실손의료보험 길라잡이

2009년 10월 이후 표준화 실손의료보험 상품을 중심으로 구성되었습니다.

금융감독원 생명보험협회 손해보험협회

목 차

Ⅰ. 개 요 ····· 4

Ⅱ. 실손의료보험의 상품구조 ····· 6
1. 상품 기본구조 ····· 6
2. 보장 담보의 종류 ····· 7
3. 보상하지 않는 사항 ····· 10
4. 보험료 갱신 및 재가입 ····· 12
5. 다수 보험의 처리(비례보상) ····· 14

Ⅲ. 실손의료보험 가입 전 확인사항 ····· 15
1. 보험가입내역 조회 ····· 15
2. 실손의료보험 선택시 고려사항 ····· 16
3. 실손의료보험 비교공시 활용법 ····· 17

Ⅳ. 보험금 청구 ····· 20
〈부록1〉 생·손보협회 공시실 및 보험사 홈페이지 현황 ····· 21
〈부록2〉 실손의료보험 Q&A 모음집 ····· 22

"실손의료보험 길라잡이"는 '09.10월 실손의료보험 표준화 이후 판매된 실손의료보험 소비자의 이해를 돕고자 제작 및 배포되는 참고자료로서 실제 개별계약 내용과는 차이가 있을 수 있습니다. 따라서 실손의료보험을 신규 가입하고자 하는 분이나 기존에 실손의료보험을 보유하고 계시는 분 모두 개별 약관내용 등을 반드시 확인하시기 바랍니다.

I 개 요

실손의료보험이란?

실손의료보험이란 가입자가 질병, 상해로 입원하거나 통원 치료를 받은 경우 가입자가 실제 부담한 의료비를 보험사가 보상*하는 상품입니다.

* "국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여"와 "비급여"의 합계액에서 자기부담금을 공제한 금액을 보상합니다.

국민건강보험과 실손의료보험의 차이점에 대해 많이들 궁금해 하실텐데요, 환자의 의료비 부담을 경감시켜 준다는 측면에서 공통점이 있지만 국민건강보험은 국가(국민건강보험공단)가 운영하고 전 국민을 대상으로 의무가입토록 규정되어 있는 반면, 실손의료보험은 보험사가 운영하고 소비자가 자유롭게 선택하여 가입 가능하다는 측면에서 차이점이 있습니다.

구 분	국민건강보험	실손의료보험
관련 법규	국민건강보험법	보험업법
운영 주체	국가(국민건강보험공단)	민영 보험사
의무가입 여부	전 국민을 대상으로 가입이 강제됨	가입 여부를 자유롭게 선택 가능
보상 방법	국민건강보험법 등에서 정한 금액을 국가가 보전	국민건강보험에서 보장하지 않는 의료비를 대상으로 보험사가 보상
보험료 산정방법	소득수준과 재산규모에 따라 보험료를 차등 부과	과거 위험발생을 토대로 대수의법칙에 따라 보험료 산출

실손의료보험의 필요성

우리가 중병에 걸리거나 큰 사고를 당한 경우 막대한 의료비가 발생하여 경제적 어려움*을 겪을 수 있습니다.

* 국민건강보험을 적용받더라도 췌장암은 약 1,500만원, 간암은 약 1,480만원을 환자가 부담 [국립암센터, 통계로 본 암 현황(2014.3.20.)]

실손의료보험은 국민건강보험에서 보장하지 않는 의료비에 대해 보장해주므로 든든한 버팀목이 될 수 있습니다.

중병에 걸리거나 큰 사고를 당했어도 실손의료보험이 있으면 든든해요!

실손의료보험과 정액형 보험의 비교

실손의료보험은 입원 또는 통원을 통해 치료를 받았을 때 실제로 본인이 지출한 의료비를 보험가입금액 한도 내에서 지급하는 보험이며, 정액형 보험은 치료비 규모와 상관없이 보험사고가 발생하면 계약 당시에 보상하기로 약정한 금액을 보험금으로 지급하는 보험입니다. 암에 걸리면 일정금액(예: 5천만원)을 지급하는 보험인 암보험이 대표적인 정액형 보험입니다.

구 분	실손의료보험	정액형 보험
보험목적	실제 발생한 손해	질병, 재해 등
보상금액	일정한도 내에서 실제 부담한 금액	사전에 약정된 금액
보상범위	보상하지 않는 항목 열거 (포괄주의)	보상하는 항목 열거 (열거주의)
다수보험 처리	각 계약의 지급액 합이 실제로 부담한 금액을 초과하지 않도록 비례보상	중복가입에 관계없이 각 계약의 사전약정금액을 보상

[잠깐! 체크해 보아요]

(Q) 실손의료보험과 암보험에 동시에 가입되어 있습니다. 중복해서 보상이 되나요?

(A) 실손의료보험과 정액형 보험(암보험 등)을 동시에 가입한 경우에는 중복해서 보상이 가능합니다. 하지만 동일한 실손의료보험을 두 개 이상 가입한 경우에는 실제 본인이 부담한 의료비를 한도로 각 보험사에서 나누어서 보상합니다.

실손의료보험의 가입형태

실손의료보험은 단독으로 가입할 수도 있고, 다른 보장항목과 함께 특약으로 가입할 수도 있습니다. 단독형 실손의료보험과 특약형 실손의료보험을 비교해 보면 아래와 같습니다.

구 분	단독형 실손의료보험	특약형 실손의료보험
특 징	다른 보장내역 없이 실손의료보험만으로 구성되어 단독으로 가입 가능한 상품	실손의료보험을 사망, 후유장해 등 다양한 보장에 추가로 부가하여 특약으로 가입할 수 있는 상품
보장내용	실손의료보장 (질병입원, 질병통원, 상해입원, 상해통원)	실손의료보장 + 기타 보장(사망, 후유장해 등)
보험료	상대적으로 저렴	상대적으로 비쌈
보험기간	갱신 및 재가입을 통해 100세까지 유지 가능	주계약의 보험기간에 따라 상품별로 다를 수 있음
만기환급금	순수보장형으로 만기환급금이 없음	기타 보장으로 만기환급금을 설정할 수도 있음

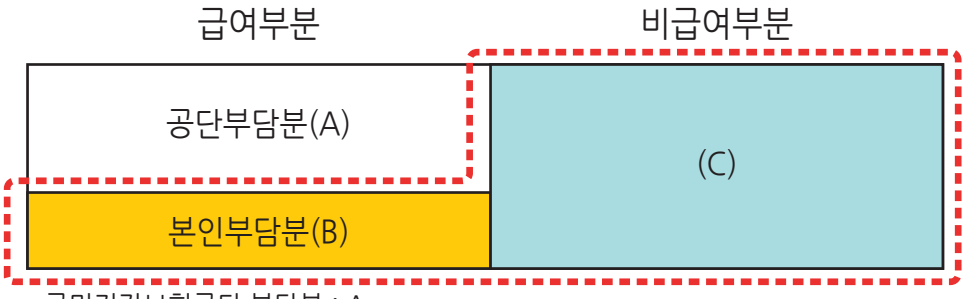
Ⅱ 실손의료보험의 상품구조

1 상품 기본구조

보장범위

실손의료보험은 "국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여" 와 "비급여"의 합계액에서 자기부담금을 공제한 금액을 보장합니다.

그림으로 쉽게 알아볼까요?



* 국민건강보험공단 부담분 : A

***보험사 실손의료비담보 보장부분 : B+C**

[잠깐! 용어를 정리해 보아요]

- ✓ 급 여 : 국민건강보험에서 보장하는 진료비 항목으로 국민건강보험공단이 보장하는 부분 (공단부담분)과 본인이 직접 부담해야 하는 부분(본인부담분)으로 구성됩니다.
- ✓ 비급여 : 국민건강보험에서 보상하지 않는 법정비급여 항목을 말하며 상급병실료 차액, 선택진료비, MRI 촬영비, 초음파 등이 이에 해당합니다. 국민건강보험법에서 정한 법정비급여 항목이 아닌 임의비급여 항목은 실손의료보험에서 보상되지 않습니다.

보장범위

실손의료보험은 보험기간이 1년인 상품으로 매년* 보험료가 갱신 되는 갱신형보험입니다. 그리고 15년마다 재가입이 이뤄집니다. 이처럼 "갱신"과 "재가입"을 통해 최대 100세까지 보장**합니다.

* '13.1월 이후 상품 기준(이전 상품의 경우 갱신주기가 1,3,5년 및 비갱신 등으로 다양할 수 있습니다.)

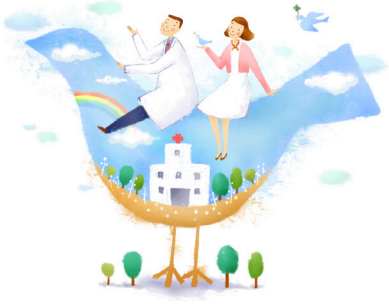
** 재가입할 수 있는 최대 나이는 보험사별로 상이할 수 있습니다.

가입나이

실손의료보험의 가입나이는 0세~65세(회사별 상이)로 설정되어 있습니다. 고령자의 경우 가입연령 제한으로 일반적인 실손의료보험 가입이 어려울 수 있으므로 '14.8월 출시된 노후 실손의료보험 가입을 고려할 수 있습니다.

만기환급금 및 배당금 지급 여부

현재 판매 중인 단독 실손의료보험은 만기환급금이 없는 순수 보장성보험이며, 배당금을 지급하지 않는 무배당보험입니다.



2 보장 담보의 종류

보장 담보

실손의료보험은 4가지 담보(보장내용)으로 구성되어 있습니다.
입원보장에 해당하는 "질병입원", "상해입원", 통원보장에 해당하는 "질병통원", "상해통원"이 바로 그것입니다. 가입자는 4가지 담보 중 하나를 선택하여 가입할 수도 있고 4가지 모두를 가입할 수도 있습니다.

[잠깐! 용어를 정리해 보아요]

✓ 입원보장(질병입원, 상해입원) : 병원 또는 의원 등에 **입원하여** 치료를 받은 경우 발생하는 검사료, 수술료, 입원실비용 등에 대해 국민건강보험공단이 부담하는 비용을 제외한 금액에 대한 보장

- 입 원 실 료 : 기준병실 사용료, 환자관리료, 식대 등
- 입원제비용 : 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 처치료 등
- 입원수술비 : 수술료, 마취료, 수술재료비 등

✓ 통원보장(질병통원, 상해통원) : 병원 또는 의원 등에 **입원하지 않고** 통원치료를 받은 경우 발생하는 검사료, 수술료, 처방조제비 등에 대해 국민건강보험 공단이 부담하는 비용을 제외한 금액에 대한 보장

- 외래제비용 : 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 처치료 등
- 외래수술비 : 수술료, 마취료, 수술재료비 등
- 처방조제비 : 약국의 처방조제비, 약사의 직접조제비

✓ 상해 : 가입자가 우연한 외부의 사고(예 : 낙상, 화상, 교통사고 등)로 인해 신체상의 손상을 입는 것

입원과 통원의 보상금액

입원의 경우 발생한 입원비의 80%(표준형) 또는 90%(선택형)를 보상합니다.
(단, 상급병실료 차액은 50%만 보상합니다.)

통원의 경우 발생한 통원비에서 공제금액을 차감한 금액을 보상합니다.
단, 공제금액은 (1) 외래인지 처방조제비인지 여부에 따라 (2) 표준형인지 선택형인지에 따라 달라집니다. 자세한 내용은 다음 표를 참고하세요.

구 분			보장내용	
			표준형	선택형
질병·상해	입원	입원제비용 입원수술비	(급여 본인부담분 + 비급여)의 80%	(급여 본인부담분 + 비급여)의 90%
		상급병실료 차액	실제 사용병실과 기준병실의 차액(=상급병실료 차액)의 50% (단, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액을 총 입원일수로 나누어 산출)	실제 사용병실과 기준병실의 차액(=상급병실료 차액)의 50% (단, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 상급병실료 차액을 총 입원일수로 나누어 산출)
	통원	외래 (외래제비용, 외래수술비)	(급여 본인부담금 + 비급여)에서 병원 규모별 공제금액을 차감한 금액 ※ 병원 규모별 공제금액 (1) 의원급 : MAX [1만원, 보상대상의료비의 20%] (2) 병원급 : MAX[1.5만원, 보상대상의료비의 20%] (3) 종합전문요양기관, 상급종합병원 : MAX[2만원, 보상대상 의료비의20%]	(급여 본인부담금 + 비급여)에서 병원 규모별 공제금액을 차감한 금액 ※ 병원 규모별 공제금액 (1) 의원급 : 1만원 (2) 병원급 : 1.5만원 (3) 종합전문요양기관, 상급종합병원 : 2만원
		처방 조제비	(급여 본인부담금 + 비급여)에서 MAX[8천원, 보상대상 의료비의 20%]을 차감한 금액	(급여 본인부담금 + 비급여)에서 8천원을 차감한 금액

[여기서 잠깐!]

