

2023학년도 학부생 단체상해보험 안내

당 안내문은 “2023.03.25~2024.03.24사이에 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

※ **일반학과의 학생**은 개인 실손보험이 별도로 가입되어 있는 경우 “**실손의료비 대행청구 서비스 신청서**”를 작성하시면, 아래 그림과 같이 타 보험사에도 보험 청구를 편리하게 진행할 수 있습니다.



보장항목	사유	구비서류	비고
상해사망	상해사망 (교통재해 포함)	1. 사망진단서 또는 사체검안서 2. 사고증명서 (교통사고 사실확인원 등) 3. 제적등본 (사망사실 기재) 4. 기본증명서 (사망사실 기재) 5. 가족관계증명서 6. 위임장 (인감날인) : 별첨 참조 - 상속인이 다수로 대표자를 지정한 경우, 개별 인감날인 7. 법적상속인 (보험금수령자)의 인감증명서 / 신분증	법정상속인이 미성년자일 경우 미성년자 기준 1. 가족관계증명서 (상세) 2. 기본증명서 (상세) 추가
상해후유장해	상해로 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
상해 응급실 내원 진료비	상해로 응급의료기관 (응급실) 방문시	1. 초진차트 및 진료확인서 2. 진료비 영수증(카드영수증 불가) 3. 진료비 상세내역서	
상해입원의료비	상해로 입원	1. (입/퇴원일이 기재된) 진단서 또는 (진단명이 기재된) 입퇴원확인서 2. (급여/비급여가 구분된) 진료비영수증(입퇴원 진료비계산서) 3. (병원에서 발행한) 진료비 상세 내역서	※ 진단과 관계없는 검사일 경우, 의사소견서를 요청할 수 있음
3대 비급여	3대 비급여 치료를	1. 진료비 영수증(카드영수증 불가)	※ 진단과 관계없는

특약	받는 경우	2. 진료비 상세내역서 3. 진단서 또는 통원확인서	MRI의 경우, 의사소견서를 요청할 수 있음
입원일당	상해사고로 입원시	1. 진단서 2. 진단명이 명기된 입퇴원확인서	
상해수술비	상해로 약관이 정한 수술을 받는 경우	1. 진료비 영수증(카드영수증 불가) 2. 진료비 상세내역서 3. 수술확인서 또는 (수술날짜 및 수술명 기재된) 진단서 4. 초진차트	
상해수술 한방치료비	상해사고로 수술을 받고, 한방치료시	1. 진료비 영수증(카드영수증 불가) 2. 진료비 상세내역서 3. 초진차트 및 진료확인서	
골절진단비	상해로 골절을 진단받은 경우	1. 진료비 영수증(카드영수증 불가) 2. 진료비 상세내역서 3. (골절 질병분류기호와 진단명이 기재된) 진단서	

☐ 일반학과 보험계약 및 보장내용

보장항목		보장금액	요약
정액형 담보	상해사망	1억원	상해로 인한 사망시
	상해후유장해	최대 1억원	상해로 인한 장해시 장해등급 3%~100%
	상해응급실 내원진료비	20만원	상해로 응급의료기관(응급실) 내원시
	상해 입원일당	1만원	상해로 입원1일부터 180일 한도
실손의 료비	상해 입원의료비	1천만원	상해로 입원치료시 본인부담 급여 80%, 비급여 70% 한도 (4세대 실손의료비 시행 : 2022.07.01.시행 적용)
	비급여 도수/체외충격/증식	350만원	공제금액 3만원과 30%중 큰 금액 제외 후 50회까지
	비급여 비급여주사료	250만원	공제금액 3만원과 30%중 큰 금액 제외 후 50회까지
	비급여 MRI·MRA	300만원	공제금액 3만원과 30%중 큰 금액 제외 후 연간한도내

☐ 체육학과 보험계약 및 보장내용

보장항목		보장금액	요약
정액형 담보	상해사망	1억원	상해로 인한 사망시
	상해후유장해	최대 1억원	상해로 인한 장해시 장해등급 3%~100%
	상해응급실 내원진료비	20만원	상해로 응급의료기관(응급실) 내원시
	골절진단비	30만원	골절을 진단받은 경우, 정액보상(단, 치아파절 제외)
	상해수술비	50만원	상해로 약관에서 정한 수술을 받는 경우, 정액보상(시술 제외)
	상해수술 한방치료비	척약 30만원 약침 10만원 물리요법 10만원	상해로 수술을 받고, 한방치료시 한방척약 3회, 약침 5회, 한방물리요법 5회까지 정액보상 ※ 상세횟수는 하단의 구체적 보상방법 참고

