

다이렉트해외여행실손의료보험 상품요약서

◎ 문답식 상품해설 Q&A

Q) 자살, 자해 등의 보상여부?

A) 자살, 자해 등 피보험자의 고의로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 드리지 아니합니다(다만, 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다).

Q) 여러개의 보험에 가입했는데 각각 별도로 보상을 받을 수 있는지 여부?

A) 담보별 보상방식에 따라 차이가 있습니다. 정액보상담보의 경우 각각 별도로 보상이 가능하며, 실손보상담보의 경우 비례보상됩니다.

- 실손보상담보: 실손의료비담보

Q) 보험기간 중 계약의 변경 가능여부?

A) 보험계약자는 회사의 승낙을 얻어 보험종목, 보험기간, 피보험자, 보험가입금액 등을 변경할 수 있습니다.

Q) 계약후 알릴의무에 해당하는 사항의 종류는?

A) - 피보험자의 직업 또는 직무의 변경
- 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 계속적으로 사용하게 된 경우
- 피보험자의 운전 목적이나 운전여부의 변경
- 보험목적물을 양도하거나, 다른 장소로 옮기는 경우, 기타 위험이 증가하는 경우
계약자 또는 피보험자는 지체없이 서면 등으로 회사에 알려야 합니다.

Q) 여행보험의 경우 여행을 위해 집을 나서다 발생한 사고의 보상여부?

A) 보험시기가 개시된 후 보험증권에 기재된 여행을 목적으로 피보험자가 주거지를 출발하여 여행을 마치고 주거지에 도착할 때까지 발생한 사고에 대하여 보상이 가능합니다.

1. 보험상품의 특성 및 가입자격

1) 보험상품의 특성

① 보험기간

보험기간은 1년을 원칙으로 합니다. 그러나 1년 미만의 단기계약을 체결할 수 있습니다.

② 단독상품 가입

실손의료보험은 건강보험의 본인부담금 및 비급여의료비를 보상하는 상품으로 단독으로 가입할 수 있습니다.

2) 가입자격 제한하는 내용

① 가입연령 : 1세~100세

② 피보험자의 연령, 직업, 건강상태, 여행지역, 여행목적 등을 고려하여 가입이 제한되거나 불가능 할 수 있으며 보험가입금액이 제한될 수 있습니다.

③ 외교통상부가 지정하는 여행제한/여행금지 지역으로의 여행 시 가입이 제한될 수 있습니다.

2. 보험금 지급사유, 지급금액 및 지급제한사항

1) 보험금 지급사유 및 지급금액

보 장 명				지 급 사 유	지 급 금 액
기본 계약	기본형 해외여행 실손의료보험 특별약관	상 해	해외	피보험자가 해외여행 중에 입은 상해로 인하여 해외의료기관에서 의료비가 발생한 경우에 보상	보험가입금액을 한도로 피보험자가 실제 부담한 의료비 중 자기부담금을 초과하는 금액을 보상
			국내 (급여)	피보험자가 해외여행 중에 입은 상해로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원하여 급여 치료를 받거나 급여 처방조제를 받은 경우에 보상	2) 국내 실손의료비 지급금액 참조
		질 병	해외	피보험자가 해외여행 중에 질병으로 인하여 해외의료기관에서 의료비가 발생한 경우에 보상	보험가입금액을 한도로 피보험자가 실제 부담한 의료비 중 자기부담금을 초과하는 금액을 보상
			국내 (급여)	피보험자가 해외여행 중에 질병으로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원하여 급여치료를 받거나 급여 처방조제를 받은 경우에 보상	2) 국내 실손의료비 지급금액 참조
	해외여행 실손의료보험 특별약관1 (중증 비급여 실손의료비)	상해 비급여 (국내)	피보험자가 해외여행 중에 입은 상해로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원하여 산정특례 대상 질환으로 인한 비급여 치료를 받거나 비급여 처방조제를 받은 경우에 보상(3대비급여 제외)		2) 국내 실손의료비 지급금액 참조
		질병 비급여 (국내)	피보험자가 해외여행 중에 질병으로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원하여 산정특례 대상 질환으로 인한 비급여 치료를 받거나 비급여 처방조제		2) 국내 실손의료비 지급금액 참조

