무배당 AIA 실손의료비보험 (갱신형) 약관

◈ 목 차 ◈

◈ 가입자 유의 사항 ◈ 10

◈ 주요내용 요약서 ◈ 12

◈ 보험용어 해설 ◈ 14

무배당 AIA 실손의료비보험 (갱신형) 약관 15

제1장 일반사항 15

제1조【담보종목】 15
제2조【용어정의】 15

제2장 회사가 보상하는 사항 15

제3조【담보종목별 보장내용】 15

제3장 회사가 보상하지 않는 사항 25

제4조【보상하지 않는 사항】 25

제4장 계약의 성립과 유지 31

제5조【계약의 성립】 31
제6조【청약의 철회】 32
제7조【계약내용의 변경 등】 32
제8조【계약의 갱신】 33
제9조【보험나이 등】 33
제10조【계약의 무효】 33
제11조【계약의 소멸】 34
제12조【계약자의 임의해지 및 피보험자(보험대상자)의 서면동의 철회권】 34

제5장 보험료의 납입 등 35

제13조【제1회 보험료 및 회사의 보장개시일】 35
제14조【제2회 이후 보험료의 납입】 35
제15조【보험료의 자동대출납입】 35
제16조【보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지】 36
제17조【보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)】 36

제18조【강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복)】 ····· 36
제19조【해지환급금】 ····· 37
제20조【배당금】 ····· 37

제6장 다수보험의 처리 등 ····· 37

제21조【다수보험의 처리】 ····· 37
제22조【연대책임】 ····· 37

제7장 계약 전 알릴의무 등 ····· 38

제23조【계약 전 알릴 의무】 ····· 38
제24조【상해보험계약 후 알릴 의무】 ····· 38
제25조【알릴 의무 위반의 효과】 ····· 39
제26조【중대사유로 인한 해지】 ····· 39
제27조【사기에 의한 계약】 ····· 40

제8장 보험금 지급의 절차 등 ····· 40

제28조【주소변경통지】 ····· 40
제29조【대표자의 지정】 ····· 40
제30조【보험금 지급사유의 통지】 ····· 40
제31조【보험금 등 청구시 구비서류】 ····· 40
제32조【보험금의 지급】 ····· 41
제33조【계약내용의 교환】 ····· 41
제34조【보험계약대출】 ····· 43

제9장 분쟁조정 등 ····· 43

제35조【약관교부 및 설명의무 등】 ····· 43
제36조【소멸시효】 ····· 44
제37조【분쟁의 조정】 ····· 44
제38조【관할법원】 ····· 44
제39조【약관의 해석】 ····· 44
제40조【회사가 제작한 보험안내장의 효력】 ····· 44
제41조【회사의 손해배상책임】 ····· 44
제42조【회사의 파산선고와 해지】 ····· 45
제43조【예금보험에 의한 지급보장】 ····· 45

제44조【준거법】 ····· 45

제10장 기타.....45

제45조【계약의 재가입에 관한 사항】 ····· 45

(붙임) 용어의 정의 46

(별표) 보험금 지급시의 적립이율 계산 (제32조 제3항 관련) 49

◈ 가입자 유의 사항 ◈

□ 보험계약관련 특히 유의할 사항

1. 보험계약관련 유의사항

○ 보험계약전 알릴의무 위반

- 과거 또는 현재의 질병 치료사실 등을 회사에 알리지 않은 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.
- 과거 또는 현재의 질병 치료사실 등은 보험설계사에게 말로써 알린 경우는 보험회사에 알리지 않은 것으로 간주되므로, 반드시 청약서에 서면으로 알리시기 바랍니다.
- 전화 등 통신수단을 통해 보험에 가입하는 경우에는 별도의 서면질의서 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약전 알릴의무를 이행하여야 하므로 답변에 특히 신중하여야 합니다.

○ 자동갱신 및 보험료 변동

- 실손의료보험은 손해율에 따라 매년 보험료가 변동되는 상품입니다. 회사는 보험료 변경주기(1년) 만료 30일전까지 변경된 보험료를 안내합니다. 보험계약자가 보험료 변경주기 만료 15일전까지 보험료 변경에 대한 별도의 의사표시(갱신거절 및 계약해지등)를 하지 않으면 계약은 자동으로 유지됩니다.

○ 재가입

- 이 계약의 자동갱신종료 후 재가입하는 경우 계약자는 재가입 시점에서 회사가 판매하는 실손의료보험 상품의 보험종목에서 선택하여 가입할 수 있습니다.
  다만, 회사는 재가입 시점의 인수기준에 따라 승낙 또는 승낙 거절을 할 수 있으며, 승낙거절시에도 계약자는 재가입 직전계약과 동일한 가입조건의 보험 계약으로 재가입이 가능합니다.

2. 해지환급금 관련 유의사항

○ 해지환급금

- 보험계약을 중도 해지시 해지환급금은 이미 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있

습니다. 그 이유는 계약자가 납입한 보험료 중 일부는 불의의 사고를 당한 다른 가입자에게 보험금으로 지급되며, 또 다른 일부는 보험회사 운영에 필요한 경비로 사용되기 때문입니다.

□ 보험금 지급관련 특히 유의할 사항

○ 실손의료비보험

- 이 보험은 발생 의료비 중 급여의 본인부담금과 비급여에 대해 일정비율을 보장해 주는 보험이며, 약관상 보장제외항목에서 발생한 의료비는 보장되지 않습니다. 자세한 사항은 본문의 내용을 참고하시기 바랍니다.
- 실제 발생한 의료비를 보상하는 보험을 2개 이상 가입하더라도 실제 발생한 비용만을 보상받게 되므로, 유사한 보험가입여부 및 보상한도를 반드시 확인하시기 바랍니다. 자세한 사항은 동 상품의 약관 [다수보험의 처리] 조항을 참고하시기 바랍니다.

◈ 주요내용 요약서 ◈

1. 자필서명

보험계약자와 피보험자(보험대상자)가 자필서명을 하지 않은 경우에는 보장을 받지 못 할 수도 있습니다. 다만, 전화를 이용하여 가입할 때 일정요건이 충족되면 자필서명을 생략할 수 있으며, 인터넷을 이용한 사이버몰에서는 전자서명으로 대체할 수 있습니다.

2. 계약전 알릴 의무

보험계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 청약서의 질문사항에 대하여 사실대로 기재하고 자필서명을 하셔야 합니다. 특히, 보험설계사에게 구두로 알린 사항은 효력이 없으며, 전화 등 통신수단을 통해 가입하는 경우에는 서면을 통한 질문절차 없이 안내원의 질문에 답하고 이를 녹음하는 방식으로 계약전 알릴 의무를 이행하여야 하므로 답변에 신중하셔야 합니다.

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

3. 계약의 무효

다음 중 한 가지에 해당하는 경우 회사는 계약을 무효로 할 수 있으며 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

- 타인의 사망을 보장하는 계약에서 피보험자(보험대상자)의 서면 동의를 얻지 아니한 경우
- 만15세미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자(보험대상자)로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우
- 계약체결시 계약에서 정한 피보험자(보험대상자)의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우

4. 청약철회

보험계약자는 청약을 한 날부터 15일 이내에 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 진단계약, 단체(취급)계약 또는 보험기간이 1년 미만인 경우에는 그러하지 아니하며, 전화·우편·컴퓨터 등의 통신매체를 통한 보험계약의 경우에는 청약을 한 날부터 30일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3일 이내에 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

5. 계약취소

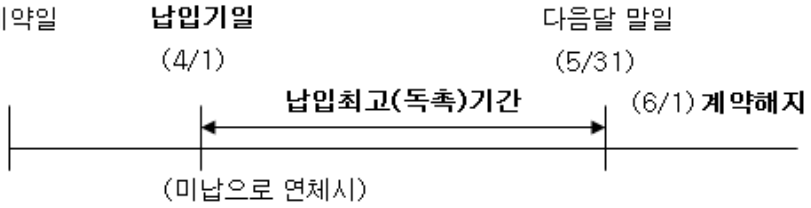
약관과 계약자 보관용 청약서(청약서 부본)를 청약시 전달받지 못하였거나 약관의 중요한 내용을 설명받지 못한 때 또는 청약서에 자필서명을 하지 아니한 때에는 계약자는 청약일로부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료를 돌려 드리며 보험료를 받은 기간에 대하여 소정의 이자를 더하여 지급합니다. 다만, 단체(취급)계약의 경우에는 계약체결일부터 1개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

6. 보험료의 납입연체 및 계약의 해지에 관한 사항

보험계약자가 제2회 이후 보험료를 납입기일까지 납입하지 아니하여 보험료 납입이 연체중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고기간의 말일이 토요일 또는 공휴일에 해당한 때에는 기간은 그 익일로 만료합니다)으로 정하여 납입을 최고(독촉)하고, 그 때까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 계약이 해지됩니다.

