

[별첨 1]

단체상해공제 약관

I. 보통약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제1조(목적) 이 공제가입(이하 ‘가입’이라 합니다)은 공제회 회원(이하 ‘회원’이라 합니다)과 공제회 사이에 피공제자의 상해에 대한 위험을 보장하기 위하여 공제등록으로 이루어집니다.

제2조(용어의 정의) 이 가입에서 사용되는 용어의 정의는, 이 가입의 다른 조항에서 달리 정의 되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 가입관계 관련 용어

가. 회원 : 공제회와 가입을 체결하고 공제회비를 납입할 의무를 가집니다.

나. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 보험사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.

다. 공제증권: 가입의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 공제회가 가입자에게 드리는 증서를 말합니다.

라. 피공제자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

2. 지급사유 관련 용어

가. 상해: 공제기간 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. 장해: 「장해분류표」(【별표1】참조)에서 정한 기준에 따른 장해상태를 말합니다.

다. 중요한 사항 : 가입전 알릴 의무와 관련하여 공제회가 그 사실을 알았더라면 가입을 거절하거나 공제가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 공제회비 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 가입 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

3. 공제기간

가. 공제기간: 가입에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

제 2 관 보험금의 지급

제3조(보상하는 손해) 보험사는 피공제자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 공제기간 중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다): 사망보험금

2. 공제기간 중 상해로 「장해분류표」(【별표1】참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당

하는 장해상태가 되었을 때: 후유장해보험금

제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) ① 제3조(보상하는 손해) 제1호 ‘사망’에는 공제 기간에 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(보상하는 손해) 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」(【별표1】 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

③ 제2항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(가입의 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(보상하는 손해)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 지급 받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑧ 이미 이 가입에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피공제자에게 그신체의 동일 부위에 또다시 제7항에 규정하는 후유장해 상태가 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 한도

로 합니다.

제5조(보상하지 아니하는 손해) 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 할수 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. 회원의 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(보상하는 손해)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) 회원 또는 피공제자나 보험수익자는 제3조(보상하는 손해)에서 정한 보험금 지급사유의 발생을 안 때에는 지체없이 그 사실을 보험사에 알려야 합니다.

제7조(보험금의 청구) ① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 보험금 청구서
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 지급제도(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 회원, 피공제자 또는 보험수익자의 책임있는 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 지급합니다.

④ 제2항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 보험사는 보험수익자의 청구에 따라 보험사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

⑤ 보험사는 제1항의 규정에 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항의 규정에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 「보험금을 지급할 때의 적립이율」(【별표18】참조)에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 그러나 회원, 피공제자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 더하여 지급하지 않습니다.

⑥ 회원, 피공제자 또는 보험수익자는 제12조(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 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

제9조(보험금 받는 방법의 변경) ① 피공제자(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.

제 3 관 가입자의 가입 전 알릴 의무 등

제10조(가입 전 알릴 의무) 회원 또는 피공제자는 가입할 때 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(이하 ‘가입 전 알릴의무’라 하며, 상법상 ‘고지의무’와 같습니다) 합니다.

제11조(상해공제가입 후 알릴 의무) ① 가입이후 공제의 목적에 아래와 같은 사실이 생긴 경우에는 회원이나 피공제자는 지체없이 서면으로 공제회 또는 보험사에 알려야 합니다.

1. 가입 신청서의 기재사항을 변경하고자 할 때 또는 변경이 생겼음을 알았을 때
2. 단체상해공제에서 보장하는 위험과 동일한 위험을 보장하는 계약을 다른 보험자와 체결하고자 할 때 또는 이와 같은 계약이 있음을 알았을 때

② 공제회는 제1항에 따라 위험이 감소된 경우에는 그 차액 공제회비를 돌려드리며, 위험이 증가된 경우에는 통지를 받은 날부터 1개월 이내에 공제회비의 증액을 청구하거나 가입을 해지할 수 있습니다.

③ 회원은 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체없이 이를 공제회에 알려야 합니다. 다만, 회원이 알리지 않은 경우 공제회 또는 보험사가 알고 있는 최종의 주소 또는 연락처로 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 시일이 지난 때에는 회원에게 도달한 것으로 봅니다.

제12조(알릴 의무 위반의 효과) ① 공제회는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 보험금 지급사유의 발생여부에 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 이 가입을 해지할 수 있습니다.

1. 회원, 피공제자 또는 이들의 대리인이 고의 또는 중대한 과실로 제10조(가입 전 알릴 의무)를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우
2. 뚜렷한 위험의 증가와 관련된 제11조(상해공제가입 후 알릴 의무) 제1항에서 정한 가입 후 알릴 의무를 회원, 피공제자 또는 이들의 대리인의 고의 또는 중대한 과실로 이행하지 않았을 때

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

1. 공제회가 가입당시에 그 사실을 알았거나 과실로 인하여 알지 못하였을 때
2. 공제회가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 공제회비를 받은

때부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년이 지났을 때

3. 가입을 체결한 날부터 3년이 지났을 때

4. 공제회가 회원 또는 피공제자에게 고지할 기회를 주지 않았거나 회원 또는 피공제자가 사실대로 고지하는 것을 방해한 경우, 회원 또는 피공제자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실한 고지를 권유했을 때. 다만, 공제회의 행위가 없었다 하더라도 회원 또는 피공제자가 사실대로 고지하지 않거나 부실한 고지를 했다고 인정되는 경우에는 가입을 해지할 수 있습니다.

③ 제1항에 따라 가입의 해지가 보험금 지급사유 발생 전에 이루어진 경우, 제26조(공제회비의 환급)에 따른 공제회비를 회원에게 지급합니다.

④ 제1항 제1호에 의한 가입의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에 보험사는 보험금을 지급하지 않으며, 가입 전 알릴 의무 위반사실뿐만 아니라 가입 전 알릴 의무사항이 중요한 사항에 해당되는 사유를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다” 라는 문구와 함께 회원에게 서면 등으로 알려 드립니다. 또한 이 경우, 제26조(공제회비의 환급)에 따른 공제회비를 회원에게 지급합니다.

⑤ 제1항 제2호에 의한 가입의 해지가 보험금 지급사유 발생 후에 이루어진 경우에는 제11조(상해공제가입 후 알릴 의무) 제3항에 따라 보험금을 지급합니다.

⑥ 제1항에도 불구하고 알릴 의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미치지 않았음을 회원, 피공제자 또는 보험수익자가 증명한 경우에는 제4항 및 제5항에 관계없이 약정한 보험금을 지급합니다.

제13조(사기에 의한 가입) 회원 또는 피공제자가 대리진단, 약물사용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 가입일 이전에 암 또는 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등 사기에 의하여 가입이 성립되었음을 보험사가 증명하는 경우에는 가입일부부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 가입을 취소할 수 있습니다.

제 4 관 공제가입의 성립과 유지

제14조(공제가입의 성립) ① 가입은 회원의 신청과 공제회의 승낙으로 이루어집니다.

② 공제회는 피공제자가 가입에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(공제가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 공제회비 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.

③ 공제회는 가입의 신청을 받고, 승낙한 때에는 공제증권을 드립니다.

제15조(가입의 적용범위) ① 이 공제약관은 회원을 공제가입자로 하고, 회원의 업무를 보조하는자를 피공제자로 하는 공제가입에 대하여 적용합니다.

② 제17조(가입의 무효), 제22조(공제회비 및 보험사의 보장개시), 제10조(가입 전 알릴 의무), 제11조(상해공제가입 후 알릴 의무), 제12조(알릴 의무 위반의 효과)에 대해서는

피공제자별로 각각 적용합니다.

③ 제1항의 공제가입자는 피공제자를 대표하여 가입상의 모든 권리, 의무를 행사할 수 있어야 합니다.

제16조(약관교부 및 설명의무 등) ① 공제회는 회원이 가입시 회원에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며, 가입 후에 지체 없이 약관 및 공제가입증권을 드립니다.

제17조(가입의 무효) 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 가입을 무효로 하며 이미 납입한 공제회비를 돌려드립니다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 가입에서 가입을 체결할 때까지 피공제자의 서면에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피공제자로 하는 가입을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피공제자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.
2. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피공제자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 경우. 다만, 심신박약자가 가입을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피공제자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 가입이 유효합니다.
3. 가입을 체결할 때 가입에서 정한 피공제자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 공제회가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 가입나이에 도달한 경우에는 유효한 가입으로 보나, 제2호의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

제18조(가입내용의 변경 등) ① 회원은 공제회의 승낙을 얻어 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 승낙을 서면 등으로 알리거나 공제증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 공제종목
2. 공제기간
3. 공제회비 납입주기, 납입방법 및 납입기간
4. 가입자, 피공제자 중 일부
5. 공제가입금액, 공제회비 등 기타 가입의 내용

② 회원은 보험수익자를 변경할 수 있으며 이 경우에는 보험사의 승낙이 필요하지 않습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 보험사에 권리를 대항하기 위해서는 가입자가 보험수익자가 변경되었음을 보험사에 통지하여야 합니다.

③ 공제회는 회원이 공제회비를 납입한 때부터 1년 이상 지난 유효한 가입으로서 그 공제종목의 변경을 요청할 때에는 공제회의 사업방법서에서 정하는 방법에 따라 이를 변경하여 드립니다.

④ 공제회는 가입자가 제1항 제5호에 따라 공제가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 제26조(공제회비의 환급)에 따른 공제회비를 회원에게 지급합니다.

⑤ 회원은 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금 지급사유가 발생하기 전에 피공제자가 서면으로 동의하여야 합니다.

⑥ 공제회는 제1항에 따라 회원을 변경한 경우, 변경된 회원에게 공제증권 및 약관을 교부하고 변경된 회원이 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

제19조(공제의 목적의 증가 감소 또는 교체) ① 가입 체결후 공제의 목적을 증가, 감소 또는 교체코자 하는 경우에는 회원 또는 피공제자는 지체없이 서면으로 그 사실을 공제회에 알려야 합니다.

② 이 가입기간 중 공제의 목적 감소의 경우는 당해 공제의 목적의 가입은 해지된 것으로 하며 새로이 증가 또는 교체되는 공제의 목적의 공제기간은 이 가입의 남은 공제기간으로 하고, 이로 인하여 발생하는 추가 또는 환급공제회비는 일단위로 계산하여 받거나 돌려 드립니다.

③ 보험사는 제1항 및 제2항을 위반하였을 경우에 새로이 증가 또는 교체되는 해당 보험의 목적에 대하여는 보상하지 않습니다.

④ 제1항에 따라 공제의 목적이 교체되는 경우에는 공제의 목적 교체전 가입과 동일한 보장조건 및 인수기준에 따라 가입될 수 있으며, 공제의 목적 교체시점부터 잔여 공제기간(공제의 목적 교체전 가입의 공제기간 만료일)까지 보상합니다.

제20조(공제나이 등) ① 이 약관에서의 피공제자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다. 다만, 제17조(가입의 무효) 제2호의 경우에는 실제 만 나이를 적용합니다.

② 제1항의 보험나이는 가입일 현재 피공제자의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 가입 해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

③ 피공제자의 나이 또는 성별에 관한 기재사항이 사실과 다른 경우에는 정정된 나이 또는 성별에 해당하는 공제회비 및 공제료로 변경합니다.

【공제나이 계산 예시】

생년월일: 1988년 10월 2일, 현재(가입일): 2014년 4월 13일
⇒ 2014년 4월 13일 - 1988년 10월 2일 = 25년 6월 11일 = 26세

제21조(가입의 소멸) 피공제자의 사망으로 인하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 가입은 그 때부터 효력이 없습니다.

제 5 관 공제회비의 납입

제22조(공제회비 및 공제회의 보장개시) ① 공제보장은 공제등록증권에 기재된 공제기간의 첫날 0시에 시작하여 마지막날 24시에 끝납니다. 그러나, 공제등록증권에 이와 다른 시각이 기재되어 있을 때에는 그 시각으로 하며, 시각은 공제등록증권 발행지의 표준시

를 따릅니다.

② 공제회가 회원으로부터 공제가입신청을 받고, 그 신청을 공제등록하기 전에 약관에서 정한 공제사고가 생긴 때에는 보장을 합니다.

③ 공제회는 제2항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 보장을 하지 않습니다.

1. 제10조(가입 전 알릴 의무)에 따라 회원 또는 피공제자가 공제회에 알린 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 공제회 또는 보험사가 증명하는 경우

2. 제12조(알릴 의무 위반의 효과)를 준용하여 공제회가 보장을 하지 않을 수 있는 경우

제23조(공제회비의 납입) 회원은 공제회비를 납입기일까지 납입하여야 하며, 공제회는 회원이 공제회비를 납입한 경우에는 영수증을 발행하여 드립니다. 다만, 금융보험사(우체국을 포함

합니다)를 통하여 공제회비를 납입한 경우에는 그 금융보험사 발행 증빙서류를 영수증으로 대신합니다.

제 6 관 가입의 해지 및 공제회비의 환급 등

제24조(회원의 임의해지) ① 회원은 가입이 소멸하기 전에 언제든지 가입을 해지할 수 있으며, 이 경우 제26조(공제회비의 환급)에 따른 공제회비를 가입자에게 지급합니다.

제25조(중대사유로 인한 해지) ① 공제회는 아래와 같은 사실이 있을 경우에는 안 날부터 1개월 이내에 가입을 해지할 수 있습니다.

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

2. 회원, 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 가입을 해지한 경우 공제회는 그 취지를 회원에게 통지하고, 제26조(공제회비의 환급)에 따른 공제회비를 회원에게 지급합니다.

제26조(공제회비의 환급) ① 이 가입이 무효, 효력상실, 해지 또는 소멸된 때에는 다음과 같이 공제회비를 돌려드립니다.

1. 회원, 피공제자 또는 보험수익자의 책임 없는 사유에 의하는 경우 : 무효의 경우에는 공제회에 납입한 공제회비의 전액, 효력상실, 해지 또는 소멸의 경우에는 경과하지 않은 기간에 대하여 일단위로 계산한 공제회비를 뺀 잔액. 다만, 회원, 피공제자 또는 보험수익자의 고의 또는 중대한 과실로 무효가 된 때에는 공제회비를 돌려드리지 않습니다.

제 7 관 분쟁의 조정 등

제27조(분쟁의 조정) 이 가입에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁 당사자 또는 기타 이해관계인과 공제회 또는 보험사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있습니다.

제28조(관할법원) 이 가입에 관한 소송 및 민사조정은 가입자의 주소지를 관할하는 법원으로 합니다. 다만, 공제회 또는 보험사와 회원이 합의하여 관할법원을 달리 정할 수 있습니다.

제29조(소멸시효) 보험금청구권, 공제회비 또는 환급금 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

제30조(약관의 해석) ① 공제회 및 보험사는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하여야 하며 가입자에 따라 다르게 해석하지 않습니다.

② 공제회 및 보험사는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 가입자에게 유리하게 해석합니다.

③ 공제회 및 보험사는 보험금을 지급하지 않는 사유 등 회원이나 피공제자에게 불리하거나 부담을 주는 내용은 확대하여 해석하지 않습니다.

제31조(개인정보보호) ① 공제회 및 보험사는 이 가입과 관련된 개인정보를 이 가입의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 「개인정보 보호법」, 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 등 관계 법령에 정한 경우를 제외하고 회원, 피공제자 또는 보험수익자의 동의없이 수집, 이용, 조회 또는 제공하지 않습니다. 다만, 공제회 및 보험사는 이 가입의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 위 관계 법령에 따라 가입자 및 피공제자의 동의를 받아 다른 보험사 및 보험관련단체 등에 개인정보를 제공할 수 있습니다.

② 공제회 및 보험사는 가입과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

제32조(준거법) 이 가입은 대한민국 법에 따라 규율되고 해석되며, 약관에서 정하지 않은 사항은 상법, 민법 등 관계 법령을 따릅니다.

제33조(예금보험에 의한 지급보장) 보험사가 파산 등으로 인하여 보험금 등을 지급하지 못할 경우에는 예금자보호법에서 정하는 바에 따라 그 지급을 보장합니다.

II. 특별약관

① 질병사망 특별약관

제1조(보상하는 손해) 보험사는 피공제자가 공제기간 중에 질병으로 사망하였을 경우에는 보험수익자에게 공제증권에 기재된 공제가입금액을 사망보험금으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) 공제가입시 ‘가입전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 과거(가입신청시 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보상하는 손해)의 보험금중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

제3조(준용규정) 이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

② 질병사망 및 질병 80%이상 고도후유장해 특별약관(단체용)

제1조(보상하는 손해) 보험사는 피공제자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 공제기간 중에 질병으로 사망하였을 경우에는 공제증권에 기재된 공제가입금액을 사망보험금으로 지급합니다.
2. 공제기간 중 진단확정된 질병으로 「장해분류표」(【별표1】참조)에서 정한 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 공제증권에 기재된 공제가입금액을 고도후유장해보험금으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) ① 제1조(보상하는 손해) 제2호에서 장해지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표에 장해판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(가입의 효력이 없어진 경우에는 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

③ 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.

④ 보험수익자와 회사가 제1조(보상하는 손해)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금

지급사유 판정에 드는 의료비용은 보험사가 전액 부담합니다.

⑤ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해 지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장애상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 이미 이 가입에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피공제자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해 상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

⑧ 가입신청시 ‘가입전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 과거(가입신청시 해당질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보상하는 손해)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

제3조(준용규정) 이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

③ 질병 80%이상 고도후유장해 특별약관

제1조(보상하는 손해) 보험사는 피공제자가 공제기간 중 진단확정된 질병으로 「장애분류표」(【별표1】참조)에서 정한 장애지급률이 80% 이상에 해당하는 장애상태가 되었을 때에는 보험수익자에게 공제증권에 기재된 공제가입금액을 고도후유장해보험금으로 지급합니다.

제2조(보험금 지급에 관한 세부규정) ① 제1조(보상하는 손해) 제2호에서 장애지급률이 질병의 진단확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표에 장애판정 시기가 별도로 정해진 경우에는 그에 따릅니다.

② 제1항에 따라 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(가입의 효력이 없어진 경우에는 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정합니다.

③ 장애분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피공제자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장애정도에 따라 장애분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다.

다. 다만, 장애분류표의 각 장애분류별 최저 지급률 장애정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

④ 보험수익자와 회사가 제1조(보상하는 손해)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 보험사가 전액 부담합니다.

⑤ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑥ 다른 질병으로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해 지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장애상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

⑦ 이미 이 가입에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피공제자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제6항에 규정하는 후유장해 상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급합니다.

⑧ 가입신청시 ‘가입전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 과거(가입신청시 해당질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보상하는 손해)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

제3조(준용규정)이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

④ 암진단비

제1조(보상하는 손해) ① 보험사는 피공제자가 공제기간 중에 암에 대한 보장개시일(책임개시일) 이후에 암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양 또는 갑상선암으로 진단확정된 경우 아래에 정한 금액을 각각 1회에 한하여 지급합니다.

구 분	암진단확정보험금
암 진단확정시(기타피부암, 갑상선암 제외)	공제가입금액의 ()%
기타피부암 진단확정시	공제가입금액의 ()%
제자리암 진단확정시	공제가입금액의 ()%
경계성종양 진단확정시	공제가입금액의 ()%
갑상선암 진단확정시	공제가입금액의 ()%

② 제1항의 암에 대한 보장개시일(책임개시일)은 15세미만의 피공제자에 대하여 공제기간

의 첫날로 하며, 15세이상의 피공제자에 대하여 일반암의 경우 공제기간의 첫날로부터 그날을 포함하여 ()일이 지난날의 다음날로 하며, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양, 갑상선암의 경우 공제기간의 첫날로 합니다. 다만, 이 규정은 공제기간이 종료된 후 그 종료일을 포함하여 14일 이내에 재가입을 체결하는 경우 또는 위 제1항의 보장내용과 동일한 타가입에 이미 가입된 상태에서 공제기간이 만료되어 이 가입으로 재가입하는 경우에는 적용하지 않습니다.

③ 제2항의 ()일은 최대 90일을 한도로 적용합니다.

④ 가입신청시 ‘가입전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 과거(가입신청시 해당질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보상하는 손해)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조(암의 정의 및 진단확정) ① 이 가입에 있어서 「암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표2】참조)에서 정한 질병을 말합니다. 다만, 전암(前癌)상태(premalignant condition or condition with malignant potential, 암으로 변하기 이전 상태)와 악성신생물(암)분류표의 분류번호 C44 및 C73에 해당하는 질병은 위의 분류에서 제외합니다.

② 이 가입에 있어서 「기타피부암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표2】참조)에서 정한 질병 중 악성신생물(암)분류표의 분류번호 C44에 해당하는 질병을 말합니다.

③ 이 가입에 있어서 「제자리암」이라 함은 「제자리신생물 분류표」(【별표5】참조)에서 정한 질병을 말합니다.

④ 이 가입에 있어서 「경계성종양」이라 함은 「행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표」(【별표6】참조)에서 정한 질병을 말합니다.

⑤ 이 가입에 있어서 「갑상선암」이라 함은 「악성신생물(암) 분류표」(【별표2】참조)에서 정한 질병중 악성신생물(암)분류표의 분류번호 C73에 해당하는 질병을 말합니다.

⑥ 암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양 또는 갑상선암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue), 미세바늘흡입검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 의한 진단이 가능하지 않을 때에는 피공제자가 암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양 또는 갑상선암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다. 단, 피공제자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 암, 기타피부암, 제자리암, 경계성종양 또는 갑상선암으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제3조(특별약관의 소멸) ① 피공제자가 공제기간 중에 사망할 경우에 이 특별약관 가입은 소멸됩니다.

② 회사가 이 특별약관 제1조(보상하는 손해)에서 정한 암, 제자리암, 기타피부암, 경계성종양 또는 갑상선암 손해를 각 1회씩 모두 보상한 경우에는 그 손해보상의 원인이 생

긴 때로부터 이 특별약관가입은 소멸됩니다.

