2023년 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
보험기간	2023-01-01 00:00 ~ 2023-12-31 24:00
가입대상	단체보험 통합계약 대상기관 소속 직원(배우자 및 자녀 포함)
공동수급사	현대해상(대표), 한국교직원공제회, 교보생명

2. 보험사별 담보내역 - (별첨) 2023년 전라남도교육청 등 기관별 단체보험 가입내역 참조

구분	보장상품	보장내용	가입금액	보험가입금액(단위:백만원)			비고
				현대해상	교직원	교보	
본인	생명상해	상해(재해)사망	3천만원	20	5	5	공통가입 (가입금액 선택)
		상해(재해)고도후유장해(80%↑)		25	5		
		상해(재해)후유장해(80%↓)		20	5	5	
		질병사망		20	5	5	
		질병고도후유장해(80%↑)		25	5		
		질병후유장해(80%↓)		20	5	5	
		상해(재해)사망	5천만원	30	10	10	
		상해(재해)고도후유장해(80%↑)		30	10	10	
		상해(재해)후유장해(80%↓)		30	10	10	
		질병사망		30	10	10	
		질병고도후유장해(80%↑)		30	10	10	
		질병후유장해(80%↓)		30	10	10	
		상해(재해)사망	1억원	70	20	10	
		상해(재해)고도후유장해(80%↑)		70	20	10	
		상해(재해)후유장해(80%↓)		70	20	10	
		질병사망		70	20	10	
		질병고도후유장해(80%↑)		70	20	10	
		질병후유장해(80%↓)		70	20	10	
		상해(재해)사망	1.5억원	105	30	15	
		상해(재해)고도후유장해(80%↑)		105	30	15	
		상해(재해)후유장해(80%↓)		105	30	15	
		질병사망		105	30	15	
		질병고도후유장해(80%↑)		105	30	15	
		질병후유장해(80%↓)		105	30	15	
		상해(재해)사망	2억원	140	40	20	
		상해(재해)고도후유장해(80%↑)		140	40	20	
		상해(재해)후유장해(80%↓)		140	40	20	
		질병사망		140	40	20	
		질병고도후유장해(80%↑)		140	40	20	
		질병후유장해(80%↓)		140	40	20	

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

구분	보장상품	보장내용	가입금액	보험가입금액(단위:백만원)			비고
				현대해상	교직원	교보	
본인	2대질병	급성심근경색・뇌졸중	1천만원	5	5		선택가입 (가입금액 선택)
			2천만원	10	10		
	입원일당	상해・질병	2만원	0.02			
			3만원	0.03			
	암	일반암	1천만원	5	5		선택가입
		갑상선암	3백만원	3			
		기타피부암	1백만원	1			
		상피내암	1백만원	1			
		경계성종양	3백만원	3			
	대상포진	진단금	1백만원	1			
	수술비용	정액형	5십만원	0.5			
배우자	생명상해	상해(재해)사망	3천만원	25		5	선택가입 (가입금액 선택)
		상해(재해)고도후유장해(80%↑)		30			
		상해(재해)후유장해(80%↓)		25		5	
		질병사망		25		5	
		질병고도후유장해(80%↑)		30			
		질병후유장해(80%↓)		25		5	
		상해(재해)사망	5천만원	40		10	
		상해(재해)고도후유장해(80%↑)		40		10	
		상해(재해)후유장해(80%↓)		40		10	
		질병사망		40		10	
		질병고도후유장해(80%↑)		40		10	
		질병후유장해(80%↓)		40		10	
		상해(재해)사망	1억원	90		10	
		상해(재해)고도후유장해(80%↑)		90		10	
		상해(재해)후유장해(80%↓)		90		10	
		질병사망		90		10	
		질병고도후유장해(80%↑)		90		10	
		질병후유장해(80%↓)		90		10	
		상해(재해)사망	1.5억원	135		15	
		상해(재해)고도후유장해(80%↑)		135		15	
		상해(재해)후유장해(80%↓)		135		15	
		질병사망		135		15	
		질병고도후유장해(80%↑)		135		15	
		질병후유장해(80%↓)		135		15	
		상해(재해)사망	2억원	180		20	
		상해(재해)고도후유장해(80%↑)		180		20	
		상해(재해)후유장해(80%↓)		180		20	
		질병사망		180		20	
		질병고도후유장해(80%↑)		180		20	
		질병후유장해(80%↓)		180		20	

