

## 상 품 요 약 서

이 상품요약서는 무배당 교보실손의료비보험(갱신형)Ⅲ\_2107[계약전환용]의 기초서류에 기재된 주요 내용을 요약한 것이므로 자세한 내용은 반드시 약관 및 상품설명서를 확인하시기 바랍니다.

## ◆ 보험상품의 특성 및 가입자격

### ▶ 보험상품의 특성

#### 1. 보험기간(1년), 보장내용 변경주기(5년)

#### 2. 자동갱신 및 보험료 변동

실손의료보험은 손해율에 따라 매년 보험료가 변동되는 상품입니다. 회사는 보험료 변경주기가 끝나기 30일 전까지 변경된 보험료를 안내합니다. 계약자가 보험료 변경주기가 끝나기 15일 전까지 보험료 변경에 대한 별도의 의사표시(갱신거절 및 계약해지 등)를 하지 않으면 계약은 자동으로 유지됩니다.

#### 3. 재가입에 관한 사항

실손의료보험의 보장내용 변경주기는 5년, 재가입이 가능한 나이는 최고 99세이며, 재가입으로 보장받을 수 있는 최대나이는 보험나이 100세입니다. 이 계약의 자동갱신종료 후 계약자가 재가입을 원하는 경우 계약자는 재가입 시점에서 회사가 판매하는 실손의료보험 상품으로 가입을 할 수 있으며, 회사는 이를 거절할 수 없습니다.

회사는 계약자에게 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 알려드리고, 회사는 계약자의 재가입의사를 전화(음성녹음), 직접 방문 또는 전자적 의사표시, 통신판매계약의 경우 통신수단을 통해 확인합니다.

계약자는 재가입안내와 재가입여부 확인 요청을 받은 경우 재가입 의사를 표시하여야 합니다. 회사가 계약자의 재가입 의사를 확인하지 못한 경우(계약자와의 연락두절로 회사의 안내가 계약자에게 도달하지 못한 경우 포함)에는 직전계약과 동일한 조건으로 보험계약을 연장합니다. 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.

직전 계약과 동일한 조건으로 자동 연장된 경우 보험계약의 연장일은 회사가 계약자의 재가입 의사를 확인한 날(계약자 등이 회사에 보험금을 청구함으로써 계약자에게 연락이 닿아 회사가 계약자의 재가입의사를 확인한 날 등)까지로 합니다. 계약자의 재가입 의사가 확인된 경우에는 회사가 재가입 의사를 확인한 날에 판매중인 상품으로 다시 재가입하는 것으로 하며, 기존 계약은 해지됩니다. 다만, 계약자가 재가입을 원하지 않는 경우에는 해당 시점으로부터 계약은 해지됩니다.

직전 계약과 동일한 조건으로 자동 연장된 경우 계약자는 회사에 재가입 의사를 표시할 수 있습니다. 회사는 계약자의 재가입 의사가 확인되었을 때에는 회사가 재가입 의사를 확인한 날에 판매중인 상품으로 재가입하는 것으로 하며, 기존 계약은 해지됩니다.

## ▶ 보험가입 자격요건

### 1. 계약전환에 관한 사항

#### 가. 가입대상 및 방법

이미 체결되어 있는 실손의료비를 보장하는 갱신했 보험계약(특약 포함)으로 다음 각 호를 모두 만족하는 계약(이하 “전환전계약”이라 한다)

- (1) 보험료 미납 등으로 인한 실효 상태가 아닌 유효한 계약
- (2) 전환전계약에서 보상하지 않으나 전환후계약에서 보상하는 보험금 지급사유가 전환일 이전 최대 5년 이내에 발생하지 않은 계약
- (3) 2021년 6월 30일까지 체결된 계약

#### 나. 전환전계약과 전환후계약의 피보험자는 동일해야 합니다.

#### 다. 전환후계약의 보장종목 및 보장내용

전환후계약의 보장종목은 전환전계약의 보장종목과 동일해야 합니다.

