



무배당 우체국급여실손의료비보험
(계약전환·단체개인전환·개인중지재개용)(갱신형) 2109
[종합형/질병형/상해형]

※ 재가입시 상품코드는 상이할 수 있습니다.

튼튼한 인생 파트너,
우체국보험에 가입해 주셔서 감사합니다.
고객 한 분 한 분의 삶이
더욱 풍요롭고 여유로워지도록
고객으로부터 믿음과 사랑받는
기분 좋은 우체국보험이 되겠습니다.

상품 목차

• 주계약

- 무배당 우체국급여실손의료비보험 25
(계약전환·단체개인전환·개인중지재개용)(갱신형) 2109

• 특약

※ 해당특약을 가입하신 경우에만 적용합니다.

- 무배당 비급여실손의료비특약 78
(계약전환·단체개인전환·개인중지재개용)(갱신형) 2109
- 지정대리청구서비스특약 2109 135
- 장애인전용보험전환특약 2007 139
- 실손의료비보험 계약전환특약 2107 145
- 단체실손의료비보험 개인실손전환특약 2107 148
- 개인실손의료비보험 중지 및 재개 특약 2304 153

- 반드시 알아두셔야 할 사항 10
- 보험안내서 11

무배당 우체국급여실손의료비보험
(계약전환·단체개인전환·개인중지재개용)(갱신형) 2109 주계약 약관

제1관 일반사항 및 용어의 정의	25
제1조【보장종목】	
제2조【용어의 정의】	
제2관 체신관서가 보상하는 사항	25
제3조【보장종목별 보상내용】	
제3관 체신관서가 보상하지 않는 사항	38
제4조【보상하지 않는 사항】	
제4조의2【특약에서 보상하는 사항】	
제5조【전쟁, 기타 변란시의 보험금】	
제4관 보험금의 지급	43
제6조【보험가입금액 한도 등】	
제6조의2【보험가입금액 한도 등에 대한 설명 의무】	
제7조【보험금 지급사유 발생의 통지】	
제8조【보험금의 청구】	
제9조【보험금의 지급절차】	
제10조【주소변경의 통지】	
제11조【보험수익자의 지정】	

제12조【대표자의 지정】

제5관 계약자의 고지의무 등 49

제13조【고지의무】

제14조【고지의무 위반의 효과】

제15조【사기에 의한 계약】

제6관 보험계약의 성립과 유지 51

제16조【보험계약의 성립】

제17조【청약의 철회】

제18조【약관교부 및 설명의무 등】

제19조【계약의 무효】

제20조【계약내용의 변경 등】

제21조【보험나이 등】

제22조【계약의 소멸】

제23조【계약의 보험기간 및 갱신】

제24조【계약의 보장내용 변경주기 및 재가입】

제7관 보험료의 납입 60

제25조【제1회 보험료 및 체신관서의 보장개시】

제26조【제2회 이후 보험료의 납입】

제27조【갱신계약 보험료의 납입】

제28조【보험료의 자동대출납입】

제29조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지】

제30조【보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)】

제31조【강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복)】

제32조【보험료의 계산】

제8관 계약의 해지 및 해약환급금 등 67

- 제33조【계약자의 임의해지】
- 제34조【중대사유로 인한 해지】
- 제35조【해약환급금】
- 제36조【환급금대출】
- 제37조【배당금의 지급】

제9관 다수보험의 처리 등 69

- 제38조【다수보험의 처리】
- 제39조【연대책임】

제10관 분쟁의 조정 등 70

- 제40조【분쟁의 조정】
- 제41조【관할법원】
- 제42조【소멸시효】
- 제43조【약관의 해석】
- 제44조【체신관서가 제작한 보험안내자료 등의 효력】
- 제45조【체신관서의 손해배상책임】
- 제46조【개인정보보호】
- 제47조【준거법】
- 제48조【준용규정】
- 제49조【지급보장】

[별표1] 용어의 정의 74

[별표2] 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 77

무배당 비급여실손의료비특약
(계약전환·단체개인전환·개인중지재개용)(갱신형) 2109 약관

제1관 목적 및 용어의 정의 78

제1조【목적】	
제2조【보장종목】	
제3조【용어의 정의】	

제2관 체신관서가 보상하는 사항	81
제4조【보장종목별 보상내용】	

제3관 체신관서가 보상하지 않는 사항	99
제5조【보상하지 않는 사항】	
제6조【보험가입금액 한도 등】	
제7조【보험료의 계산】	
제8조【비급여 진료비용 공개제도 등의 안내】	

제4관 보험금의 지급	117
제9조【보험금의 청구】	
제10조【보험금의 지급절차】	

제5관 계약자의 고지의무 등	120
제11조【고지의무】	
제12조【고지의무 위반의 효과】	
제13조【사기에 의한 계약】	

제6관 특약의 성립과 유지	123
제14조【특약의 성립】	
제15조【특약내용의 변경】	
제16조【특약의 소멸】	
제17조【특약의 보험기간 및 갱신】	
제18조【특약의 보장내용 변경주기 및 재가입】	

제7관 보험료의 납입	128
제19조【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】	
제20조【갱신계약 보험료의 납입】	
제21조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】	
제22조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】	
제8관 특약의 해지 및 해약환급금 등	131
제23조【계약자의 임의해지】	
제24조【해약환급금】	
제9관 다수보험의 처리 등	131
제25조【다수보험의 처리】	
제26조【연대책임】	
제10관 기타사항	132
제27조【채신관서의 손해배상책임】	
제28조【주계약 약관 규정의 준용】	
제29조【준용규정】	
[별표1] 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	134

지정대리청구서비스특약 2109 약관

제1관 특약의 성립과 유지	135
제1조【적용대상】	
제2조【특약의 체결 및 소멸】	
제2관 지정대리청구인의 지정	135
제3조【지정대리청구인의 지정】	

제4조【지정대리청구인의 변경 지정】

제3관 보험금의 지급 137

제5조【보험금의 청구】

제6조【보험금의 지급절차】

제4관 기타사항 138

제7조【준용규정】

장애인전용보험전환특약 2007 약관 139

제1조【특약의 적용범위】

제2조【제출서류】

제3조【장애인전용보험으로의 전환】

제4조【전환 취소】

제5조【준용규정】

실손의료비보험 계약전환특약 2107 약관 145

제1조【목 적】

제2조【특약의 적용범위 및 효력】

제3조【전환후계약의 보장개시일】

제4조【전환후계약의 보장종목 및 공제금액(비율) 등】

제5조【전환전계약의 고지의무 등】

제6조【전환전계약으로의 환원】

제7조【준용규정】

단체실손의료비보험 개인실손전환특약 2107 약관 148

제1조【목 적】

제2조【개인실손전환에 관한 사항】

제3조【기타 사항】

개인실손의료비보험 중지 및 재개 특약 2304 약관 153

제1조【목 적】

제2조【계약중지에 관한 사항】

제3조【계약재개에 관한 사항】

제4조【기타 사항】

**[붙임1] 개인실손과 단체실손의 보장종목이 다른 경우,
중지 가능한 보장종목 161**

반드시 알아두셔야 할 사항

1. 청약서상의 주소, 성명, 생년월일 등의 기재사항은 **본인이 직접 정확하게 기재**하여야 하며, 반드시 내용을 확인하신 후 **서명 또는 날인**하셔야 합니다.
2. 피보험자의 건강상태나 직업 또는 직종에 대하여 **체신관서가 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야** 합니다. 만약 질문한 사항에 대하여 **사실과 다르게 알린 경우에는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수** 있습니다.
3. 보험은 예기치 못한 위험을 보장하는 것이 주된 목적이므로 만기 전에 **계약을 해지하시면 해약환급금이 이미 납입한 보험료보다 적거나 전혀 없을 수도** 있습니다.
4. 보험금 지급사유의 발생을 알았거나 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 즉시 우체국에 알려주셔야 합니다.
5. 보험계약사항에 관한 상담은 가까운 우체국에 문의하여 주십시오.

보험안내서

※ 이 안내서는 우체국보험에 대해 폭 넓은 이해와 올바른 보험 상품 선택에 도움을 드리기 위해 작성된 것입니다.

※ 인터넷홈페이지(epostlife.go.kr)를 통해 우체국보험의 일반적인 사항 및 판매상품의 보장내용 등을 확인할 수 있습니다.

보험안내서는 보험소비자가 경제적 여건과 필요한 보장을 고려하여 가장 적합한 우체국보험상품을 가입하는데 도움을 드리며, 이미 보험을 가입하신 분께는 향후 누릴 수 있는 각종 보장과 혜택, 계약유지과정상 유의하여야 할 점 등을 다시 한번 확인해 볼 수 있는 기회를 제공할 것입니다.

우체국보험은 그 동안 보험소비자가 각종 위험에 대처하고 풍요로운 미래를 준비할 수 있도록 최선을 다해 왔습니다. 저희 우체국보험은 앞으로도 고객의 장래에 닥칠 수 있는 각종 다양한 위험을 보장하고, 안정된 노후를 준비할 수 있는 경제적 수단으로서 우체국보험의 역할을 충실히 수행할 것을 약속드립니다.

우체국보험은 진정으로 고객의 인생의 동반자가 될 것입니다.

◆ 우체국보험은 어떻게 구성되며 그 특징은 무엇인가?

우체국보험은 질병, 재해, 사망 등 각종 우연한 사고에 대비하여 경제적 손실을 보전할 목적으로 공동의 위험담보를 필요로 하는

사람들이 부담금(보험료)을 납부하고 우연한 사고 발생시 약정된 금액(보험금)을 지급받는 경제적 준비수단입니다.

우체국보험 계약은 계약자, 피보험자, 보험수익자, 보험자로 구성됩니다.

- 계약자는 계약을 청약하고 보험료 납입의무를 지는 자입니다.
- 피보험자는 보험사고 발생의 대상이 되는 자입니다.
- 보험수익자는 보험사고 발생시 보험금 청구권을 가진 자입니다.
- 보험자는 보험금 지급의무를 지는 체신관서를 말합니다.

우체국보험은 타금융권과 비교하여 다음과 같은 특징이 있습니다.

- 우체국보험상품은 형태가 보이지 않는 무형의 상품이기 때문에 타 상품과의 비교검증을 쉽게 할 수 없습니다. 따라서 보험가입자의 이해가 필요하며 보험에 대한 지식이 우체국보험 가입에 영향을 미칩니다.
- 구입즉시 해당 재화의 사용에 의한 만족감을 느낄 수 있는 제조업체 상품과는 달리 우체국보험상품은 불확실한 미래에 대한 보장을 주기능으로 합니다.
- 우체국보험상품은 상품의 구입과 동시에 효용이 발생하지 않고 추후에 사망, 상해, 만기생존 등 보험금 지급사유가 발생했을 때 효용을 인식할 수 있습니다.
- 우체국보험상품은 제1회 보험료 납입시점(단, 암 등과 관련한 보장은 제외)부터 계약의 효력이 발생되어 짧게는 수년, 길게는 종신동안 계약의 효력이 지속되며 동일상품 판매를 중지한다 하더라도 기존 가입자의 계약은 소멸되지 않고 보험기간 종료시까지 효력이 계속됩니다.

◆ 우체국보험은 다양한 상품이 준비되어 있습니다.

우체국보험은 고객의 필요에 맞춰 다양한 상품을 개발하여 판매하고 있습니다.

이 안내서에는 우체국보험 상품종류에 대하여 개괄적으로 필요한 보장에 의한 분류를 중심으로 소개하고 있습니다. 따라서 보다 자세한 내용을 알고자 하시는 경우 우체국보험고객센터를 통하거나 가까운 우체국에 직접 문의하여 확인하는 방법이 있습니다.

또한 인터넷홈페이지(epostlife.go.kr)의 상품공시를 이용하시면 자세한 상품내용을 확인할 수 있습니다.

※ 아래에 기재된 내용은 대표적인 우체국보험상품 및 가입시 유의사항을 설명한 것으로 상품개발 목적에 따라 아래 기재된 내용과 달라질 수 있습니다.

< 우체국보험 상품의 종류 및 상품별 가입시 유의사항 >

1. 우체국보험은 생존시 지급되는 보험금의 합계액이 이미 납입한 보험료를 초과하지 않는 보장성보험과 그 이외의 저축성보험으로 구분되므로 보험상품 가입시 참고하시기 바랍니다.

가. 보장성보험 : 재해 및 질병 등 각종 위험보장에 적합한 상품으로 사망보험금은 물론, 입원비와 수술비 등 다양한 보험금이 지급됩니다.

◆ 종신보험 : 보장기간이 평생(종신)인 상품으로 자신과 유가족을 위한 재정설계를 할 수 있는 상품

☞ 가입시 유의사항 : 종신보험에 부가되는 대부분의 특약은 주계약과 달리 보험기간이 종신이 아니므

로 가입시 특약의 보험기간(예 : 80세 만기 등)을 확인하시기 바랍니다.

◆ 질병보험 : 암, 성인병 등의 각종 질병으로 인한 진단, 입원, 수술시 보험금을 지급하는 상품

◆ 상해보험 : 교통재해 및 각종사고 발생시 보험금을 지급하는 상품

☞ 가입시 유의사항 : 체신관서가 판매하고 있는 상해보험은 피보험자의 책임있는 사유로 타인에게 상해 등을 입힌 경우는 보장하지 않습니다.

◆ 어린이보험 : 자녀들의 종합적인 질병 및 재해 발생시 보험금을 지급하는 상품

나. 저축성보험 : 보장성보험을 제외한 보험으로서 위험보장보다는 생존시의 저축기능을 강화한 상품으로 중·단기간 내에 목돈을 마련하거나 노후를 대비할 수 있는 상품입니다.

◆ 연금보험 : 노후생활에 필요한 자금을 연금으로 지급하는 상품이며, 연금지급개시 전에 사망보험금, 재해장해생활자금 등 다양한 보장설계가 가능한 상품

☞ 가입시 유의사항 : 보험료납입이 완료되어 연금지급이 시작되면, 연금계약은 해지할 수 없으며(단, 상속연금형 등 제외), 약정한 지급방식대로 연금을 받으실 수 있습니다.

◆ 저축보험 : 만기시의 목돈마련 및 재정설계에 따른 생활에 필요한 자금마련을 위한 상품

☞ 가입시 유의사항 : 보험기간 동안 보장 등에 필요한 일부의 보험료는 만기까지 적립되지 않고 소멸됩니다.

◆ 교육보험 : 예기치 못한 부모의 경제적 능력상실 등에 대비하여 장래의 자녀교육에 필요한 학자금 마련을 위한 상품

☞ 가입시 유의사항 : 부모와 자녀의 보장내역이 서로 다르므로 보장내역을 잘 확인하십시오.

2. 우체국보험은 보험금 등의 지급을 위해 납입된 보험료의 일정액을 적립하는데 이를 적립하는 방식에 따라 아래와 같이 구분됩니다.

◆ 금리확정형보험 : 최초 계약시의 확정된 예정이율이 보험계약 종료시까지 유지되는 보험

◆ 금리연동형보험 : 시장금리 등에 따라 부리되는 이율이 변동되어 계약자적립금도 변동되는 보험

☞ 가입시 유의사항 : 시장금리 변동에 따라 장단점이 있으므로 가입시 향후 시장금리 예측이 중요합니다.

※ 시중금리추이 및 경제상황에 따라 적립방식에 장단점이 있으니 충분한 검토 후에 가입하시기 바랍니다.

※ 실제 보험상품에서는 위에 예시된 각각의 보험금부들이 결합되어 판매될 수 있습니다.

예) 금리연동형 종신보험, 금리확정형 종신보험

◆ 우체국보험 선택시 고려하여야 할 사항은 무엇인가?

▶ 고객이 필요로 하는 목적에 맞춰 가입하십시오!

우체국보험은 고객의 다양한 욕구를 충족시켜 줄 수 있는 여러

유형의 상품을 개발, 판매하고 있습니다. 따라서 사람마다 나이, 직업, 가족구성, 인생설계, 자산과 연간 수입이 각각 다르기 때문에 당연히 보험도 각 개인 및 가정의 필요에 맞춰 가입을 하셔야 합니다. 보험가입사유가 위험에 대한 보장인지, 재산증식인지, 학자금 보장인지, 노후의 생활자금을 보장할 목적인지 등을 명확히 검토해 보셔야 합니다. 그리하여 고객의 경제적 능력과 가입 목적을 종합적으로 고려하여 합리적인 선택을 하시기 바랍니다.

▶ 보험을 얼마만큼 가입하여야 하는가?

고객이 가입하고자 하는 우체국보험에 대한 보험금액의 수준을 결정하기 위해서는 고객이 지금 불의의 사고에 닥쳤다고 가정할 경우 가족을 어떻게 부양할 수 있을 것인지 그리고 실제 본인의 치료비는 어느 정도 필요한지를 먼저 판단해 보셔야 합니다.

따라서 고객이 가입하고자 하는 보험금액은 고객의 사고로 인한 가족의 생계비 및 본인의 치료비를 보상할 수 있는 필요경비 수준에 근접해야 할 것입니다.

위의 필요경비를 계산함에 있어서는 우체국 및 우체국FC와의 충분한 상담을 통하여 고객이 부양하여야 하는 가족의 생활자금, 배우자의 생활비, 자녀교육자금, 결혼자금, 부채상환자금, 주택자금 등을 정확히 고려하여 자신의 가정에 가장 적합한 보장내용을 설계할 필요가 있습니다.

아울러 고객께서 납입한 보험료로 보험사고 발생시 그 이상의 보상을 받을 수 있다는 점에서 우체국보험은 가정경제의 안정적인 기반을 다질 수 있는 버팀목이 될 수 있습니다.

결론적으로 고객의 향후 필요경비와 현재 경제여력, 현재까지의 저축이나 보험가입상황 등을 종합적으로 고려하여 부족한 부분에 대해 추가로 보험을 가입하는 방법을 선택하시기 바랍니다.

▶ **저렴하게 가입할 수 있도록 다음 사항을 확인하십시오!**

첫째는, 동일한 보장이라도 보험료 계산시 적용하는 예정기초율에 따라 납입보험료가 달라지므로 예정기초율을 확인한 후 가입하면 보험료 부담을 줄일 수 있습니다.

< 예정기초율의 종류 및 비교방법 >

- ◆ **예정위험률** : 한 개인이 사망하거나 질병에 걸리는 등의 일정한 보험사고가 발생할 확률을 예측한 것을 말합니다.
 - ☞ 일반적으로 예정위험률이 높으면 보험료는 올라가고, 낮으면 보험료는 내려갑니다.
 - 예) 예정사망률, 예정암발생률 등
- ◆ **예정이율** : 보험료를 납입하는 시점과 보험금 지급사이에 발생하는 시차가 발생하므로 이 기간동안 기대되는 수익을 미리 예상하여 일정한 비율로 보험료를 할인해 주는데, 이 할인을 말합니다.
 - ☞ 일반적으로 예정이율이 높으면 보험료는 내려가고, 낮아지면 보험료는 올라갑니다.
- ◆ **예정사업비율** : 체신관서가 보험계약을 유지, 관리하면서 여러 가지 비용이 소요되는데 이러한 운영경비를 미리 예상하고 보험료에 포함시키고 있습니다. 이러한 경비의 구성비율을 말합니다.
 - ☞ 일반적으로 예정사업비율이 높으면 보험료는 올라가고, 낮으면 보험료는 내려갑니다.

둘째는, 가입하시는 상품이 배당을 하는지 여부를 확인하시기 바랍니다. 왜냐하면 배당상품의 경우 합리적인 사업운영으로 발생한 이익을 배당금으로 지급하기 때문입니다.

셋째는, 보험료 납입시 금융기관의 자동이체를 이용하는 경우 자

동이체 할인율에 의해 보험료 할인혜택을 받을 수 있습니다.

▶ **보험가격을 비교하는 것도 좋은 방법입니다.**

어떤 종류의 보험상품이 고객에게 가장 적합한가를 먼저 결정한 후 각 회사에서 판매하고 있는 같은 종류의 보험을 상호 비교하여 가장 저렴한 보험료로 최대의 급부를 보장해 주는 상품을 선택하셔야 합니다.

그러나, 보험상품은 장기간에 걸쳐서 지속적으로 이루어지는 거래이므로 단순히 가격을 비교하는 것보다는 상품내용을 종합적으로 판단할 필요가 있습니다.

첫째는, 보험금의 변동여부를 확인하여야 합니다. 보험금이 지급기간 내 일정한지, 일정기간이 지난 후에 증가 또는 감소하는지를 확인하시면 보험가격을 비교하는데 도움이 됩니다.

둘째는, 해약환급금이 보험기간 내 어떻게 변동되는지, 초기해약환급금이 많은지 등을 확인해 보는 것도 좋은 방법입니다.

마지막으로 예금자보호법 등에 의해 지급보장되는 보험금의 범위를 확인하셔야 합니다. 우체국보험사업은 국가가 경영하므로 우체국보험계약에 의한 보험금 등은 전액 지급이 보장됩니다.

◆ **보험가입시 유의해야 할 사항은 다음과 같습니다.**

보험계약을 청약할 때는 보장내용과 약관상 계약자의 권리와 의무를 확인하여야 하며, 특히 다음의 사항에 유의하셔야 합니다.

▶ **청약서는 계약자가 직접 작성하고 자필서명하셔야 합니다.**

보험계약 청약시 청약서상의 주소, 성명, 생년월일, 피보험자의

건강상태에 대한 작성내용(현재병증, 과거병력, 직업종류) 등에 대해 청약서에 계약자 본인이 직접 정확하게 작성하시고 반드시 내용을 확인하신 후 서명란에도 계약자 본인 및 피보험자가 자필로 서명 또는 날인(도장을 찍음)하셔야 합니다. 특히 피보험자가 다른 경우에는 반드시 피보험자의 서명도 필요합니다. 자필서명을 하지 않은 경우 계약이 무효로 처리될 수도 있습니다.

▶ **고지의무를 준수하여야만 불이익을 보지 않습니다.**

생명보험 청약시 계약자나 피보험자는 피보험자의 건강상태나 직업 또는 직종에 대하여 체신관서가 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 합니다. 만약 질문한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 따라서 계약자 또는 피보험자는 신의성실에 입각하여 고지의무 사항을 충실히 이행함으로써 보험계약이 정당한 조건에 의해 성립되고 유지될 수 있도록 하여야 합니다.

▶ **계약이 무효가 될 경우에는 보장을 받지 못합니다.**

다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

첫째는, 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면에 의한 동의를 얻지 않은 경우입니다. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않습니다. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용합니다.

둘째는, 만 15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우입니다. 다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효합니다.

셋째는, 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우입니다. 다만, 체신관서가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 만 15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

▶ 계약을 해지하실 경우 다음 사항을 고려하십시오!

첫째는, 계약을 해지하고 새로운 계약을 체결하려면 신계약의 효력이 발생한 후 기존 계약을 해지함으로써 보험의 보장이 공백 없이 승계되도록 하십시오.

둘째는, 계약을 해지하고 신계약을 체결하는 경우 초기에 상당한 비용이 소요될 수 있습니다. 즉 고객께서 납입하는 계약초기기간의 보험료 중 일부는 체신관서 사업비에 책정되어 있기 때문입니다. 신계약을 체결하면 이러한 비용이 다시 지출되어 이중의 부담이 되는 것입니다.

셋째는, 고객께서 나이가 들거나 건강이 악화된 이후 신계약을 체결하게 되면 보험료는 보다 높아지고 보험가입은 더욱 어려워질 수 있습니다.

▶ 중도해지시 해약환급금은 보험료보다 적을 수 있습니다.

생명보험의 해약환급금은 보험료 계산시 적용한 위험률로 산출한 순보험료식 책임준비금에서 미상각신계약비를 공제한 금액을 해약환급금으로 지급합니다. 즉 계약자가 납입하는 보험료는 그

일부가 불의의 사고를 당한 다른 가입자의 보험금으로 지급되고 또 다른 일부는 체신관서의 계약체결 및 유지에 필요한 경비로 사용되므로 이러한 것을 제하고 남은 보험료가 해약환급금으로 지급됩니다.

보험은 예기치 못한 위험을 보장하는 것이 주된 목적이므로 만기 전에 계약을 해지하시면 해약환급금이 이미 납입한 보험료보다 적거나 전혀 없을 수도 있습니다.

▶ 주소변경 또는 보험금 지급사유 발생시 지체 없이 통지하셔야 합니다.

주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체 없이 그 변경 내용을 체신관서에 알려야 하며, 보험금 지급사유의 발생을 안 때에는 지체없이 이를 체신관서에 알려야 합니다.

◆ 우체국보험은 계약의 유지 및 보호를 위한 각종 제도를 운영하고 있습니다.

▶ 우체국FC 등 모집자가 기본적인 의무를 잘 이행하는지를 확인하십시오!

우체국FC 등 모집자가 청약할 때 고객에게 보험약관 및 계약자 보관용 청약서를 전달하는지, 약관의 중요한 내용을 설명하는지, 계약을 체결할 때 자필서명을 하도록 하는지를 확인해 보셔야 합니다. 그리하여 모집자가 이러한 부분을 이행하지 않은 때에는 고객은 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

▶ **고객은 필요한 보장과 상이한 계약이 체결된 경우 청약철회 제도를 이용할 수 있습니다.**

고객이 필요로 하는 보장내용과 실제 체결된 계약의 보장내용이 상이하거나 경제적 여건을 고려하여 적절치 못하다고 판단되는 경우에는 보험가입증서(보험증권)를 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다(다만, 전문보험계약자가 체결한 계약 및 청약한 날부터 30일(단, 전화를 통해 가입하는 계약 중 계약자의 나이가 만 65세 이상인 계약은 45일)이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다). 이 경우 체신관서는 청약의 철회를 접수한 날부터 3일 이내에 납입한 보험료를 돌려드립니다.

