



무배당 우체국실손의료비보험 [기본1종(선택형),종합형](갱신형)

(60050)

2017.7.26.자 정부조직 개편에 따라 우체국보험사업은
과학기술정보통신부장관이 관장합니다.

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

목 차

• 반드시 알아두셔야 할 사항	11
• 보험안내서	12
• 무배당 우체국실손의료비보험[기본1종(선택형),종합형](갱신형) 약관	
제1관 목적 및 용어의 정의	25
제1조【목적】	
제2조【용어의 정의】	
제2관 체신관서가 보상하는 사항	25
제3조【입원의료비】	
제4조【통원의료비】	
제3관 체신관서가 보상하지 않는 사항	32
제5조【보상하지 않는 사항】	
제5조의 2【특약에서 보상하는 사항】	
제6조【전쟁, 기타 변란시의 보험금】	
제4관 보험금의 지급	38
제7조【보험금 지급사유의 발생통지】	
제8조【보험금의 청구】	
제9조【보험금의 지급절차】	
제10조【주소변경통지】	
제11조【보험수익자의 지정】	
제12조【대표자의 지정】	
제5관 계약자의 고지의무 등	41
제13조【고지의무】	

제14조【고지의무 위반의 효과】

제15조【사기에 의한 계약】

제6관 보험계약의 성립과 유지 43

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 51

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)】

제8관 계약의 해지 및 해약환급금 등 57

제32조【계약자의 임의해지】

제33조【중대사유로 인한 해지】

제34조【해약환급금】

제35조【환급금대출】

제36조【배당금의 지급】

제9관 다수보험의 처리 등	59
제37조【다수보험의 처리】	
제38조【연대책임】	
 제10관 분쟁의 조정 등	 60
제39조【분쟁의 조정】	
제40조【관할법원】	
제41조【소멸시효】	
제42조【약관의 해석】	
제43조【체신관서가 제작한 보험안내자료 등의 효력】	
제44조【체신관서의 손해배상책임】	
제45조【개인정보보호】	
 태아가입특칙(胎兒加入特則)	 62
제46조【특칙의 적용】	
제47조【피보험자】	
제48조【출생통지】	
제49조【유산(流産) 또는 사산(死産)시의 처리】	
제50조【복수(複數) 출생의 경우】	
제51조【출생전 보험금 지급사유 발생】	
제52조【계약나이의 계산 특례(特例)】	
제53조【보험료 정산에 관한 내용】	
제54조【준거법】	
 [별표1] 용어의 정의	 65
[별표2] 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	69

• 무배당 비급여도수·체외충격파·증식치료실손특약(갱신형) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의	70
제1조【목적】	
제2조【용어의 정의】	
제2관 체신관서가 보상하는 사항	71
제3조【보상내용】	
제3관 체신관서가 보상하지 않는 사항	74
제4조【보상하지 않는 사항】	
제4관 보험금의 지급	78
제5조【보험금의 청구】	
제6조【보험금의 지급절차】	
제5관 계약자의 고지의무 등	80
제7조【고지의무】	
제8조【고지의무 위반의 효과】	
제9조【사기에 의한 계약】	
제6관 특약의 성립과 유지	83
제10조【특약의 성립】	
제11조【특약내용의 변경】	
제12조【특약의 소멸】	
제13조【특약의 보험기간 및 갱신】	
제14조【특약의 보장내용 변경주기 및 재가입】	
제7관 보험료의 납입	86

제15조【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】	
제16조【갱신계약 보험료의 납입】	
제17조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】	
제18조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】	

제8관 특약의 해지 및 해약환급금 등 89

제19조【계약자의 임의해지】	
제20조【해약환급금】	

제9관 다수보험의 처리 등 90

제21조【다수보험의 처리】	
제22조【연대책임】	

제10관 기타사항 91

제23조【체신관서의 손해배상책임】	
제24조【주계약 약관 규정의 준용】	

[별표1] 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 93

• 무배당 비급여주사료실손특약(갱신형) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의 94

제1조【목적】	
제2조【용어의 정의】	

제2관 체신관서가 보상하는 사항 95

제3조【보상내용】	
-----------	--

제3관 체신관서가 보상하지 않는 사항 98

제4조【보상하지 않는 사항】

제4관 보험금의 지급 102

제5조【보험금의 청구】

제6조【보험금의 지급절차】

제5관 계약자의 고지의무 등 105

제7조【고지의무】

제8조【고지의무 위반의 효과】

제9조【사기에 의한 계약】

제6관 특약의 성립과 유지 107

제10조【특약의 성립】

제11조【특약내용의 변경】

제12조【특약의 소멸】

제13조【특약의 보험기간 및 갱신】

제14조【특약의 보장내용 변경주기 및 재가입】

제7관 보험료의 납입 111

제15조【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】

제16조【갱신계약 보험료의 납입】

제17조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】

제18조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】

제8관 특약의 해지 및 해약환급금 등 114

제19조【계약자의 임의해지】

제20조【해약환급금】

제9관 다수보험의 처리 등 115

제21조【다수보험의 처리】

제22조【연대책임】

제10관 기타사항 116

제23조【체신관서의 손해배상책임】

제24조【주계약 약관 규정의 준용】

[별표1] 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산 117

• 무배당 비급여MRI/MRA실손특약(갱신형) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의 118

제1조【목적】

제2조【용어의 정의】

제2관 체신관서가 보상하는 사항 118

제3조【보상내용】

제3관 체신관서가 보상하지 않는 사항 121

제4조【보상하지 않는 사항】

제4관 보험금의 지급 125

제5조【보험금의 청구】

제6조【보험금의 지급절차】

제5관 계약자의 고지의무 등 127

제7조【고지의무】

제8조【고지의무 위반의 효과】

제9조【사기에 의한 계약】

제6관 특약의 성립과 유지	129
제10조【특약의 성립】	
제11조【특약내용의 변경】	
제12조【특약의 소멸】	
제13조【특약의 보험기간 및 갱신】	
제14조【특약의 보장내용 변경주기 및 재가입】	
제7관 보험료의 납입	133
제15조【특약의 보험료 납입기간 및 보험료의 납입】	
제16조【갱신계약 보험료의 납입】	
제17조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】	
제18조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】	
제8관 특약의 해지 및 해약환급금 등	136
제19조【계약자의 임의해지】	
제20조【해약환급금】	
제9관 다수보험의 처리 등	137
제21조【다수보험의 처리】	
제22조【연대책임】	
제10관 기타사항	138
제23조【체신관서의 손해배상책임】	
제24조【주계약 약관 규정의 준용】	
[별표1] 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산	139

• 지정대리청구서비스특약 약관	
제1관 특약의 성립과 유지	140
제1조【적용대상】	
제2조【특약의 체결 및 소멸】	
제2관 지정대리청구인의 지정	140
제3조【지정대리청구인의 지정】	
제4조【지정대리청구인의 변경 지정】	
제3관 보험금의 지급	141
제5조【보험금의 청구】	
제6조【보험금의 지급절차】	
제4관 기타사항	142
제7조【준용규정】	

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(www.epostbank.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.

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">■ 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 만료시까지 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(www.epostbank.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 아니므로 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, 장해연금 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 지급사이에는 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 자동이체 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 급부금의 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 상속인

이 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 산출

한 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 30일이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다). 이 경우 채신관서는 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 채신관서에 유예기간이 지나기 전까지 채신관서가 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.

▶ 고객은 필요시 환급금대출을 받을 수 있습니다.

고객께서 가입한 계약의 해약환급금 범위 내에서 채신관서가 정한 방법(단, 순수보장성보험 등 보험상품의 종류에 따라 환급금대출이 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, 미래창조과학부장관이 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 연락처로 문의바랍니다.

< 우체국보험 상담 전화번호 안내 >

○ 우체국보험고객센터 : 1599-0100

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제1조【목적】

이 보험계약(이하 “계약”이라 합니다)은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 체신관서 사이에 제3조【입원의료비】 및 제4조【통원의료비】에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조【용어의 정의】

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

제 2 관 체신관서가 보상하는 사항

제3조【입원의료비】

체신관서가 이 계약의 보험기간 중 보상 또는 공제하는 내용은 다음과 같습니다.

① 체신관서는 피보험자가 상해 또는 질병으로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원의료비를 다음과 같이 하나의 상해당 또는 하나의 질병당 각각 5천만원의 한도 내에서 보상합니다.

구 분	보상금액
입원실료 입원제비용 입원수술비	‘「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)’의 90%에 해당하는 금액과 ‘비급여 ^{주)} (본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)’의 80%에 해당하는 금액을 합한 금액. 다만, 급여 중 본인부담금의 나머지 10%와 비급여 ^{주)} 의 나머지 20%를 합한 금액이 계약일 또는 매년 계약해당일부터 기산하여 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과 금액은 보상합니다. 주) 상급병실료 차액 제외
상급병실료 차액	입원 시 실제로 사용한 병실과 기준병실의 병실료 차액에서 50%를 뺀 금액. 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.

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

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

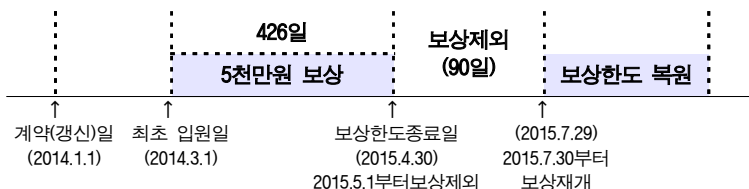
④ 피보험자가 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지

못하는 경우에는 입원의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 급여 및 비급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액의 40%를 하나의 상해당 또는 하나의 질병당 각각 5천만원의 한도 내에서 보상합니다.

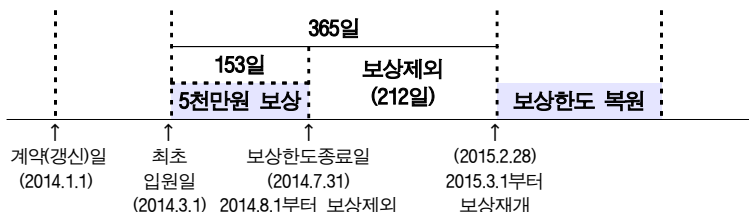
⑤ 제1항에도 불구하고 체신관서는 하나의 상해(같은 상해로 2회 이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 상해로 봅니다) 또는 하나의 질병으로 인한 입원의료비를 5천만원까지 보상한 경우에는 보상한도종료일부터 90일이 경과한 날부터 최초 입원한 것과 동일한 기준으로 다시 보상합니다(계속입원을 포함합니다). 다만, 최초 입원일부터 275일(365일-90일) 이내에 보상한도종료일이 있는 경우에는 최초 입원일부터 365일이 경과되는 날부터 최초 입원한 것과 동일한 기준으로 다시 보상합니다.

