

공무원단체보험 보험금 청구안내문	2016년

계약단체명	부산광역시청
주관보험사	KB손해보험
참여보험사	동부화재해상보험, 한화손해보험, 농협손해보험, 신용협동조합중앙회

※ 본 안내문은 참고용이며 세부사항은 약관 및 계약내용을 따릅니다.

1. 계약내용

구분	내용
계약자	부산광역시청
보험기간	2016-01-01 00:00 ~ 2016-12-31 24:00 (366일간)
피보험자	부산광역시청 재직 중인 공무원
참여보험사	KB손해보험(대표사) / 동부화재해상보험 / 한화손해보험 / 농협손해보험 / 신용협동중앙회
참고사항	LIG손해보험 ⇨ KB손해보험으로 사명변경

2. 세부보장내용

보장명		지급한도	지급기준
상해사망		5천만원	상해사고로 사망 시
상해후유장해		5천만원 (x지급률)	상해사고로 3% ~ 79% 후유장해 시 등급별 보상 80%이상 고도후유장해 시 가입금액 전액 지급
질병사망		5천만원	질병사고로 사망 시
질병후유장해		5천만원	질병으로 80%이상 고도후유장해 발생 시
암진단비		1천만원 (x지급률)	암 또는 갑상선암, 경계성종양, 기타피부암, 상피내암으로 진단 확정된 경우
급성심근경색		1천만원	급성심근경색으로 진단 확정된 경우(1회한)
뇌졸중		1천만원	뇌졸중으로 진단 확정된 경우(1회한)
선택	입원의료비	1천만원	급여 및 비급여 본인부담금의 급여90% + 비급여80%지급(365일한도), 치과/한방/출산담보, 상급병실의 경우 차액의 50%를 공제

3. 보상기간 및 유의사항

- ☐ 퇴직/전출 시 : 보험기간 개시 일부터 전출전일까지 / 퇴직일까지를 보상
- ☐ 신입/전입 시 : 신입 또는 전입하는 날로부터 보험기간 종료 시까지를 보상
- ☐ 보험금 청구소멸시효 : 보험사고 발생일로부터 3년 이내 청구
- ☐ 보험금 지급 시 지급통장은 **본인명의 통장**이어야 합니다.
- ☐ 실손의료비(통원/입원의료비)와 관련하여 중복가입 시에는 비례보상의 원칙에 따라 보험금이 지급됩니다.

4. 참여보험사별 담보분담내역

담보구분		보험가입금액	KB손해보험	동부화재 해상보험	한화 손해보험	농협 손해보험	신용협동조합 중앙회
상해사망		50,000,000	5,000,000	15,000,000	15,000,000	10,000,000	5,000,000
상해후유장해		50,000,000	5,000,000	15,000,000	15,000,000	10,000,000	5,000,000
질병사망		50,000,000	5,000,000	15,000,000	15,000,000	10,000,000	5,000,000
암 진 단 금	일반암	10,000,000	4,500,000	1,500,000	1,500,000		2,500,000
	갑상선암	3,000,000	1,350,000	450,000	450,000		750,000
	경계성종양	3,000,000	1,350,000	450,000	450,000		750,000
	기타피부암	1,000,000	450,000	150,000	150,000		250,000
	상피내암	1,000,000	450,000	150,000	150,000		250,000
급성심근경색		10,000,000	4,000,000		1,500,000	2,000,000	2,500,000
뇌졸중		10,000,000	4,000,000	1,500,000		2,000,000	2,500,000
입원의료비		10,000,000	10,000,000				

5. 담보별 청구 시 유의사항_빠른 처리 방법

구분	청구처	분담사	비고
사망/후유장해	KB손해보험으로 통합청구	청구 시 “ <u>동부화재해상보험, 한화손해보험, 농협손해보험, 신용협동조합중앙회</u> 추가처리”라는 메모를 남겨주세요!	원본접수원칙
암진단	KB손해보험으로 통합청구	청구 시 “ <u>동부화재해상보험, 한화손해보험, 신용협동조합중앙회</u> 추가처리”라는 메모를 남겨주세요!	원본접수원칙
급성심근경색	KB손해보험으로 통합청구	청구 시 “ <u>한화손해보험, 농협손해보험, 신용협동조합중앙회</u> 추가처리”라는 메모를 남겨주세요!	원본접수원칙
뇌졸중	KB손해보험으로 통합청구	청구 시 “ <u>동부화재해상보험, 농협손해보험, 신용협동조합중앙회</u> 추가처리”라는 메모를 남겨주세요!	원본접수원칙
입원의료비	KB손해보험으로 청구		팩스접수가능