다만, 전환후계약과 전환전계약의 보장종목이 일치하지 않는 경우 다음과 같이 전환합니다.

전환전계약의 보장종목	전환후계약의 보장종목
질병급여형, 질병비급여형 상해급여형, 상해비급여형 3대비급여형	좌 등
질병입원형	질병급여형, 질병비급여형
질병통원형	질병급여형, 질병비급여형
상해입원형	상해급여형, 상해비급여형
상해통원형	상해급여형, 상해비급여형
질병입원형, 질병통원형 상해입원형, 상해통원형	질병급여형, 질병비급여형 상해급여형, 상해비급여형 3대비급여형
종합입원형	질병급여형, 질병비급여형 상해급여형, 상해비급여형 3대비급여형
종합통원형	질병급여형, 질병비급여형 상해급여형, 상해비급여형 3대비급여형

종합형	질병급여형, 질병비급여형 상해급여형, 상해비급여형 3대비급여형
질병형	질병급여형, 질병비급여형
종합보장형	질병급여형, 질병비급여형 상해급여형, 상해비급여형 3대비급여형
질병보장형	질병급여형, 질병비급여형

주) 다만, 비급여 도수치료·체외충격파치료·증식치료, 비급여 주사료, 비급여 자기공명영상진단(MRI/MRA) 실손의료비특약, 실손비급여특약(갱신형) 3대비급여형 전환 등 위에서 정하지 않은 사항은 회사가 정한 기준에 따름

## 2. 상품의 구성

주계약	무배당 교보실손의료비보험(갱신형)Ⅲ_2107[계약전환용] 급여실손의료비 주계약(갱신형) - 질병급여형(최초계약, 갱신계약) - 상해급여형(최초계약, 갱신계약)
특약	무배당 교보실손의료비보험(갱신형)Ⅲ_2107[계약전환용] 비급여실손의료비 특약(갱신형) - 질병비급여형(최초계약, 갱신계약) - 상해비급여형(최초계약, 갱신계약) - 3대비급여형(최초계약, 갱신계약)
제도성 특약	+ 실손의료비보장 계약전환특약 + 지정대리청구서비스특약

## 3. 가입나이

최초가입계약	최초계약 : 0세 ~ 99세 갱신계약 : 1세 ~ 99세
재가입계약	최초계약 : 5세 ~ 99세 갱신계약 : 6세 ~ 99세

#### 4. 보험기간 및 보장내용 변경주기

보험기간 : 1년, 보장내용 변경주기 : 5년  
※ 최대 4회까지 갱신 가능

#### 5. 보험료 납입기간

전기납

#### 6. 납입주기

월납, 3개월납, 6개월납, 연납

#### 7. 직업(또는 직무)변경통지

상해급여형, 상해비급여형 또는 3대비급여형에 가입하였을 경우(특약 포함), 계약자 또는 피보험자는 계약을 맺은 피보험자가 직업 또는 직무를 변경(자가용 운전자가 영업용 운전자로 직업 또는 직무 변경 포함)하거나 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 직접 사용하게 된 경우에는 즉시 회사에 알려야하며, 그렇지 않은 경우 보험사고가 발생한 경우에도 보험금지급이 제한될 수 있습니다.

#### 8. 건강진단 여부

피보험자의 직업, 직무, 기타사항으로 인해 보험가입금액이 제한되거나 인수가 불가능할 수 있으며, 경우에 따라서는 건강진단 결과를 요구할 수도 있습니다.

#### 9. 기타 사항

- 가. 회사가 정하는 기준에 따라 계약전환이 제한되거나 전환이 불가능 할 수 있습니다.
- 나. 전환전계약의 약관에서 정한 “계약전 알릴 의무”, “상해보험계약 후 알릴 의무”, “알릴 의무 위반의 효과” 및 “사기에 의한 계약”조항은 전환후계약의 최대 재가입기간 만료시에도 효력이 계속됩니다.
- 다. 특정 신체부위·질병보장제한부 인수특약 및 특별조건부 특약이 적용된 경우에는 전환전계약을 따릅니다.

