

2026년 시험대비 손해사정사 2차 제3보험 (정한직) 문제집 정오표 _ 26.06.20

페이지	원본	수정사항										
94p	빈칸 24 ① 1/2 ② 10 ③ 5 ④ +	빈칸 24 ① 1/2 ② 10 ③ 5 ④ 1/2										
217~218p	<p>2. 장애 2 (안구운동장애) 지급률 (3점)</p> <ul style="list-style-type: none"> 주시야 정상의 40% (= 1/2 이하) 안구운동장애 '뚜렷한' 해당 운동장애 지급률 = 10% 	<p>2. 장애 2 (안구운동장애) 지급률 (3점)</p> <ul style="list-style-type: none"> 주시야 정상의 40% (= 1/2 이하) 안구운동장애 '뚜렷한' 해당되나, 1년 이내 장애 진단이므로, 해당없음 운동장애 지급률 = 0% 										
219p	<p>◎ 사례개요</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>구분</th> <th>내용</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>피보험자</td> <td>이영희 (38세, 여)</td> </tr> <tr> <td>사고일</td> <td>2024.3.10.</td> </tr> <tr> <td>사고경위</td> <td>낙상 사고로 척추 손상</td> </tr> <tr> <td>보험가입금액</td> <td>후유장애보험금 5,000만원</td> </tr> </tbody> </table> <p>◎ 장애진단 결과 (사고 후 180일)</p> <ul style="list-style-type: none"> 진단명 요추 추간판탈출증 후 신경증상 장애상태 오른쪽 다리 운동범위 1/2 이하로 제한 (뚜렷한 장애 10%) 의사소견 영구적 장애는 아니나, 5년 이상 지속 예상 	구분	내용	피보험자	이영희 (38세, 여)	사고일	2024.3.10.	사고경위	낙상 사고로 척추 손상	보험가입금액	후유장애보험금 5,000만원	<p>낙상 사고로 척추 손상 → 낙상 사고로 우)슬관절 골절</p> <p>요추 추간판탈출증 후 신경증상 → 우)슬관절 골절</p>
구분	내용											
피보험자	이영희 (38세, 여)											
사고일	2024.3.10.											
사고경위	낙상 사고로 척추 손상											
보험가입금액	후유장애보험금 5,000만원											
241p	<p>◎ 관절운동범위 측정 결과 (사고 후 6개월)</p> <ul style="list-style-type: none"> 좌측 견관절 굴곡 85°, 신전 25°, 외전 45°, 외회전 5° 정상 견관절 굴곡 180°, 신전 60°, 외전 180°, 외회전 80° <p>1. 팔의 3대 관절 및 정상 운동범위 (3점)</p> <ul style="list-style-type: none"> 견관절(어깨) : 500° (굴곡180 + 신전60 + 외전180 + 외회전80) 주관절(팔꿈치) : 310° (굴곡150 + 신전10 + 회내90 + 회외60) 완관절(손목) : 180° (굴곡90 + 신전70 + 외전20) 	<p>◎ 관절운동범위 측정 결과 (사고 후 6개월)</p> <ul style="list-style-type: none"> 좌측 견관절 굴곡 85도, 신전 25도, 외전 45도, 외회전 5도, 내회전 0도, 외회전 0도 정상 견관절 굴곡 150도, 신전 40도, 외전 150도, 내전 30도, 내회전 40도, 외회전 90도 <p>1. 팔의 3대 관절 및 정상 운동범위 (3점)</p> <ul style="list-style-type: none"> 견관절(어깨) : 500° 굴곡 150도, 신전 40도, 외전 150도, 내전 30도, 내회전 40도, 외회전 90도 주관절(팔꿈치) : 310° (굴곡 150도, 신전 0도, 회내 80도, 회외 80도) 완관절(손목) : 180° (굴곡 70도, 신전 60도, 요측편위 20도, 척측편위30도) 										

