# 2020년 전남,전북,울산교육청통합
# 단체상해보험 상품설명 및 청구안내

## - 목 차 -

1. 보험계약의 개요
2. 보험사별 담보내역
3. 보험금청구 구비서류
4. 보험금청구 접수처
5. 담보별 주요내용
6. 개인실손전환제도 안내
-(별첨) 2020년 전남,전북,울산교육청 기관별 단체보험 가입내역
-FAQ

본 안내문은 피보험자의 이해를 돕기 위해 작성한 자료로 약관에 우선할 수 없으니 필요한 경우 반드시 약관을 참고하시기 바랍니다.

## 1. 보험계약의 개요

| 구분 | 내용 |
|---|---|
| 대표계약자 | 전남, 전북, 울산교육청통합 |
| 가입기관 | 전라남도교육청, 전라북도교육청, 울산광역시교육청 |
| 보험기간 | 2020-01-01 00:00 ~ 2020-12-31 24:00 |
| 담보대상 | 전남교육청 등 교직원으로 재직 중인 교원 |
| 공동수급사 | 현대해상(대표), 교직원공제회, 흥국화재, 한화손보, 신협, KDB생명 |

## 2. 보험사별 담보내역 - (별첨) 2020년 전남,전북,울산교육청통합 기관별 단체보험 가입내역 참조

| 구분 | 보장내용 | 가입금액 | 성별 | 보험사별 가입금액 | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | 현대해상 | 교직원 | 흥국화재 | 한화손보 | 신협 | KDB생명 |
| 공통 | 상해사망 | 1억원 | 남<br>여 | 2천만원 | 3천만원 | 2천만원 | 1천5백만원 | 1천만원 | 5백만원 |
| | 상해후유장해 | 1억원 | 남<br>여 | 2천만원 | 3천만원 | 3천5백만원 | 1천5백만원 | | |
| | 질병사망.<br>80%이상후유장해 | 1억원 | 남<br>여 | 2천5백만원 | 3천만원 | 2천만원 | 1천만원 | 1천만원 | 5백만원 |
| | 질병80%미만<br>후유장해 | 1억원 | 남<br>여 | 4천만원 | | 5천만원 | 1천만원 | | |
| | 상해사망 | 1억5천<br>만원 | 남<br>여 | 4천만원 | 3천만원 | 3천5백만원 | 3천만원 | 1천만원 | 5백만원 |
| | 상해후유장해 | 1억5천<br>만원 | 남<br>여 | 4천만원 | 3천만원 | 5천만원 | 3천만원 | | |
| | 질병사망.<br>80%이상후유장해 | 1억5천<br>만원 | 남<br>여 | 5천5백만원 | 3천만원 | 3천만원 | 2천만원 | 1천만원 | 5백만원 |
| | 질병80%미만<br>후유장해 | 1억5천<br>만원 | 남<br>여 | 5천5백만원 | | 7천5백만원 | 2천만원 | | |
| | 상해사망 | 2억원 | 남<br>여 | 6천만원 | 3천만원 | 5천5백만원 | 4천만원 | 1천만원 | 1천만원 |
| | 상해후유장해 | 2억원 | 남<br>여 | 5천만원 | 3천만원 | 8천만원 | 4천만원 | | |
| | 질병사망.<br>80%이상후유장해 | 2억원 | 남<br>여 | 8천만원 | 3천만원 | 4천5백만원 | 3천만원 | 1천만원 | 1천만원 |
| | 질병80%미만<br>후유장해 | 2억원 | 남<br>여 | 7천만원 | | 1억원 | 3천만원 | | |

본 안내문은 피보험자의 이해를 돕기 위해 작성한 자료로 약관에 우선할 수 없으니 필요한 경우 반드시 약관을 참고하시기 바랍니다.

| 구분 | 보장내용 | 가입금액 | 성별 | 보험사별 가입금액 | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | 현대해상 | 교직원 | 흥국화재 | 한화손보 | 신협 | KDB생명 |
| 선택 | 암진단비 | 1천만원 | 남<br>여 | | 2백만원 | | | 5백만원 | 3백만원 |
| | 급성심근경색 | 1천만원 | 남<br>여 | | | 1천만원 | | | |
| | 뇌졸중 | 1천만원 | 남<br>여 | | | 1천만원 | | | |
| | 입원의료비 | 3천만원 | 남<br>여 | 3천만원 | | | | | |
| | 3대 비급여 | 350만원<br>250만원<br>300만원 | 남<br>여 | 350만원<br>250만원<br>300만원 | | | | | |
| | 통원의료비 | 외래25만원<br>처방5만원 | 남<br>여 | 외래25만원<br>처방5만원 | | | | | |

**※ 교육청 수요조사를 통한 선택자 자료에 의거 보상함 (추후 변경불가)**

**※ 암진단비의 경우 일반암 1천만원, 갑상선/경계성종양 3백만원, 제자리암/기타피부암 1백만원 임.**

**(필독!!) 상기 단체상해보험의 피보험자는 계약자인 단체에 소속되어 있는 재직기간에만 보장이 가능합니다. 따라서 피보험자가 퇴직 또는 전출 등의 사유가 발생하여 단체 소속 지위를 유지할 수 없는 경우 담보의 효력도 소멸하니 이점 유념해주시기 바랍니다.**

본 안내문은 피보험자의 이해를 돕기 위해 작성한 자료로 약관에 우선할 수 없으니 필요한 경우 반드시 약관을 참고하시기 바랍니다.