## ◆ 보험금 지급사유 및 지급 제한 사항

### ▶ 보장종목별 보험금 지급사유 및 보장한도

(단위:원)

구분			지급사유	지급금액
급여 주계약 (기본형)	상해급여형		피보험자가 상해로 의료기관에 입원 또는 통원하여 급여치료 또는 처방조제를 받은 때	입·통원 합산 연간 5천만원 (단, 통원은 회당20만원)
	질병급여형		피보험자가 질병으로 의료기관에 입원 또는 통원하여 급여치료 또는 처방조제를 받은 때	입·통원 합산 연간 5천만원 (단, 통원은 회당20만원)
비급여 특약	상해비급여형		피보험자가 상해로 의료기관에 입원 또는 통원하여 비급여치료 또는 처방조제를 받은 때	입·통원 합산 연간 5천만원 (단, 통원은 회당20만원)
	질병비급여형		피보험자가 질병으로 의료기관에 입원 또는 통원하여 비급여치료 또는 처방조제를 받은 때	입·통원 합산 연간 5천만원 (단, 통원은 회당20만원)
	3대 비급여형	도수· 체외충격파 · 증식치료	피보험자가 상해 또는 질병으로 의료기관에 입원 또는 통원하여 비급여치료를 받은 때	연간 350만원 (50회)
		주사료		연간 250만원 (50회)
		자기공명영 상진단		연간 300만원

- (1) 급여란 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여를 말합니다.
- (2) 비급여란 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 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.

- (3) 상해급여, 질병급여, 상해비급여, 질병비급여 각각에 대해 연간 보험가입금액(입원의료비·통원의료비 합산 기준)을 한도로 보상합니다.
- (4) 다만 3대비급여의 보험가입금액은 특약 약관 제3조(보장종목별 보상내용) (3) 3대비급여형 제1항에서 정한 연간 보장한도로 합니다.
- (5) 통원 의료비는 1회 당 20만원을 한도로 보상합니다. 다만, 비급여 통원 의료비는 연간 100회까지 보상합니다.
- (6) 피보험자가 입원 또는 통원 치료를 받던 중 보험계약이 종료하더라도 그 계속 중인 치료는 보험계약 종료일 다음 날부터 180일 동안 보상(단, 통원은 90회 한도)합니다
- (7) 비급여 도수치료·체외충격파치료·증식치료는 계약(해당)일부터 1년 단위로 보험가입금액(350만원)을 한도로 최대 50회(각 상해·질병 치료 행위를 합산)까지 보상합니다.
- (8) 비급여 주사료는 계약(해당)일부터 1년 단위로 보험가입금액(250만원)을 한도로 최대 50회(각 상해·질병 치료 행위를 합산)까지 보상합니다.
- (9) 비급여 자기공명영상진단은 계약(해당)일로부터 1년 단위로 보험가입금액(300만원)을 한도로(각 상해·질병 치료 행위를 합산) 보상합니다.

**(10) [질병급여형, 질병비급여형, 상해급여형, 상해비급여형]**

피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 실손의료비보장 계약전환특약에 따라 전환(최초입원일이 전환전계약 보험기간에 포함되는 것을 말합니다)한 경우에는 전환전계약이 종료되었다 하더라도 그 계속 중인 입원에 대하여는 보상기간의 연장으로 간주하여 전환전계약의 약관에 따라 보상합니다.

다만, 전환전계약의 약관에 따라 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 전환후 계약의 약관에 따라 보상하며, 더 이상 전환전계약의 약관에 따라 보상하지 않습니다.

