

2022년 전라남도교육청 등 단체상해보험 상품설명 및 청구안내

1. 보험계약의 개요
2. 보험사별 담보내역
3. 보험금청구 구비서류
4. 보험금청구 접수처
5. 보험금청구 절차
6. 담보별 주요내용
7. 개인실손전환제도 안내

1. 보험계약의 개요

구분	내용
대표계약자	전라남도교육청 등
가입기관	광주광역시교육청, 전라남도교육청, 전라북도교육청, 제주도교육청
보험기간	2022-01-01 00:00 ~ 2022-12-31 24:00
담보대상	전라남도교육청 등에 재직 중인 교직원, 배우자
공동수급사	현대해상(대표), 교직원공제회, 하나손보, 삼성화재, ABL생명

2. 보험사별 담보내역

구분	담보명	가입금액	성별	보험사별 가입금액				
				현대해상	교직원	하나손보	삼성화재	ABL생명
이해관계의 비밀	상해사망	3천만원	남	9백만원	1천만원		1백만원	1천만원
			여	9백만원	1천만원		1백만원	1천만원
	상해장해(80% ↑) 상해장해(80% ↓)	3천만원	남	2천만원	1천만원			
			여	2천만원	1천만원			
	질병사망 질병장해(80% ↑)	3천만원	남	5십만원	8백만원	1백만원	5십만원	2천만원
			여	5십만원	8백만원	1백만원	5십만원	2천만원
	질병장해(80% ↓)	3천만원	남	2천9백만원			1백만원	
			여	2천9백만원			1백만원	
	상해사망	5천만원	남	1천만원	1천만원	1천만원	1천만원	1천만원
			여	1천만원	1천만원	1천만원	1천만원	1천만원
	상해장해(80% ↑) 상해장해(80% ↓)	5천만원	남	2천만원	1천만원	1천만원	1천만원	
			여	2천만원	1천만원	1천만원	1천만원	
	질병사망 질병장해(80% ↑)	5천만원	남	1백만원	1천만원	1천만원	9백만원	2천만원
			여	1백만원	1천만원	1천만원	9백만원	2천만원
	질병장해(80% ↓)	5천만원	남	4천만원			1천만원	
			여	4천만원			1천만원	
	상해사망	1억원	남	2천만원	1천만원	3천만원	3천만원	1천만원
			여	2천만원	1천만원	3천만원	3천만원	1천만원
	상해장해(80% ↑) 상해장해(80% ↓)	1억원	남	3천만원	1천만원	3천만원	3천만원	
			여	3천만원	1천만원	3천만원	3천만원	
	질병사망 질병장해(80% ↑)	1억원	남	5백만원	1천만원	1천5백만원	4천만원	3천만원
			여	5백만원	1천만원	1천5백만원	4천만원	3천만원
	질병장해(80% ↓)	1억원	남	5천만원			5천만원	
			여	5천만원			5천만원	
	상해사망	1억5천만원	남	4천만원	1천만원	3천만원	6천만원	1천만원
			여	3천만원	2천만원	3천만원	6천만원	1천만원
	상해장해(80% ↑) 상해장해(80% ↓)	1억5천만원	남	5천만원	1천만원	3천만원	6천만원	
			여	4천만원	2천만원	3천만원	6천만원	
	질병사망 질병장해(80% ↑)	1억5천만원	남	5천5백만원	2천만원	1천5백만원	3천만원	3천만원
			여	5천5백만원	2천만원	1천5백만원	3천만원	3천만원
	질병장해(80% ↓)	1억5천만원	남	8천만원			7천만원	
			여	8천만원			7천만원	

본 안내문은 피보험자의 이해를 돕기 위해 작성한 자료로 약관에 우선할 수 없으니 필요한 경우 반드시 약관을 참고하시기 바랍니다.

