

入境留学生保险



※ 这译本的目的在于为顾客提供便利，
在发生保险事故时，以韩文保险条款为
准赔付。

Dynamic
Dongbu

The logo for Dynamic Dongbu features the word "Dynamic" in a grey, cursive script font, positioned above the word "Dongbu" in a light blue, bold, sans-serif font. To the right of the text is a stylized graphic element consisting of three curved, overlapping shapes in shades of yellow and orange, resembling a flame or a dynamic swirl.

【普通条款】



第1章 合同的成立与维护

第1条 合同的成立

- ① 保险合同是通过保险投保人申请投保和保险公司批准实现的。（以下“保险合同”简称“合同”，“保险投保人”简称“投保人”，“保险公司”简称“公司”。）
- ② 在被保险人（保险对象）不适合投保的情况下，公司可拒绝投保申请或附加额外的条件（参保金额限制、部分保障除外、保险金削减、追加保险费等）接受投保申请。
- ③ 公司在接受投保申请并收取第1次保险费时，对于无需接受体检的合同，应从投保日之日起的30日内给予批准或拒绝，对于需接受体检的合同（以下简称“体检合同”），应从体检之日（在复检的情况下指最终体检日）起的30日内给予批准或拒绝，批准时给予保险证（参保证书）。但30日内未发出批准通知或拒绝通知时，视为已批准。
- ④ 公司在已收取第1次保险费但拒绝投保批准时，将在发出拒绝通知的同时，一并将收取的保险费退还给投保人。对于已收取保险费的期间，将额外支付以年为单位复利计算“保险开发院公示的定期存款利率 + 1%”的金额。但公司在拒绝投保人以信用卡形式交纳第1次保险费的合同时，将取消信用卡的销售，不再额外支付利息。

第2条 投保的撤回

- ① 投保人从投保之日起的15日内可撤回投保申请。但为体检合同、团体（办理）合同或保险期不足1年的合同时，不得撤回投保申请。对于通过电话、邮件、电脑等通信媒体签订的保险合同（以下简称“通信销售合同”）（仅限保险期为1年以上的合同），可从投保之日起的30日内撤回投保申请。
- ② 投保人撤回投保申请时，公司从受理投保撤回之日起的3日内，将已交纳的保险费退还给投保人，对于返还截止日翌日到返还日的期间，将额外支付以年为单位复利计算“保险开发院公示的定期存款利率 + 1%”的金额。但投保人撤回以信用卡形式交纳第1次保险费的合同时，公司将取消信用卡的销售，不再额外支付利息。
- ③ 撤回投保时，已产生保险金赔付事由，但投保人未了解产生保险金赔付事由的事实情况时，投保撤回无效。

第3条 条款送交及说明义务等

- ① 公司在投保人进行投保申请时，将向投保人送交条款及投保人保管用申请书（申请书副本），并对条款中的重要内容进行说明。但为通信销售合同时，公司可在征得投保人同意后，通过以下方法中的一种方法送交。
 1. 通过光盘或电子邮件等电子方法送交条款或投保人保管用申请书（申请书副本）的方法。在这种情况下，当投保人或其代理人在收到申请书时，视为已送交本条款或投保人保管用申请书（申请书副本）。
 2. 在网络购物中心（为了能够用电脑进行保险交易而设置的虚拟营业场所）阅读条款及说明文字（可了解条款中重要内容的说明文件）或下载的方法。在这种情况下，当确认投保人已阅读或下载文件时，视为已送交本条款，已对重要内容进行了说明。
 3. 利用电话咨询投保内容、保险费交纳、保险期间、签订合同前告知义务、条款重要内容等签订合同所需事项或进行说明的方法。在这种情况下，录制投保人的回答和确认内容的语音后，视为已对条款的重要内容进行了说明。
- ② 在投保人申请依据第1项规定应由公司提供的条款及投保人保管用申请书（申请书副本）时，未送交投保人或未对条款中的重要内容进行说明的情况下，或者在签订合同时，投保人未在申请书上亲笔签名（包括盖章或依据电子签名法第2条第10款规定的由认证机构认证的电子签名）时，投保人可于申请日起3个月内解除合同。但为团体（办理）合同时，可于合同签订日起1个月内解除合同。

③ 尽管存在第2项的规定，但在利用电话签订合同的情况下，当满足以下各项条件之一时，也可省略电子签名。把第1项第3小项录制的语音内容制成文件形式的确认书送交投保人，视为已向投保人送交保管用申请书（申请书副本）。

1. 投保人、被保险人（保险对象）及保险受益人（获得保险金的人）相同的合同

2. 投保人、被保险人（保险对象）相同，保险受益人（获得保险金的人）为投保人的法定直系继承人的合同

④ 根据第2项的规定取消合同时，公司将向投保人返还已缴纳的保险费，对于收取保险费的期间，将额外支付以年为单位复利计算保险开发院公示定期存款利率的金额。

第4条 合同的无效

在属于以下各项之一的情况下，合同将无效，并将返还已缴纳的保险费。但因公司故意或过失而使合同无效，以及尽管公司在批准前已了解或可了解合同无效，但仍未返还保险费时，对于从交纳保险费之日的翌日起至返还日的期间，公司将额外支付以年为单位复利计算保险开发院公示定期存款利率的金额。

1. 在把他人的死亡作为保险金赔付事由的合同中，到签订合同时为止仍未获得被保险人（保险对象）书面同意的情况。但依据条款，团体把成员的全部或部分作为被保险人（保险对象）签订合同时不在其列。

2. 把不满15周岁者、精神障碍者或精神薄弱者的死亡作为保险金赔付事由的情况。

3. 签订合同时，未达到或超过合同中规定的被保险人（保险对象）年龄的情况。但公司发现年龄错误时已满合同年龄的情况不在其列。但并不认可第2项中不满15周岁者的例外情况。

第5条 合同内容的变更等

① 投保人在获得公司批准后，可变更以下事项。在这种情况下，将以书面形式通知获得批准的情况，或在保险证（参保证书）后面记载。

1. 保险种类

2. 保险期

3. 保险费交纳周期、收取方法及交纳期

4. 投保人、被保险人（保险对象）

5. 参保金额等其它合同内容

② 投保人可变更保险受益人（获得保险金的人）。在这种情况下，无需获得公司批准。但在投保人变更保险受益人（获得保险金的人）时未通知公司的情况下，变更后的保险受益人（获得保险金的人）的权利将抵不过公司的权利。

③ 对于从投保人交纳第1次保险费起经过1年以上的有效合同，当投保人要求变更其保险种类时，公司将依据公司业务方法中规定的方法予以变更。

④ 在投保人依据第1项第5小项的规定欲减少参保金额时，减少的部分将视为解除合同。存在公司由此应返还的保险费时，将依据第17条（保险费的返还）的规定返还给投保人。

⑤ 投保人依据第2项的规定变更保险受益人（获得保险金的人）时，应在产生保险金赔付事由之前，书面征得被保险人（保险对象）的同意。

第6条 投保人的任意解除及被保险人（保险对象）书面同意的撤回

① 投保人在合同终止之前，可随时解除合同。在这种情况下，存在公司应返还的保险费时，将依据第17条（保险费的返还）的规定返还给投保人。

② 即使在产生保险金赔付事由，公司赔付保险费时，在未减少参保金额的情况下，投保人在产生保险费赔偿事由后仍可解除合同。

③ 依据第4条（合同的无效）的规定，在把死亡作为保险金赔付事由的合同中，书面同意的被保险人（保险对象）在合同有效的期间内，可随时为未来考虑撤回书面同意。因撤回书面同意而解除合同后，如果存在公司应返还的保险费时，将依据17条（保险费的返还）的规定返还给投保人。

第7条 合同的终止

- ① 因被保险人（保险对象）死亡而不会再产生本条款中规定的保险金赔付事由时，本合同从此时开始无效。
- ② 处于伤残赔付率达80%以上的伤残状态，即使已赔付保险费，还会产生本条款中规定的保险金赔付事由的情况下，本合同将不会终止。

第8条 保险年龄等

- ① 本条款中的被保险人（保险对象）年龄以保险年龄为准。但在第4条（合同的无效）第2项的情况下，采用实际周岁年龄。
- ② 第1项的保险年龄以签订合同当前的被保险人（保险对象）实际周岁年龄为准。不足6个月的尾数舍去，6个月以上的尾数计为1年。此后到每年的合同日当日，年龄增加一岁。
- ③ 被保险人（保险对象）的年龄或性别相关记载事项与事实不符时，将按相应于修改的年龄或性别变更保险金及保险费。

【保险年龄计算例】

出生年月日：1988年10月2日，当前（合同日）：2009年4月13日
⇒ 2009年4月13日 - 1988年10月2日=20年6个月11天 = 21岁

第2章 保险费的交纳等

第9条 第1次保险费及公司保障的开始

- ① 从批准投保申请并收取第1次保险费时（在自动转账交纳及信用卡交纳的情况下，提供批准自动转账申请及信用卡销售批准所需信息的情况。但因投保人的责任而无法获得自动转账或销售批准时，将视为未交纳第1次保险费）起，公司依据本条款规定的内容给予保障。但在投保人申请投保时公司收取第1次保险费并批准投保的情况下，从收取第1次保险费时（在本条款中，把收取第1次保险费之日称为“保障开始日（责任开始日）”，并把保障开始日（责任开始日）视为合同日）起，依据本条款规定的内容给予保障。
- ② 公司在投保人申请投保时收取第1次保险费并批准投保之前，即使产生保险金赔付事由，也从收取第1次保险费之日起，依据本条款规定的内容给予保障。但在属于以下各项情况之一时，不予保障。
 - 1. 依据第19条（合同签订前告知义务）的规定，公司证明投保人或被保险人（保险对象）通知公司的内容或体检内容给保险金赔付事由的产生带来影响时
 - 2. 适用第21条（违反告知义务的后果），公司可不给予保障时
 - 3. 在体检合同中，直到产生保险金赔付事由时为止仍未接受体检时
- ③ 在合同已更新的情况下，依据第1项及第2项提供的保障从现有合同提供的保障终止时开始适用。

第10条 第2次以后的保险费的交纳

投保人应在签订合同时约定的交纳日（以下简称“交纳截止日”）之前交纳第2次以后的保险费。投保人交纳保险费时公司将开具收据。但通过金融公司（含邮局）交纳保险费时，将用该金融公司开具的证明材料替代收据。

第11条 拖欠保险费时催缴与合同的解除

- ① 投保人在交纳截止日之前仍未交纳第2次以后的保险费，属拖欠保险费的情况下，公司将规定14天（保险期不足1年时为7天）以上的期间为催缴期（催缴期的最后一天为周六或公休日时，催缴期在之后第一个工作日到期），并将通过书面方式（挂号信）、电话（语音录音）或电子文件等形式，把应在催缴期内交纳拖欠保险费的内容，以及到催缴期结束时为止仍未交纳保险费时，将在催缴期结束之日的翌日解除合同的内容通知投保人（为针对他人的保险合同时，含特定的保险受益人（获得保险金的人））。但对于合同未解除之前产生的保险金赔付事由，公司将赔付约定的保险金。
- ② 公司在通过电子文件通知第1项规定的催缴等内容时，在征得投保人书面同意后，应把确认收件作为条件发送电子文件。对于该电子文件，直到投保人确认收件之前，视为未发送该电子文件。在确认投保人未收到该电子文件的情况下，公司将设置第1项规定的催缴期，并通过书面方式（挂号信等）或电话（语音录音）方式再次通知第1项中规定的内容。
- ③ 依据第1项的规定解除合同时，存在公司由此应返还的保险费时，将依据第17条（保险费的返还）的规定返还给投保人。

第12条 因拖欠保险费解除的合同的重新生效

- ① 已依据第11条（拖欠保险费时催缴与合同的解除）的规定解除合同，但投保人未收到第17条（保险费的返还）规定的返还金时，投保人可从解除之日起的2年内，按照公司规定的步骤申请合同的重新生效。在这种情况下，在公司批准申请时，在申请重新生效之日为止拖欠的保险费基础上，在保险开发院公示的定期存款利率+1%的范围内，按照保险商品的种类，额外交纳以公司规定的利率计算的金额。
- ② 依据第1项的规定使解除的合同重新生效时，适用第1条（合同的成立）、第9条（第1次保险费及公司保障的开始）、第19条（合同签订前告知义务）、第21条（违反告知义务的后果）及第23条（欺诈合同）的规定。

第13条 因强制执行等原因解除的合同的特殊重新生效

- ① 为针对他人的合同时，依据第17条（保险费的返还）的规定，按照有关投保人解除返还金请求权的强制执行、保障权执行、国税及地方税拖欠处理步骤解除合同时，公司应通知保险受益人（获得保险金的人）将合同解除当时保险受益人（获得保险金的人）征得投保人的同意后公司因解除合同向债权人支付的金额支付给公司，并按照第5条（合同内容的变更等）第1项的步骤，把投保人名义变更为保险受益人（获得保险金的人）后，可申请合同的特殊重新生效。
- ② 公司批准第1项规定的投保人名义变更申请及合同的特殊重新生效申请后，从申请之日起，合同将特殊重新生效。
- ③ 公司应向指定的保险受益人（获得保险金的人）通知第1项的内容。但在把法定继承人指定为保险受益人（获得保险金的人）的情况下，公司可向投保人通知第1项的内容。
- ④ 公司应在解除合同之日起的7日内通知第1项的内容。但公司的通知经过7天到达后，受益人申请第1项规定的投保人名义变更及合同的特殊重新生效时，将从合同解除之日起的第7天使合同特殊重新生效。
- ⑤ 从保险受益人（获得保险金的人）接到通知之日（已依据第3项的规定通知投保人时，指投保人接到通知之日）起的15日内，可进行第1项中规定的步骤。

第3章 保险金的赔付

第14条 保险金的种类及赔付事由

在被保险人（保险对象）产生属于以下各项之一的事由时，公司将向保险受益人（获得保险金的人）赔付约定的保险金。

1. 在保险期内，因意外事故（因保险期内发生突发、偶然的外来事故，对身体（上肢假肢、下肢假肢、假眼、假牙等身体辅助器具除外，但包括人工器官或部分假牙等移植到身体中替代机能的情况）造成的意外事故，以下简称“意外事故”）的直接结果造成死亡时（因疾病造成的死亡除外），将把保险证（参保证书）上记载的参保金额作为死亡保险金赔付。
2. 在保险期内，在处于因伤致残的伤残分类表（参考【附表1】，下同）中规定的相应于各伤残赔付率的伤残状态时，将在保险证（参保证书）中记载的参保金额上乘以伤残分类表中规定的赔付率后计算的金额作为意外事故伤残保险金赔付。

第15条 保险金赔付相关详细规定

- ① 在第14条（保险金的种类及赔付事由）第1项中，包括在保险期内生死不明，宣告失踪的情况在内。因船舶沉没、飞机失事等民法第27法（失踪的宣告）第2项规定的事由或意外事故而被政府机构认定已死亡，并根据政府机构的死亡报告已在家庭关系登记簿上标明时，将视为死亡是发生在事故当时。
- ② 尽管存在第14条（保险金的种类及赔付事由）第2项的规定，对于虽然是非永久症状，但在治疗结束后不时出现的伤残，其期间达5年以上时，将赔付在参保金额上乘以相应伤残赔付率的20%计算的金额。
- ③ 在第14条（保险金的种类及赔付事由）第2项中，从意外事故发生之日起180日内仍未确定伤残赔付率时，将依据意外事故发生之日起的第180天当日的医生诊断，按认定为将固定的伤残状态确定为伤残赔付率。但在确定伤残赔付率之后，在可得到保障的期间（合同失效时，从意外事故发生之日起的1年）内伤残状态恶化时，将以恶化后的伤残状态为准确定伤残赔付率，在伤残分类表上伤残判定时间另有规定的情况将依据其标准。
- ④ 不属于伤残分类表的意外事故伤残与被保险人（保险对象）的职业、年龄、身份或性别等无关，而根据身体的伤残程度，按照伤残分类表的分类确定赔付额。但对于未达到伤残分类表各伤残分类最低赔付率伤残程度的意外事故伤残，将不赔付伤残保险金。
- ⑤ 因同一种意外事故造成两种以上的意外事故伤残时，将合计伤残赔付率赔付。但在伤残分类表的各身体部位判断标准中另有规定的情况下将依据其标准。
- ⑥ 尽管存在第5项的规定，但在同一身体部位出现伤残分类表中两种以上的伤残时，将不进行合计，而适用其中较高的赔付率。但在伤残分类表各身体部分判定标准中另有规定的情况下将依据其标准。
- ⑦ 因其它意外事故造成两次以上伤残时，每次分别确定相应的意外事故伤残赔付率。但意外事故伤残后已获得意外事故伤残保险金赔付的同一部位程度加重时，将从属于最终伤残状态的意外事故伤残保险金中扣除已赔付的意外事故伤残保险金后赔付。但伤残分类表各身体部位判定标准中另有规定的情况下将依据其标准。
- ⑧ 对于处于属以下各项之一的意外事故伤残状态的被保险人（保险对象），当其身体的同一部位上再次出现第7项中规定的意外事故伤残状态时，对于属于以下各项之一的伤残，视为已向其赔付相应意外事故伤残保险金，并从相应于最终意外事故伤残状态的意外事故伤残保险金中扣除视为已赔付的意外事故伤残保险金后赔付。
 1. 因本合同保障开始之前的原因或为之前发生的伤残，不成为意外事故伤残保险金赔付事由的意外事故伤残
 2. 除第1项之外，依据本合同的规定不成为意外事故伤残保险金赔付事由的意外事故伤残或不赔付意外事故伤残保险金的意外事故伤残
- ⑨ 被保险人（保险对象）与公司未能就被保险人（保险对象）的伤残赔付率达成协议时，可指定被保险人（保险对象）与公司同意的第三方，并依据第三方的意见。依据医疗法第3条规定，第三方指定综合医院所属专业医生，判定伤残所需的医疗费用由公司全额负担。

⑩ 因公司应赔付的一种意外事故产生的意外事故伤残保险金以参保金额为限。

第16条 不赔付保险金的事由

① 在属于以下各项之一的情况下，在产生保险金赔付事由时，公司将不赔付保险金。

1. 因被保险人（保险对象）故意产生的赔付事由。但在被保险人（保险对象）因精神障碍等原因导致无法自由判断的状态下伤害到自身时，公司将赔付保险金。
2. 保险受益人（获得保险金的人）故意产生的赔付事由。但该保险受益人（获得保险金的人）为获得部分保险金赔付的，除相应于该保险受益人（获得保险金的人）的保险金以外的其余保险金，将赔付给其他保险受益人（获得保险金的人）。
3. 因投保人故意产生的赔付事由。
4. 被保险人（保险对象）怀孕、分娩（含剖腹产）、产后住院的情况。但属于公司保障的保险金赔付事由时，将赔付保险金。
5. 战争、外国行使武力、革命、内乱、事变、暴动。

② 如无其它约定，被保险人（保险对象）以职业、职务或俱乐部活动为目的，因以下列举的行为产生第14条（保险金的种类及赔付事由）规定的意外事故相关保险金赔付事由时，公司将不赔付相应保险金。

1. 专业攀登（指使用专业登山用具攀岩或攀冰，或需要特殊技术、经验、提前训练的攀登）、操纵滑翔机、跳伞运动、水肺潜水、滑翔翼
2. 汽车或摩托车比赛、示范、表演（包括为此的练习）或试驾（但在公共道路上试驾期间产生保险金赔付事由时将提供保障）
3. 船舶乘务员、渔夫、船夫及其他以搭乘船舶为职的人因工作在船舶上搭乘的期间

第17条 保险费的返还

① 本合同在无效、失效或解除时将返还以下保险费。但保险期内发生保险事故并已赔付保险金，参保金额已减少的情况下，在任何情况下，将不返还本保险年度[初年（第一年度）为保险期初日（第一天）起的1年，次年（第二年度）以后分别为保险期初日（第一天）当日起的1年]的保险费。

1. 投保人、被保险人（保险对象）或保险受益人（获得保险金的人）无责时：在合同无效的情况下，对于已向公司交纳的全额保险费，失效或解除时未经过的期间以日为单位计算的保险费。
2. 投保人、被保险人（保险对象）或保险受益人（获得保险金的人）归责时：对于已经过的期间，扣除以短期费率（适用于不足1年的费率）计算的保险费的余额。但因投保人、被保险人（保险对象）或保险受益人（获得保险金的人）的故意或重大过失而使合同无效时，将不返还保险费。

② 保险期超过1年的合同无效或失效时，产生无效或失效原因之日或解除之日所在的保险年度的保险费适用上述第1项的规定，属于之后保险年度的保险费将全额返还。

第18条 终止时效

如果两年内未行使保险金请求权、保险费或返还金返还请求权及利息请求权则完成终止时效。

【终止时效】

未行使给予的权利时，该权利消失的期间。产生保险金赔付事由后，2年内未请求保险金时，可能无法获得保险金的赔付。

第4章 合同签订前告知义务等

第19条 合同签订前告知义务

投保人或被保险人（保险对象）在申请投保时（在为体检合同的情况下指体检时），必须明确告知申请书上询问事项有关的事实内容（以下简称“合同签订前告知义务”，同商法上的“告知义务”）。但为体检合同时，依据医疗法第3条（医疗机构）规定，在综合医院及普通医院，可用单位或个人实施的健康诊断书复印件等可判断健康状态的资料替代体验。

【合同签订前告知义务】

商法第651条中规定的义务。投保人或被保险人在申请投保时，对于保险公司书面询问的重要事项应如实告知。如若违反，则会解除保险合同或导致不赔付保险金等损失。

第20条 签订意外事故保险合同后通知义务

- ① 投保人或被保险人（保险对象）在保险期内，当被保险人（保险对象）变更其职业或职务（含私家车驾驶人把职业或职务变更为营业用车驾驶人等的情况）或持续使用摩托车或马达自行车时，应立即通知公司。
- ② 依据第1项的规定，当危险已减少时，公司将返还差额保险费。因投保人或被保险人（保险对象）故意或重大过失导致危险增加时，从接到通知之日起的1个月内，可申请增加保险费或解除合同。
- ③ 依据第1项的通知而应增加保险费时，投保人对于公司的请求不积极配合交纳时，公司将根据变更职业或职务前适用的保险费率（以下简称“变更前费率”）与职业或职务变更后应适用的保险费率（以下简称“变更后费率”）的比率，削减保险金的赔付额后赔付。但与变更后的职业或职务无关的保险金赔付事由不在其列。
- ④ 因投保人或被保险人（保险对象）故意或重大过失而未通知公司职业或职务变更的事实情况时，在变更后费率高于变更前费率的情况下，公司从了解该事实情况之日起的1个月内，将向投保人或被保险人（保险对象）通知依据第3项提供的保障，并据此赔付保险金。

第21条 违反告知义务的后果

- ① 在存在以下事实的情况下，无论保险金赔付事由发生与否，公司从了解其事实之日起的1个月内，可解除该合同。
 1. 投保人、被保险人（保险对象）或其代理人故意或重大过失而违反第19条（合同签订前告知义务）的规定，其义务属于重要事项的情况。
 2. 未履行与明显增大危险有关的第20条（意外事故保险合同签订后的通知义务）第1项中规定的合同签订后的通知义务的情况。
- ② 尽管存在第1项第1小项的规定，当存在以下情况时，公司将不能解除合同。
 1. 公司在签订合同当时已了解事实或因过失而未了解事实的情况
 2. 公司从了解该事实之日起已经过1个月以上或自收取第1次保险费之日起未发生保险金赔付事由并超过2年（为接受体检的被保险人（保险对象）时为1年）的情况
 3. 自合同签订日起超过3年的情况
 4. 在投保人申请投保时，公司依据可判断被保险人（保险对象）健康状态的基础资料（体检表副本）给予批准的情况下，当因体检表副本中标明的事项而发生保险金赔付事由（投保人或被保险人（保险对象）向公司提交的基础资料中，重要事项故意填写与事实不符的内容的情况除外）的情况
 5. 保险设计师等未给予投保人或被保险人（保险对象）告知机会或妨碍投保人或被保险人（保险对象）如实

告知，以及劝说投保人或被保险人（保险对象）不如实告知或告知不真实的情况。但即使不存在保险设计师等的行为，当可判断投保人或被保险人（保险对象）未告知与事实相符的情况或不如实告知的情况不在此列

③ 当依据第1项的规定解除合同是发生在产生保险金赔付事由之前，因此而存在公司应返还的保险费时，将依据第17条（保险费的返还）的规定返还给投保人。

④ 当依据第1项第1小项的规定解除合同是发生在产生保险金赔付事由之后，公司将不赔付保险金，并将向投保人书面通知签订合同前告知义务违反事实、签订合同前告知义务事项属于重要事项的事由及“如果有反对证据，可提出异议。”的内容。同时，此时因解除合同而存在公司应返还的保险费时，将依据第17条（保险费的返还）的规定返还给投保人。

⑤ 当依据第1项第2小项的规定解除合同是发生在产生保险金赔付事由之后，将依据第20条（意外事故保险合同签订后的通知义务）第3项或第4项的规定，赔付保险金。

⑥ 尽管存在第1项的规定，当投保人、被保险人（保险对象）或保险受益人（获得保险金的人）证明违反告知义务的事实不影响保险金赔付事由的产生时，与第4项及第5项的规定无关，将向投保人赔付约定的保险金。

⑦ 公司不以针对其它参保内容的违反签订合同前告知义务为理由解除合同或拒绝赔付保险金。

第22条 因重大事由解除

① 在存在以下事实的情况下，公司可自了解事实之日起的1个月内解除合同。

1. 投保人、被保险人（保险对象）或保险受益人（获得保险金的人）故意引发保险金赔付事由的情况。

2. 投保人、被保险人（保险对象）或保险受益人（获得保险金的人）在保险金申请相关资料中故意填写与事实不符的情况或伪造、编造资料及证据的情况。但已产生保险金赔付事由的情况下，将不会影响保险金的赔付。

