

신한 국내여행보험 상품요약서

1. 가입자격 제한 등 상품의 특이사항

가. 가입자격제한

- 1) 일반여행, 관광여행 및 이와 유사한 여행이 아닌 산악등반이나 스키 등 기타 위험이 높은 레저활동에 참가하는 개인, 가족 및 단체는 가입이 제한되거나 불가능 할 수 있으며 가입금액이 제한될 수 있습니다.
- 2) 만15세 미만에 대한 상해사망, 질병사망 가입이 불가하며, 질병 담보에 대한 가입이 인수기준에 따라제한될 수 있습니다.

나. 상품의 특이사항

- 1) 소멸성 순수보장성 보험이므로 만기 시 환급금이 없습니다.
- 2) 보험기간: 1개월
- 3) 보험료 납입주기: 일시납

2. 보험금 지급사유, 지급금액 및 지급제한 사항

가. 보장의 종류 및 보험금 지급사유

보장명			보험금 지급사유
보통 약관	국내여행중 상해사망 및 후유장해		국내여행 도중에 상해를 입고 그 직접결과로써 사망한 경우 또는 장해분류표에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 경우
특별 약관	국내여행중 질병사망 및 질병80%이상 고도후유장해		국내여행 도중에 질병에 걸리고 그 직접결과로써 사망한 경우 또는 장해분류표에서 정한 각 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을 경우
	국내여행중 휴대품손해(분실제외)		국내여행 도중에 생긴 우연한 사고에 의하여 보험의 목적에 손해를 입은 경우
	국내여행중 배상책임		국내여행 도중에 생긴 보험사고로 인하여 피해자에게 법률상의 배상책임을 부담하게 된 경우
	기본형 국내여행 실손의료비 특별약관	상해급여	국내여행중 상해로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원하여 급여 치료를 받거나 급여 처방조제를 받은 경우
		질병급여	국내여행중 질병으로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원하여 급여 치료를 받거나 급여 처방조제를 받은 경우
	국내여행 실손의료 보험 특별약관1 (중증 비급여 국내 여행 실손의료비)	상해비급여	국내여행 중에 입은 상해로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원하여 산정특례 대상 질환으로 인한 비급여 치료를 받거나 비급여 처방조제를 받은 경우(3대비급여 제외)
		질병비급여	국내여행 중에 질병으로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원하여 산정특례 대상 질환으로 인한 비급여 치료를 받거나 비급여 처방조제를 받은 경우 (3대비급여 제외)
		3대비급여	국내여행 중에 입은 상해 또는 질병의 치료목적으로 의료기관에 입원 또

보장명			보험금 지급사유
	국내여행 실손의료 보험 특별약관2 (비중증 비급여 국 내여행 실손의료비)		는 통원하여 산정특례 대상 질환으로 인한 3대비급여 치료를 받은 경우
		상해비급여	국내여행 중에 입은 상해로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원하여 산정 특례 대상 질환이 아닌 질환으로 인한 비급여 치료를 받거나 비급여 처방 조제를 받은 경우(비급여 자기공명영상진단 제외)
		질병비급여	국내여행 중에 질병으로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원하여 산정특례 대상 질환이 아닌 질환으로 인한 비급여 치료를 받거나 비급여 처방조제 를 받은 경우(비급여 자기공명영상진단 제외)
		비급여 자기공 명영상진단	국내여행 중에 입은 상해 또는 질병의 치료목적으로 의료기관에 입원 또 는 통원하여 산정특례 대상 질환이 아닌 질환으로 인한 비급여 치료를 위 해 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]

※ 국내여행중 배상책임, 기본형 국내여행 실손의료비, 국내여행중 여권분실 재발급비용 등 동 실손을 보상하는 다
수의 보험계약이 체결되어 있는 경우 약관에 따라 비례보상 합니다. 자세한 내용은 보험약관을 참조하시기 바랍니
다.

