

실손의료비보험

|계약전환용|갱신형|무배당|_1804

약관 | 판매월 2018.04



CONTENTS

- 보험금 청구방법 및 지급절차 ————— 8
- 보험계약 시 꼭 확인해야 할 사항 ————— 9
- 주요 민원사례 ————— 14
- ① 가입자 유의사항 ————— 15
- ② 주요내용 요약서 ————— 17
- ③ 보험용어 해설 ————— 20
- ④ 보험약관

실손의료비보험 | 계약전환용, 갱신형, 무배당_1804 주계약 약관

[기본계약]

- 제 1 관 일반사항 및 용어의 정의 ————— 22
 - 제1조 【보장종목】 ————— 22
 - 제2조 【용어의 정의】 ————— 23
- 제 2 관 회사가 보상하는 사항 ————— 23
 - 제3조 【보장종목별 보상내용】 ————— 23
- 제 3 관 회사가 보상하지 않는 사항 ————— 36
 - 제4조 【보상하지 않는 사항】 ————— 36
 - 제5조 【추가보장계약에서 보상하는 사항】 ————— 44

제 4 관 보험금의 지급	45
제6조 【보험금 지급사유 발생의 통지】	45
제7조 【보험금의 청구】	45
제8조 【보험금의 지급절차】	45
제9조 【보험금을 받는 방법의 변경】	46
제10조 【주소변경의 통지】	47
제11조 【보험수익자의 지정】	47
제12조 【대표자의 지정】	47
제 5 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등	48
제13조 【계약 전 알릴 의무】	48
제14조 【상해보험계약 후 알릴 의무 등】	48
제15조 【알릴 의무 위반의 효과】	50
제16조 【사기에 의한 계약】	51
제 6 관 보험계약의 성립과 유지	52
제17조 【보험계약의 성립】	52
제18조 【청약의 철회】	52
제19조 【약관 교부 및 설명 의무 등】	53
제20조 【계약의 무효】	55
제21조 【계약내용의 변경 등】	55
제22조 【계약의 보험기간 및 갱신】	56
제23조 【보험나이 등】	56
제24조 【계약의 소멸】	57
제25조 【계약의 보장내용 변경주기 및 재가입】	58
제 7 관 보험료의 납입	59
제26조 【제1회 보험료 및 회사의 보장개시】	59
제27조 【제2회 이후 보험료의 납입】	60
제28조 【보험료의 자동대출납입】	60
제29조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지】	61
제30조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)】	62
제31조 【강제집행 등으로 해지된 계약의 특별부활(효력회복)】	63
제 8 관 계약의 해지 및 해지환급금 등	63
제32조 【계약자의 임의해지】	63

제33조 [중대사유로 인한 해지]	63
제34조 [회사의 파산선고와 해지]	64
제35조 [해지환급금]	64
제36조 [보험계약대출]	64
제37조 [배당금의 지급]	65

제 9 관 다수보험의 처리 등 65

제38조 [다수보험의 처리]	65
제39조 [연대책임]	65

제 10 관 분쟁의 조정 등 66

제40조 [분쟁의 조정]	66
제41조 [관할법원]	66
제42조 [소멸시효]	66
제43조 [약관의 해석]	66
제44조 [회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력]	66
제45조 [회사의 손해배상책임]	66
제46조 [개인정보보호]	67
제47조 [준거법]	67
제48조 [예금보험에 의한 지급보장]	68
제49조 [준용규정]	68

[추가보장계약]

1. 비급여 도수치료 · 체외충격파치료 · 증식치료 추가보장계약 68

제1조 [보장종목]	68
제2조 [용어의 정의]	69
제3조 [보상내용]	69
제4조 [보상하지 않는 사항]	72
제5조 [추가보장계약의 소멸]	75
제6조 [준용규정]	75

2. 비급여 주사료 추가보장계약 75

제1조 [보장종목]	75
제2조 [용어의 정의]	76
제3조 [보상내용]	76

제4조 【보상하지 않는 사항】	80
제5조 【추가보장계약의 소멸】	82
제6조 【준용규정】	82

3. 비급여 자기공명영상진단(MRI/MRA) 추가보장계약 83

제1조 【보장종목】	83
제2조 【용어의 정의】	83
제3조 【보상내용】	83
제4조 【보상하지 않는 사항】	86
제5조 【추가보장계약의 소멸】	89
제6조 【준용규정】	89

【별표 1】 용어의 정의	90
---------------	----

【별표 2】 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	95
----------------------------	----

실손의료비보험 계약전환 특약 약관

제1조 【특약의 적용범위 및 효력】	96
제2조 【전환후계약의 보장종목 및 공제내용 등】	96
제3조 【전환후계약의 보장개시일】	96
제4조 【전환전계약의 계약 전 알릴의무 등】	96
제5조 【계약전환의 무효】	97
제6조 【준용규정】	97

지정대리청구서비스특약 약관

제1관 지정대리청구인의 지정	98
제1조 【지정대리청구인의 지정】	98
제2조 【지정대리청구인의 변경지정】	98
제2관 특약의 성립과 유지	99
제3조 【적용대상】	99
제4조 【특약의 성립 및 소멸】	99
제3관 보험금 지급 등의 절차	99
제5조 【보험금의 지급절차】	99

제6조 【보험금의 청구】	99
제4관 기타사항	100
제7조 【주계약 약관 규정의 준용】	100
별첨① 고객권리 안내문	101
별첨② 고객정보 취급방침	109



보험금 청구방법 및 지급절차

1. 지급절차



2. 접수처

구분	접수처
방문	전국 농축협 지점, NH농협은행 지점, NH농협생명 지점
우편	서울특별시 서대문구 통일로 87, NH농협생명빌딩 동관 6층 지급심사정보입력팀 (우 03739)
팩스	사고보험금 02)6971-6040 분할보험금 02)6971-6060
홈페이지	http://www.nhlife.co.kr > 고객센터 > 보험가이드 > 사고보험금 청구

* 문의 : NH농협생명 콜센터 1544 - 4000

3. 청구서류

- 사고내용, 특성, 상품(보장내역)에 따라 추가 심사서류를 요청할 수 있습니다.
- 진단서, 통원확인서, 처방전, 진료확인서, 소견서, 수술확인서, 진료차트 등에는 진단명이 기재되어 있어야 합니다.

공통(필수) 서류

- 보험금 청구서(당사양식)
- 청구인(수익자) 신분증(주민등록증, 운전면허증, 여권 등), 내방인 신분증(대리 청구 시)
- 청구인(수익자) 통장사본(단, 수익자 통장에서 자동이체되는 경우 제외)
- 가족관계 확인 필요 시 : 가족관계증명서, 주민등록등본 등

기타 서류

- 암진단 시 : 암진단 확인이 가능한 검사결과지, 진단서 등
- 재해사망 시 : 사망진단서(사체 검안서), 재해입증서류*, 사망사실이 확인된 기본증명서 등 청구서 (당사양식)
- 장해진단 시 : 약관에 의거한 장해진단서

* 재해입증서류 : 교통사고사실확인원, 119 응급구조일지 등



보험계약 시 꼭 확인해야 할 사항

- 계약 체결 시 유의할 사항을 표준약관 기준으로 설명하였습니다.
- 가입하신 상품의 약관과 다소 다를 수 있으므로, 자세한 사항은 해당 상품의 약관본문을 확인하시기 바랍니다.



표준약관이란?

금융감독원에서 개별보험약관에 공통적으로 기재되어야 할 사항을 미리 표준화하여 정해 놓은 것으로, 표준약관과 다르게 개별보험약관을 작성하고자 하는 경우에는 금융감독원에 미리 신고하여 심사를 받아야 합니다.

1. 청약서의 계약전알릴의무사항에 대하여는 반드시 사실대로 기재하고 자필서명을 하여야 합니다.



표준약관 제14조 (계약 전 알릴 의무 위반의 효과)

- ① 회사는 계약자 또는 피보험자가 제13조(계약 전 알릴 의무)에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.



해설

- › 계약자 또는 피보험자는 청약할 때 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 합니다.
- › 중요한 사항이라 함은 계약 전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았다라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

2. 계약자는 보험계약의 청약을 철회할 수 있습니다.



표준약관 제17조 (청약의 철회)

- ① 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 진단계약, 보험 기간이 1년 미만인 계약 또는 전문보험계약자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 청약한 날부터 30일이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.



해설

》 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내 청약을 철회할 수 있으며, 계약자가 철회한 때에는 청약의 철회를 접수한 날부터 3일 이내에 납입한 보험료를 돌려드립니다.

3. 가입하신 상품의 보장개시일을 확인하시기 바랍니다.



표준약관 제23조 (제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

- ① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체신청 또는 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자의 책임 있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.
- ② 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.



해설

》 회사가 제1회 보험료를 받은 후 보험계약이 승낙되기 전이라도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다.
》 다만, 암진단특약 등 일부 특약은 계약일 이후 일정기간이 경과된 이후에 보장이 개시되니 반드시 해당 약관의 보장개시일 관련 조항을 확인하시기 바랍니다.



[암진단특약의 암보장개시일 규정 예시]

암보장개시일은 계약일(부활(효력회복)일)부터 그날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날로 합니다.

예시 2015년 1월 1일에 최초 계약의 제1회 보험료를 납입한 경우
- 암보장개시일 : 2015년 4월 1일
(2015년 1월 1일 + 90일 = 2015년 4월 1일)

4. 보험료 납입연체로 해지된 계약에 대하여 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.

표준약관 제27조 (보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

- ① 제26조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 때에 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 평균공시이율+1% 범위 내에서 각 상품별로 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 다만, 금리연동형보험은 각 보험상품별 사업방법서에서 별도로 정한 이율로 계산합니다.
- ② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제13조(계약 전 알릴 의무), 제14조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과), 제15조(사기에 의한 계약), 제16조(보험계약의 성립) 제2항 및 제3항 및 제23조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.



- 》 보험료 납입연체로 계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.
- 》 다만 이 경우 회사는 피보험자의 건강상태, 직업, 운전 등에 따라 승낙여부를 결정할 수 있으며, 합리적인 사유가 있는 경우 부활(효력회복)을 거절하거나 보장의 일부를 제한할 수 있습니다.

5. 보험계약대출을 받으신 경우 연금상품은 연금이 개시되기 전까지 대출상환이 완료되어야 안정적인 연금 수령이 가능합니다.



표준약관 제33조 (보험계약대출)

- ① 계약자는 이 계약의 해지환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하 '보험계약대출'이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.
- ② 계약자는 제1항에 따른 보험계약대출금과 보험계약대출이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 않은 때에는 회사는 보험금, 해지환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 지급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.



해설

- 》 보험계약대출이 존재하면 연금을 주기적(매월, 매년 등)으로 수령할 경우 해지환급금 등의 감소로 인해 연금지급이 제한될 수 있습니다.
- 》 따라서 연금이 개시되기 전에 보험계약대출금 상환을 통해 장래 발생하는 연금을 안정적으로 지급 받으실 수 있습니다.



6. 고객님의 요청으로 계약을 해지하신 경우 단순변심에 의한 해지 취소가 불가합니다.



표준약관 제29조 (계약자의 임의해지 및 피보험자의 서면동의 철회권)

- ① 계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며(다만, 연금보험의 경우 연금이 지급개시된 이후에는 해지할 수 없습니다), 이 경우 회사는 제32조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제19조(계약의 무효)에 따라 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면으로 동의를 한 피보험자는 계약의 효력이 유지되는 기간에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제32조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.



해설

- › 계약 해지를 요청하시어 정상적으로 계약이 해지된 경우, 고객님의 단순 변심에 의한 해지 취소는 불가합니다.
- › 계약 해지 시에는 보장이 종료되고, 납입하신 보험료보다 환급금이 적어 손실이 발생할 수 있으므로 신중한 판단이 필요합니다.

7. 금리연동형 상품의 경우 가입설계서상 예시된 해지환급금(또는 만기보험금)은 공시이율 변동에 따라 변동될 수 있습니다.



표준약관 제32조 (해지환급금)

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.



해설

- › 금리연동형 상품은 공시이율 등 해당 상품에 적용되는 이율변동에 따라 이자발생 금액이 변동되므로 가입당시 예시된 금액과 차이가 발생할 수 있습니다.



주요 민원사례

1. 해지환급금 관련 사례



- 목돈을 마련코자 금융상품을 알아보던 A고객은 보험모집인 B씨로부터 보험가입을 권유받음
- 보험모집인 B씨는 A고객에게 매월 00만원씩 납입하면, 만기 시 원금뿐만 아니라 은행수익률보다 훨씬 높은 이자를 수령할 수 있다고 설명함
- A고객은 보험모집인 B씨의 설명만 듣고, 서류검토 없이 청약서에 서명함
- 5년이 경과된 시점에서 계약해지 시 수령 가능한 금액을 확인하던 중, 최초 안내받았던 내용과 달리 원금손실이 발생한다는 것을 알고 민원을 제기함



- ▶ 보험계약은 은행의 예·적금과 달리 납입한 보험료 중 일부는 다른 계약자에게 보험금으로 지급되며, 또 다른 일부는 보험회사의 운영에 필요한 경비로 사용되어 해지환급금이 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다.

2. 계약전 알릴의무 위반 사례



- 55세 여자인 C고객은 건강이 걱정되어 보험모집인 D씨에게 보험가입에 대해 문의함
- 보험모집인 D씨에게 **보험을 권유받았고, 이에 3~4개월 전 혈압검사 등으로 3일정도 입원한 사실을 보험모집인에게 말하고 가입을 완료함
- 얼마 후 고혈압으로 인하여 병원에 입원하게 되어 퇴원 후 보험금을 청구하였으나, 계약전 알릴의무 위반이라며 보험계약을 강제해지 당함
- C고객은 가입당시 보험모집인 D씨에게 과거병력을 알렸으나, 문제될 것이 없다고 하여 청약서에 작성하지 않았다며 민원을 제기함



- ▶ 보험계약 청약서에 자신의 병력을 기재하지 않고 보험설계사 등에게 구두로 알린 경우에는 보험회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로, 청약서에 반드시 서면으로 기재해주셔야 합니다.
- ▶ 보험은 일반 임상의학과는 다르게 장기적인 관점에서 발생위험을 평가하므로, 경미한 이상이라고 하더라도 가입여부에 영향을 미칠 수 있어 만약 실수, 고의 등으로 누락할 경우 보험계약은 강제로 해지될 수 있습니다.

가입자 유의사항

◆ 보험계약 관련 특히 유의할 사항

1. 보험계약 관련 유의사항

● 보험계약 전 알릴 의무 위반

- 현재 및 과거 질병 치료사실 등을 회사에 알리지 않을 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.
- 현재 및 과거 질병 치료사실 등을 보험설계사 등에게 말로써 알린 경우는 보험회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로, 반드시 청약서에 서면으로 알리시기 바랍니다.
- 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약 전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.

● 갱신 및 재가입

- 이 계약은 1년 만기 갱신으로 운영하며 전환계약 가입 후 계약자는 회사의 승낙을 얻어 보장내용 변경주기가 끝나는 날의 다음날 재가입이 가능합니다. 다만, 피보험자의 나이가 최종 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날의 다음날이 100세를 초과하는 경우 갱신 및 재가입을 할 수 없습니다.
- 계약자가 전환계약 또는 갱신계약의 보험기간이 끝나는 날의 15일전까지 이 계약을 계속 유지하지 않겠다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 계약은 갱신되어 계속 유지됩니다. 다만, 약관에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 계약은 갱신되지 않습니다.
- 이 계약의 보험료는 갱신할 때마다 보험나이 증가, 적용기초율(적용이율, 적용위험률, 계약체결비용 및 계약관리비용) 및 의료수가 등의 변동에 따라 갱신할 때 보험료가 변동(특히, 인상) 될 수 있습니다.
- 이 계약의 보장내용 변경주기는 계약의 보장내용이 변경되는 주기를 말하며 15년으로 합니다. 단, 재가입할 때 피보험자의 100세 계약해당일 전일까지의 남은 기간이 15년 미만일 경우 그 남은 기간을 보장내용 변경주기로 합니다.

- 회사는 전환계약을 체결할 때 계약자에게 보장내용 변경주기 이후 재가입시 인수 조건(재가입가능 최고연령 등)을 설명해야 하며, 이 계약의 재가입 시점에 관련 법령, 금융위원회의 명령, 표준약관 등에 따라 보장내용이 변경될 수 있음을 설명하여 드립니다.
- 계약자가 재가입을 원하는 경우 계약자는 재가입 시점에서 회사가 판매하는 실손 의료보험 상품으로 가입을 할 수 있으며, 회사는 이를 거절할 수 없습니다.

2. 해지환급금 관련 유의사항

이 계약은 해지환급금이 없습니다. 단, 계약이 해지된 시점에 ‘보험료 및 책임준비금 산출방법서’에 따른 미경과보험료 등이 있는 경우 회사는 이를 계약자에게 지급하여 드립니다.

◆ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

- 이 계약은 발생 의료비 중 급여의 본인부담금과 비급여에 대한 일정비율을 보장해주는 보험이며, 약관상 보장제외 항목에서 발생한 의료비는 보장되지 않습니다.
 - ☞ 자세한 사항은 약관 본문의 내용을 참고하시기 바랍니다.
- 실제 발생한 의료비를 보상하는 보험을 2개 이상 가입하더라도 실제 발생한 비용만을 보상받게 되므로, 유사한 보험가입여부 및 보상한도를 반드시 확인하시기 바랍니다.
 - ☞ 자세한 사항은 약관 본문의 내용 기본계약 약관「제38조 다수보험의 처리」 조항을 참고하시기 바랍니다.

주요내용 요약서

1. 자필서명

계약자와 피보험자가 **자필서명을 하지 않으신 경우에는 보장을 받지 못 할 수도** 있습니다. 다만, 전화를 이용하여 가입할 때 일정요건이 충족되면 자필서명을 생략할 수 있으며, 인터넷 홈페이지에서는 전자서명으로 대체할 수 있습니다.

2. 계약 전 알릴 의무

계약자 또는 피보험자는 청약서의 질문사항에 대하여 사실대로 기재하고 자필서명을 하셔야 합니다. 특히, 보험설계사 등에게 구두로 알린 사항은 효력이 없으며, 전화 등 통신수단을 통해 가입하는 경우에는 서면을 통한 질문절차 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약 전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 신중하여야 합니다.

만약 **고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는** 회사가 별도로 정한 방법에 따라 **계약을 해지하거나 보장을 제한할 수** 있습니다.