② 当公司依据第1项的规定解除合同时，公司将向投保人通知公司的意图。解除合同时若存在公司应返还的保险费，将依据第17条（保险费的返还）的规定返还给投保人。

第23条 欺诈合同

投保人或被保险人（保险对象）采用代理体检、服用药物等手段通过体检程序或伪造、编造诊断书或投保前已确诊癌症或人类免疫缺陷病毒（HIV）感染后却隐瞒后参保，当证明投保人以这些欺诈行为签订保险合同的情况下，公司可自合同签订之日起的5年内（调查出欺诈事实之日起1个月内）取消合同。

第5章 保险金赔付步骤等

第24条 地址变更通知

① 投保人或保险受益人（获得保险金的人）（属于针对他人的合同）变更地址或联系方式时，应立即把变更的内容通知公司。

② 投保人等未按照第1项的规定通知公司时，公司通过投保人等通知公司的最终地址或联系方式邮寄挂号信的方法通知投保人的事项，在经过通常到达所需的时间时，视为已到达投保人等处。

第25条 保险受益人（获得保险金的人）的指定

投保人可指定保险受益人（获得保险金的人），在未指定保险受益人（获得保险金的人）的情况下，在第14条（保险金的种类及赔付事由）第1项的情况下，把被保险人（保险对象）的继承人作为保险受益人（获得保险金的人）；在同条第2项的情况下，把被保险人（保险对象）作为保险受益人（获得保险金的人）。

第26条 代表的指定

- ① 投保人或保险受益人（获得保险金的人）为两人以上时，应分别指定一名代表。在这种情况下，该代表将代表其他投保人或保险受益人（获得保险金的人）。
- ② 被指定为第1项的代表的投保人或保险受益人（获得保险金的人）不知所踪或尽管公司提出要求，但未选定代表或无法选定时，公司对1名投保人或保险受益人（获得保险金的人）行使的与本合同有关的行为，对于其他投保人或保险受益人（获得保险金的人）也有效。
- ③ 投保人为2人以上时，将具有连带责任。

第27条 保险金赔付事由的通知

投保人、被保险人（保险对象）或保险受益人（获得保险金的人）在了解已产生保险金赔付事由时，应立即向公司通知该事实情况。

第28条 申请赔付保险金等时的准备材料

- ① 保险受益人（获得保险金的人）或投保人应提交以下材料，申请赔付保险金或解除返还金。
 1. 申请书（公司格式）
 2. 事故证明（诊疗费账单、死亡诊断书、残疾诊断书、住院治疗确认书、医生处方（处方配药费用）等）
 3. 身份证（由政府机关发放的贴有照片的身份证或驾驶证等身份证，非本人时，包括本人的印签证明）
 4. 其他保险受益人（获得保险金的人）领取保险金等需提交的材料
- ② 为医院或诊所开具的第1项第2小项的事故证明时，该医院或诊所应为医疗法第3条（医疗机构）规定的韩国国内医院或诊所，或认定为具有同等资格的国外医疗机构。

第29条 保险金的赔付

- ① 公司在受理第28条（申请赔付保险金时的准备材料）中规定的材料时将开具受理证，并从受理材料之日起的3个工作日内赔付保险金。
- ② 公司在为调查及确认保险金赔付事由而将明显会超过第1项的赔付截止日时，对于具体事由、赔付预计日期及保险金暂付制度，将立即通知被保险人（保险对象）或保险受益人（获得保险金的人）。但除了属于以下各项情况之一时，将从受理第28条（申请赔付保险金时的准备材料）规定的材料之日起的30个工作日内确定赔付预计日期。
 1. 提起诉讼
 2. 申请调节纠纷
 3. 调查机构的调查
 4. 对国外发生的保险事故的调查
 5. 因不同意第4项规定的公司调查要求等投保人、被保险人或保险受益人归责事由，而使保险金赔付事由的调查及确认拖延时
 6. 依据第15条（保险金赔付相关详细规定）第9项的规定，决定遵从有关残疾赔付率的第三方意见时
- ③ 依据第2项的规定进行额外的调查时，根据被保险人（保险对象）或保险受益人（获得保险金的人）的申请，公司将把相当于公司预计保险金的50%作为暂付保险金赔付。
- ④ 公司未在第1项规定的赔付截止日内赔付保险金时（包括通知第2项规定的赔付预计日期的情况），对于翌日至赔付日为止的期间，将在保险金的基础上额外支付以年为单位复利计算保险开发院公示定期存款利率的金额。但因投保人、被保险人（保险对象）或保险受益人（获得保险金的人）归责事由而造成赔付拖延时，相应期间的利息将不再支付。

⑤ 投保人、被保险人（保险对象）或保险受益人（获得保险金的人）应同意与第21条（违反告知义务的后果）及第2项的保险金赔付事由调查有关的，医疗机构、国民健康保险公团、警察局等官方机构实施的由公司书面提请的调查。但在无正当理由而不同意的情况下，直到确定事实情况之日时为止，公司将不支付保险金赔付拖延所产生的利息。

第30条 保险金领取方法的变更

① 投保人（产生保险金赔付事由后为保险受益人（获得保险金的人））根据公司业务方法中的规定，对于保险金的全部或部分金额，可把领取方法变更为分期交纳或一次交清。

② 公司依据第1项的规定分期交纳一次交清款项时，对于未交纳金额，将额外支付以年为单位复利计算保险开发院公示定期存款利率的金额。把分期交纳变更为一次交清时，将按保险开发院公示定期存款利率支付折扣后的金额支付。

第31条 合同内容的交换

公司为用于签订及管理合同等的判断资料，在征得投保人及被保险人（保险对象）的同意后，可向其它公司（含受托办理保险相关业务者）及保险相关团体等提供以下各项内容。在这种情况下，公司将遵循《信用信息的利用及保护相关法律》第16条（收集、调查及处理的限制）第2项、第32条（有关个人信用信息的提供、利用的同意）及同法施行令第28条（有关个人信用信息的提供、使用的同意）的规定。

1. 投保人、被保险人（保险对象）的姓名、身份证号码及地址
2. 合同签订日、保险种类、保险费、参保金额等合同内容
3. 保险金、各种赔付金额及赔付事由等赔付内容
4. 有关被保险人（保险对象）意外事故及疾病的信息

第6章 纠纷调节等

第32条 纠纷的调节

产生合同相关纠纷时，纠纷当事人或其他利害关系人和公司可提请金融监督院院长进行调节。

第33条 管辖法院

本合同相关诉讼及民事调节由管辖投保人居住地的法院负责。但经公司与投保人协商后，也可指定其它管辖法院。

第34条 条款的解释

- ① 公司应本着诚实守信的原则公正地解释条款，不因投保人的不同而做不同解释。
- ② 在条款的释义不明时，公司将提供有利于投保人的解释。
- ③ 公司解释条款时不夸大解释不赔付保险金的事由等不利投保人或被保险人（保险对象）或给其带来负担的内容。

第35条 公司制作的保险指南的效力

对于保险设计师等在招揽业务的过程中使用的由公司制作的保险指南（指为吸引投保而制作的材料等）的内容与条款的规定不同时，将视为以有利投保人的内容使合同成立。

第36条 公司的损害赔偿责任

- ① 因与合同有关的公司员工、保险设计师及代理店的责任而对投保人、被保险人（保险对象）及保险受益人（获得保险金的人）造成的损害，公司将依据相关法律负损害赔偿责任。
- ② 尽管公司已了解或可了解存在拒绝赔付保险金及无拖延赔付事由，但仍提请诉讼而给投保人、被保险人（保险对象）或保险受益人（获得保险金的人）带来损害时，公司对于由此带来的损害负有赔偿责任。
- ③ 公司就是否赔付保险金及赔付金额，利用投保人、被保险人（保险对象）或保险受益人（获得保险金的人）的穷困、草率或没有经验，达成明显有失公允的协议时，公司也将依据第2项的规定负有赔偿责任。

第37条 公司的破产宣告和解除

- ① 公司接到破产宣告时，投保人可解除合同。
- ② 未依据第1项的规定解除的合同在破产宣告后3个月后将失效。
- ③ 依据第1项的规定解除合同或依据第2项的规定使合同失效时，公司将把第17条（保险费的返还）中规定的返还金返还给投保人。

第38条 存款保险基金提供的赔付保障

公司因破产等原因而无法赔付保险金等时，将依据存款人保护法中的规定保障保险金的赔付。

第39条 准据法

本条款未尽事宜将依据韩国法令。

【特别条款】



仅赔付意外事故伤残保险金的追加特别条款

第1条 保险金的种类及赔付事由

与普通条款无关，公司仅赔付意外事故伤残保险金。

第2条 适用规定

本追加特别条款未尽事宜将依据普通条款。

意外事故死亡及高度伤残特别条款

第1条 保险金的种类及赔付事由

在被保险人（保险对象）产生属于以下各项之一的事由时，公司将向保险受益人（获得保险金的人）赔付约定的保险金。

1. 在保险期内，因意外事故（因保险期内发生的突发、偶然的外来事故，对身体（上肢假肢、下肢假肢、假眼、假牙等身体辅助器具除外，但包括人工器官或部分假牙等移植到身体中替代机能的情况）造成的伤害，以下简称“意外事故”）的直接结果造成死亡时（因疾病造成的死亡除外），将把保险证（参保证书）上记载的参保金额作为死亡保险金赔付。
2. 在保险期内，在处于超过因伤致残的伤残分类表（参考【附表1】，下同）中规定的伤残赔付率的（ ）%的伤残状态时，将在保险证（参保证书）中记载的参保金额上乘以伤残分类表中规定的赔付率后计算的金额作为高度伤残保险金赔付。

第2条 适用规定

本特别条款未尽事宜将依据普通条款。

（ ）%以上高度伤残特别条款

第1条 保险金的种类及赔付事由

公司对于被保险人（保险对象）在保险期内，因意外事故（因保险期内发生的突发、偶然的外来事故，对身体（上肢假肢、下肢假肢、假眼、假牙等身体辅助器具除外，但包括人工器官或部分假牙等移植到身体中替代机能的情况）造成的伤害，以下简称“意外事故”）的直接结果，处于伤残分类表（参考【附表1】，下同）中规定的伤残赔付率（ ）%以上的伤残状态时，将把保险证（参保证书）上记载的参保金额作为高度伤残保险金赔付给被保险人（保险对象）。

第2条 适用规定

本特别条款未尽事宜将依据普通条款。

疾病死亡及疾病80%以上高度伤残特别条款

第1条 保险金的种类及赔付事由

在被保险人（保险对象）产生属于以下各项之一的事由时，公司将向保险受益人（获得保险金的人）赔付约定的保险金。

1. 在保险期内因疾病死亡时，将把保险证（参保证书）上记载的参保金额作为死亡保险金赔付。
2. 在保险期内，因确诊的疾病处于伤残分类表（参考【附表1】，下同）中规定的伤残赔付率80%以上的伤残状态时，将把保险证（参保证书）上记载的参保金额作为高度伤残保险金赔付。

第2条 保险金赔付相关详细规定

- ① 尽管存在第1条（保险金的种类及赔付事由）第2项的规定，对于虽然是非永久症状，但在治疗结束后不时出现的伤残，其期间达5年以上时，将赔付在参保金额上乘以相应伤残赔付率的20%计算的金额。
- ② 在第1条（保险金的种类及赔付事由）第2项中，从疾病确诊之日起180日内仍未确定伤残赔付率时，将依据疾病确诊之日起的第180天当日医生诊断，按认定为将固定的伤残状态确定为伤残赔付率。但在确定伤残赔付率之后，在可得到保障的期间（合同失效时，从疾病确诊之日起的1年）内伤残状态恶化时，将以恶化后的伤残状态为准确定伤残赔付率，在伤残分类表上伤残判定时间另有规定的情况将依据其标准。
- ③ 不属于伤残分类表的意外伤残与被保险人（保险对象）的职业、年龄、身份或性别等无关，而根据身体的伤残程度，按照伤残分类表的分类确定赔付额。但对于未达到伤残分类表各伤残分类最低赔付率伤残程度的意外伤残，将不赔付意外伤残保险金。
- ④ 因同一种疾病造成两种以上的意外伤残时，将合计伤残赔付率赔付。但在伤残分类表的各身体部位判断标准中另有规定的情况下将依据其标准。
- ⑤ 尽管存在第4项的规定，但在同一身体部位出现伤残分类表中两种以上的伤残时，将不进行合计，而适用其中较高的赔付率。但在伤残分类表各身体部分判定标准中另有规定的情况下将依据其标准。
- ⑥ 因其它疾病造成两次以上意外伤残时，每次分别确定相应的意外伤残赔付率。但意外伤残后已获得意外伤残保险金赔付的同一部位程度加重时，将从属于最终伤残状态的意外伤残保险金中扣除已赔付的意外伤残保险金后赔付。但伤残分类表各身体部位判定标准中另有规定的情况下将依据其标准。
- ⑦ 对于处于属以下各项之一的意外伤残状态的被保险人（保险对象），当其身体的同一部位上再次出现第6项中规定的意外伤残状态时，对于属于以下各项之一的伤残，视为已向其赔付相应意外伤残保险金，并从相应于最终意外伤残状态的意外伤残保险金中扣除视为已赔付的意外伤残保险金后赔付。
 1. 因本合同保障开始之前的原因或为之前发生的意外伤残，不成为意外伤残保险金赔付事由的意外伤残
 2. 除第1项之外，依据本合同的规定不成为意外伤残保险金赔付事由的意外伤残或未赔付意外伤残保险金的意外伤残
- ⑧ 被保险人（保险对象）与公司未能就被保险人（保险对象）的伤残赔付率达成协议时，可指定被保险人（保险对象）与公司同意的第三方，并依据第三方的意见。依据医疗法第3条规定，第三方指定综合医院所属专业医生，判定伤残所需的医疗费用由公司全额负担。
- ⑨ 因属于申请书上“合同签订前告知义务（仅限重要事项）”的疾病，过去（指申请书上该疾病的告知对象期间）曾接受过诊断或治疗时，将不赔付第1条（保险金的种类及赔付事由）规定的保险金中与该疾病有关的保险金。
- ⑩ 尽管存在第9项的规定，但即使为申请投保日之前已确诊的疾病，申请投保日后经过5年（含合同更新后经过5年），未因该疾病接受额外的诊断（单纯体检除外）或接受过治疗时，从申请投保日起5年后将依据本条款给予保障。

⑪ 第10项的“申请投保日后经过5年”是指未出现普通条款第11条（拖欠保险费时催缴与合同的解除）中规定的未解除合同的情况。

⑫ 普通条款第12条（因拖欠保险费解除的合同的重新生效）中规定的合同重新生效时，将重新生效日作为第10项的申请投保日。

第3条 适用规定

本特别条款未尽事宜将依据普通条款。



实损医疗费特别条款

第1章 概况

第1条 保障项目

公司销售的实损医疗保险商品分为意外事故住院型、意外事故门诊型、疾病住院型、疾病门诊型、综合（指意外事故和疾病）住院型、综合门诊型等共6个担保项目。投保人可从这6个保障项目中选择一种以上参保。

保障项目		赔付的内容
意外事故	住院	被保险人（保险对象）因意外事故住院接受治疗的情况下赔付
	门诊治疗	被保险人（保险对象）因意外事故到医院接受门诊治疗或处方配药的情况下赔付
疾病	住院	被保险人（保险对象）因疾病住院接受治疗的情况下赔付
	门诊治疗	被保险人（保险对象）因疾病到医院接受门诊治疗或处方配药的情况下赔付
综合	住院	被保险人（保险对象）因意外事故或疾病住院接受治疗的情况下赔付
	门诊治疗	被保险人（保险对象）因意外事故或疾病到医院接受门诊治疗或处方配药的情况下赔付

第2条 用语定义

用于本条款的用语的定义如<附件>所示，在本条款中，在相应的用语下用下横线标记。

第2章 公司赔付的事项

第3条 各保障项目赔付内容

公司在本合同的保险期内，对各保障项目进行的赔付或扣除的内容如下。

保障项目	赔付事项	
(1) 意外事故 住院	①对于 <u>被保险人（保险对象）</u> 因意外事故住院接受治疗的情况，公司将如下以每种意外事故的 <u>参保金额</u> （以5,000万韩元为最高限额，由 <u>投保人</u> 指定的金额）为限额赔付住院医疗费。	
	分类	赔付金额
	病房费用, 各项 住院费用, 住院 手术费用	相当于“国民健康保险法中规定的疗养补助或医疗补助法中规定的医疗补助中本人负担金额”与“非补助（高级病房费用差额除外）”部分的合计额的90%的金额（但相当于10%的金额自合同日期或每年保单周年日起年超过200万韩元的情况下，将赔付其超出部

保障项目	赔付事项																						
(1) 意外事故 住院	<table border="1" data-bbox="371 320 1423 521"> <tr> <td data-bbox="371 320 600 521">高级病房费用差额</td> <td data-bbox="600 320 1423 521"> 分的金额)。 从住院时的实际使用病房与普通病房的病房费用差额中扣除50%后的金额(但每日平均金额以10万韩元为限,每日平均金额通过把住院期间高级病房费用全部差额除以总住院天数的方法计算)。 </td> </tr> </table> <p data-bbox="301 528 1433 600">② 第1项的意外事故包括因偶然或暂时吸入、吸收或摄取有毒气体或有毒物质导致的中毒症状。但不包括细菌性食物中毒和因习惯性吸入、吸收或摄取导致的中毒症状。</p> <p data-bbox="301 611 1433 770">③ 被保险人(保险对象)不能适用国民健康保险法或医疗补助法的情况(也包括未经国民健康保险法中规定的疗养补助或医疗补助法中规定的医疗补助手续的情况)下,相当于住院医疗费用中本人实际负担的40%的金额,以每种意外事故参保金额(以5,000万韩元为最高限额,由投保人指定的金额)为限额给予赔付。</p> <p data-bbox="301 781 1433 940">④ 公司对于因一种意外事故(因相同的意外事故接受2次以上的治疗时,也视为一种意外事故)导致的住院医疗费用,自最初住院日起到第365天(包括最初住院日)的费用给予赔付。但因相同的意外事故,自最初住院日起超过365天后住院时,将按如下示例经过90日的不予赔付期间后,才能视为新的意外事故给予赔付。</p> <p data-bbox="770 994 960 1025" style="text-align: center;"><赔付期间示例></p> <table border="1" data-bbox="331 1048 1358 1285" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border: none;">↑</td> <td style="border: none;">↑</td> <td style="border: none;">↑</td> <td style="border: none;">↑</td> <td style="border: none;">↑</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">合同日期</td> <td style="border: none;">最初住院日期</td> <td style="border: none;">(2011. 2. 28)</td> <td style="border: none;">(2011. 5. 29)</td> <td style="border: none;">(2012. 5. 29)</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">(2010. 1. 1)</td> <td style="border: none;">(2010. 3. 1)</td> <td style="border: none;">自2011. 3. 1. 年起</td> <td style="border: none;">自2011. 5. 30. 起</td> <td style="border: none;">自2012. 5. 30. 起</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;">不予赔付</td> <td style="border: none;">重新开始赔付</td> <td style="border: none;"></td> </tr> </table> <p data-bbox="301 1305 1433 1377">⑤ 即使被保险人(保险对象)住院接受治疗的过程中保险期已结束,在继续住院的期间,从保险期截止日起至第180天(保险期截止日除外)将给予赔付。但此时不适用第4项的规定。</p> <p data-bbox="301 1388 1433 1460">⑥ 当被保险人(保险对象)依据医院的员工福利制度减免了应缴纳的医疗费用时,将以减免之前的医疗费用为准计算住院医疗费用。</p>	高级病房费用差额	分的金额)。 从住院时的实际使用病房与普通病房的病房费用差额中扣除50%后的金额(但每日平均金额以10万韩元为限,每日平均金额通过把住院期间高级病房费用全部差额除以总住院天数的方法计算)。	↑	↑	↑	↑	↑	合同日期	最初住院日期	(2011. 2. 28)	(2011. 5. 29)	(2012. 5. 29)	(2010. 1. 1)	(2010. 3. 1)	自2011. 3. 1. 年起	自2011. 5. 30. 起	自2012. 5. 30. 起			不予赔付	重新开始赔付	
	高级病房费用差额	分的金额)。 从住院时的实际使用病房与普通病房的病房费用差额中扣除50%后的金额(但每日平均金额以10万韩元为限,每日平均金额通过把住院期间高级病房费用全部差额除以总住院天数的方法计算)。																					
↑	↑	↑	↑	↑																			
合同日期	最初住院日期	(2011. 2. 28)	(2011. 5. 29)	(2012. 5. 29)																			
(2010. 1. 1)	(2010. 3. 1)	自2011. 3. 1. 年起	自2011. 5. 30. 起	自2012. 5. 30. 起																			
		不予赔付	重新开始赔付																				
(2) 意外事故 门诊治疗	<p data-bbox="301 1592 1433 1704">① 公司对于被保险人(保险对象)因意外事故到医院接受门诊治疗或处方配药的情况,对于门诊治疗医疗费用,以自每年保单周年日起的1年为单位,如下对门诊(各项门诊费用、门诊手术费用)及处方配药费用分别给予赔付。</p> <table border="1" data-bbox="371 1727 1423 1989"> <thead> <tr> <th data-bbox="371 1727 488 1776">分类</th> <th data-bbox="488 1727 1423 1776">赔付限额</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="371 1776 488 1939">门诊</td> <td data-bbox="488 1776 1423 1939">每次门诊治疗时,从“国民健康保险法中规定的疗养补助或医疗补助法中规定的医疗补助中本人负担金额”与“非补助”部分的合计额中扣除<表1各项目扣除金额>后,以门诊的参保金额为限额赔付(每年自保单周年日起1年内,门诊治疗限180次)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="371 1939 488 1989">处方配</td> <td data-bbox="488 1939 1423 1989">对于每个处方,从“国民健康保险法中规定的疗养补助或医疗补助法中规定的</td> </tr> </tbody> </table>	分类	赔付限额	门诊	每次门诊治疗时,从“国民健康保险法中规定的疗养补助或医疗补助法中规定的医疗补助中本人负担金额”与“非补助”部分的合计额中扣除<表1各项目扣除金额>后,以门诊的参保金额为限额赔付(每年自保单周年日起1年内,门诊治疗限180次)	处方配	对于每个处方,从“国民健康保险法中规定的疗养补助或医疗补助法中规定的																
分类	赔付限额																						
门诊	每次门诊治疗时,从“国民健康保险法中规定的疗养补助或医疗补助法中规定的医疗补助中本人负担金额”与“非补助”部分的合计额中扣除<表1各项目扣除金额>后,以门诊的参保金额为限额赔付(每年自保单周年日起1年内,门诊治疗限180次)																						
处方配	对于每个处方,从“国民健康保险法中规定的疗养补助或医疗补助法中规定的																						

