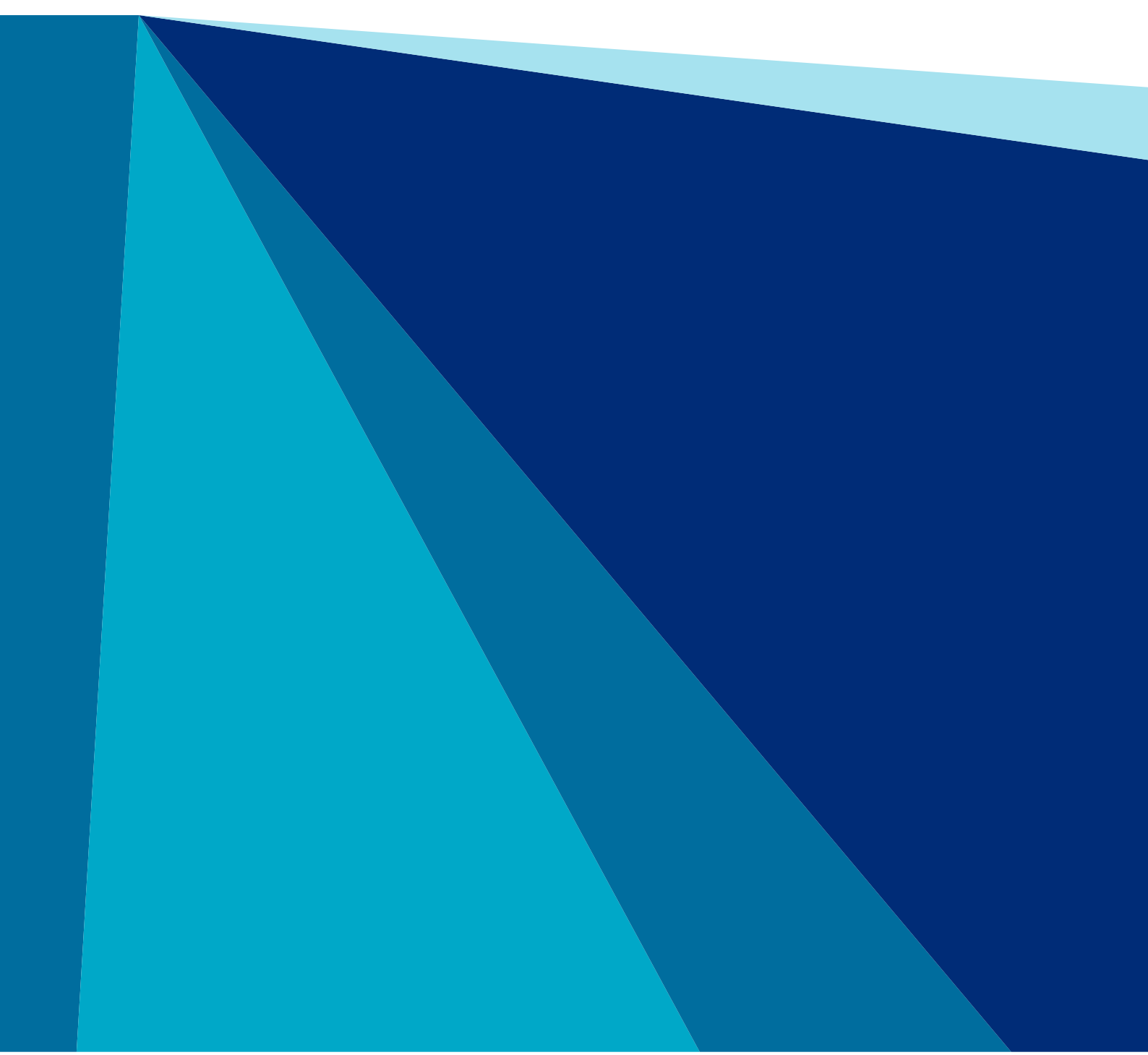


임직원을 위한 단체상해보험 Manual

Oracle Korea Ltd.