▶ **고객은 보험기간 중 일시적 경제여건 애로시 보험료 자동대출납입제도의 이용으로 계약을 유지할 수 있습니다.**

고객께서 계약유지 중 일시적으로 경제적 여건이 악화되어 보험계약이 해지될 위기에 처한 경우 체신관서에 유예기간이 지나기 전까지 체신관서가 정한 방법에 따라 보험료의 자동대출납입을 신청하면 환급금대출금으로 보험료가 자동으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 한도로 하며 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출 납입을 위해서는 재신청을 하여야 합니다. 단, 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 보험료의 자동대출납입이 제한될 수 있습니다.

▶ **고객은 필요시 환급금대출을 받을 수 있습니다.**

고객께서 가입한 계약의 해약환급금 범위 내에서 체신관서가 정한 방법(단, 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 환급금

대출이 제한)에 따라 대출을 받을 수 있습니다. 이 환급금대출은 해당 보험계약의 해약환급금 일정 범위 내에서 신속하게 이루어지며, 이자도 저렴한 장점이 있으므로 불시에 자금이 필요하게 되는 경우 유익한 해결수단이 될 수 있습니다.

▶ **우체국보험은 다양한 세제혜택으로 고객에게 유익한 재테크 수단이 될 것입니다.**

고객께서 세금의 중요성을 인식하시고 한번 정도 절세하는 방법에 대해 고려해 보셨다면 우체국보험에 가입하신 것은 훌륭한 선택입니다. 생명보험에 가입시 폭넓은 세제혜택을 받을 수 있으므로 유익한 경제수단이 될 수 있습니다.

▶ **고객의 계약은 우체국예금·보험에관한법률에 의해 지급이 보장됩니다.**

우체국보험사업은 국가가 경영하며, 과학기술정보통신부장관이 이를 관장하고 국가는 우체국보험계약에 의한 보험금 등의 지급을 보장합니다.

◆ **고객께서 우체국보험에 대해 궁금하시거나 불만사항이 있을 경우에는 신속히 해결해 드리겠습니다.**

◎ 고객께서 상품을 가입하기 전에 상품내용이 궁금하시거나 가입조건 등을 문의하고자 하는 경우, 가입 후 해당상품에 관한 상담을 원하실 경우 또는 보험계약 유지과정상 분쟁조정을 필요로 하는 사항이 발생하거나 보험금 지급처리내용 등에 대해 불만이 있을 경우에는 가까운 우체국 또는 아래의 연락

처로 문의바랍니다.

< 우체국보험 상담 전화번호 안내 >

○ 우체국보험고객센터 : 1599-0100

무배당 우체국급여실손의료비보험
(계약전환·단체개인전환·개인중지재개용)(갱신형) 2109
주계약 약관

제 1 관 일반사항 및 용어의 정의

제1조【보장종목】

체신관서가 판매하는 무배당 우체국급여실손의료비보험(계약전환·단체개인전환·개인중지재개용)(갱신형) 2109는 다음과 같이 상해급여, 질병급여의 2개 보장종목으로 구성되어 있습니다.

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

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

제2조【용어의 정의】

이 약관에서 사용하는 용어의 뜻은 [별표1] “용어의 정의”와 같습니다.

제 2 관 체신관서가 보상하는 사항

제3조【보장종목별 보상내용】

체신관서가 이 계약의 보험기간 중 보장종목별로 각각 보상하거

나 공제하는 내용은 다음과 같습니다.

(1) 상해급여

① 체신관서는 피보험자가 상해로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원(외래 및 처방조제)하여 치료를 받은 경우에는 급여의료비를 제6조【보험가입금액 한도 등】에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 및 통원 1회당 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 급여의료비를 계산합니다.

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)	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 <표 1>의 '통원항목별 공제금액'을 뺀 금액

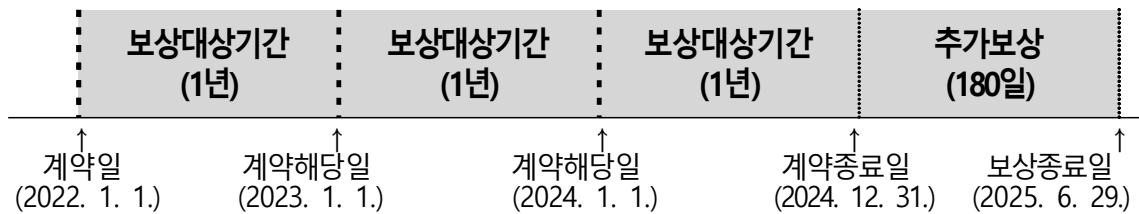
〈표1〉 통원항목별 공제금액		
	항 목	공제금액
	「의료법」 제3조 제2항에 의한 의료기관(동법 제3조의3에 의한 종합병원은 제외), 「국민건강보험법」 제42조제1항제4호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제(의약분업 예외지역 등에서의 약사의 직접 조제 포함)	1만원과 보장대상 의료비의 20% 중 큰 금액
	「국민건강보험법」 제42조 제2항에 의한 전문요양기관, 「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

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

③ 피보험자가 「국민건강보험법」 제5조, 제53조, 제54조에 따라 요양급여 또는 「의료급여법」 제4조, 제15조, 제17조에 따라 의료급여를 적용받지 못하는 경우에는 다음과 같이 보상합니다.

1. 의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액(통원의 경우 본인이 실제로 부담한 금액에서 같은 조 제1항 <표1>의 ‘통원항목별 공제금액’을 뺀 금액)의 40%를 제6조【보험가입금액 한도 등】에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 및 통원 1회당 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 제6조【보험가입금액 한도 등】에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 및 통원 1회당 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 제6조【보험가입금액 한도 등】에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 및 통원 1회당 한도 내에서 보상합니다.
- ④ 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음날부터 180일까지 보상합니다.
- ⑤ 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 통원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음날부터 180일 이내의 통원을 보상하며 최대 90회 한도 내에서 보상합니다.

〈입원 및 통원 보상기간 예시〉



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

⑦ 하나의 상해(같은 상해로 2회 이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 상해로 봅니다)로 인해 동일한 의료기관에서 같은 날 외래 및 처방을 함께 받은 경우 처방일자를 기준으로 외래 및 처방조제를 합산하되(조제일자가 다른 경우도 동일하게 적용) 통원 1회로 보아 제1항, 제5항 및 제6항을 적용합니다.

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.

⑨ 체신관서는 피보험자가 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, 뇌사장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 제1항부터 제8항에 따라 보상합니다.

〈실손의료비보험 계약전환특약에 의하여 전환되는 경우〉

⑩ 피보험자가 입원 또는 통원하여 치료를 받던 중 실손의료비보험 계약전환특약에 따라 계약이 전환(최초 입원일이 전환전계

약 보험기간에 포함되는 것을 말합니다)된 경우에는 전환전계약이 종료되었다 하더라도 그 계속 중인 치료에 대해서는 보상기간의 연장으로 간주하여 전환전계약의 약관에 따라 보상합니다.

⑪ 제10항에도 불구하고 전환전계약의 약관에 따라 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 제1항부터 제9항을 적용합니다.

1. 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 계약이 전환되는 경우

가. 전환전계약의 계약체결일이 2009년 10월 26일부터 2014년 10월 1일 이전 : 최초입원일로부터 365일(최초 입원일을 포함합니다)이 지난 경우

나. 전환전계약의 계약체결일이 2014년 10월 2일부터 2016년 8월 11일 이전 : 최초입원일로부터 365일(최초 입원일을 포함합니다)이 지나거나, 하나의 상해로 인한 입원이라도 입원의료비가 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일 경과하여 동일한 사유로 재입원한 경우

다. 전환전계약의 계약체결일이 2016년 8월 12일 이후 : 하나의 상해로 인한 입원의료비를 전환전계약의 보험가입금액까지 보상한 경우

2. 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 계약이 전환되는 경우 : 전환전계약의 약관에 따라 전환전계약의 직전 계약해당일로부터 1년이 경과한 경우

<개인실손의료비보험 중지 및 재개 특약에 의하여 재개되는 경우>

⑫ 피보험자가 단체실손의료보험의 약관에 따라 상해로 인해 입원하여 치료를 받던 중 개인실손의료비보험 중지 및 재개 특약에 따라 개인실손의료보험에 재개한 경우, 그 계속 중인 입원에 대하여는 재개전계약의 보상기간의 연장으로 간주하여 재개전 단체실손의료보험의 약관에 따라 보상합니다.

⑬ 제12항에도 불구하고 하나의 상해로 인한 입원의료비를 재개

전계약의 보험기간 종료일부터 180일(재개전계약의 보험가입금액
까지 보상한 경우에는 그 보상한도 종료일)까지 보상한 경우에는
제1항부터 제9항을 적용합니다.

⑭ 피보험자가 단체실손의료보험의 약관에 따라 상해로 인해 통
원하여 치료를 받던 중 개인실손의료비보험 중지 및 재개 특약
에 따라 개인실손의료보험에 가입한 경우, 그 계속 중인 통원에
대하여는 재개전계약의 보상기간의 연장으로 간주하여 재개전
단체실손의료보험의 약관에 따라 보상합니다.

⑮ 제14항에도 불구하고 하나의 상해로 인한 통원의료비를 재개
전계약의 보험기간 종료일부터 180일 이내에 외래는 방문 90회,
처방조제비는 처방전 90건까지 보상한 경우에는 제1항부터 제9
항을 적용합니다.

<단체실손의료비보험 개인실손전환특약에 의하여 전환되는 경우>

⑯ 피보험자가 단체실손의료보험의 약관에 따라 상해로 인해 입
원하여 치료를 받던 중 단체실손의료비보험 개인실손전환특약에
따라 개인실손의료보험에 전환한 경우, 그 계속 중인 입원에 대
하여는 전환전계약의 보상기간의 연장으로 간주하여 전환전 단
체실손의료보험의 약관에 따라 보상합니다.

⑰ 제16항에도 불구하고 하나의 상해로 인한 입원의료비를 전환
전계약의 보험기간 종료일부터 180일(전환전계약의 보험가입금액
까지 보상한 경우에는 그 보상한도 종료일)까지 보상한 경우에는
제1항부터 제9항을 적용합니다.

⑱ 피보험자가 단체실손의료보험의 약관에 따라 상해로 인해 통
원하여 치료를 받던 중 단체실손의료비보험 개인실손전환특약에
따라 개인실손의료보험에 전환한 경우, 그 계속 중인 통원에 대
하여는 전환전계약의 보상기간의 연장으로 간주하여 전환전 단
체실손의료보험의 약관에 따라 보상합니다.

⑲ 제18항에도 불구하고 하나의 상해로 인한 통원의료비를 전환

전계약의 보험기간 종료일부터 180일 이내에 외래는 방문 90회, 처방조제비는 처방전 90건까지 보상한 경우에는 제1항부터 제9항을 적용합니다.

(2) 질병급여

① 체신관서는 피보험자가 질병으로 의료기관에 입원 또는 통원(외래 및 처방조제)하여 치료를 받은 경우에는 급여의료비를 제6조 【보험가입금액 한도 등】에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 및 통원 1회당 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 급여의료비를 계산합니다.

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)	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 요

	양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액본인부담금을 말합니다)에서 <표 1>의 '통원항목별 공제금액'을 뺀 금액 <표1> 통원항목별 공제금액 <table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="464 472 1177 521">항 목</th><th data-bbox="1177 472 1369 521">공제금액</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="464 521 1177 1115">「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 data-bbox="1177 521 1369 1115">1만원과 보장대상 의료비의 20% 중 큰 금액</td></tr> <tr> <td data-bbox="464 1115 1177 1576">「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="1177 1115 1369 1576">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						

② 피보험자가 「국민건강보험법」 제5조, 제53조, 제54조에 따라 요양급여 또는 「의료급여법」 제4조, 제15조, 제17조에 따라 의료급여를 적용받지 못하는 경우에는 다음과 같이 보상합니다.

1. 의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 급여의료비 항목만 해당합니다) 중

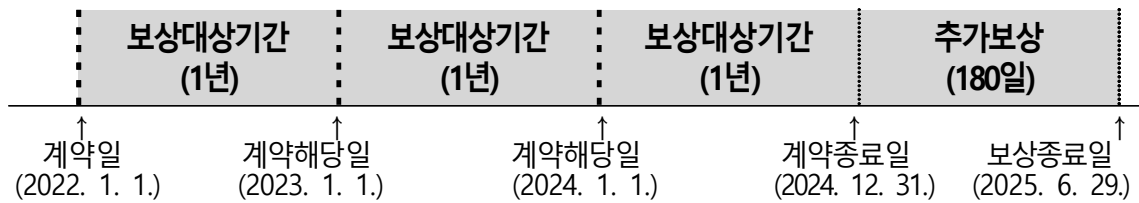
본인이 실제로 부담한 금액(통원의 경우 본인이 실제로 부담한 금액에서 같은 조 제1항 <표1>의 ‘통원항목별 공제금액’을 뺀 금액)의 40%를 제6조【보험가입금액의 한도 등】에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 및 통원 1회당 한도 내에서 보상합니다.

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 제6조【보험가입금액 한도 등】에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 및 통원 1회당 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 제6조【보험가입금액 한도 등】에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 및 통원 1회당 한도 내에서 보상합니다.

③ 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음날부터 180일까지 보상합니다.

④ 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 통원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음날부터 180일 이내의 통원을 보상하며 최대 90회 한도 내에서 보상합니다.

〈입원 및 통원 보상기간 예시〉



- ⑤ 종전 계약을 자동갱신하거나 체신관서의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제3항과 제4항을 적용하지 않습니다.
- ⑥ 하나의 질병으로 동일한 의료기관에서 같은 날 외래 및 처방을 함께 받은 경우 처방일자를 기준으로 외래 및 처방조제를 합산하되(조제일자가 다른 경우도 동일하게 적용) 통원 1회로 보아 제1항, 제4항 및 제5항을 적용합니다.
- ⑦ “하나의 질병”이란 발생 원인이 동일한 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병은 하나의 질병으로 간주하며, 하나의 질병으로 2회 이상 치료를 받는 경우에는 이를 하나의 질병으로 봅니다)을 말하며, 질병의 치료 중에 발생된 합병증 또는 새로 발견된 질병의 치료가 병행되거나 의학상 관련이 없는 여러 종류의 질병을 갖고 있는 상태에서 통원한 경우에는 하나의 질병으로 간주합니다.
- ⑧ 하나의 질병으로 하루에 같은 치료를 목적으로 2회 이상 통원치료(외래 및 처방조제 합산)를 받은 경우 1회의 통원으로 보아 제1항, 제4항 및 제5항을 적용합니다. 이 때 공제금액은 2회 이상의 중복방문 의료기관 중 가장 높은 공제금액을 적용합니다.
- ⑨ 체신관서는 피보험자가 질병으로 인하여 의료기관에서 본인의 장기등(「장기등 이식에 관한 법률」 제4조에 의한 “장기등”을 의미합니다)의 기능회복을 위하여 「장기등 이식에 관한 법률」 제42조 및 관련 고시에 따라 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 제1항부터 제8항에 따라

보상합니다.

<실손의료비보험 계약전환특약에 의하여 전환되는 경우>

⑩ 피보험자가 입원 또는 통원하여 치료를 받던 중 실손의료비보험 계약전환특약에 따라 계약이 전환(최초 입원일이 전환전계약 보험기간에 포함되는 것을 말합니다)된 경우에는 전환전계약이 종료되었다 하더라도 그 계속 중인 치료에 대해서는 보상기간의 연장으로 간주하여 전환전계약의 약관에 따라 보상합니다.

⑪ 제10항에도 불구하고 전환전계약의 약관에 따라 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 제1항부터 제9항을 적용합니다.

1. 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 계약이 전환되는 경우

가. 전환전계약의 계약체결일이 2009년 10월 26일부터 2014년 10월 1일 이전 : 최초입원일로부터 365일(최초 입원일을 포함합니다)이 지난 경우

나. 전환전계약의 계약체결일이 2014년 10월 2일부터 2016년 8월 11일 이전 : 최초입원일로부터 365일(최초 입원일을 포함합니다)이 지나거나, 하나의 질병으로 인한 입원이라도 입원의료비가 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일 경과하여 동일한 사유로 재입원한 경우

다. 전환전계약의 계약체결일이 2016년 8월 12일 이후 : 하나의 질병으로 인한 입원의료비를 전환전계약의 보험가입금액까지 보상한 경우

2. 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 계약이 전환되는 경우 : 전환전계약의 약관에 따라 전환전계약의 직전 계약해당일로부터 1년이 경과한 경우

<개인실손의료비보험 중지 및 재개 특약에 의하여 재개되는 경우>

⑫ 피보험자가 단체실손의료보험의 약관에 따라 질병으로 인해

입원하여 치료를 받던 중 개인실손의료비보험 중지 및 재개 특약에 따라 개인실손의료보험에 재개한 경우, 그 계속 중인 입원에 대하여는 재개전계약의 보상기간의 연장으로 간주하여 재개 전 단체실손의료보험의 약관에 따라 보상합니다.

⑬ 제12항에도 불구하고 하나의 질병으로 인한 입원의료비를 재개전계약의 보험기간 종료일부터 180일(재개전계약의 보험가입금액까지 보상한 경우에는 그 보상한도 종료일)까지 보상한 경우에는 제1항부터 제9항을 적용합니다.

⑭ 피보험자가 단체실손의료보험의 약관에 따라 질병으로 인해 통원하여 치료를 받던 중 개인실손의료비보험 중지 및 재개 특약에 따라 개인실손의료보험에 가입한 경우, 그 계속 중인 통원에 대하여는 재개전계약의 보상기간의 연장으로 간주하여 재개 전 단체실손의료보험의 약관에 따라 보상합니다.

⑮ 제14항에도 불구하고 하나의 질병으로 인한 통원의료비를 재개전계약의 보험기간 종료일부터 180일 이내에 외래는 방문 90회, 처방조제비는 처방전 90건까지 보상한 경우에는 제1항부터 제9항을 적용합니다.

<단체실손의료비보험 개인실손전환특약에 의하여 전환되는 경우>

⑯ 피보험자가 단체실손의료보험의 약관에 따라 질병으로 인해 입원하여 치료를 받던 중 단체실손의료비보험 개인실손전환특약에 따라 개인실손의료보험에 전환한 경우, 그 계속 중인 입원에 대하여는 전환전계약의 보상기간의 연장으로 간주하여 전환 전 단체실손의료보험의 약관에 따라 보상합니다.

⑰ 제16항에도 불구하고 하나의 질병으로 인한 입원의료비를 전환전계약의 보험기간 종료일부터 180일(전환전계약의 보험가입금액까지 보상한 경우에는 그 보상한도 종료일)까지 보상한 경우에는 제1항부터 제9항을 적용합니다.

⑱ 피보험자가 단체실손의료보험의 약관에 따라 질병으로 인해

통원하여 치료를 받던 중 단체실손의료비보험 개인실손전환특약에 따라 개인실손의료보험에 전환한 경우, 그 계속 중인 통원에 대하여는 전환전계약의 보상기간의 연장으로 간주하여 전환전 단체실손의료보험의 약관에 따라 보상합니다.

⑨ 제18항에도 불구하고 하나의 질병으로 인한 통원의료비를 전환전계약의 보험기간 종료일부터 180일 이내에 외래는 방문 90회, 처방조제비는 처방전 90건까지 보상한 경우에는 제1항부터 제9항을 적용합니다.

제 3 관 체신관서가 보상하지 않는 사항

제4조【보상하지 않는 사항】

체신관서가 이 계약에서 보상하지 않는 사항은 보장종목별로 다음과 같습니다.

(1) 상해급여

① 체신관서는 다음의 사유로 인하여 생긴 급여의료비는 보상하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우 제3조【보장종목별 보상내용】에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보상금액을 지급합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

4. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원

또는 통원한 경우. 다만, 체신관서가 보상하는 상해로 인하여 입원 또는 통원한 경우에는 보상합니다.

5. 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자 본인이 자의적으로 입원하여 발생한 입원의료비
6. 피보험자가 정당한 이유없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 통원의료비

② 체신관서는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동 목적으로 한 다음의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 생긴 상해에 대해서는 보상하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전 훈련이 필요한 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트·자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 행사(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 제3조【보장종목별 보상내용】에 따라 보상합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

③ 체신관서는 다음의 급여의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.

1. 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제)
2. 「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 따라 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)
3. 자동차보험(공제를 포함합니다)에서 보상받는 치료관계비(과실

상계 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) 질병급여

- ① 체신관서는 다음의 사유로 인하여 생긴 급여의료비는 보상하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우 제3조【보장종목별 보상내용】에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보상금액을 지급합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

4. 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자 본인이 자의적으로 입원하여 발생한 입원의료비

5. 피보험자가 정당한 이유없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 통원의료비

- ② 체신관서는 ‘제8차 한국표준질병사인분류(KCD : 통계청 고

시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)’에 따른 다음의 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. ‘제9차 개정 이후 한국표준질병사인분류’에 다음 질병 이외에 추가로 아래의 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)

다만, F04~F09, F20~F29, F30~F39, F40~F48, F51, F90~F98과 관련한 치료에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하는 의료비는 보상합니다.

2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)으로 발생한 의료비 중 전액본인부담금 및 보험가입일로부터 2년 이내에 발생한 의료비

3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원 또는 통원한 경우(O00~O99)

4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04). 다만, 피보험자가 보험가입당시 태아인 경우에는 보상합니다.

5. 요실금(N39.3, N39.4, R32)

③ 체신관서는 다음의 급여의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.

1. 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제)

2. 「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 따라 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)

3. 성장호르몬제 투여에 소요된 비용으로 부담한 전액본인부담금

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.

5. 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV 감염은 해당 진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 보상합니다)
6. 「응급의료에 관한 법률」 및 동법 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 동법 제26조 권역응급의료센터 또는 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료로서 전액본인부담금에 해당하는 의료비

제4조의2【특약에서 보상하는 사항】

① 제3조【보장종목별 보상내용】 및 제4조【보상하지 않는 사항】에도 불구하고 다음 각 호에 해당하는 의료비는 이 계약에서 보상하지 않습니다.

1. 비급여의료비
 2. 제1호와 관련하여 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 발생한 본인부담의료비
- ② 제1항 제1호 및 제2호에서 정한 의료비와 다른 의료비가 함께 청구되어 각 항목별 의료비가 구분되지 않는 경우 체신관서는 보험금 지급금액 결정을 위해 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 각각의 의료비에 대한 확인을 요청할 수 있습니다.

제5조【전쟁, 기타 변란시의 보험금】

체신관서는 전쟁, 기타의 변란으로 인하여 보험료 계산의 기초에 중대한 영향을 미칠 염려가 있을 때에는 과학기술정보통신부장관이 정하는 방법에 따라 보험금을 감액합니다.

제 4 관 보험금의 지급

제6조【보험가입금액 한도 등】

① 이 계약의 연간 보험가입금액은 제3조【보장종목별 보상내용】(1)상해급여에 대하여 입원과 통원의 보상금액을 합산하여 5천만원, (2)질병급여에 대하여 입원과 통원의 보상금액을 합산하여 5천만원으로 하며, 제3조【보장종목별 보상내용】에 의한 급여의료비를 이 금액 한도 내에서 보상합니다.

② 이 계약에서 ‘연간’이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 입원 또는 통원 치료시 해당일이 속한 보험연도의 보험가입금액 한도를 적용합니다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 「국민건강보험법」에 따른 본인부담금 상한제 또는 「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제 적용항목은 실제 본인이 부담한 금액(「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」 등 관련 법령에서 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액은 제외한 금액)을 한도로 제3조【보장종목별 보상내용】및 제4조【보상하지 않는 사항】에 따라 보상합니다.

④ 제3조【보장종목별 보상내용】에서 정한 입원의 경우 급여의료비 중 보상금액을 제외한 나머지 금액(‘「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금’(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 20%에 해당하는 금액)이 계약일 또는 매년 계약해당일부터 기산하여 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 제1항의 한도내에서 보상합니다.

⑤ 제3조【보장종목별 보상내용】에서 정한 통원의 경우 (1)상해급여 또는 (2)질병급여 각각에 대하여 통원 1회당 20만원 한도 내에서 보상합니다.

⑥ 제3조【보장종목별 보상내용】 (1)상해급여 제4항 또는 제5항 및 (2)질병급여 제3항 또는 제4항에 따른 계속중인 입원 또는 통원의 보상한도는 연간 보험가입금액에서 직전 보험기간 종료일까지 지급한 금액을 차감한 잔여 금액을 한도로 적용합니다.

제6조의2【보험가입금액 한도 등에 대한 설명 의무】

- ① 체신관서는 제18조【약관교부 및 설명의무 등】에 따라 계약자가 청약할 때에 약관의 중요한 내용을 설명할 경우, 제6조【보험가입금액 한도 등】의 내용도 함께 설명하여 드립니다.
- ② 제1항에 따라 보험가입금액 한도 등을 설명할 때에, 체신관서는 계약자에게 제6조【보험가입금액 한도 등】 제3항의 ‘본인 부담금 상한제’ 및 ‘본인부담금 보상제’에 대한 사항을 구체적으로 설명하여 드립니다.

