

2020년도 한국체육대학교 학부생 단체보험 안내

당 안내문은 "2020.03.25~2021.03.25사이에 발생한 사고"의 보험금 청구를 안내드리기 위하여 작성되었으며, 단체상해보험의 피보험자는 **계약자인 단체에 소속되어 있는 재학기간에만 보장이 가능합니다.**

따라서 **피보험자가 졸업, 제적, 휴학 등의 사유가 발생하여 단체 소속 지위를 유지할 수 없는 경우 담보의 효력도 소멸하니 이점 유념해주시기 바랍니다.**

I. 보험금 지급관련 주요내용

□ 보험금 지급사유별 첨부 서류

- 공통양식 : 1) 보험금 청구서[개인(신용)정보 수집,이용,조회,제공 동의서 포함] - 별첨 양식
- 2) 신분증 사본 (주민등록증 또는 운전면허증)
- 3) 재학증명서 사본

보장항목	사유	구비서류	비고
입원의료비 또는 비급여 3대 특약 (FAX접수)	상해, 질병으로 입원한 경우 또는 비급여 3대 특약에 관한 치료받을 경우	(입원의료비+3대특약입원) 1. 입/퇴원일이 기재된 진단서 또는 진단명이 기재된 입퇴원확인서 2. 입퇴원 진료비계산서 (급여/비급여구분) 3. 진료비 상세 내역서 (3대 특약 통원) 1. 진료비 영수증(카드영수증 불가) 2. 진료비 상세내역서 3. 진단서 또는 통원확인서	※ CT, MRI의 경우 진단과 관계 없는 촬영일 경우 의사소견서를 요청할 수 있음
입원일당 (FAX접수)	상해, 질병으로 입원시	1. 진단서 (50만원 이상) 2. 진단명이 명기된 입퇴원확인서 (50만원 미만)	
사망	상해사망 (교통재해 포함)	1. 사망진단서 또는 사체검안서 2. 사고증명서 (교통사고 사실확인원 등) 3. 제적등본 (사망사실 기재) 4. 기본증명서 (사망사실 기재) 5. 혼인증명서 6. 가족관계증명서 7. 위임장 (인감날인) : 별첨 참조 - 상속인이 다수로 대표자를 지정한 경우, 개별 인감날인 8. 법적상속인 (보험금수령자)의 인감증명서 / 신분증	법적상속인이 미성년자일 경우 미성년자 기준 1. 가족관계증명서 (상세) 2. 기본증명서 (상세) 추가
상해후유장해 질병후유장해	상해, 질병 인한 영구후유장해	1. 후유장해진단서 (입원 또는 치료병원) - 단, 운동장해 경우 AMA장해진단서 ※ 장애인복지법상의 장해 진단서는 해당되지 않음 2. 사고증명서 (교통사고 사실확인원 등) 3. 의무기록사본	Case별 문의요망

□ 보험계약 및 보장내용 (담보별 담당 보험사 및 보험 가입금액)

보장항목	보험회사		합계	
	현대해상화재보험	신협중앙회		
정액형담보	상해사망	7천만원	3천만원	5천만원
	상해후유장해(3~100%)	5천만원	5천만원	1억원
	질병50%이상 고도장해	1억원	-	1억원
	입원일당	-	1만원	1만원
실손의료비	입원의료비	1천만원	-	1천만원
	도수/체외충격/증식	350만원	-	350만원
	비급여주사료	250만원	-	250만원
	비급여MRI·MRA	300만원	-	300만원

□ 보장내용별 접수처

구 분	접수방법	접수처
입원의료비, 3대특약	팩스 송부	[현대해상 손사접수관리센터] 팩스 : 0507-774-6962 전화 : 02-2181-2781~2782 주소 : (07219) 서울시 영등포구 국회대로 543 (당산동4가 93-1) 동양타워빌딩 16층 현대해상 손사접수관리센터
입원일당	팩스 송부	[신협공제 보상센터] 팩스 : 042-720-1560 전화 : 1544-3030 주소 : (35209) 대전시 서구 한밭대로 745 신용협동조합중앙회 8층 보상서비스팀

※ 사망 또는 후유장해의 경우, 02-3701-3930 (현대해상 박민호 차장)으로 연락 바랍니다.