1. 전환전계약의 최초계약 체결일이 2009년 9월 30일 이전:  
 전환전계약의 직전 계약해당일로부터 1년이 지난 경우  
 다만, 전환전계약의 최초계약 체결일이 2009년 9월 30일 이전임에도 불구하고 갱신 시 회사가 정한 방법에 따라 2009년 10월 1일 이후 판매된 실손의료비를 보장하는 보험으로 갱신된 경우에는 제2호를 적용합니다.
2. 전환전계약의 최초계약 체결일이 2009년 10월 1일부터 2014년 3월 31일 이전: 최초 입원일부터 365일이 지난 경우
3. 전환전계약의 최초계약 체결일이 2014년 4월 1일부터 2015년 12월 31일 이전: 최초 입원일부터 365일이 지나거나 하나의 질병 또는 상해로 인한 입원이라도 입원의료비가 지급된 최종 입원의 퇴원일로부터 180일이 경과하여 동일한 사유로 재입원한 경우
4. 전환전계약의 최초계약 체결일이 2016년 1월 1일 이후부터 2021년 6월 30일 이전:  
 하나의 질병 또는 상해로 인한 입원의료비를 전환전계약의 보험가입금액까지 보상한



경우

(11) **[질병급여형, 질병비급여형, 상해급여형, 상해비급여형]**

피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 실손의료비보장 계약전환특약에 따라 전환한 경우에는 전환전계약이 종료되었다 하더라도 그 계속 중인 통원에 대해서는 보상기간의 연장으로 간주하여 전환전계약의 약관에 따라 보상합니다. 다만, 전환전계약의 직전 계약 해당일로부터 1년이 지난 경우에는 전환후계약의 약관에 따라 보상하며, 더 이상 전환전계약의 약관에 따라 보상하지 않습니다.

(12) **[3대비급여형]** 피보험자가 전환전 계약의 약관에 따라 입원(최초입원일이 전환전 계약 보험기간에 포함되는 것을 말합니다) 또는 통원하여 치료를 받던 중 '실손의료비보장 계약전환특약'에 따라 이 특약으로 전환한 경우에는 그 계속 중인 입원 또는 통원에 대하여는 전환전 계약의 보상기간의 연장으로 간주하여 전환전 계약의 약관에 따라 보상합니다.

다만, 계속 중인 치료에 대하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 전환후 계약의 약관에 따라 보상하며, 더 이상 전환전 계약의 약관에 따라 보상하지 않습니다.

1. 전환전 계약의 보험기간 종료일부터 180일까지(보험기간 종료일은 제외합니다) 보상한 경우
2. 전환전 계약의 보험기간 종료일부터 180일 이내(보험기간 종료일은 제외합니다)에 연간 보상한도(금액)에서 직전 보험기간 종료일까지 지급한 금액을 차감한 잔여 금액을 보상한 경우
3. 전환전 계약의 보험기간 종료일부터 180일 이내(보험기간 종료일은 제외합니다)에 연간 보상한도(횟수)에서 직전 보험기간 종료일까지 보상한 횟수를 차감한 잔여 횟수를 보상한 경우

※ 상기 지급사유 및 보장한도는 약관의 내용을 요약한 것으로 자세한 내용은 반드시 약관을 참조하시기 바랍니다.

▶ 보장 종목별 보험금 지급 기준

※ 보험금 지급 기준에 관한 보다 상세한 내용은 약관을 참조하시기 바랍니다.