【「국민건강보험법」에 따른 본인부담금 상한제】

요양급여비용 중 본인이 부담한 비용의 연간 총액이 일정 상한액(국민건강보험 지역가입자의 세대별 보험료 부담수준 또는 직장가입자의 개인별 보험료 부담수준에 따라 국민건강보험법 등 관련 법령에서 정한 금액(81만원~584만원))을 초과하는 경우 그 초과액을 국민건강보험공단이 부담하는 제도

【「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제】

수급권자의 급여대상 본인부담금이 매 30일간 다음 금액을 초과하는 경우, 초과금액의 50%에 해당하는 금액을 의료급여기금 등이 부담하는 제도

1. 1종 수급권자 : 2만원
2. 2종 수급권자 : 20만원

【「의료급여법」에 따른 본인부담금 상한제】

본인부담금 보상제에 따라 지급받은 금액을 차감한 급여대상 본인부담금이 다음 금액을 초과하는 경우, 그 초과액 전액을 의료급여기금 등이 부담하는 제도

1. 1종 수급권자 : 매 30일간 5만원

2. 2종 수급권자 : 연간 80만원

(다만, 의료법 제3조 제2항 제3호 라목에 따른 요양병원에 연간 240일을 초과하여 입원한 경우에는 연간 120만원으로 합니다.)

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

제7조【보험금 지급사유 발생의 통지】

계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제3조【보장종목별 보상내용】에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 것을 알았을 때에는 지체 없이 그 사실을 체신관서에 알려야 합니다.

제8조【보험금의 청구】

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(체신관서양식)

2. 사고증명서(진료비계산서(통원의료비의 경우 통원일자별 의료비 명기 필요), 진료비 세부내역서, 진단서, 사망진단서, 진료비영수증, 의사처방전(약국에서 조제 투약한 경우에 한함) 등)

3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

4. 그 밖에 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 「의료법」 제3조【의료기관】에서 규정한 국내의 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제9조【보험금의 지급절차】

① 체신관서는 제8조【보험금의 청구】에서 정한 서류를 접수한

때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 체신관서는 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급제도(체신관서가 추정하는 보험금의 50% 이내의 금액을 지급하는 제도를 말합니다)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제8조【보험금의 청구】에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정 신청
3. 수사기관의 조사
4. 외국에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제5항에 따른 체신관서의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 책임이 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제7항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

【보험금 가지급제도】

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

③ 제2항에 따라 추가적인 조사가 이루어지는 경우 체신관서는 보험수익자의 청구에 따라 체신관서가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.

④ 체신관서는 제1항에서 정한 지급기일 내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함

합니다)에는 그 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대하여 [별표 2] “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 다만, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 책임이 있는 사유로 지급이 지연된 경우에는 그 기간에 대한 이자는 지급하지 않습니다.

⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제14조【고지의무 위반의 효과】및 제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관 및 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 체신관서의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 체신관서는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

⑥ 체신관서는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

⑦ 보험수익자와 체신관서가 제3조【보장종목별 보상내용】의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 체신관서가 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 체신관서가 전액 부담합니다.

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

⑨ 체신관서는 보험금 지급금액 결정을 위해 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 건강보험심사평가원의 진료비확인요청제도를 활용할 수 있도록 동의해 줄 것을 요청할 수 있으며, 진료비확인요청제도를 활용할 경우 체신관서는 이를 활용한 사례를 집적하고 먼저 유사 사례가 있는지를 확인하고 이용합니다.

⑩ 체신관서는 보험금 지급시 보험수익자에게 휴대전화 문자메시지, 전자우편 또는 이와 유사한 전자적 장치 등으로 다음 각 호의 사항을 안내하여 드리며, 보험수익자는 안내한 사항과 관련하여 구체적인 계산내역 등에 대하여 체신관서에 설명을 요청할 수 있습니다.

1. 보험금 지급일 등 지급절차
2. 보험금 지급 내역
3. 보험금 심사 지연 시 지연 사유 및 예상 지급일
4. 보험금을 감액하여 지급하거나 지급하지 아니하는 경우에는 그 사유 등

제10조【주소변경의 통지】

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

제11조【보험수익자의 지정】

이 계약에서 계약자가 보험수익자를 지정하지 않은 때에는 보험수익자를 피보험자로 합니다.

제12조【대표자의 지정】

- ① 계약자 또는 보험수익자가 2명 이상인 경우에는 각 대표자를 1명 지정하여야 합니다. 이 경우 체신관서는 청약서에 기재된 사

람을 대표자로 보고 그는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자를 대리하는 것으로 합니다.

② 제1항의 대표자가 지정되지 않았거나 지정된 계약자 또는 보험수익자의 소재가 확실하지 않은 경우에는 이 계약에 관하여 체신관서가 계약자 또는 보험수익자 1명에 대하여 한 행위는 각각 다른 계약자 또는 보험수익자에게도 효력이 미칩니다.

③ 계약자가 2명 이상인 경우에는 연대하여 그 책임을 집니다.

제 5 관 계약자의 고지의무 등

제13조【고지의무】

계약자 또는 피보험자는 청약할 때 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(상법에 따른 “고지의무”와 같으며, 이하 “고지의무”라 합니다) 합니다.

제14조【고지의무 위반의 효과】

① 체신관서는 계약자 또는 피보험자가 제13조【고지의무】에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 체신관서가 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 체신관서가 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 알지 못하였을 때
2. 체신관서가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 날부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년이 지났을 때
3. 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때

4. 보험을 모집한 자(이하 “모집자 등”이라 합니다)가 다음의 어느 하나에 해당하는 행위를 하였을 때. 다만, 모집자 등이 다음의 행위를 하지 않았더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실하게 고지했다고 인정되는 경우에는 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.

가. 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았을 때
나. 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해하였을 때

다. 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실하게 고지하도록 권유했을 때

【고지의무 위반 예시】

계약을 청약하면서 모집자 등에게 고혈압이 있다고만 이야기하고 청약서의 고지사항에는 기재하지 않아 체신관서가 고혈압이 있다는 사실을 알지 못하였다고 하면, 체신관서는 고지의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.

② 체신관서는 제1항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 고지의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 고지의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 계약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 등으로 알려 드립니다.

③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제35조【해약환급금】 제1항에 따른 금액을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액(구좌수) 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제13조【고지의무】의 고지의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 체신관서가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 지급합니다.

⑤ 체신관서는 다른 보험가입내역에 대한 고지의무 위반을 이유

로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

⑥ 제30조【보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)】에 따라 이 계약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제1항의 최초계약으로 봅니다[부활(효력회복)이 여러 차례 발생된 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다].

제15조【사기에 의한 계약】

피보험자가 청약일 이전에 암 또는 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단 확정을 받은 후 계약자 또는 피보험자가 이를 숨기고 가입하는 등 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 체신관서가 증명하는 경우에는 체신관서는 계약일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

제 6 관 보험계약의 성립과 유지

제16조【보험계약의 성립】

① 계약은 「우체국예금·보험에관한법률」, 동법률시행규칙 및 이 약관이 정하는 바에 따라 계약자의 청약과 체신관서의 승낙으로 이루어집니다.

② 체신관서는 피보험자가 계약에 적합하지 않은 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액(구좌수) 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등을 말합니다)을 붙여 승낙할 수 있습니다.

③ 체신관서는 계약의 청약을 받고, 제1회 보험료를 받은 경우에 청약일부터 30일 이내에 승낙하거나 거절하여야 하며, 승낙한 경우에는 보험가입증서(보험증권)를 드립니다. 이 경우 30일 이내에 체신관서가 승낙 또는 거절의 통지를 하지 않으면 승낙한 것

으로 봅니다.

④ 체신관서가 제1회 보험료를 받고 승낙을 거절한 경우에는 거절통지와 함께 받은 금액을 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 예정이율에 1%를 더한 이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.

⑤ 이 계약의 보장내용 변경주기 종료 후 제24조【계약의 보장내용 변경주기 및 재가입】에 따라 계약이 성립되는 경우 “재가입”이라 합니다.

⑥ 체신관서가 제2항에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(계약이 자동갱신 되어 5년이 지나는 경우를 포함)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보상합니다.

⑦ 제6항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 제29조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지】에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑧ 제30조【보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)】에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제6항의 청약일로 하여 적용합니다.

제17조【청약의 철회】

① 계약자는 보험가입증서(보험증권)를 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 전문보험계약자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.

【전문보험계약자】

보험계약에 관한 전문성, 자산규모 등에 비추어 보험계약의 내용을 이해하고 이행할 능력이 있는 자로서 「보험업법」 제2조(정의), 「보험업법 시행령」 제6조의2(전문보험계약자의 범위 등) 또는 「보험업감독규정」 제1-4조의2(전문보험계약자의 범위)에서 정한 국가, 한국은행, 대통령령으로 정하는 금융기관, 주권상장법인, 지방자치단체, 단체보험계약자 등을 말합니다.

- ② 제1항에도 불구하고 청약한 날부터 30일(단, 전화를 통해 가입하는 계약 중 계약자의 나이가 만 65세 이상인 계약은 45일)이 지나면 청약을 철회할 수 없습니다.
- ③ 계약자는 청약서의 청약철회란을 작성하여 체신관서에 제출하거나, 통신수단을 이용하여 제1항의 청약을 철회할 수 있습니다.
- ④ 계약자가 청약을 철회하였을 때에는 체신관서는 청약의 철회를 접수한 날부터 3일 이내에 납입한 보험료를 계약자에게 돌려드리며, 보험료 반환이 늦어진 기간에 대해서는 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
- ⑤ 청약을 철회할 때에 이미 보험금 지급사유가 발생하였으나 계약자가 그 보험금 지급사유가 발생한 사실을 알지 못한 경우에는 청약철회의 효력이 발생하지 않습니다.
- ⑥ 제1항에서 보험가입증서(보험증권)를 받은 날에 대한 다툼이 발생한 경우 체신관서가 이를 증명하여야 합니다.

제18조【약관교부 및 설명의무 등】

- ① 체신관서는 계약자가 청약할 때에 계약자에게 약관의 중요한 내용을 설명하여야 하며, 청약 후에 지체 없이 약관 및 계약자 보관용 청약서를 드립니다. 다만, 계약자가 동의하는 경우 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 광기록매체(CD, DVD 등), 전자우편 등 전자적 방법으로 송부할 수 있으며, 계약자 또는 그 대리

인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해당 문서를 드린 것으로 봅니다. 또한, 통신판매계약의 경우, 체신관서는 계약자의 동의를 받아 다음 중 한 가지 방법으로 약관의 중요한 내용을 설명할 수 있습니다.

1. 인터넷 홈페이지에서 약관 및 그 설명문(약관의 중요한 내용을 설명한 문서)을 읽거나 내려받게 하는 방법. 이 경우 계약자가 이를 읽거나 내려받은 것을 확인한 때에 해당 약관을 드리고 그 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.
2. 전화를 이용하여 청약내용, 보험료납입, 보험기간, 고지의무, 약관의 중요한 내용 등 계약을 체결하는 데 필요한 사항을 질문하거나 설명하는 방법. 이 경우 계약자의 답변과 확인내용을 음성 녹음함으로써 약관의 중요한 내용을 설명한 것으로 봅니다.

【통신판매계약】

전화우편·인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

② 다음의 어느 하나의 경우 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

1. 체신관서가 제1항에 따라 제공하여야 할 약관 및 계약자 보관용 청약서를 계약자가 청약할 때 계약자에게 전달하지 않았거나 약관의 중요한 내용을 설명하지 않은 경우
2. 계약을 체결할 때 계약자가 청약서에 자필서명을 하지 않은 경우(자필서명에는 도장을 찍는 날인과 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명을 포함합니다)

③ 제2항에도 불구하고 전화를 이용하여 계약을 체결하는 경우에 다음의 어느 하나에 해당할 때에는 자필서명을 생략할 수 있으며, 제1항에 따른 음성녹음 내용을 문서화한 확인서를 계약자에게 드림으로써 계약자 보관용 청약서를 전달한 것으로 봅니다.

1. 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 동일한 계약의 경우
 2. 계약자, 피보험자가 동일하고 보험수익자가 계약자의 법정 상속인인 계약의 경우
- ④ 제2항에 따라 계약이 취소된 경우 체신관서는 계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려드리며, 보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.
- ⑤ 체신관서는 관계 법규에 따라 피보험자가 될 사람이 다른 실손 의료보험계약을 체결하고 있는지를 확인하고, 그 결과 피보험자가 될 사람이 다른 실손 의료보험계약의 피보험자로 되어 있는 경우에는 보상방식 등을 구체적으로 설명하여 드립니다.

제19조【계약의 무효】

- ① 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되거나 초과되었을 경우에는 계약을 무효로 하며, 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 체신관서가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 해당 계약은 유효한 계약으로 보며, 이미 납입한 보험료는 돌려드리지 않습니다.
- ② 체신관서의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우 및 체신관서가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 체신관서는 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

제20조【계약내용의 변경 등】

- ① 계약자는 체신관서의 승낙을 받아 다음의 사항을 변경할 수 있습니다. 이 경우 체신관서는 승낙사실을 서면 등으로 알리거나 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 적어 드립니다.

1. 보험료 납입방법

2. 계약자

3. 그 밖의 계약내용

② 계약자는 체신관서의 승낙 없이 보험수익자를 변경할 수 있습니다. 다만, 변경된 보험수익자가 체신관서에 권리자로서 대항하기 위해서는 계약자가 보험수익자가 변경되었음을 체신관서에 통지하여야 합니다.

【해설】

계약자가 보험수익자가 변경되었음을 체신관서에 통지하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우 체신관서는 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급할 수 있습니다. 체신관서가 변경 전 보험수익자에게 보험금을 지급한 경우 변경된 보험수익자에게는 별도로 보험금을 지급하지 않습니다.

③ 계약자가 제2항에 따라 보험수익자를 변경하고자 할 경우에는 보험금의 지급사유가 발생하기 전에 피보험자가 서면으로 동의하여야 합니다.

④ 제1항에 따라 계약자가 변경된 경우 체신관서는 변경된 계약자에게 보험가입증서(보험증권) 및 약관을 드리고, 변경된 계약자가 요청하는 경우 약관의 중요한 내용을 설명하여 드립니다.

제21조【보험나이 등】

① 이 약관에서 피보험자의 나이는 보험나이를 기준으로 합니다.

② 제1항의 보험나이는 계약일 현재 피보험자의 실제 만 나이를 기준으로 6개월 미만의 끝수는 버리고 6개월 이상의 끝수는 1년으로 하여 계산하며, 이후 매년 계약해당일에 나이가 증가하는 것으로 합니다.

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

【보험나이 계산 예시】

생년월일 : 1988년 10월 2일, 현재(계약일) : 2016년 4월 13일
⇒ 2016년 4월 13일 - 1988년 10월 2일 = 27년 6월 11일 = 28세

제22조【계약의 소멸】

① 보험기간 중 피보험자가 사망하여 이 약관에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서” 에서 정하는 바에 따라 체신관서가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

【책임준비금】

장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 체신관서가 적립해 둔 금액을 말합니다.

② 제1항의 “사망” 에는 보험기간에 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.

③ 제1항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제8조 **【보험금의 청구】** 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제9조 **【보험금의 지급절차】** 의 규정을 따릅니다. 다만, 제9조 **【보험금의 지급절차】** 제4항에도 불구하고 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제23조【계약의 보험기간 및 갱신】

- ① 이 계약의 보험기간은 1년 만기 갱신으로 합니다.
- ② 제16조【보험계약의 성립】에도 불구하고 계약자가 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간 종료일 15일 전까지 이 계약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 체신관서에 통지하지 않으면 이 계약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다.
- ③ 갱신계약의 경우 제25조【제1회 보험료 및 체신관서의 보장개시】제1항에도 불구하고 갱신일을 보장개시일로 합니다.
- ④ 이 계약은 최대 4회까지 갱신이 가능합니다.
- ⑤ 갱신계약의 보험료, 해약환급금 등(이하 “보험요율”이라 합니다)은 갱신일 현재를 기준으로 재산출된 보험요율을 적용하며, 이 보험요율은 나이의 증가, 의료수가의 변동, 적용 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.
- ⑥ 제5항에 따라 보험료가 변경되는 경우에는 이 계약의 보험기간 종료일 30일 전까지 계약자에게 관련 내용을 서면 또는 전화(음성녹음)로 안내합니다.

제24조【계약의 보장내용 변경주기 및 재가입】

- ① 이 계약의 보장내용 변경주기란 계약의 보장내용(보장범위 및 자기부담금 등(이하 “보장내용”이라 합니다))이 관련 법규의 개정 및 보험 관련 법규의 개정 등에 따라 변경될 수 있는 주기를 말하며 5년으로 합니다.
- ② 보장내용 변경주기 종료일은 「최초(재)가입나이 + 보장내용 변경주기」세 계약해당일의 전일로 합니다.
- ③ 체신관서는 최초가입시 계약자에게 보장내용 변경주기 종료일 이후 재가입할 때 인수조건(재가입가능 최고연령 등)을 설명해야 하고, 이 계약의 재가입 시점에 관련 법규의 개정 및 보험 관련 법규의 개정 등에 따라 보장내용이 변경될 수 있음을 안내합니다.

④ 계약이 다음 각 호의 조건을 충족하고 계약자가 제7항에 따라 재가입의사를 표시한 때에는 이 약관의 제16조【보험계약의 성립】 및 제18조【약관교부 및 설명의무 등】를 준용하여 체신관서가 정한 절차에 따라 계약자는 기존 계약에 이어 재가입할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 기존계약의 가입 이후 발생한 상해 또는 질병을 사유로 가입을 거절할 수 없습니다.

1. 재가입일에 있어서 피보험자의 나이가 체신관서가 최초가입 당시 정한 나이의 범위 내일 것

2. 재가입 전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것

⑤ 이 계약의 보장내용 변경주기 종료일 이후 계약자가 재가입을 원하는 경우 계약자는 재가입 시점에서 체신관서가 판매하는 실손의료보험 상품으로 가입을 할 수 있으며, 체신관서는 이를 거절할 수 없습니다.

⑥ 체신관서는 계약자에게 보장내용 변경주기가 끝나는 날 이전까지 2회 이상 재가입 요건, 보장내용 변경내역, 보험료 수준, 재가입 절차 및 재가입 의사 여부를 확인하는 내용 등을 서면(등기 우편 등), 전화(음성녹음), 전자문서, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 등으로 알려드리고, 체신관서는 계약자의 재가입의사를 전화(음성녹음), 직접 방문 또는 전자적 의사표시, 통신판매계약의 경우 통신수단을 통해 확인합니다.

⑦ 계약자는 제6항에 따른 재가입안내와 재가입여부 확인 요청을 받은 경우 재가입 의사를 표시하여야 합니다.

⑧ 제6항 및 제7항에도 불구하고, 체신관서가 계약자의 재가입 의사를 확인하지 못한 경우(계약자와의 연락두절로 체신관서의 안내가 계약자에게 도달하지 못한 경우 포함)에는 직전 계약과 동일한 조건으로 보험계약을 연장합니다. 다만, 보험료, 해약환급금 등 보험요율은 나이의 증가, 의료수가의 변동, 적용 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.

⑨ 제8항에 따라 직전 계약과 동일한 조건으로 자동 연장된 경

우 계약자는 그 연장된 날로부터 90일 이내에 그 계약을 취소할 수 있으며, 체신관서는 연장된 날 이후 계약자가 납입한 보험료 전액을 환급합니다.

⑩ 제8항에 따라 직전 계약과 동일한 조건으로 자동 연장된 경우 보험계약의 연장일은 체신관서가 계약자의 재가입의사를 확인한 날(계약자 등이 체신관서에 보험금을 청구함으로써 계약자에게 연락이 닿아 체신관서가 계약자의 재가입의사를 확인한 날 등)까지로 합니다. 계약자의 재가입 의사가 확인된 경우에는 제4항에서 정한 절차에 따라 체신관서가 재가입 의사를 확인한 날에 판매중인 상품으로 다시 재가입하는 것으로 하며, 기존 계약은 해지됩니다. 다만, 계약자가 재가입을 원하지 않는 경우에는 해당 시점으로부터 계약은 해지됩니다.

⑪ 제8항에 따라 직전 계약과 동일한 조건으로 자동 연장된 경우 계약자는 체신관서에 재가입 의사를 표시할 수 있습니다. 체신관서는 계약자의 재가입 의사가 확인되었을 때에는 제4항에서 정한 절차에 따라 체신관서가 재가입 의사를 확인한 날에 판매중인 상품으로 재가입하는 것으로 하며, 기존 계약은 해지됩니다.

⑫ 제10항 또는 제11항에 따라 계약이 해지된 경우 체신관서는 제35조【해약환급금】 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 7 관 보험료의 납입

제25조【제1회 보험료 및 체신관서의 보장개시】

① 체신관서는 계약의 청약을 승낙하고 계약자로부터 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관에서 정한 바에 따라 보장을 합니다. 또한, 체신관서가 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한

경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다. 다만, 계약자가 제1회 보험료를 자동이체로 납입하는 경우에는 자동이체신청에 필요한 정보를 제공한 때를 제1회 보험료를 받은 때로 하며, 계약자에게 책임이 있는 사유로 자동이체가 불가능한 경우에는 보험료가 납입되지 않은 것으로 봅니다.

② 체신관서가 청약과 함께 제1회 보험료를 받고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생하였을 때에도 보장개시일부터 이 약관에서 정하는 바에 따라 보장을 합니다.

【보장개시일】

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

③ 체신관서는 제2항에도 불구하고 다음의 어느 하나에 해당하는 경우에는 보장을 하지 않습니다.

1. 제13조 【고지의무】에 따라 계약자 또는 피보험자가 체신관서에 알린 내용이 보험금 지급사유의 발생에 영향을 미쳤음을 체신관서가 증명하는 경우
2. 제14조 【고지의무 위반의 효과】를 준용하여 체신관서가 보장을 하지 않을 수 있는 경우

④ 청약서에 피보험자의 직업 또는 직종별로 보험가입금액(구좌수)의 한도액이 명시되어 있음에도 그 한도액을 초과하여 청약을 하고 청약을 승낙하기 전에 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 그 초과 청약액에 대하여는 보장을 하지 않습니다. 다만, 체신관서는 그 한도액을 초과하여 청약된 부분에 대한 보험료는 돌려드립니다.

⑤ 체신관서는 청약철회청구서를 접수하거나 거절통지가 계약자에게 도달한 이후에 발생한 보험금 지급사유에 대하여는 보장을

하지 않습니다.

⑥ 계약이 갱신되는 경우에는 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 보장은 기존 계약에 의한 보장이 종료하는 때부터 적용합니다.

제26조【제2회 이후 보험료의 납입】

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

【납입기일】

계약자가 제2회부터의 보험료를 납입하기로 한 날을 말합니다.

제27조【갱신계약 보험료의 납입】

① 계약자는 제23조【계약의 보험기간 및 갱신】 제2항에 정한 바에 따라 계약을 갱신하는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

② 갱신계약의 제1회부터의 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

제28조【보험료의 자동대출납입】

① 계약자는 제29조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지】에 따른 유예기간이 지나기 전까지 체신관서가 정한 방법에 따라 보험료의 자동대출납입을 신청할 수 있으며, 이 경우 제36조【환급금대출】 제1항에 따른 환급금대출금으로 보험료가 자동으로 납입되어 계약은 유효하게 지속됩니다. 다만, 계약자가 서면 외에 인터넷 또는 전화(음성녹음) 등으로 자동대출납입을 신청할 경우 체신관서는 자동대출납입 신청

내용을 서면 또는 전화(음성녹음) 등으로 계약자에게 알려드립니다.

② 제1항에도 불구하고 환급금대출금과 환급금대출이자를 더한 금액이 해약환급금(해당 보험료가 납입된 것으로 계산한 금액을 말합니다)을 초과하는 때에는 보험료의 자동대출납입을 더는 할 수 없습니다.

③ 제1항과 제2항에 따른 보험료의 자동대출납입 기간은 최초 자동대출납입일부터 1년을 한도로 하며, 그 이후의 기간에 대한 보험료의 자동대출납입을 위해서는 제1항에 따라 재신청을 하여야 합니다.

④ 보험료의 자동대출납입이 이루어진 경우에도 자동대출납입 전 유예기간이 끝나는 날의 다음 날부터 1개월 이내에 계약자가 계약의 해지를 청구하였을 때에는 체신관서는 보험료의 자동대출납입이 없었던 것으로 하여 제35조【해약환급금】제1항에 따른 금액을 지급합니다.

⑤ 체신관서는 자동대출납입이 종료된 날부터 15일 이내에 자동대출납입이 종료되었음을 서면, 전화(음성녹음을 포함합니다) 또는 전자문서(문자메시지를 포함합니다) 등으로 계약자에게 안내하여 드립니다.

제29조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지】

① 최초계약의 제2회부터의 보험료 및 갱신계약의 제1회부터의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)은 납입기일부터 납입기일이 속하는 달의 다음 다음달의 마지막 날(유예기간의 마지막 날이 영업일이 아닐 때에는 그 다음 날)까지로 하며 계약자가 최초계약의 제2회부터의 보험료 및 갱신계약의 제1회부터의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우 체신관서는 제2항에서 정한 바에 따라 납입최고(독촉)하고 유예기간이 끝나는 날까지 보험료가 납입되지 않은 경우

유예기간이 끝나는 날의 다음 날에 계약을 해지합니다. 다만, 계약이 해지되기 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 체신관서는 보상합니다.

