

단체상해보험 상품 안내

I. 담보내용

Plan 1) 실손형

담보조건	담보금액
24시간 상해후유장해	5천만원
상해입원일당	5만원
질병입원일당	5만원
선택형 상해입원의료비 기본형	2천만원
선택형 상해통원의료비(외래) 기본형	25만원
선택형 상해통원의료비(처방) 기본형	5만원
선택형 질병입원의료비 기본형	2천만원
선택형 질병통원의료비(외래) 기본형	25만원
선택형 질병통원의료비(처방) 기본형	5만원
비급여 도수치료,해외충격파치료,증식치료 특약형	350만원
비급여 주사료 특약형	250만원
비급여 MRI/MRA 특약형	300만원
골절치료비	10만원
수술비	70만원
일상생활배상책임	1천만원

Plan 2) 치과형

담보조건	담보금액
24시간 상해후유장해	5천만원
상해입원일당	5만원
질병입원일당	5만원
골절치료비	10만원
치아보존치료비 I	7~10만원
수술비	70만원
일상생활배상책임	1천만원

II. 상품내용 요약

동 내용은 이해의 편의를 위해 보장의 내용을 간단하게 설명한 것으로 상세 내용은 약관상의 기준에 따라 적용됩니다.

1. 상해로 인한 후유장해 담보

- 상해로 인한 3%~100% 장해발생시 해당 장해율에 따른 지급
[예시] 장해율 20% 발생 : 5천만원 x 20% = 1천만원
- 장해율 예시
[시각장해] 한눈이 멀었을 때 50% / 한눈에 뚜렷한 시야장해를 남길 때 5%
[귀의장해] 두귀의 청력을 완전히 상실 80% / 평형기능의 장해를 남길 때 10%
[척추장해] 추간판 탈출증으로 인한 심한 신경장해 20%

2. 상해 및 질병 입원일당 담보

- 상해 또는 질병으로 입원시 입원 1일당 5만원 지급 [총 180일한도]
- 지급예시
상해 또는 질병으로 30일 입원시 : 의료비외 150만원 지급
(5만원 x 30일 = 150만원)

3. 수술비용 담보

- 질병 또는 상해의 치료를 목적으로 수술시 담보금액(50만원) 지급
 - 해당되는 수술은 약관 [별표20] 수술분류표 참조
- 지급예시
 - 복막염으로 인해 수술시 : 50만원 정액지급

4. 상해/질병 입원/통원 의료비 담보

- 상해 또는 질병으로 인한 입원 및 통원의료비 담보
 - 입원비(입원실료, 입원제비용, 입원수술비, 상급병실료 차액 담보) 및 통원치료비, 처방조제비 담보
- 공제금액(입원)
 - 의료급여중 본인부담금의 10%와 비급여 해당액 20%를 합한금액
- 지급예시
 - 상해 또는 질병으로 입원하여 의료급여에 해당하는 치료비 1천만원 발생
 - 의료비의 10%를 공제하고 9백만원 지급

5. 3대 비급여 담보(비급여 도수치료, 주사료 및 자기공명영상진단등)

- 치료의 목적으로 병원에 입원/통원하여 비급여인 아래의 내용 발생하는 경우
 - 비급여 도수치료,체외충격파치료,증식치료
 - 비급여 주사료
 - 비급여 자기공명진단(MRI/MRA)
- 보상한도
 - 계약일 또는 매년 계약해당일부터 1년 단위로.
 - 비급여 도수치료 체외 충격파치료, 증식치료 : 350만원 이내에서 각치료 합산 50회까지 보상
 - 비급여 주사비: 250만원 이내에서 입원과 통원을 합산하여 50회까지 보상
 - 비급여 자기공명영상진단 : 연간 300만원 한도 내에서보상
- 공제금액
 - 입원/통원 1회당 2만원과 보상대료의료비의 30% 중 큰 금액
- 지급예시
 - 비급여 주사료로 의료비 30만원 발생시, 의료비의 30%인 9만원을 공제하고 21만원 지급