3. 계약의 무효

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 계약을 **무효**로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

- ① 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 **피보험자의 서면에 의한 동의를** 얻지 않은 경우.
- ② **만15세미만자, 심신상실자 또는 심신박약자**를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우
- ③ 계약을 체결할 때 계약에서 정한 **피보험자의 나이에 미달되었거나 초과**되었을 경우

4. 청약철회

계약자는 **보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수** 있습니다. 다만, 청약을 한 날부터 30일을 초과하는 경우에는 청약을 철회할 수 없습니다. 또한, 진단계약, 보험기간이 1년 미만인 계약 또는 전문보험계약자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

5. 계약취소

계약자가 청약할 때 **약관과 계약자 보관용 청약서를 전달받지 못하였거나, 약관의 중요한 내용을 설명 받지 못한 경우** 또는 **청약서에 자필서명(전자서명포함)을 하지 않은 경우에는** 계약자는 **계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수** 있습니다.

6. 계약의 소멸

이 계약은 피보험자의 **사망 등으로 인하여 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우**, 계약자에게 사망 당시의 책임준비금(미경과보험료적립금)을 지급하여 드리고 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.

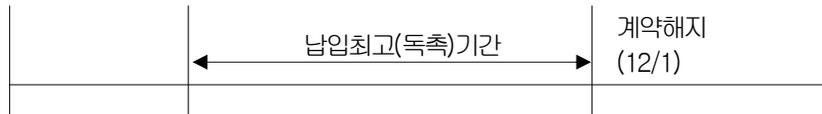
7. 보험료의 납입연체 및 계약의 해지에 관한 사항

계약자가 제2회 이후 보험료를 납입기일까지 납입하지 않은 경우에는 회사는 **14일 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간**(납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닌 때에는 그 다음 날)으로 정하여 보험료의 납입을 최고(독촉)합니다. 그 때까지 해당보험료를 납입하지 않을 경우 계약이 해지됩니다. 이는 약관에 정한 범위 내에서 변경될 수 있습니다.

※ 당사의 납입최고(독촉)기간은 아래의 예시와 같이 납입기일 다음 날부터 납입기일이 속하는 달의 다음 다음 달의 마지막 날까지로 합니다.

(예시)

전환일 납입기일 (9/15) 다음 다음 달의 마지막 날(11/30)



(제2회 이후 보험료를 연체한 경우)

8. 해지 계약의 부활(효력회복)

보험료의 납입연체로 계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함) 계약자는 해지된 날부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사는 계약자 또는 피보험자의 건강상태, 직업, 직종 등에 따라 승낙여부를 결정하며, 합리적인 사유가 있는 경우 부활(효력회복)을 거절하거나 보장의 일부를 제한할 수 있습니다.

보험용어 해설

1. 약관

생명보험 계약에 관하여 계약자와 회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것

2. 보험증권

계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서

3. 계약자

회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람

4. 피보험자

보험사고 발생의 대상이 되는 사람

5. 보험수익자

보험사고 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람

6. 보험료

계약에 따른 보장을 받기 위하여 계약자가 회사에 납입하는 금액

7. 보험금

피보험자의 사망, 장애, 입원, 만기 등 보험금 지급사유가 발생하였을 때 회사가 보험수익자에게 지급하는 금액

8. 보험기간

계약에 따라 보장을 받는 기간

9. 보장개시일

회사가 보장을 개시하는 날

10. 보험가입금액

보험금, 보험료 및 책임준비금 등을 산정하는 기준이 되는 금액

※ 보험가입금액, 보험료 납입기간, 피보험자의 나이 등을 기준으로 보험료를 산출하지 않고 계약자가 보험료를 선택하는 보험에서는 보험료 수준에 따라 보험금, 준비금(적립액) 등이 결정됨

11. 책임준비금

장래의 보험금, 해지환급금 등의 지급을 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 회사가 적립해 둔 금액

12. 해지환급금

계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액

실손의료비보험(계약전환용,갱신형,무배당)_1804 약관

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

[기본계약]

제 1 관 일반사항 및 용어의 정의

제1조 【보장종목】

회사가 판매하는 실손의료비보험(계약전환용,갱신형,무배당)_1804 상품의 기본계약은 다음과 같이 종합플랜, 질병플랜, 상해플랜의 총 3가지 판매유형으로 구성되어 있으며, 계약자는 이 중 한가지 판매유형을 선택하여 가입하실 수 있습니다. 각 판매유형별 보장은 다음과 같이 구성되어 있습니다.

판매유형	보장종목	보상하는 내용
종합플랜 (표준형, 선택형 II)	질병	입원 피보험자가 질병으로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에 보상
		통원 피보험자가 질병으로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에 보상
	상해	입원 피보험자가 상해로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에 보상
		통원 피보험자가 상해로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에 보상
질병플랜 (표준형, 선택형 II)	질병	입원 피보험자가 질병으로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에 보상
	통원 피보험자가 질병으로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에 보상	
상해플랜 (표준형, 선택형 II)	상해	입원 피보험자가 상해로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에 보상
	통원 피보험자가 상해로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에 보상	

제2조 【용어의 정의】

이 약관에서 사용하는 용어의 뜻은 [별표 1] ‘용어의 정의’와 같습니다.

제 2 관 회사가 보상하는 사항

제3조 【보장종목별 보상내용】

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

(1) 질병입원

- ① 회사는 피보험자가 질병으로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원의료비를 다음과 같이 하나의 질병당 보험가입금액(5천만원 이내에서 계약자가 정한 금액을 말합니다)의 한도 내에서 보상합니다.

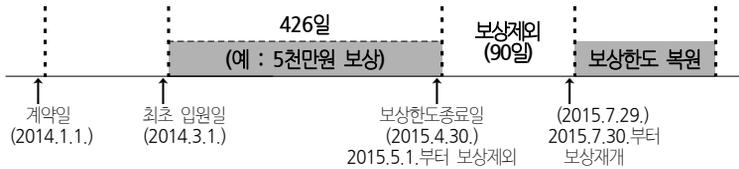
구 분		보 상 금 액
표 준 형	입원실료, 입원제비용 입원수술비	‘「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금’과 ‘비급여 [※] (상급병실료 차액은 제외합니다.)’를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 80%에 해당하는 금액. 다만, 나머지 20%가 계약일 또는 매년 계약해당일부터 기산하여 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다.
	상급병실료 차액	입원 시 실제로 사용한 병실과 기준병실의 병실료 차액에서 50%를 뺀 금액. 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원 기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.
선 택 형 II	입원실료, 입원제비용 입원수술비	‘「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금’의 90% 해당액과 ‘비급여 [※] (상급병실료 차액은 제외합니다.)’의 80% 해당액을 합한 금액. 다만, 본인이 실제로 부담한 금액을 기준으로 하며, 급여 중 본인부담금의 10%해당액과 비급여의 20%해당액을 합산한 금액이 계약일 또는 매년 계약해당일부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다.
	상급병실료 차액	입원 시 실제로 사용한 병실과 기준병실의 병실료 차액에서 50%를 뺀 금액. 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원 기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.

주) 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부 장관이 정한 비급여대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거치지 않으나 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)

- ② 제1항의 질병에서 청약서상 '계약 전 알릴 의무(중요한 사항으로 한정합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우 그 질병으로 인한 입원의료비는 보상하지 않습니다.
- ③ 피보험자가 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 경우에는 입원의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 급여 및 비급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액의 40%를 하나의 질병당 보험가입금액(5천만원 이내에서 계약자가 정한 금액을 말합니다)의 한도 내에서 보상합니다.
- ④ 제1항에도 불구하고 회사는 하나의 질병으로 인한 입원의료비를 보험가입금액까지 보상한 경우에는 보상한도 종료일부터 90일이 경과한날부터 최초 입원한 것과 동일한 기준으로 다시 보상합니다(계속입원을 포함합니다). 다만, 최초 입원일부터 275일(365일-90일)이내에 보상한도종료일이 있는 경우에는 최초 입원일부터 365일이 경과되는 날부터 최초 입원한 것과 동일한 기준으로 다시 보상합니다.

<보상기간 예시>

(i) 최초입원일~보상한도종료일이 275일(365일-90일) 이상인 경우

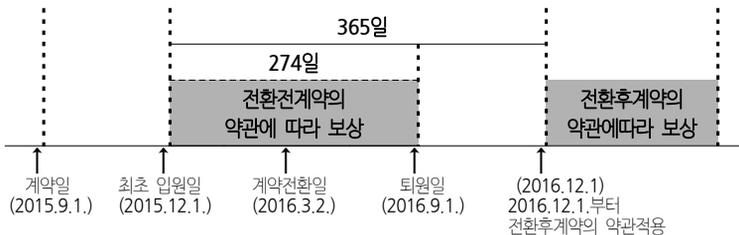


(ii) 최초입원일~보상한도종료일이 275일(365일-90일) 이내인 경우



- ⑤ 제4항에서 “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 보는다)을 말하며, 질병의 치료 중에 발생한 합병증 또는 새로 발견된 질병의 치료가 병행되거나 의학상 관련이 없는 여러 종류의 질병을 갖고 있는 상태에서 입원한 경우에는 하나의 질병으로 간주합니다.
- ⑥ 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝나더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는 보험기간 종료일부터 180일까지(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상하며, 이 경우 제4항은 적용하지 않습니다. 다만, 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제4항을 적용합니다.
- ⑦ 피보험자가 직원복지후생제도에 의해 의료비를 감면받고 그 감면받은 의료비가 근로소득에 포함되는 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 입원의료비를 계산합니다.
- ⑧ 제2항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년이 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진은 제외합니다) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보상합니다.
- ⑨ 제8항에서 “청약일 이후 5년이 지나는 동안”이란 이 약관 제29조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑩ 이 약관 제30조[보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제8항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑪ 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 실손의료비보험 계약전환특약 약관에 따라 계약이 전환(최초입원일이 전환전계약 보험기간에 포함되는 것을 말합니다)된 경우에는 전환전계약이 종료되었다 하더라도 그 계속 중인 입원에 대하여는 보상기간의 연장으로 간주하여 전환전계약의 약관에 따라 보상합니다.

<보상기간 예시>



⑫ 제11항에도 불구하고 전환전계약 약관에 따라 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 전환후계약의 약관을 적용합니다.

1. 전환전계약의 계약체결일이 2009년 10월 29일 이전(표준화 이전) :
하나의 질병으로 인한 입원이라도 입원의료비가 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 재입원한 경우
2. 전환전계약의 계약체결일이 2009년 10월 30일부터 2014년 3월 31일 이전 :
최초입원일로부터 365일이 지난 경우
3. 전환전계약의 계약체결일이 2014년 4월 1일부터 2015년 12월 31일 이전 :
최초입원일로부터 365일이 지나거나, 하나의 질병으로 인한 입원이라도 입원의료비가 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일 경과하여 동일한 사유로 재입원한 경우
4. 전환전계약의 계약체결일이 2016년 1월 1일 이후 :
하나의 질병으로 인한 입원의료비를 전환전계약의 보험가입금액까지 보상한 경우

(2) 질병통원

① 회사는 피보험자가 질병으로 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에는 통원의료비 명목으로 매년 계약해당일부터 1년을 단위로 하여 다음과 같이 외래(외래제비용, 외래수술비) 및 처방조제비를 각각 보상합니다.

구 분	보 상 한 도
외래	방문 1회당 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금 ^{주)} 과 '비급여 ^{주)} '를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표1>의 '항목별 공제금액'을 뺀 금액을 20만원의 한도내에서 보상(매년 계약해당일부터 1년간 방문 180회 한도로 합니다.)
처방조제비	처방전 1건당 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금 ^{주)} 과 '비급여 ^{주)} '를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표1>의 '항목별 공제금액'을 뺀 금액을 10만원의 한도내에서 보상(매년 계약해당일부터 1년간 처방전 180건을 한도로 합니다.)

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

< 표1 > 항목별 공제금액

구분		항목	공제금액
표준형	외래 (외래 제비용 및 외래 수술비 합계)	「의료법」 제3조 제2항 제1호에 따른 의원, 치과 의원, 한의원, 같은 항 제2호에 따른 조산원, 「지역보건법」 제10조, 제12조 및 제13조에 따른 보건소, 보건의료원 및 보건지소, 「농어촌 등 보건의료물 위한 특별조치법」 제15조에 따른 보건진료소	1만원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액
		「의료법」 제3조 제2항 제3호에 따른 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	1만5천원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액
		「국민건강보험법」 제42조 제2항에 따른 종합전문요양기관 또는 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원	2만원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액
	처방 조제비	「국민건강보험법」 제42조 제1항 제2호에 따른 약국, 같은 항 제3호에 따른 한국회귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약품업 예외 지역에서 약사의 직접조제 1건당)	8천원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액
선택형 II	외래 (외래 제비용 및 외래 수술비 합계)	「의료법」 제3조 제2항 제1호에 따른 의원, 치과 의원, 한의원, 같은 항 제2호에 따른 조산원, 「지역보건법」 제10조, 제12조 및 제13조에 따른 보건소, 보건의료원 및 보건지소, 「농어촌 등 보건의료물 위한 특별조치법」 제15조에 따른 보건진료소	1만원과 공제기준 금액(보상대상의료비의 급여 10% 해당액과 비급여 20% 해당액의 합산액)중 큰 금액
		「의료법」 제3조 제2항 제3호에 따른 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	1만5천원과 공제기준금액(보상대상의료비의 급여 10% 해당액과 비급여 20% 해당액의 합산액)중 큰 금액
		「국민건강보험법」 제42조 제2항에 따른 종합전문요양기관 또는 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원	2만원과 공제기준 금액(보상대상의료비의 급여 10% 해당액과 비급여 20% 해당액의 합산액)중 큰 금액

구분	항목	공제금액
처방조제비	「국민건강보험법」 제42조 제1항 제2호에 따른 약국, 같은 항 제3호에 따른 한국회귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약품업 예외 지역에서 약사의 직접조제 1건당)	8천원과 공제기준 금액(보상대상의료비의 급여 10% 해당액과 비급여 20% 해당액의 합산액)중 큰 금액

- ② 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝나더라도 그 계속 중인 통원치료에 대해서는 다음 예시와 같이 보험기간 종료일부터 180일 이내에 외래는 방문 90회, 처방조제비는 처방전 90건의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제1항을 적용합니다.

<보상기간 예시>



- ③ 하나의 질병으로 하루에 같은 치료를 목적으로 의료기관에서 2회 이상 통원치료를 받거나 하나의 질병으로 약국에서 2회 이상 처방조제를 받은 경우 각각 1회의 외래 및 1건의 처방으로 보아 제1항과 제2항을 적용합니다. 이 때 공제금액은 2회이상의 중복방문 의료기관 중 가장 높은 공제금액을 적용합니다.
- ④ 제3항에서 “하나의 질병”이란 발생 원인이 동일한 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병을 포함합니다)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 봅니다.
- ⑤ 제1항의 질병에서 청약서상 ‘계약 전 알릴 의무(중요한 사항으로 한정합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우 그 질병으로 인한 외래 및 처방조제비는 보상하지 않습니다.

- ⑥ 피보험자가 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 경우에는 통원의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 급여 및 비급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액에서 <표 1>의 ‘항목별 공제금액’을 뺀 금액의 40%를 통원의료비 중 외래의 경우 1회당 20만원, 처방조제비의 경우 1건당 10만원의 각각 한도내에서 보상합니다.
- ⑦ 피보험자가 직원복리후생제도에 의해 의료비를 감면받고 그 감면받은 의료비가 근로소득에 포함되는 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 통원의료비를 계산합니다.
- ⑧ 제5항에도 불구하고 청약일 이전에 진단된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년이 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진은 제외합니다) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보상합니다.
- ⑨ 제8항에서 “청약일 이후 5년이 지나는 동안”이란 이 약관 제29조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑩ 이 약관 제30조[보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제8항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑪ 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 실손의료비보험 계약전환 특별약관에 따라 계약이 전환된 경우에는 전환전계약이 종료되었다 하더라도 그 계속 중인 통원치료에 대해서는 보상기간의 연장으로 간주하여 전환전계약의 약관에 따라 보상합니다.
- ⑫ 제11항에도 불구하고 전환전계약 약관에 따라 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 전환후계약의 약관을 적용합니다.
 - 1. 전환전계약의 계약체결일이 2009년 10월 29일 이전(표준화 이전) :
하나의 질병으로 인한 통원이라도 통원의료비가 지급된 최종 통원일로부터 180일이 경과하여 개시한 통원의 경우
 - 2. 전환전계약의 계약체결일이 2009년 10월 30일 이후 :
전환전계약의 직전 계약해당일로부터 1년이 경과한 경우

(3) 상해입원

- ① 회사는 피보험자가 상해로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원의료비를 다음과 같이 하나의 상해당 보험가입금액(5천만원 이내에서 계약자가 정한 금액을 말합니다)의 한도 내에서 보상합니다.

구분		보 상 금 액
표준형	입원실료, 입원제비용, 입원수술비	‘「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금’과 ‘비급여 ^{주)} (상급병실료 차액은 제외합니다)’를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 80%에 해당하는 금액. 다만, 나머지 20%가 계약일 또는 매년 계약해당일부터 기산하여 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다.
	상급병실료 차액	입원 시 실제로 사용한 병실과 기준병실의 병실료 차액에서 50%를 뺀 금액. 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.
선택형 II	입원실료, 입원제비용, 입원수술비	‘「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금’의 90% 해당액과 ‘비급여 ^{주)} (상급병실료 차액은 제외합니다.)’의 80% 해당액을 합한 금액. 다만, 본인이 실제로 부담한 금액을 기준으로 하며, 급여 중 본인부담금의 10%해당액과 비급여의 20%해당액을 합산한 금액이 계약일 또는 매년 계약해당일부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다.
	상급병실료 차액	입원 시 실제로 사용한 병실과 기준병실의 병실료 차액에서 50%를 뺀 금액. 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.

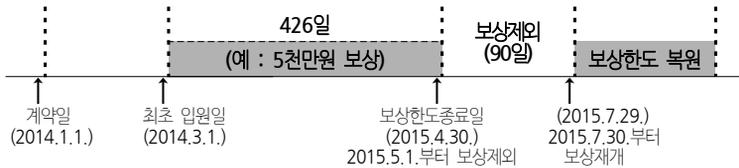
주) 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부 장관이 정한 비급여대상 (「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)

- ② 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연히 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상이 포함됩니다. 다만, 유독가스 또는 유독물질을 삼습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상과 세균성 음식물 중독증상은 포함되지 않습니다.
- ③ 피보험자가 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 경우에는 입원의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 급여 및 비급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액의 40%를 하나의 상해당 보험가입금액(5천만원 이내에서 계약자가 정한 금액을 말합니다)의 한도 내에서 보상합니다.

