

상품요약서

이 상품요약서는 보험약관 등 「삼성 간편실손의료비보장보험(2401)(기본형,갱신형,무배당)」의 기초 서류에 기재된 주요내용을 요약한 것이므로 구체적인 내용은 반드시 보험약관 등을 참조하시기 바랍니다.

상품의 특이사항

Q	이 상품의 의료급여 수급권자 보험료 할인에 관한 사항은 어떻게 되나요?
A	<p>1) 적용대상</p> <ul style="list-style-type: none"> - 계약자 또는 피보험자가 계약 청약시 또는 보험기간 중에 피보험자가 의료급여법상 의료급여 수급권자(이하 “수급권자”라 합니다)임을 증명할 수 있는 서류를 제출한 경우에 한하여 적용합니다. <p>2) 보험료 할인</p> <ul style="list-style-type: none"> - 회사는 피보험자가 수급권자 자격취득일 이후 최초로 도래하는 납입기일부터 판매유형별 영업보험료의 5%를 할인하여 영수합니다. 다만, 피보험자가 수급권자의 자격을 상실한 경우에는 회사는 수급권자의 자격을 상실한 날부터 할인되지 않은 영업보험료를 적용합니다.

Q	이 상품의 갱신은 어떻게 이루어 지나요?
A	<ul style="list-style-type: none"> - 보험계약자가 계약의 보험기간 만료일 15일전까지 갱신하지 않겠다는 의사표시를 하지 않으면 갱신됩니다. - 이 계약은 1년 단위로 갱신되며, 갱신시마다 보험나이 증가 및 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률) 등의 변동에 따라 갱신시 보험료가 변동(특히, 인상)될 수 있습니다. - 이 계약의 보험기간 만료일은 피보험자의 「최초(갱신)계약 가입나이+1」세 계약해당일의 전일을 말하며, 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 피보험자의 「최초(재)가입나이 + 보장내용 변경주기」세 계약해당일의 전일로 합니다.