제4조(준용규정) 이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

⑤ 24시간 상해입원일당 특별약관

제1조(보상하는 손해) ① 보험사는 피공제자가 공제기간중에 상해를 입고 그 직접결과로써 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원에서 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원 1일당 이 특별약관의 공제가입금액을 상해입원일당으로 지급합니다. 다만, 상해입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 한도로 합니다.

② 피공제자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 공제기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제1항의 규정에 따라 상해입원일당을 보상합니다.

③ 피공제자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 상해발생일로부터 180일 이내에 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수에 더하여 계산합니다.

제2조(준용규정) 이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

<용어풀이>

● 입원

이 공제에서「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 규정된 병원 또는 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 이와 동등하다고 보험사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

● 의사

피공제자 및 그 가족이 아닌 유면허 의료행위를 하는 자를 말합니다.

● 이 공제의 적용에 있어 야기되는 진료수준 및 용어해석상의 모든 문제는 국민건강보험법 및 관계법령의 정하는 바에 따르기로 합니다.

⑥ 질병입원일당 특별약관

제1조(보상하는 손해) ① 보험사는 피공제자가 공제기간 중에 진단확정된 질병으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 ()일 이상 계속 입원하여 치료를 받은 경우에는 ()일째 입원일로부터 입원 1일당 이 특별약관의 공제가입금액을 질병입원일당으로 지급합니다.

② 위 제1항의 입원일당의 지급일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다.

③ 피 공제자가 동일한 질병의 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수를 더하여 계산합니다.

④ 제3항에도 불구하고 동일한 질병에 대한 입원이라도 입원일당이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봅니다. 다만, 아래와 같

이 입원일당이 지급된 최종입원일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 입원일당이 지급된 최종입원일의 그 다음 날을 퇴원일로 봅니다.

⑤ 피공제자가 보장개시일(책임개시일) 이후 입원하여 치료를 받던 중 공제기간이 만료 되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 제2항의 규정에 따라 입원일당을 보상합니다.

⑥ 피공제자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때에는 보험사는 입원일당의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑦ 가입신청시 ‘가입전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 과거(가입신청시 해당질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보상하는 손해)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조(보상하지 아니하는 손해) 보험사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피공제자의 기질성 치매를 제외한 정신적 기능장해, 선천성 뇌질환 및 심신상실
2. 피공제자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나, 보험사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.
3. 성병
4. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 기타 이들과 유사한 사태
6. 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
7. 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
8. 위생관리, 미모를 위한 성형수술
9. 정상분만, 치과질환

제3조(입원의 정의와 장소) ① 이 가입에서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 질병의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 보험사가 인정하는 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

② 이 가입에서 “질병의 치료를 직접적인 목적으로 한 입원”이란 의사에 의해 질병으로 진단이 된 질병의 치료를 목적으로 한 입원을 말하며, 질병의 치료중에 발병된 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행되는 때에는 의사의 소견에 따라 질병을 입원 치료의 주된 목적으로 하는 경우에만 질병의 치료를 목적으로 한 입원으로 봅니다. 다만, 질병명 미상에 의한 입원으로서 입원 후 최초로 질병으로 진단된 경우에는 이는 질병의 치료를 목적으로 한 동일한 입원으로 봅니다.

③ 이 가입에서 “계속입원”이라 함은 입원치료의 목적으로 진단되었던 동일한 질병으로 계속하여 입원하는 것을 말합니다. 그러나 동일한 질병에 대한 입원이라도 입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일로부터 180일이 지나고 개시한 입원은 새로운 입원으로

됩니다.

제4조(준용규정) 이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

⑦ 뇌졸중진단비 특별약관

제1조(보상하는 손해) 보험사는 공제가입증권에 기재된 피공제자가 공제기간 중 뇌졸중으로 진단 확정된 경우에는 이 약관에 따라 보상하여 드립니다.

제2조(뇌졸중의 정의 및 진단확정) ① “뇌졸중”이라 함은 「뇌졸중 분류표」(【별표 7】참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② 뇌졸중의 진단확정은 의료법에 정한 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 전문의 자격을 가진 자에 의한 병리학적 소견, 세포학적 소견, 이학적 소견(X선, CT(전산화단층촬영), 내시경, 심전도, 혈액검사 등), 임상학적 소견 및 수술소견의 전부 또는 그 중의 일부로 되어 있어야 합니다.

제3조(특별약관의 소멸) ① 피공제자가 공제기간중에 사망할 경우에 이 특별약관 가입은 소멸됩니다.

② 피공제자가 뇌졸중으로 진단 확정되어 진단비를 지급 받은 경우에 이 특별약관 가입은 소멸됩니다.

제4조(준용규정) 이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 해당 보통약관을 따릅니다.

⑧ 뇌출혈진단비 특별약관

제1조(보상하는 손해) 보험사는 공제가입증서(공제증권)에 기재된 피공제자가 공제기간 중 뇌출혈로 진단 확정된 경우에는 이 약관에 따라 보상하여 드립니다.

제2조(뇌출혈의 정의 및 진단확정) ① “뇌출혈”이라 함은 「뇌출혈 분류표」(【별표9】참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② 뇌출혈의 진단확정은 의료법 제 3조에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외)자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력, 신경학적 검진과 함께 뇌컴퓨터단층촬영(brain CT), 자기공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출컴퓨터단층촬영(SPECT), 뇌척수액 검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피공제자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피공제자가 뇌출혈로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제3조(특별약관이 소멸) ① 피공제자가 공제기간중에 사망할 경우에 이 특별약관 가입은 소멸됩니다.

② 피공제자가 뇌출혈로 진단 확정되어 진단비를 지급 받은 경우에 이 특별약관 가입은 소멸됩니다.

제4조(준용규정) 이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 해당 보통약관을 따릅니다.

㉑ 급성심근경색증진단비 특별약관

제1조(보상하는 손해) 보험사는 공제가입증서(공제증권)에 기재된 피공제자가 공제기간 중 급성심근경색증으로 진단 확정된 경우에는 이 약관에 따라 보상하여 드립니다.

제2조(급성심근경색증의 정의 및 진단확정) ① “급성심근경색증”이라 함은 「급성심근경색증 분류표」(【별표8】참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② 급성심근경색증의 진단확정은 의료법에 정한 병원 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관의 전문의 자격을 가진 자에 의한 병리학적 소견, 세포학적 소견, 이학적 소견(X선, 컴퓨터단층촬영(CT), 내시경, 심전도, 혈액검사 등), 임상학적 소견 및 수술소견의 전부 또는 그 중의 일부로 되어 있어야 합니다. 그러나 피공제자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피공제자가 급성심근경색증으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제3조(특별약관의 소멸) ① 피공제자가 공제기간중에 사망할 경우에 이 특별약관 가입은 소멸됩니다.

② 피공제자가 급성심근경색증으로 진단 확정되어 진단급여금을 모두 지급 받은 경우에 이 특별약관 가입은 소멸됩니다.

제4조(준용규정) 이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 해당 보통약관을 따릅니다.

㉒ 허혈성심장질환진단비 특별약관

제1조(보상하는 손해) 보험사는 공제가입증서(공제증권)에 기재된 피공제자가 공제기간 중 허혈성심장질환으로 진단확정된 경우에는 이 특별약관에 따라 보상하여 드립니다.

제2조(허혈성심장질환의 정의 및 진단확정) ① “허혈성심장질환”이라 함은 「허혈성심장질환 분류표」(【별표10】참조)에서 정한 질병을 말합니다.

② 허혈성심장질환의 진단확정은 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하

다고 회사가 인정하는 국외의 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도, 심장초음파, 관상동맥(심장동맥)촬영술, 혈액중 심장효소검사 등을 기초로 하여야 합니다. 그러나 피공제자가 사망하여 상거 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 허혈성심장질환으로 진단 또는 치료를 받고 있었음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제3조(특별약관의 소멸) ① 한번의 사고에 대하여 위 허혈성심질환진단비에서 정한 허혈성심질환진단비를 지급한 경우에 이 특별약관 가입은 소멸됩니다.

② 보통약관 가입이 소멸되었을 경우에 이 특별약관 가입은 소멸됩니다.

제4조(준용규정) 이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

⑪ 탈구,신경손상,압착손상진단비 특별약관

제1조(보상하는 손해)① 보험사는 피공제자가 공제기간 중에 상해를 입고 그 직접결과로써 「탈구,신경손상,압착손상 분류표」(【별표17】 참조)에 정한 탈구, 신경손상, 압착손상으로 진단확정되었을 때 이 특별약관의 공제가입금액을 탈구, 신경손상, 압착손상진단비로 지급합니다.

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

③ 동일한 사고를 직접적인 원인으로 하여 복합적인 탈구,신경손상,압착손상 진단시에는 탈구, 신경손상, 압착손상진단비를 1회에 한하여 지급합니다.

④ 제1항에서 탈구, 신경손상, 압착손상의 진단확정은 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진자(이하 “의사”라 합니다)에 의한 진단서에 의합니다.

제2조(준용규정) 이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

⑫ 골절진단비(치아파절제외) 특별약관

제1조(보상하는 손해)① 보험사는 피공제자가 공제기간 중에 상해를 입고 그 직접결과로써 「골절(치아파절제외)분류표」(【별표16】 참조)에 정한 골절로 진단 확정된 경우 1사고당 이 특별약관의 공제가입금액을 골절진단비(치아파절제외)로 지급합니다.

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

③ 동일한 상해를 직접적인 원인으로 하여 복합골절이 발생한 경우에는 골절진단비를 1회에 한하여 지급합니다.

④ 제1항에서 골절의 진단확정은 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의한 진단서에 의합니다.

제2조(준용규정) 이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

⑬ 골절수술비 특별약관

제1조(보상하는 손해) ① 보험사는 피공제자가 공제기간 중에 상해로 「골절 분류표」(【별표13】참조)에 정한 골절을 입고 치료를 직접적인 목적으로 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 병·의원(한방병원, 한의원을 포함합니다)에서 수술을 받는 때에는 수술 1회당 이 특별약관의 공제가입금액을 골절수술비로 지급합니다.

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

③ 하나의 사고로 두 종류 이상의 골절 수술을 받은 경우에는 하나의 골절수술위로금만 지급합니다.

④ 제1항에서 골절의 진단확정은 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)등의 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의한 진단서에 의합니다.

제2조(수술의 정의와 장소) ① 이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 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 잘라내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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.

② 제1항에도 불구하고 수술을 대체하여 완치율이 높고 일반적으로 의학계에서 인정되고 있는 첨단(尖端)의 의료기법으로 시술한 경우에도 수술로 봅니다.

제3조(보상하지 아니하는 손해) 보험사는 보통약관 제5조(보상하지 아니하는 손해) 및 아래의 행위를 하는 동안에 입은 상해에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 위생관리, 미모를 위한 성형 수술(단, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 보상하여

드립니다.)

2. 선천성 기형 및 이에 연유한 병상

제4조(준용규정) 이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

⑭ 화상진단비 특별약관

제1조(보상하는 손해) ① 보험사는 피공제자가 공제기간 중에 상해를 입고 그 직접결과로써 「화상 분류표」(【별표14】참조)에 정한 화상으로 진단이 확정되었을 때 이 특별약관의 공제가입금액을 화상진단비로 지급합니다.

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

③ 제1항의 화상이라 함은 「화상 분류표」(【별표14】참조)에 정한 화상(열상을 포함합니다)에 해당하고 심재성 2도 이상의 화상을 말합니다.

④ 하나의 사고로 두 종류 이상의 화상 진단을 동시에 받은 경우에는 하나의 화상진단비만 지급합니다.

⑤ 제1항의 「화상」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의한 진단서에 한합니다.

제2조(준용규정)

이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

⑮ 화상수술비 특별약관

제1조(보상하는 손해) ① 보험사는 피공제자가 공제기간 중에 상해로 「화상 분류표」(【별표14】참조)에 정한 화상을 입고 그 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다) 등에서 수술을 받는 때에는 수술 1회당 이 특별약관의 공제가입금액을 화상수술비로 지급합니다.

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

③ 제1항의 화상이라 함은 「화상 분류표」(【별표14】참조)에 정한 화상(열상을 포함합니다)에 해당하고 심재성 2도 이상의 화상을 말합니다.

④ 하나의 사고로 두 종류 이상의 화상 수술을 동시에 받은 경우에는 하나의 화상수술비만 지급합니다.

제2조(수술의 정의와 장소) ① 이 특별약관에 있어서 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정된 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 회사가 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 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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(보상하지 아니하는 손해) 보험사는 보통약관 제5조(보상하지 아니하는 손해)에 정한 사항 및 아래의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 위생관리, 미모를 위한 성형 수술(단, 사고전 상태로의 회복을 위한 수술은 보상합니다.)
2. 선천성 기형 및 이에 연유한 병상

제4조(준용규정) 이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

⑩ 수술비 특별약관

제1조(보상하는 손해) ① 보험사는 피공제자가 질병 또는 상해의 치료를 직접적인 목적으로 「수술분류표」(【별표12】참조)에서 정하는 수술을 받았을 경우에는 공제증권에 기재된 공제가입금액을 수술비로 피공제자에게 지급합니다.

② 제1항의 수술비는 하나의 상해(동일 상해로 2회 이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 상해로 봅니다), 동일한 질병 또는 하나의 질병(의학상 관련이 있다고 의사가 인정하는 질병은 동일한 질병으로 간주하며, 동일한 질병으로 2회 이상 치료를 받는 경우에는 이를 하나의 질병으로 봅니다)으로 두종류 이상의 수술을 받은 경우에는 하나의 수술비만을 지급합니다.

③ 가입신청시 ‘가입전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)’에 해당하는 질병으로 과거(가입신청시 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제1조(보상하는 손해)의 보험금 중 해당 질병과 관련한 보험금을 지급하지 않습니다.

제2조(수술의 정의와 장소) 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 회사가 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 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 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.

제3조 (준용규정) 이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

⑰ 전화금융사기(보이스피싱) 특별약관

제1조(보상하는 손해) ① 보험사는 공제기간 중에 피공제자가 전화금융사기로 금전상의 피해를 입고 관할경찰서에 신고한 경우에는 이 특별약관에 따라 피공제자에게 발생한 재산상 손해액의 ()% 해당액을 공제증권에 기재된 공제가입금액을 한도로 보상합니다.

② 제1항의 전화금융사기(보이스피싱(Voice Phishing))라 함은 사기범이 전화로 사람을 기망하여 신용카드번호, 계좌번호, 신용카드 및 계좌의 비밀번호 등 개인정보를 수집하거나 직접 금전 송금(이체)을 요구하는 것을 말하며, 실제 금전손실액이라 함은 법원의 판결 또는 금융거래내역등으로 입증이 가능한 피공제자의 금전 손실액 원금을 말합니다.

제2조(보상하지 아니하는 손해) 보험사는 아래와 같은 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

- ① 회원 또는 피공제자의 고의 또는 중대한 과실로 생긴 손해
- ② 회원 또는 피공제자가 미리 알고 있었거나 제3자와 공모 또는 단독으로 행한 범죄행위
- ③ 피공제자에게 보험금을 받도록 하기 위하여 피공제자와 세대를 같이하는 친족이나 고용인이 고의로 일으킨 손해
- ④ 피공제자의 동거인 또는 집 지키는 사람, 가사도우미와 피공제자가 거주하는 주택에의 출입이 상시 가능한 사람이 행한 범죄행위 또는 불성실행위
- ⑤ 보험수익자의 고의. 그러나 그 수익자가 보험금의 일부 수익자인 경우에는 그 수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 수익자에게 지급합니다.
- ⑥ 피공제자가 자발적으로 제3자에게 개인정보를 제공하거나 노출하여 발생한 손해

제3조(보험금의 분담) ① 이 가입에서와 같은 위험을 담보하는 다른 가입(공제가입을 포함합니다)이 있을 경우 각 가입에 대하여 다른 가입이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책

입액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 보험사는 이 가입에 의한 보상책임액의 위의 합계액에 대한 비율에 따라 보상하여 드립니다.

② 피공제자가 다른 가입에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 보험사는 위의 ①에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 아니합니다.

제4조(대위) ① 보험사는 보험금을 지급한 경우에는, 그 보험금의 한도 내에서 제3자에 대한 피공제자의 권리를 취득합니다. 다만 보험사가 보상한 금액이 피공제자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피공제자의 권리를 침해하지 않는 범위 내에서 그 권리를 취득합니다.

② 회원 또는 피공제자는 위의 ①에 의하여 보험사가 취득한 권리의 행사 및 보전에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며, 또한 보험사가 요구하는 증거나 서류를 제출하여야 합니다.

제5조(준용규정) 이 특별약관에서 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

⑩ 상해사망·후유장해확장보상 특별약관

제1조(보상하는 손해) 보험사는 피공제자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 보험수익자에게 약정한 보험금을 지급합니다.

1. 공제기간 중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우(질병으로 인한 사망은 제외합니다)에는 공제증권에 기재된 공제가입금액을 사망보험금으로 지급합니다.
2. 공제기간 중 상해로 「장해분류표」(【별표1】참조)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때에는 공제증권에 기재된 공제가입금액에 장해분류표에서 정한 지급률을 곱하여 산출한 금액을 후유장해보험금으로 지급합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유) 보험사는 다음 중 어느 한 가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피공제자의 고의. 다만, 피공제자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자의 고의. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자에게 지급합니다.
3. 가입자의 고의

제3조(준용규정) 이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

⑨ 일상생활 배상책임 특별약관

제1조(보상하는 손해) 보험사는 공제증권(공제가입증서)에 기재된 피공제자 본인(이하

“본인 ” 이라 합니다) 및 그와 동거하는 배우자가 국내외에서 아래에 열거한 사고(이하 “사고 ” 라 합니다)로 타인의 신체의 장해 또는 재물의 손해(재물의 없어짐, 손상 및 망가짐을 말합니다)에 대한 법률적인 배상책임을 부담함으로써 입은 손해(이하 “배상책임 손해 ” 라 합니다)를 이 특별약관에 따라 보상하여 드립니다.

1. 피공제자가 주거용으로 사용하는 공제증권(공제가입증서)에 기재된 주택(부지내의 동산 및 부동산을 포함합니다. 이하 “주택 ” 이라 합니다)의 소유, 사용, 관리로 인한 우연한 사고
2. 피공제자의 일상생활(주택 이외의 부동산의 소유, 사용 및 관리는 제외합니다)에 따른 우연한 사고

제2조(보상하지 아니하는 손해) ① 보험사는 아래의 사유로 생긴 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 회원, 피공제자(공제대상자, 법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의 기관) 또는 이들의 법정대리인의 고의로 생긴 손해에 대한 배상책임
2. 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 테러, 폭동, 소요, 노동쟁의 기타 이들과 유사한 사태로 생긴 손해에 대한 배상책임
3. 지진, 분화, 홍수, 해일 또는 이와 비슷한 천재지변으로 생긴 손해에 대한 배상책임
4. 핵연료물질 (사용된 연료를 포함합니다. 이하 같습니다) 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질 (원자핵 분열 생성물을 포함합니다)의 방사성, 폭발성 그 밖의 유해한 특성 또는 이들의 특성에 의한 사고로 생긴 손해에 대한 배상책임
5. 제4호 이외의 방사선을 쬐는 것 또는 방사능 오염으로 인한 손해

② 보험사는 다음에 열거한 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

1. 피공제자의 직무수행에 직접적인 원인으로 하는 배상책임
2. 공제증권(공제가입증서)에 기재된 주택을 제외하고 피공제자가 소유, 사용 또는 관리하는 부동산으로 인한 배상책임
3. 피공제자의 피고용인이 피공제자의 업무에 종사중에 입은 신체의 장해(장해로 인한 사망을 포함합니다)로 인한 배상책임
4. 피공제자와 타인 간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우, 그 약정에 의하여 가중된 배상책임
5. 피공제자와 세대를 같이하는 친족에 대한 배상책임
6. 피공제자가 소유, 사용 또는 관리하는 재물이 손해를 입었을 경우에 그 재물에 대하여 정당한 권리를 가진 사람에게 부담하는 손해에 대한 배상책임. 단, 호텔의 객실이나 객실내의 동산에 끼치는 손해에 대하여는 그러하지 아니합니다.
7. 피공제자의 심신상실로 인한 배상책임
8. 피공제자 또는 피공제자의 지시에 따른 폭행 또는 구타로 인한 배상책임
9. 항공기, 선박, 차량(원동력이 인력에 의한 것은 제외합니다), 총기(공기총은 제외합니다)의 소유, 사용, 관리로 인한 배상책임

10. 주택의 수리, 개조, 신축 또는 철거공사로 생긴 손해에 대한 배상책임. 그러나 통상적인 유지, 보수작업으로 생긴 손해에 대한 배상책임은 보상합니다.
11. 불법행위 또는 폭력행위로 인한 배상책임

제3조(손해의 발생과 통지) ① 회원 또는 피공제자는 아래와 같은 사실이 있는 경우에는 지체없이 그 내용을 서면으로 보험사에 알려야 합니다.

1. 사고가 발생하였을 경우 사고가 발생한 때와 곳, 피해자의 주소와 성명, 사고상황 및 이들 사항의 증인이 있을 경우 그 주소와 성명
2. 제3자로부터 손해배상청구를 받았을 경우
3. 손해배상책임에 관한 소송을 제기 받았을 경우

② 가입자 또는 피공제자가 제1항 제1호 및 제2호의 통지를 게을리하여 손해가 증가된 때에는 보험사는 그 증가된 손해를 보상하여 드리지 아니하며, 제1항 제3호의 통지를 게을리 한 때에는 소송비용과 보험사가 손해배상책임이 없다고 인정되는 부분은 보상하여 드리지 아니합니다.

제4조(손해방지의무) ① 보험사고가 생긴 때에는 가입자 또는 피공제자는 아래의 사항을 이행하여야 합니다.

