

I. 보통약관

제 1 장 계약의 성립과 유지

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

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

③회사는 계약의 청약을 받고 제 1 회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 아니하는 계약은 청약일, 건강진단을 받는 계약(이하 “진단계약”이라 합니다)은 진단일(재진단의 경우에는 최종진단일을 말합니다)부터 30 일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권(보험가입증서)을 드립니다. 그러나 30 일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.

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

제 2 조(청약의 철회) ①계약자는 청약을 한 날부터 15 일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 진단계약, 단체(취급)계약 또는 보험기간이 1 년 미만인 계약의 경우에는 청약을 철회할 수 없으며, 전화·우편·컴퓨터 등의 통신매체를 통한 보험계약(이하 “통신판매 계약”이라 합니다)의 경우(보험기간이 1 년 이상인 계약에 한함)에는 청약을 한 날부터 30 일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.

②계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3 일 이내에 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드리며, 그 반환기일의 다음날부터 반환일까지의

기간에 대하여 ‘보험개발원이 공시하는 정기에금이율’을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제 1 회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에 회사는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

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

제 3 조(약관교부 및 설명의무 등) ①회사는 계약자가 청약한 경우 계약자에게 약관 및 계약자 보관용 청약서(청약서 부분)를 드리고 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다. 다만, 통신판매 계약의 경우에는 회사는 계약자의 동의를 얻어 다음 중 한 가지 방법으로 할 수 있습니다.

1. 광기록매체 또는 전자우편 등의 전자적 방법으로 약관이나 계약자 보관용 청약서(청약서 부분)를 송부하는 방법. 이 경우 계약자 또는 그 대리인이 이를 수신한 때에 당해 약관이나 계약자 보관용 청약서(청약서 부분)를 드린 것으로 봅니다.

2. 사이버몰(컴퓨터를 이용하여 보험거래를 할 수 있도록 설정된 가상의 영업장)에서 약관 및 그 설명문(약관의 중요한 내용을 알 수 있도록 설명한 문서)을 읽거나 내려받게 하는 방법. 이 경우 계약자가 이를 읽거나 내려받은 것을 확인한 때에 당해 약관을 드리고 그 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

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

②회사가 제 1 항에 의해 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서(청약서 부분)를 청약 시 계약자에게 전달하지 아니하거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 아니한 때 또는 계약체결시 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 또는 전자서명법 제 2 조 제 10 호의 규정에 의한 공인인증기관이 인증한 전자서명을 포함합니다)을 하지 아니한 때에는 계약자는 청약일부터 3 개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다. 다만, 단체(취급)계약의 경우에는 계약체결일부터 1 개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

③제 2 항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 1 을 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제 1 항 제 3 호에 의한 음성녹음 내용을

문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서(청약서 부분)를 전달한 것으로 봅니다.

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

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

④제 2 항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험개발원이 공시하는 정기에금이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제 4 조(계약의 무효) 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험개발원이 공시하는 정기에금이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자(보험대상자)의 서면에 의한 동의를 얻지 아니한 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자(보험대상자)로 하는 계약을 체결하는 경우에는 그러하지 아니합니다.

2. 만 15 세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험금 지급사유로 한 경우

3. 계약체결시 계약에서 정한 피보험자(보험대상자)의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 그러하지 아니하나 제 2 호의 만 15 세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

제 5 조(계약내용의 변경 등) ①계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 보험종목
2. 보험기간
3. 보험료 납입주기, 수금방법 및 납입기간
4. 계약자, 피보험자(보험대상자)
5. 보험가입금액 등 기타 계약의 내용

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

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

④회사는 계약자가 제 1 항 제 5 호의 규정에 의하여 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 계약이 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 경우에는 제 17 조(보험료의 환급)에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

⑤계약자가 제 2 항의 규정에 의하여 보험수익자(보험금을 받는 자)를 변경하고자 할 경우에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자(보험대상자)의 서면에 의한 동의가 있어야 합니다.

제 6 조(계약자의 임의해지 및 피보험자(보험대상자)의 서면동의 철회) ①계약자는 계약이 소멸하기 전에는 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 경우에는 제 17 조(보험료의 환급)에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

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

③제 4 조(계약의 무효)에 의거 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 서면에 의한 동의를 한 피보험자(보험대상자)는 계약의 효력이 유지되는 기간 중에는 언제든지 서면동의를 장래를 향하여 철회할 수 있으며, 서면동의 철회로 계약이 해지되어 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 경우에는 제 17 조(보험료의 환급)에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제 7 조(계약의 소멸) ① 피보험자(보험대상자)의 사망으로 인하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

② 장해지급률이 80% 이상인 장애상태가 되어 보험금을 지급하였다 하더라도 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 추가로 발생할 수 있는 경우 이 계약은 소멸되지 않습니다.

제 8 조(보험나이 등) ① 이 약관에서의 피보험자(보험대상자)의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제 4 조(계약의 무효) 제 2 호의 경우에는 실제 만 나이를 적용합니다.

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

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

【보험나이 계산 예시】

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

제 2 장 보험료의 납입 등

제 9 조(제 1 회 보험료 및 회사의 보장개시 등) ① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제 1 회 보험료를 받은 때(자동이체납입 및 신용카드납입의 경우에는 자동이체신청 및 신용카드매출 승인에 필요한 정보를 제공한 때. 다만, 계약자의 귀책 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 제 1 회 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다)부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 그러나 회사가 청약시에 제 1 회 보험료를 받고 청약을 승낙한 경우에는 제 1 회 보험료를 받은 때(이 약관에서 제 1 회 보험료를 받은 날을 “보장개시일(책임개시일)”이라 하며 보장개시일(책임개시일)을 계약일로 봅니다)부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

②회사가 청약시에 제 1 회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 제 1 회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다. 다만, 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.

1. 제 19 조(계약 전 알릴 의무)의 규정에 의하여 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 회사에 알린 내용 또는 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우

2. 제 21 조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우

3. 진단계약에서 보험금 지급사유 발생시까지 진단을 받지 아니한 경우

③계약이 갱신되는 경우에는 제 1 항 및 제 2 항에 의한 보장은 기존 계약에 의한 보장이 종료하는 때부터 적용합니다.

④제 1 항에도 불구하고 회사는 피보험자(보험대상자)가 주거지를 출발하기 전과 주거지에 도착한 이후에 발생한 사고에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.

⑤피보험자(보험대상자)가 승객으로 탑승하는 항공기, 선박 등의 교통수단이 보험기간의 종기까지 여행의 최종목적지에 도착하도록 예정되어 있음에도 불구하고 도착이 지연되었을 경우에는 회사의 보장의 종기는 24 시간을 한도로 자동적으로 연장됩니다.

⑥제 6 항의 경우 중 피보험자(보험대상자)가 승객으로 탑승하는 항공기가 제 3 자에 의한 불법적인 지배를 받았을 경우 또는 공권력에 의해 구속을 받았을 경우에는 그때부터 피보험자(보험대상자)가 정상적인 여행 상태로 돌아올 때까지의 필요한 시간 또는 회사가 타당하다고 인정되는 시간을 한도로 하여 회사의 보장의 종기는 연장됩니다.

제 10 조(제 2 회 이후 보험료의 납입) 계약자는 제 2 회 이후의 보험료를 계약 체결시 납입하기로 약속한 날(이하 “납입기일”이라 합니다)까지 납입하여야 하며, 회사는 계약자가 보험료를 납입한 경우에는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융회사(우체국을 포함합니다)를 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사 발행 증빙서류를 영수증으로 대신합니다.

제 11 조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지) ①계약자가 제 2 회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 아니하여 보험료 납입이 연체중인 경우에 회사는 14 일(보험기간이 1 년 미만인 경우에는 7 일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고기간의 말일이 토요일 또는 공휴일에 해당한 때에는 기간은 그 다음의 최초의 평일에 만료합니다)으로 정하여 계약자(타인을 위한 보험계약의 경우 특정된 보험수익자(보험금을 받는 자)를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용과 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 아니할 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 계약이 해지되기 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급하여 드립니다.

②회사가 제 1 항에 의한 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자의 서면에 의한 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 당해 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 아니한 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 아니한 것으로 확인되는 경우에는 제 1 항의 납입최고(독촉)기간을 설정하여 제 1 항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

③제 1 항에 따라 계약이 해지된 경우에는 이로 인하여 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 경우에는 제 17 조(보험료의 환급)에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제 12 조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)) ①제 11 조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 계약자가 제 17 조(보험료의 환급)에 따른 환급금을 받지 아니한 경우 계약자는 해지된 날부터 2 년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 회사가 그 청약을 승낙한 때에는 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 보험개발원이 공시하는 정기예금이율 + 1% 범위내에서 각 상품별로 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다.

②제 1 항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제 1 조(계약의 성립), 제 9 조(제 1 회 보험료 및 회사의 보장개시), 제 19 조(계약 전 알릴의무), 제 21 조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제 23 조(사기에 의한 계약)의 규정을 준용합니다.

제 13 조(강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복)) ①타인을 위한 계약의 경우 제 17 조(보험료의 환급)에 따른 계약자의 해지환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 의해 계약이 해지된 경우에는, 회사는 해지 당시의 보험수익자(보험금을 받는 자)가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에게 지급하고 제 5 조(계약내용의 변경 등) 제 1 항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자(보험금을 받는 자)로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 통지하여야 합니다.

②회사는 제 1 항에 의한 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙하며, 계약은 청약한 때부터 특별부활(효력회복) 됩니다.

③회사는 제 1 항의 통지를 지정된 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 하여야 합니다. 다만, 회사는 법정상속인이 보험수익자(보험금을 받는 자)로 지정된 경우에는 제 1 항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.

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

⑤보험수익자(보험금을 받는 자)는 통지를 받은 날(제 3 항에 의해 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15 일 이내에 제 1 항의 절차를 이행할 수 있습니다.

제 3 장 보험금의 지급

제 14 조(보험금의 종류 및 지급사유) 회사는 피보험자(보험대상자)에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보험기간 중에 상해(보험기간 중에 보험증권(보험가입증서)에 기재된 여행을 목적으로 주거지를 출발하여 여행을 마치고 주거지에 도착할 때까지의 여행도중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등

신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 “상해”라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우 : 사망보험금

2. 제 1 호의 상해로 장해분류표(【별표 1】 참조. 이하 같습니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

제 15 조(보험금 지급에 관한 세부규정) ①제 14 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 1 호에는 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제 27 조(실종의 선고) 제 2 항의 규정에 준하는 사유 또는 상해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다. 그러나 사망보험금을 지급한 후에 피보험자(보험대상자)의 생존이 확인되었을 경우에는 지급한 보험금을 회수합니다.

②제 14 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 2 호에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5 년 이상인 때에는 해당 장해 지급률의 20%를 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 지급합니다.

③제 14 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 2 호에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180 일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 상해 발생일부터 180 일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 상해 발생일부터 1 년)중에 장해상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정하되 장해분류표에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

④장해분류표에 해당되지 아니하는 후유장해는 피보험자(보험대상자)의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 아니합니다.

⑤같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥제 5 항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

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

⑧이미 다음 중 한가지의 경우에 해당하는 후유장해가 있었던 피보험자(보험대상자)에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제 7 항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다.

1. 이 계약의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해로 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해

2. 제 1 호 이외에 이 계약의 규정에 의하여 후유장해보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장해 또는 후유장해보험금이 지급되지 않았던 후유장해

⑨피보험자(보험대상자)와 회사가 피보험자(보험대상자)의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자(보험대상자)와 회사가 동의하는 제 3 자를 정하고 그 제 3 자의 의견에 따를 수 있습니다. 제 3 자는 의료법 제 3 조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

⑩회사가 지급하여야 할 상해로 인한 사망 또는 후유장해보험금은 보험기간을 통하여 보험증권(보험가입증서)에 기재된 사망 또는 후유장해보험가입금액 각각을 한도로 합니다.

제 16 조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) ①회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.

1. 피보험자(보험대상자)의 고의. 다만, 피보험자(보험대상자)가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.

2. 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의. 다만, 그 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드립니다.

3. 계약자의 고의

4. 피보험자(보험대상자)의 질병

5. 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.

6. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

②회사는 다른 약정이 없으면 피보험자(보험대상자)가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위를 하는 동안에 제 14 조(보험금의 종류 및 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 드리지 아니합니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩

2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장하여 드립니다)

3. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

제 17 조(보험료의 환급) ①이 계약이 소멸된 때에는 다음과 같이 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 보험기간 중 보험사고가 발생하고 보험금이 지급되어 보험가입금액이 감액된 경우에는 어떠한 경우에도 당해 보험년도[초년도(첫째년도)는 보험기간의

초일(첫째일)부터 1 년간, 차년도 (둘째년도)이후는 각각 보험기간의 초일(첫째일) 해당일로부터 1 년간을 말합니다]의 보험료는 돌려드리지 않습니다.

1. 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 책임없는 사유에 의하는 경우 : 무효의 경우에는 회사에 납입한 보험료의 전액, 해지의 경우에는 경과하지 아니한 기간에 대하여 일단위로 계산한 보험료

2. 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 책임있는 사유에 의하는 경우 : 이미 경과한 기간에 대하여 단기요율(1 년미만의 기간에 적용되는 요율)로 계산한 보험료를 뺀 잔액. 다만, 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의 또는 중대한 과실로 무효가 된 때에는 보험료를 돌려드리지 않습니다.

②보험기간이 1 년을 초과하는 계약이 무효인 경우에는 무효의 원인이 생긴 날 또는 해지일이 속하는 보험년도의 보험료는 제 1 항의 규정을 적용하고 그 이후의 보험년도에 속하는 보험료는 전액을 돌려드립니다.

제 18 조(소멸시효) 보험금청구권, 보험료 또는 환급금 반환청구권 및 배당금청구권은 2 년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성됩니다.

【소멸시효】

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

제 4 장 계약 전 알릴의무 등

제 19 조(계약 전 알릴 의무) 계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 청약시(진단계약의 경우에는 건강진단시를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 “계약 전 알릴의무”라 하며, 상법상 “고지의무”와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약의 경우 의료법 제 3 조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 및 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

【계약 전 알릴의무】

상법 제 651 조에서 정하고 있는 의무. 보험계약자나 피보험자는 청약시에 보험회사가 서면으로 질문한 중요한 사항에 대해 사실대로 알려야 하며, 위반시 보험계약의 해지 또는 보험금 부지급 등 불이익을 당할 수 있습니다.

제 20 조(상해보험계약 후 알릴 의무) ①계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 보험기간 중에 피보험자(보험대상자)가 그 직업 또는 직무를 변경(자가용 운전자가 영업용 운전자로 직업 또는 직무를 변경하는 등의 경우를 포함합니다)하거나 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 계속적으로 사용하게 된 경우에는 지체없이 회사에 알려야 합니다.

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

③제 1 항의 통지에 따라 보험료를 더 내야 할 경우 회사의 청구에 대해 계약자가 그 납입을 게을리 했을 때, 회사는 직업 또는 직무가 변경되기 전에 적용된 보험료율(이하 “변경전 요율”이라 합니다)의 직업 또는 직무가 변경된 후에 적용해야 할 보험료율(이하 “변경후 요율”이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 변경된 직업 또는 직무와 관계없이 발생한 보험금 지급사유에 관해서는 그러하지 아니합니다.

④계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 고의 또는 중과실로 직업 또는 직무의 변경사실을 회사에 알리지 아니하였을 경우 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 동 사실을 안 날부터 1 개월 이내에 계약자 또는 피보험자(보험대상자)에게 제 3 항에 의해 보장됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

제 21 조(알릴 의무 위반의 효과) ①회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 보험금 지급사유의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1 개월 이내에 이 계약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 이들의 대리인이 고의 또는 중대한 과실로 제 19 조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우.

2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제 20 조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제 1 항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 이행하지 아니하였을 때

②제 1 항 제 1 호의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.

1. 회사가 계약당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때

2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1 개월 이상 지났거나 또는 제 1 회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2 년(건강진단을 받은 피보험자(보험대상자)의 경우에는 1 년)이 지났을 때

3. 계약체결일부터 3 년이 지났을 때

4. 회사가 이 계약의 청약시 피보험자(보험대상자)의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 의하여 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 제외)

5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자(보험대상자)에게 고지할 기회를 부여하지 아니하였거나 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자(보험대상자)에 대해 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 그러하지 아니합니다.

③제 1 항에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 전에 이루어진 경우, 이로 인하여 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 경우에는 제 17 조(보험료의 환급)에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

④제 1 항 제 1 호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 드리지 아니하며, 계약 전 알릴 의무 위반사실뿐만 아니라 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면으로 알려 드립니다. 또한 이 경우 계약 해지로 인하여 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 경우에는 제 17 조(보험료의 환급)에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

⑤제 1 항 제 2 호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 그 손해를 제 20 조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제 3 항 또는 제 4 항에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

⑥제 1 항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미치지 아니하였음을 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)가 증명한 경우에는 제 4 항 및 제 5 항에 관계없이 약정한 보험금을 지급하여 드립니다.

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

제 22 조(중대사유로 인한 해지) ①회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 안 날부터 1 개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)가 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우

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

②회사가 제 1 항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고, 해지시 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 경우에는 제 17 조(보험료의 환급)에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제 23 조(사기에 의한 계약) 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 대리진단, 약물복용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 인간면역바이러스(HIV) 감염의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 계약체결일부터 5 년 이내(사기사실을 안 날부터 1 개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제 5 장 보험금 지급의 절차 등

제 24 조(주소변경통지) ①계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)(타인을 위한 계약에 해당합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.

②제 1 항에서 정한대로 계약자 등이 알리지 아니한 경우에는 계약자 등이 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 방법에 의해 계약자에게 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 등에게 도달된 것으로 봅니다.

제 25 조(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정) 계약자는 보험수익자(보험금을 받는 자)를 지정할 수 있으며 보험수익자(보험금을 받는 자)를 지정하지 아니한 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)를 제 14 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 1 호의 경우는 피보험자(보험대상자)의 상속인으로 하며, 동조 제 2 호의 경우는 피보험자(보험대상자)로 합니다.

제 26 조(대표자의 지정) ①계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)가 2 인 이상인 경우에는 각 대표자 1 인을 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)를 대리하는 것으로 합니다.

②제 1 항의 대표자로 지정된 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 소재가 확실하지 아니한 경우 또는 회사의 요구에도 불구하고 대표자를 선정하지 아니하거나 선정할 수 없는 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자) 1 인에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)에 대하여도 효력이 미칩니다.

③계약자가 2 인 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

제 27 조(보험금 지급사유의 통지) ①계약자 또는 피보험자(보험대상자)나 보험수익자(보험금을 받는 자)는 보험금 지급사유가 생긴 것을 안 때에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

②계약자 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)는 피보험자(보험대상자)가 탑승한 항공기나 선박이 행방불명 또는 조난되었음을 알았을 때도 지체없이 그 상황을 회사에 알려야 합니다.

제 28 조(보험금 등 청구시 구비서류) ①보험수익자(보험금을 받는 자) 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해지환급금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서 (회사 양식)

2. 사고증명서 (진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)

3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서를 포함합니다)

4. 기타 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

②병원 또는 의원에서 제 1 항 제 2 호의 사고증명서를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제 3 조(의료기관)에서 정하는 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관이어야 합니다.

제 29 조(보험금의 지급) ①회사는 제 28 조(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 보험금을 지급하여 드립니다.

②회사가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제 1 항의 지급기일 초과가 명백히 예상되는 경우에는 구체적 사유와 지급예정일을 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 통지하여 드립니다.

③제 2 항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 피보험자 (보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급하여 드립니다.

④회사는 제 1 항의 규정에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 아니하였을 때에는 그 다음날로부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험개발원이 공시하는 정기에금이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 드립니다. 그러나 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 드리지 않습니다.

⑤계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)는 제 21 조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제 2 항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

제 30 조(보험금 받는 방법의 변경) ①계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자(보험금을 받는 자))는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 분할지급 또는 일시지급 방법으로 변경할 수 있습니다.

②회사는 제 1 항에 의하여 일시금을 분할하여 지급하는 경우에는 그 미지급금액에 대하여 보험개발원이 공시하는 정기에금이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급하며, 분할지급 금액을 일시금으로 지급하는 경우에는 보험개발원이 공시하는 정기에금이율로 할인한 금액을 지급합니다.

제 31 조(계약내용의 교환) 회사는 계약의 체결 및 관리 등을 위한 판단자료로서 활용하기 위하여 다음 각 호의 사항을 계약자 및 피보험자(보험대상자)의 동의를 받아 다른 회사(보험관련 업무를 위탁받은 자를 포함합니다) 및 보험관련 단체 등에게 제공할 수 있으며, 이 경우 회사는 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제 16 조(수집·조사 및 처리의 제한) 제 2 항, 제 32 조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의) 및 동법 시행령 제 28 조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의)의 규정을 따릅니다.

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

제 6 장 분쟁조정 등

제 32 조(분쟁의 조정) 계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁 당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있습니다.

제 33 조(관할법원) 이 계약에 관한 소송 및 민사조정은 계약자의 주소지를 관할하는 법원으로 합니다. 다만, 회사와 계약자가 합의하여 관할법원을 달리 정할 수 있습니다.

제 34 조(약관의 해석) ①회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하여야 하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 아니합니다.

②회사는 약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

③회사는 보험금을 지급하지 아니하는 사유 등 계약자나 피보험자(보험대상자)에게 불리하거나 부담을 주는 내용은 확대하여 해석하지 아니합니다.