Q	이 상품의 재가입에 관한 사항은 어떻게 되나요?
A	<p>1) 보장내용 변경주기관 계약의 보장내용[보장내용 및 범위 등 (이하 "보장내용"이라 합니다)]이 관련 법령, 금융위원회의 명령, 표준약관 등에 따라 변경될 수 있는 주기를 말하며 3년으로 합니다. 다만, 재가입할 때 피보험자의 100세 계약해당일 전일까지의 남은 기간이 3년 미만일 경우 그 남은 기간을 보장내용 변경주기로 합니다. 보장내용 변경주기 만료일은 「최초(재)가입나이 + 보장내용 변경주기」세 계약해당일의 전일로 합니다.</p> <p>2) 회사는 최초가입시 계약자에게 보장내용 변경주기 만료일 이후 재가입할 때 인수조건(재가입가능 최고연령 등)을 설명해야 하고, 이 계약의 재가입 시점에 관련 법령, 금융위원회의 명령, 표준약관 등에 따라 보장내용이 변경될 수 있음을 안내합니다. 특히, 재가입 시점에 보장내용이 축소될 수 있음을 안내합니다.</p> <p>3) 계약이 다음 각 호의 조건을 충족하고 계약자가 재가입 의사를 표시한 때에는 약관 제 15조(보험계약의 성립) 및 제17조(약관 교부 및 설명의무 등)의 조항을 준용하여 회사가 정한 절차에 따라 계약자는 기존 계약에 이어 재가입 할 수 있으며, 이 경우 회사는 기존계약의 가입 이후 발생한 손해 또는 질병을 사유로 가입을 거절할 수 없습니다.</p> <p>1. 재가입일에 있어서 피보험자의 나이가 회사가 최초가입 당시 사업방법서에서 정한 나이의 범위 내일 것</p> <p>2. 재가입 전 계약의 보험기간 만료일까지 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것</p> <p>4) 이 계약의 보장내용 변경주기 만료일 이후 계약자가 재가입을 원하는 경우 계약자는 재가입 시점에서 회사가 판매하는 간편가입 실손의료보험 상품으로 가입을 할 수 있으며, 회사는 이를 거절할 수 없습니다.</p> <p>5) 재가입 계약의 보험료는 재가입일(갱신계약의 경우는 갱신일) 현재의 보험요율(상해입원형 및 상해통원형의 경우 피보험자의 직업 또는 직무 위험등급에 따라 산출된 보험요율을 말 합니다)을 적용하고, 그 보험요율은 나이의 증가, 의료수가의 변동, 위험률의 변동, 재가입시 보장내용 변경 등의 사유로 인하여 변동(특히, 인상) 될 수 있습니다.</p> <p>6) 회사는 보장내용 변경주기가 끝나는 날 이전까지 2회 이상에 걸쳐 계약자에게 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 안내하며, 회사는 계약자의 재가입의사를 전화(음성녹음), 직접 방문 또는 전자적 의사표시, 통신판매계약의 경우 통신수단을 통해 확인합니다.</p> <p>7) 계약자는 '6)'에 따른 재가입안내와 재가입여부 확인 요청을 받은 경우 재가입 의사를 표시하여야 합니다.</p> <p>8) '6)' 및 '7)'에도 불구하고, 회사가 계약자의 재가입 의사를 확인하지 못한 경우(계약자와의 연락두절로 회사의 안내가 계약자에게 도달하지 못한 경우 포함)에는 직전 계약과 동일한 조건으로 보험계약을 연장합니다.</p> <p>9) '8)'에 따라 직전 계약과 동일한 조건으로 자동 연장된 경우 계약자는 그 연장된 날로부터 90일 이내에 그 계약을 취소할 수 있으며, 회사는 연장된 날 이후 계약자가 납입한 보험료 전액을 환급합니다.</p> <p>10) '8)'에 따라 직전 계약과 동일한 조건으로 자동 연장된 경우 보험계약의 연장일은 회사가 계약자의 재가입의사를 확인한 날(계약자 등이 회사에 보험금을 청구함으로써 계약자에게 연락이 닿아 회사가 계약자의 재가입의사를 확인한 날 등)까지로 합니다. 계약자의 재가입 의사가 확인된 경우에는 '3)'에서 정한 절차에 따라 회사가 재가입 의사를 확인한 날에 판매중인 상품으로 다시 재가입하는 것으로 하며, 기존 계약은 해지됩니다. 다만, 계약자가 재가입을 원하지 않는 경우에는 해당 시점으로부터 계약은 해지됩니다.</p> <p>11) '8)'에 따라 직전 계약과 동일한 조건으로 자동 연장된 경우 계약자는 회사에 재가입 의사를 표시할 수 있습니다. 회사는 계약자의 재가입 의사가 확인되었을 때에는 3)에서 정한 절차에 따라 회사가 재가입 의사를 확인한 날에 판매중인 상품으로 재가입하는 것으로 하며, 기존 계약은 해지됩니다.</p> <p>12) '10)' 또는 '11)'에 따라 계약이 해지된 경우 회사는 약관 제 33조(해약환급금)의 조항에 따른 금액을 계약자에게 지급합니다.</p>

Q	실손의료보험에 관한 사항은 어떻게 되나요?
A	<p>1) 이 보험은 약관에서 정한 일정한 금액을 보장하는 정액보험과는 달리 실손의료비를 보상하는 상품으로서 실제로 지불한 의료비 중 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금'과'비급여'를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액)에 대해 일정부분을 보상해 드리는 상품입니다. 다만, 이 약관에서 정한 보상하지 않는 사항에서 발생한 의료비는 보장되지 않습니다. 자세한 내용은 약관을 참조하시기 바랍니다.</p> <p>2) 다수보험이란 실손 의료보험계약이 동시에 또는 순차적으로 2개이상 체결되었고, 그 계약이 동일한 보험사고에 대하여 각 계약별 보장책임액이 있는 여러 개의 실손 의료보험계약을 말합니다.</p> <p>다수보험의 경우 각 계약의 보장대상의료비 및 보장책임액에 따라 아래와 같이 계산된 각 계약의 비례분담액을 지급합니다. 자세한 내용은 해당약관의 다수보험의 처리 조항을 참고하시기 바랍니다.</p> <p>각 계약별 비례분담액 = (각 계약의 보장대상 의료비 중 최고액 - 각 계약의 피보험자부담 공제금액 중 최소액) × 각 계약별 보장책임액 / 각 계약별 보장책임액을 합한 금액</p>

