

2022년도 한국체육대학교 학부생 단체보험 안내

당 안내문은 “2022.03.25~2023.03.24사이에 발생한 사고”의 보험금 청구를 안내드리기 위하여 작성되었으며, 단체상해보험의 피보험자는 **계약자인 단체에 소속되어 있는 재학기간에만 보장 가능합니다.**

따라서 **피보험자가 졸업, 제적, 휴학 등의 사유가 발생하여 단체 소속 지위를 유지할 수 없는 경우 담보의 효력도 소멸**하니 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

※ 개인 실손보험이 별도로 가입되어 있는 경우 “**실손의료비 대행청구 서비스 신청서**”를 작성하시면, 타 보험사 청구서류를 편리하게 접수하실 수 있습니다.

보장항목	사유	구비서류	비고
입원의료비 또는 비급여 3대 특약 (FAX접수)	상해, 질병으로 입원한 경우 또는 3대 비급여 특약에 관한 치료받을 경우	(입원의료비+3대특약입원) 1. (입/퇴원일이 기재된) 진단서 또는 (진단명이 기재된) 입퇴원확인서 2. (급여/비급여가 구분된) 입퇴원 진료비계산서 3. (병원에서 발행한) 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 2. 진단명이 명기된 입퇴원확인서	
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

보장항목		보장금액	요약
정액영양보	상해사망	1억원	상해로 인한 사망시
	상해후유장해	1억원	상해로 인한 장해시 장해등급 3%~100%
	질병50%이상 고도장해	1억원	질병으로 인한 50%이상 고도장해시
	입원일당	1만원	상해 또는 질병으로 입원1일부터 180일 한도
실손의료비	입원의료비	1천만원	상해 또는 질병으로 입원치료시 본인부담 급여 80%, 비급여 70% 한도 (4세대 실손일소비 시행 : 2022.07.01.시행 적용)
	비급여 도수/체외충격/증식	350만원	공제금액 3만원과 30%중 큰금액 제외 후 50회까지
	비급여 비급여주사료	250만원	공제금액 3만원과 30%중 큰금액 제외 후 50회까지
	비급여 MRI-MRA	300만원	공제금액 3만원과 30%중 큰금액 제외 후 년간한도내

□ 보장내용별 접수처

구 분	접수방법	농협손해보험 사고 접수처
사망 및 장해 의료비 일당	팩스 또는 원본	<ul style="list-style-type: none"> ○ 팩스 : 0505-060-4095 ○ 전화 : 1644-9000 ○ 주소 : (03736) 서울시 서대문구 경기대로 58 경기빌딩 503호 농협손해보험 사고접수반

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



Ⅱ. 보장 유형별 주요내용

□ 급여 실손의료비(통원은 제외)

