

국내여행보험 상품 설명서

●국내여행보험 (가입하신 플랜의 담보만 보상됩니다. 보상에 관한 자세한 사항은 약관을 참조바랍니다)

● 기본계약

담보명	담보내용	보상금액
상해사망후유장해	국내여행중 급격하고도 우연한 외래사고로 피보험자가 사망하거나 후유장해가 발생하였을 경우, 사망시에는 가입금액 전액, 후유장해시에는 약관상의 후유장해지급율표에 따라 가입금액의 3%~100%를 지급	보험가입금액

● 선택계약

담보명	담보내용	보상금액
상해입원의료실비 (기본_선택형2)	국내여행중에 상해를 입고 이로 인해 국내 의료기관에서 입원 치료를 받은경우(단,비급여 도수치료비, 체외충격파치료비, 증식치료비,비급여주사료, 비급여 MRI/MRA는 보상하지않음). 국민건강보호법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액)의 90% 해당액과 비급여(본인이 실제로 부담한 금액)의 80%해당액의 합계액(다만, 급여중 본인부담금의 10%해당액과 비급여의 20%해당액을 합산한 금액이 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 200만원을 초과하는경우 그초과금액은 보상합니다.) 입원병실료 차액의 경우 50%를 공제한 후의 금액을 보상(단,1일 평균 10만원한도)	보험가입금액 한도내에서 1사고 당 실제 부담한 의료비용 중 본인 부담금 공제후 지급
상해통원의료실비 (기본_선택형2_외래)	국내여행중에 상해를 입고 이로 인해 국내 의료기관에서 통원 치료를 받은경우(단,비급여 도수치료비, 체외충격파치료비, 증식치료비,비급여주사료, 비급여 MRI/MRA는 보상하지않음). 방문 1회당 국민건강보호법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액)과 비급여부분의 합한 금액에서 의원급1만원과 공제기준금액(보상대상의료비의 급여 10% 해당액과 비급여 20% 해당액의 합산액)중 큰 금액, 종합병원, 전문병원급1만5천원과 공제기준금액(보상대상의료비의 급여 10% 해당액과 비급여 20% 해당액의 합산액)중 큰 금액, 종합전문요양기관 및 상급종합병원 2만원과 공제기준금액(보상대상의료비의 급여 10% 해당액과 비급여 20% 해당액의 합산액)중 큰 금액을 차감한 후 보험가입금액을 한도로 보상(보험기간 내 방문 180회한도, 단 통원 치료중 보험기간 종료시 종료일 이후 180일까지 방문 90회한도)	
상해통원의료실비 (기본_선택형2_처방조제)	국내여행중에 상해를 입고 이로 인해 국내 의료기관, 약국에서 치료를 받은경우(단,비급여 도수치료비, 체외충격파치료비, 증식치료비,비급여주사료, 비급여 MRI/MRA는 보상하지않음). 국민건강보호법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액)과 비급여부분의 합한 금액에서 처방조제비 건당 8천원과 공제기준금액(보상대상의료비의 급여 10% 해당액과 비급여 20% 해당액의 합산액)중 큰 금액 공제 후 보험가입금액을 한도로 보상(보험기간 내 처방전 180건 한도, 단 통원 치료중 보험기간 종료시 종료일 이후 180일까지 처방전 90건한도)	
질병입원의료실비 (기본_선택형2)	국내여행 중에 질병으로 인하여 국내 의료기관에서 입원 치료를 받은경우(단,비급여 도수치료비, 체외충격파치료비, 증식치료비,비급여주사료, 비급여 MRI/MRA는 보상하지않음). 국민건강보호법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액)의 90% 해당액과 비급여(본인이 실제로 부담한 금액)의 80%해당액의 합한 금액(다만, 급여중 본인부담금의 10%해당액과 비급여의 20%해당액을 합산한 금액이 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 200만원을 초과하는경우 그초과금액은 보상합니다.)입원병실료 차액의 경우 50%를 공제한 후의 금액을 보상(단,1일 평균 10만원한도)	보험가입금액 한도내에서 1사고 당 실제 부담한 의료비용 중 본인 부담금 공제후 지급
질병통원의료실비 (기본_선택형2_외래)	국내여행 중에 질병으로인해 국내 의료기관에서 통원 치료를 받은경우(단,비급여 도수치료비, 체외충격파치료비, 증식치료비,비급여주사료, 비급여 MRI/MRA는 보상하지않음). 방문 1회당 국민건강보호법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액)과 비급여부분의 합한 금액에서 의원급1만원과 공제기준금액(보상대상의료비의 급여 10% 해당액과 비급여 20% 해당액의 합산액)중 큰 금액, 종합병원, 전문병원급1만5천원과 공제기준금액(보상대상의료비의 급여 10% 해당액과 비급여 20% 해당액의 합산액)중 큰 금액, 종합전문요양기관 및 상급종합병원 2만원과 공제기준금액(보상대상의료비의 급여 10% 해당액과 비급여 20% 해당액의 합산액)중 큰 금액을 차감한 후 보험가입금액을 한도로 보상(보험기간 내 방문 180회한도, 단 통원 치료중 보험기간 종료시 종료일 이후 180일까지 방문 90회한도)	
질병통원의료실비 (기본_선택형2_처방조제)	국내여행 중에 질병으로 인해 국내 의료기관, 약국에서 치료를 받은경우(단,비급여 도수치료비, 체외충격파치료비, 증식치료비,비급여주사료, 비급여 MRI/MRA는 보상하지않음). 국민건강보호법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액)과 비급여부분의 합한 금액에서 처방조제비 건당 8천원과 공제기준금액(보상대상의료비의 급여 10% 해당액과 비급여 20% 해당액의 합산액)중 큰 금액 공제 후 보험가입금액을 한도로 보상(보험기간 내 처방전 180건 한도, 단 통원 치료중 보험기간 종료시 종료일 이후 180일까지 처방전 90건한도)	
여행중 질병사망 및 80%이상 후유장해	국내여행 도중에 질병으로 보험기간 중 또는 보험기간 종료후 30일 이내에 사망하거나 장해지급률이 80% 이상에 해당하는 장해상태가 되었을때 가입금액 전액 보상	보험가입금액

