

서울특별시학교안전공제회 여행자종합공제 규정

2017년 6월 1일 시행

[공제 가입 플랜. 2017.06.01 이후 가입 신청 기준]

1. 국내여행자 종합공제 플랜의 가입금액과 주요 내용

단위: 원

담보	실속플랜	표준플랜	고급플랜	주요내용
상해사망 (만 15 세 미만 제외)	50,000,000	100,000,000	150,000,000	여행도중 상해로 사망한 경우, 가입금액 지급 ※ 약관: 공제약관 국내여행자 상해조항 기본담보, 약관 16 쪽「제 3 조(보험금의 지급사유)」 참조
상해후유장해	50,000,000	100,000,000	150,000,000	여행중 상해로 후유장해가 발생한 경우, 가입금액을 한도로 지급 ※ 약관: 공제약관 국내여행자 상해조항 기본담보, 약관 16 쪽「제 3 조(보험금의 지급사유)」 참조
질병사망 및 80%이상 고도후유장해 (만 15 세 미만 제외)	-	10,000,000	20,000,000	여행중 질병으로 사망하거나 80%이상 고도후유장해가 발생한 경우, 가입금액 지급 ※ 약관: 공제약관 30 쪽「질병사망 및 질병 80%이상 고도후유장해 특별약관」 참조
여행자배상책임	10,000,000	10,000,000	20,000,000	여행중 타인에 대한 법률상 손해배상책임을 부담하여 입은 손해 보상 (단, 1 사고당 1 만원 자기부담금) ※ 약관: 공제약관 32 쪽「여행자배상책임 특별약관」 참조
휴대품손해	300,000	300,000	500,000	여행 중 사고로 휴대품에 손해가 생긴 경우, 가입금액 한도로 보상 (단, 1 사고당 1 만원 공제) ※ 약관: 공제약관 40 쪽「휴대품손해 특별약관」 참조
특정전염병위로금	-	300,000	500,000	여행 중 [특정전염병 분류표]에 정한 특정전염병에 감염되어 전염병환자로 진단받아 치료를 받은 경우, 가입금액을 위로금으로 지급 ※ 약관: 공제약관 45 쪽 「특정전염병위로금 특별약관」 참조
골절수술비	-	300,000	500,000	여행 중 상해로 [골절분류표]에 정한 골절로 수술한 경우, 가입금액 지급 ※ 약관: 공제약관 44 쪽「골절수술비

				특별약관」 참조
행사치료비(교직원제외)	5,000,000	10,000,000	10,000,000	여행 중 피해자가 입은 신체장애에 대한 치료비를 보상. 단, 행사 주최자 및 그 직원에게 발생한 손해는 보상하지 않음. ※ 약관: 공제약관 153 쪽「담보 C. 행사치료비 (Medical payment)」참조
행사주최자 배상책임	500,000,000	500,000,000	500,000,000	행사의 주최자인 피공제자(학교 등)가 관리상의 과실로 제 3 자에게 피해를 입혀 법률상의 손해배상책임을 부담함으로써 입은 손해를 보상 (단, 1 사고당 자기부담금 10 만원) ※ 약관: 공제약관 147 쪽「담보 A. 신체장애 및 재물손해에 대한 배상책임」 참조
교직원상해치료비 (모든 플랜에 동일)		5,000,000		1) 입원: 상해로 병원에 입원하여 치료를 받은 경우 가입금액 한도로 보상 2) 통원: 상해로 통원치료를 받은 경우, 1 일당 20 만원 한도로 보상 3) 처방조제: 상해로 치료를 받고 처방을 받은 경우, 1 처방조제 당 5 만원 한도로 보상 → 상기 3 종 담보에 대해 질병 실손의료비는 부담보임 자기부담금 등 자세한 사항은 공제 약관을 참고하시기 바랍니다. ※ 약관: 공제약관 46 쪽「교직원 실손의료비 특별약관」 중 상해 입원, 통원 부분 참조

2. 해외여행자 종합공제 플랜의 가입금액과 주요 내용

단위: 원

담보	보장금액	주요내용
상해사망 (만 15 세 미만 제외)	200,000,000	여행도중 상해로 사망한 경우, 가입금액 지급 ※ 약관: 공제약관 해외여행자 상해조항 기본담보, 약관 77 쪽「제 3 조(보험금의 지급사유)」 참조
상해후유장해	200,000,000	여행중 상해로 후유장해가 발생한 경우, 가입금액을 한도로 지급 ※ 약관: 공제약관 해외여행자 상해조항 기본담보, 약관 77 쪽「제 3 조(보험금의 지급사유)」 참조
질병사망 및 80%이상 고도후유장해 (만 15 세 미만 제외)	20,000,000	여행중 질병으로 사망하거나 80%이상 고도후유장해가 발생한 경우, 가입금액 지급 ※ 약관: 공제약관 90 쪽「질병사망 및 질병 80%이상 고도후유장해 특별약관」 참조

여행자배상책임	10,000,000	여행중 타인에 대한 법률상 손해배상책임을 부담하여 입은 손해 보상 (단, 1 사고당 1 만원 자기부담금) ※ 약관: 공제약관 92 쪽「여행자배상책임 특별약관」 참조
휴대품손해	500,000	여행 중 사고로 휴대품에 손해가 생긴 경우, 가입금액 한도로 보상 (단, 1 사고당 1 만원 공제) ※ 약관: 공제약관 99 쪽「휴대품손해 특별약관」 참조
특별비용	10,000,000	탑승한 항공기나 선박이 행방불명 또는 조난된 경우, 산악등반 중에 조난된 경우, 상해나 질병으로 사망한 경우 또는 직업원인으로 14 일 이상 입원한 경우 피공제자 또는 법정 상속인이 부담하는 수색구조비용, 교통비, 숙박비, 이송비용 및 제압비를 가입금액 한도로 보상 ※ 약관: 공제약관 102 쪽「특별비용 특별약관」 참조
항공기납치	1,400,000	탑승한 항공기가 납치되어 예정된 목적지에 도착할 수 없게 된 경우 ※ 약관: 공제약관 105 쪽「항공기납치 특별약관」 참조
행사치료비 (교직원제외)	10,000,000	여행 중 피해자가 입은 신체장해에 대한 치료비를 보상. 단, 행사 주최자 및 그 직원에게 발생한 손해는 보상하지 않음. ※ 약관: 공제약관 153 쪽「담보 C. 행사치료비 (Medical payment)」참조
교직원상해치료비 (교직원만 해당)	5,000,000	1) 입원: 상해로 병원에 입원하여 치료를 받은 경우 가입금액 한도로 보상 2) 통원: 상해로 통원치료를 받은 경우, 1 일당 20 만원 한도로 보상 3) 처방조제: 상해로 치료를 받고 처방을 받은 경우, 1 처방조제 당 5 만원 한도로 보상 → 상기 3 종 담보에 대해 질병실손의료비는 부담보임. 자기부담금 등 자세한 사항은 공제 약관을 참고하시기 바랍니다. ※ 약관: 공제약관 107 쪽「해외여행 교직원실손의료비 특별약관」 중 상해 입원, 통원 부분 참조
교직원상해해외치료비 (교직원만 해당)	5,000,000	해외여행 중 상해로 발생한 치료비 중 해외 의료기관에서 발생한 치료비를 가입금액 한도로 보상해 드립니다. ※ 약관: 공제약관 107 쪽「해외여행 교직원실손의료비 특별약관」 중 상해 해외 부분 참조
행사주최자 배상책임	500,000,000	행사의 주최자인 피공제자(학교 등)가 관리상의 과실로 제 3 자에게 피해를 입혀 법률상의 손해배상책임을 부담함으로써 입은 손해를 보상 (단, 1 사고당 자기부담금 10 만원) ※ 약관: 공제약관 147 쪽「담보 A. 신체장해 및 재물손해에 대한 배상책임」 참조

※ 상기 플랜에 기재된 내용은 공제회원의 이해를 돕기 위해 보험약관의 주요 내용을 요약한 것으로, 세부 사항은 담보 별 주요 내용 하단에 기재된 약관을 참고하시기 바랍니다.

제1장 일반조항

제1조(목적)

제2조(용어의 정의)

제3조(보상하는 손해)

제4조(보상하지 않는 손해)

제5조(가입이 제한되는 활동)

제6조(분쟁의 조정)

제7조(관할법원)

제8조(소멸시효)

제9조(규정 및 약관의 해석과 적용)

제10조(공제회와 보험사의 손해배상책임)

제11조(개인정보보호)

제12조(준거법)

제13조(예금보험의 지급보장)

제14조(공제료의 납입)

일반조항 특별 규정

공제료 후납 특별 규정

제2장 국내여행자 상해조항

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조(목적)

제2조(용어의 정의)

제2관 보험금의 지급

제3조(보험금의 지급사유)

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

제6조(보험금 지급사유의 통지)

제7조(보험금의 청구)

제8조(보험금의 지급절차)

제9조(보험금 받는 방법의 변경)

제10조(주소변경통지)

제11조(보험수익자의 지정)

제12조(대표자의 지정)

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제13조(계약 전 알릴 의무)

제14조(계약 후 알릴 의무)

제15조(알릴 의무 위반의 효과)

제16조(사기에 의한 계약)

제4관 계약의 성립과 유지

제17조(계약의 성립)

제18조(공제계약의 철회)

제19조(약관교부 및 설명의무 등)

제20조(계약의 무효)

제21조(계약내용의 변경 등)

제22조(평균나이의 계산 등)

제23조(계약의 소멸)

제24조(계약 정보 요청과 계약자의 협조)

제25조(손해보험사와의 업무 분담)

제5관 계약의 취소·해지 및 공제료의 환급 등

제26조(계약의 취소)

제27조(중대사유로 인한 해지)

제28조(공제료의 환급)

제29조(준용규정)

질병사망 및 질병 80%이상 고도후유장해 특별약관

여행자배상책임 특별약관

휴대품손해 특별약관

골절수술비 특별약관

특정전염병위로금 특별약관

교직원실손의료비 특별약관

상해 사망위험 보상제외 특별약관

제3장 해외여행자 상해조항

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조(목적)

제2조(용어의 정의)

제2관 보험금의 지급

제3조(보험금의 지급사유)

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

제6조(보험금 지급사유의 통지)

제7조(보험금의 청구)

제8조(보험금의 지급절차)

제9조(보험금 받는 방법의 변경)

제10조(주소변경통지)

제11조(보험수익자의 지정)

제12조(대표자의 지정)

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제13조(계약 전 알릴 의무)

제14조(계약 후 알릴 의무)

제15조(알릴 의무 위반의 효과)

제16조(사기에 의한 계약)

제4관 계약의 성립과 유지

제17조(계약의 성립)

제18조(공제계약의 철회)

제19조(약관교부 및 설명의무 등)

제20조(계약의 무효)

제21조(계약내용의 변경 등)

제22조(평균나이의 계산 등)

제23조(계약의 소멸)

제24조(계약 정보 요청과 계약자의 협조)

제25조(손해보험사와의 업무 분담)

제5관 계약의 취소·해지 및 공제료의 환급 등

제26조(계약의 취소)

제27조(중대사유로 인한 해지)

제28조(공제료의 환급)

제29조(준용규정)

질병사망 및 질병 80%이상 고도후유장해 특별약관

여행자배상책임 특별약관

휴대품손해 특별약관

특별비용 특별약관

항공기납치 특별약관

교직원실손의료비 특별약관

상해 사망위험 보상제외 특별약관

제4장 학교행사주최자배상책임조항

섹션1. 담보범위

담보A. 신체장해 및 재물손해에 대한 배상책임

담보B. 인격침해 및 광고침해

담보C. 행사치료비(Medical payment)

추가지급조항(담보A, 담보B)

섹션2. 피공제자

섹션3. 보상한도액

섹션4. 일반조항

섹션5. 용어의 정의

【별표 1】 장 해 분 류 표

【별표 2】 골 절 분 류 표

【별표 3】 특 정 전 업 병 분 류 표

서울특별시학교안전공제회 여행자종합공제 규정

2017년 3월 1일 시행

제1장 일반조항

제1조(목적)

- ① 이 공제사업은 서울특별시학교안전공제회(이하 "공제회"라 합니다.)가 회원 교육기관의 학교 밖 활동 중 교육참가자 및 교육기관이 입은 손해에 대한 위험을 보장하기 위하여 운영됩니다.
- ② 이 공제 규정은 공제회와 회원 교육기관 간의 여행자종합공제계약에 대한 규약사항과 여행자종합공제 주관 보험사(이하 "보험사"라 합니다.)를 통해 보장받을 수 있는 손해 등에 대한 규정이며, 피공제자가 입은 손해는 공제회와 보험사 간에 체결한 「국내여행자보험(공제사업자용)」, 「해피투어보험」, 「Commercial General Liability(I)」 보험계약을 통해 보장합니다.
- ③ 이 공제 규정에 따른 피공제자는 2항의 보험계약의 피보험자가 되며 보험사고 발생 시 해당 보험약관에 따라 보험사로부터 보장을 받습니다. 이 공제 규정에서 규정하는 "보상하는 손해" 및 "보상하지 않는 손해"는 보험약관에 기재된 바를 발췌한 것으로, 그 내용이 보험 약관의 내용이 다르거나 상충되는 경우, 보험 약관의 내용을 적용합니다.

주1. 제2장 국내여행자 상해조항: 국내여행자보험(공제사업자용) 보험계약에 따라 보상

주2. 제3장 해외여행자 상해조항: 해피투어보험 보험계약에 따라 보상

주3. 제4장 주최자배상책임조항: Commercial General Liability(I) 보험계약에 따라 보상

제2조(용어의 정의)

이 규정에서 사용되는 용어의 정의는 이 규정의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 공제계약 관련 용어

- 가. 계약자: 공제회와 공제계약을 체결하고 공제료를 납입할 의무를 지는 교육기관 또는 교육청을 말합니다.

나. 공제증권: 공제계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 공제회가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다. 여행자종합공제 시스템에서 출력되는 공제가입확인서로 공제증권을 갈음할 수 있습니다.

2. 이자율 관련 용어

가. 연단위 복리: 보험사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.

나. 보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율: 보험개발원이 정기적으로 산출하여 공시하는 이율로써 보험사가 보험금의 지급을 지연하는 경우 등에 적용합니다.

3. 기간과 날짜 관련 용어

가. 공제가입기간: 공제 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일: 공제회가 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, ‘관공서의 공휴일에 관한 규정’에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

제3조(보상하는 손해)

보험사는 이 공제증권과 이에 첨부된 제2장 및 제3장 상해조항, 제4장 배상책임조항의 제 규정에 따라 피공제자가 입은 상해 또는 배상책임손해를 보상하여 드립니다.

제4조(보상하지 않는 손해)

보험사는 이 공제증권과 이에 첨부된 제2장 및 제3장 상해조항, 제4장 배상책임조항의 제 규정에 따라 피공제자가 입은 상해 또는 배상책임손해를 보상하여 드리지 않습니다.

제5조(가입이 제한되는 활동)

- ① 체육특기생 등 학교의 전문체육활동의 일환으로 전지훈련(연습 및 연습경기를 포함합니다.), 대회 참가를 위한 여행은 여행자공제의 가입이 제한됩니다.
- ② 1항의 규정에 따라 가입이 불가함에도 불구하고, 전문체육활동을 위한 여행을 고지하지 않고 가입 시 고지하지 않은 사항(전문체육활동)으로 인한 사고는 보험사가 보상하지 않으며, 공제회는 해당 계약을 해지 할 수 있습니다.
- ③ 2항의 규정에 따라 공제계약이 해지되는 경우 이미 경과한 기간에 대하여 단기 요율

(1년미만의 기간에 적용되는 요율)로 계산한 공제료를 뺀 잔액은 환급하여 드립니다.

제6조(분쟁의 조정)

공제계약에 관하여 분쟁이 있는 경우에는 분쟁당사자 또는 기타 이해관계인과 보험사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있습니다.

제7조(관할법원)

이 공제계약에 관한 소송 및 민사조정은 계약자의 주소지를 관할하는 법원으로 합니다. 다만, 공제회(또는 보험사)와 계약자가 합의하여 관할법원을 달리 정할 수 있습니다.

제8조(소멸시효)

보험금청구권, 공제료 또는 환급금 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

제9조(규정 및 약관의 해석과 적용)

- ① 공제회 및 보험사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 규정 및 약관을 해석하여야 하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 않습니다.
- ② 공제회 및 보험사는 규정 및 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.
- ③ 공제회 및 보험사는 보상하지 않는 손해 등 공제계약자나 피공제자에게 불리하거나 부담을 주는 내용은 확대하여 해석하지 않습니다.
- ④ 공제 규정의 보상하는 손해와 보상하지 않는 손해는 보험약관의 내용을 발췌한 것으로 그 내용이 보험 약관의 내용이 다르거나 상충되는 경우, 보험 약관의 내용으로 적용합니다.

제10조(공제회와 보험사의 손해배상책임)

- ① 공제회는 공제계약과 관련하여 공제회 임직원의 책임 있는 사유로 인하여 계약자, 피공제자 및 보험수익자에게 발생한 손해에 대하여 관계 법률 등에 따라 손해배상의 책임을 집니다.
- ② 보험사는 보험금 지급 거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 소를 제기하여 계약자, 피공제자 또는 보험수익자에게 손해를 가한 경우에는

보험 약관에 따라 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.

- ③ 보험사가 보험금 지급여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 불공정한 합의로 보험수익자에게 손해를 가한 경우에도 보험사는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

제11조(개인정보보호)

- ① 공제회와 보험사는 이 계약과 관련된 개인정보를 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 「개인정보 보호법」, 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 등 관계 법령에 정한 경우를 제외하고 계약자 또는 피공제자의 동의 없이 수집, 이용, 조회 또는 제공하지 않습니다. 다만, 공제회와 보험사는 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 위 관계 법령에 따라 계약자 및 피공제자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련단체 등에 개인정보를 제공할 수 있습니다.
- ② 공제회와 보험사는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

제12조(준거법)

이 규정은 대한민국 법에 따라 규율 되고 해석되며, 이 규정에서 정하지 않은 사항은 상법, 민법 등 관계 법령을 따릅니다.

제13조(예금보험의 지급보장)

보험사가 파산 등으로 인하여 보험금 등을 지급 하지 못할 경우에는 예금자보호법에서 정하는 바에 따라 그 지급을 보장합니다.

제14조(공제료의 납입)

공제료는 공제가입 시 공제회가 지정하는 계좌로 납입하여야 합니다.

일반조항 특별 규정

공제료 후납 특별 규정

제1조(공제료의 납입)

제1장 일반조항 제14조(공제료의 납입)의 규정에도 불구하고, 계약자는 공제가입기간 종료 후 7 영업일 이내에 공제료를 납입할 수 있습니다.

제2장 국내여행자 상해조항

제2장 국내여행자 상해조항의 피공제자는 공제회와 보험사간에 체결한 「국내여행자보험 (공제사업자용)」 계약의 피보험자가 되며 보험 약관에 따라 보험사로부터 보장을 받습니다.

아래는 보험 약관의 내용 중 중요한 내용을 발췌한 내용입니다.

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조(목적)

이 계약은 계약자와 공제회 사이에 피공제자의 학교 밖 활동을 위한 국내여행 도중에 발생한 상해에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조(용어의 정의)

이 계약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 계약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어

- 가. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 공제회에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
- 나. 진단계약: 계약을 체결하기 위하여 피공제자가 건강진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.
- 다. 피공제자: 보험사고의 대상이 되는 피공제자인 교육참가자를 말합니다.

2. 지급사유 관련 용어

- 가. 상해: 공제가입기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.
- 나. 장애: <별표 1> 장애분류표에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.
- 다. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 공제회나 보험사가 그 사실을 알았다더라면

계약의 청약을 거절하거나 공제가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 공제료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조(보험금의 지급사유)

① 보험사는 피공제자에게 공제증권에 기재된 국내여행(이하 “여행“이라 합니다.) 도중에 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 공제가입기간 중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다):
사망보험금
2. 공제가입기간 중 상해로 장해분류표(<별표 1> 참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때: 후유장해보험금

② 제1항의 국내여행 도중이라 함은 아래의 경우를 말합니다.

1. 국내거주자가 여행을 목적으로 주거지를 출발하여 여행을 마치고 주거지에 도착할 때까지, 또는
2. 국외거주자가 여행을 목적으로 국내의 공항이나 부두에 도착하여 여행을 마치고 출국을 위해 항공기나 선박에 탑승하기 직전까지

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

① 제3조(보험금의 지급사유) 제1호 ‘사망’에는 공제가입기간에 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.

② 제3조(보험금의 지급사유) 제2호에서 장해지급률이 상해 발생일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될

것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(<별표 1> 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

- ③ 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.
- ④ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피공제자의 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.
- ⑤ 보험수익자와 보험사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 보험사가 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 보험사가 전액 부담합니다.
- ⑥ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 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.
- ⑧ 이미 이 계약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피공제자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제7항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.
- ⑨ 보험사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 공제가입금액을 한도로 합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

① 보험사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피공제자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피공제자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피공제자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피공제자를 해친 경우
4. 피공제자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나, 보험사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 보험사는 다른 약정이 없으면 피공제자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제3조(보험금의 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

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

③ 보험사는 피공제자가 운동경기선수로 경기에 참가하는 경우에는 그 운동경기(연습을 포함합니다)중에 입은 상해손해에 대하여는 보상하여 드리지 않습니다.

제6조(보험금 지급사유의 통지)

계약자 또는 피공제자나 보험수익자는 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유의

발생을 안 때에는 지체 없이 그 사실을 공제회에 알려야 합니다.

제7조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(보험사 양식)
2. 사고증명서(진료비계산서, 사망진단서, 장해진단서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(보험금의 지급절차)

① 보험사는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다.

② 보험사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 제1항의 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급제도(보험사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피공제자 또는 보험수익자에게 즉시 통지합니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정 신청
3. 수사기관의 조사
4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사

5. 제6항에 따른 보험사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피공제자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제5항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ③ 제2항에 의하여 장해지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 확정된 장해지급률에 따른 보험금을 초과한 부분에 대한 분쟁으로 보험금 지급이 늦어지는 경우에는 보험수익자의 청구에 따라 이미 확정된 보험금을 먼저 가지급합니다.
- ④ 제2항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 보험사는 보험수익자의 청구에 따라 보험사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 보험사는 제1항에서 정한 지급기일 내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여<부표> ‘보험금을 지급할 때의 적립이율’에 따라 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 다만, 계약자, 피공제자 또는 보험수익자에게 책임이 있는 사유로 지급이 지연된 경우에는 그 기간에 대한 이자는 지급하지 않습니다.

<부 표> 보험금을 지급할 때의 적립이율

기 간	지 급 이 자
지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
지급기일의 31일이후부터 60일내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
지급기일의 61일이후부터 90일내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)

- 주) 1. 보험계약대출이율은 보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율을 적용합니다.
2. 가산이율 적용시 제8조(보험금의 지급절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

- ⑥ 계약자, 피공제자 또는 보험수익자는 제15조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 보험사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우 사실 확인이 끝날 때까지 보험사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 보험사는 제6항의 서면조사에 대한 동의 요청 시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제9조(보험금 받는 방법의 변경)

- ① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 보험사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.
- ② 보험사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 ‘보험개발원이 공시하는 월평균 정기예금이율’을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 ‘보험개발원이 공시하는 월평균 정기예금이율’을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제10조(주소변경통지)

- ① 계약자(보험수익자가 계약자와 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체 없이 그 변경내용을 공제회에 알려야 합니다.
- ② 제1항에서 정한대로 계약자 또는 보험수익자가 변경내용을 알리지 않은 경우에는 계약자 또는 보험수익자가 공제회에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 공제회 또는 보험사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 또는 보험수익자에게 도달된 것으로 봅니다.

제11조(보험수익자의 지정)

보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 제3조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우는 피공제자의 법정상속인, 같은 조 제2호의 경우는 피공제자로 합니다.

제12조(대표자의 지정)

- ① 계약자 또는 보험수익자가 2명 이상인 경우에는 각 대표자를 1명 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.
- ② 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 않은 경우에는 이 계약에 관하여 보험사가 계약자 또는 보험수익자 1명에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에게도 효력이 미칩니다.
- ③ 계약자가 2명 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제3관의 모든 조항은 특별 약관의 별도 조항이 있지 않는 한 「제2장 국내여행자 상해조항」의 특별약관 전체에 공통으로 적용됩니다.

제13조(계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피공제자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강 진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 '계약 전 알릴 의무'라 하며, 상법상 '고지의무'와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약의 경우 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제14조(계약 후 알릴 의무)

- ① 계약자 또는 피공제자는 여행 종료 후 최종 확정인원을 공제회에 통보하고, 계약을 정산하여야 합니다.
- ② 공제회는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액 공제료를 돌려드리며, 계약자 또는 피공제자의 고의 또는 중대한 과실로 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날부터 1개월 이내에 공제료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.
- ③ 제1항의 통지에 따라 공제료를 더 내야 할 경우 공제회의 청구에 대해 계약자가 그 납입을 게을리 했을 때, 공제회는 해당공제계약을 해지할 수 있습니다.

- ④ 계약자 또는 피공제자가 최종 확정인원을 공제회에 알리지 않았을 경우, 공제회 또는 보험사는 최종 확정인원이 통보되어 공제료를 납입할 때까지 보험금의 지급을 유보할 수 있습니다.

제15조(알릴 의무 위반의 효과)

- ① 공제회는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 보험금 지급사유의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 계약을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자, 피공제자 또는 이들의 대리인이 고의 또는 중대한 과실로 제13조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
 2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제14조(계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 계약자, 피공제자 또는 이들의 대리인의 고의 또는 중대한 과실로 이행하지 않았을 때
- ② 제1항 제1호의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 공제회는 계약을 해지할 수 없습니다.
1. 공제회 또는 보험사가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
 2. 공제회 또는 보험사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 공제료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때
 3. 계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
 4. 공제회가 이 계약을 청약할 때 피공제자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피공제자가 보험사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지할 수 있습니다)
- ③ 제1항에 따라 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 전에 이루어진 경우, 이로 인하여 공제회가 환급하여야 할 공제료가 있을 때에는 제28조(공제료의 환급)에 따른 공제료를

계약자에게 지급합니다.

- ④ 제1항 제1호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 보험사는 보험금을 지급하지 않으며, 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 서면 등으로 알려 드립니다. 또한 이 경우 계약 해지로 인하여 공제회가 환급하여야 할 공제료가 있을 때에는 제28조(공제료의 환급)에 따른 공제료를 계약자에게 지급합니다.
- ⑤ 제1항 제2호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 제14조(계약 후 알릴 의무) 제4항에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미치지 않았음을 계약자, 피공제자 또는 보험수익자가 증명한 경우에는 제4항 및 제5항에 관계없이 약정한 보험금을 지급합니다.
- ⑦ 보험사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

제16조(사기에 의한 계약)

계약자 또는 피공제자가 대리진단, 약물사용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 공제회 또는 보험사가 증명하는 경우에는 계약일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제4관 계약의 성립과 유지

제4관의 모든 조항은 특별 약관의 별도 조항이 있지 않는 한 「제2장 국내여행자 상해조항」의 특별약관 전체에 공통으로 적용됩니다.

제17조(계약의 성립)

- ① 계약은 계약자의 신청과 공제회의 승낙으로 이루어집니다.
- ② 공제회는 피공제자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(공제가입금액 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 공제료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
- ③ 공제회는 계약의 청약을 받고, 제1회 공제료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 공제증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.
- ④ 공제회가 제1회 공제료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 계약자에게 돌려 드리며, 공제료를 받은 기간에 대하여 '보험개발원이 공시하는 월평균 정기예금이율 + 1%'를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제18조(공제계약의 철회)

- ① 계약자는 공제개시일 이전에는 공제계약을 취소할 수 있습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 공제계약 개시일 이후에 공제계약을 철회하고자 하는 경우, 공제회의 승인을 득한 경우에 한하여 계약을 철회할 수 있으며, 여행 행사 취소 사유 등이 명확하지 않은 경우 공제회는 계약 철회를 거절할 수 있습니다.
- ③ 계약자는 여행자종합공제 시스템이나, 통신수단을 통하여 공제회에 계약 취소 신청을 할 수 있습니다.
- ④ 계약자가 제1항에 따라 계약을 철회한 경우 공제회는 기 납입된 공제료를 계약 취소신청 7일 이내에 계약자에게 돌려드리고, 제2항에 따라 계약 철회 신청을 한 경우, 공제회의 계약 취소 승인 7일 이내에 기 납입 공제료를 계약자에게 돌려드립니다.

제19조(약관교부 및 설명의무 등)

- ① 공제회는 인터넷 여행자종합공제시스템에서 약관 및 그 설명문(약관의 중요한 내용을 알 수 있도록 설명한 문서)을 읽거나 내려 받게 하는 방법을 통하여 약관을 교부하고 그 중요한 내용의 설명을 갈음할 수 있습니다. 단, 이러한 경우는 계약자가 공인인증절차를

통하여 공제계약 가입 업무를 직접 수행한 경우에 한하여 적용합니다.

- ② 계약자가 인터넷 여행자종합공제시스템에서 직접 공제계약 가입하지 않고 다른 방법으로 가입하는 경우, 공제회는 약관 및 계약자보관용 견적서, 공제가입확인서를 전자우편 등 전자적 방법으로 송부할 수 있으며, 계약자 또는 그 대리인이 해당 문서를 수신하였을 때에 해당 문서를 교부한 것으로 봅니다.

제20조(계약의 무효)

피공제자의 평균연령이 만15세 미만인 단체가 피공제자의 사망을 보험금 지급사유로하는 계약을 체결하는 경우에는 계약을 무효로 하며, 이미 납입한 공제료를 돌려드립니다.

제21조(계약내용의 변경 등)

- ① 계약자는 공제계약 개시 전 가입인원을 공제회의 승낙을 얻어 변경할 수 있습니다.
- ② 여행이 종료 된 후, 참가자 인원 수의 변동이 있는 경우 계약자는 공제회에게 최종 확정인원을 통보하고 계약 내용을 변경하여야 합니다.
- ③ 이 계약은 공제회의 회원 단체에 대하여 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피공제자로 하는 계약으로 보험수익자를 피공제자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정 또는 변경할 수 없습니다.

제22조(평균나이의 계산 등)

- ① 이 약관에서의 피공제자의 나이는 평균 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제20조(계약의 무효) 제2호의 경우에는 개별 피공제자의 실제 보험나이를 적용합니다.
- ② 피공제자의 평균나이의 적용 기준은 일반 유치원·초·중·고등학교를 기준으로 아래의 표와 같습니다.

학년	나이	학년	나이	학년	나이
유치원 5세 반	4	초등학교 3학년	9	중학교 2학년	14
유치원 6세 반	5	초등학교 4학년	10	중학교 3학년	15
유치원 7세 반	6	초등학교 5학년	11	고등학교 1학년	16
초등학교 1학년	7	초등학교 6학년	12	고등학교 2학년	17
초등학교 2학년	8	중학교 1학년	13	고등학교 3학년	18

*기준나이가 상기와 다른 학교(특수학교, 고등기술학교, 평생학교 등)의 경우, 개별 학교의

기준나이를 평균나일로 사용할 수 있고, 성인을 재학생으로 하는 학교의 경우 계약 시마다 실제 참가자의 평균나이를 산출하여 가입할 수 있습니다.

