

헤아림실손의료비보험 (단체전환·중지재개용)

1종(단체전환용) 가입안내

가입나이	보험기간	납입기간	갱신횟수	납입주기
1종(단체전환용) : 0~65세	1년 만기 자동갱신	전기납	최대 14회(최대 15년 보장) ※ 15년 이후에는 재가입 가능	월납, 3개월납, 6개월납, 연납

▶보험료 변경주기 1년	▶재가입주기(보장내용 변경주기) 15년 ※ 재가입을 통해 보장 받을 수 있는 최대기간은 보험나이 100세 계약해당일까지임	▶재가입 의사표시 계약자는 보장내용 변경주기 만료일 전일까지 재가입 의사를 표시하여야함
--------------	---	--

※ 회사가 정하는 기준에 의거 피보험자의 가입나이 및 건강상태, 직업 또는 직무 등에 따라 보험가입금액이 제한되거나 가입이 불가능 할 수 있습니다.
 ※ 실제 손해를 보상하는 담보를 다수의 보험계약으로 체결되어 있는 경우(공제계약 포함) 약관내용에 따라 비례보상합니다.
 ※ 담보종목별 자세한 보장내용은 약관을 참조하시기 바랍니다.

개인실손전환(단체→개인) 관련 주요 인수기준

※ 아래 인수기준은 주요내용 요약으로 자세한 사항은 인수기준서를 참조하여 주십시오

구분	인수 기준 요약
전환 신청 기준	- 단체실손 종료일로부터 1개월 이내
신청자 자격	- 단체실손에 가입한 단체의 임직원이거나 퇴직자 중 직전 5년간 연속으로 단체실손의 피보험자인 경우
전환 심사 기준	- 다음 요건 중 하나라도 해당될 경우 전환 불가(모두 충족시 무심사 전환) ① 청약일 기준 직전 5년간 단체실손(비실손보장형(정액형) 포함)에서 수령한 보험금이 200만원을 초과한 경우 ② 청약일 기준 직전 5년간 "10대질병"으로 의사로부터 진찰 또는 검사를 통하여 의료행위를 받은 사실이 있는 경우 * 10대질병 : ①암 ②백혈병 ③고혈압 ④협심증 ⑤심근경색 ⑥심장판막증 ⑦간경화증 ⑧뇌졸중증(뇌출혈, 뇌경색) ⑨당뇨병 ⑩에이즈(AIDS) 및 HIV 보균을 말함

■ 전환심사 관련 Q&A

질의	답변
퇴직전에도 전환 신청이 가능한가요?	네, 보장 공백이 생기지 않기 위해 퇴직예정일로 1개월이내 전환신청이 가능합니다. 이 때 퇴직예정일을 확인할 수 있는 확인서가 필요하고, 단기간이라도 단체실손과 보장 중복기간이 발생하므로 실손보험 중복동의서(당사 양식)를 작성 후 FAX로 보내주시면 됩니다. (FAX 0505-060-0002)
단체실손 종료 후 1개월이 넘었는데 신청이 가능한가요?	아니요, 금감원에서 정의한 가이드라인에 따르면 단체실손보험 종료 후 1개월이내 신청하도록 되어 있습니다. 기간이 경과하면 신청이 불가하고, 실손가입 필요시 일반실손보험상품으로 청약요청하셔야 합니다. (이 경우 일반실손 가입절차와 동일합니다. 이하 동일)
단체실손에 가족도 같이 가입되어 있었는데 가족도 같이 전환이 가능한가요?	아니요, 전환대상자는 임직원, 퇴직자 본인이어야 합니다. 가족의 경우 필요시 일반실손보험상품으로 청약요청하셔야 합니다.
단체실손에서는 입원의료비만 가입했고, 통원의료비와 선택특약은 없었는데 개인실손전환시 보장 추가가 가능한가요?	아니요, 단체실손을 개인실손으로 전환할 경우 동일 조건으로만 전환이 가능합니다. 보장종목을 추가하거나, 가입금액을 증액할 경우 등 보장을 강화하고자 할 경우 전환신청이 불가합니다. 필요시 일반실손보험상품으로 청약요청하셔야 합니다.
회사가 판매하는 개인실손 중 직전 가입되어 있던 단체실손과 동일한 개인실손 보장이 없는 경우 전환이 가능한가요?	네, 기준상 보장을 강화할 수는 없지만 회사가 판매하는 상품 중 직전 단체실손과 동일조건이 없을 경우 가장 유사하게 적용하는 경우는 전환 가능합니다. 예) 단체실손 입원의료비 5백만원 → 개인실손 입원의료비 1천만원(O) 단체실손 입원의료비 5백만원 → 개인실손 입원의료비 3천만원(X)
현재 고혈압으로 약을 먹고 있습니다. 전환이 가능한가요?	아니요, 실손전환 청약일 직전 5년간 10대질병으로 의료행위를 받은 사실이 있는 경우 전환이 불가합니다. 필요시 유병자 가입할 수 있는 간편가입실손보험상품으로 청약요청하셔야 합니다.
해외파견으로 단체보험 직전 5년 연속가입 기준을 충족하지 못했습니다. 어떻게 업무처리를 하면 될까요?	해외체류플랜(가칭)으로 재설계하고 해외발령이나 해외지사 파견 등을 증빙할 수 있는 경력증명서 등을 FAX로 보내주시면 됩니다. (FAX 0505-060-0002)

