

● 문답식 상품해설 (Q & A)

Q) [갱신형] 실손의료비는 무엇이고 운영은 어떻게 되나요?

A) [갱신형] 실손의료비는 최초 가입후 1년마다 갱신을 통해 최고 5년 까지 보장받을 수 있는 담보로, [갱신형] 실손의료비의 보험료는 매 1년마다 갱신할 때 나이증가 및 적용요율의 변동(의료비 상승, 위험률 변동, 비급여 의료이용량 등)에 따라 인상될 수 있으며, 자동갱신이 끝나는 날까지 변경된 보험료를 납입하여야 계약이 정상 유지됩니다.

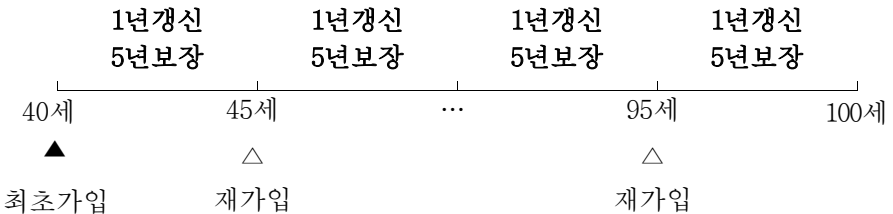
Q) 이 계약의 자동갱신 종료후에 재가입이 가능한가요?

재가입 조건은 어떻게 되나요?

A1) 예, 계약자는 이 계약의 자동갱신(최고 4회) 종료후에 재가입 시점에서 회사가 판매하는 실손의료보험 중에서 선택하여 재가입하실 수 있으며, 회사는 이를 거절할 수 없습니다. 다만, 재가입 시점의 표준약관을 적용하기 때문에 보장내용 및 보장금액 등은 변경될 수 있습니다.

A2) 또한, 재가입 주기(보장내용 변경주기)는 5년이며, 재가입을 통해 보장받을 수 있는 최대 기간은 보험나이 100세 계약해당일까지입니다.

< 재가입 예시 >



Q) 비급여 보험료 차등제란 무엇인가요?

A1) 보험계약을 갱신할 때, 갱신 전의 비급여 의료이용량에 따라 갱신 후의 특별약관 보험료를 5단계로 차등 적용하는 제도입니다.

구분	1단계 (할인)	2단계 (유지)	3단계 (할증)	4단계 (할증)	5단계 (할증)
할인/ 할증률	α% 할인	-	100% 할증	200% 할증	300% 할증
비급여 지급보험금	0원	100만원 미만	150만원 미만	300만원 미만	300만원 이상

주) 할인율(α%)은 할증 대상자들의 보험료 추가분을 재원으로 갱신시에 결정됩니다.

A2) 국민건강보험법 상 산정특례 대상 질환으로 인한 비급여의료비 및 노인장기요양보험법 상 장기요양대상자 중 1등급 또는 2등급으로 판정 받은 자에 대한 비급여의료비는 제외합니다.

※ 산정특례 대상자란 본인일부부담금 산정특례에 관한 기준(보건복지부 고시)에 따른 중증질환(암, 뇌혈관질환, 심장질환 등), 희귀질환 및 중증난치질환, 결핵, 치매질환 등을 가진 건강보험가입자 및 피부양자를 말합니다.

Q) 태아 가입시 보험료 납입에 대해 설명해 주세요.

A1) 보험계약을 체결 할 때에 피보험자로 될 자가 출생전자녀(태아)인 경우에 계약체결일부터 출생시점(출산 또는 분만 과정에서 보험금지급사유가 발생하는 경우 포함)까지의 기간을 보험기간으로 하여 아래의 보험료 납입기간동안 보험료를 추가로 부가합니다.

보험료 납입기간	가입나이	납입주기
전기납	태아	월납

- A2) 태아 가입시에는 자녀 출생후 피보험자 변경통지를 하셔야 하며, 출생한 자녀의 성별이 보험가입시와 다른 경우 성별에 따라 보험료를 정산한 후, 회사가 지급하여야 할 금액이 있을 때에는 이를 계약자께 지급하여 드리고 부족한 금액이 있을 때는 계약자께서 이를 회사에 납입하셔야 합니다.
- A3) 태아 가입시에는 자녀 출생후 피보험자 변경통지를 하셔야 하며, 출생일을 기준으로 출생 후 계약으로 전환됩니다. 단, 변경통지를 하지 않은 경우에는 출생예정일이 포함된 달의 다음달의 계약해당 일자에 출생 후 계약으로 자동전환됩니다.
- A4) 출생 이후의 보험료는 성별 및 적용요율의 변동(의료비 상승, 위험률 변동 등)에 따라 변경될 수 있으며 이 경우 계약자는 변경된 보험료를 납입하여야 합니다.
- A5) 회사는 상기 A2)에 따라 정산되는 보험료를 정산일까지 기간에 대하여 평균공사이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 지급합니다.