삼성

인터넷 급여 실손의료비보장보험(2605)[계약전환용](갱신형,무배당)

(비급여특약 포함)

보험약관 [2026년 9월 23일 개정약관]

※ 이 약관은 금융소비자보호에 관한 법률 등 관계법령 및 금융소비자보호 내부통제기준에 따른 절차를 거쳐 제공됩니다.

삼성생명

진심으로 깊은 감사의 말씀을 드립니다.

삼성생명은 「보험은 사랑」이라는 컨셉 아래
고객의 사랑이 평생 이어지도록 든든한 힘이 되고자
최선을 다하고 있습니다.

오늘의 삼성생명이 있기까지 한결같이 성원해 주신
고객 여러분에게 다시 한번 깊이 감사드리며,
언제 어디서나 고객이 있는 곳에는
삼성생명이 함께 하는 고객 여러분의
'신뢰받는 삶의 동반자'가 될 수 있도록
더욱 노력할 것을 약속드립니다.

앞으로도 애정 어린 관심과 성원을 부탁드리며
고객님의 가정에 사랑과 행복이 가득하시기를
기원합니다.

약관을 쉽게 이용할 수 있는

약관 이용가이드 북

01 보험 약관이란?

보험약관은 가입하신 보험계약의 내용 및 조건 등을 미리 정하여 놓은 계약조항으로 **보험계약자**와 **보험회사**의 **권리 및 의무**를 규정하고 있습니다.

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

02 한 눈에 보는 약관의 구성

약관 이용 가이드북		약관을 쉽게 잘 이용할 수 있도록 약관의 구성, 쉽게 찾는 방법 등의 내용을 담은 지침서
약관 요약서		약관을 쉽게 이해할 수 있도록 계약 주요내용 및 유의사항 등을 시각적 방법을 이용하여 간단하게 요약한 설명서
보험약관 (주계약 & 특약)	주계약 약관	기본계약의 내용과 특약에 준용되는 공통 사항을 정한 기본약관
	특약 약관	주계약 약관에 정한 사항 외 선택 가입한 보장내용 등 필요한 사항을 정한 약관
용어해설 및 색인등		약관 이해를 돕기 위한 어려운 법률 · 보험용어의 해설, 관련 법규 등을 소비자에게 안내

03 QR 코드를 통한 편리한 정보 이용

QR(Quick Response)코드란?
스마트폰으로 해당 QR코드를 **스캔**하시면 상세내용 등을 손쉽게 안내받을 수 있습니다.

약관해설 영상	보험금 지급절차	전국 지점

04 약관의 핵심 체크항목 쉽게 찾기 (주계약 약관 기준)

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

1. **보험금 지급사유 및 지급 제한 사유**
   제3조(보상내용)
   제4조(보상하지 않는 사항)
   제4조의2('기본형 실손의료비보장보험'에서 보상하지 않는 사항)
   ※ 본인이 가입한 특약을 확인하여 가입 특약별 보험금 지급사유 및 지급 제한 사유도 반드시 확인하시기 바랍니다.

2. **청약철회**
   제17조(청약의 철회)

3. **계약취소**
   제18조(약관교부 및 설명의무 등)

4. **계약무효**
   제19조(계약의 무효)

5. **계약 전 알릴의무 및 위반효과**
   제12조(계약 전 알릴 의무)
   제14조(알릴 의무 위반의 효과)

6. **계약 후 알릴의무 및 위반효과**
   제 13 조(상해보험계약 후 알릴 의무)
   제 14 조(알릴 의무 위반의 효과)

7. **보험료 연체 및 해지**
   제27조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

8. **부활(효력회복)**
   제 28 조(보험료의 납입연체로 인해 해지된 계약의 부활(효력회복))

9. **해약환급금**
   제31조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권)
   제34조(해약환급금)

10. **보험계약대출**
    제 35 조(보험계약대출)

05 약관을 쉽게 이용할 수 있는 꿀팁

아래 **6가지 꿀팁**을 활용하시면 약관을 보다 쉽고 편리하게 이용할 수 있습니다.

1. 시각화된 **'약관요약서'**를 활용하시면 계약 일반사항, 가입시 유의사항, 민원사례 등 약관을 보다 쉽게 이해할 수 있습니다. — 약관요약서

2. 약관 이용가이드북의 **'약관 핵심 체크항목 쉽게 찾기'**를 이용하시면 약관 내용 중 핵심적인 권리 및 의무관계를 보다 쉽게 찾을 수 있습니다. — 약관 이용가이드북

3. **'목차'**를 활용하시면 주계약에 부가할 수 있는 특약 중 실제 **가입한 특약 약관**을 쉽게 찾을 수 있습니다. — 목차

4. 약관 내용 중 어려운 보험용어는 주요 용어 해설의 **용어해설, 약관본문 Box안의 예시** 등을 참고하시면 약관 이해에 도움이 됩니다. — 주요 용어 해설

5. 스마트폰으로 약관 이용가이드북의 **QR코드**를 인식하시면 약관 해설 동영상, 보험금 지급절차, 전국 지점 등을 안내 받을 수 있습니다. — 약관 이용가이드북

6. **'인용된 법령 내용'**을 활용하시면 약관에서 인용한 법률 조항 및 규정을 자세히 알 수 있습니다. — 인용된 법령 내용

06 기타 문의 사항

※ 당사 홈페이지(www.samsunglife.com) **상품공시실**에 상품요약서와 보험약관이 공시되어 있으니, 가입하신 보험상품 내용이 궁금하거나 약관을 분실하였을 경우 편리하게 이용하시기 바랍니다.
당사 홈페이지 고객상담 코너에서 계약변경, 보험금 청구시 구비서류 등을 조회할 수 있으며, 홈페이지 MY 삼성생명, 콜센터(1588-3114)를 이용하시면 편리하게 다음의 업무를 보실 수 있습니다.

▣ MY삼성생명 — 계약조회, 기본계약사항, 보장내용조회, 보험계약대출, 자동이체 조회/변경, 계약변경, 계약금액 감액, 변액보험 펀드변경, 보험료 납입 등

※ MY 삼성생명을 이용하시기 위해서는 가까운 삼성생명 고객플라자에 신분증, 본인명의 은행통장을 지참하시고 방문하여 MY 삼성생명 등록신청(최초 1 회)을 하셔야 합니다.

☎ 콜센터
1588-3114

자동이체신청, 변경, 해지, 보험료 납입신청, 청약철회 접수, 품질보증접수, 보험계약대출신청, 각종 상담문의 등

※ 콜센터로 전화주시면 한번에 모든 업무를 해결할 수 있는 One-Call-Service를 이용하실 수 있으며, ARS를 이용한 조회업무는 24시간 이용이 가능합니다.

▣ E-mail 서비스

고객님의 E-mail을 등록하시면 자동이체 입금결과, 보험계약대출내역 등을 알려드릴 뿐만 아니라 생활에 필요한 건강정보 등을 받아보실 수 있습니다. E-mail 서비스는 삼성생명 콜센터, 담당 보험설계사, 고객플라자, MY삼성생명 등을 통해서 신청하실 수 있습니다.

※ 보험상품 거래단계별 필요한 금융꿀팁 또는 핵심정보 등은 **금융감독원 금융소비자정보포탈 (FINE, fine.fss.or.kr)**에서 확인 가능합니다.

※ 고객님께서 가입하신 보험계약에 대해 분쟁조정이 필요하거나 보험금 지급처리내용 등에 대해 불만이 있으신 경우에는 금융감독원 민원상담전화 등을 통해 상담을 받거나 분쟁조정 등을 신청할 수 있습니다.

☎ 금융감독원 민원상담전화 : 국번없이 1332

쉽게 이용할 수 있는

약관 요약서

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

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

1 보험계약의 개요

■ 보험회사명 삼성생명보험주식회사

■ 보험상품명 삼성 인터넷 급여 실손의료비보장보험(2605)[계약전환용](갱신형, 무배당)

■ 보험상품의 종목 보장성보험

01 상품의 주요 특징

● 이 상품은 **실제 발생한 의료비를 보상**하는 실손의료보험입니다.

● 급여 의료비(질병급여, 상해급여)는 주계약에서 보장하며, 비급여 의료비의 경우 중증(상해비급여, 질병비급여, 3 대비급여)과 비중증(상해비급여, 질병비급여, 비급여 자기공명영상진단)으로 구분하여 특약에서 보장합니다.
3 대 비급여형은 근골격계 이학요법 치료 · 체외충격파치료, 주사료, 자기공명영상진단을 말합니다.

● 이 상품은 주기적으로 상품내용을 안내하도록 하기 위해 **5 년단위로** 보험설계사 및 보험사를 통해 가입절차를 **다시 진행(재가입)**해야 합니다.

● 최근의 위험률 기준으로 매년 새롭게 산출된 보험료를 납입하는 **보험기간이 1 년인 상품으로,** 매년 나이, 위험률의 변동 등에 따라 **보험료가 변동(특히,인상)됩니다.**

02 '상품명'으로 상품의 특징 이해하기

■ 보험상품명 : 삼성 인터넷 급여 실손의료비보장보험(2605)[계약전환용](갱신형, 무배당)

1) 실손의료비 피보험자의 실제 발생한 의료비를 보상하는 실손 상품입니다.

2) 갱신형 일정 주기로 갱신되며, 갱신 시 연령의 증가, 위험률의 변동 등으로 보험료가 변동(특히,인상)될 수 있는 상품입니다.

3) 무배당 보험계약자에게 배당을 하지 않는 상품입니다.



2 소비자가 반드시 알아두어야 할 유의사항

01 보험금 지급제한사항

이 보험에는 **자기 부담금 차감 및 보험금 지급제한 조건**이 부가되어 있습니다.
아래 내용은 이 보험의 주요 유의사항만을 요약하고 이해를 위해 대표적인 예시를 든 것으로, 반드시 관련 내용을 상품설명서나 약관으로 설명 들으시길 바랍니다.

자기부담금 **차감 후** 지급

자기 부담금 차감

● 이 보험은 보장대상 의료비에 대해 **일정금액 또는 일정비율** 의 자기부담금을 차감하고 보험금을 지급합니다.

◈ **반드시,** 가입하신 계약 약관에서 **자기부담금 차감**을 확인하시기 바랍니다.

구분	담보명	자기부담금 차감 금액
주계약 (질병급여형)	통원 (외래제비용, 외래수술비, 처방조제비)	**병원별 공제금액(1~2 만원)**, 보장대상 의료비의 **20%** 또는 보장대상의료비에 **건강보험** **본인부담률을 곱한 금액** 중 **큰 금액**
비중증 비급여 특약 (질병비급여형)	통원 (외래제비용, 외래수술비, 처방조제비)	**5 만원**과 보장대상 의료비의 **50%** 중 **큰 금액**
중증 비급여 특약 (3 대 비급여형)	근골격계 이학요법치료 · 체외충격파치료, 주사료, 자기공명영상진단	**3 대 비급여 치료 각각에 대해 1 회당** **3 만원**과 보장대상 의료비의 **30%** 중 **큰 금액**
…	…	…

$$* \text{ 건강보험 본인부담률} = \frac{\text{급여 일부 본인부담 항목의 본인부담금 합계 금액}}{\text{급여 일부 본인부담 항목의 본인부담금 합계 금액} + \text{ 급여 공단부담금 합계 금액}}$$

02 해약환급금에 관한 사항

이 계약은 해약환급금이 없습니다. 단 계약이 해지된 시점에 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에 따른 미경과보험료 등이 있는 경우 회사는 이를 계약자에게 지급합니다.

03 갱신시 보험료 인상 가능성



이 보험은 **갱신시 보험료가 변동**되는 **갱신형 보험**입니다.

- 갱신형 주계약 및 특약은 **갱신할 때 마다** 연령의 증가, 위험률 변동 등으로 보험료가 변동(특히, **인상**)될 수 있으니 주의하시기 바랍니다.
- 갱신형 주계약 및 특약은 주계약 명칭 또는 특약명에 **(갱신형)**이라고 명기하고 있습니다.
  * 예시) 중증 비급여 실손의료비보장특약 D[계약전환용](갱신형,무배당)

04 실손보상형 담보 / 실손의료보험



이 보험은 **실제 발생한 의료비를 보상** 하는 **실손의료보험**입니다.

- 동일한 위험을 보장하는 2개 이상의 계약을 **중복 가입** 하더라도 **실제 발생한 손해(비용)를 초과하여 보험금을 지급하지 않습니다.** (중복 가입 시 비례 보상)
- 동일한 위험을 보장하는 여러 개의 실손보상형 담보(또는 실손의료보험)에 가입하여 **불필요하게 보험료를 납입하지 않도록 주의**하시기 바랍니다.

05 기타 소비자가 반드시 알아 두어야 할 상품의 주요 특성



1. 보장성 보험

- 이 보험은 실제 발생한 의료비 보상을 주목적으로 하는 보장성보험이며, **저축이나 연금수령을 목적으로 가입하시기에 적합하지 않습니다.**
- 중도해지 시 **해약환급금**이 **없습니다.** 단, 이 때 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에 따른 **미경과보험료 등을 가산한 금액을** 지급합니다.



2. 예금자보호제도에 관한 사항

- 이 보험계약은 **예금자보호법**에 따라 해약환급금(또는 만기 시 보험금)에 기타지급금을 합한 금액이 **1 인당 "1 억원까지"(본 보험회사의 여타 보호상품과 합산) 보호됩니다. 이와 별도로 본 보험회사 보호상품의 사고보험금을 합산한 금액이 1 인당 "1 억원까지" 보호됩니다.**

다만, 보험계약자 및 보험료납부자가 법인인 보험계약의 경우에는 보호되지 않습니다.

06 기타 보험계약 관련 특히 유의할 사항

1. 갱신 관련

● 보험계약자가 계약의 보험기간 만료일 15 일 전까지 갱신하지 않겠다는 의사표시를 하지 않으면 갱신되며, 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 피보험자의 「최초(재)가입나이 + 보장내용 변경주기」 세 계약해당일의 전일로 합니다.

2. 보장내용 변경주기 관련

● 이 계약의 보장내용 변경주기란 계약의 보장내용이 변경되는 주기를 말하며 5 년으로 합니다. 다만, 재가입시 피보험자의 100 세 계약해당일 전일까지의 남은 기간이 5 년 미만일 경우 그 남은 기간을 보장내용 변경 주기로 합니다.

● 회사는 최초가입시 보험계약자에게 보장내용 변경주기 만료일 이후 재가입할 때 인수조건(재가입가능 최고연령 등)을 설명해야 하고, 이 계약의 재가입 시점에 관련 법령, 금융위원회의 명령, 표준약관 등에 따라 보장내용이 변경될 수 있음을 안내합니다. 특히, 재가입 시점에 보장 보장내용이 축소될 수 있음을 안내합니다.

3. 교차모집 관련 유의사항

● 교차모집의 시행으로 손해보험회사의 보험설계사가 1 개의 생명보험회사를 위하여 모집하거나,
생명보험회사의 보험설계사가 1 개의 손해보험회사를 위하여 모집할 수 있게 되었습니다. 그러므로, 보험계약자는 가입하고자 하는 보험상품이 해당회사의 상품이 맞는지 또는 상품설명서에 기재된 보험설계사의 성명이 실제 모집한 보험설계사와 일치하는지를 반드시 확인하시기 바랍니다.

4 개인실손의료보험 중지 및 재개 특약 관련

● 취직하여 단체실손의료보험에 가입하게 되는 등 개인실손의료보험과 단체실손의료보험에 중복 가입된 경우, 「개인실손의료보험 중지 및 재개 특약」에서 정한 방법에 따라 기존에 가입한 개인실손의료보험을 중지하고, 필요시 재개를 신청할 수 있습니다. 「개인실손의료보험 중지 및 재개 특약」에 따라 개인실손의료보험을 재개하는 경우 중지된 개인실손의료보험으로 재개됩니다. 단, 계약재개시점 기준으로 최초 보장개시일로부터 보장내용 변경 주기를 초과하였거나, 계약자의 요청이 있을 경우 재개 시점에 회사가 판매하는 재개용 개인실손의료보험(단, 재개시점에 회사가 더 이상 개인실손의료보험을 판매하지 않는 경우에는 가장 최근에 판매했던 재개용 개인실손의료보험)으로 재개되며, 이 때 재개되는 개인실손의료보험의 보장범위 등은 중지된 개인실손의료보험과 다를 수 있습니다(특히 보장범위 등이 축소될 수 있습니다).

07 기타 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

1. 주계약 관련 유의할 사항

● 이 계약은 「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 일정부분을 보상해 드리는 보험이며, 약관상 보상제외 항목에서 발생한 의료비는 보장되지 않습니다. 자세한 내용은 약관을 참조하시기 바랍니다.

● 실제 발생한 의료비를 보상하는 보험을 2 개 이상 가입하더라도 약관상 다수보험의 처리에서 정한 방법에 따라 보상받게 되므로, 유사한 보험가입여부 및 보상한도를 반드시 확인하시기 바랍니다. 자세한 내용은 약관을 참조하시기 바랍니다.

2. 소멸사유

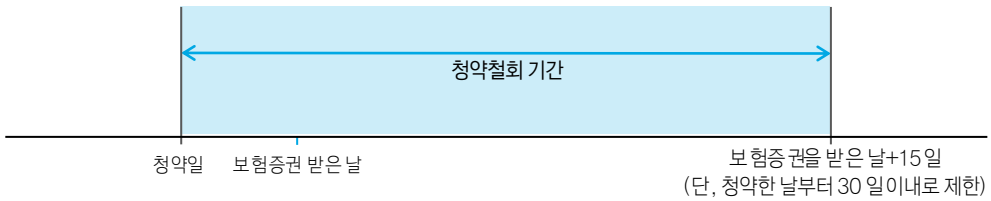
● 이 계약의 보험기간 중 피보험자가 사망한 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.

3 보험계약의 일반사항

※ 보다 쉽게 이해할 수 있도록 보험약관의 일반적인 내용을 담은 것으로 가입하신 상품의 세부 약관과 다소 다를 수 있으므로 보다 자세한 내용은 보험약관을 참조하시기 바랍니다.

01 청약을 철회할 수 있는 권리

보험계약자는 보험증권을 받은 날부터 15 일 이내**(단, 청약한 날부터 30 일 이내로 제한됩니다)**에 보험계약의 청약을 철회할 수 있으며 이 경우 회사는 **3 영업일 이내**에 납입한 보험료를 돌려드립니다.



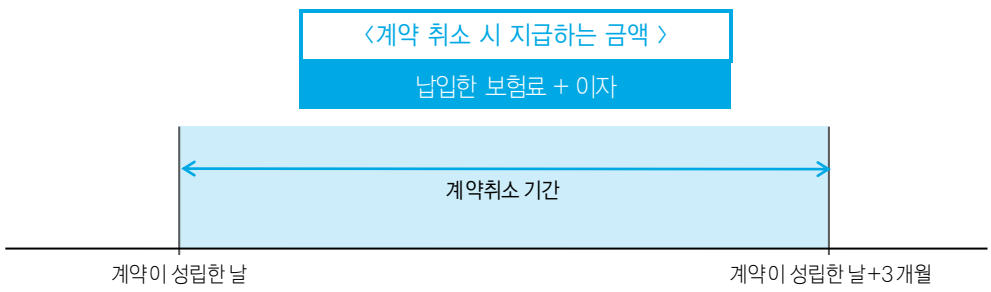
[청약철회를 할 수 없는 경우]

1) 청약한 날부터 30 일 (단, 전화를 통해 가입하는 계약 중 계약자의 나이가 만 65 세 이상인 계약은 45 일)을 초과한 경우
2) 전문금융소비자가 체결한 계약(단, 전문금융소비자가 일반금융소비자로 간주되는 경우는 제외)

02 보험계약을 취소할 수 있는 권리

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

- 보험계약을 청약할 때 **보험약관** 및 **보험계약자 보관용 청약서**를 전달받지 못한 경우
- **보험약관의 중요내용**을 설명 받지 못한 경우
- 보험계약자가 청약서에 **자필서명**을 하지 않은 경우



* 자필서명은 날인(도장을 찍음) 및 전자서명(전자서명법 제 2 조 제 2 호)을 포함합니다.
* 납입한 보험료는 계약자가 실제 납입한 보험료를 말합니다.
* 이자는 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 말합니다.

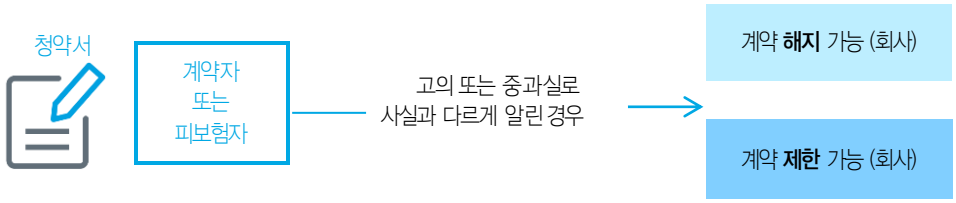
03 보험계약의 무효

보험회사는 다음의 경우 보험계약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.
* 이미 납입한 보험료는 계약자가 실제 납입한 보험료를 말합니다.

- 보험계약 체결 시 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우
- 계약자와 피보험자가 다른 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻지 않은 경우.

04 보험계약 전 알릴의무 및 위반시 효과

보험계약자 또는 피보험자는 보험계약을 청약할 때 **청약서**의 **질문사항(중요사항)**에 대하여 **사실대로 알려야 합니다.**



- 청약서의 질문 사항에 대하여 **보험설계사**에게만 구두로 알렸을 경우 **보험계약 전 알릴의무를 이행한 것으로 볼 수 없습니다.**
- **전화 등 통신수단을 통한 보험계약의 경우** 보험회사 **상담원의 질문이 청약서의 질문사항을** 대신하므로 상담원의 질문에 사실대로 답변하여야 합니다.

판례 [대법원 2007.6.28. 선고 2006 다 59837 판결]

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

민원 사례

A 씨는 고지혈증, 당뇨병으로 90 일간 투약 처방을 받은 사실을 **보험설계사에게만 알려주고, 청약서에 기재하지 않은 채** ○○건강보험에 가입하였으며, 가입 이후 1 년간 당뇨병으로 통원치료를 받아 보험을 청구

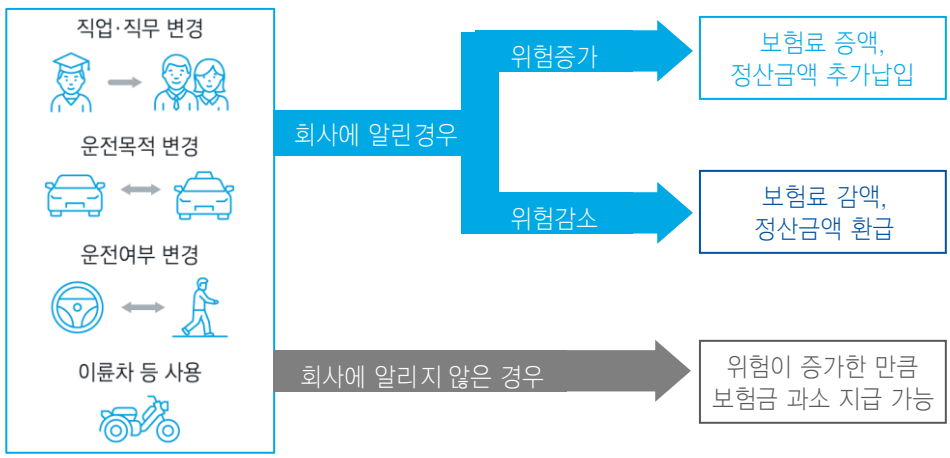
▷ 보험회사는 **보험계약이 해지됨과** 동시에 **보험금 지급이 어려움**을 안내

05 보험계약 후 알릴의무 및 위반시 효과

보험계약자 등은 피보험자의 **직업·직무 변경 등이 발생**한 경우 **지체없이** 보험회사에 알려야 하며, 이를 **위반**하는 경우 **보험금 지급이 제한**될 수 있습니다.

보험회사는 피보험자의 직업·직무 변경 등으로

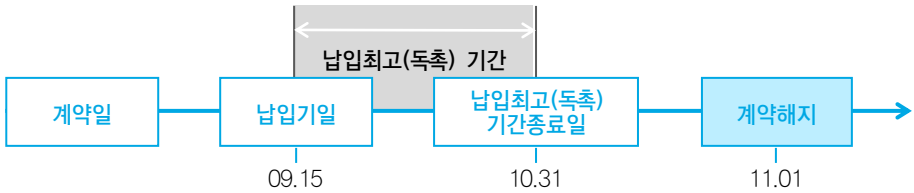
- **위험**이 **감소**한 경우 **보험료**를 **감액**하고 **정산금액**을 **환급**하여 드리며,
- **위험**이 **증가**한 경우 **보험료**가 **증액**되고 **정산금액**의 **추가 납입**이 **필요**할 수 있습니다.



06 보험료 납입연체 및 보험계약의 해지

보험계약자가 제 2 회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않은 때에는 납입을 독촉하는 안내를 하며, 납입최고(독촉)기간 내에 보험료를 납입하지 않으면 보험계약이 해지됩니다.

- 납입최고(독촉)기간 : 14 일 이상(보험기간 1 년 미만인 경우 7 일 이상)의 기간으로 정합니다. 다만, 당사의 납입최고(독촉)기간은 납입기일 다음날부터 납입기일이 속하는 달의 다음달 마지막 날까지로 하며, 이는 약관에 정한 범위 내에서 변경될 수 있습니다.
- 유니버설상품에서 월대체보험료를 충당할 수 없게 된 경우를 포함합니다.

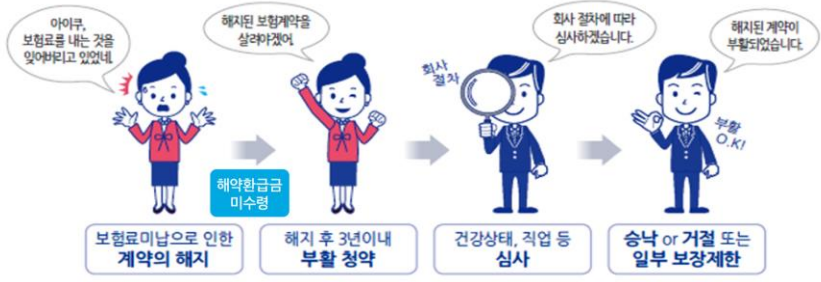


납입연체	① 제 2 회 이후 보험료를 연체한 경우 ② 유니버설 보험에서 월대체보험료를 충당할 수 없을 때

07 해지된 보험계약의 부활(효력회복)

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

- 보험회사는 피보험자의 건강상태, 직업 등에 따라 승낙여부를 결정하며, 합리적인 사유가 있는 경우 **부활(효력회복)**을 **거절**하거나 **보장의 일부**를 **제한**할 수 있습니다.
- 해약환급금을 받지 않은 경우에는 보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다.



08 보험계약대출

이 계약은 보험계약대출을 운용하지 않습니다.

〈보험계약대출이율의 공시〉
이 보험의 보험계약대출이율은 회사의 인터넷 홈페이지(www.samsunglife.com)의 "상품공시실" 내 "보험상품적용이율" – "보험계약대출이율 변동현황"에서 공시합니다.

09 보험금 청구방법 및 지급절차

1. 보험금의 청구방법

- 보험금청구 사유에 해당하는 구비서류를 준비하셔서 가까운 고객플라자 또는 지점을 방문하거나, 담당컨설턴트/우편/FAX/인터넷 등을 통하여 청구를 할 수 있습니다.
- 구비서류는 홈페이지(http://www.samsunglife.com) 또는 사고보험금 전용콜센터 (☏ 1577-4118) 에서 관련 내용을 확인할 수 있습니다.
- 단, 우편/FAX/인터넷/모바일 접수의 경우 접수 가능 금액 등의 제한 사유가 있을 수 있으니 청구 유형별로 세부내용을 확인하시기 바랍니다.

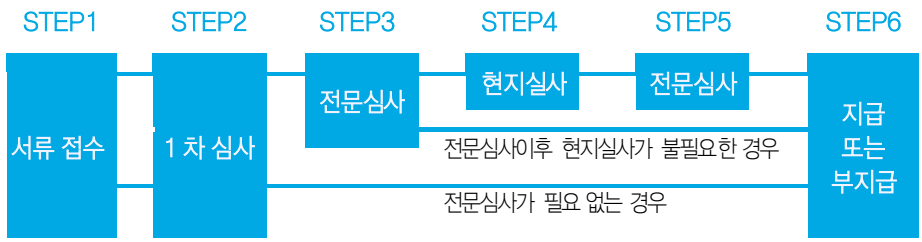
〈 사고보험금 청구서류 대표예시 〉

구분	진단서	입 · 퇴원 확인서	수술 확인서	통원 확인서	진단사실 확인서류	재해 입증서류	공통
사망	● (사망진단서)						
장해	● (장해진단서)						
진단					● (검사결과지 등)		
입원		●				● (재해관련 보험금)	청구서 신분증
수술			●				
통원				●			
실손		● (입원시)	● (수술시)	● (통원시)			

※ 위 표는 대표적인 예시만 나타낸 것으로 보험금 청구 전에 보험회사에 제출서류를 확인하시기 바랍니다.

2. 보험금 지급절차

- 회사는 보험금 청구서류를 접수한 때에는 아래와 같은 절차를 거쳐 보험금 지급을 심사합니다.
- 보험금 지급기일은 청구서류 접수일부터 3 영업일 이내 입니다.
- 회사가 보험금 지급사유를 조사 · 확인하기 위하여 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다.



※ 보험금 청구서류를 접수한 이후에 회사는 심사에 필요한 추가서류를 요청할 수 있습니다.

- 위 내용은 계약체결시점을 기준으로 작성되었으며, 보험금의 청구방법 및 지급절차 등은 추후 변경될 수 있습니다. 따라서, 홈페이지(http://www.samsunglife.com) 또는 사고보험금 전용콜센터(☏ 1577-4118)에서 관련 내용을 확인하시기 바랍니다.
- 약관 이용가이드북 보험금 지급절차(QR 코드)로 접속하시면 보험금 지급절차에 대한 보다 자세한 사항을 확인할 수 있습니다.

4 주요 보험용어 해설

보험약관
보험계약에 관하여
보험계약자와 보험회사 상호간에 이행하여야 할
권리와 의무를 규정한 것

보험증권
보험계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여
보험회사가 보험계약자에게 드리는 증서

보험계약자
보험회사와 계약을 체결하고
보험료 납입의무를 지는 사람

피보험자
보험사고의 대상이 되는 사람

보험수익자
보험사고 발생시 보험금 청구권을 갖는 사람

보험료
보험계약에 따른 보장을 받기 위하여
보험계약자가 보험회사에 납입하는 금액

보장개시일
보험회사의 보험금 지급의무가 시작되는 날
* 보장에 따라 별도의 보장개시일이
존재할 수 있음

보험기간
보험계약에 따라 보장을 받는 기간

보험가입금액
보험금, 보험료 및 계약자적립액 등을
산정하는 기준이 되는 금액
* 보험가입금액, 보험료 납입기간, 피보험자의
나이 등을 기준으로 보험료를 산출하지 않고
보험계약자가 보험료를 선택하는 보험에서는
보험료 수준에 따라 보험금, 계약자적립액
등이 결정됨

보험사고
보험회사가 보험금 등을 지급하여야 할 원인이
되는 사고

보험금
피보험자의 사망, 장해, 입원 및 보험기간 만기 등
보험금 지급사유가 발생하였을 때
보험회사가 보험수익자에게 지급하는 금액

계약자적립액
장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여
보험계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로
보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에
따라 계산한 금액

해약환급금
보험계약이 해지된 경우
보험계약자에게 돌려주는 금액

보험약관 쉽게 이해하기

01. 주요 민원사항

02. 개인신용정보의 수집 · 이용, 조회 및 제공에 관한 고객권리안내문

이 '보험약관 쉽게 이해하기'는 다소 생소한 보험약관을 보다 쉽게 이해할 수 있도록 보험계약 관련 주요 민원사항을 담았습니다.
이 내용은 가입하신 상품의 세부 약관과 다소 다를 수 있으므로 보다 자세한 내용은 [보험약관]을 참조하시기 바랍니다.

01. 주요 민원사항

유형 1 | 보장불가 사항 부실설명

· A 고객은 보험설계사 B 로부터 실손의료비보장보험에 가입하면 질병, 상해 등 모든 병원치료에 대해 보장을 받을 수 있다고 설명 듣고 보험 가입함

· 이후, 한방병원에 입원을 하게 되어 입원치료를 받았으나, 실제 보험금을 청구하니, 약관상 보장이 되지 않는다는 안내를 받고 최초 안내받았던 내용과는 다르다는 이유로 민원 제기

[유의사항]

실손의료비보장보험은 실제 치료에 사용한 금액의 일부를 보장해주는 보험상품으로 그 보장의 범위가 매우 넓지만 모든 치료에 대해 보장이 되는 것은 아니며, 보장이 되지 않는 내용에 대해서는 약관에 상세히 기재 되어 있습니다.

또한 보장이 되지 않는 사항은 보험 가입시 필수 안내사항으로 보험가입 전 보험설계사에게 문의하시어 반드시 확인하시기 바랍니다.

유형 2 | 갱신형 보험의 보험료를 계속 납입해야 한다는 설명을 받지 못함

· C 고객은 가입 당시 보험설계사 D 에게 보험료가 갱신된다는 사실에 대해 정확히 안내 받지 못했고 특히, 최종 갱신계약 보험기간까지 납입해야 하는 것을 알았다면 가입을 좀 더 신중하게 검토했을 것이라며 민원 제기

[유의사항]

갱신형 계약의 보험료는 갱신시마다 보험나이 증가, 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률)의 변동 및 요율 상대도(할인 · 할증요율)적용 등에 따라 갱신시 보험료가 변동(특히, 인상)될 수 있습니다. 이러한 내용은 보험 가입시 필수 안내사항으로, 상품설명서 등 보험안내장을 통해 예상되는 갱신보험료 인상액을 예시해 드리고 있습니다(예상 금액이므로 실제 갱신보험료와는 일부 상이할 수 있습니다).

따라서, 보험 가입전 보험설계사에게 문의하여 관련 내용에 대해 꼭 안내받으시기 바랍니다.

[개인신용정보의 수집 · 이용, 조회 및 제공에 관한 고객권리안내문]

이 권리안내문은 금융거래시 개인신용정보의 수집 · 이용, 조회 및 제공에 대하여 동의를 하신고객님에게 이와 관련된 고객님의 권리를 알려 드리기 위한 것입니다. 저희 삼성생명은 고객님의 개인신용정보를 고객님께서 동의하신 목적 범위 내에서 최소한의 정보만을 수집 · 이용할 것이며, 동의하신 범위 이상으로 불법 · 부당하게 제공되지 않도록 엄격하게 관리하겠습니다.

고객님은 삼성생명이 처리하는 고객님의 개인신용정보와 관련하여 다음의 권리를 가집니다.

개인신용정보 수집 · 이용, 조회 및 제공 동의 철회(처리정지권)

· 계약 체결 3 개월 이후부터 개인신용정보 수집 · 이용, 조회 및 제공 동의를 철회하실 수 있습니다. 다만, 계약의 유지 · 관리 · 상담, 기타 업무유형에 따른 동의를 철회하는 경우에는 해당 용역의 제공을 받지 않을 것을 명확히 하여야 합니다.

· 개인신용정보 수집 · 이용, 조회 및제공 동의를 철회하시고자 하는 경우에는 철회의 대상 및 내용 등을 특정하여 회사 대표전화(1588-3114)로 전화하시거나, 인터넷 홈페이지(www.samsunglife.com) 또는 서면으로 철회의 의사표시를 하여 주시기 바라며, 이 경우 회사는 1 개월 이내에 조치를 완료합니다.

상거래 거절 근거 신용정보의 고지 요구

· 금융회사가 신용정보 집중기관, 신용조회회사 등으로부터 제공받은 개인신용정보에 근거하여 상거래관계 설정을 거절하거나 중지한 경우에는 그 거절 · 중지의 근거가 된 신용정보, 동 정보를 제공한 기관의 명칭 · 주소 · 연락처 등을 고지해 줄 것을 금융회사에 요구할 수 있습니다.

금융상품 소개 등을 위한 제공 · 이용 동의 철회, 연락 중지 요청

· 고객님의 개인신용정보를 새로운 금융상품의 소개 등 영업목적 또는 서비스 제공목적으로 제공 · 이용에 대한 동의를 철회하거나 이러한 목적으로 고객님께 연락하는 것을 중지하도록 청구할 수 있습니다.

· 영업목적 이용 동의 철회 또는 연락 중지 청구는 무료 ARS 전화(080-331-3114) 또는 저희 회사 인터넷 홈페이지(www.samsunglife.com) MY삼성생명에서 직접 처리하실 수 있으며(MY 삼성생명 이용을 위해서는 별도의 신청절차가 필요합니다), 이 경우 회사는 1 개월 이내에 조치를 완료합니다.

제공 사실 통보 요구

· 고객님의 정보를 타인에게 제공한 사실이 있는 경우 고객플라자 방문, 회사 대표전화(1588-3114), 인터넷 홈페이지 이용의방법으로 본인임을 확인받아 최근 1 년간의 정보 제공에 대하여 제공받는 자, 그 이용목적, 제공한 날짜, 제공한 본인정보의 주요내용 등을 알리도록 요구하거나 인터넷 홈페이지를 통하여 조회할 수 있도록 하여 줄 것을 요구할 수 있습니다.

· 당해 통보 요구가 있는 경우 회사는 7 일 이내에 통보 또는 인터넷으로 조회할 수 있도록 조치합니다.

열람 및 정정 · 삭제 청구

· 고객플라자, 회사 대표전화(1588-3114), 인터넷 홈페이지 이용의방법으로 본인임을 확인받아 저희 회사가 보유하고 있는 고객님의 정보 열람을 청구할 수 있으며, 이 경우 회사는 서면, 전자문서, 인터넷 홈페이지를 통하여 제공 또는 열람할 수 있도록 조치하여 드립니다.

· 제공 또는 열람한 고객님의 정보가 사실과 다른 경우에는 정정 · 삭제를 요구하실 수 있으며, 이 경우 회사는 정정 · 삭제청구가 정당한 사유가 있다고 인정되면 지체없이 해당 정보의 제공 · 이용을 중단한 후 사실인지를 조사하여 적의 조치한 후 그 처리결과를 7 일 이내에 알려드립니다. 회사의 처리결과에 이의가 있으면 금융위원회에 그 시정을 요청할 수 있습니다.

본인정보의 무료 열람 요구

· 고객은 본인정보를 신용조회회사를 통하여 연간 일정 범위 내에서 무료로 열람할 수 있습니다. 자세한 사항은 각 신용조회회사에 문의하시기 바랍니다.

개인정보 유출시 피해 보상

· 삼성생명의 고의 또는 과실 등 귀책사유로 인한 개인정보 유출로 고객님에게 발생한 손해에 대해 관계법령 등에 따라 보상받으실 수 있습니다.

※ 개인신용정보의 수집 · 이용, 조회, 제공 및 위 권리행사와 관련하여 불편하신 사항이 있는 경우에는 아래로 연락하시기 바랍니다.

· 당사 개인신용 정보관리 · 보호부서 : 02-2259-7007 (서울특별시 서초구 서초대로 74 길 11 (삼성전자빌딩))

· 금융감독원 : 국번없이 1332 (서울특별시 영등포구 여의대로 38)

※ 고객권리안내문의 내용을 변경하는 경우 인터넷 홈페이지에 게시 등으로 그 내용을 알려 드립니다.

보험약관

- 상품 목차
- 주계약 약관
  - 상황별 목차
  - 조항별 목차
- 특약 약관
- 제도성특약 약관
- [부록] 약관에서 인용된 법령 내용

상품 목차

주계약

삼성인터넷급여실손의료비보장보험(2605)[계약전환용](갱신형,무배당) 1

특약

※특약은 해당 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

비중증비급여실손의료비보장특약D[계약전환용](갱신형,무배당) 38
중증비급여실손의료비보장특약D[계약전환용](갱신형,무배당) 71

제도성특약

개인실손의료보험중지및재개특약 104
군장병실손의료보험중지및재개특약 111
이륜자동차및원동기장치자전거운전탑승부담보특약 118
장애인전용보험전환특약 120
지정대리청구서비스특약 124
특별조건부특약 127
특정신체부위 · 질병보장제한부인수특약 132

부록

[부록]약관에서인용된법령내용 140

삼성

인터넷 급여 실손의료비보장보험(2605)

[계약전환용](갱신형,무배당)

약관

■ 상황별 목차

다음과 같은 상황이 발생하였을 경우, 필요한 정보를 해당 약관 조항에서 확인하실 수 있습니다.
[조항번호는 주계약 약관 기준]

계약의 체결에 관하여	계약에서 쓰이는 용어를 알고 싶어요	· 제 2 조(용어의 정의)
	청약을 철회하고 싶어요	· 제 17 조(청약의 철회)
	계약 전 알릴 의무가 무엇인가요	· 제 12 조(계약 전 알릴 의무) · 제 14 조(알릴 의무 위반의 효과)
	보장이 언제 시작되나요	· 제 24 조(제 1 회 보험료 및 회사의 보장개시)
보험료의 납입에 관하여	납입최고(독촉)이 무엇인가요	· 제 27 조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)
	보험을 부활시키고 싶어요	· 제 28 조(보험료의 납입연체로 인해 해지된 계약의 부활(효력회복))
보험금에 관하여	보험의 보장내용을 알고 싶어요	· 제 3 조(보상내용)
	보험금은 청구하면 언제 지급되나요	· 제 8 조(보험금의 지급절차)
계약의 변경에 관하여	보험수익자를 변경하고 싶어요,	· 제 20 조(계약내용의 변경 등)
	주소 또는 연락처가 바뀌었어요	· 제 10 조(주소변경의 통지)
	계약을 해지하고 싶어요	· 제 31 조(계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권)
	보험나이는 어떻게 계산하나요	· 제 21 조(보험나이 등)

■ 조항별 목차

제 1 관 일반사항 및 용어의 정의

제 1 조 [보장종목] 5

제 2 조 [용어의 정의] 5

제 2 관 회사가 보상하는 사항 및 보상하지 않는 사항

《질병급여형》

제 3 조 [보상내용] 6

제 4 조 [보상하지 않는 사항] 8

《상해급여형》

제 3 조 [보상내용] 10

제 4 조 [보상하지 않는 사항] 12

제 4 조의 2 ['기본형 실손의료비보장보험'에서 보상하지 않는 사항] 13

제 3 관 보험금의 지급

제 5 조 [보험가입금액 한도 등] 13

제 5 조의 2 [보험가입금액 한도 등에 대한 설명 의무] 14

제 6 조 [보험금 지급사유 발생의 통지] 14

제 7 조 [보험금의 청구] 15

제 8 조 [보험금의 지급절차] 15

제 9 조 [보험금을 받는 방법의 변경] 16

제 10 조 [주소변경의 통지] 16

제 11 조 [대표자의 지정] 16

제 4 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제 12 조 [계약 전 알릴 의무] 16

제 13 조 [상해보험계약 후 알릴 의무] 17

제 14 조 [알릴 의무 위반의 효과] 18

제 15 조 [사기에 의한 계약] 19

제 5 관 보험계약의 성립과 유지

제 16 조 [보험계약의 성립] 19

제 16 조의 2 [보장내용 변경주기] 20

제 16 조의 3 [계약의 보험기간 및 갱신] 20

제 17 조 [청약의 철회] 21

제 18 조 [약관 교부 및 설명 의무 등] 21

제 19 조 [계약의 무효] 22

제 20 조 [계약 내용의 변경 등] 22

제 21 조 [보험나이 등] 23

제 22 조 [계약의 소멸] 23

제 23 조 [재가입] 24

제 6 관 보험료의 납입

제 24 조 [제 1 회 보험료 및 회사의 보장개시] 25

제 25 조 [제 2 회 이후 보험료의 납입] 25

제 26 조 [보험료의 자동대출납입] 25

제 27 조 [보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지] 25

제 28 조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 계약의 부활(효력회복)] 26

제 29 조 [강제집행 등으로 인해 해지된 계약의 특별부활(효력회복)] 27

제 30 조 [보험료의 계산] 27

제 7 관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제 31 조 [계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권] 28

제 31 조의 2 [위법계약의 해지] 28

제 32 조 [중대사유로 인한 해지] 29

제 33 조 [회사의 파산선고와 해지] 29

제 34 조 [해약환급금] 29

제 35 조 [보험계약대출] 29

제 36 조 [배당금의 지급] 30

제 8 관 다수보험의 처리 등

제 37 조 [다수보험의 처리] 30

제 38 조 [연대책임] 30

제 9 관 분쟁의 조정 등

제 39 조 [분쟁의 조정] 30

제 40 조 [관할법원] 30

제 41 조 [소멸시효] 31

제 42 조 [약관의 해석] 31

제 43 조 [설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력] 31
제 44 조 [회사의 손해배상책임] 31
제 45 조 [개인정보보호] 32
제 46 조 [준거법] 32
제 47 조 [예금보험에 의한 지급보장] 32

제 10 관 계약전환에 대한 특칙(特則)
제 48 조 [전환전계약의 계약 전 알릴의무 등] 32
제 49 조 [전환전계약으로의 환원] 32

[별표 1] 용어의 정의 34
[별표 2] 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 37

삼성 인터넷 급여 실손의료비보장보험(2605)[계약전환용](갱신형,무배당) 약관

※ 갱신주기는 1년으로 합니다.

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

제1관 일반사항 및 용어의 정의

제1조 [보장종목]

① 회사가 판매하는 '삼성 인터넷 급여 실손의료비보장보험(2605)[계약전환용](갱신형,무배당)'은 다음과 같이 질병급여형, 상해급여형의 2개 보장종목(이하 "기본형 실손의료비보장보험"이라 합니다)으로 구성되어 있으며, 계약자는 이들 2개 보장종목 중에서 선택하여 가입하실 수 있습니다.

보장종목	보상하는 내용
질병급여형	피보험자가 질병으로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원하여 급여(주) 치료를 받거나 급여 처방조제를 받은 경우에 보상
상해급여형	피보험자가 상해로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원하여 급여 치료를 받거나 급여 처방조제를 받은 경우에 보상

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

② 이 계약의 보장종목은 전환전계약의 보장종목을 포함하여야 합니다. 다만, 이 계약과 전환전계약의 보장종목이 일치하지 않는 경우에는 이 계약의 사업방법서에서 정하는 기준에 따라 전환전계약에서 전환후계약의 보장종목을 포함하여 전환이 가능합니다.

제2조 [용어의 정의]

이 약관에서 사용하는 용어의 뜻은 (별표 1)과 같습니다.

제2관 회사가 보상하는 사항 및 보상하지 않는 사항

제3조(보상내용) 및 제4조(보상하지 않는 사항)은 각 보장종목에 해당하는 약관을 참조하시기 바랍니다. 다만, 제4조의2('기본형 실손의료비보장보험'에서 보상하지 않는 사항)에서 정한 사항은 각 보장종목에 해당하는 약관에 공통적으로 적용됩니다.

《질병급여형》

제 3 조 [보상내용]

① 회사는 이 계약의 보험기간 중 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>구 분</th><th>보 상 금 액</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 1 회당(외래 및 처방조제 합산) "「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금 (본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부본인부담금을 말합니다.)' 에서 〈표 1〉의 '통원항목별 공제금액'을 뺀 금액

〈표 1〉 통원항목별 공제금액
<table><tr><th>항목</th><th>공제금액</th></tr><tr><td>「의료법」 제 3 조 제 2 항에 의한 의료기관(동법 제 3 조의 3 에 의한 종합병원은 제외), 「국민건강보험법」 제 42 조 제 1 항 제 4 호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제 42 조 제 1 항 제 5 호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 「국민건강보험법」 제 42 조 제 1 항 제 2 호에 의한 약국, 동법 제 42 조 제 1 항 제 3 호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제(의약분업 예외지역 등에서의 약사의 직접 조제 포함)</td><td>1 만원,
보장대상 의료비의
20% 또는
보장대상의료비에
건강보험 본인부담률을
곱한 금액(주) 중 큰 금액</td></tr><tr><td>「국민건강보험법」 제 42 조 제 2 항에 의한 전문요양기관, 「의료법」 제 3 조의 4 에 의한 상급종합병원, 동법 제 3 조의 3 에 의한 종합병원에서의 외래 및 그에 따른 「국민건강보험법」 제 42 조 제 1 항 제 2 호에 의한 약국, 동법 제 42 조 제 1 항 제 3 호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제</td><td>2 만원,
보장대상 의료비의
20% 또는
보장대상의료비에
건강보험 본인부담률을
곱한 금액(주) 중 큰 금액</td></tr></table>
(주) 건강보험 본인부담률은 진료비 및 약제비 계산서 · 영수증 상 '급여 일부 본인부담 항목의 급여 본인부담금'의 합계액을 '급여 일부 본인부담 항목의 급여 본인부담금'의 합계액과 '급여 공단부담금'의 합계액으로 나누어 산출한 값을 말합니다.

$$\text{건강보험 본인부담률} = \frac{\text{급여 일부 본인부담 항목의 본인부담금 합계 금액}}{\text{급여 일부 본인부담 항목의 본인부담금 합계 금액} + \text{급여 공단부담금 합계 금액}}$$

다만, 「국민건강보험법 시행규칙」 제 16 조 및 별표 6 에 따라 요양급여비용의 본인부담률이 100 분의 100(전액본인부담)인 의료비 및 「의료급여법 시행령」 제 13 조 및 별표 1 에 따라 의료급여비용의 본인부담률이 100 분의</td></tr>
</table>

	100(전액본인부담)인 경우, 해당 금액은 상기 계산식에 포함되지 않으며 보상하는 대상에서 제외됩니다.

② 피보험자가 「국민건강보험법」 제 5 조, 제 53 조, 제 54 조에 따라 요양급여 또는 「의료급여법」 제 4 조, 제 15 조, 제 17 조에 따라 의료급여를 적용받지 못하는 경우에는 다음과 같이 보상합니다.

1. 의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액(통원의 경우 본인이 실제로 부담한 금액에서 같은 조 제 1 항 <표 1>의 '통원 항목별 공제금액'을 뺀 금액)의 40%를 제 5 조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다.
2. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 제 1 호를 적용하지 아니하고 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비에 대해서만 제 1 항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제 5 조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 감면받은 의료비가 본인 또는 가족(배우자, 직계혈족 및 형제자매(민법 제 768 조)의 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비에 대해서 제 1 항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제 5 조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다.

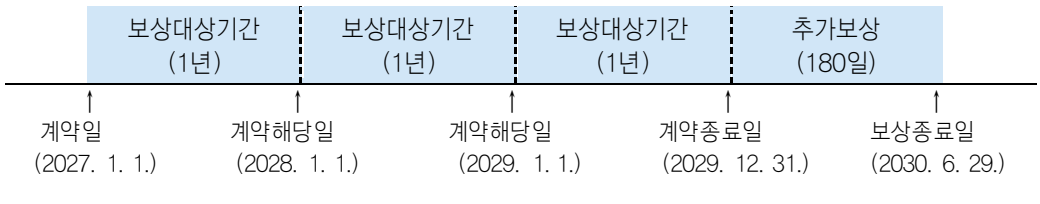
③ 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음날부터 180 일까지 보상합니다.

④ 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 통원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음날부터 180 일 이내의 통원을 보상하며 최대 90 회 한도 내에서 보상합니다.

설명	이 계약의 보험기간이 만료되기 전 해지된 경우에는 해지 이후 계속 중인 입원과 통원에 대해서는 보상하지 않습니다.

<입원 및 통원 보상기간 예시>

※계약일 2027년 1월 1일



⑤ 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제 3 항과 제 4 항을 적용하지 않습니다.

⑥ 하나의 질병으로 동일한 의료기관에서 같은 날 외래 및 처방을 함께 받은 경우 처방일자를 기준으로 외래 및 처방조제를 합산하되(조제일자가 다른 경우도 동일하게 적용) 통원 1 회로 보아 제 1 항, 제 4 항 및 제 5 항을 적용합니다.

⑦ "하나의 질병"이란 발생 원인이 동일한 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병은 하나의 질병으로 간주하며, 하나의 질병으로 2 회 이상 치료를 받는 경우에는 이를 하나의 질병으로 봅니다)을 말하며, 질병의 치료 중에 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 2 회 이상 통원치료(외래 및 처방조제 합산)를 받은 경우 1 회의 통원으로 보아 제 1 항, 제 4 항 및 제 5 항을 적용합니다. 이 때 공제금액은 2 회 이상의 중복방문 의료기관 중 가장 높은 공제금액을 적용합니다.

⑨ 회사는 피보험자가 질병으로 인하여 의료기관에서 본인의 장기등(「장기등 이식에 관한 법률」 제 4 조에 의한 "장기등"을 의미합니다)의 기능회복을 위하여 「장기등 이식에 관한 법률」 제 42 조 및 관련 고시에 따라 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 제 1 항부터 제 8 항에 따라 보상합니다.

⑩ 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원 또는 통원한 경우(O00~O99) 발생한 의료비를 「모자보건법」에 따라 감면 또는 지원을 받거나 그 외 정부 및 지방자치단체의 지원금을 통해 감면 또는 지원(「국민건강보험법」 제 50 조에 따른 부가급여도 지원으로 간주합니다)받는 경우에는 감면 또는 지원 전 의료비로 급여 의료비를 계산합니다.

⑪ 피보험자가 입원 또는 통원하여 치료를 받던 중 이 계약으로 전환(입원의 경우 최초입원일이 전환전계약 보험기간에 포함되는 것을 말합니다)한 경우에는 전환전계약이 종료되었다 하더라도 그 계속 중인 입원 또는 통원에 대하여는 보상기간의 연장으로 간주하여 전환전계약의 약관에 따라 보상합니다.

⑫ 제 11 항에도 불구하고 계속 중인 입원에 대하여 전환전계약의 약관에 따라 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 제 3 조(보상내용) 제 1 항에서 제 10 항을 적용하며, 더 이상 전환전계약의 약관에 따라 보상하지 않습니다

1. 전환전계약의 최초계약 체결일이 2009 년 9 월 30 일 이전:
   전환전계약의 직전 계약해당일로부터 1 년이 경과한 경우
   단, 전환전계약의 최초계약 체결일이 2009 년 9 월 30 일 이전임에도 불구하고 갱신시 회사가 정한 방법에 따라 2009 년 10 월 1 일 이후 판매된 실손의료비를 보장하는 보험으로 갱신된 경우는 제 2 호를 적용합니다.
2. 전환전계약의 최초계약 체결일이 2009 년 10 월 1 일부터 2014 년 3 월 31 일 이전:
   최초입원일부터 365 일이 지난 경우
3. 전환전계약의 최초계약 체결일이 2014 년 4 월 1 일부터 2015 년 12 월 31 일 이전:
   최초입원일부터 365 일이 지나거나, 하나의 질병으로 인한 입원이라도 입원의료비가 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180 일이 경과하여 동일한 사유로 재입원한 경우
4. 전환전계약의 최초계약 체결일이 2016 년 1 월 1 일 이후:
   하나의 질병으로 인한 입원의료비를 전환전계약의 보험가입금액까지 보상한 경우

⑬ 제 11 항에도 불구하고 계속 중인 통원에 대하여 전환전계약의 직전 계약해당일로부터 1 년이 경과한 경우에는 제 3 조(보상내용) 제 1 항에서 제 10 항을 적용하며, 더 이상 전환전계약의 약관에 따라 보상하지 않습니다.

제 4 조 [보상하지 않는 사항]

회사가 이 계약에서 보상하지 않는 사항은 다음과 같습니다.

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 경우 제 3 조(보상내용)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보상금액을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
   다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 제 3 조(보상내용)에 따라 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 이유없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 통원의료비

② 회사는 '제 9 차 한국표준질병사인분류(KCD : 통계청 고시 제 2025-299 호, 2026.1.1 시행)'에 따른 다음의 급여의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. '제 10 차 개정 이후 한국표준질병사인분류'에서 아래 질병 이외에 추가로 아래의 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)

(다만, F04~F09, F20~F29, F30~F39, F40~F48, F51, F90~F98 과 관련한 치료에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하는 의료비는 보상하며, 피보험자가 보험가입당시 태아인 경우에는 정신발달장애(F80~F89)와 관련한 치료에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하는 의료비도 18 세까지 보상합니다.)

2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96～N98)으로 발생한 의료비 중 전액본인부담금 및 보험가입일로부터 2 년이내에 발생한 의료비
(다만, '21.7 월 이후 체결된 계약을 같은 회사의 보험상품으로 전환하거나 재가입한 경우에는 종전 계약을 연장하는 것으로 보아 보험가입일을 적용합니다.)

3. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(O00～O99)로 발생한 의료비
(다만, 보험가입일이 건강보험 임신출산 진료비 지급신청서(「임신출산 진료비 지급 등에 관한 기준」 별지 제 1 호 서식)상 요양기관이 기재한 분만예정일로부터 280 일 이전인 경우에는 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(O00～O99)와 관련한 치료에서 발생한 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 일부 본인부담금에 해당하는 의료비를 보상(단체보험 상품은 보험가입일이 분만예정일로부터 280 일 이내인 경우에도 보상합니다)합니다. 다만, '26.05.06 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)

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

2. 「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 따라 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)

3. 성장호르몬제 투여에 소요된 비용으로 부담한 전액본인부담금

4. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비(산재보험 요양급여 산정기준에 따라 발생한 실제 본인 부담의료비)는 제 3 조(보상내용) 제 1 항 및 제 3 항부터 제 8 항에 따라 보상합니다.

5. 사람면역결핍바이러스(HIV) 감염으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV 감염은 해당 진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 보상합니다)

6. 간병비

7. 통원(외래 및 처방조제)하여 치료를 받은 경우 발생한 급여의료비 중 「국민건강보험법 시행규칙」 제 16 조 및 별표 6 에 따라 요양급여비용의 본인부담률이 100 분의 100(전액본인부담)인 의료비 및 「의료급여법 시행령」 제 13 조 및 별표 1 에 따라 의료급여비용의 본인부담률이 100 분의 100(전액본인부담)인 의료비

《상해급여형》

제3조 [보상내용]

① 회사는 이 계약의 보험기간 중 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(배우자, 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 급여의료비를 계산합니다.