6. 보험금 청구 시 필요구비서류 안내(기관별 가입담보가 상이하여 반드시 가입한 담보만을 참조)

구분		구비서류	발급처
공통서류		☛ 보험금청구서(당사양식)-개인[신용]정보처리동의서, 계좌번호 포함 ☛ 피보험자/청구인의 신분증 사본 (미성년자 생략가능) ☛ 재직증명서	동사무소
		※ (필요 시) 추가서류 ✓ 가족관계 확인 필요 시 (배우자, 자녀 등의 보장상품, 수익자가 미성년자인 경우 등) : 가족관계서류 (예 : 가족관계증명서, 혼인관계증명서 등) ✓ 대리인 청구 시 : 위임장, 보험금 청구권자의 인감증명서(또는 본인서명 사실확인서),보험금청구권자의 개인[신용]정보처리동의	
사망		✓ 교통사고 사실확인서 - 교통사고 사망 시 ✓ 사망진단서(사체검안서) 원본 또는 사본(원본대조필 포함) : 사본의 경우 피보험자 기본증명서(사망사실 기재) 첨부 ✓ 경력(재직)증명서	경찰서 진료병원 동사무소
		※ (수익자 미지정 시) 추가 요청서류 ✓ 상속관계 확인서류 (예 : 가족관계증명서, 혼인관계증명서 등) ✓ 상속인이 다수인 경우 : 상속인 각각의 위임장 및 인감증명서(또는 본인서명 사실확인서) 및 개인[신용]정보처리동의서	
후유장해		✓ 사고증빙서류 - 상해의 경우 ✓ 후유장해진단서(장해인복지법상의 장애진단서는 해당되지 않음) * 발급前 보상담당자와 상의하시기 바랍니다.	대학(종합)병원
		※ 다음의 경우 일반진단서로 대체가 가능합니다. - 만성신부전 : 최초 혈액투석일, 환자상태 기재 - 사지절단 : 절단부위, 환자상태 기재, X-ray필름 첨부 - 인공관절 치환수술 건 : 수술명, 수술일자 기재 - 비장, 신장적출 수술 건 : 비장, 신장적출 수술일 기재	진료병원
의료비	입원	☛ 진단서(단, 50만원 이하 시 진단명이 포함된 입퇴원확인서 또는 진단명 및 입원기간이 포함된 진료확인서로 갈음) ☛ 입퇴원확인서 (진단서에 입원기간이 포함된 경우 및 실손의료보험의 경우는 제외) ☛ 진료비계산서(영수증) ☛ <u>진료비세부내역서</u> (비급여 내역이 없는 경우 생략가능) ☛ 사고증빙서류(상해의 경우)	진료병원

구분		구비서류	발급처
진단금	암진단	✓ 암(상피내암 등)확진 진단서 ✓ 조직검사결과지 ✓ 암수술급여금 : 수술확인서	진료병원
	2대질병 진단 (뇌/심장)	✓ 진단서 ✓ 정밀검사결과지(특정질병에 따라 다르므로 담당자와 상의) (예: CT, MRI, 심전도 등)	진료병원
	※ 진단서는 반드시 한국질병분류번호가 기재된 진단서를 제출해 주십시오.		

7. 보험금청구 프로세스

- 보험금청구서 양식을 출력하여 청구내역을 기재해주세요
- 구비서류를 꼼꼼하게 확인한 후 관련서류를 준비해주세요
- 작성된 보험금 청구서와 관련 구비서류를 팩스 또는 우편으로 보내주세요



KB손해보험 접수처

담보	접수처 및 접수방법
입원의료비	팩스접수 KB손해보험 단체보험 콜센터 TEL) 1544-1616 / FAX) 0505-136-6600
사망, 후유장애, 암/급성심근경색/뇌졸중 진단금	우편접수(원본접수원칙) 해당 담보보험사의 청구담당자 앞으로 우편발송 [03742] 서울시 서대문구 서소문로 21 충청타워 8층

※ KB손해보험 단체보험콜센터 1544-1616(ARS안내 / 담당자 연결은 2번)