구분	담보명	가입금액	성별	보험사별 가입금액				
				현대해상	교직원	하나손보	삼성화재	ABL생명
지원보험	상해사망	2억원	남	7천만원	1천만원	3천만원	8천만원	1천만원
			여	5천만원	3천만원	3천만원	8천만원	1천만원
	상해장해(80% ↑) 상해장해(80% ↓)	2억원	남	8천만원	1천만원	3천만원	8천만원	
			여	6천만원	3천만원	3천만원	8천만원	
	질병사망 질병장해(80% ↑)	2억원	남	7천5백만원	3천만원	1천5백만원	5천만원	3천만원
			여	7천5백만원	3천만원	1천5백만원	5천만원	3천만원
	질병장해(80% ↓)	2억원	남	1억원			1억원	
			여	1억원			1억원	
배우자선택가입	상해사망	1억원	남	4천5백만원			4천5백만원	1천만원
			여					
	상해장해(80% ↑) 상해장해(80% ↓)	1억원	남	5천만원			5천만원	
			여					
지원선택가입	질병사망 질병장해(80% ↑)	1억원	남	4천만원			4천만원	2천만원
			여					
	질병장해(80% ↓)	1억원	남	5천만원			5천만원	
			여					
	암 진단비	1천만원	남		5백만원	5백만원		
			여		1천만원			
	갑상선암	3백만원	남		3백만원			
			여					
	2대질병 진단비 (급성심근경색, 뇌졸중)	1천만원	남	1천만원				
			여					
의료비	2대질병 진단비 (급성심근경색, 뇌졸중)	2천만원	남	2천만원				
			여					
	상해·질병 입원일당	2만원	남	2만원				
			여					
	대상포진진단비	1백만원	남	1백만원				
			여					
	상해·질병급여 (통원 15만원)	3천만원 (통원 15만원)	남	3천만원 (통원 15만원)				
	상해·질병비급여 (통원 15만원)	3천만원 (통원 15만원)	남	3천만원 (통원 15만원)				
			여					
	3대비급여 도수치료외 주사료 MRI/MRA		남	350만원 250만원 300만원				
			여					

※ 기관별 수요조사를 통한 선택자 자료에 의거 보상함 (추후 변경불가)

※ 암진단비의 경우 일반암 1천만원, 갑상선/경계성종양 3백만원, 제자리암/기타피부암 1백만원

※ 2대질병의 경우 선택에 따라 급성심근경색과 뇌졸중 진단비 각 1천만원 또는 2천만원

(필독!!) 상기 단체상해보험의 피보험자는 계약자인 단체에 소속되어 있는 재직기간에만 보장이 가능합니다. 따라서 피보험자가 퇴직 또는 전출 등의 사유가 발생하여 단체 소속 지위를 유지할 수 없는 경우 담보의 효력도 소멸하니 이점 유념해주시기 바랍니다.

본 안내문은 피보험자의 이해를 돕기 위해 작성한 자료로 약관에 우선할 수 없으니 필요한 경우 반드시 약관을 참고하시기 바랍니다.

3. 보험금청구 구비서류 안내

구분		구비서류	비고
필수서류		1. 보험금 청구서 및 개인정보동의서서식 - 유첨 양식 2. 본인 재직증명서 - 100만원 이상 청구시 (전출, 퇴직 및 사망 등의 경우엔 경력증명서)	
실손 (FAX 접수)	입원	1. 입·퇴원일이 기재된 진단서 또는 진단명이 기재된 입퇴원확인서 2. 진료비계산서 및 영수증 3. 진료비상세내역서 4. CT, MRI의 경우 의사소견서 또는 검사결과지	카드 전표나 소득공제용 '진료비납입확인 서'는 불가함 / 고액 청구의 경우 원본 요청 가능/ 본인부담금상한제 관련 건강보험료 납부확인서 요청 가능
	통원	1. 통원일자별 병원영수증 및 약국영수증 2. 진료비상세내역서, 통원확인서 3. 처방전 ※ 처방전에 질병분류코드 미기재 시 추가증빙서류(진단서, 소견서 등)가 필요 4. CT, MRI의 경우 의사소견서 또는 검사결과지	
입원일당 (FAX 접수)		1. 진단서 2. 입퇴원확인서(필히 병명코드, 입원기간명기)	
대상포진진단비 (FAX 접수)		1. 확정진단서 2. 진료기록부 사본	
암진단비 (원본 접수)		1. 진단서(확정) - 임상적추정에 표시된 진단서는 불가함 2. 조직검사(병리검사) 결과지(방사선판독지) 3. 의무기록사본(초진기록지, 경과기록지)	병원에 따라 조직검사결과지가 의무기록사본에 포함 발행되오니 참고 바람
2대질병 (급성심근경색, 뇌졸중) (원본 접수)		1. 진단서(확정) - 임상적추정에 표시된 진단서는 불가함 2. 진단을 위한 검사 결과지 (MRI검사결과지 또는 CT검사결과지 등) 3. 의무기록사본 (초진기록지, 경과기록지)	
후유장해 (원본 접수)		1. 후유장해진단서 (입원 또는 치료병원) ※ 단, 운동장해 경우 AMA장해진단서 2. 사고증명서 (아래 표 참고, 질병인 경우 제외) 3. 의무기록사본	접수후 추가서류 안내 또는 조사자 파견
사망 (원본 접수)		1. 사망진단서 또는 사체검안서 2. 사고증명서 (질병인 경우 제외) 3. 기본증명서 - 망자기준 4. 혼인증명서 - 망자기준 5. 가족관계증명서 - 망자기준 6. 제적등본 7. 대표수익자 지정시 ※ 위임장 (위임자, 수임자 인감도장 날인) 8. 인감증명서 (위임자 수임자들 각 1부) 9. 법정상속인(들) - 개인정보동의서	법정상속인이 미성년자일 경우 미성년자 기준 1.가족관계증명서 (상세) 2.기본증명서 (상세) 추가

☞ 해당보험금 청구서류를 제출 후 실제 보상을 담당하는 보험사의 보상직원이 별도의 문의 또는 서류를 추가 요청할 수 있사오니 양해 부탁드립니다.