구분 보장종목			보험금 지급 기준		
			주계약(기본형)	특약	
질병	입원	보장 범위	급여 중 본인부담금 <sup>주1)</sup> 의 80%	비급여 의료비 <sup>주2)</sup> 의 70%	
		자기 부담	급여 중 본인부담금 <sup>주1)</sup> 의 20%	비급여 의료비 <sup>주2)</sup> 의 30%	
	상급병실료 차액			보장 범위	비급여 병실료의 50% <sup>주3)</sup>
	통원	보장 범위	급여 중 본인부담금 <sup>주1)</sup> - 자기부담	비급여 의료비 <sup>주2)</sup> - 자기부담	
		자기 부담	보장대상의료비 <sup>주4)</sup> 의 20%와 최소 자기부담금 <sup>주5)</sup> 중 큰 금액	보장대상의료비 <sup>주4)</sup> 의 30%와 최소 자기부담금 <sup>주5)</sup> 중 큰 금액	
상해	입원	보장 범위	급여 중 본인부담금 <sup>주1)</sup> 의 80%	비급여 의료비 <sup>주2)</sup> 의 70%	
		자기 부담	급여 중 본인부담금 <sup>주1)</sup> 의 20%	비급여 의료비 <sup>주2)</sup> 의 30%	
	상급병실료 차액			보장 범위	비급여 병실료의 50% <sup>주3)</sup>
	통원	보장 범위	급여 중 본인부담금 <sup>주1)</sup> - 자기부담	비급여 의료비 <sup>주2)</sup> - 자기부담	
		자기 부담	보장대상의료비 <sup>주4)</sup> 의 20%와 최소 자기부담금 <sup>주5)</sup> 중 큰 금액	보장대상의료비 <sup>주4)</sup> 의 30%와 최소 자기부담금 <sup>주5)</sup> 중 큰 금액	
3대 비급여 <sup>주6)</sup>	도수치료·체외충격파 치료·증식치료			보장 범위	비급여 의료비 <sup>주2)</sup> - 자기부담
	주사료			자기 부담	비급여 의료비 <sup>주2)</sup> 의 30%와 최소 자기부담금 <sup>주5)</sup> 중 큰 금액
	자기공명영상진단				
입원비 부담 상한			연간 200만원(단, 급여에 한함)		

주1) 「국민건강보험법」 상 요양급여 또는 「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인이 실제 부담한 금액

주2) 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여(상급 병실료 차액 제외) 중 본인이 실제 부담한 금액

주3) 단, 1일 평균금액(총 입원 기간 비급여 병실료 전체 ÷ 총 입원 일수) 10만원 한도

주4) 보장대상의료비: 실제부담액 - (약관 상 보장 제외금액+ 비급여 병실료 중 미보장 금액)

주5) 최소 자기부담금: <급여> (병·의원) 1만원, (상급·종합병원) 2만원 / <비급여> 3만원

주6) 3대비급여 의료 이용은 비급여 보장한도 계산에서 제외(별도의 연간 한도액 부여)

## ▶ 보험금 지급제한 사항

### 1. 다수보험에 관한 사항

- ① 다수보험의 경우 각 계약의 보장대상의료비 및 보장책임액에 따라 ②항에서 정한 방법으로 계산된 각 계약의 비례분담액을 보장책임액으로 지급합니다.
- ② 각 계약의 보장책임액 합계액이 각 계약의 보장대상의료비 중 최고액에서 각 계약의 피보험자 부담 공제금액 중 최소액을 차감한 금액을 초과한 다수보험은 아래의 산출방식에 따라 각 계약의 비례분담액을 계산합니다.

$$\begin{aligned} & \text{각 계약별 비례분담액} \\ &= (\text{각 계약의 보장대상의료비 중 최고액} - \text{각 계약의 피보험자부담 공제금액 중 최소액}) \\ & \times \frac{\text{각 계약별 보장책임액}}{\text{각 계약별 보장책임액을 합한 금액}} \end{aligned}$$

### 2. 보장종목별 보험금 지급 제한 사유

회사가 이 보험에서 보상하지 않는 사항은 다음과 같습니다. 자세한 사항은 반드시 약관 제4조(보상하지 않는 사항)을 참조하시기 바랍니다.

