

# 표준화 실손의료비 보장 유예계약 특별약관



## 감사의 말씀

안녕하십니까?

저희 LIG손해보험에 보내주신 고객 여러분의  
성원을 깊이 감사드립니다.

LIG손해보험은 고객 여러분의 성원에 힘입어  
어려운 경제상황에서도 건실하고 안정적인  
발전을 계속하고 있습니다.

앞으로도 친절하고 신속한 고객서비스를  
바탕으로 고객 여러분께서 믿고 찾으시는  
최고의 보험회사가 되기 위해  
최선의 노력을 다하겠습니다.

감사합니다.

LIG손해보험주식회사

# 목 차

## 표준화 실손의료비 보장 유예계약 특별약관

---

제1장 일반사항 .....	3
제2장 회사가 보상하는 사항 .....	4
제3장 회사가 보상하지 않는 사항 .....	18
제4장 계약의 성립과 유지 .....	27
제5장 보험료의 납입 등 .....	30
제6장 다수보험의 처리 등 .....	34
제7장 계약 전 알릴의무 등 .....	35
제8장 보험금 지급의 절차 등 .....	38
제9장 분쟁조정 등 .....	42
제10장 기타 운용에 관한 사항 .....	45

## 제도성 특별약관

---

1. 보장특약 자동갱신 특별약관(추가납입형) .....	49
2. 실손의료비 보장(추가납입형) 무사고할인 특별약관 ...	52
3. 보장특약자동갱신(Ⅱ) 특별약관(적립대체형) .....	55
4. 실손의료비 보장(적립대체형) 무사고할인 특별약관	59



# 1. 표준화 실손의료비 보장 유예계약 특별약관 (이 특별약관은 자동갱신으로 운영합니다.)

실손의료비 특별약관은 사람의 질병 또는 상해로 인한 손해 (의료비에 한합니다)를 보험회사가 보상하는 담보입니다

## 제1장 일반사항

### 제1조(담보종목)

① 회사가 판매하는 실손 의료보험상품은 상해입원형, 상해통원형, 질병입원형, 질병통원형, 종합(상해와 질병을 말합니다)입원형, 종합통원형 등 총 6개의 담보종목으로 구성되어 있으며, 계약자는 이들 6개 담보종목 중 한 가지 이상을 선택하여 가입할 수 있습니다.

담보종목		보상하는 내용
상해	입원	피보험자(보험대상자)가 <u>상해</u> 로 인하여 <u>병원</u> 에 <u>입원</u> 하여 치료를 받은 경우에 보상
	통원	피보험자(보험대상자)가 <u>상해</u> 로 인하여 <u>병원</u> 에 <u>통원</u> 하여 치료를 받거나 <u>처방조제</u> 를 받은 경우에 보상
질병	입원	피보험자(보험대상자)가 질병으로 인하여 <u>병원</u> 에 <u>입원</u> 하여 치료를 받은 경우에 보상
	통원	피보험자(보험대상자)가 질병으로 인하여 <u>병원</u> 에 <u>통원</u> 하여 치료를 받거나 <u>처방조제</u> 를 받은 경우에 보상
종합	입원	피보험자(보험대상자)가 <u>상해</u> 또는 질병으로 인하여 <u>병원</u> 에 <u>입원</u> 하여 치료를 받은 경우에 보상
	통원	피보험자(보험대상자)가 <u>상해</u> 또는 질병으로 인하여 <u>병원</u> 에 <u>통원</u> 하여 치료를 받거나 <u>처방조제</u> 를 받은 경우에 보상

② 회사는 이 약관의 명칭에 ‘실손 의료비’ 문구를 포함하여 사용합니다.

### 제2조(용어정의)

이 약관에서 사용하는 용어의 정의는 <붙임>과 같으며 해

당 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.

#### (1) 상해입원형

① 회사는 피보험자(보험대상자)가 상해로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원의료비를 다음과 같이 하나의 상해당 보험가입금액(5,000만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다)을 한도로 보상하여 드립니다.

구 분	보상금액
<u>입원실료,</u> <u>입원제비용,</u> <u>입원수술비</u>	‘국민건강보험법에서 정한 <u>요양급여</u> 또는 <u>의료급여법</u> 에서 정한 <u>의료급여</u> 에서 정한 <u>요양급여</u> 중 본인부담금’ 과 ‘ <u>비급여</u> (상급병실료 차액 제외)’ 부분의 합계액 중 90% 해당액(다만, 10% 해당액이 <u>계약일</u> 또는 매년 <u>계약해당일</u> 로부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다)
상급병실료 차액	<u>입원시</u> 실제 사용병실과 <u>기준병실</u> 과의 병실료 차액 중 50%를 공제한 후의 금액(다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 <u>입원기간</u> 동안 상급병실료 차액 전체를 총 <u>입원일수</u> 로 나누어 산출합니다)

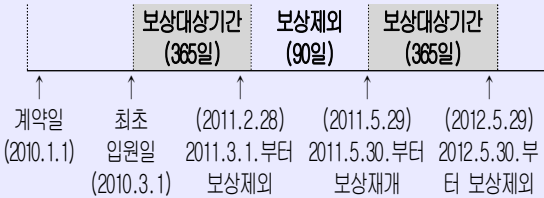
② 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연하게도 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상을 포함합니다. 그러나 세균성 음식물 중독과 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 이에 포함되지 아니합니다.

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 보험가입

금액(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.

#### <보장기간 예시>



⑤ 피보험자(보험대상자)가 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되더라도 그 계속 중인 입원에 대하여는 보험기간 종료일로부터 180일까지(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상하여 드립니다. 다만, 이 경우 제4항은 적용하지 아니합니다.

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

## (2) 상해통원형

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

구 분	보 상 한 도
외래	방문 1회당 ‘국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 <u>의료급여법</u> 에서 정한 <u>의료급여</u> 중 본인부담금’ 과 ‘비급여’ 부분의 합계액에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감하고 외래의 보험가입금액 <sup>주)</sup> 을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 방문 180회 한도)
<u>처방조제비</u>	처방전 1건당 ‘국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 <u>의료급여법</u> 에서 정한 <u>의료급여</u> 중 본인부담금’ 과 ‘비급여’ 부분의 합계액에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감하고 처방조제비의 보험가입금액 <sup>주)</sup> 을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 처방전 180건 한도)

주) 외래 및 처방조제비는 회(건)당 더하여 30만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다.

**<표1 항목별 공제금액>**



구분	항 목	공제금액
외래 (외래제 비용 및 외래 수술비 합계)	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 보건요를 위한 특별조치법 제15조에 의한 보건진료소	1만원
	의료법 제3조 제2항 제3호에 의한 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	1만 5천원
	국민건강보험법 제40조 제2항에 의한 종합전문요양기관 또는 의료법 제3조의 4에 의한 상급종합병원	2만원
처방 조제비	국민건강보험법 제40조 제1항 제2호에 의한 약국, 동법 제40조 제1항 제3호에 의한 한국회귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약분업 예외지역에서 약사의 직접조제 1건당)	8천원

② 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.

#### <보장기간 예시>

보장대상기간 (1년)	보장대상기간 (1년)	보장대상기간 (1년)	추가보상 (180일)	
↑	↑	↑	↑	↑
계약일 (2010.1.1)	계약해당일 (2011.1.1)	계약해당일 (2012.1.1)	보험기간 종료일 (2012.12.31)	보상종료 (2013.6.30)

③ 하나의 상해로 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 제2항을 적용합니다. 이 때 외래에 대한 공제금액은 2회이상의 중복방문 의료기관 중 가장 높은 공제금액을 적용합니다.

④ 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 이에 포함되지 아니합니다.

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 금액에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감한 금액의 40% 해당액을 외래 및 처방조제비로 보험가입금액(외래 및 처방조제비는 회(건)당 더하여 30만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다)을 한도로 보상하여 드립니다.