### 3. 보험금청구 구비서류 안내

| 구분 | | 구비서류 | 비고 |
|---|---|---|---|
| 필수서류 | | 1. 보험금 청구서 및 개인정보동의서서식 - 유첨 양식<br>2. 본인 재직증명서 - 100만원 이상 청구시<br>(전출, 퇴직 및 사망 등의 경우엔 경력증명서) | |
| 실손<br>(FAX 접수) | 입원 | 1. 입·퇴원일이 기재된 **진단서**<br>또는 진단명이 기재된 **입퇴원확인서**<br>2. 진료비계산서 및 영수증<br>3. 진료비상세내역서<br>4. CT, MRI의 경우 의사소견서 또는 검사결과지 | 카드 전표나 소득공제용 '진료비납입확인서'는 불가함 |
| | 통원 | 1. 통원일자별 병원영수증 및 약국영수증<br>2. 진료비상세내역서, 통원확인서<br>3. 처방전<br>※ 처방전에 질병분류코드 미기재 시 추가증빙서류(진단서, 소견서 등)가 필요<br>4. CT, MRI의 경우 의사소견서 또는 검사결과지 | |
| 암진단비<br>(원본 접수) | | 1. 진단서(확정) - 임상적추정에 표시된 진단서는 불가함<br>2. 조직검사(병리검사) 결과지(방사선판독지)<br>3. 의무기록사본(초진기록지, 경과기록지) | 병원에 따라 조직검사결과지가 의무기록사본에 포함 발행되오니 참고 바랍니다. |
| 2대질병<br>(급성심근경색, 뇌졸중)<br>(원본 접수) | | 1. 진단서(확정) - 임상적추정에 표시된 진단서는 불가함<br>2. 진단을 위한 검사 결과지<br>(MRI검사결과지 또는 CT검사결과지 등)<br>3. 의무기록사본 (초진기록지, 경과기록지) | |
| 후유장해<br>(원본 접수) | | 1. 후유장해진단서 (입원 또는 치료병원)<br>※ 단, 운동장해 경우 AMA장해진단서<br>2. 사고증명서 (아래 표 참고, 질병인 경우 제외)<br>3. 의무기록사본 | |
| 사망<br>(원본 접수) | | 1. 사망진단서 또는 사체검안서<br>2. 사고증명서 (아래 표 참고, 질병인 경우 제외)<br>3. 기본증명서 - 망자기준<br>4. 혼인증명서 - 망자기준<br>5. 가족관계증명서 - 망자기준<br>6. 제적등본<br>7. 대표수익자 지정시<br>※ 위임장 (위임자, 수임자 인감도장 날인)<br>8. 인감증명서 (위임자 수임자들 각 1부)<br>9. 법정상속인(들) - 개인정보동의서 | 법적상속인이 미성년자일 경우 미성년자 기준<br>1.가족관계증명서 (상세)<br>2.기본증명서 (상세) 추가 |

☞ 해당보험금 청구서류를 제출 후 실제 보상을 담당하는 보험사의 보상직원이 별도의 문의 또는 서류를 추가 요청할 수 있사오니 양해 부탁드립니다.

☞ 사망, 후유장해의 경우 대표사로 원본 등기발송 부탁드립니다.

본 안내문은 피보험자의 이해를 돕기 위해 작성한 자료로 약관에 우선할 수 없으니 필요한 경우 반드시 약관을 참고하시기 바랍니다.

**4. 보험금청구 접수처** – 전담보 청구서류 대표사 송부 가능(참여사 전달 역할 수행)

| 보험사 | 문의처 | |
|---|---|---|
| 현대해상화재보험<br>(대표사) | TEL | 02-2181-2781~2 |
| | FAX | 0507-774-6962 |
| | 주소 | (07219) 서울시 영등포구 국회대로 543 동양타워빌딩 7층<br>현대해상 기업손사센터 손사접수관리부 |
| 한국교직원공제회<br>(참여사) | TEL | 1577-3993 / 원본송부 |
| | 주소 | (07328) 서울시 영등포구 여의나루로 50 더케이타워 26층<br>보험사업부 지급보상팀 |
| 흥국화재해상보험<br>(참여사) | TEL | 1644-6880 + 1번 / 원본송부 |
| | 주소 | (07299) 서울시 영등포구 경인로 775 (문래동 3가,<br>에이스하이테크시티) 1동 610호<br>흥국화재 보상센터 |
| 한화손해보험<br>(참여사) | TEL | 02)6331-9736 / 원본송부 |
| | 주소 | (07271) 서울시 영등포구 양산로 57-5 이노플렉스 1305호<br>한화손해보험 토탈손사 단체손사팀 |
| 신협중앙회<br>(참여사) | TEL | 1544-3030 / 원본송부 |
| | 주소 | (35209) 대전시 서구 한밭대로 745<br>신용협동조합중앙회 8층 보상서비스팀 |
| KDB생명보험<br>(참여사) | TEL | 02)6303-6937 / 원본송부 |
| | 주소 | (04323) 서울시 용산구 한강대로 372 KDB생명타워 9층<br>직판채널팀 단체상해 담당 |

본 안내문은 피보험자의 이해를 돕기 위해 작성한 자료로 약관에 우선할 수 없으니 필요한 경우 반드시 약관을 참고하시기 바랍니다.