② 보험료 납입이 연체 중인 경우 체신관서는 다음 사항에 대하여 유예기간이 끝나기 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다.

1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 유예기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
2. 유예기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음 날에 계약이 해지된다는 내용(이 경우 계약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 환급금대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

③ 체신관서가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하려는 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 받아 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다.

④ 체신관서는 제3항에 따른 확인 결과 전자문서가 수신되지 않은 것을 알았을 때에는 유예기간이 끝나기 15일 이전까지 제2항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

⑤ 제1항에 따라 계약이 해지된 경우에는 제35조 【해약환급금】 제1항에 따른 금액을 계약자에게 지급합니다.

제30조【보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)】

① 제29조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지】에 따라 계약이 해지되었으나 계약자가 해약환급금

을 받지 않은 경우(환급금대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 체신관서가 정한 절차에 따라 계약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 체신관서가 부활(효력회복)을 승낙한 경우에는 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 이 계약의 예정이율에 1%를 더한 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다.

② 제1항에 따라 해지계약을 부활(효력회복)하는 경우에는 제13조 【고지의무】, 제14조 【고지의무 위반의 효과】, 제15조 【사기에 의한 계약】, 제16조 【보험계약의 성립】 및 제25조 【제1회 보험료 및 체신관서의 보장개시】를 준용합니다. 단, 부활(효력회복)의 경우 제1회 보험료는 부활(효력회복)시의 보험료를 말합니다.

③ 제1항에 따라 계약이 부활(효력회복)된 경우라도 계약자 또는 피보험자가 최초계약을 청약할 때 제13조 【고지의무】를 위반한 경우에는 제14조 【고지의무 위반의 효과】가 적용됩니다.

제31조【강제집행 등으로 인한 해지계약의 특별부활(효력회복)】

① 체신관서는 계약자의 해약환급금 청구권에 대한 강제집행, 담보권실행, 국세 및 지방세 체납처분절차에 따라 계약이 해지된 경우 해지 당시의 보험수익자가 계약자의 동의를 받아 계약 해지로 체신관서가 채권자에게 지급한 금액을 체신관서에 지급하고 제20조 【계약내용의 변경 등】 제1항의 절차에 따라 계약자 명의를 보험수익자로 변경하여 계약의 특별부활(효력회복)을 청약할 수 있음을 보험수익자에게 통지하여야 합니다.

② 체신관서는 보험수익자가 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복) 청약을 한 경우 이를 승낙하며, 계약은 청약한 때부터 특별부활(효력회복) 됩니다.

③ 체신관서는 제1항의 통지를 지정된 보험수익자에게 하여야 합니다. 다만, 법정상속인이 보험수익자로 지정된 경우 체신관서

는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.

④ 체신관서는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다. 다만, 체신관서의 통지가 7일이 지나 보험수익자에게 도달하고 이후 그 보험수익자가 제1항에 따른 계약자 명의변경 신청 및 계약의 특별부활(효력회복)을 청약한 경우에는 계약이 해지된 날부터 7일이 되는 날에 특별부활(효력회복) 됩니다.

⑤ 보험수익자는 통지를 받은 날(제3항에 따라 계약자에게 통지된 경우에는 계약자가 통지를 받은 날을 말합니다)부터 15일 이내에 제1항의 절차를 이행할 수 있습니다.

제32조【보험료의 계산】

① 보험기간이 종료되어 갱신되는 계약(이하 “갱신계약”이라 합니다)의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동 등의 사유로 인하여 인상 또는 인하될 수 있습니다.

② 갱신계약의 보험료는 매년 최대 25% 범위(나이의 증가로 인한 보험료 증감분은 제외) 내에서 인상 또는 인하될 수 있습니다. 다만, 체신관서가 「우체국예금·보험에 관한 법률」 제3조의2 제2항에 따라 경영개선계획을 수립·시행하여야 하는 경우는 예외로 합니다.

③ 이 조항에 따른 보험료 계산 방법은 보장내용 변경주기 및 관계법령의 개정에 따라 변경될 수 있습니다.

【갱신년도별 보험료 적용 예시】

▶ 최초 보험료, XX세 남자, 월 14,000원, 매년 보험료* 최대인상 (25%) 가정시

* 주계약 급여실손의료보험과 비급여실손의료특약을 함께 가입 하였을 경우를 가정하여 산출한 보험료입니다.

(단위 : 원)

구분	XX세	XX+1세	XX+2세	XX+3세	XX+4세	XX+5세
나이증가분(A)		560	728	946	1,230	1,599
보험료 산출 기초율 (위험률 등) 증가분 (B=전년도 기준보험료의 최대 25% 가정)		3,640	4,732	6,152	7,997	10,396
기준보험료 (C=전년도 기준보험료 +A+B)	14,000	18,200	23,660 (21,294)*	30,758 (27,682)*	39,985 (35,987)*	51,980 (46,782)*

* ()은 직전 2년 무사고시 보험료 10%할인 추가 적용 기준

※ 상기 보험료계산 예시는 단순예시로, 실제로 납입해야하는 보험료와 상이할 수 있습니다.

※ 상기 보험료계산 예시는 비급여실손의료비특약의 요율 상대도(할인·할증요율)는 반영되지 않은 기준입니다.

제 8 관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제33조【계약자의 임의해지】

계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 계약이 해지된 경우 체신관서는 제35조【해약환급금】제1항에 따른 금액을 계약자에게 지급합니다.

제34조【중대사유로 인한 해지】

① 체신관서는 다음과 같은 사실이 있을 경우에는 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.

1. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금을 지급받을 목적으로 고의로 상해 또는 질병을 발생시킨 경우
2. 계약자, 피보험자 또는 보험수익자가 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 적었거나 그 서류 또는 증거를 위조 또는 변조한 경우. 다만, 이미 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보험금 지급에 영향을 미치지 않습니다.

② 체신관서는 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 그 사실을 계약자에게 통지하고 제35조【해약환급금】 제1항에 따른 금액을 지급합니다.

제35조【해약환급금】

① 이 계약은 해약환급금이 없습니다. 단, 계약이 해지된 시점에 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 따른 미경과보험료적립금 등이 있는 경우 체신관서는 이를 계약자에게 지급하여 드립니다.

② 제1항에 따른 금액의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 체신관서에 해당 금액을 청구하여야 하며, 체신관서는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해당 금액을 지급합니다. 제1항에 따른 금액 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 [별표2] “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

제36조【환급금대출】

① 계약자는 이 계약의 해약환급금 범위 내에서 체신관서가 정한 방법에 따라 대출(이하 “환급금대출”이라 합니다)을 받을 수 있습니다. 다만, 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 환급금대출이 제한될 수도 있습니다.

- ② 계약자는 제1항에 따른 환급금대출금과 그 이자를 언제든지 상환할 수 있습니다.
- ③ 계약자가 보험금, 해약환급금 등의 지급사유가 발생한 날에 환급금대출금과 그 이자를 상환하지 않은 경우 체신관서는 그 지급금에서 환급금대출의 원금과 이자를 차감할 수 있습니다.
- ④ 제3항에도 불구하고 제29조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지】에 따라 계약이 해지되는 경우 체신관서는 즉시 해약환급금에서 환급금대출의 원금과 이자를 차감합니다.
- ⑤ 체신관서는 보험수익자에게 환급금대출 사실을 통지할 수 있습니다.

제37조【배당금의 지급】

이 계약은 무배당보험이므로 계약자 배당금이 없습니다.

제 9 관 다수보험의 처리 등

제38조【다수보험의 처리】

- ① 다수보험의 경우 각 계약의 보장대상의료비 및 보장책임액에 따라 제2항에서 정한 방법으로 계산된 각 계약의 비례분담액을 지급합니다.
- ② 각 계약의 보장책임액 합계액이 각 계약의 보장대상의료비 중 최고액에서 각 계약의 피보험자부담 공제금액 중 최소액을 차감한 금액을 초과한 다수보험은 아래의 산출방식에 따라 각 계약의 비례분담액을 계산합니다.

각 계약별 비례분담액 =

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

제39조【연대책임】

① 2009년 10월 1일 이후에 신규로 체결된 보험수익자가 동일한 다수보험의 경우 보험수익자는 보험금 전부 또는 일부의 지급을 다수계약이 체결되어 있는 회사 중 한 회사에 청구할 수 있고, 청구를 받은 회사는 해당 보험금을 이 계약의 지급한도 내에서 지급합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급한 회사는 보험수익자가 다른 회사에 대하여 가지는 해당 보험금 청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 지급한 금액이 보험수익자가 다른 회사에 청구할 수 있는 보험금의 일부인 경우에는 해당 보험수익자의 보험금 청구권을 침해하지 않는 범위에서 그 권리를 취득합니다.

제 10 관 분쟁의 조정 등

제40조【분쟁의 조정】

계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁당사자나 그 밖의 이해관계인과 체신관서는 과학기술정보통신부장관이 정하는 바에 따라 우체국보험분쟁조정위원회의 심의조정을 받을 수 있습니다.

제41조【관할법원】

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

제42조【소멸시효】

보험금 청구권, 보험료 반환청구권, 해약환급금청구권 및 책임준비금 반환청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

【소멸시효】

보험금 등의 지급사유가 2015년 1월 2일에 발생하였음에도 2018년 1월 2일까지 보험금 등을 청구하지 않는 경우 시효가 완성되어 보험금 등을 지급받지 못할 수 있습니다.

제43조【약관의 해석】

- ① 체신관서는 신의성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하며, 계약자에 따라 다르게 해석하지 않습니다.
- ② 체신관서는 약관의 뜻이 명백하지 않은 경우에는 계약자에게 유리하게 해석합니다.
- ③ 체신관서는 보상하지 않는 사항 등 계약자나 피보험자에게 불리하거나 부담을 주는 내용은 확대하여 해석하지 않습니다.

제44조【체신관서가 제작한 보험안내자료 등의 효력】

모집자 등이 모집과정에서 사용한 체신관서 제작의 보험안내자료(계약의 청약을 권유하기 위하여 만든 자료 등을 말합니다)의 내용이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제45조【체신관서의 손해배상책임】

- ① 체신관서는 계약과 관련하여 모집자 등에 책임이 있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 손해를 입힌 경우에는 관계 법령 등에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.
- ② 체신관서는 보험금 지급 거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었는데도 소송을 제기하여 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 손해를 입힌 경우에는 그에 따른 손해를

배상할 책임을 집니다.

③ 채신관서가 보험금 지급 여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 불공정한 합의로 보험수익자에게 손해를 입힌 경우에도 채신관서는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

④ 채신관서가 제18조【약관교부 및 설명의무 등】제5항에 따른 의무를 이행하지 않아 계약자가 다수의 실손의료보험에 가입한 경우, 채신관서는 계약자에게 손해를 배상할 책임을 집니다.

⑤ 채신관서가 제4항에 따라 계약자에게 손해를 배상할 책임이 발생한 경우 계약자는 이 계약의 최초계약일부터 5년 이내에 채신관서에 손해배상을 청구할 수 있고, 이 계약의 최초계약일부터 손해배상을 청구하기 전까지 납입한 보험료와 이에 대한 이자(보험료를 받은 기간에 대하여 이 계약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액)를 합한 금액을 손해배상액으로 합니다.

제46조【개인정보보호】

① 채신관서는 이 계약과 관련된 개인정보를 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 「개인정보 보호법」, 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 등 관계 법령에서 정한 경우를 제외하고 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 동의 없이 수집, 이용, 조회 또는 제공하지 않습니다. 다만, 채신관서는 이 계약의 체결, 유지, 보험금 지급 등을 위하여 위 관계 법령에 따라 계약자 및 피보험자의 동의를 받아 다른 보험회사 및 보험관련단체 등에 개인정보를 제공할 수 있습니다.

② 채신관서는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

제47조【준거법】

이 계약은 대한민국 법에 따라 규율되고 해석되며, 약관에서 정하지 않은 사항은 상법, 민법 등 관계 법령을 따릅니다.

제48조【준용규정】

계약을 전환하거나 중지계약을 재개하는 경우 전환전계약 또는 중지전계약의 「고지의무」, 「고지의무 위반의 효과」 및 「사기에 의한 계약」 조항은 전환후계약 또는 재개후계약의 최대 재가입 기간 만료시까지 효력이 있습니다.

제49조【지급보장】

이 계약은 「우체국예금·보험에 관한 법률」 제4조에 의해 지급이 보장됩니다.

[별표1]

용어의 정의

용 어	정 의
계약	보험계약
보험가입증서 (보험증권)	계약의 성립과 계약내용을 증명하기 위하여 체신관서가 계약자에게 드리는 증서
계약자	체신관서와 계약을 체결하고 보험료를 납입하는 사람
피보험자	보험금 지급사유 또는 보험사고 발생의 대상(객체)이 되는 사람
보험수익자	보험금을 수령하는 사람
보험기간	체신관서가 계약에서 정한 보상책임을 지는 기간
연단위 복리	체신관서가 지급할 금전에 대한 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법
해약환급금	계약이 해지되는 때에 체신관서가 계약자에게 돌려주는 금액
환급금대출이율	매월 체신관서가 정하는 이율로 하며 체신관서의 인터넷 홈페이지 등을 통해 공시
영업일	체신관서가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일과 「관공서의 공휴일에 관한 규정」에 따른 공휴일은 제외
중요한 사항	고지의무와 관련하여 체신관서가 그 사실을 알았더라면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액(구좌수) 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항
최초계약	최초(재)가입으로 성립된 보험계약
갱신계약	계약의 보험기간 종료 후 제23조【계약의 보험기간 및 갱신】에 따라 갱신된 경우
갱신 전 계약	갱신계약의 경우 계약이 갱신되기 직전 계약
갱신일	갱신 전 계약의 보험기간 종료일의 다음 날
상해	보험기간 중 발생한 급격하고 우연한 외래의 사고
의사	「의료법」 제2조【의료인】에서 정한 의사, 한의사 및 치과의사의 자격을 가진 사람
약사	「약사법」 제2조【정의】에서 정한 약사 및 한약사의 자격을 가진 사람

용 어	정 의
보험연도	당해연도 계약해당일부터 차년도 계약해당일 전일까지 매1년 단위의 연도. 예를 들어 보험계약일이 2021년7월1일인 경우 보험연도는 2021년7월1일부터 2022년6월30일까지 1년이 됩니다.
의료기관	아래 각호를 말합니다. 1. 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정하는 의료기관을 말하며, 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원(조산원 제외) 2. 「국민건강보험법」 제42조제1항제4호에 의한 보건소·보건의원·보건지소 및 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소
약국	「약사법」 제2조 제3호에 따른 장소로서, 약사가 수여(授與)할 목적으로 의약품 조제업무를 하는 장소를 말하며, 의료기관의 조제실은 제외하며 「국민건강보험법」 제42조제1항제3호에 의한 한국 희귀·필수의약품센터를 포함합니다.
입원	의사가 피보험자의 상해 또는 질병으로 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관에 입실하여 계속하여 6시간이상 체류하면서 의사의 관찰 및 관리 하에 치료를 받는 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
입원실료	입원치료 중 발생한 기준병실 사용료, 환자 관리료, 식대 등
입원제비용	입원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료(퇴원시 의사로부터 치료목적으로 처방받은 약제비 포함), 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 치료재료, 석고붕대로(cast), 지정진료비 등
입원수술비	입원치료 중 발생한 수술료, 마취료, 수술재료비 등
입원의료비	입원실료, 입원제비용, 입원수술비
통원	의사가 피보험자의 상해 또는 질병으로 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서, 의료기관에 입원하지 않고 의료기관을 방문하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것
처방조제	의사 및 약사가 피보험자의 상해 또는 질병으로 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서, 통원으로 인하여 발행된 의사의 처방전으로 약국의 약사가 조제하는 것. 이 경우 「국민건강보험법」 제42조 제1항 제3호에 따른 한국희귀의약품센터에서의 처방조제 및 의약분업 예외 지역에서의 약사의 직접조제를 포함

용 어	정 의
외래제비용	통원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 치료재료, 석고붕대료(cast), 지정진료비 등
외래수술비	통원치료 중 발생한 수술료, 마취료, 수술재료비 등
처방조제비	의료기관 의사의 처방전에 따라 조제되는 약국의 처방조제비 및 약사의 직접조제비
통원의료비	외래제비용, 외래수술비, 처방조제비
요양급여	「국민건강보험법」 제41조(요양급여)에 따른 가입자 및 피부양자의 질병·부상 등에 대한 다음의 요양급여 1. 진찰·검사 2. 약제·치료재료의 지급 3. 처치·수술 또는 그 밖의 치료 4. 예방·재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송
의료급여	「의료급여법」 제7조(의료급여의 내용 등)에 따른 가입자 및 피부양자의 질병·부상 등에 대한 다음 각 호의 의료급여 1. 진찰·검사 2. 약제·치료재료의 지급 3. 처치·수술 또는 그 밖의 치료 4. 예방·재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송 8. 그 밖에 의료 목적의 달성을 위한 조치
「국민건강보험법」에 따른 본인부담금 상한제	「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 연간 본인부담금 총액이 「국민건강보험법 시행령」 별표3에서 정하는 금액을 넘는 경우에 그 초과한 금액을 공단에서 부담하는 제도를 말하며, 국민건강보험 관련 법령의 변경에 따라 환급기준이 변경될 경우에는 체신관서는 변경되는 기준에 따름
「의료급여법」에 따른 본인 부담금 보상제 및 본인부담금 상한제	「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금이 「의료급여법 시행령」 제13조(급여비용의 부담)에서 정하는 금액을 넘는 경우에 그 초과한 금액을 의료급여기금 등에서 부담하는 제도를 말하며, 의료급여 관련 법령의 변경에 따라 환급기준이 변경될 경우에는 체신관서는 변경된 기준에 따름
보장대상의료비	피보험자가 실제로 부담한 의료비 - 보장제외금액* *「제3관 체신관서가 보상하지 않는 사항」에서 정한 “체신관서가 보상하지 않는 사항에 따른 금액”
보장책임액	(보장대상의료비 - 피보험자부담 공제금액)과 보험가입금액 중 작은 금액
다수보험	실손 의료보험계약(우체국보험, 각종 공제, 상해·질병·간병보험 등 제3보험, 개인연금·퇴직보험 등 의료비를 실손으로 보상하는 보험·공제계약을 포함)이 동시에 또는 순차적으로 2개 이상 체결되었고, 그 계약이 동일한 보험사고에 대하여 각 계약별 보장책임액이 있는 여러 개의 실손 의료보험계약을 말함

[별표2]

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	적 립 이 율
보장관련 보험금	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	환급금대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일 이내 기간	환급금대출이율+ 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일 이내 기간	환급금대출이율+ 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	환급금대출이율+ 가산이율(8.0%)
해약환급금	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 예정이율의 50% 1년 초과기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까 지의 기간	환급금대출이율

- 주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효가
완성된 이후에는 발생하지 않습니다.
2. 계약자 등에게 책임이 있는 사유로 보험금 지급이 지연
된 경우에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을
수 있습니다. 다만, 체신관서는 계약자 등이 분쟁조정을
신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제9조【보험금의 지급절차】제2항 각
호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해
당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 위의 표에서 환급금대출이율은 이 계약의 환급금대출이
율, 예정이율은 이 계약의 예정이율을 말합니다.

무배당 비급여실손의료비특약
(계약전환·단체개인전환·개인중지재개용)(갱신형)
2109 약관

이 특약의 약관은 「무배당 비급여실손의료비특약(계약전환·단체개인전환·개인중지재개용)(갱신형) 2109」를 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제1조【목적】

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자” 라 합니다)와 체신관서 사이에 제4조【보장종목별 보상내용】에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약” 이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조【보장종목】

체신관서가 판매하는 무배당 비급여실손의료비특약(계약전환·단체개인전환·개인중지재개용)(갱신형) 2109는 다음과 같이 상해비급여, 질병비급여, 3대비급여의 3개의 보장종목으로 구성되어 있습니다.

보장종목	보상하는 내용
상해비급여	피보험자가 상해로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원하여 비급여 ^{주)} 치료를 받거나 비급여 처방조제를 받은 경우에 보상(3대비급여 제외)
질병비급여	피보험자가 질병으로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원하여 비급여 치료를 받거나 비급여 처방조제를 받은 경우에 보상(3대비급여 제외)
3대비급여	피보험자가 상해 또는 질병의 치료목적으로 의료기관에 입원 또는 통원하여 3대비급여 치료를 받은 경우에 보상

주) 「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)

【해설】

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.

제3조【용어의 정의】

① 이 특약에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같습니다.

3대비급여 치료	용 어	정 의
도수치료· 체외충격파 치료· 증식치료	도수 치료	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
	체외 충격파 치료	체외에서 충격파를 병변에 가해 혈관 재형성을 돕고 건(힘줄) 및 뼈의 치유 과정을 자극하거나 재활성화 시켜 기능개선 및 통증감소를 위하여 실시하는 치료행위(체외 충격파쇄석술은 제외)

	증식 치료	근골격계 통증이 있는 부위의 인대나 건 (힘줄), 관절, 연골 등에 증식물질을 주사하여 통증이 소실되거나 완화되는 것을 유도하는 치료행위
주사료	주사료	주사치료시 사용된 행위, 약제 및 치료재료 대
	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.
	희귀 의약품	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.
자기공명 영상진단		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)
입원의료비	입원실료, 입원제비용, 입원수술비, 비급여 병실료
보장대상 의료비	실제 부담액 - 보장제외금액* * 제3관 체신관서가 보장하지 않는 사항에 따른 금액 및 비급여 병실료 중 체신관서가 보장하지 않는 금액
상급병실료 차액	상급병상을 이용함에 따라 요양급여 대상인 입원료 외에 추가로 부담하는 입원실 이용 비용

② 제1항에서 정하지 않은 용어의 뜻은 무배당 우체국급여실손의료비보험(계약전환·단체개인전환·개인중지재개용)(갱신형) 2109 제2조【용어의 정의】를 준용합니다.

제 2 관 체신관서가 보상하는 사항

제4조【보장종목별 보상내용】

체신관서가 이 특약의 보험기간 중 보상하거나 공제하는 내용은 다음과 같습니다.

(1) 상해비급여

① 체신관서는 피보험자가 상해로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원(외래 및 처방조제)하여 치료를 받은 경우에는 비급여의료비(3대비급여는 제외합니다)를 제6조【보험가입금액의 한도 등】에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 및 통원 1회당 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 비급여의료비를 계산합니다.

구 분	보상금액	
입원 (입원실료, 입원제비용, 입원수술비)	'비급여의료비(비급여 병실료는 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 처방조제 합산) '비급여의료비(비급여 병실료는 제외합니다)'(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표1>의 '통원항목별 공제금액'을 뺀 금액(매년 계약해당일부터 1년간 통원 100회를 한도로 합니다.)	
	<표1> 통원항목별 공제금액	
	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 처방조제)	3만원과 보장대상 의료비의 30% 중 큰 금액

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

③ 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음날부터 180일까지 보상합니다.

④ 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 통원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음날부터 180일 이내의 통원을 보상하며 최대 90회 한도 내에서 보상합니다.

<입원 및 통원 보상기간 예시>



⑤ 종전 계약을 자동갱신하거나 체신관서의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제3항과 제4항을 적용하지 않습니다.

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 처방조제를 합산하되(조제일자가 다른 경우도 동일하게 적용) 통원 1회로 보아 제1항, 제4항 및 제5항을 적용합니다.

⑦ 하나의 상해로 인해 하루에 같은 치료를 목적으로 2회 이상 통원치료(외래 및 처방조제 합산)를 받은 경우 1회의 통원으로 보아 제1항, 제4항 및 제5항을 적용합니다.

⑧ 피보험자가 「국민건강보험법」 제5조, 제53조, 제54조에 따라 요양급여 또는 「의료급여법」 제4조, 제15조, 제17조에 따라 의료급여를 적용받지 못하는 경우에는 다음과 같이 보상합니다.

1. 의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여의료비 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 제6조【보험가입금액의 한도 등】에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 및 통원 1회당 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 제6조【보험가입금액 한도 등】에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 및 통원 1회당 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 제6조【보험가입금액 한도 등】에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 및 통원 1회당 한도 내에서 보상합니다.

⑨ 체신관서는 피보험자가 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, 뇌사장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 제1항부터 제8항에 따라 보

상합니다.

<실손의료비보험 계약전환특약에 의하여 전환되는 경우>

⑩ 피보험자가 입원 또는 통원하여 치료를 받던 중 실손의료비 보험 계약전환특약에 따라 계약이 전환(최초 입원일이 전환전계약 보험기간에 포함되는 것을 말합니다)된 경우에는 전환전계약이 종료되었다 하더라도 그 계속 중인 치료에 대해서는 보상기간의 연장으로 간주하여 전환전계약의 약관에 따라 보상합니다.

⑪ 제10항에도 불구하고 전환전계약의 약관에 따라 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 제1항부터 제9항을 적용합니다.