<보상기간 예시>

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



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



⑥ 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 이 계약의 보험기간이 만료되더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는 이 계약의 보험기간 만료일부터 180일까지(보험기간 만료일은 제외합니다) 보상하며, 이 경우 제5항은 적용하지 않습니다. 다만, 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 체신관서의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제5항을 적용합니다.

⑦ 피보험자가 직원복지후생제도에 의해 의료비를 감면받고 그 감면받은 의료비가 근로소득에 포함되는 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 입원의료비를 계산합니다.

⑧ “하나의 질병”이란 발생 원인이 동일한 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병은 하나의 질병으로 간주하며, 하나의 질병으로 2회 이상 치료를 받는 경우에는 이를 하나의 질병으로 봅니다)을 말하며, 질병의 치료 중에 발생한 합병증 또는 새로 발견된 질병의 치료가 병행되거나 의학상 관련이 없는 여러 종류의 질병을 갖고 있는 상태에서 입원한 경우에는 하나의 질병으로 봅니다.

⑨ 제3항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년이 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진은 제외합니다) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보상합니다.

⑩ 제9항에서 “청약일 이후 5년이 지나는 동안”이란 제29조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지】에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑪ 제30조【보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)】에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 제9항의 청약일로 하여 적용합니다.

제4조 [통원의료비]

체신관서가 이 계약의 보험기간 중 보상 또는 공제하는 내용은 다음과 같습니다.

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

구 분	보상한도
외 래	방문 1회당 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금 ^{*)} 과 「비급여 ^{주)} 」를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표1>의 ‘항목별 공제금액’을 뺀 금액을 20만원의 한도 내에서 보상(매년 계약해당일부터 1년간 방문 180회를 한도로 합니다)
처방조제비	처방전 1건당 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금 ^{*)} 과 「비급여 ^{주)} 」를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표1>의 ‘항목별 공제금액’을 뺀 금액을 10만원의 한도 내에서 보상(매년 계약해당일부터 1년간 처방전 180건을 한도로 합니다)

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

<표1> 항목별 공제금액

구 분	항 목	공제금액
외래 (외래제비용 및 외래수술비 합계)	「의료법」 제3조 제2항 제1호에 따른 의원, 치과의원, 한의원, 같은 항 제2호에 따른 조산원, 「지역보건법」 제10조, 제12조 및 제13조에 따른 보건소, 보건의료원 및 보건지소, 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」 제15조에 따른 보건진료소	1만원과 공제기준금액 (보상대상의료비의 급여 10%에 해당하는 금액과 비급여 20%에 해당하는 금액을 합한 금액) 중 큰 금액
	「의료법」 제3조 제2항 제3호에 따른 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	1만5천원과 공제기준금액 (보상대상의료비의 급여 10%에 해당하는 금액과 비급여 20%에 해당하는 금액을 합한 금액) 중 큰 금액
	「국민건강보험법」 제42조 제2항에 따른 전문요양기관 또는 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원	2만원과 공제기준금액 (보상대상의료비의 급여 10%에 해당하는 금액과 비급여 20%에 해당하는 금액을 합한 금액) 중 큰 금액
처방조제비	「국민건강보험법」 제42조 제1항 제2호에 따른 약국, 같은 항 제3호에 따른 한국회귀의약품 센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약분업 예외 지역에서 약사의 직접조제 1건당)	8천원과 공제기준금액 (보상대상의료비의 급여 10%에 해당하는 금액과 비급여 20%에 해당하는 금액을 합한 금액) 중 큰 금액

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

만, 유독가스 또는 유독물질을 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상과 세균성 음식물 중독증상은 포함되지 않습니다.

③ 제1항의 질병에서 청약서상 '계약전 고지의무(중요한 사항으로 한정합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우 그 질병으로 인한 외래 및 처방조제비는 보상하지 않습니다.

④ 피보험자가 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」을 적용받지 못하는 경우에는 통원의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 급여 및 비급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액에서 <표 1>의 '항목별 공제금액'을 뺀 금액의 40%를 외래 및 처방조제비로 보상합니다. 다만, 외래의 경우 1회당 20만원, 처방조제비의 경우 1건당 10만원의 한도 내에서 보상합니다.

⑤ 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 이 계약의 보험기간이 만료되더라도 그 계속 중인 통원치료에 대해서는 다음 예시와 같이 이 계약의 보험기간 만료일부터 180일 이내에 외래는 방문 90회, 처방조제비는 처방전 90건의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 체신관서의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제1항을 적용합니다.

<보상기간 예시>

보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	추가보상 (180일)	
↑	↑	↑	↑	↑
계약(갱신)일 (2014.1.1)	계약(갱신)해당일 (2015.1.1)	계약(갱신)해당일 (2016.1.1)	계약 만료일 (2016.12.31)	보상종료일 (2017.6.29)

⑥ 하나의 상해 또는 하나의 질병으로 하루에 같은 치료를 목적

으로 의료기관에서 2회 이상 통원치료를 받거나 하나의 상해 또는 하나의 질병으로 약국에서 2회 이상 처방조제를 받은 경우 각각 1회의 외래 및 1건의 처방조제로 보아 제1항, 제4항 및 제5항을 적용합니다. 이 때 공제금액은 2회 이상의 중복방문 의료기관 중 가장 높은 공제금액을 적용합니다.

⑦ 피보험자가 직원복리후생제도에 의해 의료비를 감면받고 그 감면받은 의료비가 근로소득에 포함되는 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 통원의료비를 계산합니다.

⑧ “하나의 질병”이란 발생 원인이 동일한 질병(의학상 중요한 관련이 있는 질병을 포함합니다)을 말하며, 질병의 치료 중에 발생한 합병증 또는 새로 발견된 질병의 치료가 병행되거나 의학상 관련이 없는 여러 종류의 질병을 갖고 있는 상태에서 통원한 경우에는 하나의 질병으로 봅니다.

⑨ 제3항에도 불구하고 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년이 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진은 제외합니다) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보상합니다.

⑩ 제9항에서 “청약일 이후 5년이 지나는 동안”이란 제29조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 계약의 해지】에서 정한 계약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑪ 제30조【보험료의 납입연체로 인한 해지계약의 부활(효력회복)】에서 정한 계약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 제9항의 청약일로 하여 적용합니다.

제 3 관 체신관서가 보상하지 않는 사항

제5조【보상하지 않는 사항】

체신관서가 이 계약에서 보상하지 않는 사항은 다음과 같습니다.

① 체신관서는 다음의 사유로 인하여 생긴 의료비는 보상하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우 제3조【입원의료비】및 제4조【통원의료비】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 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동 목적으로 한 다음의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 생긴 손해에 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 손해는 보상합니다)

3. 선박 승무원, 어부, 사공, 그 밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

③ 체신관서는 '제7차 한국표준질병사인분류(KCD : 통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)'에 따른 다음 질병의 입원의료비 및 통원의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. '제8차 개정 이후 한국표준질병사인분류'에서 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, F90~F98과 관련한 치료에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하는 의료비는 보상합니다)

2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)

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

4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04)

5. 비만(E66)

6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)

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

④ 체신관서는 다음의 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.

1. “질병으로 인한 치과치료(K00~K08)”, “상해로 인한 치과치료 (다만, 안면부 골절로 발생한 의료비는 치아관련 치료를 제외 하고 보상합니다)” 및 “한방치료(다만, 「의료법」 제2조에 따른 한의사를 제외한 ‘의사’의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 보상합니다)”에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 비급여의료비

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

3. 「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 따라 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)
4. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 추가 의료비용은 보상합니다), 예방접종, 인공유산에 든 비용. 다만, 체신관서가 보상하는 상해 또는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.
5. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여(다만, 국민건강보험의 요양급여기준에 해당하는 성조숙증을 치료하기 위한 호르몬 투여는 보상합니다), 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진, 의약외품과 관련하여 소요된 비용. 다만, 체신관서가 보상하는 상해 또는 질병 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.
6. 다음의 어느 하나에 해당하는 치료로 인하여 발생한 의료비. 그러나 체신관서가 보상하는 상해로 인한 경우에는 보상합니다.
 - 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, 단순 코골음(수면무호흡(G47.3)은 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항(「별표2」비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
7. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이

(Arm Sling), 보조기 등 진료 재료의 구입 및 대체 비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 보상합니다.

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

가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살 제거술 등

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

다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)

라. 외모개선 목적의 다리 정맥류 수술

마. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여대상에 해당하는 치료

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

10. 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조【입원의료비】제1항부터 제3항, 제5항부터 제11항 및 제4조【통원의료비】제1항부터 제3항, 제5항부터 제11항에 따라 보상합니다.

11. 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한

HIV 감염은 해당 진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 보상합니다)

12. 「국민건강보험법」 제42조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비
13. 통원의료비의 경우 「응급의료에 관한 법률」 및 동 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 「의료법」 제3조 의4에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급 의료관리료

제5조의 2【특약에서 보상하는 사항】

① 제3조【입원의료비】, 제4조【통원의료비】 및 제5조【보상하지 않는 사항】에도 불구하고 다음 각 호에 해당하는 의료비는 이 계약에서 보상하지 않습니다.

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

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

제6조【전쟁, 기타 변란시의 보험금】

체신관서는 전쟁, 기타의 변란으로 인하여 보험료 계산의 기초에 중대한 영향을 미칠 염려가 있을 때에는 미래창조과학부장관이

정하는 방법에 따라 보험금을 감액합니다.

제 4 관 보험금의 지급

제7조【보험금 지급사유 발생의 통지】

계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제3조【입원의료비】 및 제4조【통원의료비】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 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 신분증, 본인이 아닌 경우 본인의 인감증명서 포함)
4. 그 밖에 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 「의료법」 제3조【의료기관】에서 규정한 국내의 병원 또는 의원(조산원 제외), 「약사법」 제2조【정의】 제3호에서 정한 약국에서 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 보험

금을 지급합니다.

② 제1항에도 불구하고 체신관서는 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급 예정일 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 이내에서 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 2] “보험금을 지급할 때의 적립이율 계산”에서 정한 이율로 계산

한 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, 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【입원의료비】및 제4조【통원의료비】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 있습니다.

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 사람을 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

② 체신관서는 제1항에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 고지의무 위반사실 및 계약의 처리결과를 계약자에게 서면 등으로 알려 드립니다.

③ 제1항에 따라 계약을 해지하였을 때에는 제34조【해약환급금】 제1항에 따른 금액을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액(구좌수) 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제1항에 따라 계약자 또는 피보험자가 청약할 때에 피보험자의 직업 또는 직종에 관한 고지의무를 위반함으로써 체신관서가 계약을 해지하는 경우에는 청약서에 명시되어 있는 보험가입금액(구좌수) 한도액을 초과한 부분에 대해서만 계약을 해지합니다. 단, 청약서에 명시되어 있는 승낙거절 직업 또는 직종에 대하여는 보험가입금액(구좌수) 전체에 대하여 계약을 해지합니다.

