**간편가입 한화실손의료비보장특약(갱신형) 무배당 약관**

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

**제 1 관 일반사항 및 용어의 정의**

**제 1 조 보장종목**

**회사가 판매하는 간편가입 실손의료보험특약은 다음과 같이 상해입원형, 상해통원형, 질병입원형, 질병통원형 등 4개의 보장종목으로 구성되어 있으며, 계약자는 이들 4개 보장종목 중 한 가지 이상을 선택하여 가입할 수 있습니다.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **보장종목** | | **보상하는 내용** |
| **상해** | **입원** | **피보험자가 상해로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에 보상** |
| **통원** | **피보험자가 상해로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받은 경우에 보상(단, 처방조제 제외)** |
| **질병** | **입원** | **피보험자가 질병으로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에 보상** |
| **통원** | **피보험자가 질병으로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받은 경우에 보상(단, 처방조제 제외)** |

**제 2 조 용어의 정의**

**이 약관에서 사용하는 용어의 뜻은 별표 1과 같습니다.**

**제 2 관 회사가 보상하는 사항**

**제 3 조 보장종목별 보상내용**

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

**[상해입원형]**

**① 회사는 피보험자가 상해로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원의료비를 다음과 같이 하나의 상해당 보험가입금액(5천만원)의 한도 내에서 보상합니다.**

| **구  분** | **보 상 금 액** |
| --- | --- |
| **입원실료,**  **입원제비용,**  **입원수술비** | **‘「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금’과 ‘비급여주)’를 합한 금액(이하 보상대상의료비라 하며, 본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 10만원과 보상대상의료비의 30% 중 큰 금액을 뺀 금액을 보상합니다. 다만, 10만원과 보상대상의료비의 30% 중 큰 금액이 계약일 또는 매년 계약해당일부터 기산하여 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다.**  **주)상급병실료 차액은 제외합니다.** |
| **상급병실료 차액** | **입원 시 실제로 사용한 병실과 기준병실의 병실료 차액에서 50%를 뺀 금액.**  **다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.** |

**※ 위 표에서 ‘비급여’라 함은 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여 대상을 말합니다(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함).**

**② 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연히 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상이 포함됩니다. 다만, 유독가스 또는 유독물질을 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상과 세균성 음식물 중독증상은 포함되지 않습니다.**

**③ 피보험자가 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 경우에는 입원의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 급여 및 비급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액에서 10만원과 보상대상의료비의 30% 중 큰 금액을 뺀 금액의 40%를 하나의 상해당 보험가입금액(5천만원)의 한도 내에서 보상합니다.**

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

**<보상기간 예시>**

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 427일 | 보상제외  (90일) |  |  |
| 5천만원 보상 | 보상한도 복원 |

**↑ ↑ ↑ ↑**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| (2018.4.1.)  계약일 또는  갱신일 | (2019.3.1.)  최초 입원일 | (2020.4.30.)  보상한도종료일  2020.5.1.부터 보상제외 | (2020.7.29.)  2020.7.30.부터  보상재시작 |  |

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 365일 | |  |  |
| 153일 | 보상제외  (212일) |
| 5천만원 보상 | 보상한도 복원 |

**↑ ↑ ↑ ↑**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| (2018.4.1.)  계약일 또는  갱신일 | (2019.3.1.)  최초 입원일 | (2019.7.31.)  보상한도종료일  2019.8.1.부터 보상제외 | (2020.2.28.)  2020.2.29.부터  보상재시작 |  |

**⑤ 제1항의 경우 특약이 자동갱신 또는 재가입되어 하나의 상해로 인한 입원이 자동갱신 또는 재가입 전후에 계속되는 경우, 자동갱신 또는 재가입 전후에 계속되는 총 입원을 기준으로 그 지급금액 및 지급한도 등을 적용합니다.**

**⑥ 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 특약의 보험기간이 끝나더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는 특약의 보험기간 종료일부터 180일까지(특약의 보험기간 종료일은 제외합니다) 보상하며, 이 경우 제4항은 적용하지 않습니다. 다만, 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제4항을 적용합니다.**

**⑦ 피보험자가 직원복리후생제도에 의해 의료비를 감면받고 그 감면받은 의료비가 근로소득에 포함되는 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 입원의료비를 계산합니다.**

**⑧ 회사는 피보험자가 상해로 인하여 병원에 입원하여 본인의 장기등(「장기등 이식에 관한 법률」제4조에 의한 “장기등”을 의미합니다)의 기능회복을 위하여 「장기등 이식에 관한 법률」제42조 및 관련 고시에 따라 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 제1항 내지 제7항에 따라 보상합니다.**

