

신한 해외장기체류 실손의료보험 상품요약서

1. 가입자격 제한 등 상품의 특이사항

가. 가입자격제한

- 1) 취업/워킹홀리데이/우프를 목적으로 해외에 나가는 경우 및 일반여행 관광여행 등 이와 유사한 여행이 아닌 산악등반이나 스키 등 기타 위험이 높은 레저활동에 참가하는 개인, 가족 및 단체는 가입이 제한되거나 불가능 할 수 있으며 가입금액이 제한 될 수 있습니다.
- 2) 만15세 미만에 대한 상해사망, 질병사망 가입이 불가하며, 실손의료비 담보에 대한 가입이 인수기준에 따라 제한될 수 있습니다.

나. 상품의 특이사항

- 1) 소멸성 순수보장성 보험이므로 만기시 환급금이 없습니다.
- 2) 보험기간: 1년을 원칙으로 하되 1년 미만의 단기계약을 체결할 수 있음
- 3) 보험료 납입주기: 일시납

2. 보험금 지급사유, 지급금액 및 지급제한 사항

가. 보장의 종류 및 보험금 지급사유

보장명				보험금 지급사유
보통 약관	기본형 해외체류 실손의료비	상해 의료비	해외	해외체류 중에 입은 상해로 인하여 해외의료기관에서 의료비가 발생한 경우
			국내 (급여)	해외체류 중에 입은 상해로 인하여 국내의 의료기관에 입원 또는 통원하여 급여치료를 받거나 급여 처방조제를 받은 경우
		질병 의료비	해외	해외체류 중에 질병으로 인하여 해외의료기관에서 의료비가 발생한 경우
			국내 (급여)	해외체류 중에 질병으로 인하여 국내의 의료기관에 입원 또는 통원하여 급여 치료를 받거나 급여 처방조제를 받은 경우
특별 약관	해외체류 실 손의료보험 특별약관1 (중증 비급 여 해외체류 실손의료비)	상해비급여 (국내)		해외체류 중에 입은 상해로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원하여 산정특례 대상 질환으로 인한 비급여 치료를 받거나 비급여 처방조제를 받은 경우(3대비급여 제외)
		질병비급여 (국내)		해외체류 중에 질병으로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원하여 산정특례 대상 질환으로 인한 비급여 치료를 받거나 비급여 처방조제를 받은 경우(3대비급여 제외)
		3대비급여(국내)		해외체류 중에 입은 상해 또는 질병의 치료목적으로 의료기관에 입원 또는 통원하여 산정특례 대상 질환으로 인한 3대비급여 치료를 받은 경우
	해외체류 실 손의료보험 특별약관2 (비중증 비 급여 해외체 류 실손의료	상해비급여 (국내)		해외체류 중에 입은 상해로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원하여 산정특례 대상 질환이 아닌 질환으로 인한 비급여 치료를 받거나 비급여 처방조제를 받은 경우(비급여 자기공명영상진단 제외)
		질병비급여 (국내)		해외체류 중에 질병으로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원하여 산정특례 대상 질환이 아닌 질환으로 인한 비급여 치료를 받거나 비급여 처방조제를 받은 경우(비급여 자기공명영상진단 제외)

보장명			보험금 지급사유
	비)	비급여 자기공명영상진단(국내)	해외체류 중에 입은 상해 또는 질병의 치료목적으로 의료기관에 입원 또는 통원하여 산정특례 대상 질환이 아닌 질환으로 인한 비급여 치료를 위해 자기공명영상진단을 받은 경우

주) 기본형 실손의료비 특별약관 및 실손의료보험 특별약관1, 특별약관2의 입/통원 별 자기부담금(보장대상의료비 기준)은 아래와 같습니다.

구 분	기본형 실손의료보험	실손의료보험 특별약관1	실손의료보험 특별약관2
입 원	20%	30%	50%
통 원	Max[20%, 건보본인부담률(%), 1/2만원(병원급별)]	Max[30%, 3만원]	Max[50%, 5만원]

※ 기본형 해외체류 실손의료비 등 등 실손을 보상하는 다수의 보험계약이 체결되어 있는 경우 약관에 따라 비례 보상 합니다. 자세한 내용은 보험약관을 참조하시기 바랍니다.