☐ 보장내용별 접수처

접수방법	농협손해보험 사고 접수처
100만원 미만 팩스 발송	○ 팩스 : 0505-060-4095 / ○ 전화 : 1644-9000
100만원 이상 원본 등기우편 발송	○ 주소 : (03736) 서울시 서대문구 경기대로 58 경기빌딩 503호 농협손해보험 사고접수반

II. 보장 유형별 주요내용

□ 상해사망

[보장내용]	<p>■ 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 사망한 경우 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 이 특별약관의 보험가입금액을 사망보험금으로 지급합니다.</p>
[실종선고시]	<p>● 실종선고를 받은 경우 : 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.</p> <p>● 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.</p>
[상해사망의 원인행위]	<p>● 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)</p>
[주요면책사항]	<p>● 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우이며 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.</p> <p>● 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우이며, 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.</p> <p>● 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우</p> <p>● 피보험자가 자살을 하는 경우</p>

□ 상해후유장해

[보장내용 및 보장금액]	<p>■ 보험개시일 이후 발생한 상해사고로 [장해분류표]에서 정한 각 장해에 해당하는 장해상태가 되었을 경우 해당 비율에 따라 보상합니다.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>구분</th><th>지급액</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>상해사고로 영구 후유장해발생시</td><td>장해율에 따라 지급율 3%~100% 보상</td></tr> </tbody> </table>	구분	지급액	상해사고로 영구 후유장해발생시	장해율에 따라 지급율 3%~100% 보상
구분	지급액				
상해사고로 영구 후유장해발생시	장해율에 따라 지급율 3%~100% 보상				
[보험금 지급규정]	<p>● 장해지급률이 상해발생일부터 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.</p> <p>● 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 상해발생일로부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.</p> <p>● 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 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.</p> <p>● 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 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.</p> <p>● 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.</p> <p>● 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.</p>				

※ 사망 또는 후유장해 보상의 경우, 유선으로 구비서류를 안내받으시고 진행하시기 바랍니다.

□ 상해 입원일당

[보장내용]	<ul style="list-style-type: none"> ☛ 상해로 입원한 경우 입원 1일당 가입금액 정액 지급하며 하나의 사고당 180일까지 담보하며, 타제도 및 보험에 의한 보상과 관계없이 중복 보상합니다.
[주요면책사항]	<ul style="list-style-type: none"> ☛ 피보험자(보험대상자)의 기질성 치매(질병코드 F00 ~ F03)를 제외한 정신적 기능장애, 선천성 뇌질환 및 심신상실 ☛ 성병 ☛ 알코올 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 ☛ 정상분만, 제왕절개 등 출산

