험자는 그 권리를 취득하지 못한다. 다만, 손해가 그 가족의 고의로 인하여 발생한 경우에는 그러하지 아니하다.
[전문개정 2014. 3. 11.]

제44조의2(타인의 생명보험)

법 제731조제1항에 따른 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서는 다음 각 호의 요건을 모두 갖춘 전자문서로 한다.

1. 전자문서에 보험금 지급사유, 보험금액, 보험계약자와 보험수익자의 신원, 보험기간이 적혀 있을 것
2. 전자문서에 법 제731조제1항에 따른 전자서명(이하 "전자서명"이라 한다)을 하기 전에 전자서명을 할 사람을 직접 만나서 전자서명을 하는 사람이 보험계약에 동의하는 본인임을 확인하는 절차를 거쳐 작성될 것
3. 전자문서에 전자서명을 한 후에 그 전자서명을 한 사람이 보험계약에 동의한 본인임을 확인할 수 있도록 지문정보를 이용하는 등 법무부장관이 고시하는 요건을 갖추어 작성될 것
4. 전자문서 및 전자서명의 위조·변조 여부를 확인할 수 있을 것

[본조신설 2018. 10. 30.]

【법규6】개인정보 보호법

제15조(개인정보의 수집・이용)

① 개인정보처리자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 개인정보를 수집할 수 있으며 그 수집 목적의 범위에서 이용할 수 있다.

1. 정보주체의 동의를 받은 경우
2. 법률에 특별한 규정이 있거나 법령상 의무를 준수하기 위하여 불가피한 경우
3. 공공기관이 법령 등에서 정하는 소관 업무의 수행을 위하여 불가피한 경우
4. 정보주체와의 계약의 체결 및 이행을 위하여 불가피하게 필요한 경우
5. 정보주체 또는 그 법정대리인이 의사표시를 할 수 없는 상태에 있거나 주소불명 등으로 사전 동의를 받을 수 없는 경우로서 명백히 정보주체 또는 제3자의 급박한 생명, 신체, 재산의 이익을 위하여 필요하다고 인정되는 경우
6. 개인정보처리자의 정당한 이익을 달성하기 위하여 필요한 경우로서 명백하게 정보주체의 권리보다 우선하는 경우. 이 경우 개인정보처리자의 정당한 이익과 상당한 관련이 있고 합리적인 범위를 초과하지 아니하는 경우에 한한다.
7. 공중위생 등 공공의 안전과 안녕을 위하여 긴급히 필요한 경우

② 개인정보처리자는 제1항제1호에 따른 동의를 받을 때에는 다음 각 호의 사항을 정보주체에게 알려야 한다. 다음 각 호의 어느 하나의 사항을 변경하는 경우에도 이를 알리고 동의를 받아야 한다.

1. 개인정보의 수집・이용 목적
2. 수집하려는 개인정보의 항목
3. 개인정보의 보유 및 이용 기간
4. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용

③ 개인정보처리자는 당초 수집 목적과 합리적으로 관련된 범위에서 정보주체에게 불이익이 발생하는지 여부, 암호화 등 안전성 확보에 필요한 조치를 하였는지 여부 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 정보주체의 동의 없이 개인정보를 이용할 수 있다. <신설 2020. 2. 4.>

제17조(개인정보의 제공)

① 개인정보처리자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당되는 경우에는 정보주체의 개인정보를 제3자에게 제공(공유를 포함한다. 이하 같다)할 수 있다. <개정 2020. 2. 4.>

1. 정보주체의 동의를 받은 경우
2. 제15조제1항제2호・제3호・제5호 및 제39조의3제2항제2호・제3호에 따라 개인정보를 수집한 목적 범위에서 개인정보를 제공하는 경우

② 개인정보처리자는 제1항제1호에 따른 동의를 받을 때에는 다음 각 호의 사항을 정보주체에게 알려야 한다. 다음 각 호의 어느 하나의 사항을 변경하는 경우에도 이를 알리고 동의를 받아야 한다.

1. 개인정보를 제공받는 자
2. 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 이용 목적
3. 제공하는 개인정보의 항목
4. 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 보유 및 이용 기간
5. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용

③ 삭제<2023. 3. 14>

④ 개인정보처리자는 당초 수집 목적과 합리적으로 관련된 범위에서 정보주체에게 불이익이 발생하는지 여부, 암호화 등 안전성 확보에 필요한 조치를 하였는지 여부 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 정보주체의 동의 없이 개인정보를 제공할 수 있다. <신설 2020. 2. 4.>

제22조(동의를 받는 방법)

① 개인정보처리자는 이 법에 따른 개인정보의 처리에 대하여 정보주체(제6항에 따른 법정대리인을 포함한다. 이하 이 조에서 같다)의 동의를 받을 때에는 각각의 동의 사항을 구분하여 정보주체가 이를 명확하게 인지할 수 있도록 알리고 각각 동의를 받아야 한다. <개정 2017. 4. 18.>

② 개인정보처리자는 제1항의 동의를 서면(「전자문서 및 전자거래 기본법」 제2조제1호에 따른 전자문서를 포함한다)으로 받을 때에는 개인정보의 수집·이용 목적, 수집·이용하려는 개인정보의 항목 등 대통령령으로 정하는 중요한 내용을 보호위원회가 고시로 정하는 방법에 따라 명확히 표시하여 알아보기 쉽게 하여야 한다. <신설 2017. 4. 18., 2017. 7. 26., 2020. 2. 4.>

③ 개인정보처리자는 제15조제1항제1호, 제17조제1항제1호, 제23조제1항제1호 및 제24조제1항제1호에 따라 개인정보의 처리에 대하여 정보주체의 동의를 받을 때에는 정보주체와의 계약 체결 등을 위하여 정보주체의 동의 없이 처리할 수 있는 개인정보와 정보주체의 동의가 필요한 개인정보를 구분하여야 한다. 이 경우 동의 없이 처리할 수 있는 개인정보라는 입증책임은 개인정보처리자가 부담한다. <개정 2016. 3. 29., 2017. 4. 18.>

④ 삭제<2023. 3. 14>

⑤ 개인정보처리자는 정보주체가 제3항에 따라 선택적으로 동의할 수 있는 사항을 동의하지 아니하거나 제4항 및 제18조제2항제1호에 따른 동의를 하지 아니한다는 이유로 정보주체에게 재화 또는 서비스의 제공을 거부하여서는 아니 된다. <개정 2017. 4. 18.>

⑥ 삭제<2023. 3. 14>

⑦ 제1항부터 제6항까지에서 규정한 사항 외에 정보주체의 동의를 받는 세부적인 방법 및 제6항에 따른 최소한의 정보의 내용에 관하여 필요한 사항은 개인정보의 수집매체 등을 고려하여 대통령령으로 정한다. <개정 2017. 4. 18., 2023. 3. 14>

제23조(민감정보의 처리 제한)

① 개인정보처리자는 사상·신념, 노동조합·정당의 가입·탈퇴, 정치적 견해, 건강, 성생활 등에 관한 정보, 그 밖에 정보주체의 사생활을 현저히 침해할 우려가 있는 개인정보로서 대통령령으로 정하는 정보(이하 "민감정보"라 한다)를 처리하여서는 아니 된다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그러하지 아니하다. <개정 2016. 3. 29.>

1. 정보주체에게 제15조제2항 각 호 또는 제17조제2항 각 호의 사항을 알리고 다른 개인정보의 처리에 대한 동의와 별도로 동의를 받은 경우
2. 법령에서 민감정보의 처리를 요구하거나 허용하는 경우

② 개인정보처리자가 제1항 각 호에 따라 민감정보를 처리하는 경우에는 그 민감정보가 분실·도난·유출·위조·변조 또는 훼손되지 아니하도록 제29조에 따른 안전성 확보에 필요한 조치를 하여야 한다. <신설 2016. 3. 29.>

③ 개인정보처리자는 재화 또는 서비스를 제공하는 과정에서 공개되는 정보에 정보주체의 민감정보가 포함됨으로써 사생활 침해의 위험성이 있다고 판단하는 때에는 재화 또는 서비스의 제공 전에 민감정보의 공개 가능성 및 비공개를 선택하는 방법을 정보주체가 알아보기 쉽게 알려야 한다. <신설 2023. 3. 14.>

제24조(고유식별정보의 처리 제한)

① 개인정보처리자는 다음 각 호의 경우를 제외하고는 법령에 따라 개인을 고유하게 구별하기 위하여 부여된 식별정보로서 대통령령으로 정하는 정보(이하 "고유식별정보"라 한다)를 처리할 수 없다.

1. 정보주체에게 제15조제2항 각 호 또는 제17조제2항 각 호의 사항을 알리고 다른 개인정보의 처리에 대한 동의와 별도로 동의를 받은 경우
2. 법령에서 구체적으로 고유식별정보의 처리를 요구하거나 허용하는 경우

② 삭제 <2013. 8. 6.>
③ 개인정보처리자가 제1항 각 호에 따라 고유식별정보를 처리하는 경우에는 그 고유식별정보가 분실·도난·유출·위조·변조 또는 훼손되지 아니하도록 대통령령으로 정하는 바에 따라 암호화 등 안전성 확보에 필요한 조치를 하여야 한다. <개정 2015. 7. 24.>
④ 보호위원회는 처리하는 개인정보의 종류·규모, 종업원 수 및 매출액 규모 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 기준에 해당하는 개인정보처리자가 제3항에 따라 안전성 확보에 필요한 조치를 하였는지에 관하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 정기적으로 조사하여야 한다. <신설 2016. 3. 29., 2017. 7. 26., 2020. 2. 4.>
⑤ 보호위원회는 대통령령으로 정하는 전문기관으로 하여금 제4항에 따른 조사를 수행하게 할 수 있다. <신설 2016. 3. 29., 2017. 7. 26., 2020. 2. 4.>

제39조의3(개인정보의 수집·이용 동의 등에 대한 특례)
① 정보통신서비스 제공자는 제15조제1항에도 불구하고 이용자의 개인정보를 이용하려고 수집하는 경우에는 다음 각 호의 모든 사항을 이용자에게 알리고 동의를 받아야 한다. 다음 각 호의 어느 하나의 사항을 변경하려는 경우에도 또한 같다.
1. 개인정보의 수집·이용 목적
2. 수집하는 개인정보의 항목
3. 개인정보의 보유·이용 기간
② 정보통신서비스 제공자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 제1항에 따른 동의 없이 이용자의 개인정보를 수집·이용할 수 있다.
1. 정보통신서비스(「정보통신망 이용촉진 및 정보보호 등에 관한 법률」 제2조제1항제2호에 따른 정보통신서비스를 말한다. 이하 같다)의 제공에 관한 계약을 이행하기 위하여 필요한 개인정보로서 경제적·기술적인 사유로 통상적인 동의를 받는 것이 뚜렷하게 곤란한 경우
2. 정보통신서비스의 제공에 따른 요금정산을 위하여 필요한 경우
3. 다른 법률에 특별한 규정이 있는 경우
③ 정보통신서비스 제공자는 이용자가 필요한 최소한의 개인정보 이외의 개인정보를 제공하지 아니한다는 이유로 그 서비스의 제공을 거부해서는 아니 된다. 이 경우 필요한 최소한의 개인정보는 해당 서비스의 본질적 기능을 수행하기 위하여 반드시 필요한 정보를 말한다.
④ 정보통신서비스 제공자는 만 14세 미만의 아동으로부터 개인정보 수집·이용·제공 등의 동의를 받으려면 그 법정대리인의 동의를 받아야 하고, 대통령령으로 정하는 바에 따라 법정대리인이 동의하였는지를 확인하여야 한다.
⑤ 정보통신서비스 제공자는 만 14세 미만의 아동에게 개인정보 처리와 관련한 사항의 고지 등을 하는 때에는 이해하기 쉬운 양식과 명확하고 알기 쉬운 언어를 사용하여야 한다.
⑥ 보호위원회는 개인정보 처리에 따른 위험성 및 결과, 이용자의 권리 등을 명확하게 인지하지 못할 수 있는 만 14세 미만의 아동의 개인정보 보호 시책을 마련하여야 한다.
[본조신설 2020. 2. 4.]

【법규7】개인정보 보호법 시행령

제17조(동의를 받는 방법)

① 개인정보처리자는 법 제22조에 따라 개인정보의 처리에 대하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 방법으로 정보주체의 동의를 받아야 한다.