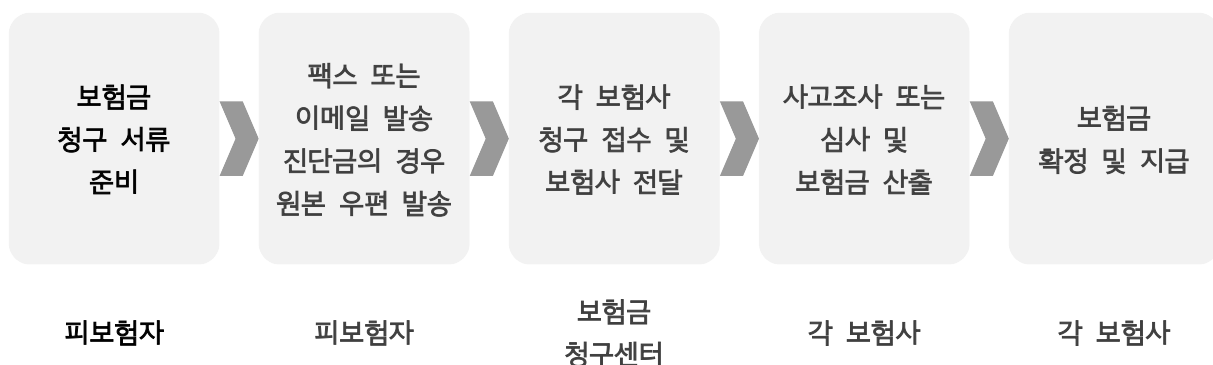
☞ 사망, 후유장해의 경우 대표사로 원본 등기발송 부탁드립니다.

본 안내문은 피보험자의 이해를 돕기 위해 작성한 자료로 약관에 우선할 수 없으니 필요한 경우 반드시 약관을 참고하시기 바랍니다.

4. 보험금청구 접수처 – 전담보 청구서류 대표사 송부 가능(참여사 전달 역할 수행)

보험사	문의처	
현대해상화재보험 (대표사)	TEL	02-2097-2911~8
	FAX	0507-774-6789
	E-MAIL	hitour-kj@hi.co.kr
	주소	(04214) 서울시 마포구 만리재로 15 제일빌딩 14층 (1407호) 현대해상 단체상해 보상센터
한국교직원공제회 (참여사)	TEL	1577-3993
	주소	(07328) 서울시 영등포구 여의나루로 50, 더케이타워빌딩 26층 보험사업부 지급보상팀
하나손보 (참여사)	TEL	1566-3000 (ARS 6번->1번)
	주소	(03137) 서울시 종로구 창경궁로 117, 6층 (하나손해보험빌딩 장기일반보상 상담접수센터)
삼성화재 (참여사)	TEL	1588-5114
	주소	(07291) 서울 영등포구 영등포로22길 3-1, 혜천빌딩 3층 삼성화재 장기보험접수팀
ABL생명 (참여사)	TEL	02-3787-7663 / 02-3787-7696
	주소	(07332) 서울시 영등포구 의사당대로 147, 8층 ABL생명 법인사업부 보험금접수담당자 앞

5. 보험금청구 절차



본 안내문은 피보험자의 이해를 돕기 위해 작성한 자료로 약관에 우선할 수 없으니 필요한 경우 반드시 약관을 참고하시기 바랍니다.

6. 담보별 주요 내용

☞ 상해·질병 실손의료비 (선택 가입)

[보장내용]

❖ 급여항목

피보험자가 상해 또는 질병으로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원(외래 및 처방조제)하여 치료를 받은 경우에는 급여의료비를 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액(입원의료비 3천만원한도, 통원의료비 15만원한도)의 한도 내에서 다음과 같이 보상합니다.