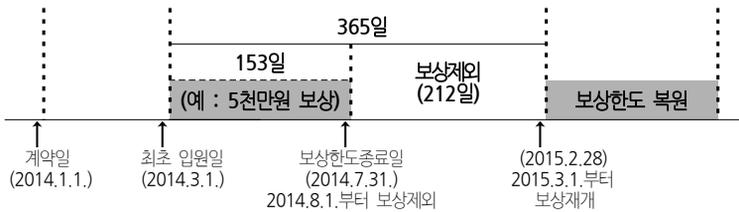
- ④ 제1항에도 불구하고 회사는 하나의 상해(같은 상해로 2회 이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 상해로 봅니다)로 인한 입원의료비를 보험가입금액까지 보상한 경우에는 보상한도종료일부터 90일이 경과한 날부터 최초 입원한 것과 동일한 기준으로 다시 보상합니다(계속 입원을 포함합니다.) 다만, 최초 입원일부터 275일(365일-90일)이내에 보상한도종료일이 있는 경우에는 최초 입원일부터 365일이 경과되는 날부터 최초 입원한 것과 동일한 기준으로 다시 보상합니다.

<보상기간 예시>

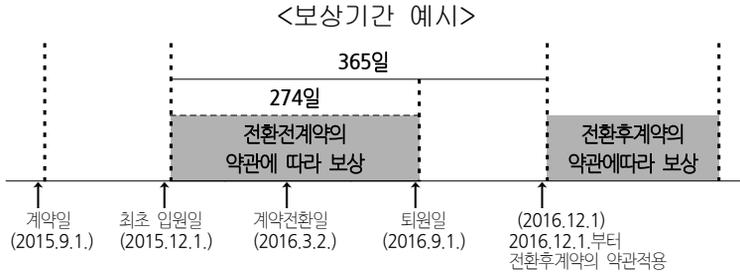
- (i) 최초입원일~보상한도종료일이 275일(365일-90일) 이상인 경우



- (ii) 최초입원일~보상한도종료일이 275일(365일-90일) 이내인 경우



- ⑤ 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝나더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는 보험기간 종료일부터 180일까지(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상하며, 이 경우 제4항은 적용하지 않습니다. 다만, 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제4항을 적용합니다.
- ⑥ 피보험자가 직원복리후생제도에 의해 의료비를 감면받고 그 감면받은 의료비가 근로소득에 포함되는 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 입원의료비를 계산합니다.
- ⑦ 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 실손의료비보험 계약전환특약 약관에 따라 계약이 전환(최초입원일이 전환전계약 보험기간에 포함되는 것을 말합니다)된 경우에는 전환전계약이 종료되었다 하더라도 그 계속 중인 입원에 대하여는 보상기간의 연장으로 간주하여 전환전계약의 약관에 따라 보상합니다.



⑧ 제7항에도 불구하고 전환전계약 약관에 따라 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 전환후계약의 약관을 적용합니다.

1. 전환전계약의 계약체결일이 2009년 10월 29일 이전(표준화 이전) :
하나의 상해로 인한 입원이라도 입원의료비가 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 재입원한 경우
2. 전환전계약의 계약체결일이 2009년 10월 30일부터 2014년 3월 31일 이전 :
최초입원일로부터 365일이 지난 경우
3. 전환전계약의 계약체결일이 2014년 4월 1일부터 2015년 12월 31일 이전 :
최초입원일로부터 365일이 지나거나, 하나의 상해로 인한 입원이라도 입원의료비가 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일 경과하여 동일한 사유로 재입원한 경우
4. 전환전계약의 계약체결일이 2016년 1월 1일 이후 :
하나의 상해로 인한 입원의료비를 전환전계약의 보험가입금액까지 보상한 경우

(4) 상해통원

① 회사는 피보험자가 상해로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에는 통원의료비 명목으로 매년 계약해당일부터 1년을 단위로 하여 다음과 같이 외래(외래제비용, 외래수술비) 및 처방조제비를 각각 보상합니다.

구 분	보 상 한 도
외래	방문 1회당 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금과 '비급여 ^{주)} '를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표1>의 '항목별 공제금액'을 뺀 금액을 20만원의 한도내에서 보상(매년 계약해당일부터 1년간 방문 180회 한도로 합니다.)

구분	보상한도
처방조제비	처방전 1건당 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금과 '비급여 ^{주)} '를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표1>의 '항목별 공제금액'을 뺀 금액을 10만원의 한도내에서 보상(매년 계약해당일부터 1년간 처방전 180건을 한도로 합니다.)

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

< 표1 > 항목별 공제금액

구분	항목	공제금액	
표준형	외래(외래제비용 및 외래수술비 합계)	「의료법」 제3조 제2항 제1호에 따른 의원, 치과 의원, 한의원, 같은 항 제2호에 따른 조산원, 「지역보건법」 제10조, 제12조 및 제13조에 따른 보건소, 보건의료원 및 보건지소, 「농어촌 등 보건 의료를 위한 특별조치법」 제15조에 따른 보건진료소	1만원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액
		「의료법」 제3조 제2항 제3호에 따른 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	1만 5천원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액
		「국민건강보험법」 제42조 제2항에 따른 종합전문요양기관 또는 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원	2만원과 보상대상 의료비의 20% 중 큰 금액
	처방조제비	「국민건강보험법」 제42조 제1항 제2호에 따른 약국, 같은 항 제3호에 따른 한국회귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약품업 예외 지역에서 약사의 직접조제 1건당)	8천원과 보상대상 의료비의 20% 중 큰 금액
선택형 II	외래(외래제비용 및	「의료법」 제3조 제2항 제1호에 따른 의원, 치과 의원, 한의원, 같은 항 제2호에 따른 조산원, 「지역보건법」 제10조, 제12조 및 제13조에 따른 보건소, 보건의료원 및 보건지소, 「농어촌 등 보건	1만원과 공제기준 금액(보상대상의료비의 급여 10% 해당액과 비급여 20%

구분	항목	공제금액
외래 수술비 합계)	의료를 위한 특별조치법」 제15조에 따른 보건진료소	해당액의 합산액)중 큰 금액
	「의료법」 제3조 제2항 제3호에 따른 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	1만5천원과 공제기준금액(보상대상의료비의 급여 10% 해당액과 비급여 20% 해당액의 합산액)중 큰 금액
	「국민건강보험법」 제42조 제2항에 따른 종합전문요양기관 또는 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원	2만원과 공제기준금액(보상대상의료비의 급여 10% 해당액과 비급여 20% 해당액의 합산액)중 큰 금액
처방 조제비	「국민건강보험법」 제42조 제1항 제2호에 따른 약국, 같은 항 제3호에 따른 한국희귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약품업 예외 지역에서 약사의 직접조제 1건당)	8천원과 공제기준금액(보상대상의료비의 급여 10% 해당액과 비급여 20% 해당액의 합산액)중 큰 금액

- ② 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝나더라도 그 계속 중인 통원치료에 대해서는 다음 예시와 같이 보험기간 종료일부터 180일 이내에 외래는 방문 90회, 처방조제비는 처방전 90건의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제1항을 적용합니다.

<보상기간 예시>



- ③ 하나의 상해로 인해 하루에 같은 치료를 목적으로 의료기관에서 2회 이상 통원치료를 받거나 하나의 상해로 약국에서 2회 이상의 처방조제를 받은 경우 각각 1회의 외래 및 1건의 처방으로 보아 제1항과 제2항을 적용합니다. 이 때 공제금액은 2회 이상의 중복 방문 의료기관 중 가장 높은 공제금액을 적용합니다.
- ④ 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.
- ⑤ 피보험자가 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 경우에는 통원의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 급여 및 비급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액에서 <표 1>의 ‘항목별 공제금액’을 뺀 금액의 40%를 통원의료비 중 외래의 경우 1회당 20만원, 처방조제비의 경우 1건당 10만원의 각각 한도내에서 보상합니다.
- ⑥ 피보험자가 직원복리후생제도에 의해 의료비를 감면받고 그 감면받은 의료비가 근로소득에 포함되는 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 통원의료비를 계산합니다.
- ⑦ 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 실손의료비보험 계약전환 특별약관에 따라 계약이 전환된 경우에는 전환전계약이 종료되었다 하더라도 그 계속 중인 통원치료에 대해서는 보상기간의 연장으로 간주하여 전환전계약의 약관에 따라 보상합니다.
- ⑧ 제7항에도 불구하고 전환전계약 약관에 따라 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 전환후계약의 약관을 적용합니다.
 1. 전환전계약의 계약체결일이 2009년 10월 29일 이전(표준화 이전) :
하나의 상해로 인한 통원이라도 통원의료비가 지급된 최종 통원일로부터 180일이 경과하여 개시한 통원의 경우
 2. 전환전계약의 계약체결일이 2009년 10월 30일 이후 :
전환전계약의 직전 계약해당일로부터 1년이 경과한 경우

제 3 관 회사가 보상하지 않는 사항

제4조 【보상하지 않는 사항】

회사가 보상하지 않는 사항은 보장종목별로 다음과 같습니다.

(1) 질병입원

- ① 회사는 다음의 사유로 생긴 입원의료비는 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
- ② 회사는 ‘한국표준질병사인분류’에 따른 다음의 입원의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.
 1. 정신 및 행동 장애(F04~F99)
(다만, F04~F09, F20~F29, F30~F39, F40~F48, F90~F98과 관련한 치료에서 발생한 「국민건강보험법」상 요양급여에 해당하는 의료비는 보상합니다)
 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산자, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
 3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원한 경우(O00~O99)
 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)
- ③ 회사는 다음의 입원의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.
 1. 치과치료(K00~K08) 및 한방치료(다만, 의료법 제2조에 따른 한의사를 제외한 ‘의사’의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 보상합니다)에서 발생한 「국민건강보험

법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 비급여의료비

2. 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제)
3. 「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)
4. 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.
5. 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, 의약품과 관련하여 소요된 비용. 다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.
6. 다음의 어느 하나에 해당하는 치료로 인하여 발생한 의료비
 - 가. 단순한 피로 또는 권태
 - 나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
 - 다. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
7. 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.
8. 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(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 주름살 제거술 등
 - 나. 사시교정, 안외격리증(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 다리 정맥류 수술
- 마. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여대상에 해당하는 치료
- 9. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비
- 10. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(보장종목별 보상내용) (1)질병입원 제1항, 제2항 및 제4항부터 제10항에 따라 보상합니다.
- 11. 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV 감염은 해당 진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 보상합니다)
- 12. 「국민건강보험법」 제42조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비

(2) 질병통원

- ① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 통원의료비는 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 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 통원의료비
- ② 회사는 ‘한국표준질병사인분류’에 따른 다음의 통원의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.
 - 1. 정신 및 행동 장애(F04~F99)
(다만, F04~F09, F20~F29, F30~F39, F40~F48, F90~F98과 관련한 치료에서 발생한 「국민건강보험법」상 요양급여에 해당하는 의료비는 보상합니다)
 - 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산자, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
 - 3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 통원한 경우(O00~O99)

4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04)
 5. 비만(E66)
 6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
 7. 직장 또는 항문질환 중 「국민건강보험법」상 요양급여에 해당하지 않는 부분 (K60~K62, K64)
- ③ 회사는 다음의 통원의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.
1. 치과치료(K00~K08) 및 한방치료(다만, 의료법 제2조에 따른 한의사를 제외한 ‘의사’의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 보상합니다)에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 비급여의료비
 2. 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제)
 3. 「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)
 4. 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.
 5. 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, 의약품과 관련하여 소요된 비용. 다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.
 6. 다음의 어느 하나에 해당하는 치료로 인하여 발생한 의료비
 - 가. 단순한 피로 또는 권태
 - 나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
 - 다. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 고골음(수면무호흡(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
 7. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료 재료의 구입 및 대체 비용. 다만, 인공장기등 신체에 이식되어 그 기능을 대신

하는 경우에는 보상합니다.

8. 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(윤비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 주름살 제거술 등
 - 나. 사시교정, 안외각리증(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 다리 정맥류 수술
 - 마. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여대상에 해당하는 치료
9. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련 없는 검사비용, 간병비
10. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(보장종목별 보상내용) (2)질병통원 제1항부터 제5항 및 제7항부터 제10항에 따라 보상합니다.
11. 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV 감염은 해당 진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 보상합니다)
12. 「국민건강보험법」 제42조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비
13. 「응급의료에 관한 법률 시행규칙」에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 「의료법」 제3조의4에 따라 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료

(3) 상해입원

- ① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 입원의료비는 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 입원한 경우. 다만, 회사

가 보상하는 상해로 인하여 입원한 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 피보험자의 자의적인 입원으로 인하여 발생한 입원의료비
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동 목적으로 한 다음의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 생긴 상해에 대해서는 보상하지 않습니다.
1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련이 필요한 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
 2. 모터보트·자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 행사(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 보상합니다)
 3. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승
- ③ 회사는 다음의 입원의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.
1. 치과치료(다만, 안면부 골절로 발생한 의료비는 치아관련 치료를 제외하고 보상합니다)-한방치료(다만, 의료법 제2조에 따른 한의사를 제외한 ‘의사’의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 보상합니다)에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 비급여의료비
 2. 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제)
 3. 「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)
 4. 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.
 5. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진, 의약품과 관련하여 소요된 비용. 다만, 회사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.
 6. 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 대신

하는 경우에는 보상합니다.

7. 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), 고성형수술(융비술), 유방 확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살 제거술 등
 - 나. 사시교정, 안외각리증(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 다리 정맥류 수술
 - 마. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여대상에 해당하는 치료
8. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비
9. 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(보장종목별 보상내용) (3)상해입원 제1항, 제2항 및 제4항부터 제6항에 따라 보상합니다.
10. 「국민건강보험법」 제42조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비

(4) 상해통원

- ① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 통원의료비는 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 통원한 경우. 다만, 회사가 보상하는 상해로 인하여 통원한 경우에는 보상합니다.
 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인하여 통원한 경우
 6. 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 손해에 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 손해는 보상합니다)
 3. 선박 승무원, 어부, 사공, 그 밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승
- ③ 회사는 다음의 통원의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.
1. 치과치료(다만, 안면부 골절로 발생한 의료비는 치아관련 치료를 제외하고 보상합니다)·한방치료(다만, 「의료법」 제2조에 따른 한의사를 제외한 ‘의사’의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 보상합니다)에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 비급여의료비
 2. 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제)
 3. 「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)
 4. 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.
 5. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진, 의약품과 관련하여 소요된 비용. 다만, 회사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.
 6. 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.
 7. 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 시력개

- 선 목적의 이종경수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방 확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살 제거술 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 다리 정맥류 수술
마. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여대상에 해당하는 치료
8. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비
 9. 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인 부담의료비는 제3조(보장종목별 보상내용) (4)상해통원 제1항부터 제4항 및 제6항에 따라 보상합니다.
 10. 「국민건강보험법」 제42조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비
 11. 「응급의료에 관한 법률 시행규칙」에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료

제5조 【추가보장계약에서 보상하는 사항】

- ① 제3조 및 제4조에도 불구하고 다음 각 호에 해당하는 의료비는 실손의료비보험(계약전 환용,갱신형,무배당)_1804의 기본계약에서 보상하지 않습니다.
 1. 도수치료·체외충격파치료·증식치료로 인하여 발생한 비급여 의료비
 2. 비급여 주사료(다만, 항암제, 항생제(항진균제 포함), 희귀의약품은 보상합니다)
 3. 자기공명영상진단(MRI/MRA)으로 인하여 발생한 비급여 의료비(조영제, 판독료 포함)
 4. 제1호, 제2호, 제3호와 관련하여 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 발생한 본인부담의료비
- ② 제1항 제1호에서 제4호까지 정한 의료비와 다른 의료비가 함께 청구되어 각 항목별 의료비가 구분되지 않는 경우 회사는 보험금 지급금액 결정을 위해 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 각각의 의료비에 대한 확인을 요청할 수 있습니다.

제 4 관 보험금의 지급

제6조 【보험금 지급사유 발생의 통지】

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

제7조 【보험금의 청구】

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(진료비계산서, 진료비세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비 등))
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 신분증, 본인이 아닌 경우 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
 4. 그 밖에 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조 【보험금의 지급절차】

- ① 회사는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 회사는 보험금 지급사유를 조사확인하기 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 보험

- 수익자에게 책임이 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제7항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ③ 제2항에 따라 추가적인 조사가 이루어지는 경우 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50%상당액을 가지급합니다.
 - ④ 회사는 제1항에서 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 [별표 2] '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 다만, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 책임이 있는 사유로 지급이 지연된 경우에는 그 기간에 대한 이자는 지급하지 않습니다.
 - ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제15조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의뢰기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우 회사는 사실확인이 끝날 때까지 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
 - ⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.
 - ⑦ 보험수익자와 회사가 제3조(보장종목별 보상내용)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에 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 있습니다.

[약관용어 설명]

- **보험금지급제도** : 지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도. 이는 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해주기 위해 회사가 먼저 지급해주는 임시급부금임

제9조 【보험금을 받는 방법의 변경】

- ① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자를 말합니다)는 회사의 사업방법서에 서 정한 바에 따라 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급

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

제11조 【보험수익자의 지정】

이 계약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 하며, 피보험자가 사망한 경우에는 피보험자의 법정상속인으로 합니다.

제12조 【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.

【 약관 설명 】

- **연대책임이란** : 2인 이상이 각각 동일한 내용의 책임을 부담하되, 어느 1인의 이행으로 나머지 사람들도 책임을 면하게 되는 관계를 말합니다. 예를 들어, 계약자가 2인인 보험계약에서 각 계약자는 보험료 전부에 대하여 보험회사에 납입할 의무를 부담합니다. 다만, 2인 중 1인이 보험료 중 일부 또는 전부를 납입하면 다른 1인도 그 1인이 납입한 금액만큼 보험료 납입의무를 면합니다.

제 5 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제13조 【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.

【 약관용어 설명 】

- **계약 전 알릴 의무** : 상법 제651조(고지의무 위반으로 인한 계약해지)에서 정하고 있는 의무. 계약자나 피보험자는 청약할 때 회사가 서면으로 질문한 중요한 사항에 대해 사실대로 알려야 하며, 위반했을 때에는 계약의 해지 또는 보험금 부지급 등 불이익을 당할 수 있습니다.

【 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.

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제14조 【상해보험계약 후 알릴 의무 등】

- 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]

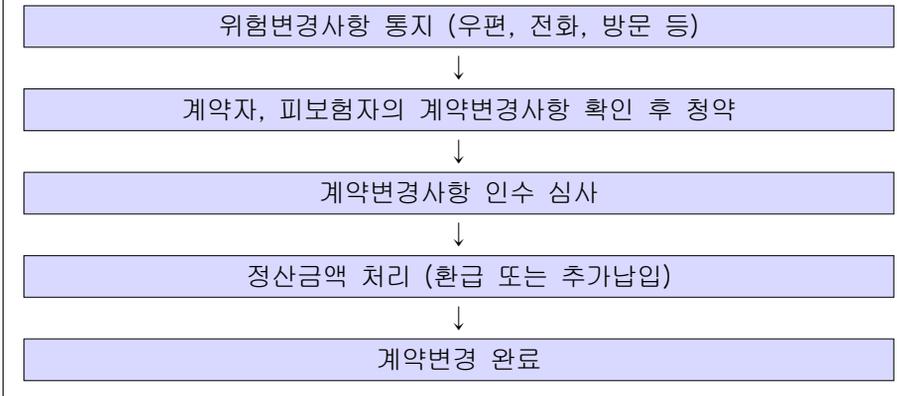
- 1) 생계유지 등을 위하여 일정한 기간동안(예: 6개월 이상) 계속하여 종사하는 일
- 2) 1)에 해당하지 않는 경우에는 개인의 사회적 신분에서 따르는 위치나 자리를 말함
예) 학생, 미취학아동, 무직 등

[직무]

직책이나 직업상 책임을 지고 담당하여 맡은 일

- 2. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우
예) 자가용에서 영업용으로 변경, 영업용에서 자가용으로 변경 등
 - 3. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전여부가 변경된 경우
예) 비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운전자로 변경 등
 - 4. 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 계속적으로 사용하게 된 경우
- ② 회사는 제1항의 통지로 인하여 위험의 변동이 발생한 경우에는 제21조(계약내용의 변경 등)에 따라 계약내용을 변경할 수 있습니다.