(Q) 실손의료보험에서 자기부담금이란 무엇인가요?

(A) 자기부담금이란 보상대상 의료비 중 본인이 직접 부담하는 금액입니다. 가령, 선택형 가입시 소비자는 입원의 경우 입원비의 10%, 통원의 경우 외래 1만원~2만원(병원규모별 상이), 처방조제비 8천원을 자기부담금으로 부담합니다.

(Q) 그렇다면 실손의료보험에서 자기부담금이 설정된 이유는 무엇인가요?

(A) 만약 자기부담금이 설정되지 않는다면 과잉진료에 따른 의료비 상승으로 인해 실손의료보험의 보험료 상승 요인으로 작용할 수 있습니다. 이에 실손의료보험 표준화('09.10월) 이후부터 자기부담금 제도가 도입되었습니다.

영수증으로계산해볼까요?

■ 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 [별지 제6호서식] <개정 2014.9.1.>

[ ]외래 [V]입원 ([ ]퇴원[ ]중간) 진료비 계산서 · 영수증

환자등록번호	환자 성명	진료기간	야간(공휴일)진료
		. . .부터 . . .까지	[ ] 야간 [ ] 공휴일

진료과목	질병군(DRG)번호	병실	환자구분	영수증번호(연월-일련번호)

항목		급여			비급여	
		일부 본인부담		전액 본인부담	선택 진료료	선택진료료 이외
		본인부담금	공단부담금			
기본항목	진 찰 료	100,000	200,000			
	입 원 료	500,000	2,000,000		200,000	
	식대	300,000	300,000			
	투약 및 조제료 행위료					
	투약 및 조제료 약품비					
	주사료 행위료	20,000	80,000			
	주사료 약품비	100,000	400,000	10,000		
	마취료					
	처치 및 수술료					
	검사료	50,000	200,000			
	영상진단료	50,000	200,000			
	방사선치료료					
	치료재료대	50,000	200,000			
	재활 및 물리치료료	20,000	80,000			
	정신요법료					
	전혈 및 혈액성분제제료					
선택항목	CT 진단료	100,000	300,000			
	MRI 진단료					400,000
	PET 진단료					
	초음파진단료					100,000
	보철 · 교정료					
시행령별표2제4호의 요양급여						
65세 이상 등 정액						
정액수가(요양병원)						
포괄수가진료비						
합계		①1,290,000	②3,960,000	③10,000	④200,000	⑤500,000
상한액 초과금		⑥	-			

금액산정내용		
⑦ 진료비 총액 (①+②+③+④+⑤)		5,960,000
⑧ 환자부담 총액 (①-⑥)+③+④+⑤		2,000,000
⑨ 이미 납부한 금액		
⑩ 납부할 금액 (⑧-⑨)		2,000,000
⑪ 납부한 금액	카드	2,000,000
	현금영수증	
	현금	
	합계	2,000,000
납부하지 않은 금액 (⑩-⑪)		
현금영수증( )		
신분확인번호		
현금승인번호		
* 요양기관 임의활용공간		
선택진료 신청	[ ] 유 [ ] 무	

요양기관 종류	[ ] 의원급 · 보건기관 [ ] 병원급 [ ] 종합병원 [ ] 상급종합병원				
사업자등록번호		상호		전화번호	
사업장 소재지				대표자	[인]

년 월 일

210㎜×297㎜[백상지 70g/㎡]

◆ 실손의료보험 보상금액

1) 표준형 가입시 : (급여 본인부담분 130만원 + 비급여 70만원) × 80% = 160만원

2) 선택형 가입시 : (급여 본인부담분 130만원 + 비급여 70만원) × 90% = 180만원

3 보상하지 않는 사항

보상하지 않는 사항

실손의료보험이 모든 의료비에 대해 보상하는 것은 아닙니다. 성형수술과 같이 외모개선 목적의 의료비라든지 약국에서 구입한 영양제나 종합비타민, 안경 구입비용 등은 실손의료보험에서 보상하지 않습니다.

조금 더 자세히 알아볼까요? 굵은 글씨는 조금 더 유심히 살펴봐 주세요~

✓ 실손의료보험 표준약관상 보상하지 않는 사항

[공 통]

1) 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
(단, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명되는 경우는 보상)
2) 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
3) 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4) 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때 악화된 부분
5) **치과 비급여, 한방 비급여**
6) 본인부담금 상한제에 따라 국민건강보험공단으로부터 환급이 가능한 금액
7) **건강검진, 예방접종, 인공유산**
(단, 회사가 보상하는 **상해 또는 질병의 치료 목적**으로 인한 경우는 **보상**)
8) **영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여**, 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, **불임검사, 불임수술, 불임복원술,** 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다). **성장촉진**과 관련된 비용 등에 소요된 비용
(단, 회사가 보상하는 **상해 또는 질병의 치료 목적**으로 인한 경우는 **보상**)
9) **의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기** 등 진료재료의 구입 및 대체비용
(단, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 보상)
10) **외모개선 목적의 치료**로 인하여 발생한 의료비
- **쌍꺼풀수술**(이중검수술), **코성형수술**(융비술), **유방확대 · 축소술, 지방흡입술** 등
- 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모 개선 목적의 수술
- **안경, 콘택트렌즈** 등을 대체하기 위한 시력교정술
- 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
- 그 외 외모개선 목적의 치료로 건강보험 비급여대상에 해당하는 진료
11) **진료와 무관한 제비용**(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 의사의 **임상적 소견과 관련 없는 검사비용, 간병비**
12) **자동차보험**(공제 포함) 또는 **산재보험**에서 **보상받는 의료비**(본인부담의료비 제외)
13) 국민건강보험법 제42조의 요양기관이 아닌 **해외 소재 의료기관**에서 발생한 의료비

✓ 실손의료보험 표준약관상 보상하지 않는 사항

[상해보장(상해입원, 상해통원)**의 경우]**

1) **전문등반**, 글라이더 조정, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2) **모터보트, 자동차 또는 오토바이**에 의한 **경기, 시범, 흥행** 또는 **시운전**
   (단, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 보상)
3) 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승
4) **임신, 출산**(제왕절개 포함), 산후기로 발생한 의료비(단, 회사가 보상하는 상해로 인한 경우는 보상)
5) 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변 폭동

[질병보장(질병입원, 질병통원)**의 경우]** (※괄호 안은 표준질병사인분류코드를 의미)

1) **정신과질환** 및 행동장애(F04 ~ F99)
2) 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 **습관성 유산, 불임** 및 **인공수정** 관련 합병증(N96 ~ N98)
3) 피보험자의 **임신, 출산**(제왕절개 포함), **산후기**로 입원한 경우(O00 ~ O99)
4) 선천성 뇌질환(Q00 ~ Q04)
5) **비만**(E66)
6) **비뇨기계 장애**(N39, R32)
7) **직장 또는 항문질환 중 비급여** 부분(I84, K60 ~ K62)
8) **인간면역결핍바이러스(HIV)** 감염으로 인한 치료비
9) 단순한 피로 또는 권태
10) 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), **점(모반)**, **사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모** 등 피부질환
11) 발기부전(impotence) · 불감증, 단순 코골음, 단순포경(phimosis), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환

O/X 퀴즈로 확인해 보아요~

1 간병인 사용으로 발생한 비용은 실손의료보험에서 보상되나요?

2 노화현상으로 인한 탈모도 실손의료보험에서 보상되나요?

3 요실금 수술을 받았습니다. 실손의료보험에서 보상 가능한가요?

✔ 정답

1 X　　2 X　　3 X (비뇨기계 장애는 보상하지 않습니다)

4 보험료 갱신 및 재가입

갱신이란?

갱신(更新)이란 국어사전을 찾아보면 “이미 있던 것을 고쳐 새롭게 함”이라고 뜻풀이 되어 있습니다. 갱신형보험이란 일정주기마다 보험료가 변동되는 보험을 의미합니다. 이 때, 보험료가 변동되는 일정주기를 갱신주기라고 합니다.

실손의료보험은 대표적인 갱신형 상품입니다. 실손의료보험은 피보험자의 연령 증가, 의료수가 상승, 손해율 변동 등에 따라 매년 보험료가 변동될 수 있습니다. “갱신”은 보험료는 변동될 수 있어도 갱신전 보험계약과 동일한 조건(예: 보장내용 등)으로 계약이 체결되므로 보장내용이 변경될 수 있는 “재가입”과 차이점이 있습니다.

보험사는 매년 갱신일로부터 15일 전(보험사별로 다를 수 있음)까지 갱신전 보험료와 갱신후 보험료를 안내하고 가입자에게 갱신 여부를 확인합니다.

갱신보험료 변동

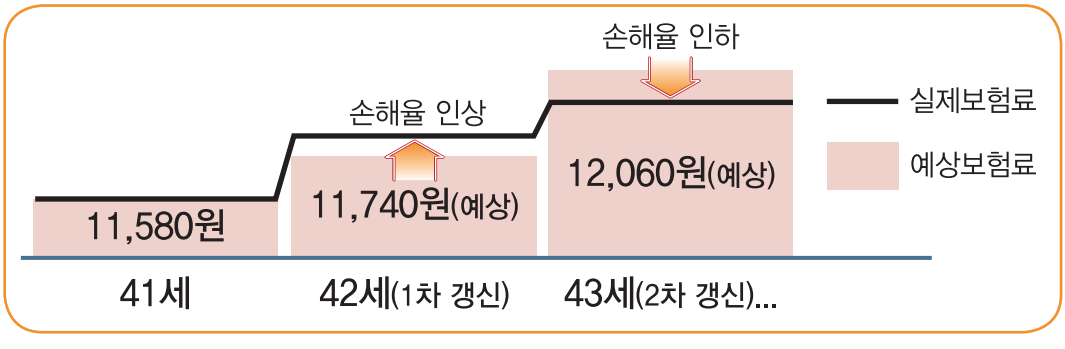
갱신보험료에 영향을 미치는 대표적인 요인으로는 피보험자의 연령 증가 및 손해율 변동이 있습니다.
일반적으로 피보험자의 나이가 증가할수록 갱신보험료가 증가합니다.

<A사 사례 예시>

보험나이	41세	42세	43세	44세	45세
갱신보험료	11,580원	11,740원	12,060원	12,580원	13,270원

주) 41세 최초 가입, 남자, 전기납, 월납, 종합형(질병입원/통원+상해입원/통원) 기준

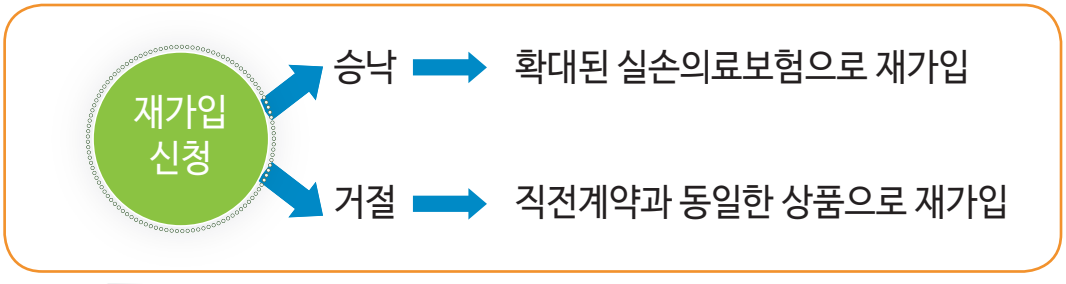
또한, 손해율의 증가(감소)는 갱신보험료 인상(인하)요인으로 작용할 수 있습니다.



재가입이란?

실손의료보험은 15년마다 가입자에게 실손의료보험에 대해 다시 가입할지 여부를 확인하는 절차를 거치는데 이를 "재가입"이라고 합니다. 보험업감독업무시행세칙의 「실손의료보험 표준사업방법서」에 따르면 실손의료보험은 15년이 경과한 시점에서 계약의 보장내용(보장범위, 자기부담금 등)이 관련 법령, 금융위원회 명령, 표준약관 등에 따라 변경될 수 있다고 규정하고 있으며, 이에 15년은 실손의료보험의 보장내용 변경주기를 의미하기도 합니다.

가입자는 재가입 시점에 해당 보험사에서 판매하고 있는 실손의료보험 상품으로 재가입할 수 있습니다. 그런데 만약 재가입 시점에 보장내용이 확대된 실손의료보험이 판매되고 있는 경우에는 어떻게 될까요? 걱정하지 마세요~ 혹시나 보험사의 인수지침에 따라 재가입 신청이 거절되더라도 직전계약과 동일한 상품으로 재가입이 가능합니다.



실손의료보험은 몇 세까지 보장되나요?