<table>
<tr><th>구 분</th><th>보 상 금 액</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 1 회당(외래 및 처방조제 합산) '「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부본인부담금을 말합니다)'에서 〈표 1〉의 '통원항목별 공제금액'을 뺀 금액

〈표 1〉 통원항목별 공제금액
<table><tr><th>항목</th><th>공제금액</th></tr><tr><td>「의료법」 제 3 조 제 2 항에 의한 의료기관(동법 제 3 조의 3 에 의한 종합병원은 제외), 「국민건강보험법」 제 42 조제 1 항제 4 호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제 42 조제 1 항제 5 호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 「국민건강보험법」 제 42 조 제 1 항제 2 호에 의한 약국, 동법 제 42 조제 1 항제 3 호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제(의약분업 예외지역 등에서의 약사의 직접 조제 포함)</td><td>1 만원,
보장대상 의료비의
20% 또는
보장대상의료비에
건강보험 본인부담률을
곱한 금액(주) 중 큰 금액</td></tr><tr><td>「국민건강보험법」 제 42 조 제 2 항에 의한 전문요양기관, 「의료법」 제 3 조의 4 에 의한 상급종합병원, 동법 제 3 조의 3 에 의한 종합병원에서의 외래 및 그에 따른 「국민건강보험법」 제 42 조제 1 항제 2 호에 의한 약국, 동법 제 42 조제 1 항제 3 호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제</td><td>2 만원,
보장대상 의료비의
20% 또는
보장대상의료비에
건강보험 본인부담률을
곱한 금액(주) 중 큰 금액</td></tr></table>
(주) 건강보험 본인부담률은 진료비 및 약제비 계산서 · 영수증 상 '급여 일부 본인부담 항목의 급여 본인부담금'의 합계액을 '급여 일부 본인부담 항목의 급여 본인부담금'의 합계액과 '급여 공단부담금'의 합계액으로 나누어 산출한 값을 말합니다.

$$\text{건강보험 본인부담률} = \frac{\text{급여 일부 본인부담 항목의 본인부담금 합계 금액}}{\text{급여 일부 본인부담 항목의 본인부담금 합계 금액} + \text{급여 공단부담금 합계 금액}}$$

다만, 「국민건강보험법 시행규칙」 제 16 조 및 별표 6 에 따라 요양급여비용의 본인부담률이 100 분의 100(전액본인부담)인 의료비 및 「의료급여법 시행령」 제 13 조 및 별표 1 에 따라 의료급여비용의 본인부담률이 100 분의</td></tr>
</table>

	100(전액본인부담)인 경우, 해당 금액은 상기 계산식에 포함되지 않으며 보상하는 대상에서 제외됩니다.

② 제 1 항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연히 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상이 포함됩니다. 다만, 유독가스 또는 유독물질을 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상과 세균성 음식물 중독증상은 포함되지 않습니다.

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

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

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

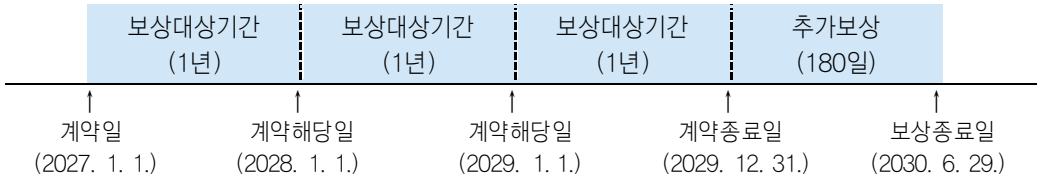
④ 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음날부터 180 일까지 보상합니다.

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

설명	이 계약의 보험기간이 만료되기 전 해지된 경우에는 해지 이후 계속 중인 입원과 통원에 대해서는 보상하지 않습니다.

<입원 및 통원 보상기간 예시>

※계약일 2027년 1월 1일



⑥ 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제 4 항과 제 5 항을 적용하지 않습니다.

⑦ 하나의 상해(같은 상해로 2 회 이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 상해로 봅니다)로 인해 동일한 의료기관에서 같은 날 외래 및 처방을 함께 받은 경우 처방일자를 기준으로 외래 및 처방조제를 합산하되(조제일자가 다른 경우도 동일하게 적용) 통원 1 회로 보아 제 1 항, 제 5 항 및 제 6 항을 적용합니다.

⑧ 하나의 상해로 인해 하루에 같은 치료를 목적으로 2 회 이상 통원치료(외래 및 처방조제 합산)를 받은 경우 1 회의 통원으로 보아 제 1 항, 제 5 항 및 제 6 항을 적용합니다. 이 때 공제금액은 2 회 이상의 중복방문 의료기관 중 가장 높은 공제금액을 적용합니다.

⑨ 회사는 피보험자가 상해로 인하여 의료기관에서 본인의 장기등(「장기등 이식에 관한 법률」 제 4 조에 의한 "장기등"을 의미합니다)의 기능회복을 위하여 「장기등 이식에 관한 법률」 제 42 조 및 관련 고시에 따라 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 제 1 항부터 제 8 항에 따라 보상합니다.

⑩ 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원 또는 통원한 경우(O00~O99) 발생한 의료비를 「모자보건법」에 따라 감면 또는 지원을 받거나 그 외 정부 및 지방자치단체의 지원금을 통해 감면 또는 지원(「국민건강보험법」 제 50 조에 따른 부가급여도 지원으로 간주합니다)받는 경우에는 감면 또는 지원 전 의료비로 급여 의료비를 계산합니다.

⑪ 피보험자가 입원 또는 통원하여 치료를 받던 중 이 계약으로 전환(입원의 경우 최초입원일이 전환전계약 보험기간에 포함되는 것을 말합니다)한 경우에는 전환전계약이 종료되었다 하더라도 그 계속 중인 입원 또는 통원에 대하여는 보상기간의 연장으로 간주하여 전환전계약의 약관에 따라 보상합니다.

⑫ 제 11 항에도 불구하고 계속 중인 입원에 대하여 전환전계약의 약관에 따라 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 제 3 조(보상내용) 제 1 항에서 제 10 항을 적용하며, 더 이상 전환전계약의 약관에 따라 보상하지 않습니다

1. 전환전계약의 최초계약 체결일이 2009 년 9 월 30 일 이전:
   전환전계약의 직전 계약해당일로부터 1 년이 경과한 경우
   단, 전환전계약의 최초계약 체결일이 2009 년 9 월 30 일 이전임에도 불구하고 갱신시 회사가 정한 방법에 따라 2009 년 10 월 1 일 이후 판매된 실손의료비를 보장하는 보험으로 갱신된 경우는 제 2 호를 적용합니다.
2. 전환전계약의 최초계약 체결일이 2009 년 10 월 1 일부터 2014 년 3 월 31 일 이전:
   최초입원일부터 365 일이 지난 경우
3. 전환전계약의 최초계약 체결일이 2014 년 4 월 1 일부터 2015 년 12 월 31 일 이전:
   최초입원일부터 365 일이 지나거나, 하나의 상해로 인한 입원이라도 입원의료비가 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180 일이 경과하여 동일한 사유로 재입원한 경우
4. 전환전계약의 최초계약 체결일이 2016 년 1 월 1 일 이후:
   하나의 상해로 인한 입원의료비를 전환전계약의 보험가입금액까지 보상한 경우

⑬ 제 11 항에도 불구하고 계속 중인 통원에 대하여 전환전계약의 직전 계약해당일로부터 1 년이 경과한 경우에는 제 3 조(보상내용) 제 1 항에서 제 10 항을 적용하며, 더 이상 전환전계약의 약관에 따라 보상하지 않습니다.

제4조 [보상하지 않는 사항]

회사가 이 계약에서 보상하지 않는 사항은 다음과 같습니다.

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 경우 제 3 조(보상내용)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보상금액을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
   다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 제 3 조(보상내용)에 따라 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(O00~O99)로 발생한 의료비. 다만, 보험가입일이 건강보험 임신출산 진료비 지급신청서(「임신출산 진료비 지급 등에 관한 기준」 별지 제 1 호서식)상 요양기관이 기재한 분만예정일로부터 280 일 이전인 경우에는 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(O00~O99)와 관련한 치료에서 발생한 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 일부 본인부담금에 해당하는 의료비를 보상(단체보험 상품은 보험가입일이 분만예정일로부터 280 일 이내인 경우에도 보상합니

다)합니다. 다만, '26.05.06 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, 사전훈련이 필요한 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트 · 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 행사(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 보상합니다)
3. 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 부담의료비)는 제 3 조(보상내용) 제 1 항, 제 2 항 및 제 4 항부터 제 8 항에 따라 보상합니다.
4. 간병비
5. 통원(외래 및 처방조제)하여 치료를 받은 경우 발생한 급여의료비 중 「국민건강보험법 시행규칙」 제 16 조 및 별표 6 에 따라 요양급여비용의 본인부담률이 100 분의 100(전액본인부담)인 의료비 및 「의료급여법 시행령」 제 13 조 및 별표 1 에 따라 의료급여비용의 본인부담률이 100 분의 100(전액본인부담)인 의료비

제 4 조의 2 ['기본형 실손의료비보장보험'에서 보상하지 않는 사항]

① 제3조(보상내용) 및 제4조(보상하지 않는 사항)에도 불구하고 다음 각 호에 해당하는 의료비는 '기본형 실손의료비보장보험'에서 보상하지 않습니다.

1. 비급여의료비
2. 제 1 호와 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.

제3관 보험금의 지급

제5조 [보험가입금액 한도 등]

① 이 계약의 연간 보험가입금액은《질병급여형》제3조(보상내용)에 대하여 입원과 통원의 보상금액을 합산하여 5천만원 이내에서,《상해급여형》제3조(보상내용)에 대하여 입원과 통원의 보상금액을 합산하여 5천만원 이내에서 회사가 정한 금액 중 계약자가 선택한 금액을 말하며, 제3조(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 치료 시 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(보상내용) 및 제4조(보상하지 않는 사항)에 따라 보상합니다.
④ 제3조(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(보상내용)에서 정한 통원의 경우 질병급여형 또는 상해급여형 각각에 대하여 통원 1회당 20만원 이내에서 회사가 정한 금액 중 계약자가 선택한 금액의 한도 내에서 보상합니다.
⑥《질병급여형》 제3조(보상내용) 제3항 또는 제4항 및《상해급여형》 제3조(보상내용) 제4항 또는 제5항에 따른 계속중인 입원 또는 통원의 보장한도는 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.

설명	**<「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 30 일간 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 30 일간 5만원 2. 2종 수급권자 : 연간 80만원(다만, 의료법 제3조 제2항 제3호 라목에 따른 요양병원에 연간 240일을 초과하여 입원한 경우에는 연간 120만원으로 합니다) ※ 다만, 관련 법령 등이 변경되는 경우 변경된 기준을 따릅니다. 상기 예시 금액은 2021.5 월 기준입니다.

제6조 [보험금 지급사유 발생의 통지]

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

제7조 [보험금의 청구]

① 보험수익자는 다음의 서류 중 해당 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[진료비 계산서·영수증(통원의료비의 경우 통원일자별 의료비 명기 필요), 진료비 세부산정내역, 한방진료비 계산서·영수증, 한방진료비 세부산정내역, 약제비 계산서·영수증, 약제비 세부산정내역, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 사망진단서 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 의사표시의 확인방법 포함)
4. 그 밖에 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제8조 [보험금의 지급절차]

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

② 제1항에도 불구하고 회사는 보험금 지급사유를 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. 분쟁조정신청(다만, 대상기관은 금융분쟁조정위원회 또는 소비자분쟁조정위원회)
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 의견을 따르기로 한 경우

용어 해설	**〈보험금 가지급제도〉** 지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도

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 보험금 지급기일의 다음 날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자를 별표2(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)와 같이 계산하여 보험금에 더하여 지급합니다. 다만, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 책임이 있는 사유로 지급이 지연된 경우에는 그 기간에 대한 이자는 지급하지 않습니다.

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

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

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

⑧ 회사는 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 「국민건강보험법」에 따른 본인부담금 상한제, 「의료급여법」에 따른 본인부담금 상한제 및 보상제와 관련한 확인요청을 할 수 있습니다.
⑨ 회사는 보험금 지급금액 결정을 위해 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 건강보험심사평가원의 진료비확인요청제도를 활용할 수 있도록 동의해 줄 것을 요청할 수 있으며, 진료비확인요청제도를 활용할 경우 회사는 이를 활용한 사례를 집적하고 먼저 유사 사례가 있는지를 확인하고 이용합니다.
⑩ 회사는 보험금 지급시 보험수익자에게 문자메시지, 전자우편 또는 이와 유사한 전자적 장치 등으로 다음 각 호의 사항을 안내하여 드리며, 보험수익자는 안내한 사항과 관련하여 구체적인 계산내역 등에 대하여 회사에 설명을 요청할 수 있습니다.

1. 보험금 지급일 등 지급절차
2. 보험금 지급 내역
3. 보험금 심사 지연 시 지연 사유 및 예상 지급일
4. 보험금을 감액하여 지급하거나 지급하지 아니하는 경우에는 그 사유 등
5. 다수보험 가입으로 인해 비례보상된 경우 그 사유 및 개인 혹은 단체 실손 중지제도와 신청방법 등

제9조 [보험금을 받는 방법의 변경]
이 계약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제10조 [주소변경의 통지]
① 계약자(보험수익자가 계약자와 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 서면, 전화 등을 통하여 지체없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.
② 제1항에서 정한대로 계약자 또는 보험수익자가 변경내용을 알리지 않은 경우에는 계약자 또는 보험수익자가 회사에 알린 최종 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법을 통하여 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 또는 보험수익자에게 도달된 것으로 봅니다.

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 계약 전 알릴 의무, 상해보험계약 후 알릴 의무, 보험료 납입의무 등 보험계약에 따른 계약자의 의무를 계약자들이 연대(連帶)하여 부담합니다.

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

제4관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제12조 [계약 전 알릴 의무]
계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강 진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 합니다. 이를 "계약 전 알릴 의무"라 하며, 상법상 "고지 의무"와 같습니다. 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 호 중 어느 하나의 변경이 발생한 경우(이하 "직업 또는 직무의 변경"이라 합니다)에는 우편, 전화, 방문 등의 방법으로 지체없이 회사에 알리고(이하 "직업 또는 직무의 변경 통지"라 합니다) 보험증권에 확인을 받아야 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 해설	**<직업>** 1. 생계유지 등을 위하여 일정한 기간 동안(예: 6 개월 이상) 계속하여 종사하는 일 2. "1"에 해당하지 않는 경우에는 개인의 사회적 신분에 따르는 위치나 자리를 말합니다. 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 운전 여부가 변경된 경우
   예) 비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운전자로 변경 등
4. 이륜자동차(자동차관리법상 이륜차로 분류되는 삼륜 또는 사륜의 자동차를 포함) 또는 원동기장치 자전거(전동킥보드, 전동이륜평행차, 전동기의 동력만으로 움직일 수 있는 자전거 등 개인형 이동장치를 포함)를 계속적으로 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동과 출퇴근 용도 등으로 주로 사용하는 경우에 한합니다)하게 된 경우(다만, 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등 보행보조용 의자차는 제외합니다)

② 회사는 제1항의 "직업 또는 직무의 변경 통지"로 인하여 피보험자의 위험이 변경된 경우에는 제20조(계약 내용의 변경 등) 제1항에 따라 계약내용을 변경할 수 있습니다.

설명	**<피보험자의 위험 변경에 따른 계약내용 변경 절차>** 위험변경사항 통지(우편, 전화, 방문 등) → 계약자, 피보험자의 계약변경사항 확인 후 청약 → 회사의 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(미경과보험료 포함)의 차이로 인하여 발생한 정산금액[이하 "정산금액"이라 하며 이 보험의 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산됩니다]을 환급해 드립니다. 한편, 위험이 증가된 경우에는 보험료의 증액 및 정산금액의 추가납입을 요구할 수 있으며, 계약자는 증액된 보험료 및 정산금액을 납입해야 합니다.

용어 해설	**<산출방법서>** "보험료 및 해약환급금 산출방법서"로서 이 보험의 보험료, 계약자적립액, 해약환급금 등이 적정하게 계산될 수 있도록 산출기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률 등)을 사용하여 계산한 방법을 기재한 기초서류를 말하며, 이하 같습니다. **<계약자적립액>** 장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

④ 계약자가 제 1 항의 "직업 또는 직무의 변경 통지"에 따라 위험의 증가로 보험료를 더 내야 할 경우 제 3 항에서 정한 회사의 청구금액(증액된 보험료 및 정산금액)을 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 보상됨을 서면 또는 전화(음성녹음)로 통보하고, 보험사고가 발생한 경우 이에 따라 보험금을 지급합니다.

제14조 [알릴 의무 위반의 효과]

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

1. 계약자나 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제 12 조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 알릴 의무가 있는 사항이 중요한 사항에 해당하는 경우
2. 계약자나 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제 13 조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제 1 항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 이행하지 않았을 때

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

1. 회사가 계약의 최초계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1 개월 이상 지났거나 또는 제 1 회 보험료를 받은 날부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2 년(진단계약의 경우 질병에 대해서는 1 년)이 지났을 때
3. 계약의 최초계약을 체결한 날부터 3 년이 지났을 때
4. 이 계약을 청약할 때 회사가 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등을 말합니다)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때. 다만, 계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지할 수 있습니다.
5. 보험을 모집한 자(이하 "보험설계사 등"이라 합니다)가 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

설명	계약을 청약하면서 보험설계사 등에게 고혈압이 있다고만 이야기하고 청약서의 계약 전 알릴 사항에는 기재 하지 않아 회사가 고혈압이 있다는 사실을 알지 못하였다면, 회사는 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.

③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 회사는 제34조(해약환급금) 제1항에 따른 금액을 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 알려 드립니다. 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]

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

② 제 1 항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, 이하 같습니다)를 돌려 드립니다.

제 5 관 보험계약의 성립과 유지

제16조 [보험계약의 성립]

① 계약은 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 이루어집니다.

② 제1항의 청약은 전환전계약의 계약자가 이 계약으로 회사가 정한 절차에 따라 전환을 청약하는 경우에 한하여 적용합니다.

③ 제2항에서 전환후계약의 계약자 및 피보험자는 각각 전환전계약의 계약자 및 피보험자와 동일해야 합니다.

④ 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.

⑤ 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.

⑥ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 평균공시이율에 1%를 더한 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우 회사는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

설명	**<연단위 복리 예시>** 원금 100 원, 연간 10% 이자율 적용시 연단위 복리로 계산한 2 년 시점의 총 이자 금액 · 1 년차 이자 = 100 원 (원금) × 10% = 10 원 · 2 년차 이자 = (100 원 (원금) + 10 원 (1 년차 이자)) × 10% = 11 원 → 2 년 시점의 총 이자금액 = 10 원 + 11 원 = 21 원

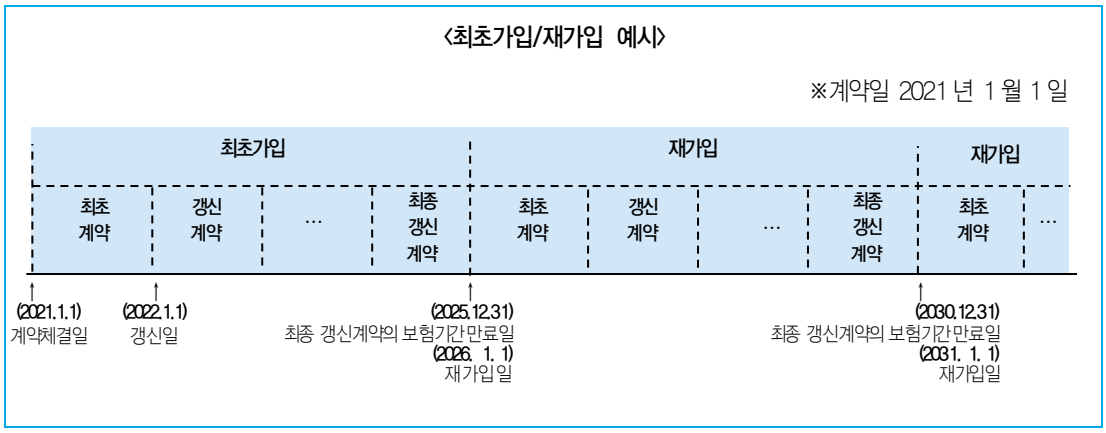
⑦ 회사가 제4항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 최초계약의 청약일부터 5년이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보상합니다.

⑧ 제7항의 "청약일로부터 5년이 지나는 동안"이라 함은 제27조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑨ 제28조[보험료의 납입연체로 인해 해지된 계약의 부활(효력회복)]에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

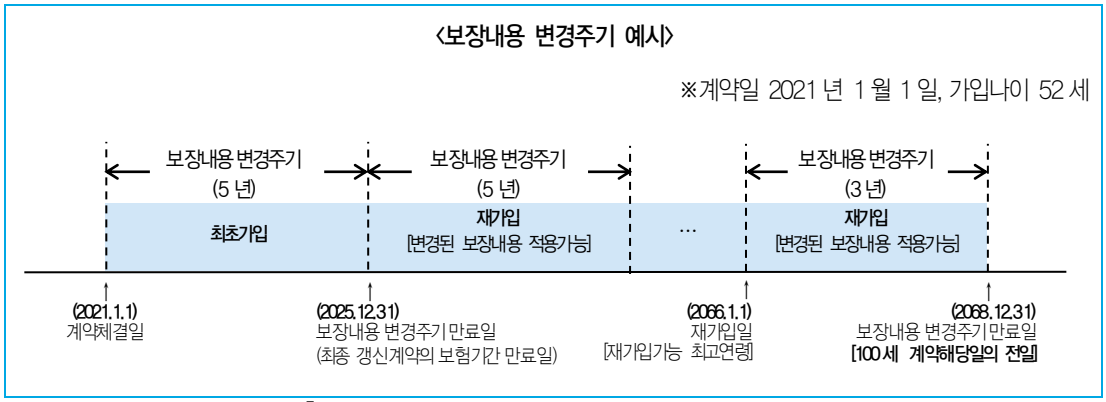
⑩ 이 계약이 제5항에 따라 최초로 성립되는 경우 "최초가입"이라 합니다.

⑪ 제 16 조의 2(보장내용 변경주기)에서 정한 보장내용 변경주기 만료 후 제 23 조(재가입)에 따라 계약이 성립되는 경우 "재가입"이라 합니다.



제 16 조의 2 [보장내용 변경주기]

① 이 계약의 보장내용 변경주기란 계약의 보장내용[보장내용 및 범위 등 (이하 "보장내용"이라 합니다)]이 관련 법령, 금융위원회의 명령, 표준약관 등에 따라 변경될 수 있는 주기를 말하며 5 년으로 합니다. 다만, 재가입할 때 피보험자의 100 세 계약해당일 전일까지의 남은 기간이 5 년 미만일 경우 그 남은 기간을 보장내용 변경주기로 합니다.



② 보장내용 변경주기 만료일은 「최초(재)가입나이 + 보장내용 변경주기」세 계약해당일의 전일로 합니다.

제 16 조의 3 [계약의 보험기간 및 갱신]

① 이 계약의 보험기간은 1 년 만기 갱신으로 합니다.

② 계약자가 이 계약의 보험기간 만료일 15 일전까지 이 계약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 계약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 단, 제 27 조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제 1 회 보험료를 납입하지 않으면 이 계약은 갱신되지 않습니다.

③ 이 계약의 보험기간 만료일은 피보험자의 「최초(갱신)계약 가입나이+1」세 계약해당일의 전일을 말하며, 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 피보험자의 「최초(재)가입나이 + 보장내용 변경주기」세 계약해당일의 전일로 합니다.

④ 제 2 항에도 불구하고 이 계약의 보험기간 만료일이 제 3 항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일과 같은 경우에는 이 계약을 갱신할 수 없습니다.

⑤ 갱신계약의 보험료가 변경되는 경우에는 이 계약의 보험기간 만료일 30 일전까지 계약자에게 관련 내용을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다. 다만, 최종 갱신계약의 경우에는 안내하지 않습니다.

⑥ 관련 법규 등의 변경으로 이 계약 갱신 시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않는 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내합니다.

제 17 조 [청약의 철회]

① 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15 일 이내에 그 청약을 철회(撤回)할 수 있습니다. 다만, 전문금융소비자(단체보험계약자, 주권상장법인 제외)가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

용어 해설	**〈전문금융소비자〉** 보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약에 따른 위험감수능력이 있는 자로서, 국가, 지방자치단체, 한국은행, 금융회사, 주권상장법인 등을 포함하며 「금융소비자보호에 관한 법률」제2조(정의) 제9호에서 정하는 전문금융소비자를 말합니다. **〈일반금융소비자〉** 전문금융소비자가 아닌 계약자를 말합니다.

② 제 1 항에도 불구하고 청약한 날부터 30 일(단, 전화를 통해 가입하는 계약 중 계약자의 나이가 만 65 세 이상인 계약은 45 일)이 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 지체 없이 알려야 합니다.

④ 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 납입한 보험료를 돌려 드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제 1 회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 해당 신용카드회사로 하여금 대금청구를 하지 않도록 해야 하며, 이 경우 회사는 보험료를 반환한 것으로 봅니다.

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

⑥ 제 1 항에서 보험증권을 받은 날에 대한 다툼이 발생한 경우 회사가 이를 증명하여야 합니다.

제 18 조 [약관 교부 및 설명 의무 등]

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

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

설명	**〈 약관의 중요한 내용 〉** 보험업법 시행령 제 42 조의 2(설명의무의 중요사항 등) 및 보험업감독규정 제 4-35 조의 2(보험계약 중요사항의 설명의무)에 정한 상품에 관한 중요한 사항을 말합니다.

② 제 1 항과 관련하여 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특약만 포함한 약관을 드리며, 전화를 이용하여 체결하는 계약은 계약자의 동의를 얻어 다음의 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

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

용어 해설	**<통신판매계약>** 전화 · 우편 · 인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

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

1. 회사가 제 1 항에 따라 제공하여야 할 약관 및 계약자 보관용 청약서를 계약자가 청약할 때 계약자에게 전달하지 않았거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 경우
2. 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 경우
   여기서 "자필서명"은 도장을 찍는 날인과 「전자서명법」 제 2 조 제 2 호에 따른 전자서명을 포함합니다.

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

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

용어 해설	**<법정상속인>** 피상속인의 사망으로 인하여 민법의 규정에 의한 상속순서에 따라 상속받는 자

⑤ 제 3 항에 따라 계약이 취소된 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

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

제 19 조 [계약의 무효]

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

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

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

제 20 조 [계약 내용의 변경 등]

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

1. 보험료 납입주기 및 납입방법
2. 계약자
3. 그 밖의 계약내용

② 계약자는 회사의 승낙 없이 보험수익자를 변경할 수 있습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리자로서 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.

설명	계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급할 수 있습니다. 회사가 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급한 경우 변경된 보험수익자에게는 별도로 보험금을 지급하지 않습니다.

③ 계약자가 제 2 항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우 계약자와 피보험자가 동일하지 않을 때에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면(「전자서명법」 제 2 조 제 2 호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제 44 조의 2 에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조 · 변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)으로 동의하여야 합니다.
④ 제 1 항에 따라 계약자가 변경된 경우 회사는 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 드리고, 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.
⑤ 계약자는 이 계약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 계약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제 21 조 [보험나이 등]
① 이 약관에서 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다.
② 제 1 항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6 개월 미만의 끝수는 버리고 6 개월 이상의 끝수는 1 년으로 하여 계산하며, 이후 매년 연계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.
③ 청약서에 기재된 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 사항이 신분증에 기재된 사실과 다른 경우에는 신분증에 기재된 나이 또는 성별로 정정하고, 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다. 여기서 "신분증"이란 주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증을 말합니다.
④ 제 3 항에 따라 보험금 및 보험료를 변경할 때 변경 전후의 계약자적립액(미경과보험료 포함) 또는 해약환급금 등의 차이로 계약자가 추가로 납입하거나 반환 받을 금액이 발생할 수 있습니다.

설명

〈보험나이〉
보험나이란 보험료 산정의 기준이 되는 나이로서 피보험자의 출생일부터 계약일까지의 기간을 기준으로 합니다. 실제 만 나이는 보험나이와 다를 수 있습니다.

〈보험나이 계산 예시〉
생년월일 : 1974년 9월 18일

예 1) 계약일:	2020 년 1 월 18 일	예 2) 계약일:	2020 년 6 월 20 일
	2020 년 1 월 18 일		2020 년 6 월 20 일
	− 1974 년 9 월 18 일		− 1974 년 9 월 18 일
	만 45 년 4 월 0 일		만 45 년 9 월 2 일
	→ 보험나이 45 세		→ 보험나이 46 세

제 22 조 [계약의 소멸]
① 이 계약의 보험기간 중 피보험자가 사망하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다. 이 때 계약자에게 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액(미경과보험료 포함)을 지급합니다.
② 제 1 항의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

용어 해설	**<실종선고>** 어떤 사람의 생사불명 상태가 일정기간 이상 계속될 때 일정절차에 따라 법원이 사망한 것으로 인정하는 제도

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

③ 제 1 항의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제 7 조(보험금의 청구) 제 1 항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 제 8 조(보험금의 지급절차)의 규정을 따릅니다. 다만, 제 8 조(보험금의 지급절차) 제 4 항에도 불구하고 계약자적립액 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제 23 조 [재가입]

① 회사는 최초가입시 계약자에게 보장내용 변경주기 만료일 이후 재가입할 때 인수조건(재가입가능 최고연령 등)을 설명해야 하고, 이 계약의 재가입 시점에 관련 법령, 금융위원회의 명령, 표준약관 등에 따라 보장내용이 변경될 수 있음을 안내합니다. 특히, 재가입 시점에 보장내용이 축소될 수 있음을 안내합니다.

② 계약이 다음 각 호의 조건을 충족하고 계약자가 제 6 항에 따라 재가입의사를 표시한 때에는 제 16 조(보험계약의 성립) 및 제 18 조(약관 교부 및 설명 의무 등)의 조항을 준용하여 회사가 정한 절차에 따라 계약자는 기존 계약에 이어 재가입할 수 있으며, 이 경우 회사는 기존계약의 가입 이후 발생한 상해 또는 질병을 사유로 가입을 거절할 수 없습니다.

1. 재가입일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 최초가입 당시 사업방법서에서 정한 나이의 범위 내일 것
2. 재가입 전 계약의 보험기간 만료일까지 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것

③ 이 계약의 보장내용 변경주기 만료일 이후 계약자가 재가입을 원하는 경우 계약자는 재가입 시점에서 회사가 판매하는 해당 실손의료보험 상품으로 가입을 할 수 있으며, 회사는 이를 거절할 수 없습니다.

④ 재가입 계약의 보험료는 재가입일(갱신계약의 경우는 갱신일) 현재의 보험요율(상해급여형의 경우에는 피보험자의 직업 또는 직무 위험등급에 따라 산출된 보험요율을 말합니다)을 적용하고, 그 보험요율은 나이의 증가, 위험률의 변동, 재가입시 보장내용 변경 등의 사유로 인하여 변동(특히, 인상) 될 수 있습니다.

⑤ 회사는 보장내용 변경주기가 끝나는 날 이전까지 2 회 이상에 걸쳐 계약자에게 재가입 요건, 보장내용 변경내역, 보험료 수준, 재가입 절차 및 재가입 의사 여부를 확인하는 내용 등을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음), 전자문서 , 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 등으로 안내하며, 회사는 계약자의 재가입의사를 전화(음성녹음), 직접 방문 또는 전자적 의사표시, 통신판매계약의 경우 통신수단을 통해 확인합니다.

⑥ 계약자는 제 5 항에 따른 재가입안내와 재가입여부 확인 요청을 받은 경우 재가입 의사를 표시하여야 합니다.

⑦ 제 5 항 및 제 6 항에도 불구하고, 회사가 계약자의 재가입 의사를 확인하지 못한 경우(계약자와의 연락두절로 회사의 안내가 계약자에게 도달하지 못한 경우 포함)에는 직전 계약과 동일한 조건으로 보험계약을 연장합니다.

⑧ 제 7 항에 따라 직전 계약과 동일한 조건으로 자동 연장된 경우 계약자는 그 연장된 날로부터 90 일 이내에 그 계약을 취소할 수 있으며, 회사는 연장된 날 이후 계약자가 납입한 보험료 전액을 환급합니다.

⑨ 제 7 항에 따라 직전 계약과 동일한 조건으로 자동 연장된 경우 보험계약의 연장일은 회사가 계약자의 재가입의사를 확인한 날(계약자 등이 회사에 보험금을 청구함으로써 계약자에게 연락이 닿아 회사가 계약자의 재가입의사를 확인한 날 등) 또는 보험기간이 종료된 날로부터 1 년 중 빠른 날까지로 합니다. 계약자의 재가입 의사가 확인된 경우에는 제 2 항에서 정한 절차에 따라 회사가 재가입 의사를 확인한 날에 판매중인 상품으로 다시 재가입하는 것으로 하며, 기존 계약은 해지됩니다. 다만, 계약자가 재가입을 원하지 않는 경우에는 해당 시점으로부터 계약은 해지되고, 재가입 의사가 확인되지 않는 경우에는 연장일이 종료되는 시점으로부터 계약은 해지됩니다.

⑩ 제 7 항에 따라 직전 계약과 동일한 조건으로 자동 연장된 경우 계약자는 회사에 재가입 의사를 표시할 수 있습니다. 회사는 계약자의 재가입 의사가 확인되었을 때에는 제 2 항에서 정한 절차에 따라 회사가 재가입 의사를 확인한 날에 판매중인 상품으로 재가입하는 것으로 하며, 기존 계약은 해지됩니다.

⑪ 제 9 항 또는 제 10 항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제 34 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 금액을 계약자에게 지급합니다.

제 6 관 보험료의 납입

제 24 조 [제 1 회 보험료 및 회사의 보장개시]

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

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

용어 해설	**<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 제 2 항에도 불구하고 다음의 어느 하나에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.

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

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

⑤ 회사가 계약의 청약을 승낙하는 경우 제 1 항에 따른 보장개시일부터 전환전계약은 효력이 없으며, 이 경우 회사는 전환전계약의 산출방법서에 따라 계산한 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 25 조 [제 2 회 이후 보험료의 납입]

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

용어 해설	**<납입기일>** 계약자가 제2회부터의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제 26 조 [보험료의 자동대출납입]

이 계약은 보험료의 자동대출납입을 적용하지 않습니다.

제 27 조 [보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]

① 계약자가 제 2 회부터의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우 회사는 14 일 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하여 다음 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로

알려드립니다. 다만, 계약이 해지되기 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다. 여기서, 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다.

1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 계약이 해지된다는 내용. 이 경우 계약이 해지되면 즉시 해약환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다.

② 회사가 제 1 항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하려는 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제 2 조 제 2 호에 따른 전자서명으로 동의를 받아 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다.

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

④ 회사가 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 경우에는 제34조(해약환급금) 제1항에 따른 금액을 계약자에게 지급합니다.

용어 해설	**<납입최고(독촉)>** 약정된 기일까지 보험료가 납입되지 않을 경우, 회사가 계약자에게 납입을 재촉하는 일

제 28 조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 계약의 부활(효력회복)]

① 제 27 조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에 따라 계약이 해지되었으나 계약자가 해약환급금을 받지 않은 경우 계약자는 해지된 날부터 3 년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 여기서 "해약환급금을 받지 않은 경우"는 보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다.

회사가 부활(효력회복)을 승낙한 경우에는 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 이 계약의 사업방법서에서 별도로 정한 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다.

② 제 1 항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제 12 조(계약 전 알릴 의무), 제 14 조(알릴 의무 위반의 효과), 제 15 조(사기에 의한 계약), 제 16 조(보험계약의 성립) 및 제 24 조(제 1 회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다. 이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다. 단, 부활(효력회복)의 경우 제 1 회 보험료는 부활(효력회복)시의 보험료를 말합니다.

③ 제 1 항에 따라 계약이 부활(효력회복)된 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약 및 이전의 모든 부활(효력회복)을 청약할 때 제 12 조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우 또는 보험기간 중 제 13 조(상해보험계약 후 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제 14 조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

용어 해설	**<부활(효력회복)>** 보험료 납입을 연체하여 계약이 해지되고 계약자가 해약환급금을 받지 않은 경우에 회사가 정하는 소정의 절차에 따라 해지된 계약을 다시 되살리는 일

제 29 조 [강제집행 등으로 인해 해지된 계약의 특별부활(효력회복)]

① 회사는 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 받아 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제 20 조(계약 내용의 변경 등) 제 1 항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.

용어 해설	**〈강제집행〉** 국가의 집행기관이 채권자를 위하여 사법상의 청구권을 국가권력을 가지고 강제적으로 실현하는 법적 절차 **〈담보권실행〉** 채무자가 채무를 갚지 않을 경우, 채무이행을 확보할 수 있도록 제공된 담보로부터 담보권자가 채무를 변제받는 절차 **〈국세 및 지방세 체납처분절차〉** 납세자가 국세 및 지방세를 납부 기한까지 납부하지 않는 경우에 국세징수법 또는 지방세징수법에 따라 행하는 압류 및 공매 처분 등 절차

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

③ 회사는 제 1 항의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우 회사는 제 1 항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.

④ 회사는 제 1 항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7 일 이내에 하여야 합니다. 다만, 회사의 통지가 7 일이 지나 보험수익자에게 도달하고 이후 그 보험수익자가 제 1 항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복)을 청약한 경우에는 계약이 해지된 날부터 7 일이 되는 날에 특별부활(효력회복) 됩니다.

⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제 3 항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15 일 이내에 제 1 항의 절차를 이행할 수 있습니다.

제 30 조 [보험료의 계산]

① 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율(상해급여형의 경우에는 피보험자의 직업 또는 직무 위험등급에 따라 산출된 보험요율을 말합니다)에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상 또는 인하될 수 있습니다.

② 갱신계약의 보험료는 매년 보험업감독규정에서 정한 범위(나이의 증가로 인한 보험료 증감분은 제외) 내에서 인상 또는 인하될 수 있습니다. 다만, 회사가 금융위원회로부터 경영개선권고, 경영개선요구 또는 경영개선명령을 받은 경우는 예외로 합니다.

③ 이 조항에 따른 보험료 계산 방법은 보장내용 변경주기 및 관계법령의 개정에 따라 변경될 수 있습니다.

<갱신년도별 보험료 적용 예시>

▸ 최초 보험료, xx세 남자, 월 14,000원, 매년 보험료* 25% 인상 가정시

* 기본형 실손의료보험과 실손의료보험 특약에 함께 가입하였을 경우를 가정하여 산출한 보험료입니다.

(단위 : 원)

구분	xx세	xx+1세	xx+2세	xx +3세	xx +4세	xx +5세
나이증가분(A)		560	728	946	1,230	1,599
보험료 산출 기초율 (위험률 등) 증가분 (B=전년도 기준보험료의25% 가정)		3,640	4,732	6,152	7,997	10,396
기준보험료 (C=전년도 기준보험료 +A+B)	14,000	18,200	23,660 (21,294)*	30,758 (27,682)*	39,985 (35,987)*	51,980 (46,782)*

* ( )은 직전 2년 무사고시 보험료 10%할인 추가 적용 기준

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

제7관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제31조 [계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권]

① 계약자는 이 계약이 소멸하기 전에 언제든지 이 계약을 해지할 수 있으며, 계약이 해지된 경우 회사는 제34조(해약환급금) 제1항에 따른 금액을 계약자에게 지급합니다.

② 제19조(계약의 무효)에 따라 계약자와 피보험자가 다른 계약에서 서면(「전자서명법」제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 대통령령으로 정하는바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)으로 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간 중 중대한 사정변경(계약자의 미성년 자녀인 피보험자에 대한 친권 상실, 계약 체결 당시 미성년인 피보험자가 성인이 된 이후 의사변경, 계약자와 피보험자간 연락 두절 등)이 발생하는 등 피보험자의 필요가 발생한 경우에는 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제34조(해약환급금) 제1항에 따른 금액을 계약자에게 지급합니다.

제31조의2 [위법계약의 해지]

① 계약자는 「금융소비자보호에 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 10 일 이내에 수락여부를 계약자에게 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
③ 계약자는 회사가 「금융소비자 보호에 관한 법률 시행령」 제 38 조제 4 항의 각 호에서 정하는 정당한 사유 없이 제 1 항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.
④ 제 1 항 및 제 3 항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제 34 조(해약환급금) 제 3 항에 따른 금액을 계약자에게 지급합니다.
⑤ 계약자는 제 1 항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

용어 해설	〈제척기간〉 어떠한 권리에 대해 법률상으로 정해진 존속기간을 말하며, 이 기간 안에 권리를 행사하지 않으면 권리가 소멸됩니다.

제 32 조 [중대사유로 인한 해지]
① 회사는 다음과 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1 개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 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.

설명	입원특약에 가입한 피보험자가 20일간 입원하였음에도 불구하고 입원확인서를 변조하여 입원일수 30일에 해당하는 보험금을 청구한 경우, 회사는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다. 다만, 이 경우에도 회사는 입원일수 20일에 해당하는 보험금을 지급합니다.

② 회사는 제 1 항에 따라 계약을 해지한 경우 그 사실을 계약자에게 통지하고 제 34 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 금액을 지급합니다.

제 33 조 [회사의 파산선고와 해지]
① 회사가 파산의 선고를 받은 경우 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.
② 제 1 항에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3 개월이 지나면 그 효력을 잃습니다.
③ 제 1 항에 따라 계약이 해지되거나 제 2 항에 따라 계약이 효력을 잃는 경우 회사는 제 34 조(해약환급금) 제 1 항에 따른 금액을 계약자에게 지급합니다.

제 34 조 [해약환급금]
① 이 계약은 해약환급금이 없습니다. 단, 계약이 해지된 시점에 산출방법서에 따른 미경과보험료 등이 있는 경우 회사는 이를 계약자에게 지급하여 드립니다.
② 제 1 항에 따른 금액의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해당 금액을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 해당 금액을 지급합니다. 제 1 항에 따른 금액 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표 2(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)에 따릅니다.
③ 제 31 조의 2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액(미경과보험료 포함)을 계약자에게 반환하여 드립니다.

제 35 조 [보험계약대출]
이 계약은 보험계약대출을 운용하지 않습니다.

제 36 조 [배당금의 지급]
이 계약은 무배당보험이므로 계약자배당금이 없습니다.

제8 관 다수보험의 처리 등

제 37 조 [다수보험의 처리]
① 다수보험의 경우 각 계약의 보장대상의료비 및 보장책임액에 따라 제 2 항에서 정한 방법으로 계산된 각 계약의 비례분담액을 지급합니다.
② 각 계약의 보장책임액 합계액이 각 계약의 보장대상의료비 중 최고액에서 각 계약의 피보험자부담 공제금액 중 최소액을 차감한 금액을 초과한 다수보험은 아래의 산출방식에 따라 각 계약의 비례분담액을 계산합니다.

설명	각 계약별 비례분담액 = (각 계약의 보장대상의료비 중 최고액 − 각 계약의 피보험자부담 공제금액 중 최소액) × (각 계약별 보장책임액 ÷ 각 계약별 보장책임액을 합한 금액)
용어 해설	**〈 피보험자부담 공제금액 〉** 입원보장의 경우 보장대상의료비에서 회사의 보상금액을 뺀 금액을 말하며, 통원보장의 경우 제3조(보상내용)에서 정한 '통원항목별 공제금액'을 말합니다.

제 38 조 [연대책임]
① 2009 년 10 월 1 일 이후에 신규로 체결된 보험수익자가 동일한 다수보험의 경우 보험수익자는 보험금 전부 또는 일부의 지급을 다수계약이 체결되어 있는 회사 중 한 회사에 청구할 수 있고, 청구를 받은 회사는 해당 보험금을 이 계약의 보험가입금액 한도 내에서 지급합니다.
② 제 1 항에 따라 보험금을 지급한 회사는 보험수익자가 다른 회사에 대하여 가지는 해당 보험금 청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 지급한 금액이 보험수익자가 다른 회사에 청구할 수 있는 보험금의 일부인 경우에는 해당 보험수익자의 보험금 청구권을 침해하지 않는 범위에서 그 권리를 취득합니다.

제9 관 분쟁의 조정 등

제 39 조 [분쟁의 조정]
① 계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁 당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있으며, 분쟁조정 과정에서 계약자는 관계 법령이 정하는 바에 따라 회사가 기록 및 유지·관리하는 자료의 열람(사본의 제공 또는 청취를 포함합니다)을 요구할 수 있습니다.
② 회사는 일반금융소비자인 계약자가 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 가액이 「금융소비자보호에 관한 법률」 제 42 조에서 정하는 일정 금액 이내인 분쟁 사건에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 관계법령이 정하는 경우를 제외하고는 소를 제기하지 않습니다.

제 40 조 [관할법원]
이 계약에 관한 소송 및 민사조정은 계약자의 주소지를 관할하는 법원이 하는 것으로 합니다. 다만, 회사와 계약자가 합의하여 관할법원을 달리 정할 수 있습니다.

제 41 조 [소멸시효]

보험금 청구권, 보험료 반환청구권, 해약환급금청구권 및 계약자적립액 반환청구권은 3 년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

설명	**〈소멸시효〉** 보험금 등의 지급사유가 2015 년 1 월 2 일에 발생하였음에도 2018 년 1 월 2 일까지 보험금 등을 청구하지 않는 경우 시효가 완성되어 보험금 등을 지급받지 못할 수 있습니다.

제 42 조 [약관의 해석]

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

용어 해설	**〈신의성실의 원칙〉** 계약관계에 있는 당사자들이 권리를 행사하거나 의무를 이행할 때 상대방의 정당한 이익을 배려해야 하고 신뢰를 저버리지 않도록 행동해야한다는 원칙을 말합니다.

② 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

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

제 43 조 [설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력]

① 회사는 일반금융소비자에게 청약을 권유하거나 일반금융소비자가 설명을 요청하는 경우 보험상품에 관한 중요한 사항을 계약자가 이해할 수 있도록 설명하고 계약자가 이해하였음을 서명, 기명날인 또는 녹취 등을 통해 확인받아야 하며, 설명서를 제공하여야 합니다. 여기서 "서명"은 「전자서명법」 제 2 조 제 2 호에 따른 전자서명을 포함합니다.

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

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

제 44 조 [회사의 손해배상책임]

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

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

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

용어 해설	**〈현저하게 불공정한 합의〉** 회사가 보험수익자의 경제적·신체적·정신적인 어려움, 경솔함, 경험 부족 등을 이용하여 동일·유사 사례에 비추어 보험수익자에게 매우 불합리하게 합의를 하는 것을 의미합니다.

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

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

제 45 조 [개인정보보호]

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

제 46 조 [준거법]

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

제 47 조 [예금보험에 의한 지급보장]

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

용어 해설	**〈예금자보호법〉** 금융기관이 파산 등의 사유로 예금 등을 지급할 수 없는 상황에 대처하기 위하여 예금보험제도 등을 효율적으로 운영함으로써 예금자 등을 보호하고 금융제도의 안정성을 유지하는 데 이바지하기 위해 제정된 법률을 말합니다.

제 10 관 계약전환에 대한 특칙(特則)

제 48 조 [전환전계약의 계약 전 알릴의무 등]

제 24 조(제 1 회 보험료 및 회사의 보장개시) 제 5 항에도 불구하고, 전환전계약의 "계약 전 알릴 의무 등"의 조항은 전환후계약의 최종 재가입계약의 보험기간 만료일까지 효력이 있습니다. 다만, 부활(효력회복)의 경우에는 이 약관의 제 28 조[보험료의 납입연체로 인해 해지된 계약의 부활(효력회복)] 제 2 항을 적용합니다.

제 49 조 [전환전계약으로의 환원]

① 이 약관에 따라 다음 중 한 가지에 해당될 경우에는 그 날(이하 "환원일"이라 합니다)부터 제 24 조(제 1 회 보험료 및 회사의 보장개시)의 규정에도 불구하고 전환되지 않은 것으로 하며 전환전계약의 약관을 적용합니다.

1. 전환후계약의 청약이 철회된 경우
   회사는 전환 청약 후 6 개월 이내에 계약자가 전환청약을 철회하는 경우 전환 전 계약으로 환원합니다.(다만, 철회 신청일이 전환청약일부터 3 개월이 지난 경우에는 3 개월이 지난날부터 철회 신청일 사이에 보험금 지급사유가 발생하지 않은 계약에 한정합니다)
2. 계약자가 전환신청후 3 개월 이내에 다음 사유로 인하여 전환후계약을 취소하는 경우
   가. 회사가 전환후계약의 약관 및 계약자 보관용 청약서를 전달하지 않은 때
   나. 회사가 전환후계약 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 때
   다. 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 때
   라. 회사가 전환전·후의 상품내용을 비교한 전환안내서를 제공하지 않거나 그 중요내용을 설명하지 않은 때
3. 전환후계약의 승낙이 거절된 경우
4. 전환후계약이 무효인 경우

② 제 1 항의 경우 다음 제 1 호의 금액에서 제 2 호의 금액을 차감하여 잔액이 있을 때에는 이를 계약자에게 지급하고,

부족액이 있을 때에는 계약자는 그 부족액을 납입하여야 합니다.

1. 환원일까지 납입된 전환후계약의 보험료합계액
2. 다음의 합계액
   가. 전환전계약이 환원일까지 계속 유지된 것으로 할 때 납입되어야 할 전환전계약의 보험료 합계액
   나. 전환일부터 환원사유가 발생한 날까지 전환후계약에서 지급한 제지급금 합계액
   다. 전환후계약으로 전환신청함에 따라 전환전계약에서 지급한 해약환급금 등의 제지급금 합계액

별표 1

용어의 정의

용어	정의
계약	보험계약
전환전계약	이미 체결되어있는 실손의료비를 보장하는 갱신형 계약(특약 포함)으로 다음을 모두 만족하는 계약을 말함 1. 보험료 미납 등으로 인한 실효 상태가 아닌 유효한 계약 2. 전환전계약에서 보상하지 않으나 전환후계약에서 보상하는 보험금 지급사유가 전환일 이전 최대 5년 이내에 발생하지 않은 계약
전환후계약	이 보험계약을 말하며 이 계약에 부가된 특약 포함
진단계약	계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약
보험증권	계약의 성립과 계약내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서
계약자	보험회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입하는 사람
피보험자	보험금 지급사유 또는 보험사고 발생의 대상(객체)이 되는 사람
보험수익자	보험금을 수령하는 사람
보험기간	회사가 계약에서 정한 보상책임을 지는 기간
회사	보험회사
보험연도	당해연도 계약해당일부터 차년도 계약해당일 전일까지 매1년 단위의 연도. 예를 들어 보험계약일이 2021년7월1일인 경우 보험연도는 2021년7월1일부터 2022년6월30일까지 1년이 됩니다.
연계약해당일	계약일부터 1년마다 돌아오는 매년의 계약해당일. 다만, 해당 연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 연계약해당일로 합니다. **<해당 연도의 계약해당일이 없는 경우 예시>** 계약일이 2020년 2월 29일인 경우 차년도 연계약해당일은 2021년 2월 28일입니다.
중요한 사항	계약 전 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 사항
연단위 복리	회사가 지급할 금액에 대한 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법
평균공시이율	전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 최초계약 체결 시점(갱신계약의 경우 갱신 시점)의 평균공시이율을 말하며 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인 가능
해약환급금	계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액
영업일	회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, 「관공서의 공휴일에 관한 규정」에 따른 공휴일과 근로자의 날은 제외
최초계약	최초(재)가입으로 성립된 보험계약
갱신계약	계약의 보험기간 만료 후 제16조의3(계약의 보험기간 및 갱신)에 따라 갱신된 경우

갱신 전 계약	갱신계약의 경우 계약이 갱신되기 직전 계약
재가입 계약	제 16 조의 2(보장내용 변경주기)에서 정한 보장내용 변경주기 만료 후 제 23 조(재가입)에 따라 성립된 계약
갱신일	갱신 전 계약의 보험기간 만료일의 다음날
상해	보험기간 중 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고
상해보험계약	상해를 보장하는 계약
의사	「의료법」 제2조(의료인)에서 정한 의사, 한의사 및 치과의사 면허를 가진 사람
약사	「약사법」 제2조(정의)에서 정한 약사 및 한약사 면허를 가진 사람
의료기관	아래 각호의 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 포함
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, 환자관리료, 식대 등
입원제비용	입원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료(퇴원시 의사로부터 치료목적으로 처방받은 약제비 포함), 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 치료재료, 석고붕대료(cast), 지정진료비 등
입원수술비	입원치료 중 발생한 수술료, 마취료, 수술재료비 등
입원의료비	입원실료, 입원제비용, 입원수술비
통원	의사가 피보험자의 질병 또는 상해로 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서, 의료기관에 입원하지 않고 의료기관을 방문하여 의사의 관리 하에 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 의료목적의 달성을 위한 조치
「국민건강보험법」에 따른 본인부담금 상한제	「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 연간 본인부담금 총액이 「국민건강보험법시행령」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, 의료급여관련 법령의 변경에 따라 환급기준이 변경될 경우에는 회사는 변경된 기준에 따름
보장대상의료비	피보험자가 실제로 부담한 의료비 – 보장제외금액* * 제2관[회사가 보상하는 사항 및 보상하지 않는 사항]에 따른 금액
보장책임액	(보장대상의료비 – 피보험자부담 공제금액)과 보험가입금액 중 작은 금액
다수보험	실손의료보험계약(우체국보험, 각종 공제, 상해 · 질병 · 간병보험 등 제3보험, 개인연금 · 퇴직보험 등 의료비를 실손으로 보상하는 보험 · 공제계약을 포함)이 동시에 또는 순차적으로 2개 이상 체결되었고, 그 계약이 동일한 보험사고에 대하여 각 계약별 보장책임액이 있는 여러 개의 실손의료보험계약을 말함

별표 2

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구분	적립기간	적립이율
보장관련 보험금	지급기일의 다음 날부터 30 일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31 일 이후부터 60 일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(40%)
	지급기일의 61 일 이후부터 90 일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(60%)
	지급기일의 91 일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(80%)
해약환급금	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1 년 이내 : 평균공시이율의 50% 1 년 초과기간 : 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

㈜ 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 일자 계산하며, 지급이자도 소멸시효(제 41 조)가 적용됩니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율 적용시 제 8 조(보험금의 지급절차) 제 2 항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

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

5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

비중증 비급여 실손의료비보장특약D[계약전환용](갱신형,무배당) 약관

※ 갱신주기는 1년으로 합니다.

제1관 일반사항 및 용어의 정의

제1조 [보장종목]

회사가 판매하는 '비중증 비급여 실손의료비보장특약D[계약전환용](갱신형,무배당)'은 질병비급여형, 상해비급여형, 비급여 자기공명영상진단형의 3개의 보장종목으로 구성되어 있습니다.

보장종목	보상하는 내용
질병비급여형	피보험자가 질병으로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원하여 산정특례 대상 질환이 아닌 질환으로 인한 비급여 치료를 받거나 비급여 처방조제를 받은 경우에 보상(비급여 자기공명영상진단 제외)
상해비급여형	피보험자가 상해로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원하여 산정특례 대상 질환이 아닌 질환으로 인한 비급여 치료를 받거나 비급여 처방조제를 받은 경우에 보상(비급여 자기공명영상진단 제외)
비급여 자기공명영상진단형	피보험자가 상해 또는 질병의 치료목적으로 의료기관에 입원 또는 통원하여 산정특례 대상 질환이 아닌 질환으로 인한 비급여 치료를 위해 자기공명영상진단을 받은 경우에 보상

위 표에서 '비급여'라 함은 「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)을 말합니다.

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

제2조 [용어의 정의]

이 약관에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같습니다.

구분	용어	정의
「 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 일체(주)(예시 : FIMS(기능적근육내 자극치료), 신장분사치료, 도수치료, 증식치료, 비침습적 무통증 신호요법 등) (주) 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」가 관련 법령 개정 또는 폐지 등으로 이학요법치료와 관련된 행위 비급여 목록이 삭제될 경우 삭제 전 가장 최근 발간된 내용을 기준으로 하며, 보건복지부, 건강보험심사평가원 또는 국민건강보험공단 등에서 이학요법치료를 법령 등에서 별도 정의하는 경우 해당 정의에 따를 수 있습니다.

	체외충격파치료	체외에서 충격파를 병변에 가해 혈관 재형성을 돕고 건(힘줄) 및 뼈의 치유 과정을 자극하거나 재활성화 시켜 기능개선 및 통증감소를 위하여 실시하는 치료행위(체외충격파쇄석술은 제외)
주사료	주사료	항암제, 항생제, 희귀의약품을 제외한 주사치료시 사용된 행위, 약제 및 치료재료대
	항암제	식품의약품안전처가 「의약품등 분류번호에 관한 규정」에 따라 지정하는 '조직세포의 기능용 의약품' 중 '종양용약'과 '조직세포의 치료 및 진단 목적제제'* * 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.
자기공명영상 진단	자기공명영상 장치를 이용하여 고주파 등을 통한 신호의 차이를 영상화하여 조직의 구조를 분석하는 검사*(MRI/MRA) * 자기공명영상진단 결과를 다른 의료기관에서 판독하는 경우 포함 (보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」상의 MRI/MRA 범주에 따름)	
산정특례 대상 질환	「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시)」 제4조부터 제5조의3까지에 따른 산정특례 대상인 질환(주)(암, 뇌혈관질환, 심장질환, 희귀질환, 중증난치질환, 중증화상, 중증외상, 결핵, 잠복결핵 등) (주) 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제4조부터 제5조의3이 관련 법규 개정 등으로 삭제될 경우 삭제 전 가장 최근 고시된 내용을 기준으로 하며, 삭제 이후 보건복지부, 건강보험심사평가원 또는 국민건강보험공단 등에서 희귀질환, 중증난치 질환 등을 법규 등에서 별도 정의하는 경우 해당 정의에 따를 수 있습니다.	

암질환 · 뇌혈관질환 · 심장질환 · 중증화상 · 중증외상	「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제4조([별표3]중증질환자 산정특례 대상)에 따른 질환
희귀질환	「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제5조([별표4]희귀질환자 산정특례 대상)에 따른 질환
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, 산정특례대상 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* * 제2관[회사가 보상하는 사항 및 보상하지 않는 사항]에 따른 금액 및 비급여 병실료 중 회사가 보장하지 않는 금액
상급병실료 차액	상급병상을 이용함에 따라 요양급여 대상인 입원료 외에 추가로 부담하는 입원실 이용 비용

제2조의2 [특약의 보장개시일]

이 특약의 제13조(특약의 체결 및 설명의무 등)에서 정한 최초가입에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같으며, 최초(갱신)계약의 경우는 최초(갱신)계약일을 보장개시일로 합니다.

제2관 회사가 보상하는 사항 및 보상하지 않는 사항

제3조(보상내용) 및 제4조(보상하지 않는 사항)는 각 보장종목에 해당하는 약관을 참조하시기 바랍니다.

《질병비급여형》

제3조 [보상내용]

① 회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 질병으로 의료기관에 입원 또는 통원(외래 및 처방조제)하여 산정특례 대상 질환 외 치료를 받은 경우에는 비급여의료비(비급여 자기공명영상진단은 제외합니다)를 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 다음과 같이 보상합니다. 다만, 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면 받은 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>구 분</th><th>보 상 금 액</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>항목</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
보장대상의료비의
50% 중 큰 금액</td></tr></table></td></tr>
</table>

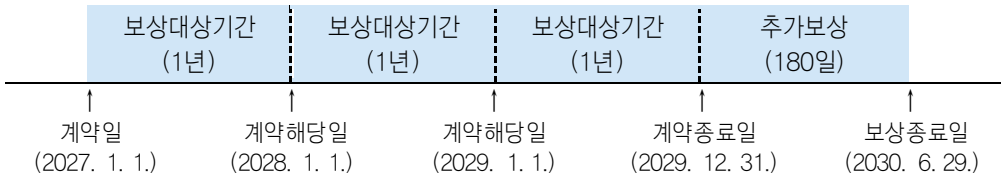
② 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음 날부터 180일까지 보상합니다.

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

설명	이 특약의 보험기간이 만료되기 전 해지된 경우에는 해지 이후 계속 중인 입원과 통원에 대해서는 보상하지 않습니다.

<입원 및 통원 보상기간 예시>

※계약일 2027년 1월 1일



④ 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제2항 및 제3항을 적용하지 않습니다.

⑤ 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 비급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액(통원의 경우 본인이 실제로 부담한 금액에서 같은 조 제1항 <표1>의 '통원 항목별 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(배우자, 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 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다.

⑥ 회사는 피보험자가 질병으로 인하여 의료기관에서 본인의 장기등(「장기등 이식에 관한 법률」 제4조에 의한 "장기등"을 의미합니다)의 기능회복을 위하여 「장기등 이식에 관한 법률」 제42조 및 관련 고시에 따라 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 제1항부터 제5항에 따라 보상합니다.