1. 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 계약이 전환되는 경우

가. 전환전계약의 계약체결일이 2009년 10월 26일부터 2014년 10월 1일 이전 : 최초입원일로부터 365일(최초 입원일을 포함합니다)이 지난 경우

나. 전환전계약의 계약체결일이 2014년 10월 2일부터 2016년 8월 11일 이전 : 최초입원일로부터 365일(최초 입원일을 포함합니다)이 지나거나, 하나의 상해로 인한 입원이라도 입원의료비가 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일 경과하여 동일한 사유로 재입원한 경우

다. 전환전계약의 계약체결일이 2016년 8월 12일 이후 : 하나의 상해로 인한 입원의료비를 전환전계약의 보험가입금액까지 보상한 경우

2. 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 계약이 전환되는 경우 : 전환전계약의 약관에 따라 전환전계약의 직전 계약해당일로부터 1년이 경과한 경우

<개인실손의료비보험 중지 및 재개 특약에 의하여 재개되는 경우>

⑫ 피보험자가 단체실손의료보험의 약관에 따라 상해로 인해 입

원하여 치료를 받던 중 개인실손의료비보험 중지 및 재개 특약에 따라 개인실손의료비보험에 재개한 경우, 그 계속 중인 입원에 대하여는 재개전계약의 보상기간의 연장으로 간주하여 재개전 단체실손의료비보험의 약관에 따라 보상합니다.

⑬ 제12항에도 불구하고 하나의 상해로 인한 입원의료비를 재개전계약의 보험기간 종료일부터 180일(재개전계약의 보험가입금액까지 보상한 경우에는 그 보상한도 종료일)까지 보상한 경우에는 제1항부터 제9항을 적용합니다.

⑭ 피보험자가 단체실손의료비보험의 약관에 따라 상해로 인해 통원하여 치료를 받던 중 개인실손의료비보험 중지 및 재개 특약에 따라 개인실손의료비보험에 가입한 경우, 그 계속 중인 통원에 대하여는 재개전계약의 보상기간의 연장으로 간주하여 재개전 단체실손의료비보험의 약관에 따라 보상합니다.

⑮ 제14항에도 불구하고 하나의 상해로 인한 통원의료비를 재개전계약의 보험기간 종료일부터 180일 이내에 외래는 방문 90회, 처방조제비는 처방전 90건까지 보상한 경우에는 제1항부터 제9항을 적용합니다.

<단체실손의료비보험 개인실손전환특약에 의하여 전환되는 경우>

⑯ 피보험자가 단체실손의료비보험의 약관에 따라 상해로 인해 입원하여 치료를 받던 중 단체실손의료비보험 개인실손전환특약에 따라 개인실손의료비보험에 전환한 경우, 그 계속 중인 입원에 대하여는 전환전계약의 보상기간의 연장으로 간주하여 전환전 단체실손의료비보험의 약관에 따라 보상합니다.

⑰ 제16항에도 불구하고 하나의 상해로 인한 입원의료비를 전환전계약의 보험기간 종료일부터 180일(전환전계약의 보험가입금액까지 보상한 경우에는 그 보상한도 종료일)까지 보상한 경우에는 제1항부터 제9항을 적용합니다.

⑱ 피보험자가 단체실손의료비보험의 약관에 따라 상해로 인해 통

원하여 치료를 받던 중 단체실손의료비보험 개인실손전환특약에 따라 개인실손의료보험에 전환한 경우, 그 계속 중인 통원에 대하여는 전환전계약의 보상기간의 연장으로 간주하여 전환전 단체실손의료보험의 약관에 따라 보상합니다.

⑨ 제18항에도 불구하고 하나의 상해로 인한 통원의료비를 전환전계약의 보험기간 종료일부터 180일 이내에 외래는 방문 90회, 처방조제비는 처방전 90건까지 보상한 경우에는 제1항부터 제9항을 적용합니다.

(2) 질병비급여

① 체신관서는 피보험자가 질병으로 의료기관에 입원 또는 통원(외래 및 처방조제)하여 치료를 받은 경우에는 비급여의료비(3대 비급여는 제외합니다)를 제6조【보험가입금액 한도 등】에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 및 통원 1회당 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 비급여의료비를 계산합니다.

구 분	보상금액
입원 (입원실료, 입원제비용, 입원수술비)	‘비급여의료비(비급여 병실료는 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 처방조제 합산) '비급여의료비'(비급여 병실료는 제외합니다)(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표1>의 '통원항목별 공제금액'을 뺀 금액(매년 계약해당일부터 1년간 통원 100회를 한도로 합니다.)	
	<표1> 통원항목별 공제금액	
	항 목 「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)	공제금액 3만원과 보장대상 의료비의 30% 중 큰 금액

② 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음날부터 180일까지 보상합니다.

③ 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 통원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음날부터 180일 이내의 통원을 보상하며 최대 90회 한도 내에서 보상합니다.

<입원 및 통원 보상기간 예시>



④ 종전 계약을 자동갱신하거나 체신관서의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제2항과 제3항을 적용하지 않습니다.

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.

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.

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.

⑧ 피보험자가 「국민건강보험법」 제5조, 제53조, 제54조에 따라 요양급여 또는 「의료급여법」 제4조, 제15조, 제17조에 따라 의료급여를 적용받지 못하는 경우에는 다음과 같이 보상합니다.

1. 의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여의료비 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 제6조【보험가입금액의 한도 등】에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 및 통원 1회당 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 제6조【보험가입금액 한도 등】에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 및 통원 1회당 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 제6조【보험가입금액 한도 등】에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 및 통원 1회당 한도 내에서 보상합니다.

- ⑨ 체신관서는 피보험자가 질병으로 인하여 의료기관에서 본인의 장기등(「장기등 이식에 관한 법률」 제4조에 의한 “장기등”을 의미합니다)의 기능회복을 위하여 「장기등 이식에 관한 법률」 제42조 및 관련 고시에 따라 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 제1항부터 제8항에 따라 보상합니다.

〈실손의료비보험 계약전환특약에 의하여 전환되는 경우〉

- ⑩ 피보험자가 입원 또는 통원하여 치료를 받던 중 실손의료비보험 계약전환특약에 따라 계약이 전환(최초 입원일이 전환전계약 보험기간에 포함되는 것을 말합니다)된 경우에는 전환전계약이 종료되었다 하더라도 그 계속 중인 치료에 대해서는 보상기간의 연장으로 간주하여 전환전계약의 약관에 따라 보상합니다.
- ⑪ 제10항에도 불구하고 전환전계약의 약관에 따라 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 제1항부터 제9항을 적용합니다.
1. 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 계약이 전환되는 경우
 - 가. 전환전계약의 계약체결일이 2009년 10월 26일부터 2014년

10월 1일 이전 : 최초입원일로부터 365일(최초 입원일을 포함합니다)이 지난 경우

나. 전환전계약의 계약체결일이 2014년 10월 2일부터 2016년 8월 11일 이전 : 최초입원일로부터 365일(최초 입원일을 포함합니다)이 지나거나, 하나의 질병으로 인한 입원이라도 입원의료비가 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일 경과하여 동일한 사유로 재입원한 경우

다. 전환전계약의 계약체결일이 2016년 8월 12일 이후 : 하나의 질병으로 인한 입원의료비를 전환전계약의 보험가입금액까지 보상한 경우

2. 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 계약이 전환되는 경우 : 전환전계약의 약관에 따라 전환전계약의 직전 계약해당일로부터 1년이 경과한 경우

<개인실손의료비보험 중지 및 재개 특약에 의하여 재개되는 경우>

⑫ 피보험자가 단체실손의료보험의 약관에 따라 질병으로 인해 입원하여 치료를 받던 중 개인실손의료비보험 중지 및 재개 특약에 따라 개인실손의료보험에 재개한 경우, 그 계속 중인 입원에 대하여는 재개전계약의 보상기간의 연장으로 간주하여 재개 전 단체실손의료보험의 약관에 따라 보상합니다.

⑬ 제12항에도 불구하고 하나의 질병으로 인한 입원의료비를 재개전계약의 보험기간 종료일부터 180일(재개전계약의 보험가입금액까지 보상한 경우에는 그 보상한도 종료일)까지 보상한 경우에는 제1항부터 제9항을 적용합니다.

⑭ 피보험자가 단체실손의료보험의 약관에 따라 질병으로 인해 통원하여 치료를 받던 중 개인실손의료비보험 중지 및 재개 특약에 따라 개인실손의료보험에 가입한 경우, 그 계속 중인 통원에 대하여는 재개전계약의 보상기간의 연장으로 간주하여 재개 전 단체실손의료보험의 약관에 따라 보상합니다.

⑮ 제14항에도 불구하고 하나의 질병으로 인한 통원의료비를 재개전계약의 보험기간 종료일부터 180일 이내에 외래는 방문 90회, 처방조제비는 처방전 90건까지 보상한 경우에는 제1항부터 제9항을 적용합니다.

<단체실손의료비보험 개인실손전환특약에 의하여 전환되는 경우>

⑯ 피보험자가 단체실손의료보험의 약관에 따라 질병으로 인해 입원하여 치료를 받던 중 단체실손의료비보험 개인실손전환특약에 따라 개인실손의료보험에 전환한 경우, 그 계속 중인 입원에 대하여는 전환전계약의 보상기간의 연장으로 간주하여 전환전 단체실손의료보험의 약관에 따라 보상합니다.

⑰ 제16항에도 불구하고 하나의 질병으로 인한 입원의료비를 전환전계약의 보험기간 종료일부터 180일(전환전계약의 보험가입금액까지 보상한 경우에는 그 보상한도 종료일)까지 보상한 경우에는 제1항부터 제9항을 적용합니다.

⑱ 피보험자가 단체실손의료보험의 약관에 따라 질병으로 인해 통원하여 치료를 받던 중 단체실손의료비보험 개인실손전환특약에 따라 개인실손의료보험에 전환한 경우, 그 계속 중인 통원에 대하여는 전환전계약의 보상기간의 연장으로 간주하여 전환전 단체실손의료보험의 약관에 따라 보상합니다.

⑲ 제18항에도 불구하고 하나의 질병으로 인한 통원의료비를 전환전계약의 보험기간 종료일부터 180일 이내에 외래는 방문 90회, 처방조제비는 처방전 90건까지 보상한 경우에는 제1항부터 제9항을 적용합니다.

(3) 3대비급여

① 체신관서는 피보험자가 보험기간 중 상해 또는 질병의 치료 목적으로 의료기관에 입원 또는 통원하여 아래의 비급여 의료행위로 치료를 받은 경우에는 본인이 실제로 부담한 비급여의료비

(행위료, 약제비, 치료재료대, 조영제, 판독료 포함)에서 공제금액을 뺀 금액을 아래의 보장한도 범위 내에서 각각 보상합니다. 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 비급여의료비를 계산합니다.

〈표1〉 공제금액 및 보장한도

구 분	공제금액	보장한도
도수치료· 체외충격파 치료· 증식치료	"도수치료·체외충격파치료·증식치료"로 인하여 본인이 실제로 부담한 비급여 의료비(행위료, 약제비, 치료재료대 포함)	1회당 3만원과 보장대상 의료비의 30%중 큰 금액 계약일 또는 매년 계약 해당일부터 1년 단위로 각 상해·질병 치료 행위를 합산하여 350만원 이내에서 50회까지 보상 ^{주)}
주사료	주사치료를 받아 본인이 실제로 부담한 비급여 의료비	1회당 3만원과 보장대상 의료비의 30%중 큰 금액 계약일 또는 매년 계약 해당일부터 1년 단위로 각 상해·질병 치료 행위를 합산하여 250만원 이내에서 50회까지 보상
자기공명 영상진단	자기공명 영상진단을 받아 본인이 실제로 부담한 비급여의료비(조영제, 판독료 포함)	1회당 3만원과 보장대상 의료비의 30%중 큰 금액 계약일 또는 매년 계약 해당일부터 1년 단위로 각 상해·질병 치료 행위를 합산하여 300만원 이내에서 보상

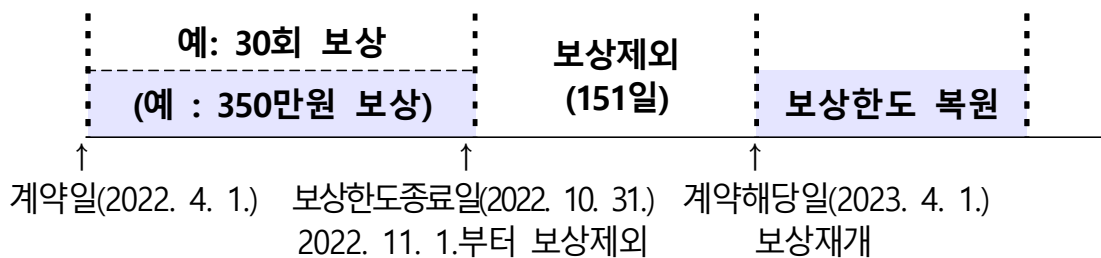
주) 도수치료 · 체외충격파치료 · 증식치료의 각 치료횟수를 합산하여 최초 10회 보장하고, 이후 객관적이고 일반적으로 인정되는 검사결과 등을 토대로 증상의 개선, 병변호전 등이 확인된 경우에 한하여 10회 단위로 연간 50회까지 보상합니다.

< 증상의 개선, 병변호전 등은 어떻게 확인하나요? >

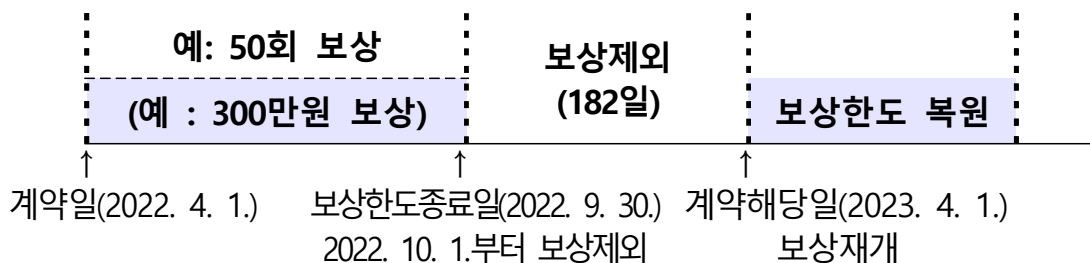
1. 증상의 개선, 병변호전 등과 관련하여 기능적 회복 및 호전 여부는 관절가동(ROM), 통증평가척도, 자세평가 및 근력 검사(MMT)를 포함한 이학적 검사, 초음파 검사 등을 통해 해당 부위의 체절기능부전(Somatic dysfunction) 등을 평가한 결과로 판단합니다.
2. 보험수익자와 체신관서가 위 제1호의 판단결과를 합의하지 못한 때는 보험수익자와 체신관서가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있으며 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은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

<도수치료 보상기간 예시>

(i) 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 1년내 350만원을 모두 보상한 경우



(ii) 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 1년내 지급된 보험금이 350만원 미만이나 50회를 모두 보상한 경우



② 제1항의 주사료에서 항암제, 항생제(항진균제 포함), 희귀의약품을 위해 사용된 비급여 주사료는 제4조【보장종목별 보상내용】 (1)상해비급여 또는 (2)질병비급여에서 보상합니다.

③ 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.

④ 의료기관을 1회 통원(또는 1회 입원)하여 2종류(회) 이상 치료를 받거나 동일한 치료를 2회 이상 받은 경우는 다음과 같이 1회당 공제금액 및 보상한도를 적용합니다.

1. 이 특약에서 정한 도수치료, 체외충격파치료, 증식치료 중 2종류 이상의 치료를 받거나 동일한 치료를 2회 이상 받는 경우 각 치료행위를 1회로 보고 각각 제1항에서 정한 1회당 공제금액 및 보상한도를 적용합니다.

2. 의료기관을 1회 통원(또는 1회 입원)하여 치료목적으로 2회 이상 주사치료를 받더라도 1회로 보고 제1항에서 정한 공제금액 및 보상한도를 적용합니다.

3. 의료기관을 1회 통원(또는 1회 입원)하여 2개 이상 부위에 걸쳐 이 특약에서 정한 자기공명영상진단을 받거나 동일한 부위에 대해 2회 이상 이 특약에서 정한 자기공명영상진단을 받는 경우 각 진단행위를 1회로 보아 각각 1회당 공제금액 및 보상한도를 적용합니다.

⑤ 제4항에서 1회 입원이라 함은 퇴원없이 계속 중인 입원(동일한 상해 또는 질병 치료목적으로 퇴원 당일 다른 의료기관으로 옮겨 입원하는 경우 포함)을 말합니다. 동일한 상해 또는 질병으로 인한 입원이라고 하더라도 퇴원 후 재입원하는 경우에는 퇴원 전후 입원기간을 각각 1회 입원으로 봅니다.

⑥ 제1항에서 보상하는 비급여의료비와 다른 의료비가 함께 청

구되고 각 항목별 의료비가 구분되지 않는 경우 체신관서는 보험금 지급금액 결정을 위해 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 제1항에서 보상하는 의료비의 확인을 요청할 수 있습니다.

⑦ 피보험자가 입원 또는 통원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 치료에 대하여는 보험계약 종료일 다음날부터 180일까지 보상합니다. 이 경우 보상한도는 연간 보상한도(금액)에서 직전 보험계약 종료일까지 지급한 금액을 차감한 잔여 금액과 연간 보상한도(횃수)에서 직전 보험계약 종료일까지 보상한 횃수를 차감한 잔여 횃수를 한도로 적용합니다. 다만, 종전 계약을 자동갱신하거나 체신관서의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제1항을 적용합니다.

<보상기간 예시>



⑧ 피보험자가 「국민건강보험법」 제5조, 제53조, 제54조에 따라 요양급여 또는 「의료급여법」 제4조, 제15조, 제17조에 따라 의료급여를 적용받지 못하는 경우에는 다음과 같이 보상합니다.

1. 의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여의료비 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 제6조【보험가입금액의 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 제6조【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 제6조【보험가입금액 한도 등】에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다.

⑨ 체신관서는 피보험자가 상해 또는 질병으로 인하여 의료기관에서 본인의 장기등(「장기등 이식에 관한 법률」 제4조에 의한 “장기등”을 의미합니다)의 기능회복을 위하여 「장기등 이식에 관한 법률」 제42조 및 관련 고시에 따라 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 제1항부터 제8항에 따라 보상합니다.

<실손의료비보험 계약전환특약에 의하여 전환되는 경우>

⑩ 피보험자가 입원 또는 통원하여 치료를 받던 중 실손의료비보험 계약전환특약에 따라 계약이 전환(최초 입원일이 전환전계약 보험기간에 포함되는 것을 말합니다)된 경우에는 전환전계약이 종료되었다 하더라도 그 계속 중인 치료에 대해서는 보상기간의 연장으로 간주하여 전환전계약의 약관에 따라 보상합니다.

⑪ 제10항에도 불구하고 전환전계약의 약관에 따라 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 제1항부터 제9항을 적용합니다.

1. 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 계약이 전환되는 경우
 - 가. 전환전계약의 계약체결일이 2009년 10월 26일부터 2014년

10월 1일 이전 : 최초입원일로부터 365일(최초 입원일을 포함합니다)이 지난 경우

나. 전환전계약의 계약체결일이 2014년 10월 2일부터 2016년 8월 11일 이전 : 최초입원일로부터 365일(최초 입원일을 포함합니다)이 지나거나, 하나의 상해 또는 질병으로 인한 입원이라도 입원의료비가 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일 경과하여 동일한 사유로 재입원한 경우

다. 전환전계약의 계약체결일이 2016년 8월 12일 이후 : 하나의 상해 또는 질병으로 인한 입원의료비를 전환전계약의 보험가입금액까지 보상한 경우

2. 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 계약이 전환되는 경우 : 전환전계약의 약관에 따라 전환전계약의 직전 계약해당일로부터 1년이 경과한 경우

<개인실손의료비보험 중지 및 재개 특약에 의하여 재개되는 경우>

⑫ 피보험자가 단체실손의료보험의 약관에 따라 입원 또는 통원하여 치료를 받던 중 개인실손의료비보험 중지 및 재개 특약에 따라 개인실손의료보험에 재개한 경우, 그 계속 중인 치료에 대하여는 재개전계약의 보상기간의 연장으로 간주하여 재개전 단체실손의료보험의 약관에 따라 보상합니다.

⑬ 제12항 에도 불구하고 재개전 단체실손의료보험의 약관에 따라 보험기간 종료일부터 180일(재개전계약의 보험기간 종료일로부터 180일 이전에 보상한도까지 보상한 경우에는 그 보상한도 종료일)까지 보상한 경우에는 제1항부터 제9항을 적용합니다. 이 경우 보상한도는 연간 보상한도(금액)에서 보험기간 종료일까지 지급한 금액을 차감한 잔여 금액과 연간 보상한도(횟수)에서 보험기간 종료일까지 보상한 횟수를 차감한 잔여 횟수를 한도로 적용합니다.

<단체실손의료비보험 개인실손전환특약에 의하여 전환되는 경우>

⑭ 피보험자가 단체실손의료보험의 약관에 따라 입원 또는 통원하여 치료를 받던 중 단체실손의료비보험 개인실손전환특약에 따라 개인실손의료보험에 전환한 경우, 그 계속 중인 치료에 대하여는 전환전계약의 보상기간의 연장으로 간주하여 전환전 단체실손의료보험의 약관에 따라 보상합니다.

⑮ 제14항에도 불구하고 전환전 단체실손의료보험의 약관에 따라 보험기간 종료일부터 180일(전환전계약의 보험기간 종료일로부터 180일 이전에 보상한도까지 보상한 경우에는 그 보상한도 종료일)까지 보상한 경우에는 제1항부터 제9항을 적용합니다. 이 경우 보상한도는 연간 보상한도(금액)에서 보험기간 종료일까지 지급한 금액을 차감한 잔여 금액과 연간 보상한도(횟수)에서 보험기간 종료일까지 보상한 횟수를 차감한 잔여 횟수를 한도로 적용합니다.

제 3 관 체신관서가 보상하지 않는 사항

제5조【보상하지 않는 사항】

체신관서가 이 특약에서 보상하지 않는 사항은 보장종목별로 다음과 같습니다.

(1) 상해비급여

① 체신관서는 다음의 사유로 인하여 생긴 비급여의료비는 보상하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우 제4조【보장종목별 보상내용】에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때

에는 해당 보상금액을 지급합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는
다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원
또는 통원한 경우. 다만, 체신관서가 보상하는 상해로 인하여
입원 또는 통원한 경우에는 보상합니다.
5. 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르
지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자
본인이 자의적으로 입원하여 발생한 입원의료비
6. 피보험자가 정당한 이유없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르
지 않아 발생한 통원의료비

② 체신관서는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는
동호회 활동 목적으로 한 다음의 어느 하나에 해당하는 행위로
인하여 생긴 상해에 대해서는 보상하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오
르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전 훈련이 필요한 등반을
말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글
라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트·자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 행사(이
를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로에서
시운전을 하는 동안 발생한 상해는 제4조【보장종목별 보상
내용】에 따라 보상합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑
승하고 있는 동안

③ 체신관서는 다음의 비급여의료비에 대해서는 보상하지 않습니
다.

1. 치과치료(다만, 안면부 골절로 발생한 의료비는 치아관련 치료

를 제외하고 보상합니다) · 한방치료(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.

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 ‘가’ 목부터 ‘다’ 목의 약제가 두 가지 이상 함께 사용된 경우(함께 사용된 약제 중 어느 하나라도 상기 ‘가’ 목부터 ‘다’ 목에 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 제4조【보장종목별 보상내용】 (1)상해비급여 제1항부터 제7항 따라 보상합니다.

7. 「국민건강보험법」 제42조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비
8. 「응급의료에 관한 법률」 및 동 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 동법 제26조 권역응급의료센터 또는 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료

④ 체신관서는 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 따른 아래 각호의 비급여의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.

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

가. 단순한 피로 또는 권태

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

다. 발기부전(impotence) · 불감증

라. 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다)

마. 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis)

바. 검열반 등 안과질환

사. 그 밖에 일상생활에 지장이 없는 경우로 국민건강보험 비급여대상에 해당하는 치료

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

가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방 확대(다만, 유방암 환자의 환축 유방재건술은 보상합니다) · 축소술, 지방흡입술, 주름살 제거술 등 미용목적의 성형

수술과 그로 인한 후유증치료

- 나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력 개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - 다. 치과교정
 - 라. 씹는 기능 및 발음 기능의 개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 턱얼굴(안면)교정술
 - 마. 관절운동 제한이 없는 반흔구축성형술 등 외모개선 목적의 반흔제거술
 - 바. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
 - 사. 질병 치료가 아닌 단순히 키 성장(성장촉진)을 목적으로 하는 진료
 - 아. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
 - 자. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여대상에 해당하는 치료
3. 다음 각 목의 예방진료로서 질병·부상의 진료를 직접목적으로 하지 아니하는 경우에 실시 또는 사용으로 인하여 발생한 비급여의료비
- 가. 본인의 희망에 의한 건강검진(다만, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 추가 의료비용은 보상합니다)
 - 나. 예방접종(파상풍 혈청주사 등 치료목적으로 사용하는 예방주사 제외)
 - 다. 그 밖에 예방진료로서 국민건강보험 비급여 대상에 해당하는 치료
4. 다음 각 목의 진료로서 보험급여시책상 요양급여로 인정하기 어려운 경우 및 그 밖에 건강보험급여 원리에 부합하지 아니

하는 경우 발생한 비급여의료비

가. 친자확인을 위한 진단

나. 불임검사, 불임수술, 불임복원술

다. 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다)

라. 인공유산에 든 비용(다만, 체신관서가 보상하는 상해로 임신상태를 유지하기 어려워 의사의 권고에 따라 불가피하게 시행한 경우는 제외)

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

(2) 질병비급여

① 체신관서는 다음의 사유로 인하여 생긴 비급여의료비는 보상하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우 제4조【보장종목별 보상내용】에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보상금액을 지급합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

4. 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자 본인이 자의적으로 입원하여 발생한 입원의료비

5. 피보험자가 정당한 이유없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 통원의료비

② 체신관서는 ‘제8차 한국표준질병사인분류(KCD : 통계청 고

시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)’에 따른 다음의 비급여의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. ‘제9차 개정 이후 한국표준질병사인분류’에 다음 질병 이외에 추가로 아래의 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

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

③ 체신관서는 다음의 비급여의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.