	<p>2. 좌측 견관절 운동범위 합계 (4점)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 굴곡 : 85° • 신전 : 25° • 외전 : 45° • 외회전 : 5° <p>✓ 합계 = 85 + 25 + 45 + 5 = 160°</p>	<p>2. 좌측 견관절 운동범위 합계 (4점)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 굴곡 85도, • 신전 25도, • 외전 45도, • 외회전 5도, • 내회전 0도, • 외회전 0도, <p>합계 = 85 + 25 + 45 + 5 = 160</p>																								
<p>261p</p>	<p>【2차 사고 : 2022.8.10.】 중장비 충돌 사고</p> <table border="1" data-bbox="286 496 1115 807"> <thead> <tr> <th>장애 항목</th> <th>장애분류표상 지급률</th> <th>비고</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>① 척추(요추)에 뚜렷한 운동장애</td> <td>30%</td> <td>사고 관여도 60%</td> </tr> <tr> <td>② 척추(요추)에 약간의 기형</td> <td>15%</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>③ 우측 엉덩이관절 기능에 뚜렷한 장애</td> <td>15%</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>④ 우측 무릎관절 기능에 약간의 장애</td> <td>5%</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>⑤ 우측 다리 4cm 이상 짧아진 상태</td> <td>15%</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>⑥ 흉복부장기 기능에 약간의 장애</td> <td>15%</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>⑦ 흉복부장기 장애로 ADLs 배뇨배변 장애</td> <td>10%</td> <td>-</td> </tr> </tbody> </table>	장애 항목	장애분류표상 지급률	비고	① 척추(요추)에 뚜렷한 운동장애	30%	사고 관여도 60%	② 척추(요추)에 약간의 기형	15%	-	③ 우측 엉덩이관절 기능에 뚜렷한 장애	15%	-	④ 우측 무릎관절 기능에 약간의 장애	5%	-	⑤ 우측 다리 4cm 이상 짧아진 상태	15%	-	⑥ 흉복부장기 기능에 약간의 장애	15%	-	⑦ 흉복부장기 장애로 ADLs 배뇨배변 장애	10%	-	<p>15% → 10%</p>
장애 항목	장애분류표상 지급률	비고																								
① 척추(요추)에 뚜렷한 운동장애	30%	사고 관여도 60%																								
② 척추(요추)에 약간의 기형	15%	-																								
③ 우측 엉덩이관절 기능에 뚜렷한 장애	15%	-																								
④ 우측 무릎관절 기능에 약간의 장애	5%	-																								
⑤ 우측 다리 4cm 이상 짧아진 상태	15%	-																								
⑥ 흉복부장기 기능에 약간의 장애	15%	-																								
⑦ 흉복부장기 장애로 ADLs 배뇨배변 장애	10%	-																								
<p>270p</p>	<p>◎ 장애인단 결과(사고 후 18개월)</p> <table border="1" data-bbox="309 903 1104 1158"> <thead> <tr> <th>장애 항목</th> <th>장애분류표상 지급률</th> <th>비고</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>① 신경계 ADLs 이동동작 장애</td> <td>20%</td> <td>휠체어 자력이동 가능</td> </tr> <tr> <td>② 신경계 ADLs 음식물섭취 장애</td> <td>5%</td> <td>스스로 식사 가능, 일부 도움</td> </tr> <tr> <td>③ 신경계 ADLs 배변배뇨 장애</td> <td>5%</td> <td>뒤처리만 도움</td> </tr> <tr> <td>④ 정신행동 장애 (GAF 45점)</td> <td>50%</td> <td>뚜렷한 장애, 능력장애 4개</td> </tr> <tr> <td>⑤ 좌측 귀 청력 82dB</td> <td>15%</td> <td>심한 장애 (80dB 이상)</td> </tr> <tr> <td>⑥ 평형기능 장애</td> <td>30%</td> <td>한시장애 (6년 예상)</td> </tr> </tbody> </table>	장애 항목	장애분류표상 지급률	비고	① 신경계 ADLs 이동동작 장애	20%	휠체어 자력이동 가능	② 신경계 ADLs 음식물섭취 장애	5%	스스로 식사 가능, 일부 도움	③ 신경계 ADLs 배변배뇨 장애	5%	뒤처리만 도움	④ 정신행동 장애 (GAF 45점)	50%	뚜렷한 장애, 능력장애 4개	⑤ 좌측 귀 청력 82dB	15%	심한 장애 (80dB 이상)	⑥ 평형기능 장애	30%	한시장애 (6년 예상)	<p>30% → 10%</p>			
장애 항목	장애분류표상 지급률	비고																								
① 신경계 ADLs 이동동작 장애	20%	휠체어 자력이동 가능																								
② 신경계 ADLs 음식물섭취 장애	5%	스스로 식사 가능, 일부 도움																								
③ 신경계 ADLs 배변배뇨 장애	5%	뒤처리만 도움																								
④ 정신행동 장애 (GAF 45점)	50%	뚜렷한 장애, 능력장애 4개																								
⑤ 좌측 귀 청력 82dB	15%	심한 장애 (80dB 이상)																								
⑥ 평형기능 장애	30%	한시장애 (6년 예상)																								
<p>271~272p</p>	<p>3. 평형기능 한시장애 (5점)</p> <p>▶ 한시장애 규정 "영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장애에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 장애지급률로 한다"</p> <p>▶ 본 사례 검토 • 평형기능 장애 원래 지급률 : 30% • 예상 지속 기간 : 6년 (5년 이상 해당)</p>	<p>3. 평형기능 한시장애 (5점)</p> <p>▶ 한시장애 규정 "영구히 고정된 증상은 아니지만 치료 종결 후 한시적으로 나타나는 장애에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 경우 해당 장애지급률의 20%를 장애지급률로 한다"</p> <p>▶ 본 사례 검토 • 평형기능 장애 원래 지급률 : 10%</p>																								