제23조(계약의 소멸)

피공제자의 사망으로 인하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제24조(계약 정보 요청과 계약자의 협조)

공제회 또는 보험사는 계약자에게 공제계약에 가입한 피공제자 명단과 여행과 관련된 정보를 요청할 수 있고 계약자는 이에 협조하여야 합니다. 보험금 지급을 위해 요청 시 계약자가 협조하지 않는 경우 보험사는 보험금 지급을 거절할 수 있습니다.

제25조(손해보험사와의 업무 분담)

- ① 공제회는 여행자종합공제 업무를 원활히 수행하기 위해 공제계약 운영 관리를 위한 시스템 운영과 보험사고에 대한 업무처리를 협정을 맺은 손해보험사에게 일임할 수 있습니다.
- ② 공제회로부터 업무를 일임 받은 보험사는 회원 또는 피공제자에 대하여 손해조사, 보험금 결정 및 지급, 사고에 관련된 소송대행 등을 수행할 수 있습니다.

제5관 계약의 취소 및 공제료의 환급 등

제5관의 모든 조항은 특별 약관의 별도 조항이 있지 않는 한 「제2장 국내여행자 상해조항」의 특별약관 전체에 공통으로 적용됩니다.

제26조(계약의 취소)

- ① 공제계약이 개시되기 전에 계약자는 언제든지 계약을 취소할 수 있습니다.
- ② 공제 계약이 개시 된 이후 담보 대상 행사가 계약자의 귀책사유가 아닌 다른 사유로 취소된 경우, 계약자는 해당 사유를 근거로 공제회에 계약 취소를 요청할 수 있고, 공제회의 승인을 얻을 경우 계약을 취소할 수 있습니다.
- ③ ①, ②와 같이 계약이 취소된 경우, 기 납입한 공제료는 제28조(공제료의 환급)에 따른

공제료를 계약자에게 지급합니다.

제27조(중대사유로 인한 해지)

- ① 공제회는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
 1. 계약자, 피공제자 또는 보험수익자가 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우
 2. 계약자, 피공제자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하였거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.
- ② 공제회가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 공제회는 그 취지를 계약자에게 통지하고, 해지시 공제회가 환급하여야 할 공제료가 있을 경우에는 제28조(공제료의 환급)에 따른 공제료를 계약자에게 지급합니다.

제28조(공제료의 환급)

- ① 이 계약이 무효, 효력상실, 해지 또는 소멸된 때에는 다음과 같이 공제료를 돌려드립니다. 다만, 공제가입기간 중 보험사고가 발생하고 보험금이 지급되어 공제가입금액이 감액된 경우에는 어떠한 경우에도 당해 보험년도[초년도(첫째년도)는 공제가입기간의 초일(첫째일)부터 1년간, 차년도(둘째년도)이후는 각각 공제가입기간의 초일(첫째일) 해당일로부터 1년간을 말합니다]의 공제료는 돌려드리지 않습니다.
 1. 계약자, 피공제자 또는 보험수익자의 책임 없는 사유에 의하는 경우 : 무효의 경우에는 공제회에 납입한 공제료의 전액, 효력상실, 해지 또는 소멸의 경우에는 경과하지 않은 기간에 대하여 일단위로 계산한 공제료
 2. 계약자, 피공제자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유에 의하는 경우: 이미 경과한 기간에 대하여 단기요율(1년미만의 기간에 적용되는 요율)로 계산한 공제료를 뺀 잔액. 다만, 계약자, 피공제자 또는 보험수익자의 고의 또는 중대한 과실로 무효가 된 때에는 공제료를 돌려드리지 않습니다.
- ② 계약의 무효, 효력상실, 해지 또는 소멸로 인하여 공제회가 환급하여야 할 공제료가 있을 때에는 계약자는 환급금을 청구하여야 하며, 공제회는 청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대하여 ‘보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율’을 연단위 복리로 계산한

금액을 더하여 지급합니다.

제29조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 제1장 일반조항을 따릅니다.

질병사망 및 질병 80%이상 고도후유장해 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 보험사는 피공제자가 제2장 국내여행자 상해조항 제3조(보험금의 지급사유)의 여행 도중에 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.
 1. 공제가입기간 중 질병으로 인하여 사망한 경우: 사망보험금
 2. 공제가입기간 중 진단 확정된 질병으로 장애분류표([별표1] 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장애지급률이 80% 이상에 해당하는 장애상태가 되었을 때: 고도후유장해보험금
- ② 제1항에도 불구하고 여행 도중에 발생한 질병을 직접원인으로 하여 공제가입기간 마지막 날로부터 30일 이내에 사망하거나 또는 80% 이상 후유 장애가 남았을 경우에도 동일하게 보상하여 드립니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항 제2호에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 해당 장애 지급률의 20%를 후유장애지급률로 하여 제4항을 적용합니다.
- ② 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항 제2호에서 장애지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(질병의 진단확정일부터 1년)중에 장애상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정하되 장애분류표에 장애판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.
- ③ 장애분류표에 해당되지 않는 후유장애는 피공제자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장애정도에 따라 장애분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장애분류표의 각 장애분류별 최저 지급률 장애정도에 이르지 않는 후유장애에 대하여는 고도후유장해보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장애가 생긴 경우에는 후유장애 지급률을 더하여

지급합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

- ⑤ 제4항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표상의 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 다른 질병으로 인하여 후유장애가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장애지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장애가 이미 고도후유장애보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장애상태에 해당하는 고도후유장애보험금에서 이미 지급받은 고도후유장애보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당하는 후유장애가 있었던 피공제자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장애상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장애에 대한 고도후유장애보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장애상태에 해당되는 고도후유장애보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 고도후유장애보험금을 차감하여 지급합니다.

- 1. 이 계약의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장애로 고도후유장애보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장애
- 2. 제1호 이외에 이 계약의 규정에 의하여 고도후유장애보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장애 또는 고도후유장애보험금이 지급되지 않았던 후유장애

- ⑧ 피공제자와 보험사가 피공제자의 장애지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피공제자와 보험사가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장애판정에 소요되는 의료비용은 보험사가 전액 부담합니다.
- ⑨ 계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제2장 국내여행자 상해조항을 따릅니다.

여행자배상책임 특별약관

제1조(보상하는 손해)

보험사는 피공제자가 제2장 국내여행자 상해조항 제3조(보험금의 지급사유)의 여행도중에 생긴 보험사고로 피해자의 신체의 장애(상해·질병, 그로 인한 사망·후유장애를 말합니다) 또는 재물의 손해(재물의 없어짐, 손상 및 망가짐을 말합니다)에 대한 법률상의 손해배상책임을 부담함으로써 입은 손해를 이 특별약관에 따라 보상하여 드립니다.

제2조(보상하는 손해의 범위)

보험사가 보상하는 손해의 범위는 아래와 같습니다.

1. 피공제자가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금
2. 계약자 또는 피공제자가 지출한 아래의 비용
 - 가. 피공제자가 제8조(손해방지의무) 제1항 제1호의 손해의 방지 또는 경감을 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
 - 나. 피공제자가 제8조(손해방지의무) 제1항 제2호의 조치를 취하기 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
 - 다. 피공제자가 지급한 소송비용, 변호사비용, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용
 - 라. 공제 증권 상 보상한도액내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 공제회 또는 보험사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 않습니다.
 - 마. 피공제자가 제9조(손해배상청구에 대한 보험사의 해결) 제2항 및 제3항의 보험사의 요구에 따르기 위하여 지출한 비용

제3조(보상하지 않는 손해)

보험사는 제2장 국내여행자 상해조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)의 제1항의 제1호, 제3호 또는 제5호 및 아래의 손해배상책임을 부담하게 됨으로써 입은 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 피공제자의 직접적인 직무 수행으로 인한 배상책임

2. 피공제자의 직무용으로만 사용되는 동산의 소유, 사용 또는 관리로 인한 배상책임
3. 피공제자가 소유, 사용 또는 관리하는 부동산으로 인한 배상책임
4. 피공제자의 근로자가 피공제자의 업무에 종사 중에 입은 신체의 장애로 인한 배상책임. 단, 피공제자의 가사사용인에 대하여는 이와 같지 않습니다.
5. 피공제자와 타인간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우 그 약정에 따라 가중된 배상책임
6. 피공제자와 세대를 같이하는 친족(민법 제777조규정의 범위와 같습니다) 및 여행과정을 같이 하는 친족에 대한 배상책임
7. 피공제자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물의 파손에 대하여 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 배상책임. 단, 호텔의 객실이나 객실내의 동산에 끼치는 손해에 대하여는 이와 같지 않습니다.
8. 피공제자의 심신상실로 인한 배상책임
9. 피공제자 또는 피공제자의 지시에 따른 폭행 또는 구타로 인한 배상책임
10. 항공기, 선박, 차량(원동력이 인력에 의한 것을 제외합니다), 총기(공기총은 제외합니다)의 소유, 사용 또는 관리로 인한 배상책임

제4조(의무보험과의 관계)

- ① 보험사는 이 약관에 의하여 보상하여야 하는 금액이 의무보험에서 보상하는 금액을 초과할 때에 한하여 그 초과액만을 보상합니다. 다만, 의무보험이 다수인 경우에는 제11조(보험금의 부담)를 따릅니다.
- ② 제1항의 의무보험은 피공제자가 법률에 의하여 의무적으로 가입하여야 하는 보험으로서 공제계약(각종 공제회에 가입되어 있는 계약)을 포함합니다.
- ③ 피공제자가 의무보험에 가입하여야 함에도 불구하고 가입하지 않은 경우에는 그가 가입했다면 의무보험에서 보상했을 금액을 제1항의 “의무보험에서 보상하는 금액”으로 봅니다.

제5조(보험금 등의 지급한도)

① 보험사는 1회의 보험사고에 대하여 다음과 같이 보상합니다. 이 경우 보상한도액은 1천만원, 자기부담금은 1만원이 적용됩니다.

1. 제2조(보상하는 손해의 범위) 제1호의 손해배상금: 보상한도액을 한도로 보상하되, 자기부담금이 약정된 경우에는 그 자기부담금을 초과한 부분만 보상합니다.

2. 제2조(보상하는 손해의 범위) 제2호 가목, 나목 또는 마목의 비용: 비용의 전액을 보상합니다.

3. 제2조(보상하는 손해의 범위) 제2호 다목 또는 라목의 비용: 이 비용과 제1호에 의한 보상액의 합계액을 보상한도액의 한도내에서 보상합니다.

② 공제가입기간 중 발생하는 사고에 대한 보험사의 보상총액은 공제증권에 기재된 총 보상한도액을 한도로 합니다.

제6조(타인을 위한 계약)

① 계약자는 타인을 위한 계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없는 때에는 반드시 이를 공제회에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인은 이 계약이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 공제회나 보험사에 이의를 제기할 수 없습니다.

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

제7조(손해의 발생과 통지)

① 계약자 또는 피공제자는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체 없이 그 내용을 서면으로 공제회에 알려야 합니다.

1. 사고가 발생하였을 경우 사고가 발생한 때와 곳, 피해자의 주소와 성명, 사고상황 및 이들 사항의 증인이 있을 경우 그 주소와 성명

2. 피해자로부터 손해배상청구를 받았을 경우

3. 피해자로부터 손해배상책임에 관한 소송을 제기 받았을 경우

② 계약자 또는 피공제자가 제1항 각 호의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 공제회와 보험사는 그 증가된 손해를 보상하여 드리지 않으며, 제1항 제3호의 통지를 게을리 한

때에는 소송비용과 변호사비용도 보상하여 드리지 않습니다.

제8조(손해방지의무)

① 보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피공제자는 아래의 사항을 이행하여야 합니다.

1. 손해의 방지 또는 경감을 위하여 노력하는 일(피해자에 대한 응급처치, 긴급호송 또는 그 밖의 긴급조치를 포함합니다)
2. 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 경우에는 그 권리를 지키거나 행사하기 위한 필요한 조치를 취하는 일
3. 손해배상책임의 전부 또는 일부에 관하여 지급(변제), 승인 또는 화해를 하거나 소송, 중재 또는 조정을 제기하거나 신청하고자 할 경우에는 미리 보험사의 동의를 받는 일

② 계약자 또는 피공제자가 정당한 이유 없이 위 제1항의 의무를 이행하지 않았을 때에는 제2조(보상하는 손해의 범위)의 손해에서 다음의 금액을 뺍니다.

1. 제1항 제1호의 경우에는 그 노력을 하였더라면 손해를 방지 또는 경감할 수 있었던 금액
2. 제1항 제2호의 경우에는 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있었던 금액
3. 제1항 제3호의 경우에는 소송비용(중재 또는 조정에 관한 비용 포함) 및 변호사비용과 보험사의 동의를 받지 않은 행위에 의하여 증가된 손해

제9조(손해배상청구에 대한 보험사의 해결)

① 피공제자가 피해자에게 손해배상책임을 지는 사고가 생긴 때에는 피해자는 이 특별약관에 의하여 보험사가 피공제자에게 지급 책임을 지는 금액 한도 내에서 공제회 또는 보험사에 대하여 보험금의 지급을 직접 청구할 수 있습니다. 그러나 보험사는 피공제자가 그 사고에 관하여 가지는 항변으로써 피해자에게 대항할 수 있습니다.

② 공제회 또는 보험사가 제1항의 청구를 받았을 때에는 지체 없이 피공제자에게 통지하여야 하며, 공제회 또는 보험사의 요구가 있으면 계약자 및 피공제자는 필요한 서류, 증거의 제출, 증언 또는 증인 출석에 협조하여야 합니다.

③ 피공제자가 피해자로부터 손해배상의 청구를 받았을 경우에 보험사가 필요하다고 인정할 때에는 피공제자를 대신하여 보험사의 비용으로 이를 해결할 수 있습니다. 이 경우 보험사의 요구가 있으면 계약자 및 피공제자는 이에 협력하여야 합니다.

④ 계약자 및 피공제자가 정당한 이유 없이 제2항, 제3항의 요구에 협조하지 않을 때에는 공제회 또는 보험사는 그로 인해 늘어난 손해는 보상하지 않습니다.

제10조(보험금의 지급)

① 피공제자가 보험금을 청구할 때에는 다음의 서류를 공제회 또는 보험사에 제출하여야 합니다.

1. 보험금 청구서
2. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
3. 손해배상금 및 그 밖의 비용을 지급하였음을 증명하는 서류
4. 공제회 또는 보험사가 요구하는 그 밖의 서류

② 보험사는 제1항에 따른 보험금 청구를 받은 후 지체 없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급하여 드립니다. 그러나 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피공제자의 청구가 있을 때에는 보험사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

③ 보험사는 제2항의 지급보험금이 결정된 후 7일(이하 '지급기일'이라 합니다)이 지나도록 보험금을 지급하지 않았을 때에는 지급 기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 <부표> '보험금을 지급할 때의 적립이율'에 따라 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 피공제자의 책임 있는 사유로 지체된 경우에는 그러하지 않습니다.

<부표> 보험금을 지급할 때의 적립이율

기 간	지 급 이 자
지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
지급기일의 31일이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
지급기일의 61일이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)

지급기일의 91일이후 기간

보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)

주) 보험계약대출이율은 보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율을 적용합니다.

< 용어풀이 >

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

제11조(보험금의 분담)

- ① 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약(각종 공제회에 가입되어 있는 계약)을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 보험사는 이 계약에 의한 보상책임액의 전기합계액(각각 산출한 보상책임액의 합계액)에 대한 비율에 따라 손해를 보상합니다. 이 계약과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.
- ② 이 계약이 의무보험이 아니고 다른 의무보험이 있는 경우에는 다른 의무보험에서 보상되는 금액(피공제자가 가입을 하지 않은 경우에는 보상될 것으로 추정되는 금액)을 차감한 금액을 손해액으로 간주하여 제1항에 의한 보상할 금액을 결정합니다.
- ③ 피공제자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 보험사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제12조(대위권)

- ① 보험사가 보험금을 지급한 때(현물 보상을 한 경우를 포함합니다)에는 보험사는 지급한 보험금의 한도내에서 아래의 권리를 가집니다. 다만, 보험사가 보상한 금액이 피공제자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피공제자의 권리를 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 가집니다.
 1. 피공제자가 제3자로부터 손해배상을 받을 수 있는 경우에는 그 손해배상청구권
 2. 피공제자가 손해배상을 함으로써 대위 취득하는 것이 있을 경우에는 그 대위권
- ② 계약자 또는 피공제자는 제1항에 의하여 보험사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며, 또한 보험사가 요구하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다.

③ 보험사는 제1항 및 제2항에도 불구하고 타인을 위한 공제계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

제13조(합의·절충·중재·소송의 협조·대행 등)

① 보험사는 피공제자의 법률상 손해배상책임을 확정하기 위하여 피공제자가 피해자와 행하는 합의·절충·중재 또는 소송(확인의 소를 포함합니다)에 대하여 협조하거나, 피공제자를 위하여 이러한 절차를 대행할 수 있습니다.

② 보험사는 피공제자에 대하여 보상책임을 지는 한도(동일한 사고로 이미 지급한 보험금이나 가지급보험금이 있는 경우에는 그 금액을 공제한 액수를 말하며, 이하 같습니다) 내에서 제1항의 절차에 협조하거나 대행합니다.

③ 보험사가 제1항의 절차에 협조하거나 대행하는 경우에는 피공제자는 보험사의 요청에 따라 협력해야 하며, 피공제자가 정당한 이유 없이 협력하지 않는 경우에는 그로 말미암아 늘어난 손해에 대해서 보상하지 않습니다.

④ 보험사는 다음의 경우에는 제1항의 절차를 대행하지 않습니다.

1. 피공제자가 피해자에 대하여 부담하는 법률상의 손해배상책임액이 공제증권에 기재된 공제가입금액을 명백하게 초과하는 때

2. 피공제자가 정당한 이유 없이 협력하지 않는 때

⑤ 보험사가 제1항의 절차를 대행하는 경우에는, 피공제자에 대하여 보상책임을 지는 한도 내에서, 가압류나 가집행을 면하기 위한 공탁금을 피공제자에게 대부할 수 있으며 이에 소요되는 비용을 보상합니다. 이 경우 대부금의 이자는 공탁금에 붙여지는 것과 같은 이율로 하며, 피공제자는 공탁금(이자를 포함합니다)의 회수청구권을 보험사에 양도하여야 합니다.

제14조(조사)

① 공제회 또는 보험사는 공제계약 목적에 대한 위험상태를 조사하기 위하여 공제가입기간 중 언제든지 피공제자의 시설과 업무내용을 조사할 수 있고 필요한 경우에는 그의 개선을 피공제자에게 요청할 수 있습니다.

② 공제회 또는 보험사는 제1항에 따른 개선이 완료될 때까지 계약의 효력을 정지할 수

있습니다.

- ③ 공제회 또는 보험사는 이 계약의 중요사항과 관련된 범위 내에서는 공제가입기간 중 또는 보험사에서 정한 보험금 청구서류를 접수한날로부터 1년 이내에는 언제든지 피공제자의 회계장부를 열람할 수 있습니다.

제15조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제2장 국내여행자 상해조항을 따릅니다.

휴대품손해 특별약관

제1조(보험목적의 범위) ① 이 보험의 목적은 피공제자가 여행도중에 휴대하는 피공제자 소유·사용·관리의 휴대품에 한합니다.

② 아래의 물건은 보험의 목적에 포함되지 않습니다.

1. 통화, 유가증권, 인지, 우표, 신용카드, 쿠폰, 항공권, 여권 등 이와 비슷한 것
2. 원고, 설계서, 도안, 장부 기타 이들에 준하는 것
3. 선박 또는 자동차(자동3륜차, 자동2륜차 포함)
4. 산악 등반이나 탐험등에 필요한 용구
5. 동물, 식물
6. 의치, 의수족, 콘택트렌즈, 안경 및 이와 유사한 신체보조장구
7. 기타(보험증권 또는 공제증권에 특별히 기재된 것)

제2조(보상하는 손해) 보험사는 피공제자가 제2장 국내여행자 상해조항 제3조(보험금의 지급 사유)의 여행도중에 생긴 우연한 사고에 의하여 보험의 목적에 입은 손해를 이 특별약관에 따라 보상해 드립니다.

제3조(보상하지 않는 손해) 보험사는 제2장 국내여행자 상해조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 제3호, 제5호 및 아래의 사유로 인하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 계약자나 또는 피공제자의 고의 또는 중대한 과실
2. 피공제자에게 보험금이 지급되도록 하기 위하여 피공제자와 여행을 같이 하는 친족 또는 고용인 고의로 일으킨 손해
3. 압류, 징발, 몰수, 파괴 등 국가 또는 공공기관의 공권력행사. 단, 화재, 소방, 피난에 필요

한 처리로 된 경우를 제외합니다.

4. 보험의 목적의 흠으로 생긴 손해, 그러나 보험계약자, 피공제자 또는 이들을 대신하여 보험의 목적을 관리하는 자가 상당한 주의를 하였음에도 불구하고 발견하지 못한 흠으로 인한 손해는 보상하여 드립니다.

5. 보험의 목적의 자연소모, 녹, 곰팡이, 번질, 변색등과 쥐나 벌레로 인한 손해

6. 단순한 외관상의 손해로 기능에는 지장이 없는 손해

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

8. 보험의 목적의 방치 또는 분실

제4조(손해방지의무) ① 보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피공제자는 손해의 방지와 경감에 힘써야 합니다. 만약 고의 또는 중대한 과실로 이를 게을리한 때에는 방지 또는 경감할 수 있었을 것으로 밝혀진 부분을 손해액에서 뺍니다.

② 보험사는 제1항의 손해방지 또는 경감에 소요된 필요 또는 유익한 비용(이하 「손해방지비용」이라 합니다)은 제6조(지급보험금의 계산)의 지급보험금 계산 방법에 준하여 이를 보상하여 드립니다.

③ 보험사는 제6조(지급보험금의 계산)의 지급보험금에 제2항의 손해방지비용을 합한 금액이 보험가입금액을 초과하더라도 이를 지급합니다.

제5조(손해액의 조사결정) 보험사가 보상할 손해액은 그 손해가 생긴 때와 곳에서의 보험의 목적의 가액(이하 「보험가액」이라 합니다)에 따라 계산합니다.

제6조(지급보험금의 계산) ① 보험사가 지급할 보험금은 손해액에서 1회의 사고에 대하여 보험증권에 기재된 자기부담금을 공제한 금액으로 합니다.

② 보험의 목적의 손상을 수선할 경우에는 보험의 목적을 손해발생 직전의 상태로 복원하는데

필요한 비용을 제1항의 손해액으로 합니다.

③ 보험의 목적이 1조(2개 이상의 물건이 갖추어 한 벌을 이룰 때, 그 한 벌) 또는 1쌍으로 된 경우에 있어, 그 일부에 손해가 생겼을 때 그 손해가 당해 보험목적 전체의 가치에 미치는 영향을 고려하여 손해액을 결정합니다. 이 경우에 당해 부분의 수선비가 보험가액을 초과하는 경우를 제외하고는 어떠한 경우에도 전부 손해로 볼 수 없습니다.

④ 보험의 목적의 1개 또는 1조, 1쌍에 대한 제1항의 지급할 보험금은 200,000원을 한도로 합니다.

⑤ 보험의 목적에 대하여 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약이 있을 경우에는 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과했을 때, 보험사는 이 계약에 따른 보상책임액의 전기합계액(각각 산출한 보상책임액의 합계액)에 대한 비율에 따라 보험금을 지급합니다.

제7조(잔존물 및 도난품의 귀속) ① 보험사가 보험금을 지급하였을 때는 보험의 목적의 잔존물은 보험사가 그것을 취득할 의사를 표시하지 않은 경우에 한하여 피공제자에게 귀속되는 것으로 합니다.

② 도난당한 보험의 목적이 발견된 때에는 아래에 따라 처리합니다.

1. 보험사가 손해보상을 하기 전에 보험의 목적을 회수하였을 때에는 그 회수물에 대해 도난 손해가 발생하지 않았던 것으로 합니다.

2. 보험사가 손해배상을 한 후에 보험의 목적이 회수된 경우에 그 소유권이 보험사에 귀속되는 것으로 합니다. 이 경우 보험사는 이를 타당한 값으로 매각하고, 그 대금이 보험의 목적에 대하여 보상한 금액과 회수 또는 매각에 소요된 필요비용을 합한 금액을 넘을 때에는 그 초과액을 피공제자에게 돌려 드립니다. 그러나 피공제자는 보험의 목적의 매각전에 지급받은 보험금은 보험사에 반환하고 그 물건을 찾아갈 수 있습니다.

③ 제2항과 관련하여 경우에 보험의 목적에 도난, 강탈 이외의 원인으로 생긴 손해 및 계약자나 피공제자가 보험의 목적을 회수하는데 소요된 비용이 있는 경우 보험사는 제6조(지급보험금의 계산)의 계산방법에 따라 산출한 금액을 보상하여 드립니다.

제8조(대위권) ① 보험사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다)에는 보험사는 지급한 보험금 한도내에서 계약자 또는 피공제자가 제3자에 대하여 가지는 손해배상 청구권을 취득합니다. 다만, 보험사가 보상한 금액이 피공제자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피공제자의 권리를 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 취득합니다.

② 계약자 또는 피공제자는 제1항에 의하여 보험사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며 또한 보험사가 요구하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다. 이에 필요한 비용은 보험사가 드립니다.

③ 보험사는 제1항 및 제2항에도 불구하고 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

제9조(준용규정) 이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제2장 국내여행자 상해조항을 따릅니다.

골절수술비 특별약관

제1조(보상하는 손해) ① 보험사는 피공제자가 보험기간 중에 제2장 국내여행자 상해조항 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 사고로 인하여 신체에 상해를 입고 그 직접적인 결과로 【별표2】(골절분류표)에 정한 골절(이하 「골절」이라 합니다)로 수술한 경우 보험증권에 기재된 금액을 골절수술비로 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피공제자)에게 지급합니다.

② 제1항의 보험금은 1사고마다 지급하여 드리며, 하나의 사고로 인하여 2가지 이상의 골절 상태가 된 경우에는 1회에 한하여 보상하여 드립니다.

제2조(수술의 정의) 이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 보험사가 인정하는 국외의 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회 【향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관】로부터 안전성과 치료효과를 인정 받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다

<신의료기술평가위원회>

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다

제3조(준용규정) 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 제2장 국내여행자 상해조항을 따릅니다.

특정전염병위로금 특별약관

제1조(보상하는 손해) ① 보험사는 피공제자가 보험기간 중에 【별표3】 「특정전염병 분류표」에서 정한 특정전염병에 감염되어 전염병환자로 진단받아 치료를 받은 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 보험수익자(보험수익자의 지정이 없을 때에는 피공제자)에게 보상금으로 지급합니다.

② 제1항에서 진단이라 함은 전염병의 병원체가 인체 내에 침입하여 증상을 나타내는 자가 감염법 예방 및 관리에 관한 법률 제11조 제5항의 진단기준에 의한 의사의 진단 또는 보건복지부령이 정하는 기관의 실험실 검사를 통하여 확인이 되고, 감염법 예방 및 관리에 관한 법률 제11조에 의하여 해당 보건소장에게 전염병환자로 신고되는 것을 말합니다.

③ 제1항에서 특정전염병이라 함은 【별표3】 「특정전염병 분류표」에서 정한 다음의 질병을 말합니다.

④ 제1항에서 특정전염병이라 함은 【별표3】 「특정전염병 분류표」에서 정한 다음의 질병을 말합니다.

－ 제1군 전염병

： 콜레라, 장티푸스, 파라티푸스, 상세불명의 이질, 장출혈성대장균감염증, 페스트

－ 제2군 전염병

： 파상풍, 디프테리아, 백일해, 급성 회색질척수염, 일본뇌염, 홍역, 볼거리

－ 제3군 전염병

： 탄저병, 브루셀라증, 렙토스피라증, 성홍열, 수막알균 수막염, 기타 그람음성균에 의한 패혈증, 리지오넬라증, 발진티푸스, 리켓치아 타이피에 의한 발진티푸스, 리켓치아 썩썩가무시에 의한 발진티푸스, 콩팥(신장) 증후군을 동반한 출혈열, 말라리아

제2조(준용규정) 이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제2장 국내여행자 손해조항을 따릅니다.

교직원실손의료비 특별약관

제1관 일반사항 및 용어의 정의

제1조(보장종목)

① 실손의료보험약관은 다음과 같이 상해입원형, 상해통원형, 질병입원형 및 질병통원형의 4개 이내의 보장종목으로 구성되어 있습니다.

보장종목		보상하는 내용
상해	입원	피공제자가 상해로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에 보상
	통원	피공제자가 상해로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에 보상
질병	입원	피공제자가 질병으로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에 보상
	통원	피공제자가 질병으로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에 보상

② 보험사는 이 약관의 명칭에 ‘실손의료비’라는 문구를 포함하여 사용합니다.

제2조(용어의 정의) 이 약관에서 사용하는 용어의 뜻은 <붙임1>과 같습니다.

제2관 보험사가 보상하는 사항

제3조(보장종목별 보상내용)

보험사가 이 계약의 공제가입기간 중 보장종목별로 각각 보상하거나 공제하는 내용은 다음과 같습니다.

보장 종목	보상하는 사항
----------	---------

① 보험사는 피공제자가 상해로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원의료비를 다음과 같이 하나의 상해당 공제가입금액(5천만원 이내에서 계약자가 정한 금액을 말합니다)의 한도 내에서 보상합니다.

구분		보상금액
표준형	입원실료, 입원제비용, 입원수술비	「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금 ^과 과 ‘비급여 ^{주)} ’를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 80%에 해당하는 금액. 다만, 나머지 20%가계약일 또는 매년 계약해당일부터 기산하여 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다) 주)상급병실료 차액은 제외합니다
	상급병실료차액	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.
선택형	입원실료, 입원제비용, 입원수술비	「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)’의 90%에 해당하는 금액. 과 ‘비급여 주) (본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)’의 80%에 해당하는 금액을 합한 금액. 다만, 급여 중 본인부담금의 10%해당액과 비급여 주)의 20%에 해당하는 금액을 합한 금액이 계약일 또는 매년 계약해당일부터 기산하여 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다.) 주)상급병실료 차액은 제외합니다.
	상급병실료차액	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.