8. 보험사별 보험금 청구 시 접수담당자 안내

KB손해보험 접수센터				
부서명	KB손해사정(주)		담당자 연결 시 “2번”	
보험금 접수처	연락처	1544-1616	FAX	0505-136-6600
	주소	[03742] 서울시 서대문구 서소문로 21 충청타워 8층 심사지원팀		

동부화재해상보험 접수센터				
부서명(담당자명)	장기보상서류접수팀			
보험금 접수처	연락처	1899-4040, 1566-1040	FAX	
	주소	[04323] 서울시 용산구 후암로 107(동자동 12) 동부화재빌딩21층 동부화재 장기보상서류접수팀		

한화손해보험 접수센터				
부서명	한화손해보험 단체상해콜센터			
보험금 접수처	연락처	02-2085-8800/8811	FAX	0502-824-1206
	주소	[04578] 서울시 중구 퇴계로 450 신영빌딩 5층 한화손해보험 단체보험콜센터		

농협손해보험 접수처				
부서명	사고접수반			
보험금 접수처	연락처	1644-9000	FAX	
	주소	[04505] 서울시 중구 청파로 463 한국경제신문빌딩 9층 농협손해보험 사고접수반		

신용협동조합중앙회 접수센터				
부서명(담당자명)	보상서비스팀(공춘배 주임)			
보험금 접수처	연락처	042-720-1548	FAX	042-720-1560
	주소	[35209] 대전 서구 한밭대로 745 신협중앙회 8층 보상서비스팀		

9. Q/A

Q	입원의료비는 입원을 해야만 지급되나요?
A	입원의료비는 입원을 필수조건으로 합니다. 입원을 하지 않고 외래로 발생한 의료비용에 대해서는 보상을 하지 않습니다. 통원치료를 한 경우 통원의료비담보 추가가입 통하여 보상 받을 수 있습니다.
Q	산재, 공상처리 또는 자동차 사고로 입원치료를 받은 경우에도 보상 되나요?
A	자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비 중 본인이 실제 부담한 입원의료비는 80% 또는 90% 해당액을 하나의 사고당 가입금액한도로 보상합니다. 그 외 공상처리 등 피보험자가 국민건강보험법 또는 의료급여법의 적용을 받지 못한 경우에는 본인이 실제 부담한 입원의료비의 40% 해당액을 하나의 사고당 가입금액한도로 보상이 가능합니다.
Q	의료실비(입원의료비, 통원의료비)다 다른 보험사에도 가입되어 있는 경우 중복해서 보상받을 수 있나요?
A	2003년 10월 1일 이전에 가입한 상품은 사업방법서가 다른 경우에는 중복지급이 가능하지만 이후 가입상품은 모든 계약 건에 비례하여 보상(중복보상불가)합니다.
Q	보험금은 사고일 및 발병일로부터 언제까지 청구할 수 있나요?
A	사고일로부터 3년 이내 청구 가능합니다.
Q	“진료비세부내역서”는 무엇이며 어떻게 발급받나요?
A	퇴원 시 병원에서 환자에게 제공하는 영수증으로 환자에게 시행된 각각의 검사명, 처치명, 약제명 등이 구체적으로 기재된 서류를 말하며 원무과를 통하여 발급받을 수 있습니다.
Q	응급실에서 6시간 경과한 경우 입원으로 보상 가능한가요?
A	응급실에서 체류한 시간과 관계없이 병원에서 입원으로 인정되어 입원수가로 산정되는 경우 입원으로 보상이 가능합니다.

Q	영양제 보상되나요?
A	영양제 같은 경우 치료의 목적이거나 보다는 건강증진의 목적으로 볼 수 있으며 약관상 보상하지 않는 항목입니다.

Q	한방병원 입원 시에도 보장을 받을 수 있나요?
A	한방병원 입원 시 국민건강보험이 적용되는 치료의 경우, 법정급여와 비급여 본인 부담분 및 상급병실료 차액까지 보장됩니다. 입원기간 중 한방첩약과 관련해서는 치료목적으로 복용한 경우만 보상합니다. 그러나 한방물리요법료 및 고가의 한방첩약, 퇴원첩약은 보상되지 않습니다. 고가의 한방첩약이란 치료목적보다는 치료보조의 목적으로 보양을 목적으로 한 첩약이며 퇴원첩약이란 입원기간 중 첩약이 아니라 퇴원 후 복용하는 첩약을 말합니다.