<ul style="list-style-type: none"> • 영구장해 아님 → 한시장해 적용 ▶ 한시장해 계산 : $30\% - 20\% = 6\%$ ✓ 평형기능 한시장해 = 6% 4. 귀 청력 + 평형기능 관계 (7점) ▶ 귀의 장애 구성 • 2번 부위 : '귀' • 귀 장애 포함 항목 : 청력장애, 귓바퀴 결손, 평형기능 → 청력장애와 평형기능은 동일부위(귀) ▶ 좌우 구분 • 청력 : "좌우의 귀는 각각 다른 신체부위로 본다" • 좌측 귀 청력 82dB : 15% (심한 장애 : 80dB 이상) • 평형기능 : 좌우 구분 없음 (귀 전체에 적용) ▶ 동일부위 원칙 적용 (좌측 귀 기준) • 좌측 청력 : 15% • 평형기능 (한시) : 6% ▶ 높은 지급률 적용 : $\text{MAX}(15\%, 6\%) = 15\%$ ✓ 귀 장애 = 15% 	<ul style="list-style-type: none"> • 예상 지속 기간 : 6년 (5년 이상 해당) • 영구장해 아님 → 한시장해 적용 ▶ 한시장해 계산 : $10\% \times 20\% = 2\%$ ✓ 평형기능 한시장해 = 2% 4. 귀 청력 + 평형기능 관계 (7점) ▶ 귀의 장애 구성 • 2번 부위 : '귀' • 귀 장애 포함 항목 : 청력장애, 귓바퀴 결손, 평형기능 → 청력장애와 평형기능은 동일부위(귀) ▶ 좌우 구분 • 청력 : "좌우의 귀는 각각 다른 신체부위로 본다" • 좌측 귀 청력 82dB : 15% (심한 장애 : 80dB 이상) • 평형기능 : 좌우 구분 없음 (귀 전체에 적용) ▶ 동일부위 원칙 적용 (좌측 귀 기준) • 좌측 청력 : 15% • 평형기능 (한시) : 6% ▶ 높은 지급률 적용 : $\text{MAX}(15\%, 2\%) = 15\%$ ✓ 귀 장애 = 15%
---	--