가입 시 알아두실 사항

1. 본 상품 가입 전 직원과 충분히 상담하시고 반드시 상품설명서 및 약관을 읽어보시기 바랍니다. 2. 이 보험계약은 예금자보호법에 따라 예금보험공사가 보호하되, 보호한도는 본 보험회사에 있는 모든 예금보호대상 금융상품의 해약환급금(또는 만기 시 보험금이나 사고보험금)에 기타지급금을 합하여 1인당 "최고5천만원"이며, 5천만원을 초과하는 나머지 금액은 보호하지 않습니다. 다만 보험계약자 및 보험료납부자가 법인인 보험계약은 예금자보호법에 따라 예금보험공사가 보호하지 않습니다. 3. 보험계약자가 기존 보험계약을 해지하고 새로운 보험계약을 체결하는 경우 보험인수가 거절되거나, 보험료가 인상될 수 있으며 보장내용이 달라질 수 있으니 유의하시기 바랍니다. 4. 보험 상담 및 분쟁의 해결에 관한 사항 : 가입하신 보험에 관하여 상담이 필요하거나 불만사항이 있을 때에는 먼저 저희회사 (☎:1644-9000 / 홈페이지www.nhfire.co.kr~전자민원접수)로 연락 주시면 신속히 해결해 드리겠습니다. 또한, 저희 회사의 처리결과에 이의가 있으면 금융감독원 민원상담전화 ☎:국번 없이 1332, 홈페이지:www.fss.or.kr에 민원 또는 분쟁조정 등을 신청하실 수 있습니다. 5. 보험계약자 또는 피보험자(보험대상자)는 계약체결 시 청약서의 기재사항에 대하여 사실대로 알려주셔야 하며 그렇지 않을 경우 사고 시 보상이 되지 않으며 보험계약이 해지될 수 있습니다. 6. 청약의 철회 : 보험계약자는 보험 중권을 받은 날로부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. 다만, 청약을 한 날부터 30일을 초과하는 계약 및 전단계약, 보험기간이 1년 미만인 계약 또는 전문보험계약자가 체결한 계약은 청약을 철회할 수 없습니다. 7. 품질보증제도 : 보험계약 청약 시 약관과 계약자 보관용 청약서를 전달받지 못하거나 약관의 중요한 내용을 설명 받지 못한 때 또는 청약서에 자필서명을 아니한 때에는 계약이 성립된 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