⑦ 피보험자가 입원(최초입원일이 전환전계약 보험기간에 포함되는 것을 말합니다) 또는 통원하여 치료를 받던 중 이 특약으로 전환한 경우에는 전환전계약이 종료되었다 하더라도 그 계속 중인 입원 또는 통원에 대하여는 보상기간의 연장으로 간주하여 전환전계약의 약관에 따라 보상합니다.

⑧ 제7항에도 불구하고 계속 중인 입원에 대하여 전환전계약의 약관에 따라 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 제3조(보상내용) 제1항에서 제6항을 적용하며, 더 이상 전환전계약의 약관에 따라 보상하지 않습니다

1. 전환전계약의 최초계약 체결일이 2009년 9월 30일 이전:
   전환전계약의 직전 계약해당일로부터 1년이 경과한 경우
   단, 전환전계약의 최초계약 체결일이 2009년 9월 30일 이전임에도 불구하고 갱신시 회사가 정한 방법에 따라 2009년 10월 1일 이후 판매된 실손의료비를 보장하는 보험으로 갱신된 경우는 제 2호를 적용합니다.
2. 전환전계약의 최초계약 체결일이 2009년 10월 1일부터 2014년 3월 31일 이전:
   최초입원일부터 365일이 지난 경우
3. 전환전계약의 최초계약 체결일이 2014년 4월 1일부터 2015년 12월 31일 이전:

최초입원일부터 365일이 지나거나, 하나의 질병으로 인한 입원이라도 입원의료비가 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 동일한 사유로 재입원한 경우

4. 전환전계약의 최초계약 체결일이 2016년 1월 1일 이후:
하나의 질병으로 인한 입원의료비를 전환전계약의 보험가입금액까지 보상한 경우

⑨ 제7항에도 불구하고 계속 중인 통원에 대하여 전환전계약의 직전 계약해당일로부터 1년이 경과한 경우에는 제3조(보상내용) 제1항에서 제6항을 적용하며, 더 이상 전환전계약의 약관에 따라 보상하지 않습니다.

제4조 [보상하지 않는 사항]

회사가 이 특약에서 보상하지 않는 사항은 다음과 같습니다.

① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 비급여의료비는 보상하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우 제3조(보상내용)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보상금액을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 제3조(보상내용)에 따라 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 이유없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 통원의료비

② 회사는 '제9차 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)'에 따른 다음의 비급여의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. '제10차 개정 이후 한국표준질병·사인분류'에서 아래 질병 이외에 추가로 아래의 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

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 비급여의료비에 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 비급여사용승인 절차를 거쳐 그 승인 내용대로 사용된 경우
라. 상기 가목 부터 다목의 약제가 두 가지 이상 함께 사용된 경우(함께 사용된 약제 중 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(보상내용) 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 제3조(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. 「신의료기술평가에 관한 규칙」 제3조 제13항 제1호에 따라 안전성 및 유효성이 있는 신의료기술로서 보건복지부장관이 고시('신의료기술의 안전성·유효성 평가결과 고시')하였으나, 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제11조 제1항 또는 제13조 제1항에 따라 요양급여대상 또는 비급여대상으로 결정·고시되기 전까지의 행위·치료재료와 관련하여 소요된 비용
11. 「신의료기술평가에 관한 규칙」 제3조 제13항 제2호에 따른 제한적 의료기술과 관련하여 소요된 비용
12. 「신의료기술평가에 관한 규칙」 제3조 제13항 제3호에 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 치료재료와 관련하여 소요된 비용
17. 근골격계 이학요법 치료행위에 수반된 일체의 의료비(예 : 행위료, 치료재료대, 약제 및 주사비 등)
18. 체외충격파 치료행위에 수반된 일체의 의료비(예 : 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 회사는 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([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 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살 제거술 등 미용목적의 성형수술과 그로 인한 후유증치료

나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술

다. 치과교정

라. 씹는 기능 및 발음 기능의 개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 턱얼굴(악안면)교정술

마. 관절운동 제한이 없는 반흔구축성형술 등 외모개선 목적의 반흔제거술

바. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)

사. 질병 치료가 아닌 단순히 키 성장(성장촉진)을 목적으로 하는 진료

아. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

자. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여 대상에 해당하는 치료

3. 다음 각 목의 예방진료로서 질병 · 부상의 진료를 직접목적으로 하지 아니하는 경우에 실시 또는 사용으로 인하여 발생한 비급여 의료비

가. 본인의 희망에 의한 건강검진(다만, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 추가 의료비용은 보상합니다)

나. 예방접종(파상풍 혈청주사 등 치료목적으로 사용하는 예방주사 제외)

다. 그 밖에 예방진료로서 국민건강보험 비급여 대상에 해당하는 치료

4. 그 밖에 다음 각 목의 진료로 인해 발생한 비급여 의료비

가. 친자확인을 위한 진단

나. 불임검사, 불임수술, 불임복원술

다. 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다)

라. 인공유산에 든 비용(다만, 회사가 보상하는 질병으로 임신상태를 유지하기 어려워 의사의 권고에 따라 불가피하게 시행한 경우는 제외)

마. 그 밖에 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제11조 제1항 또는 제13조 제1항에 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 별표2」에서 비급여대상으로 정하고 있는 치료와 관련하여 소요된 비용

《상해비급여형》

제3조 [보상내용]

① 회사는 이 특약의 보험기간 중 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.

구 분	보 상 금 액
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

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

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.

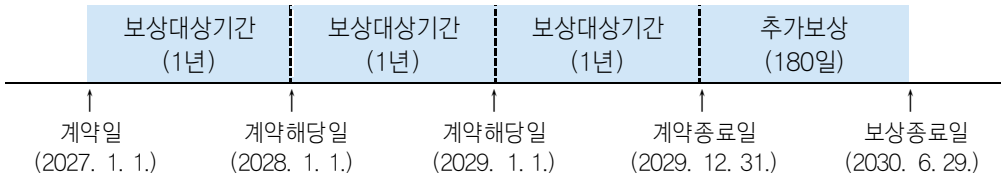
③ 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음 날부터 180일까지 보상합니다.

④ 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 통원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음 날부터 180일 이내의 통원을 보상하며 최대 90일 한도 내에서 보상합니다.

설명	이 특약의 보험기간이 만료되기 전 해지된 경우에는 해지 이후 계속 중인 입원과 통원에 대해서는 보상하지 않습니다.

〈입원 및 통원 보상기간 예시〉

※계약일 2027년 1월 1일



계약일	계약해당일	계약해당일	계약종료일	보상종료일
(2027. 1. 1.)	(2028. 1. 1.)	(2029. 1. 1.)	(2029. 12. 31.)	(2030. 6. 29.)

⑤ 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제3항 및 제4항을 적용하지 않습니다.

⑥ 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 비급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액(통원의 경우 본인이 실제로 부담한 금액에서 같은 조 제1항 〈표1〉의 '통원 항목별 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(배우자, 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 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 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.

⑧ 피보험자가 입원(최초입원일이 전환전계약 보험기간에 포함되는 것을 말합니다) 또는 통원하여 치료를 받던 중 이 특약으로 전환한 경우에는 전환전계약이 종료되었다 하더라도 그 계속 중인 입원 또는 통원에 대하여는 보상기간의 연장으로 간주하여 전환전계약의 약관에 따라 보상합니다.

⑨ 제8항에도 불구하고 계속 중인 입원에 대하여 전환전계약의 약관에 따라 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 제3조(보상내용) 제1항에서 제7항을 적용하며, 더 이상 전환전계약의 약관에 따라 보상하지 않습니다

1. 전환전계약의 최초계약 체결일이 2009년 9월 30일 이전:
   전환전계약의 직전 계약해당일로부터 1년이 경과한 경우
   단, 전환전계약의 최초계약 체결일이 2009년 9월 30일 이전임에도 불구하고 갱신시 회사가 정한 방법에 따라 2009년 10월 1일 이후 판매된 실손의료비를 보장하는 보험으로 갱신된 경우는 제 2호를 적용합니다.
2. 전환전계약의 최초계약 체결일이 2009년 10월 1일부터 2014년 3월 31일 이전:

최초입원일부터 365일이 지난 경우

3. 전환전계약의 최초계약 체결일이 2014년 4월 1일부터 2015년 12월 31일 이전:
최초입원일부터 365일이 지나거나, 하나의 상해로 인한 입원이라도 입원의료비가 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 동일한 사유로 재입원한 경우

4. 전환전계약의 최초계약 체결일이 2016년 1월 1일 이후:
하나의 상해로 인한 입원의료비를 전환전계약의 보험가입금액까지 보상한 경우

⑩ 제8항에도 불구하고 계속 중인 통원에 대하여 전환전계약의 직전 계약해당일로부터 1년이 경과한 경우에는 제3조(보상내용) 제1항에서 제7항을 적용하며, 더 이상 전환전계약의 약관에 따라 보상하지 않습니다.

제4조 [보상하지 않는 사항]

회사가 이 특약에서 보상하지 않는 사항은 다음과 같습니다.

① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 비급여의료비는 보상하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우 제3조(보상내용)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보상금액을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 제3조(보상내용)에 따라 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원 또는 통원한 경우. 다만, 회사가 보상하는 상해로 인하여 입원 또는 통원한 경우에는 보상합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인한 경우
6. 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자 본인이 자의적으로 입원하여 발생한 입원의료비
7. 피보험자가 정당한 이유없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 통원의료비

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동 목적으로 한 다음의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 생긴 상해에 대해서는 보상하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련이 필요한 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트·자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 행사(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 보상합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

③ 회사는 다음의 비급여의료비에 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)으로 사용된 경우
나. 요양급여 약제로서 관련 법령 또는 고시 등에서 정한 별도의 적용기준에 따라 비급여 약제로 사용된 경우
다. 요양급여 약제로서 관련 법령에 따라 별도의 비급여사용승인 절차를 거쳐 그 승인 내용대로 사용된 경우
라. 상기 가목 부터 다목의 약제가 두 가지 이상 함께 사용된 경우(함께 사용된 약제 중 어느 하나라도 상기 가목부터 다목에 해당하지 않는 경우는 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(보상내용) 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」 제3조 제13항 제1호에 따라 안전성 및 유효성이 있는 신의료기술로서 보건복지부장관이 고시('신의료기술의 안전성·유효성 평가결과 고시')하였으나, 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제11조 제1항 또는 제13조 제1항에 따라 요양급여대상 또는 비급여대상으로 결정·고시되기 전까지의 행위·치료재료와 관련하여 소요된 비용
10. 「신의료기술평가에 관한 규칙」 제3조 제13항 제2호에 따른 제한적 의료기술과 관련하여 소요된 비용
11. 「신의료기술평가에 관한 규칙」 제3조 제13항 제3호에 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

④ 회사는 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([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 유방재건술은 보상합니다)·

축소술, 지방흡입술, 주름살 제거술 등 미용목적의 성형수술과 그로 인한 후유증치료

나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술

다. 치과교정

라. 씹는 기능 및 발음 기능의 개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 턱얼굴(악안면)교정술

마. 관절운동 제한이 없는 반흔구축성형술 등 외모개선 목적의 반흔제거술

바. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)

사. 질병 치료가 아닌 단순히 키 성장(성장촉진)을 목적으로 하는 진료

아. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

자. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여 대상에 해당하는 치료

3. 다음 각 목의 예방진료로서 질병·부상의 진료를 직접목적으로 하지 아니하는 경우에 실시 또는 사용으로 인하여 발생한 비급여 의료비

가. 본인의 희망에 의한 건강검진(다만, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 추가 의료비용은 보상합니다)

나. 예방접종(파상풍 혈청주사 등 치료목적으로 사용하는 예방주사 제외)

다. 그 밖에 예방진료로서 국민건강보험 비급여 대상에 해당하는 치료

4. 그 밖에 다음 각 목의 진료로 인해 발생한 비급여 의료비

가. 친자확인을 위한 진단

나. 불임검사, 불임수술, 불임복원술

다. 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다)

라. 인공유산에 든 비용(다만, 회사가 보상하는 상해로 임신상태를 유지하기 어려워 의사의 권고에 따라 불가피하게 시행한 경우는 제외)

마. 그 밖에 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제11조 제1항 또는 제13조 제1항에 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 별표2」에서 비급여대상으로 정하고 있는 치료와 관련하여 소요된 비용

《비급여 자기공명영상진단형》

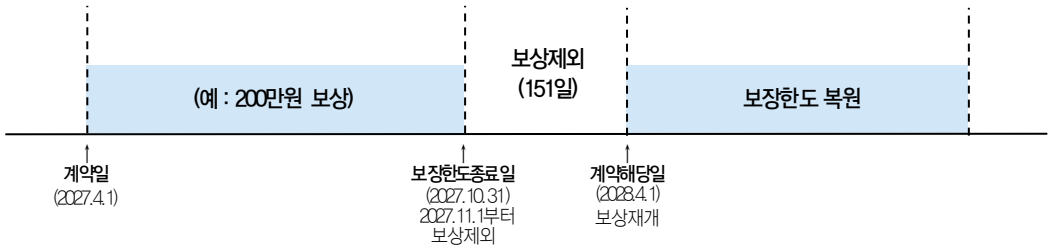
제3조 [보상내용]

① 회사는 이 특약의 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.

구분		공제금액	보장한도
비급여 자기공명영상진단	자기공명영상진단을 받아 본인이 실제로 부담한 비급여의료비(조영제, 판독료 포함)	1회당 5만원과 보장대상의료비의 50%중 큰 금액	계약일 또는 매년 계약해당일부터 1년 단위로 각 상해·질병 치료행위를 합산하여 200만원 이내에서 보상

<자기공명영상진단 보상기간 예시>

(i) 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 1년내 200만원을 모두 보상한 경우



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 의료기관을 1회 통원(또는 1회 입원)하여 2개 이상 부위에 걸쳐 이 특약에서 정한 자기공명영상진단을 받거나 동일한 부위에 대해 2회 이상 이 특약에서 정한 자기공명영상진단을 받은 경우 각 진단행위를 1회로 보아 각각 1회당 공제금액 및 보장한도를 적용합니다.

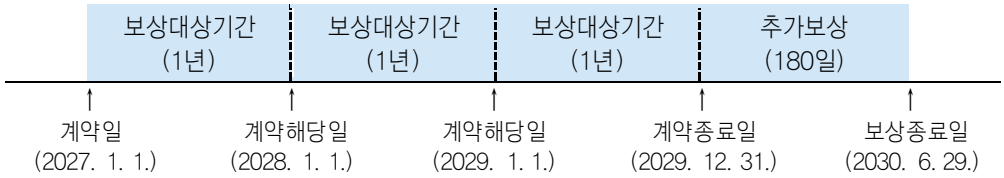
④ 제3항에서 1회 입원이라 함은 퇴원없이 계속 중인 입원(동일한 상해 또는 질병 치료목적으로 퇴원 당일 다른 의료기관으로 옮겨 입원하는 경우 포함)을 말합니다. 동일한 상해 또는 질병으로 인한 입원이라고 하더라도 퇴원 후 재입원하는 경우에는 퇴원 전후 입원기간을 각각 1회 입원으로 봅니다.

⑤ 제1항에서 보상하는 비급여의료비와 다른 의료비가 함께 청구되고 각 항목별 의료비가 구분되지 않는 경우 회사는 보험금 지급금액 결정을 위해 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 제1항에서 보상하는 의료비의 확인을 요청할 수 있습니다.

⑥ 피보험자가 입원 또는 통원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 치료에 대하여는 보험계약 종료일 다음 날부터 180일까지 보상합니다. 이 경우 보장한도는 연간 보장한도(금액)에서 직전 보험계약 종료일까지 지급한 금액을 한도로 적용합니다. 다만, 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제1항을 적용합니다.

<보상기간 예시>

※계약일 2027년 1월 1일



⑦ 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 비급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액(통원의 경우 본인이 실제로 부담한 금액에서 같은 조 제1항의 '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 제1항에 따라 계산한 금액을 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 감면받은 의료비가 본인 또는 가족(배우자, 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 제1항에 따라 계산한 금액을 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다.

⑧ 회사는 피보험자가 상해 또는 질병으로 인하여 의료기관에서 본인의 장기등(「장기등 이식에 관한 법률」 제4조에 의한 "장기등"을 의미합니다)의 기능회복을 위하여 「장기등 이식에 관한 법률」 제42조 및 관련 고시에 따라 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 제1항부터 제7항에 따라 보상합니다.

⑨ 피보험자가 입원(최초입원일이 전환전계약 보험기간에 포함되는 것을 말합니다) 또는 통원하여 치료를 받던 중 이 특약으로 전환한 경우에는 전환전계약이 종료되었다 하더라도 그 계속 중인 입원 또는 통원에 대하여는 보상기간의 연장으로 간주하여 전환전계약의 약관에 따라 보상합니다.

⑩ 제9항에도 불구하고 계속 중인 입원에 대하여 전환전계약의 약관에 따라 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 제3조(보상내용) 제1항에서 제8항을 적용하며, 더 이상 전환전계약의 약관에 따라 보상하지 않습니다

1. 전환전계약의 최초계약 체결일이 2009년 9월 30일 이전:
   전환전계약의 직전 계약해당일로부터 1년이 경과한 경우
   단, 전환전계약의 최초계약 체결일이 2009년 9월 30일 이전임에도 불구하고 갱신시 회사가 정한 방법에 따라 2009년 10월 1일 이후 판매된 실손의료비를 보장하는 보험으로 갱신된 경우는 제 2호를 적용합니다.
2. 전환전계약의 최초계약 체결일이 2009년 10월 1일부터 2014년 3월 31일 이전:
   최초입원일부터 365일이 지난 경우
3. 전환전계약의 최초계약 체결일이 2014년 4월 1일부터 2015년 12월 31일 이전:
   최초입원일부터 365일이 지나거나, 하나의 상해 또는 질병으로 인한 입원이라도 입원의료비가 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 동일한 사유로 재입원한 경우
4. 전환전계약의 최초계약 체결일이 2016년 1월 1일 이후:

하나의 상해 또는 질병으로 인한 입원의료비를 전환전계약의 보험가입금액까지 보상한 경우

⑪ 제9항에도 불구하고 계속 중인 통원에 대하여 전환전계약의 직전 계약해당일로부터 1년이 경과한 경우에는 제3조(보상내용) 제1항에서 제8항을 적용하며, 더 이상 전환전계약의 약관에 따라 보상하지 않습니다.

제4조 [보상하지 않는 사항]

회사가 이 특약에서 보상하지 않는 사항은 다음과 같습니다.

① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 비급여의료비는 보상하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우.
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우 제3조(보상내용)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보상금액을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우.
   다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 제3조(보상내용)에 따라 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인한 경우
5. 피보험자가 정당한 이유없이 입원 또는 통원 기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 의료비

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동 목적으로 한 다음의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 생긴 상해에 대해서는 보상하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전 훈련이 필요한 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트 · 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 행사(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

③ 회사는 '제9차 한국표준질병 · 사인분류(KCD : 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)'에 따른 다음의 비급여의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. '제10차 개정 이후 한국표준질병 · 사인분류'에서 아래 질병 이외에 추가로 아래의 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

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(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(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 주사치료 시 사용된 행위, 약제 및 치료재료와 관련하여 소요된 비용은 보상하지 않습니다)
   가. 약사법령에 의하여 약제별 허가사항 또는 신고된 사항(효능/효과 및 용법/용량 등)대로 사용된 경우
   나. 요양급여 약제가 관련 법령 또는 고시 등에서 정한 별도의 적용기준대로 비급여 약제로 사용된 경우
   다. 요양급여 약제가 관련 법령에 따라 별도의 비급여사용승인 절차를 거쳐 그 승인 내용대로 사용된 경우

라. 상기 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(보상내용) 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(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. 「신의료기술평가에 관한 규칙」 제3조 제13항 제1호에 따라 안전성 및 유효성이 있는 신의료기술로서 보건복지부장관이 고시('신의료기술의 안전성·유효성 평가결과 고시')하였으나, 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제11조 제1항 또는 제13조 제1항에 따라 요양급여대상 또는 비급여대상으로 결정·고시되기 전까지의 행위·치료재료와 관련하여 소요된 비용
11. 「신의료기술평가에 관한 규칙」 제3조 제13항 제2호에 따른 제한적 의료기술과 관련하여 소요된 비용
12. 「신의료기술평가에 관한 규칙」 제3조 제13항 제3호에 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 치료재료와 관련하여 소요된 비용
17. 근골격계 이학요법 치료행위에 수반된 일체의 의료비(예 : 행위료, 치료재료대, 약제 및 주사비 등)
18. 체외충격파 치료행위에 수반된 일체의 의료비(예 : 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

⑤ 회사는 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([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 유방재건술은 보상합니다) · 축소술, 지방흡입술, 주름살 제거술 등 미용목적의 성형수술과 그로 인한 후유증치료

나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술

다. 치과교정

라. 씹는 기능 및 발음 기능의 개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 턱얼굴(악안면)교정술

마. 관절운동 제한이 없는 반흔구축성형술 등 외모개선 목적의 반흔제거술

바. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)

사. 질병 치료가 아닌 단순히 키 성장(성장촉진)을 목적으로 하는 진료

아. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

자. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여 대상에 해당하는 치료

3. 다음 각 목의 예방진료로서 질병 · 부상의 진료를 직접목적으로 하지 아니하는 경우에 실시 또는 사용으로 인하여 발생한 비급여 의료비

가. 본인의 희망에 의한 건강검진(다만, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 추가 의료비용은 보상합니다)

나. 예방접종(파상풍 혈청주사 등 치료목적으로 사용하는 예방주사 제외)

다. 그 밖에 예방진료로서 국민건강보험 비급여 대상에 해당하는 치료

4. 그 밖에 다음 각 목의 진료로 인해 발생한 비급여 의료비

가. 친자확인을 위한 진단

나. 불임검사, 불임수술, 불임복원술

다. 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다)

라. 인공유산에 든 비용(다만, 회사가 보상하는 상해 또는 질병으로 임신상태를 유지하기 어려워 의사의 권고에 따라 불가피하게 시행한 경우는 제외)

마. 그 밖에 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제11조 제1항 또는 제13조 제1항에 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 별표2」에서 비급여대상으로 정하고 있는 치료와 관련하여 소요된 비용

제3관 보험금의 지급

제5조 [보험가입금액 한도 등]

① 이 특약의 연간 보험가입금액은 《질병비급여형》 제3조(보상내용)에 대하여 입원과 통원의 보상금액을 합산하여 1천만원 이내에서, 《상해비급여형》 제3조(보상내용)에 대하여 입원과 통원의 보상금액을 합산하여 1천만원 이내에서 회사가 정한 금액 중 계약자가 선택한 금액을 말하며, 제3조(보상내용)에 의한 비급여의료비를 이 금액 한도 내에서 보상합니다. 다만, 비급여 자기공명영상진단형의 보험가입금액은 《비급여 자기공명영상진단형》 제3조(보상내용) 제1항에서 정한 연간 보장한도로 합니다.

② 이 특약에서 '연간'이라 함은 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 입원 또는 통원 치료 시 해당일이 속한 보험연도의 보험가입금액 한도를 적용합니다.
③ 제3조(보상내용)에서 정한 통원의 경우 질병비급여형 또는 상해비급여형 각각에 대하여 통원 1일당 20만원 이내에서 회사가 정한 금액 중 계약자가 선택한 금액으로 하며, 비급여 자기공명영상진단형의 경우 《비급여 자기공명영상진단형》 제3조(보상내용) 제1항에서 정한 보장한도로 합니다.
④ 《질병비급여형》 제3조(보상내용) 제2항 또는 제3항, 《상해비급여형》 제3조(보상내용) 제3항 또는 제4항 및 《비급여 자기공명영상진단형》 제3조(보상내용) 제6항에 따른 계속중인 입원 또는 통원의 보장한도는 연간 보장한도(보험가입금액)에서 직전 보험기간 종료일까지 지급한 금액을 차감한 잔여 금액과 연간 보장한도(일수)에서 직전 보험기간 종료일까지 보상한 일수를 차감한 잔여 일수를 한도로 적용합니다.

제6조 [보험금의 청구]

① 보험수익자는 다음의 서류 중 해당 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[진료비 계산서·영수증(통원의료비의 경우 통원일자별 의료비 명기 필요), 진료비 세부산정내역, 약제비 계산서·영수증, 약제비 세부산정내역, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 사망진단서 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 의사표시의 확인방법 포함)
4. 그 밖에 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제7조 [보험금의 지급절차]

① 회사는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
② 제1항에도 불구하고 회사는 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 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 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청(다만, 대상기관은 금융분쟁조정위원회 또는 소비자분쟁조정위원회)
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 의견을 따르기로 한 경우

용어 해설	**〈보험금 가지급제도〉** 지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도

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 보험금 지급기일의 다음 날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자를 별표(보험금을 지급할 때의 적

립 이율 계산)와 같이 계산하여 보험금에 더하여 지급합니다. 다만, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 책임이 있는 사유로 지급이 지연된 경우에는 그 기간에 대한 이자는 지급하지 않습니다.
⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제11조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관 및 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우 회사는 사실확인이 끝날 때까지 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.
⑦ 보험수익자와 회사가 제3조(보상내용)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정된 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 따른 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
⑧ 회사는 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 「국민건강보험법」에 따른 본인부담금 상한제, 「의료급여법」에 따른 본인부담금 상한제 및 보상제와 관련한 확인요청을 할 수 있습니다.
⑨ 회사는 보험금 지급금액 결정을 위해 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 건강보험심사평가원의 진료비확인요청제도를 활용할 수 있도록 동의해 줄 것을 요청할 수 있으며, 진료비확인요청제도를 활용할 경우 회사는 이를 활용한 사례를 집적하고 먼저 유사 사례가 있는지를 확인하고 이용합니다.
⑩ 회사는 보험금 지급시 보험수익자에게 문자메시지, 전자우편 또는 이와 유사한 전자적 장치 등으로 다음 각 호의 사항을 안내하여 드리며, 보험수익자는 안내한 사항과 관련하여 구체적인 계산내역 등에 대하여 회사에 설명을 요청할 수 있습니다.

1. 보험금 지급일 등 지급절차
2. 보험금 지급 내역
3. 보험금 심사 지연 시 지연 사유 및 예상 지급일
4. 보험금을 감액하여 지급하거나 지급하지 아니하는 경우에는 그 사유 등
5. 다수보험 가입으로 인해 비례보상된 경우 그 사유 및 개인 혹은 단체 실손 중지제도와 신청방법 등

제8조 [보험금을 받는 방법의 변경]
이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제4관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제9조 [계약 전 알릴 의무]
계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단특약의 경우에는 건강진단 할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 합니다. 이를 "계약 전 알릴 의무"라 하며, 상법상 "고지 의무"와 같습니다. 다만, 진단특약의 경우 「의료법」 제3조(의료기관)에 따른 종합병원이나 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제10조 [상해보험계약 후 알릴 의무]
① 계약자 또는 피보험자는 보험기간 중에 피보험자에게 다음 각 호 중 어느 하나의 변경이 발생한 경우(이하 “직업 또는 직무의 변경”이라 합니다)에는 우편, 전화, 방문 등의 방법으로 지체 없이 회사에 알리고(이하 “직업 또는 직무의 변경 통지”라 합니다) 보험증권에 확인을 받아야 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 해설	**<직업>** 1. 생계유지 등을 위하여 일정한 기간 동안(예: 6개월 이상) 계속하여 종사하는 일 2. "1"에 해당하지 않는 경우에는 개인의 사회적 신분에 따르는 위치나 자리를 말합니다. 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 운전 여부가 변경된 경우
   예) 비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운전자로 변경 등
4. 이륜자동차(자동차관리법상 이륜차로 분류되는 삼륜 또는 사륜의 자동차를 포함) 또는 원동기장치 자전거(전동킥보드, 전동이륜평행차, 전동기의 동력만으로 움직일 수 있는 자전거 등 개인형 이동장치를 포함)를 계속적으로 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동과 출퇴근 용도 등으로 주로 사용하는 경우에 한함)하게 된 경우(다만, 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등 보행보조용 의자차는 제외합니다.)

② 회사는 제1항의 "직업 또는 직무의 변경 통지"로 인하여 피보험자의 위험이 변경된 경우에는 제15조(특약내용의 변경 등) 제1항에 따라 특약내용을 변경할 수 있습니다.

설명	**<피보험자의 위험 변경에 따른 특약내용 변경 절차>** 위험변경사항 통지(우편, 전화, 방문 등) → 계약자, 피보험자의 특약변경사항 확인 후 청약 → 회사의 특약변경사항 인수 심사 → 정산금액 처리(환급 또는 추가납입) → 특약변경 완료

③ 회사는 제2항에 따라 특약내용을 변경할 때 위험이 감소된 경우에는 보험료를 감액하고, 이후 기간 보장을 위한 재원인 계약자적립액(미경과보험료 포함)의 차이로 인하여 발생한 정산금액[이하 "정산금액"이라 하며 "보험료 및 해약환급금 산출방법서(이하 "산출방법서"라 합니다)"에서 정한 방법에 따라 계산됩니다]을 환급해 드립니다. 한편, 위험이 증가된 경우에는 보험료의 증액 및 정산금액의 추가납입을 요구할 수 있으며, 계약자는 증액된 보험료 및 정산금액을 납입해야 합니다.

④ 계약자가 제1항의 "직업 또는 직무의 변경 통지"에 따라 위험의 증가로 보험료를 더 내야 할 경우 제3항에서 정한 회사의 청구금액(증액된 보험료 및 정산금액)을 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 보상됨을 서면 또는 전화(음성녹음)로 통보하고, 보험사고가 발생한 경우 이에 따라 보험금을 지급합니다.

제11조 [알릴 의무 위반의 효과]

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

1. 계약자나 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제9조(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 제10조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 이행하지 않았을 때

② 제1항 제1호의 경우라도 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우에는 회사는 특약을 해지할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1 개월 이상 지났을 때

3. 제 1 회 보험료를 받은 날부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2 년이 지났을 때. 단, 진단특약의 경우 질병에 대해서는 제 1 회 보험료를 받은 날부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 1 년이 지났을 때
4. 특약의 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
5. 이 특약을 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 특약을 해지할 수 있습니다.
6. 보험을 모집한 자(이하 "보험설계사 등"이라 합니다)가 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 특약을 해지하였을 때에는 회사는 제25조(해약환급금) 제1항에 따른 금액을 계약자에게 지급합니다.
④ 제1항 제1호에 따른 특약의 해지가 보험금 지급사유가 발생한 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 계약 전 알릴 의무 위반사실(특약해지 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 알려 드립니다. 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 특약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 회사는 제10조(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 특약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

제12조 [사기에 의한 계약]

① 계약자 또는 피보험자가 대리진단이나 약물사용을 통하여 진단절차를 통과하거나, 진단서를 위조 또는 변조하거나, 청약일 이전에 암 또는 사람면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등 사기에 의하여 특약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 회사는 계약일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 특약을 취소할 수 있습니다.
② 제1항에 따라 특약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, 이하 같습니다)를 돌려 드립니다.

제5관 보험계약의 성립과 유지

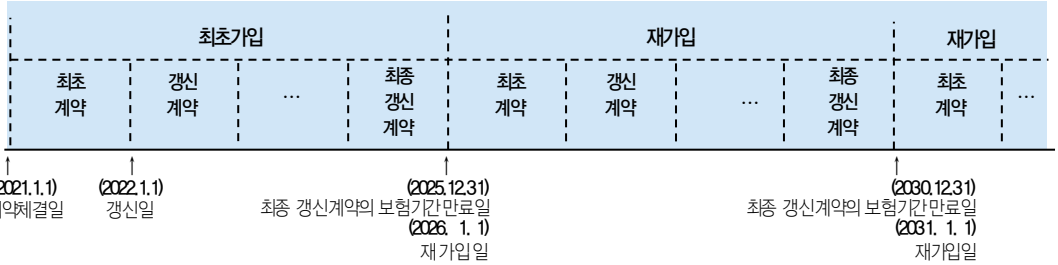
제13조 [특약의 체결 및 설명의무 등]

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.
② 제1항의 청약은 전환전계약의 계약자가 이 특약(이하 '전환후계약'이라 합니다)으로 회사가 정한 절차에 따라 전환

을 청약하는 경우에 한하여 적용합니다.
③ 제2항에서 전환후계약의 계약자 및 피보험자는 각각 전환전계약의 계약자 및 피보험자와 동일해야 합니다.
④ 회사는 피보험자가 특약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등을 말합니다)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
⑤ 회사는 특약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 특약은 청약일, 진단특약은 진단일(재진단의 경우에는 최종진단일을 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.
⑥ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 평균공시이율에 1%를 더한 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 특약의 승낙을 거절하는 경우 회사는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.
⑦ 회사가 제4항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 최초계약의 청약일부터 5년이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보상합니다.
⑧ 제7항의 "청약일부터 5년이 지나는 동안"이라 함은 제19조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
⑨ 제20조[보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)]에서 정한 특약의 부활이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.
⑩ 주계약을 체결할 때 특약이 최초로 부가되는 경우 "최초가입"이라 합니다.
⑪ 제13조의2(보장내용 변경주기)에서 정한 보장내용 변경주기 만료 후 제17조(재가입)에 따라 특약이 성립되는 경우 "재가입"이라 합니다.
⑫ 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.

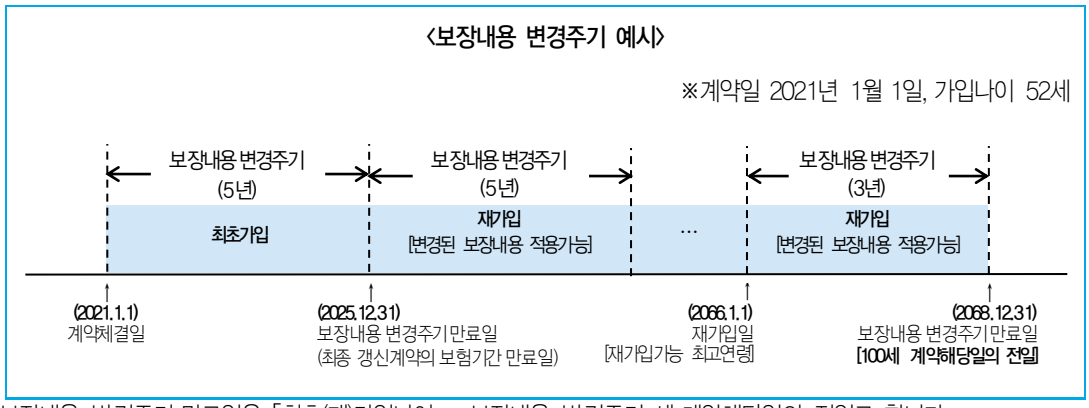
<최초가입/재가입 예시>

※계약일 2021년 1월 1일



제13조의2 [보장내용 변경주기]

① 이 특약의 보장내용 변경주기란 특약의 보장내용[보장내용 및 범위 등 (이하 "보장내용"이라 합니다)]이 관련 법령, 금융위원회의 명령, 표준약관 등에 따라 변경될 수 있는 주기를 말하며 5년으로 합니다. 다만, 재가입할 때 피보험자의 100세 계약해당일 전일까지의 남은 기간이 5년 미만일 경우 그 남은 기간을 보장내용 변경주기로 합니다.



② 보장내용 변경주기 만료일은 「최초(재)가입나이 + 보장내용 변경주기」세 계약해당일의 전일로 합니다.

제13조의3 [피보험자의 범위]

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제13조의4 [특약의 보험기간 및 갱신]

① 이 특약의 보험기간은 1년 만기 갱신으로 합니다.

② 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일 전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 단, 제19조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

③ 이 특약의 보험기간 만료일은 피보험자의 「최초(갱신)계약 가입나이+1」세 계약해당일의 전일을 말하며, 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 피보험자의 「최초(재)가입나이 + 보장내용 변경주기」세 계약해당일의 전일로 합니다.

④ 제2항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 만료일이 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일과 같은 경우
2. 주계약이 갱신형보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 만료일 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우

⑤ 갱신계약의 보험료가 변경되는 경우에는 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 관련 내용을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다. 다만, 최종 갱신계약의 경우에는 안내하지 않습니다.

⑥ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약 갱신 시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않는 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내합니다.

제14조 [특약의 무효]

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

1. 계약자와 피보험자가 다른 특약에서 특약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 대통령령으로 정하는바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만 피보험자와 보험수익자가 같은 경우에는 이를 적용하지 아니합니다.
2. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 특약 나이에 도달한 경우에는 해당 특약은 유효한 계약으로 보며, 이미 납입한 보험료는 돌려드리지 않습니다.

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

제15조 [특약내용의 변경 등]

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 받아 이 특약의 내용을 변경할 수 있습니다. 이 경우 회사는 승낙사실을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 적어 드립니다.

② 계약자는 회사의 승낙 없이 보험수익자를 변경할 수 있습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리자로서 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.

③ 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.

④ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제16조 [특약의 소멸]

① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우
2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우

   이때 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액(미경과보험료 포함)을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 제2호의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

③ 제1항 제2호의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제6조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 제7조(보험금의 지급절차)의 규정을 따릅니다. 다만, 제7조(보험금의 지급절차) 제4항에도 불구하고 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제17조 [재가입]

① 회사는 최초가입시 계약자에게 보장내용 변경주기 만료일 이후 재가입할 때 인수조건(재가입가능 최고연령 등)을 설명해야 하고, 이 특약의 재가입 시점에 관련 법령, 금융위원회의 명령, 표준약관 등에 따라 보장내용이 변경될 수 있음을 안내합니다. 특히, 재가입 시점에 보장내용이 축소될 수 있음을 안내합니다.

② 이 특약이 다음 각 호의 조건을 충족하고 계약자가 제6항에 따라 재가입의사를 표시한 때에는 주계약 약관의 '보험계약의 성립' 및 '약관 교부 및 설명 의무 등'의 조항을 준용하여 회사가 정한 절차에 따라 계약자는 기존 특약에 이어 재가입할 수 있으며, 이 경우 회사는 기존특약의 가입 이후 발생한 상해 또는 질병을 사유로 가입을 거절할 수 없습니다.

1. 재가입일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 최초가입 당시 사업방법서에서 정한 나이의 범위 내일 것
2. 재가입 전 특약의 보험기간 만료일까지 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
3. 주계약이 재가입형보험인 경우 계약자가 주계약을 재가입하겠다는 뜻을 회사에 통지하였을 것

③ 이 특약의 보장내용 변경주기 만료일 이후 계약자가 재가입을 원하는 경우 계약자는 재가입 시점에서 회사가 판매하는 해당 실손의료보험 상품으로 가입을 할 수 있으며, 회사는 이를 거절할 수 없습니다.

④ 재가입 특약의 보험료는 재가입일(갱신계약의 경우는 갱신일) 현재의 보험요율(상해비급여형 및 비급여 자기공명영상진단형의 경우에는 피보험자의 직업 또는 직무 위험등급에 따라 산출된 보험요율을 말합니다)을 적용하고, 그 보험요율은 나이의 증가, 위험률의 변동, 요율 상대도(할인 · 할증요율) 적용, 재가입시 보장내용 변경 등의 사유로 인하여 변동(특히, 인상) 될 수 있습니다.

⑤ 회사는 보장내용 변경주기가 끝나는 날 이전까지 2회 이상에 걸쳐 계약자에게 재가입 요건, 보장내용 변경내역, 보험

료 수준, 재가입 절차 및 재가입 의사 여부를 확인하는 내용 등을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음), 전자문서, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 등으로 안내하며, 회사는 계약자의 재가입의사를 전화(음성녹음), 직접 방문 또는 전자적 의사표시, 통신판매계약의 경우 통신수단을 통해 확인합니다.
⑥ 계약자는 제5항에 따른 재가입안내와 재가입여부 확인 요청을 받은 경우 재가입 의사를 표시하여야 합니다.
⑦ 제5항 및 제6항에도 불구하고, 회사가 계약자의 재가입 의사를 확인하지 못한 경우(계약자와의 연락두절로 회사의 안내가 계약자에게 도달하지 못한 경우 포함)에는 직전 계약과 동일한 조건으로 보험계약을 연장합니다.
⑧ 제7항에 따라 직전 계약과 동일한 조건으로 자동 연장된 경우 계약자는 그 연장된 날로부터 90일 이내에 그 계약을 취소할 수 있으며, 회사는 연장된 날 이후 계약자가 납입한 보험료 전액을 환급합니다.
⑨ 제7항에 따라 직전 계약과 동일한 조건으로 자동 연장된 경우 보험계약의 연장일은 회사가 계약자의 재가입의사를 확인한 날(계약자 등이 회사에 보험금을 청구함으로써 계약자에게 연락이 닿아 회사가 계약자의 재가입의사를 확인한 날 등) 또는 보험기간이 종료된 날로부터 1년 중 빠른 날까지로 합니다. 계약자의 재가입 의사가 확인된 경우에는 제2항에서 정한 절차에 따라 회사가 재가입 의사를 확인한 날에 판매중인 상품으로 다시 재가입하는 것으로 하며, 기존 계약은 해지됩니다. 다만, 계약자가 재가입을 원하지 않는 경우에는 해당 시점으로부터 계약은 해지되고, 재가입 의사가 확인되지 않는 경우에는 연장일이 종료되는 시점으로부터 계약은 해지됩니다.
⑩ 제7항에 따라 직전 계약과 동일한 조건으로 자동 연장된 경우 계약자는 회사에 재가입 의사를 표시할 수 있습니다. 회사는 계약자의 재가입 의사가 확인되었을 때에는 제2항에서 정한 절차에 따라 회사가 재가입 의사를 확인한 날에 판매중인 상품으로 재가입하는 것으로 하며, 기존 계약은 해지됩니다.
⑪ 제9항 및 제10항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제 25조(해약환급금) 제 1항에 따른 금액을 계약자에게 지급합니다.

제6관 보험료의 납입

제18조 [특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입]
① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 회사가 정한 보험료 납입기간 내에서 계약자가 선택한 기간으로 합니다.
② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 완료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

제19조 [보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]
① 최초가입시 최초계약의 제2회부터의 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약 및 재가입시 최초계약의 제1회부터의 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.
② 계약자가 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 다만, 이 경우에도 주계약에 정한 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 계약자가 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우 회사는 14일 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하여 다음 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 특약이 해지되기 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다. 여기서, 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다.
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

특약이 해지된다는 내용. 이 경우 특약이 해지되면 즉시 해약환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다.

④ 회사가 제3항에 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.

⑤ 회사는 제4항에 따른 확인 결과 전자문서가 수신되지 않은 것을 알았을 때에는 제3항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

⑥ 회사가 제3항에 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 제3항에 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 제3항에 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

⑦ 제2항 및 제3항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제25조(해약환급금) 제1항에 따른 금액을 계약자에게 지급합니다.

제20조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)]

① 회사는 주계약의 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 경우에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

③ 제1항에도 불구하고 다음 각 호를 모두 만족하는 경우에 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 경우에는 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 이 특약의 사업방법서에서 별도로 정한 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

1. 주계약의 보험료 납입기간이 완료 또는 보험료 납입이 면제(주계약이 갱신형 보험인 경우 "갱신 전 주계약"의 보험료 납입이 면제된 경우 포함)되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약과 이 특약의 피보험자가 다르거나, 주계약이 피보험자의 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한합니다)
2. 제19조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

⑤ 제1항에서 제3항에 따라 특약이 부활(효력회복)된 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초 특약 및 이전의 모든 부활(효력회복)을 청약할 때 제9조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우 또는 보험기간 중 제10조(상해보험계약 후 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제11조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제21조 [강제집행 등으로 인해 해지된 특약의 특별부활(효력회복)]

① 회사는 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 특약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 받아 특약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에게 지급하고 특약 내용의 변경 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 특약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.

② 회사는 보험수익자가 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 특약의 특별부활(효력회복) 청약을 한 경우 이를 승낙

하며, 특약은 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 특약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다. 다만, 회사의 통지가 7일이 지나 보험수익자에게 도달하고 이후 그 보험수익자가 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 특약의 특별부활(효력회복)을 청약한 경우에는 특약이 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.

제22조 [보험료의 계산]
① 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율(상해비급여형 및 비급여 자기공명영상진단형의 경우에는 피보험자의 직업 또는 직무 위험등급에 따라 산출된 보험요율을 말합니다)에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동, 요율 상대도(할인 · 할증요율) 적용 등의 사유로 인하여 인상 또는 인하될 수 있습니다.
② 갱신계약의 「요율 상대도(할인 · 할증요율) 적용 전 보험료」는 매년 보험업감독규정에서 정한 범위(나이의 증가로 인한 보험료 증감분은 제외) 내에서 인상 또는 인하될 수 있습니다. 다만, 회사가 금융위원회로부터 경영개선권고, 경영개선요구 또는 경영개선명령을 받은 경우는 예외로 합니다.
③ 제1항에 따른 요율 상대도(할인 · 할증요율)는 보험료 갱신 시점 3개월 전 말일부터 직전 12개월 이내 기간 동안의 이 특약에 따른 보험금 지급 실적을 고려하여 보험료 갱신시 순보험료(특약의 순보험료 총액을 대상으로 합니다)에 아래와 같이 적용할 수 있습니다. 다만, 「노인장기요양보험법」상 장기요양대상자 중 1등급 또는 2등급으로 판정받은 자에 대한 비급여의료비는 요율 상대도 계산시 보험금 지급실적에서 제외합니다.
④ 요율 상대도 계산을 위해 회사는 계약자 또는 피보험자에게 증빙자료의 제출을 요구할 수 있습니다. 다만, 증빙자료 지연제출로 인해 발생한 보험료 차액에 대해서는 이자를 더하여 지급하지 않으며, 보장내용 변경주기 내에서 지급합니다.

설명

〈보험금 지급실적에 따른 요율 상대도(할인 · 할증요율)〉

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

(주) 매년 상대도 적용전. 후의 총 보험료 수준이 일치하도록 3~5단계의 할증대상자의 할증재원을 1단계(할인) 대상자들에게 분배할 경우 산출됩니다.

⑤ 제3항에 따른 요율 상대도의 할증은 이 특약에 따른 보험금 지급실적이 연간 100만원 이상인 계약에 한하여 적용하며 매년 상대도 적용 전. 후의 총 보험료 수준이 일치하도록 할인요율을 조정함을 원칙으로 합니다.
⑥ 이 조항에 따른 보험료 계산 방법은 보장내용 변경주기 및 관계법령의 개정에 따라 변경될 수 있습니다.

<갱신년도별 보험료 적용 예시>

‣ 최초 보험료, xx세 남자, 월 14,000원, 매년 보험료* 25% 인상 가정시

* 기본형 실손의료보험과 이 특약에 함께 가입하였을 경우를 가정하여 산출한 보험료입니다.

(단위 : 원)

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

* ( )은 직전 2년 무사고시 보험료 10%할인 추가 적용 기준

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

제7관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제23조 [계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권]

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 특약이 해지된 경우 회사는 제25조(해약환급금) 제1항에 따른 금액을 계약자에게 지급합니다.

② 제14조(특약의 무효)에 따라 계약자와 피보험자가 다른 특약에서 서면(「전자서명법」제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 대통령령으로 정하는바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)으로 동의를 한 피보험자는 특약의 효력이 유지되는 기간 중 중대한 사정변경(계약자의 미성년 자녀인 피보험자에 대한 친권 상실, 특약 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 특약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제25조(해약환급금) 제1항에 따른 금액을 계약자에게 지급합니다.

제23조의2 [위법계약의 해지]

① 계약자는 「금융소비자보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 특약체결에 대한 회사의 법위반사항이 있는 경우 특약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.

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

③ 계약자는 회사가 「금융소비자 보호에 관한 법률 시행령」 제38조 제4항의 각 호에서 정하는 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 특약을 해지할 수 있습니다.

④ 제1항 및 제3항에 따라 특약이 해지된 경우 회사는 제25조(해약환급금) 제3항에 따른 금액을 계약자에게 지급합니다.

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

용어	〈제척기간〉
해설	어떠한 권리에 대해 법률상으로 정해진 존속기간을 말하며, 이 기간 안에 권리를 행사하지 않으면 권리가 소멸됩니다.

제24조 [중대사유로 인한 해지]

① 회사는 다음과 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 특약을 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 특약을 해지한 경우 회사는 그 사실을 계약자에게 통지하고 제25조(해약환급금) 제1항에 따른 금액을 계약자에게 지급합니다.

제25조 [해약환급금]

① 이 특약은 해약환급금이 없습니다. 단, 특약이 해지된 시점에 산출방법서에 따른 미경과보험료 등이 있는 경우 회사는 이를 계약자에게 지급하여 드립니다.

② 제1항에 따른 금액의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해당 금액을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한

날부터 3영업일 이내에 해당 금액을 지급합니다. 제1항에 따른 금액 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.
③ 제23조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액(미경과보험료 포함)을 계약자에게 반환하여 드립니다.

제8관 다수보험의 처리 등

제26조 [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.

설명	각 계약별 비례분담액 = (각 계약의 보장대상의료비 중 최고액 − 각 계약의 피보험자부담 공제금액 중 최소액) × (각 계약별 보장책임액 / 각 계약별 보장책임액을 합한 금액)

용어 해설	**<피보험자부담 공제금액>** 입원보장의 경우 보장대상의료비에서 회사의 보장금액을 뺀 금액을 말하며, 통원보장의 경우 제3조(보상내용)에서 정한 '통원항목별 공제금액'을 말합니다.

제27조 [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 특약의 보험가입금액 한도 내에서 지급합니다.
② 제1항에 따라 보험금을 지급한 회사는 보험수익자가 다른 회사에 대하여 가지는 해당 보험금청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 지급한 금액이 보험수익자가 다른 회사에 청구할 수 있는 보험금의 일부인 경우에는 해당 보험수익자의 보험금 청구권을 침해하지 않는 범위에서 그 권리를 취득합니다.

제9관 분쟁의 조정 등

제28조 [회사의 손해배상책임]
① 회사는 특약과 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 제13조(특약의 체결 및 설명의무 등) 제12항에 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 특약의 최초계약일부터 5년 이내에 회사에 손해배상을 청구할 수 있고, 이 특약의 최초계약일부터 손해배상을 청구하기 전까지 납입한 보험료와 이에 대한 이자(보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액)를 합한 금액을 손해배상액으로 합니다.

제10관 기타사항

제29조 [비급여 진료비용 공개제도 등의 안내]
회사는 계약자가 특약을 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.

설명	※ 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

제30조 [주계약 약관의 준용]
이 특약에서 정하지 않은 약관의 규정 및 용어는 주계약 약관을 준용합니다.

별표

보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산

구 분	적립기간	적립이율
보장관련 보험금	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해약환급금	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년이내: 평균공시이율의 50% 1년초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

㈜ 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 일자 계산하며 지급이자도 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 적용됩니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율 적용 시 제7조(보험금의 지급절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 가산이율 적용 시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

중증 비급여 실손의료비보장특약D[계약전환용](갱신형,무배당) 약관

※ 갱신주기는 1년으로 합니다.

제1관 일반사항 및 용어의 정의

제1조 [보장종목]

회사가 판매하는 '중증 비급여 실손의료비보장특약D[계약전환용](갱신형,무배당)'은 질병비급여형, 상해비급여형, 3대 비급여형의 3개의 보장종목으로 구성되어 있습니다.

보장종목	보상하는 내용
질병비급여형	피보험자가 질병으로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원하여 산정특례 대상 질환으로 인한 비급여 치료를 받거나 비급여 처방조제를 받은 경우에 보상(3대비급여 제외)
상해비급여형	피보험자가 상해로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원하여 산정특례 대상 질환으로 인한 비급여 치료를 받거나 비급여 처방조제를 받은 경우에 보상(3대비급여 제외)
3대비급여형	피보험자가 상해 또는 질병의 치료목적으로 의료기관에 입원 또는 통원하여 산정특례 대상 질환으로 인한 3대비급여 치료를 받은 경우에 보상

위 표에서 '비급여'라 함은 「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)을 말합니다.

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

제2조 [용어의 정의]

이 약관에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같습니다.

구분		용어	정의
3대 비급여	「 근골격계 이학요법 치료 · 체외충격파 치료 」	근골격계 이학요법치료	「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 내 비급여 목록 중 근골격계 질환의 기능 개선 및 통증감소를 위하여 실시하는 치료행위 일체㈜(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)

<table>
<tr><td rowspan="4"></td><td rowspan="3">주사료</td><td>주사료</td><td>항암제, 항생제, 희귀의약품을 제외한 주사치료시 사용된 행위, 약제 및 치료재료대</td></tr>
<tr><td>항암제</td><td>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.</td></tr>
<tr><td>항생제
(항진균제 포함)</td><td>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.</td></tr>
<tr><td>희귀의약품</td><td>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.</td></tr>
<tr><td>자기공명 영상 진단</td><td colspan="2">자기공명영상 장치를 이용하여 고주파 등을 통한 신호의 차이를 영상화하여 조직의 구조를 분석하는 검사*(MRI/MRA)
* 자기공명영상진단 결과를 다른 의료기관에서 판독하는 경우 포함
(보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여 · 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」상의 MRI/MRA 범주에 따름)</td></tr>
<tr><td colspan="2">산정특례 대상 질환</td><td colspan="2">「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시)」제4조부터 제5조의3까지에 따른 산정특례 대상인 질환(주)(암, 뇌혈관질환, 심장질환, 희귀질환, 중증난치질환, 중증화상, 중증외상, 결핵, 잠복결핵 등)
(주) 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제4조부터 제5조의3이 관련 법규 개정 등으로 삭제될 경우 삭제 전 가장 최근 고시된 내용을 기준으로 하며, 삭제 이후 보건복지부, 건강보험심사평가원 또는 국민건강보험공단 등에서 희귀질환, 중증난치 질환 등을 법규 등에서 별도 정의하는 경우 해당 정의에 따를 수 있습니다.</td></tr>
<tr><td colspan="2">암질환 · 뇌혈관질환 · 심장질환 · 중증화상 · 중증외상</td><td colspan="2">「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」 제4조([별표3]중증질환자 산정특례 대상)에 따른 질환</td></tr>
</table>

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* * 제2관[회사가 보상하는 사항 및 보상하지 않는 사항]에 따른 금액 및 비급여 병실료 중 회사가 보장하지 않는 금액
상급병실료 차액	상급병상을 이용함에 따라 요양급여 대상인 입원료 외에 추가로 부담하는 입원실 이용 비용

제2조의2 [특약의 보장개시일]

이 특약의 제13조(특약의 체결 및 설명의무 등)에서 정한 최초가입에 대한 회사의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 같으며, 최초(갱신)계약의 경우는 최초(갱신)계약일을 보장개시일로 합니다.

제2관 회사가 보상하는 사항 및 보상하지 않는 사항

제3조(보상내용) 및 제4조(보상하지 않는 사항)는 각 보장종목에 해당하는 약관을 참조하시기 바랍니다.

《질병비급여형》

제3조 [보상내용]

① 회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 질병으로 의료기관에 입원 또는 통원(외래 및 처방조제)하여 산정특례 대상 질환에 대한 치료를 받은 경우에는 비급여의료비(3대비급여는 제외합니다)를 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 다음과 같이 보상합니다. 다만, 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면 받은 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>구 분</th><th>보 상 금 액</th></tr>
<tr><td>입원
(입원실료,
입원제비용,
입원수술비)</td><td>'비급여 의료비(비급여 병실료는 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>항목</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
보장대상의료비의
30% 중 큰 금액</td></tr></table></td></tr>
</table>

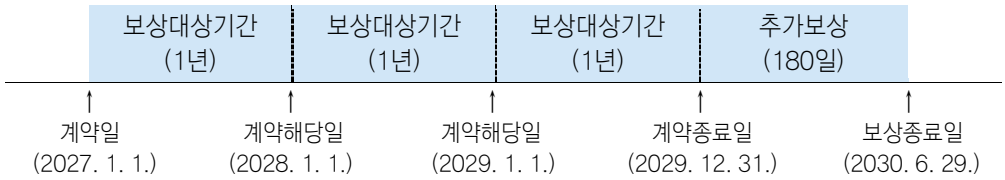
② 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음 날부터 180일까지 보상합니다.

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

설명	이 특약의 보험기간이 만료되기 전 해지된 경우에는 해지 이후 계속 중인 입원과 통원에 대해서는 보상하지 않습니다.

〈입원 및 통원 보상기간 예시〉

※계약일 2027년 1월 1일



④ 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제2항 및 제3항을 적용하지 않습니다.

⑤ 하나의 질병으로 동일한 의료기관에서 같은 날 외래 및 처방을 함께 받은 경우 처방일자를 기준으로 외래 및 처방조제를 합산하되(조제일자가 다른 경우도 동일하게 적용) 통원 1회로 보아 제1항, 제3항 및 제4항을 적용합니다.

⑥ 제5항에서 "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.

⑦ 하나의 질병으로 하루에 같은 치료를 목적으로 2회 이상 통원치료(외래 및 처방조제 합산)를 받은 경우 1회의 통원으로 보아 제1항, 제3항 및 제4항을 적용합니다.

⑧ 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 비급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액(통원의 경우 본인이 실제로 부담한 금액에서 같은 조 제1항 〈표1〉의 '통원 항목별 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(배우자, 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 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다.

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 입원(최초입원일이 전환전계약 보험기간에 포함되는 것을 말합니다) 또는 통원하여 치료를 받던 중 이 특약으로 전환한 경우에는 전환전계약이 종료되었다 하더라도 그 계속 중인 입원 또는 통원에 대하여는 보상기간의 연장으로 간주하여 전환전계약의 약관에 따라 보상합니다.

⑪ 제10항에도 불구하고 계속 중인 입원에 대하여 전환전계약의 약관에 따라 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우

에는 제3조(보상내용) 제1항에서 제9항을 적용하며, 더 이상 전환전계약의 약관에 따라 보상하지 않습니다

1. 전환전계약의 최초계약 체결일이 2009년 9월 30일 이전:
   전환전계약의 직전 계약해당일로부터 1년이 경과한 경우
   단, 전환전계약의 최초계약 체결일이 2009년 9월 30일 이전임에도 불구하고 갱신시 회사가 정한 방법에 따라 2009년 10월 1일 이후 판매된 실손의료비를 보장하는 보험으로 갱신된 경우는 제 2호를 적용합니다.
2. 전환전계약의 최초계약 체결일이 2009년 10월 1일부터 2014년 3월 31일 이전:
   최초입원일부터 365일이 지난 경우
3. 전환전계약의 최초계약 체결일이 2014년 4월 1일부터 2015년 12월 31일 이전:
   최초입원일부터 365일이 지나거나, 하나의 질병으로 인한 입원이라도 입원의료비가 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 동일한 사유로 재입원한 경우
4. 전환전계약의 최초계약 체결일이 2016년 1월 1일 이후:
   하나의 질병으로 인한 입원의료비를 전환전계약의 보험가입금액까지 보상한 경우

⑫ 제10항에도 불구하고 계속 중인 통원에 대하여 전환전계약의 직전 계약해당일로부터 1년이 경과한 경우에는 제3조(보상내용) 제1항에서 제9항을 적용하며, 더 이상 전환전계약의 약관에 따라 보상하지 않습니다.

제4조 [보상하지 않는 사항]

회사가 이 특약에서 보상하지 않는 사항은 다음과 같습니다.

① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 비급여의료비는 보상하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우 제3조(보상내용)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보상금액을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
   다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 제3조(보상내용)에 따라 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 이유없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 통원의료비

② 회사는 '제9차 한국표준질병 · 사인분류(KCD : 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)'에 따른 다음의 비급여의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. '제10차 개정 이후 한국표준질병 · 사인분류'에서 아래 질병 이외에 추가로 아래의 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

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 비급여의료비에 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

나. 요양급여 약제가 관련 법령 또는 고시 등에서 정한 별도의 적용기준대로 비급여 약제로 사용된 경우
다. 요양급여 약제가 관련 법령에 따라 별도의 비급여사용승인 절차를 거쳐 그 승인 내용대로 사용된 경우
라. 상기 가목 부터 다목의 약제가 두 가지 이상 함께 사용된 경우(함께 사용된 약제 중 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(보상내용) 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(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 평가 결과 고시(단, 목적 및 시술방법의 변경이 경미하여 새로운 신의료기술평가의 대상에 해당하지 않는 경우는 제외)
나. 「평가 유예 신의료기술 고시」 [별표] 평가 유예 신의료기술
다. 「신의료기술의 안전성 · 유효성 평가결과 고시」 [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 회사는 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([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 유방재건술은 보상합니다) ·

축소술, 지방흡입술, 주름살 제거술 등 미용목적의 성형수술과 그로 인한 후유증치료

나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술

다. 치과교정

라. 씹는 기능 및 발음 기능의 개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 턱얼굴(악안면)교정술

마. 관절운동 제한이 없는 반흔구축성형술 등 외모개선 목적의 반흔제거술

바. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)

사. 질병 치료가 아닌 단순히 키 성장(성장촉진)을 목적으로 하는 진료

아. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

자. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여 대상에 해당하는 치료

3. 다음 각 목의 예방진료로서 질병·부상의 진료를 직접목적으로 하지 아니하는 경우에 실시 또는 사용으로 인하여 발생한 비급여 의료비

가. 본인의 희망에 의한 건강검진(다만, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 추가 의료비용은 보상합니다)

나. 예방접종(파상풍 혈청주사 등 치료목적으로 사용하는 예방주사 제외)

다. 그 밖에 예방진료로서 국민건강보험 비급여 대상에 해당하는 치료

4. 그 밖에 다음 각 목의 진료로 인해 발생한 비급여 의료비

가. 친자확인을 위한 진단

나. 불임검사, 불임수술, 불임복원술

다. 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다)

라. 인공유산에 든 비용(다만, 회사가 보상하는 질병으로 임신상태를 유지하기 어려워 의사의 권고에 따라 불가피하게 시행한 경우는 제외)

《상해비급여형》

제3조 [보상내용]

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

<table>
<tr><th>구 분</th><th>보 상 금 액</th></tr>
<tr><td>입원
(입원실료,
입원제비용,
입원수술비)</td><td>'비급여 의료비(비급여 병실료는 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>항목</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
보장대상의료비의
30% 중 큰 금액</td></tr></table></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.

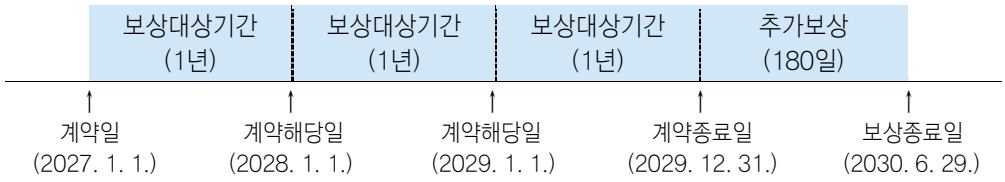
③ 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음 날부터 180일까지 보상합니다.

④ 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 통원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음 날부터 180일 이내의 통원을 보상하며 최대 90회 한도 내에서 보상합니다.

설명	이 특약의 보험기간이 만료되기 전 해지된 경우에는 해지 이후 계속 중인 입원과 통원에 대해서는 보상하지 않습니다.

<입원 및 통원 보상기간 예시>

※계약일 2027년 1월 1일



⑤ 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제3항 및 제4항을 적용하지 않습니다.

⑥ 하나의 상해(같은 상해로 2회 이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 상해로 봅니다)로 인해 동일한 의료기관에서 같은 날 외래 및 처방을 함께 받은 경우 처방일자를 기준으로 외래 및 처방조제를 합산하되(조제일자가 다른 경우도 동일하게 적용) 통원 1회로 보아 제1항, 제4항 및 제5항을 적용합니다.

⑦ 하나의 상해로 인해 하루에 같은 치료를 목적으로 2회 이상 통원치료(외래 및 처방조제 합산)를 받은 경우 1회의 통원으로 보아 제1항, 제4항 및 제5항을 적용합니다.

⑧ 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 비급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액(통원의 경우 본인이 실제로 부담한 금액에서 같은 조 제1항 <표1>의 '통원 항목별 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(배우자, 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 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다.

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 입원(최초입원일이 전환전계약 보험기간에 포함되는 것을 말합니다) 또는 통원하여 치료를 받던 중 이 특약으로 전환한 경우에는 전환전계약이 종료되었다 하더라도 그 계속 중인 입원 또는 통원에 대하여는 보상기간의 연장으로 간주하여 전환전계약의 약관에 따라 보상합니다.

⑪ 제10항에도 불구하고 계속 중인 입원에 대하여 전환전계약의 약관에 따라 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 제3조(보상내용) 제1항에서 제9항을 적용하며, 더 이상 전환전계약의 약관에 따라 보상하지 않습니다

1. 전환전계약의 최초계약 체결일이 2009년 9월 30일 이전:
   전환전계약의 직전 계약해당일로부터 1년이 경과한 경우
   단, 전환전계약의 최초계약 체결일이 2009년 9월 30일 이전임에도 불구하고 갱신시 회사가 정한 방법에 따라 2009년 10월 1일 이후 판매된 실손의료비를 보장하는 보험으로 갱신된 경우는 제 2호를 적용합니다.
2. 전환전계약의 최초계약 체결일이 2009년 10월 1일부터 2014년 3월 31일 이전:
   최초입원일부터 365일이 지난 경우
3. 전환전계약의 최초계약 체결일이 2014년 4월 1일부터 2015년 12월 31일 이전:
   최초입원일부터 365일이 지나거나, 하나의 상해로 인한 입원이라도 입원의료비가 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 동일한 사유로 재입원한 경우
4. 전환전계약의 최초계약 체결일이 2016년 1월 1일 이후:
   하나의 상해로 인한 입원의료비를 전환전계약의 보험가입금액까지 보상한 경우

⑫ 제10항에도 불구하고 계속 중인 통원에 대하여 전환전계약의 직전 계약해당일로부터 1년이 경과한 경우에는 제3조(보상내용) 제1항에서 제9항을 적용하며, 더 이상 전환전계약의 약관에 따라 보상하지 않습니다.

제4조 [보상하지 않는 사항]

회사가 이 특약에서 보상하지 않는 사항은 다음과 같습니다.

① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 비급여의료비는 보상하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우 제3조(보상내용)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보상금액을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
   다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 제3조(보상내용)에 따라 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원 또는 통원한 경우. 다만, 회사가 보상하는 상해로 인하여 입원 또는 통원한 경우에는 보상합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인한 경우
6. 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자 본인이 자의적으로 입원하여 발생한 입원의료비
7. 피보험자가 정당한 이유없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 통원의료비

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동 목적으로 한 다음의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 생긴 상해에 대해서는 보상하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련이 필요한 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트 · 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 행사(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 보상합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

③ 회사는 다음의 비급여의료비에 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)으로 사용된 경우
   나. 요양급여 약제로서 관련 법령 또는 고시 등에서 정한 별도의 적용기준에 따라 비급여 약제로 사용된 경우

다. 요양급여 약제로서 관련 법령에 따라 별도의 비급여사용승인 절차를 거쳐 그 승인 내용대로 사용된 경우

라. 상기 가목 부터 다목의 약제가 두 가지 이상 함께 사용된 경우(함께 사용된 약제 중 어느 하나라도 상기 가목부터 다목에 해당하지 않는 경우는 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(보상내용) 제1항부터 제7항에 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. 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 평가 결과 고시(단, 목적 및 시술방법의 변경이 경미하여 새로운 신의료기술평가의 대상에 해당하지 않는 경우는 제외)

나. 「평가 유예 신의료기술 고시」 [별표] 평가 유예 신의료기술

다. 「신의료기술의 안전성 · 유효성 평가결과 고시」 [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

④ 회사는 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([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 유방재건술은 보상합니다) · 축소술, 지방흡입술, 주름살 제거술 등 미용목적의 성형수술과 그로 인한 후유증치료

나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시

력개선 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 상해로 임신상태를 유지하기 어려워 의사의 권고에 따라 불가피하게 시행한 경우는 제외)

《3대비급여형》

제3조 [보상내용]

① 회사는 이 특약의 보험기간 중 피보험자가 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, 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.

구분		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 보상(주)
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

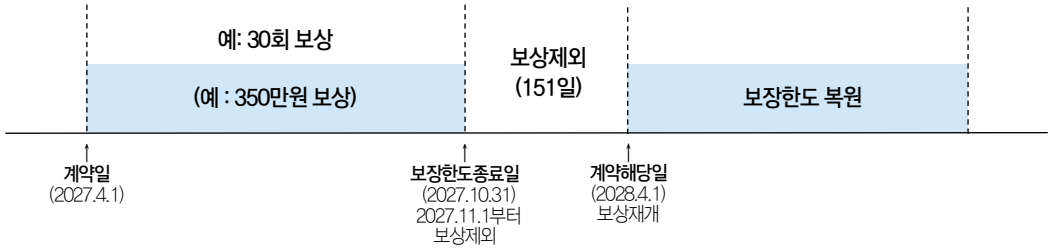
(주) 근골격계 이학요법치료 · 체외충격파치료의 각 치료횟수를 합산하여 최초 10회 보장하고, 이후 객관적이고 일반적으로 인정되는 검사결과 등을 토대로 증상의 개선, 병변호전 등이 확인된 경우에 한하여 10회 단위로 연간 50회까지 보상합니다.

〈 증상의 개선, 병변호전 등은 어떻게 확인하나요? 〉

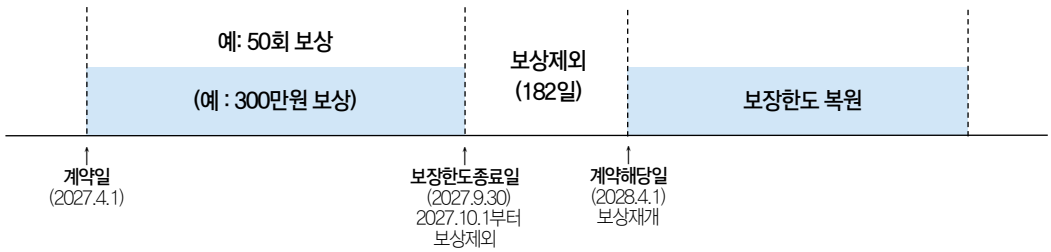
1. 증상의 개선, 병변호전 등과 관련하여 기능적 회복 및 호전여부는 관절가동(ROM), 통증평가척도, 자세평가 및 근력 검사(MMT)를 포함한 이학적 검사, 초음파 검사 등을 통해 해당 부위의 체절기능부전(Somatic dysfunction) 등을 평가한 결과로 판단합니다.
2. 보험수익자와 회사가 위 제1호의 판단결과를 합의하지 못한 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있으며 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

<근골격계 이학요법치료-체외충격파치료 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



② 제1항의 주사료에서 항암제, 항생제(항진균제 포함), 희귀의약품을 위해 사용된 비급여 주사료는《질병비급여형》제3조(보상내용) 또는《상해비급여형》제3조(보상내용)에서 보상합니다.

③ 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.

④ 의료기관을 1회 통원(또는 1회 입원)하여 2종류(회) 이상 치료를 받거나 동일한 치료를 2회 이상 받은 경우는 다음과 같이 1회당 공제금액 및 보장한도를 적용합니다.

1. 이 특약에서 정한 근골격계 이학요법치료 · 체외충격파치료 중 2종류 이상의 치료를 받거나 동일한 치료를 2회 이상 받는 경우 각 치료행위를 1회로 보고 각각 제1항에서 정한 1회당 공제금액 및 보장한도를 적용합니다.
2. 의료기관을 1회 통원(또는 1회 입원)하여 치료목적으로 2회 이상 주사치료를 받더라도 1회로 보고 제1항에서 정한 공제금액 및 보장한도를 적용합니다.
3. 의료기관을 1회 통원(또는 1회 입원)하여 2개 이상 부위에 걸쳐 이 특약에서 정한 자기공명영상진단을 받거나 동일한 부위에 대해 2회 이상 이 특약에서 정한 자기공명영상진단을 받는 경우 각 진단행위를 1회로 보아 각각 1회당 공제금액 및 보장한도를 적용합니다.

⑤ 제4항에서 1회 입원이라 함은 퇴원없이 계속 중인 입원(동일한 상해 또는 질병 치료목적으로 퇴원 당일 다른 의료기관으로 옮겨 입원하는 경우 포함)을 말합니다. 동일한 상해 또는 질병으로 인한 입원이라고 하더라도 퇴원 후 재입원하는 경우에는 퇴원 전후 입원기간을 각각 1회 입원으로 봅니다.

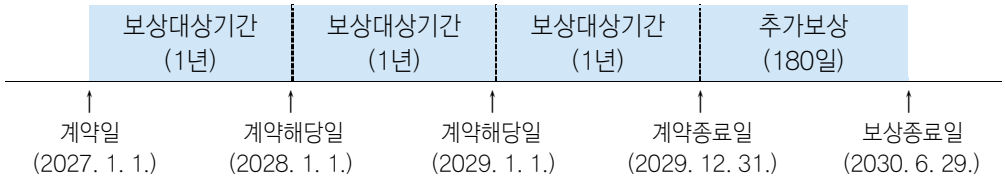
⑥ 제1항에서 보상하는 비급여의료비와 다른 의료비가 함께 청구되고 각 항목별 의료비가 구분되지 않는 경우 회사는 보험금 지급금액 결정을 위해 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 제1항에서 보상하는 의료비의 확인을 요청할 수 있습니다.

⑦ 피보험자가 입원 또는 통원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 치료에 대하여는 보험계약 종

료일 다음 날부터 180일까지 보상합니다. 이 경우 보장한도는 연간 보장한도(금액)에서 직전 보험계약 종료일까지 지급한 금액을 차감한 잔여 금액과 연간 보장한도(횟수)에서 직전 보험계약 종료일까지 보상한 횟수를 차감한 잔여 횟수를 한도로 적용합니다. 다만, 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제1항을 적용합니다.

〈보상기간 예시〉

※계약일 2027년 1월 1일



⑧ 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 비급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액(통원의 경우 본인이 실제로 부담한 금액에서 같은 조 제1항의 '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 제1항에 따라 계산한 금액을 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 감면받은 의료비가 본인 또는 가족(배우자, 직계혈족 및 형제자매(민법 제768조))의 근로소득 에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비에 대해서 제1항에 따라 계산한 금액을 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다.

⑨ 회사는 피보험자가 상해 또는 질병으로 인하여 의료기관에서 본인의 장기등(「장기등 이식에 관한 법률」 제4조에 의한 "장기등"을 의미합니다)의 기능회복을 위하여 「장기등 이식에 관한 법률」 제42조 및 관련 고시에 따라 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 제1항부터 제8항에 따라 보상합니다.

⑩ 피보험자가 입원(최초입원일이 전환전계약 보험기간에 포함되는 것을 말합니다) 또는 통원하여 치료를 받던 중 이 특약으로 전환한 경우에는 전환전계약이 종료되었다 하더라도 그 계속 중인 입원 또는 통원에 대하여는 보상기간의 연장으로 간주하여 전환전계약의 약관에 따라 보상합니다.

⑪ 제10항에도 불구하고 계속 중인 입원에 대하여 전환전계약의 약관에 따라 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 제3조(보상내용) 제1항에서 제9항을 적용하며, 더 이상 전환전계약의 약관에 따라 보상하지 않습니다

1. 전환전계약의 최초계약 체결일이 2009년 9월 30일 이전:
   전환전계약의 직전 계약해당일로부터 1년이 경과한 경우
   단, 전환전계약의 최초계약 체결일이 2009년 9월 30일 이전임에도 불구하고 갱신시 회사가 정한 방법에 따라 2009년 10월 1일 이후 판매된 실손의료비를 보장하는 보험으로 갱신된 경우는 제 2호를 적용합니다.
2. 전환전계약의 최초계약 체결일이 2009년 10월 1일부터 2014년 3월 31일 이전:
   최초입원일부터 365일이 지난 경우
3. 전환전계약의 최초계약 체결일이 2014년 4월 1일부터 2015년 12월 31일 이전:
   최초입원일부터 365일이 지나거나, 하나의 상해 또는 질병으로 인한 입원이라도 입원의료비가 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 동일한 사유로 재입원한 경우
4. 전환전계약의 최초계약 체결일이 2016년 1월 1일 이후:

하나의 상해 또는 질병으로 인한 입원의료비를 전환전계약의 보험가입금액까지 보상한 경우

⑫ 제10항에도 불구하고 계속 중인 통원에 대하여 전환전계약의 직전 계약해당일로부터 1년이 경과한 경우에는 제3조(보상내용) 제1항에서 제9항을 적용하며, 더 이상 전환전계약의 약관에 따라 보상하지 않습니다.

제4조 [보상하지 않는 사항]

회사가 이 특약에서 보상하지 않는 사항은 다음과 같습니다.

① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 비급여의료비는 보상하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우.
   다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우 제3조(보상내용)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보상금액을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우.
   다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 제3조(보상내용)에 따라 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인한 경우
5. 피보험자가 정당한 이유없이 입원 또는 통원 기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 의료비

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동 목적으로 한 다음의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 생긴 상해에 대해서는 보상하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전 훈련이 필요한 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트 · 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 행사(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

③ 회사는 '제9차 한국표준질병 · 사인분류(KCD : 통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행)'에 따른 다음의 비급여의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. '제10차 개정 이후 한국표준질병 · 사인분류'에서 아래 질병 이외에 추가로 아래의 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

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(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(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 비급여사용승인 절차를 거쳐 그 승인 내용대로 사용된 경우
   라. 상기 가목 부터 다목의 약제가 두 가지 이상 함께 사용된 경우(함께 사용된 약제중 어느 하나라도 상기 가목 부

터 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(보상내용) 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(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 평가 결과 고시(단, 목적 및 시술방법의 변경이 경미하여 새로운 신의료기술평가의 대상에 해당하지 않는 경우는 제외)
    나. 「평가 유예 신의료기술 고시」 [별표] 평가 유예 신의료기술
    다. 「신의료기술의 안전성 · 유효성 평가결과 고시」 [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

⑤ 회사는 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([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 유방재건술은 보상합니다) · 축소술, 지방흡입술, 주름살 제거술 등 미용목적의 성형수술과 그로 인한 후유증치료

나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
다. 치과교정
라. 씹는 기능 및 발음 기능의 개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 턱얼굴(악안면)교정술
마. 관절운동 제한이 없는 반흔구축성형술 등 외모개선 목적의 반흔제거술
바. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
사. 질병 치료가 아닌 단순히 키 성장(성장촉진)을 목적으로 하는 진료
아. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
자. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여 대상에 해당하는 치료

3. 다음 각 목의 예방진료로서 질병·부상의 진료를 직접목적으로 하지 아니하는 경우에 실시 또는 사용으로 인하여 발생한 비급여 의료비
가. 본인의 희망에 의한 건강검진(다만, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 추가 의료비용은 보상합니다)
나. 예방접종(파상풍 혈청주사 등 치료목적으로 사용하는 예방주사 제외)
다. 그 밖에 예방진료로서 국민건강보험 비급여 대상에 해당하는 치료

4. 그 밖에 다음 각 목의 진료로 인해 발생한 비급여 의료비
가. 친자확인을 위한 진단
나. 불임검사, 불임수술, 불임복원술
다. 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다)
라. 인공유산에 든 비용(다만, 회사가 보상하는 상해 또는 질병으로 임신상태를 유지하기 어려워 의사의 권고에 따라 불가피하게 시행한 경우는 제외)

제3관 보험금의 지급

제5조 [보험가입금액 한도 등]

① 이 특약의 연간 보험가입금액은《질병비급여형》제3조(보상내용)에 대하여 입원과 통원의 보상금액을 합산하여 5천만원 이내에서,《상해비급여형》제3조(보상내용)에 대하여 입원과 통원의 보상금액을 합산하여 5천만원 이내에서 회사가 정한 금액 중 계약자가 선택한 금액을 말하며, 제3조(보상내용)에 의한 비급여의료비를 이 금액 한도 내에서 보상합니다. 다만, 3대비급여형의 보험가입금액은《3대비급여형》제3조(보상내용) 제1항에서 정한 연간 보장한도로 합니다.

② 이 특약에서 '연간'이라 함은 계약일부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 입원 또는 통원 치료 시 해당일이 속한 보험연도의 보험가입금액 한도를 적용합니다.

③ 제3조(보상내용)에서 정한 통원의 경우 질병비급여형 또는 상해비급여형 각각에 대하여 통원 1회당 20만원 이내에서 회사가 정한 금액 중 계약자가 선택한 금액으로 하며, 3대비급여형의 경우 각 비급여의료비별 보장한도로 합니다.

④《질병비급여형》제3조(보상내용) 제2항 또는 제3항,《상해비급여형》제3조(보상내용) 제3항 또는 제4항 및《3대비급여형》제3조(보상내용) 제7항에 따른 계속중인 입원 또는 통원의 보장한도는 연간 보장한도(보험가입금액)에서 직전 보험기간 종료일까지 지급한 금액을 차감한 잔여 금액과 연간 보장한도(횟수)에서 직전 보험기간 종료일까지 보상한 횟수를 차감한 잔여 횟수를 한도로 적용합니다.

⑤ 제3조(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 [보험금의 청구]

① 보험수익자는 다음의 서류 중 해당 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[진료비 계산서 · 영수증(통원의료비의 경우 통원일자별 의료비 명기 필요), 진료비 세부산정내역, 약제비 계산서 · 영수증, 약제비 세부산정내역, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비), 사망진단서 등]
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 의사표시의 확인방법 포함)
4. 그 밖에 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제7조 [보험금의 지급절차]

① 회사는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 회사는 보험금 지급사유를 조사 · 확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 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 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정신청(다만, 대상기관은 금융분쟁조정위원회 또는 소비자분쟁조정위원회)
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 의견을 따르기로 한 경우

용어 해설	**〈보험금 가지급제도〉** 지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도

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 보험금 지급기일의 다음 날부터 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자를 별표(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)와 같이 계산하여 보험금에 더하여 지급합니다. 다만, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 책임이 있는 사유로 지급이 지연된 경우에는 그 기간에 대한 이자는 지급하지 않습니다.

⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제11조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관 및 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우 회사는 사실확인이 끝날 때까지 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

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

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

⑧ 회사는 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 「국민건강보험법」에 따른 본인부담금 상한제, 「의료급여법」에 따른

본인부담금 상한제 및 보상제와 관련한 확인요청을 할 수 있습니다.
⑨ 회사는 보험금 지급금액 결정을 위해 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 건강보험심사평가원의 진료비확인요청제도를 활용할 수 있도록 동의해 줄 것을 요청할 수 있으며, 진료비확인요청제도를 활용할 경우 회사는 이를 활용한 사례를 집적하고 먼저 유사 사례가 있는지를 확인하고 이용합니다.
⑩ 회사는 보험금 지급시 보험수익자에게 문자메시지, 전자우편 또는 이와 유사한 전자적 장치 등으로 다음 각 호의 사항을 안내하여 드리며, 보험수익자는 안내한 사항과 관련하여 구체적인 계산내역 등에 대하여 회사에 설명을 요청할 수 있습니다.

1. 보험금 지급일 등 지급절차
2. 보험금 지급 내역
3. 보험금 심사 지연 시 지연 사유 및 예상 지급일
4. 보험금을 감액하여 지급하거나 지급하지 아니하는 경우에는 그 사유 등
5. 다수보험 가입으로 인해 비례보상된 경우 그 사유 및 개인 혹은 단체 실손 중지제도와 신청방법 등

제8조 [보험금을 받는 방법의 변경]
이 특약은 보험금 받는 방법을 변경하여 적용하지 않습니다.

제4관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제9조 [계약 전 알릴 의무]
계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단특약의 경우에는 건강진단 할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 합니다. 이를 "계약 전 알릴 의무"라 하며, 상법상 "고지 의무"와 같습니다. 다만, 진단특약의 경우 「의료법」 제3조(의료기관)에 따른 종합병원이나 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제10조 [상해보험계약 후 알릴 의무]
① 계약자 또는 피보험자는 보험기간 중에 피보험자에게 다음 각 호 중 어느 하나의 변경이 발생한 경우(이하 "직업 또는 직무의 변경"이라 합니다)에는 우편, 전화, 방문 등의 방법으로 지체 없이 회사에 알리고(이하 "직업 또는 직무의 변경 통지"라 합니다) 보험증권에 확인을 받아야 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 해설	**<직업>** 1. 생계유지 등을 위하여 일정한 기간 동안(예: 6개월 이상) 계속하여 종사하는 일 2. "1"에 해당하지 않는 경우에는 개인의 사회적 신분에 따르는 위치나 자리를 말합니다. 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 운전 여부가 변경된 경우
예) 비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운전자로 변경 등

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

② 회사는 제1항의 "직업 또는 직무의 변경 통지"로 인하여 피보험자의 위험이 변경된 경우에는 제15조(특약내용의 변경 등) 제1항에 따라 특약내용을 변경할 수 있습니다.

설명	**<피보험자의 위험 변경에 따른 특약내용 변경 절차>** 위험변경사항 통지(우편, 전화, 방문 등) → 계약자, 피보험자의 특약변경사항 확인 후 청약 → 회사의 특약변경사항 인수 심사 → 정산금액 처리(환급 또는 추가납입) → 특약변경 완료

③ 회사는 제2항에 따라 특약내용을 변경할 때 위험이 감소된 경우에는 보험료를 감액하고, 이후 기간 보장을 위한 재원인 계약자적립액(미경과보험료 포함)의 차이로 인하여 발생한 정산금액[이하 "정산금액"이라 하며 "보험료 및 해약환급금 산출방법서(이하 "산출방법서"라 합니다)"에서 정한 방법에 따라 계산됩니다]을 환급해 드립니다. 한편, 위험이 증가된 경우에는 보험료의 증액 및 정산금액의 추가납입을 요구할 수 있으며, 계약자는 증액된 보험료 및 정산금액을 납입해야 합니다.

④ 계약자가 제1항의 "직업 또는 직무의 변경 통지"에 따라 위험의 증가로 보험료를 더 내야 할 경우 제3항에서 정한 회사의 청구금액(증액된 보험료 및 정산금액)을 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 보상됨을 서면 또는 전화(음성녹음)로 통보하고, 보험사고가 발생한 경우 이에 따라 보험금을 지급합니다.

제11조 [알릴 의무 위반의 효과]

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

1. 계약자나 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제9조(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 제10조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 이행하지 않았을 때

② 제1항 제1호의 경우라도 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우에는 회사는 특약을 해지할 수 없습니다.

1. 회사가 특약의 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1 개월 이상 지났을 때
3. 제 1 회 보험료를 받은 날부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2 년이 지났을 때. 단, 진단특약의 경우 질병에 대해서는 제 1 회 보험료를 받은 날부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 1 년이 지났을 때
4. 특약의 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
5. 이 특약을 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 특약을 해지할 수 있습니다.
6. 보험을 모집한 자(이하 "보험설계사 등"이라 합니다)가 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 특약을 해지하였을 때에는 회사는 제25조(해약환급금) 제1항에 따른 금액을 계약자에게 지급합니다.

④ 제1항 제1호에 따른 특약의 해지가 보험금 지급사유가 발생한 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 계약 전 알릴 의무 위반사실(특약해지 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 알려 드립니다. 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 특약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 회사는 제10조(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 특약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

제12조 [사기에 의한 계약]

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

② 제1항에 따라 특약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, 이하 같습니다)를 돌려 드립니다.

제5관 보험계약의 성립과 유지

제13조 [특약의 체결 및 설명의무 등]

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약(請約)하고 회사가 승낙(承諾)함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② 제1항의 청약은 전환전계약의 계약자가 이 특약(이하 '전환후계약'이라 합니다)으로 회사가 정한 절차에 따라 전환을 청약하는 경우에 한하여 적용합니다.

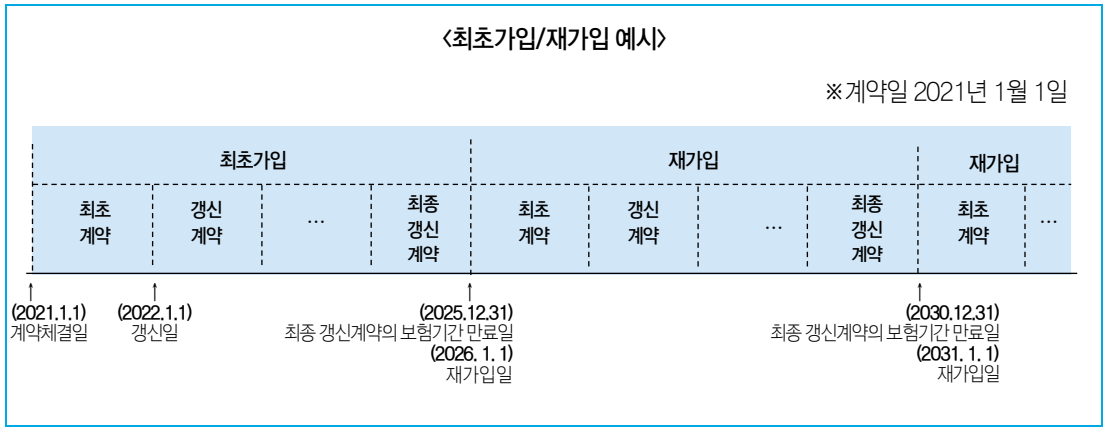
③ 제2항에서 전환후계약의 계약자 및 피보험자는 각각 전환전계약의 계약자 및 피보험자와 동일해야 합니다.

④ 회사는 피보험자가 특약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등을 말합니다)을 붙여 승낙할 수 있습니다.

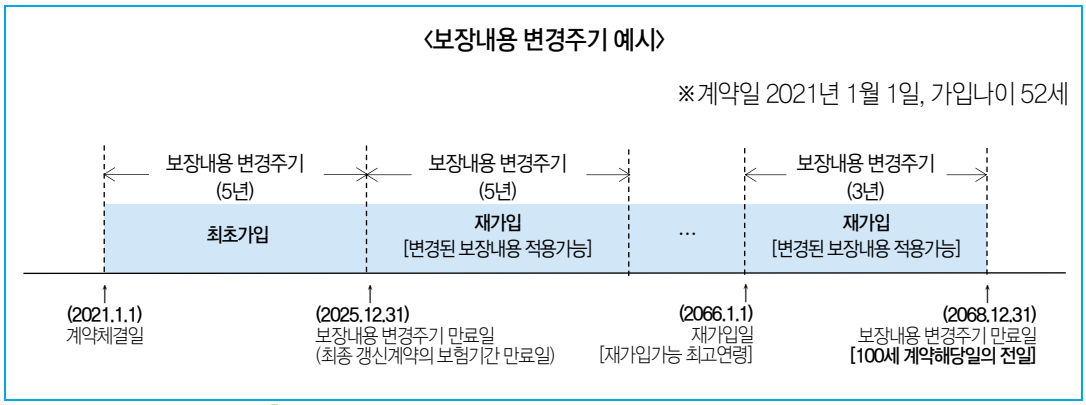
⑤ 회사는 특약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 특약은 청약일, 진단특약은 진단일(재진단의 경우에는 최종진단일을 말합니다)부터 30일 이내에 승낙하거나 거절하여야 하며, 승낙한 경우에는 보험증권을 드립니다. 이 경우 30일 이내에 회사가 승낙 또는 거절의 통지를 하지 않으면 승낙한 것으로 봅니다.

⑥ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 평균공시이율에 1%를 더한 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 특약의 승낙을 거절하는 경우 회사는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니

다.
⑦ 회사가 제4항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 최초계약의 청약일부터 5년이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보상합니다.
⑧ 제7항의 "청약일부터 5년이 지나는 동안"이라 함은 제19조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
⑨ 제20조[보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)]에서 정한 특약의 부활이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.
⑩ 주계약을 체결할 때 특약이 최초로 부가되는 경우 "최초가입"이라 합니다.
⑪ 제13조의2(보장내용 변경주기)에서 정한 보장내용 변경주기 만료 후 제17조(재가입)에 따라 특약이 성립되는 경우 "재가입"이라 합니다.
⑫ 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.



제13조의2 [보장내용 변경주기]
① 이 특약의 보장내용 변경주기란 특약의 보장내용[보장내용 및 범위 등 (이하 "보장내용"이라 합니다)]이 관련 법령, 금융위원회의 명령, 표준약관 등에 따라 변경될 수 있는 주기를 말하며 5년으로 합니다. 다만, 재가입할 때 피보험자의 100세 계약해당일 전일까지의 남은 기간이 5년 미만일 경우 그 남은 기간을 보장내용 변경주기로 합니다.



② 보장내용 변경주기 만료일은 「최초(재)가입나이 + 보장내용 변경주기」세 계약해당일의 전일로 합니다.

제13조의3 [피보험자의 범위]

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

제13조의4 [특약의 보험기간 및 갱신]

① 이 특약의 보험기간은 1년 만기 갱신으로 합니다.

② 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일 전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 단, 제19조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

③ 이 특약의 보험기간 만료일은 피보험자의 「최초(갱신)계약 가입나이+1」세 계약해당일의 전일을 말하며, 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 피보험자의 「최초(재)가입나이 + 보장내용 변경주기」세 계약해당일의 전일로 합니다.

④ 제2항에도 불구하고 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

1. 이 특약의 보험기간 만료일이 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 만료일과 같은 경우
2. 주계약이 갱신형보험인 경우 계약자가 주계약의 보험기간 만료일 15일전까지 주계약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지한 경우

⑤ 갱신계약의 보험료가 변경되는 경우에는 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 관련 내용을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내합니다. 다만, 최종 갱신계약의 경우에는 안내하지 않습니다.

⑥ 관련 법규 등의 변경으로 이 특약 갱신 시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않는 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내합니다.

제14조 [특약의 무효]

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

1. 계약자와 피보험자가 다른 특약에서 특약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 대통령령으로 정하는바에 따라 본인 확인 및 위조 · 변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만 피보험자와 보험수익자가 같은 경우에는 이를 적용하지 아니합니다.
2. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 특약 나이에 도달한 경우에는 해당 특약은 유효한 계약으로 보며, 이미 납입한 보험료는 돌려드리지 않습니다.

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

제15조 [특약내용의 변경 등]

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 받아 이 특약의 내용을 변경할 수 있습니다. 이 경우 회사는 승낙사실을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 적어 드립니다.

② 계약자는 회사의 승낙 없이 보험수익자를 변경할 수 있습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리자로서 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자의 변경에 대한 내용을 회사에 통지하여야 합니다.

③ 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.

④ 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제16조 [특약의 소멸]

① 다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우
2. 이 특약의 피보험자가 보험기간 중 사망한 경우
   이때 산출방법서에서 정하는 바에 따라 회사가 적립한 사망 당시의 계약자적립액(미경과보험료 포함)을 계약자에게 지급합니다.

② 제1항 제2호의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

③ 제1항 제2호의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제6조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 제7조(보험금의 지급절차)의 규정을 따릅니다. 다만, 제7조(보험금의 지급절차) 제4항에도 불구하고 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제17조 [재가입]

① 회사는 최초가입시 계약자에게 보장내용 변경주기 만료일 이후 재가입할 때 인수조건(재가입가능 최고연령 등)을 설명해야 하고, 이 특약의 재가입 시점에 관련 법령, 금융위원회의 명령, 표준약관 등에 따라 보장내용이 변경될 수 있음을 안내합니다. 특히, 재가입 시점에 보장내용이 축소될 수 있음을 안내합니다.

② 이 특약이 다음 각 호의 조건을 충족하고 계약자가 제6항에 따라 재가입의사를 표시한 때에는 주계약 약관의 '보험계약의 성립' 및 '약관 교부 및 설명 의무 등'의 조항을 준용하여 회사가 정한 절차에 따라 계약자는 기존 특약에 이어 재가입할 수 있으며, 이 경우 회사는 기존특약의 가입 이후 발생한 상해 또는 질병을 사유로 가입을 거절할 수 없습니다.
1. 재가입일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 최초가입 당시 사업방법서에서 정한 나이의 범위 내일 것
2. 재가입 전 특약의 보험기간 만료일까지 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
3. 주계약이 재가입형보험인 경우 계약자가 주계약을 재가입하겠다는 뜻을 회사에 통지하였을 것

③ 이 특약의 보장내용 변경주기 만료일 이후 계약자가 재가입을 원하는 경우 계약자는 재가입 시점에서 회사가 판매하는 해당 실손의료보험 상품으로 가입을 할 수 있으며, 회사는 이를 거절할 수 없습니다.

④ 재가입 특약의 보험료는 재가입일(갱신계약의 경우는 갱신일) 현재의 보험요율(상해비급여형 및 3대비급여형의 경우에는 피보험자의 직업 또는 직무 위험등급에 따라 산출된 보험요율을 말합니다)을 적용하고, 그 보험요율은 나이의 증가, 위험률의 변동, 재가입시 보장내용 변경 등의 사유로 인하여 변동(특히, 인상) 될 수 있습니다.

⑤ 회사는 보장내용 변경주기가 끝나는 날 이전까지 2회 이상에 걸쳐 계약자에게 재가입 요건, 보장내용 변경내역, 보험료 수준, 재가입 절차 및 재가입 의사 여부를 확인하는 내용 등을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음), 전자문서, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 등으로 안내하며, 회사는 계약자의 재가입의사를 전화(음성녹음), 직접 방문 또는 전자적 의사표시, 통신판매계약의 경우 통신수단을 통해 확인합니다.

⑥ 계약자는 제5항에 따른 재가입안내와 재가입여부 확인 요청을 받은 경우 재가입 의사를 표시하여야 합니다.

⑦ 제5항 및 제6항에도 불구하고, 회사가 계약자의 재가입 의사를 확인하지 못한 경우(계약자와의 연락두절로 회사의 안내가 계약자에게 도달하지 못한 경우 포함)에는 직전 계약과 동일한 조건으로 보험계약을 연장합니다.

⑧ 제7항에 따라 직전 계약과 동일한 조건으로 자동 연장된 경우 계약자는 그 연장된 날로부터 90일 이내에 그 계약을 취소할 수 있으며, 회사는 연장된 날 이후 계약자가 납입한 보험료 전액을 환급합니다.

⑨ 제7항에 따라 직전 계약과 동일한 조건으로 자동 연장된 경우 보험계약의 연장일은 회사가 계약자의 재가입의사를 확인한 날(계약자 등이 회사에 보험금을 청구함으로써 계약자에게 연락이 닿아 회사가 계약자의 재가입의사를 확인한 날 등) 또는 보험기간이 종료된 날로부터 1년 중 빠른 날까지로 합니다. 계약자의 재가입 의사가 확인된 경우에는 제2항에서 정한 절차에 따라 회사가 재가입 의사를 확인한 날에 판매중인 상품으로 다시 재가입하는 것으로 하며, 기존 계약은 해지됩니다. 다만, 계약자가 재가입을 원하지 않는 경우에는 해당 시점으로부터 계약은 해지되고, 재가입 의사가 확인되지 않는 경우에는 연장일이 종료되는 시점으로부터 계약은 해지됩니다.

⑩ 제7항에 따라 직전 계약과 동일한 조건으로 자동 연장된 경우 계약자는 회사에 재가입 의사를 표시할 수 있습니다.

회사는 계약자의 재가입 의사가 확인되었을 때에는 제2항에서 정한 절차에 따라 회사가 재가입 의사를 확인한 날에 판매중인 상품으로 재가입하는 것으로 하며, 기존 계약은 해지됩니다.
⑪ 제9항 및 제10항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제 25조(해약환급금) 제 1항에 따른 금액을 계약자에게 지급합니다.

제6관 보험료의 납입

제18조 [특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입]
① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 회사가 정한 보험료 납입기간 내에서 계약자가 선택한 기간으로 합니다.
② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입기간이 완료 또는 보험료 납입이 면제되었거나 주계약이 소멸되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입기간이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

제19조 [보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]
① 최초가입시 최초계약의 제2회부터의 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약 및 재가입시 최초계약의 제1회부터의 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.
② 계약자가 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 다만, 이 경우에도 주계약에 정한 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.
③ 계약자가 이 특약의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우 회사는 14일 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하여 다음 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 특약이 해지되기 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다. 여기서, 납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다.

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 특약이 해지된다는 내용. 이 경우 특약이 해지되면 즉시 해약환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다.

④ 회사가 제3항에 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.
⑤ 회사는 제4항에 따른 확인 결과 전자문서가 수신되지 않은 것을 알았을 때에는 제3항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.
⑥ 회사가 제3항에 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 제3항에 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 제3항에 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

⑦ 제2항 및 제3항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제25조(해약환급금) 제1항에 따른 금액을 계약자에게 지급합니다.

제20조 [보험료의 납입연체로 인해 해지된 특약의 부활(효력회복)]

① 회사는 주계약의 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 경우에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

③ 제1항에도 불구하고 다음 각 호를 모두 만족하는 경우에 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 경우에는 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 이 특약의 사업방법서에서 별도로 정한 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

1. 주계약의 보험료 납입기간이 완료 또는 보험료 납입이 면제(주계약이 갱신형 보험인 경우 "갱신 전 주계약"의 보험료 납입이 면제된 경우 포함)되었거나 주계약이 소멸된 경우(다만, 주계약과 이 특약의 피보험자가 다르거나, 주계약이 피보험자의 사망 이외의 원인으로 소멸된 경우에 한합니다)
2. 제19조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에 따라 이 특약이 해지되었으나 특약의 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

⑤ 제1항에서 제3항에 따라 특약이 부활(효력회복)된 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초 특약 및 이전의 모든 부활(효력회복)을 청약할 때 제9조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우 또는 보험기간 중 제10조(상해보험계약 후 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제11조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제21조 [강제집행 등으로 인해 해지된 특약의 특별부활(효력회복)]

① 회사는 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 특약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 받아 특약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에게 지급하고 특약 내용의 변경 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 특약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.

② 회사는 보험수익자가 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 특약의 특별부활(효력회복) 청약을 한 경우 이를 승낙하며, 특약은 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 특약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다. 다만, 회사의 통지가 7일이 지나 보험수익자에게 도달하고 이후 그 보험수익자가 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 특약의 특별부활(효력회복)을 청약한 경우에는 특약이 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.

제22조 [보험료의 계산]

① 갱신계약의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율(상해비급여형 및 3대비급여형의 경우에는 피보험자의 직업 또는 직무위험등급에 따라 산출된 보험요율을 말합니다)에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상 또는 인하될 수 있습니다.

② 갱신계약의 보험료는 매년 보험업감독규정에서 정한 범위(나이의 증가로 인한 보험료 증감분은 제외) 내에서 인상 또는 인하될 수 있습니다. 다만, 회사가 금융위원회로부터 경영개선권고, 경영개선요구 또는 경영개선명령을 받은 경우

는 예외로 합니다.
③ 이 조항에 따른 보험료 계산 방법은 보장내용 변경주기 및 관계법령의 개정에 따라 변경될 수 있습니다.

<갱신년도별 보험료 적용 예시>

‣ 최초 보험료, xx세 남자, 월 14,000원, 매년 보험료* 25% 인상 가정시

* 기본형 실손의료보험과 이 특약에 함께 가입하였을 경우를 가정하여 산출한 보험료입니다.

(단위 : 원)

구분	xx세	xx+1세	xx+2세	xx+3세	xx+4세	xx+5세
나이증가분(A)		560	728	946	1,230	1,599
보험료 산출 기초율 (위험률 등) 증가분 (B=전년도 보험료의 25% 가정)		3,640	4,732	6,152	7,997	10,396
기준보험료 (C=전년도 기준보험료 +A+B)	14,000	18,200	23,660	30,758	39,985	51,980

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

제7관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제23조 [계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권]

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 특약이 해지된 경우 회사는 제25조(해약환급금) 제1항에 따른 금액을 계약자에게 지급합니다.

② 제14조(특약의 무효)에 따라 계약자와 피보험자가 다른 특약에서 서면(「전자서명법」제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 대통령령으로 정하는바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)으로 동의를 한 피보험자는 특약의 효력이 유지되는 기간 중 중대한 사정변경(계약자의 미성년 자녀인 피보험자에 대한 친권 상실, 특약 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 특약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제25조(해약환급금) 제1항에 따른 금액을 계약자에게 지급합니다.

제23조의2 [위법계약의 해지]

① 계약자는 「금융소비자보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 특약체결에 대한 회사의 법위반사항이 있는 경우 특약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.

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

③ 계약자는 회사가 「금융소비자 보호에 관한 법률 시행령」 제38조 제4항의 각 호에서 정하는 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 특약을 해지할 수 있습니다.

④ 제1항 및 제3항에 따라 특약이 해지된 경우 회사는 제25조(해약환급금) 제3항에 따른 금액을 계약자에게 지급합니다.
⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

용어 해설	〈제척기간〉 어떠한 권리에 대해 법률상으로 정해진 존속기간을 말하며, 이 기간 안에 권리를 행사하지 않으면 권리가 소멸됩니다.

제24조 [중대사유로 인한 해지]
① 회사는 다음과 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 특약을 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 특약을 해지한 경우 회사는 그 사실을 계약자에게 통지하고 제25조(해약환급금) 제1항에 따른 금액을 계약자에게 지급합니다.

제25조 [해약환급금]
① 이 특약은 해약환급금이 없습니다. 단, 특약이 해지된 시점에 산출방법서에 따른 미경과보험료 등이 있는 경우 회사는 이를 계약자에게 지급하여 드립니다.
② 제1항에 따른 금액의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해당 금액을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해당 금액을 지급합니다. 제1항에 따른 금액 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표(보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산)에 따릅니다.
③ 제23조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액(미경과보험료 포함)을 계약자에게 반환하여 드립니다.

제8관 다수보험의 처리 등

제26조 [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.

설명	각 계약별 비례분담액 = (각 계약의 보장대상의료비 중 최고액 – 각 계약의 피보험자부담 공제금액 중 최소액) × (각 계약별 보장책임액 / 각 계약별 보장책임액을 합한 금액)

용어 해설	**<피보험자부담 공제금액>** 입원보장의 경우 보장대상의료비에서 회사의 보장금액을 뺀 금액을 말하며, 통원보장의 경우 제3조(보상내용)에서 정한 '통원항목별 공제금액'을 말합니다.

제27조 [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 특약의 보험가입금액 한도 내에서 지급합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급한 회사는 보험수익자가 다른 회사에 대하여 가지는 해당 보험금청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 지급한 금액이 보험수익자가 다른 회사에 청구할 수 있는 보험금의 일부인 경우에는 해당 보험수익자의 보험금 청구권을 침해하지 않는 범위에서 그 권리를 취득합니다.

제9관 분쟁의 조정 등

제28조 [회사의 손해배상책임]

① 회사는 특약과 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 제13조(특약의 체결 및 설명의무 등) 제12항에 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 특약의 최초계약일부터 5년 이내에 회사에 손해배상을 청구할 수 있고, 이 특약의 최초계약일부터 손해배상을 청구하기 전까지 납입한 보험료와 이에 대한 이자(보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액)를 합한 금액을 손해배상액으로 합니다.

제10관 기타사항

제29조 [비급여 진료비용 공개제도 등의 안내]

회사는 계약자가 특약을 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.

설명	※ 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

제30조 [주계약 약관의 준용]
이 특약에서 정하지 않은 약관의 규정 및 용어는 주계약 약관을 준용합니다.

별표

보험금을 지급할 때의 적립 이율 계산

구 분	적립기간	적립이율
보장관련 보험금	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)
해약환급금	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년이내: 평균공시이율의 50% 1년초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

㈜ 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 일자 계산하며 지급이자도 주계약 약관에서 정한 소멸시효가 적용됩니다.

2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

3. 가산이율 적용 시 제7조(보험금의 지급절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

4. 가산이율 적용 시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

5. 회사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 회사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

개인실손의료보험 중지 및 재개 특약 약관

제1조 [목적]

① 이 특약은 개인실손의료보험(이하 "개인실손"이라 합니다)의 피보험자가 단체실손의료보험(이하 "단체실손"이라 합니다)의 피보험자인 경우 개인실손의료보험의 계약자(이하 "계약자"라 합니다)와 보험회사(이하 "회사"라 합니다) 사이에 개인실손을 중지하거나 재개하는 계약을 체결하는 것을 목적으로 합니다.

② 제1항의 개인실손은 노후·유병력자·여행실손의료보험(여행보험상품에 포함된 실손의료보험을 말합니다) 및 단체실손을 제외한 실손의료보험을 말합니다.

③ 제1항 및 제2항의 단체실손은 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 실손의료보험으로서 보험업감독규정 제7-49조 제2호 각 목의 요건을 충족하는 단체보험을 말합니다.

제2조 [계약중지에 관한 사항]

① 계약중지 청약일 기준으로 계약자가 다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 경우에 계약자는 개인실손의 보장종목에 대해 보험료 납입 및 보장의 중지(이하 '중지'라 합니다)를 청약할 수 있습니다.

1. 계약자가 개인실손을 최초 보장개시일로부터 1년 이상 유지중인 경우
2. 제1호 개인실손의 피보험자가 단체실손의 피보험자인 경우

② 중지는 제1항의 요건을 충족하는 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.

③ 회사는 계약자의 계약중지 청약을 받고 중지 청약일로부터 30일 이내에 승낙하거나 거절하여야 하며 승낙한 경우에는 "계약중지 확인서"와 "중지지급금"을 계약자에게 드립니다. 중지 청약일로부터 30일 이내에 회사가 승낙 또는 거절의 통지를 하지 않으면 승낙한 것으로 봅니다.

④ 제3항의 중지지급금은 개인실손을 중지한 경우 계약자에게 지급하는 금액으로, 중지한 보장종목의 보험료 및 해약환급금 산출방법서에 따라 계산된 중지시점의 계약자적립액(미경과보험료 포함) 등을 말합니다.

⑤ 중지가 이루어진 경우 그 시점부터 회사는 중지한 개인실손 보장종목에 대해 보장하지 않으며 계약자는 중지한 보장종목에 대해 보험료를 납입하지 않습니다. 회사는 계약중지가 성립한 이후 지체 없이 개인실손의 보장종목이 중지되었음을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서(SMS 포함) 등으로 계약자와 피보험자에게 각각 안내하여 드립니다.

⑥ 계약자는 계약중지 확인서를 받은 날로부터 15일 이내에 중지지급금을 회사에 환입하고 중지 청약을 철회할 수 있으며, 이 경우 회사는 중지 전 개인실손으로 환원해 주어야 합니다. 다만, 중지를 청약한 날부터 30일이 지나면 중지 청약을 철회할 수 없습니다. 청약철회에 관한 기타 사항은 중지 전 개인실손 약관을 준용합니다.

⑦ 제6항에도 불구하고 계약자가 계약중지 청약철회 신청 시 이미 지급받은 중지지급금을 회사에 환입하지 않을 경우 회사는 철회 신청을 거절할 수 있습니다.

⑧ 회사는 계약자가 중지를 청약할 때에 이 특약의 중요한 내용[제3조(계약재개에 관한 사항) 제15항 및 제19항 포함], 재개 시점에 회사가 판매하는 개인실손(계약자가 회사에 재개 청약시 회사가 더 이상 개인실손을 판매하지 않는 경우에는 가장 최근에 판매했던 개인실손을 말하며, 이하 같습니다.)으로 재개시 중지된 개인실손과 재개되는 개인실손의 보장범위가 다를 수 있다(특히, 보장범위 등이 축소)는 점, 재개되는 개인실손이 중지된 개인실손보다 보장이 강화[보장종목 추가, 보험가입금액 증액, 공제금액(비율)축소, 최대보장가능나이 확대 등]되는 등의 경우 재개 승낙이 거절될 수 있다는 점 및 중지 시 유의사항 등을 계약자에게 설명하고 확인 받아야 하며, 청약 후에는 지체 없이 계약자에게 이 특약의 약관 및 계약자 보관용 중지 청약서를 드립니다.

⑨ 회사는 계약중지를 처리함에 있어 사업방법서에서 회사가 정한 방법에 따라 단체실손과 개인실손의 보장종목이 같은 경우에는 보장종목(개인)을 중지처리하고, 서로 다른 경우에는 계약자의 서면동의를 얻어 해당 보장종목(개인)에 대해 중지처리를 합니다.

유의 사항

<보장종목 중지처리 예시>

(1) 개인실손을 질병형, 단체실손을 질병급여형으로 가입하고 있는 경우 아래 표에 따라 해당 개인실손 질병형은 중지 가능합니다. 다만, 질병형과 질병급여형은 보장종목이 상이하므로 계약자의 서면동의가 필요합니다.

(2) 개인실손을 질병형, 단체실손을 상해급여형으로 가입하고 있는 경우 아래 표에 따라 해당 개인실손 질병형은 중지 불가능합니다.

중지가능 보장종목 (개인)	보장종목 (단체)
종합형	질병급여형, 상해급여형, 중증질병비급여형, 중증상해비급여형, 비중증질병비급여형, 비중증상해비급여형
종합입원형	질병급여형, 상해급여형, 중증질병비급여형, 중증상해비급여형, 비중증질병비급여형, 비중증상해비급여형
종합통원형	질병급여형, 상해급여형, 중증질병비급여형, 중증상해비급여형, 비중증질병비급여형, 비중증상해비급여형
질병형	질병급여형, 중증질병비급여형, 비중증질병비급여형
상해형	상해급여형, 중증상해비급여형, 비중증상해비급여형
질병입원형	질병급여형, 중증질병비급여형, 비중증질병비급여형
질병통원형	질병급여형, 중증질병비급여형, 비중증질병비급여형
상해입원형	상해급여형, 중증상해비급여형, 비중증상해비급여형
상해통원형	상해급여형, 중증상해비급여형, 비중증상해비급여형
질병비급여형	중증질병비급여형, 비중증질병비급여형
상해비급여형	중증상해비급여형, 비중증상해비급여형
비급여 도수치료 · 체외충격파치료 · 증식치료	중증3대비급여형
비급여 주사료	중증3대비급여형

비급여 자기공명영상진단(MRI/MRA)	중증3대비급여형, 비중증비급여자기공명영상진단형
3대비급여형	중증3대비급여형, 비중증비급여자기공명영상진단형

제3조 [계약재개에 관한 사항]

① 제2조(계약중지에 관한 사항)에 따라 개인실손을 중지한 계약자는 개인실손 보험료 납입 및 보장의 재개(이하 "재개"라 합니다)를 청약할 수 있습니다. 다만, 단체실손이 종료된 경우에는 종료일로부터 31일 이내에 계약재개 청약을 하여야 합니다.

② 제1항에 따른 계약자의 재개 청약과 회사의 승낙으로 계약재개는 이루어집니다.

③ 제1항에도 불구하고 중지된 개인실손이 특약인 경우 그 특약이 부가된 주계약이 소멸되면 재개를 청약할 수 없습니다. 다만, 주계약이 소멸되어도 개인실손특약이 유지되는 경우는 해당 특약의 재개를 청약할 수 있습니다.

④ 제3항의 주계약이 소멸되는 경우는 아래 각 호 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말합니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소된 경우
2. 피보험자가 사망한 경우[사망에는 실종선고를 받은 경우(법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다) 및 관공서에서 수해, 화재 및 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우(가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다) 등을 포함합니다]

⑤ 제1항에 따라 개인실손을 재개하는 경우, 중지된 개인실손으로 재개됩니다. 단, 다음 각 호의 경우 재개 시점에 회사가 판매하는 개인실손으로 재개됩니다.

1. 계약 재개 시점 기준으로 중지된 개인실손의 최초 보장개시일(재가입 계약인 경우 재가입일)로부터 보장내용 변경 주기를 초과한 경우
2. 계약자의 요청이 있을 경우

⑥ 제5항에서 재개 시점에 회사가 판매하는 개인실손으로 재개시, 재개시점에 회사가 더 이상 개인실손을 판매하지 않는 경우에는 가장 최근에 판매했던 개인실손으로 재개됩니다.

⑦ 제5항 및 제6항에 따라 재개 시점에 회사가 판매하는 개인실손으로 재개되는 개인실손의 보장범위 등은 중지된 개인실손과 다를 수 있습니다(특히 보장범위 등이 축소될 수 있습니다).

⑧ 개인실손 재개시 중지된 개인실손으로 재개되는 경우, 재개 후 개인실손의 계약일은 중지된 개인실손의 최초계약의 계약일과 동일하며, 재개 후 개인실손의 갱신일 및 재가입일은 중지된 개인실손의 갱신일 및 재가입일과 동일하게 적용하고 계약중지로 인해 달라지지 않습니다. 또한 개인실손 재개시 재개 시점에 회사가 판매하고 있는 개인실손으로 재개되는 경우, 재개 후 개인실손의 계약일은 재개 청약일과 동일합니다.

⑨ 회사는 재개 청약을 받고, 재개보험료를 받은 경우에 재개 청약일로부터 30일 이내에 승낙하거나 거절하여야 하며, 승낙한 경우에는 재개되는 개인실손의 보험증권을 계약자에게 드립니다. 재개 청약일로부터 30일 이내에 회사가 승낙 또는 거절의 통지를 하지 않으면 승낙한 것으로 봅니다.

설명

〈재개보험료〉

계약자가 개인실손을 재개하기 위해 재개 청약일에 납입해야하는 보험료를 말하며, 다음의 각 호에 따라 계산합니다.

1. 중지된 개인실손으로 재개시

다음 각 목을 더한 금액을 재개보험료로 합니다.

가. 재개되는 개인실손의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에 따라 산출된 재개 청약일 직전 갱신일[단, 중지된 개인실손의 최초가입 청약일(재가입 계약인 경우 재가입일)부터 재개 시점 사이에 갱신일이 도래하지 않은 경우(갱신이 발생하지 않은 경우) 중지된 개인실손의 최초가입 청약일(재가입

계약인 경우 재가입일)]부터 재개 청약일까지의 계약자적립액

나. 재개되는 개인실손의 납입주기에 해당하는 보험료 중 재개 청약일부터 다음 보험료 납입해당월의 계약해당일 전일까지의 기간에 해당하는 보험료

2. 재개 시점에 회사가 판매하는 개인실손으로 재개시 재개되는 개인실손의 제1회 보험료

⑩ 회사는 계약재개가 성립한 이후 지체없이 중지되었던 개인실손이 재개 되었음을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서(SMS 포함) 등으로 계약자와 피보험자에게 각각 안내하여 드립니다.

⑪ 계약자는 재개되는 개인실손의 보험증권을 받은 날로부터 15일 이내에 재개 청약을 철회할 수 있으며, 이 경우 회사는 해당 계약을 중지된 상태로 환원해 주어야 합니다. 이에도 불구하고 재개 청약한 날부터 30일이 지나면 청약을 철회할 수 없습니다. 청약철회에 관한 기타 사항은 재개 후 개인실손 약관을 준용합니다.

⑫ 회사는 계약자가 재개를 청약할 때에 이 특약의 중요한 내용[제15항 및 제19항 포함], 재개 시점에 회사가 판매하는 개인실손으로 재개시 중지된 개인실손과 재개되는 개인실손의 보장범위가 다를 수 있다(특히 보장범위 등이 축소될 수 있다)는 점, 재개되는 개인실손이 중지된 개인실손보다 보장이 강화[보장종목추가, 보험가입금액 증액, 공제금액(비율) 축소, 최대보장가능나이 확대 등]되는 경우 재개 승낙이 거절될 수 있다는 점 및 재개 시 유의 사항 등을 계약자에게 설명하고 확인 받아야 하며, 청약 후에는 지체 없이 이 특약의 약관 및 계약자 보관용 재개 청약서를 드립니다.