제 35 조(회사가 제작한 보험안내장의 효력) 보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사 제작의 보험안내장(계약의 청약을 권유하기 위하여 만든 서류 등을 말합니다)의 내용이 약관의 규정과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제 36 조(회사의 손해배상책임) ①회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 및 대리점의 책임있는 사유로 인하여 계약자, 피보험자(보험대상자) 및 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 발생한 손해에 대하여 관계 법률 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.

②회사는 보험금 지급 거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 소를 제기하여 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 손해를 가한 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.

③회사가 보험금 지급여부 및 지급금액에 관하여 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)의 곤궁, 경술 또는 무경험을 이용하여 현저하게 공정을 잃은 합의를 한 경우에도 회사는 제 2 항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

제 37 조(회사의 파산선고와 해지) ①회사가 파산의 선고를 받은 때에는 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.

②제 1 항의 규정에 의하여 해지하지 아니한 계약은 파산선고 후 3 월을 경과한 때에는 그 효력을 잃습니다.

③제 1 항의 규정에 의하여 계약이 해지되거나 제 2 항의 규정에 의하여 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제 17 조(보험료의 환급) 상 환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 38 조(예금보험기금에 의한 지급보장) 회사가 파산 등으로 인하여 보험금 등을 지급하지 못할 경우에는 예금자보호법에서 정하는 바에 따라 그 지급을 보장합니다.

제 39 조(준거법) 이 약관에서 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

II. 특별약관

1. 실손의료비 특별약관

이 특별약관은 해외여행 중에 피보험자(보험대상자)의 상해 또는 질병으로 인한 의료비를 보험회사가 보상하는 특별약관입니다.

제 1 장 일반사항

제 1 조(담보종목) 회사가 판매하는 해외여행 실손의료보험상품은 다음과 같이 상해의료비, 질병의료비, 종합(상해와 질병을 말합니다)의료비 등 3 가지 담보종목으로 구성되어 있으며, 계약자는 이들 3 개 담보종목 중 한 가지 이상을 선택하여 가입할 수 있습니다.

담보 종목	세부 구성 항목		보상하는 내용
상해 의료비	해외		피보험자(보험대상자)가 해외여행 중에 입은 상해로 인하여 해외의료기관 ^(주) 에서 의료비 발생시 보상
	국내	상해입원	피보험자(보험대상자)가 해외여행 중에 입은 상해로 인하여 병원에서 입원의료비 발생시 보상
		상해통원	피보험자(보험대상자)가 해외여행 중에 입은 상해로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에 보상
질병 의료비	해외		피보험자(보험대상자)가 해외여행 중에 질병으로 인하여 해외의료기관 ^(주) 에서 의료비 발생시 보상
	국내	질병입원	피보험자(보험대상자)가 해외여행 중에 질병으로 인하여 병원에서 입원의료비 발생시 보상
		질병통원	피보험자(보험대상자)가 해외여행 중에 질병으로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에 보상

종합 의료비	해외	피보험자(보험대상자)가 해외여행 중에 입은 상해 또는 질병으로 인하여 해외의료기관 ^(주) 에서 의료비 발생시 보상	
	국내	종합입원	피보험자(보험대상자)가 해외여행 중에 입은 상해 또는 질병으로 인하여 병원에서 입원의료비 발생시 보상
		종합통원	피보험자(보험대상자)가 해외여행 중에 입은 상해 또는 질병으로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에 보상

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

제 2 조(용어정의) 이 약관에서 사용하는 용어의 정의는 <붙임 1>과 같으며, 해당 용어는 이 약관에서 밑줄을 그어 표시합니다.

제 2 장 회사가 보상하는 사항

제 3 조(담보종목별 보장내용) 회사가 이 계약의 보험기간 중 담보종목별로 보상하는 내용은 다음과 같습니다.

담보 종목	세부구성항목	보상하는 사항
(1) 상해 의료비	해외	<p>①회사는 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 해외여행 중에 상해를 입고, 이로 인해 해외의료기관에서 의사(치료받는 국가의 법에서 정한 병원 및 의사의 자격을 가진 자에 한함)의 치료를 받은 때에는 보험가입금액을 한도로 피보험자(보험대상자)가 실제 부담한 의료비 전액을 보상하여 드립니다.</p> <p>②제 1 항에도 불구하고 척추지압술(Chiropractic, 추나요법 등)이나 침술(부항, 뜸 포함) 치료로 인한 의료비는 치료받는 국가의 법에서 정한 병원 및 의사의 자격을 가진 자에 의하여 치료를 받은 경우에 한하며, 하나의 상해에 대하여 US \$1,000 한도로 보상하여</p>

		<p>드립니다.</p> <p>③제 1 항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상을 포함합니다. 그러나 세균성 음식물 중독과 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 이에 포함되지 아니합니다.</p> <p>④해외여행 중에 피보험자(보험대상자)가 입은 상해로 인해 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에는 보험기간 종료일로부터 90 일까지(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상하여 드립니다.</p>
	국내	<p>①회사는 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 해외여행 중에 상해를 입고, 이로 인해 국내 의료기관·약국에서 치료를 받은 때에는 <붙임 2>에 따라 보상합니다. 다만, 보험기간이 1 년 미만인 경우에는 해외여행 중에 피보험자(보험대상자)가 입은 상해로 인해 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우 보험기간 종료일로부터 90 일(통원은 90 일 동안 외래는 45 회, 처방조제는 45 건)까지만(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상하여 드립니다.</p>
(2) 질병 의료비	해외	<p>①회사는 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 해외여행 중에 질병으로 인하여 해외의료기관에서 의사(치료받는 국가의 법에서 정한 병원 및 의사의 자격을 가진 자에 한함)의 치료를 받은 때에는 보험가입금액을 한도로 피보험자(보험대상자)가 실제 부담한 의료비 전액을 보상하여 드립니다.</p> <p>②제 1 항에도 불구하고 척추지압술(Chiropractic, 추나요법 등)이나 침술(부항, 뜸 포함) 치료로 인한 의료비는 치료받는 국가의 법에서 정한 병원 및 의사의 자격을 가진 자에 의하여 치료를 받은 경우에 한하며, 하나의 질병에 대하여 US \$1,000 한도로 보상하여 드립니다.</p> <p>③제 1 항의 질병은 계약 청약서 상 ‘계약전 알릴의무(중요한 사항에 한함)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서 상 당해</p>

(2) 질병 의료비		<p>질병의 고지대상 기간을 말함)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다.</p> <p>④해외여행 중에 피보험자(보험대상자)가 제 1 항의 질병으로 인해 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에는 보험기간 종료일로부터 90 일까지(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상하여 드립니다.</p>
	국내	<p>회사는 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 해외여행 중에 발생한 질병으로 인해 국내 의료기관. 약국에서 치료를 받은 때에는 <붙임 3>에 따라 보상합니다. 다만, 보험기간이 1 년 미만인 경우에는 해외여행 중에 질병(다만, 계약 청약서 상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한함)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서 상 당해 질병의 고지대상 기간을 말함)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다.)을 원인으로 하여 보험기간 만료후 30 일(보험기간 종료일은 제외합니다) 이내에 의사의 치료를 받기 시작했을 때에는 의사의 치료를 받기 시작한 날로부터 90 일(통원은 90 일 동안 외래는 45 회, 처방조제는 45 건)까지만(치료를 받기 시작한 날을 포함합니다) 보상합니다.</p>
(3) 종합 의료비	해외	<p>①상해에 대하여는 '상해의료비'를 적용</p> <p>②질병에 대하여는 '질병의료비'를 적용</p>
	국내	<p>①회사는 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 해외여행 중에 입은 상해 또는 질병으로 인해 국내 의료기관. 약국에서 치료를 받은 때에는 <붙임 4>에 따라 보상합니다. 다만, 보험기간이 1 년 미만인 경우에는 해외여행 중에 피보험자(보험대상자)가 입은 상해로 인해 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우 보험기간 종료일로부터 90 일(통원은 90 일 동안 외래는 45 회, 처방조제는 45 건)까지만(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상하여 드리며, 해외여행 중에 질병(다만, 계약 청약서 상 '계약전 알릴의무(중요한 사항에 한함)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서 상 당해 질병의 고지대상 기간을 말함)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다.)을 원인으로</p>

		하여 보험기간 만료후 30 일(보험기간 종료일은 제외합니다) 이내에 의사의 치료를 받기 시작했을 때에는 의사의 치료를 받기 시작한 날로부터 90 일(통원은 90 일 동안 외래는 45 회, 처방조제는 45 건)까지만(치료를 받기 시작한 날을 포함합니다) 보상합니다.
--	--	---

제 3 장 회사가 보상하지 않는 사항

제 4 조(보상하지 않는 사항) 회사가 보상하지 않는 사항은 다음과 같습니다.

담보 종목	세부 구성항목	보상하지 않는 사항
(1) 상해 의료비	해외	<p>①회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 의료비는 보상하여 드리지 아니합니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 수익자의 고의. 다만, 그 수익자가 보험금의 일부 수익자인 경우에는 그 수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자에게 지급하여 드립니다. 2. 계약자의 고의 3. 피보험자(보험대상자)의 고의. 다만, 피보험자(보험대상자)가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상하여 드립니다. 4. 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 치료한 경우. 그러나 회사가 보상하는 상해로 인한 경우에는 보상하여 드립니다. 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동 6. 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 입원 또는 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에 회사는 그로 인하여 악화된 부분에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다. <p>②회사는 다른 약정이 없으면 피보험자(보험대상자)가 직업, 직무 또는 동호회</p>

<p>(1) 상해 의료비 해외</p>	<p>활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 생긴 상해에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩 2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 보상하여 드립니다) 3. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승 <p>③회사는 아래의 의료비에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 건강검진, 예방접종, 인공유산. 다만, 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상하여 드립니다. 2. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 비용 등에 소요된 비용. 다만, 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상하여 드립니다. 3. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용(다만, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 제외합니다) 4. 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비 <ol style="list-style-type: none"> 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등 나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술 다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술 5. 진료와 무관한 제비용(TV 시청료, 전화료, 제증명료 등), 의사의 임상적
----------------------------------	---

		소견과 관련이 없는 검사비용
	국내	①<붙임 5>에 따라 적용합니다.
(2) 질병 의료비	해외	<p>①회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 의료비는 보상하여 드리지 아니합니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 수익자의 고의. 다만, 그 수익자가 보험금의 일부 수익자인 경우에는 그 수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자에게 지급합니다. 2. 계약자의 고의 3. 피보험자(보험대상자)의 고의. 다만, 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상하여 드립니다. 4. 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 입원 또는 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에 회사는 그로 인하여 악화된 부분에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다. <p>②회사는 제 5 차 한국표준질병사인분류에 있어서 아래의 의료비에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 정신과질환 및 행동장애(F04 ~ F99) 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96 ~ N98) 3. 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 치료한 경우(O00 ~ O99) 4. 선천성 뇌질환(Q00 ~ Q04) 5. 비만(E66) 6. 비뇨기계 장애(N39, R32) 7. 직장 또는 항문질환 중 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 부분(I84, K60 ~ K62) <p>③회사는 아래의 의료비에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.</p> <p>1. 치아보철, 보존, 금관, 틀니, 의치 및 임플란트로 인한 의료비</p>

<p>(2) 질병 의료비</p>	<p>해외</p>	<p>2. 건강검진, 예방접종, 인공유산. 다만, 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상하여 드립니다.</p> <p>3. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 비용 등에 소요된 비용. 다만, 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상하여 드립니다.</p> <p>4. 아래에 열거된 치료로 인하여 발생한 의료비</p> <p>가. 단순한 피로 또는 권태</p> <p>나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점(모반), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환</p> <p>다. 발기부전(impotence). 불감증, 단순 코골음, 단순포경(phimosis)</p> <p>라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술</p> <p>5. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용(다만, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 제외합니다)</p> <p>6. 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비</p> <p>가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등</p> <p>나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술</p> <p>다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술</p> <p>라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술</p> <p>7. 진료와 무관한 제비용(TV 시청료, 전화료, 제증명료 등), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용</p> <p>8. 인간면역바이러스(HIV)감염으로 인한 치료비(다만, 의료법에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV 감염은 해당진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제외합니다)</p>
---------------------------	-----------	---

	국내	① <붙임 6>에 따라 적용합니다.
(3) 종합 의료비	해외	① 상해에 대하여는 ‘(1)상해의료비’를 적용 ② 질병에 대하여는 ‘(2)질병의료비’를 적용
	국내	① 상해에 대하여는 ‘(1)상해의료비’를 적용 ② 질병에 대하여는 ‘(2)질병의료비’를 적용

제 4 장 계약의 성립과 유지

제 5 조(계약의 성립) ①계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.

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

③회사는 계약의 청약을 받고, 보험료 전액 또는 제 1 회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 아니하는 계약은 청약일, 건강진단을 받는 계약(이하 “진단계약”이라 합니다)은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30 일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권(보험가입증서)을 드립니다. 그러나 30 일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.

④회사가 제 1 회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 ‘보험개발원이 공시하는 정기예금이율 + 1%’를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제 1 회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 아니합니다.

제 6 조(청약의 철회) ①계약자는 청약을 한 날부터 15 일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 진단계약, 단체(취급)계약 또는 보험기간이 1년 미만인 계약의 경우에는 청약을 철회할 수 없으며, 전화·우편·컴퓨터 등의 통신매체를 통한 보험계약(이하 “통신판매 계약”이라 합니다.)의 경우(보험기간이 1년 이상인 계약에 한함)에는 청약을 한 날부터 30 일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.

②계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날로부터 3 일 이내에 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 ‘보험개발원이 공시하는 정기에금이용’을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제 1 회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에 회사는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

③청약을 철회할 당시에 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알고 있는 경우를 제외하고 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.

제 7 조(계약내용의 변경 등) ①계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

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

②회사는 계약자가 제 1 회 보험료를 납입한 때부터 1 년 이상 경과된 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청할 때에는 회사의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.

③회사는 계약자가 제 1 항 제 4 호의 규정에 의하여 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 계약이 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 경우에는 제 29 조(보험료의 환급)에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

④계약자는 수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙을 요하지 않습니다. 다만, 계약자가 수익자를 변경하는 경우 회사에 통지하지 아니하면 변경후 수익자는 그 권리로써 회사에 대항하지 못합니다.

⑤계약자가 제 4 항의 규정에 의하여 수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자(보험대상자)의 서면에 의한 동의가 있어야 합니다.

제 8 조(보험나이 등) ①이 약관에서의 피보험자(보험대상자)의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다.

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

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

제 9 조(계약의 무효) 계약체결시 계약에서 정한 피보험자(보험대상자)의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 그러나 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 그러하지 아니합니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험개발원이 공시하는 정기에금이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제 10 조(계약의 소멸) 피보험자(보험대상자)의 사망으로 인하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력을 가지지 아니합니다.

제 11 조(계약자의 임의해지) ①계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 경우에는 제 29 조(보험료의 환급)에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

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

제 5 장 보험료의 납입 등

제 12 조(제 1 회 보험료 및 회사의 보장개시) ①회사는 계약의 청약을 승낙하고 제 1 회 보험료를 받은 때(자동이체납입 및 신용카드납입의 경우에는 자동이체신청 및 신용카드매출 승인에 필요한 정보를 제공한 때. 다만, 계약자의 귀책 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 제 1 회 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다)부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 그러나 회사가 청약시에 제 1 회 보험료를 받고 청약을 승낙한 경우에는 제 1 회 보험료를 받은 때(이 약관에서 제 1 회 보험료를 받은 날을 “보장개시일(또는 책임개시일)”이라 하며 보장개시일을 계약일로 봅니다)부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

②회사가 청약시에 제 1 회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 제 1 회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다. 다만, 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.

1. 제 19 조(계약 전 알릴 의무)의 규정에 의하여 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 회사에 알린 내용 또는 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우

2. 제 21 조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우

3. 진단계약에서 보험금 지급사유 발생시까지 진단을 받지 아니한 경우

③계약이 갱신되는 경우에는 제 1 항 및 제 2 항에 의한 보장은 기존 계약에 의한 보장이 종료하는 때부터 적용합니다.

제 13 조(제 2 회 이후 보험료의 납입) 계약자는 제 2 회 이후의 보험료를 계약 체결시 납입하기로 약속한 날(이하 “납입기일”이라 합니다)까지 납입하여야 하며, 회사는 계약자가 보험료를 납입한 경우에는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융회사(우체국을 포함합니다.)를 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사 발행 증빙서류를 영수증으로 대신합니다.

제 14 조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지) ①계약자가 제 2 회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 아니하여 보험료 납입이 연체중인 경우에 회사는 14 일(보험기간이 1 년 미만인 경우에는 7 일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고기간의 말일이 토요일 또는 공휴일에 해당한 때에는 기간은

그 다음의 최초의 평일에 만료합니다)으로 정하여 계약자(타인을 위한 계약의 경우 특정된 수익자 포함)에게 납입최고(독촉)기간안에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용과 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 아니할 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날에 계약이 해지된다는 내용을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 계약이 해지되기 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

②회사가 제 1 항에 의한 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자의 서면에 의한 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 당해 전자문서에 대하여 수신확인을 하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 아니한 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 아니한 것으로 확인되는 경우에는 제 1 항의 납입최고(독촉)기간을 설정하여 제 1 항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

③제 1 항에 따라 계약이 해지된 경우에는 이로 인하여 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 경우에는 제 29 조(보험료의 환급)에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제 15 조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)) ①제 14 조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 계약자가 제 29 조(보험료의 환급)에 따른 환급금을 받지 아니한 경우 계약자는 해지된 날부터 2 년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 회사가 그 청약을 승낙한 때에는 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 보험개발원이 공시하는 정기예금이율 + 1% 범위내에서 각 상품별로 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다.

②제 1 항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제 5 조(계약의 성립), 제 12 조(제 1 회 보험료 및 회사의 보장개시), 제 19 조(계약 전 알릴의무) 및 제 21 조(알릴 의무 위반의 효과)의 규정을 준용합니다.

제 16 조(강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복)) ①타인을 위한 계약의 경우 제 29 조(보험료의 환급)에 따른 계약자의 해지환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 의해 계약이 해지된 경우에는, 회사는 해지 당시의 수익자가 계약자의 동의를 얻어 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을

회사에게 지급하고 제 7 조(계약내용의 변경 등) 제 1 항의 절차에 따라 계약자 명의를 수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 수익자에게 통지하여야 합니다.

②회사는 제 1 항에 의한 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙하며, 계약은 청약한 때부터 특별부활(효력회복) 됩니다.

③회사는 제 1 항의 통지를 지정된 수익자에게 하여야 합니다. 다만, 회사는 법정상속인이 수익자로 지정된 경우에는 제 1 항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.

④회사는 제 1 항의 통지를 계약이 해지된 날로부터 7 일 이내에 하여야 합니다. 다만, 회사의 통지가 7 일을 경과하여 도달하고 이후 수익자가 제 1 항에 의한 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복)을 청약한 경우에는 계약이 해지된 날부터 7 일이 되는 날에 특별부활(효력회복) 됩니다.

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

제 6 장 다수보험의 처리 등

제 17 조(다수보험의 처리) ①다수보험의 경우 각 계약의 보상대상의료비 및 보상책임액에 따라 제 3 항에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.

②비례분담하여 지급된 각 계약의 보상책임액 합계액은 각 계약의 보장대상의료비 중 최고액을 보상최고한도로 합니다.

③각 계약의 보상책임액 합계액이 각 계약의 보상대상의료비 중 최고액을 초과한 다수보험은 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 다수보험 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다. 이 경우 입원, 외래, 처방조제를 각각 구분하여 계산합니다.

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

제 18 조(연대책임) ①2009 년 10 월 1 일 이후에 신규로 체결된 수익자가 동일한 다수보험의 경우 수익자는 보험금 전부 또는 일부의 지급을 다수계약이 체결되어 있는 회사 중 한 회사에 청구할 수 있고 청구를 받은 회사는 해당 보험금을 이 계약의 보험가입금액 한도내에서 지급합니다.

②제 1 항에 의하여 보험금을 지급한 회사는 수익자가 다른 회사에 대하여 가지는 해당 보험금청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 수익자가 다른 회사에 청구할 수 있는 보험금의 일부인 경우에는 해당 수익자의 청구권을 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 취득합니다.

제 7 장 계약 전 알릴의무 등

제 19 조(계약 전 알릴 의무) 계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 청약시(진단계약의 경우에는 건강진단시를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 “계약 전 알릴의무”라 하며, 상법상 “고지의무”와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약의 경우 의료기관에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제 20 조(상해보험계약 후 알릴 의무) ①계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 보험기간 중에 피보험자(보험대상자)가 그 직업 또는 직무를 변경(자가용 운전자가 영업용 운전자로 직업 또는 직무를 변경하는 등의 경우를 포함합니다)하거나 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 계속적으로 사용하게 된 경우에는 지체없이 회사에 알려야 합니다.

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

③제 1 항의 통지에 따라 보험료를 더 내야 할 경우 회사의 청구에 대해 계약자가 그 납입을 게을리 했을 때, 회사는 직업 또는 직무가 변경되기 전에 적용된 보험료율(이하 “변경전 요율”이라 합니다)의 직업 또는 직무가 변경된 후에 적용해야 할 보험료율(이하 “변경후 요율”이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 변경된 직업 또는 직무와 관계없는 사고로 발생한 상해에 관해서는 그러하지 아니합니다.

④계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 고의 또는 중과실로 직업 또는 직무의 변경사실을 회사에 알리지 아니하였을 경우 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 동 사실을 안 날로부터 1 개월 이내에 계약자 또는 피보험자(보험대상자)에게 제 3 항에 의해 보상됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

제 21 조(알릴 의무 위반의 효과) ①회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 보험금 지급사유의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1 개월 이내에 이 계약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 이들의 대리인이 고의 또는 중대한 과실로 제 19 조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우.

