

서울특별시 소방재난본부 2024년 단체보험 보장 내용 안내문

계약단체	서울특별시 소방재난본부
보험기간	2024-01-01 00:00 ~ 2024-12-31 24:00 (1년간)
주관보험사	KB손해보험
참여보험사	DB손해보험, 현대해상, 농협손해보험, 메리츠화재, 한화생명, 신한중앙회
피보험자	서울소방본부 소속 소방공무원 (공로연수·해외파견·국외훈련·질병·육아가사 휴직자 포함)
기타사항	KB손해보험 단체보험콜센터 : 1544-1616 (ARS 2번 눌러 통화)

※ 본 안내문은 보험약관의 이해를 돕기 위한 자료로서 안내문에 언급되지 아니한 사항은 계약사항 및 해당 약관에 따릅니다.



1. 세부보장내용

	보장명	가입금액	지급기준
생명 상해	상해사망	3억원	상해사고로 사망 시
	상해후유장해	3억원 (x지급률)	상해사고로 3% 이상 후유장해 발생시 비율에 따라 보상 - 3% ~ 79% : 가입금액에 해당 장해지급비율을 곱하여 보상 - 80% 이상 : 가입금액 전액 지급
	질병사망	3억원	질병으로 사망 시
	질병고도후유장해	3억원	질병으로 80% 이상 후유장해 고도후유장해 발생 시
	질병후유장해	3억원 (x지급률)	질병으로 3%~79% 후유장해 발생시 가입금액에 해당 장해지급비율을 곱하여 보상
선택	암진단비	2천만원 (x지급률)	암 또는 갑상선암, 경계성종양, 기타피부암, 상피내암으로 진단 확정된 경우 (1회한 / 다음 페이지 지급률 확인)
	급성심근경색증	2천만원	급성심근경색으로 진단 확정된 경우 (1회한)
	뇌졸중	2천만원	뇌졸중으로 진단 확정된 경우 (1회한)
선택 특화	공상입원일당	7만원	공무수행으로 인해 입원시 입원 1일당 지급 (입원 당일부터 365일 한도)
	공무상장해진단비	1천만원	공무상 발생한 상해 또는 질병의 직접결과로써 장해상태가 된 경우 지급
	공무상장기요양 직권면직	1억원	공무상 발생한 사고로 장기요양 휴직이 끝난 후 직무 복귀 불가로 직권 면직이 된 경우 지급
실손	입통원 의료비	3천만원 /15만원	상해, 질병(출산포함)으로 입원, 통원 치료시 급여본인부담금 / 비급여항목 자기부담금 제외후 보상 (3대비급여 별도 보상)
	입원의료비 (통원제외)	3천만원	상해, 질병(출산포함)으로 입원 치료시 급여본인부담금 / 비급여항목 자기부담금 제외후 보상 (3대비급여 별도 보상)
	3대비급여	900만원	도수치료, 체외충격파치료, 증식치료 350만원 / 비급여주사로 250만원 / MRI, MRA 300만원 한도 (임신, 출산 제외)

※ 상기 담보 중 선택 / 선택특화 / 실손은 해당 담보를 선택한 사람에 한해 보장되므로 각자 선택사항을
확인하시기 바랍니다.

2. 보상기간 및 유의사항

- ☑ 신규임용, 전입 시 : 인사발령일 0시부터 보험기간 종료 시까지를 보상
- ☑ 퇴직 시 : 보험기간 개시일부터 인사발령일 24시까지 보장(이후 보장 제외).
- ☑ 전출 시 : 인사발령일 24시와 전입기관의 보험개시 시간 중 빠른 시간으로 보장이 종료됩니다.
(예, 서울소방본부 전출 인사발령 2024.3.1이고 타 전입기관의 전입 인사발령 2024.3.1 00:00인 경우엔
서울소방본부 단체보험은 2024.3.1 00:00로 종료됩니다)
- ☑ 보험금 청구 소멸시효 : 보험사고 발생일로부터 3년 이내 청구
- ☑ 보험금 지급 시 지급통장은 본인명의 통장이어야 합니다.
- ☑ 실손의료비(입원의료비)와 관련하여 중복가입 시에는 비례보상의 원칙에 따라 보험금이 지급됩니다.

3. 참여보험사별 담보분담내역

단위 : 만원

선택	담보	KB손보	DB손보	현대해상	농협손보	메리츠	한화생명	신협	계	
생명 상 해	상해사망	6,000	5,500	5,000	6,000	3,500	2,000	2,000	30,000	
	상해후유장해	6,000	5,500	5,000	6,000	3,500	2,000	2,000	30,000	
	질병사망	6,000	5,500	5,000	3,500	3,000	4,000	3,000	30,000	
	질병고도후유장해	6,000	5,500	5,000	3,500	3,000	4,000	3,000	30,000	
	질병후유장해	6,000	6,000	6,000	7,000	5,000			30,000	
선 택 단	암	일반암	1,000			1,000			1,000	3,000
		갑상선암	300			300			300	900
		경계성종양	300			300			300	900
		기타피부암	100			100			100	300
		상피내암	100			100			100	300
	급성심근경색증	1,000			1,000			1,000	3,000	
	뇌졸중	1,000			1,000			1,000	3,000	
선 택 특 화	공무상입원일당	7							7	
	공무상장해진단비	1,000							1,000	
	공무상직권면직	10,000							10,000	
실 손	입통원의료비	3천만원 /15만원							3천만원 /15만원	
	입원의료비	3천만원 /동원제외							3천만원 /동원제외	
	3대비급여	900							900	

※ 상기 담보 중 선택 / 선택특화 / 실손은 해당 담보를 선택한 사람에 한해 보장되므로 각자 선택사항을 확인하시기 바랍니다.

4. 보험금 청구 시 필요구비서류 안내 (반드시 본인이 가입한 담보 확인)

구분	구비서류	발급처
공통서류	<ul style="list-style-type: none"> ☑ 보험금청구서 및 개인[신용]정보처리동의서 - 해당란에 동의 서명 필요, 계좌번호 표기 ☑ 피보험자 본인 통장사본, 신분증 사본 (미성년자의 경우 가족관계증명서) ☑ 재직증명서 <p>※ (필요 시) 추가서류</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 가족관계 확인 필요 시 (배우자, 자녀 등의 보장상품, 수익자가 미성년자인 경우 등) : 가족관계서류 (예 : 가족관계증명서, 혼인관계증명서 등) ✓ 대리인 청구 시 : 위임장, 보험금 청구권자의 인감증명서(또는 본인서명 사실확인서), 보험금청구권자의 개인[신용]정보처리동의서 	동사무소
사망	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 경력(재직)증명서 ✓ 사망진단서(사체검안서) 원본 또는 사본(원본대조필 포함) <ul style="list-style-type: none"> - 사본의 경우 피보험자 기본증명서(사망사실 기재) 첨부 ✓ 교통사고 사실확인서 - 교통사고 사망 시 ✓ 상속관계 확인서류 (가족관계증명서/혼인관계증명서/사망자의 기본증명서/법정 상속인의 기본증명서 등) ✓ 청구인(상속인)의 신분증 사본 및 개인[신용]정보처리동의서 ✓ 상속인이 다수인 경우 : 상속인 각각의 위임장 및 인감증명서(또는 본인서명 사실확인서) 및 개인[신용]정보처리동의서 	경찰서 진료병원 동사무소
후유장해	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 사고증빙서류 - 상해의 경우 ✓ 후유장해진단서 (장애인복지법상의 장애진단서는 해당되지 않음) <p>* 발급前 보상담당자와 반드시 상의하시기 바랍니다.</p> <p>※ 다음의 경우 일반진단서로 대체가 가능합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 만성신부전 : 최초 혈액투석일, 환자상태 기재 - 사지절단 : 절단부위, 환자상태 기재, X-ray필름 첨부 - 인공관절 치환수술 건 : 수술명, 수술일자 기재 - 비장, 신장적출 수술 건 : 비장, 신장적출 수술일 기재 	대학(중합) 병원 진료병원
입원의료비	<ul style="list-style-type: none"> ☑ 진단서 (단, 50만원 이하 시 진단명이 포함된 입퇴원확인서 또는 진단명 및 입원기간이 포함된 진료확인서로 제출 가능) ☑ 입퇴원확인서 (진단서에 입원기간이 포함된 경우 생략 가능) ☑ 진료비계산서 영수증 ※본인부담과 국민건강보험공단 부담분이 구분 표시되어야 함 ☑ 진료비세부내역서 (비급여 내역이 없는 경우 생략가능) ☑ CT, MRI, MRA, PET등 검사료의 경우 의사소견서 첨부 ☑ 사고증빙서류(상해의 경우) 	진료병원

구분	구비서류		발급처
통원의료비	✓ 3만원 이하	✓ 3만원 초과	진료병원
	<ul style="list-style-type: none"> 진료비계산서(병원/약국 영수증) 진료비세부내역서 	<ul style="list-style-type: none"> 진료비계산서(병원/약국 영수증) 진료비세부내역서 처방전(질병분류기호 기재) ※ 질병분류 기호가 기재된 처방전이 없는 경우 추가증빙서류필요 - 진단서/통원(진료)확인서/소견서/진료차트 등 	
	<ul style="list-style-type: none"> ※ 진료비세부내역서는 비급여 내역이 없는 경우 생략 가능 ※ 10만원 이하의 청구건중 산부인과, 향문외과, 비뇨기과, 피부과 및 추가심사가 필요한 경우 추가증빙 서류가 필요할 수 있음 ※ 카드결제 영수증은 증빙서류가 아님 ※ 3대비급여만 청구시에는 약국 관련 서류 제외 		
진단비	암진단	<ul style="list-style-type: none"> 암(상피내암 등)확인 진단서 조직검사결과지 	진료병원
	2대질병 진단 (뇌/심장)	<ul style="list-style-type: none"> 진단서 정밀검사결과지(특정질병에 따라 다르므로 담당자와 상의) (예: CT, MRI, 심전도 등) 	진료병원
	한방치료	<ul style="list-style-type: none"> 소견서(진단명 + 치료내역 횟수 표시) 진료비세부내역서 	진료병원
※ 진단서는 반드시 한국질병분류번호가 기재된 것으로 제출해 주십시오.			

구분	구비서류	발급처
사고 증빙서류	교통사고 - 자동차 보험처리시 > 교통사고 처리확인서 (자사 자동차보험 처리시 생략가능)	해당 보험사
	교통사고 - 자동차 보험 미처리시 > 교통사고 사실확인서 > 경찰서 미신고시 재해사고 증명서류제출(병원초진차트)	경찰서 진료병원
	산재사고 > 산업재해처리내역서 또는 보험급여지급확인서 * 추가서류 - 직업급수/사고내용 확인시 : 산재요양신청서 - 입원일당/의료비 청구시 : 입퇴원확인서, 보험급여원부	근로복지공단
	공상사고 > 공무상 사고 또는 공무상요양을 증명하는 서류	공무원연금공단
	폭행사고 > 사건사고사실확인서	경찰서
	의료사고 등 법원분쟁 > 법원판결문	법원
기타사고 > 청구서 작성시 6하 원칙에 따라 상세히 작성 > 병원초진차트	진료병원	

5. 보험금청구 프로세스

- ☑ 보험금청구서 양식을 출력하여 청구내역을 기재해주세요.
- ☑ 구비서류를 꼼꼼하게 확인한 후 관련서류를 준비해주세요.
- ☑ 작성된 보험금 청구서와 관련 구비서류를 팩스 또는 우편으로 보내주세요.