보험가입자격요건

1. 보험종류

삼성 간편실손의료비보장보험(2401)(기본형, 갱신행, 무배당)

2. 보험기간, 보장내용 변경주기

- 보험기간 1년, 보장내용 변경주기 3년
(단, 재가입시 피보험자의 100세 계약해당일 전일까지의 남은 기간이 3년 미만일 경우 그 남은 기간을 보장내용 변경주기로 함)

3. 보험료 납입기간: 전기납

4. 보험료 납입주기: 월납, 3개월납, 6개월납, 연납

[단, 상해입원형 및 상해통원형의 경우 월납 및 3개월납은 「질병입원형 또는 질병통원형」과
동시 가입하는 경우에 한하여 가입이 가능]

5. 가입나이

- 최초가입 5~75세, 재가입 8~99세, 갱신계약 6~99세
※ 만나이가 아닌 나이는 보험나이입니다. 보험나이에 대한 설명은 약관을 참고하시기
바랍니다.

6. 직업 또는 직무 위험등급별 위험지수 적용 대상

주보험 [상해입원형/상해통원형]

7. 건강진단 여부

이 보험의 경우 기존 다른 보험상품의 가입유무, 나이, 청약서의 계약 전 알릴의무 사항에 따라
건강진단을 시행할 수 있으며, 그 결과에 따라 보험가입 가능여부를 판정할 수 있습니다.

보험금 지급사유 및 지급제한사항

1. 상품의 구성

주계약	삼성 간편실손의료비보장보험(2401)(기본형, 갱신형, 무배당)
제도성특약	지정대리청구서비스특약 이륜자동차 및 원동기장치 자전거 운전·탑승부담보특약 장애인전용보험전환특약

2. 보험금 지급사유

아래의 내용은 보험금 지급사유 및 보장내용별 보험금 지급제한 사항에 대한 개략적인 내용이므로 자세한 내용은 해당 약관을 참고하시기 바랍니다.

가. 주보험

(1) 질병입원형

회사는 이 계약의 보험기간 중 피보험자가 질병으로 인하여 의료기관에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원의료비를 다음과 같이 하나의 질병당 보험가입금액(5천만원)의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 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 의료비를 계산합니다.

구분	보상금액
입원실료, 입원제비용, 입원수술비	<p>「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금^(※)과 ‘비급여’^(※)를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 “10만원과 보장대상의료비의 30% 중 큰 금액”을 뺀 금액. 다만, “10만원과 보장대상의료비의 30% 중 큰 금액”이 계약일 또는 매년 연계약해당일부터 기산하여 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다.</p> <p>(※) 상급병실료 차액 제외</p>
상급병실료 차액	비급여 병실료의 50%. 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 비급여 병실료 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.

※ 위 표에서 ‘비급여’라 함은 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부 장관이 정한 비급여대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)을 말합니다.

※ 피보험자가 「국민건강보험법」 제5조, 제53조, 제54조에 따라 요양급여 또는 「의료급여법」 제4조, 제15조, 제17조에 따라 의료급여를 적용받지 못하는 경우에는 의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액에서 “10만원과 보장대상의료비의 30% 중 큰 금액”을 뺀 금액의 40%를 하나의 질병당 보험가입금액(5천만원)의 한도 내에서 보상합니다.