**[상해통원형]**

**① 회사는 피보험자가 상해로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받은 경우에는 통원의료비 명목으로 매년 계약해당일부터 1년을 단위로 하여 다음과 같이 외래(외래제비용, 외래수술비)를 보상하며 처방조제비는 보상하지 않습니다.**

| **보 상 금 액** |
| --- |
| **방문 1회당 ‘「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금’과 ‘비급여주)’를 합한 금액(이하 보상대상의료비라 하며, 본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 2만원과 보상대상의료비의 30% 중 큰 금액을 뺀 금액을 외래의 보험가입금액(20만원)의 한도 내에서 보상(매년 계약해당일부터 1년간 방문 180회를 한도로 합니다)** |

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

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

**<보상기간 예시>**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 보상대상기간  (1년) | 보상대상기간  (1년) | 보상대상기간  (1년) | 추가보상  (180일) |  |

**↑ ↑ ↑ ↑ ↑**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| (2018.4.1.)  계약(갱신)일 | (2019.4.1.)  계약(갱신)  해당일 | (2020.4.1.)  계약(갱신)  해당일 | (2021.3.31.)  계약(갱신)  보험기간 종료일 | (2021.9.27.)  보상종료일 |

**③ 하나의 상해로 인해 하루에 같은 치료를 목적으로 의료기관에서 2회 이상 통원치료를 받은 경우 1회의 통원으로 보아 제1항, 제2항과 제5항을 적용합니다.**

**④ 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연히 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상이 포함됩니다. 다만, 유독가스 또는 유독물질을 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상과 세균성 음식물 중독증상은 포함되지 않습니다.**

**⑤ 피보험자가 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 을 적용받지 못하는 경우에는 통원의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 급여 및 비급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액에서 2만원과 보상대상 의료비의 30% 중 큰 금액을 뺀 금액의 40%를 보험가입금액(20만원)의 한도 내에서 보상합니다.**

**⑥ 피보험자가 직원복리후생제도에 의해 의료비를 감면받고 그 감면받은 의료비가 근로소득에 포함되는 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 통원의료비를 계산합니다.**

**⑦ 회사는 피보험자가 상해로 인하여 병원에 통원하여 본인의 장기등(「장기등 이식에 관한 법률」제4조에 의한 “장기등”을 의미합니다)의 기능회복을 위하여 「장기등 이식에 관한 법률」제42조 및 관련 고시에 따라 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 제1항 내지 제6항에 따라 보상합니다.**

**[질병입원형]**

**① 회사는 피보험자가 질병으로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원의료비를 다음과 같이 하나의 질병당 보험가입금액(5천만원)의 한도 내에서 보상합니다.**

| **구  분** | **보 상 금 액** |
| --- | --- |
| **입원실료,**  **입원제비용,**  **입원수술비** | **‘「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금’과 ‘비급여주)’를 합한 금액(이하 보상대상의료비라 하며, 본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 10만원과 보상대상의료비의 30% 중 큰 금액을 뺀 금액을 보상합니다. 다만, 10만원과 보상대상의료비의 30% 중 큰 금액이 계약일 또는 매년 계약해당일부터 기산하여 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다.**  **주)상급병실료 차액은 제외합니다.** |
| **상급병실료 차액** | **입원 시 실제로 사용한 병실과 기준병실의 병실료 차액에서 50%를 뺀 금액.**  **다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.** |

**※ 위 표에서 ‘비급여’라 함은 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여 대상을 말합니다(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함).**

**② 피보험자가 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 경우에는 입원의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 급여 및 비급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액에서 10만원과 보상대상의료비의 30% 중 큰 금액을 뺀 금액의 40%를 하나의 질병당 보험가입금액(5천만원)의 한도 내에서 보상합니다.**

**③ 제1항에도 불구하고 회사는 하나의 질병으로 인한 입원의료비를 보험가입금액까지 보상한 경우에는 보상한도 종료일부터 90일이 경과한 날부터 최초 입원한 것과 동일한 기준으로 다시 보상합니다(계속입원을 포함합니다). 다만, 최초입원일부터 275일(365일-90일) 이내에 보상한도종료일이 있는 경우에는 최초입원일부터 365일이 경과되는 날부터 최초 입원한 것과 동일한 기준으로 다시 보상합니다.**

**<보상기간 예시>**

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 427일 | 보상제외  (90일) |  |  |
| 5천만원 보상 | 보상한도 복원 |

**↑ ↑ ↑ ↑**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| (2018.4.1.)  계약일 또는  갱신일 | (2019.3.1.)  최초 입원일 | (2020.4.30.)  보상한도종료일  2020.5.1.부터 보상제외 | (2020.7.29.)  2020.7.30.부터  보상재시작 |  |

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 365일 | |  |  |
| 153일 | 보상제외  (212일) |
| 5천만원 보상 | 보상한도 복원 |