6. 일상생활배상책임

- 피보험자가 아래의 사고로 타인의 신체의 장애 또는 재물의 손해에 대한 법률적인 배상책임을 부담
 - 피보험자가 주거용으로 사용하는 보험증권에 기재된 주택의 소유,사용,관리로 인한 우연한 사고
 - 피보험자의 일상생활(주택 이외의 부동산의 소유,사용 및 관리제외)로 인한 우연한 사고
- 보상하는 손해의 범위
 - 피보험자가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금
 - 계약자 또는 피보험자가 지출한 약관상 담보 금액

7. 골절치료비

- 피보험자가 보험기간 중에 상해를 입고 그 직접결과로써 약관의 골절분류표에 정한 골절로 진단 확정된 경우에 1사고마다 골절치료비 보험가입금액을 피보험자에게 지급

8. 치아보존치료비 I

- 보장 개시일 이후에 질병(치아우식증/치주질환) 또는 상해로 인하여 영구치에 손상이 생겨 손상된 부위의 원상회복을 위하여(형태학적/기능적복구) 치아보존치료를 진단 확정 받아 치료한 경우 보험가입금액을 1회에 한하여 지급
- 담보하는 질병
 - 치아우식, 치수 및 근단주위조직의 질환, 치은염 및 치주질환
- 치료항목
 - 아말감, 글래스아이노머, 레진, 가성금관

사고처리 안내

□ 사고발생시 접수처 : 메리츠화재 단체상해접수파트

- 전화번호 : 1811-8412
- 팩스번호 : 0505-021-6100

□ 보험금 청구시 구비서류

구분	서류	비고
공통자료	<ul style="list-style-type: none"> ✧ 보험금청구서(계좌번호포함) ✧ 개인(신용)정보처리동의서 ✧ 신분증사본 (☞지문정보가 포함된 주민등록증 뒷면은 수집하지 않습니다.) 	회사양식 (첨부참조)
추가서류	<ul style="list-style-type: none"> ✧ 법정대리인(후견인) 확인서류 	
상해후유장해	<ul style="list-style-type: none"> ✧ 후유장해진단서 ✧ 정밀검사결과지 	의료기관 발급
입원일당	<ul style="list-style-type: none"> ✧ 입퇴원확인서(진단명기재) 	의료기관 발급
수술비	<ul style="list-style-type: none"> ✧ 수술기록지 (진단명,수술명,수술일자가 포함된 서류) ✧ 세부내역서 	의료기관 발급
의료비	<p>[기본]</p> <ul style="list-style-type: none"> ✧ 진료비계산영수증 (통원시 일자별 영수증 및 약국 영수증) ✧ 진료비세부내역서 (비급여 없는 경우 생략가능) <p>[입원]</p> <ul style="list-style-type: none"> ✧ 진단명과 입원기간이 포함된 입퇴원 확인서, 진료 확인서 ✧ 진단서 <p>[통원 :3~10만원 이하]</p> <ul style="list-style-type: none"> ✧ 처방전(질병분류코드포함) <p>[통원 : 10만원 이상]</p> <ul style="list-style-type: none"> ✧ 통원확인서,진단서,처방전 중 선택 진단명(질병분류코드포함), 통원일이 포함된 서류중 하나 	의료기관 발급

골절진단비	✧ 진단명,진단일자가 포함된 서류 (의사소견서, 진단서, 진료기록지등)	의료기관 발급
치아보존 치료비 I	✧ 진료비계산서, 치과치료기록사본, X-ray등 판독자료 등	의료기관 발급

주) 사고내용, 특성에 따라 추가서류를 요청할 수 있습니다.

단체상해보험 약관 안내

동 내용은 이해의 편의를 위해 약관상의 주요 내용을 발췌한 것으로, 동 내용에 기재되어 있지 않은 사항은 약관의 내용에 따릅니다.