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

#### **【의료법 제3조(의료기관)】**

이 법에서 의료기관이라 함은 의료인이 공중 또는 특수다수인을 위하여 의료·조산의 업을 행하는 곳을 말합니다. 의료기관의 종별은 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 나누어집니다.

### **(3) 질병입원형**

① 회사는 피보험자(보험대상자)가 질병으로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원의료비를 다음과 같이 하나의 질병당 보험가입금액(5,000만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다)을 한도로 보상하여 드립니다.

구 분	보상금액
입원실료, 입원제비용, 입원수술비	‘국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여에서 정한 요양급여 중 본인부담금’ 과 ‘비급여 (상급병실료 차액 제외)’ 부분의 합계액 중 90% 해당액(다만, 10% 해당액이 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다)
상급 병실료 차액	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)

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 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(5,000만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다)을 한도로 보상하여 드립니다.

④ 회사는 동일한 질병 또는 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 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.

### <보장기간 예시>



⑤ 피보험자(보험대상자)가 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되더라도 그 계속 중인 입원에 대하여는 보험기간 종료일로부터 180일까지(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상하여 드립니다. 다만, 이 경우 제4항은 적용하지 않습니다.

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 입원한 때에는 동일한 질병으로 간주합니다.

⑧ 제2항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동 갱신되어 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.

⑨ 제8항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’ 이라 함은 이 약관 제15조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑩ 이 약관 제16조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제8항의 청약일로 하여 적용합니다.

### (4) 질병통원형

① 회사는 피보험자(보험대상자)가 질병으로 인하여 병원

에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에는 통원의료비로서 매년 계약해당일로부터 1년을 단위로 하여 다음과 같이 외래(외래제비용, 외래수술비) 및 처방조제비를 각각 보상하여 드립니다.

구 분	보 상 한 도
외래	방문 1회당 ‘국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금’ 과 ‘비급여’ 부분의 합계액에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감하고 외래의 보험가입금액 <sup>주)</sup> 을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 방문 180회 한도)
<u>처방조제비</u>	처방전 1건당 ‘국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금’ 과 ‘비급여’ 부분의 합계액에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감하고 <u>처방조제비</u> 의 보험가입금액 <sup>주)</sup> 을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 처방전 180건 한도)

주) 외래 및 처방조제비는 회(건)당 더하여 30만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다.

### <표1 항목별 공제금액>

구분	항 목	공제금액
외래 (외래제 비용 및 외래 수술비 합계)	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 보건요를 위한 특별조치법 제15조에 의한 보건진료소	1만원
	의료법 제3조 제2항 제3호에 의한 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	1만 5천원
	국민건강보험법 제40조 제2항에 의한 종합전문요양기관 또는 의료법 제3조의 4에 의한 상급종합병원	2만원
처방 조제비	국민건강보험법 제40조 제1항 제2호에 의한 약국, 동법 제40조 제1항 제3호에 의한 한국회귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약분업 예외지역에서 약사의 직접조제 1건당)	8천원

② 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.

#### <보장기간 예시>

보장대상기간 (1년)	보장대상기간 (1년)	보장대상기간 (1년)	추가보상 (180일)	
↑	↑	↑	↑	↑
계약일 (2010.1.1)	계약해당일 (2011.1.1)	계약해당일 (2012.1.1)	보험기간 종료일 (2012.12.31)	보상종료 (2013.6.30)

③ 하나의 질병으로 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 제2항을 적용합니다. 이 때 외래에 대한 공제금액은 2회이상의 중복방문 의료기관 중

가장 높은 공제금액을 적용합니다.

④ 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.

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 금액에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감한 금액의 40% 해당액을 외래 및 처방조제비로 보험가입금액(외래 및 처방조제비는 회(건)당 더하여 30만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다)을 한도로 보상하여 드립니다.

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

⑦ 제4항에도 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 제15조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑨ 이 약관 제16조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

## (5) 종합입원형

① 회사는 피보험자(보험대상자)가 상해 또는 질병으로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원의료비를 다음과 같이 보험가입금액(상해당, 질병당 각각 5,000만원을 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 200만원을 초과 하는 경우 그 초과금액은 보상합니다)
상급 병실료 차액	입원시 실제 사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 중 50%를 공제한 후의 금액 (다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급 병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누 어 산출합니다)

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 이에 포함되지 아니합니다.

③ 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.

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 5,000만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다)을 한도로 보상하여 드립니다.

⑤ 회사는 하나의 상해(동일 상해로 2회 이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 상해로 봅니다), 동일한 질병 또는 하나의 질병(의학상 관련이 있다고 의사가 인정하는 질병은 동일한 질병으로 간주하며, 동일한 질병으로 2회 이상 치료를 받는 경우에는 이를 하나의 질병으로 봅니다)으로 인한 입원의료비를 최초 입원일로부터 365일까지(최초 입원일을 포함합니다) 보상합니다. 다만, 최초 입원일로부터 365일을 넘어 입원할 경우에는 아래의 예시와 같이 90일간의 보상제외기간이 지나야 새로운 상해 또는 질병으로 보



아 다시 보상하여 드립니다.

### <보장기간 예시>



[6] 피보험자(보험대상자)가 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되더라도 그 계속 중인 입원에 대하여는 보험기간 종료일로부터 180일까지(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상하여 드립니다. 다만, 이 경우 제5항은 적용하지 않습니다.

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

[8] 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 입원한 때에는 동일한 질병으로 간주합니다.

[9] 제3항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동 갱신되어 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 제15조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

[11] 이 약관 제16조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제9항의 청약일로 하여 적용합니다.

## (6) 종합통원형

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

구 분	보 상 한 도
외래	방문 1회당 ‘국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금’ 과 ‘비급여’ 부분의 합계액에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감하고 외래의 보험가입금액 <sup>주)</sup> 을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 방문 180회 한도)
<u>처방조제비</u>	처방전 1건당 ‘국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금’ 과 ‘비급여’ 부분의 합계액에서 <표1 항목별 공제금액>을 차감하고 <u>처방조제비</u> 의 보험가입금액 <sup>주)</sup> 을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 처방전 180건 한도)

주) 외래 및 처방조제비는 회(건)당 더하여 30만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다.

### <표1 항목별 공제금액>

구분	항 목	공제금액
외래 (외래제 비용 및 외래 수술비 합계)	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 보건요를 위한 특별조치법 제15조에 의한 보건진료소	1만원
	의료법 제3조 제2항 제3호에 의한 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	1만 5천원
	국민건강보험법 제40조 제2항에 의한 종합전문요양기관 또는 의료법 제3조의 4에 의한 상급종합병원	2만원
처방 조제비	국민건강보험법 제40조 제1항 제2호에 의한 약국, 동법 제40조 제1항 제3호에 의한 한국회귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약분업 예외지역에서 약사의 직접조제 1건당)	8천원

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 이에 포함되지 아니합니다.

③ 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.

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 <표1 항목별 공제금액>을 차감한 금액의 40% 해당액을 외래 및 처방조제비로 보험가입금액(외래 및 처방조제비는 회(건)당 더하여 30만원을 최고한도로 계약자가 정하는 금액으로 합니다)을 한도로 보상하여 드립니다.

⑤ 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.

#### <보장기간 예시>

보장대상기간 (1년)	보장대상기간 (1년)	보장대상기간 (1년)	추가보상 (180일)	
↑	↑	↑	↑	↑
계약일 (2010.1.1)	계약해당일 (2011.1.1)	계약해당일 (2012.1.1)	보험기간 종료일 (2012.12.31)	보상종료 (2013.6.30)

⑥ 하나의 상해 또는 하나의 질병으로 인해 하루에 같은 치료를 목적으로 의료기관에 2회 이상 통원치료시(하나의 상해 또는 하나의 질병으로 약국을 통한 2회 이상의 처방조제를 포함합니다) 1회의 외래 및 1건의 처방으로 간주하여 제1항 및 제5항을 적용합니다. 이 때 외래에 대한 공제금액은 2회 이상의 중복방문 의료기관 중 가장 높은 공제금액을 적용합니다.