1. 동의 내용이 적힌 서면을 정보주체에게 직접 발급하거나 우편 또는 팩스 등의 방법으로 전달하고, 정보주체가 서명하거나 날인한 동의서를 받는 방법
2. 전화를 통하여 동의 내용을 정보주체에게 알리고 동의의 의사표시를 확인하는 방법
3. 전화를 통하여 동의 내용을 정보주체에게 알리고 정보주체에게 인터넷주소 등을 통하여 동의 사항을 확인하도록 한 후 다시 전화를 통하여 그 동의 사항에 대한 동의의 의사표시를 확인하는 방법
4. 인터넷 홈페이지 등에 동의 내용을 게재하고 정보주체가 동의 여부를 표시하도록 하는 방법
5. 동의 내용이 적힌 전자우편을 발송하여 정보주체로부터 동의의 의사표시가 적힌 전자우편을 받는 방법
6. 그 밖에 제1호부터 제5호까지의 규정에 따른 방법에 준하는 방법으로 동의 내용을 알리고 동의의 의사표시를 확인하는 방법

② 법 제22조제2항에서 "대통령령으로 정하는 중요한 내용"이란 다음 각 호의 사항을 말한다. <신설 2017. 10. 17.>

1. 개인정보의 수집·이용 목적 중 재화나 서비스의 홍보 또는 판매 권유 등을 위하여 해당 개인정보를 이용하여 정보주체에게 연락할 수 있다는 사실
2. 처리하려는 개인정보의 항목 중 다음 각 목의 사항

가. 제18조에 따른 민감정보

나. 제19조제2호부터 제4호까지의 규정에 따른 여권번호, 운전면허의 면허번호 및 외국인등록번호

3. 개인정보의 보유 및 이용 기간(제공 시에는 제공받는 자의 보유 및 이용 기간을 말한다)
4. 개인정보를 제공받는 자 및 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 이용 목적

③ 개인정보처리자가 정보주체로부터 법 제18조제2항제1호 및 제22조제4항에 따른 동의를 받거나 법 제22조제3항에 따라 선택적으로 동의할 수 있는 사항에 대한 동의를 받으려는 때에는 정보주체가 동의 여부를 선택할 수 있다는 사실을 명확하게 확인할 수 있도록 선택적으로 동의할 수 있는 사항 외의 사항과 구분하여 표시하여야 한다. <신설 2015. 12. 30., 2017. 10. 17.>

④ 개인정보처리자는 법 제22조제6항에 따라 만 14세 미만 아동의 법정대리인의 동의를 받기 위하여 해당 아동으로부터 직접 법정대리인의 성명·연락처에 관한 정보를 수집할 수 있다. <개정 2015. 12. 30., 2017. 10. 17.>

⑤ 중앙행정기관의 장은 제1항에 따른 동의방법 중 소관 분야의 개인정보처리자별 업무, 업종의 특성 및 정보주체의 수 등을 고려하여 적절한 동의방법에 관한 기준을 법 제12조제2항에 따른 개인정보 보호지침(이하 "개인정보 보호지침"이라 한다)으로 정하여 그 기준에 따라 동의를 받도록 개인정보처리자에게 권장할 수 있다. <개정 2015. 12. 30., 2017. 10. 17.>

【법규8】보험업법

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다. <개정 2015. 7. 31., 2021. 4. 20.>

1. "보험상품"이란 위험보장을 목적으로 우연한 사건 발생에 관하여 금전 및 그 밖의 급여를 지급할 것을 약정하고 대가를 수수(授受)하는 계약(「국민건강보험법」에 따른 건강보험, 「고용보험법」에 따른 고용보험 등 보험계약자의 보호 필요성 및 금융거래 관행 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 것은 제외한다)으로서 다음 각 목의 것을 말한다.
   가. 생명보험상품: 위험보장을 목적으로 사람의 생존 또는 사망에 관하여 약정한 금전 및 그 밖의 급여를 지급할 것을 약속하고 대가를 수수하는 계약으로서 대통령령으로 정하는 계약
   나. 손해보험상품: 위험보장을 목적으로 우연한 사건(다목에 따른 질병·상해 및 간병은 제외한다)으로 발생하는 손해(계약상 채무불이행 또는 법령상 의무불이행으로 발생하는 손해를 포함한다)에 관하여 금전 및 그 밖의 급여를 지급할 것을 약속하고 대가를 수수하는 계약으로서 대통령령으로 정하는 계약
   다. 제3보험상품: 위험보장을 목적으로 사람의 질병·상해 또는 이에 따른 간병에 관하여 금전 및 그 밖의 급여를 지급할 것을 약속하고 대가를 수수하는 계약으로서 대통령령으로 정하는 계약
2. "보험업"이란 보험상품의 취급과 관련하여 발생하는 보험의 인수(引受), 보험료 수수 및 보험금 지급 등을 영업으로 하는 것으로서 생명보험업·손해보험업 및 제3보험업을 말한다.
3. "생명보험업"이란 생명보험상품의 취급과 관련하여 발생하는 보험의 인수, 보험료 수수 및 보험금 지급 등을 영업으로 하는 것을 말한다.
4. "손해보험업"이란 손해보험상품의 취급과 관련하여 발생하는 보험의 인수, 보험료 수수 및 보험금 지급 등을 영업으로 하는 것을 말한다.
5. "제3보험업"이란 제3보험상품의 취급과 관련하여 발생하는 보험의 인수, 보험료 수수 및 보험금 지급 등을 영업으로 하는 것을 말한다.
6. "보험회사"란 제4조에 따른 허가를 받아 보험업을 경영하는 자를 말한다.
7. "상호회사"란 보험업을 경영할 목적으로 이 법에 따라 설립된 회사로서 보험계약자를 사원(社員)으로 하는 회사를 말한다.
8. "외국보험회사"란 대한민국 이외의 국가의 법령에 따라 설립되어 대한민국 이외의 국가에서 보험업을 경영하는 자를 말한다.
9. "보험설계사"란 보험회사·보험대리점 또는 보험중개사에 소속되어 보험계약의 체결을 중개하는 자[법인이 아닌 사단(社團)과 재단을 포함한다]로서 제84조에 따라 등록된 자를 말한다.
10. "보험대리점"이란 보험회사를 위하여 보험계약의 체결을 대리하는 자(법인이 아닌 사단과 재단을 포함한다)로서 제87조에 따라 등록된 자를 말한다.
11. "보험중개사"란 독립적으로 보험계약의 체결을 중개하는 자(법인이 아닌 사단과 재단을 포함한다)로서 제89조에 따라 등록된 자를 말한다.
12. "모집"이란 보험계약의 체결을 중개하거나 대리하는 것을 말한다.
13. "신용공여"란 대출 또는 유가증권의 매입(자금 지원적 성격인 것만 해당한다)이나 그 밖에 금융거래상의 신용위험이 따르는 보험회사의 직접적·간접적 거래로서 대통령령으로 정하는 바에 따라 금융위원회가 정하는 거래를 말한다.
14. "총자산"이란 재무상태표에 표시된 자산에서 미상각신계약비(未償却新契約費), 영업권 등 대통령령으로 정하는 자산을 제외한 것을 말한다.
15. "자기자본"이란 납입자본금·자본잉여금·이익잉여금, 그 밖에 이에 준하는 것(자본조정은 제외한다)으로서 대통령령으로 정하는 항목의 합계액에서 영업권, 그 밖에 이에 준하는 것으로서 대통령령으로 정하는 항목의 합계액을 뺀 것을 말한다.
16. "동일차주"란 동일한 개인 또는 법인 및 이와 신용위험을 공유하는 자로서 대통령령으로 정하는

자를 말한다.
17. "대주주"란 「금융회사의 지배구조에 관한 법률」 제2조제6호에 따른 주주를 말한다.
18. "자회사"란 보험회사가 다른 회사(「민법」 또는 특별법에 따른 조합을 포함한다)의 의결권 있는 발행주식(출자지분을 포함한다) 총수의 100분의 15를 초과하여 소유하는 경우의 그 다른 회사를 말한다.
19. "전문보험계약자"란 보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약의 내용을 이해하고 이행할 능력이 있는 자로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 자를 말한다. 다만, 전문보험계약자 중 대통령령으로 정하는 자가 일반보험계약자와 같은 대우를 받겠다는 의사를 보험회사에 서면으로 통지하는 경우 보험회사는 정당한 사유가 없으면 이에 동의하여야 하며, 보험회사가 동의한 경우에는 해당 보험계약자는 일반보험계약자로 본다.
   가. 국가
   나. 한국은행
   다. 대통령령으로 정하는 금융기관
   라. 주권상장법인
   마. 그 밖에 대통령령으로 정하는 자
20. "일반보험계약자"란 전문보험계약자가 아닌 보험계약자를 말한다.
[전문개정 2010. 7. 23.]

제6조의2(전문보험계약자의 범위 등)

① 법 제2조제19호 각 목 외의 부분 단서에서 "대통령령으로 정하는 자"란 다음 각 호의 자를 말한다.

1. 지방자치단체
2. 주권상장법인
3. 제2항제15호에 해당하는 자
4. 제3항제15호, 제16호 및 제18호에 해당하는 자

② 법 제2조제19호다목에서 "대통령령으로 정하는 금융기관"이란 다음 각 호의 금융기관을 말한다.

1. 보험회사
2. 「금융지주회사법」에 따른 금융지주회사
3. 「농업협동조합법」에 따른 농업협동조합중앙회
4. 「산림조합법」에 따른 산림조합중앙회
5. 「상호저축은행법」에 따른 상호저축은행 및 그 중앙회
6. 「새마을금고법」에 따른 새마을금고연합회
7. 「수산업협동조합법」에 따른 수산업협동조합중앙회
8. 「신용협동조합법」에 따른 신용협동조합중앙회
9. 「여신전문금융업법」에 따른 여신전문금융회사
10. 「은행법」에 따른 은행
11. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 금융투자업자(같은 법 제22조에 따른 겸영금융투자업자는 제외한다), 증권금융회사, 종합금융회사 및 자금중개회사
12. 「중소기업은행법」에 따른 중소기업은행
13. 「한국산업은행법」에 따른 한국산업은행
14. 「한국수출입은행법」에 따른 한국수출입은행
15. 제1호부터 제14호까지의 기관에 준하는 외국금융기관

③ 법 제2조제19호마목에서 "대통령령으로 정하는 자"란 다음 각 호의 자를 말한다. <개정 2013. 8. 27., 2014. 3. 24., 2016. 3. 11., 2016. 5. 31., 2021. 6. 1., 2022. 2. 17.>

1. 지방자치단체
2. 법 제83조에 따라 모집을 할 수 있는 자
3. 법 제175조에 따른 보험협회(이하 "보험협회"라 한다), 법 제176조에 따른 보험요율 산출기관(이하 "보험요율 산출기관"이라 한다) 및 법 제178조에 따른 보험 관계 단체
4. 「한국자산관리공사 설립 등에 관한 법률」에 따른 한국자산관리공사
5. 「금융위원회의 설치 등에 관한 법률」에 따른 금융감독원(이하 "금융감독원"이라 한다)
6. 「예금자보호법」에 따른 예금보험공사 및 정리금융회사
7. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 한국예탁결제원 및 같은 법 제373조의2에 따라 허가를 받은 거래소(이하 "거래소"라 한다)
8. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 집합투자기구. 다만, 금융위원회가 정하여 고시하는 집합투자기구는 제외한다.
9. 「한국주택금융공사법」에 따른 한국주택금융공사
10. 「한국투자공사법」에 따른 한국투자공사
11. 삭제 <2014. 12. 30.>
12. 「기술보증기금법」에 따른 기술보증기금
13. 「신용보증기금법」에 따른 신용보증기금
14. 법률에 따라 공제사업을 하는 법인
15. 법률에 따라 설립된 기금(제12호와 제13호에 따른 기금은 제외한다) 및 그 기금을 관리·운용하

는 법인
16. 해외 증권시장에 상장된 주권을 발행한 국내법인
17. 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 외국인
가. 외국 정부
나. 조약에 따라 설립된 국제기구
다. 외국 중앙은행
라. 제1호부터 제15호까지 및 제18호의 자에 준하는 외국인
18. 그 밖에 보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약의 내용을 이해하고 이행할 능력이 있는 자로서 금융위원회가 정하여 고시하는 자
[본조신설 2011. 1. 24.]

제42조의2(설명의무의 중요 사항 등)

① 삭제 <2021. 3. 23.>

② 삭제 <2021. 3. 23.>

③ 보험회사는 법 제95조의2제3항 본문 및 제4항에 따라 다음 각 호의 단계에서 중요 사항을 항목별로 일반보험계약자에게 설명해야 한다. 다만, 제1호에 따른 보험계약 체결 단계(마목에 따른 보험계약 승낙 거절 시 거절사유로 한정한다), 제2호에 따른 보험금 청구 단계 또는 제3호에 따른 보험금 심사·지급 단계의 경우 일반보험계약자가 계약 체결 전에 또는 보험금 청구권자가 보험금 청구 단계에서 동의한 경우에 한정하여 서면, 문자메시지, 전자우편 또는 팩스 등으로 중요 사항을 통보하는 것으로 이를 대신할 수 있다. <개정 2011. 12. 31., 2016. 4. 1., 2021. 1. 5.>

1. 보험계약 체결 단계
가. 보험의 모집에 종사하는 자의 성명, 연락처 및 소속
나. 보험의 모집에 종사하는 자가 보험회사를 위하여 보험계약의 체결을 대리할 수 있는지 여부
다. 보험의 모집에 종사하는 자가 보험료나 고지의무사항을 보험회사를 대신하여 수령할 수 있는지 여부
라. 보험계약의 승낙절차
마. 보험계약 승낙거절 시 거절 사유
바. 「상법」 제638조의3제2항에 따라 3개월 이내에 해당 보험계약을 취소할 수 있다는 사실 및 그 취소 절차·방법
사. 그 밖에 일반보험계약자가 보험계약 체결 단계에서 설명받아야 하는 사항으로서 금융위원회가 정하여 고시하는 사항
2. 보험금 청구 단계
가. 담당 부서, 연락처 및 보험금 청구에 필요한 서류
나. 보험금 심사 절차, 예상 심사기간 및 예상 지급일
다. 일반보험계약자가 보험사고 조사 및 손해사정에 관하여 설명받아야 하는 사항으로서 금융위원회가 정하여 고시하는 사항
라. 그 밖에 일반보험계약자가 보험금 청구 단계에서 설명받아야 하는 사항으로서 금융위원회가 정하여 고시하는 사항
3. 보험금 심사·지급 단계
가. 보험금 지급일 등 지급절차
나. 보험금 지급 내역
다. 보험금 심사 지연 시 지연 사유 및 예상 지급일
라. 보험금을 감액하여 지급하거나 지급하지 아니하는 경우에는 그 사유
마. 그 밖에 일반보험계약자가 보험금 심사·지급 단계에서 설명받아야 하는 사항으로서 금융위원회가 정하여 고시하는 사항

④ 삭제 <2016. 4. 1.>

⑤ 제3항과 관련하여 필요한 세부 사항은 금융위원회가 정하여 고시한다. <개정 2011. 12. 31., 2016. 4. 1., 2021. 3. 23.>

[본조신설 2011. 1. 24.]