목차

1. 의료비 청구 필수 구비서류.....	3
2. 보험금 청구 PROCESS	4
3. 단체상해보험 보장내용	5
4. 실손의료비 보상하지 않는 사항 (급여/비급여/3 대 비급여)	8
5. 보험금 청구 시 유의사항	1 2

1.의료비 청구 필수 구비서류

구분	구비서류	확인사항	발행기관
공통서류	보험금청구서 및 개인정보동의서	<ul style="list-style-type: none"> ■ 보험금 청구서 및 동의서 서명 란에 자필서명 필수 (미성년 자녀의 청구건: 법정대리인 서명 필수) ■ 사고내용 기재 - 상해사고: 사고 일시, 장소, 사고경위 등 6 하 원칙에 의거 작성 요망 - 질병: 정확한 진단명 or 병명을 기재 	별첨서류
입원	진단서	<ul style="list-style-type: none"> ■ 환자성명, 주민등록번호, 입원사유(병명/ 질병코드), 입원기간 기재된 것 - 입퇴원확인서에 입원사유(병명/질병코드)가 있는 경우 진단서 대체 가능 	병원
	진료비계산서 영수증	<ul style="list-style-type: none"> ■ 항목별 금액이 보험급여 및 비급여로 구분되고, 수납금액 확인된 전산발행영수증 - 소득공제용 납입확인서, 카드영수증, 현금매출영수증, 수기영수증은 접수 및 처리 불가 	
	진료비세부내역서	<ul style="list-style-type: none"> ■ 비급여진료비 발생 시 원무과에 별도로 요청하여 발급 	
통원	진료비계산서 영수증	<ul style="list-style-type: none"> ■ 항목별 금액이 보험급여 및 비급여로 구분되고, 수납금액 확인된 전산발행영수증 - 소득공제용 납입확인서, 카드영수증, 현금매출영수증, 수기영수증은 접수 및 처리 불가 - 진료일자별로 영수증 제출 	병원
	진료비세부내역서	<ul style="list-style-type: none"> ■ 비급여진료비 발생 시 원무과에 별도로 요청하여 발급 	
	처방 조제 의료비	<ul style="list-style-type: none"> ■ 환자보관용을 발급 받아 약제비 계산서와 함께 제출 함 	
기타	의사 처방전 영수증	<ul style="list-style-type: none"> ■ 약제비 계산서 영수증 또는 약제비 납입 확인서 제출 	약국
	의료기관 직원 할인 의료비 청구서	<ul style="list-style-type: none"> ■ 직원복리후생제도에 의해 감면받은 의료비가 근로소득에 포함되는 경우 - 의료기관 재직증명서 / 가족관계증명서 / 근로소득반영자료 - 의료비 지원 등 복리후생항목을 확인 할 수 있는 취업규칙 	해당 기관
	산재/자동차 사고 등 국민건강보험 미 적용된 상해사고의 추가요청서류	<ul style="list-style-type: none"> ■ 본인이 부담한 치료비용이 있을 경우 청구 가능 ■ 재해 입증서류 - 교통사고: 지급결의서(자보)+계산서(영수증)+진료비세부내역서 - 산재재해: 요양급여확인원(산재)+계산서(영수증)+진료비세부내역서 - 기타 재해사고: 공공기관 사고사실확인서+계산서(영수증)+진료비세부내역서 - 상황에 따라 진단서, 초진차트 등 추가서류를 요청할 수 있음 	
	의료보험납입증명서	<ul style="list-style-type: none"> ■ 본인부담상한액 초과시 요청 될 수 있습니다.(초과금액은 보상되지 않습니다.) 	

※ 상기 명시된 필수 구비서류가 제출되지 않을 경우 보험사 심사 진행이 원활하지 않으니 참고 부탁드립니다.

※ 보험사 심사 시 내원사유 또는 심사 진행에 따라 추가 서류를 요청 할 수 있습니다.