실손의료보험은 1년마다 갱신되고 15년마다 재가입이 이루어집니다.
이처럼 "갱신"과 "재가입"을 통해 최대 100세까지 보장합니다.
(단, 재가입할 수 있는 최대 나이는 보험사별로 상이할 수 있습니다)

갱신과 재가입의 차이점

'갱신'은 보험료 수준이 매년 변동될 수 있으나 보장내용은 변동하지 않는 반면, **'재가입'**은 표준약관 개정 등에 따라 보장내용이 변경될 수 있습니다.

또 한 가지! 더욱 중요한 차이점이 있는데요, 가입자가 별도의 의사표시를 하지 않아도 갱신은 자동으로 이루어지는 반면(☞자동갱신), 재가입의 경우 가입자가 보험사에 별도로 청약을 신청하셔야 재가입이 가능합니다. 이 점 유의하세요~

5 다수보험의 처리(비례보상)

다수보험(☞두 개 이상의 실손의료보험)으로 중복 가입시 보상방법

실손의료보험은 실제 발생한 손해에 대해 보상하는 것을 원칙(실손보상원칙)으로 하므로 두 개 이상의 실손의료보험을 가입한 경우 보장한도는 늘어나게 되나, 보장한도 내에서 의료비가 발생하는 경우에는 여러 보험사에서 나누어서 보상(☞ 비례보상)합니다.

그럼, 비례보상의 계산방법에 대해 좀 더 구체적으로 알아볼까요?

(1단계) 각 계약별 보상대상의료비와 보상책임액을 계산합니다.

* 보상대상의료비 = 실제 부담한 의료비 - 보상제외금액
* 보상책임액 =
  MIN[(실제 부담한 의료비 - 보상제외금액) × 회사부담비율, 보장한도]
  (실제 부담한 의료비 - 보상제외금액): 보상대상의료비

(2단계) 각 계약의 보상책임액 합계액이 각 계약의 보상대상의료비 중 최고액을 초과하는 경우 아래 계산에 따라 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급합니다.

$$\text{각 계약별 비례분담액} = \text{계약의 보상대상의료비 중 최고액} \times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$$

구체적인 사례로 계산해 볼까요?

✓ 실제 부담한 의료비가 1,600만원인데 이 중 미용목적 성형수술비가 100만원 포함되어 있습니다. A사와 B사에 아래와 같은 실손의료보험을 두 개 보유하고 있다면 A사와 B사의 비례분담액은 얼마인가요?

(정답) A사 : 1,095만원 / B사 : 405만원

《A사》보장한도 5,000만원, 회사부담비율 90%인 표준화 이후 실손의료보험
《B사》보장한도 500만원, 회사부담비율 100%인 표준화 이전 실손의료보험

회사	보장한도	회사 부담비율	보상대상의료비	보상책임액	비례보상액
A사	5,000만원	90%	1,500만원 (=1,600만원-100만원)	MIN(5,000만원, 1,500만원×90%) =1,350만원	1,500만원 × (1,350만원 / (1,350만원 + 500만원)) =1,095만원
B사	500만원	100%		MIN(500만원, 1,500만원×100%) =500만원	1,500만원 × (500만원 / (1,350만원 + 500만원)) =405만원

Ⅲ 실손의료보험 가입 전 확인사항

1 보험가입내역 조회

실손의료보험의 기존 가입내역 조회 방법

실손의료보험은 소비자가 실제 부담하는 의료비를 보상대상으로 하므로 2개 이상 가입(중복가입)하여도 보장한도(예: 5천만원)내에서는 비례보상 됩니다. 이에 따라 소비자는 실손의료보험 가입 전에 이미 다른 실손의료보험에 가입되어 있는지 여부를 반드시 확인할 필요가 있습니다.

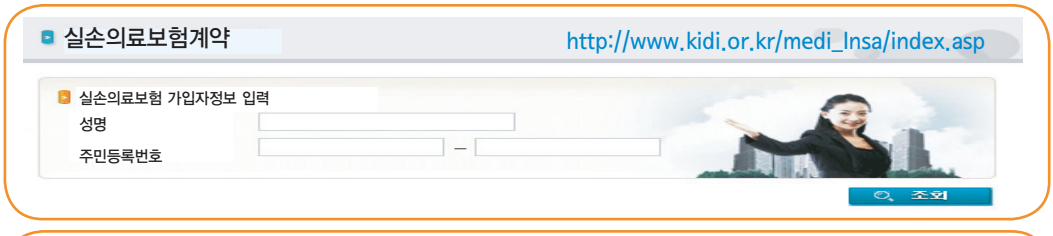
만약 실손의료보험을 이전에 가입했는지 여부가 기억나지 않는다면 생명보험협회, 손해보험협회, 보험개발원 홈페이지에서 실손의료보험 가입내역을 확인할 수 있습니다.

♣ 실손의료보험 가입내역 방법

<생보협회 홈페이지> 소비자 - 보험가입조회 - 의료실손보험 가입조회 (본인인증 필요)

<손보협회 홈페이지> 보험가입조회 - 실손의료보험 가입조회 (본인인증 필요)

<보험개발원 홈페이지> 공시 및 조회서비스 - 실손의료보험계약 조회 (본인인증 필요)



보험회사	상품명	보장내용	담보특성	담보기간	가입금액(천원)	계약상태
		질병(전체질병을 의미)	입원의료비	20140128 ~ 20150128	10,000	정상
		상해	입원의료비	20140128 ~ 20150128	10,000	정상
		질병(전체질병을 의미)	입원의료비	20140128 ~ 20150128	10,000	정상
		상해	입원의료비	20121023 ~ 20151023	250	정상
		질병(전체질병을 의미)	입원의료비	20121023 ~ 20151023	250	정상

2 실손의료보험 선택시 고려사항

실손의료보험 가입시 고려사항

소비자는 실손의료보험 가입시 보험료 수준, 보험료 인상률, 보험사의 위험관리능력 및 손해율 등을 종합적으로 고려하여 본인에게 가장 알맞은 상품을 선택할 필요가 있습니다.

(보험료 수준) 실손의료보험 표준화('09.10월) 이후 각 보험사별 실손의료보험의 상품구조는 모두 동일하지만 보험료 수준은 사업비 구조, 보험료 산출에 사용된 기초 통계 등에 따라 다를 수 있습니다.

(인상률과 손해율) 보험료가 저렴하다고 해서 무조건 좋은 상품인 것은 아닙니다.
실손의료보험은 매년 손해율에 따라 보험료 수준이 변동되는 갱신형 상품이므로 인상률과 손해율 등의 동태적 정보를 고려하여 상품을 선택할 필요가 있습니다. 예를 들어, 보험사의 손해율이 높은 경우 갱신보험료의 인상요인으로 작용할 수 있습니다. 이러한 손해율은 위험관리능력과도 연관이 있으므로 동 사항도 고려할 필요가 있습니다.

[잠깐! 용어를 정리해 보아요]

✓ 손 해 율 : 가입자에게 지급된 보험금(=지급보험금)을 위험보장을 위한 보험료(=위험보험료)로 나눈 비율
갱신보험료 : 연령 증가, 의료수가 상승 및 손해율 증가 등을 반영하기 위해 갱신시 가입자에게 새로 적용 되는 보험료

단독형 실손의료보험 VS 특약형 실손의료보험

이미 가입한 보험이 많아 다른 보장내역 없이 실손의료보험만 단독으로 가입하고 싶다면 단독형 실손의료보험을 선택하고, 기존 가입한 보험이 없거나 보장이 충분하지 않아서 실손의료보장 외에도 사망, 후유장해 등 다른 보장을 추가하고 싶다면 특약형 실손의료보험 가입을 고려할 필요가 있습니다. 단독형 실손의료보험은 다른 보장이 없으므로 특약형 실손의료보험 대비 상대적으로 저렴합니다.

♣ **(참고) 실손의료보험 가입이 거절될 수 있나요?**
☞ 국민건강보험 등 법률상 가입이 강제되는 공영보험과는 달리 실손의료보험과 같은 민영 보험의 경우 계약인수에 대한 판단은 보험사의 고유권한이므로 관련 법규에 위배되지 않는다면 보험사는 인수지침에 따라 청약을 거절하거나 조건부로 청약을 승낙할 수 있습니다.

3 실손의료보험 비교공시 활용법

회사별 보험료 비교방법

소비자는 생명보험협회, 손해보험협회 홈페이지(공시실)에서 실손의료보험을 판매 중인 모든 보험사(생 · 손보 전체)의 보험료를 한눈에 비교할 수 있습니다.

♣ 실손의료보험 보험료 비교공시 사이트 찾아가는 방법

<생보협회 홈페이지> 공시실 - 상품비교공시 - 실손보험 - 실손보험료 공시

<손보협회 홈페이지> 공시실 - 상품비교공시 - 실손의료보험 - 보험료 비교공시

<조회화면 예시(손해보험협회)>

1 **(가 입 유 형)** 실손의료보험과 노후실손의료보험 각각에 대해 단독형, 특약형으로 조회할 수 있습니다. 전체를 선택할 경우 단독형과 특약형이 모두 조회됩니다.

2 **(자기부담금)** 실손의료보험은 자기부담금이 20%인 표준형과 10%인 선택형으로 구분됩니다. 실손의료보험에 대해 표준형, 선택형으로 조회할 수 있습니다. 전체를 선택할 경우 표준형과 선택형이 모두 조회됩니다.

3 **(선 택 담 보)** 실손의료보험의 보장항목은 질병입원, 질병통원, 상해입원, 상해통원으로 구성됩니다. 실손의료보험과 노후실손의료보험 각각에 대해 보장항목별로 조회할 수 있습니다. 전체를 선택할 경우 보장항목별 보험료와 전체 합산보험료가 모두 조회됩니다.

<조회결과 예시(손해보험협회)>

♣ 아래 결과는 A사와 B사를 선택한 후 단독형 실손의료보험, 선택형(자기부담금 10%), 40세 기준으로 보장 항목 전체에 대해 조회한 결과입니다.

회사명	업권	가입유형	상품명	선택담보	자기부담금	예정이율	보험료(원)	
							남	여
A사	손보	단독형	무배당 실손의료비보장보험	상해입원	선택(10%)	3.5	2,808	1,583
A사	손보	단독형	무배당 실손의료비보장보험	상해통원	선택(10%)	3.5	309	218
A사	손보	단독형	무배당 실손의료비보장보험	질병입원	선택(10%)	3.5	7,632	9,314
A사	손보	단독형	무배당 실손의료비보장보험	질병통원	선택(10%)	3.5	2,063	3,545
A사	**손보**	**무배당 실손의료비보장보험 선택(10%) 보험료 합계**					**12,812**	**14,660**
B사	손보	단독형	(무)실손의료보장보험	상해입원	선택(10%)	3.75	2,081	1,105
B사	손보	단독형	(무)실손의료보장보험	상해통원	선택(10%)	3.75	647	355
B사	손보	단독형	(무)실손의료보장보험	질병입원	선택(10%)	3.75	5,226	6,272
B사	손보	단독형	(무)실손의료보장보험	질병통원	선택(10%)	3.75	2,603	4,109
B사	**손보**	**(무)실손의료보장보험 선택(10%) 보험료 합계**					**10,557**	**11,841**

☞ 남성 가입자의 경우 모든 보장항목(질병입원, 질병통원, 상해입원, 상해통원)에 대해 가입할 경우 B사(10,557원)가 A사(12,812원)보다 저렴합니다. 하지만, 상해통원만 가입할 경우에는 A사(309원)가 B사(647원)보다 저렴 합니다.

(참고) 실손의료보험 보험료 비교공시 산출기준
- 갱신형, 1년 만기, 1년납, 월납, 최초계약, 1급기준(무위험) 보험가입금액
- 입원비 : 5천만원 한도
- 통원비 : 30만원 한도 (외래 20만원 / 처방조제비 10만원)

♣ **(잠깐!) 실손의료보험과 노후실손의료보험의 보험료 동시 비교도 가능합니다!**

☞ 일반적으로 실손의료보험의 가입나이는 0세~65세, 노후실손의료보험의 가입나이는 50세~75세로 설정되어 있어 일부 연령대에 속하는 소비자는 두 가지 중 선택하여 가입할 수 있습니다. 이 경우 소비자는 비교공시 사이트에서 실손의료보험과 노후실손 의료보험을 동시에 체크한 후 보험료 수준을 동시에 비교할 수 있습니다.

회사별 보험료 인상률, 손해율 조회 방법

소비자는 생명보험협회, 손해보험협회 인터넷 홈페이지(공시실)에서 실손의료보험을 판매 중인 모든 보험사(생 · 손보 전체)의 보험료 인상률 및 손해율을 한눈에 비교할 수 있습니다.