(1)
상해입원

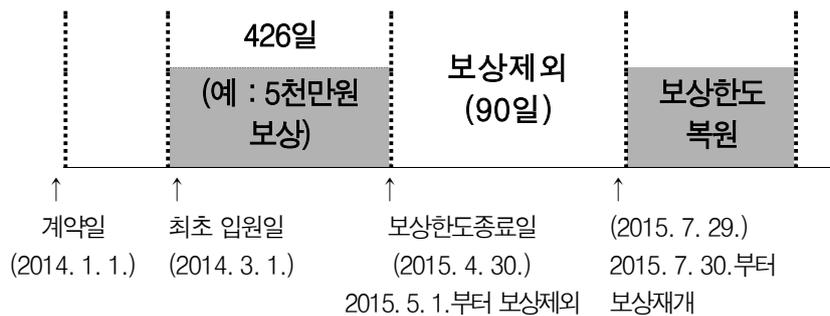
주) 위 표에서 ‘비급여’라 함은 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)

(1)
상해입원
(계속)

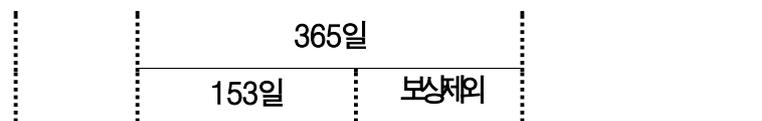
- ② 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연히 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상이 포함됩니다. 다만, 유독가스 또는 유독물질을 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상과 세균성 음식물 중독증상은 포함되지 않습니다.
- ③ 피공제자가 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 경우에는 입원의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 급여 및 비급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액의 40%를 하나의 상해당 공제가입금액(5천만원 이내에서 계약자가 정한 금액을 말합니다)의 한도 내에서 보상합니다.
- ④ 제1항에도 불구하고 보험사는 하나의 상해(같은 상해로 2회 이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 상해로 봅니다)로 인한 입원의료비를 공제가입금액까지 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.

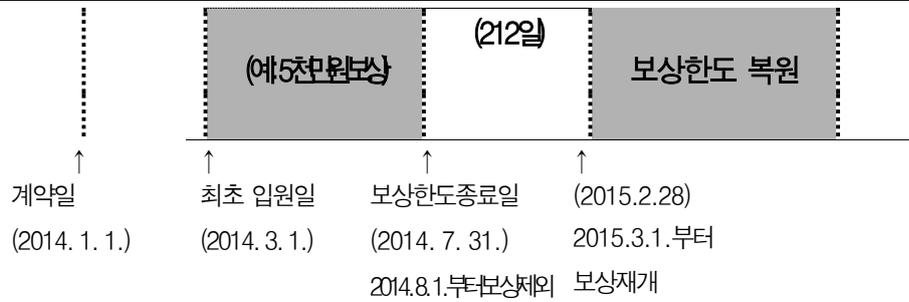
<보상기간 예시>

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



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





(1) 상해입원 (계속)

- ⑤ 피공제자가 입원하여 치료를 받던 중 공제가입기간이 끝나더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는 공제가입기간 종료일부터 180일까지(공제가입기간 종료일은 제외합니다) 보상하며, 이 경우 제4항은 적용하지 않습니다.
- ⑥ 피공제자가 직원복리후생제도에 의해 의료비를 감면받고 그 감면받은 의료비가 근로소득에 포함되는 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 입원의료비를 계산합니다.

(2) 상해통원

① 보험사는 피공제자가 상해로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에는 통원의료비 명목으로 매년 계약해당일부터 1년을 단위로 하여 다음과 같이 외래(외래제비용, 외래수술비) 및 처방조제비를 각각 보상합니다.

구분	보 상 한 도
외래	방문 1회당 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금 ^{주1)} 과 ‘비급여 ^{주1)} ’를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표1>의 ‘항목별 공제금액’을 뺀 금액을 외래의 공제가입금액 ^{주2)} 의 한도 내에서 보상(매년 계약해당일부터 1년간 방문 180회를 한도로 합니다)
처방조제비	처방전 1건당 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금 ^{주1)} 과 ‘비급여 ^{주1)} ’를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표1>의 ‘항목별 공제금액’을 뺀 금액을 처방조제비의 공제가입금액 ^{주2)} 의 한도 내에

서 보상(매년 계약해당일부터 1년간 처방전 180건을 한도로 합니다)

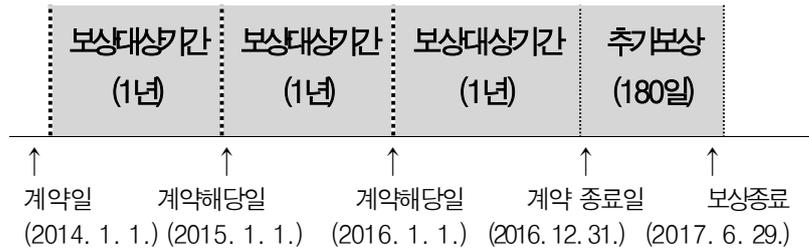
주1) 국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)

주2) 외래 및 처방조제비는 회(건)당 합산하여 30만원이내에서 계약 시 계약자가 각각 정한 금액으로 합니다.

< 표1> 항목별 공제금액

구 분	항 목	공제금액	
(2) 상해통원 (계속) 표준 형	외래 (외래제비용 및 외래수술 비 합계)	「의료법」 제3조 제2항 제1호에 따른 의원, 치과의원, 한의원, 같은 항 제2호에 따른 조산원, 「지역보건법」 제10조, 제12조 및 제13조에 따른 보건소, 보건의료원 및 보건지소, 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」 제15조에 따른 보건진료소	1만원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액
		「의료법」 제3조 제2항 제3호에 따른 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	1만 5천원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액
		「국민건강보험법」 제42조 제2항에 따른 종합전문요양기관 또는 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원	2만원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액
	처방조제비	「국민건강보험법」 제42조 제1항 제2호에 따른 약국, 같은 항 제3호에 따른 한국희귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약분업 예외 지역에서 약사의 직접조제 1건당)	8천원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액
	선 택	외래 (외래제비용	「의료법」 제3조 제2항 제1호에 따른 의원, 치과의원, 한의원, 같은 항 제2호

<보상기간 예시>



(2)
상해통원
(계속)

- ③ 하나의 상해로 인해 하루에 같은 치료를 목적으로 의료기관에서 2회 이상 통원 치료를 받거나 하나의 상해로 약국에서 2회 이상의 처방조제를 받은 경우 각각 1회의 외래 및 1건의 처방으로 보아 제1항과 제2항을 적용합니다. 이 때 공제금액은 2회 이상의 중복방문 의료기관 중 가장 높은 공제금액을 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 피공제자가 「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 <표1>의 ‘항목별 공제금액’을 뺀 금액의 40%를 외래 및 처방조제비로 공제가입금액[외래 및 처방조제비는 회(건)당 합산하여 30만원 이내에서 계약 시 계약자가 각각 정한 금액을 말합니다]의 한도 내에서 보상합니다.
- ⑥ 피공제자가 직원복리후생제도에 의해 의료비를 감면받고 그 감면받은 의료비가 근로소득에 포함되는 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 통원의료비를 계산합니다.

① 보험사는 피공제자가 질병으로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원의료비를 다음과 같이 하나의 질병당 공제가입금액(5천만원 이내에서 계약자가 정한 금액을 말합니다)의 한도 내에서 보상합니다.

구분		보상금액
표 준 형	입원실료, 입원제비용 입원수술비	「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금과 ‘비급여 ^{주)} ’를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 80%에 해당하는 금액. 다만, 나머지 20%가계약일 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.
선 택 형	입원실료, 입원제비용 입원수술비	「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)’의 90%에 해당하는 금액. 과 ‘비급여 주) (본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)’의 80%에 해당하는 금액을 합한 금액. 다만, 급여 중 본인부담금의 10%해당액과 비급여 주)의 20%에 해당하는 금액을 합한 금액이 계약일 또는 매년 계약해당일 부터 기산하여 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다.) 주)상급병실료 차액은 제외합니다.
	상급병실 료차액	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.

(3)
질병입원

주) 위 표에서 ‘비급여’라 함은 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부 장관이 정한 비급여대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)

② 제1항의 질병에서 청약서상 ‘계약 전 알릴 의무(중요한 사항으로 한정합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우 그 질병으로 인한 입원의료비는 보상하지 않습니다.

③ 피공제자가 「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 금액의 40%를 하나의 질병당 공제가입금액(5천만원 이내에서 계약자가 정한 금액을 말합니다)의 한도 내에서 보상합니다.

④ 제1항에도 불구하고 보험사는 하나의 질병으로 인한 입원의료비를 공제가입금액까지 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.

(3)
질병입원
(계속)

<보상기간 예시>

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



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



(3)
질병입원
(계속)

- 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 발생한 합병증 또는 새로 발견된 질병의 치료가 병행되거나 의학상 관련이 없는 여러 종류의 질병을 갖고 있는 상태에서 입원한 경우에는 하나의 질병으로 간주합니다.
- ⑥ 피공제자가 입원하여 치료를 받던 중 공제가입기간이 끝나더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는 공제가입기간 종료일부터 180일까지(공제가입기간 종료일은 제외합니다) 보상하며, 이 경우 제4항은 적용하지 않습니다.
- ⑦ 피공제자가 직원복리후생제도에 의해 의료비를 감면받고 그 감면받은 의료비가 근로소득에 포함되는 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 입원의료비를 계산합니다.
- ⑧ 제2항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년이 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진은 제외합니다) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부턴 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보상합니다.

① 보험사는 피공제자가 질병으로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에는 통원의료비 명목으로 매년 계약해당일부터 1년을 단위로 하여 다음과 같이 외래(외래제비용, 외래수술비) 및 처방조제비를 각각 보상합니다.

주1) 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부 장관이 정한 비급여대상(국민건강보험법

(4)
질병통원

구분	보 상 한 도
외래	방문 1회당 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금과 '비급여주1)'를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표1>의 '항목별 공제금액'을 뺀 금액을 외래의 공제가입금액주2)의 한도 내에서 보상(매년 계약해당일부터 1년간 방문 180회를 한도로 합니다)
처방조제비	처방전 1건당 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금과 '비급여주1)'를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표1>의 '항목별 공제금액'을 뺀 금액을 처방조제비의 공제가입금액주2)을 한도 내에서 보상(매년 계약해당일부터 1년간 처방전 180건을 한도로 합니다)

에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 국민건강보험법 또는 의료급여법에 따른 비급여항목 포함

주2) 외래 및 처방조제비는 회(건)당 합산하여 30만원 이내에서 계약 시 계약자가 각각 정한 금액을 말합니다.

< 표1 > 항목별 공제금액

구분	항 목	공제금액
표준형 외래 (외래제비용 및 외래수술비 합계)	「의료법」 제3조 제2항 제1호에 따른 의원, 치과의원, 한의원, 같은 항 제2호에 따른 조산원, 「지역보건법」 제10조, 제12조 및 제13조에 따른 보건소,	1만원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액

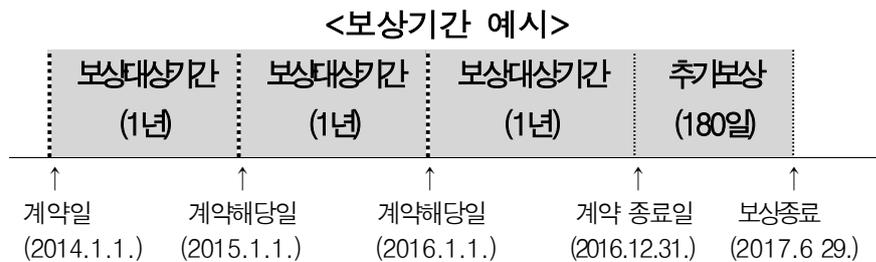
(4)
질병통원
(계속)

		보건의료원 및 보건지소, 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」 제15조에 따른 보건진료소		
		「의료법」 제3조 제2항 제3호에 따른 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	1만 5천원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액	
		「국민건강보험법」 제42조 제2항에 따른 종합전문요양기관 또는 「의료법」 제3조의4에 따른상급종합병원	2만원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액	
	처방조제비	「국민건강보험법」 제42조 제1항 제2호에 따른 약국, 같은 항 제3호에 따른 한국희귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약분업 예외 지역에서 약사의 직접조제 1건당)	8천원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액	
	선택 형	외래 (외래제비용 및 외래수술비 합계)	「의료법」 제3조 제2항 제1호에 따른 의원, 치과의원, 한의원, 같은 항 제2호에 따른 조산원, 「지역보건법」 제10조, 제12조 및 제13조에 따른 보건소, 보건의료원 및 보건지소, 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」 제15조에 따른 보건진료소	1만원과 공제기준금액(보상대상의 료비의급여 10% 해당액과 비급여 20% 해당액의 합산액)중 큰 금액
			「의료법」 제3조 제2항 제3호에 따른 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	1만5천원과 공제기준금액(보상대상의 료비의급여 10% 해당액과 비급여 20% 해당액의 합산액)중 큰 금액
			「국민건강보험법」 제42조 제2항에 따른 종합전문요양기관 또는 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원	2만원과 공제기준금액(보상대상의 료비의급여 10% 해당액과 비급여 20%

		해당액의 합산액)중 큰 금액
처방조제비	「국민건강보험법」 제42조 제1항 제2호에 따른 약국, 같은 항 제3호에 따른 한국희귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약분업 예외 지역에서 약사의 직접조제 1건당)	8천원과 공제기준금액(보상대상의 료비의급여 10% 해당액과 비급여 20% 해당액의 합산액)중 큰 금액

② 피공제자가 통원하여 치료를 받던 중 공제가입기간이 끝나더라도 그 계속 중인 통원치료에 대해서는 다음 예시와 같이 공제가입기간 종료일부터 180일 이내에 외래는 방문 90회, 처방조제비는 처방전 90건의 한도 내에서 보상합니다.

(4)
질병통원
(계속)



③ 하나의 질병으로 하루에 같은 치료를 목적으로 의료기관에서 2회 이상 통원치료를 받거나 하나의 질병으로 약국에서 2회 이상 처방조제를 받은 경우 각각 1회의 외래 및 1건의 처방으로 보아 제1항과 제2항을 적용합니다. 이 때 공제금액은 2회 이상의 중복방문 의료기관 중 가장 높은 공제금액을 적용합니다.

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

⑤ 제1항의 질병에서 청약서상 ‘계약 전 알릴 의무(중요한 사항으로 한정합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우 그 질병으로 인한 외래 및 처방조제비는 보상하지 않습니다.

(4)
질병통원
(계속)

- ⑥ 피공제자가 「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 <표1>의 '항목별 공제금액'을 뺀 금액의 40%를 외래 및 처방조제비로 공제가입금액(외래 및 처방조제비는 회(건)당 합산하여 30만원 이내에서 계약 시 계약자가 각각 정한 금액을 말합니다)의 한도 내에서 보상합니다.
- ⑦ 피공제자가 직원복리후생제도에 의해 의료비를 감면받고 그 감면받은 의료비가 근로소득에 포함되는 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 입원의료비를 계산합니다.
- ⑧ 제5항에도 불구하고 청약일 이전에 진단된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년이 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진은 제외합니다) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보상합니다.

제3관 보험사가 보상하지 않는 사항

제4조(보상하지 않는 사항)

보험사가 보상하지 않는 사항은 보장종목별로 다음과 같습니다.

담보종목	보상하지 않는 사항
(1) 상해입원	<p>① 보험사는 다음의 사유로 인하여 생긴 입원의료비는 보상하지 않습니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 피공제자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피공제자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다. 2. 보험수익자가 고의로 피공제자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다. 3. 계약자가 고의로 피공제자를 해친 경우 4. 피공제자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원한 경우. 다만, 보험사가 보상하는 상해로 인하여 입원한 경우에는 보상합니다. 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인한 경우 6. 피공제자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피공제자의 본인이 자의적으로 입원하여 발생한 입원의료비 <p>② 보험사는 다른 약정이 없으면 피공제자가 직업, 직무 또는 동호회 활동 목적으로 한 다음의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 생긴 상해에 대해서는 보상하지 않습니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 선박 승무원, 어부, 사공, 그 밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

<p>(1) 상해입원 (계속)</p>	<p>③ 보험사는 다음의 입원의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 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(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, 보험사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다. 5. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임 검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진, 의약외품과 관련하여 소요된 비용. 다만, 보험사가 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 <ol style="list-style-type: none"> 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방 확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 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 목
------------------------------	--

<p>(1) 상해입원 (계속)</p>	<p>적의 수술</p> <p>다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다.)</p> <p>라. 외모개선 목적의 다리 정맥류 수술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 외모개선 목적으로 봅니다.)</p> <p>마. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여대상에 해당하는 치료</p> <p>8. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비</p> <p>9. 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(보장종목별 보상내용) (1)상해입원 제1항, 제2항 및 제4항부터 제6항에 따라 보상합니다.</p> <p>10. 「국민건강보험법」 제42조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비</p>
------------------------------	---

① 보험사는 다음의 사유로 인하여 생긴 통원의료비는 보상하지 않습니다.

1. 피공제자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피공제자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피공제자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피공제자를 해친 경우
4. 피공제자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 통원한 경우. 다만, 보험사가 보상하는 상해로 인하여 통원한 경우에는 보상합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인하여 통원한 경우
6. 피공제자가 정당한 이유 없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 통원의료비

(2)
상해통원

② 보험사는 다른 약정이 없으면 피공제자가 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. 선박 승무원, 어부, 사공, 그 밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

③ 보험사는 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 「국민건강보험

법」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(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, 보험사가 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, 보험사가 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), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살 제거술 등
 - 나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선목적의 수술
 - 다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)

(2)
상해통원
(계속)

<p>(2) 상해통원 (계속)</p>	<p>라. 외모개선 목적의 다리 정맥류 수술(국민건강보험 요양급여 대상 수술 방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 외모개선 목적으로 봅니다)</p> <p>마. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여대상에 해당하는 치료</p> <p>8. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다.), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비</p> <p>9. 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(보장종목별 보상내용) (2)상해통원 제1항부터 제4항 및 제6항에 따라 보상합니다.</p> <p>10. 「국민건강보험법」 제42조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비</p> <p>11. 「응급의료에 관한 법률」 및 동 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료</p>
------------------------------	---

- ① 보험사는 다음의 사유로 생긴 입원의료비는 보상하지 않습니다.
1. 피공제자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피공제자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다.
 2. 보험수익자가 고의로 피공제자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피공제자를 해친 경우
 4. 피공제자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피공제자 본인이 자의적으로 입원하여 발생한 입원의료비
- ② 보험사는 '한국표준질병사인분류'에 따른 다음의 입원의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.
1. 정신 및 행동장애(F04 ~ F99)
(다만, F04 ~ F09, F20 ~ F29, F30 ~ F39, F40 ~ F48, 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. 피공제자가 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 항문 질환 중 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 부분(I84, K60 ~ K62, K64)
- ③ 보험사는 다음의 입원의료비에 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 관

(3)
질병입원

<p>(3) 질병입원 (계속)</p>	<p>련 법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제)</p> <p>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)</p> <p>4. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 추가 의료비용은 보상합니다), 예방접종, 인공유산에 든 비용. 다만, 보험사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.</p> <p>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, 보험사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.</p> <p>6. 다음의 어느 하나에 해당하는 치료로 인하여 발생한 의료비</p> <p>가. 단순한 피로 또는 권태</p> <p>나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피공제자의 가입 나이</p> <p>가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환</p> <p>다. 발기부전(impotence)·불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosi), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환</p> <p>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.</p> <p>8. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비</p> <p>가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시</p>
------------------------------	---

(3)
질병입원
(계속)

력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다). 축소술, 지방흡입술, 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 다리 정맥류 수술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 외모개선 목적으로 봅니다)

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) (3)질병입원 제1항, 제2항 및 제4항부터 제10항에 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

- ① 보험사는 다음의 사유로 인하여 생긴 통원의료비는 보상하지 않습니다.
1. 피공제자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피공제자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다.
 2. 보험수익자가 고의로 피공제자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피공제자를 해친 경우
 4. 피공제자가 정당한 이유 없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 통원의료비
- ② 보험사는 ‘한국표준질병사인분류’에 따른 다음의 통원의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.
1. 정신 및 행동장애(F04 ~ F99)
(다만, F04 ~ F09, F20 ~ F29, F30 ~ F39, F40 ~ F48, 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. 피공제자가 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(I84, K60 ~ K62, K64)
- ③ 보험사는 다음의 통원의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.
1. 초과치료(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 관

(4)
질병통원

련 법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(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, 보험사가 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, 보험사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.

(4)

질병통원

(계속)

6. 다음의 어느 하나에 해당하는 치료로 인하여 발생한 의료비

가. 단순한 피로 또는 권태

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

다. 발기부전(impotence).불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(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, 인공장기등 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(용비술), 유방확대

(4)
질병통원
(계속)

(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다). 축소술, 지방흡입술, 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 다리 정맥류 수술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 외모개선 목적으로 봅니다)

마. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여대상에 해당하는 치료

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

10. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(보장종목별 보상내용) (4)질병통원 제1항부터 제5항 및 제7항부터 제10항에 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

제4관 다수보험의 처리 등

제31조(다수보험의 처리)

- ① 다수보험의 경우 각 계약의 보상대상의료비 및 보상책임에 따라 제3항에서 정한 방법으로 계산된 각 계약의 비례분담액을 지급합니다.
- ② 각 계약의 보상책임액 합계액이 각 계약의 보상대상의료비 중 최고액에서 각 계약의 피공제자 부담 공제금액 중 최소액을 차감한 금액을 초과한 다수보험은 아래의 산출방식에 따라 각 계약의 비례분담액을 계산합니다. 이 경우 입원, 외래, 처방조제를 각각 구분하여 계산합니다.

$$\text{각 계약 별 비례분담액} = \frac{\text{각 계약의 보상대상의료비 중 최고액} - \text{각 계약의 피공제자부담 공제금액 중 최소액}}{\text{각 계약별 보상책임액을 합한 금액}} \times \text{각 계약별 보상책임액}$$

제32조(연대책임)

- ① 2009년 10월 1일 이후에 신규로 체결된 보험수익자가 동일한 다수보험의 경우 보험수익자는 보험금 전부 또는 일부의 지급을 다수계약이 체결되어 있는 보험사 중 한 회사에 청구할 수 있고, 청구를 받은 회사는 해당 보험금을 이 계약의 공제가입금액 한도 내에서 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 보험금을 지급한 회사는 보험수익자가 다른 보험사에 대하여 가지는 해당 보험금 청구권을 취득합니다. 다만, 보험사가 지급한 금액이 보험수익자가 다른 회사에 청구할 수 있는 보험금의 일부인 경우에는 해당 보험수익자의 보험금 청구권을 침해하지 않는 범위에서 그 권리를 취득합니다.

제40조(준거법) 이 계약은 대한민국 법에 따라 규율 되고 해석되며, 약관에서 정하지 않은 사항은 상법, 민법 등 관계 법령을 따릅니다.

<붙임1> 용어의 정의

용어	정의
계약	공제계약
진단계약	계약을 체결하기 위하여 피공제자가 건강진단을 받아야 하는 계약
공제증권	계약의 성립과 계약내용을 증명하기 위하여 공제회가 계약자에게 드리는 증서
계약자	공제회와 계약을 체결하고 공제료를 납입하는 사람
피공제자	보험금 지급사유 또는 보험사고 발생의 대상(객체)이 되는 사람
보험수익자	보험금을 수령하는 사람
공제가입기간	보험사가 계약에서 정한 보상책임을 지는 기간
연단위복리	보험사가 지급할 금전에 대한 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법
환급금	계약이 해지되는 때에 보험사가 계약자에게 돌려주는 금액
영업일	공제회가 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, 「관공서의 공휴일에 관한 규정」에 따른 공휴일과 근로자의 날은 제외
상해	공제가입기간 중 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고
의사	「의료법」 제2조(의료인)에서 정한 의사, 한의사 및 치과의사의 자격을 가진 사람
약사	「약사법」 제2조(정의)에서 정한 약사 및 한약사의 자격을 가진 사람
의료기관	「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정하는 의료기관을 말하며, 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 구분
약국	「약사법」 제2조 제3호에 따른 장소로서, 약사가 수여(授與)할 목적으로 의약품 조제업무를 하는 장소를 말하며, 의료기관의 조제실은 제외
병원	「국민건강보험법」 제42조(요양기관)에서 정하는 국내의 병원 또는 의원을 말하며, 조산원은 제외
입원	의사가 피공제자의 질병 또는 상해로 인하여 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 병원, 의료기관 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관에 입실하여 의사의 관리를 받으며 치료에 전념하는 것
입원의 정의 중 '이와 동등하다고 인정되는 의료기관'	보건소, 보건의료원 및 보건지소 등 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 의료기관에 준하는 의료기관으로서 군의무대, 치매요양원, 노인요양원 등에 속해 있는 요양원, 요양시설, 복지시설 등과 같이 의료기관이 아닌 곳은 이에 해당되지 않음
기준병실	병원에서 국민건강보험 환자의 입원 시 병실료 산정에 적용하는 기준이 되는 병실
입원실료	입원치료 중 발생한 기준병실 사용료, 환자 관리료, 식대 등
입원제비용	입원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료(퇴원시 의사로부터 치료목적으로 처방받은 약제비 포함), 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 치료재료, 석고붕대료(cast), 지정진료비 등
입원수술비	입원치료 중 발생한 수술료, 마취료, 수술재료비 등
입원의료비	입원실료, 입원제비용, 입원수술비, 상급병실료 차액
보상한도 종료일	보험사가 공제가입금액 한도까지 입원의료비를 보상한 기준 입원일자
통원	의사가 피공제자의 질병 또는 상해로 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서, 병원에 입원하지 않고 병원을 방문하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것

처방조제	의사 및 약사가 피공제자의 질병 또는 상해로 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서, 통원으로 인하여 발행된 의사의 처방전으로 약국의 약사가 조제하는 것. 이 경우 「국민건강보험법」 제42조 제1항 제3호에 따른 한국희귀의약품센터에서의 처방조제 및 의약분업 예외 지역에서의 약사의 직접조제를 포함
외래제비용	통원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 치료재료, 석고붕대료(cast), 지정진료비 등
외래수술비	통원치료 중 발생한 수술료, 마취료, 수술재료비 등
처방조제비	병원 의사의 처방전에 따라 조제되는 약국의 처방조제비 및 약사의 직접조제비
통원의료비	외래제비용, 외래수술비, 처방조제비
요양급여	「국민건강보험법」 제41조(요양급여)에 따른 가입자 및 피부양자의 질병·부상 등에 대한 다음의 요양급여 1. 진찰·검사 2. 약제·치료재료의 지급 3. 처치·수술 또는 그 밖의 치료 4. 예방·재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송
의료급여	「의료급여법」 제7조(의료급여의 내용 등)에 따른 가입자 및 피부양자의 질병·부상 등에 대한 다음 각 호의 의료급여 1. 진찰·검사 2. 약제·치료재료의 지급 3. 처치·수술 또는 그 밖의 치료 4. 예방·재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송 8. 그 밖에 의료 목적의 달성을 위한 조치
「국민건강보험법」에 따른 본인부담금 상한제	「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 연간 본인부담금 총액이 「국민건강보험법 시행령」 별표3에서 정하는 금액을 넘는 경우에 그 초과한 금액을 공단에서 부담하는 제도를 말하며, 국민건강보험 관련 법령의 변경에 따라 환급기준이 변경될 경우에는 보험사는 변경되는 기준에 따름
「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제	「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금이 「의료급여법 시행령」 제13조(급여비용의 부담)에서 정하는 금액을 넘는 경우에 그 초과한 금액을 의료급여기금 등에서 부담하는 제도를 말하며, 의료급여 관련 법령의 변경에 따라 환급기준이 변경될 경우에는 보험사는 변경된 기준에 따름
보상대상의료비	실제 부담액 - 보상제외금액* * 제3관 보험사가 보장하지 않는 사항에 따른 금액 및 실제 사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 중 보험사가 보장하지 않는 금액
보상책임액	(보상대상의료비 - 피공제자부담 공제금액)과 공제가입금액 중 작은 금액
다수보험	실손 의료보험계약(우체국보험, 각종 공제, 상해·질병·간병보험 등 제3보험, 개인연금·퇴직보험 등 의료비를 실손으로 보상하는 보험·공제계약을 포함)이 동시에 또는 순차적으로 2개 이상 체결되었고, 그 계약이 동일한 보험사고에 대하여 각 계약별 보상책임액이 있는 여러 개의 실손 의료보험계약을 말함

상해 사망위험 보상제외 특별약관

제1조(보험금을 지급하지 않는 사유) 보험사는 제2장 국내여행자 상해조항 제3조(보험금의 지급사유) 제1호에도 불구하고 사망보험금을 보상하지 않습니다.

제2조(준용규정) 이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제2장 국내여행자 상해조항을 따릅니다.

제3장 해외여행자 상해조항

제3장 해외여행자 상해조항의 피공제자는 공제회와 보험사간에 체결한 「해피투어 보험」 계약의 피공제자가 되며 보험 약관에 따라 보험사로부터 보장을 받습니다.

아래는 보험 약관의 내용 중 중요한 내용을 발췌한 내용입니다.

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조(목적)

이 계약은 계약자와 공제회 사이에 피공제자의 학교 밖 활동을 위한 해외여행 도중 (해외여행을 목적으로 주거지를 출발하여 여행을 마치고 주거지에 도착할 때까지, 이하 “여행 도중”이라 합니다)에 발생한 상해에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조(용어의 정의)

이 계약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 계약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어

- 가. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 공제회에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
- 나. 진단계약: 계약을 체결하기 위하여 피공제자가 건강진단을 받아야 하는 계약을 말합니다.
- 다. 피공제자: 보험사고의 대상이 되는 피공제자인 교육참가자를 말합니다.

2. 지급사유 관련 용어

- 가. 상해: 공제가입기간 중에 발생한 급격하고도 우연한 외래의 사고로 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외하나, 인공장기나 부분 의치 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 포함합니다)에 입은 상해를 말합니다.
- 나. 장애: <별표 1> 장애분류표에서 정한 기준에 따른 장애상태를 말합니다.

다. 중요한 사항: 계약 전 알릴 의무와 관련하여 공제회나 보험사가 그 사실을 알았다더라면 계약의 청약을 거절하거나 공제가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 공제료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조(보험금의 지급사유)

보험사는 피공제자에게 공제증권에 기재된 해외여행(이하 “여행“이라 합니다.) 도중에 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 공제가입기간 중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다):
사망보험금
2. 공제가입기간 중 상해로 장애분류표(<별표 1> 참조)에서 정한 각 장애지급률에 해당하는 장애상태가 되었을 때: 후유장애보험금

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제3조(보험금의 지급사유) 제1호 ‘사망’에는 공제가입기간에 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.
- ② 제3조(보험금의 지급사유) 제2호에서 장애지급률이 상해 발생일로부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해 발생일로부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표(<별표 1> 참조)에 장애판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ③ 제2항에 따라 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 상해 발생일로부터 1년 이내)에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.

- ④ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피공제자의 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.
- ⑤ 보험수익자와 보험사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 보험사가 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 보험사가 전액 부담합니다.
- ⑥ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 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.
- ⑧ 이미 이 계약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피공제자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제7항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.
- ⑨ 보험사가 지급하여야 할 하나의 상해로 인한 후유장해보험금은 공제가입금액을 한도로 합니다.