Q.

급여와 비급여의 차이점이 무엇인가요?

A.

급여는 돈을 준다는 뜻으로 요양급여는 요양(병원에서 치료받는 것)+급여(치료비를 지급)하는 의미로 본인의 건강보험을 가입시 병원에서 발생한 총 진료비의 일부를 본인이 부담하고 나머지를 공단에서 지급하는 것을 말합니다. 비급여는 보건복지부가 고시한 요양급여기준에 부합하지 않는 의료서비스로 본인이 전액 부담하는 사항.

구분	보험급여 진료비	비급여 진료비
보험적용	건강보험 적용	건강보험 미적용
의료서비스가격	보건복지부 장관이 가격을 결정하여 고시	병원 자체적으로 결정하여 고지
비용부담	건강보험공단 + 본인부담	본인부담 100%

10. 담보별 세부사항

입원의료비

보장내용	<table> <tr> <td data-bbox="424 306 668 580"> 입원실료 입원제비용 입원수술비 </td><td data-bbox="668 306 1423 580"> 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금의 90% 해당액과 '비급여'(상급병실료 차액 제외)의 80% 해당액의 합계액(다만, 본인이 실제로 부담한 금액을 기준으로 하며, 급여의 10% 해당액과 비급여의 20% 해당액을 합산한 금액이 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다.) </td></tr> <tr> <td data-bbox="424 580 668 757"> 상급병실료 차액 </td><td data-bbox="668 580 1423 757"> 입원 시 실제 사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 중 50%를 공제한 후의 금액(다만 1일 평균 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다) </td></tr> </table>	입원실료 입원제비용 입원수술비	국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금의 90% 해당액과 '비급여'(상급병실료 차액 제외)의 80% 해당액의 합계액(다만, 본인이 실제로 부담한 금액을 기준으로 하며, 급여의 10% 해당액과 비급여의 20% 해당액을 합산한 금액이 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다.)	상급병실료 차액	입원 시 실제 사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 중 50%를 공제한 후의 금액(다만 1일 평균 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다)
입원실료 입원제비용 입원수술비	국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금의 90% 해당액과 '비급여'(상급병실료 차액 제외)의 80% 해당액의 합계액(다만, 본인이 실제로 부담한 금액을 기준으로 하며, 급여의 10% 해당액과 비급여의 20% 해당액을 합산한 금액이 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다.)				
상급병실료 차액	입원 시 실제 사용병실과 기준병실과의 병실료 차액 중 50%를 공제한 후의 금액(다만 1일 평균 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다)				
입원의료비의 구체적 보상방법	❖ 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비 중 본인이 실제 부담한 입원의료비는 80% 또는 90% 해당액을 하나의 사고당 가입금액한도로 보상합니다. 그 외 공상처리 등 피보험자가 국민건강보험법 또는 의료급여법의 적용을 받지 못한 경우에는 본인이 실제 부담한 입원의료비의 40% 해당액을 하나의 사고당 가입금액한도로 보상 ❖ 한방, 치과 입원시 비급여 본인부담금 보상(약관에 의해) ❖ 향문관련질환은 국민건강보험법상 요양급여의료비분까지 지급 ❖ 유독가스 또는 유독물질을 우연히 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상은 상해포함. 다만, 유독가스 또는 유독물질을 상습적으로 흡입, 흡수 또는 섭취한 결과로 생긴 중독증상과 세균성 음식물 중독증상은 미포함. ❖ 출산 및 치료 목적의 산부인과 보장 ❖ 입원치료 받던 중 보험기간이 만료되더라도 그 계속 중인 입원에 대하여는 보험기간 종료일로부터 180일까지 보상 ※ 통원의료비는 담보되지 않습니다.(통원사유불문) ❖ 보상의 최우선 전제조건 → 입원 병원에서 치료받은 후 입원(퇴원) 영수증에 기재된 입원치료비를 기준으로 보험금을 산정합니다. 가령 MRI를 촬영한 결과 입원을 필요로 하는 진단이 나왔을 경우, MRI를 촬영한 당일 날 입원하고 MRI 촬영비용이 입원영수증에 포함되어야 보험금지급대상이 되며, MRI를 촬영한 후 일정기간(하루라도)이 지나면 비록 MRI 촬영과 입원치료가 아무리 밀접한 관계가 있다 하더라도 통원치료비로 계산되어 입원의료비 보험금지급대상에서 제외됩니다. ❖ 모든 종류의 재해와 질병(출산포함)을 대상으로 하고 있음 ❖ 서로 다른 재해 또는 질병으로 입원한 경우에 각 재해 또는 질병별로 1사고 당 1천만원 한도로 보상합니다. ❖ 간암 → 폐암으로 전이 : 동일 질병간주 ❖ 급성심근경색증 → 급성심근경색증에 의한 합병증 : 동일 질병간주 ❖ 암 → 뇌졸중 : 서로 다른 질병간주				
보상방법					

