



Renault Korea

2026 직원 단체상해보험 안내서

본 안내서는 단체보험 가입자의 이해를 돕기 위해 작성된 참조 자료이며, 자세한 내용은 가입된 보험약관의 규정을 따릅니다.
This manual is the reference to help understanding about group term & medical insurance for employee and details comply with the insurance terms. Korean version is prior to this translated version.



목차

1. 2026 단체상해보험 보장내용 안내	3
2. 보상하지 않는 사항	6
3. 보험금 청구 절차	9
4. 보험금 청구 방법	10
5. 보험금 청구 구비서류	11
6. 보험금 청구 관련 주요 안내사항	12
7. 실손 의료비 중복 제한 규정안내(비례보상)	13

1. 2026 단체상해보험 보장내용 안내

- 보험기간 : 2025년 12월 31일 ~ 2026년 12월 31일 (1년)
- 보 험 사 : DB손해보험주식회사

보장명	보장내용			가입금액	가입대상	
상해사망	보험기간 중 상해를 직접적인 원인으로 사망 시			5천만원	직원	
상해후유장해	보험기간 중 상해를 직접적인 원인으로 영구적 장해 진단 시 - 보험사 약관의 장해분류표에서 정한 지급률에 따라 가입금액의 3%~100% 보장			5천만원	직원	
질병사망 및 질병고도후유장해	보험기간 중 질병으로 사망 또는 80% 이상 영구적 장해 진단 시			3천만원	직원	
치과치료-보철치료	보험기간 중 상해(급격하고도 우연한 외래 사고) 또는 질병(아래분류코드참조)으로 영구치 발거를 진단확정 받고, 해당 영구치를 발거한 부위에 해당 치아의 치료를 목적으로 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 규정된 병원 또는 의원에서 치과의사 면허를 가진 자에 의하여 치아 보철치료가 개시되었고 치료가 종료된 경우 아래 가입금액과 지급한도내에서 보험 가입금액 지급 ● 보상대상 질병분류코드 1) 상해: S코드 (급격하고도 우연한 외래사고) 2) 질병: K02(치아우식증), K03(치아경조직의 기타질환, 치아마모증), K04(치수및근단주위조직의질환), K05(치은염및치주질환) ● 영구치에 한정 / 유치는 보장 제외 ● 매복치 및 매몰치 또는 제3대구치(사랑니)에 대한 보철치료 보장 제외 ● 보험기간 중 치료도중 의사와 치료일정 협의를 사유로 보험기간 만료 후 치료하는 경우, 보험기간 만료 180일 (보험기간 1년 이하인 경우 90일) 이내 치료는 보상			좌측 표 참조	직원 배우자 자녀	
	치료항목		직원본인 (가입금액 및 지급한도)			배우자, 자녀 (가입금액 및 지급한도)
	● 임플란트		● 영구치발거 1건당 50만원 (연간3건)			● 영구치발거 1건당 50만원(연간1건)
	● 고정성가공의치(브릿지)		● 영구치발거 1건당 50만원 (연간3건)			
● 가철성의치(틀니)		● 보철물 50만원 (연간1개)				
치과치료-보존치료	보험기간 중 상해(급격하고도 우연한 외래 사고) 또는 질병(아래분류코드참조)으로 치아의 치료를 목적으로 의료법 제3조(의료기관) 제2항에 규정된 병원 또는 의원에서 치과의사 면허를 가진 자에 의하여 치아 보철치료가 개시되었고 치료가 종료된 경우 아래 가입금액과 지급한도내에서 보험 가입금액 지급 ● 보상대상 질병분류코드 1) 상해: S코드 (급격하고도 우연한 외래사고) 2) 질병: K02(치아우식증), K03(치아경조직의 기타질환, 치아마모증), K04(치수및근단주위조직의질환), K05(치은염및치주질환) ● 임시적 보존치료 및 예방목적의 치료 보장제외 ● 국민건강보험법에서 정한 요양급여에 대상인 충전재료를 이용한 보존치료 보장제외(아말감, 자가중합레진 등) ● 보험기간 중 치료도중 의사와 치료일정 협의를 사유로 보험기간 만료 후 치료하는 경우, 보험기간 만료 180일 (보험기간 1년 이하인 경우 90일) 이내 치료는 보상			좌측 표 참조	직원 배우자 자녀	
	치료항목		직원본인 (가입금액 및 지급한도)			배우자, 자녀 (가입금액 및 지급한도)
	● 크라운 및 충전재료(인레이 및 온레이 간접충전) ● 광중합형 복합레진충전 ● 광중합형글래스아이노머시멘트충전		● 치아1개당 10만원 (연간 합산 3건)			● 치아1개당 10만원 (연간 합산 3건)

1. 2026 단체상해보험 보장내용 안내

■ 보험기간 : 2025년 12월 31일 ~ 2026년 12월 31일 (1년)