♣ **보험료 인상률 및 손해율 비교공시 찾아가는 방법**

<생보협회 홈페이지> 공시실 - 상품비교공시 - 실손보험 - 직전3년 보험료 인상률 및 손해율

<손보협회 홈페이지> 공시실 - 상품비교공시 - 실손의료보험 - 보험료 인상률 및 손해율

<조회결과 예시(손해보험협회)>

[회사선택]			
☑ **전체 선택**			
☑ 전체 손해보험사			
☑ 메리츠화재	☑ 한화손보	☑ 롯데손보	☑ MG손보
☑ 흥국화재	☑ 삼성화재	☑ 현대해상	☑ LIG손보
☑ 동부화재	☑ 농협손해보험		
☑ 전체 생명보험사			
☑ 한화생명	☑ 알리안츠생명	☑ 삼성생명	☑ 흥국생명
☑ 교보생명	☑ 신한생명	☑ 현대라이프생명	☑ KB생명
☑ 우리아비바생명	☑ KDB생명	☑ 미래에셋생명	☑ 농협생명
☑ 동부생명	☑ 동양생명		
[담보선택]			
☑ **담보전체**			
☑ 상해입원	☑ 상해통원	☑ 질병입원	☑ 질병통원
☑ 합계			

<조회화면 예시(손해보험협회)>

회사명	담보명	직전3년간 보험료 인상률 (직전년도말 대비)			직전3년간 손해율		
		2014년	2013년	2012년	2013년	2012년	2011년
A사	상해입원	11.8	-	-	95.9	78	67.9
	상해통원	37.9	-	-	166.5	114.4	94.8
	질병입원	-7.9	-	-	77.5	63.6	52.5
	질병통원	4.8	-	-	106.5	76.4	57.8
	합계	-3.6	-	-	87.9	69.2	56.3
B사	상해입원	15	-	-	85.9	74.3	71.3
	상해통원	40	-	-	182.9	86.5	35.6
	질병입원	-11.1	-	-	76	66.7	56.3
	질병통원	-1.5	-	-	92.4	72.9	59
	합계	-5.6	-	-	83.5	69.8	57.2

(참고) 실손의료보험 보험료 인상률 및 손해율 산출기준

① 보험료 인상률 : 단독형 실손의료보험, 갱신주기 1년형('13.1월 출시) **기준**

※ 갱신주기 1년형 기준으로 비교공시되어 **2014년 인상률**부터 **조회 가능**합니다.

② 손해율 : 표준화('09.10월) **이후 실손의료보험에 대해 연간 손해율**(=발생손해액÷위험보험료) **산출**

※ 보험료 인상률과 달리 **직전 3년간 손해율**이 모두 **조회 가능**합니다.

Ⅳ 보험구 청구

보험금 청구절차

(STEP1) 병원 또는 약국에 의료비를 납부합니다.
(STEP2) 병원 또는 약국에 필요한 서류를 요청합니다.
(STEP3) 신분증 사본과 보험금 청구서를 준비합니다.

※ 보험금 청구서는 각 회사의 홈페이지에서 다운로드 받으시거나, 지점에 구비되어 있습니다
※ 보험금을 지급받을 계좌를 확인해 두세요~
경우에 따라 보험사가 통장 사본을 추가 요청할 수도 있습니다

(STEP4) 보험회사 콜센터 또는 모집인(보험설계사 등)을 통해 연락하거나, 지점에 방문하여 보험금을 청구합니다.

보험금 청구서류

공 통	➡ 보험금 청구서(각 회사별 양식) ➡ 신분증 사본 ● 피보험자가 미성년자인 경우에는 친권자임을 확인할 수 있는 서류 (예 : 가족관계증명서, 주민등록등본 등)이 필요합니다.
입 원	➡ 진단서 ※ 단, 본인부담 치료비가 50만원 이하인 경우 : 진료확인서 (진단명 및 입원기간 포함) ➡ 진료비계산서(영수증) 및 진료비 세부 내역서
통 원*	☞ **청구금액별로 상이합니다** ● 청구금액이 3만원 이하 : 영수증 ● 청구금액이 3만원 초과 10만원 이하 : 영수증, 질병분류코드가 기재되어 있는 처방전 ● 청구금액이 10만원 초과 : 영수증, 진단명 및 통원일자/기간이 포함된 서류*등 *진단명 및 통원일자/기간을 확인할 수 있는 서류라면 진단서, 통원확인서, (통원일자별)처방전, 진료확인서, 소견서, 진료차트 등이 모두 가능합니다.
추가서류 (필요시)	➡ 사고증명서류 - 교통사고시 : 교통사고사실확인원, 자동차보험사 지급내역서 - 폭행사고시 : 사건사고사실확인원 - 산재보험 처리시 : (근로복지공단 발행) 보험금 지급확인원, 보험급여 원부 ➡ 기타 보험사가 보험금 지급을 위해 필요로 하는 서류

* '15년 1월부터 「통원의료비 청구 간소화」에 따라 3만원~10만원 통원 의료비에 대해 진단서 없이 질병분류 코드가 기재된 처방전 만으로 보험금 청구가 가능해졌습니다.
※ 보험사는 보험금 지급 제외대상이 많은 진료과목(산부인과, 항문외과, 비뇨기과, 피부과 등) 및 짧은 기간내 보험금 청구횟수가 과다한 경우 등 추가심사가 필요하다고 판단되는 때에는 별도의 증빙서류를 요청할 수 있습니다.

〈부록1〉 생 · 손보협회 공시실 및 보험사 홈페이지 현황

생명보험		손해보험	
생명보험협회	http://pub.insure.or.kr	손해보험협회	http://kpub.knia.or.kr/
한화	http://www.hanwhalife.com	메리츠화재	http://www.meritzfire.com/
알리안츠	http://www.allianzlife.co.kr	한화손보	http://www.hwgeneralins.com
삼성	http://www.samsunglife.com	롯데손보	http://www.lotteins.co.kr
흥국	http://www.heungkuklife.co.kr	MG손보	http://www.mggeneralins.com
교보	http://www.kyobo.co.kr	흥국화재	http://www.heungkukfire.co.kr
우리아비바	http://www.wooriaviva.com	삼성화재	http://www.samsungfire.com
미래에셋	http://life.miraeasset.com	현대해상	http://www.hi.co.kr
KDB	http://www.kdblife.co.kr	LIG손보	http://www.lig.co.kr
동부	http://www.dongbulife.com	동부화재	http://www.idongbu.com
동양	http://www.myangel.co.kr	AIG손보	http://www.aig.co.kr
신한	http://www.shinhanlife.co.kr	농협손보	http://www.nhfire.co.kr
KB	http://www.kbli.co.kr		
현대라이프	http://www.hyundailife.com		
NH농협	http://www.nhlife.co.kr		
금융감독원	**http://www.fss.or.kr**	**보험개발원**	**www.kidi.or.kr**

〈부록2〉 실손의료보험 Q&A 모음집

목 차

제1장 실손의료보험 일반

1. 실손의료보험은 무엇인가요? ····· 26
2. 실손의료보험이 정액형 보험과 다른 점은 무엇인가요? ····· 26
3. 단독형 실손의료보험과 특약형 실손의료보험의 차이점은 무엇인가요? ····· 27
4. 실손의료보험 판매사는 어디서 확인할 수 있나요? ····· 27
5. 실손의료보험의 상품구조는 보험사별로 모두 동일한가요? ····· 28
6. 실손의료보험 상품 가입 시 어떤 점을 고려해야 할까요? ····· 28
7. 과거에 실손의료보험이 가입되어 있는지 기억나지 않습니다. 실손의료보험 가입 내역은 어디서 확인 가능한가요? ····· 29
8. 가입 전 실손의료보험 가입내역을 확인해야 하는 이유는 무엇인가요? ····· 30
9. 고령자(70세 이상)도 실손의료보험 가입이 가능한가요? ····· 30
10. 표준화 이전 실손의료보험에 이미 가입되어 있습니다. 표준화 이후 실손의료보험으로 바꾸는 것이 좋나요? ····· 31
11. 건강상태에 따라 실손의료보험 가입이 거절될 수 있나요? ····· 31
12. 실손의료보험의 계약 전 알릴 의무는 무엇인가요? ····· 32
13. 실손의료보험의 계약 후 알릴 의무는 무엇인가요? ····· 32
14. 실손의료보험에서도 암의 면책기간(90일)이 적용되나요? ····· 33
15. 실손의료보험에서 국민건강보험법에 따른 “급여”와 “비급여”는 무엇을 의미하나요? 33

제2장 보험료 및 갱신, 재가입

1. 실손의료보험에서 “갱신”과 “재가입”은 무엇인가요? ····· 35
2. 실손의료보험의 갱신주기는? ····· 35
3. 실손의료보험의 보장내용 변경주기는? ····· 36
4. 실손의료보험 재가입 절차는 어떻게 되나요? ····· 36
5. 별도의 의사표시를 하지 않아도 “갱신”과 “재가입”이 자동으로 이루어지나요? ····· 37
6. 실손의료보험의 보험료를 회사별로 비교하고 싶습니다. 어떻게 하면 되나요? ····· 37
7. 나이가 많을수록 실손의료보험 보험료가 비싼가요? ····· 38
8. 실손의료보험 보험료가 많이 오를까봐 걱정입니다. 갱신보험료를 예측할 수 있는 방법이 있나요? ····· 38
9. 올해 실손의료보험 보험금을 많이 받았는데, 내년에 보험료가 그만큼 비싸지는 건가요? 39
10. 의료급여 수급권자 보험료 할인이란 무엇인가요? ····· 39

11. 무사고 할인이란 무엇인가요? ····· 40
12. 실손의료보험 보험료 비교조회를 해보면 제 연령에 해당하는 보험료가 3만원 정도로 나오는데 제가 납입하는 보험료는 10만원 수준입니다. 큰 차이가 발생하는 이유는 무엇인가요? ····· 40

제3장 보장내용 및 보상하지 않는 손해

1. 실손의료보험은 어떤 손해를 보상하나요? ····· 42
2. 실손의료보험에서는 어떤 손해를 보상하지 않나요? ····· 43
3. 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용받지 못하는 경우에는 어떻게 보상되나요? ··· 44
4. 입원과 통원의 경우 보상금액 한도가 어떻게 되나요? ····· 45
5. 계속입원의 경우 보상방법은 어떻게 되나요? ····· 45
6. 통원의 경우 보상횟수 한도가 어떻게 되나요? ····· 46
7. 하루에 동일한 상해(질병)으로 통원을 두 번 이상 한 경우 보장은 어떻게 되나요? ····· 46
8. 실손의료보험에서 자기부담금이 설정된 이유는? ····· 46
9. "입원"과 "통원"의 세부 보장항목에 대해 알고 싶습니다. ····· 47
10. 한방병원에서 양방의사가 수행하는 MRI, CT 등의 검사는 실손의료보험에서 보상되나요? ····· 48
11. 건강검진도 보상되나요? ····· 48
12. 암환자가 음식물 섭취가 불가능하여 수액 등을 통해 영양제를 투여받은 경우 보상 가능한가요? ····· 48
13. 인체의 기능을 보조하거나 교정하는 장치인 보조기도 보상 가능한가요? ····· 49
14. 병원에서 상급병원으로 이동시 구급차를 사용했습니다. 실손의료보험에서 보상 가능한가요? ····· 49
15. 간병인 사용비용도 보상되나요? ····· 49
16. 노화현상으로 인한 탈모는 보상 가능한가요? ····· 49
17. 요실금 수술을 받았습니다. 보상 가능한가요? ····· 50
18. 의사 처방전 없이 약국에서 일반의약품인 마데카솔을 구입했습니다. 보상 가능한가요? ··· 50
19. 악안면교정수술(양악수술)을 받았습니다. 건강보험 적용이 되지 않았는데 보상 가능한가요? ····· 50

20. 실손의료보험에서 치매도 보상되나요? ····· 51
21. 실손의료보험에서 치질도 보상되나요? ····· 51
22. 의사로부터 천식 치료를 위해 금연보조제 처방을 받았는데, 통원약제비에서 보상 가능한가요? ····· 51
23. 실손의료보험 보험금 청구시 필요한 서류 발급비용도 보상가능한가요? ····· 52
24. 아로마요법이라 불리는 보완대체치료를 받았습니다. 실손의료보험에서 보상 가능한가요? ····· 52
25. 수술 전 · 후 수술재료를 의료기상사로부터 구입하고 간이영수증을 발급 받았습니다. 간이영수증도 보상되나요? ····· 53
26. 백내장 의증으로 의사 소견을 받고 난 후 정밀 검진을 받았습니다. 보상 가능한가요? 53

제4장 보험금 청구 및 지급

1. 보험금 청구는 본인이 꼭 해야 하나요? ····· 55
2. 통원의료비 청구시에도 진단서가 필요한가요? ····· 55
3. 보험금 청구 절차를 제출서류와 함께 알려주세요. ····· 56
4. 실손의료보험이 중복으로 가입되어 있습니다. 보험금은 어떻게 지급되나요? ····· 57
5. 표준화 이후 실손의료보험 간 비례보상시 연대책임이 부과되는 금액은 본인부담 의료비의 100%인지? 90%인지? ····· 58
6. 직장에서 단체 실손의료보험에 가입되어 있습니다. 개인적으로 실손의료보험을 추가로 가입하면 중복해서 보상이 되나요? ····· 59
7. 실손의료보험에 중복 가입되어 있습니다. 어느 보험사에 청구해야 하나요? ····· 59
8. 병원의 직원복리후생제도에 의해 납부할 의료비를 감면받은 경우, 어떤 기준으로 보상되나요? ····· 59
9. 병원의 지인을 통해 병원비를 할인 받은 경우, 어떤 기준으로 보상되나요? ····· 60
10. 건강보험 본인부담상한제를 초과하여 환급받는 금액도 보상되나요? ····· 60

실손의료보험 Q&A

PART Ⅰ

실손의료보험 일반

금융감독원 생명보험협회 손해보험협회

제 1 장 실손의료보험 일반

01 Q & A

Q 실손의료보험은 무엇인가요?

