

## Chubb 국내여행실손의료보험 B 상품요약서

### 1. 보험상품의 특성 및 가입자격

#### 가. 보험상품의 특성

- 1)이 보험은 보험업법 제91조에 정한 금융기관보험대리점의 판매를 통한 계약에 한정합니다.
- 2)이 상품의 보험기간(보험회사가 보상책임을 지는 기간)은 1개월 이하이며, 보험료 납입주기는 일시납을 원칙으로 합니다.
- 3)국내여행실손의료보험은 국내치료비(건강보험의 본인부담금 및 비급여의료비를 보상)를 보상하는 상품으로 단독으로 가입할 수 있습니다.
- 4)피보험자가 국내여행 중 발생할 수 있는 상해 또는 질병으로 인한 실손의료비를 보상하는 보험입니다.
- 5)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.
- 6)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.
- 7) 1 계약당 최저보험료는 2,000원입니다.

#### 나. 가입자격 제한

보험에 가입하고자 하는 피보험자의 직업, 직무, 여행목적, 여행지 등 사고발생의 위험의 크기에 따라 보험회사의 인수지침에 의해 보험가입금액이 제한될 수 있습니다.

#### ※ 실손의료비 판매제한에 관한 사항

- 회사가 판매하는 실손의료비의 보장종목별 보험가입금액 최고 한도는 아래와 같으며, 보장종목별로 분리하여 판매할 수 있다. 다만, 상해급여형과 상해비급여형, 질병급여형과 질병비급여형은 함께 판매한다.

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

## 2. 보험금 지급사유, 지급금액 및 지급제한사항

### 가. 담보별 보험금 지급사유 및 금액

보장종목		지급사유		가입금액 (보상한도)	
기본형	상해 급여	입원	피보험자가 국내여행 중에 입은 상해로 인하여 국내 의료기관에 입원하여 급여 치료를 받은 경우	입·통원 합산 연간 최고 5,000만원	
		통원	피보험자가 국내여행 중에 입은 상해로 인하여 국내 의료기관에 통원하여 급여 치료를 받거나 급여 처방조제를 받은 경우	한도(단, 통원은 회당 20만원한도)로 가입금액	
	질병 급여	입원	피보험자가 국내여행 중에 질병으로 인하여 국내 의료기관에 입원하여 급여 치료를 받은 경우	입·통원 합산 연간 최고 5,000만원	
		통원	피보험자가 국내여행 중에 질병으로 인하여 국내 의료기관에 통원하여 급여 치료를 받거나 급여 처방조제를 받은 경우	한도(단, 통원은 회당 20만원한도)로 가입금액	
특약	상해 비급여	입원	피보험자가 국내여행 중에 입은 상해로 인하여 국내 의료기관에 입원하여 비급여 치료를 받은 경우	입·통원 합산 연간 최고 5,000만원	
		통원	피보험자가 국내여행 중에 입은 상해로 인하여 국내 의료기관에 통원하여 비급여 치료를 받거나 비급여 처방조제를 받은 경우	한도(단, 통원은 회당 20만원한도)로 가입금액	
	질병 비급여	입원	피보험자가 국내여행 중에 질병으로 인하여 국내 의료기관에 입원하여 비급여 치료를 받은 경우	입·통원 합산 연간 최고 5,000만원	
		통원	피보험자가 국내여행 중에 질병으로 인하여 국내 의료기관에 통원하여 비급여 치료를 받거나 비급여 처방조제를 받은 경우	한도(단, 통원은 회당 20만원한도)로 가입금액	
	상해 질병 비 급여	3대 비 급여	도수치료·체외충격파치료·증식치료	피보험자가 국내여행 중에 입은 상해 또는 질병의 치료목적으로 국내의료기관에 입원 또는 통원하여 비급여 도수치료·체외충격파치료·증식치료를 받은 경우	연간 350만원 한도로 50회까지
			주사료	피보험자가 국내여행 중에 입은 상해 또는 질병의 치료목적으로 국내의료기관에 입원 또는 통원하여 비급여에 해당하는 주사료를 부담하는 경우	연간 250만원 한도로 50회까지
자기공명영상진단(MRI/MRA)			피보험자가 국내여행 중에 입은 상해 또는 질병의 치료목적으로 국내의료기관에 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. 담보별 보상하는 내용

