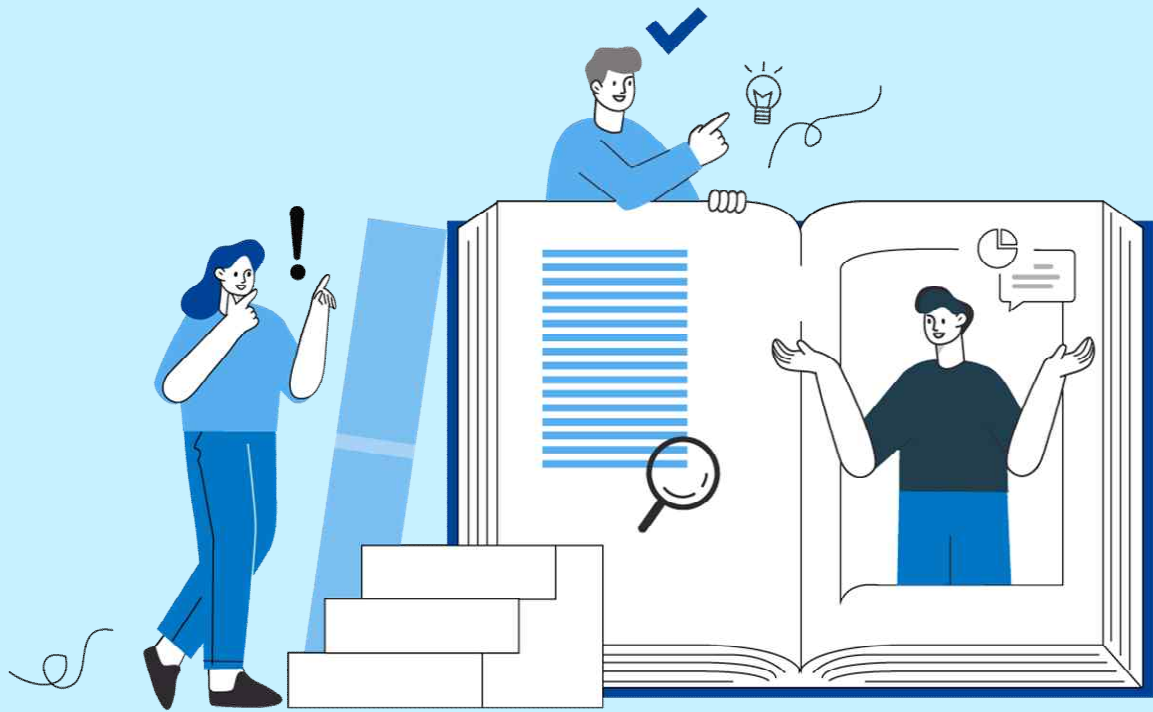


판매일자: 2026.01.01.

SmartChange급여실손의료비보험(무)

(상해급여형, 질병급여형)



산업은행계열 KDB생명

본 계약서류는 관련 법령 및 내부통제기준에 따른 절차를 거쳐 제공됨을 안내드립니다.

목차

보험약관 Guide Book	5
보험약관요약서	11

주계약

SmartChange급여실손의료비보험(무)	25
-------------------------	----

제1관 일반사항 및 용어의 정의

제1조 (보장종목)	26
제2조 (용어의 정의)	26

제2관 회사가 보상하는 사항

제3조 (보장종목별 보상내용)	26
------------------	----

제3관 회사가 보상하지 않는 사항

제4조 (보상하지 않는 사항)	31
제4조의2 (특별약관에서 보상하는 사항)	34

제4관 보험금의 지급

제5조 (보험가입금액 한도 등)	34
제5조의 2 (보험가입금액 한도 등에 대한 설명 의무)	35
제6조 (보험금 지급사유 발생의 통지)	35
제7조 (보험금의 청구)	36
제8조 (보험금의 지급절차)	36
제9조 (보험금을 받는 방법의 변경)	37
제10조 (주소변경의 통지)	38
제11조 (대표자의 지정)	38

제5관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제12조 (계약 전 알릴 의무)	39
제13조 (상해보험계약 후 알릴 의무)	39
제14조 (알릴 의무 위반의 효과)	40
제15조 (사기에 의한 계약)	42

제6관 보험계약의 성립과 유지

제16조 (보험계약의 성립)	42
-----------------	----

제17조 (계약의 갱신 및 보험기간)	44
제18조 (청약의 철회)	44
제19조 (약관 교부 및 설명 의무 등)	46
제20조 (계약의 무효)	47
제21조 (계약내용의 변경 등)	48
제22조 (보험나이 등)	48
제23조 (계약의 소멸)	49
제24조 (계약의 보장내용 변경주기 및 재가입)	49
제7관 보험료의 납입	50
제25조 (제1회 보험료 및 회사의 보장개시)	50
제26조 (제2회 이후 보험료의 납입)	51
제27조 (갱신계약 보험료의 납입)	51
제28조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)	52
제29조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))	52
제30조 (강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))	53
제8관 계약의 해지 및 해약환급금 등	54
제32조 (계약자의 임의해지)	54
제32조의 2 (위법계약의 해지)	54
제33조 (중대사유로 인한 해지)	55
제34조 (회사의 파산선고와 해지)	55
제35조 (해약환급금)	55
제36조 (배당금의 지급)	56
제9관 다수보험의 처리 등	56
제37조 (다수보험의 처리)	56
제38조 (연대책임)	56
제10관 분쟁의 조정 등	57
제39조 (분쟁의 조정)	57
제40조 (관할법원)	57
제41조 (소멸시효)	57
제42조 (약관의 해석)	58
제43조 (설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)	58
제44조 (회사의 손해배상책임)	58
제45조 (개인정보보호)	59
제46조 (준거법)	59
제47조 (예금보험에 의한 지급보장)	59
제48조 (준용규정)	59

(부표1)용어의 정의	60
(부표2)보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 [제7조제4항관련]	64

특약 목록(가나다 순)

선택특약

비급여 실손의료비특약(무)

제도성특약

군장병 실손의료비보험 중지 및 재개특약

실손의료비보험 중지 및 재개특약

장애인전용보험전환특약

지정대리청구서비스특약

특정 신체부위·질병보장제한부 인수특약

약관 인용 법령 모음

약관을 쉽게 이용할 수 있는

보험약관 Guide Book



보험약관이란?

보험약관은 가입하신 보험계약의 내용 및 조건 등을 미리 정하여 놓은 계약조항으로 보험계약자와 보험회사의 권리 및 의무를 규정하고 있습니다. 특히, 청약철회, 계약취소, 보험금 지급 및 지급제한 사항 등 보험계약의 중요사항에 대한 설명이 들어있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

한 눈에 보는 약관의 구성



보험약관 Guide Book

보험약관을 쉽게 잘 이용할 수 있도록 약관의 구성, 쉽게 찾는 방법 등의 내용을 담고 있는 지침서



보험약관요약서

보험약관을 쉽게 이해할 수 있도록 계약 주요내용 및 유의사항 등을 간단하게 요약



보험약관

- 주계약 약관: 기본계약을 포함한 공통 사항에 대한 계약내용
- 특약(특별약관): 선택 가입한 보장내용 등 필요한 사항을 정한 약관



보험약관 용어해설 및 약관 인용 법령 모음

보험약관 이해를 돕기 위한 어려운 보험용어와 약관 인용 법령 등을 소비자에게 안내

QR코드를 통한 편리한 정보 이용

QR(Quick Response)코드란?

스마트폰으로 해당 QR코드를 스캔하면 상세내용 등을 손쉽게 안내받을 수 있습니다.

약관해설 영상



보험금 지급절차



전국 지점



약관의 핵심 체크항목 쉽게 찾기(주계약 약관 기준)

보험약관 핵심사항 등과 관련된 해당 조문, 쪽수 및 영상자료 등을 안내드리오니, 약관을 수령한 후, 해당 내용을 반드시 확인·숙지하시기 바랍니다.

☑️ 보험금 지급 및 지급제한 사항	제3조(보장종목별 보상내용)	P.26	
	제4조(보상하지 않는 사항)	P.31	
	제4조의2(특별약관에서 보상하는 사항)	P.34	
※ 본인이 가입한 특약을 확인하여 가입특약별 「보험금 지급사유 및 미지급사유」도 반드시 확인할 필요			
☑️ 청약 철회	제18조(청약의 철회)	P.44	
☑️ 계약 취소	제19조(약관교부 및 설명의무 등)	P.45	
☑️ 계약 무효	제20조(계약의 무효)	P.47	
☑️ 계약 전 알릴의무 및 위반효과	제12조(계약 전 알릴 의무)	P.39	
	제14조(알릴 의무 위반의 효과)	P.40	
☑️ 계약 후 알릴의무 및 위반효과	제13조(상해보험계약 후 알릴 의무)	P.39	
☑️ 보험료 연체 및 해지	제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)	P.51	
☑️ 부활(효력회복)	제29조(보험료의 납입을 연체하여 해지 된 계약의 부활(효력회복))	P.51	
☑️ 해약환급금	제32조(계약자의 임의해지)	P.53	
	제35조(해약환급금)	P.54	

약관을 쉽게 이용할 수 있는 꿀팁

아래 7가지 꿀팁을 활용하시면 약관을 보다 쉽고 편리하게 이용할 수 있습니다.

- '보험약관요약서'를 활용하시면 상품의 주요특징, 가입시 유의사항, 보험계약의 일반사항 등 약관을 보다 쉽게 이해하실 수 있습니다. ➡ **보험약관요약서 P.11**
- '약관의 핵심 체크항목 쉽게 찾기'를 이용하시면 약관내용 중 핵심적인 권리 및 의무관계를 보다 쉽게 찾을 수 있습니다. ➡ **핵심 체크항목 P.7**
- '가나다 순 특약 목록'을 활용하시면 실제 가입한 특약 약관을 쉽게 찾을 수 있습니다.
※ 주계약에 부가된 특약은 자유롭게 선택, 가입(의무특약 제외)할 수 있고 가입특약에 한하여 보장받을 수 있습니다. ➡ **목차 P.3**
- 약관 내용 중 어려운 보험용어는 **보험약관 용어해설**을 참고하시면 약관 이해에 도움이 됩니다. ➡ **보험약관 용어해설 P.23**
- 스마트폰으로 **QR코드**를 인식하면 약관해설 영상, 보험금 지급절차, 전국 지점 등을 쉽게 안내 받을 수 있습니다. ➡ **QR코드 P.6**
- '약관 인용 법령 모음' 항목을 활용하시면 약관에서 인용한 법률 조항 및 규정을 자세히 알 수 있습니다. ➡ **[부록] 약관 인용 법령 모음**
- 약관조항 등이 **음영·컬러화** 되거나 **진하게** 된 경우 보험금 지급 등 약관 주요 내용이므로 주의 깊게 읽기 바랍니다.

보험금의 청구방법 및 구비서류

※ 가입시점에 따라 보험금의 청구방법 및 구비서류 등이 다를 수 있습니다. 따라서, 보험금 청구시점 홈페이지(<http://www.kdblifeco.kr>) 또는 콜센터 ☎1588-4040에서 관련 내용을 확인하시기 바랍니다.

- 보험금 청구 사유에 해당하는 구비서류를 준비하셔서 가까운 금융프라자 또는 지점을 방문하거나, 담당 컨설턴트 / 우편 / FAX / 인터넷 / 모바일 등을 통하여 접수할 수 있습니다.
- FAX / 인터넷 / 모바일은 보험금 청구 가능금액 한도 등 제한이 있을 수 있으니 청구 유형별로 세부내역을 확인하시기 바랍니다.

보험금의 지급절차

- 회사는 보험금 청구서류 접수일부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 단, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 경우 10영업일이 소요될 수 있습니다.



보험금 지급절차 안내



구비서류 자동안내



보험계약 관련 교부서류 안내

※ 교부받은 서류를 확인하시고, 수령하지 못한 경우에는 담당 컨설턴트 또는 KDB생명 고객센터 (1588-4040)로 문의하여 주시기 바랍니다.



상품설명서



보험약관



계약자 보관용 청약서



보험증권

기타 문의사항

- ※ 기타 문의사항은 당사 홈페이지(www.kdblfe.co.kr) 또는 고객센터(☎1588-4040)로 문의 가능합니다.
- ※ 보험상품 거래단계별 필요한 금융꿀팁 또는 핵심정보 등은 금융감독원 금융소비자정보포털 (FINE, fine.fss.or.kr)에서 확인 가능합니다.

쉽게 이해하는 보험약관요약서



본 요약서는 그림/도표/아이콘/삽화 등 시각화된 자료를 바탕으로 보험상품 및 약관의 핵심내용을 알기 쉽게 작성한 것입니다. 보다 자세한 사항은 **상품설명서 및 약관을 반드시 확인하시기 바랍니다.**

요약서의 내용을 이해하지 못하고 보험에 가입할 경우 불이익을 받을 수 있으므로, 동 내용을 반드시 이해하시고 계약체결 여부를 결정하시기 바랍니다.

I. 보험계약의 개요

- 보험회사명: KDB생명보험
- 보험상품명: SmartChange급여실손의료비보험(무)
- 보험상품의 종류: 실손의료비보험

1. 상품의 주요특징

보장성보험	 보장성보험 [사망, 상해, 질병 등]	이 계약은 질병·상해로 입원 또는 통원 치료를 주 목적으로 하는 보장성 보험이며, 저축이나 연금수령을 목적으로 가입하시기에 적합하지 않습니다.
금리확정형	 금리확정형 [적용금리 고정]	이 계약의 보험료 및 계약자적립액 산출에 적용되는 이율은 보험기간 동안 2.5%로 고정되어 있습니다. 다만, 갱신할 때마다 보험료 및 계약자적립액 산출에 적용되는 이율이 달라질 수 있으며, 갱신 시 적용되는 이율은 해당 갱신계약 보험기간동안 고정됩니다.
실손의료비보험	 실손의료비보험 [중복가입 비례보상]	이 계약은 실제 발생한 의료비를 보상하는 실손의료비보험으로 동일한 위험을 보장하는 2개 이상의 계약에 중복 가입하더라도 실제 발생한 손해(비용)를 초과하여 보험금을 지급하지 않습니다.
갱신형보험	 보험료 갱신형 변동가능	갱신형 계약을 갱신할 때마다 연령의 증가, 위험률 및 적용이율 변동 등으로 보험료가 인상될 수 있습니다.
예금자보호	 예금자보호 예금보험공사 보호금융상품 1인당 최고 1억원	이 계약은 「예금자보호법」에 따라 해약환급금(또는 만기시 보험금)에 기타지급금을 합한 금액이 1인당 “1억원까지”(본 보험회사의 여타 보호 상품과 합산) 보호됩니다. 이와 별도로 본 보험회사 보호상품의 사고보험금을 합산한 금액이 1인당 “1억원까지” 보호됩니다. 다만, 보험계약자 및 보험료납부자가 법인인 보험계약의 경우에는 보호되지 않습니다.

2. ‘상품명’으로 상품의 특징 이해하기

SmartChange급여실손의료비보험(무)

- 무배당: 계약자에게 배당을 하지 않는 상품입니다.
- 실손의료비보험: 질병·상해로 입원 또는 통원 치료 시 실제 부담한 의료비를 자기부담금 공제 후 보상합니다.

3. 주계약 주요 보장내용

	입원	질병 / 상해
	통원	질병 / 상해

II. 소비자가 반드시 알아두어야 할 유의사항

1. 보험금 지급제한사항



이 계약에는 보장한도, 자기부담금 차감 등 보험금 지급제한 조건이 부가되어 있습니다. 보다 자세한 사항은 상품설명서 및 약관을 참조하시기 바랍니다.

☑ 보장한도



이 계약에는 **보험금 지급 한도 [보장한도]**가 설정된 급부가 있습니다.