5. 담보별 주요 내용

☞ 입·통원의료비 (선택 가입)

**[보장내용 및 보장금액]**

■ **입원의료비**

▪ 피보험자가 상해 또는 질병(출산 포함)으로 인하여 병원에 입원하여 치료를 받은 경우에 보상

| | |
|---|---|
| 입원실료<br>입원제비용<br>입원수술비 | ◈ 질병 또는 상해로 인한 입원 시 보험가입금액 3천만원 한도로 본인부담금의 급여 90% 및 비급여(상급병실차액 제외)의 80%를 보상<br>◈ 단, 자기부담금은 연간 200만원 한도 |
| 상급병실료<br>차액 | ◈ 상급병실료 차액은 50%(10만원 한도) 보상<br>◈ 1일 평균금액 10만원 한도<br>(1일 평균금액=입원기간동안 상급병실료 차액 전체/입원일수) |

▪ 보상의 최우선 전제조건

- 보험개시일 이후의 치료 목적의 입원을 필수조건으로 합니다.

▪ 보험금 산정 기준

- 병원에서 치료받은 후 급여 및 비급여 각 항목이 기재된 입퇴원 진료비계산서 상의 치료 금액을 기준으로 합니다.

▪ 보험금 지급 대상 및 한도 적용 기준

- 모든 종류의 상해와 질병(출산포함)을 대상으로 하며 서로 다른 상해와 질병으로 각각 입원 치료를 받았을 경우 각 상해와 질병별로 보험가입금액 한도로 보상합니다

[예시]

· 간암 → 폐암 전이 : 동일 질병 간주
· 급성심근경색증 → 급성심근경색증 합병증 : 동일 질병 간주
· 암 → 뇌졸중 : 서로 다른 질병간주
(단, 암으로 입원하여 치료를 받던 중 뇌졸중 증상(기존에 증상이 있었거나 새로이 발견된 경우 모두 포함)으로 치료시 동일 질병(입원) 간주
· 교통사고 → 추락사고 : 서로 다른 상해 간주

■ **통원의료비**

▪ 피보험자가 상해 또는 질병(출산 포함)으로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받거나 처방조제를 받은 경우에 보상

| | |
|---|---|
| 외래 | 방문 1회당 `「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금` 과 `비급여`를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표1>의 `항목별공제금액`을 뺀 금액을 외래의 보험가입금액의 한도내에서 보상(매년 계약해당일부터 1년간 방문 180회를 한도로 합니다) |
| 처장조제비 | 처방전 1건당 `「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금`과 `비급여`를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 <표1>의 `항목별공제금액`을 뺀 금액을 처방조제비의 보험 가입금액의 한도내에서 보상(매년 계약해당일부터 1년간 처방전 180건을 한도로 합니다) |

본 안내문은 피보험자의 이해를 돕기 위해 작성한 자료로 약관에 우선할 수 없으니 필요한 경우 반드시 약관을 참고하시기 바랍니다.

<표1> 항목별 공제금액

| 구분 | 항목 | 공제금액 |
|---|---|---|
| 외래<br>(외래제비용<br>및<br>외래수술비<br>합계) | 「의료법」 제3조 제2항 제1호에 따른 의원, 치과의원, 한의원, 같은 항 제2홍 호에 따른 조산원, 「지역보건법」 제10조, 제12조 및 제13조에 따른 보건소, 보건의료원 및 보건지소, 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」 제15조에 따른 보건진료소 | 1만원과 공제기준금액<br>(보상대상의료비의 급여<br>10% 해당액과 비급여<br>20% 해당액의 합산액)<br>중 큰 금액 |
| | 「의료법」 제3조 제2항 제3호에 따른 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원 | 1만5천원과 공제기준금액<br>(보상대상의료비의 급여<br>10% 해당액과 비급여<br>20% 해당액의 합산액)<br>중 큰 금액 |
| | 「국민건강보험법」 제42조 제2항에 따른 종합전문요양기관 또는 「의료법」 제3조의4에 따른 상급종합병원 | 2만원과 공제기준금액<br>(보상대상의료비의 급여<br>10% 해당액과 비급여<br>20% 해당액의 합산액)<br>중 큰 금액 |
| 처방조제비 | 「국민건강보험법」 제42조 제1항 제2호에 따른 약국, 같은 항 제3호에 따른 한국희귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약분업 예외 지역에서 약사의 직접 조제 1건당) | 8천원과 공제기준금액<br>(보상대상의료비의 급여<br>10% 해당액과 비급여<br>20% 해당액의 합산액)<br>중 큰 금액 |

**[주요면책사항]**

▶ 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

▶ 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

▶ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

▶ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동으로 인한 경우

▶ 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 단순한 질환

- 단순한 피로 또는 권태, 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반, 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
- 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상), 단순포경, 발기부전, 불감증, 검열반 등

▶ 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 외모개선 목적으로 치료한 경우

- 쌍꺼풀수술, 코성형수술(융비술) 유방 확대·축소술, 지방흡입술, 주름살 제거술 등
- 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로서 시력이 아닌 외모개선 목적의 수술
- 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술 (국민건강보험 요양급여 대상 수술 방법 또는 치료재가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 봅니다.)
- 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
- 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여대상에 해당하는 치료

▶ 알콜 중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

▶ 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정 포함), 성장촉진, 의약외품과 관련 소요비용

▶ 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 보조기 등 진료 재료의 구입 및 대체 비용

본 안내문은 피보험자의 이해를 돕기 위해 작성한 자료로 약관에 우선할 수 없으니 필요한 경우 반드시 약관을 참고하시기 바랍니다.

