

# 다이렉트 해외여행보험 상품요약서

## 1. 가입자격제한 등 상품의 특이사항

### 1) 가입자격제한

- ① 피보험자의 연령, 직업, 건강상태, 여행지역, 여행목적 등을 고려하여 가입이 제한되거나 불가능 할 수 있으며 보험가입금액이 제한될 수 있습니다.
- ② 가입연령 : 1세~100세
- ③ 만 19세 미만, 심신상실자, 심신박약자는 상해사망, 질병사망에 가입할 수 없습니다. 또한 80세 초과는 여행중질병사망 및 80%이상 후유장해 특별약관에 가입할 수 없습니다.

### 2) 상품의 특이사항

- ① 순수보장성보험으로 만기시 환급금이 없습니다.
- ② 보험료 소득공제를 받을 수 있습니다.(연간 100만원까지)
- ③ 보험기간은 90일을 넘을 수 없습니다.
- ④ 보험료 납입주기 : 일시납
- ⑤ 여행중 실손의료비의 경우 해외 및 국내치료비도 선택하여 가입할 수 있습니다.
- ⑥ 비급여 도수치료·체외충격파치료·중식치료 실손의료비, 비급여 주사료 실손의료비 및 비급여 자기공명영상진단(MRI/MRA) 실손의료비는 기본형 여행중상해의료비(국내) 및 기본형 여행중질병의료비(국내)를 모두 가입한 경우에 한하여 가입 가능합니다.

## 2. 보험금 지급사유, 지급금액 및 지급제한사항

### 1) 보험금 지급사유 및 지급금액

보장명		지급사유	지급금액
기본계약	여행중 상해 사망 보험금	보험증권에 기재된 여행을 목적으로 주거지를 출발하여 여행을 마치고 주거지에 도착할 때까지의 여행도중에 상해 <sup>주2)</sup> 의 직접결과로써 사망한 경우	보험가입금액
	여행중 상해 후유장해 보험금	보험증권에 기재된 여행을 목적으로 주거지를 출발하여 여행을 마치고 주거지에 도착할 때까지의 여행도중에 상해의 직접결과로써 약관의 장해분	보험가입금액 × 후유장해지급률

			류표에 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때		
선택계약	여행중실손의료보험	기본형 해외여행실손의료보험	해외	해외여행 중에 입은 상해로 인하여 해외의료기관 <sup>주4)</sup> 에서 의료비가 발생한 경우	보험가입금액을 한도로 피보험자가 실제 부담한 의료비 전액
			국내상해입원	<p>해외여행 중에 입은 상해로 인하여 국내의 병원에서 입원하여 치료를 받은 경우 하나의 상해당 아래의 비용을 보험가입금액 한도로 지급</p> <p>※ ①입원실료 ②입원제비용 ③입원수술비 ④상급병실료차액</p> <p>※아래에 해당하는 국내 상해의료비 및 질병의료비는 기본형 해외여행 실손의료비에서 보상하지 않습니다.</p> <p>1. 도수치료·체외충격파치료·증식치료로 인하여 발생한 비급여의료비</p> <p>2. 비급여 주사료</p> <p>3. 자기공명영상진단(MRI/MRA)으로 인하여 발생한 비급여의료비</p>	<p>①~③의 비용 : ‘요양급여 또는 의료급여<sup>주5)</sup> 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액)’의 90% 해당액과 ‘비급여’의 80% 해당액의 합계액(선택형) 또는 ‘요양급여 또는 의료급여<sup>주5)</sup> 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액)’과 ‘비급여’의 합계액의 80% 해당액(표준형)</p> <p>④의 비용 : 입원 시 실제로 사용한 병실과 기준병실의 병실료 차액에서 50%를 뺀 금액</p> <p>※단, ①~③의 비용의 선택형 또는 표준형 해당액이 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 연간 200만원 초과시 그 초과금액을 포함하며, ④의 경우 1일 평균금액 10만원 한도로 보상</p> <p>※국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용받지 못한 경우 피보험자가 부담하는 비용의 40%를 하나의 상해당 보험가입금액 한도로 지급</p>
			국내상해통원	<p>해외여행 중에 입은 상해로 인하여 국내의 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우 ①, ②비용에서 각 공제금액을 차감하고 가입금액 한도로 지급</p> <p>※①외래제비용, 수술비: 20만원한도 (1년간 방문180회한도)</p> <p>②처방조제비 : 10만원한도 (1년간 처방전180건한도)</p> <p>※아래에 해당하는 국내 상해의료비 및 질병의료비는 기본형 해외여행 실손의료비에서 보상하지 않습니다.</p> <p>1. 도수치료·체외충격파치료·증식치료로 인하여 발생한 비급여의료비</p>	<p>1. 외래비용의 공제 :</p> <p>-의원(1만원과 공제기준금액<sup>주6)</sup> 중 큰 금액(선택형) 또는 1만원과 보상대상의료비의 20%중 큰 금액(표준형))</p> <p>-병원(1만5천원과 공제기준금액<sup>주6)</sup> 중 큰 금액(선택형) 또는 1만5천원과 보상대상의료비의 20%중 큰 금액(표준형))</p> <p>-종합전문요양기관(2만원과 공제기준금액<sup>주6)</sup> 중 큰 금액(선택형), 2만원과 보상대상의료비의 20%중 큰 금액(표준형))</p> <p>2. 처방조제비의 공제 : 8천원과 공제기준금액<sup>주6)</sup> 중 큰 금액</p>