A 실손의료보험은 보험가입자가 질병, 상해로 입원 또는 통원 치료시 소비자가 실제 부담한 의료비를 보험회사가 보상*하는 상품입니다.

* 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료 급여법에서 정한 의료급여와 비급여 합계액에서 자기부담금을 공제한 금액을 보상합니다

02 Q & A

Q 실손의료보험이 정액형 보험과 다른 점은 무엇인가요?

A 실손의료보험은 입원 또는 통원을 통해 치료를 받았을 때, 실제로 본인이 지출한 의료비를 보험가입금액 한도 내에서 지급하는 보험이며, 정액형 보험은 치료비 규모와 상관없이 보험사고가 발생하면 계약당시 보상하기로 약정한 금액을 보험금으로 지급하는 보험입니다.

구 분	실손의료보험	정액형 보험
보험목적	실제 발생한 손해	질병, 재해 등
보상금액	일정한도 내에서 실제 부담한 금액	사전에 약정된 금액
보상범위	포괄주의 (보상하지 않는 항목 열거)	열거주의 (보상하는 항목 열거)
다수보험 처리	각 계약의 지급액 합이 실제로 부담한 금액을 초과하지 않도록 비례보상	중복가입에 관계없이 각 계약의 사전약정금액을 보상

03 Q&A

Q 단독형 실손의료보험과 특약형 실손의료보험의 차이점은 무엇인가요?

A 소비자는 실손의료보험만 단독으로 가입할 수도 있고(⇒단독형), 다른 보험상품과 함께 가입할 수도 있습니다 (⇒특약형).
단독형 실손의료보험과 특약형 실손의료보험을 비교하면 다음과 같습니다.

구 분	단독형 실손의료보험	특약형 실손의료보험
특 징	다른 보장내역 없이 실손의료보험만으로 구성되어 단독으로 가입 가능한 상품	실손의료보험을 사망, 후유장해 등 다양한 보장에 추가로 부가하여 특약으로 가입할 수 있는 상품
보장내용	실손의료보장 (질병입원, 질병통원, 상해입원, 상해통원)	실손의료보장 + 기타 보장(사망, 후유장해 등)
보험료	상대적으로 저렴	상대적으로 비쌈
보험기간	갱신 및 재가입을 통해 100세까지 유지 가능	상품별로 상이
만기환급금	순수보장형으로 만기환급금이 없음	기타 보장으로 만기환급금을 설정할 수도 있음

04 Q&A

Q 실손의료보험 판매사는 어디서 확인할 수 있나요?

A 생명보험협회 및 손해보험협회 인터넷 홈페이지 공시실에서 실손의료보험을 판매하는 보험사를 확인하실 수 있습니다.

〈생보협회 홈페이지〉 공시실 - 상품비교공시 - 실손보험 - 실손보험료공시
〈손보협회 홈페이지〉 공시실 - 상품비교공시 - 실손의료보험 - 보험료 비교공시

05 Q & A

Q 실손의료보험의 상품구조는 보험사별로 모두 동일한가요?

A '09.9월 이전에 판매되었던 실손의료보험 상품의 경우 각 보험사별로 보장범위, 보상한도, 자기부담금 등이 상이하였습니다.

그러나, 구성이 복잡하고 보장내용이 제각각인 실손의료보험에 대해 소비자의 이해도를 제고하고 다수의 보험에 중복 가입하는 문제를 최소화하기 위해 '09.10월 실손의료보험 상품이 표준화되었습니다.

표준화 이후 실손의료보험 상품의 경우 상품구조는 모두 동일하나 보험사별로 사업비 구조, 보험요율, 위험관리능력 등에 따라 보험료 수준은 서로 상이할 수 있습니다.

06 Q & A

Q 실손의료보험 상품 가입 시 어떤 점을 고려해야 할까요?

A 소비자는 보험사별 보험료 수준, 인상률, 위험관리능력 및 손해율* 등을 종합적으로 고려하여 본인에게 가장 알맞은 상품을 선택할 필요가 있습니다.

(각 보험사별 보험료 수준, 인상률, 손해율 등은 생명보험협회 및 손해보험협회 인터넷 홈페이지 공시실에서 비교 가능합니다.)

* 가입자에게 지급된 보험금(지급보험금)을 위험보장을 위한 보험료(위험보험료)로 나눈 비율

또한, 보험사는 소비자가 선택할 수 있도록 자기부담금이 10%인 상품과 20%인 상품을 동시에 판매하고 있으므로 소비자는 본인의 건강상태, 향후 의료기관 예상 이용량 및 재정상황 등을 감안하여 자신이 원하는 상품을 선택할 필요가 있습니다.

07 Q & A

Q 과거에 실손의료보험이 가입되어 있는지 기억나지 않습니다. 실손의료보험 가입내역은 어디서 확인 가능한가요?

A 실손의료보험 가입여부가 기억나지 않는다면 생명보험협회나 손해보험협회 또는 보험개발원 홈페이지에서 실손의료보험 가입내역을 확인할 수 있습니다.

<생보협회 홈페이지> 소비자—보험가입조회—의료실손보험 가입조회
<손보협회 홈페이지> 보험가입조회—실손의료보험 가입조회
<보험개발원 홈페이지> 공시 및 조회서비스—실손의료보험계약 조회

뿐만 아니라, 실손의료보험 이외에 본인이 가입한 보험이 기억나지 않거나 가입한 보험상품 전체 내역을 확인하고 싶으면 생명보험협회 및 손해보험협회 홈페이지 접속 또는 방문을 통해 보험가입조회를 할 수 있습니다.

* 보험협회 홈페이지 확인 방법
<생보협회 홈페이지> 소비자 - 보험가입조회 - 생존자보험가입조회 신청
<손보협회 홈페이지> 보험가입조회 - 생존자보험가입조회

* 보험협회 방문 시
생명보험협회 또는 손해보험협회에 신분증을 들고 방문하시면 본인의 보험가입 내역을 확인할 수 있습니다.

※ 자세한 사항은 보험협회 홈페이지를 참고하시기 바랍니다.

08 Q & A

Q 가입 전 실손의료보험 가입내역을 확인해야 하는 이유는 무엇인가요?

A 실손의료보험은 소비자가 실제 부담하는 의료비를 보상대상으로 하므로 2개 이상 가입(중복가입)하여도 보장한도는 늘어나게 되나, 보장한도 내에서 의료비가 발생하는 경우 하나의 상품에 가입할 때와 같은 보험금이 지급되므로 소비자는 실손의료보험 가입 전에 이미 다른 실손의료보험에 가입되어 있는지 여부를 반드시 확인할 필요가 있습니다.

참고로 보험업법 제95조의5(중복계약 체결 확인 의무)에 따르면 보험사는 중복보험 여부를 사전에 확인하고 보험계약자에게 이를 안내하도록 규정하고 있습니다.

09 Q & A

Q 고령자(70세 이상)도 실손의료보험 가입이 가능한가요?

A 일반적으로 실손의료보험은 최대 가입 가능 연령이 65세~70세로 제한 (회사별 상이)되어 있으므로 고령자의 경우 일반적인 실손의료보험의 가입이 불가능할 수도 있습니다.

다만, '14.8월 이후 가입연령을 75세~80세(회사별 상이)까지로 확대한 노후실손의료보험이 출시되었으므로 고령자의 경우 노후실손의료보험 가입을 고려할 수 있습니다.

10 Q&A

Q 표준화 이전 실손의료보험에 이미 가입되어 있습니다. 표준화 이후 실손의료보험으로 바꾸는 것이 좋나요?

A 표준화 이전 실손의료보험과 표준화 이후 실손의료보험의 경우 보장범위, 보상한도, 자기부담금 등이 상이할 수 있습니다.
(가령, 표준화 이후 보장비율이 100%에서 80%~90%로 축소된 대신에 종전까지 보장하지 않던 치질(급여부분) 등 직장 · 항문 관련 질환 및 치매는 보장토록 약관이 변경되었습니다.)

따라서 소비자는 본인의 건강상태, 향후 의료기관 예상 이용량 및 재정상황 등을 감안하여 꼼꼼히 따져보고 상품 변경여부를 결정할 필요가 있습니다.

11 Q&A

Q 건강상태에 따라 실손의료보험 가입이 거절될 수 있나요?

A 보험계약은 보험계약자의 청약에 따른 보험사의 승낙으로 이루어지는 계약으로 국민건강보험 등 법률상 가입이 강제되는 공영보험과는 달리 민영보험 (실손의료보험, 암보험 등)의 경우 계약인수 여부에 대한 판단은 보험사의 고유권한이므로 관련 법규에 위배되지 않는다면 보험사의 인수지침에 따라 청약을 거절하거나 조건부로 청약을 승낙할 수 있습니다.

12 Q & A

Q 실손의료보험의 계약 전 알릴 의무는 무엇인가요?

A 계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 합니다. 이를 "계약 전 알릴 의무"라고 합니다. 다만, 진단계약의 경우 의료법 제3조 (의료기관)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

보험사는 계약자, 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 계약 전 알릴 의무를 위반하고 그 의무가 중요한 사항에 해당하는 경우 보험금 지급사유의 발생여부와 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
(자세한 사항은 실손의료보험 표준약관을 참고하시기 바랍니다.)

13 Q & A

Q 실손의료보험의 계약 후 알릴 의무는 무엇인가요?

A 계약자 또는 피보험자는 보험기간 중에 피보험자가 그 직업 또는 직무를 변경 (자가용 운전자가 영업용 운전자로 직업 또는 직무를 변경하는 등의 경우를 포함합니다)하거나 이륜자동차 또는 원동기장치 자전거를 계속적으로 사용하게 된 경우에는 지체 없이 회사에 알려야 합니다. 이를 "계약 후 알릴의무"라고 합니다.

보험사는 계약자, 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 계약 후 알릴 의무를 위반한 경우 보험금 지급사유의 발생여부와 관계없이 그 사실을 안 날부터 1개월 이내에 계약을 해지할 수 있습니다.
(자세한 사항은 실손의료보험 표준약관을 참고하시기 바랍니다.)

14 Q & A

Q 실손의료보험에서도 암의 면책기간(90일)이 적용되나요?

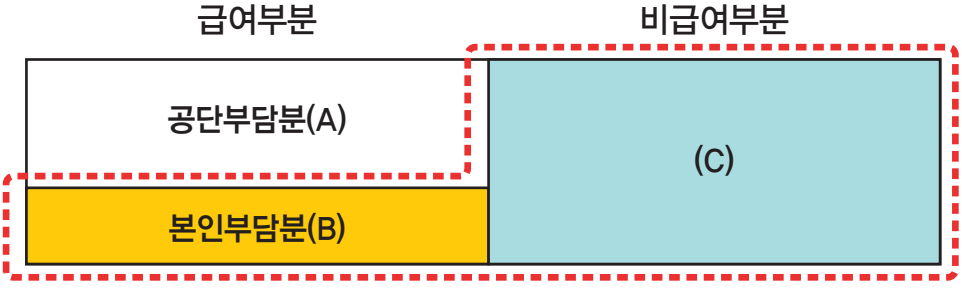
A 실손의료보험은 암의 면책기간(90일)이 적용되지 않습니다.

15 Q & A

Q 실손의료보험에서 국민건강보험법에 따른 "급여"와 "비급여"는 무엇을 의미하나요?

A "급여"란 국민건강보험에서 보장하는 진료비 항목으로 국민건강보험공단이 부담하는 부분(공단부담분)과 본인이 직접 부담하는 부분(본인부담분)으로 구성됩니다.
통상 입원의 경우 총 진료비의 20%(일부 질병의 경우 5~10%)를 본인부담분으로 납부하게 되고, 통원의 경우 요양기관에 따라 본인부담분이 달라지게 됩니다.

실손의료보험에서 "비급여"란 국민건강보험에서 급여로 인정되지 않는 법정 비급여 항목을 말하며 상급병실료 차액, 선택진료비, MRI 촬영비, 초음파 등이 이에 해당합니다. 국민건강보험법에서 정한 법정 비급여가 아닌 임의 비급여 항목은 실손의료보험의 보상대상에 포함되지 않습니다.