● 24시간 상해후유장해

피보험자가 보험기간중에 상해의 직접결과로서 장애분류표(첨부된 약관의 별표1)에서 정한 장애지급률을 초과하는 고도의 장애상태가 되었을 때

● 24시간상해 입원일당

- ✓ 피보험자가 보험기간 중에 상해의 직접결과로서 생활기능 또는 업무능력에 지장을 가져와 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하였을 경우 최초 입원일로부터 최고 180일을 한도로 입원 1일에 대하여 일당액을 입원일당으로 지급
- ✓ 피보험자가 동일한 상해의 치료를 목적으로 입원일로부터 180일 이내에 2회 이상 입원한 경우 이를 계속입원으로 보아 입원일수에 가산
- ✓ 피보험자가 보장개시일 이후 보장되는 사고로 입원치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 보험기간 만료전 입원일로부터 180일을 한도로 보장

● 24시간질병 입원일당

- ✓ 피보험자가 보험기간중에 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다)에 입원하였을 경우 최초 입원일로부터 최고 180일을 한도로 입원 1일에 대한 일당액을 질병입원일당으로 지급
- ✓ 동일한 질병의 치료를 목적으로 2회 이상 입원한 경우 이를 1회 입원으로 보아 각 입원일수에 가산
- ✓ 피보험자가 보장개시일 이후 제1항에서 정한 사고로 입원치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 경우에도 보험기간 만료전 입원일로부터 180일을 한도로 보장
- ✓ 동일한 질병에 대한 입원이라도 입원급여금이 지급된 최종입원의 퇴원일부터 180일이 경과하여 개시한 입원은 새로운 입원으로 봄

✓ 보험금 미지급사유

- 피보험자의 자해, 자살, 자살미수, 범죄행위 또는 폭력행위(다만, 형법상 정당방위, 긴급피난 및 정당행위로 인정되는 경우에는 보상)
- 피보험자의 치매를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
- 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
- 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술
- 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료
- 위생관리, 미모를 위한 성형수술
- 치과질환
- 기타 추가 내용은 약관참조

● 실손의료비 담보

1. 상해입원의료비

구분	보상금액
<p>입원실료 입원제비용 입원수술비</p>	<p>「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 90%에 해당하는 금액과'비급여(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)'의 80%에 해당하는 금액을 합한 금액. 다만, 급여 중 본인부담금의 나머지 10%와 비급여의 나머지 20%를합한 금액이 계약일 또는 매년 계약해당일부터 기산하여 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상 합니다. 주)상급병실료 차액은 제외합니다.</p>
<p>상급별실료차액</p>	<p>입원 시 실제로 사용한 병실과 기준병실의 병실료 차액에서 50%를 뺀 금액. 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.</p>

2. 상해통원의료비(외래/처방)

[항목별 보상금액]

구분	보상금액
외래	방문 1회당 '국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금'과 '비급여'의 합계액(본인이 실제로 부담한 금액)에서 항목별 공제금액을 차감하고 외래의 보험가입금액을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간방문 180회 한도)
처방조제비	처방전 1건당 '국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금'과 '비급여'의 합계액(본인이 실제로 부담한 금액)에서 항목별 공제금액을 차감하고 처방조제비의 보험가입금액을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 처방전 180건 한도)

[항목별 공제금액]

구분	항목	공제금액
외래 (외래 제비용 및 외래 수술비 합계)	「의료법」 제3조 제2항 제1호에 따른 의원, 치과의원, 한의원, 같은 항 제2호에 따른 조산원, 「지역보건법」 제10조, 제12조 및 제13조에 따른 보건소, 보건의료원 및 보건지소, 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」 제15조에 따른 보건진료소	1만원과 공제기준 금액(보상대상의료비의 급여 10%에 해당하는 금액과 비급여 20%에 해당하는 금액을 합한 금액)중 큰 금액
	「의료법」 제3조 제2항 제3호에 따른 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	1만5천원과 공제기준금액(보상대상의료비의 급여 10%에 해당하는 금액과 비급여 20%에 해당하는 금액을 합한 금액)중 큰 금액
	「국민건강보험법」 제42조 제2항에	2만원과 공제기준