유의 사항

<보장범위 등이 축소되는 사례>

계약자가 중지한 개인실손에 대해 재개 시점에 회사가 판매하는 개인실손으로 재개를 신청하는 경우, 중지했던 개인실손보다 공제금액(비율)이 높아 질 수 있습니다.

· 예) 2010년 10월에 가입한 개인실손보험을 중지하고, 2026년 7월에 회사가 판매하는 개인실손으로 재개할 경우를 가정

	중지된 계약	재개되는 계약
상품명칭	실손의료비보장특약(갱신형,무배당)	급여 실손의료비보장보험[계약재개용](갱신형,무배당)
갱신주기	3년	1년(5년주기 재가입)
공제비율	급여 10% / 비급여 10%	급여 20% / 중증비급여 30%, 비중증비급여 50%

⑬ 회사는 재개 청약을 승낙하고 계약자로부터 재개보험료를 받은 때부터 재개 후 개인실손의 약관에 따라 보장합니다. 또한, 회사가 재개의 청약과 함께 재개보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 재개보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다.

⑭ 재개 시점에 회사가 판매하는 개인실손으로 보장이 재개되는 경우, 제13항에 따라 보장이 개시되는 시점부터 제2조(계약중지에 관한 사항)에 따라 중지된 개인실손은 소멸합니다.

⑮ 회사는 재개 청약일 기준으로 다음 각 호의 요건이 모두 충족되는 경우에는 심사를 거치지 않고 계약자의 재개를 승낙합니다.

1. 제2조(계약중지에 관한 사항)에 따라 개인실손이 중지된 후 피보험자의 단체실손 보장공백기간이 계약중지 1회당 31일 이내이고, 누적하여 92일 이내인 경우 (보장공백기간 계산 시, 재개 계약자가 재개 청약시에 단체실손이 종료된 상태에 한하여 금번 단체실손 종료일로부터 재개 청약일까지 기간은 제외됩니다).
2. 재개 시점에 회사가 판매하는 개인실손으로 재개시 다음 각 목의 모두에 대해 재개되는 개인실손과 중지된 개인실손이 동일하게 적용되는 경우 [단, 회사가 중지된 개인실손과 동일한 조건의 개인실손을 판매하지 않는 경우에는 사업방법서에서 회사가 정한 방법에 따라, 재개되는 개인실손의 보장종목, 보험가입금액, 공제금액(비율) 또는 최대보장가능나이 등을 중지된 개인실손과 가장 유사하게 적용하는 경우에는 동일하게 적용한 것으로 봅니다]

가. 보장종목

나. 보험가입금액
다. 공제금액(비율)
라. 최대보장가능나이

유의사항

<재개되는 개인실손을 중지된 개인실손과 가장 유사하게 적용하는 경우 예시>
아래의 예시는 재개 시점에 회사가 판매하는 개인실손으로 재개시에 한하여 적용됩니다.

1. 보장종목을 유사하게 적용하는 경우

중지계약이 종합형이나, 재개 시점에 회사가 개인실손을 종합형으로 판매하고 있지 않을 경우, 계약자는 개인실손을 종합형으로 재개 청약 할 수 없습니다. 이 경우 사업방법서에서 회사가 정한 방법에 따라 아래 표와 같이 재개 시점에 판매중인 개인실손으로 재개됩니다.

· 보장종목

중지계약	재개계약
종합형	**질병급여형, 상해급여형, 중증질병비급여형, 중증상해비급여형, 비중증질병비급여형, 비중증상해비급여형**
종합입원형	질병급여형, 상해급여형, 중증질병비급여형, 중증상해비급여형, 비중증질병비급여형, 비중증상해비급여형
종합통원형	질병급여형, 상해급여형, 중증질병비급여형, 중증상해비급여형, 비중증질병비급여형, 비중증상해비급여형
질병형	질병급여형, 중증질병비급여형, 비중증질병비급여형
상해형	상해급여형, 중증상해비급여형, 비중증상해비급여형
질병입원형	질병급여형, 중증질병비급여형, 비중증질병비급여형
질병통원형	질병급여형, 중증질병비급여형, 비중증질병비급여형
상해입원형	상해급여형, 중증상해비급여형, 비중증상해비급여형
상해통원형	상해급여형, 중증상해비급여형, 비중증상해비급여형
질병비급여형	중증질병비급여형, 비중증질병비급여형

상해비급여형	중증상해비급여형, 비중증상해비급여형
비급여 도수치료 · 체외충격파치료 · 증식치료	중증3대비급여형
비급여 주사료	중증3대비급여형
비급여 자기공명영상진단(MRI/MRA)	중증3대비급여형, 비중증비급여자기공명영상진단형
3대비급여형	중증3대비급여형, 비중증비급여자기공명영상진단형

㈜ 재개시 동일하거나 유사한 재개계약의 보장종목으로 가입 가능하며, 2017년 4월 1일 이전에 가입한 중지계약의 경우 '중증3대비급여형, 비중증비급여자기공명영상진단형' 보장종목도 추가하여 재개가 가능합니다.

2. 보험가입금액을 유사하게 적용하는 경우

중지계약의 중증비급여 보험가입금액이 3천만원이나, 재개 시점에 회사가 보험가입금액이 3천만원인 개인실손 중증비급여를 판매하고 있지 않을 경우, 계약자는 재개되는 개인실손 중증비급여의 보험가입금액을 3천만원으로 선택할 수 없습니다. 이 경우 사업방법서에서 회사가 정한 방법에 따라 아래 표와 같이 보험가입금액 5천만원 개인실손으로 재개됩니다.

· 보험가입금액

구 분	중지계약	재개계약
급여	1천만원 이하	1천만원
	1천만원 초과	5천만원
중증비급여	1천만원 이하	1천만원
	1천만원 초과	**5천만원**
비중증비급여	1천만원 이하	2백만원
	1천만원 초과	1천만원

3. 공제금액(비율)을 유사하게 적용하는 경우

중지된 실손계약이 선택형(급여10% / 비급여10%)이나, 재개 시점에 회사는 개인실손 선택형(급여10% / 비급여10%)을 판매하고 있지 않을 경우, 계약자는 개인실손 선택형(급여10% / 비급여10%)으로 재개 청약 할 수 없습니다. 이 경우 사업방법서에서 회사가 정한 방법에 따라 아래 표와 같이 재개되는 시점에 판매중인 개인실손 주계약(급여 20%), 특약(중증비급여 30%, 비중증비급여 50%)로 재개됩니다.

· 공제금액(비율)

중지계약	재개계약
표준형 (급여 20% / 비급여 20%)	주계약 : 급여20% 특약 : 중증비급여30%, 비중증비급여50%
선택형 (급여 10% / 비급여 10%)	
선택형Ⅱ(급여10% / 비급여20%)	

4. 최대보장가능나이를 유사하게 적용하는 경우

중지된 실손계약이 어린이보험(보험기간은 30세만기)에 부가되는 실손특약으로 최대보장가능나이가 30세 미만인 경우, 재개되는 개인실손의 최대보장가능나이는 아래 표와 같이 29세(보험기간은 30

세 만기)로 합니다.

· **최대보장가능나이**

(중지계약 또는 재개계약 각각의 사업방법서에 정한 방법에 따라 최대로 실손보험의 보장이 가능한 나이를 말합니다)

중지계약	재개계약(보험기간)
'어린이보장성보험에' 또는 '통합보험에 자녀형으로' 부가되는 실손특약으로 최대보장가능나이가 30세 미만인 경우	29세 (30세만기)
상기 이외의 기타 실손계약	99세 (100세 만기)

⑯ 제15항 제1호의 단체실손 보장공백기간이란 퇴직, 보험료 미납으로 인한 해지, 계약의 해지, 재가입 지연 등의 사유로 피보험자가 보장을 받지 못하는 기간을 말하며, 다만 단체실손의 보장종목 변경은 보장공백기간으로 보지 않습니다.

⑰ 제15항 제1호의 금번 단체실손 종료일이란 계약재개 계약자가 재개 청약시, 해당 재개 청약일 이전에 개인실손을 중지·재개한 이력이 있는 경우 해당 재개 청약일로부터 가장 가까운 단체실손 종료일을 말합니다.

⑱ 재개되는 개인실손의 계약자, 피보험자는 중지된 개인실손의 계약자, 피보험자와 각각 동일하여야 합니다.

⑲ 회사는 재개 시점에 회사가 판매하는 개인실손으로 재개시 재개되는 개인실손이 중지된 개인실손보다 보장이 강화(보장종목 추가, 보험가입금액 증액, 공제금액(비율) 축소, 최대보장가능나이 확대 등)되는 등 제15항 각 목 중 하나라도 요건이 충족되지 아니한 경우에는 회사의 계약인수지침에 따라 심사를 하여 승낙을 거절할 수 있습니다.

제4조 [기타사항]

① 중지된 개인실손 약관의 「계약 전 알릴의무」, 「상해보험계약후 알릴의무」, 「알릴의무 위반의 효과」 및 「사기에 의한 계약」 조항은 재개되는 개인실손에서도 효력이 있습니다.

예시

중지된 개인실손에서 계약을 청약하면서 보험설계사 등에게 고혈압이 있다고만 이야기하고, 중지된 개인실손의 최초가입당시 청약서의 계약 전 알릴 사항에는 기재 하지 않아 회사가 고혈압이 있다는 사실을 알지 못하였다면, 회사는 재개되는 계약에서 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.

② 중지된 개인실손의 「특정 신체부위·질병 보장제한부 인수 특약」(이하 "조건부 특약"이라 합니다), 「특별조건부 특약」은 재개되는 개인실손에서도 효력이 있습니다.

③ 제2항에도 불구하고 조건부 특약의 경우 중지된 개인실손의 최초가입 청약일로부터 5년간 조건부 특약에서 정한 질병으로 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우 조건부 특약의 효력은 소멸합니다.

④ 회사는 계약자가 중지된 개인실손으로 재개한 이후 회사가 판매하는 개인실손으로 전환을 요청하는 경우 회사의 계약인수지침에 따라 심사를 하여 전환을 거절 할 수 있습니다.

⑤ 이 특약의 제2조(계약중지에 관한 사항)에서 정하지 아니한 사항은 중지 전 개인실손의 약관을, 제3조(계약재개에 관한 사항)에서 정하지 아니한 사항은 재개 후 개인실손의 약관을 각각 준용합니다.

⑥ 회사는 중지 및 재개에 필요한 사항에 대하여 추가적으로 특약을 부가하여 운영할 수 있습니다.

⑦ 회사는 재개 심사 등에 필요한 증빙자료를 계약자 등에게 요청할 수 있고 계약자 등은 이에 협조하여야 합니다.

군장병 실손의료보험 중지 및 재개 특약 약관

제1조 [목적]

① 이 특약은 개인실손의료보험(이하 "개인실손"이라 합니다)의 계약자(이하 "계약자"라 합니다)와 보험회사(이하 "회사"라 합니다) 사이에 개인실손을 중지하거나 재개하는 계약을 체결하는 것을 목적으로 합니다.

② 제1항의 개인실손은 노후·유병력자·여행실손의료보험(여행보험상품에 포함된 실손의료보험을 말합니다) 및 단체실손을 제외한 실손의료보험을 말합니다.

③ 제2항의 단체실손은 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 실손의료보험으로서 보험업감독규정 제7-49조 제2호 각 목의 요건을 충족하는 단체보험을 말합니다.

제2조 [계약중지에 관한 사항]

① 계약중지 청약일 기준으로 계약자가 다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 경우에 계약자는 피보험자의 동의를 얻어 개인실손의 보장종목에 대해 보험료 납입 및 보장의 중지(이하 '중지'라 합니다)를 청약할 수 있습니다.

1. 계약자가 개인실손을 유지중인 경우
2. 제1호 개인실손의 피보험자(이하 '피보험자'라 합니다)가 병역법 제5조(병역의 종류) 제1항 제1호 가목에서 정한 현역병(이하"현역병"라 합니다)으로 입영한 병사(복무 중인 경우 포함)인 경우

용어 해설	〈현역병〉 병역법에 따라 징집이나 지원에 의하여 입영한 병을 의미하며, 장교, 준사관, 부사관 및 군간부 후보생, 예비역, 보충역, 병역준비역, 전시근로역, 대체역 등은 해당하지 않습니다.

② 중지는 제1항의 요건을 충족하는 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다. 계약중지일은 입영일 또는 중지청약일 중 늦은 날을 기준으로 합니다.

③ 회사는 계약자의 계약중지 청약을 받고 중지 청약일로부터 30일 이내에 승낙하거나 거절하여야 하며 승낙한 경우에는 "계약중지 확인서"와 "중지지급금"을 계약자에게 드립니다. 중지 청약일로부터 30일 이내에 회사가 승낙 또는 거절의 통지를 하지 않으면 승낙한 것으로 봅니다.

④ 제3항의 중지지급금은 개인실손을 중지한 경우 계약자에게 지급하는 금액으로, 중지한 보장종목의 보험료 및 해약환급금 산출방법서에 따라 계산된 중지시점의 계약자적립액(미경과보험료 포함) 등을 말합니다.

⑤ 중지가 이루어진 경우 그 시점부터 회사는 중지한 개인실손 보장종목에 대해 보장하지 않으며 계약자는 중지한 보장종목에 대해 보험료를 납입하지 않습니다. 회사는 계약중지가 성립한 이후 지체 없이 개인실손의 보장종목이 중지되었음을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서(SMS 포함) 등으로 계약자와 피보험자에게 각각 안내하여 드립니다.

⑥ 계약자는 계약중지 확인서를 받은 날로부터 15일 이내에 중지지급금을 회사에 환입하고 중지 청약을 철회할 수 있으며, 이 경우 회사는 중지 전 개인실손으로 환원해 주어야 합니다. 다만, 중지를 청약한 날부터 30일이 지나면 중지 청약을 철회할 수 없습니다. 청약철회에 관한 기타 사항은 중지 전 개인실손 약관을 준용합니다.

⑦ 제6항에도 불구하고 계약자가 계약중지 청약철회 신청 시 이미 지급받은 중지지급금을 회사에 환입하지 않을 경우 회사는 철회 신청을 거절할 수 있습니다.

⑧ 회사는 계약자가 중지를 청약할 때에 이 특약의 중요한 내용[제3조(계약재개에 관한 사항) 제18항 및 제20항 포함], 개인실손 보험료 납입 및 보장의 재개(이하 "재개"라 합니다)가 계약자가 확정한 재개일에 이루어진다는 점, 계약자가 재개일을 확정하지 않는 경우 계약자가 중지 청약시 청약서에 기재한 재개예정일에 재개된다는 점, 재개 후 보험료의 납입이 연체되는 경우 재개 후 개인실손의 약관에 따라 회사는 납입최고(독촉) 후 계약을 해지할 수 있다는 점, 재개시점 기준으로 중지된 개인실손의 최초 보장개시일(재가입 계약인 경우 재가입일)로부터 보장내용 변경주기를 초과한 경우 회사가 판매하는 개인실손(계약자가 회사에 재개 청약시 회사가 더 이상 개인실손을 판매하지 않는 경우에는 가장 최근에 판매했던 개인실손을 말하며, 이하 같습니다.)으로 재개된다는 점, 중지된 실손과 재개되는 실손의 보장범위가 다를

수 있다(특히, 보장범위 등이 축소)는 점, 재개되는 개인실손이 중지된 개인실손보다 보장이 강화[보장종목 추가, 보험가입금액 증액, 공제금액(비율)축소, 최대보장가능나이 확대 등]되는 등의 경우 재개 승낙이 거절될 수 있다는 점 및 중지 시 유의사항 등을 계약자에게 설명하고 확인 받아야 하며, 청약 후에는 지체 없이 계약자에게 이 특약의 약관 및 계약자 보관용 중지 청약서를 드립니다.

제3조 [계약재개에 관한 사항]

① 회사는 재개예정일(전역예정일)로부터 31일 이내에 2회 이상 계약자에게 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서(SMS 포함) 등으로 재개예정일 및 보험료 납입 등을 설명하고, 개인실손 재개를 위해 재개일 확정을 요청합니다. 계약자가 확정한 재개일에 개인실손 보험료 납입 및 보장의 재개가 이루어집니다. 다만, 계약자가 재개일을 확정하지 않는 경우 제2조(계약중지에 관한 사항)에 따라 계약자가 중지 청약시 청약서에 기재한 재개예정일에 재개됩니다.

② 제1항에도 불구하고 제2조(계약중지에 관한 사항)에 따라 개인실손을 중지한 계약자는 피보험자가 현역병으로 복무하는 기간 중 피보험자의 동의를 얻어 재개를 청약할 수 있습니다.

③ 제2항에 따른 계약자의 재개 청약과 회사의 승낙으로 계약재개는 이루어집니다.

④ 제1항 및 제2항에도 불구하고 중지된 개인실손이 특약인 경우 그 특약이 부가된 주계약이 소멸되면 제1항에 따라 중지된 개인실손의 재개는 이루어지지 않으며, 제2항에 따른 재개를 청약할 수 없습니다. 다만, 주계약이 소멸되어도 개인실손특약이 유지되는 경우는 해당 특약의 재개를 청약할 수 있습니다.

⑤ 제4항의 주계약이 소멸되는 경우는 아래 각 호 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말합니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소된 경우
2. 피보험자가 사망한 경우[사망에는 실종선고를 받은 경우(법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다) 및 관공서에서 수해, 화재 및 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우(가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다) 등을 포함합니다]

⑥ 제1항 및 제2항에 따라 개인실손을 재개하는 경우, 중지된 개인실손으로 재개됩니다. 단, 계약 재개 시점 기준으로 중지된 개인실손의 최초 보장개시일(재가입 계약인 경우 재가입일)로부터 보장내용 변경 주기를 초과한 경우 재개 시점에 회사가 판매하는 개인실손으로 재개됩니다.

⑦ 제6항에서 재개 시점에 회사가 판매하는 개인실손으로 재개시, 재개시점에 회사가 더 이상 개인실손을 판매하지 않는 경우에는 가장 최근에 판매했던 개인실손으로 재개됩니다.

⑧ 제6항 및 제7항에 따라 재개 시점에 회사가 판매하는 개인실손으로 재개되는 개인실손의 보장범위 등은 중지된 개인실손과 다를 수 있습니다(특히 보장범위 등이 축소될 수 있습니다).

⑨ 개인실손 재개시 중지된 개인실손으로 재개되는 경우, 재개 후 개인실손의 계약일은 중지된 개인실손의 최초계약의 계약일과 동일하며, 재개 후 개인실손의 갱신일 및 재가입일은 중지된 개인실손의 갱신일 및 재가입일과 동일하게 적용하고 계약중지로 인해 달라지지 않습니다. 또한 개인실손 재개시 재개 시점에 회사가 판매하고 있는 개인실손으로 재개되는 경우, 재개 후 개인실손의 계약일은 재개 청약일과 동일합니다.

⑩ 제1항 및 제2항에도 불구하고, 개인실손 재개시 재개 시점에 회사가 판매하고 있는 개인실손으로 재개되는 경우 중지 전 개인실손 약관의 재가입에 관한 사항을 따릅니다.

⑪ 회사는 재개 청약을 받고, 재개보험료를 받은 경우에 재개 청약일로부터 30일 이내에 승낙하거나 거절하여야 하며, 승낙한 경우에는 재개되는 개인실손의 보험증권을 계약자에게 드립니다. 재개 청약일로부터 30일 이내에 회사가 승낙 또는 거절의 통지를 하지 않으면 승낙한 것으로 봅니다.

설명

<재개보험료>

계약자가 개인실손을 재개하기 위해 재개 청약일에 납입해야하는 보험료를 말하며, 다음의 각 호에 따라 계산합니다.

1. 중지된 개인실손으로 재개시

다음 각 목을 더한 금액을 재개보험료로 합니다.

가. 재개되는 개인실손의 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에 따라 산출된 재개 청약일 직전 갱신일[단, 중지된 개인실손의 최초가입 청약일(재가입 계약인 경우 재가입일)부터 재개 시점 사이에 갱신일이 도래하지 않은 경우(갱신이 발생하지 않은 경우) 중지된 개인실손의 최초가입 청약일(재가입 계약인 경우 재가입일)]부터 재개 청약일까지의 계약자적립액

나. 재개되는 개인실손의 납입주기에 해당하는 보험료 중 재개 청약일부터 다음 보험료 납입해당월의 계약해당일 전일까지의 기간에 해당하는 보험료

2. 재개 시점에 회사가 판매하는 개인실손으로 재개시

재개되는 개인실손의 제1회 보험료

⑫ 회사는 계약재개가 성립한 이후 지체없이 중지되었던 개인실손이 재개 되었음을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서(SMS 포함) 등으로 계약자와 피보험자에게 각각 안내하여 드립니다.

⑬ 계약자는 재개되는 개인실손의 보험증권을 받은 날로부터 15일 이내에 재개 청약을 철회할 수 있으며, 이 경우 회사는 해당 계약을 중지된 상태로 환원해 주어야 합니다. 이에도 불구하고 재개 청약한 날부터 30일이 지나면 청약을 철회할 수 없습니다. 청약철회에 관한 기타 사항은 재개 후 개인실손 약관을 준용합니다. 단, 재개 청약을 철회하고자 하는 날부터 재개예정일까지 남은 날이 31일 이하인 경우, 계약자는 청약 철회에 앞서 재개일을 확정해야 합니다.

⑭ 회사는 계약자가 재개를 청약할 때(제1항에 따라 재개되는 경우 계약자에게 재개일 확정을 요청할 때)에 이 특약의 중요한 내용[제18항 및 제20항 포함], 재개 시점 기준으로 중지된 개인실손의 최초 보장개시일(재가입 계약인 경우 재가입일)로부터 보장내용 변경주기를 초과한 경우 회사가 판매하는 개인실손으로 재개된다는 점, 중지된 개인실손과 재개되는 개인실손의 보장범위가 다를수있다(특히, 보장범위 등이 축소)는 점, 재개되는 개인실손이 중지된 개인실손보다 보장이 강화[보장종목추가, 보험가입금액 증액, 공제금액(비율)축소, 최대보장가능나이 확대 등]되는 경우 재개 승낙이 거절될 수 있다는 점 및 재개 시 유의 사항 등을 계약자에게 설명하고 확인 받아야 하며, 청약 후에는 지체 없이 이 특약의 약관 및 계약자 보관용 재개 청약서를 드립니다. 단, 제1항에 따라 재개되는 경우에는 재개시에 이 특약의 약관 및 계약자 보관용 재개 청약서를 드리며, 계약자에게 재개일 확정을 요청할 때 설명한 내용에 대한 확인은 재개일에 받습니다.

유의 사항

<보장범위 등이 축소되는 사례 예시>

계약자가 중지한 개인실손에 대해 재개 시점에 회사가 판매하는 개인실손으로 재개를 신청하는 경우, 중지했던 개인실손보다 공제금액(비율)이 높아 질 수 있습니다.

· 예) 2010년 10월에 가입한 개인실손보험을 중지하고, 2026년 7월에 회사가 판매하는 개인실손으로 재개할 경우를 가정

	중지된 계약	재개되는 계약
상품명칭	실손의료비보장특약(갱신형,무배당)	급여 실손의료비보장보험[계약재개용](갱신형,무배당)
갱신주기	3년	1년(5년주기 재가입)
공제비율	급여 10% / 비급여 10%	급여 20% / 중증비급여 30%, 비중증비급여 50%

⑮ 회사는 재개 청약을 승낙하고 계약자로부터 재개보험료를 받은 때부터 재개 후 개인실손의 약관에 따라 보장합니다.

또한, 회사가 재개의 청약과 함께 재개보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 재개보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다.
⑯ 제15항에도 불구하고 제1항에 따라 계약자가 재개일을 확정하는 경우 재개일부터 보장이 개시되고, 계약자가 재개일을 확정하지 않는 경우 재개예정일부터 보장이 개시됩니다. 이때, 보험료의 납입이 연체되는 경우 재개 후 개인실손의 약관에 따라 회사는 납입최고(독촉) 후 계약을 해지할 수 있습니다.
⑰ 재개 시점에 회사가 판매하는 개인실손으로 보장이 재개되는 경우, 제15항에 따라 보장이 개시되는 시점부터 제2조(계약중지에 관한 사항)에 따라 중지된 개인실손은 소멸합니다.
⑱ 회사는 재개 청약일 기준으로 다음 각 호의 모두에 대해 재개되는 개인실손과 중지된 개인실손이 동일하게 적용되는 경우 [단, 회사가 중지된 개인실손과 동일한 조건의 개인실손을 판매하지 않는 경우에는 사업방법서에서 회사가 정한 방법에 따라, 재개되는 개인실손의 보장종목, 보험가입금액, 공제금액(비율) 또는 최대보장가능나이 등을 중지된 개인실손과 가장 유사하게 적용하는 경우에는 동일하게 적용한 것으로 봅니다] 심사를 거치지 않고 계약자의 재개 청약을 승낙합니다.

1. 보장종목
2. 보험가입금액
3. 공제금액(비율)
4. 최대보장가능나이

유의사항

<재개되는 개인실손을 중지된 개인실손과 가장 유사하게 적용하는 경우 예시>
아래의 예시는 재개 시점에 회사가 판매하는 개인실손으로 재개시에 한하여 적용됩니다.

1. 보장종목을 유사하게 적용하는 경우

중지계약이 종합형이나, 재개 시점에 회사가 개인실손을 종합형으로 판매하고 있지 않을 경우, 계약자는 개인실손을 종합형으로 재개 청약 할 수 없습니다. 이 경우 사업방법서에서 회사가 정한 방법에 따라 아래 표와 같이 재개 시점에 판매중인 개인실손으로 재개됩니다.

· 보장종목

중지계약	재개계약
종합형	**질병급여형, 상해급여형, 중증질병비급여형, 중증상해비급여형, 비중증질병비급여형, 비중증상해비급여형**
종합입원형	질병급여형, 상해급여형, 중증질병비급여형, 중증상해비급여형, 비중증질병비급여형, 비중증상해비급여형
종합통원형	질병급여형, 상해급여형, 중증질병비급여형, 중증상해비급여형, 비중증질병비급여형, 비중증상해비급여형
질병형	질병급여형, 중증질병비급여형, 비중증질병비급여형
상해형	상해급여형, 중증상해비급여형, 비중증상해비급여형
질병입원형	질병급여형, 중증질병비급여형, 비중증질병비급여형

질병통원형	질병급여형, 중증질병비급여형, 비중증질병비급여형
상해입원형	상해급여형, 중증상해비급여형, 비중증상해비급여형
상해통원형	상해급여형, 중증상해비급여형, 비중증상해비급여형
질병비급여형	중증질병비급여형, 비중증질병비급여형
상해비급여형	중증상해비급여형, 비중증상해비급여형
비급여 도수치료 · 체외충격파치료 · 증식치료	중증3대비급여형
비급여 주사료	중증3대비급여형
비급여 자기공명영상진단(MRI/MRA)	중증3대비급여형 비중증비급여자기공명영상진단형
3대비급여형	중증3대비급여형 비중증비급여자기공명영상진단형

㈜ 재개시 동일하거나 유사한 재개계약의 보장종목으로 가입 가능하며, 2017년 4월 1일 이전에 가입한 중지계약의 경우 '중증3대비급여형, 비중증비급여자기공명영상진단형' 보장종목도 추가하여 재개가 가능합니다.

2. 보험가입금액을 유사하게 적용하는 경우

중지계약의 중증비급여 보험가입금액이 3천만원이나, 재개 시점에 회사가 보험가입금액이 3천만원인 개인실손 중증비급여를 판매하고 있지 않을 경우, 계약자는 재개되는 개인실손 중증비급여의 보험가입금액을 3천만원으로 선택할 수 없습니다. 이 경우 사업방법서에서 회사가 정한 방법에 따라 아래 표와 같이 보험가입금액 5천만원 개인실손으로 재개됩니다.

· 보험가입금액

구 분	중지계약	재개계약
급여	1천만원 이하	1천만원
	1천만원 초과	5천만원
중증비급여	1천만원 이하	1천만원
	1천만원 초과	**5천만원**
비중증비급여	1천만원 이하	2백만원
	1천만원 초과	1천만원

3. 공제금액(비율)을 유사하게 적용하는 경우

중지된 실손계약이 선택형(급여10% / 비급여10%)이나, 재개 시점에 회사는 개인실손 선택형(급여10% / 비급여10%)을 판매하고 있지 않을 경우, 계약자는 개인실손 선택형(급여10% / 비급여10%)으로 재개 청약 할 수 없습니다. 이 경우 사업방법서에서 회사가 정한 방법에 따라 아래 표와 같이 재

개되는 시점에 판매중인 개인실손 주계약(급여 20%), 특약(중증비급여 30%, 비중증비급여 50%)로 재개됩니다.

· **공제금액(비율)**

중지계약	재개계약
표준형 (급여 20% / 비급여 20%)	주계약 : 급여20% 특약 : 중증비급여 30%, 비중증비급여 50%
선택형 (급여 10% / 비급여 10%)	
선택형Ⅱ(급여10% / 비급여20%)	

4. 최대보장가능나이를 유사하게 적용하는 경우

중지된 실손계약이 어린이보험(보험기간은 30세만기)에 부가되는 실손특약으로 최대보장가능나이가 30세 미만인 경우, 재개되는 개인실손의 최대보장가능나이는 아래 표와 같이 29세(보험기간은 30세 만기)로 합니다.

· **최대보장가능나이**

(중지계약 또는 재개계약 각각의 사업방법서에 정한 방법에 따라 최대로 실손보험의 보장이 가능한 나이를 말합니다)

중지계약	재개계약(보험기간)
'어린이보장성보험에' 또는 '통합보험에 자녀형으로' 부가되는 실손특약으로 최대보장가능나이가 30세 미만인 경우	29세 (30세만기)
상기 이외의 기타 실손계약	99세 (100세 만기)

⑲ 재개되는 개인실손의 계약자, 피보험자는 중지된 개인실손의 계약자, 피보험자와 각각 동일하여야 합니다.

⑳ 회사는 재개 시점에 회사가 판매하는 개인실손으로 재개시 재개되는 개인실손이 중지된 개인실손보다 보장이 강화(보장종목 추가, 보험가입금액 증액, 공제금액(비율) 축소, 최대보장가능나이 확대 등)되는 등 제18항이 충족되지 아니한 경우에는 회사의 계약인수지침에 따라 심사를 하여 승낙을 거절할 수 있습니다.

제4조 [기타사항]

① 중지된 개인실손 약관의 「계약 전 알릴의무」, 「상해보험계약후 알릴의무」, 「알릴의무 위반의 효과」 및 「사기에 의한 계약」 조항은 재개되는 개인실손에서도 효력이 있습니다.

예시	중지된 개인실손에서 계약을 청약하면서 보험설계사 등에게 고혈압이 있다고만 이야기하고, 중지된 개인실손의 최초가입당시 청약서의 계약 전 알릴 사항에는 기재 하지 않아 회사가 고혈압이 있다는 사실을 알지 못하였다면, 회사는 재개되는 계약에서 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.

② 중지된 개인실손의 「특정 신체부위·질병 보장제한부 인수 특약」(이하 "조건부 특약"이라 합니다), 「특별조건부 특약」은 재개되는 개인실손에서도 효력이 있습니다.

③ 제2항에도 불구하고 조건부 특약의 경우 중지된 개인실손의 최초가입 청약일로부터 5년간 조건부 특약에서 정한 질병으로 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우 조건부 특약의 효력은 소멸합니다.

④ 제3조(계약재개에 관한 사항)에 따라 개인실손이 재개되는 경우에도 피보험자가 현역병으로 복무 중인 경우 다시 제2조(계약중지에 관한 사항)에 따라 계약자는 중지를 청약할 수 있습니다. 이 경우 회사는 제2조(계약중지에 관한사항)에 따라 중지 청약을 승낙할 수 있습니다. 단, 재개 기간 중 보험금 지급사유가 발생한 경우 회사는 중지 청약을 거절할 수 있습니다.

⑤ 이 특약의 제2조(계약중지에 관한 사항)에서 정하지 아니한 사항은 중지 전 개인실손의 약관을, 제3조(계약재개에 관한 사항)에서 정하지 아니한 사항은 재개 후 개인실손의 약관을 각각 준용합니다.
⑥ 제5항에도 불구하고 제2조(계약중지에 관한 사항)에 따라 개인실손 중지기간 중 발생한 상해로 인하여 제3조(계약재개에 관한 사항)에 따라 개인실손의 재개 후 의료기관에 입원 또는 통원(외래 및 처방조제)하여 치료를 받은 경우에는 재개 후 개인실손의 약관에 따라 보상합니다. 단, 휴가 중 발생한 상해 등 군복무와 무관한 상해로 인하여 발생한 의료비는 보상하지 않으며, 회사는 보험금 지급 심사 등에 필요한 증빙자료 제출을 요구할 수 있습니다.
⑦ 회사는 중지 및 재개에 필요한 사항에 대하여 추가적으로 특약을 부가하여 운영할 수 있습니다.
⑧ 회사는 재개 심사 등에 필요한 증빙자료를 계약자 등에게 요청할 수 있고 계약자 등은 이에 협조하여야 합니다.

이륜자동차 및 원동기장치 자전거 운전 · 탑승부담보특약 약관

※ 이 특약은 계약을 체결할 때 계약자의 청약이 있고 회사가 이를 승낙한 경우 적용하거나, 이미 계약을 체결한 후 '계약 전 알릴 의무 위반의 효과' 또는 '상해보험 계약 후 알릴 의무 위반의 효과' 등으로 회사가 보장을 제한할 경우 계약자의 동의를 얻어 이 특약을 적용합니다.

제1조 [특약의 체결 및 소멸]

① 이 특약은 회사가 별도로 정하는 보험계약(특약이 부가된 경우에는 특약을 포함하며, 이하 '계약'이라 합니다)을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약 또는 특약에 부가하여 이루어 집니다(이하 이 특약의 적용을 받는 주계약 또는 특약은 "해당 계약"이라 합니다).

② 이미 해당 계약을 체결한 후 '계약 전 알릴 의무 위반의 효과' 또는 '상해보험 계약 후 알릴 의무 위반의 효과' 등으로 회사가 보장을 제한할 경우에도, 회사는 계약자의 동의를 얻어 이 특약을 부가하여 해당 계약의 내용을 변경할 수 있습니다. 이 때, 계약자가 동의하지 않을 경우 회사는 해당 계약을 해지할 수 있습니다.

③ 이 특약은 피보험자가 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 계속적으로 사용[직업, 직무 또는 동호회 활동과 출퇴근용도 등으로 주기적으로 운전(탑승을 포함합니다, 이하 같습니다)하는 경우에 한하며 일회적인 사용은 제외]하는 경우에 한하여 부가됩니다.

④ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 해당 계약의 보장개시일과 같습니다.

⑤ '해당 계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우' 또는 '이 특약의 피보험자가 사망한 경우'에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제2조 [이륜자동차 또는 원동기장치 자전거 운전 · 탑승 중 보험사고에 대한 부담보]

① 회사는 해당 계약의 약관 내용에도 불구하고 피보험자에게 해당 계약의 보험기간 중 「이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 운전하는 도중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고」를 직접적인 원인으로 해당 계약에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에 보험금을 지급하지 않으며, 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

② 제1항의 이륜자동차라 함은 「자동차관리법(하위 법령 및 규칙을 포함합니다, 이하 같습니다)」에서 정한 이륜자동차로 총배기량 또는 정격출력의 크기와 관계없이 1인 또는 2인의 사람을 운송하기에 적합하게 제작된 이륜의 자동차 및 그와 유사한 구조로 되어 있는 자동차를 말합니다.

③ 제2항의 "그와 유사한 구조로 되어 있는 자동차"라 함은 승용자동차에 해당하지 않는 자동차로서 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자동차를 말합니다.

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

④ 제1항의 원동기장치 자전거라 함은 「도로교통법」 제2조(정의) 제19호에서 정한 원동기장치 자전거를 말합니다. 여기서 원동기장치 자전거는 전동킥보드, 전동이륜평행차, 전동기의 동력으로만 움직일 수 있는 자전거 등 개인형 이동 장치를 포함하며, 「자전거이용 활성화에 관한 법률」 제2조 제1호의2에 따른 전기자전거는 제외합니다.

설명	· 「자전거 이용 활성화에 관한 법률」 제2조 제1호의2에 따른 "전기자전거"란 자전거로서 사람의 힘을 보충하기 위하여 전동기를 장착하고 다음 각 목의 요건을 모두 충족하는 것을 말합니다. 가. 페달(손페달을 포함합니다)과 전동기의 동시 동력으로 움직이며, 전동기만으로는 움직이지 아니할 것 나. 시속 25km 이상으로 움직일 경우 전동기가 작동하지 아니할 것 다. 부착된 장치의 무게를 포함한 자전거의 전체 중량이 30kg 미만일 것

⑤ 제2항에서 제4항에도 불구하고 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등 보행보조용 의자차는 제1항의 이륜자동차 및 원동기장치 자전거에서 제외합니다.
⑥ 제2항에서 제4항의 "이륜자동차" 또는 "원동기장치 자전거"의 정의가 자동차관리법, 도로교통법 및 관련 법령의 개정에 따라 변경되는 경우에는 변경된 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
⑦ 피보험자에게 보험사고가 발생했을 경우 그 사고가 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 운전하는 도중에 발생한 사고인지의 여부는 관할 경찰서에서 발행한 교통사고 사실 확인원 등을 주된 판단자료로 하여 결정합니다.

제3조 [해당 계약 약관 규정의 준용]
이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 해당 계약 약관의 규정을 따릅니다.

장애인전용보험전환특약 약관

※ 이 특약은 피보험자 또는 보험수익자 등이 소득세법에서 정한 장애인일 경우 해당 법에서 정한 장애인전용보험으로 전환하는 것을 목적으로 하며, 계약자의 청약이 있고 회사가 이를 승낙한 경우에만 적용합니다. 구체적인 내용은 아래와 같습니다.

제 1 조 [특약의 적용범위 등]

① 이 특약은 보험회사가 정한 방법에 따라 보험계약자가 청약(請約)하고 보험회사가 승낙(承諾)함으로써 다음 각호의 조건을 모두 만족하는 보험계약(특약이 부가되어 있는 경우에는 해당되는 특약을 포함하며, 이하 "전환대상계약"이라 합니다)에 대하여 「소득세법 제 59 조의 4(특별세액공제) 제 1 항 제 1 호」에 해당하는 장애인전용보험(이하 "장애인전용보험"이라 합니다)으로 전환을 청약하는 경우에 적용합니다. (이하 보험계약자는 "계약자", 보험회사는 "회사"라 합니다)

1. 「소득세법 제 59 조의 4(특별세액공제) 제 1 항 제 2 호」에 따라 보험료가 특별세액공제의 대상이 되는 보험

용어 해설

〈소득세법 제 59 조의 4(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 100 분의 12(제 1 호의 경우에는 100 분의 15)에 해당하는 금액을 해당 과세기간의 종합소득산출세액에서 공제한다. 다만, 다음 각 호의 보험료별로 그 합계액이 각각 연 100 만원을 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(제 1 호에 따른 장애인전용보장성보험료는 제외한다)

〈소득세법 시행령 제 118 조의 4 (보험료의 세액공제)〉

① 소득세법 제 59 조의 4 제 1 항제 1 호에서 "대통령령으로 정하는 장애인전용보장성보험료"란 제 2 항 각 호에 해당하는 보험 · 공제로서 보험 · 공제 계약 또는 보험료 · 공제료 납입영수증에 장애인전용 보험 · 공제로 표시된 보험 · 공제의 보험료 · 공제료를 말한다.

② 소득세법 제 59 조의 4 제 1 항제 2 호에서 "대통령령으로 정하는 보험료"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 보험 · 보증 · 공제의 보험료 · 보증료 · 공제료 중 기획재정부령으로 정하는 것을 말한다.

1. 생명보험
2. 상해보험
3. 화재 · 도난이나 그 밖의 손해를 담보하는 가계에 관한 손해보험
4. 「수산업협동조합법」, 「신용협동조합법」 또는 「새마을금고법」에 따른 공제
5. 「군인공제회법」, 「한국교직원공제회법」, 「대한지방행정공제회법」, 「경찰공제회법」 및 「대한소방공제회법」에 따른 공제
6. 주택 임차보증금의 반환을 보증하는 것을 목적으로 하는 보험 · 보증. 다만, 보증대상 임차보증금이 3 억원을 초과하는 경우는 제외한다.

〈소득세법 시행규칙 제 61 조의 3 (공제대상보험료의 범위)〉

소득세법 시행령 제 118 조의 4 제 2 항 각 호 외의 부분에서 "기획재정부령으로 정하는 것"이란 만기에 환급되는 금액이 납입보험료를 초과하지 아니하는 보험으로서 보험계약 또는 보험료납입영수증에 보험료 공제대상임이 표시된 보험의 보험료를 말한다.

2. 주계약(특약이 부가되어 있는 경우에는 모든 부가특약을 포함하며, 이하 "주계약"이라 합니다)의 "모든 피보험자 또는 모든 보험수익자"가 「소득세법 시행령 제 107 조(장애인의 범위) 제 1 항」에서 규정한 장애인인 보험. 다만, 보험수익자가 법정상속인 등으로 특정되지 않은 경우에는 보험수익자가 「소득세법 시행령 제 107 조(장애인의 범위) 제 1 항」에서 규정한 장애인'으로 인정되지 않습니다.

용어 해설	**〈「소득세법 시행령 제 107 조(장애인의 범위)」에서 규정한 장애인〉** ① 소득세법 제 51 조 제 1 항 제 2 호에 따른 장애인은 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 자로 한다. 1. 「장애인복지법」에 따른 장애인 및 「장애아동 복지지원법」에 따른 장애아동 중 기획재정부령으로 정하는 사람 2. 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 의한 상이자 및 이와 유사한 사람으로서 근로능력이 없는 사람 3. 「국민건강보험법 시행령」 별표 2 제 3 호라목 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 4. 삭제 **〈소득세법 시행규칙 제 54 조(장애아동의 범위 등) 〉** ① 소득세법 시행령 제 107 조 제 1 항 제 1 호에서 "기획재정부령으로 정하는 사람"이란 「장애아동 복지지원법」 제 21 조 제 1 항에 따른 발달재활서비스를 지원받고 있는 사람을 말한다. ② 소득세법 시행령 제 107 조 제 2 항 각 호 외의 부분 단서에서 "기획재정부령으로 정하는 서류"란 같은 조 제 1 항 제 1 호 및 제 2 호에 따른 장애인에 대한 추가공제에 관한 서류로서 소득공제 명세를 일괄적으로 적어 국세청장이 발급하는 서류를 말한다.

설명	**〈이 특약을 적용할 수 없는 사례 예시 1〉** 주계약의 피보험자 1 인은 비장애인이고 보험수익자 2 인 중 한명은 비장애인, 한명은 장애인인 경우, 모든 보험수익자가 장애인이 아니므로 이 특약을 적용할 수 없습니다. **〈이 특약을 적용할 수 없는 사례 예시 2〉** 주계약의 보험수익자 1 인은 비장애인이고 피보험자 2 인 중 한명은 비장애인, 한명은 장애인인 경우, 모든 피보험자가 장애인이 아니므로 이 특약을 적용할 수 없습니다. **〈이 특약을 적용할 수 없는 사례 예시 3〉** 주계약의 피보험자는 비장애인이고 보험수익자가 법정상속인인 경우, 현재 법정상속인이 장애인이라고 하더라도 이 특약을 적용할 수 없습니다. 장애인전용보험으로 전환을 원할 경우 보험수익자 지정이 필요합니다.

② 이 특약의 계약자는 전환대상계약의 계약자와 동일하여야 합니다.

제 2 조 [제출서류]

① 이 특약에 가입하고자 하는 계약자는 주계약의 "모든 피보험자 또는 모든 보험수익자"의 「소득세법 시행규칙 별지 제 38 호 서식에 의한 장애인증명서의 원본 또는 사본」(이하 "장애인증명서"라 합니다)을 제출하여 제 1 조(특약의 적용범위 등) 제 1 항 제 2 호에서 정한 조건에 해당함을 회사에 알려야 합니다.

② 제 1 항에도 불구하고 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 따른 상이자(傷痍者)의 증명을 받은 사람 또는 「장애인복지법」에 따른 장애인등록증을 발급받은 사람에 대해서는 해당 증명서 · 장애인등록증의 사본이나 그 밖의 장애 사실을 증명하는 서류를 제출하는 경우에는 제 1 항의 장애인증명서는 제출하지 않을 수 있습니다.

③ 장애인으로서 그 장애예상기간(또는 장애기간)이 기재된 장애인증명서를 제 1 항에 따라 회사에 제출한 때에는 그 장애예상기간(또는 장애기간) 동안은 이를 다시 제출하지 않을 수 있습니다.
④ 제 1 항에 따라 제출한 장애인증명서의 장애예상기간(또는 장애기간)이 변경되는 경우 계약자는 이를 회사에 알리고 변경된 장애예상기간(또는 장애기간)이 기재된 장애인증명서를 제출하여야 합니다.

제 3 조[장애인전용보험으로의 전환]

① 회사는 이 특약이 부가된 전환대상계약을 장애인전용보험으로 전환하여 드립니다.
② 제 1 항에도 불구하고, 제 2 조(제출서류) 제 1 항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료된 경우에는 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환되지 않습니다.
③ 「전환대상계약이 해지(解止) 또는 기타 사유로 효력이 없게 된 경우」 또는 「전환대상계약이 제 1 조(특약의 적용범위 등) 제 1 항에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우」에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
④ 제 1 항에 따라 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 후부터 납입된 전환대상계약 보험료는 보험료 납입영수증에 장애인전용보장성보험료로 표시됩니다.

설명	2019 년 1 월 15 일에 전환대상계약에 가입한 계약자가 2019 년 6 월 1 일에 이 특약을 청약하고 회사가 승낙하여 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 경우, 장애인전용보험으로 전환되기 전(2019 년 1 월 15 일~ 2019 년 5 월 31 일)에 납입된 전환대상계약 보험료는 당해년도 보험료 납입영수증에 장애인전용보장성보험료로 표시되지 않으며, 장애인전용보험으로 전환된 이후 납입된 전환대상계약 보험료만 장애인전용보장성보험료로 표시됩니다.

⑤ 제 4 항에도 불구하고, 「전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 당해년도에 전환대상계약이 제 1 조(특약의 적용범위) 제 1 항 제 2 호에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우」 또는 「전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 당해년도에 제 4 조(전환 해지)에 따라 전환을 해지하는 경우」에는 당해년도에 납입한 모든 전환대상계약 보험료가 보험료 납입영수증에 장애인전용보장성보험료로 표시되지 않습니다. 다만, 제 2 조(제출서류) 제 1 항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료됨에 따라 「 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 당해년도에 전환대상계약이 제 1 조(특약의 적용범위) 제 1 항 제 2 호에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우」에는, 장애인전용보험으로 전환된 후부터 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료되기 전까지 납입된 전환대상계약 보험료가 보험료 납입영수증에 장애인전용보장성보험료로 표시됩니다.

설명	2019 년 1 월 15 일에 전환대상계약에 가입한 계약자가 2019 년 6 월 1 일에 이 특약을 청약하고 회사가 승낙하여 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환되었으나 소득세법상 장애인증명서에 장애예상기간(또는 장애기간)이 2019 년 12 월 1 일까지 인 경우, 장애인전용보험으로 전환된 이후부터 장애예상기간(또는 장애기간)이 지나기 전까지(2019 년 6 월 1 일 ~ 2019 년 12 월 1 일) 납입된 보험료는 당해년도 보험료 납입영수증에 장애인전용보장성보험료로 표시됩니다. 그러나, 장애예상기간(또는 장애기간)이 지난 후 납입된 전환대상계약 보험료는 보험료 납입영수증에 장애인전용보장성보험료로 표시되지 않습니다.

⑥ 이 특약이 부가된 이후 「제 4 조(전환 해지)에 따라 전환을 해지한 경우」 또는 「전환대상계약이 제 1 조(특약의 적용범위 등) 제 1 항 제 2 호에서 정한 조건을 만족하지 않아 이 특약의 효력이 없어진 경우」에는 해당 전환대상계약에 이 특약을 다시 부가할 수 없습니다. 다만, 제 2 조(제출서류) 제 1 항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료됨에 따라 전환대상계약이 제 1 조(특약의 적용범위 등) 제 1 항 제 2 호에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우에는 이 특약을 다시 부가할 수 있습니다.

제 4 조[전환 해지]

계약자는 전환대상계약에 대하여 장애인전용보험으로의 전환을 해지할 수 있으며, 이 경우 전환해지 신청서를 회사에 제출하여야 합니다.

제 5 조[준용규정]

① 이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 전환대상계약 약관, 소득세법 등 관련 법령에서 정하는 바에 따릅니다.

② 소득세법 등 관련 법령이 개정되는 경우 변경된 법령을 따릅니다.

지정대리청구서비스특약 약관

※ 이 특약은 보험수익자가 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약자가 미리 보험금의 대리청구인을 지정(변경지정)하는 것을 목적으로 계약자가 선택한 경우에만 적용합니다. 구체적인 내용은 아래와 같습니다.

제 1 관 보험계약의 성립과 유지

제1조 [적용 대상]

이 특약은 보험계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 주된 보험계약(이하 "주계약" 이라 합니다) 및 특약에 적용됩니다.

제2조 [특약의 체결 및 소멸]

① 이 특약은 보험계약자의 청약(請約)과 보험회사의 승낙(承諾)으로 부가되어집니다. (이하 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사” 라 합니다)

② 제 1 조(적용대상)의 주계약 및 특약이 해지(解止) 또는 기타 사유에 따라 효력이 없게 된 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제 2 관 지정대리청구인의 지정

제3조 [지정대리청구인의 지정(변경지정) 및 자격]

① 계약자는 보험수익자가 주계약 및 특약에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우에, 보험수익자를 대신하여 보험금을 청구할 수 있는 자(이하, “지정대리청구인”이라 합니다)를 다음 중 어느 하나의 방식으로 지정 또는 변경지정을 할 수 있습니다.

1. 기명
2. 무기명

② 제 1 항 제 1 호에 따른 지정대리청구인(이하 “기명 지정대리청구인”이라 합니다)은 「피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자」 또는 「피보험자의 3 촌이내 친족」에 해당하는 자 중 1 명 또는 2 명으로 지정하여야 합니다. 또한 2 명의 "기명 지정대리청구인"을 지정한 경우에는 그 중 1 명을 "대표대리청구인"으로 지정하여야 합니다. 단, 다음 중 어느 하나의 질병 또는 상태를 보장하지 않는 주계약 및 특약의 경우에는 기명 지정대리청구인을 1 명으로만 지정할 수 있습니다.

1. 암
2. 뇌혈관질환
3. 허혈심장질환
4. 치매상태
5. 장기요양상태

③ 제 1 항 제 2 호에 따른 지정대리청구인(이하 “무기명 지정대리청구인”이라 합니다)은 「피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자」 또는 「피보험자의 직계존비속」에 해당하는 자로 1 명 이상 지정하여야 합니다. 단, 지정된 무기명 지정대리청구인은 보험금 청구 시점을 기준으로 판단됩니다.

설명	**<지정대리청구인 지정 예시>** · 기명 지정대리청구인 – 계약자가 기명하여 지정 : (예시) “김OO” · 무기명 지정대리청구인 – 계약자가 특정인을 기명하지 않고 지명 : (예시) 가족관계등록부 상 배우자 **<무기명 지정대리청구인 판단 예시>** · 보험 가입 당시 무기명 지정대리청구인을 가족관계등록부 상 배우자(당시 해당 서류상 배우자 A)로 지정한 후에 계약자가 보험금을 직접 청구할 수 없어 대리청구 하는 시점에 가족관계등록부 상 배우자가 B인 경우 → 해당 시점 지정대리청구인은 제4조 제4호로 증명할 수 있는 배우자B로 봅니다.

④ 보험금 청구 시에 지정대리청구인이 제2항 또는 제3항에 해당하지 않는 경우에는 지정대리청구인의 자격을 상실합니다.

⑤ 계약자는 지정대리청구인을 지정 또는 변경지정을 할 경우 다음 서류를 제출하여야 하며, 이 경우 회사는 계약자에게 해당 내용을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다.

1. 지정대리청구인 지정(변경지정) 신청서(회사양식)
2. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(가족관계증명서 등)
   단, 계약체결시점 또는 계약체결이후 "기명 지정대리청구인"을 최초 지정하는 경우에는 제출하지 않을 수 있습니다. 또한 "무기명 지정대리청구인"을 지정하는 경우에는 제출하지 않습니다.
3. 계약자의 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서나 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 의사표시의 확인방법 포함하며, 이하 “신분증”이라 합니다)
4. 개인정보 관련 동의서

⑥ 계약체결 이후 계약자 본인이 아닌 자가 계약자를 대리하여 제 1 항에서 제 5 항에 따라 지정대리청구인을 지정 또는 변경지정의 신청을 하는 경우(이하, “지정대리청구인 지정의 대리신청”이라 합니다) 계약자가 작성한 제 5 항 제 1 호의 지정대리청구인 지정(변경지정) 신청서 및 제 5 항 제 2 호의 서류를 포함하여 다음 각 호 중 어느 하나를 제출하여야 합니다. 이 경우 회사는 계약자에게 「전화 등의 방법」으로 "지정대리청구인 지정의 대리신청"에 대한 동의 여부를 확인할 수 있습니다.

1. 계약자의 인감증명서 또는 계약자의 본인서명사실확인서
2. 계약자의 신분증(사본 가능)

⑦ 제 1 항에서 제 6 항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정 또는 변경지정된 이후에 제 1 조(적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정 또는 변경지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

⑧ 제 1 항에서 제 6 항에도 불구하고, 피보험자에게 「이 특약이 부가된 주계약 또는 특약의 약관에서 보장하는 다음 각 호의 질병 또는 상태가 발생한 경우」에는 지정대리청구인 지정 또는 변경지정이 제한될 수 있습니다.

1. 암
2. 뇌혈관질환
3. 허혈심장질환
4. 치매상태
5. 장기요양상태

제3관 보험금의 지급

제4조 [보험금의 청구]

① 지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서
3. 지정대리청구인의 신분증
4. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서 등) 및 주민등록등본
5. 기타 지정대리청구인이 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제5조 [보험금의 지급절차]

① 지정대리청구인은 제4조(보험금의 청구)에서 정한 구비서류 및 제1조(적용대상)의 보험수익자가 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제1조(적용대상)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다. 다만, 2명의 기명 지정대리청구인이 지정되어 있는 경우에는 그 중 대표대리청구인이 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있으며, 대표대리청구인의 사망, 자격상실 등의 사유로 보험금(사망보험금 제외) 청구가 불가능한 경우에는 대표대리청구인이 아닌 기명 지정대리청구인도 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다.

② 제1항에도 불구하고, 제3조[지정대리청구인의 지정(변경지정) 및 자격] 제1항 제2호에 따른 무기명 지정대리청구인이 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하는 경우에는 해당 보험금은 보험수익자의 계좌로 지급됩니다. 다만, 2인 이상의 무기명 지정대리청구인이 지정된 경우에는 그 중 한 명이 보험금을 청구할 수 있습니다.

③ 제1항에 따라 회사가 보험금을 기명 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

제4관 기타사항

제6조 [준용규정]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관 및 해당 특별약관의 규정을 따릅니다.

특별조건부특약 약관

※ 이 특약은 피보험자의 건강상태가 좋지 않아 표준체와 동일한 조건으로는 계약체결이 불가능한 경우 보험료 할증 등 특정 조건을 부가하여 해당 계약을 체결할 수 있도록 하는 특약으로, 계약을 체결할 때 계약자의 청약이 있고 회사가 이를 승낙한 경우 적용합니다. 구체적인 내용은 아래와 같습니다.

제1조 [특약의 체결]

① 이 특약은 보험계약(특약이 부가된 경우에는 특약 포함하며, 이하 '계약'이라 합니다)을 체결할 때 피보험자의 건강상태가 보험회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우 계약자의 청약(請約)과 보험회사의 승낙(承諾)으로 주계약 또는 특약에 부가하여 이루어 집니다(이하 이 특약의 적용을 받는 주계약 또는 특약은 "해당계약"이라 합니다).

② 이 특약을 2인(3인, 多人)보장보험에 부가할 경우 이 특약의 피보험자는 보험금의 지급사유 발생 대상이 되는 피보험자 중 건강상태가 보험회사가 정한 기준에 적합하지 않은 자로 합니다.

③ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 해당 계약의 보장개시일과 같습니다.

④ '해당 계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우' 또는 '이 특약의 피보험자가 사망한 경우'에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제2조 [특약의 내용]

이 특약은 피보험자의 위험도가 높아 보험계약의 가입이 불가능한 경우 이 약관이 정하는 바에 따라 가입할 수 있도록 하여 해당 계약의 보험기간 중 위험에 대한 보장을 받을 수 있는 것을 주된 내용으로 합니다.

제3조 [특약의 부가조건]

① 이 특약에 따라 부가하는 계약조건은 피보험자의 건강상태, 위험의 종류 및 정도에 따라 다음 중 한 가지의 방법으로 부가합니다.

1. 할증보험료법

할증위험률(割增危險率)에 의한 보험료와 표준체(標準體)보험료와의 차액을 특약보험료라 하며 계약을 체결할 때 위험의 정도에 따라 표준체 보험료에 회사에서 정한 특약보험료를 더하여 납입보험료로 합니다. 이러한 경우 피보험자에게 보험사고가 발생하였을 때에는 해당계약에서 정한 보험금을 지급합니다.

용어 해설	**〈할증위험률〉** 피보험자의 건강상태가 회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우 일반위험률보다 높게 적용되는 위험률 **〈표준체〉** 피보험자의 건강상태가 회사가 정한 기준에 적합한 피보험자를 말하며, 표준체에 대해서는 위험률을 할인 또는 할증하지 않고 계산한 보험료를 적용합니다.

2. 보험금감액법

계약일부터 회사가 정하는 삭감기간(削減期間)내에 피보험자에게 재해분류표(별표 참조)에서 정한 재해(이하 "재해"라 합니다) 이외의 원인으로 해당계약의 삭감대상 보험금지급사유가 발생하였을 경우에는 해당계약의 규정에도 불구하고 계약시에 정한 삭감기간 및 보험금지급비율에 따라 보험금을 지급합니다.

가. 계단식 보험금감액법

경과기간	기준	삭감기간 및 보험금지급비율				
		1년	2년	3년	4년	5년
1년미만	해당계약에서 정한 지급보험금	50%	30%	25%	20%	15%
1년이상 2년미만		100%	60%	50%	40%	30%
2년이상 3년미만			100%	75%	60%	45%
3년이상 4년미만				100%	80%	60%
4년이상 5년미만					100%	80%
5년 이상						100%

나. 평준식 보험금감액법

경과기간에 상관없이 전 삭감기간동안 50%이상의 범위 내에서 회사가 정한 동일한 보험금지급비율을 적용하여 보험금을 지급합니다.

그러나, 그 보험사고의 발생원인이 재해로 인하여 피보험자가 사망하였을 경우에는 삭감된 보험금을 지급하지 않고 해당계약의 규정에 따른 보험금을 지급합니다. 또한, 피보험자에게 보험기간 중 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 사망한 것으로 봅니다.