■ 보 험 사 : DB손해보험주식회사

보장명		보장내용		가입금액	가입대상									
상해 & 질병 의료비	보험기간 중 국민건강보험 적용되는 상해, 질병, 출산으로 입원/통원 치료 시 본인부담 의료 실비 중 아래의 공제를 차감 후 가입금액 한도내 보상				직원 배우자 자녀									
	■ 보상기준													
	<table><tr><th>구분</th><th>보상기준</th></tr><tr><td rowspan="3">입원</td><td>급여 국민건강보험법에서 정한 요양급여의 본인부담금의 80%</td></tr><tr><td>비급여 비급여 의료비(상급병실료 차액 제외) 본인 실제부담금액의 70%</td></tr><tr><td>상급병실료 비급여 상급병실료의 50%(단, 1일 10만원 한도)</td></tr><tr><td rowspan="2">통원</td><td>급여 통원 1회당(외래 및 처방조제 합산) 국민건강보험법에서 정한 요양급여의 본인부담금에서 통원항목 별 공제금액을 뺀 금액</td></tr><tr><td>비급여 통원 1회당(외래 및 처방조제 합산) 비급여 의료비 본인 실제부담금액에서 통원항목 별 공제금액을 뺀 금액 ※ 매년 계약해당일로부터 1년간 통원100회한도</td></tr></table>					구분	보상기준	입원	급여 국민건강보험법에서 정한 요양급여의 본인부담금의 80%	비급여 비급여 의료비(상급병실료 차액 제외) 본인 실제부담금액의 70%	상급병실료 비급여 상급병실료의 50%(단, 1일 10만원 한도)	통원	급여 통원 1회당(외래 및 처방조제 합산) 국민건강보험법에서 정한 요양급여의 본인부담금에서 통원항목 별 공제금액을 뺀 금액	비급여 통원 1회당(외래 및 처방조제 합산) 비급여 의료비 본인 실제부담금액에서 통원항목 별 공제금액을 뺀 금액 ※ 매년 계약해당일로부터 1년간 통원100회한도
	구분	보상기준												
	입원	급여 국민건강보험법에서 정한 요양급여의 본인부담금의 80%												
		비급여 비급여 의료비(상급병실료 차액 제외) 본인 실제부담금액의 70%												
		상급병실료 비급여 상급병실료의 50%(단, 1일 10만원 한도)												
	통원	급여 통원 1회당(외래 및 처방조제 합산) 국민건강보험법에서 정한 요양급여의 본인부담금에서 통원항목 별 공제금액을 뺀 금액												
		비급여 통원 1회당(외래 및 처방조제 합산) 비급여 의료비 본인 실제부담금액에서 통원항목 별 공제금액을 뺀 금액 ※ 매년 계약해당일로부터 1년간 통원100회한도												
	■ 공제기준													
<table><tr><th>구분</th><th>공제기준</th></tr><tr><td rowspan="3">입원</td><td>급여 20%</td></tr><tr><td>비급여 30%</td></tr><tr><td>상급병실료 50%</td></tr><tr><td rowspan="3">통원</td><td>1. 의원, 병원, 보건소, 보건의료원, 보건지소, 보건진료소 외래 및 약국, 한국회귀·필수의약품센터의 처방조제 공제금액: 1만원 과 20% 중 큰 금액</td></tr><tr><td>2. 전문요양기관, 상급종합병원, 종합병원에서의 외래 및 약국, 한국회귀·필수의약품센터의 처방조제 공제금액: 2만원 과 20% 중 큰 금액</td></tr><tr><td>비급여 의료기관, 보건소, 보건의료원, 보건지소, 보건진료소 외래 및 약국, 한국회귀·필수의약품센터의 처방조제 공제금액: 3만원 과 30% 중 큰 금액</td></tr></table>				구분	공제기준	입원	급여 20%	비급여 30%	상급병실료 50%	통원	1. 의원, 병원, 보건소, 보건의료원, 보건지소, 보건진료소 외래 및 약국, 한국회귀·필수의약품센터의 처방조제 공제금액: 1만원 과 20% 중 큰 금액	2. 전문요양기관, 상급종합병원, 종합병원에서의 외래 및 약국, 한국회귀·필수의약품센터의 처방조제 공제금액: 2만원 과 20% 중 큰 금액	비급여 의료기관, 보건소, 보건의료원, 보건지소, 보건진료소 외래 및 약국, 한국회귀·필수의약품센터의 처방조제 공제금액: 3만원 과 30% 중 큰 금액	
구분	공제기준													
입원	급여 20%													
	비급여 30%													
	상급병실료 50%													
통원	1. 의원, 병원, 보건소, 보건의료원, 보건지소, 보건진료소 외래 및 약국, 한국회귀·필수의약품센터의 처방조제 공제금액: 1만원 과 20% 중 큰 금액													
	2. 전문요양기관, 상급종합병원, 종합병원에서의 외래 및 약국, 한국회귀·필수의약품센터의 처방조제 공제금액: 2만원 과 20% 중 큰 금액													
	비급여 의료기관, 보건소, 보건의료원, 보건지소, 보건진료소 외래 및 약국, 한국회귀·필수의약품센터의 처방조제 공제금액: 3만원 과 30% 중 큰 금액													
- 비급여 통원은 상해, 질병 각각 연간 100회(급여 통원은 횟수 제한 없음) - 비급여 통원 초과 및 한방 치료 보장제외 - 한방물리요법료 및 치료목적이 아닌 건강증진을 위한 투약 및 첩약 보장 제외 - 하나의 상해, 질병으로 동일한 의료기관에서 같은 날 외래 및 처방을 함께 받을 경우 처방일자를 기준으로 외래 및 처방조제를 합산하되 통원 1회로 적용 - 하나의 상해, 질병으로 다른 의료기관에서 같은 날 외래 및 처방을 함께 받을 경우 공제금액은 방문 의료기관 중 가장 높은 공제금액을 급여/비급여 각각적용 - (입원) 전액 건강보험 미적용 시 본인부담비용의 40% - (통원) 전액 건강보험 미적용 시 통원항목별 공제금액을 뺀 본인부담비용의 40% - 자동차, 산재사고 보장제외(단, 실제 본인부담의료비 발생시 상기 보상기준 적용) - 해외발생 의료비 보장 제외 - 비급여 도수치료, 체외충격파, 증식치료 보장 제외 - 비급여 주사료 보장제외 - 비급여 자기공명영상진단(MRI/MRA) 보장 제외														
급여 항목	연간 합산 3천만원 한도 (통원: 1회당 15만원 한도)													
비급여 항목	연간 합산 3천만원 한도 (통원: 1회당 15만원 한도)													