	다른종합전문요양기관 또는 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원	금액(보상대상의료비의 급여 10%에 해당하는 금액과 비급여 20%에 해당하는 금액을 합한 금액)중 큰 금액
처방조제비	「국민건강보험법」 제42조 제1항 제2호에 따른 약국, 같은 항 제3호에 따른 한국희귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의처방전 1건당, 의약분업 예외지역에서 약사의 직접조제 1건당)	8천원과 공제기준 금액(보상대상의료비의 급여 10%에 해당하는 금액과 비급여 20%에 해당하는 금액을 합한 금액)중 큰 금액

3. 질병입원의료비

구분	보상금액
입원실료 입원제비용 입원수술비	「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 90%에 해당하는 금액과 비급여(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 80%에 해당하는 금액을 합한 금액. 다만, 급여 중 본인부담금의 나머지 10%와 비급여의 나머지 20%를 합한 금액이 계약일 또는 매년 계약해당일부더 기산하여 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상 합니다. 주)상급병실료 차액은 제외합니다.
상급별실료차액	입원 시 실제로 사용한 병실과 기준병실의 병실료 차액에서 50%를 뺀 금액. 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.

4. 질병통원의료비(외래/처방)

[항목별 보상금액]

구분	보상금액
외래	방문 1회당 '국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금'과 '비급여'의 합계액(본인이 실제로 부담한 금액)에서 항목별 공제금액을 차감하고 외래의 보험가입금액을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간방문 180회 한도)
처방조제비	처방전 1건당 '국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금'과 '비급여'의 합계액(본인이 실제로 부담한 금액)에서 항목별 공제금액을 차감하고 처방조제비의 보험가입금액을 한도로 보상(매년 계약해당일로부터 1년간 처방전 180건 한도)

[항목별 공제금액]

구분	항목	공제금액
외래 (외래 제비용 및 외래 수술비 합계)	「의료법」 제3조 제2항 제1호에 따른 의원, 치과의원, 한의원, 같은 항 제2호에 따른 조산원, 「지역보건법」 제10조, 제12조 및 제13조에 따른 보건소, 보건의료원 및 보건지소, 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」 제15조에 따른 보건진료소	1만원과 공제기준 금액(보상대상의료비의 급여 10%에 해당하는 금액과 비급여 20%에 해당하는 금액을 합한 금액)중 큰 금액
	「의료법」 제3조 제2항 제3호에 따른 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	1만5천원과 공제기준금액(보상대상의료비의 급여 10%에 해당하는 금액과 비급여 20%에 해당하는 금액을

		합한 금액)중 큰 금액
	「국민건강보험법」 제42조 제2항에 따른 종합전문요양기관 또는 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원	2만원과 공제기준 금액(보상대상의료비의 급여 10%에 해당하는 금액과 비급여 20%에 해당하는 금액을 합한 금액)중 큰 금액
처방조제비	「국민건강보험법」 제42조 제1항 제2호에 따른 약국, 같은 항 제3호에 따른 한국희귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의처방전 1건당, 의약품업 예외지역에서 약사의 직접조제 1건당)	8천원과 공제기준 금액(보상대상의료비의 급여 10%에 해당하는 금액과 비급여 20%에 해당하는 금액을 합한 금액)중 큰 금액

5. 실손의료비(상해/질병 입/통원의료비) 보상하지 않는 사항

보장종목	보상금액
상해입원	<p>① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 입원의료비는 보상하지 않습니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다. 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다. 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우 4. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원한 경우. 다만, 회사가 보상하는 상해로 인하여 입원한

