

신한 해외여행 실손의료보험

2026년 6월부터 적용



이 보험약관은 금융소비자보호법 및 소비자보호 내부통제기준에 따른 절차를 거쳐 제공됩니다.

[목차]

보통약관

제1관 일반사항 및 용어의 정의

제1조(보장종목)

제2조(용어의 정의)

제2관 회사가 보상하는 사항

제3조(보장종목별 보상내용)

제3관 회사가 보상하지 않는 사항

제4조(보상하지 않는 사항)

제4조2(특별약관에서 보상하는 사항)

제4관 보험금의 지급

제5조(보험가입금액 한도 등)

제5조2(보험가입금액 한도 등에 대한 설명 의무)

제6조(보험금 지급사유의 통지)

제7조(보험금의 청구)

제8조(보험금의 지급절차)

제9조(보험금을 받는 방법의 변경)

제10조(주소변경의 통지)

제11조(대표자의 지정)

제5관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제12조(계약 전 알릴 의무)

제13조(상해보험계약 후 알릴 의무)

제14조(알릴 의무 위반의 효과)

제15조(사기에 의한 계약)

제6관 보험계약의 성립과 유지

제16조(보험계약의 성립)

제17조(청약의 철회)

제18조(약관 교부 및 설명 의무 등)

제19조(계약의 무효)

제20조(계약내용의 변경 등)

제21조(보험나이 등)

제22조(계약의 소멸)

제23조(재가입)

제7관 보험료의 납입

제24조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

제25조(제2회 이후 보험료의 납입)

제26조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]

제27조[보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)]

제28조[강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복)]

제8관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제29조(계약자의 임의해지)

제29조의2(위법계약의 해지)

제30조(중대사유로 인한 해지)

제31조(회사의 파산선고와 해지)

제32조(보험료의 환급)

제9관 다수보험의 처리 등

제33조(다수보험의 처리)

제34조(연대책임)

제10관 분쟁의 조정 등

제35조(분쟁의 조정)

제36조(관할법원)

제37조(소멸시효)

제38조(약관의 해석)

제39조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)

제40조(회사의 손해배상책임)

제41조(개인정보보호)

제42조(준거법)

제43조(예금보험에 의한 지급보장)

<붙임1> 용어의 정의

<붙임2> 국내 의료기관 의료비 중 보상하는 상해의료비

<붙임3> 국내 의료기관 의료비 중 보상하는 질병의료비

<붙임4> 국내 의료기관 의료비 중 보상하지 않는 상해의료비

<붙임5> 국내 의료기관 의료비 중 보상하지 않는 질병의료비

해외여행 실손의료보험 특별약관1(중증 비급여 해외여행 실손의료비)

해외여행 실손의료보험 특별약관2(비중증 비급여 해외여행 실손의료비)

국민건강보험 미가입자 특별약관

피보험자 확장담보 특별약관

단체계약 특별약관

단체계약 보험료 정산 추가특별약관

포괄계약 추가특별약관

단체 포괄계약 추가특별약관

단체취급 특별약관

단체취급 보험료정산 추가특별약관

상품다수구매자 특별약관

상품다수구매자보험료정산 추가특별약관

지정대리청구서비스 특별약관

환율 특별약관

장애인전용보험전환 특별약관

[별표1] 해외여행통지

[붙임1] 용어의 정의

[붙임2] 국내 의료기관 의료비 중 보상하는 상해의료비

[붙임3] 국내 의료기관 의료비 중 보상하는 질병의료비

[붙임4] 국내 의료기관 의료비 중 보상하지 않는 상해의료비

[붙임5] 국내 의료기관 의료비 중 보상하지 않는 질병의료비

[부표] 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

약관에서 인용된 법·규정

1. 보험계약 관련 유의사항

○ 보험계약전 알릴의무 위반

- 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인은 청약할 때 청약서(질문서를 포함합니다)에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 회사에 알려야 합니다. 그렇지 않은 경우 보험금 지급이 거절되거나 보험계약이 해지될 수 있습니다.
- 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 판매자의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약전 알릴의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하셔야 합니다.

○ 상해 및 질병 관련 보장

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

○ 재물 및 배상책임 관련 보장

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

2. 보험금 지급관련 유의할 사항

○ 다수계약의 비례보상에 관한 사항

- 실제 발생한 손해를 보상하는 담보에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약 포함)이 있을 경우에는 약관에서 정한 비율에 따라 보험금을 계산하여 지급합니다.

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

1. 자필서명

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

2. 청약철회

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

3. 계약취소

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

4. 계약의 무효

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

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

5. 계약 전·후 알릴 의무

1) 계약 전 알릴 의무: 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인은 청약할 때 청약서의 질문사항에 사실대로 기재하고 자필서명(날인(도장을 찍음) 및 전자서명 포함)을 하셔야 합니다.

(단, 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에는 음성녹음으로 대체합니다.)

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

3) 알릴 의무 위반의 효과

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

6. 보험금의 지급

보험금 청구서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 그 서류를 접수한 날부터 신체손해에 관한 보험금은 3영업일, 재물손해, 배상책임손해에 대한 보험금은 그 서류를 접수받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 지급하여 드립니다.

다만, 회사가 보험금 지급사유를 조사 및 확인하기 위해 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지합니다.

회사가 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 소정의 이자를 보험금에 더하여 지급합니다.

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

보험용어 해설

보험용어	용어해설
보험약관	보험계약에 관하여 보험계약자와 보험회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것
보험증권	보험계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 보험회사가 보험계약자에게 드리는 증서
계약자	회사와 계약을 체결하고 보험료 납부의무를 지는 사람
피보험자	보험사고의 대상이 되는 사람
보험수익자	보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람
보험가입금액	회사와 계약자간에 약정한 금액으로 보험사고가 발생할 때 회사가 지급할 최대 보험금
보험가액	재산보험에 있어 피보험이익을 금전으로 평가한 금액으로 보험목적에 발생할 수 있는 최대 손해액 (회사가 실제 지급하는 보험금은 보험가액을 초과할 수 없음)
자기부담금	보험사고로 인하여 발생한 손해에 대하여 계약자 또는 피보험자가 부담하는 일정 금액
보험기간	회사의 책임이 시작되어 끝날 때까지의 기간으로 보험증권에 기재된 기간
영업일	회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일과 노동절의 날은 제외

주) 이외 보험용어에 대한 해설은 각 조항별 용어풀이를 참고하시기 바랍니다.

금융서비스의 이용

고객의 개인신용정보는 고객이 동의한 이용목적만으로 사용되며, 보험관련 금융서비스는 제휴회사 등에 대한 정보의 제공·활용 동의여부와 관계없이 이용하실 수 있습니다. 다만, 제3자에 대한 정보의 제공·활용에 동의하지 않으시는 경우에는 제휴·부가서비스, 신상품서비스 등은 제공받지 못할 수도 있습니다.

고객 신용정보의 제공·활용 중단 신청

가. 고객은 가입신청 시 동의한 본인정보의 제3자에 대한 제공 또는 당사의 보험·금융상품(서비스) 소개 등 영업목적 사용에 대하여 전체 또는 사안별로 제공·활용을 중단 시킬 수 있습니다. 다만, 신용정보 인프라를 해하거나, 신용정보 집중기관, 신용정보업자, 업무위탁회사 등에 대한 정보를 제한함으로써 금융회사의 업무 효율성을 저해할 우려가 있는 경우의 동의철회는 제한됩니다.

본인정보의 활용 제한중단을 원하시는 고객은 아래의 연락처로 신청하여 주시기 바랍니다.

- 전화번호 : 1544-2580
- 홈페이지 : <http://www.shinhanez.co.kr>
- 서면접수 : 본사(서울 중구 남대문로 113 동부다동빌딩 4,5층)
※ 단, 신규거래 고객은 계약을 체결한 날로부터 3개월간은 신청할 수 없습니다.

나. 위의 신청과 관련한 불편과 애로가 있으신 경우에는 당사의 신용정보관리보호인 또는 손해보험협회 및 금융감독원 정보보호담당자 앞으로 연락하여 주시기 바랍니다.

당사 고객정보 관리·보호 고충처리자	☎ 1544-2580 서울 중구 남대문로 113 동부다동빌딩 4,5층
협회 개인신용정보 보호담당자	☎ 02-3702-8500 서울특별시 종로구 종로5길 68
금융감독원 개인신용정보 보호담당자	☎ (국번없이)1332 서울특별시 영등포구 여의대로 38

보통약관

※ 약관에서 인용된 법·규정은 「별표 및 참고」의 「약관에서 인용된 법·규정」에서 확인할 수 있습니다.

제1관 일반사항 및 용어의 정의

제1조(보장종목)

회사는 기본형 해외여행 실손의료보험 상품을 상해의료비형, 질병의료비형 등 2가지 이내의 보장종목으로 구성하며, 계약자는 이들 2개 보장종목 중 한 가지 이상을 선택하여 가입할 수 있습니다. 또한, 세부구성항목의 해외 및 국내(급여) 의료비도 선택하여 가입할 수 있습니다.

보장종목	세부항목	보상하는 내용
상해 의료비	해외	피보험자가 해외여행 중에 입은 상해로 인하여 해외의료기관 ^{주1)} 에서 의료비가 발생한 경우에 보상
	국내(급여)	피보험자가 해외여행 중에 입은 상해로 인하여 국내의 의료기관에 입원 또는 통원하여 급여 ^{주2)} 치료를 받거나 급여 처방조제를 받은 경우에 보상
질병 의료비	해외	피보험자가 해외여행 중에 입은 질병으로 인하여 해외의료기관에서 의료비가 발생한 경우에 보상
	국내(급여)	피보험자가 해외여행 중에 입은 질병으로 인하여 국내의 의료기관에 입원 또는 통원하여 급여 치료를 받거나 급여 처방조제를 받은 경우에 보상

주1) 해외의료기관은 해외소재 의료기관을 말하며, 해외소재약국을 포함합니다. 이하 동일합니다.

주2) 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여

제2조(용어의 정의)

이 약관에서 사용하는 용어의 뜻은 <붙임1>과 같습니다.

제2관 회사가 보상하는 사항

제3조(보장종목별 보상내용)

회사가 이 계약의 보험기간 중 보장종목별로 각각 보상하는 내용은 다음과 같습니다.

보장종목	세부구성항목	보상하는 사항
(1) 상해 의료비	해외	① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 해외여행 중에 상해를 입고, 이로 인해 해외 의료기관에서 의사(치료받는 국가의 법에서 정한 병원 및 의사의 자격을 가진 자에 한함)의 치료를 받은 때에는 보험가입금액을 한도로 피보험자가 실제 부담한 의료비 전액을 보상합니다. ② 제1항에도 불구하고 척추지압술(Chiropractic, 추나요법 등)이나 침술(부항, 뜸 포함) 치료로 인한 의료비는 치료받는 국가의 법에서 정한 병원 및 의사의 면허를 가진 자에 의하여 치료를 받은 경우에 한하며, 하나의 상해에 대하여 US \$ 1,000.00 한도로 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 해외여행 중에 피보험자가 입은 상해로 인해 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 경우에는 보험기간 종료일부터 180일까지(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상합니다.
	국내(급여)	① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 해외여행 중에 상해를 입고, 이로 인해 국내 의료기관·약국에서 치료를 받은 때에는 <붙임2>에 따라 보상합니다. 다만, 보험기간이 1년 미만인 경우에는 해외여행 중에 피보험자가 입은 상해로 보험기간 종료후 30일(보험기간 종료일은 제외합니다) 이내에 의사의 치료를 받기 시작했을 때에는 의사의 치료를 받기 시작한 날부터 180일(통원은 180일 동안 90회)까지만(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상합니다.
(2) 질병 의료비	해외	① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 해외여행 중에 질병으로 인하여 해외의료 기관에서 의사(치료받는 국가의 법에서 정한 병원 및 의사의 자격을 가진 자에 한함)의 치료를 받은 때에는 보험가입금액을 한도로 피보험자가 실제 부담한 의료비 전액을 보상합니다. ② 제1항에도 불구하고 척추지압술(Chiropractic, 추나요법 등)이나 침술(부항, 뜸 포함) 치료로 인한 의료비는 치료받는 국가의 법에서 정한 병원 및 의사의 면허를 가진 자에 의하여 치료를 받은 경우에 한하며, 하나의 질병에 대하여 US \$ 1,000.00 한도로 보상합니다. ③ 해외여행 중에 피보험자가 제1항의 질병으로 인해 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 경우에는 보험기간 종료일부터 180일까지(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상합니다.

보장종목	세부구성항목	보상하는 사항
	국내(급여)	① 회사는 피보험자가 보험증권에 기재된 해외여행 중에 발생한 질병으로 인해 국내의료기관·약국에서 치료를 받은 때에는 <붙임3>에 따라 보상합니다. 다만, 보험기간이 1년 미만인 경우에는 해외여행 중에 질병을 원인으로 하여 보험기간 종료후 30일(보험기간 종료일은 제외합니다) 이내에 의사의 치료를 받기 시작했을 때에는 의사의 치료를 받기 시작한 날부터 180일(통원은 180일 동안 90회)까지만(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상합니다.

제3관 회사가 보상하지 않는 사항

제4조(보상하지 않는 사항)

회사가 보상하지 않는 사항은 보장종목별로 다음과 같습니다.

보장종목	세부구성항목	보상하지 않는 내용
(1) 상해 의료비	해외	① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 의료비는 보상하지 않습니다. 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다. 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다. 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우 4. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 치료한 경우 다만 회사가 보상하는 상해로 인한 경우에는 보상합니다. 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인한 경우 6. 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자 본인이 자의적으로 입원하여 발생한 입원의료비 7. 피보험자가 정당한 이유 없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 통원의료비 ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동 목적으로 한 다음의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 생긴 상해에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전 훈련이 필요한 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 행사(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 보상합니다) 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안 ③ 회사는 아래의 의료비에 대하여는 보상하지 않습니다. 1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 추가 의료비용은 보상합니다), 예방접종, 인공유산에 든 비용. 다만, 회사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다. 2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진, 의약외품과 관련하여 소요된 비용. 다만, 회사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다. 3. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 보상합니다.

보장종목	세부항목	보상하지 않는 내용
(1) 상해 의료비	해외	4. 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보장합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보장합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등 나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술 다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다) 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술 마. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여대상에 해당하는 치료 5. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비
	국내(급여)	① <붙임4>에 따라 적용합니다.
(2) 질병 의료비	해외	① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 의료비는 보상하지 않습니다. 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다. 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다. 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우 4. 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자 본인이 자의적으로 입원하여 발생한 입원의료비 5. 피보험자가 정당한 이유 없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 통원의료비 ② 회사는 한국표준질병사인분류에 있어서 아래의 의료비에 대하여는 보상하지 않습니다. 1. 정신 및 행동장애(F04~F99) (다만, F04~F09, F20~F29, F30~F39, F40~F48, F51, F90~F98과 관련한 치료에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하는 의료비는 보상하며, 피보험자가 보험가입당시 태아인 경우에는 정신발달장애(F80~F89)와 관련한 치료에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하는 의료비도 18세까지 보상합니다) 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98) 3. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(O00~O99)로 발생한 의료비. 다만, 보험가입일이 건강보험 임신출산 진료비 지급신청서(「임신출산 진료비 지급 등에 관한 기준」 별지 제1호서식)상 요양기관이 기재한 분만예정일로부터 280일 이전인 경우에는 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(O00~O99)와 관련한 치료에서 발생한 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한

보장종목	세부항목	보상하지 않는 내용
		의료급여 중 일부 본인부담금에 해당하는 의료비를 보상합니다. 4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04) 5. 비만(E66) 6. 요실금(N39.3, N39.4, R32) 7. 직장 또는 항문질환 중 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 부분(I84, K60~K62, K64) ③ 회사는 다음의 의료비에 대하여는 보상하지 않습니다. 1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 추가 의료비용은 보상합니다), 예방접종, 인공유산에 든 비용. 다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다. 2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 요양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보상합니다), 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진, 의약외품과 관련하여 소요된 비용. 다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다. 3. 다음의 어느 하나에 해당하는 치료로 인하여 발생한 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, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis) 4. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 보상합니다. 5. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(용비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등 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. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다) 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술 마. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여대상에 해당하는치료 6. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비

보장종목	세부항목	보상하지 않는 내용
		7. 사람면역결핍바이러스(HIV)감염으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV감염은 해당진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제외합니다)
	국내(급여)	① <붙임5>에 따라 적용합니다.

제4조2(특별약관에서 보상하는 사항)

① 제3조 및 제4조에도 불구하고 다음 각 호에 해당하는 국내 상해의료비 및 국내 질병의료비는 기본형 해외여행 실손의료비 특별약관에서 보상하지 않습니다.

1. 비급여의료비

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

② 제1항 제1호 및 제2호까지 정한 의료비와 다른 의료비가 함께 청구되어 각 항목별 의료비가 구분되지 않는 경우 회사는 보험금 지급금액 결정을 위해 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 각각의 의료비에 대한 확인을 요청할 수 있습니다.

제4관 보험금의 지급

제5조(보험가입금액 한도 등)

① 이 특별약관의 보험가입금액은 (1) 상해의료비 해외, (2) 질병의료비 해외의 경우 각각에 대하여 계약시 계약자가 선택한 금액, (1) 상해의료비 국내(급여), (2) 질병의료비 국내(급여)의 경우 연간 (1) 상해의료비 국내(급여)에 대하여 입원과 통원의 보상금액을 합산하여 5천만원 이내에서, (2) 질병의료비 국내(급여)에 대하여 입원과 통원의 보상금액을 합산하여 5천만원 이내에서 회사가 정한 금액 중 계약자가 선택한 금액을 말하며, 제3조(보장종목별 보상내용)에 의한 의료비를 이 금액 한도 내에서 보상합니다.

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

③ (1) 상해의료비 국내(급여), (2) 질병의료비 국내(급여)의 경우 제1항 및 제2항에도 불구하고 「국민건강보험법」에 따른 본인부담금 상한제 또는 「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제 적용항목은 실제 본인이 부담한 금액(「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등 관련 법령에서 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액은 제외한 금액)을 한도로 제3조(보장종목별 보상내용) 및 제4조(보상하지 않는 사항)에 따라 보상합니다.

④ (1) 상해의료비 국내(급여) 및 (2) 질병의료비 국내(급여)는 제3조(보장종목별 보상내용)에서 정한 입원의 경우 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 한도 내에서 보상합니다.

⑤ 제3조(보장종목별 보상내용)에서 정한 통원의 경우 (1) 상해의료비 국내(급여) 또는 (2) 질병의료비 국내(급여) 각각에 대하여 통원 1회당 20만원 이내에서 회사가 정한 금액 중 계약자가 선택한 금액의 한도 내에서 보상합니다.

⑥ <붙임2> 국내 의료기관 의료비 중 보상하는 상해의료비 제4항 또는 제5항, <붙임3> 국내 의료기관 의료비 중 보상하는 질병의료비 제3항 또는 제4항에 따른 계속중인 입원 또는 통원의 보상한도는 연간 보험가입금액에서 직전 보험기간

종료일까지 지급한 금액을 차감한 잔여 금액을 한도로 적용합니다.

제5조2(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 <붙임4> 국내 의료기관 의료비 중 보상하지 않는 상해의료비 제3항, <붙임5> 국내 의료기관 의료비 중 보상하지 않는 질병의료비 제3항 및 제5조(보험가입금액 한도 등) 제3항의 '본인부담금 상한제' 및 '본인부담금 보상제'에 대한 사항을 구체적으로 설명하여 드립니다.

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

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

1. 1종 수급권자 : 2만원
2. 2종 수급권자 : 20만원

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

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

다만, 관련 법령 등이 변경되는 경우 변경된 기준을 따릅니다. (상기 예시금액은 2025.12월 기준)

제6조(보험금 지급사유의 통지)

계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 제3조(보장종목별 보상내용)에서 정한 보험금 지급사유의 발생을 알게 된 때에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

제7조(보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사 양식)
2. 사고증명서(진료비 계산서·영수증, 진료비 세부산정내역, 한방진료비 계산서·영수증, 한방진료비 세부산정내역, 약제비 계산서·영수증, 약제비 세부산정내역, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비)) 등
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한

보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

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

제8조(보험금의 지급절차)

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

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

1. 소송제기

2. 분쟁조정 신청

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 지급사유와 조사와 확인이 지연되는 경우

6. 제7항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

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

④ 회사는 제1항에서 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날로부터 지급일까지의 기간에 <부표> '보험금을 지급할 때의 적립이율'에 따라 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 다만, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 책임이 있는 사유로 지급이 지연된 경우에는 그 기간에 대한 이자는 지급하지 않습니다. 다만, 회사는 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.

<부표> 보험금을 지급할 때의 적립이율

기 간	지 급 이 자
지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
지급기일의 31일이후부터 60일내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
지급기일의 61일이후부터 90일내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)

주) 1. 보험계약대출이율은 보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율을 적용합니다.

2. 가산이율 적용시 제8조(보험금의 지급절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는

해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

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

- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제14조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우 회사는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.
- ⑦ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법 제3조(의료기관)」에 규정된 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑧ 회사는 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 「국민건강보험법」에 따른 본인부담금 상한제, 「의료급여법」에 따른 본인부담금 상한제 및 보상제와 관련한 확인요청을 할 수 있습니다.
- ⑨ 회사는 보험금 지급금액 결정을 위해 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 건강보험심사평가원의 진료비확인요청제도를 활용할 수 있도록 동의해 줄 것을 요청할 수 있으며, 진료비확인요청제도를 활용할 경우 회사는 이를 활용한 사례를 집적하고 먼저 유사 사례가 있는지를 확인하고 이용합니다.
- ⑩ 회사는 보험금 지급시 보험수익자에게 문자메시지, 전자우편 또는 이와 유사한 전자적 장치 등으로 다음 각 호의 사항을 안내하여 드리며, 보험수익자는 안내한 사항과 관련하여 구체적인 계산내역 등에 대하여 회사에 설명을 요청할 수 있습니다.
 - 1. 보험금 지급일 등 지급절차
 - 2. 보험금 지급 내역
 - 3. 보험금 심사 지연 시 지연 사유 및 예상 지급일
 - 4. 보험금을 감액하여 지급하거나 지급하지 아니하는 경우에는 그 사유 등

제9조(보험금을 받는 방법의 변경)

- ① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자를 말합니다)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제10조(주소변경의 통지)

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

제5관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제12조(계약 전 알릴 의무)

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

제13조(상해보험계약 후 알릴 의무)

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

1. 보험증권 등에 기재된 직업 또는 직무의 변경

가. 현재의 직업 또는 직무가 변경된 경우

나. 직업이 없는 자가 취직한 경우

다. 현재의 직업을 그만둔 경우

[직업]

1) 생계유지 등을 위하여 일정한 기간동안(예: 6개월 이상) 계속하여 종사하는 일

2) 1)에 해당하지 않는 경우에는 개인의 사회적 신분에 따르는 위치나 자리를 말함

예) 학생, 미취학아동, 무직 등

[직무]

직책이나 직업상 책임을 지고 담당하여 맡은 일

2. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우

예) 자가용에서 영업용으로 변경, 영업용에서 자가용으로 변경 등

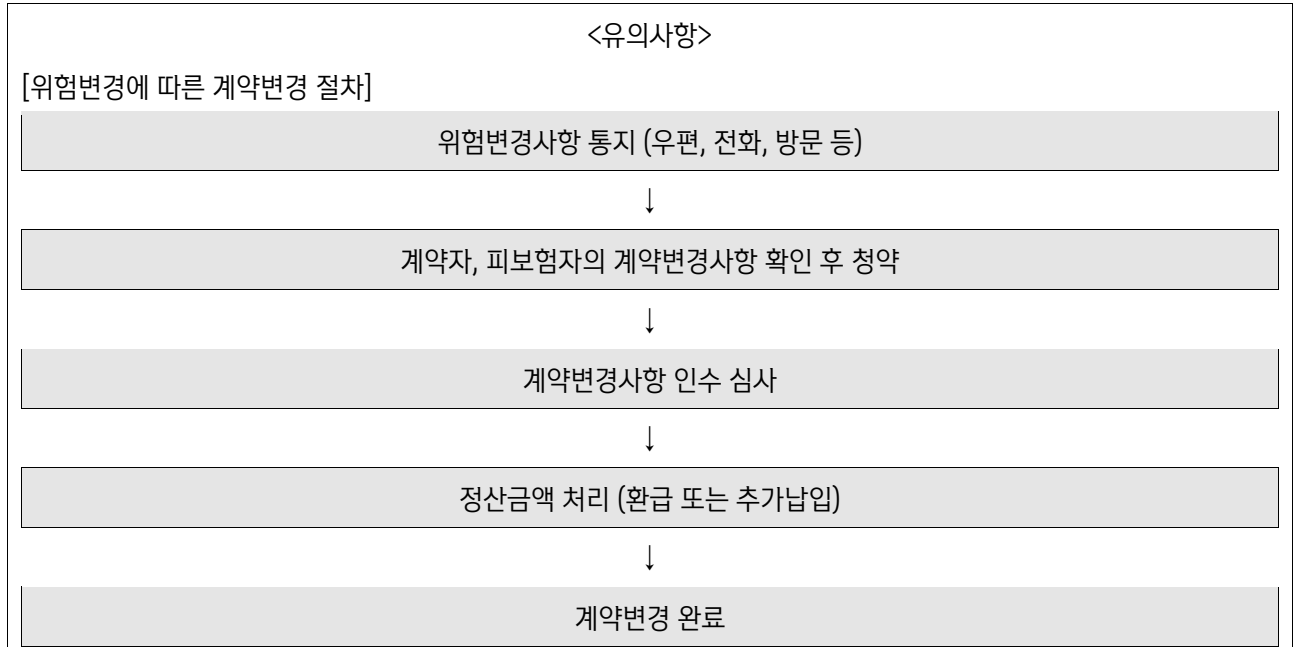
3. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우

예) 비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운전자로 변경 등

4. 이륜자동차(자동차관리법상 이륜차로 분류되는 삼륜 또는 사륜의 자동차를 포함) 또는 원동기장치 자전거(전동킥보드,

전동이륜평행차, 전동기의 동력만으로 움직일 수 있는 자전거 등 개인형 이동장치를 포함)를 계속적으로 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동과 출퇴근용도 등으로 주로 사용하는 경우에 한함)하게 된 경우(다만, 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등 보행 보조용 의자차는 제외합니다.)

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



- ③ 회사는 제2항에 따라 계약내용을 변경할 때 위험이 감소된 경우에는 보험료를 감액하고, 이후 기간 보장을 위한 재원인 계약자적립액 등의 차이로 인하여 발생한 정산금액(이하 '정산금액'이라 합니다)을 환급하여 드립니다. 한편 위험이 증가된 경우에는 보험료의 증액 및 정산금액의 추가납입을 요구할 수 있으며, 계약자는 일시납 또는 잔여 보험료 납입기간과 5년 중 큰 기간(단, 잔여 보험기간을 초과할 수 없음)동안의 분납 중 선택하여 정산금액을 납입하여야 합니다. 다만, 보험료 갱신형 계약 등 일부 보험계약의 경우 분납이 제한될 수 있습니다.
- ④ 제1항의 통지에 따라 위험의 증가로 보험료를 더 내야 할 경우 회사가 청구한 추가보험료를 계약자가 납입하지 않았을 때, 회사는 위험이 증가되기 전에 적용된 보험요율(이하 "변경전 요율"이라 합니다)의 위험이 증가된 후에 적용해야 할 보험요율(이하 "변경후 요율"이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 증가된 위험과 관계없이 발생한 보험금 지급사유에 관해서는 원래대로 지급합니다.
- ⑤ 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제1항 각 호의 변경사실을 회사에 알리지 않았을 경우 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 그 변경사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자에게 제4항에 따라 보장됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

제14조(알릴 의무 위반의 효과)

- ① 회사는 다음과 같은 사실이 있을 경우에는 보험금 지급사유의 발생 여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 계약을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자나 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제12조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 알릴 의무가 있는 사항이 중요한 사항에 해당하는 경우
 2. 계약자나 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제13조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제

1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 이행하지 않았을 때

② 제1항제1호의 경우라도 다음의 어느 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.

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

가. 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았을 때

나. 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해하였을 때

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

③ 제1항에 따른 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 전에 이루어진 경우, 이로 인하여 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 경우에는 회사는 제32조(보험료의 환급) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

④ 제1항제1호에 따른 계약의 해지가 보험금 지급사유가 발생한 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)과 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 "반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다"라는 문구와 함께 서면 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다. 또한 이 경우 계약 해지로 인하여 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 경우에는 제32조(보험료의 환급) 1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

⑤ 제1항제2호에 따른 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 회사는 제13조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제4항 또는 제5항에 따라 보험금을 지급합니다.

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

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

제15조(사기에 의한 계약)

계약자 또는 피보험자가 대리진단이나 약물사용을 통하여 진단절차를 통과하거나, 진단서를 위조 또는 변조하거나, 청약일 이전에 암 또는 사람면역결핍바이러스(HIV) 감염의 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 취

소할 수 있습니다.

제6관 보험계약의 성립과 유지

제16조(보험계약의 성립)

- ① 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.
- ② 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등을 말합니다)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
- ③ 회사는 계약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 진단계약은 진단일(재 진단의 경우에는 최종 진단일을 말합니다)부터 30일 이내에 승낙하거나 거절하여야 하며, 승낙한 경우에는 보험증권을 드립니다. 이 경우 30일 이내에 회사가 승낙 또는 거절의 통지를 하지 않으면 승낙한 것으로 봅니다.
- ④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 '보험개발원이 공시하는 정기예금이율'에 1%를 더한 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우 회사는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더 하여 지급하지 않습니다.
- ⑤ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였다도 청약일로부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 청약일로부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑥ 제5항의 '청약일로부터 5년이 지나는 동안'이라 함은 이 약관 제26조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉) 와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑦ 이 약관 제27조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제17조(청약의 철회)

- ① 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 계약은 철회할 수 없습니다.
 1. 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약
 2. 보험기간이 90일 이내인 계약
 3. 전문금융소비자가 체결한 계약

[전문금융소비자]

보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약에 따른 위험감수능력이 있는 자로서, 국가, 지방자치단체, 한 국은행, 금융회사, 주권상장법인 등을 포함하며 「금융소비자 보호에 관한 법률」제2조(정의) 제9호에서 정하는 전문금 용소비자를 말합니다.

[일반금융소비자]

전문금융소비자가 아닌 계약자를 말합니다.

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

제18조(약관 교부 및 설명 의무 등)

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

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

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

[통신판매계약]

전화 · 우편 · 인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

- 1. 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
- ③ 다음의 어느 하나의 경우 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다
 - 1. 회사가 제1항에 따라 제공하여야 할 약관 및 계약자 보관용 청약서를 계약자가 청약할 때 계약자에게 전달하지 않았거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 경우
 - 2. 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 경우(도장을 찍는 날인과 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함합니다.)
- ④ 제3항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에 다음의 어느 하나에 해당할 때에는 자필서명을 생략할

수 있으며, 제2항에 따른 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.

1. 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우

2. 계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 계약자의 법정상속인인 계약의 경우

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

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

제19조(계약의 무효)

① 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되거나 초과되었을 경우에는 계약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 해당 계약은 유효한 계약으로 보며, 이미 납입한 보험료는 돌려드리지 않습니다.

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

제20조(계약내용의 변경 등)

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

1. 보험종목 또는 보장종목

2. 보험기간

3. 보험료 납입주기, 납입방법 및 납입기간

4. 계약자, 보험가입금액 등 그 밖의 계약내용

② 계약자가 제1회 보험료를 납입한 날부터 1년 이상 지난 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청할 경우 회사는 회사의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 보험종목을 변경하여 드립니다.

③ 계약자가 제1항제4호에 따라 보험가입금액을 감액하려는 경우 회사는 그 감액된 부분은 계약이 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제32조(보험료의 환급) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

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

⑤ 계약자가 제4항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우 계약자와 피보험자가 동일하지 않을 때에는 보험금의 지급 사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면('전자서명법' 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제44조의2에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)으로 동의하여야 합니다.

- ⑥ 제1항에 따라 계약자가 변경된 경우 회사는 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 드리고, 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

제21조(보험나이 등)

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

[보험나이 계산 예시]

생년월일 : 1988년 10월 2일, 현재(계약일) : 2014년 4월 13일

⇒ 2014년 4월 13일 - 1988년 10월 2일 = 25년 6월 11일 = 26세

제22조(계약의 소멸)

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

제23조(재가입)

- ① 계약이 다음 각 호의 조건을 충족하고 계약자가 제4항에 따라 재가입의사를 표시한 때에는 이 약관의 제16조(보험계약의 성립) 및 제18조(약관 교부 및 설명 의무 등)를 준용하여 회사가 정한 절차에 따라 계약자는 기존 계약에 이어 재가입할 수 있으며, 이 경우 회사는 기존계약의 가입 이후 발생한 상해 또는 질병을 사유로 가입을 거절할 수 없습니다.
1. 재가입일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 최초가입 당시 정한 재가입 나이의 범위 내일 것
 2. 재가입 전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
- ② 이 계약의 자동갱신종료 후 계약자가 재가입을 원하는 경우 계약자는 재가입 시점에서 회사가 판매하는 실손의료보험 상품으로 가입을 할 수 있으며, 회사는 이를 거절할 수 없습니다.
- ③ 회사는 계약자에게 보장내용 변경주기가 끝나는 날 이전까지 2회 이상 재가입 요건, 보장내용 변경내역, 보험료 수준, 재가입 절차 및 재가입 의사 여부를 확인하는 내용 등을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음), 전자문서, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 등으로 알려드리고, 회사는 계약자의 재가입의사를 전화(음성녹음), 직접 방문 또는 전자적 의사표시, 통신판매계약의 경우 통신수단을 통해 확인합니다.
- ④ 계약자는 제3항에 따른 재가입안내와 재가입여부 확인 요청을 받은 경우 재가입 의사를 표시하여야 합니다
- ⑤ 제3항 및 제4항에도 불구하고, 회사가 계약자의 재가입 의사를 확인하지 못한 경우(계약자와의 연락두절로 회사의 안내가 계약자에게 도달하지 못한 경우 포함)에는 직전계약과 동일한 조건으로 보험계약을 연장합니다.
- ⑥ 제5항에 따라 직전 계약과 동일한 조건으로 자동 연장된 경우 계약자는 그 연장된 날로부터 90일 이내에 그 계약을 취소할 수 있으며, 회사는 연장된 날 이후 계약자가 납입한 보험료 전액을 환급합니다.
- ⑦ 제5항에 따라 직전 계약과 동일한 조건으로 자동 연장된 경우 보험계약의 연장일은 회사가 계약자의 재가입의사를 확

인한 날(계약자 등이 회사에 보험금을 청구함으로써 계약자에게 연락이 닿아 회사가 계약자의 재가입의사를 확인한 날 등) 또는 보험기간이 종료된 날로부터 1년 중 빠른 날까지로 합니다. 계약자의 재가입 의사가 확인된 경우에는 제1항에서 정한 절차에 따라 회사가 재가입 의사를 확인한 날에 판매중인 상품으로 다시 재가입하는 것으로 하며, 기존 계약은 해지됩니다. 다만, 계약자가 재가입을 원하지 않는 경우에는 해당 시점으로부터 계약은 해지되고, 재가입 의사가 확인되지 않는 경우에는 연장일이 종료되는 시점으로부터 계약은 해지됩니다.