保障项目	赔付事项															
(2) 意外事故 门诊治疗	药费用	医疗补助中本人负担金额”与“非补助”部分的合计额中扣除<表1各项目扣除金额>后，以 <u>处方配药费用</u> 的参保金额为限额赔付（每年自 <u>保单周年日</u> 起1年内， <u>门诊治疗</u> 限180次）														
	注）对于 <u>门诊</u> 及 <u>处方配药费用</u> ，合计每次费用后以30万韩元为最高限额，以 <u>投保人</u> 指定的金额为准。															
	<表1 各项目扣除金额>															
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">分类</th> <th style="width: 60%;">项目</th> <th style="width: 25%;">扣除金额</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3" style="text-align: center; vertical-align: middle;">门诊 (各项门诊费用及门诊手术费用合计)</td> <td>依据医疗法第3条第2项第1小项规定的诊所、牙科医院、韩医院，依据医疗法第3条第2项第2小项规定的妇产科医院，依据地区保健法第7条规定的保健站，依据地区保健法第8条规定的保健医疗院，依据地区保健法第10条规定的保健站分站、农渔村等，可提供保健医疗的依据特别处置法第15条规定的保健诊疗所</td> <td style="text-align: center;">1万韩元</td> </tr> <tr> <td>依据医疗法第3条第2项第3小项规定的综合医院、医院、牙科医院、韩方医院、疗养医院</td> <td style="text-align: center;">1万5千韩元</td> </tr> <tr> <td>依据国民健康保险法第40条第2项规定的综合专业疗养机构或依据医疗法第3条第4小项规定的高级综合医院</td> <td style="text-align: center;">2万韩元</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">处方配药费用</td> <td>依据国民健康保险法第40条第1项第2小项规定的<u>药店</u>，同法第40条第1项第3小项规定的韩国珍稀医药品中心的处方、制剂（<u>医生</u>的每个处方、医药分管特例地区<u>药剂师</u>的每次直接配药）</td> <td style="text-align: center;">8千韩元</td> </tr> </tbody> </table>	分类	项目	扣除金额	门诊 (各项门诊费用及门诊手术费用合计)	依据医疗法第3条第2项第1小项规定的诊所、牙科医院、韩医院，依据医疗法第3条第2项第2小项规定的妇产科医院，依据地区保健法第7条规定的保健站，依据地区保健法第8条规定的保健医疗院，依据地区保健法第10条规定的保健站分站、农渔村等，可提供保健医疗的依据特别处置法第15条规定的保健诊疗所	1万韩元	依据医疗法第3条第2项第3小项规定的综合医院、医院、牙科医院、韩方医院、疗养医院	1万5千韩元	依据国民健康保险法第40条第2项规定的综合专业疗养机构或依据医疗法第3条第4小项规定的高级综合医院	2万韩元	处方配药费用	依据国民健康保险法第40条第1项第2小项规定的 <u>药店</u> ，同法第40条第1项第3小项规定的韩国珍稀医药品中心的处方、制剂（ <u>医生</u> 的每个处方、医药分管特例地区 <u>药剂师</u> 的每次直接配药）	8千韩元		
	分类	项目	扣除金额													
门诊 (各项门诊费用及门诊手术费用合计)	依据医疗法第3条第2项第1小项规定的诊所、牙科医院、韩医院，依据医疗法第3条第2项第2小项规定的妇产科医院，依据地区保健法第7条规定的保健站，依据地区保健法第8条规定的保健医疗院，依据地区保健法第10条规定的保健站分站、农渔村等，可提供保健医疗的依据特别处置法第15条规定的保健诊疗所	1万韩元														
	依据医疗法第3条第2项第3小项规定的综合医院、医院、牙科医院、韩方医院、疗养医院	1万5千韩元														
	依据国民健康保险法第40条第2项规定的综合专业疗养机构或依据医疗法第3条第4小项规定的高级综合医院	2万韩元														
处方配药费用	依据国民健康保险法第40条第1项第2小项规定的 <u>药店</u> ，同法第40条第1项第3小项规定的韩国珍稀医药品中心的处方、制剂（ <u>医生</u> 的每个处方、医药分管特例地区 <u>药剂师</u> 的每次直接配药）	8千韩元														
② 即使被保险人（保险对象）在 <u>门诊治疗</u> 过程中 <u>保险期</u> 已结束，对于继续接受 <u>门诊治疗</u> 的期间，自 <u>保险期</u> 截止日起的180天内， <u>门诊治疗</u> 限90次， <u>处方配药费用</u> 限90个处方给予赔付。																
<赔付期间示例>																
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="border-right: 1px dashed black; padding: 5px;">赔付对象期间 (1年)</td> <td style="border-right: 1px dashed black; padding: 5px;">赔付对象期间 (1年)</td> <td style="border-right: 1px dashed black; padding: 5px;">赔付对象期间 (1年)</td> <td style="border-right: 1px dashed black; padding: 5px;">额外赔付 (180日)</td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px dashed black; padding: 5px;">↑</td> <td style="border-right: 1px dashed black; padding: 5px;">↑</td> <td style="border-right: 1px dashed black; padding: 5px;">↑</td> <td style="border-right: 1px dashed black; padding: 5px;">↑</td> <td style="padding: 5px;">↑</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px dashed black; padding: 5px;">合同日期 (2010. 1. 1)</td> <td style="border-right: 1px dashed black; padding: 5px;">保单周年日 (2011. 1. 1)</td> <td style="border-right: 1px dashed black; padding: 5px;">保单周年日 (2012. 1. 1)</td> <td style="border-right: 1px dashed black; padding: 5px;">保险期截止日 (2012. 12. 31)</td> <td style="padding: 5px;">赔付结束 (2013. 6. 29.)</td> </tr> </table>		赔付对象期间 (1年)	赔付对象期间 (1年)	赔付对象期间 (1年)	额外赔付 (180日)		↑	↑	↑	↑	↑	合同日期 (2010. 1. 1)	保单周年日 (2011. 1. 1)	保单周年日 (2012. 1. 1)	保险期截止日 (2012. 12. 31)	赔付结束 (2013. 6. 29.)
赔付对象期间 (1年)	赔付对象期间 (1年)	赔付对象期间 (1年)	额外赔付 (180日)													
↑	↑	↑	↑	↑												
合同日期 (2010. 1. 1)	保单周年日 (2011. 1. 1)	保单周年日 (2012. 1. 1)	保险期截止日 (2012. 12. 31)	赔付结束 (2013. 6. 29.)												
③ 因一种 <u>意外事故</u> 而以相同的治疗目的1天2次以上到 <u>医疗机构</u> 接受 <u>门诊治疗</u> 时（包括因一种 <u>意外事故</u> 在 <u>药店</u> 2次以上 <u>处方配药</u> 的情况），均将视为1次 <u>门诊治疗</u> 及1个处方，并适用第1项及第2项的规定。																
④ 第1项的 <u>意外事故</u> 包括因偶然或暂时吸入、吸收或摄取有毒气体或有毒物质导致的中毒症状。但不包括细菌性食物中毒和因习惯性吸入、吸收或摄取导致的中毒症状。																
⑤ 被保险人（保险对象）不能适用国民健康保险法或医疗补助法的情况（也包括未经国民健康保险法中规定的疗养补助或医疗补助法中规定的医疗补助手续的情况）下，把从相当于 <u>门诊治疗</u> <u>医疗费用</u> 中本人实际负担金额中扣除 <表1各项目扣除金额>的40%的金额作为 <u>门诊</u> 及 <u>处方配药费用</u> ，以参保金额（对于 <u>门诊</u> 及 <u>处方配药费用</u> ，合计每次费用，以30万韩元为最高限额，以 <u>投保</u>																

保障项目	赔付事项																										
(2) 意外事故 门诊治疗	<p>人指定的金额为准)为限额给予赔付。</p> <p>⑥ 被保险人(保险对象)依据医院或药店的员工福利制度减免应缴纳的医疗费用时,将以减免之前的医疗费用为准计算门诊治疗医疗费用。</p>																										
(3) 疾病住院	<p>① 公司对于被保险人(保险对象)因疾病住院接受治疗的情况,对于住院医疗费用,将以如下一种疾病的参保金额(以5,000万韩元为最高限额,由投保人指定的金额)为限额给予赔付。</p> <table border="1" data-bbox="379 728 1423 1137"> <thead> <tr> <th data-bbox="379 728 598 772">分类</th> <th data-bbox="598 728 1423 772">赔付金额</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="379 772 598 967">病房费用, 各项住院费用, 住院手术费用</td> <td data-bbox="598 772 1423 967">相当于“国民健康保险法中规定的疗养补助或医疗补助法中规定的医疗补助中本人负担金额”与“非补助(高级病房费用差额除外)”部分合计额的90%的金额(但相当于10%的金额自合同日期或每年保单周年日起年超过200万韩元时,对于超出金额将给予赔付)。</td> </tr> <tr> <td data-bbox="379 967 598 1137">高级病房费用差额</td> <td data-bbox="598 967 1423 1137">从住院时的实际使用病房与普通病房的病房费用差额中扣除50%后的金额(但每日平均金额以10万韩元为限,每日平均金额通过把住院期间高级病房费用全部差额除以总住院天数的方法计算)。</td> </tr> </tbody> </table> <p>② 第1项的疾病中,因投保申请中属于“合同签订前告知义务(仅限重要事项)”的疾病而在过去(指投保申请中相应疾病的告知对象期间)接受过诊断或治疗的情况除外。</p> <p>③ 被保险人(保险对象)不能适用国民健康保险法或医疗补助法的情况(也包括未经国民健康保险法中规定的疗养补助或医疗补助法中规定的医疗补助手续的情况)下,对于相当于住院医疗费用中本人实际负担金额的40%的金额,以一种疾病的参保金额(以5,000万韩元为最高限额,由投保人指定的金额)为限额给予赔付。</p> <p>④ 公司对于因相同的疾病或一种疾病(把医生判断医学上存在关联的疾病视为相同的疾病,因相同的疾病接受2次以上的治疗时,视为一种疾病)导致的住院医疗费用,自最初住院日起到第365天(包括最初住院日)的费用给予赔付。但因相同的疾病,自最初住院日起超过365天后住院时,将按如下示例经过90日的不予赔付期间后,才能视为因新的疾病而住院,再给予赔付。</p> <p style="text-align: center;"><赔付期间示例></p> <table border="1" data-bbox="331 1635 1356 1848"> <thead> <tr> <th></th> <th>赔付对象期间 (365日)</th> <th>不予赔付 (90日)</th> <th>赔付对象期间 (365日)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>合同日期 (2010. 1. 1)</td> <td>最初住院日期 (2010. 3. 1)</td> <td>(2011. 2. 28)</td> <td>(2011. 5. 29)</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>自2011. 3. 1. 起 不予赔付</td> <td>自2011. 5. 30. 起 重新开始赔付</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>(2012. 5. 29)</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>自2012. 5. 30. 起 不予赔付</td> </tr> </tbody> </table> <p>⑤ 即使被保险人(保险对象)住院接受治疗的过程中保险期已结束,对于继续住院接受治疗期间,自保险期截止日起的180天内(保险期截止日除外)给予赔付。但此时不适用第4项。</p> <p>⑥ 被保险人(保险对象)依据医院的员工福利制度减免应缴纳的医疗费用时,将以减免之前的</p>	分类	赔付金额	病房费用, 各项住院费用, 住院手术费用	相当于“国民健康保险法中规定的疗养补助或医疗补助法中规定的医疗补助中本人负担金额”与“非补助(高级病房费用差额除外)”部分合计额的90%的金额(但相当于10%的金额自合同日期或每年保单周年日起年超过200万韩元时,对于超出金额将给予赔付)。	高级病房费用差额	从住院时的实际使用病房与普通病房的病房费用差额中扣除50%后的金额(但每日平均金额以10万韩元为限,每日平均金额通过把住院期间高级病房费用全部差额除以总住院天数的方法计算)。		赔付对象期间 (365日)	不予赔付 (90日)	赔付对象期间 (365日)	合同日期 (2010. 1. 1)	最初住院日期 (2010. 3. 1)	(2011. 2. 28)	(2011. 5. 29)			自2011. 3. 1. 起 不予赔付	自2011. 5. 30. 起 重新开始赔付				(2012. 5. 29)				自2012. 5. 30. 起 不予赔付
分类	赔付金额																										
病房费用, 各项住院费用, 住院手术费用	相当于“国民健康保险法中规定的疗养补助或医疗补助法中规定的医疗补助中本人负担金额”与“非补助(高级病房费用差额除外)”部分合计额的90%的金额(但相当于10%的金额自合同日期或每年保单周年日起年超过200万韩元时,对于超出金额将给予赔付)。																										
高级病房费用差额	从住院时的实际使用病房与普通病房的病房费用差额中扣除50%后的金额(但每日平均金额以10万韩元为限,每日平均金额通过把住院期间高级病房费用全部差额除以总住院天数的方法计算)。																										
	赔付对象期间 (365日)	不予赔付 (90日)	赔付对象期间 (365日)																								
合同日期 (2010. 1. 1)	最初住院日期 (2010. 3. 1)	(2011. 2. 28)	(2011. 5. 29)																								
		自2011. 3. 1. 起 不予赔付	自2011. 5. 30. 起 重新开始赔付																								
			(2012. 5. 29)																								
			自2012. 5. 30. 起 不予赔付																								

保障项目	赔付事项												
(3) 疾病住院	<p>医疗费用为准计算住院医疗费用。</p> <p>⑦ 相同的疾病指发病原因相同的疾病（包括医学上存在重要关联的疾病），因治疗疾病的过程中发生的并发症或新发现得疾病而并行治疗或患有在医学上并无关联的多种疾病的状态下住院时，视为相同的疾病。</p> <p>⑧ 尽管存在第2项的规定，即使为申请投保之前已确诊的疾病，但投保申请后的5年期间（包括合同自动更新并超过5年的情况），不存在因该疾病接受额外的诊断（单纯的体检除外）或治疗的事实时，从投保申请日起经过5年后，依据本条款给予赔付。</p> <p>⑨ 第8项中的“投保申请后的5年期间”指本条款第14条（拖欠保险费时催缴与合同的解除）中规定的不发生合同的解除的情况。</p> <p>⑩ 本条款第15条（因拖欠保险费解除的合同的重新生效）中规定的合同重新生效后，将第8项的投保申请日作为重新生效日。</p>												
(4) 疾病门诊治疗	<p>① 公司对于被保险人（保险对象）因疾病到医院接受门诊治疗或处方配药的情况，对于门诊治疗医疗费用，以自每年保单周年日起的1年为单位，如下对门诊（各项门诊费用、门诊手术费用）及处方配药费用分别给予赔付。</p> <table border="1" data-bbox="375 1294 1428 1668"> <thead> <tr> <th>分类</th> <th>赔付限额</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>门诊</td> <td>每次门诊治疗时，从“国民健康保险法中规定的疗养补助或医疗补助法中规定的医疗补助中本人负担金额”与“非补助”部分的合计额中扣除<表1各项目扣除金额>后，以门诊的参保金额为限额赔付（每年自保单周年日起1年内，门诊治疗限180次）</td> </tr> <tr> <td>处方配药费用</td> <td>对于每个处方，从“国民健康保险法中规定的疗养补助或医疗补助法中规定的医疗补助中本人负担金额”与“非补助”部分的合计额中扣除<表1各项目扣除金额>后，以处方配药费用的参保金额为限额赔付（每年自保单周年日起1年内，门诊治疗限180次）</td> </tr> </tbody> </table> <p>注）对于门诊及处方配药费用，合计每次费用后以30万韩元为最高限额，以投保人指定的金额为准。</p> <p style="text-align: center;"><表1 各项目扣除金额></p> <table border="1" data-bbox="311 1809 1359 1989"> <thead> <tr> <th>分类</th> <th>项目</th> <th>扣除金额</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>门诊 (各项门诊费)</td> <td>依据医疗法第3条第2项第1小项规定的诊所、牙科医院、韩医院，依据医疗法第3条第2项第2小项规定的妇产科医院，依据</td> <td>1万韩元</td> </tr> </tbody> </table>	分类	赔付限额	门诊	每次门诊治疗时，从“国民健康保险法中规定的疗养补助或医疗补助法中规定的医疗补助中本人负担金额”与“非补助”部分的合计额中扣除<表1各项目扣除金额>后，以门诊的参保金额为限额赔付（每年自保单周年日起1年内，门诊治疗限180次）	处方配药费用	对于每个处方，从“国民健康保险法中规定的疗养补助或医疗补助法中规定的医疗补助中本人负担金额”与“非补助”部分的合计额中扣除<表1各项目扣除金额>后，以处方配药费用的参保金额为限额赔付（每年自保单周年日起1年内，门诊治疗限180次）	分类	项目	扣除金额	门诊 (各项门诊费)	依据医疗法第3条第2项第1小项规定的诊所、牙科医院、韩医院，依据医疗法第3条第2项第2小项规定的妇产科医院，依据	1万韩元
分类	赔付限额												
门诊	每次门诊治疗时，从“国民健康保险法中规定的疗养补助或医疗补助法中规定的医疗补助中本人负担金额”与“非补助”部分的合计额中扣除<表1各项目扣除金额>后，以门诊的参保金额为限额赔付（每年自保单周年日起1年内，门诊治疗限180次）												
处方配药费用	对于每个处方，从“国民健康保险法中规定的疗养补助或医疗补助法中规定的医疗补助中本人负担金额”与“非补助”部分的合计额中扣除<表1各项目扣除金额>后，以处方配药费用的参保金额为限额赔付（每年自保单周年日起1年内，门诊治疗限180次）												
分类	项目	扣除金额											
门诊 (各项门诊费)	依据医疗法第3条第2项第1小项规定的诊所、牙科医院、韩医院，依据医疗法第3条第2项第2小项规定的妇产科医院，依据	1万韩元											

保障项目	赔付事项																		
	用及门诊手术	地区保健法第7条规定的保健站，依据地区保健法第8条规定的保健医疗院，依据地区保健法第10条规定的保健站分站、农渔村等，可提供保健医疗的依据特别处置法第15条规定的保健诊疗所																	
	费用合计)	依据医疗法第3条第2项第3小项规定的综合医院、医院、牙科医院、韩方医院、疗养医院	1万 5千韩元																
		依据国民健康保险法第40条第2项规定的综合专业疗养机构或依据医疗法第3条第4小项规定的高级综合医院	2万韩元																
	处方配药费用	依据国民健康保险法第40条第1项第2小项规定的药店，同法第40条第1项第3小项规定的韩国珍稀医药品中心的处方、制剂（医生的每个处方、医药分管特例地区药剂师的每次直接配药）	8千韩元																
(4) 疾病门诊 治疗	② 即使被保险人（保险对象）在门诊治疗过程中保险期已结束，对于继续接受门诊治疗的期间，自保险期截止日起的180天内，门诊治疗限90次，处方配药费用限90个处方给予赔付。																		
	<赔付期间示例>																		
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">赔付对象期间 (1年)</th> <th style="width: 25%;">赔付对象期间 (1年)</th> <th style="width: 25%;">赔付对象期间 (1年)</th> <th style="width: 25%;">额外赔付 (180日)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">↑</td> <td style="text-align: center;">↑</td> <td style="text-align: center;">↑</td> <td style="text-align: center;">↑</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">合同日期 (2010. 1. 1)</td> <td style="text-align: center;">保单周年日 (2011. 1. 1)</td> <td style="text-align: center;">保单周年日 (2012. 1. 1)</td> <td style="text-align: center;">保险期截止日 (2012. 12. 31)</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">赔付结束 (2013. 6. 29.)</td> </tr> </tbody> </table>			赔付对象期间 (1年)	赔付对象期间 (1年)	赔付对象期间 (1年)	额外赔付 (180日)	↑	↑	↑	↑	合同日期 (2010. 1. 1)	保单周年日 (2011. 1. 1)	保单周年日 (2012. 1. 1)	保险期截止日 (2012. 12. 31)				赔付结束 (2013. 6. 29.)
	赔付对象期间 (1年)	赔付对象期间 (1年)	赔付对象期间 (1年)	额外赔付 (180日)															
	↑	↑	↑	↑															
	合同日期 (2010. 1. 1)	保单周年日 (2011. 1. 1)	保单周年日 (2012. 1. 1)	保险期截止日 (2012. 12. 31)															
				赔付结束 (2013. 6. 29.)															
	③ 因一种疾病而以相同的治疗目的1天2次以上到医疗机构接受门诊治疗时（包括因一种疾病在药店2次以上处方配药的情况），均将视为1次门诊治疗及1个处方，并适用第1项及第2项的规定。																		
	④ 第1项的疾病中，因投保申请中属于“合同签订前告知义务（仅限重要事项）”的疾病而在过去（指投保申请中相应疾病的告知对象期间）接受过诊断或治疗的情况除外。																		
	⑤ 被保险人（保险对象）不能适用国民健康保险法或医疗补助法的情况（也包括未经国民健康保险法中规定的疗养补助或医疗补助法中规定的医疗补助手续的情况）下，对于相当于门诊治疗医疗费用中本人实际负担金额的40%的金额作为门诊及处方配药费用，以参保金额（对于门诊及处方配药费用，合计每次费用，以30万韩元为最高限额，以投保人指定的金额为准）为限额给予赔付。																		
⑥ 被保险人（保险对象）依据医院或药店的员工福利制度减免应缴纳的医疗费用时，将以减免之前的医疗费用为准计算门诊治疗医疗费用。																			
⑦ 尽管存在第4项的规定，即使为申请投保之前已确诊的疾病，但投保申请后的5年期间（包括合同自动更新并超过5年的情况），不存在因该疾病接受额外的诊断（单纯的体检除外）或治疗的事实时，从投保申请日起经过5年后，依据本条款给予赔付。																			
⑧ 第7项中的“投保申请后的5年期间”指本条款第14条（拖欠保险费时催缴与合同的解除）中																			

保障项目	赔付事项																										
(4) 疾病门诊 治疗	<p>规定的不发生<u>合同解除</u>的情况。</p> <p>⑨本条款第15条（因拖欠保险费解除的<u>合同重新生效</u>）中规定的<u>合同重新生效</u>后，将第7项的投保申请日作为重新生效日。</p>																										
(5) 综合住院	<p>① 公司对于被保险人（保险对象）因意外事故或疾病住院接受治疗的情况，对于住院医疗费用，如下以参保金额（每个意外事故、疾病，分别以5,000万韩元为最高限额，以投保人指定的金额为准）为限额给予赔付。</p> <table border="1" data-bbox="370 660 1423 1041"> <thead> <tr> <th>分类</th> <th>赔付金额</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>病房费用，各项住院费用，住院手术费用</td> <td>相当于“国民健康保险法中规定的疗养补助或医疗补助法中规定的医疗补助中本人负担金额”与“非补助（高级病房费用差额除外）”部分的合计额的90%的金额（但相当于10%的金额自合同日期或每年保单周年日起超过200万韩元的情况下，将赔付其超出部分的金额）。</td> </tr> <tr> <td>高级病房费用差额</td> <td>从住院时的实际使用病房与普通病房的病房费用差额中扣除50%后的金额（但每日平均金额以10万韩元为限，每日平均金额通过把住院期间高级病房费用全部差额除以总住院天数的方法计算）。</td> </tr> </tbody> </table> <p>② 第1项的意外事故包括因偶然或暂时吸入、吸收或摄取有毒气体或有毒物质导致的中毒症状。但不包括细菌性食物中毒和因习惯性吸入、吸收或摄取导致的中毒症状。</p> <p>③ 第1项的疾病中，因投保申请中属于“合同签订前告知义务（仅限重要事项）”的疾病而在过去（指投保申请中相应疾病的告知对象期间）接受过诊断或治疗的情况除外。</p> <p>④ 被保险人（保险对象）不能适用国民健康保险法或医疗补助法的情况（也包括未经国民健康保险法中规定的疗养补助或医疗补助法中规定的医疗补助手续的情况）下，相当于住院医疗费用中本人实际负担的40%的金额，以参保金额（每个意外事故、疾病，分别以5,000万韩元为最高限额，由投保人指定的金额为准）为限额给予赔付。</p> <p>⑤ 公司对于因一种意外事故（因相同的意外事故接受2次以上的治疗时，也视为一种意外事故）、相同的疾病或一种疾病（把医生判断医学上存在关联的疾病视为相同的疾病，因相同的疾病接受2次以上的治疗时，视为一种疾病）导致的住院医疗费用，自最初住院日起到第365天（包括最初住院日）的费用给予赔付。但自最初住院日起超过365天后住院时，将按如下示例经过90日的不予赔付期间后，才能视为新的意外事故或疾病给予赔付。</p> <p style="text-align: center;"><赔付期间示例></p> <table border="1" data-bbox="331 1624 1356 1870"> <thead> <tr> <th></th> <th>赔付对象期间 (365日)</th> <th>不予赔付 (90日)</th> <th>赔付对象期间 (365日)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>合同日 (2010. 1. 1)</td> <td>最初住院日 (2010. 3. 1)</td> <td>(2011. 2. 28)</td> <td>(2011. 5. 29)</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>自2011. 3. 1. 起 不予赔付</td> <td>自2011. 5. 30. 起 重新开始赔付</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>(2012. 5. 29)</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>自2012. 5. 30. 起 不予赔付</td> </tr> </tbody> </table>	分类	赔付金额	病房费用，各项住院费用，住院手术费用	相当于“国民健康保险法中规定的疗养补助或医疗补助法中规定的医疗补助中本人负担金额”与“非补助（高级病房费用差额除外）”部分的合计额的90%的金额（但相当于10%的金额自合同日期或每年保单周年日起超过200万韩元的情况下，将赔付其超出部分的金额）。	高级病房费用差额	从住院时的实际使用病房与普通病房的病房费用差额中扣除50%后的金额（但每日平均金额以10万韩元为限，每日平均金额通过把住院期间高级病房费用全部差额除以总住院天数的方法计算）。		赔付对象期间 (365日)	不予赔付 (90日)	赔付对象期间 (365日)	合同日 (2010. 1. 1)	最初住院日 (2010. 3. 1)	(2011. 2. 28)	(2011. 5. 29)			自2011. 3. 1. 起 不予赔付	自2011. 5. 30. 起 重新开始赔付				(2012. 5. 29)				自2012. 5. 30. 起 不予赔付
分类	赔付金额																										
病房费用，各项住院费用，住院手术费用	相当于“国民健康保险法中规定的疗养补助或医疗补助法中规定的医疗补助中本人负担金额”与“非补助（高级病房费用差额除外）”部分的合计额的90%的金额（但相当于10%的金额自合同日期或每年保单周年日起超过200万韩元的情况下，将赔付其超出部分的金额）。																										
高级病房费用差额	从住院时的实际使用病房与普通病房的病房费用差额中扣除50%后的金额（但每日平均金额以10万韩元为限，每日平均金额通过把住院期间高级病房费用全部差额除以总住院天数的方法计算）。																										
	赔付对象期间 (365日)	不予赔付 (90日)	赔付对象期间 (365日)																								
合同日 (2010. 1. 1)	最初住院日 (2010. 3. 1)	(2011. 2. 28)	(2011. 5. 29)																								
		自2011. 3. 1. 起 不予赔付	自2011. 5. 30. 起 重新开始赔付																								
			(2012. 5. 29)																								
			自2012. 5. 30. 起 不予赔付																								