● 보장한도 적용 급부

구분	급부명칭		보장한도
주계약	질병급여 /상해급여		입원/통원을 합하여 5천만원 한도 내에서 보장(다만, 통원은 1회당 20만원 한도)
특약	질병비급여 /상해비급여		입원/통원을 합하여 5천만원 한도 내에서 보장(다만, 통원은 1회당 20만원 한도, 연간 100회 한도)
	3대 비급여	비급여 도수치료·체외충격파 치료·증식치료	1년간 350만원 한도 내에서 보장 (1년간 각 치료횟수 합산 50회 한도)
		비급여 주사료	1년간 250만원 한도 내에서 보장 (1년간 입원과 통원 합산 50회 한도)
		비급여 자기공명영상진단 (MRI/MRA)	1년간 300만원 한도 내에서 보장

☑ 자기부담금 차감



이 계약에는
보상대상 의료비에 대해 **일정금액 또는 일정비율의 자기부담금을 차감**하고
보험금을 지급하는 급부가 있습니다.

● 자기부담금을 차감하는 급부

구분	급부명칭		자기부담금 차감 금액
주계약	질병급여 /상해급여	입원 (입원실료, 입원제비용, 입원수술비)	급여 중 본인부담금 20%
		통원 (외래제비용, 외래수술비, 처방조제비)	1회당 1~2만원 과 보장대상의료비의 20% 중 큰 금액
특약	질병비급여 /상해비급여	입원 (입원실료, 입원제비용, 입원수술비)	비급여 중 본인부담금 30%
		상급병실료 차액	비급여 병실료의 50%
		통원 (외래제비용, 외래수술비, 처방조제비)	1회당 3만원 과 보장대상 의료비의 30% 중 큰 금액
	3대비급여	도수치료·체외충격파치 료·증식치료 (1회당)	1회당 3만원 과 보장대상 의료비의 30% 중 큰 금액
		주사료 (1회당)	1회당 3만원 과 보장대상 의료비의 30% 중 큰 금액
		자기공명영상진단 (1회당)	1회당 3만원 과 보장대상 의료비의 30% 중 큰 금액

※ 보상대상의료비란 실제 부담액에서 보상제외금액을 차감한 금액입니다.

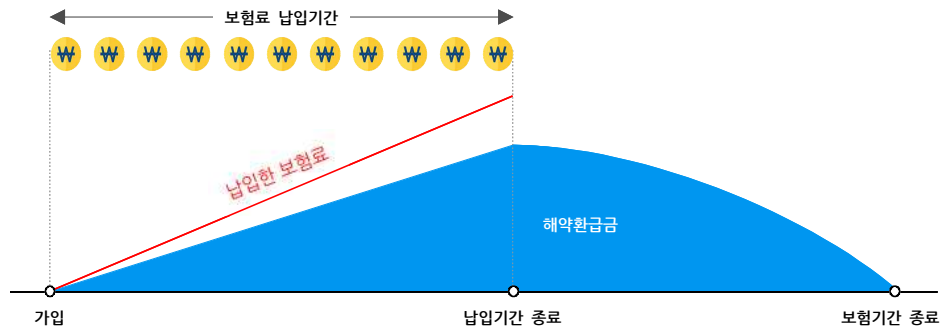
2. 해약환급금에 관한 사항

☑ 보험계약자가 **보험계약을 중도에 해지할 경우** 보험회사는 **해약환급금**을 지급합니다.



해약환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다.

※ 해약환급금: 납입한 보험료에서 계약체결·유지관리 등에 소요되는 경비 및 경과된 기간의
위험보장에 사용된 보험료를 차감하여 지급



3. 갱신 시 보험료 인상 가능성

☑ 이 계약에는 **갱신 시 보험료가 변동**되는 갱신형 계약이 포함되어 있습니다.



갱신형 계약을 **갱신할 때마다** 연령의 증가, 위험률 및 적용이율 변동 등으로 **보험료가 인상**될 수 있으니 주의하시기 바랍니다.

- **갱신시 보험료가 인상될 수 있는 계약**
주계약, 비급여 실손의료비특약(무)

🔊 민원사례

A고객은 비교적 저렴한 보험료로 OO입원특약(갱신형)을 가입하여 보장을 받던 중, 갱신시점에 갱신계약의 보험료가 올라 민원을 제기함.



갱신계약의 보험료는 갱신일 현재 피보험자의 나이에 따라 계산하고, 갱신시점의 보험요율(위험률, 이율, 사업비율 등)을 적용합니다. 따라서 연령증가에 따라 최초계약 당시보다 보험료가 인상될 수 있고, 고령시점에 부담하는 보험료가 큰 폭으로 인상될 수 있습니다.

4. 실손보상형 담보 / 실손의료비보험

☑ 이 계약에는 실제 발생한 손해를 보상(실손보상)하는 담보가 포함되어 있습니다.

이 계약은 **실제 발생한 의료비를 보상**하는 실손의료비보험입니다.



- ① 동일한 위험을 보장하는 2개 이상의 계약에 **중복 가입**하더라도 **실제 발생한 손해(비용)을 초과하여 보험금을 지급하지 않습니다.** (중복 가입 시 비례 보상)
- ② 동일한 위험을 보장하는 여러 개의 실손보상형 담보(또는 실손의료비보험)에 가입하여 **불필요하게 보험료를 납입하지 않도록 주의**하시기 바랍니다.

- **실손보상형 담보**
주계약, 비급여 실손의료비특약(무)

5. 소비자가 반드시 알아두어야 할 상품의 주요 특성

✔ 보장성보험



- ① 이 계약은 질병·상해로 입원 또는 통원 치료를 주목적으로 하는 보장성보험이며, **저축이나 연금수령을 목적으로 가입하시기에 적합하지 않습니다.**
- ② 만기 또는 중도해지 시 납입한 보험료보다 **해약환급금이 적거나 없을 수 있습니다.**
- ③ 가입한 특약의 경우 **주계약과 보험기간이 다를 수 있습니다.**
(특약별 보험기간을 꼼꼼히 확인하시기 바랍니다.)

✔ 금리확정형 보험



이 계약의 **보험료 및 계약자적립액 산출에 적용되는 이율은 보험기간동안 2.5%로 고정되어있습니다.** 다만, 갱신할 때마다 보험료 및 계약자적립액 산출에 적용되는 이율이 달라질 수 있으며, 갱신 시 적용되는 이율은 **해당 갱신계약 보험기간동안 고정됩니다.**

✔ 예금자보호제도에 관한 사항



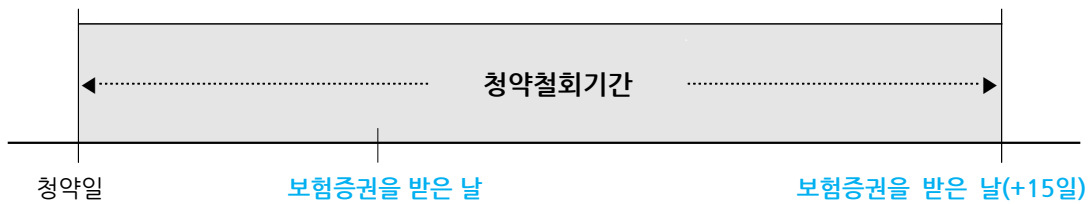
이 계약은 「예금자보호법」에 따라 **해약환급금(또는 만기시 보험금)에 기타지급금을 합한 금액이 1인당 “1억원까지”(본 보험회사의 여타 보호상품과 합산) 보호됩니다.** 이와 별도로 본 보험회사 **보호상품의 사고보험금을 합산한 금액이 1인당 “1억원까지” 보호됩니다.** 다만, 보험계약자 및 보험료납부자가 법인인 보험계약의 경우에는 보호되지 않습니다.

III. 보험계약의 일반사항

1. 청약을 철회할 수 있는 권리

주계약 약관
제18조(청약의 철회)

보험계약자는 **보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 보험계약의 청약을 철회**할 수 있으며, 이 경우 회사는 3영업일 이내에 납입한 보험료를 돌려드립니다.



[청약철회가 불가능한 경우]



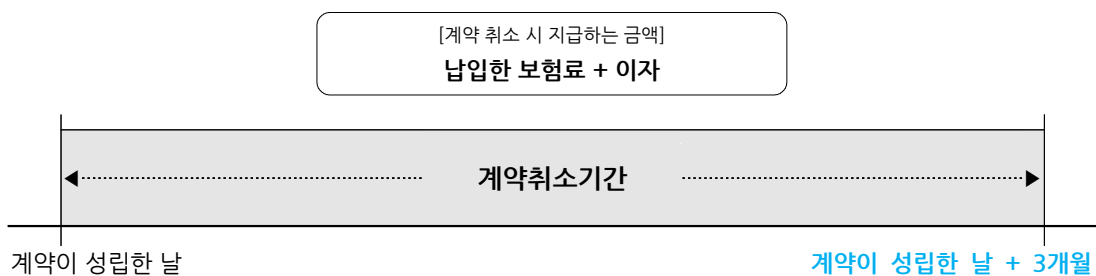
- ① 청약일부터 30일(만65세 이상 보험계약자 & 전화로 체결한 계약의 경우 45일)을 **초과**한 경우
- ② 회사가 **건강상태 진단을 지원하는 계약**, 보험기간이 **90일 이내인 계약** 또는 **전문금융소비자가 체결한 계약**

2. 보험계약을 취소할 수 있는 권리

주계약 약관
제19조(약관교부 및 설명의무 등)

보험계약자는 다음의 경우 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

- ☑ 보험계약을 청약할 때 **보험약관 및 보험계약자 보관용 청약서**를 전달받지 못한 경우
- ☑ **보험약관의 중요내용**을 설명 받지 못한 경우
- ☑ 보험계약자가 청약서에 **자필서명**을 하지 않은 경우



3. 보험계약의 무효

주계약 약관
제20조(계약의 무효)

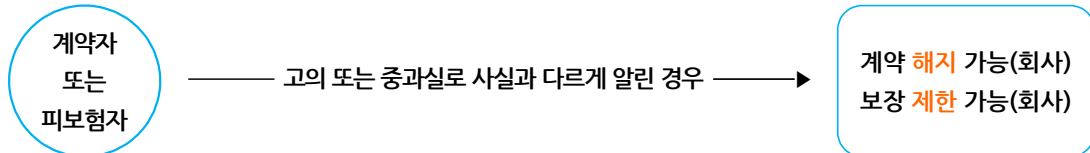
보험계약자는 다음의 경우 보험계약을 **무효**로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

- ④ 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 보험계약에서 피보험자의 서면 동의를 얻지 않은 경우
- ④ 만 15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험금 지급사유(피보험자 지정)로 한 경우
- ④ 보험계약 체결 시 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우

4. 보험계약 전 알릴의무 및 위반시 효과

주계약 약관
제12조(계약 전 알릴 의무)
제14조(알릴 의무 위반의 효과)

보험계약자 또는 피보험자는 보험계약을 청약할 때 **청약서의 질문사항(중요사항)에 대하여 사실대로 알려야 합니다.**



- ① 청약서의 질문사항에 대하여 **보험설계사에게만 구두로 알렸을 경우 보험계약 전 알릴의무를 이행한 것으로 볼 수 없습니다.**
- ② **전화 등 통신수단을 통한 보험계약의 경우 보험회사 상담원의 질문이 청약서의 질문사항을 대신하므로 상담원의 질문에 사실대로 대답하여야 합니다.**

🔊 민원사례

A고객은 고지혈증, 당뇨병으로 90일간 투약처방을 받은 사실을 **보험설계사에게만 알리고, 청약서에 기재하지 않은 채** OO건강보험에 가입하였으며, 가입 이후 1년간 당뇨병으로 통원치료를 받아 보험금을 청구하였으나, 보험회사는 **보험계약이 해지됨과 동시에 보험금 지급이 어려움을 안내**



법률지식

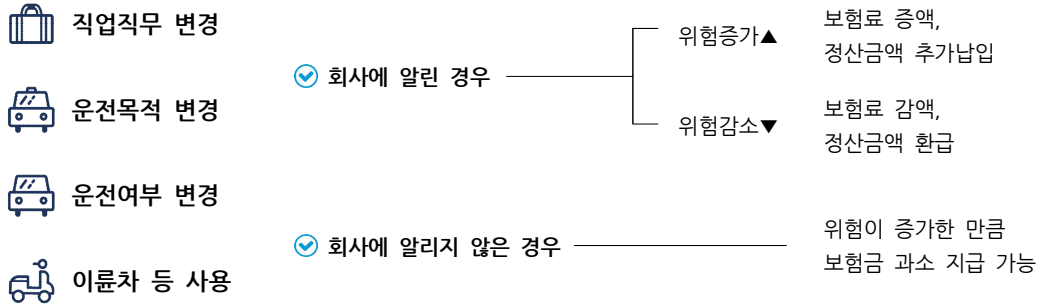
대법원 2007.6.28. 선고 2006다59837

일반적으로 보험설계사는 독자적으로 보험회사를 대리하여 보험계약을 체결할 권한이나 고지의무를 수행할 권한이 없음

5. 보험계약 후 알릴의무 및 위반시 효과

주계약 약관
제13조(상해보험계약 후 알릴 의무)

보험계약자 등은 피보험자의 직업·직무 변경 등이 발생한 경우 **지체없이** 보험회사에 알려야 하며, 이를 **위반하는 경우 보험금 지급이 제한될** 수 있습니다.

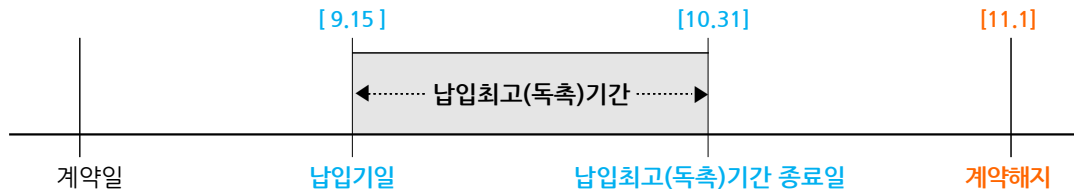


6. 보험료 납입연체 및 보험계약의 해지

주계약 약관
제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

보험료 납입이 연체 중인 경우 보험회사는 납입을 독촉하는 안내를 하며, **납입최고(독촉)기간 내**에 **보험료를 납입하지 않으면 보험계약이 해지**됩니다.

* 납입최고(독촉)기간: 14일 이상(보험기간 1년 미만인 경우 7일 이상)



☑ 납입연체: ① 보험료 납입이 연체중이거나 ② 유니버설 상품에서 월대체보험료를 충당할 수 없는 경우

7. 해지된 보험계약의 부활(효력회복)

주계약 약관
제29조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

보험료 납입연체로 보험계약이 해지되었으나 **해약환급금을 받지 않은 경우** 해지된 날부터 **3년 이내**에 보험계약의 **부활(효력회복)**을 청약할 수 있습니다.



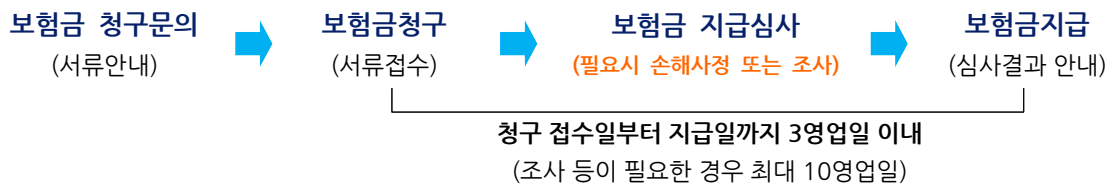
보험회사는 피보험자의 건강상태, 직업 등에 따라 승낙여부를 결정하며, **부활(효력회복)**을 **거절**하거나 **보장의 일부를 제한**할 수 있습니다.



8. 보험금 청구절차 및 서류

주계약 약관
제7조(보험금 등의 청구)
제8조(보험금 등의 지급절차)

보험금은 청구서류 접수일부터 **3영업일** 이내에 지급하는 것이 원칙입니다.
(단, 보험금 지급사유의 조사, 확인이 필요한 경우 10영업일이 소요될 수 있습니다.)