면책사항

- ❖ **계약자, 피보험자, 수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우(자살포함)**
- ❖ 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 폭동으로 인한 경우
- ❖ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 파보험자 본인이 자의적으로 입원하여 발생한 의료비
- ❖ 국민건강보험법, 의료급여법에서 법령에 따라 사전 또는 사후에 환급이 가능한 금액(본인 부담금 상한제)
- ❖ 건강검진(단, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 추가 의료비용은 보상), 예방접종, 인공유산에 든 비용. 다만 회사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상
- ❖ 영양제, 비타민제, 호르몬 투여, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), 성장촉진, 의약외품과 관련하여 소요된 비용. 다만, 회사가 보상하는 상해 치료를 목적으로 하는 경우 보상
- ❖ 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 보상
- ❖ 신체의 필수 기능 개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 발생 의료비(보험사 약관참조)
- ❖ 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비
- ❖ 자동차보험(공제포함) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 보상 외 본인부담의료비가 발생한 경우 약관에 따라 보상
- ❖ 정신 및 행동장애(F04~F99), (다만, F04~F09, F20~F29, F30~F39, F40~F48, F90~F98과 관련한 치료에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하는 의료비는 보상)
- ❖ 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증, 선천성 뇌질환, 비만, 요실금, 단순한 피로 또는 권태
- ❖ 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반(피보험자가 보험가입당시 태아인 경우 화염상 모반등 선천성 비신생물성모반, 사막귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모등 피부질환
- ❖ 발기부전, 불감증, 단순코골음(수면무호흡증[G47.3]은 보상), 단순포경, 검열반등 안과질환
- ❖ 인간면역바이러스(HIV)감염(단, 혈액에 의한 감염일 경우 제외)
- ❖ 국민건강보험법 제42조의 요양기관이 아닌 해외 소재 의료기관에서 발생한 의료비
- ❖ **직장 및 항문관련질환의 비급여부분**
- ❖ **수기요법, 전자요법, 온열요법, 향기요법, 목욕요법 등의 일체의 한방물리요법**
- ❖ **치아보철, 보전, 금관, 틀니, 교정, 의치 및 임플란트로 인한 의료비**
- ❖ **치아미백 등 심미적 시술로 인한 비용**
- ❖ 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 인한 경우(담보여부 확인)

2016년 실손 변경사항

- ❖ [응급의료에 관한 법률] 및 동 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 [의료법]제3조의 4에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급의료 관리료는 보상하지 않습니다(메르스 사태 이후 종합병원 응급실 무분별한 이용자제 목적의 정부지침)
- ❖ 자동차보험(공제포함) 또는 산재보험에서 본인부담의료비가 발생한 경우 실손의료비 부담액에 따라 동일하게 보상(단, 공상처리 등 피보험자가 국민건강보험법 또는 의료급여법의 적용을 받지 못한 경우에는 본인이 실제 부담한 입원의료비의 40% 해당액을 하나의 사고당 가입금액한도로 보상 시 본인부담의료비 40%보상)
- ❖ 정신 및 행동장애(F04~F99)는 보상하지 않지만 F04~F09,F20~F29,F30~F39,F40~F48,F90~F98과 관련한 치료에서 발생한 국민건강보험법에 따른 요양급여에 해당하는 의료비는 보상
- ❖ 다수(중복)보험의 처리 : 각 계약의 보상책임액 합계액이 각 계약의 보상대상의료비 중 최고액에서 각 계약의 피보험자 공제금액 중 최소액을 차감한 금액을 초과한 다수보험은 아래와 같이 산출하여 비례분담액을 계산