⑦ 피보험자(보험대상자)가 병원 또는 약국의 직원복리후생제도에 의하여 납부할 의료비를 감면받은 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 통원의료비를 계산합니다.

⑧ 제3항에도 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.

⑨ 제8항의 ‘청약일 이후 5년이 지나는 동안’ 이라 함은 이 약관 제15조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑩ 이 약관 제16조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활이 이루어진 경우 부활일을 제8항의 청약일로 하여 적용합니다.

### 제3장 회사가 보상하지 않는 사항

## 제4조(보상하지 않는 사항)

회사가 보상하지 않는 사항은 다음과 같습니다.

### (1) 상해입원

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 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 요

양급여에 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 의료급여관련 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, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 제외합니다)
7. 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비
  - 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 고성형수술(윤비술), 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
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(당보종목별 보장내용)에 따라 보상하여 드립니다.
10. 국민건강보험법 제40조의 요양기관이 아닌 해외 소재 의료기관에서 발생한 의료비

## (2) 상해통원

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, 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 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
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 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 의료급여관련 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, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 제외합니다)
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 아닌 외모개선 목적의 수술
  - 다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술
  - 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
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(당보종목별 보장내용)에 따라 보상하여 드립니다.
10. 국민건강보험법 제40조의 요양기관이 아닌 해외 소재 의료기관에서 발생한 의료비

### (3) 질병입원

- 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 제



외한 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 한국표준질병사인분류에 있어서 아래의 입원의료비에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 정신과질환 및 행동장애(F04~F99)

2. 여성생식기관의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)

3. 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원한 경우(000~099)

4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04)

5. 비만(E66)

6. 비뇨기계 장애(N39, R32)

7. 직장 또는 항문질환 중 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 부분(184, 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 국민건강보험공단으로 부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제)

3. 의료급여법상 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여관련 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. 다

- 만, 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, 단순 포경(phimosi), 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, 인공장기나 부분 의치 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, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술
    - 라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
  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 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV감염은 해당진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제외합니다)
  12. 국민건강보험법 제40조의 요양기관이 아닌 해외 소재 의료기관에서 발생한 의료비

#### (4) 질병통원

- ① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 통원의료비는 보상하여 드리지 않습니다.

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 한국표준질병사인분류에 있어서 아래의 통원의료비에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 정신과질환 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기관의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
3. 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 통원한 경우(000~099)
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 의료급여관련 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, 불임복

원술, 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, 단순 포경(phimosi s), 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, 인공장기나 부분 의치 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, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술

라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

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(단, 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

## (5) 종합입원형

- ① 상해에 대하여는 ‘(1) 상해입원형’을 적용합니다.
- ② 질병에 대하여는 ‘(2) 질병입원형’을 적용합니다.

## (6) 종합통원형

- ① 상해에 대하여는 ‘(3) 상해통원형’을 적용합니다.
- ② 질병에 대하여는 ‘(4) 질병통원형’을 적용합니다.

# 제4장 계약의 성립과 유지

## 제5조(계약의 성립)

- ① 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.
- ② 회사는 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.
- ③ 회사는 계약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 아니하는 계약은 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 보험의 예정이율(이하 “예정이율”이라 합니다) + 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.

## 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, 전화우편·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.

#### 【보험계약대출이율】

계약자는 해당 계약의 해지환급금 범위내에서 회사가 정한 방법에 따라 대출을 받을 수 있는데, 이를 “보험계약대출”이라 합니다. 이 때 적용되는 이율을 “보험계약대출이율”이라 하며, 회사에서 별도로 정한 방법에 따라 결정합니다. 보험계약대출은 순수보장성 상품 등 보험상품의 종류 및 보험계약 경과기간에 따라 제한될 수 있습니다

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

② 회사는 계약자가 제1회 보험료를 납입한 때부터 1년 이상 경과된 유효한 계약으로서 그 보험종목의 변경을 요청할 때에는 회사의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.

③ 회사는 계약자가 제1항 제4호의 규정에 의하여 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 계약이 해지된 것으로 보며, 이로 인하여 회사가 지급하여야 할 해지환급금이 있을 때에는 제18조(해지환급금) 제1항에 따라 이를 계약자에게 지급합니다.

④ 계약자는 수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 회

사의 승낙을 요하지 아니합니다. 다만, 계약자가 수익자를 변경하는 경우 회사에 통지하지 아니하면 변경후 수익자는 그 권리로써 회사에 대항하지 못합니다.

⑤ 계약자가 제4항의 규정에 의하여 수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피보험자(보험대상자)의 서면에 의한 동의가 있어야 합니다.

#### 【사업방법서】

보험회사가 보험사업의 허가를 신청할 때 첨부해야 하는 기초서류의 하나로서, 피보험자(보험대상자)의 범위, 보험금액 및 보험기간에 대한 제한 등이 기재된 서류를 말합니다. 각 상품별 사업방법서 별지는 당사 인터넷홈페이지의 상품공시실에서 확인하실 수 있습니다.

### 제8조(보험나이 등)

① 이 약관에서의 피보험자(보험대상자)의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다.

② 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자(보험대상자)의 실제 만나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 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

#### 【계약해당일】

최초계약일과 동일한 월, 일을 말합니다.

예시) 계약일: 2011년 10월 1일 ⇒ 계약해당일: 10월 1일

### 제9조(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 인

하여 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 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

### 제10조(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.

#### 【사망에 관한 세부규정】

이 보험에서 정하는 사망은 보험기간 중 생사가 분명하지 아니하여 실종선고를 받은 경우를 포함하며, 선박의 침몰, 항공기의 추락 등 민법 제27조(실종의 선고) 제2항의 규정에 준하는 사유 또는 상해로 인하여 사망한 것으로 정부기관이 인정하여 관공서의 사망보고에 따라 가족관계등록부에 기재된 경우에는 그러한 사고가 발생한 때를 사망한 것으로 인정합니다.

### 제11조(계약자의 임의해지)

계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제18조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

## 제5장 보험료의 납입 등

### 제12조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

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 계약일로 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. 제22조(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. 제24조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 회사가 보장을 하지 아니할 수 있는 경우
  3. 진단계약에서 보험금 지급사유 발생시까지 진단을 받지 아니한 경우
- ③ 계약이 갱신되는 경우에는 제1항 및 제2항에 의한 보장은 기존 계약에 의한 보장이 종료하는 때부터 적용합니다.

### 제13조(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)를 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사 발행 증빙서류를 영수증으로 대신합니다.

### 제14조(보험료의 자동대출납입)

① 계약자는 제15조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 의한 보험료의 납입최고(독촉)기간이 경과되기 전까지 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있으며, 이 경우 제35조(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 제1항의 규정에 의한 대출금과 보험료의 자동대출 납입일의 다음날부터 그 다음 보험료의 납입최고(독촉)기간까지의 이자(보험계약대출이율 이내에서 회사가 별도로 정하는 이율을 적용하여 계산)를 합산한 금액이 당해 보험료가 납입된 것으로 계산한 해지환급금과 계약자에게 지급할 기타 모든 지급금의 합계액에서 계약자의 회사에 대한 모든 채무액을 뺀 금액을 초과하는 경우에는 보험료의 자동대출

납입을 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 자동대출 납입이 행하여진 경우에도 자동대출 납입전 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구한 때에는 회사는 보험료의 자동대출 납입이 없었던 것으로 하여 제18조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 지급합니다.