			를 받은 경우에 보상(3대비급여 제외)	
		3대 비급여 (국내)	피보험자가 해외여행 중에 입은 상해 또는 질병의 치료목적으로 의료기관에 입원 또는 통원하여 산정특례 대상 질환으로 인한 3대비급여 치료를 받은 경우에 보상	2) 국내 실손의료비 지급금액 참조
	해외여행 실손의료보험 특별약관2 (비중증 비급여 실손의료비)	상해 비급여 (국내)	피보험자가 해외여행 중에 입은 상해로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원하여 산정특례 대상 질환 이 아닌 질환으로 인한 비급여 치료를 받거나 비급여 처방조제를 받은 경우에 보상(비급여 자기공명영상진단 제외)	2) 국내 실손의료비 지급금액 참조
		질병 비급여 (국내)	피보험자가 해외여행 중에 질병으로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원하여 산정특례 대상 질환 이 아닌 질환으로 인한 비급여 치료를 받거나 비급여 처방조제를 받은 경우에 보상(비급여 자기공명영상진단 제외)	2) 국내 실손의료비 지급금액 참조
		비급여 자기공명영 상진단 (국내)	피보험자가 해외여행 중에 입은 상해 또는 질병의 치료목적으로 의료기관에 입원 또는 통원하여 산정특례 대상 질환이 아닌 질환으로 인한 비급여 치료를 위해 자기공명영상진단을 받은 경우에 보상	2) 국내 실손의료비 지급금액 참조

주1) 보상하지 아니하는 손해 등 기타 세부적인 사항은 약관내용에 따라 제한될 수 있으니, 반드시 약관본문을 참조하시기 바랍니다.