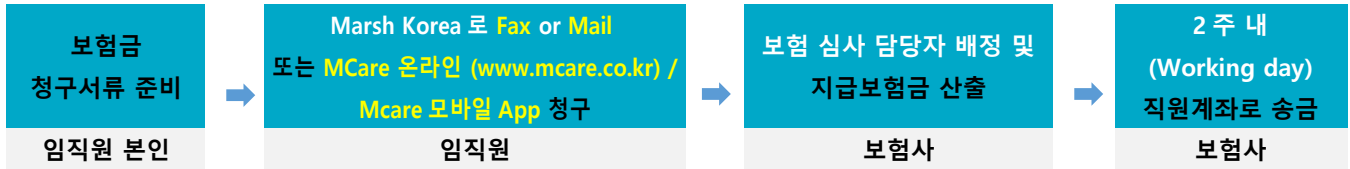
※ 다른 실손의료비에 중복 가입이 되어 있는 경우, 가입보험사 직접 청구 또는 접수대행신청서를 작성 하여 주시기 바랍니다. (단, 우체국/새마을공고공제조합/신협공제조합 제외)

※ 청구권 소멸시효 : 진료일로부터 3 년. 3 년 이내 청구를 행사하지 아니하면 청구권이 소멸됩니다.

■ 사망, 장애, 진단 보험금을 청구하실 경우 Marsh Korea 담당자에게 연락 주십시오.

2. 보험금 청구 Process

■ 보험금 청구절차 안내



- 보험사에서 서류접수가 진행되면 SMS 를 통해 접수 번호와 심사 담당자 성명, 연락처가 통보됩니다. (병명별 피보험자별 개별 지정)

■ Mcare Online 보험금 청구 안내(MCare System)

사용자 등록 / 회원가입 ➔ 로그인 ➔ 청구 시작 버튼 클릭 후 기본 기재사항과 증빙서류 첨부

■ 보험금 접수 및 상담 : Marsh Korea (마쉬코리아)

구분	담당자	전화	이메일	팩스번호
Claim Advisory	이윤정 과장	02-2095-4861	Mcare.korea@marsh.com	02) 737-1491
접수 및 구비서류 문의 (통화 중 및 부재 시)	02-2095-4800~4809, 4861			

주소: (07326) 서울시 영등포구 국제금융로 10, Three IFC 39 층 Marsh Korea (MMB Claims)

Marsh Claim 문의 및 상담 업무시간은 평일 오전 9 시~12 시 & 오후 1 시~6 시 입니다.

* Marsh Korea 는 단체보험 전문 컨설팅 회사로 보험금 청구 관련 전문 상담 서비스를 통하여 원활한 보험금 청구를 도와 드리고 있습니다.

■ 보험사 담당자 안내

보험사에서 청구 건에 대하여 심사 담당자가 배정 되면 심사 담당자 성명, 전화번호가 안내 됩니다.

청구 진행상황 및 지급 내역 사항에 대하여는 안내 된 심사 담당자를 통하여 확인 가능합니다.

3. 단체상해보험 보장내용

■ 보험사 : 삼성생명, DB 손해보험

■ 보험기간 : 2022 년 06 월 1 일 ~ 2023 년 06 월 1 일

■ 보장내용

(단위: 원)