* 해당페이지의 보장내용은 실손 보상형 특약으로서 동일 보장의 타 보험(개인보험 포함)과 비례하여 보상됩니다.

1. 2026 단체상해보험 보장내용 안내

- 보험기간 : 2025년 12월 31일 ~ 2026년 12월 31일 (1년)
- 보 험 사 : DB손해보험주식회사

보장명	보장내용	가입금액	가입대상													
3대 비급여	보험기간 중 상해, 질병의 치료목적으로 의료기관에 입원/통원 치료 시 아래 비급여 의료행위로 치료를 받은 경우에는 본인이 실제로 부담한 비급여 의료비에서 공제금액을 차감 후 가입금액 한도내 보상	<table><tr><th>구분</th><th>공제금액</th><th>가입금액(한도 및 횟수)</th></tr><tr><td>비급여 도수치료, 체외충격파, 증식치료</td><td>1회당 3만원과 30% 중 큰 금액</td><td>연간350만원 이내/50회</td></tr><tr><td>비급여 주사료</td><td>1회당 3만원과 30% 중 큰 금액</td><td>연간250만원 이내/50회</td></tr><tr><td>비급여 자기공명영상진단</td><td>1회당 3만원과 30% 중 큰 금액</td><td>연간300만원 이내</td></tr></table>	구분	공제금액	가입금액(한도 및 횟수)	비급여 도수치료, 체외충격파, 증식치료	1회당 3만원과 30% 중 큰 금액	연간350만원 이내/50회	비급여 주사료	1회당 3만원과 30% 중 큰 금액	연간250만원 이내/50회	비급여 자기공명영상진단	1회당 3만원과 30% 중 큰 금액	연간300만원 이내	좌측 표 참조	직원 배우자 자녀
	구분		공제금액	가입금액(한도 및 횟수)												
비급여 도수치료, 체외충격파, 증식치료	1회당 3만원과 30% 중 큰 금액	연간350만원 이내/50회														
비급여 주사료	1회당 3만원과 30% 중 큰 금액	연간250만원 이내/50회														
비급여 자기공명영상진단	1회당 3만원과 30% 중 큰 금액	연간300만원 이내														
- 도수치료, 체외충격파, 증식치료는 각 치료횟수를 합산하여 최초 10회 보장하고, 이후 객관적이고 일반적으로 인정되는 검사결과 등을 토대로 증상의 개선, 병변호전 등이 확인된 경우에 한하여 10회 단위로 연간 50회 보상 - 영양공급, 피로회복, 노화방지, 건강증진 등의 목적으로 사용되는 영양제 및 비타민제 보장제외 - 비급여 도수치료, 체외충격파, 증식치료 : 2종류 이상의 치료를 받거나 동일한 치료를 2회 이상 받는 경우 각 치료행위를 1회로 보고 1회당 공제금액 및 보상한도 적용 - 비급여 주사료 : 1회 통원(또는 1회 입원)하여 2종류(회)이상 주사 치료를 받더라도 1회로 보고 공제금액 및 보상한도 적용 - 비급여 자기공명영상 : 1회 통원(또는 1회 입원)하여 2개 이상 부위에 걸쳐 자기공명영상진단을 받거나 동일한 부위에 2회 이상 받은 경우 각 치료행위를 1회로 보고 1회당 공제금액 및 보상한도 적용 - 출산으로 인한 의료비 보장 제외 - 해외 발생 의료비 보장 제외																