保障项目	赔付事项												
(5) 综合住院	<p>⑥ 即使被保险人(保险对象)住院接受治疗的过程中保险期已结束,对于继续住院接受治疗期间,自保险期截止日起的180天内(保险期截止日除外)给予赔付。但此时不适用第5项。</p> <p>⑦ 被保险人(保险对象)依据医院的员工福利制度减免应缴纳的医疗费用时,将以减免之前的医疗费用为准计算住院医疗费用。</p> <p>⑧ 相同的疾病指发病原因相同的疾病(包括医学上存在重要关联的疾病),因治疗疾病的过程中发生的并发症或新发现得疾病而并行治疗或患有在医学上并无关联的多种疾病的状态下住院时,视为相同的疾病。</p> <p>⑨ 尽管存在第3项的规定,即使为申请投保之前已确诊的疾病,但投保申请后的5年期间(包括合同自动更新并超过5年的情况),不存在因该疾病接受额外的诊断(单纯的体检除外)或治疗的事实时,从投保申请日起经过5年后,依据本条款给予赔付。</p> <p>⑩ 第9项中的“投保申请后的5年期间”指本条款第14条(拖欠保险费时催缴与合同的解除)中规定的不发生合同的解除的情况。</p> <p>⑪ 本条款第15条(因拖欠保险费解除的合同的重新生效)中规定的合同重新生效后,将第9项的投保申请日作为重新生效日。</p>												
(6) 综合门诊治疗	<p>① 公司对于被保险人(保险对象)因意外事故或疾病到医院接受门诊治疗或处方配药的情况,对于门诊治疗医疗费用,以自每年保单周年日起的1年为单位,如下对门诊(各项门诊费用、门诊手术费用)及处方配药费用分别给予赔付。</p> <table border="1" data-bbox="375 1294 1423 1668"> <thead> <tr> <th>分类</th> <th>赔付限额</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>门诊</td> <td>每次门诊治疗时,从“国民健康保险法中规定的疗养补助或医疗补助法中规定的医疗补助中本人负担金额”与“非补助”部分的合计额中扣除<表1 各项目扣除金额>后,以门诊的参保金额为限额赔付(每年自保单周年日起1年内,门诊治疗限180次)</td> </tr> <tr> <td>处方配药费用</td> <td>对于每个处方,从“国民健康保险法中规定的疗养补助或医疗补助法中规定的医疗补助中本人负担金额”与“非补助”部分的合计额中扣除<表1 各项目扣除金额>后,以处方配药费用的参保金额为限额赔付(每年自保单周年日起1年内,门诊治疗限180次)</td> </tr> </tbody> </table> <p>注)对于门诊及处方配药费用,合计每次费用后以30万韩元为最高限额,以投保人指定的金额为准。</p> <p style="text-align: center;"><表1 各项目扣除金额></p> <table border="1" data-bbox="311 1809 1353 1989"> <thead> <tr> <th>分类</th> <th>项目</th> <th>扣除金额</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>门诊 (各项门诊费)</td> <td>依据医疗法第3条第2项第1小项规定的诊所、牙科医院、韩医院,依据医疗法第3条第2项第2小项规定的妇产科医院,依据</td> <td>1万韩元</td> </tr> </tbody> </table>	分类	赔付限额	门诊	每次门诊治疗时,从“国民健康保险法中规定的疗养补助或医疗补助法中规定的医疗补助中本人负担金额”与“非补助”部分的合计额中扣除<表1 各项目扣除金额>后,以门诊的参保金额为限额赔付(每年自保单周年日起1年内,门诊治疗限180次)	处方配药费用	对于每个处方,从“国民健康保险法中规定的疗养补助或医疗补助法中规定的医疗补助中本人负担金额”与“非补助”部分的合计额中扣除<表1 各项目扣除金额>后,以处方配药费用的参保金额为限额赔付(每年自保单周年日起1年内,门诊治疗限180次)	分类	项目	扣除金额	门诊 (各项门诊费)	依据医疗法第3条第2项第1小项规定的诊所、牙科医院、韩医院,依据医疗法第3条第2项第2小项规定的妇产科医院,依据	1万韩元
分类	赔付限额												
门诊	每次门诊治疗时,从“国民健康保险法中规定的疗养补助或医疗补助法中规定的医疗补助中本人负担金额”与“非补助”部分的合计额中扣除<表1 各项目扣除金额>后,以门诊的参保金额为限额赔付(每年自保单周年日起1年内,门诊治疗限180次)												
处方配药费用	对于每个处方,从“国民健康保险法中规定的疗养补助或医疗补助法中规定的医疗补助中本人负担金额”与“非补助”部分的合计额中扣除<表1 各项目扣除金额>后,以处方配药费用的参保金额为限额赔付(每年自保单周年日起1年内,门诊治疗限180次)												
分类	项目	扣除金额											
门诊 (各项门诊费)	依据医疗法第3条第2项第1小项规定的诊所、牙科医院、韩医院,依据医疗法第3条第2项第2小项规定的妇产科医院,依据	1万韩元											

保障项目	赔付事项																		
(6) 综合门诊 治疗	用及门诊手术 费用合计)	地区保健法第7条规定的保健站，依据地区保健法第8条规定的保健医疗院，依据地区保健法第10条规定的保健站分站、农渔村等，可提供保健医疗的依据特别处置法第15条规定的保健诊疗所																	
		依据医疗法第3条第2项第3小项规定的综合医院、医院、牙科医院、韩方医院、疗养医院	1万 5千韩元																
		依据国民健康保险法第40条第2项规定的综合专业疗养机构或依据医疗法第3条第4小项规定的高级综合医院	2万韩元																
	处方配药费用	依据国民健康保险法第40条第1项第2小项规定的药店，同法第40条第1项第3小项规定的韩国珍稀医药品中心的处方、制剂（医生的每个处方、医药分管特例地区药剂师的每次直接配药）	8千韩元																
<p>② 第1项的意外事故包括因偶然或暂时吸入、吸收或摄取有毒气体或有毒物质导致的中毒症状。但不包括细菌性食物中毒和因习惯性吸入、吸收或摄取导致的中毒症状。</p> <p>③ 第1项的疾病中，因投保申请中属于“合同签订前告知义务（仅限重要事项）”的疾病而在过去（指投保申请中相应疾病的告知对象期间）接受过诊断或治疗的情况除外。</p> <p>④ 被保险人（保险对象）不能适用国民健康保险法或医疗补助法的情况（也包括未经国民健康保险法中规定的疗养补助或医疗补助法中规定的医疗补助手续的情况）下，相当于门诊治疗医疗费用中本人实际负担金额中扣除扣除<表1 各项目扣除金额>后的40%的金额作为门诊及处方配药费用，以参保金额（对于门诊及处方配药费用，合计每次费用，以30万韩元为最高限额，以投保人指定的金额为准）为限额给予赔付。</p> <p>⑤ 即使被保险人（保险对象）在门诊治疗过程中保险期已结束，对于继续接受门诊治疗的期间，自保险期截止日起的180天内，门诊治疗限90次，处方配药费用限90个处方给予赔付。</p>																			
<p><赔付期间示例></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">赔付对象期间 (1年)</th> <th style="width: 25%;">赔付对象期间 (1年)</th> <th style="width: 25%;">赔付对象期间 (1年)</th> <th style="width: 25%;">额外赔付 (180日)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">↑</td> <td style="text-align: center;">↑</td> <td style="text-align: center;">↑</td> <td style="text-align: center;">↑</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">合同日期 (2010. 1. 1)</td> <td style="text-align: center;">保单周年日 (2011. 1. 1)</td> <td style="text-align: center;">保单周年日 (2012. 1. 1)</td> <td style="text-align: center;">保险期截止日 (2012. 12. 31)</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">赔付结束 (2013. 6. 29.)</td> </tr> </tbody> </table>				赔付对象期间 (1年)	赔付对象期间 (1年)	赔付对象期间 (1年)	额外赔付 (180日)	↑	↑	↑	↑	合同日期 (2010. 1. 1)	保单周年日 (2011. 1. 1)	保单周年日 (2012. 1. 1)	保险期截止日 (2012. 12. 31)				赔付结束 (2013. 6. 29.)
赔付对象期间 (1年)	赔付对象期间 (1年)	赔付对象期间 (1年)	额外赔付 (180日)																
↑	↑	↑	↑																
合同日期 (2010. 1. 1)	保单周年日 (2011. 1. 1)	保单周年日 (2012. 1. 1)	保险期截止日 (2012. 12. 31)																
			赔付结束 (2013. 6. 29.)																
<p>⑥ 因一种意外事故或一种疾病而以相同的治疗目的1天2次以上到医疗机构接受门诊治疗时（包括因一种意外事故或疾病在药店2次以上处方配药的情况），均将视为1次门诊治疗及1个处方，并适用第1项及第5项的规定。</p> <p>⑦ 被保险人（保险对象）依据医院或药店的员工福利制度减免应缴纳的医疗费用时，将以减免之前的医疗费用为准计算门诊医疗费用。</p> <p>⑧ 尽管存在第3项的规定，即使为申请投保之前已确诊的疾病，但投保申请后的5年期间（包括</p>																			

保障项目	赔付事项
(6) 综合门诊 治疗	<p>合同自动更新并超过5年的情况），不存在因该疾病接受额外的诊断（单纯的体检除外）或治疗的事实时，从投保申请日起经过5年后，依据本条款给予赔付。</p> <p>⑨ 第8项中的“投保申请后的5年期间”指本条款第14条（拖欠保险费时催缴与合同的解除）中规定的不发生<u>合同</u>的解除的情况。</p> <p>⑩ 本条款第15条（因拖欠保险费解除的<u>合同</u>的重新生效）中规定的<u>合同</u>重新生效后，将第8项的投保申请日作为重新生效日。</p>

第3章 公司不予赔付的事项

第4条 不予赔付的事项

公司不予赔付的事项如下所示。

保障项目	不予赔付的事项
(1) 意外事故住院	<p>① 公司对于因如下事由发生的住院医疗费用将不予赔付。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 因<u>保险受益人</u>故意产生的赔付事由。但该<u>保险受益人</u>为保险金的部分<u>保险受益人</u>的情况下，除相应于该<u>保险受益人</u>的保险金以外的其余保险金，将赔付给其他<u>保险受益人</u>。 2. 因<u>投保人</u>故意产生的赔付事由。 3. 因<u>被保险人（保险对象）</u>故意产生的赔付事由。但可证明<u>被保险人（保险对象）</u>因精神障碍等原因导致无法自由判断的状态下伤害到自身的事实时，将赔付保险金。 4. <u>被保险人（保险对象）</u>怀孕、分娩（含剖腹产）、产后住院的情况。但属于公司保障的因意外事故发生的保险金赔付事由时，将赔付保险金。 5. 战争、外国行使武力、革命、内乱、事变、暴动。 6. 当<u>被保险人（保险对象）</u>无正当理由，在住院期间不遵从<u>医生</u>的指示时，<u>公司</u>对于因此而导致恶化的部分，将不予赔付。 <p>② 如无其他约定，<u>公司</u>对于<u>被保险人（保险对象）</u>以职业、职务或俱乐部活动为目的，因以下列举的行为产生的意外事故，将不予赔付。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 专业攀登（指使用专业登山用具攀岩或攀冰，或需要特殊技术、经验、提前训练的攀登）、操纵滑翔机、跳伞运动、水肺潜水、滑翔翼 2. 摩托艇、汽车或摩托车比赛、示范、表演（包括为此的练习）或试驾（但在公共道路上试驾期间发生的意外事故将给予赔付） 3. 船舶乘务员、渔夫、船夫及其他以搭乘船舶为职的人因工作在船舶上搭乘的期间 <p>③ <u>公司</u>对于以下住院医疗费用将不予赔付。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 在牙科治疗、韩方治疗中产生的不属于国民健康保险法中<u>疗养补助</u>的非补助医疗费用 2. 为国民健康保险法的<u>疗养补助</u>中本人负担金额的情况下，依据国民健康保险相关法令，可由国民健康保险公团事前或事后返还的金额（本人负担金额上限制）

保障项目	不予赔付的事项
(1) 意外事故住院	<p>3. 为医疗补助法的医疗补助中本人负担金额的情况下，依据医疗补助相关法令，可由医疗补助基金事前或事后返还的金额（医疗补助法中本人负担金额赔付制及本人负担金额上限制）</p> <p>4. 体检、预防接种、人工流产。但以治疗<u>公司</u>可给予赔付的<u>意外事故</u>为目的时，将给予赔付</p> <p>5. 服用营养剂、多种维生素、荷尔蒙，服用补药，有关亲子鉴定诊断、不孕检查、不孕手术、不孕复原手术、辅助生殖手术（包括体内、体外人工受精）、促进生长相关费用所需的费用。但以治疗<u>公司</u>可给予赔付的<u>意外事故</u>为目的时，将给予赔付。</p> <p>6. 假牙、假肢、假眼、眼镜、隐形眼镜、助听器、双拐、吊带（Arm Sling）、辅助器材等诊疗材料的购买及替代费用（但人工器官或部分假牙等移植到身体中替代机能的情况除外）</p> <p>7. 以改善外貌为目的进行的治疗所产生的医疗费用</p> <p>A. 双眼皮手术（双睑手术）、鼻部整形手术（隆鼻手术）、隆胸缩胸手术、吸脂手术、除皱手术等</p> <p>B. 为斜视矫正、眼距过宽的矫正等视觉系统手术，不以改善视力为目的，而是以改善外貌为目的的手术</p> <p>C. 为替代眼镜、隐形眼镜等进行的视力矫正术</p> <p>D. 以改善外貌为目的的下肢静脉曲张手术</p> <p>8. 与诊疗无关的各项费用（TV收视费、电话费、各种证明费用等），与<u>医生</u>的临床意见无关的检查费用</p> <p>9. 车险（包括扣除的部分）或工伤保险中可获得赔付的医疗费用。但本人负担医疗费用将依据第3条（各保障项目保障内容）给予赔付</p> <p>10. 非国民健康保险法第40条中规定的疗养机构，而是在国外<u>医疗机构</u>发生的医疗费用</p>
(2) 意外事故门诊治疗	<p>① <u>公司</u>对于因如下事由发生的<u>门诊治疗</u>医疗费用将不予赔付。</p> <p>1. 因<u>保险受益人</u>故意产生的赔付事由。但该<u>保险受益人</u>为<u>保险金</u>的部分<u>保险受益人</u>的情况下，除相应于该<u>保险受益人</u>的<u>保险金</u>以外的其余<u>保险金</u>，将赔付给其他<u>保险受益人</u>。</p> <p>2. 因<u>投保人</u>故意产生的赔付事由。</p> <p>3. 因<u>被保险人</u>（<u>保险对象</u>）故意产生的赔付事由。但可证明<u>被保险人</u>（<u>保险对象</u>）因精神障碍等原因导致无法自由判断的状态下伤害到自身的事实时，将赔付<u>保险金</u>。</p> <p>4. <u>被保险人</u>（<u>保险对象</u>）怀孕、分娩（含剖腹产）、产后<u>门诊治疗</u>的情况。但属于<u>公司</u>保障的因<u>意外事故</u>发生的<u>保险金</u>赔付事由时，将赔付<u>保险金</u>。</p> <p>5. 战争、外国行使武力、革命、内乱、事变、暴动。</p> <p>6. 当<u>被保险人</u>（<u>保险对象</u>）无正当理由，在<u>门诊治疗</u>期间不遵从<u>医生</u>的指示时，<u>公司</u>对于因此而导致恶化的部分，将不予赔付。</p>

保障项目	不予赔付的事项
<p>(2) 意外事故门诊治疗</p>	<p>② 如无其他约定，公司对于被保险人（保险对象）以职业、职务或俱乐部活动为目的，因以下列举的行为产生的<u>意外事故</u>，将不予赔付。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 专业攀登（指使用专业登山用具攀岩或攀冰，或需要特殊技术、经验、提前训练的攀登）、操纵滑翔机、跳伞运动、水肺潜水、滑翔翼 2. 摩托艇、汽车或摩托车比赛、示范、表演（包括为此的练习）或试驾（但在公共道路上试驾期间发生的<u>意外事故</u>将给予赔付） 3. 船舶乘务员、渔夫、船夫及其他以搭乘船舶为职的人因工作在船舶上搭乘的期间 <p>③ 公司对于以下<u>门诊治疗医疗费用</u>将不予赔付。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 在牙科治疗、韩方治疗中产生的不属于国民健康保险法中<u>疗养补助</u>的非补助医疗费用 2. 为国民健康保险法的<u>疗养补助</u>中本人负担金额的情况下，依据国民健康保险相关法令，可由国民健康保险公团事前或事后返还的金额（本人负担金额上限制） 3. 为医疗补助法的医疗补助中本人负担金额的情况下，依据医疗补助相关法令，可由医疗补助基金事前或事后返还的金额（医疗补助法中本人负担金额赔付制及本人负担金额上限制） 4. 体检、预防接种、人工流产。但以治疗公司可给予赔付的<u>意外事故</u>为目的时，将给予赔付 5. 服用营养剂、多种维生素、荷尔蒙，服用补药，有关亲子鉴定、诊断、不孕检查、不孕手术、不孕复原手术、辅助生殖手术（包括体内、体外人工受精）、促进生长相关费用所需的费用。但以治疗公司可给予赔付的<u>意外事故</u>为目的时，将给予赔付 6. 假牙、假肢、假眼、眼镜、隐形眼镜、助听器、双拐、吊带（Arm Sling）、辅助器材等诊疗材料的购买及替代费用（但人工器官或部分假牙等移植到身体中替代机能的情况除外） 7. 以改善外貌为目的进行的治疗所产生的医疗费用 <ol style="list-style-type: none"> A. 双眼皮手术（双睑手术）、鼻部整形手术（隆鼻手术）、隆胸缩胸手术、吸脂手术、除皱手术等 B. 为斜视矫正、眼距过宽的矫正等视觉系统手术，不以改善视力为目的，而是以改善外貌为目的的手术 C. 为替代眼镜、隐形眼镜等进行的视力矫正术 D. 以改善外貌为目的的下肢静脉曲张手术 8. 与诊疗无关的各项费用（TV收视费、电话费、各种证明费用等），与<u>医生</u>的临床意见无关的检查费用

保障项目	不予赔付的事项
(2) 意外事故门 诊治疗	<p>9. 车险（包括扣除的部分）或工伤保险中可获得赔付的医疗费用。但本人负担医疗费用依据第3条（各保障项目保障内容）给予赔付</p> <p>10. 非国民健康保险法第40条中规定的疗养机构，而是在国外医疗机构发生的医疗费用</p>
(3) 疾病住院	<p>① 公司对于因如下事由发生的住院医疗费用将不予赔付。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 因<u>保险受益人</u>故意产生的赔付事由。但该<u>保险受益人</u>为保险金的部分<u>保险受益人</u>的情况下，除相应于该<u>保险受益人</u>的保险金以外的其余保险金，将赔付给其他<u>保险受益人</u>。 2. 因<u>投保人</u>故意产生的赔付事由。 3. 因<u>被保险人（保险对象）</u>故意产生的赔付事由。但可证明<u>被保险人（保险对象）</u>因精神障碍等原因导致无法自由判断的状态下伤害到自身的事实时，将赔付保险金。 4. 当<u>被保险人（保险对象）</u>无正当理由，在住院期间不遵从医生的指示时，公司对于因此而导致恶化的部分，将不予赔付。 <p>② 公司依据第6次韩国标准疾病死因分类，对以下住院医疗费用将不予赔付。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 精神科疾病及行动障碍（F04~F99） 2. 因女性生殖器的非炎症性障碍导致的习惯性流产、不孕及人工受精相关并发症（N96~N98） 3. <u>被保险人（保险对象）</u>怀孕、分娩（含剖腹产）、产后住院的情况（000~099） 4. 先天性脑部疾病（Q00~Q04） 5. 肥胖（E66） 6. 泌尿系统障碍（N39、R32） 7. 直肠或肛门疾病中不属于国民健康保险法中疗养补助的部分（I84、K60~K62） <p>③ 公司对于因如下事由发生的住院医疗费用将不予赔付。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 在牙科治疗、韩方治疗中产生的不属于国民健康保险法中疗养补助的非补助医疗费用 2. 为国民健康保险法的疗养补助中本人负担金额的情况下，依据国民健康保险相关法令，可由国民健康保险公团事前或事后返还的金额（本人负担金额上限制） 3. 为医疗补助法的医疗补助中本人负担金额的情况下，依据医疗补助相关法令，可由医疗补助基金事前或事后返还的金额（医疗补助法中本人负担金额赔付制及本人负担金额上限制） 4. 体检、预防接种、人工流产。但以治疗公司可给予赔付的意外事故为目的时，将给予赔付 5. 服用营养剂、多种维生素、荷尔蒙，服用补药，有关亲子鉴定的诊断、不孕检查、不孕手术、不孕复原手术、辅助生殖手术（包括体内、体外人工受精）、促进生长相关费用所需的费用。但以治疗公司可给予赔付的意外事故为目的时，将给予赔付 6. 因如下列举的治疗发生的医疗费用 <ol style="list-style-type: none"> A. 单纯的疲劳或疲倦

保障项目	不予赔付的事项
(3) 疾病住院	<p>B. 因雀斑、多毛、无毛、白发征、草莓鼻（酒糟鼻）、痣（胎记）、痣疣、青春痘、老化现象导致的脱发等皮肤疾病</p> <p>C. 阳痿（impotence）·性冷淡、单纯的打呼噜、包茎（phimosis）、依据国民健康保险疗养补助标准相关规则第9条第1项（〔附表2〕非补助对象），不妨碍工作或日常生活的结膜黄斑等眼科疾病</p> <p>7. 假牙、假肢、假眼、眼镜、隐形眼镜、助听器、双拐、吊带（Arm Sling）、辅助器材等诊疗材料的购买及替代费用（但人工器官或部分假牙等移植到身体中替代机能的情况除外）</p> <p>8. 以改善外貌为目的进行的治疗所产生的医疗费用</p> <p>A. 双眼皮手术（双睑手术）、鼻部整形手术（隆鼻手术）、隆胸缩胸手术、吸脂手术、除皱手术等</p> <p>B. 为斜视矫正、眼距过宽的矫正等视觉系统手术，不以改善视力为目的，而是以改善外貌为目的的手术</p> <p>C. 为替代眼镜、隐形眼镜等进行的视力矫正术</p> <p>D. 以改善外貌为目的的下肢静脉曲张手术</p> <p>9. 与诊疗无关的各项费用（TV收视费、电话费、各种证明费用等），与医生的临床意见无关的检查费用</p> <p>10. 工伤保险给予赔付的医疗费用。但本人负担医疗费用依据第3条（各保障项目保障内容）给予赔付</p> <p>11. 因感染人类免疫缺陷病毒（HIV）发生的治疗费用（但因医疗法中规定的医疗人员在诊疗及治疗过程中通过血液感染的HIV，可通过相应诊疗记录客观地确认的情况除外）</p> <p>12. 非国民健康保险法第40条中规定的疗养机构，而是在国外医疗机构发生的医疗费用</p>
(4) 疾病门诊治疗	<p>① 公司对于因以下事由产生的门诊治疗医疗费用将不予赔付。</p> <p>1. 因<u>保险受益人故意</u>产生的赔付事由。但该<u>保险受益人</u>为保险金的部分<u>保险受益人</u>的情况下，除相应于该<u>保险受益人</u>的保险金以外的其余保险金，将赔付给其他<u>保险受益人</u>。</p> <p>2. 因<u>投保人故意</u>产生的赔付事由。</p> <p>3. 因<u>被保险人（保险对象）故意</u>产生的赔付事由。但可证明<u>被保险人（保险对象）</u>因精神障碍等原因导致无法自由判断的状态下伤害到自身的事实时，将赔付保险金。</p> <p>4. 当<u>被保险人（保险对象）</u>无正当理由，在住院期间不遵从医生的指示时，<u>公司</u>对于因此而导致恶化的部分，将不予赔付。</p> <p>② 公司依据第6次韩国标准疾病死因分类，对以下住院医疗费用将不予赔付。</p> <p>1. 精神科疾病及行动障碍（F04~F99）</p> <p>2. 因女性生殖器的非炎症性障碍导致的习惯性流产、不孕及人工受精相关并发症（N96~N98）</p> <p>3. <u>被保险人（保险对象）</u>怀孕、分娩（含剖腹产）、产后门诊治疗的情况（000~09</p>

保障项目	不予赔付的事项
(4) 疾病门诊治疗	<p>9)</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. 先天性脑部疾病 (Q00~Q04) 5. 肥胖 (E66) 6. 泌尿系统障碍 (N39、R32) 7. 直肠或肛门疾病中不属于国民健康保险法中<u>疗养补助</u>的部分 (I84、K60~K62) <p>③ 公司对于因如下事由发生的<u>门诊治疗医疗费用</u>将不予赔付。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 在牙科治疗、韩方治疗中产生的不属于国民健康保险法中<u>疗养补助</u>的非补助医疗费用 2. 为国民健康保险法的<u>疗养补助</u>中本人负担金额的情况下, 依据国民健康保险相关法令, 可由国民健康保险公团事前或事后返还的金额 (本人负担金额上限制) 3. 为医疗补助法的医疗补助中本人负担金额的情况下, 依据医疗补助相关法令, 可由医疗补助基金事前或事后返还的金额 (医疗补助法中本人负担金额赔付制及本人负担金额上限制) 4. 体检、预防接种、人工流产。但以治疗公司可给予赔付的<u>意外事故</u>为目的时, 将给予赔付 5. 服用营养剂、多种维生素、荷尔蒙, 服用补药, 有关亲子鉴定的诊断、不孕检查、不孕手术、不孕复原手术、辅助生殖手术 (包括体内、体外人工受精)、促进生长相关费用所需的费用。但以治疗公司可给予赔付的<u>意外事故</u>为目的时, 将给予赔付 6. 因如下列举的治疗所发生的医疗费用 <ol style="list-style-type: none"> A. 单纯的疲劳或疲倦 B. 因雀斑、多毛、无毛、白发征、草莓鼻 (酒糟鼻)、痣 (胎记)、痣疣、青春痘、老化现象导致的脱发等皮肤疾病 C. 阳痿 (impotence) · 性冷淡、单纯的打呼噜、包茎 (phimosis)、依据国民健康保险疗养补助标准相关规则第9条第1项 ([附表2]非补助对象), 不妨碍工作或日常生活的结膜黄斑等眼科疾病 7. 假牙、假肢、假眼、眼镜、隐形眼镜、助听器、双拐、吊带 (Arm Sling)、辅助器材等诊疗材料的购买及替代费用 (但人工器官或部分假牙等移植到身体中替代机能的情况除外) 8. 以改善外貌为目的进行的治疗所产生的医疗费用 <ol style="list-style-type: none"> A. 双眼皮手术 (双睑手术)、鼻部整形手术 (隆鼻手术)、隆胸缩胸手术、吸脂手术、除皱手术等 B. 为斜视矫正、眼距过宽的矫正等视觉系统手术, 不以改善视力为目的, 而是以改善外貌为目的的手术 C. 为替代眼镜、隐形眼镜等进行的视力矫正术 D. 以改善外貌为目的的下肢静脉曲张手术 9. 与诊疗无关的各项费用 (TV收视费、电话费、各种证明费用等), 与<u>医生</u>的临床意见无关的检查费用 10. 工伤保险给予赔付的医疗费用。但本人负担医疗费用依据第3条 (各保障项目保障