계약별 비례분담액 =	
$\text{계약 보상대상의료비중 최고액} - \text{각 계약 피보험자부담 공제금액 중 최소액}$	$\times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액을 합한 금액}}$
- ❖ 직원복리후생제도에 의해 의료비를 감면받고 그 감면 받은 의료비가 근로소득에 포함되는 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 입원의료비를 계산하여 보상

입원의료비와
통원의료비의 보상한도
차이점

- ❖ 입원의료비는 1사고당 가입금액의 한도로 담보되며 다른 사고발생시 다시 가입금액의 한도가 발생되며 1년단위로 1사고로 한도금액까지 입원의료비를 담보 받은 경우 보험갱신 하더라도 해당 사고로 인한 입원의료비 한도가 추가로 발생되지 않습니다.
- ❖ 통원의료비는 외래/처방 각각 180회 한도로 담보되며 이는 사고당 보상한도가 아닌 회당 보상한도를 갖고 있으며 통원의료비 가입시 연간 180번의 통원의료비 담보 쿠폰을 구입한다고 이해하면 됩니다. 따라서 1사고로 인하여 180회이 통원을 모두 담보 받고 보험을 다시 갱신시에는 동일 사고 건으로 다시 180번의 통원의료비를 담보 받을 수 있습니다

■ 암 진단금

보장내용

- 보험기간 중 암에 대한 보장개시일 이후에 암, 제자리암(상피내암) 또는 경계성종양으로 최초 진단 확정된 경우 아래에 정한 금액을 가입금액 한도 내에서 각각 1회에 한하여 지급하여 드립니다.

구분	암 진단 보험금 지급비율
암(기타피부암 및 갑상선암 제외)	보험가입금액의 100%
경계성종양	보험가입금액의 30%
갑상선암	보험가입금액의 30%
제자리암(상피내암)	보험가입금액의 10%
기타피부암	보험가입금액의 10%

암의 종류

- 암 : 악성신생물로서 일반적으로 암이라고 불리는 것을 말합니다.
- 기타피부암 : 암세포는 맞지만 피부암을 말합니다.
- 상피내암 : 암이 있으나 상피세포에서 더 이상 번지지(침윤) 않고 그 자리에 암세포가 존재하는 것을 말합니다. 최근 약관에서는 제자리암이라고 표현하기도 합니다.
- 경계성종양 : 암이라고 할 수도 없지만 암이 아니라고 할 수도 없는 상태를 말합니다. 손등과 손바닥의 경계부분 정도로 생각하면 이해하기 쉽습니다. 의학용어로는 '행동양식 불명 또는 미상의 신생물' 이라고 합니다.
- 갑상선암 : 암세포는 맞지만 갑상선에 생긴 암을 말합니다.

암진단 청구를 위한 조건

- 암 보험금을 청구하기 위해서는 진단서 이외에 추가적으로 제출하여야 하는 서류가 있습니다. 이 서류를 '**조직검사결과지**'라고 합니다. 암 조직이 맞는지를 조직을 떼내어 검사를 한 이후 이것이 암(또는 기타피부암 등) 이라고 보고가 되면 그 때 진단서에 '최종진단' 이라고 발급될 수 있습니다. 따라서 임상병리 전문의나 해부병리 전문의에 대한 검사결과 없이 일반적인 의사가 암으로 보인다고 생각하여 암으로 진단한 경우에는 암 보험금을 지급받을 수 없습니다(이 경우 진단서가 '최종진단' 이 아닌 '임상적 추정'으로 발급이 됩니다).

■ 2대질병 진단금(급성심근경색, 뇌졸중)

보장내용

- 보통약관에서 정한 보장개시일 이후에 급성심근경색, 뇌졸중 진단 확정된 경우 아래에 정한 금액을 가입금액 한도 내에서 각각 1회에 한하여 지급하여 드립니다.

뇌졸중	- 뇌졸중은 뇌출혈과 뇌경색을 합해서 뇌졸중이라고 합니다. - 뇌졸중 진단비 또한 암 진단비 지급조건과 마찬가지로 진단서와 함께 검사결과지가 첨부되어야 하는데 일반적으로 MRI 또는 CT검사결과지가 사용됩니다.
급성심근경색	급성심근경색은 심장으로 가는 혈관에 문제가 생겨 산소 및 영양소 공급이 힘들어 심장이 괴사하여 발생한 질환입니다. 따라서 협심증과 같이 일시적으로 산소공급이 중단되었다가 다시 회복되는 등의 질환과는 구분되며 사망률이 매우 높은 질환입니다. 급성심근경색 진단비 또한 진단서와 함께 검사결과지를 제출해야 하는데 일반적으로 관상동맥촬영술을 시행한 의무기록사본이 사용됩니다.

