

**한화생명 기본형 급여 e실손의료비보장보험
(갱신형) 무배당 상품요약서**

한화생명보험(주)

1. 보험상품의 특성 및 가입자격

가. 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) (재가입) 실손의료보험의 보장내용 변경주기는 5년, 재가입이 가능한 나이는 최고 99세이며, 재가입을 통해 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 재가입의사를 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.

나. 보험가입 자격요건

(1) 가입나이

구 분	가입나이
최초계약	만19세 ~ 49세
갱신계약	만20세 ~ (100-보험기간)세

※ 최대 4회까지 갱신 가능

(2) 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.

(3) 피보험자의 직업, 직무, 기타사향으로 인해 보험가입금액이 제한되거나 인수가 불가능할 수 있으며, 경우에 따라서는 건강진단 결과를 요구할 수도 있습니다.

2. 보험금 지급사유, 보장한도 및 지급제한사항

가. 지급사유 및 보장한도

구분		지급사유	보장한도
기본형	상해급여	피보험자가 상해로 의료기관에 입원 또는 통원하여 급여 치료 또는 처방조제를 받은 때	입·통원 합산 연간 5천만원 (단, 통원은 회당 20만원)
	질병급여	피보험자가 질병으로 의료기관에 입원 또는 통원하여 급여 치료 또는 처방조제를 받은 때	입·통원 합산 연간 5천만원 (단, 통원은 회당 20만원)
특약	상해비급여	피보험자가 상해로 의료기관에 입원 또는 통원하여 비급여 치료 또는 처방조제를 받은 때	입·통원 합산 연간 5천만원 (단, 통원은 회당 20만원)
	질병비급여	피보험자가 질병으로 의료기관에 입원 또는 통원하여 비급여 치료 또는 처방조제를 받은 때	입·통원 합산 연간 5천만원 (단, 통원은 회당 20만원)
	3대 비급여	피보험자가 상해 또는 질병으로 의료기관에 입원 또는 통원하여 비급여 치료를 받은 때	연간 350만원 (50회)
			연간 250만원 (50회)
			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.

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

나. 보험금 지급제한사항

(1) 비례보상

실손의료보험은 실제 부담한 의료비를 보상하는 상품으로서 두 개 이상의 보험에 가입하더라도 다음과 같은 방법으로 비례·분담하여 보상되므로 유사한 보험가입 여부 및 보장한도를 반드시 확인하시기 바랍니다. 여러 개의 실손의료보험에 중복 가입하면 불필요하게 보험료만 추가로 납입하는 결과를 초래할 수 있습니다.

- 각 계약의 보장책임액*주1) 합계액이 각 계약 별 보장대상의료비*주2) 중 최고액에서 각 계약의 피보험자가 부담하는 공제 금액 중 최소액을 차감한 금액을 초과(중복 계약)한 때에는 아래의 산출방식에 따라 각 계약 별 비례분담액을 계산하여 보험금으로 지급합니다.

$$\text{【각계약별비례분담액】} = (\text{각 계약의 보장대상의료비 중 최고액} - \text{각 계약의 피보험자부담 공제금액 중 최소액}) \times \frac{\text{각 계약별 보장책임액}}{\text{각 계약별 보장책임액의 합산액}}$$

*주1) 보장책임액 = Min[(보장대상 의료비 - 피보험자 부담 공제금액), 보험가입금액]

*주2) 보장대상의료비 = 실제 의료비 부담액 - 약관에 따라 보험회사가 보장하지 않는 사항에 따른 금액 - 비급여 병실료 중 회사가 보장하지 않는 금액

(2) 자기부담금 공제

- (가) 입원 의료비는 급여 중 본인부담금의 20%에 해당하는 금액, 비급여 의료비(비급여 병실료 제외, 상세한 내용은 약관 참조) 중 실제부담액의 30%에 해당하는 금액을 자기부담금으로 공제(控除)합니다.
- (나) 통원 의료비는 통원 1회당, 급여 보장대상의료비의 20%와 최소 자기부담금 (병·의원등: 1만원, 상급·종합병원등: 2만원, 기타 상세한 내용은 약관 참조) 중 큰 금액, 비급여 보장대상의료비의 30%와 최소 자기부담금(3만원) 중 큰 금액을 자기부담금으로 공제(控除)합니다.

(3) 보상관련 주요내용

- (가) 상해급여, 질병급여, 상해비급여, 질병비급여 각각에 대해 연간 보험가입금액(입원의료비·통원의료비 합산 기준)을 한도로 보상합니다.
- (나) 다만, 3대비급여의 보험가입금액은 약관 제3조 [3대비급여형] 제1항에서 정한 연간 보장한도로 합니다.
- (다) 통원 의료비는 1회 당 20만원을 한도로 보상합니다. 다만, 비급여 통원 의료비는 연간 100회까지 보상합니다.
- (라) 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
- (마) 비급여 도수치료·체외충격파치료·증식치료는 계약(해당)일부터 1년 단위로 보험가입금액(350만원)을 한도로 최대 50회(각 상해·질병 치료 행위를 합산)까지 보상합니다.
- (바) 비급여 주사료는 계약(해당)일부터 1년 단위로 보험가입금액(250만원)을 한도로 최대 50회(각 상해·질병 치료 행위를 합산)까지 보상합니다.
- (사) 비급여 자기공명영상진단은 계약(해당)일로부터 1년 단위로 보험가입금액(300만원)을 한도로(각 상해·질병 치료 행위를 합산) 보상합니다.