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

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

3. 나이가산법

할증위험률에 따른 보험료가 표준체 보험료와 가장 가까운 나이간의 차이를 연증수(年增數)라 합니다. 즉 어떤 결함을 가진 피보험자의 위험지수(危險指數)가 실제 n세 높은 나이의 표준체와 같은 위험률을 나타낸다고 인정될 때 "n년증"이라 칭하고 n세 높은 나이의 표준체보험료를 받아들이는 방법입니다.

4. 나이가산법과 보험금감액법을 병용(倂用)할 수 있습니다.

② 제1항 제2호의 삭감기간은 피보험자의 건강상태, 위험의 종류 및 정도에 따라 5년 이내로 합니다. 단, 해당계약이 계약자가 보험기간 만료일까지 계약을 유지하지 않는다는 의사표시가 없는 한 별도의 계약사정 없이 갱신되는 계약(이하, "갱신계약"이라 합니다)인 경우 「삭감기간」의 산정은 최초 계약일을 기준으로 합니다. 또한 그 판단기준은 회사의 계약인수기준을 따르며, 개개인의 질병의 상태 등에 대한 의사의 소견에 따라서 다르게 적용할 수 있습니다.

③ 제1항 제1호부터 제4호까지의 규정에 따라 해당 계약에 부가된 조건을 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제4조 [특약의 보험기간 및 보험료의 납입]

① 이 특약의 보험기간은 해당 계약의 보험기간 이내에서 회사가 정한 기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 해당 계약의 보험료 납입기간 중에 해당계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며, 해당 계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

③ 이 특약이 부가된 해당 계약의 보험료 납입이 면제되었을 경우에는 이 특약의 보험료 납입도 면제됩니다.

제5조 [건강상태의 변경에 따른 특약의 해지]

① 이 특약을 부가하여 해당 계약을 가입하였으나 건강상태 호전 등으로 인하여 이 특약을 부가하지 않고도 해당 계약 가입이 가능한 상태가 된 경우에 계약자는 회사의 승낙을 얻어 이 특약을 해지할 수 있습니다.

② 제1항에 따라 이 특약이 해지된 경우 회사는 이 특약의 보험료 및 해약환급금 산출방법서에 따라 계산된 이 특약의 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제6조 [특약내용의 변경]

이 특약이 부가된 해당 계약의 경우에는 해당 계약 약관의 규정에도 불구하고 다음과 같은 내용을 변경할 수 없습

니다.

1. 보험기간 또는 보험료 납입기간의 변경
2. 감액완납 또는 연장보험으로의 변경

용어 해설	〈감액완납보험〉 차회 이후의 보험료 납입을 중단하는 대신 가입금액을 감액하는 보험 〈연장보험〉 차회 이후의 보험료 납입을 중단하는 대신 정기보험(일정기간동안 사망을 보장하는 보험)으로 변경하는 보험

제7조 [해당 계약 약관 규정의 준용]

이 특약에서 따로 정하지 않은 사항에 대하여는 이 특약이 부가된 해당 계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표

재 해 분 류 표

1. 재해의 정의

이 보험약관에서 재해는 다음 중 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 제1급 감염병

2. 재해에 해당되지 않는 사항

다음 각 호는 이 보험약관에서 정의하는 재해에 해당되지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉 노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물 부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- '법적 개입'중 법적 처형(Y35.5)

③ '외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)' 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고 [단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자의 이상반응 또는 이후 합병증의 원인이 된 외과적 및 기타 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장]

④ '자연의 힘에 노출(X30~X39)'중 급격한 액체손실로 인한 탈수

⑤ '우발적 익사 및 익수(W65~W74), 호흡과 관련된 기타 불의의 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)'중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

㈜ 1. 위 ( ) 안의 내용은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 상의 분류번호를 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 발생(진단) 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자에게 발생(진단)된 사고가 제9차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 「재해」에 해당될 수 있었다고 하더라도 발생(진단) 당시에 시행 중인 제10차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 「재해」가 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 「재해」로 보지 않습니다. 반대로 피보험자에게 발생(진단)된 사고가 제9차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 「재해」에 해당될 수 없었다고 하더라도 발생(진단) 당시에 시행 중인 제10차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 「재해」인 경우에는 약관에서 규정하는 「재해」로 봅니다.

2. 발생(진단) 시점에 상기 “1.재해의 정의 및 2. 재해에 해당되지 않는 사항”인지 여부가 확인된 경우, 발생(진단) 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 재해의 분류가 추가 또는 제외되더라도 상기 “1.재해의 정의 및 2. 재해에 해당되지 않는 사항”인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	발생(진단) 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 「재해」에 해당될 수 없었다면, 발생(진단) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 「재해」로 볼 수 있어 「재해 발생(진단)」 확인이 가능한 서류를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 「재해」로 보지 않습니다.

3. 위 「1. 재해의 정의 ②」에 해당하는 감염병은 보험사고 발생 당시 시행중인 법률을 적용하며, 「2. 재해에 해당되지 않는 사항 ⑥」에 해당되더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

특정신체부위·질병보장제한부인수특약 약관

※ 이 특약은 계약을 체결할 때 계약자의 청약이 있고 회사가 이를 승낙한 경우 적용하거나, 이미 계약을 체결한 후 '계약 전 알릴 의무 위반의 효과' 등으로 회사가 보장을 제한할 경우 계약자의 동의를 얻어 적용합니다. 구체적인 내용은 아래와 같습니다.

제1조 [특약의 체결 및 소멸]

① 이 특약은 주계약(특약이 부가된 경우에는 특약을 포함할 수 있습니다. 이하 같습니다)을 체결할 때 피보험자의 건강상태가 회사가 정한 기준에 적합하지 않은 경우 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어 집니다.

② 또한, 이미 주계약을 체결한 후 계약 전 알릴 의무 위반의 효과 등으로 회사가 보장을 제한할 경우에도, 회사는 계약자의 동의를 얻어 이 특약을 부가하여 주계약의 내용을 변경할 수 있습니다. 이 때, 계약자가 동의하지 않을 경우 회사는 주계약을 해지할 수 있습니다.

③ 이 특약 부가에 따라 주계약에서 보장이 제한되는 범위는 의학적으로 인과관계가 있다고 입증된 경우 혹은 경험통계적으로 인과관계가 유의성 있게 입증된 경우 등 피보험자의 과거 병력(계약 전 알릴 의무 사항에 해당하는 질병을 말합니다)과 직접적으로 관련이 있는 신체부위 혹은 질병 등으로 제한하며, 이 특약을 부가할 때에 회사는 보장이 제한되는 범위 및 사유를 계약자에게 안내하여 드립니다.

④ 이 특약을 2인(3인, 多人)보장보험에 부가할 경우 이 특약의 피보험자는 보험금의 지급사유 발생 대상이 되는 피보험자 중 건강상태가 회사가 정한 기준에 적합하지 않은 자로 합니다.

⑤ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일[부활(효력회복) 계약의 경우는 부활(효력회복)일]과 같습니다. 또한, 제2항에 따라 주계약의 내용을 변경하는 경우에도 이 특약의 보장개시일은 주계약의 보장개시일[부활(효력회복) 계약의 경우는 부활(효력회복)일]로 소급하여 적용합니다.

⑥ '주계약이 해지, 무효, 취소 또는 철회된 경우' 또는 '이 특약의 피보험자가 사망한 경우'에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

⑦ 주계약에서 정한 보장개시일 이전에 발생한 질병에 대하여 계약을 무효로 하는 경우에도 다음 각 호의 경우에는 계약을 무효로 하지 않습니다.

1. 이 특약 제2조(특약면책조건의 내용) 제1항 제1호에서 정한 특정신체부위에 발생한 질병에 대하여 면책조건으로 계약을 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정신체부위에 질병이 발생한 경우
2. 이 특약 제2조(특약면책조건의 내용) 제1항 제2호에서 정한 특정질병에 대하여 면책조건으로 계약을 체결한 후 보장개시일 이전에 동일한 특정질병이 발생한 경우

제2조 [특약면책조건의 내용]

① 이 특약에서 정한 면책기간 중에 다음 각 호의 질병을 직접적인 원인으로 주계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 회사는 보험금을 지급하지 않거나, 보험료의 납입을 면제하지 않습니다. 다만, 이 특약의 피보험자가 사망하여 보험금 등의 지급사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다.

1. 별표1 "특정신체부위분류표" 중에서 회사가 지정한 부위(이하 "특정신체부위"라 합니다)에 발생한 질병 또는 특정신체부위에 발생한 질병의 전이로 인하여 특정신체부위 이외의 부위에 발생한 질병
2. 별표2 "특정질병분류표" 중에서 회사가 지정한 질병(이하 "특정질병"이라 합니다)

② 제1항의 면책기간은 특정신체부위 또는 특정질병의 상태에 따라 「1개월부터 5년」 또는 「주계약의 보험기간」으로 합니다. 단, 계약자가 보험기간 만료일까지 계약을 유지하지 않는다는 의사 표시가 없는 한 별도의 인수심사 없이 갱신되는 계약(이하 "갱신계약"이라 합니다)에서 「면책기간」의 산정은 최초 계약일을 기준으로 하며, 「주계약의

보험기간」은 최초 계약일부터 최종 갱신계약의 종료일까지로 합니다. 또한 그 판단 기준은 회사의 계약인수기준을 따르며, 개개인의 질병의 상태 등에 대한 의사의 소견에 따라서 다르게 적용할 수 있습니다.

용어 해설	**<계약인수기준>** 피보험자를 대상으로 직업, 건강, 재정 상태 등 보험가입에 대한 적합여부를 판단하는 기준을 말합니다.

③ 제2항에도 불구하고 보험업법 제97조 제1항 제5호 및 보험업법 시행령 제43조의2 제1항에 따른 「보장내용 등이 비슷한 기존보험계약」(이하 "유사계약"이라 하며, 이 약관에서 유사계약은 당사 보험계약에 한합니다.)이 보험계약 청약일 현재 유지 중이거나 보험계약 청약일 전 6개월 이내에 다음 각 호 중 어느 하나의 사항에 해당하는 경우 유사계약에서 정한 면책기간 종료일 이내에서 보험계약의 면책기간을 적용하고, 유사계약의 면책조건에서 정한 질병과 동일하거나 축소된 범위로 보험계약의 면책조건 설정 범위를 정하며, 유사계약이 다수인 경우 피보험자에게 가장 유리한 면책조건을 적용합니다. 단, 유사계약 청약일 이후 제1항 제1호 또는 제2호에서 지정한 질병과 관련한 새로운 위험(재진단·치료 등은 새로운 위험에 해당하지 않습니다)이 발생하거나, 새로운 질병에 대한 보장이 추가(입원비, 수술비, 진단비 등 보장 범위의 변경 또는 확대는 새로운 질병에 대한 보장 추가에 해당하지 않습니다)된 경우 이를 적용하지 아니할 수 있습니다.

1. 계약자 또는 피보험자의 요구에 따라 해지된 경우
2. 보험료의 납입 연체로 인해 해지된 경우

④ 제1항의 규정에도 불구하고 다음 중 어느 하나의 사유로 주계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우에는 보험금을 지급하거나 보험료 납입을 면제합니다.

1. 제1항 제1호에서 지정한 특정신체부위에 발생한 질병의 합병증으로 인하여 특정신체부위 이외의 부위에 발생한 질병으로 주계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우(단, 전이는 합병증으로 보지 않습니다)
2. 제1항 제2호에서 지정한 특정질병의 합병증으로 인하여 발생한 특정질병 이외의 질병으로 주계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우
3. 재해(별표3 "재해분류표"에서 정한 재해를 말하며, 이하 "재해"라 합니다)로 인하여 주계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우
4. 보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안 제1항 제1호 및 제2호에서 지정한 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없고, 보험계약 청약일부터 5년이 지난 이후 제1항 제1호 및 제2호에서 지정한 질병으로 주계약에서 정한 보험금의 지급사유 또는 보험료 납입면제 사유가 발생한 경우. 단, 면책기간을 「주계약의 보험기간」으로 적용한 유사계약이 보험계약 청약일 현재 유지 중이거나 보험계약 청약일 전 6개월 이내에 제3항 각 호 중 어느 하나의 사항에 해당하는 경우, 유사계약 청약일과 보험계약 청약일 사이에 제1항 제1호 또는 제2호에서 지정한 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없다면 보험계약의 청약일은 유사계약의 청약일로 봅니다.

⑤ 제4항 제4호의 "보험계약 청약일 이후 5년이 지나는 동안"이라 함은 주계약에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다. 또한, 제4항 제4호의 "추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없고"라 함은 다음 각 호의 경우를 포함합니다.

1. 검진결과 추가검사 또는 치료가 필요하지 않았던 경우
2. 제1항 제1호 및 제2호에서 지정한 질병 또는 증상이 악화되지 않고 유지된 경우

⑥ 제3조[해지특약의 부활(효력회복)]에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제3항, 제4항 및 제5항의 보험계약 청약일로 하여 적용합니다.

⑦ 피보험자가 회사가 정한 면책기간의 종료일을 포함하여 계속하여 입원한 경우 그 입원에 대해서는 면책기간 종료일의 다음 날을 입원의 개시일로 인정하여 보험금을 지급합니다.

⑧ 피보험자에게 보험사고가 발생했을 경우, 그 사고가 특정질병 또는 특정신체부위를 직접적인 원인으로 발생한 사고인가 아닌가는 의사의 진단서와 의견을 주된 판단자료로 결정합니다.

⑨ 제1항의 특정신체부위 및 특정질병은 4개 이내에서 선택하여 부가 할 수 있습니다.

제3조 [해지특약의 부활(효력회복)]

① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복) 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 경우에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제1조(특약의 체결 및 소멸) 제5항의 규정을 준용합니다.

제4조 [주계약 약관 규정의 준용]

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표1

특정신체부위 분류표

분류번호	특정신체부위의 명칭
49	위, 십이지장
50	공장(빈창자), 회장(돌창자), 맹장(충수돌기 포함)
51	대장(맹장, 직장 제외)
52	직장
53	항문
54	간
55	담낭(쓸개) 및 담관
56	췌장
57	비장
58	기관, 기관지, 폐, 흉막 및 흉곽(늑골 포함)
59	코[외비(코 바깥), 비강(코 안) 및 부비강(코 곁굴) 포함]
60	인두 및 후두(편도 포함)
61	식도
62	구강, 치아, 혀, 악하선(턱밑샘), 이하선(귀밑샘) 및 설하선(혀밑샘)
63	귀[외이(바깥 귀), 고막, 중이(가운데귀), 내이(속귀), 청신경 및 유양돌기(꼭지돌기) 포함]
64	안구 및 안구부속기[안검(눈꺼풀), 결막, 누기(눈물샘), 안근 및 안와내 조직 포함]
65	신장
66	부신
67	요관, 방광 및 요도
68	음경
69	질 및 외음부
70	전립선
71	유방(유선 포함)
72	자궁[자궁체부(자궁몸통) 포함]
73	자궁체부(자궁몸통)(제왕절개술을 받은 경우에 한함)
74	난소 및 난관
75	고환[고환초막(고환집막) 포함] 부고환, 정관, 정삭 및 정낭
76	갑상선
77	부갑상선
78	서혜부(넓적다리 부위의 위쪽 주변)(서혜 탈장, 음낭 탈장 또는 대퇴 탈장이 생긴 경우에 한함)
79	피부(두피 및 입술 포함)
80	경추부(해당신경 포함)
81	흉추부(해당신경 포함)
82	요추부(해당신경 포함)
83	천골(엉치뼈)부 및 미골(꼬리뼈)부(해당신경 포함)
84	왼쪽 어깨
85	오른쪽 어깨
86	왼팔(왼쪽 어깨 제외, 왼손 포함)
87	오른팔(오른쪽 어깨 제외, 오른손 포함)
88	왼손(왼쪽 손목 관절 이하)
89	오른손(오른쪽 손목 관절 이하)
90	왼쪽 고관절
91	오른쪽 고관절
92	왼쪽 다리(왼쪽 고관절 제외, 왼발 포함)
93	오른쪽 다리(오른쪽 고관절 제외, 오른발 포함)
94	왼발(왼쪽 발목 관절 이하)
95	오른발(오른쪽 발목 관절 이하)
96	상·하악골(위턱뼈·아래턱뼈)
97	쇄골
98	늑골(갈비뼈)

별표2

특정질병 분류표

① 약관에 규정하는 "특정질병으로 분류되는 질병"은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 진단 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

NO	대상질병	분류번호	
40	담석증	K80	담석증
41	요로결석증	N20	신장 및 요관의 결석
		N21	하부요로의 결석
		N22	달리 분류된 질환에서의 요로의 결석
42	임신중독증	O11	만성 고혈압에 겹친 전자간증
		O12	고혈압을 동반하지 않은 임신성[임신-유발] 부종 및 단백뇨
		O13	임신[임신-유발] 고혈압
		O14	전자간증
		O15	자간증
43	관절증	M05	혈청검사양성 류마티스관절염
		M06	기타 류마티스관절염
		M08	연소성 관절염
		M15	다발관절증
		M16	고관절증
		M17	무릎관절증
		M18	제1수근중수관절의 관절증
		M19	기타 관절증
44	등병증	M40	척주후만증 및 척주전만증
		M41	척주측만증
46	골반염	N73	기타 여성골반염증질환
		N74	달리 분류된 질환에서의 여성골반염증장애
47	자궁내막증	N80	자궁내막증
48	자궁근종	D25	자궁의 평활근종

㈜ 제10차 개정 이후 이 약관에서 규정하는 "특정질병으로 분류되는 질병"은 진단 시점에 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자가 제9차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “특정질병으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 있었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제10차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “특정질병으로 분류되는 질병”이 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 “특정질병으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다. 반대로 피보험자가 제9차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 “특정질병으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다고 하더라도 진단 당시에 시행 중인 제10차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 “특정질병으로 분류되는 질병”인 경우에는 약관에서 규정하는 “특정질병으로 분류되는 질병”으로 봅니다.

② 진단시점에 약관에서 규정하는 “특정질병으로 분류되는 질병” 인지 여부가 확인된 경우, 진단 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 질병분류가 추가 또는 제외되더라도 약관에서 규정하는 “특정질병으로 분류되는 질병” 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	진단 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 "특정질병으로 분류되는 질병”으로 진단될 수 없었다면, 진단 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 "특정질병으로 분류되는 질병”으로 볼 수 있어 재진단서를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 "특정질병으로 분류되는 질병”으로 보지 않습니다.

별표3

재 해 분 류 표

1. 재해의 정의

이 보험약관에서 재해는 다음 중 어느 하나에 해당하는 것을 말합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에서 규정한 제1급 감염병

2. 재해에 해당되지 않는 사항

다음 각 호는 이 보험약관에서 정의하는 재해에 해당되지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉 노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물 부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- '법적 개입'중 법적 처형(Y35.5)

③ '외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)' 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고 [단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자의 이상반응 또는 이후 합병증의 원인이 된 외과적 및 기타 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장]

④ '자연의 힘에 노출(X30~X39)'중 급격한 액체손실로 인한 탈수

⑤ '우발적 익사 및 익수(W65~W74), 호흡과 관련된 기타 불의의 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)'중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

㈜ 1. 위 ( ) 안의 내용은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1 시행) 상의 분류번호를 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 발생(진단) 시점에 시행 중인 한국표준질병·사인분류를 적용합니다.

설명	피보험자에게 발생(진단)된 사고가 제9차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 「재해」에 해당될 수 있었다고 하더라도 발생(진단) 당시에 시행 중인 제10차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 「재해」가 아닌 경우에는 약관에서 규정하는 「재해」로 보지 않습니다. 반대로 피보험자에게 발생(진단)된 사고가 제9차 개정 한국표준질병·사인분류를 적용할 때, 약관에서 규정하는 「재해」에 해당될 수 없었다고 하더라도 발생(진단) 당시에 시행 중인 제10차 개정 이후 한국표준질병·사인분류를 적용할 때 약관에서 규정하는 「재해」인 경우에는 약관에서 규정하는 「재해」로 봅니다.

2. 발생(진단) 시점에 상기 "1. 재해의 정의 및 2. 재해에 해당되지 않는 사항" 인지 여부가 확인된 경우, 발생(진단) 이후 한국표준질병·사인분류의 개정으로 재해의 분류가 추가 또는 제외되더라도 상기 "1. 재해의 정의 및 2. 재해에 해당되지 않는 사항" 인지 여부를 다시 판단하지 않습니다.

설명	발생(진단) 당시의 한국표준질병·사인분류를 적용하여 약관에서 규정하는 「재해」에 해당될 수 없었다면, 발생(진단) 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되어 약관에서 규정하는 「재해」로 볼 수 있어 「재해 발생(진단)」 확인이 가능한 서류를 제출한다고 하더라도 약관에서 규정하는 「재해」로 보지 않습니다.

3. 위 「1. 재해의 정의 ②」에 해당하는 감염병은 보험사고 발생 당시 시행중인 법률을 적용하며, 「2. 재해에 해당되지 않는 사항 ⑥」에 해당되더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

부록

약관에서 인용된 법령 내용 (가나다 순)

□ 아래 법령은 고객의 이해를 돕기 위해 마련되었으며, 가입하신 상품에 따라 인용된 법령이 다를 수 있습니다.

– 아래 법령은 2026 년 1 월 1 일을 기준으로 작성되었으며, 해당 법령의 제·개정으로 내용이 변경될 수 있습니다. 또한, 아래 법령과 실제 법령 내용이 다른 경우에는 실제 법령 내용을 적용합니다.

□ 또한, 아래 방법으로 현행 법령과 제·개정 법령을 확인할 수 있습니다.

– 홈페이지 : '국가법령정보센터 홈페이지(www.law.go.kr)'

– 앱 : 구글 Play 스토어, 아이폰 앱스토어 등을 통해 '국가법령정보 (Korea Laws)'앱을 다운

'국가법령정보 (Korea Laws)' 앱	아이폰용 QR 코드	안드로이드용 QR 코드
국가법령정보		

■ 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률

제 2 조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. (생략)
2. "제 1 급감염병"이란 생물테러감염병 또는 치명률이 높거나 집단 발생의 우려가 커서 발생 또는 유행 즉시 신고하여야 하고, 음압격리와 같은 높은 수준의 격리가 필요한 감염병으로서 다음 각 목의 감염병을 말한다. 다만, 갑작스러운 국내 유입 또는 유행이 예견되어 긴급한 예방·관리가 필요하여 질병관리청장이 보건복지부장관과 협의하여 지정하는 감염병을 포함한다.

가. 에볼라바이러스병	나. 마버그열	다. 라싸열
라. 크리미안콩고출혈열	마. 남아메리카출혈열	바. 리프트밸리열
사. 두창	아. 페스트	자. 탄저
차. 보툴리눔독소증	카. 야토병	타. 신종감염병증후군
파. 중증급성호흡기증후군(SARS)	하. 중동호흡기증후군(MERS)	거. 동물인플루엔자 인체감염증
너. 신종인플루엔자	더. 디프테리아	

3. "제 2 급감염병"이란 전파가능성을 고려하여 발생 또는 유행 시 24 시간 이내에 신고하여야 하고, 격리가 필요한 다음 각 목의 감염병을 말한다. 다만, 갑작스러운 국내 유입 또는 유행이 예견되어 긴급한 예방·관리가 필요하여 질병관리청장이 보건복지부장관과 협의하여 지정하는 감염병을 포함한다.

가. 결핵(結核)	나. 수두(水痘)	다. 홍역(紅疫)
라. 콜레라	마. 장티푸스	바. 파라티푸스
사. 세균성이질	아. 장출혈성대장균감염증	자. A 형간염
차. 백일해(百日咳)	카. 유행성이하선염(流行性耳下腺炎)	타. 풍진(風疹)

파. 폴리오 하. 수막구균 감염증 거. b 형헤모필루스인플루엔자
너. 폐렴구균 감염증 더. 한센병 러. 성홍열
머. 버. 카바페넴내성장내세균목(CRE) 감염증 서. E 형간염
반코마이신내성황색포도알균(VRSA) 감염증

4. "제 3 급감염병"이란 그 발생을 계속 감시할 필요가 있어 발생 또는 유행 시 24 시간 이내에 신고하여야 하는 다음 각 목의 감염병을 말한다. 다만, 갑작스러운 국내 유입 또는 유행이 예견되어 긴급한 예방·관리가 필요하여 질병관리청장이 보건복지부장관과 협의하여 지정하는 감염병을 포함한다.

가. 파상풍(破傷風) 나. B 형간염 다. 일본뇌염
라. C 형간염 마. 말라리아 바. 레지오넬라증
사. 비브리오패혈증 아. 발진티푸스 자. 발진열(發疹熱)
차. 쯔쯔가무시증 카. 렙토스피라증 타. 브루셀라증
파. 공수병(恐水病) 하. 신증후군출혈열(腎症候群出血熱) 거. 후천성면역결핍증(AIDS)
너. 크로이츠펠트-야콥병(CJD) 및 변종크로이츠펠트-야콥병(vCJD) 더. 황열
러. 뎅기열 머. 큐열(Q 熱) 버. 웨스트나일열
서. 라임병 어. 진드기매개뇌염 저. 유비저(類鼻疽)
처. 치쿤구니야열 커. 중증열성혈소판감소증후군(SFTS) 터. 지카바이러스 감염증
퍼. 매독(梅毒)

(이하 생략)

제 16 조의 2(감염병병원체 확인기관)

① 다음 각 호의 기관(이하 "감염병병원체 확인기관"이라 한다)은 실험실 검사 등을 통하여 감염병병원체를 확인할 수 있다.

1. 질병관리청
2. 질병대응센터
3. 「보건환경연구원법」 제2조에 따른 보건환경연구원
4. 「지역보건법」 제10조에 따른 보건소
5. 「의료법」 제3조에 따른 의료기관 중 진단검사의학과 전문의가 상근(常勤)하는 기관
6. 「고등교육법」 제4조에 따라 설립된 의과대학 중 진단검사의학과가 개설된 의과대학
7. 「결핵예방법」 제21조에 따라 설립된 대한결핵협회(결핵환자의 병원체를 확인하는 경우만 해당한다)
8. 「민법」 제32조에 따라 한센병환자 등의 치료·재활을 지원할 목적으로 설립된 기관(한센병환자의 병원체를 확인하는 경우만 해당한다)
9. 인체에서 채취한 검사물에 대한 검사를 국가, 지방자치단체, 의료기관 등으로부터 위탁받아 처리하는 기관 중 진단검사의학과 전문의가 상근하는 기관

② 질병관리청장은 감염병병원체 확인의 정확성·신뢰성을 확보하기 위하여 감염병병원체 확인기관의 실험실 검사능력을 평가하고 관리할 수 있다.

③ 제2항에 따른 감염병병원체 확인기관의 실험실 검사능력 평가 및 관리에 관한 방법, 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

■ 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 시행규칙

제 6 조(의사 등의 감염병 발생신고)

(생략)

⑤ 법 제 11 조제 6 항에 따른 감염병환자등의 진단 기준은 별표 2 와 같으며, 그 밖의 세부 사항은 질병관리청장이 정하여 고시한다.

[별표 2] 감염병환자등의 진단 기준

1. 제 1 급감염병의 경우
   가. 감염병환자: 해당 감염병에 부합되는 임상적 특징을 나타내면서 혈액, 대변, 인두도말 등 검체에서 배양검사, 유전자 검출검사 등의 검사방법으로 감염병병원체가 확인된 사람
   나. 의사환자: 임상적 특징 및 역학적 연관성을 고려할 때 해당 감염병이 의심되나 감염병병원체가 확인되지 않은 사람
   다. 병원체보유자: 임상증상을 나타내지 않으나 감염병병원체가 확인된 사람

2. 제 2 급감염병의 경우
   가. 감염병환자: 해당 감염병에 부합되는 임상적 특징을 나타내면서 혈액, 대변, 인두도말, 뇌척수액, 가래 등 검체에서 배양검사, 유전자 검출검사, 항체 검출검사 등의 검사방법으로 감염병병원체가 확인된 사람
   나. 의사환자: 임상적 특징 및 역학적 연관성을 고려할 때 해당 감염병이 의심되나 감염병병원체가 확인되지 않은 사람
   다. 병원체보유자: 임상증상을 나타내지 않으나 감염병병원체가 확인된 사람

3. 제 3 급감염병의 경우
   가. 감염병환자: 해당 감염병에 부합되는 임상적 특징을 나타내면서 혈액, 대변, 소변, 뇌척수액, 가래, 기관지세척액 등 검체에서 배양검사, 유전자 검출검사, 항체 검출검사, 항원 검출검사, 현미경검사 등의 검사방법으로 감염병병원체가 확인된 사람. 다만, 파상풍의 경우에는 임상적 특징을 나타내는 것만으로도 감염병환자로 진단한다.
   나. 의사환자: 임상적 특징 및 역학적 연관성을 고려할 때 해당 감염병이 의심되나 감염병병원체가 확인되지 않은 사람
   다. 병원체보유자: 임상증상을 나타내지 않으나 감염병병원체가 확인된 사람

4. 제 4 급감염병의 경우
   가. 감염병환자: 해당 감염병에 부합되는 임상적 특징을 나타내면서 혈액, 대변, 소변, 인두도말, 궤양부위도말, 병변조직, 피하조직 등 검체에서 배양검사, 유전자 검출검사, 항체 검출검사, 항원 검출검사, 현미경검사 등의 검사방법으로 감염병병원체가 확인된 사람
   나. 의사환자: 임상적 특징 및 역학적 연관성을 고려할 때 해당 감염병이 의심되나 감염병병원체가 확인되지 않은 사람
   다. 병원체보유자: 임상증상을 나타내지 않으나 감염병병원체가 확인된 사람

■ 개인정보보호법

제 15 조(개인정보의 수집 · 이용)

① 개인정보처리자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 개인정보를 수집할 수 있으며 그 수집 목적의 범위에서 이용할 수 있다.
   1. 정보주체의 동의를 받은 경우
   2. 법률에 특별한 규정이 있거나 법령상 의무를 준수하기 위하여 불가피한 경우
   3. 공공기관이 법령 등에서 정하는 소관 업무의 수행을 위하여 불가피한 경우

4. 정보주체와 체결한 계약을 이행하거나 계약을 체결하는 과정에서 정보주체의 요청에 따른 조치를 이행하기 위하여 필요한 경우
5. 명백히 정보주체 또는 제 3 자의 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 제 1 항제 1 호에 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.

제 17 조(개인정보의 제공)

① 개인정보처리자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당되는 경우에는 정보주체의 개인정보를 제 3 자에게 제공(공유를 포함한다. 이하 같다)할 수 있다.

1. 정보주체의 동의를 받은 경우
2. 제 15 조제 1 항제 2 호, 제 3 호 및 제 5 호부터 제 7 호까지에 따라 개인정보를 수집한 목적 범위에서 개인정보를 제공하는 경우

② 개인정보처리자는 제 1 항제 1 호에 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

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.

제 22 조(동의를 받는 방법)

① 개인정보처리자는 이 법에 따른 개인정보의 처리에 대하여 정보주체(제 22 조의 2 제 1 항에 따른 법정대리인을 포함한다. 이하 이 조에서 같다)의 동의를 받을 때에는 각각의 동의 사항을 구분하여 정보주체가 이를 명확하게 인지할 수 있도록 알리고 동의를 받아야 한다. 이 경우 다음 각 호의 경우에는 동의 사항을 구분하여 각각 동의를 받아야 한다.

1. 제 15 조제 1 항제 1 호에 따라 동의를 받는 경우
2. 제 17 조제 1 항제 1 호에 따라 동의를 받는 경우
3. 제 18 조제 2 항제 1 호에 따라 동의를 받는 경우
4. 제 19 조제 1 호에 따라 동의를 받는 경우
5. 제 23 조제 1 항제 1 호에 따라 동의를 받는 경우

6. 제 24 조제 1 항제 1 호에 따라 동의를 받는 경우
7. 재화나 서비스를 홍보하거나 판매를 권유하기 위하여 개인정보의 처리에 대한 동의를 받으려는 경우
8. 그 밖에 정보주체를 보호하기 위하여 동의 사항을 구분하여 동의를 받아야 할 필요가 있는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우

② 개인정보처리자는 제 1 항의 동의를 서면(「전자문서 및 전자거래 기본법」 제 2 조 제 1 호에 따른 전자문서를 포함한다)으로 받을 때에는 개인정보의 수집 · 이용 목적, 수집 · 이용하려는 개인정보의 항목 등 대통령령으로 정하는 중요한 내용을 보호위원회가 고시로 정하는 방법에 따라 명확히 표시하여 알아보기 쉽게 하여야 한다.

③ 개인정보처리자는 정보주체의 동의 없이 처리할 수 있는 개인정보에 대해서는 그 항목과 처리의 법적 근거를 정보주체의 동의를 받아 처리하는 개인정보와 구분하여 제 30 조제 2 항에 따라 공개하거나 전자우편 등 대통령령으로 정하는 방법에 따라 정보주체에게 알려야 한다. 이 경우 동의 없이 처리할 수 있는 개인정보라는 입증책임은 개인정보처리자가 부담한다.

④ 삭제

⑤ 개인정보처리자는 정보주체가 선택적으로 동의할 수 있는 사항을 동의하지 아니하거나 제 1 항제 3 호 및 제 7 호에 따른 동의를 하지 아니한다는 이유로 정보주체에게 재화 또는 서비스의 제공을 거부하여서는 아니 된다.

⑥ 삭제

⑦ 제 1 항부터 제 5 항까지에서 규정한 사항 외에 정보주체의 동의를 받는 세부적인 방법에 관하여 필요한 사항은 개인정보의 수집매체 등을 고려하여 대통령령으로 정한다.

제 23 조(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 아니된다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그러하지 아니하다.

1. 정보주체에게 제 15 조제 2 항 각 호 또는 제 17 조제 2 항 각 호의 사항을 알리고 다른 개인정보의 처리에 대한 동의와 별도로 동의를 받은 경우
2. 법령에서 민감정보의 처리를 요구하거나 허용하는 경우

② 개인정보처리자가 제 1 항 각 호에 따라 민감정보를 처리하는 경우에는 그 민감정보가 분실 · 도난 · 유출 · 위조 · 변조 또는 훼손되지 아니하도록 제 29 조에 따른 안전성 확보에 필요한 조치를 하여야 한다.

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

제 24 조(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 제 15 조 제 2 항 각 호 또는 제 17 조 제 2 항 각 호의 사항을 알리고 다른 개인정보의 처리에 대한 동의와 별도로 동의를 받은 경우
2. 법령에서 구체적으로 고유식별정보의 처리를 요구하거나 허용하는 경우

② 삭제

③ 개인정보처리자가 제 1 항 각 호에 따라 고유식별정보를 처리하는 경우에는 그 고유식별정보가 분실 · 도난 · 유출 · 위조 · 변조 또는 훼손되지 아니하도록 대통령령으로 정하는 바에 따라 암호화 등 안전성 확보에 필요한 조치를 하여야 한다.

④ 보호위원회는 처리하는 개인정보의 종류 · 규모, 종업원 수 및 매출액 규모 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 기준에 해당하는 개인정보처리자가 제 3 항에 따라 안전성 확보에 필요한 조치를 하였는지에 관하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 정기적으로 조사하여야 한다.

⑤ 보호위원회는 대통령령으로 정하는 전문기관으로 하여금 제 4 항에 따른 조사를 수행하게 할 수 있다.

제 24 조의 2(주민등록번호 처리의 제한)

① 제 24 조제 1 항에도 불구하고 개인정보처리자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 주민등록번호를 처리할 수 없다.

1. 법률 · 대통령령 · 국회규칙 · 대법원규칙 · 헌법재판소규칙 · 중앙선거관리위원회규칙 및 감사원규칙에서 구체적으로 주민등록번호의 처리를 요구하거나 허용한 경우
2. 정보주체 또는 제 3 자의 급박한 생명, 신체, 재산의 이익을 위하여 명백히 필요하다고 인정되는 경우
3. 제 1 호 및 제 2 호에 준하여 주민등록번호 처리가 불가피한 경우로서 보호위원회가 고시로 정하는 경우

② 개인정보처리자는 제 24 조제 3 항에도 불구하고 주민등록번호가 분실 · 도난 · 유출 · 위조 · 변조 또는 훼손되지 아니하도록 암호화 조치를 통하여 안전하게 보관하여야 한다. 이 경우 암호화 적용 대상 및 대상별 적용 시기 등에 관하여 필요한 사항은 개인정보의 처리 규모와 유출 시 영향 등을 고려하여 대통령령으로 정한다.

③ 개인정보처리자는 제 1 항 각 호에 따라 주민등록번호를 처리하는 경우에도 정보주체가 인터넷 홈페이지를 통하여 회원으로 가입하는 단계에서는 주민등록번호를 사용하지 아니하고도 회원으로 가입할 수 있는 방법을 제공하여야 한다.

④ 보호위원회는 개인정보처리자가 제 3 항에 따른 방법을 제공할 수 있도록 관계 법령의 정비, 계획의 수립, 필요한 시설 및 시스템의 구축 등 제반 조치를 마련 · 지원할 수 있다.

■ 고엽제후유의증 등 환자지원 및 단체설립에 관한 법률

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다

1. "고엽제"란 월남전 또는 대한민국 비무장지대 남방한계선(南方限界線)의 인접지역으로서 국방부령으로 정하는 지역(이하 "남방한계선 인접지역"이라 한다)에서 나뭇잎 등을 제거하기 위하여 사용된 제초제로서 다이옥신이 들어 있는 것을 말한다.
2. "고엽제후유증환자"란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 자를 말한다.

가. 1964년 7월 18일부터 1973년 3월 23일 사이에 월남전에 참전하여 고엽제 살포지역에서 「병역법」, 「군인사법」 또는 「군무원인사법」에 따른 군인이나 군무원으로서 복무하고 전역(轉役) · 퇴직한 자와 정부의 승인을 받아 전투나 군의 작전에 종군(從軍)한 기자(이하 "월남전에 참전하고 전역한 자등"이라 한다)로서 제5조제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 질병을 얻은 자

나. 1967년 10월 9일부터 1972년 1월 31일 사이에 남방한계선 인접지역에서 「병역법」, 「군인사법」 또는 「군무원인사법」에 따른 군인이나 군무원으로서 복무하였거나 고엽제 살포업무에 참가하고 전역 · 퇴직한 자(이하 "남방한계선 인접지역에서 복무하고 전역한 자등"이라 한다)로서 제5조제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 질병을 얻은 자

3. "고엽제후유의증환자"란 월남전에 참전하고 전역한 자등 또는 남방한계선 인접지역에서 복무하고 전역한 자등으로서 제5조제2항 각 호의 어느 하나에 해당하는 질병을 얻은 자를 말한다.

(이하 생략)

제5조(고엽제후유증환자 등의 결정기준)

①(생략)

② 제4조제7항에 따라 이 법의 적용 대상자를 결정하는 기준이 되는 고엽제후유의증의 범위는 다음 각 호와 같다.

1. 일광과민성피부염(日光過敏性皮膚炎)
2. 심상성건선(尋常性乾癬)

3. 지루성피부염(脂漏性皮膚炎)
4. 만성담마진(慢性蕁麻疹)
5. 건성습진(乾性濕疹)
6. 중추신경장애(中樞神經障碍). 다만, 제1항제16호 본문의 파킨슨병 및 같은 항 제24호의 비전형 파킨슨증 중 진행성 핵상 마비와 다계통 위축증은 제외한다.
7. 뇌경색증(腦硬塞症)
8. 다발성신경마비(多發性神經痲痺)
9. 삭제
10. 근위축성신경측색경화증(筋萎縮性神經側索硬化症)
11. 근질환(筋疾患)
12. 악성종양(惡性腫瘍). 다만, 제1항의 고엽제후유증에 속하는 악성종양은 제외한다.
13. 간질환(肝疾患). 다만, B형 및 C형 감염으로 인한 것은 제외한다.
14. 삭제
15. 고혈압(高血壓)
16. 뇌출혈(腦出血)
17. 삭제
18. 동맥경화증(動脈硬化症)
19. 무혈성괴사증(無血性壞死症)
20. 고지혈증(高脂血症)
21. 삭제

(이하 생략)

■ 관공서의 공휴일에 관한 규정

제 2 조(공휴일)

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

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

10 의 2. 「공직선거법」 제 34 조에 따른 임기만료에 의한 선거의 선거일

11. 기타 정부에서 수시 지정하는 날

제 3 조(대체공휴일)

① 제 2 조제 2 호부터 제 10 호까지의 공휴일이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 공휴일 다음의 첫 번째 비공휴일(제 2 조 각 호의 공휴일이 아닌 날을 말한다. 이하 같다)을 대체공휴일로 한다.

1. 제 2 조제 2 호 · 제 6 호 · 제 7 호 또는 제 10 호의 공휴일이 토요일이나 일요일과 겹치는 경우
2. 제 2 조제 4 호 또는 제 9 호의 공휴일이 일요일과 겹치는 경우
3. 제 2 조제 2 호 · 제 4 호 · 제 6 호 · 제 7 호 · 제 9 호 또는 제 10 호의 공휴일이 토요일 · 일요일이 아닌 날에 같은 조 제 2 호부터 제 10 호까지의 규정에 따른 다른 공휴일과 겹치는 경우

② 제 1 항에 따른 대체공휴일이 같은 날에 겹치는 경우에는 그 대체공휴일 다음의 첫 번째 비공휴일까지 대체공휴일로 한다.

③ 제 1 항 및 제 2 항에 따른 대체공휴일이 토요일인 경우에는 그 다음의 첫 번째 비공휴일을 대체공휴일로 한다.

■ 국가경찰과 자치경찰의 조직 및 운영에 관한 법률

제 13 조(경찰사무의 지역적 분장기관)

경찰의 사무를 지역적으로 분담하여 수행하게 하기 위하여 특별시 · 광역시 · 특별자치시 · 도 · 특별자치도(이하 "시 · 도"라 한다)에 시 · 도경찰청을 두고, 시 · 도경찰청장 소속으로 경찰서를 둔다. 이 경우 인구, 행정구역, 면적, 지리적 특성, 교통 및 그 밖의 조건을 고려하여 시 · 도에 2 개의 시 · 도경찰청을 둘 수 있다.

■ 국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률

제 6 조(등록 및 결정)

① 국가유공자, 그 유족 또는 가족이 되려는 사람(이하 이 조에서 "신청 대상자"라 한다)은 대통령령으로 정하는 바에 따라 국가보훈부장관에게 등록을 신청하여야 한다. 다만, 신청 대상자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 국가보훈부 소속 공무원이 신청 대상자의 동의를 받아 등록을 신청할 수 있고, 그 동의를 받은 경우에는 신청 대상자가 등록을 신청한 것으로 본다.

1. 「국가보훈 기본법」 제 23 조제 1 항제 3 호의 2 에 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」제 4 조제 1 항에 따라 등록을 신청하는 사람에 대하여는 그 등록신청을 한 날에 제 1 항에 따른 등록을 신청한 것으로 본다.

③ 국가보훈부장관은 제 1 항에 따른 등록신청을 받으면 대통령령으로 정하는 바에 따라 제 4 조 또는 제 5 조에 따른 요건을 확인한 후 국가유공자, 그 유족 또는 가족에 해당하는지를 결정한다. 이 경우 제 4 조제 1 항제 3 호부터 제 6 호까지, 제 8 호, 제 14 호 및 제 15 호의 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 국가보훈부장관에게 통보하여야 한다.

④ 국가보훈부장관은 제 3 항 전단에 따라 국가유공자, 그 유족 또는 가족에 해당하는 사람으로 결정할 때에는 제 74 조의 5 에 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.

⑤ 국가보훈부장관은 제 4 조제 1 항 각 호(제 1 호, 제 2 호 및 제 10 호는 제외한다)의 어느 하나에 해당하는 적용 대상 국가유공자임에도 불구하고 신청 대상자가 없어 등록신청을 할 수 없는 사람에 대해서는 보훈심사위원회의 심의 · 의결을 거쳐 국가유공자로 기록하고 예우 및 관리를 할 수 있다.

⑥ 제 1 항부터 제 4 항까지의 규정은 다른 법률에서 이 법의 예우 등을 받도록 규정된 사람에 대하여도 적용한다.

■ 국민건강보험법

제 41 조(요양급여)

① 가입자와 피부양자의 질병, 부상, 출산 등에 대하여 다음 각 호의 요양급여를 실시한다.

1. 진찰 · 검사
2. 약제(藥劑) · 치료재료의 지급
3. 처치 · 수술 및 그 밖의 치료
4. 예방 · 재활
5. 입원
6. 간호
7. 이송(移送)

② 제 1 항에 따른 요양급여(이하 "요양급여"라 한다)의 범위(이하 "요양급여대상"이라 한다)는 다음 각 호와 같다.

1. 제 1 항 각 호의 요양급여(제 1 항제 2 호의 약제는 제외한다): 제 4 항에 따라 보건복지부장관이 비급여대상으로 정한 것을 제외한 일체의 것
2. 제 1 항제 2 호의 약제: 제 41 조의 3 에 따라 요양급여대상으로 보건복지부장관이 결정하여 고시한 것

③ 요양급여의 방법 · 절차 · 범위 · 상한 등의 기준은 보건복지부령으로 정한다.

④ 보건복지부장관은 제 3 항에 따라 요양급여의 기준을 정할 때 업무나 일상생활에 지장이 없는 질환에 대한 치료 등 보건복지부령으로 정하는 사항은 요양급여대상에서 제외되는 사항(이하 "비급여대상"이라 한다)으로 정할 수 있다.

제 42 조(요양기관)

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

1. 「의료법」에 따라 개설된 의료기관
2. 「약사법」에 따라 등록된 약국
3. 「약사법 」제 91 조에 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 제 2 항에 따라 인정받은 요양기관이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 인정을 취소한다.

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

④ 제 2 항에 따라 전문요양기관으로 인정된 요양기관 또는 「의료법」 제 3 조의 4 에 따른 상급종합병원에 대하여는 제 41 조제 3 항에 따른 요양급여의 절차 및 제 45 조에 따른 요양급여비용을 다른 요양기관과 달리 할 수 있다.

⑤ 제 1 항 · 제 2 항 및 제 4 항에 따른 요양기관은 정당한 이유 없이 요양급여를 거부하지 못한다.

제 44 조(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.

② 본인이 연간 부담하는 다음 각 호의 금액의 합계액이 대통령령으로 정하는 금액(이하 이 조에서 "본인부담상한액"이라 한다)을 초과한 경우에는 공단이 그 초과 금액을 부담하여야 한다. 이 경우 공단은 당사자에게 그 초과 금액을 통보하고, 이를 지급하여야 한다.

1. 본인일부부담금의 총액

2. 제49조제1항에 따른 요양이나 출산의 비용으로 부담한 금액(요양이나 출산의 비용으로 부담한 금액이 보건복지부장관이 정하여 고시한 금액보다 큰 경우에는 그 고시한 금액으로 한다)에서 같은 항에 따라 요양비로 지급받은 금액을 제외한 금액

③ 제 2 항에 따른 본인부담상한액은 가입자의 소득수준 등에 따라 정한다.

④ 제 2 항 각 호에 따른 금액 및 합계액의 산정 방법, 본인부담상한액을 넘는 금액의 지급 방법 및 제 3 항에 따른 가입자의 소득수준 등에 따른 본인부담상한액 설정 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제 53 조(급여의 제한)

① 공단은 보험급여를 받을 수 있는 사람이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하면 보험급여를 하지 아니한다.

1. 고의 또는 중대한 과실로 인한 범죄행위에 그 원인이 있거나 고의로 사고를 일으킨 경우
2. 고의 또는 중대한 과실로 공단이나 요양기관의 요양에 관한 지시에 따르지 아니한 경우
3. 고의 또는 중대한 과실로 제 55 조에 따른 문서와 그 밖의 물건의 제출을 거부하거나 질문 또는 진단을 기피한 경우
4. 업무 또는 공무로 생긴 질병 · 부상 · 재해로 다른 법령에 따른 보험급여나 보상(報償) 또는 보상(補償)을 받게 되는 경우

② 공단은 보험급여를 받을 수 있는 사람이 다른 법령에 따라 국가나 지방자치단체로부터 보험급여에 상당하는 급여를 받거나 보험급여에 상당하는 비용을 지급받게 되는 경우에는 그 한도에서 보험급여를 하지 아니한다.

③ 공단은 가입자가 대통령령으로 정하는 기간 이상 다음 각 호의 보험료를 체납한 경우 그 체납한 보험료를 완납할 때까지 그 가입자 및 피부양자에 대하여 보험급여를 실시하지 아니할 수 있다. 다만, 월별 보험료의 총체납횟수(이미 납부된 체납보험료는 총체납횟수에서 제외하며, 보험료의 체납기간은 고려하지 아니한다)가 대통령령으로 정하는 횟수 미만이거나 가입자 및 피부양자의 소득 · 재산 등이 대통령령으로 정하는 기준 미만인 경우에는 그러하지 아니하다.

1. 제 69 조제 4 항제 2 호에 따른 보수 외 소득월액보험료
2. 제 69 조제 5 항에 따른 세대단위의 보험료

④ 공단은 제 77 조제 1 항제 1 호에 따라 납부의무를 부담하는 사용자가 제 69 조제 4 항제 1 호에 따른 보수월액보험료를 체납한 경우에는 그 체납에 대하여 직장가입자 본인에게 귀책사유가 있는 경우에 한하여 제 3 항의 규정을 적용한다. 이 경우 해당 직장가입자의 피부양자에게도 제 3 항의 규정을 적용한다

⑤ 제 3 항 및 제 4 항에도 불구하고 제 82 조에 따라 공단으로부터 분할납부 승인을 받고 그 승인된 보험료를 1 회 이상 낸 경우에는 보험급여를 할 수 있다. 다만, 제 82 조에 따른 분할납부 승인을 받은 사람이 정당한 사유 없이 5 회(같은 조 제 1 항에 따라 승인받은 분할납부 횟수가 5 회 미만인 경우에는 해당 분할납부 횟수를 말한다. 이하 이 조에서 같다) 이상 그 승인된 보험료를 내지 아니한 경우에는 그러하지 아니하다.

⑥ 제 3 항 및 제 4 항에 따라 보험급여를 하지 아니하는 기간(이하 이 항에서 "급여제한기간"이라 한다)에 받은 보험급여는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에만 보험급여로 인정한다.

1. 공단이 급여제한기간에 보험급여를 받은 사실이 있음을 가입자에게 통지한 날부터 2 개월이 지난 날이 속한 달의 납부기한 이내에 체납된 보험료를 완납한 경우
2. 공단이 급여제한기간에 보험급여를 받은 사실이 있음을 가입자에게 통지한 날부터 2 개월이 지난 날이 속한 달의 납부기한 이내에 제 82 조에 따라 분할납부 승인을 받은 체납보험료를 1 회 이상 낸 경우. 다만, 제 82 조에 따른 분할납부 승인을 받은 사람이 정당한 사유 없이 5 회 이상 그 승인된 보험료를 내지 아니한 경우에는 그러하지 아니하다.

제 54 조(급여의 정지)

보험급여를 받을 수 있는 사람이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하면 그 기간에는 보험급여를 하지 아니한다. 다만, 제 3 호 및 제 4 호의 경우에는 제 60 조에 따른 요양급여를 실시한다.

1. 삭제
2. 국외에 체류하는 경우

3. 제 6 조제 2 항제 2 호에 해당하게 된 경우
4. 교도소, 그 밖에 이에 준하는 시설에 수용되어 있는 경우

■ 국민건강보험법 시행령

제 19 조(비용의 본인부담)

① 법 제 44 조제 1 항에 따른 본인일부부담금(이하 "본인일부부담금"이라 한다)의 부담률 및 부담액은 별표 2 와 같다. (이하 생략)

[별표 2] 본인일부부담금의 부담률 및 부담액

1. 가입자 또는 피부양자는 요양급여비용 중 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 금액(100 원 미만은 제외한다)을 부담한다. 다만, 입원진료의 경우에는 100 원 미만의 금액도 부담한다.
   가. (생략)
   나. 외래진료의 경우 및 보건복지부장관이 정하는 의료장비 · 치료재료를 이용한 진료의 경우에는 다음 표의 구분에 따라 계산한 금액

기관 종류	소재지	환자 구분	본인일부부담금
상급종합병원	모든 지역	일반환자	진찰료 총액 + (요양급여비용 총액 – 진찰료총액) × 60/100. 다만, 임신부 외래진료의 경우에는 요양급여비용총액의40/100, 1세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 요양급여비용 총액의20/100 으로 한다.
		의약분업 예외환자	진찰료 총액 + (요양급여비용 총액 – 약값 총액 – 진찰료 총액) × 60/100 + 약값 총액 ×30/100. 다만, 임신부 외래진료의 경우에는 (요양급여비용 총액 – 약값 총액) × 40/100 + 약값 총액×30/100, 1 세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 (요양급여비용 총액 – 약값 총액) × 20/100 + 약값 총액×21/100 로 한다.
종합병원	동 지역	일반환자	요양급여비용 총액 × 50/100(임신부 외래진료의 경우에는 30/100, 1 세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 15/100)
		의약분업 예외환자	(요양급여비용 총액 – 약값 총액) × 50/100(임신부 외래진료의 경우에는30/100, 1 세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 15/100) + 약값 총액 × 30/100(1 세 미만 영유아의 경우에는 21/100)
	읍 · 면 지역	일반환자	요양급여비용 총액 × 45/100(임신부 외래진료의 경우에는 30/100, 1 세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 15/100)
		의약분업 예외환자	(요양급여비용 총액 – 약값 총액) × 45/100(임신부 외래진료의 경우에는30/100, 1 세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 15/100) + 약값 총액× 30/100(1 세 미만 영유아의 경우에는 21/100

병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원	동 지역	일반환자	요양급여비용 총액 × 40/100(임신부 외래진료의 경우에는 20/100, 1 세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 10/100)
		의약분업 예외환자	(요양급여비용 총액 − 약값 총액) × 40/100(임신부 외래진료의 경우에는 20/100, 1 세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 10/100) + 약값 총액 × 30/100(1 세 미만 영유아의 경우에는 21/100)
	읍 · 면 지역	일반환자	요양급여비용 총액 × 35/100(임신부 외래진료의 경우에는 20/100, 1 세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 10/100)
		의약분업 예외환자	(요양급여비용 총액 − 약값 총액) × 35/100(임신부 외래진료의 경우에는 20/100, 1 세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 10/100) + 약값 총액 × 30/100(1 세 미만 영유아의 경우에는 21/100)
의원, 치과의원, 한의원, 보건의료원	모든 지역	일반환자	요양급여비용 총액 × 30/100(임신부 외래진료의 경우에는 10/100, 1 세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 5/100). 다만, 요양급여를 받는 사람이 65 세 이상이면서 해당 요양급여비용 총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 넘지 않으면 보건복지부령으로 정하는 금액을 본인일부부담금으로 한다.
		의약분업 예외환자	(요양급여비용 총액 − 약값 총액) × 30/100(임신부 외래진료의 경우에는 10/100, 1 세 미만 영유아 외래진료의 경우에는 5/100) + 약값 총액 × 30/100(1 세 미만 영유아의 경우에는 21/100). 다만, 요양급여를 받는 사람이 65 세 이상이면서 해당 요양급여비용 총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 넘지않으면 보건복지부령으로 정하는 금액을 본인일부부담금으로 한다.
보건소, 보건지소, 보건진료소	모든 지역		요양급여비용 총액 × 30/100. 다만, 요양급여비용 총액이 보건복지부령으로 정하는 금액을 넘지않으면 보건복지부령으로 정하는 금액을 본인일부부담금으로 한다.

(이하 생략)

[별표 3] 본인부담상한액의 산정방법

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

가. 2024 년 본인부담상한액: 다음 표에 따른 금액

구분	상한액기준보험료 구간	120 일 초과 입원	그 밖의 경우
자역가입자, 직장가입자 및 피부양자	1 구간	138 만원	87 만원
	2 구간	174 만원	108 만원
	3 구간	235 만원	167 만원
	4 구간	388 만원	313 만원
	5 구간	557 만원	428 만원

	6구간	669만원	514만원
	7구간	1,050만원	808만원

비고 : 위 표에서 "120일 초과 입원"이란 「의료법」 제3조제2항제3호라목에 따른 요양병원(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 장애인 의료재활시설로서 「의료법」 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관인 요양병원은 제외한다)에 입원한 기간이 같은 연도에 120일을 초과하는 경우를 말한다.

나. 2025년 이후 본인부담상한액: 다음 계산식에 따른 금액

해당 연도 본인부담상한액 = 전년도 본인부담상한액 × (1+전국소비자물가변동률)

비고

1. 위 계산식에서 "본인부담상한액"이란 상한액기준보험료 구간별 금액을 말한다.
2. 위 계산식에서 "전국소비자물가변동률"이란 「통계법」에 따라 통계청장이 매년 고시하는 전전년도와 대비한 전년도 전국소비자물가변동률을 말하며, 전국소비자물가변동률이 100분의 5를 넘는 경우에는 100분의 5로 한다.
3. 위 계산식에 따라 산정한 금액 중 1만원 미만의 금액은 버린다.

2. 제1호의 상한액기준보험료 구간은 다음 표와 같다. 이 경우 상한액기준보험료의 구체적인 산정 기준·방법 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다.

구분	상한액기준보험료 구간	
지역가입자	1구간	상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 10에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	2구간	상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 10에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 30에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	3구간	상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 30에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 50에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	4구간	상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 50에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 70에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	5구간	상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 70에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 80에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	6구간	상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 80에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 90에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	7구간	상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 90에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘는 경우

직장가입자 및 피부양자	1구간	상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 10에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	2구간	상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 10에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 30에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	3구간	상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 30에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 50에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	4구간	상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 50에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 70에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	5구간	상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 70에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 80에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	6구간	상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 80에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 90에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
	7구간	상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 90에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘는 경우

비고 : 상한액기준보험료가 제 32 조제 2 호나목에 따른 월별 보험료액 하한 금액 이하인 지역가입자는 위 표에도 불구하고 1 구간에 해당하는 것으로 본다.

■ 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙

제 5 조(요양급여의 적용기준 및 방법)

① (생략)

② 제 1 항에 따른 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항은 의약계 · 공단 및 건강보험심사평가원의 의견을 들어 보건복지부장관이 정하여 고시한다.

③ 조혈모세포이식 및 심실 보조장치 치료술의 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항은 의약계 · 공단 및 건강보험심사평가원의 의견을 들어 보건복지부장관이 따로 정하여 각각 고시한다.

④ (생략)

제 5 조의 2(중증질환심의위원회)

①중증환자에게 처방 · 투여되는 약제에 대한 요양급여 적용기준 및 방법에 대하여 심의하기 위하여 건강보험심사평가원에 중증질환심의위원회를 둔다.

(이하 생략)

제 9 조(비급여대상)

① 법 제 41 조제 4 항에 따라 요양급여의 대상에서 제외되는 사항(이하 "비급여대상"이라 한다)은 별표 2 와 같다

[별표 2] 비급여대상

1. 다음 각목의 질환으로서 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우에 실시 또는 사용되는 행위 · 약제 및 치료재료
   가. 단순한 피로 또는 권태
   나. 주근깨 · 다모(多毛) · 무모(無毛) · 백모증(白毛症) · 딸기코(주사비) · 점(모반) · 사마귀 · 여드름 · 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
   다. 발기부전(impotence) · 불감증 또는 생식기 선천성기형 등의 비뇨생식기 질환
   라. 단순 코골음
   마. 질병을 동반하지 아니한 단순포경(phimosis)
   바. 검열반 등 안과질환
   사. 기타 가목 내지 바목에 상당하는 질환으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질환

(이하 생략)

■ 국민기초생활 보장법

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "수급권자"란 이 법에 따른 급여를 받을 수 있는 자격을 가진 사람을 말한다.
2. "수급자"란 이 법에 따른 급여를 받는 사람을 말한다.