나. 지급보험금 산정방식

보장명		보험금 산정방식
보통 약관	국내여행중 상해사망 및 후 유장해	보험금 지급사유에 해당하는 상해사고로 사망시 사망보험금 또는 장해상태가 되었 을 때 장해지급률에 따른 후유장해보험금 지급
특별 약관	국내여행중 질병사망 및 질 병80%이상 고도후유장해	보험금 지급사유에 해당하는 질병으로 사망시 사망보험금 또는 장해지급률 80% 이 상에 해당하는 장해상태가 되었을 때 고도후유장해보험금 지급
	국내여행중 휴대품손해(분 실제외)	보험가입금액을 한도로 손해액에서 1회의 사고에 대하여 보험증권에 기재된 자기부 담금을 공제한 금액을 지급하며, 보험의 목적의 1개 또는 1조(2개 이상의 물건이 갖추어 한 벌을 이룰 때, 그 한 벌), 1쌍에 대해서는 200,000원을 한도로 지급
	국내여행중 배상책임	① 손해배상금: 보상한도액을 한도로 보상하되, 자기부담금(1사고당1만원)을 초과한 부분만 보상 ② 손해방지비용: 전액보상 ③ 회사의 승인을 받아 지급한 소송비용, 변호사비용, 화해 또는 조정에 관한 비용 : ①과 ③의 합계액을 보상한도액의 한도 내에서 보상

보장명			보험금 산정방식								
기본형 국내여행 실손의료비 특별약관	상해급여	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									
	질병급여	<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										
국내여행 실 손의료보험 특별약관1 (중증 비급 여 국내여행 실손의료비)	상해비급여	아래 금액을 보험 가입금액 한도 내에서 보상 ① 입원(입원실료, 입원제비용, 입원수술비) '비급여 의료비(비급여 병실료는 제외합니다)'(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)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.									
	질병비급여	③ 통원 1회당(외래 및 처방조제 합산) '비급여 의료비(비급여 병실료는 제외합니다)'(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)에서 아래의 '통원항목별 공제금액'을 뺀 금액 (매년 계약해당일부터 1년간 통원 100회를 한도로 합니다.) ※ 통원 항목별 공제금액 「3만원」과 「보장대상의료비의 30%」 중 큰 금액									
	3대비급여	<table><tr><td>구분</td><td>공제금액 및 보상한도</td></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·체외충격파치료를 각 치료횟수를 합산하여 최초 10회 보장하고, 이후 객관적이고 일반적으로 인정되는 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> ※ 상해·질병 치료행위 합산 기준			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·체외충격파치료를 각 치료횟수를 합산하여 최초 10회 보장하고, 이후 객관적이고 일반적으로 인정되는 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
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·체외충격파치료를 각 치료횟수를 합산하여 최초 10회 보장하고, 이후 객관적이고 일반적으로 인정되는 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										

보장명			보험금 산정방식
	국내여행 실손의료보험 특별약관2 (비중증 비급여 국내여행 실손의료비)	상해비급여	① 입원(입원실료, 입원제비용, 입원수술비) '비급여 의료비(비급여 병실료는 제외합니다)'(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)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	③ 통원 1일당(외래 및 처방조제 합산) '비급여 의료비(비급여 병실료는 제외합니다)'(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)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 자기 공명영상진단	. 공제금액 : 1회당 5만원과 보장대상의료비의 50% 중 큰 금액 . 보상한도 : 연간 200만원 이내에서 보상 ※ 상해·질병 치료행위 합산 기준

다. 보험금 지급제한 사항

- 1) 피보험자, 보험수익자, 계약자의 고의, 피보험자(보험대상자)의 질병, 기타 약관에서 정하는 보상하지 아니하는 손해에 해당하는 경우에는 회사는 책임을 지지 아니합니다.
- 2) 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 7일, 일시납, 남자, 40세, 상해 1급

(단위: 원)

보장명		가입금액	영업보험료	영업보험료 합계
보통약관	국내여행중 상해사망 및 후유장해	100,000,000	900	8,310
특별약관	국내여행중 질병사망 및 질병80%이상 고도후유장해	10,000,000	32	
	국내여행중 휴대품손해(분실제외)	200,000	462	
	국내여행중 배상책임	5,000,000	41	
	국내 실손의료비(상해 급여)	10,000,000	650	

	국내 실손의료비(질병 급여)	10,000,000	3,038	
	국내 실손의료비1(상해 중증 비급여)	10,000,000	16	
	국내 실손의료비1(질병 중증 비급여)	10,000,000	199	
	국내 실손의료비1(중증 3대비급여)	가입	73	
	국내 실손의료비2(상해 비중증 비급여)	10,000,000	439	
	국내 실손의료비2(질병 비중증 비급여)	10,000,000	1,618	
	국내 실손의료비2(비중증 비급여 자기공명진단)	2,000,000	848	

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

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. 사망시 보험금 수령권자는?

A. 사망보험금은 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하며, 지정이 없을 때에는 해당 피보험자의 법정상속인에게 드립니다.

Q. 자기부담금이란?

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

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