보장내용

보장명		지급사유	가입금액								
기본 계약	기본형 상해입원	상해사고로 병원에 입원하여 치료 시 - 입원실료, 입원제비용, 입원수술비 : 80%해당액 - 상급병실료 차액의 50%(1일 평균 10만원 한도)	가입금액 한도								
	기본형 상해 통원	외래 상해사고로 병원에 통원하여 치료 시 방문 1회당 보상대상의료비에서 병원규모별 공제금액(1~2만원)과 보상대상 의료비의 20% 중 큰 금액을 차감한 금액 - 병원규모별 공제금액 <table border="1"> <tr> <th>구분</th> <th>의원</th> <th>병원</th> <th>상급종합병원, 종합전문요양기관</th> </tr> <tr> <td>공제금액</td> <td>1만원</td> <td>1.5만원</td> <td>2만원</td> </tr> </table>	구분	의원	병원	상급종합병원, 종합전문요양기관	공제금액	1만원	1.5만원	2만원	가입금액 한도 (연간 방문 180회 한도)
			구분	의원	병원	상급종합병원, 종합전문요양기관					
	공제금액	1만원	1.5만원	2만원							
	처방 조제	상해사고로 처방조제 시 처방전 1건당 보상대상의료비에서 8천원과 보상대상의료비의 20% 중 큰 금액을 차감한 금액 - 입원실료, 입원제비용, 입원수술비 : 80%해당액 - 상급병실료 차액의 50%(1일 평균 10만원 한도)	가입금액 한도 (연간 처방전 180건 한도)								
	기본형 질병입원	질병으로 병원에 입원하여 치료 시 - 입원실료, 입원제비용, 입원수술비 : 80%해당액 - 상급병실료 차액의 50%(1일 평균 10만원한도)	가입금액 한도								
	기본형 질병 통원	외래 질병으로 병원에 통원하여 치료 시 방문 1회당 보상대상의료비에서 병원규모별 공제금액(1~2만원)과 보상대상의료비의 20% 중 큰 금액을 차감한 금액 - 병원규모별 공제금액 <table border="1"> <tr> <th>구분</th> <th>의원</th> <th>병원</th> <th>상급종합병원, 종합전문요양기관</th> </tr> <tr> <td>공제금액</td> <td>1만원</td> <td>1.5만원</td> <td>2만원</td> </tr> </table>	구분	의원	병원	상급종합병원, 종합전문요양기관	공제금액	1만원	1.5만원	2만원	가입금액 한도 (연간 방문 180회 한도)
			구분	의원	병원	상급종합병원, 종합전문요양기관					
	공제금액	1만원	1.5만원	2만원							
	처방 조제	질병으로 처방조제 시 처방전 1건당 보상대상의료비에서 8천원과 보상대상의료비의 20% 중 큰 금액을 차감한 금액	가입금액 한도 (연간 처방전 180건 한도)								
기본형 상해입원	상해사고로 병원에 입원하여 치료 시 - 입원실료, 입원제비용, 입원수술비 : 급여의 90%, 비급여의 80%해당액 - 상급병실료 차액의 50%(1일 평균 10만원 한도)	가입금액 한도									
선택 계약 II	기본형 상해 통원	외래 상해사고로 병원에 통원하여 치료 시 방문 1회당 보상대상의료비에서 병원규모별 공제금액(1~2만원)과 공제기준금액 중 큰 금액을 차감한 금액 - 병원규모별 공제금액 <table border="1"> <tr> <th>구분</th> <th>의원</th> <th>병원</th> <th>상급종합병원, 종합전문요양기관</th> </tr> <tr> <td>공제금액</td> <td>1만원</td> <td>1.5만원</td> <td>2만원</td> </tr> </table>	구분	의원	병원	상급종합병원, 종합전문요양기관	공제금액	1만원	1.5만원	2만원	가입금액 한도 (연간 방문 180회 한도)
			구분	의원	병원	상급종합병원, 종합전문요양기관					
	공제금액	1만원	1.5만원	2만원							
	처방 조제	상해사고로 처방조제 시 처방전 1건당 보상대상의료비에서 8천원과 공제기준금액 중 큰 금액을 차감한 금액	가입금액 한도 (연간 처방전 180건 한도)								
기본형 질병입원	질병으로 병원에 입원하여 치료 시 - 입원실료, 입원제비용, 입원수술비 : 급여의 90%, 비급여의 80%해당액 - 상급병실료 차액의 50%(1일 평균 10만원 한도)	가입금액 한도									
기본형 질병 통원	외래 질병으로 병원에 통원하여 치료 시 방문 1회당 보상대상의료비에서 병원규모별 공제금액(1~2만원)과 공제기준금액 중 큰 금액을 차감한 금액 - 병원규모별 공제금액 <table border="1"> <tr> <th>구분</th> <th>의원</th> <th>병원</th> <th>상급종합병원, 종합전문요양기관</th> </tr> <tr> <td>공제금액</td> <td>1만원</td> <td>1.5만원</td> <td>2만원</td> </tr> </table>	구분	의원	병원	상급종합병원, 종합전문요양기관	공제금액	1만원	1.5만원	2만원	가입금액 한도 (연간 방문 180회 한도)	
		구분	의원	병원	상급종합병원, 종합전문요양기관						
공제금액	1만원	1.5만원	2만원								
처방 조제	질병으로 처방조제 시 처방전 1건당 보상대상 의료비에서 8천원과 공제기준금액 중 큰 금액을 차감한 금액	가입금액 한도 (연간 처방전 180건 한도)									
선택 계약 관	비급여 도수치료· 체외충격파치료· 증식치료	상해 또는 질병의 치료목적으로 병원에 입원 또는 통원하여 도수치료·체외충격파치료·증식치료를 받은 경우 도수치료·체외충격파치료·증식치료로 인하여 본인이 실제로 부담한 비급여 의료비 (행위료, 약제비, 치료재료대 포함)에서 공제금액을 뺀 금액 - 공제금액 : 1회당 2만원과 보상대상의료비의 30% 중 큰 금액	350만원 한도 (연간 각 치료횟수 합산 50회 한도)								
	비급여 주사료	상해 또는 질병의 치료목적으로 병원에 입원 또는 통원하여 주사치료를 받아 본인이 실제로 부담한 비급여 주사료에서 공제금액을 뺀 금액 - 공제금액 : 입원·통원 1회당 2만원과 보상대상의료비의 30% 중 큰 금액	250만원 한도 (연간 입원·통원 합산 50회 한도)								
	비급여 자기공명영상진단 (MRI/MRA)	상해 또는 질병의 치료목적으로 병원에 입원 또는 통원하여 자기공명영상진단을 받아 본인이 실제로 부담한 비급여 의료비(조영제, 판독료 포함)에서 공제금액을 뺀 금액 - 공제금액 : 1회당 2만원과 보상대상의료비의 30% 중 큰 금액	300만원 한도								