소액보험금 청구시 진단서 제출이 면제되는 등 청구서류가 간소화되는 경우가 있으니, 보험금 청구 전에 보험회사에 제출서류를 확인하시기 바랍니다.

보험금 청구서류						
구분	사망	장해	진단	입원	수술	실손
공통	보험금청구서, 신분증, 개인(신용)정보처리동의서					
진단서	● (사망진단서)	● (장해진단서)	●	△	△	△
입퇴원확인서				●		● (입원시)
수술확인서					●	● (수술시)
통원확인서						● (통원시)
진단사실 확인서류			● (검사결과지 등)			

※ 보험사고의 종류, 내용 등에 따라 진료비 세부내역서 등 추가서류가 필요할 수 있습니다.

IV. 보험약관 용어해설

- **보험약관** 보험계약에 관하여 보험계약자와 보험회사 상호간에 이행하여야 할 권리와 의무를 규정한 것
- **보험증권** 보험계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 보험회사가 보험계약자에게 드리는 증서
- **보험계약자** 보험회사와 계약을 체결하고 보험료 납입의무를 지는 사람
- **피보험자** 보험사고의 대상이 되는 사람
- **보험수익자** 보험사고 발생시 보험금 청구권을 갖는 사람
- **보험료** 보험계약에 따른 보장을 받기 위하여 보험계약자가 보험회사에 납입하는 금액
- **보장개시일** 보험회사의 보험금 지급의무가 시작되는 날
- **보험기간** 보험계약에 따라 보장을 받는 기간
- **보험가입금액** 보험금, 보험료 및 계약자적립액 등을 산정하는 기준이 되는 금액
* 보험가입금액, 보험료 납입기간, 피보험자의 나이 등을 기준으로 보험료를 산출하지 않고 보험계약자 보험료를 선택하는 보험에서는 보험료 수준에 따라 보험금, 계약자적립액 등이 결정됨
- **보험금** 피보험자에게 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 발생하였을 때 보험회사가 보험수익자에게 지급하는 금액
- **계약자적립액** 장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액
- **해약환급금** 계약이 효력을 잃거나 해지된 경우 보험계약자에게 돌려주는 금액

V. 주요 민원사례

사례 1 | 해약환급금 과소 관련

A고객은 목돈마련을 위한 금융상품을 알아보던 중 보험설계사 B로부터 OO저축보험 가입을 권유받음. 보험설계사 B는 OO저축보험은 5년만 납입하면 5년 뒤에는 원금뿐만 아니라 은행수익을 보다 높은 이자를 수령할 수 있다고 설명. 이에 A고객은 청약서에 서명하였고, 이후 증권, 약관 등 중요서류를 모두 수령하였으나 보험설계사 B의 설명만 믿고 자세히 살펴보지 않았으며, 가입이후 자동이체로 보험료를 정상 납입함. 5년이 경과된 시점에서 해지 시 수령가능 한 금액을 확인하던 중 원금 손실이 발생한다는 것을 알고 민원을 제기함.

Q 알아두세요

보험계약은 은행의 저축과 달리 납입한 보험료 중 일부는 다른 계약자에게 보험금으로 지급되며, 또 다른 일부는 보험회사의 운영에 필요한 경비로 사용되어 해약환급금이 납입한 보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다.



사례 2 | 청약관련서류 자필서명 이행 관련

OO보험을 가입하여 유지 중이던 계약자 A고객은 피보험자인 배우자 B고객이 암진단을 받아 암진단보험금을 청구하였으나 가입 당시 피보험자 B고객이 청약서에 직접 자필 서명하지 않은 사실이 확인되어 보험금이 지급되지 않고 계약이 무효처리되어 민원을 제기함.

Q 알아두세요

보험사고 발생시 문제없이 보장을 받기 위해서는 보험상품 가입 당시에 반드시 계약자 및 피보험자가 직접 자필로(전자서명 포함) 서명하여야 합니다.



사례 3 | 보험금청구권 소멸시효 관련

OO입원특약을 가입한 A씨는 운동 중 무릎을 다쳐 입원치료를 받았으나, 보험가입 사실을 잊고 지내다가 3년이 한참 지난 후 OO입원특약에 가입한 사실이 떠올라 보험금을 청구하였으나, 보험회사는 보험금 지급이 어려움을 안내함.

Q 알아두세요

보험금청구권 소멸시효는 3년으로, 그 기간을 경과하면 보험금 지급이 제한될 수 있습니다.



사례 4 | 사기에 의한 계약 관련

A고객은 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 계약 체결시 건강진단에서 제3자의 대리진단서류를 제출해 OO보험에 가입함. 보험회사는 보장개시일 5년 이내 뚜렷한 사기의사가 있었음을 증명해 계약을 취소함.

Q 알아두세요

계약자 또는 피보험자가 뚜렷한 사기의사에 의해 계약이 성립되었음을 보험회사가 증명하는 경우 보장개시일로부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터는 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.



사례 5 | 피보험자 직업 변경으로 인한 부활(효력회복) 거절 관련

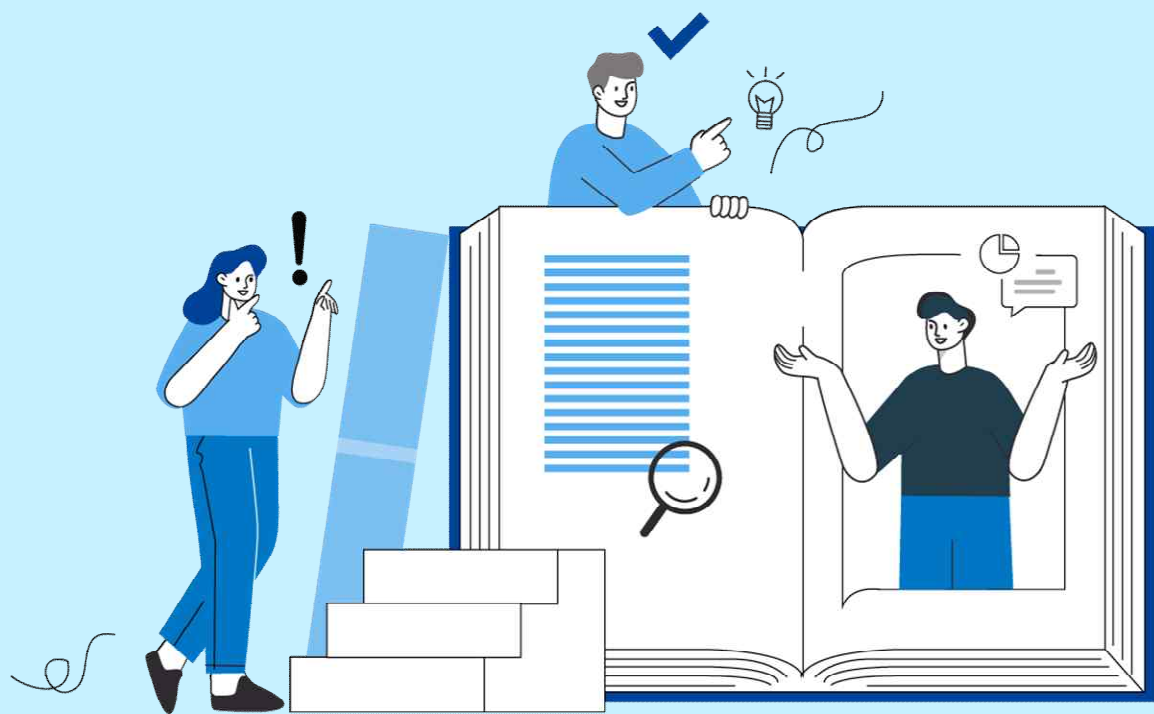
OO상해보험을 가입한 A고객은 계속보험료 미납으로 해지된 계약을 부활(효력회복)하려고 했으나, 직업 변경으로 인한 위험등급 변경으로 보험회사는 부활(효력회복)을 거절함.

Q 알아두세요

보험회사는 내부 계약인수기준에 따라 부활(효력회복) 승낙 여부를 판단할 수 있습니다.



SmartChange급여실손의료비보험(무)



실손의료비보험은 보험회사가 피보험자의 질병 또는 상해로 인한 손해(의료비에 한정합니다)를 보상하는 상품입니다.

제1관 일반사항 및 용어의 정의

제1조 (보장종목)

- ① 회사가 판매하는 기본형 실손의료비보험상품은 다음과 같이 상해급여형, 질병급여형의 2개의 보장종목으로 구성되어 있습니다.

보장종목	보상하는 내용
상해급여	피보험자가 상해로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원하여 급여 ^{주)} 치료를 받거나 급여 처방조제를 받은 경우에 보상
질병급여	피보험자가 질병으로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원하여 급여 치료를 받거나 급여 처방조제를 받은 경우에 보상

주) 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여

- ② 회사는 이 약관의 명칭에 ‘급여 실손의료비’라는 문구를 포함하여 사용합니다.

제2조 (용어의 정의)

이 약관에서 사용하는 용어의 뜻은 (부표1)과 같습니다.

제2관 회사가 보상하는 사항

제2관에서는 보장종목별 보상내용 대한 설명이 들어있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제3조 (보장종목별 보상내용)

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

보장 종목	보상하는 사항
(1) 상해 급여	① 회사는 피보험자가 상해로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원(외래 및 처방조제)하여 치료를 받은 경우에는 급여의료비를 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 다음과 같이 보상합니다. 다만, 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비 기준으로 계산하며, 감면받은 의료비가 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조) 및 「독립유공자 예우에 관한 법률」(부록 “약관 인용 법령

모음” 참조)에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비로 급여 의료비를 계산합니다.

구분	보상금액						
입원 (입원실료, 입원제비용, 입원수술비)	「국민건강보험법」(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부본인부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액본인부담금을 말합니다.)의 80%에 해당하는 금액						
통원 (외래제비용, 외래수술비, 처방조제비)	통원 1회당(외래 및 처방조제 합산)「국민건강보험법」(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부본인부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액본인부담금을 말합니다.)에서 <표1>의 ‘통원항목별 공제금액’을 뺀 금액 <표1> 통원항목별 공제금액 <table> <tr> <th>항 목</th><th>공제금액</th></tr> <tr> <td>「의료법」 제3조 제2항(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에 의한 의료기관(동법 제3조의3에 의한 종합병원은 제외), 「국민건강보험법」 제42조 제1항 제4호(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 「국민건강보험법」 제42조 제1항 제2호(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에 의한 약국, 동법 제42조 제1항 제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제(의약분업 예외지역 등에서의 약사의 직접 조제 포함)</td><td>1만원과 보장대상 의료비의 20% 중 큰 금액</td></tr> <tr> <td>「국민건강보험법」 제42조 제2항(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에 의한 전문요양기관, 「의료법」 제3조의4(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에 의한 상급종합병원, 동법 제3조의3에 의한 종합병원에서의 외래 및 그에 따른 「국민건강보험법」 제42조 제1항 제2호(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에 의한 약국, 동법 제42조 제1항 제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제</td><td>2만원과 보장대상 의료비의 20% 중 큰 금액</td></tr> </table>	항 목	공제금액	「의료법」 제3조 제2항(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에 의한 의료기관(동법 제3조의3에 의한 종합병원은 제외), 「국민건강보험법」 제42조 제1항 제4호(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 「국민건강보험법」 제42조 제1항 제2호(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에 의한 약국, 동법 제42조 제1항 제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제(의약분업 예외지역 등에서의 약사의 직접 조제 포함)	1만원과 보장대상 의료비의 20% 중 큰 금액	「국민건강보험법」 제42조 제2항(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에 의한 전문요양기관, 「의료법」 제3조의4(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에 의한 상급종합병원, 동법 제3조의3에 의한 종합병원에서의 외래 및 그에 따른 「국민건강보험법」 제42조 제1항 제2호(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에 의한 약국, 동법 제42조 제1항 제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제	2만원과 보장대상 의료비의 20% 중 큰 금액
항 목	공제금액						
「의료법」 제3조 제2항(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에 의한 의료기관(동법 제3조의3에 의한 종합병원은 제외), 「국민건강보험법」 제42조 제1항 제4호(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 「국민건강보험법」 제42조 제1항 제2호(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에 의한 약국, 동법 제42조 제1항 제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제(의약분업 예외지역 등에서의 약사의 직접 조제 포함)	1만원과 보장대상 의료비의 20% 중 큰 금액						
「국민건강보험법」 제42조 제2항(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에 의한 전문요양기관, 「의료법」 제3조의4(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에 의한 상급종합병원, 동법 제3조의3에 의한 종합병원에서의 외래 및 그에 따른 「국민건강보험법」 제42조 제1항 제2호(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에 의한 약국, 동법 제42조 제1항 제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제	2만원과 보장대상 의료비의 20% 중 큰 금액						

② 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연히 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상이 포함됩니다. 다만, 유독가스 또는 유독물질을 상습적으로 흡입, 흡

수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상과 세균성 음식물 중독증상은 포함되지 않습니다.

- ③ 피보험자가 「국민건강보험법」 제5조, 제53조, 제54조(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에 따라 요양급여 또는 「의료급여법」 제4조, 제15조, 제17조(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에 따라 의료급여를 적용받지 못하는 경우에는 다음과 같이 보상합니다.

1. 의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 급여 의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액(통원의 경우 본인이 실제로 부담한 금액에서 같은 조 제1항 <표1>의 ‘통원항목별 공제금액’을 뺀 금액)의 40%를 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다.

2. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 제1호를 적용하지 아니하고 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비에 대해서만 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 감면받은 의료비가 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조) 및 「독립유공자 예우에 관한 법률」(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비에 대해서 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다.

- ④ 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음날부터 180일까지 보상합니다. 다만, 이 계약의 보험기간이 만료되기 전 해지된 경우에는 해지 이후 계속 중인 입원과 통원에 대해서는 보상하지 않습니다.

- ⑤ 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 통원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음날부터 180일 이내의 통원을 보상하며 최대 90회 한도 내에서 보상합니다. 다만, 이 계약의 보험기간이 만료되기 전 해지된 경우에는 해지 이후 계속 중인 입원과 통원에 대해서는 보상하지 않습니다.

<입원 및 통원 보상기간 예시>

	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	추가보상 (180일)	
	↑	↑	↑	↑	↑
	계약일 (2022.1.1)	계약해당일 (2023.1.1)	계약해당일 (2024.1.1)	계약종료일 (2024.12.31)	보상종료일 (2025.6.29)

- ⑥ 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제4항과 제5항을 적용하지 않습니다.

- ⑦ 하나의 상해(같은 상해로 2회 이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 상해로 봅니다)로 인해 동일한 의료기관에서 같은 날 외래 및 처방을 함께 받은 경우 처방일자(처방일자)를 기준으로 외래 및 처방조제를 합산하되(조제일자가 다른 경우도 동일하게 적용) 통원 1회로 보아 제1항과 제5항 내지 제6항을 적용합니다.