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

구분	보장상품	보장내용	가입금액	보험가입금액	비고
				현대해상	
본인, 배우자, 자녀	실손의료비	상해·질병급여	3천만원	3천만원(통원 회당 15만원 한도)	선택가입
		상해·질병비급여	3천만원	3천만원(통원 회당 15만원 한도, 100회 한도)	
		3대비급여	별도가입금액	도수·체외충격파·증식치료 350만원 한도(50회 한도) 주사료 250만원 한도(50회 한도) MRI·MRA 300만원 한도	

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

(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. 재직증명서(300만원 이상 청구시)	
실손 (FAX 접수)	입원	1. 입·퇴원일이 기재된 **진단서** 또는 진단명이 기재된 **입퇴원확인서** 2. 진료비계산서 및 영수증 3. 진료비상세내역서	· 카드 전표나 소득공제용 '진료비납입확인서'는 불가함 · 고액 청구의 경우 원본 요청 가.능 · 본인부담금 상한제 관련 건강보험료 납부확인서 요청 가능
	통원	1. 진료기록지(초진차트나 질병분류코드 기재된 처방전) 2. 진료비상세(세부)내역서 3. 진료비영수증(일자별) 4. 약제비영수증	
입원일당 (FAX 접수)		1. 병명 확인되는 입퇴원확인서 또는 진단서 (상해일당 청구시 진료차트나 응급실 기록지 첨부)	
대상포진진단비 (FAX 접수)		1. 진단명(질병분류코드), 진단일자가 포함된 서류 중 택1 - 예: 의사소견서, 통원확인서, 진단서 등	
수술비용 (FAX접수)		1. 진단명(질병분류코드), 수술명, 수술일자가 포함된 서류 중 택1 - 예: 수술확인서, 진단서 등	
암진단비 (원본 접수)		1. 암확정진단서 2. 조직검사결과지 또는 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(AMA방식) (질병은 별도 문의) 2. 진료내역서(진료차트, 기록지 등)	접수후 추가서류 안내 또는 조사자 파견
사망 (원본 접수)		1. 청구자 신분증, 통장사본 2. 사망진단서(사체검안서) 원본 또는 원본대조필 3. 사망자(피보험자)기준 상세 가족관계증명서 4. 사망자기준 기본증명서(사망사실기재) 5. 사망자기준 혼인관계증명서 6. 사망 후의 경력증명서 또는 퇴직증명서 7. 대표수익자 지정시 - 위임하는 자: 인감날인된 위임장(위임장 뒤에 있는 개인정보동의서 상속인 모두 작성), 인감증명서 또는 본인서명사실 확인서 첨부 및 날인(서명) 8. 상해사고인 경우, 사고증명서(교통사고사실확인원 등)	법적상속인이 미성년자일 경우 미성년자 기준 1.가족관계증명서(상세) 2. 미성년자녀의 친권자 또는 법적 후견인의 신분증 사본

☞ 해당보험금 청구서류를 제출 후 실제 보상을 담당하는 보험사의 보상직원이 별도의 문의 또는 서류를 추가 요청할 수 있사오니 양해 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	
현대해상 (대표사)	TEL	02-2097-2911~3
	FAX	0507-774-6789
	E-MAIL	hitour-kj@hi.co.kr
	주소	(04214) 서울시 마포구 만리재로 15 제일빌딩 1112호 현대해상 단체상해 보상센터
한국교직원공제회 (참여사)	TEL	1577-3993
	주소	(07328) 서울시 영등포구 여의나루로 50, 더케이타워빌딩 26층 한국교직원공제회 보험사업부 심사지원팀(보험심사센터)
교보생명 (참여사)	TEL	02-3149-4105/02-393-9201
	주소	(04513) 서울 중구 세종대로9길 41 퍼시픽타워 17층 교보생명 단체보험 담당자