□ (실손) 상해 입원의료비_급여

[보장내용]	<ul style="list-style-type: none"> ☛ 피보험자가 상해로 인하여 의료기관에 입원하여 치료를 받은 경우에는 급여의료비를 연간 보험가입금액의 한도 내에서 다음과 같이 보상합니다. ☛ 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비 기준으로 계산하며, 감면받은 의료비가 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비로 급여 의료비를 계산합니다. 								
[구체적 보상방법]	<table border="1"> <thead> <tr> <th>구분</th><th>보상금액</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>입원 (입원실료, 입원제비용, 입원수술비)</td><td>「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부본인부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액본인부담금을 말합니다.)의 80%에 해당하는 금액</td></tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> ☛ 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연히 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상이 포함됩니다. 다만, 유독가스 또는 유독물질을 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상과 세균성 음식물 중독증상은 포함되지 않습니다. ☛ 피보험자가 「국민건강보험법」 제5조, 제53조, 제54조에 따라 요양급여 또는 「의료급여법」 제4조, 제15조, 제17조에 따라 의료급여를 적용받지 못하는 경우에는 다음과 같이 보상합니다. <ol style="list-style-type: none"> 1. 의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액(통원의 경우 본인이 실제로 부담한 금액에서 같은 조 제1항 <표1>의 '통원항목별 공제금액'을 뺀 금액)의 40%를 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 2. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 제1호를 적용하지 아니하고 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비에 대해서만 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 감면받은 의료비가 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비에 대해서 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. ☛ 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음날부터 180일까지 보상합니다. <p style="text-align: center;"><입원 보상기간 예시></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>보상대상기간(1년)</th><th>추가보상(180일)</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>↑ 계약일 (2023. 3. 25.)</td><td>↑ 계약종료일(2024. 3. 24.) ↑ 보상종료일 (2025. 6. 24.)</td></tr> </tbody> </table> 	구분	보상금액	입원 (입원실료, 입원제비용, 입원수술비)	「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부본인부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액본인부담금을 말합니다.)의 80%에 해당하는 금액	보상대상기간(1년)	추가보상(180일)	↑ 계약일 (2023. 3. 25.)	↑ 계약종료일(2024. 3. 24.) ↑ 보상종료일 (2025. 6. 24.)
구분	보상금액								
입원 (입원실료, 입원제비용, 입원수술비)	「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부본인부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액본인부담금을 말합니다.)의 80%에 해당하는 금액								
보상대상기간(1년)	추가보상(180일)								
↑ 계약일 (2023. 3. 25.)	↑ 계약종료일(2024. 3. 24.) ↑ 보상종료일 (2025. 6. 24.)								

* 단, 종전 계약 갱신시에는 종전 계약의 보험기간 연장으로 보아 적용하지 않음

- 하나의 상해 또는 질병(같은 상해나 질병으로 2회 이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 상해나 질병으로 봅니다)으로 인해 동일한 의료기관에서 같은 날 외래 및 처방을 함께 받은 경우 처방일자를 기준으로 외래 및 처방조제를 합산하되(조제일자가 다른 경우도 동일하게 적용) 통원 1회로 보아 적용합니다.
- 하나의 상해 또는 질병으로 인해 하루에 같은 치료를 목적으로 2회 이상 통원치료(외래 및 처방조제 합산)를 받은 경우 1회의 통원으로 보아 적용합니다. 이 때 공제금액은 2회 이상의 중복방문 의료기관 중 가장 높은 공제금액을 적용합니다.
- 피보험자가 상해로 인하여 의료기관에서 본인의 장기등(「장기등 이식에 관한 법률」 제4조에 의한 “장기등”을 의미합니다)의 기능회복을 위하여 「장기등 이식에 관한 법률」 제42조 및 관련 고시에 따라 장기 등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 보상합니다.

□ (실손) 상해 입원의료비_비급여

[보장내용]

- 피보험자가 상해로 인하여 의료기관에 입원치료를 받은 경우에는 비급여의료비(3대비급여 제외)를 연간 보험가입금액의 한도 내에서 다음과 같이 보상합니다.
- 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비 기준으로 계산하며, 감면받은 의료비가 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비로 비급여 의료비를 계산합니다.

[구체적 보상방법]

구분	보상금액
입원(입원실료, 입원제비용, 입원수술비)	‘비급여 의료비(비급여병실료는 제외, 본인이 실제 부담한 금액)의 70%에 해당하는 금액
상급병실료 차액	비급여 병실료의 50%. 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 비급여 병실료 전체를 총 입원일수로 나누어 산출

- 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연히 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상이 포함됩니다. 다만, 유독가스 또는 유독물질을 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상과 세균성 음식물 중독증상은 포함되지 않습니다.
- 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음날부터 180일까지 보상합니다.

<입원 보상기간 예시>

⋮	보상대상기간(1년)	⋮	추가보상(180일)	⋮
↑ 계약일 (2023. 3. 25.)		↑ 계약종료일(2024. 3. 24.)		↑ 보상종료일 (2025. 6. 24.)