- ⑧ 하나의 상해로 인해 하루에 같은 치료를 목적으로 2회 이상 통원치료(외래 및 처방조제 합산)를 받은 경우 1회의 통원으로 보아 제1항과 제5항 내지 제6항을 적용합니다. 이 때

	공제금액은 2회 이상의 중복방문 의료기관 중 가장 높은 공제금액을 적용합니다. ⑨ 회사는 피보험자가 상해로 인하여 의료기관에서 본인의 장기등(「장기등 이식에 관한 법률」 제4조(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에 의한 “장기등”을 의미합니다)의 기능회복을 위하여 「장기등 이식에 관한 법률」 제42조(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조) 및 관련 고시에 따라 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 제1항부터 제8항에 따라 보상합니다.										
(2) 질병급여	① 회사는 피보험자가 질병으로 의료기관에 입원 또는 통원(외래 및 처방조제)하여 치료를 받은 경우에는 급여의료비를 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 다음과 같이 보상합니다. 다만, 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비 기준으로 계산하며, 감면받은 의료비가 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조) 및 「독립유공자 예우에 관한 법률」(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비로 급여 의료비를 계산합니다. <table border="1"> <thead> <tr> <th>구분</th><th>보상금액</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>입원 (입원실료, 입원제비용, 입원수술비)</td><td>「국민건강보험법」(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부본인부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액본인부담금을 말합니다.)의 80%에 해당하는 금액</td></tr> <tr> <td>통원 (외래제비용, 외래수술비, 처방조제비)</td><td> 통원 1회당(외래 및 처방조제 합산) 「국민건강보험법」(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부본인부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액본인부담금을 말합니다.)에서 <표1>의 ‘통원항목별 공제금액’을 뺀 금액 <표1> 통원항목별 공제금액 <table border="1"> <thead> <tr> <th>항 목</th><th>공제금액</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>「의료법」 제3조 제2항(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에 의한 의료기관(동법 제3조의3에 의한 종합병원은 제외), 「국민건강보험법」 제42조 제1항 제4호(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제42조 제1항 제</td><td>1만원과 보장대상 의료비의 20% 중 큰 금액</td></tr> </tbody> </table> </td></tr> </tbody> </table>	구분	보상금액	입원 (입원실료, 입원제비용, 입원수술비)	「국민건강보험법」(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부본인부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액본인부담금을 말합니다.)의 80%에 해당하는 금액	통원 (외래제비용, 외래수술비, 처방조제비)	통원 1회당(외래 및 처방조제 합산) 「국민건강보험법」(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부본인부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액본인부담금을 말합니다.)에서 <표1>의 ‘통원항목별 공제금액’을 뺀 금액 <표1> 통원항목별 공제금액 <table border="1"> <thead> <tr> <th>항 목</th><th>공제금액</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>「의료법」 제3조 제2항(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에 의한 의료기관(동법 제3조의3에 의한 종합병원은 제외), 「국민건강보험법」 제42조 제1항 제4호(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제42조 제1항 제</td><td>1만원과 보장대상 의료비의 20% 중 큰 금액</td></tr> </tbody> </table>	항 목	공제금액	「의료법」 제3조 제2항(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에 의한 의료기관(동법 제3조의3에 의한 종합병원은 제외), 「국민건강보험법」 제42조 제1항 제4호(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제42조 제1항 제	1만원과 보장대상 의료비의 20% 중 큰 금액
구분	보상금액										
입원 (입원실료, 입원제비용, 입원수술비)	「국민건강보험법」(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부본인부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액본인부담금을 말합니다.)의 80%에 해당하는 금액										
통원 (외래제비용, 외래수술비, 처방조제비)	통원 1회당(외래 및 처방조제 합산) 「국민건강보험법」(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부본인부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액본인부담금을 말합니다.)에서 <표1>의 ‘통원항목별 공제금액’을 뺀 금액 <표1> 통원항목별 공제금액 <table border="1"> <thead> <tr> <th>항 목</th><th>공제금액</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>「의료법」 제3조 제2항(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에 의한 의료기관(동법 제3조의3에 의한 종합병원은 제외), 「국민건강보험법」 제42조 제1항 제4호(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제42조 제1항 제</td><td>1만원과 보장대상 의료비의 20% 중 큰 금액</td></tr> </tbody> </table>	항 목	공제금액	「의료법」 제3조 제2항(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에 의한 의료기관(동법 제3조의3에 의한 종합병원은 제외), 「국민건강보험법」 제42조 제1항 제4호(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제42조 제1항 제	1만원과 보장대상 의료비의 20% 중 큰 금액						
항 목	공제금액										
「의료법」 제3조 제2항(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에 의한 의료기관(동법 제3조의3에 의한 종합병원은 제외), 「국민건강보험법」 제42조 제1항 제4호(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제42조 제1항 제	1만원과 보장대상 의료비의 20% 중 큰 금액										

	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="528 286 1129 539">5호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 「국민건강보험법」 제42조 제1항 제2호(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에 의한 약국, 동법 제42조 제1항 제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제(의약분업 예외지역 등에서의 약사의 직접 조제 포함)</td><td data-bbox="1129 286 1366 539"></td></tr> <tr> <td data-bbox="528 539 1129 887">「국민건강보험법」 제42조 제2항(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에 의한 전문요양기관, 「의료법」 제3조의4(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에 의한 상급종합병원, 동법 제3조의3에 의한 종합병원에서의 외래 및 그에 따른 「국민건강보험법」 제42조 제1항 제2호(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에 의한 약국, 동법 제42조 제1항 제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제</td><td data-bbox="1129 539 1366 887">2만원과 보장대상 의료비의 20% 중 큰 금액</td></tr> </table>	5호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 「국민건강보험법」 제42조 제1항 제2호(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에 의한 약국, 동법 제42조 제1항 제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제(의약분업 예외지역 등에서의 약사의 직접 조제 포함)		「국민건강보험법」 제42조 제2항(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에 의한 전문요양기관, 「의료법」 제3조의4(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에 의한 상급종합병원, 동법 제3조의3에 의한 종합병원에서의 외래 및 그에 따른 「국민건강보험법」 제42조 제1항 제2호(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에 의한 약국, 동법 제42조 제1항 제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제	2만원과 보장대상 의료비의 20% 중 큰 금액
5호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 「국민건강보험법」 제42조 제1항 제2호(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에 의한 약국, 동법 제42조 제1항 제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제(의약분업 예외지역 등에서의 약사의 직접 조제 포함)					
「국민건강보험법」 제42조 제2항(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에 의한 전문요양기관, 「의료법」 제3조의4(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에 의한 상급종합병원, 동법 제3조의3에 의한 종합병원에서의 외래 및 그에 따른 「국민건강보험법」 제42조 제1항 제2호(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에 의한 약국, 동법 제42조 제1항 제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제	2만원과 보장대상 의료비의 20% 중 큰 금액				

② 피보험자가 「국민건강보험법」 제5조, 제53조, 제54조(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에 따라 요양급여 또는 「의료급여법」 제4조, 제15조, 제17조(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에 따라 의료급여를 적용받지 못하는 경우에는 다음과 같이 보상합니다.

1. 의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 급여 의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액(통원의 경우 본인이 실제로 부담한 금액에서 같은 조 제1항 <표1>의 ‘통원항목별 공제금액’을 뺀 금액)의 40%를 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다.
2. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 제1호를 적용하지 아니하고 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비에 대해서만 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 감면받은 의료비가 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비에 대해서 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다.

③ 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음날부터 180일까지 보상합니다. 다만, 이 계약의 보험기간이 만료되기 전 해지된 경우에는 해지 이후 계속 중인 입원과 통원에 대해서는 보상하지 않습니다.

④ 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 통원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음날부터 180일 이내의 통원을 보상하며 최대 90회 한도 내에서 보상합니다. 다만, 이 계약의 보험기간이 만료되기 전 해지된 경우에는 해지 이후 계속 중인 입원과 통원에 대해서는 보상하지 않습니다.

〈입원 및 통원 보상기간 예시〉

	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	추가보상 (180일)	
	↑	↑	↑	↑	↑
	계약일 (2022.1.1)	계약해당일 (2023.1.1)	계약해당일 (2024.1.1)	계약종료일 (2024.12.31)	보상종료일 (2025.6.29)
⑤ 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제3항과 제4항을 적용하지 않습니다. ⑥ 하나의 질병으로 동일한 의료기관에서 같은 날 외래 및 처방을 함께 받은 경우 처방일자를 기준으로 외래 및 처방조제를 합산하되(조제일자가 다른 경우도 동일하게 적용) 통원 1회로 보아 제1항과 제4항 내지 제5항을 적용합니다. ⑦ “하나의 질병”이란 발생 원인이 동일한 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병은 하나의 질병으로 간주하며, 하나의 질병으로 2회 이상 치료를 받는 경우에는 이를 하나의 질병으로 봅니다)을 말하며, 질병의 치료 중에 발생된 합병증 또는 새로 발견된 질병의 치료가 병행되거나 의학상 관련이 없는 여러 종류의 질병을 갖고 있는 상태에서 입원 또는 통원한 경우에는 하나의 질병으로 간주합니다. ⑧ 하나의 질병으로 하루에 같은 치료를 목적으로 2회 이상 통원치료(외래 및 처방조제 합산)를 받은 경우 1회의 통원으로 보아 제1항과 제4항 내지 제5항을 적용합니다. 이 때 공제금액은 2회 이상의 중복방문 의료기관 중 가장 높은 공제금액을 적용합니다. ⑨ 회사는 피보험자가 질병으로 인하여 의료기관에서 본인의 장기등(「장기등 이식에 관한 법률」 제4조에 의한 “장기등”을 의미합니다)의 기능회복을 위하여 「장기등 이식에 관한 법률」 제42조 및 관련 고시에 따라 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 제1항부터 제8항에 따라 보상합니다.					

제3관 회사가 보상하지 않는 사항

제3관에서는 보상하지 않는 사항 및 특별약관에서 보상하는 사항에 대한 설명이 들어있으니 반드시 확인하셔야 합니다.

제4조 (보상하지 않는 사항)

회사가 보상하지 않는 사항은 보장종목별로 다음과 같습니다.

보장 종목	보상하지 않는 사항
(1) 상해 급여	① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 급여의료비는 보상하지 않습니다. 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다.

[심신상실]

정신병, 정신박약, 심한 의식장애 등의 심신장애로 인하여 사물 변별 능력 또는 의사 결정 능력이 없는 상태

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원 또는 통원한 경우. 다만, 회사가 보상하는 상해로 인하여 입원 또는 통원한 경우에는 보상합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인한 경우
6. 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자 본인이 자의적으로 입원하여 발생한 입원의료비

[정당한 이유]

사회통념상 그 의무나 책임 등을 이행할 수 없을만한 사정이 있거나, 그 의무나 책임 등의 이행을 기대하는 것이 무리라고 할 만한 사정이 있을 때를 말합니다.

7. 피보험자가 정당한 이유없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 통원의료비
- ② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동 목적으로 한 다음의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 생긴 상해에 대해서는 보상하지 않습니다.
1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전 훈련이 필요한 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
 2. 모터보트·자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 행사(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 보상합니다)
 3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안
- ③ 회사는 다음의 급여의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.
1. 「국민건강보험법」(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제)
 2. 「의료급여법」(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에 따른 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 따라 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(「의료급여법」(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)
 3. 자동차보험(공제를 포함합니다)에서 보상받는 치료관계비(과실상계 후 금액을 기준으로 합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비(자동차보험 진료수가에 관한 기준 및 산재보험 요양급여 산정기준에 따라 발생한 실제 본인 부담의료비)는 제3조(보장종목별 보상내용) (1)상해급여 제1항, 제2항 및 제4항부터 제8항에 따라 보상합니다.
 4. 「응급의료에 관한 법률」 및 동법 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 동법 제26조 권역응급의료센터 또는 「의료법」(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조) 제3조의 4에 따

	른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료로서 「국민건강보험법」(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에 따른 요양급여 중 전액본인부담 의료비에 해당하는 의료비
(2) 질병 급여	① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 급여의료비는 보상하지 않습니다. 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다. 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다. 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우 4. 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자 본인이 자의적으로 입원하여 발생한 입원의료비 5. 피보험자가 정당한 이유 없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 통원의료비 ② 회사는 ‘한국표준질병사인분류’에 따른 다음의 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 제 10차 개정 이후 한국표준질병사인분류에서 하기 질병 이외에 추가로 아래의 분류코드에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다. 1. 정신 및 행동장애(F04~F99). 다만, F04~F09, F20~F29, F30~F39, F40~F48, F51, F90~F98과 관련한 치료에서 발생한 「국민건강보험법」(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에 따른 요양급여에 해당하는 의료비는 보상합니다. 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98) 으로 발생한 의료비 중 전액본인부담금 및 보험가입일로부터 2년 이내에 발생한 의료비 3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원 또는 통원한 경우(O00~O99) 4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04). 다만, 피보험자가 보험가입당시 태아인 경우에는 보상합니다. 5. 요실금(N39.3, N39.4, R32) 【한국표준질병·사인분류】 국민의 보건의료 복지행정의 수행과 의학연구를 위해 한국인의 질병 및 사인에 대하여 의무기록자료 및 사망원인통계조사(질병이환 및 사망자료)등의 표준통계를 세계보건기구(WHO)의 국제질병분류표 ICD를 기초로 그 성질의 유사성에 따라 체계적으로 유형화한 것 ③ 회사는 다음의 급여의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 1. 「국민건강보험법」(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제) 2. 「의료급여법」(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에 따른 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 따라 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(「의료급여법」(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제) 3. 성장호르몬제 투여에 소요된 비용으로 부담한 전액본인부담금 4. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비(산재보험 요양급여 산정기준에 따

	라 발생한 실제 본인 부담의료비)는 제3조(보장종목별 보상내용) (2)질병급여 제1항, 제3항부터 제8항에 따라 보상합니다. 5. 사람면역결핍바이러스(HIV) 감염으로 인한 치료비(다만, 「의료법」(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV 감염은 해당 진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 보상합니다) 6. 「응급의료에 관한 법률」 및 동법 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 동법 제26조 권역응급의료센터 또는 「의료법」 제3조의4(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료로서 전액본인부담금에 해당하는 의료비
--	--

제4조의2 (특별약관에서 보상하는 사항)

- ① 제3조(보장종목별 보상내용) 및 제4조(보상하지 않는 사항)에도 불구하고 다음 각 호에 해당하는 의료비는 SmartChange급여실손의료비보험(무)에서 보상하지 않습니다.
 1. 비급여의료비
 2. 제1호와 관련하여 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 발생한 본인부담의료비
- ② 제1항 제1호에서 제2호까지 정한 의료비와 다른 의료비가 함께 청구되어 각 항목별 의료비가 구분되지 않는 경우 회사는 보험금 지급금액 결정을 위해 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 각각의 의료비에 대한 확인을 요청할 수 있습니다.

제4관 보험금의 지급

제5조 (보험가입금액 한도 등)

- ① 이 계약의 연간 보험가입금액은 제3조(보장종목별 보상내용) (1)상해급여에 대하여 입원과 통원의 보상금액을 합산하여 5천만원 이내에서, (2)질병급여에 대하여 입원과 통원의 보상금액을 합산하여 5천만원 이내에서 회사가 정한 금액 중 계약자가 선택한 금액을 말하며, 제3조(보장종목별 보상내용)에 의한 급여의료비를 이 금액 한도 내에서 보상합니다.
- ② 이 계약에서 ‘연간’이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 입원 또는 통원 치료시 해당일이 속한 보험연도의 보험가입금액 한도를 적용합니다.
- ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 「국민건강보험법」(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에 따른 본인부담금 상한제 또는 「의료급여법」(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제 적용항목은 실제 본인이 부담한 금액(「국민건강보험법」(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조) 또는 「의료급여법」(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조) 등 관련 법령에서 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액은 제외한 금액)을 한도로 제3조(보장종목별 보상내용) 및 제4조(보상하지 않는 사항)에 따라 보상합니다.
- ④ 제3조(보장종목별 보상내용)에서 정한 입원의 경우 급여의료비 중 보상금액을 제외한 나머지 금액(「국민건강보험법」(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 20%에 해당하는 금액)이 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 기산하여 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금

액은 제1항의 한도내에서 보상합니다.

- ⑤ 제3조(보장종목별 보상내용)에서 정한 통원의 경우 (1)상해급여 또는 (2)질병급여 각각에 대하여 통원 1회당 20만원 이내에서 회사가 정한 금액 중 계약자가 선택한 금액의 한도 내에서 보상합니다.
- ⑥ 제3조(보장종목별 보상내용) (1)상해급여 제4항 또는 제5항 및 (2)질병급여 제3항 또는 제4항에 따른 계속 중인 입원 또는 통원의 보상한도는 연간 보험가입금액에서 직전 보험기간 종료일까지 지급한 금액을 차감한 잔여 금액을 한도로 적용합니다.