* 국민건강보험공단 부담분 : A

* 보험사 실손의료비담보 보장부분 : B+C

실손의료보험 Q&A

PART Ⅱ

보험료 및 갱신, 재가입

금융감독원 생명보험협회 손해보험협회

제 2 장 보험료 및 갱신, 재가입

01 Q & A

Q 실손의료보험에서 "갱신"과 "재가입"은 무엇인가요?

A 실손의료보험은 매년 보험료가 변경되는 상품으로 피보험자의 연령증가, 의료수가 상승, 손해율 변동 등에 따라 매년 보험료가 변동됩니다.
이처럼 일정주기(=갱신주기)마다 보험료가 변동되는 것을 "갱신"이라 합니다.

한편, 실손의료보험은 15년마다 가입자에게 실손의료보험에 대해 다시 가입할지 여부를 확인하는 절차를 거치는데 이를 "재가입"이라 합니다.
보험업감독업무시행세칙의 「실손의료보험 표준사업방법서」에 따르면 실손의료보험은 15년이 경과한 시점에서 계약의 보장내용(보장범위, 자기부담금 등)이 관련 법령, 금융위원회의 명령, 표준약관 등에 따라 변경될 수 있다고 규정하고 있으므로 15년은 "보장내용 변경주기"를 의미하기도 합니다.

실손의료보험은 매년 보험료가 갱신*되고 15년마다 재가입 되며, 최대 100세(회사별 상이)까지 보장합니다.

* '13.1월 이후 실손의료보험의 갱신주기는 1년으로 단일화되었으나, 그 이전 판매된 상품의 경우 갱신주기가 1년/3년/5년/비갱신 등으로 다양함

02 Q & A

Q 실손의료보험의 갱신주기는?

A 과거 실손의료보험의 갱신주기는 1년, 3년, 5년 등으로 다양했으나,
'13.1월 이후부터는 실손의료보험의 갱신주기가 1년으로 통일되었습니다.

03 Q & A

Q 실손의료보험의 보장내용 변경주기는?

A "보장내용 변경주기"는 계약의 보장내용(보장범위 및 자기부담금 등)이 관련 법령, 금융위원회 명령, 표준약관 등에 따라 변경될 수 있는 주기로 15년으로 설정되어 있습니다.

다만, 재가입시 피보험자의 100세 계약해당일 전일까지 남은 기간이 15년 미만인 경우, 또는 특약형 실손의료보험 가입자의 주계약 잔여 보험기간이 15년 미만인 경우에는 그 남은 기간을 "보장내용 변경주기"로 합니다.

04 Q & A

Q 실손의료보험 재가입 절차는 어떻게 되나요?

A 보험사는 재가입 여부의 확인을 위해 계약자에게 안내를 드리며 별도의 의사표시가 없는 경우에는 재가입하지 않는 것으로 봅니다. 계약자는 재가입 시점에 회사에서 판매하고 있는 실손의료보험 상품의 판매유형 중에서 선택하여 가입할 수 있습니다.

다만, 재가입 계약이 직전계약보다 보장내용 및 범위 등이 확대된 경우 보험사는 재가입 시점의 인수기준에 따라 승낙 또는 거절을 할 수 있으며, 승낙이 거절된 경우에도 계약자는 재가입 직전과 동일한 가입조건의 보험계약으로 재가입이 가능합니다.

05 Q&A

Q 별도의 의사표시를 하지 않아도 "갱신"과 "재가입"이 자동으로 이루어지나요?

A 실손의료보험은 매년 자동갱신되는 상품으로 매년 갱신일로부터 15일 전 (회사별 상이할 수 있음)까지 갱신을 하지 않겠다는 의사를 보험사에 통지하지 않는 한 보험계약은 자동으로 "갱신"됩니다.

하지만, "재가입"의 경우 보험사가 재가입 여부 확인을 위해 계약자에게 재가입 요건, 보장내용 변경내역, 보험료 수준, 재가입 절차 및 재가입 의사 여부 등을 안내하였음에도 불구하고 계약자가 별도의 의사표시를 하지 않는다면 "재가입"되지 않는 것으로 봅니다.

(※ 자세한 내용은 실손의료보험 약관을 참고하시기 바랍니다.)

06 Q&A

Q 실손의료보험의 보험료를 회사별로 비교하고 싶습니다. 어떻게 하면 되나요?

A 생명보험협회와 손해보험협회의 인터넷 홈페이지 공시실을 통해 전체 보험사의 실손의료보험 보험료를 비교해 보실 수 있습니다.

<생보협회 홈페이지> 공시실 - 상품비교공시 - 실손보험 - 실손보험료공시
<손보협회 홈페이지> 공시실 - 상품비교공시 - 실손의료보험 - 보험료 비교공시

※ 보험료 비교공시 사이트 공시 내용
▣ 가입자 입력항목(미선택시 전체비교 가능)
- 회사 : 보험사 선택
- 성별 : 남/녀 선택
- 보험나이 : 직접 입력
- 가입형태 : 단독형/특약형 선택
- 선택담보 : 질병입원/상해입원/질병통원/상해통원 선택
- 자기부담금 비중 : 10%/20% 선택

▣ 비교공시 조회결과 항목
- 회사명, 상품명, 선택담보명, 예정이율, 보험료 수준

07 Q & A

Q 나이가 많을수록 실손의료보험 보험료가 비싼가요?

A 실손의료보험은 연령별 위험률을 기초로 하고 있어 가입시 연령이 높을수록 보험료 수준이 높습니다. 또한, 갱신시에도 피보험자의 보험나이가 증가함에 따라 일반적으로 보험료가 높아집니다.

<예시>

보험나이	30세	40세	50세	60세
갱신보험료	10,350원	13,190원	21,020원	39,920원

주) 최초 가입, 남자, 전기납, 월납, 종합형(질병입원 · 통원+상해입원 · 통원) 기준 (A사 사례)

08 Q & A

Q 실손의료보험 보험료가 많이 오를까봐 걱정입니다. 갱신보험료를 예측할 수 있는 방법이 있나요?

A 보험사는 매년 갱신일로부터 15일전(보험사별로 상이할 수 있음)까지 갱신안내장을 통해 가입자에게 갱신 전 · 후 보험료 등을 안내합니다.

가입자는 그 이전에 미리 정확한 갱신보험료 및 인상폭을 알 수는 없지만, 생명보험협회 및 손해보험협회 인터넷 홈페이지에서 각 보험사별 직전 3년간 보험료 인상률, 손해율 자료를 통해 갱신보험료 인상 수준을 예측해 볼 수 있습니다.

<생보협회 홈페이지> 공시실 - 상품비교공시 - 실손보험 – 직전3년 보험료 인상률 및 손해율
<손보협회 홈페이지> 공시실 - 상품비교공시 - 실손의료보험 – 보험료 인상률 및 손해율

09 Q&A

Q 올해 실손의료보험 보험금을 많이 받았는데, 내년에 보험료가 그만큼 비싸지는 건가요?

A 보험사고 발생에 따라 개인별 할증이 부가될 수 있는 자동차보험과 달리 실손의료보험에서는 보험금을 많이 받았다고 해서 보험료가 개인별로 차등하여 변동되지 않습니다. 만약, 동일한 보험회사에 동일한 조건(보험나이, 직업, 직종, 보장내용, 가입시기 등) 으로 가입했다면 개인별 보험금 지급수준과 관계없이 갱신시 동일한 보험료 기준이 적용됩니다.

다만, 일부 보험사의 경우 무사고 가입자에 대해 갱신보험료를 할인해 주는 경우가 있으므로 이 점 참고하시기 바랍니다.

10 Q&A

Q 의료급여 수급권자 보험료 할인이란 무엇인가요?

A 정부로부터 의료비를 지원받는 의료급여 수급권자의 경우 동일한 진료에 대해 일반 가입자보다 보험금이 적게 지급됩니다. 이에 계약자간 형평성 제고를 위해 의료급여 수급권자 보험료 할인제도가 도입되었습니다.

보험기간 중 피보험자가 의료급여법 상 의료급여 수급권자임을 증명할 수 있는 서류를 제출한 경우 피보험자가 수급권자 자격을 취득한 날 이후 최초로 도래하는 납입기일부터 영업보험료의 일정 비율을 할인받을 수 있습니다.
(할인율은 영업보험료의 5% 수준으로 회사별로 상이할 수 있음)

11 Q & A

Q 무사고 할인이란 무엇인가요?

A 일부 보험사의 경우 무사고자에 대해 보험료를 할인하는 제도를 운영하고 있습니다. 실손의료보험 무사고 할인의 적용여부, 적용방법, 할인율 등은 보험사별로 상이할 수 있으므로 자세한 사항은 각 보험사의 실손의료보험 기초서류 (약관, 사업방법서 등)를 참고하시기 바랍니다.

12 Q & A

Q 실손의료보험 보험료 비교조회를 해보면 제 연령에 해당하는 보험료가 3만원 정도로 나오는데 제가 납입하는 보험료는 10만원 수준입니다. 큰 차이가 발생하는 이유는 무엇인가요?

A 특약형 실손의료보험의 경우 실손의료보장 이외에 다른 보장이 가입되어 있을 수도 있습니다.

또한, 표준화('09.10월) 이전 판매된 실손의료보험의 경우 보험료에 적립보험료가 포함되어 있을 수 있습니다.
(현재 판매 중인 실손의료보험은 모두 순수보장형으로 적립보험료가 미포함되어 있습니다.)
동 적립보험료는 이자가 가산되어 만기환급금 재원으로 사용되거나 갱신시 보험료 인상분에 충당되는 용도로 사용됩니다.
따라서 보험협회에 비교공시 되어 있는 실손의료보험(표준화 이후 상품)의 보험료 수준과 차이가 발생할 수 있습니다.

실손의료보험 Q&A

PART Ⅲ

보장내용 및 보상하지 않는 손해

금융감독원 생명보험협회 손해보험협회

제 3 장 보장내용 및 보상하지 않는 손해

아래 보장내용 및 보장하지 않는 손해는 2009년 10월 이후 표준화 실손의료보험 상품을 기준으로 예시된 것으로 표준화 이전 상품은 해당 상품 약관에 따라 상이할 수 있습니다.

01 Q & A

Q 실손의료보험은 어떤 손해를 보상하나요?

A 실손의료보험은 국민건강보험법에서 정한 요양급여(또는 의료급여법에서 정한 의료급여)와 비급여의 합계액에서 자기부담금을 공제한 금액을 보상합니다.

입원의 경우 발생한 입원비의 80%(표준형) 또는 90%(선택형)을 보상합니다.
(단, 상급병실료 차액은 50%만 보상) 통원의 경우 발생한 통원비에서 공제금액을 차감한 금액을 보상합니다.
단, 공제금액은 (1) 외래인지 처방조제비인지 (2) 표준형인지 선택형인지 여부에 따라 달라지므로 아래 표를 참고하시기 바랍니다.

구 분			보장내용	
			표 준 형	선 택 형
질병·상해	입원	입원제비용 입원수술비	(급여 본인부담분 + 비급여)의 80%	(급여 본인부담분 + 비급여)의 90%
		상급병실료 차액	실제 사용병실과 기준병실의 차액(=상급병실료 차액)의 50%	실제 사용병실과 기준병실의 차액(=상급병실료 차액)의 50%
	통원	외래 (외래제비용, 외래수술비)	(급여 본인부담금 + 비급여)에서 병원 규모별 공제금액을 차감한 금액 ※ 병원 규모별 공제금액 (1) 의원급 : MAX [1만원, 보상대상의료비의 20%] (2) 병원급 : MAX [1.5만원, 보상대상의료비의 20%] (3) 종합전문요양기관, 상급종합병원 : MAX[2만원, 보상대상 의료비의20%]	(급여 본인부담금 + 비급여)에서 병원 규모별 공제금액을 차감한 금액 ※ 병원 규모별 공제금액 (1) 의원급 : 1만원 (2) 병원급 : 1.5만원 (3) 종합전문요양기관, 상급종합병원 : 2만원
		처방 조제비	(급여 본인부담금 + 비급여)에서 MAX[8천원, 보상대상 의료비의 20%]을 차감한 금액	(급여 본인부담금 + 비급여)에서 8천원을 차감한 금액

02 Q & A

Q 실손의료보험에서는 어떤 손해를 보상하지 않나요?

A 약관상 보상하지 않는 주요내용은 아래와 같습니다.
주요내용을 예시하였으므로 자세한 사항은 반드시 해당 약관(보상하지 않는 사항)을 확인하시기 바랍니다.

