

무배당 삼성화재 다이렉트 실손의료비보험(2607.1)

[재가입계약용] 상품요약서

● 상품특성 및 전달정보



상품특성	전달정보		
	이 계약은 예금자보호법에 따라 예금보험공사가 보호합니다. 예금자보호 한도는 본 보험회사에 있는 모든 예금보호 대상 금융상품의 해약환급금(또는 만기 시 보험금)에 기타 지급금을 합한 금액이 1인당 "1억원까지"(본 보험회사의 여타 보호상품과 합산) 보호됩니다. 이와 별도로 본 보험회사 보호상품의 사고보험금을 합산한 금액이 1인당 "1억원까지" 보호됩니다. 단, 보험계약자 및 납부자가 법인인 계약은 보호되지 않습니다.		
	보장성보험이란, 만기시 환급금이 총 납입한 보험료를 초과하지 않는 보험을 말합니다.		저축성보험이란, 만기시 환급금이 총 납입한 보험료를 초과하는 보험을 말합니다.
	갱신형 상품은 갱신시점의 나이 및 위험률 변경 등에 따라 보험료가 변동될 수 있습니다.		유병자보험은 일반 보험상품보다 보험료가 비싸므로 건강한 일반인이 가입시 불리할 수 있습니다.

간편심사보험 [일반인 가입시 불리] 제한적 심사 	간편심사보험은 일반보험상품보다 보험료가 비싸므로 건강한 일반인이 가입시 불리할 수 있습니다.	실손형 담보 [중복가입 부적절] 비례 보상	실손형 담보는 2개 이상의 계약을 중복하여 가입하여도 실제 손해액을 한도로 각 계약이 비례분담하여 지급합니다.
---	--	---	--

● 문답식 상품해설 (Q & A)

Q) [갱신형] 실손의료비는 무엇이고 운영은 어떻게 되나요?

A1) [갱신형] 실손의료비는 최초 가입후 1년마다 갱신을 통해 최고 5년까지 보장받을 수 있는 담보로, [갱신형] 실손의료비의 보험료는 매1년마다 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.

A2) 재가입후 계약의 보장종목은 재가입전 계약과 동일합니다. 다만, 재가입전 계약과 재가입후 계약의 보장종목이 일치하지 않는 경우 회사가 정하는 기준에 따라 재가입됩니다.

Q) 재가입시 무사고 보험료 할인제도는 어떻게 적용되나요?

A1) 재가입전 계약이 '17년 4월 이후 계약일 경우, 재가입을 청약할 때에 재가입전 계약의 무사고 기간이 2년이 되는 경우에는 최초 보험기간(1년) 동안 무사고할인(10%)을 적용하여 드립니다.

A2) 만약 계약을 재가입하는 시점에 무사고할인이 적용되지 않으시더라도 재가입전 계약의 무사고기간을 인정하여 드리며, 재가입전 계약의 무사고기간과 5세대 실손으로 재가입한 이후의 무사고기간을 합산하여 총 2년이 충족되는 경우에는 다음 보험료 갱신시점부터 1년간 무사고할인(10%)을 받으실 수 있습니다.

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 보

장받을 수 있는 최대 기간은 보험나이 100세 계약해당일까지입니다.

Q) 비급여 보험료 차등제란 무엇인가요?

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

구분	1단계 (할인)	2단계 (유지)	3단계 (할증)	4단계 (할증)	5단계 (할증)
할인/ 할증률	$\alpha\%$ 할인	-	100% 할증	200% 할증	300% 할증
비중증 비급여 지급보험금	0원	0원 초과 ~ 100만원 미만	100만원 이상 ~ 150만원 미만	150만원 이상 ~ 300만원 미만	300만원 이상

주) 할인율($\alpha\%$)은 할증 대상자들의 보험료 추가분을 재원으로 갱신시에 결정됩니다.

A2) 「노인장기요양보험법」 상 장기요양대상자 중 1등급 또는 2등급으로 판정 받은 자에 대한 비중증 비급여의료비는 제외합니다.

A3) 2028년 5월 6일 이후 갱신도래계약부터 적용합니다. 다만, 단체(취급)계약은 적용하지 않습니다.

● 가입자격제한 등 상품별 특이사항

□ 가입자격제한

무배당 삼성화재 다이렉트 실손의료비보험(2607.1) [재가입계약용]
의 가입이 가능한 나이는 아래와 같습니다.

구 분		보험 기간	납입 기간	갱신 횟수	보장내용 변경주기	가입 나이
기 본 계 약	[갱신형] 급여 실손의료비(상해) [갱신형] 급여 실손의료비(질병)	1년	전기납	최대 4회	최대 5년	0세 ~ 99세
선 택 계 약	[갱신형] 중증 비급여 실손의료비 특별약관(상해) [갱신형] 중증 비급여 실손의료비 특별약관(질병) [갱신형] 중증 비급여 실손의료비 특별약관(3대) [갱신형] 비중증 비급여 실손의료비 특별약관(상해) [갱신형] 비중증 비급여 실손의료비 특별약관(질병) [갱신형] 비중증 비급여 실손의료비 특별약관(자기공명영상진단)	1년	전기납	최대 4회	최대 5년	0세 ~ 99세

☞ 이 상품은 피보험자의 직업, 직무, 기타사항으로 인해 보험가입금액 또는 보험료가 제한되거나 인수가 불가능할 수 있으며, 경우에 따라서는 건강진단 결과를 요구할 수도 있습니다.

☞ 기타 기본계약 및 선택계약의 가입과 운영에 관한 내용은 반드시 이 상품의 사업방법서를 확인하시기 바랍니다.