⑤ 제13조【고지의무】의 고지의무를 위반한 사실이 보험금 지급 사유 발생에 영향을 미쳤음을 체신관서가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 계약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 지급합니다.

⑥ 체신관서는 다른 보험가입내역에 대한 고지의무 위반을 이유로 계약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

⑦ 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 발생한 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 것으로 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 만료 후 제24조【계약의 보장내용 변경주기 및 재가입】에 따라 계약이 성립되는 경우 “재가입”이라 합니다.

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 30일이 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 대리인이 약관 및 계약자 보관용 청약서 등을 수신하였을 때에는 해

당 문서를 드린 것으로 봅니다. 또한, 통신판매계약의 경우, 채신 관서는 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】

전화, 우편, 인터넷 등 통신수단을 이용하여 체결하는 계약을 말합니다.

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

1. 채신관서가 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 제2호 또는 제3호에 따른 전자서명 또는 공인전자서명을 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 법정상속인인 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.

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 보

험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에는 이 계약은 그 때부터 효력이 없으며, 이 경우에는 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 채신관서가 적립한 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

【책임준비금】

장래의 보험금, 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 채신관서가 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 만료일 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 14회까지 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 만료일 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 15년으로 합니다.

② 보장내용 변경주기 만료일은 「최초(재)가입나이 + 보장내용 변경주기」세 계약해당일의 전일로 합니다.

③ 체신관서는 최초가입시 계약자에게 보장내용 변경주기 만료일 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 보장내용 변경주기 만료일 전일(비영업일인 경우 전 영업일)까지 재가입 의사 표시한 때에는 체신관서가 정한 절차에 따라 계약자는 기존 계약 만료일의 다음 날로 재가입할 수 있습니다.

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 만료일 이후 계약자가 재가입을 원하는 경우 계약자는 재가입 시점에서 체신관서가 판매하는 실손의료보험 상품으로 가입을 할 수 있으며, 체신관서는 이를 거절할 수 없습니다.
- ⑥ 체신관서는 보장내용 변경주기 만료일 30일 이전까지 2회 이상에 걸쳐 계약자에게 재가입 요건, 보장내용 변경내역, 보험료 수준, 재가입 절차 및 재가입 의사 여부를 확인하는 내용 등을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내 하며, 보장내용 변경주기 만료일 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 재가입하지 않는 것으로 봅니다. 다만, 체신관서의 안내가 계약자에게 도달하지 않은 경우는 다시 안내합니다.
- ⑦ 체신관서가 제6항에 따른 안내를 전자문서로 안내하려는 경우에는 계약자에게 서면, 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 같은 법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명으로 동의를 받아 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 체신관서는 전자문서가 수신되지 않은 것을 알았을 때에는 제6항에서 정한 내용을 서면 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.

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.

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 제35조【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 제34조【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

③ 체신관서가 제2항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하려는 경우에는 계약자에게 서면, 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 같은 법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명으로 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 제34조【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 해약환급금을 받지 않은 경우 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 체신관서는 제1항의 통지를 계약자에게 할 수 있습니다.

④ 체신관서는 제1항의 통지를 계약이 해지된 날부터 7일 이내에 하여야 합니다. 다만, 체신관서의 통지가 7일이 지나 보험수

익자에게 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.

제 8 관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제32조【계약자의 임의해지】

계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 계약을 해지할 수 있으며, 계약이 해지된 경우 채신관서는 제34조【해약환급금】 제1항에 따른 금액을 계약자에게 지급합니다. 다만, 태아가입특칙 제46조【특칙의 적용】에 따라 피보험자로 될 자가 계약 체결시에 태아(胎兒)인 경우로서 태아(胎兒)가 출생하기 전 계약을 해지하는 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

제33조【중대사유로 인한 해지】

① 채신관서는 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 채신관서는 제1항에 따라 계약을 해지한 경우 그 사실을 계

약자에게 통지하고 제34조【해약환급금】제1항에 따른 금액을 지급합니다.

제34조【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.

제35조【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.

제36조[배당금의 지급]

이 계약은 무배당보험이므로 계약자 배당금이 없습니다.

제 9 관 다수보험의 처리 등

제37조[다수보험의 처리]

① 다수보험의 경우 각 계약의 보상대상의료비 및 보상책임액에 따라 제2항에서 정한 방법으로 계산된 각 계약의 비례분담액을 지급합니다.

② 각 계약의 보상책임액 합계액이 각 계약의 보상대상의료비 중 최고액에서 각 계약의 피보험자부담 공제금액 중 최소액을 차감한 금액을 초과한 다수보험은 아래의 산출방식에 따라 각 계약의 비례분담액을 계산합니다. 이 경우 입원의료비, 통원의료비(외래), 통원의료비(처방조제비)를 각각 구분하여 계산합니다.

각 계약별 비례분담액 =

$$\left(\frac{\text{각 계약의 보상대상의료비 중 최고액} - \text{각 계약의 피보험자부담 공제금액 중 최소액}}{\text{각 계약별 보상책임액을 합한 금액}} \right) \times \text{각 계약별 보상책임액}$$

제38조[연대책임]

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

② 제1항에 따라 보험금을 지급한 회사는 보험수익자가 다른 회사에 대하여 가지는 해당 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

제39조【분쟁의 조정】

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

제40조【관할법원】

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

제41조【소멸시효】

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

제42조【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.

제43조【체신관서가 제작한 보험안내자료 등의 효력】

모집자 등이 모집과정에서 사용한 체신관서 제작의 보험안내자

료(계약의 청약을 권유하기 위하여 만든 자료 등을 말합니다)의 내용이 약관의 내용과 다른 경우에는 계약자에게 유리한 내용으로 계약이 성립된 것으로 봅니다.

제44조[채신관서의 손해배상책임]

- ① 채신관서는 계약과 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 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.

제45조[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, 체신관서는 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 체신관서는 계약과 관련된 개인정보를 안전하게 관리하여야 합니다.

태아가입특칙(胎兒加入特則)

제46조【특칙의 적용】

이 특칙은 피보험자로 될 자가 계약 체결시에 태아(胎兒)인 경우에 한하여 적용합니다.

제47조【피보험자】

제46조【특칙의 적용】의 태아(이하 “태아”라 합니다)는 출생시에 피보험자로 됩니다.

제48조【출생통지】

① 계약자는 피보험자가 출생한 경우에는 지체없이 다음의 서류를 제출하여 이를 체신관서에 알려야 합니다.

1. 통지서(체신관서양식)
2. 피보험자의 가족관계등록부(기본증명서) 또는 주민등록등본

② 제1항의 통지가 있는 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드리거나 재발행하여 드립니다.

제49조【유산(流産) 또는 사산(死産)시의 처리】

① 태아가 유산 또는 사산에 의해 출생하지 못한 경우에는 계약을 무효로 합니다.

② 계약자는 제1항의 사실이 발생한 경우에는 다음의 서류를 제

출하여 이를 체신관서에 알려야 합니다.

1. 통지서(체신관서양식)
 2. 의사 또는 조산원의 유산 또는 사산을 증명하는 서류
 3. 최종 보험료영수증
- ③ 제2항의 통지가 있는 경우에는 이미 납입한 보험료를 반환합니다.

제50조【복수(複數) 출생의 경우】

- ① 태아가 복수로 출생한 경우 계약자는 피보험자 각각을 지정할 수 있으며, 체신관서는 이에 따릅니다.
- ② 제1항의 피보험자가 출생한 날부터 1년 이내에 사망하고 동시에 출생한 자가 생존하여 있는 경우에는 계약자는 피보험자가 사망한 날부터 1개월 이내에 한해서 동시에 출생한 자 가운데 가족관계등록부상 다른 순위의 자를 새로운 피보험자로 할 수 있습니다.
- ③ 계약자가 제2항의 변경을 청구한 때에는 다음 서류를 제출하여야 합니다.
1. 청구서(체신관서양식)
 2. 새로 피보험자로 될 자의 가족관계등록부(기본증명서) 또는 주민등록등본
- ④ 제2항의 변경을 체신관서가 승인한 때에는 원래의 피보험자의 사망시로 소급하여 그 변경이 행해진 것으로 하여 체신관서는 그 때부터 변경 후의 피보험자에 대해서 계약상의 보장을 합니다.
- ⑤ 제1항 및 제2항의 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드리거나 재발행하여 드립니다.
- ⑥ 다음의 경우에는 체신관서는 제2항의 변경을 취급하지 않습니다.
1. 원래의 피보험자에 대해서 사망관련 지급금이 이미 지급된 경우 또는 사망관련 지급금의 청구서류를 접수한 경우

2. 계약자가 원래의 피보험자를 고의로 사망하게 한 경우

제51조【출생전 보험금 지급사유 발생】

피보험자의 출생전에 제3조【입원의료비】 및 제4조【통원의료비】에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 피보험자가 출생한 날부터 제3조【입원의료비】 및 제4조【통원의료비】의 규정에 따라 지급합니다.

제52조【계약나이의 계산 특례(特例)】

계약일에 있어서 피보험자의 계약나이는 0세로 합니다.

제53조【보험료 정산에 관한 내용】

① 계약 체결시 피보험자가 태아일 경우의 보험료는 피보험자 남자 0세를 기준으로 적용하며, 출생시 피보험자의 성별이 여자일 경우에는 계약일로 소급하여 여자 0세를 기준으로 적용합니다.

② 체신관서는 보험료 및 책임준비금 산출방법서에서 정하는 방법에 따라 정산된 보험료를 정산일까지 기간에 대하여 이 계약의 예정이율을 연단위 복리로 계산하여, 체신관서가 지급하여야 할 금액이 있을 때는 이를 계약자에게 지급하고 부족한 금액이 있을 때는 계약자가 이를 체신관서에 납입하여야 합니다.