		<p>2. 비급여 주사료</p> <p>3. 자기공명영상진단(MRI/MRA)으로 인하여 발생한 비급여의료비</p>	<p>액(선택형), 8천원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액(표준형)</p> <p>※국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용받지 못한 경우 피보험자가 부담하는 비용에서 공제금액을 차감한 금액의 40%를 각 보험가입금액 한도로 지급</p>
질병 의료 비	해외	<p>해외여행 중에 질병으로 인하여 해외의료기관<sup>주4)</sup>에서 의료비가 발생한 경우</p>	<p>보험가입금액 한도로 피보험자가 실제 부담한 의료비 전액</p>
	국내 질병 입원	<p>해외여행 중에 질병으로 인하여 국내의 병원에서 입원하여 치료를 받은 경우 하나의 질병당 아래의 비용을 가입금액 한도로 지급</p> <p>※ ①입원실료 ②입원제비용 ③입원수술비 ④상급병실료차액</p> <p>※아래에 해당하는 국내 상해의료비 및 질병의료비는 기본형 해외여행 실손의료비에서 보상하지 않습니다.</p> <p>1. 도수치료·체외충격파치료·증식치료로 인하여 발생한 비급여의료비</p> <p>2. 비급여 주사료</p> <p>3. 자기공명영상진단(MRI/MRA)으로 인하여 발생한 비급여의료비</p>	<p>①~③의 비용 : ‘요양급여 또는 의료급여<sup>주5)</sup> 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액)’의 90% 해당액과 ‘비급여’의 80% 해당액의 합계액(선택형) 또는 ‘요양급여 또는 의료급여<sup>주5)</sup> 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액)’과 ‘비급여’의 합계액의 80% 해당액(표준형)</p> <p>④의 비용 : 입원 시 실제로 사용한 병실과 기준병실의 병실료 차액에서 50%를 뺀 금액</p> <p>※단, ①~③의 비용의 선택형 또는 표준형 해당액이 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 연간 200만원 초과시 그 초과금액을 포함하며, ④의 경우 1일 평균금액 10만원 한도로 보상</p> <p>※국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용받지 못한 경우 피보험자가 부담하는 비용의 40%를 하나의 질병당 보험가입금액 한도로 지급</p>
	국내 질병 통원	<p>해외여행 중에 질병으로 인하여 국내의 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우 ①, ②비용에서 각 공제금액을 차감하고 가입금액 한도로 지급</p> <p>※①외래제비용, 수술비: 20만원한도 (1년간 방문180회한도) ②처방조제비 : 10만원한도 (1년간 처방전180건한도)</p>	<p>1. 외래비용의 공제 :</p> <p>-의원(1만원과 공제기준금액<sup>주6)</sup> 중 큰 금액(선택형) 또는 1만원과 보상대상의료비의 20%중 큰 금액(표준형))</p> <p>-병원(1만5천원과 공제기준금액<sup>주6)</sup> 중 큰 금액(선택형) 또는 1만5천원과 보상대상의료비의 20%중 큰 금액(표준형))</p> <p>-종합전문요양기관(2만원과 공제기</p>

