

# Chubb 개인실손의료보험(단체전환용) 상품요약서

## 1. 보험상품의 특성 및 가입자격

### 가. 보험상품의 특성

- 이 상품의 보험기간(보험회사가 보상책임을 지는 기간)은 1년 또는 1년 이하의 단기이며, 보험료 납입주기는 일시납 또는 분할 납입(12회납)할 수 있습니다.
- 실손의료보험은 국내치료비(건강보험의 본인부담금 및 비급여의료비를 보상)를 보상하는 상품으로 단독으로 가입할 수 있습니다.
- 피보험자가 보험기간 중에 발생할 수 있는 상해 또는 질병으로 인한 실손의료비를 보상하는 보험입니다.
- 이 상품은 소멸성 순수보장성보험이므로 만기시 환급금이 없으며, 중도에 해지할 경우에는 이미 경과한 기간에 대해 단기요율(1년미만의 기간에 적용되는 요율)로 계산한 보험료를 뺀 잔액을 돌려드립니다.
- 실손의료비 의료급여 수급권자 보험료 할인에 관한 사항  
 계약자 또는 피보험자가 계약 청약시 또는 보험기간 중에 피보험자가 의료급여법상 의료급여 수급권자임을 증명할 수 있는 서류를 제출한 경우에 한하여 적용보험료의 10%를 할인해 드립니다.

### 나. 가입자격 제한

- 이 상품은 “실손의료보험 개인실손전환(단체→개인) 특별약관”에 따라 단체계약에서 개인 계약으로 전환(단, 단체실손 종료일부터 1개월 이내에 개인실손전환을 청약해야 함)하는 계약에 한해 판매합니다.
- 회사가 판매하는 실손의료비의 보장종목별 보험가입금액 최고 한도는 아래와 같으며, 보장종목별로 분리하여 판매할 수 있습니다. 다만, 상해급여형과 상해비급여형, 질병급여형과 질병비급여형은 함께 판매합니다.

구 분	보험종목		보험가입금액 한도
기본형	상해급여		5천만원 이내
	질병급여		5천만원 이내
특약형	상해비급여		5천만원 이내
	질병비급여		5천만원 이내
	3대 비급여	도수치료·체외충격파치료·중식치료	350만원 이내
		주사료	250만원 이내
자기공명영상진단		300만원 이내	

- 3) 보험기간은 1년을 초과해서는 판매하지 않습니다.
- 4) 피보험자 가입연령 : 실손의료보험 개인실손전환(단체→개인) 특별약관에 따라 최대 65세 까지 가입 가능합니다. 단, 회사가 정하는 기준에 따라 가입연령 및 건강상태, 직무 등에 따라 보험가입금액이 제한되거나 가입이 불가능할 수 있습니다.
- 5) 최대 재가입 연령 : 보험기간 종료후 재가입 특별약관에 따라 최대 69세까지 재가입 가능합니다.

## 2. 보험금 지급사유, 지급금액 및 지급제한사항

### 가. 담보별 보험금 지급사유 및 금액

구분		지급사유	가입금액 (보상한도)	
기본형	상해 급여	피보험자가 보험기간 중에 입은 상해로 국내 의료기관에 입원 또는 통원하여 급여 치료 또는 급여 처방조제를 받은 경우	입·통원 합산 연간 최고 5,000만원 한도(단, 통원은 회당 20만원한도)로 가입금액	
	질병 급여	피보험자가 보험기간 중에 질병으로 국내 의료기관에 입원 또는 통원하여 급여 치료 또는 급여 처방조제를 받은 경우	입·통원 합산 연간 최고 5,000만원 한도(단, 통원은 회당 20만원한도)로 가입금액	
특약	상해 비급여	피보험자가 보험기간 중에 입은 상해로 국내 의료기관에 입원 또는 통원하여 비급여 치료 또는 비급여 처방조제를 받은 경우	입·통원 합산 연간 최고 5,000만원 한도(단, 통원은 회당 20만원, 연간 100회한도)로 가입금액	
	질병 비급여	피보험자가 보험기간 중에 질병으로 국내 의료기관에 입원 또는 통원하여 비급여 치료 또는 비급여 처방조제를 받은 경우	입·통원 합산 연간 최고 5,000만원 한도(단, 통원은 회당 20만원, 연간 100회한도)로 가입금액	
	3대 비급여	도수치료·체외충격파치료·증식치료	피보험자가 보험기간 중에 입은 상해 또는 질병의 치료목적으로 국내 의료기관에 입원 또는 통원하여 비급여 도수치료·체외충격파치료·증식치료를 받은 경우	연간 350만원 한도로 50회까지
		주사료	피보험자가 보험기간 중에 입은 상해 또는 질병의 치료목적으로 국내 의료기관에 입원 또는 통원하여 비급여에 해당하는 주사료를 부담하는 경우	연간 250만원 한도로 50회까지
		자기공명영상진단(MRI/MRA)	피보험자가 보험기간 중에 입은 상해 또는 질병의 치료목적으로 국내 의료기관에 입원 또는 통원하여 비급여 자기공명영상진단을 받은 경우	연간 300만원 한도