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 일부분인부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액본인부담금을 말합니다.)의 80%에 해당하는 금액						
통원 (외래제비용, 외래수술비, 처방조제비)	<p>통원1회당(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 일부분인부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액본인부담금을 말합니다.)에서 <표1>의 통원항목별 공제금액을 뺀 금액</p> <p style="text-align: center;">< 표1 > 통원항목별 공제금액</p> <table> <tr> <th>항목</th><th>공제금액</th></tr> <tr> <td>「의료법」 제3조 제2항에 의한 의료기관 (동법 제3조의3에 의한 종합병원은 제외), 「국민건강보험법」 제42조 제1항 제4호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 「국민건강보험법」 제42조 제1항 제2호에 의한 약국, 동법 제42조 제1항 제3호에 의한 한국회귀·필수의약품센터에서의처방·조제(의약품업 예외지역 등에서의 약사의 직접 조제 포함)</td><td>1만원과 보장 대상 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」 제42조 제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국회귀·필수의약품센터에서의처방·조제</td><td>2만원과 보장 대상 의료비의 20% 중 큰 금액</td></tr> </table>	항목	공제금액	「의료법」 제3조 제2항에 의한 의료기관 (동법 제3조의3에 의한 종합병원은 제외), 「국민건강보험법」 제42조 제1항 제4호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 「국민건강보험법」 제42조 제1항 제2호에 의한 약국, 동법 제42조 제1항 제3호에 의한 한국회귀·필수의약품센터에서의처방·조제(의약품업 예외지역 등에서의 약사의 직접 조제 포함)	1만원과 보장 대상 의료비의 20% 중 큰 금액	「국민건강보험법」 제42조 제2항에 의한 전문요양기관, 「의료법」 제3조의4에 의한 상급종합병원, 동법 제3조의3에 의한 종합병원에서의 외래 및 그에 따른 「국민건강보험법」 제42조 제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국회귀·필수의약품센터에서의처방·조제	2만원과 보장 대상 의료비의 20% 중 큰 금액
항목	공제금액						
「의료법」 제3조 제2항에 의한 의료기관 (동법 제3조의3에 의한 종합병원은 제외), 「국민건강보험법」 제42조 제1항 제4호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 「국민건강보험법」 제42조 제1항 제2호에 의한 약국, 동법 제42조 제1항 제3호에 의한 한국회귀·필수의약품센터에서의처방·조제(의약품업 예외지역 등에서의 약사의 직접 조제 포함)	1만원과 보장 대상 의료비의 20% 중 큰 금액						
「국민건강보험법」 제42조 제2항에 의한 전문요양기관, 「의료법」 제3조의4에 의한 상급종합병원, 동법 제3조의3에 의한 종합병원에서의 외래 및 그에 따른 「국민건강보험법」 제42조 제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국회귀·필수의약품센터에서의처방·조제	2만원과 보장 대상 의료비의 20% 중 큰 금액						

❖ 비급여항목

피보험자가 상해 또는 질병으로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원(외래 및 처방조제)하여 치료를 받은 경우에는 급여의료비를 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액(입원의료비 3천만원한도, 통원의료비 15만원한도)의 한도 내에서 다음과 같이 보상합니다.

구분	보상금액
입원 (입원실료, 입원제비용, 입원수술비)	‘비급여 의료비(비급여병실료는 제외합니다)’(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다.)의 70%에 해당하는 금액 (3대 비급여 제외)
상급병실차액	비급여 병실료의50%. 다만, 1일 평균금액10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 비급여 병실료 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.
통원 (외래제비용, 외래수술비, 처방조제비)	통원1회당(외래 및 처방·조제비 합산) ‘비급여 의료비(비급여병실료는 제외합니다)’(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다.)에서 <표1>의 항목별 공제금액 을 뺀 금액(매년 계약해당일부터1년간 통원100회를 한도로 합니다.)

본 안내문은 피보험자의 이해를 돕기 위해 작성한 자료로 약관에 우선할 수 없으니 필요한 경우 반드시 약관을 참고하시기 바랍니다.

< 표1 > 통원항목별 공제금액		
	항목	공제금액
	「국민건강보험법」 제42조제1항제1호에 의한 의료기관, 동법 제42조제1항제4호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 「국민건강보험법」 제42조 제1항 제2호에 의한 약국, 동법 제42조 제1항 제3호에 의한 한국회귀·필수의약품센터에서의 처방·조제)	3만원과 보장대상 의료비의30% 중 큰 금액

※ 4세대 실손의료비 도입으로 영양제, 비타민제 등의 보상기준 변경

영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용. 다만 약관상 보상하는 질병을 치료함에 있어 아래 각목에 해당하는 경우는 치료 목적으로 보아 보상합니다.