제5조의 2 (보험가입금액 한도 등에 대한 설명 의무)

- ① 회사는 제19조(약관 교부 및 설명 의무 등)에 따라 계약자가 청약할 때에 약관의 중요한 내용을 설명할 경우, 제5조(보험가입금액 한도 등)의 내용도 함께 설명하여 드립니다.
- ② 제1항에 따라 보험가입금액 한도 등을 설명할 때에, 회사는 계약자에게 제5조(보험가입금액 한도 등) 제3항의 ‘본인부담금 상한제’ 및 ‘본인부담금 보상제’에 대한 사항을 구체적으로 설명하여 드립니다.

※ 「국민건강보험법」(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에 따른 본인부담금 상한제 : 요양급여 비용 중 본인이 부담한 비용의 연간 총액이 일정 상한액(국민건강보험 지역가입자의 세대별 보험료 부담수준 또는 직장가입자의 개인별 보험료 부담수준에 따라 국민건강보험법 등 관련 법령에서 정한 금액(81만원~584만원))을 초과하는 경우 그 초과액을 국민건강보험공단이 부담하는 제도

※ 「의료급여법」(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에 따른 본인부담금 보상제 : 수급권자의 급여대상 본인부담금이 매 30일간 다음 금액을 초과하는 경우, 초과금액의 50%에 해당하는 금액을 의료급여기금 등이 부담하는 제도

- 1. 1종 수급권자 : 2만원
- 2. 2종 수급권자 : 20만원

※ 「의료급여법」(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에 따른 본인부담금 상한제 : 본인부담금 보상제에 따라 지급받은 금액을 차감한 급여대상 본인부담금이 다음 금액을 초과하는 경우, 그 초과액 전액을 의료급여기금 등이 부담하는 제도

- 1. 1종 수급권자 : 매 30일간 5만원
- 2. 2종 수급권자 : 연간 80만원(다만, 의료법 제3조 제2항 제3호 라목에 따른 요양병원에 연간 240일을 초과하여 입원한 경우에는 연간 120만원으로 한다.)

다만, 관련 법령 등이 변경되는 경우 변경된 기준을 따릅니다. (상기 예시금액은 2021.5월 기준)

제6조 (보험금 지급사유 발생의 통지)

계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제3조(보장종목별 보상내용)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 것

을 알았을 때에는 지체 없이 그 사실을 회사에 알려야 합니다.

제7조 (보험금의 청구)

- ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
 1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서[진료비계산서, 진료비 세부내역서, 입원치료확인서, 의사처방전(처방조제비) 등]
 3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 「의료법」 제3조(의료기관)(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에서 규정한 국내의 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제8조 (보험금의 지급절차)

- ① 회사는 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 제1항에도 불구하고 회사는 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내의 금액을 지급하는 제도를 말합니다)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제7조(보험금의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
 1. 소송제기
 2. 분쟁조정 신청(다만, 대상기관은 금융분쟁조정위원회 또는 소비자분쟁조정위원회)
 3. 수사기관의 조사
 4. 외국에서 발생한 보험사고에 대한 조사
 5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 책임이 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
 6. 제7항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

【보험금 가지급제도】

지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도

- ③ 제2항에 따라 추가적인 조사가 이루어지는 경우 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ④ 회사는 제1항에서 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”(부표2 참조)과 같습니다. 다만, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 책임이 있는 사유로 지급이 지연된 경우에는 그 기간에 대한 이자는 지급하지 않습니다.

- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제14조(알릴 의무 위반의 효과) 및 제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관 및 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우 회사는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

【정당한 사유】

사회통념상 그 의무나 책임 등을 이행할 수 없을만한 사정이 있거나, 그 의무나 책임 등의 이행을 기대하는 것이 무리라고 할 만한 사정이 있을 때를 말합니다.

- ⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.
- ⑦ 보험수익자와 회사가 제3조(보장종목별 보상내용)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 「의료법」 제3조(의료기관)(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.
- ⑧ 회사는 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 「국민건강보험법」(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에 따른 본인부담금 상한제, 「의료급여법」(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에 따른 본인부담금 상한제 및 보상제와 관련한 확인요청을 할 수 있습니다.
- ⑨ 회사는 보험금 지급금액 결정을 위해 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 건강보험심사평가원의 진료비확인요청제도를 활용할 수 있도록 동의해 줄 것을 요청할 수 있으며, 진료비확인요청제도를 활용할 경우 회사는 이를 활용한 사례를 집적하고 먼저 유사 사례가 있는지를 확인하고 이용합니다.
- ⑩ 회사는 보험금 지급시 보험수익자에게 문자메시지, 전자우편 또는 이와 유사한 전자적 장치 등으로 다음 각 호의 사항을 안내하여 드리며, 보험수익자는 안내한 사항과 관련하여 구체적인 계산내역 등에 대하여 회사에 설명을 요청할 수 있습니다.
1. 보험금 지급일 등 지급절차
 2. 보험금 지급 내역
 3. 보험금 심사 지연 시 지연 사유 및 예상 지급일
 4. 보험금을 감액하여 지급하거나 지급하지 아니하는 경우에는 그 사유 등
 5. 다수보험 가입으로 인해 비례보상된 경우 그 사유 및 개인 혹은 단체 실손 중지제도와 신청방법 등

제9조 (보험금을 받는 방법의 변경)

- ① 계약자(보험금 지급사유 발생 후에는 보험수익자를 말합니다)는 회사의 사업방법서에서 정한 바에 따라 보험금의 전부 또는 일부에 대하여 나누어 지급받거나 일시에 지급받는 방법으로 변경할 수 있습니다.
- ② 회사는 제1항에 따라 일시에 지급할 금액을 나누어 지급하는 경우에는 나중에 지급할 금액에 대하여 평균공시이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급하며, 나누어 지급할 금액을 일시에 지급하는 경우에는 평균공시이율을 연단위 복리로 할인한 금액을 지급합니다.

【보험금을 나누어 지급하는 경우 예시】

보험금: 300만원, 보험금 지급사유 발생일: 2021년 7월 1일, 일시에 지급할 보험금을 3년동안 동일한 금액(300만원 ÷ 3년 = 매년 100만원)으로 나누어 지급할 경우, 연복리 2.5% 가정시

지급일	2021년 7월 1일	2022년 7월 1일	2023년 7월 1일
나누어 지급할 금액	1,000,000원	1,000,000원	1,000,000원
+	+	+	+
연단위 복리로 계산한 금액	0원	1,000,000원 x 2.5%	1,000,000원 x [(1 + 2.5%) ² - 1]
지급금액	1,000,000원	1,025,000원	1,050,625원
총 지급금액	총 3,075,625원		

※ 상기 예시금액은 계산 편의상 1년을 365일로 적용하였으며, 연복리 2.5%를 가정하였습니다. 실제 지급금액은 상기와 같은 방법으로 계약 체결 시점의 평균공시이율을 적용하여 산출합니다.

제10조 (주소변경의 통지)

- ① 계약자(보험수익자가 계약자와 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 그 변경내용을 회사에 알려야 합니다.
- ② 제1항에서 정한 대로 계약자 또는 보험수익자가 변경내용을 알리지 않은 경우에는 계약자 또는 보험수익자가 회사에 알린 최종 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법을 통하여 회사가 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 기간이 지난 때에 계약자 또는 보험수익자에게 도달된 것으로 봅니다.

제11조 (대표자의 지정)

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

【설명】

계약자가 2명 이상인 경우에 보험료 납입의무, 위험변경·증가의 통지의무, 보험사고 발생의 통지의무 등 약관에서 규정하는 모든 계약자의 책임을 연대하여 집니다.

【연대】

2인 이상의 계약자가 각자 채무의 전부를 이행할 책임을 지되(몫, 지분만큼 분할하여 책임을 지

는 것과 다름), 다만 어느 1인의 이행으로 나머지 계약자도 그 책임을 이행하는 것이 되는 관계를 말합니다.

제5관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제12조 (계약 전 알릴 의무)

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단을 할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(상법에 따른 “고지의무”(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)와 같으며, 이하 “계약 전 알릴 의무”라 합니다) 합니다. 다만, 진단계약의 경우 「의료법」 제3조(의료기관)(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에 따른 종합병원이나 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

제13조 (상해보험계약 후 알릴 의무)

① 계약자 또는 피보험자는 보험기간 중에 피보험자에게 다음 각 호의 변경이 발생한 경우에는 우편, 전화, 방문 등의 방법으로 지체 없이 회사에 알려야 합니다.

1. 보험증권 등에 기재된 직업 또는 직무의 변경

가. 현재의 직업 또는 직무가 변경된 경우

나. 직업이 없는 자가 취직한 경우

다. 현재의 직업을 그만둔 경우

【직업】

- 1) 생계유지 등을 위하여 일정한 기간동안(예: 6개월 이상) 계속하여 종사하는 일
- 2) ‘1)’에 해당하지 않는 경우에는 개인의 사회적 신분에 따르는 위치나 자리를 말함
예) 학생, 미취학아동, 무직 등

【직무】

직책이나 직업상 책임을 지고 담당하여 맡은 일

2. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우

예) 자가용에서 영업용으로 변경, 영업용에서 자가용으로 변경 등

3. 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전 여부가 변경된 경우

예) 비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운전자로 변경 등

4. 이륜자동차(자동차관리법상 이륜차로 분류되는 삼륜 또는 사륜의 자동차를 포함) 또는 원동기장치 자전거(전동킥보드, 전동이륜평행차, 전동기의 동력만으로 움직일 수 있는 자전거 등 개인형 이동장치를 포함)를 계속적으로 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동과 출퇴근용도 등으로 주로 사용하는 경우에 한함)하게 된 경우(다만, 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등 보행보조용 의자

차는 제외합니다.)

- ② 회사는 제1항의 통지로 인하여 위험의 변동이 발생한 경우에는 제21조(계약내용의 변경 등)에 따라 계약내용을 변경할 수 있습니다.

【위험변경에 따른 계약변경 절차】

위험변경사항 통지(우편, 전화, 방문 등) => 계약자, 피보험자의 계약변경사항 확인 후 청약 => 계약변경사항 인수 심사 => 정산금액 처리(환급 또는 추가납입) => 계약변경 완료

- ③ 회사는 제2항에 따라 계약내용을 변경할 때 위험이 감소된 경우에는 보험료를 감액하고, 이후 기간 보장을 위한 재원인 계약자적립액 등의 차이로 인하여 발생한 정산금액(이하 “정산금액”이라 합니다)을 환급하여 드립니다. 한편 위험이 증가된 경우에는 보험료의 증액 및 정산금액의 추가납입을 요구할 수 있으며, 계약자는 일시납 또는 잔여 보험료 납입기간과 5년 중 큰 기간(다만, 잔여 보험기간을 초과할 수 없음) 동안의 분납 중 선택하여 정산금액을 납입하여야 합니다. 다만, 보험료 갱신형 계약 등 일부 보험계약의 경우 분납이 제한될 수 있습니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

- ④ 제1항의 통지에 따라 위험의 증가로 보험료를 더 내야 할 경우 회사가 청구한 추가보험료(정산금액을 포함합니다)를 계약자가 납입하지 않았을 때, 회사는 위험이 증가되기 전에 적용된 보험요율(이하 “변경전 요율”이라 합니다)의 위험이 증가된 후에 적용해야 할 보험요율(이하 “변경후 요율”이라 합니다)에 대한 비율에 따라 보험금을 삭감하여 지급합니다. 다만, 증가된 위험과 관계없이 발생한 보험금 지급사유에 관해서는 원래대로 지급합니다.
- ⑤ 계약자 또는 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 제1항 각 호의 변경사실을 회사에 알리지 않았을 경우에 변경후 요율이 변경전 요율보다 높을 때에는 회사는 그 변경사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약자 또는 피보험자에게 제4항에 따라 보상됨을 통보하고 이에 따라 보험금을 지급합니다.

제14조 (알릴 의무 위반의 효과)

- ① 회사는 다음과 같은 사실이 있을 경우에는 보험금 지급사유의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 계약을 해지할 수 있습니다.
1. 계약자나 피보험자 또는 이들의 대리인이 고의 또는 중대한 과실로 제12조(계약 전 알릴 의무)를 위반하고 그 알릴 의무가 있는 사항이 중요한 사항에 해당하는 경우

【중요한 사항】

직업, 현재 및 과거 병력, 고위험 취미(예: 암벽등반, 패러글라이딩) 등을 말합니다.

2. 계약자나 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제13조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 계약 후 알릴 의무를 이행하지 않았을 때
- ② 제1항 제1호의 경우라도 다음의 어느 하나에 해당하는 경우에는 회사는 계약을 해지할 수 없습니다.
1. 회사가 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 알지 못하였을 때
2. 회사가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 날부터 보험금 지급사유

- 가 발생하지 않고 2년(진단계약의 경우 질병에 대해서는 1년)이 지났을 때
3. 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
 4. 이 계약을 청약할 때 회사가 피보험자의 건강상태를 판단할 수 있는 기초자료(건강진단서 사본 등을 말합니다)에 따라 승낙한 경우에 건강진단서 사본 등에 명기되어 있는 사항으로 보험금 지급사유가 발생하였을 때. 다만, 계약자 또는 피보험자가 회사에 제출한 기초자료의 내용 중 중요사항을 고의로 사실과 다르게 작성한 때에는 계약을 해지할 수 있습니다.
 5. 보험설계사 등이 다음의 어느 하나에 해당하는 행위를 하였을 때. 다만, 보험설계사 등이 다음의 행위를 하지 않았더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실하게 고지했다고 인정되는 경우에는 계약을 해지할 수 있습니다.
 - 가. 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았을 때
 - 나. 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해하였을 때
 - 다. 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실하게 고지하도록 권유했을 때
 6. 제29조(보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))에 따라 이 계약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제2항의 최초계약으로 봅니다.[부활(효력회복)이 여러차례 발생한 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다]

【고의】

자기행위가 일정한 결과를 발생시킬 것을 인식하면서 그 행위를 하는 심리상태

【과실】

어떤 결과의 발생을 예측할 수 있었지만 부주의로 인해 그것을 인식하지 못한 심리상태

【중대한 과실】

조금만 주의했다면 충분히 발생을 막을 수 있었음에도 그 중요성을 잘못 판단하거나 고지해야 할 중요한 사실이라는 것을 알지 못하는 것

【계약 전 알릴 의무 위반 사례】

이륜자동차를 이용해 음식 배달하는 직업을 가진 A 고객이 청약서의 계약 전 알릴 의무사항 중 직업 및 운전예 대한 중요한 사항을 정확히 기재하지 않을 경우 회사는 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.

- ③ 제1항 제1호에 따른 계약의 해지가 보험금 지급사유가 발생한 후에 이루어진 경우에 회사는 보험금을 지급하지 않습니다. 이 경우 회사는 계약자에게 계약 전 알릴 의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)과 계약 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 “반대 증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”는 문구와 함께 서면 또는 전자문서 등으로 알려 드립니다. 회사가 전자문서로 안내하고자 할 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에 따른 전자서명으로 동의를 얻어 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 합니다. 계약자의 전자문서 수신이 확인되기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 회사는 전자문서가 수신되지 않은 것을 확인한 경우에는 서면(등기우편 등)으로 다시 알려드립니다.

【반대증거】

소송법상 입증책임이 없는 당사자가 상대방에서 입증하는 사실을 부정할 목적으로 반대되는 사실을 증명하기 위해 제출하는 증거

- ④ 제1항 제2호에 따른 계약의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 회사는 제13조(상해보험계약 후 알릴 의무) 제4항 또는 제5항에 따라 보험금을 지급합니다.
- ⑤ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유가 발생하는 데에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하지 못한 경우에는 제3항 및 제4항에 관계없이 해당 보험금을 지급합니다.
- ⑥ 회사는 다른 보험가입내역에 대한 계약 전 알릴 의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

제15조 (사기에 의한 계약)

- ① 계약자 또는 피보험자가 대리진단이나 약물사용을 통하여 진단절차를 통과하거나, 진단서를 위조 또는 변조하거나, 청약일 이전에 암 또는 사람면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 회사는 계약일부터 5년 이내(사기 사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.
- ② 제1항에 따라 계약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료(실제 납입한 보험료에 한함)를 돌려드립니다. 다만, 회사가 승낙하기 전에 사기임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 드립니다.