2) 국내 실손의료비 지급금액

- 기본형 해외여행 실손의료보험 특별약관

보 장 명	지 급 사 유											
상해/질병 급여 의료비	해외여행 도중에 "상해 또는 질병"으로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원(외래 및 처방조제)하여 치료를 받은 경우, 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에서 정한 급여의료비를 연간 보험가입금액의 한도 내에서 다음과 같이 보상합니다.											
	<table> <tr> <th>구분</th><th>보상금액</th></tr> <tr> <td>입원 (입원실료, 입원제비용, 입원수술비)</td><td>「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부본인부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액본인부담금을 말합니다)의 80%에 해당하는 금액</td></tr> <tr> <td>통원 (외래제비용, 외래수술비, 처방조제비)</td><td> 통원 1회당(외래 및 처방조제 합산) 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부본인부담 금을 말합니다)에서 <표1>의 "통원항목별 공제금액"을 뺀 금액 < 표1 > 통원항목별 공제금액 <table> <tr> <th>항 목</th><th>공제금액</th></tr> <tr> <td>「의료법」 제3조제2항에 의한 의료기관(동법 제3조의3에 의한 종합병원은 제외), 「국민건강보험법」 제42조제1항제4호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 「국민건강보험법」 제42조제1 항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국회 귀·필수의약품센터에서의 처방·조제(의약품업 예외지역 등에서 의 약사의 직접 조제 포함)</td><td>1만원, 보장대상 의료비의 20%, 보장대상의료비에 건강보험 본인부담률을 곱한 금액주) 중 큰 금액</td></tr> <tr> <td>「국민건강보험법」 제42조제2항에 의한 전문요양기관, 「의료법」 제3조의4 에 의한 상급종합병원, 동법 제3조의3에 의한 종합병원에서의 외래 및 그에 따른 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국회귀·필수의 약품센터에서의 처방·조제</td><td>2만원, 보장대상 의료비의 20%, 보장대상의료비에 건강보험 본인부담률을 곱한 금액주) 중 큰 금액</td></tr> </table> </td></tr> </table>	구분	보상금액	입원 (입원실료, 입원제비용, 입원수술비)	「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부본인부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액본인부담금을 말합니다)의 80%에 해당하는 금액	통원 (외래제비용, 외래수술비, 처방조제비)	통원 1회당(외래 및 처방조제 합산) 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부본인부담 금을 말합니다)에서 <표1>의 "통원항목별 공제금액"을 뺀 금액 < 표1 > 통원항목별 공제금액 <table> <tr> <th>항 목</th><th>공제금액</th></tr> <tr> <td>「의료법」 제3조제2항에 의한 의료기관(동법 제3조의3에 의한 종합병원은 제외), 「국민건강보험법」 제42조제1항제4호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 「국민건강보험법」 제42조제1 항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국회 귀·필수의약품센터에서의 처방·조제(의약품업 예외지역 등에서 의 약사의 직접 조제 포함)</td><td>1만원, 보장대상 의료비의 20%, 보장대상의료비에 건강보험 본인부담률을 곱한 금액주) 중 큰 금액</td></tr> <tr> <td>「국민건강보험법」 제42조제2항에 의한 전문요양기관, 「의료법」 제3조의4 에 의한 상급종합병원, 동법 제3조의3에 의한 종합병원에서의 외래 및 그에 따른 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국회귀·필수의 약품센터에서의 처방·조제</td><td>2만원, 보장대상 의료비의 20%, 보장대상의료비에 건강보험 본인부담률을 곱한 금액주) 중 큰 금액</td></tr> </table>	항 목	공제금액	「의료법」 제3조제2항에 의한 의료기관(동법 제3조의3에 의한 종합병원은 제외), 「국민건강보험법」 제42조제1항제4호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 「국민건강보험법」 제42조제1 항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국회 귀·필수의약품센터에서의 처방·조제(의약품업 예외지역 등에서 의 약사의 직접 조제 포함)	1만원, 보장대상 의료비의 20%, 보장대상의료비에 건강보험 본인부담률을 곱한 금액주) 중 큰 금액	「국민건강보험법」 제42조제2항에 의한 전문요양기관, 「의료법」 제3조의4 에 의한 상급종합병원, 동법 제3조의3에 의한 종합병원에서의 외래 및 그에 따른 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국회귀·필수의 약품센터에서의 처방·조제
구분	보상금액											
입원 (입원실료, 입원제비용, 입원수술비)	「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부본인부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액본인부담금을 말합니다)의 80%에 해당하는 금액											
통원 (외래제비용, 외래수술비, 처방조제비)	통원 1회당(외래 및 처방조제 합산) 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부본인부담 금을 말합니다)에서 <표1>의 "통원항목별 공제금액"을 뺀 금액 < 표1 > 통원항목별 공제금액 <table> <tr> <th>항 목</th><th>공제금액</th></tr> <tr> <td>「의료법」 제3조제2항에 의한 의료기관(동법 제3조의3에 의한 종합병원은 제외), 「국민건강보험법」 제42조제1항제4호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 「국민건강보험법」 제42조제1 항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국회 귀·필수의약품센터에서의 처방·조제(의약품업 예외지역 등에서 의 약사의 직접 조제 포함)</td><td>1만원, 보장대상 의료비의 20%, 보장대상의료비에 건강보험 본인부담률을 곱한 금액주) 중 큰 금액</td></tr> <tr> <td>「국민건강보험법」 제42조제2항에 의한 전문요양기관, 「의료법」 제3조의4 에 의한 상급종합병원, 동법 제3조의3에 의한 종합병원에서의 외래 및 그에 따른 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국회귀·필수의 약품센터에서의 처방·조제</td><td>2만원, 보장대상 의료비의 20%, 보장대상의료비에 건강보험 본인부담률을 곱한 금액주) 중 큰 금액</td></tr> </table>	항 목	공제금액	「의료법」 제3조제2항에 의한 의료기관(동법 제3조의3에 의한 종합병원은 제외), 「국민건강보험법」 제42조제1항제4호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 「국민건강보험법」 제42조제1 항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국회 귀·필수의약품센터에서의 처방·조제(의약품업 예외지역 등에서 의 약사의 직접 조제 포함)	1만원, 보장대상 의료비의 20%, 보장대상의료비에 건강보험 본인부담률을 곱한 금액주) 중 큰 금액	「국민건강보험법」 제42조제2항에 의한 전문요양기관, 「의료법」 제3조의4 에 의한 상급종합병원, 동법 제3조의3에 의한 종합병원에서의 외래 및 그에 따른 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국회귀·필수의 약품센터에서의 처방·조제	2만원, 보장대상 의료비의 20%, 보장대상의료비에 건강보험 본인부담률을 곱한 금액주) 중 큰 금액					
항 목	공제금액											
「의료법」 제3조제2항에 의한 의료기관(동법 제3조의3에 의한 종합병원은 제외), 「국민건강보험법」 제42조제1항제4호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 「국민건강보험법」 제42조제1 항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국회 귀·필수의약품센터에서의 처방·조제(의약품업 예외지역 등에서 의 약사의 직접 조제 포함)	1만원, 보장대상 의료비의 20%, 보장대상의료비에 건강보험 본인부담률을 곱한 금액주) 중 큰 금액											
「국민건강보험법」 제42조제2항에 의한 전문요양기관, 「의료법」 제3조의4 에 의한 상급종합병원, 동법 제3조의3에 의한 종합병원에서의 외래 및 그에 따른 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국회귀·필수의 약품센터에서의 처방·조제	2만원, 보장대상 의료비의 20%, 보장대상의료비에 건강보험 본인부담률을 곱한 금액주) 중 큰 금액											

- 해외여행 실손의료보험 특별약관1(중증 비급여 실손의료비)

보 장 명	지 급 사 유
상해/질병 비급여 의료비 (3대비급여)	해외여행 도중 "상해 또는 질병"으로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원(외래 및 처방조제)하여 산정특례 대상 질환에 대한 치료를 받은 경우, 비급여의료비(3대비급여는 제외합니다)를 연간 보험가입금액의 한도 내에서 다음과 같이 보상합니다.