나. 지급보험금 산정방식

보장명				보험금 산정방식							
보통 약관	기본형 해외체류 실손의료비	상해 의료비	해외	아래 금액을 보험 가입금액 한도 내에서 보상 ① 입원(입원실료,입원제비용,입원수술비) 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인 부담금의 80%에 해당하는 금액 ② 통원 1회당(외래 및 처방조제 합산) 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금에서 아래의 ‘통원항목별 공제금액’을 뺀 금액 ※ 통원 항목별 공제금액 「병원 규모별 공제금액」과 「보장대상의료비의 20%」, 「보장대상의료비에 건강보험 본인부담률을 곱한 금액」 중 큰 금액 <table><tr><td>병원규모별</td><td>공제금액</td></tr><tr><td>의원 등</td><td>1만원</td></tr><tr><td>상급종합병원, 종합병원 등</td><td>2만원</td></tr></table>		병원규모별	공제금액	의원 등	1만원	상급종합병원, 종합병원 등	2만원
			병원규모별			공제금액					
		의원 등	1만원								
		상급종합병원, 종합병원 등	2만원								
국내 (급여)											
질병 의료비	해외										
	국내 (급여)										
특별 약관	해외체류 실 손의료보험 특별약관1 (중증 비급 여 해외체류 실손의료비)	상해비급여 (국내)		아래 금액을 보험 가입금액 한도 내에서 보상 ① 입원(입원실료, 입원제비용, 입원수술비) ‘비급여 의료비(비급여 병실료는 제외합니다)’(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니 다)의 70%에 해당하는 금액 ② 상급병실료 차액 비급여 병실료의 50%. 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간동안 비급여 병실료 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다. ③ 통원 1회당(외래 및 처방조제 합산) ‘비급여 의료비(비급여 병실료는 제외합니다)’(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니 다)에서 아래의 ‘통원항목별 공제금액’을 뺀 금액 (매년 계약해당일부터 1년간 통원							
		질병비급여 (국내)									

보장명			보험금 산정방식								
			100회를 한도로 합니다.) ※ 통원 항목별 공제금액 「3만원」과 「보장대상의료비의 30%」 중 큰 금액								
		3대비급여(국내)	<table><tr><th>구분</th><th>공제금액 및 보상한도</th></tr><tr><td>근골격계 이학요법 치료·체외 충격파치 료</td><td>. 공제금액 : 1회당 3만원과 보장대상의료비의 30%중 큰 금액 . 보상한도 : 연간 350만원 이내에서 50회까지 보상 ※ 근골격계이학요법치료·체외충격파치료의 각 치료횟수를 합산 하여 최초 10회 보장하고, 이후 객관적이고 일반적으로 인정되 는 검사결과 등을 토대로 증상의 개선, 병변호전 등이 확인된 경우에 한하여 10회 단위로 연간 50회까지 보상</td></tr><tr><td>주사료</td><td>. 공제금액 : 1회당 3만원과 보장대상의료비의 30%중 큰 금액 . 보상한도 : 연간 250만원 이내에서 50회까지 보상</td></tr><tr><td>자기공명 영상진단</td><td>. 공제금액 : 1회당 3만원과 보장대상의료비의 30%중 큰 금액 . 보상한도 : 연간 300만원 이내에서 보상</td></tr></table>	구분	공제금액 및 보상한도	근골격계 이학요법 치료·체외 충격파치 료	. 공제금액 : 1회당 3만원과 보장대상의료비의 30%중 큰 금액 . 보상한도 : 연간 350만원 이내에서 50회까지 보상 ※ 근골격계이학요법치료·체외충격파치료의 각 치료횟수를 합산 하여 최초 10회 보장하고, 이후 객관적이고 일반적으로 인정되 는 검사결과 등을 토대로 증상의 개선, 병변호전 등이 확인된 경우에 한하여 10회 단위로 연간 50회까지 보상	주사료	. 공제금액 : 1회당 3만원과 보장대상의료비의 30%중 큰 금액 . 보상한도 : 연간 250만원 이내에서 50회까지 보상	자기공명 영상진단	. 공제금액 : 1회당 3만원과 보장대상의료비의 30%중 큰 금액 . 보상한도 : 연간 300만원 이내에서 보상
			구분	공제금액 및 보상한도							
			근골격계 이학요법 치료·체외 충격파치 료	. 공제금액 : 1회당 3만원과 보장대상의료비의 30%중 큰 금액 . 보상한도 : 연간 350만원 이내에서 50회까지 보상 ※ 근골격계이학요법치료·체외충격파치료의 각 치료횟수를 합산 하여 최초 10회 보장하고, 이후 객관적이고 일반적으로 인정되 는 검사결과 등을 토대로 증상의 개선, 병변호전 등이 확인된 경우에 한하여 10회 단위로 연간 50회까지 보상							
			주사료	. 공제금액 : 1회당 3만원과 보장대상의료비의 30%중 큰 금액 . 보상한도 : 연간 250만원 이내에서 50회까지 보상							
	자기공명 영상진단	. 공제금액 : 1회당 3만원과 보장대상의료비의 30%중 큰 금액 . 보상한도 : 연간 300만원 이내에서 보상									
	※ 상해·질병 치료행위 합산 기준										
	해외체류 실 손의료보험 특별약관2 (비중증 비 급여 해외체 류 실손의료 비)	상해비급여 (국내)	① 입원(입원실료, 입원제비용, 입원수술비) '비급여 의료비(비급여 병실료는 제외합니다)'(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니 다)의 50%에 해당하는 금액 ② 상급병실료 차액 비급여 병실료의 50%. 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간동안 비급여 병실료 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.								
		질병비급여 (국내)	③ 통원 1일당(외래 및 처방조제 합산) '비급여 의료비(비급여 병실료는 제외합니다)'(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니 다)에서 아래의 '통원항목별 공제금액'을 뺀 금액 (매년 계약해당일부터 1년간 통원 100일을 한도로 합니다.) ※ 통원 항목별 공제금액 「5만원」과 「보장대상의료비의 50%」 중 큰 금액								
		비급여 자기공 명영상진단 (국내)	. 공제금액 : 1회당 5만원과 보장대상의료비의 50% 중 큰 금액 . 보상한도 : 연간 200만원 이내에서 보상 ※ 상해·질병 치료행위 합산기준								