【법규10】보험업법 감독규정

제1-4조의2(전문보험계약자의 범위)

영 제6조의2제3항제18호에서 "금융위원회가 정하여 고시하는 자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자를 말한다.<개정 2011.3.22>

1. 제7-49조제2호 각 목의 요건을 충족하는 단체보험계약을 체결하고자 하는 자
2. 기업성 보험계약을 체결하고자 하는 자 <개정 2016.12.29>
3. 「근로자퇴직급여 보장법」에 따른 퇴직연금계약을 체결하고자 하는 자
4. 「공공기관의 운영에 관한 법률」에 따른 공공기관 <신설 2019. 12. 18.>
5. 「지방공기업법」에 따른 지방공기업 <신설 2019. 12. 18.>
6. 특별법에 따라 설립된 기관 <신설 2019. 12. 18.>
7. 제7-49조제2호가목1)에 해당하는 단체 <신설 2019. 12. 18.>

제4-35조의2(보험계약 중요사항의 설명의무)

① <삭제 2021.3.25.>

② <삭제 2021.3.25.>

③ <삭제 2021.3.25.>

④ <삭제 2021.3.25.>

⑤ <삭제 2021.3.25.>

⑥ <삭제 2021.3.25.>

⑦ 영 제43조제4항제2호나목, 같은 조 제6항제2호 및 제9항제1호나목, 제43조의2제2항제4호에서 "금융위원회가 정하는 기준"이란 「전자금융거래법」 제21조제2항에 따른 기준을 말한다. <개정 2016.4.1., 2021.3.25.>

⑧ 보험회사는 법 제95조의2제3항 및 영 제42조의2제3항제1호바목·사목에 따라 보험계약 체결 단계에서 일반보험계약자에게 중요 사항을 설명할 때에는 다음 각 호의 사항을 준수하여야 한다. <개정 2016.4.1>

1. 다음 각 목의 보험계약에 대하여 설명할 것. 다만, 보험계약자가 법인인 보험계약은 제외한다.
   가. 변액보험계약
   나. 저축성보험계약
   다. 장기보장성보험계약
2. 청약 후 법 제102조의4제1항에 따라 청약철회가 가능한 기간 이내에 설명할 것
3. 다음 각 목의 사항을 설명할 것
   가. 보험계약의 청약 시 보험약관을 교부받고 보험계약의 중요 사항을 설명받아야 한다는 사실
   나. 보험계약의 청약 시 보험계약자가 청약서에 자필서명을 하여야 한다는 사실
   다. 보험계약의 청약 시 청약서 부본을 교부받아야 한다는 사실
   라. 가목부터 다목까지의 사항이 이행되지 않은 경우 청약일로부터 3개월 이내에 해당 보험계약을 취소할 수 있다는 사실 및 그 취소 절차·방법
   마. 저축성보험계약 또는 변액보험계약의 경우 납입보험료중 사업비 등이 차감된 일부 금액이 특별계정에 투입되어 운용되거나 적용이율로 부리된다는 사실
   바. 저축성보험계약(금리확정형보험은 제외한다)의 경우 다음 각 세목의 사항
      1)사업비 수준
      2)해약환급금
   사. 변액보험계약의 경우 다음 각 세목의 사항
      1)투자에 따르는 위험
      2)예금자보호 대상이 되지 않는다는 사실

아. 만기시 자동갱신되는 보험계약의 경우 보험료가 인상될 수 있다는 사실
자. 그 밖에 가목부터 아목까지에 준하는 사항으로서 감독원장이 정하는 사항
차. 외화보험의 경우 다음 각 세목의 사항
1) 환율변동에 따라 보험료 및 보험금이 변동될 수 있다는 사실
2) 해약환급금
카. 그 밖에 가목부터 차목까지에 준하는 사항으로서 감독원장이 정하는 사항
4. 그 밖에 다음 각 목을 준수할 것
가. 설명하기 전에 보험계약자 본인인지 여부를 확인할 것
나. 보험계약 중요사항의 설명 확인 항목에 대한 충분한 이해시간을 확보할 것
다. 기타 감독원장이 정하는 방법을 사용하여 설명하는 등 감독원장이 정하는 사항을 준수할 것

⑨ 영 제42조의2제3항제2호다목의 "조사 및 손해사정에 관하여 설명받아야 하는 사항으로서 금융위원회가 정하여 고시하는 사항"이란 다음 각 호의 사항을 말한다. <신설 2016.4.1>

1. 해당 보험사고 및 보험금 청구가 법 제185조 및 영 제96조의2에 따른 손해사정 대상인지 여부
2. 제1호에 따른 손해사정 대상인 경우 보험계약자 등은 법 제185조 단서 및 제9-16조제2항에 따라 따로 손해사정사를 선임할 수 있다는 사실 및 제9-16조제3항에 따른 손해사정 비용 부담에 관한 사항
3. 보험계약자 등이 따로 손해사정사를 선임하지 않은 경우 보험회사에 소속된 손해사정사 또는 보험회사와 위탁계약이 체결된 손해사정업자가 손해사정을 하게 된다는 사실

⑩ 영 제42조의2제3항제2호라목의 "그 밖에 일반보험계약자가 보험금 청구 단계에서 설명받아야 하는 사항으로서 금융위원회가 정하여 고시하는 사항"이란 다음 각 호의 사항을 말한다. <신설 2016.4.1>

1. 보험금 지급심사 현황 결과 문의 및 조회 방법
2. 보험약관에 따른 보험금 지급기한 및 보험금 지급지연시 지연이자 가산 등 보험회사의 조치사항
3. 그 밖에 제1호 및 제2호에 준하는 사항으로서 감독원장이 정하는 사항

⑪ 영 제42조의2제3항제3호 마목의 "그 밖에 일반보험계약자가 보험금 심사·지급 단계에서 설명받아야 하는 사항으로서 금융위원회가 정하여 고시하는 사항"이란 다음 각 호의 사항을 말한다. <신설 2019.10.2>

1. 보험회사가 손해사정 또는 보험금 심사에 참고하기 위하여 의료자문을 의뢰하는 경우, 의뢰 사유, 의뢰 내용 및 자문을 의뢰할 때 제공하는 자료의 내역
2. 보험회사가 보험금을 감액 또는 부지급하는 경우, 제1호에 따른 의료자문을 의뢰하였다면 자문을 의뢰한 기관과 자문 의견
3. 그 밖에 제1호 및 제2호에 준하는 사항으로서 감독원장이 정하는 사항

[전문개정 2011. 1. 24]

【법규11】신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률

제15조(수집 및 처리의 원칙)

① 신용정보회사, 본인신용정보관리회사, 채권추심회사, 신용정보집중기관 및 신용정보제공·이용자(이하 "신용정보회사등"이라 한다)는 신용정보를 수집하고 이를 처리할 수 있다. 이 경우 이 법 또는 정관으로 정한 업무 범위에서 수집 및 처리의 목적을 명확히 하여야 하며, 이 법 및 「개인정보 보호법」 제3조제1항 및 제2항에 따라 그 목적 달성에 필요한 최소한의 범위에서 합리적이고 공정한 수단을 사용하여 신용정보를 수집 및 처리하여야 한다. <개정 2020. 2. 4.>

② 신용정보회사등이 개인신용정보를 수집하는 때에는 해당 신용정보주체의 동의를 받아야 한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그러하지 아니하다. <개정 2020. 2. 4.>

1. 「개인정보 보호법」 제15조제1항제2호부터 제6호까지의 어느 하나에 해당하는 경우
2. 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 정보를 수집하는 경우
   가. 법령에 따라 공시(公示)되거나 공개된 정보
   나. 출판물이나 방송매체 또는 「공공기관의 정보공개에 관한 법률」 제2조제3호에 따른 공공기관의 인터넷 홈페이지 등의 매체를 통하여 공시 또는 공개된 정보
   다. 신용정보주체가 스스로 사회관계망서비스 등에 직접 또는 제3자를 통하여 공개한 정보. 이 경우 대통령령으로 정하는 바에 따라 해당 신용정보주체의 동의가 있었다고 객관적으로 인정되는 범위 내로 한정한다.
3. 제1호 및 제2호에 준하는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우
4. 삭제 <2020. 2. 4.>

[전문개정 2015. 3. 11.]

[제목개정 2020. 2. 4.]

제32조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의)

① 신용정보제공·이용자가 개인신용정보를 타인에게 제공하려는 경우에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 해당 신용정보주체로부터 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 방식으로 개인신용정보를 제공할 때마다 미리 개별적으로 동의를 받아야 한다. 다만, 기존에 동의한 목적 또는 이용 범위에서 개인신용정보의 정확성·최신성을 유지하기 위한 경우에는 그러하지 아니하다. <개정 2015. 3. 11., 2018. 12. 11., 2020. 6. 9.>

1. 서면
2. 「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명(서명자의 실지명의를 확인할 수 있는 것을 말한다)이 있는 전자문서(「전자문서 및 전자거래 기본법」 제2조제1호에 따른 전자문서를 말한다)
3. 개인신용정보의 제공 내용 및 제공 목적 등을 고려하여 정보 제공 동의의 안정성과 신뢰성이 확보될 수 있는 유무선 통신으로 개인비밀번호를 입력하는 방식
4. 유무선 통신으로 동의 내용을 해당 개인에게 알리고 동의를 받는 방법. 이 경우 본인 여부 및 동의 내용, 그에 대한 해당 개인의 답변을 음성녹음하는 등 증거자료를 확보·유지하여야 하며, 대통령령으로 정하는 바에 따른 사후 고지절차를 거친다.
5. 그 밖에 대통령령으로 정하는 방식

② 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관으로부터 개인신용정보를 제공받으려는 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 해당 신용정보주체로부터 제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 방식으로 개인신용정보를 제공받을 때마다 개별적으로 동의(기존에 동의한 목적 또는 이용 범위에서 개인신용정보의 정확성·최신성을 유지하기 위한 경우는 제외한다)를 받아야 한다. 이 경우 개인신용정보를 제공받으려는 자는 개인신용정보의 조회 시 개인신용평점이 하락할 수 있는 때에는 해당 신용정보주체에게 이를 고지하여야 한다. <개정 2015. 3. 11., 2020. 2. 4.>

③ 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관이 개인신용정보를 제2항에 따라 제공하는 경우에는 해당 개인신용정보를 제공받으려는 자가 제2항에 따른 동의를 받았는지를 대통령령으로 정하는 바에 따라 확인하여야 한다. <개정 2020. 2. 4.>
④ 신용정보회사등은 개인신용정보의 제공 및 활용과 관련하여 동의를 받을 때에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 서비스 제공을 위하여 필수적 동의사항과 그 밖의 선택적 동의사항을 구분하여 설명한 후 각각 동의를 받아야 한다. 이 경우 필수적 동의사항은 서비스 제공과의 관련성을 설명하여야 하며, 선택적 동의사항은 정보제공에 동의하지 아니할 수 있다는 사실을 고지하여야 한다. <신설 2015. 3. 11.>
⑤ 신용정보회사등은 신용정보주체가 선택적 동의사항에 동의하지 아니한다는 이유로 신용정보주체에게 서비스의 제공을 거부하여서는 아니 된다. <신설 2015. 3. 11.>
⑥ 신용정보회사등(제9호의3을 적용하는 경우에는 데이터전문기관을 포함한다)이 개인신용정보를 제공하는 경우로서 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 제1항부터 제5항까지를 적용하지 아니한다. <개정 2015. 3. 11., 2020. 2. 4.>

1. 신용정보회사 및 채권추심회사가 다른 신용정보회사 및 채권추심회사 또는 신용정보집중기관과 서로 집중관리·활용하기 위하여 제공하는 경우
2. 제17조제2항에 따라 신용정보의 처리를 위탁하기 위하여 제공하는 경우
3. 영업양도·분할·합병 등의 이유로 권리·의무의 전부 또는 일부를 이전하면서 그와 관련된 개인신용정보를 제공하는 경우
4. 채권추심(추심채권을 추심하는 경우만 해당한다), 인가·허가의 목적, 기업의 신용도 판단, 유가증권의 양수 등 대통령령으로 정하는 목적으로 사용하는 자에게 제공하는 경우
5. 법원의 제출명령 또는 법관이 발부한 영장에 따라 제공하는 경우
6. 범죄 때문에 피해자의 생명이나 신체에 심각한 위험 발생이 예상되는 등 긴급한 상황에서 제5호에 따른 법관의 영장을 발부받을 시간적 여유가 없는 경우로서 검사 또는 사법경찰관의 요구에 따라 제공하는 경우. 이 경우 개인신용정보를 제공받은 검사는 지체 없이 법관에게 영장을 청구하여야 하고, 사법경찰관은 검사에게 신청하여 검사의 청구로 영장을 청구하여야 하며, 개인신용정보를 제공받은 때부터 36시간 이내에 영장을 발부받지 못하면 지체 없이 제공받은 개인신용정보를 폐기하여야 한다.
7. 조세에 관한 법률에 따른 질문·검사 또는 조사를 위하여 관할 관서의 장이 서면으로 요구하거나 조세에 관한 법률에 따라 제출의무가 있는 과세자료의 제공을 요구함에 따라 제공하는 경우
8. 국제협약 등에 따라 외국의 금융감독기구에 금융회사가 가지고 있는 개인신용정보를 제공하는 경우
9. 제2조제1호의4나목 및 다목의 정보를 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용등급제공업무·기술신용평가업무를 하는 기업신용조회회사 및 신용정보집중기관에 제공하거나 그로부터 제공받는 경우

9의2. 통계작성, 연구, 공익적 기록보존 등을 위하여 가명정보를 제공하는 경우. 이 경우 통계작성에는 시장조사 등 상업적 목적의 통계작성을 포함하며, 연구에는 산업적 연구를 포함한다.