281p	<p>문제 3 4세대 급여 통원의료비 기본 계산</p>	4세대 비급여 입원 기본 계산
289p	<p>◎ 연간 입원의료비 내역 피보험자 박철수 씨는 대장암 진단을 받고 올해 여러 차례 입원치료를 받았다. 아래는 올해 발생한 질병급여 입원의료비 내역이다.</p>	<p>◎ 연간 실손보험 입원의료비 내역 피보험자 박철수 씨는 위염 진단을 받고 올해 여러 차례 입원치료를 받았다. 아래는 올해 발생한 질병급여 입원의료비 내역이다.</p>
295p	<p>※ 참고 : 상급병실료 1일 10만원 한도, MRI는 3대비급여, 4세대는 외래/처방 각각 차라</p>	<p>※ 참고 : 상급병실료 1일 10만원 한도, MRI는 3대비급여</p>
298p	<p>(4) 위 (1)~(3)의 계산 결과를 보장종목별(질병급여, 질병비급여, 3대비급여)로 정리하고, 피보험자가 수령할 총 보험금을 계산하시오.</p>	<p>(4) 위 (1)~(3)의 계산 결과, 피보험자가 수령할 총 보험금을 계산하시오.</p>
299p	<p>【2차 통원 8.5】 급여외래 : 2.5만-1만 = 1.5만원 / 비급여외래 : 0원 도수 : 10.5만원 + 주사 : 5만원=8만원-3만원(Max[3만원, 8만원×30%]) → 2차 통원 소계 17만원 ✓ 통원 합계 = 12.5만 + 17만 = 29.5만원 ✓ 총 보험금 = 685.1만(37.6만 + 618만 + 2만 + 10.5만 + 1.5만 + 10.5만 + 5만)</p>	<p>【2차 통원 8.5】 급여외래 : 2.5만-1만=1.5만원 / 비급여외래 : 0원 도수 : 10.5만원 + 주사 : 5만원=8만원-3만원(Max[3만원, 8만원×30%]) → 2차 통원 소계 17만원 ✓ 통원 합계 = 12.5만 + 17만 = 29.5만원 4. 총 보험금 = 685.1만(37.6만+618만+2만+10.5만+1.5만+10.5만+5만)</p>

301p

3. 총 보험금

3.3만(당뇨) + 8.5만(고혈압) = 11.8만원

✓ 총 보험금 = 118,000원

4. 통원 횟수

▶ 4세대 약관상 통원 1회는 외래 및 처방조제를 합산하여 산정. 서로 다른 질병(당뇨, 고혈압)으로 다른 의료

기관을 이용했으므로 질병별로 각각 1회씩 산정

▶ 당뇨(내과+약국) = 1회

▶ 고혈압(종합병원+약국) = 1회

✓ 총 통원 횟수 = 2회

3. 총 보험금

'하나의 질병'으로 계산 풀이

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

1) 급여 의료비 계산

먼저 각 병원의 급여 총액에 대해 20%를 각각 개별 산출한 후, 병원별 정액 공제금과 모두 비교합니다.

A내과의원 (의원급): 합산액 4.3만 원 → 20% = 8,600원

C종합병원 (종합병원): 합산액 9.2만 원 → 20% = 1.84만 원 (18,400원)

정액 공제금: 의원급 1만 원, 종합병원 2만 원

공제금액 산출: Max(1만 원, 2만 원, 8,600원, 18,400원) = 2만 원

급여 지급액: (총 급여 진료비 13.5만 원) - (최종 공제금 2만 원) = 115,000원

2) 비급여 의료비 계산

비급여 역시 각 병원의 비급여 총액에 대해 4세대 비급여 차감 비율인 30%를 각각 개별 산출한 후, 비급여 정액 공제금과 비교합니다.

A내과의원: 합산액 2.2만 원 → 30% = 6,600원

C종합병원: 합산액 4.3만 원 → 30% = 1.29만 원 (12,900원)