[위험변경에 따른 계약변경 절차]



- ③ 회사는 제2항에 따라 계약내용을 변경할 때 위험이 감소된 경우에는 보험료를 감액하고, 이후 기간 보장을 위한 재원인 책임준비금 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 이를 납입하여야 합니다.
- ④ 제1항의 통지에 따라 위험의 증가로 보험료를 더 내야 할 경우 회사가 청구한 추가보험료(정산금액을 포함합니다)를 계약자가 납입하지 않았을 때, 회사는 위험이 증가되기

전에 적용된 보험요율(이하 “변경전 요율”이라 합니다)의 위험이 증가된 후에 적용해야 할 보험요율(이하 “변경후 요율”이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 증가된 위험과 관계없이 발생한 보험금 지급사유에 관해서는 원래대로 지급합니다.

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

제15조 【알릴 의무 위반의 효과】

- ① 회사는 다음과 같은 사실이 있을 경우에는 보험금 지급사유의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 계약을 해지할 수 있습니다.
 - 1. 계약자나 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제13조(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 제14조(상해보험계약 후 알릴 의무 등) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 이행하지 않았을 때
- ② 제1항 제1호의 경우라도 다음의 어느 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.
 - 1. 회사가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 알지 못하였을 때
 - 2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 날부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대해서는 1년)이 지났을 때
 - 3. 최초계약체결일부터 3년이 지났을 때
 - 4. 이 계약을 청약할 때 회사가 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등을 말합니다)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때. 다만, 계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지할 수 있습니다.
 - 5. 보험설계사 등이 다음의 어느 하나에 해당하는 행위를 하였을 때. 다만, 보험설계사 등이 다음의 행위를 하지 않았더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실하게 고지했다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.
 - 가. 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았을 때

- 나. 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해하였을 때
 다. 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실하게 고지하도록 권유했을 때
- ③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 회사는 제35조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 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 위반 사실과 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다” 라는 문구와 함께 서면 등으로 알려드립니다.
 - ⑤ 제1항제2호에 따른 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 회사는 제14조(상해보험계약 후 알릴 의무 등) 제4항 또는 제5항에 따라 보험금을 지급합니다.
 - ⑥ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유가 발생하는 데에 영향을 미치지 않았음을 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 증명한 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.

[계약 전 알릴 의무 위반사례]

계약을 청약하면서 보험설계사에게 고혈압이 있다고만 이야기하였을 뿐, 청약서의 계약 전 알릴사항에 아무런 기재도 하지 않을 경우에는 보험설계사에게 고혈압 병력을 이야기하였다고 하더라도 회사는 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금은 지급하지 않을 수 있습니다.

- ⑧ 제30조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 계약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제1항의 최초계약으로 봅니다.(부활(효력회복)이 여러 차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다.)

제16조 【사기에 의한 계약】

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

제 6 관 보험계약의 성립과 유지

제17조 【보험계약의 성립】

- ① 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.
- ② 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등을 말합니다)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
- ③ 회사는 계약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일을 말합니다)부터 30일 이내에 승낙하거나 거절하여야 하며, 승낙한 경우에는 보험증권을 드립니다. 이 경우 30일 이내에 회사가 승낙 또는 거절의 통지를 하지 않으면 승낙한 것으로 봅니다.
- ④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 평균공시이율에 1%를 더한 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우 회사는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.
- ⑤ 이 계약이 제3항에 의하여 최초로 성립되었을 경우에는 ‘최초계약’이라 하며, 이후 계약의 보험기간이 끝난 후 제22조(계약의 보험기간 및 갱신)에 의하여 갱신된 경우에는 ‘갱신계약’, 제25조(계약의 보장내용 변경주기 및 재가입)에 의하여 재가입된 경우에는 ‘재가입’이라 합니다.

제18조 【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. 진단계약
 2. 보험기간이 1년 미만인 계약
 3. 전문보험계약자가 체결한 계약

【 약관용어 설명 】

- **전문보험계약자** : 보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약의 내용을 이해하고 이행할 능력이 있는 자로서 「보험업법」 제2조(정의), 「보험업법 시행령」 제6조의2(전문보험계약자의 범위 등) 또는 「보험업감독규정」 제1-4조의2(전문보험계약자의 범위)에서 정한 국가, 한국은행, 대통령령으로 정하는 금융기관, 주권상장법인, 지방자치단체, 단체보험계약자등을 말합니다.

- ② 제1항에도 불구하고 청약한 날부터 30일이 지나면 청약을 철회할 수 없습니다.

- ③ 계약자는 청약서의 청약철회란을 작성하여 회사에 제출하거나, 통신수단을 이용하여 제1항의 청약을 철회할 수 있습니다.
- ④ 계약자가 청약을 철회하였을 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3일 이내에 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대해서는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에는 회사는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.
- 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.

제19조 【약관 교부 및 설명 의무 등】

- ① 회사는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며, 청약 후에 지체 없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 드립니다. 다만, 계약자가 동의하는 경우 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 광기록매체(CD, DVD 등), 전자우편 등 전자적 방법으로 송부할 수 있으며, 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다. 또한, 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자의 동의를 받아 다음 중 한 가지 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.
 1. 인터넷홈페이지에서 약관 및 그 설명문(약관의 중요한 내용을 설명한 문서)을 읽거나 내려받게 하는 방법. 이 경우 계약자가 이를 읽거나 내려받은 것을 확인한 때에 해당 약관을 드리고 그 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
 2. 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문하거나 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

【 약관용어 설명 】

- **통신판매계약** : 전화·우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

- ② 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(자필서명에는 도장을 찍는 날인과 「전자서명법」 제2조 제2호 또는 제3호에 따른 전자서명 또는 공인전자서명을 포함합니다)
- ③ 제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에 다음의 어느 하나에 해당 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제1항에 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
- ④ 제2항에 따라 계약이 취소된 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
- ⑤ 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.

[약관용어 설명]

- **전자서명법** : 디지털적인 수단으로 전자문서에 서명한 것을 도장을 찍은 종이 등 기존 서류에 대해 한 서명이나 사용인감과 똑같은 법적 효력을 갖도록 규정한 법률

[전자서명법 제2조(정의)]

이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다.

1. (생략)
 2. '전자서명'이라 함은 서명자를 확인하고 서명자가 당해 전자문서에 서명을 하였음을 나타내는데 이용하기 위하여 당해 전자문서에 첨부되거나 논리적으로 결합된 전자적 형태의 정보를 말한다.
 3. "공인전자서명"이라 함은 다음 각목의 요건을 갖추고 공인인증서에 기초한 전자서명을 말한다.
 - 가. 전자서명생성정보가 가입자에게 유일하게 속할 것
 - 나. 서명 당시 가입자가 전자서명생성정보를 지배·관리하고 있을 것
 - 다. 전자서명이 있는 후에 당해 전자서명에 대한 변경여부를 확인할 수 있을 것
 - 라. 전자서명이 있는 후에 당해 전자문서의 변경여부를 확인할 수 있을 것
- (이하 생략)

<향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

제20조 【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 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

【 약관용어 설명 】

- **무효** : 당사자가 행한 의사표시가 법률상 아무런 효력이 발생하지 않는 것
- **심신상실자** : 의식은 있으나 심신장애의 정도가 심해 자신의 행위 결과를 합리적으로 판단할 능력을 갖지 못한 사람
- **심신박약자** : 마음이나 정신의 장애로 인해 사물변별능력 또는 의사결정능력이 없거나 부족한 사람

제21조 【계약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 회사의 승낙을 받아 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 회사는 승낙 사실을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 적어 드립니다.
 1. 보험종목 또는 보장종목
 2. 보험료 납입주기 및 납입방법
 3. 계약자 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 계약자는 회사의 승낙 없이 보험수익자를 변경할 수 있습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 회사에 권리자로서 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자가 변경되었음을 회사에 통지하여야 합니다.

【 보험수익자 변경 관련 설명 】

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

- ④ 계약자가 제3항에 따라 보험수익자를 변경하려는 계약자는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.
- ⑤ 제1항에 따라 계약자가 변경된 경우 회사는 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 드리고, 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

제22조 【계약의 보험기간 및 갱신】

- ① 이 계약의 보험기간은 1년 만기 갱신으로 합니다.
- ② 계약자가 이 계약의 보험기간이 끝나는 날의 15일 전까지 이 계약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 계약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 단, 제29조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 계약은 갱신되지 않습니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 보험기간이 끝나는 날 이전에 제24조(계약의 소멸)에 따라 계약이 소멸된 경우에는 이 계약은 갱신되지 않습니다.
- ④ 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 피보험자의 「최초(재)가입나이 + 보장내용 변경주기」 세 계약해당일의 전일로 합니다.
- ⑤ 제2항에도 불구하고 이 계약의 보험기간 종료일이 제4항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우에는 이 계약을 갱신할 수 없습니다.
- ⑥ 갱신계약의 경우 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항에도 불구하고 이 계약이 갱신되기 직전 계약(이하 '갱신 전 계약'이라 합니다)의 보험기간이 끝나는 날의 다음날(이하 '갱신일'이라 합니다)을 보장개시일로 합니다.
- ⑦ 갱신계약에 대하여는 갱신일 현재의 보험료율(상해입원 및 상해통원의 경우 피보험자의 직업 또는 직무 위험등급에 따라 산출된 보험료율을 말함)을 적용하고, 그 보험료율은 나이의 증가, 의료수가의 변동, 위험률의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.
- ⑧ 제7항에 따라 보험료가 변경되는 경우에는 이 계약의 보험기간이 끝나는 날의 30일 전까지 계약자에게 관련 내용을 서면 또는 전화(음성녹음)로 안내하여 드립니다.

제23조 【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 청약서류에 기재된 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 사항이 신분증(주민등록증이나 면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명

서 또는 본인서명사실확인서 포함)과 다른 경우에는 신분증에 기재된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

[약관용어 설명]

- **보험나이** : 계약자 또는 피보험자의 출생일부터 보험계약일까지의 기간을 따진 나이로 보험료 산정의 기준이 됨

[보험나이 계산 예시]

생년월일 : 1988년 10월 2일

- | | |
|--------------------------|---------------------------|
| 예1) 2014년 4월 13일에 가입할 경우 | 예2) 2014년 11월 13일에 가입할 경우 |
| 2014년 4월 13일 | 2014년 11월 13일 |
| - 1988년 10월 2일 | - 1988년 10월 2일 |
| 만 25년 6개월 11일 | 만 26년 1개월 11일 |
| ⇒ 보험나이 26세 | ⇒ 보험나이 26세 |

제24조 【계약의 소멸】

- ① 피보험자가 사망하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 계약자에게 사망 당시의 책임준비금(미경과보험료적립금)을 지급하고 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.
- ② 제1항에서 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

[약관용어 설명]

- **실종선고** : 어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속 될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정

[민법 제27조(실종의 신고)]

- 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 전쟁 종지 후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락, 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 아니한 때에도 제1항과 같다.

<향후 관련 법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다>

- ③ 제1항의 책임준비금(미경과보험료적립금) 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제7조(보험금의 청구) 제1항의 서류 중 책임준비금(미경과보험료적립금) 지급과 관련 제8조(보험금의 지급절차)의 규정을 따릅니다. 다만, 제8조(보험금의 지급절차) 제2항에도 불구하고 책임준비금 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제25조 【계약의 보장내용 변경주기 및 재가입】

- ① 이 계약의 보장내용 변경주기란 계약의 보장내용(보장범위 및 자기부담금 등)이 관련 법령, 금융위원회의 명령, 표준약관 등에 따라 변경될 수 있는 주기를 말하며 15년으로 합니다. 다만, 재가입시 피보험자의 100세 계약해당일 전일까지의 남은 기간이 15년 미만인 경우 그 남은 기간을 보장내용 변경주기로 합니다.
- ② 보장내용 변경주기가 끝나는 날은 「최초(재)가입나이+보장내용 변경주기」 세 계약해당일의 전일로 합니다.
- ③ 회사는 최초계약을 체결할 때 계약자에게 보장내용 변경주기가 끝난 후 재가입시 인수 조건(재가입가능 최고연령 등)을 설명해야 하고, 이 계약의 재가입 시점에 관련 법령, 금융위원회의 명령, 표준약관 등에 따라 보장내용이 변경될 수 있음을 설명하여 드립니다.
- ④ 계약이 다음 각 호의 조건을 충족하고 계약자가 보장내용 변경주기가 끝나는 날까지 재가입 의사를 표시한 때에는 회사가 정한 절차에 따라 계약자는 보장내용 변경주기가 끝나는 날의 다음날로 재가입 할 수 있으며, 이 경우 회사는 기존 계약의 가입 이후 발생한 질병 또는 상해를 사유로 가입을 거절할 수 없습니다.
 1. 재가입일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 계약 당시 정한 나이의 범위 내인 경우
 2. 재가입 전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 경우
- ⑤ 최종 갱신계약의 보험기간 종료 후 계약자가 재가입을 원하는 경우 계약자는 재가입 시점에서 회사가 판매하는 실손의료보험 상품으로 가입을 할 수 있으며, 회사는 이를 거

절할 수 없습니다.

- ⑥ 회사는 계약의 보장내용 변경주기가 끝나기 30일 이전까지 2회에 걸쳐 계약자에게 재가입 요건, 보장내용 변경내역, 보험료 수준, 재가입 절차 및 재가입 의사 여부 확인을 위한 내용 등을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서로 알려드리고, 보장내용 변경주기가 끝나는 날까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 재가입하지 않는 것으로 봅니다. 다만, 회사의 안내가 계약자에게 도달하지 않은 경우는 그러하지 않습니다.
- ⑦ 회사가 제6항에 의한 안내를 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자의 서면에 의한 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것으로 확인되는 경우에는 제6항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.
- ⑧ 계약자가 이 계약을 재가입하는 경우에는 제17조(보험계약의 성립) 제2항 및 제3항, 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시), 제13조(계약 전 알릴 의무), 제15조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제16조(사기에 의한 계약)을 준용합니다. 다만, 제1회 보험료는 재가입시 보험료를 말합니다.

제 7 관 보험료의 납입

제26조 【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 자동이체신청 및 신용카드 매출승인에 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.

[약관용어 설명]

- **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. 제13조(계약 전 알릴 의무)에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용 또는 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
 2. 제15조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
 3. 진단계약에서 보험금 지급사유 발생시까지 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.

제27조 【제2회 이후 보험료의 납입】

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

[약관용어 설명]

- **납입기일** : 계약자가 제2회부터의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제28조 【보험료의 자동대출납입】

- ① 계약자는 제29조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에 따른 보험료의 납입최고(독촉)기간이 지나기 전까지 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있으며, 이 경우 제36조(보험계약대출) 제1항에 따른 보험계약대출금으로 보험료가 자동으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내용을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려드립니다.

- ② 제1항의 규정에 따른 대출금과 보험료의 자동대출 납입일의 다음날부터 그 다음 보험료의 납입최고(독촉)기간까지의 이자(보험계약대출이율 이내에서 회사가 별도로 정하는 이율을 적용하여 계산)를 합산한 금액이 해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 해지환급금과 계약자에게 지급할 기타 모든 지급금의 합계액에서 계약자의 회사에 대한 모든 채무액을 뺀 금액을 초과하는 경우에는 보험료의 자동대출납입을 더는 할 수 없습니다.
- ③ 제1항과 제2항에 따른 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일로부터 1년을 한도로 하며, 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출 납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.
- ④ 보험료의 자동대출 납입이 이루어진 경우에도 자동대출 납입 전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구하였을 때에는 회사는 보험료의 자동대출 납입이 없었던 것으로 하여 제35조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.
- ⑤ 회사는 자동대출납입이 종료된 날부터 15일 이내에 자동대출납입이 종료되었음을 서면, 전화(음성녹음을 포함합니다) 또는 전자문서(문자메시지를 포함합니다) 등으로 계약자에게 안내하여 드립니다.

[약관용어 설명]

- **자동대출납입** : 보험료를 제때에 내기 곤란한 경우에 가입한 보험상품의 해지환급금 범위 내에서 납입할 보험료를 자동적으로 대출하여 처리해 주는 서비스

제29조 【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 지급 사유에 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 해지환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다.

- ② 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하려는 경우에는 계약자에게 서면, 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 같은 법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명으로 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 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제35조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

[약관용어 설명]

- **납입최고(독촉)** : 약정된 기일까지 보험료가 납입되지 않을 경우 회사가 계약자에게 보험료 납입을 재촉하는 일

제30조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)】

- ① 제29조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지】에 따라 계약이 해지되었으나 계약자가 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해지환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사가 부활(효력회복)을 승낙한 경우에는 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 평균공시이율에 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 제13조(계약 전 알릴 의무), 제15조(알릴 의무 위반의 효과), 제16조(사기에 의한 계약), 제17조(보험계약의 성립) 및 제26조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다.

[약관용어 설명]

- **부활(효력회복)** : 계약의 효력이 상실된 후 다시 원 계약의 내용대로 효력을 유지하기 위해 계약을 되살리는 일

- ③ 제1항 및 제2항에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초 계약을 청약할 때 제13조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제14조(계약 전 알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제31조 【강제집행 등으로 해지된 계약의 특별부활(효력회복)】

- ① 회사는 계약자의 해지환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 채납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 받아 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제21조(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.

제 8 관 계약의 해지 및 해지환급금 등

제32조 【계약자의 임의해지】

계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 계약이 해지된 경우 회사는 제35조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제33조 【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 질병 또는 상해를 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 기 발생한 부분에 대한 보험금은 지급합니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 그 사실을 계약자에게 통지하고 제35조(해지

환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 지급합니다.