1. 손해의 방지 또는 경감을 위한 일체의 방법을 강구하는 일
2. 제3자로부터 손해의 배상을 받을 수 있는 경우에는 그 권리의 보전 또는 행사를 위한 필요한 절차를 취할 일
3. 손해배상책임의 전부 또는 일부를 승인하고자 할 때에는 미리 보험사의 동의를 받을 일. 그러나 피해자에 대한 응급처치, 긴급호송 또는 그 밖의 긴급조치는 그러하지 아니합니다.
4. 손해배상책임에 관하여 피공제자가 소송을 제기하려고 할 때에는 미리 보험사의 동의를 받을 일

② 가입자 또는 피공제자가 정당한 이유 없이 위 제1항의 의무를 이행하지 아니하였을 때에는 그 손해액을 아래에 따라 결정합니다.

1. 제1항 제1호 및 제2호 경우에는 손해를 방지 또는 경감할 수 있었다고 인정되는 부분을 뺍니다.
2. 제1항 제3호의 경우에는 보험사가 손해배상책임이 없다고 인정되는 부분을 뺍니다.
3. 제1항 제4호의 경우에는 소송비용 및 변호사비용과 보험사가 손해배상책임이 없다고 인정되는 부분을 뺍니다.

제5조(손해배상청구에 대한 보험사의 해결) ① 피공제자가 피해자로부터 손해배상책임을 지는 사고가 생긴 때에는 피해자는 이 특별약관에 의하여 보험사가 피공제자에게 지급책임을 지는 금액 한도내에서 보험사에 대하여 보험금의 지급을 직접 청구할 수 있습니다. 그러나 보험사는 피공제자가 그 사고에 관하여 가지는 항변으로써 피해자에게 대항할 수 있습니다.

- ② 보험사는 제1항의 청구를 받았을 때에는 지체 없이 피공제자에게 통지하여야 하며, 보험사의 요구가 있으면 가입자 및 피공제자는 필요한 서류증거의 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 가입자 및 피공제자는 이에 협력하여야 합니다.
- ④ 회원 및 피공제자가 정당한 이유 없이 제2항, 제3항의 요구에 협조하지 아니한 때에는 보험사는 그로 인해 늘어난 손해는 보상하여 드리지 아니합니다.

제6조(지급보험금) ① 보험사가 1사고당 보상하는 손해의 범위는 아래와 같습니다.

- 1. 피공제자가 피해자에게 지급한 법률상 손해배상금 (손해배상금을 지급함으로써 대위 취득할 것이 있을 때에는 그 가액을 뺍니다)
- 2. 피공제자가 제4조(손해방지의무) 제1항 제1호의 방법을 강구하기 위하여 지급한 필요 또는 유익하였던 비용. 그러나 피공제자가 그 방법을 강구한 후에 배상책임이 없음이 판명된 때에는 그 비용중 응급처치, 긴급호송 또는 그 밖의 긴급조치를 위하여 지급한 비용과 지급에 관하여 미리 보험사의 동의를 받은 비용만 보상합니다.
- 3. 피공제자가 제4조(손해방지의무) 제1항 제2호의 절차를 취하는데 지급한 필요 또는 유익하였던 비용
- 4. 피공제자가 보험사의 미리 동의를 받아 지급한 소송비용, 변호사비용, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용
- 5. 피공제자가 제5조(손해배상청구에 대한 보험사의 해결) 제2항 및 제3항의 보험사의 요구에 따르기 위하여 지급한 비용

② 제1항의 손해에 대한 보험사의 보상한도는 매회의 사고마다 2만원을 초과하는 경우에 그 초과하는 금액으로 하되 아래와 같습니다.

- 1. 제1항 제1호의 손해배상금 : 1사고당 공제증권(공제가입증서)에 기재된 보상한도액(1억원) 한도
- 2. 제1항 제2호 내지 제5호의 비용 : 피공제자가 지급한 비용의 전액. 그러나 제1항 제1호의 손해배상금이 보상한도액을 넘는 경우에는 위 제1항 제4호의 비용은 보상한도액의 위 제1항 제1호의 손해배상금에 대한 비율에 따라 산출한 금액으로 합니다.

제7조(보험금의 지급) ① 피공제자가 보험금을 청구할 때에는 다음의 서류를 보험사에 제출하여야 합니다.

- 1. 보험금 청구서
- 2. 공제증권(공제가입증서)
- 3. 손해배상금 및 그 밖의 비용을 지급하였음을 증명하는 서류
- 4. 보험사가 요구하는 그 밖의 서류

② 보험사는 제1항에 따른 보험금 청구를 받은 후 지체없이 지급할 보험금을 결정하고 지급할 보험금이 결정되면 10일이내에 이를 지급하여 드립니다. 그러나 보험금 지급에

필요한 조사를 이 기간내에 마칠 수 없고 피공제자의 청구가 있을 때에는 보험사가 추정한 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

③ 보험사는 제2항의 지급보험금이 결정된 후 10일이 지나도록 보험금을 지급하지 아니하였을 때에는 늦어진 날로부터 지급일까지 보험개발원이 매월 공시하는 1년만기 정기예금 이율에 의한 지연배상금을 지급합니다. 그러나 피공제자의 책임있는 사유로 늦어진 경우에는 그러하지 아니합니다.

④ 보험사는 피공제자가 제1항의 서류중 기재사항에 관하여 허위로 기재하거나 어떠한 사실을 숨겼을 경우에는 일체의 보험금을 지급하지 아니합니다. 그러나 가입자 또는 피공제자의 책임있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 드리지 아니합니다.

제8조(보험금의 분담) ① 이 공제가입에서 보장하는 위험과 같은 위험을 보장하는 다른 가입(공제가입을 포함합니다)이 있을 경우 각 가입에 대하여 다른 가입이 없는 것으로 하여 각각 산출한 보상책임액의 합계액이 손해액을 초과할 때에는 보험사는 이 가입에 의한 보상책임액의 전기합계액에 대한 비율에 따라 손해를 보상합니다. 이 가입과 다른 가입이 모두 의무보험인 경우에도 같습니다.

② 의무보험이 아닌 보험가입에 대하여는 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 가입에 대하여 보험금 청구를 포기한 경우에도 보험사의 제1항에 의한 지급보험금 결정에는 영향을 미치지 아니합니다.

제9조(대위권) ① 보험사가 보험금을 지급한 때에는 보험사는 지급한 보험금의 한도내에서 아래의 권리를 가집니다. 다만, 보험사가 보상한 금액이 피공제자가 입은 손해의 일부인 경우에는 피공제자의 권리를 침해하지 아니하는 범위내에서 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 회원 또는 피공제자는 제1항에 의하여 보험사가 취득한 권리의 행사 및 보전에 관하여 필요한 조치를 하여야 하며, 또한 보험사가 요구하는 증거 및 서류를 제출하여야 합니다.

③ 보험사는 제1항, 제2항에도 불구하고 타인을 위한 보험가입의 경우에는 가입자에 대한 대위권을 포기합니다.

제10조 (준용규정) 이 특별약관에 정하지 아니한 사항은 보통약관을 따릅니다.

㉓ 실손의료비 특별약관

이 특별약관은 보험사가 피공제자의 질병 또는 상해로 인한 손해(의료비에 한정합니다)를 보상하는 특별약관입니다.

제1관 일반사항 및 용어의 정의

제1조(보장종목) ① 공제회가 판매하는 기본형 실손의료보험상품은 다음과 같이 상해의료비, 질병의료비의 2개 이내의 보장종목으로 구성되어 있습니다.

보장종목	보상하는 내용
상해의료비	피공제자가 상해로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원하여 급여 또는 비급여 치료를 받거나 급여 또는 비급여 처방조제를 받은 경우에 보상
질병의료비	피공제자가 질병으로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원하여 급여 또는 비급여 치료를 받거나 급여 또는 비급여 처방조제를 받은 경우에 보상

※ 건강보험심사평가원에서는 국민 알 권리 증진 및 의료기관 선택에 도움이 될 수 있도록 비급여 진료비용을 공개하고 있으며, 의료기관 등에서 진료를 받고 지불한 비급여(전액 본인부담금포함) 진료비용이 건강보험(의료급여)에 해당되는지 확인할 수 있도록 비급여 진료비 확인제도를 운영하고 있습니다.

② 공제회는 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 가입의 공제기간 중 보장종목별로 각각 보상하거나 공제하는 내용은 다음과 같습니다.

보장종목	보상하는 사항			
(1) 상해급여	① 보험사는 피공제자가 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」 및 「독립유공자 예우에 관한 법률」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」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부본인부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액본인부담금을 말합니다.)의 80%에 해당하는 금액</td> </tr> </tbody> </table>	구분	보상금액	입원 (입원실료, 입원제비용, 입원수술비)
구분	보상금액			
입원 (입원실료, 입원제비용, 입원수술비)	「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부본인부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액본인부담금을 말합니다.)의 80%에 해당하는 금액			

보장 종류	보상하는 사항							
구분	보상금액							
통원 (외래제비용, 외래수술비, 처방조제비)	<p>통원 1회당(외래 및 처방조제 합산)「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부본인부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액본인부담금을 말합니다.)에서 <표1>의 '통원항목별 공제금액'을 뺀 금액</p> <p style="text-align: center;"><표1> 통원항목별 공제금액</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">항 목</th> <th style="text-align: center;">공제금액</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>「의료법」 제3조 제2항에 의한 의료기관(동법 제3조의3에 의한 종합병원은 제외), 「국민건강보험법」 제42조제1항제4호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제(의약분업 예외지역 등에서의 약사의 직접 조제 포함)</td> <td style="text-align: center;">1만원과 보장대상 의료비의 20% 중 큰 금액</td> </tr> <tr> <td>「국민건강보험법」 제42조 제2항에 의한 전문요양기관, 「의료법」 제3조의4에 의한 상급종합병원, 동법 제3조의3에 의한 종합병원에서의 외래 및 그에 따른 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제</td> <td style="text-align: center;">2만원과 보장대상 의료비의 20% 중 큰 금액</td> </tr> </tbody> </table>		항 목	공제금액	「의료법」 제3조 제2항에 의한 의료기관(동법 제3조의3에 의한 종합병원은 제외), 「국민건강보험법」 제42조제1항제4호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제(의약분업 예외지역 등에서의 약사의 직접 조제 포함)	1만원과 보장대상 의료비의 20% 중 큰 금액	「국민건강보험법」 제42조 제2항에 의한 전문요양기관, 「의료법」 제3조의4에 의한 상급종합병원, 동법 제3조의3에 의한 종합병원에서의 외래 및 그에 따른 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제	2만원과 보장대상 의료비의 20% 중 큰 금액
항 목	공제금액							
「의료법」 제3조 제2항에 의한 의료기관(동법 제3조의3에 의한 종합병원은 제외), 「국민건강보험법」 제42조제1항제4호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제(의약분업 예외지역 등에서의 약사의 직접 조제 포함)	1만원과 보장대상 의료비의 20% 중 큰 금액							
「국민건강보험법」 제42조 제2항에 의한 전문요양기관, 「의료법」 제3조의4에 의한 상급종합병원, 동법 제3조의3에 의한 종합병원에서의 외래 및 그에 따른 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제	2만원과 보장대상 의료비의 20% 중 큰 금액							
<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.</p> <p>③ 피공제자가 「국민건강보험법」제5조, 제53조, 제54조에 따라 요양급여 또는 「의료급여법」제4조, 제15조, 제17조에 따라 의료급여를 적용받지 못하는 경우에는 다음과 같이 보상합니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액(통원의 경우 본인이 실제로 부담한 금액에서 같은 조 제1항 <표1>의 '통원항목별 공제금액'을 뺀 금액)의 40%를 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 2. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 제1호를 적용하지 아니하고 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비에 대해서만 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 감면받은 의료비가 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비에 대해서 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. <p>④ 피공제자가 입원하여 치료를 받던 중 가입기간이 종료되더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는 다음 예시와 같이 가입 종료일 다음날부터 180일까지 보상합니다.</p> <p>⑤ 피공제자가 통원하여 치료를 받던 중 가입기간이 종료되더라도 그 계속 중인 통원에 대해서는 다음 예시와 같이 가입 종료일 다음날부터 180일 이내의 통원을 보상하며 최대 90회 한도 내에서</p>								

보장 종목	보상하는 사항								
	<p>보상합니다.</p> <p style="text-align: center;"><보상기간 예시></p> <div style="text-align: center;"> </div> <p>⑥ 종전 가입을 자동갱신하거나 재가입하는 경우에는 종전 가입의 기간을 연장하는 것으로 보아 제4항과 제5항을 적용하지 않습니다.</p> <p>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 처방일자를 기준으로 외래 및 처방조제를 합산하되(조제일자가 다른 경우도 동일하게 적용) 통원 1회로 보아 제1항, 제5항 및 제6항을 적용합니다.</p> <p>⑧ 하나의 상해로 인해 하루에 같은 치료를 목적으로 2회 이상 통원치료(외래 및 처방조제 합산)를 받은 경우 1회의 통원으로 보아 제1항, 제5항 및 제6항을 적용합니다. 이 때 공제금액은 2회 이상의 중복방문 의료기관 중 가장 높은 공제금액을 적용합니다.</p> <p>⑨ 보험사는 피공제자가 상해로 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, 뇌사장기기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 제1항부터 제8항에 따라 보상합니다.</p>								
(2) 상해 비급여	<p>① 보험사는 피공제자가 상해로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원(외래 및 처방조제)하여 치료를 받은 경우에는 비급여의료비(3대비급여는 제외합니다)를 제5조(보험가입금액의 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」 및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비로 비급여 의료비를 계산합니다.</p> <table border="1" data-bbox="300 1462 1385 1998"> <thead> <tr> <th data-bbox="300 1462 464 1507">구 분</th> <th data-bbox="464 1462 1385 1507">내 용</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="300 1507 464 1675">입원 (입원실료, 입원제비용, 입원수술비)</td> <td data-bbox="464 1507 1385 1675">‘비급여 의료비(비급여병실료는 제외합니다)’(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 70%에 해당하는 금액</td> </tr> <tr> <td data-bbox="300 1675 464 1753">상급병실료 차액</td> <td data-bbox="464 1675 1385 1753">비급여 병실료의 50%. 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 비급여 병실료 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="300 1753 464 1998">통원 (외래제비용, 외래수술비, 처방조제비)</td> <td data-bbox="464 1753 1385 1998">통원 1회당(외래 및 처방·조제비 합산) ‘비급여 의료비(비급여병실료는 제외합니다)’(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표1>의 ‘통원항목별 공제금액’을 뺀 금액(매년 가입해당일부터 1년간 통원 100회를 한도로 합니다.)</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;"><표1> 통원항목별 공제금액</p>	구 분	내 용	입원 (입원실료, 입원제비용, 입원수술비)	‘비급여 의료비(비급여병실료는 제외합니다)’(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 70%에 해당하는 금액	상급병실료 차액	비급여 병실료의 50%. 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 비급여 병실료 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.	통원 (외래제비용, 외래수술비, 처방조제비)	통원 1회당(외래 및 처방·조제비 합산) ‘비급여 의료비(비급여병실료는 제외합니다)’(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표1>의 ‘통원항목별 공제금액’을 뺀 금액(매년 가입해당일부터 1년간 통원 100회를 한도로 합니다.)
구 분	내 용								
입원 (입원실료, 입원제비용, 입원수술비)	‘비급여 의료비(비급여병실료는 제외합니다)’(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 70%에 해당하는 금액								
상급병실료 차액	비급여 병실료의 50%. 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 비급여 병실료 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.								
통원 (외래제비용, 외래수술비, 처방조제비)	통원 1회당(외래 및 처방·조제비 합산) ‘비급여 의료비(비급여병실료는 제외합니다)’(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표1>의 ‘통원항목별 공제금액’을 뺀 금액(매년 가입해당일부터 1년간 통원 100회를 한도로 합니다.)								

보장 종목	보상하는 사항	
구 분	내 용	
	항 목	공제금액
	「국민건강보험법」 제42조제1항제1호에 의한 의료기관, 동법 제42조제1항제4호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제)	3만원과 보장 대상 의료비의 30% 중 큰 금액
<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.</p> <p>③ 피공제자가 입원하여 치료를 받던 중 가입기간이 종료되더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는 다음 예시와 같이 가입 종료일 다음날부터 180일까지 보상합니다.</p> <p>④ 피공제자가 통원하여 치료를 받던 중 가입기간이 종료되더라도 그 계속 중인 통원에 대해서는 다음 예시와 같이 가입 종료일 다음날부터 180일 이내의 통원을 보상하며 최대 90회 한도 내에서 보상합니다.</p>		
<p><보상기간 예시></p>		
<p>⑤ 종전 가입을 자동갱신하거나 재가입하는 경우에는 종전 가입의 기간을 연장하는 것으로 보아 제3항과 제4항을 적용하지 않습니다.</p> <p>⑥ 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 처방일자를 기준으로 외래 및 처방 조제를 합산하되(조제일자가 다른 경우도 동일하게 적용) 통원 1회로 보아 제1항, 제4항 및 제5항을 적용합니다.</p> <p>⑦ 하나의 상해로 인해 하루에 같은 치료를 목적으로 2회 이상 통원치료(외래 및 처방·조제 합산)를 받은 경우 1회의 통원으로 보아 제1항, 제4항 및 제5항을 적용합니다.</p> <p>⑧ 피공제자가 「국민건강보험법」 제5조, 제53조, 제54조에 따라 요양급여 또는 「의료급여법」 제4조, 제15조, 제17조에 따라 의료급여를 적용받지 못하는 경우에는 다음과 같이 보상합니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여 의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액(통원의 경우 본인이 실제로 부담한 금액에서 같은 조 제1항 <표1>의 '공제금액'을 뺀 금액)의 40%를 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 2. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 제1호를 적용하지 아니하고 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비에 대해서만 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 감면 받은 의료비가 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「독립 		

보장 종목	보상하는 사항															
	<p>유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비에 대해서 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다.</p> <p>⑨ 보험사는 피공제자가 상해로 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, 뇌사장기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 제1항부터 제8항에 따라 보상합니다.</p>															
(3) 질병 급여	<p>① 보험사는 피공제자가 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」 및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면 받은 경우에는 감면 전 의료비로 급여 의료비를 계산합니다.</p> <table border="1" data-bbox="295 907 1391 1960"> <thead> <tr> <th data-bbox="295 907 446 952">구 분</th> <th colspan="2" data-bbox="446 907 1391 952">보상금액</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="295 952 446 1120">입원 (입원실료, 입원제비용 입원수술비)</td> <td colspan="2" data-bbox="446 952 1391 1120">「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부본인부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액본인부담금을 말합니다.)의 80%에 해당하는 금액</td> </tr> <tr> <td data-bbox="295 1120 446 1960">통원 (외래제비용, 외래수술비, 처방조제비)</td> <td colspan="2" data-bbox="446 1120 1391 1960"> <p>통원 1회당(외래 및 처방조제 합산) 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부본인부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액본인부담금을 말합니다.)에서 <표1>의 '통원항목별 공제금액'을 뺀 금액</p> <p style="text-align: center;"><표1> 통원항목별 공제금액</p> <table border="1" data-bbox="462 1411 1372 1926"> <thead> <tr> <th data-bbox="462 1411 1244 1456">항 목</th> <th data-bbox="1244 1411 1372 1456">공제금액</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="462 1456 1244 1713">「의료법」 제3조 제2항에 의한 의료기관(동법 제3조의3에 의한 종합 병원은 제외), 「국민건강보험법」 제42조제1항제4호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제(의약분업 예외지역 등에서의 약사의 직접 조제 포함)</td> <td data-bbox="1244 1456 1372 1713">1 만 원 과 보장대상 의료비의 20% 중 큰 금액</td> </tr> <tr> <td data-bbox="462 1713 1244 1926">「국민건강보험법」 제42조 제2항에 의한 전문요양기관, 「의료법」 제3조의4에 의한 상급종합병원, 동법 제3조의3에 의한 종합병원에서의 외래 및 그에 따른 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제</td> <td data-bbox="1244 1713 1372 1926">2 만 원 과 보장대상 의료비의 20% 중 큰 금액</td> </tr> </tbody> </table> </td> </tr> </tbody> </table>	구 분	보상금액		입원 (입원실료, 입원제비용 입원수술비)	「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부본인부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액본인부담금을 말합니다.)의 80%에 해당하는 금액		통원 (외래제비용, 외래수술비, 처방조제비)	<p>통원 1회당(외래 및 처방조제 합산) 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부본인부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액본인부담금을 말합니다.)에서 <표1>의 '통원항목별 공제금액'을 뺀 금액</p> <p style="text-align: center;"><표1> 통원항목별 공제금액</p> <table border="1" data-bbox="462 1411 1372 1926"> <thead> <tr> <th data-bbox="462 1411 1244 1456">항 목</th> <th data-bbox="1244 1411 1372 1456">공제금액</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="462 1456 1244 1713">「의료법」 제3조 제2항에 의한 의료기관(동법 제3조의3에 의한 종합 병원은 제외), 「국민건강보험법」 제42조제1항제4호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제(의약분업 예외지역 등에서의 약사의 직접 조제 포함)</td> <td data-bbox="1244 1456 1372 1713">1 만 원 과 보장대상 의료비의 20% 중 큰 금액</td> </tr> <tr> <td data-bbox="462 1713 1244 1926">「국민건강보험법」 제42조 제2항에 의한 전문요양기관, 「의료법」 제3조의4에 의한 상급종합병원, 동법 제3조의3에 의한 종합병원에서의 외래 및 그에 따른 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제</td> <td data-bbox="1244 1713 1372 1926">2 만 원 과 보장대상 의료비의 20% 중 큰 금액</td> </tr> </tbody> </table>		항 목	공제금액	「의료법」 제3조 제2항에 의한 의료기관(동법 제3조의3에 의한 종합 병원은 제외), 「국민건강보험법」 제42조제1항제4호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제(의약분업 예외지역 등에서의 약사의 직접 조제 포함)	1 만 원 과 보장대상 의료비의 20% 중 큰 금액	「국민건강보험법」 제42조 제2항에 의한 전문요양기관, 「의료법」 제3조의4에 의한 상급종합병원, 동법 제3조의3에 의한 종합병원에서의 외래 및 그에 따른 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제	2 만 원 과 보장대상 의료비의 20% 중 큰 금액
구 분	보상금액															
입원 (입원실료, 입원제비용 입원수술비)	「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부본인부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액본인부담금을 말합니다.)의 80%에 해당하는 금액															
통원 (외래제비용, 외래수술비, 처방조제비)	<p>통원 1회당(외래 및 처방조제 합산) 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부본인부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액본인부담금을 말합니다.)에서 <표1>의 '통원항목별 공제금액'을 뺀 금액</p> <p style="text-align: center;"><표1> 통원항목별 공제금액</p> <table border="1" data-bbox="462 1411 1372 1926"> <thead> <tr> <th data-bbox="462 1411 1244 1456">항 목</th> <th data-bbox="1244 1411 1372 1456">공제금액</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="462 1456 1244 1713">「의료법」 제3조 제2항에 의한 의료기관(동법 제3조의3에 의한 종합 병원은 제외), 「국민건강보험법」 제42조제1항제4호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제(의약분업 예외지역 등에서의 약사의 직접 조제 포함)</td> <td data-bbox="1244 1456 1372 1713">1 만 원 과 보장대상 의료비의 20% 중 큰 금액</td> </tr> <tr> <td data-bbox="462 1713 1244 1926">「국민건강보험법」 제42조 제2항에 의한 전문요양기관, 「의료법」 제3조의4에 의한 상급종합병원, 동법 제3조의3에 의한 종합병원에서의 외래 및 그에 따른 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제</td> <td data-bbox="1244 1713 1372 1926">2 만 원 과 보장대상 의료비의 20% 중 큰 금액</td> </tr> </tbody> </table>		항 목	공제금액	「의료법」 제3조 제2항에 의한 의료기관(동법 제3조의3에 의한 종합 병원은 제외), 「국민건강보험법」 제42조제1항제4호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제(의약분업 예외지역 등에서의 약사의 직접 조제 포함)	1 만 원 과 보장대상 의료비의 20% 중 큰 금액	「국민건강보험법」 제42조 제2항에 의한 전문요양기관, 「의료법」 제3조의4에 의한 상급종합병원, 동법 제3조의3에 의한 종합병원에서의 외래 및 그에 따른 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제	2 만 원 과 보장대상 의료비의 20% 중 큰 금액								
항 목	공제금액															
「의료법」 제3조 제2항에 의한 의료기관(동법 제3조의3에 의한 종합 병원은 제외), 「국민건강보험법」 제42조제1항제4호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제(의약분업 예외지역 등에서의 약사의 직접 조제 포함)	1 만 원 과 보장대상 의료비의 20% 중 큰 금액															
「국민건강보험법」 제42조 제2항에 의한 전문요양기관, 「의료법」 제3조의4에 의한 상급종합병원, 동법 제3조의3에 의한 종합병원에서의 외래 및 그에 따른 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제	2 만 원 과 보장대상 의료비의 20% 중 큰 금액															