**↑ ↑ ↑ ↑**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| (2018.4.1.)  계약일 또는  갱신일 | (2019.3.1.)  최초 입원일 | (2019.7.31.)  보상한도종료일  2019.8.1.부터 보상제외 | (2020.2.28.)  2020.2.29.부터  보상재시작 |  |

**④ 제1항의 경우 특약이 자동갱신 또는 재가입되어 하나의 질병으로 인한 입원이 자동갱신 또는 재가입 전후에 계속되는 경우, 자동갱신 또는 재가입 전후에 계속되는 총 입원을 기준으로 그 지급금액 및 지급한도 등을 적용합니다.**

**⑤ “하나의 질병”이란 발생 원인이 동일한 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병은 하나의 질병으로 간주하며, 하나의 질병으로 2회 이상 치료를 받는 경우에는 이를 하나의 질병으로 봅니다)을 말하며, 질병의 치료 중에 발생된 합병증 또는 새로 발견된 질병의 치료가 병행되거나 의학상 관련이 없는 여러 종류의 질병을 갖고 있는 상태에서 입원한 경우에는 하나의 질병으로 간주합니다.**

**⑥ 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 특약의 보험기간이 끝나더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는 특약의 보험기간 종료일부터 180일까지(특약의 보험기간 종료일은 제외합니다) 보상하며, 이 경우 제3항은 적용하지 않습니다. 다만, 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제3항을 적용합니다.**

**⑦ 피보험자가 직원복리후생제도에 의해 의료비를 감면받고 그 감면받은 의료비가 근로소득에 포함되는 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 입원의료비를 계산합니다.**

**⑧ 회사는 피보험자가 질병으로 인하여 병원에 입원하여 본인의 장기등(「장기등 이식에 관한 법률」제4조에 의한 “장기등”을 의미합니다)의 기능회복을 위하여 「장기등 이식에 관한 법률」제42조 및 관련 고시에 따라 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 제1항 내지 제7항에 따라 보상합니다.**

**[질병통원형]**

**① 회사는 피보험자가 질병으로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받은 경우에는 통원의료비 명목으로 매년 계약해당일부터 1년을 단위로 하여 다음과 같이 외래(외래제비용, 외래수술비)를 보상하며 처방조제비는 보상하지 않습니다.**

| **보 상 금 액** |
| --- |
| **방문 1회당 ‘「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금’과 ‘비급여주)’를 합한 금액(이하 보상대상의료비라 하며, 본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 2만원과 보상대상의료비의 30% 중 큰 금액을 뺀 금액을 외래의 보험가입금액(20만원)의 한도 내에서 보상(매년 계약해당일부터 1년간 방문 180회를 한도로 합니다)** |

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

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

**<보상기간 예시>**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 보상대상기간  (1년) | 보상대상기간  (1년) | 보상대상기간  (1년) | 추가보상  (180일) |  |

**↑ ↑ ↑ ↑ ↑**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| (2018.4.1.)  계약(갱신)일 | (2019.4.1.)  계약(갱신)  해당일 | (2020.4.1.)  계약(갱신)  해당일 | (2021.3.31.)  계약(갱신)  보험기간 종료일 | (2021.9.27.)  보상종료일 |

**③ 하나의 질병으로 하루에 같은 치료를 목적으로 의료기관에서 2회 이상 통원치료를 받은 경우 1회의 통원으로 보아 제1항, 제2항과 제5항을 적용합니다.**

**④ “하나의 질병”이란 발생 원인이 동일한 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병을 포함합니다)을 말하며, 질병의 치료 중에 발생된 합병증 또는 새로 발견된 질병의 치료가 병행되거나 의학상 관련이 없는 여러 종류의 질병을 갖고 있는 상태에서 통원한 경우에는 하나의 질병으로 봅니다.**

**⑤ 피보험자가 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 경우에는 통원의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 급여 및 비급여의료비 항목만 해당합니다) 본인이 실제로 부담한 금액에서 2만원과 보상대상의료비의 30% 중 큰 금액을 뺀 금액의 40%를 하나의 질병당 보험가입금액(20만원)의 한도 내에서 보상합니다.**

**⑥ 피보험자가 직원복리후생제도에 의해 의료비를 감면받고 그 감면받은 의료비가 근로소득에 포함되는 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 통원의료비를 계산합니다.**

**⑦ 회사는 피보험자가 질병으로 인하여 병원에 통원하여 본인의 장기등(「장기등 이식에 관한 법률」제4조에 의한 “장기등”을 의미합니다)의 기능회복을 위하여 「장기등 이식에 관한 법률」제42조 및 관련 고시에 따라 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 제1항 내지 제6항에 따라 보상합니다.**