제54조【준거법】

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

[별표1]

용어의 정의

용 어	정 의
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
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 만료 후 제23조【계약의 보험기간 및 갱신】에 따라 갱신된 경우
갱신 전 계약	갱신계약의 경우 계약이 갱신되기 직전 계약
갱신일	갱신 전 계약의 보험기간 만료일의 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
의료기관	「의료법」 제3조【의료기관】 제2항에서 정하는 의료기관을 말하며, 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 및 조산원으로 구분
약국	「약사법」 제2조 제3호에 따른 장소로서, 약사가 수여(授與)할 목적으로 의약품 조제업무를 하는 장소를 말하며, 의료기관의 조제실은 제외

용 어	정 의
병원	「국민건강보험법」 제42조【요양기관】에서 정하는 국내의 병원 또는 의원을 말하며, 조산원은 제외
입원	의사가 피보험자의 질병 또는 상해로 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 병원, 의료기관 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관에 입실하여 의사의 관리를 받으며 치료에 전념하는 것
입원의 정의 중 '이와 동등하다고 인정되는 의료기관'	보건소, 보건의료원 및 보건지소 등 「의료법」 제3조【의료기관】제2항에서 정한 의료기관에 준하는 의료기관으로서 군의무대, 치매요양원, 노인요양원 등에 속해 있는 요양원, 요양시설, 복지시설 등과 같이 의료기관이 아닌 곳은 이에 해당되지 않음
기준병실	병원에서 국민건강보험 환자의 입원 시 병실료 산정에 적용하는 기준이 되는 병실
입원실료	입원치료 중 발생한 기준병실 사용료, 환자 관리료, 식대 등
입원제비용	입원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료(퇴원시 의사로부터 치료목적으로 처방받은 약제비 포함), 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 치료재료, 석고붕대료(cast), 지정진료비 등
입원수술비	입원치료 중 발생한 수술료, 마취료, 수술재료비 등
입원의료비	입원실료, 입원제비용, 입원수술비, 상급병실료 차액
보상한도종료일	체신관서가 5천만원 한도까지 입원의료비를 보상한 기준 입원일자
통원	의사가 피보험자의 질병 또는 상해로 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 병원에 입원하지 않고 병원을 방문하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것
처방조제	의사 및 약사가 피보험자의 질병 또는 상해로 치료가 필요하다고 인정하는 경우로서, 통원으로 인하여 발행된 의사의 처방전으로 약국의 약사가 조제하는 것. 이 경우 「국민건강보험법」 제42조 제1항 제3호에 따른 한국회귀약품센터에서의 처방조제 및 의약분업 예외 지역에서의 약사의 직접조제를 포함
외래제비용	통원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 치료재료, 석고붕대료(cast), 지정진료비 등
외래수술비	통원치료 중 발생한 수술료, 마취료, 수술재료비 등
처방조제비	병원 의사의 처방전에 따라 조제되는 약국의 처방조제비 및 약사의 직접조제비
통원의료비	외래제비용, 외래수술비, 처방조제비

용 어	정 의
도수치료	치료자가 손(정형용 교정장치 장비 등의 도움을 받는 경우를 포함합니다)을 이용해서 환자의 근골격계통(관절, 근육, 연부조직, 림프절 등)의 기능 개선 및 통증감소를 위하여 실시하는 치료행위 * 의사 또는 의사의 지도하에 물리치료사가 도수치료를 하는 경우에 한함
체외충격파치료	체외에서 충격파를 병변에 가해 혈관 재형성을 돕고 건(힘줄) 및 뼈의 치유 과정을 자극하거나 재활성화 시켜 기능개선 및 통증감소를 위하여 실시하는 치료행위(체외충격파쇄석술은 제외)
증식치료	근골격계 통증이 있는 부위의 인대나 건(힘줄), 관절, 연골 등에 증식물질을 주사하여 통증이 소실되거나 완화되는 것을 유도하는 치료행위
주사료	주사치료시 사용된 행위, 약제 및 치료재료대
항암제	식품의약품안전처가 「의약품등 분류번호에 관한 규정」에 따라 지정하는 ‘조직세포의 기능용 의약품’ 중 ‘종양용약’ 과 ‘조직세포의 치료 및 진단 목적제제’ * * 「의약품등 분류번호에 관한 규정」에 따른 의약품분류표가 변경되는 경우 치료시점의 의약품분류표에 따릅니다.
항생제 (항진균제 포함)	식품의약품안전처가 「의약품등 분류번호에 관한 규정」에 따라 지정하는 ‘항병원생물성 의약품’ 중 ‘항생물질제제’, ‘화확요법제’ 및 ‘기생동물에 대한 의약품 중 항원충제’ * * 「의약품등 분류번호에 관한 규정」에 따른 의약품분류표가 변경되는 경우 치료시점의 의약품분류표에 따릅니다.
희귀의약품	식품의약품안전처장이 「희귀의약품 지정에 관한 규정」에 따라 지정하는 의약품* * 「희귀의약품 지정에 관한 규정」에 따른 희귀의약품 지정 항목이 변경되는 경우 치료시점의 희귀의약품 지정 항목에 따릅니다.
자기공명영상진단	자기공명영상 장치를 이용하여 고주파 등을 통한 신호의 차이를 영상화하여 조직의 구조를 분석하는 검사(MRI/MRA)* * 자기공명영상진단 결과를 다른 의료기관에서 판독하는 경우 포함 (보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 상의 MRI 범주에 따름)
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

용 어	정 의
의료급여	「의료급여법」 제7조【의료급여의 내용 등】에 따른 가입자 및 피부양자의 질병·부상 등에 대한 다음의 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 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제	「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금이 「의료급여법 시행령」 제13조【급여비용의 부담】에서 정하는 금액을 넘는 경우에 그 초과한 금액을 의료급여기금 등에서 부담하는 제도를 말하며, 의료급여 관련 법령의 변경에 따라 환급기준이 변경될 경우에는 체신관서는 변경된 기준에 따름
보상대상의료비	피보험자가 실제로 부담한 의료비 - 보상제외금액 * [제3관 체신관서가 보상하지 않는 사항]에서 정한 “체신관서가 보상하지 않는 사항에 따른 금액” 및 “실제로 사용한 병실과 기준병실의 병실료 차액 중 체신관서가 보상하지 않는 금액”
보상책임액	(보상대상의료비 - 피보험자부담 공제금액)과 지급한도 중 작은 금액
다수보험	실손 의료보험계약(우체국보험, 각종 공제, 상해·질병·간병보험 등 제3보험, 개인연금퇴직보험 등 의료비를 실손으로 보상하는 보험·공제계약을 포함)이 동시에 또는 순차적으로 2개 이상 체결되었고, 그 계약이 동일한 보험사고에 대하여 각 계약별 보상책임액이 있는 여러 개의 실손 의료보험계약을 말함

[별표2]

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	적 립 이 율
입원의료비 통원의료비	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 지연된 경우에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.
3. 가산이율 적용시 제9조【보험금의 지급절차】제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 위의 표에서 환급금대출이율은 이 계약의 환급금대출이율, 예정이율은 이 계약의 예정이율을 말합니다.

무배당 비급여도수·체외충격파·증식치료 실손특약(갱신형) 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제1조【목적】

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자”라 합니다)와 체신관서 사이에 제3조【보상내용】에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약”이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조【용어의 정의】

① 이 특약에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같습니다.

용 어	정 의
도수치료	치료자가 손(정형용 교정장치 장비 등의 도움을 받는 경우를 포함합니다)을 이용해서 환자의 근골격계통(관절, 근육, 연부조직, 림프절 등)의 기능 개선 및 통증감소를 위하여 실시하는 치료행위 * 의사 또는 의사의 지도하에 물리치료사가 도수 치료를 하는 경우에 한함
체외충격파 치료	체외에서 충격파를 병변에 가해 혈관 재형성을 돕고 건(힘줄) 및 뼈의 치유 과정을 자극하거나 재활성화 시켜 기능개선 및 통증감소를 위하여 실시하는 치료행위(체외충격파쇄석술은 제외)
증식치료	근골격계 통증이 있는 부위의 인대나 건(힘줄), 관절, 연골 등에 증식물질을 주사하여 통증이 소실되거나 완화되는 것을 유도하는 치료행위

② 제1항에서 정하지 않은 용어의 뜻은 무배당 우체국실손의료

비보험 제2조【용어의 정의】 또는 무배당 실손의료비특약 제2조【용어의 정의】를 준용합니다.

제 2 관 체신관서가 보상하는 사항

제3조【보상내용】

체신관서가 이 특약의 보험기간 중 보상 또는 공제하는 내용은 다음과 같습니다.

① 체신관서는 피보험자가 상해 또는 질병의 치료목적으로 병원에 입원 또는 통원하여 비급여 도수치료·체외충격파치료·증식치료를 받은 경우 도수치료·체외충격파치료·증식치료로 인하여 본인이 실제로 부담한 비급여의료비(행위료, 약제비, 치료재료대 포함)에서 공제금액을 뺀 금액을 보상한도 내에서 보상합니다.

구 분	내 용
보상대상 의료비	「도수치료·체외충격파치료·증식치료」로 인하여 본인이 실제로 부담한 비급여의료비(행위료, 약제비, 치료재료대 포함)
공제금액	1회당 2만원과 보상대상의료비의 30% 중 큰 금액
보상한도	계약일 또는 매년 계약해당일부터 1년 단위로 350만원 이내에서 50회 ^{주)} 까지 보상

주) 도수치료·체외충격파치료·증식치료의 각 치료횟수를 합산하여 50회까지 보상합니다.

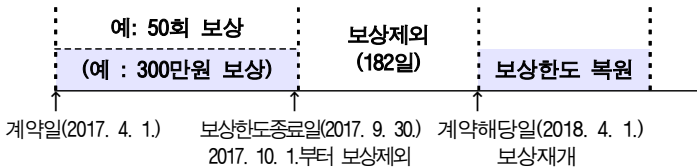
‘비급여’라 함은 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여대상 (「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)

<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 병원을 1회 통원(또는 1회 입원)하여 이 특약에서 정한 도수 치료, 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.
- ③ 제1항에서 보상하는 비급여의료비와 다른 의료비가 함께 청구되고 각 행위별 의료비가 구분되지 않는 경우 체신관서는 보험금 지급금액 결정을 위해 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 제1항에서 보상하는 의료비의 확인을 요청할 수 있습니다.
- ④ 제1항의 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연히 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상이 포함됩니다. 다만, 유독가스 또는 유독물질을 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상과 세균성 음식물 중독증상은 포함되지 않습니다.
- ⑤ 제1항의 질병에서 청약서상 '계약 전 고지의무(중요한 사항으

로 한정합니다)’에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우 그 질병으로 인한 의료비는 보상하지 않습니다.

⑥ 피보험자가 입원 또는 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝나더라도 그 계속 중인 치료에 대하여는 보험기간 종료일부터 180일까지(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상합니다. 이 경우 보상한도는 연간 보상한도(금액)에서 직전 보험기간 종료일까지 지급한 금액을 차감한 잔여 금액과 연간 보상한도(횟수)에서 직전 보험기간 종료일까지 보상한 횟수를 차감한 잔여 횟수를 한도로 적용합니다. 다만, 종전 특약을 자동갱신하거나 같은 체신관서의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 특약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제1항을 적용합니다.

〈보상기간 예시〉				
보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	추가보상 (180일)	
↑ 계약일 (2018. 1. 1)	↑ 계약해당일 (2019. 1. 1)	↑ 계약해당일 (2020. 1. 1)	↑ 계약종료일 (2020. 12. 31)	↑ 보상종료 (2021. 6. 29)

⑦ 피보험자가 직원복리후생제도에 의해 의료비를 감면받고 그 감면받은 의료비가 근로소득에 포함되는 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 도수치료·체외충격파치료·증식치료 비급여의료를 계산합니다.

⑧ 제5항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(특약이 자동갱신되어 5년이 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진은 제외합니다) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일로부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보상합니다.

⑨ 제8항에서 “청약일 이후 5년이 지나는 동안”이란 제17조【보

험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑩ 제18조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 제8항의 청약일로 하여 적용합니다.