※ 다만, 당사의 납입최고(독촉)기간은 아래와 같이 납입기일 다음날부터 납입기일이 속하는 달의 다음달 말일까지로 합니다.

【보험료의 납입연체 및 계약의 해지(예시)】



7. 계약의 소멸

이 보험계약은 피보험자(보험대상자)의 사망 또는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우, 그때부터 효력을 가지지 아니합니다. 자세한 소멸사유는 약관을 참고하시기 바랍니다.

8. 해지 계약의 부활(효력회복)

보험료 납입연체로 보험계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 아니한 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 보험계약자는 해지된 날부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 보험계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 회사는 보험계약자 또는 피보험자(보험대상자)의 건강상태, 직업, 직종 등에 따라 승낙여부를 결정하며, 합리적인 사유가 있는 경우 부활(효력회복)을 거절하거나 보장의 일부를 제한할 수 있습니다.

◈ 보험용어 해설 ◈

○ 보험약관 : 생명보험 계약에 관하여 보험계약자와 보험회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것

○ 보험증권(보험가입증서) : 보험계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 보험회사가 보험계약자에게 교부하는 증서

○ 계약자 : 보험회사와 계약을 체결하고 보험료 납입의무를 지는 사람

○ 피보험자(보험대상자) : 보험사고 발생의 대상이 되는 사람

○ 수익자 : 보험사고 발생시 보험금 청구권을 갖는 사람

○ 보험료 : 보험계약에 따른 보장을 받기 위하여 보험계약자가 보험회사에 납입하는 금액

○ 보험금 : 피보험자(보험대상자)의 사망, 장해, 입원, 만기 등 보험금 지급사유가 발생하였을 때 보험회사가 수익자에게 지급하는 금액

○ 보험기간 : 보험계약에 따라 보장을 받는 기간

○ 보장개시일 : 보험회사의 보험금 지급의무가 시작되는 날

○ 보험가입금액(구좌): 보험금, 보험료 및 책임준비금 등을 산정하는 기준이 되는 금액
※ 보험가입금액, 보험료 납입기간, 피보험자(보험대상자)의 나이 등을 기준으로 보험료를 산출하지 아니하고 보험계약자가 보험료를 선택하는 보험에서는 보험료 수준에 따라 보험금, 준비금(적립액) 등이 결정됨

○ 책임준비금 : 장래의 보험금, 해지환급금 등의 지급을 위하여 보험계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 보험회사가 적립해 둔 금액

○ 해지환급금 : 계약의 효력상실 또는 해지시 보험계약자에게 돌려주는 금액

무배당 AIA 실손의료비보험 (갱신형) 약관

실손 의료보험은 사람의 질병 또는 상해로 인한 손해(의료비에 한합니다)를 보험회사가 보상하는 상품입니다.

이 상품의 담보종목은 질병입원형, 질병통원형, 상해입원형 및 상해통원형의 총 4개이내의 담보종목으로 구성되어 있습니다.

※ 이 상품은 계약자가 선택한 담보종목(질병입원형, 질병통원형, 상해입원형, 상해통원형)에 해당되는 보험료를 납입한 경우에만 적용합니다.

제1장 일반사항

제1조【담보종목】

① 회사가 판매하는 실손 의료보험상품은 질병입원형, 질병통원형, 상해입원형 및 상해통원형의 총 4개이내의 담보종목으로 구성되어 있습니다.

담보종목		보상하는 내용
질병	입원	피보험자(보험대상자)가 질병으로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에 보상
	통원	피보험자(보험대상자)가 질병으로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에 보상
상해	입원	피보험자(보험대상자)가 상해로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에 보상
	통원	피보험자(보험대상자)가 상해로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에 보상

② 회사는 이 상품의 명칭에 '실손 의료비' 문구를 포함하여 사용합니다.

제2조【용어정의】

이 약관에서 사용하는 용어의 정의는 (붙임)과 같으며 해당 용어는 이 약관에서 밑줄을 그어 표시합니다.

제2장 회사가 보상하는 사항

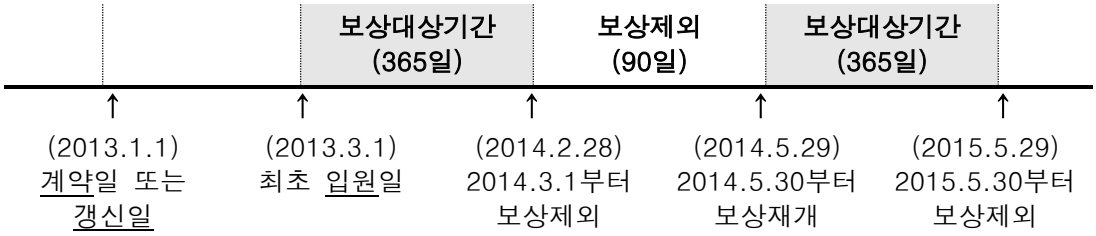
제3조【담보종목별 보장내용】

회사가 이 계약의 보험기간 중 담보종목별로 각각 보상 또는 공제하는 내용은 다음과 같습니다.

<table>
<tr><th>담보
종목</th><th>보상하는 사항</th></tr>
<tr><td>(1)
질
병
입
원
형</td><td>① 회사는 피보험자(보험대상자)가 질병으로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원의료비를 다음과 같이 하나의 질병당 보험가입금액(5,000만원)을 한도로 보상하여 드립니다.

<table>
<tr><th colspan="2">구 분</th><th>보상금액</th></tr>
<tr><td rowspan="2">표준형</td><td>입원실료,
입원제비용,
입원수술비</td><td>‘국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금’과 ‘비급여주)(상급병실료 차액 제외)’의 합계액(본인이 실제로 부담한 금액)의 80% 해당액(다만, 20% 해당액이 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다)</td></tr>
<tr><td>상급병실료
차액</td><td>입원시 실제 사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 중 50%를 공제한 후의 금액(다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">선택형</td><td>입원실료,
입원제비용,
입원수술비</td><td>‘국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금’과 ‘비급여주)(상급병실료 차액 제외)’의 합계액(본인이 실제로 부담한 금액)의 90% 해당액(다만, 10% 해당액이 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다)</td></tr>
<tr><td>상급병실료
차액</td><td>입원시 실제 사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 중 50%를 공제한 후의 금액(다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다)</td></tr>
</table>
주) 국민건강보험 또는 의료급여법에 따라 보건복지부 장관이 정한 비급여대상

② 제1항의 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.
③ 피보험자(보험대상자)가 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용받지 못하는 경우에는 입원의료비(‘국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙’에 따라 보건복지부장관이 정한 급여 및 비급여의료비 항목에 한합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액의 40% 해당액을 하나의 질병당 보험가입금액(5,000만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다)을 한도로 보상하여 드립니다.
④ 회사는 하나의 질병(의학상 관련이 있다고 의사가 인정하는 질병은 동일한 질병으로 간주하며, 동일한 질병으로 2회 이상 치료를 받는 경우에는 이를 하나의 질병으로 봅니다)으로 인한 입원의료비는 최초 입원일로부터 365일(최초 입원일을</td></tr>
</table>

담보 종목	보상하는 사항
(1) 질병 입원형	포함합니다)까지 보상하여 드립니다. 다만, 하나의 질병으로 인하여 최초 입원일로부터 365일을 넘어 입원할 경우에는 아래의 예시와 같이 90일간의 보상제외기간이 지나야 새로운 질병으로 인한 입원으로 보아 다시 보상하여 드립니다. <보상기간 예시>  ⑤ 제1항 의 경우 계약이 갱신되어 하나의 질병으로 인한 입원이 갱신 전후에 계속되는 경우, 갱신 전후에 계속되는 총 입원을 기준으로 그 지급금액 및 지급한도 등을 적용합니다. ⑥ 피보험자(보험대상자)가 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되더라도 그 계속 중인 입원에 대하여는 보험기간 종료일로부터 180일까지(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상하며 이 경우 제4항은 적용하지 아니합니다. 단, 동일회사 계약의 자동갱신 또는 재가입의 경우 종전계약의 보험기간 연장으로 간주하여 제4항을 적용합니다. ⑦ 피보험자(보험대상자)가 병원의 직원복리후생제도에 의하여 납부할 의료비를 감면받은 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 입원의료비를 계산합니다. ⑧ 하나의 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 하나의 질병으로 간주합니다. ⑨ 제2항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보상하여 드립니다. ⑩ 제9항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 이 약관 제16조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다. ⑪ 이 약관 제17조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항, 제9항 및 제10항의 청약일로 하여 적용합니다. ⑫ 피보험자가 단체실손의료보험의 약관에 따라 질병으로 인해 입원하여 치료를 받던 중 실손의료보험 중지 및 재개 특약 또는 실손의료보험 개인실손 전환(단체 → 개인) 특약에 따라 개인실손의료보험에 가입한 경우, 그 계속 중인 입원에 대하여는 재개전 또는 전환전 계약의 보상기간의 연장으로 간주하여 재개전 또는 전환전 단체실손의료보험의 약관에 따라 보상합니다.