※ 보험금청구서 양식은 당사 홈페이지(<http://www.kbinsure.co.kr>)에서 받으실 수 있으며 사고내용, 특성, 상품(보장내역)에 따라 추가 심사서류를 요청할 수 있습니다.

☑ 보험금 청구 접수처

담보	접수처 및 접수방법
입퇴원의료비 (100만원 미만 건만)	팩스접수 KB손해보험 단체보험콜센터 FAX) 0505-136-6600 TEL) 1544-1616(ARS / 담당자 연결은 2번)
사망, 후유장애 기타 담보의 100만원 이상 청구건	우편접수(원본접수원칙) [04027] 서울시 마포구 양화로 19, 19층 인보험 사고접수센터 (합정동, KB손해보험 합정빌딩)

※ 3대 비급여는 별도 청구할 필요없이 기존 입원의료비, 통원의료비 청구시 함께 보상됩니다

※ 팩스접수 대상 담보의 경우도 100만원 이상 청구시 원본 접수 필수

☑ 사고접수 완료시 접수번호 및 보상담당자의 이름과 연락처를 휴대폰 문자 매체(SMS, LMS, 카카오톡 알림톡 등)를 통하여 알려드립니다.

☑ 보험금 청구관련 안내

- 보험금을 받으실 통장은 피보험자 본인 명의의 통장이어야 합니다. (단, 피보험자가 미성년자인 경우엔 위임장 없이 친권자(부모) 계좌로 수령이 가능합니다.)
- 상기 서류 이외에도 추가서류를 요청 드리는 경우가 있을 수 있습니다.
- 경우에 따라 손해사정을 위한 방문조사가 필요할 수 있으며, 이런 경우 담당자가 별도로 연락을 드립니다.

☑ 보험사간 치료비 분담 지급 (비례보상 적용)

- 상해질병으로 인한 의료비 실비를 보상하는 상품에 복수로 가입한 경우 보험약관에 따라 비례보상원칙을 적용하여 보험계약별로 보험금을 분할하여 지급할 수 있습니다.
- 이 경우 접수대행 신청서 작성 및 타사에 자료 제공을 위한 개인정보 활용에 동의하시면 접수 대행이 가능합니다. 단 타 보험사에서 보험금 심사 단계에서 사고 조사 등의 사유로 접수대행이 거절될 수 있으며, 이 경우 가입하신 보험사에 각각 보험금 청구서류를 접수하셔야 합니다.

- 타 보험계약은 신용정보원을 통해서 확인하실 수 있습니다. (<http://ins.credit4u.or.kr>)

☒ 보험금 청구 소멸시효

- 보험금 청구서류를 사고발생으로부터 3년 이내에 접수하지 않으면 청구권이 소멸됩니다.
(단, 2015년3월12일 이전 청구사유 발생한 경우 소멸시효는 2년입니다)

☒ 손해사정사 선임 및 조사

- 고객님께서 사고의 손해사정을 위해 별도의 손해사정사의 선임이 가능하며, 별도로 선임한 손해사정사는 보험금의 대리청구, 보험금에 대해 합의 또는 절충 등의 불공정한 행위를 할 수 없습니다.
- 손해사정사를 선임하지 않을 경우 보험회사는 보험업법에 따라 공인된 손해사정법인에게 조사 업무를 위탁할 수 있습니다

손해사정사 선임시 비용주체

• 보험계약자(보험금청구인) 부담

- 보험회사가 고용 또는 선임한 손해사정사가 사정한 결과에 보험계약자 등이 승복하지 아니한 때
- 보험계약자 등이 보험회사와는 별도로 손해사정사를 선임하고자 할 때

• 보험회사 부담

- 손해사정이 착수되기 이전에 보험계약자 등이 보험회사에게 손해사정사의 선임의사를 통보하여 동의를 얻은 때
- 정당한 사유없이 보험회사가 보험사고의 접수가 완료된 날로부터 7일이 경과하여도 손해사정에 착수하지 아니한 때

☒ 장해진단서 제출 시 유의사항 및 의료심사

- 장해진단서를 제출하시는 경우에는 3차 의료기관 (500병상 이상의 대학병원 및 종합병원) 에서 진단을 요청드리며, 병원 진단 전에 보상 담당자와 협의하시는 것이 신속한 보험금 지급 심사에 도움이 됩니다.
- 상해/질병보험 등에서는 약관에 따른 보험금 지급여부와 지급금액 결정을 위해 진단서, 치료관련 기록 등 제출하신 자료를 기초로 전문의에 의한 의료심사가 시행 될 수 있으며, 장해급부 청구시 장해상태에 대하여 장해재심사(재진단)가 시행 될 수 있습니다. 이 경우 비용은 당사가 부담합니다.
- 보험수익자와 회사가 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

☒ 보험금 지급안내 및 심사 절차 조회 방법

- 보험금이 지급되는 경우 사고 접수 시 통보하여 주신 주소나 SMS 및 전자우편으로 보험금 지급안내문이 발송됩니다.
- 홈페이지에 접속하시면 계약내용 및 사고결과 및 지급내역을 확인하실 수 있습니다.

☒ 재심사 청구

- KB손해보험의 보험금 부지급 결정 및 보험금 결정액에 동의하지시 않는 경우 보상담당자에게 연락을 주시거나, 아래 연락처로 통보하시면 재심사를 받으실 수 있습니다.
- 인터넷 접수 : 홈페이지(<http://www.kbinsure.co.kr>)에 접속하여 신청
- 우편접수 : 우)06134 서울특별시 강남구 테헤란로 117, 3층 소비자보호부 (역삼동,KB손해보험빌딩)
- 전화상담 : KB손해보험 고객센터(☎1544-0114)

6. Q/A

Q	입원의료비는 입원을 해야만 지급되나요?
A	입원의료비는 입원을 필수조건으로 합니다. 입원을 하지 않고 외래로 발생한 의료비용에 대해서는 보상을 하지 않습니다. (외래의 경우 통원의료비 담보로 보상 가능합니다 / 통원의료비 가입자에 한함)
Q	산재, 공상처리 또는 자동차 사고로 입원치료를 받은 경우에도 보상 되나요?
A	자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비 중 본인이 실제 부담한 입원의료비는 80% 또는 90% 해당액을 하나의 사고당 가입금액한도로 보상합니다. 그 외 공상처리 등 피보험자가 국민건강보험법 또는 의료급여법의 적용을 받지 못한 경우에는 본인이 실제 부담한 입원의료비의 40% 해당액을 하나의 사고당 가입금액한도로 보상이 가능합니다.
Q	의료실비(입원의료비)다 다른 보험사에도 가입되어 있는 경우 중복해서 보상받을 수 있나요?
A	2003년 10월 1일 이전에 가입한 상품은 사업방법서가 다른 경우에는 중복지급이 가능하지만 이후 가입상품은 모든 계약 건에 비례하여 보상(중복보상불가)합니다.
Q	보험금은 사고일 및 발병일로부터 언제까지 청구할 수 있나요?
A	사고일로부터 3년 이내 청구 가능합니다.
Q	“진료비세부내역서”는 무엇이며 어떻게 발급받나요?
A	퇴원 시 병원에서 환자에게 제공하는 영수증으로 환자에게 시행된 각각의 검사명, 처치명, 약제명 등이 구체적으로 기재된 서류를 말하며 원무과를 통하여 발급받을 수 있습니다.
Q	응급실에서 6시간 경과한 경우 입원으로 보상 가능한가요?
A	응급실에서 체류한 시간과 관계없이 병원에서 입원으로 인정되어 입원수가로 산정되는 경우 입원으로 보상이 가능합니다.

Q	영양제 보상되나요?
A	영양제 같은 경우 치료의 목적이거나보다는 건강증진의 목적으로 볼 수 있으며 약관상 보상하지 않는 항목입니다.

Q	한방병원 입원시에도 보장을 받을 수 있나요?
A	한방병원 입원 시 국민건강보험이 적용되는 치료의 경우, 법정급여와 비급여 본인 부담분 및 상급병실료 차액까지 보장됩니다. 입원기간 중 한방침약과 관련해서는 치료목적으로 복용한 경우만 보상합니다. 그러나 한방물리요법료 및 고가의 한방침약, 퇴원침약은 보상되지 않습니다. 고가의 한방침약이란 치료목적보다는 치료보조의 목적으로 보양을 목적으로 한 침약이며 퇴원침약이란 입원기간 중 침약이 아니라 퇴원 후 복용하는 침약을 말합니다.

Q.	급여와 비급여의 차이점이 무엇인가요?												
A.	<p>급여는 '돈을 준다'라는 뜻으로 요양급여는 요양(병원에서 치료받는 것)+급여(치료를 지급)하는 의미로 본인의 건강보험을 가입시 병원에서 발생한 총 진료비의 일부를 본인이 부담하고 나머지를 공단에서 지급하는 것을 말합니다. 비급여는 보건복지부가 고시한 요양급여기준에 부합하지 않는 의료서비스로 본인이 전액 부담하는 사항.</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="background-color: #f9e79f;">구분</th> <th style="background-color: #f9e79f;">보험급여 진료비</th> <th style="background-color: #f9e79f;">비급여 진료비</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>보험적용</td> <td>건강보험 적용</td> <td>건강보험 미적용</td> </tr> <tr> <td>의료서비스가격</td> <td>보건복지부 장관이 가격을 결정하여 고시</td> <td>병원 자체적으로 결정하여 고시</td> </tr> <tr> <td>비용부담</td> <td>건강보험공단 + 본인부담</td> <td>본인부담 100%</td> </tr> </tbody> </table>	구분	보험급여 진료비	비급여 진료비	보험적용	건강보험 적용	건강보험 미적용	의료서비스가격	보건복지부 장관이 가격을 결정하여 고시	병원 자체적으로 결정하여 고시	비용부담	건강보험공단 + 본인부담	본인부담 100%
구분	보험급여 진료비	비급여 진료비											
보험적용	건강보험 적용	건강보험 미적용											
의료서비스가격	보건복지부 장관이 가격을 결정하여 고시	병원 자체적으로 결정하여 고시											
비용부담	건강보험공단 + 본인부담	본인부담 100%											

7. 담보별 세부사항

■ 급여 실손의료비 / 입통원 (실손형)