구분	보장금액	보장내용		보장대상	
상해사망	연봉 3 배 + 2 천만	보험기간 중 발생한 상해를 직접적인 원인으로 사망 시 (최대 5 억 한)		임직원	
	2 천만			배우자	
상해장해	연봉 3 배	보험기간 중 발생한 상해를 직접적인 원인으로 영구적 장해 시 (최대 5억한) ■ 장해등급에 따라 가입금액의 3% ~ 100% 보장			
질병사망 및 고도후유장해	연봉 3 배 (최대 12 억)	질병사망	보험기간 중 질병으로 사망 시		
		질병 고도장해	보험기간 중 질병의 직접적인 원인으로 여러 신체부위의 합산 장해률이 80%이상 영구적 장해 시		
2 대 특정질병	2 천만	보험기간 중 뇌졸중 또는 급성심근경색으로 진단 확정 시 (최초 1회한)			
암진단	2 천만	보험기간 중 암으로 진단 확정시 암 종류별로 보장금액 지급 (최초 1 회한) ■ 상피내암, 기타피부암: 10% / 갑상선암, 경계성종양: 30% ■ 기존 암진단 경력자 및 재발, 전이암 제외			
암수술	6 백만	보험기간 중 암으로 진단 확정 후 치료를 직접적인 목적으로 수술 시 보장금액 지급 ■ 갑상샘암, 경계성 종양 1.8 백만 / 상피내암, 기타피부암 60 만		임직원	
암 입원일당	1 일당 10 만	보험기간 중 암으로 진단 확정 후 치료를 직접적인 목적으로 4 일 이상 입원 시 3 일초과 1 일당 보험가입금액 지급 (180 일 한도) ■ 갑상샘암, 경계성 종양 3 만 / 상피내암, 기타피부암 1 만			
간호비	입원 1 일당 3 만	보험기간 중 발생한 상해, 질병, 출산으로 국민건강보험이 적용되는 입원 치료 시 입원 1 일부터 보장 (최대 365 일 (국민건강보험 적용기간) 한도) ■ 자동차사고, 산재사고 제외 ■ 정신 및 행동장애(F 코드), 선천성 질환 등 (Q 코드) 제외 ■ 건강상태 및 보건서비스 접촉에 영향을 주는 요인 (Z 코드) 제외 ■ 임신, 출산 및 산후기 관련 질환: 한국표준질병·사인분류: O 코드 (O00~O99) 해당 건 보장			
상해,질병 급여	상해/질병 각각 연간합산 3 천만 한도	보험기간 중 발생한 상해, 질병, 출산으로 의료기관에 입원 또는 통원하여 치료를 받은 경우에는 본인이 실제로 부담한 급여 의료비를 연간 보험가입금액의 한도 내에서 다음과 같이 보상합니다.		임직원 배우자 자녀	
		구분	보상금액		
		입원	급여 본인부담금의 80%에 해당하는 금액		
		통원	통원 1 회당(외래 및 처방조제 합산) '급여 본인부담금' 에서 아래 '통원항목별 공제금액'을 뺀 금액		
			항목		공제금액
			의원급/병원 및 약국		1 만원과 급여 20%중 큰 금액
종합병원/전문요양기관/ 상급종합병원 및 약국	2 만원과 급여 20%중 큰 금액				
통원 1 회당 (외래 및 처방조제 합산) 15 만원 한도로 지급					