제 3 관 체신관서가 보상하지 않는 사항

제4조【보상하지 않는 사항】

체신관서가 이 특약에서 보상하지 않는 사항은 다음과 같습니다.

① 체신관서는 다음의 사유로 인하여 생긴 의료비는 보상하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 제3조 【보상내용】에 따라 보상합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

4. 피보험자가 정당한 이유없이 입원 또는 통원 기간 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 손해에 대해서는 보상하지 않습니다.

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

이딩, 수상보트, 패러글라이딩

2. 모터보트·자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 행사(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로에서 시운전을 하는 동안 발생한 손해는 보상합니다)
3. 선박 승무원, 어부, 사공, 그 밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

③ 체신관서는 '제7차 한국표준질병사인분류(KCD : 통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)'에 따른 다음 질병의 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. '제8차 개정 이후 한국표준질병사인분류'에서 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 손해로 인하여 입원 또는 통원한 경우에는 제3조【보상내용】에 따라 보상합니다.
4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04)
5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 직장 또는 항문질환 중 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 부분(I84, K60~K62, K64)

④ 체신관서는 다음의 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.

1. 치과치료(다만, 안면부 골절로 발생한 의료비는 치아관련 치료를 제외하고 제3조【보상내용】에 따라 보상하며, K00~K08과 무관한 질병으로 인한 의료비는 제3조【보상내용】에 따라 보상합니다).한방치료(다만, 「의료법」 제2조에 따른 한의사를 제외한 '의사'의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 제3조【보상

내용】에 따라 보상합니다)에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 비급여의료비

2. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 추가 의료비용은 제3조【보상내용】에 따라 보상합니다), 예방접종, 인공유산에 든 비용. 다만, 체신관서가 보상하는 상해 또는 질병의 치료를 목적으로 하는 경우에는 제3조【보상내용】에 따라 보상합니다.
3. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진, 의약외품과 관련하여 소요된 비용. 다만, 체신관서가 보상하는 상해 또는 질병의 치료를 목적으로 하는 경우에는 제3조【보상내용】에 따라 보상합니다.
4. 다음의 어느 하나에 해당하는 치료로 인하여 발생한 의료비가. 단순한 피로 또는 권태
나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 제3조【보상내용】에 따라 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부 질환
다. 발기부전(impotence).불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 제3조【보상내용】에 따라 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항(별표2)비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
5. 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 경우

에는 제3조【보상내용】에 따라 보상합니다.

6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비
 - 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 제3조【보상내용】에 따라 보상합니다), 코성형수술(융비술), 유방 확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 제3조【보상내용】에 따라 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살 제거술 등
 - 나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - 다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
 - 라. 외모개선 목적의 다리 정맥류 수술
 - 마. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여대상에 해당하는 치료
7. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비
8. 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조【보상내용】에 따라 보상합니다.
9. 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV 감염은 해당 진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제3조【보상내용】에 따라 보상합니다)
10. 「국민건강보험법」 제42조의 요양기관이 아닌 외국에 있는

의료기관에서 발생한 의료비

11. 「응급의료에 관한 법률」 및 동 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료

제 4 관 보험금의 지급

제5조【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 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 신분증, 본인이 아닌 경우 본인의 인감증명서 포함)
4. 그 밖에 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 「의료법」 제3조【의료기관】에서 규정한 국내의 병원 또는 의원(조산원 제외), 「약사법」 제2조【정의】 제3호에서 정한 약국에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조【보험금의 지급절차】

① 체신관서는 제5조【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.확

인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 명백히 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유와 지급 예정일 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 제5조【보험금의 청구】에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정 신청
3. 수사기관의 조사
4. 외국에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 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 제8조【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 제3조【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 있습니다.

제 5 관 계약자의 고지의무 등

제7조【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.

제8조【고지의무 위반의 효과】

① 체신관서는 계약자 또는 피보험자가 제7조【고지의무】에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 체신관서가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 특약을 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 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
- ② 체신관서는 제1항에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 고지의무 위반사실 및 특약의 처리결과를 계약자에게

서면 등으로 알려 드립니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제20조【해약환급금】 제1항에 따른 금액을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액(구좌수) 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제1항에 따라 계약자 또는 피보험자가 청약할 때에 피보험자의 직업 또는 직종에 관한 고지의무를 위반함으로써 체신관서가 특약을 해지하는 경우에는 청약서에 명시되어 있는 보험가입금액(구좌수) 한도액을 초과한 부분에 대해서만 특약을 해지합니다. 단, 청약서에 명시되어 있는 승낙거절 직업 또는 직종에 대하여는 보험가입금액(구좌수) 전체에 대하여 특약을 해지합니다.

⑤ 제7조【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.

⑥ 체신관서는 다른 보험가입내역에 대한 고지의무 위반을 이유로 특약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

⑦ 제18조【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].

제9조【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 계약일로부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 특약을 취소할 수 있습니다.

제 6 관 특약의 성립과 유지

제10조【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 만료 후 제14조【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.

제11조【특약내용의 변경】

체신관서는 계약자가 보험기간 중 체신관서의 승낙을 받아 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 체신관서는 승낙사실을 서면 등으로 알리거나 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 적어 드립니다.

제12조【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 제5조 **【보험금의 청구】** 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제6조 **【보험금의 지급절차】**의 규정을 따릅니다. 다만, 제6조 **【보험금의 지급절차】** 제4항에도 불구하고 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 이 특약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제13조【특약의 보험기간 및 갱신】

- ① 이 특약의 보험기간은 1년 만기 갱신으로 합니다.
- ② 제10조【특약의 성립】에도 불구하고 계약자가 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간 만료일 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 14회까지 갱신이 가능하며, 자동갱신 또는 재

가입을 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 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.

⑥ 제5항에 따라 보험료가 변경되는 경우에는 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 관련 내용을 서면 또는 전화(음성녹음)로 안내합니다.

제14조【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 15년으로 합니다.

② 보장내용 변경주기 만료일은 「최초(재)가입나이 + 보장내용 변경주기」세 계약해당일의 전일로 합니다.

③ 체신관서는 최초가입시 계약자에게 보장내용 변경주기 만료일 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 보장내용 변경주기 만료일 전일(비영업일인 경우 전 영업일)까지 재가입 의사 표시한 때에는 체신관서가 정한 절차에 따라 계약자는 기존 계약 만료일의 다음 날로 재가입할 수 있습니다.

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 만료일 이후 계약자가 재가입을 원하는 경우 계약자는 재가입 시점에서 체신관서가 판매하는 실손의료보험 상품으로 가입을 할 수 있으며, 체신관서는 이를 거절할 수 없습니다.

⑥ 체신관서는 보장내용 변경주기 만료일 30일 이전까지 2회 이상에 걸쳐 계약자에게 재가입 요건, 보장내용 변경내역, 보험료 수준, 재가입 절차 및 재가입 의사 여부를 확인하는 내용 등을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내 하며, 보장내용 변경주기 만료일 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 재가입하지 않는 것으로 봅니다. 다만, 체신관서의 안내가 계약자에게 도달하지 않은 경우는 다시 안내합니다.

⑦ 체신관서가 제6항에 따른 안내를 전자문서로 안내하려는 경우에는 계약자에게 서면, 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 같은 법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명으로 동의를 받아 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 체신관서는 전자문서가 수신되지 않은 것을 알았을 때에는 제6항에서 정한 내용을 서면 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.

제 7 관 보험료의 납입

제15조[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 경

우에도 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.

제16조[갱신계약 보험료의 납입]

① 계약자는 제13조[특약의 보험기간 및 갱신]제2항에 정한 바에 따라 특약을 갱신하는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

② 갱신계약의 제1회부터의 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

제17조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]

① 계약자가 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.

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 해

지합니다. 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

④ 체신관서가 제3항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안내하려는 경우에는 계약자에게 서면, 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 같은 법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명으로 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 제3항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

⑥ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제20조【해약환급금】제1항에 따른 금액을 계약자에게 지급합니다.

제18조【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 이

율로 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 제17조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】에 따라 이 특약이 해지되었으나 계약자가 해약환급금을 받지 않은 경우 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

제19조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 특약이 해지된 경우 체신관서는 제20조【해약환급금】 제1항에 따른 금액을 계약자에게 지급합니다. 다만, 태아가 출생하기 전 특약을 해지하는 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 그 뜻을 적어 드립니다.

제20조 [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

제21조 [다수보험의 처리]

- ① 다수보험의 경우 각 계약의 보상대상의료비 및 보상책임액에 따라 제2항에서 정한 방법으로 계산된 각 계약의 비례분담액을 지급합니다.
- ② 각 계약의 보상책임액 합계액이 각 계약의 보상대상의료비 중 최고액에서 각 계약의 피보험자부담 공제금액 중 최소액을 차감한 금액을 초과한 다수보험은 아래의 산출방식에 따라 각 계약의 비례분담액을 계산합니다. 이 경우 입원의료비, 통원의료비(외래), 통원의료비(처방조제비)를 각각 구분하여 계산합니다.

각 계약별 비례분담액 =

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

제22조【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

제23조【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 채신관서가 보험금 지급 여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 불공정한 합의로 보험수익자에게 손해를 입힌 경우에도 채신관서는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.

④ 채신관서가 제10조【특약의 성립】 제4항에 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 특약의 최초계약일부터 5년 이내에 채신관서에 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.

제24조【주계약 약관 규정의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대해서는 무배당 우체국실손의료비보험 또는 무배당 실손의료비특약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	적 립 이 율
의료비	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 지급일까지의 기간	환급금대출이율

- 주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효가 완성된 이후에는 발생하지 않습니다.
2. 계약자 등에게 책임이 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 경우에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.
3. 가산이율 적용시 제6조【보험금의 지급절차】제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 위의 표에서 환급금대출이율은 이 특약의 환급금대출이율, 예정이율은 이 특약의 예정이율을 말합니다.

무배당 비급여주사료실손특약(갱신형) 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제1조【목적】

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자” 라 합니다)와 체신관서 사이에 제3조【보상내용】에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약” 이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조【용어의 정의】

① 이 특약에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같습니다.

용 어	정 의
주사료	주사치료시 사용된 행위, 약제 및 치료재료대
항암제	식품의약품안전처가 「의약품등 분류번호에 관한 규정」에 따라 지정하는 ‘조직세포의 기능용 의약품’ 중 ‘종양용약’ 과 ‘조직세포의 치료 및 진단 목적제제’ * * 「의약품등 분류번호에 관한 규정」에 따른 의약품분류표가 변경되는 경우 치료시점의 의약품분류표에 따릅니다.
항생제 (항진균제 포함)	식품의약품안전처가 「의약품등 분류번호에 관한 규정」에 따라 지정하는 ‘항병원생물성 의약품’ 중 ‘항생물질제제’, ‘화학요법제’ 및 ‘기생동물에 대한 의약품 중 항원충제’ * * 「의약품등 분류번호에 관한 규정」에 따른 의약품분류표가 변경되는 경우 치료시점의 의약품분류표에 따릅니다.