제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)

- ① 보험사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
 1. 피공제자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피공제자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피공제자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피공제자를 해친 경우

4. 피공제자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나, 보험사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 보험사는 다른 약정이 없으면 피공제자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제3조(보험금의 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

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

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

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

제6조(보험금 지급사유의 통지)

계약자 또는 피공제자나 보험수익자는 제3조(보험금의 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유의 발생을 안 때에는 지체 없이 그 사실을 공제회 또는 보험사에 알려야 합니다.

제7조(보험금의 청구)

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(보험사 양식)

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

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조(보험금의 지급절차)

① 보험사는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다.

② 보험사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위해 필요한 기간이 제1항의 지급기일을 초과할 것이 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급제도(보험사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피공제자 또는 보험수익자에게 즉시 통지합니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기

2. 분쟁조정 신청

3. 수사기관의 조사

4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사

5. 제6항에 따른 보험사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피공제자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우

6. 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제5항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

③ 제2항에 의하여 장해지급률의 판정 및 지급할 보험금의 결정과 관련하여 확정된 장해지급률에 따른 보험금을 초과한 부분에 대한 분쟁으로 보험금 지급이 늦어지는 경우에는 보험수익자의 청구에 따라 이미 확정된 보험금을 먼저 가지급합니다.

- ④ 제2항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 보험사는 보험수익자의 청구에 따라 보험사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 보험사는 제1항에서 정한 지급기일 내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여<부표> ‘보험금을 지급할 때의 적립이율’에 따라 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 다만, 계약자, 피공제자 또는 보험수익자에게 책임이 있는 사유로 지급이 지연된 경우에는 그 기간에 대한 이자는 지급하지 않습니다.

<부 표> 보험금을 지급할 때의 적립이율

기 간	지 급 이 자
지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
지급기일의 31일이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
지급기일의 61일이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)

- 주) 1. 보험계약대출이율은 보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율을 적용합니다.
- 2. 가산이율 적용시 제8조(보험금의 지급절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
- 3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
- ⑥ 계약자, 피공제자 또는 보험수익자는 제15조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 보험사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우 사실 확인이 끝날 때까지 보험사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
- ⑦ 보험사는 제6항의 서면조사에 대한 동의 요청 시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제9조(보험금 받는 방법의 변경)

- ① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자)는 보험사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.
- ② 보험사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 '보험개발원이 공시하는 월평균 정기예금이율'을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 '보험개발원이 공시하는 월평균 정기예금이율'을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제10조(주소변경통지)

- ① 계약자(보험수익자가 계약자와 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체 없이 그 변경내용을 공제회에 알려야 합니다.
- ② 제1항에서 정한대로 계약자 또는 보험수익자가 변경내용을 알리지 않은 경우에는 계약자 또는 보험수익자가 공제회에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 공제회 또는 보험사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 또는 보험수익자에게 도달된 것으로 봅니다.

제11조(보험수익자의 지정)

보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 제3조(보험금의 지급사유) 제1호의 경우는 피공제자의 법정상속인, 같은 조 제2호의 경우는 피공제자로 합니다.

제12조(대표자의 지정)

- ① 계약자 또는 보험수익자가 2명 이상인 경우에는 각 대표자를 1명 지정하여야 합니다. 이 경우 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.
- ② 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 않은 경우에는 이 계약에 관하여 보험사가 계약자 또는 보험수익자 1명에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에게도 효력이 미칩니다.
- ③ 계약자가 2명 이상인 경우에는 그 책임을 연대로 합니다.

제3관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제3관의 모든 조항은 특별 약관의 별도 조항이 있지 않는 한 「제3장 해외여행자 상해조항」의 특별약관 전체에 공통으로 적용됩니다.

제13조(계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피공제자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강 진단할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 '계약 전 알릴 의무'라 하며, 상법상 '고지의무'와 같습니다) 합니다. 다만, 진단계약의 경우 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제14조(계약 후 알릴 의무)

- ① 계약자 또는 피공제자는 여행 종료 후 최종 확정인원을 공제회에 통보하고, 계약을 정산하여야 합니다.
- ② 공제회는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액 공제료를 돌려드리며, 계약자 또는 피공제자의 고의 또는 중대한 과실로 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날부터 1개월 이내에 공제료의 증액을 청구하거나 계약을 해지할 수 있습니다.
- ③ 제1항의 통지에 따라 공제료를 더 내야 할 경우 공제회의 청구에 대해 계약자가 그 납입을 게을리 했을 때, 공제회는 해당공제계약을 해지할 수 있습니다.
- ④ 계약자 또는 피공제자가 최종 확정인원을 공제회에 알리지 않았을 경우, 공제회 또는 보험사는 최종 확정인원이 통보되어 공제료를 납입할 때까지 보험금의 지급을 유보할 수 있습니다.

제15조(알릴 의무 위반의 효과)

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

1. 계약자, 피공제자 또는 이들의 대리인이 고의 또는 중대한 과실로 제13조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우

2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제14조(계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 계약자, 피공제자 또는 이들의 대리인의 고의 또는 중대한 과실로 이행하지 않았을 때

② 제1항 제1호의 경우에도 불구하고 다음 중 하나에 해당하는 경우에는 공제회는 계약을 해지할 수 없습니다.

1. 공제회 또는 보험사가 계약 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때

2. 공제회 또는 보험사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 공제료를 받은 때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대하여는 1년)이 지났을 때

3. 계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때

4. 공제회가 이 계약을 청약할 때 피공제자의 건강상태를 판단할 수 있는

기초자료(건강진단서 사본 등)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때(계약자 또는 피공제자가 보험사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지할 수 있습니다)

③ 제1항에 따라 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 전에 이루어진 경우, 이로 인하여 공제회가 환급하여야 할 공제료가 있을 때에는 제28조(공제료의 환급)에 따른 공제료를 계약자에게 지급합니다.

④ 제1항 제1호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 보험사는 보험금을 지급하지 않으며, 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 서면 등으로 알려 드립니다. 또한 이 경우 계약 해지로 인하여 공제회가 환급하여야 할 공제료가 있을 때에는 제28조(공제료의 환급)에 따른 공제료를 계약자에게 지급합니다.

⑤ 제1항 제2호에 의한 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 제14조(계약 후 알릴 의무) 제4항에 따라 보험금을 지급합니다.

⑥ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미치지

않았음을 계약자, 피공제자 또는 보험수익자가 증명한 경우에는 제4항 및 제5항에 관계없이 약정한 보험금을 지급합니다.

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

제16조(사기에 의한 계약)

계약자 또는 피공제자가 대리진단, 약물사용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 공제회 또는 보험사가 증명하는 경우에는 계약일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제4관 계약의 성립과 유지

제4관의 모든 조항은 특별 약관의 별도 조항이 있지 않는 한 「제3장 해외여행자 상해조항」의 특별약관 전체에 공통으로 적용됩니다.

제17조(계약의 성립)

- ① 계약은 계약자의 신청과 공제회의 승낙으로 이루어집니다.
- ② 공제회는 피공제자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(공제가입금액 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 공제료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.
- ③ 공제회는 계약의 청약을 받고, 제1회 공제료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일)부터 30일 이내에 승낙 또는 거절하여야 하며, 승낙한 때에는 공제증권을 드립니다. 그러나 30일 이내에 승낙 또는 거절의 통지가 없으면 승낙된 것으로 봅니다.

- ④ 공제회가 제1회 공제료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 계약자에게 돌려 드리며, 공제료를 받은 기간에 대하여 ‘보험개발원이 공시하는 월평균 정기예금이율 + 1%’를 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제18조(공제계약의 철회)

- ① 계약자는 공제개시일 이전에는 공제계약을 취소할 수 있습니다.
- ② 제1항에도 불구하고 공제계약 개시일 이후에 공제계약을 철회하고자 하는 경우, 공제회의 승인을 득한 경우에 한하여 계약을 철회할 수 있으며, 여행 행사 취소 사유 등이 명확하지 않은 경우 공제회는 계약 철회를 거절할 수 있습니다.
- ③ 계약자는 여행자종합공제 시스템이나, 통신수단을 통하여 공제회에 계약 취소 신청을 할 수 있습니다.
- ④ 계약자가 제1항에 따라 계약을 철회한 경우 공제회는 기 납입된 공제료를 계약 취소신청 7일 이내에 계약자에게 돌려드리고, 제2항에 따라 계약 철회 신청을 한 경우, 공제회의 계약 취소 승인 7일 이내에 기 납입 공제료를 계약자에게 돌려드립니다.

제19조(약관교부 및 설명의무 등)

- ① 공제회는 인터넷 여행자종합공제시스템에서 약관 및 그 설명문(약관의 중요한 내용을 알 수 있도록 설명한 문서)을 읽거나 내려 받게 하는 방법을 통하여 약관을 교부하고 그 중요한 내용의 설명을 갈음할 수 있습니다. 단, 이러한 경우는 계약자가 공인인증절차를 통하여 공제계약 가입 업무를 직접 수행한 경우에 한하여 적용합니다.
- ② 계약자가 인터넷 여행자종합공제시스템에서 직접 공제계약 가입하지 않고 다른 방법으로 가입하는 경우, 공제회는 약관 및 계약자보관용 견적서, 공제가입확인서를 전자우편 등 전자적 방법으로 송부할 수 있으며, 계약자 또는 그 대리인이 해당 문서를 수신하였을 때에 해당 문서를 교부한 것으로 봅니다.

제20조(계약의 무효)

피공제자의 평균나이가 만15세 미만인 단체가 피공제자의 사망을 보험금 지급사유로하는 계약을 체결하는 경우에는 계약을 무효로 하며, 이미 납입한 공제료를 돌려드립니다.

제21조(계약내용의 변경 등)

- ① 계약자는 공제계약 개시 전 가입인원을 공제회의 승낙을 얻어 변경할 수 있습니다.
- ② 여행이 종료 된 후, 참가자 인원 수의 변동이 있는 경우 계약자는 공제회에게 최종 확정인원을 통보하고 계약 내용을 변경하여야 합니다.
- ③ 이 계약은 공제회의 회원 단체에 대하여 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피공제자로 하는 계약으로 보험수익자를 피공제자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정 또는 변경할 수 없습니다.

제22조(평균나이의 계산 등)

- ① 이 약관에서의 피공제자의 나이는 평균 만 나이를 기준으로 합니다. 다만, 제20조(계약의 무효) 제2호의 경우에는 개별 피공제자의 실제 만 나이를 적용합니다.
- ② 피공제자의 평균나이의 적용 기준은 일반 유치원·초·중·고등학교를 기준으로 아래의 표와 같습니다.

학년	나이	학년	나이	학년	나이
유치원 5세 반	4	초등학교 3학년	9	중학교 2학년	14
유치원 6세 반	5	초등학교 4학년	10	중학교 3학년	15
유치원 7세 반	6	초등학교 5학년	11	고등학교 1학년	16
초등학교 1학년	7	초등학교 6학년	12	고등학교 2학년	17
초등학교 2학년	8	중학교 1학년	13	고등학교 3학년	18

*기준나이가 상기와 다른 학교(특수학교, 고등기술학교, 평생학교 등)의 경우, 개별 학교의 기준나이를 평균나일로 사용할 수 있고, 성인을 재학생으로 하는 학교의 경우 계약 시마다 실제 참가자의 평균나이를 산출하여 가입할 수 있습니다.

제23조(계약의 소멸)

피공제자의 사망으로 인하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없습니다.

제24조(계약 정보 요청과 계약자의 협조)

공제회 또는 보험사는 계약자에게 공제계약에 가입한 피공제자 명단과 여행과 관련된 정보를 요청할 수 있고 계약자는 이에 협조하여야 합니다. 보험금 지급을 위해 요청 시 계약자가 협조하지 않는 경우 보험사는 보험금 지급을 거절할 수 있습니다.

제25조(손해보험사와의 업무 분담)

- ① 공제회는 여행자종합공제 업무를 원활히 수행하기 위해 공제계약 운영 관리를 위한 시스템 운영과 보험사고에 대한 업무처리를 협정을 맺은 손해보험사에게 일임할 수 있습니다.
- ② 공제회로부터 업무를 일임 받은 보험사는 회원 또는 피공제자에 대하여 손해조사, 보험금 결정 및 지급, 사고에 관련된 소송대행 등을 수행할 수 있습니다.

제5관 계약의 취소·해지 및 공제료의 환급 등

제5관의 모든 조항은 특별 약관의 별도 조항이 있지 않는 한 「제3장 해외여행자 상해조항」의 특별약관 전체에 공통으로 적용됩니다.

제26조(계약의 취소)

- ① 공제계약이 개시되기 전에 계약자는 언제든지 계약을 취소할 수 있습니다.
- ② 공제 계약이 개시 된 이후 담보 대상 행사가 계약자의 귀책사유가 아닌 다른 사유로 취소된 경우, 계약자는 해당 사유를 근거로 공제회에 계약 취소를 요청할 수 있고, 공제회의 승인을 얻을 경우 계약을 취소할 수 있습니다.
- ③ ①, ②와 같이 계약이 취소된 경우, 기 납입한 공제료는 제28조(공제료의 환급)에 따른 공제료를 계약자에게 지급합니다.

제27조(중대사유로 인한 해지)

- ① 공제회는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자, 피공제자 또는 보험수익자가 고의로 보험금 지급사유를 발생시킨 경우

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

② 공제회가 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 공제회는 그 취지를 계약자에게 통지하고, 해지시 공제회가 환급하여야 할 공제료가 있을 경우에는 제28조(공제료의 환급)에 따른 공제료를 계약자에게 지급합니다.

제28조(공제료의 환급)

① 이 계약이 무효, 효력상실, 해지 또는 소멸된 때에는 다음과 같이 공제료를 돌려드립니다. 다만, 공제가입기간 중 보험사고가 발생하고 보험금이 지급되어 공제가입금액이 감액된 경우에는 어떠한 경우에도 당해 보험년도[초년도(첫째년도)는 공제가입기간의 초일(첫째일)부터 1년간, 차년도(둘째년도)이후는 각각 공제가입기간의 초일(첫째일) 해당일로부터 1년간을 말합니다]의 공제료는 돌려드리지 않습니다.

1. 계약자, 피공제자 또는 보험수익자의 책임 없는 사유에 의하는 경우 : 무효의 경우에는 공제회에 납입한 공제료의 전액, 효력상실, 해지 또는 소멸의 경우에는 경과하지 않은 기간에 대하여 일단위로 계산한 공제료

2. 계약자, 피공제자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유에 의하는 경우: 이미 경과한 기간에 대하여 단기요율(1년미만의 기간에 적용되는 요율)로 계산한 공제료를 뺀 잔액. 다만, 계약자, 피공제자 또는 보험수익자의 고의 또는 중대한 과실로 무효가 된 때에는 공제료를 돌려드리지 않습니다.

② 계약의 무효, 효력상실, 해지 또는 소멸로 인하여 공제회가 환급하여야 할 공제료가 있을 때에는 계약자는 환급금을 청구하여야 하며, 공제회는 청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대하여 '보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율'을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

제29조(준용규정)

이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 제1장 일반조항을 따릅니다.

질병사망 및 질병 80%이상 고도후유장해 특별약관

제1조(보험금의 종류 및 지급사유)

- ① 보험사는 피공제자가 제3장 해외여행자 상해조항 제3조(보험금의 지급사유)의 여행 도중에 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.
1. 공제가입기간 중 질병으로 인하여 사망한 경우: 사망보험금
 2. 공제가입기간 중 진단 확정된 질병으로 장애분류표([별표1] 참조. 이하 같습니다)에서 정한 장애지급률이 80% 이상에 해당하는 장애상태가 되었을 때: 고도후유장해보험금
- ② 제1항에도 불구하고 여행 도중에 발생한 질병을 직접원인으로 하여 공제가입기간 마지막 날로부터 30일 이내에 사망하거나 또는 80% 이상 후유 장애가 남았을 경우에도 동일하게 보상하여 드립니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정)

- ① 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항 제2호에도 불구하고 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장애에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 해당 장애 지급률의 20%를 후유장애지급률로 하여 제4항을 적용합니다.
- ② 제1조(보험금의 종류 및 지급사유) 제1항 제2호에서 장애지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애지급률이 결정된 이후 보장을 받을 수 있는 기간(질병의 진단확정일부터 1년)중에 장애상태가 더 악화되는 경우에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정하되 장애분류표에 장애판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.
- ③ 장애분류표에 해당되지 않는 후유장애는 피공제자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장애정도에 따라 장애분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장애분류표의 각 장애분류별 최저 지급률 장애정도에 이르지 않는 후유장애에 대하여는 고도후유장해보험금을 지급하지 않습니다.
- ④ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장애가 생긴 경우에는 후유장애 지급률을 더하여

지급합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

- ⑤ 제4항에도 불구하고 동일한 신체부위에 장애분류표상의 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 더하지 않고 그 중 높은 지급률을 적용합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑥ 다른 질병으로 인하여 후유장애가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장애지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장애가 이미 고도후유장애보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장애상태에 해당하는 고도후유장애보험금에서 이미 지급받은 고도후유장애보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ⑦ 이미 다음 중 한가지의 경우에 해당하는 후유장애가 있었던 피공제자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장애상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 후유장애에 대한 고도후유장애보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장애상태에 해당되는 고도후유장애보험금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 고도후유장애보험금을 차감하여 지급합니다.

- 1. 이 계약의 보장개시 전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장애로 고도후유장애보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장애
- 2. 제1호 이외에 이 계약의 규정에 의하여 고도후유장애보험금의 지급사유가 되지 않았던 후유장애 또는 고도후유장애보험금이 지급되지 않았던 후유장애

- ⑧ 피공제자와 보험사가 피공제자의 장애지급률에 대해 합의에 도달하지 못하는 때에는 피공제자와 보험사가 동의하는 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 장애판정에 소요되는 의료비용은 보험사가 전액 부담합니다.
- ⑨ 계약 전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

제3조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제3장 해외여행자 상해조항을 따릅니다.

여행자배상책임 특별약관

제1조(보상하는 손해)

보험사는 피공제자가 제3장 해외여행자 상해조항 제3조(보험금의 지급사유)의 여행도중에 생긴 보험사고로 피해자의 신체의 장애(상해·질병, 그로 인한 사망·후유장애를 말합니다) 또는 재물의 손해(재물의 없어짐, 손상 및 망가짐을 말합니다)에 대한 법률상의 손해배상책임을 부담함으로써 입은 손해를 이 특별약관에 따라 보상하여 드립니다.

제2조(보상하는 손해의 범위)

보험사가 보상하는 손해의 범위는 아래와 같습니다.

1. 피공제자가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금
2. 계약자 또는 피공제자가 지출한 아래의 비용
 - 가. 피공제자가 제8조(손해방지의무) 제1항 제1호의 손해의 방지 또는 경감을 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
 - 나. 피공제자가 제8조(손해방지의무) 제1항 제2호의 조치를 취하기 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
 - 다. 피공제자가 지급한 소송비용, 변호사비용, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용
 - 라. 공제 증권 상 보상한도액내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 공제회 또는 보험사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 않습니다.
 - 마. 피공제자가 제9조(손해배상청구에 대한 보험사의 해결) 제2항 및 제3항의 보험사의 요구에 따르기 위하여 지출한 비용

제3조(보상하지 않는 손해)

보험사는 제3장 해외여행자 상해조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)의 제1항의 제1호, 제3호 또는 제5호 및 아래의 손해배상책임을 부담하게 됨으로써 입은 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 피공제자의 직접적인 직무 수행으로 인한 배상책임

2. 피공제자의 직무용으로만 사용되는 동산의 소유, 사용 또는 관리로 인한 배상책임
3. 피공제자가 소유, 사용 또는 관리하는 부동산으로 인한 배상책임
4. 피공제자의 근로자가 피공제자의 업무에 종사 중에 입은 신체의 장애로 인한 배상책임. 단, 피공제자의 가사사용인에 대하여는 이와 같지 않습니다.
5. 피공제자와 타인간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우 그 약정에 따라 가중된 배상책임
6. 피공제자와 세대를 같이하는 친족(민법 제777조규정의 범위와 같습니다) 및 여행과정을 같이 하는 친족에 대한 배상책임
7. 피공제자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물의 파손에 대하여 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 배상책임. 단, 호텔의 객실이나 객실내의 동산에 끼치는 손해에 대하여는 이와 같지 않습니다.
8. 피공제자의 심신상실로 인한 배상책임
9. 피공제자 또는 피공제자의 지시에 따른 폭행 또는 구타로 인한 배상책임
10. 항공기, 선박, 차량(원동력이 인력에 의한 것을 제외합니다), 총기(공기총은 제외합니다)의 소유, 사용 또는 관리로 인한 배상책임

제4조(의무보험과의 관계)

- ① 보험사는 이 약관에 의하여 보상하여야 하는 금액이 의무보험에서 보상하는 금액을 초과할 때에 한하여 그 초과액만을 보상합니다. 다만, 의무보험이 다수인 경우에는 제11조(보험금의 부담)를 따릅니다.
- ② 제1항의 의무보험은 피공제자가 법률에 의하여 의무적으로 가입하여야 하는 보험으로서 공제계약(각종 공제회에 가입되어 있는 계약)을 포함합니다.
- ③ 피공제자가 의무보험에 가입하여야 함에도 불구하고 가입하지 않은 경우에는 그가 가입했다면 의무보험에서 보상했을 금액을 제1항의 “의무보험에서 보상하는 금액”으로 봅니다.

제5조(보험금 등의 지급한도)

- ① 보험사는 1회의 보험사고에 대하여 다음과 같이 보상합니다. 이 경우 보상한도액은 1천만원, 자기부담금은 1만원이 적용됩니다.
1. 제2조(보상하는 손해의 범위) 제1호의 손해배상금: 보상한도액을 한도로 보상하되, 자기부담금이 약정된 경우에는 그 자기부담금을 초과한 부분만 보상합니다.
 2. 제2조(보상하는 손해의 범위) 제2호 가목, 나목 또는 마목의 비용: 비용의 전액을 보상합니다.
 3. 제2조(보상하는 손해의 범위) 제2호 다목 또는 라목의 비용: 이 비용과 제1호에 의한 보상액의 합계액을 보상한도액의 한도내에서 보상합니다.
- ② 공제가입기간 중 발생하는 사고에 대한 보험사의 보상총액은 공제증권에 기재된 총 보상한도액을 한도로 합니다.

제6조(타인을 위한 계약)

- ① 계약자는 타인을 위한 계약을 체결하는 경우에 그 타인의 위임이 없는 때에는 반드시 이를 공제회에 알려야 하며, 이를 알리지 않았을 때에는 그 타인은 이 계약이 체결된 사실을 알지 못하였다는 사유로 공제회나 보험사에 이의를 제기할 수 없습니다.
- ② 타인을 위한 계약에서 보험사고가 발생한 경우에 계약자가 그 타인에게 보험사고의 발생으로 생긴 손해를 배상한 때에는 계약자는 그 타인의 권리를 해하지 않는 범위 안에서 보험사에 보험금의 지급을 청구할 수 있습니다.

제7조(손해의 발생과 통지)

- ① 계약자 또는 피공제자는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체 없이 그 내용을 서면으로 공제회에 알려야 합니다.
1. 사고가 발생하였을 경우 사고가 발생한 때와 곳, 피해자의 주소와 성명, 사고상황 및 이들 사항의 증인이 있을 경우 그 주소와 성명
 2. 피해자로부터 손해배상청구를 받았을 경우
 3. 피해자로부터 손해배상책임에 관한 소송을 제기 받았을 경우
- ② 계약자 또는 피공제자가 제1항 각 호의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 공제회와 보험사는 그 증가된 손해를 보상하여 드리지 않으며, 제1항 제3호의 통지를 게을리 한

때에는 소송비용과 변호사비용도 보상하여 드리지 않습니다.

제8조(손해방지의무)

① 보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피공제자는 아래의 사항을 이행하여야 합니다.

1. 손해의 방지 또는 경감을 위하여 노력하는 일(피해자에 대한 응급처치, 긴급호송 또는 그 밖의 긴급조치를 포함합니다)
2. 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 경우에는 그 권리를 지키거나 행사하기 위한 필요한 조치를 취하는 일
3. 손해배상책임의 전부 또는 일부에 관하여 지급(변제), 승인 또는 화해를 하거나 소송, 중재 또는 조정을 제기하거나 신청하고자 할 경우에는 미리 보험사의 동의를 받는 일

② 계약자 또는 피공제자가 정당한 이유 없이 위 제1항의 의무를 이행하지 않았을 때에는 제2조(보상하는 손해의 범위)의 손해에서 다음의 금액을 뺍니다.

1. 제1항 제1호의 경우에는 그 노력을 하였더라면 손해를 방지 또는 경감할 수 있었던 금액
2. 제1항 제2호의 경우에는 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있었던 금액
3. 제1항 제3호의 경우에는 소송비용(중재 또는 조정에 관한 비용 포함) 및 변호사비용과 보험사의 동의를 받지 않은 행위에 의하여 증가된 손해

제9조(손해배상청구에 대한 보험사의 해결)

① 피공제자가 피해자에게 손해배상책임을 지는 사고가 생긴 때에는 피해자는 이 특별약관에 의하여 보험사가 피공제자에게 지급 책임을 지는 금액 한도 내에서 공제회 또는 보험사에 대하여 보험금의 지급을 직접 청구할 수 있습니다. 그러나 보험사는 피공제자가 그 사고에 관하여 가지는 항변으로써 피해자에게 대항할 수 있습니다.

② 공제회 또는 보험사가 제1항의 청구를 받았을 때에는 지체 없이 피공제자에게 통지하여야 하며, 공제회 또는 보험사의 요구가 있으면 계약자 및 피공제자는 필요한 서류, 증거의 제출, 증언 또는 증인 출석에 협조하여야 합니다.

③ 피공제자가 피해자로부터 손해배상의 청구를 받았을 경우에 보험사가 필요하다고 인정할 때에는 피공제자를 대신하여 보험사의 비용으로 이를 해결할 수 있습니다. 이 경우 보험사의 요구가 있으면 계약자 및 피공제자는 이에 협력하여야 합니다.

④ 계약자 및 피공제자가 정당한 이유 없이 제2항, 제3항의 요구에 협조하지 않을 때에는 공제회 또는 보험사는 그로 인해 늘어난 손해는 보상하지 않습니다.

제10조(보험금의 지급)

① 피공제자가 보험금을 청구할 때에는 다음의 서류를 공제회 또는 보험사에 제출하여야 합니다.

1. 보험금 청구서
2. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)
3. 손해배상금 및 그 밖의 비용을 지급하였음을 증명하는 서류
4. 공제회 또는 보험사가 요구하는 그 밖의 서류

② 보험사는 제1항에 따른 보험금 청구를 받은 후 지체 없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 7일 이내에 이를 지급하여 드립니다. 그러나 지급할 보험금이 결정되기 전이라도 피공제자의 청구가 있을 때에는 보험사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

③ 보험사는 제2항의 지급보험금이 결정된 후 7일(이하 '지급기일'이라 합니다)이 지나도록 보험금을 지급하지 않았을 때에는 지급 기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 <부표> '보험금을 지급할 때의 적립이율'에 따라 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 피공제자의 책임 있는 사유로 지체된 경우에는 그러하지 않습니다.

<부표> 보험금을 지급할 때의 적립이율

기 간	지 급 이 자
지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
지급기일의 31일이후부터 60일내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
지급기일의 61일이후부터 90일내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)

지급기일의 91일이후 기간

보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)

주) 보험계약대출이율은 보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율을 적용합니다.

< 용어풀이 >

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

제11조(보험금의 분담)

- ① 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약(공제계약(각종 공제회에 가입되어 있는 계약)을 포함합니다)이 있을 경우 각 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 보험사는 이 계약에 의한 보상책임액의 전기합계액(각각 산출한 보상책임액의 합계액)에 대한 비율에 따라 손해를 보상합니다. 이 계약과 다른 계약이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.
- ② 이 계약이 의무보험이 아니고 다른 의무보험이 있는 경우에는 다른 의무보험에서 보상되는 금액(피공제자가 가입을 하지 않은 경우에는 보상될 것으로 추정되는 금액)을 차감한 금액을 손해액으로 간주하여 제1항에 의한 보상할 금액을 결정합니다.
- ③ 피공제자가 다른 계약에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 보험사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 않습니다.

제12조(대위권)

- ① 보험사가 보험금을 지급한 때(현물 보상을 포함합니다)에는 보험사는 지급한 보험금의 한도내에서 아래의 권리를 가집니다. 다만, 보험사가 보상한 금액이 피공제자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피공제자의 권리를 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 가집니다.
 1. 피공제자가 제3자로부터 손해배상을 받을 수 있는 경우에는 그 손해배상청구권
 2. 피공제자가 손해배상을 함으로써 대위 취득하는 것이 있을 경우에는 그 대위권
- ② 계약자 또는 피공제자는 제1항에 의하여 보험사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며, 또한 보험사가 요구하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다.

③ 보험사는 제1항 및 제2항에도 불구하고 타인을 위한 공제계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

제13조(합의·절충·중재·소송의 협조·대행 등)

① 보험사는 피공제자의 법률상 손해배상책임을 확정하기 위하여 피공제자가 피해자와 행하는 합의·절충·중재 또는 소송(확인의 소를 포함합니다)에 대하여 협조하거나, 피공제자를 위하여 이러한 절차를 대행할 수 있습니다.

② 보험사는 피공제자에 대하여 보상책임을 지는 한도(동일한 사고로 이미 지급한 보험금이나 가지급보험금이 있는 경우에는 그 금액을 공제한 액수를 말하며, 이하 같습니다) 내에서 제1항의 절차에 협조하거나 대행합니다.

③ 보험사가 제1항의 절차에 협조하거나 대행하는 경우에는 피공제자는 보험사의 요청에 따라 협력해야 하며, 피공제자가 정당한 이유 없이 협력하지 않는 경우에는 그로 말미암아 늘어난 손해에 대해서 보상하지 않습니다.

④ 보험사는 다음의 경우에는 제1항의 절차를 대행하지 않습니다.

1. 피공제자가 피해자에 대하여 부담하는 법률상의 손해배상책임액이 공제증권에 기재된 공제가입금액을 명백하게 초과하는 때

2. 피공제자가 정당한 이유 없이 협력하지 않는 때

⑤ 보험사가 제1항의 절차를 대행하는 경우에는, 피공제자에 대하여 보상책임을 지는 한도 내에서, 가압류나 가집행을 면하기 위한 공탁금을 피공제자에게 대부할 수 있으며 이에 소요되는 비용을 보상합니다. 이 경우 대부금의 이자는 공탁금에 붙여지는 것과 같은 이율로 하며, 피공제자는 공탁금(이자를 포함합니다)의 회수청구권을 보험사에 양도하여야 합니다.

제14조(조사)

① 공제회 또는 보험사는 공제계약 목적에 대한 위험상태를 조사하기 위하여 공제가입기간 중 언제든지 피공제자의 시설과 업무내용을 조사할 수 있고 필요한 경우에는 그의 개선을 피공제자에게 요청할 수 있습니다.