주) 단, 해외 상해 의료비와 해외 질병 의료비의 경우, 척추 지압술 및 침술 치료로 인한 의료비는 하나의 상해 및 질병에 대하여 \$1,000 한도로 보상합니다.

다. 보험금 지급제한 사항

- 1) 회사의 보장은 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료 등을 받은 때 시작됩니다.
- 2) 피보험자, 보험수익자, 계약자의 고의, 피보험자(보험대상자)의 질병, 기타 약관에서 정하는 보상하지 아니하는 손해에 해당하는 경우에는 회사는 책임을 지지 아니합니다.
- 3) 이 보험계약에서 보장하는 기본형 해외체류 실손의료비 등 비용을 담보하는 다수의 보험계약이 체결되어

있는 경우, 약관에 따라 비례보상하여 드립니다.

- 4) 보험금을 지급하지 않는 사유 등 기타 세부적인 사항은 보통약관 및 특별약관에 따라 보험금 지급이 제한될 수 있으니, 반드시 해당 약관을 참조해주시기 바랍니다.

3. 보험료 산출기초 및 보험료 예시

가. 보험료의 구성

보험계약자가 납입하는 보험료는 보험사고 발생시 보험금지급을 위한 위험보험료와 보험회사의 사업 경비 등을 위한 부가보험료로 구성됩니다.

나. 보험료 예시

산출 기준: 보험기간 1년, 일시납, 남자, 40세, 상해 1급

(단위: 원)

보장명		가입금액	영업보험료	영업보험료 합계
보통약관	해외체류 실손의료비(상해)	\$30,000	76,644	501,360
	해외체류 실손의료비(질병)	\$30,000	421,782	
	국내 실손의료비(상해 급여)	30,000,000	1,087	
	국내 실손의료비(질병 급여)	30,000,000	1,213	
특별약관	국내 실손의료비1(상해 중증 비급여)	30,000,000	27	
	국내 실손의료비1(질병 중증 비급여)	30,000,000	93	
	국내 실손의료비1(중증 3대비급여)	가입	2	
	국내 실손의료비2(상해 비중증 비급여)	10,000,000	270	
	국내 실손의료비2(질병 비중증 비급여)	10,000,000	225	
	국내 실손의료비2(비중증 비급여 자기공명진단)	2,000,000	20	

주1) 국내 실손의료비1(중증 3대비급여)의 보험가입금액 최고 한도는 근골격계 이학요법치료·체외충격파치료 350만원 / 주사료 250만원 / 자기공명영상진단 300만원으로 합니다.

주2) 1\$ = ₩1,400

4. 해약환급금에 관한 사항

가. 해약환급금 산출기준

보험계약자가 보험기간중 보험계약을 해지할 경우에는 이 보험의 미경과보험료를 해약환급금으로 지급해드립니다.

나. 미경과보험료 산출기준

- 1) 보험계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 인한 해지:
 - 기경과기간의 단기요율을 적용하여 계산된 보험료를 기납입보험료에서 뺀 잔액
- 2) 그 밖의 해지:
 - 미경과기간에 대하여 일할로 계산된 보험료

5. 기타 알아두실 사항

Q. 자살, 자해 등의 보상여부?

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

Q. 사망시 보험금 수령권자는?

A. 보험계약자가 지정한 보험수익자이며, 보험수익자를 지정되지 아니한 때에는 피보험자의 상속인을 보험수익자로 합니다.

Q. 본인의 동의없이 타인에 의한 보험가입 가능여부?

A. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약의 경우 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면에 의한 동의를 필요로 합니다.

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: 기본형 해외체류 실손의료비 등

Q. 자기부담금이란?

A. 자기부담금이란 보험회사가 보상하여야 할 사고라 하더라도 일정금액 이하의 손해에 대하여는 보험회사가 책임을 부담하지 않는 금액을 말합니다.

Q. 보험기간 중 계약의 변경 가능여부?

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

Q. 해외체류를 위해 집을 나서다 발생한 사고의 보상여부는?

A. 보험기간의 시기가 시작된 후에 해외체류를 목적으로 거주지를 출발하다 발생한 사고는 보상하여 드립니다. 단, 보험기간이 시작된 후라도 보험료를 납입하기 전에 발생한 사고는 보상하여 드리지 않습니다.

※ 본 상품요약서는 상품의 중요내용만을 일부 요약한 것이므로 구체적인 내용은 반드시 보험약관을 참조하시기 바랍니다.