⑧ 제5항에 따라 직전 계약과 동일한 조건으로 자동 연장된 경우 계약자는 회사에 재가입 의사를 표시할 수 있습니다. 회사는 계약자의 재가입 의사가 확인되었을 때에는 제1항에서 정한 절차에 따라 회사가 재가입 의사를 확인한 날에 판매중인 상품으로 재가입하는 것으로 하며, 기존 계약은 해지됩니다.

⑨ 제7항 또는 제8항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제32조(보험료의 환급) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7관 보험료의 납입

제24조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 계약자로부터 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관에서 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체 신청 및 신용카드매출 승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자에게 책임이 있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.

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

[보장개시일]

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

③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음의 어느 하나에 해당하는 경우에는 보장을 하지 않습니다

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

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

제25조(제2회 이후 보험료의 납입)

계약자는 제2회부터의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 하며, 계약자가 보험료를 납입한 경우 회사는 영수증을 발행하

여 드립니다. 다만, 금융회사(우체국을 포함합니다)를 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사가 발행한 증명서류를 영수증으로 대신합니다

[납입기일]

계약자가 제2회부터의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제26조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]

① 계약자가 제2회부터의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간[납입최고기간의 마지막 날이 영업일이 아닐 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다]으로 정하여 다음 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 계약이 해지되기 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다

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

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

③ 회사는 제2항에 따른 확인 결과 전자문서가 수신되지 않은 것을 알았을 때에는 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

④ 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 회사가 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 이로 인하여 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 경우에는 제32조(보험료의 환급) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제27조[보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)]

① 제26조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에 따라 계약이 해지되었으나 계약자가 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있

습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 경우에는 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 '보험 개발원이 공시하는 정기에금이율'에 1%를 더한 이율의 범위 내에서 각 상품별로 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 다만 금리연동형보험은 각 상품별 사업방법서에서 별도로 정한 이율로 계산합니다.

② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제12조(계약 전 알릴 의무), 제14조(알릴 의무 위반의 효과), 제15조(사기에 의한 계약), 제16조(보험계약의 성립) 및 제24조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다. 이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

③ 제1항에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초 계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활 청약 포함) 제12조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제14조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제28조[강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복)]

① 회사는 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 받아 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제20조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.

② 회사는 보험수익자가 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 한 경우 이를 승낙하며, 계약은 청약한 때부터 특별부활(효력회복) 됩니다.

③ 회사는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우 회사는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.

④ 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다. 다만, 회사의 통지가 7일이 지나 보험수익자에게 도달하고 이후 그 보험수익자가 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복)을 청약한 경우에는 계약이 해지된 날부터 7일이 되는 날에 특별부활(효력회복) 됩니다.

⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

제8관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제29조(계약자의 임의해지)

① 계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 계약이 해지된 경우 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 경우에는 제32조(보험료의 환급)에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

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

제29조의2(위법계약의 해지)

① 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 범위반사항

이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙 서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.

- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 계약자는 회사가 「금융소비자 보호에 관한 법률 시행령」 제38조제4항의 각 호에서 정하는 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제32조(보험료의 환급) 제3항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제30조(중대사유로 인한 해지)

- ① 회사는 다음과 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
 - 1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금(보험료 납입면제를 포함합니다)을 지급받을 목적으로 고의로 상해 또는 질병을 발생시킨 경우
 - 2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 적었거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고, 해지시 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 경우에는 제32조(보험료의 환급)에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제31조(회사의 파산선고와 해지)

- ① 회사가 파산의 선고를 받은 경우 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.
- ② 제1항에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지나면 그 효력을 잃습니다.
- ③ 제1항에 따라 계약이 해지되거나 제2항에 따라 계약이 효력을 잃는 경우 회사는 제32조(보험료의 환급)에 따른 환급금을 계약자에게 지급합니다.

제32조(보험료의 환급)

- ① 이 계약이 소멸된 때에는 다음과 같이 보험료를 돌려 드립니다.
 - 1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임없는 사유에 의하는 경우 : 무효의 경우에는 회사에 납입한 보험료의 전액, 해지의 경우에는 경과하지 않은 기간에 대하여 일단위로 계산한 보험료
 - 2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유에 의하는 경우 : 이미 경과한 기간에 대하여 단기요율(1년미만의 기간에 적용되는 요율)로 계산한 보험료를 뺀 잔액. 다만, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 고의 또는 중대한 과실로 무효가 된 때에는 보험료를 돌려드리지 않습니다.
- ② 보험기간이 1년을 초과하는 계약이 무효인 경우에는 무효의 원인이 생긴 날 또는 해지일이 속하는 보험년도의 보험료는 제1항의 규정을 적용하고 그 이후의 보험년도에 속하는 보험료는 전액을 돌려드립니다.
- ③ 제29조의2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여

드립니다.

제9관 다수보험의 처리 등

제33조(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.

각 계약별 비례분담액 =	
(각 계약의 보장대상의료비 중 최고액 - 각 계약의 피보험자부담 공제금액 중 최소액) X	$\frac{\text{각 계약별 보장 책임액}}{\text{각 계약별 보장 책임액을 합한 금액}}$

제34조(연대책임)

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

제10관 분쟁의 조정 등

제35조(분쟁의 조정)

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

제36조(관할법원)

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

제37조(소멸시효)

보험금 청구권, 보험료 또는 환급금 반환청구권 및 배당금 청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

제38조(약관의 해석)

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

제39조(설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)

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

제40조(회사의 손해배상책임)

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

제41조(개인정보보호)

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

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

② 회사는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

제42조(준거법)

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

제43조(예금보험에 의한 지급보장)

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

<용어풀이>

[예금자보호제도]

예금자보호제도는 예금보험공사에서 금융기관 등으로부터 미리 보험료를 받아 적립해 두었다가 금융기관이 경영악화나 파산 등으로 예금을 지급할 수 없는 경우 해당 금융기관을 대신하여 예금자에게 보험금 또는 환급금을 지급함으로써 예금자를 보호하는 제도를 말합니다. 이 보험계약은 예금자보호법에 따라 해약환급금(또는 만기 시 보험금)에 기타지급금을 합한 금액이 1인당 “1억원까지”(본 보험회사의 여타 보호상품과 합산) 보호됩니다. 이와 별도로 본 보험회사 보호상품의 사고보험금을 합산한 금액이 1인당 “1억원까지” 보호됩니다. 다만, 보험계약자 및 보험료납부자가 법인인 보험계약의 경우에는 보호되지 않습니다.

<붙임1> 용어의 정의

용어	정의
계약	보험계약
진단계약	계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약
보험증권	계약의 성립과 계약내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서
계약자	보험회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입하는 사람
피보험자	보험금지급사유 또는 보험사고 발생의 대상(객체)이 되는 사람
보험수익자	보험금을 수령하는 사람
보험기간	회사가 계약에서 정한 보상책임을 지는 기간
회사	보험회사
해외여행 중	피보험자가 보험증권에 기재된 여행을 목적으로 주거지를 출발하여 여행을 마치고 주거지에 도착할 때까지의 기간
보험연도	당해연도 계약해당일부터 차년도 계약해당일 전일까지 매1년 단위의 연도. 예를 들어 보험계약일이 2021년7월1일인 경우 보험연도는 2021년7월1일부터 2022년6월30일까지 1년이 됩니다.
연단위복리	회사가 지급할 금전에 대한 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법
영업일	회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, 「관공서의 공휴일에 관한 규정」에 따른 공휴일과 노동절은 제외
상해	보험기간 중 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고
상해보험계약	상해를 보장하는 계약
의사	「의료법」 제2조(의료인)에서 정한 의사, 한의사 및 치과의사의 자격을 가진 사람
약사	「약사법」 제2조(정의)에서 정한 약사 및 한약사의 자격을 가진 사람
의료기관	다음 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 포함함
입원	의사가 피보험자의 질병 또는 상해로 인하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관에 입실하여 계속하여 6시간 이상 체류하면서 의사의 관찰 및 관리 하에 치료를 받는 것
입원의 정의 중 '이와 동등하다고 인정되는 의료기관'	보건소, 보건의료원 및 보건지소 등 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 의료기관에 준하는 의료기관으로서 군의무대, 치매요양원, 노인요양원 등에 속해 있는 요양원, 요양시설, 복지시설 등과 같이 의료기관이 아닌 곳은 이에 해당되지 않음
입원실료	입원치료 중 발생한 기준병실 사용료, 환자 관리료, 식대 등

용어	정의
입원제비용	입원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료(퇴원시 의사로부터 치료목적으로 처방받은 약제비 포함), 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 치료재료, 석고 붕대료(cast), 지정진료비 등
입원수술비	입원치료 중 발생한 수술료, 마취료, 수술재료비 등
입원의료비	입원실료, 입원제비용, 입원수술비
통원	의사가 피보험자의 질병 또는 상해로 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서, 의료기관에 입원하지 않고 의료기관을 방문하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것
처방조제	의사 및 약사가 피보험자의 질병 또는 상해로 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서, 통원으로 인하여 발행된 의사의 처방전으로 약국의 약사가 조제하는 것. 이 경우「국민건강보험법」 제42조 제1항 제3호에 따른 한국희귀의약품센터에서의 처방조제 및 의약분업 예외 지역에서의 약사의 직접조제를 포함
외래제비용	통원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 치료재료, 석고붕대료(cast), 지정진료비 등
외래수술비	통원치료 중 발생한 수술료, 마취료, 수술재료비 등
처방조제비	의료기관 의사의 처방전에 따라 조제되는 약국의 처방조제비 및 약사의 직접조제비
통원의료비	외래제비용, 외래수술비, 처방조제비
요양급여	「국민건강보험법」 제41조(요양급여)에 따른 가입자 및 피부양자의 질병·부상 등에 대한 다음의 요양급여 1. 진찰·검사 2. 약제·치료재료의 지급 3. 처치·수술 또는 그 밖의 치료 4. 예방·재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송
의료급여	「의료급여법」 제7조(의료급여의 내용 등)에 따른 가입자 및 피부양자의 질병·부상 등에 대한 다음 각 호의 의료급여 1. 진찰·검사 2. 약제·치료재료의 지급 3. 처치·수술 또는 그 밖의 치료 4. 예방·재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송 8. 그 밖에 의료 목적의 달성을 위한 조치
「국민건강보험법」에 따른 본인부담금	「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 연간 본인부담금 총액이 「국민건강보험법 시행령」 별표3에서 정하는 금액을 넘는 경우에 그 초과한 금액을 공단에서 부담하는 제도를 말하며,

용어	정의
상한제	국민건강보험 관련 법령의 변경에 따라 환급기준이 변경될 경우에는 회사는 변경되는 기준에 따름
「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제	「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금이 「의료급여법 시행령」 제13조(급여비용의 부담)에서 정하는 금액을 넘는 경우에 그 초과한 금액을 의료급여기금 등에서 부담하는 제도를 말하며, 의료급여 관련 법령의 변경에 따라 환급기준이 변경될 경우에는 회사는 변경된 기준에 따름
보장대상의료비	실제 부담액 - 보장제외금액* * 제3관 회사가 보장하지 않는 사항에 따른 금액
보장책임액	(보장대상의료비 - 피보험자부담 공제금액)과 보험가입금액 중 작은 금액
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

<붙임2> 국내 의료기관 의료비 중 보상하는 상해의료비

보장종목	보상하는 사항		
(1) 상해급여	① 회사는 피보험자가 상해로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원(외래 및 처방조제)하여 치료를 받은 경우에는 급여의료비를 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 다음과 같이 보상합니다. 다만, 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비 기준으로 계산하며, 감면받은 의료비가 본인 또는 가족(「피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자」(이하 “배우자”라 합니다), 직계혈족 및 형제자매(민법 제768조))의 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면 받은 경우에는 감면 전 의료비로 급여 의료비를 계산합니다.		
	구분	보상금액	
	입원 (입원실료, 입원제비용, 입원수술비)	「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부본인부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액본인부담금을 말합니다)의 80%에 해당하는 금액	
	통원 (외래제비용, 외래수술비, 처방조제비)	통원 1회당(외래 및 처방조제 합산)「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부본인부담금을 말합니다)에서 <표1>의 '통원항목별 공제금액'을 뺀 금액	
		<표1> 통원항목별 공제금액	

항 목	공제금액
「의료법」 제3조 제2항에 의한 의료기관(동법 제3조의3에 의한 종합병원은 제외), 「국민건강보험법」 제42조제1항 제4호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제42조 제1항제5호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조 제1항 제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제 (의약분업예외지역 등에서의 약사의 직접 조제 포함)	1만원, 보장대상 의료비의 20%, 보장대상의료비에 건강보험 본인부담률을 곱한 금액 ^{주)} 중 큰 금액
「국민건강보험법」 제42조 제2항에 의한 전문요양기관, 「의료법」 제3조의4에 의한 상급종합병원, 동법 제3조의3에 의한 종합병원에서의 외래 및 그에 따른 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항 제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·	2만원, 보장대상 의료비의 20%, 보장대상의료비에 건강보험

보장종목	보상하는 사항			
		<table><tr><td>조제</td><td>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’을 ‘급여 일부 본인부담 항목의 급여 본인부담금’과 ‘급여 공단부담금’의 합계액으로 나누어 산출한 값을 말합니다. 건강보험 본인부담률 = 급여 일부 본인부담 항목의 본인부담금 합계 금액 급여 일부 본인부담 항목의 본인부담금 합계 금액 + 급여 공단부담금 합계 금액 다만, 「국민건강보험법 시행규칙」 제16조 및 별표6에 따라 요양급여비용의 본인부담률이 100분의100 및 「의료급여법 시행령」 제13조 및 별표1에 따라 의료급여비용의 본인부담률이 100분의 100(전액본인부담)인 경우, 해당 금액은 상기 계산식에 포함되지 않으며 보상하는 대상에서 제외됩니다.	조제	본인부담률을 곱한 금액 ^{주)} 중 큰 금액
	조제	본인부담률을 곱한 금액 ^{주)} 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 「국민건강보험법」 제5조, 제53조, 제54조에 따라 요양급여 또는 「의료급여법」 제4조, 제15조, 제17조에 따라 의료급여를 적용받지 못하는 경우에는 다음과 같이 보상합니다. 1. 의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액(통원의 경우 본인이 실제로 부담한 금액에서 같은 조 제1항 <표1>의 ‘통원항목별 공제금액’을 뺀 금액)의 40%를 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 2. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 제1호를 적용하지 아니하고 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비에 대해서만 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 감면받은 의료비가 본인 또는 가족(「피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자」(이하 “배우자”라 합니다), 직계혈족 및 형제자매(민법 제768조))의 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비에 대해서 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. ④ 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음날부터 180일까지 보상합니다. ⑤ 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 통원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음날부터 180일 이내의 통원을 보상하며 최대 90회 한도 내에서 보상합니다.				

보장종목	보상하는 사항																				
	<입원 및 통원 보상기간 예시> <table><tr><td>보상대상기간 (1년)</td><td>보상대상기간 (1년)</td><td>보상대상기간 (1년)</td><td>추가보상 (180일)</td></tr><tr><td>↑</td><td>↑</td><td>↑</td><td>↑</td></tr><tr><td>계약일 (2027.1.1)</td><td>계약해당일 (2028.1.1)</td><td>계약해당일 (2029.1.1)</td><td>계약종료일 (2029.12.31)</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>↑</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>보상종료일 (2030.6.29)</td></tr></table> ⑥ 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제4항과 제5항을 적용하지 않습니다. ⑦ 하나의 상해(같은 상해로 2회 이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 상해로 봅니다)로 인해 동일한 의료기관에서 같은 날 외래 및 처방을 함께 받은 경우 처방일자를 기준으로 외래 및 처방조제를 합산하되(조제일자가 다른 경우도 동일하게 적용) 통원 1회로 보아 제1항과 제5항 내지 제6항을 적용합니다. ⑧ 하나의 상해로 인해 하루에 같은 치료를 목적으로 2회 이상 통원치료(외래 및 처방조제 합산)를 받은 경우 1회의 통원으로 보아 제1항과 제5항 내지 제6항을 적용합니다. 이 때 공제금액은 2회 이상의 중복방문 의료기관 중 가장 높은 공제금액을 적용합니다. ⑨ 회사는 피보험자가 상해로 인하여 의료기관에서 본인의 장기등(「장기등 이식에 관한 법률」 제4조에 의한 “장기등”을 의미합니다)의 기능회복을 위하여 「장기등 이식에 관한 법률」 제42조 및 관련 고시에 따라 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 제1항 내지 제8항에 따라 보상합니다. ⑩ 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원 또는 통원한 경우(O00~O99) 발생한 의료비를 「모자보건법」에 따라 감면 또는 지원을 받거나 그 외 정부 및 지방자치단체의 지원금을 통해 감면 또는 지원(「국민건강보험법」 제50조에 따른 부가급여도 지원으로 간주합니다)받는 경우에는 감면 또는 지원 전 의료비로 급여 의료비를 계산합니다.	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	추가보상 (180일)	↑	↑	↑	↑	계약일 (2027.1.1)	계약해당일 (2028.1.1)	계약해당일 (2029.1.1)	계약종료일 (2029.12.31)				↑				보상종료일 (2030.6.29)
보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	추가보상 (180일)																		
↑	↑	↑	↑																		
계약일 (2027.1.1)	계약해당일 (2028.1.1)	계약해당일 (2029.1.1)	계약종료일 (2029.12.31)																		
			↑																		
			보상종료일 (2030.6.29)																		

<붙임3> 국내 의료기관 의료비 중 보상하는 질병의료비

보장종목	보상하는 사항	
(2) 질병급여	① 회사는 피보험자가 질병으로 의료기관에 입원 또는 통원(외래 및 처방조제)하여 치료를 받은 경우에는 급여의료비를 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 다음과 같이 보상합니다. 다만, 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비 기준으로 계산하며, 감면받은 의료비가 본인 또는 가족(「피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자」(이하 “배우자”라 합니다), 직계혈족 및 형제자매(민법 제768조))의 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면 받은 경우에는 감면 전 의료비로 급여 의료비를 계산합니다.	
	구분	보상금액
	입원 (입원실료, 입원제비용, 입원수술비)	「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부본인부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액본인부담금을 말합니다)의 80%에 해당하는 금액
	통원 (외래제비용, 외래수술비, 처방조제비)	통원 1회당(외래 및 처방조제 합산)「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부본인부담금을 말합니다.)에서 <표1>의 ‘통원항목별 공제금액’을 뺀 금액

보장종목	보상하는 사항	
	에서의 처방·조제	본인부담률을 곱한 금액 ^{주)} 중 큰 금액
	주) 건강보험 본인부담률은 진료비 및 약제비 계산서·영수증 상 ‘급여 일부 본인부담 항목의 급여 본인부담금’을 ‘급여 일부 본인부담 항목의 급여 본인부담금’과 ‘급여 공단부담금’의 합계액으로 나누어 산출한 값을 말합니다. 건강보험 본인부담률 = 급여 일부 본인부담 항목의 본인부담금 합계 금액 급여 일부 본인부담 항목의 본인부담금 합계 금액 + 급여 공단부담금 합계 금액 다만, 「국민건강보험법 시행규칙」 제16조 및 별표6에 따라 요양급여비용의 본인부담률이 100분의100 및 「의료급여법 시행령」 제13조 및 별표1에 따라 의료급여비용의 본인부담률이 100분의 100(전액본인부담)인 경우, 해당 금액은 상기 계산식에 포함되지 않으며 보상하는 대상에서 제외됩니다.	
② 피보험자가 「국민건강보험법」 제5조, 제53조, 제54조에 따라 요양급여 또는 「의료급여법」 제4조, 제15조, 제17조에 따라 의료급여를 적용받지 못하는 경우에는 다음과 같이 보상합니다. 1. 의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액(통원의 경우 본인이 실제로 부담한 금액에서 같은 조 제1항 <표1>의 ‘통원항목별 공제금액’을 뺀 금액)의 40%를 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 2. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 제1호를 적용하지 아니하고 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비에 대해서만 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 감면받은 의료비가 본인 또는 가족(「피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자」(이하 “배우자”라 합니다), 직계혈족 및 형제자매(민법 제768조))의 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비에 대해서 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. ③ 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음날부터 180일까지 보상합니다. ④ 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 통원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음날부터 180일 이내의 통원을 보상하며 최대 90회 한도 내에서 보상합니다.		

보장종목	보상하는 사항																
	<입원 및 통원 보상기간 예시> <table><tr><td>보상대상기간 (1년)</td><td>보상대상기간 (1년)</td><td>보상대상기간 (1년)</td><td>추가보상 (180일)</td></tr><tr><td>↑</td><td>↑</td><td>↑</td><td>↑</td></tr><tr><td>계약일 (2027.1.1)</td><td>계약해당일 (2028.1.1)</td><td>계약해당일 (2029.1.1)</td><td>계약종료일 (2029.12.31)</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>보상종료일 (2030.6.29)</td></tr></table> ⑤ 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제4항과 제5항을 적용하지 않습니다. ⑥ 하나의 질병으로 동일한 의료기관에서 같은 날 외래 및 처방을 함께 받은 경우 처방일자를 기준으로 외래 및 처방조제를 합산하되(조제일자가 다른 경우도 동일하게 적용) 통원 1회로 보아 제1항과 제4항 내지 제5항을 적용합니다. ⑦ “하나의 질병”이란 발생 원인이 동일한 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병은 하나의 질병으로 간주하며, 하나의 질병으로 2회 이상 치료를 받는 경우에는 이를 하나의 질병으로 봅니다)을 말하며, 질병의 치료 중에 발생된 합병증 또는 새로 발견된 질병의 치료가 병행되거나 의학상 관련이 없는 여러 종류의 질병을 갖고 있는 상태에서 입원 또는 통원한 경우에는 하나의 질병으로 간주합니다. ⑧ 하나의 질병으로 하루에 같은 치료를 목적으로 2회 이상 통원치료(외래 및 처방조제 합산)를 받은 경우 1회의 통원으로 보아 제1항과 제4항 내지 제5항을 적용합니다. 이 때 공제금액은 2회 이상의 중복방문 의료기관 중 가장 높은 공제금액을 적용합니다. ⑨ 회사는 피보험자가 질병으로 인하여 의료기관에서 본인의 장기등(「장기등 이식에 관한 법률」 제4조에 의한 “장기등”을 의미합니다)의 기능회복을 위하여 「장기등 이식에 관한 법률」 제42조 및 관련 고시에 따라 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적 합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 제1항 내지 제8항에 따라 보상합니다. ⑩ 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원 또는 통원한 경우(O00~O99) 발생한 의료비를 「모자보건법」에 따라 감면 또는 지원을 받거나 그 외 정부 및 지방자치단체의 지원금을 통해 감면 또는 지원(「국민건강보험법」 제50조에 따른 부가급여도 지원으로 간주합니다)받는 경우에는 감면 또는 지원 전 의료비로 급여 의료비를 계산합니다.	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	추가보상 (180일)	↑	↑	↑	↑	계약일 (2027.1.1)	계약해당일 (2028.1.1)	계약해당일 (2029.1.1)	계약종료일 (2029.12.31)				보상종료일 (2030.6.29)
보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	추가보상 (180일)														
↑	↑	↑	↑														
계약일 (2027.1.1)	계약해당일 (2028.1.1)	계약해당일 (2029.1.1)	계약종료일 (2029.12.31)														
			보상종료일 (2030.6.29)														

<붙임4> 국내 의료기관 의료비 중 보상하지 않는 상해의료비

보장종목	보상하지 않는 사항
(1) 상해급여	① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 급여의료비는 보상하지 않습니다. 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다. 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다. 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우 4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(O00~O99)로 발생한 의료비. 다만, 보험가입일이 건강보험 임신출산 진료비 지급신청서(「임신출산 진료비 지급 등에 관한 기준」 별지1)상 요양기관이 기재한 분만예정일로부터 280일 이전인 경우에는 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(O00~O99)와 관련한 치료에서 발생한 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 일부 본인부담금에 해당하는 의료비를 보상합니다. 다만, '26.5.6. 이후 체결된 계약을 같은 회사의 보험상품으로 전환하거나 재가입한 경우에는 종전 계약을 연장하는 것으로 보아 종전 계약의 보험가입일 기준으로 보상여부를 판단합니다. 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 목적으로한 다음의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 생긴 상해에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전 훈련이 필요한 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩 2. 모터보트·자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 행사(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 보상합니다) 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안 ③ 회사는 다음의 급여의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제) 2. 「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 따라 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제) 3. 자동차보험(공제를 포함합니다)에서 보상받는 치료관계비(과실상계 후 금액을 기준으로 합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비(자동차보험 진료수가에 관한 기준 및 산재보험 요양급여 산정기준에 따라 발생한 실제 본인 부담의료비)는

	제3조(보장종목별 보상내용) (1)상해급여 제1항, 제2항 및 제4항부터 제8항에 따라 보상합니다. 4. 간병비 5. 통원(외래 및 처방조제)하여 치료를 받은 경우 발생한 급여의료비 중 「국민건강보험법 시행규칙」 제16조 및 별표6에 따라 요양급여비용의 본인부담률이 100분의100(전액본인부담)인 의료비 및 「의료급여법 시행령」 제13조 및 별표1에 따라 의료급여비용의 본인부담률이 100분의 100(전액본인부담)인 의료비
--	--

<붙임5> 국내 의료기관 의료비 중 보상하지 않는 질병의료비

보장종목	보상하지 않는 사항
(2) 질병급여	① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 급여의료비는 보상하지 않습니다. 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다. 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다. 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우 4. 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자 본인이 자의적으로 입원하여 발생한 입원의료비 5. 피보험자가 정당한 이유 없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 통원의료비 ② 회사는 '한국표준질병사인분류'에 따른 다음의 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 정신 및 행동장애(F04~F99). 다만, F04~F09, F20~F29, F30~F39, F40~F48, F51, F90~F98과 관련한 치료에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하는 의료비는 보상하며, 피보험자가 보험가입당시 태아인 경우에는 정신발달장애(F80~F89)와 관련한 치료에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하는 의료비도 18세까지 보상합니다. 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)으로 발생한 의료비 중 전액본인부담 의료비 및 보험가입일로부터 2년 이내에 발생한 의료비. 다만, '21.7월 이후 체결된 계약을 같은회사의 보험상품으로 전환하거나 재가입한 경우에는 종전 계약을 연장하는 것으로 보아 보험가입일을 적용합니다. 3. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(O00~O99)로 발생한 의료비. 다만, 보험가입일이 건강보험 임신출산 진료비 지급신청서(「임신출산 진료비 지급 등에 관한 기준」 별지 제1호서식)상 요양기관이 기재한 분만예정일로부터 280일 이전인 경우에는 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(O00~O99)와 관련한 치료에서 발생한 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 일부 본인부담금에 해당하는 의료비를 보상합니다. 다만, '26.5.6. 이후 체결된 계약을 같은 회사의 보험상품으로 전환하거나 재가입한 경우에는 종전 계약을 연장하는 것으로 보아 종전 계약의 보험가입일 기준으로 보상여부를 판단합니다. 4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04). 다만, 피보험자가 보험가입당시 태아인 경우에는 보상합니다. 5. 요실금(N39.3, N39.4, R32) ③ 회사는 다음의 급여의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제) 2. 「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 따라 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)

	3. 성장호르몬제 투여에 소요된 비용으로 부담한 전액본인부담금 4. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비(산재보험 요양급여 산정기준에 따라 발생한 실제 본인 부담의료비)는 제3조(보장종목별 보상내용) (2) 질병급여 제1항, 제3항부터 제8항에 따라 보상합니다. 5. 사람면역결핍바이러스(HIV) 감염으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV 감염은 해당 진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 보상합니다) 6. 간병비 7. 통원(외래 및 처방조제)하여 치료를 받은 경우 발생한 급여의료비 중 「국민건강보험법 시행규칙」 제16조 및 별표6에 따라 요양급여비용의 본인부담률이 100분의100(전액본인부담)인 의료비 및 「의료급여법 시행령」 제13조 및 별표1에 따라 의료급여비용의 본인부담률이 100분의 100(전액본인부담)인 의료비
--	--

해외여행 실손의료보험 특별약관1(중증 비급여 해외여행 실손의료비)

제1조(보장종목)

회사가 판매하는 해외여행 실손의료보험 특별약관1(이하 '특별약관1'이라 합니다)은 상해비급여형(국내), 질병비급여형(국내), 3대비급여형(국내)의 3개의 보장종목으로 구성되어 있습니다.

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

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

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

제2조(용어의 정의)

① 이 특별약관1에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같습니다.

용어			정의
3대비 급여	「근골 격계 이학 요법 치료· 체외 충격 파치 료」	근골격계 이학 요법치료	「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)
	주사 료	주사료	항암제, 항생제, 희귀의약품을 제외한 주사치료시 사용된 행위, 약제 및 치료재료대

		항암제	식품의약품안전처가 「의약품등 분류번호에 관한 규정」에 따라 지정하는 '조직세포의 기능용 의약품' 중 '종양용약'과 '조직세포의 치료 및 진단 목적제제'* * 향후 식품의약품안전처 예규인 「의약품등 분류번호에 관한 규정」이 폐지되는 등의 사유가 발생하는 경우 약사법에 따른 의약품관리종합정보센터로 지정된 기관(건강보험심사평가원)에서 관리하는 「해부·치료·화학적 분류(ATC)」코드 등을 준용할 수 있으며, 분류기준 등이 변경되는 경우 치료시점의 분류기준에 따릅니다.
		항생제 (항진균제 포함)	식품의약품안전처가 「의약품등 분류번호에 관한 규정」에 따라 지정하는 '항병원생물성 의약품' 중 '항생물질제제', '화학요법제' 및 '기생동물에 대한 의약품 중 항원충제'* * 향후 식품의약품안전처 예규인 「의약품등 분류번호에 관한 규정」이 폐지되는 등의 사유가 발생하는 경우 약사법에 따른 의약품관리종합정보센터로 지정된 기관(건강보험심사평가원)에서 관리하는 「해부·치료·화학적 분류(ATC)」 코드 등을 준용할 수 있으며, 분류기준 등이 변경되는 경우 치료시점의 분류기준에 따릅니다.
		희귀의약품	식품의약품안전처장이 「희귀의약품 지정에 관한 규정」에 따라 지정하는 의약품* * 「희귀의약품 지정에 관한 규정」에 따른 희귀의약품 지정 항목이 변경되는 경우 치료시점의 희귀의약품 지정 항목에 따릅니다.
	자기공명영상진단		자기공명영상 장치를 이용하여 고주파 등을 통한 신호의 차이를 영상화하여 조직의 구조를 분석하는 검사*(MRI/MRA) * 자기공명영상진단 결과를 다른 의료기관에서 판독하는 경우 포함 (보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」상의 MRI 범주에 따름)
산정특례 대상 질환			본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시), 제4조부터 제5조의3 까지에 따른 산정특례 대상인 질환³⁾(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·중증 화상·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 제3호가목 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 상태에서 재발방지 목적으로 이루어지는 호르몬 치료 등(단, 항암목적의 호르몬치료 및 방사능치료는 산정특례 대상 질환 치료에 해당) - 혈액암 환자 중 조혈모세포이식 후 완전관해지만 면역억제제를 복용하고 있는 경우, 간암으로 간이식술 후 재발 없이 외래에서 추적관찰하면서 면역억제제를 복용하고 있는 경우 - 암, 뇌혈관질환, 심장질환, 희귀질환, 중증난치질환, 중증화상, 중증외상, 결핵, 잠복결핵 등 치료가 완료된 상태에서 신체 기능회복 및 개선 목적으로 이루어지는 근골격계 의학요법치료 등
입원의료비	입원실료, 입원제비용, 입원수술비, 비급여 병실료
보장대상의료비	실제 부담액 - 보장제외금액* *제3관 회사가 보장하지 않는 사항에 따른 금액 및 비급여 병실료 중 회사가 보장하지 않는 금액
상급병실료 차액	상급병상을 이용함에 따라 요양급여 대상인 입원료 외에 추가로 부담하는 입원실 이용 비용

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

제3조(보장종목별 보상내용)

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

보장종목	보상하는 사항				
(1) 상해비급여	① 회사는 피보험자가 상해로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원(외래 및 처방조제)하여 산정특례 대상 질환에 대한 치료를 받은 경우에는 비급여의료비(3대비급여는 제외합니다)를 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 다음과 같이 보상합니다. 다만, 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비 기준으로 계산하며, 감면받은 의료비가 본인 또는 가족(「피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자」(이하 “배우자”라 합니다), 직계혈족 및 형제자매(민법 제768조))의 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비로 비급여 의료비를 계산합니다.				
	구분	보상금액			
	입원 (입원실료, 입원제비용, 입원수술비)	‘비급여 의료비(비급여 병실료는 제외합니다)’(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 70%에 해당하는 금액			
	상급병실료 차액	비급여 병실료의 50%. 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 비급여 병실료 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.			
	통원 (외래제비용, 외래수술비, 처방조제비)	통원 1회당(외래 및 처방·조제비 합산) ‘비급여 의료비(비급여 병실료는 제외합니다)’(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표1>의 ‘통원항목별 공제금액’을 뺀 금액(매년 계약해당일부터 1년간 통원 100회를 한도로 합니다.) <표1> 통원항목별 공제금액 <table><tr><th>항 목</th><th>공제금액</th></tr><tr><td>「국민건강보험법」 제42조제1항에 따른 의료기관(제1호), 보건소·보건의료원·보건지소(제4호), 보건진료소(제5호)에서의 외래 및 약국(제2호), 한국희귀·필수의약품센터(제3호)에서의 처방·조제</td><td>3만원과 보장대상 의료비의 30% 중 큰 금액</td></tr></table>	항 목	공제금액	「국민건강보험법」 제42조제1항에 따른 의료기관(제1호), 보건소·보건의료원·보건지소(제4호), 보건진료소(제5호)에서의 외래 및 약국(제2호), 한국희귀·필수의약품센터(제3호)에서의 처방·조제
항 목	공제금액				
「국민건강보험법」 제42조제1항에 따른 의료기관(제1호), 보건소·보건의료원·보건지소(제4호), 보건진료소(제5호)에서의 외래 및 약국(제2호), 한국희귀·필수의약품센터(제3호)에서의 처방·조제	3만원과 보장대상 의료비의 30% 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 90회 한도 내에서 보상합니다.					