✓ 실손의료보험 표준약관상 보상하지 않는 사항(1)

[공 통]

1) 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
(단, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 사실이 증명되는 경우는 보상)
2) 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
3) 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우
4) 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않은 때 악화된 부분
5) **치과 비급여, 한방 비급여**
6) 본인부담금 상한제에 따라 국민건강보험공단으로부터 환급이 가능한 금액
7) **건강검진, 예방접종, 인공유산**
(단, 회사가 보상하는 **상해 또는 질병의 치료 목적**으로 인한 경우는 **보상**)
8) **영양제, 종합비타민제, 호르몬 투여,** 보신용 투약, 친자 확인을 위한 진단, **불임검사, 불임수술, 불임복원술**, 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다), **성장촉진**과 관련된 비용 등에 소요된 비용
(단, 회사가 보상하는 **상해 또는 질병의 치료 목적**으로 인한 경우는 **보상**)
9) **의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기** 등 진료재료의 구입 및 대체비용
(단, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우는 보상)
10) **외모개선 목적의 치료**로 인하여 발생한 의료비
– **쌍꺼풀수술**(이중검수술), **코성형수술**(융비술), **유방확대 · 축소술, 지방흡입술** 등
– 사시교정, 안와격리증의 교정 등 시각계 수술로써 시력개선 목적이 아닌 외모 개선 목적의 수술
– **안경, 콘택트렌즈** 등을 대체하기 위한 시력교정술
– 외모개선 목적의 다리정맥류 수술
– 그 외 외모개선 목적의 치료로 건강보험 비급여대상에 해당하는 진료
11) **진료와 무관한 제비용**(TV시청료, 전화료, 제증명료 등), 의사의 **임상적 소견과 관련 없는 검사비용, 간병비**
12) **자동차보험**(공제 포함) 또는 **산재보험**에서 **보상받는 의료비**(본인부담의료비 제외)
13) 국민건강보험법 제42조의 요양기관이 아닌 **해외 소재 의료기관**에서 발생한 의료비

✓ **실손의료보험 표준약관상 보상하지 않는 사항**

[**상해보장**(상해입원, 상해통원)**의 경우**]

1) **전문등반**, 글라이더 조정, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩, 수상보트, 패러글라이딩
2) **모터보트, 자동차 또는 오토바이**에 의한 **경기, 시범, 흥행** 또는 **시운전**
   (단, 공용도로상에서 시운전을 하는 동안 발생한 상해는 보상)
3) 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승
4) **임신, 출산**(제왕절개 포함), 산후기로 발생한 의료비
   (단, 회사가 보상하는 상해로 인한 경우는 보상)
5) 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변 폭동

[**질병보장**(질병입원, 질병통원)**의 경우**] (※괄호 안은 표준질병사인분류코드를 의미)

1) **정신과질환** 및 행동장애(F04 ~ F99)
2) 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 **습관성 유산, 불임** 및 **인공수정** 관련 합병증(N96 ~ N98)
3) 피보험자의 **임신, 출산**(제왕절개 포함), **산후기**로 입원한 경우(O00 ~ O99)
4) 선천성 뇌질환(Q00 ~ Q04)
5) **비만**(E66)
6) **비뇨기계 장애**(N39, R32)
7) **직장 또는 항문질환 중 비급여** 부분(I84, K60 ~ K62)
8) **인간면역결핍바이러스(HIV)** 감염으로 인한 치료비
9) 단순한 피로 또는 권태
10) 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), **점(모반), 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모** 등 피부질환
11) 발기부전(impotence) · 불감증, 단순 코골음, 단순포경(phimosis), 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 의한 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 검열반 등 안과질환

03 Q & A

Q 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용받지 못하는 경우에는 어떻게 보상되나요?

A 피보험자가 국민건강보험법(또는 의료급여법)을 적용받지 못하는 경우에는 의료비* 중 본인이 실제로 부담한 금액의 40% 해당액을 하나의 상해 (또는 질병) 당 보험가입금액을 한도로 보상합니다.

* '국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙'에 따라 보건복지부 장관이 정한 급여 및 비급여의료비 항목에 한함

여기서 국민건강보험법 또는 의료급여법을 적용받지 못하는 경우란 외국인, 국민건강보험 일시 자격정지자 등을 의미합니다.

04 Q&A

Q 입원과 통원의 경우 보상금액 한도가 어떻게 되나요?

A 상해와 질병 각각에 대해 입원보장의 보상한도는 최대 5,000만원, 통원보장(외래+처방조제비)의 보상한도는 최대 30만원으로 설정되어 있습니다.
입원보장 중 상급병실료차액은 1일 평균금액* 10만원을 한도로 합니다.

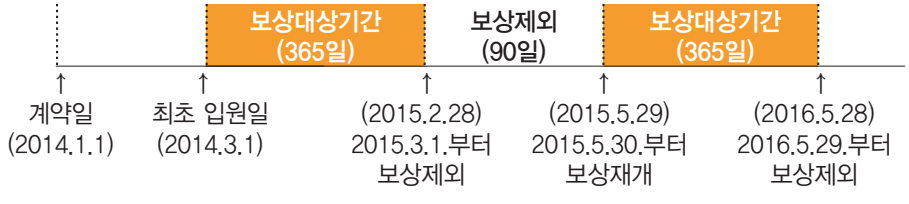
* 1일 평균금액 = 상급병실료 차액 ÷ 총 입원일수

05 Q&A

Q 계속입원의 경우 보상방법은 어떻게 되나요?

A 하나의 상해(또는 질병)당 최초 입원일로부터 365일까지를 보장대상기간으로 합니다.
다만, 하나의 상해(또는 질병)로 인하여 최초 입원일로부터 365일을 넘어 입원할 경우에는 90일간의 보상제외기간이 지나야 다시 보상하여 드립니다.

〈보상기간 예시〉



다만, '14.4월 이후 판매된 상품의 경우에는 하나의 상해(또는 질병)로 인한 입원일지라도 입원의료비가 지급된 최종 퇴원일로부터 180일이 경과하여 동일한 사유로 재입원한 경우는 최초 입원한 것과 동일한 기준으로 다시 보상하여 드립니다.

06 Q & A

Q 통원의 경우 보상횟수 한도가 어떻게 되나요?

A 외래의 경우 매년 계약해당일로부터 1년간 방문 한도 180회가 적용되며, 처방조제비의 경우 매년 계약해당일로부터 1년간 처방전 180건 한도가 적용됩니다.

07 Q & A

Q 하루에 동일한 상해(질병)으로 통원을 두 번 이상 한 경우 보장은 어떻게 되나요?

A 하나의 상해(질병)으로 인해 하루에 같은 치료를 목적으로 의료기관에 2회 이상 통원치료시(하나의 상해(질병)으로 약국을 통한 2회 이상의 처방조제를 포함합니다) 1회의 외래 및 1건의 처방으로 간주하여 보상합니다.

08 Q & A

Q 실손의료보험에서 자기부담금이 설정된 이유는?

A 실손의료보험에서 자기부담금이 설정된 이유는 자기부담금을 설정하지 않을 경우 의료비가 과다청구될 가능성이 있으며, 이는 건강보험 재정 악화를 야기할 뿐만 아니라 보험료 인상으로 이어져 선량한 보험가입자의 피해를 유발할 수 있는 바 불가피하게 자기부담금을 공제토록 규정하게 되었습니다.

09 Q&A

Q "입원"과 "통원"의 세부 보장항목에 대해 알고 싶습니다.

A 입원보장(질병입원, 상해입원)은 병원 또는 의원 등에 입원하여 치료를 받은 경우 발생하는 입원실료, 입원제비용, 입원수술비 등에 대해 국민건강보험공단이 부담하는 비용을 제외한 금액을 보장합니다.

- ▶ 입 원 실 료 : 입원치료 중 발생한 기준병실 사용료, 환자관리료, 식대 등
- ▶ 입원제비용 : 입원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 재료대, 석고붕대(cast), 지정진료비 등
- ▶ 입원수술비 : 입원치료 중 발생한 수술료, 마취료, 수술재료비 등

통원보장(질병통원, 상해통원)은 병원 또는 의원 등에 입원하지 않고 통원치료를 받은 경우 발생하는 외래(외래제비용, 외래수술비), 처방조제비 등에 대해 국민건강보험공단이 부담하는 비용을 제외한 금액을 보장합니다.

- ▶ 외래제비용 : 통원치료 중 발생한 진찰료, 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법(물리치료, 재활치료)료, 정신요법료, 처치료, 재료대, 석고붕대(cast), 지정진료비 등
- ▶ 외래수술비 : 통원치료 중 발생한 수술료, 마취료, 수술재료비 등
- ▶ 처방조제비 : 병원 의사의 처방전에 따라 조제되는 약국의 처방조제비 및 약사의 직접조제비

10 Q & A

Q 한방병원에서 양방의사가 수행하는 MRI, CT 등의 검사는 실손의료보험에서 보상되나요?

A 실손의료보험 표준약관 상 한방비급여는 보상하지 않는 손해로 규정되어 있습니다.
다만, 한방병원에서 이루어지는 양방의사에 의한 적법한 양방의료비(MRI, CT검사 등)는 한방치료가 아닌 양방치료에 해당하므로 보상 가능합니다.
단, 실제 보상여부는 해당 약관 및 구체적인 사실관계에 따라 달라질 수 있습니다.

11 Q & A

Q 건강검진도 보장되나요?

A 실손의료보험 표준약관 상 건강검진은 보장하지 않습니다.
다만, 회사가 보상하는 상해(또는 질병)의 치료를 목적으로 하는 경우에는 보상합니다.

12 Q & A

Q 암환자가 음식물 섭취가 불가능하여 수액 등을 통해 영양제를 투여 받은 경우 보상 가능한가요?

A 실손의료보험 표준약관 상 일반적으로 영양제 투여는 보상하지 않는 사항에 해당 됩니다.
그러나 암환자가 음식물 섭취가 불가능하여 치료목적상 수액 등을 통해 영양제를 투여 받은 경우(통상 국민건강보험의 급여대상)는 치료목적에 해당하므로 보상 가능합니다.

13 Q&A

Q 인체의 기능을 보조하거나 교정하는 장치인 보조기도 보상 가능한가요?

A 실손의료보험 표준약관 상 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이, 보조기 등은 보상하지 않는 사항으로 규정되어 있습니다.
그러나, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신할 경우에는 보상 가능합니다.
다만, 실제 보상여부는 해당 약관 및 구체적인 사실관계에 따라 달라질 수 있습니다.

14 Q&A

Q 병원에서 상급병원으로 이동시 구급차를 사용했습니다. 실손의료보험에서 보상이 가능한가요?

A 실손의료보험 표준약관 상 구급차 이용료는 진료와 무관한 제비용에 해당하므로 보상하지 않는 사항에 해당합니다.

15 Q&A

Q 간병인 사용비용도 보상되나요?

A 실손의료보험 표준약관 상 간병인 사용비용(간병비)는 보상하지 않는 사항으로 규정되어 있습니다.

16 Q & A

Q 노화현상으로 인한 탈모는 보상 가능한가요?

A 실손의료보험 표준약관 상 노화현상으로 인한 탈모는 보상하지 않는 손해로 규정되어 있습니다.

17 Q & A

Q 요실금 수술을 받았습니다. 보상 가능한가요?

A 실손의료보험 표준약관 상 비뇨기계 장애(표준질병사인분류코드 N39, R32)는 보상하지 않습니다.

※ 비뇨기계 장애 관련 표준질병사인분류코드

▣ N39(비뇨기계통의 기타 장애)

- N39.0(부위가 명시되지 않은 요로 감염)
- N39.1(상세불명의 지속성 단백뇨)
- N39.2(상세불명의 기립성 단백뇨)
- N39.3(스트레스성 요실금)
- N39.4(기타 명시된 요실금)
- N39.8(기타 명시된 비뇨기계 장애)
- N39.9(상세불명의 비뇨기계 장애)

▣ R32(상세불명의 요실금)

18 Q & A

Q 의사 처방전 없이 약국에서 일반의약품인 마데카솔을 구입했습니다. 보상 가능한가요?

A 실손의료보험 표준약관 상 국민건강보험법 제42조 제1항 제2호에 의한 약국, 동법 제42조 제1항 제3호에 의한 한국희귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약분업 예외지역에서의 약사의 직접조제 1건당)의 경우 처방조제비를 보상한다고 규정하고 있습니다. 따라서, 의사의 처방 없이 구입한 일반의약품인 마데카솔은 보상되지 않습니다.

19 Q&A

Q 악안면교정수술(양악수술)을 받았습니다. 건강보험 적용이 되지 않았는데 보상 가능한가요?

A 실손의료보험 표준약관 상 외모개선 목적의 치료로 건강보험 비급여대상에 해당하는 진료는 보상하지 않는 손해에 해당합니다. 따라서 건강보험이 적용되지 않은 악안면교정수술(양악수술)은 일반적으로 보상하지 않습니다. 다만, 실제 보상여부는 약관 및 구체적인 사실관계에 따라 달라질 수 있습니다.

20 Q&A

Q 실손의료보험에서 치매도 보상되나요?

A 실손의료보험 표준약관 상 표준질병사인분류코드 F04~F99에 해당하는 정신과질환 및 행동장애는 보상하지 않는 손해로 규정되어 있습니다. 그러나, 치매의 경우 표준질병사인분류코드 F00~F03에 해당하는 항목이므로 실손의료보험에서 보상 가능합니다.