□ 상품구조

① 계약형태

보험기간	가입자격제한 참조
보험료 납입기간	
보험료 납입주기	

월납, 3개월납, 6개월납, 연납

② 만기환급금 : 없음

□ 상품의 특이사항

- ① 이 상품은 순수보장성 실손의료비보험으로 인터넷을 통해서만 가입이 가능합니다.
- ② 자동갱신 및 보험료 변동에 관한 사항은 아래에 정한 바와 같습니다.
 - 1) 실손의료보험은 손해율에 따라 매년 보험료가 변동됩니다.
 - 2) 회사는 갱신일 15일 전까지 변경된 보험료를 안내하며, 보험계약자가 갱신일 전일까지 보험료 변경에 대한 별도의 의사표시(갱신거절 및 계약해지 등)를 하지 않으면 계약은 자동으로 유지됩니다.
- ③ 재가입에 관한 사항은 아래에 정한 바와 같습니다.
 - 1) 재가입 주기(보장내용 변경주기)는 최대 5년이며, 5년을 주기로 보장하는 내용이 변경될 수 있습니다.
 - 2) 재가입은 최고 99세까지 가능하며, 보험나이 100세 계약해당일까지 보장받을 수 있습니다.
 - 3) 재가입 조건, 보장 범위, 자기부담금 등은 재가입 시점의 관련 법령 등에 따라 변경될 수 있습니다.
계약자는 재가입일을 기준으로 피보험자의 나이가 회사가 최초가입 당시 정한 재가입 나이의 범위 내이고 재가입 전 계약의 보험료 납입이 완료된 경우 기존 계약에 이어 재가입할 수 있습니다.
이때 회사는 기존계약 가입 후 발생한 상해 또는 질병을 사유로 가입을 거절할 수 없습니다.
 - 4) 이 계약의 자동갱신 종료 후 계약자가 재가입을 원하는 경우 계약자는 재가입 시점에서 회사가 판매하는 실손의료보험 상품으로 가입을 할 수 있으며, 회사는 이를 거절할 수 없습니다.
 - 5) 계약자는 회사로부터 보장내용 변경주기가 끝나는 날 이전까지 2회 이상 재가입 요건, 보장내용 변경내역, 보험료 수준, 재가입 절차 및 재가입 의사 여부를 확인하는 내용 등을 서면(등기우편 등), 전화(음성녹음), 전자문서, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 등으로 안내받고, 재가입의사를 전화(음성녹음), 직접 방문 또는 전자적 의사표시, 통신판매계약의 경우

통신수단을 통해 확인받게 됩니다. 이때 재가입안내와 재가입여부 확인 요청을 받은 계약자는 재가입 의사를 표시해야 합니다.

- 6) 회사가 계약자의 재가입 의사를 확인하지 못한 경우(계약자와의 연락두절로 회사의 안내가 계약자에게 도달하지 못한 경우 포함)에는 직전계약과 동일한 조건으로 보험계약이 연장됩니다. 다만, 보험계약의 연장일은 회사가 계약자의 재가입의사를 확인한 날(계약자 등이 회사에 보험금을 청구함으로써 계약자에게 연락이 닿아 회사가 계약자의 재가입 의사를 확인한 날 등) 또는 보험기간이 종료된 날로부터 1년 중 빠른 날까지로 합니다.
- 7) 6)에 따라 직전 계약과 동일한 조건으로 계약이 자동 연장된 경우, 계약자는 계약이 연장된 날부터 90일 이내에 그 계약을 취소할 수 있으며, 계약이 취소되면 회사는 계약이 연장된 날 이후 계약자가 납입한 보험료 전액을 돌려드립니다. 다만, 90일이 초과된 시점에 계약자가 재가입을 원하지 않는다는 의사를 표시하면 해당 시점부터 계약이 해지되며, 해당 시점을 기준으로 해약환급금을 지급합니다.
- 8) 계약자의 재가입 의사를 확인한 날, 기존 연장된 계약은 해지되며, 재가입을 원하는 때는 재가입 의사를 확인한 날 현재 판매 중인 상품으로 재가입 됩니다. 계약자의 재가입 의사가 확인되지 않는 경우에는 연장일이 종료되는 시점으로부터 계약은 해지됩니다.
- 9) 기타 재가입에 관한 절차는 회사가 정한 방법에 따릅니다.

● 보험금 지급사유, 지급금액 및 지급제한사항

□ 보험금 지급사유 및 지급금액

구분	지급사유	지급금액
상해 급여	상해로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원하여 급여치료를 받거나 급여 처방조제를 받은 경우 (매년 계약해당일부터 1년 단위로 가입금액 한도 내에서 보상)	아래 ①+②의 의료비를 보험가입금액 한도 내에서 보상 ① 입원실료, 입원제비용, 입원수술비 : 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료 급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금의 80%에 해당하는 금액 (단, 상해 및 질병급여 합산 본인부담금의 20%가 계약일 또는 매년 계약해당일부터 기산하여 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상) ② 외래제비용, 외래수술비, 처방조제비 : 통원 1회당(외래 및 처방조제 합산) 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금에서 공제금액을 뺀 금액을 통원 보험가입금액 한도 내에서 보상 ※ 공제금액 : 「병원규모별 공제금액」과 보상대상의료비의 20%, 보장대상의료비에 건강보험 본인부담률을 곱한 금액 중 큰 금액 * 병원규모별 공제금액 (세부구분은 약관 참조) - 병·의원 등 : 1만원 - 상급·종합병원 등 : 2만원 * 건강보험 본인부담률 : 진료비 및 약제비 계산서·영수증 상 '급여 일부 본인부담 항목의 급여 본인부담금'을 '급여 일부 본인부담 항목의 급여 본인부담금'과 '급여 공단부담금'의 합계액으로 나누어 산출한 값. 다만, 요양급여비용의 본인부담률이 100분의100 및 의료급여비용의 본인부담률이 100분의 100(전액본인부담)인 경우, 해당 금액은 건강보험 본인부담률 계산시 포함되지 않으며 통원시 보상하는 대상에서 제외됨