제6관 보험계약의 성립과 유지

제16조 (보험계약의 성립)

- ① 계약은 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 이루어집니다.
- ② 회사는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등을 말합니다)을 붙여 승낙할 수 있습니다.

【보험가입금액 제한】

피보험자가 가입을 할 수 있는 최대 보험가입금액을 제한하는 방법을 말합니다.

【일부보장 제외(부담보)】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 특정 질병 또는 특정 신체 부위를 보장에서 제외하는 방법을 말합니다.

【보험금 삭감】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 보험 가입 후 기간

이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 감소하는 위험에 대해 적용하여 보험 가입 후 일정기간 내에 보험사고가 발생할 경우 미리 정해진 비율로 보험금을 감액하여 지급하는 방법을 말합니다.

【보험료 할증】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법의 하나로, 보험 가입 후 기간 이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 증가하는 위험 또는 기간의 경과에 상관없이 일정한 상태를 유지하는 위험에 적용하는 방법으로 위험 정도에 따라 주계약 보험료 이외에 특별보험료를 부가하는 방법을 말합니다.

- ③ 회사는 계약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 건강진단을 받지 않는 계약은 청약일, 진단계약은 진단일(재진단의 경우에는 최종 진단일을 말합니다)부터 30일 이내에 승낙하거나 거절하여야 하며, 승낙한 경우에는 보험증권을 드립니다. 이 경우 30일 이내에 회사가 승낙 또는 거절의 통지를 하지 않으면 승낙한 것으로 봅니다.
- ④ 회사가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 돌려 드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 평균공시이율에 1%를 더한 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 승낙을 거절하는 경우 회사는 신용카드의 매출을 취소하며 이자를 더하여 지급하지 않습니다.

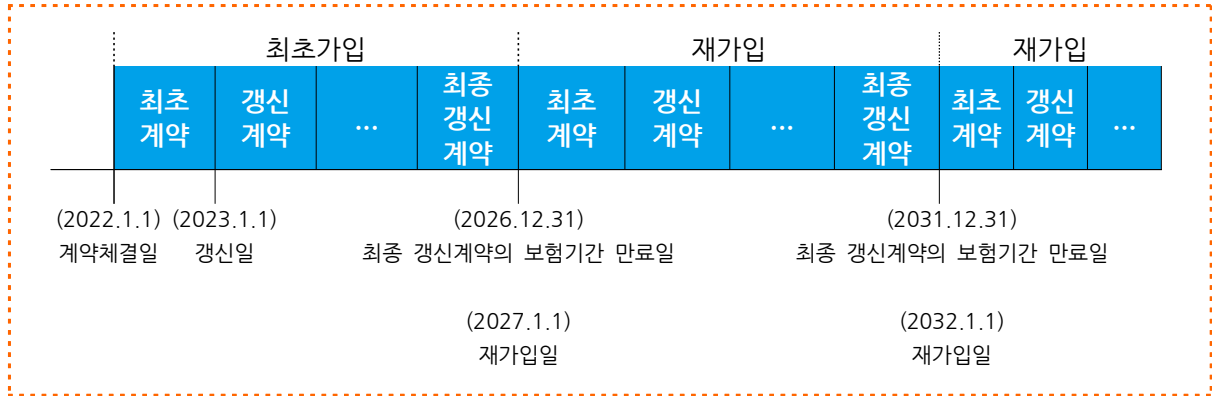
【설명】



- ⑤ 회사가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였다도 청약일로부터 5년(갱신형 계약의 경우에는 최초 청약일로부터 5년)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑥ 제5항의 ‘청약일로부터 5년이 지나는 동안’이라 함은 이 약관 제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑦ 이 약관 제29조(보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복))에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.
- ⑧ 이 계약이 제3항에 따라 성립되었을 때에는 “최초계약”이라 하며, 이후 이 계약의 보험기간 만료후 제17조(계약의 갱신 및 보험기간)에 의하여 갱신된 때에는 “갱신계약”이라 합니다.
- ⑨ 이 계약의 보장내용 변경주기 만료 후 제24조(계약의 보장내용 변경주기 및 재가입)에 의하여 계약이 성립된 때에는 이를 “재가입”이라 합니다. 이때 성립된 계약을 “최초계약”이라 하며, 이후 갱신되는 계약을 “갱신계약”이라 합니다.

〈최초가입/재가입 예시〉

(기준: 계약일 2022년 1월 1일)



제17조 (계약의 갱신 및 보험기간)

- ① 이 계약의 보험기간은 1년 만기 갱신형으로 운영하며, 최대 5년(4회)까지 갱신이 가능합니다.
- ② 계약자가 이 계약의 보험기간 종료일 15일전까지 이 계약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면 이 계약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 다만, 제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신 계약의 제1회 보험료를 납입하지 않으면 이 계약은 갱신되지 않습니다.
- ③ 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 「최초(재)가입나이 + 보장내용 변경주기(5년)」세 계약해당일의 전일로 합니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 이 계약의 보험기간 종료일이 제3항에서 정한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일과 같은 경우에는 이 계약을 갱신할 수 없습니다.
- ⑤ 갱신계약의 경우 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시) 제1항에도 불구하고 이 계약이 갱신되기 직전 계약(이하 “갱신전 계약”이라 합니다)의 보험기간 종료일의 다음날(이하 “갱신일”이라 합니다)을 보장개시일로 합니다.
- ⑥ 갱신계약에 대하여는 갱신일 현재의 보험요율(상해입원형 또는 상해통원형의 경우에는 피보험자의 직업 또는 직무 위험등급에 따라 산출된 보험요율을 말함)을 적용하고, 그 보험요율은 나이의 증가, 의료수가의 변동, 위험률의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.
- ⑦ 제6항에 따라 보험료가 변경되는 경우에는 이 계약의 보험기간 종료일 30일 전까지 계약자에게 관련 내용을 서면 또는 전화(음성녹음 포함) 또는 전자문서(문자메시지 포함)으로 안내하여 드립니다.

제18조 (청약의 철회)

- ① 계약자는 보험증권을 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 계약은 철회할 수 없습니다.
 1. 회사가 건강상태 진단을 지원하는 계약
 2. 보험기간이 90일 이내인 계약
 3. 전문금융소비자가 체결한 계약

【청약의 철회】

계약자가 보험계약을 청약한 이후 단순히 마음이 변하거나 청약한 보험상품이 마음에 들지 않아 청약을 취소하는 것을 말합니다.

【전문금융소비자】

보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약에 따른 위험감수능력이 있는 자로서, 국가, 지방자치단체, 한국은행, 금융회사, 주권상장법인 등을 포함하며 「금융소비자보호에 관한 법률」 제2조(정의) 제9호(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에서 정하는 전문금융소비자를 말합니다.

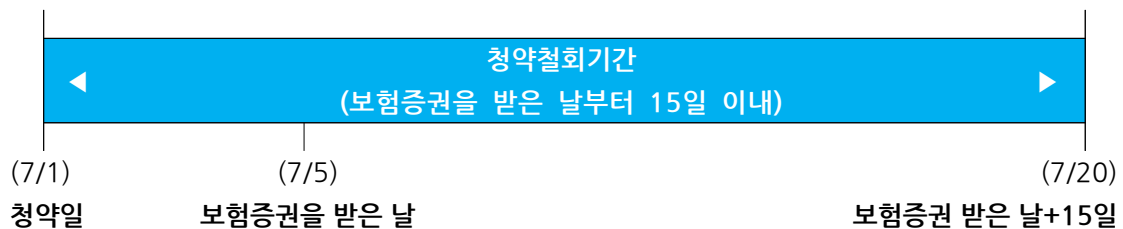
【일반금융소비자】

전문금융소비자가 아닌 계약자를 말합니다.

4. 청약을 한 날부터 30일(다만, 전화를 이용하여 체결된 보험계약 중 계약자의 나이가 만65세 이상인 계약은 45일)을 초과한 경우

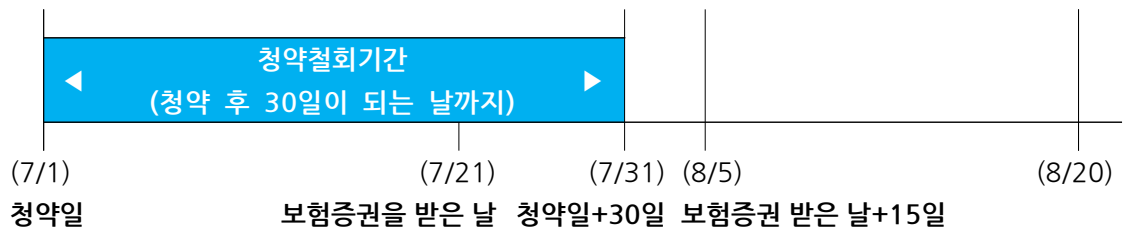
【예시 1】

보험증권을 받은 날부터 15일 이내까지 청약을 철회할 수 있습니다.



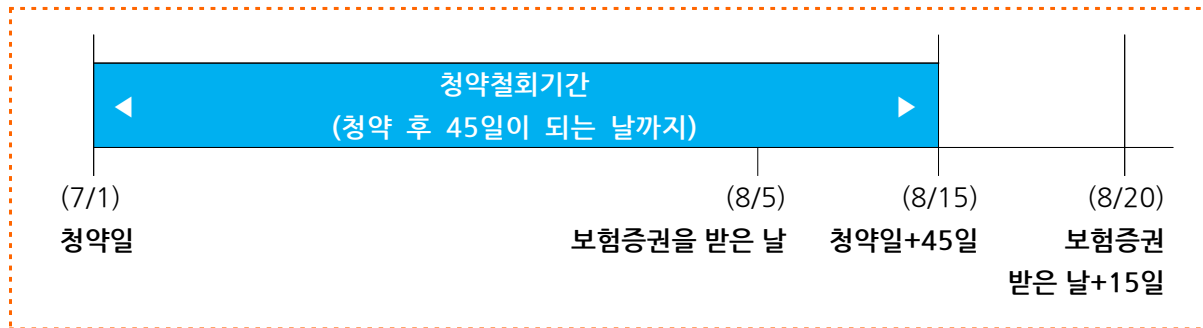
【예시 2】

보험증권을 받은 날부터 15일 이내까지 청약을 철회할 수 있지만 청약일부터 30일을 초과할 수 없습니다.



【예시 3】

전화를 이용하여 체결된 보험계약 중 계약자의 나이가 만65세 이상인 계약은 보험증권을 받은 날부터 15일 이내까지 청약을 철회할 수 있지만 청약일부터 45일을 초과할 수 없습니다.



- ② 청약철회는 계약자가 전화로 신청하거나, 철회의사를 표시하기 위한 서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시(이하 '서면 등'이라 합니다)를 발송한 때 효력이 발생합니다. 계약자는 서면 등을 발송한 때에 그 발송 사실을 회사에 지체 없이 알려야 합니다.
- ③ 계약자가 청약을 철회하였을 때에는 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대해서는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 신용카드로 납입한 계약의 청약을 철회하는 경우에 회사는 청약의 철회를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해당 신용카드회사로 하여금 대금청구를 하지 않도록 해야 하며, 이 경우 회사는 보험료를 반환한 것으로 봅니다.
- ④ 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력이 발생하지 않습니다.
- ⑤ 제1항에서 보험증권을 받은 날에 대한 다툼이 발생한 경우 회사가 이를 증명하여야 합니다.

제19조 (약관 교부 및 설명 의무 등)

- ① 회사는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며, 청약 후에 다음 각 호의 방법 중 계약자가 원하는 방법을 확인하여 지체 없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 제공하여 드립니다. 만약, 회사가 전자우편 및 전자적 의사표시로 제공한 경우 계약자 또는 그 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다.
 1. 서면교부
 2. 우편 또는 전자우편
 3. 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시

【약관의 중요한 내용】

금융소비자 보호에 관한 법률 제19조(설명 의무) 제1항(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)의 보장성 상품의 내용, 보험료, 보험금, 위험보장의 범위 등 대통령령으로 정하는 보장성 상품에 관한 중요한 사항을 말합니다.

- ② 제1항과 관련하여 통신판매계약의 경우, 회사는 계약자가 가입한 특약만 포함한 약관을 드리며, 전화를 이용하여 체결하는 계약은 계약자의 동의를 얻어 다음의 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.
 1. 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 계약 전 알릴 의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문 또는 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인 내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

【통신판매계약】

전화우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

【특약】

주계약에 부가하여 보장을 추가하거나 계약자 등의 편의를 도모하기 위한 제도 등을 추가하는 보험

- ③ 다음의 어느 하나의 경우 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.
1. 회사가 제1항에 따라 제공하여야 할 약관 및 계약자 보관용 청약서를 계약자가 청약할 때 계약자에게 전달하지 않았거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 경우
 2. 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 경우(도장을 찍는 날인과 「전자서명법」 제2조 제2호(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에 따른 전자서명을 포함합니다.)
- ④ 제3항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에 다음의 어느 하나에 해당할 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제2항에 따른 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.
1. 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우
 2. 계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 계약자의 법정상속인인 계약의 경우

【법정상속인】

법정상속인은 피상속인이 사망하는 경우 결격사유가 없는 한, 민법(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에 의한 상속순서에 따라 재산상 지위를 상속받는 자

- ⑤ 제3항에 따라 계약이 취소된 경우 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료(실제 납입한 보험료에 한함)를 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
- ⑥ 회사는 관계 법규에 따라 피보험자가 될 사람이 다른 실손 의료보험 계약을 체결하고 있는지를 확인하고, 그 결과 피보험자가 될 사람이 다른 실손 의료보험계약의 피보험자로 되어 있는 경우에는 보상방식 등을 구체적으로 설명하여 드립니다.

제20조 (계약의 무효)

- ① 계약을 체결할 때 이 계약의 사업방법서에서 정한 피보험자의 나이에 미달되거나 초과되었을 경우에는 계약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료(실제 납입한 보험료에 한함)를 돌려 드립니다. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 해당 계약은 유효한 계약으로 보며, 이미 납입한 보험료는 돌려드리지 않습니다.
- ② 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우 및 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제21조 (계약내용의 변경 등)

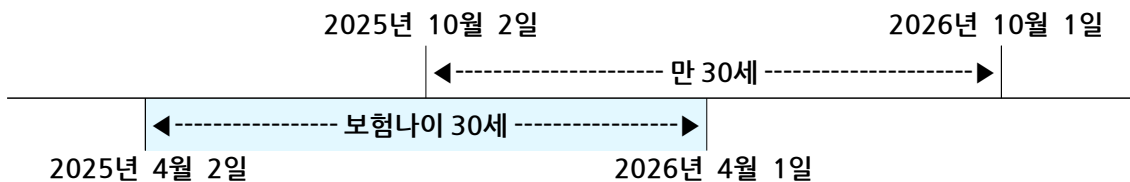
- ① 계약자는 회사의 승낙을 받아 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 회사는 승낙사실을 서면 등으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 적어 드립니다.
 1. 보험료 납입방법
 2. 계약자
 3. 그 밖의 계약내용
- ② 계약자는 회사의 승낙 없이 보험수익자를 변경할 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자가 보험수익자 변경사실을 회사에 알리지 않아 이를 모르고 변경 전의 보험수익자에게 보험금을 지급하는 등 보험금 지급에 관한 항변이 있는 경우 변경된 보험수익자에게 보험금 지급을 거절할 수 있습니다.
- ③ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우 계약자와 피보험자가 동일하지 않을 때에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면(「전자서명법」 제2조 제2호(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에 따른 전자서명이 있는 경우로서 「상법 시행령」 제44조의2(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함)으로 동의하여야 합니다.
- ④ 계약자는 이 계약의 보험기간 중 보험금 지급사유가 발생한 후에는 계약의 내용을 변경할 수 없습니다.
- ⑤ 제1항에 따라 계약자가 변경된 경우 회사는 변경된 계약자에게 보험증권 및 약관을 드리고, 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

제22조 (보험나이 등)

- ① 이 약관에서 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다.
- ② 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다. 다만, 해당연도의 계약해당일이 없는 경우에는 해당 월의 마지막 날을 계약해당일로 합니다.