보장내용	<ul style="list-style-type: none"> 피보험자가 상해 또는 질병으로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원(외래 및 처방조제)하여 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> <tr> <th>구분</th><th>보상금액</th></tr> <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> <tr> <td>통원 (외래제비용, 외래수술비, 처방조제비)</td><td> 통원 1회당(외래 및 처방조제 합산)「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.)에서 <표1>의 '통원항목별 공제금액'을 뺀 금액 <div> <div><표1> 통원항목별 공제금액</div> <table> <tr> <th>항 목</th><th>공제금액</th></tr> <tr> <td>「의료법」 제3조 제2항에 의한 의료기관(동법 제3조의3에 의한 종합병원은 제외), 「국민건강보험법」 제42조제1항 제4호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국회귀·필수의약품센터에서의 처방·조제(의약품업 예외지역 등에서의 약사의 직접 조제 포함)</td><td>1만원과 보장대상 의료비의 20% 중 큰 금액</td></tr> <tr> <td>「국민건강보험법」 제42조 제2항에 의한 전문요양기관, 「의료법」 제3조의4에 의한 상급종합병원, 동법 제3조의3에 의한 종합병원에서의 외래 및 그에 따른 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국회귀·필수의약품센터에서의 처방·조제</td><td>2만원과 보장대상 의료비의 20% 중 큰 금액</td></tr> </table> </div> </td></tr> </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	통원 (외래제비용, 외래수술비, 처방조제비)	통원 1회당(외래 및 처방조제 합산)「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.)에서 <표1>의 '통원항목별 공제금액'을 뺀 금액 <div> <div><표1> 통원항목별 공제금액</div> <table> <tr> <th>항 목</th><th>공제금액</th></tr> <tr> <td>「의료법」 제3조 제2항에 의한 의료기관(동법 제3조의3에 의한 종합병원은 제외), 「국민건강보험법」 제42조제1항 제4호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국회귀·필수의약품센터에서의 처방·조제(의약품업 예외지역 등에서의 약사의 직접 조제 포함)</td><td>1만원과 보장대상 의료비의 20% 중 큰 금액</td></tr> <tr> <td>「국민건강보험법」 제42조 제2항에 의한 전문요양기관, 「의료법」 제3조의4에 의한 상급종합병원, 동법 제3조의3에 의한 종합병원에서의 외래 및 그에 따른 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국회귀·필수의약품센터에서의 처방·조제</td><td>2만원과 보장대상 의료비의 20% 중 큰 금액</td></tr> </table> </div>	항 목	공제금액	「의료법」 제3조 제2항에 의한 의료기관(동법 제3조의3에 의한 종합병원은 제외), 「국민건강보험법」 제42조제1항 제4호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국회귀·필수의약품센터에서의 처방·조제(의약품업 예외지역 등에서의 약사의 직접 조제 포함)	1만원과 보장대상 의료비의 20% 중 큰 금액	「국민건강보험법」 제42조 제2항에 의한 전문요양기관, 「의료법」 제3조의4에 의한 상급종합병원, 동법 제3조의3에 의한 종합병원에서의 외래 및 그에 따른 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국회귀·필수의약품센터에서의 처방·조제	2만원과 보장대상 의료비의 20% 중 큰 금액
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												
통원 (외래제비용, 외래수술비, 처방조제비)	통원 1회당(외래 및 처방조제 합산)「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.)에서 <표1>의 '통원항목별 공제금액'을 뺀 금액 <div> <div><표1> 통원항목별 공제금액</div> <table> <tr> <th>항 목</th><th>공제금액</th></tr> <tr> <td>「의료법」 제3조 제2항에 의한 의료기관(동법 제3조의3에 의한 종합병원은 제외), 「국민건강보험법」 제42조제1항 제4호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국회귀·필수의약품센터에서의 처방·조제(의약품업 예외지역 등에서의 약사의 직접 조제 포함)</td><td>1만원과 보장대상 의료비의 20% 중 큰 금액</td></tr> <tr> <td>「국민건강보험법」 제42조 제2항에 의한 전문요양기관, 「의료법」 제3조의4에 의한 상급종합병원, 동법 제3조의3에 의한 종합병원에서의 외래 및 그에 따른 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국회귀·필수의약품센터에서의 처방·조제</td><td>2만원과 보장대상 의료비의 20% 중 큰 금액</td></tr> </table> </div>	항 목	공제금액	「의료법」 제3조 제2항에 의한 의료기관(동법 제3조의3에 의한 종합병원은 제외), 「국민건강보험법」 제42조제1항 제4호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국회귀·필수의약품센터에서의 처방·조제(의약품업 예외지역 등에서의 약사의 직접 조제 포함)	1만원과 보장대상 의료비의 20% 중 큰 금액	「국민건강보험법」 제42조 제2항에 의한 전문요양기관, 「의료법」 제3조의4에 의한 상급종합병원, 동법 제3조의3에 의한 종합병원에서의 외래 및 그에 따른 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국회귀·필수의약품센터에서의 처방·조제	2만원과 보장대상 의료비의 20% 중 큰 금액						
항 목	공제금액												
「의료법」 제3조 제2항에 의한 의료기관(동법 제3조의3에 의한 종합병원은 제외), 「국민건강보험법」 제42조제1항 제4호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국회귀·필수의약품센터에서의 처방·조제(의약품업 예외지역 등에서의 약사의 직접 조제 포함)	1만원과 보장대상 의료비의 20% 중 큰 금액												
「국민건강보험법」 제42조 제2항에 의한 전문요양기관, 「의료법」 제3조의4에 의한 상급종합병원, 동법 제3조의3에 의한 종합병원에서의 외래 및 그에 따른 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국회귀·필수의약품센터에서의 처방·조제	2만원과 보장대상 의료비의 20% 중 큰 금액												
	<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.

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.
- ❖ 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 통원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음날부터 180일 이내의 통원을 보상하며 최대 90회 한도 내에서 보상합니다.