상해질병의료실비 (특약_비급여도수, 체외충격파, 증식치료)	국내여행 중에 입은 상해 또는 질병의 치료목적으로 국내병원에 입원 또는 통원하여 비급여「도수치료·체외충격파치료·증식치료」를 받은 경우 본인이 실제로 부담한 비급여 의료비(행위료, 약제비, 치료재료대 포함)에서 공제금액(1회당 2만원과 보상대상의료비의 30% 중 큰 금액)을 뺀 금액을 보상한도(계약일부터 1년 단위로 350만원 이내에서 도수치료·체외충격파치료·증식치료의 각 치료횟수를 합산하여 50회까지)내에서 보상	보험가입금액 한도내에서 실제 부담한 의료비용 지급 (자기부담금공제)
상해질병의료실비 (특약_비급여 주사료)	국내여행 중에 입은 상해 또는 질병의 치료목적으로 입원 또는 통원하여 주사치료를 받아 본인이 실제로 부담한 비급여 주사료에서 공제금액(입원, 통원 1회당 2만원과 보상대상의료비의 30% 중 큰 금액)을 뺀 금액을 보상한도(계약일부터 1년 단위로 250만원 이내에서 입원과 통원을 합산하여 50회까지)내에서 보상	
상해질병의료실비 (특약_비급여 MRI/MRA)	국내여행 중에 입은 상해 또는 질병의 치료목적으로 입원 또는 통원하여 자기공명영상진단(MRI, MRA)을 받아 본인이 실제로 부담한 비급여 의료비(조영제, 판독료 포함)에서 공제금액(1회당 2만원과 보상대상의료비의 30% 중 큰 금액)을 뺀 금액을 보상한도(계약일부터 1년 단위로 연간 300만원 한도)내에서 보상	

지급제한사유

- ※ 보험회사의 책임은 피보험자가 여행을 목적으로 주거지를 출발하여 여행을 마치고 주거지에 도착할때까지로 제한됩니다.
 - ※ 의료비는 동 비용을 담보하는 다수 보험계약이 체결되어 있는 경우에는 약관에 따라 비례하여 보상합니다.
다만, 이미 가입된 보험계약에서 보상한 금액이 실제 본인이 부담한 의료비를 초과하였을 때에는 보험금이 지급되지 않을 수 있습니다.
 - * 위의 다수 보험계약에 해당되는 보험종목은 제3보험의 상해, 질병, 간병보험 및 손해보험의 종합, 장기 손해, 개인연금, 퇴직연금으로 합니다.
 - ※ 보험금을 지급하지 않는 사유 등 기타 세부적인 사항은 보통약관 및 특별약관 내용에 따라 보험금의 지급이 제한될 수 있습니다.
- 보령계약 체결 전 보험약관의 보향하지 아니하는 내용에 대해 숙지하시기 바랍니다.
- ※ 자세한 사항은 반드시 약관을 읽어보시기 바랍니다