구분	지급사유	지급금액
질병 급여	질병으로 의료기관에 입원 또는 통원하여 급여 치료를 받거나 급여 처방조제를 받은 경우 (매년 계약해당일부터 1년 단위로 가입금액 한도 내에서 보상)	아래 ①+②의 의료비를 보험가입금액 한도 내에서 보상 ① 입원실료, 입원제비용, 입원수술비 : 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료 급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금의 80%에 해당하는 금액 (단, 상해 및 질병급여 합산 본인부담금의 20%가 계약일 또는 매년 계약해당일부터 기산하여 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상) ② 외래제비용, 외래수술비, 처방조제비 : 통원 1회당(외래 및 처방조제 합산) 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금에서 공제금액을 뺀 금액을 통원 보험가입금액 한도 내에서 보상 ※ 공제금액 : 「병원규모별 공제금액」과 보장대상의료비의 20%, 보장대상의료비에 건강보험 본인부담률을 곱한 금액 중 큰 금액 * 병원규모별 공제금액 (세부구분은 약관 참조) - 병·의원 등 : 1만원 - 상급·종합병원 등 : 2만원 * 건강보험 본인부담률 : 진료비 및 약제비 계산서·영수증 상 '급여 일부 본인부담 항목의 급여 본인부담금'을 '급여 일부 본인부담 항목의 급여 본인부담금'과 '급여 공단부담금'의 합계액으로 나누어 산출한 값. 다만, 요양급여비용의 본인부담률이 100분의100 및 의료급여비용의 본인부담률이 100분의 100(전액본인부담)인 경우, 해당 금액은 건강보험 본인부담률 계산시 포함되지 않으며 통원시 보상하는 대상에서 제외됨

주) 「국민건강보험법」에 따라 요양급여 또는 「의료급여법」에 따라 의료급여를 적용받지 못하는 경우에는 의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액(통원의 경우 본인이 실제로 부담한 금액에서 공제금액을 뺀 금액)의 40%를 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다.

구분	지급사유	지급금액
중증 상해 비급여	상해로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원하여 산정특례 대상 질환으로 인한 비급여 치료를 받거나 비급여 처방조제를 받은 경우 (3대 비급여 제외, 매년 계약해당일부터 1년 단위로 가입금액 한도 내에서 보상(단, 통원은 매년 계약해당일부터 1년간 100회 한도)))	아래 ①+②+③의 의료비를 보험가입금액 한도 내에서 보상 ① 입원실료, 입원제비용, 입원수술비 : 비급여 의료비의 70%에 해당하는 금액 주) 비급여 병실료 제외 (단, 상급종합병원·종합병원의 상해·질병 및 3대 비급여 의료비(3대 비급여 중 근골격계 이학요법치료·체외충격파치료 및 주사료 관련 비급여 의료비는 제외) 중 공제금액이 계약일 또는 매년 계약해당일부터 기산하여 연간 500만원을 초과하는 때에는 500만원까지 공제) ② 상급병실료 차액 : 비급여 병실료의 50% (단, 1일 평균금액 10만원 한도) ※ 1일 평균금액 : 비급여 병실료 전체를 총 입원일수로 나눈 금액 ③ 외래제비용, 외래수술비, 처방조제비 : 통원 1회당(외래 및 처방조제 합산) 비급여 의료비에서 공제금액을 뺀 금액을 통원 보험가입금액 한도 내에서 보상 ※ 공제금액 : 3만원과 보장대상의료비의 30% 중 큰 금액
중증 질병 비급여	질병으로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원하여 산정특례 대상 질환으로 인한 비급여 치료를 받거나 비급여 처방조제를 받은 경우 (3대 비급여 제외, 매년 계약해당일부터 1년 단위로 가입금액 한도 내에서 보상(단, 통원은 매년 계약해당일부터 1년간 100회 한도)))	아래 ①+②+③의 의료비를 보험가입금액 한도 내에서 보상 ① 입원실료, 입원제비용, 입원수술비 : 비급여 의료비의 70%에 해당하는 금액 주) 비급여 병실료 제외 (단, 상급종합병원·종합병원의 상해·질병 및 3대 비급여 의료비(3대 비급여 중 근골격계 이학요법치료·체외충격파치료 및 주사료 관련 비급여 의료비는 제외) 중 공제금액이 계약일 또는 매년 계약해당일부터 기산하여 연간 500만원을 초과하는 때에는 500만원까지 공제) ② 상급병실료 차액 : 비급여 병실료의 50% (단, 1일 평균금액 10만원 한도) ※ 1일 평균금액 : 비급여 병실료 전체를 총 입원일수로 나눈 금액 ③ 외래제비용, 외래수술비, 처방조제비 : 통원 1회당(외래 및 처방조제 합산) 비급여 의료비에서 공제금액을 뺀 금액을 통원 보험가입금액 한도 내에서 보상 ※ 공제금액 : 3만원과 보장대상의료비의 30% 중 큰 금액

중증 3대 비급여	상해 또는 질병의 치료목적 으로 의료기관에 입원 또는 통원하여 산정특례 대상 질환으로 인한 3대비급여 치료를 받은 경우 (매년 계약해당일부터 1년 단위로 보장별 가입금액 한도 내에서 보상)	아래의 의료비를 보장별 보험가입금액 한도 내에서 보상 ① 근골격계 이학요법치료 · 체외충격파치료 : 본인이 실제로 부담한 비급여 의료비에서 공제금액을 뺀 금액을 350만원 한도 내에서 50회까지 보상 ※ 공제금액 : 1회당 3만원과 보장대상의료비의 30% 중 큰 금액 ② 주사료 : 본인이 실제로 부담한 비급여 의료비에서 공제금액을 뺀 금액을 250만원 한도 내에서 50회까지 보상 ※ 공제금액 : 1회당 3만원과 보장대상의료비의 30% 중 큰 금액 ③ 자기공명영상진단 : 본인이 실제로 부담한 비급여 의료비에서 공제금액을 뺀 금액을 300만원 한도 내에서 보상 ※ 공제금액 : 1회당 3만원과 보장대상의료비의 30% 중 큰 금액
비중증 상해 비급여	상해로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원하여 산정특례 대상 질환이 아닌 질환으로 인한 비급여 치료를 받거나 비급여 처방조제를 받은 경우 (비급여 자기공명영상진단 제외, 매년 계약해당일부터 1년 단위로 가입금액 한도 내에서 보상(단, 통원은 매년 계약해당일부터 1년간 100일 한도))	아래 ①+②+③의 의료비를 보험가입금액 한도 내에서 보상 ① 입원실료, 입원제비용, 입원수술비 : 비급여 의료비의 50%에 해당하는 금액 주) 비급여 병실료 제외 (단, 병 · 의원에서 발생한 비급여 의료비는 1회당 300만원 한도) ② 상급병실료 차액 : 비급여 병실료의 50% (단, 1일 평균금액 10만원 한도) ※ 1일 평균금액 : 비급여 병실료 전체를 총 입원일수로 나눈 금액 ③ 외래제비용, 외래수술비, 처방조제비 : 통원 1일당(외래 및 처방조제 합산) 비급여 의료비에서 공제금액을 뺀 금액을 통원 보험가입금액 한도 내에서 보상 ※ 공제금액 : 5만원과 보장대상의료비의 50% 중 큰 금액