【보험나이 계산 예시】

생년월일: 1995년 10월 2일



2025년 4월 2일 ~ 2026년 4월 1일 사이에 계약을 체결할 경우 보험나이는 30세

- ③ 피보험자의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 사실과 다른 경우에는 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

【설명】

피보험자의 나이 또는 성별에 관한 청약서 등의 기재사항이 신분증(주민등록증이나 운전면허증

등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)에 기재된 사실과 다른 경우에는 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 보험금 및 보험료로 변경합니다.

제23조 (계약의 소멸)

- ① 피보험자가 사망하였을 경우에는 이 계약은 더 이상 효력이 없습니다.
- ② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.

【실종선고】

어떤 사람의 생사불명의 상태가 일정기간 이상 계속될 때 일정절차에 따라 법원이 사망한 것으로 인정하는 제도

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

제24조 (계약의 보장내용 변경주기 및 재가입)

- ① 계약이 다음 각 호의 조건을 충족하고 계약자가 제4항에 따라 재가입의사를 표시한 때에는 이 약관의 제16조(보험계약의 성립) 및 제19조(약관 교부 및 설명 의무 등)를 준용하여 회사가 정한 절차에 따라 계약자는 기존 계약에 이어 재가입할 수 있으며, 이 경우 회사는 기존계약의 가입 이후 발생한 상해 또는 질병을 사유로 가입을 거절할 수 없습니다.
 1. 재가입일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 최초가입 당시 정한 재가입 나이의 범위 내일 것
 2. 재가입 전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것
- ② 이 계약의 자동갱신종료 후 계약자가 재가입을 원하는 경우 계약자는 재가입 시점에서 회사가 판매하는 실손의료비보험 상품으로 가입을 할 수 있으며, 회사는 이를 거절할 수 없습니다.
- ③ 회사는 계약자에게 보장내용 변경주기가 끝나는 날 이전까지 2회 이상 재가입 요건, 보장내용 변경내역, 보험료 수준, 재가입 절차 및 재가입 의사 여부를 확인하는 내용 등을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음), 전자문서, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 등으로 알려드리고, 회사는 계약자의 재가입의사를 전화(음성녹음) 또는 직접 방문 또는 전자적 의사표시, 통신판매계약의 경우 통신수단을 통해 확인합니다.
- ④ 계약자는 제3항에 따른 재가입안내와 재가입여부 확인 요청을 받은 경우 재가입 의사를 표시하여야 합니다.
- ⑤ 제3항 및 제4항에도 불구하고, 회사가 계약자의 재가입 의사를 확인하지 못한 경우(계약자와의 연락두절로 회사의 안내가 계약자에게 도달하지 못한 경우 포함)에는 직전계약과 동일한 조건으로 보험계약을 연장합니다.
- ⑥ 제5항에 따라 직전 계약과 동일한 조건으로 자동 연장된 경우 계약자는 그 연장된 날로부터 90

일 이내에 그 계약을 취소할 수 있으며, 회사는 연장된 날 이후 계약자가 납입한 보험료 전액을 환급합니다.

- ⑦ 제5항에 따라 직전 계약과 동일한 조건으로 자동 연장된 경우 보험계약의 연장일은 회사가 계약자의 재가입의사를 확인한 날(계약자 등이 회사에 보험금을 청구함으로써 계약자에게 연락이 닿아 회사가 계약자의 재가입의사를 확인한 날 등)까지로 합니다. 계약자의 재가입 의사가 확인된 경우에는 제1항에서 정한 절차에 따라 회사가 재가입 의사를 확인한 날에 판매중인 상품으로 다시 재가입하는 것으로 하며, 기존 계약은 해지됩니다. 다만, 계약자가 재가입을 원하지 않는 경우에는 해당 시점으로부터 계약은 해지됩니다.
- ⑧ 제5항에 따라 직전 계약과 동일한 조건으로 자동 연장된 경우 계약자는 회사에 재가입 의사를 표시할 수 있습니다. 회사는 계약자의 재가입 의사가 확인되었을 때에는 제1항에서 정한 절차에 따라 회사가 재가입 의사를 확인한 날에 판매중인 상품으로 재가입하는 것으로 하며, 기존 계약은 해지됩니다.
- ⑨ 제7항 또는 제8항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제35조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제7관 보험료의 납입

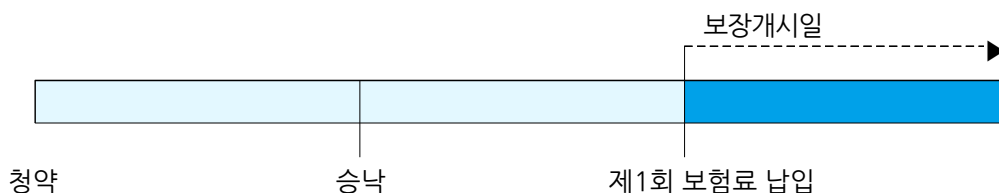
제25조 (제1회 보험료 및 회사의 보장개시)

- ① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 계약자로부터 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관에서 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 자동이체 또는 신용카드로 납입하는 경우에는 자동이체 신청 또는 신용카드매출승인에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자에게 책임이 있는 사유로 자동이체 또는 매출승인이 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.
- ② 회사가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관에서 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

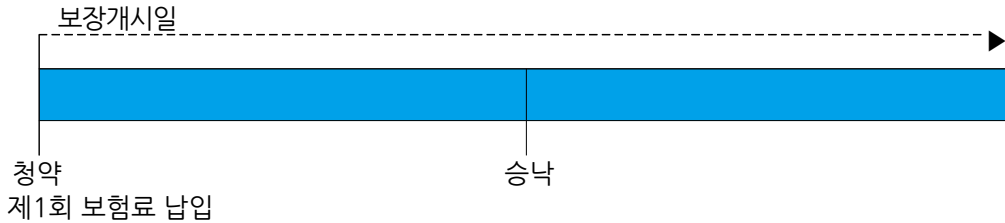
【보장개시일】

회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

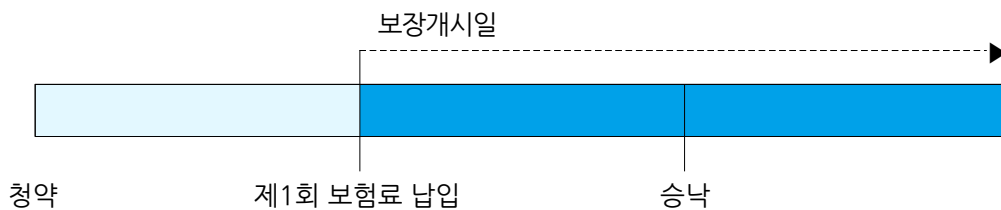
- 청약한 후에 회사가 승낙하고 그 이후에 제1회 보험료를 받은 경우



- 청약과 동시에 제1회 보험료를 납입하고 그 이후에 회사가 승낙한 경우



- 청약한 후에 제1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우



- ③ 회사는 제2항에도 불구하고 다음의 어느 하나에 해당하는 경우에는 보장을 하지 않습니다.
1. 제12조(계약 전 알릴 의무)에 규정에 따라 계약자 또는 피보험자가 회사에 알린 내용이나 건강진단 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 회사가 증명하는 경우
 2. 제14조(알릴 의무 위반의 효과)에 따라 회사가 보장을 하지 않을 수 있는 경우
 3. 진단계약에서 보험금 지급사유가 발생할 때까지 피보험자가 진단을 받지 않은 경우. 다만, 진단계약에서 진단을 받지 않은 경우라도 상해로 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장을 해드립니다.
- ④ 계약이 갱신되는 경우에는 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 보장은 기존 계약에 의한 보장이 종료하는 때부터 적용합니다.

제26조 (제2회 이후 보험료의 납입)

계약자는 제2회부터의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 하며, 계약자가 보험료를 납입한 경우 회사는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융회사(우체국을 포함합니다)를 통하여 보험료를 납입한 경우에는 그 금융회사가 발행한 증명서류를 영수증으로 대신합니다.

【납입기일】

계약자가 제2회부터의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제27조 (갱신계약 보험료의 납입)

- ① 계약자는 제17조(계약의 갱신 및 보험기간) 제2항에 정한 바에 따라 계약을 갱신하는 경우 갱신 계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ② 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

제28조 (보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)

- ① 계약자가 제2회부터의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우 회사는 14일(보험기간이 1년 미만인 경우에는 7일) 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간[납입최고기간의 마지막 날이 영업일이 아닐 때에는 납입최고(독촉)기간은 그 다음 날까지로 합니다]으로 정하여 다음 사항에 대하여 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다. 다만 계약이 해지되기 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 회사는 보상합니다.
1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 납입최고(독촉)기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
 2. 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 계약이 해지된다는 내용. 이 경우 계약이 해지되면 즉시 해약환급금에서 보험계약대출원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다.

【납입최고(독촉)】

약정된 기일까지 보험료가 납입되지 않을 경우, 회사가 계약자에게 납입을 재촉하는 일

- ② 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉)등을 전자문서로 안내하려는 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 전자서명법 제2조 제2호(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에 따른 전자서명으로 동의를 받아 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다.
- ③ 회사는 제2항에 따른 확인 결과 전자문서가 수신되지 않은 것을 알았을 때에는 제1항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.
- ④ 회사가 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전화(음성녹음)로 안내하고자 할 경우에는 다음 각 호의 요건을 모두 충족하는 경우에 「보험업감독규정」 제4-36조 제3항(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에 따른 전자적 상품설명장치를 활용할 수 있습니다.
1. 계약자에게 전자적 상품설명장치를 활용하여 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 한다는 사실을 미리 안내하고 동의를 받을 것
 2. 전자적 상품설명장치를 활용하여 안내한 납입최고(독촉) 등을 계약자가 모두 수신하고 이해하였음을 확인할 것
 3. 계약자가 질의를 하거나 추가적인 설명을 요청하는 등 전자적 상품설명장치의 활용을 중단할 것을 요구하는 경우, 회사는 전화(음성녹음) 방법으로 전환하여 제1항에 따른 납입최고(독촉) 등을 실시할 것
 4. 전자적 상품설명장치에 안내의 속도와 음량을 조절할 수 있는 기능을 갖출 것
 5. 제3호 및 제4호의 내용에 관한 사항을 계약자에게 안내할 것

제29조 (보험료의 납입을 연체하여 해지된 계약의 부활(효력회복))

- ① 제28조(보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지)에 따라 계약이 해지될 경우 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 회사가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다.

- ② 회사가 제1항의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에는 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 평균공시이율에 1%를 더한 이율의 범위 내에서 각 상품별로 회사가 정하는 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다.
- ③ 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제12조(계약 전 알릴 의무), 제14조(알릴 의무 위반의 효과), 제15조(사기에 의한 계약), 제16조(보험계약의 성립) 및 제25조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시)를 준용합니다. 다만, 부활(효력회복)의 경우 제1회 보험료는 부활(효력회복)할 때의 보험료를 의미합니다. 이때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.
- ④ 제1항에서 정한 해지계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초 계약 청약시(2회 이상 부활이 이루어진 경우 종전 모든 부활(효력회복) 청약 포함) 제12조(계약 전 알릴 의무)를 위반한 경우에는 제14조(알릴 의무 위반의 효과)가 적용됩니다.

제30조 (강제집행 등으로 인하여 해지된 계약의 특별부활(효력회복))

- ① 회사는 계약자의 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 받아 계약 해지로 회사가 채권자에게 지급한 금액을 회사에 지급하고 제21조(계약내용의 변경 등) 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.

【강제집행】

국가의 집행기관이 채권자를 위하여 사법상의 청구권을 국가권력을 가지고 강제적으로 실현하는 법적 절차

【담보권실행】

채무자가 채무를 갚지 않을 경우, 채무이행을 확보할 수 있도록 제공된 담보로부터 담보권자가 채무를 변제받는 절차

【국세 및 지방세 체납처분절차】

납세자가 국세 및 지방세를 납부 기한까지 납부하지 않는 경우에 국세징수법 또는 지방세징수법에 따라 행하는 압류 및 공매 처분 등 절차

- ② 회사는 보험수익자가 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 한 경우 이를 승낙하며, 계약은 청약한 때부터 특별부활(효력회복) 됩니다.
- ③ 회사는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우 회사는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.
- ④ 회사는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다. 다만, 회사의 통지가 7일이 지나 보험수익자에게 도달하고 이후 보험수익자가 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복)을 청약한 경우에는 계약이 해지된 날부터 7일이 되는 날에 특별부활(효력회복) 됩니다.
- ⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

제31조 (보험료의 계산)

- ① 보험기간이 종료되어 갱신되는 계약(이하 '갱신계약'이라 합니다)의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상 또는 인하될 수 있습니다.
- ② 갱신계약의 보험료는 매년 최대 25% 범위(나이의 증가로 인한 보험료 증감분은 제외) 내에서 인상 또는 인하될 수 있습니다. 다만, 회사가 금융위원회로부터 경영개선권고, 경영개선요구 또는 경영개선명령을 받은 경우는 예외로 합니다.
- ③ 이 조항에 따른 보험료 계산 방법은 보장내용 변경주기 및 관계법령의 개정에 따라 변경될 수 있습니다.

〈갱신년도별 보험료 적용 예시〉

- ▶ 최초 보험료, 40세 남자, 월 14,000원, **매년 보험료** × 최대인상(25%) 가정시
 ※ SmartChange급여실손의료비보험(무)과 비급여 실손의료비특약(무)에 함께 가입하였을 경우를 가정하여 산출한 보험료입니다.

(단위 : 원)

구분	40세	41세	42세	43세	44세	45세
나이증가분(A)		560	728	946	1,230	1,599
보험료 산출 기초율 (위험률 등) 증가분 (B=전년도 기준보험료의 최대 25%가정)		3,640	4,732	6,152	7,997	10,396
기준보험료 (C=전년도 기준보험료 +A+B)	14,000	18,200	23,660 (21,294)	30,758 (27,682)	39,985 (35,987)	51,980 (46,782)

- ※ ()은 직전 2년 무사고시 보험료 10%할인 추가 적용 기준
 (상기 보험료계산 예시는 단순예시로, 실제로 납입해야하는 보험료와 상이할 수 있습니다.)

제8관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제32조 (계약자의 임의해지)

계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있습니다.

제32조의 2 (위법계약의 해지)

- ① 계약자는 「금융소비자보호에 관한 법률」 제47조(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조) 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 범위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.

【증빙서류】

위법계약의 해지를 신청할 때 계약해지요구서와 함께 제출하는 계약체결에 대한 회사의 법 위 반사항을 증명할 수 있는 별도의 자료

- ② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거 절 사유를 함께 통지하여야 합니다.
- ③ 계약자는 회사가 「금융소비자 보호에 관한 법률 시행령」 제38조 제4항(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)의 각 호에서 정하는 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있 습니다.
- ④ 제1항 및 제3항에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 제35조(해약환급금) 제2항에 따른 해약환급금을 계 약자에게 지급합니다.
- ⑤ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리 를 행사할 수 있습니다.

제33조 (중대사유로 인한 해지)

- ① 회사는 다음과 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니 다.
 - 1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 상해 또는 질병을 발생시 킨 경우
 - 2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 적었거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 이에 대한 보험금은 지급합니다.

【설명】

계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류를 변조하여 보험금을 청구한 경 우, 회사는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다. 다만, 이 경우에도 회사는 실제 발생한 보험금 지급사유에 대해서는 보험금을 지급합니다.

- ② 회사는 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 회사는 그 사실을 계약자에게 통지합니다.