5. 보험금청구 절차

보험금 청구 서류 준비	보험금청구 유형에 따라 팩스, 이메일, 앱, 우편(원본) 발송	각 보험사 청구 접수 및 보험사 전달	사고조사 또는 심사 및 보험금 산출	보험금 확정 및 지급
피보험자	피보험자	보험금 청구센터	각 보험사	각 보험사

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 (본인, 배우자, 자녀 - 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 3천만원 한도, 통원의료비 15만원 한도)**의 한도 내에서 다음과 같이 보상합니다.

<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>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 일부본인부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액본인부담금을 말합니다.)에서 <표1>의'통원항목별 공제금액'을 뺀 금액

<표1> 통원항목별 공제금액
<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 한국희귀·필수의약품센터에서의처방 ·조제(의약분업 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」 제42조 제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국희귀 ·필수의약품센터에서의처방·조제</td><td>2만원과 보장대상 의료비의 20% 중 큰 금액</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

❖ **비급여항목**

피보험자가 상해 또는 질병으로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원(외래 및 처방조제)하여 치료를 받은 경우에는 비급여의료비를 제5조(보험가입금액 한도 등)에서 정한 연간 보험가입금액**(입원의료비 3천만원 한도, 통원의료비 15만원 한도)**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 한국희귀·필수의약품센터에서의처방 ·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·체외충격파치료·증식치료	"도수치료·체외충격파치료·증식치료"로 인하여 본인이 실제로 부담한 비급여의료비(행위료, 약제비, 치료재료대 포함)	1회당3만원과 보장대상 의료비의30%중 큰 금액	계약일 또는 매년 계약해당일부터1년 단위로 각 상해·질병 치료행위를 합산하여 350만원 이내에서50회까지 보상주)
주사료	주사치료를 받아 본인이 실제로 부담한 비급여의료비	1회당3만원과 보장대상 의료비의30%중 큰 금액	계약일 또는 매년 계약해당일부터1년 단위로 각 상해·질병 치료행위를 합산하여 250만원 이내에서50회까지 보상
자기공명영상진단	자기공명영상진단을 받아 본인이 실제로 부담한 비급여의료비(조영제, 판독료 포함)	1회당3만원과 보장대상 의료비의30%중 큰 금액	계약일 또는 매년 계약해당일부터1년 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 같을 경우 각 상품별 가입금액 한도까지 지급됨.
2) 다만, **정액(일정금액)으로 지급하는 사망,후유장해, 암진단비 담보 등 과는 별도로 지급됨.**

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

	- 「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 외모개선 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) - 치과치료 급여 의료비는 청구 가능 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 - 성장촉진과 관련된 비용의 경우 급여 적용시 청구심사 가능 6. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(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,콘텍트렌즈 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 등) **❖ 상해 부문** 1. 전문등반, 글라이더 조정, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글

라이딩
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** – 급여의료비는 청구 가능
1. 정신과질환 및 행동장애(F04 ~ F99)
2. 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증(N96 ~ N98)
3. 선천성 뇌질환(Q00 ~ Q04), 비만(E66), 비뇨기계 장애(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)
6. 인간면역결핍바이러스(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)

☞ **대상포진 진단비 (본인 - 선택 가입)**

[보장내용 및 보장금액]

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

[대상포진의 정의 및 진단 확정]

■ '대상포진'이라 함은 제8차 한국표준질병사인분류에 있어서 '대상포진 분류표'에 해당하는 질병을 말합니다.

■ '대상포진'의 진단확정은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 병원, 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외) 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.