용 어	정 의
희귀의약품	식품의약품안전처장이 「희귀의약품 지정에 관한 규정」에 따라 지정하는 의약품* * 「희귀의약품 지정에 관한 규정」에 따른 희귀의약품 지정 항목이 변경되는 경우 치료시점의 희귀의약품 지정 항목에 따릅니다.

② 제1항에서 정하지 않은 용어의 뜻은 무배당 우체국실손의료비보험 제2조【용어의 정의】또는 무배당 실손의료비특약 제2조【용어의 정의】를 준용합니다.

제 2 관 체신관서가 보상하는 사항

제3조【보상내용】

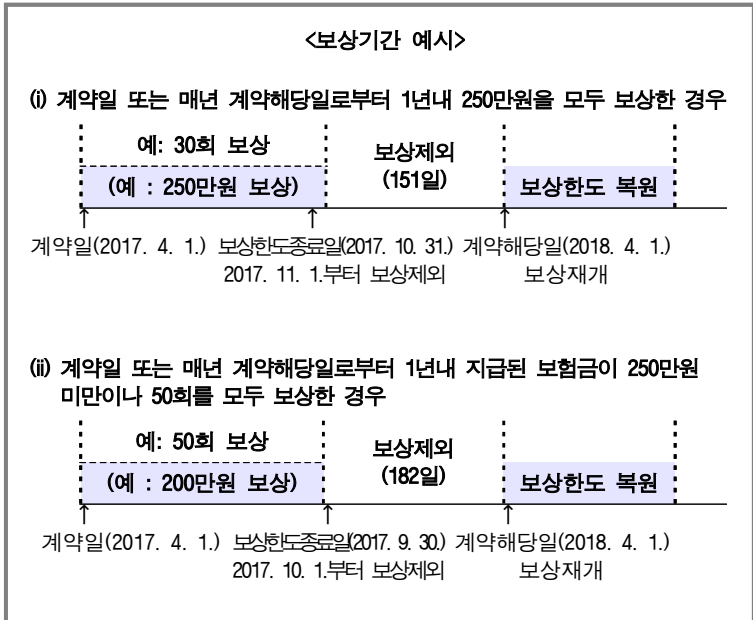
체신관서가 이 특약의 보험기간 중 보상 또는 공제하는 내용은 다음과 같습니다.

① 체신관서는 피보험자가 상해 또는 질병의 치료목적으로 병원에 입원 또는 통원하여 주사치료를 받아 본인이 실제로 부담한 비급여 주사료에서 공제금액을 뺀 금액을 보상한도 내에서 보상합니다.

구 분	내 용
보상대상 의료비	주사치료를 받아 본인이 실제로 부담한 비급여 주사료
공제금액	입원·통원 1회당 2만원과 보상대상의료비의 30% 중 큰 금액
보상한도	계약일 또는 매년 계약해당일부터 1년 단위로 250만원 이내에서 입원과 통원을 합산하여 50회까지 보상

‘비급여’라 함은 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에

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



② 제1항의 주사료에서 항암제, 항생제(항진균제 포함), 희귀의약품 등을 위해 사용된 비급여 주사료는 무배당 우체국실손의료비보험 또는 무배당 실손의료비특약에서 보상합니다.

③ 병원을 1회 통원(또는 1회 입원)하여 치료목적으로 2회 이상 주사치료를 받더라도 1회로 보고 제1항에서 정한 공제금액 및 보상한도를 적용합니다.

④ 제3항에서 1회 입원이라 함은 퇴원없이 계속 중인 입원(동일한 질병 또는 상해 치료목적으로 퇴원 당일 다른 병원으로 옮겨

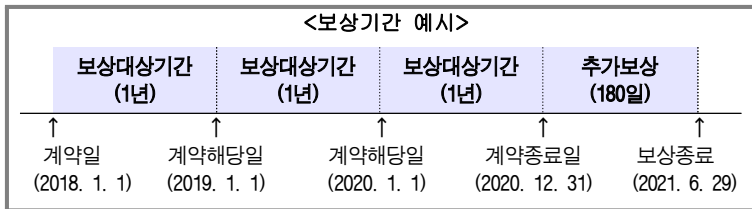
입원하는 경우 포함)을 말합니다. 동일한 상해 또는 질병으로 인한 입원이라고 하더라도 퇴원 후 재입원하는 경우에는 퇴원 전 후 입원기간을 각각 1회 입원으로 봅니다.

⑤ 제1항에서 보상하는 비급여의료비와 다른 의료비가 함께 청구되고 각 항목별 의료비가 구분되지 않는 경우 체신관서는 보험금 지급금액을 결정하기 위해 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 제1항에서 보상하는 의료비의 확인을 요청할 수 있습니다.

⑥ 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.

⑦ 제1항의 질병에서 청약서상 '계약 전 고지의무(중요한 사항으로 한정합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우 그 질병으로 인한 의료비는 보상하지 않습니다.

⑧ 피보험자가 입원 또는 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝나더라도 그 계속 중인 치료에 대하여는 보험기간 종료일부터 180일까지(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상합니다. 이 경우 보상한도는 연간 보상한도(금액)에서 직전 보험기간 종료일까지 지급한 금액을 차감한 잔여 금액과 연간 보상한도(횟수)에서 직전 보험기간 종료일까지 보상한 횟수를 차감한 잔여횟수를 한도로 적용합니다. 다만, 종전 특약을 자동갱신하거나 같은 체신관서의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 특약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제1항을 적용합니다.



⑨ 피보험자가 직원복리후생제도에 의해 의료비를 감면받고 그 감면받은 의료비가 근로소득에 포함되는 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 비급여 주사료를 계산합니다.

⑩ 제7항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(특약이 자동갱신되어 5년이 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진은 제외합니다) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보상합니다.

⑪ 제10항에서 “청약일 이후 5년이 지나는 동안”이란 제17조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑫ 제18조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 제10항의 청약일로 하여 적용합니다.

제 3 관 체신관서가 보상하지 않는 사항

제4조【보상하지 않는 사항】

체신관서가 이 특약에서 보상하지 않는 사항은 다음과 같습니다.

① 체신관서는 다음의 사유로 인하여 생긴 의료비는 보상하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 제3조 【보상내용】에 따라 보상합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

4. 피보험자가 정당한 이유없이 입원 또는 통원 기간 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 손해에 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 손해는 보상합니다)

3. 선박 승무원, 어부, 사공, 그 밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

③ 체신관서는 '제7차 한국표준질병사인분류(KCD : 통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)'에 따른 다음 질병의 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. '제8차 개정 이후 한국표준질병사인분류'에서 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 제3조【보상내용】에 따라 보상합니다.
4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04)
5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 직장 또는 항문질환 중 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 부분(I84, K60~K62, K64)
- ④ 체신관서는 다음의 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.
 1. 치과치료(다만, 안면부 골절로 발생한 의료비는 치아관련 치료를 제외하고 제3조【보상내용】에 따라 보상하며, K00~K08과 무관한 질병으로 인한 의료비는 제3조【보상내용】에 따라 보상합니다).한방치료(다만, 「의료법」 제2조에 따른 한의사를 제외한 '의사'의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 제3조【보상내용】에 따라 보상합니다)에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 비급여의료비
 2. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 추가 의료비용은 제3조【보상내용】에 따라 보상합니다), 예방접종, 인공유산에 든 비용. 다만, 체신관서가 보상하는 상해 또는 질병의 치료를 목적으로 하는 경우에는 제3조【보상내용】에 따라 보상합니다.
 3. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진, 의약외품과 관련하여 소요된 비용. 다만, 체신관서가 보상하는 상해 또는 질병의 치료를 목적으로 하는 경우에는 제3조【보상내용】에 따라 보상합니다.
 4. 다음의 어느 하나에 해당하는 치료로 인하여 발생한 의료비

- 가. 단순한 피로 또는 권태
- 나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보
험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성
비신생물성모반(Q82.5)은 제3조【보상내용】에 따라 보상합
니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피
부질환
- 다. 발기부전(impotence), 불감증, 단순 코골음(수면무호흡증
(G47.3)은 제3조【보상내용】에 따라 보상합니다), 치료를
동반하지 않는 단순포경(phimosis), 「국민건강보험 요양
급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항(「별표2」비급여대
상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반
등 안과질환
5. 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
제3조【보상내용】에 따라 보상합니다.
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기
능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한
의료비
- 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치
료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 제3조【보상
내용】에 따라 보상합니다), 코성형수술(용비술), 유방 확대
(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 제3조【보상내용】
에 따라 보상합니다)축소술, 지방흡입술, 주름살 제거술
등
- 나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사
이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력
개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
- 다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건

강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)

라. 외모개선 목적의 다리 정맥류 수술

마. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여대상에 해당하는 치료

7. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비
8. 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조【보상내용】에 따라 보상합니다.
9. 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV 감염은 해당 진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제3조【보상내용】에 따라 보상합니다)
10. 「국민건강보험법」 제42조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비
11. 「응급의료에 관한 법률」 및 동 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가「의료법」제3조의4에 따른 상급 종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료
12. 증식치료로 인하여 발생하는 주사료 및 비급여 자기공명영상 진단(MRI/MRA)으로 인하여 발생하는 약제비 또는 조영제에 해당하는 의료비

제 4 관 보험금의 지급

제5조【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 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 신분증, 본인이 아닌 경우 본인의 인감증명서 포함)
 4. 그 밖에 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 「의료법」 제3조【의료기관】에서 규정한 국내의 병원 또는 의원(조산원 제외), 「약사법」 제2조【정의】 제3호에서 정한 약국에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조【보험금의 지급절차】

① 체신관서는 제5조【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 지급 예정일 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 제5조【보험금의 청구】에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정 신청

3. 수사기관의 조사
4. 외국에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 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 제8조【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 제3조【보상내용】의 보험금 지급사

유에 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 본인 부담금 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 있습니다.

제 5 관 계약자의 고지의무 등

제7조【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.

제8조【고지의무 위반의 효과】

① 체신관서는 계약자 또는 피보험자가 제7조【고지의무】에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 체신관서가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중 한 가지에 해당되는 때에는 특약을 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 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

② 체신관서는 제1항에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 고지의무 위반사실 및 특약의 처리결과를 계약자에게 서면 등으로 알려 드립니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제20조【해약환급금】 제1항에 따른 금액을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액(구좌수) 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제1항에 따라 계약자 또는 피보험자가 청약할 때에 피보험자의 직업 또는 직종에 관한 고지의무를 위반함으로써 체신관서가 특약을 해지하는 경우에는 청약서에 명시되어 있는 보험가입금액(구좌수) 한도액을 초과한 부분에 대해서만 특약을 해지합니다. 단, 청약서에 명시되어 있는 승낙거절 직업 또는 직종에 대하여는 보험가입금액(구좌수) 전체에 대하여 특약을 해지합니다.