**제 3 관 회사가 보상하지 않는 사항**

**제 4 조 보상하지 않는 사항**

**회사가 이 특약에서 보상하지 않는 사항은 보장종목별로 다음과 같습니다.**

**[상해입원형]**

**① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 입원의료비는 보상하지 않습니다.**

**1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우.**

**다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로 인하여 입원의료비가 발생한 사실이 증명된 경우에는 보상합니다.**

**2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우.**

**다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.**

**3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우**

**4. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원한 경우(O00~O99)**

**다만, 회사가 보상하는 상해로 인하여 입원한 경우에는 보상합니다.**

**5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인한 경우**

**6. 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자 본인이 자의적으로 입원하여 발생한 입원의료비**

**② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동 목적으로 한 다음의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 생긴 상해에 대해서는 보상하지 않습니다.**

**1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전 훈련이 필요한 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩**

**2. 모터보트·자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 행사(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 보상합니다)**

**3. 선박승무원, 어부, 사공, 그 밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승**

**③ 회사는 다음의 입원의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.**

**1. 치과치료(다만, 안면부 골절로 발생한 의료비는 치아관련 치료를 제외하고 보상합니다), 한방치료(다만, 「의료법」 제2조에 따른 한의사를 제외한 ‘의사’의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 보상합니다)에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 비급여의료비**

**2. 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(「국민건강보험법」에 따른 본인부담금 상한제)**

**3. 「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 따라 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)**

**4. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 추가 의료비용은 보상합니다), 예방접종, 인공유산에 든 비용**

**다만, 회사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.**

**5. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진, 의약외품과 관련하여 소요된 비용**

**다만, 회사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다**

**6. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료 재료의 구입 및 대체 비용**

**다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 보상합니다.**

**7. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비**

**가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방 확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만,「국민건강보험법」및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 ‘여성형 유방증’을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살 제거술 등**

**나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술**

**다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)**

**라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술**

**마. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여대상에 해당하는 치료**

**8. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비**

**9. 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(보장종목별 보상내용) [상해입원형] 제1항, 제2항 및 제4항부터 제8항에 따라 보상합니다.**

**10. 「국민건강보험법」 제42조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비**

**11. 도수치료·체외충격파치료·증식치료로 인하여 발생한 비급여의료비**

**12. 비급여 주사료(다만, 항암제, 항생제(항진균제 포함), 희귀의약품은 보상합니다)**

**13. 자기공명영상진단(MRI/MRA)으로 인하여 발생한 비급여의료비(조영제, 판독료를 포함합니다)**

**14. 제11호, 제12호, 제13호와 관련하여 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 발생한 본인부담의료비**

**④ 제3항 제11호에서 제14호까지 정한 의료비와 다른 의료비가 함께 청구되어 각 항목별 의료비가 구분되지 않는 경우 회사는 보험금 지급금액 결정을 위해 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 각각의 의료비에 대한 확인을 요청할 수 있습니다.**

**[상해통원형]**

**① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 통원의료비는 보상하지 않습니다.**

**1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우.**

**다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로 인하여 통원의료비가 발생한 사실이 증명된 경우에는 보상합니다.**

**2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우.**

**다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.**

**3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우**

**4. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 통원한 경우(O00~O99)**

**다만, 회사가 보상하는 상해로 인하여 통원한 경우에는 보상합니다.**

**5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인한 경우**

**6. 피보험자가 정당한 이유없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 통원의료비**

**② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동 목적으로 한 다음의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 생긴 상해에 대해서는 보상하지 않습니다.**

**1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전 훈련이 필요한 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩**

**2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 행사(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 보상합니다)**

**3. 선박승무원, 어부, 사공, 그 밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승**

**③ 회사는 다음의 통원의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.**

**1. 치과치료(다만, 안면부 골절로 발생한 의료비는 치아관련 치료를 제외하고 보상합니다)·한방치료(다만, 「의료법」 제2조에 따른 한의사를 제외한 ‘의사’의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 보상합니다)에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 비급여의료비**

**2. 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(「국민건강보험법」에 따른 본인부담금 상한제)**

**3. 「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 따라 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)**

**4. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 추가 의료비용은 보상합니다), 예방접종, 인공유산에 든 비용**

**다만, 회사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.**

**5. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진, 의약외품과 관련하여 소요된 비용**

**다만, 회사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.**

**6. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료 재료의 구입 및 대체 비용**

**다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 보상합니다.**

**7. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비**

**가. 쌍꺼풀수술(이중검수술.** **다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방 확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만,「국민건강보험법」및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 ‘여성형 유방증’을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살 제거술 등**