2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제 20 조(상해보험계약 후 알릴 의무)제 1 항에서 정한 계약후 알릴 의무를 이행하지 아니하였을 때

②제 1 항제 1 호의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.

1. 회사가 계약당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때

2. 회사가 그 사실을 안 날로부터 1 개월 이상 지났거나 또는 제 1 회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2 년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1 년)이 지났을 때

3. 계약체결일부터 3 년이 지났을 때

4. 회사가 이 계약의 청약시 피보험자(보험대상자)의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 의하여 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 제외)

5. 보험설계사 등이 계약자 또는 피보험자(보험대상자)에게 고지할 기회를 부여하지 아니하였거나 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 계약자 또는 피보험자(보험대상자)에 대해 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때. 다만, 보험설계사 등의 행위가 없었다 하더라도 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 그러하지 아니합니다.

③제 1 항에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 전에 이루어진 경우, 이로 인하여 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 경우에는 제 29 조(보험료의 환급)에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

④제 1 항제 1 호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 드리지 아니하며, 계약전 알릴 의무 위반사실뿐만 아니라 계약전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면으로 알려 드립니다. 또한 이 경우 계약 해지로 인하여 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 경우에는 제 29 조(보험료의 환급)에 따라 이를 계약자에게 지급합니다. 또한, 제 1 항 제 2 호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 그 손해를 제 20 조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제 3 항 또는 제 4 항에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

⑤제 1 항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미치지 아니하였음을 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 수익자가 증명한 경우에는 제 4 항에 관계없이 보장하여 드립니다.

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

제 22 조(중대사유로 인한 해지) ①회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 안 날로부터 1 개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 수익자가 회사에게 보험금(보험료 납입면제를 포함합니다)을 지급하게 할 목적으로 고의로 상해 또는 질병을 발생시킨 경우

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

②회사가 제 1 항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고, 해지시 회사가 환급하여야 할 보험료가 있을 경우에는 제 29 조(보험료의 환급)에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

제 23 조(사기에 의한 계약) 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 대리진단, 약물복용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는

인간면역바이러스(HIV) 감염의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 계약체결일부터 5년 이내(사기사실을 안 날로부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제 8 장 보험금 지급의 절차 등

제 24 조(주소변경통지) ①계약자 또는 수익자(타인을 위한 보험계약에 해당합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.

②제 1 항에서 정한대로 계약자가 알리지 아니한 경우에는 계약자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 방법에 의해 계약자에게 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자에게 도달된 것으로 봅니다.

제 25 조(대표자의 지정) ①계약자 또는 수익자가 2인 이상인 경우에는 각 대표자 1인을 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 수익자를 대리하는 것으로 합니다.

②지정된 계약자 또는 수익자의 소재가 확실하지 아니한 경우 또는 회사의 요구에도 불구하고 대표자를 선정하지 아니하거나 선정할 수 없는 경우에는 이 계약에 관하여 회사가 계약자 또는 수익자 1인에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 수익자에 대하여도 효력이 미칩니다.

③계약자가 2인 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

제 26 조(보험금 지급사유의 통지) 계약자 또는 피보험자(보험대상자)나 수익자는 보험금 지급사유가 생긴 것을 안 때에는 지체없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

제 27 조(보험금 등 청구시 구비서류) 수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 및 제 29 조(보험료의 환급)에 따른 환급금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서 (회사 양식)
2. 사고증명서 (진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)

3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서를 포함합니다)

4. 기타 수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

제 28 조(보험금의 지급) ①회사는 제 27 조(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날로부터 3 영업일 이내에 보험금을 지급하여 드립니다.

②회사가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제 1 항의 지급기일 초과가 명백히 예상되는 경우에는 구체적 사유, 지급예정일을 피보험자(보험대상자) 또는 수익자에게 통지하여 드립니다.

③회사는 제 1 항의 규정에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 아니하였을 때에는 그 다음날로부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험개발원이 공시하는 정기에금이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 드립니다. 그러나 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 수익자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 드리지 아니합니다.

④계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 수익자는 제 21 조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제 2 항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 아니합니다.

제 29 조(보험료의 환급) ①이 계약이 소멸된 때에는 다음과 같이 보험료를 돌려 드립니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 수익자의 책임없는 사유에 의하는 경우 : 무효의 경우에는 회사에 납입한 보험료의 전액, 해지의 경우에는 경과하지 아니한 기간에 대하여 일단위로 계산한 보험료

2. 계약자, 피보험자 또는 수익자의 책임있는 사유에 의하는 경우 : 이미 경과한 기간에 대하여 단기요율(1 년미만의 기간에 적용되는 요율)로 계산한 보험료를 뺀 잔액. 다만, 계약자, 피보험자 또는 수익자의 고의 또는 중대한 과실로 무효가 된 때에는 보험료를 돌려드리지 아니합니다.

②보험기간이 1 년을 초과하는 계약이 무효인 경우에는 무효의 원인이 생긴 날 또는 해지일이 속하는 보험년도의 보험료는 제 1 항의 규정을 적용하고 그 이후의 보험년도에 속하는 보험료는 전액을 돌려드립니다.

제 30 조(보험금 받는 방법의 변경) ①계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 분할지급 또는 일시지급 방법으로 변경할 수 있습니다.

②회사는 제 1 항에 의하여 일시금을 분할하여 지급하는 경우에는 그 미지급금액에 대하여 보험개발원이 공시하는 정기에금이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급하며, 분할지급 금액을 일시금으로 지급하는 경우에는 보험개발원이 공시하는 정기에금이율로 할인한 금액을 지급합니다.

제 31 조(계약내용의 교환) 회사는 계약의 체결 및 관리 등을 위한 판단자료로서 활용하기 위하여 다음 각 호의 사항을 계약자 및 피보험자(보험대상자)의 동의를 받아 다른 회사(보험관련 업무를 위탁받은 자를 포함합니다) 및 보험관련 단체 등에게 제공할 수 있으며, 이 경우 회사는 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제 16 조(수집·조사 및 처리의 제한) 제 2 항, 제 32 조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의) 및 동법 시행령 제 28 조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의)의 규정을 따릅니다.

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

제 9 장 분쟁조정 등

제 32 조(약관교부 및 설명의무 등) ①회사는 계약자가 청약한 경우 계약자에게 약관 및 계약자 보관용 청약서(청약서 부분)를 드리고 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다. 다만, 통신판매 계약의 경우에는 회사는 계약자의 동의를 얻어 다음 중 한 가지 방법으로 할 수 있습니다.

1. 광기록매체 또는 전자우편 등의 전자적 방법으로 약관이나 계약자 보관용 청약서(청약서 부분)를 송부하는 방법. 이 경우 계약자 또는 그 대리인이 이를 수신한 때에 당해 약관이나 계약자 보관용 청약서(청약서 부분)를 드린 것으로 봅니다.

2. 사이버몰(컴퓨터를 이용하여 보험거래를 할 수 있도록 설정된 가상의 영업장)에서 약관 및 그 설명문(약관의 중요한 내용을 알 수 있도록 설명한 문서)을 읽거나 내려받게 하는 방법. 이 경우 계약자가 이를 읽거나 내려받은 것을 확인한 때에 당해 약관을 드리고 그 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

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

②회사가 제 1 항에 의해 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서(청약서 부분)를 청약 시 계약자에게 전달하지 아니하거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 아니한 때 또는 계약체결시 계약자가 청약서에 자필서명(날인(도장을 찍음) 또는 전자서명법 제 2 조 제 10 호의 규정에 의한 공인인증기관이 인증한 전자서명을 포함합니다)을 하지 아니한 때에는 계약자는 청약일부터 3 개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다. 다만, 단체(취급)계약의 경우에는 계약체결일부터 1 개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

③제 2 항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각 호의 1 을 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제 1 항에 의한 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서(청약서 부분)를 전달한 것으로 봅니다.

1. 계약자, 피보험자(보험대상자) 및 수익자가 동일한 계약의 경우

2. 계약자, 피보험자(보험대상자)가 동일하고 수익자가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우

④제 2 항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험개발원이 공시하는 정기예금이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

⑤회사는 관계 법규에 따라 피보험자(보험대상자)가 될 자가 다른 실손 의료보험계약을 체결하고 있는지 여부를 확인하고, 그 결과 피보험자(보험대상자)가 될

자가 다른 실손 의료보험계약의 피보험자(보험대상자)로 되어 있는 경우에는 보상방식 등을 설명하여 드립니다.

제 33 조(소멸시효) 보험금 청구권, 보험료 또는 환급금 반환청구권 및 배당금 청구권은 2년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성됩니다.

제 34 조(분쟁의 조정) 계약에 관하여 분쟁이 있는 경우에는 분쟁당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있습니다.

제 35 조(관할법원) 이 계약에 관한 소송 및 민사조정은 계약자의 주소지를 관할하는 법원으로 합니다. 다만, 회사와 계약자가 합의하여 관할법원을 달리 정할 수 있습니다.

제 36 조(약관의 해석) ①회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하여야 하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 아니합니다.

②회사는 약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.

③회사는 보상하지 않는 사항 등 계약자나 피보험자(보험대상자)에게 불리하거나 부담을 주는 내용은 확대하여 해석하지 아니합니다.

제 37 조(회사가 제작한 보험안내장의 효력) 보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사 제작의 보험안내장(계약의 청약을 권유하기 위하여 만든 서류 등을 말합니다)의 내용이 약관의 규정과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제 38 조(회사의 손해배상책임) ①회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험 설계사 및 대리점의 책임있는 사유로 인하여 계약자, 피보험자(보험대상자) 및 수익자에게 발생한 손해에 대하여는 보험업법 등 관계 법률 등에서 정한 바에 따라 손해배상의 책임을 집니다.

②회사는 보험금 지급 거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 소를 제기하여 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 수익자에게 손해를 가한 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.

③회사가 보험금 지급여부 및 지급금액에 관하여 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 수익자의 곤궁, 경솔 또는 무경험을 이용하여 현저하게 공정을 잃은 합의를 한 경우에도 회사는 제 2 항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

제 39 조(회사의 파산선고와 해지) ①회사가 파산의 선고를 받은 때에는 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.

②제 1 항의 규정에 의하여 해지하지 아니한 계약은 파산선고 후 3 월을 경과한 때에는 그 효력을 잃습니다.

③제 1 항의 규정에 의하여 계약이 해지되거나 제 2 항의 규정에 의하여 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 제 29 조(보험료의 환급) 상 환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 40 조(예금보험기금에 의한 지급보장) 회사가 파산 등으로 인하여 보험금 등을 지급하지 못할 경우에는 예금자보호법에서 정하는 바에 따라 그 지급을 보장합니다.

제 41 조(준거법) 이 약관에서 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

<붙임 1>용어의 정의

용 어	정 의
계약	보험계약
계약자	보험회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입하는 사람
피보험자(보험대상자)	보험금지급사유 또는 보험사고 발생의 대상(객체)이 되는 사람
수익자	보험금을 수령하는 사람
보험기간	계약에서 정한 대상이 되는 위험이 보장되는 기간
회사	보험회사
해외여행 중	피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 여행을 목적으로 주거지를 출발하여 여행을 마치고 주거지에 도착할 때까지의 기간
상해	보험기간 중 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고

상해보험계약	상해를 보장하는 계약
의사	의료법 제 2 조(의료인)에서 정한 의사, 한의사 및 치과의사의 자격을 가진 사람
약사	약사법 제 2 조(정의)에서 정한 약사 및 한약사의 자격을 가진 사람
의료기관	의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에서 정하는 의료기관이며 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원및조산원으로 구분됨(해외의료기관은 제외)
약국	약사법 제 2 조 제 3 항 규정에 의한 장소로서, 약사가 수여할 목적으로 의약품 조제업무를 하는 장소를 말하며, 의료기관의 조제실은 제외
병원	국민건강보험법 제 40 조(요양기관)에서 정하는 국내의 병원 또는 의원(조산원은 제외)
입원	의사가 보험대상자의 질병 또는 상해로 인하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 병원, 의료기관 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관에 입실하여 의사의 관리를 받으며 치료에 전념하는 것
입원의 정의 중 이와 동등하다고 인정되는 의료기관	보건소, 보건의료원 및 보건지소 등 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에서 정한 의료기관에 준하는 의료기관으로서 군의무대, 치매요양원, 노인요양원 등에 속해 있는 요양원, 요양시설, 복지시설 등과 같이 의료기관이 아닌 곳은 이에 해당되지 않음
기준병실	병원에서 국민건강보험 환자의 입원시 적용하는 기준이 되는 병실
입원실료	입원치료 중 발생한 기준병실 사용료, 환자관리료, 식대 등을 말함
입원제비용	입원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 재료대, 캐스트료, 지정진료비 등을 말함
입원수술비	입원치료 중 발생한 수술료, 마취료, 수술재료비 등을 말함
입원의료비	입원실료, 입원제비용, 입원수술비, 상급병실료 차액으로 구성됨
통원	의사가 피보험자(보험대상자)의 질병 또는 상해로 인하여 치료가

	필요하다고 인정하는 경우로서, 병원에 입원하지 않고 병원을 방문하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것
처방조제	의사 및 약사가 피보험자(보험대상자)의 질병 또는 상해로 인하여 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서, 통원으로 인하여 발행된 의사의 처방전으로 약국의 약사가 조제하는 것을 말함(국민건강보험법 제 40 조 제 1 항 제 3 호에 의한 한국희귀의약품센터에서의 처방조제 및 의약분업예외지역에서 약사의 직접조제 포함)
외래제비용	통원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 재료대, 캐스트료, 지정진료비 등을 말함
외래수술비	통원치료 중 발생한 수술료, 마취료, 수술재료비 등을 말함
처방조제비	병원 의사의 처방전에 따라 조제되는 약국의 처방조제비 및 약사의 직접조제비를 말함
통원의료비	외래제비용, 외래수술비, 처방조제비로 구성됨
요양급여	국민건강보험법 제 39 조(요양급여)에 의한 가입자 및 피부양자의 질병·부상 등에 대한 다음 각호의 요양급여를 말함 1. 진찰·검사 2. 약제·치료재료의 지급 3. 처치·수술 기타의 치료 4. 예방·재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송
의료급여	의료급여법 제 7 조(의료급여의 내용 등)에 의한 가입자 및 피부양자의 질병·부상 등에 대한 다음 각호의 의료급여를 말함 1. 진찰·검사 2. 약제·치료재료의 지급 3. 처치·수술 기타의 치료 4. 예방·재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송과 그 밖의 의료목적의 달성을 위한 조치
국민건강보험법상 본인부담금 상한제	국민건강보험법 상 요양급여 중 연간 본인부담금 총액이 국민건강보험법시행령 별표 3 에서 정하는 금액을 넘는 경우에 그 초과한 금액을 공단에서 부담하고 있는 제도를 말하며, 국민건강보험 관련 법령의 변경에 따라 환급기준이 변경될 경우에는 회사는

	변경되는 기준에 따름
의료급여법상 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제	의료급여법 상 의료급여 중 본인부담금이 의료급여법 시행령 제 13 조(급여비용의 부담)에서 정하는 금액을 의료급여기금 등에서 부담하고 있는 제도를 말하며, 의료급여 관련 법령의 변경에 따라 환급기준이 변경될 경우에는 회사는 변경되는 기준에 따름
보상대상의료비	실제 부담액 - 보상제외금액
보상책임액	(실제 부담액 - 보상제외금액) × 회사부담비율
다수보험	실손 의료보험계약(우체국보험, 각종 공제, 상해·질병·간병보험 등 제 3 보험, 개인연금·퇴직보험 등 의료비를 실손으로 보상하는 보험·공제계약을 포함)이 동시에 또는 순차적으로 2 개 이상 체결되었고, 그 계약이 동일한 보험사고에 대하여 각 계약별 보상책임액이 있는 다수의 실손 의료보험계약을 말함

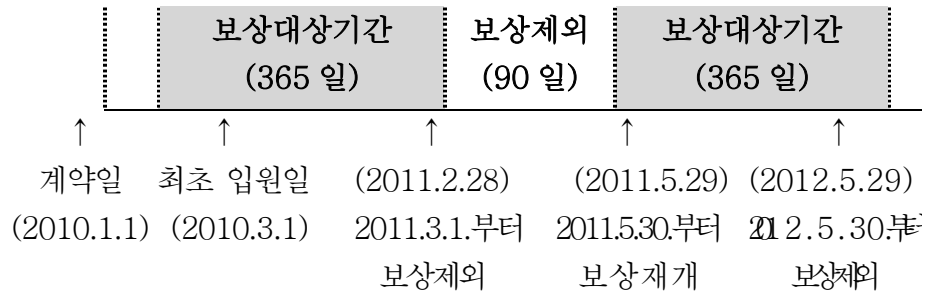
<붙임 2>국내 의료기관 의료비 중 보상하는 상해의료비

구분	보상하는 사항	
	① 회사는 피보험자(보험대상자)가 상해로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원의료비를 다음과 같이 하나의 상해당 보험가입금액(5,000 만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다)을 한도로 보상하여 드립니다.	
	구 분	보상금액
	입원실료, 입원제비용, 입원수술비	‘국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금’과 ‘비급여(상급병실료 차액 제외)’ 부분의 합계액 중 90% 해당액(다만, 10% 해당액이 계약일 또는 매년

상해입 원		계약해당일로부터 연간 200 만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다)
	상급병실료차액	입원시 실제 사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 중 50%를 공제한 후의 금액(다만, 1 일 평균금액 10 만원을 한도로 하며, 1 일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다)
상해입 원	<p>② 제 1 항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상을 포함합니다. 그러나 세균성 음식물 중독과 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 이에 포함되지 아니합니다.</p> <p>③ 피보험자(보험대상자)가 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용받지 못하는 경우(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 절차를 거치지 아니한 경우도 포함합니다)에는 입원의료비 중 본인이 실제로 부담한 금액의 40% 해당액을 하나의 상해당 보험가입금액(상해당 5,000 만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다)을 한도로 보상하여 드립니다.</p> <p>④ 회사는 하나의 상해(동일 상해로 2 회 이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 상해로 봅니다)로 인한 입원의료비를 최초 입원일로부터 365 일까지(최초 입원일을 포함합니다) 보상합니다. 다만, 동일한 상해로 인하여 최초 입원일로부터 365 일을 넘어 입원할 경우에는 아래의 예시와 같이 90 일간의 보상제외기간이 지나야 새로운 상해로</p>	

보아 다시 보상하여 드립니다.

<보상기간 예시>



- ⑤ 피보험자(보험대상자)가 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되더라도 그 계속 중인 입원에 대하여는 보험기간 종료일로부터 180 일까지(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상하여 드립니다. 다만, 이 경우 제 4 항은 적용하지 아니합니다.
- ⑥ 피보험자(보험대상자)가 병원의 직원복리후생제도에 의하여 납부할 의료비를 감면받은 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 입원의료비를 계산합니다.

① 회사는 피보험자(보험대상자)가 상해로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에는 통원의료비로서 매년 계약해당일로부터 1 년을 단위로 하여 다음과 같이 외래(외래제비용, 외래수술비) 및 처방조제비를 각각 보상하여 드립니다.