<입원 및 통원 보상기간 예시>

보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	추가보상 (180일)	
↑	↑	↑	↑	↑
계약일 (2022. 1. 1.)	계약해당일 (2023. 1. 1.)	계약해당일 (2024. 1. 1.)	계약종료일 (2024. 12. 31.)	보상종료일 (2025. 6. 29.)

* 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 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 장기 등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 보상합니다.

□ 비급여 실손의료비(통원은 제외)

보장내용

- 피보험자가 상해 또는 질병으로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원(외래 및 처방조제)하여 치료를 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 제외합니다)'(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)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 산출합니다.				
통원 (외래제비용, 외래수술비, 처방조제비)	<p>통원 1회당(외래 및 처방·조제비 합산) '비급여 의료비(비급여병실료는 제외합니다)'(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표1>의 '통원항목별 공제금액'을 뺀 금액(매년 계약해당일부터 1년간 통원 100회를 한도로 합니다.)</p> <p style="text-align: center;"><표1> 통원항목별 공제금액</p> <table> <tr> <th>항 목</th><th>공제금액</th></tr> <tr> <td>「국민건강보험법」 제42조제1항제1호에 의한 의료기관, 동법 제42조제1항제4호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소에서 외래 및 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국회귀·필수 의약품센터에서의 처방·조제)</td><td>3만원과 보장대상 의료비의 30% 중 큰 금액</td></tr> </table>	항 목	공제금액	「국민건강보험법」 제42조제1항제1호에 의한 의료기관, 동법 제42조제1항제4호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소에서 외래 및 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국회귀·필수 의약품센터에서의 처방·조제)	3만원과 보장대상 의료비의 30% 중 큰 금액
항 목	공제금액				
「국민건강보험법」 제42조제1항제1호에 의한 의료기관, 동법 제42조제1항제4호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소에서 외래 및 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국회귀·필수 의약품센터에서의 처방·조제)	3만원과 보장대상 의료비의 30% 중 큰 금액				

- 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.
- 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 통원에 대해서는 다음 예시와 같이 보험계약 종료일 다음날부터 180일 이내의 통원을 보상하며 최대 90회 한도 내에서 보상합니다.

<입원 및 통원 보상기간 예시>

보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	보상대상기간 (1년)	추가보상 (180일)	
↑	↑	↑	↑	↑
계약일 (2022. 1. 1.)	계약해당일 (2023. 1. 1.)	계약해당일 (2024. 1. 1.)	계약종료일 (2024. 12. 31.)	보상종료일 (2025. 6. 29.)

* 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.
- ❖ 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 제1호를 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 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 장기 등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 보상합니다.

□ 3대 비급여 특약

보장내용

- 보험기간 중 상해 또는 질병의 치료목적으로 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.
- 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