**나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술**

**다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)**

**라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술**

**마. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여대상에 해당하는 치료**

**8. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비**

**9. 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(보장종목별 보상내용) [상해통원형] 제1항부터 제4항 및 제6항부터 제7항에 따라 보상합니다.**

**10. 「국민건강보험법」 제42조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비**

**11. 「응급의료에 관한 법률」 및 동 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료**

**12. 도수치료·체외충격파치료·증식치료로 인하여 발생한 비급여의료비**

**13. 비급여 주사료(다만, 항암제, 항생제(항진균제 포함), 희귀의약품은 보상합니다)**

**14. 자기공명영상진단(MRI/MRA)으로 인하여 발생한 비급여의료비(조영제, 판독료를 포함합니다)**

**15. 제12호, 제13호, 제14호와 관련하여 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 발생한 본인부담의료비**

**④ 제3항 제12호에서 제15호까지 정한 의료비와 다른 의료비가 함께 청구되어 각 항목별 의료비가 구분되지 않는 경우 회사는 보험금 지급금액 결정을 위해 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 각각의 의료비에 대한 확인을 요청할 수 있습니다.**

**[질병입원형]**

**① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 입원의료비는 보상하지 않습니다.**

**1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우.**

**다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로 인하여 입원의료비가 발생한 사실이 증명된 경우에는 보상합니다.**

**2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우.**

**다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.**

**3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우**

**4. 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자 본인이 자의적으로 입원하여 발생한 입원의료비**

**② 회사는 제7차 개정 ‘한국표준질병∙사인분류(KCD : 통계청 고시 제2015-309호, 2016. 1. 1 시행)’에 따른 다음의 입원의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 제8차 개정 이후 ‘한국표준질병사인분류’에서 하기 질병 이외에 추가로 아래의 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.**

**1. 정신 및 행동 장애(F04~F99)**

**(다만, F04~F09, F20~F29, F30~F39, F40~F48, F51, F90~F98과 관련한 치료에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하는 의료비는 보상합니다)**

**2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96∼N98)**

**3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원한 경우(O00~O99)**

**4. 선천성 뇌질환(Q00∼Q04)**

**5. 비만(E66)**

**6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)**

**7. 직장 또는 항문질환 중 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 부분(K60∼K62, K64)**

**③ 회사는 다음의 입원의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.**

**1. 치과치료(K00∼K08), 한방치료(다만, 「의료법」 제2조에 따른 한의사를 제외한 ‘의사’의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 보상합니다)에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 비급여의료비**

**2. 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(「국민건강보험법」에 따른 본인부담금 상한제)**

**3. 「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 따라 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)**

**4. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 추가 의료비용은 보상합니다), 예방접종, 인공유산에 든 비용**

**다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.**

**5. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 요양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보상합니다), 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진, 의약외품과 관련하여 소요된 비용**

**다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.**

**6. 다음의 어느 하나에 해당하는 치료로 인하여 발생한 의료비**

**가. 단순한 피로 또는 권태**

**나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성 모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환**

**다. 발기부전(impotence)∙불감증, 단순 코골음(수면무호흡(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환**

**7. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료 재료의 구입 및 대체 비용**

**다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 보상합니다.**

**8. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비**

**가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방 확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만,「국민건강보험법」및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 ‘여성형 유방증’을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살 제거술 등**

**나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술**

**다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)**

**라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술**

**마. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여대상에 해당하는 치료**

**9. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비**

**10. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(보장종목별 보상내용) [질병입원형] 제1항 및 제3항부터 제8항에 따라 보상합니다.**

**11. 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV 감염은 해당 진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 보상합니다)**

**12. 「국민건강보험법」 제42조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비**

**13. 도수치료·체외충격파치료·증식치료로 인하여 발생한 비급여의료비**

**14. 비급여 주사료(다만, 항암제, 항생제(항진균제 포함), 희귀의약품은 보상합니다)**

**15. 자기공명영상진단(MRI/MRA)으로 인하여 발생한 비급여의료비(조영제, 판독료를 포함합니다)**

**16. 제13호, 제14호, 제15호와 관련하여 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 발생한 본인부담의료비**

**④ 제3항 제13호에서 제16호까지 정한 의료비와 다른 의료비가 함께 청구되어 각 항목별 의료비가 구분되지 않는 경우 회사는 보험금 지급금액 결정을 위해 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 각각의 의료비에 대한 확인을 요청할 수 있습니다.**

**[질병통원형]**

**① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 통원의료비는 보상하지 않습니다.**

**1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우.**

**다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로 인하여 통원의료비가 발생한 사실이 증명된 경우에는 보상합니다.**

**2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우.**

**다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.**

**3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우**

**4. 피보험자가 정당한 이유 없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 통원의료비**

**② 회사는 제7차 개정 ‘한국표준질병∙사인분류(KCD : 통계청 고시 제2015-309호, 2016. 1. 1 시행)’에 따른 다음의 통원의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 제8차 개정 이후 ‘한국표준질병사인분류’에서 하기 질병 이외에 추가로 아래의 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.**

**1. 정신 및 행동 장애(F04~F99)**

**(다만, F04~F09, F20~F29, F30~F39, F40~F48, F51, F90~F98과 관련한 치료에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하는 의료비는 보상합니다)**