9의3. 제17조의2제1항에 따른 정보집합물의 결합 목적으로 데이터전문기관에 개인신용정보를 제공하는 경우

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

가. 양 목적 간의 관련성
나. 신용정보회사등이 신용정보주체로부터 개인신용정보를 수집한 경위
다. 해당 개인신용정보의 제공이 신용정보주체에게 미치는 영향
라. 해당 개인신용정보에 대하여 가명처리를 하는 등 신용정보의 보안대책을 적절히 시행하였는지 여부

10. 이 법 및 다른 법률에 따라 제공하는 경우
11. 제1호부터 제10호까지의 규정에 준하는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우

⑦ 제6항 각 호에 따라 개인신용정보를 타인에게 제공하려는 자 또는 제공받은 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 개인신용정보의 제공 사실 및 이유 등을 사전에 해당 신용정보주체에게 알려야 한다. 다만, 대통령령으로 정하는 불가피한 사유가 있는 경우에는 인터넷 홈페이지 게재 또는 그 밖에 유사한 방법을 통하여 사후에 알리거나 공시할 수 있다. <개정 2011. 5. 19., 2015. 3. 11.>
⑧ 제6항제3호에 따라 개인신용정보를 타인에게 제공하는 신용정보제공·이용자로서 대통령령으로 정하는 자는 제공하는 신용정보의 범위 등 대통령령으로 정하는 사항에 관하여 금융위원회의 승인을 받아야 한다. <개정 2015. 3. 11.>
⑨ 제8항에 따른 승인을 받아 개인신용정보를 제공받은 자는 해당 개인신용정보를 금융위원회가 정하는 바에 따라 현재 거래 중인 신용정보주체의 개인신용정보와 분리하여 관리하여야 한다. <신설 2015. 3. 11.>
⑩ 신용정보회사등이 개인신용정보를 제공하는 경우에는 금융위원회가 정하여 고시하는 바에 따라 개인신용정보를 제공받는 자의 신원(身元)과 이용 목적을 확인하여야 한다. <개정 2015. 3. 11.>
⑪ 개인신용정보를 제공한 신용정보제공·이용자는 제1항에 따라 미리 개별적 동의를 받았는지 여부 등에 대한 다툼이 있는 경우 이를 증명하여야 한다. <개정 2015. 3. 11.>

제33조(개인신용정보의 이용)

① 개인신용정보는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에만 이용하여야 한다.
1. 해당 신용정보주체가 신청한 금융거래 등 상거래관계의 설정 및 유지 여부 등을 판단하기 위한 목적으로 이용하는 경우
2. 제1호의 목적 외의 다른 목적으로 이용하는 것에 대하여 신용정보주체로부터 동의를 받은 경우
3. 개인이 직접 제공한 개인신용정보(그 개인과의 상거래에서 생긴 신용정보를 포함한다)를 제공받은 목적으로 이용하는 경우(상품과 서비스를 소개하거나 그 구매를 권유할 목적으로 이용하는 경우는 제외한다)
4. 제32조제6항 각 호의 경우
5. 그 밖에 제1호부터 제4호까지의 규정에 준하는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우

② 신용정보회사등이 개인의 질병, 상해 또는 그 밖에 이와 유사한 정보를 수집·조사하거나 제3자에게 제공하려면 미리 제32조제1항 각 호의 방식으로 해당 개인의 동의를 받아야 하며, 대통령령으로 정하는 목적으로만 그 정보를 이용하여야 한다.
[전문개정 2020. 2. 4.]

제34조(개인식별정보의 수집·이용 및 제공)

신용정보회사등이 개인을 식별하기 위하여 필요로 하는 정보로서 대통령령으로 정하는 정보를 수집·이용 및 제공하는 경우에는 제15조, 제32조 및 제33조를 준용한다. <개정 2020. 2. 4.>
[전문개정 2015. 3. 11.]
[제목개정 2020. 2. 4.]

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. <개정 2015. 5. 13.>

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

② 근로소득이 있는 거주자가 기본공제대상자(나이 및 소득의 제한을 받지 아니한다)를 위하여 해당 과세기간에 대통령령으로 정하는 의료비를 지급한 경우 다음 각 호의 금액의 100분의 15(제3호의 경우에는 100분의 20, 제4호의 경우에는 100분의 30)에 해당하는 금액을 해당 과세기간의 종합소득산출세액에서 공제한다. <개정 2014. 12. 23., 2016. 12. 20., 2017. 12. 19., 2021. 12. 8.>

1. 기본공제대상자를 위하여 지급한 의료비(제2호부터 제4호까지의 의료비는 제외한다)로서 총급여액에 100분의 3을 곱하여 계산한 금액을 초과하는 금액. 다만, 그 금액이 연 700만원을 초과하는 경우에는 연 700만원으로 한다.
2. 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 사람을 위하여 지급한 의료비. 다만, 제1호의 의료비가 총급여액에 100분의 3을 곱하여 계산한 금액에 미달하는 경우에는 그 미달하는 금액을 뺀다.
   가. 해당 거주자
   나. 과세기간 종료일 현재 65세 이상인 사람
   다. 장애인
   라. 대통령령으로 정하는 중증질환자, 희귀난치성질환자 또는 결핵환자
   마. 대통령령으로 정하는 중증질환자, 희귀난치성질환자 또는 결핵환자
3. 대통령령으로 정하는 미숙아 및 선천성이상아를 위하여 지급한 의료비. 다만, 제1호 및 제2호의 의료비 합계액이 총급여액에 100분의 3을 곱하여 계산한 금액에 미달하는 경우에는 그 미달하는 금액을 뺀다.
4. 대통령령으로 정하는 난임시술(이하 이 호에서 "난임시술"이라 한다)을 위하여 지출한 비용(난임시술과 관련하여 처방을 받은 「약사법」 제2조에 따른 의약품 구입비용을 포함한다). 다만, 제1호부터 제3호까지의 의료비 합계액이 총급여액에 100분의 3을 곱하여 계산한 금액에 미달하는 경우에는 그 미달하는 금액을 뺀다.

③ 근로소득이 있는 거주자가 그 거주자와 기본공제대상자(나이의 제한을 받지 아니하되, 제3호나목의 기관에 대해서는 과세기간 종료일 현재 18세 미만인 사람만 해당한다)를 위하여 해당 과세기간에 대통령령으로 정하는 교육비를 지급한 경우 다음 각 호의 금액의 100분의 15에 해당하는 금액을 해당 과세기간의 종합소득 산출세액에서 공제한다. 다만, 소득세 또는 증여세가 비과세되는 대통령령으로 정하는 교육비는 공제하지 아니한다. <개정 2014. 12. 23., 2016. 12. 20., 2021. 8. 17.>

1. 기본공제대상자인 배우자·직계비속·형제자매·입양자 및 위탁아동(이하 이 호에서 "직계비속등"이라 한다)을 위하여 지급한 다음 각 목의 교육비를 합산한 금액. 다만, 대학원에 지급하거나 직계비속등이 제2호라목에 따른 학자금 대출을 받아 지급하는 교육비는 제외하며, 대학생인 경우에는 1명당 연 900만원, 초등학교 취학 전 아동과 초·중·고등학생인 경우에는 1명당 연 300만원을 한도로 한다.
   가. 「유아교육법」, 「초·중등교육법」, 「고등교육법」 및 특별법에 따른 학교에 지급한 교육비
   나. 다음의 평생교육시설 또는 과정을 위하여 지급한 교육비

1)「평생교육법」 제31조제2항에 따라 고등학교졸업 이하의 학력이 인정되는 학교형태의 평생교육시설, 같은 조 제4항에 따라 전공대학의 명칭을 사용할 수 있는 평생교육시설(이하 "전공대학"이라 한다)과 같은 법 제33조에 따른 원격대학 형태의 평생교육시설(이하 "원격대학"이라 한다)

2)「학점인정 등에 관한 법률」 제3조 및「독학에 의한 학위취득에 관한 법률」 제5조제1항에 따른 과정 중 대통령령으로 정하는 교육과정(이하 각각의 교육과정을 이 항에서 "학위취득과정"이라 한다)

다. 대통령령으로 정하는 국외교육기관(국외교육기관의 학생을 위하여 교육비를 지급하는 거주자가 국내에서 근무하는 경우에는 대통령령으로 정하는 학생만 해당한다)에 지급한 교육비

라. 초등학교 취학 전 아동을 위하여「영유아보육법」에 따른 어린이집,「학원의 설립·운영 및 과외교습에 관한 법률」에 따른 학원 또는 대통령령으로 정하는 체육시설에 지급한 교육비(학원 및 체육시설에 지급하는 비용의 경우에는 대통령령으로 정하는 금액만 해당한다)

2. 해당 거주자를 위하여 지급한 다음 각 목의 교육비를 합산한 금액

가. 제1호가목부터 다목까지의 규정에 해당하는 교육비

나. 대학(전공대학, 원격대학 및 학위취득과정을 포함한다) 또는 대학원의 1학기 이상에 해당하는 교육과정과「고등교육법」 제36조에 따른 시간제 과정에 지급하는 교육비

다.「국민 평생 직업능력 개발법」 제2조에 따른 직업능력개발훈련시설에서 실시하는 직업능력개발훈련을 위하여 지급한 수강료. 다만, 대통령령으로 정하는 지원금 등을 받는 경우에는 이를 뺀 금액으로 한다.

라. 대통령령으로 정하는 학자금 대출의 원리금 상환에 지출한 교육비. 다만, 대출금의 상환 연체로 인하여 추가로 지급하는 금액 등 대통령령으로 정하는 지급액은 제외한다.

3. 기본공제대상자인 장애인(소득의 제한을 받지 아니한다)을 위하여 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 자에게 지급하는 대통령령으로 정하는 특수교육비

가. 대통령령으로 정하는 사회복지시설 및 비영리법인

나. 장애인의 기능향상과 행동발달을 위한 발달재활서비스를 제공하는 대통령령으로 정하는 기관

다. 가목의 시설 또는 법인과 유사한 것으로서 외국에 있는 시설 또는 법인

④ 거주자(사업소득만 있는 자는 제외하되, 제73조제1항제4호에 따른 자 등 대통령령으로 정하는 자는 포함한다)가 해당 과세기간에 지급한 기부금[제50조제1항제2호 및 제3호에 해당하는 사람(나이의 제한을 받지 아니하며, 다른 거주자의 기본공제를 적용받은 사람은 제외한다)이 지급한 기부금을 포함한다]이 있는 경우 다음 각 호의 기부금을 합한 금액에서 사업소득금액을 계산할 때 필요경비에 산입한 기부금을 뺀 금액의 100분의 15(해당 금액이 1천만원을 초과하는 경우 그 초과분에 대해서는 100분의 30)에 해당하는 금액(이하 제61조제2항에서 "기부금 세액공제액"이라 한다)을 해당 과세기간의 합산과세되는 종합소득산출세액(필요경비에 산입한 기부금이 있는 경우 사업소득에 대한 산출세액은 제외한다)에서 공제한다. 이 경우 제1호의 기부금과 제2호의 기부금이 함께 있으면 제1호의 기부금을 먼저 공제하되, 2013년 12월 31일 이전에 지급한 기부금을 2014년 1월 1일 이후에 개시하는 과세기간에 이월하여 소득공제하는 경우에는 해당 과세기간에 지급한 기부금보다 먼저 공제한다. <개정 2014. 12. 23., 2015. 12. 15., 2016. 12. 20., 2018. 12. 31., 2020. 12. 29.>

1. 제34조제2항제1호의 기부금

2.제34조제3항제1호의 기부금. 이 경우 한도액은 다음 각 목의 구분에 따른다.

가. 종교단체에 기부한 금액이 있는 경우

한도액 = [종합소득금액(제62조에 따른 원천징수세율을 적용받는 이자소득 및 배당소득은 제외한다)에서 제1호에 따른 기부금을 뺀 금액을 말하며, 이하 이 항에서 "소득금액"이라 한다] × 100분의 10 + [소득금액의 100분의 20과 종교단체 외에 기부한 금액 중 적은 금액]

나. 가목 외의 경우

한도액 = 소득금액의 100분의 30

⑤ 제1항부터 제3항까지의 규정을 적용할 때 과세기간 종료일 이전에 혼인·이혼·별거·취업 등의 사

유로 기본공제대상자에 해당되지 아니하게 되는 종전의 배우자·부양가족·장애인 또는 과세기간 종료일 현재 65세 이상인 사람을 위하여 이미 지급한 금액이 있는 경우에는 그 사유가 발생한 날까지 지급한 금액에 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 율을 적용한 금액을 해당 과세기간의 종합소득산출세액에서 공제한다.

⑥ 제1항부터 제4항까지의 규정에 따른 공제는 해당 거주자가 대통령령으로 정하는 바에 따라 신청한 경우에 적용한다.