(이하 생략)

■ 근로자퇴직급여보장법

제 25 조(10 명 미만을 사용하는 사업에 대한 특례)

① 상시 10 명 미만의 근로자를 사용하는 사업의 경우 제 4 조제 1 항 및 제 5 조에도 불구하고 사용자가 개별 근로자의 동의를 받거나 근로자의 요구에 따라 개인형퇴직연금제도를 설정하는 경우에는 해당 근로자에 대하여 퇴직급여제도를 설정한 것으로 본다

② 제 1 항에 따라 개인형퇴직연금제도를 설정하는 경우에는 다음 각 호의 사항은 준수되어야 한다.

1. 사용자가 퇴직연금사업자를 선정하는 경우에 개별 근로자의 동의를 받을 것. 다만, 근로자가 요구하는 경우에는 스스로 퇴직연금사업자를 선정할 수 있다.
2. 사용자는 가입자별로 연간 임금총액의 12 분의 1 이상에 해당하는 부담금을 현금으로 가입자의 개인형퇴직연금제도 계정에 납입할 것
3. 사용자가 부담하는 부담금 외에 가입자의 부담으로 추가 부담금을 납입할 수 있을 것
4. 사용자는 매년 1 회 이상 정기적으로 제 2 호에 따른 부담금을 가입자의 개인형퇴직연금제도 계정에 납입할 것. 이 경우 납입이 지연된 부담금에 대한 지연이자의 납입에 관하여는 제 20 조제 3 항 후단 및 제 4 항을 준용한다.
5. 그 밖에 근로자의 급여 수급권의 안정적인 보호를 위하여 대통령령으로 정하는 사항

③ 사용자는 개인형퇴직연금제도 가입자의 퇴직 등 대통령령으로 정하는 사유가 발생한 때에 해당 가입자에 대한 제 2 항제 2 호에 따른 부담금을 납입하지 아니한 경우에는 그 사유가 발생한 날부터 14 일 이내에 그 부담금과 같은 항 제 4 호 후단에 따른 지연이자를 해당 가입자의 개인형퇴직연금제도의 계정에 납입하여야 한다. 다만, 특별한 사정이 있는 경우에는 당사자 간의 합의에 따라 납입 기일을 연장할 수 있다.

■ 금융소비자 보호에 관한 법률

제 2 조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. ~ 8. (생략)

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」 제 9 조제 15 항제 3 호에 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

(이하 생략)

제 42 조(소액분쟁사건에 관한 특례)

조정대상기관은 다음 각 호의 요건 모두를 충족하는 분쟁사건(이하 "소액분쟁사건"이라 한다)에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 제 36 조제 6 항에 따라 조정안을 제시받기 전에는 소를 제기할 수 없다. 다만, 제 36 조제 3 항에 따라 서면통지를 받거나 제 36 조제 5 항에서 정한 기간 내에 조정안을 제시받지 못한 경우에는 그러하지 아니하다.

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

제 47 조(위법계약의 해지)

① 금융소비자는 금융상품판매업자등이 제 17 조제 3 항, 제 18 조제 2 항, 제 19 조제 1 항 · 제 3 항, 제 20 조제 1 항 또는 제 21 조를 위반하여 대통령령으로 정하는 금융상품에 관한 계약을 체결한 경우 5 년 이내의 대통령령으로 정하는 기간 내에 서면등으로 해당 계약의 해지를 요구할 수 있다. 이 경우 금융상품판매업자등은 해지를 요구받은 날부터 10 일 이내에 금융소비자에게 수락여부를 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절사유를 함께 통지하여야 한다.

② 금융소비자는 금융상품판매업자등이 정당한 사유 없이 제 1 항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있다.

③ 제 1 항 및 제 2 항에 따라 계약이 해지된 경우 금융상품판매업자등은 수수료, 위약금 등 계약의 해지와 관련된 비용을 요구할 수 없다.

④ 제 1 항부터 제 3 항까지의 규정에 따른 계약의 해지요구권의 행사요건, 행사범위 및 정당한 사유 등과 관련하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

■ 금융소비자 보호에 관한 법률 시행령

제 38 조(위법계약의 해지)

①~③ (생략)

④ 법 제 47 조제 2 항에 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 제 1 호부터 제 3 호까지의 경우에 준하는 것으로서 금융위원회가 정하여 고시하는 경우

(이하 생략)

■ 노인장기요양보험법

제 2 조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다.

(생략)

4. "장기요양기관"이란 제 31 조에 따른 지정을 받은 기관으로서 장기요양급여를 제공하는 기관을 말한다.

(이하 생략)

제 15 조(등급판정 등)

(생략)

② 등급판정위원회는 신청인이 제 12 조의 신청자격요건을 충족하고 6 개월 이상 동안 혼자서 일상생활을 수행하기 어렵다고 인정하는 경우 심신상태 및 장기요양이 필요한 정도 등 대통령령으로 정하는 등급판정기준에 따라 수급자로 판정한다.

(생략)

④ 공단은 장기요양급여를 받고 있거나 받을 수 있는 자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 것으로 의심되는 경우에는 제 14 조제 1 항 각 호의 사항을 조사하여 그 결과를 등급판정위원회에 제출하여야 한다.

1. 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 장기요양인정을 받은 경우
2. 고의로 사고를 발생하도록 하거나 본인의 위법행위에 기인하여 장기요양인정을 받은 경우

⑤ 등급판정위원회는 제 4 항에 따라 제출된 조사 결과를 토대로 제 2 항에 따라 다시 수급자 등급을 조정하고 수급자 여부를 판정할 수 있다.

제 23 조(장기요양급여의 종류)

①이 법에 따른 장기요양급여의 종류는 다음 각 호와 같다.

1. 재가급여
   - 가. 방문요양 : 장기요양요원이 수급자의 가정 등을 방문하여 신체활동 및 가사활동 등을 지원하는 장기요양급여
   - 나. 방문목욕 : 장기요양요원이 목욕설비를 갖춘 장비를 이용하여 수급자의 가정 등을 방문하여 목욕을 제공하는 장기요양급여
   - 다. 방문간호 : 장기요양요원인 간호사 등이 의사, 한의사 또는 치과의사의 지시서(이하 "방문간호지시서"라 한다)에 따라 수급자의 가정 등을 방문하여 간호, 진료의 보조, 요양에 관한 상담 또는 구강위생 등을 제공하는 장기요양급여
   - 라. 주 · 야간보호 : 수급자를 하루 중 일정한 시간 동안 장기요양기관에 보호하여 신체활동 지원 및 심신기능의 유지 · 향상을 위한 교육 · 훈련 등을 제공하는 장기요양급여
   - 마. 단기보호 : 수급자를 보건복지부령으로 정하는 범위 안에서 일정 기간 동안 장기요양기관에 보호하여 신체활동 지원 및 심신기능의 유지 · 향상을 위한 교육 · 훈련 등을 제공하는 장기요양급여
   - 바. 기타재가급여 : 수급자의 일상생활 · 신체활동 지원 및 인지기능의 유지 · 향상에 필요한 용구(소프트웨어를 포함한다)를 제공하거나 가정을 방문하여 재활에 관한 지원 등을 제공하는 장기요양급여로서 대통령령으로 정하는 것

2. 시설급여 : 장기요양기관에 장기간 입소한 수급자에게 신체활동 지원 및 심신기능의 유지 · 향상을 위한 교육 · 훈련 등을 제공하는 장기요양급여
3. 특별현금급여
가. 가족요양비 : 제 24 조에 따라 지급하는 가족장기요양급여
나. 특례요양비 : 제 25 조에 따라 지급하는 특례장기요양급여
다. 요양병원간병비 : 제 26 조에 따라 지급하는 요양병원장기요양급여
(이하 생략)

제 29 조(장기요양급여의 제한)

① 공단은 장기요양급여를 받고 있는 자가 정당한 사유 없이 제 15 조제 4 항에 따른 조사나 제 60 조 또는 제 61 조에 따른 요구에 응하지 아니하거나 답변을 거절한 경우 장기요양급여의 전부 또는 일부를 제공하지 아니하게 할 수 있다.
② 공단은 장기요양급여를 받고 있거나 받을 수 있는 자가 장기요양기관이 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 장기요양급여비용을 받는 데에 가담한 경우 장기요양급여를 중단하거나 1 년의 범위에서 장기요양급여의 횟수 또는 제공 기간을 제한할 수 있다.
③ 제 2 항에 따른 장기요양급여의 중단 및 제한 기준과 그 밖에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

■ 노인장기요양보험법 시행령

제 2 조(노인성 질병)

「노인장기요양보험법」(이하 "법"이라 한다) 제 2 조제 1 호에서 "대통령령으로 정하는 노인성 질병"이란 별표 1 에 따른 질병을 말한다.

[별표 1]
노인성 질병의 종류

구분	질병명	질병코드
한국표준질병 · 사인분류	가. 알츠하이머병에서의 치매	F00*
	나. 혈관성 치매	F01
	다. 달리 분류된 기타 질환에서의 치매	F02*
	라. 상세불명의 치매	F03
	마. 알츠하이머병	G30
	바. 지주막하출혈	I60
	사. 뇌내출혈	I61
	아. 기타 비외상성 두개내출혈	I62
	자. 뇌경색증	I63
	차. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
	카. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
	타. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
	파. 기타 뇌혈관질환	I67
	하. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68*
	거. 뇌혈관질환의 후유증	I69
	너. 파킨슨병	G20
	더. 이차성 파킨슨증	G21

	러. 달리 분류된 질환에서의 파킨슨증	G22*
	머. 기저핵의 기타 퇴행성 질환	G23
	버. 중풍후유증	U23.4
	서. 진전(震顫)	R25.1
	어. 척수성 근위축 및 관련 증후군	G12
	저. 달리 분류된 질환에서의 일차적으로 중추신경계통에 영향을 주는 계통성 위축	G13*
	처. 다발경화증	G35

비고

1. 질병명 및 질병코드는 「통계법」 제 22 조에 따라 고시된 한국표준질병 · 사인 분류에 따른다.
2. 진전은 보건복지부장관이 정하여 고시하는 범위로 한다.

■ 독립유공자 예우에 관한 법률

제6조(등록 및 결정)

① 독립유공자, 그 유족 또는 가족으로서 이 법의 적용 대상자가 되려는 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 국가보훈부장관에게 등록을 신청하여야 한다.

② 국가보훈부장관은 제1항에 따른 등록신청을 받은 때에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 독립유공자의 요건과 그 유족 또는 가족으로서의 요건을 확인한 후 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 제74조의5에 따른 보훈심사위원회(이하 "보훈심사위원회"라 한다)의 심의 · 의결을 거쳐 독립유공자, 그 유족 또는 가족에 해당하는지를 결정한다. 다만, 독립유공자, 그 유족 또는 가족의 요건이 객관적인 사실에 의하여 확인된 경우로서 대통령령으로 정하는 경우에는 보훈심사위원회의 심의 · 의결을 거치지 아니할 수 있다.

③ 삭제

④ 국가보훈부장관은 제4조 각 호의 어느 하나에 해당하는 적용 대상 독립유공자임에도 불구하고 본인 및 제5조에 따른 유족 등이 없어 등록신청을 할 수 없는 사람에 대해서는 독립유공자로 기록하고 예우 및 관리를 할 수 있다.

■ 민법

제 27 조(실종의 선고)

① 부재자의 생사가 5 년간 분명하지 아니한 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 한다.

② 전지에 임한 자, 침몰한 선박중에 있던 자, 추락한 항공기중에 있던 자 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한 자의 생사가 전쟁종지후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락 기타 위난이 종료한 후 1 년간 분명하지 아니한 때에도 제 1 항과 같다.

제 28 조(실종선고의 효과)

실종선고를 받은 자는 전조의 기간이 만료한 때에 사망한 것으로 본다.

■ 방사선 및 방사성동위원소 이용진흥법

제 13 조의 2(한국원자력의학원의 설립)

① 방사선등의 의학적 이용 및 연구 · 개발 업무를 효율적으로 추진하기 위하여 한국원자력의학원(이하 “의학원”이라 한다)을 설립한다.

② 의학원은 법인으로 한다.

③ 의학원은 그 주된 사무소가 있는 곳에서 설립등기를 함으로써 성립한다.
④ 의학원은 그 정관을 변경하려면 과학기술정보통신부장관의 인가를 받아야 한다.
⑤ 의학원에는 이사장과 원장 1 명씩을 포함한 13 명 이내의 이사와 1 명의 감사를 임원으로 둔다. 임원은 정관으로 정하는 바에 따라 이사회에서 선임하되, 과학기술정보통신부장관의 승인을 받아야 한다.
⑥ 의학원의 중요 사항을 심의 · 의결하기 위하여 의학원에 이사회를 둔다.
⑦ 원장은 의학원을 대표하고, 의학원의 업무를 총괄하며, 소속 직원을 지휘 · 감독한다.
⑧ 정부는 예산의 범위에서 의학원의 설립 및 운영에 필요한 경비를 출연할 수 있다.

제 13 조의 3(분원 또는 부설기관)
의학원은 정관이 정하는 바에 따라 분원 또는 부설기관을 둘 수 있다.

■ 보험업감독규정

제 4-35 조의 2(보험계약 중요사항의 설명의무)
① ~⑥ 삭제
⑦ 영 제 43 조제 4 항제 3 호나목, 같은 조 제 5 항제 2 호나목, 제 7 항제 2 호 및 제 10 항제 1 호나목, 제 43 조의 2 제 2 항제 4 호에서 "금융위원회가 정하는 기준"이란 「전자금융거래법」 제 21 조제 2 항에 따른 기준을 말한다.
⑧ 보험회사는 법 제 95 조의 2 제 3 항 및 영 제 42 조의 2 제 3 항제 1 호바목 · 사목에 따라 보험계약 체결 단계에서 일반보험계약자에게 중요 사항을 설명할 때에는 다음 각 호의 사항을 준수하여야 한다.
1. 다음 각 목의 보험계약에 대하여 설명할 것. 다만, 보험계약자가 법인인 보험계약 및 「노인복지법」 제26조에 따른 경로우대자 외의 자가 사이버몰을 이용하여 모집한 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 3 개월 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. 「상법」 제 662 조에 따른 보험금청구권 등의 소멸시효에 관한 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 제 42 조의 2 제 3 항제 2 호다목의 "조사 및 손해사정에 관하여 설명받아야 하는 사항으로서 금융위원회가 정하여 고시하는 사항"이란 다음 각 호의 사항을 말한다.

1. 해당 보험사고 및 보험금 청구가 법 제185조 및 영 제96조의3에 따른 손해사정 대상인지 여부
2. 제1호에 따른 손해사정 대상인 경우 보험계약자 등은 법 제185조제1항제2호 및 제9-16조제2항 및 제4항에 따라 따로 손해사정사를 선임할 수 있다는 사실 및 제9-16조제5항에 따른 손해사정 비용 부담에 관한 사항
3. 보험계약자 등이 법 제185조제1항제2호에 따라 손해사정사를 선임하려는 경우 보험회사의 동의기준
4. 보험회사가 보험계약자 등의 손해사정사 선임에 동의하지 않는 경우 그 이유 및 근거
5. 보험계약자 등이 따로 손해사정사를 선임하지 않은 경우 보험회사에 소속된 손해사정사 또는 보험회사와 위탁계약이 체결된 손해사정업자가 손해사정을 하게 된다는 사실

⑩ 영 제 42 조의 2 제 3 항제 2 호라목의 "그 밖에 일반보험계약자가 보험금 청구 단계에서 설명받아야 하는 사항으로서 금융위원회가 정하여 고시하는 사항"이란 다음 각 호의 사항을 말한다.

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 제 1 호 및 제 2 호에 준하는 사항으로서 감독원장이 정하는 사항

⑪ 영 제 42 조의 2 제 3 항제 3 호 마목의 "그 밖에 일반보험계약자가 보험금 심사 · 지급 단계에서 설명받아야 하는 사항으로서 금융위원회가 정하여 고시하는 사항"이란 다음 각 호의 사항을 말한다.

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

제 4-36 조 (통신판매시 준수사항)

① 전화 · 우편 · 컴퓨터 · 인터넷 화상장치 등의 통신매체를 이용한 보험상품판매(이하 "통신판매"라 한다)에 종사하는 자(이하 "통신판매종사자"라 한다)는 법 제 83 조에 의한 모집을 할 수 있는 자이어야 한다.

② 전화를 이용하여 보험을 모집하는 자는 제 10 항에도 불구하고 「금융소비자 보호에 관한 법률」제 19 조제 1 항에 따른 중요사항 이외에 보험계약 체결을 위하여 필요한 사항에 대하여 질문 또는 설명하고 그에 대한 보험계약자의 답변 및 확인내용에 대한 증거자료를 확보 · 유지하기 위하여 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 등 전자적 방법으로 음성녹음을 대체할 수 있다. 이 경우, 보험계약자가 전화로 설명을 들은 내용과 실제 보험계약의 내용이 동일한지 확인할 수 있도록「금융소비자 보호에 관한 법률」제 19 조제 2 항에 따른 설명서를 보험계약이 체결되기 전에 전자적 방법으로 제공하여야 한다.

③ 전화를 이용하여 보험을 모집하는 자는 다음 각 호의 요건을 충족하는 경우에 자동화된 전자적 정보처리장치(이하 "전자적 상품설명장치"라 한다)를 활용할 수 있다.

1. 보험계약자에게 전자적 상품 설명장치를 활용하여 보험계약 체결을 위해 필요한 사항을 질문 또는 설명한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것
2. 보험계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품설명장치의 활용을 중단할 것을 요구할 경우, 보험을 모집하는 자가 직접 계약자의 질의 또는 요청 등에 즉시 응할 수 있을 것
3. 전자적 상품설명장치에 질문 또는 설명의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖출 것

4. 제 2 호 및 제 3 호의 내용에 관한 사항을 보험계약자에게 안내할 것
④~⑳ (생략)

■ 보험업법

제108조(특별계정의 설정 · 운용)
① 보험회사는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 계약에 대하여는 대통령령으로 정하는 바에 따라 그 준비금에 상당하는 자산의 전부 또는 일부를 그 밖의 자산과 구별하여 이용하기 위한 계정(이하 "특별계정"이라 한다)을 각각 설정하여 운용할 수 있다.
1. 「소득세법」 제20조의3제1항제2호 각 목 외의 부분에 따른 연금저축계좌를 설정하는 계약
2. 「근로자퇴직급여 보장법」 제29조제2항에 따른 보험계약 및 법률 제10967호 근로자퇴직급여 보장법 전부개정법률 부칙 제2조제1항 본문에 따른 퇴직보험계약
3. 변액보험계약(보험금이 자산운용의 성과에 따라 변동하는 보험계약을 말한다)
4. 그 밖에 금융위원회가 필요하다고 인정하는 보험계약
② 보험회사는 특별계정에 속하는 자산은 다른 특별계정에 속하는 자산 및 그 밖의 자산과 구분하여 회계처리하여야 한다.
③ 보험회사는 특별계정에 속하는 이익을 그 계정상의 보험계약자에게 분배할 수 있다.
④ 특별계정에 속하는 자산의 운용방법 및 평가, 이익의 분배, 자산운용실적의 비교 · 공시, 운용전문인력의 확보, 의결권 행사의 제한 등 보험계약자 보호에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

■ 보험업법 시행령

제42조의2(설명의무의 중요 사항 등)
① 삭제
② 삭제
③ 보험회사는 법 제 95 조의 2 제 3 항 본문 및 제 4 항에 따라 다음 각 호의 단계에서 중요 사항을 항목별로 일반보험계약자에게 설명해야 한다. 다만, 제 1 호에 따른 보험계약 체결 단계(마목에 따른 보험계약 승낙 거절 시 거절사유로 한정한다), 제 2 호에 따른 보험금 청구 단계 또는 제 3 호에 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.
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」 제 638 조의 3 제 2 항에 따라 3 개월 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

⑤ 제 3 항과 관련하여 필요한 세부 사항은 금융위원회가 정하여 고시한다

■ 산업재해보상보험법 시행규칙

제 47 조(운동기능장해의 측정)

① 비장해인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역은 별표 4 와 같다.

② (생략)

③ 제 2 항에 따라 해당 근로자의 신체 각 관절의 운동가능영역을 측정할 때에는 다음 각 호의 구분에 따른 방법으로 한다.

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

[별표 4]

비장해인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역

구분 / 관절명		측정부위	평균 운동 가능영역 (각도)
척주	목뼈부(경추부)	후두과(後頭顆: 뒤통수 관절융기)-목뼈1번 분절	13
		목뼈1번-목뼈2번 분절	10
		목뼈2번-목뼈3번 분절	8
		목뼈3번-목뼈4번 분절	13
		목뼈4번-목뼈5번 분절	12
		목뼈5번-목뼈6번 분절	17
		목뼈6번-목뼈7번 분절	16
		목뼈7번-등뼈1번 분절	6
	등뼈부(흉추부)	등뼈1번-등뼈2번 분절	4
		등뼈2번-등뼈3번 분절	4
		등뼈3번-등뼈4번 분절	4
		등뼈4번-등뼈5번 분절	4
		등뼈5번-등뼈6번 분절	4
		등뼈6번-등뼈7번 분절	5
		등뼈7번-등뼈8번 분절	6

		등뼈8번-등뼈9번 분절 등뼈9번-등뼈10번 분절 등뼈10번-등뼈11번 분절 등뼈11번-등뼈12번 분절		6 6 9 12
	허리뼈부(요추부)	등뼈12번-허리뼈1번 분절 허리뼈1번-허리뼈2번 분절 허리뼈2번-허리뼈3번 분절 허리뼈3번-허리뼈4번 분절 허리뼈4번-허리뼈5번 분절 허리뼈5번-엉치뼈1번 분절		12 12 14 15 17 20
어깨관절		앞위쪽올리기 옆위쪽올리기 뒤쪽올리기 모으기 안쪽 돌리기 바깥쪽 돌리기		150 150 40 30 40 90
팔꿈치관절		펴기 굽히기 안쪽 돌리기 바깥쪽 돌리기		0 150 80 80
손목관절		손등쪽 굽히기 손바닥쪽 굽히기 손목의 요골(橈骨: 노뼈)쪽 굽히기(요사위) 손목의 척골(尺骨: 자뼈)쪽 굽히기(척사위)		60 70 20 30
손허리손가락관절 (중수지관절)		엄지손가락	펴기 굽히기	0 60
		둘째 손가락	펴기 굽히기	0 90
		가운데손가락	펴기 굽히기	0 90
		넷째 손가락	펴기 굽히기	0 90
		새끼손가락	펴기 굽히기	0 90
손가락관절		엄지손가락	펴기 굽히기	0 80
제1손가락관절 (몸쪽 손가락뼈마디관절)		둘째 손가락	펴기 굽히기	0 100

	가운데손가락	펴기 굽히기	0 100
	넷째 손가락	펴기 굽히기	0 100
	새끼손가락	펴기 굽히기	0 100
제2손가락관절 (끝쪽 손가락뼈마디관절)	둘째 손가락	펴기 굽히기	0 70
	가운데손가락	펴기 굽히기	0 70
	넷째 손가락	펴기 굽히기	0 70
	새끼손가락	펴기 굽히기	0 70
엉덩관절	펴기 굽히기 모으기 벌리기(외전) 안쪽 돌리기 바깥쪽 돌리기		30 100 20 40 40 50
무릎관절	펴기 굽히기		0 150
발목관절	발등쪽 굽히기 발바닥쪽 굽히기 바깥쪽 뒤집기 안쪽 뒤집기		20 40 20 30
발허리발가락관절 (중족지관절)	엄지발가락	발등쪽 굽히기 발바닥쪽 굽히기	50 30
	둘째 발가락	발등쪽 굽히기 발바닥쪽 굽히기	40 30
	가운데발가락	발등쪽 굽히기 발바닥쪽 굽히기	30 20
	넷째 발가락	발등쪽 굽히기 발바닥쪽 굽히기	20 10
	새끼발가락	발등쪽 굽히기 발바닥쪽 굽히기	10 10
발가락관절	엄지발가락	펴기 굽히기	0 30

제1발가락관절 (몸쪽 발가락뼈마디관절)	둘째 발가락	펴기 굽히기	0 40
	가운데발가락	펴기 굽히기	0 40
	넷째 발가락	펴기 굽히기	0 40
	새끼발가락	펴기 굽히기	0 40

■ 상법

제 651 조(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 1 월내에, 계약을 체결한 날로부터 3 년내에 한하여 계약을 해지할 수 있다. 그러나 보험자가 계약당시에 그 사실을 알았거나 중대한 과실로 인하여 알지 못한 때에는 그러하지 아니하다.

■ 상법 시행령

제 44 조의 2(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

■ 소득세법

제14조(과세표준의 계산)

① ~② (생략)

③ 다음 각 호에 따른 소득의 금액은 종합소득과세표준을 계산할 때 합산하지 아니한다.

1. 「조세특례제한법」 또는 이 법 제12조에 따라 과세되지 아니하는 소득
2. 대통령령으로 정하는 일용근로자(이하 "일용근로자"라 한다)의 근로소득
3. 제129조제2항의 세율에 따라 원천징수하는 이자소득 및 배당소득과 제16조제1항제10호에 따른 직장공제회 초과반환금
4. 법인으로 보는 단체 외의 단체 중 수익을 구성원에게 배분하지 아니하는 단체로서 단체명을 표기하여 금융거래를 하는 단체가 「금융실명거래 및 비밀보장에 관한 법률」 제2조제1호 각 목의 어느 하나에 해당하는 금융회사등(이하 "금융회사등"이라 한다)으로부터 받는 이자소득 및 배당소득

5. 「조세특례제한법」에 따라 분리과세되는 소득
6. 제3호부터 제5호까지의 규정 외의 이자소득과 배당소득(제17조제1항제8호에 따른 배당소득은 제외한다)으로서 그 소득의 합계액이 2천만원(이하 "이자소득등의 종합과세기준금액"이라 한다) 이하이면서 제127조에 따라 원천징수된 소득
7. 해당 과세기간에 대통령령으로 정하는 총수입금액의 합계액이 2천만원 이하인 자의 주택임대소득(이하 "분리과세 주택임대소득"이라 한다). 이 경우 주택임대소득의 산정 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.
8. 다음 각 목에 해당하는 기타소득(이하 "분리과세기타소득"이라 한다).
가. 제21조제1항제1호부터 제8호까지, 제8호의2, 제9호부터 제20호까지, 제22호, 제22호의 2 및 제26호에 따른 기타소득(라목 및 마목의 소득은 제외한다)으로서 같은 조 제3항에 따른 기타소득금액이 300만원 이하이면서 제127조에 따라 원천징수(제127조제1항제6호나목에 해당하여 원천징수되지 아니하는 경우를 포함한다)된 소득. 다만, 해당 소득이 있는 거주자가 종합소득과세표준을 계산할 때 그 소득을 합산하려는 경우 그 소득은 분리과세 기타소득에서 제외한다.
나. 제21조제1항제21호에 따른 연금외수령한 기타소득
다. 제21조제1항제27호 및 같은 조 제2항에 따른 기타소득
라. 제21조제1항제2호에 따른 기타소득 중 「복권 및 복권기금법」 제2조에 따른 복권 당첨금
마. 그 밖에 제21조제1항에 따른 기타소득 중 라목과 유사한 소득으로서 대통령령으로 정하는 기타소득
9. 제20조의3제1항제2호 및 제3호에 따른 연금소득 중 다음 각 목에 해당하는 연금소득(다목의 소득이 있는 거주자가 종합소득 과세표준을 계산할 때 이를 합산하려는 경우는 제외하며, 이하 "분리과세연금소득"이라 한다)
가. 제20조의3제1항제2호가목에 따라 퇴직소득을 연금수령하는 연금소득
나. 제20조의3제1항제2호나목 및 다목의 금액을 의료목적, 천재지변이나 그 밖에 부득이한 사유 등 대통령령으로 정하는 요건을 갖추어 인출하는 연금소득
다. 가목 및 나목 외의 연금소득의 합계액이 연 1천500만원 이하인 경우 그 연금소득
10. 삭제
(이하 생략)

제20조의3(연금소득)

① 연금소득은 해당 과세기간에 발생한 다음 각 호의 소득으로 한다.
1. 공적연금 관련법에 따라 받는 각종 연금(이하 "공적연금소득"이라 한다)
2. 다음 각 목에 해당하는 금액을 그 소득의 성격에도 불구하고 연금계좌["연금저축"의 명칭으로 설정하는 대통령령으로 정하는 계좌(이하 "연금저축계좌"라 한다) 또는 퇴직연금을 지급받기 위하여 설정하는 대통령령으로 정하는 계좌(이하 "퇴직연금계좌"라 한다)를 말한다. 이하 같다]에서 대통령령으로 정하는 연금형태 등으로 인출(이하 "연금수령"이라 하며, 연금수령 외의 인출은 "연금외수령"이라 한다)하는 경우의 그 연금
가. 제146조제2항에 따라 원천징수되지 아니한 퇴직소득
나. 제59조의3에 따라 세액공제를 받은 연금계좌 납입액
다. 연금계좌의 운용실적에 따라 증가된 금액
라. 그 밖에 연금계좌에 이체 또는 입금되어 해당 금액에 대한 소득세가 이연(移延)된 소득으로서 대통령령으로 정하는 소득
3. 제2호에 따른 소득과 유사하고 연금 형태로 받는 것으로서 대통령령으로 정하는 소득

② 공적연금소득은 2002년 1월 1일 이후에 납입된 연금 기여금 및 사용자 부담금(국가 또는 지방자치단체의 부담금을 포함한다. 이하 같다)을 기초로 하거나 2002년 1월 1일 이후 근로의 제공을 기초로 하여 받는 연금소득으로 한다.

③ 연금소득금액은 제1항 각 호에 따른 소득의 금액의 합계액(제2항에 따라 연금소득에서 제외되는 소득과 비과세소득의 금액은 제외하며, 이하 "총연금액"이라 한다)에서 제47조의2에 따른 연금소득공제를 적용한 금액으로 한다.

④ 연금소득의 범위 및 계산방법과 그 밖에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제21조(기타소득)

① 기타소득은 이자소득 · 배당소득 · 사업소득 · 근로소득 · 연금소득 · 퇴직소득 및 양도소득 외의 소득으로서 다음 각 호에서 규정하는 것으로 한다.

1. ~ 20. (생략)

21. 제20조의3제1항제2호나목 및 다목의 금액을 그 소득의 성격에도 불구하고 연금외수령한 소득

(이하 생략)

제44조(상속의 경우의 소득금액의 구분 계산)

① 피상속인의 소득금액에 대한 소득세로서 상속인에게 과세할 것과 상속인의 소득금액에 대한 소득세는 구분하여 계산하여야 한다.

② 연금계좌의 가입자가 사망하였으나 그 배우자가 연금외수령 없이 해당 연금계좌를 상속으로 승계하는 경우에는 제1항에도 불구하고 해당 연금계좌에 있는 피상속인의 소득금액은 상속인의 소득금액으로 보아 소득세를 계산한다.

③ 제2항에 따른 연금계좌의 승계방법 및 절차 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제47조의2(연금소득공제)

① 연금소득이 있는 거주자에 대해서는 해당 과세기간에 받은 총연금액(분리과세연금소득은 제외하며, 이하 이 항에서 같다)에서 다음 표에 규정된 금액을 공제한다. 다만, 공제액이 900만원을 초과하는 경우에는 900만원을 공제한다.

총연금액	공제액
350만원이하	총연금액
350만원초과 700만원이하	350만원 +(350만원을 초과하는 금액의 100분의 40)
700만원초과 1400만원이하	490만원 +(700만원을 초과하는 금액의 100분의 20)
1400만원초과	630만원 +(1400만원을 초과하는 금액의 100분의 10)

② 제1항에 따른 공제를 "연금소득공제"라 한다.

제51조의3(연금보험료공제)

① 종합소득이 있는 거주자가 공적연금 관련법에 따른 기여금 또는 개인부담금(이하 "연금보험료"라 한다)을 납입한 경우에는 해당 과세기간의 종합소득금액에서 그 과세기간에 납입한 연금보험료를 공제한다.

② 제1항에 따른 공제를 "연금보험료공제"라 한다.

③ 다음 각 호에 해당하는 공제를 모두 합한 금액이 종합소득금액을 초과하는 경우 그 초과하는 금액을 한도로 연금보험료공제를 받지 아니한 것으로 본다.

1. 제51조제3항에 따른 인적공제
2. 이 조에 따른 연금보험료공제
3. 제51조의4에 따른 주택담보노후연금 이자비용공제
4. 제52조에 따른 특별소득공제
5. 「조세특례제한법」에 따른 소득공제

제59조의3(연금계좌세액공제)

① 종합소득이 있는 거주자가 연금계좌에 납입한 금액 중 다음 각 호에 해당하는 금액을 제외한 금액(이하 "연금계좌 납입액"이라 한다)의 100분의 12[해당 과세기간에 종합소득과세표준을 계산할 때 합산하는 종합소득금액이 4천 500만원 이하(근로소득만 있는 경우에는 총급여액 5천 500만원 이하)인 거주자에 대해서는 100분의 15]에 해당하는 금액을

해당 과세기간의 종합소득산출세액에서 공제한다. 다만, 연금계좌 중 연금저축계좌에 납입한 금액이 연 600만원을 초과하는 경우에는 그 초과하는 금액은 없는 것으로 하고, 연금저축계좌에 납입한 금액 중 600만원 이내의 금액과 퇴직연금계좌에 납입한 금액을 합한 금액이 연 900만원을 초과하는 경우에는 그 초과하는 금액은 없는 것으로 한다.

1. 제146조제2항에 따라 소득세가 원천징수되지 아니한 퇴직소득 등 과세가 이연된 소득
2. 연금계좌에서 다른 연금계좌로 계약을 이전함으로써 납입되는 금액

② 제1항에 따른 공제를 "연금계좌세액공제"라 한다.

③ 「조세특례제한법」 제91조의18에 따른 개인종합자산관리계좌의 계약 기간이 만료되고 해당 계좌 잔액의 전부 또는 일부를 대통령령으로 정하는 방법으로 연금계좌로 납입한 경우 그 납입한 금액(이하 이 조에서 "전환금액"이라 한다)을 납입한 날이 속하는 과세기간의 연금계좌 납입액에 포함한다.

④ 전환금액이 있는 경우에는 제1항 각 호 외의 부분 단서에도 불구하고 같은 항을 적용할 때 전환금액의 100분의 10 또는 300만원(직전 과세기간과 해당 과세기간에 걸쳐 납입한 경우에는 300만원에서 직전 과세기간에 적용된 금액을 차감한 금액으로 한다) 중 적은 금액과 제1항 각 호 외의 부분 단서에 따라 연금계좌에 납입한 금액으로 하는 금액을 합한 금액을 초과하는 금액은 없는 것으로 한다.

⑤ 제1항부터 제4항까지의 규정에 따른 연금계좌세액공제의 계산방법, 신청 절차 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

■ 소득세법 시행령

제20조의2(의료 목적 또는 부득이한 인출의 요건 등)

① 법 제14조제3항제9호나목에서 "의료목적, 천재지변이나 그 밖에 부득이한 사유 등 대통령령으로 정하는 요건을 갖추어 인출하는 연금소득"이란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하여 법 제20조의3제1항제2호에 따른 연금계좌(이하 "연금계좌"라 한다)에서 인출하는 금액을 말한다.

1. 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 사유가 발생하여 연금계좌에서 인출하려는 사람이 해당 사유가 확인된 날부터 6개월 이내에 그 사유를 확인할 수 있는 서류를 갖추어 연금계좌를 취급하는 금융회사 등(이하 "연금계좌취급자"라 한다)에게 제출하는 경우
   가. 천재지변
   나. 연금계좌 가입자의 사망 또는 「해외이주법」에 따른 해외이주
   다. 연금계좌 가입자 또는 그 부양가족[법 제50조에 따른 기본공제대상이 되는 사람(소득의 제한은 받지 아니한다)으로 한정한다]이 질병·부상에 따라 3개월 이상의 요양이 필요한 경우
   라. 연금계좌 가입자가 「재난 및 안전관리 기본법」 제66조제1항제2호의 재난으로 15일 이상의 입원 치료가 필요한 피해를 입은 경우
   마. 연금계좌 가입자가 「채무자 회생 및 파산에 관한 법률」에 따른 파산의 선고 또는 개인회생절차개시의 결정을 받은 경우
   바. 연금계좌취급자의 영업정지, 영업 인·허가의 취소, 해산결의 또는 파산선고
2. 제40조의2제3항제1호 및 제2호를 충족한 연금계좌 가입자가 제118조의5제1항 및 제2항에 따른 의료비(본인을 위한 의료비에 한정한다)를 연금계좌에서 인출하기 위하여 해당 의료비를 지급한 날부터 6개월 이내에 기획재정부령으로 정하는 증명서류를 연금계좌취급자에게 제출하는 경우

② 제1항제1호다목 및 라목에 따라 인출하는 금액은 제118조의5제1항 및 제2항에 따른 의료비, 간병인 비용, 보건복지부 장관이 고시하는 최저생계비 등을 고려하여 기획재정부령으로 정하는 금액 이내의 금액으로 한정한다.

③ 제1항제2호에 따라 의료비를 인출하는 경우에는 1명당 하나의 연금계좌만 의료비연금계좌로 지정(해당 연금계좌의 연금계좌취급자가 지정에 동의하는 경우에 한정한다)하여 인출할 수 있다.

④ 연금계좌취급자는 제1항제1호 및 제2호에 따라 제출받은 증명서류를 해당 인출에 대한 원천징수세액 납부기한의 다음 날부터 5년간 보관하여야 한다.

⑤ 제1항부터 제4항까지의 규정에서 정한 사항 외에 연금계좌 인출의 절차 등에 필요한 사항은 기획재정부령으로 정한다.

제40조의2(연금계좌 등)

① 법 제20조의3제1항제2호 각 목 외의 부분에서 "연금저축"의 명칭으로 설정하는 대통령령으로 정하는 계좌"란 제1호에 해당하는 계좌를 말하고, "퇴직연금을 지급받기 위하여 설정하는 대통령령으로 정하는 계좌"란 제2호에 해당하는 계좌를 말한다.

1. 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 금융회사 등과 체결한 계약에 따라 "연금저축"이라는 명칭으로 설정하는 계좌(이하 "연금저축계좌"라 한다)
   가. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제12조에 따라 인가를 받은 신탁업자와 체결하는 신탁계약
   나. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제12조에 따라 인가를 받은 투자중개업자와 체결하는 집합투자증권 중개계약
   다. 제25조제2항에 따른 보험계약을 취급하는 기관과 체결하는 보험계약
2. 퇴직연금을 지급받기 위하여 가입하여 설정하는 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 계좌(이하 "퇴직연금계좌"라 한다)
   가. 「근로자퇴직급여 보장법」 제2조제9호의 확정기여형퇴직연금제도에 따라 설정하는 계좌
   나. 「근로자퇴직급여 보장법」 제2조제10호의 개인형퇴직연금제도에 따라 설정하는 계좌
   다. 「근로자퇴직급여 보장법」에 따른 중소기업퇴직연금기금제도에 따라 설정하는 계좌
   라. 「과학기술인공제회법」 제16조제1항에 따른 퇴직연금급여를 지급받기 위하여 설정하는 계좌

② 연금계좌의 가입자가 다음 각 호의 요건을 모두 갖춘 경우 법 제59조의3제1항에 따른 연금계좌 납입액(제118조의3에 따라 연금계좌에 납입한 것으로 보는 금액을 포함하며, 이하 "연금보험료"라 한다)으로 볼 수 있다.

1. 다음 각 목의 금액(다목 및 라목에 따라 연금계좌로 납입하는 총 누적금액의 합계액은 1억원을 한도로 한다)을 합한 금액 이내(연금계좌가 2개 이상인 경우에는 그 합계액을 말한다)의 금액을 납입할 것. 이 경우 해당 과세기간 이전의 연금보험료는 납입할 수 없으나, 보험계약의 경우에는 최종납입일이 속하는 달의 말일부터 3년 2개월이 경과하기 전에는 그 동안의 연금보험료를 납입할 수 있다.
   가. 연간 1천800만원
   나. 법 제59조의3제3항에 따른 전환금액[「조세특례제한법」 제91조의18에 따른 개인종합자산관리계좌(이하 "개인종합자산관리계좌"라 한다)의 계약기간 만료일 기준 잔액을 한도로 개인종합자산관리계좌에서 연금계좌로 납입한 금액을 말한다. 다만, 직전 과세기간과 해당 과세기간에 걸쳐 납입한 경우에는 개인종합자산관리계좌의 계약기간 만료일 기준 잔액에서 직전 과세기간에 납입한 금액을 차감한 금액을 한도로 개인종합자산관리계좌에서 연금계좌로 납입한 금액을 말한다]
   다. 국내에 소유한 주택(이하 이 조에서 "연금주택"이라 한다)을 양도하고 이를 대체하여 다른 주택(이하 이 조에서 "축소주택"이라 한다)을 취득(연금주택을 양도한 거주자의 배우자가 취득하는 경우를 포함한다. 이하 이 목에서 같다)하거나 취득하지 않은 거주자로서 다음의 요건을 모두 충족하는 거주자가 연금주택 양도가액에서 축소주택 취득가액(취득하지 않은 경우에는 0으로 한다)을 뺀 금액(해당 금액이 0보다 작은 경우에는 0으로 하며, 이하 이 조에서 "주택차액"이라 한다) 중 연금계좌로 납입하는 금액
      1) 연금주택 양도일 현재 거주자 또는 그 배우자가 60세 이상일 것
      2) 연금주택 양도일 현재 거주자 및 그 배우자가 국내에 소유한 주택을 합산했을 때 연금주택 1주택만 소유하고 있을 것. 다만, 연금주택을 양도하기 전에 축소주택을 취득한 경우로서 축소주택을 취득한 날부터 6개월 이내에 연금주택을 양도한 경우에는 연금주택 양도일 현재 연금주택 1주택만 소유하고 있는 것으로 본다.
      3) 연금주택 양도일 현재 연금주택의 법 제99조에 따른 기준시가가 12억원 이하일 것
      4) 축소주택의 취득가액이 연금주택의 양도가액 미만일 것(축소주택을 취득한 경우에만 해당한다)
      5) 연금주택 양도일부터 6개월 이내에 주택차액을 연금주택 소유자의 연금계좌로 납입할 것
   라. 국내에 소유한 토지 또는 건물(이하 이 조에서 "연금부동산"이라 한다)을 양도한 거주자로서 다음의 요건을 모

두 충족하는 거주자가 연금부동산의 양도가액에서 연금부동산의 취득가액을 뺀 금액(해당 금액이 0보다 작은 경우에는 0으로 하며, 이하 이 조에서 “연금부동산 양도차액”이라 한다) 중 연금계좌로 납입하는 금액

1) 연금부동산 양도일 현재 거주자가 「기초연금법」 제2조제3호에 따른 기초연금 수급자일 것

2) 연금부동산 양도일 현재 거주자 및 그 배우자가 1주택 또는 무주택 세대의 구성원일 것

3) 연금부동산 양도일 현재 연금부동산을 보유한 기간이 10년 이상일 것

4) 연금부동산 양도일부터 6개월 이내에 연금부동산 양도차액을 연금부동산 소유자의 연금계좌로 납입할 것

2. 연금수령 개시를 신청한 날(연금수령 개시일을 사전에 약정한 경우에는 약정에 따른 개시일을 말한다) 이후에는 연금보험료를 납입하지 않을 것

③ 법 제20조의3제1항제2호 각 목 외의 부분에서 "대통령령으로 정하는 연금형태 등으로 인출"이란 연금계좌에서 다음 각 호의 요건을 모두 갖추어 인출하거나 제20조의2제1항에 따라 인출(이하 "연금수령"이라 하며, 연금수령 외의 인출은 "연금외수령"이라 한다)하는 것을 말한다. 다만, 법 제20조의3제1항제2호가목의 퇴직소득을 제20조의2제1항제1호나목에 따른 해외이주에 해당하는 사유로 인출하는 경우에는 해당 퇴직소득을 연금계좌에 입금한 날부터 3년 이후 해외이주하는 경우에 한정하여 연금수령으로 본다.

1. 가입자가 55세 이후 연금계좌취급자에게 연금수령 개시를 신청한 후 인출할 것

2. 연금계좌의 가입일부터 5년이 경과된 후에 인출할 것. 다만, 법 제20조의3제1항제2호가목에 따른 금액(퇴직소득이 연금계좌에서 직접 인출되는 경우를 포함하며, 이하 "이연퇴직소득"이라 한다)이 연금계좌에 있는 경우에는 그러하지 아니한다.

3. 과세기간 개시일(연금수령 개시를 신청한 날이 속하는 과세기간에는 연금수령 개시를 신청한 날로 한다) 현재 다음의 계산식에 따라 계산된 금액(이하 "연금수령한도"라 한다) 이내에서 인출할 것. 이 경우 제20조의2제1항에 따라 인출한 금액은 인출한 금액에 포함하지 아니한다.

$$\frac{\text{연금계좌의 평가액}}{(11 - \text{연금수령연차})} \times \frac{120}{100}$$

④ 제3항제3호의 계산식에서 "연금수령연차"란 최초로 연금수령할 수 있는 날이 속하는 과세기간을 기산연차로 하여 그 다음 과세기간을 누적 합산한 연차를 말하며, 연금수령연차가 11년 이상인 경우에는 그 계산식을 적용하지 아니한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우의 기산연차는 다음 각 호를 따른다.

1. 2013년 3월 1일 전에 가입한 연금계좌[2013년 3월 1일 전에 「근로자퇴직급여 보장법」 제2조제8호에 따른 확정급여형퇴직연금제도(이하 "확정급여형퇴직연금제도"라 한다)에 가입한 사람이 퇴직하여 퇴직소득 전액이 새로 설정된 연금계좌로 이체되는 경우를 포함한다]의 경우: 6년차

2. 법 제44조제2항에 따라 연금계좌를 승계한 경우: 사망일 당시 피상속인의 연금수령연차

⑤ 연금계좌에서 연금수령한도를 초과하여 인출하는 금액은 연금외수령하는 것으로 본다.

⑥ 연금계좌 가입자가 연금수령개시 또는 연금계좌의 해지를 신청하는 경우 연금계좌취급자는 기획재정부령으로 정하는 연금수령개시 및 해지명세서를 다음 달 10일까지 관할 세무서장에게 제출하여야 한다.

⑦ 거주자는 주택차액 또는 연금부동산 양도차액(이하 이 조에서 “주택차액등”이라 한다)을 연금계좌에 납입하려는 경우 기획재정부령으로 정하는 신청서에 다음 각 호의 서류를 첨부하여 연금계좌취급자에게 제출해야 한다.

1. 연금주택 또는 연금부동산 매매계약서

2. 축소주택 매매계약서(축소주택을 매입한 경우만 해당한다)

3. 그 밖에 기획재정부령으로 정하는 서류

⑧ 거주자가 주택차액등을 연금계좌에 납입한 후 다음 각 호의 어느 하나에 해당하게 된 경우에는 그 납입일부터 연금계좌에 납입한 금액 전액을 연금보험료로 보지 않는다.

1. 주택차액등을 연금계좌에 납입할 당시 제2항제1호다목 또는 라목의 요건을 충족하지 못한 사실이 확인된 경우

2. 주택차액을 연금계좌에 납입한 날부터 5년 이내에 거주자 또는 그 배우자가 주택을 새로 취득한 경우로서 연금주택의 양도가액에서 새로 취득한 주택의 취득가액을 뺀 금액이 연금계좌에 납입한 금액보다 작은 경우

⑨ 국세청장은 주택차액등을 연금계좌에 납입한 거주자가 제8항 각 호에 해당하는지 여부를 확인한 후 그에 해당하는 사람이 있으면 그 사실을 매년 2월 말일까지 해당 연금계좌취급자에게 통보해야 하고, 연금계좌취급자는 이를 해당 거주자에게 통보해야 한다.
⑩ 연금계좌취급자는 제9항에 따른 통보를 받은 경우 제8항에 따라 연금보험료로 보지 않는 주택차액등 연금계좌 납입금과 그 운용실적에 따라 증가된 금액을 거주자에게 반환해야 한다. 이 경우 거주자는 그 반환 금액을 연금외수령하는 것으로 본다..
⑪ 1주택을 둘 이상의 거주자가 공동으로 소유하고 있는 경우에는 지분비율만큼 각각 1주택을 소유한 것으로 보아 제2항제1호다목 · 라목 및 제7항부터 제10항까지의 규정을 적용한다. 다만, 1주택을 거주자와 그 배우자가 공동으로 소유하고 있는 경우에는 함께 1주택을 소유한 것으로 보아 제2항제1호다목2) 및 같은 호 라목2)를 적용한다.
⑫ 제11항을 적용할 때 제2항제1호다목3)에 따른 기준시가는 주택의 소유 지분에도 불구하고 해당 주택 전체에 대한 기준시가를 말하며, 주택의 소유 지분을 양도하거나 취득하는 경우 같은 목 4) 및 제8항제2호에 따른 양도가액 및 취득가액은 해당 주택 전체를 기준으로 한 가액으로서 기획재정부령으로 정하는 바에 따라 계산한 가액으로 한다.
(이하 생략)

제40조의3(연금계좌의 인출순서 등)
① 연금계좌에서 일부 금액이 인출되는 경우에는 다음 각 호의 금액이 순서에 따라 인출되는 것으로 본다.
1. 법 제20조의3제1항제2호 각 목에 해당하지 아니하는 금액(이하 "과세제외금액"이라 한다)
2. 이연퇴직소득
3. 법 제20조의3제1항제2호나목부터 라목까지의 규정에 따른 금액

② 과세제외금액은 다음 각 호의 순서에 따라 인출되는 것으로 본다. 다만, 제4호는 제201조의10에 따라 확인되는 금액만 해당하며, 확인되는 날부터 과세제외금액으로 본다.
1. 인출된 날이 속하는 과세기간에 해당 연금계좌에 납입한 연금보험료(제2호에 해당하는 금액은 제외한다)
2. 인출된 날이 속하는 과세기간에 해당 연금계좌에 납입한 법 제59조의3제3항에 따른 전환금액
3. 해당 연금계좌만 있다고 가정할 때 해당 연금계좌에 납입된 연금보험료로서 법 제59조의3제1항 단서에 따른 연금계좌세액공제의 한도액(이하 이 조에서 "연금계좌세액공제 한도액"이라 한다)을 초과하는 금액이 있는 경우 그 초과하는 금액
4. 제1호부터 제3호까지에서 정한 금액 외에 해당 연금계좌에 납입한 연금보험료 중 연금계좌세액공제를 받지 아니한 금액

③ 인출된 금액이 연금수령한도를 초과하는 경우에는 연금수령분이 먼저 인출되고 그 다음으로 연금외수령분이 인출되는 것으로 본다.
④ 연금계좌에 납입한 연금보험료 중 연금계좌세액공제 한도액 이내의 연금보험료는 납입일이 속하는 과세기간의 다음 과세기간 개시일(납입일이 속하는 과세기간에 연금수령 개시를 신청한 날이 속하는 경우에는 연금수령 개시를 신청한 날)부터 제1항제3호 중 법 제20조의3제1항제2호나목에 따른 세액공제를 받은 금액으로 본다.
⑤ 연금계좌의 운용에 따라 연금계좌에 있는 금액이 원금에 미달하는 경우 연금계좌에 있는 금액은 원금이 제1항에 따른 인출순서와 반대의 순서로 차감된 후의 금액으로 본다.

제40조의4(연금계좌의 이체)
① 연금계좌에 있는 금액이 연금수령이 개시되기 전의 다른 연금계좌로 이체되는 경우에는 이를 인출로 보지 아니하다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그러하지 아니한다.
1. 연금저축계좌와 퇴직연금계좌 상호 간에 이체되는 경우
2. 2013년 3월 1일 이후에 가입한 연금계좌에 있는 금액이 2013년 3월 1일 전에 가입한 연금계좌로 이체되는 경우
3. 퇴직연금계좌에 있는 일부 금액이 이체되는 경우

② 제1항 단서 및 같은 항 제1호에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 인출로 보지 아니한다.
1. 제40조의2제3항제1호 및 제2호의 요건을 갖춘 연금저축계좌의 가입자가 제40조의2제1항제2호나목에 해당하

는 퇴직연금계좌로 전액을 이체(연금수령이 개시된 경우를 포함한다)하는 경우

2. 제40조의2제3항제1호 및 제2호의 요건을 갖춘 퇴직연금계좌(제40조의2제1항제2호나목에 해당하는 경우에 한정한다)의 가입자가 연금저축계좌로 전액을 이체(연금수령이 개시된 경우를 포함한다)하는 경우

③ 제1항을 적용할 때 일부 금액이 이체(제1항제3호의 경우를 제외한다)되는 경우에는 제40조의3제1항 각 호의 순서에 따라 이체되는 것으로 본다.

④ 제1항 및 제2항을 적용할 때 연금계좌의 가입일 등은 이체받은 연금계좌를 기준으로 이 영을 적용한다. 다만, 연금계좌가 새로 설정되어 전액이 이체되는 경우에는 이체되기 전의 연금계좌를 기준으로 할 수 있다.

⑤ 연금계좌의 이체에 따라 연금계좌취급자가 변경되는 경우에는 이체하는 연금계좌취급자가 이체와 함께 기획재정부령으로 정하는 연금계좌이체명세서를 이체받는 연금계좌취급자에게 통보하여야 한다.

제100조의2(연금계좌의 승계 등)

① 법 제44조제2항에 따라 상속인이 연금계좌를 승계하는 경우 해당 연금계좌의 소득금액을 승계하는 날에 그 연금계좌에 가입한 것으로 본다. 다만, 제40조의2제3항제2호의 연금계좌의 가입일은 피상속인의 가입일로 하여 적용한다.

② 법 제44조제2항에 따라 연금계좌를 승계하려는 상속인은 피상속인이 사망한 날이 속하는 달의 말일부터 6개월 이내에 연금계좌취급자에게 승계신청을 하여야 한다. 이 경우 상속인은 피상속인이 사망한 날부터 연금계좌를 승계한 것으로 본다.

③ 제2항 전단에 따른 승계신청을 받은 연금계좌 취급자는 사망일부터 승계신청일까지 인출된 금액에 대하여 이를 피상속인이 인출한 소득으로 보아 이미 원천징수된 세액과 상속인이 인출한 금액에 대한 세액과의 차액이 있으면 세액을 정산하여야 한다.

④ 연금계좌의 가입자가 사망하였으나 제2항 전단에 따른 승계신청을 하지 아니한 경우에는 사망일 현재 다음 각 호의 합계액을 인출하였다고 보아 계산한 세액에서 사망일부터 사망확인일(연금계좌취급자가 확인한 날을 말하며, 사망확인일이 승계신청기한 이전인 경우에는 신청기한의 말일로 하고, 상속인이 신청기한이 지나기 전에 인출하는 경우에는 인출하는 날을 말한다. 이하 이 항에서 같다)까지 이미 원천징수된 세액을 뺀 금액을 피상속인의 소득세로 한다.

1. 사망일부터 사망확인일까지 인출한 소득
2. 사망확인일 현재 연금계좌에 있는 소득

■ 신문 등의 진흥에 관한 법률

제 2 조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다.

1. "신문"이란 정치 · 경제 · 사회 · 문화 · 산업 · 과학 · 종교 · 교육 · 체육 등 전체 분야 또는 특정 분야에 관한 보도 · 논평 · 여론 및 정보 등을 전파하기 위하여 같은 명칭으로 월 2 회 이상 발행하는 간행물로서 다음 각 목의 것을 말한다.
   - 가. 일반일간신문: 정치 · 경제 · 사회 · 문화 등에 관한 보도 · 논평 및 여론 등을 전파하기 위하여 매일 발행하는 간행물
   - 나. 특수일간신문: 산업 · 과학 · 종교 · 교육 또는 체육 등 특정 분야(정치를 제외한다)에 국한된 사항의 보도 · 논평 및 여론 등을 전파하기 위하여 매일 발행하는 간행물
   - 다. 일반주간신문: 정치 · 경제 · 사회 · 문화 등에 관한 보도 · 논평 및 여론 등을 전파하기 위하여 매주 1 회 발행하는 간행물(주 2 회 또는 월 2 회 이상 발행하는 것을 포함한다)
   - 라. 특수주간신문: 산업 · 과학 · 종교 · 교육 또는 체육 등 특정 분야(정치는 제외한다)에 국한된 사항의 보도 · 논평 및 여론 등을 전파하기 위하여 매주 1 회 발행하는 간행물(주 2 회 또는 월 2 회 이상 발행하는 것을 포함한다)

(이하 생략)

제 9 조(등록)

① 신문을 발행하거나 인터넷신문 또는 인터넷뉴스서비스를 전자적으로 발행하려는 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 다음 각 호의 사항을 주사무소 소재지를 관할하는 특별시장 · 광역시장 · 특별자치시장 · 도지사 또는 특별자치도지사(이하 "시 · 도지사"라 한다)에게 등록하여야 한다. 등록된 사항이 변경된 때에도 또한 같다. 다만, 국가 또는 지방자치단체가 발행 또는 관리하거나 법인이나 그 밖의 단체 또는 기관이 그 소속원에게 보급할 목적으로 발행하는 경우와 대통령령으로 정하는 경우에는 그러하지 아니하다.

1.~8.(생략)

9. 주된 보급대상 및 보급지역(신문에 한정한다)

(이하 생략)

■ 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률

제 32 조(개인신용정보의 제공 · 활용에 대한 동의)

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

1. 서면
2. 「전자서명법」 제 2 조제 2 호에 따른 전자서명(서명자의 실지명의를 확인할 수 있는 것을 말한다)이 있는 전자문서(「전자문서 및 전자거래 기본법」 제 2 조제 1 호에 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

(이하 생략)

제 33 조(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. 제 1 호의 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. 제 32 조 제 6 항 각 호의 경우
5. 그 밖에 제 1 호부터 제 4 호까지의 규정에 준하는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우

② 신용정보회사등이 개인의 질병, 상해 또는 그 밖에 이와 유사한 정보를 수집 · 조사하거나 제 3 자에게 제공하려면 미리 제 32 조 제 1 항 각 호의 방식으로 해당 개인의 동의를 받아야 하며, 대통령령으로 정하는 목적으로만 그 정보를 이용하여야 한다.

■ 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 시행령

제 28 조(개인신용정보의 제공 · 활용에 대한 동의)

① 삭제

② 신용정보제공 · 이용자는 법 제 32 조제 1 항 각 호 외의 부분 본문에 따라 해당 신용정보주체로부터 동의를 받으려면 다음 각 호의 사항을 미리 알려야 한다. 다만, 동의 방식의 특성상 동의 내용을 전부 표시하거나 알리기 어려운 경우에는 해당 기관의 인터넷 홈페이지 주소나 사업장 전화번호 등 동의 내용을 확인할 수 있는 방법을 안내하고 동의를 받을 수 있다.

1. 개인신용정보를 제공받는 자
2. 개인신용정보를 제공받는 자의 이용 목적
3. 제공하는 개인신용정보의 내용
4. 개인신용정보를 제공받는 자(개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 및 신용정보집중기관은 제외한다)의 정보 보유 기간 및 이용 기간
5. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용

(이하 생략)

제 28 조의 2(개인신용정보의 이용)

법 제 33 조제 2 항에서 "대통령령으로 정하는 목적"이란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 업무를 수행하기 위해 필요한 경우 해당 각 호의 자가 개인의 질병, 상해 또는 그 밖에 이와 유사한 정보를 그 업무와 관련하여 이용하기 위한 목적을 말한다.