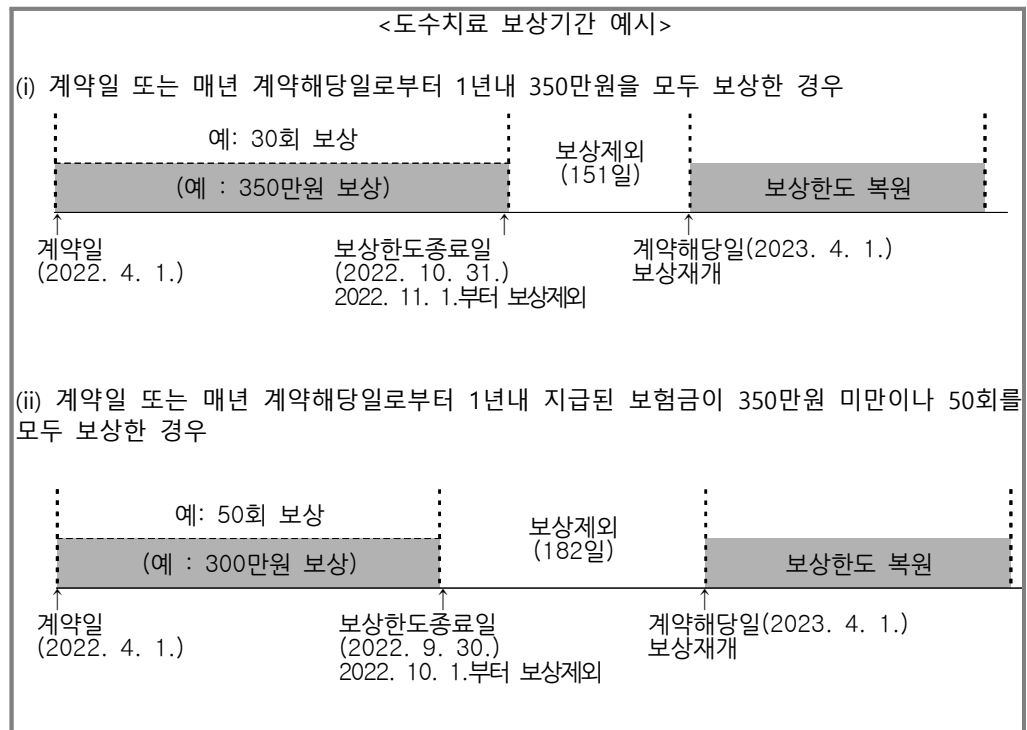
< 표1 > 공제금액 및 보장한도

구 분		공제금액	보장한도
도수치료· 체외충격파치료· 증식치료	“도수치료· 체외충격파치료· 증식치료”로 인하여 본인이 실제로 부담 한 비급여의료비 (행위료, 약제비, 치료재료대 포함)	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 부담 한 비급여의료비	1회당 3만원과 보장대상의료비의 30%중 큰 금액	계약일 또는 매년 계약해당일부터 1년 단위로 각 상해·질병 치료행위를 합산하여 250만원 이내에서 50회까지 보상
자기공명영상진 단 (MRI,MRA)	자기공명영상진단을 받아 본인이 실제로 부담한 비급여의료비 (조영제, 판독료 포함)	1회당 3만원과 보장대상의료비의 30%중 큰 금액	계약일 또는 매년 계약해당일부터 1년 단위로 각 상해·질병 치료행위를 합산하여 300만원 이내에서 보상

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

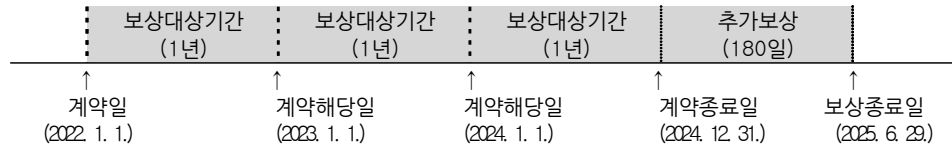
< 증상의 개선, 병변호전 등은 어떻게 확인하나요? >

1. 증상의 개선, 병변호전 등과 관련하여 기능적 회복 및 호전여부는 관절가동(ROM), 통증평가척도, 자세평가 및 근력 검사(MMT)를 포함한 이학적 검사, 초음파 검사 등을 통해 해당 부위의 체절기능부전(Somatic dysfunction) 등을 평가한 결과로 판단합니다.
2. 보험수익자와 회사가 위 제1호의 판단결과를 합의하지 못한 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있으며 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.



- ❖ 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 보상한도를 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 보상한도를 적용합니다.
 2. 의료기관을 1회 통원(또는 1회 입원)하여 치료목적으로 2회 이상 주사치료를 받더라도 1회로 보고 공제금액 및 보상한도를 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 보상한도를 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(회수)에서 직전 보험계약 종료일까지 보상한 회수를 차감한 잔여 회수를 한도로 적용합니다. 다만, 종전 계약을 자동갱신하거나 같은 회사의 보험상품에 재가입하는 경우에는 종전 계약의 보험기간을 연장하는 것으로 보아 적용합니다.

<입원 및 통원 보상기간 예시>



* 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.

□ 입원일당

[보장내용 및 보장금액]

■ 상해 또는 질병(출산 미포함)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
- ❖ 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

□ 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 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.</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 이르지않는 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>				

□ 질병 50%이상 고도후유장해

[보장내용 및 보장금액]

☐ 피보험자(보험대상자)에게 보험기간 중에 진단 확정된 질병으로 인하여 장애분류표에서 정한 장애지급률이 50% 이상에 해당하는 장애상태가 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 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표([별표 1] 참조)에 장애판정시기를 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 가중된 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 장애 정도에 따라 장애분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장애분류표의 각 장애분류별 최저 지급률 장애정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

※ 사망 및 후유장해, 의료비, 일당등 보장의 적용에 있어 야기되는 진단 수준 및 용어 해석상의 모든 문제는 관계법령 및 감독관청 규정, 약관에 정하는 바에 따릅니다.