보장내용	<ul style="list-style-type: none"> ☞ 피보험자가 상해 또는 질병으로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원(외래 및 처방조제)하여 치료를 받은 경우에는 급여의료비를 연간 보험가입금액의 한도 내에서 다음과 같이 보상합니다. ☞ 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비 기준으로 계산하며, 감면받은 의료비가 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비로 급여 의료비를 계산합니다. 												
구체적 보상방법	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">구분</th> <th>보상금액</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">입원실료, 입원제비용, 입원수술비)</td> <td>「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부본인부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액본인부담금을 말합니다.)의 80%에 해당하는 금액</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">통원 (외래제비용, 외래수술비, 처방조제비)</td> <td> <p>통원 1회당(외래 및 처방조제 합산) 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부본인부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액본인부담금을 말합니다.)에서 <표1>의 '통원항목별 공제금액'을 뺀 금액</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <caption><표1> 통원항목별 공제금액</caption> <thead> <tr> <th style="width: 60%;">항 목</th> <th>공제금액</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="font-size: small;">「의료법」 제3조 제2항에 의한 의료기관(동법 제3조의3에 의한 종합병원은 제외), 「국민건강보험법」 제42조제1항 제4호에 의한 보건소·보건의원·보건지소, 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국회귀·필수의약품센터에서의 처방·조제(의약품업 예외지역 등에서의 약사의 직접 조제 포함)</td> <td style="text-align: center;">1만원과 보장대상 의료비의 20% 중 큰 금액</td> </tr> <tr> <td style="font-size: small;">「국민건강보험법」 제42조 제2항에 의한 전문요양기관, 「의료법」 제3조의4에 의한 상급종합병원, 동법 제3조의3에 의한 종합병원에서의 외래 및 그에 따른 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국회귀·필수의약품센터에서의 처방·조제</td> <td style="text-align: center;">2만원과 보장대상 의료비의 20% 중 큰 금액</td> </tr> </tbody> </table> </td> </tr> </tbody> </table>	구분	보상금액	입원실료, 입원제비용, 입원수술비)	「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부본인부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액본인부담금을 말합니다.)의 80%에 해당하는 금액	통원 (외래제비용, 외래수술비, 처방조제비)	<p>통원 1회당(외래 및 처방조제 합산) 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부본인부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액본인부담금을 말합니다.)에서 <표1>의 '통원항목별 공제금액'을 뺀 금액</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <caption><표1> 통원항목별 공제금액</caption> <thead> <tr> <th style="width: 60%;">항 목</th> <th>공제금액</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="font-size: small;">「의료법」 제3조 제2항에 의한 의료기관(동법 제3조의3에 의한 종합병원은 제외), 「국민건강보험법」 제42조제1항 제4호에 의한 보건소·보건의원·보건지소, 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국회귀·필수의약품센터에서의 처방·조제(의약품업 예외지역 등에서의 약사의 직접 조제 포함)</td> <td style="text-align: center;">1만원과 보장대상 의료비의 20% 중 큰 금액</td> </tr> <tr> <td style="font-size: small;">「국민건강보험법」 제42조 제2항에 의한 전문요양기관, 「의료법」 제3조의4에 의한 상급종합병원, 동법 제3조의3에 의한 종합병원에서의 외래 및 그에 따른 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국회귀·필수의약품센터에서의 처방·조제</td> <td style="text-align: center;">2만원과 보장대상 의료비의 20% 중 큰 금액</td> </tr> </tbody> </table>	항 목	공제금액	「의료법」 제3조 제2항에 의한 의료기관(동법 제3조의3에 의한 종합병원은 제외), 「국민건강보험법」 제42조제1항 제4호에 의한 보건소·보건의원·보건지소, 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국회귀·필수의약품센터에서의 처방·조제(의약품업 예외지역 등에서의 약사의 직접 조제 포함)	1만원과 보장대상 의료비의 20% 중 큰 금액	「국민건강보험법」 제42조 제2항에 의한 전문요양기관, 「의료법」 제3조의4에 의한 상급종합병원, 동법 제3조의3에 의한 종합병원에서의 외래 및 그에 따른 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국회귀·필수의약품센터에서의 처방·조제	2만원과 보장대상 의료비의 20% 중 큰 금액
구분	보상금액												
입원실료, 입원제비용, 입원수술비)	「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부본인부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액본인부담금을 말합니다.)의 80%에 해당하는 금액												
통원 (외래제비용, 외래수술비, 처방조제비)	<p>통원 1회당(외래 및 처방조제 합산) 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부본인부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액본인부담금을 말합니다.)에서 <표1>의 '통원항목별 공제금액'을 뺀 금액</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <caption><표1> 통원항목별 공제금액</caption> <thead> <tr> <th style="width: 60%;">항 목</th> <th>공제금액</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="font-size: small;">「의료법」 제3조 제2항에 의한 의료기관(동법 제3조의3에 의한 종합병원은 제외), 「국민건강보험법」 제42조제1항 제4호에 의한 보건소·보건의원·보건지소, 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국회귀·필수의약품센터에서의 처방·조제(의약품업 예외지역 등에서의 약사의 직접 조제 포함)</td> <td style="text-align: center;">1만원과 보장대상 의료비의 20% 중 큰 금액</td> </tr> <tr> <td style="font-size: small;">「국민건강보험법」 제42조 제2항에 의한 전문요양기관, 「의료법」 제3조의4에 의한 상급종합병원, 동법 제3조의3에 의한 종합병원에서의 외래 및 그에 따른 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국회귀·필수의약품센터에서의 처방·조제</td> <td style="text-align: center;">2만원과 보장대상 의료비의 20% 중 큰 금액</td> </tr> </tbody> </table>	항 목	공제금액	「의료법」 제3조 제2항에 의한 의료기관(동법 제3조의3에 의한 종합병원은 제외), 「국민건강보험법」 제42조제1항 제4호에 의한 보건소·보건의원·보건지소, 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국회귀·필수의약품센터에서의 처방·조제(의약품업 예외지역 등에서의 약사의 직접 조제 포함)	1만원과 보장대상 의료비의 20% 중 큰 금액	「국민건강보험법」 제42조 제2항에 의한 전문요양기관, 「의료법」 제3조의4에 의한 상급종합병원, 동법 제3조의3에 의한 종합병원에서의 외래 및 그에 따른 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국회귀·필수의약품센터에서의 처방·조제	2만원과 보장대상 의료비의 20% 중 큰 금액						
항 목	공제금액												
「의료법」 제3조 제2항에 의한 의료기관(동법 제3조의3에 의한 종합병원은 제외), 「국민건강보험법」 제42조제1항 제4호에 의한 보건소·보건의원·보건지소, 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국회귀·필수의약품센터에서의 처방·조제(의약품업 예외지역 등에서의 약사의 직접 조제 포함)	1만원과 보장대상 의료비의 20% 중 큰 금액												
「국민건강보험법」 제42조 제2항에 의한 전문요양기관, 「의료법」 제3조의4에 의한 상급종합병원, 동법 제3조의3에 의한 종합병원에서의 외래 및 그에 따른 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국회귀·필수의약품센터에서의 처방·조제	2만원과 보장대상 의료비의 20% 중 큰 금액												
	<ul style="list-style-type: none"> ☞ 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 식물 중독증상은 포함되지 않습니다.

❖ 피보험자가 「국민건강보험법」 제5조, 제53조, 제54조에 따라 요양급여 또는 「의료급여법」 제4조, 제15조, 제17조에 따라 의료급여를 적용받지 못하는 경우에는 다음과 같이 보상합니다.

1. 의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액(통원의 경우 본인이 실제로 부담한 금액에서 같은 조 제1항 <표1>의 '통원항목별 공제금액'을 뺀 금액)의 40%를 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다.
2. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 제1호를 적용하지 아니하고 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비에 대해서만 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 감면받은 의료비가 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비에 대해서 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다.

❖ 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음날부터 180일까지 보상합니다.

❖ 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 통원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음날부터 180일 이내의 통원을 보상하며 최대 90회 한도 내에서 보상합니다.

<입원 및 통원 보상기간 예시>

보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	추가보상 (180일)	
↑ 계약일 (2024. 1. 1.)	↑ 계약해당일 (2025. 1. 1.)	↑ 계약해당일 (2026. 1. 1.)	↑ 계약종료일 (2026. 12. 31.)	↑ 보상종료일 (2027. 6. 29.)

* 단, 종전 계약 갱신시에는 종전 계약의 보험기간 연장으로 보아 적용하지 않음

❖ 하나의 상해 또는 질병(같은 상해나 질병으로 2회 이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 상해나 질병으로 봅니다)으로 인해 동일한 의료기관에서 같은 날 외래 및 처방을 함께 받은 경우 처방일자를 기준으로 외래 및 처방조제를 합산하되(조제일자가 다른 경우도 동일하게 적용) 통원 1회로 보아 적용합니다.

❖ 하나의 상해 또는 질병으로 인해 하루에 같은 치료를 목적으로 2회 이상 통원치료(외래 및 처방조제 합산)를 받은 경우 1회의 통원으로 보아 적용합니다. 이 때 공제금액은 2회 이상의 중복방문 의료기관 중 가장 높은 공제금액을 적용합니다.

❖ 피보험자가 상해 또는 질병으로 인하여 의료기관에서 본인의 장기등(「장기등 이식에 관한 법률」 제4조에 의한 "장기등"을 의미합니다)의 기능회복을 위하여 「장기등 이식에 관한 법률」 제42조 및 관련 고시에 따라 장기 등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 보상합니다.

면책사항

❖ 다음의 사유로 인하여 생긴 급여의료비는 보상하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사 결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험 수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인한 경우
5. 피보험자가 정당한 이유없이 입원 또는 통원 기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자 본인이 자의적으로 입원하여 발생한 입원 의료비

❖ 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. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

❖ 「한국표준질병사인분류」에 따른 다음의 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.

1. 경신 및 행동장애(F04~F99). 다만, F04~F09, F20~F29, F30~F39, F40~F48, F51, F90~F98과 관련된 치료에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하는 의료비는 보상합니다.
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98) 으로 발생한 의료비 중 전액본인부담금
3. 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술 / 양수검사, 기형아검사 / 철분제 등의 영양제 및 영양수액
4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04). 다만, 피보험자가 보험가입당시 태아인 경우에는 보상합니다.
5. 요실금(N39.3, N39.4, R32)

❖ 다음의 급여의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.

1. 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제)
2. 「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 따라 의료급여금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)
3. 자동차보험(공제를 포함합니다)에서 보상받는 치료관계비(과실상계 후 금액을 기준으로 합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비(자동차보험 진료수가에 관한 기준 및 산재보험 요양급여 산정기준에 따라 발생한 실제 본인 부담의료비는 제3조(보장종목별 보상내용) 보상합니다.
4. 「응급의료에 관한 법률」 및 동법 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 동법 제26조 권역응급의료센터 또는 「의료법」 제33조의4에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료로서 전액본인부담금에 해당하는 의료비
5. 호르몬 치료 중 전액본인부담에 해당하는 의료비

❖ 해외에서 발생한 의료비

❖ 3대비급여 항목 - 도수치료, 체외충격파치료, 증식치료 / 비급여주사료 / MRI, MRA (3대비급여 특약으로 보상 - 별도의 한도 및 공제금 적용)

❖ 기타 자세한 사항은 필히 약관을 참조하시기 바랍니다.

■ 비급여 실손의료비 / 입통원 (실손형 A형)

보장내용

- 피보험자가 상해 또는 질병으로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원(외래 및 처방조제)하여 치료를 받은 경우에는 비급여의료비(3대비급여 제외)를 연간 보험가입금액의 한도 내에서 다음과 같이 보상합니다.
- 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비 기준으로 계산하며, 감면받은 의료비가 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비로 비급여 의료비를 계산합니다.