1. 치과치료(K00~K08) 및 한방치료(다만, 「의료법」 제2조에 따른 한의사를 제외한 ‘의사’의 의료행위에 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.
 - 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 ‘가’ 목부터 ‘다’ 목의 약제가 두 가지 이상 함께

사용된 경우(함께 사용된 약제 중 어느 하나라도 상기
‘가’ 목부터 ‘다’ 목에 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 본인부담의료비)는 제4조【보장종목별 보상내용】 (2)질병비급여 제1항부터 제7항에 따라 보상합니다.
 7. 인간면역결핍바이러스(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
- ④ 체신관서는 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 따른 아래 각호의 비급여의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.
1. 다음 각 목의 질환으로서 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우에 실시 또는 사용되는 치료로 인하여 발생한 비급여의

료비

가. 단순한 피로 또는 권태

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

다. 발기부전(impotence) · 불감증

라. 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다)

마. 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis)

바. 검열반 등 안과질환

사. 그 밖에 일상생활에 지장이 없는 경우로 국민건강보험 비급여대상에 해당하는 치료

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

가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(융비술), 유방 확대 (다만, 유방암 환자의 환측 유방재건술은 보상합니다) · 축소술, 지방흡입술, 주름살 제거술 등 미용목적의 성형 수술과 그로 인한 후유증치료

나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력 개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술

다. 치과교정

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

마. 관절운동 제한이 없는 반흔구축성형술 등 외모개선 목적의 반흔제거술

바. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되

지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)

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

아. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술

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

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

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

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

다. 그 밖에 예방진료로서 국민건강보험 비급여 대상에 해당하는 치료

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

가. 친자확인을 위한 진단

나. 불임검사, 불임수술, 불임복원술

다. 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다)

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

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

(3) 3대비급여

① 체신관서는 다음의 사유로 인하여 생긴 비급여의료비는 보상하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우 제4조【보장종목별 보상내용】에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보상금액을 지급합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

4. 피보험자가 정당한 이유없이 입원 또는 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 의료비

② 체신관서는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동 목적으로 한 다음의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 생긴 상해에 대해서는 보상하지 않습니다.

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

2. 모터보트·자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 행사(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 제4조【보장종목별 보상내용】에 따라 보상합니다)

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

③ 체신관서는 ‘제8차 한국표준질병사인분류(KCD : 통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)’에 따른 다음의 비급여의료비

에 대해서는 보상하지 않습니다. ‘제9차 개정 이후 한국표준질병사인분류’에 다음 질병 이외에 추가로 아래의 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99)
2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원 또는 통원한 경우(O00~O99). 다만, 체신관서가 보상하는 상해로 인하여 입원 또는 통원한 경우에는 제4조【보장종목별 보상내용】에 따라 보상합니다.
4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04)
5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 직장 또는 항문 질환(K60~K62, K64)

④ 체신관서는 다음의 비급여의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.

1. 치과치료(다만, 안면부 골절로 발생한 의료비는 치아관련 치료를 제외하고 제4조【보장종목별 보상내용】에 따라 보상하며, K00~K08과 무관한 질병으로 인한 의료비는 제4조【보장종목별 보상내용】에 따라 보상합니다)·한방치료(다만, 「의료법」 제2조에 따른 한의사를 제외한 ‘의사’의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 제4조【보장종목별 보상내용】에 따라 보상합니다)
2. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용. 다만, 약관상 보상하는 상해 또는 질병을 치료함에 있어 아래 각목에 해당하는 경우는 치료 목적으로 보아 보상합니다.
가. 약사법령에 의하여 약제별 허가사항 또는 신고된 사항(효능/효과 및 용법/용량 등)대로 사용된 경우

- 나. 요양급여 약제가 관련 법령 또는 고시 등에서 정한 별도의 적용기준대로 비급여 약제로 사용된 경우
 - 다. 요양급여 약제가 관련 법령에 따라 별도의 비급여사용승인 절차를 거쳐 그 승인 내용대로 사용된 경우
 - 라. 상기 ‘가’ 목부터 ‘다’ 목의 약제가 두 가지 이상 함께 사용된 경우(함께 사용된 약제 중 어느 하나라도 상기 ‘가’ 목부터 ‘다’ 목에 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 본인부담의료비)는 제4조【보장종목별 보상내용】(3)3대비급여 제1항부터 제7항 따라 보상합니다.
 7. 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV 감염은 해당 진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제4조【보장종목별 보상내용】에 따라 보상합니다)
 8. 「국민건강보험법」 제42조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비
 9. 「응급의료에 관한 법률」 및 동법 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 동법 제26조 권역응급의료센터 또

는 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료

⑤ 체신관서는 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 따른 아래 각호의 비급여의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.

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

가. 단순한 피로 또는 권태

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

다. 발기부전(impotence) · 불감증

라. 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다)

마. 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosi s)

바. 검열반 등 안과질환

사. 그 밖에 일상생활에 지장이 없는 경우로 국민건강보험 비급여대상에 해당하는 치료

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

가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 코성형수술(윤비술), 유방 확대(다만, 유방암 환자의 환측 유방재건술은 보상합니다) · 축소술, 지방흡입술, 주름살 제거술 등 미용목적의 성형수술과 그로 인한 후유증치료

나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력 개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술

- 다. 치과교정
 - 라. 씹는 기능 및 발음 기능의 개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 턱얼굴(안면)교정술
 - 마. 관절운동 제한이 없는 반흔구축성형술 등 외모개선 목적의 반흔제거술
 - 바. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
 - 사. 질병 치료가 아닌 단순히 키 성장(성장촉진)을 목적으로 하는 진료
 - 아. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
 - 자. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여대상에 해당하는 치료
3. 다음 각 목의 예방진료로서 질병·부상의 진료를 직접목적으로 하지 아니하는 경우에 실시 또는 사용으로 인하여 발생한 비급여의료비
- 가. 본인의 희망에 의한 건강검진(다만, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 추가 의료비용은 보상합니다)
 - 나. 예방접종(과상풍 혈청주사 등 치료목적으로 사용하는 예방주사 제외)
 - 다. 그 밖에 예방진료로서 국민건강보험 비급여 대상에 해당하는 치료
4. 다음 각 목의 진료로서 보험급여시책상 요양급여로 인정하기 어려운 경우 및 그 밖에 건강보험급여 원리에 부합하지 아니하는 경우 발생한 비급여의료비
- 가. 친자확인을 위한 진단
 - 나. 불임검사, 불임수술, 불임복원술
 - 다. 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다)

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

제6조【보험가입금액 한도 등】

- ① 이 특약의 연간 보험가입금액은 제4조【보장종목별 보상내용】 (1)상해비급여에 대하여 입원과 통원의 보상금액을 합산하여 5천만원, (2)질병비급여에 대하여 입원과 통원의 보상금액을 합산하여 5천만원으로 하며, 제4조【보장종목별 보상내용】에 의한 비급여의료비를 이 금액 한도 내에서 보상합니다. 다만, (3)3대비급여의 보험가입금액은 제4조【보장종목별 보상내용】 (3)3대비급여 제1항에서 정한 연간 보상한도로 합니다.
- ② 이 특약에서 ‘연간’이라 함은 계약일로부터 매1년 단위로 도래하는 계약해당일 전일까지의 기간을 말하며, 입원 또는 통원 치료시 해당일이 속한 연도의 보험가입금액 한도를 적용합니다.
- ③ 제4조【보장종목별 보상내용】에서 정한 통원의 경우 (1)상해비급여 또는 (2)질병비급여 각각에 대하여 통원 1회당 20만원을 한도로 하며, (3)3대비급여의 경우 각 비급여의료비별 보상한도로 합니다.
- ④ 제4조【보장종목별 보상내용】 (1)상해비급여 제3항 또는 제4항, (2)질병비급여 제2항 또는 제3항 및 (3)3대비급여 제7항에 따른 계속 중인 입원 또는 통원의 보상한도는 연간 보상한도(보험가입금액)에서 직전 보험기간 종료일까지 지급한 금액을 차감한 잔여 금액과 연간 보상한도(횟수)에서 직전 보험기간 종료일까지 보상한 횟수를 차감한 잔여 횟수를 한도로 적용합니다.

제7조【보험료의 계산】

- ① 보험기간이 종료되어 갱신되는 계약(이하 “갱신계약” 이라 합니다)의 보험료는 갱신일 현재의 보험요율에 관한 제도를 반영하여 계산된 보험료를 적용하며, 그 보험료는 나이의 증가, 보험료산출에 관한 기초율의 변동, 요율 상대도(할인·할증요율) 적용 등의 사유로 인하여 인상 또는 인하될 수 있습니다.
- ② 갱신계약의 「요율 상대도(할인·할증요율) 적용 전 보험료」는 매년 최대 25% 범위(나이의 증가로 인한 보험료 증감분은 제외) 내에서 인상 또는 인하될 수 있습니다. 다만, 체신관서가 「우체국예금·보험에 관한 법률」 제3조의2 제2항에 따라 경영개선계획을 수립·시행하여야 하는 경우는 예외로 합니다.
- ③ 제1항에 따른 요율 상대도(할인·할증요율)는 보험료 갱신 전 12개월 이내 기간 동안의 이 특약에 따른 보험금 지급 실적을 고려하여 보험료 갱신시 순보험료(특약의 순보험료 총액을 대상으로 합니다))에 아래와 같이 적용할 수 있습니다. 다만, 국민건강보험법상 산정특례대상질환(암질환, 뇌혈관질환, 심장질환, 희귀난치성질환 등)으로 인한 비급여의료비 및 노인장기요양보험법상 장기요양대상자 중 1등급 또는 2등급으로 판정받은 자에 대한 비급여의료비는 요율 상대도 계산시 보험금 지급실적에서 제외합니다.

구분	1단계 (할인)	2단계 (유지)	3단계 (할증)	4단계 (할증)	5단계 (할증)
보험료 갱신 전 12개월 이내 기간 동안 보험금 지급실적(원)	0원 (보험금 지급실적 없음)	0원 초과 ~ 100만원 미만	100만원 이상 ~ 150만원 미만	150만원 이상 ~ 300만원 미만	300만원 이상
요율 상대도	할인 ^{주)}	100%	200%	300%	400%

주) 매년 상대도 적용전·후의 총 보험료 수준이 일치하도록 3~5단계의 할증대상자의 할증재원을 1단계(할인) 대상자들에게 분배할 경우 산출됩니다.

④ 제3항에 따른 요율 상대도의 할증은 이 특약에 따른 보험금 지급실적이 연간 100만원 이상인 계약에 한하여 적용하며 매년 상대도 적용 전·후의 총 보험료 수준이 일치하도록 할인요율을 조정함을 원칙으로 합니다.

⑤ 이 조항에 따른 보험료 계산 방법은 보장내용 변경주기 및 관계법령 개정에 따라 변경될 수 있습니다.

【의료이용량에 따른 갱신년도별 보험료 적용 예시】

- ▶ 최초 보험료, XX세 남자, 월 14,000원, 매년 보험료* 최대인상(25%) 가정시
 * 주계약 급여실손의료보험과 비급여실손의료특약을 함께 가입하였을 경우를 가정하여 산출한 보험료입니다.

(단위 : 원)

구분		XX세	XX+1세	XX+2세	XX+3세	XX+4세	XX+5세
나이증가분(A)			560	728	946	1,230	1,599
보험료 산출 기초율 (위험률 등) 증가분 (B=전년도 기준보험료의 최대 25% 가정)			3,640	4,732	6,152	7,997	10,396
기준보험료 (C=전년도 기준보험료+A+B)		14,000	18,200	23,660	30,758	39,985	51,980
의료 이용량에 따른 보험료 (D=C에 요율 상대도를 반영한 값)	1단계 (요율상대도 95%가정)		17,756	23,083 (20,775*)	30,008 (27,007*)	39,011 (35,109*)	50,714 (45,642*)
	2단계 (요율상대도 100%)		18,200	23,660	30,758	39,985	51,980
	3단계 (요율상대도 200%)		27,073	35,194	45,753	59,478	77,322
	4단계 (요율상대도 300%)		35,945	46,729	60,747	78,971	102,663
	5단계 (요율상대도 400%)		44,818	58,263	75,742	98,464	128,003

* ()은 직전 2년 무사고시 보험료 10%할인 추가 적용 기준

※ 상기 보험료계산 예시는 단순예시로, 실제로 납입해야하는 보험료와 상이할 수 있습니다.

제8조【비급여 진료비용 공개제도 등의 안내】

체신관서는 계약자가 특약을 청약하였을 때 계약자의 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

제 4 관 보험금의 지급

제9조【보험금의 청구】

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서 (체신관서양식)
2. 사고증명서(진료비계산서(통원의 경우 통원일자별 의료비 명기 필요), 진료비 세부내역서, 진단서, 사망진단서, 진료비영수증 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)
4. 그 밖에 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 「의료법」 제3조【의료기관】에서 규정한 국내의 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제10조【보험금의 지급절차】

① 체신관서는 제9조【보험금의 청구】에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 체신관서는 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급예정일 및 보험금 가지급제도(체신관서가 추정하는 보험금의 50% 이내의 금액을 지급하는 제도를 말합니다)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제9조【보험금의 청구】에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정 신청
3. 수사기관의 조사
4. 외국에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 제5항에 따른 체신관서의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 책임이 있는 사유로 보험금 지급사유의 조사와 확인이 지연되는 경우
6. 제7항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우

【보험금 가지급제도】

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

- ③ 제2항에 따라 추가적인 조사가 이루어지는 경우 체신관서는 보험수익자의 청구에 따라 체신관서가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ④ 체신관서는 제1항에서 정한 지급기일 내에 보험금을 지급하지 않았을 때(제2항에서 정한 지급예정일을 통지한 경우를 포함합니다)에는 그 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대하여 [별표 1] “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에서 정한 이율로 계산한 금액을 보험금에 더하여 지급합니다. 다만, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 책임이 있는 사유로 지급이 지연된 경우에는 그 기간에 대한 이자는 지급하지 않습니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제12조【고지의무 위반의 효과】및 제2항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 체신관서의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 체신관서는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 체신관서는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.
- ⑦ 보험수익자와 체신관서가 제4조【보장종목별 보상내용】의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 체신관서가 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 체신관서가 전액 부담합니다.
- ⑧ 체신관서는 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 「국민건강

강보험법」에 따른 본인부담금 상한제, 「의료급여법」에 따른 본인부담금 상한제 및 보상제와 관련한 확인요청을 할 수 있습니다.

⑨ 체신관서는 보험금 지급금액 결정을 위해 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 건강보험심사평가원의 진료비확인요청제도를 활용할 수 있도록 동의해 줄 것을 요청할 수 있으며, 진료비확인요청제도를 활용할 경우 체신관서는 이를 활용한 사례를 집적하고 먼저 유사 사례가 있는지를 확인하고 이용합니다.

⑩ 체신관서는 보험금 지급시 보험수익자에게 휴대전화 문자메시지, 전자우편 또는 이와 유사한 전자적 장치 등으로 다음 각 호의 사항을 안내하여 드리며, 보험수익자는 안내한 사항과 관련하여 구체적인 계산내역 등에 대하여 체신관서에 설명을 요청할 수 있습니다.

1. 보험금 지급일 등 지급절차
2. 보험금 지급 내역
3. 보험금 심사 지연 시 지연 사유 및 예상 지급일
4. 보험금을 감액하여 지급하거나 지급하지 아니하는 경우에는 그 사유 등

제 5 관 계약자의 고지의무 등

제11조【고지의무】

계약자 또는 피보험자는 청약할 때 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야(상법에 따른 “고지의무”와 같으며, 이하 “고지의무”라 합니다) 합니다.

제12조【고지의무 위반의 효과】

① 채신관서는 계약자 또는 피보험자가 제11조 【고지의무】 에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 채신관서가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 없습니다.

1. 채신관서가 최초계약 체결 당시에 그 사실을 알았거나 과실로 알지 못하였을 때
2. 채신관서가 그 사실을 안 날부터 1개월 이상 지났거나 또는 제1회 보험료를 받은 날부터 보험금 지급사유가 발생하지 않고 2년이 지났을 때
3. 최초계약을 체결한 날부터 3년이 지났을 때
4. 보험을 모집한 자(이하 “모집자 등” 이라 합니다)가 다음의 어느 하나에 해당하는 행위를 하였을 때
다만, 모집자 등이 다음의 행위를 하지 않았더라도 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하지 않거나 부실하게 고지했다고 인정되는 경우에는 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.
가. 계약자 또는 피보험자에게 고지할 기회를 주지 않았을 때
나. 계약자 또는 피보험자가 사실대로 고지하는 것을 방해하였을 때
다. 계약자 또는 피보험자에게 사실대로 고지하지 않게 하였거나 부실하게 고지하도록 권유했을 때

【고지의무 위반 예시】

계약을 청약하면서 모집자 등에게 고혈압이 있다고만 이야기하고 청약서의 고지사항에는 기재하지 않아 채신관서가 고혈압이 있다는 사실을 알지 못하였다고 하면, 채신관서는 고지의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.

② 채신관서는 제1항에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할

경우에는 고지의무 위반사실(계약해지 등의 원인이 되는 위반사실을 구체적으로 명시)뿐만 아니라 고지의무 사항이 중요한 사항에 해당되는 사유 및 특약의 처리결과를 “반대증거가 있는 경우 이의를 제기할 수 있습니다”라는 문구와 함께 계약자에게 서면 등으로 알려 드립니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제24조【해약환급금】 제1항에 따른 금액을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액(구좌수) 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제11조【고지의무】의 고지의무를 위반한 사실이 보험금 지급사유 발생에 영향을 미쳤음을 체신관서가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 지급합니다.

⑤ 체신관서는 다른 보험가입내역에 대한 고지의무 위반을 이유로 특약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

⑥ 제22조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】에 따라 이 특약이 부활(효력회복)된 경우에는 부활(효력회복)계약을 제1항의 최초계약으로 봅니다[부활(효력회복)이 여러 차례 발생한 경우에는 각각의 부활(효력회복)계약을 최초계약으로 봅니다].

제13조【사기에 의한 계약】

피보험자가 청약일 이전에 암 또는 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단 확정을 받은 후 계약자 또는 피보험자가 이를 숨기고 가입하는 등 사기에 의하여 특약이 성립되었음을 체신관서가 증명하는 경우에는 체신관서는 계약일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 특약을 취소할 수 있습니다.

제 6 관 특약의 성립과 유지

제14조【특약의 성립】

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 이 특약의 최초가입에 대한 체신관서의 보장개시일은 주계약에 정한 보장개시일과 동일하며, 최초계약의 경우 최초계약일을 보장개시일로 합니다.
- ③ 이 특약의 보장내용 변경주기 종료 후 제18조【특약의 보장내용 변경주기 및 재가입】에 따라 특약이 성립되는 경우 “재가입”이라 합니다.
- ④ 체신관서는 관계 법규에 따라 피보험자가 될 사람이 다른 실손 의료보험계약을 체결하고 있는지를 확인하고, 그 결과 피보험자가 될 사람이 다른 실손 의료보험계약의 피보험자로 되어 있는 경우에는 보상방식 등을 구체적으로 설명하여 드립니다.
- ⑤ 체신관서가 주계약 약관에 따라 일부보장 제외 조건을 붙여 승낙하였더라도 청약일부터 5년(특약이 자동갱신 되어 5년이 지나는 경우 포함)이 지나는 동안 보장이 제외되는 질병으로 추가 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료 사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장합니다.
- ⑥ 제5항의 “청약일부터 5년이 지나는 동안”이라 함은 제21조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.
- ⑦ 제22조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)을 청약한 날을 제5항의 청약일로 하여 적용합니다.

제15조【특약내용의 변경】

체신관서는 계약자가 보험기간 중 체신관서의 승낙을 받아 주계

약의 내용을 변경할 때 특약도 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 체신관서는 승낙사실을 서면 등으로 알리거나 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 적어 드립니다.

제16조【특약의 소멸】

① 주계약이 해지, 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 된 경우 또는 피보험자가 사망하여 이 특약에서 규정하는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.

② 제1항의 “사망”에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.

1. 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 : 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

③ 제1항에서 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 체신관서가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

【책임준비금】

장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 체신관서가 적립해 둔 금액을 말합니다.

④ 제3항의 책임준비금 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제9조 【보험금의 청구】 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제10조 【보험금의 지급절차】의 규정을 따릅니다. 다만, 제10조 【보험금의 지급절차】 제4항에도 불구하고 책임준비금

지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 이 특약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제17조【특약의 보험기간 및 갱신】

- ① 이 특약의 보험기간은 1년 만기 갱신으로 합니다.
- ② 제14조【특약의 성립】에도 불구하고 계약자가 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간 종료일 15일 전까지 이 특약을 계속 유지하지 않는다는 뜻을 체신관서에 통지하지 않으면 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다.
- ③ 갱신계약의 경우 갱신일을 보장개시일로 합니다.
- ④ 이 특약은 최대 4회까지 갱신이 가능하며, 자동갱신 또는 재가입을 통한 최종 갱신계약의 보험기간 종료일은 주계약의 보험기간 종료일까지로 합니다.
- ⑤ 갱신계약의 보험료, 해약환급금 등(이하 “보험요율”이라 합니다)은 갱신일 현재를 기준으로 재산출된 보험요율을 적용하며, 이 보험요율은 나이의 증가, 의료수가의 변동, 적용 기초율의 변동, 요율 상대도(할인·할증요율) 적용 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.
- ⑥ 제5항에 따라 보험료가 변경되는 경우에는 이 특약의 보험기간 종료일 30일 전까지 계약자에게 관련 내용을 서면 또는 전화(음성녹음)로 안내합니다.

제18조【특약의 보장내용 변경주기 및 재가입】

- ① 이 특약의 보장내용 변경주기란 특약의 보장내용(보장범위 및 자기부담금 등(이하 “보장내용”이라 합니다))이 관련 법규의 개정 및 보험 관련 법규의 개정 등에 따라 변경될 수 있는 주기를 말하며 5년으로 합니다.
- ② 보장내용 변경주기 종료일은 「최초(재)가입나이 + 보장내용 변경주기」세 계약해당일의 전일로 합니다.

③ 체신관서는 최초가입시 계약자에게 보장내용 변경주기 종료일 이후 재가입할 때 인수조건(재가입가능 최고연령 등)을 설명해야 하고, 이 특약의 재가입 시점에 관련 법규의 개정 및 보험 관련 법규의 개정 등에 따라 보장내용이 변경될 수 있음을 안내합니다.

④ 특약이 다음 각 호의 조건을 충족하고 계약자가 제6항에 따라 재가입의사를 표시한 때에는 이 약관의 제14조【특약의 성립】을 준용하여 체신관서가 정한 절차에 따라 계약자는 기존 계약에 이어 재가입할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 기존계약의 가입 이후 발생한 상해 또는 질병을 사유로 가입을 거절할 수 없습니다.

1. 재가입일에 있어서 피보험자의 나이가 체신관서가 최초가입 당시 정한 나이의 범위 내일 것

2. 재가입 전 특약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것

⑤ 이 특약의 보장내용 변경주기 종료일 이후 계약자가 재가입을 원하는 경우 계약자는 재가입 시점에서 체신관서가 판매하는 비급여 실손의료보험 상품으로 가입을 할 수 있으며, 체신관서는 이를 거절할 수 없습니다.

⑥ 체신관서는 계약자에게 보장내용 변경주기가 끝나는 날 이전까지 2회 이상 재가입 요건, 보장내용 변경내역, 보험료 수준, 재가입 절차 및 재가입 의사 여부를 확인하는 내용 등을 서면(등기 우편 등), 전화(음성녹음), 전자문서, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 등으로 알려드리고, 체신관서는 계약자의 재가입의사를 전화(음성녹음), 직접 방문 또는 전자적 의사표시, 통신판매계약의 경우 통신수단을 통해 확인합니다.

⑦ 계약자는 제6항에 따른 재가입안내와 재가입여부 확인 요청을 받은 경우 재가입 의사를 표시하여야 합니다.

⑧ 제6항 및 제7항에도 불구하고, 체신관서가 계약자의 재가입 의사를 확인하지 못한 경우(계약자와의 연락두절로 체신관서의 안내가 계약자에게 도달하지 못한 경우 포함)에는 직전 계약과

동일한 조건으로 보험계약을 연장합니다. 다만, 보험료, 해약환급금 등 보험요율은 나이의 증가, 의료수가의 변동, 적용 기초율의 변동, 요율 상대도(할인·할증요율) 적용 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.

⑨ 제8항에 따라 직전 계약과 동일한 조건으로 자동 연장된 경우 계약자는 그 연장된 날로부터 90일 이내에 그 계약을 취소할 수 있으며, 체신관서는 연장된 날 이후 계약자가 납입한 보험료 전액을 환급합니다.