			<p>준금액<sup>주6)</sup> 중 큰 금액(선택형), 2만원과 보상대상의료비의 20%중 큰 금액(표준형)</p> <p>2. 처방조제비의 공제 : 8천원과 공제기준금액<sup>주6)</sup> 중 큰 금액(선택형), 8천원과 보상대상 의료비의 20%중 큰 금액(표준형)</p> <p>※국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용받지 못한 경우 피보험자가 부담하는 비용에서 공제금액을 차감한 금액의 40%를 각 보험가입금액 한도로 지급</p>
비급여 도수치료·체외충격파치료·증식치료 실손의료비	해외여행 중 입은 상해 또는 질병의 치료목적으로 병원에 입원 또는 통원하여 비급여 도수치료·체외충격파치료·증식치료를 받은 경우에 보상		<p>본인이 도수치료·체외충격파치료·증식치료로 인하여 실제로 부담한 비급여의료비에서 공제금액(1회당 2만원과 실제 부담한 비급여의료비의 30% 중 큰 금액)을 뺀 금액을 보상한도 내에서 보상</p> <p>※계약일 또는 매년 계약해당일로부터 1년단위로 350만원 이내, 도수치료·체외충격파치료·증식치료의 각 치료횟수를 합산하여 최대 50회까지 보상</p>
비급여 주사료 실손의료비	<p>해외여행중에 입은 상해 또는 질병의 치료목적으로 병원에서 입원 또는 통원하여 비급여에 해당하는 주사치료를 받은 경우에 보상</p> <p>※ 주사료에서 항암제, 항생제, 희귀의약품을 위해 사용된 비급여 주사료는 기본형 해외여행 실손의료보험에서 보상</p>		<p>주사치료를 받아 본인이 실제로 부담한 비급여 주사료에서 공제금액(입원·통원 1회당 2만원과 실제로 부담한 비급여 주사료의 30% 중 큰 금액)을 뺀 금액을 보상한도 내에서 보상</p> <p>※계약일 또는 매년 계약해당일로부터 1년단위로 250만원 이내, 입원과 통원을 합산하여 최대 50회까지 보상</p>
비급여 자기공명영상진단(MRI/MRA) 실손의료비	해외여행 중에 입은 상해 또는 질병의 치료목적으로 병원에 입원 또는 통원하여 비급여 자기공명영상진단을 받은 경우에 보상		<p>자기공명영상진단을 받아 본인이 실제로 부담한 비급여의료비(조영제, 관독료 포함)에서 공제금액(1회당 2만원과 자기공명영상진단을 받아 실제로 부담한 비급여의료비의 30% 중 큰 금액)을 뺀 금액을 보상한도 내에서 보상</p> <p>※계약일 또는 매년 계약해당일로부터 1년 단위로 300만원 한도 내에서 보상</p>

여행 중 질병 사망 및 80% 이상 후유 장해 <sup>주</sup> 3)	여행중 질병사망 보험금	여행 도중에 질병으로 인하여 사망한 경우	보험가입금액
	여행중 질병 후유장해 보험금	여행 도중에 질병으로 신체의 일부를 잃었거나 그 기능이 영구히 상실되어 장해분류표에서 정한 지급률이 80% 이상에 해당하는 후유장해가 남았을 경우	보험가입금액
여행중배상책임		여행도중에 생긴 우연한 사고로 타인 (피해자)의 신체의 장해 또는 재물의 손해에 대한 법률상의 배상책임을 부 담함으로써 입은 손해를 보상	보험가입금액 한도 (자기부담금 1만원)
여행중휴대품손해		여행도중에 생긴 우연한 사고에 의하 여 피보험자 소유·사용·관리의 휴 대품에 입은 손해를 보상	보험가입금액 한도 (자기부담금 1만원)
여행중항공기납치		여행도중에 피보험자가 승객으로서 탑승한 항공기가 납치됨에 따라 예정 목적지에 도착할 수 없게 된 경우	1일당 7만원 (20일 한도)
중대사고 구조송환비용		아래의 사유로 계약자, 피보험자 또 는 피보험자의 법정상속인이 부담하 는 비용을 보상  <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> (1) 여행도중에 피보험자가 탑승한 항공기 또는 선박이 행방불명 또 는 조난된 경우 또는 산악등반 중 에 조난된 경우  (2) 여행도중에 급격하고도 우연한 외래의 사고에 따라 긴급수색구조 등이 필요한 상태로 된 것이 경찰 등의 공공기관에 의하여 확인된 경우  (3) 상해를 직접 원인으로 하여 사 고일로부터 1년 이내에 사망한 경 우 또는 14일이상 계속 입원한 경우  (4) 질병을 직접 원인으로 하여 여 행도중에 사망한 경우 또는 14일 이상 계속 입원한 경우 </div>	보험가입금액 한도

주1) 영구히 고정된 증상은 아니지만 치료종결 후 한시적으로 나타나는 장해에 대하여는 그 기간이 5년 이상인 때에는 해당 장해 지급률의 20%를 보험가입금액에 곱하여 산출한 금액을 지급합니다.