[뇌졸중 분류표]

대상이 되는 질병	분류번호
지주막하 출혈	I60
뇌내출혈	I61
기타 비외상성 두개내 출혈	I62
뇌경색증	I63
뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66

[급성심근경색 분류표]

대상이 되는 질병	분류번호
급성심근경색증	I21
이차성 심근경색증	I22
급성 심근경색증에 의한 특정 현존 합병증	I23

- 제7차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

■ 상해후유장해

보장내용

- 보험개시일 이후 발생한 상해사고로 [장해분류표]에서 정한 각 장해에 해당하는 장해상태가 되었을 경우 해당 비율에 따라 보상

구분		지급액
1안	상해후유장해 시(등급별)	장해율에 따라 지급율 3~100% 보상
2안	상해고도후유장해 포함 시	장해율에 따라지급율 3~79% 80%이상후유장해 시 가입금액 전액 보상

※ 2안으로 가입됨

보험금 지급규정

- 장해지급률이 결정되었으나 그 이후 보장받을 수 있는 기간(계약의 효력이 없어진 경우에는 상해 발생일부터 1년 이내)에 장해상태가 더 악화된 때에는 그 악화된 장해상태를 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 부담.
- 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 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장해분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- 이미 이 계약에서 후유장해보험금 지급사유에 해당되지 않았거나(보장개시 이전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 후유장해를 포함합니다), 후유장해보험금이 지급되지 않았던 피보험자에게 그 신체의 동일 부위에 또다시 제7항에 규정하는 후유장해상태가 발생하였을 경우에는 직전까지의 후유장해에 대한 후유장해보험금이 지급된 것으로 보고 최종 후유장해 상태에 해당되는 후유장해보험금에서 이를 차감하여 지급

■ 질병사망 + 질병80%이상후유장해

보장내용

- 피보험자(보험대상자)가 보험기간 중에 질병으로 인하여 사망한 경우 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 이 특별약관의 보험가입금액을 사망보험금으로 지급.
- 피보험자(보험대상자)에게 보험기간 중에 진단 확정된 질병으로 인하여 장애분류표에서 정한 장애지급률이 80% 이상에 해당하는 장애상태가 되었을 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 이 특별약관의 보험가입금액을 80%이상후유장해보험금으로 지급.

구분	지급액
질병사망 시	가입금액 전액보상
질병80%이상 고도후유장해발생 시	가입금액 전액보상

사망보험의 가입

Q	모든 사람이 사망보험 가입이 가능할까요?
A	❖ 사망보험금은 사람이 사망하여야 지급되므로 그 위험성이 높아 약관에서는 엄격한 조건을 두고 그 조건에 해당하면 보험계약을 무효로 합니다. 대표적인 무효사유 두 가지 <u>타인의 사망을 보험사고로 하는 계약에서 계약 체결 시에 그 타인의 서면에 의한 동의를 얻지 아니한 경우/ 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 한 경우</u>

보험금 지급규정

- 장애지급률이 질병의 진단 확정 일부터 180일 이내에 확정되지 않는 경우에는 질병의 진단 확정 일부터 180일이 되는 날의 의사 진단에 기초하여 고정될 것으로 인정되는 상태를 장애지급률로 결정합니다. 다만, 장애분류표([별표 1] 참조)에 장애판정 시기를 별도로 정한 경우에는 그에 따릅니다.
- 같은 질병으로 두 가지 이상의 후유장해가 생긴 경우에는 후유장해 지급률을 합산하여 지급합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- 다른 질병 또는 상해로 인하여 후유장해가 2회 이상 발생하였을 경우에는 그 때마다 이에 해당하는 후유장해지급률을 결정합니다. 그러나 그 후유장해가 이미 후유장해보험금을 지급받은 동일한 부위에 가중된 때에는 최종 장애상태에 해당하는 후유장해보험금에서 이미 지급받은 후유장해보험금을 차감하여 지급합니다. 다만, 장애분류표의 각 신체부위별 판정기준에서 별도로 정한 경우에는 그 기준에 따릅니다.
- 장애분류표에 해당되지 않는 후유장해는 피보험자의 직업, 연령, 신분 또는 성별 등에 관계없이 신체의 장애정도에 따라 장애분류표의 구분에 준하여 지급액을 결정합니다. 다만, 장애분류표의 각 장애분류별 최저 지급률 장애정도에 이르지 않는 후유장해에 대하여는 후유장해보험금을 지급하지 않습니다.