保障项目	不予赔付的事项
(4) 疾病 <u>门诊</u> <u>治疗</u>	内容) 给予赔付 11. 因感染人类免疫缺陷病毒 (HIV) 发生的治疗费用 (但因医疗法中规定的医疗人员在诊疗及治疗过程中通过血液感染的HIV, 可通过相应诊疗记录客观地确认的情况除外) 12. 非国民健康保险法第40条中规定的疗养机构, 而是在国外 <u>医疗机构</u> 发生的医疗费用
(5) 综合 <u>住院</u>	① <u>意外事故适用“意外事故住院”</u> ② 疾病适用“ <u>疾病住院</u> ”
(6) 综合 <u>门诊</u> <u>治疗</u>	① <u>意外事故适用“意外事故门诊治疗”</u> ② 疾病适用“ <u>疾病门诊治疗</u> ”

第4章 合同的成立与维护

第5条 合同的成立

- ① 合同是通过投保人申请投保和公司批准实现的。
- ② 在被保险人 (保险对象) 不适合投保的情况下, 公司可拒绝投保申请或附加额外的条件 (参保金额限制、部分保障除外、保险金削减、追加保险费等) 接受投保申请。
- ③ 公司在接受投保申请并收取第1次保险费时, 对于无需接受体检的合同, 应从投保日之日起的30日内给予批准或拒绝, 对于需接受体检的合同 (以下简称“体检合同”), 应从体检之日 (在复检的情况下指最终体检日) 起的30日内给予批准或拒绝, 批准时给予保险证 (参保证书)。但30日内未发出批准通知或拒绝通知时, 视为已批准。
- ④ 公司已收取第1次保险费但拒绝投保批准时, 将在发出拒绝通知的同时, 一并将收取的保险费退还给投保人。对于已收取保险费的期间, 将额外支付以年为单位复利计算“保险开发院公示的定期存款利率 + 1%”的金额。但公司在拒绝投保人以信用卡形式交纳第1次保险费的合同时, 将取消信用卡的销售, 不再额外支付利息。

第6条 投保的撤回

- ① 投保人从投保之日起的15日内可撤回投保申请。但为体检合同、团体 (办理) 合同或保险期不足1年的合同时, 不得撤回投保申请。对于通过电话、邮件、电脑等通信媒体签订的保险合同 (以下简称“通信销售合同”) (仅限保险期为1年以上的合同), 可从投保之日起的30日内撤回投保申请。
- ② 投保人撤回投保申请时, 公司从受理投保撤回之日起的3日内, 将已交纳的保险费退还给投保人, 对于退还保险费拖延的期间, 将额外支付以年为单位复利计算“保险开发院公示的定期存款利率”的金额。但投保人撤回以信用卡形式交纳第1次保险费的合同时, 公司将取消信用卡的销售, 不再额外支付利息。
- ③ 撤回投保时, 已产生保险金赔付事由, 但除了投保人已了解产生保险金赔付事由的事实情况以外, 投保撤回无效。

第7条 合同内容的变更等

- ① 投保人在获得公司批准后, 可变更以下事项。在这种情况下, 将以书面形式通知获得批准的情况, 或在保险证 (参保证书) 后面记载。
 1. 保险种类或保障种类

2. 保险期

3. 保险费交纳周期、收取方法及交纳期

4. 投保人、参保金额等其它合同内容

② 对于从投保人交纳第1次保险费起经过1年以上的有效合同，当投保人要求变更其保险种类时，公司将依据公司业务方法中规定的方法予以变更。

③ 在投保人依据第1项第4小项的规定欲减少参保金额时，减少的部分将视为解除合同。存在公司由此应返还的保险费时，将依据第29条（保险费的返还）的规定返还给投保人。

④ 投保人可变更保险受益人。在这种情况下，无需获得公司批准。但在投保人变更保险受益人时未通知公司的情况下，变更后的保险受益人的权利将抵不过公司的权利。

⑤ 投保人依据第4项的规定变更保险受益人时，应在产生保险金赔付事由之前，书面征得被保险人（保险对象）的同意。

第8条 保险年龄等

① 本条款中的被保险人（保险对象）年龄以保险年龄为准。

② 第1项的保险年龄以签订合同当前的被保险人（保险对象）实际周岁年龄为准。不足6个月的尾数舍去，6个月以上的尾数计为1年。此后到每年的合同日当日，年龄增加一岁。

③ 被保险人（保险对象）的年龄或性别相关记载事项与事实不符时，将按相应于修改的年龄或性别变更保险金及保险费。

第9条 合同的无效

签订合同时，未达到或超过合同中规定的被保险人（保险对象）年龄的情况下，合同将无效，并返还已缴纳的保险费。但公司发现年龄错误时已满合同年龄的情况不在其列。但因公司故意或过失而使合同无效，以及尽管公司在批准前已了解或可了解合同无效，但仍未返还保险费时，对于从交纳保险费之日的翌日起至返还日的期间，公司将额外支付以年为单位复利计算保险开发院公示定期存款利率的金额。

第10条 合同的终止

因被保险人（保险对象）死亡而不会再产生本条款中规定的保险金赔付事由时，本合同从此时开始无效。

第11条 投保人的任意解除

投保人在合同终止之前，可随时解除合同。在这种情况下，存在公司应返还的保险费时，将依据第29条（保险费的返还）的规定返还给投保人。

第5章 保险费的交纳等

第12条 第1次保险费及公司保障的开始

① 从批准投保申请并收取第1次保险费时（在自动转账交纳及信用卡交纳的情况下，提供批准自动转账申请及信用卡销售批准所需信息的情况。但因投保人的责任而无法获得自动转账或销售批准时，将视为未交纳第1次保险费）起，公司依据本条款规定的内容给予保障。但在投保人申请投保时公司收取第1次保险费并批准投保的情况下，从收取第1次保险费时（在本条款中，把收取第1次保险费之日称为“保障开始日（责任开始日）”，并把保障开始日（责任开始日）视为合同日）起，依据本条款规定的内容给予保障。

② 公司在投保人申请投保时收取第1次保险费并批准投保之前，即使产生保险金赔付事由，也从收取第1次保险费之日起，依据本条款规定的内容给予保障。但在属于以下各项情况之一时，不予保障。

1. 依据第19条（合同签订前告知义务）的规定，公司证明投保人或被保险人（保险对象）通知公司的内容或体检内容给保险金赔付事由的产生带来影响时

2. 适用第21条（违反告知义务的后果），公司可不给予保障时

3. 在体检合同中，直到产生保险金赔付事由时为止仍未接受体检时

③ 在合同已更新的情况下，依据第1项及第2项提供的保障从现有合同提供的保障终止时开始适用。

第13条 第2次以后的保险费的交纳

投保人应在签订合同时约定的交纳日（以下简称“交纳截止日”）之前交纳第2次以后的保险费。投保人交纳保险费时公司将开具收据。但通过金融公司（含邮局）交纳保险费时，将用该金融公司开具的证明材料替代收据。

第14条 拖欠保险费时催缴与合同的解除

① 投保人在交纳截止日之前仍未交纳第2次以后的保险费，属拖欠保险费的情况下，公司将规定14天（保险期不足1年时为7天）以上的期间为催缴期（催缴期的最后一天为周六或公休日时，催缴期在之后第一个工作日到期），并将通过书面方式（挂号信）、电话（语音录音）或电子文件等形式，把应在催缴期内交纳拖欠保险费的内容，以及到催缴期结束时为止仍未交纳保险费时，将在催缴期结束之日的翌日解除合同的内容通知投保人（为针对他人的保险合同时，含特定的保险受益人）。但对于合同未解除之前产生的保险金赔付事由，公司将赔付约定的保险金。

② 公司在通过电子文件通知第1项规定的催缴等内容时，在征得投保人书面同意后，应把确认收件作为条件发送电子文件。对于该电子文件，直到投保人确认收件之前，视为未发送该电子文件。在确认投保人未收到该电子文件的情况下，公司将设置第1项规定的催缴期，并通过书面方式（挂号信等）或电话（语音录音）方式再次通知第1项中规定的内容。

③ 依据第1项的规定解除合同时，存在公司由此应返还的保险费时，将依据第29条（保险费的返还）的规定返还给投保人。

第15条 因拖欠保险费解除的合同的重新生效

① 已依据第14条（拖欠保险费时催缴与合同的解除）的规定解除合同，但投保人未收到第29条（保险费的返还）规定的返还金时，投保人可从解除之日起2年内，按照公司规定的步骤申请合同的重新生效。在这种情况下，在公司批准申请时，在申请重新生效之日为止拖欠的保险费基础上，在保险开发院公示的定期存款利率+1%的范围内，按照保险商品的种类，额外交纳以公司规定的利率计算的金额。

② 依据第1项的规定使解除的合同重新生效时，适用第5条（合同的成立）、第12条（第1次保险费及公司保障的开始）、第19条（合同签订前告知义务）、第21条（违反告知义务的后果）的规定。

第16条 因强制执行等原因解除的合同的特殊重新生效

① 为针对他人的合同时，依据第29条（保险费的返还）的规定，按照有关投保人解除返还金请求权的强制执行、担保权执行、国税及地方税拖欠处理步骤解除合同时，公司应通知保险受益人将合同解除当时保险受益人征得投保人的同意后公司因解除合同向债权人支付的金额支付给公司，并按照第7条（合同内容的变更等）第1项的步骤，把投保人名义变更为保险受益人后，可申请合同的特殊重新生效。

② 公司批准第1项规定的投保人名义变更申请及合同的特殊重新生效申请后，从申请之日起，合同将特殊重新

生效。

③ 公司应向指定的保险受益人通知第1项的内容。但在把法定继承人指定为保险受益人的情况下，公司可向投保人通知第1项的内容。

④ 公司应在解除合同之日起的7日内通知第1项的内容。但公司的通知经过7天到达后，保险受益人申请第1项规定的投保人名义变更及合同的特殊重新生效时，将从合同解除之日起的第7天使合同特殊重新生效。

⑤ 从保险受益人接到通知之日（已依据第3项的规定通知投保人时，指投保人接到通知之日）起15日内，可进行第1项中规定的步骤。

第6章 多份保险的处理等

第17条 多份保险的处理

① 为多份保险时，将根据各合同的赔付对象医疗费用及赔付责任额，把依据第3项的规定计算的各合同的比例分摊额作为赔付责任额赔付。

② 按比例分摊后赔付的各合同的赔付责任额的合计额以各合同的赔付对象医疗费用中的最高额为赔付最高限额。

③ 对于各合同的赔付责任额合计额超过各合同的赔付对象医疗费用中最高额的多份保险，将把各合同的赔付责任额按比例分摊后赔付，多份保险比例分摊额计算方法如下所示。在这种情况下，将分为住院、门诊、处方配药分别计算。

$$\text{各合同比例分摊额} = \frac{\text{各合同赔付责任额}}{\text{各合同赔付责任额的合计额}} \times \text{合同的赔付对象医疗费用中最高额}$$

第18条 连带责任

① 2009年10月1日以后，对于新签订的保险受益人相同的多份保险，保险收益人可就保险金的全部或一部分，向签订多份合同的公司中的一家公司提出申请赔付，接到申请的公司在本合同的参保金额限额内赔付相应保险金。

② 依据第1项的规定赔付保险金的公司将获得保险收益人对其它公司拥有的相应保险金请求权。但公司赔付的金额为保险金收益人可向其它公司申请的保险金的一部分时，在不侵害该保险收益人的请求权的范围内获得该项权利。

第7章 合同签订前告知义务等

第19条 合同签订前告知义务

投保人或被保险人（保险对象）在申请投保时（在为体检合同的情况下指体检时），必须明确告知申请书上询问事项有关的事实内容（以下简称合同签订前告知义务，同商法上的“告知义务”）。但为体检合同时，可用单位或个人在医疗机构实施的健康诊断书复印件等可判断健康状态的资料替代体验。

第20条 签订意外事故保险合同后通知义务

- ① 投保人或被保险人（保险对象）在保险期内，当被保险人（保险对象）变更其职业或职务（含私家车驾驶人把职业或职务变更为营业用车驾驶人等的情况）或持续使用摩托车或马达自行车时，应立即通知公司。
- ② 依据第1项的规定，当危险已减少时，公司将返还差额保险费。因投保人或被保险人（保险对象）故意或重大过失导致危险增加时，从接到通知之日起1个月内，可申请增加保险费或解除合同。
- ③ 依据第1项的通知而应增加保险费时，投保人对于公司的请求不积极配合交纳时，公司将根据变更职业或职务前适用的保险费率（以下简称“变更前费率”）与职业或职务变更后应适用的保险费率（以下简称“变更后费率”）的比率，削减保险金的赔付额后赔付。但与变更后的职业或职务无关的事故导致的意外伤残不在其列。
- ④ 因投保人或被保险人（保险对象）故意或重大过失而未通知公司职业或职务变更的事实情况时，在变更后费率高于变更前费率的情况下，公司从了解该事实情况之日起的1个月内，将向投保人或被保险人（保险对象）通知依据第3项提供的保障，并据此赔付保险金。

第21条 违反告知义务的后果

- ① 在存在以下事实的情况下，无论保险金赔付事由发生与否，公司从了解该事实情况之日起的1个月内，可解除该合同。
 1. 投保人、被保险人（保险对象）或其代理人故意或重大过失而违反第19条（合同签订前告知义务）的规定，其义务属于重要事项的情况。
 2. 未履行与明显增大危险有关的第20条（意外事故保险合同签订后的通知义务）第1项中规定的合同签订后的通知义务的情况。
- ② 尽管存在第1项第1小项的规定，当存在以下情况时，公司将不能解除合同。
 1. 公司在签订合同当时已了解事实或因过失而未了解事实的情况
 2. 公司从了解该事实之日起已经过1个月以上或自收取第1次保险费之日起未发生保险金赔付事由并超过2年（为体检合同时，针对疾病为1年）的情况
 3. 自合同签订日起超过3年的情况
 4. 在投保人申请投保时，公司依据可判断被保险人（保险对象）健康状况的基础资料（体检表副本等）给予批准的情况下，当因体检表副本中标明的事项而发生保险金赔付事由（投保人或被保险人（保险对象）向公司提交的基础资料中，重要事项故意填写与事实不符的内容的情况除外）的情况
 5. 保险设计师等未给予投保人或被保险人（保险对象）告知机会或妨碍投保人或被保险人（保险对象）如实告知，以及劝说投保人或被保险人（保险对象）不如实告知或告知不真实的情况。但即使不存在保险设计师等的行为，当可判断投保人或被保险人（保险对象）未告知与事实相符的情况或不如实告知的情况不在此列。
- ③ 当依据第1项的规定解除合同是发生在产生保险金赔付事由之前，因此而存在公司应返还的保险费时，将依据第29条（保险费的返还）的规定返还给投保人。
- ④ 当依据第1项第1小项的规定解除合同是发生在产生保险金赔付事由之后，公司将不赔付保险金，并将向投保人以书面形式通知签订合同前告知义务违反事实、签订合同前告知义务事项属于重要事项的事由及“如果有反对证据，可提出异议。”的内容。同时，此时因解除合同而存在公司应返还的保险费时，将依据第29条（保险费的返还）的规定返还给投保人。此外，当依据第1项第2小项的规定解除合同是发生在产生保险金赔付事由之后，将依据第20条（意外事故保险合同签订后的通知义务）第3项或第4项的规定，赔付保险金。
- ⑤ 尽管存在第1项的规定，当投保人、被保险人（保险对象）或保险受益人证明违反告知义务的事实不影响保险金赔付事由的产生时，则与第4项的规定无关，将给予保障。
- ⑥ 公司不以针对其它参保内容的违反签订合同前告知义务为理由解除合同或拒绝赔付保险金。

第22条 因重大事由解除

① 在存在以下事实的情况下，公司可自了解事实之日起的1个月内解除合同。

1. 投保人、被保险人（保险对象）或保险受益人以公司赔付保险金（含免交保险费）为目的，故意引发意外事故或疾病的情况。

2. 投保人、被保险人（保险对象）或保险受益人在保险金申请相关资料中故意填写与事实不符的情况或伪造、编造资料及证据的情况。但已产生保险金赔付事由的情况下，将不会影响保险金的赔付。

② 当公司依据第1项的规定解除合同时，公司将向投保人通知公司的意图。解除合同时若存在公司应退还的保险费，将依据第29条（保险费的返还）的规定返还给投保人。

第23条 欺诈合同

投保人或被保险人（保险对象）采用代理体检、服用药物等手段通过体检程序或伪造、编造诊断书或投保前已确诊癌症或人类免疫缺陷病毒（HIV）感染后却隐瞒后参保，当证明投保人以这些欺诈行为签订保险合同的情况下，公司可自合同签订之日起的5年内（调查出欺诈事实之日起1个月内）取消合同。

第8章 保险金赔付步骤等

第24条 地址变更通知

① 投保人或保险受益人（属于针对他人的合同）变更地址或联系方式时，应立即把变更的内容通知公司。

② 投保人等未按照第1项的规定通知公司时，公司通过投保人等通知公司的最终地址或联系方式邮寄挂号信的方法通知投保人的事项，在经过通常到达所需的时间时，视为已到达投保人等处。

第25条 代表的指定

① 投保人或保险受益人为两人以上时，应分别指定一名代表。在这种情况下，该代表将代表其他投保人或保险受益人。

② 被指定为第1项的代表的投保人或保险受益人不知所踪或尽管公司提出要求，但未选定代表或无法选定时，公司对1名投保人或保险受益人行使的与本合同有关的行为，对于其他投保人或保险受益人也有效。

③ 投保人为2人以上时，将具有连带责任。

第26条 保险金赔付事由的通知

投保人、被保险人（保险对象）或保险受益人在了解已产生保险金赔付事由时，应立即向公司通知该事实情况。

第27条 申请赔付保险金时的准备材料

① 保险受益人或投保人应提交以下材料，申请赔付保险金及返还第29条（保险费的返还）规定的返还金。

1. 申请书（公司格式）

2. 事故证明（诊疗费账单、死亡诊断书、残疾诊断书、住院治疗确认书、医生处方（处方配药费用）等）

3. 身份证（由政府机关发放的贴有照片的身份证或驾驶证等身份证，非本人时，包括本人的印签证明）

4. 其他保险受益人领取保险金等需提交的材料

② 为医院或诊所开具的第1项第2小项的事故证明时，该医院或诊所应为医疗法第3条（医疗机构）规定的韩国国内医院或诊所。

第28条 保险金的赔付

- ① 公司在受理第27条（申请赔付保险金时的准备材料）中规定的材料时将开具受理证，并从受理材料之日起的3个工作日内赔付保险金。
- ② 公司在为调查及确认保险金赔付事由而将明显会超过第1项的赔付截止日时，对于具体事由、赔付预计日期及保险金暂付制度，将立即通知被保险人（保险对象）或保险受益人。但除了属于以下各项情况之一时，将从受理第27条（申请赔付保险金时的准备材料）规定的材料之日起的30个工作日内确定赔付预计日期。
1. 提起诉讼
 2. 申请调节纠纷
 3. 调查机构的调查
 4. 对国外发生的保险事故的调查
 5. 因不同意第4项规定的公司调查要求等投保人、被保险人或保险受益人归责事由，而使保险金赔付事由的调查及确认拖延时
- ③ 公司未在第1项规定的赔付截止日内赔付保险金时（包括通知第2项规定的赔付预计日期的情况），对于翌日至赔付日为止的期间，将在保险金的基础上额外支付以年为单位复利计算保险开发院公示定期存款利率的金额。但因投保人、被保险人（保险对象）或保险受益人归责事由而造成赔付拖延时，相应期间的利息将不再支付。
- ④ 投保人、被保险人（保险对象）或保险受益人应同意与第21条（违反告知义务的后果）及第2项的保险金赔付事由调查有关的，医疗机构、国民健康保险公团、警察局等官方机构实施的由公司书面提请的调查。但在无正当理由而不同意的情况下，直到确定事实情况之日时为止，公司将不支付保险金赔付拖延所产生的利息。

第29条 保险费的返还

- ① 在本合同终止时将返还以下保险费。
1. 投保人、被保险人（保险对象）或保险受益人无责时：
在合同无效的情况下，对于已向公司交纳的全额保险费，解除时未经过的期间以日为单位计算的保险费。
 2. 投保人、被保险人（保险对象）或保险受益人归责时：
对于已经过的期间，扣除以短期费率（适用于不足1年的费率）计算的保险费的余额。但因投保人、被保险人（保险对象）或保险受益人的故意或重大过失而使合同无效时，将不返还保险费。
- ② 保险期超过1年的合同无效时，产生无效原因之日或解除之日所在的保险年度的保险费适用第1项的规定，属于之后保险年度的保险费将全额返还。

第30条 保险金领取方法的变更

- ① 投保人（产生保险金赔付事由后为保险受益人）根据公司业务方法中的规定，对于保险金的全部或部分金额，可把领取方法变更为分期交纳或一次交清。
- ② 公司依据第1项的规定分期交纳一次交清款项时，对于未交纳金额，将额外支付以年为单位复利计算保险开发院公示定期存款利率的金额。把分期交纳变更为一次交清时，将按保险开发院公示定期存款利率支付折扣后的金额支付。

第31条 合同内容的交换

公司为用于签订及管理合同等的判断资料，在征得投保人及被保险人（保险对象）的同意后，可向其它公司（含受托办理保险相关业务者）及保险相关团体等提供以下各项内容。在这种情况下，公司将遵循《信用信息的利用及保护相关法律》第16条（收集、调查及处理的限制）第2项、第32条（有关个人信用信息的提供、

利用的同意)及同法施行令第28条(有关个人信用信息的提供、使用的同意)的规定。

1. 投保人、被保险人(保险对象)的姓名、身份证号码及地址
2. 合同签订日、保险种类、保险费、参保金额等合同内容
3. 保险金、各种赔付金额及赔付事由等赔付内容
4. 有关被保险人(保险对象)意外事故及疾病的信息

第9章 纠纷调节等

第32条 条款送交及说明义务等

① 公司在投保人进行投保申请时,将向投保人送交条款及投保人保管用申请书(申请书副本),并对条款中的重要内容进行说明。但为通信销售合同时,公司可在征得投保人同意后,通过以下方法中的一种方法送交。

1. 通过光盘或电子邮件等电子方法送交条款或投保人保管用申请书(申请书副本)的方法。在这种情况下,当投保人或其代理人在收到申请书时,视为已送交本条款或投保人保管用申请书(申请书副本)。

2. 在网络购物中心(为了能够用电脑进行保险交易而设置的虚拟营业场所)阅读条款及说明文字(可了解条款中重要内容的说明文件)或下载的方法。在这种情况下,当确认投保人已阅读或下载文件时,视为已送交本条款,已对重要内容进行了说明。

3. 利用电话咨询投保内容、保险费交纳、保险期间、签订合同前告知义务、条款重要内容等签订合同所需事项或进行说明的方法。在这种情况下,录制投保人的回答和确认内容的语音后,视为已对条款的重要内容进行了说明。

② 在投保人申请依据第1项规定应由公司提供的条款及投保人保管用申请书(申请书副本)时,未送交投保人或未对条款中的重要内容进行说明的情况下,或者在签订合同时,投保人未在申请书上亲笔签名(包括盖章或依据电子签名法第2条第10款规定的由认证机构认证的电子签名)时,投保人可于申请日起3个月内取消合同。但为团体(办理)合同时,可于合同签订日起1个月内取消合同。

③ 尽管存在第2项的规定,但在利用电话签订合同的情况下,当满足以下各项条件之一时,也可省略电子签名。把第1项第3小项录制的语音内容制成文件形式的确认书送交投保人,视为已向投保人送交保管用申请书(申请书副本)。

1. 投保人、被保险人(保险对象)及保险受益人相同的合同
2. 投保人、被保险人(保险对象)相同,保险受益人为投保人的法定直系继承人的合同

④ 根据第2项的规定取消合同时,公司将向投保人返还已交纳的保险费,对于收取保险费的期间,将额外支付以年为单位复利计算保险开发院公示定期存款利率的金额。

⑤ 公司依据相关法律确认是否签订被保险人(保险对象)不同的实损医疗保险合同,确认已成为被保险人(保险对象)不同的实损医疗保险合同的被保险人(保险对象)时,将对赔付方式等进行具体说明。

第33条 终止时效

如果两年内未行使保险金请求权、保险费或返还金返还请求权及利息请求权则完成终止时效。

第34条 纠纷的调节

产生合同相关纠纷时,纠纷当事人或其他利害关系人和公司可提请金融监督院院长进行调节。

第35条 管辖法院

本合同相关诉讼及民事调节由管辖投保人居住地的法院负责。但经公司与投保人协商后，也可指定其它管辖法院。

第36条 条款的解释

- ① 公司应本着诚实守信的原则公正地解释条款，不因投保人的不同而做不同解释。
- ② 在条款的释义不明时，公司将提供有利于投保人的解释。
- ③ 公司解释条款时不夸大解释不赔付保险金的事由等不利投保人或被保险人（保险对象）或给她带来负担的内容。