구체적 보상방법

구분	보상금액					
입원(입원실료, 입원제비용, 입원수술비)	'비급여 의료비(비급여병실료는 제외합니다)'(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 70%에 해당하는 금액					
상급병실료 차액	비급여 병실료의 50%. 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 비급여 병실료 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.					
통원 (외래제비용, 외래수술비, 처방조제비)	통원 1회당(외래 및 처방·조제비 합산) '비급여 의료비(비급여병실료는 제외합니다)'(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표1>의 '통원항목별 공제금액'을 뺀 금액(매년 계약해당일부터 1년간 통원 100회를 한도 로 합니다.)					
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2"><표1> 통원항목별 공제금액</th> </tr> <tr> <th>항 목</th> <th>공제금액</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>「국민건강보험법」 제42조제1항제1호에 의한 의료기관, 동법 제42조제1항제4호에 의한 보건소·보건의원·보건지소, 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국회귀·필수 의약품센터에서의 처방·조제)</td> <td>3만원과 보장대상 의료비의 30% 중 큰 금액</td> </tr> </tbody> </table>	<표1> 통원항목별 공제금액		항 목	공제금액	「국민건강보험법」 제42조제1항제1호에 의한 의료기관, 동법 제42조제1항제4호에 의한 보건소·보건의원·보건지소, 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국회귀·필수 의약품센터에서의 처방·조제)
<표1> 통원항목별 공제금액						
항 목	공제금액					
「국민건강보험법」 제42조제1항제1호에 의한 의료기관, 동법 제42조제1항제4호에 의한 보건소·보건의원·보건지소, 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국회귀·필수 의약품센터에서의 처방·조제)	3만원과 보장대상 의료비의 30% 중 큰 금액					

- 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.
- 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음날부터 180일까지 보상합니다.
- 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 통원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음날부터 180일 이내의 통원을 보상하며 최대 90회 한도 내에서 보상합니다.

<입원 및 통원 보상기간 예시>

↑	↑	↑	↑	↑
보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	추가보상 (180일)	
계약일 (2024. 1. 1.)	계약해당일 (2025. 1. 1.)	계약해당일 (2025. 1. 1.)	계약종료일 (2025. 12. 31.)	보상종료일 (2026. 6. 29.)

* 단, 종전 계약 갱신시에는 종전 계약의 보험기간 연장으로 보아 적용하지 않음

- 하나의 상해 또는 질병(같은 상해나 질병으로 2회 이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 상해나 질병으로 봅니다)으로 인해 동일한 의료기관에서 같은 날 외래 및 처방을 함께 받은 경우 처방일자를 기준으로 외래 및 처방조제를 합산하되(조제일자가 다른 경우도 동일하게 적용) 통원 1회로 보아 적용합니다.
- 하나의 상해 또는 질병으로 인해 하루에 같은 치료를 목적으로 2회 이상 통원치료(외래 및 처방조제 합산)를 받은 경우 1회의 통원으로 보아 적용합니다.
- 피보험자가 「국민건강보험법」 제5조, 제53조, 제54조에 따라 요양급여 또는 「의료급여법」 제4조, 제15조, 제17조에 따라 의료급여를 적용받지 못하는 경우에는 다음과 같이 보상합니다.
 - 의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액(통원의 경우 본인이 실제로 부담한 금액에서 같은 조 제1항 <표1>의 '공제금액'을 뺀 금액)의 40%를 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다.
 - 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 제1호를 적용하지 아니하고 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비에 대해서만 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 감면받은 의료비가 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비에 대해서 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다.
- 피보험자가 상해 또는 질병으로 인하여 의료기관에서 본인의 장기등(장기등 이식에 관한 법률) 제4조에 의한 "장기등"을 의미합니다)의 기능회복을 위하여 "장기등 이식에 관한 법률" 제42조 및 관련 고시에 따라 장기 등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 보상합니다.

면책사항

- 다음의 사유로 인하여 생긴 비급여 의료비는 보상하지 않습니다.
 - 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사 결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다.
 - 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 - 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 - 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인한 경우
 - 피보험자가 정당한 이유없이 입원 또는 통원 기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정할에도 피보험자 본인이 자의적으로 입원하여 발생한 입원 의료비
- 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동 목적으로 한 다음의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 생긴 상해에 대해서는 보상하지 않습니다.
 - 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전 훈련이 필요한 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
 - 모터보트·자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 행사(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 보상합니다)
 - 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안
- '한국표준질병사인분류'에 따른 다음의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.
 - 정신 및 행동장애(F04~F99)
 - 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~

N98)

- 3. 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술 / 양수검사, 기형아검사 / 철분제 등의 영양제 및 영양수액
- 4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04)
- 5. 비만(E66)
- 6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
- 7. 직장 또는 항문 질환(K60~K62, K64)

☞ 다음의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.

- 1. 입원 한방치료비 중 수기요법, 전자요법, 온열요법, 향기요법, 목욕요법 등 일체의 한방물리요법 / 차열미, 금연, 폐경기, 노화 등 질병 치료 이외의 목적으로 시술한 침술 / 상해 및 질병의 치료 목적이 아닌 단순한 건강검진을 위한 투약 및 침약
- 2. 입원 치료치료비 중 치아보철, 보존, 금관, 틀니, 교정, 의치 및 임플란트로 인한 의료비 / 치아미백 등 심미적 시술로 인한 비용
- 3. 통원 치료치료비(다만 안면부 골절로 발생한 의료비는 치아관련 치료를 제외하고 보상합니다) · 통원 한방치료(다만, 「의료법」 제2조에 따른 한의사를 제외한 ‘의사’의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 보상합니다)
- 4. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용. 다만 약관상 보상하는 상해에 치료함에 있어 아래 각목에 해당하는 경우는 치료 목적으로 보아 보상합니다.
 - 가. 약사법령에 의하여 약제별 허가사항 또는 신고된 사항(효능/효과 및 용법/용량 등)대로 사용된 경우
 - 나. 요양급여 약제가 관련 법령 또는 고시 등에서 정한 별도의 적용기준대로 비급여 약제로 사용된 경우
 - 다. 요양급여 약제가 관련 법령에 따라 별도의 비급여사용승인 절차를 거쳐 그 승인 내용대로 사용된 경우
 - 라. 상기 가목 부터 다목의 약제가 두 가지 이상 함께 사용된 경우(함께 사용된 약제중 어느 하나라도 상기 가목 부터 다목에 해당하지 않는 경우 제외)
- 5. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약품과 관련하여 소요된 비용
- 6. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체 비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 보상합니다.
- 7. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 조건과 관련이 없는 검사비용, 간병비
- 8. 자동차보험(공제를 포함합니다)에서 보상받는 치료관계비(과실상계 후 금액을 기준으로 합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비(자동차보험 진료수가에 관한 기준 및 산재보험 요양급여 산정기준에 따라 발생한 실제 본인 부담의료비)는 보상합니다.
- 9. 사람면역결핍바이러스(HIV) 감염으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV 감염은 해당 진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 보상합니다)
- 10. 「국민건강보험법」 제42조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비
- 11. 「응급의료에 관한 법률」 및 동법 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 동법 제26조 권역응급의료센터 또는 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료

☞ 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항(〔별표2〕비급여대상)에 따른 아래 각호의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.

- 1. 다음 각 목의 질환으로서 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우에 실시 또는 사용되는 치료로 인하여 발생한 비급여 의료비
 - 가. 단순한 피로 또는 권태
 - 나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보헴자가 보형가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비선생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환

- 다. 발기부전(impotence) · 불감증,
- 라. 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다),
- 마. 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis),
- 바. 검열반 등 안과질환,
- 사. 그 밖에 일상생활에 지장이 없는 경우로 국민건강보험 비급여 대상에 해당하는 치료
- 2. 다음 각 목의 진료로서 신체의 필수 기능 개선 목적이 아닌 경우에 실시 또는 사용되는 치료로 인하여 발생한 비급여 의료비
 - 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 성형수술(용비술), 유방 확대(다만, 유방암 환자의 환축 유방 재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살 제거술 등 미용목적의 성형수술과 그로 인한 후유증치료
 - 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. 차과교정
 - 라. 씹는 기능 및 발음 기능의 개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 턱얼굴(안면)교정술
 - 마. 관절운동 제한이 없는 반흔구축성형술 등 외모개선 목적의 반흔제거술
 - 바. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다) / 백내장 수술 다초점렌즈 사용시 치료목적이라도 비급여항목 전체 보상 불가
- 사. 질병 치료가 아닌 단순히 키 성장(성장촉진)을 목적으로 하는 진료
 - 아. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
 - 자. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여 대상에 해당하는 치료
- 3. 다음 각 목의 예방진료로서 질병·부상의 진료를 직접목적으로 하지 아니하는 경우에 실시 또는 사용으로 인하여 발생한 비급여 의료비
 - 가. 본인의 희망에 의한 건강검진(다만, 검사결과 이상 조건에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 추가 의료비용은 보상합니다)
 - 나. 예방접종(파상풍 혈청주사 등 치료목적으로 사용하는 예방주사 제외)
 - 다. 그 밖에 예방진료로서 국민건강보험 비급여 대상에 해당하는 치료
- 4. 다음 각 목의 진료로서 보험급여시책상 요양급여로 인정하기 어려운 경우 및 그 밖에 건강보험급여 원리에 부합하지 아니하는 경우 발생한 비급여 의료비
 - 가. 친자확인을 위한 진단
 - 나. 불임검사, 불임수술, 불임복원술
 - 다. 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다)
 - 라. 인공유산에 든 비용(다만, 회사가 보상하는 상해 또는 질병으로 임신상태를 유지하기 어려워 의사의 권고에 따라 불가피하게 시행한 경우는 제외)
 - 마. 그 밖에 요양급여를 함에 있어서 비용효과성 등 진료상의 경제성이 불분명하여 국민건강보험 비급여 대상에 해당하는 치료

☞ 기타 자세한 사항은 필히 약관을 참조하시기 바랍니다.