▶ 인간면역결핍바이러스 감염으로 인한 치료비
▶ 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비
▶ 진료와 무관한 각종 비용(시청료, 전화료, TV, 각종 증명료, 간병비 등)
▶ 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련이 필요한 등반), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
▶ 모터보트·자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 행사(이를 위한 연습 포함), 시운전
▶ 선박 승무원, 어부, 사공, 그 밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람의 직무상 선박탑승
▶ 정신 및 행동장애(F04~F99)
(다만, F04~F09, F20~F29, F30~F39, F40~F48, F90~F98 과 관련한 치료에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하는 의료비는 보상)
▶ 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)
▶ 선천성 뇌질환(Q00 ~Q04), 비만(E66), 요실금(N39.3, N39.4, R32)
▶ 직장 또는 항문 질환 중 국민건강보험법에 따른 요양급여에 해당하지 않는 부분
(I84, K60~K62, K64) → 항문질환은 급여본인부담금에 한해 보상
▶ 출산이전의 양수검사, 기형아검사, 임신으로 인한 빈혈제, 영양제 복용
▶ 한방물리요법(수기요법, 전자요법, 온열요법, 추나요법 등)
▶ 차멀미, 비만, 금연 등 질병치료 이외의 목적으로 시술한 침술
▶ 치료 목적이 아닌 단순한 건강증진을 위한 투약 및 첩약
▶ 치아보철, 보존, 금관, 틀니, 의치 및 임플란트로 인한 의료비
▶ 3대 비급여(도수치료/체외충격파치료/증식치료, 비급여주사료, 비급여MRI/MRA)는
각 특약 치료 별로 별도의 보상한도 및 자기부담금 적용 됨(후첨된 3대 비급여 안내 참조)

**※ 당 실손입원의료비 보장의 적용에 있어 야기되는 진료 수준 및 , 용어 해석상의 모든 문제는 관계법령 및 감독관청 규정 약관에**

본 안내문은 피보험자의 이해를 돕기 위해 작성한 자료로 약관에 우선할 수 없으니 필요한 경우 반드시 약관을 참고하시기 바랍니다.

☞ 3대비급여 (선택 가입)

**[보장내용 및 보장금액]**

■ **비급여 도수치료·체외충격파치료·증식치료**

- 상해 또는 질병의 치료 목적으로 병원에 입·통원하여 비급여 도수치료·체외충격파치료·증식치료를 받은 경우 공제금액을 제외한 금액을 보상한도 내에서 보상
- 보상한도 : 1년 단위로 350만원이내에서 50회까지 보상
  (도수치료·체외충격파치료·증식치료의 각 치료횟수를 합산하여 50회까지 보상)
- 공제금액 : 입·통원 1회당 2만원과 보상대상 의료비의 30%중 큰 금액

| 용어 | 정의 |
|---|---|
| 도수치료 | 치료자가 손(정형용 교정장치 장비 등의 도움을 받는 경우를 포함합니다)을 이용해서 환자의 근골격계통의 기능 개선 및 통증감소를 위하여 실시하는 치료행위 *의사 또는 의사의 지도하에 물리치료사가 도수치료를 하는 경우에 한함 |
| 체외충격파치료 | 체외에 충격파를 병변에 가해 혈관 재형성을 돕고 건(힘줄) 및 뼈의 치유과정을 자극하거나 재활성화 시켜 기능개선 및 통증감소를 위하여 실시하는 치료행위 |
| 증식치료 | 근골격계 통증이 있는 부위의 인대나 건(힘줄), 관절, 연골 등에 증식물질을 주사하여 통증이 소실되거나 완화되는 것을 유도하는 치료행위 |

■ **비급여 주사료**

- 상해 또는 질병의 치료 목적으로 병원에 입·통원하여 비급여 주사치료를 받은 경우 비급여 주사료에서 공제금액을 제외한 금액을 보상한도 내에서 보상
- 보상한도 : 1년 단위로 250만원이내에서 50회까지 보상
- 공제금액 : 입·통원 1회당 2만원과 보상대상 의료비의 30%중 큰 금액

※ 아래의 항암제, 항생제, 희귀의약품은 입원의료비 또는 통원의료비에서 기본 보상함.