보장종목	보상하는 사항
	<입원 및 통원 보상기간 예시> 보상대상기간 (1년) 보상대상기간 (1년) 보상대상기간 (1년) 추가보상 (180일) ↑ ↑ ↑ ↑ ↑ 계약일 (2027.1.1) 계약해당일 (2028.1.1) 계약해당일 (2029.1.1) 계약종료일 (2029.12.31) 보상종료일 (2030.6.29) ⑤ 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제3항과 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 처방·조제 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 ‘공제금액’을 뺀 금액)의 40%를 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 2. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 제1호를 적용하지 아니하고 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비에 대해서만 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 감면받은 의료비가 본인 또는 가족(「피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자」(이하 “배우자”라 합니다), 직계혈족 및 형제자매(민법 제768조))의 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비에 대해서 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 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.
(2) 질병비급여	① 회사는 피보험자가 질병으로 의료기관에 입원 또는 통원(외래 및 처방조제)하여 산정특례 대상 질환에 대한 치료를 받은 경우에는 비급여의료비(3대비급여는 제외합니다)를 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 다음과 같이 보상합니다. 다만, 법령 등에 따라 의료비를

보장종목	보상하는 사항																									
	감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비 기준으로 계산하며, 감면받은 의료비가 본인 또는 가족(「피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자」(이하 “배우자”라 합니다), 직계혈족 및 형제자매(민법 제768조))의 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비로 비급여 의료비를 계산합니다. <table><tr><th>구분</th><th>보상금액</th></tr><tr><td>입원 (입원실료, 입원제비용, 입원수술비)</td><td>‘비급여 의료비(비급여 병실료는 제외합니다)’(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 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></table> 통원 (외래제비용, 외래수술비, 처방조제비) ① 통원 1회당(외래 및 처방·조제비 합산) ‘비급여 의료비(비급여 병실료는 제외합니다)’(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표1>의 ‘통원항목별 공제금액’을 뺀 금액(매년 계약해당일부터 1년간 통원 100회를 한도로 합니다.) <표1> 통원항목별 공제금액 <table><tr><th>항 목</th><th>공제금액</th></tr><tr><td>「국민건강보험법」 제42조제1항에 따른 의료기관(제1호), 보건소·보건의료원·보건지소(제4호), 보건진료소(제5호)에서의 외래 및 약국(제2호), 한국희귀·필수의약품센터(제3호)에서의 처방·조제</td><td>3만원과 보장대상 의료비의 30% 중 큰 금액</td></tr></table> ② 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음날부터 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. <입원 및 통원 보상기간 예시> <table><tr><th>보상대상기간 (1년)</th><th>보상대상기간 (1년)</th><th>보상대상기간 (1년)</th><th>추가보상 (180일)</th><th></th></tr><tr><td>↑</td><td>↑</td><td>↑</td><td>↑</td><td>↑</td></tr><tr><td>계약일 (2027.1.1)</td><td>계약해당일 (2028.1.1)</td><td>계약해당일 (2029.1.1)</td><td>계약종료일 (2029.12.31)</td><td>보상종료일 (2030.6.29)</td></tr></table> ④ 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제2항과 제3항을 적용하지 않습니다.	구분	보상금액	입원 (입원실료, 입원제비용, 입원수술비)	‘비급여 의료비(비급여 병실료는 제외합니다)’(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 70%에 해당하는 금액	상급병실료 차액	비급여 병실료의 50%. 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 비급여 병실료 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.	항 목	공제금액	「국민건강보험법」 제42조제1항에 따른 의료기관(제1호), 보건소·보건의료원·보건지소(제4호), 보건진료소(제5호)에서의 외래 및 약국(제2호), 한국희귀·필수의약품센터(제3호)에서의 처방·조제	3만원과 보장대상 의료비의 30% 중 큰 금액	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	추가보상 (180일)		↑	↑	↑	↑	↑	계약일 (2027.1.1)	계약해당일 (2028.1.1)	계약해당일 (2029.1.1)	계약종료일 (2029.12.31)	보상종료일 (2030.6.29)
구분	보상금액																									
입원 (입원실료, 입원제비용, 입원수술비)	‘비급여 의료비(비급여 병실료는 제외합니다)’(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 70%에 해당하는 금액																									
상급병실료 차액	비급여 병실료의 50%. 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 비급여 병실료 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.																									
항 목	공제금액																									
「국민건강보험법」 제42조제1항에 따른 의료기관(제1호), 보건소·보건의료원·보건지소(제4호), 보건진료소(제5호)에서의 외래 및 약국(제2호), 한국희귀·필수의약품센터(제3호)에서의 처방·조제	3만원과 보장대상 의료비의 30% 중 큰 금액																									
보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	추가보상 (180일)																							
↑	↑	↑	↑	↑																						
계약일 (2027.1.1)	계약해당일 (2028.1.1)	계약해당일 (2029.1.1)	계약종료일 (2029.12.31)	보상종료일 (2030.6.29)																						

보장종목	보상하는 사항
	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 “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 발생한 합병증 또는 새로 발견된 질병의 치료가 병행되거나 의학상 관련이 없는 여러 종류의 질병을 갖고 있는 상태에서 통원한 경우에는 하나의 질병으로 간주합니다. ⑦ 하나의 질병으로 하루에 같은 치료를 목적으로 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 ‘공제금액’을 뺀 금액)의 40%를 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 2. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 제1호를 적용하지 아니하고 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비에 대해서만 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 감면받은 의료비가 본인 또는 가족(「피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자」(이하 “배우자”라 합니다), 직계혈족 및 형제자매(민법 제768조))의 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비에 대해서 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 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.

보장종목	보상하는 사항																
(3) 3대비급여	① 회사는 이 특별약관1의 보험기간 중 상해 또는 질병의 치료목적으로 의료기관에 입원 또는 통원하여 산정특례 대상 질환에 대한 아래의 비급여 의료행위로 치료를 받은 경우에는 본인이 실제로 부담한 비급여의료비(행위료, 약제비, 치료재료대, 조영제, 판독료 포함)에서 공제금액을 뺀 금액을 아래의 보장한도 범위 내에서 각각 보상합니다. 다만, 국가 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비 기준으로 계산하며, 다만, 감면받은 의료비가 본인 또는 가족(「피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자」(이하 “배우자”라 합니다), 직계혈족 및 형제자매(민법 제768조))의 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에 감면 전 의료비로 비급여 의료비를 계산합니다.																
	＜표1＞ 공제금액 및 보장한도																
	<table><tr><th colspan="2">구분</th><th>공제금액</th><th>보장한도</th></tr><tr><td>근골격계 이학요법치료·체외충격파치료</td><td>“근골격계이학요법치료·체외충격파치료”로 인하여 본인이 실제로 부담한 비급여의료비 (행위료, 약제비, 치료재료대 포함)</td><td>1회당 3만원과 보장대상의료비의 30%중 큰 금액</td><td>계약일 또는 매년 계약해당일부터 1년 단위로 각 상해·질병 치료행위를 합산하여 350만원 이내에서 50회까지 보상^{주)}</td></tr><tr><td>주사료</td><td>주사치료를 받아 본인이 실제로 부담한 비급여의료비</td><td>1회당 3만원과 보장대상의료비의 30%중 큰 금액</td><td>계약일 또는 매년 계약해당일부터 1년 단위로 각 상해·질병 치료행위를 합산하여 250만원 이내에서 50회까지 보상</td></tr><tr><td>자기공명 영상진단</td><td>자기공명영상진단을 받아 본인이 실제로 부담한 비급여의료비 (조영제, 판독료 포함)</td><td>1회당 3만원과 보장대상의료비의 30%중 큰 금액</td><td>계약일 또는 매년 계약해당일부터 1년 단위로 각 상해·질병 치료행위를 합산하여 300만원이내에서 보상</td></tr></table>	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	자기공명 영상진단	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 300만원이내에서 보상
	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														
자기공명 영상진단	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 300만원이내에서 보상														
주) 근골격계 이학요법치료·체외충격파치료의 각 치료횟수를 합산하여 최초 10회 보장하고, 이후 객관적이고 일반적으로 인정되는 검사결과 등을 토대로 증상의 개선, 병변호전 등이 아래의 각 호 기준에 따라 확인된 경우에 한하여 10회 단위로 연간 50회까지 보상합니다.																	
< 증상의 개선, 병변호전 등은 어떻게 확인하나요? > 1. 증상의 개선, 병변호전 등과 관련하여 기능적 회복 및 호전여부는 관절가동(ROM), 통증평가척도, 자세평가 및 근력 검사(MMT)를 포함한 이학적 검사, 초음파 검사 등을 통해 해당 부위의 체절기능부전(Somatic dysfunction) 등을 평가한 결과로 판단합니다. 2. 보험수익자와 회사가 위 제1호의 판단결과를 합의하지 못한 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있으며 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.																	

보장종목	보상하는 사항
	< 근골격계 이학요법치료-체외충격파치료 보상기간 예시 > 1. 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 1년내 350만원을 모두 보상한 경우 계약일 (2027.4.1) 보상한도종료일 (2027.10.31) 계약해당일(2028.4.1) 보상재개 2027.11.1부터 보상제외 2. 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 1년내 지급된 보험금이 350만원 미만이나 50회를 모두 보상한 경우 계약일 (2027.4.1) 보상한도종료일 (2027.9.30) 계약해당일(2028.4.1.) 보상재개 2027.10.1부터 보상제외 ② 제1항의 주사료에서 항암제, 항생제(항진균제 포함), 희귀의약품을 위해 사용된 비급여 주사료는 제3조(보장종목별 보상내용) (1)상해비급여 또는 (2)질병비급여에서 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 보상한도를 적용합니다. - 이 특별약관1에서 정한 근골격계 이학요법치료·체외충격파치료 중 2종류 이상의 치료를 받거나 동일한 치료를 2회 이상 받는 경우 각 치료행위를 1회로 보고 각각 제1항에서 정한 1회당 공제금액 및 보상한도를 적용합니다. - 의료기관을 1회 통원(또는 1회 입원)하여 치료목적으로 2회 이상 주사치료를 받더라도 1회로 보고 제1항에서 정한 공제금액 및 보상한도를 적용합니다. - 의료기관을 1회 통원(또는 1회 입원)하여 2개 이상 부위에 걸쳐 이 특별약관1에서 정한 자기공명영상진단을 받거나 동일한 부위에 대해 2회 이상 이 특별약관1에서 정한 자기공명영상진단을 받는 경우 각 진단행위를 1회로 보아 각각 1회당 공제금액 및 보상한도를 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

보장종목	보상하는 사항																																
	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 종료일부터 180일까지(보험계약 종료일은 제외합니다) 보상합니다. 이 경우 보상한도는 연간 보상한도(금액)에서 직전 보험계약 종료일까지 지급한 금액을 차감한 잔여 금액과 연간 보상한도(횟수)에서 직전 보험계약 종료일까지 보상한 횟수를 차감한 잔여 횟수를 한도로 적용합니다. 다만, 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제1항을 적용합니다. < 보상기간 예시 > <table><tr><td colspan="2">보상대상기간 (1년)</td><td colspan="2">보상대상기간 (1년)</td><td colspan="2">보상대상기간 (1년)</td><td colspan="2">추가보상 (180일)</td></tr><tr><td>↑</td><td></td><td>↑</td><td></td><td>↑</td><td></td><td>↑</td><td></td></tr><tr><td colspan="2">계약일 (2027.1.1)</td><td colspan="2">계약해당일 (2028.1.1)</td><td colspan="2">계약해당일 (2029.1.1)</td><td colspan="2">계약종료일 (2029.12.31)</td></tr><tr><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td><td colspan="2">보상종료일 (2030.6.29)</td></tr></table> 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 ‘공제금액’을 뺀 금액)의 40%를 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 2. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 제1호를 적용하지 아니하고 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비에 대해서만 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 감면받은 의료비가 본인 또는 가족(「피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자」(이하 “배우자”라 합니다), 직계혈족 및 형제자매(민법 제768조))의 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비에 대해서 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 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.	보상대상기간 (1년)		보상대상기간 (1년)		보상대상기간 (1년)		추가보상 (180일)		↑		↑		↑		↑		계약일 (2027.1.1)		계약해당일 (2028.1.1)		계약해당일 (2029.1.1)		계약종료일 (2029.12.31)								보상종료일 (2030.6.29)	
보상대상기간 (1년)		보상대상기간 (1년)		보상대상기간 (1년)		추가보상 (180일)																											
↑		↑		↑		↑																											
계약일 (2027.1.1)		계약해당일 (2028.1.1)		계약해당일 (2029.1.1)		계약종료일 (2029.12.31)																											
						보상종료일 (2030.6.29)																											

제4조(보상하지 않는 사항)

회사가 보상하지 않는 사항은 보장종목별로 다음과 같습니다.

보장종목	보상하지 않는 사항
(1) 상해비급여	① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 비급여 의료비는 보상하지 않습니다. 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다. 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다. 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우 4. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원 또는 통원한 경우. 다만, 회사가 보상하는 상해로 인하여 입원 또는 통원한 경우에는 보상합니다. 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인한 경우 6. 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자 본인이 자의적으로 입원하여 발생한 입원의료비 7. 피보험자가 정당한 이유없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 통원의료비 ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동 목적으로한 다음의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 생긴 상해에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전 훈련이 필요한 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩 2. 모터보트·자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 행사(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 보상합니다) 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안 ③ 회사는 다음의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 치과치료(K00~K08, 다만 안면부 골절로 발생한 의료비는 치아관련 치료를 제외하고 보상합니다)·한방치료(다만, 「의료법」 제2조에 따른 한의사를 제외한 ‘의사’의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 보상합니다) 2. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용. 다만 약관상 보상하는 상해를 치료함에 있어 아래 각 목에 해당하는 경우는 치료 목적으로 보아 보상합니다. 가. 약사법령에 의하여 약제별 허가사항 또는 신고된 사항(효능/효과 및 용법/용량 등)대로 사용된 경우 나. 영양급여 약제가 관련 법령 또는 고시 등에서 정한 별도의 적용기준대로 비급여 약제로 사용된 경우 다. 영양급여 약제가 관련 법령에 따라 별도의 비급여사용승인 절차를 거쳐 그 승인 내용대로 사용된 경우 라. 상기 가목부터 다목의 약제가 두 가지 이상 함께 사용된 경우(함께 사용된 약제중 어느 하나라도 상기 가목부터 다목에 해당하지 않는 경우 제외)

보장종목	보상하지 않는 사항
	3. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용 4. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료 재료의 구입 및 대체 비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 보상합니다. 5. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비 6. 자동차보험(공제를 포함합니다)에서 보상받는 치료관계비(과실상계 후 금액을 기준으로 합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비(자동차보험 진료수가에 관한 기준 및 산재보험 요양급여 산정기준에 따라 발생한 실제 본인 부담의료비)는 제3조(보장종목별 보상내용) (1)상해비급여 제1항부터 제7항에 따라 보상합니다. 7. 「국민건강보험법」 제42조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비 8. 「응급의료에 관한 법률」 및 동법 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 동법 제26조에 따른 권역의료센터 또는 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료 9. 의료법령에 따라 보건복지부장관이 고시한 사용목적, 사용대상, 시술방법 등에 맞지 않게 사용된 다음 각 목의 의료기술 가. 「신의료기술의 안전성·유효성 평가결과 고시」, [별표1] 신의료기술의 안전성·유효성 평가결과 고시(단, 목적 및 시술방법의 변경이 경미하여 새로운 신의료기술평가의 대상에 해당하지 않는 경우는 제외) 나. 「평가 유예 신의료기술 고시」, [별표] 평가 유예 신의료기술 다. 「신의료기술의 안전성·유효성 평가결과 고시」, [별표2] 제한적 의료기술 라. 「신의료기술의 안전성·유효성 평가결과 고시」, [별표3] 혁신의료기술 10. 「첨단재생의료 및 첨단바이오의약품 안전 및 지원에 관한 법률」 제12조의2에 따라 심의위원회에서 적합 통보를 받은 승인 범위를 벗어나 사용된 첨단재생의료 치료 11. 「신의료기술평가에 관한 규칙」 등에 의한 의료기술 재평가 실시 결과 “임상적 이득 대비 위험이 더 크거나 의학적 필요성, 임상적 요구도 및 활용도가 매우 낮다” 또는 “권고하지 않음”으로 평가되고 해당 평가 결과가 「보건의료기술 진흥법」 제4장 및 관련 조항에 따라 설립된 한국보건의료연구원 홈페이지 등을 통해 공개된 지 2개월 이상 경과한 경우
(2) 질병비급여	① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 비급여 의료비는 보상하지 않습니다. 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다. 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다. 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우 4. 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자 본인이 자의적으로 입원하여 발생한 입원의료비 5. 피보험자가 정당한 이유 없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 통원의료비

보장종목	보상하지 않는 사항
	② 회사는 '한국표준질병사인분류'에 따른 다음의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 정신 및 행동장애(F04~F99) 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98) 3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원또는 통원한 경우(O00~O99) 4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04) 5. 비만(E66) 6. 요실금(N39.3, N39.4, R32) 7. 직장 또는 항문 질환(K60~K62, K64) ③ 회사는 다음의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 치과치료(K00~K08) 및 한방치료(다만, 「의료법」 제2조에 따른 한의사를 제외한 '의사'의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 보상합니다) 2. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용. 다만 약관상 보상하는 질병을 치료함에 있어 아래 각목에 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 가목부터 다목의 약제가 두 가지 이상 함께 사용된 경우(함께 사용된 약제중 어느 하나라도 상기 가목부터 다목에 해당하지 않는 경우 제외) 3. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용 4. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료 재료의 구입 및 대체 비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 보상합니다. 5. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비 6. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비(산재보험 요양급여 산정기준에 따라 발생한 실제 본인 부담의료비)는 제3조(보장종목별 보상내용) (2)질병비급여 제1항부터 제7항에 따라 보상합니다. 7. 사람면역결핍바이러스(HIV) 감염으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV 감염은 해당 진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 보상합니다) 8. 「국민건강보험법」 제42조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비 9. 「응급의료에 관한 법률」 및 동법 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 동법 제26조에 따른 권역응급의료센터 또는 「의료법」제3조의4에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료

보장종목	보상하지 않는 사항
	10. 의료법령에 따라 보건복지부장관이 고시한 사용목적, 사용대상, 시술방법 등에 맞지 않게 사용된 다음 각 목의 의료기술 가. 「신의료기술의 안전성·유효성 평가결과 고시」[별표1] 신의료기술의 안전성·유효성 평가결과 고시(단, 목적 및 시술방법의 변경이 경미하여 새로운 신의료기술평가의 대상에 해당하지 않는 경우는 제외) 나. 「평가 유예 신의료기술 고시」[별표] 평가 유예 신의료기술 다. 「신의료기술의 안전성·유효성 평가결과 고시」[별표2] 제한적 의료기술 라. 「신의료기술의 안전성·유효성 평가결과 고시」[별표3] 혁신의료기술 11. 「첨단재생의료 및 첨단바이오의약품 안전 및 지원에 관한 법률」 제12조의2에 따라 심의위원회에서 적합 통보를 받은 승인 범위를 벗어나 사용된 첨단재생의료 치료 12. 「신의료기술평가에 관한 규칙」 등에 의한 의료기술 재평가 실시 결과 “임상적 이득 대비 위험이 더 크거나 의학적 필요성, 임상적 요구도 및 활용도가 매우 낮다” 또는 “권고하지 않음”으로 평가되고 해당 평가 결과가 「보건의료기술 진흥법」 제4장 및 관련 조항에 따라 설립된 한국보건의료연구원 홈페이지 등을 통해 공개된 지 2개월 이상 경과한 경우
(3) 3대 비급여	① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 비급여 의료비는 보상하지 않습니다. 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다. 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 지급합니다. 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우 4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인한 경우 5. 피보험자가 정당한 이유없이 입원 또는 통원 기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 의료비 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(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다) 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안 ③ 회사는 '한국표준질병사인분류'에 따른 다음의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 정신 및 행동장애(F04~F99) 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98) 3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원 또는 통원한 경우(O00~O99). 다만, 회사가 보상하는 상해로 인하여 입원 또는 통원한 경우에는 제3조(보장종목별 보상내용)에

보장종목	보상하지 않는 사항
	따라 보상합니다. 4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04) 5. 비만(E66) 6. 요실금(N39.3, N39.4, R32) 7. 직장 또는 항문 질환 중 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 부분(K60~K62, K64) ④ 회사는 다음의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 치과치료(K00~K08, 다만, 안면부 골절로 발생한 의료비는 치아관련 치료를 제외하고 보상합니다) · 한방치료(다만, 「의료법」 제2조에 따른 한의사를 제외한 '의사'의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다) 2. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용. 다만 약관상 보상하는 상해 또는 질병을 치료함에 있어 아래 각목에 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 가목부터 다목의 약제가 두 가지 이상 함께 사용된 경우(함께 사용된 약제중 어느 하나라도 상기 가목 부터 다목에 해당하지 않는 경우 제외) 3. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용 4. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료 재료의 구입 및 대체 비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 보상합니다. 5. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비 6. 자동차보험(공제를 포함합니다)에서 보상받는 치료관계비(과실상계 후 금액을 기준으로 합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비(자동차보험 진료수가에 관한 기준 및 산재보험 요양급여 산정기준에 따라 발생한 실제 본인 부담의료비)는 제3조(보장종목별 보상내용) (3)3대비급여 제1항부터 제7항에 따라 보상합니다. 7. 사람면역결핍바이러스(HIV) 감염으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV 감염은 해당 진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다) 8. 「국민건강보험법」 제42조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비 9. 「응급의료에 관한 법률」 및 동법 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 동법 제26조에 따른 권역응급의료센터 또는 「의료법」제3조의4에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료

보장종목	보상하지 않는 사항
	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) 공통 ^{주)}	회사는 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 따른 아래 각호의 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, 탈기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환 다. 발기부전(impotence) · 불감증 라. 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 마. 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 바. 검열반 등 안과질환, 사. 그 밖에 일상생활에 지장이 없는 경우로 국민건강보험 비급여 대상에 해당하는 치료 2. 다음 각 목의 진료로서 신체의 필수 기능 개선 목적이 아닌 경우에 실시 또는 사용되는 치료로 인하여 발생한 비급여 의료비 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 성형수술(윤비술), 유방 확대(다만, 유방암 환자의 환축 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)

보장종목	보상하지 않는 사항
	사. 질병 치료가 아닌 단순히 키 성장(성장촉진)을 목적으로 하는 진료 아. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술 자. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여 대상에 해당하는 치료 3. 다음 각 목의 예방진료로서 질병·부상의 진료를 직접목적으로 하지 아니하는 경우에 실시 또는 사용으로 인하여 발생한 비급여 의료비 가. 본인의 희망에 의한 건강검진(다만, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 추가 의료비용은 보상합니다) 나. 예방접종(파상풍 혈청주사 등 치료목적으로 사용하는 예방주사 제외) 다. 그 밖에 예방진료로서 국민건강보험 비급여 대상에 해당하는 치료 4. 그 밖에 다음 각 목의 진료로 인해 발생한 비급여 의료비 가. 친자확인을 위한 진단 나. 불임검사, 불임수술, 불임복원술 다. 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다) 라. 인공유산에 든 비용(다만, 회사가 보상하는 상해 또는 질병으로 임신상태를 유지하기 어려워 의사의 권고에 따라 불가피하게 시행한 경우는 제외)

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

제5조(보험가입금액 한도 등)

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

제6조(비급여 진료비용 공개제도 등의 안내)

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

- ※ 비급여 진료비용 공개제도 : 국민이 쉽게 이해하고 의료기관을 선택할 때 참고할 수 있도록 건강보험심사평가원이 매년 비급여 진료비용을 조사하여 최저·최고금액 등 비급여 진료비용에 대한 정보를 비교·공개하는 제도
- ※ 비급여 진료 사전설명제도 : 진료에 필요한 비급여 항목 및 가격을 환자가 사전에 인지하고 선택할 수 있도록 의료기관이 비급여 진료 전에 비급여 제공항목과 가격을 미리 설명하도록 의무화하는 제도

제7조(특별약관의 소멸)

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

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 기본형 해외여행 실손의료보험 보통약관을 따릅니다.

해외여행 실손의료보험 특별약관2(비중증 비급여 해외여행 실손의료비)

제1조(보장종목)

회사가 판매하는 해외여행 실손의료보험 특별약관2(이하 '특별약관2'이라 합니다)은 상해비급여형(국내), 질병비급여형(국내), 비급여자기공명영상진단형(국내)의 3개의 보장종목으로 구성되어 있습니다.

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

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

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

제2조(용어의 정의)

① 이 특별약관2에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같습니다.

용어	정의
「근골격계 이학요법치료·체외충격파치료」	「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 무통 증 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.
	체외에서 충격파를 병변에 가해 혈관 재형성을 돕고 건(힘줄) 및 뼈의 치유 과정을 자극하거나 재활성화 시켜 기능개선 및 통증감소를 위하여 실시하는 치료행위(체

		외충격파쇄석술은 제외)
주사료	주사료	항암제, 항생제, 희귀의약품을 제외한 주사치료시 사용된 행위, 약제 및 치료재료대
	항암제	식품의약품안전처가 「의약품등 분류번호에 관한 규정」에 따라 지정하는 '조직세포의 기능용 의약품' 중 '종양용약'과 '조직세포의 치료 및 진단 목적제제'* * 향후 식품의약품안전처 예규인 「의약품등 분류번호에 관한 규정」이 폐지되는 등의 사유가 발생하는 경우 약사법에 따른 의약품관리종합정보센터로 지정된 기관(건강보험심사평가원)에서 관리하는 「해부·치료·화학적 분류(ATC)」 코드 등을 준용할 수 있으며, 분류기준 등이 변경되는 경우 치료시점의 분류기준에 따릅니다.
	항생제 (항진균제 포함)	식품의약품안전처가 「의약품등 분류번호에 관한 규정」에 따라 지정하는 '항병원생물성 의약품' 중 '항생물질제제', '화학요법제' 및 '기생동물에 대한 의약품 중 항원충제'* * 향후 식품의약품안전처 예규인 「의약품등 분류번호에 관한 규정」이 폐지되는 등의 사유가 발생하는 경우 약사법에 따른 의약품관리종합정보센터로 지정된 기관(건강보험심사평가원)에서 관리하는 「해부·치료·화학적 분류(ATC)」코드 등을 준용할 수 있으며, 분류기준 등이 변경되는 경우 치료시점의 분류기준에 따릅니다.
	희귀의약품	식품의약품안전처장이 「희귀의약품 지정에 관한 규정」에 따라 지정하는 의약품* * 「희귀의약품 지정에 관한 규정」에 따른 희귀의약품 지정 항목이 변경되는 경우 치료시점의 희귀의약품 지정 항목에 따릅니다.
자기공명영상진단		자기공명영상 장치를 이용하여 고주파 등을 통한 신호의 차이를 영상화하여 조직의 구조를 분석하는 검사*(MRI/MRA) * 자기공명영상진단 결과를 다른 의료기관에서 판독하는 경우 포함 (보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」상의 MRI 범주에 따름)
산정특례 대상 질환		본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시), 제4조부터 제5조의3 까지에 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·중증 화상·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 제3호가목 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 상태에서 재발방지 목적으로 이루어지는 호르몬 치료 등(단, 항암목적의 호르몬치료 및 방사능치료는 산정특례 대상 질환 치료에 해당) - 혈액암 환자 중 조혈모세포이식 후 완전관해지만 면역억제제를 복용하고 있는 경우, 간암으로 간이식술 후 재발 없이 외래에서 추적관찰하면서 면역억제제를 복용하고 있는 경우 - 암, 뇌혈관질환, 심장질환, 희귀질환, 중증난치질환, 중증화상, 중증외상, 결핵, 잠복결핵 등 치료가 완료된 상태에서 신체 기능회복 및 개선 목적으로 이루어지는 근골격계 이학요법치료 등
입원의료비	입원실료, 입원제비용, 입원수술비, 비급여 병실료
보장대상의료비	실제 부담액 - 보장제외금액* *제3관 회사가 보장하지 않는 사항에 따른 금액 및 비급여 병실료 중 회사가 보장하지 않는 금액
상급병실료 차액	상급병상을 이용함에 따라 요양급여 대상인 입원료 외에 추가로 부담하는 입원실 이용 비용

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

제3조(보장종목별 보상내용)

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

보장종목	보상하는 사항
(1) 상해비급여	① 회사는 피보험자가 상해로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원(외래 및 처방조제)하여 산정특례 대상 질환 외 치료를 받은 경우에는 비급여의료비(비급여 자기공명영상진단은 제외합니다)를 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 다음과 같이 보상합니다. 다만, 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비

기준으로 계산하며, 감면받은 의료비가 본인 또는 가족(「피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자」(이하 “배우자”라 합니다), 직계혈족 및 형제자매(민법 제768조))의 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비로 비급여 의료비를 계산합니다.

구분	보상금액				
입원 (입원실료, 입원제비용, 입원수술비)	‘비급여 의료비(비급여 병실료는 제외합니다)’(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 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.) <table border="1"> <caption><표1> 통원항목별 공제금액</caption> <tr> <th>항 목</th><th>공제금액</th></tr> <tr> <td>「국민건강보험법」 제42조제1항에 따른 의료기관(제1호), 보건소·보건의료원·보건지소(제4호), 보건진료소(제5호)에서의 외래 및 약국(제2호), 한국희귀·필수의약품센터(제3호)에서의 처방·조제</td><td>5만원과 보장대상 의료비의 50% 중 큰 금액</td></tr> </table>	항 목	공제금액	「국민건강보험법」 제42조제1항에 따른 의료기관(제1호), 보건소·보건의료원·보건지소(제4호), 보건진료소(제5호)에서의 외래 및 약국(제2호), 한국희귀·필수의약품센터(제3호)에서의 처방·조제	5만원과 보장대상 의료비의 50% 중 큰 금액
항 목	공제금액				
「국민건강보험법」 제42조제1항에 따른 의료기관(제1호), 보건소·보건의료원·보건지소(제4호), 보건진료소(제5호)에서의 외래 및 약국(제2호), 한국희귀·필수의약품센터(제3호)에서의 처방·조제	5만원과 보장대상 의료비의 50% 중 큰 금액				

- 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.

<입원 및 통원 보상기간 예시>

보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	추가보상 (180일)	
↑	↑	↑	↑	↑
계약일 (2027.1.1)	계약해당일 (2028.1.1)	계약해당일 (2029.1.1)	계약종료일 (2029.12.31)	보상종료일 (2030.6.29)

	⑤ 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제3항과 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 '공제금액'을 뺀 금액)의 40%를 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 2. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 제1호를 적용하지 아니하고 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비에 대해서만 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 감면받은 의료비가 본인 또는 가족(「피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자」(이하 “배우자”라 합니다), 직계혈족 및 형제자매(민법 제768조))의 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비에 대해서 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. ⑦ 회사는 피보험자가 상해로 인하여 의료기관에서 본인의 장기등(「장기등 이식에 관한 법률」 제4조에 의한 “장기등”을 의미합니다)의 기능회복을 위하여 「장기등 이식에 관한 법률」 제42조 및 관련 고시에 따라 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 제1항부터 제6항에 따라 보상합니다.						
(2) 질병비급여	① 회사는 피보험자가 질병으로 의료기관에 입원 또는 통원(외래 및 처방조제)하여 산정특례 대상 질환 외 치료를 받은 경우에는 비급여의료비(비급여 자기공명영상진단은 제외합니다)를 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 다음과 같이 보상합니다. 다만, 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비 기준으로 계산하며, 감면받은 의료비가 본인 또는 가족(「피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자」(이하 “배우자”라 합니다), 직계혈족 및 형제자매(민법 제768조))의 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비로 비급여 의료비를 계산합니다. <table border="1" data-bbox="316 1765 1428 2078"> <thead> <tr> <th data-bbox="316 1765 481 1814">구분</th><th data-bbox="481 1765 1428 1814">보상금액</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="316 1814 481 2020">입원 (입원실료, 입원제비용, 입원수술비)</td><td data-bbox="481 1814 1428 2020">‘비급여 의료비(비급여 병실료는 제외합니다)’(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 50%에 해당하는 금액. 다만, 「의료법」 제3조제2항에 의한 의료기관(동법 제3조의3에 의한 종합병원은 제외)에서 발생한 비급여 의료비는 1회당 300만원을 한도로 합니다.</td></tr> <tr> <td data-bbox="316 2020 481 2078">상급병실료</td><td data-bbox="481 2020 1428 2078">비급여 병실료의 50%. 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은</td></tr> </tbody> </table>	구분	보상금액	입원 (입원실료, 입원제비용, 입원수술비)	‘비급여 의료비(비급여 병실료는 제외합니다)’(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 50%에 해당하는 금액. 다만, 「의료법」 제3조제2항에 의한 의료기관(동법 제3조의3에 의한 종합병원은 제외)에서 발생한 비급여 의료비는 1회당 300만원을 한도로 합니다.	상급병실료	비급여 병실료의 50%. 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은
구분	보상금액						
입원 (입원실료, 입원제비용, 입원수술비)	‘비급여 의료비(비급여 병실료는 제외합니다)’(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 50%에 해당하는 금액. 다만, 「의료법」 제3조제2항에 의한 의료기관(동법 제3조의3에 의한 종합병원은 제외)에서 발생한 비급여 의료비는 1회당 300만원을 한도로 합니다.						
상급병실료	비급여 병실료의 50%. 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은						

차액	입원기간 동안 비급여 병실료 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.	
통원 (외래제비용, 외래수술비, 처방조제비)	통원 1일당(외래 및 처방·조제비 합산) '비급여 의료비(비급여 병실료는 제외합니다)'(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표1>의 '통원항목별 공제금액'을 뺀 금액(매년 계약해당일부터 1년간 통원 100일을 한도로 합니다.)	
	<표1> 통원항목별 공제금액	
	항 목	공제금액
	「국민건강보험법」 제42조제1항에 따른 의료기관(제1호), 보건소·보건의료원·보건지소(제4호), 보건진료소(제5호)에서의 외래 및 약국(제2호), 한국회귀·필수의약품센터(제3호)에서의 처방·조제	5만원과 보장대상 의료비의 50% 중 큰 금액

② 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음날부터 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.

<입원 및 통원 보상기간 예시>

보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	추가보상 (180일)
↑	↑	↑	↑
계약일 (2027.1.1)	계약해당일 (2028.1.1)	계약해당일 (2029.1.1)	계약종료일 (2029.12.31)
			보상종료일 (2030.6.29)

④ 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제2항과 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 '공제금액'을 뺀 금액)의 40%를 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다.

2. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 제1호를 적용하지 아니하고 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비에 대해서만 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 감면받은 의료비가 본인 또는 가족(「피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자」(이하 “배우자”라 합니다), 직계혈족 및 형제자매(민법 제768조))의 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비에 대해서 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서

	보상합니다. 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.								
(3) 비급여 자기공명 영상진단	① 회사는 이 특별약관의 보험기간 중 산정특례 대상 질환 외 상해 또는 질병의 치료목적으로 의료기관에 입원 또는 통원하여 자기공명영상진단을 받아 본인이 실제로 부담한 비급여의료비(조영제, 판독료 포함)에서 공제금액을 뺀 금액을 아래의 보장한도 범위 내에서 보상합니다. 다만, 국가 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비 기준으로 계산하며, 감면받은 의료비가 본인 또는 가족(「피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자」(이하 “배우자”라 합니다), 직계혈족 및 형제자매(민법 제768조))의 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비로 비급여 의료비를 계산합니다. <표1> 공제금액 및 보장한도 <table><tr><th colspan="2">구분</th><th>공제금액</th><th>보장한도</th></tr><tr><td>비급여자기공명 영상진단</td><td>자기공명영상진단을 받아 본인이 실제로 부담한 비급여의료비 (조영제, 판독료 포함)</td><td>1회당 5만원과 보장대상의료비의 50%중 큰 금액</td><td>계약일 또는 매년 계약해당일부터 1년 단위로 각 상해·질병 치료행위를 합산하여 200만원이내에서 보상</td></tr></table> < 자기공명영상진단 보상기간 예시 > 1. 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 1년내 200만원을 모두 보상한 경우 ↑ 계약일 (2027.4.1) ↑ 보상한도종료일 (2027.10.31) ↑ 계약해당일(2028.4.1) 보상재개 2027.11.1부터 보상제외 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 특별약관에서 정한 자기공명영상진단을 받거나 동일한 부위에 대해 2회 이상 이 특별약관에서 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.	구분		공제금액	보장한도	비급여자기공명 영상진단	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 200만원이내에서 보상
구분		공제금액	보장한도						
비급여자기공명 영상진단	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 200만원이내에서 보상						

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 종료일부터 180일까지(보험계약 종료일은 제외합니다) 보상합니다. 이 경우 보상한도는 연간 보상한도(금액)에서 직전 보험계약 종료일까지 지급한 금액을 차감한 잔여 금액을 한도로 적용합니다. 다만, 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제1항을 적용합니다.

< 보상기간 예시 >

보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	추가보상 (180일)	
↑	↑	↑	↑	↑
계약일 (2027.1.1)	계약해당일 (2028.1.1)	계약해당일 (2029.1.1)	계약종료일 (2029.12.31)	보상종료일 (2030.6.29)

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 제1항 <표1>의 ‘공제금액’을 뺀 금액)의 40%를 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다.
2. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 제1호를 적용하지 아니하고 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비에 대해서만 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 감면받은 의료비가 본인 또는 가족(「피보험자 본인의 가족관계등록상 또는 주민등록상에 기재된 배우자」(이하 “배우자”라 합니다), 직계혈족 및 형제자매(민법 제768조))의 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비에 대해서 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다.

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.

제4조(보상하지 않는 사항)

회사가 보상하지 않는 사항은 보장종목별로 다음과 같습니다.

보장종목	보상하지 않는 사항
(1) 상해비급여	① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 비급여 의료비는 보상하지 않습니다. 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다. 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다. 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우 4. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원 또는 통원한 경우. 다만, 회사가 보상하는 상해로 인하여 입원 또는 통원한 경우에는 보상합니다. 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인한 경우 6. 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자 본인이 자의적으로 입원하여 발생한 입원의료비 7. 피보험자가 정당한 이유없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 통원의료비 ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동 목적으로 한 다음의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 생긴 상해에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전 훈련이 필요한 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩 2. 모터보트·자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 행사(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 보상합니다) 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안 ③ 회사는 다음의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 치과치료(K00~K08, 다만 안면부 골절로 발생한 의료비는 치아관련 치료를 제외하고 보상합니다)·한방치료(다만, 「의료법」 제2조에 따른 한의사를 제외한 ‘의사’의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 보상합니다) 2. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용. 다만 약관상 보상하는 상해를 치료함에 있어 아래 각 목에 해당하는 경우는 치료 목적으로 보아 보상합니다. (다만, 항암제, 항생제, 희귀의약품을 제외한 주사치료시 사용된 행위, 약제 및 치료재료와 관련하여 소요된 비용은 보상하지 않습니다). 가. 약사법령에 의하여 약제별 허가사항 또는 신고된 사항(효능/효과 및 용법/용량 등)대로 사용된 경우 나. 요양급여 약제가 관련 법령 또는 고시 등에서 정한 별도의 적용기준대로 비급여 약제로 사용된 경우 다. 요양급여 약제가 관련 법령에 따라 별도의 비급여사용승인 절차를 거쳐 그 승인 내용대로 사용된 경우 라. 상기 가목부터 다목의 약제가 두 가지 이상 함께 사용된 경우(함께 사용된 약제중 어느 하나라도 상기 가목부터 다목에 해당하지 않는 경우 제외) 3. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용 4. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료 재료의 구입

보장종목	보상하지 않는 사항
	및 대체 비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 보상합니다. 5. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비 6. 자동차보험(공제를 포함합니다)에서 보상받는 치료관계비(과실상계 후 금액을 기준으로 합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비(자동차보험 진료수가에 관한 기준 및 산재보험 요양급여 산정기준에 따라 발생한 실제 본인 부담의료비)는 제3조(보장종목별 보상내용) (1)상해비급여 제1항부터 제5항에 따라 보상합니다. 7. 「국민건강보험법」 제42조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비 8. 「응급의료에 관한 법률」 및 동법 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 동법 제26조에 따른 권역응급의료센터 또는 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료 9. 「신의료기술평가에 관한 규칙」 제3조제11항제1호에 따라 안전성 및 유효성이 있는 신의료기술로서 보건복지부장관이 고시(「신의료기술의 안전성·유효성 평가결과 고시」)하였으나, 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제11조제1항 또는 제13조제1항에 따라 요양급여대상 또는 비급여대상으로 결정·고시되기 전까지의 행위·치료재료와 관련하여 소요된 비용 10. 「신의료기술평가에 관한 규칙」 제3조제11항제2호에 따른 제한적 의료기술과 관련하여 소요된 비용 11. 「신의료기술평가에 관한 규칙」 제3조제11항제3호에 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

보장종목	보상하지 않는 사항
(2) 질병비급여	① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 비급여 의료비는 보상하지 않습니다. 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다. 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익 자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다. 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우 4. 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자 본인이 자의적으로 입원하여 발생한 입원의료비 5. 피보험자가 정당한 이유 없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 통원의료비 ② 회사는 '한국표준질병사인분류'에 따른 다음의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 정신 및 행동장애(F04~F99) 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98) 3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원 또는 통원한 경우(O00~O99) 4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04) 5. 비만(E66) 6. 요실금(N39.3, N39.4, R32) 7. 직장 또는 항문 질환(K60~K62, K64) ③ 회사는 다음의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 치과치료(K00~K08) 및 한방치료(다만, 「의료법」 제2조에 따른 한의사를 제외한 '의사'의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 보상합니다) 2. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용. 다만 약관상 보상하는 질병을 치료함에 있어 아래 각목에 해당하는 경우는 치료 목적으로 보아 보상합니다. (다만, 항암제, 항생제, 희귀의약품을 제외한 주사치료시 사용된 행위, 약제 및 치료재료와 관련하여 소요된 비용은 보상하지 않습니다). 가. 약사법령에 의하여 약제별 허가사항 또는 신고된 사항(효능/효과 및 용법/용량 등)대로 사용된 경우 나. 요양급여 약제가 관련 법령 또는 고시 등에서 정한 별도의 적용기준대로 비급여 약제로 사용된 경우 다. 요양급여 약제가 관련 법령에 따라 별도의 비급여사용승인 절차를 거쳐 그 승인 내용대로 사용된 경우 라. 상기 가목부터 다목의 약제가 두 가지 이상 함께 사용된 경우(함께 사용된 약제중 어느 하나라도 상기 가목부터 다목에 해당하지 않는 경우 제외) 3. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용 4. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료 재료의 구입 및 대체 비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 보상합니다. 5. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비 6. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비(산재보험 요양급여 산정기준에 따라 발생한

보장종목	보상하지 않는 사항
	실제 본인 부담의료비)는 제3조(보장종목별 보상내용) (2)질병비급여 제1항부터 제4항에 따라 보상합니다. 7. 사람면역결핍바이러스(HIV) 감염으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV 감염은 해당 진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 보상합니다) 8. 「국민건강보험법」 제42조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비 9. 「응급의료에 관한 법률」 및 동법 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 동법 제26조에 따른 권역응급의료센터 또는 「의료법」제3조의4에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료 10. 「신의료기술평가에 관한 규칙」 제3조제11항제1호에 따라 안전성 및 유효성이 있는 신의료기술로서 보건복지부장관이 고시(「신의료기술의 안전성·유효성 평가결과 고시」)하였으나, 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제11조제1항 또는 제13조제1항에 따라 요양급여대상 또는 비급여대상으로 결정·고시되기 전까지의 행위·치료재료와 관련하여 소요된 비용 11. 「신의료기술평가에 관한 규칙」 제3조제11항제2호에 따른 제한적 의료기술과 관련하여 소요된 비용 12. 「신의료기술평가에 관한 규칙」 제3조제11항제3호에 따른 혁신의료기술과 관련하여 소요된 비용 13. 「신의료기술평가에 관한 규칙」 제2조에 따른 평가 유예 신의료기술 및 즉시진입의료기술 등의 신의료기술과 관련하여 소요된 비용 14. 「첨단재생의료 및 첨단바이오의약품 안전 및 지원에 관한 법률」 제2조에 따른 첨단재생의료와 관련하여 소요된 비용 15. 「의료법」 제53조에 따른 신의료기술이 관련 법령상 인정 받은 사용대상, 목적 및 시술방법에 맞지 않게 사용된 경우(단, 목적 및 시술방법의 변경이 경미하여 새로운 신의료기술평가의 대상에 해당하지 않는 경우는 제외) 16. 항암제, 항생제, 희귀의약품을 제외한 주사치료시 사용된 행위, 약제 및 치료재료와 관련하여 소요된 비용 17. 근골격계 이학요법치료 치료행위에 수반된 일체의 의료비(행위로, 치료재료대, 약제 및 주사비 등) 18. 체외충격파 치료행위에 수반된 일체의 의료비(행위로, 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

보장종목	보상하지 않는 사항
(3) 비급여 자기공명 영상진단	① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 비급여 의료비는 보상하지 않습니다. 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다. 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 지급합니다. 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우 4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인한 경우 5. 피보험자가 정당한 이유없이 입원 또는 통원 기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 의료비 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(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다) 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안 ③ 회사는 '한국표준질병사인분류'에 따른 다음의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 정신 및 행동장애(F04~F99) 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98) 3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원 또는 통원한 경우 (O00~O99). 다만, 회사가 보상하는 상해로 인하여 입원 또는 통원한 경우에는 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다. 4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04) 5. 비만(E66) 6. 요실금(N39.3, N39.4, R32) 7. 직장 또는 항문 질환 중 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 부분(K60~K62, K64) ④ 회사는 다음의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 치과치료(K00~K08, 다만, 안면부 골절로 발생한 의료비는 치아관련 치료를 제외하고 보상합니다)·한방치료(다만, 「의료법」 제2조에 따른 한의사를 제외한 '의사'의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다) 2. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용. 다만 약관상 보상하는 상해 또는 질병을 치료함에 있어 아래 각목에 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

보장종목	보상하지 않는 사항
	경우 다. 요양급여 약제가 관련 법령에 따라 별도의 비급여사용승인 절차를 거쳐 그 승인 내용대로 사용된 경우 라. 상기 가목부터 다목의 약제가 두 가지 이상 함께 사용된 경우(함께 사용된 약제중 어느 하나라도 상기 가목부터 다목에 해당하지 않는 경우 제외) 3. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용 4. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료 재료의 구입 및 대체 비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 보상합니다. 5. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비 6. 자동차보험(공제를 포함합니다)에서 보상받는 치료관계비(과실상계 후 금액을 기준으로 합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비(자동차보험 진료수가에 관한 기준 및 산재보험 요양급여 산정기준에 따라 발생한 실제 본인 부담의료비)는 제3조(보장종목별 보상내용) (3)비급여자기공명영상진단 제1항부터 제6항에 따라 보상합니다. 7. 사람면역결핍바이러스(HIV) 감염으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV 감염은 해당 진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다) 8. 「국민건강보험법」 제42조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비 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」 제3조제11항제1호에 따라 안전성 및 유효성이 있는 신의료기술로서 보건복지부장관이 고시(「신의료기술의 안전성·유효성 평가결과 고시」)하였으나, 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제11조제1항 또는 제13조제1항에 따라 요양급여대상 또는 비급여대상으로 결정·고시되기 전까지의 행위·치료재료와 관련하여 소요된 비용 11. 「신의료기술평가에 관한 규칙」 제3조제11항제2호에 따른 제한적 의료기술과 관련하여 소요된 비용 12. 「신의료기술평가에 관한 규칙」 제3조제11항제3호에 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 주사치로시 사용된 행위, 약제 및 치료재료대와 관련하여 소요된 비용

보장종목	보상하지 않는 사항
	17. 근골격계 이학요법치료 치료행위에 수반된 일체의 의료비(행위로, 치료재료대, 약제 및 주사비 등) 18. 체외충격파 치료행위에 수반된 일체의 의료비(행위로, 치료재료대, 약제 및 주사비 등) 19. 「신의료기술평가에 관한 규칙」 등에 의한 의료기술 재평가 실시 결과 “임상적 이득 대비 위험이 더 크거나 의학적 필요성, 임상적 요구도 및 활용도가 매우 낮다” 또는 “권고하지 않음”으로 평가되고 해당 평가 결과가 「보건의료기술 진흥법」 제4장 및 관련 조항에 따라 설립된 한국보건의료연구원 홈페이지 등을 통해 공개된 지 2개월 이상 경과한 경우
(4) 공통주)	회사는 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 따른 아래 각호의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 다음 각 목의 질환으로서 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우에 실시 또는 사용되는 치료로 인하여 발생한 비급여 의료비 가. 단순한 피로 또는 권태 나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환 다. 발기부전(impotence) · 불감증 라. 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 마. 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 바. 검열반 등 안과질환, 사. 그 밖에 일상생활에 지장이 없는 경우로 국민건강보험 비급여 대상에 해당하는 치료 2. 다음 각 목의 진료로서 신체의 필수 기능 개선 목적이 아닌 경우에 실시 또는 사용되는 치료로 인하여 발생한 비급여 의료비 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 성형수술(윤비술), 유방 확대(다만, 유방암 환자의 환측 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살 제거술 등 미용목적의 성형수술과 그로 인한 후유증치료 나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술 다. 치과교정 라. 씹는 기능 및 발음 기능의 개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 턱얼굴(악안면)교정술 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 봄) 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

보장종목	보상하지 않는 사항
	4. 그 밖에 다음 각 목의 진료로 인해 발생한 비급여 의료비 가. 친자확인을 위한 진단 나. 불임검사, 불임수술, 불임복원술 다. 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다) 라. 인공유산에 든 비용(다만, 회사가 보상하는 상해 또는 질병으로 임신상태를 유지하기 어려워 의사의 권고에 따라 불가피하게 시행한 경우는 제외) 마. 그 밖에 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제11조제1항 또는 제13조제1항에 따라 요양급여대상 또는 비급여대상으로 결정·고시되지 않았음에도 불구하고 「국민건강보험법」, 「의료법」, 「약사법」, 「첨단재생의료 및 첨단바이오의약품 안전 및 지원에 관한 법률」, 「장기등 이식에 관한 법률」, 「마약류 관리에 관한 법률」, 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」이 아닌 타 법령에 근거하여 「국민건강보험 요양급여 기준에 관한 규칙」 별표2에서 비급여대상으로 정하고 있는 치료와 관련하여 소요된 비용

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

제5조(보험가입금액 한도 등)

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

제6조(비급여 진료비용 공개제도 등의 안내)

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

- | |
|--|
| <p>※ 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</p> <p>※ 비급여 진료 사전설명제도 : 진료에 필요한 비급여 항목 및 가격을 환자가 사전에 인지하고 선택할 수 있도록</p> |
|--|

의료기관이 비급여 진료 전에 비급여 제공항목과 가격을 미리 설명하도록 의무화하는 제도

제7조(특별약관의 소멸)

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

제8조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 기본형 해외여행 실손의료보험 보통약관을 따릅니다.

<부표> 보험금을 지급할 때의 적립이율

기 간	지 급 이 자
지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
지급기일의 31일이후부터 60일내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
지급기일의 61일이후부터 90일내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)

- 주) 1. 보험계약대출이율은 보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율을 적용합니다.
2. 가산이율 적용시 제8조 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연되는 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

국민건강보험 미가입자 특별약관

제1조(적용대상)

이 특별약관의 피보험자는 기본형 해외여행 실손의료비에 가입한 피보험자 중 국민건강보험법 또는 의료급여법의 적용을 받지 않는 자로 합니다.

제2조(계약 후 알릴 의무)

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

제3조(보장종목별 보상내용)

보통약관 제3조(보장종목별 보상내용)의 각 보장종목(상해의료비 국내(급여), 질병의료비 국내(급여)) 제3항 제1호에서 정한 “피보험자가 「국민건강보험법」제5조, 제53조, 제54조에 따라 요양급여 또는 「의료급여법」제4조, 제15조, 제17조에 따라 의료급여를 적용받지 못하는 경우(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 절차를 거치지 않은 경우도 포함합니다)”에도 불구하고 동 특별약관 제3조(보장종목별 보상내용)의 각 보장종목(상해 의료비 국내(급여), 질병의료비 국내(급여))의 제1항에서 정한 바에 따라 보상하여 드립니다.

제4조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

피보험자 확장담보 특별약관

제1조(피보험자의 범위)

- ① 회사는 이 특별약관에 의하여 보험증권에 기재된 피보험자 본인(이하 "본인"이라 합니다) 및 그의 가족을 피보험자로 합니다.
- ② 제1항의 가족이라 함은 아래의 사람을 말합니다.
 - 1. 본인의 배우자
 - 2. 본인과 생계를 같이하는 본인 및 배우자의 부모
 - 3. 본인과 생계를 같이하는 미혼자녀
- ③ 제2항의 본인과 본인 이외의 피보험자와의 관계는 사고발생 당시의 관계를 말합니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

단체계약 특별약관

제1조(계약의 적용범위)

- ① 피보험자는 다음 중 한 가지의 단체에 소속되어야 하며, 단체를 대표하여 계약자로 된 자가 단체보험계약상의 모든 권리, 의무를 행사할 수 있어야 합니다.
 1. 동일한 회사, 사업장, 관공서, 국영기업체, 조합 등 5인 이상의 근로자를 고용하고 있는 단체. 다만, 사업장, 직제, 직종 등으로 구분되어 있는 경우의 단체소속 여부는 관련법규 등에서 정하는 바에 따를 것
 2. 비영리법인단체 또는 변호사회, 의사회 등 동업자단체로서 5인 이상의 구성원이 있는 단체
 3. 그밖에 단체의 구성원을 확정시킬 수 있고 계약의 일괄적인 관리가 가능한 단체로서 5인 이상의 구성원이 있는 단체
- ② 제1항의 대상단체에 소속된 자로서 동일한 보험계약을 체결한 5인 이상의 피보험자로 피보험단체를 구성하여야 하며, 단체 구성원의 일부만을 대상으로 가입하는 경우에는 다음의 조건을 모두 충족하여야 합니다.
 1. 단체의 내규에 의한 복지제도로서 노사합의에 의하며, 보험료의 일부를 단체 또는 단체의 대표자가 부담하여야 합니다.
 2. 제1항 제2호 및 제3호에 해당하는 단체는 내규에 의해 단체의 대표자와 보험회사가 협정에 의해 체결하여야 합니다.

제2조(상법 제735조3의 적용)

- ① 제1조(계약의 적용범위)의 단체가 피보험자를 확정할 수 있고 계약의 일괄적 관리가 가능하며, 규약에 따라 계약을 체결하는 경우 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻지 않아도 되며, 계약자에게만 보험증권을 드릴 수 있습니다.
- ② 제1항의 규약은 보험의 종류 및 일괄 가입에 관한 사항이 포함되어야 하며, 동의 또는 협의를 통하여 피보험자들의 의사 규약에 반영될 수 있어야 합니다. 다만, 보험수익자를 계약자 등 피보험자의 이해에 반하는 자로 지정하는 경우에는 해당 내용이 규약에 반영되어야 하며, 반영되지 않은 경우에는 별도 피보험자의 동의를 받아야 합니다.
- ③ 보험회사는 계약자를 통해 단체의 규약이 제2항을 충족하고 있는지 확인을 해야 하며 계약자는 이에 협조하여야 합니다.

제3조(단체요율의 적용)

- ① 제1조(계약의 적용범위)의 단체는 단체요율을 적용할 수 있습니다. 다만, 제3종 단체는 구성원이 명확하고 위험의 동질성이 확보되어야 합니다.
- ② 단체 구성원의 일부만을 대상으로 가입하는 경우에는 대상단체의 위험과 피보험단체의 위험의 동질성이 유지되어야 합니다.

제4조(보험의 목적의 증가 감소 또는 교체)

- ① 계약을 맺은 후 보험의 목적을 증가, 감소 또는 교체코자하는 경우에는 계약자 또는 피보험자는 지체없이 서면으로 그 사실을 회사에 알리고 회사의 승인을 받아야 합니다.
- ② 이 계약기간 중 보험의 목적 감소의 경우는 당해 보험의 목적의 계약은 해지된 것으로 하며 새로이 증가 또는 교체되는 보험의 목적의 보험기간은 이 계약의 남은 보험기간으로 하고, 이로 인하여 발생하는 추가 또는 환급보험료는 일단위로 계산하여 받거나 돌려 드립니다.
- ③ 회사는 제1항 및 제2항을 위반하였을 경우에 새로이 증가 또는 교체되는 해당보험의 목적에 대하여는 보상하여 드리지

아니합니다.

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

제5조(개별계약으로의 전환)

- ① 단체구성원의 입사, 퇴직 등의 사유로 피보험자(보험대상자)의 변동이 있을 경우 회사의 승낙을 얻어 개별계약으로 전환할 수 있으며, 이 경우 피보험자(보험대상자)는 개별계약의 계약자가 됩니다.
- ② 제1항에 따라 개별계약으로 전환 시에는 전환 후 피보험자(보험대상자)의 보험기간은 이 계약의 남은기간으로 하고, 개별 피보험자(보험대상자)의 위험에 부합하게 보험료를 정산 또는 조정할 수 있습니다.

제6조(보험증권의 발급)

- ① 회사는 보험계약자에게 보험증권을 드려야 하고, 그 약관의 주요한 내용을 알려드립니다.
- ② 보험계약자의 요청이 있을 경우, 개별 피보험자에게는 가입증명서를 발급하여 드립니다.

제7조(적용상의 특칙)

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

제8조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

단체계약 보험료 정산 추가특별약관

제1조(보험료의 정산)

- ① 회사는 단체계약 특별약관(이하 “특별약관” 이라 합니다) 제4조(보험의 목적의 증가 감소 또는 교체) 제2항에도 불구하고 이 추가특별약관에 따라 보험료를 정산합니다.
- ② 회사는 특별약관 제4조(보험의 목적의 증가 감소 또는 교체) 제3항에도 불구하고 보험료가 정산되기 이전일지라도 새로이 증가 또는 교체된 피보험자에 대해 생긴 손해를 보상합니다.

제2조(피보험자의 명부)

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

제3조(예치보험료)

예치보험료는 계약체결일 이전 1개월 동안 1일 평균인원수에 정해진 보험요율을 적용하여 계산합니다. 다만, 회사와 계약자가 별도로 정한 예치보험료를 적용할 수 있습니다.

제4조(보험료의 정산방법)

보험료는 피보험자의 증감을 기초로 하여 다음과 같이 정산합니다.

1. 계약자는 매월 10일까지 전 월말까지의 피보험자수에 관한 서류를 회사에 제출하여야 합니다. 그러나 계약이 효력 상실 또는 해지된 경우에는 효력 상실 또는 해지 일까지 의 보험료를 확정하기 위하여 필요한 서류를 효력 상실 또는 해지 즉시 회사에 제출하여야 합니다.
2. 회사는 보험기간중이나 보험기간 만료 후 보험료를 산출하기 위하여 필요하다고 인정될 경우에는 계약자의 서류를 열람할 수 있습니다.
3. 회사는 보험기간 만료와 동시에 제1항에 의한 피보험자수에 따라 산출된 확정보험료와 계약을 체결할 때 산출한 예치보험료를 비교하여 그 차액을 정산합니다.

제5조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 아니한 사항은 단체계약 특별약관 및 보통약관을 따릅니다.

포괄계약 추가특별약관

제1조(적용범위)

이 추가특별약관은 특정기간을 계약기간으로 하여 동기간에 계약자가 통지한 피보험자의 해외여행을 회사가 제3조(해외여행자의 통지)의 통지조건에 따라 포괄적으로 보장하는 계약에 대하여 적용합니다.

- | |
|---|
| <p>- 계약자 : ① 관광진흥법 및 동법 시행령에 따라 등록된 일반여행업자 및 국외여행업자
② 단체계약특별약관 제1조(적용범위) 제1호에 정한 1,2,3종 단체의 대표
③ 국제협력 업무를 수행하는 사업자</p> <p>- 피보험자 : ① 여행업자가 알선, 주최한 해외여행자
② 1, 2, 3종 단체 소속의 해외여행자, 해외주재원 및 장기체류자
③ 국제협력 업무수행 사업자가 파견하는 해외여행자 또는 초청 연수생</p> |
|---|

제2조(보험료)

- ① 계약을 체결할 때까지 계약자는 보험계약기간 중에 예상 해외여행자수 및 보험가입조건을 회사에 제출하여야 하며 동 조건 등에 따라 산출된 추정보험료를 납입하여야 합니다.
- ② 회사는 제3조(해외여행자의 통지)에 의해 통지된 내용에 따라 실제보험료를 산출한 후 보험기간 종료 후 7일 이내에 제1항의 추정보험료의 차액을 받거나 돌려 드립니다.

제3조(해외여행자의 통지)

- ① 계약자 또는 이들의 대리인은 피보험자의 [별표1]의 해당사항을 서면통지(팩시밀리를 포함합니다)하여야 합니다.
회사의 보장은 [별표1]의 통지가 회사에 접수되는 시점에 시작되며, 다만 우편통지시 그 통지가 지연된 경우에는 우체국소인이 찍힌 날로부터 3일이 지나면 회사에 접수된 것으로 봅니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 계약자와의 협의에 의하여 통지시기를 다음 중 하나로 정할 수 있습니다.
- 매주 □, 매월 □, 기타 □ ()
이 경우 회사는 통지이전일지라도 새로이 증가 또는 교체된 피보험자에 대해 생긴 손해를 보상하여 드립니다.

제4조(중복계약체결 확인 의무)

- ① 회사는 실손의료보험계약을 모집하는 경우에는 보험 모집 전에 보험계약자가 되려는 자의 동의를 얻어 모집하고자 하는 보험계약과 동일한 위험을 보장하는 보험계약을 체결하고 있는지를 확인 하여야 합니다.
- ② 위 제1항에 따른 확인 결과를 피보험자가 되려는 자가 다른 실손의료보험계약의 피보험자로 되어 있는 경우에는 보험금 비례분담 등 보상금 지급에 관한 세부사항을 안내하여야 합니다.
- ③ 위 제1항 및 제2항에도 불구하고 다음 각호의 경우는 중복계약체결의 확인의무를 제외 합니다.
 1. 여행 중 발생한 위험을 보장하는 보험계약으로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 보험계약
가. 「관광진흥법」제4조에 따라 등록된 여행업자가 여행자를 위하여 일괄 체결하는 보험계약
나. 특정 단체가 그 단체의 구성원을 위하여 일괄 체결하는 보험계약
 2. 국외여행, 연수 또는 유학 등 국외체류 중 발생한 위험을 보장하는 보험계약

제5조(적용특칙)

회사는 계약자에게만 보험증권을 교부하여 드립니다.

제6조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관 및 특별약관을 따릅니다.

단체 포괄계약 추가특별약관

제1조(적용범위)

- ① 이 단체 포괄계약 추가특별약관(이하 「추가특별약관」이라 합니다)은 단체계약 특별약관 제1조(적용범위) 제1항에 정한 단체로서 동일한 성격을 갖는 둘 이상의 단체가 모여 공동으로 계약을 체결하는 경우에 적용합니다.
- ② 제1항의 경우 총피보험자수는 5인 이상이어야 합니다.

제2조(계약자)

이 추가특별약관에서의 계약자는 제1조(적용범위)의 단체들이 지정한 자로서 계약상의 모든 권리, 의무를 직접 또는 간접으로 행사할 수 있어야 합니다.

제3조(피보험자수의 산정)

이 추가특별약관 하에서의 피보험자수는 이 계약에 부보된 총피보험자수로 하며 이를 기준으로 단체계약의 유형에 따른 할인율을 적용합니다.

제4조(준용규정)

이 추가특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당특별약관을 따릅니다.

단체취급 특별약관

제1조(적용범위)

이 특별약관은 아래에 정한 단체를 제외한 5인 이상의 단체를 대상으로 하는 계약을 체결하는 경우에 한하여 적용합니다.

1. 동일한 회사, 사업장, 관공서, 국영기업체, 조합 등 5인 이상의 근로자를 고용하고 있는 단체
2. 비영리법인단체 또는 변호사회, 의사회 등 동업자단체로서 5인 이상의 구성원이 있는 단체
3. 그 밖에 단체의 구성이 명확하여 계약의 일괄적인 관리가 가능한 단체로서 5인 이상의 구성원이 있는 단체
4. 상품(각종 재화, 용역 및 서비스)의 다수구매자단체

제2조(계약자)

이 특별약관의 계약자는 제1조(적용범위)의 단체를 대표하여 보험계약상의 모든 권리, 의무를 행사할 수 있어야 합니다.

제3조(피보험자의 증가, 감소 또는 교체)

- ① 계약을 맺은 후 피보험자를 증가, 감소 또는 교체코자 하는 경우에는 계약자 또는 피보험자는 지체없이 서면으로 그 사실을 회사에 알리고 회사의 승인을 받아야 합니다.
- ② 이 계약기간 중 피보험자 감소의 경우는 당해 피보험자의 계약은 해지된 것으로 하며 새로이 증가 또는 교체되는 피보험자의 보험기간은 이 계약의 남은 보험기간으로 하고, 이로 인하여 발생하는 추가 또는 환급보험료는 일단위로 계산하여 받거나 돌려드립니다.
- ③ 회사는 제1항 및 제2항을 위반하였을 경우에 새로이 증가 또는 교체되는 해당 피보험자에 대하여는 보상하지 않습니다.
- ④ 제1항에 따라 피보험자가 새로이 증가 또는 교체되는 경우에는 이전의 계약과 동일한 보장조건 및 인수기준에 따라 가입될 수 있습니다.

제4조(적용상의 특칙)

회사는 계약자에게만 보험증권을 발행해드립니다. 다만, 계약자 또는 피보험자의 요청이 있는 경우에는 피보험자별로 보험증권을 발행하여 드립니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

단체취급 보험료정산 추가특별약관

제1조(보험료의 정산)

- ① 회사는 단체취급 특별약관(이하 「특별약관」이라 합니다) 제3조(피보험자의 증가 감소 또는 교체) 제2항에도 불구하고, 이 추가특별약관에 따라 보험료를 정산합니다.
- ② 회사는 특별약관 제3조(피보험자의 증가, 감소 또는 교체) 제3항에도 불구하고 보험료가 정산되기 이전일지라도 새로이 증가 또는 교체된 피보험자에게 생긴 손해를 보상합니다.

제2조(피보험자의 명부)

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

제3조(예치보험료)

예치보험료는 계약체결일 이전 1개월 동안 1일 평균인원수에 정해진 보험요율을 적용하여 계산합니다. 다만, 회사와 계약자가 별도로 정한 예치보험료를 적용할 수 있습니다.

제4조(보험료의 정산방법)

보험료는 피보험자수의 증감을 기초로 하여 다음과 같이 정산합니다.

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

제5조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 단체취급 특별약관 및 보통약관을 따릅니다.

상품다수구매자 특별약관

제1조(적용범위)

- ① 이 특별약관은 상품판매자가 자기의 관리 하에 운영·유지되는 상품의 다수구매자를 피보험자로 하여 보험계약을 체결하는 경우에 적용합니다.
- ② 제1항의 상품의 다수구매자란 각종 재화, 용역 및 서비스의 구매자를 말합니다.
- ③ 제1항의 총 피보험자수는 100인 이상이어야 합니다.

제2조(보험계약자)

이 특별약관의 보험계약자는 제1조(적용범위)의 단체를 대표하여 보험계약상의 모든 권리, 의무를 행사할 수 있어야 합니다.

제3조(보험가입금액)

피보험자의 보험가입금액은 동일하게 책정하는 것을 원칙으로 합니다.

제4조(피보험자의 증가, 감소 또는 교체)

- ① 단체계약을 맺은 후 피보험자를 증가, 감소 또는 교체코자 하는 경우에는 보험계약자 또는 피보험자는 지체 없이 서면으로 그 사실을 회사에 알리고 회사의 승인을 받아야 합니다.
- ② 이 계약기간 중 피보험자 감소의 경우는 당해 피보험자의 계약은 해지된 것으로 하며, 새로이 증가 또는 교체되는 피보험자의 보험기간은 이 계약의 남은보험기간으로 하고, 이로 인하여 발생하는 추가 또는 환급보험료는 일단위로 계산하여 받거나 돌려드립니다.
- ③ 회사는 제1항 및 제2항을 위반하였을 경우에 새로이 증가 또는 교체되는 해당 피보험자에 대하여는 보상하여 드리지 않습니다.
- ④ 제1항에 따라 피보험자가 교체되는 경우에는 피보험자 교체 전 계약과 동일한 보장조건 및 인수기준에 따라 가입될 수 있으며, 피보험자 교체시점부터 잔여 보험기간(피보험자 교체 전 계약의 보험기간 만료일)까지 보상하여 드립니다.

제5조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

상품다수구매자보험료정산 추가특별약관

제1조(보험료의 정산)

이 추가특별약관은 상품다수구매자 보험계약 특별약관 제4조(피보험자의 증가, 감소 또는 교체) 제2항에도 불구하고 이 추가특별약관에 따라 보험료를 정산합니다.

제2조(보험가입금액)

상품다수구매자 보험계약 특별약관 제3조(보험가입금액)의 규정에 관계없이 보험계약자가 피보험자의 보험가입금액을 각기 달리하여 가입하고자 할 경우에 회사는 계약사항을 고려하여 이를 승인할 수 있습니다.