(아) 다만, 도수치료·체외충격파치료·증식치료의 경우, 각 치료횟수를 합산하여 최초 10회를 보장하고, 이후 객관적·일반적으로 인정되는 검사 결과 등을 토대로 증상 개선, 병변 호전 등이 아래와 같이 확인*주)된 때에 한해 매 10회 단위로 연간 50회까지 보상합니다.

*주) 피보험자(환자)의 상태에 대한 기능적 회복 및 호전 여부는 관절가동(ROM), 통증평가 척도, 자세평가, 근력 검사(MMT)를 포함한 이학적 검사, 초음파 검사 등을 통해 해당 부위의 체절기능부전(Somatic dysfunction) 등을 평가한 결과로 판단합니다. 보험수익자와 회사가 위의 판단결과에 합의하지 못한 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있으며, 제3자는 「의료법」 제3조제1항제3호바목에 따른 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

(자) 3대비급여의 경우, 피보험자가 입원 또는 통원 치료를 받던 중 보험계약이 종료하더라도 그 계속 중인 치료는 보험계약 종료일 다음 날부터 180일 동안 보상합니다. 다만, 보험기간(계약해당일~계약종료일) 동안 연간 보장한도 금액에서 이미 지급한 금액을 뺀 나머지 금액과, 연간 보장한도 횟수에서 이미 보상한 횟수를 뺀 나머지 횟수를 한도로 합니다.

(4) 보상하지 않는 손해

(가) 치과치료 또는 한방치료에서 발생한 비급여 의료비, 외모개선 목적의 각종 수술, 외국에 있는 의료기관을 이용해 발생한 의료비, 비응급환자가 권역 응급의료센터 또는 상급종합병원 응급실을 이용하여 발생한 응급의료관리료, 기타 진료와 무관한 각종 비용 등은 약관에 따라 보험금의 지급이 제한됩니다

(나) 기본형 담보만 가입(특별약관을 해지)하는 경우, 비급여 의료비(도수치료·체외충격파치료·증식치료, 주사료, 자기공명영상진단 등 3대비급여 포함)는 보상하지 않습니다.

3. 보험료 산출기초

가. (보험료 구성) 계약자가 납입하는 보험료는 보험사고 발생할 때 보험금지급을 위한 위험보험료 및 보험회사의 사업경비를 위한 부가보험료로 구성됩니다.

나. (산출이율) 보험회사는 장래의 보험금 지급을 대비하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정금액을 적립해 두는데 보험료 납입시점과 보험금 지급시점에는 시차가 발생 하게 됩니다. 이 기간동안 보험회사는 적립된 금액을 운용할 수 있으므로 운용에 따라 기대되는 수익을 미리 예상하여 일정한 비율로 보험료를 할인해 주는데, 이러한 할인을 “산출이율”이라고 합니다. 일반적으로, 산출이율이 높아지면 보험료는 낮아지고, 산출이율이 낮아지면 보험료는 올라갑니다.

이 상품의 산출이율은 연복리 2.25% 입니다.

다. (적용위험률) 한 개인이 사망하거나 질병에 걸리는 등의 일정한 보험사고가 발생할 수 있는 확률을 대수의 법칙에 의해 예측한 것을 적용위험률이라고 합니다. 일반적으로 적용위험률이 높으면 보험료가 높아지고 적용위험률이 낮아지면 보험료가 낮아집니다.

라. (계약체결비용 및 계약관리비용) 보험회사가 보험계약의 체결, 유지 및 관리 등에 필요한 경비로 사용하기 위하여 보험료 중 일정비율을 계약체결비용 및 계약관리비용으로 책정한 것을 말합니다.

4. 보험가격지수

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

보험가격지수는 '생명보험 상품공시작성지침'에서 정한 기준에 따라 작성되었습니다.

※ 참조순보험료 총액 : 금융감독원장이 정하는 바에 따라 산정한 전체 보험회사 공시이율의 평균(평균공시이율), 평균해지율 및 참조순보험요율을 적용하여 산출한 보험금 지급을 위한 보험료

※ 평균사업비 총액 : 상품군별 생명보험상품 전체의 평균 사업비율을 반영하여 계산(역산)한 값

(기준 : 40세, 1년만기, 1년납, 월납, 최초계약, 비위험직, 비급여 요율상대도(보험료 할인·할증 미적용),

상품명	보험가격지수		가입금액(만원)
	남자	여자	
한화생명 기본형 급여 e실손의료비보장보험 (갱신형) (무)	101.9%	98.2%	• 상해급여 입·통원 합산 연간 5,000 한도 (단, 통원 회당 20 한도) • 질병급여 입·통원 합산 연간 5,000 한도 (단, 통원 회당 20 한도) • 상해비급여 입·통원 합산 연간 5,000 한도 (단, 통원 회당 20(연간 100회) 한도) • 질병비급여 입·통원 합산 연간 5,000 한도 (단, 통원 회당 20(연간 100회) 한도) • 3대비급여 - 비급여 도수치료·체외충격파치료·증식치료 연간 350(50회 한도) - 비급여 주사료 250(50회 한도) - 비급여 자기공명영상진단 300

※ 보험가격지수를 통해 해당 보험상품의 가격 수준을 확인할 수 있습니다.

5. 해약환급금에 관한 사항

본 실손의료비보험은 1년만기 순수보장형 상품으로 중도에 해지하더라도 해약환급금이 발생하지 않습니다. 가입 시 유의 바랍니다.

상품요약서는 계약자의 이해를 돕기 위해 상품의 주요내용만을 요약한 자료입니다.
보다 자세한 사항은 보험약관과 보험증권 등을 참조해주시기 바랍니다.