* 단, 종전 계약 갱신시에는 종전 계약의 보험기간 연장으로 보아 적용하지 않음

- 피보험자가 「국민건강보험법」 제5조, 제53조, 제54조에 따라 요양급여 또는 「의료급여법」 제4조, 제15조, 제17조에 따라 의료급여를 적용받지 못하는 경우에는 다음과 같이 보상합니다.
 1. 의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액(통원의 경우 본인이 실제로 부담한 금액에서 같은 조 제1항 <표1>의 ‘공제금액’을 뺀 금액)의 40%를 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다.
 2. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 제1항을 적용하지 아니하고 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비에 대해서만 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 감면받은 의료비가 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비에 대해서 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다.
- 피보험자가 상해로 인하여 의료기관에서 본인의 장기등(「장기등 이식에 관한 법률」 제4조에 의한 “장기등”을 의미합니다)의 기능회복을 위하여 「장기등 이식에 관한 법률」 제42조 및 관련 고시에 따라 장기 등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 보상합니다.

□ (실손) 3대 비급여 특약

[보장내용]

- 보험기간 중 **상해 또는 질병의 치료목적**으로 의료기관에 입원 또는 통원하여 아래의 비급여 의료행위로 치료를 받은 경우에는 **본인이 실제로 부담한 비급여의료비(행위료, 약제비, 치료재료대, 조영제, 판독료 포함)**에서 공제금액을 뺀 금액을 아래의 보장한도 범위 내에서 각각 보상합니다.

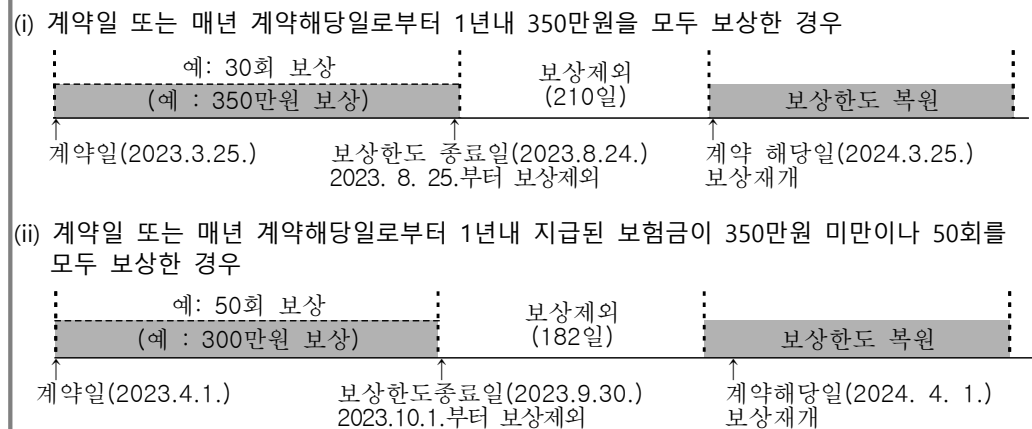
[구체적 보상방법]

<표1> 공제금액 및 보장한도

구 분	공제금액	보장한도	
도수치료· 체외충격파치료· 증식치료	“도수치료·체외충격파 치료·증식치료”로 인하 여 본인이 실제로 부 담한 비급여의료비	1회당 3만원과 보장대상의료비의 30%중 큰 금액	계약일 또는 매년 계약해당일부터 1년 단위로 각 상해·질병 치료행위를 합산하여 350만원 이내에서 50회까지 보상 ^{주)}
주사료	주사치료를 받아 본인이 실제로 부담한 비급여의료비	1회당 3만원과 보장대상의료비의 30%중 큰 금액	계약일 또는 매년 계약 해당일부터 1년 단위로 각 상해치료행위를 합산하여 250만원 이내에서 50회까지 보상
자기공명 영상진단 (MRI,MRA)	자기공명영상진단을 받아 본인이 실제로 부담한 비급여의료비 (조영제, 판독료 포함)	1회당 3만원과 보장대상의료비의 30%중 큰 금액	계약일 또는 매년 계약 해당일부터 1년 단위로 각 상해 치료행위를 합산하여 300만원이내에서 보상