제3조(피보험자의 통지)

① 보험계약자는 피보험자의 증감이 있을 경우 아래에 정한 양식으로 회사에 서면(팩시밀리를 포함합니다) 통지하여야 합니다.

피보험자 (보험대상자)명	주민등록번호	주소	전화번호	상품구입일	날인

② 회사의 보장은 제1항의 통지가 회사에 접수되는 시점으로 하며 우편통지시 그 통지가 지연된 경우에는 우체국 소인이 찍힌 날로부터 3일이 지나면 회사에 접수된 것으로 봅니다.

③ 제1항에도 불구하고 보험계약자가 자기의 재화, 용역 및 서비스를 판매한 날짜 및 시간이 입력된 M/T등 전산자료를 회사에 제공할 수 있을 경우에는 다음 어느 하나의 기간단위로 피보험자 증감내역을 통보합니다.

- 매주 ☐, 매월 ☐, 기타 ☐ ()

제4조(보험료 정산기간)

보험계약자는 다음 중 어느 하나의 것으로 보험료를 정산하기로 약정하고, 이 기간을 보험료 정산기간 (이하「정산기간」이라 합니다)이라 합니다.

- 보험계약 기간중

매월 ☐, 매6개월 ☐, 기타 ☐ ()

- 보험기간 종료후 ☐

제5조(예치보험료)

보험계약자는 제4조(보험료 정산기간)의 매 정산기간이 시작될 때마다 정산기간동안의 예상 피보험자수에 정해진 보험요율을 적용하여 산출한 보험료 (이하「예치보험료」라 합니다)를 회사에 납입하여야 합니다.

제6조(보험료의 정산방법)

① 보험계약자는 계약이 효력상실 또는 해지된 경우에는 효력상실 또는 해지일까지의 보험료를 확정하기 위하여 필요한 서류를 효력상실 또는 해지 즉시 회사에 제출하여야 합니다.

- ② 회사는 보험기간중이나 보험기간 만료후 보험료를 산출하기 위하여 필요하다고 인정될 경우에는 보험계약자의 서류를 열람할 수 있습니다.
- ③ 회사는 제3조(피보험자의 통지)에 의해 통지된 내용에 따라 정산기간 동안의 실제보험료를 산출한 후 매 정산기간 종료 후 7일 이내에 제5조(예치보험료)의 예치보험료와의 차액을 받거나 돌려드립니다.
- ④ 회사는 보험료가 정산되기 이전일지라도 새로이 증가 또는 교체된 피보험자에 대해 생긴 손해를 보상하여 드립니다. 다만, 제3조(피보험자의 통지)의 피보험자 통지가 이루어진 경우에 한합니다.

제7조(보험기간의 설정)

회사는 새로이 증가 또는 교체되는 피보험자의 보험기간은 보험계약자가 요청하는 기간으로 합니다. 단, 이 계약기간 중 피보험자 감소의 경우 당해 피보험자의 계약은 해지된 것으로 합니다.

제8조(적용특칙)

회사는 보험계약자에게만 보험증권(보험가입증서)을 드립니다.

제9조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 아니한 사항은 상품다수구매자특별약관 및 보통약관을 따릅니다.

지정대리청구서비스 특별약관

제1조(적용대상)

이 특별약관(이하 "특약")은 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 보통약관 및 특별약관에 적용됩니다.

제2조(특약의 체결 및 소멸)

- ① 이 특약은 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 부가되어집니다. (이하 보험계약자는 "계약자", 보험회사는 "회사" 라 합니다)
- ② 제1조(적용대상)의 보험계약이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력이 없게 된 경우에는 이 특약은 더 이상 효력이 없습니다.

제3조(지정대리청구인의 지정)

- ① 계약자는 보험계약에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약체결시 또는 계약 체결 이후 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 자 중에서 보험금의 청구대리인(2인 이내에서 지정하되, 2인 지정시 대표대리인을 지정)(이하 "지정대리청구인"이라 합니다)으로 지정할 수 있습니다. 또한 지정대리청구인은 제4조(지정대리청구인의 변경지정)에 의한 변경 지정 또는 보험금 청구시에도 다음 각호의 어느 하나에 해당하여야 합니다.
 1. 피보험자의 가족관계등록부상의 배우자
 2. 피보험자의 3촌 이내의 친족
- ② 제1항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제1조(적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

제4조(지정대리청구인의 변경지정)

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

1. 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
2. 지정대리청구인의 가족관계등록부(기본증명서 등)
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

제5조(보험금 지급 등의 절차)

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

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

제6조(보험금 등 청구시 구비서류)

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

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

제7조(준용규정)

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

환율 특별약관

제1조(보험금의 환산)

보험금은 지급일의 1차고시 대고객 전신환 매도율로 환산한 원화로 지급하여 드립니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

장애인전용보험전환 특별약관

제1조(특약의 적용범위)

- ① 이 특약은 회사가 정한 방법에 따라 계약자가 청약하고 회사가 승낙함으로써 다음 각 호의 조건을 모두 만족하는 보험계약(이하 "전환대상계약"이라 합니다)에 대하여 장애인전용보험으로 전환을 청약하는 경우에 적용합니다.
 1. 「소득세법 제59조의4(특별세액공제) 제1항 제2호」에 따라 보험료가 특별세액공제의 대상이 되는 보험
 2. 모든 피보험자 또는 모든 보험수익자가 「소득세법 시행령 제107조(장애인의 범위) 제1항」에서 규정한 장애인인 보험
- ② 전환대상계약이 해지 또는 기타 사유로 효력이 없게 된 경우 또는 전환대상계약이 제1항에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
- ③ 제2조 제1항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료된 경우에는 제3조 제1항에도 불구하고 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
- ④ 이 특약의 계약자는 전환대상계약의 계약자와 동일하여야 합니다.

제2조(제출서류)

- ① 이 특약에 가입하고자 하는 계약자는 모든 피보험자 또는 모든 보험수익자의 「소득세법 시행규칙 별지 제38호 서식에 의한 장애인증명서의 원본 또는 사본」(이하, "장애인증명서"라 합니다)을 제출하여 제1조(특약의 적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건에 해당함을 회사에 알려야 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 따른 상이자의 증명을 받은 사람 또는 「장애인복지법」에 따른 장애인등록증을 발급받은 사람에 대해서는 해당 증명서·장애인등록증의 사본이나 그 밖의 장애 사실을 증명하는 서류를 제출하는 경우에는 제1항의 장애인증명서는 제출하지 않을 수 있습니다.
- ③ 장애인으로서 그 장애기간이 기재된 장애인증명서를 제1항 따라 회사에 제출한 때에는 그 장애기간 동안은 이를 다시 제출하지 않을 수 있습니다.
- ④ 제1항에 따라 제출한 장애인증명서의 장애기간이 변경되는 경우 계약자는 이를 회사에 알리고 변경된 장애기간이 기재된 장애인증명서를 제출하여야 합니다.

제3조(장애인전용보험으로의 전환)

- ① 회사는 이 특약이 부가된 전환대상계약을 「소득세법 제59조의4(특별세액공제) 제1항 제1호」에 해당하는 장애인전용보험으로 전환하여 드립니다.
- ② 제1항에 따라 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 후부터 납입된 전환대상계약 보험료는 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성보험료로 표시됩니다.
- ③ 제2항에도 불구하고, 「전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 당해년도에 제4조(전환취소)에 따라 전환을 취소하는 경우」에는 당해년도에 납입한 모든 전환대상계약보험료가 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성보험료로 표시되지 않습니다. 다만, 제2조(제출서류)제1항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료됨에 따라 제1조(특약의 적용범위) 제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우에는 이 조항이 적용되지 않습니다.
- ④ 전환대상계약에 이 특약이 부가된 이후 제4조(전환 취소)에 따라 전환을 취소한 경우 또는 전환대상계약이 제1조(특약의 적용범위)제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않아 이 특약의 효력이 없어진 경우 해당 전환대상계약에는 이 특

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

제4조(전환 취소)

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

제5조(준용규정)

- ① 이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 전환대상계약 약관, 소득세법 등 관련법규에서 정하는 바에 따릅니다.
- ② 소득세법 등 관련법규가 제·개정 또는 폐지되는 경우 변경된 법령을 따릅니다.

[별표1] 해외여행통지

피보험자	주민등록번호	여행지	여행목적	보험기간		보험수익자	보험가입조건
				출발일	도착일		

[붙임1] 용어의 정의

용 어	정 의
계약	보험계약
진단계약	계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약
보험증권	계약의 성립과 계약내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서
계약자	보험회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입하는 사람
피보험자	보험금지급사유 또는 보험사고 발생의 대상(객체)이 되는 사람
보험수익자	보험금을 수령하는 사람
보험기간	회사가 계약에서 정한 보상책임을 지는 기간
회사	보험회사
해외여행 중	피보험자가 보험증권에 기재된 여행을 목적으로 주거지를 출발하여 여행을 마치고 주거지에 도착할 때까지의 기간
보험연도	당해연도 계약해당일부터 차년도 계약해당일 전일까지 매1년 단위의 연도. 예를 들어 보험계약일이 2021년7월1일인 경우 보험연도는 2021년7월1일부터 2022년6월30일까지 1년이 됩니다.
연단위복리	회사가 지급할 금전에 대한 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법
영업일	회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, 「관공서의 공휴일에 관한 규정」에 따른 공휴일과 노동절은 제외
상해	보험기간 중 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고
상해보험계약	상해를 보장하는 계약
의사	「의료법」 제2조(의료인)에서 정한 의사, 한의사 및 치과의사의 자격을 가진 사람
약사	「약사법」 제2조(정의)에서 정한 약사 및 한약사의 자격을 가진 사람
의료기관	다음 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 포함함
입원	의사가 피보험자의 질병 또는 상해로 인하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관에 입실하여 계속하여 6시간 이상 체류하면서 의사의 관찰 및 관리 하에 치료를 받는 것
입원의 정의 중 ‘이와 동등하다고 인정되는 의료기관’	보건소, 보건의료원 및 보건지소 등 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 의료기관에 준하는 의료기관으로서 군의무대, 치매요양원, 노인요양원 등에 속해 있는 요양원, 요양시설, 복지시설 등과 같이 의료기관이 아닌 곳은 이에 해당되지 않음
입원실료	입원치료 중 발생한 기준병실 사용료, 환자 관리료, 식대 등
입원제비용	입원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료(퇴원시 의사로부터 치료목적으로 처방받은 약제비 포함), 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 치료재료, 석고붕대료(cast), 지정진료비 등
입원수술비	입원치료 중 발생한 수술료, 마취료, 수술재료비 등
입원의료비	입원실료, 입원제비용, 입원수술비
통원	의사가 피보험자의 질병 또는 상해로 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서, 의료기관에 입원하지 않고 의료기관을 방문하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것
처방조제	의사 및 약사가 피보험자의 질병 또는 상해로 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서, 통원으로 인하여 발행된 의사의 처방전으로 약국의 약사가 조제하는 것. 이 경우「국민건강보험법」 제42조 제1항 제3호에 따른 한국희귀의약품센터에서의 처방조제 및 의약분업 예외 지역에서의 약사의 직접조제를 포함
외래제비용	통원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 치료재료, 석고붕대료(cast), 지정진료비 등
외래수술비	통원치료 중 발생한 수술료, 마취료, 수술재료비 등
처방조제비	의료기관 의사의 처방전에 따라 조제되는 약국의 처방조제비 및 약사의 직접조제비
통원의료비	외래제비용, 외래수술비, 처방조제비

요양급여	「국민건강보험법」 제41조(요양급여)에 따른 가입자 및 피부양자의 질병·부상 등에 대한 다음의 요양급여 1. 진찰·검사 2. 약제·치료재료의 지급 3. 처치·수술 또는 그 밖의 치료 4. 예방·재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송
의료급여	「의료급여법」 제7조(의료급여의 내용 등)에 따른 가입자 및 피부양자의 질병·부상 등에 대한 다음 각 호의 의료급여 1. 진찰·검사 2. 약제·치료재료의 지급 3. 처치·수술 또는 그 밖의 치료 4. 예방·재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송 8. 그 밖에 의료 목적의 달성을 위한 조치
「국민건강보험법」에 따른 본인부담금 상한제	「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 연간 본인부담금 총액이 「국민건강보험법 시행령」 별표 3에서 정하는 금액을 넘는 경우에 그 초과한 금액을 공단에서 부담하는 제도를 말하며, 국민건강보험 관련 법령의 변경에 따라 환급기준이 변경될 경우에는 회사는 변경되는 기준에 따름
「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제	「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금이 「의료급여법 시행령」 제13조(급여비용의 부담)에서 정하는 금액을 넘는 경우에 그 초과한 금액을 의료급여기금 등에서 부담하는 제도를 말하며, 의료급여 관련 법령의 변경에 따라 환급기준이 변경될 경우에는 회사는 변경된 기준에 따름
보장대상의료비	실제 부담액 - 보장제외금액* * 제3관 회사가 보장하지 않는 사항에 따른 금액
보장책임액	(보장대상의료비 - 피보험자부담 공제금액)과 보험가입금액 중 작은 금액

다수보험	실손 의료보험계약(우체국보험, 각종 공제, 상해·질병·간병보험 등 제3보험, 개인연금·퇴직보험 등 의료비를 실손으로 보상하는 보험·공제계약을 포함)이 동시에 또는 순차적으로 2개 이상 체결되었고, 그 계약이 동일한 보험사고에 대하여 각 계약별 보장책임액이 있는 여러 개의 실손 의료보험계약을 말함
------	---

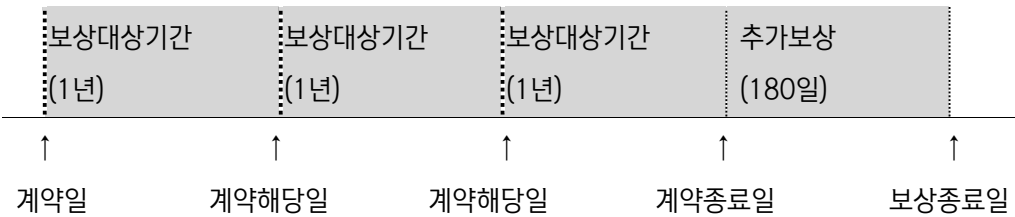
[붙임2] 국내 의료기관 의료비 중 보상하는 상해의료비

보장종목	보상하는 사항											
(1) 상해급여	① 회사는 피보험자가 상해로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원(외래 및 처방조제)하여 치료를 받은 경우에는 급여의료비를 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 다음과 같이 보상합니다. 다만, 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비 기준으로 계산하며, 감면받은 의료비가 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비로 급여 의료비를 계산합니다.											
	<table> <tr> <th>구분</th><th>보상금액</th></tr> <tr> <td>입원 (입원실료, 입원제비용 입원수술비)</td><td>「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부본인부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액본인부담금을 말합니다.)의 80%에 해당하는 금액</td></tr> <tr> <td rowspan="3">통원 (외래제비용, 외래수술비, 처 방조제비)</td><td>통원 1회당(외래 및 처방조제 합산)「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부본인부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액본인부담금을 말합니다.)에서 <표1>의 '통원항목별 공제금액'을 뺀 금액</td></tr> <tr> <td><표1> 통원항목별 공제금액</td></tr> <tr> <td> <table> <tr> <th>항 목</th><th>공제금액</th></tr> <tr> <td>「의료법」 제3조 제2항에 의한 의료기관(동법 제3조 의3에 의한 종합병원은 제외), 「국민건강보험법」 제42조제1항제4호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제(의약품업 예외지역 등에서의 약사의 직접 조제 포함)</td><td>1만원과 보장대상 의료비의 20% 중 큰 금액</td></tr> </table> </td></tr> </table>	구분	보상금액	입원 (입원실료, 입원제비용 입원수술비)	「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부본인부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액본인부담금을 말합니다.)의 80%에 해당하는 금액	통원 (외래제비용, 외래수술비, 처 방조제비)	통원 1회당(외래 및 처방조제 합산)「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부본인부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액본인부담금을 말합니다.)에서 <표1>의 '통원항목별 공제금액'을 뺀 금액	<표1> 통원항목별 공제금액	<table> <tr> <th>항 목</th><th>공제금액</th></tr> <tr> <td>「의료법」 제3조 제2항에 의한 의료기관(동법 제3조 의3에 의한 종합병원은 제외), 「국민건강보험법」 제42조제1항제4호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제(의약품업 예외지역 등에서의 약사의 직접 조제 포함)</td><td>1만원과 보장대상 의료비의 20% 중 큰 금액</td></tr> </table>	항 목	공제금액	「의료법」 제3조 제2항에 의한 의료기관(동법 제3조 의3에 의한 종합병원은 제외), 「국민건강보험법」 제42조제1항제4호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제(의약품업 예외지역 등에서의 약사의 직접 조제 포함)
구분	보상금액											
입원 (입원실료, 입원제비용 입원수술비)	「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부본인부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액본인부담금을 말합니다.)의 80%에 해당하는 금액											
통원 (외래제비용, 외래수술비, 처 방조제비)	통원 1회당(외래 및 처방조제 합산)「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부본인부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액본인부담금을 말합니다.)에서 <표1>의 '통원항목별 공제금액'을 뺀 금액											
	<표1> 통원항목별 공제금액											
	<table> <tr> <th>항 목</th><th>공제금액</th></tr> <tr> <td>「의료법」 제3조 제2항에 의한 의료기관(동법 제3조 의3에 의한 종합병원은 제외), 「국민건강보험법」 제42조제1항제4호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제(의약품업 예외지역 등에서의 약사의 직접 조제 포함)</td><td>1만원과 보장대상 의료비의 20% 중 큰 금액</td></tr> </table>	항 목	공제금액	「의료법」 제3조 제2항에 의한 의료기관(동법 제3조 의3에 의한 종합병원은 제외), 「국민건강보험법」 제42조제1항제4호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제(의약품업 예외지역 등에서의 약사의 직접 조제 포함)	1만원과 보장대상 의료비의 20% 중 큰 금액							
항 목	공제금액											
「의료법」 제3조 제2항에 의한 의료기관(동법 제3조 의3에 의한 종합병원은 제외), 「국민건강보험법」 제42조제1항제4호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제(의약품업 예외지역 등에서의 약사의 직접 조제 포함)	1만원과 보장대상 의료비의 20% 중 큰 금액											

	「국민건강보험법」 제42조 제2항에 의한 전문요양기관, 「의료법」 제3조의4에 의한 상급종합병원, 동법 제3조의3에 의한 종합병원에서의 외래 및 그에 따른 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제	2만원과 보장대상 의료비의 20% 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 「국민건강보험법」 제5조, 제53조, 제54조에 따라 요양급여 또는 「의료급여법」 제4조, 제15조, 제17조에 따라 의료급여를 적용받지 못하는 경우에는 다음과 같이 보상합니다.
1. 의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액(통원의 경우 본인이 실제로 부담한 금액에서 같은 조 제1항 <표1>의 '통원항목별 공제금액'을 뺀 금액)의 40%를 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다.
 2. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 제1호를 적용하지 아니하고 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비에 대해서만 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 감면받은 의료비가 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비에 대해서 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다.
- ④ 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음날부터 180일까지 보상합니다.
- ⑤ 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 통원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음날부터 180일 이내의 통원을 보상하며 최대 90회 한도 내에서 보상합니다.

<입원 및 통원 보상기간 예시>



	(2022. 1. 1.) (2023. 1. 1.) (2024. 1. 1.) (2024. 12. 31.) (2025. 6. 29.) ⑥ 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제4항과 제5항을 적용하지 않습니다. ⑦ 하나의 상해(같은 상해로 2회 이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 상해로 봅니다)로 인해 동일한 의료기관에서 같은 날 외래 및 처방을 함께 받은 경우 처방일자를 기준으로 외래 및 처방조제를 합산하되(조제일자가 다른 경우도 동일하게 적용) 통원 1회로 보아 제1항, 제5항 및 제6항을 적용합니다. ⑧ 하나의 상해로 인해 하루에 같은 치료를 목적으로 2회 이상 통원치료(외래 및 처방조제 합산)를 받은 경우 1회의 통원으로 보아 제1항, 제5항 및 제6항을 적용합니다. 이 때 공제금액은 2회 이상의 중복 방문 의료기관 중 가장 높은 공제금액을 적용합니다. ⑨ 회사는 피보험자가 상해로 인하여 의료기관에서 본인의 장기등(「장기등 이식에 관한 법률」 제4조에 의한 “장기등”을 의미합니다)의 기능회복을 위하여 「장기등 이식에 관한 법률」 제42조 및 관련 고시에 따라 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 제1항부터 제8항에 따라 보상합니다.
--	---

[붙임3] 국내 의료기관 의료비 중 보상하는 질병의료비

보장종목	보상하는 사항						
(2) 질병급여	① 회사는 피보험자가 질병으로 의료기관에 입원 또는 통원(외래 및 처방조제)하여 치료를 받은 경우에는 급여의료비를 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 다음과 같이 보상합니다. 다만, 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비 기준으로 계산하며, 감면받은 의료비가 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><td>구분</td><td>보상금액</td></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></table>	구분	보상금액	입원 (입원실료, 입원제비용, 입원수술비)	「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부본인부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액본인부담금을 말합니다.)의 80%에 해당하는 금액		
	구분	보상금액					
	입원 (입원실료, 입원제비용, 입원수술비)	「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부본인부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액본인부담금을 말합니다.)의 80%에 해당하는 금액					
	통원 (외래제비용, 외래수술비, 처방조제비)	통원 1회당(외래 및 처방조제 합산) 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부본인부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액본인부담금을 말합니다.)에서 <표1>의 '통원항목별 공제금액'을 뺀 금액					
<table><tr><td colspan="2"><표1> 통원항목별 공제금액</td></tr><tr><td>항 목</td><td>공제금액</td></tr><tr><td>「의료법」 제3조 제2항에 의한 의료기관(동법 제3조의3에 의한 종합병원은 제외), 「국민건강보험법」 제42조제1항제4호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제(의약분업 예외지역 등에서의 약사의 직접조제 포함)</td><td>1만원과 보장대상 의료비의 20% 중 큰 금액</td></tr></table>		<표1> 통원항목별 공제금액		항 목	공제금액	「의료법」 제3조 제2항에 의한 의료기관(동법 제3조의3에 의한 종합병원은 제외), 「국민건강보험법」 제42조제1항제4호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제(의약분업 예외지역 등에서의 약사의 직접조제 포함)	1만원과 보장대상 의료비의 20% 중 큰 금액
<표1> 통원항목별 공제금액							
항 목	공제금액						
「의료법」 제3조 제2항에 의한 의료기관(동법 제3조의3에 의한 종합병원은 제외), 「국민건강보험법」 제42조제1항제4호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제(의약분업 예외지역 등에서의 약사의 직접조제 포함)	1만원과 보장대상 의료비의 20% 중 큰 금액						

	「국민건강보험법」 제42조 제2항에 의한 전문요양기관, 「의료법」 제3조의4에 의한 상급종합병원, 동법 제3조의3에 의한 종합병원에서의 외래 및 그에 따른 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제	2만원과 보장대상 의료비의 20% 중 큰 금액
--	---	---------------------------

② 피보험자가 「국민건강보험법」 제5조, 제53조, 제54조에 따라 요양급여 또는 「의료급여법」 제4조, 제15조, 제17조에 따라 의료급여를 적용받지 못하는 경우에는 다음과 같이 보상합니다.

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

2. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(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 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면 받은 경우에는 감면 전 의료비에 대해서 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다.

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

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

<입원 및 통원 보상기간 예시>

보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	추가보상 (180일)	
↑	↑	↑	↑	↑
계약일 (2022. 1. 1.)	계약해당일 (2023. 1. 1.)	계약해당일 (2024. 1. 1.)	계약종료일 (2024. 12. 31.)	보상종료일 (2025. 6. 29.)

⑤ 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제3항과 제4항을 적용하지 않습니다.

⑥ 하나의 질병으로 동일한 의료기관에서 같은 날 외래 및 처방을 함께 받은 경우 처방일자를 기준으로

	외래 및 처방조제를 합산하되(조제일자가 다른 경우도 동일하게 적용) 통원 1회로 보아 제1항, 제4항 및 제5항을 적용합니다. ⑦ “하나의 질병”이란 발생 원인이 동일한 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병은 하나의 질병으로 간주하며, 하나의 질병으로 2회 이상 치료를 받는 경우에는 이를 하나의 질병으로 봅니다)을 말하며, 질병의 치료 중에 발생된 합병증 또는 새로 발견된 질병의 치료가 병행되거나 의학상 관련이 없는 여러 종류의 질병을 갖고 있는 상태에서 통원한 경우에는 하나의 질병으로 간주합니다. ⑧ 하나의 질병으로 하루에 같은 치료를 목적으로 2회 이상 통원치료(외래 및 처방조제 합산)를 받은 경우 1회의 통원으로 보아 제1항, 제4항 및 제5항을 적용합니다. 이 때 공제금액은 2회 이상의 중복방문 의료기관 중 가장 높은 공제금액을 적용합니다. ⑨ 회사는 피보험자가 질병으로 인하여 의료기관에서 본인의 장기등(「장기등 이식에 관한 법률」 제4조에 의한 “장기등”을 의미합니다)의 기능회복을 위하여 「장기등 이식에 관한 법률」 제42조 및 관련 고시에 따라 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 제1항부터 제8항에 따라 보상합니다
--	---

[붙임4] 국내 의료기관 의료비 중 보상하지 않는 상해의료비

보장종목	보상하지 않는 사항
(1) 상해급여	① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 급여의료비는 보상하지 않습니다. 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다. 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다. 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우 4. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원 또는 통원한 경우. 다만, 회사가 보상하는 상해로 인하여 입원 또는 통원한 경우에는 보상합니다. 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인한 경우 6. 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자 본인이 자의적으로 입원하여 발생한 입원의료비 7. 피보험자가 정당한 이유없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 통원의료비 ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동 목적으로 한 다음의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 생긴 상해에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전 훈련이 필요한 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩 2. 모터보트·자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 행사(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 보상합니다) 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안 ③ 회사는 다음의 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 제3조(보장종목별 보상내용) (1)상해급여 제1항, 제2항 및 제4항부터 제8항에 따라 보상합니다. 4. 「응급의료에 관한 법률」 및 동법 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 동법 제26조 권역응급의료센터 또는 「의료법」제3조의4에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료로서 전액본인부담금에 해당하는 의료비

[붙임5] 국내 의료기관 의료비 중 보상하지 않는 질병의료비

보장종목	보상하지 않는 사항
(2) 질병급여	① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 급여의료비는 보상하지 않습니다. 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다. 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다. 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우 4. 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자 본인이 자의적으로 입원하여 발생한 입원의료비 5. 피보험자가 정당한 이유 없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 통원의료비 ② 회사는 '한국표준질병사인분류'에 따른 다음의 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 정신 및 행동장애(F04~F99). 다만, F04~F09, F20~F29, F30~F39, F40~F48, F51, F90~F98과 관련한 치료에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하는 의료비는 보상합니다. 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)으로 발생한 의료비 중 전액본인부담금 및 보험가입일로부터 2년 이내에 발생한 의료비 3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원 또는 통원한 경우(O00~O99) 4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04). 다만, 피보험자가 보험가입당시 태아인 경우에는 보상합니다. 5. 요실금(N39.3, N39.4, R32) ③ 회사는 다음의 급여의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제) 2. 「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 따라 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제) 3. 성장호르몬제 투여에 소요된 비용으로 부담한 전액본인부담금 4. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비(산재보험 요양급여 산정기준에 따라 발생한 실제 본인 부담의료비)는 제3조(보장종목별 보상내용) (2)질병급여 제1항 및 제3항부터 제8항에 따라 보상합니다. 5. 사람면역결핍바이러스(HIV) 감염으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV 감염은 해당 진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 보상합니다) 6. 「응급의료에 관한 법률」 및 동법 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 동법 제26조 권역응급의료센터 또는 「의료법」제3조의4에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료로서 전액본인부담금에 해당하는 의료비 <본조신설 2021.7.1.>

[부표] 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

기 간	지 급 이 자
지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
지급기일의 31일이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
지급기일의 61일이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)

- 주) 1. 보험계약대출이율은 보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율을 적용합니다.
2. 가산이율 적용시 제7조(보험금의 지급절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

약관에서 인용된 법·규정

※ 약관에서 인용한 법·규정은 2024년 12월 기준으로 작성되었습니다.

※ 약관에서 인용된 법령조항이 개정 또는 폐지가 된 경우에는 변경된 내용을 따릅니다.

[법규1] 「의료법」

제2조(의료인)

- ① 이 법에서 “의료인”이란 보건복지부장관의 면허를 받은 의사·치과의사·한의사·조산사 및 「간호법」에 따른 간호사(이하 “간호사”라 한다)를 말한다. <개정 2008. 2. 29., 2010. 1. 18., 2024. 9. 20.>
- ② 의료인은 종별에 따라 다음 각 호의 임무를 수행하여 국민보건 향상을 이루고 국민의 건강한 생활 확보에 이바지할 사명을 가진다. <개정 2015. 12. 29., 2019. 4. 23., 2024. 9. 20.>
 1. 의사는 의료와 보건지도를 임무로 한다.
 2. 치과의사는 치과 의료와 구강 보건지도를 임무로 한다.
 3. 한의사는 한방 의료와 한방 보건지도를 임무로 한다.
 4. 조산사는 조산(助産)과 임신부 및 신생아에 대한 보건과 양호지도를 임무로 한다.
 5. 간호사는 「간호법」 제12조의 업무를 임무로 한다.
 - 가. 삭제 <2024. 9. 20.>
 - 나. 삭제 <2024. 9. 20.>
 - 다. 삭제 <2024. 9. 20.>
 - 라. 삭제 <2024. 9. 20.>

제3조(의료기관)

- ① 이 법에서 “의료기관”이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(이하 “의료업”이라 한다)을 하는 곳을 말한다.
- ② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
 1. 의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 의원
 - 나. 치과의원
 - 다. 한의원
 2. 조산원: 조산사가 조산과 임신부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육·상담을 하는 의료기관을 말한다.
 3. 병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
 - 가. 병원
 - 나. 치과병원
 - 다. 한방병원
 - 라. 요양병원(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포

함한다. 이하 같다)

마. 정신병원

바. 종합병원

- ③ 보건복지부장관은 보건의료정책에 필요하다고 인정하는 경우에는 제2항제1호부터 제3호까지의 규정에 따른 의료기관의 종류별 표준업무를 정하여 고시할 수 있다.

제3조의3(종합병원)

- ① 종합병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다.

1. 100개 이상의 병상을 갖추는 것
2. 100병상 이상 300병상 이하인 경우에는 내과 · 외과 · 소아청소년과 · 산부인과 중 3개 진료과목, 영상의학과, 마취통증의학과와 진단검사의학과 또는 병리과를 포함한 7개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
3. 300병상을 초과하는 경우에는 내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과, 영상의학과, 마취통증의학과, 진단검사의학과 또는 병리과, 정신건강의학과 및 치과를 포함한 9개 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것

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

제3조의5(전문병원 지정)

- ① 보건복지부장관은 병원급 의료기관 중에서 특정 진료과목이나 특정 질환 등에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 하는 병원을 전문병원으로 지정할 수 있다.

- ② 제1항에 따른 전문병원은 다음 각 호의 요건을 갖추어야 한다. <개정 2010. 1. 18., 2024. 12. 20.>

1. 특정 질환별 · 진료과목별 환자의 구성비율 등이 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당할 것
2. 보건복지부령으로 정하는 수 이상의 진료과목을 갖추고 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 둘 것
3. 최근 3년간 해당 의료기관 또는 그 개설자가 제64조제1항에 따른 3개월 이상의 의료업 정지나 개설 허가의 취소 또는 폐쇄 명령을 받은 사실이 없을 것

- ③ 보건복지부장관은 제1항에 따라 전문병원으로 지정하는 경우 제2항 각 호의 사항 및 진료의 난이도 등에 대하여 평가를 실시하여야 한다.

- ④ 보건복지부장관은 제1항에 따라 전문병원으로 지정받은 의료기관에 대하여 3년마다 제3항에 따른 평가를 실시하여 전문병원으로 재지정할 수 있다.

- ⑤ 보건복지부장관은 제1항 또는 제4항에 따라 지정받거나 재지정받은 전문병원이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 지정 또는 재지정을 취소할 수 있다. 다만, 제1호에 해당하는 경우에는 그 지정 또는 재지정을 취소하여야 한다. <신설 2015. 1. 28., 2024. 12. 20.>

1. 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 지정 또는 재지정을 받은 경우
2. 지정 또는 재지정의 취소를 원하는 경우
3. 제2항제1호 또는 제2호의 요건에 해당하지 아니하여 제63조에 따른 시정명령을 받고 이를 이행하지 아니한 경우

4. 제64조제1항에 따라 의료업이 3개월 이상 정지되거나 개설 허가의 취소 또는 폐쇄 명령을 받은 경우
5. 전문병원에 소속된 의료인, 의료기관 개설자 또는 종사자가 제27조제1항 또는 제5항을 위반하여 전문병원 지정을 계속 유지하는 것이 부적절하다고 인정되는 경우
- ⑥ 보건복지부장관은 제3항 및 제4항에 따른 평가업무를 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다. <개정 2010. 1. 18., 2015. 1. 28.>
- ⑦ 전문병원 지정·재지정의 기준·절차 및 평가업무의 위탁 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다

제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)

- ① 보건복지부장관은 신의료기술평가에 관한 사항을 심의하기 위하여 보건복지부에 신의료기술평가위원회(이하 "위원회"라 한다)를 둔다.
- ② 위원회는 위원장 1명을 포함하여 20명 이내의 위원으로 구성한다.
- ③ 위원은 다음 각 호의 자 중에서 보건복지부장관이 위촉하거나 임명한다. 다만, 위원장은 제1호 또는 제2호의 자 중에서 임명한다.
 1. 제28조제1항에 따른 의사회·치과의사회·한의사회에서 각각 추천하는 자
 2. 보건의료에 관한 학식이 풍부한 자
 3. 소비자단체에서 추천하는 자
 4. 변호사의 자격을 가진 자로서 보건의료와 관련된 업무에 5년 이상 종사한 경력이 있는 자
 5. 보건의료정책 관련 업무를 담당하고 있는 보건복지부 소속 5급 이상의 공무원
- ④ 위원장과 위원의 임기는 3년으로 하되, 연임할 수 있다. 다만, 제3항제5호에 따른 공무원의 경우에는 재임기간으로 한다.
- ⑤ 위원의 자리가 빈 때에는 새로 위원을 임명하고, 새로 임명된 위원의 임기는 임명된 날부터 기산한다.
- ⑥ 위원회의 심의사항을 전문적으로 검토하기 위하여 위원회에 분야별 전문평가위원회를 둔다.
- ⑦ 그 밖에 위원회·전문평가위원회의 구성 및 운영 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

[법규2] 「전자서명법」

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. "전자문서"란 정보처리시스템에 의하여 전자적 형태로 작성되어 송신 또는 수신되거나 저장된 정보를 말한다.
2. "전자서명"이란 다음 각 목의 사항을 나타내는 데 이용하기 위하여 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.
 - 가. 서명자의 신원
 - 나. 서명자가 해당 전자문서에 서명하였다는 사실
3. "전자서명생성정보"란 전자서명을 생성하기 위하여 이용하는 전자적 정보를 말한다.
4. "전자서명수단"이란 전자서명을 하기 위하여 이용하는 전자적 수단을 말한다.
5. "전자서명인증"이란 전자서명생성정보가 가입자에게 유일하게 속한다는 사실을 확인하고 이를 증명하는 행위를 말한다.
6. "인증서"란 전자서명생성정보가 가입자에게 유일하게 속한다는 사실 등을 확인하고 이를 증명하는 전자적 정보를 말한다.