#### 급여실손의료비 주계약(갱신형)[질병급여형]

- ① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 급여의료비는 보상하지 않습니다.
  1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다.
  2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
  3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
  4. 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자 본인이 자의적으로 입원하여 발생한 입원의료비
  5. 피보험자가 정당한 이유 없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 통원의료비
- ② 회사는 제8차 ‘한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)’에 따른 다음의 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.

제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 하기 질병 이외에 추가로 아래의 분류코드에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

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)으로 발생한 의료비 중 전액본인부담금 및 보험가입일로부터 2년 이내에 발생한 의료비

3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원 또는 통원한 경우(O00~O99)

4. 선천성 뇌질환(Q00~Q04). 다만, 피보험자가 보험가입당시 태아인 경우에는 보상합니다.

5. 요실금(N39.3, N39.4, R32)

③ 회사는 다음의 급여의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.

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 의료급여 기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)

3. 성장호르몬제 투여에 소요된 비용으로 부담한 전액본인부담금

4. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비(산재보험 요양급여 산정기준에 따라 발생한 실제 본인 부담의료비)는 해당특약 약관 제3조(보장종목별 보상내용) (1)질병급여형 제1항, 제2항 제2호, 제3항부터 제12항에 따라 보상합니다.

5. 사람면역결핍바이러스(HIV)병으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV 감염은 해당 진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 보상합니다)

6. 「응급의료에 관한 법률」 및 동법 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 동법 제26조(권역응급의료센터의 지정) 권역응급의료센터 또는 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료로서 전액본인부담금에 해당하는 의료비

**급여실손의료비 주계약(갱신형)[상해급여형]**

① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 급여의료비는 보상하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결

정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다.

2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원 또는 통원한 경우. 다만, 회사가 보상하는 상해로 인하여 입원 또는 통원한 경우에는 보상합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인한 경우
6. 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자 본인이 자의적으로 입원하여 발생한 입원의료비
7. 피보험자가 정당한 이유없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 통원의료비

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동 목적으로 한 다음의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 생긴 상해에 대해서는 보상하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전 훈련이 필요한 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트·자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 행사(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 보상합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

③ 회사는 다음의 급여의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.

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 의료급여 기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)
3. 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 해당특약 약관 제3조(보장종목별 보상내용) (2)상해급여형 제1항부터 제2항, 제3항 제2호, 제4항부터 제12항에 따라 보상합니다.
4. 「응급의료에 관한 법률」 및 동법 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 동법 제26조(권역응급의료센터의 지정) 권역응급의료센터 또는 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료로서 전액본인부담금에 해당하는 의료비

## 주계약에서 보상하지 않는 사항

- ① 해당특약 약관 제3조(보장종목별 보상내용) 및 제4조(보상하지 않는 사항)에도 불구하고 다음 각 호에 해당하는 의료비는 주계약 실손의료보험에서 보상하지 않습니다.
  - 1. 비급여의료비
  - 2. 제1호와 관련하여 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 발생한 본인부담의료비
- ② 제1항 제1호에서 제2호까지 정한 의료비와 다른 의료비가 함께 청구되어 각 항목별 의료비가 구분되지 않는 경우 회사는 보험금 지급금액 결정을 위해 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 각각의 의료비에 대한 확인을 요청할 수 있습니다.

## 비급여실손의료비 특약(갱신형)[질병비급여형]

- ① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 비급여 의료비는 보상하지 않습니다.
  - 1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다.
  - 2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
  - 3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
  - 4. 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자 본인이 자의적으로 입원하여 발생한 입원의료비
  - 5. 피보험자가 정당한 이유 없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 통원의료비
- ② 회사는 제8차 ‘한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)’에 따른 다음의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.

제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 하기 질병 이외에 추가로 아래의 분류코드에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

  - 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 입원또는 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)

③ 회사는 다음의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.