보장 종목	보상하는 사항
	<p>② 피공제자가 「국민건강보험법」제5조, 제53조, 제54조에 따라 요양급여 또는 「의료급여법」제4조, 제15조, 제17조에 따라 의료급여를 적용받지 못하는 경우에는 다음과 같이 보상합니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 급여의 료비 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(보험가입 금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 2. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납 부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 제1호를 적용하지 아니하고 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비에 대해서만 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5 조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 감면 받은 의료비가 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「독립 유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비에 대해서 제1 항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상 합니다. <p>③ 피공제자가 입원하여 치료를 받던 중 가입기간이 종료되더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는 다음 예시와 같이 가입 종료일 다음날부터 180일까지 보상합니다.</p> <p>④ 피공제자가 통원하여 치료를 받던 중 가입기간이 종료되더라도 그 계속 중인 통원에 대해서는 다음 예시와 같이 가입 종료일 다음날부터 180일 이내의 통원을 보상하며 최대 90회 한도 내에서 보상합니다.</p> <div style="text-align: center; margin: 10px 0;"> <p><보상기간 예시></p> </div> <p>⑤ 종전 가입을 자동갱신하거나 재가입하는 경우에는 종전 가입의 기간을 연장하는 것으로 보아 제3항과 제4항을 적용하지 않습니다.</p> <p>⑥ 하나의 질병으로 동일한 의료기관에서 같은 날 외래 및 처방을 함께 받은 경우 처방일자를 기 준으로 외래 및 처방조제를 합산하되(조제일자가 다른 경우도 동일하게 적용) 통원 1회로 보아 제 1항, 제4항 및 제5항을 적용합니다.</p> <p>⑦ “하나의 질병”이란 발생 원인이 동일한 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병은 하나의 질병으 로 간주하며, 하나의 질병으로 2회 이상 치료를 받는 경우에는 이를 하나의 질병으로 봅니다)을 말 하며, 질병의 치료 중에 발생된 합병증 또는 새로 발견된 질병의 치료가 병행되거나 의학상 관련 이 없는 여러 종류의 질병을 갖고 있는 상태에서 통원한 경우에는 하나의 질병으로 간주합니다.</p> <p>⑧ 하나의 질병으로 하루에 같은 치료를 목적으로 2회 이상 통원치료(외래 및 처방조제 합산)를 받 은 경우 1회의 통원으로 보아 제1항, 제4항 및 제5항을 적용합니다. 이 때 공제금액은 2회 이상의 중복방문 의료기관 중 가장 높은 공제금액을 적용합니다.</p> <p>⑨ 보험사는 피공제자가 질병으로 인하여 의료기관에서 본인의 장기등(「장기등 이식에 관한 법률」 제4조에 의한 “장기등”을 의미합니다)의 기능회복을 위하여 「장기등 이식에 관한 법률」 제42조 및</p>

보장 종목	보상하는 사항																	
	<p>관련 고시에 따라 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사장기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 제1항부터 제8항에 따라 보상합니다.</p>																	
(4) 질병 비급여	<p>① 보험사는 피공제자가 질병으로 의료기관에 입원 또는 통원(외래 및 처방조제)하여 치료를 받은 경우에는 비급여의료비(3대비급여는 제외합니다)를 제5조(보험가입금액의 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」 및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비로 비급여 의료비를 계산합니다.</p> <table border="1" data-bbox="303 772 1380 1668"> <thead> <tr> <th data-bbox="303 772 462 817">구 분</th> <th colspan="2" data-bbox="462 772 1380 817">내 용</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="303 817 462 974">입원 (입원실료, 입원제비용, 입원수술비)</td> <td colspan="2" data-bbox="462 817 1380 974">'비급여 의료비(비급여병실료는 제외합니다)'(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 70%에 해당하는 금액</td> </tr> <tr> <td data-bbox="303 974 462 1064">상급병실료 차액</td> <td colspan="2" data-bbox="462 974 1380 1064">비급여 병실료의 50%. 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 비급여 병실료 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="303 1064 462 1668">통원 (외래제비용, 외래수술비, 처방조제비)</td> <td colspan="2" data-bbox="462 1064 1380 1668"> <p>통원 1회당(외래 및 처방·조제비 합산) '비급여 의료비(비급여병실료는 제외합니다)'(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표1>의 '통원항목별 공제금액'을 뺀 금액(매년 가입해당일부터 1년간 통원 100회를 한도로 합니다.) <표1> 통원항목별 공제금액</p> <table border="1" data-bbox="478 1288 1364 1601"> <thead> <tr> <th data-bbox="478 1288 1157 1332">항 목</th> <th data-bbox="1157 1288 1364 1332">공제금액</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="478 1332 1157 1601">「국민건강보험법」 제42조제1항제1호에 의한 의료기관, 동법 제42조제1항제4호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제)</td> <td data-bbox="1157 1332 1364 1601">3만원과 보장대상 의료비의 30% 중 큰 금액</td> </tr> </tbody> </table> </td> </tr> </tbody> </table> <p>② 피공제자가 입원하여 치료를 받던 중 가입기간이 종료되더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는 다음 예시와 같이 가입 종료일 다음날부터 180일까지 보상합니다.</p> <p>③ 피공제자가 통원하여 치료를 받던 중 가입기간이 종료되더라도 그 계속 중인 통원에 대해서는 다음 예시와 같이 가입 종료일 다음날부터 180일 이내의 통원을 보상하며 최대 90회 한도 내에서 보상합니다.</p> <p style="text-align: center;"><보상기간 예시></p>		구 분	내 용		입원 (입원실료, 입원제비용, 입원수술비)	'비급여 의료비(비급여병실료는 제외합니다)'(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 70%에 해당하는 금액		상급병실료 차액	비급여 병실료의 50%. 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 비급여 병실료 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.		통원 (외래제비용, 외래수술비, 처방조제비)	<p>통원 1회당(외래 및 처방·조제비 합산) '비급여 의료비(비급여병실료는 제외합니다)'(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표1>의 '통원항목별 공제금액'을 뺀 금액(매년 가입해당일부터 1년간 통원 100회를 한도로 합니다.) <표1> 통원항목별 공제금액</p> <table border="1" data-bbox="478 1288 1364 1601"> <thead> <tr> <th data-bbox="478 1288 1157 1332">항 목</th> <th data-bbox="1157 1288 1364 1332">공제금액</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="478 1332 1157 1601">「국민건강보험법」 제42조제1항제1호에 의한 의료기관, 동법 제42조제1항제4호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제)</td> <td data-bbox="1157 1332 1364 1601">3만원과 보장대상 의료비의 30% 중 큰 금액</td> </tr> </tbody> </table>		항 목	공제금액	「국민건강보험법」 제42조제1항제1호에 의한 의료기관, 동법 제42조제1항제4호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제)	3만원과 보장대상 의료비의 30% 중 큰 금액
구 분	내 용																	
입원 (입원실료, 입원제비용, 입원수술비)	'비급여 의료비(비급여병실료는 제외합니다)'(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 70%에 해당하는 금액																	
상급병실료 차액	비급여 병실료의 50%. 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 비급여 병실료 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.																	
통원 (외래제비용, 외래수술비, 처방조제비)	<p>통원 1회당(외래 및 처방·조제비 합산) '비급여 의료비(비급여병실료는 제외합니다)'(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표1>의 '통원항목별 공제금액'을 뺀 금액(매년 가입해당일부터 1년간 통원 100회를 한도로 합니다.) <표1> 통원항목별 공제금액</p> <table border="1" data-bbox="478 1288 1364 1601"> <thead> <tr> <th data-bbox="478 1288 1157 1332">항 목</th> <th data-bbox="1157 1288 1364 1332">공제금액</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="478 1332 1157 1601">「국민건강보험법」 제42조제1항제1호에 의한 의료기관, 동법 제42조제1항제4호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제)</td> <td data-bbox="1157 1332 1364 1601">3만원과 보장대상 의료비의 30% 중 큰 금액</td> </tr> </tbody> </table>		항 목	공제금액	「국민건강보험법」 제42조제1항제1호에 의한 의료기관, 동법 제42조제1항제4호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제)	3만원과 보장대상 의료비의 30% 중 큰 금액												
항 목	공제금액																	
「국민건강보험법」 제42조제1항제1호에 의한 의료기관, 동법 제42조제1항제4호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제)	3만원과 보장대상 의료비의 30% 중 큰 금액																	

보장 종목	보상하는 사항
	<p>④ 종전 가입을 자동갱신하거나 재가입하는 경우에는 종전 가입의 기간을 연장하는 것으로 보아 제2항과 제3항을 적용하지 않습니다.</p> <p>⑤ 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 제1항, 제3항 및 제4항을 적용합니다.</p> <p>⑥ “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 통원한 경우에는 하나의 질병으로 간주합니다.</p> <p>⑦ 하나의 질병으로 하루에 같은 치료를 목적으로 2회 이상 통원치료(외래 및 처방조제 합산)를 받은 경우 1회의 통원으로 보아 제1항, 제3항 및 제4항을 적용합니다.</p> <p>⑧ 피공제자가 「국민건강보험법」제5조, 제53조, 제54조에 따라 요양급여 또는 「의료급여법」제4조, 제15조, 제17조에 따라 의료급여를 적용받지 못하는 경우에는 다음과 같이 보상합니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여 의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액(통원의 경우 본인이 실제로 부담한 금액에서 같은 조 제1항 <표1>의 ‘공제금액’을 뺀 금액)의 40%를 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 2. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 제1호를 적용하지 아니하고 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비에 대해서만 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 감면받은 의료비가 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비에 대해서 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. <p>⑨ 보험사는 피공제자가 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, 뇌사장기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 제1항부터 제8항에 따라 보상합니다.</p>

제3관 보험사가 보상하지 않는 사항

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

보장 종목	보상하지 않는 사항
(1) 상해 급여	<p>① 보험사는 다음의 사유로 인하여 생긴 급여의료비는 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. 가입자가 고의로 피공제자를 해친 경우 4. 피공제자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원 또는 퇴원이 통원한 경우. 다만, 보험사가 보상하는 상해로 인하여 입원 또는 통원한 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 7. 피공제자가 정당한 이유없이 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. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안 <p>③ 보험사는 다음의 급여의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제) 2. 「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 따라 의료급여 기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제) 3. 자동차보험(공제를 포함합니다)에서 보상받는 치료관계비(과실상계 후 금액을 기준으로 합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비(자동차보험 진료수가에 관한 기준 및 산재보험 요양급여 산정기준에 따라 발생한 실제 본인 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」제3조의4에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료로서 전액본인부담금에 해당하는 의료비
(2) 상해 비급여	<p>① 보험사는 다음의 사유로 인하여 생긴 비급여 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. 가입자가 고의로 피공제자를 해친 경우 4. 피공제자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원 또는 통원한 경우. 다만, 보험사가 보상하는 상해로 인하여 입원 또는 통원한 경우에는 보상합니다. 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인한 경우 6. 피공제자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가

보장 종목	보상하지 않는 사항
	<p>가능하다고 인정함에도 피공제자 본인이 자의적으로 입원하여 발생한 입원의료비</p> <p>7. 피공제자가 정당한 이유없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 통원의료비</p> <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. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안 <p>③ 보험사는 다음의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 치과치료(다만 안면부 골절로 발생한 의료비는 치아관련 치료를 제외하고 보상합니다)·한방 치료(다만, 「의료법」 제2조에 따른 한의사를 제외한 '의사'의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 보상합니다) 2. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용. 다만 약관상 보상하는 상해를 치료함에 있어 아래 각목에 해당하는 경우는 치료 목적으로 보아 보상합니다. <ol style="list-style-type: none"> 가. 약사법령에 의하여 약제별 허가사항 또는 신고된 사항(효능/효과 및 용법/용량 등)대로 사용된 경우 나. 요양급여 약제가 관련 법령 또는 고시 등에서 정한 별도의 적용기준대로 비급여 약제로 사용된 경우 다. 요양급여 약제가 관련 법령에 따라 별도의 비급여사용승인 절차를 거쳐 그 승인 내용대로 사용된 경우 라. 상기 가목부터 다목의 약제가 두 가지 이상 함께 사용된 경우(함께 사용된 약제 중 어느 하나라도 상기 가목 부터 다목에 해당하지 않는 경우 제외) 3. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용 4. 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. 5. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비 6. 자동차보험(공제를 포함합니다)에서 보상받는 치료관계비(과실상계 후 금액을 기준으로 합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비(자동차보험 진료수가에 관한 기준 및 산재보험 요양급여 산정기준에 따라 발생한 실제 본인 부담의료비)는 제3조(보장종목별 보상내용) (1)상해비급여 제1항부터 제7항에 따라 보상합니다. 7. 「국민건강보험법」 제42조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비 8. 「응급의료에 관한 법률」 및 동법 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 동법 제26조 권역응급의료센터 또는 「의료법」제3조의4에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료
(3) 질병 급여	<p>① 보험사는 다음의 사유로 인하여 생긴 급여의료비는 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.

보장 종목	보상하지 않는 사항
	<p>3. 가입자가 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>5. 피공제자가 정당한 이유 없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 통원의료비</p> <p>② 보험사는 '한국표준질병사인분류'에 따른 다음의 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.</p> <p>1. 정신 및 행동장애(F04~F99). 다만, F04~F09, F20~F29, F30~F39, F40~F48, F51, F90~F98과 관련한 치료에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하는 의료비는 보상합니다.</p> <p>2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)으로 발생한 의료비 중 전액본인부담금 및 보험가입일로부터 2년 이내에 발생한 의료비</p> <p>3. 피공제자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원 또는 통원한 경우(O00~O99)</p> <p>4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04). 다만, 피공제자가 보험가입당시 태아인 경우에는 보상합니다.</p> <p>5. 요실금(N39.3, N39.4, R32)</p> <p>③ 보험사는 다음의 급여의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.</p> <p>1. 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제)</p> <p>2. 「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 따라 의료급여 기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)</p> <p>3. 성장호르몬제 투여에 소요된 비용으로 부담한 전액본인부담금</p> <p>4. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비(산재보험 요양급여 산정기준에 따라 발생한 실제 본인 부담의료비)는 제3조(보장종목별 보상내용) (2)질병급여 제1항 및 제3항부터 제8항에 따라 보상합니다.</p> <p>5. 사람면역결핍바이러스(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>6. 「응급의료에 관한 법률」 및 동법 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 동법 제26조 권역응급의료센터 또는 「의료법」제3조의4에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료로서 전액본인부담금에 해당하는 의료비</p>
(4) 질병 비급여	<p>① 보험사는 다음의 사유로 인하여 생긴 비급여 의료비는 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. 가입자가 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>5. 피공제자가 정당한 이유 없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 통원의료비</p> <p>② 보험사는 '한국표준질병사인분류'에 따른 다음의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.</p> <p>1. 정신 및 행동장애(F04~F99)</p> <p>2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)</p> <p>3. 피공제자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원또는 통원한 경우(O00~O99)</p> <p>4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04)</p> <p>5. 비만(E66)</p> <p>6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)</p>

보장 종목	보상하지 않는 사항
	<p>7. 직장 또는 항문 질환(K60~K62, K64)</p> <p>③ 보험사는 다음의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 치과치료(K00~K08) 및 한방치료(다만, 「의료법」 제2조에 따른 한의사를 제외한 '의사'의 의료 행위에 의해서 발생한 의료비는 보상합니다) 2. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용. 다만 약관상 보상하는 질병을 치료함에 있어 아래 각목에 해당하는 경우는 치료 목적으로 보아 보상합니다. <ol style="list-style-type: none"> 가. 약사법령에 의하여 약제별 허가사항 또는 신고된 사항(효능/효과 및 용법/용량 등)대로 사용된 경우 나. 요양급여 약제가 관련 법령 또는 고시 등에서 정한 별도의 적용기준대로 비급여 약제로 사용된 경우 다. 요양급여 약제가 관련 법령에 따라 별도의 비급여사용승인 절차를 거쳐 그 승인 내용대로 사용된 경우 라. 상기 가목부터 다목의 약제가 두 가지 이상 함께 사용된 경우(함께 사용된 약제중 어느 하나라도 가 상기 가목부터 다목에 해당하지 않는 경우 제외) 3. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용 4. 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. 5. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비 6. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비(산재보험 요양급여 산정기준에 따라 발생한 실제 본인 부담의료비)는 제3조(보장종목별 보상내용) (2)질병비급여 제1항부터 제7항에 따라 보상합니다. 7. 사람면역결핍바이러스(HIV) 감염으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV 감염은 해당 진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 보상합니다) 8. 「국민건강보험법」 제42조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비 9. 「응급의료에 관한 법률」 및 동법 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 동법 제26조 권역응급의료센터 또는 「의료법」제3조의4에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료
(5) 공통	<p>보험사는 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 따라 아래 각호의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 다음 각 목의 질환으로서 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우에 실시 또는 사용되는 치료로 인하여 발생한 비급여 의료비 <ol style="list-style-type: none"> 가. 단순한 피로 또는 권태 나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피공제자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환 다. 발기부전(impotence)·불감증, 라. 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 마. 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosiis), 바. 검열반 등 안과질환, 사. 그 밖에 일상생활에 지장이 없는 경우로 국민건강보험 비급여 대상에 해당하는 치료

보장 종목	보상하지 않는 사항
	<p>2. 다음 각 목의 진료로서 신체의 필수 기능 개선 목적이 아닌 경우에 실시 또는 사용되는 치료로 인하여 발생한 비급여 의료비</p> <p>가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 성형수술(용비술), 유방 확대(다만, 유방암 환자의 환측 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살 제거술 등 미용목적의 성형수술과 그로 인한 후유증치료</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. 치과교정</p> <p>라. 씹는 기능 및 발음 기능의 개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 턱얼굴(안면)교정술</p> <p>마. 관절운동 제한이 없는 반흔구축성형술 등 외모개선 목적의 반흔제거술</p> <p>바. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)</p> <p>사. 질병 치료가 아닌 단순히 키 성장(성장촉진)을 목적으로 하는 진료</p> <p>아. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술</p> <p>자. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여 대상에 해당하는 치료</p> <p>3. 다음 각 목의 예방진료로서 질병·부상의 진료를 직접목적으로 하지 아니하는 경우에 실시 또는 사용으로 인하여 발생한 비급여 의료비</p> <p>가. 본인의 희망에 의한 건강검진(다만, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 추가 의료비용은 보상합니다)</p> <p>나. 예방접종(파상풍 혈청주사 등 치료목적으로 사용하는 예방주사 제외)</p> <p>다. 그 밖에 예방진료로서 국민건강보험 비급여 대상에 해당하는 치료</p> <p>4. 다음 각 목의 진료로서 보험급여시책상 요양급여로 인정하기 어려운 경우 및 그 밖에 건강보험급여 원리에 부합하지 아니하는 경우 발생한 비급여 의료비</p> <p>가. 친자확인을 위한 진단</p> <p>나. 불임검사, 불임수술, 불임복원술</p> <p>다. 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다)</p> <p>라. 인공유산에 든 비용(다만, 보험사가 보상하는 상해 또는 질병으로 임신상태를 유지하기 어려워 의사의 권고에 따라 불가피하게 시행한 경우는 제외)</p> <p>마. 그 밖에 요양급여를 함에 있어서 비용효과성 등 진료상의 경제성이 불분명하여 국민건강보험 비급여 대상에 해당하는 치료</p>

제4조의2(특별약관에서 보상하는 사항) ① 제3조 및 제4조에도 불구하고 다음 각 호에 해당하는 의료비는 기본형 실손의료비 특별약관에서 보상하지 않습니다.