### 제15조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

① 계약자가 제2회 이후의 보험료를 납입기일까지 납입하지 아니하여 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 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 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, 계약이 해지되기 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 당해 전자문서에 대하여 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 해지환급금을 계약자에게 지급합니다.

## 제16조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))

- ① 제15조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되었으나 계약자가 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 있습니다. 이 경우 회사가 그 청약을 승낙한 때에는 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 이 보험의 예정이율 + 1% 범위내에서 각 상품별로 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다. 다만 금리연동형보험은 각 보험종목별 사업방법서에서 별도로 정한 이율로 계산합니다.
- ② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제5조(계약의 성립), 제12조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시), 제22조(계약 전 알릴의무) 및 제24조(알릴 의무 위반의 효과)의 규정을 준용합니다.

## 제17조(강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복))

- ① 타인을 위한 계약의 경우 계약자의 해지환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분 절차에 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.

니다.

⑤ 수익자는 통지를 받은 날(제3항에 의해 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)로부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

#### **【강제집행】**

강제집행이란 사법상 또는 행정법상의 의무를 이행하지 아니하는 사람에 대하여 국가가 강제 권력으로 그 의무를 이행하는 것을 말합니다.

#### **【담보권실행】**

담보권실행이란 담보권을 설정한 채권자가 채무를 이행하지 아니하는 채무자에 대하여 해당 담보권을 실행하는 것을 말합니다.

#### **【국세 및 지방세 체납처분 절차】**

국세 및 지방세 체납처분 절차란 국세 또는 지방세를 체납할 경우 국세 기본법 및 지방세법에 의하여 체납된 세금에 대하여 가산금 징수, 독촉장 발부 및 재산 압류 등의 집행을 하는 것을 말합니다. 법원은 채권자의 신청에 따른 강제집행 및 담보권실행으로 채무자의 해지환급금을 압류할 수 있으며, 법원의 추심명령 또는 전부명령에 따라 회사는 채권자에게 해지환급금을 지급하게 됩니다. 또한, 국세 및 지방세 체납시 국세청 및 지방자치단체에 의해 채무자의 해지환급금이 압류될 수 있으며, 체납처분 절차에 따라 회사는 채권자에게 해지환급금을 지급하게 됩니다.

### **제18조(해지환급금)**

- ① 이 약관에 의해 계약이 해지된 경우에 지급하는 해지환급금은 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 회사는 경과기간별 해지환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

### **제19조(배당금의 지급)**

회사는 이 보험에 대하여 계약자에게 배당금을 지급하지 않습니다.

## **제6장 다수보험의 처리 등**

### **제20조(다수보험의 처리)**

① 다수보험의 경우 각 계약의 보상대상의료비 및 다수보험액에 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 입원, 외래, 처방조제를 각 구분하여 계산합니다.

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

## 제21조(연대책임)

① 2009년 10월 1일 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.

② 제1항에 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.

## 제7장 계약 전 알릴의무 등

### 제22조(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.

### 제23조(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 원동기장치자전거를 계속적으로 사용하게 된 경우에는 지체없이 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.

### 제24조(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 제22조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우.
  2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제23조(상해보험계약 후 알릴 의무)제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 이행하지 아니하였을 때
- ② 제1항 제1호의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.
  1. 회사가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하

여 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 제18조(해지환급금) 제1항에 의한 해지환급금을 계약자에게 지급하여 드립니다.

[4] 제1항 제1호에 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 제23조(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.

## 제25조(중대사유로 인한 해지)

① 회사는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 안 날로부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

1. 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 수익자가 회사에 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

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

## 제26조(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 계약체결일부 5년 이내(사기사실을 안 날로부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

## 제8장 보험금 지급의 절차 등

### 제27조(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.

### 제28조(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.

### 제29조(보험금 지급사유의 통지)

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

### 제30조(보험금 등 청구시 구비서류)

- ① 수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 해지환급금을 청구하여야 합니다.
  1. 청구서 (회사 양식)
  2. 사고증명서 (진료비계산서, 진료비세부내역서, 입원 치료확인서, 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
- ② 병원 또는 의원에서 제1항 제2호의 사고증명서를 발급받을 경우, 그 병원 또는 의원은 의료법 제3조(의료기관)에서 정하는 국내의 병원이나 의원이어야 합니다.

### 제31조(보험금의 지급)

- ① 회사는 제30조(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하여 드립니다.
- 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

제30조(보험금 등 청구시 구비서류)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에 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 또는 보험수익자의 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 대하여 보험계약대출이율을 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.

④ 계약자, 피보험자(보험대상자) 또는 수익자는 제24조(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.

### 제32조(환급금의 지급)

① 회사는 계약자 및 수익자의 청구에 의하여 환급금을 지급하는 경우 청구일로부터 3영업일 이내에 지급하여 드리며, 환급금을 청구한 날의 다음날부터 지급기일까지의 기간은 “예정이율” +1%를, 그 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간은 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

② 회사는 중도환급금 또는 만기환급금의 지급시기가 도래할 때에는 도래일 7일 이전에 그 사유와 지급할 금액을 계약자 또는 수익자에게 알려드리며, 그 사유와 지급금액을 알리지 않은 경우에는 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 환급금 청구일까지의 기간은 “예정이율”을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

③ 회사가 제2항의 규정에 의하여 계약자 또는 수익자에게

알린 경우의 중도환급금 또는 만기환급금과 해지환급금은 다음 각 호에서 정한 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

1. 만기환급금 및 해지환급금의 경우 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 지급청구일까지의 기간중 1년 이내의 기간은 “예정이율”의 50%, 1년을 초과하는 기간은 1%를 적용합니다.
  2. 중도환급금의 경우 지급사유가 발생한 날의 다음날부터 지급청구일까지의 기간중 보험기간 만기일까지의 기간은 예정이율을 적용하고, 보험기간 만기일의 다음날부터 1년 이내의 기간은 “예정이율”의 50%, 1년을 초과하는 기간은 1%를 적용합니다.
- ④ 제1항 내지 제3항에도 불구하고 금리연동형의 경우 “예정이율”을 “공시이율”로 적용합니다.

### 제33조(보험금 받는 방법의 변경)

- ① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 수익자)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 분할지급 또는 일시지급 방법으로 변경할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 의하여 일시금을 분할하여 지급하는 경우에는 그 미지급금액에 대하여 이 보험의 예정이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급하며, 분할지급 금액을 일시금으로 지급하는 경우에는 이 보험의 예정이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

### 제34조(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), 제33조(개인신용정보의 이용), 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.

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

### 제35조(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 제15조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지되는 때에는 즉시 해지환급금과 보험계약대출 원리금을 차감합니다.
- ④ 회사는 수익자에게 보험계약대출 사실을 통지할 수 있습니다.

## 제9장 분쟁조정 등

### 제36조(약관교부 및 설명의무 등)

- ① 회사는 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 읽

거나 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.

② 회사가 제1항에 의해 제공될 약관 및 계약자 보관용 청약서(청약서 부분)를 청약 시 계약자에게 드리지 아니하거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 아니한 때 또는 계약을 체결할 때 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 각 호의 1을 충족하는 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제1항에 의한 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서(청약서 부분)를 전달한 것으로 봅니다.

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

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

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.

### 제37조(소멸시효)

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

### 제38조(분쟁의 조정)

계약에 관하여 분쟁이 있는 경우에는 분쟁당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있습니다.

### 제39조(관할법원)

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

### 제40조(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.

### 제41조(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.

### 제42조(회사의 손해배상책임)

- ① 회사는 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.
- 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 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

### 제43조(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.

#### 제44조(예금보험기금에 의한 지급보장)

회사가 파산 등으로 인하여 보험금 등을 지급하지 못할 경우에는 예금자보호법에서 정하는 바에 따라 그 지급을 보장합니다.