■ 급여 실손의료비 / 입원(통원제외) (실손형)

<p>보장내용</p>	<ul style="list-style-type: none"> 피보험자가 상해 또는 질병으로 인하여 의료기관에 입원하여 치료를 받은 경우에는 급여의료비를 연간 보험가입금액의 한도 내에서 다음과 같이 보상합니다. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비 기준으로 계산하며, 감면받은 의료비가 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비로 급여 의료비를 계산합니다. 														
<p>구체적 보상방법</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">구분</th> <th style="width: 85%;">보상금액</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">입원실료, (입원실료, 입원제비용, 입원수술비)</td> <td>「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부본인부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액본인부담금을 말합니다.)의 80%에 해당하는 금액</td> </tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> 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 음식을 중독증상은 포함되지 않습니다. 피보험자가 「국민건강보험법」 제5조, 제53조, 제54조에 따라 요양급여 또는 「의료급여법」 제4조, 제15조, 제17조에 따라 의료급여를 적용받지 못하는 경우에는 다음과 같이 보상합니다. <ol style="list-style-type: none"> 의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액의 40%를 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 제1호를 적용하지 아니하고 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비에 대해서만 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 감면받은 의료비가 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비에 대해서 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음날부터 180일까지 보상합니다. <p style="text-align: center;"><입원 보상기간 예시></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">보상대상기간 (1년)</th> <th style="width: 15%;">보상대상기간 (1년)</th> <th style="width: 15%;">보상대상기간 (1년)</th> <th style="width: 15%;">추가보상 (180일)</th> <th style="width: 15%;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>↑ 계약일 (2024. 1. 1.)</td> <td>↑ 계약해당일 (2025. 1. 1.)</td> <td>↑ 계약해당일 (2025. 1. 1.)</td> <td>↑ 계약종료일 (2025. 12. 31.)</td> <td>↑ 보상종료일 (2026. 6. 29.)</td> </tr> </tbody> </table> <p>* 단, 종전 계약 갱신시에는 종전 계약의 보험기간 연장으로 보아 적용하지 않음</p> 	구분	보상금액	입원실료, (입원실료, 입원제비용, 입원수술비)	「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부본인부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액본인부담금을 말합니다.)의 80% 에 해당하는 금액	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	추가보상 (180일)		↑ 계약일 (2024. 1. 1.)	↑ 계약해당일 (2025. 1. 1.)	↑ 계약해당일 (2025. 1. 1.)	↑ 계약종료일 (2025. 12. 31.)	↑ 보상종료일 (2026. 6. 29.)
구분	보상금액														
입원실료, (입원실료, 입원제비용, 입원수술비)	「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부본인부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액본인부담금을 말합니다.)의 80% 에 해당하는 금액														
보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	추가보상 (180일)												
↑ 계약일 (2024. 1. 1.)	↑ 계약해당일 (2025. 1. 1.)	↑ 계약해당일 (2025. 1. 1.)	↑ 계약종료일 (2025. 12. 31.)	↑ 보상종료일 (2026. 6. 29.)											

- 피보험자가 상해 또는 질병으로 인하여 의료기관에서 본인의 장기등(「장기등 이식에 관한 법률」 제4조에 의한 “장기등”을 의미합니다)의 기능회복을 위하여 「장기등 이식에 관한 법률」 제42조 및 관련 고시에 따라 장기 등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 보상합니다.

면책사항

- 다음의 사유로 인하여 생긴 급여의료비는 보상하지 않습니다.
 - 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사 결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다.
 - 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험 수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 - 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 - 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인한 경우
 - 피보험자가 정당한 이유없이 입원 또는 통원 기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자 본인이 자의적으로 입원하여 발생한 입원 의료비
- 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동 목적으로 한 다음의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 생긴 상해에 대해서는 보상하지 않습니다.
 - 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전 훈련이 필요한 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
 - 모터보트·자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 행사(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 보상합니다)
 - 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안
- 「한국표준질병사인분류」에 따른 다음의 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.
 - 경신 및 행동장애(F04~F99). 다만, F04~F09, F20~F29, F30~F39, F40~F48, F51, F90~F98과 관련한 치료에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하는 의료비는 보상합니다.
 - 여성생식기의 비역증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98) 으로 발생한 의료비 중 전액본인부담금
 - 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술 / 양수검사, 기형아검사 / 철분제 등의 영양제 및 영양수액
 - 선천성 뇌질환(Q00~Q04). 다만, 피보험자가 보험가입당시 태아인 경우에는 보상합니다.
 - 요실금(N39.3, N39.4, R32)
- 다음의 급여의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.
 - 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제)
 - 「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 따라 의료급여자금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)
 - 자동차보험(공제를 포함합니다)에서 보상받는 치료관계비(과실상계 후 금액을 기준으로 합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비(자동차보험 진료수가에 관한 기준 및 산재보험 요양급여 산정기준에 따라 발생한 실제 본인 부담의료비는 제3조(보장종목별 보장내용) 보상합니다.
 - 「응급의료에 관한 법률」 및 동법 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 동법 제26조 권역응급의료센터 또는 「의료법」 제33조의4에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료로서 전액본인부담금에 해당하는 의료비
 - 호르몬 치료 중 전액본인부담에 해당하는 의료비

- 해외에서 발생한 의료비
- 3대비급여 항목 - 도수치료, 체외충격파치료, 증식치료 / 비급여주사료 / MRI, MRA (3대비급여 특약으로 보상 - 별도의 한도 및 공제금 적용)

기타 자세한 사항은 필히 약관을 참조하시기 바랍니다.

비급여 실손의료비 / 입원(통원제외) (실손형)

보장내용

- 피보험자가 상해 또는 질병으로 인하여 의료기관에 입원하여 치료를 받은 경우에는 비급여의료비(3대비급여 제외)를 연간 보험가입금액의 한도 내에서 다음과 같이 보상합니다.
- 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비 기준으로 계산하며, 감면받은 의료비가 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비로 비급여 의료비를 계산합니다.

구체적 보상방법

구분	보상금액
입원(입원실료, 입원제비용, 입원수술비)	‘비급여 의료비(비급여병실료는 제외합니다)’(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 70%에 해당하는 금액
상급병실료 차액	비급여 병실료의 50%. 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 비급여 병실료 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.

- 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.
- 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음날부터 180일까지 보상합니다.

<입원 보상기간 예시>

보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	추가보상 (180일)
↑ 계약일 (2024. 1. 1.)	↑ 계약해당일 (2025. 1. 1.)	↑ 계약해당일 (2026. 1. 1.)	↑ 계약종료일 (2026. 12. 31.)
			↑ 보상종료일 (2027. 6. 29.)

* 단, 종전 계약 갱신시에는 종전 계약의 보험기간 연장으로 보아 적용하지 않음

- 피보험자가 「국민건강보험법」 제5조, 제53조, 제54조에 따라 요양급여 또는 「의료급여법」 제4조, 제15조, 제17조에 따라 의료급여를 적용받지 못하는 경우에는 다음과 같이 보상합니다.
 - 의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여 의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액(통원의 경우 본인이 실제로 부담한 금액에서 같은 조 제1항 <표1>의 ‘공제금액’을 뺀 금액)의 40%를 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다.
 - 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 제1호를 적용하지 아니하고 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비에 대해서만 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 감면받은 의료비가 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비에 대해서 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다.
- 피보험자가 상해 또는 질병으로 인하여 의료기관에서 본인의 장기등(‘장기등 이식’에 관한 법률」 제4조에 의한 “장기등”을 의미합니다)의 기능회복을 위하여 「장기등 이식’에 관한 법률」 제42조 및 관련 고시에 따라 장기 등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 보상합니다.

면책사항

- ☛ 다음의 사유로 인하여 생긴 비급여 의료비는 보상하지 않습니다.
 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사 결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다.
 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험 수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인한 경우
 5. 피보험자가 상당한 이유없이 입원 또는 통원 기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자 본인이 자의적으로 입원하여 발생한 입원 의료비
- ☛ 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동 목적으로 한 다음의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 생긴 손해에 대해서는 보상하지 않습니다.
 1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전 훈련이 필요한 등반을 말합니다), 클라이머 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
 2. 모터보트·자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 행사(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공도로부터 시운전을 하는 동안 발생한 손해는 보상합니다)
 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안
- ☛ 「한국표준질병사인분류」에 따른 다음의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.
 1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
 3. 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술 / 양수검사, 기형양자 / 철분제 등의 영양제 및 영양수액
 4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04)
 5. 비만(E66)
 6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
 7. 직장 또는 항문 질환(K60~K62, K64)
- ☛ 다음의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.
 1. 입원 한방치료비 중 수기요법, 전자요법, 온열요법, 향기요법, 목욕요법 등 일체의 한방물리요법 / 차열미, 금연, 폐경기, 노화 등 질병 치료 이외의 목적으로 시술한 침술 / 상해 및 질병의 치료 목적이 아닌 단순한 건강검진을 위한 투약 및 침약
 2. 입원 치과치료비 중 치아보철, 보존, 금관, 틀니, 교정, 의치 및 임플란트로 인한 의료비 / 치아미백 등 심미적 시술로 인한 비용
 3. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용. 다만 약관상 보상하는 상해를 치료함에 있어 아래 각목에 해당하는 경우는 치료 목적으로 보아 보상합니다.
 - 가. 약사법령에 의하여 약제별 허가사항 또는 신고된 사항(효능/효과 및 용법/용량 등)대로 사용된 경우
 - 나. 요양급여 약제가 관련 법령 또는 고시 등에서 정한 별도의 적용기준대로 비급여 약제로 사용된 경우
 - 다. 요양급여 약제가 관련 법령에 따라 별도의 비급여사용승인 절차를 거쳐 그 승인 내용대로 사용된 경우
 - 라. 상기 가목 부터 다목의 약제가 두 가지 이상 함께 사용된 경우(함께 사용된 약제중 어느 하나라도 상기 가목 부터 다목에 해당하지 않는 경우 제외)
 4. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용
 5. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체 비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 보상합니다.
 6. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비
 7. 자동차보험(공제를 포함합니다)에서 보상받는 치료관계비(과실상계 후 금액을 기준으로

합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비(자동차보험 진료수가에 관한 기준 및 산재보험 요양급여 산정기준에 따라 발생한 실제 본인 부담의료비)는 보상합니다.

8. 사람면역결핍바이러스(HIV) 감염으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV 감염은 해당 진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 보상합니다)
 9. 「국민건강보험법」 제42조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비
 10. 「응급의료에 관한 법률」 및 동법 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 동법 제26조 권역응급의료센터 또는 「의료법」제3조의4에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관료
- ☛ 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항(「별표2」비급여대상)에 따른 아래 각호의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.
1. 다음 각 목의 질환으로서 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우에 실시 또는 사용되는 치료로 인하여 발생한 비급여 의료비
 - 가. 단순한 피로 또는 권태
 - 나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
 - 다. 발기부전(impotence)·불감증,
 - 라. 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다),
 - 마. 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis),
 - 바. 검열반 등 안과질환,
 - 사. 그 밖에 일상생활에 지장이 없는 경우로 국민건강보험 비급여 대상에 해당하는 치료
 2. 다음 각 목의 진료로서 신체의 필수 기능 개선 목적이 아닌 경우에 실시 또는 사용되는 치료로 인하여 발생한 비급여 의료비
 - 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 성형수술(용비술), 유방 확대(다만, 유방암 환자의 환축 유방 재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살 제거술 등 미용목적의 성형수술과 그로 인한 후유증치료
 - 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. 치과교정
 - 라. 씹는 기능 및 발음 기능의 개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 턱얼굴(안면)교정술
 - 마. 관절운동 제한이 없는 반흔구축성형술 등 외모개선 목적의 반흔제거술
 - 바. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다) / 백내장 수술 다초점렌즈 사용시 치료목적이더라도 비급여항목 전체 보상 불가
 - 사. 질병 치료로 아닌 단순히 키 성장(성장촉진)을 목적으로 하는 진료
 - 아. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
 - 자. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여 대상에 해당하는 치료
 3. 다음 각 목의 예방진료로서 질병·부상의 진료를 직접목적으로 하지 아니하는 경우에 실시 또는 사용으로 인하여 발생한 비급여 의료비
 - 가. 본인의 희망에 의한 건강검진(다만, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 추가 의료비용은 보상합니다)
 - 나. 예방접종(파상풍 혈청주사 등 치료목적으로 사용하는 예방주사 제외)
 - 다. 그 밖에 예방진료로서 국민건강보험 비급여 대상에 해당하는 치료
 4. 다음 각 목의 진료로서 보험급여시책상 요양급여로 인정하기 어려운 경우 및 그 밖에 건강보험급여 원리에 부합하지 아니하는 경우 발생한 비급여 의료비
 - 가. 친자확인을 위한 진단
 - 나. 불임검사, 불임수술, 불임복원술
 - 다. 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다)

- 라. 인공유산에 든 비용(다만, 회사가 보상하는 상해 또는 질병으로 임신상태를 유지하기 어려워 의사의 권고에 따라 불가피하게 시행한 경우는 제외)
- 마. 그 밖에 요양급여를 함에 있어서 비용효과성 등 진료상의 경제성이 불분명하여 국민건강보험 비급여 대상에 해당하는 치료

❖ 기타 자세한 사항은 필히 약관을 참조하시기 바랍니다.