1. 도수치료·체외충격파치료·증식치료로 인하여 발생한 비급여의료비
2. 비급여 주사료[다만, 항암제, 항생제(항진균제 포함), 희귀의약품은 보상합니다.]
3. 자기공명영상진단(MRI/MRA)으로 인하여 발생한 비급여의료비(조영제, 판독료를 포함합니다)
4. 제1호, 제2호, 제3호와 관련하여 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 발생한 본인부담의료비

② 제1항 제1호에서 제4호까지 정한 의료비와 다른 의료비가 함께 청구되어 각 항목별 의료비가 구분되지 않는 경우 보험사는 보험금 지급금액 결정을 위해 가입자, 피공제자 또는 보험수익자에게 각각의 의료비에 대한 확인을 요청할 수 있습니다.

제4관 보험가입금액 한도 및 안내 등

제5조(보험가입금액 한도 등) ① 이 가입의 연간 보험가입금액은 제3조(보장종목별 보상내용) (1)상해비급여에 대하여 입원과 통원의 보상금액을 합산하여 5천만원 이내에서, (2)질병비급여에 대하여 입원과 통원의 보상금액을 합산하여 5천만원 이내에서 보험사가 정한 금액 중 가입자가 선택한 금액을 말하며, 제3조(보장종목별 보상내용)에 의한 비급여 의료비를 이 금액 한도 내에서 보상합니다. 다만, (3)3대비급여의 보험가입금액은 제3조 (3)3대비급여 제1항에서 정한 연간 보상한도로 합니다.

② 이 가입에서 ‘연간’이라 함은 가입일로부터 매1년 단위로 도래하는 가입해당일 전 일까지의 기간을 말하며, 입원 또는 통원 치료시 해당일이 속한 연도의 보험가입금액 한도를 적용합니다.

③ 제3조(보장종목별 보상내용)에서 정한 통원의 경우 (1)상해비급여 또는 (2)질병비급여 각각에 대하여 통원 1회당 20만원 이내에서 보험사가 정한 금액 중 가입자가 선택한 금액으로 하며, (3)3대 비급여의 경우 각 비급여의료비별 보상한도로 합니다.

④ 제3조(보장종목별 보상내용) (1)상해비급여 제3항 또는 제4항, (2)질병비급여 제2항 또는 제3항 및 (3)3대비급여 제7항에 따른 계속중인 입원 또는 통원의 보상한도는 연간 보상한도(보험가입금액)에서 직전 가입기간 종료일까지 지급한 금액을 차감한 잔여 금액과 연간 보상한도(횟수)에서 직전 가입기간 종료일까지 보상한 횟수를 차감한 잔여 횟수를 한도로 적용합니다.

제6조(비급여 진료비용 공개제도 등의 안내) 보험사는 가입자가 특별약관을 신청하였을 때 가입자의 알권리를 증진하고 합리적인 의료이용 선택에 도움이 될 수 있도록 「의료법」 등 관계 법령에 따른 ‘비급여 진료비용 공개제도’와 ‘비급여 진료 사전설명제도’에 대해 설명하고 안내합니다.

※ 비급여 진료비용 공개제도: 국민이 쉽게 이해하고 의료기관을 선택할 때 참고할 수 있도록 건강보험심사평가원이 매년 비급여 진료비용을 조사하여 최저·최고금액 등 비급여 진료비용에 대한 정보를 비교·공개하는 제도

※ 비급여 진료 사전설명제도: 진료에 필요한 비급여 항목 및 가격을 환자가 사전에 인지하고 선택할 수 있도록 의료기관이 비급여 진료 전에 비급여 제공항목과 가격을 미리 설명하도록 의무화하는 제도

제7조(특별약관의 소멸) 피공제자가 사망하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 가입은 그 때부터 효력이 없습니다.

제8조(준용규정) 이 특별약관에서 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.

<붙임 1> 용어의 정의

용어	정의
가입	공제가입
회원	공제회와 가입을 체결하고 공제회비를 납입하는 자
피공제자	보험금 지급사유 또는 보험사고 발생의 대상(객체)이 되는 사람
수익자	보험금을 수령하는 사람
공제기간	가입에서 정한 대상이 되는 위험이 보장되는 기간
보험사	보험사
상해	공제기간 중 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고
상해공제가입	상해를 보장하는 가입
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 의료기관이며 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 구분됨
약국	약사법 제2조 제3항 규정에 의한 장소로서, 약사가 수여할 목적으로 의약품 조제업무를 하는 장소를 말하며, 의료기관의 조제실은 제외
병원	국민건강보험법 제40조(요양기관)에서 정하는 국내의 병원 또는 의원(조산원은 제외)
입원	의사가 공제대상자의 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 입원시 적용하는 기준이 되는 병실
입원실료	입원치료 중 발생한 기준병실 사용료, 환자관리료, 식대 등을 말함
입원제비용	입원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 재료대, 캐스트료, 지정진료비 등을 말함
입원수술비	입원치료 중 발생한 수술료, 마취료, 수술재료비 등을 말함
입원의료비	입원실료, 입원제비용, 입원수술비, 비급여 병실료로 구성됨
통원	의사가 피공제자의 질병 또는 상해로 인하여 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서, 병원에 입원하지 않고 병원을 방문하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것
처방조제	의사 및 약사가 피공제자의 질병 또는 상해로 인하여 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서, 통원으로 인하여 발행된 의사의 처방전으로 약국의 약사가 조제하는 것을 말함(국민건강보험법 제40조 제1항 제3호에 의한 한국희귀의약품센터에서의 처방조제 및 의약품예외지역에서 약사의 직접조제 포함)
외래제비용	통원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 재료대, 캐스트료, 지정진료비 등을 말함
외래수술비	통원치료 중 발생한 수술료, 마취료, 수술재료비 등을 말함
처방조제비	병원 의사의 처방전에 따라 조제되는 약국의 처방조제비 및 약사의 직접조제비를 말함
통원의료비	외래제비용, 외래수술비, 처방조제비로 구성됨
요양급여	국민건강보험법 제39조(요양급여)에 의한 가입자 및 피부양자의 질병·부상 등에 대한 다음 각호의 요양급여를 말함

용어	정의
	1.진찰.검사 2.약제.치료재료의 지급 3. 처치.수술기타의 치료 4.예방.재활 5.입원 6. 간호 7. 이송
본인부담금 상한제	국민건강보험법 상 요양급여 중 연간 본인부담금 총액이 국민건강보험법시행령 별표3에서 정하는 금액을 넘는 경우에 그 초과한 금액을 공단에서 부담하고 있는 제도를 말하며, 국민건강보험 관련 법령의 변경에 따라 환급기준이 변경될 경우에는 보험사는 변경되는 기준에 따름
보상대상의료비	실제 부담액 - 보상제외금액* *보험사가 보상하지 않는 사항에 따른 금액 및 비급여 병실료 중 보험사가 보상하지 않는 금액
보상책임액	(실제 부담액 -보상제외금액) × 보험사부담비율
다수보험	실손 의료보험가입(우체국보험, 각종 공제, 상해·질병·간병보험 등 제3보험, 개인연금·퇴직보험 등 의료비를 실손으로 보상하는 보험.공제가입을 포함)이 동시에 또는 순차적으로 2개 이상 체결되었고, 그 가입이 동일한 보험사고에 대하여 각 가입별 보상책임액이 있는 다수의 실손 의료보험가입을 말함
도수치료	치료자가 손(정형용 교정장치 장비 등의 도움을 받는 경우를 포함합니다)을 이용해서 환자의 근골격계통(관절, 근육, 연부조직, 림프절 등)의 기능 개선 및 통증감소를 위하여 실시하는 치료행위 * 의사 또는 의사의 지도하에 물리치료사가 도수치료를 하는 경우에 한함
체외충격파치료	체외에서 충격파를 병변에 가해 혈관 재형성을 돕고 건(힘줄) 및 뼈의 치유 과정을 자극하거나 재활성화 시켜 기능개선 및 통증감소를 위하여 실시하는 치료행위(체외충격파쇄석술은 제외)
증식치료	근골격계 통증이 있는 부위의 인대나 건(힘줄), 관절, 연골 등에 증식물질을 주사하여 통증이 소실되거나 완화되는 것을 유도하는 치료행위
주사료	주사치료시 사용된 행위, 약제 및 치료재료대
항암제	식품의약품안전처가 「의약품등 분류번호에 관한 규정」에 따라 지정하는 '조직세포의 기능용 의약품' 중 '종양용약'과 '조직세포의 치료 및 진단 목적제제'* *「의약품등 분류번호에 관한 규정」에 따른 의약품분류표가 변경되는 경우 치료시점의 의약품분류표에 따릅니다.
항생제 (항진균제 포함)	식품의약품안전처가 「의약품등 분류번호에 관한 규정」에 따라 지정하는 '항병원생물성 의약품' 중 '항생물질제제', '화학요법제' 및 '기생동물에 대한 의약품' 중 항원충제" *「의약품등 분류번호에 관한 규정」에 따른 의약품분류표가 변경되는 경우 치료시점의 의약품분류표에 따릅니다.
희귀의약품	식품의약품안전처장이「희귀의약품 지정에 관한 규정」에 따라 지정하는 의약품* *「희귀의약품 지정에 관한 규정」에 따른 희귀의약품 지정 항목이 변경되는 경우 치료시점의 희귀의약품 지정 항목에 따릅니다.
자기공명영상진단	자기공명영상 장치를 이용하여 고주파 등을 통한 신호의 차이를 영상화하여 조직의 구조를 분석하는 검사(MRI/MRA) * 자기공명영상진단 결과를 다른 의료기관에서 판독하는 경우 포함 (보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여.비급여 목록 및 급여 상대가치점수」상의 MRI 범주에 따름)

용어	정의
급여	「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여
비급여	「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여 대상 (「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)
상급병실료차액	상급병상을 이용함에 따라 요양급여 대상인 입원료 외에 추가로 부담하는 입원실 이용 비용

㉔-1 삭제

㉔-2 삭제

㉔-3 삭제

㉔-4 통원 실손의료비 부보장 추가특별약관

제1조(보험금의 지급사유) ① 공제회는 급여 실손의료비 특별약관 제3조(보장종목별 보상내용)에도 불구하고 입원에 해당하는 급여의료비만을 보상합니다. 통원(외래 및 처방조제)에 해당하는 급여 의료비는 보상하지 않습니다.

② 공제회는 비급여 실손의료비 특별약관 제1조(보장종목) 제1항 「상해비급여」, 「질병비급여」 보장종목의 경우 제3조(보장종목별 보상내용)에도 불구하고 입원에 해당하는 비급여의료비만을 보상합니다. 통원(외래 및 처방조제)에 해당하는 비급여의료비는 보상하지 않습니다.

③ 공제회는 비급여 실손의료비 특별약관 제1조(보장종목) 제1항 「3대비급여」 보장종목에 대해 비급여 실손의료비 특별약관에 따라 보상합니다.

제2조(보험금을 지급하지 않는 사유) 공제회는 급여 실손의료비 특별약관 제4조(보상하지 않는 사항), 비급여 실손의료비 특별약관 제4조(보상하지 않는 사항)에 해당하는 경우 보험금을 지급하지 않습니다.

제3조(보상한도) ① 급여 실손의료비 특별약관의 경우 이 추가특별약관의 연간 보험가입금액 한도는 급여 실손의료비 특별약관 제5조(보험가입금액 한도 등) 제1항에서 말하는 계약자가 선택한 금액을 말합니다. 통원 급여의료비 보상금액을 합산하지 않습니다.

② 비급여 실손의료비 특별약관 제1조(보장종목) 제1항 「상해비급여」, 「질병비급여」 보장종목의 경우 이 추가특별약관의 연간 보험가입금액 한도는 비급여 실손의료비 특별약관 제5조(보험가입금액 한도 등) 제1항에서 말하는 계약자가 선택한 금액을 말합니다. 통원 비급여의료비 보상금액을 합산하지 않습니다.

③ 비급여 실손의료비 특별약관 제1조(보장종목) 제1항 「3대비급여」 보장종목의 경우 이 추가특별약관의 연 보험가입금액 한도는 비급여 실손의료비 특별약관 제5조(보험가입금액 한도 등) 제1항에서 말하는 「3대비급여」 보험가입금액을 말합니다.

제4조(준용규정) 이 추가특별약관에 정하지 않은 사항은 급여 실손의료비 특별약관, 비급여 실손

의료비 특별약관을 따릅니다.

【별표1】

장애분류표

① 총칙

1. 장애의 정의

- 1) “장애”라 함은 상해 또는 질병에 대하여 치유된 후 신체에 남아있는 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 치유시 장애 회복의 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 치료종결후 한시적으로 나타나는 장애에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 해당 장애 지급률의 20%를 한시장애 지급률로 정합니다.
- 5) 위 4)에 따라 장애지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 상해 발생일 또는 질병의 진단확정일부터 1년 이내)에 장애상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장애상태를 기준으로 장애지급률을 결정한다.

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 ⑩ 손가락 ⑪ 발가락 ⑫ 흉·복부 장기 및 비뇨생식기 ⑬ 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 관찰방법에 따라서 장애분류표상 2가지 이상의 장애에 해당하거나, 하나의 장애에 다른 장애가 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 각각 그 중 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) 하나의 장애가 다른 장애와 통상 파생하는 관계에 있는 경우에는 그중 높은 지급률만을 적용하며, 하나의 장애로 둘 이상의 파생장애가 발생하는 경우 각 파생장애의 지급률을 합산한 지급률과 최초 장애의 지급률을 비교하여 그 중 높은 지급률을 적용한다.

- 4) 의학적으로 뇌사판정을 받고 호흡기능과 심장박동기능을 상실하여 인공심박동기 등 장치에 의존하여 생명을 연장하고 있는 뇌사상태는 장애의 판정대상에 포함되지 않는다. 다만, 뇌사판정을 받은 경우가 아닌 식물인간상태(의식이 전혀 없고 사지의 자발적인 움직임이 불가능하여 일상생활에서 항시 간호가 필요한 상태)는 각 신체부위별 판정기준에 따라 평가한다
- 5) 장애진단서에는 ① 장애진단명 및 발생시기 ② 장애의 내용과 그 정도③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재해야 한다. 다만, 신경계·정신행동 장애의 경우 ① 개호여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가적으로 기재하여야 한다.

② 장애분류별 판정기준

1. 눈의 장애

가. 장애의 분류

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

나. 장애판정기준

- 1) 시력장애의 경우 공인된 시력검사표에 따라 최소 3회 이상 측정한다.
- 2) ‘교정시력’이라 함은 안경(콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정수단)으로 교정한 원거리 최대교정시력을 말한다. 다만, 각막이식술을 받은 환자인 경우 각막이식술 이전의 시력상태를 기준으로 평가한다.
- 3) ‘한 눈이 멀었을 때’라 함은 안구의 적출은 물론 명암을 가리지 못하거나(‘광각무’) 겨우 가릴 수 있는 경우(‘광각유’)를 말한다.
- 4) ‘한눈의 교정시력이 0.02이하로 된 때’라 함은 안전수동(Hand Movement)주1), 안전수지(Finger Counting)주2) 상태를 포함한다.
 - ※ 주1) 안전수동 : 물체를 감별할 정도의 시력상태가 아니며 눈앞에서 손의 움직임 을 식별할 수 있을 정도의 시력상태
 - 주2) 안전수지 : 시표의 가장 큰 글씨를 읽을 수 있는 정도의 시력은 아니나 눈 앞 30cm 이내에서 손가락의 개수를 식별할 수 있을 정도의 시력상태
- 5) 안구(눈동자) 운동장애의 판정은 질병의 진단 또는 외상 후 1년 이상이 지난 뒤 그 장애 정도를 평가한다.
- 6) ‘안구(눈동자)의 뚜렷한 운동장애’라 함은 아래의 두 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - ① 한 눈의 안구(눈동자)의 주시야(머리를 움직이지 않고 눈만을 움직여서 볼 수 있는 범위)의 운동범위가 정상의 1/2 이하로 감소된 경우
 - ② 중심 20도 이내에서 복시(물체가 둘로 보이거나 겹쳐 보임)를 남긴 경우
- 7) ‘안구(눈동자)의 뚜렷한 조절기능장애’라 함은 조절력이 정상의 1/2 이하로 감소된 경우를 말한다. 다만, 조절력의 감소를 무시할 수 있는 50세 이상(장애진단시 연령 기준)의 경우에는 제외한다. 8) ‘뚜렷한 시야 장애’라 함은 한 눈의 시야 범위가 정상시야 범위의 60% 이하로 제한된 경우를 말한다. 이 경우 시야검사는 공인된 시야검사방법으로 측정하며, 시야장애 평가 시 자동시야검사계(골드만 시야검사)를 이

용하여 8방향 시야범위 합계를 정상범위와 비교하여 평가한다.

- 9) ‘눈꺼풀에 뚜렷한 결손을 남긴 때’ 라 함은 눈꺼풀의 결손으로 눈을 감았을 때 각막(검은 자위)이 완전히 덮이지 않는 경우를 말한다.
- 10) ‘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.
- 11) 외상이나 화상 등으로 안구의 적출이 불가피한 경우에는 외모의 추상(추한 모습)이 가산된다. 이 경우 안구가 적출되어 눈자위의 조직요몰(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.
- 12) ‘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 피보험자에게 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 적용한다. 다만, 각 측정치의 결과값 차이가 $\pm 10\text{dB}$ 이상인 경우 청성뇌간반응검사(ABR)를 통해 객관적인 장애 상태를 재평가하여야 한다.
- 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(청력의 감소가 의심되지만 의사소통이 되지 않

는 경우, 만 3세 미만의 소아 포함) 검사결과에 대한 검증이 필요한 경우에는 ‘언어 청력검사, 임피던스 청력검사, 청성뇌간반응검사(ABR), 이음향방사검사’ 등을 추가 실시 후 장애를 평가한다.

다. 귓바퀴의 결손

- 1) ‘귓바퀴의 대부분이 결손된 때’ 라 함은 귓바퀴의 연골부가 1/2 이상 결손된 경우를 말한다.
- 2) 귓바퀴의 연골부가 1/2 미만 결손이고 청력에 이상이 없으면 외모의 추상(추한 모습) 장애로만 평가한다.

라. 평형기능의 장애

- 1) ‘평형기능에 장애를 남긴 때’ 라 함은 전정기관 이상으로 보행 등 일상생활이 어려운 상태로 아래의 평형장애 평가항목별 합산점수가 30점 이상인 경우를 말한다.

항목	내용	점수
검사소견	양측 전정기능 소실	14
	양측 전정기능 감소	10
	일측 전정기능 소실	4
치료병력	장기 통원치료(1년간 12회이상)	6
	장기 통원치료(1년간 6회이상)	4
	단기 통원치료(6개월간 6회이상)	2
	단기 통원치료(6개월간 6회미만)	0
기능장애소견	두 눈을 감고 일어서기 곤란하거나 두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 쓰러지는 경우	20
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걷다가 중간에 균형을 잡으려 멈추어야 하는 경우	12
	두 눈을 뜨고 10m 거리를 직선으로 걸을 때 중앙에서 60cm 이상 벗어나는 경우	8

- 2) 평형기능의 장애는 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 치료 후 장애가 고착되었을 때 판정하며, 뇌병변 여부, 전정기능 이상 및 장애상태를 평가하기 위해 아래의 검사들을 기초로 한다.

- ① 뇌영상검사(CT, MRI)
- ② 온도안진검사, 전기안진검사(또는 비디오안진검사)

3. 코의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 코의 기능을 완전히 잃었을 때	15
2) 코의 후각기능을 완전히 잃었을 때	5

나. 장애판정기준

- 1) ‘코의 호흡기능을 완전히 잃었을 때’ 라 함은 일상생활에서 구강호흡의 보조를 받지 않는 상태에서 코로 숨쉬는 것만으로 정상적인 호흡을 할 수 없다는 것이 비강통기도검사 등 의학적으로 인정된 검사로 확인되는 경우를 말한다.

- 2) ‘코의 후각기능을 완전히 잃었을 때’ 라 함은 후각신경의 손상으로 양쪽 코의 후각 기능을 완전히 잃은 경우를 말하며, 후각감퇴는 장애의 대상으로 하지 않는다.
- 3) 양쪽 코의 후각기능은 후각인지검사, 후각역치검사 등을 통해 6개월 이상 고정된 후각의 완전손실이 확인되어야 한다.
- 4) 코의 추상(추한 모습)장애를 수반한 때에는 기능장애의 지급률과 추상장애의 지급률을 합산한다.