#### 제45조(준거법)

이 약관에서 정하지 아니한 사항은 대한민국 법령을 따릅니다.

### 제10장 기타 운용에 관한 사항

#### 제46조(보장 소멸에 따른 준비금의 정산)

제10조(계약의 소멸)에서 정한 피보험자(보험대상자)의 사망으로 인하여 계약이 소멸하는 경우 이 보장 계약도 소멸되며 회사는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에서 정하는 바에 따라 피보험자(보험대상자)의 사망 당시 이 보장의 책임준비금을 지급하여 드립니다.

#### 제47조(보장의 갱신)

- ① 이 보장은 제도성 특별약관의 보장특약 자동갱신 특별약관 또는 보장특약 자동갱신(II) 특별약관에 의해 자동갱신으로 운영합니다.
- ② 제1항에 의해 자동갱신을 적용할 경우 보험증권(보험가입증서)에 그 내용을 기재하여 드립니다.

#### 제48조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 해당 상품의 보통약관을 따릅니다.

## <붙임> 용어의 정의

용 어	정 의
<u>계약</u>	보험계약
<u>계약자</u>	보험회사와 <u>계약</u> 을 체결하고 보험료를 납입하는 사람
<u>피보험자</u> (보험대상자)	보험금 지급사유 또는 보험사고 발생의 대상(객체)이 되는 사람
<u>수익자</u>	보험금을 수령하는 사람
<u>보험기간</u>	<u>계약</u> 에서 정한 대상이 되는 위험이 보장되는 기간
<u>회사</u>	보험회사
<u>상해</u>	<u>보험기간</u> 중 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고
<u>상해보험계약</u>	<u>상해</u> 를 보장하는 <u>계약</u>
<u>의사</u>	의료법 제2조(의료인)에서 정한 <u>의사</u> , 한 <u>의사</u> 및 <u>치과의사</u> 의 자격을 가진 사람
<u>약사</u>	약사법 제2조(정의)에서 정한 <u>약사</u> 및 한 <u>약사</u> 의 자격을 가진 사람
<u>의료기관</u>	의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정하는 의료기관이며 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 구분됨
<u>약국</u>	약사법 제2조 제3항 규정에 의한 장소로서, <u>약사</u> 가 수여할 목적으로 의약품 조제업무를 하는 장소를 말하며, <u>의료기관</u> 의 조제실은 제외
<u>병원</u>	국민건강보험법 제40조(요양기관)에서 정하는 국내의 <u>병원</u> 또는 의원(조산원은 제외)
<u>입원</u>	의사가 보험대상자의 질병 또는 상해로 인하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 <u>병원</u> , <u>의료기관</u> 또는 이와 동등하다고 인정되는 <u>의료기관</u> 에 입실하여 <u>의사</u> 의 관리를 받으며 치료에 전념하는 것
<u>입원의 정의 중 이와 동등하다고 인정되는 의료기관</u>	보건소, 보건의료원 및 보건지소 등 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 <u>의료기관</u> 에 준하는 <u>의료기관</u> 으로서 군의무대, 치매요양원, 노인요양원 등에 속해 있는 요양원, 요양시설, 복지시설 등과 같이 <u>의료기관</u> 이 아닌 곳은 이에 해당되지 않음



용 어	정 의
<u>기준병실</u>	병원에서 국민건강보험 환자의 <u>입원</u> 시 적용하는 기준이 되는 병실
<u>입원실료</u>	<u>입원</u> 치료 중 발생한 <u>기준병실</u> 사용료, 환자관리료, 식대 등을 말함
<u>입원제비용</u>	<u>입원</u> 치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 재료대, 캐스트료, 지정진료비 등을 말함
<u>입원수술비</u>	<u>입원</u> 치료 중 발생한 수술료, 마취료, 수술재료비 등을 말함
<u>입원의료비</u>	<u>입원</u> 실료, <u>입원</u> 제비용, <u>입원</u> 수술비, 상급병실료 차액으로 구성됨
<u>통원</u>	<u>의사</u> 가 피보험자(보험대상자)의 질병 또는 상해로 인하여 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서, <u>병원</u> 에 <u>입원</u> 하지 않고 <u>병원</u> 을 방문하여 <u>의사</u> 의 관리 하에 치료에 전념하는 것
<u>처방조제</u>	<u>의사</u> 및 <u>약사</u> 가 피보험자(보험대상자)의 질병 또는 상해로 인하여 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서, <u>통원</u> 으로 인하여 발행된 <u>의사</u> 의 처방전으로 <u>약국</u> 의 <u>약사</u> 가 조제하는 것을 말함(국민건강보험법 제40조 제1항 제3호에 의한 한국희귀의약품센터에서의 <u>처방조제</u> 및 의약분업예외지역에서 <u>약사</u> 의 직접조제 포함)
<u>외래제비용</u>	<u>통원</u> 치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 재료대, 캐스트료, 지정진료비 등을 말함
<u>외래수술비</u>	<u>통원</u> 치료 중 발생한 수술료, 마취료, 수술재료비 등을 말함
<u>처방조제비</u>	<u>병원</u> <u>의사</u> 의 처방전에 따라 조제되는 <u>약국</u> 의 <u>처방조제비</u> 및 <u>약사</u> 의 직접조제비를 말함
<u>통원의료비</u>	<u>외래</u> 제비용, <u>외래</u> 수술비, <u>처방조제비</u> 로 구성됨

용 어	정 의
<u>요양급여</u>	국민건강보험법 제39조(요양급여)에 의한 가입자 및 피부양자의 질병·부상 등에 대한 다음 각호의 <u>요양급여</u> 를 말함 1. 진찰·검사 2. 약제·치료재료의 지급 3. 처치·수술 기타의 치료 4. 예방·재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송
<u>국민건강보험법상 본인부담금 상한제</u>	국민건강보험법 상 <u>요양급여</u> 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 <u>회사</u> 는 변경되는 기준에 따름
<u>보상대상의료비</u>	실제 부담액 - 보상제외금액
<u>보상책임액</u>	(실제 부담액 - 보상제외금액) × <u>회사</u> 부담비율
<u>다수보험</u>	실손 의료보험계약(우체국보험, 각종 공제, <u>상해·질병·간병보험</u> 등 제3보험, 개인연금·퇴직보험 등 의료비를 실손으로 보상하는 보험·공제계약을 포함)이 동시에 또는 순차적으로 2개 이상 체결되었고, 그 <u>계약</u> 이 동일한 보험사고에 대하여 각 계약별 <u>보상책임액</u> 이 있는 다수의 실손 의료보험계약을 말함
<u>의료급여</u>	의료급여법 제7조(의료급여의 내용 등)에 의한 가입자 및 피부양자의 질병·부상에 대한 다음 각호의 <u>의료급여</u> 를 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
<u>의료급여법상 본인부담금 보상제 및 본인 부담금 상한제</u>	의료급여법상 <u>의료급여</u> 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 <u>회사</u> 는 변경된 기준에 따름.

## 제도성 특별약관

### 대상상품

1. 보종 20812 (무)웰빙보험
2. 보종 21086 (무)LIG아이러브차차차운전자보험(L9.08)
3. 보종 21089 (무)LIG( )를위한직장인보험(L9.08)
4. 보종 21092 (무)LIG라이프파트너보험(L9.08)

### 1. 보장특약 자동갱신 특별약관(추가납입형)

#### 제1조(특약의 적용)

이 보장특약 자동갱신 특별약관(이하 『특약』이라 합니다)은 손해의 보상을 내용으로 한 이 계약의 특별약관(이하 『보장특약』이라 합니다.)의 자동갱신에 대하여 회사와 계약자간에 사전에 합의가 있을 경우에 적용합니다.