⑦ 국세청장은 제3항제2호라목에 따른 교육비가 세액공제 대상에 해당하는지 여부를 확인하기 위하여 「한국장학재단 설립 등에 관한 법률」 제6조에 따른 한국장학재단 등 학자금 대출·상환업무를 수행하는 대통령령으로 정하는 기관(이하 이 항에서 "한국장학재단등"이라 한다)에 학자금대출 및 원리금 상환내역 등 대통령령으로 정하는 자료의 제공을 요청할 수 있다. 이 경우 요청을 받은 한국장학재단등은 특별한 사유가 없으면 그 요청에 따라야 한다. <신설 2016. 12. 20.>

⑧ 제4항에도 불구하고 2021년 1월 1일부터 2021년 12월 31일까지 지급한 기부금을 해당 과세기간의 합산과세되는 종합소득산출세액(필요경비에 산입한 기부금이 있는 경우 사업소득에 대한 산출세액은 제외한다)에서 공제하는 경우에는 같은 항에 따른 세액공제액 외에 같은 항 각 호의 기부금을 합한 금액에서 사업소득금액을 계산할 때 필요경비에 산입한 기부금을 뺀 금액의 100분의 5에 해당하는 금액을 추가로 공제한다. <신설 2021. 12. 8.>

⑨ 거주자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 다음 각 호의 구분에 따른 금액을 종합소득산출세액에서 공제(이하 "표준세액공제"라 한다)한다. <개정 2020. 12. 29.>

1. 근로소득이 있는 거주자로서 제6항, 제52조제8항 및 「조세특례제한법」 제95조의2제2항에 따른 소득공제나 세액공제 신청을 하지 아니한 경우: 연 13만원
2. 종합소득이 있는 거주자(근로소득이 있는 자는 제외한다)로서 「조세특례제한법」 제122조의3에 따른 세액공제 신청을 하지 아니한 경우: 다음 각 목의 구분에 따른 금액
   가. 제160조의5제3항에 따른 사업용계좌의 신고 등 대통령령으로 정하는 요건에 해당하는 사업자(이하 "성실사업자"라 한다)의 경우: 연 12만원
   나. 가목 외의 경우: 연 7만원

⑩ 제1항부터 제9항까지의 규정에 따른 공제를 "특별세액공제"라 한다.

⑪ 특별세액공제에 관하여 그밖에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

[본조신설 2014. 1. 1.]

제107조(장애인의 범위)

① 법 제51조제1항제2호에 따른 장애인은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자로 한다. <개정 1997. 9. 30., 2001. 12. 31., 2005. 2. 19., 2018. 2. 13.>

1. 「장애인복지법」에 따른 장애인 및 「장애아동 복지지원법」에 따른 장애아동 중 재정경제부령으로 정하는 사람
2. 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 의한 상이자 및 이와 유사한 사람으로서 근로능력이 없는 사람
3. 「국민건강보험법 시행령」 별표 2 제3호라목1)부터 10)까지 외의 부분 전단에 따른 희귀성난치질환 등 또는 이와 유사한 질병·부상으로 인해 중단 없이 주기적인 치료가 필요한 사람으로서 의료기관의 장이 취업·취학 등 일상적인 생활에 지장이 있다고 인정하는 사람
4. 삭제 <2025. 2. 28.>

② 제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람이 장애인공제를 받으려는 때에는 재정경제부령으로 정하는 장애인증명서(「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 따른 상이자의 증명을 받은 사람 또는 「장애인복지법」에 따른 장애인등록증을 발급받은 사람의 경우에는 해당 증명서·장애인등록증의 사본이나 그 밖의 장애사실을 증명하는 서류로 하며, 「장애아동 복지지원법」에 따른 장애아동으로서 같은 법 제21조에 따른 발달재활서비스를 지원받고 있는 사람의 경우에는 발달재활서비스 이용을 증명하는 서류로 한다)를 다음 각 호의 구분에 따라 제출해야 한다. 다만, 본문에 따른 장애인 증명 관련 서류가 법 제165조제1항 및 이 영 제216조의3제1항에 따라 국세청장에게 제출되는 경우에는 재정경제부령으로 정하는 서류를 제출(국세정보통신망에 의한 제출을 포함한다)할 수 있다. <개정 1996. 12. 31., 1997. 9. 30., 1998. 4. 1., 1999. 12. 31., 2001. 12. 31., 2005. 2. 19., 2008. 2. 29., 2010. 2. 18., 2013. 2. 15., 2014. 2. 21., 2022. 2. 15., 2025. 2. 28.>

1. 과세표준확정신고를 하는 때에는 그 신고서에 첨부하여 납세지 관할세무서장에게 제출한다.
2. 근로소득(법 제127조제1항제4호 각 목의 어느 하나에 해당하는 근로소득은 제외한다)이 있는 사람은 근로소득자 소득·세액 공제신고서에 첨부하여 연말정산을 하는 원천징수의무자에게 제출한다.
3. 법 제144조의2에 따라 연말 정산되는 사업소득이 있는 자는 소득·세액 공제신고서에 첨부하여 연말정산을 하는 원천징수의무자에게 제출한다.

③ 장애인으로서 당해 장애의 상태가 1년이상 지속될 것으로 예상되는 경우 그 장애기간이 기재된 장애인증명서를 제2항의 규정에 의하여 제출한 때에는 그 장애기간 동안은 이를 다시 제출하지 아니하여도 된다. 다만, 그 장애기간중 납세지 관할세무서 또는 사용자를 달리하게 된 때에는 제2항의 규정에 의하여 장애인증명서를 제출하여야 한다. <개정 2001. 12. 31.>

④ 제3항 단서의 경우 전납세지 관할세무서장 또는 전원천징수의무자로부터 이미 제출한 장애인증명서를 반환받아 이를 제출할 수 있다. <개정 2001. 12. 31.>

[제목개정 2001. 12. 31.]

제118조의4(보험료세액공제)

① 법 제59조의4제1항제1호에서 "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 제59조의4제1항제2호에서 "대통령령으로 정하는 보험료"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 보험·보증·공제의 보험료·보증료·공제료 중 재정경제부령으로 정하는 것을 말한다. <개정 2018. 2. 13.>

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.
[본조신설 2014. 2. 21.]

【법규14】관공서의 공휴일에 관한 규정

제2조(공휴일)

관공서의 공휴일은 다음 각 호와 같다. 다만, 재외공관의 공휴일은 우리나라의 국경일 중 공휴일과 주재국의 공휴일로 한다. <개정 1998. 12. 18., 2005. 6. 30., 2006. 9. 6., 2012. 12. 28., 2017. 10. 17.>

1. 일요일
2. 국경일 중 3·1절, 광복절, 개천절 및 한글날
3. 1월 1일
4. 설날 전날, 설날, 설날 다음날 (음력 12월 말일, 1월 1일, 2일)
5. 삭제 <2005. 6. 30.>
6. 부처님오신날 (음력 4월 8일)
7. 5월 5일 (어린이날)
8. 6월 6일 (현충일)
9. 추석 전날, 추석, 추석 다음날 (음력 8월 14일, 15일, 16일)
10. 12월 25일 (기독탄신일)

10의2.「공직선거법」제34조에 따른 임기만료에 의한 선거의 선거일

11. 기타 정부에서 수시 지정하는 날

제3조(대체공휴일)

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

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

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

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

[전문개정 2021. 8. 4.]

【법규15】노동절 **제정에 관한 법률**

5월 1일을 노동절로 하고, 이 날을 「근로기준법」에 따른 유급휴일(有給休日)로 한다.

【법규16】호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 의료연명결정에 관한 법률

제15조(연명의료중단등결정 이행의 대상)

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

1. 제17조에 따라 연명의료계획서, 사전연명의료의향서 또는 환자가족의 진술을 통하여 환자의 의사로 보는 의사가 연명의료중단등결정을 원하는 것이고, 임종과정에 있는 환자의 의사에도 반하지 아니하는 경우
2. 제18조에 따라 연명의료중단등결정이 있는 것으로 보는 경우

제16조(환자가 임종과정에 있는지 여부에 대한 판단)

① 담당의사는 환자에 대한 연명의료중단등결정을 이행하기 전에 해당 환자가 임종과정에 있는지 여부를 해당 분야의 전문의 1명과 함께 판단하고 그 결과를 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 기록(전자문서로 된 기록을 포함한다)하여야 한다. <개정 2018. 3. 27.>

② 제1항에도 불구하고 제25조에 따른 호스피스전문기관에서 호스피스를 이용하는 말기환자가 임종과정에 있는지 여부에 대한 판단은 담당의사의 판단으로 갈음할 수 있다. <신설 2018. 3. 27.>

제17조(환자의 의사 확인)

① 연명의료중단등결정을 원하는 환자의 의사는 다음 각 호의 어느 하나의 방법으로 확인한다.

1. 의료기관에서 작성된 연명의료계획서가 있는 경우 이를 환자의 의사로 본다.
2. 담당의사가 사전연명의료의향서의 내용을 환자에게 확인하는 경우 이를 환자의 의사로 본다. 담당의사 및 해당 분야의 전문의 1명이 다음 각 목을 모두 확인한 경우에도 같다.
   가. 환자가 사전연명의료의향서의 내용을 확인하기에 충분한 의사능력이 없다는 의학적 판단
   나. 사전연명의료의향서가 제2조제4호의 범위에서 제12조에 따라 작성되었다는 사실
3. 제1호 또는 제2호에 해당하지 아니하고 19세 이상의 환자가 의사를 표현할 수 없는 의학적 상태인 경우 환자의 연명의료중단등결정에 관한 의사로 보기에 충분한 기간 동안 일관하여 표시된 연명의료중단등에 관한 의사에 대하여 환자가족(19세 이상인 자로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 사람을 말한다) 2명 이상의 일치하는 진술(환자가족이 1명인 경우에는 그 1명의 진술을 말한다)이 있으면 담당의사와 해당 분야의 전문의 1명의 확인을 거쳐 이를 환자의 의사로 본다. 다만, 그 진술과 배치되는 내용의 다른 환자가족의 진술 또는 보건복지부령으로 정하는 객관적인 증거가 있는 경우에는 그러하지 아니하다.
   가. 배우자
   나. 직계비속
   다. 직계존속
   라. 가목부터 다목까지에 해당하는 사람이 없는 경우 형제자매

② 담당의사는 제1항제1호 및 제2호에 따른 연명의료계획서 또는 사전연명의료의향서 확인을 위하여 관리기관에 등록 조회를 요청할 수 있다.

③ 제1항제2호나 제3호에 따라 환자의 의사를 확인한 담당의사 및 해당 분야의 전문의는 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 확인 결과를 기록(전자문서로 된 기록을 포함한다)하여야 한다. <개정 2018. 3. 27.>

제18조(환자의 의사를 확인할 수 없는 경우의 연명의료중단등결정)

① 제17조에 해당하지 아니하여 환자의 의사를 확인할 수 없고 환자가 의사표현을 할 수 없는 의학적

상태인 경우 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 때에는 해당 환자를 위한 연명의료중단등결정이 있는 것으로 본다. 다만, 담당의사 또는 해당 분야 전문의 1명이 환자가 연명의료중단등결정을 원하지 아니하였다는 사실을 확인한 경우는 제외한다. <개정 2018. 12. 11.>

1. 미성년자인 환자의 법정대리인(친권자에 한정한다)이 연명의료중단등결정의 의사표시를 하고 담당의사와 해당 분야 전문의 1명이 확인한 경우
2. 환자가족 중 다음 각 목에 해당하는 사람(19세 이상인 사람에 한정하며, 행방불명자 등 대통령령으로 정하는 사유에 해당하는 사람은 제외한다) 전원의 합의로 연명의료중단등결정의 의사표시를 하고 담당의사와 해당 분야 전문의 1명이 확인한 경우
   가. 배우자
   나. 1촌 이내의 직계 존속·비속
   다. 가목 및 나목에 해당하는 사람이 없는 경우 2촌 이내의 직계 존속·비속
   라. 가목부터 다목까지에 해당하는 사람이 없는 경우 형제자매

② 제1항제1호·제2호에 따라 연명의료중단등결정을 확인한 담당의사 및 해당 분야의 전문의는 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 확인 결과를 기록(전자문서로 된 기록을 포함한다)하여야 한다. <개정 2018. 3. 27.>

제42조(요양기관)

① 요양급여(간호와 이송은 제외한다)는 다음 각 호의 요양기관에서 실시한다. 이 경우 보건복지부장관은 공익이나 국가정책에 비추어 요양기관으로 적합하지 아니한 대통령령으로 정하는 의료기관 등은 요양기관에서 제외할 수 있다. <개정 2018. 3. 27.>

1. 「의료법」에 따라 개설된 의료기관
2. 「약사법」에 따라 등록된 약국
3. 「약사법」 제91조에 따라 설립된 한국희귀·필수의약품센터
4. 「지역보건법」에 따른 보건소·보건의료원 및 보건지소
5. 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」에 따라 설치된 보건진료소

② 보건복지부장관은 효율적인 요양급여를 위하여 필요하면 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 시설·장비·인력 및 진료과목 등 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당하는 요양기관을 전문요양기관으로 인정할 수 있다. 이 경우 해당 전문요양기관에 인정서를 발급하여야 한다.

③ 보건복지부장관은 제2항에 따라 인정받은 요양기관이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 인정을 취소한다.

1. 제2항 전단에 따른 인정기준에 미달하게 된 경우
2. 제2항 후단에 따라 발급받은 인정서를 반납한 경우

④ 제2항에 따라 전문요양기관으로 인정된 요양기관 또는 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원에 대하여는 제41조제3항에 따른 요양급여의 절차 및 제45조에 따른 요양급여비용을 다른 요양기관과 달리할 수 있다. <개정 2016. 2. 3.>

⑤ 제1항·제2항 및 제4항에 따른 요양기관은 정당한 이유 없이 요양급여를 거부하지 못한다.