※ 공제기준금액(선택형 II) : 보상대상의료비의 급여 10%해당액과 비급여 20%해당액의 합산액

주1) 실손의료비보험 운영에 관한 사항

- 실손의료비보험의 보험기간은 1년 만기로, 최초가입 후 1년마다 갱신을 통해 만기 시까지 해당보험료를 납입하셔야 보장받을 수 있습니다.
- 보장내용의 변경주기는 15년이며, 계약자는 보장내용 변경주기 만료일까지 재가입 의사를 표시하여야 합니다.
- 실손의료비보험 갱신 시 보험료가 인상될 수 있으며, 보험료가 인상될 경우 보험료 인상분을 추가 납입 하셔야 계약이 정상 유지됩니다.

주2) 기본계약에서 보상하지 않는 의료비

1. 비급여 도수치료·체외충격파치료·증식치료로 인하여 발생한 비급여 의료비
2. 비급여 주사료(다만, 항암제, 항생제(항진균제 포함), 희귀의약품은 보상합니다)
3. 자기공명영상진단(MRI/MRA)으로 인하여 발생한 비급여 의료비(조영제, 판독료 포함)
4. 제 1호, 제 2호, 제 3호와 관련하여 자동차보험(공제를 포함합니다) 또는 산재보험에서 발생한 본인부담의료비