상해통 원	구분	보 상 한 도
	외래	방문 1 회당 ‘국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는

	의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금'과 '비급여' 부분의 합계액에서 <표 1 항목별 공제금액>을 차감하고 외래의 보험가입금액 ^{주)} 을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1 년간 방문 180 회 한도)		
처방 조제비	처방전 1 건당 '국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금'과 '비급여' 부분의 합계액에서 <표 1 항목별 공제금액>을 차감하고 처방조제비의 보험가입금액 ^{주)} 을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1 년간 처방전 180 건 한도)		
주) 외래 및 처방조제비는 회(건)당 합산하여 30 만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다.			
<표 1 항목별 공제금액>			
구 분	항 목	공제금액	
상해통 원	외래 (외래처방 및 외래수술비 합계)	의료법 제 3 조 제 2 항 제 1 호에 의한 의원, 치과의원, 한의원, 의료법 제 3 조 제 2 항 제 2 호에 의한 조산원, 지역보건법 제 7 조에 의한 보건소, 지역보건법 제 8 조에 의한 보건의료원, 지역보건법 제 10 조에 의한 보건지소, 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법 제 15 조에 의한 보건진료소	1 만원
		의료법 제 3 조 제 2 항 제 3 호에 의한 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	1 만 5 천원
		국민건강보험법 제 40 조 제 2 항에 의한 종합전문요양기관 또는 의료법 제 3 조의 4 에 의한 상급종합병원	2 만원
	처방 조제비	국민건강보험법 제 40 조 제 1 항 제 2 호에 의한 약국, 동법 제 40 조 제 1 항 제 3 호에 의한	8 천원

상해통원		한국회귀약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1 건당, 의약분업 예외지역에서 약사의 직접조제 1 건당)													
	<p>② 피보험자(보험대상자)가 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되더라도 그 계속 중인 통원 치료에 대하여는 보험기간 만료일로부터 180 일 이내에 외래는 방문 90 회, 처방조제비는 처방전 90 건을 한도로 보상하여 드립니다.</p> <p style="text-align: center;"><보상기간 예시></p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr style="background-color: #cccccc;"> <th style="width: 25%;">보상대상기간 (1년)</th> <th style="width: 25%;">보상대상기간 (1년)</th> <th style="width: 25%;">보상대상기간 (1년)</th> <th style="width: 25%;">추가보상 (180일)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>↑ 계약일 (2010.1.1)</td> <td>↑ 계약해당일 (2011.1.1)</td> <td>↑ 계약해당일 (2012.1.1)</td> <td>↑ 보험기간 종료일 (2012.12.31)</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>↑ 보상종료 (2013.6.29)</td> </tr> </tbody> </table>			보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	추가보상 (180일)	↑ 계약일 (2010.1.1)	↑ 계약해당일 (2011.1.1)	↑ 계약해당일 (2012.1.1)	↑ 보험기간 종료일 (2012.12.31)				↑ 보상종료 (2013.6.29)
	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	추가보상 (180일)											
↑ 계약일 (2010.1.1)	↑ 계약해당일 (2011.1.1)	↑ 계약해당일 (2012.1.1)	↑ 보험기간 종료일 (2012.12.31)												
			↑ 보상종료 (2013.6.29)												
<p>③ 하나의 상해로 인해 하루에 같은 치료를 목적으로 의료기관에 2 회 이상 통원치료시(하나의 상해로 약국을 통한 2 회 이상의 처방조제를 포함합니다) 1 회의 외래 및 1 건의 처방으로 간주하여 제 1 항 및 제 2 항을 적용합니다.</p> <p>④ 제 1 항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상을 포함합니다. 그러나 세균성 음식물 중독과 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 이에 포함되지 않습니다.</p> <p>⑤ 피보험자(보험대상자)가 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용받지</p>															

	<p>못하는 경우(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 절차를 거치지 아니한 경우도 포함합니다)에는 통원의료비 중 본인이 실제로 부담한 금액에서 <표 1 항목별 공제금액>을 차감한 금액의 40% 해당액을 외래 및 처방조제비로 보험가입금액(외래 및 처방조제비는 회(건)당 합산하여 30 만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다)을 한도로 보상하여 드립니다.</p> <p>⑥ 피보험자(보험대상자)가 병원 또는 약국의 직원복리후생제도에 의하여 납부할 의료비를 감면받은 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 통원의료비를 계산합니다.</p>
--	---

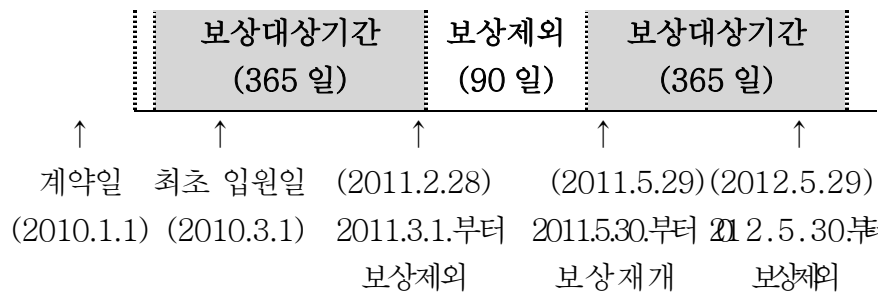
<붙임 3>국내 의료기관 의료비 중 보상하는 질병의료비

구분	보상하는 사항	
	<p>① 회사는 피보험자(보험대상자)가 질병으로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원의료비를 다음과 같이 하나의 질병당 보험가입금액(5,000 만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다)을 한도로 보상하여 드립니다.</p>	
	구분	보상금액
	입원실료, 입원제비용, 입원수술비	‘국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금’과 ‘비급여(상급병실료 차액 제외)’ 부분의 합계액 중

질병입 원		90% 해당액(다만, 10% 해당액이 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 연간 200 만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다)
	상급병실료차액	입원시 실제 사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 중 50%를 공제한 후의 금액(다만, 1 일 평균금액 10 만원을 한도로 하며, 1 일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다)
	<p>② 제 1 항의 질병에서 청약서 상 ‘계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다.</p> <p>③ 피보험자(보험대상자)가 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용받지 못하는 경우(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 절차를 거치지 아니한 경우도 포함합니다.)에는 입원의료비 중 본인이 실제로 부담한 금액의 40% 해당액을 하나의 질병당 보험가입금액(질병당 5,000 만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다)을 한도로 보상하여 드립니다.</p> <p>④ 회사는 동일한 질병 또는 하나의 질병(의학상 관련이 있다고 의사가 인정하는 질병은 동일한 질병으로 간주하며, 동일한 질병으로 2 회 이상 치료를 받는 경우에는 이를 하나의 질병으로 봅니다)으로 인한 입원의료비는 최초 입원일로부터</p>	

365 일(최초 입원일을 포함합니다)까지 보상하여 드립니다. 다만, 하나의 질병으로 인하여 최초 입원일로부터 365 일을 넘어 입원할 경우에는 아래의 예시와 같이 90 일간의 보상제외기간이 지나야 새로운 질병으로 인한 입원으로 보아 다시 보상하여 드립니다.

<보상기간 예시>



질병입
원

⑤ 피보험자(보험대상자)가 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되더라도 그 계속 중인 입원에 대하여는 보험기간 종료일로부터 180 일까지(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상하여 드립니다. 다만, 이 경우 제 4 항은 적용하지 아니합니다.

⑥ 피보험자(보험대상자)가 병원의 직원복리후생제도에 의하여 납부할 의료비를 감면받은 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 입원의료비를 계산합니다.

⑦ 동일한 질병이란 발생 원인이 동일한 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병을 포함합니다)을 말하며, 질병의 치료 중에 발생한 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되거나 의학상 관련이 없는 여러 종류의 질병을 갖고 있는 상태에서

<p>- - 질병입 원</p>	<p>입원한 때에는 동일한 질병으로 간주합니다.</p> <p>⑧ 제 2 항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5 년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5 년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5 년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보상하여 드립니다.</p> <p>⑨ 제 8 항의 ‘청약일 이후 5 년이 지나는 동안’이라 함은 이 약관 제 14 조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.</p> <p>⑩ 이 약관 제 15 조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제 8 항의 청약일로 하여 적용합니다.</p>				
	<p>① 회사는 피보험자(보험대상자)가 질병으로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에는 통원의료비로서 매년 계약해당일로부터 1 년을 단위로 하여 다음과 같이 외래(외래제비용, 외래수술비) 및 처방조제비를 각각 보상하여 드립니다.</p> <table border="1" data-bbox="347 1832 1409 2040"> <tr> <td data-bbox="347 1832 459 1906">구분</td> <td data-bbox="459 1832 1409 1906">보 상 한 도</td> </tr> <tr> <td data-bbox="347 1906 459 2040">외래</td> <td data-bbox="459 1906 1409 2040">방문 1 회당 ‘국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금’과 ‘비급여’</td> </tr> </table>	구분	보 상 한 도	외래	방문 1 회당 ‘국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금’과 ‘비급여’
구분	보 상 한 도				
외래	방문 1 회당 ‘국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금’과 ‘비급여’				

질병통 원		부분의 합계액에서 <표 1 항목별 공제금액>을 차감하고 외래의 보험가입금액 ^{주)} 을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 방문 180 회 한도)													
	처방 조제비	처방전 1 건당 ‘국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금’과 ‘비급여’ 부분의 합계액에서 <표 1 항목별 공제금액>을 차감하고 처방조제비의 보험가입금액 ^{주)} 을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 처방전 180 건 한도)													
	<p>주) 외래 및 처방조제비는 회(건)당 합산하여 30 만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다.</p> <p style="text-align: center;"><표 1 항목별 공제금액></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">구 분</th> <th style="width: 65%;">항 목</th> <th style="width: 20%;">공제금액</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">외래 (외래비용 및 외래수술비 합계)</td> <td>의료법 제 3 조 제 2 항 제 1 호에 의한 의원, 치과의원, 한의원, 의료법 제 3 조 제 2 항 제 2 호에 의한 조산원, 지역보건법 제 7 조에 의한 보건소, 지역보건법 제 8 조에 의한 보건의료원, 지역보건법 제 10 조에 의한 보건지소, 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법 제 15 조에 의한 보건진료소</td> <td style="text-align: center;">1 만원</td> </tr> <tr> <td>의료법 제 3 조 제 2 항 제 3 호에 의한 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원</td> <td style="text-align: center;">1 만 5 천원</td> </tr> <tr> <td>국민건강보험법 제 40 조 제 2 항에 의한 종합전문요양기관 또는 의료법 제 3 조의 4 에 의한 상급종합병원</td> <td style="text-align: center;">2 만원</td> </tr> <tr> <td>처방 조제비</td> <td>국민건강보험법 제 40 조 제 1 항 제 2 호에 의한 약국, 동법 제 40 조 제 1 항 제 3 호에 의한 한국회귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1 건당, 의약분업 예외지역에서 약사의 직접조제 1 건당)</td> <td style="text-align: center;">8 천원</td> </tr> </tbody> </table>		구 분	항 목	공제금액	외래 (외래비용 및 외래수술비 합계)	의료법 제 3 조 제 2 항 제 1 호에 의한 의원, 치과의원, 한의원, 의료법 제 3 조 제 2 항 제 2 호에 의한 조산원, 지역보건법 제 7 조에 의한 보건소, 지역보건법 제 8 조에 의한 보건의료원, 지역보건법 제 10 조에 의한 보건지소, 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법 제 15 조에 의한 보건진료소	1 만원	의료법 제 3 조 제 2 항 제 3 호에 의한 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	1 만 5 천원	국민건강보험법 제 40 조 제 2 항에 의한 종합전문요양기관 또는 의료법 제 3 조의 4 에 의한 상급종합병원	2 만원	처방 조제비	국민건강보험법 제 40 조 제 1 항 제 2 호에 의한 약국, 동법 제 40 조 제 1 항 제 3 호에 의한 한국회귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1 건당, 의약분업 예외지역에서 약사의 직접조제 1 건당)	8 천원
	구 분	항 목	공제금액												
외래 (외래비용 및 외래수술비 합계)	의료법 제 3 조 제 2 항 제 1 호에 의한 의원, 치과의원, 한의원, 의료법 제 3 조 제 2 항 제 2 호에 의한 조산원, 지역보건법 제 7 조에 의한 보건소, 지역보건법 제 8 조에 의한 보건의료원, 지역보건법 제 10 조에 의한 보건지소, 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법 제 15 조에 의한 보건진료소	1 만원													
	의료법 제 3 조 제 2 항 제 3 호에 의한 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	1 만 5 천원													
	국민건강보험법 제 40 조 제 2 항에 의한 종합전문요양기관 또는 의료법 제 3 조의 4 에 의한 상급종합병원	2 만원													
처방 조제비	국민건강보험법 제 40 조 제 1 항 제 2 호에 의한 약국, 동법 제 40 조 제 1 항 제 3 호에 의한 한국회귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1 건당, 의약분업 예외지역에서 약사의 직접조제 1 건당)	8 천원													

② 피보험자(보험대상자)가 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되더라도 그 계속 중인 통원 치료에 대하여는 보험기간 만료일로부터 180 일 이내에 외래는 방문 90 회, 처방조제비는 처방전 90 건을 한도로 보상하여 드립니다.

<보상기간 예시>

질병통 원	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	추가보상 (180일)	
	↑	↑	↑	↑	↑
	계약일 (2010.1.1)	계약해당일 (2011.1.1)	계약해당일 (2012.1.1)	보험기간 종료일 (2012.12.31)	보상종료 (2013.6.29.)

③ 하나의 질병으로 인해 하루에 같은 치료를 목적으로 의료기관에 2 회 이상 통원치료시(하나의 질병으로 약국을 통한 2 회 이상의 처방조제를 포함합니다) 1 회의 외래 및 1 건의 처방으로 간주하여 제 1 항 및 제 2 항을 적용합니다.

④ 제 1 항의 질병에서 청약서상 ‘계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다.

⑤ 피보험자(보험대상자)가 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용받지 못하는 경우(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 절차를 거치지 아니한 경우도 포함합니다)에는 통원의료비 중 본인이 실제로 부담한

질병통

<p>원</p>	<p>금액에서 <표 1 항목별 공제금액>을 차감한 금액의 40% 해당액을 외래 및 처방조제비로 보험가입금액(외래 및 처방조제비는 회(건)당 합산하여 30 만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다)을 한도로 보상하여 드립니다.</p> <p>⑥ 피보험자(보험대상자)가 병원 또는 약국의 직원복리후생제도에 의하여 납부할 의료비를 감면받은 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 통원의료비를 계산합니다.</p> <p>⑦ 제 4 항에도 불구하고 청약일 이전에 진단된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5 년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5 년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5 년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보상하여 드립니다.</p> <p>⑧ 제 7 항의 ‘청약일 이후 5 년이 지나는 동안’이라 함은 이 약관 제 14 조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.</p> <p>⑨ 이 약관 제 15 조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제 7 항의 청약일로 하여 적용합니다.</p>
----------	---

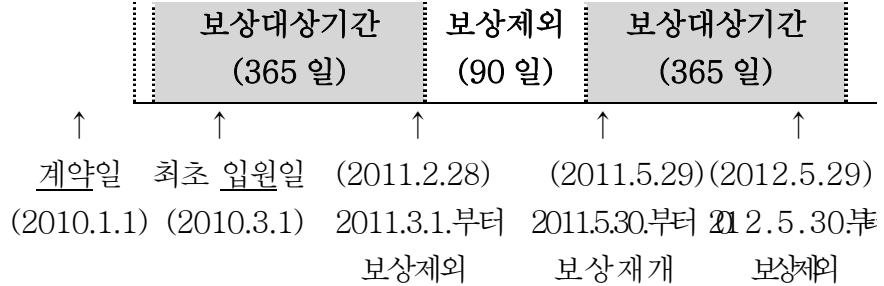
<붙임 4>국내 의료기관 의료비 중 보상하는 종합(상해.질병)의료비

구분	보상하는 사항	
-	① 회사는 피보험자(보험대상자)가 상해 또는 질병으로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원의료비를 다음과 같이 보험가입금액(상해당, 질병당 각각 5,000 만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다)을 한도로 보상하여 드립니다.	
-	구 분	보상금액
-	입원실료, 입원제비용, 입원수술비	‘국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금’과 ‘비급여(상급병실료 차액 제외)’ 부분의 합계액 중 90% 해당액(다만, 10% 해당액이 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 연간 200 만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다)
-	상급병실료차액	입원시 실제 사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 중 50%를 공제한 후의 금액(다만, 1 일 평균금액 10 만원을 한도로 하며, 1 일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다)
-	② 제 1 항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상을 포함합니다. 그러나 세균성 음식물 중독과 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 이에 포함되지 아니합니다.	

-	
-	
-	③ 제 1 항의 질병에서 청약서상 ‘계약 전 알릴의무(중요한 사항에
-	한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의
-	고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는
-	제외합니다.
-	
-	
-	④ 피보험자(보험대상자)가 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용받지
-	못하는 경우(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서
-	정한 의료급여 절차를 거치지 아니한 경우도 포함합니다)에는
-	입원의료비 중 본인이 실제로 부담한 금액의 40% 해당액을
-	보험가입금액(상해당, 질병당 각각 5,000 만원을 최고한도로
-	계약자가 정하는 금액으로 합니다)을 한도로 보상하여 드립니다.
-	
-	
-	⑤ 회사는 하나의 상해(동일 상해로 2 회 이상 치료를 받는 경우에도
-	이를 하나의 상해로 봅니다), 동일한 질병 또는 하나의 질병(의학상
-	관련이 있다고 의사가 인정하는 질병은 동일한 질병으로 간주하며,
-	동일한 질병으로 2 회 이상 치료를 받는 경우에는 이를 하나의
-	질병으로 봅니다)으로 인한 입원의료비를 최초 입원일로부터
-	365 일까지(최초 입원일을 포함합니다) 보상합니다. 다만, 최초
-	입원일로부터 365 일을 넘어 입원할 경우에는 아래의 예시와 같이
-	90 일간의 보상제외기간이 지나야 새로운 상해 또는 질병으로 보아
-	다시 보상하여 드립니다.
-	
-	

종합입
원

<보상기간 예시>



⑥ 피보험자(보험대상자)가 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되더라도 그 계속 중인 입원에 대하여는 보험기간 종료일로부터 180 일까지(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상하여 드립니다. 다만, 이 경우 제 5 항은 적용하지 아니합니다.

⑦ 피보험자(보험대상자)가 병원의 직원복리후생제도에 의하여 납부할 의료비를 감면받은 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 입원의료비를 계산합니다.

종합입
원

⑧ 동일한 질병이란 발생 원인이 동일한 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병을 포함합니다)을 말하며, 질병의 치료 중에 발생된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되거나 의학상 관련이 없는 여러 종류의 질병을 갖고 있는 상태에서 입원한 때에는 동일한 질병으로 간주합니다.

⑨ 제 3 항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5 년이 지나는 동안(계약이

	<p>자동갱신되어 5 년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5 년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보상하여 드립니다.</p> <p>⑩ 제 9 항의 ‘청약일 이후 5 년이 지나는 동안’이라 함은 이 약관 제 14 조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.</p> <p>□□ 이 약관 제 15 조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제 9 항의 청약일로 하여 적용합니다.</p>				
<p>종합통원</p>	<p>① 회사는 피보험자(보험대상자)가 상해 또는 질병으로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에는 통원의료비로서 매년 계약해당일로부터 1 년을 단위로 하여 다음과 같이 외래(외래제비용, 외래수술비) 및 처방조제비를 각각 보상하여 드립니다.</p> <table border="1" data-bbox="344 1648 1409 2018"> <thead> <tr> <th data-bbox="344 1648 456 1727">구분</th> <th data-bbox="456 1648 1409 1727">보 상 한 도</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="344 1727 456 2018">외래</td> <td data-bbox="456 1727 1409 2018">방문 1 회당 ‘국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금’과 ‘비급여’ 부분의 합계액에서 <표 1 항목별 공제금액>을 차감하고 외래의 보험가입금액^{주)}을 한도로 보상(매년</td> </tr> </tbody> </table>	구분	보 상 한 도	외래	방문 1 회당 ‘국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금’과 ‘비급여’ 부분의 합계액에서 <표 1 항목별 공제금액>을 차감하고 외래의 보험가입금액 ^{주)} 을 한도로 보상(매년
구분	보 상 한 도				
외래	방문 1 회당 ‘국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금’과 ‘비급여’ 부분의 합계액에서 <표 1 항목별 공제금액>을 차감하고 외래의 보험가입금액 ^{주)} 을 한도로 보상(매년				

		계약해당일로부터 1년간 방문 180 회 한도)
처방 조제비		처방전 1 건당 ‘국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금’과 ‘비급여’ 부분의 합계액에서 <표 1 항목별 공제금액>을 차감하고 처방조제비의 보험가입금액 ^{주)} 을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 처방전 180 건 한도)
주) 외래 및 처방조제비는 회(건)당 합산하여 30 만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다.		
<표1 항목별 공제금액>		
구 분	항 목	공제금액
외래 (외래비용및 외래수술비 합계)	의료법 제 3 조 제 2 항 제 1 호에 의한 의원, 치과의원, 한의원, 의료법 제 3 조 제 2 항 제 2 호에 의한 조산원, 지역보건법 제 7 조에 의한 보건소, 지역보건법 제 8 조에 의한 보건의료원, 지역보건법 제 10 조에 의한 보건지소, 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법 제 15 조에 의한 보건진료소	1 만원
	의료법 제 3 조 제 2 항 제 3 호에 의한 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	1 만 5 천원
	국민건강보험법 제 40 조 제 2 항에 의한 종합전문요양기관 또는 의료법 제 3 조의 4 에 의한 상급종합병원	2 만원
처방 조제비	국민건강보험법 제 40 조 제 1 항 제 2 호에 의한 약국, 동법 제 40 조 제 1 항 제 3 호에 의한 한국회귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1 건당, 의약분업 예외지역에서 약사의 직접조제 1 건당)	8 천원
종합통 원		

<p>종합통 원</p>	<p>② 제 1 항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상을 포함합니다. 그러나 세균성 음식물 중독과 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 이에 포함되지 아니합니다.</p> <p>③ 제 1 항의 질병에서 청약서상 ‘계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다.</p> <p>④ 피보험자(보험대상자)가 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용받지 못하는 경우(국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 절차를 거치지 아니한 경우도 포함합니다)에는 통원의료비 중 본인이 실제로 부담한 금액에서 <표 1 항목별 공제금액>을 차감한 금액의 40% 해당액을 외래 및 처방조제비로 보험가입금액(외래 및 처방조제비는 회(건)당 합산하여 30 만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다)을 한도로 보상하여 드립니다.</p> <p>⑤ 피보험자(보험대상자)가 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되더라도 그 계속 중인 통원 치료에 대하여는 보험기간 만료일로부터 180 일 이내에 외래는 방문 90 회, 처방조제비는 처방전 90 건을 한도로 보상하여 드립니다.</p> <p style="text-align: center;"><보상기간 예시></p>
------------------	--

보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	추가보상 (180일)
↑ 계약일 (2010.1.1)	↑ 계약해당일 (2011.1.1)	↑ 계약해당일 (2012.1.1)	↑ 보험기간 종료일 (2012.12.31)
			↑ 보상종료 (2013.6.29.)
<p>⑥ 하나의 상해 또는 하나의 질병으로 인해 하루에 같은 치료를 목적으로 의료기관에 2 회 이상 통일치료시(하나의 상해 또는 하나의 질병으로 약국을 통한 2 회 이상의 처방조제를 포함합니다) 1 회의 외래 및 1 건의 처방으로 간주하여 제 1 항 및 제 5 항을 적용합니다.</p> <p>⑦ 피보험자(보험대상자)가 병원 또는 약국의 직원복리후생제도에 의하여 납부할 의료비를 감면받은 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 통원의료비를 계산합니다.</p> <p>⑧ 제 3 항에도 불구하고 청약일 이전에 진단된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5 년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5 년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5 년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보상하여 드립니다.</p> <p>⑨ 제 8 항의 ‘청약일 이후 5 년이 지나는 동안’이라 함은 이 약관 제 14 조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를</p>			