[분류표]

대상감염병	분류번호
대상포진	B02

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

☞ **수술비용 (본인 - 선택 가입)**

[보장내용 및 보장금액]

■ 피보험자가 보험기간 중에 상해 또는 진단확정된 질병의 치료를 직접적인 목적으로 【별표 8】에서 정하는 수술을 받았을 경우 이 특별약관의 보험가입금액 전액을 수술비로 피보험자에게 지급합니다.

[수술의 정의]

■ "수술"이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사의 면허를 가진 자(이하 「의사」라 합니다)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제 3 조(의료기관) 제 2 항에 정한 국내의 병원 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 또는 관을 꽂아 체액・조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經)차단(NERVE BLOCK)은 제외합니다.

[분류표]

수 술 종 류		등급
피부·유방의 수술 (皮膚,乳房의 手術)	1. 피부이식수술(植皮術) (25cm^2 미만은 제외함)	2
	2. 유방절단술(乳房切斷術)	2
근골의 수술 (筋骨의手術) 〔발정술(拔釘術)은 제외함〕	3. 골이식술(骨移植術)	2
	4. 골수염 골결핵(뼈결핵) 수술(骨髓炎骨結核手術) 〔농양(膿瘍)의 단순한 절개는 제외함〕	2
	5. 두개골 관혈수술(頭蓋骨 觀血手術) 〔비골(鼻骨, 코뼈) 비중격(코중격)(鼻骨 鼻中隔)은 제외함〕	2
	6. 비골(鼻骨, 코뼈) 관혈수술(鼻骨 觀血手術【비중격(코중격)만곡증 수술(鼻中隔灣曲症手術)은 제외함】	1
	7. 상악골(위턱뼈) 하악골(아래턱뼈) 악관절 관혈수술(위턱뼈, 아래턱뼈, 顎關節 觀血手術) 〔치·치육(齒·齒肉)의 처치에 수반하는 것은 제외함〕	2
	8. 척추 골반 관혈수술(脊椎 骨盤 觀血手術)	2
	9. 쇄골(빗장뼈) 견갑골(어깨뼈) 늑골(갈비뼈) 흉골(복장뼈) 관혈수술(鎖骨 肩胛骨 肋骨胸骨觀血手術)	1
	10. 사지절단술(팔·다리切斷術) 〔손가락·발가락은 제외함〕	2
	11. 절단사지재접합술(切斷팔·다리再接合術) 〔골·관절(骨·關節)의 이단(離斷)에 수반하는 것〕	2
	12. 사지골(팔다리뼈) 사지관절 관혈수술(팔·다리骨 팔·다리關節 觀血手術) 〔손가락·발가락은 제외함〕	1
	13. 근·건(힘줄)·인대·관혈수술(筋建 靭帶 觀血手術) 〔손가락·발가락은 제외함. 근염 결절종 점액종수술(筋炎 結切腫 粘液腫手術)은 제외함〕	1
호흡기·흉부의 수술 (呼吸器·가슴의手術)	14. 만성부비강염근본수술(慢性副鼻腔炎根本手術)	1
	15. 후두전부절제술(喉頭全摘除術)	2
	16. 기관 기관지 폐 흉막수술(氣管 氣管支 肺 胸膜手術) 【개흉술(開胸術)을 수반하는 것】	2
	17. 흉곽형성술(胸廓形成術)	2
	18. 종격동(세로칸)종양수술	3