#### 제2조(보장특약의 자동갱신)

① 이 보장특약의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 이 특별약관의 갱신종료나이(최초계약을 체결할 때 약정한 갱신종료나이를 말합니다)까지의 남은 기간이 갱신전 보험기간보다 작을 경우(가령 갱신전 보험기간이 3년인 경우에는 이 특별약관의 갱신종료나이(최초계약을 체결할 때 약정한 갱신종료나이를 말합니다)까지의 남은 기간이 3년 미만인 경우)에는 그 남은 기간을 보험기간으로 합니다.

**< 예시 : 48세의 피보험자가 3년만기로 80세까지 갱신하는 경우 >**

갱신시점의 나이 : 51세, 54세 ~ 72세, 75세, 78세  
- 78세 갱신시점에서는 80세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 3년보다 작아 3년만기로 갱신하지 않고 2년만기로 갱신합니다.

② 이 보장특약이 정상적으로 유지되고 다음 각 호의 조건을 충족하는 경우에는 보장특약의 만기되는 날의 전일까지 계약자의 별도의 의사표시가 없을 때에는 종전의 보장특약(이하 『갱신전 보장특약』이라 합니다)과 동일한 내용으로 보장특약의 만기일의 다음날(이하 『갱신일』이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.

1. 갱신된 특별약관(이하 『갱신보장특약』이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것

2. 갱신일에 있어서 피보험자(보험대상자)의 연령이 회사가 정한 연령의 범위 내일 것
  3. 갱신전 보장특약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
- ㉓ 제1항에 따라 자동 갱신되는 경우 보험계약 청약서에 기재된 사항 및 보험증권(보험가입증서)에 회사가 승인한 사항에 대하여 변경이 생긴 경우에는 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 서면으로 그 사실을 회사에 알리고 보험증권(보험가입증서)에 확인을 받아야 합니다.
- ㉔ 알릴의무에 대하여는 표준화 실손의료비 보장 유예계약 특별약관 제23조(상해보험계약 후 알릴 의무)를 적용합니다.

### 제3조(자동갱신 적용)

- ㉑ 회사는 제2조(보장특약의 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 최초 계약시의 보험약관을 계속하여 적용합니다. 다만 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령, 금융감독원장이 정한 시행세칙의 개정 등 제도적인 변경에 따라 보험약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.
- ㉒ 회사는 갱신계약에 대하여 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에 따라 갱신일 현재의 변경된 보험료를 적용하며, 보험요율에 관한 제도의 변경에 따라 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』가 변경된 경우 갱신일 현재의 제도를 적용합니다. 갱신시 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.
- ㉓ 회사는 제2조(보장특약의 자동갱신)에서 정한 갱신제한 사유 및 제1항의 갱신계약 보험료에 대하여 갱신 전 보장특약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 그 내용을 계약자에게 서면으로 안내하여 드립니다.

**< 예시 : 40세의 피보험자가 3년만기로 갱신하는 경우 >**

아래 예시에서 최초 계약시 납입할 특약보험료는 가입시점의 40세 보험료인 5,000원입니다. 이후 첫 번째 갱신계약의 특약보험료는 가입 3년후 새롭게 산출한 보험료표를 적용받는데, 우선 피보험자의 나이증가(40세 → 43세)로 인한 보험료의 증가분과 새롭게 산출된 보험료의 인하분이 함께 반영되어 6,200원을 납입합니다.

한편, 세 번째 갱신계약의 특약보험료는 가입 9년후 새롭게 산출한 보험료표를 적용받는데, 우선 피보험자의 나이증가(46세 → 49세)로 인한 보험료의 증가분과 새롭게 산출된 보험료의 인상분이 함께 반영되어 12,500원을 납입합니다.

구 분	40세	43세	46세	49세	· ·	비 고
특약 보험료	5,000원	6,200원	7,600원	12,500원	· ·	
최초계약 보험료표	<b>5,000원</b>	6,500원	8,000원	10,000원	· ·	
첫 번째 갱신계약 보험료표	4,800원	<b>6,200원</b>	7,600원	9,500원	· ·	나이증가 위험률 인하
두 번째 갱신계약 보험료표	4,800원	6,200원	<b>7,600원</b>	9,500원	· ·	나이증가
세 번째 갱신계약 보험료표	6,300원	8,000원	9,900원	<b>12,500원</b>	· ·	나이증가 위험률 상승
:	:	:	:	:	:	

**제4조(갱신보장특약 제1회 보험료의 납입최고(독촉)와 계약의 해지)**

① 계약자는 표준화 실손의료비 보장 유예계약 특별약관 제15조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 보장계약의 보험료를 납입 완료하고, 제2조(보장특약의 자동갱신)에 의해 보장특약이 자동 갱신된 경우에는 갱신보장특약의 제1회 보험료를 갱신 일까지 납입하여야 합니다.

② 제1항에도 불구하고 계약자가 갱신 일까지 갱신보장특약의 제1회 보험료를 납입하지 아니한 때에는 표준화 실손의료비 보장 유예계약 특별약관 제15조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 납입최고(독촉)하며, 이 납입최고(독촉)기간 안에 보험료를 납입하지 않는 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 해당

보장특약은 해제된 것으로 봅니다.

③ 회사는 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 약정한 보험금을 지급합니다. 이 경우 계약자는 즉시 갱신 보장특약의 보험료를 납입하여야 합니다. 만약, 이 보험료를 납입하지 아니하면 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

#### **제5조(갱신보장특약의 보장개시)**

제2조(보장특약의 자동갱신)의 규정에 따라 계약이 갱신되는 경우, 갱신보장특약의 보장개시는 갱신일 당일로 합니다.

#### **제6조(준용규정)**

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 보장특약을 따릅니다.

### **2. 실손의료비 보장(추가납입형) 무사고할인 특별약관**

#### **제1조(특별약관의 적용범위 및 효력)**

이 특별약관(이하 『특약』이라 합니다.)은 2011년 4월 1일 이후 갱신이 도래하는 갱신형 실손의료비 보장이 부가된 보험계약(이하 「실손의료 보험계약」이라 합니다)에 적용됩니다.

#### **제2조(보험료 할인대상 및 보험료 할인)**

① 회사는 각각의 실손의료비 보장이 일정기간(이하 「무사고 판정기간」이라 합니다) 동안 보험금을 지급받지 않고, 동일한 보장내용으로 갱신되는 경우 「할인적용기간」 동안 매회 납입할 각각의 실손의료비 보장에 대한 보장보험료의 10%를 할인하여 드립니다. 다만, 보험료 할인대상 및 보험료 할인은 매 갱신시마다 재산정합니다.

<보험료 할인대상 예시>

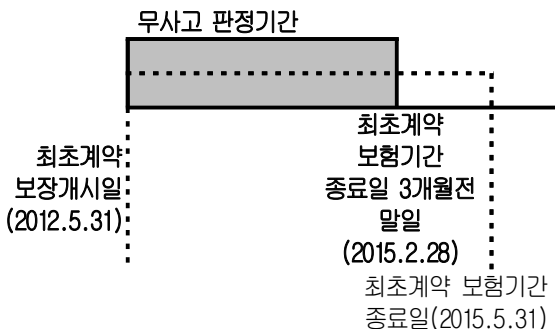
구 분		판정기간내 보험금 지급여부	갱신전후 동일보장내 용여부	갱신보험료 할인여부
상해	입원의 료비	-	동일	할인
	통원의 료비	지급	-	X
질병	입원의 료비	-	-	X
	통원의 료비	지급	동일	X

주) 통원의료비의 경우, 통원치료비 및 약제비 등으로 보장내용이 구분된 경우 각각 적용합니다. 이와 유사한 경우도 같습니다.