	<p>말합니다.</p> <p>□□ 이 약관 제 15 조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제 8 항의 청약일로 하여 적용합니다.</p>
--	--

<붙임 5>국내 의료기관 의료비 중 보상하지 않는 상해의료비

구분	보상하지 않는 사항
상해입원	<p>① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 입원의료비는 보상하여 드리지 아니합니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 수익자의 고의. 다만, 그 수익자가 보험금의 일부 수익자인 경우에는 그 수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자에게 지급하여 드립니다. 2. 계약자의 고의 3. 피보험자(보험대상자)의 고의. 다만, 피보험자(보험대상자)가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상하여 드립니다. 4. 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원한 경우. 그러나 회사가 보상하는 상해로 인한 경우에는 보상하여 드립니다. 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동 6. 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에 회사는 그로 인하여 악화된 부분에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자(보험대상자)가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 생긴 상해에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 보상하여 드립니다)
3. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승

③ 회사는 아래의 입원의료비에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 치과치료, 한방치료에서 발생한 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 비급여 의료비
2. 국민건강보험법상 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 의해 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제)
3. 의료급여법상 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 의해 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한

상해입원	<p>금액(의료급여법상 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)</p> <p>4. 건강검진, 예방접종, 인공유산. 다만, 회사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상하여 드립니다.</p> <p>5. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 비용 등에 소요된 비용. 다만, 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상하여 드립니다.</p> <p>6. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용(다만, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 제외합니다)</p> <p>7. 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비</p> <p>가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등</p> <p>나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술</p> <p>다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술</p>
상해입원	<p>라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술</p> <p>8. 진료와 무관한 제비용(TV 시청료, 전화료, 제증명료 등), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용</p> <p>9. 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제 3 조(담보종목별 보장내용)에</p>

	<p>따라 보상하여 드립니다.</p> <p>10. 국민건강보험법 제 40 조의 요양기관이 아닌 해외 소재 의료기관에서 발생한 의료비</p>
상해통원	<p>① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 통원의료비는 보상하여 드리지 않습니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 수익자의 고의. 다만, 그 수익자가 보험금의 일부 수익자인 경우에는 그 수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자에게 지급하여 드립니다. 2. 계약자의 고의 3. 피보험자(보험대상자)의 고의. 다만, 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상하여 드립니다. 4. 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다),산후기로 통원한 경우. 그러나 회사가 보상하는 상해로 인한 경우에는 보상하여 드립니다. 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동 6. 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에 회사는 그로 인하여 악화된 부분에 대하여는 보상하여 드리지 않습니다. <p>② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자(보험대상자)가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 생긴 상해에 대하여는 보상하여 드리지 않습니다.</p>

<p>상해통원</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩 또는 이와 비슷한 위험한 활동 2. 모타보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 보상하여 드립니다) 3. 선박승무원, 어부, 사공, 그 밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승 <p>③ 회사는 아래의 통원의료비에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 치과치료. 한방치료에서 발생한 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 비급여 의료비 2. 국민건강보험법상 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 의해 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제) 3. 의료급여법상 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 의해 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(의료급여법상 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제) 4. 건강검진, 예방접종, 인공유산. 다만, 회사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상하여 드립니다. 5. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술,
-------------	--

상해통원	<p>보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 비용 등에 소요된 비용. 다만, 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상하여 드립니다.</p> <p>6. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용(다만, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 제외합니다)</p> <p>7. 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비</p> <p>가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등</p> <p>나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술</p> <p>다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술</p> <p>라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술</p> <p>8. 진료와 무관한 제비용(TV 시청료, 전화료, 제증명료 등), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용</p> <p>9. 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제 3 조(담보종목별 보장내용)에 따라 보상하여 드립니다.</p> <p>10. 국민건강보험법 제 40 조의 요양기관이 아닌 해외 소재 의료기관에서 발생한 의료비</p>
------	--

<붙임 6>국내 의료기관 의료비 중 보상하지 않는 질병의료비

구분	보상하지 않는 사항
질병입원 - - - - - -	<p>① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 입원의료비는 보상하여 드리지 아니합니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 수익자의 고의. 다만, 그 수익자가 보험금의 일부 수익자인 경우에는 그 수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자에게 지급합니다. 2. 계약자의 고의 3. 피보험자(보험대상자)의 고의. 다만, 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상하여 드립니다. 4. 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에 회사는 그로 인하여 악화된 부분에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.
	<p>② 회사는 제 5 차 한국표준질병사인분류에 있어서 아래의 입원의료비에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 정신과질환 및 행동장애(F04 ~ F99) 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96 ~ N98) 3. 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원한 경우(O00 ~ O99) 4. 선천성 뇌질환(Q00 ~ Q04) 5. 비만(E66) 6. 비뇨기계 장애(N39, R32)

<p>-</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>-</p>	<p>7. 직장 또는 항문질환 중 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 부분(I84, K60 ~ K62)</p> <p>③ 회사는 아래의 입원의료비에 대하여는 보상하여 드리지 않습니다.</p> <p>1. 치과치료 및 한방치료에서 발생한 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 비급여 의료비</p> <p>2. 국민건강보험법상 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 의해 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액 (본인부담금 상한제)</p> <p>3. 의료급여법상 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 의해 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(의료급여법상 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)</p> <p>4. 건강검진, 예방접종, 인공유산. 다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상하여 드립니다.</p> <p>5. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 비용 등에 소요된 비용. 다만, 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상하여 드립니다.</p>
<p>질병입원</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>-</p>	<p>6. 아래에 열거된 치료로 인하여 발생한 의료비</p> <p>가. 단순한 피로 또는 권태</p> <p>나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점(모반), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환</p>

<p>질병입원</p>	<p>다. 발기부전(impotence). 불감증, 단순 코골음, 단순포경(phimosis), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제 9 조 제 1 항([별표 2]비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환</p> <p>7. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용(다만, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 제외합니다)</p> <p>8. 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비</p> <p>가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등</p> <p>나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술</p> <p>다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술</p> <p>라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술</p> <p>9. 진료와 무관한 제비용(TV 시청료, 전화료, 제증명료 등), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용</p> <p>10. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제 3 조(담보종목별 보장내용)에 따라 보상하여 드립니다.</p> <p>11. 인간면역바이러스(HIV)감염으로 인한 치료비(다만, 의료법에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV 감염은 해당진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제외합니다)</p>
-------------	--

	<p>12. 국민건강보험법 제 40 조의 요양기관이 아닌 해외 소재 의료기관에서 발생한 의료비</p>
<p>질병통원</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>-</p>	<p>① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 통원의료비는 보상하여 드리지 않습니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 수익자의 고의. 다만, 그 수익자가 보험금의 일부 수익자인 경우에는 그 수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자에게 지급합니다. 2. 계약자의 고의 3. 피보험자(보험대상자)의 고의. 다만, 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상하여 드립니다. 4. 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 아니한 때에 회사는 그로 인하여 악화된 부분에 대하여는 보상하여 드리지 않습니다. <p>② 회사는 제 5 차 한국표준질병사인분류에 있어서 아래의 통원의료비에 대하여는 보상하여 드리지 않습니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 정신과질환 및 행동장애(F04 ~ F99) 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96 ~ N98) 3. 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 통원한 경우(O00 ~ O99) 4. 선천성 뇌질환(Q00 ~ Q04) 5. 비만(E66)

-	6. 비노기계 장애(N39, R32)
-	7. 직장 또는 향문질환 중 국민건강보험법상 요양급여에
-	해당하지 않는 부분(I84, K60 ~ K62)
-	
-	③ 회사는 아래의 통원의료비에 대하여는 보상하여 드리지
-	아니합니다.
-	1. 치과치료 및 한방치료에서 발생한 국민건강보험법상 요양급여에
-	해당하지 않는 비급여 의료비
-	2. 국민건강보험법상 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험
-	관련 법령에 의해 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후
-	환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제)
-	3. 의료급여법상 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에
-	의해 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한
-	금액(의료급여법상 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)
-	4. 건강검진, 예방접종, 인공유산. 다만, 회사가 보상하는 질병
-	치료를 목적으로 하는 경우에는 보상하여 드립니다.
-	5. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자
-	확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술,
-	보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과
-	관련된 비용 등에 소요된 비용. 다만, 질병 치료를 목적으로
질병통원	하는 경우에는 보상하여 드립니다.
-	6. 아래에 열거된 치료로 인하여 발생한 의료비
-	가. 단순한 피로 또는 권태
-	나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점(모반), 사마귀,

<p>질병통원</p>	<p>여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환</p> <p>다. 발기부전(impotence). 불감증, 단순 코골음, 단순포경(phimosi), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제 9 조 제 1 항([별표 2]비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환</p> <p>7. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용(다만, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 제외합니다)</p> <p>8. 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비</p> <p>가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등</p> <p>나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술</p> <p>다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술</p> <p>라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술</p> <p>9. 진료와 무관한 제비용(TV 시청료, 전화료, 제증명료 등), 의사의 임상적 소견과 관련없는 검사비용</p> <p>10. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제 3 조(담보종목별 보장내용)에 따라 보상하여 드립니다.</p> <p>11. 인간면역바이러스(HIV)감염으로 인한 치료비(단, 의료법에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV 감염은 해당진료기록을 통해 객관적으로 확인되는</p>
-------------	---

	<p>경우는 제외)</p> <p>12. 국민건강보험법 제 40 조의 요양기관이 아닌 해외 소재 의료기관에서 발생한 의료비</p>
--	---

1-1. 국민건강보험 비가입자 추가특별약관

제 1 조(적용대상)

이 추가특별약관의 피보험자(보험대상자)는 실손의료비 특별약관의 피보험자 중 국민건강보험 비가입자로 합니다.

제 2 조(보험금의 종류 및 지급사유)

실손의료비 특별약관의 제 3 조 및 제 4 조에도 불구하고 이 추가특별약관의 피보험자(보험대상자)에 대해서는 국민건강보험 가입자와 동일하게 실손의료비 특별약관을 적용합니다. 다만, 자동차사고 및 산업재해보상사고의 경우 피보험자(보험대상자)가 실제로 부담한 의료비는 실손의료비 특별약관 제 3 조 및 제 4 조에 따라 보험금을 지급합니다.

제 3 조(계약후 알릴의무)

- ① 보험기간중에 피보험자(보험대상자)가 국민건강보험법에 정한 자격을 취득하였을 때 계약자는 서면으로 회사에 알리고 보험증권(보험가입증서)에 확인을 받아야 합니다.
- ② 피보험자(보험대상자)가 국민건강보험법에 정한 자격을 취득한 경우 그 사실이 발생된 날로부터 이 특별약관은 해지되며 회사는 경과하지 아니한 기간에 대하여 일단위로 계산한 정해진 보험료를 환급하여 드립니다.

제 4 조(준용규정)

이 추가특별약관에 정하지 아니한 사항은 실손의료비 특별약관을 따릅니다.

2. 질병사망 특별약관

제 1 조(보험금의 종류 및 지급사유) 회사는 보통약관 제 16 조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 제 1 항 제 4 호에도 불구하고 피보험자(보험대상자)에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보통약관의 제 16 조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 제 1 항의 제 4 호에도 불구하고 보통약관 제 14 조(보험금의 종류 및 지급사유)의 여행도중에 질병으로 사망한 경우 : 사망보험금(보험가입금액 전액)

2. 제 1 호의 질병으로 장애분류표(【별표 1】 참조)에서 정한 각 장애지급률이 80% 이상에 해당하는 장애상태가 되었을 때 : 후유장애보험금(보험가입금액 전액)

3. 제 1 호 및 제 2 호에도 불구하고 여행도중에 발생한 질병을 직접원인으로 하여 보험기간 마지막 날로부터 30 일 이내에 사망하거나 또는 80% 이상에 해당하는 장애상태가 되었을 때에도 제 1 호 및 제 2 호에 따라 약정한 보험금을 지급합니다.

제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정) ①제 1 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 2 호에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애에 대하여는 그 기간이 5 년 이상인 때에는 해당 장애 지급률의 20%를 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 지급합니다.

②제 1 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 2 호에서 장애지급률이 질병의 진단확정일부터 180 일 이내에 확정되지 아니하는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180 일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 질병의 진단확정일부터 1 년)중에 장애상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정하되 장애분류표에 장애판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

③장애분류표에 해당되지 아니하는 후유장애는 피보험자(보험대상자)의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장애정도에 따라 장애분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장애분류표의 각 장애분류별 최저 지급률 장애정도에 이르지 않는 후유장애에 대하여는 후유장애보험금을 지급하지 아니합니다.

④같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑤제 4 항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장해분류표상의 2 가지 이상의 장해가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥피보험자(보험대상자)와 회사가 피보험자(보험대상자)의 장해지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피보험자(보험대상자)와 회사가 동의하는 제 3 자를 정하고 그 제 3 자의 의견에 따를 수 있습니다. 제 3 자는 의료법 제 3 조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장해판정에 소요되는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제 3 조(보험수익자(보험금을 받는 자)의 지정) 계약자는 보험수익자(보험금을 받는 자)를 지정할 수 있으며 보험수익자(보험금을 받는 자)를 지정하지 아니한 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)를 제 1 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 1 호의 경우는 피보험자(보험대상자)의 상속인으로 하며, 동조 제 2 호의 경우는 피보험자(보험대상자)로 합니다.

제 4 조(준용규정) 이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

3. 배상책임 특별약관

제 1 조(보험금의 종류 및 지급사유) ①회사는 피보험자(보험대상자)에게 아래에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보통약관 제 14 조(보험금의 종류 및 지급사유)의 여행도중에 생긴 우연한 사고(이하 「사고」라 합니다)로 타인의 신체의 장해(상해·질병, 그로 인한 사망·후유장해를 말합니다) 또는 재물의 손해(재물의 없어짐, 손상 및 망가짐을 말합니다)에 대한 법률상의 배상책임을 부담함으로써 아래의 손해를 입었을 경우 :
배상책임보험금

② 제 1 항 제 1 호의 손해의 범위는 다음과 같습니다.

1. 피보험자(보험대상자)가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금
2. 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 지출한 아래의 비용

가. 피보험자(보험대상자)가 제 6 조(손해방지의무) 제 1 항 제 1 호의 **손해의 방지 또는 경감을 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용**

나. 피보험자(보험대상자)가 제 6 조(손해방지의무) 제 1 항 제 2 호의 **조치를 취하기 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용**

다. 피보험자(보험대상자)가 받아 지급한 소송비용, 변호사 비용, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용

라. 증권상 보상한도액내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 아니합니다.

마. 피보험자(보험대상자)가 제 7 조(손해배상청구에 대한 회사의 해결) 제 2 항 및 제 3 항의 회사에 요구에 따르기 위하여 지출한 비용

제 2 조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.

1. 피보험자(보험대상자) 또는 계약자의 고의
2. 피보험자(보험대상자)의 직무수행을 직접적인 원인으로 하는 배상책임
3. 피보험자(보험대상자)의 직무용으로만 사용되는 동산의 소유, 사용 또는 관리로 인한 배상책임
4. 피보험자(보험대상자)가 소유, 사용 또는 관리하는 부동산으로 인한 배상책임
5. 피보험자(보험대상자)의 근로자가 피보험자(보험대상자)의 업무에 종사중에 입은 신체의 장애로 인한 배상책임. 다만, 피보험자(보험대상자)의 가사사용인에 대하여는 보상하여 드립니다.
6. 피보험자(보험대상자)와 타인간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우, 그 약정에 의하여 가중된 배상책임
7. 피보험자(보험대상자)와 세대를 같이하는 친족(민법 제 777 조 규정의 범위와 같습니다) 및 여행과정을 같이하는 친족에 대한 배상책임

8. 피보험자(보험대상자)가 소유, 사용 또는 관리하는 재물이 손해를 입었을 경우에 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 손해에 대한 배상책임. 다만, 호텔의 객실이나 객실내의 동산에 끼치는 손해에 대하여는 보상하여 드립니다.

9. 피보험자(보험대상자)의 심신상실로 인한 배상책임

10. 피보험자(보험대상자) 또는 피보험자(보험대상자)의 지시에 따른 폭행 또는 구타로 인한 배상책임

11. 항공기, 선박, 차량(원동력이 인력에 의한 것은 제외합니다). 총기(공기총은 제외합니다)의 소유, 사용 또는 관리로 인한 배상책임

12. 지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변

13. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

14. 핵연료 물질(사용이 끝난 연료를 포함합니다. 이하 같습니다) 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다)의 방사성, 폭발성 또는 그밖의 유해한 특성에 의한 사고

15. 제 14 호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염

제 3 조(보험금 등의 지급한도) ①회사는 1 회의 보험사고에 대하여 다음과 같이 보상합니다. 이 경우 보험가입금액(보상한도액)과 자기부담금은 각각 보험증권(보험가입증서)에 기재된 금액을 말합니다.

1. 제 1 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 2 항 제 1 호의 손해배상금 : 보험가입금액(보상한도액)을 한도로 보상하되, 자기부담금이 약정된 경우에는 그 자기부담금을 초과한 부분만 보상합니다.

2. 제 1 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 2 항 제 2 호 ‘가’목, ‘나’목 또는 ‘마’목의 비용 : 비용의 전액을 보상합니다.

3. 제 1 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 2 항 제 2 호 ‘다’목 또는 ‘라’목의 비용 : 이 비용과 제 1 호에 의한 보상액의 합계액을 보험가입금액(보상한도액)의 한도내에서 보상합니다.

②회사가 제 1 항에 의하여 보상을 한 경우에는 보험가입금액(보상한도액)에서 그 보상액을 뺀 잔액을 나머지 보험기간에 대한 보험가입금액(보상한도액)으로 합니다.

제 4 조(타인을 위한 계약) ①계약자는 타인을 위한 계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없는 때에는 반드시 이를 회사에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인은 이 계약이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 회사에 이의를 제기할 수 없습니다.

②타인을 위한 계약에서 보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상한 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 아니하는 범위 안에서 회사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

제 5 조(손해의 발생과 통지) ①계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체없이 그 내용을 서면으로 회사에 알려야 합니다.

1. 사고가 발생하였을 경우 사고가 발생한 때와 곳, 피해자의 주소와 성명, 사고상황 및 이들 사항의 증인이 있을 경우 그 주소와 성명
2. 피해자로부터 손해배상청구를 받았을 경우
3. 피해자로부터 손해배상책임에 관한 소송을 제기받았을 경우

②계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 제 1 항 각호의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 회사는 그 증가된 손해를 보상하여 드리지 아니하며, 제 1 항 제 3 호의 통지를 게을리 한 때에는 소송비용과 변호사비용도 보상하여 드리지 아니합니다.

제 6 조(손해방지의무) ① 보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 아래의 사항을 이행하여야 합니다.

1. 손해의 방지 또는 경감을 위하여 노력하는 일(피해자에 대한 응급처치, 긴급호송 또는 그 밖의 긴급조치를 포함합니다)
2. 제 3 자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 경우에는 그 권리를 지키거나 행사하기 위한 필요한 조치를 취하는 일
3. 손해배상책임의 전부 또는 일부에 관하여 지급(변제), 승인 또는 화해를 하거나 소송, 중재 또는 조정을 제기하거나 신청하고자 할 경우에는 미리 회사의 동의를 받는 일
4. 손해배상책임에 관하여 피보험자(보험대상자)가 소송을 제기하려고 할 때에는 미리 회사의 동의를 받을 일

② 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유 없이 제 1 항의 의무를 이행하지 아니하였을 때에는 제 1 조(보험금의 종류 및 지급사유)에 의한 손해에서 다음의 금액을 뺍니다.

1. 제 1 항 제 1 호의 경우에는 그 노력을 하였더라면 손해를 방지 또는 경감할 수 있었던 금액

2. 제 1 항 제 2 호의 경우에는 제 3 자로부터 손해의 배상을 받을 수 있었던 금액

3. 제 1 항 제 3 호의 경우에는 소송비용(중재 또는 조정)에 관한 비용 포함) 및 변호사비용과 회사의 동의를 받지 아니한 행위에 의하여 증가된 손해

제 7 조(손해배상청구에 대한 회사의 해결) ①피보험자(보험대상자)가 피해자에게 손해배상책임을 지는 사고가 생긴 때에는 피해자는 이 특별약관에 의하여 회사가 피보험자(보험대상자)에게 지급책임을 지는 금액한도내에서 회사에 대하여 보험금의 지급을 직접 청구할 수 있습니다. 그러나 회사는 피보험자(보험대상자)가 그 사고에 관하여 가지는 항변으로써 피해자에게 대항할 수 있습니다.

②회사가 제 1 항의 청구를 받았을 때에는 지체없이 피보험자(보험대상자)에게 통지하여야 하며, 회사의 요구가 있으면 계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 필요한 서류증거의 제출, 증언 또는 증인출석에 협조하여야 합니다.

③피보험자(보험대상자)가 피해자로부터 손해배상의 청구를 받았을 경우에 회사가 필요하다고 인정할 때에는 피보험자(보험대상자)를 대신하여 회사의 비용으로 이를 해결할 수 있습니다. 이 경우에 회사의 요구가 있으면 계약자 및 피보험자(보험대상자)는 이에 협력하여야 합니다.

④계약자 및 피보험자(보험대상자)가 정당한 이유없이 제 2 항, 제 3 항의 요구에 협조하지 아니할 때에는 회사는 그로 인하여 늘어난 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

제 8 조(보험금의 지급) ①피보험자(보험대상자)가 보험금을 청구할 때에는 다음의 서류를 회사에 제출하여야 합니다.