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

수 술 종 류		등급
순환기·비의수술 (循環器·脾의 手術)	19. 관혈적혈관 형성술(觀血的血管 形成術) 【혈액투석용(血液透析用)외 SHUNT 형성술(形成術)을 제외함】	2
	20. 정맥류근본수술(精脈瘤根本手術)	1
	21. 대동맥 대정맥 폐동맥 관동맥수술(大動脈 大精脈 肺動脈 冠動脈手術) 【개흉 개복술(開胸 開腹術)을 수반하는 것】	3
	22. 심막절개 봉합술(心膜切開 縫合術)	2
	23. 직시하심장내수술(直視下心藏內手術)	3
	24. 체내용(體內用) Pace Maker 매입술(埋入術)	2
	25. 비장절제(특정부위를 잘라 없애는 것)술(脾摘除術)	2
소화기의 수술 (消化器의 手術)	26. 이하선(귀밑샘)종양적출술(耳下腺腫瘍 摘出術)	2
	27. 악하선(턱밑샘)종양적출술(顎下腺腫瘍 摘出術)	1
	28. 식도절단술(食道離斷術)	3
	29. 위절제술(胃切除術)	3
	30. 기타의 위 식도수술(胃 食道手術) 【개흉 개복술(開胸 開腹術)을 수반하는 것】	2
	31. 복막염수술(腹膜炎手術)	2
	32. 간장 담낭 담도 췌장 관혈수술(肝腸 膽囊 膽道 膵臟 觀血手術)	2
	33. 탈장 근본수술(脫腸 根本手術)	1
	34. 충수절제술 맹장봉축술(蟲垂切除術 盲腸縫縮術)	1
	35. 직장탈근본수술(直腸脫根本手術)	2
	36. 기타의 장 장간막수술(腸 腸間膜手術) 【개복술(開腹術)을 수반하는 것】	2
	37. 치루 탈항(항문탈출증) 치핵근본수술(痔屢 脫肛 痔核根本手術) 【근치(根治)를 목적으로 한 것으로 처치 단순한 치핵(痔核)만의 수술은 제외함】	1
뇨·성기의 수술 (尿·性器의 수술)	38. 콩팥(신장)이식수술(腎移植手術)【수용자(受容者)에 한함】	3
	39. 신장 신우 뇨관 방광 관혈수술(콩팥 腎盂 尿管 肪胱 觀血手術) 【경뇨도적조작(經尿道的操作)은 제외함】	2
	40. 뇨도협착 관혈수술(尿道狹窄 觀血手術) 【경뇨도적조작(經尿道的操作)은 제외함】	2
	41. 뇨루폐쇄 관혈수술(尿屢閉鎖觀血手術) 【경뇨도적조작(經尿道的操作)은 제외함】	2
	42. 음경절단술(陰莖切斷術)	3
	43. 고환 부고환 정관 정색 정낭 전립선수술 (睾丸 副睾丸 精管 精索 精囊 前立腺手術)	2
	44. 음낭수종근본수술(陰囊手腫根本手術)	1
	45. 자궁광범전절제(특정부위를 잘라 없애는 것)술(子宮廣汎全摘除術) 【 단순 자궁 전 절제술(單純子宮 全切除術)등의 자궁전절제(특정부위를 잘라 없애는 것)술(子宮全摘除術)은 제외함】	3
	46. 자궁경관형성술 자궁경관봉축술(子宮經管形成術 子宮經管縫縮術)	1
	47. 제왕절개만출술(帝王切開娩出術)	1