제34조 【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 제35조(해지환급금) 제1항에 따른 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제35조 【해지환급금】

- ① 이 약관에 따른 해지환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해지환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해지환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해지환급금을 지급합니다. 해지환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 [별표 2] '보험금을 지급할 때의 적립이율 계산'에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제36조 【보험계약대출】

- ① 계약자는 이 계약의 해지환급금 범위에서 회사가 정한 방법에 따라 대출을 받을 수 있습니다. 다만, 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.
- ② 계약자는 제1항에 따른 보험계약대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있습니다.
- ③ 계약자가 보험금, 해지환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 보험계약대출금과 그 이자를 상환하지 않은 경우 회사는 그 지급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 회사는 제29조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에 따라 계약이 해지되는 경우 회사는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출의 원금과 이자를 차감합니다.
- ⑤ 회사는 보험수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

[약관용어 설명]

- **보험계약대출** : 계약자가 자신이 가입한 보험을 담보로 하여 받는 대출

제37조 【배당금의 지급】

이 계약은 무배당보험이므로 계약자 배당금이 없습니다.

제 9 관 다수보험의 처리 등

제38조 【다수보험의 처리】

- ① 다수보험의 경우 각 계약의 보상대상의료비에 따라 제2항에서 정한 방법으로 계산된 각 계약의 비례분담액을 지급합니다.
- ② 각 계약의 보상책임액 합계액이 각 계약의 보상대상의료비 중 최고액에서 각 계약의 피보험자부담 공제금액 중 최소액을 차감한 금액을 초과한 다수보험은 아래의 산출방식에 따라 각 계약의 비례분담액을 계산합니다. 이 경우 입원, 외래, 처방조제를 각각 구분하여 계산합니다.

【 비례분담액 계산 예시 】

● 각 계약별 비례분담액 =

$$\frac{(\text{각 계약의 보상대상의료비 중 최고액} - \text{각 계약의 피보험자부담 공제금액 중 최소액}) \times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액을 합한 금액}}}{1}$$

제39조 【연대책임】

- ① 2009년 10월 30일 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 보험금청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 지급한 금액이 보험수익자가 다른 회사에 청구할 수 있는 보험금의 일부인 경우에는 해당 보험수익자의 보험금 청구권을 침해하지 않는 범위에서 그 권리를 취득합니다.

제 10 관 분쟁의 조정 등

제40조 【분쟁의 조정】

계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁당사자나 그 밖의 이해관계인과 회사는 금융감독원 장에게 조정을 신청할 수 있습니다.

제41조 【관할법원】

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

제42조 【소멸시효】

보험금 청구권, 만기환급금청구권, 보험료 반환청구권, 해지환급금청구권, 책임준비금 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

[약관용어 설명]

- **소멸시효** : 주어진 권리를 행사하지 않을 때 그 권리가 없어지게 되는 기간으로 보험금 등의 지급사유가 발생하였음에도 3년동안 보험금 등을 청구하지 않는 경우 보험금 등에 대한 권리가 실효되게 하는 제도입니다.

제43조 【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.

제44조 【회사가 제작한 보험안내자료 등의 효력】

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.

제45조 【회사의 손해배상책임】

- ① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 또는 대리점에 책임이 있는 사유로 계약

자, 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 공정을 잃은 합의로 보험수익자에게 손해를 입힌 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

[약관용어 설명]

- **현저하게 공정을 잃은 합의** : ‘현저하게 공정을 잃은 합의’란 사회통념상 일반 보통인이라면 결코(실수로도) 그 같은 일을 하지 않을 정도로 현저하게 타당성을 잃은 것을 말하며, 관련 판례 등에 따르면 합의금액이 상당히 큰 차이가 있어야 합니다.

- ④ 회사가 제19조(약관 교부 및 설명 의무 등) 제5항에 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 계약의 최초계약일부터 5년 이내에 회사에 손해배상을 청구할 수 있고, 이 계약의 최초계약일부부터 손해배상을 청구하기 전까지 납입한 보험료와 이에 대한 이자(보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액)를 합한 금액을 손해배상액으로 합니다.

제46조 【개인정보보호】

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

제47조 【준거법】

이 계약은 대한민국 법에 따라 규율되고 해석되며, 약관에서 정하지 않은 사항은 상법, 민법 등 관계 법령을 따릅니다.

제48조 【예금보험에 의한 지급보장】

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

제49조 【준용규정】

이 계약에서 정한 사항 외에도 전환전계약의 고지의무 위반효과, 직업 또는 직무를 변경하는 등 위험 변경에 대한 통지의무 위반효과, 사기에 의한 계약 시 회사의 취소권 등의 효력은 전환후계약에도 계속되며 전환후계약의 최대 재가입기간 만료시까지 효력이 있습니다.

[추가보장계약]

1. 비급여 도수치료·체외충격파치료·증식치료 추가보장계약

제1조 【보장종목】

회사가 판매하는 실손의료비보험(계약전환용,갱신형,무배당)_1804의 비급여 도수치료·체외충격파치료·증식치료 추가보장계약(이하 ‘추가보장계약’이라 합니다)은 아래의 내용으로 구성되어 있습니다.

보상하는 내용

피보험자가 질병 또는 상해의 치료목적으로 병원에 입원 또는 통원하여 비급여^{주)} 「도수치료·체외충격파치료·증식치료」를 받은 경우에 보상

주) 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부 장관이 정한 비급여대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)

제2조 【용어의 정의】

① 이 추가보장계약에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같습니다.

용어	정의
도수치료	치료자가 손(정형용 교정장치 장비 등의 도움을 받는 경우를 포함합니다)을 이용해서 환자의 근골격계통(관절, 근육, 연부조직, 림프절 등)의 기능 개선 및 통증감소를 위하여 실시하는 치료행위 ^{주)}
체외충격파 치료	체외에서 충격파를 병변에 가해 혈관 재형성을 돕고 건(힘줄) 및 뼈의 치유 과정을 자극하거나 재활성화 시켜 기능개선 및 통증감소를 위하여 실시하는 치료행위(체외충격파쇄석술은 제외)
증식치료	근골격계 통증이 있는 부위의 인대나 건(힘줄), 관절, 연골 등에 증식물질을 주사하여 통증이 소실되거나 완화되는 것을 유도하는 치료행위

주) 의사 또는 의사의 지도하에 물리치료사가 도수치료를 하는 경우에 한함

② 제1항에서 정하지 않은 용어의 뜻은 기본계약 제2조(용어의 정의)를 준용합니다.

제3조 【보상내용】

회사가 이 추가보장계약의 보험기간 중 보상하거나 공제하는 내용은 다음과 같습니다.

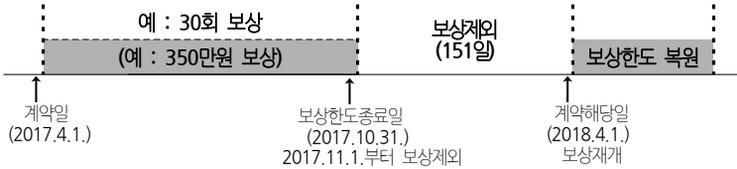
① 회사는 피보험자가 이 추가보장계약의 보험기간 중 질병 또는 상해의 치료목적으로 입원 또는 통원하여 도수치료·체외충격파치료·증식치료를 받은 경우 도수치료·체외충격파치료·증식치료로 인하여 본인이 실제로 부담한 비급여 의료비(행위료, 약제비, 치료재료대 포함)에서 공제금액을 뺀 금액을 보상한도 내에서 보상합니다.

구분	내용
보상대상 의료비	「도수치료·체외충격파치료·증식치료」로 인하여 본인이 실제로 부담한 비급여 의료비(행위료, 약제비, 치료재료대 포함)
공제금액	1회당 2만원과 보상대상의료비의 30% 중 큰 금액
보상한도	계약일 또는 매년 계약해당일부터 1년 단위로 350만원 이내에서 50회 ^{주)} 까지 보상

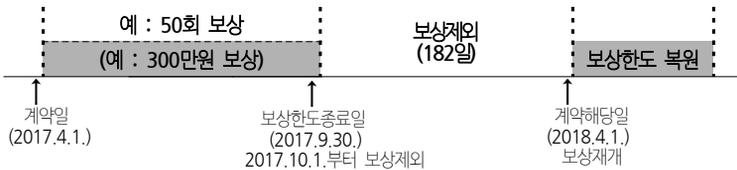
주) 도수치료·체외충격파치료·증식치료의 각 치료횟수를 합산하여 50회까지 보상합니다.

<보상기간 예시>

(i) 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 1년내 350만원을 모두 보상한 경우

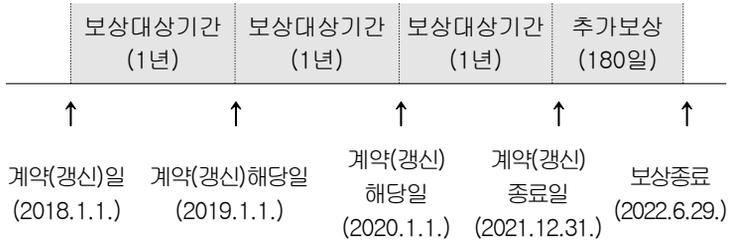


(ii) 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 1년내 지급된 보험금이 350만원 미만이나 50회를 모두 보상한 경우



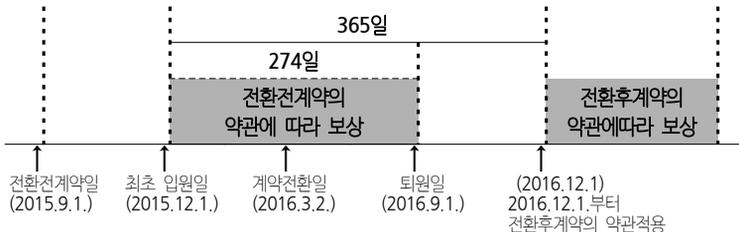
- ② 병원을 1회 통원(또는 입원)하여 이 추가보장계약에서 정한 도수치료, 체외충격파치료, 증식치료 중 2종류 이상의 치료를 받거나 동일한 치료를 2회 이상 받는 경우 각 치료행위를 1회로 보고 각각 제1항에서 정한 1회당 공제금액 및 보상한도를 적용합니다.
- ③ 제1항에서 보상하는 비급여 의료비와 다른 의료비가 함께 청구되고 각 행위별 의료비가 구분되지 않는 경우 회사는 보험금 지급금액 결정을 위해 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 확인을 요청할 수 있습니다.
- ④ 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연히 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상이 포함됩니다. 다만, 유독가스 또는 유독물질을 삼상적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상과 세균성 음식물 중독증상은 포함되지 않습니다.
- ⑤ 제1항의 질병에서 청약서상 '계약 전 알릴 의무(중요한 사항으로 한정합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우 그 질병으로 인한 의료비는 보상하지 않습니다.
- ⑥ 피보험자가 입원 또는 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝나더라도 그 계속 중인 치료에 대하여는 보험기간 종료일(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상합니다. 이 경우 보상한도는 연간 보상한도에서 직전 보험기간 종료일까지 지급한 금액을 차감한 잔여 금액과 연간 보상횟수에서 직전 보험기간 종료일까지 보상을 한 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>



- ⑦ 피보험자가 직원복리후생제도에 의해 의료비를 감면받고 그 감면받은 의료비가 근로소득에 포함되는 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 도수치료·체외충격파치료·중식 치료 비급여 의료비를 계산합니다.
- ⑧ 제5항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년이 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진은 제외합니다) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 추가보장계약에 따라 보상합니다.
- ⑨ 제8항에서 “청약일 이후 5년이 지나는 동안”이란 기본계약 약관 제29조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑩ 기본계약 약관 제30조[보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제8항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑪ 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 실손의료비보험 계약전환특약 약관에 따라 계약이 전환(최초입원일이 전환전계약 보험기간에 포함되는 것을 말합니다)된 경우에는 전환전계약이 종료되었다 하더라도 그 계속 중인 입원에 대하여는 보상기간의 연장으로 간주하여 전환전계약의 약관에 따라 보상합니다.

<보상기간 예시>



⑫ 제11항에도 불구하고 전환전계약 약관에 따라 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 전환후계약의 약관을 적용합니다.

1. 전환전계약의 계약체결일이 2009년 10월 29일 이전(표준화 이전) :
하나의 상해 또는 질병으로 인한 입원이라도 입원의료비가 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 재입원한 경우
2. 전환전계약의 계약체결일이 2009년 10월 1일부터 2014년 3월 31일 이전 :
최초입원일로부터 365일이 지난 경우
3. 전환전계약의 계약체결일이 2014년 4월 1일부터 2015년 12월 31일 이전 :
최초입원일로부터 365일이 지나거나, 하나의 질병으로 인한 입원이라도 입원의료비가 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일 경과하여 동일한 사유로 재입원한 경우
4. 전환전계약의 계약체결일이 2016년 1월 1일 이후 :
하나의 상해 또는 질병으로 인한 입원의료비를 전환전계약의 보험가입금액까지 보상한 경우

⑬ 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 실손의료비보험 계약전환 특별약관에 따라 계약이 전환된 경우에는 전환전계약이 종료되었다 하더라도 그 계속 중인 통원치료에 대해서는 보상기간의 연장으로 간주하여 전환전계약의 약관에 따라 보상합니다.

⑭ 제13항에도 불구하고 전환전계약 약관에 따라 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 전환후계약의 약관을 적용합니다.

1. 전환전계약의 계약체결일이 2009년 10월 29일 이전(표준화 이전) :
하나의 상해 또는 질병으로 인한 통원이라도 통원의료비가 지급된 최종 통원일로부터 180일이 경과하여 개시한 통원의 경우
2. 전환전계약의 계약체결일이 2009년 10월 30일 이후 :
전환전계약의 직전 계약해당일로부터 1년이 경과한 경우

제4조 【보상하지 않는 사항】

회사가 이 추가보장계약에서 보상하지 않는 사항은 다음과 같습니다.

- 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 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다.
 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 제3조(보상내용)에 따라 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 4. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원 또는 통원한 경우.
다만, 회사가 보상하는 상해로 인하여 입원 또는 통원한 경우에는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다.
 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인한 경우
 6. 피보험자가 정당한 이유없이 입원 또는 통원 기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 의료비
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동 목적으로 한 다음의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 생긴 상해에 대해서는 보상하지 않습니다.
1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전 훈련이 필요한 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
 2. 모터보트·자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 행사(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다)
 3. 선박 승무원, 어부, 사공, 그 밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승
- ③ 회사는 ‘한국표준질병사인분류’에 따른 다음의 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 입원한 경우(O00~O99)
 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 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.
1. 치과치료(다만, 안면부 골절로 발생한 의료비는 치아관련 치료를 제외하고 제3조(보상내용)에 따라 보상하며, K00~K08과 무관한 질병으로 인한 의료비는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다.)-한방치료(다만, 「의료법」 제2조에 따른 한의사를 제외한 ‘의사’의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다.)에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 비급여의료비

2. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 추가 의료비용은 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다), 예방접종, 인공유산에 든 비용. 다만, 회사가 보상하는 질병 또는 상해의 치료를 목적으로 하는 경우에는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다.
3. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진, 의약품과 관련하여 소요된 비용. 다만, 회사가 보상하는 질병 또는 상해의 치료를 목적으로 하는 경우에는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다.
4. 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 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
 - 다. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
5. 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 대신 하는 경우에는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다.
6. 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 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방 확대(다만, 유방양 환자의 유방재건술은 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살 제거술 등
 - 나. 사시교정, 안외격리증(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 다리 정맥류 수술
 - 마. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여대상에 해당하는 치료
7. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비

8. 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다.
9. 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV 감염은 해당 진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다)
10. 「국민건강보험법」 제42조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비
11. 「응급의료에 관한 법률」 및 동 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료

제5조 【추가보장계약의 소멸】

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

제6조 【준용규정】

이 추가보장계약에서 정하지 않은 사항은 기본계약 약관을 따릅니다.

2. 비급여 주사료 추가보장계약

제1조 【보장종목】

회사가 판매하는 실손의료비보험(계약전환용, 갱신형, 무배당)_1804 의 비급여 주사료 추가보장계약(이하 ‘추가보장계약’이라 합니다)은 아래의 내용으로 구성되어 있습니다.

보상하는 내용

피보험자가 질병 또는 상해의 치료목적으로 병원에 입원 또는 통원하여 비급여^{주)}에 해당하는 주사료를 부담하는 경우에 보상

주) 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부 장관이 정한 비급여대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)

제2조 【용어의 정의】

① 이 추가보장계약에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같습니다.

용 어	정 의
주사료	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’ ^{주1)}
항생제 (항진균제 포함)	식품의약품안전처가 「의약품등 분류번호에 관한 규정」에 따라 지정하는 ‘항병원생물성 의약품’ 중 ‘항생물질제제’ 및 ‘화학요법제’, ‘기생동물에 대한 의약품 중 항원충제’ ^{주1)}
희귀의약품	식품의약품안전처장이 「희귀의약품 지정에 관한 규정」에 따라 지정하는 의약품 ^{주2)}

- 주) 1. 의약품등 분류번호에 관한 규정」에 따른 의약품분류표가 변경되는 경우 치료시점의 의약품분류표에 따릅니다.
 2. 희귀의약품 지정에 관한 규정」에 따른 희귀의약품 지정 항목이 변경되는 경우 치료시점의 희귀의약품 지정 항목에 따릅니다.

② 제1항에서 정하지 않은 용어의 뜻은 기본계약 제2조(용어의 정의)를 준용합니다.

제3조 【보상내용】

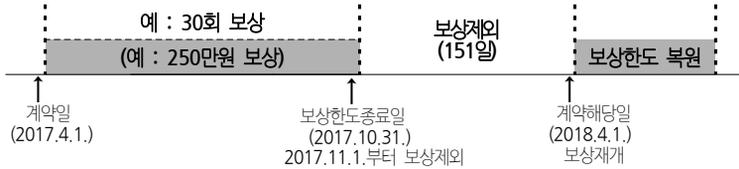
회사가 이 추가보장계약의 보험기간 중 보상하거나 공제하는 내용은 다음과 같습니다.

① 회사는 피보험자가 이 추가보장계약의 보험기간 중 질병 또는 상해의 치료목적으로 입원 또는 통원하여 주사치료를 받아 본인이 실제로 부담한 비급여 주사료에서 공제금액을 뺀 금액을 보상한도 내에서 보상합니다.