1. 치과치료(K00~K08) 및 한방치료(다만, 「의료법」 제2조에 따른 한의사를 제외한 '의사'의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 보상합니다)
2. 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)
3. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용
4. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체 비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 보상합니다.
5. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비
6. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비(산재보험 요양급여 산정기준에 따라 발생한 실제 본인 부담의료비)는 해당특약 약관 제3조(보장종목별 보상내용) (1)질병비급여형 제1항, 제2항 제2호, 제3항부터 제12항에 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)
8. 「국민건강보험법」 제42조(요양기관)의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비
9. 「응급의료에 관한 법률」 및 동법 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 동법 제26조(권역응급의료센터의 지정) 권역응급의료센터 또는 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료



## 비급여실손의료비 특약(갱신형)[상해비급여]

① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 비급여 의료비는 보상하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 보상합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원 또는 통원한 경우. 다만, 회사가 보상하는 상해로 인하여 입원 또는 통원한 경우에는 보상합니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인한 경우
6. 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자 본인이 자의적으로 입원하여 발생한 입원의료비
7. 피보험자가 정당한 이유없이 통원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 통원의료비

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동 목적으로 한 다음의 어느 하나에 해당하는 행위로 인하여 생긴 상해에 대해서는 보상하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전 훈련이 필요한 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트 · 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 행사(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 보상합니다)
3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

③ 회사는 다음의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.

1. 치과치료(K00~K08, 다만 안면부 골절로 발생한 의료비는 치아관련 치료를 제외하고 보상합니다) · 한방치료(다만, 「의료법」 제2조(의료인)에 따른 한의사를 제외한 '의사'의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 보상합니다)
2. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용. 다만 약관상 보상하는 상해를 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)

3. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용
4. 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.
5. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비
6. 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 해당특약 약관 제3조(보장종목별 보상내용) (2)상해비급여형 제1항부터 제2항, 제3항 제2호, 제4항부터 제12항에 따라 보상합니다.
7. 「국민건강보험법」 제42조(요양기관)의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비
8. 「응급의료에 관한 법률」 및 동법 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 동법 제26조(권역응급의료센터의 지정) 권역응급의료센터 또는 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료

#### **비급여실손의료비 특약(갱신형)[3대비급여형]**

① 회사는 다음의 사유로 인하여 생긴 비급여 의료비는 보상하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우에는 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우. 다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인한 경우
5. 피보험자가 정당한 이유없이 입원 또는 통원 기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 의료비

② 회사는 다른 약정이 없으면 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동 목적으로 한 다음의 어

는 하나에 해당하는 행위로 인하여 생긴 상해에 대해서는 보상하지 않습니다.

1. 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전 훈련이 필요한 등반을 말합니다), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2. 모터보트·자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 행사(이를 위한 연습을 포함합니다) 또는 시운전(다만, 공용도로에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다)

3. 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안

- ③ 회사는 제8차 ‘한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2020-175호, 2021.1.1 시행)’에 따른 다음의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.

제9차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 하기 질병 이외에 추가로 아래의 분류코드에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

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). 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(K60~K62, K64)

- ④ 회사는 다음의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.

1. 치과치료(K00~K08, 다만, 안면부 골절로 발생한 의료비는 치아관련 치료를 제외하고 보상합니다)·한방치료(다만, 「의료법」 제2조(의료인)에 따른 한의사를 제외한 ‘의사’의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 제3조(보장종목별 보상내용)에 따라 보상합니다)

2. 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 가목 부터 다목의 약제가 두 가지 이상 함께 사용된 경우(함께 사용된 약제중 어느 하나라도 상기 가목 부터 다목에 해당하지 않는 경우 제외)

3. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용
4. 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.
5. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비
6. 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 해당특약 약관 제3조(보장종목별 보상내용) (3)3대비급여형 제1항부터 제7항, 제8항 제2호, 제9항부터 제11항에 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)
8. 「국민건강보험법」 제42조(요양기관)의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비
9. 「응급의료에 관한 법률」 및 동법 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 동법 제 26조(권역응급의료센터의 지정) 권역응급의료센터 또는 「의료법」 제3조의4(상급종합병원 지정)에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료

#### **비급여실손의료비 특약(갱신형)[공통]**

주) (공통)은 질병비급여형, 상해비급여형, 3대 비급여형에 대하여 공통적으로 적용됩니다.