<도수치료/체외충격파치료/증식치료 증상의 개선, 병변호전 등 확인하는 방법>

- 증상의 개선, 병변호전 등과 관련하여 기능적 회복 및 호전여부는 관절가동(ROM), 통증평가척도, 자세평가 및 근력 검사(MMT)를 포함한 이학적 검사, 초음파 검사 등을 통해 해당 부위의 체절기능부전(Somatic dysfunction) 등을 평가한 결과로 판단합니다.
- 보험수익자와 회사가 위 제1호의 판단결과를 합의하지 못한 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있으며 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

* 해당페이지의 보장내용은 실손 보상형 특약으로서 동일 보장의 타 보험(개인보험 포함)과 비례하여 보상됩니다.

2. 보상하지 않는 사항 (1) (상해/질병 급여형, 상해/질병 비급여형, 3대비급여형 요약)

- ① 보험계약자나 피보험자의 고의
- ② 수익자의 고의 (다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급)
- ③ 피보험자가 정당한 이유 없이 통원 및 입원 기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 불구하고 피보험자 본인이 자의적으로 입원하여 발생한 입원의료비
- ④ **한국표준질병사인분류에 따른 다음의 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.**
 - 1. 정신과 질환 및 행동장애(F04~F99) 다만, F04~F09, F20~F29, F30~F39, F40~F48, F51, F90~F98과 관련한 치료에서 발생한 국민건강보험법에 따른 요양급여에 해당하는 의료비는 보상합니다.
 - 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)으로 발생한 의료비 중 전액 본인부담금 및 비급여
 - 3. 선천성 뇌질환(Q00~Q04), 비만(E66), 요실금 (N39.3, N39.4, R32)
 - 4. 직장 또는 항문질환 중 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 부분(K60~K62, K64)
- ⑤ **급여 의료비 항목 중 다음의 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.**
 - 1. 국민건강보험법 및 의료급여법에 따른 요양(의료)급여 중 본인부담금의 경우 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액 (본인부담금 상한제)
 - 2. 성장호르몬제 투여에 소요된 비용으로 부담한 전액 본인부담금
 - 3. 자동차보험(공제를 포함합니다.)에서 보상받는 치료관계비(과실상계 후 금액을 기준으로 합니다.) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 실제 본인 부담의료비(자동차보험 진료수가에 관한 기준 및 산재보험 요양급여 산정 기준에 따라 발생한 실제 본인부담의료비)는 보장내용의 지급기준에 따라 보상합니다.
 - 4. 「응급의료에 관한 법률」 및 동법 시행규칙에서 정한 응급환자가 해당하지 않는 자가 동법 제26조 권역응급의료센터 또는 「의료법」 제3조의 4에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급 관리료로서 전액 본인부담금에 해당하는 의료비
 - 5. 임신, 출산(제왕절개를 포함), 산후기(O00~O99) 입원 또는 통원 중 아래의 사유로 생긴 의료비
 - 가) 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외인공수정을 포함)
 - 나) 양수검사, 기형아검사
 - 다) 철분제 등의 영양제 및 영양수액

- ⑥ 비급여 의료비 항목 중 다음의 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.
 - 1. 치과치료(K00~K08) 및 한방치료에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 비급여의료비
 - 2. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용. 다만, 약관상 보상하는 상해 또는 질병을 치료함에 있어 아래 항목에 해당하는 경우는 치료 목적으로 보아 보상합니다.
 - 가) 약사법령에 의하여 약제별 허가사항 또는 신고된 사항(효능, 효과 및 용법/용량 등)대로 사용된 경우
 - 나) 요양급여 약제가 관련 법령 또는 고시 등에서 정한 별도의 적용기준대로 비급여 약제로 사용된 경우
 - 다) 요양급여 약제가 관련 법령에 따라 별도의 비급여 사용승인 절차를 거쳐 그 승인 내용대로 사용된 경우
 - 라) 상기 항목의 약제가 두 가지 이상 함께 사용된 경우(함께 사용된 약제 중 어느 하나라도 상기 항목에 해당하지 않는 경우 제외)
 - 3. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약품과 관련하여 소요된 비용
 - 4. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 보상합니다.
 - 5. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다.), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비
 - 6. 「국민건강보험법」 제42조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비
 - 7. 「응급의료에 관한 법률」 및 동법 시행규칙에서 정한 응급환자가 해당하지 않는 자가 동법 제26조 권역응급의료센터 또는 「의료법」 제3조의 4에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급 관리료
 - 8. 임신, 출산(제왕절개를 포함), 산후기(O00~O99) 입원 또는 통원 중 아래의 사유로 생긴 의료비
 - 가) 불임검사, 불임수술, 불임복원술, 보조생식술(체내, 체외인공수정을 포함)
 - 나) 양수검사, 기형아검사
 - 다) 철분제 등의 영양제 및 영양수액

2. 보상하지 않는 사항 (2) (상해/질병 급여형, 상해/질병 비급여형, 3대비급여형 요약)

⑦ 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 따른 다음의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.