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

수 술 종 류		등급
	48. 자궁외 임신수술(子宮外 妊娠手術)	2
	49. 자궁탈 질탈수술(子宮脫 膣脫手術)	2
	50. 기타의 자궁수술(子宮手術) 【자궁경관 Polyp 절제술 인공임신 중절술 (子宮經管 Polyp 切除術 人工妊娠中絶術)은 제외함】	2
	51. 난관 난소 관혈수술(卵管 卵巢 觀血手術) 【경질적조작(經膣的操作)은 제외함】	2
	52. 기타의 난관 난소수술(卵管卵巢手術)	1
내분비기의 수술 (內分泌器의 手術)	53. 하수체종양절제(특정부위를 잘라 없애는 것)술(下垂體腫瘍摘除術)	3
	54. 갑상선수술(甲狀腺手術)	2
	55. 부신전절제(특정부위를 잘라 없애는 것)술(副腎全摘除術)	2
신경의 수술 (神經의手術)	56. 두개내 관혈수술(頭蓋內 觀血手術)	3
	57. 신경 관혈수술(神經 觀血手術) 【형성술 이식술 절제술 감압술 개방술 염제술(形成術 移植術 切除術 減壓術 開放術 捻除術)】	2
	58. 관혈적척수종양적출수술(觀血的脊髓腫瘍摘出手術)	3
	59. 척수경막내외 관혈수술(脊髓硬膜內外 觀血手術)	2
감각기·시기의 수술 (感覺器·視器의 手術)	60. 안검하수증수술(눈꺼풀이 느러짐症手術)	1
	61. 눈물소관(눈물길)성형술(淚小管形成術)	1
	62. 누낭비강문합술(淚囊鼻腔吻合術)	1
	63. 결막낭형성술(結膜囊形成術)	1
	64. 각막이식술(角膜移植術)	1
	65. 관혈적전방 홍채 초자체 안와내이(속귀)물제거술(觀血的前房 紅彩 硝子體 眼窩內異物除去術)	1
	66. 홍채전후유착박리술(紅彩前後癒着剝離術)	1
	67. 녹내장 관혈수술(綠內障 觀血手術)	2
	68. 백내장 수정체 관혈수술(白內障 水晶體觀血手術)	2
	69. 초자체 관혈수술(硝子體 觀血手術)	1
	70. 망막박리증수술(網膜剝離症手術)	1
	71. Laser 냉동응고(冷凍凝固)에 의한 안구수술(眼球手術) 【수술개시일부터 60 일 이내 2 회 이상의 수술은 1 회의 수술로 간주하여 1 회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.】	1
	72. 안구절제(특정부위를 잘라 없애는 것)술 조직충전술(眼球摘除術, 組織充塡術)	2
	73. 안와종양적출술(眼窩腫瘍摘出術)	2
	74. 안근이식술(眼筋移植術)	1
감각기·청기의 수술 (感覺器·聽器의 手術)	75. 관혈적고막 고실형성술(觀血的鼓膜 鼓室型成術)	2
	76. 유양동삭개술(乳樣洞削開術)	1
	77. 중이(가운데귀)근본수술(中耳根本手術)	2
	78. 내이(속귀) 관혈수술(內耳 觀血手術)	2
	79. 청신경종양적출술(聽神經腫瘍 摘出術)	3
악성신생물(암)의 수술 (惡性新生物의 手術)	80. 악성신생물(암)근치수술(惡性新生物根治手術)	3
	81. 악성신생물(암)온열요법(惡性新生物溫熱療法) 【수술개시일부터 60 일 이내 2 회 이상의 수술은 1 회의 수술로 간주하여 1 회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반	1

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

수 술 종 류		등급
	복 지급이 가능합니다.】	
	82. 기타의 악성신생물(암)수술(惡性新生物手術)	2
상기이외의 수술 (上記 以外의 手術)	83. 상기이외의 개두술(開頭術)	2
	84. 상기이외의 개흉술(開胸術)	2
	85. 상기이후의 개복술(開腹術)	1
	86. 충격파(衝擊波)에 의한 체내결석파쇄술(體內結石破碎術) 【수술개시일부터 60 일 이내 2 회 이상의 수술은 1 회의 수술로 간주하여 1 회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.】	2
상기이외의 수술 (上記 以外의 手術)	87. Fiberscope 또는 혈관(血管) Basket Catheter 에 의한 뇌후 두 흉부 복부 장기수술(腦喉頭 가슴 배藏器手術) 【검사 처치는 포함하지 않음. 수술개시일부터 60 일 이내 2 회 이상의 수술은 1 회의 수술로 간주하여 1 회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.】	1
신생물근치 방사선조사 (新生物根治 放射線照射)	88. 신생물근치 방사선조사(新生物根治 放射線照射) 【5,000Rad 이상의 조사(照射)로 수술개시일부터 60 일 이내 2 회 이상의 수술은 1 회의 수술로 간주하여 1 회의 수술보험금을 지급하며 이후 동일한 기준으로 반복 지급이 가능합니다.	1

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

☞ **입원일당 (본인 - 선택 가입, 선택별 가입금액 상이)**

[보장내용 및 보장금액]	■ 피보험자가 보험기간 중에 상해 또는 질병으로 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원 포함)에 ***입원하여*** 치료를 받은 경우 1일 *2만원* 또는 *3만원* 180일 한도로 보상
[보험금 지급규정]	▶ 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]	▶ 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]	▶ 「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.
	◉ 이 보험의 적용에 있어 야기되는 진료수준 및 용어해석상의 모든 문제는 국민건강보험법 및 관계법령의 정하는 바에 따르기로 합니다.