비중증 질병 비급여	질병으로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원하여 산정특례 대상 질환이 아닌 질환으로 인한 비급여 치료를 받거나 비급여 처방조제를 받은 경우 (비급여 자기공명영상진단 제외, 매년 계약해당일부터 1년 단위로 가입금액 한도 내에서 보상(단, 통원은 매년 계약해당일부터 1년간 100일 한도)))	아래 ①+②+③의 의료비를 보험가입금액 한도 내에서 보상 ① 입원실료, 입원제비용, 입원수술비 : 비급여 의료비의 50%에 해당하는 금액 주) 비급여 병실료 제외 (단, 병·의원에서 발생한 비급여 의료비는 1회당 300만원 한도) ② 상급병실료 차액 : 비급여 병실료의 50% (단, 1일 평균금액 10만원 한도) ※ 1일 평균금액 : 비급여 병실료 전체를 총 입원일수로 나눈 금액 ③ 외래제비용, 외래수술비, 처방조제비 : 통원 1일당(외래 및 처방조제 합산) 비급여 의료비에서 공제금액 을 뺀 금액을 통원 보험가입금액 한도 내에서 보상 ※ 공제금액 : 5만원과 보장대상의료비의 50% 중 큰 금액
비중증 비급여 자기공 명영상 진단	상해 또는 질병의 치료목적 으로 의료기관에 입원 또는 통원하여 산정특례 대상 질환이 아닌 질환으로 인한 비급여 치료를 위해 자기공명영상진단을 받은 경우(매년 계약해당일부터 1년 단위로 가입금액 한도 내에서 보상)	본인이 실제로 부담한 비급여 의료비에서 공제금액 을 뺀 금액을 200만원 한도 내에서 보상 ※ 공제금액 : 1회당 5만원과 보장대상의료비의 50% 중 큰 금액

주) 「국민건강보험법」에 따라 요양급여 또는 「의료급여법」에 따라 의료급여를 적용받지 못하는 경우에는 의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액(통원의 경우 본인이 실제로 부담한 금액에서 공제금액을 뺀 금액)의 40%를 연간 보험가입금액의 한도 내에서 보상합니다.

□ 보험금 지급제한사항

- ① 회사는 제1회 보험료를 받은 때부터 이 상품의 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 회사의 책임(보장)은 보험증권에 기재된 보험기간의 첫날에 시작합니다. 단, 제1회 보험료를 납입하기 전 사고에 대해서는 보상하지 않습니다.
 - ② 의료비를 보장하는 다수의 보험계약이 체결되어 있는 경우에는 약관에 따라 비례하여 보상합니다.
- ※ 위의 「다수의 보험계약」이란 우체국보험, 각종 공제, 상해·질병·간병보험 등 제3보험, 개인연금·퇴직보험 등 의료비를 실손으로 보상하는 보험 및 공제계약으로 합니다.
- ③ 주요 보상하지 않는 사항은 아래와 같습니다.

<급여>

구분	보상하지 않는 사항
공통	1. 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제) 2. 「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 따라 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제) 3. 간병비 4. 통원(외래 및 처방조제)하여 치료를 받은 경우 발생한 급여의료비 중 「국민건강보험법 시행규칙」 제16조 및 별표6에 따라 요양급여비용의 본인부담률이 100분의100(전액본인부담)인 의료비 및 「의료급여법 시행령」 제13조 및 별표1에 따라 의료급여비용의 본인부담률이 100분의 100(전액본인부담)인 의료비 5. 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(000~099)로 발생한 의료비. 다만, 보험가입일이 건강보험 임신출산 진료비 지급신청서(「임신출산 진료비 지급 등에 관한 기준」 별지 제1호서식)상 요양기관이 기재한 분만예정일로부터 280일 이전인 경우에는 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(000~099)와 관련한 치료에서 발생한 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 일부 본인부담금에 해당하는 의료비를 보상(단체보험 상품은 보험가입일이 분만예정일로부터 280일 이내인 경우