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

<도수치료 보상기간 예시>



- 주사료에서 항암제, 항생제(항진균제 포함), 희귀의약품을 위해 사용된 비급여 주사료는 제3조 (보장종목별 보상내용) 비급여 실손의료비에서 보상합니다.
- 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연히 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상이 포함됩니다. 다만, 유독가스 또는 유독물질을 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상과 세균성 음식물 중독증상은 포함되지 않습니다.
- 의료기관을 1회 통원(또는 1회 입원)하여 2종류(회) 이상 치료를 받거나 동일한 치료를 2회 이상 받은 경우는 다음과 같이 1회당 공제금액 및 보장한도를 적용합니다.
 1. 이 특별약관에서 정한 도수치료, 체외충격파치료, 증식치료 중 2종류 이상의 치료를 받거나 동일한 치료를 2회 이상 받는 경우 각 치료행위를 1회로 보고 각각 1회당 공제금액 및 보장한도를 적용합니다.
 2. 의료기관을 1회 통원(또는 1회 입원)하여 치료목적으로 2회 이상 주사치료를 받더라도 1회로 보고 공제금액 및 보장한도를 적용합니다.
 3. 의료기관을 1회 통원(또는 1회 입원)하여 2개 이상 부위에 걸쳐 이 특별약관에서 정한 자기공명영상진단을 받거나 동일한 부위에 대해 2회 이상 이 특별약관에서 정한 자기공명영상진단을 받는 경우 각 진단행위를 1회로 보아 각각 1회당 공제금액 및 보장한도를 적용합니다.
- 1회 입원이라 함은 퇴원없이 계속 중인 입원(동일한 상해 또는 질병 치료목적으로 퇴원 당일 다른 의료기관으로 옮겨 입원하는 경우 포함)을 말합니다. **동일한 상해 또는 질병으로 인한 입원이라고 하더라도 퇴원 후 재입원하는 경우에는 퇴원 전후 입원기간을 각각 1회 입원으로 봅니다.**

- ❖ 비급여의료비와 다른 의료비가 함께 청구되고 각 항목별 의료비가 구분되지 않는 경우 회사는 보험금 지급금액 결정을 위해 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 보상하는 의료비의 확인을 요청할 수 있습니다.
- ❖ 피보험자가 입원 또는 통원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 치료에 대하여는 보험계약 종료일 다음날부터 180일까지 보상합니다. 이 경우 보상한도는 연간 보상한도(금액)에서 직전 보험계약 종료일까지 지급한 금액을 차감한 잔여 금액과 연간 보상한도(횟수)에서 직전 보험계약 종료일까지 보상한 횟수를 차감한 잔여 횟수를 한도로 적용합니다. 다만, 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 적용합니다.

<입원 및 통원 보상기간 예시>

보상대상기간(1년)	추가보상(180일)
↑ 계약일 (2023. 3. 25.)	↑ 계약종료일(2024. 3. 24.) ↑ 보상종료일 (2025. 6. 24.)

* 단, 종전 계약 갱신시에는 종전 계약의 보험기간 연장으로 보아 적용하지 않음

- ❖ 피보험자가 「국민건강보험법」 제5조, 제53조, 제54조에 따라 요양급여 또는 「의료급여법」 제4조, 제15조, 제17조에 따라 의료급여를 적용받지 못하는 경우에는 다음과 같이 보상합니다.
 1. 의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액(통원의 경우 본인이 실제로 부담한 금액에서 같은 조 제1항 <표1>의 '공제금액'을 뺀 금액)의 40%를 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다.
 2. 법령 등에 따라 의료비를 감면받거나 의료기관으로부터 의료비를 감면받은 경우(의료비를 납부하는 대가로 수수한 금액 등은 감면받은 의료비에 포함)에는 제1호를 적용하지 아니하고 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비에 대해서만 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 감면받은 의료비가 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비에 대해서 제1항의 보상금액에 따라 계산한 금액을 제5조에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다.
- ❖ 피보험자가 상해 또는 질병으로 인하여 의료기관에서 본인의 장기등(「장기등 이식에 관한 법률」 제4조에 의한 "장기등"을 의미합니다)의 기능회복을 위하여 「장기등 이식에 관한 법률」 제42조 및 관련 고시에 따라 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 보상합니다.