4. 씹어먹거나 말하는 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 심한 장애를 남긴 때	100
2) 씹어먹는 기능에 심한 장애를 남긴 때	80
3) 말하는 기능에 심한 장애를 남긴 때	60
4) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 뚜렷한 장애를 남긴 때	40
5) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
6) 씹어먹는 기능과 말하는 기능 모두에 약간의 장애를 남긴 때	10
7) 씹어먹는 기능 또는 말하는 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
8) 치아에 14개 이상의 결손이 생긴 때	20
9) 치아에 7개 이상의 결손이 생긴 때	10
10) 치아에 5개 이상의 결손이 생긴 때	5

나. 장애의 평가기준

- 1) 씹어먹는 기능의 장애는 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)의 맞물림(교합), 배열상태 및 아래턱의 개구운동, 삼킴(연하)운동 등에 따라 종합적으로 판단하여 결정한다.
- 2) ‘씹어먹는 기능에 심한 장애를 남긴 때’ 라 함은 심한 개구운동 제한이나 저작운동 제한으로 물이나 이에 준하는 음료 이외는 섭취하지 못하는 경우를 말한다.
- 3) ‘씹어먹는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때’ 라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - ① 뚜렷한 개구운동 제한 또는 뚜렷한 저작운동 제한으로 미음 또는 이에 준하는 정도의 음식물(죽 등)이외는 섭취하지 못하는 경우
 - ② 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 1cm이하로 제한되는 경우
 - 다) 위·아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1.5cm이상인 경우
 - 라) 1개 이하의 치아만 교합되는 상태
 - 마) 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취 시 흡인이 발생하고 연식 외에는 섭취가 불가능한 상태
- 4) ‘씹어먹는 기능에 약간의 장애를 남긴 때’ 라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
 - ① 약간의 개구운동 제한 또는 약간의 저작운동 제한으로 부드러운 고형식(밥, 빵 등)만 섭취 가능한 경우

- ② 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 최대 개구운동이 2cm이하로 제한되는 경우
 - ③ 위·아래턱(상·하악)의 부정교합(전방, 측방)이 1cm이상인 경우
 - ④ 양측 각 1개 또는 편측 2개 이하의 치아만 교합되는 상태
 - ⑤ 연하기능검사(비디오 투시검사)상 연하장애가 있고, 유동식 섭취시 간헐적으로 흡인이 발생하고 부드러운 고형식 외에는 섭취가 불가능한 상태
- 5) 개구장애는 턱관절의 이상으로 개구운동 제한이 있는 상태를 말하며, 최대 개구상태에서 위·아래턱(상·하악)의 가운데 앞니(중절치)간 거리를 기준으로 한다. 단, 가운데 앞니(중절치)가 없는 경우에는 측정가능한 인접 치아간 거리의 최대치를 기준으로 한다.
- 6) 부정교합은 위턱(상악)과 아래턱(하악)의 부조화로 윗니(상악치아)와 아랫니(하악치아)가 전방 및 측방으로 맞물림에 제한이 있는 상태를 말한다.
- 7) ‘말하는 기능에 심한 장애를 남긴 때’ 라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
- ① 언어평가상 자음정확도가 30%미만인 경우
 - ② 전실어증, 운동성실어증(브로카실어증)으로 의사소통이 불가능한 경우
- 8) ‘말하는 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때’ 라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
- ① 언어평가상 자음정확도가 50%미만인 경우
 - ② 언어평가상 표현언어지수 25 미만인 경우
- 9) ‘말하는 기능에 약간의 장애를 남긴 때’ 라 함은 아래의 경우 중 하나 이상에 해당되는 때를 말한다.
- ① 언어평가상 자음정확도가 75%미만인 경우
 - ② 언어평가상 표현언어지수 65 미만인 경우
- 10) 말하는 기능의 장애는 1년 이상 지속적인 언어치료를 시행한 후 증상이 고착되었을 때 평가하며, 객관적인 검사를 기초로 평가한다.
- 11) 뇌·중추신경계 손상(정신·인지기능 저하, 편마비 등)으로 인한 말하는 기능의 장애(실어증, 구음장애) 또는 씹어먹는 기능의 장애는 신경계·정신행동 장애 평가와 비교하여 그 중 높은 지급률 하나만 인정한다.
- 12) ‘치아의 결손’ 이란 치아의 상실 또는 발치된 경우를 말하며, 치아의 일부 손상으로 금관치료(크라운 보철수복)를 시행한 경우에는 치아의 일부 결손을 인정하여 1/2개 결손으로 적용한다.
- 13) 보철치료를 위해 발치한 정상치아, 노화로 인해 자연 발치된 치아, 보철(복합레진, 인레이, 온레이 등)한 치아, 기존 의치(틀니, 임플란트 등)의 결손은 치아의 상실로 인정하지 않는다.
- 14) 상실된 치아의 크기가 크든지 또는 치간의 간격이나 치아 배열구조 등의 문제로 사고와 관계없이 새로운 치아가 결손된 경우에는 사고로 결손된 치아 수에 따라 지급률을 결정한다.

- 15) 어린이의 유치는 향후에 영구치로 대체되므로 후유장애의 대상이 되지 않으나, 선천적으로 영구치 결손이 있는 경우에는 유치의 결손을 후유장애로 평가한다.
- 16) 가철성 보철물(신체의 일부에 붙였다 떼었다 할 수 있는 틀니 등)의 파손은 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(반흔성형술, 레이저치료 등 포함)을 시행한 후에도 영구히 남게 되는 상태의 추상(추한 모습)을 말한다.
- 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.
- 4) 다발성 반흔 발생시 각 관정부위(얼굴, 머리, 목) 내의 다발성 반흔의 길이 또는 면적은 합산하여 평가한다. 단, 길이가 5mm 미만의 반흔은 합산대상에서 제외한다.
- 5) 추상(추한 모습)이 얼굴과 머리 또는 목 부위에 걸쳐 있는 경우에는 머리 또는 목에 있는 흉터의 길이 또는 면적의 1/2을 얼굴의 추상(추한 모습)으로 보아 산정한다.

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 직경 5cm 이상의 조직함몰
 - ④ 코의 1/2이상 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 직경 2cm 이상의 조직함몰

- ④ 코의 1/4이상 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 수지를 제외한 수장부의 크기를 말하며, 통산 12세 이상의 성인에서는 8×10cm(1/2 크기는 40cm², 1/4 크기는 20cm²), 6~11세의 경우는 6×8cm(1/2 크기는 24cm², 1/4 크기는 12cm²), 6세 미만의 경우는 4×6cm(1/2 크기는 12cm², 1/4 크기는 6cm²)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) 추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장애	20
8) 추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장애	15
9) 추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장애	10

나. 장애판정기준

- 1) 척추(등뼈)는 경추에서 흉추, 요추, 제1천추까지를 동일한 부위로 한다. 제2천추 이하의 천골 및 미골은 체간골의 장애로 평가한다.
- 2) 척추(등뼈)의 기형장애는 척추체(척추뼈 몸통)를 말하며, 횡돌기 및 극돌기는 제외한다. 이하 이 신체부위에서 같다)의 압박률 또는 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡 정도에 따라 평가한다.
 - ① 척추체(척추뼈 몸통)의 만곡변화는 객관적인 측정방법(Cobb's Angle)에 따라 골절이 발생한 척추체(척추뼈 몸통)의 상·하 인접 정상 척추체(척추뼈 몸통)를 포함하여 측정하며, 생리적 정상만곡을 고려하여 평가한다.
 - ② 척추(등뼈)의 기형장애는 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률, 골절의 부위 등을 기준으로 판정한다. 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률은 인접 상·하부[인접 상·하부 척추체(척추뼈 몸통)에 인접 골절이 있거나, 다발성 척추골절이 있는 경우에는 골절된 척추와 가장 인접한 상·하부] 정상 척추체(척추뼈 몸통)의 전방 높이의 평균에 대한 골절된 척추체(척추뼈 몸통) 전방 높이의 감소비를 압박률로 정한다.
 - ③ 척추(등뼈)의 기형장애는 「산업재해보상보험법 시행규칙」상 경추부, 흉추부, 요추

부로 구분하여 각각을 하나의 운동단위로 보며, 하나의 운동단위 내에서 여러 개의 척추체(척추뼈 몸통)에 압박골절이 발생한 경우에는 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률을 합산하고, 두 개 이상의 운동단위에서 장애가 발생한 경우에는 그 중 가장 높은 지급률을 적용한다.

- 3) 척추(등뼈)의 장애는 퇴행성 기왕증 병변과 사고가 그 증상을 악화시킨 부분만큼, 즉 이 사고와의 관련도를 산정하여 평가한다.
- 4) 추간판탈출증으로 인한 신경 장애는 수술 또는 시술(비수술적 치료) 후 6개월 이상 지난 후에 평가한다.
- 5) 신경학적 검사상 나타난 저린감이나 방사통 등 신경자극증상의 원인으로 CT, MRI 등 영상검사에서 추간판탈출증이 확인된 경우를 추간판탈출증으로 진단하며, 수술 여부에 관계없이 운동장애 및 기형장애로 평가하지 않는다.
- 6) 심한 운동장애란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - ① 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 4개 이상의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어붙음) 또는 고정한 상태
 - ② 머리뼈(두개골), 제1경추, 제2경추를 모두 유합 또는 고정한 상태
- 7) 뚜렷한 운동장애란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - ① 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 3개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
 - ② 머리뼈(두개골)와 제1경추 또는 제1경추와 제2경추를 유합 또는 고정한 상태
 - ③ 머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추) 사이에 CT 검사 상, 두개 대후 두공의 기저점(basion)과 축추 치돌기 상단사이의 거리(BDI : Basion-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태
 - ④ 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추) CT 검사상, 환추 전방 궁(arch)의 후방과 치상돌기의 전면과의 거리(ADI: Atlanto-Dental Interval)에 뚜렷한 이상전위가 있는 상태
- 8) 약간의 운동장애
 머리뼈(두개골)와 상위목뼈(상위경추: 제1, 2경추)를 제외한 척추체(척추뼈 몸통)에 골절 또는 탈구로 2개의 척추체(척추뼈 몸통)를 유합(아물어 붙음) 또는 고정한 상태
- 9) 심한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - ① 척추(등뼈)의 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
 - ② 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 60%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 90% 이상일 때
- 10) 뚜렷한 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - ① 척추(등뼈)의 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

- ② 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 40%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 60% 이상일 때
- 11) 약간의 기형이란 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - ① 1개 이상의 척추(등뼈)의 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
 - ② 척추체(척추뼈 몸통) 한 개의 압박률이 20%이상인 경우 또는 한 운동단위 내에 두 개 이상 척추체(척추뼈 몸통)의 압박골절로 각 척추체(척추뼈 몸통)의 압박률의 합이 40% 이상일 때
- 12) ‘추간판탈출증으로 인한 심한 신경 장애’란 추간판탈출증으로 추간판을 2마디 이상(또는 1마디 추간판에 대해 2회 이상) 수술하고도 마미신경증후군이 발생하여 하지의 현저한 마비 또는 대소변의 장애가 있는 경우
- 13) ‘추간판탈출증으로 인한 뚜렷한 신경 장애’란 추간판탈출증으로 추간판 1마디를 수술하고도 신경생리검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되고 척추신경근의 불완전 마비가 인정되는 경우
- 14) ‘추간판탈출증으로 인한 약간의 신경 장애’란 추간판탈출증이 확인되고 신경생리 검사에서 명확한 신경근병증의 소견이 지속되는 경우

7. 체간골의 장애

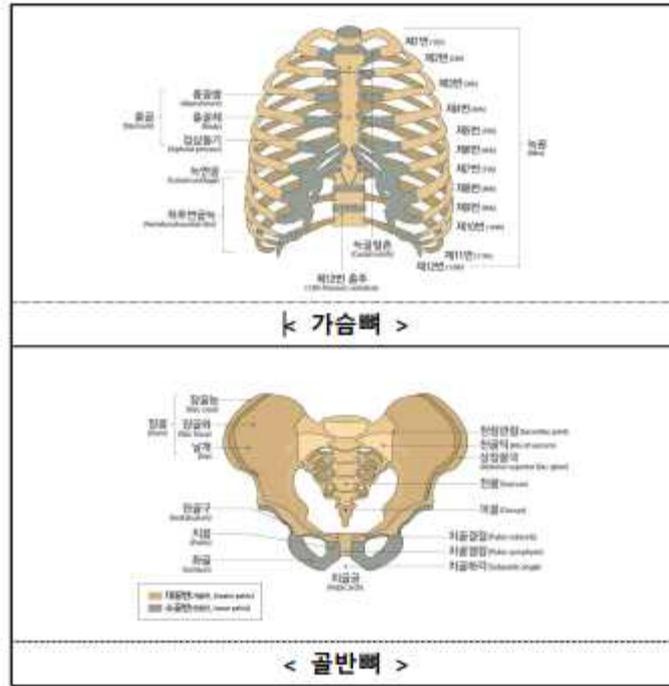
가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 어깨뼈(견갑골)나 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	15
2) 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)에 뚜렷한 기형을 남긴 때	10

나. 장애판정기준

- 1) ‘체간골’이라 함은 어깨뼈(견갑골), 골반뼈(장골, 제2천추 이하의 천골, 미골, 좌골 포함), 빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골)를 말하며 이를 모두 동일한 부위로 본다.
- 2) ‘골반뼈의 뚜렷한 기형’이라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - ① 천장관절 또는 치골문합부가 분리된 상태로 치유되었거나 좌골이 2.5cm이상 분리된 부정유합 상태
 - ② 육안으로 변형(결손을 포함)을 명백하게 알 수 있을 정도로 방사선 검사로 측정된 각(角)변형이 20° 이상인 경우
 - ③ 미골의 기형은 골절이나 탈구로 방사선 검사로 측정된 각(角) 변형이 70° 이상 남은 상태
- 3) ‘빗장뼈(쇄골), 가슴뼈(흉골), 갈비뼈(늑골), 어깨뼈(견갑골)에 뚜렷한 기형이 남은 때’라 함은 방사선 검사로 측정된 각(角) 변형이 20° 이상인 경우를 말한다.

4) 갈비뼈(늑골)의 기형은 그 개수와 정도, 부위 등에 관계없이 전체를 일괄하여 하나의 장애로 취급한다. 다발성늑골 기형의 경우 각각의 각(角) 변형을 합산하지 않고 그 중 가장 높은 각(角) 변형을 기준으로 평가한다.



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 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.

- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 않는다.
- 3) ‘팔’ 이라 함은 어깨관절(견관절)부터 손목관절(완관절)까지를 말한다.
- 4) ‘팔의 3대 관절’ 이라 함은 어깨관절(견관절), 팔꿈치관절(주관절), 손목관절(완관절)을 말한다.
- 5) ‘한 팔의 손목 이상을 잃었을 때’ 라 함은 손목관절(완관절)부터(손목관절 포함) 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 팔꿈치관절(주관절) 상부에서 절단된 경우도 포함한다.
- 6) 팔의 관절기능장애 평가는 팔의 3대 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다.
 - ① 각 관절의 운동범위 측정은 장애평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
 - ② 관절기능장애를 표시할 경우 장애부위의 장애각도와 정상부위의 측정치를 동시에 판단하여 장애상태를 명확히 한다. 단, 관절기능장애가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.
- 7) ‘관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때’ 라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - ① 완전 강직(관절굳음)
 - ② 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 ‘0등급(zero)’ 인 경우
- 8) ‘관절 하나의 기능에 심한 장애를 남긴 때’ 라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
 - ② 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
 - ③ 근전도 검사상 완전손상(complete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 ‘1등급(trace)’ 인 경우
- 9) ‘관절 하나의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때’ 라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 경우를 말한다.
 - ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
 - ② 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 2등급(poor)인 경우
- 10) ‘관절 하나의 기능에 약간의 장애를 남긴 때’ 라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
 - ② 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 3등급(fair)인 경우
- 11) ‘가관절주)이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때’ 라 함은 상완골에 가관절이 남은 경우 또는 요골과 척골의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.

※ 주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 ‘불유합’ 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외한다.

- 12) ‘가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때’ 라 함은 요골과 척골 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 13) ‘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) 한 팔의 3대 관절 중 관절 하나에 기능장애가 생기고 다른 관절 하나에 기능장애가 발생한 경우 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 2) 1상지(팔과 손가락)의 후유장애지급률은 원칙적으로 각각 합산하되, 지급률은 60% 한도로 한다.

9. 다리의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 두다리의 발목이상을 잃었을 때	100
2) 한다리의 발목이상을 잃었을 때	60
3) 한다리의 3대관절중 1관절의 기능을 완전히 잃었을 때	30
4) 한다리의 3대관절중 1관절의 기능에 심한 장애를 남긴 때	20
5) 한다리의 3대관절중 1관절의 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한다리의 3대관절중 1관절의 기능에 약간의 장애를 남긴 때	5
7) 한다리에 가관절이 남아 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
8) 한다리에 가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때	10
9) 한다리의 뼈에 기형을 남긴 때	5
10) 한다리가 5cm 이상 짧아지거나 길어진 때	30
11) 한다리가 3cm 이상 짧아지거나 길어진 때	15
12) 한다리가 1cm 이상 짧아지거나 길어진 때	5

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후 장애를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 않는다.
- 3) ‘다리’ 라 함은 엉덩이관절(고관절)부터 발목관절(족관절)까지를 말한다.
- 4) ‘다리의 3대 관절’ 이라 함은 엉덩이관절(고관절), 무릎관절(슬관절), 발목관절(족관절)을 말한다.
- 5) ‘한 다리의 발목 이상을 잃었을 때’ 라 함은 발목관절(족관절)부터(발목관절 포함)

- 심장에 가까운 쪽에서 절단된 때를 말하며, 무릎관절(슬관절)의 상부에서 절단된 경우도 포함한다.
- 6) 다리의 관절기능장해 평가는 다리의 3대 관절의 관절운동범위 제한 및 무릎관절(슬관절)의 동요성 등으로 평가한다.
- ① 각 관절의 운동범위 측정은 장해평가지점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.
 - ② 관절기능장해가 신경손상으로 인한 경우에는 운동범위 측정이 아닌 근력 및 근전도 검사를 기준으로 평가한다.
- 7) ‘관절 하나의 기능을 완전히 잃었을 때’ 라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다
- ① 완전 강직(관절굳음)
 - ② 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 ‘0등급(zero)’ 인 경우
- 8) ‘관절 하나의 기능에 심한 장해를 남긴 때’ 라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
- ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/4 이하로 제한된 경우
 - ② 인공관절이나 인공골두를 삽입한 경우
 - ③ 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 15mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - ④ 근전도 검사상 완전손상(complete injury) 소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 ‘1등급(trace)’ 인 경우
- 9) ‘관절 하나의 기능에 뚜렷한 장해를 남긴 때’ 라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
- ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 1/2 이하로 제한된 경우
 - ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 10mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - ③ 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 2등급(poor)인 경우
- 10) ‘관절 하나의 기능에 약간의 장해를 남긴 때’ 라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
- ① 해당 관절의 운동범위 합계가 정상 운동범위의 3/4 이하로 제한된 경우
 - ② 객관적 검사(스트레스 엑스선)상 5mm 이상의 동요관절(관절이 흔들리거나 움직이는 것)이 있는 경우
 - ③ 근전도 검사상 불완전한 손상(incomplete injury)소견이 있으면서 도수근력검사(MMT)에서 근력이 3등급(fair)인 경우
- 11) 동요장해 평가 시에는 정상측과 환측을 비교하여 증가된 수치로 평가한다.
- 12) ‘가관절주)이 남아 뚜렷한 장해를 남긴 때’ 라 함은 대퇴골에 가관절이 남은 경우

또는 경골과 종아리뼈의 2개 뼈 모두에 가관절이 남은 경우를 말한다.

※ 주) 가관절이란, 충분한 경과 및 골이식술 등 골유합을 얻는데 필요한 수술적 치료를 시행하였음에도 불구하고 골절부의 유합이 이루어지지 않는 ‘불유합’ 상태를 말하며, 골유합이 지연되는 지연유합은 제외한다.

- 13) ‘가관절이 남아 약간의 장애를 남긴 때’ 라 함은 경골과 종아리뼈 중 어느 한 뼈에 가관절이 남은 경우를 말한다.
- 14) ‘뼈에 기형을 남긴 때’ 라 함은 대퇴골 또는 경골에 기형이 남아 정상에 비해 부정유합된 각 변형이 15° 이상인 경우를 말한다.
- 15) 다리 길이의 단축 또는 과신장은 스캐노그램(scanogram)을 통하여 측정한다.

다. 지급률의 결정

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

10. 손가락의 장애

가. 장애의 분류

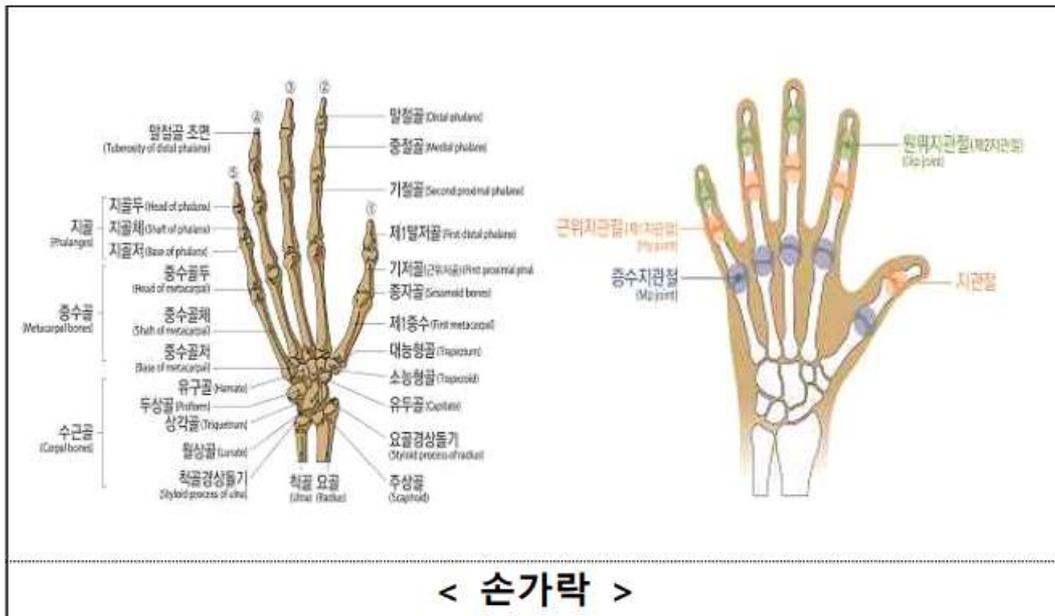
장애의 분류	지급률
1) 한손의 5개 손가락을 모두 잃었을 때	55
2) 한손의 첫째 손가락을 잃었을 때	15
3) 한손의 첫째 손가락 이외의 손가락을 잃었을 때(1손가락 마다)	10
4) 한손의 5개손가락 모두의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	30
5) 한손의 첫째 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	10
6) 한손의 첫째 손가락 이외의 손가락의 손가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때(1손가락 마다)	5

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장애를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 않는다.
- 3) 손가락에는 첫째 손가락에 2개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 지관절이라 한다.
- 4) 다른 네 손가락에는 3개의 손가락관절이 있다. 그 중 심장에서 가까운 쪽부터 중수지관절, 제1지관절(근위지관절) 및 제2지관절(원위지관절)이라 부른다.
- 5) ‘손가락을 잃었을 때’ 라 함은 첫째 손가락에서는 지관절부터 심장에서 가까운 쪽에서, 다른 네 손가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가

까운 쪽으로 손가락이 절단되었을 때를 말한다.