⑩ 제8항에 따라 직전 계약과 동일한 조건으로 자동 연장된 경우 보험계약의 연장일은 체신관서가 계약자의 재가입의사를 확인한 날(계약자 등이 체신관서에 보험금을 청구함으로써 계약자에게 연락이 닿아 체신관서가 계약자의 재가입의사를 확인한 날 등)까지로 합니다. 계약자의 재가입 의사가 확인된 경우에는 제4항에서 정한 절차에 따라 체신관서가 재가입 의사를 확인한 날에 판매중인 상품으로 다시 재가입하는 것으로 하며, 기존 계약은 해지됩니다. 다만, 계약자가 재가입을 원하지 않는 경우에는 해당 시점으로부터 특약은 해지됩니다.

⑪ 제8항에 따라 직전 계약과 동일한 조건으로 자동 연장된 경우 계약자는 체신관서에 재가입 의사를 표시할 수 있습니다. 체신관서는 계약자의 재가입 의사가 확인되었을 때에는 제4항에서 정한 절차에 따라 체신관서가 재가입 의사를 확인한 날에 판매중인 상품으로 재가입하는 것으로 하며, 기존 계약은 해지됩니다.

⑫ 제10항 또는 제11항에 따라 특약이 해지된 경우 체신관서는 제24조【해약환급금】 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제 7 관 보험료의 납입

제19조【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】

- ① 이 특약의 보험료 납입기간은 이 특약을 부가할 때 체신관서가 제시한 소정의 범위 내에서 계약자가 선택한 보험료 납입기간으로 합니다.
- ② 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료되었거나 보험료 납입이 면제되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.
- ④ 이 특약의 보험료 납입기간 중 주계약의 보험료 납입이 면제되었다고 하더라도 이 특약의 보험료 납입을 면제하지 않습니다.
- ⑤ 계약자는 이 특약의 보험료 납입기간 중 제2회부터의 보험료를 납입기일까지 납입하여야 합니다.

제20조【갱신계약 보험료의 납입】

- ① 계약자는 제17조【특약의 보험기간 및 갱신】 제2항에 정한 바에 따라 특약을 갱신하는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.
- ② 갱신계약의 제1회부터의 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

제21조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

- ① 계약자가 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 다만, 이 경우에도 주계약에 정한 납입유예기간 안에 발생한 사고에 대하여 체신관서는 약정한 보험금을 지급합니다.

② 이 특약에서 최초계약의 제2회부터의 보험료 및 갱신계약의 제1회부터의 보험료 납입유예기간(이하 “유예기간”이라 합니다)은 납입기일부터 납입기일이 속하는 달의 다음 다음달의 마지막 날(유예기간의 마지막 날이 영업일이 아닐 때에는 그 다음 날)까지로 하며 계약자가 최초계약의 제2회부터의 보험료 및 갱신계약의 제1회부터의 보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우 체신관서는 제3항에서 정한 바에 따라 납입최고(독촉)하고 유예기간이 끝나는 날까지 보험료가 납입되지 않은 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음 날에 이 특약을 해지합니다. 다만, 특약이 해지되기 전에 발생한 보험금 지급사유에 대하여 체신관서는 보상합니다.

③ 이 특약의 보험료 납입이 연체 중인 경우 체신관서는 다음 사항에 대하여 유예기간이 끝나기 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 알려드립니다.

1. 계약자(보험수익자와 계약자가 다른 경우 보험수익자를 포함합니다)에게 유예기간 내에 연체보험료를 납입하여야 한다는 내용
2. 유예기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 유예기간이 끝나는 날의 다음 날에 이 특약이 해지된다는 내용(이 경우 특약이 해지되는 때에는 즉시 해약환급금에서 환급금대출의 원금과 이자가 차감된다는 내용을 포함합니다)

④ 체신관서가 제3항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하려는 경우에는 계약자에게 서면 또는 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명으로 동의를 받아 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다.

⑤ 체신관서는 제4항에 따른 확인 결과 전자문서가 수신되지 않은 것을 알았을 때에는 유예기간이 끝나기 15일 이전까지 제3항

에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

⑥ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제24조【해약환급금】 제1항에 따른 금액을 계약자에게 지급합니다.

제22조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】

① 체신관서는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다. 다만, 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 이 특약의 예정이율에 1%를 더한 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 합니다.

② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때 계약자로부터 별도의 신청이 없을 경우에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

③ 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료되었거나 보험료 납입이 면제된 경우로서 제21조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】에 따라 이 특약이 해지되었으나 계약자가 해약환급금을 받지 않은 경우(환급금대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 체신관서가 정한 절차에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 청약할 수 있습니다. 체신관서가 부활(효력회복)을 승낙한 경우에는 계약자는 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 연체된 보험료에 이 특약의 예정이율에 1%를 더한 이율로 계산한 금액을 더하여 납입하여야 하며, 이 경우 주계약 약관의 부활(효력회복)규정에 따라 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

④ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 부활(효력회복)일로 합니다.

제 8 관 특약의 해지 및 해약환급금 등

제23조【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 특약이 해지된 경우 체신관서는 제24조【해약환급금】 제1항에 따른 금액을 계약자에게 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 그 뜻을 적어 드립니다.

제24조【해약환급금】

- ① 이 특약은 해약환급금이 없습니다. 단, 특약이 해지된 시점에 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 따른 미경과보험료적립금 등이 있는 경우 체신관서는 이를 계약자에게 지급하여 드립니다.
- ② 제1항에 따른 금액의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 체신관서에 해당 금액을 청구하여야 하며, 체신관서는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해당 금액을 지급합니다. 제1항에 따른 금액 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 [별표1] “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에 따릅니다.

제 9 관 다수보험의 처리 등

제25조【다수보험의 처리】

- ① 다수보험의 경우 각 계약의 보장대상의료비 및 보장책임액에 따라 제2항에서 정한 방법으로 계산된 각 계약의 비례분담액을 지급합니다.
- ② 각 계약의 보장책임액 합계액이 각 계약의 보장대상의료비 중 최고액에서 각 계약의 피보험자부담 공제금액 중 최소액을 차감한 금액을 초과한 다수보험은 아래의 산출방식에 따라 각

계약의 비례분담액을 계산합니다.

각 계약별 비례분담액 =

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

제26조【연대책임】

① 2009년 10월 1일 이후에 신규로 체결된 보험수익자가 동일한 다수보험의 경우 보험수익자는 보험금 전부 또는 일부의 지급을 다수계약이 체결되어 있는 회사 중 한 회사에 청구할 수 있고, 청구를 받은 회사는 해당 보험금을 이 특약의 지급한도 내에서 지급합니다.

② 제1항에 따라 보험금을 지급한 회사는 보험수익자가 다른 회사에 대하여 가지는 해당 보험금 청구권을 취득합니다. 다만, 회사가 지급한 금액이 보험수익자가 다른 회사에 청구할 수 있는 보험금의 일부인 경우에는 해당 보험수익자의 보험금 청구권을 침해하지 않는 범위에서 그 권리를 취득합니다.

제 10 관 기타사항

제27조【채신관서의 손해배상책임】

① 채신관서는 특약과 관련하여 모집자 등에 책임이 있는 사유로 계약자, 피보험자 및 보험수익자에게 손해를 입힌 경우에는 관계 법령 등에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

② 채신관서는 보험금 지급 거절 및 지연지급의 사유가 없음을 알았거나 알 수 있었는데도 소송을 제기하여 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 손해를 입힌 경우에는 그에 따른 손해를 배상할 책임을 집니다.

- ③ 체신관서가 보험금 지급 여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 불공정한 합의로 보험수익자에게 손해를 입힌 경우에도 체신관서는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.
- ④ 체신관서가 제14조【특약의 성립】제4항에 따른 의무를 이행하지 않아 계약자가 다수의 실손의료보험에 가입한 경우, 체신관서는 계약자에게 손해를 배상할 책임을 집니다.
- ⑤ 체신관서가 제4항에 따라 계약자에게 손해를 배상할 책임이 발생한 경우 계약자는 이 특약의 최초계약일부터 5년 이내에 체신관서에 손해배상을 청구할 수 있고, 이 특약의 최초계약일부터 손해배상을 청구하기 전까지 납입한 보험료와 이에 대한 이자(보험료를 받은 기간에 대하여 이 특약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액)를 합한 금액을 손해배상액으로 합니다.

제28조【주계약 약관 규정의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대해서는 주계약 약관의 규정을 준용합니다.

제29조【준용규정】

계약을 전환하거나 중지계약을 재개하는 경우 전환전계약 또는 중지전계약의 「고지의무」, 「고지의무 위반의 효과」 및 「사기에 의한 계약」 조항은 전환후계약 또는 재개후계약의 최대 재가입기간 만료시까지 효력이 있습니다.

[별표1]

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	적 립 이 율
보장관련 보험금	지급기일의 다음 날부터 30일 이내 기간	환급금대출이율
	지급기일의 31일이후부터 60일 이내 기간	환급금대출이율+ 가산이율(4.0%)
	지급기일의 61일이후부터 90일 이내 기간	환급금대출이율+ 가산이율(6.0%)
	지급기일의 91일이후 기간	환급금대출이율+ 가산이율(8.0%)
해약환급금	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내 : 예정이율의 50% 1년 초과기간 : 1%
	청구일의 다음 날부터 지급일까 지의 기간	환급금대출이율

- 주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효가
완성된 이후에는 발생하지 않습니다.
2. 계약자 등에게 책임이 있는 사유로 보험금 지급이 지연
된 경우에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을
수 있습니다. 다만, 체신관서는 계약자 등이 분쟁조정을
신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 제10조 【보험금의 지급절차】 제2항 각
호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해
당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 위의 표에서 환급금대출이율은 이 특약의 환급금대출이
율, 예정이율은 이 특약의 예정이율을 말합니다.

지정대리청구서비스특약 2109 약관

이 특약의 약관은 「지정대리청구서비스특약 2109」를 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

제 1 관 특약의 성립과 유지

제1조【적용대상】

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다), 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다) 및 특약에 적용됩니다.

제2조【특약의 체결 및 소멸】

- ① 이 특약은 계약자의 청약과 체신관서의 승낙으로 부가되어집니다.
- ② 제1조【적용대상】의 보험계약이 해지 또는 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않게 되는 경우에는 이 특약은 그때부터 효력이 없습니다.

제 2 관 지정대리청구인의 지정

제3조【지정대리청구인의 지정】

- ① 계약자는 주계약 및 특약에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자 중에서 보험금의 대리청구인(2인 이내에서 지정하되, 2인 지정시 대표대리인을 지정)(이하 “지정대리청구

인” 이라 합니다)을 지정(제4조 **【지정대리청구인의 변경 지정】**에 따른 변경 지정 포함)할 수 있습니다. 다만, 지정대리청구인은 보험금 청구시에도 다음 각 호의 어느 하나에 해당하여야 합니다.

1. 피보험자의 가족관계등록부상의 배우자

2. 피보험자의 3촌 이내의 친족

② 제1항에 따라 지정대리청구인을 지정하는 경우 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 지정대리청구인 신청서(체신관서양식)

2. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)

3. 계약자의 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

③ 제1항에도 불구하고 지정대리청구인이 지정된 이후에 제1조 **【적용대상】**의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

제4조【지정대리청구인의 변경 지정】

계약자는 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 체신관서는 변경 지정을 서면으로 알려거나 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 지정대리청구인 변경신청서(체신관서양식)

2. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)

3. 계약자의 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

제 3 관 보험금의 지급

제5조【보험금의 청구】

지정대리청구인은 체신관서가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(체신관서양식)
2. 사고증명서
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증)
4. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
5. 기타 지정대리청구인이 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

제6조【보험금의 지급절차】

① 지정대리청구인은 제5조【보험금의 청구】에서 정한 구비서류 및 제1조【적용대상】의 보험수익자가 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류를 제출하고 체신관서의 승낙을 얻어 제1조【적용대상】의 보험수익자의 대리인으로서 해당 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다. 다만, 2인의 지정대리청구인이 지정된 경우에는 그 중 대표대리인이 보험금을 청구하고 수령할 수 있으며, 대표대리인이 사망 등의 사유로 보험금 청구가 불가능한 경우에는 대표가 아닌 지정대리청구인도 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다.

② 체신관서가 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 체신관서는 이를 지급하지 않습니다.

제 4 관 기타사항

제7조【준용규정】

이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관 및 해당 특약의 규정을 따릅니다.

장애인전용보험전환특약 2007 약관

이 특약의 약관은 「장애인전용보험전환특약 2007」을 선택하여 가입한 경우에 한하여 적용합니다.

제1조【특약의 적용범위】

① 이 특약은 체신관서가 정한 방법에 따라 계약자가 청약하고 체신관서가 승낙함으로써 다음 각 호의 조건을 모두 만족하는 보험계약(특약이 부가되어 있는 경우에는 해당되는 특약을 포함할 수 있으며, 이하 “전환대상계약”이라 합니다)에 대하여 장애인전용보험으로 전환을 청약하는 경우에 적용합니다.

1. 「소득세법」 제59조의4(특별세액공제) 제1항 제2호에 따라 보험료가 특별세액공제의 대상이 되는 보험

<소득세법 제59조의4(특별세액공제)>

① 근로소득이 있는 거주자(일용근로자는 제외한다. 이하 이 조에서 같다)가 해당 과세기간에 만기에 환급되는 금액이 납입보험료를 초과하지 아니하는 보험의 보험계약에 따라 지급하는 다음 각 호의 보험료를 지급한 경우 그 금액의 100분의 12(제1호의 경우에는 100분의 15)에 해당하는 금액을 해당 과세기간의 종합소득산출세액에서 공제한다. 다만, 다음 각 호의 보험료별로 그 합계액이 각각 연 100만원을 초과하는 경우 그 초과하는 금액은 각각 없는 것으로 한다.

1. 기본공제대상자 중 장애인을 피보험자 또는 수익자로 하는 장애인전용보험으로서 대통령령으로 정하는 장애인전용보장성보험료
2. 기본공제대상자를 피보험자로 하는 대통령령으로 정하는 보험료(제1호에 따른 장애인전용보장성보험료는 제외한다)

<소득세법 시행령 제118조의4 (보험료의 세액공제)>

① 소득세법 제59조의4제1항제1호에서 “대통령령으로 정하는 장애인전용보장성보험료”란 제2항 각 호에 해당하는 보험·공제로서 보험·공제 계약 또는 보험료·공제료 납입영수증에 장애인전용 보험·공제로 표시된 보험·공제의 보험료·공제료를 말한다.

② 소득세법 제59조의4제1항제2호에서 “대통령령으로 정하는 보험료”란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 보험·보증·공제의 보험료·보증료·공제료 중 기획재정부령으로 정하는 것을 말한다.

1. 생명보험
2. 상해보험
3. 화재·도난이나 그 밖의 손해를 담보하는 가계에 관한 손해보험
4. 「수산업협동조합법」, 「신용협동조합법」 또는 「새마을금고법」에 따른 공제
5. 「군인공제회법」, 「한국교직원공제회법」, 「대한지방행정공제회법」, 「경찰공제회법」 및 「대한소방공제회법」에 따른 공제
6. 주택 임차보증금의 반환을 보증하는 것을 목적으로 하는 보험·보증. 다만, 보증대상 임차보증금이 3억원을 초과하는 경우는 제외한다.

<소득세법 시행규칙 제61조의3 (공제대상보험료의 범위)>

소득세법 시행령 제118조의4제2항 각 호 외의 부분에서 “기획재정부령으로 정하는 것”이란 만기에 환급되는 금액이 납입보험료를 초과하지 아니하는 보험으로서 보험계약 또는 보험료납입영수증에 보험료 공제대상임이 표시된 보험의 보험료를 말한다.

2. 모든 피보험자 또는 모든 보험수익자가 「소득세법 시행령」 제107조(장애인의 범위) 제1항에서 규정한 장애인인 보험

<「소득세법 시행령 제107조(장애인의 범위)」에서 규정한 장애인>

① 소득세법 제51조 제1항 제2호에 따른 장애인은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자로 한다.

1. 「장애인복지법」에 따른 장애인 및 「장애아동 복지지원법」에 따른 장애아동 중 기획재정부령으로 정하는 사람
2. 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 의한 상이자와 및 이와 유사한 사람으로서 근로능력이 없는 사람
3. 삭제
4. 제1호 및 제2호 외에 항시 치료를 요하는 중증환자

<소득세법 시행규칙 제54조(장애아동의 범위) >

소득세법 시행령 제107조제1항제1호에서 “기획재정부령으로 정하는 사람”이란 「장애아동 복지지원법」 제21조 제1항에 따른 발달재활서비스를 지원받고 있는 사람을 말한다.

<이 특약을 적용할 수 없는 사례 예시 1>

피보험자 1인은 비장애인이고 보험수익자 2인 중 한명은 비장애인, 한명은 장애인인 경우

⇒ 모든 보험수익자가 장애인이 아니므로 이 특약을 적용할 수 없습니다.

<이 특약을 적용할 수 없는 사례 예시 2>

보험수익자 1인은 비장애인이고 피보험자 2인 중 한명은 비장애인, 한명은 장애인인 경우

⇒ 모든 피보험자가 장애인이 아니므로 이 특약을 적용할 수 없습니다.

<이 특약을 적용할 수 없는 사례 예시 3>

피보험자는 비장애인이고 보험수익자가 법정상속인(장애인)인 경우

⇒ 현재 법정상속인이 장애인이라고 하더라도 이 특약을 적용할 수 없습니다. 장애인전용보험으로 전환을 원할 경우 수익자 지정이 필요합니다.

- ② 전환대상계약이 해지 또는 기타 사유로 효력이 없게 된 경우 또는 전환대상계약이 제1항에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
- ③ 제2조【제출서류】 제1항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애 예상기간(또는 장애기간)이 종료된 경우에는 제3조【장애인전용 보험으로의 전환】 제1항에도 불구하고 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
- ④ 이 특약의 계약자는 전환대상계약의 계약자와 동일하여야 합니다.

제2조【제출서류】

- ① 이 특약에 가입하고자 하는 계약자는 모든 피보험자 또는 모든 보험수익자의 「소득세법 시행규칙」 별지 제38호 서식에 의한 장애인증명서의 원본 또는 사본(이하, “장애인증명서”라 합니다)을 제출하여 제1조【특약의 적용범위】 제1항 제2호에서 정한 조건에 해당함을 체신관서에 알려야 합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 따른 상이자의 증명을 받은 사람 또는 「장애인복지법」에 따른 장애인등록증을 발급받은 사람에 대해서는 해당 증명서·장애인등록증의 사본이나 그 밖의 장애 사실을 증명하는 서류를 제출하는 경우에는 제1항의 장애인증명서는 제출하지 않을 수 있습니다.
- ③ 장애인으로서 그 장애기간이 기재된 장애인증명서를 제1항에 따라 체신관서에 제출한 때에는 그 장애기간 동안은 이를 다시 제출하지 않을 수 있습니다.
- ④ 제1항에 따라 제출한 장애인증명서의 장애기간이 변경되는 경우 계약자는 이를 체신관서에 알리고 변경된 장애기간이 기재된 장애인증명서를 제출하여야 합니다.

제3조【장애인전용보험으로의 전환】

- ① 체신관서는 이 특약이 부가된 전환대상계약을 「소득세법」 제59조의4(특별세액공제) 제1항 제1호에 해당하는 장애인전용보험으로 전환하여 드립니다.
- ② 제1항에 따라 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 후부터 납입된 전환대상계약 보험료는 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성보험료로 표시됩니다.

2019년 1월 15일에 전환대상계약에 가입한 계약자가 2019년 6월 1일에 이 특약을 청약하고 체신관서가 승낙하여 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 경우, 이 특약을 청약하기 전(2019년 1월 15일~ 2019년 5월 31일)에 납입된 보험료는 당해년도 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성 보험료로 표시되지 않으며, 장애인전용보험으로 전환된 이후(2019년 6월 1일~2019년 12월 31일) 납입된 보험료만 장애인전용 보장성보험으로 표시됩니다.

- ③ 제2항에도 불구하고, 「전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 당해년도에 전환대상계약이 제1조【특약의 적용범위】 제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우」 또는 「전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환된 당해년도에 제4조【전환 취소】에 따라 전환을 취소하는 경우」에는 당해년도에 납입한 모든 전환대상계약보험료가 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성보험료로 표시되지 않습니다. 다만, 제2조【제출서류】 제1항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료됨에 따라 제1조【특약의 적용범위】 제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우에는 이 조항이 적용되지 않습니다.

2019년 1월 15일에 전환대상계약에 가입한 계약자가 2019년 6월 1일에 이 특약을 청약하고 체신관서가 승낙하여 전환대상계약이 장애인전용보험으로 전환되었으나 2019년 12월 1일에 전환을 취소한 경우, 이 전환대상계약에 납입된 모든 보험료는 당해년도 보험료 납입영수증에 장애인전용 보장성 보험료로 표시되지 않으며 소득세법에 따라 보험료의 100분의 15에 해당하는 금액이 종합소득산출세액에서 공제되지 않습니다.

④ 전환대상계약에 이 특약이 부가된 이후 제4조【전환 취소】에 따라 전환을 취소한 경우 또는 전환대상계약이 제1조【특약의 적용범위】제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않아 이 특약의 효력이 없어진 경우 해당 전환대상계약에는 이 특약을 다시 부가할 수 없습니다. 다만, 제2조【제출서류】제1항에 따라 제출된 장애인증명서상 장애예상기간(또는 장애기간)이 종료됨에 따라 전환대상계약이 제1조【특약의 적용범위】제1항 제2호에서 정한 조건을 만족하지 않게 된 경우에는 이 조항이 적용되지 않습니다.

제4조【전환 취소】

계약자는 전환대상계약에 대하여 장애인전용보험으로의 전환을 취소할 수 있으며, 이 경우 전환취소 신청서를 체신관서에 제출하여야 합니다.

제5조【준용규정】

- ① 이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 전환대상계약 약관, 소득세법 등 관련법규에서 정하는 바에 따릅니다.
- ② 소득세법 등 관련법규가 제·개정 또는 폐지되는 경우 변경된 법령을 따릅니다.

제1조【목 적】

이 특약은 보험계약(이하 “계약”이라 합니다)과 관련해 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 체신관서 사이에 제2조【특약의 적용범위 및 효력】에서 정한 바에 따라 계약을 전환하고자 하는 경우 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조【특약의 적용범위 및 효력】

① 이 특약은 이미 체결되어 있는 다음 각 호를 모두 만족하는 실손의료비 보장계약(이하 “전환전계약”이라 합니다)의 계약자가 계약전환 당시 판매되는 무배당 우체국급여실손의료보험(계약 전환용)(갱신형)(이하 “전환후계약”이라 합니다)으로의 전환을 청약하는 경우에 적용합니다.

1. 2009년 10월 26일부터 2021년 6월 30일까지 체결된 실손의료비를 보장하는 주계약 또는 특약. 단, 단체보험과 보험업감독 규정 제7-63조(제3보험의 보험상품설계 등)에서 정한 노후실손의료보험, 유병력자실손의료비보험은 대상에서 제외합니다.
2. 보험료 미납 등으로 인한 실효 상태가 아닌 유효한 계약
3. 전환전계약에서 보상하지 않으나 전환후계약에서 보상하는 보험금 지급사유가 전환일 이전 최대 5년 이내에 발생하지 않은 계약

② 제1항의 전환전계약 및 전환후계약의 피보험자는 동일해야 합니다.

제3조【전환후계약의 보장개시일】

- ① 체신관서는 전환후계약의 청약을 승낙하고 계약자로부터 제1회 보험료를 받은 때부터 전환후계약의 약관(이하 “전환후 약관”이라 합니다)에서 정한 바에 따라 보장을 합니다.
- ② 제1항의 경우 전환전계약은 전환후계약의 보장개시일로부터 더 이상 효력이 없습니다.
- ③ 제2항에 따라 전환전계약의 효력이 상실된 경우 체신관서는 전환전계약의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산된 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제4조【전환후계약의 보장종목 및 공제금액(비율) 등】

- ① 전환전계약의 보장종목 및 공제금액(비율)은 전환후계약의 보장종목 및 보장내용으로 적용합니다. 다만, 전환전계약과 전환후계약의 보장종목 및 공제금액(비율)이 일치하지 않는 경우 이 특약의 사업방법서에서 정하는 기준에 따라 전환하여 드립니다.
- ② 전환전계약의 재가입종료나이 또는 전환전계약의 사업방법서에 의하여 보장을 받을 수 있는 최대 연령은 이 특약의 사업방법서에서 정하는 기준에 따라 전환하여 드립니다.
- ③ 제1항 및 제2항에서 정하지 않은 사항에 대하여는 전환후계약의 약관 및 사업방법서에서 정하는 바에 따릅니다.

제5조【전환전계약의 고지의무 등】

제3조【전환후계약의 보장개시일】 제2항에도 불구하고, 전환전계약의 「고지의무」, 「고지의무 위반의 효과」 및 「사기에 의한 계약」 조항은 전환후계약의 최대 재가입기간 만료시까지 효력이 있습니다.

제6조【전환전계약으로의 환원】

- ① 전환후계약이 전환후 약관에 따라 다음 중 한가지의 경우에 해당될 경우에는 그 날부터 제3조【전환후계약의 보장개시일】

의 규정에도 불구하고 전환되지 않은 것으로 하며 전환전계약의 약관(이하 “전환전 약관”이라 합니다)을 적용합니다.