1. 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우에 실시 또는 사용되는 치료로 인하여 발생한 비급여 의료비
 - a. 단순한 피로 또는 권태
 - b. 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반, 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
 - c. 발기부전(Impotence) · 불감증
 - d. 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다)
 - e. 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis)
 - f. 검열반 등 안과질환
 - g. 그 밖에 일상생활에 지장이 없는 경우로 국민건강보험 비급여 대상에 해당하는 치료
2. 신체의 필수 기능 개선 목적이 아닌 경우에 실시 또는 사용되는 치료로 인하여 발생한 비급여 의료비
 - a. 쌍꺼풀수술(이중검수술), 성형수술(윤비술), 유방 확대(다만, 유방암 환자의 환측 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살 제거술 등
 - b. 미용목적의 성형수술과 그로 인한 후유증 치료
 - c. 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - d. 치과교정
 - e. 씹는 기능 및 발음 기능의 개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 턱얼굴(안면)교정술
 - f. 관절운동 제한이 반흔구축성형술 등 외모개선 목적의 반흔제거술
 - g. 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분을 시력교정술로 봅니다)
 - h. 질병 치료가 아닌 단순히 키 성장(성장촉진)을 목적으로 하는 진료
 - i. 외모개선 목적의 다리 정맥류 수술
 - j. 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여 대상에 해당하는 치료
3. 예방진료로서 질병·부상의 진료를 직접목적으로 하지 아니하는 경우에 실시 또는 사용으로 인하여 발생한 비급여 의료비
 - a. 본인의 희망에 의한 건강검진(다만, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 추가 의료비용은 보상합니다.)
 - b. 예방접종(파상풍, 혈청주사 등 치료목적으로 사용하는 예방주사 제외)
 - c. 그 밖에 예방진료로서 국민건강보험 비급여 대상에 해당하는 치료

4. 보험급여시책상 요양급여로 인정하기 어려운 경우 및 그 밖에 건강보험급여 원리에 부합하지 않는 아니하는 경우 발생한 비급여 의료비

- a. 친자확인을 위한 진단
- b. 불임검사, 불임수술, 불임복원술
- c. 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다.)
- d. 인공유산에 든 비용(다만, 회사가 보상하는 상해 또는 질병으로 임신상태를 유지하기 어려워 의사의 권고에 따라 불가피하게 시행한 경우는 제외)
- e. 그 밖에 요양급여를 함에 있어서 비용효과성 등 진료상의 경제성이 불분명하여 국민건강보험 비급여 대상에 해당하는 치료

- ⑧ 사람면역결핍바이러스(HIV) 감염으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료 중 혈액에 의한 HIV 감염은 해당 진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우 보상합니다.
- ⑨ 피보험자가 법령 등에 따라 의료비를 감면 받거나 의료기관으로부터 감면 받은 경우에는 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비 기준으로 계산합니다. 단, 감면 받은 의료비가 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면 받은 경우에는 감면 전 의료비로 계산합니다.
- ⑩ 피보험자가 질병으로 인하여 병원에 입원/통원하여 본인의 장기 등 (「장기 이식에 관한 법률」 제4조에 의한 “장기등”을 의미합니다.) 의 기능회복을 위하여 「장기 이식에 관한 법률」 제42조 및 관련 고시에 따라 장기 등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 회사가 가입한 보장내용에 따라 보상합니다.

※ 상기 내용은 실손 의료비 제외사항의 요약으로서 기타 세부적인 사항은 보험약관을 따릅니다.