7. “전자서명인증업무”란 전자서명인증, 전자서명인증 관련 기록의 관리 등 전자서명인증서비스를 제공하는 업무를 말한다.
8. “전자서명인증사업자”란 전자서명인증업무를 하는 자를 말한다.
9. “가입자”란 전자서명생성정보에 대하여 전자서명인증사업자로부터 전자서명인증을 받은 자를 말한다.
10. “이용자”란 전자서명인증사업자가 제공하는 전자서명인증서비스를 이용하는 자를 말한다.

[법규3] 「민법」

제27조(실종의 선고)

- ① 부재자의 생사가 5년간 분명하지 아니한 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 한다.
- ② 전지에 임한 자, 침몰한 선박 중에 있던 자, 추락한 항공기 중에 있던 자 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한 자의 생사가 전쟁종지후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 아니한 때에도 제1항과 같다.

제657조(권리의무의 전속성)

- ① 사용자는 노무자의 동의없이 그 권리를 제삼자에게 양도하지 못한다.
- ② 노무자는 사용자의 동의없이 제삼자로 하여금 자기에 갈음하여 노무를 제공하게 하지 못한다.
- ③ 당사자 일방이 전2항의 규정에 위반한 때에는 상대방은 계약을 해지할 수 있다.

제775조(인척관계 등의 소멸)

- ① 인척관계는 혼인의 취소 또는 이혼으로 인하여 종료한다.
- ② 부부의 일방이 사망한 경우 생존 배우자가 재혼한 때에도 제1항과 같다.

제777조(친족의 범위)

친족관계로 인한 법률상 효력은 이 법 또는 다른 법률에 특별한 규정이 없는 한 다음 각호에 해당하는 자에 미친다.

1. 8촌 이내의 혈족
2. 4촌 이내의 인척
3. 배우자

제1000조(상속의 순위)

- ① 상속에 있어서는 다음 순위로 상속인이 된다.
 1. 피상속인의 직계비속
 2. 피상속인의 직계존속
 3. 피상속인의 형제자매
 4. 피상속인의 4촌 이내의 방계혈족
- ② 전항의 경우에 동순위의 상속인이 수인인 때에는 최근친을 선순위로 하고 동친등의 상속인이 수인인 때에는 공동상속인이 된다.
- ③ 태아는 상속순위에 관하여는 이미 출생한 것으로 본다.

[법규4] 「상법」

제651조(고지의무위반으로 인한 계약해지)

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

제651조의2(서면에 의한 질문의 효력)

보험자가 서면으로 질문한 사항은 중요한 사항으로 추정한다.

제657조(보험사고발생의 통지의무)

- ① 보험계약자 또는 피보험자나 보험수익자는 보험사고의 발생을 안 때에는 지체없이 보험자에게 그 통지를 발송하여야 한다.
- ② 보험계약자 또는 피보험자나 보험수익자가 제1항의 통지의무를 해태함으로 인하여 손해가 증가된 때에는 보험자는 그 증가된 손해를 보상할 책임이 없다.

제682조(제3자에 대한 보험대위)

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

[법규5] 「상법 시행령」

제44조의2(타인의 생명보험)

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

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

[법규6] 「개인정보 보호법」

제15조(개인정보의 수집·이용)

- ① 개인정보처리자는 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 개인정보를 수집할 수 있으며 그 수집 목적의 범위에서 이용할 수 있다. <개정 2023. 3. 14.>
1. 정보주체의 동의를 받은 경우
 2. 법률에 특별한 규정이 있거나 법령상 의무를 준수하기 위하여 불가피한 경우
 3. 공공기관이 법령 등에서 정하는 소관 업무의 수행을 위하여 불가피한 경우
 4. 정보주체와 체결한 계약을 이행하거나 계약을 체결하는 과정에서 정보주체의 요청에 따른 조치를 이행하기 위하여 필요한 경우
 5. 명백히 정보주체 또는 제3자의 급박한 생명, 신체, 재산의 이익을 위하여 필요하다고 인정되는 경우
 6. 개인정보처리자의 정당한 이익을 달성하기 위하여 필요한 경우로서 명백하게 정보주체의 권리보다 우선하는 경우.
이 경우 개인정보처리자의 정당한 이익과 상당한 관련이 있고 합리적인 범위를 초과하지 아니하는 경우에 한한다.
 7. 공중위생 등 공공의 안전과 안녕을 위하여 긴급히 필요한 경우
- ② 개인정보처리자는 제1항제1호에 따른 동의를 받을 때에는 다음 각 호의 사항을 정보주체에게 알려야 한다. 다음 각 호의 어느 하나의 사항을 변경하는 경우에도 이를 알리고 동의를 받아야 한다.
1. 개인정보의 수집·이용 목적
 2. 수집하려는 개인정보의 항목
 3. 개인정보의 보유 및 이용 기간
 4. 동의를 거부할 권리가 있다는 사실 및 동의 거부에 따른 불이익이 있는 경우에는 그 불이익의 내용
- ③ 개인정보처리자는 당초 수집 목적과 합리적으로 관련된 범위에서 정보주체에게 불이익이 발생하는지 여부, 암호화 등 안전성 확보에 필요한 조치를 하였는지 여부 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 정보주체의 동의 없이 개인정보를 이용할 수 있다

제17조(개인정보의 제공)

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

인정보를 제공할 수 있다

제22조(동의를 받는 방법)

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

제23조(민감정보의 처리 제한)

- ① 개인정보처리자는 사상·신념, 노동조합·정당의 가입·탈퇴, 정치적 견해, 건강, 성생활 등에 관한 정보, 그 밖에 정보주체의 사생활을 현저히 침해할 우려가 있는 개인정보로서 대통령령으로 정하는 정보(이하 “민감정보”라 한다)를 처리하여서는 아니 된다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그러하지 아니하다.
1. 정보주체에게 제15조제2항 각 호 또는 제17조제2항 각 호의 사항을 알리고 다른 개인정보의 처리에 대한 동의와 별도로 동의를 받은 경우
 2. 법령에서 민감정보의 처리를 요구하거나 허용하는 경우
- ② 개인정보처리자가 제1항 각 호에 따라 민감정보를 처리하는 경우에는 그 민감정보가 분실·도난·유출·위조·변조 또는 훼손되지 아니하도록 제29조에 따른 안전성 확보에 필요한 조치를 하여야 한다.
- ③ 개인정보처리자는 재화 또는 서비스를 제공하는 과정에서 공개되는 정보에 정보주체의 민감정보가 포함됨으로써 사생

할 침해의 위험성이 있다고 판단하는 때에는 재화 또는 서비스의 제공 전에 민감정보의 공개 가능성 및 비공개를 선택하는 방법을 정보주체가 알아보기 쉽게 알려야 한다.

제24조(고유식별정보의 처리 제한)

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

[법규7] 「개인정보 보호법 시행령」

제17조(동의를 받는 방법)

- ① 개인정보처리자는 법 제22조에 따라 개인정보의 처리에 대하여 정보주체의 동의를 받을 때에는 다음 각 호의 조건을 모두 충족해야 한다.
 1. 정보주체가 자유로운 의사에 따라 동의 여부를 결정할 수 있을 것
 2. 동의를 받으려는 내용이 구체적이고 명확할 것
 3. 그 내용을 쉽게 읽고 이해할 수 있는 문구를 사용할 것
 4. 동의 여부를 명확하게 표시할 수 있는 방법을 정보주체에게 제공할 것
- ② 개인정보처리자는 법 제22조에 따라 개인정보의 처리에 대하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 방법으로 정보주체의 동의를 받아야 한다.
 1. 동의 내용이 적힌 서면을 정보주체에게 직접 발급하거나 우편 또는 팩스 등의 방법으로 전달하고, 정보주체가 서명하거나 날인한 동의서를 받는 방법
 2. 전화를 통하여 동의 내용을 정보주체에게 알리고 동의의 의사표시를 확인하는 방법
 3. 전화를 통하여 동의 내용을 정보주체에게 알리고 정보주체에게 인터넷주소 등을 통하여 동의 사항을 확인하도록 한 후 다시 전화를 통하여 그 동의 사항에 대한 동의의 의사표시를 확인하는 방법
 4. 인터넷 홈페이지 등에 동의 내용을 게재하고 정보주체가 동의 여부를 표시하도록 하는 방법
 5. 동의 내용이 적힌 전자우편을 발송하여 정보주체로부터 동의의 의사표시가 적힌 전자우편을 받는 방법
 6. 그 밖에 제1호부터 제5호까지의 규정에 따른 방법에 준하는 방법으로 동의 내용을 알리고 동의의 의사표시를 확인하는 방법

- ③ 법 제22조제2항에서 “대통령령으로 정하는 중요한 내용”이란 다음 각 호의 사항을 말한다.
1. 개인정보의 수집·이용 목적 중 재화나 서비스의 홍보 또는 판매 권유 등을 위하여 해당 개인정보를 이용하여 정보주체에게 연락할 수 있다는 사실
 2. 처리하려는 개인정보의 항목 중 다음 각 목의 사항
 - 가. 민감정보
 - 나. 제19조제2호부터 제4호까지의 규정에 따른 여권번호, 운전면허의 면허번호 및 외국인등록번호
 3. 개인정보의 보유 및 이용 기간(제공 시에는 제공받는 자의 보유 및 이용 기간을 말한다)
 4. 개인정보를 제공받는 자 및 개인정보를 제공받는 자의 개인정보 이용 목적
- ④ 개인정보처리자는 정보주체로부터 법 제22조제1항 각 호에 따른 동의를 받으려는 때에는 정보주체가 동의 여부를 선택할 수 있다는 사실을 명확하게 알 수 있도록 표시해야 한다.
- ⑤ 법 제22조제3항 전단에서 “대통령령으로 정하는 방법”이란 서면, 전자우편, 팩스, 전화, 문자전송 또는 이에 상당하는 방법(이하 “서면등의 방법”이라 한다)을 말한다.
- ⑥ 중앙행정기관의 장은 제2항에 따른 동의방법 중 소관 분야의 개인정보처리자별 업무, 업종의 특성 및 정보주체의 수 등을 고려하여 적절한 동의방법에 관한 기준을 법 제12조제2항에 따른 개인정보 보호지침(이하 “개인정보 보호지침”이라 한다)으로 정하여 그 기준에 따라 동의를 받도록 개인정보처리자에게 권장할 수 있다.

[법규8] 「보험업법」

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. “보험상품”이란 위험보장을 목적으로 우연한 사건 발생에 관하여 금전 및 그 밖의 급여를 지급할 것을 약정하고 대가를 수수(授受)하는 계약(「국민건강보험법」에 따른 건강보험, 「고용보험법」에 따른 고용보험 등 보험계약자의 보호 필요성 및 금융거래 관행 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 것은 제외한다)으로서 다음 각 목의 것을 말한다.
 - 가. 생명보험상품: 위험보장을 목적으로 사람의 생존 또는 사망에 관하여 약정한 금전 및 그 밖의 급여를 지급할 것을 약속하고 대가를 수수하는 계약으로서 대통령령으로 정하는 계약
 - 나. 손해보험상품: 위험보장을 목적으로 우연한 사건(다목에 따른 질병·상해 및 간병은 제외한다)으로 발생하는 손해(계약상 채무불이행 또는 법령상 의무불이행으로 발생하는 손해를 포함한다)에 관하여 금전 및 그 밖의 급여를 지급할 것을 약속하고 대가를 수수하는 계약으로서 대통령령으로 정하는 계약
 - 다. 제3보험상품: 위험보장을 목적으로 사람의 질병·상해 또는 이에 따른 간병에 관하여 금전 및 그 밖의 급여를 지급할 것을 약속하고 대가를 수수하는 계약으로서 대통령령으로 정하는 계약
2. “보험업”이란 보험상품의 취급과 관련하여 발생하는 보험의 인수(引受), 보험료 수수 및 보험금 지급 등을 영업으로 하는 것으로서 생명보험업·손해보험업 및 제3보험업을 말한다.
3. “생명보험업”이란 생명보험상품의 취급과 관련하여 발생하는 보험의 인수, 보험료 수수 및 보험금 지급 등을 영업으로 하는 것을 말한다.
4. “손해보험업”이란 손해보험상품의 취급과 관련하여 발생하는 보험의 인수, 보험료 수수 및 보험금 지급 등을 영업으로 하는 것을 말한다.

5. “제3보험업”이란 제3보험상품의 취급과 관련하여 발생하는 보험의 인수, 보험료 수수 및 보험금 지급 등을 영업으로 하는 것을 말한다.
6. “보험회사”란 제4조에 따른 허가를 받아 보험업을 경영하는 자를 말한다.
7. “상호회사”란 보험업을 경영할 목적으로 이 법에 따라 설립된 회사로서 보험계약자를 사원(社員)으로 하는 회사를 말한다.
8. “외국보험회사”란 대한민국 이외의 국가의 법령에 따라 설립되어 대한민국 이외의 국가에서 보험업을 경영하는 자를 말한다.
9. “보험설계사”란 보험회사·보험대리점 또는 보험중개사에 소속되어 보험계약의 체결을 중개하는 자[법인이 아닌 사단(社團)과 재단을 포함한다]로서 제84조에 따라 등록된 자를 말한다.
10. “보험대리점”이란 보험회사를 위하여 보험계약의 체결을 대리하는 자(법인이 아닌 사단과 재단을 포함한다)로서 제87조에 따라 등록된 자를 말한다.
11. “보험중개사”란 독립적으로 보험계약의 체결을 중개하는 자(법인이 아닌 사단과 재단을 포함한다)로서 제89조에 따라 등록된 자를 말한다.
12. “모집”이란 보험계약의 체결을 중개하거나 대리하는 것을 말한다.
13. “신용공여”란 대출 또는 유가증권의 매입(자금 지원적 성격인 것만 해당한다)이나 그 밖에 금융거래상의 신용위험이 따르는 보험회사의 직접적·간접적 거래로서 대통령령으로 정하는 바에 따라 금융위원회가 정하는 거래를 말한다.
14. “총자산”이란 재무상태표에 표시된 자산에서 영업권 등 대통령령으로 정하는 자산을 제외한 것을 말한다.
15. “자기자본”이란 납입자본금·자본잉여금·이익잉여금, 그 밖에 이에 준하는 것(자본조정은 제외한다)으로서 대통령령으로 정하는 항목의 합계액에서 영업권, 그 밖에 이에 준하는 것으로서 대통령령으로 정하는 항목의 합계액을 뺀 것을 말한다.
16. “동일차주”란 동일한 개인 또는 법인 및 이와 신용위험을 공유하는 자로서 대통령령으로 정하는 자를 말한다.
17. “대주주”란 「금융회사의 지배구조에 관한 법률」 제2조제6호에 따른 주주를 말한다.
18. “자회사”란 보험회사가 다른 회사(「민법」 또는 특별법에 따른 조합을 포함한다)의 의결권 있는 발행주식(출자지분을 포함한다) 총수의 100분의 15를 초과하여 소유하는 경우의 그 다른 회사를 말한다.
19. “전문보험계약자”란 보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약의 내용을 이해하고 이행할 능력이 있는 자로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 자를 말한다. 다만, 전문보험계약자 중 대통령령으로 정하는 자가 일반보험계약자와 같은 대우를 받겠다는 의사를 보험회사에 서면으로 통지하는 경우 보험회사는 정당한 사유가 없으면 이에 동의하여야 하며, 보험회사가 동의한 경우에는 해당 보험계약자는 일반보험계약자로 본다.
 - 가. 국가
 - 나. 한국은행
 - 다. 대통령령으로 정하는 금융기관
 - 라. 주권상장법인
 - 마. 그 밖에 대통령령으로 정하는 자
20. “일반보험계약자”란 전문보험계약자가 아닌 보험계약자를 말한다.

[법규9] 「보험업법 시행령」

제6조의2(전문보험계약자의 범위 등)

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

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

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

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

③ 법 제2조제19호마목에서 “대통령령으로 정하는 자”란 다음 각 호의 자를 말한다.

1. 지방자치단체
2. 법 제83조에 따라 모집을 할 수 있는 자
3. 법 제175조에 따른 보험협회(이하 “보험협회”라 한다), 법 제176조에 따른 보험요율 산출기관(이하 “보험요율 산출기관”이라 한다) 및 법 제178조에 따른 보험 관계 단체
4. 「한국자산관리공사 설립 등에 관한 법률」에 따른 한국자산관리공사
5. 「금융위원회의 설치 등에 관한 법률」에 따른 금융감독원(이하 “금융감독원”이라 한다)
6. 「예금자보호법」에 따른 예금보험공사 및 정리금융회사
7. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 한국예탁결제원 및 같은 법 제373조의2에 따라 허가를 받은 거래소(이하 “거래소”라 한다)
8. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 집합투자기구. 다만, 금융위원회가 정하여 고시하는 집합투자기구는 제외한다.
9. 「한국주택금융공사법」에 따른 한국주택금융공사
10. 「한국투자공사법」에 따른 한국투자공사

12. 「기술보증기금법」에 따른 기술보증기금
13. 「신용보증기금법」에 따른 신용보증기금
14. 법률에 따라 공제사업을 하는 법인
15. 법률에 따라 설립된 기금(제12호와 제13호에 따른 기금은 제외한다) 및 그 기금을 관리·운용하는 법인
16. 해외 증권시장에 상장된 주권을 발행한 국내법인
17. 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 외국인
 - 가. 외국 정부
 - 나. 조약에 따라 설립된 국제기구
 - 다. 외국 중앙은행
 - 라. 제1호부터 제15호까지 및 제18호의 자에 준하는 외국인
18. 그 밖에 보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약의 내용을 이해하고 이행할 능력이 있는 자로서 금융위원회가 정하여 고시하는 자

제42조의2(설명의무의 중요 사항 등)

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

1. 보험계약 체결 단계

- 가. 보험의 모집에 종사하는 자의 성명, 연락처 및 소속
- 나. 보험의 모집에 종사하는 자가 보험회사를 위하여 보험계약의 체결을 대리할 수 있는지 여부
- 다. 보험의 모집에 종사하는 자가 보험료나 고지의무사항을 보험회사를 대신하여 수령할 수 있는지 여부
- 라. 보험계약의 승낙절차
- 마. 보험계약 승낙거절 시 거절 사유
- 바. 「상법」 제638조의3제2항에 따라 3개월 이내에 해당 보험계약을 취소할 수 있다는 사실 및 그 취소 절차·방법
- 사. 그 밖에 일반보험계약자가 보험계약 체결 단계에서 설명받아야 하는 사항으로서 금융위원회가 정하여 고시하는 사항

2. 보험금 청구 단계

- 가. 담당 부서, 연락처 및 보험금 청구에 필요한 서류
- 나. 보험금 심사 절차, 예상 심사기간 및 예상 지급일
- 다. 일반보험계약자가 보험사고 조사 및 손해사정에 관하여 설명받아야 하는 사항으로서 금융위원회가 정하여 고시하는 사항
- 라. 그 밖에 일반보험계약자가 보험금 청구 단계에서 설명받아야 하는 사항으로서 금융위원회가 정하여 고시하는 사항

3. 보험금 심사·지급 단계

- 가. 보험금 지급일 등 지급절차
- 나. 보험금 지급 내역
- 다. 보험금 심사 지연 시 지연 사유 및 예상 지급일

라. 보험금을 감액하여 지급하거나 지급하지 아니하는 경우에는 그 사유

마. 그 밖에 일반보험계약자가 보험금 심사·지급 단계에서 설명받아야 하는 사항으로서 금융위원회가 정하여 고시하는 사항

⑤ 제3항과 관련하여 필요한 세부 사항은 금융위원회가 정하여 고시한다.

[법규10] 「보험업감독규정」

제1-4조의2(전문보험계약자의 범위)

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

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

제4-35조의2(보험계약 중요사항의 설명의무)

⑦ 영 제43조제4항제3호나목, 같은 조 제5항제2호나목, 제7항제2호 및 제10항제1호나목, 제43조의2제2항제4호에서 "금융위원회가 정하는 기준"이란 「전자금융거래법」 제21조제2항에 따른 기준을 말한다.

⑧ 보험회사는 법 제95조의2제3항 및 영 제42조의2제3항제1호바목·사목에 따라 보험계약 체결 단계에서 일반보험계약자에게 중요 사항을 설명할 때에는 다음 각 호의 사항을 준수하여야 한다.<개정 2016. 4. 1., 2023. 6. 27., 2024. 1. 31.>

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 3개월 이내에 해당 보험계약을 취소할 수 있다는 사실 및 그 취소 절차·방법

마. 저축성보험계약 또는 변액보험계약의 경우 납입보험료중 사업비 등이 차감된 일부 금액이 특별계정에 투입되어

운용되거나 적용이율로 부리된다는 사실

바. 저축성보험계약(금리확정형보험은 제외한다)의 경우 다음 각 세목의 사항

- 1) 사업비 수준
- 2) 해약환급금

사. 변액보험계약의 경우 다음 각 세목의 사항

- 1) 투자에 따르는 위험
- 2) 예금자보호 대상이 되지 않는다는 사실

아. 만기시 자동갱신되는 보험계약의 경우 보험료가 인상될 수 있다는 사실

자. 「상법」 제662조에 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 제42조의2제3항제2호다목의 "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 위탁계약 이 체결된 손해사정업자가 손해사정을 하게 된다는 사실

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

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

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

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

[법규11] 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」

제15조(수집 및 처리의 원칙)

- ① 신용정보회사, 본인신용정보관리회사, 채권추심회사, 신용정보집중기관 및 신용정보제공·이용자(이하 “신용정보회사 등”이라 한다)는 신용정보를 수집하고 이를 처리할 수 있다. 이 경우 이 법 또는 정관으로 정한 업무 범위에서 수집 및 처리의 목적을 명확히 하여야 하며, 이 법 및 「개인정보 보호법」 제3조제1항 및 제2항에 따라 그 목적 달성에 필요한 최소한의 범위에서 합리적이고 공정한 수단을 사용하여 신용정보를 수집 및 처리하여야 한다.
- ② 신용정보회사등이 개인신용정보를 수집하는 때에는 해당 신용정보주체의 동의를 받아야 한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그러하지 아니하다.
 1. 「개인정보 보호법」 제15조제1항제2호부터 제7호까지의 어느 하나에 해당하는 경우
 2. 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 정보를 수집하는 경우
 - 가. 법령에 따라 공시(公示)되거나 공개된 정보
 - 나. 출판물이나 방송매체 또는 「공공기관의 정보공개에 관한 법률」 제2조제3호에 따른 공공기관의 인터넷 홈페이지 등의 매체를 통하여 공시 또는 공개된 정보
 - 다. 신용정보주체가 스스로 사회관계망서비스 등에 직접 또는 제3자를 통하여 공개한 정보. 이 경우 대통령령으로 정하는 바에 따라 해당 신용정보주체의 동의가 있었다고 객관적으로 인정되는 범위 내로 한정한다.
 3. 제1호 및 제2호에 준하는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우

제32조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의)

- ① 신용정보제공·이용자가 개인신용정보를 타인에게 제공하려는 경우에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 해당 신용정보주체로부터 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 방식으로 개인신용정보를 제공할 때마다 미리 개별적으로 동의를 받아야 한다. 다만, 기존에 동의한 목적 또는 이용 범위에서 개인신용정보의 정확성·최신성을 유지하기 위한 경우에는 그러하지 아니하다.
 1. 서면
 2. 「전자서명법」 제2조제2호에 따른 전자서명(서명자의 실지명의를 확인할 수 있는 것을 말한다)이 있는 전자문서(「전자문서 및 전자거래 기본법」 제2조제1호에 따른 전자문서를 말한다)
 3. 개인신용정보의 제공 내용 및 제공 목적 등을 고려하여 정보 제공 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 고지 절차를 거친다.
 5. 그 밖에 대통령령으로 정하는 방식
- ② 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관으로부터 개인신용정보를 제공 받으려는 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 해당 신용정보주체로부터 제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 방식으

로 개인신용정보를 제공받을 때마다 개별적으로 동의(기존에 동의한 목적 또는 이용 범위에서 개인신용정보의 정확성 · 최신성을 유지하기 위한 경우는 제외한다)를 받아야 한다. 이 경우 개인신용정보를 제공받으려는 자는 개인신용정보의 조회 시 개인신용평점이 하락할 수 있는 때에는 해당 신용정보주체에게 이를 고지하여야 한다.

- ③ 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용조회회사 또는 신용정보집중기관이 개인신용정보를 제2항에 따라 제공하는 경우에는 해당 개인신용정보를 제공받으려는 자가 제2항에 따른 동의를 받았는지를 대통령령으로 정하는 바에 따라 확인하여야 한다.
- ④ 신용정보회사등은 개인신용정보의 제공 및 활용과 관련하여 동의를 받을 때에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 서비스 제공을 위하여 필수적 동의사항과 그 밖의 선택적 동의사항을 구분하여 설명한 후 각각 동의를 받아야 한다. 이 경우 필수적 동의사항은 서비스 제공과의 관련성을 설명하여야 하며, 선택적 동의사항은 정보제공에 동의하지 아니할 수 있다는 사실을 고지하여야 한다.
- ⑤ 신용정보회사등은 신용정보주체가 선택적 동의사항에 동의하지 아니한다는 이유로 신용정보주체에게 서비스의 제공을 거부하여서는 아니 된다.
- ⑥ 신용정보회사등(제9호의3을 적용하는 경우에는 데이터전문기관을 포함한다)이 개인신용정보를 제공하는 경우로서 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 제1항부터 제5항까지를 적용하지 아니한다.
 - 1. 신용정보회사 및 채권추심회사가 다른 신용정보회사 및 채권추심회사 또는 신용정보집중기관과 서로 집중관리 · 활용하기 위하여 제공하는 경우
 - 2. 제17조제2항에 따라 신용정보의 처리를 위탁하기 위하여 제공하는 경우
 - 3. 영업양도 · 분할 · 합병 등의 이유로 권리 · 의무의 전부 또는 일부를 이전하면서 그와 관련된 개인신용정보를 제공하는 경우
 - 4. 채권추심(추심채권을 추심하는 경우만 해당한다), 인가 · 허가의 목적, 기업의 신용도 판단, 유가증권의 양수 등 대통령령으로 정하는 목적으로 사용하는 자에게 제공하는 경우
 - 5. 법원의 제출명령 또는 법관이 발부한 영장에 따라 제공하는 경우
 - 6. 범죄 때문에 피해자의 생명이나 신체에 심각한 위험 발생이 예상되는 등 긴급한 상황에서 제5호에 따른 법관의 영장을 발부받을 시간적 여유가 없는 경우로서 검사 또는 사법경찰관의 요구에 따라 제공하는 경우. 이 경우 개인신용정보를 제공받은 검사는 지체 없이 법관에게 영장을 청구하여야 하고, 사법경찰관은 검사에게 신청하여 검사의 청구로 영장을 청구하여야 하며, 개인신용정보를 제공받은 때부터 36시간 이내에 영장을 발부받지 못하면 지체 없이 제공받은 개인신용정보를 폐기하여야 한다.
 - 7. 조세에 관한 법률에 따른 질문 · 검사 또는 조사를 위하여 관할 관서의 장이 서면으로 요구하거나 조세에 관한 법률에 따라 제출의무가 있는 과세자료의 제공을 요구함에 따라 제공하는 경우
 - 8. 국제협약 등에 따라 외국의 금융감독기구에 금융회사가 가지고 있는 개인신용정보를 제공하는 경우
 - 9. 제2조제1호의4나목 및 다목의 정보를 개인신용평가회사, 개인사업자신용평가회사, 기업신용등급제공업무 · 기술신용평가업무를 하는 기업신용조회회사 및 신용정보집중기관에 제공하거나 그로부터 제공받는 경우
- 9의2. 통계작성, 연구, 공익적 기록보존 등을 위하여 가명정보를 제공하는 경우. 이 경우 통계작성에는 시장조사 등 상업적 목적의 통계작성을 포함하며, 연구에는 산업적 연구를 포함한다.
- 9의3. 제17조의2제1항에 따른 정보집합물의 결합 목적으로 데이터전문기관에 개인신용정보를 제공하는 경우
- 9의4. 다음 각 목의 요소를 고려하여 당초 수집한 목적과 상충되지 아니하는 목적으로 개인신용정보를 제공하는 경우
가. 양 목적 간의 관련성

나. 신용정보회사등이 신용정보주체로부터 개인신용정보를 수집한 경우

다. 해당 개인신용정보의 제공이 신용정보주체에게 미치는 영향

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

10. 이 법 및 다른 법률에 따라 제공하는 경우

11. 제1호부터 제10호까지의 규정에 준하는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우

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

제33조(개인신용정보의 이용)

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

제34조(개인식별정보의 수집·이용 및 제공)

신용정보회사등이 개인을 식별하기 위하여 필요로 하는 정보로서 대통령령으로 정하는 정보를 수집·이용 및 제공하는 경우에는 제15조, 제32조 및 제33조를 준용한다.

[법규12] 「소득세법」

제59조의4(특별세액공제)

- ① 근로소득이 있는 거주자(일용근로자는 제외한다. 이하 이 조에서 같다)가 해당 과세기간에 만기에 환급되는 금액이 납

입보험료를 초과하지 아니하는 보험의 보험계약에 따라 지급하는 다음 각 호의 보험료를 지급한 경우 그 금액의 100분의 12(제1호의 경우에는 100분의 15)에 해당하는 금액을 해당 과세기간의 종합소득산출세액에서 공제한다. 다만, 다음 각 호의 보험료별로 그 합계액이 각각 연 100만원을 초과하는 경우 그 초과하는 금액은 각각 없는 것으로 한다.

1. 기본공제대상자 중 장애인을 피보험자 또는 수익자로 하는 장애인전용보험으로서 대통령령으로 정하는 장애인전용 보장성보험료

2. 기본공제대상자를 피보험자로 하는 대통령령으로 정하는 보험료(제1호에 따른 장애인전용보장성보험료는 제외한다)

② 근로소득이 있는 거주자가 기본공제대상자(나이 및 소득의 제한을 받지 아니한다)를 위하여 해당 과세기간에 대통령령으로 정하는 의료비를 지급한 경우 다음 각 호의 금액의 100분의 15(제3호의 경우에는 100분의 20, 제4호의 경우에는 100분의 30)에 해당하는 금액을 해당 과세기간의 종합소득산출세액에서 공제한다.

1. 기본공제대상자를 위하여 지급한 의료비(제2호부터 제4호까지의 의료비는 제외한다)로서 총급여액에 100분의 3을 곱하여 계산한 금액을 초과하는 금액. 다만, 그 금액이 연 700만원을 초과하는 경우에는 연 700만원으로 한다.

2. 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 사람을 위하여 지급한 의료비. 다만, 제1호의 의료비가 총급여액에 100분의 3을 곱하여 계산한 금액에 미달하는 경우에는 그 미달하는 금액을 뺀다.

가. 해당 거주자

나. 과세기간 종료일 현재 65세 이상인 사람

다. 장애인

라. 대통령령으로 정하는 중증질환자, 희귀난치성질환자 또는 결핵환자

3. 대통령령으로 정하는 미숙아 및 선천성이상아를 위하여 지급한 의료비. 다만, 제1호 및 제2호의 의료비 합계액이 총급여액에 100분의 3을 곱하여 계산한 금액에 미달하는 경우에는 그 미달하는 금액을 뺀다.

4. 대통령령으로 정하는 난임시술(이하 이 호에서 “난임시술”이라 한다)을 위하여 지출한 비용(난임시술과 관련하여 처방을 받은 「약사법」 제2조에 따른 의약품 구입비용을 포함한다). 다만, 제1호부터 제3호까지의 의료비 합계액이 총급여액에 100분의 3을 곱하여 계산한 금액에 미달하는 경우에는 그 미달하는 금액을 뺀다.

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

1. 기본공제대상자인 배우자·직계비속·형제자매·입양자 및 위탁아동(이하 이 호에서 “직계비속등”이라 한다)을 위하여 지급한 다음 각 목의 교육비를 합산한 금액. 다만, 대학원에 지급하거나 직계비속등이 제2호나목에 따른 학자금 대출을 받아 지급하는 교육비는 제외하며, 대학생인 경우에는 1명당 연 900만원, 초등학교 취학 전 아동과 초·중·고등학생인 경우에는 1명당 연 300만원을 한도로 한다.