第37条 公司制作的保险指南的效力

对于保险设计师等在招揽业务的过程中使用的由公司制作的保险指南（指为吸引投保而制作的材料等）的内容与条款的规定不同时，将视为以有利投保人的内容使合同成立。

第38条 公司的损害赔偿

- ① 因与合同有关的公司员工、保险设计师及代理店的责任而对投保人、被保险人（保险对象）及保险受益人造成的损害，公司将依据相关法律负损害赔偿。
- ② 尽管公司已了解或可了解存在拒绝赔付保险金及无拖延赔付事由，但仍提请诉讼而给投保人、被保险人（保险对象）或保险受益人带来损害时，公司对于由此带来的损害负有赔偿责任。
- ③ 公司就是否赔付保险金及赔付金额，利用投保人、被保险人（保险对象）或保险受益人的穷困、草率或没有经验，达成明显有失公允的协议时，公司也将依据第2项的规定负有赔偿责任。

第39条 公司的破产宣告和解除

- ① 公司接到破产宣告时，投保人可解除合同。
- ② 未依据第1项的规定解除的合同在破产宣告后3个月后将失效。
- ③ 依据第1项的规定解除合同或依据第2项的规定使合同失效时，公司将把第29条（保险费的返还）中规定的返还金返还给投保人。

第40条 存款保险基金提供的赔付保障

公司因破产等原因而无法赔付保险金等时，将依据存款人保护法中的规定保障保险金的赔付。

第41条 准据法

本条款未尽事宜将依据韩国法令。

<附件> 用语的定义

用语	定义
合同	保险合同
投保人	与保险公司签订保险合同并交纳保险费的人
被保险人 (保险对象)	成为产生保险金赔付事由或发生保险事故的对象(个人)的人
保险受益人	领取保险金的人
保险期	成为合同中规定的对象提供危险保障的期间
公司	保险公司
意外事故	保险期内发生的突发、偶然的外来事故
意外事故保险合同	对意外事故提供保障的合同
医生	具有医疗法第2条(医疗服务人员)中规定的医生、韩医生及牙科医生资格的人
药剂师	具有药剂师法第2条(定义)中规定的药剂师及韩医药剂师资格的人
医疗机构	医疗法第3条(医疗机构)第2项中规定的医疗机构。分为综合医院、医院、牙科医院、韩医院、疗养医院、诊所、牙科诊所、韩医诊所及妇产科医院
药店	药剂法第2条第3项规定的场所。指以药剂师给药为目的从事医药品配制业务的场所, 医疗机构的配药室除外
医院	国民健康保险法第40条(疗养机构)中规定的韩国国内医院或诊所(妇产科医院除外)
住院	由于保险对象出现疾病或意外事故, 医生认为有必要进行治疗的情况。当难以在家中进行治疗时, 应到医院、医疗机构或认定为具有同等资格的医疗机构住院治疗, 一边接受医生的管理, 一边专心进行治疗
住院的定义中认定为具有同等资格的医疗机构	属于保健站、保健医疗院及保健站分站等医疗法第3条(医疗机构)第2项中规定的医疗机构的医疗机构。属于军队医务队、痴呆症疗养院、老人疗养院等的疗养院、疗养设施、福利设施等非医疗机构不在此列
普通病房	医院中成为适用于国民健康保险患者住院时的标准的病房
病房费用	住院治疗过程中产生的普通病房使用费用、患者管理费用、餐费等
各项住院费用	住院治疗过程中产生的诊察费用、检查费用、放射线费用、用药及处方费用、注射费用、物理学疗法(物理治疗、康复治疗)费用、精神疗法费用、处置费用、材料费用、石膏绷带费用、指定诊疗费用等
住院手术费用	住院治疗过程中产生的手术费用、麻醉费用、手术材料费用等
住院医疗费用	由病房费用、各项住院费用、住院手术费用、高级病房费用差额构成
门诊治疗	在医生认为被保险人(保险对象)因疾病或意外事故而需要进行治疗的情况下, 不在医院住院, 而是到医院, 专心在医生的管理下进行治疗的情况
处方配药	医生及药剂师认为被保险人(保险对象)因疾病或意外事故而需要进行治疗的情况下, 在门诊治疗过程中产生的通过医生的处方, 由药店的药剂师配药的情况(依据国民健康保险法第40条第1项第3小项的规定, 包括韩国珍稀医药品中心的处方配药及医药分管特别地区的药剂师的直接配药)
各项门诊费用	门诊治疗过程中产生的诊察费用、检查费用、放射线费用、用药及处方费用、注射费用、物理学疗法(物理治疗、康复治疗)费用、精神疗法费用、处置费用、材料费用、石膏绷带费用、指定诊疗费用等

用语	定义
门诊手术费	门诊治疗过程中产生的手术费用、麻醉费用、手术材料费用等
处方配药费用	根据医院医生的处方配药的药店的处方配药费用及药剂师的直接配药费用
门诊治疗医疗费用	由各项门诊费用、门诊手术费用、处方配药费用构成
疗养补助	依据国民健康保险法第39条（疗养补助）的规定，因参保人及被抚养人的疾病、受伤等原因发生的以下各项疗养补助 1. 诊察・检查 2. 药剂・治疗材料的补助 3. 处置・手术等其他治疗 4. 预防・康复 5. 住院 6. 护理 7. 转院
医疗补助	依据医疗补助法第7条（医疗补助的内容等）的规定，因参保人及被抚养人的疾病、受伤等原因发生的以下各项医疗补助 1. 诊察・检查 2. 药剂・治疗材料的补助 3. 处置・手术等其他治疗 4. 预防・康复 5. 住院 6. 护理 7. 转院及为达到其它医疗目的的处置
国民健康保险法中本人负担金额上限制	在国民健康保险法疗养补助中，当本人年负担金额总额超出国民健康保险法施行令附表3中规定的金额时，对于其超出部分，由公团负担的制度。因国民健康保险相关法令的变更而变更返还标准的情况下，公司将依据变更后的标准
医疗补助法中本人负担金额赔付制及本人负担金额上限制	在医疗补助法医疗补助中的本人负担金额超出医疗补助法施行令第13条（补助费用的负担）中规定的金额时，对于其超出金额，由医疗补助基金等负担的制度。因医疗补助相关法令的变更而变更返还标准的情况下，公司将依据变更后的标准
赔付对象医疗费用	实际负担额 - 不予赔付金额
赔付责任额	$(\text{实际负担额} - \text{不予赔付金额}) \times \text{公司负担比率}$
多份保险	对于同时或依次签订2份以上实损医疗保险合同（包括邮政局保险、各种扣除额、意外事故・疾病・长期护理保险等第3保险、个人养老金・退休保险等按实损赔付医疗费用的保险・共济合同），而且其合同相同的保险事故，具有各合同赔付责任额的多份实损医疗保险合同

住院医疗费用韩方（非补助）追加特别条款

第1条 给予赔付的事项

尽管存在实损医疗费特别条款第4条（不予赔付的事项）的（1）意外事故住院医疗费用第3项第1小项或（3）疾病住院医疗费用第3项第1小项的规定，公司对于被保险人（保险对象）在韩方医院或韩方诊所住院进行韩方治疗的过程中产生的不属于国民健康保险法疗养补助的非补助医疗费用，将依据特别条款同条款第3条（各保障项目保障内容）的（1）意外事故住院医疗费用或（3）疾病住院医疗费用中的规定给予赔付。

第2条 不予赔付的事项

公司对于实损医疗费特别条款第4条（不予赔付的事项）的（1）意外事故住院医疗费用或（3）疾病住院医疗费用中规定的事项（第3项第1小项的韩方治疗除外）及因以下事由产生的医疗费用将不予赔付。

1. 韩方物理疗法（手技疗法、电子疗法、温热疗法等）及晕车、肥胖、戒烟等不以治疗疾病为目的的针灸疗法
2. 不以治疗为目的，为单纯体检进行的用药及成剂药

第3条 赔付限额

包括本追加特别条款的赔付在内的意外事故住院医疗费用或疾病住院医疗费用的赔付限额以特别条款同条款第3条（各保障项目保障内容）的（1）意外事故住院医疗费用或（3）疾病住院医疗费用的参保金额为限额。

第4条 适用规定

本追加特别条款未尽事宜将依据实损医疗费特别条款。

住院医疗费用牙科（非补助）追加特别条款

第1条 给予赔付的事项

尽管存在实损医疗费特别条款第4条（不予赔付的事项）的（1）意外事故住院医疗费用第3项第1小项或（3）疾病住院医疗费用第3项第1小项的规定，公司对于被保险人（保险对象）在牙科医院或牙科诊所住院进行牙科治疗的过程中产生的不属于国民健康保险法疗养补助的非补助医疗费用，将依据特别条款同条款第3条（各保障项目保障内容）的（1）意外事故住院医疗费用或（3）疾病住院医疗费用中的规定给予赔付。

第2条 不予赔付的事项

公司对于实损医疗费特别条款第4条（不予赔付的事项）的（1）意外事故住院医疗费用或（3）疾病住院医疗费用中规定的事项（第3项第1小项的牙科治疗除外）及因以下事由产生的医疗费用将不予赔付。

1. 因补牙、保留、金牙冠、托牙、假牙及种植牙产生的医疗费用

第3条 赔付限额

包括本追加特别条款的赔付在内的意外事故住院医疗费用或疾病住院医疗费用的赔付限额以特别条款同条款第3条（各保障项目保障内容）的（1）意外事故住院医疗费用或（3）疾病住院医疗费用的参保金额为限额。

第4条 适用规定

本追加特别条款未尽事宜将依据实损医疗费特别条款。

国民健康保险非参保人追加特别条款

第1条 适用对象

本追加特别条款将实损医疗费特别条款的被保险人中国民健康保险非参保人作为被保险人（保险对象）。

第2条 给予赔付的事项

尽管存在实损医疗费特别条款第3条（各保障项目保障内容）及第4条（不予赔付的事项）的规定，对于本追加特别条款的被保险人（保险对象），将与国民健康保险参保人同等适用实损医疗费特别条款。但为机动车事故及工伤事故时，被保险人（保险对象）实际负担的医疗费用将依据实损医疗费特别条款第3条（各保障项目保障内容）及第4条（不予赔付的事项）的规定给予赔付。

第3条 合同签订后的通知义务

- ① 在保险期内，被保险人（保险对象）取得国民健康保险法规定的资格时，投保人应书面通知公司，并在保险证（参保证书）上标明。
- ② 当被保险人（保险对象）取得国民健康保险法中规定的资格时，从该事实发生之日起，本特别条款将解除，公司对于未经过的期间，将返还以日单位计算的保险费。

第4条 适用规定

本追加特别条款未尽事宜将依据实损医疗费特别条款。

日常生活赔偿责任特别条款

第1条 保险金的种类及赔付事由

① 公司对于保险证（参保证书）上记载的被保险人（保险对象）本人（以下简称“本人”）及同居的配偶在国内外因以下列举的事故（以下简称“事故”），对他人的身体造成伤害及财物损失（财物的消失、损伤及损坏）而负有法律上的赔偿责任时，对于该损害将依据本特别条款给予赔付。

1. 因被保险人（保险对象）作为住宅使用的保险证（参保证书）中记载的住宅（包括宅基地内的动产及不动产。以下简称“住宅”）的所有、使用、管理导致的偶然事故

2. 被保险人（保险对象）的日常生活（住宅以外的房地产的所有、使用及管理除外）中的偶然事故

② 公司对于每件事故赔付的损害范围如下。

1. 被保险人（保险对象）对受害人负有赔偿责任的法律上的损害赔偿金

2. 投保人或被保险人（保险对象）支出的以下费用

A. 被保险人（保险对象）为第5条（损害防止义务）第1项第1小项中规定的防止及减轻损害而支出的必要

或有益的费用

- B. 被保险人（保险对象）为采取第5条（损害防止义务）第1项第2小项的措施而支出的必要或有益的费用
- C. 被保险人（保险对象）支付的诉讼费用、律师费用、仲裁、和解或调节相关费用
- D. 有关保险证（参保证书）上赔付限额内的金额的委托保证保险费。但公司对提供这种保证概不负责。
- E. 被保险人（保险对象）为遵守第6条（公司对损害赔偿申请的解决方法）第2项及第3项的公司要求而支出的费用

第2条 不赔付保险金的事由

① 公司负担对因以下事由产生的赔偿责任，但对于遭受的损失将不予赔付。

- 1. 针对因投保人、被保险人（保险对象）（为法人时，履行其董事或法人业务的其它机构）或其法定代理人故意导致的损害的赔偿责任
- 2. 针对因战争、革命、内乱、事变、恐怖行动、暴动、骚乱、劳动纠纷等类似的事态导致的损害的赔偿责任
- 3. 针对因地震、火山喷发、洪水、海啸或与此类似的天灾导致的损害的赔偿责任
- 4. 针对因核燃料物质（包括使用的燃料，下同。）或因核燃料物质而污染的物质（核裂变成物质）的放射性、爆炸性及其它有害的特性或其特性引发的事故而导致的损害的赔偿责任
- 5. 第4项以外的因被放射线照射或放射性污染导致的损害

② 公司负担因以下事由产生的赔偿责任，但对于遭受的损失将不予赔付。

- 1. 以被保险人（保险对象）履行职务为直接原因的赔偿责任
- 2. 除了保险证（参保证书）上记载的住宅以外，因被保险人（保险对象）所有、使用或管理的房地产导致的赔偿责任
- 3. 因被保险人（保险对象）的雇员在从事被保险人（保险对象）的业务时引发的身体伤残（包括因伤残导致的死亡）导致的赔偿责任
- 4. 当被保险人（保险对象）与他人存在有关损害赔偿的协议时，因该协议加重的赔偿责任
- 5. 针对与被保险人（保险对象）一起生活的亲属的赔偿责任
- 6. 被保险人（保险对象）所有、使用或管理的财物受到损害时，向对该财物具有正当权利的人负担的损害的赔偿责任。但对于酒店的客房或客房内的动产的损害不负赔偿责任
- 7. 因被保险人（保险对象）的精神失常导致的赔偿责任
- 8. 因被保险人（保险对象）或被保险人（保险对象）的指使引发的施暴或殴打导致的赔偿责任
- 9. 因飞机、船舶、车辆（原动力为人力的除外）、枪支（气枪除外）的所有、使用及管理导致的赔偿责任
- 10. 针对因住宅的修理、改造、新建或拆除工程导致的损害的赔偿责任，但因通常的维修、维护作业导致的损害负有赔偿责任
- 11. 因非法行为或暴力行为导致的赔偿责任

第3条 保险金等的赔付限额

① 公司对于1次保险事故如下进行赔付。此时参保金额（赔付限额）及本人负担金额分别指保险证（参保证书）上记载的金额。

- 1. 第1条（保险金的种类及赔付事由）第2项第1小项的损害赔偿金：以参保金额（赔付限额）为限额赔付，已约定本人负担金额的情况下，对于本人负担金额，只对超出的部分给予赔付。
- 2. 第1条（保险金的种类及赔付事由）第2项第2小项“A”项、“B”项或“E”项的费用：费用全额赔付。
- 3. 第1条（保险金的种类及赔付事由）第2项第2小项“C”项或“D”项的费用：对于该费用与依据第1小项

规定的赔付额的合计额，在参保金额（赔付限额）的限额内给予赔付。

② 公司依据第1项给予赔付的情况下，将把从参保金额（赔付限额）中扣除赔付额的余额作为剩余保险期的参保金额（赔付限额）。

第4条 损害的发生与通知

① 投保人或被保险人（保险对象）在发生以下事实情况时，应立即书面通知公司事实内容。

1. 发生事故时的事故发生时间及地点、受害人的地址及姓名、事故状况及有目击证人时证人的地址及姓名
2. 接到受害人提出的损害赔偿申请时
3. 接到受害人提起的损害赔偿相关诉讼时

② 投保人或被保险人（保险对象）拖延第1项各小项的通知而使损害增加时，公司对于因此增加的损害将不予赔付，拖延第1项第3小项的通知时，因此产生的诉讼费用和律师费用也将不予赔付。

第5条 损害防止义务

① 发生保险事故时，投保人或被保险人（保险对象）应履行以下事项。

1. 为防止或减轻损害而做出的努力（包括针对受害人的应急处置、紧急护送或其它应急处置）
2. 可能获得第三者对损害的赔偿时，为维护或行使权利所做出的必要处理
3. 有关全部或部分损害赔偿责任的偿付（还债）、允许或和解，以及提起或申请诉讼、仲裁或调节时，预先征得公司同意
4. 被保险人（保险对象）对于损害赔偿责任要提起诉讼时，预先征得公司同意

② 投保人或被保险人（保险对象）无正当理由而不履行第1项规定的义务时，将从第1条（保险金的种类及赔付事由）规定的损害中扣除以下金额。

1. 在第1项第1小项的情况下，如果已做出努力，可防止或减轻损害的金额
2. 在第1项第2小项的情况下，可获得第三者给予的损害赔偿的金额
3. 在第1项第3小项的情况下，诉讼费用（含仲裁或调节相关费用）及律师费用和因未征得公司同意的行为而增加的损害

第6条 公司对损害赔偿申请的解决

① 发生被保险人（保险对象）对受害人负有损害赔偿责任的事故时，受害人依据本特别条款，在公司对被保险人（保险对象）负有赔付责任的限额内，可向公司直接申请保险金的赔付。但被保险人（保险对象）对所发生事故申辩的情况下，公司可与受害人协商。

② 公司接到第1项规定的申请时，应立即通知被保险人（保险对象），如果公司提出要求，投保人及被保险人（保险对象）应就提交必要的材料证据、证词或证人的出庭予以协助。

③ 被保险人（保险对象）接到受害人提出的损害赔偿申请时，公司在认为有必要的情况下，可代替被保险人（保险对象），由公司出资解决赔偿问题。但在这种情况下，如果公司提出要求，投保人及被保险人（保险对象）应予以协助。

④ 对于第2项和第3项的要求，当投保人及被保险人（保险对象）无正当理由而不予以协助时，公司对于因此增加的损害将不予赔付。

第7条 保险金的赔付

① 被保险人（保险对象）申请赔付保险金时，应向公司提交以下材料。

1. 保险金申请书

2. 身份证（由政府机关发放的贴有照片的身份证或驾驶证等身份证，非本人时，包括本人的印鉴证明）
 3. 证明已赔付损害赔偿金及其它费用的材料
 4. 公司要求的其它材料
- ② 公司接到第1项规定的保险金申请后，将立即确定要赔付的保险金，如果已确定要赔付的保险金，则在7日内给予赔付。但即使在确定要赔付的保险金之前，如果被保险人（保险对象）提出申请，公司也将把相当于公司预计保险金的50%作为暂付保险金赔付。
- ③ 公司确定第2项规定的赔付保险金后，经过7日仍未赔付保险金时，对于拖延之日起至赔付日的期间，将额外支付以年为单位复利计算保险开发院公示定期存款利率的金额。但因被保险人（保险对象）归责事由而拖延的情况不在此列。
- ④ 被保险人（保险对象）在第1项规定的材料中，虚假填写记载事项或隐瞒事实时，公司将不赔付相应保险金。但因投保人或被保险人（保险对象）归责事项而造成赔付拖延时，对于相应期间产生的利息将不予赔付。

第8条 保险金的分担

- ① 存在保障与本合同保障的危险等危险的其它合同（含共济合同（已加入各种共济会的合同））时，对于每一份合同，视为无其它合同。当分别计算的赔付责任额的合计额超过损害额时，公司按照本合同规定的赔付责任额的前期合计额（分别计算的赔付责任额的合计额）所占比率，对损害进行赔付。本合同与其它合同均为强制保险时亦同。
- ② 本合同非强制保险，并且存在其它强制保险时，把扣除其它强制保险将赔付的金额（被保险人（保险对象）未参保时预计将赔付的金额）后的金额视为损害额，确定第1项规定的将赔付的金额。
- ③ 被保险人（保险对象）对于其它合同放弃保险金申请时，不对公司依据第1项的规定确定赔付保险金造成影响。

第9条 欺诈合同

公司证明投保人、被保险人或其代理人采用欺诈手段使合同成立时，可从合同签订日起的5年内（从了解欺诈事实起的1个月内）解除合同。

第10条 代位权

- ① 公司赔付保险金时（含实物赔偿），公司在赔付的保险金的限额内具有以下权利。但公司赔付的金额仅为被保险人（保险对象）受到损害的部分金额时，将在不侵害被保险人（保险对象）权利的范围内具有权利。
1. 被保险人（保险对象）可获得第三者给予的损害赔偿时的损害赔偿请求权
 2. 被保险人（保险对象）存在通过损害赔偿代位获得的权利时的代位权
- ② 投保人或被保险人（保险对象）依据第1项的规定，应就行使或维护公司取得的权利权利采取必要的措施，此外还应提交公司要求的证据及材料。
- ③ 尽管存在第1项及第2项的规定，为针对他人的保险合同，公司将放弃有关投保人的代位权。

第11条 协商、折衷、仲裁、诉讼的协助及代理等

- ① 公司为确定被保险人在法律上的损害赔偿责任，对被保险人与受害人进行的协商、折衷、仲裁或诉讼（含确认的诉讼），可予以协助或代理被保险人履行上述程序。
- ② 公司在对被保险人负有赔偿责任的限额（指因同一事故已赔付的保险金或存在暂付保险金时扣除该金额的金額，下同）内，对第1项规定的程序予以协助或代理。
- ③ 公司对第1项的程序予以协助或代理时，被保险人应就公司的要求给予协助。被保险人无正当理由而不予协

助时，对于因此增加的损害将不予赔付。

④ 公司在属于以下各项的情况下将不代理第1项规定的程序。

1. 被保险人对受害人所负有的法律损害赔偿赔偿责任明显超过保险证（参保证书）上记载的参保金额时
2. 被保险人无正当理由而不予协助时

⑤ 公司代理第1项规定的程序时，将在被保险人负有赔偿责任的限额内，可替被保险人垫付有关免除财产保全或临时执行的保证金，赔付因此所需的费用。在这种情况下，垫付款的利息与保证金的利息相同，被保险人应把保证金（含利息）的收回请求权移交给公司。

第12条 适用规定

本特别条款未尽事宜将依据普通条款。

性暴力犯罪特别条款

第1条 保险金的种类及赔付事由

① 当被保险人（保险对象）在日常生活中，发生保险证（参保证书）中记载的因以下各项规定的性暴力犯罪所造成的伤害（以下简称“性暴力犯罪伤害的发生”）时，公司将赔付本特别条款的参保金额。

1. 刑法第32章《强奸与猥亵罪》中

第297条 强奸

第298条 强制猥亵

第299条 准强奸、准强制猥亵

第300条 未遂犯

第301条 强奸等伤害及致伤

第301条之2 强奸等杀人及致死

第302条 针对未成年人的奸淫

第303条 利用职务之便等实施的奸淫

第305条 对未成年人的奸淫、猥亵罪

2. 刑法第339条 抢劫强奸罪

3. 性暴力犯罪的处罚及受害人保护等相关法律（以下简称“性暴力犯罪法”）的性暴力犯罪中

第5条 特殊抢劫强奸等

第6条 特殊强奸等

第7条 利用亲属关系等实施的强奸等

第8条 针对残疾人的奸淫等

第8条之2 针对不满13周岁的未成年人实施的强奸及猥亵等

第9条 强奸等伤害及致伤

第10条 强奸等杀人及致死

第11条 利用职务之便等实施的猥亵

第12条 公共密集场所内的猥亵

② 第1项的“性暴力犯罪伤害的发生”指警官受理受害人报警或第三者报警、控告、举报等，进行调查后，由检察官提起公诉（起诉）的情况（含简易诉讼）或经警官搜查，明确找出性暴力犯罪的发生事实，但未能逮捕犯人的情况。

<用语释义>

1. 提起公诉

检察官对于司法警官送交的案件或直接侦办的案件，判断嫌疑人应受到审判时向法院递交起诉书，这称之为提起公诉或起诉。

2. 简易诉讼

与处以徒刑或监禁相比，检察官认为对嫌疑人处以罚金更为适当时，在起诉的同时，可请求法院处于罚金之意的略式命令，这称之为简易诉讼。

第2条 不赔付保险金的事由

与普通条款无关，无论直接原因或间接原因，公司仅在因以下性暴力犯罪导致伤害的情况下不予赔付。

1. 因投保人及被保险人（保险对象）故意而导致的性暴力犯罪
2. 因保险受益人（获得保险金的人）故意而导致的性暴力犯罪。但保险受益人（获得保险金的人）为两人以上时，对于另一人将获得的金额将给予赔付
3. 因被保险人（保险对象）脑部疾病而导致的性暴力犯罪
4. 战争、外国行使武力、革命、内乱、事变、暴动、骚乱或其它类似事态中出现的性暴力犯罪
5. 因地震、火山喷发、海啸或其它类似天灾中出现的性暴力犯罪

第3条 适用规定

本特别条款未尽事宜将依据普通条款。

学生动产特别条款

第1条 保险目标

① 保险目标仅限于被保险人（保险对象）居住生活的建筑物内的，被保险人（保险对象）所拥有的生活动产和学习用具（以下简称“动产”）。但亲属居住的建筑物内的，被保险人（保险对象）拥有的动产除外。但即使为亲属居住的建筑物，对于签订租房合同后，被保险人（保险对象）单独居住的建筑物房内的动产也包括在保险目标之内。