상해, 질병 비급여	상해/질병 각각 연간합산 3 천만 한도	<p>보험기간 중 발생한 상해, 질병, 출산으로 입원 또는 통원하여 치료를 받은 경우에는 본인이 실제로 부담한 비급여 의료비를 연간 보험가입금액의 한도 내에서 아래와 같이 보상합니다.</p> <table><tr><th>구분</th><th colspan="2">보상금액</th></tr><tr><td>입원</td><td colspan="2">비급여 의료비의 70%에 해당하는 금액</td></tr><tr><td>상급병실료 차액</td><td colspan="2">비급여 병실료의 50%. (1 일 평균금액 10 만원 한도)</td></tr><tr><td rowspan="3">통원</td><td colspan="2">통원 1 회당(외래 및 처방조제 합산) '비급여 의료비'에서 아래 '통원항목별 공제금액'을 뺀 금액</td></tr><tr><td>항목</td><td>공제금액</td></tr><tr><td>의료기관 및 약국, ■ 통원 1 회당 (외래 및 처방조제 합산) 15 만원 한도로 지급 ■ 계약해당일부터 1 년간 통원 100 회 한도</td><td>3 만원과 비급여 30%중 큰 금액</td></tr></table> <p>■ 비급여: 국민건강보험법 또는 의료급여법에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여 대상 (요양급여 또는 의료급여 절차를 거쳤지만 급여 항목이 발생하지 않은 경우 포함)</p>	구분	보상금액		입원	비급여 의료비의 70%에 해당하는 금액		상급병실료 차액	비급여 병실료의 50%. (1 일 평균금액 10 만원 한도)		통원	통원 1 회당(외래 및 처방조제 합산) '비급여 의료비'에서 아래 '통원항목별 공제금액'을 뺀 금액		항목	공제금액	의료기관 및 약국, ■ 통원 1 회당 (외래 및 처방조제 합산) 15 만원 한도로 지급 ■ 계약해당일부터 1 년간 통원 100 회 한도	3 만원과 비급여 30%중 큰 금액	
구분	보상금액																		
입원	비급여 의료비의 70%에 해당하는 금액																		
상급병실료 차액	비급여 병실료의 50%. (1 일 평균금액 10 만원 한도)																		
통원	통원 1 회당(외래 및 처방조제 합산) '비급여 의료비'에서 아래 '통원항목별 공제금액'을 뺀 금액																		
	항목	공제금액																	
	의료기관 및 약국, ■ 통원 1 회당 (외래 및 처방조제 합산) 15 만원 한도로 지급 ■ 계약해당일부터 1 년간 통원 100 회 한도	3 만원과 비급여 30%중 큰 금액																	
3 대비급여	우측 도표 참조	<p>보험기간 중 발생한 상해 및 질병의 치료목적으로 입원 또는 통원하여 아래의 비급여 의료행위로 치료를 받은 경우 본인이 실제로 부담한 비급여의료비에서 공제금액을 차감한 금액을 아래의 보장한도 범위 내에서 각각 보상함 (임신 및 출산관련 보장 제외)</p> <table><tr><th colspan="2">구분</th><th>공제금액</th><th>보장한도</th></tr><tr><td>도수.체외충격파.증식치료</td><td>행위료, 약제비, 치료재료대 포함</td><td rowspan="3">3 만원과 비급여 30% 중 큰 금액</td><td>350 만원 이내 (합산 50 회)</td></tr><tr><td>주사료</td><td>주사치료</td><td>250 만원 이내(50 회)</td></tr><tr><td>자기공명영상진단 (MRI/MRA)</td><td>조영제,판독료 포함</td><td>300 만원 이내</td></tr></table> <p>■ 도수.체외충격파.증식치료 의 각 치료횟수를 합산하여 최초 10 회 보장하고, 이후 객관적이고 일반적으로 인정되는 검사 결과 등을 토대로 증상의 개선, 병변회전 등이 확인된 경우에 한하여 10 회 단위로 연간 50 회 까지 보상합니다.</p> <div><p><증상의 개선, 병변회전 등은 어떻게 확인하나요?></p><p>- 증상의 개선, 병변회전 등과 관련하여 기능적 회복 및 호전여부는 관절가동(ROM), 통증평가척도, 자세평가 및 근력 검사(MMT)를 포함한 이학적 검사, 초음파 검사 등을 통해 해당 부위의 체절기능부전등을 평가한 결과로 판단합니다.</p></div> <p>■ 비급여(행위료, 약제비, 치료재료대, 조영제, 판독료 포함): 국민건강보험법 또는 의료급여법에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여 대상 (요양급여 또는 의료급여 절차를 거쳤지만 급여 항목이 발생하지 않은 경우 포함)</p> <p>■ 계약해당일로부터 1 년 단위로 적용</p> <p>■ 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용 보상 제외</p> <p>■ 항암제, 항생제(항진균제 포함), 희귀의약품을 위해 사용된 비급여 주사료는 상해 비급여 또는 질병 비급여 에서 보상 합니다</p> <p>■ 의료기관을 1 회 통원(또는 1 회 입원) 하여 2 종류(회) 이상의 치료를 받거나 동일한 치료를 2 회 이상 받은 경우는 다음과 같이 1 회당 공제금액 및 보장한도를 적용합니다</p> <p>- 도수.체외충격파.증식치료 중 2 종류 이상의 치료를 받거나 동일한 치료를 2 회 이상 받는 경우 각 치료행위를 1 회로 보고 각각 1 회당 공제금액 및 보장한도를 적용합니다</p> <p>- 의료기관을 1 회 통원(또는 1 회 입원) 하여 치료목적으로 2 회 이상 주사치료를 받더라도 1 회로 보고 공제금액 및 보장한도를 적용합니다.</p> <p>- 의료기관을 1 회 통원(또는 1 회 입원)하여 2 개 이상 부위에 걸쳐 자기공명영상진단을 받거나 동일한 부위에 대해 2 회 이상 자기공명영상진단을 받는 경우 각 진단행위를 1 회로 보다 각각 1 회당 공제금액 및 보장한도를 적용합니다</p>	구분		공제금액	보장한도	도수.체외충격파.증식치료	행위료, 약제비, 치료재료대 포함	3 만원과 비급여 30% 중 큰 금액	350 만원 이내 (합산 50 회)	주사료	주사치료	250 만원 이내(50 회)	자기공명영상진단 (MRI/MRA)	조영제,판독료 포함	300 만원 이내	임직원 배우자 자녀		
구분		공제금액	보장한도																
도수.체외충격파.증식치료	행위료, 약제비, 치료재료대 포함	3 만원과 비급여 30% 중 큰 금액	350 만원 이내 (합산 50 회)																
주사료	주사치료		250 만원 이내(50 회)																
자기공명영상진단 (MRI/MRA)	조영제,판독료 포함		300 만원 이내																
실손의료비 공통 사항		<p>■ 근로소득에 포함된 경우, 『국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률』 및 『독립유공자 예우에 관한 법률』에 따라 의료비를 감면받은 경우에는 감면 전 의료비에 대해서 보상합니다.</p> <p>■ 상해에는 유독가스 또는 유독물질을 우연히 일시에 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상이 포함됩니다. 다만, 유독가스 또는 유독물질을 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상과 세균성 음식물 중독증상은 포함되지 않습니다.</p> <p>■ 피보험자가 의료급여를 적용받지 못하는 경우에는 다음과 같이 보상합니다. 본인이 실제로 부담한 금액(통원의 경우 '공제금액'을 뺀 금액)의 40%를 보험 가입금액의 한도 내에서 보상합니다.</p> <p>■ 1 회 입원이라 함은 퇴원없이 계속중인 입원(동일한 상해 또는 질병 치료목적으로 퇴원 당일 다른 의료기관으로 옮겨 입원하는 경우 포함)을 말합니다. 동일한 상해 또는 질병으로 인한 입원이라고 하더라도 퇴원 후 재입원 하는 경우에는 퇴원 전후 입원기간을 각각 1 회 입원으로 봅니다.</p> <p>■ 비급여의료비와 다른 의료비가 함께 청구되고 각 항목별 의료비가 구분되지 않는 경우 회사는 보험금 지급금액 결정을</p>																	