⑤ 제7조【고지의무】의 고지의무를 위반한 사실이 보험금 지급사

유 발생에 영향을 미쳤음을 체신관서가 증명하지 못한 경우에는 제1항에도 불구하고 특약의 해지 또는 보장을 제한하기 이전까지 발생한 해당 보험금을 지급합니다.

⑥ 체신관서는 다른 보험가입내역에 대한 고지의무 위반을 이유로 특약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

⑦ 제18조【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].

제9조【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

제10조【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 만료 후 제14조【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.

제11조[특약내용의 변경]

체신관서는 계약자가 보험기간 중 체신관서의 승낙을 받아 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 체신관서는 승낙사실을 서면 등으로 알리거나 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 적어 드립니다.

제12조[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 제5조 【보험금의 청구】 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제6조 【보험금의 지급절차】의 규정을 따릅니다. 다만, 제6조 【보험금의 지급절차】 제4항에도 불구하고 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 이 특약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제13조【특약의 보험기간 및 갱신】

- ① 이 특약의 보험기간은 1년 만기 갱신으로 합니다.
- ② 제10조【특약의 성립】에도 불구하고 계약자가 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간 만료일 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 14회까지 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 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.
- ⑥ 제5항에 따라 보험료가 변경되는 경우에는 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 관련 내용을 서면 또는 전화(음성녹음)로 안내합니다.

제14조[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 15년으로 합니다.

② 보장내용 변경주기 만료일은 「최초(재)가입나이 + 보장내용 변경주기」세 계약해당일의 전일로 합니다.

③ 체신관서는 최초가입시 계약자에게 보장내용 변경주기 만료일 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 보장내용 변경주기 만료일 전일(비영업일인 경우 전 영업일)까지 재가입 의사를 표시한 때에는 체신관서가 정한 절차에 따라 계약자는 기존 계약 만료일의 다음 날로 재가입할 수 있습니다.

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 만료일 이후 계약자가 재가입을 원하는 경우 계약자는 재가입 시점에서 체신관서가 판매하는 실손의료보험 상품으로 가입을 할 수 있으며, 체신관서는 이를 거절할 수 없습니다.

⑥ 체신관서는 보장내용 변경주기 만료일 30일 이전까지 2회 이상에 걸쳐 계약자에게 재가입 요건, 보장내용 변경내역, 보험료 수준, 재가입 절차 및 재가입 의사 여부를 확인하는 내용 등을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내 하며, 보장내용 변경주기 만료일 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 재가입하지 않는 것으로 봅니다. 다만, 체신관서의 안내가 계약자에게 도달하지 않은 경우는 다시 안내합니다.

⑦ 체신관서가 제6항에 따른 안내를 전자문서로 안내하려는 경우에는 계약자에게 서면, 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 같은 법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명으로 동의를 받아 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 체신관서는 전자문서가 수신되지 않은 것을 알았을 때에는 제6항에서 정한 내용을 서면 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.

제 7 관 보험료의 납입

제15조【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.

제16조【갱신계약 보험료의 납입】

- ① 계약자는 제13조【특약의 보험기간 및 갱신】제2항에 정한 바

에 따라 특약을 갱신하는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

② 갱신계약의 제1회부터의 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

제17조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]

① 계약자가 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.

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
- ④ 체신관서가 제3항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안

내하려는 경우에는 계약자에게 서면, 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 같은 법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명으로 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 제3항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

⑥ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제20조【해약환급금】제1항에 따른 금액을 계약자에게 지급합니다.

제18조【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 제17조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】에 따라 이 특약이 해지되었으나 계약자가 해약환급금을 받지 않은 경우 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 날까

지의 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

제19조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 특약이 해지된 경우 체신관서는 제20조【해약환급금】 제1항에 따른 금액을 계약자에게 지급합니다. 다만, 태아가 출생하기 전 특약을 해지하는 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 그 뜻을 적어 드립니다.

제20조【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

제21조[다수보험의 처리]

① 다수보험의 경우 각 계약의 보상대상의료비 및 보상책임액에 따라 제2항에서 정한 방법으로 계산된 각 계약의 비례분담액을 지급합니다.

② 각 계약의 보상책임액 합계액이 각 계약의 보상대상의료비 중 최고액에서 각 계약의 피보험자부담 공제금액 중 최소액을 차감한 금액을 초과한 다수보험은 아래의 산출방식에 따라 각 계약의 비례분담액을 계산합니다. 이 경우 입원의료비, 통원의료비(외래), 통원의료비(처방조제비)를 각각 구분하여 계산합니다.

각 계약별 비례분담액 =

$$\frac{(\text{각 계약의 보상대상의료비 중 최고액} - \text{각 계약의 피보험자부담 공제금액 중 최소액})}{\text{각 계약별 보상책임액을 합한 금액}} \times \text{각 계약별 보상책임액}$$

제22조[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

제23조【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 채신관서가 보험금 지급 여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 불공정한 함의로 보험수익자에게 손해를 입힌 경우에도 채신관서는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.
- ④ 채신관서가 제10조【특약의 성립】 제4항에 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 특약의 최초계약일부터 5년 이내에 채신관서에 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.

제24조【주계약 약관 규정의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대해서는 무배당 우체국실손의료비보험 또는 무배당 실손의료비특약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	적 립 이 율
의료비	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 지급일까지의 기간	환급금대출이율

- 주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효가 완성된 이후에는 발생하지 않습니다.
2. 계약자 등에게 책임이 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 경우에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.
3. 가산이율 적용시 제6조【보험금의 지급절차】제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 위의 표에서 환급금대출이율은 이 특약의 환급금대출이율, 예정이율은 이 특약의 예정이율을 말합니다.

무배당 비급여MRI/MRA실손특약(갱신형) 약관

제 1 관 목적 및 용어의 정의

제1조【목적】

이 특약은 보험계약자(이하 “계약자” 라 합니다)와 체신관서 사이에 제3조【보상내용】에 해당하는 피보험자의 위험을 보장하기 위하여 주된 보험계약(이하 “주계약” 이라 합니다)에 부가하여 체결됩니다.

제2조【용어의 정의】

① 이 특약에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같습니다.

용 어	정 의
자기공명영상 진단	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)

② 제1항에서 정하지 않은 용어의 뜻은 무배당 우체국실손의료비보험 제2조【용어의 정의】 또는 무배당 실손의료비특약 제2조【용어의 정의】를 준용합니다.

제 2 관 체신관서가 보상하는 사항

제3조【보상내용】

체신관서가 이 특약의 보험기간 중 보상 또는 공제하는 내용은 다음과 같습니다.

① 체신관서는 피보험자가 상해 또는 질병의 치료목적으로 병원에 입원 또는 통원하여 비급여 자기공명영상진단을 받아 본인이 실제로 부담한 비급여의료비(조영제, 판독료를 포함합니다)에서 공제금액을 뺀 금액을 보상한도 내에서 보상합니다.

구 분	내 용
보상대상 의료비	자기공명영상진단을 받아 본인이 실제로 부담한 비급여 의료비(조영제, 판독료 포함)
공제금액	1회당 2만원과 보상대상의료비의 30% 중 큰 금액
보상한도	계약일 또는 매년 계약해당일부터 1년 단위로 연간 300만원 한도 내에서 보상

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

② 병원을 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.

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 제1항의 질병에서 청약서상 '계약 전 고지의무(중요한 사항으로 한정합니다)'에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 해당 질병의 고지대상기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우 그 질병으로 인한 의료비는 보상하지 않습니다.

⑤ 피보험자가 입원 또는 통원하여 치료를 받던 중 보험기간이 끝나더라도 그 계속 중인 치료에 대하여는 보험기간 종료일부터 180일까지(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상합니다. 이 경우 보상한도는 연간 보상한도에서 직전 보험기간 종료일까지 지급한 보상금액을 차감한 잔여 금액을 한도로 적용합니다. 다만, 종전 특약을 자동갱신하거나 같은 체신관서의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 특약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 제1항을 적용합니다.

〈보상기간 예시〉				
보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	추가보상 (180일)	
↑ 계약일 (2018. 1. 1)	↑ 계약해당일 (2019. 1. 1)	↑ 계약해당일 (2020. 1. 1)	↑ 계약종료일 (2020. 12. 31)	↑ 보상종료 (2021. 6. 29)

⑥ 피보험자가 직원복지후생제도에 의해 의료비를 감면받고 그 감면받은 의료비가 근로소득에 포함되는 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 비급여 자기공명영상진단(MRI/MRA) 의료비를 계산합니다.

⑦ 제4항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(특약이 자동갱신되어 5년이 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진은 제외합니다) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보상합니다.

⑧ 제7항에서 “청약일 이후 5년이 지나는 동안”이란 제17조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】에

서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다.

⑨ 제18조【보험료의 납입연체로 인한 해지특약의 부활(효력회복)】에서 정한 특약의 부활(효력회복)이 이루어진 경우 부활(효력회복)일을 제7항의 청약일로 하여 적용합니다.

제 3 관 체신관서가 보상하지 않는 사항

제4조【보상하지 않는 사항】

체신관서가 이 특약에서 보상하지 않는 사항은 다음과 같습니다.

① 체신관서는 다음의 사유로 인하여 생긴 의료비는 보상하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 제3조【보상내용】에 따라 보상합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

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

3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

4. 피보험자가 정당한 이유없이 입원 또는 통원 기간 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 손해에 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(이

를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로에서 시운전을 하는 동안 발생한 손해는 보상합니다)

3. 선박 승무원, 어부, 사공, 그 밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승

③ 체신관서는 '제7차 한국표준질병사인분류(KCD : 통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1 시행)'에 따른 다음 질병의 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. '제8차 개정 이후 한국표준질병사인분류'에서 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 제3조【보상내용】에 따라 보상합니다.
4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04)
5. 비만(E66)
6. 요실금(N39.3, N39.4, R32)
7. 직장 또는 항문질환 중 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 부분(I84, K60~K62, K64)

④ 체신관서는 다음의 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.

1. 치과치료(다만, 안면부 골절로 발생한 의료비는 치아관련 치료를 제외하고 제3조【보상내용】에 따라 보상하며, K00~K08과 무관한 질병으로 인한 의료비는 제3조【보상내용】에 따라 보상합니다).한방치료(다만, 「의료법」 제2조에 따른 한의사를 제외한 '의사'의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 제3조【보상내용】에 따라 보상합니다)에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 비급여의료비
2. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서

발생한 추가 의료비용은 제3조【보상내용】에 따라 보상합니다), 예방접종, 인공유산에 든 비용. 다만, 체신관서가 보상하는 상해 또는 질병의 치료를 목적으로 하는 경우에는 제3조【보상내용】에 따라 보상합니다.