② 공제회 또는 보험사는 제1항에 따른 개선이 완료될 때까지 계약의 효력을 정지할 수

있습니다.

- ③ 공제회 또는 보험사는 이 계약의 중요사항과 관련된 범위 내에서는 공제가입기간 중 또는 보험사에서 정한 보험금 청구서류를 접수한날로부터 1년 이내에는 언제든지 피공제자의 회계장부를 열람할 수 있습니다.

제15조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제3장 해외여행자 상해조항을 따릅니다.

휴대품손해 특별약관

제1조(보험목적의 범위) ① 이 보험의 목적은 피공제자가 여행도중에 휴대하는 피공제자 소유·사용·관리의 휴대품에 한합니다.

② 아래의 물건은 보험의 목적에 포함되지 않습니다.

1. 통화, 유가증권, 인지, 우표, 신용카드, 쿠폰, 항공권, 여권 등 이와 비슷한 것
2. 원고, 설계서, 도안, 장부 기타 이들에 준하는 것
3. 선박 또는 자동차(자동3륜차, 자동2륜차 포함)
4. 산악 등반이나 탐험등에 필요한 용구
5. 동물, 식물
6. 의치, 의수족, 콘택트렌즈, 안경 및 이와 유사한 신체보조장구
7. 기타(보험증권 또는 공제증권에 특별히 기재된 것)

제2조(보상하는 손해) 보험사는 피공제자가 제3장 해외여행자 상해조항 제3조(보험금의 지급 사유)의 여행도중에 생긴 우연한 사고에 의하여 보험의 목적에 입은 손해를 이 특별약관에 따

라 보상해 드립니다.

제3조(보상하지 않는 손해) 보험사는 제3장 해외여행자 상해조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유) 제1항의 제3호, 제5호 및 아래의 사유로 인하여 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.

1. 계약자나 또는 피공제자의 고의 또는 중대한 과실
2. 피공제자에게 보험금이 지급되도록 하기 위하여 피공제자와 여행을 같이 하는 친족 또는 고용인 고의로 일으킨 손해
3. 압류, 징발, 몰수, 파괴 등 국가 또는 공공기관의 공권력행사. 단, 화재, 소방, 피난에 필요한 처리로 된 경우를 제외합니다.
4. 보험의 목적의 흠으로 생긴 손해, 그러나 보험계약자, 피공제자 또는 이들을 대신하여 보험의 목적을 관리하는 자가 상당한 주의를 하였음에도 불구하고 발견하지 못한 흠으로 인한 손해는 보상하여 드립니다.
5. 보험의 목적의 자연소모, 녹, 곰팡이, 변질, 변색등과 쥐나 벌레로 인한 손해
6. 단순한 외관상의 손해로 기능에는 지장이 없는 손해
7. 보험의 목적인 액체의 유출. 단, 그 결과로 다른 보험의 목적에 생긴 손해는 보상하여 드립니다.
8. 보험의 목적의 방치 또는 분실

제4조(손해방지의무) ① 보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피공제자는 손해의 방지와 경감에 힘써야 합니다. 만약 고의 또는 중대한 과실로 이를 게을리한 때에는 방지 또는 경감할 수 있었을 것으로 밝혀진 부분을 손해액에서 뺍니다.

② 보험사는 제1항의 손해방지 또는 경감에 소요된 필요 또는 유익한 비용(이하 「손해방지비용」이라 합니다)은 제6조(지급보험금의 계산)의 지급보험금 계산 방법에 준하여 이를 보상하여 드립니다.

③ 보험사는 제6조(지급보험금의 계산)의 지급보험금에 제2항의 손해방지비용을 합한 금액이 보험가입금액을 초과하더라도 이를 지급합니다.

제5조(손해액의 조사결정) 보험사가 보상할 손해액은 그 손해가 생긴 때와 곳에서의 보험의 목적의 가액(이하 「보험가액」이라 합니다)에 따라 계산합니다.

제6조(지급보험금의 계산) ① 보험사가 지급할 보험금은 손해액에서 1회의 사고에 대하여 보험증권에 기재된 자기부담금을 공제한 금액으로 합니다.

② 보험의 목적의 손상을 수선할 경우에는 보험의 목적을 손해발생 직전의 상태로 복원하는데 필요한 비용을 제1항의 손해액으로 합니다.

③ 보험의 목적이 1조(2개 이상의 물건이 갖추어 한 벌을 이룰 때, 그 한 벌) 또는 1쌍으로 된 경우에 있어, 그 일부에 손해가 생겼을 때 그 손해가 당해 보험목적 전체의 가치에 미치는 영향을 고려하여 손해액을 결정합니다. 이 경우에 당해 부분의 수선비가 보험가액을 초과하는 경우를 제외하고는 어떠한 경우에도 전부 손해로 볼 수 없습니다.

④ 보험의 목적의 1개 또는 1조, 1쌍에 대한 제1항의 지급할 보험금은 200,000원을 한도로 합니다.

⑤ 보험의 목적에 대하여 이 계약에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 계약이 있을 경우에는 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과했을 때, 보험사는 이 계약에 따른 보상책임액의 전기합계액(각각 산출한 보상책임액의 합계액)에 대한 비율에 따라 보험금을 지급합니다.

제7조(잔존물 및 도난품의 귀속) ① 보험사가 보험금을 지급하였을 때는 보험의 목적의 잔존물은 보험사가 그것을 취득할 의사를 표시하지 않은 경우에 한하여 피공제자에게 귀속되는 것으로 합니다.

② 도난당한 보험의 목적이 발견된 때에는 아래에 따라 처리합니다.

1. 보험사가 손해보상을 하기 전에 보험의 목적을 회수하였을 때에는 그 회수물에 대해 도난

손해가 발생하지 않았던 것으로 합니다.

2. 보험사가 손해배상을 한 후에 보험의 목적이 회수된 경우에 그 소유권이 보험사에 귀속되는 것으로 합니다. 이 경우 보험사는 이를 타당한 값으로 매각하고, 그 대금이 보험의 목적에 대하여 보상한 금액과 회수 또는 매각에 소요된 필요비용을 합한 금액을 넘을 때에는 그 초과액을 피공제자에게 돌려 드립니다. 그러나 피공제자는 보험의 목적의 매각전에 지급받은 보험금은 보험사에 반환하고 그 물건을 찾아갈 수 있습니다.

③ 제2항과 관련하여 경우에 보험의 목적에 도난, 강탈 이외의 원인으로 생긴 손해 및 계약자나 피공제자가 보험의 목적을 회수하는데 소요된 비용이 있는 경우 보험사는 제6조(지급보험금의 계산)의 계산방법에 따라 산출한 금액을 보상하여 드립니다.

제8조(대위권) ① 보험사가 보험금을 지급한 때(현물보상한 경우를 포함합니다)에는 보험사는 지급한 보험금 한도내에서 계약자 또는 피공제자가 제3자에 대하여 가지는 손해배상 청구권을 취득합니다. 다만, 보험사가 보상한 금액이 피공제자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피공제자의 권리를 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 취득합니다.

② 계약자 또는 피공제자는 제1항에 의하여 보험사가 취득한 권리를 행사하거나 지키는 것에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며 또한 보험사가 요구하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다. 이에 필요한 비용은 보험사가 드립니다.

③ 보험사는 제1항 및 제2항에도 불구하고 타인을 위한 계약의 경우에는 계약자에 대한 대위권을 포기합니다.

제9조(준용규정) 이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제2장 국내여행자 상해조항을 따릅니다.

특별비용 특별약관

제1조(보상하는 손해) ① 보험사는 아래의 사유로 계약자, 피공제자 또는 피공제자의 법정상속인이 부담하는 비용을 이 특별약관에 따라 보상하여 드립니다.

1. 제3장 해외여행자 상해조항 제3조(보험금의 지급사유)의 여행도중(이하 「여행도중」 이라 합니다)에 피공제자가 탑승한 항공기 또는 선박이 행방불명 또는 조난된 경우 또는 산악등반 중에 조난된 경우

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

3. 제3장 해외여행자 상해조항 제3조(보험금의 지급사유) 제1호의 지급사유가 발생한 경우 또는 14일 이상 계속 입원한 경우(다른 의료기관으로 이전한 경우에는 이전에 소요된 기간을 입원 중으로 봅니다. 다만, 그 이전에 대하여는 치료를 위하여 의사가 필요하다고 인정한 경우에 한합니다. 이하 같습니다.)

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

② 제1항 제1호의 산악등반 중 피공제자의 조난이 확실치 않은 경우에는 피공제자의 하산 예정일 이후 계약자 또는 피공제자의 법정상속인이나 이들을 대신한 사람이 경찰서 등의 공공기관, 조난구조대, 해난구조회사 또는 항공회사에 수색을 의뢰한 것을 조난이 발생한 것으로 봅니다.

제2조(비용의 범위) 보험사가 보상하는 비용의 범위는 아래와 같습니다.

1. 수색구조비용

조난당한 피공제자를 수색, 구조 또는 이송(이하 「수색」 이라 합니다)하는 활동에 필요한 비용 중 이들의 활동에 종사한 사람으로부터의 청구에 의하여 지급한 비용을 말합니다.

2. 항공운임 등 교통비

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

3. 숙박비

현지에서의 구원자의 숙박비를 말하여 구원자 2명분을 한도로 하여 1명당 14일분을 한도로

합니다.

4. 이송비용

피공제자가 사망한 경우 그 유해를 현지로부터 공제증권에 기재된 피공제자의 주소지에 이송하는데 필요한 비용 및 치료를 계속 중인 피공제자를 공제증권에 기재된 피공제자의 주소지에 이송하는데 드는 비용으로서 통상액을 넘는 피공제자의 운임 및 수행하는 의사, 간호사의 호송비를 말합니다.

5. 제잡비

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

제3조(보상하지 않는 손해) 보험사는 제3장 해외여행자 상해조항 제5조(보험금을 지급하지 않는 사유)에도 불구하고, 동조 제1항 제1호 내지 제3호의 사유로 인하여 생긴 손해에 한하여 보상하여 드리지 않습니다.

제4조(보험금의 지급절차) 보험사는 제2조(비용의 범위)의 비용 중 정당하다고 인정된 부분에 대해서만 보상하여 드리며, 계약자, 피공제자 또는 보험수익자가 타인으로부터 손해배상을 받을 수 있는 경우에는 그 금액을 지급하지 않습니다.

제5조(보험금의 분담) 제1조(보상하는 손해)의 비용에 대하여 보험금을 지급할 다수의 계약이 체결되어 있는 경우에는 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 그 비용을 초과했을 때 보험사는 이 계약에 따른 보상책임액의 위의 합계액에 대한 비율에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

제6조(보상한도액) 보험사가 이 특별약관에 관하여 지급할 보험금은 공제가입기간을 통하여 이 특별약관의 공제가입금액을 한도로 합니다.

제7조(준용규정) 이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제3장 해외여행자 상해조항을 따릅니다.

항공기납치 특별약관

제1조(보상하는 손해) ① 보험사는 피공제자가 제3장 해외여행자 상해조항 제3조(보험금의 지급사유)의 여행 도중에 피공제자가 승객으로서 탑승한 항공기가 납치(이하 “사고”라 합니다)됨에 따라 예정목적지에 도착할 수 없게 된 동안에 대하여 매일 70,000원씩 지급하여 드립니다.

② 제1항의 항공기의 납치라 함은, 부당한 의도를 가진 폭력, 폭행 또는 폭력이나 폭행의 위협으로서 항공기를 탈취하거나 지배권을 행사하는 것을 말합니다.

제2조(보상하는 손해의 범위) ① 보험사는 당해 항공기의 목적지 도착예정시간에서 12시간이 경과된 이후부터 시작되는 24시간을 1일로 보아 20일을 한도로 제1조(보상하는 손해)에 정한 보험금을 지급하여 드립니다.

② 항공기가 최초의 명백한 사고가 있기 이전에 비행장에서 출발이 지연되었을 경우에는 제1항의 12시간에 그러한 지연시간을 합한 시간 이후부터의 24시간을 1일로 봅니다.

제3조(다른 보험과의 관계) 이 특별약관과 유사한 다수의 계약이 동시에 효력을 가질 경우에는 피공제자나 보험수익자 혹은 그의 법정상속인이 선정하는 하나의 계약에서만 보상하며, 보험사는 그 계약 이외의 다른 계약에 대하여는 이미 납입된 해당보험료를 돌려 드립니다.

제4조(준용규정) 이 특별약관에 정하지 않은 사항은 제3장 해외여행자 상해조항을 따릅니다.

해외여행 교직원실손의료비 특별약관

제1관 일반사항 및 용어의 정의

제1조(보장종목)

① 실손의료보험약관은 다음과 같이 상해입원형, 상해통원형, 질병입원형 및 질병통원형의 4개 이내의 보장종목으로 구성되어 있습니다.

보장종목		보상하는 내용	
상해	해외	피공제자가 해외여행 중에 입은 상해로 인하여 해외의료기관 ^(주) 에서 의료비가 발생한 경우에 보상	
	국내	입원	피공제자가 해외여행 중에 입은 상해로 인하여 병원에서 입원하여 치료를 받은 경우에 보상
		통원	피공제자가 해외여행 중에 입은 상해로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에 보상
질병	해외	피공제자가 해외여행 중에 질병으로 인하여 해외의료기관 ^(주) 에서 의료비가 발생한 경우에 보상	
	국내	입원	피공제자가 해외여행 중에 질병으로 인하여 병원에서 입원하여 치료를 받은 경우에 보상
		통원	피공제자가 해외여행 중에 질병으로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에 보상

② 보험사는 이 약관의 명칭에 ‘실손의료비’라는 문구를 포함하여 사용합니다.

제2조(용어의 정의) 이 약관에서 사용하는 용어의 뜻은 <붙임1>과 같습니다.

제2관 보험사가 보상하는 사항

제3조(보장종목별 보상내용)

보험사가 이 계약의 공제가입기간 중 보장종목별로 각각 보상하거나 공제하는 내용은 다음과 같습니다.

보장 종목	세부구성항목	보상하는 사항
(1) 상해 의료비	해외	<p>①보험사는 피공제자가 공제증권에 기재된 해외여행 중에 상해를 입고, 이로 인해 해외의료기관에서 의사(치료받는 국가의 법에서 정한 병원 및 의사의 자격을 가진 자에 한함)의 치료를 받은 때에는 보험가입금액을 한도로 피공제자가 실제 부담한 의료비 전액을 보상합니다.</p> <p>②제1항에도 불구하고 척추지압술(Chiropractic, 추나요법 등)이나 침술(부항, 뜸 포함) 치료로 인한 의료비는 치료받는 국가의 법에서 정한 병원 및 의사의 자격을 가진자에 의하여 치료를 받은 경우에 한하며, 하나의 상해에 대하여 US \$ 1,000.00 한도로 보상합니다.</p> <p>③제1항의 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.</p> <p>④해외여행 중에 피공제자가 입은 상해로 인해 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 경우에는 보험기간 종료일로부터 180일까지(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상합니다.</p>
	국내	<p>①보험사는 피공제자가 공제증권에 기재된 해외여행 중에 상해를 입고, 이로 인해 국내 의료기관·약국에서 치료를 받은 때에는 <붙임2>에 따라 보상합니다.</p>

<p>(2) 질병 의료비</p>	<p>해외</p>	<p>①보험사는 피공제자가 공제증권에 기재된 해외여행 중에 질병으로 인하여 해외의료기관에서 의사(치료받는 국가의 법에서 정한 병원 및 의사의 자격을 가진 자에 한함)의 치료를 받은 때에는 보험가입금액을 한도로 피공제자가 실제 부담한 의료비 전액을 보상합니다.</p> <p>②제1항에도 불구하고 척추지압술(Chiropractic, 추나요법 등)이나 침술(부항, 뜸 포함) 치료로 인한 의료비는 치료받는 국가의 법에서 정한 병원 및 의사의 자격을 가진자에 의하여 치료를 받은 경우에 한하며, 하나의 상해에 대하여 US \$ 1,000.00 한도로 보상합니다.</p> <p>③제1항의 질병은 청약서 상 ‘계약 전 알릴 의무(중요한 사항으로 한정합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서 상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다.</p> <p>④해외여행 중에 피공제자가 제1항의 질병으로 인해 치료를 받던 중 보험기간이 끝났을 경우에는 보험기간 종료일부터 180일까지(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상합니다.</p>
	<p>국내</p>	<p>①보험사는 피공제자가 공제증권에 기재된 해외여행 중에 발생한 질병으로 인해 국내 의료기관·약국에서 치료를 받은 때에는 <붙임3>에 따라 보상합니다. 다만, 보험기간이 1년 미만인 경우에는 해외여행 중에 질병(다만, 청약서 상 ‘계약 전 알릴 의무(중요한 사항에 한함)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서 상 해당 질병의 고지대상 기간을 말함)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다)을 원인으로 하여 보험기간 종료후 30일(보험기간 종료일은 제외합니다) 이내에 의사의 치료를 받기 시작했을 때에는 의사의 치료를 받기 시작한 날부터 180일(통원은 180일 동안 외래는 방문 90회, 처방조제비는 처방전 90건)까지만(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상합니다.</p>

제3관 보험사가 보상하지 않는 사항

제4조(보상하지 않는 사항) 보험사가 보상하지 않는 사항은 보장종목별로 다음과 같습니다.

보장 종목	세부구성 항목	보상하지 않는 사항
(1) 상해 의료비	해외	<p>① 보험사는 다음의 사유로 인하여 생긴 의료비는 보상하지 않습니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 피공제자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피공제자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다. 2. 보험수익자가 고의로 피공제자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다. 3. 계약자가 고의로 피공제자를 해친 경우 4. 피공제자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 치료한 경우. 다만 보험사가 보상하는 상해로 인한 경우에는 보상합니다. 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인한 경우 6. 피공제자가 정당한 이유 없이 입원 또는 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 의료비와 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피공제자 본인이 자의적으로 입원하여 발생한 입원의료비 <p>② 보험사는 다른 약정이 없으면 피공제자가 직업, 직무 또는 동호회 활동 목적으로 한 다음의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 생긴 상해에 대해서는 보상하지 않습니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 발생 발생한 상해는 보상합니다) 3. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

<p>(1) 상해 의료비 (계속)</p>	<p>해외 (계속)</p>	<p>③ 보험사는 아래의 의료비에 대하여는 보상하지 않습니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 추가 의료비용은 보상합니다), 예방접종, 인공유산에 든 비용. 다만, 보험사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다. 2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진, 의약외품과 관련하여 소요된 비용. 다만, 보험사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다. 3. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 보상합니다. 4. 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비 <ul style="list-style-type: none"> 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보장합니다), 코성형수술(융비술), 유방 확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보장합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등 나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로써 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(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 외모개선 목적으로 봅니다) 마. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여 대상에 해당하는 치료 5. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비
	<p>국내</p>	<p>① <붙임4>에 따라 적용합니다.</p>

<p>(2) 질병 의료비</p>	<p>해외</p>	<p>① 보험사는 아래의 사유로 인하여 생긴 의료비는 보상하지 않습니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 피공제자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피공제자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다. 2. 보험수익자가 고의로 피공제자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다. 3. 계약자가 고의로 피공제자를 해친 경우 4. 피공제자가 정당한 이유없이 입원 또는 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 의료비와 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피공제자 본인이 자의적으로 입원하여 발생한 입원의료비 <p>② 보험사는 한국표준질병사인분류에 있어서 아래의 의료비에 대하여는 보상하지 않습니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 정신 및 행동장애(F04 ~ F99) (다만, F04 ~ F09, F20 ~ F29, F30 ~ F39, F40 ~ F48, 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. 피공제자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 치료한 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(I84, K60 ~ K62, K64) <p>③ 보험사는 다음의 의료비에 대하여는 보상하지 않습니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 추가 의료비용은 보상합니다), 예방접종, 인공유산에 든 비용. 다만, 보험사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.
---------------------------	-----------	--

<p>(2) 질병 의료비 (계속)</p>	<p>해외 (계속)</p>	<p>2. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 영양급여 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, 보험사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.</p> <p>3. 다음의 어느 하나에 해당하는 치료로 인하여 발생한 의료비</p> <p>가. 단순한 피로 또는 권태</p> <p>나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피공제자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환</p> <p>다. 발기부전(impotence)불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis)</p> <p>4. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 보상합니다.</p> <p>5. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비</p> <p>가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(용비술), 유방 확대 (다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)•축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등</p> <p>나. 사시교정, 안와격리증 (다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술</p> <p>다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술 (국민건강보험 영양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)</p> <p>라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술(국민건강보험 영양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 외모개선 목적으로 봅니다)</p> <p>마. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여대상에 해당하는 치료</p>
------------------------------------	--------------------	---

(2) 질병 의료비 (계속)	해외 (계속)	6. 진료와 무관한 각종비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비 7. 인간면역결핍바이러스(HIV)감염으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV감염은 해당진료 기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제외합니다) 8. 치아보철, 보존, 금관, 틀니, 의치 및 임플란트로 인한 의료비
	국내	① <붙임5>에 따라 적용합니다.

제4관 보험금의 지급

제5조(보험금 지급사유 발생의 통지) 계약자, 피공제자 또는 보험수익자는 제3조(보장종목별 보상내용)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 것을 알았을 때에는 지체 없이 그 사실을 보험사에 알려야 합니다.

제6조(보험금의 청구) ①보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서 (보험사 양식)
2. 사고증명서 (진료비계산서, 진료비세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 포함)
4. 그 밖에 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

②제1항제2호의 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7조(보험금의 지급절차) ①보험사는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다.

②제1항에도 불구하고 보험사는 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급제도(보험사가 추정하는 보험금의 50% 이내의 금액을 지급하는 제도를 말합니다)에 대하여 피공제자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제6조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
 2. 분쟁조정 신청
 3. 수사기관의 조사
 4. 외국에서 발생한 보험사고에 대한 조사
 5. 제4항에 따른 보험사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피공제자 또는 보험수익자에게 책임이 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
 6. 제7항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ③ 제2항에 따라 추가적인 조사가 이루어지는 경우 보험사는 보험수익자의 청구에 따라 보험사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ④ 보험사는 제1항에서 정한 지급기일 내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날로부터 지급일까지의 기간에 <부표> ‘보험금을 지급할 때의 적립이율’에 따라 연단위 복리로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 다만, 계약자, 피공제자 또는 보험수익자에게 책임이 있는 사유로 지급이 지연된 경우에는 그 기간에 대한 이자는 지급하지 않습니다.

<부 표 > 보험금을 지급할 때의 적립이율

기 간	지 급 이 자
지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	보험계약대출이율
지급기일의 31일이후부터 60일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(4.0%)
지급기일의 61일이후부터 90일 이내 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(6.0%)
지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)

- 주) 1. 보험계약대출이율은 보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율을 적용합니다.
2. 가산이율 적용시 제7조(보험금의 지급절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
3. 가산이율 적용 시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

⑤ 계약자, 피공제자 또는 보험수익자는 제13조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 보험사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우 사실확인이 끝날 때까지 보험사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

⑥ 보험사는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청 시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

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

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

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

제8조(보험금을 받는 방법의 변경) ①계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자를 말합니다)는 보험사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.

②보험사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 보험개발원이 공시하는 월평균 정기예금이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 보험개발원이 공시하는 월평균 정기예금이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

제9조(주소변경의 통지) ①계약자(보험수익자가 계약자와 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체 없이 그 변경내용을 보험사에 알려야 합니다.

②제1항에서 정한대로 계약자 또는 보험수익자가 변경내용을 알리지 않은 경우에는 계약자 또는 보험수익자가 보험사에 알린 최종 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법을 통하여 보험사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 또는 보험수익자에게 도달된 것으로 봅니다.

제10조(대표자의 지정) ①계약자 또는 보험수익자가 2명 이상인 경우에는 각 대표자를 1명 지정하여야 하며, 그 대표자는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.

②지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 않은 경우에는 이 계약에 관하여 보험사가 계약자 또는 보험수익자 1명에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에게도 효력이 미칩니다.

③계약자가 2명 이상인 경우에는 연대하여 그 책임을 집니다.

<붙임 1> 용어의 정의

용 어	정 의
계약	공제계약
진단계약	계약을 체결하기 위하여 피공제자가 건강진단을 받아야 하는 계약
공제증권	계약의 성립과 계약내용을 증명하기 위하여 보험사가 계약자에게 드리는 증서
계약자	공제회와 계약을 체결하고 보험료를 납입하는 교육기관 또는 사람
피공제자	보험금지급사유 또는 보험사고 발생의 대상(객체)이 되는 사람
보험수익자	보험금을 수령하는 사람
공제가입기간	보험사가 계약에서 정한 보상책임을 지는 기간
보험사	여행자종합공제 주관 보험회사
해외여행 중	피공제자가 공제증권에 기재된 여행을 목적으로 주거지를 출발하여 여행을 마치고 주거지에 도착할 때까지의 기간

연단위복리	보험사가 지급할 금전에 대한 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법
환급금	계약이 해지되는 때에 보험사가 계약자에게 돌려주는 금액
영업일	공제회 또는 보험사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, 「관공서의 공휴일에 관한 규정」에 따른 공휴일과 근로자의 날은 제외
상해	공제가입기간 중 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고
상해보험계약	상해를 보장하는 계약
의사	「의료법」 제2조(의료인)에서 정한 의사, 한의사 및 치과의사의 자격을 가진 사람
약사	「약사법」 제2조(정의)에서 정한 약사 및 한약사의 자격을 가진 사람
의료기관	「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정하는 의료기관을 말하며, 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 구분
약국	「약사법」 제2조 제3호에 따른 장소로서, 약사가 수여(授與)할 목적으로 의약품 조제업무를 하는 장소를 말하며, 의료기관의 조제실은 제외
병원	「국민건강보험법」 제42조(요양기관)에서 정하는 국내의 병원 또는 의원을 말하며, 조산원은 제외
입원	의사가 피공제자의 질병 또는 상해로 인하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 병원, 의료기관 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관에 입실하여 의사의 관리를 받으며 치료에 전념하는 것
입원의 정의 중 ‘이와 동등하다고 인정되는 의료기관’	보건소, 보건의료원 및 보건지소 등 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 의료기관에 준하는 의료기관으로서 군의무대, 치매요양원, 노인요양원 등에 속해 있는 요양원, 요양시설, 복지시설 등과 같이 의료기관이 아닌 곳은 이에 해당되지 않음
기준병실	병원에서 국민건강보험 환자의 입원 시 병실료 산정에 적용하는 기준이 되는 병실
입원실료	입원치료 중 발생한 기준병실 사용료, 환자관리료, 식대 등
입원제비용	입원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료(퇴원시 의사로부터 치료목적으로 처방받은 약제비 포함), 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 치료재료, 석고붕대료(cast), 지정진료비 등

입원수술비	입원치료 중 발생한 수술료, 마취료, 수술재료비 등
입원의료비	입원실료, 입원제비용, 입원수술비, 상급병실료 차액
보상한도 종료일	보험사가 보험가입금액 한도까지 입원의료비를 보상한 기준 입원일자
통원	의사가 피공제자의 질병 또는 상해로 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서, 병원에 입원하지 않고 병원을 방문하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것
처방조제	의사 및 약사가 피공제자의 질병 또는 상해로 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서, 통원으로 인하여 발행된 의사의 처방전으로 약국의 약사가 조제하는 것. 이 경우 「국민건강보험법」 제42조 제1항 제3호에 따른 한국희귀의약품센터에서의 처방조제 및 의약분업 예외 지역에서의 약사의 직접조제를 포함
외래제비용	통원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 치료재료, 석고붕대료(cast), 지정진료비 등
외래수술비	통원치료 중 발생한 수술료, 마취료, 수술재료비 등
처방조제비	병원 의사의 처방전에 따라 조제되는 약국의 처방조제비 및 약사의 직접조제비
통원의료비	외래제비용, 외래수술비, 처방조제비
요양급여	「국민건강보험법」 제41조(요양급여)에 따른 가입자 및 피부양자의 질병·부상 등에 대한 다음의 요양급여 1. 진찰·검사 2. 약제·치료재료의 지급 3. 처치·수술 또는 그 밖의 치료 4. 예방·재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송
의료급여	「의료급여법」 제7조(의료급여의 내용 등)에 따른 가입자 및 피부양자의 질병·부상 등에 대한 다음 각 호의 의료급여 1. 진찰·검사 2. 약제·치료재료의 지급 3. 처치·수술 또는 그 밖의 치료 4. 예방·재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송

	8. 그 밖에 의료 목적의 달성을 위한 조치
「국민건강보험법」에 따른 본인부담금 상한제	「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 연간 본인부담금 총액이 「국민건강보험법 시행령」 별표3에서 정하는 금액을 넘는 경우에 그 초과한 금액을 공단에서 부담하는 제도를 말하며, 국민건강보험 관련 법령의 변경에 따라 환급기준이 변경될 경우에는 보험사는 변경되는 기준에 따름
「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제	「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금이 「의료급여법 시행령」 제13조(급여비용의 부담)에서 정하는 금액을 넘는 경우에 그 초과한 금액을 의료급여기금 등에서 부담하는 제도를 말하며, 의료급여 관련 법령의 변경에 따라 환급기준이 변경될 경우에는 보험사는 변경된 기준에 따름
보상대상 의료비	실제 부담액 - 보상제외금액* * 제3관 보험사가 보장하지 않는 사항에 따른 금액 및 실제 사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 중 보험사가 보장하지 않는 금액
보상책임액	(보상대상의료비 - 피공제자부담 공제금액)과 보험가입금액 중 작은 금액
다수보험	실손 의료보험계약(우체국보험, 각종 공제, 상해·질병·간병보험 등 제3보험, 개인연금·퇴직보험 등 의료비를 실손으로 보상하는 보험·공제계약을 포함)이 동시에 또는 순차적으로 2개 이상 체결되었고, 그 계약이 동일한 보험사고에 대하여 각 계약별 보상책임액이 있는 여러 개의 실손 의료보험계약을 말함

<붙임2>국내 의료기관 의료비 중 보상하는 상해의료비

보장 종목	보상하는 사항				
	<p>① 보험사는 피공제자가 상해로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 의료비를 다음과 같이 하나의 상해당 보험가입금액(5천만원 이내에서 계약자가 정한 금액을 말합니다)의 한도 내에서 보상합니다.</p> <table border="1" style="width: 100%; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">구분</th> <th style="width: 80%;">보상금액</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 30px;"></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	구분	보상금액		
구분	보상금액				

(1) 상해 입원	표 준 형	입원실료, 입원제비용 입원수술비	「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금과 ‘비급여 ^{주)} ’를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 80%에 해당하는 금액. 다만, 나머지 20%가계약일 또는 매년 계약해당일부터 기산하여 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다. 주)상급병실료 차액은 제외합니다
		상급 병실료 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.
	선 택 형	입원실료, 입원제비용 입원수술비	「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)’의 90%에 해당하는 금액. 과 ‘비급여 ^{주)} (본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)’의 80%에 해당하는 금액 합한 금액. 다만, 급여 중 본인부담금의 10%해당액과 비급여 ^{주)} 의 20%에 해당하는 금액을 합한 금액이 계약일 또는 매년 계약해당일 부터 기산하여 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다. 주)상급병실료 차액은 제외합니다.
		상급 병실료 차액	입원 시 실제로 사용한 병실 기준병실의 병실료 차액에서 50%를 뺀 금액. 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.
	<p>주) 위 표에서 ‘비급여’라 함은 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부 장관이 정한 비급여대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)</p>		

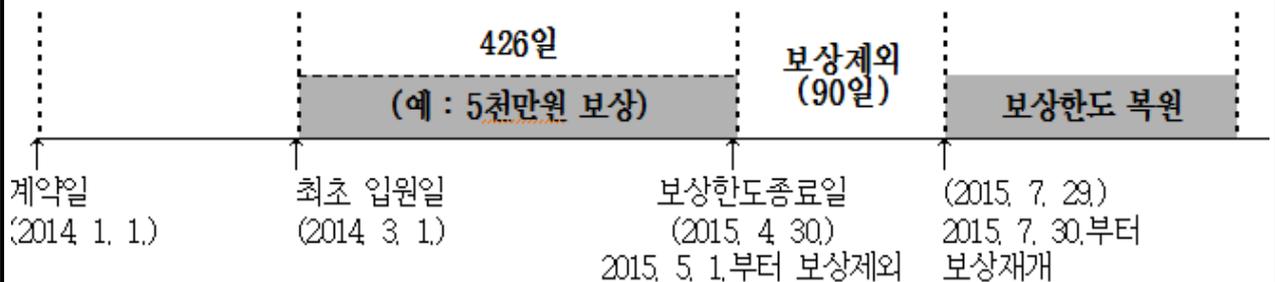
② 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연히 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상이 포함됩니다. 다만, 유독가스 또는 유독물질을 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상과 세균성 음식물 중독증상은 포함되지 않습니다.