	<p>경우에는 보상합니다.</p> <p>5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인한 경우</p> <p>6. 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자 본인이 자의적으로 입원하여 발생한 입원의료비</p> <p>② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 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) <p>③ 회사는 다음의 입/통원의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 치과치료(다만, 안면부 골절로 발생한 의료비는 치아관련 치료를 제외하고 보상합니다). 한방치료(다만, 「의료법」 제2조에 따른 한의사를 제외한 '의사'의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 보상합니다)에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 비급여 의료비 2. 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제) 3. 「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련법령에 따라 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제) 4. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 추가 의료비용은 보상합니다), 예방접종,
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>인공유산에 든 비용. 다만, 회사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.</p> <p>5. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진, 의약외품과 관련하여 소요된 비용. 다만, 회사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.</p> <p>6. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(ArmSling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체 비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 보상합니다.</p> <p>7. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선목적이 아닌 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비</p> <p>가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방 확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다), 축소술, 지방흡입술, 주름살 제거술 등</p> <p>나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술</p> <p>다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력 교정술로 봅니다)</p> <p>라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술</p> <p>마. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여대상에 해당하는 치료</p> <p>8. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비</p>
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>9. 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비.다만, 본인부담의료비는 제3조(보장종목별 보상내용) (1)상해입원 제1항, 제2항 및 제4항부터 제6항에 따라 보상합니다.</p> <p>10. 「국민건강보험법」 제42조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비</p>
상해통원	<p>① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 통원의료비는 보상하지 않습니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다. 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다. 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우 4. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 통원한 경우. 다만, 회사가 보상하는 상해로 인하여 통원한 경우에는 보상합니다. 5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인하여 통원한 경우 6. 피보험자가 정당한 이유없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 통원의료비 <p>② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 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 동안발생한 상해는 보상합니다)

	<p>3. 선박승무원, 어부, 사공, 그 밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승</p> <p>③ 회사는 다음의 통원의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 치과치료(다만, 안면부 골절로 발생한 의료비는 치아관련 치료를 제외하고 보상합니다). 한방치료(다만, 「의료법」 제2조에 따른 한의사를 제외한 '의사'의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 보상합니다)에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 비급여 의료비 2. 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제) 3. 「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 따라 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제) 4. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 추가 의료비용은 보상합니다), 예방접종, 인공유산에 든 비용. 다만, 회사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다. 5. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진, 의약외품과 관련하여 소요된 비용. 다만, 회사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다. 6. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체 비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 보상합니다. 7. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비 <ol style="list-style-type: none"> 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술),유방 확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술,지방흡입술, 주름살제거술 등</p> <p>나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술</p> <p>다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)</p> <p>라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술</p> <p>마. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여대상에 해당하는 치료</p> <p>8. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비</p> <p>9. 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(보장종목별 보상내용) (1)상해통원 제1항부터 제4항 및 제6항에 따라 보상합니다.</p> <p>10. 「국민건강보험법」 제42조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비</p> <p>11. 「응급의료에 관한 법률」 및 동 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료</p>
질병입원	<p>① 회사는 다음의 사유로 생긴 입원의료비는 보상하지 않습니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다. 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른

	<p>보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.</p> <p>3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우</p> <p>4. 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자 본인이 자의적으로 입원하여 발생한 입원의료비</p> <p>② 회사는 '한국표준질병사인분류'에 따른 다음의 입/통원원의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 정신 및 행동장애(F04 ~ F99) (다만, F04 ~ F09, F20 ~ F29, F30 ~ F39, F40 ~ F48, F90 ~ F98과 관련한 치료에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하는 의료비는 보상합니다) 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96 ~ N98) 3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원한 경우(O00 ~ O99) 4. 선천성 뇌질환(Q00 ~ Q04) 5. 비만(E66) 6. 요실금(N39.3, N39.4, R32) 7. 직장 또는 항문질환 중 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 부분(I84, K60 ~ K62, K64) <p>③ 회사는 다음의 입/통원의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 치과치료(K00~K08) 및 한방치료(다만, 「의료법」 제2조에 따른 한의사를 제외한 '의사'의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 보상합니다)에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 비급여의료비 2. 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제) 3. 「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련법령에 따라 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(「의료급여법」에 따른
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)</p> <p>4. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한추가 의료비용은 보상합니다), 예방접종, 인공유산에 든 비용. 다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.</p> <p>5. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 영양급여 기준에해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보상합니다), 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진, 의약외품과 관련하여 소요된 비용. 다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.</p> <p>6. 다음의 어느 하나에 해당하는 치료로 인하여 발생한 의료비</p> <p>가. 단순한 피로 또는 권태</p> <p>나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자의가입나이가 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성 모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모등 피부질환</p> <p>다. 발기부전(impotence).불감증, 단순 코골음(수면무호흡(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 「국민건강보험 영양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환</p> <p>7. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(ArmSling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체 비용. 다만, 인공장기등신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 보상합니다.</p> <p>8. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선목적이 아닌 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비</p> <p>가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을</p>
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술),유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술 등_</p> <p>나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술</p> <p>다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)</p> <p>라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술</p> <p>마. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여대상에 해당하는 치료</p> <p>9. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련없는 검사비용, 간병비</p> <p>10. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(보장종목별 보상내용) (4)질병 입원 제1항부터 제5항 및 제7항부터 제10항에 따라 보상합니다.</p> <p>11. 인간면역결핍바이러스(HIV)감염으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV감염은 해당진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 보상합니다)</p> <p>12. 「국민건강보험법」 제42조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비</p>
<p>질병통원</p>	<p>① 회사는 다음의 사유로 생긴 입원의료비는 보상하지 않습니다.</p> <p>1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다.</p> <p>2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른</p>