위해 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 의료비의 확인을 요청할 수 있습니다.

- 하나의 상해 또는 질병으로 인해 동일한 의료기관에서 같은 날 외래 및 처방을 함께 받은 경우 처방일자를 기준으로 외래 및 처방조제를 합산하되 (조제일자가 다른 경우도 동일하게 적용) 통원 1 회로 보아 적용합니다. 이 때 공제금액은 중복방문 의료기관 중 가장 높은 공제금액을 적용합니다.
- 하나의 질병으로 하루에 같은 치료를 목적으로 2 회 이상 통원치료(외래 및 처방조제 합산)를 받은 경우 1 회의 통원으로 보아 적용합니다. 이 때 공제금액은 중복방문 의료기관 중 가장 높은 공제금액을 적용합니다.
- 다수보험의 처리(비례보상)_실손의료비(상해.질병급여/상해.질병비급여/3 대비급여)
- 다수보험의 경우 각 계약의 보장대상의료비 및 보장책임액에 따라 계산된 각 계약의 비례분담액을 지급
- 각 계약의 보장책임액 합계액이 각 계약의 보장대상의료비 중 최고액에서 각 계약의 피보험자부담 공제금액 중 최소액을 차감한 금액을 초과한 다수보험은 아래의 산출방식에 따라 각 계약의 비례분담액을 계산
- 피보험자가 상해 또는 질병으로 인하여 의료기관에서 본인의 장기등의 기능회복을 위하여 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용은 상기의 조건에 따라 보상합니다.(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목포함)

4. 실손의료비 보상하지 않는 사항 (급여/비급여/3 대 비급여)

1. 실손의료비 공통 보상하지 않는 사항(상해·질병급여, 상해·질병비급여, 3 대 비급여 공통 적용)

① 다음의 사유로 인하여 생긴 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 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자의 본인이 자의적인 입원하여 발생한 입원의료비
5. 피보험자가 정당한 이유없이 입원 또는 통원 기간 중 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 의료비

② 다음의 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.

1. 「응급의료에 관한 법률」 및 동 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 권역응급의료센터 또는 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료관리료로서 전액본인부담금에 해당하는 의료비

2. 급여의료비 보상하지 않는 사항 (상해·질병급여 공통 적용)

① 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 의료급여기금 등으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)

3. 상해급여 보상하지 않는 사항

① 다음의 사유로 인하여 생긴 급여의료비는 보상하지 않습니다.