가. 「유아교육법」, 「초·중등교육법」, 「고등교육법」 및 특별법에 따른 학교에 지급하거나 「고등교육법」 제34조제3항의 시험 응시를 위하여 지급한 교육비

나. 다음의 평생교육시설 또는 과정을 위하여 지급한 교육비

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

2) 「학점인정 등에 관한 법률」 제3조 및 「독학에 의한 학위취득에 관한 법률」 제5조제1항에 따른 과정 중 대통령

령으로 정하는 교육과정(이하 각각의 교육과정을 이 항에서 “학위취득과정”이라 한다)

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

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

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

가. 제1호가목부터 다목까지의 규정에 해당하는 교육비

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

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

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

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

가. 대통령령으로 정하는 사회복지시설 및 비영리법인

나. 장애인의 기능향상과 행동발달을 위한 발달재활서비스를 제공하는 대통령령으로 정하는 기관

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

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

1. 제34조제2항제1호의 특례기부금

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

가. 종교단체에 기부한 금액이 있는 경우

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

나. 가목 외의 경우

한도액 = 소득금액의 100분의 30

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

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

- ⑥ 제1항부터 제4항까지의 규정에 따른 공제는 해당 거주자가 대통령령으로 정하는 바에 따라 신청한 경우에 적용한다.
- ⑦ 국세청장은 제3항제2호라목에 따른 교육비가 세액공제 대상에 해당하는지 여부를 확인하기 위하여 「한국장학재단 설립 등에 관한 법률」 제6조에 따른 한국장학재단 등 학자금 대출·상환업무를 수행하는 대통령령으로 정하는 기관(이하 이 항에서 “한국장학재단등”이라 한다)에 학자금대출 및 원리금 상환내역 등 대통령령으로 정하는 자료의 제공을 요청할 수 있다. 이 경우 요청을 받은 한국장학재단등은 특별한 사유가 없으면 그 요청에 따라야 한다.
- ⑧ 제4항에도 불구하고 2021년 1월 1일부터 2022년 12월 31일까지 지급한 기부금을 해당 과세기간의 합산과세되는 종합소득산출세액(필요경비에 산입한 기부금이 있는 경우 사업소득에 대한 산출세액은 제외한다)에서 공제하는 경우에는 같은 항에 따른 세액공제액 외에 같은 항 각 호의 기부금을 합한 금액에서 사업소득금액을 계산할 때 필요경비에 산입한 기부금을 뺀 금액의 100분의 5에 해당하는 금액을 추가로 공제한다.
- ⑨ 거주자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 다음 각 호의 구분에 따른 금액을 종합소득산출세액에서 공제(이하 “표준세액공제”라 한다)한다.
 - 1. 근로소득이 있는 거주자로서 제6항, 제52조제8항 및 「조세특례제한법」 제95조의2제2항에 따른 소득공제나 세액공제 신청을 하지 아니한 경우: 연 13만원
 - 2. 종합소득이 있는 거주자(근로소득이 있는 자는 제외한다)로서 「조세특례제한법」 제122조의3에 따른 세액공제 신청을 하지 아니한 경우: 다음 각 목의 구분에 따른 금액
 - 가. 제160조의5제3항에 따른 사업용계좌의 신고 등 대통령령으로 정하는 요건에 해당하는 사업자(이하 “성실사업자”라 한다)의 경우: 연 12만원
 - 나. 가목 외의 경우: 연 7만원
- ⑩ 제1항부터 제9항까지의 규정에 따른 공제를 “특별세액공제”라 한다.
- ⑪ 특별세액공제에 관하여 그밖에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

[법규13] 「소득세법 시행령」

제107조(장애인의 범위)

- ① 법 제51조제1항제2호에 따른 장애인은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자로 한다. <개정 1997. 9. 30., 2001. 12. 31., 2005. 2. 19., 2018. 2. 13., 2025. 2. 28.>
 - 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 제3호라목1)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 <2025. 2. 28.>
- ② 제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람이 장애인공제를 받으려는 때에는 기획재정부령으로 정하는 장애인증명서

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

1. 과세표준확정신고를 하는 때에는 그 신고서에 첨부하여 납세지 관할세무서장에게 제출한다.
2. 근로소득(법 제127조제1항제4호 각 목의 어느 하나에 해당하는 근로소득은 제외한다)이 있는 사람은 근로소득자 소득·세액 공제신고서에 첨부하여 연말정산을 하는 원천징수의무자에게 제출한다.
3. 법 제144조의2에 따라 연말 정산되는 사업소득이 있는 자는 소득·세액 공제신고서에 첨부하여 연말정산을 하는 원천징수의무자에게 제출한다.
- ③ 장애인으로서 당해 장애의 상태가 1년이상 지속될 것으로 예상되는 경우 그 장애기간이 기재된 장애인증명서를 제2항의 규정에 의하여 제출한 때에는 그 장애기간 동안은 이를 다시 제출하지 아니하여도 된다. 다만, 그 장애기간중 납세지 관할세무서 또는 사용자를 달리하게 된 때에는 제2항의 규정에 의하여 장애인증명서를 제출하여야 한다.
- ④ 제3항 단서의 경우 전납세지 관할세무서장 또는 전원천징수의무자로부터 이미 제출한 장애인증명서를 반환받아 이를 제출할 수 있다.

제118조의4(보험료세액공제)

- ① 법 제59조의4제1항제1호에서 “대통령령으로 정하는 장애인전용보장성보험료”란 제2항 각 호에 해당하는 보험·공제로서 보험·공제 계약 또는 보험료·공제로 납입영수증에 장애인전용 보험·공제로 표시된 보험·공제의 보험료·공제료를 말한다.
- ② 법 제59조의4제1항제2호에서 “대통령령으로 정하는 보험료”란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 보험·보증·공제의 보험료·보증료·공제로 중 기획재정부령으로 정하는 것을 말한다.
 1. 생명보험
 2. 상해보험
 3. 화재·도난이나 그 밖의 손해를 담보하는 가계에 관한 손해보험
 4. 「수산업협동조합법」, 「신용협동조합법」 또는 「새마을금고법」에 따른 공제
 5. 「군인공제회법」, 「한국교직원공제회법」, 「대한지방행정공제회법」, 「경찰공제회법」 및 「대한소방공제회법」에 따른 공제
 6. 주택 임차보증금의 반환을 보증하는 것을 목적으로 하는 보험·보증. 다만, 보증대상 임차보증금이 3억원을 초과하는 경우는 제외한다.

[법규14] 「관공서의 공휴일에 관한 규정」

제2조(공휴일)

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

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

제3조(대체공휴일)

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

[법규15] 「노동절 제정에 관한 법률」

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

[법규16] 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 의료연명결정에 관한 법률」

제15조(연명의료중단등결정 이행의 대상)

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

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

제16조(환자가 임종과정에 있는지 여부에 대한 판단)

담당의사는 환자에 대한 연명의료중단등결정을 이행하기 전에 해당 환자가 임종과정에 있는지 여부를 해당 분야의 전문

의 1명과 함께 판단하고 그 결과를 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 기록하여야 한다.

제17조(환자의 의사 확인)

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

1. 의료기관에서 작성된 연명의료계획서가 있는 경우 이를 환자의 의사로 본다.
2. 담당의사가 사전연명의료의향서의 내용을 환자에게 확인하는 경우 이를 환자의 의사로 본다. 담당의사 및 해당 분야의 전문의 1명이 다음 각 목을 모두 확인한 경우에도 같다.

가. 환자가 사전연명의료의향서의 내용을 확인하기에 충분한 의사능력이 없다는 의학적 판단

나. 사전연명의료의향서가 제2조제4호의 범위에서 제12조에 따라 작성되었다는 사실

3. 제1호 또는 제2호에 해당하지 아니하고 19세 이상의 환자가 의사를 표현할 수 없는 의학적 상태인 경우 환자의 연명의료중단등결정에 관한 의사로 보기에 충분한 기간 동안 일관하여 표시된 연명의료중단등에 관한 의사에 대하여 환자가족(19세 이상인 자로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 사람을 말한다) 2명 이상의 일치하는 진술(환자가족이 1명인 경우에는 그 1명의 진술을 말한다)이 있으면 담당의사와 해당 분야의 전문의 1명의 확인을 거쳐 이를 환자의 의사로 본다. 다만, 그 진술과 배치되는 내용의 다른 환자가족의 진술 또는 보건복지부령으로 정하는 객관적인 증거가 있는 경우에는 그러하지 아니하다.

가. 배우자

나. 직계비속

다. 직계존속

라. 가목부터 다목까지에 해당하는 사람이 없는 경우 형제자매

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

③ 제1항제2호나 제3호에 따라 환자의 의사를 확인한 담당의사 및 해당 분야의 전문의는 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 확인 결과를 기록하여야 한다.

제18조(환자의 의사를 확인할 수 없는 경우의 연명의료중단등결정)

① 제17조에 해당하지 아니하여 환자의 의사를 확인할 수 없고 환자가 의사표현을 할 수 없는 의학적 상태인 경우 다음 각 호의 어느 하나에 해당할 때에는 해당 환자를 위한 연명의료중단등결정이 있는 것으로 본다. 다만, 담당의사 또는 해당 분야 전문의 1명이 환자가 연명의료중단등결정을 원하지 아니하였다는 사실을 확인한 경우는 제외한다.

1. 미성년자인 환자의 법정대리인(친권자에 한정한다)이 연명의료중단등결정의 의사표시를 하고 담당의사와 해당 분야 전문의 1명이 확인한 경우

2. 환자가족(행방불명자 등 대통령령으로 정하는 사유에 해당하는 사람은 제외한다) 전원의 합의로 연명의료중단등결정의 의사표시를 하고 담당의사와 해당 분야 전문의 1명이 확인한 경우

② 제1항제1호·제2호에 따라 연명의료중단등결정을 확인한 담당의사 및 해당 분야의 전문의는 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 확인 결과를 기록하여야 한다.

[법규17] 「국민건강보험법」

제42조(요양기관)

- ① 요양급여(간호와 이송은 제외한다)는 다음 각 호의 요양기관에서 실시한다. 이 경우 보건복지부장관은 공익이나 국가 정책에 비추어 요양기관으로 적합하지 아니한 대통령령으로 정하는 의료기관 등은 요양기관에서 제외할 수 있다.
1. 「의료법」에 따라 개설된 의료기관
 2. 「약사법」에 따라 등록된 약국
 3. 「약사법」 제91조에 따라 설립된 한국희귀·필수의약품센터
 4. 「지역보건법」에 따른 보건소·보건의료원 및 보건지소
 5. 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」에 따라 설치된 보건진료소
- ② 보건복지부장관은 효율적인 요양급여를 위하여 필요하면 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 시설·장비·인력 및 진료과목 등 보건복지부령으로 정하는 기준에 해당하는 요양기관을 전문요양기관으로 인정할 수 있다. 이 경우 해당 전문요양기관에 인정서를 발급하여야 한다.
- ③ 보건복지부장관은 제2항에 따라 인정받은 요양기관이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 그 인정을 취소한다.
1. 제2항 전단에 따른 인정기준에 미달하게 된 경우
 2. 제2항 후단에 따라 발급받은 인정서를 반납한 경우
- ④ 제2항에 따라 전문요양기관으로 인정된 요양기관 또는 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원에 대하여는 제41조제3항에 따른 요양급여의 절차 및 제45조에 따른 요양급여비용을 다른 요양기관과 달리 할 수 있다.
- ⑤ 제1항·제2항 및 제4항에 따른 요양기관은 정당한 이유 없이 요양급여를 거부하지 못한다.

제44조(비용의 일부부담)

- ① 요양급여를 받는 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 비용의 일부(이하 “본인일부부담금”이라 한다)를 본인이 부담한다. 이 경우 선별급여에 대해서는 다른 요양급여에 비하여 본인일부부담금을 상향 조정할 수 있다. <개정 2016. 3. 22.>
- ② 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. <신설 2016. 3. 22., 2023. 5. 19., 2024. 2. 20.>
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 제2항에 따른 본인부담상한액은 가입자의 소득수준 등에 따라 정한다.
- ④ 제2항 각 호에 따른 금액 및 합계액의 산정 방법, 본인부담상한액을 넘는 금액의 지급 방법 및 제3항에 따른 가입자의 소득수준 등에 따른 본인부담상한액 설정 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다. <신설 2016. 3. 22., 2024. 2. 20.>

[법규18] 「국민건강보험법 시행령」

제19조(비용의 본인부담)

- ① 법 제44조제1항에 따른 본인일부부담금(이하 “본인일부부담금”이라 한다)의 부담률 및 부담액은 별표 2와 같다.
- ② 본인일부부담금은 요양기관의 청구에 따라 요양급여를 받는 사람이 요양기관에 납부한다. 이 경우 요양기관은 법 제41조제3항 및 제4항에 따라 보건복지부령으로 정하는 요양급여사항 또는 비급여사항 외에 입원보증금 등 다른 명목으로 비용을 청구해서는 아니 된다.
- ③ 법 제44조제2항제1호에 따른 본인일부부담금의 총액은 요양급여를 받는 사람이 연간 부담하는 본인일부부담금을 모두 더한 금액으로 한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 본인일부부담금은 더하지 않는다. <개정 2018. 6. 26., 2019. 4. 2., 2019. 6. 11., 2019. 10. 22., 2020. 10. 7., 2021. 6. 29., 2023. 6. 20., 2023. 11. 7., 2024. 4. 19., 2024. 8. 20.>
 1. 별표 2 제1호가목1)에 따라 상급종합병원·종합병원·병원·한방병원·요양병원(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 장애인 의료재활시설로서 「의료법」 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관인 요양병원으로 한정한다)·정신병원 일반입원실의 2인실·3인실 및 정신과 입원실의 2인실·3인실을 이용한 경우 그 입원료로 부담한 금액
 - 1의2. 별표 2 제1호다목3)에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병을 주 질병·부상으로 상급종합병원에서 받은 외래진료에 대해 같은 표 제1호나목 또는 제3호나목에 따라 부담한 금액. 다만, 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 사람이 부담한 금액은 제외한다.
 - 가. 임신부
 - 나. 6세 미만의 사람
 - 다. 별표 2 제1호 나목에 따른 의약분업 예외환자
 - 라. 별표 2 제3호카목에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시하는 난임진료를 받은 사람
 - 마. 다음 법률 규정에 따라 의료지원을 받는 의료지원 대상자
 - 1) 「5·18민주유공자예우 및 단체설립에 관한 법률」 제33조
 - 2) 「고엽제후유의증 등 환자지원 및 단체설립에 관한 법률」 제6조제2항
 - 3) 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 제41조
 - 4) 「독립유공자예우에 관한 법률」 제17조
 - 5) 「보훈보상대상자 지원에 관한 법률」 제50조
 - 6) 「제대군인지원에 관한 법률」 제20조
 - 7) 「참전유공자 예우 및 단체설립에 관한 법률」 제7조
 - 8) 「특수임무유공자 예우 및 단체설립에 관한 법률」 제32조
 2. 별표 2 제3호라목5)·6)·9) 및 10)에 따라 부담한 금액
 3. 별표 2 제3호사목 및 거목에 따라 부담한 금액
 4. 별표 2 제4호에 따라 부담한 금액
 - 4의2. 별표 2 제5호의2에 따라 부담한 금액
 5. 별표 2 제6호에 따라 부담한 금액
- ④ 법 제44조제2항 각 호 외의 부분 전단에 따른 본인부담상한액(이하 “본인부담상한액”이라 한다)은 별표 3의 산정방법에 따라 산정된 금액을 말한다. <개정 2023. 11. 7., 2024. 8. 20.>

- ⑤ 법 제44조제2항 각 호 외의 부분 후단에 따라 공단이 본인부담상한액을 넘는 금액을 지급하는 경우에는 당사자가 지정하는 예금계좌(「우체국예금·보험에 관한 법률」에 따른 채신관서 및 「은행법」에 따른 은행에서 개설된 예금계좌 등 보건복지부장관이 정하는 예금계좌를 말한다)로 지급해야 한다. 다만, 해당 예금계좌로 입금할 수 없는 불가피한 사유가 있는 경우에는 보건복지부장관이 정하는 방법으로 지급할 수 있다. <개정 2019. 6. 11., 2023. 11. 7., 2024. 8. 20.>
- ⑥ 제2항 및 제5항에서 정한 사항 외에 본인일부부담금의 납부방법이나 본인부담상한액을 넘는 금액의 지급방법 등에 필요한 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다.

[법규19] 「장애인복지법」

제32조(장애인 등록)

- ① 장애인, 그 법정대리인 또는 대통령령으로 정하는 보호자(이하 “법정대리인등”이라 한다)는 장애 상태와 그 밖에 보건복지부령이 정하는 사항을 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수 또는 구청장(자치구의 구청장을 말한다. 이하 같다)에게 등록하여야 하며, 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 등록을 신청한 장애인이 제2조에 따른 기준에 맞으면 장애인등록증(이하 “등록증”이라 한다)을 내주어야 한다.
- ② 삭제 <2017. 2. 8.>
- ③ 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 제1항에 따라 등록증을 받은 장애인의 장애 상태의 변화에 따른 장애 정도 조정을 위하여 장애 진단을 받게 하는 등 장애인이나 법정대리인등에게 필요한 조치를 할 수 있다.
- ④ 삭제 <2024. 1. 9.>
- ⑤ 등록증은 양도하거나 대여하지 못하며, 등록증과 비슷한 명칭이나 표시를 사용하여서는 아니 된다.
- ⑥ 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 제1항에 따른 장애인 등록 및 제3항에 따른 장애 상태의 변화에 따른 장애 정도를 조정함에 있어 장애인의 장애 인정과 장애 정도 사정이 적정한지를 확인하기 위하여 필요한 경우 대통령령으로 정하는 「공공기관의 운영에 관한 법률」 제4조에 따른 공공기관에 장애 정도에 관한 정밀심사를 의뢰할 수 있다.
- ⑦ 삭제 <2021. 7. 27.>
- ⑧ 보건복지부장관 또는 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 「사회보장기본법」 제37조에 따른 사회보장정보시스템을 이용하여 등록증의 진위 또는 유효 여부 확인이 필요한 경우에 이를 확인하여 줄 수 있다. <개정 2024. 2. 13.>
- ⑨ 제1항, 제3항, 제5항, 제6항 및 제8항에서 규정한 사항 외에 장애인의 등록, 등록증의 발급, 장애 진단 및 장애 정도에 관한 정밀심사, 등록증의 진위 또는 유효 여부 확인 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다. <개정 2024. 2. 13.>

[법규20] 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」

제6조(등록 및 결정)

- ① 국가유공자, 그 유족 또는 가족이 되려는 사람(이하 이 조에서 “신청 대상자”라 한다)은 대통령령으로 정하는 바에 따라 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」 제23조제1항제3호의2에 따라 발굴된 희생·공헌자의 경우
 2. 전투 또는 이에 준하는 직무수행 중 상이를 입거나 사망한 경우
 3. 그 밖에 대통령령으로 정하는 사유로 직접 등록을 신청할 수 없는 경우
- ② 「보훈보상대상자 지원에 관한 법률」 제4조제1항에 따라 등록을 신청하는 사람에 대하여는 그 등록신청을 한 날에 제1항에 따른 등록을 신청한 것으로 본다.
- ③ 국가보훈부장관은 제1항에 따른 등록신청을 받으면 대통령령으로 정하는 바에 따라 제4조 또는 제5조에 따른 요건을 확인한 후 국가유공자, 그 유족 또는 가족에 해당하는지를 결정한다. 이 경우 제4조제1항제3호부터 제6호까지, 제8호, 제14호 및 제15호의 국가유공자(이하 “전몰군경등”이라 한다)가 되기 위하여 등록을 신청하는 경우에는 그 소속하였던 기관의 장에게 그 요건과 관련된 사실의 확인을 요청하여야 하며, 그 소속하였던 기관의 장은 관련 사실을 조사한 후 대통령령으로 정하는 바에 따라 그 요건과 관련된 사실을 확인하여 국가보훈부장관에게 통보하여야 한다.
- ④ 국가보훈부장관은 제3항 전단에 따라 국가유공자, 그 유족 또는 가족에 해당하는 사람으로 결정할 때에는 제74조의5에 따른 보훈심사위원회(이하 “보훈심사위원회”라 한다)의 심의·의결을 거쳐야 한다. 다만, 국가유공자, 그 유족 또는 가족의 요건이 객관적인 사실에 의하여 확인된 경우로서 대통령령으로 정하는 경우에는 보훈심사위원회의 심의·의결을 거치지 아니할 수 있다.
- ⑤ 국가보훈부장관은 제4조제1항 각 호(제1호, 제2호 및 제10호는 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 제1항부터 제4항까지의 규정은 다른 법률에서 이 법의 예우 등을 받도록 규정된 사람에 대하여도 적용한다.

[법규21] 「금융소비자 보호에 관한 법률」

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다. <개정 2024. 2. 13.>

1. “금융상품”이란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 것을 말한다.
 - 가. 「은행법」에 따른 예금 및 대출
 - 나. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 금융투자상품
 - 다. 「보험업법」에 따른 보험상품
 - 라. 「상호저축은행법」에 따른 예금 및 대출
 - 마. 「여신전문금융업법」에 따른 신용카드, 시설대여, 연불판매, 할부금융
 - 바. 그 밖에 가목부터 마목까지의 상품과 유사한 것으로서 대통령령으로 정하는 것
2. “금융상품판매업”이란 이익을 얻을 목적으로 계속적 또는 반복적인 방법으로 하는 행위로서 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 업(業)을 말한다. 다만, 해당 행위의 성격 및 금융소비자 보호의 필요성을 고려하여 금융상품판매업에서 제외

할 필요가 있는 것으로서 대통령령으로 정하는 것은 제외한다.

가. 금융상품직접판매업: 자신이 직접 계약의 상대방으로서 금융상품에 관한 계약의 체결을 영업으로 하는 것 또는 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제6조제3항에 따른 투자중개업

나. 금융상품판매대리·중개업: 금융상품에 관한 계약의 체결을 대리하거나 중개하는 것을 영업으로 하는 것

3. “금융상품판매업자”란 금융상품판매업을 영위하는 자로서 대통령령으로 정하는 금융 관계 법률(이하 “금융관계법률”이라 한다)에서 금융상품판매업에 해당하는 업무에 대하여 인허가 또는 등록을 하도록 규정한 경우에 해당 법률에 따른 인허가를 받거나 등록을 한 자(금융관계법률에서 금융상품판매업에 해당하는 업무에 대하여 해당 법률에 따른 인허가를 받거나 등록을 하지 아니하여도 그 업무를 영위할 수 있도록 규정한 경우에는 그 업무를 영위하는 자를 포함한다) 및 제12조제1항에 따라 금융상품판매업의 등록을 한 자를 말하며, 다음 각 목에 따라 구분한다.

가. 금융상품직접판매업자: 금융상품판매업자 중 금융상품직접판매업을 영위하는 자

나. 금융상품판매대리·중개업자: 금융상품판매업자 중 금융상품판매대리·중개업을 영위하는 자

4. “금융상품자문업”이란 이익을 얻은 목적으로 계속적 또는 반복적인 방법으로 금융상품의 가치 또는 취득과 처분결정에 관한 자문(이하 “금융상품자문”이라 한다)에 응하는 것을 말한다. 다만, 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 것은 제외한다.

가. 간행물·출판물·통신물 또는 방송 등을 통하여 개별 금융소비자를 상정하지 아니하고 다수인을 대상으로 일방적으로 이루어지는 조언을 하는 것. 다만, 본문의 조언과 관련하여 온라인상에서 일정한 대가를 지급한 고객과 의견을 교환할 수 있는 경우에는 그러하지 아니하다.

나. 그 밖에 변호사, 변리사, 세무사가 해당 법률에 따라 자문업무를 수행하는 경우 등 해당 행위의 성격 및 금융소비자 보호의 필요성을 고려하여 금융상품자문업에서 제외할 필요가 있는 것으로서 대통령령으로 정하는 것

5. “금융상품자문업자”란 금융상품자문업을 영위하는 자로서 금융관계법률에서 금융상품자문업에 해당하는 업무에 대하여 인허가 또는 등록을 하도록 규정한 경우에 해당 법률에 따른 인허가를 받거나 등록을 한 자 및 제12조제1항에 따라 금융상품자문업의 등록을 한 자를 말한다.

6. “금융회사”란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 회사를 말한다.

가. 「은행법」에 따른 은행(「중소기업은행법」 제3조제3항, 「한국산업은행법」 제3조제1항, 「신용협동조합법」 제6조제3항, 「농업협동조합법」 제161조의11제8항, 「수산업협동조합법」 제141조의4제2항, 「상호저축은행법」 제36조제4항에 따라 「은행법」의 적용을 받는 중소기업은행, 한국산업은행, 신용협동조합중앙회의 신용사업 부문, 농업은행, 수협은행 및 상호저축은행중앙회를 포함한다. 이하 같다)

나. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제8조에 따른 투자매매업자, 투자중개업자, 투자자문업자, 투자일임업자, 신탁업자 또는 같은 법 제336조에 따른 종합금융회사

다. 「보험업법」에 따른 보험회사(「농업협동조합법」 제161조의12제1항에 따른 농협생명보험 및 농협손해보험을 포함한다. 이하 같다)

라. 「상호저축은행법」에 따른 상호저축은행

마. 「여신전문금융업법」에 따른 여신전문금융회사

바. 그 밖에 가목부터 마목까지의 자와 유사한 자로서 금융소비자 보호의 필요성을 고려하여 대통령령으로 정하는 자

7. “금융회사등”이란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 자를 말한다.

가. 금융회사

나. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제51조제9항에 따른 투자권유대행인

다. 「보험업법」 제2조제9호에 따른 보험설계사

라. 「보험업법」 제2조제10호에 따른 보험대리점

마. 「보험업법」 제2조제11호에 따른 보험중개사

바. 「여신전문금융업법」 제2조제16호에 따른 경영여신업자

사. 「여신전문금융업법」 제14조의2제1항제2호에 따른 모집인

아. 그 밖에 가목부터 사목까지의 자와 유사한 자로서 금융소비자 보호의 필요성을 고려하여 대통령령으로 정하는 자

8. “금융소비자”란 금융상품에 관한 계약의 체결 또는 계약 체결의 권유를 하거나 청약에 받는 것(이하 “금융상품계약체결등”이라 한다)에 관한 금융상품판매업자의 거래상대방 또는 금융상품자문업자의 자문업무의 상대방인 전문금융소비자 또는 일반금융소비를 말한다.

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

가. 국가

나. 「한국은행법」에 따른 한국은행

다. 대통령령으로 정하는 금융회사

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

마. 그 밖에 금융상품의 유형별로 대통령령으로 정하는 자

10. “일반금융소비자”란 전문금융소비자가 아닌 금융소비를 말한다.

제19조(설명 의무)

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

1. 다음 각 목의 구분에 따른 사항

가. 보장성 상품

1) 보장성 상품의 내용

2) 보험료(공제료를 포함한다. 이하 같다)

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

4) 위험보장의 범위

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

나. 투자성 상품

1) 투자성 상품의 내용

2) 투자에 따른 위험

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

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

다. 예금성 상품

1) 예금성 상품의 내용

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

라. 대출성 상품

1) 금리 및 변동 여부, 중도상환수수료(금융소비자가 대출만기일이 도래하기 전 대출금의 전부 또는 일부를 상환하는 경우에 부과하는 수수료를 의미한다. 이하 같다) 부과 여부 · 기간 및 수수료율 등 대출성 상품의 내용

2) 상환방법에 따른 상환금액 · 이자율 · 시기

3) 저당권 등 담보권 설정에 관한 사항, 담보권 실행사유 및 담보권 실행에 따른 담보목적물의 소유권 상실 등 권리변동에 관한 사항

4) 대출원리금, 수수료 등 금융소비자가 대출계약을 체결하는 경우 부담하여야 하는 금액의 총액

5) 그 밖에 대출계약의 해지에 관한 사항 등 대출성 상품에 관한 중요한 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항

2. 제1호 각 목의 금융상품과 연계되거나 제휴된 금융상품 또는 서비스 등(이하 “연계 · 제휴서비스등”이라 한다)이 있는 경우 다음 각 목의 사항

가. 연계 · 제휴서비스등의 내용

나. 연계 · 제휴서비스등의 이행책임에 관한 사항

다. 그 밖에 연계 · 제휴서비스등의 제공기간 등 연계 · 제휴서비스등에 관한 중요한 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항

3. 제46조에 따른 청약 철회의 기한 · 행사방법 · 효과에 관한 사항

4. 그 밖에 금융소비자 보호를 위하여 대통령령으로 정하는 사항

② 금융상품판매업자등은 제1항에 따른 설명에 필요한 설명서를 일반금융소비자에게 제공하여야 하며, 설명한 내용을 일반금융소비자가 이해하였음을 서명, 기명날인, 녹취 또는 그 밖에 대통령령으로 정하는 방법으로 확인을 받아야 한다. 다만, 금융소비자 보호 및 건전한 거래질서를 해칠 우려가 없는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우에는 설명서를 제공하지 아니할 수 있다.

③ 금융상품판매업자등은 제1항에 따른 설명을 할 때 일반금융소비자의 합리적인 판단 또는 금융상품의 가치에 중대한 영향을 미칠 수 있는 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항을 거짓으로 또는 왜곡(불확실한 사항에 대하여 단정적 판단을 제공하거나 확실하다고 오인하게 할 소지가 있는 내용을 알리는 행위를 말한다)하여 설명하거나 대통령령으로 정하는 중요한 사항을 빠뜨려서는 아니 된다.

④ 제2항에 따른 설명서의 내용 및 제공 방법 · 절차에 관한 세부내용은 대통령령으로 정한다.

제46조(청약의 철회)

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

1. 보장성 상품: 일반금융소비자가 「상법」 제640조에 따른 보험증권을 받은 날부터 15일과 청약을 한 날부터 30일 중 먼저 도래하는 기간

2. 투자성 상품, 금융상품자문: 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 날부터 7일

가. 제23조제1항 본문에 따라 계약서류를 제공받은 날

나. 제23조제1항 단서에 따른 경우 계약체결일

3. 대출성 상품: 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 날[다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 날보다 계약에 따른 금전·재화·용역(이하 이 조에서 “금전·재화등”이라 한다)의 지급이 늦게 이루어진 경우에는 그 지급일]부터 14일

가. 제23조제1항 본문에 따라 계약서류를 제공받은 날

나. 제23조제1항 단서에 따른 경우 계약체결일

② 제1항에 따른 청약의 철회는 다음 각 호에서 정한 시기에 효력이 발생한다.

1. 보장성 상품, 투자성 상품, 금융상품자문: 일반금융소비자가 청약의 철회의사를 표시하기 위하여 서면(대통령령으로 정하는 방법에 따른 경우를 포함한다. 이하 이 절에서 “서면등”이라 한다)을 발송한 때

2. 대출성 상품: 일반금융소비자가 청약의 철회의사를 표시하기 위하여 서면등을 발송하고, 다음 각 목의 금전·재화등(이미 제공된 용역은 제외하며, 일정한 시설을 이용하거나 용역을 제공받을 수 있는 권리를 포함한다. 이하 이 항에서 같다)을 반환한 때

가. 이미 공급받은 금전·재화등

나. 이미 공급받은 금전과 관련하여 대통령령으로 정하는 이자

다. 해당 계약과 관련하여 금융상품판매업자등이 제3자에게 이미 지급한 수수료 등 대통령령으로 정하는 비용

③ 제1항에 따라 청약이 철회된 경우 금융상품판매업자등이 일반금융소비자로부터 받은 금전·재화등의 반환은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 방법으로 한다.

1. 보장성 상품: 금융상품판매업자등은 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 이미 받은 금전·재화등을 반환하고, 금전·재화등의 반환이 늦어진 기간에 대하여는 대통령령으로 정하는 바에 따라 계산한 금액을 더하여 지급할 것

2. 투자성 상품, 금융상품자문: 금융상품판매업자등은 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 이미 받은 금전·재화등을 반환하고, 금전·재화등의 반환이 늦어진 기간에 대해서는 대통령령으로 정하는 바에 따라 계산한 금액을 더하여 지급할 것. 다만, 대통령령으로 정하는 금액 이내인 경우에는 반환하지 아니할 수 있다.

3. 대출성 상품: 금융상품판매업자등은 일반금융소비자로부터 제2항제2호에 따른 금전·재화등, 이자 및 수수료를 반환받은 날부터 3영업일 이내에 일반금융소비자에게 대통령령으로 정하는 바에 따라 해당 대출과 관련하여 일반금융소비자로부터 받은 수수료를 포함하여 이미 받은 금전·재화등을 반환하고, 금전·재화등의 반환이 늦어진 기간에 대해서는 대통령령으로 정하는 바에 따라 계산한 금액을 더하여 지급할 것

④ 제1항에 따라 청약이 철회된 경우 금융상품판매업자등은 일반금융소비자에 대하여 청약의 철회에 따른 손해배상 또는 위약금 등 금전의 지급을 청구할 수 없다.

⑤ 보장성 상품의 경우 청약이 철회된 당시 이미 보험금의 지급사유가 발생한 경우에는 청약 철회의 효력은 발생하지 아니한다. 다만, 일반금융소비자가 보험금의 지급사유가 발생했음을 알면서 청약을 철회한 경우에는 그러하지 아니하다.

⑥ 제1항부터 제5항까지의 규정에 반하는 특별약관으로서 일반금융소비자에게 불리한 것은 무효로 한다.

⑦ 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 청약 철회권의 행사 및 그에 따른 효과 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제47조(위법계약의 해지)

① 금융소비자는 금융상품판매업자등이 제17조제3항, 제18조제2항, 제19조제1항·제3항, 제20조제1항 또는 제21조

를 위반하여 대통령령으로 정하는 금융상품에 관한 계약을 체결한 경우 5년 이내의 대통령령으로 정하는 기간 내에 서면등으로 해당 계약의 해지를 요구할 수 있다. 이 경우 금융상품판매업자등은 해지를 요구받은 날부터 10일 이내에 금융소비자에게 수락여부를 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절사유를 함께 통지하여야 한다.