② 제1항의 「무사고 판정기간」이라 함은 갱신보장 보장 개시일이 속한 달의 2개월전 1일부터 갱신보장의 보험기간 종료일이 속한 달의 3개월전 말일까지의 기간으로 합니다. 다만, 최초갱신의 경우 최초계약 보장개시일부터 최초계약의 보험기간 종료일이 속한 달의 3개월전 말일까지의 기간으로 합니다.

<무사고 계약의 판정기간(3년갱신 기준) 예시>

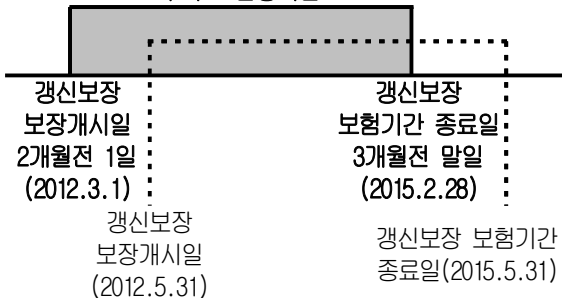
1. 최초 갱신의 경우



<무사고 계약의 판정기간(3년갱신 기준) 예시>

2. 2회차 이후 갱신의 경우

무사고 판정기간



③ 제1항의 「할인적용기간」은 갱신된 실손의료비 보장의 보장개시일부터 해당 보험기간 종료일까지로 합니다.

④ 제1항에도 불구하고, 할인금액(각각의 실손의료비 보장에 대한 보장보험료의 10% 합계액)이 실손의료 보험계약의 예정사업비를 초과하는 경우 그 예정사업비를 한도로 보험료를 할인하여 드립니다.

⑤ 회사는 제1항에서 정한 할인금액을 기본계약 적립부분 책임준비금 또는 보험관리계좌 특별약관의 책임준비금으로 적립하여 드릴 수 있습니다. 다만, 2011년 9월30일 이전 대상계약에 대한 소급분 적용에 한합니다.

⑥ 회사는 제1항에도 불구하고, 보험업감독규정 부칙(2009.7.22) 제2조 제2항 단서에 따라 「표준화 실손의료비 보장 유예계약 특별약관」을 적용받는 계약의 최초 갱신시에 한하여 제1항에서 정한 「동일한 보장내용으로 갱신되는 경우」를 적용하지 아니합니다.

### 제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관 및 해당 특별약관을 따릅니다.



## 대상상품

1. 보종 21083 (무)LIG닥터플러스보험(L9.08)
2. 보종 21084 (무)LIG생활보장보험(L9.08)
3. 보종 21085 (무)LIG헬스케어보험(L9.08)
4. 보종 21087 (무)LIG굿스타트운전자보험(L9.08)
5. 보종 21088 (무)LIG희망플러스자녀보험(L9.08)
6. 보종 21090 (무)LIG청춘만세보험(L9.08)
7. 보종 21091 (무)LIG뉴라이프건강보험(L9.08)
8. 보종 21093 (무)G라이프보험(L9.08)
9. 보종 21094/21095/21096 (무)LIG행복한인생보험(L9.08)
10. 보종 21100 (무)LIG1580PULS의료안심보험(L9.08)

### 3. 보장특약자동갱신(Ⅱ) 특별약관(적립대체형)

#### 제1조(특약의 적용)

이 보장특약 자동갱신(Ⅱ) 특별약관(이하 『특약』이라 합니다)은 손해의 보상을 내용으로 한 이 계약의 특별약관(이하 『보장특약』이라 합니다.)의 자동갱신에 대하여 회사와 계약자간에 사전에 합의가 있을 경우에 적용합니다.

#### 제2조(보장특약의 자동갱신)

① 이 보장특약의 보험기간은 3년으로 합니다. 다만, 이 특별약관의 갱신종료나이(최초계약을 체결할 때 약정한 갱신종료나이를 말합니다)까지의 남은 기간이 갱신전 보험기간보다 작을 경우(가령 갱신전 보험기간이 3년인 경우에는 이 특별약관의 갱신종료나이(최초계약을 체결할 때 약정한 갱신종료나이를 말합니다)까지의 남은 기간이 3년 미만인 경우)에는 그 남은 기간을 보험기간으로 합니다.

**< 예시 : 48세의 피보험자가 3년만기로 80세까지 갱신하는 경우 >**

갱신시점의 나이 : 51세, 54세 ~ 72세, 75세, 78세  
- 78세 갱신시점에서는 80세 갱신종료시까지의 잔여보험기간이 3년보다 작아 3년만기로 갱신하지 않고 2년만기로 갱신합니다.

② 이 보장특약이 정상적으로 유지되고 다음 각 호의 조건을 충족하는 경우에는 보장특약의 만기되는 날의 전일까지 계약자의 별도의 의사표시가 없을 때에는 종전의 보장특약(이하 『갱신전 보장특약』이라 합니다)과 동일한 내용으로 보장특약의 만기일의 다음날(이하 『갱신일』이라 합니다)에 갱신되는 것으로 합니다.

1. 갱신된 특별약관(이하 『갱신보장특약』 이라 합니다)의 만기일이 회사가 정한 기간 내일 것
  2. 갱신일에 있어서 피보험자(보험대상자)의 연령이 회사가 정한 연령의 범위 내일 것
  3. 갱신전 보장특약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
- ③ 제1항에 따라 자동 갱신되는 경우 보험계약 청약서에 기재된 사항 및 보험증권(보험가입증서)에 회사가 승인한 사항에 대하여 변경이 생긴 경우에는 계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 서면으로 그 사실을 회사에 알리고 보험증권(보험가입증서)에 확인을 받아야 합니다.
- ④ 알릴의무에 대하여는 표준화 실손의료비 보장 유예계약 특별약관 제23조(상해보험계약 후 알릴 의무)를 적용합니다.

### 제3조(자동갱신 적용)

- ① 회사는 제2조(보장특약의 자동갱신)에 의하여 이 특별약관이 갱신되는 경우 최초 계약시의 보험약관을 계속하여 적용합니다. 다만 법령의 제·개정, 금융위원회의 명령, 금융감독원장이 정한 시행세칙의 개정 등 제도적인 변경에 따라 보험약관이 변경된 경우 갱신일 현재의 변경된 약관을 적용합니다.
- ② 회사는 갱신계약에 대하여 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에 따라 갱신일 현재의 변경된 보험료를 적용하며, 보험요율에 관한 제도의 변경에 따라 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』가 변경된 경우 갱신일 현재의 제도를 적용합니다. 갱신시 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상될 수 있습니다.
- ③ 회사는 제2조(보장특약의 자동갱신)에서 정한 갱신제한 사유 및 제1항의 갱신계약 보험료에 대하여 갱신 전 보장특약의 보험기간이 끝나기 15일 전까지 그 내용을 계약자에게 서면으로 안내하여 드립니다.

### < 예시 : 40세의 피보험자가 3년만기로 갱신하는 경우 >

아래 예시에서 최초 계약시 납입할 특약보험료는 가입시점의 40세 보험료인 5,000원입니다. 이후 첫 번째 갱신계약의 특약보험료는 가입 3년후 새롭게 산출한 보험료표를 적용받는데, 우선 피보험자의 나이증가(40세 → 43세)로 인한 보험료의 증가분과 새롭게 산출된 보험료의 인하분이 함께 반영되어 6,200원을 납입합니다.

한편, 세 번째 갱신계약의 특약보험료는 가입 9년후 새롭게 산출한 보험료표를 적용받는데, 우선 피보험자의 나이증가(46세 → 49세)로 인한 보험료의 증가분과 새롭게 산출된 보험료의 인상분이 함께 반영되어 12,500원을 납입합니다.