② 第1项的被保险人（保险对象）为教育法规定的各级学校在校生。

第2条 保险目标的范围

① 以下物品不在保险目标之列。

1. 货币、有价证券、存折、自动柜员机专用卡、印花、邮票等类似物品
2. 月票、信用卡、优惠券、机票、护照等类似物品
3. 眼镜、隐形眼镜、假牙、假足及其它类似身体辅助器具
4. 汽车（含自动三轮车、自动两轮车）
5. 动植物

② 以下物品仅在保险证（参保证书）上有记载时为保险目标。

1. 贵金属、贵重物品（重量或体积可携带，每件300万韩元以上的物品）、玉石、宝石、书画、古玩、雕

刻。但商品除外。

2. 相机、录音机、收音机、望远镜、手表及其它类似可携带物品及专业休闲用具
3. 显微镜、制图器、乐器及其它类似用于专业学习的物品
4. 原稿、设计书、图案、物品的原件、模型、证书、账簿、模具（铁制）、木型、软件及其它类似物品

第3条 赔付的损害

对于保险目标出现的以下损害，公司将依据本特别条款给予赔付。

1. 火灾损害：火灾（含雷击，下同）带来的火灾、消防及避险损害
2. 失窃损害：因抢劫或偷盗（含未遂）造成保险目标出现的失窃、破坏、损坏或破损的损害
3. 因爆炸或破裂造成的损害

第4条 不予赔付的损害

对于以下损害，公司将不予赔付。

1. 因投保人或被保险人（保险对象）故意或重大过失导致的损害
2. 为使被保险人（保险对象）获得保险金，使用或受托管理保险目标的人或与被保险人（保险对象）同居的亲属及雇用人故意导致的损害
3. 无论直接原因或间接原因，因地震、火山喷发、海啸或其它类似天灾，或战争、外国行使武力、革命、内乱、事变、暴动、骚乱等其它类似事态导致的火灾及燃烧损害
4. 因自来水管冻裂或水管破裂造成的损害
5. 保险目标不在建筑物内的期间出现的损害
6. 发生保险事故后，30日内未通知的损害

第5条 损害的通知及调查

- ① 保险目标出现损害时，应立即向公司通知事故发生时间、损害情况、损害程度及有事故证人时证人的地址和姓名，并提交损害报告。
- ② 保险目标失窃时，应立即向管辖该地区的警察局报警。
- ③ 因投保人或被保险人（保险对象）拖延第1项规定的通知而造成损害增加时，对于增加的损害，公司将不予赔付。

第6条 损害额的调查确定

- ① 公司赔付的损害额将根据损害发生时间和地点的保险目标的价额（以下简称“保险价额”）进行计算。
- ② 保险目标的损伤可进行修理时，将把从第1项的金额中扣除第2项和第3项的合计额的余额作为第1项中的损害额。
 1. 为把保险目标恢复到损害发生之前的状态所需的费用
 2. 进行修理时，由于更换零部件而使保险目标的整体价额增加时的增加额
 3. 修理的同时出现残留物时，该残留物价额

第7条 赔付保险金的计算

- ① 公司将赔付的保险金以保险证（参保证书）上记载的参保金额为限额，参保金额超过保险价额时，以保险价额为限。
- ② 参保金额低于保险价额时，公司将把在根据第1项计算的金额上乘以参保金额与保险价额的比率得出的金额

作为保险金赔付。

第8条 被损物品的调查

- ① 保险目标出现损害时，公司可对保险目标及保管地点进行调查。
- ② 投保人或被保险人（保险对象）无正当理由而不协助第1项的调查时，对于因此而增加的损害，公司将不予赔付。

第9条 保险金的分担

- ① 存在负担与本合同负担的危险等危险的其它合同时，对于每一份合同，视为无其它合同。当分别计算的赔付责任额的合计额超过损害额时，公司按照本合同规定的赔付责任额的前期合计额所占比率，对损害进行赔付。
- ② 被保险人（保险对象）对于其它合同放弃保险金申请时，不对公司依据第1项的规定确定赔付保险金造成影响。

第10条 损害防止费用

投保人或被保险人（保险对象）为防止或减轻损害的扩大而支出必要而有益的费用（以下简称“损害防止费用”）时，公司将赔付该费用。

第11条 赔付保险金的限额

公司应赔付的金额在保险期内以参保金额为限额。但第10条规定的损害防止费用不在此列。

第12条 残留物

- ① 保险目标全部损害时，公司全额赔付参保金额时，公司将取得被保险人（保险对象）对于保险目标所具有的权利。但参保金额低于保险价额时，公司将根据参保金额与保险价额的比率取得权利。
- ② 保险目标部分失窃后，公司赔付保险金时，对于失窃的保险目标，将根据参保金额与保险价额的比率取得所有权。
- ③ 在第1项及第2项的情况下，公司表达出将不取得该权利的意愿并对损害进行赔付时，该残留物归被保险人（保险对象）所有。

第13条 适用规定

本特别条款未尽事宜将依据普通条款。

团体合同特别条款

第1条 合同的适用范围

- ① 本特别条款仅适用于把归属于以下团体中之一的成员作为被保险人（保险对象）后，团体或团体代表依据规定签订保险合同的情况。
 1. 同一公司、营业场所、政府机构、国营企业、组合等雇用5名工作人员以上的团体（但区分营业场所、编

制、工种等的情况下，是否归属于团体将依据相关法规的规定)

2. 非赢利法人团体、律师协会、医生协会等同业公会，成员达5人以上的团体

3. 此外，团体成员明确，已确保危险的同质性，可进行合同统一管理的团体，成员达5人以上的团体

② 尽管存在第1项的规定，但在仅把部分团体成员作为被保险人（保险对象）的情况下，应保持对象团体的危险和被保险团体的危险的同质性，并应满足以下各项条件。（但适用与个人保险相同的保险费率的合同除外）

1. 作为团体内部规定下的福利制度，应为劳资双方协商后的制度。在这种情况下，保险费的一部分应由团体或团体的代表负担。

2. 相应于第1项的第2小项及第3小项的团体应根据内部规定，由团体的代表与保险公司签订协议。

第2条 投保人

本特别条款的投保人应能够代表第1条（合同的适用范围）的团体行使保险合同上的所有权利和义务。

第3条 被保险人（保险对象）的范围

本特别条款的被保险人（保险对象）包括第1条（合同的适用范围）的团体成员，团体成员的配偶、子女、父母、配偶的父母等可作为被保险人（保险对象）。

第4条 被保险人（保险对象）的变更等

① 因团体成员的入职、退職等事由而使被保险人（保险对象）出现变动时，投保人可获得公司批准后变更被保险人（保险对象）。

② 被保险人（保险对象）的增加、减少、更换步骤如下。

1. 签订合同后，要增加、减少或更换被保险人（保险对象）时，投保人或被保险人（保险对象）应立即书面通知公司该事实情况，并获得公司的批准。

2. 本合同期内被保险人（保险对象）减少时，该被保险人（保险对象）的合同将解除，本合同剩余的保险期将作为新增加或更换的被保险人（保险对象）的保险期，因此而产生的额外或返还保险费将以日为单位计算后收取或返还。

3. 违反第2项第1小项、第2项的规定时，公司对于新增加或更换的相应被保险人（保险对象）将不予赔付。

第5条 转换为独立合同

① 因被保险人（保险对象）退職等事由而脱离团体时，仅限被保险人（保险对象）负担部分保险费的情况，从脱离团体之日起的1个月内，投保人或被保险人（保险对象）可在获得公司批准后转换为独立合同。在这种情况下，被保险人（保险对象）将成为独立合同的投保人。

② 依据第1项的规定转换为独立合同时，在转换后，将本合同剩余的期间作为被保险人（保险对象）的保险期，对于因此而产生的额外或返还的保险费，将依据保险费用及责任准备金计算方法中的规定，以日为单位计算后收取或返还。

第6条 适用上的特别规则

公司仅向投保人开具保险证（参保证书）。但投保人或被保险人（保险对象）申请时，可分别对被保险人（保险对象）开具保险证（参保证书）。

第7条 适用规定

本特别条款未尽事宜将依据普通条款。

团体合同保险费核算追加特别条款

第1条 保险费的核算

- ① 尽管存在团体合同特别条款（以下简称“特别条款”）第4条（被保险人（保险对象）的变更等）第2项第2小项的规定，但公司将依据本追加特别条款对保险费进行核算。
- ② 尽管存在特别条款第4条（被保险人（保险对象）的变更等）第2项第3小项的规定，在核算保险费之前，公司对于新增加或更换的被保险人（保险对象），也将对发生的损害进行赔付。

第2条 被保险人（保险对象）的名册

投保人应始终备置被保险人（保险对象）名册，在公司提出查阅要求时将依据此名册。

第3条 预存保险费

预存保险费将适用合同签订前1个月内每日平均人员数下确定的保险费率进行计算。

第4条 保险费的核算方法

保险费将以被保险人（保险对象）数的增减如下核算。

1. 投保人应在每月10日前向公司提交至上月末为止的被保险人（保险对象）数相关材料。但在合同失效或被解除的情况下，为确定失效或解除日为止的保险费，在失效或解除后应立即向公司提交所需的材料。
2. 保险期内或保险期满后，为了计算保险费，在认为有必要的情况下，公司可查阅投保人的材料。
3. 在保险期期满的同时，公司将比较根据被保险人（保险对象）数计算的均一保险费与签订合同时计算的预存保险费，核算其差额。

第5条 适用规定

本追加特别条款未尽事宜将依据普通条款及特别条款。

团体办理特别条款

第1条 适用范围

本特别条款仅适用于以除以下规定的团体以外的5人以上的团体为对象签订合同的情况。

1. 同一公司、营业场所、政府机构、国营企业、组合等雇用5名工作人员以上的团体
2. 非赢利法人团体、律师协会、医生协会等同业公会，成员达5人以上的团体
3. 此外，团体成员明确，已确保危险的同质性，可进行合同统一管理的团体，成员达5人以上的团体

第2条 投保人

本特别条款的投保人应能够代表第1条（合同的适用范围）的团体行使保险合同上的所有权利和义务。

第3条 被保险人（保险对象）的增加、减少或更换

- ① 签订合同后，要增加、减少或更换被保险人（保险对象）时，投保人或被保险人（保险对象）应立即书面通知公司该事实情况，并获得公司的批准。
- ② 本合同期内被保险人（保险对象）减少时，该被保险人（保险对象）的合同将解除，将本合同剩余的保险期作为新增加或更换的被保险人（保险对象）的保险期，因此而产生的额外或返还保险费将以日为单位计算后收取或返还。
- ③ 违反第2项第1小项、第2项的规定时，公司对于新增加或更换的相应被保险人（保险对象）将不予赔付。

第4条 适用上的特别规则

公司仅向投保人开具保险证（参保证书）。但投保人或被保险人（保险对象）申请时，可分别对被保险人（保险对象）开具保险证（参保证书）。

第5条 适用规定

本特别条款未尽事宜将依据普通条款。

团体办理保险费核算追加特别条款

第1条 保险费的核算

- ① 尽管存在团体办理特别条款（以下简称“特别条款”）第3条（被保险人（保险对象）的增加、减少或更换等）第2项的规定，但公司将依据本追加特别条款对保险费进行核算。
- ② 尽管存在特别条款第3条（被保险人（保险对象）的增加、减少或更换）第3项的规定，在核算保险费之前，公司对于新增加或更换的被保险人（保险对象），也将对发生的损害进行赔付。

第2条 被保险人（保险对象）的名册

投保人应始终备置被保险人（保险对象）名册，在公司提出查阅要求时将依据此名册。

第3条 预存保险费

预存保险费将适用合同签订前1个月内每日平均人员数下确定的保险费率进行计算。

第4条 保险费的核算方法

保险费将以被保险人（保险对象）数的增减如下核算。

1. 投保人应在每月10日前向公司提交至上月末为止的被保险人（保险对象）数相关材料。但在合同失效或被解除的情况下，为确定失效或解除日为止的保险费，在失效或解除后应立即向公司提交所需的材料。
2. 保险期内或保险期满后，为了计算保险费，在认为有必要的情况下，公司可查阅投保人的材料。
3. 在保险期期满的同时，公司将比较根据被保险人（保险对象）数计算的确定均一保险费与签订合同时计算的预存保险费，核算其差额。

第5条 适用规定

本追加特别条款未尽事宜将依据特别条款及普通条款。

保险费分期交纳特别条款VI

第1条 保险费的分期交纳

投保人可把保险费分为（ ）次，分期向公司交纳。

第2条 分期保险费的交纳

投保人应在以下规定的日期之前交纳分期保险费。

1. 2次分期交纳：第1次分期交纳（70%），年 月 日签订合同时交纳
第2次分期交纳（30%），年 月 日交纳
2. 4次分期交纳：第1次分期交纳（40%），年 月 日签订合同时交纳
第2次分期交纳（30%），年 月 日交纳
第3次分期交纳（15%），年 月 日交纳
第4次分期交纳（15%），年 月 日交纳
3. 12次分期交纳：应按12次平均分期交纳方式如下交纳。
第1次分期交纳，年 月 日签订合同时交纳
第2次以后，每月 日交纳

第3条 未交纳保险费的扣除

公司依据合同赔付保险金时，当保险金超过已收取的保险费时，将赔付扣除全额未交纳保险费后的余额。

第4条 适用规定

本特别条款未尽事宜将依据普通条款。

保险费分期交纳特别条款VII

第1条 保险费的分期交纳

投保人可把保险费分为（ ）次，分期向公司交纳。

第2条 分期保险费的交纳

投保人应在以下规定的日期之前交纳分期保险费。

1. 为2年合同时
 - 1) 2次分期交纳：应按2次平均分期交纳方式如下交纳。
第1次分期交纳，年 月 日签订合同时交纳
第2次以后，每月 日交纳
 - 2) 24次分期交纳：应按24次平均分期交纳方式如下交纳。
第1次分期交纳，年 月 日签订合同时交纳

第2次以后，每月 日交纳

2. 为3年合同时

1) 3次分期交纳：应按3次平均分期交纳方式如下交纳。

第1次分期交纳， 年 月 日签订合同时交纳

第2次以后，每月 日交纳

2) 36次分期交纳：应按36次平均分期交纳方式如下交纳。

第1次分期交纳， 年 月 日签订合同时交纳

第2次以后，每月 日交纳

第3条 未交纳保险费的扣除

公司依据合同赔付保险金时，当保险金超过已收取的保险费时，将赔付扣除全额未交纳保险费后的余额。

第4条 适用规定

本特别条款未尽事宜将依据普通条款。

指定代理申请服务特别条款

第1条 适用对象

本特别条款适用于投保人、被保险人（保险对象）及保险受益人（获得保险金的人）均相同的普通条款及特别条款。

第2条 特别条款的签订及终止

① 本特别条款通过投保人申请投保和保险公司批准实现。（以下保险投保人简称“投保人”，保险公司简称“公司”）

② 因第1条（适用对象）的保险合同解除或其它事由而使合同失效时，本特别条款将不再有效。

第3条 指定代理申请人的指定

① 应对存在无法直接申请普通条款或特别条款中规定的保险金的特殊情况，投保人在签订合同时或签订合同后，可把属于以下各项之一的一人指定为保险金的代理申请人（以下简称“指定代理申请人”）（含第4条规定的变更指定）。但指定代理申请人在申请保险金时也应符合以下各项之一。

1. 与被保险人（保险对象）同居或与被保险人（保险对象）共同生活的被保险人（保险对象）的家庭关系登记簿上或户口本上的配偶

2. 与被保险人（保险对象）同居或与被保险人（保险对象）共同生活的被保险人（保险对象）的三代以内的亲属

② 尽管存在第1项的规定，被指定为指定代理申请人后，第1条（适用对象）的保险受益人（获得保险金的人）变更时，已指定的指定代理申请人的资格视为自动丧失。

第4条 指定代理申请人的变更指定

投保人可提交以下材料，变更指定代理申请人的指定。在这种情况下，公司将书面通知变更指定的内容或

在记载于保险证（参保证书）之后。

1. 指定代理申请人变更申请书（公司格式）
2. 保险证（参保证书）
3. 指定代理申请人的户口本、家庭关系登记簿（基本证明等）
4. 身份证（由政府机关发放的贴有照片的身份证或驾驶证等身份证，非本人时，包括本人的印签证明）

第5条 保险金赔付等的步骤

- ① 指定代理申请人提交第6条（申请保险金时的准备材料）规定的准备材料及证明第1条（应用对象）的保险受益人（获得保险金的人）因特殊情况无法直接申请保险金等材料，获得公司批准后，作为第1条（适用对象）的保险受益人（获得保险金的人）的代理人，可申请及领取保险金（死亡保险金除外）。
- ② 公司将保险金赔付给指定代理申请人时，即使之后接到保险金申请，公司也将不再给予赔付。

第6条 申请保险金等时的准备材料

指定代理申请人应依据公司规定的方法提交以下材料并申请保险金。

1. 申请书（公司格式）
2. 事故证明
3. 身份证（由政府机关发放的贴有照片的身份证或驾驶证等身份证）
4. 被保险人的印签证明
5. 被保险人及指定代理申请人的家庭关系登记簿（家庭关系证明）及户口本副本
6. 其它指定代理申请人领取保险金等所需提交的材料

第7条 适用规定

本特别条款未尽事宜将依据普通条款及相应特别条款的规定。

【附表1】伤残分类表

① 总则

1. 伤残的定义

- 1) “伤残”指因意外事故或疾病，治愈后身体上遗留下永久性的精神或肉体的损伤状态。但疾病和受伤的症状和并发症及对此的治疗过程中偶尔出现的症状不在伤残之列。
- 2) “永久性”原则上指治愈后将来恢复无望的状态，可在医学上认定精神上或肉体上的损伤状态的情况。
- 3) “治愈后”指无法期待意外事故或疾病的治疗效果，而且其症状已不变的状态。
- 4) 但对于虽非固定的症状，对于治疗结束后暂时出现的伤残，当该期间超过5年时，将赔付在参保金额上乘以相应伤残赔付率的20%后计算的金额。

2. 身体部位

“身体部位”指① 眼 ② 耳 ③ 鼻 ④ 咀嚼或言语的功能 ⑤ 外貌 ⑥ 脊椎（脊椎骨） ⑦ 躯干骨 ⑧ 手臂 ⑨ 腿 ⑩ 手指 ⑪ 脚趾 ⑫ 胸、腹部内脏器官及泌尿生殖器官 ⑬ 神经系统、精神行动等13个部位，把这些分别称为相同的身体部位。但左右眼、左右耳、左右手臂、左右腿分别视为不同的身体部位。

3. 其它

- 1) 依据观察方法，在伤残分类表上2种以上的身体部位或相同的身体部位，当一种伤残与其它伤残存在通常派生的关系时，分别适用其中较高的赔付率。
- 2) 当相同的身体部位上发生2种以上的伤残时，原则上不合计赔付率，而适用其中较高的赔付率。但各身体部位鉴定标准中另有规定的情况下，依据其标准。
- 3) 医学上已宣布脑死亡，丧失呼吸功能和心跳功能，依赖人工心脏起搏器等装置延续生命的脑死亡状态不在伤残的鉴定对象之列。
- 4) 伤残诊断书中应记载：① 伤残诊断名称及发生时间 ② 伤残的内容及其程度 ③ 与事故的因果关系及事故的干预度 ④ 今后治疗的问题及好转度。但为神经系统、精神行动伤残的情况下，应额外记载：① 是否介护 ② 客观理由及介护的内容。

② 各伤残分类鉴定标准

1. 眼部的伤残

A. 伤残的分类

伤残的分类	赔付率
1) 双眼失明	100
2) 一眼失明	50
3) 一眼的矫正视力为0.02以下	35
4) “0.06”	25
5) “0.1”	15
6) “0.2”	5
7) 一眼的眼球上遗留明显的运动障碍或调节功能障碍	10
8) 一眼的视野变窄或遗留偏盲、视野狭窄、盲点	5
9) 一眼的眼皮遗留明显的缺损	10
10) 一眼的眼皮遗留明显的运动障碍	5

B. 伤残鉴定标准

- 1) 为视力障碍时，将依据公认的视力检查表测量。
- 2) “矫正视力”指通过眼镜（包括隐形眼镜在内的所有种类的视力矫正方法）矫正的视力。
- 3) “一眼失明”指眼球的摘除及不能区分明暗（“无光感”）或稍能区分明暗的情况（“光感”）。
- 4) 眼球运动障碍在外伤1年后鉴定其伤残程度。
- 5) “眼球明显的运动障碍”指眼球主视野的运动范围减少至正常水平的1/2以下或在正面双眼视觉上遗留复视（一个物体看成两个或视物重叠）的情况。
- 6) “眼球明显的调节功能障碍”指调节能力减少至正常水平的1/2以下的情况。但可忽略调节能力减少的45岁以上情况除外。
- 7) “视野变窄”指视野角度合计后仅达正常视野的60%以下的情况。
- 8) “眼皮遗留明显的缺损”指因眼皮的缺损导致闭眼时无法完全遮住角膜（瞳孔）的情况。
- 9) “眼皮遗留明显的运动障碍”指睁眼时瞳孔遮住1/2以上或闭眼时无法完全遮住角膜的情况。
- 10) 因外伤或烧伤等不得已摘除眼球的情况下，还会额外计算外貌丑陋的赔付率。此时摘除眼球后，因眼眶组织凹陷等原因，甚至达到无法植入假眼的状态，则以“明显的丑陋”额外计算赔付率，如果为能够植入假眼的状态，则以“轻微的丑陋”额外计算赔付率。
- 11) 属于“眼皮遗留明显的缺损”的情况下，将视为包括丑陋伤残在内鉴定伤残，但不额外计算丑陋伤残的赔付率。但面部的丑陋适用两种伤残鉴定方法中有利于被保险人的方法。

2. 耳部的伤残

A. 伤残的分类

伤残的分类	赔付率
1) 完全失去两耳听力	80
2) 失去一耳听力, 另一耳的听力遗留严重的障碍	45
3) 完全失去一耳听力	25
4) 一耳的听力遗留严重的障碍	15
5) 一耳的听力遗留轻微的障碍	5
6) 一耳的耳廓大部分缺失	10

B. 伤残鉴定标准

- 1) 听力障碍依据纯音听力检查结果, 用分贝 (dB: decibel) 表示。进行3次以上听力检查后, 依据纯音平均听阈适用赔付率。
- 2) “完全失去一耳听力”指纯音听力检查后, 纯音平均听阈为90dB以上的情况。
- 3) “遗留严重的障碍”指纯音听力检查后, 纯音平均听阈为80dB以上的情况, 指如果不贴近耳边大声说话, 则无法听清楚的情况。
- 4) “遗留轻微的障碍”指纯音听力检查后, 纯音平均听阈为70dB以上的情况, 指在50cm以上的距离上无法听清楚普通音量的谈话声音的情况。
- 5) 难以实施纯音听力检查或需要对检查结果进行验证的情况下, 将额外实施“语言听力检查、听阻听力检查、听性脑干反应听力检查 (ABR)、贝克赛氏听力计检查、耳声传射检查”等后鉴定伤残等级。

C. 耳廓的缺损

- 1) “耳廓的大部分缺损”指耳廓的软骨部分缺损1/2以上的情况。如果耳廓的缺损不足1/2, 功能上不存在问题, 则将鉴定为外貌的丑陋伤残。

3. 鼻部的伤残

A. 伤残的分类

伤残的分类	赔付率
1) 完全失去鼻部功能	15

B. 伤残鉴定标准

- 1) “完全失去鼻部功能”指两鼻的呼吸困难乃至完全失去两鼻嗅觉功能的情况, 嗅觉减退不在伤残对象之列。
- 2) 伴随鼻部的丑陋伤残时, 分别合计功能障碍后给予赔付。

4. 咀嚼或言语障碍

A. 伤残的分类

伤残的分类	赔付率
1) 咀嚼功能和言语功能均遗留严重障碍	100
2) 咀嚼功能或言语功能遗留严重障碍	80
3) 咀嚼功能和言语功能均遗留明显的障碍	40
4) 咀嚼功能或言语功能遗留明显的障碍	20
5) 咀嚼功能和言语功能均遗留轻微的障碍	10
6) 咀嚼功能或言语功能遗留轻微的障碍	5
7) 牙齿缺损14颗以上	20
8) 牙齿缺损7颗以上	10
9) 牙齿缺损5颗以上	5

B. 伤残的鉴定标准

- 1) 咀嚼功能的障碍综合上下齿的咬合、排列状态及下颌的开闭运动、下咽（吞咽）运动等后鉴定。
- 2) “咀嚼功能遗留严重的障碍”指除了水或类似饮料以外无法摄取的情况。
- 3) “咀嚼功能遗留明显的障碍”指除了米汤或类似程度的食物（粥等）以外无法摄取的情况。
- 4) “咀嚼功能遗留轻微的障碍”指虽然在一定程度上可摄取固体食物（饭、面包等），但嚼碎的功能明显受限的情况。
- 5) “言语功能遗留严重的障碍”指无法发出以下4种语音中的3种以上的情况。
 - ① 口唇音（M（ㄇ）、B（ㄅ）、P（ㄆ））
 - ② 齿舌音（N（ㄋ）、D（ㄉ）、L（ㄌ））
 - ③ 口盖音（G（ㄍ）、Z（ㄗ）、C（ㄘ））
 - ④ 喉头音（E（ㄛ）、H（ㄏ））
- 6) “言语功能遗留明显的障碍”指无法发出上述5)的4种语音中的2种以上的情况。
- 7) “言语功能遗留轻微的障碍”指无法发出上述5)的4种语音中的1种的情况。
- 8) 因脑部语言中枢的损伤导致的失语症也鉴定为言语功能的伤残。
- 9) “牙齿的缺损”指牙齿丧失或牙齿神经死亡或断裂1/3以上的情况。
- 10) 镶补有床假牙或架桥假牙时，仅实施基台冠或桩核冠和铸造桩核、嵌体的牙齿不视为缺损的牙齿。
- 11) 无论丧失的牙齿大小如何，因牙齿间的距离或牙齿的排列结构等问题，与事故无关而缺损新牙齿的情况下，将依据事故中缺损的的牙齿数量确定赔付率。
- 12) 儿童的幼齿等可重新生长的牙齿不在伤残对象之列。
- 13) 在身体上可插拔的假牙的缺损不在伤残对象之列。