- 가. 약사법령에 의하여 약제별 허가사항 또는 신고된 사항(효능/효과 및 용법/용량 등) 대로 사용된 경우
 - 나. 요양급여 약제가 관련 법령 또는 고시 등에서 정한 별도의 적용기준대로 비급여 약제로 사용된 경우
 - 다. 요양급여 약제가 관련 법령에 따라 별도의 비급여사용승인 절차를 거쳐 그 승인 내용대로 사용된 경우
 - 라. 상기 가목 부터 다목의 약제가 두 가지 이상 함께 사용된 경우(함께 사용된 약제중 어느 하나라도 상기 가목 부터 다목에 해당하지 않는 경우 제외)
- 기존에 의사소견서로 처리되던 항목이 가.~라.에 해당하지 않을 경우 면책
(비급여 실손의료비보장 특별약관 제4조(보상하지 않는 사항) 참고)

❖ 3대 비급여항목

피보험자가 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.

구분		공제금액	보상한도
도수치료· 체외충격 파치료· 증식치료	“도수치료·체외충격파 치료·증식치료”로 인하 여 본인이 실제로 부 담한 비급여의료비(행 위료, 약제비, 치료재 료대 포함)	1회당3만원과 보장대상 의료비의30%중 큰 금액	계약일 또는 매년 계약해당 일부터1년 단위로 각 상해· 질병 치료행위를 합산하여 350만원 이내에서50회까지 보상 ^{주)}
주사료	주사치료를 받아 본인 이 실제로 부담한 비 급여의료비	1회당3만원과 보장대상 의료비의30%중 큰 금액	계약일 또는 매년 계약해당 일부터1년 단위로 각 상해· 질병 치료행위를 합산하여 250만원 이내에서50회까지 보상
자기공명 영상진단	자기공명영상진단을 받아 본인이 실제로 부담한 비급여의료비 (조영제, 판독료 포함)	1회당3만원과 보장대상 의료비의30%중 큰 금액	계약일 또는 매년 계약해당 일부터1년 단위로 각 상해· 질병 치료행위를 합산하여 300만원 이내에서 보상

- ※ 주1) 실손의료비 담보는 **실손보상담보**로, 타보험사나 공제 등에 개인이 실손입원의료비를 중복으로 가입하고 있는 경우 **비례 보상됨**.
또한, 실제 지불한 입원비용이 중복된 상품의 보험가입금액 합계를 초과하거나
같은 경우 각 상품별 가입금액 한도까지 지급됨.
- 2) 다만, **정액(일정금액)으로 지급하는 사망,후유장해, 암진단비 담보 등 과는 별도로 지급됨**.

- 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여 대상 (「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)

※ 4세대 실손의료비 도입으로 도수치료, 체외충격파치료, 증식치료의 보상기준 변경

도수치료·체외충격파치료·증식치료의 각 치료횟수를 합산하여 최초10회 보장하고, 이후 객관적이고 일반적으로 인정되는 검사결과 등을 토대로 증상의 개선, 병변호전 등이 확인된 경우에 한하여10회 단위로 연간50회까지 보상

<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 판단
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 부담

[주요 보상하지 않는 사항]

실손의료보험이 모든 의료비에 대해 보상하는 것은 아닙니다. 성형수술과 같이 외모 개선 목적의 의료비라든지 약국에서 구입한 영양제나 종합비타민, 안경 구입비용 등은 실손의료보험에서 보상하지 않습니다. 아래 내용은 약관의 보상하지 않는 사항 중 요약본이며, 자세한 사항은 약관을 참조하시기 바랍니다.

❖ 공통 사항

1. 피보험자, 보험수익자, 계약자의 고의 사고
2. 치과치료(다만, 안면부 골절로 발생한 의료비는 치아관련 치료를 제외하고 보상)
3. 본인부담금 상한제에 따라 국민건강보험공단으로부터 환급이 가능한 금액
4. 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 추가 의료비용은 보상), 예방접종, 인공 유산에 든 비용
5. 영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임, 복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함). 성장촉진과 관련된 비용 등에 소요된 비용
6. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), (Arm Sling), (Arm Sling), (Arm Sling), (Arm Sling), (Arm Sling), (Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체 비용(단, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 보상)
7. 외모개선 목적의 치료로 발생한 의료비
 - ① 쌍꺼풀수술(다만, 안검하수, 안검내반 등을 치료하기 위한 시력개선 목적의 이중검수술 보상)
 - ② 사시교정, 안와격리증의 교정 등
 - ③ 안경,콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술
 - ④ 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
 - ⑤ 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 건강보험 비급여대상에 해당하는 치료
8. 자동차보험(공제 포함) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비(본인부담의료비는 보상)
9. 진료와 무관한 각종 비용(TV(TV 시청료, 전화료, 각종 증명료 등),), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비
10. 해외 소재 의료기관에서 발생한 의료비
11. 특별약관에서 보장하는 조항(도수치료, 증식치료, 비급여 주사료, MRI, MRI, MRI, MRI 등)

❖ 상해 부문

본 안내문은 피보험자의 이해를 돕기 위해 작성한 자료로 약관에 우선할 수 없으니 필요한 경우 반드시 약관을 참고하시기 바랍니다.