제외)	구분	보상금액			
	입원(입원실료, 입원제비용, 입원수술비)	"비급여의료비(비급여 병실료는 제외합니다)"(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 70%에 해당하는 금액			
	상급병실료 차액	비급여 병실료의 50%. 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 비급여 병실료 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.			
	통원 (외래제비용, 외래수술비, 처방조제비)	통원 1회당(외래 및 처방·조제비 합산) "비급여 의료비(비급여 병실료는 제외합니다)"(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표1>의 "통원항목별 공제금액"을 뺀 금액(매년 계약해당일부터 1년간 통원 100회를 한도로 합니다)			
		< 표1> 통원항목별 공제금액 <table><tr><th>항 목</th><th>공제금액</th></tr><tr><td>「국민건강보험법」 제42조제1항에 따른 의료기관(제1호), 보건소·보건의료원·보건지소(제4호), 보건진료소(제5호)에서의 외래 및 약국(제2호), 한국희귀·필수의약품센터(제3호)에서의 처방·조제</td><td>3만원과 보장대상의료비의 30% 중 큰 금액</td></tr></table>		항 목	공제금액
항 목	공제금액				
「국민건강보험법」 제42조제1항에 따른 의료기관(제1호), 보건소·보건의료원·보건지소(제4호), 보건진료소(제5호)에서의 외래 및 약국(제2호), 한국희귀·필수의약품센터(제3호)에서의 처방·조제	3만원과 보장대상의료비의 30% 중 큰 금액				
근골격계 이학요법치료·체외충격파치료	계약일 또는 매년 계약해당일부터 1년 단위로 각 상해·질병 치료행위를 합산하여 350만원 이내에서 50회까지 보상 ^{주)} 단, 근골격계 이학요법치료·체외충격파치료의 각 치료횟수를 합산하여 최초 10회 보장하고, 이후 객관적이고 일반적으로 인정되는 검사결과 등을 토대로 증상의 개선, 병변호전 등이 아래의 각 호 기준에 따라 확인된 경우에 한하여 10회 단위로 연간 50회까지 보상합니다. ※ 공제금액(자기부담금) : 1회당 3만원과 보장대상의료비의 30%중 큰 금액				
주사료	계약일 또는 매년 계약해당일부터 1년 단위로 각 상해·질병 치료행위를 합산하여 250만원 이내에서 50회까지 보상 ※ 공제금액(자기부담금) : 1회당 3만원과 보장대상의료비의 30%중 큰 금액				
자기공명영상 진단	계약일 또는 매년 계약해당일부터 1년 단위로 각 상해·질병 치료행위를 합산하여 300만원 이내에서 보상 ※ 공제금액(자기부담금) : 1회당 3만원과 보장대상의료비의 30%중 큰 금액				

주1) 실손의료비 담보의 경우 다수 계약이 체결된 경우 약관에 따라 비례보상되며, 공제금액 등 자세한 내용은 해당약관을 반드시 확인하시기 바랍니다.

- 해외여행 실손의료보험 특별약관2(비중증 비급여 실손의료비)

보 장 명	지 급 사 유
상해/질병 비급여 의료비 (3대비급여)	해외여행 도중 "상해 또는 질병"으로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원(외래 및 처방조제)하여 산정특례대상질환 외 치료를 받은 경우에는 비급여의료비(비급여 자기공명영상진단은 제외합니다)를 연간 보험가입금액의 한도 내에서 다음과 같이 보상합니다.