정액 공제금: 4세대 비급여는 병원급 무관하게 3만 원

공제금액 산출: Max(3만 원, 6,600원, 12,900원) = 3만 원

비급여 지급액: (총 비급여 진료비 6.5만 원) - (최종 공제금 3만 원) = 35,000원

최종 수령 총 보험금

급여 115,000원 + 비급여 35,000원 = 최종 150,000원

4. 통원 횟수

총 통원 횟수: 약관에 따라 하루에 여러 번 방문했어도 1회로 산정됩니다

<p>311~312p</p>	<p>1. A손해보험 (3세대 표준형) 독립책임액 산출 3세대 표준형은 본인부담률 20%를 적용하며, 통원 시 외래와 처방을 각각 공제 도수치료는 3대 비급여 특약으로 분류하여 계산</p> <p>① 입원 독립책임액 •보장대상의료비: 2,500,000(급여) + 1,200,000(비급여) = 3,700,000원 •계산: 3,700,000*80% = 2,960,000원</p> <p>② 통원(외래 일반) 독립책임액 (병원급 공제액: max(1.5만, 20%)) •1차 통원(12.12): 의료비 40,000원 → 공제액 max(1.5만, 8천) = 15,000원 40,000 - 15,000 = 25,000원 •2차 통원(12.19): 의료비 30,000원 → 공제액 max(1.5만, 6천) = 15,000원 30,000 - 15,000 = 15,000원</p> <p>③ 도수치료 특약 독립책임액 (공제액: max(2만, 30%)) •1차/2차 동일: 120,000 - max(2만, 12만 × 30%) = 3.6만 = 84,000원 •소계: 84,000 × 2 = 168,000원 ✓ A사 총 독립책임액: 2,960,000 + 25,000 + 15,000 + 168,000 = 3,168,000원</p> <p>2. B생명보험 (4세대) 독립책임액 산출 4세대는 급여(20%), 비급여(30%), 도수치료 특약(30%)을 구분하여 계산하며, 통원- 공제액은 급여 1만원, 비급여 3만원을 적용</p> <p>① 입원 독립책임액 •급여: 2,500,000 × 80% = 2,000,000원 •비급여: 1,200,000 × 70% = 840,000원 •소계: 2,840,000원</p> <p>② 통원(외래 일반) 독립책임액 (병원급 기준) •1차 통원(12.12) 급여(3만) - max(1만, 6천) = 20,000원 비급여(1만) - max(3만, 3천) = 0원 (공제액 미달) •2차 통원(12.19): 합니다.</p>	<p>[Step 1] A손해보험 (3세대 표준형) 독립책임액 산출 3세대 표준형은 본인부담률 20%를 적용하며, 통원 시 외래와 처방을 각각 공제 도수치료는 3대 비급여 특약으로 분류하여 계산</p> <p>① 입원 의료비 보장대상의료비: 급여 2,500,000원 + 비급여 1,200,000원 = 3,700,000원 지급액 계산: 3,700,000원 × 80% (본인부담률 20% 공제) = 2,960,000원</p> <p>② 통원(일반 외래) 의료비 병원급 공제금액은 Max(1.5만 원, 의료비의 20%)를 적용 1차 통원(12.12): 총 40,000원 (급여 3만 + 비급여 1만) 공제액: Max(15,000원, 40,000원 × 20%[8,000원]) = 15,000원 지급액: 40,000원 - 15,000원 = 25,000원 2차 통원(12.19): 총 30,000원 (급여 2.5만 + 비급여 0.5만) 공제액: Max(15,000원, 30,000원 × 20%[6,000원]) = 15,000원 지급액: 30,000원 - 15,000원 = 15,000원</p> <p>③ 도수치료 특약 의료비 3대 비급여 특약 미가입이므로 0원 (면책) A사 총 독립책임액 = 3,000,000원 (입원 2,960,000원 + 통원 40,000원 + 특약 0원)</p> <p>[Step 2] B생명보험 (4세대) 독립책임액 산출 4세대 실손은 급여(20%)와 비급여(30%)를 분리하여 공제하며, 도수치료는 특약(30%)으로 별도 계 산.</p> <p>① 입원 의료비 급여: 2,500,000원 × 80% = 2,000,000원 비급여: 1,200,000원 × 70% = 840,000원 지급액 합계: 2,000,000원 + 840,000원 = 2,840,000원</p> <p>② 통원(일반 외래) 의료비 1차 통원(12.12): 급여(3만): 공제 Max(병원급 1만 원, 3만 × 20%[6천 원]) = 1만 원 → 지급액 20,000원 비급여(1만): 공제 Max(3만 원, 1만 × 30%[3천 원]) = 3만 원 → 지급액 0원 (공제액 미달) 1차 합계 = 20,000원 2차 통원(12.19): 급여(2.5만): 공제 Max(병원급 1만 원, 2.5만 × 20%[5천 원]) = 1만 원 → 지급액 15,000원</p>
-----------------	---	--