<table>
<tr><th>담보
종목</th><th>보상하는 사항</th></tr>
<tr><td></td><td>⑬ 제12항에도 불구하고 하나의 질병으로 인한 입원의료비를 재개전 또는 전환전 계약의 보험기간 종료일부터 180일까지(재개전 또는 전환전 계약의 보험가입금액까지 보상한 경우에는 그 보상한도 종료일)까지 단체실손의료보험의 약관에 따라 보상한 경우에는 제1항부터 제11항을 적용합니다.</td></tr>
<tr><td>(2)
질병
통원
형</td><td>① 회사는 피보험자(보험대상자)가 질병으로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에는 통원의료비로써 매년 계약해당일로부터 1년을 단위로 하여 다음과 같이 외래(외래제비용, 외래수술비) 및 처방조제비를 각각 보상하여 드립니다.
<table>
<tr><th>구분</th><th>보 상 한 도</th></tr>
<tr><td>외래</td><td>방문 1회당 ‘국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금’과 ‘비급여주)’의 합계액(본인이 실제로 부담한 금액)에서 ＜표1 항목별 공제금액＞을 차감하고 20만원을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 방문 180회 한도)</td></tr>
<tr><td>처방
조제비</td><td>처방전 1건당 ‘국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금’과 ‘비급여주)’의 합계액(본인이 실제로 부담한 금액)에서 ＜표1 항목별 공제금액＞을 차감하고 10만원을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 처방전 180건 한도)</td></tr>
</table>
주) 국민건강보험 또는 의료급여법에 따라 보건복지부 장관이 정한 비급여대상

＜표1 항목별 공제금액＞
<table>
<tr><th colspan="2">구 분</th><th>항 목</th><th>공제
금액</th></tr>
<tr><td rowspan="3">표준형</td><td rowspan="3">외래
(외래제비용
및
외래수술비
합계)</td><td>의료법 제3조 제2항 제1호에 의한 의원, 치과의원, 한의원, 의료법 제3조 제2항 제2호에 의한 조산원, 지역보건법 제7조에 의한 보건소, 지역보건법 제8조에 의한 보건의료원, 지역보건법 제10조에 의한 보건지소, 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법 제15조에 의한 보건진료소</td><td>1만원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액</td></tr>
<tr><td>의료법 제3조 제2항 제3호에 의한 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원</td><td>1만5천원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액</td></tr>
<tr><td>국민건강보험법 제40조 제2항에 의한 종합전문요양기관 또는 의료법 제3조의4에 의한 상급종합병원</td><td>2만원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

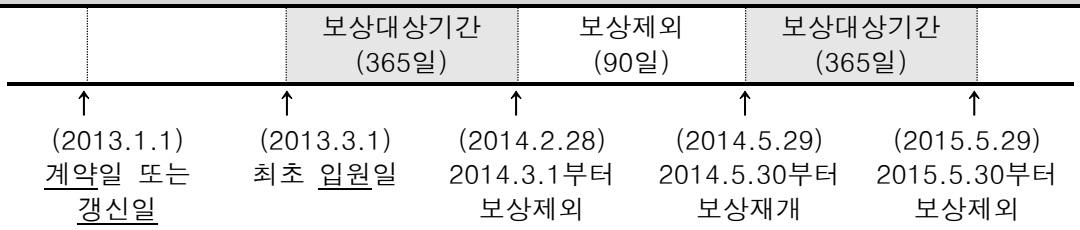
<table>
<tr><th>담보
종목</th><th colspan="4">보상하는 사항</th></tr>
<tr><td rowspan="5">(2)
질병통원형</td><td></td><td>처방
조제비</td><td>국민건강보험법 제40조 제1항 제2호에 의한 약국, 동법 제40조 제1항 제3호에 의한 한국희귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약분업 예외지역에서 약사의 직접조제 1건당)</td><td>8천원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액</td></tr>
<tr><td rowspan="4">선택형</td><td rowspan="3">외래
(외래제비용
및
외래수술비
합계)</td><td>의료법 제3조 제2항 제1호에 의한 의원, 치과의원, 한의원, 의료법 제3조 제2항 제2호에 의한 조산원, 지역보건법 제7조에 의한 보건소, 지역보건법 제8조에 의한 보건의료원, 지역보건법 제10조에 의한 보건지소, 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법 제15조에 의한 보건진료소</td><td>1만원</td></tr>
<tr><td>의료법 제3조 제2항 제3호에 의한 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원</td><td>1만
5천원</td></tr>
<tr><td>국민건강보험법 제40조 제2항에 의한 종합전문요양기관 또는 의료법 제3조의4에 의한 상급종합병원</td><td>2만원</td></tr>
<tr><td>처방
조제비</td><td>국민건강보험법 제40조 제1항 제2호에 의한 약국, 동법 제40조 제1항 제3호에 의한 한국희귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약분업 예외지역에서 약사의 직접조제 1건당)</td><td>8천원</td></tr>
<tr><td colspan="4">② 제1항의 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.
③ 피보험자(보험대상자)가 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용받지 못하는 경우에는 통원의료비(‘국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙’에 따라 보건복지부장관이 정한 급여 및 비급여의료비 항목에 한합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감한 금액의 40% 해당액을 외래 및 처방조제비로 보험가입금액(외래의 경우 1회당 20만원, 처방조제비의 경우 1건당 10만원을 각각의 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다)을 한도로 보상하여 드립니다.
④ 피보험자(보험대상자)가 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되더라도 그 계속 중인 통원 치료에 대하여는 보험기간 만료일로부터 180일 이내에 외래는 방문 90회, 처방조제비는 처방전 90건을 한도로 보상하여 드립니다. 단, 동일회사</td></tr>
</table>

담보 종목	보상하는 사항
(2) 질병 통원 형	계약의 자동갱신 또는 재가입의 경우 종전계약의 보험기간 연장으로 간주하여 제1항을 적용합니다. <보상기간 예시>  ⑤ 하나의 질병(의학상 관련이 있다고 의사가 인정하는 질병은 동일한 질병으로 간주하며, 동일한 질병으로 2회 이상 치료를 받는 경우에는 이를 하나의 질병으로 봅니다)으로 인해 하루에 같은 치료를 목적으로 의료기관에 2회 이상 통원치료시(하나의 질병으로 약국을 통한 2회 이상의 처방조제를 포함합니다) 1회의 외래 및 1건의 처방으로 간주하여 제1항 및 제4항을 적용합니다. 이 경우 외래의 공제금액은 더 큰 금액을 적용합니다. ⑥ 피보험자(보험대상자)가 병원 또는 약국의 직원복리후생제도에 의하여 납부할 의료비를 감면받은 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 통원의료비를 계산합니다. ⑦ 제2항에도 불구하고 청약일 이전에 진단된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보상하여 드립니다. ⑧ 제7항의 '청약일 이후 5년이 지나는 동안'이라 함은 이 약관 제16조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다. ⑨ 이 약관 제17조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제2항, 제7항 및 제8항의 청약일로 하여 적용합니다. ⑩ 피보험자가 단체실손의료보험의 약관에 따라 질병으로 인해 통원하여 치료를 받던 중 실손의료보험 중지 및 재개 특약 또는 실손의료보험 개인실손 전환(단체 → 개인) 특약에 따라 개인실손의료보험에 가입한 경우, 그 계속 중인 통원에 대하여는 재개전 또는 전환전 계약의 보상기간의 연장으로 간주하여 재개전 또는 전환전 단체실손의료보험의 약관에 따라 보상합니다. ⑪ 제10항에도 불구하고 하나의 질병으로 인한 통원의료비를 재개전 또는 전환전 계약의 보험기간 종료일부터 180일 이내에 외래는 방문 90회, 처방조제비는 처방전 90건까지 단체실손의료보험의 약관에 따라 보상한 경우에는 제1항부터 제9항을 적용합니다.
	① 회사는 피보험자(보험대상자)가 상해로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원의료비를 다음과 같이 하나의 상해당 보험가입금액(5,000만원)을 한

<table>
<tr><th>담보
종목</th><th>보상하는 사항</th></tr>
<tr><td>(3)
상해
입원
형</td><td>도로 보상하여 드립니다.