1. 전문등반, 글라이더 조정, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행 또는 시운전
3. 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변 폭동

❖ 질병 부문

1. 정신과질환 및 행동장애(F04 ~ F99)(F04 ~ F99) (F04 ~ F99)(F04 ~ F99) (F04 ~ F99) (F04 ~ F99)(F04 ~ F99)
2. 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증(N96 ~ N98)(N96 ~ N98)(N96 ~ N98) (N96 ~ N98)(N96 ~ N98)(N96 ~ N98)(N96 ~ N98)
3. 선천성 뇌질환(Q00 ~ Q04)(Q00 ~ Q04)(Q00 ~ Q04) (Q00 ~ Q04)(Q00 ~ Q04) (Q00 ~ Q04) (Q00 ~ Q04),), 비만(E66), E66), E66), E66), 비뇨기계 장애(N39, R32)(N39, R32)(N39, R32 (N39, R32 (N39, R32(N39, R32
4. 임신, 출산, 산후기:출산 이전의 양수검사, 기형아검사, 임신으로 인한 빈혈제, 영양제 복용, 산후조리원에서 발생한 비용
5. 직장 또는 항문질환 중 비급여 부분(I84, K60 ~ K62)(I84, K60 ~ K62) (I84, K60 ~ K62)(I84, K60 ~ K62)(I84, K60 ~ K62) (I84, K60 ~ K62) (I84, K60 ~ K62)(I84, K60 ~ K62)
6. 인간면역결핍바이러스(HIV) (HIV) (HIV) (HIV) (HIV) (HIV) 감염으로 인한 치료비
7. 단순한 피로 또는 권태
8. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비),), 사마귀, 여드름, 모반,노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
9. 단순 코골음, 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환

(중요!)출산이전의 불임검사(시술포함), 양수검수, 기형아검사 및 임신으로 인한 빈혈제, 영양제 비용은 면책

(중요!!)입원의료비 감면액 면책(단, 직원복리후생제도에 의한 감면이며, 그 감면의료비가 근로소득에 포함된 경우만 보상)

☞ 암진단비 (선택 가입)

[보장내용 및
보장금액]

- 피보험자가 보험기간 중 "일반암", "갑상선암", "기타피부암", "제자리암(상피내암)", "경계성종양"으로 진단확정된 경우에는 이 특별약관에 따라 아래에 정한 금액을 각각 1 회에 한하여 암치료비보험금으로 피보험자에게 지급합니다.

지급사유	지급금액
일반암	1천만원
갑상선암, 경계성종양	3백만원
제자리암, 기타피부암	1백만원

[판단근거]

- ▶ 암 및 기타피부암 등 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세침흡인검 (fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다.
- 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 임상학적 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 '암' 및 '기타피부암' 등으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

[암분류표]

- ▶ 악성신생물(암) 분류표

대상질병	분류 번호
입술, 구강 및 인두의 악성신생물(암)	C00 ~ C14
소화기관의 악성신생물(암)	C15 ~ C26
호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물(암)	C30 ~ C39
골 및 관절연골의 악성신생물(암)	C40 ~ C41
흑색종 및 기타 피부의 악성신생물(암)	C43 ~ C44
중피성 및 연조직의 악성신생물(암)	C45 ~ C49
유방의 악성신생물(암)	C50
여성생식기관의 악성신생물(암)	C51 ~ C58
남성생식기관의 악성신생물(암)	C60 ~ C63
요로의 악성신생물(암)	C64 ~ C68
눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타부분의 성신생물(암)	C69 ~ C72
갑상선 및 기타 내분비선의 악성신생물	C73 ~ C75
불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암)	C76 ~ C80
림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암)	C81 ~ C96
독립된(일차성) 여러 부위의 악성신생물(암)	C97
진성 적혈구 증가증	D45
골수 형성이상 증후군	D46
만성 골수증식 질환	D47.1
본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
골수섬유증	D47.4
만성 호산구성 백혈병	D47.5

본 안내문은 피보험자의 이해를 돕기 위해 작성한 자료로 약관에 우선할 수 없으니 필요한 경우 반드시 약관을 참고하시기 바랍니다.