※ 하나의 질병으로 인한 입원의료비를 보험가입금액까지 보상한 경우에는 보상한도 종료일부터 90일이 경과한 날부터 최초 입원한 것과 동일한 기준으로 다시 보상합니다(계속입원을 포함합니다). 다만, 최초 입원일부터 275일(365일-90일) 이내에 보상한도종료일이 있는 경우에는 최초 입원일부터 365일이 경과되는 날부터 최초 입원한 것과 동일한 기준으로 다시 보상합니다.

(2) 질병통원형

회사는 이 계약의 보험기간 중 피보험자가 질병으로 인하여 의료기관에 통원하여 치료를 받은 경우에는 통원의료비 명목으로 매년 연계약해당일부터 1년을 단위로 하여 다음과 같이 외래(외래제비용, 외래수술비)를 보상하며 처방조제비는 보상하지 않습니다. 다만, 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 의료비를 계산합니다.

보상한도
방문 1회당 ‘「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인 부담금’과 ‘비급여 ^㉞ ’를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 공제금액(“2만원과 보장대상의료비의 30% 중 큰 금액”)을 뺀 금액을 20만원의 한도 내에서 보상(매년 연계약해당일부터 1년간 방문 180회를 한도로 합니다)
㉞ 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부 장관이 정한 비급여대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)

※ 피보험자가 「국민건강보험법」 제5조, 제53조, 제54조에 따라 요양급여 또는 「의료급여법」 제4조, 제15조, 제17조에 따라 의료급여를 적용받지 못하는 경우에는 의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액에서 공제금액을 뺀 금액의 40%를 1회당 20만원의 한도 내에서 보상합니다.

※ 하나의 질병으로 하루에 같은 치료를 목적으로 의료기관에서 2회 이상 통원 치료를 받은 경우 1회의 외래로 보아 적용합니다. 이 때 공제금액은 2회 이상의 중복방문 의료기관 중 가장 높은 공제금액을 적용합니다.

(3) 상해입원형

회사는 이 계약의 보험기간 중 피보험자가 상해로 인하여 의료기관에 입원하여 치료를 받은 경우에는 입원의료비를 다음과 같이 하나의 상해당 보험가입금액(5천만원)의 한도 내에서 보상합니다. 다만, 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 의료비를 계산합니다.

구분	보상금액
입원실료, 입원제비용, 입원수술비	‘「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금’과 ‘비급여 ^㉞ ’를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 “10만원과 보장대상의료비의 30% 중 큰 금액”을 뺀 금액. 다만, “10만원과 보장대상의료비의 30% 중 큰 금액”이 계약일 또는 매년 연계약해당일부터 기산하여 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다. ㉞ 상급병실료 차액 제외
상급병실료 차액	비급여 병실료의 50%. 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 비급여 병실료 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.

※ 위 표에서 ‘비급여’라 함은 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부 장관이 정한 비급여대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)을 말합니다.

※ 피보험자가 「국민건강보험법」 제5조, 제53조, 제54조에 따라 요양급여 또는 「의료급여법」 제4조, 제15조, 제17조에 따라 의료급여를 적용받지 못하는 경우에는 의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액에서 “10만원과 보장대상의료비의 30% 중 큰 금액”을 뺀 금액의 40%를 하나의 상해당 보험가입금액(5천만원)의 한도 내에서 보상합니다.

※ 하나의 상해(같은 상해로 2회 이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 상해로 봅니다)로 인한 입원의료비를 보험가입금액까지 보상한 경우에는 보상한도종료일부터 90일이 경과한 날부터 최초 입원한 것과 동일한 기준으로 다시 보상합니다(계속입원을 포함합니다). 다만, 최초 입원일부터 275일(365일-90일) 이내에 보상한도종료일이 있는 경우에는 최초 입원일부터 365일이 경과되는 날부터 최초 입원한 것과 동일한 기준으로 다시 보상합니다.

(4) 상해통원형

회사는 이 계약의 보험기간 중 피보험자가 상해로 인하여 의료기관에 통원하여 치료를 받은 경우에는 통원의료비 명목으로 매년 연계약해당일부터 1년을 단위로 하여 다음과 같이 외래(외래제비용, 외래수술비)를 보장하며 처방조제비는 보장하지 않습니다. 다만, 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 의료비를 계산합니다.