<table>
<tr><th colspan="2">구 분</th><th>보상금액</th></tr>
<tr><td rowspan="2">표준형</td><td>입원실료,
입원제비용,
입원수술비</td><td>‘국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금’과 ‘비급여주)(상급병실료 차액 제외)’의 합계액(본인이 실제로 부담한 금액)의 80% 해당액(다만, 20% 해당액이 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다)</td></tr>
<tr><td>상급병실료
차액</td><td>입원시 실제 사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 중 50%를 공제한 후의 금액(다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">선택형</td><td>입원실료,
입원제비용,
입원수술비</td><td>‘국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금’과 ‘비급여주)(상급병실료 차액 제외)’의 합계액(본인이 실제로 부담한 금액)의 90% 해당액(다만, 10% 해당액이 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다)</td></tr>
<tr><td>상급병실료
차액</td><td>입원시 실제 사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 중 50%를 공제한 후의 금액(다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다)</td></tr>
</table>
주) 국민건강보험 또는 의료급여법에 따라 보건복지부 장관이 정한 비급여대상

② 제1항의 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 상해에 포함되지 아니합니다.
③ 피보험자(보험대상자)가 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용받지 못하는 경우에는 입원의료비(‘국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙’에 따라 보건복지부장관이 정한 급여 및 비급여의료비 항목에 한합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액의 40% 해당액을 하나의 상해당 보험가입금액(5,000만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다)을 한도로 보상하여 드립니다.
④ 회사는 하나의 상해(동일 상해로 2회 이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 상해로 봅니다)로 인한 입원의료비를 최초 입원일로부터 365일까지(최초 입원일을 포함합니다) 보상합니다. 다만, 동일한 상해로 인하여 최초 입원일로부터 365일을 넘어 입원할 경우에는 아래의 예시와 같이 90일간의 보상제외기간이 지나야 새로운 상해로 보아 다시 보상하여 드립니다.
<보상기간 예시></td></tr>
<tr><td>(3)
상해
입원
형</td><td></td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>담보
종목</th><th>보상하는 사항</th></tr>
<tr><td>(3)
상해입원형</td><td>


⑤ 제1항 의 경우 계약이 갱신되어 하나의 상해로 인한 입원이 갱신 전후에 계속되는 경우, 갱신 전후에 계속되는 총 입원을 기준으로 그 지급금액 및 지급한도 등을 적용합니다.
⑥ 피보험자(보험대상자)가 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되더라도 그 계속 중인 입원에 대하여는 보험기간 종료일로부터 180일까지(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상하며 이 경우 제4항은 적용하지 아니합니다. 단, 동일회사 계약의 자동갱신 또는 재가입의 경우 종전계약의 보험기간 연장으로 간주하여 제4항을 적용합니다.
⑦ 피보험자(보험대상자)가 병원의 직원복리후생제도에 의하여 납부할 의료비를 감면받은 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 입원의료비를 계산합니다.
⑧ 피보험자가 단체실손의료보험의 약관에 따라 상해로 인해 입원하여 치료를 받던 중 실손의료보험 중지 및 재개 특약 또는 실손의료보험 개인실손 전환(단체 → 개인) 특약에 따라 개인실손의료보험에 가입한 경우, 그 계속 중인 입원에 대하여는 재개전 또는 전환전 계약의 보상기간의 연장으로 간주하여 재개전 또는 전환전 단체실손의료보험의 약관에 따라 보상합니다.
⑨ 제8항에도 불구하고 하나의 상해로 인한 입원의료비를 재개전 또는 전환전 계약의 보험기간 종료일부터 180일까지(재개전 또는 전환전 계약의 보험가입금액까지 보상한 경우에는 그 보상한도 종료일)까지 단체실손의료보험의 약관에 따라 보상한 경우에는 제1항부터 제7항을 적용합니다.</td></tr>
<tr><td>(4)</td><td>① 회사는 피보험자(보험대상자)가 상해로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에는 통원의료비로써 매년 계약해당일로부터 1년을 단위로 하여 다음과 같이 외래(외래제비용, 외래수술비) 및 처방조제비를 각각 보상하여 드립니다.
<table>
<tr><th>구분</th><th>보 상 한 도</th></tr>
<tr><td>외래</td><td>방문 1회당 ‘국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금’과 ‘비급여주)’의 합계액(본인이 실제로 부담한 금액)에서 ＜표1 항목별 공제금액＞을 차감하고 20만원을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 방문 180회 한도)</td></tr>
<tr><td>처방
조제비</td><td>처방전 1건당 ‘국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금’과 ‘비급여주)’의 합계액(본인이 실제로 부담한 금액)에서 ＜표1 항목별 공제금액＞을 차감하고 10만원을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 처방전 180건 한도)</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>담보
종목</th><th>보상하는 사항</th></tr>
<tr><td>상해통원형

(4) 상해통원형</td><td>주) 국민건강보험 또는 의료급여법에 따라 보건복지부 장관이 정한 비급여대상

<표1 항목별 공제금액>
<table>
<tr><th colspan="2">구 분</th><th>항 목</th><th>공제
금액</th></tr>
<tr><td rowspan="4">표준형</td><td rowspan="3">외래
(외래제비용
및
외래수술비
합계)</td><td>의료법 제3조 제2항 제1호에 의한 의원, 치과의원, 한의원, 의료법 제3조 제2항 제2호에 의한 조산원, 지역보건법 제7조에 의한 보건소, 지역보건법 제8조에 의한 보건의료원, 지역보건법 제10조에 의한 보건지소, 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법 제15조에 의한 보건진료소</td><td>1만원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액</td></tr>
<tr><td>의료법 제3조 제2항 제3호에 의한 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원</td><td>1만5천원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액</td></tr>
<tr><td>국민건강보험법 제40조 제2항에 의한 종합전문요양기관 또는 의료법 제3조의4에 의한 상급종합병원</td><td>2만원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액</td></tr>
<tr><td>처방
조제비</td><td>국민건강보험법 제40조 제1항 제2호에 의한 약국, 동법 제40조 제1항 제3호에 의한 한국희귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약분업 예외지역에서 약사의 직접조제 1건당)</td><td>8천원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액</td></tr>
<tr><td rowspan="3">선택형</td><td rowspan="3">외래
(외래제비용
및
외래수술비
합계)</td><td>의료법 제3조 제2항 제1호에 의한 의원, 치과의원, 한의원, 의료법 제3조 제2항 제2호에 의한 조산원, 지역보건법 제7조에 의한 보건소, 지역보건법 제8조에 의한 보건의료원, 지역보건법 제10조에 의한 보건지소, 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법 제15조에 의한 보건진료소</td><td>1만원</td></tr>
<tr><td>의료법 제3조 제2항 제3호에 의한 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원</td><td>1만
5천원</td></tr>
<tr><td>국민건강보험법 제40조 제2항에 의한 종합전문요양기관 또는 의료법</td><td>2만원</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

담보 종목	보상하는 사항

		제3조의4에 의한 상급종합병원	
	처방 조제비	국민건강보험법 제40조 제1항 제2호에 의한 약국, 동법 제40조 제1항 제3호에 의한 한국희귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약분업 예외지역에서 약사의 직접조제 1건당)	8천원

(4) 상해통원형

② 제1항의 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 상해에 포함되지 아니합니다.

③ 피보험자(보험대상자)가 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용받지 못하는 경우에는 통원의료비('국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙'에 따라 보건복지부장관이 정한 급여 및 비급여의료비 항목에 한합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감한 금액의 40% 해당액을 외래 및 처방조제비로 보험가입금액(외래의 경우 1회당 20만원, 처방조제비의 경우 1건당 10만원을 각각의 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다)을 한도로 보상하여 드립니다.