| 용어 | 정의 |
|---|---|
| 항암제 | 식품의약품안전처가 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 따라 지정하는 '조직세포의 기능용 의약품' 중 '종양용약' 과 '조직세포의 치료 및 진단 목적제제' *「의약품등 분류번호에 관한 규정」에 따른 의약품분류표가 변경되는 경우 치료시점의 의약품분류표에 따름. |
| 항생제 (항진균제 포함) | 식품의약품안전처가 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 따라 지정하는 '항병원생물성 의약품' 중 '항생물질제제', '화학요법제' 및 '기생동물에 대한 의약품 중 항원충제' *「의약품등 분류번호에 관한 규정」 에 따른 의약품분류표가 변경되는 경우 치료시점의 의약품분류표에 따름. |
| 희귀의약품 | 식품의약품안전처장이 「희귀의약품 지정에 관한 규정」에 따라 지정하는 의약품 *「희귀의약품 지정에 관한 규정」에 따른 희귀의약품 지정 항목이 변경되는 경우 치료시점의 희귀의약품 지정 항목에 따름. |

본 안내문은 피보험자의 이해를 돕기 위해 작성한 자료로 약관에 우선할 수 없으니 필요한 경우 반드시 약관을 참고하시기 바랍니다.

■ **비급여 자기공명영상진단(MRI/MRA)**

- 상해 또는 질병의 치료 목적으로 병원에 입·통원하여 자기공명영상진단을 받은 경우 본인이 실제로 부담한 비급여의료비(조영제, 판독료 포함)에서 공제금액을 제외한 금액을 보상한도 내에서 보상
- 보상한도 : 1년 단위로 300만원이내 보상
- 공제금액 : 입·통원 1회당 2만원과 보상대상 의료비의 30%중 큰 금액

| 용어 | 정의 |
|---|---|
| 자기공명 영상진단 | 자기공명영상 장치를 이용하여 고주파 등을 통한 신호의 차이를 영상화하여 조직의 구조를 분석하는 검사(MRI/MRA)<br>* 자기공명영상진단 결과를 다른 의료기관에서 판독하는 경우 포함 (보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」상의 범주에 따름) |

**[주요면책사항]**

▶ **입원의료비의 주요 면책사항을 준용함 (단, 출산은 면책임)**

본 안내문은 피보험자의 이해를 돕기 위해 작성한 자료로 약관에 우선할 수 없으니 필요한 경우 반드시 약관을 참고하시기 바랍니다.

☞ **암진단비 (선택 가입)**

**[보장내용 및 보장금액]**

■ 피보험자가 보험기간 중 "일반암", "갑상선암", "기타피부암", "제자리암(상피내암) ", "경계성종양"으로 진단확정된 경우에는 이 특별약관에 따라 아래에 정한 금액을 각각 1 회에 한하여 암치료비보험금으로 피보험자에게 지급합니다.

| 지급사유 | 지급금액 |
|---|---|
| 일반암 | 1천만원 |
| 갑상선암, 경계성종양 | 3백만원 |
| 제자리암, 기타피부암 | 1백만원 |

**[판단근거]**

▶ 암 및 기타피부암 등 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세침흡인검 (fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다.
그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 임상학적 진단이 그 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 '암' 및 '기타피부암' 등으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

**[암분류표]**

▶ 악성신생물(암) 분류표

| 대상질병 | 분류 번호 |
|---|---|
| 입술, 구강 및 인두의 악성신생물(암) | C00 ~ C14 |
| 소화기관의 악성신생물(암) | C15 ~ C26 |
| 호흡기 및 흉곽내 기관의 악성신생물(암) | C30 ~ C39 |
| 골 및 관절연골의 악성신생물(암) | C40 ~ C41 |
| 흑색종 및 기타 피부의 악성신생물(암) | C43 ~ C44 |
| 중피성 및 연조직의 악성신생물(암) | C45 ~ C49 |
| 유방의 악성신생물(암) | C50 |
| 여성생식기관의 악성신생물(암) | C51 ~ C58 |
| 남성생식기관의 악성신생물(암) | C60 ~ C63 |
| 요로의 악성신생물(암) | C64 ~ C68 |
| 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타부분의 성신생물(암) | C69 ~ C72 |
| 갑상선 및 기타 내분비선의 악성신생물 | C73 ~ C75 |
| 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성신생물(암) | C76 ~ C80 |
| 림프, 조혈 및 관련조직의 악성신생물(암) | C81 ~ C96 |
| 독립된(일차성) 여러 부위의 악성신생물(암) | C97 |
| 진성 적혈구 증가증 | D45 |
| 골수 형성이상 증후군 | D46 |
| 만성 골수증식 질환 | D47.1 |
| 본태성(출혈성) 혈소판혈증 | D47.3 |
| 골수섬유증 | D47.4 |
| 만성 호산구성 백혈병 | D47.5 |

본 안내문은 피보험자의 이해를 돕기 위해 작성한 자료로 약관에 우선할 수 없으니 필요한 경우 반드시 약관을 참고하시기 바랍니다.