보상한도
방문 1회당 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인 부담금 ^㉞ 과 「비급여 ^㉞ 」를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 공제금액(“2만원과 보장대상의료비의 30% 중 큰 금액”)을 뺀 금액을 20만원의 한도 내에서 보상(매년 연계약해당일부터 1년간 방문 180회를 한도로 합니다)
㉞ 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부 장관이 정한 비급여대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)

※ 피보험자가 「국민건강보험법」 제5조, 제53조, 제54조에 따라 요양급여 또는 「의료급여법」 제4조, 제15조, 제17조에 따라 의료급여를 적용받지 못하는 경우에는 의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액에서 공제금액을 뺀 금액의 40%를 1회당 20만원의 한도 내에서 보상합니다.

※ 하나의 상해로 인해 하루에 같은 치료를 목적으로 의료기관에서 2회 이상 통원치료를 받은 경우 1회의 외래로 보아 적용합니다. 이 때 공제금액은 2회 이상의 중복방문 의료기관 중 가장 높은 공제금액을 적용합니다.

[참고사항]

1. 지급사유에서 사용하고 있는 용어나 질병, 각종 분류표 등에 대한 자세한 사항은 반드시 해당 약관을 참조하시기 바랍니다.
2. 의료실비를 담보하는 다수 보험계약이 체결된 경우, 해당 약관에 따라 비례보상이 될 수 있습니다.
3. 주요 보장제외사항
제8차 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)에 따른 다음의 질병 입원의료비 및 또는 통원의료비에 대해서는 보상하지 않습니다. 제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 아래 질병 이외에 추가로 아래의 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.(단, [질병입원형] 및 [질병통원형]에 한합니다)
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 보상합니다)
② 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
③ 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(000~099)
④ 선천성 뇌질환(Q00~Q04)
⑤ 비만(E66)
⑥ 요실금(N39.3, N39.4, R32)
⑦ 직장 또는 항문질환 중 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 부분(K60~K62, K64)
※ 약관상 보장제외 항목에서 발생한 의료비는 보장되지 않으므로 상기 주요 보장제외사항 이외 자세한 내용은 약관의 “제2관 회사가 보상하는 사항 및 보상하지 않는 사항”을 반드시 참조하시기 바랍니다.

3. 일반적인 보험금 지급제한사항

① 계약 전 알릴의무

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강 진단을 할 때를 말합니다) 청약서에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 합니다. 이를 "계약 전 알릴 의무"라 하며, 상법상 "고지 의무"와 같습니다. 다만, 진단계약의 경우 「의료법」 제3조(의료기관)에 따른 종합병원이나 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

만약 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정한 방법에 따라 계약을 해지하여 해약환급금을 지급하거나 보장을 제한할 수 있습니다.

② 계약의 무효

다음 중 어느 한 가지에 해당되는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말합니다)를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음 날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

- 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.
- 계약자가 최초계약의 계약일부터 3개월 이내에 동일한 피보험자를 대상으로 "일반심사 보험상품"에 청약하고, 회사의 심사를 통해 "일반심사 실손보험"에 가입이 가능한 경우

③ 사기 등에 의한 보험계약 체결

계약자 또는 피보험자가 대리진단이나 약물사용을 통하여 진단절차를 통과하거나, 진단서를 위조 또는 변조하거나, 청약일 이전에 암 또는 사람면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등 사기에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 회사는 계약일로부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다. 계약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말합니다)를 돌려 드립니다.

④ 보험금을 지급하지 않는 사유

회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 통원의료비는 보상하지 않습니다.

- 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우 보험금 지급사유가 발생한 때에는 해당 보상금액을 지급합니다.
- 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
- 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원 또는 통원한 경우. 다만, 회사가 보상하는 상해로 인하여 입원 또는 통원한 경우에는 보상합니다.
- 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인한 경우
- 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 및 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 입원의료비 및 통원의료비

이외 보험금을 지급하지 않는 사유는 약관 제4조[보상하지 않는 사항]을 참고하시기 바랍니다.