구분	보상하지 않는 사항
	에도 보상합니다)합니다. 다만, ‘26.5.6. 이후 체결된 계약을 같은 회사의 보험상품으로 전환하거나 재가입한 경우에는 종전 계약을 연장하는 것으로 보아 종전 계약의 보험가입일 기준으로 보상여부를 판단합니다. 6. 비급여의료비
상해	자동차보험(공제를 포함합니다)에서 보상받는 치료관계비(과실상계 후 금액을 기준으로 합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비(자동차보험 진료수가에 관한 기준 및 산재보험 요양급여 산정기준에 따라 발생한 실제 본인 부담의료비)는 제3조(보장종목별 보상내용) (1)상해급여 제1항, 제2항 및 제4항부터 제8항에 따라 보상합니다.
질병	1. 정신 및 행동장애(F04~F99). 다만, F04~F09, F20~F29, F30~F39, F40~F48, F51, F90~F98과 관련한 치료에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하는 의료비는 보상하며, 피보험자가 보험가입당시 태아인 경우에는 정신발달장애(F80~F89)와 관련한 치료에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하는 의료비도 18세까지 보상합니다. 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)으로 발생한 의료비 중 전액본인부담금 및 보험가입일로부터 2년 이내에 발생한 의료비. 다만, ‘21.7월 이후 체결된 계약을 같은 회사의 보험상품으로 전환하거나 재가입한 경우에는 종전 계약을 연장하는 것으로 보아 보험가입일을 적용합니다. 3. 선천성 뇌질환(Q00~Q04). 다만, 피보험자가 보험가입당시 태아인 경우에는 보상합니다. 4. 요실금(N39.3, N39.4, R32) 5. 성장호르몬제 투여에 소요된 비용으로 부담한 전액본인부담금 6. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비(산재보험 요양급여 산정기준에 따라 발생한 실제 본인 부담의료비)는 제3조(보장종목별 보상내용) (2)질병급여 제1항, 제3항부터 제8항에 따라 보상합니다. 7. 사람면역결핍바이러스(HIV) 감염으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV 감염은 해당 진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 보상합니다)

<중증 비급여>

구분	보상하지 않는 사항
공통	1. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용. 다만 약관상 보상하는 상해 또는 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 가.목 부터 다.목의 약제가 두 가지 이상 함께 사용된 경우(함께 사용된 약제중 어느 하나라도 상기 가.목 부터 다.목에 해당하지 않는 경우 제외) 2. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용 3. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료 재료의 구입 및 대체 비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 보상합니다. 4. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비 5. 「국민건강보험법」 제42조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비 6. 「응급의료에 관한 법률」 및 동법 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 동법 제26조 권역응급의료센터 또는 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료 7. 의료법령에 따라 보건복지부장관이 고시한 사용목적, 사용대상, 시술방법 등에 맞지 않게 사용된 다음 각 목의 의료기술 가. 「신의료기술의 안전성·유효성 평가결과 고시」 [별표1] 신의료기술의 안전성·유효성 평가 결과 고시(단, 목적 및 시술방법의 변경이 경미하여 새로운 신의료기술평가의 대상에 해당하지 않는 경우는 제외) 나. 「평가 유예 신의료기술 고시」 [별표] 평가 유예 신의료기술 다. 「신의료기술의 안전성·유효성 평가결과 고시」 [별표2] 제한적 의료기술 라. 「신의료기술의 안전성·유효성 평가결과 고시」 [별표

구분	보상하지 않는 사항
	3] 혁신의료기술 8. 「첨단재생의료 및 첨단바이오의약품 안전 및 지원에 관한 법률」 제12조의2에 따라 심의위원회에서 적합 통보를 받은 승인 범위를 벗어나 사용된 첨단재생의료 치료 9. 「신의료기술평가에 관한 규칙」 등에 의한 의료기술 재평가 실시 결과 “임상적 이득 대비 위험이 더 크거나 의학적 필요성, 임상적 요구도 및 활용도가 매우 낮다” 또는 “권고하지 않음”으로 평가되고 해당 평가 결과가 「보건의료기술진흥법」 제4장 및 관련 조항에 따라 설립된 한국보건의료연구원 홈페이지 등을 통해 공개된 지 2개월 이상 경과한 경우 10. 다음 각 목의 질환으로서 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우에 실시 또는 사용되는 치료로 인하여 발생한 비급여 의료비 가. 단순한 피로 또는 권태 나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환 다. 발기부전(impotence)·불감증 라. 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다) 마. 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis) 바. 검열반 등 안과질환 사. 그 밖에 일상생활에 지장이 없는 경우로 국민건강보험 비급여 대상에 해당하는 치료 11. 다음 각 목의 진료로서 신체의 필수 기능 개선 목적이 아닌 경우에 실시 또는 사용되는 치료로 인하여 발생한 비급여 의료비 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 성형수술(윤비술), 유방 확대(다만, 유방암 환자의 환측 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살 제거술 등 미용목적의 성형수술과 그로 인한 후유증치료 나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술 다. 치과교정 라. 씹는 기능 및 발음 기능의 개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 턱얼굴(악안면)교정술 마. 관절운동 제한이 없는 반흔구축성형술 등 외모개선 목적의 반흔제거술 바. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민

구분	보상하지 않는 사항
	건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다) 사. 질병 치료가 아닌 단순히 키 성장(성장촉진)을 목적으로 하는 진료 아. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술 자. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여 대상에 해당하는 치료 12. 다음 각 목의 예방진료로서 질병·부상의 진료를 직접목적으로 하지 아니하는 경우에 실시 또는 사용으로 인하여 발생한 비급여 의료비 가. 본인의 희망에 의한 건강검진(다만, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 추가 의료비용은 보상합니다) 나. 예방접종(과상풍 혈청주사 등 치료목적으로 사용하는 예방주사 제외) 다. 그 밖에 예방진료로서 국민건강보험 비급여 대상에 해당하는 치료 13. 그 밖에 다음 각 목의 진료로 인해 발생한 비급여 의료비 가. 친자확인을 위한 진단 나. 불임검사, 불임수술, 불임복원술 다. 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다) 라. 인공유산에 든 비용(다만, 회사가 보상하는 상해 또는 질병으로 임신상태를 유지하기 어려워 의사의 권고에 따라 불가피하게 시행한 경우는 제외) 14. 급여의료비
상해	1. 치과치료(K00~K08, 다만 안면부 골절로 발생한 의료비는 치아관련 치료를 제외하고 보상합니다)·한방치료(다만, 「의료법」 제2조에 따른 한의사를 제외한 ‘의사’의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 보상합니다) 2. 자동차보험(공제를 포함합니다)에서 보상받는 치료관계비(과실상계 후 금액을 기준으로 합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비(자동차보험 진료수가에 관한 기준 및 산재보험 요양급여 산정기준에 따라 발생한 실제 본인 부담의료비)는 제3조(보장종목별 보상내용) (1)상해 비급여 제1항부터 제7항에 따라 보상합니다.