③ 피공제자가 「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 금액의 40%를 하나의 상해당 보험가입금액(5천만원 이내에서 계약자가 정한 금액을 말합니다)의 한도 내에서 보상합니다.

(1) 상해 입원 (계속)
 ④ 제1항에도 불구하고 보험사는 하나의 상해(같은 상해로 2회 이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 상해로 봅니다)로 인한 입원의료비를 보험가입금액까지 보상한 경우에는 보상한도종료일부터 90일이 경과하여 동일한 사유로 입원(계속입원을 포함합니다)한 경우에 한해 최초 입원한 것과 동일한 기준으로 다시 보상합니다. 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



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

(1) 상해 입원 (계속)	
	<p>⑤ 피공제자가 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝나더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는 보험기간 종료일부터 180일까지(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상하며, 이 경우 제4항은 적용하지 않습니다. 다만, 종전 계약을 자동 갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제4항을 적용합니다.</p> <p>⑥ 피공제자가 직원복리후생제도에 의해 의료비를 감면 받고 그 감면 받은 의료비가 근로소득에 포함되는 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 입원의료비를 계산합니다.</p>

(2) 상해 통원	<p>① 보험사는 피공제자가 상해로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에는 통원의료비 명목으로 매년 계약해당일부터 1년을 단위로 하여 다음과 같이 외래(외래제비용, 외래수술비) 및 처방조제비를 각각 보상합니다.</p>					
	<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">구분</th> <th style="width: 85%;">보 상 한 도</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">외래</td> <td>방문 1회당 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금^{주1)}과 ‘비급여^{주1)}’를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표1>의 ‘항목별 공제금액’을 뺀 금액을 외래의 보험가입금액^{주2)}의 한도 내에서 보상(매년 계약해당일부터 1년간 방문 180회를 한도로 합니다)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">처방조제비</td> <td>처방전 1건당 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금^{주1)}과 ‘비급여^{주1)}’를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표1>의 ‘항목별 공제금액’을 뺀 금액을 처방조제비의 보험가입금액^{주2)}의 한도 내에서 보상(매년 계약해당일부터 1년간 처방전 180건을 한도로 합니다)</td> </tr> </tbody> </table>	구분	보 상 한 도	외래	방문 1회당 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금 ^{주1)} 과 ‘비급여 ^{주1)} ’를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표1>의 ‘항목별 공제금액’을 뺀 금액을 외래의 보험가입금액 ^{주2)} 의 한도 내에서 보상(매년 계약해당일부터 1년간 방문 180회를 한도로 합니다)	처방조제비
구분	보 상 한 도					
외래	방문 1회당 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금 ^{주1)} 과 ‘비급여 ^{주1)} ’를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표1>의 ‘항목별 공제금액’을 뺀 금액을 외래의 보험가입금액 ^{주2)} 의 한도 내에서 보상(매년 계약해당일부터 1년간 방문 180회를 한도로 합니다)					
처방조제비	처방전 1건당 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금 ^{주1)} 과 ‘비급여 ^{주1)} ’를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표1>의 ‘항목별 공제금액’을 뺀 금액을 처방조제비의 보험가입금액 ^{주2)} 의 한도 내에서 보상(매년 계약해당일부터 1년간 처방전 180건을 한도로 합니다)					

주1) 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)

주2) 외래 및 처방조제비는 회(건)당 합산하여 30만원이내에서 계약 시 계약자가 각각 정한 금액으로 합니다.

< 표1 항목별 공제금액 >

구 분		항 목	공제금액
(2) 상해 통원 (계속) 표 준 형	외래 (외래제비용	「의료법」 제3조 제2항 제1호에 따른 의원, 치과의원, 한의원, 같은 항 제2호에 따른 조산원, 「지역보건법」 제10조, 제12조 및 제13조에 따른 보건소, 보건의료원 및 보건지소, 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」 제15조에 따른 보건진료소	1만원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액
	및 외래수술비 합계)	「의료법」 제3조 제2항 제3호에 따른 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	1만 5천원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액
		「국민건강보험법」 제42조 제2항에 따른 종합전문요양기관 또는 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원	2만원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액
	처방조제비	「국민건강보험법」 제42조 제1항 제2호에 따른 약국, 같은 항 제3호에 따른 한국희귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약분업 예외 지역에서 약사의 직접조제 1건당)	8천원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액
	외래	「의료법」 제3조 제2항 제1호에 따른 의원, 치과의원, 한의원, 같은 항 제2호에 따른 조산원, 「지역보건법」 제10조, 제12조 및 제13조에	1만원과 공제기준금액(보상대상 의료비의 급여

(2) 상해 통원 (계속)	선 택 형	외래 (외래제비용 및 외래수술비 합계)	다른 보건소, 보건의료원 및 보건지소, 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」 제15조에 따른 보건진료소	10% 해당액과 비급여 20% 해당액의 합산액) 중 큰 금액
			「의료법」 제3조 제2항 제3호에 따른 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	1만5천원과 공제기준금액(보상대상의료비의급여 10% 해당액과 비급여 20% 해당액의 합산액) 중 큰 금액
			「국민건강보험법」 제42조 제2항에 따른 종합전문요양기관 또는 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원	2만원과 공제기준금액(보상대상의료비의 급여 10% 해당액과 비급여 20% 해당액의 합산액) 중 큰 금액
	처방조제비	「국민건강보험법」 제42조 제1항 제2호에 따른 약국, 같은 항 제3호에 따른 한국희귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약분업 예외 지역에서 약사의 직접조제 1건당)	8천원과 공제기준금액(보상대상의료비의 급여 10% 해당액과 비급여 20% 해당액의 합산액) 중 큰 금액	

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

<보상기간 예시>



(2)
상해
통원
(계속)

③ 하나의 상해로 인해 하루에 같은 치료를 목적으로 의료기관에서 2회 이상 통원치료를 받거나 하나의 상해로 약국에서 2회 이상의 처방조제를 받은 경우 각각 1회의 외래 및 1건의 처방으로 보아 제1항과 제2항을 적용합니다. 이 때 공제금액은 2회 이상의 중복방문 의료기관 중 가장 높은 공제금액을 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 피공제자가 「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 <표1>의 ‘항목별 공제금액’을 뺀 금액의 40%를 외래 및 처방조제비로 보험가입금액[외래 및 처방조제비는 회(건)당 합산하여 30만원 이내에서 계약 시 계약자가 각각 정한 금액을 말합니다]의 한도 내에서 보상합니다.

⑥ 피공제자가 직원복리후생제도에 의해 의료비를 감면받고 그 감면받은 의료비가 근로소득에 포함되는 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 입원의료비를 계산합니다.

<붙임3>국내 의료기관 의료비 중 보상하는 질병의료비

보장 종목	보상하는 사항	
(3) 질병 입원	① 보험사는 피공제자가 질병으로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 의료비를 다음과 같이 하나의 질병당 보험가입금액(5천만원 이내에서 계약자가 정한 금액을 말합니다)의 한도 내에서 보상합니다.	
	구분	보상금액
	표준형 입원실료, 입원제비용 입원수술비	「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금 ^{주)} 과 ‘비급여 ^{주)} ’를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 80%에 해당하는 금액. 다만, 나머지 20%가계약일 또는 매년 계약해당일부터 기산하여 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다. 주)상급병실료 차액은 제외합니다.
상급 병실료 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.	
선택 형 입원실료, 입원제비용 입원수술비	「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 90%에 해당하는 금액. 과 ‘비급여 ^{주)} (본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)’의 80%에 해당하는 금액을 합한 금액. 다만, 급여 중 본인부담금의 10%해당액과 비급여 ^{주)} 의 20%에 해당하는 금액을 합한 금액이 계약일 또는 매년 계약해당일부터 기산하여 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다. 주)상급병실료 차액은 제외합니다.	

상급 병실료 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.
-----------------	---

주) 위 표에서 '비급여'라 함은 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부 장관이 정한 비급여대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)

(3)
질병
입원
(계속)

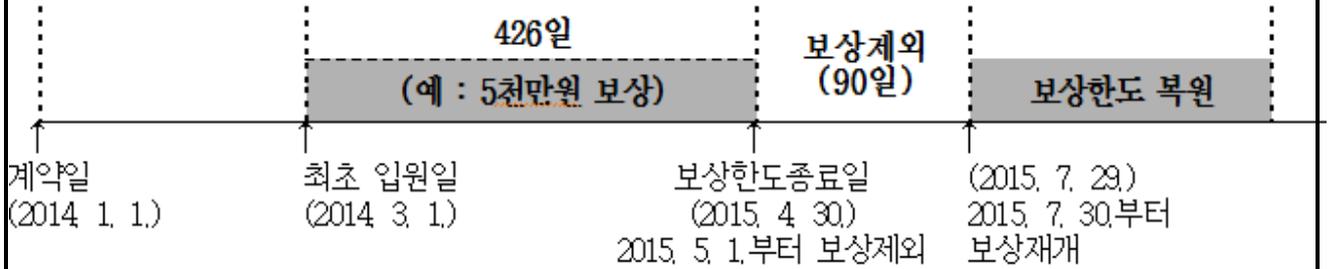
② 제1항의 질병에서 청약서상 '계약 전 알릴 의무(중요한 사항으로 한정합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우 그 질병으로 인한 입원의료비는 보상하지 않습니다.

③ 피공제자가 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 경우에는 입원의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부 장관이 정한 급여 및 비급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액의 40%를 하나의 질병당 보험가입금액(5천만원 이내에서 계약자가 정한 금액을 말합니다)의 한도 내에서 보상합니다.

④ 제1항에도 불구하고 보험사는 하나의 질병으로 인한 입원의료비를 보험가입금액까지 보상한 경우에는 보상한도종료일부터 90일이 경과하여 동일한 사유로 입원(계속 입원을 포함합니다)한 경우에 한해 최초 입원한 것과 동일한 기준으로 다시 보상합니다. 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

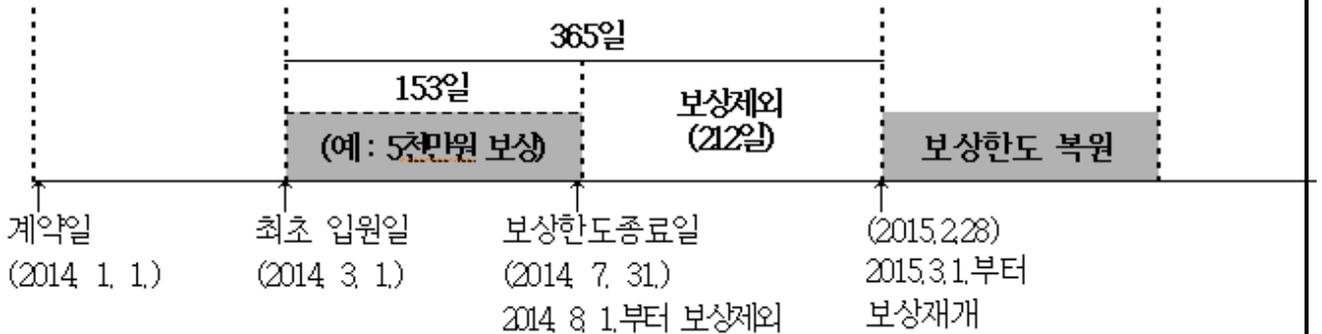


(ii) 최초입원일 ~ 보상한도종료일이 275일(365일-90일) 이내인 경우

(3)

질병
입원

(계속)



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

⑥ 피공제자가 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝나더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는 보험기간 종료일부터 180일까지(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 피공제자가 직원복리후생제도에 의해 의료비를 감면받고 그 감면받은 의료비가 근로 소득에 포함되는 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 입원의료비를 계산합니다.
- ⑧ 제2항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년이 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진은 제외합니다) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보상합니다.

① 보험사는 피공제자가 질병으로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에는 통원의료비 명목으로 매년 계약해당일부터 1년을 단위로 하여 다음과 같이 외래(외래제비용, 외래수술비) 및 처방조제비를 각각 보상합니다.

구분	보 상 한 도
외래	방문 1회당 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금 ^{주1)} 과 ‘비급여 ^{주1)} ’를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표1>의 ‘항목별 공제금액’을 뺀 금액을 외래의 보험가입금액 ^{주2)} 의 한도 내에서 보상(매년 계약해당일부터 1년간 방문 180회를 한도로 합니다)
처방 조제비	처방전 1건당 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금 ^{주1)} 과 ‘비급여 ^{주1)} ’를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표1>의 ‘항목별 공제금액’을 뺀 금액을 처방조제비의 보험가입금액 ^{주2)} 을 한도 내에서 보상(매년 계약해당일부터 1년간 처방전 180건을 한도로 합니다)

(4)
질병
통원

주1) 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부 장관이 정한 비급여대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 의료급여법)에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함

주2) 외래 및 처방조제비는 회(건)당 합산하여 30만원 이내에서 계약 시 계약자가 각각 정한 금액을 말합니다.

< 표1 항목별 공제금액 >

구 분		항 목	공제금액
표 준 형	외래 (외래제비용 및 외래수술비 합계)	「의료법」 제3조 제2항 제1호에 따른 의원, 치과의원, 한의원, 같은 항 제2호에 따른 조산원, 「지역보건법」 제10조, 제12조 및 제13조에 따른 보건소, 보건의료원 및 보건지소, 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」 제15조에 따른 보건진료소	1만원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액
		「의료법」 제3조 제2항 제3호에 따른 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	1만 5천원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액
		「국민건강보험법」 제42조 제2항에 따른 종합전문요양기관 또는 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원	2만원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액
선 택 형	외래 (외래제비용 및 외래수술비 합계)	「국민건강보험법」 제42조 제1항 제2호에 따른 약국, 같은 항 제3호에 따른 한국희귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약분업 예외 지역에서 약사의 직접조제 1건당)	8천원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액
		「의료법」 제3조 제2항 제1호에 따른 의원, 치과의원, 한의원, 같은 항 제2호에 따른 조산원, 「지역보건법」 제10조, 제12조 및 제13조에 따른 보건소, 보건의료원 및 보건지소, 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」 제15조에 따른 보건진료소	1만원과 공제기준금액(보상대상의 료비의 급여10% 해당액과 비급여 20% 해당액의 합산액)중 큰 금액
		「의료법」 제3조 제2항 제3호에 따른 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	1만5천원과 공제기준금액(보상대상의 료비의급여 10% 해당액과 비급여 20% 해당액의 합산액)중 큰 금액

(4)
질병
통원
(계속)

	「국민건강보험법」 제42조 제2항에 따른 종합전문요양기관 또는 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원	2만원과 공제기준금액(보상대상의 료비의 급여10% 해당액과 비급여 20% 해당액의 합산액)중 큰 금액
처방조제비	「국민건강보험법」 제42조 제1항 제2호에 따른 약국, 같은 항 제3호에 따른 한국희귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약분업 예외 지역에서 약사의 직접조제 1건당)	8천원과 공제기준금액(보상대상의 료비의 급여10% 해당액과 비급여 20% 해당액의 합산액)중 큰 금액

(4) ② 피공제자가 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝나더라도 그 계속 중인 통원치료에 대해서는 다음 예시와 같이 보험기간 종료일부터 180일 이내에 외래는 방문 90회, 처방조제비는 처방전 90건의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제1항을 적용합니다.

<보상기간 예시>



③ 하나의 질병으로 하루에 같은 치료를 목적으로 의료기관에서 2회 이상 통원치료를 받거나 하나의 질병으로 약국에서 2회 이상 처방조제를 받은 경우 각각 1회의 외래 및 1건의 처방으로 보아 제1항과 제2항을 적용합니다. 이 때 공제금액은 2회 이상의 중복방문 의료기관 중 가장 높은 공제금액을 적용합니다.

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

- ⑤ 제1항의 질병에서 청약서상 ‘계약 전 알릴 의무(중요한 사항으로 한정합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우 그 질병으로 인한 외래 및 처방조제비는 보상하지 않습니다.
- ⑥ 피공제자가 「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 <표1>의 ‘항목별 공제금액’을 뺀 금액의 40%를 외래 및 처방조제비로 보험가입금액(외래 및 처방조제비는 회(건)당 합산하여 30만원 이내에서 계약 시 계약자가 각각 정한 금액을 말합니다)의 한도 내에서 보상합니다.
- ⑦ 피공제자가 직원복리후생제도에 의해 의료비를 감면받고 그 감면받은 의료비가 근로소득에 포함되는 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 입원의료비를 계산합니다.
- ⑧ 제5항에도 불구하고 청약일 이전에 진단된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년이 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진은 제외합니다) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보상합니다.

<붙임 4>국내 의료기관 의료비 중 보상하지 않는 상해의료비

보장 종목	보상하지 않는 사항
(1) 상해 입원	<p>① 보험사는 다음의 사유로 인하여 생긴 입원의료비는 보상하지 않습니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 피공제자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피공제자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다. 2. 보험수익자가 고의로 피공제자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다. 3. 계약자가 고의로 피공제자를 해친 경우 4. 피공제자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원한 경우. 다만, 보험사가 보상하는 상해로 인하여 입원한 경우에는 보상합니다. 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인한 경우 6. 피공제자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피공제자 본인이 자의적으로 입원하여 발생한 입원의료비 <p>② 보험사는 다른 약정이 없으면 피공제자가 직업, 직무 또는 동호회 활동 목적으로 한 다음의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 생긴 상해에 대해서는 보상하지 않습니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 선박 승무원, 어부, 사공, 그 밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승 <p>③ 보험사는 다음의 입원의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 요

<p>(1) 상해 입원 (계속)</p>	<p>양급여에 해당하지 않는 비급여의료비</p> <p>2. 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제)</p> <p>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)</p> <p>4. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 추가 의료비용은 보상합니다), 예방접종, 인공유산에 든 비용. 다만, 보험사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.</p> <p>5. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진, 의약품과 관련하여 소요된 비용. 다만, 보험사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.</p> <p>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.</p> <p>7. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비</p> <p>가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(용비술), 유방 확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살 제거술 등</p> <p>나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술</p> <p>다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)</p> <p>라. 외모개선 목적의 다리 정맥류 수술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 외모개선 목적으로 봅니다)</p> <p>마. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여대상에 해당하는 치료</p> <p>8. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의</p>
-----------------------------------	--

<p>(1) 상해 입원 (계속)</p>	<p>임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비</p> <p>9. 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(보장종목별 보상내용) (1)상해입원 제1항, 제2항 및 제4항부터 제6항에 따라 보상합니다.</p> <p>10. 「국민건강보험법」 제42조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비</p>
<p>(2) 상해 통원</p>	<p>① 보험사는 다음의 사유로 인하여 생긴 통원의료비는 보상하지 않습니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 피공제자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피공제자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다. 2. 보험수익자가 고의로 피공제자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다. 3. 계약자가 고의로 피공제자를 해친 경우 4. 피공제자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 통원한 경우. 다만, 보험사가 보상하는 상해로 인하여 통원한 경우에는 보상합니다. 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인하여 통원한 경우 6. 피공제자가 정당한 이유 없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 통원의료비 <p>② 보험사는 다른 약정이 없으면 피공제자가 직업, 직무 또는 동호회 활동 목적으로 한 다음의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 생긴 상해에 대해서는 보상하지 않습니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 선박 승무원, 어부, 사공, 그 밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무 상 선박탑승

③ 보험사는 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(본인부담금 상한제)

(2)

상해
통원

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)

(계속)

4. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 추가 의료비용은 보상합니다), 예방접종, 인공유산에 든 비용. 다만, 보험사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.

③ 보험사는 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(본인부담금 상한제)

3. 「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 따라 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(「의료급여법」에 따

른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)

4. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 추가 의료비용은 보상합니다), 예방접종, 인공유산에 든 비용. 다만, 보험사가 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, 보험사가 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, 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 다리 정맥류 수술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 외모개선 목적으로 봅니다)

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, 본인부

(2)
상해
통원
(계속)

<p>(2) 상해 통원 (계속)</p>	<p>담의료비는 제3조(보장종목별 보상내용) (2)상해통원 제1항부터 제4항 및 제6항에 따라 보상합니다.</p> <p>10. 「국민건강보험법」 제42조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비</p> <p>11. 「응급의료에 관한 법률」 및 동 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료 관리료</p>
-----------------------------------	--

<붙임5>국내 의료기관 의료비 중 보상하지 않는 질병의료비

<p>보장 종목</p>	<p>보상하지 않는 사항</p>
<p>(1) 질병 입원</p>	<p>① 보험사는 다음의 사유로 생긴 입원의료비는 보상하지 않습니다.</p> <p>1. 피공제자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피공제자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다.</p> <p>2. 보험수익자가 고의로 피공제자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.</p> <p>3. 계약자가 고의로 피공제자를 해친 경우</p> <p>4. 피공제자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피공제자 본인이 자의적으로 입원하여 발생한 입원의료비</p> <p>② 보험사는 ‘한국표준질병사인분류’에 따른 다음의 입원의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.</p>

1. 정신 및 행동장애(F04 ~ F99)

(다만, F04 ~ F09, F20 ~ F29, F30 ~ F39, F40 ~ F48, 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. 피공제자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원한 경우(O00 ~ O99)

4. 선천성 뇌질환(Q00 ~ Q04)

5. 비만(E66)

(1)

6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)

질병

7. 직장 또는 항문질환 중 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 부분(I84, K60 ~ K62, K64)

입원

(계속)

③ 보험사는 다음의 입원의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.

1. 초과치료(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 (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, 보험사가 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, 보험사가 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(피공제자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환

(1)
질병
입원
(계속)

다. 발기부전(impotence).불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(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), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다).축소술, 지방흡입술, 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 다리 정맥류 수술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치

<p>(1)</p> <p>질병 입원 (계속)</p>	<p>료재료가 사용되지 않은 부분은 외모개선 목적으로 봅니다)</p> <p>다. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여대상에 해당하는 치료</p> <p>9. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비</p> <p>10. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(보장종목별 보상 내용) (3)질병입원 제1항, 제2항 및 제4항부터 제10항에 따라 보상합니다.</p> <p>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)</p> <p>12. 「국민건강보험법」 제42조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비</p>
<p>(2)</p> <p>질병 통원</p>	<p>① 보험사는 다음의 사유로 인하여 생긴 통원의료비는 보상하지 않습니다.</p> <p>1. 피공제자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피공제자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다.</p> <p>2. 보험수익자가 고의로 피공제자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.</p> <p>3. 계약자가 고의로 피공제자를 해친 경우</p> <p>4. 피공제자가 정당한 이유없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 통원의료비</p> <p>② 보험사는 ‘한국표준질병사인분류’에 따른 다음의 통원의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.</p> <p>1. 정신 및 행동장애(F04 ~ F99)(다만, F04 ~ F09, F20 ~ F29, F30 ~ F39, F40 ~ F48, F90 ~ F98과 관련한 치료에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하는 의료비는 보상합니다)</p>

2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증 (N96 ~ N98)
3. 피공제자가 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(I84, K60 ~ K62. K64)

(2)

질병
통원
(계속)

- ③ 보험사는 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(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, 보험사가 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, 의약품과 관련하여 소요된 비용. 다만, 보험사가 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(피공제자의 가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환

다. 발기부전(impotence).불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(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

(2)

질병
통원

7. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료 재료의 구입 및 대체 비용. 다만, 인공장기등 신체에 이식되어 그 기능을 대신 하는 경우에는 보상합니다.

(계속)

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), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다).축소술, 지방흡입술, 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 다리 정맥류 수술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 외모개선 목적으로 봅니다)

(2) 질병 통원 (계속)	마. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여대상에 해당하는 치료
	9. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련 없는 검사비용, 간병비
	10. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(보장종목별 보상내용) (4)질병통원 제1항부터 제4항 및 제6항부터 제9항에 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

제4장 학교행사주최자배상책임조항

제4장 주최자배상책임조항의 피공제자는 공제회와 보험사간에 체결한 「Commercial General Liability(1)」 계약의 피보험자가 되며 보험 약관에 따라 보험사로부터 보장을 받습니다.

아래는 보험 약관의 내용 중 중요한 내용을 번역 및 발췌한 내용입니다.

이 계약의 담보 범위는 공제증권에 기재된 각 조항의 규정에 따릅니다. 약관을 잘 읽어 보시고 이 계약에 따른 권리, 의무 및 담보범위를 확인하시기 바랍니다.

이 약관에서 사용하는 「귀하」라 함은 기명피공제자를 말합니다. 그리고 「보험사」라 함은 이 여행자종합공제 주관 보험사를 말합니다.

「피공제자」란 섹션2 「피공제자」에서 정해진 개인이나 단체를 말합니다. 이 약관에서 「」 내에 인용되는 용어는 섹션5 「용어의 정의」에 따릅니다.

섹션1. 담 보 범 위

담보A. 신체장해 및 재물손해에 대한 배상책임

1. 보험사의 책임범위

가. 보험사는 이 약관에서 「신체장해」 또는 「재물손해」로 피공제자가 법률상의 손해배상책임을 부담함으로써 입은 손해를 보상합니다. 추가지급조항의 담보A 및 담보B에서 지급 대상으로 명기되어 있는 금액(또는 서비스)만을 지급(또는 제공)합니다. 이 보험은 보험 기간 중에 발생한 「신체장해」 또는 「재물손해」만 담보합니다.

「신체장해」 또는 「재물손해」는 공제증권 상의 「담보지역」에서 발생한 「사고」에 기인된 것이어야 합니다. 보험사는 손해배상 청구소송에 대한 권리와 의무를 가집니다. 다만,

(1) 보험사가 지급하는 손해배상책임액은 제3장 보상한도액을 한도로 합니다.

(2) 보험사는 손해배상청구 및 소송에 대하여 필요하다고 인정할 때에는 조사 및 화해를 할 수 있습니다.

(3) 보험사가 담보A나 담보B에서의 화해액, 판결액과 담보C에서의 의료비를 공제계약의 보상 한도액까지 지급함으로써 보험사의 방어권리 및 의무는 종료됩니다.

나. 「신체장해」 손해는 「신체장해」로 인한 간호, 휴업 손실 및 사망으로 청구되는 손해배상책임을 포함합니다.

다. 물리적으로 손상되지 아니한 유체물의 사용불능으로 인한 간접손해인 「재물손해」는 그 「사고」의 원인이 발생한 때를 사고의 시점으로 간주합니다.

2. 면책조항

이 계약은 아래의 손해를 보상하지 아니합니다.

가. 예기된 또는 고의로 발생한 피해

피공제자가 예기하였거나 피공제자의 고의로 발생한 「신체장해」 또는 「재물손해」 그러나, 신체 또는 재물을 보호하기 위해 필요한 행위의 결과로 생긴 「신체장해」는 보상합니다.

나. 계약에 의한 배상책임

계약에 의하여 가중된 신체장해나 재물손해에 대한 배상책임. 그러나, 아래와 같은 경우에는 보상합니다.

(1) 「담보계약」에 의하여 가중된 배상책임

(2) 계약이 없었을 경우에도 피공제자가 부담하게 될 손해배상책임

다. 주류와 관련한 배상책임

다음과 같은 사유로 피공제자가 배상책임을 부담하는 「신체장해」 또는 「재물손해」

(1) 다른 사람을 취하게 하거나 취하도록 기여한 경우

(2) 법령상의 음주연령에 미달한 사람 또는 주기가 있는 사람에게 주류를 제공한 경우

(3) 주류의 판매, 증여, 배급 또는 사용에 관한 법령, 규칙

이 면책조항은 귀하가 주류의 제조, 배급, 판매, 제공, 공급을 사업으로 하고 있을 경우에만 적용됩니다.

라. 근로자 재해보상 또는 유사법

근로자의 재해보상, 불구폐질급부 또는 실업에 관한 법률, 기타 이와 유사한 법률에 따라 피공제자가 부담하는 책임

마. 사용자(또는 고용인)의 배상책임

아래에 열거한 사람에게 입힌 「신체장해」

(1) 피공제자의 근로자가 업무 수행 중 그 업무에 기인하여 입은 「신체장해」

(2) 위 (1)의 결과로서 그 근로자의 배우자, 자녀, 부모, 형제자매가 입은 손해

이 면책조항은 다음과 같은 경우에 적용됩니다.

(1) 피공제자가 사용자로서 또는 다른 자격으로서 배상책임을 부담하게 되는 경우

(2) 신체장해에 의한 손해배상에 대하여 다른 사람과 손해배상책임을 분담하거나 다른 사람에게 환급하여야 할 책임을 지는 경우

그러나 담보계약에 따라 피공제자가 부담하는 손해배상책임은 보상합니다.