- 6) ‘손가락뼈 일부를 잃었을 때’ 라 함은 첫째 손가락의 지관절, 다른 네 손가락의 제1 지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 손가락 뼈의 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 손가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.
- 7) ‘손가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때’ 라 함은 첫째 손가락의 경우 중수지관절 또는 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상 운동영역의 1/2 이하인 경우를 말하며, 다른 네 손가락에 있어서는 제1, 제2지관절의 굴신운동영역을 합산하여 정상운동영역의 1/2 이하이거나 중수지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동영역이 정상운동영역의 1/2 이하인 경우를 말한다.
- 8) 한 손가락에 장애가 생기고 다른 손가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 9) 손가락의 관절기능장애 평가는 손가락 관절의 관절운동범위 제한 등으로 평가한다. 각 관절의 운동범위 측정은 장애평가시점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.



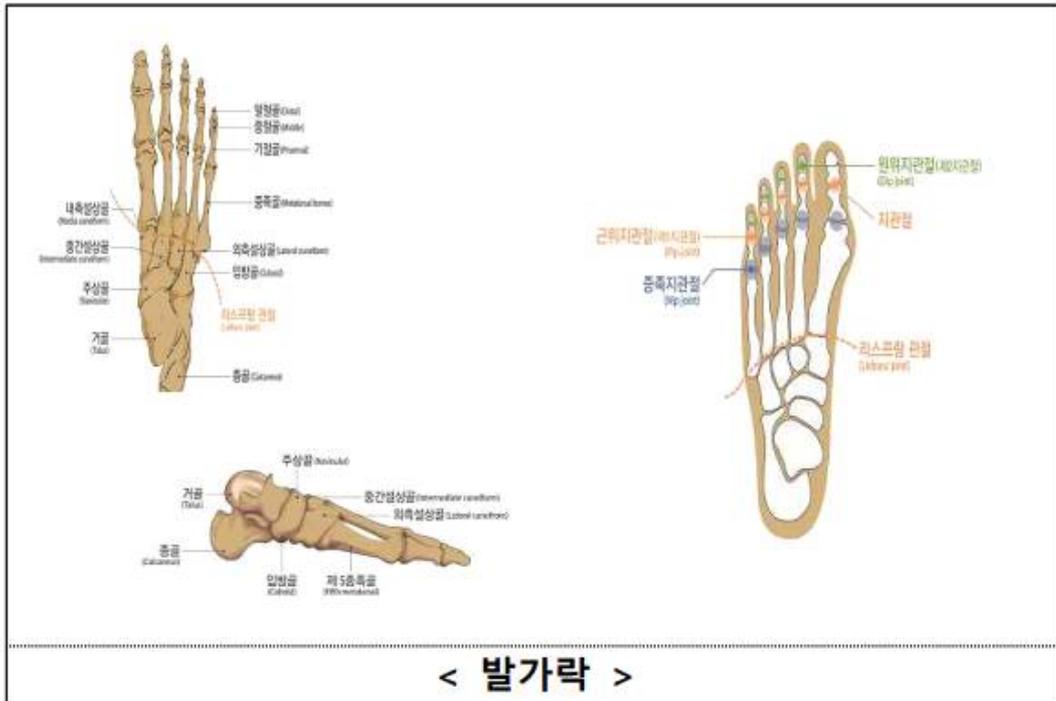
11. 발가락의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 한발의 리스프랑관절 이상을 잃었을 때	40
2) 한발의 5개발가락을 모두 잃었을 때	30
3) 한발의 첫째발가락을 잃었을 때	10
4) 한발의 첫째발가락 이외의 발가락을 잃었을 때(1발가락마다)	5
5) 한발의 5개발가락 모두의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	20
6) 한발의 첫째발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때	8
7) 한발의 첫째발가락 이외의 발가락의 발가락뼈 일부를 잃었을 때 또는 뚜렷한 장애를 남긴 때(1발가락마다)	3

나. 장애판정기준

- 1) 골절부에 금속내고정물 등을 사용하였기 때문에 그것이 기능장애의 원인이 되는 때에는 그 내고정물 등이 제거된 후에 장애를 평가한다. 단, 제거가 불가능한 경우에는 고정물 등이 있는 상태에서 장애를 평가한다.
- 2) 관절을 사용하지 않아 발생한 일시적인 기능장애(예를 들면 캐스트로 환부를 고정시켰기 때문에 치유 후의 관절에 기능장애가 발생한 경우)는 장애로 평가하지 않는다.
- 3) ‘발가락을 잃었을 때’ 라 함은 첫째 발가락에서는 지관절부터 심장에 가까운 쪽을, 나머지 네 발가락에서는 제1지관절(근위지관절)부터(제1지관절 포함) 심장에서 가까운 쪽을 잃었을 때를 말한다.
- 4) 리스프랑 관절 이상에서 잃은 때라 함은 족근-중족골간 관절 이상에서 절단된 경우를 말한다.
- 5) ‘발가락뼈 일부를 잃었을 때’ 라 함은 첫째 발가락의 지관절, 다른 네 발가락의 제1지관절(근위지관절)부터 심장에서 먼 쪽으로 발가락 뼈 일부가 절단된 경우를 말하며, 뼈 단면이 불규칙해진 상태나 발가락 길이의 단축 없이 골편만 떨어진 상태는 해당하지 않는다.
- 6) ‘발가락에 뚜렷한 장애를 남긴 때’ 라 함은 첫째 발가락의 경우에 중족지관절과 지관절의 굴신(굽히고 펴기)운동범위 합계가 정상 운동 가능영역의 1/2이하가 된 경우를 말하며, 다른 네 발가락에 있어서는 중족지관절의 신전운동범위만을 평가하여 정상운동범위의 1/2이하로 제한된 경우를 말한다.
- 7) 한 발가락에 장애가 생기고 다른 발가락에 장애가 발생한 경우, 지급률은 각각 적용하여 합산한다.
- 8) 발가락 관절의 운동범위 측정은 장애평가지점의 「산업재해보상보험법 시행규칙」 제47조 제1항 및 제3항의 정상인의 신체 각 관절에 대한 평균 운동가능영역을 기준으로 정상각도 및 측정방법 등을 따른다.



12. 흉복부장기 및 비뇨생식기의 장애

가. 장애의 분류

장애의 분류	지급률
1) 심장 기능을 잃었을 때	100
2) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능을 잃었을 때	75
3) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장애를 남긴 때	50
4) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때	30
5) 흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장애를 남긴 때	15

나. 장애의 판정기준

- 1) ‘심장 기능을 잃었을 때’ 라 함은 심장 이식을 한 경우를 말한다.
- 2) ‘흉복부장기 또는 비뇨생기 기능을 잃었을 때’ 라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - ① 폐, 신장, 또는 간장의 장기이식을 한 경우
 - ② 장기이식을 하지 않고서는 생명유지가 불가능하여 혈액투석, 복막투석 등 의료처치를 평생토록 받아야 할 때
 - ③ 방광의 저장기능과 배뇨기능을 완전히 상실한 때
- 3) ‘흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 심한 장애를 남긴 때’ 라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
 - ① 위, 대장(결장~직장) 또는 췌장의 전부를 잘라내었을 때
 - ② 소장을 3/4 이상 잘라내었을 때 또는 잘라낸 소장의 길이가 3m 이상일 때
 - ③ 간장의 3/4 이상을 잘라내었을 때
 - ④ 양쪽 고환 또는 양쪽 난소를 모두 잃었을 때

- 4) ‘흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 뚜렷한 장애를 남긴 때’ 라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
- ① 한쪽 폐 또는 한쪽 신장을 전부 잘라내었을 때
 - ② 방광 기능상실로 영구적인 요도루, 방광루, 요관 장문합 상태
 - ③ 위, 췌장을 50% 이상 잘라내었을 때
 - ④ 대장절제, 항문 괄약근 등의 기능장애로 영구적으로 장루, 인공항문을 설치한 경우(치료과정에서 일시적으로 발생하는 경우는 제외)
 - ⑤ 심장기능 이상으로 인공심박동기를 영구적으로 삽입한 경우
 - ⑥ 요도괄약근 등의 기능장애로 영구적으로 인공요도괄약근을 설치한 경우
- 5) ‘흉복부장기 또는 비뇨생식기 기능에 약간의 장애를 남긴 때’ 라 함은 아래의 경우 중 하나에 해당하는 때를 말한다.
- ① 방광의 용량이 50cc 이하로 위축되었거나 요도협착, 배뇨기능 상실로 영구적인 간헐적 인공요도가 필요한 때
 - ② 음경의 1/2 이상이 결손되었거나 질구 협착으로 성생활이 불가능한 때
 - ③ 폐질환 또는 폐 부분절제술 후 일상생활에서 호흡곤란으로 지속적인 산소치료가 필요하며, 폐기능 검사(PFT)상 폐환기 기능(1초간 노력성 호기량, FEV1)이 정상예측치의 40% 이하로 저하된 때
- 6) 흉복부, 비뇨생식기계 장애는 질병 또는 외상의 직접 결과로 인한 장애를 말하며, 노화에 의한 기능장애 또는 질병이나 외상이 없는 상태에서 예방적으로 장기를 절제, 적출한 경우는 장애로 보지 않는다.
- 7) 상기 흉복부 및 비뇨생식기계 장애항목에 명기되지 않은 기타 장애상태에 대해서는 ‘<붙임> 일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표’ 에 해당하는 장애가 있을 때 ADLs 장애 지급률을 준용한다.
- 8) 상기 장애항목에 해당되지 않는 장기간의 간병이 필요한 만성질환(만성간질환, 만성 폐쇄성폐질환 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 장애를 남긴 때	100
3) 정신행동에 심한 장애를 남긴 때	75
4) 정신행동에 뚜렷한 장애를 남긴 때	50
5) 정신행동에 약간의 장애를 남긴 때	25
6) 정신행동에 경미한 장애를 남긴 때	10
7) 극심한 치매: CDR 척도 5점	100
8) 심한 치매: CDR 척도 4점	80
9) 뚜렷한 치매: CDR 척도 3점	60
10) 약간의 치매: CDR 척도 2점	40
11) 심한 간질발작이 남았을 때	70
12) 뚜렷한 간질발작이 남았을 때	40
13) 약간의 간질발작이 남았을 때	10

나. 장애판정기준

1) 신경계

- ① “신경계에 장애를 남긴 때” 라 함은 뇌, 척수 및 말초신경계에 손상으로 인하여 “<붙임>일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장애평가표” 의 5가지 기본동작중 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 인하여 발생하는 다른 신체부위의 장애(눈, 귀, 코, 팔, 다리 등)는 해당 장애로도 평가하고 그 중 높은 지급률을 적용한다.
- ④ 뇌졸중, 뇌손상, 척수 및 신경계의 질환 등은 발병 또는 외상 후 6개월 동안 지속적으로 치료한 후에 장애를 평가한다.
그러나 6개월이 경과하였다 하더라도 뚜렷하게 기능 향상이 진행되고 있는 경우 또는 단기간내에 사망이 예상되는 경우는 6개월의 범위내에서 장애 평가를 유보한다.
- ⑤ 장애진단 전문의는 재활의학과, 신경외과 또는 신경과 전문의로 한다.

2) 정신행동

- ① 정신행동장애는 보험기간중에 발생한 뇌의 질병 또는 상해를 입은 후 18개월이 지난 후에 판정함을 원칙으로 한다. 단, 질병발생 또는 상해를 입은 후 의식상실이 1개월 이상 지속된 경우에는 질병발생 또는 상해를 입은 후 12개월이 지난 후에 판정할 수 있다.
- ② 정신행동장애는 장애판정 직전 1년 이상 충분한 정신건강의학과와의 전문적 치료를 받은 후 치료에도 불구하고 장애가 고착되었을 때 판정하여야 하며, 그렇지 않은 경우에는 그로써 고정되거나 중하게 된 장애에 대해서는 인정하지 않는다.

- ③ ‘정신행동에 극심한 장애를 남긴 때’ 라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와 치료를 받았으며 GAF 30점 이하인 상태를 말한다.
- ④ ‘정신행동에 심한 장애를 남긴 때’ 라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와 치료를 받았으며 GAF 40점 이하인 상태를 말한다. 마) ‘정신행동에 뚜렷한 장애를 남긴 때’ 라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 ‘능력장애측정기준’ 주) 상 6개 항목 중 3개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 50점 이하인 상태를 말한다.
 ※ 주) 능력장애측정기준의 항목 : ㉠ 적절한 음식섭취, ㉡ 대소변관리, 세면, 목욕, 청소 등의 청결 유지, ㉢ 적절한 대화기술 및 협조적인 대인관계, ㉣ 규칙적인 통원·약물복용, ㉤ 소지품 및 금전관리나 적절한 구매행위, ㉥ 대중교통이나 일반공공시설의 이용
- ⑤ ‘정신행동에 약간의 장애를 남긴 때’ 라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 ‘능력장애측정기준’ 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 60점 이하인 상태를 말한다.
- ⑥ ‘정신행동에 경미한 장애를 남긴 때’ 라 함은 장애판정 직전 1년 이상 지속적인 정신건강의학과와 치료를 받았으며, 보건복지부고시 「장애정도판정기준」의 ‘능력장애측정기준’ 상 6개 항목 중 2개 항목 이상에서 독립적 수행이 불가능하여 타인의 도움이 필요하고 GAF 70점 이하인 상태를 말한다.
- ⑦ 지속적인 정신건강의학과와 치료란 3개월 이상 약물치료가 중단되지 않았음을 의미한다.
- ⑧ 심리학적 평가보고서는 정신건강의학과 의료기관에서 실시되어야 하며, 면허를 갖춘 임상심리전문가가 시행하고 작성하여야 한다.
- ⑨ 정신행동장애 진단 전문의는 정신건강의학과 전문의를 말한다.
- ⑩ 정신행동장애는 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등 객관적 근거를 기초로 평가한다. 다만, 보호자나 환자의 진술, 감정의의 추정 혹은 인정, 한국표준화가 이루어지지 않고 신빙성이 적은 검사들(뇌 SPECT 등)은 객관적 근거로 인정하지 않는다.
- ⑪ 각종 기질성 정신장애와 외상후 간질에 한하여 보상한다. 파) 외상후 스트레스 장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증(조현병), 편집증, 조울증(양극성장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상이 되지 않는다.

3) 치매

- ① “치매” 라 함은 정상적으로 성숙한 뇌가 질병이나 외상 후 기질성 손상으로 파괴되어 한번 획득한 지적기능이 지속적 또는 전반적으로 저하되는 것을 말한다.

- ② 치매의 장애평가는 임상적인 증상 뿐 아니라 뇌영상검사(CT 및 MRI, SPECT 등)를 기초로 진단되어야 하며, 18개월 이상 지속적인 치료 후 평가한다. 다만, 진단시점에 이미 극심한 치매 또는 심한 치매로 진행된 경우에는 6개월간 지속적인 치료 후 평가한다.
- ③ 치매의 장애평가는 전문의(정신건강의학과, 신경과)에 의한 임상치매척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사결과에 따른다.

4) 뇌전증(간질)

- ① ‘뇌전증(간질)’ 이라 함은 돌발적 뇌파 이상을 나타내는 뇌질환으로 발작(경련, 의식장애 등)을 반복하는 것을 말한다.
- ② 간질발작의 빈도 및 양상은 지속적인 항간질제(항전간제) 약물로도 조절되지 않는 간질을 말하며, 진료기록에 기재되어 객관적으로 확인되는 간질발작의 빈도 및 양상을 기준으로 한다.
- ③ ‘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 요양관리가 필요한 상태를 말한다.
- ④ ‘뚜렷한 간질 발작’ 이라 함은 월 5회 이상의 중증발작 또는 월 10회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
- ⑤ ‘약간의 간질 발작’ 이라 함은 월 1회 이상의 중증발작 또는 월 2회 이상의 경증발작이 연 6개월 이상의 기간에 걸쳐 발생하는 상태를 말한다.
- ⑥ ‘중증발작’ 이라 함은 전신경련을 동반하는 발작으로써 신체의 균형을 유지하지 못하고 쓰러지는 발작 또는 의식장애가 3분 이상 지속되는 발작을 말한다.
- ⑦ ‘경증발작’ 이라 함은 운동장애가 발생하나 스스로 신체의 균형을 유지할 수 있는 발작 또는 3분 이내에 정상으로 회복되는 발작을 말한다.

<붙임>

일상생활 기본동작(ADLs) 제한 장해평가표

유형	제한정도에 따른 지급률
이동동작	<ul style="list-style-type: none"> - 특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 지속적인 도움이 없이는 방법을 나올 수 없는 상태(지급률 40%) - 휠체어 또는 다른 사람의 도움없이는 방법을 나올 수 없는 상태(30%) - 목발 또는 walker를 사용하지 않으면 독립적인 보행이 불가능한 상태(20%) - 독립적인 보행은 가능하나 파행이 있는 상태, 난간을 잡지않고는 계단을 오르고 내리기가 불가능한 상태, 계속하여 평지에서 100m 이상을 걷지 못하는 상태(10%)
음식물 섭취	<ul style="list-style-type: none"> - 식사를 전혀 할수 없어 계속적으로 튜브나 경정맥 수액을 통해 부분 혹은 전적인 영양공급을 받는 상태(20%) - 수저 사용이 불가능하여 다른 사람의 지속적인 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 지속적인 도움이 필요한 상태(20%) - 화장실에 가서 변기위에 앉는 일(요강을 사용하는 일 포함)과 대소변 후에 화장지로 닦고 옷을 입는 일에 다른 사람의 지속적인 도움이 필요한 상태(15%) - 배변, 배뇨는 독립적으로 가능하나 대소변후 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 지속적인 도움없이 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%)
옷입고 벗기	<ul style="list-style-type: none"> - 다른 사람의 지속적인 도움없이 전혀 옷을 챙겨 입을 수 없는 상태(10%) - 다른 사람의 지속적인 도움없이 상의 또는 하의 중 하나만을 착용할 수 있는 상태(5%) - 착용은 가능하나 다른 사람의 도움없이 마무리(단추 잠그고 풀기, 지퍼 올리고 내리기, 끈 묶고 풀기 등)는 불가능한 상태(3%)

【별표2】

악성신생물(암) 분류표

약관에 규정하는 암으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류번호
입술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00 ~ C14
소화기관의 악성신생물	C15 ~ C26
호흡기 및 가슴내 장기의 악성신생물	C30 ~ C39
뼈 및 관절연골의 악성신생물	C40 ~ C41
흑색종 및 기타 피부의 악성신생물	C43 ~ C44
종피성 및 연조직의 악성신생물	C45 ~ C49
유방의 악성신생물	C50
여성생식기관의 악성신생물	C51 ~ C58
남성생식기관의 악성신생물	C60 ~ C63
요로의 악성신생물	C64 ~ C68
눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타부위의 악성신생물	C69 ~ C72
갑상샘 및 기타 내분비샘의 악성신생물	C73 ~ C75
불명확한, 속발성 및 상세불명 부위의 악성신생물	C76 ~ C80
림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물	C81 ~ C96
독립된(원발성) 다발성 부위의 악성신생물	C97
진성 적혈구 증가증	D45
골수 형성이상 증후군	D46
만성 골수증식성 질환	D47.1
본태성(출혈성) 혈소판 증가증	D47.3
골수섬유증	D47.4
만성 호산구성 백혈병(과호산구증후군)	D47.5

제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표3】**3대암 분류표**

약관에 규정하는 3대암으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 위의 악성 신생물	C16
2. 간 및 간내 담관의 악성 신생물	C22
3. 담낭의 악성 신생물	C23
4. 담도의 기타 및 상세불명 부분의 악성 신생물	C24
5. 기관의 악성 신생물	C33
6. 기관지 및 폐의 악성 신생물	C34

제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표4】**여성 특정암 분류표**

약관에 규정하는 여성특정암으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 유방의 악성 신생물	C50
2. 외음의 악성 신생물	C51
3. 질의 악성 신생물	C52
4. 자궁경부의 악성 신생물	C53
5. 자궁체부의 악성 신생물	C54
6. 자궁의 상세불명 부분의 악성 신생물	C55
7. 난소의 악성 신생물	C56
8. 기타 및 상세불명의 여성생식기관의 악성 신생물	C57
9. 태반의 악성 신생물	C58