④ 피보험자(보험대상자)가 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되더라도 그 계속 중인 통원 치료에 대하여는 보험기간 만료일로부터 180일 이내에 외래는 방문 90회, 처방조제비는 처방전 90건을 한도로 보상하여 드립니다. 단, 동일회사 계약의 자동갱신 또는 재가입의 경우 종전계약의 보험기간 연장으로 간주하여 제1항을 적용합니다.

<보상기간 예시>



⑤ 하나의 상해(동일 상해로 2회 이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 상해로 봅니다)로 인해 하루에 같은 치료를 목적으로 의료기관에 2회 이상 통원치료시(하나의 상해로 약국을 통한 2회 이상의 처방조제를 포함합니다) 1회의 외래 및 1건의 처방으로 간주하여 제1항 및 제4항을 적용합니다. 이 경우 외래의 공제금액은 더 큰 금액을 적용합니다.

⑥ 피보험자(보험대상자)가 병원 또는 약국의 직원복리후생제도에 의하여 납부할 의료비를 감면받은 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 통원의료비를 계산합니다.

⑦ 피보험자가 단체실손의료보험의 약관에 따라 상해로 인해 통원하여 치료를 받던 중 실손의료보험 중지 및 재개 특약 또는 실손의료보험 개인실손 전환(단체 →

담보 종목	보상하는 사항
	개인) 특약에 따라 개인실손의료보험에 가입한 경우, 그 계속 중인 통원에 대하여는 재개전 또는 전환전 계약의 보상기간의 연장으로 간주하여 재개전 또는 전환전 단체실손의료보험의 약관에 따라 보상합니다. ⑧ 제7항에도 불구하고 하나의 상해로 인한 통원의료비를 재개전 또는 전환전 계약의 보험기간 종료일부터 180일 이내에 외래는 방문 90회, 처방조제비는 처방전 90건까지 단체실손의료보험의 약관에 따라 보상한 경우에는 제1항부터 제6항을 적용합니다.

제3장 회사가 보상하지 않는 사항

제4조【보상하지 않는 사항】

회사가 보상하지 않는 사항은 다음과 같습니다.

담보 종목	보상하지 않는 사항
(1) 질병입원형	① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 입원의료비는 보상하여 드리지 아니합니다. 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. ② 회사는 제6차 한국표준질병사인분류(KCD : 통계청고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행)에 있어서 아래의 입원의료비에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다. 제7차 개정 이후 한국표준질병사인분류에서 하기 질병 이외에 추가로 아래의 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다. 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)

담보 종목	보상하지 않는 사항
(1) 질병입원형	7. 직장 또는 항문질환 중 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 부분(I84, K60~K62) ③ 회사는 아래의 입원의료비에 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 진다만, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 비용 등에 소요된 비용. 다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 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, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환 다. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음, 단순포경(phimosis), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환 7. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용(다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 제외합니다) 8. 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비 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, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술 마. 그 외 외모개선 목적의 치료로 건강보험 비급여대상에 해당하는 치료 9. 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비 10. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(담보종목별 보장내용)에 따라 보상하여 드립니다. 11. 인간면역바이러스(HIV)감염으로 인한 치료비(다만, 의료법에서 정한 의
(1) 질병입원형	

담보 종목	보상하지 않는 사항
	료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV감염은 해당진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제외합니다) 12. 국민건강보험법 제40조의 요양기관이 아닌 해외 소재 의료기관에서 발생한 의료비
(2) 질병통원형	① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 통원의료비는 보상하여 드리지 아니합니다. 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 아니합니다. ② 회사는 제6차 한국표준질병사인분류(KCD : 통계청고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행)에 있어서 아래의 통원의료비에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다. 제7차 개정 이후 한국표준질병사인분류에서 하기 질병 이외에 추가로 아래의 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다. 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. 비뇨기계 장애(N39, R32) 7. 직장 또는 항문질환 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 목적

담보 종목	보상하지 않는 사항
(2) 질병통원형	으로 하는 경우에는 보상하여 드립니다. 5. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진다만, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 비용 등에 소요된 비용. 다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 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, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환 다. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음, 단순포경(phimosis), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환 7. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용(다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 제외합니다) 8. 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비 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, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술 마. 그 외 외모개선 목적의 치료로 건강보험 비급여대상에 해당하는 치료 9. 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 의사의 임상적 소견과 관련없는 검사비용, 간병비 10. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(담보종목별 보장내용)에 따라 보상하여 드립니다.
(2) 질병통원형	11. 인간면역바이러스(HIV)감염으로 인한 치료비(다만, 의료법에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV감염은 해당진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제외) 12. 국민건강보험법 제40조의 요양기관이 아닌 해외 소재 의료기관에서 발생한 의료비
	① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 입원의료비는 보상하여 드리지 아니합니다. 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

담보 종목	보상하지 않는 사항
(3) 상해입원형	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, 수상보트, 패러글라이딩 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 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, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진과 관련된 비용 등에 소요된 비용. 다만, 회사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상하여 드립니다. 6. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용(다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 제외합니다)
(3) 상해입원형	7. 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등 나. 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이

담보 종목	보상하지 않는 사항
	아닌 외모개선 목적의 수술 다. 안경, 콘텍트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술 마. 그 외 외모개선 목적의 치료로 건강보험 비급여대상에 해당하는 치료 8. 진료와 무관한 제비용(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비 9. 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(담보종목별 보장내용)에 따라 보상하여 드립니다. 10. 국민건강보험법 제40조의 요양기관이 아닌 해외 소재 의료기관에서 발생한 의료비
(4) 상해통원형	① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 통원의료비는 보상하여 드리지 아니합니다. 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 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, 수상보트, 패러글라이딩 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 ③ 회사는 아래의 통원의료비에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다. 1. 치과치료,한방치료에서 발생한 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지

담보 종목	보상하지 않는 사항
(4) 상해통원형   <

약은 청약일, 건강진단을 받는 계약(이하 “진단계약”이라 합니다)은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 보험증권(보험가입증서)을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 예정이율 + 1%를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 회사는 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우에는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 아니합니다.

【예정이율】
생명보험의 보험료 산출에 사용되는 요소 중 하나입니다. 보험료를 납입하는 시점과 보험금 지급사이에는 시차가 발생하므로 생명보험회사에서는 이 기간동안 기대되는 자산운용수익을 미리 예상하여 일정한 비율로 보험료를 할인해 주는데, 이 할인율을 말합니다. 일반적으로 예정이율을 높게 잡으면 보험료는 상대적으로 싸게 되며, 반대의 경우는 비싸게 됩니다.

⑤ 제1항에 따라 계약이 최초로 체결되는 경우에 이를 “최초계약”이라 하며, 이후 보험기간 만료후 제8조(계약의 갱신)에 의하여 계약이 갱신되는 경우에 이를 “갱신계약”이라 합니다.

제6조【청약의 철회】
① 계약자는 청약을 한 날부터 15일 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 30일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.
② 계약자가 청약을 철회한 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날로부터 3일 이내에 이미 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대하여는 이 계약의 보험계약대출이율(이하 “보험계약대출이율”이라 합니다)을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에 회사는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 아니합니다.
③ 청약을 철회할 당시에 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알고 있는 경우를 제외하고 청약철회의 효력은 발생하지 않습니다.

제7조【계약내용의 변경 등】
① 계약자는 회사의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 보험증권(보험가입증서)의 뒷면에 기재하여 드립니다.
1. 보험료 납입주기, 수금방법
2. 계약자
3. 기타 계약의 내용

② 계약자는 수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회사의 승낙을 요하지 아니합니다. 다만, 계약자가 수익자를 변경하는 경우 회사에 통지하지 아니하면 변경후 수익자는 그 권

리로써 회사에 대항하지 못합니다.
③ 계약자가 제2항의 규정에 의하여 수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자(보험대상자)의 서면에 의한 동의가 있어야 합니다.