1. 「보험업법」 제 2 조제 6 호에 따른 보험회사가 수행하는 같은 조 제 2 호에 따른 보험업 또는 같은 법 제 11 조의 2 에 따른 부수업무로서 개인의 건강 유지 · 증진 또는 질병의 사전예방 및 악화 방지 등의 목적으로 수행하는 업무

(이하 생략)

■ 암관리법

제 19 조(지역암센터의 지정 등)

① 보건복지부장관은 「의료법」 제 3 조제 2 항제 3 호마목에 따른 종합병원 중 보건복지부령으로 정하는 기준을 충족하는 종합병원을 시 · 도별 지역암센터로 지정할 수 있다.

② 지역암센터는 다음 각 호의 사업을 수행한다.

1. 암의 발생 · 예방 · 진단 · 치료 및 관리 등에 관한 조사 · 연구
2. 암검진, 암환자의 진료 및 재활 등의 의료서비스 제공
3. 암의 예방과 관리에 관한 홍보 및 교육 · 훈련
4. 종합계획 관련 사업 수행
5. 그 밖에 암관리에 필요한 사업으로서 보건복지부령으로 정하는 사업

③ 보건복지부장관은 지역암센터가 제 2 항 각 호의 사업을 하지 아니하거나 잘못 수행한 경우에는 시정을 명할 수 있다.

④ 보건복지부장관은 지역암센터가 수행하는 사업을 정기적으로 평가하고 그 결과를 지원에 반영할 수 있다.

⑤ 보건복지부장관은 지역암센터가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 지정을 취소할 수 있다. 다만, 제 1 호에 해당하는 경우에는 그 지정을 취소하여야 한다.

1. 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 지정을 받은 경우
2. 제 1 항에 따른 지정 기준에 미달한 경우
3. 제 2 항 각 호의 사업을 하지 아니하거나 잘못 수행한 경우
4. 제 3 항에 따른 시정명령을 따르지 아니한 경우

⑥ 제 1 항에 따른 지역암센터의 지정 기준 · 절차 및 제 4 항에 따른 평가 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제 27 조(국립암센터 설립 등)

① 암에 관한 전문적인 연구와 암환자의 진료 등을 위하여 국립암센터를 설립 · 운영한다.
② 국립암센터는 법인으로 한다.
③ 국립암센터는 주된 사무소의 소재지에서 설립등기를 함으로써 성립한다.
④ 제 3 항에 따른 설립등기 사항은 다음 각 호와 같다.

1. 목적
2. 명칭
3. 주된 사무소 및 부속기관
4. 임원의 성명 및 주소
5. 공고의 방법

제 29 조(부속기관의 설치)

① 국립암센터에 연구소, 부속병원, 국가암관리사업본부 및 그 밖에 필요한 기구를 둔다.
② 국립암센터는 교육부장관의 인가를 받아 「고등교육법」 제 30 조에 따른 대학원대학(이하 "대학원대학"이라 한다)을 설치할 수 있다.
③ 대학원대학의 조직, 교원, 학위 과정 운영 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

■ 약사법

제 2 조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "약사(藥事)"란 의약품 · 의약외품의 제조 · 조제 · 감정(鑑定) · 보관 · 수입 · 판매[수여(授與)를 포함한다. 이하 같다]와 그 밖의 약학 기술에 관련된 사항을 말한다.
2. "약사(藥師)"란 한약에 관한 사항 외의 약사(藥事)에 관한 업무(한약제제에 관한 사항을 포함한다)를 담당하는 자로서, "한약사"란 한약과 한약제제에 관한 약사(藥事) 업무를 담당하는 자로서 각각 보건복지부장관의 면허를 받은 자를 말한다.
3. "약국"이란 약사나 한약사가 수여할 목적으로 의약품 조제 업무[약국제제(藥局製劑)를 포함한다]를 하는 장소(그 개설자가 의약품 판매업을 겸하는 경우에는 그 판매업에 필요한 장소를 포함한다)를 말한다. 다만, 의료기관의 조제실은 예외로 한다.
4. "의약품"이란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 물품을 말한다.
   가. 대한민국약전(大韓民國藥典)에 실린 물품 중 의약외품이 아닌 것
   나. 사람이나 동물의 질병을 진단 · 치료 · 경감 · 처치 또는 예방할 목적으로 사용하는 물품 중 기구 · 기계 또는 장치가 아닌 것
   다. 사람이나 동물의 구조와 기능에 약리학적(藥理學的) 영향을 줄 목적으로 사용하는 물품 중 기구 · 기계 또는 장치가 아닌 것
5. "한약"이란 동물 · 식물 또는 광물에서 채취된 것으로 주로 원형대로 건조 · 절단 또는 정제된 생약(生藥)을 말한다.

(이하 생략)

■ 응급의료에 관한 법률

제 2 조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. “응급환자”란 질병, 분만, 각종 사고 및 재해로 인한 부상이나 그 밖의 위급한 상태로 인하여 즉시 필요한 응급처치를 받지 아니하면 생명을 보존할 수 없거나 심신에 중대한 위해(危害)가 발생할 가능성이 있는 환자 또는 이에 준하는 사람으로서 보건복지부령으로 정하는 사람을 말한다.
2. “응급의료”란 응급환자가 발생한 때부터 생명의 위험에서 회복되거나 심신상의 중대한 위해가 제거되기까지의 과정에서 응급환자를 위하여 하는 상담 · 구조(救助) · 이송 · 응급처치 및 진료 등의 조치를 말한다.
3. “응급처치”란 응급의료행위의 하나로서 응급환자의 기도를 확보하고 심장박동의 회복, 그 밖에 생명의 위험이나 증상의 현저한 악화를 방지하기 위하여 긴급히 필요로 하는 처치를 말한다.
4. “응급의료종사자”란 관계 법령에서 정하는 바에 따라 취득한 면허 또는 자격의 범위에서 응급환자에 대한 응급의료를 제공하는 의료인과 응급구조사를 말한다.
5. “응급의료기관”이란 「의료법」 제 3 조에 따른 의료기관 중에서 이 법에 따라 지정된 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터 및 지역응급의료기관을 말한다.

(이하 생략)

제 35 조의 2(응급의료기관 외의 의료기관)

① 이 법에 따른 응급의료기관으로 지정받지 아니한 의료기관이 응급의료시설을 설치 · 운영하려면 보건복지부령으로 정하는 시설 · 인력 등을 갖추어 시장 · 군수 · 구청장에게 신고하여야 한다. 다만, 종합병원의 경우에는 신고를 생략할 수 있다.

② 시장 · 군수 · 구청장은 제 1 항에 따른 신고를 받은 경우 그 내용을 검토하여 이 법에 적합하면 신고를 수리하여야 한다.

■ 응급의료에 관한 법률 시행규칙

제 2 조(응급환자)

「응급의료에 관한 법률」(이하 "법"이라 한다) 제 2 조 제 1 호에서 "보건복지부령이 정하는 자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 증상이 있는 자를 말한다.

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

제 18 조의 3(응급환자의 중증도 분류 등)

① 응급의료기관의 장은 법 제 31 조의 4 제 1 항에 따라 응급실의 입구에 환자분류소를 설치하여 보건복지부장관이 정하는 교육을 이수한 의사, 간호사 또는 1 급 응급구조사가 응급환자 등의 중증도를 분류하고, 감염병 의심환자 등을 선별하도록 해야 한다.

②구급차등의 운용자는 법 제 31 조의 4 제 1 항에 따라 의사, 간호사 또는 응급구조사가 응급환자 등의 중증도를 분류하고, 감염병 의심환자 등을 선별하도록 해야 한다.

③구급차등의 운용자는 소속 의사, 간호사 또는 응급구조사가 제 2 항에 따른 응급환자 등의 중증도 분류에 필요한 교육을 받도록 해야 하며, 응급환자 등의 중증도 분류에 관한 교육 내용, 기준 등은 보건복지부장관이 정한다.

④보건복지부장관 및 소방청장은 다음 각 호에서 정하는 사람에 대하여 제 3 항에 따른 교육을 실시한다.

1. 보건복지부장관: 소방청을 제외한 구급차등의 운용자에 소속된 의사, 간호사 또는 응급구조사
2. 소방청장: 「119 구조 · 구급에 관한 법률」 제 10 조에 따른 구급대의 대원인 의사, 간호사 또는 응급구조사

⑤ 제 1 항 및 제 2 항에 따라 응급환자 등의 중증도를 분류하거나 감염병 의심환자 등을 선별할 때에는 환자의 주요증상, 활력징후(호흡, 맥박, 혈압, 체온), 의식 수준, 손상 기전, 통증 정도 등을 고려해야 하며 그 세부적인 기준 · 방법 및 절차 등은 보건복지부장관이 각각 고시하는 중증도 분류기준에 따른다.

⑥제 5 항에도 불구하고 재해 등으로 응급환자가 여러 명 발생한 경우에 응급환자 등의 중증도를 분류하거나 감염병 의심환자 등을 선별할 때에는 보건복지부장관이 소방청장과 협의하여 정하여 고시하는 중증도 분류기준에 따른다.

■ 의료급여법

제 7 조(의료급여의 내용 등)

① 이 법에 따른 수급권자의 질병 · 부상 · 출산 등에 대한 의료급여의 내용은 다음 각 호와 같다.

1. 진찰 · 검사
2. 약제(藥劑) · 치료재료의 지급
3. 처치 · 수술과 그 밖의 치료
4. 예방 · 재활
5. 입원
6. 간호
7. 이송과 그 밖의 의료목적의 달성을 위한 조치

② 제 1 항에 따른 의료급여의 방법 · 절차 · 범위 · 한도 등 의료급여의 기준에 관하여는 보건복지부령으로 정하고, 의료수가기준과 그 계산방법 등에 관하여는 보건복지부장관이 정한다.

③ 보건복지부장관은 제 2 항에 따라 의료급여의 기준을 정할 때에는 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 질환 등 보건복지부령으로 정하는 사항은 의료급여 대상에서 제외할 수 있다.

제 10 조(급여비용의 부담)

급여비용은 대통령령으로 정하는 바에 따라 그 전부 또는 일부를 제 25 조에 따른 의료급여기금에서 부담하되, 의료급여기금에서 일부를 부담하는 경우 그 나머지 비용은 본인이 부담한다.

제 15 조(의료급여의 제한)

① 시장 · 군수 · 구청장은 수급권자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하면 이 법에 따른 의료급여를 하지 아니한다. 다만, 보건복지부장관이 의료급여를 할 필요가 있다고 인정하는 경우에는 그러하지 아니하다.

1. 수급권자가 자신의 고의 또는 중대한 과실로 인한 범죄행위에 그 원인이 있거나 고의로 사고를 일으켜 의료급여가 필요하게 된 경우
2. 수급권자가 정당한 이유 없이 이 법의 규정이나 의료급여기관의 진료에 관한 지시에 따르지 아니한 경우

② 의료급여기관은 수급권자가 제 1 항 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 대통령령으로 정하는 바에 따라 수급권자의 거주지를 관할하는 시장 · 군수 · 구청장에게 알려야 한다.

제 17 조(의료급여의 중지 등)

① 시장 · 군수 · 구청장은 수급권자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하면 의료급여를 중지하여야 한다.

1. 수급권자에 대한 의료급여가 필요 없게 된 경우
2. 수급권자가 의료급여를 거부한 경우

② 시장 · 군수 · 구청장은 수급권자가 의료급여를 거부한 경우에는 수급권자가 속한 가구원 전부에 대하여 의료급여를 중지하여야 한다.

③ 시장 · 군수 · 구청장은 제 1 항에 따라 의료급여를 중지하였을 때에는 서면으로 그 이유를 밝혀 수급권자에게 알려야 한다.

■ 의료급여법 시행령

제 13 조(급여비용의 부담)

① 법 제 10 조에 따라 기금에서 부담하는 급여비용의 범위는 별표 1 과 같다.

1. 삭제
2. 삭제

② 삭제

③ 제 1 항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 등 보건복지부령으로 정하는 경우 또는 항목에 대해서는 보건복지부령으로 정하는 금액을 수급권자가 부담한다.

1. 법 제 15 조제 1 항에 따라 의료급여가 제한되는 경우
2. 적정한 급여일수 관리가 필요한 경우
3. 기금에 상당한 부담을 초래한다고 인정되는 경우

④ 제 1 항의 규정에 따라 기금에서 부담하는 급여비용외에 수급권자가 부담하는 본인부담금(이하 "급여대상 본인부담금"이라 한다)과 제 3 항의 규정에 따라 수급권자가 부담하는 본인부담금은 의료급여기관의 청구에 의하여 수급권자가 의료급여기관에 지급한다.

⑤ 제 4 항에 따라 의료급여기관에 지급한 급여대상 본인부담금(별표 1 제 1 호라목 · 마목, 같은 표 제 2 호마목 · 바목 및 같은 표 제 3 호에 따라 의료급여기관에 지급한 급여대상 본인부담금은 제외한다. 이하 이 조에서 같다)이 다음 각 호의 구분에 따른 금액에 해당하는 경우에는 해당 호에서 정하는 금액을 기금에서 부담하고 이를 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 시장 · 군수 · 구청장이 수급권자에게 지급한다. 다만, 지급해야 할 금액이 2 천원 미만인 경우에는 이를 수급권자가 부담한다.

1. 1 종수급권자
   가. 급여대상 본인부담금이 매 1 개월간 2 만원 초과 5 만원 이하인 경우: 2 만원 초과금액의 100 분의 50
   나. 급여대상 본인부담금이 매 1 개월간 5 만원을 초과하는 경우: 초과금액의 100 분의 100
2. 2 종수급권자
   가. 급여대상 본인부담금이 매 1 개월간 20 만원을 초과하는 경우: 초과금액의 100 분의 50
   나. 가목에 따라 지급받은 금액을 차감한 급여대상 본인부담금이 연간 80 만원(「의료법」 제 3 조제 2 항제 3 호라목에 따른 요양병원에 연간 240 일을 초과하여 입원한 경우에는 연간 120 만원)을 초과하는 경우: 초과금액의 100 분의 100

⑥ 삭제

⑦ 시장 · 군수 · 구청장은 수급권자가 제 5 항 본문에 따라 기금에서 부담해야 하는 초과금액을 의료급여기관에 지급한 경우에는 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 그 초과금액을 수급권자에게 지급해야 한다.

[별표 1]

의료급여기금에서 부담하는 급여비용의 범위

1. 1 종수급권자에 대해서는 다음 각 목의 구분에 따른 부담액 또는 부담률
   가. 의료급여기관 및 의료급여의 내용에 따라 기금에서 부담하는 급여비용의 범위

의료급여 기관	의료급여의 내용		기금에서 부담하는 급여비용(부담률)
1) 법 제9조 제2항제 1호가목에 해당하는 제1차의료급여기관	가) 외래 진료	(1) 「약사법」 제23조제4항에 따라 의사 또는 치과의사가 의약품을 직접 조제하는 경우와 법률 제8365호 약사법 전부개정법률 부칙 제8조에 따라 한의사가 한약 및 한약제제를 직접 조제하는 경우	급여비용총액에서 의료급여기관 1회 방문당 1,500원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부

및 같은 호 나목의 제1차 의료급여기관 중 보건의료원		(2) 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상진단(MRI), 양전자방출단층촬영(PET) 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 진료	급여비용총액의 100분의 95. 다만, 법 제7조제1항제2호의 약제(이하 "약제"라 한다)는 급여비용총액에서 「국민건강보험법 시행령」 제22조제1항 각 호 외의 부분 후단에 따른 구입금액(이하 "구입금액"이라 한다)의 100분의 5에 해당하는 본인부담금을 제외한 급여비용 전부로 한다.
		(3) 그 밖의 외래진료	급여비용총액에서 의료급여기관 1회 방문당 1,000원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부
	나) 입원진료		급여비용총액 전부
2) 법 제9조 제2항제2호에 따른 제2차의료급여기관	가) 외래진료	(1) 「약사법」 제23조제4항에 따라 의사 또는 치과의사가 의약품을 직접 조제하는 경우와 법률 제8365호 약사법 전부개정법률 부칙 제8조에 따라 한의사가 한약 및 한약제제를 직접 조제하는 경우	급여비용총액에서 의료급여기관 1회 방문당 2,000원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부
		(2) 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상진단(MRI), 양전자방출단층촬영(PET) 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 진료	급여비용총액의 100분의 95. 다만, 약제는 급여비용총액에서 구입금액의 100분의 5에 해당하는 본인부담금을 제외한 급여비용 전부로 한다.
		(3) 그 밖의 외래진료	급여비용총액에서 의료급여기관 1회 방문당 1,500원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부
	나) 입원진료		급여비용총액 전부
3) 법 제9조 제2항제3호에 따른 제3차의료급여기관	가) 외래진료	(1) 「약사법」 제23조제4항에 따라 의사 또는 치과의사가 의약품을 직접 조제하는 경우와 법률 제8365호 약사법 전부개정법률 부칙 제8조에 따라 한의사가 한약 및 한약제제를 직접 조제하는 경우	급여비용총액에서 의료급여기관 1회 방문당 2,500원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부

		(2) 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상진단(MRI), 양전자방출단층촬영(PET) 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 진료	급여비용총액의 100분의 95. 다만, 약제는 급여비용총액에서 구입금액의 100분의 5에 해당하는 본인부담금을 제외한 급여비용 전부로 한다.
		(3) 그 밖의 외래진료	급여비용총액에서 의료급여기관 1회 방문당 2,000원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부
	나) 입원진료		급여비용총액 전부
4) 법 제9조 제2항제 1호의 제1차의료급여 기관 중 보건소·보건지소 및 보건진료소	외래·입원진료		급여비용총액 전부
5) 법 제9조 제2항제 1호의 제 1차의료 급여기관 중 약국 및 한국희귀의약품센터	가) 보건소·보건지소 및 보건진료소가 발행한 처방전에 의하여 의약품을 조제하는 경우		급여비용총액 전부
	나) 의료기관 및 보건의료원이 발행한 처방전에 의하여 의약품을 조제하는 경우		급여비용총액에서 처방전 1매당 500원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부
	다) 약사가「약사법」제23조제3항 단서에 따라 처방전에 의하지 아니하고 직접 조제하는 경우		급여비용총액에서 약국 1회 방문당 900원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부

비 고 : 위 표 1)가)(1), 2)가)(1) 및 3)가)(1)의 경우로서 처방전을 함께 발행하는 경우에는 각각 위 표 1)가)(3), 2)가)(3) 및 3)가)(3)의 급여비용에 해당하는 금액을 기금에서 부담한다.

(중략)

라. 가목 1)부터 4)까지 및 다목에도 불구하고 65세 이상인 사람에게 보건복지부장관이 정하여 고시하는 기준 및 방법에 따라 틀니를 의료급여로 실시하는 경우에는 급여비용총액의 100분의 95를 기금에서 부담한다.

마. 가목 1)부터 4)까지 및 다목에도 불구하고 65세 이상인 사람에게 보건복지부장관이 정하여 고시하는 기준 및 방법에 따라 치과임플란트를 의료급여로 실시하는 경우에는 급여비용총액의 100분의 90을 기금에서 부담한다.

(중략)

2. 2종수급권자에 대해서는 다음 각 목의 구분에 따른 부담액 또는 부담률

가. 의료급여기관 및 의료급여의 내용에 따른 기금에서 부담하는 급여비용의 범위

의료급여기관	의료급여의 내용	기금에서 부담하는 급여비용(부담률)

1) 법 제9조제2항 제1호가목에 해당하는 제1차의료급여기관 및 같은 호 나목의 제1차의료급여기관 중 보건의료원	가) 외래진료	(1) 「약사법」 제23조제4항에 따라 의사 또는 치과의사가 의약품을 직접 조제하는 경우와 법률 제8365호 약사법 전부개정법률 부칙 제8조에 따라 한의사가 한약 및 한약제제를 직접 조제하는 경우	급여비용총액에서 의료급여기관 1회 방문당 1,500원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부
		(2) 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상진단(MRI), 양전자방출단층촬영(PET) 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 진료	급여비용총액의 100분의 85. 다만, 약제는 급여비용총액에서 구입금액의 100분의 15에 해당하는 본인부담금을 제외한 급여비용 전부로 한다.
		(3) 그 밖의 외래진료	급여비용총액에서 의료급여기관 1회 방문당 1,000원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부
	나) 입원진료		급여비용총액의 100분의 90. 다만, 약제는 급여비용총액에서 구입금액의 100분의 10에 해당하는 본인부담금을 제외한 급여비용 전부로 한다.
2) 법 제9조제2항 제2호에 따른 제2차의료급여기관	가) 보건복지부장관이 정하여 고시하는 만성질환자에 대한 그 질환의 외래진료	(1) 「약사법」 제23조제4항에 따라 의사 또는 치과의사가 의약품을 직접 조제하는 경우와 법률 제8365호 약사법 전부개정법률 부칙 제8조에 따라 한의사가 한약 및 한약제제를 직접 조제하는 경우	급여비용총액에서 의료급여기관 1회 방문당 1,500원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부
		(2) 전산화단층촬영(CT), 자기공명영상진단(MRI), 양전자방출단층촬영(PET) 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 진료	급여비용총액의 100분의 85. 다만, 약제는 급여비용총액에서 구입금액의 100분의 15에 해당하는 본인부담금을 제외한 급여비용 전부로 한다.
		(3) 그 밖의 외래진료	급여비용총액에서 의료급여기관 1회 방문당 1,000원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부
	나) 그 밖의 외래진료		급여비용총액의 100분의 85. 다만, 약제는 급여비용총액에서 구입금액의 100분의 15에 해당하는 본인부담금을 제외한 급여비용 전부로 한다.
	다) 입원진료		급여비용총액의 100분의 90. 다만, 약제는 급여비용총액에서 구입금액의 100분의 10에 해당하는 본인부담금을 제외한 급여비용 전부

		로 한다.
3) 법 제9조제2항 제3호에 따른 제3차의료급여기관	가) 외래진료	급여비용총액의 100분의 85. 다만, 약제는 급여비용총액에서 구입금액의 100분의 15에 해당하는 본인부담금을 제외한 급여비용 전부로 한다.
	나) 입원진료	급여비용총액의 100분의 90. 다만, 약제는 급여비용총액에서 구입금액의 100분의 10에 해당하는 본인부담금을 제외한 급여비용 전부로 한다.
4) 법 제9조제2항 제1호의 제1차의료급여기관 중 보건소·보건지소 및 보건진료소	외래·입원 진료	급여비용총액 전부
5) 법 제9조제2항 제1호의 제1차의료급여기관 중 약국 및 한국희귀의약품센터	가) 보건소·보건지소 및 보건진료소가 발행한 처방전에 의하여 의약품을 조제하는 경우	급여비용총액 전부
	나) 의료기관 및 보건의료원이 발행한 처방전에 의하여 의약품을 조제하는 경우	급여비용총액에서 처방전 1매당 500원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부
	다) 약사가 「약사법」 제23조제3항 단서에 따라 처방전에 의하지 아니하고 직접 조제하는 경우	급여비용총액에서 약국 1회 방문당 900원의 본인부담금을 제외한 급여비용 전부

비고 : 위 표 1)가)(1) 및 2)가)(1)의 경우로서 처방전을 함께 발행하는 경우에는 각각 위 표 1)가)(3) 및 2)가)(3)의 급여비용에 해당하는 금액을 기금에서 부담한다.

(중략)

마. 가목 1)부터 4)까지 및 라목에도 불구하고 65세 이상인 사람에게 보건복지부장관이 정하여 고시하는 기준 및 방법에 따라 틀니를 의료급여로 실시하는 경우에는 급여비용총액의 100분의 85를 기금에서 부담한다.

바. 가목 1)부터 4)까지 및 라목에도 불구하고 65세 이상인 사람에게 보건복지부장관이 정하여 고시하는 기준 및 방법에 따라 치과임플란트를 의료급여로 실시하는 경우에는 급여비용총액의 100분의 80을 기금에서 부담한다.

(중략)

3. 제1호 및 제2호에도 불구하고 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 경우에는 각 목에서 정하는 금액을 기금에서 부담한다.

가. 「국민건강보험법 시행령」 별표 2 제4호에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 요양급여 항목을 의료급여로 실시하는 경우에는 급여비용총액의 100분의 100 범위에서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 기금에서 부담한다.

나. 「의료법」 제 3 조제 2 항제 3 호에 따른 병원 · 한방병원 · 요양병원(「장애인복지법」 제 58 조제 1 항제 4 호에 따른 의료재활시설로서 「의료법」 제 3 조의 2 의 요건을 갖춘 의료기관인 요양병원으로 한정한다. 이하 같다) · 정신병원 · 종합병원 및 같은 법 제 3 조의 4 에 따라 지정된 상급종합병원에서 「국민건강보험법」 제 43 조에 따라 신고한 입원병실 중 일반입원실의 2 인실 · 3 인실을 이용한 경우에는 그 입원료에 한정하여 다음의 기준을 따른다.

1) 상급종합병원 2 인실 입원료에 대해서는 급여비용의 100 분의 50 을, 3 인실 입원료에 대해서는 급여비용의 100 분의 60 을 각각 의료급여기금에서 부담한다.

2) 병원 · 한방병원 · 요양병원 · 정신병원 · 종합병원 2 인실 입원료에 대해서는 급여비용의 100 분의 60 을, 3 인실 입원료에 대해서는 급여비용의 100 분의 70 을 각각 의료급여기금에서 부담한다.

다. 법 제 7 조제 2 항에 따라 보건복지부령으로 정하는 상한일수를 초과하여 의료급여를 받은 수급권자로서 보건복지부령으로 정하는 승인을 얻지 않은 수급권자에게 실시하는 의료급여에 대해서는 다음의 구분에 따른 금액을 기금에서 부담한다. 다만, 제 1 호가목 4) 및 제 2 호가목 4)의 의료급여기관에서 받는 외래 · 입원진료와 제 1 호가목 5)가) 및 제 2 호가목 5)가)에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 급여비용총액 전부를 기금에서 부담한다.

1) 외래진료의 경우에는 급여비용총액의 100 분의 70

2) 입원진료의 경우에는 급여비용총액의 100 분의 80

3) 제 1 호가목 5)나) · 다) 및 제 2 호가목 5)나) · 다)의 경우에는 급여비용총액의 100 분의 70

라. 다목에도 불구하고 보건복지부장관이 정하여 고시하는 추나요법에 대하여 보건복지부장관이 정하는 의료급여를 실시하는 경우에는 다음의 구분에 따른 금액을 기금에서 부담한다.

1) 1 종수급권자에 대해서는 추나요법 급여비용의 100 분의 70

2) 2 종수급권자에 대해서는 추나요법 급여비용의 100 분의 60

3) 1) 및 2)에도 불구하고 보건복지부장관이 따로 정하여 고시하는 추나요법에 대하여 의료급여를 실시하는 경우에는 추나요법 급여비용의 100 분의 20

마. 다목에도 불구하고 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제 2 조제 1 호에 따른 감염병의 발생 · 유행 상황을 고려하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 감염병환자에게 보건복지부장관이 정하여 고시하는 항목의 의료급여를 실시하는 경우에는 급여비용총액의 100 분의 100 범위에서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 기금에서 부담한다.

■ 의료법

제 2 조(의료인)

① 이 법에서 "의료인"이란 보건복지부장관의 면허를 받은 의사 · 치과의사 · 한의사 · 조산사 및 「간호법」에 따른 간호사(이하 "간호사"라 한다)를 말한다.

② 의료인은 종별에 따라 다음 각 호의 임무를 수행하여 국민보건 향상을 이루고 국민의 건강한 생활 확보에 이바지할 사명을 가진다.

1. 의사는 의료와 보건지도를 임무로 한다.
2. 치과의사는 치과 의료와 구강 보건지도를 임무로 한다.
3. 한의사는 한방 의료와 한방 보건지도를 임무로 한다.
4. 조산사는 조산(助産)과 임산부 및 신생아에 대한 보건과 양호지도를 임무로 한다.
5. 간호사는 「간호법」 제 12 조의 업무를 임무로 한다.

가. 삭제

나. 삭제

다. 삭제

라. 삭제

제 3 조(의료기관)

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

② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.

1. 의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
   가. 의원
   나. 치과의원
   다. 한의원
2. 조산원: 조산사가 조산과 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」 제 58 조제 1 항제 4 호에 따른 의료재활시설로서 제 3 조의 2 의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
   마. 정신병원
   바. 종합병원

③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제 2 항제 1 호부터 제 3 호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

제 3 조의 3(종합병원)

① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.

1. 100 개 이상의 병상을 갖출 것
2. 100 병상 이상 300 병상 이하인 경우에는 내과 · 외과 · 소아청소년과 · 산부인과 중 3 개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7 개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
3. 300 병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9 개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

② 종합병원은 제 1 항 제 2 호 또는 제 3 호에 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.

제 3 조의 4(상급종합병원 지정)

① 보건복지부장관은 다음 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 상급종합병원으로 지정할 수 있다.

1. 보건복지부령으로 정하는 20 개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
2. 제 77 조제 1 항에 따라 전문의가 되려는 자를 수련시키는 기관일 것
3. 보건복지부령으로 정하는 인력 · 시설 · 장비 등을 갖출 것
4. 질병군별(疾病群別) 환자구성 비율이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것

② 보건복지부장관은 제 1 항에 따른 지정을 하는 경우 제 1 항 각 호의 사항 및 전문성 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.
③ 보건복지부장관은 제 1 항에 따라 상급종합병원으로 지정받은 종합병원에 대하여 3 년마다 제 2 항에 따른 평가를 실시하여 재지정하거나 지정을 취소할 수 있다.
④ 보건복지부장관은 제 2 항 및 제 3 항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.
⑤ 상급종합병원 지정 · 재지정의 기준 · 절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제 4 조의 2(간호 · 간병통합서비스 제공 등)
① 간호 · 간병통합서비스란 보건복지부령으로 정하는 입원 환자를 대상으로 보호자 등이 상주하지 아니하고 간호사, 간호조무사 및 그 밖에 간병지원인력(이하 이 조에서 "간호 · 간병통합서비스 제공인력"이라 한다)에 의하여 포괄적으로 제공되는 입원서비스를 말한다.
② 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호 · 간병통합서비스를 제공할 수 있도록 노력하여야 한다.
③ 제 2 항에 따라 간호 · 간병통합서비스를 제공하는 병원급 의료기관(이하 이 조에서 "간호 · 간병통합서비스 제공인력"이라 한다)은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여야 한다.
④「공공보건의료에 관한 법률」제 2 조제 3 호에 따른 공공보건의료기관 중 보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관은 간호 · 간병통합서비스를 제공하여야 한다. 이 경우 국가 및 지방자치단체는 필요한 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.
⑤ 간호 · 간병통합서비스 제공기관은 보호자 등의 입원실 내 상주를 제한하고 환자 병문안에 관한 기준을 마련하는 등 안전관리를 위하여 노력하여야 한다.
⑥ 간호 · 간병통합서비스 제공기관은 간호 · 간병통합서비스 제공인력의 근무환경 및 처우 개선을 위하여 필요한 지원을 하여야 한다.
⑦ 국가 및 지방자치단체는 간호 · 간병통합서비스의 제공 · 확대, 간호 · 간병통합서비스 제공인력의 원활한 수급 및 근무환경 개선을 위하여 필요한 시책을 수립하고 그에 따른 지원을 하여야 한다.

제 5 조(의사 · 치과의사 및 한의사 면허)
① 의사 · 치과의사 또는 한의사가 되려는 자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자격을 가진 자로서 제 9 조에 따른 의사 · 치과의사 또는 한의사 국가시험에 합격한 후 보건복지부장관의 면허를 받아야 한다.

1. 「고등교육법」 제 11 조의 2 에 따른 인정기관(이하 "평가인증기구"라 한다)의 인증(이하 "평가인증기구의 인증"이라 한다)을 받은 의학 · 치의학 또는 한의학을 전공하는 대학을 졸업하고 의학사 · 치의학사 또는 한의학사 학위를 받은 자
2. 평가인증기구의 인증을 받은 의학 · 치의학 또는 한의학을 전공하는 전문대학원을 졸업하고 석사학위 또는 박사학위를 받은 자
3. 외국의 제 1 호나 제 2 호에 해당하는 학교(보건복지부장관이 정하여 고시하는 인정기준에 해당하는 학교를 말한다)를 졸업하고 외국의 의사 · 치과의사 또는 한의사 면허를 받은 자로서 제 9 조에 따른 예비시험에 합격한 자

② 평가인증기구의 인증을 받은 의학 · 치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는 전문대학원을 6 개월 이내에 졸업하고 해당 학위를 받을 것으로 예정된 자는 제 1 항제 1 호 및 제 2 호의 자격을 가진 자로 본다. 다만, 그 졸업예정시기에 졸업하고 해당 학위를 받아야 면허를 받을 수 있다.
③ 제 1 항에도 불구하고 입학 당시 평가인증기구의 인증을 받은 의학 · 치의학 또는 한의학을 전공하는 대학 또는 전문대학원에 입학한 사람으로서 그 대학 또는 전문대학원을 졸업하고 해당 학위를 받은 사람은 같은 항 제 1 호 및 제 2 호의 자격을 가진 사람으로 본다.

제 33 조(개설 등)

① 의료인은 이 법에 따른 의료기관을 개설하지 아니하고는 의료업을 할 수 없으며, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 외에는 그 의료기관 내에서 의료업을 하여야 한다. 〈개정 2008. 2. 29., 2010. 1. 18.〉

1. 「응급의료에 관한 법률」 제 2 조제 1 호에 따른 응급환자를 진료하는 경우
2. 환자나 환자 보호자의 요청에 따라 진료하는 경우
3. 국가나 지방자치단체의 장이 공익상 필요하다고 인정하여 요청하는 경우
4. 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 가정간호를 하는 경우
5. 그 밖에 이 법 또는 다른 법령으로 특별히 정한 경우나 환자가 있는 현장에서 진료를 하여야 하는 부득이한 사유가 있는 경우

(이하 생략)

제 54 조(신의료기술평가위원회의 설치 등)

① 보건복지부장관은 신의료기술평가에 관한 사항을 심의하기 위하여 보건복지부에 신의료기술평가위원회(이하 "위원회"라 한다)를 둔다.

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

③ 위원은 다음 각 호의 자 중에서 보건복지부장관이 위촉하거나 임명한다. 다만, 위원장은 제 1 호 또는 제 2 호의 자 중에서 임명한다.

1. 제 28 조제 1 항에 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 5 년 이상 종사한 경력이 있는 자
5. 보건의료정책 관련 업무를 담당하고 있는 보건복지부 소속 5 급 이상의 공무원

④ 위원장과 위원의 임기는 3 년으로 하되, 연임할 수 있다. 다만, 제 3 항제 5 호에 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.

■ 의료법 시행규칙

제 24 조(가정간호)

① 법 제 33 조제 1 항제 4 호에 따라 의료기관이 실시하는 가정간호의 범위는 다음 각 호와 같다.

1. 간호
2. 검체의 채취(보건복지부장관이 정하는 현장검사를 포함한다. 이하 같다) 및 운반
3. 투약
4. 주사
5. 응급처치 등에 대한 교육 및 훈련
6. 상담
7. 다른 보건의료기관 등에 대한 건강관리에 관한 의뢰

② 가정간호를 실시하는 간호사는 「전문간호사 자격인정 등에 관한 규칙」에 따른 가정전문간호사여야 한다. 다만, 「의료법」 제 3 조제 2 항제 1 호에 따른 의원급 의료기관 또는 같은 항 제 3 호에 따른 병원급 의료기관(종합병원은 제외한다)의 경우에는 가정간호에 관한 교육을 이수하는 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 요건을 갖춘 간호사도 가정간호를 실시할 수 있다.

③ 가정간호는 의사나 한의사가 의료기관 외의 장소에서 계속적인 치료와 관리가 필요하다고 판단하여 제 2 항 본문에 따른 가정전문간호사 또는 같은 항 단서에 따른 간호사(이하 “가정전문간호사등”이라 한다)에게 치료나 관리를 의뢰한 사람에 대해서만 실시해야 한다.
④ 가정전문간호사등은 가정간호 중 검체의 채취 및 운반, 투약, 주사 또는 치료적 의료행위인 간호를 하는 경우에는 의사나 한의사의 진단과 처방에 따라야 한다. 이 경우 의사 및 한의사 처방의 유효기간은 처방일부터 90 일까지로 한다.
⑤ 가정간호를 실시하는 의료기관의 장은 가정전문간호사등을 2 명 이상 두어야 한다. 다만, 「의료법」 제 3 조제 2 항제 3 호바목에 따른 종합병원의 경우에는 제 2 항 본문에 따른 가정전문간호사를 2 명 이상 두어야 한다.
⑥ 가정간호를 실시하는 의료기관의 장은 가정간호에 관한 기록을 5 년간 보존하여야 한다.
⑦ 이 규칙에서 정한 것 외에 가정간호의 질 관리 등 가정간호의 실시에 필요한 사항은 보건복지부장관이 따로 정한다.

제 34 조(의료기관의 시설기준 및 규격)
법 제 36 조제 1 호 및 제 14 호에 따른 의료기관의 종류별 시설기준은 별표 3 과 같고, 그 시설규격은 별표 4 와 같다.

[별표 3]
의료기관의 종류별 시설기준

시설	종합병원 병원 요양병원	치과병원	한방병원	의원	치과의원	한의원	조산원
…							
2. 중환자실	1 (병상이 300 개 이상인 종합병원만 해당한다)						
…							

[별표 4]
의료기관의 시설규격
(생략)
2. 중환자실
가. 병상이 300 개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100 분의 5 이상을 중환자실 병상으로 만들어야 한다.
나. 중환자실은 출입을 통제할 수 있는 별도의 단위로 독립되어야 하며, 무정전(無停電) 시스템을 갖추어야 한다.
다. 중환자실의 의사당직실은 중환자실 내 또는 중환자실과 가까운 곳에 있어야 한다.
라. 병상 1 개당 면적은 15 제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하 "신생아중환자실"이라 한다)의 병상 1 개당 면적은 5 제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 "병상 1 개당 면적"은 중환자실 내 간호사실, 당직실, 청소실, 기기창고, 청결실, 오물실, 린넨보관실을 제외한 환자 점유 공간[중환자실 내에 있는 간호사 스테이션(station)과 복도는 병상 면적에 포함한다]을 병상 수로 나눈 면적을 말한다.
마. 병상마다 중앙공급식 의료가스시설, 심전도모니터, 맥박산소계측기, 지속적수액주입기를 갖추고, 병상 수의 10 퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압모니터, 병상 수의 30 퍼센트 이상 개수의 인공호흡기, 병상 수의 70 퍼센트 이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.
바. 중환자실 1 개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료기를 갖추어야 한다.

사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.
아. 전담간호사를 두되, 간호사 1 명당 연평균 1 일 입원환자수는 1.2 명(신생아 중환자실의 경우에는 1.5 명)을 초과하여서는 아니 된다.
자. 중환자실에 설치하는 병상은 벽으로부터 최소 1.2 미터 이상, 다른 병상으로부터 최소 2 미터 이상 이격하여 설치하여야 한다.
차. 중환자실에는 병상 3 개당 1 개 이상의 손씻기 시설을 설치하여야 한다.
카. 중환자실에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 병상 10 개당 1 개 이상의 격리병실 또는 음압격리병실을 설치하여야 한다. 이 경우 음압격리병실은 최소 1 개 이상 설치하여야 한다.

(이하 생략)

■ 자본시장과 금융투자업에 관한 법률

제 88 조(자산운용보고서의 교부)

① 집합투자업자는 자산운용보고서를 작성하여 해당 집합투자재산을 보관·관리하는 신탁업자의 확인을 받아 3 개월마다 1 회 이상 해당 집합투자기구의 투자자에게 교부하여야 한다. 다만, 투자자가 수시로 변동되는 등 투자자의 이익을 해할 우려가 없는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우에는 자산운용보고서를 투자자에게 교부하지 아니할 수 있다.

② 집합투자업자는 제 1 항에 따른 자산운용보고서에 다음 각 호의 사항을 기재하여야 한다.

1. 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 날(이하 이 조에서 "기준일"이라 한다) 현재의 해당 집합투자기구의 자산·부채 및 집합투자증권의 기준가격
   가. 회계기간의 개시일부터 3 개월이 종료되는 날
   나. 회계기간의 말일
   다. 계약기간의 종료일 또는 존속기간의 만료일
   라. 해지일 또는 해산일
2. 직전의 기준일(직전의 기준일이 없는 경우에는 해당 집합투자기구의 최초 설정일 또는 성립일을 말한다)부터 해당 기준일까지의 기간(이하 이 조에서 "해당 운용기간"이라 한다) 중 운용경과의 개요 및 해당 운용기간 중의 손익사항
3. 기준일 현재 집합투자재산에 속하는 자산의 종류별 평가액과 집합투자재산 총액에 대한 각각의 비율
4. 해당 운용기간 중 매매한 주식의 총수, 매매금액 및 대통령령으로 정하는 매매회전율
5. 그 밖에 대통령령으로 정하는 사항

③ 제 1 항에 따른 자산운용보고서의 교부시기 및 방법, 비용부담 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제 188 조(신탁계약의 체결 등)

① 투자신탁을 설정하고자 하는 집합투자업자는 다음 각 호의 사항이 기재된 신탁계약서에 의하여 신탁업자와 신탁계약을 체결하여야 한다.

1. 집합투자업자 및 신탁업자의 상호
2. 신탁원본의 가액 및 제 189 조제 1 항 및 제 3 항에 따라 발행하는 투자신탁의 수익권(이하 "수익증권"이라 한다)의 총좌수에 관한 사항
3. 투자신탁재산의 운용 및 관리에 관한 사항
4. 이익분배 및 환매에 관한 사항
5. 집합투자업자·신탁업자 등이 받는 보수, 그 밖의 수수료의 계산방법과 지급시기·방법에 관한 사항. 다만, 집합투자업자가 기준가격 산정업무를 위탁하는 경우에는 그 수수료는 해당 투자신탁재산에서 부담한다는 내용을 포함하여야 한다.
6. 수익자총회에 관한 사항

7. 공시 및 보고서에 관한 사항
8. 그 밖에 수익자 보호를 위하여 필요한 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항
(이하 생략)

■ 자본시장과 금융투자업에 관한 법률 시행령

제 93 조(수시공시의 방법 등)
① (생략)
② 법 제 89 조제 1 항제 3 호에서 "대통령령으로 정하는 부실자산"이란 발행인의 부도, 「채무자 회생 및 파산에 관한 법률」에 따른 회생절차개시의 신청 등의 사유로 인하여 금융위원회가 부실자산으로 정하여 고시하는 자산을 말한다.
(이하 생략)

제 265 조(회계감사인의 선임 등)
①~⑥ (생략)
⑦ 회계감사에 따른 비용은 그 회계감사의 대상인 집합투자기구가 부담한다.

■ 장애인복지법

제 32 조(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 제 2 조에 따른 기준에 맞으면 장애인등록증(이하 "등록증"이라 한다)을 내주어야 한다.
(이하 생략)

■ 전자서명법

제 2 조(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.

■ 조세특례제한법

제86조의4(연금계좌세액공제 등)

종합소득이 있으며, 해당 과세기간에 「소득세법」 제14조제3항제6호에 따른 소득의 합계액이 2천만원을 초과하지 않는 50세 이상인 거주자는 2022년 12월 31일까지 「소득세법」 제59조의3을 적용하는 경우 같은 조 제1항 단서에도 불구하고 연금계좌 중 연금저축계좌에 납입한 금액이 연 600만원을 초과하는 경우에는 그 초과하는 금액은 없는 것으로 하고, 연금저축계좌에 납입한 금액 중 600만원 이내의 금액과 퇴직연금계좌에 납입한 금액을 합한 금액이 연 900만원을 초과하는 경우에는 그 초과하는 금액은 없는 것으로 하되, 해당 과세기간에 종합소득과세표준을 계산할 때 합산하는 종합소득금액이 1억원 초과(근로소득만 있는 경우에는 총급여액 1억2천만원 초과)인 거주자에 대해서는 연금계좌 중 연금저축계좌에 납입한 금액이 연 300만원을 초과하는 경우에는 그 초과하는 금액은 없는 것으로 하고, 연금저축계좌에 납입한 금액 중 300만원 이내의 금액과 퇴직연금계좌에 납입한 금액을 합한 금액이 연 700만원을 초과하는 경우에는 그 초과하는 금액은 없는 것으로 한다.

제 88 조의 2(비과세종합저축에 대한 과세특례)

① 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 거주자가 1 명당 저축원금이 5 천만원(제 89 조에 따른 세금우대종합저축에 가입한 거주자로서 세금우대종합저축을 해지 또는 해약하지 아니한 자의 경우에는 5 천만원에서 해당 거주자가 가입한 세금우대종합저축의 계약금액 총액을 뺀 금액으로 한다) 이하인 대통령령으로 정하는 저축(이하 이 조에서 "비과세종합저축"이라 한다)에 2025 년 12 월 31 일까지 가입하는 경우 해당 저축에서 발생하는 이자소득 및 배당소득에 대해서는 소득세를 부과하지 아니한다.

1. 65 세 이상인 거주자
2. 「장애인복지법」 제 32 조에 따라 등록한 장애인
3. 「독립유공자 예우에 관한 법률」 제 6 조에 따라 등록한 독립유공자와 그 유족 또는 가족
4. 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 제 6 조에 따라 등록한 상이자(傷痍者)
5. 「국민기초생활보장법」 제 2 조제 2 호에 따른 수급자
6. 「고엽제후유의증 등 환자지원 및 단체설립에 관한 법률」 제 2 조제 3 호에 따른 고엽제후유의증환자
7. 「5 · 18 민주유공자예우 및 단체설립에 관한 법률」 제 4 조제 2 호에 따른 5 · 18 민주화운동부상자

② 삭제

③ 비과세종합저축의 가입절차, 가입대상의 확인, 계약금액 총액의 계산방법, 운용 · 관리 방법과 그 밖에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

■ 지역보건법

제 10 조(보건소의 설치)

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

② 동일한 시 · 군 · 구에 2 개 이상의 보건소가 설치되어 있는 경우 해당 지방자치단체의 조례로 정하는 바에 따라 업무를 총괄하는 보건소를 지정하여 운영할 수 있다.

제 12 조(보건의료원)

보건소 중 「의료법」 제 3 조제 2 항제 3 호가목에 따른 병원의 요건을 갖춘 보건소는 보건의료원이라는 명칭을 사용할 수 있다.

제 13 조(보건지소의 설치)

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

■ 초 · 중등교육법

제 2 조(학교의 종류)

초 · 중등교육을 실시하기 위하여 다음 각 호의 학교를 둔다.

1. 초등학교
2. 중학교 · 고등공민학교
3. 고등학교 · 고등기술학교
4. 특수학교
5. 각종학교

■ 폭력행위 등 처벌에 관한 법률

제 2 조(폭행 등)

① 삭제

② 2 명 이상이 공동하여 다음 각 호의 죄를 범한 사람은 「형법」 각 해당 조항에서 정한 형의 2 분의 1 까지 가중한다.

1. 「형법」 제 260 조제 1 항(폭행), 제 283 조제 1 항(협박), 제 319 조(주거침입, 퇴거불응) 또는 제 366 조(재물손괴 등)의 죄
2. 「형법」 제 260 조제 2 항(존속폭행), 제 276 조제 1 항(체포, 감금), 제 283 조제 2 항(존속협박) 또는 제 324 조제 1 항(강요)의 죄
3. 「형법」 제 257 조제 1 항(상해) · 제 2 항(존속상해), 제 276 조제 2 항(존속체포, 존속감금) 또는 제 350 조(공갈)의 죄

③ 이 법(「형법」 각 해당 조항 및 각 해당 조항의 상습범, 특수범, 상습특수범, 각 해당 조항의 상습범의 미수범, 특수범의 미수범, 상습특수범의 미수범을 포함한다)을 위반하여 2 회 이상 징역형을 받은 사람이 다시 제 2 항 각 호에 규정된 죄를 범하여 누범(累犯)으로 처벌할 경우에는 다음 각 호의 구분에 따라 가중처벌한다.

1. 제 2 항제 1 호에 규정된 죄를 범한 사람: 7 년 이하의 징역
2. 제 2 항제 2 호에 규정된 죄를 범한 사람: 1 년 이상 12 년 이하의 징역
3. 제 2 항제 3 호에 규정된 죄를 범한 사람: 2 년 이상 20 년 이하의 징역

④ 제 2 항과 제 3 항의 경우에는 「형법」 제 260 조제 3 항 및 제 283 조제 3 항을 적용하지 아니한다.

제 3 조(집단적 폭행 등)

① 삭제

② 삭제

③ 삭제

④ 이 법(「형법」 각 해당 조항 및 각 해당 조항의 상습범, 특수범, 상습특수범, 각 해당 조항의 상습범의 미수범, 특수범의 미수범, 상습특수범의 미수범을 포함한다)을 위반하여 2 회 이상 징역형을 받은 사람이 다시 다음 각 호의 죄를 범하여 누범으로 처벌할 경우에는 다음 각 호의 구분에 따라 가중처벌한다.

1. 「형법」 제 261 조(특수폭행)(제 260 조제 1 항의 죄를 범한 경우에 한정한다), 제 284 조(특수협박)(제 283 조제 1 항의 죄를 범한 경우에 한정한다), 제 320 조(특수주거침입) 또는 제 369 조제 1 항(특수손괴)의 죄: 1 년 이상 12 년 이하의 징역
2. 「형법」 제 261 조(특수폭행)(제 260 조제 2 항의 죄를 범한 경우에 한정한다), 제 278 조(특수체포, 특수감금)(제 276 조제 1 항의 죄를 범한 경우에 한정한다), 제 284 조(특수협박)(제 283 조제 2 항의 죄를 범한 경우에 한정한다) 또는 제 324 조제 2 항(강요)의 죄: 2 년 이상 20 년 이하의 징역
3. 「형법」 제 258 조의 2 제 1 항(특수상해), 제 278 조(특수체포, 특수감금)(제 276 조제 2 항의 죄를 범한 경우에 한정한다) 또는 제 350 조의 2(특수공갈)의 죄: 3 년 이상 25 년 이하의 징역

■ 형법

제 250 조(살인, 존속살해)
① 사람을 살해한 자는 사형, 무기 또는 5 년 이상의 징역에 처한다.
② 자기 또는 배우자의 직계존속을 살해한 자는 사형, 무기 또는 7 년 이상의 징역에 처한다.

제 251 조(영아살해)
삭제

제 252 조(촉탁, 승낙에 의한 살인 등)
① 사람의 촉탁이나 승낙을 받아 그를 살해한 자는 1 년 이상 10 년 이하의 징역에 처한다.
② 사람을 교사하거나 방조하여 자살하게 한 자도 제 1 항의 형에 처한다.

제 253 조(위계 등에 의한 촉탁살인 등)
전조의 경우에 위계 또는 위력으로써 촉탁 또는 승낙하게 하거나 자살을 결의하게 한 때에는 제 250 조의 예에 의한다.

(중략)

제 257 조(상해, 존속상해)
① 사람의 신체를 상해한 자는 7 년 이하의 징역, 10 년 이하의 자격정지 또는 1 천만원 이하의 벌금에 처한다.
② 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 제 1 항의 죄를 범한 때에는 10 년 이하의 징역 또는 1 천 500 만원 이하의 벌금에 처한다.
③ 전 2 항의 미수범은 처벌한다.

제 258 조(중상해, 존속중상해)
① 사람의 신체를 상해하여 생명에 대한 위험을 발생하게 한 자는 1 년 이상 10 년 이하의 징역에 처한다.
② 신체의 상해로 인하여 불구 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 한 자도 전항의 형과 같다.
③ 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 전 2 항의 죄를 범한 때에는 2 년 이상 15 년 이하의 징역에 처한다.

(중략)

제 259 조(상해치사)
① 사람의 신체를 상해하여 사망에 이르게 한 자는 3 년 이상의 유기징역에 처한다.
② 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 전항의 죄를 범한 때에는 무기 또는 5 년 이상의 징역에 처한다.

제 260 조(폭행, 존속폭행)
① 사람의 신체에 대하여 폭행을 가한 자는 2 년 이하의 징역, 500 만원 이하의 벌금, 구류 또는 과료에 처한다.
② 자기 또는 배우자의 직계존속에 대하여 제 1 항의 죄를 범한 때에는 5 년 이하의 징역 또는 700 만원 이하의 벌금에 처한다.
③ 제 1 항 및 제 2 항의 죄는 피해자의 명시한 의사에 반하여 공소를 제기할 수 없다.

제 261 조(특수폭행)
단체 또는 다중의 위력을 보이거나 위험한 물건을 휴대하여 제 260 조제 1 항 또는 제 2 항의 죄를 범한 때에는 5 년 이하의 징역 또는 1 천만원 이하의 벌금에 처한다.

제 262 조(폭행치사상)
제 260 조와 제 261 조의 죄를 지어 사람을 사망이나 상해에 이르게 한 경우에는 제 257 조부터 제 259 조까지의 예에 따른다.

(중략)

제 287 조(미성년자의 약취, 유인)
미성년자를 약취 또는 유인한 사람은 10 년 이하의 징역에 처한다.

제 288 조(추행 등 목적 약취, 유인 등)
① 추행, 간음, 결혼 또는 영리의 목적으로 사람을 약취 또는 유인한 사람은 1 년 이상 10 년 이하의 징역에 처한다.
② 노동력 착취, 성매매와 성적 착취, 장기적출을 목적으로 사람을 약취 또는 유인한 사람은 2 년 이상 15 년 이하의 징역에 처한다.
③ 국외에 이송할 목적으로 사람을 약취 또는 유인하거나 약취 또는 유인된 사람을 국외에 이송한 사람도 제 2 항과 동일한 형으로 처벌한다.

제 289 조(인신매매)
① 사람을 매매한 사람은 7 년 이하의 징역에 처한다.
② 추행, 간음, 결혼 또는 영리의 목적으로 사람을 매매한 사람은 1 년 이상 10 년 이하의 징역에 처한다.
③ 노동력 착취, 성매매와 성적 착취, 장기적출을 목적으로 사람을 매매한 사람은 2 년 이상 15 년 이하의 징역에 처한다.
④ 국외에 이송할 목적으로 사람을 매매하거나 매매된 사람을 국외로 이송한 사람도 제 3 항과 동일한 형으로 처벌한다.

제 290 조(약취, 유인, 매매, 이송 등 상해 · 치상)
① 제 287 조부터 제 289 조까지의 죄를 범하여 약취, 유인, 매매 또는 이송된 사람을 상해한 때에는 3 년 이상 25 년 이하의 징역에 처한다.
② 제 287 조부터 제 289 조까지의 죄를 범하여 약취, 유인, 매매 또는 이송된 사람을 상해에 이르게 한 때에는 2 년 이상 20 년 이하의 징역에 처한다.

제 291 조(약취, 유인, 매매, 이송 등 살인 · 치사)

① 제 287 조부터 제 289 조까지의 죄를 범하여 약취, 유인, 매매 또는 이송된 사람을 살해한 때에는 사형, 무기 또는 7 년 이상의 징역에 처한다.

② 제 287 조부터 제 289 조까지의 죄를 범하여 약취, 유인, 매매 또는 이송된 사람을 사망에 이르게 한 때에는 무기 또는 5 년 이상의 징역에 처한다.

제 292 조(약취, 유인, 매매, 이송된 사람의 수수 · 은닉 등)

① 제 287 조부터 제 289 조까지의 죄로 약취, 유인, 매매 또는 이송된 사람을 수수(授受) 또는 은닉한 사람은 7 년 이하의 징역에 처한다.

② 제 287 조부터 제 289 조까지의 죄를 범할 목적으로 사람을 모집, 운송, 전달한 사람도 제 1 항과 동일한 형으로 처벌한다.

(중략)

제 297 조(강간)

폭행 또는 협박으로 사람을 강간한 자는 3 년 이상의 유기징역에 처한다.

제 297 조의 2(유사강간)

폭행 또는 협박으로 사람에 대하여 구강, 항문 등 신체(성기는 제외한다)의 내부에 성기를 넣거나 성기, 항문에 손가락 등 신체(성기는 제외한다)의 일부 또는 도구를 넣는 행위를 한 사람은 2 년 이상의 유기징역에 처한다.

(중략)

제 299 조(준강간, 준강제추행)

사람의 심신상실 또는 항거불능의 상태를 이용하여 간음 또는 추행을 한 자는 제 297 조, 제 297 조의 2 및 제 298 조의 예에 의한다.

(중략)

제 333 조(강도)

폭행 또는 협박으로 타인의 재물을 강취하거나 기타 재산상의 이익을 취득하거나 제삼자로 하여금 이를 취득하게 한 자는 3 년 이상의 유기징역에 처한다.

제 334 조(특수강도)

① 야간에 사람의 주거, 관리하는 건조물, 선박이나 항공기 또는 점유하는 방실에 침입하여 제 333 조의 죄를 범한 자는 무기 또는 5 년 이상의 징역에 처한다.

② 흉기를 휴대하거나 2 인 이상이 합동하여 전조의 죄를 범한 자도 전항의 형과 같다.

제 335 조(준강도)

절도가 재물의 탈환에 항거하거나 체포를 면탈하거나 범죄의 흔적을 인멸할 목적으로 폭행 또는 협박한 때에는 제 333 조 및 제 334 조의 예에 따른다.

제 336 조(인질강도)

사람을 체포 · 감금 · 약취 또는 유인하여 이를 인질로 삼아 재물 또는 재산상의 이익을 취득하거나 제 3 자로 하여금 이를 취득하게 한 자는 3 년 이상의 유기징역에 처한다.

(이하 생략)

■ 호스피스 · 완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률

제 2 조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. (생략)
2. (생략)
3. "말기환자(末期患者)"란 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 보건복지부령으로 정하는 절차와 기준에 따라 담당의사와 해당 분야의 전문의 1 명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다.

가.~마. (삭제)

4. "연명의료"란 임종과정에 있는 환자에게 하는 심폐소생술, 혈액 투석, 항암제 투여, 인공호흡기 착용 및 그 밖에 대통령령으로 정하는 의학적 시술로서 치료효과 없이 임종과정의 기간만을 연장하는 것을 말한다.
5. "연명의료중단등결정"이란 임종과정에 있는 환자에 대한 연명의료를 시행하지 아니하거나 중단하기로 하는 결정을 말한다.

(이하 생략)

■ 5·18 민주유공자예우 및 단체설립에 관한 법률

제 4 조(적용 대상자)

다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자로서 제 7 조에 따라 등록이 된 자(이하 "5 · 18 민주유공자"라 한다)와 그 유족 또는 가족은 이 법에 따른 예우를 받는다.

1. 5 · 18 민주화운동사망자 또는 행방불명자: 5 · 18 민주화운동과 관련하여 사망하거나 행방불명된 사람 또는 5 · 18 민주화운동으로 인한 상이(질병을 포함한다. 이하 같다)의 후유증으로 사망한 사람으로서, 「5 · 18 민주화운동 관련자 보상 등에 관한 법률」에 따라 보상을 받은 사람
2. 5 · 18 민주화운동부상자: 5 · 18 민주화운동과 관련하여 상이를 입은 사람으로서, 「5 · 18 민주화운동 관련자 보상 등에 관한 법률」 제 5 조제 5 항에 따른 장해등급(이하 "장해등급"이라 한다)의 판정을 받고 보상을 받은 사람
3. 그 밖의 5 · 18 민주화운동희생자: 5 · 18 민주화운동과 관련하여 「5 · 18 민주화운동 관련자 보상 등에 관한 법률」 제 22 조에 따라 지원을 받은 사람