[붙임] 용어의 정의

용어	정의
의료기관	1. 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정하는 의료기관을 말하며, 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 (조산원 제외) 2. 「국민건강보험법」 제42조제1항제4호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소 및 동법 제42조제1항 제5호에 의한 보건진료소
입원	의사가 피보험자의 질병 또는 상해로 인하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관에 입실하여 계속하여 6시간 이상 체류하면서 의사의 관찰 및 관리하에 치료받는 것
연간(보험연도)	당해연도 계약해당일부터 차년도 계약해당일 전일까지 매1년 단위의 연도 (DB손해: 보험계약일 2025년 12월 31일로 연간(보험연도)의 기준은 2025년 12월 31일부터 2026년 12월 30일까지)
보상대상의료비	실제부담액 - 보장제외금액
보장책임액	(실제부담액 - 보장제외금액) X 보험회사 부담비율
상급 병실료 차액	상급병상을 이용함에 따라 요양급여 대상인 입원료 외에 추가로 부담하는 입원실 이용 비용
도수치료	치료자가 손(정형용 교정장치 장비 등의 도움을 받는 경우를 포함)을 이용해서 환자의 근골격계통(관절, 근육, 연부조직, 림프절 등)의 기능 개선 및 통증감소를 위하여 실시하는 치료행위 ※ 의사 또는 의사의 지도하에 물리치료사가 도수치료를 하는 경우에 한함
체외충격파치료	체외에서 충격파를 병변에 가해 혈관 재형성을 돕고 건(힘줄) 및 뼈의 치유 과정을 자극하거나 재활성화 시켜 기능개선 및 통증감소를 위하여 실시하는 치료행위 (체외충격파쇄석술은 제외)
증식치료	골격계 통증이 있는 부위의 인대나 건(힘줄), 관절, 연골 등에 증식물질을 주사하여 통증이 소실되거나 완화되는 것을 유도하는 치료행위
주사료	주사치료시 사용된 행위, 약제 및 치료재료대
자기공명 영상진단	자기공명영상 장치를 이용하여 고주파 등을 통한 신호의 차이를 영상화하여 조직의 구조를 분석하는 검사(MRI/MRA) ※ 자기공명영상진단 결과를 다른 의료기관에서 판독하는 경우 포함 (보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여•비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 상의 MRI 범주에 따름)
항암제	식품의약품안전처가 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 따라 지정하는 ‘조직세포의 기능용 의약품’ 중 ‘종양용약’과 ‘조직세포의 치료 및 진단 목적제제’* ※ 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 따른 의약품분류표가 변경되는 경우, 치료시점의 의약품분류표에 따릅니다.
항생제 (항진균제 포함)	식품의약품안전처가 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 따라 지정하는 ‘항병원생물성 의약품’ 중 ‘항생물질제제’, ‘화학요법제’ 및 ‘기생동물에 대한 의약품 중 항원충제’* ※ 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 따른 의약품분류표가 변경되는 경우, 치료시점의 의약품분류표에 따릅니다.
희귀의약품	식품의약품안전처장이 「희귀의약품 지정에 관한 규정」에 따라 지정하는 의약품* ※ 「희귀의약품 지정에 관한 규정」에 따른 희귀의약품 지정 항목이 변경되는 경우, 치료시점의 희귀의약품 지정 항목에 따릅니다.

용어	정의
치아치료에 대한 보험금 지급횟수 기준	치아 치료에 있어 1건의 의미는 치료 대상 치아 1개에 대해 행해지는 치료 1회를 기준으로 합니다. - 치료 1회에 치아 2개 치료 : 2건 - 동일한 치아 1개를 2회에 걸쳐 치료 : 2건
치아우식	「치아우식」이란 한국표준질병사인분류 중 분류코드 K02(치아우식), K04(치수 및 근단주위조직의 질환)에 해당 하며 일반적으로 충치라고 합니다. 치아우식은 치아의 석회 성분이 녹거나 파괴되었 을 때 또는 이로 인한 치수염 등의 원인으로 치수 및 근단주위조직이 손상되어 치아를 잃게 되는 질환을 말합니다.
치주질환	「치주질환」이란 한국표준질병사인분류 중 분류코드 K05(치은염 및 치주질환)에 해당하며 일반적으로 잇몸질환 이라고 합니다. 치주질환은 크게 치은염과 치주염으로 구분할 수 있는데 염증 반응이 치은 조직에만 국한했을 때는 치은염이라 하고 치은염을 방치해 치주 인대와 치조골이 파괴되었을 때를 치주염이라 말합니다.
치아보존치료	「치아보존치료」라 함은 치아를 빼지 않고 치료하는 크라운 및 충전재료(인레이 및 온레이 간접충전(금 등을 사용 한 충전치료), 광중합형 복합레진충전, 광중합형 글래스아이노머시멘트충전 등)를 이용한 치료를 말합니다. 단, 국 민건강보험법에서 정한 요양급여에 해당하는 충전재료(아말감,자가중합레진 등)를 이용한 치료는 제외하며, 보험 계약 당시 국민건강보험법 비급여 대상이었으나, 보험계약 이후 법령의 개정으로 국민건강보험법 요양급여 대상으 로 된 경우에도 보상하지 않습니다.
치아보철치료	「치아보철치료」라 함은 가철성의치(틀니, Denture), 고정성가공의치(브릿지, Bridge), 임플란트(Implant)의 세 가지 치료를 말합니다. 가. “가철성의치(Denture)”란 일반적으로 틀니라고 말하며 영구치와 그와 연관된 조직이 결손이 되었을 때 인공적 으로 대치하는 보철물을 장착하는 시술로서 국소의치와 총의치를 포함합니다. 국소의치(부분틀니, Partial Denture)는 전체 치아가 아닌 하나 또는 그 이상의 치아와 그 관련조직의 결손을 수복해주는 보철물을 말하며 금 관, 지대치 혹은 다른 고정성 가공의치(Bridge)및 점막에서 지지를 받습니다. 총의치(Complete Denture)는 영 구치가 하나도 없는 환자에게 인공적인 방법과 수단으로 여러 가지 재료를 사용하여 제작하는 의치를 말하며 영구 치 또는 인공치의 치열 전체, 보통 상실한 영구치와 주위 조직을 대신하는 인공 보철물입니다. 나. “고정성가공의치(Bridge)”란 치아와 치아 사이를 다리처럼 연결하여 보철물을 제작하는 방 법으로 하나 또는 둘 이상의 치아가 결손이 되어 있을 때 결손이 된 부분에 대해 인접한 영구치 를 지대치로 하고 가공치를 지대치와 연결하여 구강 내에 영구접착 되어지는 보철물을 말합니다. 다. “임플란트(Implant)”란 점막 또는 골막층 하방 그리고 골조직 내부 등의 구강 조직에 이물 성형재료를 매식한 후 고정성 또는 가철성 보철물을 삽입하는 치료를 말합니다.