**2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96∼N98)**

**3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 통원한 경우(O00~O99)**

**4. 선천성 뇌질환(Q00∼Q04)**

**5. 비만(E66)**

**6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)**

**7. 직장 또는 항문질환 중 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 부분(K60∼K62, K64)**

**③ 회사는 다음의 통원의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.**

**1. 치과치료(K00∼K08) 및 한방치료(다만, 「의료법」 제2조에 따른 한의사를 제외한 ‘의사’의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 보상합니다)에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 비급여의료비**

**2. 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(「국민건강보험법」에 따른 본인부담금 상한제)**

**3. 「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 따라 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)**

**4. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 추가 의료비용은 보상합니다), 예방접종, 인공유산에 든 비용**

**다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.**

**5. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 요양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보상합니다), 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진, 의약외품과 관련하여 소요된 비용**

**다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.**

**6. 다음의 어느 하나에 해당하는 치료로 인하여 발생한 의료비**

**가. 단순한 피로 또는 권태**

**나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성 모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환**

**다. 발기부전(impotence)∙불감증, 단순 코골음(수면무호흡(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환**

**7. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료 재료의 구입 및 대체 비용**

**다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 보상합니다.**

**8. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비**

**가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방 확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술(다만,「국민건강보험법」및 관련 고시에 따라 요양급여에 해당하는 ‘여성형 유방증’을 수술하면서 그 일련의 과정으로 시행한 지방흡입술은 보상합니다), 주름살 제거술 등**

**나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술**

**다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)**

**라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술**

**마. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여대상에 해당하는 치료**

**9. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비**

**10. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(보장종목별 보상내용) [질병통원형] 제1항부터 제4항 및 제6항부터 제7항에 따라 보상합니다.**

**11. 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV 감염은 해당 진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 보상합니다)**

**12. 「국민건강보험법」 제42조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비**

**13. 「응급의료에 관한 법률」 및 동 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료**

**14. 도수치료·체외충격파치료·증식치료로 인하여 발생한 비급여의료비**

**15. 비급여 주사료(다만, 항암제, 항생제(항진균제 포함), 희귀의약품은 보상합니다)**

**16. 자기공명영상진단(MRI/MRA)으로 인하여 발생한 비급여의료비(조영제, 판독료를 포함합니다)**

**17. 제14호, 제15호, 제16호와 관련하여 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 발생한 본인부담의료비**

**④ 제3항 제14호에서 제17호까지 정한 의료비와 다른 의료비가 함께 청구되어 각 항목별 의료비가 구분되지 않는 경우 회사는 보험금 지급금액 결정을 위해 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 각각의 의료비에 대한 확인을 요청할 수 있습니다.**

**제 4 관 보험금의 지급**

**제 5 조 보험금 등의 청구**

① 보험수익자 또는 계약자는 다음의 서류를 제출하고 보험금 또는 책임준비금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)

2. 사고증명서[진료비계산서(통원의료비의 경우 통원일자별 진료비영수증 필요), 진료비 영수증, 진료비 세부내역서, 입원치료확인서, 진단확인서 등]

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서를 포함)

4. 그 밖에 보험수익자 또는 계약자가 보험금 또는 책임준비금 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원에서 발급한 것이어야 합니다.

**제 6 조 보험금 등의 지급절차**

**① 회사는 제5조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 보험금 또는 책임준비금을 지급합니다.**

**② 제1항에도 불구하고 회사는 보험금 지급사유를 조사∙확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내의 금액을 지급하는 제도를 말합니다)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제5조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.**

**1. 소송제기**

**2. 분쟁조정 신청**

**3. 수사기관의 조사**

**4. 외국에서 발생한 보험사고에 대한 조사**

**5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 책임이 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우**

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

|  |
| --- |
| **【보험금 가지급 제도】**  지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해주기 위해 회사가 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도 |

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

**④ 제1항에 따라 보험금 또는 책임준비금을 지급할 때 지급일까지의 기간에 대한 이자는 ‘보험금을 지급할 때의 적립이율 계산’(별표 2 참조)과 같이 계산합니다. 다만, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 책임이 있는 사유로 지급이 지연된 경우에는 그 기간에 대한 이자는 지급하지 않습니다.**

**⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 주계약 약관 제13조(알릴 의무 위반의 효과)와 제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.**

**⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.**

**⑦ 보험수익자와 회사가 피보험자의 보험금액 및 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정된 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금액 및 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.**

**⑧ 회사는 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 「국민건강보험법」에 따른 본인부담금 상한제, 「의료급여법」에 따른 본인부담금 상한제 및 보상제와 관련한 확인요청을 할 수 있습니다.**

**⑨ 회사는 보험금 지급금액 결정을 위해 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 건강보험심사평가원의 진료비확인요청제도를 활용할 수 있도록 동의해 줄 것을 요청할 수 있습니다.**