▶제자리신생물(상피내암) 분류표

| 대상질병 | 분류 번호 |
|---|---|
| 구강, 식도 및 위의 제자리 암종 | D00 |
| 기타 및 상세불명의 소화기관의 제자리 암종 | D01 |
| 중이 및 호흡기계통의 제자리 암종 | D02 |
| 제자리 흑색종 | D03 |
| 피부의 제자리 암종 | D04 |
| 유방의 제자리 암종 | D05 |
| 자궁경부의 제자리 암종 | D06 |
| 기타 및 상세불명의 생식기관의 제자리 암종 | D07 |
| 기타 및 상세불명 부위의 제자리 암종 | D09 |

▶경계성종양 분류표

| 대상질병 | 분류 번호 |
|---|---|
| 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 | D37 |
| 중이, 호흡기관, 흉곽내 기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 | D38 |
| 여성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 | D39 |
| 남성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 | D40 |
| 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 | D41 |
| 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 | D42 |
| 뇌 및 중추 신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 | D43 |
| 내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 | D44 |
| 행동양식 불명 및 미상의 조직구 및 비만세포 종양 | D47.0 |
| 미결정의 단클론감마글로불린병증 | D47.2 |
| 기타 명시된 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 | D47.7 |
| 림프, 조혈 및 관련 조직의 행동양식 불명 또는 미상의 상세불명의 신생물 | D47.9 |
| 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 | D48 |

본 안내문은 피보험자의 이해를 돕기 위해 작성한 자료로 약관에 우선할 수 없으니 필요한 경우 반드시 약관을 참고하시기 바랍니다.

☞ **2대질병(급성심근경색, 뇌졸중) 진단비 (선택 가입)**

**[보장내용 및 보장금액]**

■ 피보험자가 보험기간 중에 급성심근경색증 또는 뇌졸중으로 진단확정된 경우에는 이 특별약관에 따라 이 특별약관 보험가입금액 전액을 최초 1 회에 한하여 보험금으로 피보험자에게 지급합니다.

| 지급사유 | 지급금액 |
|---|---|
| 급성심근경색 | 각 1천만원 |
| 뇌졸중 | |

**[판단근거]**

■ 급성심근경색증의 진단확정
의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력과 함께 심전도 심장초음파 관상동맥촬영술 혈액중 심장 효소검사등을 기초로 하여야 합니다

■ 뇌졸중의 진단확정
의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 회사가 인정하는 의료기관의 의사(치과의사 제외) 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌, 뇌혈관조영술, 전산화단층촬영 (Brain CT Scan), 핵자기공명영상법(MRI), 뇌척수액 검사, 양전자방출단층술(PET), 단일광자방출 전산화 단층술(SPECT) 등을 기초로 하여야 합니다.

**[분류표]**

▶ 급성심근경색증 및 뇌졸중 분류표

| 대상이 되는 질병 | | 표준질병 사인분류 |
|---|---|---|
| 급성심근 경색증 | 급성 심근경색증<br>후속심근경색증<br>급성 심근경색증 후 특정 현존 합병증 | I21<br>I22<br>I23 |
| 뇌졸중 | 지주막하 출혈<br>뇌내출혈<br>기타 비외상성 두개내 출혈<br>뇌경색(증)<br>뇌경색증을 유발하지 않는 뇌전 동맥의 폐쇄 및 협착<br>뇌경색증을 유발하지 않는 대뇌 동맥의 폐쇄 및 협착 | I60<br>I61<br>I62<br>I63<br>I65<br>I66 |

본 안내문은 피보험자의 이해를 돕기 위해 작성한 자료로 약관에 우선할 수 없으니 필요한 경우 반드시 약관을 참고하시기 바랍니다.

☞ **상해·질병 사망 (필수 가입, , 선택별 가입금액 상이)**

**[보장내용 및 보장금액]**

■ 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 상해·질병으로 사망한 경우 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 이 특별약관의 보험가입금액을 사망보험금을 지급합니다.

| 구분 | 지급사유 | 지급금액 |
|---|---|---|
| 사망보험금 | 상해사망 | 1억원, 1억5천만원, 2억원 |
| | 질병사망 | |

**[실종선고시]**

■ 실종선고를 받은 경우 :
법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다

■ 관공서에서 수해 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우 :
가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

**[상해사망의 원인행위]**

■ 길을 가다가 갑자기 쓰러져서 사망을 한 경우 상해보험금이 지급될 수 있을까요?
쓰러져서 사망한 대부분의 사람은 당연히 신체에 외상을 입게 됩니다. 그러나 실제로는 쓰러져서 입은 상해가 아니라 뇌출혈 즉, 질병이 선행원인이 되어 사망을 한 것으로 밝혀집니다. 이런 경우에는 상해사망보험금이 지급되지 않습니다.
(상해의 직접적인 결과로 사망하여야 합니다.)

**[주요면책사항]**

▶ 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급합니다.

▶ 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

▶ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

▶ 피보험자가 자살을 하는 경우

본 안내문은 피보험자의 이해를 돕기 위해 작성한 자료로 약관에 우선할 수 없으니 필요한 경우 반드시 약관을 참고하시기 바랍니다.

☞ **상해·질병 후유장해 (필수 가입, , 선택별 가입금액 상이)**

**[보장내용 및 보장금액]**

■ 보험개시일 이후 발생한 상해사고로 장해분류표에서 정한 각 장해에 해당하는 장해상태가 되었을 경우 해당 비율에 따라 보상합니다.

| 구분 | 지급사유 | 지급금액 |
|---|---|---|
| 후유장해보험금 | 상해후유장해 | · 80% 이상 - 1억원, 1억5천만원, 2억원<br>· 3~79% - 1억원, 1억5천만원, 2억원 × 지급율 |
| | 질병후유장해 | |

**[보험금 지급규정]**

▶ 장해지급률이 상해발생일부터 일 이내에 확정되지 않는 경우에는 상해발생일로부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장해지급률로 결정합니다. 다만, 장해분류표(약관 참조)에 장해판정 시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.