▶ 제자리신생물(상피내암) 분류표

대상질병	분류 번호
구강, 식도 및 위의 제자리 암종	D00
기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리 암종	D01
중이 및 호흡기계통의 제자리 암종	D02
제자리 흑색종	D03
피부의 제자리 암종	D04
유방의 제자리 암종	D05
자궁경부의 제자리 암종	D06
기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리 암종	D07
기타 및 상세불명 부위의 제자리 암종	D09

▶ 경계성종양 분류표

대상질병	분류 번호
구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
중이, 호흡기관, 흉곽내 기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
여성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D39
남성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
뇌 및 중추 신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
행동양식 불명 및 미상의 조직구 및 비만세포 종양	D47.0
미결정의 단클론감마글로불린병증	D47.2
기타 명시된 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D47.7
림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 상세불명의 신생물	D47.9
기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

☞ 2대질병(급성심근경색, 뇌졸중) 진단비 (선택 가입, **선택별 가입금액 상이**)

**[보장내용 및
보장금액]**

- 피보험자가 보험기간 중에 급성심근경색증 또는 뇌졸중으로 진단확정된 경우에는 이 특별약관에 따라 이 특별약관 보험가입금액 전액을 최초 1 회에 한하여 보험금으로 피보험자에게 지급합니다.

구분	지급사유	지급금액
1천만원 선택	급성심근경색	각 1천만원
	뇌졸중	
2천만원 선택	급성심근경색	각 2천만원
	뇌졸중	

[판단근거]

- 급성심근경색증의 진단확정
의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도 심장초음파 관상동맥촬영술 혈액중 심장 효소검사등을 기초로 하여야 합니다
- 뇌졸중의 진단확정
의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌, 뇌혈관조영술, 전산화단층촬영(Brain CT Scan), 핵자기공명영상법(MRI), 뇌척수액 검사, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT) 등을 기초로 하여야 합니다.

[분류표]

▶ 급성심근경색증 및 뇌졸중 분류표

대상이 되는 질병		표준질병 사인분류
급성심근 경색증	급성 심근경색증	I21
	후속심근경색증	I22
	급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I23
뇌졸중	지주막하 출혈	I60
	뇌내출혈	I61
	기타 비외상성 두개내 출혈	I62
	뇌경색(증)	I63
	뇌경색증을 유발하지 않는 뇌전 동맥의 폐쇄 및 협착	I65
	뇌경색증을 유발하지 않는 대뇌 동맥의 폐쇄 및 협착	I66

☞ 대상포진 진단비 (선택 가입)

[보장내용 및 보장금액]

■ 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 '대상포진'으로 진단확정된 경우에는 최초 1회에 한하여 100만원을 보험수익자에게 보험금으로 지급합니다

[분류표]

약관에서 규정하는 '대상포진'으로 분류되는 질병은 제8차개정한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 약관에서 보장하는 대상포진 해당여부를 판단합니다.

대상감염병	분류번호
대상포진	B02

제9차개정 이후 상기 질병 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병사인분류에 따라 판단합니다.

진단 당시의 한국표준질병사인분류에 따라 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이 후 한국표준질병사인분류가 변경되더라도 약관에서 보장하는 질병 해당여부를 다시 판단하지 않습니다.

진단서 상의 분류번호는 한국표준질병사인분류 질병코딩지침서(향후 지침서가 변경되는 경우 변경된 지침서에 따릅니다)에 따라 기재된 것을 인정합니다.

☞ 입원일당 (선택 가입)

[보장내용 및 보장금액]	<ul style="list-style-type: none"> ■ 피보험자가 보험기간 중에 상해 또는 질병으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원 포함)에 <u>입원하여</u> 치료를 받은 경우 1일 2만원 180일 한도로 보상
[보험금 지급규정]	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 피보험자가 동일한 상해 또는 질병의 치료를 직접 목적으로 보험기간 중에 2 회 이상 입원한 경우에는 1 회 입원으로 보아 각 입원일수를 더합니다. ▶ 피보험자가 보장개시일 이후 입원하여 치료를 받던 중 보험기간이 만료되었을 때에도 퇴원하기 전까지의 계속중인 입원기간에 대하여는 사고일로부터 180 일을 한도로 입원일당을 계속 보상하여 드립니다.
[주요면책사항]	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 피보험자의 선천성 뇌질환 ▶ 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. ▶ 성병 ▶ 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용 ▶ 질병을 원인으로 하지 않는 신체검사, 예방접종, 인공유산, 불임시술, 제왕절개수술 ▶ 피로, 권태, 심신허약 등을 치료하기 위한 안정치료 ▶ 위생관리, 미모를 위한 성형수술 ▶ 정상분만, 치과질환
[입원의 정의와 장소]	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 「입원」이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하「의사」라 합니다)에 의하여 상해의 치료가 필요하다고 인정한 경우로서, 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 정한 병원, 의원(한방병원 및 한의원을 포함합니다) 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.
<p>◎ 이 보험의 적용에 있어 야기되는 진료수준 및 용어해석상의 모든 문제는 국민건강보험법 및 관계법령의 정하는 바에 따르기로 합니다.</p>	

본 안내문은 피보험자의 이해를 돕기 위해 작성한 자료로 약관에 우선할 수 없으니 필요한 경우 반드시 약관을 참고하시기 바랍니다.