제8조【계약의 갱신】
① 계약자가 보험료 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 연체된 보험료 및 갱신 후 계약의 제1회 보험료를 납입한 경우에 최대 14회에 한하여 이 계약은 갱신되어 계속 유지됩니다.
② 제1항에도 불구하고 다음 중 한가지에 해당하는 경우에 이 계약은 갱신되지 아니합니다.
1. 계약자가 보험기간 만료일 15일 전까지 이 계약을 갱신하지 아니한다는 뜻을 회사에 통지한 경우
2. 재가입후 갱신되는 계약의 보험기간 만료일이 피보험자(보험대상자)의 나이가 80세가 되는 계약해당일을 초과하는 경우

③ 제1항에 따라 계약이 갱신되는 경우 갱신 전 계약과 동일한 보험기간으로 갱신합니다.
④ 제1항에 따라 계약이 갱신되는 경우에 갱신계약의 보험료, 책임준비금 등은 갱신일 현재 피보험자(보험대상자)의 나이에 의하여 계산하고, 갱신시의 보험요율을 적용합니다.
⑤ 갱신일 이전에 이 계약이 관련 법규 및 금융감독원장이 정한 시행세칙 등의 개정에 따라 변경된 경우에는 이 계약에도 불구하고 갱신일을 기준으로 회사가 정한 소정의 보험상품으로 갱신합니다. 또한 갱신계약에 대하여는 갱신일 현재의 보험료율[(상해입원형, 상해통원형)의 경우에는 피보험자(보험대상자)의 직업 또는 직무 위험등급에 따라 산출된 보험료율을 말함]을 적용하며, 그 보험료율은 나이의 증가, 의료수가의 변동, 위험률의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.
⑥ 회사는 갱신되는 계약의 변경 내용 및 갱신되는 계약의 보험료 등을 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 서면 또는 전화(음성녹취)로 안내하여 드립니다.

제9조【보험나이 등】
① 이 약관에서의 피보험자(보험대상자)의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제10조(계약의 무효) 제2호의 경우에는 실제 만나이를 적용합니다.
② 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자(보험대상자)의 실제 만나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 단수는 1년으로 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 : 1988년 10월 2일, 현재(계약일) : 2009년 4월 13일
⇒ 2009년 4월 13일 - 1988년 10월 2일 = 20년 6월 11일 = 21세

제10조【계약의 무효】
다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율

을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약체결시까지 피보험자(보험대상자)의 서면에 의한 동의를 얻지 아니한 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자(보험대상자)로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 아니합니다.
2. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자(보험대상자)로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우

【심신상실자 및 심신박약자의 설명】
심신상실자(心神喪失者) 또는 심신박약자(心神薄弱者)라 함은 정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심실장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없거나 부족한 자를 말합니다.

3. 계약체결시 계약에서 정한 피보험자(보험대상자)의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 그러하지 아니하나 제2호의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

제11조【계약의 소멸】
보험기간 중 피보험자(보험대상자)가 사망(피보험자(보험대상자)의 생사가 분명하지 아니하여 실종선고(失踪宣告)를 받은 경우 포함)한 경우에는 사망 당시의 책임준비금을 지급하여 드리고 이 계약은 그 때부터 더 이상 효력을 가지지 아니합니다. 다만, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 재해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.

【실종선고】
어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속 될 때 이해관계가 있는 사람의 청구에 의해 사망한 것으로 인정하고 신분이나 재산에 관한 모든 법적 관계를 확정시키는 법원의 결정
【민법 제27조(실종의 선고)】
① 부재자의 생사가 5년간 분명하지 아니한 때에는 법원은 이해관계인이나 검사의 청구에 의하여 실종선고를 하여야 한다.
② 전지에 임한자, 침몰한 선박중에 있던자, 추락한 항공기 중에 있던자, 기타 사망의 원인이 될 위난을 당한 자의 생사가 전쟁 종지후 또는 선박의 침몰, 항공기의 추락, 기타 위난이 종료한 후 1년간 분명하지 아니한 때에도 제1항과 같다.

제12조【계약자의 임의해지 및 피보험자(보험대상자)의 서면동의 철회권】
① 계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제19조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.
② 제10조(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 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제19조(해지환급금)에 의한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제5장 보험료의 납입 등

제13조【제1회 보험료 및 회사의 보장개시일】

① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때(자동이체납입 및 신용카드납입의 경우에는 자동이체신청 및 신용카드매출 승인에 필요한 정보를 제공한 때. 다만, 계약자의 귀책 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 제1회 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다)부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 그러나 회사가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙한 경우에는 제1회 보험료를 받은 때(이 약관에서 제1회 보험료를 받은 날을 "보장개시일(책임개시일)"이라 하며 보장개시일(책임개시일)을 보험계약일로 봅니다)부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다.

② 회사가 청약시에 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다. 다만, 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 보장을 하지 아니합니다.

1. 제23조(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. 제25조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우
3. 진단계약에서 보험금 지급사유 발생시까지 진단을 받지 아니한 경우
   다만, 재해를 직접적인 원인으로 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장하여 드립니다.

③ 계약이 갱신되는 경우에는 제1항 및 제2항에 의한 보장은 기존 계약에 의한 보장이 종료하는 때부터 적용합니다.

제14조【제2회 이후 보험료의 납입】

계약자는 제2회 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)을 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사 발행 증빙서류를 영수증으로 대신합니다.

제15조【보험료의 자동대출납입】

① 계약자는 제16조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의한 보험료의 납입최고(독촉)기간이 지나기 전까지 회사가 정한 방법에 따라 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있으며, 이 경우 제34조(보험계약대출) 제1항에 의한 보험계약대출금으로 보험료가 자동적으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 이외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 회사는 자동대출납입 신청내역을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려드립니다.

② 제1항에도 불구하고 보험계약대출금과 보험계약대출이자를 더한 금액이 해지환급금(당해 보험료가 납입된 것으로 계산한 금액을 말합니다)을 초과하는 때에는 보험료의 자동대출납입을 더 이상 할 수 없습니다.

③ 제1항 및 제2항에 의한 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 최고한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출 납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.

④ 보험료의 자동대출납입이 행하여진 경우에도 자동대출납입전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출납입이 없었던 것으로 하여 제19조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 지급합니다.

제16조【보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지】

① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 아니하여 보험료 납입이 연체중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간(납입최고기간의 말일이 토요일 또는 공휴일에 해당한 때에는 기간은 그 익일로 만료합니다)으로 정하여 계약자(타인을 위한 보험계약의 경우 특정된 수익자를 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 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출원리금이 차감된다는 내용을 포함합니다)을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 해지 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상하여 드립니다.

② 회사가 제1항에 의한 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자의 서면에 의한 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대해 수신확인을 하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 아니한 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 아니한 것으로 확인되는 경우에는 제1항의 납입최고(독촉)기간을 설정하여 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.

③ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제19조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 지급합니다.

제17조【보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)】

① 제16조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 해지환급금을 받지 아니한 경우(보험계약대출 등에 의하여 해지환급금이 차감되었으나 받지 아니한 경우 또는 해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날로부터 2년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있으며, 회사가 이를 승낙한 때에는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 이 계약의 예정이율＋1% 범위내에서 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다.

② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제5조(계약의 성립), 제13조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시일), 제23조(계약 전 알릴의무) 및 제25조(알릴 의무 위반의 효과)의 규정을 준용합니다.

③ 제1항에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 최초계약 청약시 제23조(계약 전 알릴의무)를 위반한 경우에는 제25조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제18조【강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복)】

① 타인을 위한 계약의 경우 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 제7조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 수익자로 변경하여 계약의

특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 수익자에게 통지하여야 합니다.
② 회사는 제1항에 의한 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 승낙하며, 계약은 청약한 때부터 특별부활(효력회복) 됩니다.
③ 회사는 제1항의 통지를 지정된 수익자에게 하여야 합니다. 다만, 회사는 법정상속인이 수익자로 지정된 경우에는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.
④ 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날로부터 7일 이내에 하여야 합니다. 다만, 회사의 통지가 7일을 경과하여 도달하고 이후 수익자가 제1항에 의한 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복)을 청약한 경우에는 계약이 해지된 날부터 7일이 되는 날에 특별부활(효력회복) 됩니다.
⑤ 수익자는 통지를 받은 날(제3항에 의해 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)로부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

제19조【해지환급금】
이 계약에 의한 해지환급금은 없습니다.

제20조【배당금】
이 계약은 무배당보험이므로 계약자 배당금이 없습니다.

제6장 다수보험의 처리 등

제21조【다수보험의 처리】
① 다수보험의 경우 각 계약의 보상대상의료비 및 보상책임액에 따라 제3항에 의해 계산된 각 계약의 비례분담액을 보상책임액으로 지급합니다.
② 비례분담하여 지급된 각 계약의 보상책임액 합계액은 각 계약의 보상대상의료비 중 최고액을 보상최고한도로 합니다.
③ 각 계약의 보상책임액 합계액이 각 계약의 보상대상의료비 중 최고액을 초과한 다수보험은 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급하며, 다수보험 비례분담액 산출방식은 다음과 같습니다. 이 경우 입원의료비, 통원의료비(외래), 통원의료비(처방조제)를 각각 구분하여 계산합니다.