	<p>보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.</p> <p>3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우</p> <p>4. 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자 본인이 자의적으로 입원하여 발생한 입원의료비</p> <p>② 회사는 '한국표준질병사인분류'에 따른 다음의 입원의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 정신 및 행동장애(F04 ~ F99) (다만, F04 ~ F09, F20 ~ F29, F30 ~ F39, F40 ~ F48, F90 ~ F98과 관련한 치료에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하는 의료비는 보상합니다) 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96 ~ N98) 3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원한 경우(O00 ~ O99) 4. 선천성 뇌질환(Q00 ~ Q04) 5. 비만(E66) 6. 요실금(N39.3, N39.4, R32) 7. 직장 또는 항문질환 중 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 부분(I84, K60 ~ K62, K64) <p>③ 회사는 다음의 입원의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 치과치료(K00~K08) 및 한방치료(다만, 「의료법」 제2조에 따른 한의사를 제외한 '의사'의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 보상합니다)에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 비급여 의료비 2. 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제) 3. 「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 따라 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

5. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 요양급여 기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보상합니다), 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진, 의약품과 관련하여 소요된 비용. 다만, 회사가 보상하는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.

6. 다음의 어느 하나에 해당하는 치료로 인하여 발생한 의료비

가. 단순한 피로 또는 권태

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

다. 발기부전(impotence). 불감증, 단순

코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2]비급여 대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환

7. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체 비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 보상합니다.

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

가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을

	<p>치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술),유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살 제거술 등</p> <p>나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리 가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술</p> <p>다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)</p> <p>라. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술</p> <p>마. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여대상에 해당하는 치료</p> <p>9. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비</p> <p>10. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조(보장종목별 보상내용) (3)질병입원 제1항, 제2항 및 제4항부터 제10항에 따라 보상합니다.</p> <p>11. 인간면역결핍바이러스(HIV)감염으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV감염은 해당진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 보상합니다)</p> <p>12. 「국민건강보험법」 제42조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비</p>
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

6. 다수보험의 처리에 관한 사항

- ① 다수보험의 경우 각 계약의 보상대상의료비 및 보상책임액에 따라 제2항에서 정한 방법으로 계산된 각 계약의 비례분담액을 지급합니다.
- ② 각 계약의 보상책임액 합계액이 각 계약의 보상대상의료비 중 최고액에서 각 계약의 피보험자부담 공제금액 중 최소액을 차감한 금액을 초과한

다수보험은 아래의 산출방식에 따라 각 계약의 비례분담액을 계산합니다. 이 경우 입원, 외래, 처방조제를 각각 구분하여 계산합니다.

$$\begin{aligned} & \text{각 계약별 비례분담액} = \\ & (\text{각 계약의 보상대상의료비 중 최고액} - \text{각 계약의 피보험자부담 공제금액} \\ & \text{중 최소액}) \\ & \qquad \qquad \qquad \times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액을 합한 금액}} \end{aligned}$$