구분	보상하지 않는 사항
질병	1. 정신 및 행동장애(F04~F99) 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98) 3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원 또는 통원한 경우(000~099) 4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04) 5. 비만(E66) 6. 요실금(N39.3, N39.4, R32) 7. 직장 또는 항문 질환(K60~K62, K64) 8. 치과치료(K00~K08) 및 한방치료(다만, 「의료법」 제2조에 따른 한의사를 제외한 ‘의사’의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 보상합니다) 9. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비(산재보험 요양급여 산정기준에 따라 발생한 실제 본인 부담의료비)는 제3조(보장종목별 보상내용) (2)질병비급여 제1항부터 제7항에 따라 보상합니다. 10. 사람면역결핍바이러스(HIV) 감염으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV 감염은 해당 진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 보상합니다)
3대	1. 정신 및 행동장애(F04~F99) 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98) 3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원 또는 통원한 경우(000~099). 다만, 회사가 보상하는 상해로 인하여 입원 또는 통원한 경우에는 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다. 4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04) 5. 비만(E66) 6. 요실금(N39.3, N39.4, R32) 7. 직장 또는 항문 질환 중 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 부분(K60~K62, K64) 8. 치과치료(K00~K08, 다만, 안면부 골절로 발생한 의료비는 치아관련 치료를 제외하고 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다)·한방치료(다만, 「의료법」 제2조에 따른 한의사를 제외한 ‘의사’의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다) 9. 자동차보험(공제를 포함합니다)에서 보상받는 치료관계비(과실상계 후 금액을 기준으로 합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비(자동차보험 진료수가에

구분	보상하지 않는 사항
	관한 기준 및 산재보험 요양급여 산정기준에 따라 발생한 실제 본인 부담의료비)는 제3조(보장종목별 보상내용) (3)3대 비급여 제1항부터 제7항에 따라 보상합니다. 10. 사람면역결핍바이러스(HIV) 감염으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV 감염은 해당 진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다)

<비중증 비급여>

구분	보상하지 않는 사항
공통	- 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용. 다만 약관상 보상하는 상해 또는 질병을 치료함에 있어 아래 각목에 해당하는 경우는 치료 목적으로 보아 보상합니다. - 약사법령에 의하여 약제별 허가사항 또는 신고된 사항(효능/효과 및 용법/용량 등)대로 사용된 경우 - 요양급여 약제가 관련 법령 또는 고시 등에서 정한 별도의 적용기준대로 비급여 약제로 사용된 경우 - 요양급여 약제가 관련 법령에 따라 별도의 비급여사용승인 절차를 거쳐 그 승인 내용대로 사용된 경우 - 상기 가.목 부터 다.목의 약제가 두 가지 이상 함께 사용된 경우(함께 사용된 약제중 어느 하나라도 상기 가.목 부터 다.목에 해당하지 않는 경우 제외) - 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용 - 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료 재료의 구입 및 대체 비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 보상합니다. - 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비 「국민건강보험법」 제42조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비 「응급의료에 관한 법률」 및 동법 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 동법 제26조 권역응급의료센터 또는 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료 「신의료기술평가에 관한 규칙」 제3조제13항제1호에 따라 안전성 및 유효성이 있는 신의료기술로서 보건복지부장관이 고시('신의료기술의 안전성·유효성 평가결과 고시')하였으나, 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제11조제1항 또는 제13조제1항에 따라 요양급여대상 또는 비급여대상으로 결정·고시되기 전까지의 행위·치료재료와 관련하여 소요된 비용 「신의료기술평가에 관한 규칙」 제3조제13항제2호에 따른 제한적 의료기술과 관련하여 소요된 비용 「신의료기술평가에 관한 규칙」 제3조제13항제3호에 따른 혁신의료기술과 관련하여 소요된 비용

구분	보상하지 않는 사항
	10. 「신의료기술평가에 관한 규칙」 제2조에 따른 평가 유예 신의료기술 및 즉시진입의료기술 등과 관련하여 소요된 비용 11. 「첨단재생의료 및 첨단바이오의약품 안전 및 지원에 관한 법률」 제2조에 따른 첨단재생의료와 관련하여 소요된 비용 12. 「의료법」 제53조에 따른 신의료기술이 관련 법령상 인정 받은 사용대상, 목적 및 시술방법에 맞지 않게 사용된 경우(단, 목적 및 시술방법의 변경이 경미하여 새로운 신의료기술평가의 대상에 해당하지 않는 경우는 제외) 13. 항암제, 항생제, 희귀의약품을 제외한 주사치료시 사용된 행위, 약제 및 치료재료대와 관련하여 소요된 비용 14. 근골격계 이학요법치료 치료행위에 수반된 일체의 의료비(행위료, 치료재료대, 약제 및 주사비 등) 15. 체외충격과 치료행위에 수반된 일체의 의료비(행위료, 치료재료대, 약제 및 주사비 등) 16. 「신의료기술평가에 관한 규칙」 등에 의한 의료기술 재평가 실시 결과 “임상적 이득 대비 위험이 더 크거나 의학적 필요성, 임상적 요구도 및 활용도가 매우 낮다” 또는 “권고하지 않음” 으로 평가되고 해당 평가 결과가 「보건의료기술 진흥법」 제4장 및 관련 조항에 따라 설립된 한국보건의료연구원 홈페이지 등을 통해 공개된 지 2개월 이상 경과한 경우 17. 다음 각 목의 질환으로서 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우에 실시 또는 사용되는 치료로 인하여 발생한 비급여 의료비 가. 단순한 피로 또는 권태 나. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상모반 등 선천성 비신생물성모반(Q82.5)은 보상합니다), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환 다. 발기부전(impotence)·불감증 라. 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다) 마. 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis) 바. 검열반 등 안과질환 사. 그 밖에 일상생활에 지장이 없는 경우로 국민건강보험 비급여 대상에 해당하는 치료 18. 다음 각 목의 진료로서 신체의 필수 기능 개선 목적이 아닌 경우에 실시 또는 사용되는 치료로 인하여 발생한 비급여 의료비 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 성형수술(윤비술), 유방 확대(다만, 유방암 환자의 환축 유방재건술은 보상합니다) ·