- 주) 1. 급여 : 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 및 「의료급여법」에서 정한 의료급여를 말함
2. 비급여 : 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여대상을 말함.

나. 보장종목별 보험금 지급기준

※ 보험금 지급 기준에 관한 보다 상세한 내용은 약관을 참조하시기 바랍니다.

보장종목		구분		보험금 지급 기준		
		기본형		특별약관		
상 해	입원	보장범위	급여 중 본인부담금 <sup>주1)</sup> 의 80%		비급여 의료비 <sup>주2)</sup> 의 70%	
		자기부담	급여 중 본인부담금 <sup>주1)</sup> 의 20%		비급여 의료비 <sup>주2)</sup> 의 30%	
	상급병실료차액			보장범위	비급여 병실료의 50% <sup>주3)</sup>	
	통원	보장범위	급여 중 본인부담금 <sup>주1)</sup> - 자기부담		비급여 의료비 <sup>주2)</sup> - 자기부담	
자기부담		보장대상의료비 <sup>주4)</sup> 의 20%와 최소 자기부담금 <sup>주5)</sup> 중 큰 금액		보장대상의료비 <sup>주4)</sup> 의 30%와 최소 자기부담금 <sup>주5)</sup> 중 큰 금액		
질 병	입원	보장범위	급여 중 본인부담금 <sup>주1)</sup> 의 80%		비급여 의료비 <sup>주2)</sup> 의 70%	
		자기부담	급여 중 본인부담금 <sup>주1)</sup> 의 20%		비급여 의료비 <sup>주2)</sup> 의 30%	
	상급병실료차액			보장범위	비급여 병실료의 50% <sup>주3)</sup>	
	통원	보장범위	급여 중 본인부담금 <sup>주1)</sup> - 자기부담		비급여 의료비 <sup>주2)</sup> - 자기부담	
자기부담		보장대상의료비 <sup>주4)</sup> 의 20%와 최소 자기부담금 <sup>주5)</sup> 중 큰 금액		보장대상의료비 <sup>주4)</sup> 의 30%와 최소 자기부담금 <sup>주5)</sup> 중 큰 금액		
3 대 비 급 여 <sup>주6)</sup>	도수치료· 체외충격파치료· 증식치료				보장범위	비급여 의료비 <sup>주4)</sup> - 자기부담
	주사료				자기부담	비급여 의료비 <sup>주2)</sup> 의 30%와 최소 자기부담금 <sup>주5)</sup> 중 큰 금액
	자기공명영상진단					
입원비 부담 상한		연간 200만원(단, 급여에 한함)				

- 주1) 「국민건강보험법」 상 요양급여 또는 「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인이 실제 부담한 금액
- 주2) 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여(상급 병실료 차액 제외) 중 본인이 실제 부담한 금액
- 주3) 단, 1일 평균금액(총 입원 기간 비급여 병실료 전체 ÷ 총 입원 일수) 10만원 한도
- 주4) 보장대상의료비: 실제부담액 - (약관 상 보장 제외금액+ 비급여 병실료 중 미보장 금액)
- 주5) 최소 자기부담금: <급여> (병·의원) 1만원, (상급·종합병원) 2만원 / <비급여> 3만원
- 주6) 3대비급여 의료 이용은 비급여 보장한도 계산에서 제외(별도의 연간 한도액 부여)