<p>급여(2.5만) — $\max(1\text{만}, 5\text{천}) = 15,000\text{원}$ 비급여(0.5만) — $\max(3\text{만}, 1.5\text{천}) = 0\text{원}$ (공제액 미달) • 소계: $20,000 + 15,000 = 35,000\text{원}$</p> <p>㉔ 도수치료 특약 독립책임액 (공제액: $\max(3\text{만}, 30\%)$)</p> <p>• 1차/2차 동일: $120,000 - \max(3\text{만}, 3.6\text{만}) = 84,000$ • 소계: $84,000 \times 2 = 168,000\text{원}$</p> <p>✓ B사 총 독립책임액: $2,840,000 + 35,000 + 168,000 = 3,043,000\text{원}$</p> <p>3. 비례분담 보험금 계산 과정 모든 항목이 비례분담 대상이며, 항목별 실제 손해액(각 사 독립책임액 중 최고액)을 기준으로 안분</p> <p>[Step 1] 항목별 실제 손해액 확정 • 일반 의료비(입원+통원): $\max(A: 3,000,000, B: 2,875,000) = 3,000,000\text{원}$ • 도수치료 특약: $\max(A: 168,000, B: 168,000) = 168,000\text{원}$</p> <p>[Step 2] 비례분담 산식 적용 (지급보험금 = 실제손해액(손해액 중 가장 유리한금액) * 해당보험사 독립책임액 / 독립책임액 합계)</p> <p>1. A손해보험 (3세대) • 일반분: $3,000,000 \times (3,000,000 / 5,875,000) = 1,531,915\text{원}$ • 특약분: $168,000 \times (168,000 / 336,000) = 84,000\text{원}$ • 합계: 1,615,915원</p> <p>2. B생명보험 (4세대): 합나다. • 일반분: $3,000,000 \times 2,875,000 / 5,875,000 = 1,468,085\text{원}$ • 특약분: $168,000 \times 168,000 / 336,000 = 84,000\text{원}$ • 합계: 1,552,085원</p>	<p>비급여(0.5만): 공제 $\text{Max}(3\text{만 원}, 0.5\text{만} \times 30\%[1.5\text{천 원}]) = 3\text{만 원} \rightarrow$ 지급액 0원 2차 합계 = 15,000원</p> <p>③ 도수치료 특약 의료비 공제금액은 $\text{Max}(3\text{만 원}, \text{보장대상의료비의 } 30\%)$</p> <p>1차/2차 동일: $120,000\text{원} - \text{Max}(3\text{만 원}, 12\text{만} \times 30\%[3.6\text{만 원}]) = 84,000\text{원}$ 지급액 합계: $84,000\text{원} \times 2\text{회} = 168,000\text{원}$</p> <p>B사 총 독립책임액 = 3,043,000원 (입원 2,840,000원 + 통원 35,000원 + 특약 168,000원)</p> <p>[Step 3] 일반의료비 실제손해액 확정 및 비례분담 계산 약관에 따른 각 계약별 비례분담액은 '보장대상의료비 중 최고액에서 피보험자부담 공제금액 중 최소액을 차감한 금액(실제손해액)'을 기준으로 각 사의 보장책임액 비율에 따라 안분하여 계산. 각 보험사가 단독으로 보상했을 때 계산된 독립책임액 중 가장 큰 금액(환자에게 가장 유리한 금액)이 해당 항목의 '실제 손해액'.</p> <p>1) 일반 의료비(입원+통원) 실제손해액 산정 A사 기준 일반의료비 독립책임액: 3,000,000원 (입원 2,960,000 + 통원 40,000) B사 기준 일반의료비 독립책임액: 2,875,000원 (입원 2,840,000 + 통원 35,000) 결정된 실제손해액: $\text{Max}(3,000,000\text{원}, 2,875,000\text{원}) = 3,000,000\text{원}$ 독립책임액 합계: $3,000,000\text{원}(A) + 2,875,000\text{원}(B) = 5,875,000\text{원}$</p> <p>2) 일반 의료비 비례분담 계산 A사 지급액: $3,000,000\text{원}(\text{실제손해액}) \times (3,000,000 / 5,875,000) = 1,531,915\text{원}$ B사 지급액: $3,000,000\text{원}(\text{실제손해액}) \times (2,875,000 / 5,875,000) = 1,468,085\text{원}$</p> <p>3) 도수치료 특약 의료비 계산 (비례분담 제외) 다수보험(중복보험) 비례분담은 동일한 사고에 대해 '보상책임이 있는 2개 이상의 계약'이 있을 때 성립.</p> <p>A사는 특약 미가입으로 보상책임이 아예 없으므로, 비례분담 대상이 아님. 따라서 도수치료는 B사가 자신의 독립책임액 168,000원을 전액 단독으로 지급.</p> <p>[Step 4] 최종 각 사별 지급 보험금 결과 A손해보험: 일반의료비 부담액 1,531,915원 (특약 0원) B생명보험: 일반의료비 부담액 1,468,085원 + 특약 단독지급액 168,000원 = 1,636,085원</p>
---	--