① 회사는 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 (비급여대상) 제1항([별표2]비급여 대상)에 따른 아래 각호의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.

1. 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, 탈기코(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(phimosiis),
  - 바. 검열반 등 안과질환,
  - 사. 그 밖에 일상생활에 지장이 없는 경우로 국민건강보험 비급여 대상에 해당하는 치료
2. 다음 각 목의 진료로서 신체의 필수 기능 개선 목적이 아닌 경우에 실시 또는 사용되는 치료로 인하여 발생한 비급여 의료비
- 가. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 성형수술(융비술), 유방 확대(다만, 유방암 환자의 환축 유방 재건술은 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(안면)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
3. 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(파상풍 혈청주사 등 치료목적으로 사용하는 예방주사 제외)
  - 다. 그 밖에 예방진료로서 국민건강보험 비급여 대상에 해당하는 치료
4. 다음 각 목의 진료로서 보험급여시책상 요양급여로 인정하기 어려운 경우 및 그 밖에 건강보험급여 원리에 부합하지 아니하는 경우 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 요양급여를 함에 있어서 비용효과성 등 진료상의 경제성이 불분명하여 국민건강보험 비급여 대상에 해당하는 치료

## ◆ 보험료 산출기초

### ▶ 보험료구성

보험계약자가 납입하는 보험료는 보험사고 발생시 보험금지급을 위한 위험보험료 및 보험회사의 사업경비를 위한 부가보험료로 구성됩니다.

### ▶ 예정이율

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 높아지면 보험료는 낮아지고, 예정이율이 낮아지면 보험료는 올라갑니다. 무배당 교보실손의료비보험(갱신형)Ⅲ\_2107[계약전환용]에 적용한 예정이율은 주계약 및 특약 모두 연복리 2.0%입니다.

### ▶ 예정위험률

한 개인이 사망하거나 질병에 걸리는 등의 일정한 보험사고가 발생할 수 있는 확률을 대수의 법칙에 의해 예측한 것을 예정위험률이라고 합니다. 일반적으로 예정위험률이 높으면 보험료가 높아지고 낮아지면 보험료가 낮아집니다.

### ▶ 예정사업비율

예정사업비율이란 보험회사가 보험계약의 체결, 유지 및 관리 등에 필요한 경비로 사용하기 위하여 보험료 중 일정비율을 사업비로 책정한 것을 말합니다.

## ◆ 보험가격지수

### ▶ 보험가격지수란?

- 해당상품의 보험료를 참조순보험료\*와 평균사업비\*\*를 합한 금액으로 나눈 비율을 “보험 가격지수”라고 합니다.
- \* 평균공시이율, 평균해지율 및 참조순보험요율을 적용하여 산출한 보험금 지급을 위한 보험료
- \*\* 각 상품군 별 생명보험상품 전체의 평균 사업비율을 반영하여 계산(역산)한 값
- 아래의 보험가격지수 예시는 가입당시 40세(비위험), 급여 및 비급여 질병/상해 의료비 각 5,000만원, 3대비급여특약(비급여 도수치료·체외충격파치료·증식치료 350만원, 비급여 주사로 250만원, 비급여 자기공명영상진단(MRI/MRA) 300만원), 1년만기, 전기납, 월납을 기준으로 작성된 것입니다.

보험가격지수(%)			
남자		여자	
최초계약	갱신계약	최초계약	갱신계약
84.2	78.4	87.4	81.4

## ◆ 해약환급금에 관한 사항

(무)교보실손의료비보험(갱신형)Ⅲ\_2107[계약전환용]는 1년만기 순수보장형상품으로 해약환급금이 발생하지 않습니다.