⑤ 상해보험계약 후 알릴 의무

계약자 또는 피보험자는 보험기간 중 피보험자에게 다음 중 어느 하나의 변경이 발생한 경우에는 우편, 전화, 방문 등의 방법으로 지체없이 회사에 알리고(이하 “직업 또는 직무의 변경 통지”라 합니다) 보험증권에 확인을 받아야 하며, 계약 체결 후 피보험자의 직업 또는 직무의 변경으로 피보험자의 위험이 현저하게 증가 하였음에도, “직업 또는 직무의 변경 통지”를 하지 않은 경우에는 회사는 보험금 지급사유 발생의 여부와 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다. 이 경우 회사는 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

1) 보험증권 등에 기재된 직업 또는 직무의 변경

- 가. 현재의 직업 또는 직무가 변경된 경우
- 나. 직업이 없는 자가 취직한 경우
- 다. 현재의 직업을 그만둔 경우

2) 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전 목적이 변경된 경우

예) 자가용에서 영업용으로 변경, 영업용에서 자가용으로 변경 등

3) 보험증권 등에 기재된 피보험자의 운전 여부가 변경된 경우

예) 비운전자에서 운전자로 변경, 운전자에서 비운전자로 변경 등

4) 이륜자동차(자동차관리법상 이륜차로 분류되는 삼륜 또는 사륜의 자동차를 포함) 또는 원동기장치 자전거(전동킥보드, 전동이륜평행차, 전동기의 동력만으로 움직일 수 있는 자전거 등 개인형 이동장치를 포함)를 계속적으로 사용(직업, 직무 또는 동호회 활동과 출퇴근 용도 등으로 주로 사용하는 경우에 한합니다)하게 된 경우(다만, 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등 보행보조용 의자차는 제외합니다)

4. "간편심사"에 관한 사항

- ① 이 상품은 "간편심사" 실손의료비 보험상품으로 유병력자 또는 고연령자 등 "일반심사" 실손의료비보험상품(이하 "일반심사" 실손보험이라 한다)에 가입하기 어려운 피보험자를 대상으로 합니다.
- 이 상품은 계약 전 알릴의무 사항을 "일반심사 실손보험"보다 완화하여 유병력자도 계약 전 알릴의무 사항에 해당하는 내용이 없다면 가입이 가능합니다.

<"간편심사" 실손의료비 보험의 계약 전 알릴의무 사항>

[건강상태]

① 최근 3개월 이내에 의사로부터 진찰 또는 검사(건강검진 포함)를 받고, 이를 통하여 다음과 같은 의료행위를 받은 사실이 있습니까?

☐ 입원필요조건 ☐ 수술필요조건 ☐ "추가검사 또는 재검사" 필요조건 ☐ 치료

☐ 질병확정진단 ☐ 질병의심소견

※ 필요조건이란 의사가 진단서, 소견서 등에 기재한 경우를 말합니다.

※ "추가검사 및 재검사"는 검사 결과 이상 소견이 확인되어 보다 정확한 진단을 위해 시행한 검사를 의미하며, 병중에 대한 치료 필요없이 유지되는 상태에서 시행하는 정기검사 또는 추적관찰은 포함하지 않습니다.

※ 질병의심소견이란 의사가 진단서나 소견서 또는 진료의뢰서 등을 포함하여 서면(전자문서 포함)으로 교부한 경우를 말합니다.

※ 치료는 단순 처방을 위하여 의료기관에서 진료를 받는 경우는 포함하지 않습니다.

② 최근 2년 이내에 의사로부터 진찰 또는 검사를 받고, 이를 통하여 다음과 같은 의료행위를 받은 사실이 있습니까?

☐ 입원 ☐ 수술 ☐ 계속하여 7일이상 치료

※ 여기서 "계속하여"란 같은 원인으로 치료시작후 완료일까지 실제 치료받은 일수를 말합니다.