3. 보험금 청구 절차



4. 보험금 청구 방법

보험금청구 접수 방법			
팩스번호	FAX: 02-2275-6086		
문의 및 접수메일	Kr.hnb.claim@aon.com		
주소 (등기접수)	(04539) 서울 중구 을지로5길 26 센터원빌딩 동관29층		
모바일접수 (실손 의료비 청구에 한합니다.)	• 에이온 스마트 QR코드  iOS  Android App store 또는 Play스토어에서 “에이온 스마트”로 검색하여 설치 보험금청구서 앱으로 작성 후 구비서류를 사진파일로 전송가능 Company code: RK1231 (대소문자구분없음)		
담당	에이온코리아보험중개(주) 박신화 과장	상담전화번호	TEL : 02-2260-2340
업무시간	평일 09:00 ~ 18:00 (점심시간 11:45~12:45)		

5. 보험금 청구 구비서류 안내

구분	구비서류
공통서류	• 보험금 청구서 • 보험금 청구를 위한 필수개인(신용)정보처리 동의서 - 피보험자/수익자 자필서명 필수
기타	• 제출불가영수증 : 카드전표 및 납입확인서 • 본인부담상한제에 적용되는 경우 국민건강보험료 납부확인서/자격득실확인서 등 요청 • 가족관계증명서 : 사안에 따라 추가로 요청 • 임직원 재직증명서 또는 경력증명서 : 사안에 따라 추가로 요청 • 신분증(앞면) 사본 및 통장사본
입원진료	• 입퇴원확인서 (진단명 및 입퇴원기간이 포함된, 진단명 없을시 진단서 별도 구비 필요) • 입원진료비계산서영수증 • 입원(진료)비 세부내역서
통원진료	• 진료비 계산서 영수증 (일자별 영수증 및 약국영수증+처방전 (필수)) • 진료비 세부내역서 - 전액본인부담 및 비급여항목 의료비 발생시 필수 • 진단명(질병분류코드) 및 통원일(기간)이 포함된 서류
치과	• 치과치료확인서 - 우측 1) ~ 4) 항목이 모두 기재되어야 함 (의료기관발급양식 또는 보험사제공양식) 1) 치료의 위치(또는 치아번호) 2) 해당 치아의 내원당시의 치아상태 3) 직접적인 치아치료원인(영구치 발거 원인) 4) 진단확정일, 진료시작일~ 진료종료일 5) 치료 전후의 x-ray 사진 또는 이에 준하는 판독자료 (필요시 추가요청) • 치과 진료차트(의무기본사본) • 진료비계산서영수증

※ 사망, 장애, 진단금 등 중요 보험금 청구 시 담당자와 필요서류를 확인 받으시기 바랍니다.

※ 금융감독원의 보험금 청구서류 표준안에 따른 필수 구비서류 이므로 상기의 서류들이 모두 구비되지 않을 경우 보험금 지급에 제한이 있을 수 있습니다. 또한, 사안에 따라 상기 서류이외 추가서류가 요청될 수 있습니다.

6. 보험금 청구 관련 주요 안내사항

청구 소멸시효	보험금청구서 작성	개인정보동의
상법662조(소멸시효) 보험금 청구권은 3년간 이후는 청구가 불가능하여 빠른 시일내 청구 부탁드립니다.	- 보험금청구서양식은 신의성실 원칙에 따라 작성하여 주세요. - 정확하지 않을 경우 불이익이 있을 수 있으니 정확한 병명 및 사고사항을 기재하여 주세요.	2011년 9월 30일 이후 개인정보보호법 및 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률에 따라 동의서 필수 제출 요청 드립니다. - 동의서 누락 시 보험금 지급업무와 관련한 서비스 제공이 불가능합니다.