II. 보장 유형별 주요내용

□ 입원의료비

[보장내용 및 보장금액] - 입원의료비	■ 피보험자가 상해, 질병(출산포함) 으로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에 보상			
	<table border="1"> <tr> <td> 입원실료 입원제비용 입원수술비 </td> <td> ❖ 질병 또는 상해로 인한 입원 시 보험가입금액 한도로 “급여본인부담금의 90%” 및 “비급여(상급병실차액 제외)의 80%”를 보상 ❖ 단, 자기부담금은 연간 200만원한도 </td> </tr> <tr> <td> 상급병실료 차액 </td> <td> ❖ 상급병실료 차액은 50%(10만원한도) 보상 ❖ 1일 평균금액 10만원 한도 (1일 평균금액=입원기간동안 상급병실료 차액 전체/입원일수) </td> </tr> </table>	입원실료 입원제비용 입원수술비	❖ 질병 또는 상해로 인한 입원 시 보험가입금액 한도로 “ 급여본인부담금의 90% ” 및 “ 비급여(상급병실차액 제외)의 80% ”를 보상 ❖ 단, 자기부담금은 연간 200만원한도	상급병실료 차액
입원실료 입원제비용 입원수술비	❖ 질병 또는 상해로 인한 입원 시 보험가입금액 한도로 “ 급여본인부담금의 90% ” 및 “ 비급여(상급병실차액 제외)의 80% ”를 보상 ❖ 단, 자기부담금은 연간 200만원한도			
상급병실료 차액	❖ 상급병실료 차액은 50%(10만원한도) 보상 ❖ 1일 평균금액 10만원 한도 (1일 평균금액=입원기간동안 상급병실료 차액 전체/입원일수)			
	■ 보상의 최우선 전제조건 - 보험개시일 이후의 치료 목적의 “ 입원 ”을 필수조건으로 합니다.			
	■ 보험금 산정 기준 - 병원에서 치료받은 후, 급여 및 비급여 각 항목이 기재된 “ 입(퇴)원 진료비계산서 상의 치료금액 ”을 기준으로 합니다. (입원 치료가 아닌 외래(통원) 로 치료를 받은 경우는 진료비계산서 상에 외래에 표시가 되며, “ 통원의료비 ”보장 가입 시에만 보상한도 내에서 보상받으실 수 있습니다.)			
	■ 보험금 지급 대상 및 한도 적용 기준 - 모든 종류의 상해와 질병(출산포함)을 대상으로 하며, 서로 다른 상해와 질병으로 각각 입원 치료를 받았을 경우 각 상해와 질병별로 보험가입금액 한도로 보상합니다. [예시] <table border="1"> <tr> <td> · 간암 → 폐암 전이 : 동일 질병 간주 · 급성심근경색증 → 급성심근경색증 합병증 : 동일 질병 간주 · 암 -> 뇌졸중 : 서로 다른 질병간주 단, 암으로 입원하여 치료를 받던 중 뇌졸중 증상(기준에 증상이 있었거나, 새로이 발견된 경우 모두 포함)으로 치료시 동일 질병(입원) 간주 · 교통사고 -> 추락사고 : 서로 다른 상해 간주 </td> </tr> </table>	· 간암 → 폐암 전이 : 동일 질병 간주 · 급성심근경색증 → 급성심근경색증 합병증 : 동일 질병 간주 · 암 -> 뇌졸중 : 서로 다른 질병간주 단, 암으로 입원하여 치료를 받던 중 뇌졸중 증상(기준에 증상이 있었거나, 새로이 발견된 경우 모두 포함)으로 치료시 동일 질병(입원) 간주 · 교통사고 -> 추락사고 : 서로 다른 상해 간주		
· 간암 → 폐암 전이 : 동일 질병 간주 · 급성심근경색증 → 급성심근경색증 합병증 : 동일 질병 간주 · 암 -> 뇌졸중 : 서로 다른 질병간주 단, 암으로 입원하여 치료를 받던 중 뇌졸중 증상(기준에 증상이 있었거나, 새로이 발견된 경우 모두 포함)으로 치료시 동일 질병(입원) 간주 · 교통사고 -> 추락사고 : 서로 다른 상해 간주				
[주요면책사항]	■ 지급제한 <ul style="list-style-type: none"> ❖ 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우 ❖ 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우 ❖ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우 ❖ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란 사변, 폭동으로 인한 경우 ❖ 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 단순한 질환 <ul style="list-style-type: none"> - 단순한 피로 또는 권태, 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반, 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환 - 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상), 단순포경, 발기부전, 불감증, 검열반 등 ❖ 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적으로 치료한 경우 <ul style="list-style-type: none"> - 쌍꺼풀수술, 코성형수술(윤비술), 유방 확대·축소술, 지방흡입술, 주름살 제거술 등 - 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로서 시력이 아닌 외모개선 목적의 수술 - 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술 (국민건강보험 요양급여 대상 수술 방법 또는 치료재가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다.) - 외모개선 목적의 다리정맥류 수술 - 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여대상에 해당하는 치료 			