제44조(비용의 일부부담)

① 요양급여를 받는 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 비용의 일부(이하 "본인일부부담금"이라 한다)를 본인이 부담한다. 이 경우 선별급여에 대해서는 다른 요양급여에 비하여 본인일부부담금을 상향 조정할 수 있다. <개정 2016. 3. 22.>

② 제1항에 따라 본인이 연간 부담하는 본인일부부담금의 총액이 대통령령으로 정하는 금액(이하 이 조에서 "본인부담상한액"이라 한다)을 초과한 경우에는 공단이 그 초과 금액을 부담하여야 한다. <신설 2016. 3. 22.>

③ 제2항에 따른 본인부담상한액은 가입자의 소득수준 등에 따라 정한다. <신설 2016. 3. 22.>

④ 제2항에 따른 본인일부부담금 총액 산정 방법, 본인부담상한액을 넘는 금액의 지급 방법 및 제3항에 따른 가입자의 소득수준 등에 따른 본인부담상한액 설정 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다. <신설 2016. 3. 22.>

제19조(비용의 본인부담)

① 법 제44조제1항에 따른 본인일부부담금(이하 "본인일부부담금"이라 한다)의 부담률 및 부담액은 별표 2와 같다.

② 본인일부부담금은 요양기관의 청구에 따라 요양급여를 받는 사람이 요양기관에 납부한다. 이 경우 요양기관은 법 제41조제3항 및 제4항에 따라 보건복지부령으로 정하는 요양급여사항 또는 비급여사항 외에 입원보증금 등 다른 명목으로 비용을 청구해서는 아니 된다.

③ 법 제44조제2항에 따른 본인일부부담금의 총액은 요양급여를 받는 사람이 연간 부담하는 본인일부부담금을 모두 더한 금액으로 한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 본인일부부담금은 더하지 않는다. <개정 2018. 6. 26., 2019. 4. 2., 2019. 6. 11., 2019. 10. 22., 2020. 10. 7., 2021. 6. 29.>

1. 별표 2 제1호가목1)에 따라 상급종합병원·종합병원·병원·한방병원·요양병원(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 장애인 의료재활시설로서 「의료법」 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관인 요양병원으로 한정한다)·정신병원 일반입원실의 2인실·3인실 및 정신과 입원실의 2인실·3인실을 이용한 경우 그 입원료로 부담한 금액
2. 별표 2 제3호라목5)·6)·9) 및 10)에 따라 부담한 금액
3. 별표 2 제3호사목, 거목 및 너목에 따라 부담한 금액
4. 별표 2 제4호에 따라 부담한 금액
5. 별표 2 제6호에 따라 부담한 금액

④ 법 제44조제2항에 따른 본인부담상한액(이하 "본인부담상한액"이라 한다)은 별표 3의 산정방법에 따라 산정된 금액을 말한다.

⑤ 법 제44조제2항에 따라 공단이 본인부담상한액을 넘는 금액을 지급하는 경우에는 요양급여를 받은 사람이 지정하는 예금계좌(「우체국예금·보험에 관한 법률」에 따른 체신관서 및 「은행법」에 따른 은행에서 개설된 예금계좌 등 보건복지부장관이 정하는 예금계좌를 말한다)로 지급해야 한다. 다만, 해당 예금계좌로 입금할 수 없는 불가피한 사유가 있는 경우에는 보건복지부장관이 정하는 방법으로 지급할 수 있다. <개정 2019. 6. 11.>

⑥ 제2항 및 제5항에서 정한 사항 외에 본인일부부담금의 납부방법이나 본인부담상한액을 넘는 금액의 지급방법 등에 필요한 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다.

[전문개정 2017. 3. 20.]

【법규19】장애인복지법

제32조(장애인 등록)

① 장애인, 그 법정대리인 또는 대통령령으로 정하는 보호자(이하 "법정대리인등"이라 한다)는 장애 상태와 그 밖에 보건복지부령이 정하는 사항을 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수 또는 구청장(자치구의 구청장을 말한다. 이하 같다)에게 등록하여야 하며, 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 등록을 신청한 장애인이 제2조에 따른 기준에 맞으면 장애인등록증(이하 "등록증"이라 한다)을 내주어야 한다. <개정 2008. 2. 29., 2010. 1. 18., 2010. 5. 27., 2015. 6. 22., 2017. 2. 8.>

② 삭제 <2017. 2. 8.>

③ 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 제1항에 따라 등록증을 받은 장애인의 장애 상태의 변화에 따른 장애 정도 조정을 위하여 장애 진단을 받게 하는 등 장애인이나 법정대리인등에게 필요한 조치를 할 수 있다. <개정 2017. 2. 8., 2017. 12. 19.>

④장애인의 장애 인정과 장애 정도 사정(査定)에 관한 업무를 담당하게 하기 위하여 보건복지부에 장애판정위원회를 둘 수 있다. <개정 2008. 2. 29., 2010. 1. 18., 2017. 12. 19.>

⑤등록증은 양도하거나 대여하지 못하며, 등록증과 비슷한 명칭이나 표시를 사용하여서는 아니 된다.

⑥ 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 제1항에 따른 장애인 등록 및 제3항에 따른 장애 상태의 변화에 따른 장애 정도를 조정함에 있어 장애인의 장애 인정과 장애 정도 사정이 적정한지를 확인하기 위하여 필요한 경우 대통령령으로 정하는 「공공기관의 운영에 관한 법률」 제4조에 따른 공공기관에 장애 정도에 관한 정밀심사를 의뢰할 수 있다. <신설 2010. 5. 27., 2015. 6. 22., 2015. 12. 29., 2017. 12. 19.>

⑦ 삭제 <2021. 7. 27.>

⑧제1항 및 제3항부터 제6항까지에서 규정한 사항 외에 장애인의 등록, 등록증의 발급, 장애 진단 및 장애 정도에 관한 정밀심사, 장애판정위원회 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다. <개정 2008. 2. 29., 2010. 1. 18., 2010. 5. 27., 2015. 12. 29., 2017. 2. 8., 2021. 7. 27.>

【법규20】국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률

제6조(등록 및 결정)

① 국가유공자, 그 유족 또는 가족이 되려는 사람(이하 이 조에서 "신청 대상자"라 한다)은 대통령령으로 정하는 바에 따라 국가보훈처장에게 등록을 신청하여야 한다. 다만, 신청 대상자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 국가보훈처 소속 공무원이 신청 대상자의 동의를 받아 등록을 신청할 수 있고, 그 동의를 받은 경우에는 신청 대상자가 등록을 신청한 것으로 본다. <개정 2011. 9. 15., 2013. 5. 22.>

1.「국가보훈 기본법」제23조제1항제3호의2에 따라 발굴된 희생·공헌자의 경우

2. 전투 또는 이에 준하는 직무수행 중 상이를 입거나 사망한 경우

3. 그 밖에 대통령령으로 정하는 사유로 직접 등록을 신청할 수 없는 경우

②「보훈보상대상자 지원에 관한 법률」제4조제1항에 따라 등록을 신청하는 사람에 대하여는 그 등록신청을 한 날에 제1항에 따른 등록을 신청한 것으로 본다. <신설 2011. 9. 15.>

③ 국가보훈처장은 제1항에 따른 등록신청을 받으면 대통령령으로 정하는 바에 따라 제4조 또는 제5조에 따른 요건을 확인한 후 국가유공자, 그 유족 또는 가족에 해당하는지를 결정한다. 이 경우 제4조제1항제3호부터 제6호까지, 제8호, 제14호 및 제15호의 국가유공자(이하 "전몰군경등"이라 한다)가 되기 위하여 등록을 신청하는 경우에는 그 소속하였던 기관의 장에게 그 요건과 관련된 사실의 확인을 요청하여야 하며, 그 소속하였던 기관의 장은 관련 사실을 조사한 후 대통령령으로 정하는 바에 따라 그 요건과 관련된 사실을 확인하여 국가보훈처장에게 통보하여야 한다. <개정 2009. 2. 6., 2011. 9. 15.>

④ 국가보훈처장은 제3항 전단에 따라 국가유공자, 그 유족 또는 가족에 해당하는 사람으로 결정할 때에는 제74조의5에 따른 보훈심사위원회(이하 "보훈심사위원회"라 한다)의 심의·의결을 거쳐야 한다. 다만, 국가유공자, 그 유족 또는 가족의 요건이 객관적인 사실에 의하여 확인된 경우로서 대통령령으로 정하는 경우에는 보훈심사위원회의 심의·의결을 거치지 아니할 수 있다. <개정 2011. 9. 15.>

⑤ 국가보훈처장은 제4조제1항 각 호(제1호, 제2호 및 제10호는 제외한다)의 어느 하나에 해당하는 적용대상 국가유공자임에도 불구하고 신청 대상자가 없어 등록신청을 할 수 없는 사람에 대해서는 보훈심사위원회의 심의·의결을 거쳐 국가유공자로 기록하고 예우 및 관리를 할 수 있다. <신설 2016. 5. 29.>

⑥ 제1항부터 제4항까지의 규정은 다른 법률에서 이 법의 예우 등을 받도록 규정된 사람에 대하여도 적용한다. <개정 2011. 9. 15., 2016. 5. 29.>

[전문개정 2008. 3. 28.]

[전문개정 2008. 3. 28.]

【법규21】금융소비자 보호에 관한 법률

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "금융상품"이란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 것을 말한다.
   가.「은행법」에 따른 예금 및 대출
   나.「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 금융투자상품
   다.「보험업법」에 따른 보험상품
   라.「상호저축은행법」에 따른 예금 및 대출
   마.「여신전문금융업법」에 따른 신용카드, 시설대여, 연불판매, 할부금융
   바. 그 밖에 가목부터 마목까지의 상품과 유사한 것으로서 대통령령으로 정하는 것
2. "금융상품판매업"이란 이익을 얻을 목적으로 계속적 또는 반복적인 방법으로 하는 행위로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 업(業)을 말한다. 다만, 해당 행위의 성격 및 금융소비자 보호의 필요성을 고려하여 금융상품판매업에서 제외할 필요가 있는 것으로서 대통령령으로 정하는 것은 제외한다.
   가. 금융상품직접판매업: 자신이 직접 계약의 상대방으로서 금융상품에 관한 계약의 체결을 영업으로 하는 것 또는「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」제6조제3항에 따른 투자중개업
   나. 금융상품판매대리·중개업: 금융상품에 관한 계약의 체결을 대리하거나 중개하는 것을 영업으로 하는 것
3. "금융상품판매업자"란 금융상품판매업을 영위하는 자로서 대통령령으로 정하는 금융 관계 법률(이하 "금융관계법률"이라 한다)에서 금융상품판매업에 해당하는 업무에 대하여 인허가 또는 등록을 하도록 규정한 경우에 해당 법률에 따른 인허가를 받거나 등록을 한 자(금융관계법률에서 금융상품판매업에 해당하는 업무에 대하여 해당 법률에 따른 인허가를 받거나 등록을 하지 아니하여도 그 업무를 영위할 수 있도록 규정한 경우에는 그 업무를 영위하는 자를 포함한다) 및 제12조제1항에 따라 금융상품판매업의 등록을 한 자를 말하며, 다음 각 목에 따라 구분한다.
   가. 금융상품직접판매업자: 금융상품판매업자 중 금융상품직접판매업을 영위하는 자
   나. 금융상품판매대리·중개업자: 금융상품판매업자 중 금융상품판매대리·중개업을 영위하는 자
4. "금융상품자문업"이란 이익을 얻을 목적으로 계속적 또는 반복적인 방법으로 금융상품의 가치 또는 취득과 처분결정에 관한 자문(이하 "금융상품자문"이라 한다)에 응하는 것을 말한다. 다만, 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 것은 제외한다.
   가. 불특정 다수인을 대상으로 발행되거나 송신되고, 불특정 다수인이 수시로 구입하거나 수신할 수 있는 간행물·출판물·통신물 또는 방송 등을 통하여 조언을 하는 것
   나. 그 밖에 변호사, 변리사, 세무사가 해당 법률에 따라 자문업무를 수행하는 경우 등 해당 행위의 성격 및 금융소비자 보호의 필요성을 고려하여 금융상품자문업에서 제외할 필요가 있는 것으로서 대통령령으로 정하는 것
5. "금융상품자문업자"란 금융상품자문업을 영위하는 자로서 금융관계법률에서 금융상품자문업에 해당하는 업무에 대하여 인허가 또는 등록을 하도록 규정한 경우에 해당 법률에 따른 인허가를 받거나 등록을 한 자 및 제12조제1항에 따라 금융상품자문업의 등록을 한 자를 말한다.
6. "금융회사"란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 회사를 말한다.
   가.「은행법」에 따른 은행(「중소기업은행법」 제3조제3항,「한국산업은행법」 제3조제1항,「신용협동조합법」 제6조제3항,「농업협동조합법」 제161조의11제8항,「수산업협동조합법」 제141조의4제2항,「상호저축은행법」 제36조제4항에 따라「은행법」의 적용을 받는 중소기업은행, 한국산업은행, 신용협동조합중앙회의 신용사업 부문, 농협은행, 수협은행 및 상호저축은행중앙회를 포함한다. 이하 같다)
   나.「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제8조에 따른 투자매매업자, 투자중개업자, 투자자문업

자, 투자일임업자, 신탁업자 또는 같은 법 제336조에 따른 종합금융회사

다.「보험업법」에 따른 보험회사(「농업협동조합법」 제161조의12제1항에 따른 농협생명보험 및 농협손해보험을 포함한다. 이하 같다)

라.「상호저축은행법」에 따른 상호저축은행

마.「여신전문금융업법」에 따른 여신전문금융회사

바. 그 밖에 가목부터 마목까지의 자와 유사한 자로서 금융소비자 보호의 필요성을 고려하여 대통령령으로 정하는 자

7. "금융회사등"이란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 자를 말한다.