<p>319p</p>	<p>6) '24.05.15 A의원 (보험기간 외) * 해당 계약의 보험기간은 2024.04.01.에 종료 * [결과]: 보상 제외 (0원)</p>	<p>[2024.5.15. A의원 (계약 종료 후 180일 연장 보상) 정확한 계산]</p> <p>1. 외래(진료) 보험금 산출 외래 보장대상의료비: 25,000원 (급여 외래 20,000원 + 비급여 외래 5,000원) 공제액: Max(의원급 10,000원, 25,000원 × 20% = 5,000원) = 10,000원 외래 지급액: 25,000원 - 10,000원 = 15,000원</p> <p>2. 처방(약제) 보험금 산출 처방 보장대상의료비: 18,000원 (급여 처방 15,000원 + 비급여 처방 3,000원) 공제액: Max(처방 8,000원, 18,000원 × 20% = 3,600원) = 8,000원 처방 지급액: 18,000원 - 8,000원 = 10,000원</p> <p>▶ 최종 지급 보험금: 외래 15,000원 + 처방 10,000원 = 25,000원</p>
<p>399p</p>	<p>(2) 2024. 6. 19일 대장암 다발성전이 패혈증 사망 ● 암사망보험금 1,000만원 지급 ● 장기요양진단 계약자적립액 지급</p> <p>(3) 2024. 6. 21일 국민건강보험공단 장기요양등급(1등급) 판정 ● 계약소멸 이후 판정으로 지급해당없음</p> <p>2. 지급액 - ✓ 결론 : 암사망 1,000만원 지급 + 장기요양진단담보 계약자 적립액 지급</p>	<p>(2) 2021. 4. 11. 대장암 확정 진단 (암 담보 무효) 암 보장개시일은 계약일(2021. 1. 12.)을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날인 2021. 4. 12.임. 피보험자는 암 보장개시일 전일인 2021. 4. 11.에 대장암 진단이 확정되었으므로, 약관상 암 담보는 무효가 되며 회사는 이미 납입한 보험료를 반환함.</p> <p>(3) 2024. 6. 19. 대장암 다발성 전이(패혈증) 사망 암사망보험금 (부지급): 사망의 원인이 대장암의 악화이기는 하나, 앞서 암 보장개시일 이전 진단으로 해당 암 담보가 이미 무효 처리되었으므로 암사망보험금은 지급하지 않음. 장기요양진단 담보 소멸: 피보험자의 사망으로 장기요양진단 특별약관은 더 이상 효력이 없으므로 계약은 소멸하며, 약관에 따라 사망 당시의 계약자 적립액을 지급함.</p> <p>(4) 2024. 6. 21. 장기요양등급(1등급) 판정 장기요양진단금 (부지급): 대법원 판례(2020다232709)에 따르면, 장기요양보험 수급 대상 인정은 특별한 사정이 없는 한 '보험기간 중 공단 등급판정위원회에 의해 판정받은 경우'를 의미함. 피보험자가 장기요양등급 판정을 받기 전에 사망하여 보험계약이 소멸하였으므로, 장기요양진단금 지급 요건을 충족하지 못하여 부지급함.</p> <p>2. 최종 지급액 (1) 암사망 담보: 0원 (단, 암 담보 무효에 따른 기납입 보험료 반환) (2) 장기요양진단 담보: 0원 (단, 피보험자 사망에 따른 특약 소멸로 계약자 적립액 지급)</p>
<p>446p</p>	<p>□ 통원비 계산 (4세대) ① 급여 : (10만원 + 2만원) - MAX(2만원, 10만원×20%) = 10만원 ② 비급여 : (10만원 + 5만원) - MAX(3만원, 15만원×30%) = 10만5천원</p>	<p>□ 통원비 계산 (4세대) ① 급여 : (10만원 + 2만원) - MAX(2만원, 12만원×20%) = 9.6 만원 ② 자기공명영상진단특약 : 20만원 - MAX(3만원, 20만원×30%) = 14만원</p>

-㉔ 자기공명영상진단특약 : 20만원 - MAX(3만원, 20만원×30%) = 14만원
-㉕ 도수치료 : 10만원 - MAX(3만원, 10만원×30%) = 7만원
-•합계 : 10만원 + 10.5만원 + 14만원 + 7만원 = 415,000원

③ 도수치료 : 10만원 - MAX(3만원, 10만원×30%) = 7만원
• 합계 : 9.6만원 + 14만원 + 7만원 = 306,000원