1. 보험금 청구서

2. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함

3. 손해배상금 및 그 밖의 비용을 지급하였음을 증명하는 서류

4. 회사가 요구하는 그 밖의 서류

②회사는 제 1 항에 따른 보험금 청구를 받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 10 영업일 이내에 이를 지급하여 드립니다. 그러나 보험금 지급에 필요한 조사를 이 기간내에 마칠 수 없고 피보험자(보험대상자)의 청구가 있을 때에는 회사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

③회사는 제 2 항의 지급보험금이 결정된 후 10 영업일이 지나도록 보험금을 지급하지 아니하였을 때에는 지체된 날부터 지급일까지 보험개발원이 공시하는 정기예금이율에 연단위 복리로 계산한 금액을 지급합니다. 그러나 피보험자(보험대상자)의 책임있는 사유로 늦어진 경우에는 그러하지 아니합니다.

④회사는 피보험자(보험대상자)가 제 1 항의 서류중 기재사항에 관하여 거짓으로 기재하거나 어떠한 사실을 숨겼을 경우에는 해당 보험금을 지급하지 아니합니다. 그러나 계약자 또는 피보험자(보험대상자)의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 드리지 아니합니다.

<용어풀이>

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

제 9 조(보험금의 분담) ①이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약(각종 공제회에 가입되어 있는 계약)을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 회사는 이 계약에 의한 보상책임액의 전기합계액(각각 산출한 보상책임액의 합계액)에 대한 비율에 따라 손해를 보상합니다. 이 계약과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.

②이 계약이 의무보험이 아니고 다른 의무보험이 있는 경우에는 다른 의무보험에서 보상되는 금액(피보험자(보험대상자)가 가입을 하지 않은 경우에는 보상될 것으로 추정되는 금액)을 차감한 금액을 손해액으로 간주하여 제 1 항에 의한 보상할 금액을 결정합니다.

③피보험자(보험대상자)가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 회사의 제 1 항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 아니합니다.

제 10 조(사기에 의한 계약) 계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인의 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 계약체결일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제 11 조(대위권) ①회사가 보험금을 지급한 때(현물보상을 포함합니다)에는 회사는 지급한 보험금의 한도내에서 아래의 권리를 가집니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자(보험대상자)가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자(보험대상자)의 권리를 침해하지 아니하는 범위내에서 그 권리를 가집니다.

1. 피보험자(보험대상자)가 제 3 자로부터 손해배상을 받을 수 있는 경우에는 그 손해배상청구권

2. 피보험자(보험대상자)가 손해배상을 함으로써 대위 취득하는 것이 있을 경우에는 그 대위권

②계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 제 1 항에 의하여 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며, 또한 회사가 요구하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다.

③회사는 제 1 항, 제 2 항에도 불구하고 타인을 위한 보험계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

제 12 조(합의.절충.중재.소송의 협조.대행 등) ①회사는 피보험자의 법률상 손해배상책임을 확정하기 위하여 피보험자가 피해자와 행하는 합의·절충·중재 또는 소송(확인의 소를 포함합니다)에 대하여 협조하거나, 피보험자를 위하여 이러한 절차를 대행할 수 있습니다.

②회사는 피보험자에 대하여 보상책임을 지는 한도(동일한 사고로 이미 지급한 보험금이나 가지급보험금이 있는 경우에는 그 금액을 공제한 액수를 말하며, 이하 같습니다) 내에서 제 1 항의 절차에 협조하거나 대행합니다.

③회사가 제 1 항의 절차에 협조하거나 대행하는 경우에는 피보험자는 회사의 요청에 따라 협력해야 하며, 피보험자가 정당한 이유없이 협력하지 아니하는 경우에는 그로 말미암아 늘어난 손해에 대해서 보상하지 아니합니다.

④회사는 다음의 경우에는 제 1 항의 절차를 대행하지 아니합니다.

1. 피보험자가 피해자에 대하여 부담하는 법률상의 손해배상책임액이 보험증권(보험가입증서)에 기재된 보험가입금액을 명백하게 초과하는 때

2. 피보험자가 정당한 이유없이 협력하지 아니하는 때

⑤회사가 제 1 항의 절차를 대행하는 경우에는, 피보험자에 대하여 보상책임을 지는 한도 내에서, 가압류나 가집행을 면하기 위한 공탁금을 피보험자에게 대부할 수 있으며 이에 소요되는 비용을 보상합니다. 이 경우 대부금의 이자는 공탁금에 붙여지는 것과 같은 이율로 하며, 피보험자는 공탁금(이자를 포함합니다)의 회수청구권을 회사에 양도하여야 합니다.

제 13 조(준용규정) 이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

4. 휴대품손해 특별약관

제 1 조(보험의 목적의 범위) ①이 보험의 목적은 피보험자(보험대상자)가 보통약관 제 14 조(보험금의 종류 및 지급사유)의_여행도중에 휴대하는 피보험자(보험대상자) 소유·사용·관리하는 휴대품에 한합니다.

②아래의 물건은 보험의 목적에 포함되지 아니합니다.

1. 통화, 유가증권, 인지, 우표, 신용카드, 쿠폰, 항공권, 여권 등 이와 비슷한 것
2. 원고, 설계서, 도안, 물건의 원본, 모형, 증서, 장부, 금형(쇠틀), 목형(나무틀), 소프트웨어 및 이와 비슷한 것
3. 선박 또는 자동차(자동 3륜차, 자동 2륜차 포함)
4. 산악등반이나 탐험 등에 필요한 용구
5. 동식물
6. 의치, 의수족, 콘택트렌즈 및 이와 유사한 신체보조장구
7. 기타 보험증권(보험가입증서)에 특별히 기재된 것

제 2 조(보험금의 종류 및 지급사유) 회사는 피보험자(보험대상자)에게 아래에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보통약관 제 14 조(보험금의 종류 및 지급사유)의_여행도중에 생긴 우연한 사고에 의하여 보험의 목적에 손해를 입은 경우 : 보험금

제 3 조(보험금 지급에 관한 세부규정) ①회사가 지급할 보험금은 손해액에서 1 회의 사고에 대하여 보험증권(보험가입증서)에 기재된 자기부담금을 공제한 금액으로 합니다.

②보험의 목적의 손상을 수선할 경우에는 보험의 목적을 손해발생 직전의 상태로 복원하는데 필요한 비용을 제 1 항의 손해액으로 합니다.

③보험의 목적이 1 조 또는 1 쌍으로 된 경우에 있어, 그 일부에 손해가 생겼을 때 그 손해가 해당 보험목적 전체의 가치에 미치는 영향을 고려하여 손해액을 결정합니다. 이 경우에 해당 부분의 수선비가 보험가액을 초과하는 경우를 제외하고는 어떠한 경우에도 전부손해로 볼 수 없습니다.

④보험의 목적의 1 개 또는 1 조, 1 쌍에 대한 제 1 항의 지급할 보험금은 200,000 원을 한도로 합니다.

⑤이 계약에서 보상하는 위험과 같은 위험을 보상하는 다른 계약이 있을 경우에는 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과했을 때, 회사는 이 계약에 따른 보상책임액의 위의 합계액에 대한 비율에 따라 보험금을 지급합니다.

제 4 조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.

1. 계약자나 피보험자(보험대상자) 또는 수익자의 고의 또는 중대한 과실
2. 피보험자(보험대상자)에게 보험금이 지급되도록 하기 위하여 피보험자(보험대상자)와 여행을 같이 하는 친족 또는 고용인이 고의로 일으킨 손해
3. 압류, 징발, 몰수, 파괴 등 국가 또는 공공기관의 공권력행사. 다만, 화재, 소방, 피난에 필요한 처리로 된 경우를 제외합니다.
4. 보험의 목적의 흠으로 생긴 손해. 그러나 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 이들을 대신하여 보험의 목적을 관리하는 자가 상당한 주의를 하였음에도 불구하고 발견하지 못한 흠으로 인한 손해는 보상하여 드립니다.
5. 보험의 목적의 자연소모, 녹, 곰팡이, 변질, 변색, 쥐 또는 벌레로 인한 손해
6. 단순한 외관상의 손해로 기능에는 지장이 없는 손해

7. 보험의 목적인 액체의 유출. 다만, 그 결과로 다른 보험의 목적에 생긴 손해는 보상하여 드립니다.

8. 보험의 목적의 방치 또는 분실

9. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

10. 지진, 분화, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변

11. 핵연료 물질(사용이 끝난 연료를 포함합니다. 이하 같습니다) 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다)의 방사성, 폭발성 또는 그밖의 유해한 특성에 의한 사고

12. 제 11 호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염

제 5 조(손해방지의무) ①계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 보험사고가 생긴 때에는 손해의 방지와 경감에 힘써야 합니다. 만약 고의 또는 중대한 과실로 이를 게을리한 때에는 방지 또는 경감할 수 있었을 것으로 밝혀진 부분을 손해액에서 뺍니다.

②회사는 제 1 항의 손해방지 또는 경감에 소요된 필요 또는 유익한 비용(이하 "손해방지비용"이라 합니다)은 제 7 조(지급보험의 계산)의 지급보험금 계산방법에 준하여 이를 보상하여 드립니다.

③회사는 제 7 조(지급보험의 계산)의 지급보험금에 제 2 항의 손해방지비용을 합한 금액이 보험가입금액을 초과하더라도 이를 지급합니다.

제 6 조(손해액의 조사결정) 회사가 보상할 손해액은 그 손해가 생긴 때와 곳에서의 보험의 목적의 가액(이하 "보험가액"이라 합니다)에 따라 계산합니다.

제 7 조(잔존물 및 도난품의 귀속) ① 회사가 보험금을 지급하였을 때는 보험의 목적의 잔존물은 회사가 그것을 취득할 의사를 표시하지 않은 경우에 한하여 피보험자(보험대상자)에게 귀속되는 것으로 합니다.

②도난당한 보험의 목적이 발견된 때에는 아래에 따라 처리합니다.

1. 회사가 손해보상을 하기 전에 보험의 목적을 회수하였을 때에는 그 회수물에 대해 도난손해가 발생하지 않았던 것으로 합니다.

2. 회사가 손해배상을 한 후에 보험의 목적이 회수된 경우에 그 소유권이 회사에 귀속되는 것으로 합니다. 이 경우 회사는 이를 타당한 값으로 매각하고, 그 대금이

보험의 목적에 대하여 보상한 금액과 회수 또는 매각에 소요된 필요비용을 합한 금액을 넘을 때에는 그 초과액을 피보험자(보험대상자)에게 돌려 드립니다. 그러나 피보험자(보험대상자)는 보험의 목적의 매각전에 지급받은 보험금은 회사에 반환하고 그 물건을 찾아갈 수 있습니다.

③제 2 항과 관련하여 경우에 보험의 목적에 도난, 강탈 이외의 원인으로 생긴 손해 및 계약자나 피보험자(보험대상자)가 보험의 목적을 회수하는데 소요된 비용이 있는 경우 회사는 제 6 조(지급보험금의 계산)의 계산방법에 따라 산출한 금액을 보상하여 드립니다.W

제 8 조(대위권) ①회사가 보험금을 지급한 때에는 회사는 지급한 보험금 한도내에서 보험계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 제 3 자에 대하여 가지는 손해배상청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 피보험자(보험대상자)가 입은 손해의 일부인 경우에는 피보험자(보험대상자)의 권리를 침해하지 아니하는 범위내에서 그 권리를 취득합니다.

②계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 제 1 항에 의하여 회사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며 또한 회사가 요구하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다. 이에 필요한 비용은 회사가 드립니다.

③회사는 제 1 항, 제 2 항에도 불구하고 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

제 9 조(준용규정) 이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

5. 특별비용 특별약관

제 1 조(보험금의 종류 및 지급사유) ①회사는 아래의 사유로 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 피보험자(보험대상자)의 법정상속인이 부담하는 비용을 이 특별약관에 따라 특별비용 보험금으로 지급합니다.

1. 보통약관 제 14 조(보험금의 종류 및 지급사유)의 여행도중(이하 “여행도중”이라 합니다)에 피보험자(보험대상자)가 탑승한 항공기 또는 선박이 행방불명 또는 조난된 경우 또는 산악등반 중에 조난된 경우

2. 여행도중에 급격하고도 우연한 외래의 사고에 따라 긴급수색구조 등이 필요한 상태로 된 것이 경찰등의 공공기관에 의하여 확인된 경우

3. 보통약관 제 14 조(보험금의 종류 및 지급사유)의 상해를 직접 원인으로 하여 사고일로부터 1 년이내에 사망한 경우 또는 14 일이상 계속 입원한 경우(다른 의료기관으로 이전한 경우에는 이전에 소요된 기간을 입원중으로 봅니다. 다만, 그 이전에 대하여는 치료를 위하여 의사가 필요하다고 인정한 경우에 한합니다. 이하 같습니다.)

4. 질병을 직접 원인으로 하여 여행도중에 사망한 경우 또는 질병을 직접 원인으로 하여 14 일이상 계속 입원한 경우. 다만, 입원에 대하여는 여행도중에 의사가 치료를 개시한 질병으로 인한 입원에 한합니다.

②제 1 항 제 1 호의 산악등반 중 피보험자(보험대상자)의 조난이 확실치 않은 경우에는 피보험자(보험대상자)의 하산 예정일이후 계약자 또는 피보험자(보험대상자)의 법정상속인이나 이들을 대신한 사람이 경찰서 등의 공공기관, 조난구조대, 해난구조회사 또는 항공회사에 수색을 의뢰한 것을 조난이 발생한 것으로 봅니다.

제 2 조(특별비용의 범위) ① 회사가 보상하는 특별비용의 범위는 아래와 같습니다.

1. 수색구조비용

조난당한 피보험자(보험대상자)를 수색, 구조 또는 이송(이하 「수색」이라 합니다)하는 활동에 필요한 비용중 이들의 활동에 종사한 사람으로부터의 청구에 의하여 지급한 비용을 말합니다.

2. 항공운임 등 교통비

피보험자(보험대상자)의 수색, 간호 또는 사고처리를 위하여 사고발생지 또는 피보험자(보험대상자)의 법정상속인(그 대리인을 포함합니다. 이하 「구원자」라 합니다)의 현지 왕복교통비를 말하며 2 명분을 한도로 합니다.

3. 숙박비

현지에서의 구원자의 숙박비를 말하며 구원자 2 명분을 한도로 하여 1 명당 14 일분을 한도로 합니다.

4. 이송비용

피보험자(보험대상자)가 사망한 경우 그 유해를 현지로부터 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자)의 주소지에 이송하는데 필요한 비용, 또는 치료를

계속중인 경우 피보험자(보험대상자)를 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자의 주소지에 이송하는데 드는 비용으로서 피보험자, 의사, 간호사의 호송비(당해 교통수단의 일반실 기준에 해당하는 피보험자 본인의 교통비 또는 운임 해당액은 공제합니다.)를 말합니다.

5. 제잡비

구원자의 출입국 절차에 필요한 비용(여권인지대, 사증료, 예방접종료 등) 및 구원자 또는 피보험자(보험대상자)가 현지에서 지출한 교통비, 통신비, 피보험자(보험대상자) 유해처리비 등을 말하고 10 만원을 한도로 합니다.

제 3 조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.

1. 계약자나 피보험자(보험대상자)의 고의

2. 보험수익자(보험금을 받는 자, 이하 "수익자"라 합니다)의 고의. 그러나 그 수익자가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자에게 지급합니다.

3. 피보험자(보험대상자)의 자해, 자살, 자살미수, 형법상의 범죄행위 또는 폭력행위(다만, 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우에는 보상하여 드립니다)

4. 피보험자(보험대상자)의 사형

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태

6. 핵연료 물질(사용이 끝난 연료를 포함합니다. 이하 같습니다) 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다)의 방사성, 폭발성 또는 그밖의 유해한 특성에 의한 사고

7. 제 6 호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염

제 4 조(보험금의 지급) 회사는 제 2 조(특별비용의 범위)의 비용 중 정당하다고 인정된 부분에 대해서만 보상하여 드리며, 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 보험수익자(보험금을 받는 자)가 타인으로부터 손해배상을 받을 수 있는 경우에는 그 금액을 지급하지 아니합니다.

제 5 조(보험금의 분담) 제 1 조(보험금의 종류 및 지급사유)의 비용에 대하여 보험금을 지급할 다수의 계약이 체결되어 있는 경우에는 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 그 비용을 초과했을 때 회사는 이 계약에 따른 보상책임액의 위의 합계액에 대한 비율에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

제 6 조(보상한도액) 회사가 이 특별약관에 관하여 지급할 보험금은 보험기간을 통하여 이 특별약관의 보험가입금액을 한도로 합니다.

제 7 조(준용규정) 이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

6. 전쟁 상해사망·후유장해 특별약관

제 1 조(보험금의 종류 및 지급사유) 회사는 피보험자(보험대상자)에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보통약관 제 16 조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 제 1 항의 6.에도 불구하고 보험기간 중에 상해(보험기간 중에 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인하여 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 “상해”라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우 : 사망보험금

2. 제 1 호의 상해로 장해분류표(【별표 1】 참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

②회사는 보험기간이 만료되기 전이라도 제 1 항의 위험이 뚜렷이 증가했다고 인정될 때에는 24 시간 이전에 서면으로 추가보험료를 청구하거나 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.

제 2 조(계약 후 알릴 의무의 특례) ①피보험자(보험대상자)가 여행경로를 변경하는 경우에는 계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 미리 그 내용을 서면으로 회사에 제출하여야 합니다.

②회사는 제 1 항의 통지를 받은 경우에는 회사가 정한 바에 의하여 추가보험료를 청구하거나 이 특별약관을 해지할 수 있습니다.

③계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 제 1 항의 계약후 알릴 의무를 이행하지 아니한 경우에는 회사는 피보험자(보험대상자)가 여행경로를 변경한 이후의 사고로 인한 손해에 대해서는 보상하여 드리지 아니합니다.

제 3 조(보험계약해지의 효력) 제 1 조(보험금의 종류 및 지급사유) 제 2 항 및 제 2 조(계약 후 알릴 의무의 특례) 제 2 항의 해지는 장래에 대해서만 그 효력이 있습니다.

제 4(준용규정) 이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

7. 항공기납치 특별약관

제 1 조(보험금의 종류 및 지급사유) ①회사는 피보험자(보험대상자)에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보통약관 제 14 조(보험금의 종류 및 지급사유)의 여행도중에 피보험자(보험대상자)가 승객으로서 탑승한 항공기가 납치(이하 “사고”라 합니다)됨에 따라 예정목적지에 도착할 수 없게 된 동안 : 일당(1일당 70,000 원)

②제 1 항의 항공기의 납치라 함은, 부당한 의도를 가진 폭력, 폭행 또는 폭력이나 폭행의 위협으로서 항공기를 탈취하거나 지배권을 행사하는 것을 말합니다.

제 2 조(보험금 지급에 관한 세부규정) ①회사는 당해 항공기의 목적지 도착예정시간에서 12 시간이 지난 이후부터 시작되는 24 시간을 1 일로 보아 20 일을 한도로 제 1 조(보험금의 종류 및 지급사유)에 정한 보험금을 지급하여 드립니다.

②또한 항공기가 최초의 명백한 사고가 있기 이전에 비행장에서 출발이 지연되었을 경우에는 제 1 항의 12 시간에 그러한 지연시간을 합한 시간 이후부터의 24 시간을 1 일로 봅니다.

제 3 조(다른 보험과의 관계) 이 특별약관과 유사한 다수의 계약이 동시에 효력을 가질 경우에는 피보험자(보험대상자)나 보험수익자(보험금을 받는 자) 혹은 그의 법정상속인이 선정하는 하나의 계약에서만 보상하며, 회사는 그 계약 이외의 다른 계약에 대하여는 이미 납입된 해당보험료를 돌려 드립니다.

제 4 조(준용규정) 이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

8. 부부 특별약관

제 1 조(피보험자(보험대상자)의 범위) 회사는 특별약관에 의해 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자) 본인 및 배우자를 보통약관 및 이에 첨부된 당해 특별약관에 정한 피보험자(보험대상자)로 합니다.

제 2 조(준용규정) 이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관 및 이에 첨부된 해당 특별약관을 따릅니다.

9. 가족 특별약관

제 1 조(피보험자(보험대상자)의 범위) ①회사는 이 특별약관에 의하여 보험증권(보험가입증서)에 기재된 피보험자(보험대상자) 본인 (이하 “본인”이라 합니다) 및 다음의 가족을 보통약관(특별약관을 포함합니다)의 피보험자(보험대상자)로 합니다.

1. 본인의 배우자
2. 본인과 생계를 같이하는 본인 및 배우자의 부모
3. 본인과 생계를 같이하는 미혼자녀

②제 1 항의 본인과 본인 이외의 가족과의 관계는 사고발생당시의 관계를 말합니다.

제 2 조(준용규정) 이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

10. 신용카드 이용보험료 납입 특별약관

제 1 조(적용범위) 이 특별약관은 신용카드회사의 카드회원인 계약자가 신용카드를 이용하여 보험료를 납입하는 경우에 적용합니다.

제 2 조(보험료의 영수) 회사는 신용카드이용 보험료납입 특별약관에 따라 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 정해진 신용카드로써 보험료를 결제하고 카드회사의 승인을 받는 시점을 보험료의 영수시점으로 봅니다.

제 3 조(사고카드 계약) ①사고카드를 이용하여 계약을 체결하였을 때에는 이 계약은 회사의 보장개시일로부터 그 효력을 상실합니다.

②제 1 항의 사고카드라 함은 유효기간이 경과한 카드, 위조변조된 카드, 무효 또는 거래정지통보를 받은 카드, 카드상에 기재되어 있는 회원과 이용자가 서로 다른 카드 등을 말합니다.