■ [비례분담액 계산 예시]

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

제22조【연대책임】
① 2009년 10월 1일 이후에 신규로 체결된 수익자가 동일한 다수보험의 경우 수익자는 보험금 전부 또는 일부의 지급을 다수보험이 체결되어 있는 회사 중 한 회사에 청구할 수 있고 청구를 받은 회사는 해당 보험금을 이 계약의 지급한도 내에서 지급합니다.
② 제1항에 의하여 보험금을 지급한 회사는 수익자가 다른 회사에 대하여 가지는 해당 보험금청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 보상한 금액이 수익자가 다른 회사에 청구할 수 있

는 보험금의 일부인 경우에는 해당 수익자의 청구권을 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 취득합니다.

제7장 계약 전 알릴의무 등

제23조【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.

【계약전 알릴의무】
상법 제651조에서 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.
【사례】
보험계약을 청약하면서 보험설계사에게 고혈압이 있다고만 얘기하였을 뿐, 청약서의 계약전 알릴사항에 아무런 기재도 하지 않을 경우에는 보험설계사에게 고혈압 병력을 얘기하였다고 하더라도 보험회사는 계약전 알릴의무 위반을 이유로 계약을 해지하고 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.

제24조【상해보험계약 후 알릴 의무】

① 계약자 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 지체 없이 회사에 알려야 합니다.
② 회사는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액보험료를 돌려드리며, 계약자 또는 피보험자(보험대상자)의 고의 또는 중과실로 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날로부터 1개월 이내에 보험료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.
③ 제1항의 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.
④ 계약자 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 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자(보험대상자)에게 제3항에 의해 보상됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

【직업 및 직무변경시 보험료 변경】
피보험자(보험대상자)가 직업 또는 직무를 변경하였을 경우에는 변경된 위험등급에 따라 보험료를 달리하여 적용합니다.

제25조【알릴 의무 위반의 효과】

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

1. 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 이들의 대리인이 고의 또는 중대한 과실로 제23조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우.
2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제24조(상해보험계약 후 알릴 의무)제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 이행하지 아니하였을 때

② 제1항의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.

1. 회사가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날로부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 아니하고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
3. 계약체결일부터 3년이 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.

③ 제1항에 의하여 계약을 해지하였을 때에는 제19조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

④ 제1항에 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 알려 드립니다. 또한, 제1항 제2호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 그 손해를 제24조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제3항 또는 제4항에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

⑤ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미치지 아니하였음을 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 수익자가 증명한 경우에는 제4항에 관계없이 보장하여 드립니다.

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

제26조【중대사유로 인한 해지】

① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 안 날로부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 수익자가 회사에게 보험금을 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.

② 회사가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 취지를 계약자에게 통지하고 해지환급금을 지급합니다.

제27조【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.

제8장 보험금 지급의 절차 등

제28조【주소변경통지】

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

② 제1항에서 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.

제29조【대표자의 지정】

① 계약자 또는 수익자가 2인 이상인 경우에는 각 대표자 1인을 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 수익자를 대리하는 것으로 합니다.

② 지정된 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.

③ 계약자가 2인 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

제30조【보험금 지급사유의 통지】

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

제31조【보험금 등 청구시 구비서류】

① 수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해지환급금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서[진료비계산서(통원의료비의 경우 통원일자별 의료비 명기 필요), 진료비 세부내역서, 입원치료확인서, 진단서, 진료비영수증, 의사처방전(약국에서 조제 투약

한 경우에 한함) 등]
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 수익자 또는 계약자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 사고증명서를 발급 받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조(의료기관)에서 정하는 국내의 병원이나 의원이어야 합니다.

제32조【보험금의 지급】

① 회사는 제31조(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하여 드립니다.

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

② 회사가 보험금 지급사유의 조사 및 확인을 위하여 제1항의 지급기일 초과가 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유 및 지급예정일에 대하여 피보험자(보험대상자) 또는 수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제31조(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정 신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제4항에 의한 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 수익자의 책임있는 사유로 인하여 보험금 지급사유의 조사 및 확인이 지연되는 경우

③ 회사는 제1항의 규정에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 아니하였을 때에는(제2항의 규정에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다) 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 (별표) "보험금 지급시의 적립이율 계산"과 같습니다.

④ 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 수익자는 제25조(알릴의무 위반의 효과) 및 제2항의 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.

제33조【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」 제16조(수집·조사 및 처리의 제한) 제2항, 제32조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의), 동법 시행령 제28조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의), 개인정보보호법 제15조(개인정보의 수집·이용), 제17조(개인정보의 제공), 제22조(동의를 받는 방법), 제23조(민감정보의 처리 제한) 및 제24조(고유식별정보의 처리제한)의 규정을

따릅니다.

【신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 제16조(수집·조사 및 처리의 제한)】
② 신용정보회사등이 개인의 질병에 관한 정보를 수집·조사하거나 타인에게 제공하려면 미리 제32조 제1항에 따른 해당 개인의 동의를 받아야 하며 대통령령으로 정하는 목적으로만 그 정보를 이용하여야 한다.
【신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 제32조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의)】
① 신용정보제공 이용자가 대출, 보증에 관한 정보 등 대통령령으로 정하는 개인신용정보를 타인에게 제공하려는 경우에는 대통령령으로 정하는 바에 따라 해당 개인으로부터 다음 각호의 어느 하나에 해당하는 방식으로 미리 동의를 받아야 한다.
1. 서면
2. 「전자서명법」 제2조 제3호에 따른 공인전자서명이 있는 전자문서(「전자거래기본법」 제2조 제1호에 따른 전자문서를 말한다)
3. 개인신용정보의 제공 내용 및 제공 목적 등을 고려하여 정보 제공 동의의 안정성과 신뢰성이 확보될 수 있는 유무선 통신으로 개인비밀번호를 입력하는 방식
4. 유무선 통신으로 동의 내용을 해당 개인에게 알리고 동의를 받는 방법. 이 경우 본인 여부 및 동의 내용, 그에 대한 해당 개인의 답변을 음성녹음하는 등 증거자료를 확보·유지하여야 하며, 대통령령으로 정하는 바에 따른 사후 고지절차를 거친다.
5. 그 밖에 대통령령으로 정하는 방식
② 신용조회회사 또는 신용정보집중기관으로부터 대통령령으로 정하는 바에 따라 해당 개인으로부터 제1항 각 호의 어느 하나에 해당하는 방식으로 동의를 받아야 한다. 이때 개인신용정보를 제공받으려는 자는 해당 개인에게 개인신용정보의 조회시 신용등급이 하락할 수 있음을 고지하여야 한다.
【신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 시행령 제28조(개인신용정보의 제공·활용에 대한 동의)】
② 신용정보제공 이용자는 법 제32조 제1항에 따라 해당 개인으로부터 동의를 받으려면 다음 각 호의 사항을 미리 알려야 한다. 다만, 동의 방식의 특성상 동의 내용을 전부 표시하거나 알리기 어려운 경우에는 해당 기관의 인터넷 홈페이지 주소나 사업장 전화번호 등 동의 내용을 확인할 수 있는 방법을 안내하고 동의를 받을 수 있다.
1. 개인신용정보를 제공받는 자
2. 개인신용정보를 제공받는 자의 이용 목적
3. 제공하는 개인신용정보의 내용
4. 개인신용정보를 제공받는 자(신용조회회사 및 신용정보집중기관은 제외한다)의 정보 보유기간및 이용기관

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

제34조【보험계약대출】
① 계약자는 이 계약의 해지환급금 범위 내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출(이하 "보험계약대출"이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 그러나 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험계약대출이 제한될 수도 있습니다.
② 계약자는 제1항에 의한 보험계약대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있으며 상환하지 아니한 때에는 보험금, 해지환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 제지급금에서 보험계약대출 원리금을 차감할 수 있습니다.
③ 제2항의 규정에도 불구하고 회사는 제16조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금에서 보험계약대출 원리금을 차감합니다.
④ 회사는 수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제9장 분쟁조정 등

제35조【약관교부 및 설명의무 등】
① 회사는 계약자가 청약한 경우 계약자에게 약관 및 계약자 보관용 청약서(청약서 부본)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 부본)를 송부하는 방법. 이 경우 계약자 또는 그 대리인이 이를 수신할 때에 당해 약관이나 계약자 보관용 청약서(청약서 부본)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 내려 받게 하는 방법. 이 경우 계약자가 이를 읽거나 내려 받은 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.