- ② 금융소비자는 금융상품판매업자등이 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있다.
- ③ 제1항 및 제2항에 따라 계약이 해지된 경우 금융상품판매업자등은 수수료, 위약금 등 계약의 해지와 관련된 비용을 요구할 수 없다.
- ④ 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 계약의 해지요구권의 행사요건, 행사범위 및 정당한 사유 등과 관련하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

[법규22] 「금융소비자 보호에 관한 법률 시행령」

제13조(설명의무)

- ① 법 제19조제1항제1호가목5)에서 “대통령령으로 정하는 사항”이란 다음 각 호의 사항을 말한다.
 - 1. 위험보장 기간
 - 2. 계약의 해지 · 해제
 - 3. 보험료의 감액 청구
 - 4. 보험금 또는 해약환급금의 손실 발생 가능성
 - 5. 그 밖에 제1호부터 제4호까지의 사항에 준하는 것으로서 금융위원회가 정하여 고시하는 사항
- ② 법 제19조제1항제1호나목3)에서 “대통령령으로 정하는 투자성 상품”이란 다음 각 호의 금융상품을 제외한 투자성 상품을 말한다.
 - 1. 연계투자
 - 2. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제103조제1항제2호부터 제7호까지의 규정에 따른 신탁계약
- ③ 법 제19조제1항제1호나목3)에 따라 금융상품직접판매업자가 위험등급을 정하는 경우에는 금융위원회가 정하여 고시하는 바에 따라 다음 각 호의 사항을 고려해야 한다.
 - 1. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 기초자산(이하 “기초자산”이라 한다)의 변동성
 - 2. 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 신용등급
 - 3. 금융상품 구조의 복잡성
 - 4. 최대 원금손실 가능금액
 - 5. 그 밖에 제1호부터 제4호까지의 사항에 준하는 것으로서 금융위원회가 정하여 고시하는 사항
- ④ 법 제19조제1항제1호나목4)에서 “대통령령으로 정하는 사항”이란 다음 각 호의 사항(연계투자는 제4호만 해당한다)을 말한다.
 - 1. 금융소비자가 부담해야 하는 수수료
 - 2. 계약의 해지 · 해제
 - 3. 증권의 환매(還買) 및 매매
 - 4. 「온라인투자연계금융업 및 이용자 보호에 관한 법률」 제22조제1항 각 호의 정보
 - 5. 그 밖에 제1호부터 제4호까지의 사항에 준하는 것으로서 금융위원회가 정하여 고시하는 사항

- ⑤ 법 제19조제1항제1호다목2)에서 “대통령령으로 정하는 사항”이란 다음 각 호의 사항을 말한다.
1. 이자율(만기 후 적용되는 이자율을 포함한다) 및 산출근거
 2. 수익률 및 산출근거
 3. 계약의 해지·해제
 4. 이자·수익의 지급시기 및 지급제한 사유
 5. 그 밖에 제1호부터 제4호까지의 사항에 준하는 것으로서 금융위원회가 정하여 고시하는 사항
- ⑥ 법 제19조제1항제1호라목5)에서 “대통령령으로 정하는 사항”이란 다음 각 호의 사항을 말한다.
1. 계약의 해지·해제
 2. 신용에 미치는 영향
 3. 원리금 납부 연체에 따른 연체 이자율 및 그 밖의 불이익
 4. 계약기간 및 그 연장에 관한 사항
 5. 그 밖에 제1호부터 제4호까지의 사항에 준하는 것으로서 금융위원회가 정하여 고시하는 사항
- ⑦ 법 제19조제1항제2호다목에서 “대통령령으로 정하는 사항”이란 다음 각 호의 사항을 말한다.
1. 연계·제휴서비스등(금융상품과 연계되거나 제휴된 금융상품 또는 서비스 등을 말한다. 이하 같다)의 제공기간
 2. 연계·제휴서비스등의 변경·종료에 대한 사전통지
- ⑧ 법 제19조제1항제4호에서 “대통령령으로 정하는 사항”이란 다음 각 호의 사항을 말한다.
1. 민원처리 및 분쟁조정 절차
 2. 「예금자보호법」 등 다른 법률에 따른 보호 여부(대출성 상품은 제외한다)
 3. 그 밖에 일반금융소비자의 의사결정 지원 또는 권익보호를 위해 필요한 것으로서 금융위원회가 정하여 고시하는 사항
- ⑨ 법 제19조제2항 본문에서 “대통령령으로 정하는 방법”이란 제11조제2항에 따른 방법을 말한다.
- ⑩ 법 제19조제3항에서 “대통령령으로 정하는 사항” 및 “대통령령으로 정하는 중요한 사항”이란 각각 같은 조 제1항 각 호의 구분에 따른 사항을 말한다.

제38조(위법계약의 해지)

- ① 법 제47조제1항 전단에서 “대통령령으로 정하는 금융상품”이란 금융소비자와 금융상품직접판매업자 또는 금융상품 자문업자 간 계속적 거래가 이루어지는 금융상품 중 금융위원회가 정하여 고시하는 금융상품을 말한다.
- ② 법 제47조제1항 전단에서 “대통령령으로 정하는 기간”이란 금융소비자가 계약 체결에 대한 위반사항을 안 날부터 1년 이내의 기간을 말한다. 이 경우 해당 기간은 계약체결일부터 5년 이내의 범위에 있어야 한다.
- ③ 금융소비자는 법 제47조제1항 전단에 따라 계약의 해지를 요구하려는 경우 금융위원회가 정하여 고시하는 해지요구서에 위반사항을 증명하는 서류를 첨부하여 금융상품직접판매업자 또는 금융상품자문업자에게 제출해야 한다. 이 경우 「자동차손해배상 보장법」에 따른 책임보험에 대해 해지 요구를 할 때에는 동종의 다른 책임보험에 가입해 있어야 한다.
- ④ 법 제47조제2항에 따른 정당한 사유의 범위는 다음 각 호와 같다.
1. 위반사실에 대한 근거를 제시하지 않거나 거짓으로 제시한 경우
 2. 계약 체결 당시에는 위반사항이 없었으나 금융소비자가 계약 체결 이후의 사정변경에 따라 위반사항을 주장하는 경우
 3. 금융소비자의 동의를 받아 위반사항을 시정한 경우
 4. 그 밖에 제1호부터 제3호까지의 경우에 준하는 것으로서 금융위원회가 정하여 고시하는 경우
- ⑤ 제1항부터 제4항까지에서 규정한 사항 외에 해지요구권의 행사 방법 및 절차 등에 관하여 필요한 세부 사항은 금융위

원회가 정하여 고시한다.

[법규23] 「금융소비자 보호에 관한 감독규정」

[별표3] 설명 사항(제12조제1항 및 제4항 관련)

1. 보장성 상품: 다음 각 목의 사항

가. 주된 위험보장사항 · 부수적인 위험보장사항 및 각각의 보험료 · 보험금

나. 보험료 납입기간

다. 해약을 하거나 만기에 이른 경우에 각각 금융소비자에 돌려주어야 하는 금액(이하 “환급금”이라 한다) 및 산출근거.
이 경우 그 금액이 이미 납부한 보험료보다 적거나 없을 수 있다는 사실을 함께 설명해야 한다.

라. 일반금융소비자 또는 피보험자가 「상법」 제651조에 따른 고지의무 및 같은 법 제652조에 따른 통지의무를 각각 위반한 경우에 금융상품직접판매업자가 계약을 해지할 수 있다는 사실

마. 보험금(공제금을 포함한다. 이하 같다)을 지급받는 자를 일반금융소비자가 지정할 수 있는지 여부(보험금을 지급받는 자를 지정할 수 있는 경우에는 지정방법을 포함한다)

바. 다음의 구분에 따른 사항

1) 영 제11조제1항제1호 각 목의 금융상품

가) 만기에 일정한 금액 이상을 제공한다는 사실을 보장하는 계약인 경우에도 일반금융소비자가 중도에 해지를 하는 경우에 그 금액을 제공하지 못할 수 있다는 사실

나) 금융상품의 구조 및 자산운용 방식

2) 「보험업법 시행령」 제30조제1항에 따른 간단손해보험대리점이 취급하는 보장성 상품: 판매 · 제공 또는 중개하는 재화 또는 용역의 매매와 별도로 일반금융소비자가 보장성 상품에 관한 계약을 체결 또는 취소할 수 있거나 그 계약의 피보험자가 될 수 있는 권리가 보장된다는 사실

3) 피보험자가 생존 시 금융상품직접판매업자가 지급하는 보험금의 합계액이 일반금융소비자가 이미 납입한 보험료(공제료를 포함한다. 이하 같다)를 초과하는 보장성 상품: 다음의 사항

가) 일반금융소비자가 적용받을 수 있는 이자율(이하 “적용이율”이라 한다) 및 산출기준

나) 보험료 중 사업비(계약을 체결 · 관리하는데 사용된 금액을 말한다. 이하 이 조에서 같다) 등을 뺀 일부 금액만 특별계정에서 운영되거나 적용이율이 적용된다는 사실 및 그 사업비 금액(적용이율이 고정되지 않는 계약에 한정한다)

4) 65세 이상을 보장하는 실손의료보험 및 이에 준하는 공제: 65세 시점의 예상보험료 및 보험료의 지속납입에 관한 사항

5) 해약환급금(금융소비자가 계약의 해지를 요구하여 계약이 해지된 경우에 금융상품판매업자가 금융소비자에게 환급해주는 금액을 말한다. 이하 같다)이 지급되지 않는 보장성 상품: 위험보장 내용이 동일하지만 해약환급금이 지급될 수 있는 다른 보장성 상품

6) 일반금융소비자에 배당이 지급되는 보장성 상품: 배당에 관한 사항

7) 계약 종료 이후 금융소비자가 청약에 필요한 사항을 금융상품직접판매업자에 알리지 않고 해당 금융상품에 관한 계약을 다시 체결할 수 있는 보장성 상품: 가입조건 및 보장내용 등의 변경에 관한 사항

사. 그 밖에 보통의 주의력을 가진 일반적인 금융소비자가 오해하기 쉬워 민원이 빈발하는 사항 등 보험금 지급 등 서비스 제공과 관하여 일반금융소비자가 특히 유의해야할 사항

2. 투자성 상품(연계투자는 제외한다)

가. 계약기간

나. 금융상품의 구조

다. 기대수익(객관적·합리적인 근거가 있는 경우에 한정한다). 이 경우 객관적·합리적인 근거를 포함하여 설명해야 한다.

라. 손실이 발생할 수 있는 상황(최대 손실이 발생할 수 있는 상황을 포함한다) 및 그에 따른 손실 추정액. 이 경우, 객관적·합리적인 근거를 포함하여 설명해야 한다.

마. 위험등급에 관한 다음의 사항

1) 해당 위험등급으로 정해진 이유

2) 해당 위험등급의 의미 및 유의사항

바. 계약상 만기에 이르기 전에 일정 요건이 충족되어 계약이 종료되는 금융상품의 경우 그 요건에 관한 사항

[법규24] 「산업재해보상보험법」

제5조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. “업무상의 재해”란 업무상의 사유에 따른 근로자의 부상·질병·장해 또는 사망을 말한다.
2. “근로자”·“임금”·“평균임금”·“통상임금”이란 각각 「근로기준법」에 따른 “근로자”·“임금”·“평균임금”·“통상임금”을 말한다. 다만, 「근로기준법」에 따라 “임금” 또는 “평균임금”을 결정하기 어렵다고 인정되면 고용노동부장관이 정하여 고시하는 금액을 해당 “임금” 또는 “평균임금”으로 한다.
3. “유족”이란 사망한 사람의 배우자(사실상 혼인 관계에 있는 사람을 포함한다. 이하 같다)·자녀·부모·손자녀·조부모 또는 형제자매를 말한다.
4. “치유”란 부상 또는 질병이 완치되거나 치료의 효과를 더 이상 기대할 수 없고 그 증상이 고정된 상태에 이르게 된 것을 말한다.
5. “장해”란 부상 또는 질병이 치유되었으나 정신적 또는 육체적 훼손으로 인하여 노동능력이 상실되거나 감소된 상태를 말한다.
6. “중증요양상태”란 업무상의 부상 또는 질병에 따른 정신적 또는 육체적 훼손으로 노동능력이 상실되거나 감소된 상태로서 그 부상 또는 질병이 치유되지 아니한 상태를 말한다.
7. “진폐”(塵肺)란 분진을 흡입하여 폐에 생기는 섬유증식성(纖維增殖性) 변화를 주된 증상으로 하는 질병을 말한다.
8. “출퇴근”이란 취업과 관련하여 주거와 취업장소 사이의 이동 또는 한 취업장소에서 다른 취업장소로의 이동을 말한다.

제47조(진료계획의 제출)

- ① 산재보험 의료기관은 제41조 또는 제91조의5에 따라 요양급여를 받고 있는 근로자의 요양기간을 연장할 필요가 있는 때에는 그 근로자의 부상·질병 경과, 치료예정기간 및 치료방법 등을 적은 진료계획을 대통령령으로 정하는 바에 따라 공단에 제출하여야 한다.
- ② 공단은 제1항에 따라 제출된 진료계획이 적절한지를 심사하여 산재보험 의료기관에 대하여 치료기간의 변경을 명하는

등 대통령령으로 정하는 필요한 조치(이하 “진료계획 변경 조치등”이라 한다)를 할 수 있다.

[법규25] 「산업재해보상보험법 시행규칙」

제47조(운동기능장애의 측정)

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

[법규26] 「자동차 관리법 시행규칙」

제2조(자동차의 종별 구분)

법 제3조제2항 및 제3항에 따른 자동차의 종류는 그 규모별 세부기준 및 유형별 세부기준에 따라 별표 1과 같이 구분한다.

[법규27] 「자동차손해배상 보장법 시행령」

제2조(건설기계의 범위)

자동차손해배상 보장법」(이하 “법”이라 한다) 제2조제1호에서 “「건설기계관리법」의 적용을 받는 건설기계 중 대통령령으로 정하는 것”이란 다음 각 호의 것을 말한다.

1. 덤프트럭
2. 타이어식 기중기
3. 콘크리트믹서트럭
4. 트럭적재식 콘크리트펌프
5. 트럭적재식 아스팔트살포기
6. 타이어식 굴착기
7. 「건설기계관리법 시행령」 별표 1 제26호에 따른 특수건설기계 중 다음 각 목의 특수건설기계
 - 가. 트랙지게차
 - 나. 도로보수트럭
 - 다. 노면측정장비(노면측정장치를 가진 자주식인 것을 말한다)

제3조(책임보험금 등)

- ① 법 제5조제1항에 따라 자동차보유자가 가입하여야 하는 책임보험 또는 책임공제(이하 “책임보험등”이라 한다)의 보험금 또는 공제금(이하 “책임보험금”이라 한다)은 피해자 1명당 다음 각 호의 금액과 같다.
1. 사망한 경우에는 1억5천만원의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액. 다만, 그 손해액이 2천만원 미만인 경우에는 2천만원으로 한다.
 2. 부상한 경우에는 별표 1에서 정하는 금액의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액. 다만, 그 손해액이 법 제15조제1항에 따른 자동차보험진료수가(診療酬價)에 관한 기준(이하 “자동차보험진료수가기준”이라 한다)에 따라 산출한 진료비 해당액에 미달하는 경우에는 별표 1에서 정하는 금액의 범위에서 그 진료비 해당액으로 한다.
 3. 부상에 대한 치료를 마친 후 더 이상의 치료효과를 기대할 수 없고 그 증상이 고정된 상태에서 그 부상이 원인이 되어 신체의 장애(이하 “후유장애”라 한다)가 생긴 경우에는 별표 2에서 정하는 금액의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액
- ② 동일한 사고로 제1항 각 호의 금액을 지급할 둘 이상의 사유가 생긴 경우에는 다음 각 호의 방법에 따라 책임보험금을 지급한다.
1. 부상한 자가 치료 중 그 부상이 원인이 되어 사망한 경우에는 제1항제1호와 같은 항 제2호에 따른 한도금액의 합산액 범위에서 피해자에게 발생한 손해액
 2. 부상한 자에게 후유장애가 생긴 경우에는 제1항제2호와 같은 항 제3호에 따른 금액의 합산액
 3. 제1항제3호에 따른 금액을 지급한 후 그 부상이 원인이 되어 사망한 경우에는 제1항제1호에 따른 금액에서 같은 항 제3호에 따른 금액 중 사망한 날 이후에 해당하는 손해액을 뺀 금액
- ③ 법 제5조제2항에서 “대통령령으로 정하는 금액”이란 사고 1건당 2천만원의 범위에서 사고로 인하여 피해자에게 발생한 손해액을 말한다.

[법규28] 「의료법 시행규칙」

제1조의4(간호·간병통합서비스의 제공 환자 및 제공 기관)

- ① 법 제4조의2제1항에서 “보건복지부령으로 정하는 입원 환자”란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 입원 환자를 말한다.
1. 환자에 대한 진료 성격이나 질병 특성상 보호자 등의 간병을 제한할 필요가 있는 입원 환자
 2. 환자의 생활 여건이나 경제 상황 등에 비추어 보호자 등의 간병이 현저히 곤란하다고 인정되는 입원 환자
 3. 그 밖에 환자에 대한 의료관리상 의사·치과의사 또는 한의사가 간호·간병통합서비스가 필요하다고 인정하는 입원 환자
- ② 법 제4조의2제2항에서 “보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관”이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다.
- ③ 법 제4조의2제3항에서 “보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준”이란 별표 1의2에 따른 기준을 말한다.
- ④ 법 제4조의2제4항 전단에서 “보건복지부령으로 정하는 병원급 의료기관”이란 병원, 치과병원, 한방병원 및 종합병원을 말한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 의료기관은 제외한다.
1. 「군보건의료에 관한 법률」 제2조제4호에 따른 군보건의료기관
 2. 「치료감호법」 제16조의2제1항제2호에 따라 법무부장관이 지정하는 국립정신의료기관

제34조(의료기관의 시설기준 및 규격)

법 제36조제1호 및 제14호에 따른 의료기관의 종류별 시설기준은 별표 3과 같고, 그 시설규격은 별표 4와 같다. <개정
2024. 7. 24.>

[별표 3]의료기관의 종류별 시설기준(제34조 관련)

시설	종합병원 병원 요양병원	치과병원	한방병원	의원	치과 의원	한의원	조산원
1. 입원실	입원환자 100명 이상(병원·요양병원의 경우는 30명 이상)을 수용할 수 있는 입원실		입원환자 30명 이상을 수용할 수 있는 입원실	입원실을두는 경우입원환자 29명이하를 수용할수있는 입원실	의원과 같음	의원과 같음	1 (분만실 겸용)
2. 중환자실	1 (병상이 300개 이상인 종합병원만 해당한다)						
3. 수술실	1 (외과계 진료과목이 있는 종합병원이나 병원인 경우에만 갖춘다)	1 (외과계 진료과목이 있는 경우에만 갖춘다)	1 (외과계 진료과목이 있는 경우에만 갖춘다)	1 (외과계 진료과목이 있고, 전신마취 하에 수술을 하는 경우에만 갖춘다)	1 (외과계 진료과목이 있고, 전신마취 하에 수술을 하는 경우에만 갖춘다)		
4. 응급실	1 (병원·요양병원의 경우는 「응급의료에 관한 법률」에 따라 지정받은 경우에만 갖춘다)						
5. 임상 검사실	1 (요양병원의 경우 관련 치과 진료과목이 있는 경우에만 갖춘다)	1	1 (관련의과또는 치과진료과목이 있는경우에만 갖춘다)				
6. 방사선 장치	1 (요양병원의 경우 관련 치과 진료과목이 있는 경우에만 갖춘다)	1	1 (관련의과또는 치과 진료과목이있는 경우에만갖춘다)				

7. 회복실	1 (수술실이 설치되어 있는 경우에만 갖춘다)	1 (수술실이 설치되어 있는 경우에만 갖춘다)	1 (수술실이 설치되어 있는 경우에만 갖춘다)	1 (수술실이 설치되어 있는 경우에만 갖춘다)	1 (수술실이 설치되어 있는 경우에만 갖춘다)		
8. 물리 치료실	1 (종합병원에만 갖춘다)						
9. 한방 요법실	1 (관련 한의과 진료과목이 있는 경우에만 갖춘다)	1 (관련 한의과 진료과목이 있는 경우에만 갖춘다)	1				
10. 병리 해부실	1 (종합병원에만 갖춘다)						
11. 조제실	1 (조제실을 두는 경우에만 갖춘다)	1 (조제실을두는 경우에만갖춘다)	1 (조제실을두는 경우에만갖춘다)	1 (조제실을 두는 경우에만 갖춘다)	1 (조제실을 두는 경우에만 갖춘다)	1 (조제실을 두는 경우에만 갖춘다)	1 (조제실을 두는 경우에만 갖춘다)
11의2. 탕전실	1 (관련 한의과 진료과목을 두고 탕전을 하는 경우에만 갖춘다)	1 (관련 한의과 진료과목을 두고 탕전을 하는 경우에만 갖춘다)	1 (탕전을 하는 경우에만 갖춘다)			1 (탕전을 하는 경우에만 갖춘다)	
12. 의무 기록실	1	1	1				
13. 소독시설	1	1	1	1 (외래환자를 진료하지 아니하는 의원은 제외한다)	1	1	1

14. 급식시설	1 (외부 용역업체에 급식을 맡기는 경우에는 적용되지 아니한다)	1 (외부 용역업체에 급식을 맡기는 경우에는 적용되지 아니한다)	1 (외부 용역업체에 급식을 맡기는 경우에는 적용되지 아니한다)				
15. 세탁물 처리시설	1 (세탁물 전량을 위탁처리하는 경우에는 갖추지 아니하여도 된다)	1 (세탁물 전량을 위탁처리하는 경우에는 갖추지 아니하여도 된다)	1 (세탁물 전량을 위탁처리하는 경우에는 갖추지 아니하여도 된다)				
16. 시체실	1 (종합병원만 갖춘다. 다만, 「장사 등에 관한 법률」 제29조에 따른 장례식장을 설치·운영하는 경우로서 장례식장에 시신을 안치하기 위한 시설을 둔 경우에는 갖추지 않아도 된다)						
17. 의료폐기물 처리시설	1 (의료폐기물 전량을 위탁처리하는 경우에는 해당하지 않는다)	1 (의료폐기물 전량을 위탁처리 하는 경우에는 해당하지 않는다)	1 (의료폐기물 전량을 위탁처리 하는 경우에는 해당하지 않는다)				
18. 자가발전시설	1	1	1				
19. 구급자동차	1 (요양병원은 제외하며, 「응급의료에 관한 법률」						

	제44조제2항에 따라 구급자동차의 운용을 위탁한 경우에는 갖추지 않아도 된다)						
20. 그 밖의 시설	가. 탕전실, 의무기록실, 급식시설, 세탁처리시설 및 적출물소각시설은 의료기관이 공동으로 사용할 수 있다. 나. 요양병원은 거동이 불편한 환자가 장기간 입원하는 데에 불편함이 없도록 식당, 휴게실, 욕실, 화장실, 복도 및 계단과 엘리베이터(계단과 엘리베이터는 2층 이상인 건물만 해당하고, 층간 경사로를 갖춘 경우에는 엘리베이터를 갖추지 아니할 수 있다)를 갖추어야 한다. 다. 탕전실은 의료기관에서 분리하여 따로 설치할 수 있다. 라. 종합병원, 병원, 한방병원, 요양병원은 해당 병원에서 사망하는 사람 등의 장사 관련 편의를 위하여 「장사 등에 관한 법률」 제29조에 따른 장례식장을 설치할 수 있다. 이 경우 장례식장의 운영은 법인, 단체 또는 개인 등에게 위탁할 수 있다.						

[별표4] 의료기관의 시설규격(제3조 관련)

1. 입원실

- 가. 입원실은 3층 이상 또는 「건축법」 제2조제1항제5호에 따른 지하층에는 설치할 수 없다. 다만, 「건축법 시행령」 제56조에 따른 내화구조(耐火構造)인 경우에는 3층 이상에 설치할 수 있다.
- 나. 입원실의 면적(벽·기둥 및 화장실의 면적을 제외한다)은 환자 1명을 수용하는 곳인 경우에는 10제곱미터 이상이어야 하고(면적의 측정 방법은 「건축법 시행령」 제119조의 산정 방법에 따른다. 이하 같다) 환자 2명 이상을 수용하는 곳인 경우에는 환자 1명에 대하여 6.3제곱미터 이상으로 하여야 한다.
- 라. 입원실에 설치하는 병상 수는 최대 4병상(요양병원의 경우에는 6병상)으로 한다. 이 경우 각 병상 간 이격거리는 최소 1.5미터 이상으로 한다.
- 마. 입원실에는 손씻기 시설 및 환기시설을 설치하여야 한다.
- 바. 병상이 300개 이상인 종합병원에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 전실(前室) 및 음압시설(陰壓施設: 방 안의 기압을 낮춰 내부 공기가 방 밖으로 나가지 못하게 만드는 설비) 등을 갖춘 1인 병실(이하 "음압격리병실"이라 한다)을 1개 이상 설치하되, 300병상을 기준으로 100병상 초과할 때 마다 1개의 음압격리병실을 추가로 설치하여야 한다. 다만, 제2호카목에 따라 중환자실에 음압격리병실을 설치한 경우에는 입원실에 설치한 것으로 본다.
- 사. 병상이 300개 이상인 요양병원에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 화장실 및 세면시설을 갖춘 격리병실을 1개 이상 설치하여야 한다.
- 아. 산모가 있는 입원실에는 입원 중인 산모가 신생아에게 모유를 먹일 수 있도록 산모와 신생아가 함께 있을 수 있는 시설을 설치하도록 노력하여야 한다.
- 자. 감염병환자등의 입원실은 다른 사람이나 외부에 대하여 감염예방을 위한 차단 등 필요한 조치를 하여야 한다.

2. 중환자실

- 가. 병상이 300개 이상인 종합병원은 입원실 병상 수의 100분의 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 1개당 면적은 15제곱미터 이상으로 하되, 신생아만을 전담하는 중환자실(이하 "신생아중환자실"이라 한다)의 병상 1개당 면적은 5제곱미터 이상으로 한다. 이 경우 "병상 1개당 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 10퍼센트 이상 개수의 침습적 동맥혈압모니터, 병상 수의 30퍼센트 이상 개수의 인공호흡기, 병상 수의 70퍼센트 이상 개수의 보육기(신생아중환자실에만 해당한다)를 갖추어야 한다.

바. 중환자실 1개 단위(Unit)당 후두경, 앰부백(마스크 포함), 심전도기록기, 제세동기를 갖추어야 한다. 다만, 신생아중환자실의 경우에는 제세동기 대신 광선기와 집중치료를 갖추어야 한다.

사. 중환자실에는 전담의사를 둘 수 있다. 다만, 신생아중환자실에는 전담전문의를 두어야 한다.

아. 전담간호사를 두되, 간호사 1명당 연평균 1일 입원환자수는 1.2명(신생아 중환자실의 경우에는 1.5명)을 초과하여서는 아니 된다.

자. 중환자실에 설치하는 병상은 벽으로부터 최소 1.2미터 이상, 다른 병상으로부터 최소 2미터 이상 이격하여 설치하여야 한다.

차. 중환자실에는 병상 3개당 1개 이상의 손씻기 시설을 설치하여야 한다.

카. 중환자실에는 보건복지부장관이 정하는 기준에 따라 병상 10개당 1개 이상의 격리병실 또는 음압격리병실을 설치하여야 한다. 이 경우 음압격리병실은 최소 1개 이상 설치하여야 한다.

3. 수술실

가. 수술실은 수술실 상호 간에 칸막이벽으로 구획되어야 하고, 각 수술실에는 하나의 수술대만 두어야 하며, 환자의 감염을 방지하기 위하여 먼지와 세균 등이 제거된 청정한 공기를 공급할 수 있는 공기정화설비를 갖추고, 내부 벽면은 불침투질로 하여야 하며, 적당한 난방, 조명, 멸균수세(滅菌水洗), 수술용 피복, 붕대재료, 기계기구, 의료가스, 소독 및 배수 등 필요한 시설을 갖추어야 하고, 바닥은 접지가 되도록 하여야 하며, 콘센트의 높이는 1미터 이상을 유지하게 하고, 호흡장치의 안전관리시설을 갖추어야 한다.

나. 수술실에는 기도 내 삽관유지장치, 인공호흡기, 마취환자의 호흡감시장치, 심전도 모니터 장치를 갖추어야 한다.

다. 수술실 내 또는 수술실에 인접한 장소에 상용전원이 정전된 경우 나목에 따른 장치를 작동할 수 있는 축전지 또는 발전기 등의 예비전원설비를 갖추어야 한다. 다만, 나목에 따른 장치에 축전지가 내장되어 있는 경우에는 예비전원설비를 갖춘 것으로 본다.

4. 응급실

외부로부터 교통이 편리한 곳에 위치하고 산실(産室)이나 수술실로부터 격리되어야 하며, 구급용 시설을 갖추어야 한다.

5. 임상검사실

임상검사실은 자체적으로 검사에 필요한 시설·장비를 갖추어야 한다.

6. 방사선 장치

가. 방사선 촬영투시 및 치료를 하는 데에 지장이 없는 면적이어야 하며, 방사선 위해(危害) 방호시설(防護施設)을 갖추어야 한다.

나. 방사선 사진필름을 현상·건조하는 데에 지장이 없는 면적과 이에 필요한 시설을 갖춘 건조실을 갖추어야 한다.

다. 방사선 사진필름을 판독하는 데에 지장이 없는 면적과 이에 필요한 설비가 있는 판독실을 갖추어야 한다.

7. 회복실

수술 후 환자의 회복과 사후 처리를 하는 데에 지장이 없는 면적이어야 하며, 이에 필요한 시설을 갖추어야 한다.

8. 물리치료실

물리요법을 시술하는 데에 지장이 없는 면적과 기능회복, 재활훈련, 환자의 안전관리 등에 필요한 시설을 갖추어야 한다.

9. 한방요법실

경락자극요법시설 등 한방요법시설과 특수생약을 증기, 탕요법에 의하여 치료하는 시설을 갖추어야 한다.

10. 병리해부실

병리·병원에 관한 세포학검사·생검 및 해부를 할 수 있는 시설과 기구를 갖추어 두어야 한다.

11. 조제실

약품의 소분(小分)·혼합조제 및 생약의 보관, 혼합약제에 필요한 조제대 등 필요한 시설을 갖추어야 한다.

11의2. 탕전실

가. 탕전실에는 조제실, 한약재 보관시설, 작업실, 그 밖에 탕전에 필요한 시설을 갖추어야 한다. 다만, 의료기관 내에 조제실 및 한약재 보관시설을 구비하고 있는 경우에는 이를 충족한 것으로 본다.

나. 조제실에는 개봉된 한약재를 보관할 수 있는 한약장 또는 기계·장치와 한약을 조제할 수 있는 시설을 두어야 한다.

다. 한약재 보관시설에는 쥐·해충·먼지 등을 막을 수 있는 시설과 한약재의 변질을 예방할 수 있는 시설을 갖추어야 한다.

라. 작업실에는 수도물이나 「먹는물관리법」 제5조에 따른 먹는 물의 수질기준에 적합한 지하수 등을 공급할 수 있는 시설, 한약의 탕전 등에 필요한 안전하고 위생적인 장비 및 기구, 환기 및 배수에 필요한 시설, 탈의실 및 세척시설 등을 갖추어야 한다.

마. 작업실의 시설 및 기구는 항상 청결을 유지하여야 하며 종사자는 위생복을 착용하여야 한다.

바. 의료기관에서 분리하여 따로 설치한 탕전실에는 한의사 또는 한약사를 배치하여야 한다.

사. 의료기관에서 분리하여 따로 설치한 탕전실에서 한약을 조제하는 경우 조제를 의뢰한 한의사의 처방전, 조제 작업일지, 한약재의 입출고 내역, 조제한 한약의 배송일지 등 관련 서류를 작성·보관하여야 한다.

12. 의무기록실

의무기록(외래·입원·응급 환자 등의 기록)을 보존기간에 따라 비치하여 기록·관리 및 보관할 수 있는 서가 등 필요한 시설을 설치하여야 한다.

13. 소독시설

증기·가스장치 및 소독약품 등의 자재와 소독용 기계·기구를 갖추어 두고, 위생재료·봉대 등을 집중 공급하는 데에 적합한 시설을 갖추어야 한다.

14. 급식시설

가. 조리실은 식품의 운반과 배식이 편리한 곳에 위치하고, 조리, 보관, 식기 세척, 소독 등 식품을 위생적으로 처리할 수 있는 설비와 공간을 갖추어야 한다.

나. 식품저장실은 환기와 통풍이 잘 되는 곳에 두되, 식품과 식품재료를 위생적으로 보관할 수 있는 시설을 갖추어야 한다.

다. 급식 관련 종사자가 이용하기 편리한 준비실·탈의실 및 옷장을 갖추어야 한다.

15. 세탁물 처리시설

「의료기관세탁물관리규칙」에서 정하는 적합한 시설과 규모를 갖추어야 한다.

16. 시체실

시체의 부패 방지를 위한 냉장시설과 소독시설을 갖추어야 한다.

17. 의료폐기물 처리시설

「폐기물관리법 시행규칙」 제14조에 따른 시설과 규모를 갖추어야 한다.

18. 자가발전시설

공공전기시설을 사용하지 아니하더라도 해당 의료기관의 필요한 곳에 전기를 공급할 수 있는 자가발전시설을 갖추어야 한다.

19. 구급자동차

보건복지부장관이 정하는 산소통·산소호흡기와 그 밖에 필요한 장비를 갖추고 환자를 실어 나를 수 있어야 한다.

20. 그 밖의 시설

가. 장례식장의 바닥면적은 해당 의료기관의 연면적의 5분의 1을 초과하지 못한다.

나. 요양병원의 식당 등 모든 시설에는 휠체어가 이동할 수 있는 공간이 확보되어야 하며, 복도에는 병상이 이동할 수 있는 공간이 확보되어야 한다.

다. 별표 3 제20호나목에 따라 엘리베이터를 설치하여야 하는 경우에는 「승강기시설 안전관리법 시행규칙」 별표 1에 따른 침대용 엘리베이터를 설치하여야 하며, 층간 경사로를 설치하는 경우에는 「장애인·노인·임산부 등의 편의증진에 관한 법률 시행규칙」 별표 1에 따른 경사로 규격에 맞아야 한다.

라. 요양병원의 복도 등 모든 시설의 바닥은 문턱이나 높이차이가 없어야 하고, 불가피하게 문턱이나 높이차이가 있는 경우 환자가 이동하기 쉽도록 경사로를 설치하여야 하며, 복도, 계단, 화장실 대·소변기, 욕실에는 안전을 위한 손잡이를 설치하여야 한다. 다만, 「장애인·노인·임산부 등의 편의증진에 관한 법률」 제9조에 따라 요양병원에 출입구·문, 복도, 계단을 설치하는 경우에 그 시설은 같은 법에 따른 기준에도 맞아야 한다.

마. 요양병원의 입원실, 화장실, 욕실에는 환자가 의료인을 신속하게 호출할 수 있도록 병상, 변기, 욕조 주변에 비상연락장치를 설치하여야 한다.

바. 요양병원의 욕실

1) 병상이 이동할 수 있는 공간 및 보조인력이 들어가 목욕을 시킬 수 있는 공간을 확보하여야 한다.

2) 적절한 온도의 온수가 지속적으로 공급되어야 하고, 욕조를 설치할 경우 욕조에 환자의 전신이 잠기지 않는 깊이로 하여야 한다.

사. 요양병원의 외부로 통하는 출입구에 잠금장치를 갖추되, 화재 등 비상시에 자동으로 열릴 수 있도록 하여야 한다.

[법규29] 「응급의료에 관한 법률」

제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

1. “응급환자”란 질병, 분만, 각종 사고 및 재해로 인한 부상이나 그 밖의 위급한 상태로 인하여 즉시 필요한 응급처치를 받지 아니하면 생명을 보존할 수 없거나 심신에 중대한 위해(危害)가 발생할 가능성이 있는 환자 또는 이에 준하는 사람으로서 보건복지부령으로 정하는 사람을 말한다.
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」 제3조에 따른 의료기관 중에서 이 법에 따라 지정된 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터 및 지역응급의료기관을 말한다.
6. “구급차등”이란 응급환자의 이송 등 응급의료의 목적에 이용되는 자동차, 선박 및 항공기 등의 이송수단을 말한다.
7. “응급의료기관등”이란 응급의료기관, 구급차등의 운전자 및 응급의료지원센터를 말한다.
8. “응급환자이송업”이란 구급차등을 이용하여 응급환자 등을 이송하는 업(業)을 말한다.

제35조의2(응급의료기관 외의 의료기관)

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

[법규30] 「응급의료에 관한 법률 시행규칙」

제2조(응급환자)

「응급의료에 관한 법률」(이하 "법"이라 한다) 제2조제1호에서 "보건복지부령이 정하는 자"란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 증상이 있는 자를 말한다.

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