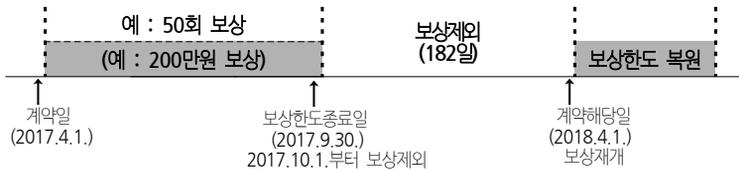
구 분	내 용
보상대상 의료비	주사치료를 받아 본인이 실제로 부담한 비급여 주사료
공제금액	입원·통원 1회당 2만원과 보상대상의료비의 30% 중 큰 금액
보상한도	계약일 또는 매년 계약해당일부터 1년 단위로 250만원 이내에서 입원과 통원을 합산하여 50회까지 보상

<보상기간 예시>

(i) 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 1년내 250만원을 모두 보상한 경우



(ii) 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 1년내 지급된 보험금이 250만원 미만이나 50회를 모두 보상한 경우



- ② 제1항의 주사료에서 항암제, 항생제(항진균제 포함), 희귀의약품을 위해 사용된 비급여 주사료는 기본계약에서 보상합니다.
- ③ 병원을 1회 통원(또는 1회 입원)하여 치료목적으로 2회 이상 주사치료를 받더라도 1회로 보고 제1항에서 정한 공제금액 및 보상한도를 적용합니다.
- ④ 제3항에서 1회 입원이라 함은 퇴원없이 계속 중인 입원(동일한 질병 또는 상해 치료목적으로 퇴원 당일 다른 병원으로 옮겨 입원하는 경우 포함)을 말합니다. 동일한 상해 또는 질병으로 인한 입원이라고 하더라도 퇴원 후 재입원하는 경우에는 퇴원 전후 입원기간을 각각 1회 입원으로 봅니다.
- ⑤ 제1항에서 보상하는 비급여의료비와 다른 의료비가 함께 청구되고 각 항목별 의료비가 구분되지 않는 경우 회사는 보험금 지급금액을 결정하기 위해 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 제1항에서 보상하는 의료비의 확인을 요청할 수 있습니다.
- ⑥ 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.
- ⑦ 제1항의 질병에서 청약서상 '계약 전 알릴 의무(중요한 사항으로 한정합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우 그 질병으로 인한 의료비는 보상하지 않습니다.

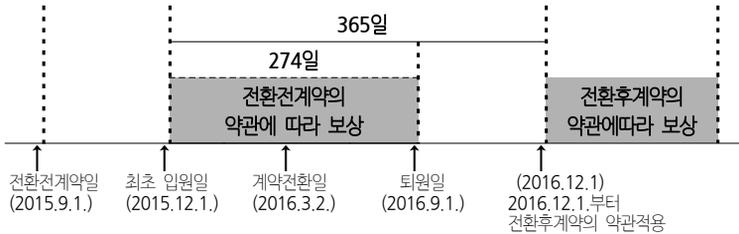
- ⑧ 피보험자가 입원 또는 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝나더라도 그 계속 중인 치료에 대하여는 보험기간 종료일부터 180일까지(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상합니다. 이 경우 보상한도는 연간 보상한도에서 직전 보험기간 종료일까지 지급한 금액을 차감한 잔여 금액과 연간 보상횟수에서 직전 보험기간 종료일까지 보상한 횟수를 차감한 잔여횟수를 한도로 적용합니다. 다만, 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제1항을 적용합니다.

<보상기간 예시>

보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	추가보상 (180일)
↑	↑	↑	↑
계약(갱신)일 (2018.1.1.)	계약(갱신)해당일 (2019.1.1.)	계약(갱신) 해당일 (2020.1.1.)	계약(갱신) 종료일 (2021.12.31.)
			보상종료 (2022.6.29.)

- ⑨ 피보험자가 직원복지후생제도에 의해 의료비를 감면받고 그 감면받은 의료비가 근로소득에 포함되는 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 비급여 주사료를 계산합니다.
- ⑩ 제7항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년이 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진은 제외합니다) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 추가보장계약에 따라 보상합니다.
- ⑪ 제10항에서 “청약일 이후 5년이 지나는 동안”이란 기본계약 약관 제29조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑫ 기본계약 약관 제30조[보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제10항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑬ 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 실손의료비보험 계약전환특약 약관에 따라 계약이 전환(최초입원일이 전환전계약 보험기간에 포함되는 것을 말합니다)된 경우에는 전환전계약이 종료되었다 하더라도 그 계속 중인 입원에 대하여는 보상기간의 연장으로 간주하여 전환전계약의 약관에 따라 보상합니다.

<보상기간 예시>



⑭ 제13항에도 불구하고 전환전계약 약관에 따라 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 전환후계약의 약관을 적용합니다.

1. 전환전계약의 계약체결일이 2009년 10월 29일 이전(표준화 이전) :
하나의 상해 또는 질병으로 인한 입원이라도 입원의료비가 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 재입원한 경우
2. 전환전계약의 계약체결일이 2009년 10월 1일부터 2014년 3월 31일 이전 :
최초입원일로부터 365일이 지난 경우
3. 전환전계약의 계약체결일이 2014년 4월 1일부터 2015년 12월 31일 이전 :
최초입원일로부터 365일이 지나거나, 하나의 질병으로 인한 입원이라도 입원의료비가 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일 경과하여 동일한 사유로 재입원한 경우
4. 전환전계약의 계약체결일이 2016년 1월 1일 이후 :
하나의 상해 또는 질병으로 인한 입원의료비를 전환전계약의 보험가입금액까지 보상한 경우

⑮ 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 실손의료비보험 계약전환 특별약관에 따라 계약이 전환된 경우에는 전환전계약이 종료되었다 하더라도 그 계속 중인 통원치료에 대해서는 보상기간의 연장으로 간주하여 전환전계약의 약관에 따라 보상합니다.

⑯ 제15항에도 불구하고 전환전계약 약관에 따라 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 전환후계약의 약관을 적용합니다.

1. 전환전계약의 계약체결일이 2009년 10월 29일 이전(표준화 이전) :
하나의 상해 또는 질병으로 인한 통원이라도 통원의료비가 지급된 최종 통원일로부터 180일이 경과하여 개시한 통원의 경우
2. 전환전계약의 계약체결일이 2009년 10월 30일 이후 :
전환전계약의 직전 계약해당일로부터 1년이 경과한 경우

제4조 【보상하지 않는 사항】

회사가 이 추가보장계약에서 보상하지 않는 사항은 다음과 같습니다.

- 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 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다.
 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 제3조(보상내용)에 따라 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 4. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원한 경우. 다만, 회사가 보상하는 상해로 인하여 입원 또는 통원한 경우에는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다.
 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인한 경우
 6. 피보험자가 정당한 이유없이 입원 또는 통원 기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 의료비
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동 목적으로 한 다음의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 생긴 상해에 대해서는 보상하지 않습니다.
 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전 훈련이 필요한 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
 2. 모터보트·자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 행사(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다)
 3. 선박 승무원, 어부, 사공, 그 밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승
- ③ 회사는 ‘한국표준질병사인분류’에 따른 다음의 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 입원한 경우(O00~O99)
 4. 선천성 뇌질핵(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 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.
1. 치과치료(다만, 안면부 골절로 발생한 의료비는 치아관련 치료를 제외하고 제3조(보상내용)에 따라 보상하며, K00~K08과 무관한 질병으로 인한 의료비는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다)-한방치료(다만, 「의료법」 제2조에 따른 한의사를 제외한 '의사'의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다)에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 비급여의료비
 2. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 추가 의료비용은 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다), 예방접종, 인공유산에 든 비용. 다만, 회사가 보상하는 상해 또는 질병의 치료를 목적으로 하는 경우에는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다.
 3. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진, 의약품과 관련하여 소요된 비용. 다만, 회사가 보상하는 상해 또는 질병의 치료를 목적으로 하는 경우에는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다.
 4. 다음의 어느 하나에 해당하는 치료로 인하여 발생한 의료비
 - 가. 단순한 피로 또는 권태
 - 나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입당시 태어인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
 - 다. 발기부전(impotence)-불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
 5. 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 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다.
 6. 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 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다), 코성형수술(윤비술), 유방 확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 제3조(보상내용)에 따라 보상

- 합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살 제거술 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 다리 정맥류 수술
 - 마. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여대상에 해당하는 치료
7. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비
 8. 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다.
 9. 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV 감염은 해당 진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다)
 10. 「국민건강보험법」 제42조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비
 11. 「응급의료에 관한 법률」 및 동 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료
 12. 증식치료로 인하여 발생하는 주사료 및 비급여 자기공명영상진단(MRI/MRA)으로 인하여 발생하는 약제비 또는 조영제에 해당하는 의료비

제5조 【추가보장계약의 소멸】

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

제6조 【준용규정】

이 추가보장계약에서 정하지 않은 사항은 기본계약 약관을 따릅니다.

3. 비급여 자기공명영상진단(MRI/MRA) 추가보장계약

제1조 【보장종목】

회사가 판매하는 실손의료비보험(계약전환용,갱신형,무배당)_1804의 비급여 자기공명영상진단(MRI/MRA) 추가보장계약(이하 '추가보장계약'이라 합니다)은 아래의 내용으로 구성되어 있습니다.

보상하는 내용
피보험자가 질병 또는 상해의 치료목적으로 병원에 입원 또는 통원하여 비급여 ^{주)} 자기공명영상진단을 받은 경우에 보상

주) 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부 장관이 정한 비급여대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)

제2조 【용어의 정의】

① 이 추가보장계약에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같습니다.

용 어	정 의
자기공명영상진단	자기공명영상 장치를 이용하여 고주파 등을 통한 신호의 차이를 영상화하여 조직의 구조를 분석하는 검사(MRI/MRA) ^{주)} (보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여비급여 목록 및 급여상대가치점수」 상의 MRI 범주에 따름)

주) 자기공명영상진단 결과를 다른 의료기관에서 판독하는 경우 포함

② 제1항에서 정하지 않은 용어의 뜻은 기본계약 제2조(용어의 정의)를 준용합니다.

제3조 【보상내용】

회사가 이 추가보장계약의 보험기간 중 보상하거나 공제하는 내용은 다음과 같습니다.

① 회사는 피보험자가 이 추가보장계약의 보험기간 중 질병 또는 상해의 치료목적으로 입원 또는 통원하여 「자기공명영상진단」을 받아 본인이 실제로 부담한 비급여 의료비(조영제, 판독료 포함)에서 공제금액을 뺀 금액을 보상한도 내에서 보상합니다.

구 분	내 용
보상대상	「자기공명영상진단」을 받아 본인이 실제로 부담한 비급여 의료비

구분	내용
의료비	(조영제, 판독료 포함)
공제금액	1회당 2만원과 보상대상의료비의 30% 중 큰 금액
보상한도	계약일 또는 매년 계약해당일로부터 1년 단위로 300만원 한도내에서 보상

- ② 병원을 1회 통원(또는 1회 입원)하여 2개 이상 부위에 걸쳐 이 추가보장계약에서 정한 자기공명영상진단을 받거나 동일한 부위에 대해 2회 이상 이 추가보장계약에서 정한 자기공명영상진단을 받는 경우 각 진단행위를 1회로 보아 각각 1회당 공제금액 및 보상한도를 적용합니다.
- 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 제1항의 질병에서 청약서상 ‘계약 전 알릴 의무(중요한 사항으로 한정합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우 그 질병으로 인한 의료비는 보상하지 않습니다.
- ⑤ 피보험자가 입원 또는 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝나더라도 그 계속 중인 치료에 대하여는 보험기간 종료일부터 180일까지(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상합니다. 이 경우 보상한도는 연간 보상한도에서 직전 보험기간 종료일까지 지급한 보상금액을 차감한 잔여 금액을 한도로 적용합니다. 다만, 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제1항을 적용합니다.

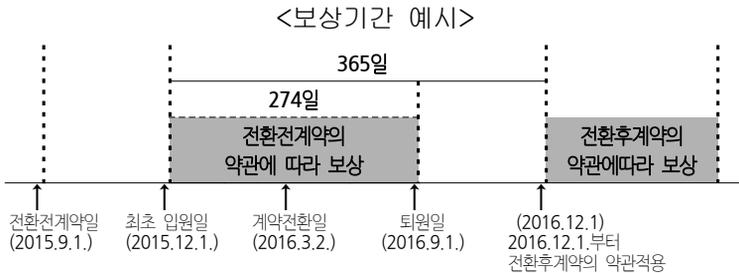
<보상기간 예시>



- ⑥ 피보험자가 직원복리후생제도에 의해 의료비를 감면받고 그 감면받은 의료비가 근로소

득에 포함되는 경우에는 그 강면 전 의료비를 기준으로 비급여 자기공명영상진단(MRI/MRA) 의료비를 계산합니다.

- ⑦ 제4항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년이 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진은 제외합니다) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 추가보장계약에 따라 보상합니다.
- ⑧ 제7항에서 “청약일 이후 5년이 지나는 동안”이란 기본계약 약관 제29조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지]에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑨ 기본계약 약관 제30조[보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복)]에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑩ 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 실손의료비보험 계약전환특약 약관에 따라 계약이 전환(최초입원일이 전환전계약 보험기간에 포함되는 것을 말합니다)된 경우에는 전환전계약이 종료되었다 하더라도 그 계속 중인 입원에 대하여는 보상기간의 연장으로 간주하여 전환전계약의 약관에 따라 보상합니다.



- ⑪ 제10항에도 불구하고 전환전계약 약관에 따라 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 전환후계약의 약관을 적용합니다.
 1. 전환전계약의 계약체결일이 2009년 10월 29일 이전(표준화 이전) :
하나의 상해 또는 질병으로 인한 입원이라도 입원의료비가 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 재입원한 경우
 2. 전환전계약의 계약체결일이 2009년 10월 1일부터 2014년 3월 31일 이전 :
최초입원일로부터 365일이 지난 경우
 3. 전환전계약의 계약체결일이 2014년 4월 1일부터 2015년 12월 31일 이전 :
최초입원일로부터 365일이 지나거나, 하나의 질병으로 인한 입원이라도 입원의료비

가 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일 경과하여 동일한 사유로 재입원한 경우
4. 전환전계약의 계약체결일이 2016년 1월 1일 이후 :

하나의 상해 또는 질병으로 인한 입원의료비를 전환전계약의 보험가입금액까지 보상한 경우

- ⑫ 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 실손의료비보험 계약전환 특별약관에 따라 계약이 전환된 경우에는 전환전계약이 종료되었다 하더라도 그 계속 중인 통원치료에 대해서는 보상기간의 연장으로 간주하여 전환전계약의 약관에 따라 보상합니다.
- ⑬ 제12항에도 불구하고 전환전계약 약관에 따라 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 전환후계약의 약관을 적용합니다.
 - 1. 전환전계약의 계약체결일이 2009년 10월 29일 이전(표준화 이전) :
하나의 상해 또는 질병으로 인한 통원이라도 통원의료비가 지급된 최종 통원일로부터 180일이 경과하여 개시한 통원의 경우
 - 2. 전환전계약의 계약체결일이 2009년 10월 30일 이후 :
전환전계약의 직전 계약해당일로부터 1년이 경과한 경우

제4조 【보상하지 않는 사항】

회사가 이 추가보장계약에서 보상하지 않는 사항은 다음과 같습니다.

- 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 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다.
 - 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 제3조(보상내용)에 따라 지급합니다.
 - 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 - 4. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원한 경우. 다만, 회사가 보상하는 상해로 인하여 입원 또는 통원한 경우에는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다.
 - 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인한 경우
 - 6. 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 기

술, 경형, 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 손해는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다)
 3. 선박 승무원, 어부, 사공, 그 밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승
- ③ 회사는 ‘한국표준질병사인분류’에 따른 다음의 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 중 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 부분(K60~K62, K64)
- ④ 회사는 다음의 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.
1. 치과치료(다만, 안면부 골절로 발생한 의료비는 치아관련 치료를 제외하고 제3조(보상내용)에 따라 보상하며, K00~K08과 무관한 질병으로 인한 의료비는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다)-한방치료(다만, 「의료법」 제2조에 따른 한의사를 제외하한 ‘의사’의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다)에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 비급여의료비
 2. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 추가 의료비용은 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다), 예방접종, 인공유산에 든 비용. 다만, 회사가 보상하는 손해 또는 질병의 치료를 목적으로 하는 경우에는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다.
 3. 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 손해 또는 질병의 치료를 목적으로 하는 경우에는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다.
 4. 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 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
- 다. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항(〔별표2〕비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
5. 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 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다.
6. 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 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방 확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살 제거술 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 다리 정맥류 수술
- 마. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여대상에 해당하는 치료
7. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비
8. 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다.
9. 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV 감염은 해당 진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제3조(보상내용)에 따라 보상합니다)
10. 「국민건강보험법」 제42조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비
11. 「응급의료에 관한 법률」 및 동 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료 관리료

제5조 【추가보장계약의 소멸】

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

제6조 【준용규정】

이 추가보장계약에서 정하지 않은 사항은 기본계약 약관을 따릅니다.