③ 최근 5년 이내에 의사로부터 진찰 또는 검사를 받고, 이를 통하여 암(백혈병 제외)으로 다음과 같은 의료행위를 받은 적이 있습니까?

☐ 진단 ☐ 입원 ☐ 수술 ☐ 치료

※암에는 악성신생물, 골수종양, 림프종 및 기타 혈액종양이 포함됩니다.(백혈병 제외)

[외부 환경 및 기타]

④ 귀하(피보험자)의 직업(부업, 겸업, 위험취미 포함)을 모두 작성해주세요.

※ 위험취미란 헬글라이딩, 패러글라이딩, 스카이다이빙, 자동차/오토바이 경주, 빙벽/암벽등반을 의미합니다.

해당하시는 경우 '위험취미'에 기재 바랍니다.

※ 보험계약 체결 당시 직업 또는 직무를 사실대로 알리지 않거나 보험계약 체결 후 직업 또는 직무가 변경된 사실(예: 사무관리↔현장관리)을 지체없이 회사에 알리지 않은 경우 계약 해지 등 알릴 의무 위반에 따른 불이익이 발생할 수 있습니다.

근무처(직장명) : 업 종 : 하시는 일 : 부업(하시는 일) : 겸업(하시는 일) : 위험취미 :

⑤ 현재 어떤 차종을 운전하십니까? (복수선택 가능)

※ 원동기장치 자전거(전동킥보드, 전동이륜평행차, 전동기의 동력만으로 움직일 수 있는 자전거 등 개인형 이동장치를 포함)를 상시적(직업, 직무, 동호회, 출퇴근용도 등)하시는 경우 체크 바랍니다. (직업, 직무, 동호회, 출퇴근용도 등)으로 사용하시는 경우 체크 바랍니다.(단, 전동휠체어, 의료용 스쿠터 등 보행보조용외차차는 제외)

※ 보험계약 체결 후 이륜자동차 또는 전동킥보드 등 개인형 이동장치를 포함한 원동기장치 자전거를 사용하게 된 사실을 지체없이 회사에 알리지 않은 경우 계약 해지 등 알릴 의무 위반에 따른 불이익이 발생할 수 있습니다.

① 승용차(영업용) ② 승용차(자가용) ③ 승합차(영업용) ④ 승합차(자가용)

⑤ 화물차(영업용) ⑥ 화물차(자가용) ⑦ 이륜자동차(자가용) ⑧ 이륜자동차(영업용)

⑨ 건설기계 ⑩ 원동기장치 자전거(전동킥보드 등) ⑪ 운전하지 않음 ⑫ 기타()

- 계약 전 알릴의무 사항에서 말하는 입원과 수술의 정의는 다음과 같습니다.

· 입원 : 질병 또는 사고로 인한 직접적인 치료를 목적으로 병원 등 의료기관에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것(치료를 수반하지 않는 건강검진 및 단순검사의 경우 제외)

· 수술 : 질병 또는 재해의 직접적인 치료를 목적으로 의료기관에서 의사의 관리 하에 기구를 사용하여 생체에 절단/절제 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함)으로 흡인/천자 등의 조치 및 신경 BLOCK(신경의 차단), 미용성형상의 수술, 피임 목적의 수술, 검사 및 진단을 위한 수술(생검/복강경검사 등)은 제외

- ② 이 상품은 일반심사 실손보험에 가입하기 어려운 유병력자(고연령자 포함)를 대상으로 하므로, 일반심사 실손보험보다 보험료가 비쌉니다. 의사의 건강검진을 받거나 일반심사를 할 경우 이 보험보다 저렴한 일반심사 실손보험에 가입할 수 있습니다.(다만, 일반심사 실손 보험의 경우 건강상태나 가입나이에 따라 가입이 제한될 수 있으며 보장하는 담보에는 차이가 있을 수 있습니다)
- ③ "간편심사" 실손의료비 보험상품 이외에도 삼성생명은 현재 만성질환을 보유하고 있거나 과거에 질병을 앓은 경력이 있는 피보험자도 일반심사 실손보험에 가입할 수 있도록 하는 「특별조건부 특약」, 「특정 신체부위·질병 보장제한부 인수 특약」을 운영하고 있습니다.