제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표5】

제자리신생물 분류표

약관에 규정하는 제자리암으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 구강, 식도 및 위의 제자리암종	D00
2. 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리암종	D01
3. 중이 및 호흡계통의 제자리암종	D02
4. 제자리흑색종	D03
5. 피부의 제자리암종	D04
6. 유방의 제자리암종	D05
7. 자궁경부의 제자리암종	D06
8. 기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리암종	D07
9. 기타 및 상세불명 부위의 제자리암종	D08

제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표6】

행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

약관에 규정하는 경계성종양으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 중이, 호흡기관, 흉곽내기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
4. 남성생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 행동양식 불명 및 미상의 조직구 및 비만세포 종양	D47.0
10. 미결정의 단클론감마글로불린병증	D47.2
11. 기타 명시된 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D47.7
12. 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 상세불명 신생물	D47.9
13. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표7】**뇌졸중 분류표**

약관에 규정하는 뇌졸중으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류번호
출산손상으로 인한 두 개내 열상 및 출혈	P10
태아 및 신생아의 두 개내 비외상성 출혈	P52
지주막하출혈	I60
뇌내출혈	I61
기타 비외상성 머리내 출혈	I62
뇌경색증	I63
대뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐색 및 협착	I65
대뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐색 및 협착	I66

제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표8】**급성심근경색증 분류표**

약관에 규정하는 급성심근경색증으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류번호
급성 심근경색증	I21
후속 심근경색증	I22
급성 심근경색증에 의한 특정 현존 합병증	I23

제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표9】**뇌출혈 분류표**

약관에 규정하는 뇌출혈로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류코드
1. 출산손상으로 인한 두 개내 열상 및 출혈	P10
2. 태아 및 신생아의 두 개내 비외상성 출혈	P52
3. 지주막하 출혈	I60
4. 뇌내출혈	I61
5. 기타 비외상성 머리내 출혈	I62

제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표10】**허혈성심질환 분류표**

약관에 규정하는 허혈성심질환으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류번호
1. 협심증	I20
2. 급성심근경색증	I21
3. 후속심근경색증	I22
4. 급성심근경색증에 의한 특정 현재 합병증	I23
5. 기타 급성 허혈성심장질환	I24
6. 만성 허혈성심장병	I25

제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표11】 삭제

【별표12】

수술분류표

수 술 종 류	
피부.유방의 수술 (皮膚,乳房의手術)	1. 피부이식수술(植皮術) (25cm ² 미만은 제외함) 2. 유방절단술(乳房切斷術)
근골의 수술 (筋骨의手術) [발정술(拔釘術)은 제외함]	3. 골이식술(骨移植術) 4. 골수염 골결핵 수술(骨髓炎骨結核手術) [농양(膿瘍)의 단순한 절개는 제외함] 5. 두개골 관혈수술(頭蓋骨 觀血手術) [비골 비중격(鼻骨 鼻中隔)은 제외함] 6. 비골 관혈수술(鼻骨 觀血手術)[비중격만곡증수술(鼻中隔灣曲症手術)은 제외함] 7. 상악골 하악골 악관절 관혈수술(위턱뼈, 아래턱뼈, 顎關節 觀血手術)[치.치육(齒.齒肉)의 처치에 수반하는 것은 제외함] 8. 척추 골반 관혈수술(脊椎 骨盤 觀血手術) 9. 쇄골 견갑골 늑골 흉골 관혈수술(鎖骨 肩胛骨 肋骨胸骨觀血手術) 10. 사지절단술(팔.다리切斷術) [손가락.발가락은 제외함] 11. 절단사지재접합술(切斷팔.다리再接合術) [골.관절(骨.關節)의 이단(離斷)에 수반하는 것] 12. 사지골 사지관절 관혈수술 (팔.다리骨 팔.다리關節 觀血手術) [손가락.발가락은 제외함] 13. 근.건.인대.관혈수술(筋建 靱帶 觀血手術) [손가락.발가락은 제외함. 근염 결절종 점액증수술(筋炎 結切腫 粘液腫手術)은 제외함]
호흡기.흉부의 수술 (呼吸器.가슴의手術)	14. 만성부비강염근본수술(慢性副鼻腔炎根本手術) 15. 후두전절제술(喉頭全切除術) 16. 기관 기관지 폐 흉막수술(氣管 氣管支 肺 胸膜手術) [개흉술(開胸術)을 수반하는 것] 17. 흉곽형성술(胸廓形成術) 18. 중격종양적출술(縱隔腫瘍摘出術)
순환기.비의수술 (循環器.脾의手術)	19. 관혈적혈관 형성술(觀血의血管 形成術) [혈액투석용(血液透析用)외 SHUNT 형성술(形成術)을 제외함] 20. 정맥류근본수술(精脈瘤根本手術) 21. 대동맥 대정맥 폐동맥 관동맥수술(大動脈 大精脈 肺動脈 冠動脈手術)[개흉 개복술(開胸 開腹術)을 수반하는 것] 22. 심막절개 봉합술(心膜切開 縫合術) 23. 직시하심장내수술(直視下心藏內手術) 24. 체내용(體內用) Pace Maker 매입술(埋入術) 25. 비절제술(脾切除術)
소화기의 수술 (消化器의手術)	26. 이하선종양적출술(耳下腺腫瘍 摘出術) 27. 악하선종양적출술(顎下腺腫瘍 摘出術) 28. 식도이단술(食道離斷術) 29. 위절제술(胃切除術) 30. 기타의 위 식도수술(胃 食道手術) [개흉 개복술(開胸 開腹術)을 수반하는 것] 31. 복막염수술(腹膜炎手術) 32. 간장 담낭 담도 췌장 관혈수술(肝腸 膽囊 膽道 胰臟 觀血手術) 33. 탈장 근본수술(脫腸 根本手術) 34. 충수절제술 맹장봉축술(蟲垂切除術 盲腸縫縮術) 35. 직장탈근본수술(直腸脫根本手術) 36. 기타의 장 장간막수술(腸 腸間膜手術) [개복술(開腹術)을 수반하는 것] 37. 치루 탈항 치핵근본수술(痔屢 脫肛 痔核根本手術) [근치(根治)를 목적으로 한 것으로 처치 단순한 치핵(痔核)만의 수술은 제외함]

<p>뇨.성기의 수술 (尿.性器의 수술)</p>	<p>38. 콩팥(신장)이식수술(腎移植手術) [수용자(受容者)에 한함] 39. 신장 신우 뇨관 방광 관혈수술(콩팥 腎盂 尿管 膀胱 觀血手術) [경뇨도적조작(經尿道的操作)은 제외함] 40. 뇨도협착 관혈수술(尿道狹窄 觀血手術) [경뇨도적조작(經尿道的操作)은 제외함] 41. 뇨루폐쇄 관혈수술(尿屢閉鎖 觀血手術) [경뇨도적조작(經尿道的操作)은 제외함] 42. 음경절단술(陰莖切斷術) 43. 고환 부고환 정관 정색 정낭 전립선수술(睪丸 副睪丸 精管 精索 精囊 前立腺手術) 44. 음낭수종근본수술(陰囊手腫根本手術) 45. 자궁광범전절제술(子宮廣汎全切除術) [단순자궁전적(單純子宮全摘)등의 자궁전절제술(子宮全切除術)은 제외함] 46. 자궁경관형성술 자궁경관봉축술(子宮經管形成術 子宮經管縫縮術) 47. 제왕절개만출술(帝王切開娩出術) 48. 자궁외 임신수술(子宮外 妊娠手術) 49. 자궁탈 질탈수술(子宮脫 膺脫手術) 50. 기타의 자궁수술(子宮手術) [자궁경관 Polyp 절제술 인공임신 중절술(子宮經管 Polyp 切除術 人工妊娠中絶術)은 제외함] 51. 난관 난소 관혈수술(卵管 卵巢 觀血手術) [경질적조작(經腔的操作)은 제외함] 52. 기타의 난관 난소수술(卵管卵巢手術)</p>
<p>내분비기의 수술 (內分泌器의 手術)</p>	<p>53. 하수체종양절제술(下垂體腫瘍切除術) 54. 갑상선수술(甲狀腺手術) 55. 부신전절제술(副腎全切除術)</p>
<p>신경의 수술 (神經의手術)</p>	<p>56. 두개내 관혈수술(頭蓋內 觀血手術) 57. 신경 관혈수술(神經 觀血手術) [형성술 이식술 절제술 감압술 개방술 염제술(形成術 移植術 切除術 減壓術 開放術 捻除術)] 58. 관혈척척수종양적출수술(觀血的脊髓腫瘍摘出手術) 59. 척수경막내외 관혈수술(脊髓硬膜內外 觀血手術)</p>
<p>감각기.시기의 수술 (感覺器.視器의 手術)</p>	<p>60. 안검하수증수술(눈꺼풀이 느러짐症手術) 61. 누소관형성술(淚小管形成術) 62. 누낭비강문합술(淚囊鼻腔吻合術) 63. 결막낭형성술(結膜囊形成術) 64. 각막이식술(角膜移植術) 65. 관혈적전방 홍채 초자체 안와내이물제거술(觀血的前房 紅彩 硝子體 眼窩內異物除去術) 66. 홍채전후유착박리술(紅彩前後癒着剝離術) 67. 녹내장 관혈수술(綠內障 觀血手術) 68. 백내장 수정체 관혈수술(白內障 水晶體觀血手術) 69. 초자체 관혈수술(硝子體 觀血手術) 70. 망막박리증수술(網膜剝離症手術) 71. Laser 냉동응고(冷凍凝固)에 의한 안구수술(眼球手術) [시술(施術)개시일부터 60일간에 1회의 급여를 한도로 함] 72. 안구절제술 조직충전술(眼球切除術, 組織充填術) 73. 안와종양적출술(眼窩腫瘍摘出術) 74. 안근이식술(眼筋移植術)</p>

<p>감각기.청기의 수술 (感覺器.聽器의 手術)</p>	<p>75. 관혈적고막 고실형성술(觀血的鼓膜 鼓室型成術) 76. 유양동삭개술(乳樣洞削開術) 77. 중이근본수술(中耳根本手術) 78. 내이 관혈수술(內耳 觀血手術) 79. 청신경중양적출술(聽神經腫瘍 摘出術)</p>
<p>악성신생물의 수술 (惡性新生物의 手術)</p>	<p>80. 악성신생물근치수술(惡性新生物根治手術) 81. 악성신생물온열요법(惡性新生物溫熱療法) (수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보 험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.) 82. 기타의 악성신생물수술(惡性新生物手術)</p>
<p>상기이외의 수술 (上記 以外の 手術)</p>	<p>83. 상기이외의 개두술(開頭術) 84. 상기이외의 개흉술(開胸術) 85. 상기이후의 개복술(開腹術) 86. 충격파(衝擊波)에 의한 체내결석파쇄술(體內結石破碎術) (수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보 험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.)</p>
<p>상기이외의 수술 (上記 以外の 手術)</p>	<p>87. Fiberscope 또는 혈관(血管) Basket Catheter에 의한 뇌후 두 흉부 복부 장기수술(腦喉頭 가슴 배藏器手術) (검사 처치는 포함하지 않음. 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수 술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능 합니다.]</p>
<p>신생물근치 방사선조사 (新生物根治 放射線照射)</p>	<p>88. 신생물근치 방사선조사(新生物根治 放射線照射) (5,000Rad 이상의 조사(照射)로 시술(施術) 개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지 급이 가능합니다.)</p>

【별표13】

골절 분류표

약관에 규정하는 골절로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류코드
1. 두개골 및 안면골의 골절	S02
2. 머리의 압궤손상	S07
3. 상세불명의 머리손상	S09.9
4. 목의 골절	S12
5. 늑골(갈비뼈), 흉골(복장뼈) 및 흉추골의 골절	S22
6. 요추 및 골반의 골절	S32
7. 어깨 및 팔죽지의 골절	S42
8. 아래팔의 골절	S52
9. 손목 및 손부위에서의 골절	S62
10. 대퇴골의 골절	S72
11. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
12. 발목을 제외한 발의 골절	S92
13. 다발성 신체부위의 골절	T02
14. 상세불명 부위의 척추의 골절	T08
15. 상세불명 부위의 상지골절	T10
16. 상세불명 부위의 하지골절	T12
17. 상세불명 신체부위의 골절	T14.2

제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표14】

화상 분류표

약관에 규정하는 화상으로 분류되는 손상은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류기호
1. 머리 및 목의 화상 및 부식	T20
2. 몸통의 화상 및 부식	T21
3. 손목 및 손을 제외한 어깨 팔의 화상 및 부식	T22
4. 손목 및 손의 화상 및 부식	T23
5. 발목 및 발을 제외한 엉덩이 및 다리의 화상 및 부식	T24
6. 발목 및 발의 화상 및 부식	T25
7. 눈 및 부속기에 국한된 화상 및 부식	T26
8. 호흡기도의 화상 및 부식	T27
9. 기타 내부기관의 화상 및 부식	T28
10. 다발성 신체부위의 화상 및 부식	T29
11. 상세불명 신체부위의 화상 및 부식	T30
12. 포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 화상	T31
13. 포함된 신체표면의 정도에 따라 분류된 부식	T32
14. 방사선과 관련된 피부 및 피부밑조직의 기타 장애	L59

제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 손상 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 손상이 있는 경우에는 그 손상도 포함하는 것으로 합니다.

[별표15]

뇌혈관질환 분류표

약관에 규정하는 뇌혈관로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류코드
1. 출산손상으로 인한 두 개내 열상 및 출혈	P10
2. 태아 및 신생아의 두 개내 비외상성 출혈	P52
3. 지주막하 출혈	I60
4. 뇌내출혈	I61
5. 기타 비외상성 머리내 출혈	I62
6. 뇌경색증	I63
7. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
8. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
9. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
10. 기타 뇌혈관질환	I67
11. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68
12. 뇌혈관질환의 후유증	I69

제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표16】

골절(치아파절제외) 분류표

약관에 규정하는 골절로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류코드
1. 두개골 및 안면골의 골절	S02
2. 머리의 으깬손상	S07
3. 머리의 상세불명의 손상	S09.9
4. 목의 골절	S12
5. 늑골(갈비뼈), 흉골(복장뼈) 및 흉추골의 골절	S22
6. 요추 및 골반의 골절	S32
7. 어깨 및 위팔의 골절	S42
8. 아래팔의 골절	S52
9. 손목 및 손부위에서의 골절	S62
10. 대퇴골의 골절	S72
11. 발목을 포함한 아래다리의 골절	S82
12. 발목을 제외한 발의 골절	S92
13. 여러 신체부위를 침범한 골절	T02
14. 척추의 상세불명 부위의 골절	T08
15. 팔의 상세불명 부위의 골절	T10
16. 다리의 상세불명 부위의 골절	T12
17. 상세불명 신체부위의 골절	T14.2

제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표17】

탈구, 신경손상, 압착손상 분류표

약관에 규정하는 탈구, 신경손상, 압착손상으로 분류되는 질병은 제8차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1. 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병	분류코드
경추의 탈구	S13.1
목의 기타 및 상세불명 부분의 탈구	S13.2
목의 다발탈구	S13.3
흉추의 탈구	S23.1
흉부의 기타 및 상세불명 부분의 탈구	S23.2
요추의 탈구	S33.1
천장관절 및 천미관절의 탈구	S33.2
어깨관절의 탈구	S43.0
견쇄관절의 탈구	S43.1
흉쇄관절의 탈구	S43.2
견갑대의 기타 및 상세불명 부분의 탈구	S43.3
요골머리의 탈구	S53.0
팔꿈치의 상세불명 탈구	S53.1
손목의 탈구	S63.0
손가락의 다발탈구	S63.2
고관절의 탈구	S73.0
무릎뼈의 탈구	S83.0
무릎의 탈구	S83.1
발목관절의 탈구	S93.0
발의 기타 및 상세불명 부분의 탈구	S93.3
뇌신경의 손상	S04
목부위의 신경 및 척수의 손상	S14
흉부부위의 신경 및 척수의 손상	S24
복부, 아래등 및 골반 부위의 신경 및 허리척수의 손상	S34
어깨 및 위팔 부위의 신경의 손상	S44
아래팔 부위의 신경의 손상	S54
손목 및 손 부위의 신경의 손상	S64
엉덩이 및 대퇴 부위의 신경의 손상	S74
아래다리 부위의 신경손상	S84
발목 및 발 부위의 신경의 손상	S94
목부위의 신경 및 척수의 손상을 동반한 뇌 및 뇌신경의 손상	T06.0
기타 여러 신체부위를 침범한 신경 및 척수의 손상	T06.1
여러 신체부위를 침범한 신경의 손상	T06.2
몸통의 상세불명의 신경, 척수신경근 및 척추 신경총의 손상	T09.4
팔의 상세불명 부위의 상세불명 신경의 손상	T11.3
다리의 상세불명 부위의 상세불명 신경의 손상	T13.3
목의 으깬손상	S17
어깨 및 위팔의 으깬손상	S47
아래팔의 으깬손상	S57
엉덩이 및 대퇴의 으깬손상	S77
아래다리의 으깬손상	S87
발목 및 발의 으깬손상	S97
여러 신체부위를 침범한 으깬손상	T04

제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

【별표18】

보험금을 지급할 때의 적립이율

기 간	지급이자
지급기일의 다음 날부터 30일이내 기간	보험계약대출이율
지급기일의 31일이후부터 60일이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(4.0%)
지급기일의 61일이후부터 90일이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(6.0%)
지급기일의 91일이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율(8.0%)

- 주) 1. 보험계약대출이율은 보험개발원이 공시하는 보험계약대출이율을 적용합니다.
 2. 가산이율 적용시 보통약관 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 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

<별지 제1호 서식>

단체상해공제 등록신청서

자 치 단 체 명			
소속 및 담당자		연 락 처	
주 소			
가 입 기 간	년 월 일 부터	년 월 일 까지	

가입인원 현황

구 분	남	여	계
인 원 수			
평균연령			

※ 개별명단 별첨 요망(첨부양식 참조)

세부가입 현황

구 분	담 보	가입금액(원)	비 고	구 분	가입금액(원)	비 고
사망 및 후유장해	상 해 사 망	원		질 병 사 망	원	
	상해후유장해	원	3%~100% 상해후유장해 발생 시	질병80%이상 고도후유장해 질병사망 및 80% 질병후유장해	원	
실손 의료비	상 해	원	통원 부보장 <input type="checkbox"/>	질 병	원	통원 부보장 <input type="checkbox"/>
	- 가입금액 : 입원5백만·통원5만 / 입원1천만·통원10만 / 입원3천만·통원15만 / 입원5천만·통원20만원 중 택 1 - 통원부보장 : 해당 특약 선택 시 입원에 한하여 보장(통원은 보장하지 아니함) - 3대비급여*는 보장하지 아니함 *비급여도수치료/체외충격파치료/증식치료, 비급여 주사제, MRI/MRA					
입원일당	상 해 일 당	원	1일이상 180일한도	질 병 일 당	원	1일이상 180일한도
주요 진단비	암 진 단 비	원	갑상선암(30%) 경계성종양(30%) 상피내암(10%) 기타피부암(10%)	허혈성심질환진단비	원	허혈성심질환, 급성심근경색 중 택1
	뇌 졸 중 진 단 비	원	뇌졸중, 뇌출혈 중 택1	급성심근경색진단비	원	
	뇌 출 혈 진 단 비	원				
기타	일상생활배상책임 (자기부담금2만원)	원	1백만,5백만,1천만,3천만,5천만,7천만,1억원 중 택1	전화금융사기 (보이스피싱)	원	1백만,2백만,3백만,5백만,1천만원 중 택1
	화상진단비	원		화상수술비	원	
	골절진단비	원	(치아파절제외)	골절수술비	원	
	수 술 비	원		탈구, 신경손상, 압착손상진단비	원	

- 실손의료비 담보 중복가입에 대한 안내를 충분히 받으셨습니까? Yes /No

- 실손의료비 담보를 중복가입 하시겠습니까? Yes /No

※ 기타 담보의 경우는 공제등록 신청 전 공제회와 협의 필수

위와 같이 공제등록을 신청합니다.

년 월 일

단체상해공제 실손의료비 사전조회 안내

- 본 안내문은 2014년10월16일 시행 보험업법시행령 개정 및 보험업감독규정 개정에 따라 단체상해공제 실손의료비 계약 체결 전 공제계약에 필요한 사항에 대한 안내입니다.

<보험업법 시행령 제42조의5 제1항 제1호 삭제>

보험업법 시행령 개정

- 실손의료보험 가입시 중복가입 여부 확인·안내
 - (2014.10.16일 이전) 개인이 실손의료보험을 가입할 때에만 보험사가 실손의료보험의 중복가입 여부를 확인·안내 후 가입
 - (2014.10.16일 이후) 실손의료보험 중복가입 여부 확인·안내 대상을 단체보험까지 확대

실손의료비(특약) 란?

- 보험약관에 정해진 사고발생시 약정된 금액을 보상하는 정액형 보험(암보험, 사망보험 등)과 달리 실손형 보험(특약)은 보험가입금액(보상한도)을 최대한도로 가입자가 실제 지급한 비용을 보상하는 보험(특약).
 - 실손의료보험을 중복가입할 경우 보험금 지급시 비례 보상되며 부담한 치료비를 초과 하여 중복으로 보상 받지 못함.

- 공제계약자는 계약 체결 전 실손의료비 중복가입 사전조회를 위하여 이·통장들의 정보를 작성 후 제출하여야 합니다.
- 공제계약자는 중복가입자 명단을 통보 받고 기존 실손의료보험에 이미 가입한 이·통장들을 위해 가입유형을 선택하여 계약체결을 요청할 수 있습니다.
- 공제계약자는 이·통장들의 변경내역을 즉시 통지함으로써 계약 체결 및 유지가 원활히 이루어지도록 하여야 하며 이·통장들의 변경내역에 대한 통지가 지연될 경우 불이익이 발생할 수 있습니다.