[별표 1]

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	보험금 지급사유 또는 보험사고 발생의 대상(객체)이 되는 사람
보험수익자	보험금을 수령하는 사람
보험기간	회사가 계약에서 정한 보상책임을 지는 기간
회사	보험회사
연단위복리	회사가 지급할 금전에 대한 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법
평균공시이율	전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 평균공시이율(최초계약의 경우 최초계약 체결 시점의 평균공시이율, 갱신계약의 경우 갱신시점의 평균공시이율)
이미 납입한 보험료	계약자가 회사에 납입한 보험료를 말하며, 제21조(계약내용의 변경 등)에 따라 보험료가 변경되었을 경우 최종 변경된 보험료를 기준으로 적용함
해지환급금	계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액
영업일	회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, 「관공서의 공휴일에 관한 규정」에 따른 공휴일과 근로자의 날은 제외
상해	보험기간 중 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고
상해보험계약	상해를 보장하는 계약
의사	「의료법」 제2조(의료인)에서 정한 의사, 한의사 및 치과의사의 자격을 가진 사람
약사	「약사법」 제2조(정의)에서 정한 약사 및 한약사의 자격을 가진 사람
의료기관	「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정하는 의료기관을 말하며, 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 구분
약국	「약사법」 제2조 제3호에 따른 장소로서, 약사가 수여(授與)할 목적으로 의약품 조제업무를 하는 장소를 말하며, 의료기관의 조제실은 제외

용어	정의
병원	「국민건강보험법」 제42조(요양기관)에서 정하는 국내의 병원 또는 의원을 말하며, 조산원은 제외
입원	의사가 피보험자의 질병 또는 상해로 인하여 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 병원, 의료기관 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관에 입실하여 의사의 관리를 받으며 치료에 전념하는 것
입원의 정의 중 '이와 동등하다고 인정되는 의료기관'	보건소, 보건의료원 및 보건지소 등 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 의료기관에 준하는 의료기관으로서 군의무대, 치매요양원, 노인요양원 등에 속해 있는 요양원, 요양시설, 복지시설 등과 같이 의료기관이 아닌 곳은 이에 해당되지 않음
기준병실	병원에서 국민건강보험 환자의 입원 시 병실료 산정에 적용하는 기준이 되는 병실
입원실료	입원치료 중 발생한 기준병실 사용료, 환자 관리료, 식대 등
입원제비용	입원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료(퇴원 시 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, 상급병실료 차액
보상한도종료일	회사가 보험가입금액 한도까지 입원의료비를 보상한 기준 입원일자
통원	의사가 피보험자의 질병 또는 상해로 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서, 병원에 입원하지 않고 병원을 방문하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것
처방조제	의사 및 약사가 피보험자의 질병 또는 상해로 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서, 통원으로 인하여 발행된 의사의 처방전으로 약국의 약사가 조제하는 것. 이 경우 「국민건강보험법」 제42조 제1항 제3호에 따른 한국회귀의약품센터에서의 처방조제 및 의약분업 예외 지역에서의 약사의 직접조제를 포함
외래수술비	통원치료 중 발생한 수술료, 마취료, 수술재료비 등

용 어	정 의
외래제비용	통원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 치료재료, 석고붕대료(cast), 지정진료비 등
처방조제비	병원 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. 처차수술 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. 처차수술 또는 그 밖의 치료 4. 예방·재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송 8. 그 밖에 의료 목적의 달성을 위한 조치
「국민건강보험법」에 따른 본인부담금 상한제	「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 연간 본인부담금 총액이 「국민건강보험법 시행령」 별표3에서 정하는 금액을 넘는 경우에 그 초과한 금액을 공단에서 부담하는 제도를 말하며, 국민건강보험 관련 법령의 변경에 따라 환급기준이 변경될 경우에는 회사는 변경되는 기준에 따름

용어	정의
「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
보상대상의료비	실제 부담액 - 보상제외금액* * 제3관(회사가 보상하지 않는 사항)에서 정한 '회사가 보상하지 않는 사항에 따른 금액' 및 '실제 사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 중 회사가 보상하지 않는 금액'
보상책임액	(보상대상의료비 - 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 보상책임액이 있는 여러 개의 실손 의료보험계약을 말함
도수치료	치료자가 손(정형용 교정장치 장비 등의 도움을 받는 경우를 포함합니다)을 이용해서 환자의 근골격계통(관절, 근육, 연부조직, 림프절 등)의 기능 개선 및 통증감소를 위하여 실시하는 치료행위* * 의사 또는 의사의 지도하에 물리치료사가 도수치료를 하는 경우에 한함
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)
증식치료	근골격계 통증이 있는 부위의 인대나 건(힘줄), 관절, 연골 등에 증식 물질을 주사하여 통증이 소실되거나 완화되는 것을 유도하는 치료행위
주사료	주사치료시 사용된 행위, 약제 및 치료재료대

용 어	정 의
항암제	<p>식품의약품안전처가 「의약품등 분류번호에 관한 규정」에 따라 지정하는 ‘조직세포의 기능용 의약품’ 중 ‘종양용약’과 ‘조직세포의 치료 및 진단 목적제제’*</p> <p>* 「의약품등 분류번호에 관한 규정」에 따른 의약품분류표가 변경되는 경우 치료시점의 의약품분류표에 따릅니다.</p>
항생제 (항진균제 포함)	<p>식품의약품안전처가 「의약품등 분류번호에 관한 규정」에 따라 지정하는 ‘항병원생물성 의약품’ 중 ‘항생물질제제’와 ‘화학요법제’, ‘기생동물에 대한 의약품 중 항원충제’*</p> <p>* 「의약품등 분류번호에 관한 규정」에 따른 의약품분류표가 변경되는 경우 치료시점의 의약품분류표에 따릅니다.</p>
희귀의약품	<p>식품의약품안전처장이 「희귀의약품 지정에 관한 규정」에 따라 지정하는 의약품*</p> <p>* 「희귀의약품 지정에 관한 규정」에 따른 희귀의약품 지정 항목이 변경되는 경우 치료시점의 희귀의약품 지정 항목에 따릅니다.</p>
자기공명영상 진단	<p>자기공명영상 장치를 이용하여 고주파 등을 통한 신호의 차이를 영상화하여 조직의 구조를 분석하는 검사(MRI/MRA)* (「보건복지부」에서 고시하는 “건강보험 행위 급여비급여 목록 및 급여 상대가치점수”상의 MRI 범주에 따름)</p> <p>* 자기공명영상진단 결과를 다른 의료기관에서 판독하는 경우 포함</p>

[별표 2]

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(기본계약 약관 제8조 제4항 및 제35조 제2항 관련)

구 분	적립기간	적립이율
보장관련 보험금 (제3조)	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%)
해지환급금 (기본계약 약관 제35조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 평균공시이율의 50% 1년초과기간 : 연 1%
	청구일의 다음날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효(기본계약 약관 제42조)가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
2. 계약자 등에게 책임이 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 경우에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.
3. 가산이율 적용시 기본계약 약관 제8조(보험금의 지급절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

실손의료비보험 계약전환 특약 약관

제1조 【특약의 적용범위 및 효력】

- ① 이 보험계약특별약관(이하 ‘특약’이라 합니다)은 이미 체결되어 있는 다음 각 호를 모두 만족하는 2017년 3월 31일이전에 판매된 실손의료비보장계약(이하 ‘전환전계약’이라 함)의 계약자 또는 피보험자가 2017년 4월 1일 이후 판매되는 실손의료비보장계약(이하 ‘전환후계약’이라 함)으로의 전환을 청약하는 경우에 적용합니다.
 1. 보험료 미납 등으로 인한 실효 상태가 아닌 유효한 계약
단, 보험업감독규정 제7-49조(사업방법서 관련 신고기준)에서 정한 노후실손의료보험은 제외함
 2. 전환전계약에서 보상하지 않으나 전환후계약에서 보상하는 보험금 지급사유가 전환일 이전 최대 5년이내에 발생하지 않은 계약
- ② 제1항의 전환전계약과 전환후계약의 피보험자는 동일해야 합니다.

제2조 【전환후계약의 보장종목 및 공제내용 등】

전환후계약의 보장종목은 전환전계약과 동일합니다. 다만, 전환후계약과 전환전계약의 보장종목이 일치하지 않는 경우에는 사업방법서에서 정하는 기준에 따라 전환하여 드립니다.

제3조 【전환후계약의 보장개시일】

- ① 회사는 전환후계약의 청약을 승낙하고 제1회보험료를 받은 때부터 전환후계약의 약관에서 정한 바에 따라 보장을 합니다.
- ② 제1항에 따른 전환일부터 전환전계약은 그 때부터 효력이 없습니다.
- ③ 제2항에 따라 전환전계약의 효력이 상실된 경우 회사는 전환전계약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산된 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

제4조 【전환전계약의 계약 전 알릴의무 등】

제3조(전환후계약의 보장개시일) 제2항에도 불구하고, 전환전계약 약관 “계약자의 계약 전 알릴 의무 등”은 전환후계약의 최대 재가입기간 만료시까지 효력이 있습니다.

제5조 【계약전환의 무효】

전환후계약이 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우에는 그날부터 제3조(전환후계약의 보장 개시일)의 규정에도 불구하고 전환되지 않은 것으로 하며, 전환전계약의 약관을 적용합니다.

1. 전환후계약의 청약이 철회된 경우
2. 전환후계약의 약관 제19조(약관 교부 및 설명 의무 등)에 따라 계약을 취소한 경우
3. 회사가 이 특약의 중요한 내용을 설명하지 않아 계약자가 전환 청약 후 3개월 이내에 계약을 취소한 경우

제6조 【준용규정】

이 특약에서 정하지 않은 사항은 전환후계약의 약관을 따릅니다.

지정대리청구서비스특약 약관

제1 관 지정대리청구인의 지정

제1조 【지정대리청구인의 지정】

- ① 보험계약자(이하 보험계약자는 ‘계약자’라 합니다)는 기본계약(이하 ‘기본계약’이라 합니다) 및 추가보장계약(이하 ‘추가보장계약’이라 합니다)에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약 체결할 때 또는 계약체결 이후 다음 각 호의 1에 해당하는 자 중 1명을 보험금의 대리청구인(이하 “지정대리청구인”이라 합니다)으로 지정(제2조에 의한 변경 지정 포함)할 수 있습니다. 다만, 지정대리청구인은 보험금 청구 시에도 다음 각 호의 1에 해당하여야 합니다.
1. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 가족관계 등록부상 또는 주민등록상의 배우자
 2. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 3촌 이내의 친족
- ② 제1항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제3조(적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

제2조 【지정대리청구인의 변경지정】

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

1. 지정대리청구인 변경신청서(회사양식)
2. 보험증권
3. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

제 2 관 특약의 성립과 유지

제3조 【적용대상】

이 특약은 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 기본계약 및 추가보장계약에 적용합니다.

제4조 【특약의 성립 및 소멸】

- ① 이 특약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 제3조(적용대상)의 보험계약이 해지 또는 기타 사유에 따라 효력을 가지지 않게 되는 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.

제 3 관 보험금 지급 등의 절차

제5조 【보험금의 지급절차】

- ① 지정대리청구인은 제6조(보험금의 청구)에 정한 구비서류 및 제3조(적용대상)의 보험수익자가 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제3조(적용대상)의 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다.
- ② 회사가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.

제6조 【보험금의 청구】

- ① 지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증)
 4. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부 및 주민등록등본
 5. 기타 지정대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 4 관 기타사항

제7조 【주계약 약관 규정의 준용】

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 기본계약 및 추가보장계약 약관의 규정을 따릅니다.

[별첨 1]

고객권리 안내문

이 <고객권리 안내문>은 농협생명보험주식회사(이하 “당사”)가 수집 등 처리(수집·조회·보유·이용·제공·파기 등 포함)하는 고객님의 개인신용정보, 개인식별정보 및 그 밖의 고객정보(이하 “고객정보”)와 관련하여 정보주체인 고객님의 관계법규상 제반 권리를 명확하게 알려 드리기 위하여 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」(이하 “신용정보법”) 제37조 제3항, 「개인정보보호법」 제38조 제4항 및 제5항 에 의하여 제작·배포하는 안내문입니다.

1. 고객정보의 처리 목적과 범위, 고객권리의 유형 및 금융서비스 이용범위

가. 고객정보의 처리 목적과 범위

당사는 고객정보를 고객님의께서 동의·선택하신 처리 목적과 범위, 그 밖에 금융거래 등 상거래의 설정·유지여부 판단 목적, 금융거래 등 상거래계약의 체결과 이행, 업무의 내부적 처리 및 특정업무의 위탁 처리 등 신용정보법 및 개인정보보호법 등 관계법규에 의하여 허용된 목적 범위 내에서 그 목적 달성에 필요 최소한의 정보를 합리적이고 공정한 수단을 사용하여 처리합니다.

나. 고객권리의 유형 분류

신용정보법 및 개인정보보호법 등 관계법규에 의한 정보주체의 권리유형은 다음과 같이 분류됩니다.

- 본인정보의 처리에 관한 정보를 고지받거나 제공받을 권리
- 본인정보의 처리에 관한 동의 여부, 동의 범위 등을 선택하고 결정할 권리
- 본인정보의 처리 여부를 확인하고 그 열람 또는 사본발급을 요구할 권리
- 본인정보의 처리 정지, 정정, 삭제 또는 파기를 요구할 권리
- 본인정보의 처리 또는 관리부실로 인하여 발생한 피해를 신속하고 공정한 절차에 따라 구제받을 권리

다. 고객정보 처리 동의내용에 따른 금융서비스 이용 범위

고객정보의 수집 등 처리에 대한 고객님의 동의사항은 신청하신 금융거래 등 상거래의 설정·유지, 계약의 이행, 금융서비스의 이용 또는 본인여부 확인 등 관계법규의 준수에 반드시 필요한 최소한의 정보인 <필수적 동의사항>과 그 밖에 금융상품 소개 및 구매 권유 목적 이용, 제3자 제공 목적 등 <선택적 동의사항>으로 구분되며, 고객님의 신청 <선택적 동의사항>에 대해 동의하지 않으신 경우에도 신청하신 금융거래 등 상거래계약의 체결 및 이에 따른 기본적 금융서비스 이용에는 영향을 미치지 않습니다. 다만 이러한 <선택적 동의사항>에 동의를 하지 않으신 경우에는 제휴·부가서비스, 새로운 상품·서비스 안내, 이벤트 경품 등 고객맞춤형 서비스를 제공받지 못하실 수 있으며, 이 경우 당사는 고객님의 해당 불이익 사항을 알려 드립니다.

2. 「신용정보법」 및 「개인정보보호법」 상 고객의 구체적 권리

가. 개인신용정보 및 개인정보의 <조회>·<수집>·<이용>·<제공> 등에 대한 동의권(신용정보법 제15조 제2항, 제32조 제1항·제2항, 제33조 및 제34조, 개인정보보호법 제15조 및 제17조)

○ 개인인 정보주체는 본인정보의 <조회>·<수집>·<이용>·<제공> 등 처리에 대하여 동의 여부나 동의 범위를 선택할 수 있으며, 이에 따라 당사가 신용조회회사 또는 신용정보집중기관으로부터 개인신용정보를 <조회>하려는 경우나 고객정보를 <수집>·<이용> 또는 <제공>하려는 경우에는 일정한 사항을 고지하고 해당 정보주체로부터 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 방식에 따라 동의를 받습니다.

1. 서면
2. 전자서명법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명이 있는 전자문서
3. 개인신용정보의 처리 내용 및 처리 목적 등을 고려하여 정보 처리 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 음성 녹음하는 등 증거자료를 확보유지하며, 사후 고지 절차를 거칩니다)
5. 그 밖에 정보 처리 동의의 안정성과 신뢰성이 확보될 수 있는 수단을 활용함으로써 해당 신용정보주체에게 동의 내용을 알리고 동意的 의사표시를 확인하여 동의를 받는 방식

- 다만, 신청한 금융거래 등 상거래관계의 설정 및 유지 여부의 판단 목적 등을 위해 고객정보의 처리가 필수적인 경우에 해당 정보주체가 그러한 목적의 처리에 동의하지 않는 경우에는 신청한 금융거래 등 상거래관계의 설정 또는 유지가 거부될 수 있고, 기존에 동의한 목적 또는 이용 범위에서 고객정보의 정확성·최신성을 유지하기 위한 경우에는 해당 정보주체의 동의 없이 처리될 수 있으며, 그 밖에도 신용정보법 등 관계법규에서 정하는 바에 의하여 예외적으로 당사가 해당 정보주체의 동의 없이 고객정보를 처리할 수 있는 경우가 있습니다.

나. 본인 신용정보 등의 제공사실에 대해 통지를 받거나 통지해 줄 것을 요구할 권리 및 본인 개인신용정보의 이용·제공 내역에 대한 조회권(신용정보법 제32조 제7항, 제34조 및 제35조)

- 신용정보법 제32조 제6항 등 관계법령에 따라 예외적으로 신용정보주체의 동의 없이 개인신용정보가 제3자에게 제공되는 경우 신용정보주체는 제공하려는 당사 또는 제공받은 자로부터 개인신용정보의 제공사실 및 이유 등을 사전에 통지받을 권리가 있습니다. 다만, 이 경우 신용정보법시행령 제28조 제12항 및 관련 별표2의2에서 정하는 불가피한 사유가 있는 때에는 당사는 개별적인 사전 통지에 갈음하여 사후에 알리거나 인터넷 홈페이지 게재 등의 방법을 통하여 공시할 수 있습니다.
- 신용정보주체는 당사가 본인에 관한 신용정보를 제3자에게 제공한 경우에는 제공받은 자, 그 이용목적, 제공한 날짜, 제공한 본인정보의 주요 내용 등을 알리도록 요구하거나 인터넷 홈페이지를 이용하여 조회할 수 있도록 하여 줄 것을 요구할 수 있습니다. [적용기한 : 2016.3.11.]
- 한편, 신용정보주체는 안전성과 신뢰성이 확보되는 수단을 통해 본인임을 확인받은 후 당사 인터넷 홈페이지 내 <본인정보 이용·제공 조회시스템>을 통해 최근 3년간의 본인 개인신용정보의 이용 및 제공내역을 조회할 수 있으며, 나아가 해당 내역을 본인에게 정기적으로 통지해줄 것을 요구할 수 있습니다. 다만, 당사의 내부 경영관리의 목적으로 이용하거나 반복적인 업무위탁을 위하여 제공하는 경우 등에 해당하는 개인신용정보는 조회 및 통지요구 대상에서 제외되며, 우편통지 등 요구 시 실비 범위 내에서 별도의 수수료가 부과될 수 있습니다. [시행일 : 2016.3.12.]

다. 정보주체 이외로부터 수집한 개인정보의 수집 출처 등에 대한 고지 요구권(개인정보보호법 제20조)

당사가 정보주체 이외로부터 수집한 개인정보를 처리하는 때에는 정보주체는 개인정보의 수집 출처, 개인정보의 처리 목적, 개인정보 처리의 정지를 요구할 권리가 있다는 사실을 본인에게 알려줄 것을 요구할 수 있습니다. 다만, 고지로 인하여 다른 사람의 생명·신체를 해할 우려가 있거나 다른 사람의 재산과 그 밖의 이익을 부당하게 침해할 우려가 있는 경우에는 수집 출처 등의 고지를 요구할 수 없습니다.

라. 상거래 거절 근거 신용정보 고지 요구권(신용정보법 제36조)

당사가 신용조회회사 또는 신용정보집중기관으로부터 제공받은 개인신용정보에 근거하여 고객과의 상거래관계의 설정을 거절하거나 중지한 경우에는 해당 고객은 당사에 대해 그 거절 또는 중지의 근거가 된 정보를 본인에게 고지하여 줄 것을 요구할 수 있으며, 나아가 고지받은 본인정보의 내용에 이의가 있으면 고지받은 날부터 60일 이내에 해당 신용정보를 수집·제공한 신용조회회사 또는 신용정보집중기관에게 그 신용정보의 정확성을 확인하도록 요청할 수 있습니다.

마. 개인(신용)정보의 <제공 동의>의 철회권 및 <영업목적 연락> 중지 청구권(신용정보법 제37조)

- 개인인 신용정보주체는 본인 개인(신용)정보에 대해 영업 등 목적의 <제공 동의>를 한 후에도 동의 철회의 대상 및 내용 등을 특정하여 당사의 인터넷 홈페이지, 유무선 통신, 서면 또는 사무실·점포 등을 방문하여 <개인(신용)정보 제공 동의 철회서>를 제출하는 방법으로 해당 <제공 동의>를 철회하실 수 있습니다. 다만, 신용조회회사 또는 신용정보집중기관에 제공하여 개인의 신용도 등을 평가하기 위한 목적의 제공 동의에 대해서는 철회하실 수 없으며, 제3자에게 제공하지 아니하면 해당 신용정보주체와 약정한 용역을 제공하지 못하게 되는 등 계약의 이행이 어려워지거나 해당 신용정보주체가 신청한 금융거래 등 상거래관계의 설정 및 유지 여부 등을 판단할 수 없는 경우로서 고객이 그 제공 동의를 철회하려는 경우에는 그 용역의 제공을 받지 아니할 의사를 명확하게 밝혀야 합니다.
- 한편, 개인인 신용정보주체는 연락 중지청구의 대상 및 내용을 특정하여 당사의 인터넷 홈페이지, 유무선 통신, 서면 또는 사무실·점포 등을 방문하여 <영업목적 연락 중지 청구서>를 제출하는 방법으로 당사나 모집업무수탁자가 상품이나 용역을 소개하거나 그 구매를 권유하는 등 영업목적으로 본인에게 연락하는 것을 중지하도록 청구할 수 있습니다.