1. **피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원 또는 통원한 경우.**
2. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인한 경우

② 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 다음의 급여의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.

1. 자동차보험(공제를 포함합니다)에서 보상받는 치료관계비(과실 상계 후 금액을 기준으로 합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비(자동차보험 진료수가에 관한 기준 및 산재보험 요양급여 산정기준에 따라 발생한 실제 본인 부담 의료비)는 상해급여에 따라 보상합니다.

4. 질병급여 보상하지 않는 사항.

① '한국표준질병사인분류'에 따른 다음의 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99), 다만 F04 ~ F09, F20 ~ F29, F30 ~ F39, F40 ~ F48, F51, F90 ~ F98 과 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
3. 선천성 뇌질환(Q00 ~ Q04) 다만, 피보험자가 보험가입당시 태아인 경우에는 보상합니다.
4. 요실금(N39.3, N39.4, R32)

② 다음의 급여의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.

1. 성장호르몬제 투여에 소요된 비용으로 부담한 전액본인부담금

2. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 실제 본인부담의료비는 질병급여에 따라 보상합니다.

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

③ 임신, 출산(제왕절개 포함), 산후기

가. 불임에 따른 검사 및 시술

나. 출산이전의 양수검사, 기형아검사

다. 임신으로 인한 빈혈제, 영양제 복용

라. 산후조리원에서 발생한 비용

5. 비급여의료비 보상하지 않는 사항 (상해·질병비급여, 3대 비급여 공통 적용)

① 다음의 비급여의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.

1. 치과치료(K00~K08, 다만, 안면부 골절로 발생한 의료비는 치아관련 치료를 제외하고 보상, K00~K08 과 무관한 질병으로 인한 의료비 보상) 한방치료(다만, 한의사를 제외한 '의사'의 의료행위에 의해서 발생한 의료비는 보상합니다)에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 비급여의료비

2. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용. 다만 약관상 보상하는 상해를 치료함에 있어 아래 각목에 해당하는 경우는 치료목적으로 보아 보상합니다.

가. 약사법령에 의하여 약제별 허가사항 또는 신고된 사항(효능/효과 및 용법/용량 등)으로 사용된 경우

나. 요양급여 약제로서 관련 법령 또는 고시 등에서 정한 별도의 적용기준에 따라 비급여 약제로 사용된 경우

다. 요양급여 약제로서 관련 법령에 따라 별도의 비급여사용승인 절차를 거쳐 그 승인 내용대로 사용된 경우

라. 상기 가목 내지 다목의 어느 하나 이상의 약제를 혼합하여 사용된 경우(혼합된 약제 중 어느 하나라도 위 가목 내지 다목을 충족하지 못한 경우는 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(TV 시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비

6. 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비

② 아래 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, 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

2. 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(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 의료비가. 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

5. 입원 치과(비급여) 치료

가. 치아보철, 보존, 금관, 틀니, 교정, 의치 및 임플란트로 인한 의료비

6. 입원 한방(비급여) 치료

가. 한방물리요법(수기요법, 전자요법, 온열요법, 추나요법 등) 및 차멸미, 비만, 금연 등 질병치료 이외의 목적으로 시술한 침술

나. 치료 목적이 아닌 단순한 건강증진을 위한 투약 및 침약

6. 상해비급여 보상하지 않는 사항.

① 다음의 사유로 인하여 생긴 비급여의료비는 보상하지 않습니다.

1. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기로 입원 또는 통원한 경우.

2. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인한 경우

3. 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자의 본인이 자의적인 입원하여 발생한 입원의료비

② 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 다음의 비급여의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.

4. 자동차보험(공제를 포함합니다) 에서 보상받는 치료관계비(과실상계 후 금액을 기준으로 합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 본인부담의료비는 보상합니다.

7. 질병비급여 보상하지 않는 사항.

① 다음의 사유로 인하여 생긴 의료비는 보상하지 않습니다.

1. 피보험자가 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 피보험자의 본인이 자의적인 입원하여 발생한 입원의료비

② '한국표준질병사인분류'에 따른 다음의 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.