■ 사망보험금의 위임

사망보험금 위임

피보험자가 사망하고 배우자와 그 자녀들이 생존해 있는 경우 자녀들과 배우자가 동시에 사망보험금의 수익자가 되나 일반적으로 자녀는 부모(배우자)에게 사망보험금이 지급되기를 원하기 때문에 이러한 경우에 위임장을 작성하여야 합니다.

- ❶ 위임장 양식에 따라 작성
- ❷ 보험금을 위임하는 자녀가 위임하는 자란에 성명, 주민번호, 주소를 기재하고 인감도장 날인
- ❸ 위임하는 자는 날인한 인감도장과 같은 인감증명서를 첨부
- ❹ 위임받는 자란에 보험금을 받을 사람의 성명, 주민번호, 주소를 기재하고 날인

사망보험금의 성격

담보	구분	내용
사망보험금	수익자의 고유재산	수익자인 법정상속인(피보험자의 배우자, 자녀 등)의 고유재산에 해당
실손의료비 각종 진단금	수익자의 상속재산	피보험자 본인의 고유재산으로 상속재산에 포함

Q

홍길동(계약자, 피보험자)씨는 수익자는 법정상속인으로 하여 사망 시 2억원으로 보험계약을 체결한 후 암으로 사망한 경우 법정상속인이 수령할 보험금은 2억원입니다. 그런데 홍길동씨의 부채는 3억원으로 자산보다 부채가 많기 때문에 법정상속인은 법원에 상속포기를 선언하였습니다. 이 경우 사망보험금 2억원에 대해서 법정상속인은 수령할 수 있나요?

A

위 경우 보험금청구권은 상속재산이 아니며 수익자인 법정상속인의 고유재산에 해당합니다. 따라서 상속을 포기하더라도 법정상속인은 피상속인의 사망으로 인한 보험금을 수령할 수 있습니다. 단, 암 진단금 또는 실손의료비 등은 피상속인(사망자)의 고유재산에 해당하므로 해당 보험금은 상속재산에 포함되어 상속포기 시 수령할 수 없습니다.

사망보험금의 상속순위

1순위	배우자	직계비속(자녀)	배우자와 공동상속
	상속분 1.5배		
2순위	배우자	직계존속(부모)	배우자와 공동상속
	상속분 1.5배		
3순위	형제,자매	※ 배우자가 있는 경우 배우자에게 단독 상속되며 배우자가 없는 경우에 3순위, 4순위에 따라 상속재산이 귀속됩니다.	
4순위	4촌이내 방계혈족		

- ❶ 태아의 경우 출생전이라도 상속을 받을 수 있습니다.
- ❷ 사실혼 배우자의 경우 법률상 상속권을 인정하지 않습니다.

위임장

1. 위임받는 자

수임자	성명	(인)	주민등록번호	
	주소			
피보험자	성명		주민등록번호	

2. 보험금 지급관련 계약사항

보험종목	공무원 단체보험
계약자명	

청구사유 :

상기에 기재된 보험계약과 관련한 피보험자의 보험사고에 따른 보험금의 수령권한 일체를 위 수임자에게 위임하며 이와 관련한 어떠한 이의나 민,형사상의 소송도 제기하지 않을 것을 확약합니다.

20 년 월 일

3. 위임하는 자

위임자	성명	(인감)	주민등록번호	※ 위임자의 인감증명서 첨부 및 인감도장을 날인 하여 주시기 바랍니다.

KB손해보험(주) 귀중

※ 보험사명 기재 시 청구하는 모든 보험사명을 하단에 기재
※ 위임장과 인감증명서가 제출되면 보험금청구권자(위임받는 자)가 보험금청구서 작성 및 개인정보동의대리가 가능
※ 개인정보를 제공하는 분은 별도의 개인정보처리동의서를 각각 작성하여야함