3. 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진, 의약외품과 관련하여 소요된 비용. 다만, 체신관서가 보상하는 상해 또는 질병의 치료를 목적으로 하는 경우에는 제3조【보상내용】에 따라 보상합니다.
4. 다음의 어느 하나에 해당하는 치료로 인하여 발생한 의료비
 - 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 제3조【보상내용】에 따라 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
 - 다. 발기부전(impotence).불감증, 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 제3조【보상내용】에 따라 보상합니다), 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis), 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항(별표2)비급여대상)에 따른 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환
5. 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 제3조【보상내용】에 따라 보상합니다.
6. 아래에 열거된 국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비

- 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술. 다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술은 제3조【보상내용】에 따라 보상합니다), 코성형수술(용비술), 유방 확대(다만, 유방암 환자의 유방재건술은 제3조【보상내용】에 따라 보상합니다)축소술, 지방흡입술, 주름살 제거술 등
 - 나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - 다. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다)
 - 라. 외모개선 목적의 다리 정맥류 수술
 - 마. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여대상에 해당하는 치료
7. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비
 8. 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 제3조【보상내용】에 따라 보상합니다.
 9. 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV 감염은 해당 진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제3조【보상내용】에 따라 보상합니다)
 10. 「국민건강보험법」 제42조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비
 11. 「응급의료에 관한 법률」 및 동 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가「의료법」제3조의4에 따른 상급 종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료

제 4 관 보험금의 지급

제5조【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 본인임을 확인할 수 있는 사진이 붙은 정부기관에서 발행한 신분증, 본인이 아닌 경우 본인의 인감증명서 포함)
4. 그 밖에 보험수익자가 보험금 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 「의료법」 제3조【의료기관】에서 규정한 국내의 병원 또는 의원(조산원 제외), 「약사법」 제2조【정의】 제3호에서 정한 약국에서 발급한 것이어야 합니다.

제6조【보험금의 지급절차】

① 체신관서는 제5조【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 지급 예정일 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

제5조【보험금의 청구】에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.

1. 소송제기
2. 분쟁조정 신청
3. 수사기관의 조사
4. 외국에서 발생한 보험사고에 대한 조사
5. 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 제8조【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 보

험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

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

⑦ 보험수익자와 체신관서가 제3조【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 있습니다.

제 5 관 계약자의 고지의무 등

제7조【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.

제8조【고지의무 위반의 효과】

① 체신관서는 계약자 또는 피보험자가 제7조【고지의무】에도 불구하고 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 체신관서가 별도로 정하는 방법에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다. 그러나 다음 중

한 가지에 해당되는 때에는 특약을 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 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

② 체신관서는 제1항에 따라 특약을 해지하거나 보장을 제한할 경우에는 고지의무 위반사실 및 특약의 처리결과를 계약자에게 서면 등으로 알려 드립니다.

③ 제1항에 따라 특약을 해지하였을 때에는 제20조【해약환급금】 제1항에 따른 금액을 드리며, 보장을 제한하였을 때에는 보험료, 보험가입금액(구좌수) 등이 조정될 수 있습니다.

④ 제1항에 따라 계약자 또는 피보험자가 청약할 때에 피보험자의 직업 또는 직종에 관한 고지의무를 위반함으로써 체신관서가 특약을 해지하는 경우에는 청약서에 명시되어 있는 보험가입금액(구좌수) 한도액을 초과한 부분에 대해서만 특약을 해지합니다. 단, 청약서에 명시되어 있는 승낙거절 직업 또는 직종에 대하여

는 보험가입금액(구좌수) 전체에 대하여 특약을 해지합니다.

⑤ 제7조【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.

⑥ 체신관서는 다른 보험가입내역에 대한 고지의무 위반을 이유로 특약을 해지하거나 보험금 지급을 거절하지 않습니다.

⑦ 제18조【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].

제9조【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

제10조【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 만료 후 제14조【특약의 보장내

용 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.

제11조【특약내용의 변경】

체신관서는 계약자가 보험기간 중 체신관서의 승낙을 받아 주계약의 내용을 변경할 때 특약도 동일 내용으로 변경합니다. 이 경우 체신관서는 승낙사실을 서면 등으로 알리거나 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 적어 드립니다.

제12조【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 제5조 【보험금의 청구】 제1항의 서류 중 책임준비금 지급과 관련된 서류를 제출하고 책임준비금을 청구하여야 합니다. 책임준비금의 지급절차는 제6조 【보험금의 지급절차】의 규정을 따릅니다. 다만, 제6조 【보험금의 지급절차】 제4항에도 불구하고 책임준비금 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자는 이 특약의 환급금대출이율을 연단위 복리로 계산합니다.

제13조【특약의 보험기간 및 갱신】

- ① 이 특약의 보험기간은 1년 만기 갱신으로 합니다.
- ② 제10조【특약의 성립】에도 불구하고 계약자가 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간 만료일 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 14회까지 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 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다.
- ⑥ 제5항에 따라 보험료가 변경되는 경우에는 이 특약의 보험기간 만료일 30일 전까지 계약자에게 관련 내용을 서면 또는 전화(음성녹음)로 안내합니다.

제14조 [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 15년으로 합니다.

② 보장내용 변경주기 만료일은 「최초(재)가입나이 + 보장내용 변경주기」세 계약해당일의 전일로 합니다.

③ 체신관서는 최초가입시 계약자에게 보장내용 변경주기 만료일 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 보장내용 변경주기 만료일 전일(비영업일인 경우 전 영업일)까지 재가입 의사를 표시한 때에는 체신관서가 정한 절차에 따라 계약자는 기존 계약 만료일의 다음 날로 재가입할 수 있습니다.

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 만료일 이후 계약자가 재가입을 원하는 경우 계약자는 재가입 시점에서 체신관서가 판매하는 실손의료보험 상품으로 가입을 할 수 있으며, 체신관서는 이를 거절할 수 없습니다.

⑥ 체신관서는 보장내용 변경주기 만료일 30일 이전까지 2회 이상에 걸쳐 계약자에게 재가입 요건, 보장내용 변경내역, 보험료 수준, 재가입 절차 및 재가입 의사 여부를 확인하는 내용 등을 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내 하며, 보장내용 변경주기 만료일 전일까지 계약자로부터 별도의 의사표시가 없을 때에는 재가입하지 않는 것으로 봅니다. 다만, 체신관서의 안내가 계약자에게 도달하지 않은 경우는 다시 안내합니다.

⑦ 체신관서가 제6항에 따른 안내를 전자문서로 안내하려는 경우에는 계약자에게 서면, 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 같은 법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명으로 동의 받아 수신확인을 조건으로 전자문서를 송신하여야 하며, 계약자가 전자문서에 대하여 수신을 확인하기 전까지는 그 전자문서는 송신되지 않은 것으로 봅니다. 체신관서는 전자문서가 수신되지 않은 것을 알았을 때에는 제6항에서 정한 내용을 서면 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려드립니다.

제 7 관 보험료의 납입

제15조【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.

제16조【갱신계약 보험료의 납입】

- ① 계약자는 제13조【특약의 보험기간 및 갱신】제2항에 정한 바

에 따라 특약을 갱신하는 경우 갱신계약의 보험료를 납입하여야 합니다.

② 갱신계약의 제1회부터의 보험료 납입기일은 갱신 전 계약을 준용합니다.

제17조[보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지]

① 계약자가 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다.

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
- ④ 체신관서가 제3항에 따른 납입최고(독촉) 등을 전자문서로 안

내하려는 경우에는 계약자에게 서면, 「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명 또는 같은 법 제2조 제3호에 따른 공인전자서명으로 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 제3항에서 정한 내용을 서면(등기우편 등) 또는 전화(음성녹음)로 다시 알려 드립니다.

⑥ 제1항 및 제2항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제20조【해약환급금】제1항에 따른 금액을 계약자에게 지급합니다.

제18조【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 제17조【보험료의 납입이 연체되는 경우 납입최고(독촉)와 특약의 해지】에 따라 이 특약이 해지되었으나 계약자가 해약환급금을 받지 않은 경우 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 날까

지의 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

제19조【계약자의 임의해지】

① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 특약이 해지된 경우 체신관서는 제20조【해약환급금】 제1항에 따른 금액을 계약자에게 지급합니다. 다만, 태아가 출생하기 전 특약을 해지하는 경우에는 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

② 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 그 뜻을 적어 드립니다.

제20조【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

제21조[다수보험의 처리]

① 다수보험의 경우 각 계약의 보상대상의료비 및 보상책임액에 따라 제2항에서 정한 방법으로 계산된 각 계약의 비례분담액을 지급합니다.

② 각 계약의 보상책임액 합계액이 각 계약의 보상대상의료비 중 최고액에서 각 계약의 피보험자부담 공제금액 중 최소액을 차감한 금액을 초과한 다수보험은 아래의 산출방식에 따라 각 계약의 비례분담액을 계산합니다. 이 경우 입원의료비, 통원의료비(외래), 통원의료비(처방조제비)를 각각 구분하여 계산합니다.

각 계약별 비례분담액 =

$$\frac{(\text{각 계약의 보상대상의료비 중 최고액} - \text{각 계약의 피보험자부담 공제금액 중 최소액})}{\text{각 계약별 보상책임액을 합한 금액}} \times \text{각 계약별 보상책임액}$$

제22조[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

제23조【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 채신관서가 보험금 지급 여부 및 지급금액에 관하여 현저하게 불공정한 함의로 보험수익자에게 손해를 입힌 경우에도 채신관서는 제2항에 따라 손해를 배상할 책임을 집니다.
- ④ 채신관서가 제10조【특약의 성립】 제4항에 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 특약의 최초계약일부터 5년 이내에 채신관서에 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.

제24조【주계약 약관 규정의 준용】

이 특약에 정하지 않은 사항에 대해서는 무배당 우체국실손의료비보험 또는 무배당 실손의료비특약 약관의 규정을 준용합니다.

[별표1]

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구 분	기 간	적 립 이 율
의료비	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 지급일까지의 기간	환급금대출이율

- 주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산하며, 소멸시효가 완성된 이후에는 발생하지 않습니다.
2. 계약자 등에게 책임이 있는 사유로 보험금 지급이 지연된 경우에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.
3. 가산이율 적용시 제6조【보험금의 지급절차】제2항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 위의 표에서 환급금대출이율은 이 특약의 환급금대출이율, 예정이율은 이 특약의 예정이율을 말합니다.

지정대리청구서비스특약 약관

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)에 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 주계약에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우를 대비하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자 중 1명을 보험금의 대리청구인(이하 “지정대리청구인”이라 합니다)으로 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. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피

보험자의 가족관계등록부상의 배우자

2. 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 직계존비속

② 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. 보험가입증서(보험증권)
3. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(기본증명서 등)
4. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아니면 본인의 인감증명서 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. 피보험자의 인감증명서

5. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서) 및 주민등록등본
6. 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 보험금(사망보험금 제외)을 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 약관의 규정을 따릅니다.

MEMO

Handwriting practice lines consisting of 20 horizontal dotted lines.

[illegible]