**제 5 관 특약의 성립과 유지**

**제 7 조 특약의 성립**

**① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약(請約)과 회사의 승낙(承諾)으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.**

**② 이 특약을 주계약 체결시 부가할 경우에는 ‘최초계약’이라 하며, 이후 특약의 보험기간 만료 후 제12조(특약의 갱신 및 보험기간)에 따라 갱신된 경우에는 ‘갱신계약’이라 합니다.**

**③ 회사는 피보험자가 이 특약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등을 말합니다)을 붙여 승낙할 수 있습니다.**

**④ 제3항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일로부터 5년(갱신계약 또는 재가입 계약의 경우에는 최초계약의 청약일 이후 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보상합니다.**

**⑤ 제4항의 “청약일로부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 제15조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.**

**⑥ 제16조(보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복))에서 정한 특약의 부활이 이루어진 경우 부활을 청약한 날을 제4항의 청약일로 하여 적용합니다.**

**제 8 조 특약의 무효**

**① 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우(다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 특약에서 정한 피보험자의 나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다)에는 특약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.**

**② 제1항에도 불구하고 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 계약자가 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려드립니다.**

**1. 회사의 고의 또는 과실로 특약이 무효로 된 경우**

**2. 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우**

**제 9 조 피보험자의 범위**

이 특약의 피보험자는 주계약의 피보험자로 합니다.

**제 10 조 특약내용의 변경**

① 계약자는 이 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 받아 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 특약의 내용을 변경할 수 있습니다. 이 경우 회사는 승낙사실을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 적어 드립니다. 다만, 이 특약은 보험종목, 보험료의 납입기간 및 보험가입금액의 변경이 적용되지 않습니다.

② 계약자는 이 특약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

**제 11 조 특약의 소멸**

**① 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.**

**1. 주계약이 해지, 기타사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우**

**2. 이 특약의 피보험자가 사망한 경우**

**② 제1항 제1호에도 불구하고 사망 이외의 원인으로 주계약의 보험금 지급사유가 발생하여 주계약이 더 이상 효력을 가지지 않게 되더라도 이 특약의 효력은 소멸되지 않습니다.**

**③ 제1항 제2호의 ‘사망’은 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.**

**1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.**

**2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.**

**④ 제1항 제2호의 경우 계약자에게 사망 당시의 책임준비금을 지급하고 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.**

**⑤ 제4항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제5조(보험금 등의 청구)에 따라 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차 및 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산 등에 관한 사항은 제6조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따릅니다.**

**제 12 조 특약의 갱신 및 보험기간**

① 이 특약의 보험기간은 1년 만기 갱신으로 합니다.

② 계약자가 이 특약의 보험기간 만료일 15일전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제15조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

③ 이 특약은 최대 2회까지 갱신이 가능하며, 자동갱신 또는 재가입을 통한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 100세 계약해당일로 합니다.

④ 갱신계약의 경우 주계약 약관 제24조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항에도 불구하고 갱신일을 보장개시일로 합니다.

⑤ 제2항에도 불구하고 이 특약의 보험기간 종료일이 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우에는 이 특약을 갱신할 수 없습니다.

⑥ 갱신일 이전에 이 특약이 관련 법규 및 금융감독원장이 정한 시행세칙 등의 개정에 따라 변경된 경우에는 이 특약에도 불구하고 갱신일을 기준으로 회사가 정한 소정의 보험상품으로 갱신하여 드립니다. 또한, 갱신계약에 대하여는 갱신일 현재의 보험요율(피보험자의 직업 또는 직무 위험등급에 따라 산출된 보험요율을 말함)을 적용하고, 그 보험요율은 나이의 증가, 의료수가의 변동, 위험률의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.

⑦ 제6항에 따라 보험료 또는 약관이 변경되는 경우에는 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 관련 내용을 서면 또는 전화(음성녹음)로 안내하여 드립니다.

**제 6 관 보험료의 납입**

**제 13 조 특약의 보장개시**

**이 특약의 최초계약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일하며, 갱신계약의 경우는 갱신일을 보장개시일로 합니다.**

**제 14 조 특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입**

① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약의 부가시에 회사가 제시한 소정의 범위내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.

② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.

**제 15 조 보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지**

**① 최초계약의 제2회부터의 보험료 납입기일은 주계약을 준용하며, 갱신계약의 제1회부터의 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.**

**② 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지합니다. 다만, 이 경우에도 주계약에 따른 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.**

**③ 계약자가 이 특약의** **보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간[납입최고(독촉)기간의 마지막 날이 영업일이 아닐 때에는 최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다]으로 정하여 다음 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만, 계약이 해지되기 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다.**

**1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용**

**2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 특약이 해지된다는 내용.**

**제 16 조 보험료의 납입연체로 인하여 해지된 특약의 부활(효력회복)**

① 회사는 주계약의 납입기간 중 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

③ 제1항에도 불구하고 제15조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지) 제3항에 따라 이 특약이 해지되었으나 계약자가 특약의 해지환급금을 받지 않은 경우(해지환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제13조(특약의 보장개시)를 준용합니다.