- 주2) “상해”란 급격하고도 우연한 외래의 사고로 인한 신체의 상해를 말합니다.
  - 주3) 19세 미만자와 80세 초과하는 자는 여행중상해사망, 여행중질병사망 및 80%이상 후유장해에 가입할 수 없습니다.
  - 주4) 해외의료기관은 해외소재 의료기관을 말하며, 해외소재약국을 포함합니다.
  - 주5) 요양급여 또는 의료급여 : 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여
  - 주6) 공제기준금액 : 보상대상의료비의 급여 10% 해당액과 비급여 20% 해당액의 합산액
- ※ 자세한 내용은 약관을 참조하시기 바랍니다.

2) 보험금 지급제한 사항

- ① 계약자나 피보험자나 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- ② 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- ③ 이 보험계약에서 보장하는 여행중실손의료비, 여행중휴대품손해, 중대사고구조송환비용, 여행중항공기납치의 경우 담보하는 다수의 보험계약이 체결되어 있는 경우, 약관에 따라 비례보상합니다.
- ④ 보험금을 지급하지 않는 사유 등 기타 세부적인 사항은 보통약관 및 특별약관 내용에 따라 보험금 지급이 제한될 수 있습니다.

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 및 보험료 예시

1) 보험료의 구성

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

2) 보험료 예시

(단위 : 원)

보 장 명		자녀형	스탠다드형	디럭스형	실버형
기본 계약	여행중상해사망후유장해	1,000만	1억	2억	1,000만
선택 계약	여행중질병사망 및 80%이상 후유장해 <sup>주)</sup>	-	1,000만	2,000만	-
	기본형 여행중상해의료비	2,000만	1,000만	2,000만	2,000만
	기본형 여행중질병의료비	2,000만	1,000만	2,000만	2,000만
	비급여 도수치료·체외충격파치료·증식	350만	350만	350만	350만

	치료 실손의료비				
	비급여 주사료 실손의료비	250만	250만	250만	250만
	비급여 자기공명영상진단(MRI/MRA) 실손의료비	300만	300만	300만	300만
	여행중배상책임	3,000만	500만	5,000만	3,000만
	여행중휴대품손해	50만	20만	70만	50만
	중대사고구조송환비용	3,000만	500만	5,000만	3,000만
	여행중항공기납치	140만	140만	140만	140만
보험기간별 보험료	7일	7,080	7,340	15,920	107,620
	14일	9,210	9,540	20,700	139,910
	1개월	14,170	14,680	31,850	215,250

※ 보험료산출기준 : 일시납, 1급, 30세, 남자, 국내의료비포함, 표준형(20%자기부담금) 기준  
(단, 자녀형은 10세, 실버형은 90세)

19세 미만자와 80세 초과하는 자는 사망담보(여행중상해사망, 여행중질병사망 및 80%이상 후유장해)를 제외한 플랜으로 가입할 수 있습니다.

※ 여행중실손의료비 가입에 관한 사항

비급여 도수치료·체외충격파치료·증식치료 실손의료비, 비급여 주사료 실손의료비 및 비급여 자기공명영상진단(MRI/MRA) 실손의료비는 기본형 여행중상해의료비(국내) 및 기본형 여행중질병의료비(국내)를 모두 가입한 경우에 한하여 가입할 수 있습니다.

#### 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 30세(상해의료비 2,000만원, 질병의료비 2,000만원, 상해·질병통원의료비(외래20만원, 약제10만원), 비급여 도수치료·체외충격파치료·증식치료 실손의료비 350만원, 비급여 주사료 실손의료비 250만원, 비급여 자기공명영상진단(MRI/MRA) 실손의료비 300만원)를 기준으로 작성된 것입니다.

(단위 : 원)

기본납입형	
표준형	선택형
30,880	31,030

주1)보험기간 : 3개월

##### 2) 보험료 인상률 관련 유의사항

보험료 인상가능폭 35%가정 시 경과기간별 보험료 변동내역(표준형 기준, 가입 연령 40세, 상해의료비 2천만원, 질병의료비 2천만원, 상해질병통원의료비 30만원(외래20만원, 약제10만원), 비급여 도수치료·체외충격파치료·증식치료 실손의료비 350만원, 비급여 주사료 실손의료비 250만원, 비급여 자기공명영상진단(MRI/MRA) 실손의료비 300만원)

(단위:원)

구분		40세	41세	42세	43세	44세	45세
연령증가	남자	42,170	43,270	43,850	44,640	47,080	49,920
	여자	44,050	47,540	51,220	54,380	57,720	61,800
연령증가 +보험료35%	남자		58,410	59,190	60,260	63,550	67,390
	여자		64,170	69,140	73,410	77,920	83,430

주1) 보험기간 : 3개월, 공제비율 20%

### 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.