구분	보상하지 않는 사항
	축소술, 지방흡입술, 주름살 제거술 등 미용목적의 성형 수술과 그로 인한 후유증치료 나. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술 다. 치과교정 라. 씹는 기능 및 발음 기능의 개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 턱얼굴(악안면)교정술 마. 관절운동 제한이 없는 반흔구축성형술 등 외모개선 목적의 반흔제거술 바. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다) 사. 질병 치료가 아닌 단순히 키 성장(성장촉진)을 목적으로 하는 진료 아. 외모개선 목적의 다리정맥류 수술 자. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여 대상에 해당하는 치료 19. 다음 각 목의 예방진료로서 질병·부상의 진료를 직접목적으로 하지 아니하는 경우에 실시 또는 사용으로 인하여 발생한 비급여 의료비 가. 본인의 희망에 의한 건강검진(다만, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 추가 의료비용은 보상합니다) 나. 예방접종(과상풍 혈청주사 등 치료목적으로 사용하는 예방주사 제외) 다. 그 밖에 예방진료로서 국민건강보험 비급여 대상에 해당하는 치료 20. 그 밖에 다음 각 목의 진료로 인해 발생한 비급여 의료비 가. 친자확인을 위한 진단 나. 불임검사, 불임수술, 불임복원술 다. 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다) 라. 인공유산에 든 비용(다만, 회사가 보상하는 상해 또는 질병으로 임신상태를 유지하기 어려워 의사의 권고에 따라 불가피하게 시행한 경우는 제외) 마. 그 밖에 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제11조제1항 또는 제13조제1항에 따라 요양급여대상 또는 비급여대상으로 결정·고시되지 않았음에도 불구하고 「국민건강보험법」, 「의료법」, 「약사법」, 「첨단재생의료 및 첨단바이오의약품 안전 및 지원에 관한 법률」,

구분	보상하지 않는 사항
	「장기등 이식에 관한 법률」, 「마약류 관리에 관한 법률」, 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」이 아닌 타 법령에 근거하여 「국민건강보험 요양급여 기준에 관한 규칙」 별표2에서 비급여대상으로 정하고 있는 치료와 관련하여 소요된 비용 21. 급여의료비
상해	1. 치과치료(K00~K08, 다만 안면부 골절로 발생한 의료비는 치아관련 치료를 제외하고 보상합니다)·한방치료(다만, 「의료법」 제2조에 따른 한의사를 제외한 ‘의사’의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 보상합니다) 2. 자동차보험(공제를 포함합니다)에서 보상받는 치료관계비(과실상계 후 금액을 기준으로 합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비(자동차보험 진료수가에 관한 기준 및 산재보험 요양급여 산정기준에 따라 발생한 실제 본인 부담의료비)는 제3조(보장종목별 보상내용) (1)상해비급여 제1항부터 제5항에 따라 보상합니다.
질병	1. 정신 및 행동장애(F04~F99) 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98) 3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원 또는 통원한 경우(O00~O99) 4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04) 5. 비만(E66) 6. 요실금(N39.3, N39.4, R32) 7. 직장 또는 항문 질환(K60~K62, K64) 8. 치과치료(K00~K08) 및 한방치료(다만, 「의료법」 제2조에 따른 한의사를 제외한 ‘의사’의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 보상합니다) 9. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비(산재보험 요양급여 산정기준에 따라 발생한 실제 본인 부담의료비)는 제3조(보장종목별 보상내용) (2)질병비급여 제1항부터 제4항에 따라 보상합니다. 10. 사람면역결핍바이러스(HIV) 감염으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV 감염은 해당 진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 보상합니다)

구분	보상하지 않는 사항
비급여 자기공 명영상 진단	1. 정신 및 행동장애(F04~F99) 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98) 3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원 또는 통원한 경우(000~099). 다만, 회사가 보상하는 상해로 인하여 입원 또는 통원한 경우에는 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다. 4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04) 5. 비만(E66) 6. 요실금(N39.3, N39.4, R32) 7. 직장 또는 항문 질환 중 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 부분(K60~K62, K64) 8. 치과치료(K00~K08, 다만, 안면부 골절로 발생한 의료비는 치아관련 치료를 제외하고 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상하며, K00-K08과 무관한 질병으로 인한 의료비는 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다)·한방치료(다만, 「의료법」 제2조에 따른 한의사를 제외한 ‘의사’의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다) 9. 자동차보험(공제를 포함합니다)에서 보상받는 치료관계비(과실상계 후 금액을 기준으로 합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비(자동차보험 진료수가에 관한 기준 및 산재보험 요양급여 산정기준에 따라 발생한 실제 본인 부담의료비)는 제3조(보장종목별 보상내용) (3)비급여 자기공명영상진단 제1항부터 제6항에 따라 보상합니다. 10. 사람면역결핍바이러스(HIV) 감염으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV 감염은 해당 진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다)

※ 기타 보상하지 않는 사항은 반드시 약관을 참조하시기 바랍니다.

- ④ 보험금을 지급하지 않는 사유 등 기타 세부적인 사항은 기본계약 및 선택계약 내용에 따라 보험금의 지급이 제한될 수 있습니다.

● 보험료 산출기초

□ 보험료 구성

보험계약자가 납입하는 보험료는 보험사고 발생시 보험금 지급을 위한 위험보험료와 보험회사의 사업경비를 위한 부가보험료 등으로 구성됩니다.

□ 예정이율

예정이율이란?