□ 상해 응급실내원진료시

[보장내용]	❖ 피보험자가 보험기간 중에 상해의 직접결과 로써 「응급실」에 내원하여 진료를 받은 경우 보험증권에 기재된 보험가입금액을 보험수익자에게 지급합니다. 이때 응급실 도착 전 사망하였거나 외부에서 전원하여 응급실에 내원한 환자도 보상합니다.
[구체적 보상방법]	❖ 「응급실」이라 함은 응급의료에 관한 법률 제2조(정의) 제5호에서 정하는 응급의료기관 (중앙응급의료센터, 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터, 지역응급의료기관) 또는 응급의료에 관한 법률 제35조의 2(응급의료기관 외의 의료기관)에서 정하는 시장·군수·구청장에게 신고된 응급실을 말합니다. 다만, 관련법령이 개정되는 경우 개정된 내용을 적용합니다

□ 골절진단비(치아파절제외)

[보장내용]	❖ 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우에는 약정한 보험금을 지급합니다.
[구체적 보상방법]	<ul style="list-style-type: none"> ❖ 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 상해의 직접결과로써 골절(치아파절 제외) 진단확정을 받은 경우 보험가입금액을 보상합니다. ❖ 동일한 상해를 직접적인 원인으로 복합골절이 발생한 경우에는 1회에 한하여 골절진단비 (치아파절 제외)를 지급하여 드립니다.

□ 상해수술비

[보장내용]	<ul style="list-style-type: none"> 피보험자가 보험기간 중에 상해의 치료를 직접적인 목적으로 수술분류표에서 정하는 수술을 받았을 경우 보험가입금액을 상해 수술비로 지급합니다.
[구체적 보상방법]	<ul style="list-style-type: none"> “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다))을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액, 조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단 (NERVE BLOCK)은 제외합니다.

□ 상해수술 한방치료비

[보장내용]

- ❖ 피보험자가 보험기간 중에 상해의 치료를 직접적인 목적으로 [수술분류표]에서 정하는 수술을 받고, 그 치료를 목적으로 침약, 약침 또는 특정한방물리요법을 이용하였을 경우 아래의 금액을 지급합니다.

치료항목	지급금액(1회당)	상해수술당 최대지급횟수
침약치료비	보험증권에 기재된 보험가입금액	3회
약침치료비	보험증권에 기재된 보험가입금액	5회
특정한방물리요법치료비	보험증권에 기재된 보험가입금액	5회

[구체적 보상방법]

- ❖ 하나의 사고로 두가지 이상의 상해수술을 받은 경우에는 하나의 상해수술에 한하여만 보험금을 지급합니다.
- ❖ 침약치료는 하나의 상해수술당 3회를 한도로 하며, 침약치료 1회라 함은 아래와 같습니다.
 - 하루에 하나의 의료기관(한방병원 또는 한의원)에서 하나의 처방을 받은 경우를 **1회의 침약 치료**로 하며, 하나의 처방에서 21침이상 40침이하인 경우는 2회, 41침이상인 경우는 3회로 봅니다.
 - 침약이 **탕약형태가 아닌 환** 등의 고형성분인 경우에는 통상적으로 탕약 1제(20침)에 준하는 분량을 침약치료 1회로 합니다.
- ❖ 약침 치료는 하나의 상해수술당 5회를 한도로 하며, 하루에 2종류 이상의 약침치료를 받거나 동일 종류의 약침치료를 2회 이상 받는 경우에는 각각의 횟수를 1회 약침치료로 보고 한도를 적용합니다. 이때, 치료의 횟수는 진료비 내역 등에서 확인 가능한 것이어야 합니다.
- ❖ 특정 한방물리요법치료는 하나의 상해수술당 5회를 한도로 하며, 하루에 2종류 이상의 특정 한방물리요법치료를 받거나 동일 종류의 특정한방물리요법치료를 2회 이상 받는 경우에는 각각의 횟수를 1회 특정 한방물리요법치료로 보고 한도를 적용합니다. 이때, 치료의 횟수는 진료비 내역 등에서 확인 가능한 것이어야 합니다.
- ❖ 침약, 약침 및 특정한방물리요법의 정의) ①이 약관에서 「침약」이라 함은 의료법제3조(의료기관) 제2항에서 정한 의료기관 한방병원 또는 한의원에서 한의사의 관리하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서, 한의사의 처방에 따라 한의약육성법 제2조에서 정한 「한약」또는 「한약재」 및 약사법 제2조에서 정한 「한약」을 원료로 하여 의료법 시행규칙 제34조(의료기관의 시설기준 및 규격)별표3 의료기관의 종류별 시설기준 및 별표4 의료기관의 시설규격 11의2 탕전실 조건에 부합하는 시설에서 조제된 한의약품을 말합니다. 단, 「한약제제 급여목록 및 상한금액표 별표 1 한약제제급여목록표 (보건복지부 고시)」에 기재된 한약제제만으로 처방된 경우와 보장대상 상해의 치료목적이 아닌 단순 보신용 침약은 제외됩니다.
- ❖ (침약, 약침 및 특정한방물리요법의 정의) 이 약관에서 「약침」이라 함은 의료법 제3조(의료기관)