- 특별조건부 특약(할증보험료법) : 피보험자의 건강상태에 따라 보험료를 할증하여 인수하는 특약
- 특정 신체부위·질병 보장제한부 인수 특약 : 피보험자의 건강상태에 따라 특정 질병이나 특정 신체부위에 발생하는 질병을 보장하지 않는 조건으로 인수하는 특약

보험료 산출기초

1. 보험료 구성

Q	보험료의 구성은 어떻게 되나요?
A	보험계약자가 납입하는 보험료는 보험사고 발생시 보험금지급을 위한 위험보험료 및 보험회사의 사업경비를 위한 부가보험료로 구성됩니다.

2. 적용이율

Q	보장부분 적용이율이란 무엇인가요?
A	보험료를 납입하는 시점과 보험금 지급 사이에는 시차가 발생하므로 이 기간동안 기대되는 수익을 미리 예상하여 일정한 비율로 보험료를 할인해 주는데, 이 할인을 보장부분 적용이율이라고 합니다. 일반적으로 보장부분 적용이율이 높으면 보험료는 내려가고, 낮아지면 보험료는 올라갑니다. 이 상품에 적용한 적용이율은 연복리 2.0%입니다.

3. 위험률

Q	위험률이란 무엇인가요?
A	한 개인이 사망하거나 질병에 걸리는 등의 일정한 보험사고가 발생할 확률을 예측한 것을 말합니다. 일반적으로 위험률이 높으면 보험료는 올라가고, 낮으면 보험료는 내려갑니다.

구분	남자			여자		
	20세	40세	60세	20세	40세	60세
질병입원의료비	62,407	113,816	247,805	63,064	136,869	300,097
상해입원의료비	43,560	27,088	31,799	14,623	14,570	35,410
질병외래의료비	20,007	46,674	100,533	27,669	69,784	143,644

4. 계약체결비용 및 계약관리비용

Q	계약체결비용 및 계약관리비용은 무엇인가요?
A	계약체결비용 및 계약관리비용이란 보험회사가 보험계약의 체결, 유지 및 관리 등에 필요한 경비로 사용하기 위하여 보험료 중 일정비율을 책정한 것을 말합니다.

계약자 배당에 관한 사항

계약자배당은 배당상품에 한하여 실시를 하며, 무배당상품은 배당을 하지 않습니다. 그러나 무배당상품은 배당상품보다 상대적으로 저렴한 보험료로 가입할 수 있습니다.
이 상품은 무배당상품으로서 배당을 하지 않습니다.

보험가격지수

Q	보험가격지수란 무엇인가요?
A	<p>해당상품의 보험료총액(보험금 지급을 위한 보험료 및 보험회사의 사업경비 등을 위한 보험료)을 참조순보험료(㉠) 총액과 평균사업비(㉡) 총액을 합한 금액으로 나눈 비율을 "보험가격지수"라고 합니다.</p> <p>* ㉠: 금융감독원이 정하는 평균공시이율, 평균해지율 및 참조순보험요율을 적용하여 산출한 보험금 지급을 위한 보험료</p> <p>* ㉡: 상품군별 생명보험상품 전체의 평균 사업비율을 반영하여 계산한 값</p>

- 가입기준: 40세, 월납, 비위험, 최초가입 최초계약

구분	보험가격지수(%)	
	남자	여자
주보험 (질병입원/상해입원 5,000만원, 질병통원/상해통원 20만원)	103.5	103.4

해약환급금에 관한 사항

<p>이 상품은 1년만기 순수보장형상품으로 해약환급금이 발생하지 않습니다. 단, 계약이 해지된 시점에 "보험료 및 해약환급금 산출방법서"에 따른 미경과보험료 등이 있는 경우 회사는 이를 계약자에게 지급합니다.</p>
--