3대 비급여 특약 (실손형)

보장내용

- ☞ 보험기간 중 상해 또는 질병의 치료목적으로 의료기관에 입원 또는 통원하여 아래의 비급여 의료행위로 치료를 받은 경우에는 본인이 실제로 부담한 비급여의료비(행위료, 약제비, 치료재료대, 조영제, 판독료 포함)에서 공제금액을 뺀 금액을 아래의 보장한도 범위 내에서 각각 보상합니다.
- ☞ 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비 기준으로 계산하며, 감면받은 의료비가 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비로 비급여 의료비를 계산합니다.

구체적 보상방법

<표1> 공제금액 및 보장한도

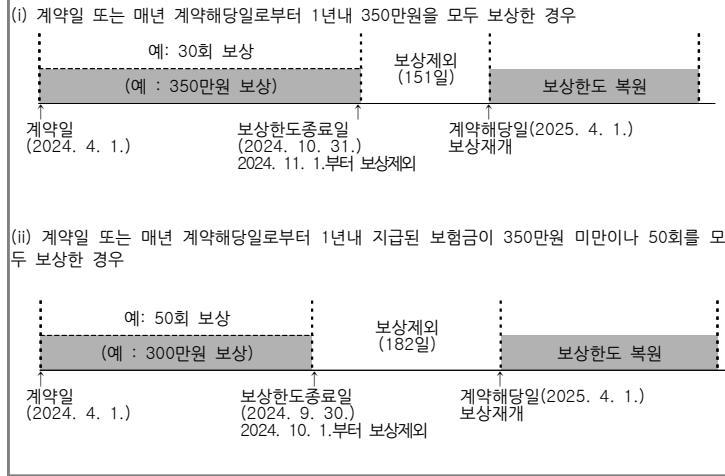
구 분	공제금액	보장한도
도수치료· 체외충격파치료· 증식치료	1회당 3만원과 보장대상의료비의 30%중 큰 금액	계약일 또는 매년 계약해당일부터 1년 단위로 각 상해·질병 치료행위를 합산하여 350만원 이내에서 50회까지 보상 ^{주)}
주사료	1회당 3만원과 보장대상의료비의 30%중 큰 금액	계약일 또는 매년 계약해당일부터 1년 단위로 각 상해·질병 치료행위를 합산하여 250만원 이내에서 50회까지 보상
자기공명영상진단 (MRI, MRA)	1회당 3만원과 보장대상의료비의 30%중 큰 금액	계약일 또는 매년 계약해당일부터 1년 단위로 각 상해·질병 치료행위를 합산하여 300만원 이내에서 보상

주) 도수치료·체외충격파치료·증식치료의 각 치료횟수를 합산하여 **최초 10회 보장**하고, 이후 객관적이고 일반적으로 인정되는 검사결과 등을 토대로 증상의 개선, 병변회전 등이 확인된 경우에 한하여 10회 단위로 연간 50회까지 보상합니다.

< 증상의 개선, 병변회전 등은 어떻게 확인하나요? >

- 증상의 개선, 병변회전 등과 관련하여 기능적 회복 및 호전여부는 관절가동(ROM), 통증평가척도, 자세평가 및 근력 검사(MMT)를 포함한 이학적 검사, 초음파 검사 등을 통해 해당 부위의 체절기능부전(Somatic dysfunction) 등을 평가한 결과로 판단합니다.
- 보험수익자와 회사가 위 제1호의 판단결과를 합의하지 못한 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있으며 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

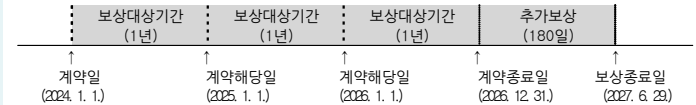
<도수치료 보상기간 예시>



- ☞ 주사료에서 항암제, 항생제(항진균제 포함), 회귀의약품을 위해 사용된 비급여 주사료는 제3조(보장종목별 보상내용) 비급여 실손의료비에서 보상합니다.
- ☞ 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 음식을 중독증상은 포함되지 않습니다.
- ☞ 의료기관을 1회 통원(또는 1회 입원)하여 2종류(회) 이상 치료를 받거나 동일한 치료를 2회 이상 받은 경우는 다음과 같이 1회당 공제금액 및 보상한도를 적용합니다.
 1. 이 특별약관에서 정한 도수치료, 체외충격파치료, 증식치료 중 2종류 이상의 치료를 받거나 동일한 치료를 2회 이상 받는 경우 각 치료행위를 1회로 보고 각각 1회당 공제금액 및 보상한도를 적용합니다.
 2. 의료기관을 1회 통원(또는 1회 입원)하여 치료목적으로 2회 이상 주사치료를 받더라도 1회로 보고 공제금액 및 보상한도를 적용합니다.
 3. 의료기관을 1회 통원(또는 1회 입원)하여 2개 이상 부위에 걸쳐 이 특별약관에서 정한 자기공명영상진단을 받거나 동일한 부위에 대해 2회 이상 이 특별약관에서 정한 자기공명영상진단을 받는 경우 각 진단행위를 1회로 보아 각각 1회당 공제금액 및 보상한도를 적용합니다.
- ☞ 1회 입원이라 함은 퇴원없이 계속 중인 입원(동일한 상해 또는 질병 치료목적으로 퇴원 당일 다른 의료기관으로 옮겨 입원하는 경우 포함)을 말합니다. 동일한 상해 또는 질병으로 인한 입원이라고 하더라도 퇴원 후 재입원하는 경우에는 퇴원 전후 입원기간을 각각 1회 입원으로 봅니다.
- ☞ 비급여의료비와 다른 의료비가 함께 청구되고 각 항목별 의료비가 구분되지 않는 경우 회사는 보험금 지급금액 결정을 위해 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 보상하는 의료비의 확인을 요청할 수 있습니다.
- ☞ 피보험자가 입원 또는 통원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 치료에 대하여는 보험계약 종료일 다음날부터 180일까지 보상합니다. 이 경우 보상한도는 연간 보상한도(금액)에서 직전 보험계약 종료일까지 지급한 금액을 차감한 잔여 금액과 연간 보상한도(회수)에서 직전 보험계약 종료일까지 지급한 회수를 차감한 잔여 회수를 한도로 적용합니다. 다만, 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는

종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 적용합니다.

<입원 및 통원 보상기간 예시>



* 단, 종전 계약 갱신시에는 종전 계약의 보험기간 연장으로 보아 적용하지 않음

- ☞ 피보험자가 「국민건강보험법」제5조, 제53조, 제54조에 따라 요양급여 또는 「의료급여법」제4조, 제15조, 제17조에 따라 의료급여를 적용받지 못하는 경우에는 다음과 같이 보상합니다.
 1. 의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여 의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액(통원의 경우 본인이 실제로 부담한 금액에서 같은 조 제1항 <표1>의 '공제금액'을 뺀 금액)의 40%를 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다.
 2. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 제1호를 적용하지 아니하고 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비에 대해서만 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 감면받은 의료비가 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비에 대해서 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다.
- ☞ 피보험자가 상해 또는 질병으로 인하여 의료기관에서 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 보상합니다.

면책사항

- ☞ 다음의 사유로 인하여 생긴 비급여 의료비는 보상하지 않습니다.
 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사 결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다.
 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인한 경우
 5. 피보험자가 정당한 이유없이 입원 또는 통원 기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자 본인이 자의적으로 입원하여 발생한 입원 의료비
- ☞ 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, 공동도로에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 보상합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안
- ※ ‘한국표준질병사인분류’에 따른 다음의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
3. 피노혈자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원 또는 통원한 경우(O00~O99)
4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04)
5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 직장 또는 항문 질환(K60~K62, K64)

※ 다음의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.

1. 치과치료(다만, 안면부 골절로 발생한 의료비는 치아관련 치료를 제외하고 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상하며, K00~K08과 무관한 질병으로 인한 의료비는 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다)·한방치료(다만, 「의료법」 제2조에 따른 한의사를 제외하 ‘의사의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다)
2. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용. 다만 약관상 보상하는 상해 또는 질병을 치료함에 있어 아래 각목에 해당하는 경우는 치료 목적으로 보아 보상합니다.
 - 가. 약사법령에 의하여 약제별 허가사항 또는 신고된 사항(효능/효과 및 용법/용량 등)대로 사용된 경우
 - 나. 요양급여 약제가 관련 법령 또는 고시 등에서 정한 별도의 적용기준대로 비급여 약제로 사용된 경우
 - 다. 요양급여 약제가 관련 법령에 따라 별도의 비급여사용승인 절차를 거쳐 그 승인 내용대로 사용된 경우
 - 라. 상기 가목 부터 다목의 약제가 두 가지 이상 함께 사용된 경우(함께 사용된 약제중 어느 하나라도 상기 가목 부터 다목에 해당하지 않는 경우 제외)
3. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약품과 관련하여 소요된 비용
4. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체 비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 보상합니다.
5. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비
6. 자동차보험(공제를 포함합니다)에서 보상받는 치료관계비(과실상계 후 금액을 기준으로 합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비(자동차보험 진료수가에 관한 기준 및 산재보험 요양급여 산정기준에 따라 발생한 실제 본인 부담의료비는 제3조(보장종목별 보상내용) (3)3대비급여 제1항부터 제7항에 따라 보상합니다.
7. 사람면역결핍바이러스(HIV) 감염으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV 감염은 해당 진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다)
8. 「국민건강보험법」 제42조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비
9. 「응급의료에 관한 법률」 및 동법 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 동법 제26조 권역응급의료센터 또는 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관료

※ 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항(「별표2」비급여대상)에 따른 아래 각호의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.