바. 공해물질 및 오염

(1) 아래의 장소 또는 경우에 공해물질의 배출, 확산, 방출 또는 유출이 있었거나, 있었다고 주장되거나 또는 있을 위험 때문에 발생한 「신체장해」 나 「재물손해」

(가) 귀하가 소유, 임차 또는 점유하는 시설 내 또는 그 시설로부터

(나) 폐기물질의 취급, 보관, 처리, 가공하거나 처치하기 위하여, 귀하가 사용하는 부지 내 또는 부지로부터, 또는 귀하나 타인을 위해 사용하는 부지 내 또는 부지로부터

(다) 귀하나 귀하가 법적 책임을 부담하는 타인 또는 단체를 위하여 언제라도 폐기물을 운송, 취급, 보관, 처분 또는 가공하고 있을 경우

(라) 귀하나 귀하를 대신하여 직접간접으로 도급인 또는 하도급인이 아래의 사업을 하고 있는 시설 내나 그 시설로부터

① 그 사업과 관련하여 부지 내에 공해물질이 반입되었을 때

② 공해물질의 시험, 검사, 청소, 제거 또는 용기에 담아 봉하거나 처리, 독성제거 또는 중화작업을 하였을 때

(2) 정부 기관의 지시 또는 요청에 의하여 귀하가 공해물질의 시험, 검사, 청소, 제거, 용기에 담아 봉하거나 처리, 독성제거, 중화작업으로 발생한 손실, 기타 비용 공해물질이란 연기, 증기, 매연, 산, 알칼리, 화학물질 및 폐기물질을 포함하여 고

체, 액체, 기체 또는 열성자극물 또는 오염물을 말합니다. 폐기물에는 재생, 수리, 재이용되는 물질을 포함합니다.

사. 항공기, 자동차 선박

피공제자가 소유, 관리, 사용 또는 타인에게 위탁한 항공기와 「자동차」 또는 피공제자가 소유, 운행, 임차한 선박으로 생긴 「신체장해」와 「재물손해」 사용이라 함은 운행 및 「화물의 적재나 하역」을 포함합니다.

그러나 아래의 경우에는 보상합니다.

- (1) 귀하가 소유 또는 임차하는 시설내에 양륙되어 있는 선박
- (2) 귀하가 소유하지 않는 선박으로서,
 - (가) 길이가 26feet미만이고
 - (나) 운임을 받으며 사람이나 물건을 수송하는데 사용되지 않는 것
- (3) 귀하가 소유 또는 임차하는 시설 또는 그 시설의 인접 장소에 주차하고 있는 「자동차」로서, 귀하 또는 피공제자가 소유, 임차하는 것이 아닌 「자동차」
- (4) 항공기, 선박의 소유, 관리 또는 사용에 관하여 담보계약상 가중된 배상책임
- (5) 「이동식 장비」에 관한 제5장 용어의 정의 8. 바(2) 또는 바(3)에 규정한 기계의 운행으로 인한 「신체장해」 또는 「재물손해」

아. 이동식 장비

다음으로 기인하는 「신체장해」 또는 「재물손해」

- (1) 피공제자가 소유, 운행, 임차하는 「자동차」에 의한 「이동식 장비」의 운송
- (2) 「이동식 장비」를 시합, 속도경기, 해체경기의 연습, 준비 또는 곡예운전에 사용

자. 전쟁

선전포고의 유무에 불구하고 전쟁 또는 전쟁에 수반되는 사태로 생긴 「신체장해」나 「재물손해」. 전쟁에는 내란, 폭동, 반란 또는 혁명이 포함됩니다.

이 면책 조항은 계약상의 가중책임에 한하여 적용합니다.

차. 자기 재물 손해

아래의 「재물손해」

- (1) 귀하가 소유, 임차 또는 점유하는 재물
- (2) 귀하가 판매, 양도 또는 포기한 시설로서 「재물손해」가 그 시설의 일부에서 발생할 때

- (3) 귀하가 임차하는 재물
 - (4) 귀하의 보관, 관리 또는 지배하에 있는 동산
 - (5) 귀하 또는 귀하를 대신하는 도급인 또는 하도급인이 직접 간접을 불문하고 작업을 하는 부동산의 특정부분의 손해가 그 작업에서 발생하였을 경우
 - (6) 「귀하의 작업」이 부적절하였기 때문에 복구, 수리, 교환을 해야만 하는 재물의 그 특정부분
- (2) 항의 면책조항은 그 시설이 「귀하의 작업」의 대상이며 귀하가 점유, 임차하는 것이 아닐 때에는 적용되지 아니합니다.

철로부설계약에 따라 부담하는 배상책임에 대하여는 이 면책조항의 (3), (4), (5) 및 (6)은 적용되지 않습니다.

「생산물 완성작업위험」이 포함되는 「재물손해」에 대하여는 (6)항의 면책조항이 적용되지 않습니다.

카. 자기 생산물의 손해

「귀하의 생산물」 또는 그 일부에 기인하여 「귀하의 생산물」에 끼친 「재물손해」

타. 자기 작업물에 대한 손해

「생산물/완성작업위험」이 포함된 「귀하의 작업」, 또는 그 작업의 일부에서 발생한 「귀하의 작업」에 끼친 「재물손해」

다만 손상된 작업이나 손해를 야기한 작업을 귀하를 위하여 하도급인이 수행하였을 경우에는 보상합니다.

파. 기 손상 재물에 대한 손해 또는 물리적 손상이 없는 재물

「손상 재물」 또는 물리적 손상을 입지 않은 재물손해로서 아래의 사유에 기인하는 경우

- (1) 「귀하의 생산물」 또는 「귀하의 작업」의 결함, 불비, 부적절 또는 위험한 상태
- (2) 귀하나 귀하의 대리인의 계약상의 이행지체 또는 불이행

그러나, 「귀하의 생산물」 또는 「귀하의 작업」이 본래의 용도에 사용된 후에 급격하고 우연하게 「귀하의 생산물」 또는 「귀하의 작업」에 입힌 물리적 손상으로 다른 재물의 사용불능으로 생긴 간접손해는 보상합니다.

하. 제품이나 완성작업물의 회수, 또는 손상 재물

다음의 사용불능, 회수, 철수, 조사, 수리, 교환, 조정, 제거, 처분으로 귀하 또는 다른 사람이 입은 손실, 경비 또는 지출에 대한 손해배상

- (1) 「귀하의 생산물」
- (2) 「귀하의 작업」
- (3) 「손상재물」

다만, 이들 생산물, 작업, 재물에 결함, 불비, 부적절 또는 위험이 있는 것으로 판명되거나 그런 의심이 있기 때문에 시장에서 또는 사용하는 사람이나 단체로부터 회수 또는 철수를 하는 경우를 말합니다.

면책조항 「다」에서 「하」까지는 귀하가 임차하는 시설의 화재손해에 대하여는 적용되지 아니하며 이 경우 섹션3. 보상한도액에 명기한 별도의 한도액을 적용합니다.

담보B. 인격침해 및 광고침해

1. 보험사의 책임범위

가. 보험사는 이 계약으로 담보되는 「인격침해」 또는 「광고침해」로 피공제자가 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해를 보상합니다. 추가지급조항의 담보A 및 담보B에서 지급대상으로 명기되어 있는 금액(또는 서비스)만을 지급(또는 제공)합니다.

보험사는 손해배상청구 소송에 대한 권리와 의무를 가집니다. 다만,

- (1) 보험사가 지급하는 손해배상금은 제3장 보상한도액을 한도로 합니다.
- (2) 보험사는 손해배상청구 및 소송에 대하여 필요하다고 인정할 때에는 조사 및 화해를 할 수 있습니다.
- (3) 보험사가 담보 「가」나 담보 「나」에서의 화해액 또는 판결액과 담보 「다」에서의 의료비를 이 계약의 보상한도액까지 지급함으로써 보험사의 방어권리 및 의무는 종료됩니다.

나. 이 계약에서 담보되는 「인격침해」라 함은 다음과 같은 경우를 말합니다.

- (1) 「담보지역」 내에서 공제가입기간 중 발생한 인격침해
- (2) 귀하의 학교 밖 활동 행사 업무 수행 중 발생한 인격침해. 그러나, 귀하 또는 귀하를 위한 광고, 출판물, 라디오방송, TV 방송으로 발생한 인격침해는 보상되지

아니합니다.

다. 이 계약에서 담보되는 「광고침해」라 함은 다음과 같은 경우를 말합니다.

- (1) 학교 밖 활동 행사 범위 내에서 공제가입기간 중에 발생한 광고침해
- (2) 귀하의 제품 및 서비스에 관한 광고로 발생한 광고침해

2. 면책조항

이 공제계약은 아래의 침해는 보상하지 아니합니다.

가. 아래의 사유에 의한 「인격침해」 또는 「광고침해」

- (1) 허위임을 알면서도 피공제자 또는 피공제자의 지시에 의해 구두 또는 서면에 의한 자료의 공표로 발생한 경우
- (2) 보험기간 개시 전에 구두 또는 서면 자료가 최초로 공표되어 발생한 경우
- (3) 피공제자의 또는 피공제자의 동의 하에 고의적인 형법위반으로 발생한 경우
- (4) 계약에 의하여 가중된 경우. 그러나 계약이 없었더라도 부담하게 될 배상책임은 보상 합니다.

나. 아래의 사유로 인한 「광고침해」

- (1) 계약을 위반한 경우. 그러나 묵시계약상 광고기획의 유용으로 발생한 경우에는 보상 합니다.
- (2) 제품 또는 서비스가 광고된 품질 또는 성능에 적합하지 않은 경우
- (3) 제품, 서비스의 가격표시가 잘못된 경우
- (4) 광고, 라디오방송, 출판물 또는 TV 방송을 사업으로 하는 피공제자에 의해 위법으로 발생한 경우

담보C. 행사치료비(Medical payment)

※ 주의: 행사를 주최하는 학교(기관)의 직원은 보장 대상에서 제외됩니다.

1. 보험사의 책임범위

- 가. (1) 공제가입기간 중에 「담보지역」 내에서 사고가 발생하고
- (2) 사고일자로부터 1년 이내에 발생하여 보험사에 통지된 치료비로서
 - (3) 피해자가 보험사의 요청에 따라, 보험사의 비용으로 보험사가 지정한 의사의

진단서를 제출한 경우에 한하여,

보험사는 아래에 기재된 신체장해사고로 발생한 의료비를 보상합니다.

- (1) 귀하가 소유 또는 임차하는 시설에서 발생한 사고
- (2) 귀하가 소유 또는 임차하는 시설에 인접하는 장소에서 발생한 장소
- (3) 귀하의 사업활동에 기인된 사고

나. 보험사는 필요하고도 유익한 비용으로서 피공제자의 과실유무를 불문하고 보상한도액 내에서 아래의 의료비를 보상합니다.

- (1) 사고발생시의 응급처치 비용
- (2) 치료, 수술, X선검사, 보철기구를 포함한 치과치료비
- (3) 구급차, 전문간호, 장례비

2. 면책조항

이 계약은 아래와 같은 의료비는 보상하지 아니합니다.

가. 피공제자 자신의 「신체장해」

나. 피공제자를 위해 또는 피공제자를 대신해서 고용된 사람, 또는 피공제자에게 세든 사람에게 대한 「신체장해」

다. 귀하가 소유 또는 임차하는 시설을 통상적으로 점유하고 있는 자가 입은 「신체상해」

라. 피공제자의 근로자 여부를 불문하고 노동자재해보상에 관한 법률, 폐질급부에 관한 법률, 기타 이와 유사한 법률에 의해 보상되는 「신체상해」

마. 운동경기(연습 및 훈련을 포함합니다.)에 참가 중에 입은 「신체상해」

바. 「생산물/완성작업위험」에 포함되는 「신체상해」

사. 담보A에서 보상하지 않는 「신체상해」

아. 선전포고의 유무에도 불구하고 전쟁 또는 전쟁에 수반되는 사태로

생긴 「신체장해」 전쟁 이라 함은 내란, 폭동, 반란 또는 혁명을 포함합니다.

추가지급조항 - 담보A 및 담보 B

보험사는 보험사가 방어하는 손해배상청구 또는 「소송」에 관하여 아래의 비용을 보상합니다.

1. 보험사가 지출한 모든 비용
2. 신체장해배상책임담보가 적용되는 차량사용에 기인하는 사고, 또는 도로교통법규 위반으로 필요한 보석보증보험료를 250달러까지 보상합니다. 그러나, 보험사는 보석보증을 제공할 의무는 없습니다.
3. 증권상의 보상한도액 이내의 보증금액에 대한 차입해제보증보험료, 그러나, 보험사는 차입해제보증을 제공할 의무는 없습니다.
4. 보험사의 요청에 따라 조사 또는 손해배상청구 및 「소송」에 대한 방어에 협조하는 데 소요된 비용과 일당 \$100한도내의 소득상실
5. 피공제자에게 부과된 모든 소송비용
6. 보험사가 지급하는 판결액에 대해서 피공제자에게 부과되는 예비판결의 이자. 다만, 보험사가 이 계약에서 보상되는 금액을 지급할 것을 통지하였다면 통지후의 예비판결의 이자는 보상 하지 않습니다.
7. 판결 확정 후에 발생하는 판결액에 대한 이자. 다만, 보험사가 이 계약의 보상한도액 내에서 판결액의 일부를 법원에 지급, 지급제외, 또는 공탁할 때까지 발생한 것에 한합니다.

추가지급조항에서 보상되는 비용은 보상한도액을 초과하여 보상합니다.

섹션2. 피공제자

1. 피공제자라 함은 다음과 같습니다.

가. 기명피공제자가 개인인 경우 귀하 및 귀하의 배우자가 피공제자가 됩니다.

다만, 귀하가 단독사업자일 경우에 한합니다.

나. 조합 또는 공동사업체로서 기재되어 있을 경우에는 귀하가 피공제자가 됩니다. 귀하의 업무 활동 범위 내에서 공동사업체나 조합의 경영자의 일원인 자 및 그 배우자도 피공제자가 됩니다.

다. 조합 또는 공동사업체 이외의 단체로 기재되어 있을 경우에는 귀하는 피공제자가 됩니다. 귀하의 업무집행임원 및 이사는 그 업무에 한하여는 피공제자가 되며 주주도

또한 그 책임범위 내에서 피공제자가 됩니다.

2. 아래에 기재된 사람도 피공제자가 됩니다.

가. 업무집행임원이외의 근로자. 다만, 업무범위내의 행위에 한합니다. 그러나, 다음의 근로 자는 피공제자가 아닙니다.

(1) 업무수행 중에 귀하 또는 동료근로자에게 「신체장해」나 「인격침해」를 입혔을 경우

(2) 전문직으로서 건강관리업무의 제공 또는 제공할 것을 태만히 하여 「신체장해」나 「인격침해」를 입혔을 경우

(3) 근로자 또는 구성원(조합 또는 공동사업체의 경우)이 소유, 점유, 임대하고 있는 재 물에 손해를 입혔을 경우

나. 귀하의 부동산관리자로서 그 업무를 담당하고 있는 개인(근로자는 제외)또는 단체

다. 귀하가 사망했을 경우 법정대리인이 선임될 때까지 귀하의 재산의 관리 또는 사용으로 발생하는 배상책임 범위 내에 재산관리인

라. 귀하가 사망했을 경우 그 직무범위 내에서의 법정대리인. 법정대리인은 이 공제증권 하에 서 갖는 귀하의 모든 권리 및 의무를 승계합니다.

3. 자동차등록에 관한 법률에 따라 등록된 「이동식 장비」에 관하여는 아래에 기재된 사람도 피공제자로 봅니다.

(1) 귀하의 허가를 받아 공도에서 이동식 장비를 운전중인 자

(2) 위 (1) 의 자의 지휘 감독에 대한 책임을 부담해야 할 개인 또는 단체. 다만, 이동식 장비 조작으로 일어나는 배상책임의 범위 내로 하고, 이때 개인이나 단체에 적용될 다른 배상책임보험이 없었을 때에 한합니다.

그러나 아래의 경우에는 피공제자가 되지 아니합니다.

가. 이동식 장비를 운행중인 사람의 동료에 대한 「신체장해」

나. 귀하나 귀하의 근로자 또는 이 보험에서 피공제자가 되는 사람의 근로자가 소유, 임차, 점유하고 있는 재물에 입힌 손해

4. 조합 또는 공동 사업체 이외의 단체로서 귀하가 신규로 취득 또는 설립하고 경영권 또는 과반수의 경영권을 취득한 단체는 피공제자로 간주합니다. 다만, 그 단체에 적용되는 다른

유효한 보험이 없을 때에 한합니다.

- 가. 이 조항에서는 그 단체의 취득 또는 설립일 이후 90일까지만 담보되며, 보험기간이 먼저 끝날 때는 그때를 보험이 끝나는 것으로 합니다.
- 나. 단체의 취득 또는 설립일 이전에 발생한 「신체장해」 또는 「재물손해」에 대하여 담보A는 적용되지 아니합니다.
- 다. 단체의 취득 또는 설립일 이전의 행위로 발생한 「인격침해」 또는 「광고침해」에 대하여 담보B는 적용되지 아니합니다.

신고란에 기명피공제자로서 기재되어있지 않은 현재 또는 과거의 조합 또는 공동사업체의 사업수행에 관련되는 개인 또는 단체는 피공제자로 보지 아니합니다.

섹션3. 보상한도액

1. 보험사는

- 가. 피공제자의 수
- 나. 손해배상청구의 건수 또는 제기된 소송의 수
- 다. 손해배상청구 또는 [소송]을 제기하고 있는 개인 또는 단체의 수를 불문하고 보험사가 지급할 보상한도액은 증권에 기재된 금액으로 하고 아래의 규정에 따라 지급합니다.

2. 총 보상한도액은 아래의 항목에 대하여 보험사가 지급할 최고액을 말합니다.

- 가. 담보 「C」에 따른 의료비 및
- 나. 담보 「A」 및 「B」에 따른 손해배상금. 그러나 「생산물/완성작업」에서 보상되는 장해 또는 손해에 손해배상금은 제외됩니다.

3. 생산물/완성작업위험에 대한 총 보상한도액은 「생산물/완성작업위험」에서 보상되는 장해 또는 손해에 따른 손해배상금에 대하여 담보 「A」에 있어서 보험사가 지급하는 최고액이 됩니다.

4. 위2에 있어서 인격침해 및 광고침해한도액은 개인 또는 단체가 「인격침해」 또는 「광고침

해」를 입힘으로써 발생하는 모든 손해배상금에 대하여 보험사가 담보 「B」에 의해 지급할 최고액이 됩니다.

5. 위 2나 3의 어느 것을 적용하든 1사고당 한도액은 한 사고로 발생하는 모든 「신체장해」 또는 「재물손해」로 인한 손해배상금 및 비용에 대하여 보험사가 지급할 최고액이 됩니다.

가. 담보 「A」에 의한 손해배상금

나. 담보 「B」에 의한 의료비

6. 위 5의 화재손해보상한도액은 하나의 화재사고로 귀하가 임차하고 있는 시설의 화재손해에 대하여 보험사가 담보 「A」에 의하여 지급할 최고한도액입니다.

7. 위 5의 의료비한도액은 한 피해자가 입은 「신체장해」로 발생하는 모든 의료비에 대하여 담보 「C」에 의하여 보험사가 지급하는 최고액이 됩니다.

이 증권의 한도액은 증권에 기재된 공제가입기간 개시일로부터 시작하여 매 연도별 및 12개월미만의 추가기간으로 연장이 되지 않을 때에는 12개월미만의 잔여기간에 개별적으로 적용됩니다. 보험기간이 추가 연장될 경우 연장된 기간은 원 보험기간을 구성하는 것으로 하여 한도액이 적용됩니다.

섹션4. 일반조항

1. 파산

보험사는 피공제자가 파산 또는 지급불능이 되어도 보험계약상의 책임을 부담합니다.

2. 사고발생, 손해배상청구 또는 소송시의 피공제자의 의무

가. 귀하는 사고가 발생하면 즉시 보험사에 알려야 하며 알려야 할 사항은 아래와 같습니다.

(1) 「사고」가 어떻게, 언제, 어디서 발생했다는 것

(2) 피해자 및 증인의 성명 및 주소

나. 피공제자에게 손해배상청구나 「소송」이 제기되면 귀하는 공제회 또는 보험사에 즉시

서면으로 이를 알려야 합니다.

다. 귀하 또는 사고와 관계되는 피공제자는 아래의 사항을 이행해야 합니다.

- (1) 손해배상청구나 「소송」에 관련한 청구서, 통지서, 소환장, 기타의 서류를 받는 즉시 사본을 보험사에 제출할 것
- (2) 보험사가 기록이나 자료를 입수할 수 있도록 할 것
- (3) 손해배상청구나 「소송」에 관한 조사, 합의해결 또는 응소에 대하여 보험사에 협조할 것
- (4) 이 계약에서 담보되는 장애 또는 손해로 타인에게 대위권을 행사하고자 할 때 보험사의 요청이 있으면 협조할 것

라. 응급처치비용을 제외한 어떤 비용도 보험사의 동의 없이 임의로 지급하거나 의무를 부담할 수 없습니다.

3. 보험사에 대한 소송

이 계약 하에서는 누구든지 아래의 권리를 가질 수 없습니다.

가. 보험사와 함께 공동피고로 참가하거나 피공제자를 상대로 하는 소송에 있어서 보험사를 공동 피고로 소송을 제기하는 것.

나. 이 공제계약에서 정하는 모든 조건을 완전히 이행하지 않고 보험사를 상대로 이 공제증권에 따라 소송을 제기하는 것.

사실 심리를 거친 후에 합의에 따른 화해 또는 피공제자에 대한 확정판결에 의한 손해를 보상받기 위하여 누구나 보험사를 상대로 소송을 할 수 있습니다. 다만, 보험사는 이 공제증권에서 보상하지 아니하는 손해나 이 계약에서의 보상한도액을 초과하는 손해에 대하여는 그러지 아니합니다. 합의에 의한 화해란 보험사, 피공제자 및 손해배상청구권자나 그 법률상의 대리인이 서명한 화해서 및 면책 증서를 말합니다.

4. 다른 보험과의 관계

보험사가 이 공제증권 담보 A 또는 담보 B에서 보상하는 손해를 피공제자가 보상받을 수 있는 다른 보험이 있으면 보험사의 지급의무는 다음과 같은 방법으로 보상합니다.

가. 제1순위의 보험

아래의 「나」 항이 적용되는 경우를 제외하고는 이 보험은 우선 적용됩니다. 이

공제계약이 우선 적용되고 다른 보험이 이 보험에 대한 우선적용증권이 아닐 경우 보험사는 다른 보험에 관계없이 보험계약상의 의무를 부담합니다. 기타 모든 보험에 대해서는 「다」 방법에 따라 부담합니다.

나. 초과액보험

다른 보험이 우선순위의 보험이거나, 초과액 보험이거나, 후 순위 보험 및 기타 다른 방식의 보험여부에 관계없이 다음의 경우에는 이 공제계약은 초과액만 담보합니다.

- (1) 다른 보험이 「귀하의 작업」에 대한 화재보험, 확장담보보험, 건설공사보험, 시설공사보험, 기타 유사한 보험일 때
- (2) 다른 보험이 귀하가 임차한 시설에 대한 화재보험일 때
- (3) 제1장 담보 「A」의 면책조항 「사」에 해당되지 아니하는 항공기, 「자동차」 또는 선박의 사용, 관리에 기인하는 손해가 발생했을 때

이 계약이 초과액담보일 때에는 다른 보험회사가 방어의무를 지는 손해배상청구 또는 [소송]에 대하여 보험사는 담보[A] 및 담보[B]의 방어의무를 부담하지 않습니다. 다른 모든 회사가 방어를 하지 않을 때에는 보험사가 이를 수행할 수 있습니다. 이때 피공제자가 다른 모든 보험회사에 대하여 갖는 권리를 보험사가 취득합니다.

이 계약이 다른 보험의 초과액만을 담보할 때는 다음 금액을 초과하는 손해가 발생했을 때에만 보험사는 이를 부담 지급합니다.

(1) 이 계약이 없었다면 다른 모든 보험이 손해에 대하여 지급할 수 있는 합계금액

(2) 다른 모든 보험의 면책금액 및 자가 보험액으로 되어있는 금액의 총액

잔여 손해액이 발생했을 때에는 보험사는 이 초과액보험조항에 기재되어 있지 않은 보험과 특별히 이 계약의 신고란 기재의 보상한도액을 초과하는 금액을 담보할 목적으로 가입한 것이 아닌 다른 보험과는 그 잔여손해액을 부담합니다.

다. 부담방법

다른 모든 보험이 균등액 방식에 의한 부담을 정하고 있을 경우에는 보험사도 역시 이 방법을 따릅니다. 이 방법에 따라 지급할 때 각 보험회사는 각자의 보상한도액이 모두 지급 될 때까지 또는 손해액이 전액 보상될 때까지 어느 것이 먼저 일어나든 그때까지 책임을 집니다. 다른 보험이 균등액 방식이 아닌 경우 보험사는 보상한도액에 따라 안분합니다. 이 방식은 모든 보험회사의 보상한도액의 합계에 대한 각 사의 보상한도액의 비율에 따라 지급합니다.

5. 진술사항

귀하는 이 계약의 다음사항을 승인한 것으로 봅니다.

- 가. 신고란 기재사항(또는 여행자종합공제 시스템 내 기재사항)이 정확하고 완전한 것이며
- 나. 그 기재사항은 귀하가 보험사 및 공제회에 알린 사항과 일치하고
- 다. 공제회는 귀하의 진술을 신뢰하여 공제증권을 발행한 것

6. 피공제자의 분리

보상한도액 및 제1순위 기명피공제자에게 이 보험계약상 특별히 양도한 권리와 의무를 제외하고는 이 공제계약은 아래와 같이 적용됩니다.

- 가. 기명피공제자를 단독 기명피공제자로 간주하며,
- 나. 손해배상청구 및 「소송」이 제기된 각 피공제자 별로 이 계약을 적용합니다.

7. 대위권의 이전

이 계약에 따라 보험사가 손해의 전부나 일부를 지급한 경우 보험사는 피공제자의 제3자에 대한 손해배상청구권을 대위 취득합니다. 피공제자는 손해발생 후 이 손해배상청구권을 저해하는 행위를 할 수 없으며, 보험사의 요청에 따라 「소송」을 제기하든가 보험사에 손해배상청구 권을 양도하고 그 행사에 협조하여야 합니다.

8. 조사(손해사정)

보험사는 아래의 사항에 관한 권한을 가집니다. 그러나

- 가. 수시로 조사를 하는 것
- 나. 보험사가 발견한 상황을 귀하에게 통지하는 것
- 다. 변경을 권유하는 것

조사, 통지, 권유사항은 보험가입 적합성과 보험료에 관한 사항에 한정됩니다. 보험사는 안전도를 조사하는 것은 아니며, 근로자 또는 일반대중의 건강이나 안전을 제공하는 사람 또는 단체로서의 의무를 수행하는 것은 아닙니다.

보험사는 그 상황이

- (1) 안전 또는 건전하다거나

(2) 법률, 규칙, 시행령 또는 어떤 기준에 합치한다는 것을 보증하는 것은 아닙니다. 이 조항은 보험사뿐만 아니라 보험에 관한 조사, 통지 또는 권유를 하는 요율산정기관, 자문기관, 요율 제공기관 또는 기타 유사한 기관에도 적용됩니다.

섹션5. 용어의 정의

1. 「광고침해」라 함은 다음의 행위로 발생한 침해를 말합니다.

가. 구두 또는 출판물로 개인이나 단체를 중상, 비방하거나 개인 또는 단체의 제품이나 서비스에 대한 중상

나. 구두 또는 출판물에 의한 사생활 침해

다. 광고기획 또는 사업방식의 유용

라. 저작권, 타이틀 또는 표어의 침해

2. 「자동차」란 도로상을 주행하기 위해 설계된 육상에서 사용하는 원동기부 차량, trailer 또는 semi-trailer 및 이들에 장착된 장치를 말하며, 「이동식 장비」는 제외됩니다.

3. 「신체장해」라 함은 상해, 질병 및 그로 인한 사망을 말합니다.

4. 「담보지역」이라 함은 아래의 지역을 말합니다.

가. 공제증권에 기재된 국가

나. 공해 또는 공공. 그러나 장해 또는 손해가 위 「가」에 해당하지 않는 국가로부터 또는 그 국가를 여행하거나 수송하는 중에 발생한 경우를 제외합니다.

다. 다음의 경우에는 세계 전 지역

(1) 장해 또는 손해가 아래에 기인하여 발생하였을 경우

(가) 위 「가」의 지역 내에서 귀하가 제조, 판매한 제품

(나) 위 「가」지역 내에 거주지가 있는 개인의 활동. 다만 사업활동의 목적으로 단기 간 거주지를 이탈했을 때에 한합니다.

(2) 피공제자의 배상책임이 위 「가」지역 내에서 소송이나 보험사가 합의한 화해액 한도 내에서 확정되었을 경우

5. 「손상재물」이란 아래의 사유로 사용할 수 없거나 실용성이 감소된 귀하의 생산물 또는 귀하의 작업 이외의 유체물을 말합니다.

가. 결함, 불완전, 부적합 또는 위험이 내재되어 있는 귀하의 생산물 또는 귀하의 작업이 관련 되었을 때나

나. (1) 귀하의 생산물이나 귀하작업을 수리, 대체, 조정 또는 제작하거나,

(2) 계약조건을 이행하면 재물을 수리 복구하여 사용할 수 있어도 귀하가 계약상의 조건을 수행할 수 없을 때

6. 「담보계약」이란 다음과 같은 것을 말합니다.

가. 시설의 임대차계약

나. 철로부설사용계약

다. 차량이나 보행자 전용 철도 건널목 동일평면에 관한 지역권 또는 사용권계약

라. 기타의 지역권. 그러나 철도 부지 내 또는 부지로부터 50feet까지의 인접지에서 행하는 건설작업이나 해체작업에 관한 지역권계약은 제외합니다.

마. 자치단체를 위한 작업에 관련된 것을 제외한 조례에 따른 자치단체에 대한 보상계약

바. 승강기 보수계약

사. 신체장해나 재물손해가 발생하기 전에 타인이 제3자에게 「신체장해」나 「재물손해」를 입 힘으로써 귀하가 불법행위책임이라 함은 계약이 없었더라도 법률규정에 의하여 그 책임을 부담하게 되는 배상책임을 말합니다.

「담보계약」에서 아래의 계약사항은 포함되지 아니합니다.

가. 아래의 사유로 발생하는 장애나 손해로 건설기사, 토목기사, 측량기사에 대한 보상

(1) 지도, 도면, 의견서, 보고서, 조사서, 주문변경서, 설계서 또는 명세서의 작성 승인 또는 이의 불이행

(2) 감독이나 지시 소홀

나. 피공제자가 건축기사, 토목기사 또는 측량기사로서 위 「가」의 직무를 포함하여 감독, 검사, 기타 기술 용역 제공 등의 전문직업상의 부주의로 발생하는 장애 또는 손해에 대하여 배상책임을 부담하는 계약

다. 귀하가 임차한 시설의 화재로 인한 손해에 대하여 어떤 개인이나 단체에게 보상할 책임

이 있는 계약

7. 「화물의 적재나 하역」이라 함은 다음과 같은 재물의 취급을 말합니다.

가. 재물이 항공기, 선박 또는 「자동차」에 옮길 것을 승낙한 장소로부터 재물이 이동한 후에

나. 항공기, 선박 또는 「자동차」 내에 있는 동안

다. 항공기, 선박 또는 「자동차」로부터 최종 목적 장소에 재물이 이동하고 있는 동안.