보험회사는 장래의 보험금 지급을 대비하여 계약자가 납입한 보험료를 적립해 두는데 보험료 납입시점과 보험금 지급시점에는 시차가 발생하게 됩니다. 이 기간동안 보험회사는 적립된 금액을 운용할 수 있으므로 운용에 따라 기대되는 수익을 미리 예상하여 일정한 비율로 보험료를 할인해 주는데, 이러한 할인을 "예정이율"이라고 합니다. 일반적으로 예정이율이 높으면 보험료는 내려가고, 낮으면 보험료는 올라갑니다.

이 보험상품의 예정이율은 연단위 복리 2.75%입니다.

□ 예정위험률

예정위험률이란?

과거 일정기간 동안 발생한 보험사고 통계를 기초로 앞으로 사고가 일어날 확률을 예측한 수치를 뜻합니다.

특히 한 개인이 특정 시점에 사망하거나 질병에 걸리는 등의 일정한 확률을 예측하여 보험료 산출에 적용하며, 일반적으로 예정위험률이 높으면(낮으면) 보험료가 올라(내려)갑니다.

<예정위험률 예시>

(기본계약(급여 상해 5000만원, 급여 질병 5000만원), 상해1급, 40세 기준)

보장명	예정위험률	
	남자	여자
[갱신형] 급여 실손의료비(상해)	10,517	5,139
[갱신형] 급여 실손의료비(질병)	54,733	73,992

□ 예정사업비율

예정사업비율이란?

보험회사가 보험계약의 체결, 유지 및 관리하는데 필요한 각종 경비를 예상하여 보험료 중 일부를 사업비로 책정하는데, 이때 보험료 가운데 사업비가 차지하는 비중을 뜻합니다.

● 보험가격지수

□ 보험가격지수

- 산출식 : “영업보험료 ÷ (참조순보험료 + 상품군별 평균사업비) × 100”

보험가격지수란?

해당상품의 보험료총액(보험금 지급을 위한 보험료 및 보험회사의 사업경비 등을 위한 보험료)을 참조순보험료 총액*과 평균사업비총액**을 합한 금액으로 나눈 비율을 "보험가격지수"라고 합니다.

* 평균공시이율, 평균해지율 및 참조 순보험요율을 적용하여 산출한 보험금 지급을 위한 보험료

** 상품군별로 손해보험상품 전체의 평균사업비율을 반영하여 계산(역산)한 값

<보험가격지수 예시>

(가입연령 40세 남자·여자, 상해 1급,
상해급여 입·통원 합산 연간 5,000만원 한도(단, 통원 회당 20만원 한도),
질병급여 입·통원 합산 연간 5,000만원 한도(단, 통원 회당 20만원 한도),
특별약관1 상해비급여 입·통원 합산 연간 5,000만원 한도
(단, 통원 회당 20만원(연간 100회) 한도),
특별약관1 질병비급여 입·통원 합산 연간 5,000만원 한도
(단, 통원 회당 20만원(연간 100회) 한도),
특별약관1 3대비급여(비급여 근골격계 이학요법치료·제외충격파치료
연간 350만원(50회 한도),
비급여 주사료 연간 250만원(50회 한도),
비급여 자기공명영상진단 연간 300만원,
특별약관2 상해비급여 입·통원 합산 연간 1,000만원 한도
(단, 통원 일당 20만원(연간 100일) 한도),
특별약관2 질병비급여 입·통원 합산 연간 5,000만원 한도
(단, 통원 일당 20만원(연간 100일) 한도),

특별약관2 비급여 자기공명영상진단 연간 200만원,
1년 만기, 1년 납, 비급여 요율상대도(보험료 할인·할증) 미적용)

남자(%)	여자(%)
96.2	96.2

● 계약자배당에 관한 사항

- ☐ 무배당 삼성화재 다이렉트 실손의료비보험(2607.1) [재가입계약용]은 무배당 상품으로서 배당을 하지 않습니다. 그러나, 무배당 상품은 배당상품에 비해 보험료가 상대적으로 저렴합니다.

● 해약환급금에 관한 사항

- ☐ 이 보험은 매년 새롭게 산출된 보험료를 납입하는 보험기간이 1년인 상품으로 중도해지하는 경우 해약환급금이 없습니다. 다만, 보험료 납입 주기가 월납이 아닌 경우 미경과 보험료를 지급하여 드릴 수 있습니다.

- ☐ 경과기간별 납입보험료 및 해약환급금 비교

- 가입기준 : 남자 40세, 상해1급, 1년만기, 전기월납(1년갱신)
 - 기본계약 : [갱신형] 급여 실손의료비(상해) 5,000만원
[갱신형] 급여 실손의료비(질병) 5,000만원
 - 선택계약 : [갱신형] 중증 비급여 실손의료비(상해) 5,000만원
[갱신형] 중증 비급여 실손의료비(질병) 5,000만원
[갱신형] 중증 비급여 실손의료비(3대)
(근골격계이학요법치료·체외충격파치료 350만원,
주사료 250만원, 자기공명영상진단 300만원)
[갱신형] 비중증 비급여 실손의료비(상해) 1,000만원
[갱신형] 비중증 비급여 실손의료비(질병) 1,000만원
[갱신형] 비중증 비급여 자기공명영상진단 200만원
- ※ 무사고할인 및 비급여 요율상대도 미적용

(단위 : 원)

경과기간	납입보험료	해약환급금
1년도	164,856	-
2년도	333,672	-
3년도	507,204	-
4년도	688,260	-
5년도	879,732	-

주) 상기 납입보험료 및 해약환급금은 최초 가입시점의 적용요율을 기준으로

연령 증가분만을 고려한 보험료로써, 향후 매1년마다 갱신시 적용요율의 변동(의료비 상승, 위험률 변동, 비급여 의료이용량 등)에 따라 달라질 수 있습니다.

상품요약서는 상품의 주요내용만을 요약한 자료이며, 보다 구체적인 상품내용은 무배당 삼성화재 다이렉트 실손의료비보험(2607.1) [재가입계약용]의 보험약관을 참조하시기 바랍니다.