제 4 조(준용규정) 이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

11. 단체계약 특별약관

제 1 조(계약의 적용범위) ①이 특별약관은 보통약관(특별약관이 첨부되어 있을 경우에는 특별약관을 포함합니다. 이하 같습니다)을 체결할 때 다음 조건을 충족하는 단체에 대하여 적용합니다.

②제 1 항의 단체라 함은 단체구성원이 명확하고 일괄적인 관리가 가능한 단체로서 다음과 같습니다.

1. 동일한 회사, 사업장, 관공서, 국영기업체, 조합 등 5 인이상의 근로자를 고용하고 있는 단체(다만, 사업장, 직제, 직종 등으로 구분되어 있는 경우의 단체소속 여부는 관련법규 등에서 정하는 바에 따릅니다)

2. 비영리법인단체 또는 변호사회, 의사회 등 동업자단체로서 5 인이상의 구성원이 있는 단체

3. 그 밖에 단체의 구성원이 명확하고 위험의 동질성이 확보되어 계약의 일괄적인 관리가 가능한 단체로서 5 인이상의 구성원이 있는 단체

③이 특별약관의 피보험자(보험대상자)는 제 2 항의 단체에 소속된 자이어야 하며, 피보험자(보험대상자)의 단체소속여부는 회사에서 정한 방법에 따라 확인되어야 합니다.

제 2 조(피보험자(보험대상자)의 변경 등) ①계약자는 단체 구성원의 입사, 퇴직 등의 사유로 인하여 피보험자(보험대상자)의 변동이 있을 경우 회사의 승낙을 얻어 피보험자(보험대상자)를 변경할 수 있습니다.

② 피보험자(보험대상자)의 증가, 감소, 교체는 아래와 같습니다.

1. 계약을 맺은 후 피보험자(보험대상자)를 증가, 감소 또는 교체코자 하는 경우에는 계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 지체없이 서면으로 그 사실을 회사에 알리고 회사의 승낙을 얻어야 합니다.

2. 이 계약기간중 피보험자(보험대상자)가 감소하는 경우에는 당해 피보험자(보험대상자)의 계약은 해지된 것으로 하며, 새로이 증가 또는 교체되는 피보험자(보험대상자)의 보험기간은 이 계약의 남은 보험기간으로 하고, 이로 인하여 발생하는 추가 또는 환급보험료는 일단위로 계산하여 받거나 돌려드립니다.

3. 회사는 제 2 항 제 1 호, 제 2 호를 위반하였을 경우에 회사는 새로이 증가 또는 교체되는 해당 피보험자(보험대상자)에 대하여는 보상하여 드리지 않습니다.

제 3 조(개별계약으로의 전환) ①피보험자(보험대상자)가 퇴직 등의 사유로 인하여 단체에서 탈퇴하는 경우 피보험자(보험대상자)가 보험료의 일부를 부담한 경우에 한하여 탈퇴일로부터 1 개월 이내에 계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 회사의 승낙을 얻어 개별계약으로 전환할 수 있으며, 이 경우 피보험자(보험대상자)는 개별계약의 계약자가 됩니다.

②제 1 항에 따라 개별계약으로 전환 시에는 전환 후 피보험자(보험대상자)의 보험기간은 이 계약의 남은 기간으로 하고, 이로 인하여 발생하는 추가 또는 환급되는 보험료는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정한 바에 따라 일단위로 계산하여 받거나 돌려 드립니다.

제 4 조(보험료의 환급) 계약자의 책임있는 사유로 계약을 해지하는 경우에는 보통약관 제 17 조(보험료의 환급)의 규정에도 불구하고 이미 경과한 기간에 대하여 단기요율(1 년 미만의 기간에 적용되는 요율)로 계산한 보험료를 뺀 잔액을 돌려드립니다. 그러나 위와 같이 계산한 경과보험료가 지급보험금보다 많은 경우에 한합니다.

제 5 조(적용상의 특칙) 회사는 계약자에게만 보험증권(보험가입증서)을 교부하여 드립니다.

제 6 조(준용규정) 이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

11-1. 보험료정산 추가특별약관

제 1 조(보험료의 정산) ①회사는 단체계약 특별약관(이하“특별약관”이라 합니다) 제 2 조(피보험자(보험대상자)의 변경 등) 제 2 항 제 2 호에도 불구하고 이 추가특별약관에 따라 보험료를 정산합니다.

② 회사는 특별약관 제 2 조(피보험자(보험대상자)의 변경 등) 제 2 항 제 3 호에도 불구하고 보험료가 정산되기 이전일지라도 새로이 증가 또는 교체된 피보험자(보험대상자)에 대해 생긴 손해를 보상하여 드립니다.

제 2 조(피보험자(보험대상자)의 명부) 계약자는 항상 피보험자(보험대상자) 명부를 비치하여 회사가 열람을 요구할 경우에는 이에 따라야 합니다.

제 3 조(예치보험료) 예치보험료는 계약체결일 이전 1 개월 동안 1 일 평균인원수에 정해진 보험요율을 적용하여 계산합니다.

제 4 조(보험료의 정산방법) 보험료는 피보험자(보험대상자)수의 증감을 기초로 하여 다음과 같이 정산합니다.

1. 계약자는 매월 10 일까지 전월말까지의 피보험자(보험대상자)수에 관한 서류를 회사에 제출하여야 합니다. 그러나 계약이 효력상실 또는 해지된 경우에는 효력상실 또는 해지일까지의 보험료를 확정하기 위하여 필요한 서류를 효력상실 또는 해지 즉시 회사에 제출하여야 합니다.

2. 회사는 보험기간중이나 보험기간 만료후 보험료를 산출하기 위하여 필요하다고 인정될 경우에는 계약자의 서류를 열람할 수 있습니다.

3. 회사는 보험기간 만료와 동시에 피보험자(보험대상자)수에 따라 산출된 확정보험료와 계약을 체결할 때 산출한 예치보험료를 비교하여 그 차액을 정산합니다.

제 5 조(준용규정) 이 추가특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관 및 특별약관을 따릅니다.

12. 포괄계약 특별약관

제 1 조(적용범위) 이 특별약관은 특정기간을 계약기간으로 하여 동기간에 계약자가 통지한 피보험자(보험대상자)의 해외여행을 회사가 제 3 조(해외여행자의 통지)의 통지조건에 따라 포괄적으로 보장하는 계약에 대하여 적용합니다.

계약자 : 단체계약 특별약관 제 1 조(계약의 적용범위)에 정한 단체의 대표

피보험자 : 단체계약 특별약관 제 1 조(계약의 적용범위)에 정한 단체 소속의 해외여행자

제 2 조(보험료) ①계약 체결시 계약자는 보험계약기간 중에 예상 해외여행자수 및 보험가입조건을 회사에 제출하여야 하며 동 조건 등에 따라 산출된 추정보험료를 납입하여야합니다.

②회사는 제 3 조(해외여행자의 통지)에 의해 통지된 내용에 따라 실제보험료를 산출한 후 보험기간 종료후 7 일 이내에 제 1 항의 추정보험료의 차액을 받거나 돌려 드립니다.

제 3 조(해외여행자의 통지) 계약자 또는 이들의 대리인은 피보험자(보험대상자)의 【별표 2】의 해당사항을 서면통지(팩시밀리를 포함합니다)하여야 합니다. 회사의 책임은 【별표 2】의 통지가 회사에 접수되는 시점에 시작되며, 다만 우편통지시 그 통지가 지연된 경우에는 우체국소인이 찍힌 날로부터 3 일이 지나면 회사에 접수된 것으로 봅니다

제 4 조(적용특칙) 회사는 계약자에게만 보험증권(보험가입증서)을 드립니다.

제 5 조(준용규정) 이 추가특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관 및 특별약관을 따릅니다.

13. 상품다수구매자 보험계약 특별약관

제 1 조(적용범위) ①이 특별약관은 상품판매자가 자기의 관리하에 운영, 유지되는 상품구매자 다수를 피보험자(보험대상자)로 하여 계약을 체결하는 경우에 적용합니다.

②제 1 항의 상품구매자란 각종 재화, 용역 및 서비스의 구매자를 말합니다.

제 2 조(계약자) 이 특별약관의 계약자는 제 1 조(적용범위)의 상품구매자 다수를 대표하여 계약상의 모든 권리, 의무를 행사할 수 있어야 합니다.

제 3 조(보험료 정산) 이 특별약관은 특정기간을 보험계약기간으로 하여 동기간에 계약자가 통지한 여행자의 수에 따라 보험료를 정산합니다.

제 4 조(보험료정산기간) 제 3 조(보험료의 정산)의 보험계약기간 동안 매 1 개월, 3 개월, 6 개월 또는 1 년중 보험계약자와 회사가 정한 기간마다 보험료를 정산하기로 약정하고 이 기간을 보험료 정산기간(이하 “정산기간”이라 합니다)이라 합니다.

제 5 조(예치보험료) 계약을 체결할 때 계약자는 보험계약기간 중의 예상 피보험자(보험대상자)의 수 및 보험가입조건을 회사에 제출하여야 하며, 동 조건 등에 따라 산출된 1개월 이상의 추정보험료(이하 “예치보험료”라 합니다)이라 합니다.

제 6 조(보험료의 정산방법) 회사는 계약자로부터 정산기간 동안의 피보험자수를 통지받아 매 정산기간 종료 후 10일 실제보험료를 산출한 후 위 3의 예치보험료와의 차액을 받거나 돌려 드립니다. 다만, 실제보험료는 예치보험료의 2/3을 밑돌 수 없습니다.

제 7 조(준용규정) 이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

14. 적용환율 특별약관

제 1 조(보험료 적용기준) 회사는 보험료를 원화로 영수 또는 환급할 때에는 청약일 또는 배서일의 한국외환은행 1차고시 전신환대고객매도율로 환산한 원화로 합니다.

- ① 보험료 : 청약일
- ② 추가 및 환급보험료 : 배서일
- ③ 해지환급보험료 : 해지일

제 2 조(보험금 지급기준) 보험금은 지급일의 한국외환은행 1차고시 전신환대고객매도율로 환산한 원화 또는 ()화에 해당하는 외환증서로 지급하여 드립니다.

제 3 조(준용규정) 이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

15. ()보험금만의 지급 특별약관

제 1 조(보험금의 종류 및 지급사유) 회사는 ()약관에 관계없이 ()보험금만을 지급합니다.

제 2 조(준용규정) 이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 ()약관을 따릅니다.

16. 지정대리청구서비스 특별약관

제 1 조(적용대상) 이 특별약관(이하 “특약”)은 계약자, 피보험자(보험대상자) 및 보험수익자(보험금을 받는 자)가 모두 동일한 보통약관 및 특별약관에 적용됩니다.

제 2 조(특약의 체결 및 소멸) ①이 특약은 보험계약자의 청약(請約)과 보험회사의 승낙(承諾)으로 부가되어집니다. (이하 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사” 라 합니다)

②제 1 조(적용대상)의 보험계약이 해지(解止) 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 되는 경우에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제 3 조(지정대리청구인의 지정) ①보험계약자는 보통약관 또는 특별약관에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 계약체결시 또는 계약체결 이후 다음 각호의 1 에 해당하는 자 중 1 인을 보험금의 대리청구인(이하, “지정대리청구인”이라 합니다)으로 지정(제 4 조에 의한 변경 지정 포함)할 수 있습니다. 다만, 지정대리청구인은 보험금 청구시에도 다음 각호의 1 에 해당하여야 합니다.

1. 피보험자(보험대상자)와 동거하거나 피보험자(보험대상자)와 생계를 같이 하고 있는 피보험자(보험대상자)의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자

2. 피보험자(보험대상자)와 동거하거나 피보험자(보험대상자)와 생계를 같이 하고 있는 피보험자(보험대상자)의 3촌 이내의 친족

②제 1 항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 제 1 조(적용대상)의 보험수익자(보험금을 받는 자)가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

제 4 조(지정대리청구인의 변경지정) 계약자는 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알려거나 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

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

제 5 조(보험금 지급 등의 절차) ①지정대리청구인은 제 6 조(보험금 등 청구시 구비서류)에 정한 구비서류 및 제 1 조(적용대상)의 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 제 1 조(적용대상)의 보험수익자(보험금을 받는 자)의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다.

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

제 6 조(보험금 등 청구시 구비서류) 지정대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

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

제 7 조(준용규정) 이 특약에서 정하지 아니한 사항에 대하여는 보통약관 및 해당 특별약관의 규정을 따릅니다.

17. 특수운동중 상해위험 특별약관

제 1 조(보험금의 종류 및 지급사유) 회사는 피보험자(보험대상자)에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보통약관 제 16 조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 및 실손의료비 특별약관 보상하지 않는 사항에도 불구하고 보험기간 중에 상해(보험기간 중에 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩 또는 이와 비슷한 위험한 활동을 하는 동안에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 “상해”라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우 : 사망보험금

2. 제 1 호의 상해로 장해분류표(【별표 1】 참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

3. 제 1 호의 상해로 실손의료비 특별약관의 보험금 지급사유가 발생한 경우 : 의료비보험금(실손의료비 특별약관에 정한바에 따릅니다)

제 2 조(준용규정) 이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

18. 특수운전중 상해위험 특별약관

제 1 조(보험금의 종류 및 지급사유) 회사는 피보험자(보험대상자)에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보통약관 제 16 조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 및 실손의료비 특별약관 보상하지 않는 사항에도 불구하고 보험기간 중에 상해(보험기간 중에 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(단,

공용도로상에서 시운전을 하는 동안에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말하며, 이하 “상해”라 합니다)의 직접결과로써 사망한 경우 : 사망보험금

2. 제 1 호의 상해로 장해분류표(【별표 1】 참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 후유장해보험금(장해분류표에서 정한 지급률을 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액)

3. 제 1 호의 상해로 실손의료비 특별약관의 보험금 지급사유가 발생한 경우 : 의료비보험금(실손의료비 특별약관에 정한바에 따릅니다)

제 2 조(준용규정) 이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

19. 해외여행중 여권분실위로금 특별약관

제 1 조(보험금의 종류 및 지급사유) 회사는 피보험자(보험대상자)에게 아래에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 보통약관 제 14 조(보험금의 종류 및 지급사유)의 해외여행 중 여권을 분실하거나 도난당하여 재외공관에 여권분실신고를 하고 여권 대응 여행증명서(T/C :Travel Certification)를 발급 받아 회사에 제출하는 경우(귀국후 여권 재신청 등 사유로 여행증명서의 원본 제출이 불가능한 경우, 해당 지방자치단체가 원본과 동일함을 증명한 사본 제출이 가능합니다) : 여권분실위로금

제 2 조(보험금을 지급하지 아니하는 사유) 회사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다.

1. 계약자나 피보험자의 고의
2. 압류, 징발, 몰수, 파괴 등 국가 또는 공공기관의 공권력행사. 단, 화재, 소방, 피난에 필요한 처리로 된 경우를 제외합니다.
3. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태

4. 핵연료 물질(사용이 끝난 연료를 포함합니다. 이하 같습니다) 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질(원자핵분열 생성물을 포함합니다)의 방사성, 폭발성 또는 그 밖의 유해한 특성에 의한 사고

5. 제 4 호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염

6. 선박승무원 및 항공승무원이 직무상 해외여행 중 여권을 분실 또는 도난당한 경우

제 3 조(준용규정) 이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

【별표 1】

장 해 분 류 표

□□□□□□□□□□□□□□□□

□ 총칙

1. 장애의 정의

1) “장애”라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아있는 영구적인 정신 또는 육체의 훼손상태를 말한다. 다만, 질병과 부상의 주증상과 합병증상 및 이에 대한 치료를 받는 과정에서 일시적으로 나타나는 증상은 장애에 포함되지 않는다.

2) “영구적”이라 함은 원칙적으로 치유시 장애 회복의 가망이 없는 상태로서 정신적 또는 육체적 훼손상태임이 의학적으로 인정되는 경우를 말한다.

3) “치유된 후”라 함은 상해 또는 질병에 대한 치료의 효과를 기대할 수 없게 되고 또한 그 증상이 고정된 상태를 말한다.

4) 다만, 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장애에 대하여는 그 기간이 5 년 이상인 경우 해당 장애 지급률의 20%를 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 지급합니다.

2. 신체부위

“신체부위”라 함은 ① 눈 ② 귀 ③ 코 ④ 씹어먹거나 말하는 기능 ⑤ 외모 ⑥ 척추(등뼈) ⑦ 체간골 ⑧ 팔 ⑨ 다리 ※※※ 손가락 (11) 발가락 (12) 흉·복부 장기 및

비뇨생식기 (13) 신경계.정신행동의 13 개 부위를 말하며, 이를 각각 동일한 신체부위라 한다. 다만, 좌.우의 눈, 귀, 팔, 다리는 각각 다른 신체부위로 본다.

3. 기타

- 1) 하나의 장애가 관찰방법에 따라서 장애분류표상 2 가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 높은 지급률만을 적용한다.
- 2) 동일한 신체부위에 2 가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.
- 3) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장애의 판정대상에 포함되지 않는다.
- 4) 장애진단서에는 ① 장애진단명 및 발생시기 ② 장애의 내용과 그 정도③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계.정신행동 장애의 경우 ① 개호여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가적으로 기재하여야 한다.

□ 장애분류별 판정기준

1. 눈의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 두눈이 멀었을 때	100
2) 한눈이 멀었을 때	50
3) 한눈의 교정시력이 0.02 이하로 된 때	35
4) “ 0.06 ”	25
5) “ 0.1 ”	15
6) “ 0.2 ”	5

7) 한눈의 안구에 뚜렷한 운동장애나 뚜렷한 조절기능장애를 남긴 때	10
8) 한눈의 시야가 좁아지거나 반맹증, 시야협착, 암점을 남긴 때	
9) 한눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	5
10) 한눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때	10
	5

나. 장애판정기준

- 1) 시력장애의 경우 공인된 시력검사표에 따라 측정한다.
- 2) “교정시력”이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 시력을 말한다.
- 3) “한 눈이 멀었을 때”라 함은 눈동자의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나(“광각무”) 겨우 가릴 수 있는 경우(“광각”)를 말한다.
- 4) 안구운동장애의 판정은 외상후 1년 이상 경과한 후에 그 장애정도를 평가한다.
- 5) “안구의 뚜렷한 운동장애”라 함은 안구의 주시야의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우나 정면 양안시시에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 때를 말한다.
- 6) “안구의 뚜렷한 조절기능장애”라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 45세 이상의 경우에는 제외한다.
- 7) “시야가 좁아진 때”라 함은 시야각도의 합계가 정상시야의 60%이하로 제한된 경우를 말한다.
- 8) “눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때”라 함은 눈꺼풀의 결손으로 인해 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮여지지 않는 경우를 말한다.
- 9) “눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때”라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.
- 10) 외상이나 화상 등에 의하여 눈동자의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 눈동자가 적출되어 눈자위의 조직요몰(凹沒) 등에 의해 의안마저 삽입할 수 없는 상태이면 “뚜렷한 추상(추한 모습)”으로, 의안을 삽입할 수 있는 상태이면 “약간의 추상(추한 모습)”으로 지급률을 가산한다.

11) “눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때”에 해당하는 경우에는 추상(추한 모습)장애를 포함하여 장애를 평가한 것으로 보고 추상(추한 모습)장애를 가산하지 않는다. 다만, 안면부의 추상(추한 모습)은 두 가지 장애평가 방법 중 피보험자에 유리한 것을 적용한다.

2. 귀의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

1) 청력장애는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB : decibel)로서 표시하고 3 회 이상 청력검사를 실시한 후 순음평균역치에 따라 적용한다.

2) “한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB 이상인 경우를 말한다.

3) “심한 장애를 남긴 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB 이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.

4) “약간의 장애를 남긴 때”라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB 이상인 경우에 해당되어, 50cm 이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.

5) 순음청력검사를 실시하기 곤란하거나 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 “언어청력검사, 임피던스 청력검사, 뇌간유발반응청력검사(ABR), 자기청력계기검사, 어음향방사검사” 등을 추가실시 후 장애를 평가한다.

다. 귓바퀴의 결손

1) “귓바퀴의 대부분이 결손된 때”라 함은 귓바퀴의 연골부가 1/2 이상 결손된 경우를 말하며, 귓바퀴의 결손이 1/2 미만이고 기능에 문제가 없으면 외모의 추상(추한 모습)장애로 평가한다.

3. 코의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 코의 기능을 완전히 잃었을 때	15

나. 장애판정기준

- 1) "코의 기능을 완전히 잃었을 때"라 함은 양쪽 코의 호흡곤란 내지는 양쪽 코의 후각기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각감퇴는 장애의 대상으로 하지 않는다.
- 2) 코의 추상(추한 모습)장애를 수반한 때에는 기능장애와 각각 합산하여 지급한다.