본인부담상한제	<u>1. 국민건강보험법에 따른 본인부담금 상한제</u> 요양급여비용 중 본인이 부담한 비용의 연간 총액이 일정 상한액 (국민건강보험 지역가입자의 세대별 보험료 부담수준 또는 직장가입자의 개인별 보험료 부담수준에 따라 국민건강보험법 등 관련 법령에서 정한 금액을 초과하는 경우 그 초과액을 국민건강보험공단이 부담하는 제도 <u>2. 의료급여법에 따른 본인부담금 보상제</u> 수급권자의 급여대상 본인부담금이 매 30일간 다음 금액을 초과하는 경우, 초과금액의 50%에 해당하는 금액을 의료급여기금 등이 부담하는 제도 1.1종 수급권자: 2만원 2.2종 수급권자: 20만원 <u>3. 의료급여법에 따른 본인부담금 상한제</u> 본인부담금 보상제에 따라 지급받은 금액을 차감한 급여대상 본인부담금이 다음 금액을 초과하는 경우, 그 초과액 전액을 의료급여기금 등이 부담하는 제도
비급여 진료제도	<u>1. 비급여 진료비용 공제제도</u> 국민이 쉽게 이해하고 의료기관을 선택할 때 참고할 수 있도록 건강보험 심사평가원이 매년 비급여 진료비용을 조사하여 최저최고금액 등 비급여 진료비용에 대한 정보를 비교 공개하는 제도 <u>2. 비급여 진료 사전설명제도</u> 진료에 필요한 항목 및 가격을 환자가 사전에 인지하고 선택할 수 있도록 의료기관이 비급여 진료 전에 비급여 제공항목과 가격을 미리 설명하도록 의무화하는 제도 <u>3. 비급여 진료비 확인제도</u> 건강보험심사평가원에서 의료기관 등에서 자료를 받고 지불한 비급여 (전액 본인부담금 포함) 진료비용이 건강보험 (의료급여)에 해당되는지 확인할 수 있는 제도

7. 실손 의료비 중복제한 규정안내 (비례보상)

실손 의료비 보장의 경우 본인이 실제로 의료기관에 지불한 치료비 만을 보장하는 상품으로 타 보험사(개인보험 및 단체보험 모두 포함)에 실손 의료비 보장형 상품이 가입되어 있을 경우, 중복 보장이 불가능하며, 비례 보상될 수 있습니다 (2003.10.1일 보험업법 개정). 금융감독원의 지침에 의거 의료실비보장에 대한 이중수혜를 방지하기 위해 국내 모든 생명보험 및 손해보험사에 일괄 적용되는 항목입니다.

실손 의료비 약관 “다수보험의 처리 등”에 명시된 사항임

제9관 다수보험의 처리 등

제31조(다수보험의 처리)

- ① 다수보험의 경우 각 계약의 보상대상의료비 및 보상책임에 따라 제2항에서 정한 방법으로 계산된 각 계약의 비례분담액을 지급합니다.
- ② 각 계약의 보상책임액 합계액이 각 계약의 보상대상의료비 중 최고액에서 각 계약의 피보험자부담 공제금액 중 최소액을 차감한 금액을 초과한 다수보험은 아래의 산출방식에 따라 각 계약의 비례분담액을 계산합니다. 이 경우 입원, 외래, 처방조제를 각각 구분하여 계산합니다.

각 계약별 비례분담액 =

(각 계약의 보상대상의료비 중 최고액 – 각 계약의 피보험자부담 공제금액 중 최소액) ×

각 계약별 보상책임액

각 계약별 보상책임액을 합한 금액

■ 비례보상 예시 (입원 진료비)

[단위:원]

보험사	가입금액	발생의료비	각보험사별 보상책임액	비례보상 산출방식	지급보험금
A보험사	1,000만 (급여 90% +비급여80%)	급여 50만 비급여 450만	50만 X 90% = 45만 450만 X 80% =360만	(500만-95만) X (4,050,000 ÷ 7,600,000)	2,158,224
B보험사	1,000만 (급여 80% +비급여70%)		50만 X 80% = 40만 450만 X 70% =315만	(500만-95만) X (3,550,000 ÷ 7,600,000)	1,891,776
합계		500만	7,600,000		4,050,000

A 보험사 공제금액 950,000원 VS B 보험사 공제금액 1,450,000원 중 A보험사 공제금액이 최소액 위 예시의 A보험사 상품은 2017년 4월에 가입된 상품, B보험사는 2022년 6월에 가입된 상품을 중복 가입시에 대한 예시입니다.

보장내용별 중복보상 적용 여부

실비형 상품 (중복보상 불가)

- 상해의료비 보장
- 질병의료비 보장
- 3대비급여치료 보장

정액형 상품 (중복보상 가능)

- 사망 보장
- 후유장해 보장
- 치과



Aon Korea Inc.
29th Floor, Center 1 East Tower 26 Eulji-Ro 5gil, Jung-Gu,
Seoul 04539 Korea

www.aon.com

No part of this report may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any way or by any means, including photocopying or recording, without the written permission of the copyright holder, application for which should be addressed to the copyright holder.