제2항에서 정한 한방병원 또는 한의원에서 한의사의 관리하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서, 순수 한약재 등에서 추출·정제·희석·혼합 또는 용합한 약물을 주입기로 일정량 주입하는 한의사에 의하여 행해지는 한방의료행위로, 「건강보험 행위 급여 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제3부 행위 비급여 목록 (보건복지부 고시)」에서 정하는 약침술을 말합니다. 단, 「건강보험 행위 급여 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제2부 행위 급여 목록·상대가치점수 및 산정지침 제14장 한방 시술 및 처치료의 침술(보건복지부 고시)」와 보장대상 상해의 치료목적이 아닌 단순 보신용 약침은 제외됩니다. 이 약관에서 「특정한방물리요법」이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 한방병원 또는 한의원에서 한의사의 관리하에 치료를 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서, 「건강보험 행위 급여 비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제3부 행위 비급여 목록 (보건복지부 고시)」에서 정하는 한방물리요법 중 한의사에 의하여 행해지는 주나요법, 경피전기자극요법, 경근간섭저주파요법, 경근초음파요법을 말합니다. 단, 경피경근온열요법, 경피적외선조사요법, 경피경근한냉요법은 제외됩니다.

- ❖ (보험금을 지급하지 않는 사유) ①회사는 다음 중 어느 한가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.
1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
 4. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나, 회사가 보장하는 보험금 지급사유와 보장개시일로부터 2년이 지난 후에 발생한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증으로 인한 경우에는 보험금을 지급합니다.

【습관성 유산, 불임 및 인공수정】

한국표준질병·사인분류상의 N96~N98에 해당하는 질병을 말합니다.

5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

- ❖ 회사는 다른 약정이 없으면 **피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 제1조(보험금의 지급사유)의 상해 관련 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하지 않습니다.**

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전 훈련을 필요로 하는 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, **스쿠버다이빙**, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 보장)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

- ❖ (수술의 정의와 장소) 이 약관에서 “수술”이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 자격을 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 의사의 관리하에 치료를 직접적인 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도변경시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말하며, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

<신의료기술평가위원회>

의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.

❖ 【수술 분류표】

수 술 종 류	
피부의 수술	1. 피부이식수술(植皮術) (25cm ² 미만은 제외함)
근골의 수술	2. 골이식술 3. 두개골 관혈수술 4. 비골[코뼈] 관혈수술 5. 상악골 하악골 악관절 관혈수술 6. 척추 골반 관혈수술 7. 쇄골 견갑골(어깨뼈) 늑골(갈비뼈) 흉골(복장뼈) 관혈수술 8. 사지절단술[손가락.발가락은 제외함] 9. 절단사지재접합술[골.관절의 이단을 수반하는 것] 10. 사지골 사지관절 관혈수술[손가락.발가락은 제외함] 11. 근.건(힘줄).인대.관혈수술 [손가락.발가락 부위와 근염 결절종 점액종수술 또한 제외함]
신경의 수술	12. 두개내 관혈수술 13. 신경 관혈수술[형성술 이식술 절제술 감압술 개방술 염제술] 14. 척수경막내외 관혈수술
상기이외의 수술	15. 상기이외의 개두술 16. 상기이외의 개흉술 17. 상기이후의 개복술 18. Fiberscope 또는 혈관 Basket Catheter에 의한 뇌 후두 흉부 복부 장기수술 [검사처치는 포함하지 않으며, 수술개시일부터 60일 이내 2회 이상의 수술은 1회의 수술로 간주하여 1회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.]

❖ 미용정형상의 수술, 진단 검사[생검, 복강경 검사 등]를 위한 수술등은 「치료를 직접적인 목적으로 한 수술」에 해당 되지 않습니다.

❖ 이 특별약관에 정하지 않은 사항은 보통약관을 따릅니다.