

● 문답식 상품해설 (Q & A)

Q) [갱신형] 실손의료비는 무엇이고 운영은 어떻게 되나요?

A) [갱신형] 실손의료비는 최초 가입후 1년마다 갱신을 통해 최고 5년 까지 보장받을 수 있는 담보로, [갱신형] 실손의료비의 보험료는 매 1년마다 갱신할 때 나이증가 및 적용요율의 변동(의료비 상승, 위험률 변동, 비급여 의료이용량 등)에 따라 인상될 수 있으며, 자동갱신이 끝나는 날까지 변경된 보험료를 납입하여야 계약이 정상 유지됩니다.

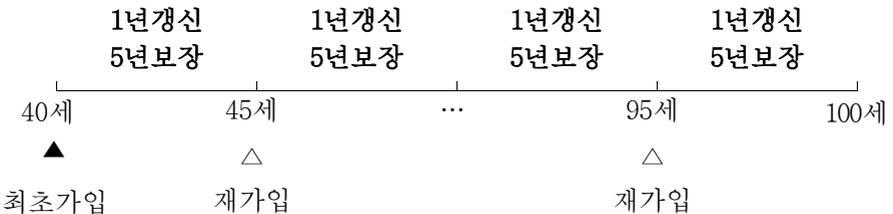
Q) 이 계약의 자동갱신 종료후에 재가입이 가능한가요?

재가입 조건은 어떻게 되나요?

A1) 예, 계약자는 이 계약의 자동갱신(최고 4회) 종료후에 재가입 시점에서 회사가 판매하는 실손의료보험 중에서 선택하여 재가입하실 수 있으며, 회사는 이를 거절할 수 없습니다. 다만, 재가입 시점의 표준약관을 적용하기 때문에 보장내용 및 보장금액 등은 변경될 수 있습니다.

A2) 또한, 재가입 주기(보장내용 변경주기)는 5년이며, 재가입을 통해 보장받을 수 있는 최대 기간은 보험나이 100세 계약해당일까지입니다.

< 재가입 예시 >



**Q) 비급여 보험료 차등제란 무엇인가요?**

A1) 보험계약을 갱신할 때, 갱신 전의 비급여 의료이용량에 따라 갱신 후의 특별약관 보험료를 5단계로 차등 적용하는 제도입니다.

구분	1단계 (할인)	2단계 (유지)	3단계 (할증)	4단계 (할증)	5단계 (할증)
할인/ 할증률	α% 할인	-	100% 할증	200% 할증	300% 할증
비급여 지급보험금	0원	100만원 미만	150만원 미만	300만원 미만	300만원 이상

주) 할인율(α%)은 할증 대상자들의 보험료 추가분을 재원으로 갱신시에 결정됩니다.

A2) 국민건강보험법 상 산정특례 대상 질환으로 인한 비급여의료비 및 노인장기요양보험법 상 장기요양대상자 중 1등급 또는 2등급으로 판정 받은 자에 대한 비급여의료비는 제외합니다.

※ 산정특례 대상자란 본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시)에 따른 중증질환(암, 뇌혈관질환, 심장질환 등), 희귀질환 및 중증난치질환, 결핵, 치매질환 등을 가진 건강보험가입자 및 피부양자를 말합니다.

**Q) 태아 가입시 보험료 납입에 대해 설명해 주세요.**

A1) 보험계약을 체결 할 때에 피보험자로 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 계약체결일부터 출생시점(출산 또는 분만 과정에서 보험금지급사유가 발생하는 경우 포함)까지의 기간을 보험기간으로 하여 아래의 보험료 납입기간동안 보험료를 추가로 부가합니다.

보험료 납입기간	가입나이	납입주기
전기납	태아	월납

- A2) 태아 가입시에는 자녀 출생후 피보험자 변경통지를 하셔야 하며, 출생한 자녀의 성별이 보험가입시와 다른 경우 성별에 따라 보험료를 정산한 후, 회사가 지급하여야 할 금액이 있을 때에는 이를 계약자께 지급하여 드리고 부족한 금액이 있을 때는 계약자께서 이를 회사에 납입하셔야 합니다.
- A3) 태아 가입시에는 자녀 출생후 피보험자 변경통지를 하셔야 하며, 출생일을 기준으로 출생 후 계약으로 전환됩니다. 단, 변경통지를 하지 않은 경우에는 출생예정일이 포함된 달의 다음달의 계약해당 일자에 출생 후 계약으로 자동전환됩니다.
- A4) 출생 이후의 보험료는 성별 및 적용요율의 변동(의료비 상승, 위험률 변동 등)에 따라 변경될 수 있으며 이 경우 계약자는 변경된 보험료를 납입하여야 합니다.
- A5) 회사는 상기 A2)에 따라 정산되는 보험료를 정산일까지 기간에 대하여 평균공사이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.