1. 다음 각 목의 질환으로서 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우에 실시 또는 사용되는 치료로 인하여 발생한 비급여 의료비

가. 단순한 피로 또는 권태

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

다. 발기부전(impotence)·불감증,

라. 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다),

마. 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis),

바. 검열반 등 안과질환,

사. 그 밖에 일상생활에 지장이 없는 경우로 국민건강보험 비급여 대상에 해당하는 치료

2. 다음 각 목의 진료로서 신체의 필수 기능 개선 목적이 아닌 경우에 실시 또는 사용되는 치료로 인하여 발생한 비급여 의료비

가. 쌍꺼풀수술(이중꺼짐수술), 성형수술(용비술), 유방 확대(다만, 유방암 환자의 환축 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살 제거술 등 미용목적의 성형수술과 그로 인한 후유증치료

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. 치과교정

라. 씹는 기능 및 발음 기능의 개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 턱열골(안면)교정술

마. 관절운동 제한이 없는 반흔구축성형술 등 외모개선 목적의 반흔제거술

바. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봄니다) / 백내장 수술 다초점렌즈 사용시 치료목적이더라도 비급여항목 전체 보상 불가

사. 질병 치료가 아닌 단순히 키 성장(성장촉진)을 목적으로 하는 진료

아. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

자. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여 대상에 해당하는 치료

3. 다음 각 목의 예방진료로서 질병·부상의 진료를 직접목적으로 하지 아니하는 경우에 실시 또는 사용으로 인하여 발생한 비급여 의료비

가. 본인의 희망에 의한 건강검진(다만, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 추가 의료비용은 보상합니다)

나. 예방접종(파상풍 혈청주사 등 치료목적으로 사용하는 예방주사 제외)

다. 그 밖에 예방진료로서 국민건강보험 비급여 대상에 해당하는 치료

4. 다음 각 목의 진료로서 보험급여시책상 요양급여로 인정하기 어려운 경우 및 그 밖에 건강보험급여 원리에 부합하지 아니하는 경우 발생한 비급여 의료비

가. 친자확인을 위한 진단

나. 불임검사, 불임수술, 불임복원술

다. 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다)

라. 인공유산에 든 비용(다만, 회사가 보상하는 상해 또는 질병으로 임신상태를 유지하기 어려워 의사의 권고에 따라 불가피하게 시행한 경우는 제외)

마. 그 밖에 요양급여를 함에 있어서 비용효과성 등 진료상의 경제성이 불분명하여 국민건강보험 비급여 대상에 해당하는 치료

※ 기타 자세한 사항은 필히 약관을 참조하시기 바랍니다.

■ 암 진단금 (선택)

<p>보장내용</p>	<p>④ 보험기간 중 암에 대한 보장개시일 이후에 암, 제자리암(상피내암) 또는 경계성종양으로 최초 진단 확정된 경우 아래에 정한 금액을 가입금액 한도 내에서 각각 1회에 한하여 지급하여 드립니다. (과거 진단을 받은 경우 추가 지급하지 않습니다)</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>구분</th> <th>암 진단 보험금</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>암(기타피부암 및 갑상선암 제외)</td> <td rowspan="5">참여보험사별 담보분담내역 참조</td> </tr> <tr> <td>경계성종양</td> </tr> <tr> <td>갑상선암</td> </tr> <tr> <td>제자리암(상피내암)</td> </tr> <tr> <td>기타피부암</td> </tr> </tbody> </table>	구분	암 진단 보험금	암(기타피부암 및 갑상선암 제외)	참여보험사별 담보분담내역 참조	경계성종양	갑상선암	제자리암(상피내암)	기타피부암
구분	암 진단 보험금								
암(기타피부암 및 갑상선암 제외)	참여보험사별 담보분담내역 참조								
경계성종양									
갑상선암									
제자리암(상피내암)									
기타피부암									
<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">암의 종류</p>	<p>④ 암 : 한국표준질병사인분류에 있어서 악성신생물(암)로 분류되는 질병(【별표1】 참조)을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(암으로 변하기 이전 상태)는 위의 분류에서 제외합니다</p> <p>④ 기타피부암 : 상기의 “암” 중에서 악성신생물(암) 분류표(【별표1】 참조)의 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.</p> <p>④ 상피내암(제자리암) : 한국표준질병사인분류에 있어서 제자리신생물로 분류되는 질병(【별표2】 참조)을 말합니다</p> <p>④ 경계성종양 : 한국표준질병사인분류표에 있어서 행동양식 불명 또는 미상의 신생물로 분류되는 질병(【별표3】 참조)을 말합니다</p> <p>④ 갑상선암 : 상기의 “암” 중에서 【악성신생물(암) 분류표】(【별표1】 참조)의 분류번호 C73에 해당 하는 질병을 말합니다.</p>								
<p>암진단 청구를 위한 조건</p>	<p>④ 암, 기타피부암, 갑상선암, 제자리암(상피내암) 또는 경계성종양의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue), 미세침흡인검사(find needle aspiration) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 일반암, 기타피부암, 제자리암(상피내암) 또는 경계성종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.</p>								

**【별표1】
악성신생물(암)
분류표**

대상이 되는 질병	분류번호
입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00 ~C14
소화기관의 악성신생물	C15 ~C26
호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물	C30 ~C39
골 및 관절연골의 악성신생물	C40 ~C41
흑색종 및 기타 피부의 악성신생물	C43 ~C44
중피성 및 연조직의 악성신생물	C45 ~C49
유방의 악성신생물	C50
여성생식기관의 악성신생물	C51 ~C58
남성생식기관의 악성신생물	C60 ~C63
요로의 악성신생물	C64 ~C68
눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성신생물	C69 ~C72
갑상선 및 기타 내분비선의 악성신생물	C73 ~C75
불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물	C76 ~C80
림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81 ~C96
독립된(원발성) 여러 부위의 악성신생물	C97
진성 적혈구 증가증	D45
골수 형성이상 증후군	D46
만성 골수증식 질환	D47.1
본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
골수섬유증	D47.4
만성 호산구성 백혈병(과호산구증후군)	D47.5

**【별표2】
제자리신생물
분류표**

대상이 되는 질병	분류번호
구강, 식도 및 위의 제자리암종	D00
기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	D01
중이 및 호흡계통의 제자리암종	D02
제자리흑색종	D03
피부의 제자리암종	D04
유방의 제자리암종	D05
자궁경부의 제자리암종	D06
기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리암종	D07
기타 및 상세불명 부위의 제자리암종	D09

**【별표3】
행동양식 불명 또는
미상의신생물 분류표**

대상이 되는 질병	분류번호
구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
중이, 호흡기관, 흉곽내 기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
여성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
남성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
뇌 및 중추신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
행동양식 불명 및 미상의 조직구 및 비만세포 종양	D47.0
미결정의 단클론감마글로불린병증	D47.2
기타 명시된 림프,조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D47.7
림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 상세불명의 신생물	D47.9
기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

【유의사항】

【유의사항】
 한국표준질병·사인분류 지침서의 "사망 및 질병이환의 분류번호부여를 위한 선정준칙과 지침"에 따라 C77~C80(불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)의 경우 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 **원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류**합니다.

제9차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상
 기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니
 다.

기타 자세한 사항은 필히 약관을 참조하시기 바랍니다.

■ 2대질병 진단금 (급성심근경색, 뇌졸중) (선택)

보장내용

보통약관에서 정한 보장개시일 이후에 급성심근경색, 뇌졸중 진단 확정된 경우 아래에
 정한 금액을 가입금액 한도 내에서 각각 1회에 한하여 지급하여 드립니다.
(과거 진단을 받은 경우 추가 지급하지 않습니다)

뇌졸중	<ul style="list-style-type: none"> 뇌졸중은 뇌출혈과 뇌경색을 합해서 뇌졸중이라고 합니다. 뇌졸중 진단비 또한 암 진단비 지급조건과 마찬가지로 진단서와 함께 검사결과지가 첨부되어야 하는데 일반적으로 MRI 또는 CT검사결과지가 사용됩니다.
급성심근경색	<ul style="list-style-type: none"> 급성심근경색은 심장으로 가는 혈관에 문제가 생겨 산소 및 영양소 공급이 힘들어 심장이 괴사하여 발생한 질환입니다. 따라서 협심증과 같이 일시적으로 산소공급이 중단되었다가 다시 회복되는 등의 질환과는 구분되며 사망률이 매우 높은 질환입니다. 급성심근경색 진단비 또한 진단서와 함께 검사결과지를 제출해야 하는데 일반적으로 관상동맥촬영술을 시행한 의무기록사본이 사용됩니다.

[뇌졸중 분류표]

대상이 되는 질병	분류번호
지주막하 출혈	I60
뇌내출혈	I61
기타 비외상성 두개내 출혈	I62
뇌경색증	I63
뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66

[급성심근경색 분류표]

대상이 되는 질병	분류번호
급성심근경색증	I21
후속 심근경색증	I22
급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23

제9차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상
 기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니
 다.

기타 자세한 사항은 필히 약관을 참조하시기 바랍니다.

공무상 입원일당 (선택특화)

보장내용		<p>피보험자가 공무수행으로 인하여 보험기간 중에 발생한 상해 또는 질병(이하 “공상”이라 합니다)의 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 (1)일 이상 입원하여 치료를 받은 경우에는 (1)일째 입원일로부터 입원 1일당 이 특별약관의 보험가입금액을 공무상 입원일당으로 지급하여 드립니다. 다만, 공무상 입원일당의 지급일수는 1회 입원당 (365)일을 한도로 합니다</p> <p>동일한 공상의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. 그러나, 동일한 질병에 대한 입원이라도 공무상 입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 공무상 질병입원일당이 지급된 최종입원일로부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음날을 퇴원일로 봅니다</p>									
	공상입원일당	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 33%;">최초입원일 ↓</td> <td style="width: 33%;">입원일당이 지급된 최종입원일 ↑</td> <td style="width: 33%;">보장개개 ↓</td> </tr> <tr> <td></td> <td>퇴원없이 계속입원</td> <td></td> </tr> <tr style="background-color: yellow;"> <td>보장()일</td> <td>보장제외(180일)</td> <td>보장()일</td> </tr> </table> <p>피보험자가 보장개시일(책임개시일)이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원에 대하여는 제1항의 공무상 입원일당을 계속 지급하여 드립니다.</p> <p>피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 회사는 공무상 입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.</p> <p>피보험자가 병원 또는 의원을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 공상의 치료를 목적으로 2회이상 입원한 경우에는 계속하여 입원한 것으로 보아 각 입원일수를 더합니다.</p> <p>* “공상”은 공무원 재해보상법에서 정한 급여대상에 해당하는 상해나 질병이 피보험자에게 발생하고 동법에서 정한 급여지급이 결정된 경우 또는 산업재해보상보험법 규정에 따른 요양급여수급대상자로 인정된 경우를 말합니다</p> <p>❖ 기타 자세한 사항은 필히 약관을 참조하시기 바랍니다.</p>	최초입원일 ↓	입원일당이 지급된 최종입원일 ↑	보장개개 ↓		퇴원없이 계속입원		보장()일	보장제외(180일)	보장()일
최초입원일 ↓	입원일당이 지급된 최종입원일 ↑	보장개개 ↓									
	퇴원없이 계속입원										
보장()일	보장제외(180일)	보장()일									

공무상 장해진단 (공무원에 한함 / 공무직 등 제외) (선택특화)

보장내용		<p>공무상 장해진단</p> <p>피보험자가 공무수행으로 인하여 보험기간 중에 발생한 상해나 질병의 직접결과로써 장해상태가 된 경우 보험증권에 기재된 보험가입금액을 지급합니다.</p> <p>“장해상태”는 공무원 재해보상법 제8조(급여) 제3호, 제28조(장해연금 또는 장해일시금) 및 공무원연금법 제28조(급여) 제3호, 제59조(비공무상 장해연금 또는 장해일시금)에서 정한 급여대상에 해당하는 상해 또는 질병이 피보험자에게 발생하고 공무원 재해보상법 제9조(급여의 청구 및 결정) 및 공무원연금법 제29조(급여사유)의 확인 및 급여의 결정)에서 정한 급여지급이 최초로 결정된 경우를 말합니다..</p> <p>* 단, 자해 등 고의의 경우 보상하지 않습니다</p> <p>❖ 기타 자세한 사항은 필히 약관을 참조하시기 바랍니다.</p>
------	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