가. 금융회사

나.「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제51조제9항에 따른 투자권유대행인

다.「보험업법」 제2조제9호에 따른 보험설계사

라.「보험업법」 제2조제10호에 따른 보험대리점

마.「보험업법」 제2조제11호에 따른 보험중개사

바.「여신전문금융업법」 제2조제16호에 따른 겸영여신업자

사.「여신전문금융업법」 제14조의2제1항제2호에 따른 모집인

아. 그 밖에 가목부터 사목까지의 자와 유사한 자로서 금융소비자 보호의 필요성을 고려하여 대통령령으로 정하는 자

8. "금융소비자"란 금융상품에 관한 계약의 체결 또는 계약 체결의 권유를 하거나 청약을 받는 것(이하 "금융상품계약체결등"이라 한다)에 관한 금융상품판매업자의 거래상대방 또는 금융상품자문업자의 자문업무의 상대방인 전문금융소비자 또는 일반금융소비자를 말한다.

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

가. 국가

나.「한국은행법」에 따른 한국은행

다. 대통령령으로 정하는 금융회사

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

마. 그 밖에 금융상품의 유형별로 대통령령으로 정하는 자

10. "일반금융소비자"란 전문금융소비자가 아닌 금융소비자를 말한다.

제19조(설명의무)

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

1. 다음 각 목의 구분에 따른 사항

가. 보장성 상품

1) 보장성 상품의 내용

2) 보험료(공제료를 포함한다. 이하 같다)

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

4) 위험보장의 범위

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

나. 투자성 상품

1) 투자성 상품의 내용

2) 투자에 따른 위험

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

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

다. 예금성 상품

1) 예금성 상품의 내용

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

라. 대출성 상품

1) 금리 및 변동 여부, 중도상환수수료(금융소비자가 대출만기일이 도래하기 전 대출금의 전부 또는 일부를 상환하는 경우에 부과하는 수수료를 의미한다. 이하 같다) 부과 여부·기간 및 수수료율 등 대출성 상품의 내용

2) 상환방법에 따른 상환금액·이자율·시기

3) 저당권 등 담보권 설정에 관한 사항, 담보권 실행사유 및 담보권 실행에 따른 담보목적물의 소유권 상실 등 권리변동에 관한 사항

4) 대출원리금, 수수료 등 금융소비자가 대출계약을 체결하는 경우 부담하여야 하는 금액의 총액

5) 그 밖에 대출계약의 해지에 관한 사항 등 대출성 상품에 관한 중요한 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항

2. 제1호 각 목의 금융상품과 연계되거나 제휴된 금융상품 또는 서비스 등(이하 "연계·제휴서비스등"이라 한다)이 있는 경우 다음 각 목의 사항

가. 연계·제휴서비스등의 내용

나. 연계·제휴서비스등의 이행책임에 관한 사항

다. 그 밖에 연계·제휴서비스등의 제공기간 등 연계·제휴서비스등에 관한 중요한 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항

3. 제46조에 따른 청약 철회의 기한·행사방법·효과에 관한 사항

4. 그 밖에 금융소비자 보호를 위하여 대통령령으로 정하는 사항

② 금융상품판매업자등은 제1항에 따른 설명에 필요한 설명서를 일반금융소비자에게 제공하여야 하며, 설명한 내용을 일반금융소비자가 이해하였음을 서명, 기명날인, 녹취 또는 그 밖에 대통령령으로 정하는 방법으로 확인을 받아야 한다. 다만, 금융소비자 보호 및 건전한 거래질서를 해칠 우려가 없는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우에는 설명서를 제공하지 아니할 수 있다.

③ 금융상품판매업자등은 제1항에 따른 설명을 할 때 일반금융소비자의 합리적인 판단 또는 금융상품의 가치에 중대한 영향을 미칠 수 있는 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항을 거짓으로 또는 왜곡(불확실한 사항에 대하여 단정적 판단을 제공하거나 확실하다고 오인하게 할 소지가 있는 내용을 알리는 행위를 말한다)하여 설명하거나 대통령령으로 정하는 중요한 사항을 빠뜨려서는 아니 된다.

④ 제2항에 따른 설명서의 내용 및 제공 방법·절차에 관한 세부내용은 대통령령으로 정한다.

제46조(청약의 철회)

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

1. 보장성 상품: 일반금융소비자가 「상법」 제640조에 따른 보험증권을 받은 날부터 15일과 청약을 한 날부터 30일 중 먼저 도래하는 기간

2. 투자성 상품, 금융상품자문: 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 날부터 7일

가. 제23조제1항 본문에 따라 계약서류를 제공받은 날

나. 제23조제1항 단서에 따른 경우 계약체결일

3. 대출성 상품: 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 날[다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 날보다 계약에 따른 금전·재화·용역(이하 이 조에서 "금전·재화등"이라 한다)의 지급이 늦게 이루어진 경우에는 그 지급일]부터 14일

가. 제23조제1항 본문에 따라 계약서류를 제공받은 날

나. 제23조제1항 단서에 따른 경우 계약체결일

② 제1항에 따른 청약의 철회는 다음 각 호에서 정한 시기에 효력이 발생한다.

1. 보장성 상품, 투자성 상품, 금융상품자문: 일반금융소비자가 청약의 철회의사를 표시하기 위하여 서면(대통령령으로 정하는 방법에 따른 경우를 포함한다. 이하 이 절에서 "서면등"이라 한다)을 발송한 때

2. 대출성 상품: 일반금융소비자가 청약의 철회의사를 표시하기 위하여 서면등을 발송하고, 다음 각 목의 금전·재화등(이미 제공된 용역은 제외하며, 일정한 시설을 이용하거나 용역을 제공받을 수 있는 권리를 포함한다. 이하 이 항에서 같다)을 반환한 때

가. 이미 공급받은 금전·재화등

나. 이미 공급받은 금전과 관련하여 대통령령으로 정하는 이자

다. 해당 계약과 관련하여 금융상품판매업자등이 제3자에게 이미 지급한 수수료 등 대통령령으로 정하는 비용

③ 제1항에 따라 청약이 철회된 경우 금융상품판매업자등이 일반금융소비자로부터 받은 금전·재화등의 반환은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 방법으로 한다.

1. 보장성 상품: 금융상품판매업자등은 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 이미 받은 금전·재화등을 반환하고, 금전·재화등의 반환이 늦어진 기간에 대하여는 대통령령으로 정하는 바에 따라 계산한 금액을 더하여 지급할 것

2. 투자성 상품, 금융상품자문: 금융상품판매업자등은 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 이미 받은 금전·재화등을 반환하고, 금전·재화등의 반환이 늦어진 기간에 대해서는 대통령령으로 정하는 바에 따라 계산한 금액을 더하여 지급할 것. 다만, 대통령령으로 정하는 금액 이내인 경우에는 반환하지 아니할 수 있다.

3. 대출성 상품: 금융상품판매업자등은 일반금융소비자로부터 제2항제2호에 따른 금전·재화등, 이자 및 수수료를 반환받은 날부터 3영업일 이내에 일반금융소비자에게 대통령령으로 정하는 바에 따라 해당 대출과 관련하여 일반금융소비자로부터 받은 수수료를 포함하여 이미 받은 금전·재화등을 반환하고, 금전·재화등의 반환이 늦어진 기간에 대해서는 대통령령으로 정하는 바에 따라 계산한 금액을 더하여 지급할 것

④ 제1항에 따라 청약이 철회된 경우 금융상품판매업자등은 일반금융소비자에 대하여 청약의 철회에 따른 손해배상 또는 위약금 등 금전의 지급을 청구할 수 없다.

⑤ 보장성 상품의 경우 청약이 철회된 당시 이미 보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 청약 철회의 효력은 발생하지 아니한다. 다만, 일반금융소비자가 보험금의 지급사유가 발생했음을 알면서 청약을 철회한 경우에는 그러하지 아니하다.

⑥ 제1항부터 제5항까지의 규정에 반하는 특약으로서 일반금융소비자에게 불리한 것은 무효로 한다.

⑦ 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 청약 철회권의 행사 및 그에 따른 효과 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

[시행일 : 2021. 9. 25.]

제47조(위법계약의 해지)

① 금융소비자는 금융상품판매업자등이 제17조제3항, 제18조제2항, 제19조제1항·제3항, 제20조제1항 또는 제21조를 위반하여 대통령령으로 정하는 금융상품에 관한 계약을 체결한 경우 5년 이내의 대통령령으로 정하는 기간 내에 서면등으로 해당 계약의 해지를 요구할 수 있다. 이 경우 금융상품판매업자등은 해지를 요구받은 날부터 10일 이내에 금융소비자에게 수락여부를 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 한다.

② 금융소비자는 금융상품판매업자등이 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있다.

③ 제1항 및 제2항에 따라 계약이 해지된 경우 금융상품판매업자등은 수수료, 위약금 등 계약의 해지와 관련된 비용을 요구할 수 없다.

④ 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 계약의 해지요구권의 행사요건, 행사범위 및 정당한 사유 등과 관련하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

[시행일 : 2021. 9. 25.] 제47조 중 금융상품자문업자 관련 부분

【법규22】금융소비자 보호에 관한 법률 시행령

제13조(설명의무)

① 법 제19조제1항제1호가목5)에서 "대통령령으로 정하는 사항"이란 다음 각 호의 사항을 말한다.

1. 위험보장 기간
2. 계약의 해지·해제
3. 보험료의 감액 청구
4. 보험금 또는 해약환급금의 손실 발생 가능성
5. 그 밖에 제1호부터 제4호까지의 사항에 준하는 것으로서 금융위원회가 정하여 고시하는 사항

② 법 제19조제1항제1호나목3)에서 "대통령령으로 정하는 투자성 상품"이란 다음 각 호의 금융상품을 제외한 투자성 상품을 말한다.

1. 연계투자
2. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제103조제1항제2호부터 제7호까지의 규정에 따른 신탁계약

③ 법 제19조제1항제1호나목3)에 따라 금융상품직접판매업자가 위험등급을 정하는 경우에는 금융위원회가 정하여 고시하는 바에 따라 다음 각 호의 사항을 고려해야 한다.

1. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 기초자산(이하 "기초자산"이라 한다)의 변동성
2. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 신용등급
3. 금융상품 구조의 복잡성
4. 최대 원금손실 가능금액
5. 그 밖에 제1호부터 제4호까지의 사항에 준하는 것으로서 금융위원회가 정하여 고시하는 사항

④ 법 제19조제1항제1호나목4)에서 "대통령령으로 정하는 사항"이란 다음 각 호의 사항(연계투자는 제4호만 해당한다)을 말한다.

1. 금융소비자가 부담해야 하는 수수료
2. 계약의 해지·해제
3. 증권의 환매(還買) 및 매매
4. 「온라인투자연계금융업 및 이용자 보호에 관한 법률」 제22조제1항 각 호의 정보
5. 그 밖에 제1호부터 제4호까지의 사항에 준하는 것으로서 금융위원회가 정하여 고시하는 사항

⑤ 법 제19조제1항제1호다목2)에서 "대통령령으로 정하는 사항"이란 다음 각 호의 사항을 말한다.

1. 이자율(만기 후 적용되는 이자율을 포함한다) 및 산출근거
2. 수익률 및 산출근거
3. 계약의 해지·해제
4. 이자·수익의 지급시기 및 지급제한 사유
5. 그 밖에 제1호부터 제4호까지의 사항에 준하는 것으로서 금융위원회가 정하여 고시하는 사항

⑥ 법 제19조제1항제1호라목5)에서 "대통령령으로 정하는 사항"이란 다음 각 호의 사항을 말한다.

1. 계약의 해지·해제
2. 신용에 미치는 영향
3. 원리금 납부 연체에 따른 연체 이자율 및 그 밖의 불이익
4. 계약기간 및 그 연장에 관한 사항
5. 그 밖에 제1호부터 제4호까지의 사항에 준하는 것으로서 금융위원회가 정하여 고시하는 사항

⑦ 법 제19조제1항제2호다목에서 "대통령령으로 정하는 사항"이란 다음 각 호의 사항을 말한다.

1. 연계·제휴서비스등(금융상품과 연계되거나 제휴된 금융상품 또는 서비스 등을 말한다. 이하 같다)의 제공기간
2. 연계·제휴서비스등의 변경·종료에 대한 사전통지

⑧ 법 제19조제1항제4호에서 "대통령령으로 정하는 사항"이란 다음 각 호의 사항을 말한다.

1. 민원처리 및 분쟁조정 절차

2.「예금자보호법」 등 다른 법률에 따른 보호 여부(대출성 상품은 제외한다)

3. 그 밖에 일반금융소비자의 의사결정 지원 또는 권익보호를 위해 필요한 것으로서 금융위원회가 정하여 고시하는 사항

⑨ 법 제19조제3항에서 "대통령령으로 정하는 사항" 및 "대통령령으로 정하는 중요한 사항"이란 각각 같은 조 제1항 각 호의 구분에 따른 사항을 말한다.

제38조(위법계약의 해지)

① 법 제47조제1항 전단에서 "대통령령으로 정하는 금융상품"이란 금융소비자와 금융상품직접판매업자 또는 금융상품자문업자 간 계속적 거래가 이루어지는 금융상품 중 금융위원회가 정하여 고시하는 금융상품을 말한다.

② 법 제47조제1항 전단에서 "대통령령으로 정하는 기간"이란 금융소비자가 계약 체결에 대한 위반사항을 안 날부터 1년 이내의 기간을 말한다. 이 경우 해당 기간은 계약체결일부터 5년 이내의 범위에 있어야 한다.