5. 外貌的丑陋伤残

A. 伤残的分类

伤残的分类	赔付率
1) 外貌上遗留明显的丑陋	15
2) 外貌上遗留轻微的丑陋	5

B. 伤残鉴定标准

- 1) “外貌”指脸部（包括眼、鼻、耳、嘴）、头部、颈部。
- 2) “丑陋伤残”指即使整形手术后也会永久遗留的丑陋，但可通过重建术减少伤疤的情况除外。
- 3) “遗留丑陋”指因伤口的疤痕、烧伤等原因导致的皮肤变色、毛发缺损、组织（骨骼、皮肤等）的缺损及因凹陷等原因，即使接受整形手术也无法消除丑陋的情况。

C. 明显的丑陋

- 1) 脸部
 - ① 手掌大小1/2以上的丑陋
 - ② 长度10cm以上的丑陋的疤痕（丑陋的疤痕）
 - ③ 直径5cm以上的组织凹陷
 - ④ 鼻1/2以上的缺损
- 2) 头部
 - ① 手掌大小以上的疤痕（疤痕）及毛发缺损
 - ② 头骨手掌大小以上的损伤及缺损
- 3) 颈部
手掌大小以上的丑陋

D. 轻微的丑陋

- 1) 脸部
 - ① 手掌大小1/4以上的丑陋
 - ② 长度5cm以上的丑陋的疤痕（丑陋的疤痕）
 - ③ 直径2cm以上的组织凹陷
 - ④ 鼻1/4以上的缺损
- 2) 头部
 - ① 手掌1/2大小以上的疤痕（疤痕）、毛发缺损
 - ② 头骨的手掌1/2大小以上的损伤及缺损
- 3) 颈部
手掌大小1/2以上的丑陋

E. 手掌大小

“手掌大小”指除了患者的手指以外的手掌部分的大小。12岁以上的成年人的手掌大小为 $8 \times 10\text{cm}$ （1/2大小为 40cm^2 ，1/4大小为 20cm^2 ）、6~11岁的手掌大小为 $6 \times 8\text{cm}$ （1/2大小为 24cm^2 ，1/4大小为 12cm^2 ）、6岁以下的手掌大小为 $4 \times 6\text{cm}$ （1/2大小为 12cm^2 ，1/4大小为 6cm^2 ）。

6. 脊椎（脊椎骨）的伤残

A. 伤残的分类

伤残的分类	赔付率
1) 脊椎（脊椎骨）遗留严重的运动障碍	40
2) 脊椎（脊椎骨）遗留明显的运动障碍	30
3) 脊椎（脊椎骨）遗留轻微的运动障碍	10
4) 脊椎（脊椎骨）严重的畸形	50
5) 脊椎（脊椎骨）明显的畸形	30
6) 脊椎（脊椎骨）轻微的畸形	15
7) 严重的椎间盘突出症（俗称DISK）	20
8) 明显的椎间盘突出症（俗称DISK）	15
9) 轻微的椎间盘突出症（俗称DISK）	10

B. 伤残鉴定标准

1) 脊椎（脊椎骨）或颈椎（颈椎骨）以下为同一部位

2) 严重的运动障碍

因脊椎体（脊椎骨）骨折或脱臼，使4个以上的脊椎体（脊椎骨）愈合或固定的状态

3) 明显的运动障碍

① 因脊椎体（脊椎骨）骨折或脱臼，使3个脊椎体（脊椎骨）愈合或固定的状态

② 头骨与高位颈椎（高位颈椎：第1、2颈椎）之间发生明显的异常移位

4) 轻微的运动障碍

因脊椎体（脊椎骨）骨折或脱臼，使2个脊椎体（脊椎骨）愈合或固定的状态

5) 严重的畸形

因脊椎的骨折或脱臼等，发生35° 以上的前弯症及脊椎后弯症（脊椎向后弯曲的症状）或20° 以上的脊椎侧弯症（脊椎侧向弯曲的症状）变形

6) 明显的畸形

因脊椎的骨折或脱臼等，发生15° 以上的前弯症及脊椎后弯症（脊椎向后弯曲的症状）或10° 以上的脊椎侧弯症（脊椎侧向弯曲的症状）变形

7) 轻微的畸形

因1节以上的脊椎的骨折或脱臼，发生轻度（轻微的程度）前弯症及脊椎后弯症（脊椎向后弯曲的症状）或脊椎侧弯症（脊椎侧向弯曲的症状）变形

8) 严重的椎间盘突出症（俗称DISK）

因椎间盘突出症（俗称DISK），接受2节以上椎间盘手术，或即使为1节椎间盘，但接受2次以上手术后，发生马尾症候群，下肢出现显著的麻痹或存在大小便障碍的情况

9) 明显的椎间盘突出症（俗称DISK）

接受1节椎间盘手术后，神经症状突出，特殊辅助检查出现异常，可认定脊椎神经根的不完全麻痹的情况

10) 轻微的椎间盘突出症（俗称DISK）

经特殊检查（颅脑电子计算机X射线断层扫描（CT）、磁共振成像（MRI）等），已确诊椎间盘病变，并出现医学上可认定的下肢放射痛（向周边部位延伸的症状）或感觉异常的情况

11) 被诊断为椎间盘突出症（俗称DISK）时，无论手术与否，均不鉴定为运动伤残及畸形伤残

7. 躯干骨的伤残

A. 伤残的分类

伤残的分类	赔付率
1) 肩胛骨或骨盆明显的畸形	15
2) 锁骨、胸骨、肋骨明显的畸形	10

B. 伤残鉴定标准

- 1) “躯干骨”指肩胛骨、骨盆、锁骨、胸骨、肋骨，均视为同一部位。
- 2) “骨盆的明显畸形”指以下情况。
 - ① 骶髂关节或耻骨以联合分离的状态治愈或以坐骨分离2.5cm以上的愈合不正状态或对于女人来说遗留有可能妨碍正常分娩的程度的骨盆变形的状态
 - ② 裸体时可明显看出变形（包括缺损）的程度。通过放射线检查测量的变形分别为20° 以上的情况
- 3) “锁骨、胸骨、肋骨或肩胛骨明显的畸形”指裸体时可明显看出变形（包括缺损）的程度。通过放射线检查测量的变形分别为20° 以上的情况
- 4) 肋骨的畸形与其个数、程度及部位等无关，整体视为一种伤残。

8. 手臂的伤残

A. 伤残的分类

伤残的分类	赔付率
1) 失去双臂的手腕以上	100
2) 失去一个手臂的手腕以上	60
3) 完全失去一个手臂的3大关节中的1个关节的功能	30
4) 一个手臂的3大关节中的1个关节的功能遗留严重的障碍	20
5) 一个手臂的3大关节中的1个关节的功能遗留明显的障碍	10
6) 一个手臂的3大关节中的1个关节的功能遗留轻微的障碍	5
7) 一个手臂上形成假关节遗留明显的障碍	20
8) 一个手臂上形成假关节遗留轻微的障碍	10
9) 一个手臂的骨骼畸形	5

B. 伤残鉴定标准

- 1) 因在骨折部位上使用了金属内固定物等，当这一点成为功能障碍的原因时，摘除该内固定物后再鉴定伤残等级。
- 2) 对于不使用关节而产生的功能障碍（例如，因为用石膏绷带固定患处，在治愈后的关节上出现功能障碍的情况）和暂时的障碍，将不给予伤残赔付。
- 3) “手臂”指肩关节到腕关节之间的部位。
- 4) “手臂的3大关节”指肩关节、肘关节及腕关节。
- 5) “失去一个手臂的手腕以上”指从腕关节向近心侧的部分截肢的情况，也包括从肘关节上部截肢的情况。
- 6) 手臂的关节功能伤残将依据手臂的3大关节的关节运动范围受限等进行鉴定。各关节的运动范围依据美国

医学会（A. M. A.）“永久性身体障碍鉴定指南”的正常角度及测量方法进行测量。显示关节功能障碍时，同时鉴定伤残部位的障碍角度和正常部位的测量值后，确定障碍状态。

A) “完全丧失功能”指

- ① 完全僵硬（关节直僵）或植入人工关节或人工骨头的情况
- ② 肌电图检查中出现完全麻痹症状，肌力检查中肌力为“0级（Zero）”的情况

B) “严重的障碍”指

- ① 相应关节的运动范围合计后仅达正常运动范围的1/4以下的情况
- ② 肌电图检查中出现严重的麻痹症状，肌力检查中肌力为“1级（Trace）”的情况

C) “明显的障碍”指

- ① 相应关节的运动范围合计后仅达正常运动范围的1/2以下的情况

D) “轻微的障碍”指

- ① 相应关节的运动范围合计后仅达正常运动范围的3/4以下的情况
- 7) “形成假关节遗留明显的障碍”指上腕骨上形成假关节的情况或桡骨和尺骨2骨上均形成假关节的情况
- 8) “形成假关节遗留轻微的障碍”指桡骨和尺骨中的一骨上形成假关节的情况
- 9) “骨骼畸形”指上腕骨或桡骨和尺骨变形，与正常情况相比属于愈合不正的状态，变形分别为15°以上的情况

C. 赔付率的确定

- 1) 1个上肢（手臂和手指）的意外事故伤残赔付率原则上分别合计，赔付率以60%为限。
- 2) 一侧手臂的3大关节中1个关节上发生功能障碍，另1个关节上发生功能障碍时，分别适用赔付率后合计。

9. 腿的伤残

A. 伤残的分类

伤残的分类	赔付率
1) 失去双腿的脚腕以上	100
2) 失去一条腿的脚腕以上	60
3) 完全丧失一条腿的3大关节中1个关节的功能	30
4) 一条腿的3大关节中的1个关节的功能遗留严重的障碍	20
5) 一条腿的3大关节中的1个关节的功能遗留明显的障碍	10
6) 一条腿的3大关节中的1个关节的功能遗留轻微的障碍	5
7) 一条腿上形成假关节遗留明显的障碍	20
8) 一条腿上形成假关节遗留轻微的障碍	10
9) 一条腿的骨骼畸形	5
10) 一条腿缩短5cm以上	30
11) 一条腿缩短3cm以上	15
12) 一条腿缩短1cm以上	5

B. 伤残鉴定标准

- 1) 因骨折部分使用金属内固定物等，当其成为功能障碍的原因时，摘除该内固定物等后鉴定伤残等级。
- 2) 不使用关节导致的功能障碍（例如，因为用石膏绷带固定患处，在治愈后的关节上出现功能障碍的情况）和暂时的障碍，将不予赔付。
- 3) “腿”指髋关节（股關節）至脚腕关节。
- 4) “腿的3大关节”指髋关节、膝关节及脚腕关节。
- 5) “失去一条腿的脚腕以上”指从脚腕关节向近心侧的部分截肢的情况，也包括从膝关节上部截肢的情况。
- 6) 腿的关节功能伤残将依据下肢的3大关节的关节运动范围受限或有无晃动等后鉴定。各关节的运动范围依据美国医学会（A. M. A.）“永久性身体障碍鉴定指南”的正常角度及测量方法进行测量。显示关节功能障碍时，同时鉴定伤残部位的障碍角度和正常部位的测量值后，确定障碍状态。
 - A) “完全丧失功能”指
 - ① 完全僵硬（关节直僵）或植入人工关节或人工骨头的情况
 - ② 肌电图检查中出现完全麻痹症状，肌力检查中肌力为“0级（Zero）”的情况
 - B) “严重的障碍”指
 - ① 相应关节的运动范围合计后仅达正常运动范围的1/4以下的情况
 - ② 客观检查（应力X线检查）中存在15mm以上的移动关节（关节晃动或移动）的情况
 - ③ 肌电图检查中出现严重的麻痹症状，肌力检查中肌力为“1级（Trace）”的情况
 - C) “明显的障碍”指
 - ① 相应关节的运动范围合计后仅达正常运动范围的1/2以下的情况
 - ② 客观检查（应力X线检查）中存在10mm以上的移动关节（关节晃动或移动）的情况
 - D) “轻微的障碍”指
 - ① 相应关节的运动范围合计后仅达正常运动范围的3/4以下的情况
 - ② 客观检查（应力X线检查）中存在5mm以上的移动关节（关节晃动或移动）的情况
- 7) “形成假关节遗留明显的障碍”指股骨上形成假关节的情况或胫骨和腓骨2骨上均形成假关节的情况
- 8) “形成假关节遗留轻微的障碍”指胫骨和腓骨中的一骨上形成假关节的情况
- 9) “骨骼畸形”指股骨或胫骨畸形，与正常情况相比属于愈合不正的状态，变形分别为15° 以上的情况。

10) 对于腿缩短的情况，测量从髌前上棘至胫骨内侧和下端之间的长度后，与正常一侧腿的长度比较，计算缩短的长度。

当用于测量腿长的骨骼标志（bony landmark）不明确或难以鉴定腿的缩短伤残等级的情况下，可通过scanogram测量腿的缩短程度。

C. 赔付率的确定

- 1) 1侧下肢（腿和脚趾）的意外事故伤残赔付率原则上分别合计，赔付率以60%为限。
- 2) 一条腿的3大关节中1个关节上发生功能障碍，另1个关节上发生功能障碍时，分别适用赔付率后合计。

10. 手指的伤残

A. 伤残的分类

伤残的分类	赔付率
1) 失去一只手的全部5根手指	55
2) 失去一只手的第一根手指	15
3) 失去一只手的第一根手指以外的手指（每根手指）	10
4) 失去一只手5根手指的全部指骨的部分或遗留明显的障碍	30
5) 失去一只手的第一根手指的指骨的部分或遗留明显的障碍	10
6) 失去一只手的第一根手指以外的手指的指骨的部分或遗留明显的伤残（每根手指）	5

B. 伤残鉴定标准

- 1) 手指的第一根手指上有2个指关节。其中从近心侧起分别称掌指关节、指关节。
- 2) 其它四根手指上有3个指关节。其中从近心侧起分别称掌指关节、第1指关节（近位指关节）及第2指关节（远位指关节）。
- 3) “失去手指”指从第一根手指的指关节向近心侧，从其它四根手指的第1指关节（近位指关节）向近心侧失去手指的情况。
- 4) “失去部分指骨”指从第一根手指的指关节、其它四根手指的第1指关节（近位指关节）向离心侧失去指骨或碎骨从指骨脱落的状态可通过X射线检查明确观察的情况。
- 5) “手指遗留明显的障碍”指手指的生理运动区域为可正常运动区域的1/2以下，此时依据指关节的可屈伸运动区域测量。对于第一根手指以外的其它四根手指，合计第1、第2指关节的屈伸运动区域后为正常运动区域的1/2以下的情况。
- 6) 一根手指上出现障碍，另一根手指上也出现障碍的情况下，分别适用赔付率后合计。

11. 脚趾的伤残

A. 伤残的分类

伤残的分类	赔付率
1) 失去一只脚的利斯弗朗关节以上	40
2) 失去一只脚的全部5根脚趾	30
3) 失去一只脚的第一根脚趾	10
4) 失去一只脚的第一根脚趾以外的脚趾（每根脚趾）	5
5) 失去一只脚的5根脚趾的全部趾骨的部分或遗留明显的障碍	20
6) 失去一只脚的第一根脚趾的趾骨的部分或遗留明显的障碍	8
7) 失去一只脚的第一根脚趾以外的脚趾的趾骨的部分或遗留明显的障碍（每根脚趾）	3

B. 伤残鉴定标准

- 1) “失去脚趾”指从第一根脚趾的指关节向近心侧，从其它四根脚趾的第1指关节（近位指关节）向近心侧失去的情况。
- 2) “失去利斯弗朗关节以上”指在足跟-跖骨间关节以上截肢的情况。
- 3) “失去部分趾骨”指从第一根脚趾的指关节，其它四根脚趾的第1指关节（近位指关节）向远心侧失去趾骨的情况，单纯地掉落肉块的情况不在此列。
- 4) “脚趾遗留明显的障碍”指脚趾的生理运动区域为可正常运动区域的1/2以下，此时测量该脚趾的主要功能（脚趾关节的屈伸功能）后鉴定。
- 5) 一根脚趾出现障碍，另一根脚趾也出现障碍的情况下，分别适用赔付率后合计。

12. 胸腹部内脏器官及泌尿生殖器官的伤残

A. 伤残的分类

伤残的分类	赔付率
1) 胸腹部内脏器官或泌尿生殖器官功能遗留严重的障碍	75
2) 胸腹部内脏器官或泌尿生殖器官功能遗留明显的障碍	50
3) 胸腹部内脏器官或泌尿生殖器官功能遗留轻微的障碍	20

B. 伤残的鉴定标准

- 1) “胸腹部内脏器官或泌尿生殖器官功能遗留严重的障碍”指
 - ① 接受心脏、肺、肾脏或肝脏的器官移植的情况
 - ② 不接受器官移植则无法维持生命，需终生接受血液透析等医疗处置的情况
 - ③ 完全失去膀胱的功能的情况
- 2) “胸腹部内脏器官或泌尿生殖器官功能遗留明显的障碍”指
 - ① 切除胃、大肠或胰脏的全部的情况
 - ② 切除小肠或肝脏的3/4以上的情况
 - ③ 失去两侧睾丸或两侧卵巢的情况
- 3) “胸腹部内脏器官或泌尿生殖器官功能遗留轻微的障碍”指

- ① 切除脾脏或一侧肾脏及一侧肺的情况
- ② 遗留肠痿、尿道痿、膀胱痿孔、尿道肠吻合的情况
- ③ 因膀胱的容量萎缩至50cc以下或尿道狭窄而需人工尿道的情况
- ④ 因阴茎的1/2以上缺损或阴道口狭窄等原因为无法进行性生活的情况
- ⑤ 因肛门括约肌的功能障碍而建立人工肛门的情况（治疗过程中偶尔发生的情况除外）
- 4) 因胸腹部内脏器官或泌尿生殖器官的障碍，导致日常生活基本动作受限的情况下，将依据“〈附件〉日常生活基本动作（ADLs）受限伤残评定表”鉴定伤残等级，适用两者中较高的赔付率。
- 5) 需长期护理的慢性疾病（慢性肝病、慢性阻塞性肺疾病等）不在伤残鉴定之列。

13. 神经系统、精神行动的伤残

A. 伤残的分类

伤残的分类	赔付率
1) 神经系统遗留障碍，导致日常生活基本动作受限	10~100
2) 精神行动遗留及其严重的障碍，需在他人持续的监控或监禁状态下生活	100
3) 精神行动遗留严重的障碍，虽未达到在监禁状态下生活的程度，但一直存在自残或伤害他人的危险，部分时间需监控的情况	70
4) 精神行动遗留明显的障碍，无法独自乘坐大众交通工具出门、逛街等进行基本社会活动的状态	40
5) 及其严重的痴呆症：CDR评定量表5分	100
6) 严重的痴呆症：CDR评定量表4分	80
7) 明显的痴呆症：CDR评定量表3分	60
8) 轻微的痴呆症：CDR评定量表2分	40
9) 遗留严重的癫痫发作	70
10) 遗留明显的癫痫发作	40
11) 遗留轻微的癫痫发作	10

B. 伤残鉴定标准

1) 神经系统

- ① “神经系统遗留障碍”指因脑、脊髓及末梢神经系统的损伤，“〈附件〉日常生活基本动作（ADLs）受限伤残评定表”的5种基本动作中的一种以上的动作受限的情况。
- ② 为①的情况下，“〈附件〉日常生活基本动作（ADLs）受限伤残评定表”上的赔付率不足10%时，不在赔付对象之列。
- ③ 因神经系统的障碍而发生的其它身体部位的障碍（眼、耳、鼻、手臂、腿等），鉴定为相应伤残等级，并适用其中较高的赔付率。
- ④ 对于脑卒中、脑损伤、脊髓及神经系统的疾病等，在发病或外伤后持续治疗6个月，再鉴定伤残等级。但即使经过6个月，当功能明显持续提高的情况或短期内预测将死亡的情况下，将在6个月范围内保留伤残鉴定。
- ⑤ 伤残诊断专科医生由康复医学科、神经外科或神经科专科医生担任。

2) 精神行动

- ① 对于上述不属于精神行动障碍赔付率的伤残，将依据“〈附件〉日常生活基本动作（ADLs）受限伤残评定表”计算赔付率后赔付。
- ② 通常，原则上在意外事故24个月后鉴定。但意外事故后丧失意识的情况持续1个月以上的情况下，在受伤18个月后才能进行评定。但伤残需在接受充分的专业治疗后进行评定，否则因此而固定或导致病情严重的，将不属于赔付之列。
- ③ 心理学的评定报告须由具备资格的临床心理专科医生实施后拟定。
- ④ 专科医生指精神科或神经精神科专科医生。
- ⑤ 评定的客观根据
 - A. 以可证明脑功能障碍及缺损的脑部核磁共振、脑部CT、脑电波等为基础。
 - B. 无法认定为客观根据的情况
 - 监护人或患者的陈述
 - 鉴定医生的推测或认定
 - 未达到韩国标准化的可靠性低的各项检查（脑部SPECT等）
 - 精神科或神经精神科专科医生实施并拟定报告的心理学的评定报告
- ⑥ 仅限各种器质性精神障碍和外伤后的癫痫给予赔付。
- ⑦ 外伤后应激反应、抑郁症（反应性）等的疾病、精神分裂症、偏执狂、躁狂症（情绪障碍）、焦虑症、转换障碍、恐惧症、强迫症等各种神经官能症及各种人格障碍不在赔付之列。
- ⑧ 为精神及行动障碍的情况下，介护人仅限无法进行维持生命的动作及行动或需要持续监禁的状态下认定。介护内容应区分维持生命的介护和监控行动的介护。

3) 痴呆症

- ① “痴呆症”指
 - 因脑部后天发生的器质性疾病导致的变化或脑部受到损伤的情况
 - 正常成熟的大脑因上述器质性障碍而破坏，已有的智力持续或全部下降的情况
- ② 痴呆症的伤残鉴定将依据由专科医生实施的临床痴呆症评定量表（韩国版Expanded Clinical Dementia Rating）检查结果。

4) 癫痫

- ① “癫痫”指因突发的脑波异常的脑部疾病而反复发作（痉挛、意识障碍等）的情况。
- ② “严重的癫痫发作”指每月重症发作8次以上，年持续6个月以上，因发作时诱发的呼吸障碍、吸入性肺炎、严重的脱力、呕吐、头痛、认知障碍等需进行疗养管理的状态。
- ③ “明显的癫痫发作”指每月重症发作5次以上或轻症发作10次以上，年持续6个月以上的状态。
- ④ “轻微的癫痫发作”指每月重症发作1次以上或轻症发作2次以上，年持续6个月以上的状态。
- ⑤ “重症发作”指伴随全身痉挛的发作，无法维持身体的平衡并晕倒或意识障碍达3分钟以上的持续发作。
- ⑥ “轻症发作”指发生运动障碍或可自己保持身体平衡的发作或在3分钟内恢复正常的发作。

<附件> 日常生活基本动作 (ADLs) 受限伤残评定表

类型	依据受限程度确定的赔付率
移动动作	<ul style="list-style-type: none"> - 即便使用了辅助器材, 但没有他人持续的帮助下无法离开房间的状态 (赔付率 40%) - 没有轮椅或他人的帮助无法离开房间的状态 (30%) - 不使用双拐或walker无法独立步行的状态 (20%) - 可独立步行, 但跛行的状态。不扶住栏杆无法上下台阶的状态, 继而无法在平地行走100m以上的状态 (10%)
食物摄取	<ul style="list-style-type: none"> - 完全无法用餐, 一直通过吸管或颈静脉输液获取部分或全部营养供给的状态 (20%) - 无法使用勺子筷子, 没有他人持续的帮助完全无法用餐的状态 (15%) - 可使用勺子, 但无法使用筷子, 摄取食物时部分需要他人帮助的状态 (10%) - 可独立摄取食物, 但无法使用筷子剥开海鲜或夹断食物的状态 (5%)
排便排尿	<ul style="list-style-type: none"> - 为帮助其排泄, 使用医疗装置或外科手术物品, 需要他人持续帮助的状态 (20%) - 在去卫生间坐到马桶上 (包括使用尿罐) 和大小便后用卫生纸擦拭、穿衣等事情上需要他人持续帮助的状态 (15%) - 可独立排便、排尿, 但大小便后的处理需要他人帮助的状态 (10%) - 因频繁而不规则的排便, 难以进行持续2小时以上的业务 (驾驶、作业、教育等) 的状态 (5%)
沐浴	<ul style="list-style-type: none"> - 没有他人持续的帮助无法淋浴或沐浴的状态 (10%) - 可淋浴, 但自己无法搓澡的状态 (5%) - 沐浴时只能对身体 (等除外) 的部分部位搓澡的状态 (3%)
穿衣脱衣	<ul style="list-style-type: none"> - 没有他人持续的帮助无法穿衣的状态 (10%) - 没有他人持续的帮助无法穿上上衣或裤子中的一种的状态 (5%) - 可穿衣, 但没有他人帮助无法收尾 (系扣解扣、拉上拉下拉锁、系绳解绳) 的状态 (3%)