1. 전환청약 후 6개월 이내에 계약자가 전환청약을 철회하는 경우.
다만, 동 항목에 따른 철회는 계약자별 최초 1회에 한하여 가능하며, 철회 신청일이 전환청약일로부터 3개월이 지난 경우에는 3개월이 지난날부터 철회 신청일 사이에 보험금 지급사유가 발생하지 않은 계약에 한정합니다.

2. 전환후계약의 승낙이 거절된 경우

3. 전환후계약이 무효인 경우

② 제1항의 경우 다음 제1호의 금액에서 제2호의 금액을 차감하여 잔액이 있을 때에는 이를 계약자에게 지급하고, 부족액이 있을 때에는 계약자는 그 부족액을 납입하여야 합니다.

1. 환원일까지 납입된 전환후계약의 보험료 합계액

2. 다음의 합계액

가. 전환전계약이 환원일까지 계속 유지된 것으로 할 때 납입되어야 할 전환전계약의 보험료 합계액

나. 전환일부터 환원사유가 발생한 날까지 전환후계약에서 지급한 제지급금 합계액

다. 전환후계약으로 전환청약함에 따라 전환전계약에서 지급한 해약환급금 등의 제지급금 합계액

제7조【준용규정】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 전환후계약 약관의 규정을 따릅니다.

단체실손의료비보험 개인실손전환특약 2107 약관

제1조【목 적】

- ① 이 특약은 단체실손의료보험(이하 “단체실손” 이라 합니다)의 피보험자 또는 피보험자이었던 자와 체신관서 사이에 단체실손을 개인실손의료보험(이하 “개인실손” 이라 합니다)으로 전환(이하 “개인실손전환” 이라 합니다)하는 계약을 체결하는 것을 목적으로 합니다.
- ② 제1항의 단체실손은 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 실손의료보험으로서 보험업감독규정 제 7-49조 제2호 각 목의 요건을 충족하는 단체보험을 말합니다.
- ③ 제1항의 개인실손은 노후·유병력자실손의료보험 및 단체실손을 제외한 실손의료보험을 말합니다.
- ④ 제1항에 따라 단체실손을 개인실손으로 전환하는 경우, 전환시점에 체신관서가 판매하는 개인실손으로 전환됩니다. 단, 전환시점에 체신관서가 더 이상 개인실손을 판매하지 않는 경우에는 가장 최근에 판매했던 개인실손으로 전환됩니다. 전환되는 개인실손의 보장범위 등은 단체실손과 다를 수 있습니다(특히 보장범위 등이 축소될 수 있습니다).

제2조【개인실손전환에 관한 사항】

- ① 단체실손에만 가입되어 있는 피보험자 또는 피보험자이었던 자 중 개인실손전환 청약일 기준으로 다음 각 호에 모두 해당하는 자(이하 “계약자” 라 합니다)는 사업방법서에서 체신관서가 정한 방법에 따라 개인실손전환을 청약할 수 있습니다.
 1. 단체실손에 가입한 자인 경우 (다만, 청약일 현재 단체실손에 가입중이지 않은 자는 단체실손 종료일부터 31일 이내에 청약

하여야 하며, 임직원의 경우 퇴직 예정임을 증명하는 서류를 제출해야 합니다.)

2. 개인실손전환 청약 직전 5년간 계속해서 단체실손의 피보험자인 경우(직전 5년간 단체실손에 가입하지 않은 기간이 1회당 31일 이내이고, 누적하여 92일 이내인 경우는 계속해서 가입한 것으로 하며, 단체실손에 가입하지 않은 기간을 계산할 때에는 단체실손의 피보험자가 개인실손전환 청약시 단체실손이 종료된 상태에 한하여 금번 단체실손 종료일로부터 개인실손전환 청약일까지 기간은 제외합니다).

3. 2014년 10월 16일 이후 단체실손을 “비실손보장형(정액형)”으로 가입한 경우 “비실손보장형(정액형)”으로 가입한 기간은 제1항 제2호의 단체실손 가입기간에 포함합니다. 이 경우 피보험자는 개인실손전환 직전에는 단체실손의 “실손보장형”에 가입되어 있어야 합니다. 그럼에도 불구하고 실손의료보험 개인실손전환 제도 시행 이후부터 금번 단체보험 보험기간 종료전에 “비실손보장형(정액형)”을 가입한 임직원이 퇴사하는 경우에는 개인실손전환이 가능합니다.(개인실손전환 피보험자가 “비실손보장형(정액형)”에서 보장받은 담보와 유사한 담보의 개인실손으로 전환합니다)

② 제1항 제2호의 금번 단체실손 종료일이란 개인실손전환 계약자가 개인실손전환 청약일 이전에 단체실손에 가입·종료한 이력이 있는 경우 해당 개인실손전환 청약일로부터 가장 가까운 단체실손 종료일을 말합니다.

③ 제1항에 따른 계약자의 청약과 체신관서의 승낙으로 개인실손전환은 이루어집니다. 다만, 다수의 회사가 단체실손을 분할하여 인수한 경우 계약자는 해당 회사 중 하나의 회사를 선택하여 개인실손전환을 청약할 수 있습니다.

④ 체신관서는 계약자의 개인실손전환 청약을 받고, 개인실손의 제1회 보험료를 받은 경우에 개인실손전환 청약일로부터 30일

이내에 승낙하거나 거절하여야 하며, 승낙한 경우에는 개인실손 전환 후 개인실손의 보험증권을 계약자에게 드립니다. 이 경우 개인실손전환 청약일로부터 30일 이내에 체신관서가 승낙 또는 거절의 통지를 하지 않으면 승낙한 것으로 봅니다.

⑤ 체신관서는 개인실손전환이 성립한 이후 지체없이 단체실손이 개인실손으로 전환되었음을 서면, 전화(음성녹음), 전자문서(SMS 포함) 등으로 계약자에게 안내하여 드립니다.

⑥ 계약자는 개인실손전환 후 개인실손의 보험증권을 받은 날로부터 15일 이내에 개인실손전환 청약을 철회할 수 있습니다. 이에도 불구하고 청약한 날부터 30일이 지나면 청약을 철회할 수 없습니다. 청약철회에 관한 기타 사항은 개인실손전환 후 개인실손 약관을 따릅니다.

⑦ 체신관서는 계약자가 개인실손전환을 청약할 때에 이 특약의 중요한 내용(제9항 및 제11항 포함), 개인실손전환 전 단체실손과 개인실손전환 후 개인실손의 보장범위가 다를 수 있다(특히 보장범위 등이 축소될 수 있다)는 점 및 개인실손전환 시 유의사항 등을 계약자에게 설명하고 확인받아야 하며, 청약 후에는 지체 없이 특약의 약관 및 계약자 보관용 청약서를 드립니다.

⑧ 체신관서는 개인실손전환의 청약을 승낙하고 계약자로부터 개인실손전환 후 개인실손의 제1회 보험료를 받은 때부터 개인실손전환 후 개인실손의 약관에 따라 보장합니다. 또한, 체신관서가 개인실손전환의 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료를 받은 때부터 보장이 개시됩니다.

⑨ 체신관서는 계약자가 다음 각 호의 요건이 모두 충족되는 경우에는 심사를 거치지 않고 개인실손전환을 승낙합니다.

1. 개인실손전환 청약일 기준으로 단체실손의 보험수익자가 직전 5년간 단체실손에서 수령한 보험금과 보험사고가 발생했지만 청구하지 않은 금액을 합산한 금액이 200만원 이하인 경우. 다만, 제1항 제3호에 해당하는 경우에는 “비실손보장형(정액

형)”에서 수령한 보험금을 포함합니다.

2. 개인실손전환 청약일 기준으로 피보험자가 직전 5년간 10대질병^{주)}으로 의사로부터 진찰 또는 검사를 통하여 의료행위를 받은 사실이 없는 경우

주) 10대질병 : ①암 ②백혈병 ③고혈압 ④협심증 ⑤심근경색 ⑥심장판막증 ⑦간경화증 ⑧뇌졸중증(뇌출혈, 뇌경색) ⑨당뇨병 ⑩에이즈(AIDS) 및 HIV 보균을 말합니다.

3. 다음 각 목의 모두에 대해 개인실손전환 후 개인실손과 개인실손전환 전 단체실손이 동일하게 적용되는 경우(다만, 체신관서가 개인실손전환 전 단체실손과 동일한 조건의 개인실손을 판매하지 않거나 또는 보유(보유하는 개인실손이란 체신관서가 개인실손을 판매중지한 경우 당시에 판매했던 개인실손을 말합니다)하지 않고 있어 개인실손전환 후 개인실손의 보험가입금액 또는 자기부담금 등을 개인실손전환 전 단체실손과 가장 유사하게 적용하는 경우에는 보험가입금액 또는 자기부담금 등이 확대되지 않은 것으로 봅니다)

가. 보장종목

나. 보험가입금액

다. 자기부담금

- ⑩ 개인실손의 계약자, 피보험자 및 단체실손의 피보험자는 모두 동일하여야 합니다.

⑪ 체신관서는 개인실손전환 후 개인실손이 개인실손전환 전 단체실손보다 보장이 강화(보장종목 추가, 보험가입금액 증액, 자기부담금 축소 등)되는 등 제9항 각 호의 요건이 충족되지 아니하는 경우에는 체신관서의 계약인수지침에 따라 심사를 하여 승낙하거나 승낙을 거절할 수 있으며, 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.

- ⑫ 계약자는 제1항에 따라 개인실손전환을 청약할 때에는 청약

서에서 질문한 사항(제9항의 제1호 및 제2호 포함)에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 하며, 그렇지 않은 경우 체신관서는 개인실손전환 후 개인실손의 약관에 따라 개인실손 전환을 해지할 수도 있습니다.

제3조【기타 사항】

- ① 이 특약에서 정하지 아니한 사항은 개인실손전환 후 개인실손의 약관을 따릅니다.
- ② 체신관서는 개인실손전환에 필요한 사항에 대하여 추가적으로 특약을 부가하여 운영할 수 있습니다.
- ③ 체신관서는 개인실손전환 심사 등에 필요한 증빙자료를 계약자 등에게 요청할 수 있고 계약자 등은 이에 협조하여야 합니다.

개인실손의료비보험 중지 및 재개 특약 2304 약관

제1조【목 적】

- ① 이 특약은 개인실손의료보험(이하 “개인실손” 이라 합니다)의 피보험자가 단체실손의료보험(이하 “단체실손” 이라 합니다)의 피보험자인 경우 개인실손의료보험의 계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 체신관서 사이에 개인실손을 중지하거나 재개하는 계약을 체결하는 것을 목적으로 합니다.
- ② 제1항의 개인실손은 노후·유병력자실손의료보험 및 단체실손을 제외한 실손의료보험을 말합니다.
- ③ 제1항 및 제2항의 단체실손은 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 실손의료보험으로서 보험업감독규정 제7-49조 제2호 각 목의 요건에 해당하는 단체보험을 말합니다.

제2조【계약중지에 관한 사항】

- ① 계약중지 청약일 기준으로 다음 각 호의 요건이 모두 충족되는 경우에는 계약자가 개인실손의 보장종목에 대해 보험료 납입 및 보장의 중지(이하 “계약중지”라 합니다)를 청약할 수 있습니다.
 1. 개인실손을 최초 보장개시일로부터 1년 이상 유지 중인 경우
 2. 제1호의 개인실손의 피보험자가 단체실손의 피보험자인 경우
- ② 제1항의 요건을 충족하는 개인실손의 계약자의 청약과 체신관서의 승낙으로 계약중지는 이루어집니다.
- ③ 체신관서는 계약자의 계약중지 청약을 받고 30일 이내에 승낙하거나 거절하여야 하며, 승낙한 경우에는 “계약중지 확인서”와 “중지지급금”을 계약자에게 드립니다. 이 경우 30일 이

내에 체신관서가 승낙 또는 거절의 통지를 하지 않으면 승낙한 것으로 봅니다.

④ 제3항의 중지지급금은 개인실손을 계약중지한 경우 계약자에게 지급하는 금액으로, 계약중지한 보장종목의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산된 계약중지 시점의 책임준비금 및 미경과보험료 합산액 등을 말합니다.

⑤ 계약중지가 이루어진 경우 그 시점부터 체신관서는 계약중지한 개인실손 보장종목에 대해 보장하지 않으며 계약자는 계약중지한 개인실손의 보장종목에 대해 보험료를 납입하지 않습니다. 체신관서는 계약중지가 성립한 이후 지체 없이 개인실손의 보장종목이 계약중지되었음을 서면, 전화(음성녹음), 전자문서(SMS 포함) 등으로 계약자와 피보험자에게 각각 안내하여 드립니다.

⑥ 계약자는 “계약중지 확인서”를 받은 날로부터 15일 이내에 제3항에서 받은 중지지급금을 체신관서에 환입하고 계약중지 청약을 철회할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 계약중지 전 개인실손으로 환원해 주어야 합니다. 다만, 계약중지를 청약한 날부터 30일이 지나면 계약중지 청약을 철회할 수 없습니다. 청약철회에 관한 기타 사항은 계약중지 전 개인실손 약관을 따릅니다.

⑦ 제6항에도 불구하고 계약자가 계약중지 청약철회 신청 시 이미 지급받은 중지지급금을 체신관서에 환입하지 않을 경우 체신관서는 철회 신청을 거절할 수 있습니다.

⑧ 체신관서는 계약자가 계약중지를 청약할 때에 이 특약의 중요한 내용(제3조 【계약재개에 관한 사항】 제15항 및 제20항 포함), 계약중지되는 개인실손과 계약재개되는 개인실손의 보장범위가 다를 수 있다는 점 및 계약중지 시 유의사항 등을 계약자에게 설명하고 확인받아야 하며, 청약 후에는 지체 없이 계약자에게 특약의 약관 및 계약자 보관용 계약중지 청약서를 드립니다.

⑨ 체신관서는 계약중지를 처리함에 있어 사업방법서에서 체신

관서가 정한 방법에 따라 단체실손과 개인실손의 보장종목이 같은 경우에는 해당 보장종목(개인)을 계약중지 처리하고, 서로 다른 경우에는 계약자의 서면동의를 얻어 해당 보장종목(개인)에 대해 계약중지 처리를 합니다. (예시 : 붙임 1 참조)

제3조【계약재개에 관한 사항】

① 제2조【계약중지에 관한 사항】에 따라 개인실손을 계약중지한 계약자는 개인실손의 보험료 납입 및 보장의 재개(이하 “계약재개”라 합니다)를 청약할 수 있습니다. 다만, 단체실손이 종료된 경우에는 단체실손 종료일로부터 31일 이내에 계약재개 청약을 하여야 합니다.

② 제1항에 따른 계약재개 계약자의 청약과 체신관서의 승낙으로 계약재개는 이루어집니다. 다만, 제1항에도 불구하고 단체실손 계약종료 전이라도 단체실손의 보장종목을 변경하는 경우에는 계약자는 계약 중지된 개인실손의 보장종목 중 단체실손에서 보장받지 못하는 보장종목에 대해 계약재개를 청약할 수 있습니다.

③ 제1항에도 불구하고 계약중지된 개인실손이 특약인 경우 그 특약의 주계약이 소멸되면 계약재개를 청약할 수 없습니다. 다만, 주계약이 소멸되어도 개인실손특약이 유지되는 경우는 해당 특약의 계약재개를 청약할 수 있습니다.

④ 제3항의 주계약이 소멸되는 경우는 아래를 말합니다.

1. 주계약이 해지, 무효, 취소된 경우
2. 피보험자가 사망한 경우[사망에는 실종선고를 받은 경우(법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다), 관공서에서 수해, 화재 및 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우(가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다) 등을 포함합니다]

⑤ 제1항에 따라 개인실손의 계약재개를 청약하는 경우, 계약재개되는 개인실손은 계약중지 시점의 개인실손으로 하며, 계약재

개되는 개인실손의 계약내용(갱신일, 갱신주기 및 보장내용 변경 주기 등)은 계약중지 시점의 개인실손의 계약내용과 동일하게 적용합니다.

⑥ 제5항에도 불구하고 다음의 요건 중 하나에 해당하는 경우에는 계약재개 시점에 체신관서가 판매 또는 보유하는 개인실손으로 계약재개하며, 계약재개되는 개인실손의 보장범위 등은 계약중지된 개인실손과 다를 수 있습니다(특히 보장범위 등이 축소될 수 있습니다).

1. 계약재개 시점 기준으로 계약중지된 개인실손의 최초 보장개시일(계약중지 시점의 개인실손이 재가입한 경우 재가입일)로부터 보장내용 변경 주기를 초과한 경우

2. 계약자가 요청하는 경우

⑦ 제6항의 보유하는 개인실손이란 체신관서가 개인실손을 판매 중지한 경우 당시에 판매했던 개인실손을 말합니다.

⑧ 체신관서는 계약자의 계약재개 청약을 받고, 계약재개되는 개인실손의 제1회 보험료 또는 재개정산금을 받은 경우에 계약재개 청약일로부터 30일 이내에 승낙하거나 거절하여야 하며, 승낙한 경우에는 계약재개되는 개인실손의 보험가입증서(보험증권)를 계약자에게 드립니다. 이 경우 계약재개 청약일로부터 30일 이내에 체신관서가 승낙 또는 거절의 통지를 하지 않으면 승낙한 것으로 봅니다.

⑨ 제8항의 재개정산금은 계약중지 시점의 개인실손으로 계약재개를 청약하는 경우 계약자가 납입하여야 하는 금액으로, 계약재개되는 보장종목의 보험료 및 책임준비금 산출방법서에 따라 계산된 계약재개 시점의 책임준비금 및 미경과보험료 합산액 등을 말합니다.

⑩ 체신관서는 계약재개가 성립한 이후 지체없이 계약중지되었던 개인실손이 계약재개 되었음을 서면, 전화(음성녹음), 전자문서(SMS 포함) 등으로 계약자와 피보험자에게 각각 안내하여 드

립니다.

⑪ 계약자는 계약재개되는 개인실손의 보험가입증서(보험증권)를 받은 날로부터 15일 이내에 계약재개 청약을 철회할 수 있으며, 이 경우 체신관서는 해당 계약을 계약중지된 상태로 환원해 주어야 합니다. 다만, 계약재개를 청약한 날부터 30일이 지나면 계약재개 청약을 철회할 수 없습니다. 청약철회에 관한 기타 사항은 계약재개 후 개인실손 약관을 따릅니다.

⑫ 체신관서는 계약자가 계약재개를 청약할 때에 이 특약의 중요한 내용(제15항 및 제20항 포함), 계약중지된 개인실손과 계약재개되는 개인실손의 보장범위가 다를 수 있다는 점 및 계약재개 시 유의 사항 등을 계약자에게 설명하고 확인받아야 하며, 청약 후에는 지체 없이 계약자에게 특약의 약관 및 계약자 보관용 계약재개 청약서를 드립니다.

⑬ 체신관서는 계약재개의 청약을 승낙하고 계약자로부터 계약재개되는 개인실손의 제1회 보험료 또는 재개정산금을 받은 때부터 계약재개 후 개인실손의 약관에 따라 보장합니다. 또한, 체신관서가 계약재개의 청약과 함께 제1회 보험료 또는 재개정산금을 받은 후 승낙한 경우에도 제1회 보험료 또는 재개정산금을 받은 때부터 보장이 개시됩니다.

⑭ 제6항에 따라 계약재개 시점에 체신관서가 판매 또는 보유하는 개인실손으로 계약재개되는 경우, 제13항에 따라 보장이 개시되는 시점부터 제2조【계약중지에 관한 사항】에 따라 계약중지된 개인실손은 소멸합니다.

⑮ 체신관서는 계약재개 청약일 기준으로 다음 각 호의 요건이 모두 충족되는 경우에는 심사를 거치지 않고 계약자의 계약재개를 승낙합니다.

1. 제2조【계약중지에 관한 사항】에 따라 개인실손이 계약중지된 후 피보험자의 단체실손 보장공백기간이 1회당 31일 이내이고, 누적하여 92일 이내인 경우(보장공백기간 계산 시 금번

단체실손 종료일로부터 계약재개 청약일까지 기간은 제외됩니다)

2. 다음 각 목의 모두에 대해 계약재개되는 개인실손과 계약중지된 개인실손이 동일하게 적용되는 경우(체신관서가 계약중지된 개인실손과 동일한 조건의 개인실손을 판매하지 않거나 또는 보유하지 않고 있어 계약재개되는 개인실손의 보험가입금액 또는 자기부담금 등을 계약중지된 개인실손과 가장 유사하게 적용하는 경우에는 동일하게 적용되는 것으로 봅니다)

가. 보장종목

나. 보험가입금액

다. 자기부담금

라. 최대 보장가능 보험나이

- ①⑥ 제15항 제1호의 단체실손 보장공백기간이란 보험료 미납으로 인한 해지, 계약의 해지, 재가입 지연 등의 사유로 피보험자가 보장을 받지 못하는 기간을 말하며, 다만 단체실손의 보장종목 변경은 보장공백기간으로 보지 않습니다.

- ①⑦ 제15항 제1호의 금번 단체실손 종료일이란 계약재개 계약자가 금번 계약재개 청약일 이전에 개인실손을 계약중지·계약재개한 이력이 있는 경우 금번 계약재개 청약일로부터 가장 가까운 단체실손 종료일을 말합니다.

- ①⑧ 제5항에 따라 계약재개를 청약하는 경우, 체신관서는 제9항에서 정한 재개정산금을 계산하여 계약자에게 알리고, 계약자는 재개정산금을 납입하여야 합니다. 또한, 계약자는 계약재개일 이후 최초로 도래하는 보험료 납입기일부터 계약재개되는 개인실손의 보험료를 납입하여야 하며, 보험료 납입기일은 계약중지 시점의 개인실손과 동일하게 적용합니다.

- ①⑨ 계약재개되는 개인실손의 계약자, 피보험자는 계약중지된 개인실손의 계약자, 피보험자와 각각 동일하여야 합니다.

- ②⑩ 체신관서는 계약재개되는 개인실손이 계약중지된 개인실손보

다 보장이 강화(보장종목 추가, 보험가입금액 증액, 자기부담금 축소, 최대 보장가능 보험나이 확대 등)되는 등 제15항 각 호의 요건이 충족되지 아니한 경우에는 체신관서의 계약인수지침에 따라 심사를 하여 승낙하거나 승낙을 거절할 수 있으며, 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 붙여 승낙할 수 있습니다.

제4조【기타 사항】

① 계약중지된 개인실손 약관의 「고지의무」, 「고지의무 위반의 효과」 및 「사기에 의한 계약」 조항은 계약재개된 개인실손에서도 효력이 있습니다.

【고지의무 위반 예시】

계약을 청약하면서 모집자 등에게 고혈압이 있다고만 이야기하고 청약서의 고지사항에는 기재하지 않아 체신관서가 고혈압이 있다는 사실을 알지 못하였다고 하면, 체신관서는 고지의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금을 지급하지 않을 수 있습니다.

② 계약중지된 개인실손의 「특정부위·질병 부담보특약」(이하 “부담보특약”이라 합니다)은 계약재개되는 개인실손에서도 효력이 있습니다.

③ 제2항에도 불구하고 부담보특약의 경우 계약중지된 개인실손의 최초가입 청약일로부터 5년간 부담보특약에서 정한 질병으로 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우 부담보특약의 효력은 소멸합니다.

④ 제2조【계약중지에 관한 사항】에서 정하지 않은 사항은 계약중지 전 개인실손의 약관을, 제3조【계약재개에 관한 사항】에서 정하지 않은 사항은 계약재개 후 개인실손의 약관을 각각 따릅니다.

⑤ 체신관서는 계약중지 및 계약재개에 필요한 사항에 대하여 추가적으로 특약을 부가하여 운영할 수 있습니다.

⑥ 체신관서는 계약재개 심사 등에 필요한 증빙자료를 계약자 등에게 요청할 수 있고, 계약자 등은 이에 협조하여야 합니다.

**【붙임 1】 개인실손과 단체실손의 보장종목이 다른 경우, 계약
중지가능한 보장종목**

(예시 1) 2018.12.31. 이전 체결된 실손의료보험의 경우

보장종목(단체실손)	계약중지 가능한 보장종목(개인실손)
상해입원	종합형
상해통원(외래)	
상해통원(처방조제비)	
상해급여	
상해비급여	
질병입원	종합형, 질병형
질병통원(외래)	
질병통원(처방조제비)	
질병급여	
질병비급여	

주) 비급여도수·체외충격파·증식치료실손특약, 비급여주사료실손
특약, 비급여MRI/MRA실손특약의 계약중지 등 상기에서 정
하지 않은 사항은 체신관서가 정하는 기준에 따름

(예시 2) 2019.01.01. 이후 체결된 실손의료보험의 경우

보장종목(단체실손)	계약중지 가능한 보장종목(개인실손)
상해입원	종합형, 상해형
상해통원(외래)	
상해통원(처방조제비)	
상해급여	
상해비급여	
질병입원	종합형, 질병형
질병통원(외래)	
질병통원(처방조제비)	
질병급여	
질병비급여	

주) 비급여도수·체외충격파·중식치료실손특약, 비급여주사료실손 특약, 비급여MRI/MRA실손특약, 비급여실손의료비특약의 계약중지 등 상기에서 정하지 않은 사항은 체신관서가 정하는 기준에 따름

MEMO

Handwriting practice lines consisting of 24 horizontal dotted lines.

This image shows a full page of a worksheet designed for handwriting practice. It features approximately 20 horizontal dashed lines spaced evenly across the page, providing a guide for letter height and placement. The background is plain white, and there are no other markings or text present.