- ⦿ 알콜 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
- ⦿ **영양제, 비타민제, 호르몬 투여**, 보신용 투약, 친자확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정 포함), 성장촉진, **의약외품과 관련 소요비용**
- ⦿ 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, **목발, 보조기 등 진료 재료의 구입 및 대체 비용**
- ⦿ 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염으로 인한 치료비
- ⦿ **외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비**
- ⦿ **진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료, 간병비 등)**
- ⦿ **전문등반**(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련이 필요한 등반), 글라이더 조종, 스카이다이빙, **스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩**
- ⦿ 모터보트·자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 행사(이를 위한 연습포함), 시운전
- ⦿ 선박 승무원, 어부, 사공, 그 밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박 탑승
- ⦿ 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 보상)
- ⦿ 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
- ⦿ 선천성 뇌질환(Q00 ~Q04), 비만(E66), 요실금(N39.3, N39.4, R32)
- ⦿ 직장 또는 항문 질환 중 국민건강보험법에 따른 요양급여에 해당하지 않는 부분
(I84, K60~K62, K64) → 항문질환은 급여본인부담금에 한해 보상
- ⦿ 출산이전의 **양수검사, 기형아검사**, 임신으로 인한 빈혈제, 영양제 복용
- ⦿ **한방물리요법(수기요법, 전자요법, 온열요법, 추나요법 등)**
- ⦿ 차멀미, 비만, 금연 등 질병치료 이외의 목적으로 시술한 침술
- ⦿ **치료 목적이 아닌 단순한 건강증진을 위한 투약 및 처약**
- ⦿ 치아보철, 보존, 금관, 틀니, 의치 및 임플란트로 인한 의료비
- ⦿ **3대 비급여(도수치료/체외충격파치료/증식치료, 비급여주사료, 비급여 MRI/MRA)는 각 특약(치료)별로 별도의 보상한도 및 자기부담금 적용됨 (후첨된 3대 비급여 안내 참조)**

※ 입원의료비 청구시 주요 유의사항

1. 입원을 하더라도 **치료와 직접관계 없는 비용은 보상하지 않습니다.**
2. 입원의료비는 **실손보상 상품으로 중복보상 되지 않습니다.**
3. 입원 전후 **입원을 위한 제반검사 및 진료 등을 외래로 시행한 경우 보상하지 않습니다.**

□ 입원일당

[보장내용 및 보장금액]

- **상해 또는 질병(출산 포함)으로 입원한 경우 입원 1일당 가입금액 정액 지급**
 - 하나의 사고당 180일까지 담보
 - 타제도 및 보험에 의한 보상과 관계없이 중복 보상

[주요면책사항]

- **지급제한**
 - ⦿ 피보험자(보험대상자)의 기질성 치매(질병코드 F00 ~ F03)를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실
 - ⦿ **성병**
 - ⦿ 알콜을 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
 - ⦿ 질병을 원인으로 하지 않은 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술
 - ⦿ 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료비
 - ⦿ 위생관리, 미모를 위한 성형수술, 치과질환

□ 3대 비급여

○ 비급여 도수치료·체외충격파치료·증식치료 / 비급여 주사료 / 비급여 자기공명영상진단

[보장내용 및 보장금액]

■ 비급여 도수치료 · 체외충격파치료 · 증식치료

- 상해 또는 질병의 치료 목적으로 병원에 입·통원하여 비급여 도수치료·체외충격파치료·증식 치료를 받은 경우 공제금액을 제외한 금액을 보상한도 내에서 보상
- **보상한도 : 1년 단위로 350만원이내에서 50회까지 보상**
(도수치료·체외충격파치료·증식치료의 각 치료횟수를 합산하여 50회까지 보상)
- **공제금액 : 입·통원 1회당 2만원과 보상대상의료비의 30% 중 큰 금액**

용어	정의
도수치료	치료가 손(정형용 교정장치 장비 등의 도움을 받는 경우를 포함합니다)을 이용해서 환자의 근골격계의 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
증식치료	근골격계 통증이 있는 부위의 인대나 건(힘줄), 관절, 연골 등에 증식물질을 주사하여 통증이 소실되거나 완화되는 것을 유도하는 치료행위

■ 비급여 주사료

- 상해 또는 질병의 치료 목적으로 병원에 입·통원하여 비급여 주사치료를 받은 경우 비급여 주사료에서 공제금액을 제외한 금액을 보상한도 내에서 보상
- **보상한도 : 1년 단위로 250만원이내에서 50회까지 보상**
- **공제금액 : 입·통원 1회당 2만원과 보상대상의료비의 30% 중 큰 금액**
- ※ 아래의 항암제, 항생제, 희귀의약품은 입원의료비 또는 통원의료비에서 기본 보상함

용어	정의
항암제	식품의약품안전처가 「의약품등 분류번호에 관한 규정」에 따라 지정하는 '조직세포의 기능용 의약품' 중 '종양용약'과 '조직세포의 치료 및 진단 목적제' *「의약품등 분류번호에 관한 규정」에 따른 의약품분류표가 변경되는 경우 치료시점의 의약품분류표에 따름.
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 따름.
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 따름.