4. 씹어먹거나 말하는 장애

가. 장애의 분류

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

8) 치아에 7 개 이상의 결손이 생긴 때	10
9) 치아에 5 개 이상의 결손이 생긴 때	5

나. 장애의 평가기준

- 1) 씹어먹는 기능의 장애는 상하치아의 교합(咬合), 배열상태 및 아래턱의 개폐운동, 연하(삼킴)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.
- 2) “씹어먹는 기능에 심한 장애를 남긴 때”라 함은 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
- 3) “씹어먹는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등) 외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
- 4) “씹어먹는 기능에 약간의 장애를 남긴 때”라 함은 어느 정도의 고형식(밥, 빵 등)은 섭취할 수 있으나 이를 씹어 잘게 부수는 기능에 제한이 뚜렷한 경우를 말한다.
- 5) “말하는 기능에 심한 장애를 남긴 때”라 함은 다음 4 종의 어음 중 3 종 이상의 발음을 할 수 없게 된 경우를 말한다.
 - ① 구순음(口, ㅂ, ㅍ)
 - ② 치설음(ㄴ, ㄷ, ㄹ)
 - ③ 구개음(ㄱ, ㅈ, ㅊ)
 - ④ 후두음(ㅇ, ㅎ)
- 6) “말하는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 위 5)의 4 종의 어음 중 2 종 이상의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
- 7) “말하는 기능에 약간의 장애를 남긴 때”라 함은 위 5)의 4 종의 어음 중 1 종의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.
- 8) 뇌의 언어중추 손상으로 인한 실어증의 경우에도 말하는 기능의 장애로 평가한다.
- 9) “치아의 결손”이란 치아의 상실 또는 치아의 신경이 죽었거나 1/3 이상이 파절된 경우를 말한다.
- 10) 유상악치 또는 가교악치 등을 보철한 경우의 지대관 또는 구의 장착치와 포스트, 인레인만을 한 치아는 결손된 치아로 인정하지 않는다.
- 11) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.

12) 어린이의 유치와 같이 새로 자라서 갈 수 있는 치아는 후유장해의 대상이 되지 않는다.

13) 신체의 일부에 탈착분리 가능한 의치의 결손은 후유장해의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장해

가. 장해의 분류

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

나. 장해판정기준

- 1) “외모”란 얼굴(눈, 코, 귀, 입 포함), 머리, 목을 말한다.
- 2) “추상(추한 모습)장해”라 함은 성형수술 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말하며, 재건수술로 흉터를 줄일 수 있는 경우는 제외한다.
- 3) “추상(추한 모습)을 남긴 때”라 함은 상처의 흔적, 화상 등으로 피부의 변색, 모발의 결손, 조직(뼈, 피부 등)의 결손 및 함몰 등으로 성형수술을 하여도 더 이상 추상(추한 모습)이 없어지지 않는 경우를 말한다.

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)

1) 얼굴

- ① 손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)
- ② 길이 10cm 이상의 추상 반흔(추한 모습의 흉터)
- ③ 직경 5cm 이상의 조직함몰
- ④ 코의 1/2 이상 결손

2) 머리

- ① 손바닥 크기 이상의 반흔(흉터) 및 모발결손
- ② 머리뼈의 손바닥 크기 이상의 손상 및 결손

3) 목

손바닥 크기 이상의 추상(추한 모습)

라. 약간의 추상(추한 모습)

1) 얼굴

- ① 손바닥 크기 1/4 이상의 추상(추한 모습)
- ② 길이 5cm 이상의 추상반흔(추한 모습의 흉터)
- ③ 직경 2cm 이상의 조직함몰
 - ④ 코의 1/4 이상 결손

2) 머리

- ① 손바닥 1/2 크기 이상의 반흔(흉터), 모발결손
- ② 머리뼈의 손바닥 1/2 크기 이상의 손상 및 결손

3) 목

손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

마. 손바닥 크기

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

6. 척추(등뼈)의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 척추(등뼈)에 심한 운동장애를 남긴 때	40
2) 척추(등뼈)에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때	30
3) 척추(등뼈)에 약간의 운동장애를 남긴 때	10
4) 척추(등뼈)에 심한 기형을 남긴 때	50
5) 척추(등뼈)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	30
6) 척추(등뼈)에 약간의 기형을 남긴 때	15
7) 심한 추간판탈출증(속칭 디스크)	20
8) 뚜렷한 추간판탈출증(속칭 디스크)	15
9) 약간의 추간판탈출증(속칭 디스크)	10

나. 장애판정기준

1) 척추(등뼈)는 경추(목뼈) 이하를 모두 동일부위로 한다.

2) 심한 운동장애

척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 4 개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정된 상태

3) 뚜렷한 운동장애

① 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 3 개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정된 상태

② 머리뼈와 상위경추(상위목뼈: 제 1,2 목뼈)간의 뚜렷한 이상전위가 있을 때

4) 약간의 운동장애

척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 인하여 2 개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합 또는 고정된 상태

5) 심한 기형

척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 35° 이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때

6) 뚜렷한 기형

척추의 골절 또는 탈구 등으로 인하여 15° 이상의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때

7) 약간의 기형

1 개 이상의 척추의 골절 또는 탈구로 인하여 경도(가벼운 정도)의 전만증 및 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때

8) 심한 추간판탈출증(속칭 디스크)

추간판탈출증(속칭 디스크)으로 인하여 추간판을 2 마디이상 수술하거나 하나의 추간판이라도 2 회이상 수술하고 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장애가 있는 경우

9) 뚜렷한 추간판탈출증(속칭 디스크)

추간판 1 마디를 수술하여 신경증상이 뚜렷하고 특수 보조검사에서 이상이 있으며, 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우

10) 약간의 추간판탈출증(속칭 디스크)

특수검사(뇌전산화단층촬영(CT), 자기공명영상(MRI) 등)에서 추간판 병변이 확인되고 의학적으로 인정할 만한 하지방사통(주변부위로 뻗치는 증상) 또는 감각 이상이 있는 경우

11) 추간판탈출증(속칭 디스크)으로 진단된 경우에는 수술여부에 관계없이 운동장애 및 기형장애로 평가하지 아니한다.

7. 체간골의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 어깨뼈나 골반뼈에 뚜렷한 기형을 남긴 때	15
2) 빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈에 뚜렷한 기형을 남긴 때	10

나. 장애판정기준

- 1) “체간골”이라 함은 어깨뼈, 골반뼈, 빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈를 말하며, 이를 모두 동일부위로 한다.
- 2) "골반뼈의 뚜렷한 기형"이라 함은 아래와 같다.
 - ① 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm 이상 분리된 부정유합 상태 또는 여자에 있어서 정상분만에 지장을 줄 정도의 골반의 변형이 남은 상태
 - ② 나체가 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사를 통하여 측정한 각 변형이 20° 이상인 경우
- 3) “빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈 또는 어깨뼈에 뚜렷한 기형이 남은 때”라 함은 나체가 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사를 통하여 측정한 각 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.
- 4) 갈비뼈의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장애로 취급한다.

8. 팔의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 두팔의 손목이상을 잃었을 때	100
2) 한팔의 손목이상을 잃었을 때	60
3) 한팔의 3 대관절중 1 관절의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한팔의 3 대관절중 1 관절의 기능에 심한 장애를 남긴 때	20
5) 한팔의 3 대관절중 1 관절의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한팔의 3 대관절중 1 관절의 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
7) 한팔에 가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
8) 한팔에 가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때	10
9) 한팔의 뼈에 기형을 남긴 때	5

나. 장애판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 판정한다.

2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장애(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장애가 생긴 경우)와 일시적인 장애에 대하여는 장애보상을 하지 아니한다.

3) “팔”이라 함은 어깨관절(肩關節)부터 손목관절까지를 말한다.

4) “팔의 3 대관절”이라 함은 어깨관절, 팔꿈치관절 및 손목관절을 말한다.

5) “한팔의 손목이상을 잃었을 때”라 함은 손목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치 관절 상부에서 절단된 경우도 포함된다.

6) 팔의 관절기능 장애 평가는 팔의 3 대관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) “영구적 신체장애 평가지침”의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장애를 표시할 경우에는 장애부위의 장애각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장애상태를 명확히 한다.

가) “기능을 완전히 잃었을 때”라 함은

① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우

② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “0 등급(Zero)”인 경우

나) “심한 장애”라 함은

① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우

② 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “1 등급(Trace)”인 경우

다) “뚜렷한 장애”라 함은

① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우

라) “약간의 장애”라 함은

① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우

7) “가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2 개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.

8) “가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때”라 함은 요골과 척골중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.

9) “뼈에 기형을 남긴 때”라 함은 상완골 또는 요골과 척골에 변형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

다. 지급률의 결정

1) 1 상지(팔과 손가락)의 후유장애 지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

2) 한 팔의 3 대 관절중 1 관절에 기능장애가 생기고 다른 1 관절에 기능장애가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

9. 다리의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 두다리의 발목이상을 잃었을 때	100
2) 한다리의 발목이상을 잃었을 때	60
3) 한다리의 3 대관절중 1 관절의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한다리의 3 대관절중 1 관절의 기능에 심한 장애를 남긴 때	20
5) 한다리의 3 대관절중 1 관절의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한다리의 3 대관절중 1 관절의 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
7) 한다리에 가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
8) 한다리에 가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때	10
9) 한다리의 뼈에 기형을 남긴 때	5
10)한다리가 5cm 이상 짧아진 때	30
11)한다리가 3cm 이상 짧아진 때	15
12)한다리가 1cm 이상 짧아진 때	5

나. 장애판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 판정한다.

2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장애(예컨대 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유후의 관절에 기능장애가 생긴 경우)와 일시적인 장애에 대하여는 장애보상을 하지 아니한다.

3) “다리”라 함은 엉덩이관절(股關節)로부터 발목관절까지를 말한다.

4) “다리의 3 대 관절”이라 함은 고관절, 무릎관절 및 발목관절을 말한다.

5) “한다리의 발목이상을 잃었을 때”라 함은 발목관절로부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절의 상부에서 절단된 경우도 포함된다.

6) 다리의 관절기능 장애 평가는 하지의 3 대관절의 관절운동범위 제한 및 동요성 유무 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) “영구적 신체장애 평가지침”의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능 장애를 표시할 경우에는 장애부위의 장애각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장애상태를 명확히 한다.

가) “기능을 완전히 잃었을 때”라 함은

① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우

② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “0 등급(Zero)”인 경우
나) “심한 장애”라 함은

① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우

② 객관적 검사(스트레스 액션)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우

③ 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 “1 등급(Trace)”인 경우
다) “뚜렷한 장애”라 함은

① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우

② 객관적 검사(스트레스 액션)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우

라) “약간의 장애”라 함은

① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우

② 객관적 검사(스트레스 액션)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우

7) “가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2 개뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.

8) "가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때"라 함은 경골과 종아리뼈중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.

9) "뼈에 기형을 남긴 때"라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.

10) 다리의 단축은 상전장골극에서부터 경골내측과 하단까지의 길이를 측정하여 정상측 다리의 길이와 비교하여 단축된 길이를 산출한다.

다리 길이의 측정에 이용하는 골표적(bony landmark)이 명확하지 않은 경우나 다리의 단축장애 판단이 애매한 경우에는 scanogram 을 통하여 다리의 단축정도를 측정한다.

다. 지급률의 결정

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

2) 한 다리의 3 대 관절중 1 관절에 기능장애가 생기고 다른 1 관절에 기능장애가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

10. 손가락의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
	55
1) 한손의 5 개 손가락을 모두 잃었을 때	15
2) 한손의 첫째 손가락을 잃었을 때	10
3) 한손의 첫째 손가락 이외의 손가락을 잃었을 때(1 손가락 마다)	30
4) 한손의 5 개손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
5) 한손의 첫째 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	5
6) 한손의 첫째 손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때(1 손가락 마다)	

나. 장애판정기준

- 1) 손가락에는 첫째 손가락에 2 개의 손가락관절이 있다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
- 2) 다른 네 손가락에는 3 개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제 1 지관절(근위지관절) 및 제 2 지관절(원위지관절)이라 부른다.
- 3) “손가락을 잃었을 때”라 함은 첫째 손가락에 있어서는 지관절로부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제 1 지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운 쪽으로 손가락을 잃었을 때를 말한다.
- 4) “손가락뼈 일부를 잃었을 때”라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제 1 지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼쪽으로 손가락뼈를 잃었거나 뼈조각이 떨어져 있는 것이 엑스선 사진으로 명백한 경우를 말한다.
- 5) “손가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 손가락의 생리적 운동영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때이며 이 경우 손가락관절의 굴신운동 가능영역에 의해 측정한다. 첫째 손가락 이외의 다른 네 손가락에 있어서는 제 1, 제 2 지관절의 굴신운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.
- 6) 한 손가락에 장애가 생기고 다른 손가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

11. 발가락의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 한발의 리스프랑관절 이상을 잃었을 때	40
2) 한발의 5 개발가락을 모두 잃었을 때	30
3) 한발의 첫째발가락을 잃었을 때	10
4) 한발의 첫째발가락 이외의 발가락을 잃었을 때(1 발가락마다)	5
5) 한발의 5 개발가락 모두의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를	

남긴 때	20
6) 한발의 첫째발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	
7) 한발의 첫째발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때(1 발가락마다)	8
	3

나. 장애판정기준

- 1) “발가락을 잃었을 때”라 함은 첫째 발가락에서는 지관절로부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제 1 지관절(근위지관절)로부터 심장에서 가까운 쪽에서 잃었을 때를 말한다.
- 2) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.
- 3) “발가락뼈 일부를 잃었을 때”라 함은 첫째 발가락에 있어서는 지관절, 다른 네 발가락에 있어서는 제 1 지관절(근위지관절)로부터 심장에서 먼쪽에서 발가락뼈를 잃었을 때를 말하고 단순히 살점이 떨어진 것만으로는 대상이 되지 않는다.
- 4) “발가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은 발가락의 생리적 운동 영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때를 말하며, 이 경우 발가락의 주된 기능인 발가락 관절의 굴신기능을 측정하여 결정한다.
- 5) 한 발가락에 장애가 생기고 다른 발가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

12. 흉·복부장기 및 비뇨생식기의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장애를 남긴 때	75

2) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	50
3) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장애를 남긴 때	20

나. 장애의 판정기준

1) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장애를 남긴 때” 라 함은

- ① 심장, 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
- ② 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때
- ③ 방광의 기능이 완전히 없어진 때

2) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때”라 함은

- ① 위, 대장 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때
- ② 소장 또는 간장의 3/4 이상을 잘라내었을 때
- ③ 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때

3) “흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장애를 남긴 때”라 함은

- ① 비장 또는 한쪽의 신장 및 한쪽의 폐를 잘라내었을 때
- ② 장루, 요도루, 방광누공, 요관 장문합이 남았을 때
- ③ 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착으로 인공요도가 필요한 때
- ④ 음경의 1/2 이상이 결손되었거나 질구 협착 등으로 성생활이 불가능한 때
- ⑤ 항문 괄약근의 기능장애로 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)

4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기의 장애로 인하여 일상생활 기본동작에 제한이 있는 경우 “<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표”에 따라 장애를 평가하고 둘 중 높은 지급률을 적용한다.

5) 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성폐쇄성폐질환 등)은 장애의 평가 대상으로 인정하지 않는다.

13. 신경계·정신행동 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 신경계에 장애가 남아 일상생활 기본동작에 제한을 남긴 때	10 ~ 100
2) 정신행동에 극심한 장애가 남아 타인의 지속적인 감시 또는 감금상태에서 생활해야 할 때	100
3) 정신행동에 심한 장애가 남아 감금상태에서 생활할 정도는 아니나 자해나 타해의 위험성이 지속적으로 있어서 부분적인 감시를 요할 때	
4) 정신행동에 뚜렷한 장애가 남아 대중교통을 이용한 이동, 장보기 등의 기본적 사회 활동을 혼자서 할 수 없는 상태	70
5) 극심한 치매 : CDR 척도 5 점	
6) 심한 치매 : CDR 척도 4 점	40
7) 뚜렷한 치매 : CDR 척도 3 점	
8) 약간의 치매 : CDR 척도 2 점	
9) 심한 간질발작이 남았을 때	100
10) 뚜렷한 간질발작이 남았을 때	80
11) 약간의 간질발작이 남았을 때	60
	40
	70
	40
	10

나. 장애판정기준

1) 신경계

① “신경계에 장애를 남긴 때”라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계에 손상으로 인하여 “<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표”의 5 가지 기본동작중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.

② 위 ①의 경우 “<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표”상 지급률이 10% 미만인 경우에는 보장대상이 되는 장애로 인정하지 않는다.

③ 신경계의 장애로 인하여 발생하는 다른 신체부위의 장애(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장애로도 평가하고 그 중 높은 지급률을 적용한다.

④ 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 6 개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장애를 평가한다.

그러나, 6 개월이 경과하였다 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간내에 사망이 예상되는 경우는 6 개월의 범위내에서 장애 평가를 유보한다.

⑤ 장애진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

① 상기 정신행동장애 지급률에 미치지 않는 장애에 대해서는 “<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표”에 따라 지급률을 산정하여 지급한다.

② 일반적으로 상해를 입은 후 24 개월이 경과한 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 상해를 입은 후 의식상실이 1 개월 이상 지속된 경우에는 수상 후 18 개월이 경과한 후에 판정할 수 있다. 다만, 장애는 충분한 전문적 치료를 받은 후 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로 인하여 고정되거나 중하게 된 장애에 대해서는 인정하지 아니한다.

③ 심리학적 평가보고서는 자격을 갖춘 임상심리 전문의가 시행하고 작성하여야 한다.

④ 전문의란 정신과 혹은 신경정신과 전문의를 말한다.

⑤ 평가의 객관적 근거

㉞ 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등을 기초로 한다.

㉟ 객관적 근거로 인정할 수 없는 경우

- 보호자나 환자의 진술
- 감정의 추정 혹은 인정
- 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌 SPECT 등)
- 정신과 혹은 신경정신과 전문의가 시행하고 보고서를 작성하는 심리학적 평가보고서

⑥ 각종 기질성 정신장애와 외상후 간질에 한하여 보상한다.

⑦ 외상후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증, 편집증, 조울증(정서장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다.

⑧ 정신 및 행동장애의 경우 개호인은 생명유지를 위한 동작 및 행동이 불가능하거나 지속적인 감금을 요하는 상태에 한하여 인정한다. 개호의 내용에서는 생명유지를 위한 개호와 행동감시를 위한 개호를 구별하여야 한다.

3) 치매

① “치매”라 함은

- 뇌 속에 후천적으로 생긴 기질적인 병으로 인한 변화 또는 뇌 속에 손상을 입은 경우

- 정상적으로 성숙한 뇌가 상기에 의한 기질성 장애에 의해서 파괴되었기 때문에 한번 획득한 지능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 경우

② 치매의 장애평가는 전문의에 의한 임상치매척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사결과에 따른다.

4) 간질

① “간질”이라 함은 돌발적 뇌파이상을 나타내는 뇌질환에 의거하여 발작(경련, 의식장애 등)을 반복하는 것을 말한다.

② “심한 간질 발작”이라 함은 월 8 회 이상의 중증발작이 연 6 개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작시 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장애 등으로 요양관리가 필요한 상태를 말한다.

③ “뚜렷한 간질 발작”이라 함은 월 5 회 이상의 중증발작 또는 월 10 회 이상의 경증발작이 연 6 개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

④ “약간의 간질 발작”이라 함은 월 1 회 이상의 중증발작 또는 월 2 회 이상의 경증발작이 연 6 개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.

⑤ “중증발작”이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장애가 3 분이상 지속되는 발작을 말한다.

⑥ “경증발작”이라 함은 운동장애가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3 분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

<붙임>

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

유형	제한정도에 따른 지급률
이동동작	<ul style="list-style-type: none"> - 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 지속적인 도움이 없이는 방밖을 나올 수 없는 상태(지급률 40%) - 휠체어 또는 다른 사람의 도움없이 방밖을 나올 수 없는 상태(30%) - 목발 또는 walker 를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태(20%) - 독립적인 보행은 가능하나 파행이 있는 상태, 난간을 잡지않고 계단을 오르고 내리기가 불가능한 상태, 계속하여 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태(10%)
음식물 섭취	<ul style="list-style-type: none"> - 식사를 전혀 할수 없어 계속적으로 튜브나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양공급을 받는 상태(20%) - 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 지속적인 도움이 없이는 식사를 전혀 할 수 없는 상태(15%) - 숟가락 사용은 가능하나 젓가락 사용이 불가능하여 음식물 섭취에 있어 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%) - 독립적인 음식물 섭취는 가능하나 젓가락을 이용하여 생선을 바르거나 음식물을 자르지는 못하는 상태(5%)

유형	제한정도에 따른 지급률
배변 배뇨	<ul style="list-style-type: none"> - 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 지속적인 도움이 필요한 상태(20%) - 화장실에 가서 변기위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 화장지로 닦고 옷을 입는 일에 다른 사람의 지속적인 도움이 필요한 상태(15%) - 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변후 뒤처리에 있어 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%) - 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2 시간 이상 계속되는 업무(운전, 작업, 교육 등)를 수행하는 것이 어려운 상태(5%)
목욕	<ul style="list-style-type: none"> - 다른 사람의 지속적인 도움없이는 샤워 또는 목욕을 할 수 없는 상태(10%) - 샤워는 가능하나, 혼자서는 때밀기를 할 수 없는 상태(5%) - 목욕시 신체(등 제외)의 일부 부위만 때를 밀 수 있는 상태(3%)
옷입고 벗기	<ul style="list-style-type: none"> - 다른 사람의 지속적인 도움없이는 전혀 옷을 챙겨 입을 수 없는 상태(10%) - 다른 사람의 지속적인 도움없이는 상의 또는 하의 중 하나만을 착용할 수 있는 상태(5%) - 착용은 가능하나 다른 사람의 도움없이는 마무리(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)는 불가능한 상태(3%)

【별표 2】

해외여행통지

피보	주민등록번호	여행지	여행	보험기간	현재의	과거의	휴대품	보험수	다른보험	보험가	피보험
----	--------	-----	----	------	-----	-----	-----	-----	------	-----	-----

형자			목적	출발일	도착일	건강상태	상병		의자	계약유무	입조건	자날인

다	성	명	보험종목	회사명	만기일
보					
험					
계					
약					
사					
항					

20

작성자 _____ 인