③ 금융소비자는 법 제47조제1항 전단에 따라 계약의 해지를 요구하려는 경우 금융위원회가 정하여 고시하는 해지요구서에 위반사항을 증명하는 서류를 첨부하여 금융상품직접판매업자 또는 금융상품자문업자에게 제출해야 한다. 이 경우 「자동차손해배상 보장법」에 따른 책임보험에 대해 해지 요구를 할 때에는 동종의 다른 책임보험에 가입해 있어야 한다.

④ 법 제47조제2항에 따른 정당한 사유의 범위는 다음 각 호와 같다.

1. 위반사실에 대한 근거를 제시하지 않거나 거짓으로 제시한 경우

2. 계약 체결 당시에는 위반사항이 없었으나 금융소비자가 계약 체결 이후의 사정변경에 따라 위반사항을 주장하는 경우

3. 금융소비자의 동의를 받아 위반사항을 시정한 경우

4. 그 밖에 제1호부터 제3호까지의 경우에 준하는 것으로서 금융위원회가 정하여 고시하는 경우

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

[시행일 : 2021. 9. 25.] 제38조 중 금융상품자문업자에 관한 부분

【법규23】금융소비자 보호에 관한 감독규정

[별표 3] 설명 사항(제12조제1항 및 제4항 관련)

1. 보장성 상품: 다음 각 목의 사항

가. 주된 위험보장사항・부수적인 위험보장사항 및 각각의 보험료・보험금

나. 보험료 납입기간

다. 해약을 하거나 만기에 이른 경우에 각각 금융소비자에 돌려주어야 하는 금액(이하 "환급금"이라 한다) 및 산출근거. 이 경우 그 금액이 이미 납부한 보험료보다 적거나 없을 수 있다는 사실을 함께 설명해야 한다.

라. 일반금융소비자 또는 피보험자가「상법」제651조에 따른 고지의무 및 같은 법 제652조에 따른 통지의무를 각각 위반한 경우에 금융상품직접판매업자가 계약을 해지할 수 있다는 사실

마. 보험금(공제금을 포함한다. 이하 같다)을 지급받는 자를 일반금융소비자가 지정할 수 있는지 여부(보험금을 지급받는 자를 지정할 수 있는 경우에는 지정방법을 포함한다)

바. 다음의 구분에 따른 사항

1) 영 제11조제1항제1호 각 목의 금융상품

가) 만기에 일정한 금액 이상을 제공한다는 사실을 보장하는 계약인 경우에도 일반금융소비자가 중도에 해지를 하는 경우에 그 금액을 제공하지 못할 수 있다는 사실

나) 금융상품의 구조 및 자산운용 방식

2)「보험업법 시행령」제30조제1항에 따른 간단손해보험대리점이 취급하는 보장성 상품: 판매・제공 또는 중개하는 재화 또는 용역의 매매와 별도로 일반금융소비자가 보장성 상품에 관한 계약을 체결 또는 취소할 수 있거나 그 계약의 피보험자가 될 수 있는 권리가 보장된다는 사실

3) 피보험자가 생존 시 금융상품직접판매업자가 지급하는 보험금의 합계액이 일반금융소비자가 이미 납입한 보험료(공제료를 포함한다. 이하 같다)를 초과하는 보장성 상품: 다음의 사항

가) 일반금융소비자가 적용받을 수 있는 이자율(이하 "적용이율"이라 한다) 및 산출기준

나) 보험료 중 사업비(계약을 체결・관리하는데 사용된 금액을 말한다. 이하 이 조에서 같다) 등을 뺀 일부 금액만 특별계정에서 운영되거나 적용이율이 적용된다는 사실 및 그 사업비 금액(적용이율이 고정되지 않는 계약에 한정한다)

4) 65세 이상을 보장하는 실손의료보험 및 이에 준하는 공제: 65세 시점의 예상보험료 및 보험료의 지속납입에 관한 사항

5) 해약환급금(금융소비자가 계약의 해지를 요구하여 계약이 해지된 경우에 금융상품판매업자가 금융소비자에게 환급해주는 금액을 말한다. 이하 같다)이 지급되지 않는 보장성 상품: 위험보장 내용이 동일하지만 해약환급금이 지급될 수 있는 다른 보장성 상품

6) 일반금융소비자에 배당이 지급되는 보장성 상품: 배당에 관한 사항

7) 계약 종료 이후 금융소비자가 청약에 필요한 사항을 금융상품직접판매업자에 알리지 않고 해당 금융상품에 관한 계약을 다시 체결할 수 있는 보장성 상품: 가입조건 및 보장내용 등의 변경에 관한 사항

사. 그 밖에 보통의 주의력을 가진 일반적인 금융소비자가 오해하기 쉬워 민원이 빈발하는 사항 등 보험금 지급 등 서비스 제공과 관하여 일반금융소비자가 특히 유의해야할 사항

2. 투자성 상품: 다음 각 목의 구분에 따른 사항

가. 투자성 상품(연계투자 및「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」제9조제29항에 따른 전문투자형 사모집합투자기구의 집합투자증권은 제외한다)

1) 계약기간

2) 금융상품의 구조

3) 기대수익(객관적・합리적인 근거가 있는 경우에 한정한다). 이 경우 객관적・합리적인 근거를 포함하여 설명해야 한다.

4) 손실이 발생할 수 있는 상황(최대 손실이 발생할 수 있는 상황을 포함한다) 및 그에 따른 손실 추정액. 이 경우, 객관적·합리적인 근거를 포함하여 설명해야 한다.

5) 위험등급에 관한 다음의 사항

가) 해당 위험등급으로 정해진 이유

나) 해당 위험등급의 의미 및 유의사항

6) 계약상 만기에 이르기 전에 일정 요건이 충족되어 계약이 종료되는 금융상품의 경우 그 요건에 관한 사항

나.「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」제9조제29항에 따른 전문투자형 사모집합투자기구의 집합투자증권: 다음의 사항

1) 기본정보

가) 집합투자기구의 명칭

나) 집합투자업자의 명칭

다) 판매회사, 수탁회사 및 사무관리회사의 명칭

라) 집합투자기구의 종류

마) 집합투자기구의 최소투자금액 및 만기일자

바) 판매일정, 환매일정, 결산 및 이익분배

2) 집합투자기구에 관한 사항

가) 집합투자기구의 투자전략

나) 집합투자기구의 주요 투자대상자산

다) 투자구조 및 최종 기초자산(다른 집합투자증권이 편입되는 경우에만 적용한다)

라) 레버리지(차입 등) 한도

마) 여유자금의 운용방법

바) 집합투자재산의 평가 및 기준가 산정 방법

사) 보수 및 수수료에 관한 사항

3) 집합투자기구의 위험에 관한 사항

가) 위험등급 및 관련 세부설명

나) 위험요소

다) 유동성 리스크 및 관리방안

4) 집합투자기구의 환매에 관한 사항(환매방법, 환매수수료를 포함한다)

【법규24】산업재해보상보험법

제5조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다. <개정 2010. 1. 27., 2010. 5. 20., 2010. 6. 4., 2012. 12. 18., 2017. 10. 24., 2018. 6. 12., 2020. 5. 26.>

1. "업무상의 재해"란 업무상의 사유에 따른 근로자의 부상·질병·장해 또는 사망을 말한다.
2. "근로자"·"임금"·"평균임금"·"통상임금"이란 각각 「근로기준법」에 따른 "근로자"·"임금"·"평균임금"·"통상임금"을 말한다. 다만, 「근로기준법」에 따라 "임금" 또는 "평균임금"을 결정하기 어렵다고 인정되면 고용노동부장관이 정하여 고시하는 금액을 해당 "임금" 또는 "평균임금"으로 한다.
3. "유족"이란 사망한 사람의 배우자(사실상 혼인 관계에 있는 사람을 포함한다. 이하 같다)·자녀·부모·손자녀·조부모 또는 형제자매를 말한다.
4. "치유"란 부상 또는 질병이 완치되거나 치료의 효과를 더 이상 기대할 수 없고 그 증상이 고정된 상태에 이르게 된 것을 말한다.
5. "장해"란 부상 또는 질병이 치유되었으나 정신적 또는 육체적 훼손으로 인하여 노동능력이 상실되거나 감소된 상태를 말한다.
6. "중증요양상태"란 업무상의 부상 또는 질병에 따른 정신적 또는 육체적 훼손으로 노동능력이 상실되거나 감소된 상태로서 그 부상 또는 질병이 치유되지 아니한 상태를 말한다.
7. "진폐"(塵肺)란 분진을 흡입하여 폐에 생기는 섬유증식성(纖維增殖性) 변화를 주된 증상으로 하는 질병을 말한다.
8. "출퇴근"이란 취업과 관련하여 주거와 취업장소 사이의 이동 또는 한 취업장소에서 다른 취업장소로의 이동을 말한다.

제37조(업무상의 재해의 인정 기준)

① 근로자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사유로 부상·질병 또는 장해가 발생하거나 사망하면 업무상의 재해로 본다. 다만, 업무와 재해 사이에 상당인과관계(相當因果關係)가 없는 경우에는 그러하지 아니하다. <개정 2010. 1. 27., 2017. 10. 24., 2019. 1. 15.>

1. 업무상 사고
   가. 근로자가 근로계약에 따른 업무나 그에 따르는 행위를 하던 중 발생한 사고
   나. 사업주가 제공한 시설물 등을 이용하던 중 그 시설물 등의 결함이나 관리소홀로 발생한 사고
   다. 삭제 <2017. 10. 24.>
   라. 사업주가 주관하거나 사업주의 지시에 따라 참여한 행사나 행사준비 중에 발생한 사고
   마. 휴게시간 중 사업주의 지배관리하에 있다고 볼 수 있는 행위로 발생한 사고
   바. 그 밖에 업무와 관련하여 발생한 사고
2. 업무상 질병
   가. 업무수행 과정에서 물리적 인자(因子), 화학물질, 분진, 병원체, 신체에 부담을 주는 업무 등 근로자의 건강에 장해를 일으킬 수 있는 요인을 취급하거나 그에 노출되어 발생한 질병
   나. 업무상 부상이 원인이 되어 발생한 질병
   다. 「근로기준법」 제76조의2에 따른 직장 내 괴롭힘, 고객의 폭언 등으로 인한 업무상 정신적 스트레스가 원인이 되어 발생한 질병
   라. 그 밖에 업무와 관련하여 발생한 질병
3. 출퇴근 재해
   가. 사업주가 제공한 교통수단이나 그에 준하는 교통수단을 이용하는 등 사업주의 지배관리하에서 출퇴근하는 중 발생한 사고
   나. 그 밖에 통상적인 경로와 방법으로 출퇴근하는 중 발생한 사고

② 근로자의 고의·자해행위나 범죄행위 또는 그것이 원인이 되어 발생한 부상·질병·장해 또는 사

망은 업무상의 재해로 보지 아니한다. 다만, 그 부상·질병·장해 또는 사망이 정상적인 인식능력 등이 뚜렷하게 낮아진 상태에서 한 행위로 발생한 경우로서 대통령령으로 정하는 사유가 있으면 업무상의 재해로 본다. <개정 2020. 5. 26.>

③ 제1항제3호나목의 사고 중에서 출퇴근 경로 일탈 또는 중단이 있는 경우에는 해당 일탈 또는 중단 중의 사고 및 그 후의 이동 중의 사고에 대하여는 출퇴근 재해로 보지 아니한다. 다만, 일탈 또는 중단이 일상생활에 필요한 행위로서 대통령령으로 정하는 사유가 있는 경우에는 출퇴근 재해로 본다. <신설 2017. 10. 24.>

④ 출퇴근 경로와 방법이 일정하지 아니한 직종으로 대통령령으로 정하는 경우에는 제1항제3호나목에 따른 출퇴근 재해를 적용하지 아니한다. <신설 2017. 10. 24.>

⑤ 업무상의 재해의 구체적인 인정 기준은 대통령령으로 정한다. <개정 2017. 10. 24.>

[2017. 10. 24. 법률 제14933호에 의하여 2016. 9. 29. 헌법재판소에서 헌법불합치 결정된 이 조 제1항제1호다목을 삭제함.]

제47조(진료계획의 제출)

① 산재보험 의료기관은 제41조 또는 제91조의5에 따라 요양급여를 받고 있는 근로자의 요양기간을 연장할 필요가 있는 때에는 그 근로자의 부상·질병 경과, 치료예정기간 및 치료방법 등을 적은 진료계획을 대통령령으로 정하는 바에 따라 공단에 제출하여야 한다. <개정 2010. 5. 20., 2020. 5. 26.>

② 공단은 제1항에 따라 제출된 진료계획이 적절한지를 심사하여 산재보험 의료기관에 대하여 치료기간의 변경을 명하는 등 대통령령으로 정하는 필요한 조치(이하 "진료계획 변경 조치등"이라 한다)를 할 수 있다.

제47조(운동기능장해의 측정)

① 비장해인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역은 별표 4와 같다. <개정 2020. 1. 10.>

② 운동기능장해의 정도는 미국의학협회(AMA, American Medical Association)식 측정 방법 중 공단이 정하는 방법으로 측정한 해당 근로자의 신체 각 관절의 운동가능영역과 별표 4의 평균 운동가능영역을 비교하여 판정한다. 다만, 척주의 운동가능영역은 그러하지 아니하다. <개정 2019. 10. 15.>

③ 제2항에 따라 해당 근로자의 신체 각 관절의 운동가능영역을 측정할 때에는 다음 각 호의 구분에 따른 방법으로 한다. <신설 2016. 3. 28., 2019. 10. 15.>

1. 강직, 오그라듦, 신경손상 등 운동기능장해의 원인이 명확한 경우: 근로자의 능동적 운동에 의한 측정방법
2. 운동기능장해의 원인이 명확하지 아니한 경우: 근로자의 수동적 운동에 의한 측정방법