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

☞ **암진단비 (본인 - 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

※ 전이암과 재발암은 보상에서 제외되니 이점 유념하시기 바랍니다.

[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

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

☞ **2대질병(급성심근경색, 뇌졸중) 진단비 (본인 - 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 후속심근경색증 급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증	I21 I22 I23
뇌졸중	지주막하 출혈 뇌내출혈 기타 비외상성 두개내 출혈 뇌경색(증) 뇌경색증을 유발하지 않는 뇌전 동맥의 폐쇄 및 협착 뇌경색증을 유발하지 않는 대뇌 동맥의 폐쇄 및 협착	I60 I61 I62 I63 I65 I66

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

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

[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

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

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

[보장내용 및 보장금액]

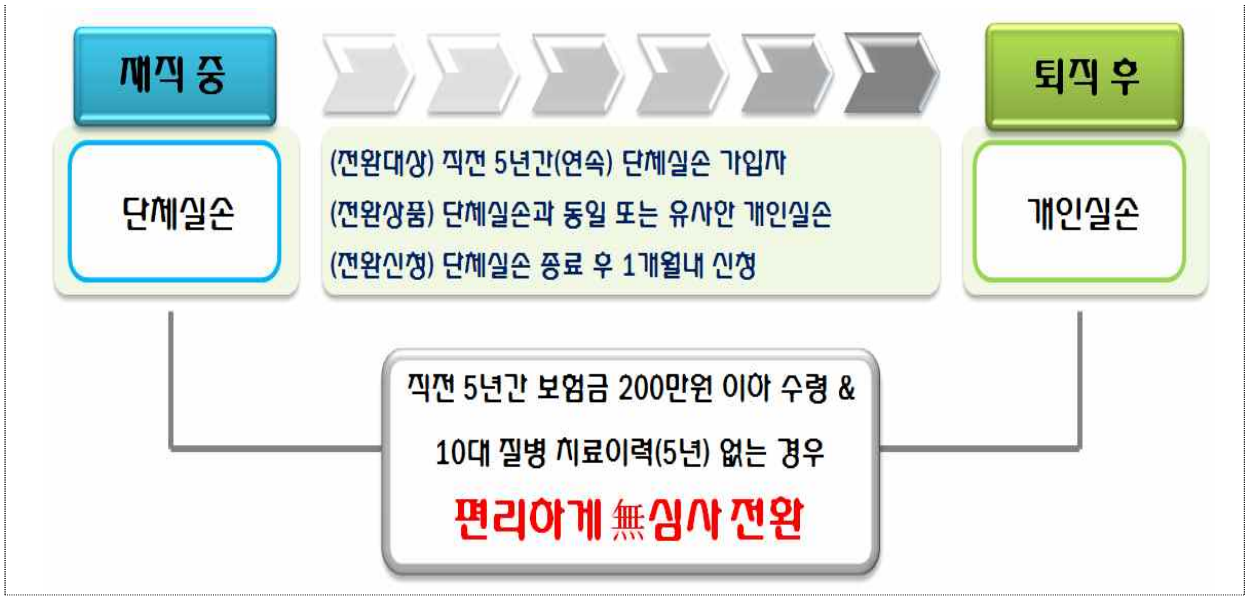
■ 보험개시일 이후 발생한 상해·질병으로 장해분류표에서 정한 각 장해에 해당하는 장해상태가 되었을 경우 해당 비율에 따라 보상합니다.

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

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

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.