▶ 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해 상태를 기준으로 장해지급률을 결정합니다.

▶ 장해분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업 연령 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장해정도에 따라 장해분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장해분류표의 각 장해분류별 최저 지급률 장해정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

▶ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

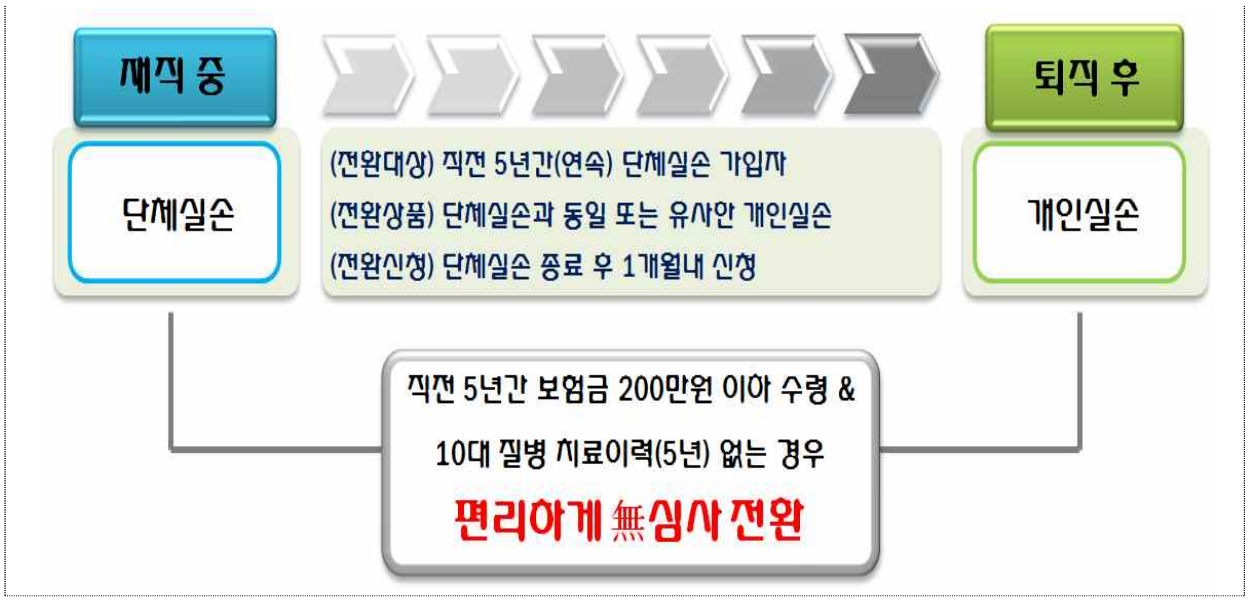
▶ 같은 상해로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 더하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

▶ 다른 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장해상태에 해당하는 후유장해 보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.

본 안내문은 피보험자의 이해를 돕기 위해 작성한 자료로 약관에 우선할 수 없으니 필요한 경우 반드시 약관을 참고하시기 바랍니다.

**6. 개인실손전환제도 안내**

☞ 퇴직시, 보장공백 해소를 위해 단체실손 → 개인실손 전환




※ 10대질병

- 암, 백혈병, 고혈압, 협심증, 심근경색, 심장판막증, 간경화증, 뇌졸중증(뇌출혈, 뇌경색), 당뇨병, 에이즈(HIV 보균)

※ 전환 관련 문의 : 현대해상 콜센터 (1588-5656 → 6)

본 안내문은 피보험자의 이해를 돕기 위해 작성한 자료로 약관에 우선할 수 없으니 필요한 경우 반드시 약관을 참고하시기 바랍니다.

**(별첨) 2020년 전남,전북,울산교육청통합 기관별 단체보험 가입내역**

| 순번 | 기관명 | 생명/상해 | 암진단비 | 2대질병 | 의료비 보장보험 | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | 입원+특약 | 입원+통원+특약 |
| | | 본인 | | | 본인 | 본인 |
| 1 | 울산광역시교육청 | 1억원 | 1천만원 | 1천만원 | 3천만원 | 3천만원 |
| 2 | 전라남도교육청 | 1억/1.5억/2억원 | 1천만원 | | | 3천만원 |
| 3 | 전라북도교육청 | 1억/1.5억원 | 1천만원 | 1천만원 | 3천만원 | 3천만원 |

본 안내문은 피보험자의 이해를 돕기 위해 작성한 자료로 약관에 우선할 수 없으니 필요한 경우 반드시 약관을 참고하시기 바랍니다.

# FAQ - 전남,전북,울산교육청 통합계약

**1. 저는 울산교육청 소속 직원인데, 콜센터로 전화하면 전남교육청 소속으로 조회가 됩니다. 저는 전남교육청에서 근무해본 적도 없는데 어찌된 일인가요?**

: 현재 울산교육청을 비롯한 3개의 교육청이 단체상해보험을 1개의 계약으로 통합하여 입찰 및 계약을 체결하였습니다. 다만, 계약의 주체가 3개의 교육청 모두가 될 수 없기에 대표계약자를 지정하여 계약된 상태입니다. 대표계약자는 기관의 보험규모가 가장 큰 전남교육청이 선정되어 보험사의 전산 상 계약자는 전남교육청으로 입력되어 있으나, 소속 교육청의 직원 분들의 보험 담보와는 전혀 상관없는 내용이니 이해해 주시기 바랍니다.