공무상 장기요양 직권면직 (공무원에 한함 / 공무직 등 제외) (선택특화)

보장내용		<p>공무상 장해진단</p> <p>피보험자가 보험기간 중에 장기요양으로 인한 직권면직이 된 경우 보험증권에 기재된 보험가입금액을 지급합니다.</p> <p>“장기요양으로 인한 직권면직”이라 함은 국가공무원법 제70조(직권면직) 제1항 제4호 및 지방공무원법 제62조(직권면직) 제1항 제2호의 휴직기간이 끝나거나 휴직사유가 소멸된 후에도 직무에 복귀하지 않거나 직무를 감당할 수 없어서 직권면직이 된 경우를 말하고, 직권면직일은 국가공무원법 또는 지방공무원법에서 정한 징계위원회 또는 인사위원회 등에서 결정한 직권면직일로 합니다.</p> <p>휴직은 국가공무원법 제71조(휴직) 제1항 제1호 및 지방공무원법 제63조(휴직) 제1항 제1호의 공무원의 신체·정신상의 장애로 장기요양이 필요할 때의 휴직에 한합니다.</p> <p>* 단, 자해 등 고의의 경우 보상하지 않습니다</p> <p>❖ 기타 자세한 사항은 필히 약관을 참조하시기 바랍니다.</p>
------	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

보장내용	<ul style="list-style-type: none"> ☞ 보험기간 중 발생한 상해의 직접적인 결과로서 사망한 경우 보험가입금액 전액을 지급
급격성	<p>첫 번째, 상해의 요건은 급격성입니다. 급격성은 시간이 급박한 경우라고 보통 생각할 수 있으나 어떤 시간이 급박한 정도인지는 사람마다 생각하기 나름입니다. 그러므로 급격성은 그 상황을 피할 수 없는 상황 즉, 불가피성으로 생각하면 쉽게 이해할 수 있습니다.</p> <p>ex) 바위가 굴러왔는데 그 상황을 도저히 피할 수 없어 바위에 부딪혔다면 이것은 급격성을 만족하는 사례입니다.</p>
우연성	<p>‘상해’사고가 되기 위해서는 우연한 사고이어야 합니다. 즉, 내가 그 상황을 예측하지 못한 상태에서 입은 보험사고여야 하는 것입니다. 그러므로 고의나 의도적인 사고로는 상해사고로 볼 수 없게 됩니다. 우연성은 예측 불가능성</p>
외래성	<p>질병과 구분하기 위한 개념입니다. 질병은 신체 내재적인 요인에 의해 발생하는 질환이라면 상해는 이 외래성이라는 조건 때문에 질병과 구분됩니다. 우리가 다친 것을 통상 상해로 보는 것은 외래성을 만족하기 때문입니다.</p> <p>ex) 선인장 가시에 찔려 손에 염증이 생겼다면 외래성을 만족하는 상해사고입니다.</p>
실종선고 시	<ul style="list-style-type: none"> ☞ 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다. ☞ 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족 관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
상해사망의 원인행위	<ul style="list-style-type: none"> ☞ 길을 가다가 갑자기 쓰러져서 사망을 한 경우 상해보험금이 지급될 수 있을까요? 쓰러져서 사망한 대부분의 사람은 당연히 신체에 외상을 입게 됩니다. 그러나 실제로는 쓰러져서 입은 상해가 아니라 뇌출혈 즉, 질병이 선행원인이 되어 사망을 한 것으로 밝혀집니다. 이런 경우에는 상해사망보험금이 지급되지 않습니다.(상해의 직접적인 결과로 사망하여야 합니다)
면책사항	<ul style="list-style-type: none"> ☞ 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우(자살 포함). 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다. ☞ 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다. ☞ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

보장내용	<ul style="list-style-type: none"> ☞ 보험개시일 이후 발생한 상해사고로 [장해분류표]에서 정한 각 장해에 해당하는 장해상태가 되었을 경우 해당 비율에 따라 보상 	
<table border="1" style="width: 100%; background-color: #e0f0e0;"> <tr> <td style="padding: 10px;">지급액</td> </tr> </table>		지급액
지급액		
<p>장해 지급율 3%~79% : 가입금액 X 해당지급율 장해 지급율 80%이상 : 가입금액 전액 지급</p>		
보험금 지급규정	<ul style="list-style-type: none"> ☞ 장해지급율표는 약관을 참고하시기 바랍니다. ☞ 보험개시일 이전에 발생한 상해사고로 인하여 보험기간 중 확정된 후유장해에 대하여는 상해후유장해보험금이 지급되지 않으며, <u>보험개시일 이후에 발생한 상해사고로 인한 후유장해에 대하여만 상해후유장해보험금을 지급합니다.</u> ☞ 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우)에는 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. ☞ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다. ☞ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담. ☞ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다. ☞ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다. ☞ 이미 이 계약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인)에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제7항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급 	

질병사망

보장내용 피보험자(보험대상자)가 보험 기간 중에 질병으로 인하여 사망한 경우 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 이 특별약관의 보험가입금액을 사망보험금으로 지급.

사망보험의 가입

Q	모든 사람이 사망보험 가입이 가능할까요?
A	<p>❖ 사망보험금은 사람이 사망하여야 지급되므로 그 위험성이 높아 약관에서는 엄격한 조건을 두고 그 조건에 해당하면 보험계약을 무효로 합니다. 대표적인 무효사유 두 가지 타인의 사망을 보험사고로 하는 계약에서 계약 체결 시에 그 타인의 서면에 의한 동의를 얻지 아니한 경우/ 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 한 경우</p>

질병후유장해

보장내용 피보험자(보험대상자)에게 보험기간 중에 진단 확정된 질병으로 인하여 장해분류표에서 정한 장해지급률 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 아래 기준에 따라 지급.

구분	지급액
질병80%이상 고도후유장해발생 시	가입금액 전액보상
질병 3% ~ 79% 후유장해발생 시	가입금액 X 해당지급률

보험금 지급규정

- ❖ 장해지급률이 질병의 진단 확정 일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단 확정 일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표([별표 1] 참조)에 장해판정 시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ❖ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ❖ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급 받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ❖ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

■ 사망보험금의 위임

<p>사망보험금 위임</p>	<p>피보험자가 사망하고 배우자와 그 자녀들이 생존해 있는 경우 자녀들과 배우자가 동시에 사망보험금의 수익자가 되나 일반적으로 자녀는 부모(배우자)에게 사망보험금이 지급되기를 원하기 때문에 이러한 경우에 위임장을 작성하여야 합니다.</p> <ul style="list-style-type: none"> ④ 위임장 양식에 따라 작성 ④ 보험금을 위임하는 자녀가 위임하는 자란에 성명, 주민번호, 주소를 기재하고 인감도장 날인 ④ 위임하는 자는 날인한 인감도장과 같은 인감증명서를 첨부 ④ 위임받는 자란에 보험금을 받을 사람의 성명, 주민번호, 주소를 기재하고 날인 																		
<p>사망보험금의 성격</p>	<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">담보</th> <th style="width: 15%;">구분</th> <th style="width: 70%;">내용</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>사망보험금</td> <td>수익자의 고유재산</td> <td>수익자인 법정상속인(피보험자의 배우자, 자녀 등)의 고유재산에 해당</td> </tr> <tr> <td>실손의료비 각종 진단금</td> <td>수익자의 상속재산</td> <td>피보험자 본인의 고유재산으로 상속재산에 포함</td> </tr> </tbody> </table> <p>Q 홍길동(계약자, 피보험자)씨는 수익자는 법정상속인으로 하여 사망 시 2억원으로 보험계약을 체결한 후 암으로 사망한 경우 법정상속인이 수령할 보험금은 2억원입니다. 그런데 홍길동씨의 부채는 3억원으로 자산보다 부채가 많기 때문에 법정상속인은 법원에 상속포기를 선언하였습니다. 이 경우 사망보험금 2억원에 대해서 법정상속인은 수령할 수 있나요?</p> <p>A 위 경우 보험금청구권은 상속재산이 아니며 수익자인 법정상속인의 고유재산에 해당합니다. 따라서 상속을 포기하더라도 법정상속인은 피상속인의 사망으로 인한 보험금을 수령할 수 있습니다. 단, 암 진단금 또는 실손의료비 등은 피상속인(사망자)의 고유재산에 해당하므로 해당 보험금은 상속재산에 포함되어 상속포기 시 수령할 수 없습니다.</p>			담보	구분	내용	사망보험금	수익자의 고유재산	수익자인 법정상속인(피보험자의 배우자, 자녀 등)의 고유재산에 해당	실손의료비 각종 진단금	수익자의 상속재산	피보험자 본인의 고유재산으로 상속재산에 포함							
담보	구분	내용																	
사망보험금	수익자의 고유재산	수익자인 법정상속인(피보험자의 배우자, 자녀 등)의 고유재산에 해당																	
실손의료비 각종 진단금	수익자의 상속재산	피보험자 본인의 고유재산으로 상속재산에 포함																	
<p>사망보험금의 상속순위</p>	<table border="1" style="width: 100%;"> <tbody> <tr> <td rowspan="2" style="width: 10%;">1순위</td> <td style="width: 15%;">배우자</td> <td rowspan="2" style="width: 15%;">직계비속(자녀)</td> <td rowspan="2" style="width: 60%;">배우자와 공동상속</td> </tr> <tr> <td>상속분 1.5배</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">2순위</td> <td>배우자</td> <td rowspan="2">직계존속(부모)</td> <td rowspan="2">배우자와 공동상속</td> </tr> <tr> <td>상속분 1.5배</td> </tr> <tr> <td>3순위</td> <td>형제, 자매</td> <td colspan="2" rowspan="2">※ 배우자가 있는 경우 배우자에게 단독 상속되며 배우자가 없는 경우에 3순위, 4순위에 따라 상속재산이 귀속됩니다.</td> </tr> <tr> <td>4순위</td> <td>4촌 이내 방계혈족</td> </tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> ④ 태아의 경우 출생전이라도 상속을 받을 수 있습니다.(사산시 상속권 상실) ④ 사실혼 배우자의 경우 법률상 상속권을 인정하지 않습니다. 			1순위	배우자	직계비속(자녀)	배우자와 공동상속	상속분 1.5배	2순위	배우자	직계존속(부모)	배우자와 공동상속	상속분 1.5배	3순위	형제, 자매	※ 배우자가 있는 경우 배우자에게 단독 상속되며 배우자가 없는 경우에 3순위, 4순위에 따라 상속재산이 귀속됩니다.		4순위	4촌 이내 방계혈족
1순위	배우자	직계비속(자녀)	배우자와 공동상속																
	상속분 1.5배																		
2순위	배우자	직계존속(부모)	배우자와 공동상속																
	상속분 1.5배																		
3순위	형제, 자매	※ 배우자가 있는 경우 배우자에게 단독 상속되며 배우자가 없는 경우에 3순위, 4순위에 따라 상속재산이 귀속됩니다.																	
4순위	4촌 이내 방계혈족																		