● 비급여 3대특약

1. 비급여 도수치료, 해외충격파치료, 증식치료 특별약관

구분	내용
보상대상 의료비	피보험자가 상해 또는 질병의 치료목적으로 병원에 입원 또는 통원하여 비급여 「도수치료·체외충격파치료·증식치료」를 받은 경우 본인이 실제 부담한 비급여의료비(행위료, 약제비, 치료재료대 포함)
공제금액	1회당 2만원과 보상대상의료비의 30% 중 큰 금액
보상한도	계약일 또는 매년 계약해당일부터 1년 단위로 350만원 이내에서 50회까지 보상

2. 비급여 주사료 실손의료보험 특별약관

구분	내용
보상대상 의료비	피보험자가 상해 또는 질병의 치료목적으로 병원에 입원 또는 통원하여 비급여에 해당하는 주사료를 보상
공제금액	1회당 2만원과 보상대상의료비의 30% 중 큰 금액
보상한도	계약일 또는 매년 계약해당일부터 1년 단위로 250만원 이내에서 입원과 통원을 합산하여 50회까지 보상

3. 비급여 자기공명진단(MRI/MRA) 실손의료보험 특별약관

구분	내용
보상대상 의료비	피보험자가 상해 또는 질병의 치료목적으로 병원에 입원 또는 통원하여 비급여에 자기공명영상진단을 받은 경우에 보상
공제금액	1회당 2만원과 보상대상의료비의 30% 중 큰 금액
보상한도	계약일 또는 매년 계약해당일부터 1년 단위로 연간 300만원 한도 내에서 보상

● 수술비용특별약관

- ✓ 피보험자가 보험기간 중에 진단확정된 질병 또는 상해의 치료를 직접적인 목적으로 약관상 【별표20】(수술분류표)에서 정하는 수술을 받았을 경우 이 특별약관의 보험가입금액을 수술비로 지급
- ✓ 「수술」이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원 또는 이와 동등하다고 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 빨아들이는 것),천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다(【별표20】(수술분류표) 참조).

● 일상생활배상책임 특별약관

(보상하는 손해)

- ① 회사는 보험증권에 기재된 피보험자 본인(이하 "본인"이라 합니다) 및 그와 동거하는 배우자가 국내외에서 아래에 열거한 사고(이하 "사고"라 합니다)로 타인의 신체의 장애 또는 재물의 손해(재물의 없어짐, 손상 및 망가짐을 말합니다)에 대한 법률적인 배상책임을 부담함으로써 입은 손해(이하

“배상책임손해 ”라 합니다)를 이 특별약관에 따라 보상하여 드립니다.

1. 피보험자가 주거용으로 사용하는 보험증권에 기재된 주택(부지내의 동산 및 부동산을포함합니다. 이하 “주택 ”이라 합니다)의 소유, 사용, 관리로 인한 우연한 사고

2. 피보험자의 일상생활(주택 이외의 부동산의 소유, 사용 및 관리는 제외합니다)로 인한 우연한 사고

② 회사가 보상하는 손해의 범위는 아래와 같습니다.

1. 피보험자가 피해자에게 지급할 책임을 지는 법률상의 손해배상금

2. 계약자 또는 피보험자가 지출한 아래의 비용

가. 피보험자가 약관의 제9조(손해방지의무) 제1항 제1호의 손해의 방지 또는 경감을 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용.

나. 피보험자가 제9조(손해방지의무) 제1항 제2호의 조치를 취하기 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용

다. 피보험자가 지급한 소송비용, 변호사비용, 중재, 화해 또는 조정에 관한 비용

라. 보험증권상의 보상한도액내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 그러나 회사는 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 않습니다.

마. 피보험자가 약관의 제10조(손해배상청구에 대한 회사의 해결) 제2항 및 제3항의 회사의 요구에 따르기 위하여 지출한 비용

(보상하지 않는 손해)

① 회사는 아래의 사유를 원인으로 하여 생긴 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상

하여 드리지 않습니다.