제34조 (회사의 파산선고와 해지)

- ① 회사가 파산의 선고를 받은 경우 계약자는 계약을 해지할 수 있습니다.
- ② 제1항에 따라 해지하지 않은 계약은 파산선고 후 3개월이 지나면 그 효력을 잃습니다.

제35조 (해약환급금)

- ① 이 계약은 해약환급금이 없습니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 제32조의 2(위법계약의 해지)에 따라 위법계약이 해지되는 경우 회사가 적 립한 해지 당시의 계약자적립액을 반환하여 드립니다.

제36조 (배당금의 지급)

이 계약은 무배당 보험이므로 계약자 배당금이 없습니다.

【계약자배당금】

계약자가 납입한 보험료로 보험회사가 합리적인 경영을 하여 발생한 이익금을 보험업감독규정 및 보험업감독업무시행세칙에서 정한 방법에 따라 계약자에게 환원해주는 금액을 말합니다. 계약자배당금은 유배당 상품에 한하여 지급합니다.

【무배당 보험】

무배당 보험은 계약자에게 따로 계약자배당금을 지급하지 않는 상품으로, 배당을 하는 유배당 보험에 비하여 상대적으로 저렴한 보험료로 가입할 수 있습니다.

제9관 다수보험의 처리 등

제37조 (다수보험의 처리)

- ① 다수보험의 경우 각 계약의 보장대상의료비 및 보장책임액에 따라 제3항에서 정한 방법으로 계산된 각 계약의 비례분담액을 지급합니다.
- ② 각 계약의 보장책임액 합계액이 각 계약의 보장대상의료비 중 최고액에서 각 계약의 피보험자부담 공제금액 중 최소액을 차감한 금액을 초과한 다수보험은 아래의 산출방식에 따라 각 계약의 비례분담액을 계산합니다.

각 계약별 비례분담액 =

$$\left(\frac{\text{각 계약의 보장대상의료비 중 최고액} - \text{각 계약의 피보험자부담 공제금액 중 최소액}}{\text{각 계약별 보장책임액을 합한 금액}} \right) \times \text{각 계약별 보장책임액}$$

제38조 (연대책임)

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

제10관 분쟁의 조정 등

제39조 (분쟁의 조정)

- ① 계약에 관하여 분쟁이 있는 경우에는 분쟁당사자나 그 밖의 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있습니다. 분쟁조정 과정에서 계약자는 「금융소비자 보호에 관한 법률」 제28조(자료의 기록 및 유지·관리 등) 제3항(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에서 정하는 바에 따라 회사가 기록 및 유지·관리하는 자료의 열람(사본의 제공 또는 청취를 포함한다)을 요구할 수 있습니다.
- ② 회사는 일반금융소비자인 계약자가 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 가액이 「금융소비자보호에 관한 법률」 제42조(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에서 정하는 일정 금액 이내인 분쟁사건에 대하여 조정절차가 개시된 경우에는 관계 법령이 정하는 경우를 제외하고는 소를 제기하지 않습니다.

【소액분쟁사건 예시】

회사는 일반금융소비자인 계약자가 조정을 통하여 주장하는 권리나 이익의 가액이 2천만원 이내인 경우 제39조(분쟁의 조정) 제2항에 따라 소를 제기하지 않습니다.

제40조 (관할법원)

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

제41조 (소멸시효)

- ① 보험금청구권, 보험료 반환청구권, 해약환급금청구권 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

【소멸시효】

제3조(보장종목별 보상내용)에 따른 보험금 지급사유가 2021년 1월 1일에 발생하였음에도 2024년 1월 1일까지 보험금을 청구하지 않는 경우 시효가 완성되어 보험금 등을 지급받지 못할 수 있습니다.

【청구권】

보험금 또는 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 경우 보험수익자가 보험금을 청구하거나 계약자가 해약환급금을 청구할 수 있는 권리를 말합니다.

【반환청구권】

계약의 취소 등으로 이미 납입한 보험료를 돌려받을 사유가 발생하거나 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자가 이미 납입한 보험료 또는 계약자적립액을 청구할 수 있는 권리를 말합니다.

- ② 제1항의 소멸시효는 해당 청구권을 행사할 수 있는 때부터 적용됩니다.

제42조 (약관의 해석)

- ① 회사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하며, 계약자에 따라 다르게 해석하지 않습니다.

[신의성실의 원칙]

민법 제2조(신의성실)(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에 따라 권리의 행사와 의무의 이행은 신의에 좇아 성실히 하여야 하며, 권리는 남용하지 못한다는 원칙

- ② 회사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.
③ 회사는 보상하지 않는 사항 등 계약자나 피보험자에게 불리하거나 부담을 주는 내용은 확대하여 해석하지 않습니다.

제43조 (설명서 교부 및 보험안내자료 등의 효력)

- ① 회사는 일반금융소비자에게 청약을 권유하거나 일반금융소비자가 설명을 요청하는 경우 보험상품에 관한 중요한 사항을 계약자가 이해할 수 있도록 설명하고 계약자가 이해하였음을 서명(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함), 기명날인 또는 녹취 등을 통해 확인받아야 하며, 설명서를 제공하여야 합니다.
② 설명서, 약관, 계약자 보관용 청약서 및 보험증권의 제공 사실에 관하여 계약자와 회사 간에 다툼이 있는 경우에는 회사가 이를 증명하여야 합니다.
③ 보험설계사 등이 모집과정에서 사용한 회사 제작의 보험안내자료(계약의 청약을 권유하기 위하여 만든 자료 등을 말합니다)의 내용이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제44조 (회사의 손해배상책임)

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

[책임 있는 사유]

의사 능력이나 책임 능력이 있는 사람이 고의나 과실의 주관적인 요건으로 법률적인 불이익을 부과하는 것을 말합니다.

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

[설명]

소의 제기는 법원의 판결을 받기 위해 소장을 관할 법원에 제출하는 것을 말합니다.

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

【현저하게 공정을 잃은 합의】

회사가 보험수익자의 경제적 여건, 경험이나 지식 부족 등을 이용해 보험금 지급여부 및 지급금액에 대해 동일, 유사사례에 비추어 보험수익자에게 매우 불리하게 합의하는 것

- ④ 회사가 제19조(약관 교부 및 설명 의무 등) 제5항에 따른 의무를 이행하지 않아 계약자가 다수의 실손의료비보험에 가입한 경우, 회사는 계약자에게 손해를 배상할 책임을 집니다.
- ⑤ 회사가 제4항에 따라 계약자에게 손해를 배상할 책임이 발생한 경우 계약자는 이 계약(또는 특별약관)의 최초계약일부터 5년 이내에 회사에 손해배상을 청구할 수 있고, 이 계약의 최초계약일부터 손해배상을 청구하기 전까지 납입한 보험료와 이에 대한 이자(보험료를 받은 기간에 대하여 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액)를 합한 금액을 손해배상액으로 합니다.

제45조 (개인정보보호)

- ① 회사는 이 계약과 관련된 개인정보를 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 「개인정보 보호법」, 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조) 등 관계 법령에서 정한 경우를 제외하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 동의없이 수집, 이용, 조회 또는 제공하지 않습니다. 다만, 회사는 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 위 관계 법령에 따라 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련단체 등에 개인정보를 제공할 수 있습니다.
- ② 회사는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

제46조 (준거법)

이 계약은 대한민국 법에 따라 규율되고 해석되며, 약관에서 정하지 않은 사항은 「금융소비자보호에 관한 법률」, 상법, 민법 등 관계 법령을 따릅니다.

제47조 (예금보험에 의한 지급보장)

회사가 파산 등으로 보험금 등을 지급하지 못할 경우에는 「예금자보호법」(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에서 정하는 바에 따라 그 지급을 보장합니다.

【예금자보호법】

금융기관이 파산 등의 사유로 예금 등을 지급할 수 없는 상황에 대처하기 위하여 예금보험제도 등을 효율적으로 운영함으로써 예금자 등을 보호하고 금융제도의 안정성을 유지하는 데 이바지하기 위해 제정된 법률을 말합니다.

제48조 (준용규정)

계약전환을 하는 경우 전환 전 계약의 “제5관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등” 효력은 이 보험의 최대 재가입기간 만료시까지 효력이 있습니다.

(부표 1)

용어의 정의

용어	정의
보험연도	당해연도 계약해당일부터 차년도 계약해당일 전일까지 매1년 단위의 연도. 예를 들어 보험계약일이 2021년7월1일인 경우 보험연도는 2021년7월1일부터 2022년6월30일까지 1년이 됩니다.
계약	보험계약
진단계약	계약을 체결하기 위하여 피보험자가 건강진단을 받아야 하는 계약
보험증권	계약의 성립과 계약내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서
계약자	보험회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입하는 사람
피보험자	보험금 지급사유 또는 보험사고 발생의 대상(객체)이 되는 사람
보험수익자	보험금을 수령하는 사람
보험기간	회사가 계약에서 정한 보상책임을 지는 기간
회사	보험회사
연단위복리	회사가 지급할 금전에 대한 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법 【단리와 복리】 이자는 계산법에 따라 단리와 복리로 나눕니다. 단리는 원금에 대해서만 이자를 계산하는 방법이고, 복리는 (원금+이자)에 대해서 이자를 계산하는 방법입니다. 예시) 원금 100원, 연간 10% 이자율 적용시 2년 후 원리금은? 단리계산법 $: \text{원금} + (\text{원금} \times 10\%) + (\text{원금} \times 10\%) = 120\text{원}$ $\text{원금} \quad \text{1년차 이자} \quad \text{2년차 이자}$ 복리계산법 $: \text{원금} + (\text{원금} \times 10\%) + [\text{원금} + (\text{원금} \times 10\%)] \times 10\% = 121\text{원}$ $\text{원금} \quad \text{1년차 이자} \quad \text{2년차 이자}$
평균공시이율	전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 계약 체결 시점의 이율을 말함 보험업감독규정의 변경으로 갱신 시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않는 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규 등에서 정한 이율을 적용합니다. ※ 평균공시이율은 당사 홈페이지(www.kdblife.co.kr)를 통해 확인 가능

용어	정의
보험계약대출 이율	당해 보험계약의 해약환급금 계산시 적용하는 이율에 회사가 정하는 이율을 가산하여 계산하고, 보험계약대출이율이 변경될 때에는 월 가중평균한 이율로 함. 【가중평균】 수치의 평균값을 구할 때 중요도나 영향도에 해당하는 각각의 가중치를 곱하여 구한 평균값을 말합니다. ※ 보험계약대출이율은 당사 홈페이지(www.kdblifeco.kr)를 통해 확인 가능
해약환급금	계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액
영업일	회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, 「관공서의 공휴일에 관한 규정」에 따른 공휴일과 근로자의 날은 제외
상해	보험기간 중 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고
상해보험계약	상해를 보장하는 계약
의사	「의료법」 제2조(의료인)(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에서 정한 의사, 한의사 및 치과의사의 면허를 가진 사람
약사	「약사법」 제2조(정의)(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에서 정한 약사 및 한약사의 면허를 가진 사람
의료기관	다음 각호의 의료기관 1. 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정하는 의료기관을 말하며, 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원(조산원 제외) 2. 「국민건강보험법」 제42조제1항제4호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소 및 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소
약국	「약사법」 제2조 제3호에 따른 장소로서, 약사가 수여(授與)할 목적으로 의약품 조제 업무를 하는 장소를 말하며, 의료기관의 조제실은 제외하며 「국민건강보험법」 제42조제1항제3호에 의한 한국 회귀·필수의약품센터를 포함합니다.
입원	의사가 피보험자의 질병 또는 상해로 인하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관에 입실하여 계속하여 6시간이상 체류하면서 의사의 관찰 및 관리하에 치료를 받는 것
입원의 정의 중 ‘이와 동등하다고 인정되는 의료기관’	보건소, 보건의료원 및 보건지소 등 의료법 제3조(의료기관) 제2항(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에서 정한 의료기관에 준하는 의료기관으로서 군의무대, 치매요양원, 노인요양원 등에 속해 있는 요양원, 요양시설, 복지시설 등과 같이 의료기관이 아닌 곳은 이에 해당되지 않음
입원실료	입원치료 중 발생한 기준병실 사용료, 환자관리료, 식대 등
입원제비용	입원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료(퇴원시 의사로부터 치료목적으로 처방받는 약제비 포함), 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 치료재료, 석고붕대료(cast), 지정진료비 등

용어	정의
입원수술비	입원치료 중 발생한 수술료, 마취료, 수술재료비 등
입원의료비	입원실료, 입원제비용, 입원수술비
통원	의사가 피보험자의 질병 또는 상해로 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서, 의료기관에 입원하지 않고 의료기관을 방문하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것
처방조제	의사 및 약사가 피보험자의 질병 또는 상해로 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서, 통원으로 인하여 발행된 의사의 처방전으로 약국의 약사가 조제하는 것. 이 경우 「국민건강보험법」 제42조 제1항 제3호(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에 따른 한국회귀 의약품센터에서의 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, 석고붕대로(cast), 지정진료비 등
외래수술비	통원치료 중 발생한 수술료, 마취료, 수술재료비 등
처방조제비	의료기관 의사의 처방전에 따라 조제되는 약국의 처방조제비 및 약사의 직접조제비
통원의료비	외래제비용, 외래수술비, 처방조제비
요양급여	「국민건강보험법」 제41조(요양급여)(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)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)(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)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」 별표3(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에서 정하는 금액을 넘는 경우에 그 초과한 금액을 공단에서 부담하는 제도를 말하며, 국민건강보험 관련 법령의 변경에 따라 환급기준이 변경될 경우에는 회사는 변경되는 기준에 따름
「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제	「의료급여법」(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에 따른 의료급여 중 본인부담금이 「의료급여법 시행령」 제13조(급여비용의 부담)(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에서 정하는 금액을 넘는 경우에 그 초과한 금액을 의료급여기금 등에서 부담하는 제도를 말하며, 의료급여 관련 법령의 변경에 따라 환급기준이 변경될 경우에는 회사는 변경된 기준에 따름

용 어	정 의
보장대상 의료비	실제 부담액 - 보장제외금액* * 제3관 회사가 보장하지 않는 사항에 따른 금액
보장책임액	(보장대상의료비 - 피보험자부담 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 보장책임액이 있는 여러 개의 실손 의료보험계약을 말함
주사료	주사치료시 사용된 행위, 약제 및 치료재료대
최초계약	주계약 체결시 최초로 부가할 경우
갱신계약	계약의 보험기간 만료 후 제16조(계약의 갱신 및 보험기간)에 의하여 갱신된 경우
갱신 전 계약	갱신계약의 경우 계약이 갱신되기 직전 계약
갱신일	갱신 전 계약의 보험기간 종료일의 다음날
전자문서	전자문서 및 전자거래 기본법 제2조 제1호(부록 “약관 인용 법령 모음” 참조)에서 정한 전자문서로, 정보처리시스템에 의하여 전자적 형태로 작성·변환되거나 송신·수신 또는 저장된 정보를 말합니다.

(부표 2)

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 [제7조 제4항 관련]

구 분	적립기간	적 립 이 율
보장책임액 [제3조]	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 91일 이후 기간	보험계약대출이율+ 가산이율(8.0%)

- 주) 1. 지급이자는 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효(제41조)가 완성된 이후에는 발생하지 않습니다.
 2. 계약자 등에게 책임이 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 경우에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급 되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이 자지급을 거절하지 않습니다.
 3. 가산이율 적용시 제8조(보험금의 지급절차) 제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연 된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

【가산이율】

회사가 보험금의 지급사유를 조사·확인하기 위해 지급기일이 지난 후 보험금을 지급하는 경우 보험금 지급이 지연된 기간에 대한 이자를 더해주기 위한 이율

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

【정당한 사유】

회사의 보험금 지급지연 사유가 보험금 지급의 신속성과 편의성 방해가 아닌 공정하고 정확한 보험금 지급사유 조사, 확인을 위한 것으로 금융위원회 또는 금융감독원이 인정하는 사정이 있을 때를 말합니다.