② 회사가 제1항에 의해 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서(청약서 부본)를 청약시 계약자에게 드리지 아니하거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 아니한 때 또는 계약체결시 계약자가 청약서에 자필서명[날인(도장을 찍음) 또는 전자서명법 제2조 제10호의 규정에 의한 공인인증기관이 인증한 전자서명을 포함합니다]을 하지 아니한 때에는 계약자는 청약일부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다. 다만, 단체(취급)계약의 경우에는 계약체결일부터 1개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.
③ 제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우 다음의 각호의 1을 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제1항에 의한 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서(청약서 부본)를 전달한 것으로 봅니다.

1. 계약자, 피보험자(보험대상자) 및 수익자가 동일한 계약의 경우
2. 계약자, 피보험자(보험대상자)가 동일하고 수익자가 계약자의 법정상속인인 계약일 경우

④ 제2항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더

하여 지급합니다.
⑤ 회사는 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 구체적으로 설명하여 드립니다.

제36조【소멸시효】
보험금 청구권, 보험료 또는 환급금 반환청구권 및 배당금 청구권은 2년간 행사하지 아니하면 소멸시효가 완성됩니다.

【소멸시효】
주어진 권리를 행사하지 않을 때 그 권리가 없어지게 되는 기간으로 보험사고가 발생한 후 2년간 보험금을 청구하지 않는 경우 보험금을 지급받지 못할 수 있습니다.

제37조【분쟁의 조정】
계약에 관하여 분쟁이 있는 경우에는 분쟁당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있습니다.

제38조【관할법원】
이 계약에 관한 소송 및 민사조정은 계약자의 주소지를 관할하는 법원으로 합니다. 다만, 회사와 계약자가 합의하여 관할법원을 달리 정할 수 있습니다.

제39조【약관의 해석】
① 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하여야 하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 아니합니다.
② 회사는 약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.
③ 회사는 보상하지 않는 사항 등 계약자나 피보험자(보험대상자)에게 불리하거나 부담을 주는 내용은 확대하여 해석하지 아니합니다.

제40조【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.

제41조【회사의 손해배상책임】
① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험 설계사 및 대리점의 책임있는 사유로 인하여 계약자, 피보험자(보험대상자) 및 수익자에게 발생된 손해에 대하여 보험업법 등 관계 법률 등에서 정한 바에 따라 손해배상의 책임을 집니다.
② 회사는 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.
③ 회사가 보험금 지급여부 및 지급금액에 관하여 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 수익자의 곤궁, 경솔 또는 무경험을 이용하여 현저하게 공정을 잃은 합의를 한 경우에도 회사

는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

제42조【회사의 파산선고와 해지】
① 회사가 파산의 선고를 받은 때에는 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.
② 제1항의 규정에 의하여 해지하지 아니한 계약은 파산선고 후 3월을 경과한 때에는 그 효력을 잃습니다.
③ 제1항의 규정에 의하여 계약이 해지되거나 제2항의 규정에 의하여 계약이 효력을 잃는 경우에 회사는 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

제43조【예금보험에 의한 지급보장】
회사가 파산 등으로 인하여 보험금 등을 지급하지 못할 경우에는 예금자보호법에서 정하는 바에 따라 그 지급을 보장합니다.

제44조【준거법】
이 약관에서 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

제10장 기타

제45조【계약의 재가입에 관한 사항】
① 계약이 다음 각 호의 조건을 충족하고 계약자가 보장내용 변경주기 만료일전까지 재가입 의사를 표시한 때에는 회사가 정한 절차에 따라 계약자는 기존 계약 만료일의 다음날로 재가입할 수 있으며, 이 경우 회사는 기존계약의 가입 이후 발생한 상해 또는 질병을 사유로 가입을 거절할 수 없습니다.
1. 재가입일에 있어서 피보험자(보험대상자)의 나이가 회사가 최초가입 당시 정한 나이의 범위 내일 것
2. 재가입 전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것

② 이 계약의 자동갱신종료 후 재가입하는 경우 계약자는 재가입 시점에서 회사가 판매하는 실손의료보험 상품의 보험종목에서 선택하여 가입할 수 있습니다. 다만, 회사는 재가입 시점의 인수기준에 따라 승낙 또는 승낙 거절을 할 수 있으며, 승낙거절시에도 계약자는 재가입 직전계약과 동일한 가입조건의 보험 계약으로 재가입이 가능합니다.
③ 회사는 계약자에게 보장내용 변경주기 만료일 이전까지 2회 이상 재가입 요건, 보장내용 변경내역, 보험료 수준, 재가입 절차 및 재가입 의사 여부를 확인하는 내용 등을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 알려드리고, 재가입일 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 재가입하지 않는 것으로 봅니다. 다만, 회사의 안내가 계약자에게 도달하지 않은 경우는 그러하지 아니합니다.
④ 회사가 제3항에 의한 안내를 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자의 서면에 의한 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 아니한 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 아니한 것으로 확인되는 경우에는 제3항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

(붙임) 용어의 정의

용어	정의
계약	보험계약
회사	보험회사
계약자	보험회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입하는 사람
피보험자 (보험대상자)	보험금 지급사유 또는 보험사고 발생의 대상(객체)이 되는 사람
수익자	보험금을 수령하는 사람
보험기간	계약에서 정한 대상이 되는 위험이 보장되는 기간
최초계약	계약이 최초로 체결한 경우
갱신계약	보험기간 만료 후 제8조(계약의 갱신)에 의하여 갱신된 경우
갱신 전 계약	갱신계약의 경우 계약이 갱신되기 직전 계약
갱신일	갱신 전 계약의 보험기간 만료일의 다음날
상해	보험기간 중 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고
의사	의료법 제2조(의료인)에서 정한 의사, 한의사 및 치과의사의 자격을 가진 사람
약사	약사법 제2조(정의)에서 정한 약사 및 한약사의 자격을 가진 사람
의료기관	의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정하는 의료기관이며 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 구분됨
병원	국민건강보험법 제40조(요양기관)에서 정하는 국내의 병원 또는 의원(조산원은 제외)
약국	약사법 제2조 제3항 규정에 의한 장소로서, 약사가 수여할 목적으로 의약품 조제업무를 하는 장소를 말하며, 의료기관의 조제실은 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 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 의료기관에 준하는 의료기관으로서 군의무대, 치매요양원, 노인요양원 등에 속해 있는 요양원, 요양시설, 복지시설 등과 같이 의료기관이 아닌 곳은 이에 해당되지 않음
기준병실	병원에서 국민건강보험 환자의 입원시 적용하는 기준이 되는 병실

용어	정의
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 제40조 제1항 제3호에 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 제39조(요양급여)에 의한 가입자 및 피부양자의 질병·부상 등에 대한 다음 각 호의 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 제7조(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 별표3에서 정하는 금액을 넘는 경우에 그 초과한 금액을 공단에서 부담하고 있는 제도를 말하며, 국민건강보험 관련 법령의 변경에 따라 환급기준이 변경될 경우에는 회사는 변경되는 기준에 따름

용어	정의
의료급여법상 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제	의료급여법상 의료급여 중 본인부담금이 의료급여법 시행령 제13조(급여비용의 부담)에서 정하는 금액을 넘는 경우에 그 초과한 금액을 의료급여기금 등에서 부담하고 있는 제도를 말하며, 의료급여 관련 법령의 변경에 따라 환급기준이 변경될 경우에는 회사는 변경된 기준에 따름
보상대상의료비	피보험자(보험대상자)가 실제로 부담한 의료비 - 보상제외금액
보상책임액	보상대상의료비 × 회사부담비율
다수보험	실손 의료보험계약(우체국보험, 각종 공제, 상해·질병·간병보험 등 제3보험, 개인연금·퇴직보험 등 의료비를 실손으로 보상하는 보험·공제계약을 포함)이 동시에 또는 순차적으로 2개 이상 체결되었고, 그 계약이 동일한 보험사고에 대하여 각 계약별 보상책임액이 있는 다수의 실손 의료보험계약을 말함

(별표) 보험금 지급시의 적립이율 계산 (제32조 제3항 관련)

구 분	적 립 기 간	지 급 이 자
보상책임액 (제3조)	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

㈜ 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효(제36조)가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

2. 계약자 등의 책임 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당 기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.