제외)	구분	보상금액	
	입원(입원실료, 입원제비용, 입원 수술비)	”비급여 의료비(비급여 병실료는 제외합니다)”(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 50%에 해당하는 금액. 다만, 「의료법」 제3조제2항에 의한 의료기관(동법 제3조의3에 의한 종합병원은 제외)에서 발생한 비급여 의료비는 1회당 300만원을 한도로 합니다.	
	상급병실료 차액	비급여 병실료의 50%. 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 비급여 병실료 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.	
	통원 (외래제비용, 외래수술비, 처방조제비)	통원 1회당(외래 및 처방·조제비 합산) “비급여 의료비(비급여 병실료는 제외합니다)”(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표1>의 “통원항목별 공제금액”을 뺀 금액(매년 계약해당일부터 1년간 통원 100회를 한도로 합니다) 	

주1) 실손의료비 담보의 경우 다수 계약이 체결된 경우 약관에 따라 비례보상되며, 공제금액 등 자세한 내용은 해당약관을 반드시 확인하시기 바랍니다.

2) 보험금 지급제한 사항

- ① 의료실비를 담보하는 다수 보험계약이 체결된 경우, 계약의 보장대상 의료비 중 최고액을 기준으로 각 계약들이 비례분담하여 보험금을 지급합니다.
 - ② 계약자나 피보험자나 보험수익자의 고의로 생긴 의료비는 보상에서 제외 됩니다.
 - ③ 보험금을 지급하지 아니하는 사유 등 기타 세부적인 사항은 보통약관 및 특별약관 내용에 따라 보험금 지급이 제한될 수 있으니, 반드시 해당약관을 참조해 주시기 바랍니다.
- ※ 자세한 내용은 약관을 참조하시기 바랍니다.

3) 회사의 보장개시

회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 합니다. 관련하여 자세한 사항은 해당 약관을 참조해주시기 바랍니다.

3. 보험료 산출기초

1) 보험료의 구성

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

2) 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.

3) 예정사업비율

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

4. 보험료 변동에 관한 사항

1) 보험료 예시

실손의료보험은 연령의 증가, 의료수가의 상승, 위험률 증가 등에 따라 보험료가 매년 변동되는 상품으로, 아래의 보험료 예시는 가입당시 남자 40세(상해의료비(해외) 1,000만원, 질병의료비(해외) 1,000만원, 상해의료비(국내,급여) 1,000만원, 상해의료비(국내,중증비급여) 1,000만원, 상해의료비(국내,비중증비급여) 1,000만원, 질병의료비(국내,급여) 1,000만원, 질병의료비(국내,중증비급여) 1,000만원, 질병의료비(국내,중증비급여) 1,000만원, 중증 3대비급여(국내) 350만원, 비중증 비급여 자기공명영상진단(국내) 200만원)를 기준으로 작성된 것입니다.

(단위 : 원)

기본납입형	
일반	웹할인 ^{주2)}
6,800	6,120

주1) 보험기간 : 3개월

주2) CM채널 10% 할인 적용

2) 보험료 인상률 관련 유의사항

연령증가 시 경과기간별 보험료 변동내역(가입연령 40세, 상해의료비(해외) 1,000만원, 질병의료비(해외) 1,000만원, 상해의료비(국내,급여) 1,000만원, 상해의료비(국내,중증비급여) 1,000만원, 상해의료비(국내,비중증비급여) 1,000만원, 질병의료비(국내,급여) 1,000만원

원, 질병의료비(국내,중증비급여) 1,000만원, 질병의료비(국내,중증비급여) 1,000만원,
 중증 3대비급여(국내) 350만원, 비중증 비급여 자기공명영상진단(국내) 200만원
 (단위: 원)

구분		40세	41세	42세	43세	44세	45세
연령증가	남자	6,120	6,310	6,330	6,530	6,740	7,140
	여자	6,450	7,020	7,610	7,830	8,340	8,940

주1) 보험기간: 3개월

주2) CM채널 10% 할인 적용

3) 위험률 변동

실손의료보험은 매년 위험률이 변경되며, 이에 따라 보험료가 조정됩니다.

① 실손의료비 위험률 변동내역(최근 3년) : 변동 있음

5. 해지환급금에 관한 사항

1) 해지환급금 산출기준

보험계약자가 보험기간중 보험계약을 해지할 경우에는 이 보험의 미경과보험료를 해지환급금으로 지급하여 드립니다.

2) 미경과보험료 산출기준

① 보험계약자의 책임있는 사유로 인한 해지:

기경과기간의 단기요율을 적용하여 계산된 보험료를 기납입보험료에서 뺀 잔액

② 그 밖의 해지:

미경과기간에 대하여 일할로 계산된 보험료

상품요약서는 상품의 주요내용만을 요약한 자료이므로, 구체적인 상품내용은 약관을 참조하시기 바랍니다.