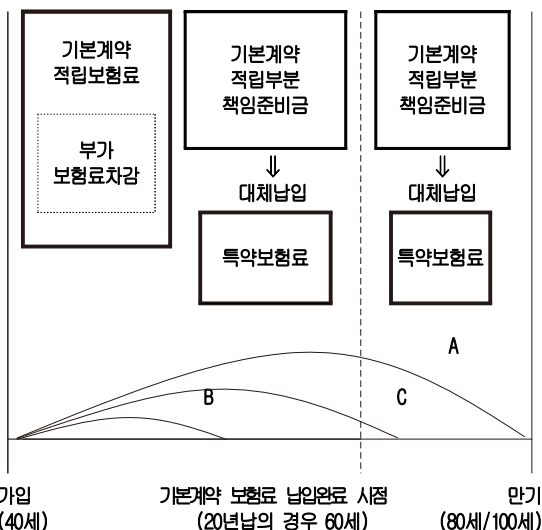
구 분	40세	43세	46세	49세	· ·	비 고
특약 보험료	5,000원	6,200원	7,600원	12,500원	· ·	
최초계약 보험료표	<b>5,000원</b>	6,500원	8,000원	10,000원	· ·	
첫 번째 갱신계약 보험료표	4,800원	<b>6,200원</b>	7,600원	9,500원	· ·	나이증가 위험률 인하
두 번째 갱신계약 보험료표	4,800원	6,200원	<b>7,600원</b>	9,500원	· ·	나이증가
세 번째 갱신계약 보험료표	6,300원	8,000원	9,900원	<b>12,500원</b>	· ·	나이증가 위험률 상승
:	:	:	:	:	:	

## 제4조(보험료의 납입)

- 이 특별약관에 의해 적용되는 【갱신계약】 특별약관의 제1회 보험료 및 제2회 이후의 보험료(이하 『특약보험료』라 합니다)는 『보험료 및 책임준비금 산출방법서』에 정한 적립부분 책임준비금에서 대체하는 방법으로 납입됩니다.
- 적립부분 책임준비금에서 특약보험료를 충당할 수 없는 경우 계약자는 기본계약의 적립보험료를 추가로 납입하여야 합니다. 다만, 기본계약의 보험료 납입기간이 완료된 이후에는 이 특별약관의 보험료를 보험기간 동안 납입하여야 합니다.
- 제2항에서 정한 방법에 따라 계약자가 해당 특약보험료를 추가로 납입하지 않는 경우 표준화 실손의료비 보장 유예계약 특별약관 제15조(보험료의 납입연체시 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약자에게 최고(독촉)하고 이

납입최고(독촉)기간 안에 해당 특약보험료가 납입되지 않은 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음날 특약을 해지합니다. 다만, 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급하여 드리며 이 경우 계약자는 즉시 해당 특약보험료를 납입하여야 합니다. 만약, 이 보험료를 납입하지 아니한 경우 회사는 지급할 보험금에서 이를 공제할 수 있습니다.

### <보험료 대체납입>



주) A, B, C는 특약보험료를 대체납입한 후의 기본계약 적립부분 책임준비금 곡선임.

기본계약 적립부분의 책임준비금은 대체납입 대상 특별약관 보험료의 원천이 됩니다. 따라서 계약체결 당시 대체납입 대상 특별약관의 전 보험기간 동안의 보험료가 납입될 수 있도록 기본계약의 적립보험료를 충분하게 설정하여야 합니다.(위 그림의 A)

그러나 보험기간 중 기본계약 적립부분의 책임준비금이 부족한 경우 기본계약 보험료 납입기간 중이라면 적립부분의 부가보험료를 포함한 적립보험료를 납입해야 하며 (위 그림의 B), 보험료 납입기간이 종료되었더라도 해당 특약의 보장보험료는 보험기간 동안 계속하여 납입하여야 합니다.(위 그림의 C)

## 제5조(갱신보장특약의 보장개시)

제2조(보장특약의 자동갱신)의 규정에 따라 계약이 갱신되는 경우, 갱신보장특약의 보장개시는 갱신일 당일로 합니다.

## 제6조(준용규정)

이 특약에서 정하지 않은 사항은 보통약관 및 해당 보장특약을 따릅니다.

# 4. 실손의료비 보장(적립대체형) 무사고할인 특별약관

## 제1조(특별약관의 적용범위 및 효력)

이 특별약관(이하 『특약』이라 합니다.)은 2011년 4월 1일 이후 갱신이 도래하는 갱신형 실손의료비 보장이 부가된 보험계약(이하 「실손의료 보험계약」이라 합니다)에 적용됩니다.

## 제2조(보험료 할인대상 및 보험료 할인)

① 회사는 각각의 실손의료비 보장이 일정기간(이하 「무사고 판정기간」이라 합니다) 동안 보험금을 지급받지 않고, 동일한 보장내용으로 갱신되는 경우 「할인적용기간」 동안 매회 대체납입할 각각의 실손의료비 보장에 대한 보장보험료의 10%를 할인하여 드립니다. 다만, 보험료 할인대상 및 보험료 할인은 매 갱신시마다 재산정합니다.

### <보험료 할인대상 예시>

구 분		판정기간내 보험금 지급여부	갱신전후 동일보장내 용여부	갱신보험료 할인여부
상 해	입원의료비	-	동일	할인
	통원의료비	지급	-	X
질 병	입원의료비	-	-	X
	통원의료비	지급	동일	X

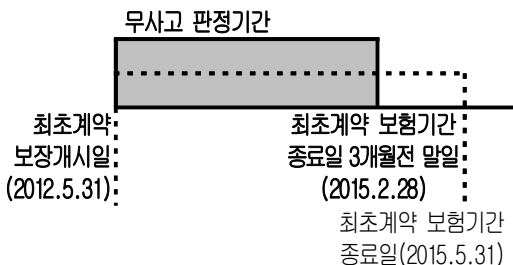
주) 통원의료비의 경우, 통원치료비 및 약제비 등으로 보장내용이 구분된 경우 각각 적용합니다. 이와 유사한 경우도 같습니다.

② 제1항의 「무사고 판정기간」이라 함은 갱신보장 보장개시일이 속한 달의 2개월전 1일부터 갱신보장의 보험기간 종료일이 속한 달의 3개월전 말일까지의 기간으로 합니다.

다만, 최초갱신의 경우 최초계약 보장개시일부터 최초계약의  
보험기간 종료일이 속한 달의 3개월전 말일까지의 기간으로 합  
니다.

<무사고 계약의 판정기간(3년갱신 기준) 예시>

1. 최초 갱신의 경우



<무사고 계약의 판정기간(3년갱신 기준) 예시>

2. 2회차 이후 갱신의 경우



③ 제1항의 「할인적용기간」은 갱신된 실손의료비 보장의  
보장개시일부터 해당 보험기간 종료일까지로 합니다. 다만,  
「할인적용기간」 내에 보통약관의 보험료 납입기간이 종료  
되는 경우에는 그 종료되는 날에 할인적용도 종료됩니다.

④ 제1항에도 불구하고, 할인금액(각각의 실손의료비 보장  
에 대한 보장보험료의 10% 합계액)이 실손의료 보험계약의  
예정사업비를 초과하는 경우 그 예정사업비를 한도로 보험  
료를 할인하여 드립니다.

⑤ 회사는 제1항에서 정한 할인금액을 기본계약 적립부분  
책임준비금으로 적립하여 드릴 수 있습니다.

⑥ 회사는 제1항에도 불구하고, 보험업감독규정 부칙  
(2009.7.22) 제2조 제2항 단서에 따라 「표준화 실손의료  
비 보장 유예계약 특별약관」을 적용받는 계약의 최초 갱  
신시에 한하여 제1항에서 정한 「동일한 보장내용으로 갱

신되는 경우」를 적용하지 아니합니다.

**제3조(준용규정)**

이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.



# LIG 손해보험

서울시 강남구 역삼동 649-11 LIG타워  
고객콜센터 1544-0114