※ 치매 관련 표준질병사인분류코드

- ▣ F00(알츠하이머병에서의 치매)
- ▣ F01(혈관성치매)
- ▣ F02(달리 분류된 기타 질환에서의 치매)
- ▣ F03(상세불명의 치매)

21 Q&A

Q 실손의료보험에서 치질도 보상되나요?

A 실손의료보험 표준약관 상 직장 또는 항문질환(표준질병사인분류코드 I84, K60~K62) 중 국민건강보험법상 요양급여에 해당하는 부분은 보상하지만 비급여 부분은 보상하지 않습니다.

22 Q & A

Q 의사로부터 천식 치료를 위해 금연보조제 처방을 받았는데, 통원약제비에서 보상 가능한가요?

A 흡연은 질병이 아닐 뿐만 아니라 금연보조제는 약제에 해당하지 않으므로 보상되지 않습니다.

23 Q & A

Q 실손의료보험 보험금 청구시 필요한 서류 발급비용도 보상 가능한가요?

A 실손의료보험 표준약관 상 "제증명료 등 진료와 무관한 제비용"은 보상하지 않는 사항으로 규정하고 있습니다. 따라서 보험금 청구서류 발급비용은 보상하지 않습니다.

24 Q & A

Q 아로마요법이라 불리는 보완대체치료를 받았습니다. 실손의료보험에서 보상 가능한가요?

A 보완대체의료란 향기치료, 미술요법, 생체의 자기제어, 마사지, 명상, 기공, 요가 등 대체의학, 보완의학, 비정통의학 등으로 불리는 것을 말합니다.

이는 병원의 표준화된 치료가 아니며 치료효과에 대해 객관적이고 과학적인 근거가 부족해 제도권 의료계에서는 정식적으로 인정되지 않는 치료법을 말합니다.

따라서 보완대체치료와 관련된 비용은 보상에서 제외하고 있습니다.

25 Q&A

Q 수술 전 · 후 수술재료를 의료기상사로부터 구입하고 간이영수증을 발급 받았습니다. 간이영수증도 보상되나요?

A 의료기상사에서 발급된 간이영수증, 세금계산서, 신용카드 매출전표, 거래내역서 등은 의료법 제3조에 해당하는 의료기관에서 발급한 진료비 영수증이 아니므로 보상되지 않습니다.

26 Q&A

Q 백내장 의증으로 의사 소견을 받고 난 후 정밀 검진을 받았습니다. 보상 가능한가요?

A 실손의료보험 표준약관 상 의사의 임상적 소견과 관련 있는 검진비용은 보상 가능합니다.

실손의료보험 Q&A

PART Ⅳ

보험금 청구 및 지급

금융감독원 생명보험협회 손해보험협회

제 4 장 보험금 청구 및 지급

01 Q&A

Q 보험금 청구는 본인이 꼭 해야 하나요?

A 본인이 아닌 대리인이 청구할 수 있으며, 위임장, 인감증명서 (또는 본인서명사실 확인서), 개인정보처리동의서를 제출하시면 됩니다.

※ 사망의 경우 (수익자 미지정시) 추가 요청서류
- ▶ 상속관계 확인서류(예시 : 가족관계증명서, 혼인증명서 등)
- ▶ 상속인이 다수인 경우: 상속인 각각의 위임장 및 인감증명서 (또는 본인서명사실확인서)

02 Q&A

Q 통원의료비 청구시에도 진단서가 필요한가요?

A 통원의료비 청구시 청구금액이 3만원 이하인 경우 영수증, 3만원 초과 10만원 이하인 경우 영수증과 질병분류코드가 기재되어 있는 처방전으로 청구 가능합니다. 또한, 청구금액이 10만원을 초과할 경우에는 영수증과 진단명, 통원일자 및 통원기간을 확인할 수 있는 서류로 청구가 가능한데, 이 때 진단명, 통원일자 및 통원기간을 확인할 수 있는 서류라면 진단서, 통원확인서, (통원일자별)처방전, 진료확인서, 소견서, 진료차트 등이 모두 가능하기 때문에 반드시 진단서가 필요한 것은 아닙니다.

다만, 보험사는 보험금 지급 제외대상이 많은 진료과목(산부인과, 항문외과, 비뇨기과, 피부과 등) 및 짧은 기간내 보험금 청구횟수가 과다한 경우 등 추가심사가 필요하다고 판단되는 때에는 별도의 증빙서류를 요청할 수 있습니다.

03 Q & A

Q 보험금 청구 절차를 제출서류와 함께 알려주세요.

A 병원(또는 약국)에 의료비를 납부하신 후 필요한 서류를 요청합니다. 또한 신분증 사본과 보험금 청구서를 준비합니다. 보험금 청구서는 각 사 홈페이지에서 다운로드 받으시거나 지점에 구비되어 있습니다.

(☞ 보험금 청구서류는 아래 표를 참고하세요)

이후 보험사 콜센터 또는 모집인 (보험 설계사 등)을 통해 연락하거나, 지점에 방문하여 보험금을 청구합니다.

< 보험금 청구시 필요서류 >

공 통	➡ 보험금 청구서(각 회사별 양식) ➡ 신분증 사본 ● 피보험자가 미성년자인 경우에는 친권자임을 확인할 수 있는 서류 (예 : 가족관계증명서, 주민등록등본 등)이 필요합니다.
입 원	➡ 진단서 ※ 단, 본인부담 치료비가 50만원 이하인 경우 : 진료확인서 (진단명 및 입원기간 포함) ➡ 진료비계산서(영수증) 및 진료비 세부 내역서
통 원*	☞ **청구금액별로 상이합니다** ● 청구금액이 3만원 이하 : 영수증 ● 청구금액이 3만원 초과 10만원 이하 : 영수증, 질병분류코드가 기재되어 있는 처방전 ● 청구금액이 10만원 초과 : 영수증, 진단명 및 통원일자/기간이 포함된 서류*등 *진단명 및 통원일자/기간을 확인할 수 있는 서류라면 진단서, 통원확인서, (통원일자별)처방전, 진료확인서, 소견서, 진료차트 등이 모두 가능합니다.
추가서류 (필요시)	➡ 사고증명서류 - 교통사고시 : 교통사고사실확인원, 자동차보험사 지급내역서 - 폭행사고시 : 사건사고사실확인원 - 산재보험 처리시 : (근로복지공단 발행) 보험금 지급확인원, 보험급여 원부 ➡ 기타 보험사가 보험금 지급을 위해 필요로 하는 서류

1) '15년 1월부터 「통원의료비 청구 간소화」에 따라 3만원~10만원 통원 의료비에 대해 진단서 없이 질병분류코드가 기재된 처방전 만으로 보험금 청구가 가능해졌습니다.
2) 보험사는 보험금 지급 제외대상이 많은 진료과목(산부인과, 항문외과, 비뇨기과, 피부과 등) 및 짧은 기간내 보험금 청구횟수가 과다한 경우 등 추가심사가 필요하다고 판단되는 때에는 별도의 증빙서류를 요청할 수 있습니다.

04 Q & A

Q 실손의료보험에 중복으로 가입되어 있습니다. 보험금은 어떻게 지급되나요?

A 실손의료보험은 실제 발생한 손해에 대해 보상하는 것을 원칙(실손보상원칙)으로 하므로 두 개 이상의 실손의료보험을 가입한 경우 보장한도는 늘어나게 되나, 보장한도 내에서 의료비가 발생하는 경우에는 여러 보험사에서 나누어서 보상 (☞ 비례보상) 합니다. 구체적인 계산방법은 아래와 같습니다.

(1단계) 각 계약별 보상대상의료비와 보상책임액을 계산합니다.

* 보상대상의료비 = 실제 부담한 의료비 - 보상제외금액

* 보상책임액 =

MIN[(실제 부담한 의료비 - 보상제외금액) × 회사부담비율, 보장한도]

(보상대상의료비)

(2단계) 각 계약의 보상책임액 합계액이 각 계약의 보상대상의료비 중 최고액을 초과하는 경우 아래 계산에 따라 각 계약의 보상책임액을 비례분담하여 지급합니다

$$\text{각 계약별 비례분담액} = \text{계약의 보상대상의료비 중 최고액} \times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$$

구체적인 사례로 계산해 볼까요?

✓ 실제 부담한 의료비가 1,600만원인데 이 중 미용목적 성형수술비가 100만원 포함되어 있습니다. A사와 B사에 아래와 같은 실손의료보험을 두 개 보유하고 있다면 A사와 B사의 비례분담액은 얼마인가요?

(정답) A사 : 1,095만원 / B사 : 405만원

《A사》 보장한도 5,000만원, 회사부담비율 90%인 표준화 이후 실손의료보험

《B사》 보장한도 500만원, 회사부담비율 100%인 표준화 이전 실손의료보험

회사	보장한도	회사 부담비율	보상대상의료비	보상책임액	비례보상액
A사	5,000만원	90%	1,500만원 (=1,600만원-100만원)	MIN(5,000만원, 1,500만원×90%) =1,350만원	1,500만원 × (1,350만원 / (1,350만원 + 500만원)) =1,095만원
B사	500만원	100%		MIN(500만원, 1,500만원×100%) =500만원	1,500만원 × (500만원 / (1,350만원 + 500만원)) =405만원

05 Q & A

Q 표준화 이후 실손의료보험 간 비례보상시 연대책임이 부과되는 금액은 본인부담의료비의 100%인지? 90%인지?

A 실손의료보험 표준약관 상 비례분담액은 아래와 같이 계산토록 규정되어 있습니다.

$$\text{각 계약별 비례분담액} = \text{계약의 보상대상의료비 중 최고액} \times \frac{\text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액의 합계액}}$$

그런데, 표준화('09.10월) 이후 실손의료보험 간 비례보상시 본인부담의료비의 100%를 기준으로 계산할 경우 실손보상원칙(이득금지원칙)에 위배되므로 본인부담의료비의 90%를 기준으로 비례보상하는 것이 타당합니다.

구체적인 사례로 계산해 볼까요?

✔ 실제 부담한 의료비가 1,600만원인데 이 중 미용목적 성형수술비가 100만원 포함되어 있습니다. A사와 B사에 아래와 같은 실손의료보험을 두 개 보유하고 있다면 A사와 B사의 비례분담액은 얼마인가요?

(정답) A사 : 985만원 / B사 : 365만원

《A사》 보장한도 5,000만원, 회사부담비율 90%인 표준화 이후 실손의료보험

《B사》 보장한도 500만원, 회사부담비율 90%인 표준화 이후 실손의료보험

회사	보장한도	회사 부담비율	보상대상의료비	보상책임액	비례보상액
A사	5,000만원	90%	1,350만원*	MIN(5,000만원, 1,500만원×90%) =1,350만원	1,350만원 × (1,350만원 / (1,350만원 + 500만원)) =985만원
B사	500만원	90%		MIN(500만원, 1,500만원×90%) =500만원	1,350만원 × (500만원 / (1,350만원 + 500만원)) =365만원

* (1,600만원-100만원)×90%

06 Q&A

Q 직장에서 단체 실손의료보험에 가입되어 있습니다. 개인적으로 실손의료보험을 추가로 가입하면 중복해서 보상이 되나요?

A 단체 실손의료보험과 개인 실손의료보험에 중복 가입하신 경우에도 다수보험에 해당하므로 실제 지불한 의료비 내에서 비례보상 됩니다.

07 Q&A

Q 실손의료보험에 중복 가입되어 있습니다. 어느 보험사에 청구해야 하나요?

A '10년부터 실손의료보험 중복 가입시 하나의 보험사에만 보험금 청구서류를 제출하면 타 보험사에 보험금 청구서류를 제출할 필요가 없도록 실손의료보험 보험금 청구서류 대행서비스를 제공하고 있습니다.

08 Q&A

Q 병원의 직원복리후생제도에 의해 납부할 의료비를 감면받은 경우, 어떤 기준으로 보상되나요?

A 피보험자가 병원의 직원복리후생제도에 의하여 납부할 의료비를 감면받은 경우 감면 전 의료비를 기준으로 의료비를 계산합니다.

09 Q & A

Q 병원의 지인을 통해 병원비를 할인 받은 경우, 어떤 기준으로 보상되나요?

A 병원의 직원복리후생제도가 아닌 지인할인을 통해 병원비를 감면받은 경우에는 감면 후 금액을 기준으로 보상합니다.

10 Q & A

Q 건강보험 본인부담상한제를 초과하여 환급받은 금액도 보상되나요?

A 건강보험 본인부담상한제란 국민건강보험 적용을 받는 환자가 부담한 연간 본인부담금 총액이 가입자 소득수준(소득분위)에 따른 본인부담 상한액을 넘는 경우, 그 초과한 금액을 국민건강보험공단에서 사전 적용 또는 사후 환급을 통해 전액 돌려주는 제도입니다.

실손의료보험 표준약관 상 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급 가능한 금액은 보상하여 드리지 않습니다.