**2. 내 보험 가입내역은 어떻게 확인할 수 있나요?**

: 몇 가지 방법이 있으니 아래의 방법 중 편하신 걸로 확인하시면 됩니다.
(1) 공무원연금공단 맞춤형복지포탈에서 내 포인트 내역 확인하기
(2) 현대해상 단체상해보험 계약관리부서 직접 전화하기 Tel. 02)3701-3935

**3. 보험사 또는 법원에 증권을 제출해야 할 경우에는 어떻게 해야 하나요?**

: 단체보험은 개인보험과 달리 개개인의 개별증권이 아닌 MASTER(통합)증권만 존재합니다. 따라서 개개인의 보험가입 증명은 증권으로 불가능하며, 이를 가입증명서로 대체하고 있습니다.
가입증명서는 대표사가 참여사들의 담보까지 포함하여 일괄 발행하여 팩스 또는 이메일로 보내드리니 필요하신 경우 전화로 요청하시면 됩니다.
(현대해상 단체상해보험 계약관리부서 가입증명서 발행 담당 Tel. 02)3701-3935)

**4. 보험약관을 받아 보고 싶은 경우에는 어떻게 해야 하나요?**

: 보험금 지급개시 전 보험사는 보험금청구안내문, 보험금청구서 및 동의서, 약관을 기관에 제출하며, 이는 공무원연금공단 맞춤형복지포탈에 파일의 형태로 탑재됩니다. 필요하신 경우 포탈에 로그인 후 자유롭게 다운로드 및 출력이 가능합니다.

**5. 여성의 경우 실손의료비에서 출산이 담보되나요? 그리고 약관의 어느 부분에서 확인할 수 있으며, 출산 전 초음파 등 출산관련 비용이 다 지급되나요?**

: 기본적으로 출산은 상해사고 및 질병사고 어느 쪽에도 속하지 않아 보험에서는 면책을 하고 있습니다. 다만, 단체보험에서만 출산을 질병으로 간주한다는 개념으로 (입원선택자)질병입원실손의료비출산확장보장 추가특별약관, (통원선택자)질병통원실손의료비출산확장보장 추가특별약관을 개발하여 출산비용을 담보해드리고 있습니다.

다만, 모든 출산비용이 아닌 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기(제7차 한국표준질병사인분류상의O00-O99)

본 안내문은 피보험자의 이해를 돕기 위해 작성한 자료로 약관에 우선할 수 없으니 필요한 경우 반드시 약관을 참고하시기 바랍니다.

(현대해상 약관참조)의 직접적으로 연관 있는 비용만 담보하여 드립니다.

대표적인 면책사유는 다음과 같습니다.

(1) 불임에 따른 검사 및 시술
(2) 출산이전의 양수검사, 기형아검사
(3) 임신으로 인한 빈혈제, 영양제 복용

비용 산정 기준은 질병으로 치료받는 경우와 동일합니다.
출산 전 초음파 비용은 해당 비용의 질병코드가 한국표준질병사인분류상의 O00-O99 인 경우에만 지급 가능합니다.

**6. 지인 또는 배우자가 병원에 근무하여 치료비를 50% 감면 받은 경우, 감면 前 치료비로 보험금을 지급할 수 없나요?**

: 그동안 이 사안으로 보험사와 피보험자간 분쟁이 많이 발생하였으나, 실손의료비 표준 약관의 개정으로 이를 명확히 하고 있습니다.

(실손의료비 약관발췌) 피보험자가 직원복리후생제도에 의해 의료비를 감면받고 그 감면받은 의료비가 근로소득에 포함되는 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 입원의료비를 계산합니다.

이는 의료비 감면액을 근로소득으로 간주한다는 내용으로 피보험자가 직원복리후생제도와 감면액의 근로소득세 납부를 증빙할 경우 감면 前 금액으로 보험사는 보험금을 지급합니다.

**7. 입원의료비와 3대비급여 가입자입니다. 혹시 통원으로 도수치료를 받은 경우도 보험금을 청구할 수 있나요? 안된다면 꼭 통원의료비를 가입해야하나요?**

: 도수치료는 양방에서 비급여항목으로 처리된 경우 3대비급여로 분류되어 입원, 통원을 가리지 않고 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

3대비급여는 다음과 같습니다.

(1) 비급여 도수치료·체외충격파치료·증식치료 : 1년 350만원한도, 50회
(2) 비급여 주사료 실손의료보험 특별약관 : 1년 250만원한도, 50회
(3) 비급여 자기공명영상진단(MRI/MRA) : 1년 300만원한도

자기부담금은 2만원과 보상대상의료비의 30%를 비교하여 큰 금액을 적용합니다.
비급여도수치료는 3대비급여에 해당되어 통원의료비를 가입하지 않더라도 담보됩니다.

본 안내문은 피보험자의 이해를 돕기 위해 작성한 자료로 약관에 우선할 수 없으니 필요한 경우 반드시 약관을 참고하시기 바랍니다.