1. 정신 및 행동장애(F04~F99), 에 해당하는 치료로 인하여 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 비급여 의료비

2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98) 치료에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 비급여 의료비

3. 선천성 뇌질환(Q00 ~ Q04) 치료에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 비급여 의료비

4. 비만(E66) 치료에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 비급여 의료비

5. 요실금(N39.3, N39.4, R32)

6. 직장 또는 항문 질환(K60 ~ K62, K64)에 의한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 비급여 의료비

③ 다음의 비급여의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.

1. 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 실제 본인부담의료비는 보상합니다.

2. 사람면역결핍바이러스(HIV) 감염으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV 감염은 해당 진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우는 제 3 조(보상내용)에 따라 보상합니다)

④ 임신, 출산(제왕절개 포함), 산후기

가. 불임에 따른 검사 및 시술

나. 출산이전의 양수검사, 기형아검사

다. 임신으로 인한 빈혈제, 영양제 복용

라. 산후조리원에서 발생한 비용

8. 3 대비급여 보상하지 않는 사항.

① 다음의 사유로 인하여 생긴 비급여의료비는 보상하지 않습니다.

1. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인한 경우

② 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 '한국표준질병사인분류'에 따른 다음의 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.

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 질환에 의한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 부분 (K60 ~ K62, K64)

④ 다음의 비급여의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.

1. 자동차보험(공제를 포함합니다.)에서 보상받는 치료관계비(과실 상계 후 금액을 기준으로 합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 실제 본인부담의료비는 보상합니다.

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

※ 상기 사항은 약관의 요약 본이며, 기타 세부적인 사항은 단체보험 약관에 의해 보상됩니다.

5. 보험금 청구 시 유의사항

1) 실손 의료비의 경우 국민건강보험이 적용된 치료인지 확인해 주십시오.

급여/비급여/3대 비급여 보험금청구서를 제출하실 때, **주의하실 점은 비급여 항목만 표시된 영수증은 보험금 지급대상이 아니라는 점**입니다. 반드시 보험급여 항목에 최소한 건강보험관리공단에서 지원한 비용이 있어야 하며, 공단부담금이 발생하는 경우에 한해 보장 받으실 수 있습니다.

2) 실손의료비 보장 중 하나의 질병 또는 하나의 상해의 정의

『하나의 질병』	『하나의 상해』
① 발생 원인이 동일한 질병 (의학상 중요한 관련이 있는 질병은 하나의 질병으로 간주하며, 하나의 질병으로 2 회 이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 질병으로 봄) ② 질병 치료 중 발생한 합병증 또는 새로이 발견된 질병의 치료가 병행될 경우 ③ 의학상 관련이 없는 여러 종류의 질병을 갖고 있는 상태에서 입원한 경우	① 발생 원일이 동일한 상해 (같은 상해로 2 회 이상 치료를 받는 경우에도 이를 하나의 상해로 봄) ② 하나의 상해로 하루에 같은 치료를 목적으로 의료기관에서 2 회 이상 통원치료를 받거나 약국에서 2 회 이상의 처방조제를 받은 경우 각각 1 회의 외래 및 1 건의 처방으로 봄 ③ 이때 공제금액은 1 회 이상의 중복방문 의료기관 중 가장 높은 공제금액을 적용 함

3) 개인(신용)정보의 수집·이용·조회·제공 동의 필수 체크

2011 년 9 월 30 일자로 시행되는 『개인(신용)정보의 이용 및 보호에 관한 법률』 규제에 따라 보험금 청구 시에도 동의서를 제출하도록 되어 있습니다. **동의란에 체크 및 서명하지 않을 경우 보험금 지급 업무와 관련한 정상적인 서비스 제공이 불가능**할 수 있음을 알려 드립니다.

4) 실손의료비 비례보상 안내

실손의료비 보장의 경우 **본인이 실제로 의료기관에 지불한 치료비 만을 보장**하는 상품으로 타 보험사에 실손의료비 보장이 가입되어 있는 경우, 중복보장이 불가능하며 비례보상 됩니다. (2003.10.01 개정 보험업법 중 보험업감독규정)

※ 타 보험사에 실손의료비 보장을 가입하고 계신 경우 해당 보험회사에 의료비 보험금을 직접 청구하셔야 합니다.