다. 보험금 지급 제한 사항

1) 다수 계약시 비례보상

실손의료보험은 실제 의료비를 보상하는 상품으로서 2개 이상의 보험에 가입하더라도 다음과 같은 방법으로 비례보상됨으로 유사한 보험가입 여부 및 보상한도를 반드시 확인하시기 바랍니다.(여러 개의 보험에 중복가입하는 경우 불필요하게 보험료를 추가로 납입하는 결과를 초래합니다)

- ① 각 계약의 보장대상의료비 및 보장책임액에 따라 아래 2항에서 정한 방법으로 계산된 각 계약의 비례분담액을 지급합니다.
- ② 각 계약의 보장책임액 합계액이 각 계약의 보장대상의료비 중 최고액에서 각 계약의 피보험자부담 공제금액 중 최소액을 차감한 금액을 초과한 다수보험은 아래의 산출방식에 따라 각 계약의 비례분담액을 계산합니다.

<p>각 계약별 비례분담액 =</p> $\left( \text{각 계약의 보장대상의료비 중 최고액} - \text{각 계약의 피보험자부담 공제금액 중 최소액} \right) \times \frac{\text{각 계약별 보장책임액}}{\text{각 계약별 보장책임액을 합한 금액}}$
---

2) 주요 보상하지 아니하는 손해

- 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
- 계약자나 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- 상해의료비의 경우 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동
- 상해의료비의 경우 피보험자가 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 아래에 열거된 행위로 인하여 생긴 손해
  - ① 전문등반, 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
  - ② 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행 또는 시운전
  - ③ 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승하고 있는 동안
- 임신, 출산 관련 사항과 건강검진, 예방접종, 자동차보험(공제포함)또는 산재보험에서 보상받는 의료비
- 치과 및 한방 비급여
- 해외소재 의료기관에서 치료받은 의료비

※ 자세한 사항은 반드시 보통약관 제4조(보상하지 않는 사항)를 참고하시기 바랍니다.

3) 회사의 보장개시시기

- ① 회사는 계약의 청약을 승낙하고 제1회 보험료를 받은 때부터 이 약관이 정한 바에 따라 보장을 개시합니다.
- ② 계약이 갱신되는 경우에는 위 1항에 의한 보장은 기존 계약에 의한 보장이 종료하는 때부터 적용합니다.

### 3. 보험료 산출기초 및 보험료 예시

#### 가. 보험료의 구성

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

#### 나. 예정위험률

한 개인이 사망하거나 질병에 걸리는 등의 일정한 보험사고가 발생할 수 있는 확률을 대수의 법칙에 의해 예측한 것을 예정위험률이라고 합니다. 일반적으로 예정위험률이 높으면 보험료가 높아지고 낮아지면 보험료가 낮아집니다.

#### 다. 예정사업비율

보험회사가 보험계약의 체결, 유지 및 관리 등에 필요한 경비로 사용하기 위하여 보험료 중 일정비율을 사업비로 책정한 것을 말한다.

#### 라. 보험료 산출 예시

- 보험기간 1년, 상해급수1급, 40세 남자, 일시납

담보명		가입금액(보상한도액)	
기본형	상해 급여	1,000만원 (단, 통원 1회당 10만원 한도)	
	질병 급여	1,000만원 (단, 통원 1회당 10만원 한도)	
특약	상해 비급여	1,000만원 (단, 통원 1회당 10만원, 연간 100회 한도)	
	질병 비급여	1,000만원 (단, 통원 1회당 10만원, 연간 100회 한도)	
	3대 비급여	도수치료·체외충격파치료·증식치료	350만원
		주사료	250만원
자기공명영상진단		300만원	
보험료		231,110원	

※ 실손의료보험은 연령의 증가, 의료수가의 상승, 위험률 증가 등에 따라 보험료가 매년 변동됩니다.

#### 4. 해약환급금에 관한 사항

---

##### 가. 해약환급금의 산출기준

보험계약자가 보험기간 중 보험계약을 해지할 경우에는 이 보험의 미경과보험료를 해약환급금으로 지급해 드립니다.

##### 나. 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

※본 상품요약서는 상품의 중요내용만을 요약한 것이므로 구체적인 내용은 반드시 보통약관 및 특별약관을 통해서 확인하시기 바랍니다.