**제 7 관 특약의 해지 및 해지환급금 등**

**제 17 조 계약자의 임의해지**

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있습니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

**제 18 조 해지환급금**

이 특약은 해지환급금이 없습니다.

**제 8 관 다수보험의 처리 등**

**제 19 조 다수보험의 처리**

① 다수보험의 경우 각 계약의 보상대상의료비 및 보상책임액에 따라 제2항에서 정한 방법으로 계산된 각 계약의 비례분담액을 지급합니다.

② 각 계약의 보상책임액을 합한 금액이 각 계약의 보상대상의료비 중 최고액에서 각 계약의 피보험자부담 공제금액 중 최소액을 차감한 금액을 초과한 다수보험은 아래의 산출방식에 따라 각 계약의 비례분담액을 계산합니다. 이 경우 입원의료비, 통원의료비(외래)를 각각 구분하여 계산합니다.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 각 계약별 비례분담액 = |  |  | |
| (각 계약의 보상대상의료비 중 최고액 –  각 계약의 피보험자부담 공제금액 중 최소액) | × | 각 계약별 보상책임액 |  |
| 각 계약별 보상책임액을 합한 금액 |

**제 20 조 연대책임**

① 2009년 10월 1일 이후에 신규로 체결된 보험수익자가 동일한 다수보험의 경우 보험수익자는 보험금 전부 또는 일부의 지급을 다수보험이 체결되어 있는 회사 중 한 회사에 청구할 수 있고, 청구를 받은 회사는 해당 보험금을 이 계약의 보험가입금액 한도 내에서 지급합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급한 회사는 보험수익자가 다른 회사에 대하여 가지는 해당 보험금청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 지급한 금액이 보험수익자가 다른 회사에 청구할 수 있는 보험금의 일부인 경우에는 해당 보험수익자의 보험금 청구권을 침해하지 않는 범위에서 그 권리를 취득합니다.

**제 9 관 기타사항 등**

**제 21 조 회사의 손해배상책임**

① 회사는 계약과 관련하여 임직원, 보험설계사 또는 대리점에 책임이 있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 손해를 입힌 경우에는 관계 법령 등에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

② 회사는 보험금 지급 거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었는데도 소송을 제기하여 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 손해를 입힌 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.

③ 회사가 보험금 지급여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 불공정한 합의로 보험수익자에게 손해를 입힌 경우에도 회사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

④ 회사가 주계약 약관 제17조(약관교부 및 설명의무 등) 제5항에 따른 의무를 이행하지 않아 계약자가 다수의 실손의료보험에 가입한 경우, 회사는 계약자에게 손해를 배상할 책임을 집니다.

⑤ 회사가 제4항에 따라 계약자에게 손해를 배상할 책임이 발생한 경우 계약자는 이 특약의 최초계약일부터 5년 이내에 회사에 손해배상을 청구할 수 있고, 이 특약의 최초계약일부터 손해배상을 청구하기 전까지 납입한 이 특약의 보험료와 이에 대한 이자(보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액)를 합한 금액을 손해배상액으로 합니다.

**제 22 조 주계약 약관 및 단체취급특약 약관의 준용**

① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관을 준용합니다.

② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약 약관을 준용합니다.

**【 별표 1 】**

**용어의 정의**

**※ 한화생명 간편가입 실손의료비보장보험(갱신형) 무배당【 별표 1 】과 동일**

**【 별표 2 】**

**보험금을 지급할 때의 적립이율 계산**

**(제6조 제4항 관련)**

| **구 분** | **기간** | **지급이자** |
| --- | --- | --- |
| 보상책임액  (제3조)  및  사망 당시의  책임준비금  (제11조 제4항) | 지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간 | 보험계약대출이율 |
| 지급기일의 31일 이후부터 60일 이내 기간 | 보험계약대출이율  + 가산이율(4.0%) |
| 지급기일의 61일 이후부터 90일 이내 기간 | 보험계약대출이율  + 가산이율(6.0%) |
| 지급기일의 91일 이후 기간 | 보험계약대출이율  + 가산이율(8.0%) |

주) 1. 지급이자 계산시 적용되는 보험계약대출 이율은 해당기간 동안에 회사가 매월 정한 이율로 합니다.

2. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 주계약 약관에서 정한 소멸시효(제39조)가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.

3. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 책임이 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 경우에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.

4. 지급기일은 제6조(보험금 등의 지급절차) 제2항의 규정에서 정한 지급예정일을 통지한 경우도 동일합니다.

5. 가산이율 적용시 제6조(보험금 등의 지급절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

6. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.