☞ **상해·질병 사망 (본인-필수 가입, **선택별 가입금액 상이** / 배우자-선택 가입)**

**[보장내용 및
보장금액]**

- 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 상해·질병으로 사망한 경우 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 이 특별약관의 보험가입금액을 사망보험금을 지급합니다.

구분	지급사유	지급금액
사망보험금	상해사망	· 3천, 5천, 1억, 1억5천, 2억
	질병사망	

[실종선고시]

- 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]**

- 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]

- ▶ 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.
- ▶ 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
- ▶ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ▶ 피보험자가 자살을 하는 경우

☞ **상해·질병 후유장해 (본인-필수 가입, 선택별 가입금액 상이 / 배우자-선택 가입)**

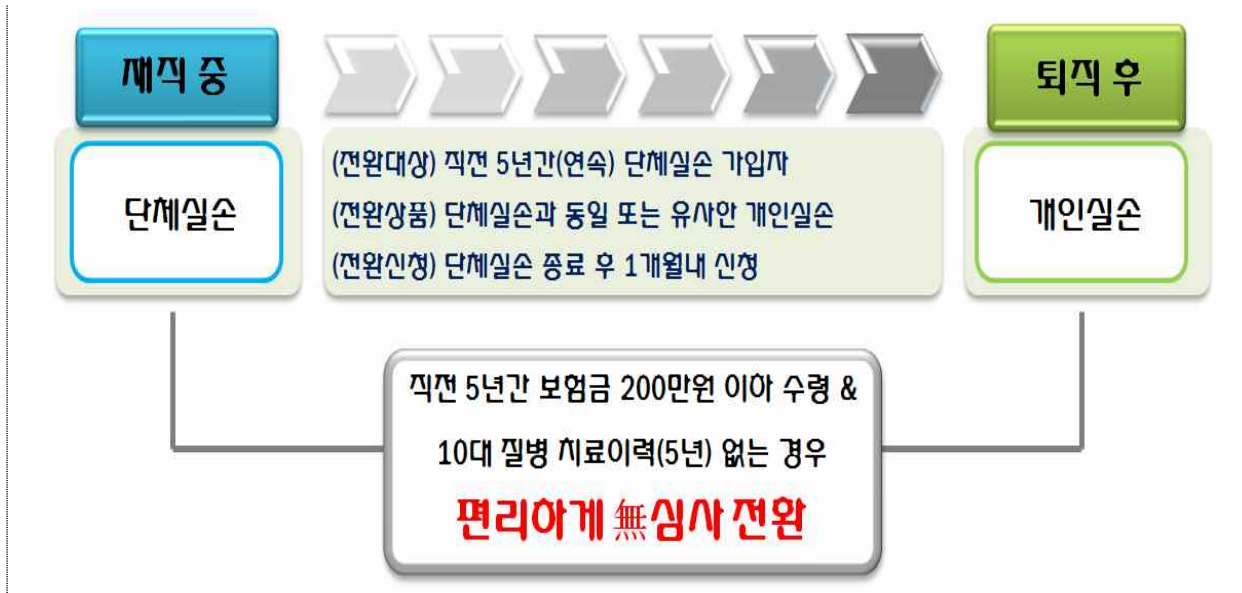
**[보장내용 및
보장금액]**

■ 보험개시일 이후 발생한 상해·질병으로 장해분류표에서 정한 각 장해에 해당하는 장해상태가 되었을 경우 해당 비율에 따라 보상합니다.

구분	지급사유	지급금액
후유장해 보험금	상해후유장해	· 80% 이상 - 3천, 5천, 1억, 1억5천, 2억
	질병후유장해	· 3~79% - 3천, 5천, 1억, 1억5천, 2억

7. 개인실손전환제도 안내

☞ 퇴직시, 보장공백 해소를 위해 **단체실손 → 개인실손 전환**



※ 10대질병

- 암, 백혈병, 고혈압, 협심증, 심근경색, 심장판막증, 간경화증, 뇌졸중증(뇌출혈, 뇌경색), 당뇨병, 에이즈(HIV 보균)

※ 전환 관련 문의 : 현대해상 콜센터 (1588-5656)

본 안내문은 피보험자의 이해를 돕기 위해 작성한 자료로 약관에 우선할 수 없으니 필요한 경우 반드시 약관을 참고하시기 바랍니다.