보장종목			보상하는 내용(보장 범위)	
기본형	상해 급여	입원	급여 의료비중 본인이 실제로 부담한 금액의 80% 보상 (다만, 20% 해당액이 계약일 또는 매년 계약해당일부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상)	
		통원	통원 1회당 급여 의료비(외래+처방조제)중 본인이 실제로 부담한 금액에서 병의원급 1만원, 상급·종합병원급 2만원과 실제치료비의 20% 중 큰 금액을 차감한 금액 보상	
	질병 급여	입원	급여 의료비중 본인이 실제로 부담한 금액의 80% 보상 (다만, 20% 해당액이 계약일 또는 매년 계약해당일부터 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상)	
		통원	통원 1회당 급여 의료비(외래+처방조제)중 본인이 실제로 부담한 금액에서 병의원급 1만원, 상급·종합병원급 2만원과 실제치료비의 20% 중 큰 금액을 차감한 금액 보상	
특약	상해 비급여	입원	비급여 의료비(3대 비급여 제외)의 70% 보상 (단, 상급병실료차액의 경우 1일 평균금액 10만원을 한도로 비급여 병실료의 50% 보상)	
		통원	통원 1회당 비급여 의료비(외래+처방조제)에서 3만원과 비급여 의료비의 30% 중 큰 금액을 차감한 금액 보상	
	질병 비급여	입원	비급여 의료비(3대 비급여 제외)의 70% 보상 (단, 상급병실료차액의 경우 1일 평균금액 10만원을 한도로 비급여 병실료의 50% 보상)	
		통원	통원 1회당 비급여 의료비(외래+처방조제)에서 3만원과 비급여 의료비의 30% 중 큰 금액을 차감한 금액 보상	
	상해 질병	3대 비급여	도수치료·체외충격파치료·증식치료	본인이 실제로 부담한 도수치료·체외충격파치료·증식치료로 인한 비급여 의료비에서 1회당 3만원과 비급여 의료비의 30%중 큰 금액을 차감한 금액 보상
			주사료	주사치료를 받아 본인이 실제로 부담한 비급여 주사료에서 입원·통원 1회당 3만원과 비급여 주사료의 30%중 큰 금액을 차감한 금액 보상
자기공명영상진단(MRI/MRA)			자기공명영상진단(MRI/MRA)을 받아 본인이 실제로 부담한 비급여 의료비에서 1회당 3만원과 비급여 의료비의 30%중 큰 금액을 차감한 금액 보상	

- 주) 1. 급여 의료비  
 - 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용 받지 못하는 경우 본인부담금(통원의 경우 병의원 등에 따른 공제후)의 40% 한도  
 2. 치료를 받던중 보험기간이 만료된 경우 : 보험기간 종료일로부터 입원은 180일까지, 통원은 180일 이내에 통원 90회 한도로 보상  
 3. 다수계약이 체결되어 있는 경우에는 약관에 따라 비례하여 보상합니다.

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 2항에 따라 계산된 각 계약의 비례분담액을 보장책임액으로 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 않는 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 하며, 보장의 시기 및 종기는 보험증권 발행지의 표준시를 기준으로 합니다.
- ② 위 1항의 규정에도 불구하고 국내거주자인 피보험자가 주거지를 출발하기 전과 주거지에 도착한 이후에 발생한 사고 또는 국외거주자인 피보험자가 국내의 공항이나 부두에 도착하여 항공기나 선박에서 내리기 전과 출국을 위해 항공기나 선박에 탑승한 후에 발생한 사고에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.

- ③ 피보험자가 탑승하는 교통수단이 국내거주자인 경우 주거지에, 국외거주자인 경우 출국을 위한 항공기나 선박에 보험증권에 기재된 보험기간의 종기까지 도착하도록 예정되어 있음에도 불구하고 불가피한 사유로 도착이 지연되었을 경우에는 제1항의 규정에도 불구하고 회사의 보장의 종기는 24시간을 한도로 자동적으로 연장됩니다.

### 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 5일, 40세 남자

담보명			보험가입금액
기본계약	상해 급여	입원	1,000만원
		통원	10만원
	질병 급여	입원	1,000만원
		통원	10만원
선택계약	상해 비급여	입원	1,000만원
		통원	10만원
	질병 비급여	입원	1,000만원
		통원	10만원
	상해질병 - 3대 비급여	도수치료·체외충격파치료·증식치료	350만원
		주사료	250만원
자기공명영상진단		300만원	
보 험 료			6,540원

※ 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.