■ 비급여 자기공명영상진단(MRI/MRA)

- 상해 또는 질병의 치료 목적으로 병원에 입·통원하여 자기공명영상진단을 받은 경우 본인이 실제로 부담한 비급여의료비(조영제, 판독료 포함)에서 공제금액을 제외한 금액을 보상한도 내에서 보상
- **보상한도 : 계약일 또는 매년 계약해당 일부터 1년 단위로 300만원이내 보상**
- **공제금액 : 입·통원 1회당 2만원과 보상대상의료비의 30% 중 큰 금액**

용어	정의
자기공명 영상진단	자기공명영상 장치를 이용하여 고주파 등을 통한 신호의 차이를 영상화하여 조직의 구조를 분석하는 검사(MRI/MRA) * 자기공명영상진단 결과를 다른 의료기관에서 판독하는 경우 포함 (보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여상대가치점수」상의 MRI 범주에 따름)

[주요면책사항]

- 지급제한
- 입원의료비의 주요 면책사항을 준용함 (단, 출산은 면책임)

□ 상해사망

[보장내용]	<ul style="list-style-type: none"> ▣ 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 이 특별약관의 보험가입금액을 사망보험금으로 지급합니다.
[실종선고시]	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다. ⊕ 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.
[상해사망의 원인행위]	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ 길을 가다가 갑자기 쓰러져서 사망을 한 경우 상해보험금이 지급될 수 있을까요? 쓰러져서 사망한 대부분의 사람은 당연히 신체에 외상을 입게 됩니다. 그러나 실제로는 쓰러져서 입은 상해가 아니라 뇌출혈 즉, 질병이 선행원인이 되어 사망을 한 것으로 밝혀집니다. 이런 경우에는 상해사망보험금이 지급되지 않습니다.(상해의 직접적인 결과로 사망하여야 합니다)
[주요면책사항]	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우이며 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다. ⊕ 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우이며, 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다. ⊕ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우 ⊕ 피보험자가 자살을 하는 경우

□ 상해후유장해

[보장내용 및 보장금액]	<ul style="list-style-type: none"> ▣ 보험개시일 이후 발생한 상해사고로 [장해분류표]에서 정한 각 장해에 해당하는 장해상태가 되었을 경우 해당 비율에 따라 보상합니다. <table border="1" style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #fff2cc;"> <th style="padding: 5px;">구분</th> <th style="padding: 5px;">지급액</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;">상해사고로 영구 후유장해발생시</td> <td style="padding: 5px;">장해율에 따라 지급을 3%~100% 보상</td> </tr> </tbody> </table>	구분	지급액	상해사고로 영구 후유장해발생시	장해율에 따라 지급을 3%~100% 보상
구분	지급액				
상해사고로 영구 후유장해발생시	장해율에 따라 지급을 3%~100% 보상				
[보험금 지급규정]	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ 장해지급률이 상해발생일로부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해발생일로부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(약관 참조)에 장해판정 시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다. ⊕ 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 상해 발생일로부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다. ⊕ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저지급률 장해정도에 이르지않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다. ⊕ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료 비용은 회사가 전액 부담합니다. ⊕ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다. ⊕ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해 보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다. 				

□ 질병후유장해

**[보장내용 및
보장금액]**

- ▣ 피보험자(보험대상자)에게 보험기간 중에 진단 확정된 질병으로 인하여 장애분류표에서 정한 **장해지급률이 50% 이상에 해당하는 장애상태**가 되었을 때에는 보험 수익자(보험금을 받는 자)에게 이 특별약관의 보험가입금액을 후유장해 보험금으로 지급합니다.

구분	지급액
질병 50%이상 고도후유장해발생시	가입금액 전액보상

**[보험금
지급규정]**

- ❖ 장해지급률이 질병의 진단 확정일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단확정일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표([별표 1] 참조)에 장해판정시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- ❖ 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ❖ 다른 질병 또는 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 기준된 때에는 최종 장애상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- ❖ 장애분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해 정도에 따라 장애분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장애분류표의 각 장애분류별 최저 지급률 장애정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.