**바. 보유기간 경과 개인신용정보 삭제 요구권(신용정보법 제38조의3) 및 개인정보 처리
정지 요구권(개인정보보호법 제37조)**

○ 개인인 신용정보주체는 신용정보법에 따라 당사와의 금융거래 등 모든 상거래관계가 종료되고 그 상거래관계종료일로부터 5년(단, 금융거래 등 상거래관계의 설정 및 유지 등에 필수적인 개인신용정보 외의 정보의 경우에는 3개월)의 기간이 경과한 경우 당사에 본인 개인신용정보의 삭제를 요구할 수 있습니다. 이 경우 당사는 해당 개인신용정보를 삭제함으로써 해당 신용정보주체에게 불이익이 발생하는 때에는 그 정보를 삭제하기 전에 그러한 불이익이 발생할 수 있다는 것을 해당 신용정보주체에게 알린 후, 지체 없이 해당 개인신용정보를 삭제하고, 서면, 전화, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 그 밖의 비슷한 방법을 통해 신용정보주체에게 그 결과를 통지하여 드립니다.

다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 삭제요구 대상에서 제외되며, 이 경우 해당 정보는 다른 개인신용정보와 분리하여 별도 보관·관리되고, 그 조치결과를 통지하여 드립니다.

1. 다른 법률에 따른 의무를 이행하기 위하여 불가피한 경우
2. 개인의 급박한 생명·신체·재산의 이익을 위하여 필요하다고 인정되는 경우
3. 그 밖에 예금·보험금의 지급, 보험사기자의 재가입 방지를 위한 경우 등 개인신용정보를 보존할 필요가 있는 경우로서 신용정보법 시행령 제17조의2 제3항 각 호에서 정하는 경우

[시행일 : 2016.3.12.]

○ 한편, 개인인 정보주체는 개인정보보호법에 따라 당사에 대하여 자신의 개인정보 처리의 정지를 요구할 수 있으며, 이 경우 당사는 정보주체의 요구에 따라 처리가 정지된 개인정보에 대하여 지체없이 해당 개인정보의 파기 등 필요한 조치를 취합니다.

다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 당사는 정보주체의 개인정보 처리정지 요구를 거절할 수 있으며, 이에 따라 처리정지 요구를 거절하였을 때에는 해당 정보주체에게 지체없이 그 사유를 알립니다.

1. 법률에 특별한 규정이 있거나 법령상 의무를 준수하기 위하여 불가피한 경우

2. 다른 사람의 생명·신체를 해할 우려가 있거나 다른 사람의 재산과 그 밖의 이익을 부당하게 침해할 우려가 있는 경우
3. 개인정보를 처리하지 아니하면 정보주체와 약정한 서비스를 제공하지 못하는 등 계약의 이행이 곤란한 경우로서 정보주체가 그 계약의 해지 의사를 명확하게 밝히지 아니한 경우

사. 본인정보 열람권 및 오류정보 정정·삭제 청구권(신용정보법 제38조, 개인정보보호법 제35조 및 제36조)

고객님은 당사가 보유하고 있는 본인의 고객정보에 대해 그 열람(사본의 제공 포함)을 청구하실 수 있으며, 이 경우 당사는 본인여부 확인 절차를 거쳐 해당 정보주체가 적절한 방법을 통하여 본인정보를 열람 또는 제공받을 수 있도록 조치하여 드립니다.

나아가, 열람하거나 제공받으신 고객님의 본인정보가 사실과 다른 경우에는 증빙자료를 갖추어서 그 정정 또는 삭제를 요구하실 수 있으며, 이 경우 당사는 지체 없이 해당 정보의 이용·제공 등 처리를 중단한 후 사실관계를 조사하고, 그 정정·삭제 청구가 정당하다고 인정되면 정정·삭제 조치한 후 그 처리결과를 개인신용정보의 경우에는 7일, 그 밖의 개인정보의 경우는 10일 이내에 서면(교부, 우편, 팩스), 전자우편 또는 문자메시지 등의 방법으로 알려 드립니다.

한편, 오류정보 정정·삭제 요구에 대한 당사의 처리결과에 이의가 있으면 아래 연락처에 연락하여 이의를 신청하거나 금융위원회에 그 시정을 요청하실 수 있습니다.

이의신청방법 : 당사 인터넷 홈페이지(www.nhlife.co.kr) 내 사이버창구를 이용하거나 본사 또는 가까운 지역총국·지점으로 내방하거나 아래 연락처로 연락하여 이의신청하시면 됩니다.

- 준법감시부 : (전화) 02-3786-7341 (주소) 서울시 서대문구 통일로 87 NH농협생명 빌딩 동관 14층
- 당사 콜센터 : 1544-4000

아. 신용조회회사에 대한 본인 신용정보의 무료 제공요구·열람권(신용정보법 제39조)

개인인 고객님의 신용정보법에 따라 본인의 신용정보를 신용조회회사를 통하여 매4개월

마다 1회 이상 무료로 제공받거나 열람할 수 있습니다. 자세한 사항은 아래 각 신용조 회회사에 문의하시기 바랍니다.

***신용조회회사 연락처**

한국신용정보주) : 02-2122-4000 (<http://www.nice.co.kr>)

한국신용평가정보주) : 02-3771-1000 (<http://www.kisinfo.com>)

서울신용평가정보주) : 1577-1006 (<http://www.sci.co.kr>)

코리아크레딧뷰로주) : 02-708-6000 (<http://www.kcb4u.com>)

자. 신용정보 누설사고 또는 개인정보 유출사고 발생 시, 그 사실을 통지받을 권리(신용 정보법 제39조의2, 개인정보보호법 제34조)

당사가 관리하는 개인신용정보 또는 개인정보가 업무 목적 외로 제3자에게 누설(또는 유출)되었음을 알게 된 경우 당사는 지체 없이 서면, 전화, 전자우편, 휴대전화 문자메 시지 또는 그 밖의 비슷한 방법으로 다음 각 호의 사실을 해당 정보주체에게 통지하여 드리며, 동시에 그 피해를 최소화하기 위한 대책을 마련하고 필요한 조치를 취합니다. 다만, 정보 누설(또는 유출)에 따른 피해가 없는 것이 명백하고 누설(또는 유출)된 정보 의 확산 및 추가 누설(또는 유출)을 방지하기 위한 긴급조치가 필요한 경우에는 해당 조치를 우선적으로 취한 후 지체없이 그 조치의 내용과 함께 다음 각 호의 사실을 알려 드립니다.

1. 누설(또는 유출)된 신용정보(또는 개인정보)의 항목
2. 누설(또는 유출)된 시점과 그 경위
3. 누설(또는 유출)로 인하여 발생할 수 있는 피해를 최소화하기 위하여 정보주체가 할 수 있는 방법 등에 관한 정보
4. 당사의 대응조치 및 피해 구제절차
5. 정보주체에게 피해가 발생한 경우 신고 등을 접수할 수 있는 담당부서 및 연락처

차. 손해배상청구권(신용정보법 제43조, 제43조의2 및 제43조의3, 개인정보보호법 제39 조 및 제39조의2)

당사가 고의 또는 과실로 신용정보법 등 관계법규를 위반하고 이로 인하여 정보주체가 피해를 입은 경우 해당 정보주체는 신용정보법 등 관계법규에서 정하는 바에 따라 손해 배상청구권을 행사할 수 있습니다.

당사는 위 손해배상책임의 이행 보장을 위하여 금융위원회에서 정하는 바에 따라 손해 배상 책임보험에 가입하고 있습니다.

3. 권리행사 및 개인(신용)정보 관련 고충상담 필요시 연락처

위의 각 권리 행사와 관련하여 불편함 또는 애로를 느끼시거나 개인(신용)정보 관련 고충상담이 필요하신 경우 아래의 각 담당자 앞으로 연락하여 주시기 바랍니다.

- 당사 신용정보관리·보호인 : 전략총괄부사장
(전화) 02-3786-7101 (주소) 서울시 서대문구 통일로 87 NH농협생명빌딩 동관 17층
- 당사 개인정보보호책임자 : 준법감시인
(전화) 02-3786-7340 (주소) 서울시 서대문구 통일로 87 NH농협생명빌딩 동관 14층
- 당사 개인(신용)정보 관리·보호 담당부서 : 준법감시부
(전화) 02-3786-7341 (주소) 서울시 서대문구 통일로 87 NH농협생명빌딩 동관 14층
- 당사 콜센터 : 1544-4000
- 생명보험협회 정보보호담당자
(전화) 02-2262-6600 (주소) 서울시 중구 총무로 3가 60-1 극동빌딩 16층
- 금융감독원 정보보호담당자 : 민원실
(전화) (국번없이) 1332 (주소) 서울시 영등포구 여의도동 27

농협생명보험주식회사
신용정보 관리·보호인
개인정보 보호책임자

[별첨 2]

고객정보 취급방침

NH농협금융에 많은 성원과 관심을 보내 주시는 고객 여러분께 깊은 감사를 드립니다.

금융지주회사법령에 의해 그룹사간에는 고객정보의 제공 및 이용이 가능하게 되어 있습니다. 이에 다음과 같이 안내하여 드리오니 참고하시기 바랍니다.

금융지주회사법 제48조의2(고객정보의 제공 및 관리)

① 금융지주회사등은 「금융실명거래 및 비밀보장에 관한 법률」 제4조제1항 및 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제32조·제33조에도 불구하고 「금융실명거래 및 비밀보장에 관한 법률」 제4조에 따른 금융거래의 내용에 관한 정보 또는 자료(이하 "금융거래정보"라 한다) 및 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제32조제1항에 따른 개인신용정보를 다음 각 호의 사항에 관하여 금융위협회가 정하는 방법과 절차(이하 "고객정보제공절차"라 한다)에 따라 그가 속하는 금융지주회사등에게 신용위험관리 등 대통령령으로 정하는 내부 경영관리상 이용하게 할 목적으로 제공할 수 있다. (2016.2.15.개정)

1. 제공할 수 있는 정보의 범위
2. 고객정보의 암호화 등 처리방법
3. 고객정보의 분리 보관
4. 고객정보의 이용기간 및 이용목적
5. 이용기간 경과 시 고객정보의 삭제

6. 그 밖에 고객정보의 엄격한 관리를 위하여 대통령령으로 정하는 사항

② 금융지주회사의 자회사등인 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」에 따른 투자매매업자 또는 투자중개업자는 해당 투자매매업자 또는 투자중개업자를 통하여 증권을 매매하거나 매매하고자 하는 위탁자가 예탁한 금전 또는 증권에 관한 정보 중 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 정보(이하 "증권총액정보등"이라 한다)를 고객정보제공절차에 따라 그가 속하는 금융지주회사등에게 신용위험관리 등 대통령령으로 정하는 내부 경영관리상 이용하게 할 목적으로 제공할 수 있다.

1. 예탁한 금전의 총액
2. 예탁한 증권의 총액
3. 예탁한 증권의 종류별 총액
4. 채무증권의 종류별 총액
5. 수익증권으로서 「자본시장과 금융투자업에 관한 법률」 제229조 각 호의 구분에 따른 집합투자기구의 종류별 총액
6. 예탁한 증권의 총액을 기준으로 한 위탁자의 평균 증권 보유기간 및 일정기간 동안의 평균 거래회수

이에 따라 NH농협금융은 농협금융지주회사를 중심으로 고객정보를 그룹사간 제공 및 이용하기 위하여 「고객정보 취급방침」을 제정운영하고 있습니다.

이러한 고객정보의 제공 및 이용은 고객 여러분의 금융거래에 따른 불편함을 해소하고 더욱 더 만족스러운 금융서비스를 제공하기 위해 시행하는 것이며 만에 하나 발생할지도 모르는 부작용을 방지하기 위하여 다음과 같이 제공되는 정보의 종류 및 제공처를 한정하고, 정보의 엄격한 관리를 위한 제도를 마련하였습니다.

I. 제공되는 고객정보의 종류

1. 『금융실명거래 및 비밀보장에 관한 법률』 제4조에 따른 금융거래의 내용에 관한 정보 또는 자료
2. 『신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률』 제32조 제1항에 따른 개인신용정보
 - 가. 생존하는 개인의 성명, 연락처, 주민등록번호, 여권번호, 운전면허의 면허번호, 외국인등록번호, 국내거소신고번호, 성별, 국적 등 개인을 식별할 수 있는 정보 (2016.2.15.개정)
 - 나. 대출, 보증, 담보제공, 당좌예금(가계당좌거래를 포함한다), 신용카드, 할부금융, 시설대여 등의 상거래와 관련하여 신용정보주체의 거래내용을 판단할 수 있는 정보로서 거래의 종류, 거래당사자의 성명 또는 상호, 거래의 기간·금액 및 한도 등
 - 다. 금융거래 등 상거래와 관련하여 발생한 연체·부도·대지급이나 거짓, 속임수, 그 밖의 부정한 방법에 의한 신용질서 문란행위 등 신용정보주체의 신용도를 판단할 수 있는 정보로서 금액 및 발생해소의 시기 등
 - 라. 금융거래 등 상거래에 있어서 신용정보주체의 신용거래능력을 판단할 수 있는 정보로서 개인의 재산·채무·소득의 총액, 납세실적 등
 - 마. 금융거래 등 상거래에서 신용정보주체를 식별하고 신용도 및 신용거래능력을 판단할 수 있는 법원 또는 공공기관의 재판·결정 정보, 조세 또는 공공요금 등의 체납정보, 주민등록에 관한 정보 및 그 밖에 공공기관이 보유하는 정보 등
3. 『자본시장과 금융투자업에 관한 법률』에 따른 투자매매업자 또는 투자중개업자를 통하여 매매하고자 하는 위탁자가 예탁한 금전 또는 증권에 관한 정보 중 다음 각 목에 해당하는 정보
 - 가. 예탁한 금전의 총액
 - 나. 예탁한 증권의 총액
 - 다. 예탁한 증권의 종류별 총액
 - 라. 채무증권의 종류별 총액
 - 마. 수익증권으로서 『자본시장과 금융투자업에 관한 법률』 제229조 각 호의 구분에 따른 집합투자기구의 종류별 총액
 - 바. 예탁한 증권의 총액을 기준으로 한 위탁자의 평균 증권보유기간 및 일정기간 동안의 평균 거래회수

II. 금융지주회사 등의 상호 및 업종

NH농협금융의 회사는 NH농협금융지주 주식회사(금융지주회사), NH농협은행 주식회사(은행), NH농협생명보험 주식회사(생명보험사), NH농협손해보험 주식회사(손해보험사), NH투자증권 주식회사(금융투자업), NH-Amundi자산운용 주식회사(금융투자업), NH농협캐피탈 주식회사(여신전문금융업), NH선물 주식회사(금융투자업), NH저축은행 주식회사(상호금융업)입니다.

III. 고객정보의 제공처

NH농협금융의 회사 중 금융지주회사법령에 의한 고객정보의 제공 및 이용이 가능한 회사는 NH농협금융지주 주식회사, NH농협은행 주식회사, NH농협생명보험 주식회사, NH농협손해보험 주식회사, NH투자증권 주식회사, NH-Amundi자산운용 주식회사, NH농협캐피탈 주식회사, NH선물 주식회사, NH저축은행 주식회사입니다.

IV. 고객정보의 보호에 관한 내부방침

NH농협금융에서는 고객 여러분의 고객정보를 최대한 안전하게 관리하기 위해 그룹사간 정보 제공 및 이용이 아래와 같이 엄격한 절차와 관리감독 하에 이루어지도록 하였습니다.

1. 고객정보의 제공 및 이용은 신용위험관리 등 내부 경영관리 목적으로만 이용되도록 하였습니다.
2. 그룹사의 임원 1인 이상을 고객정보관리인으로 선임하여 고객정보의 제공 및 이용에 관련된 일체의 책임을 지도록 하였습니다.
3. 그룹사별로 소관부서 및 담당자를 지정하여 체계적이고 집중적인 관리를 도모하였습니다.
4. 고객정보의 요청 및 제공시 서면 또는 전자결재시스템을 통하여 고객정보관리인의 결재를 받은 후 요청 및 제공하도록 하는 등 업무 프로세스의 정형화를 통해 엄격한 관리 및 통제가 이루어지도록 하였습니다.
5. 그룹사간 고객정보의 요청 및 제공, 이용 등과 관련한 업무에 대하여 금융지주회사 고객정보관리인에게 총괄관리 역할을 부여함으로써 고객정보의 보호에 안전을 기하였습니다.
6. 고객정보의 제공 및 이용 관련 취급방침의 재개정시 2개 이상의 일간지에 공고하고, 각 영업점(본점 해당부서 포함), 그리고 각 그룹사 홈페이지 등에 게시하는 등 고객공지 의무에 최선을 다할 것입니다.
7. 고객정보를 제공하는 경우 공유내역을 홈페이지에서 조회할 수 있도록 하고, 연 1회 이상 통지하여 고객의 자기정보 접근권을 강화하였습니다. (2016.2.15.신설)
8. 위법·부당한 방법으로 인해 피해를 입게 된 고객 분을 위해 적절한 보상 및 처리가 이루어 지도록 민원사항에 대한 안내 및 상담, 처리, 그리고 결과 및 통지 등 민원처리 관련 일체의 업무를 수행할 소관부서를 그룹사마다 두었습니다. 그리고 소관부서 외 금융감독원 분쟁조정제도를 통하여 구제받으실 수 있도록 하였습니다.
9. 고객정보 제공 및 이용에 대한 권한이 부여된 자만 고객정보에 접근하고, 고객정보의 송수신, 보관 등에 있어 암호화하여 관리하며, 천재지변 및 외부로부터의 공격침입 등 불가항력에 대비한 보안시스템을 구축하였고, 고객정보와 관련된 임직원에 대하여는 정기적으로 보안 교육을 실시하는 등 철저한 보안 대책을 마련하고 있습니다.

NH농협금융은 그룹사간 고객정보의 제공 및 이용을 허용한 것이 금융서비스의 질을 높이고, 나아가 우리나라 금융산업을 선진화시키기 위한 조치임을 명심하고 고객정보의 교류를 토대로 고객 여러분께 보다 편리하고 질 높은 선진금융서비스를 제공할 것을 약속드리며, 고객 여러분의 고객정보의 보호 및 엄격한 관리를 위해 최선을 다할 것입니다.

NH농협금융

NH농협금융지주	고객정보관리인	NH농협은행	고객정보관리인
NH농협생명	고객정보관리인	NH농협손해보험	고객정보관리인
NH투자증권	고객정보관리인	NH-Amundi자산운용	고객정보관리인
NH농협캐피탈	고객정보관리인	NH선물	고객정보관리인
NH저축은행	고객정보관리인		