그러나, 「화물의 적재나 하역」에는 손수레 이외의 항공기, 선박 또는 「자동차」에 장착되어 있지 않은 기계장치로 재물을 옮기는 것은 포함되지 아니합니다.

8. 「이동식 장비」라 함은 아래의 것 중 육상에서 사용되는 차량(여기에 장착하는 기계 또는 장치를 포함)을 말합니다.

가. Bulldozer, 농기계, fork-lift 및 공도 이외에서 사용하도록 고안된 기타의 차량

나. 귀하가 소유 또는 임차하는 시설 및 이에 인접하는 장소에서만 사용하기 위해 관리하는 차량

다. 무한궤도를 주행하는 차량

라. 자체 추진력 여부에 관계없이 아래의 기계를 항구적으로 장착한 기동성을 목적으로 하는 차량

(1) 파워크레인, 쇼벨, 로더, 굴삭천공기

(2) 그레이더, 스크레퍼, 로울러 등의 도로건설 또는 포장용 기계

마. 위의 가. 나. 다. 라에 해당되지 않는 차량으로 자력으로 주행하지 못하고 다음의 장비에 오로지 기동성을 주기 위하여 항구적으로 장착된 차량

(1) 에어컴프레셔, 펌프, 발전기(분무용, 용접용, 빌딩청소용, 지질조사용, 조명용 및 우물탐사용 장비포함)

(2) 고소작업용 차량 및 작업원의 승강용 기계장치

바. 위의 가. 나. 다. 라에 해당하지 않는 차량으로 주로 사람 또는 하물의 수송 이외의 목적으로 사용되는 차량. 그러나, 장치가 항구적으로 부착되어 있는 다음의 자력주행차량은 「이동식 장비」로 보지 않고 「자동차」로 봅니다.

(1) 주로 다음과 같은 목적으로 고안된 장비

(가) 제 설

(나) 도로건설 및 포장공사가 아닌 도로의 보수관리

(다) 도로청소

(2) 작업원의 승강용 기계장치로서 자동차 또는 truck의 차대에 장착된 고소작업용 차량 및 이와 유사한 장치

(3) 에어컴프레셔, 펌프, 발전기(분무용, 용접용, 빌딩청소용, 지질조사용, 조명용 및 우물탐사용 기계 포함)

9. 「사고」라 함은 급격하게 발생하는 것을 포함하여 사실상 같은 종류의 일반적으로 유해한 상태에 계속적, 반복적으로 노출되는 것을 포함합니다.

10. 「인격침해」란 아래의 사유로 발생하는 손해로서 「신체상해」이외의 것을 말합니다.

가. 불법체포, 불법감금 또는 불법구치

나. 무고에 기인하는 소추

다. 주거침입 또는 불법퇴치

라. 구두 또는 출판물로 개인이나 단체를 중상, 비방하거나 개인이나 단체의 제품이나 서비스에 대한 중상

마. 구두 또는 출판물에 의한 사생활 침해

11. 가. 「생산물/완성작업위험」은 귀하가 소유, 임차하는 시설 밖에서 「귀하의 생산물」 또는 「귀하의 작업」으로 인하여 발생하는 모든 「신체장해」 및 「재물손해」를 말합니다. 그러나, 다음사항은 제외합니다.

(1) 귀하가 실질적으로 점유하고 있는 생산물

(2) 아직 완성 또는 방치되지 않은 작업

나. 아래 시기 중 먼저 도래한 때를 「귀하의 작업」이 완성된 것으로 봅니다.

(1) 귀하가 체결한 계약서상 모든 작업이 완료되었을 때

(2) 귀하가 체결한 계약서상 여러 장소에서 작업을 수행할 경우 어느 한 장소에서 모든 작업이 완료되었을 때

(3) 동일 작업장내에서 작업하고 있는 다른 도급인 또는 하도급인 이외의 개인 또는 단

체가 작업의 일부를 본래의 목적에 따라 사용하는 경우에는 점검장비, 보수관리, 조정, 수리 또는 교환이 필요한부분이 있을지라도 작업이 완료된 경우에는 완성된 작업으로 간주합니다.

다. 다음에 기인하는 「신체장해」나 「재물손해」는 생산물 위험에 포함되지 아니합니다.

(1) 재물의 수송. 그러나, 재물의 「적재 및 하역」중에 차량상태에 기인하는 장해 및 손해는 제외합니다.

(2) 공구류, 부착되지 않은 장치 또는 방치되거나 사용되지 않은 재료

(3) 이 공제증권이나 보험사의 지침서상 생산물 또는 완성작업에 분류되는 생산물이나 완성작업

12. 「재물손해」라 함은 다음을 말합니다.

가. 유체물에 입힌 물리적 손상을 말하며, 이에 따르는 사용불능으로 생긴 간접손해를 포함합니다.

나. 물리적으로 손상되지 아니한 유체물의 사용불능으로 생긴 간접손해

13. 「소송」이란 이 보험에서 보상되는 「신체장해」, 「재물손해」, 「인격침해」또는 「광고침해」를 이유로 손해배상을 청구하는 민사소송을 말합니다. 「소송」에는 손해배상 청구에 대한 조정절차를 포함합니다.

14. 「귀하의 생산물」이란 다음을 말합니다.

가. 아래의 사람이 제조, 판매, 취급, 공급, 또는 처분하는 부동산 이외의 제품

(1) 귀하

(2) 귀하의 이름으로 거래하는 타인

(3) 귀하가 인수한 사업이나 취득한 자산에 관련된 개인 또는 단체

나. 위 「가」의 제품에 관련하여 공급된 용기(차량은 포함되지 않음), 재료, 부품, 내구성 또는 장치

「귀하의 생산물」에는 위 「가」 또는 「나」에 포함되는 품목의 적합성, 품질, 내구성 또는 성능에 대한 보증 또는 설명서를 포함합니다. 「귀하의 생산물」에는 판매하지 않고 타인이 사용하도록 임대하거나 비치한 자동판매기 등은 포함되지 아니합니다.

15. 「귀하의 작업」이란 아래의 경우를 말합니다.

가. 귀하가 시공했거나 귀하를 대신하여 수행한 작업

나. 위 「가」의 작업에 관련하여 공급된 재료, 부품 또는 장치

「귀하의 작업」에는 위 「가」 또는 「나」에 포함되는 품목의 적합성, 품질, 내구성 또는 성능에 대한 보증 또는 설명서를 포함합니다.

□ 총칙

1. 장애의 정의

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

2) ‘영구적’이라 함은 원칙적으로 치유하는 때 장애 회복할 가망이 없는 상태로서 정신적 또는 육체적 훼손상태임이 의학적으로 인정되는 경우를 말한다.

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

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

2. 신체부위

‘신체부위’라 함은 ① 눈 ② 귀 ③ 코 ④ 씹어먹거나 말하는 기능 ⑤ 외모 ⑥ 척추(등뼈) ⑦ 체간골 ⑧ 팔 ⑨ 다리 손가락 발가락 흉.복부장기 및 비뇨생식기 신경계.정신행동의 13개 부위를 말하며, 이를 각각 동일한 신체부위라 한다. 다만, 좌.우의 눈, 귀, 팔, 다리는 각각 다른 신체부위로 본다.

3. 기타

1) 하나의 장애가 관찰 방법에 따라서 장애분류표상 2가지 이상의 신체부위 또는 동일한 신체 부위에서, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그중 높은 지급률만을 적용한다.

2) 동일한 신체부위에 2가지 이상의 장애가 발생한 경우에는 합산하지 않고 그중 높은 지급률을 적용함을 원칙으로 한다. 그러나 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따른다.

3) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장애의 판정대상에 포함되지 않는다.

4) 장애진단서에는 ① 장애진단명 및 발생시기 ② 장애의 내용과 그 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계·정신행동 장애의 경우 ① 개호(장애로 혼자서 활동이 어려운 사람을 곁에서 돌보는 것) 여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가로 기재하여야 한다.

□ 장애분류별 판정기준

1. 눈의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 두 눈이 멀었을 때	100
2) 한 눈이 멀었을 때	50
3) 한 눈의 교정시력이 0.02 이하로 된 때	35
4) “ 0.06 ”	25
5) “ 0.1 ”	15
6) “ 0.2 ”	5
7) 한 눈의 안구에 뚜렷한 운동장애나 뚜렷한 조절기능장애를 남긴 때	10
8) 한 눈의 시야가 좁아지거나 반맹증, 시야협착, 암점을 남긴 때	5
9) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때	10
10) 한 눈의 눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때	5

나. 장애판정기준

- 1) 시력장애의 경우 공인된 시력검사표에 따라 측정한다.
- 2) ‘교정시력’이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 시력을 말한다.
- 3) ‘한 눈이 멀었을 때’라 함은 눈동자의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나(‘광각무’) 겨우

가릴 수 있는 경우(‘광각’)를 말한다.

4) 안구운동장애의 판정은 외상 후 1년 이상이 지난 뒤 그 장애 정도를 평가한다.

5) ‘안구의 뚜렷한 운동장애’라 함은 안구의 주시야(머리를 움직이지 않고 눈만을 움직여서 볼 수 있는 범위)의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우나 정면 양안시(두 눈으로 하나의 사물을 보는 것)에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 때를 말한다.

6) ‘안구의 뚜렷한 조절기능장애’라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 45세 이상의 경우에는 제외한다.

7) ‘시야가 좁아진 때’라 함은 시야각도의 합계가 정상시야의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다.

8) ‘눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때’라 함은 눈꺼풀의 결손으로 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮이지 않는 경우를 말한다.

9) ‘눈꺼풀에 뚜렷한 운동장애를 남긴 때’라 함은 눈을 떴을 때 동공을 1/2 이상 덮거나 또는 눈을 감았을 때 각막을 완전히 덮을 수 없는 경우를 말한다.

10) 외상이나 화상 등으로 눈동자의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 눈동자가 적출되어 눈자위의 조직요물(凹沒) 등으로 의안마저 끼워 넣을 수 없는 상태이면 ‘뚜렷한 추상(추한 모습)’으로, 의안을 끼워 넣을 수 있는 상태이면 ‘약간의 추상(추한 모습)’으로 지급률을 가산한다.

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

2. 귀의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) 청력장애는 순음청력검사 결과에 따라 데시벨(dB: decibel)로서 표시하고 3회 이상 청력검사를 실시한 후 순음평균역치에 따라 적용한다.
- 2) ‘한 귀의 청력을 완전히 잃었을 때’라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 90dB 이상인 경우를 말한다.
- 3) ‘심한 장애를 남긴 때’라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 80dB 이상인 경우에 해당되어, 귀에다 대고 말하지 않고는 큰 소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- 4) ‘약간의 장애를 남긴 때’라 함은 순음청력검사 결과 평균순음역치가 70dB 이상인 경우에 해당되어, 50cm 이상의 거리에서는 보통의 말소리를 알아듣지 못하는 경우를 말한다.
- 5) 순음청력검사를 실시하기 곤란하거나 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 ‘언어청력검사, 임피던스 청력검사, 뇌간유발반응청력검사(ABR), 자기청력계기검사, 이음향방사검사’ 등을 추가실시 후 장애를 평가한다.

다. 귓바퀴의 결손

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

3. 코의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 코의 기능을 완전히 잃었을 때	15

나. 장애판정기준

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

4. 씹어먹거나 말하는 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 심한 장애를 남긴 때	100
2) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 심한 장애를 남긴 때	80
3) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 뚜렷한 장애를 남긴 때	40

4) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
5) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 약간의 장애를 남긴 때	10
6) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
7) 치아에 14개 이상의 결손이 생긴 때	20
8) 치아에 7개 이상의 결손이 생긴 때	10
9) 치아에 5개 이상의 결손이 생긴 때	5

나. 장애의 평가기준

- 1) 씹어먹는 기능의 장애는 윗니와 아랫니의 맞물림(교합), 배열상태 및 아래턱의 개폐운동, 연하(삼킴)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.
- 2) ‘씹어먹는 기능에 심한 장애를 남긴 때’라 함은 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
- 3) ‘씹어먹는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때’라 함은 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등) 외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
- 4) ‘씹어먹는 기능에 약간의 장애를 남긴 때’라 함은 어느 정도의 고형식(밥, 빵 등)은 섭취할 수 있으나 이를 씹어 잘게 부수는 기능에 제한이 뚜렷한 경우를 말한다.
- 5) ‘말하는 기능에 심한 장애를 남긴 때’라 함은 다음 4종의 어음 중 3종 이상의 발음을 할 수 없게 된 경우를 말한다.
 - ① 양순음/입술소리(ㅁ, ㅂ, ㅍ)
 - ② 치조음/잇몸소리(ㄴ, ㄷ, ㄹ)

③ 구개음/입천장소리(ㄱ, ㅋ, ㆁ)

④ 후두음/목구멍소리(ㅇ, ㅎ)

6) '말하는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 2종 이상의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.

7) '말하는 기능에 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 위 5)의 4종의 어음 중 1종의 발음을 할 수 없는 경우를 말한다.

8) 뇌의 언어중추 손상에 따른 실어증도 말하는 기능의 장애로 평가한다.

9) '치아의 결손'이란 치아의 상실 또는 치아의 신경이 죽었거나 1/3 이상이 파절(깨짐, 부러짐)된 경우를 말한다.

10) 유상의치 또는 가교의치 등을 보철한 경우의 지대관 또는 구의 장착치와 포스트, 인레인만을 한 치아는 결손된 치아로 인정하지 않는다.

11) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.

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

13) 신체의 일부에 붙였다 떼었다 할 수 있는 의치의 결손은 후유장애의 대상이 되지 않는다.

5. 외모의 추상(추한 모습)장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

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

다. 뚜렷한 추상(추한 모습)

1) 얼굴

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

2) 머리

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

3) 목

손바닥 크기 이상의 추상(추한 모습)

라. 약간의 추상(추한 모습)

1) 얼굴

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

2) 머리

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

3) 목

손바닥 크기 1/2 이상의 추상(추한 모습)

마. 손바닥 크기

‘손바닥 크기’라 함은 해당 환자의 손가락을 제외한 손바닥의 크기를 말하며, 12세 이상의 성인에서는 $8 \times 10\text{cm}$ (1/2 크기는 40cm^2 , 1/4 크기는 20cm^2), 6 ~ 11세의 경우는 $6 \times 8\text{cm}$ (1/2 크기는 24cm^2 , 1/4 크기는 12cm^2), 6세 미만의 경우는 $4 \times 6\text{cm}$ (1/2 크기는 12cm^2 , 1/4 크기는 6cm^2)로 간주한다.

6. 척추(등뼈)의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

1) 척추(등뼈)는 경추(목뼈) 이하를 모두 동일한 부위로 한다.

2) 척추(등뼈)의 장애는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 이 사고와의 관여도를 산정하여 평가한다.

3) 심한 운동장애

척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태

4) 뚜렷한 운동장애

① 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태

② 머리뼈와 상위경추(상위목뼈: 제1, 2목뼈) 사이에 뚜렷한 이상전위가 있을 때

5) 약간의 운동장해

척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태

6) 심한 기형

척추의 골절 또는 탈구 등으로 35° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 20° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때

7) 뚜렷한 기형

척추의 골절 또는 탈구 등으로 15° 이상의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 10° 이상의 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때

8) 약간의 기형

1개 이상의 척추의 골절 또는 탈구로 경도(가벼운 정도)의 척추전만증(척추가 앞으로 휘어지는 증상), 척추후만증(척추가 뒤로 휘어지는 증상) 또는 척추측만증(척추가 옆으로 휘어지는 증상) 변형이 있을 때

9) 심한 추간판탈출증(속칭 디스크)

추간판탈출증(속칭 디스크)으로 추간판을 2마디 이상 수술하거나 하나의 추간판이라도 2회 이상 수술하고 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장애가 있는 경우

10) 뚜렷한 추간판탈출증(속칭 디스크)

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

11) 약간의 추간판탈출증(속칭 디스크)

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

12) 추간판탈출증(속칭 디스크)으로 진단된 경우에는 수술 여부에 관계없이 운동장애 및 기형 장애로 평가하지 않는다.

7. 체간골의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

1) ‘체간골’이라 함은 어깨뼈, 골반뼈, 빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈를 말하며, 이를 모두 같은 부위로 한다.

2) ‘골반뼈의 뚜렷한 기형’이라 함은 아래와 같다.

① 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm 이상 분리된 부정 유합 상태 또는 여자에게 정상분만에 지장을 줄 정도로 골반의 변형이 남은 상태

② 알몸이 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사로 측정한 각 변형이 20° 이상인 경우

3) ‘빗장뼈, 가슴뼈, 갈비뼈 또는 어깨뼈에 뚜렷한 기형이 남은 때’라 함은 알몸이 되었을 때 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도를 말하며, 방사선 검사로 측정한 각 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.

4) 갈비뼈의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장애로 취급한다.

8. 팔의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 두 팔의 손목 이상을 잃었을 때	100
2) 한 팔의 손목 이상을 잃었을 때	60
3) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때	20
5) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
7) 한 팔에 가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
8) 한 팔에 가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때	10
9) 한 팔의 뼈에 기형을 남긴 때	5

나. 장애판정기준

1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그

내고정물 등이 제거된 후 장애를 판정한다.

2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장애(예컨대 석고붕대(cast)로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 생긴 경우)와 일시적인 장애는 장애보상을 하지 않는다.

3) '팔'이라 함은 어깨관절(肩關節)부터 손목관절까지를 말한다.

4) '팔의 3대 관절'이라 함은 어깨관절, 팔꿈치관절 및 손목관절을 말한다.

5) '한 팔의 손목 이상을 잃었을 때'라 함은 손목관절부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치 관절 상부에서 절단된 경우도 포함된다.

6) 팔의 관절기능장애 평가는 팔의 3대 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) '영구적 신체장애 평가지침'의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능장애를 표시할 경우에는 장애부위의 장애각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장애상태를 명확히 한다.

가) '기능을 완전히 잃었을 때'라 함은

① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우

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

나) '심한 장애'라 함은

① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우

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

다) '뚜렷한 장애'라 함은

① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우

라) '약간의 장애'라 함은

① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우

7) '가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.

8) '가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.

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

다. 지급률의 결정

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

2) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나에 기능장애가 생기고 다른 관절 하나에 기능장애가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

9. 다리의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 두 다리의 발목 이상을 잃었을 때	100
2) 한 다리의 발목 이상을 잃었을 때	60
3) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때	20
5) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5

해를 남긴 때	
7) 한 다리에 가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
8) 한 다리에 가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때	10
9) 한 다리의 뼈에 기형을 남긴 때	5
10) 한 다리가 5cm 이상 짧아진 때	30
11) 한 다리가 3cm 이상 짧아진 때	15
12) 한 다리가 1cm 이상 짧아진 때	5

나. 장애판정기준

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

2) 관절을 사용하지 않아 발생한 기능장애(예컨대 석고붕대(cast)로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 생긴 경우)와 일시적인 장애는 장애보상을 하지 않는다.

3) ‘다리’라 함은 엉덩이관절〔股關節〕부터 발목관절까지를 말한다.

4) ‘다리의 3대 관절’이라 함은 고관절, 무릎관절 및 발목관절을 말한다.

5) ‘한 다리의 발목 이상을 잃었을 때’라 함은 발목관절부터 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절의 상부에서 절단된 경우도 포함된다.

6) 다리의 관절기능장애 평가는 하지의 3대 관절의 관절운동범위 제한 및 동요성 유무 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 미국의사협회(A.M.A.) ‘영구적 신체장애 평가지침’의 정상각도 및 측정방법 등을 따르며, 관절기능장애를 표시할 경우에는 장애부위의 장애각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장애상태를 명확히 한다.

가) ‘기능을 완전히 잃었을 때’라 함은

① 완전 강직(관절굳음) 또는 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우

② 근전도 검사상 완전마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 ‘0등급(Zero)’인 경우

나) '심한 장애'라 함은

- ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
- ② 객관적 검사(스트레스 익스션)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
- ③ 근전도 검사상 심한 마비 소견이 있고 근력검사에서 근력이 '1등급(Trace)'인 경우

다) '뚜렷한 장애'라 함은

- ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
- ② 객관적 검사(스트레스 익스션)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우

라) '약간의 장애'라 함은

- ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
- ② 객관적 검사(스트레스 익스션)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우

7) '가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때'라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우 또는 경골과 종아리뼈의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.

8) '가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때'라 함은 경골과 종아리뼈 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.

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

10) 다리의 단축은 상전장골극에서부터 경골 내측과 하단까지의 길이를 측정하여 정상인 쪽 다리의 길이와 비교하여 단축된 길이를 산출한다.

다리 길이의 측정에 이용하는 골표적(bony landmark)이 명확하지 않은 경우나 다리의 단축장애 판단이 애매한 경우에는 스캐노그램(scanogram)으로 다리의 단축 정도를 측정한다.

다. 지급률의 결정

- 1) 1하지(다리와 발가락)의 후유장애지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.
- 2) 한 다리의 3대 관절 중 관절 하나에 기능장애가 생기고 다른 관절 하나에 기능장애가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

10. 손가락의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) 손가락에는 첫째 손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
- 2) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.
- 3) ‘손가락을 잃었을 때’라 함은 첫째 손가락에서는 지관절부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 가까운 쪽으로 손가락을 잃었을 때를 말한다.
- 4) ‘손가락뼈 일부를 잃었을 때’라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 손가락뼈를 잃었거나 뺏조각이 떨어져 있는 것이 엑스선 사진으로 명백한 경우를 말한다.
- 5) ‘손가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때’라 함은 손가락의 생리적 운동영역이 정상 운동가능영역의 1/2 이하가 되었을 때이며 이 경우 손가락관절의 굴신(굽히고 펴기)운동 가능영역으로 측정한다. 첫째 손가락 이외의 다른 네 손가락에서는 제1, 제2지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역을 합산하여 정상 운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.
- 6) 한 손가락에 장애가 생기고 다른 손가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.

11. 발가락의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 한 발의 리스프랑관절 이상을 잃었을 때	40
2) 한 발의 5개 발가락을 모두 잃었을 때	30
3) 한 발의 첫째 발가락을 잃었을 때	10
4) 한 발의 첫째 발가락 이외의 발가락을 잃었을 때(발가락 하나마다)	5
5) 한 발의 5개 발가락 모두의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
6) 한 발의 첫째 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	8
7) 한 발의 첫째 발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때(발가락 하나마다)	3

나. 장애판정기준

- 1) ‘발가락을 잃었을 때’라 함은 첫째 발가락에서는 지관절부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 가까운 쪽을 잃었을 때를 말한다.
- 2) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.
- 3) ‘발가락뼈 일부를 잃었을 때’라 함은 첫째 발가락에서는 지관절, 다른 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽에서 발가락뼈를 잃었을 때를 말하고 단순히 살점이 떨어진 것만으로는 대상이 되지 않는다.
- 4) ‘발가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때’라 함은 발가락의 생리적 운동영역이 정상 운동 가능영역의 1/2 이하가 되었을 때를 말하며, 이 경우 발가락의 주된 기능인 발가락 관절의 굴신(굽히고 펴기)기능을 측정하여 결정한다.
- 5) 한 발가락에 장애가 생기고 다른 발가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여

합산한다.

12. 흉·복부장기 및 비뇨생식기의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장애를 남긴 때	75
2) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	50
3) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장애를 남긴 때	20

나. 장애의 판정기준

1) ‘흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장애를 남긴 때’라 함은

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

2) ‘흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때’라 함은

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

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

① 비장 또는 한쪽의 신장이나 한쪽의 폐를 잘라내었을 때

② 장루, 요도루, 방광누공, 요관 장문합이 남았을 때

③ 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착으로 인공요도가 필요한 때

④ 음경의 1/2 이상이 결손되었거나 질구 협착 등으로 성생활이 불가능한 때

⑤ 항문 괄약근의 기능장애로 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)

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

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

13. 신경계·정신행동 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

1) 신경계

① ‘신경계에 장애를 남긴 때’라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계 손상으로 ‘<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표’의 5가지 기본동작 중 하나 이상의 동작이 제한되었을 때를 말한다.

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

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

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

그러나 6개월이 지났다고 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간 내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위에서 장애 평가를 유보한다.

⑤ 장애진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

① 위의 정신행동장애지급률에 미치지 않는 장애는 ‘<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표’에 따라 지급률을 산정하여 지급한다.

② 일반적으로 상해를 입고 나서 24개월이 지난 후에 판정함을 원칙으로 한다. 다만, 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 상해를 입고 나서 18개월이 지난 후에 판정할 수 있다. 다만, 장애는 전문적 치료를 충분히 받은 후 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로써 고정되거나 중하게 된 장애에 대해서는 인정하지 않는다.

③ 심리학적 평가보고서는 자격을 갖춘 임상심리전문가가 시행하고 전문의가 작성하여야 한다.

④ 전문의란 정신건강의학과나 신경정신과 전문의를 말한다.

⑤ 평가의 객관적 근거

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

㉡ 객관적 근거로 인정할 수 없는 경우

- 보호자나 환자의 진술

- 감정의 추정이나 인정
 - 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 낮은 검사들(뇌SPECT 등)
 - 정신건강의학과나 신경정신과 전문의가 아닌 자가 시행하고 보고서를 작성하는 심리학적 평가보고서
- ⑥ 각종 기질성 정신장애와 외상후 간질에 한하여 보상한다.
- ⑦ 외상후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증, 편집증, 조울증(정서장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다.
- ⑧ 정신 및 행동장애의 경우 개호인(장애로 혼자서 활동이 어려운 사람을 곁에서 돌보는 사람)은 생명유지를 위한 동작과 행동이 불가능하거나 지속적으로 감금해야 하는 상태에 한하여 인정한다. 개호의 내용에서는 생명유지를 위한 개호와 행동감시를 위한 개호를 구별하여야 한다.

3) 치매

- ① '치매'라 함은
- 뇌 속에 후천적으로 생긴 기질적인 병으로 인한 변화 또는 뇌 속에 손상을 입은 경우
 - 정상적으로 성숙한 뇌가 위의 기질성 장애로 파괴되어 한번 획득한 지능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 경우
- ② 치매의 장애평가는 전문의에 의한 임상치매척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사결과에 따른다.

4) 뇌전증(간질)

- ① '간질'이라 함은 돌발적 뇌파 이상을 나타내는 뇌질환으로 발작(경련, 의식장애 등)을 반복하는 것을 말한다.

② ‘심한 간질 발작’이라 함은 월 8회 이상의 중증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하고, 발작할 때 유발된 호흡장애, 흡인성 폐렴, 심한 탈진, 구역질, 두통, 인지장애 등으로 영양관리가 필요한 상태를 말한다.

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

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

⑤ ‘중증발작’이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장애가 3분 이상 지속되는 발작을 말한다.

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

<붙임>

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표

유형	제한 정도에 따른 지급률
이동동작	<ul style="list-style-type: none"> - 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 지속적인 도움이 없이는 방 밖을 나올 수 없는 상태(지급률 40%) - 휠체어 또는 다른 사람의 도움 없이는 방 밖을 나올 수 없는 상태(30%) - 목발 또는 보행기(walker)를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태(20%) - 독립적인 보행은 가능하나 파행이 있는(절뚝거리는) 상태, 난간을 잡지 않고는 계단을 오르내리기가 불가능한 상태, 계속하여 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태(10%)

음식물 섭취	<ul style="list-style-type: none"> - 식사를 전혀 할 수 없어 계속적으로 튜브나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양공급을 받는 상태(20%) - 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 계속적인 도움이 없이는 식사를 전혀 할 수 없는 상태(15%) - 숟가락 사용은 가능하나 젓가락 사용이 불가능하여 음식물 섭취에 있어 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%) - 독립적인 음식물 섭취는 가능하나 젓가락을 이용하여 생선을 바르거나 음식물을 자르지는 못하는 상태(5%)
배변· 배뇨	<ul style="list-style-type: none"> - 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치나 외과적 시술물을 사용함에 있어 타인의 계속적인 도움이 필요한 상태(20%) - 화장실에 가서 변기 위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 화장지로 닦고 옷을 입는 일에 다른 사람의 계속적인 도움이 필요한 상태(15%) - 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변 후 뒤처리에 있어 다른 사람의 도움이 필요한 상태(10%) - 빈번하고 불규칙한 배변으로 인해 2시간 이상 계속되는 업무(운전, 작업, 교육 등)를 수행하는 것이 어려운 상태(5%)
목욕	<ul style="list-style-type: none"> - 다른 사람의 계속적인 도움 없이는 샤워 또는 목욕을 할 수 없는 상태(10%) - 샤워는 가능하나, 혼자서는 때밀기를 할 수 없는 상태(5%) - 목욕시 신체(등 제외)의 일부 부위만 때를 밀 수 있는 상태(3%)
옷 입고 벗기	<ul style="list-style-type: none"> - 다른 사람의 계속적인 도움 없이는 전혀 옷을 챙겨 입을 수 없는 상태(10%) - 다른 사람의 계속적인 도움 없이는 상의 또는 하의 중 하나만을 착용할 수 있는 상태(5%) - 착용은 가능하나 다른 사람의 도움 없이는 마무리(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)는 불가능한 상태(3%)

【별표 2】**골 절 분 류 표**

약관에 규정하는 한국표준사인분류에 있어서 골절로 분류되는 상병은 제7차 개정 한국 표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 해당하는 상병을 말합니다.

분 류 항 목	분류번호
1. 머리뼈 및 얼굴뼈의 골절	S02
2. 머리의 으깬손상	S07
3. 상세불명의 머리손상	S09.9
4. 목의 골절	S12
5. 갈비뼈, 복장뼈 및 등뼈의 골절	S22
6. 허리뼈 및 골반의 골절	S32
7. 어깨 및 팔죽지의 골절	S42
8. 아래팔의 골절	S52
9. 손목 및 손부위의 골절	S62
10. 넓적다리뼈의 골절	S72
11. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82

제8차 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 상병 이외에 약관에서 규정하는 골절에 해당하는 상병이 있는 경우에는 그 상병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표 3】

특정 전염병 분류표

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 특정전염병으로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국 표준질병사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)중 다음에 해당하는 질병을 말합니다.

대 상 전 염 병		분류번호
제 1군 전염병	콜레라	A00
	장티푸스	A01.0
	파라티푸스	A01.0 ~ A01.4
	상세불명의 이질	A03.9
제 2군 전염병	파상풍	A33 ~ A35
	디프테리아	A36
	백일해	A37
	급성 회색질척수염	A80
	일본뇌염	A83.0
제 3군 전염병	탄저병	A22
	브루셀라증	A23
	렙토스피라증	A27
	성홍열	A38
	수막알균 수막염	A39.0
	기타 그람음성균에 의한 패혈증	A41.5
	리지오넬라증	A48.1 ~ A48.2
	발진티푸스	A75(A75.2, A75.3 제외)
	리켓치아 타이피에 의한 발진티푸스	A75.2

제8차 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 약관에서 규정하는 특정전염병에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.