1. 계약자, 피보험자(법인인 경우에는 그 이사 또는 법인의 업무를 집행하는 그 밖의기관) 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 또는 핵연료 물질에 의하여 오염된 물질의 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 회사는 그 원인의 직접, 간접을 묻지 않고 다음에 열거한 배상책임을 부담함으로써 입은 손해는 보상하여 드리지 않습니다.
1. 피보험자의 직무수행을 직접 원인으로 하는 배상책임
 2. 보험증권에 기재된 주택을 제외하고 피보험자가 소유, 사용 또는 관리하는 부동산으로 인한 배상책임
 3. 피보험자의 피용인이 피보험자의 업무에 종사중에 입은 신체의 장애(장해로 인한 사망을 포함합니다)로 인한 배상책임
 4. 피보험자와 타인 간에 손해배상에 관한 약정이 있는 경우, 그 약정에 의하여 가중된 배상책임
 5. 피보험자와 세대를 같이하는 친족에 대한 배상책임
 6. 피보험자가 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 않습니다.
 7. 피보험자의 심신상실로 인한 배상책임
 8. 피보험자 또는 피보험자의 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

● 골절치료비

회사는 피보험자가 보험기간 중에 상해를 입고 그 직접결과로써 【별표22】(골절분류표)에 정한 골절로 진단 확정된 경우에는 1사고마다 골절치료비 보험가입금액을 피보험자에게 지급합니다. 다만, 하나의 사고로 인하여 두 종류 이상의 골절이 발생한 경우에는 1회에 한하여 지급합니다.

● 치아보존치료비 I 특별약관

- ✓ 회사는 피보험자가 보험기간 중 보장개시일 이후에 질병(치아우식증, 치주질환) 또는 상해로 인하여 영구치에 손상이 생기는 경우에 손상된 부위를 원상 회복시켜 형태학적, 기능적 복구를 도모하는 치료(이하 "치아보존치료"라 합니다.)를 위하여 치과의사 면허를 가진 자에게 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 대한민국 내의 치과병의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는

의료기관에서 치아보존치료를 진단확정 받아 치료한 경우에는 보험증권에 기재된 보험가입금액을 1회에 한하여 지급하여 드립니다.

- ✓ 회사는 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 해당 질병(치아우식증, 치주질환)으로 진단 또는 치료를 받은 경우에도 해당 질병(치아우식증, 치주질환)이 완치된 후 이 특별약관의 보장개시일 이후에 동일 치아에 새로운 질병(치아우식증, 치주질환)으로 진단확정되어 치료를 받은 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
- ✓ 제1항의 질병(치아우식증, 치주질환)은 한국표준질병사인분류에 있어서 아래의 분류코드에 해당하는 질병을 말합니다.
 1. 치아우식증(충치) (K02)
 2. 치수 및 치근단 주위조직의 질환 (K04)
 3. 치은염(잇몸염) 및 치주질환(잇몸질환) (K05)

✓ 치아보존치료비 정의

구분	치료항목	정의
치아보존 치료비	아말감	치아를 보존하는 치료에 사용되는 재료로서 구리, 주석, 은 등의 합금과 수은의 혼합체를 말합니다
	글래스아이노머	치아를 보존하는 치료에 사용되는 재료로서 산 부식처리가 필요 없는 화학접착으로 수복하는 재료를 말합니다.
	레진	치아 충전 또는 수복 재료 중 치과용 레진을 치아에 직접 수복하는 충전치료(치아의 손상된 부위를 원상회복시켜 형태적, 기능적 복구를 도모하는 치료)를 말합니다. 심미성이 요구되고 교합력이 크게 작용하지 않는 치아 또는 손상부위가 작은 치아를 충전할 경우에 쓰입니다.
	가성금관 (인레이/온레이)	치아의 손상된 부위에 구강 외에서 본을 떠 금이나 도재 등의 재료로 주조물을 제작하고 시멘트를 사용하여 합착하는 간접적으로 충전치료하는 방법을 말합니다.
	가성금관 (크라운)	치관장착(Crown)치료를 말하며 영구치에 손상이 생겨 삭제량이 많은 경우 또는 신경치료로 인해 영구치의 강도가 약해질 것이 예상되는 경우에 영구치의 전체를 금속 등의 재료로 씌우는 치료를 말합니다.