

# 2021년 동국대학교 교직원 단체보험 안내

2021년 9월

본 자료는 고객의 이해를 돕기 위하여 약관을 요약 발췌한 것으로  
실제 보험금 지급여부 및 지급금액은 해당 약관에 따라 결정됨을 알려드립니다.

- 목 차 -

I. 계약 내용 안내

1. 동국대학교 교직원 단체보험 내용 .....	3
2. 보험금 청구서 접수처 안내 .....	5
3. 보험금 지급사유별 첨부서류 안내 .....	6

II. 보장 유형별 주요내용

1. 급여실손 의료비, 비급여실손의료비 (실비가입자 限) .....	7
2. 보상하지아니하는손해 .....	8
3. 암 보장 .....	9
4. 급성심근경색, 뇌출혈 보장 .....	10
5. 사망보장 및 후유장애 (상해 및 질병) .....	11

# 1. 계약내용 안내

## 1. 동국대학교 교직원 단체보험 내용

(1) 보험기간 : 2021. 09. 01 ~ 2022. 08. 31

(2) 피보험자 : 교직원

- 보험계약기간 내 재직 중인 교직원에 한하며, 신규임용/채용된 교직원의 경우 입사일로부터 적용

(3) 단체보험 담보내용

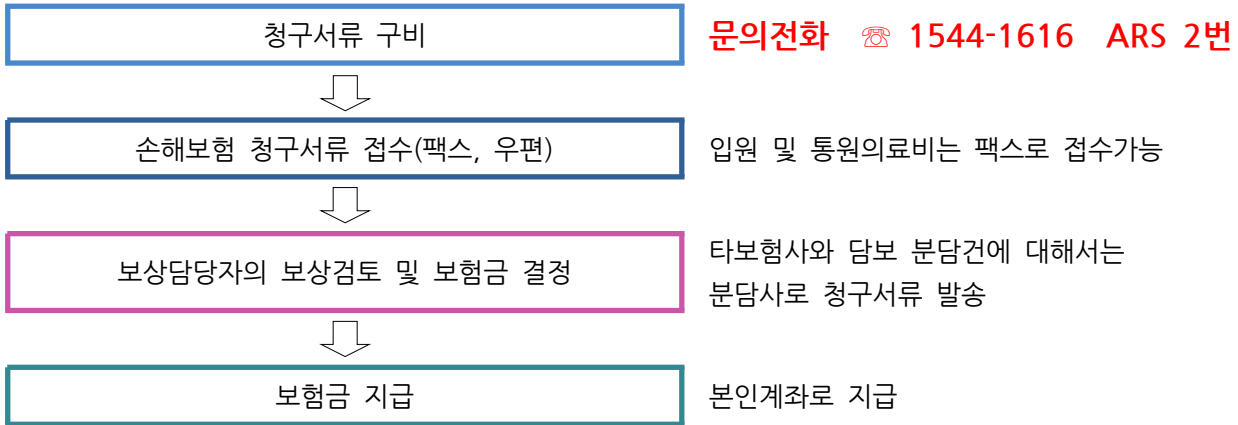
보험유형은 개인실비 가입여부에 따라 ①실비가입 혹은 ②실비미가입 2가지 유형으로 구분되어 담보 적용

보 장		실손가입	실손미가입	세부 보상 기준
상해(재해)사망		50,000,000원		- 재해/상해사고로 사망시(상해사고 후 1년내 사망시 지급)
상해(재해)후유장해		30,000,000원		- 재해/상해사고 후 1년내 영구 후유장해 발생시 - 약관 후유장해 등급별 지급율 표에 의한 보험가입금액의 100~3% 지급
2대질병	급성심근경색증	10,000,000원		- 보험기간 중 최초 진단시 (1회 지급)
	뇌출혈			
질병 사망/ 80%이상 후유장해		20,000,000원		- 질병으로 인한 사망 및 약관상 사망간주 질병 80%이상 후유장해
암진단비		20,000,000원		- 암 진단확정시 보험 가입금액 일시지급 일반암: 2000 만원 갑상샘암,경계성종양 : 600만원 기타피부암, 상피내암 ; 200만원
상해, 질병 급여실손의료비 (입원/통원) (※개인실손 미가입자)		3천만 원 /15만원	해당사항 없음	상해, 질병으로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원하여 급여 치료를 받거나 비급여 처방조제를 받은 경우에 보상 상세: 하단 참조 - 비급여 항목 중 (도수치료/체외충격파치료/증식치료/주사로/자기공명영상진단) 보장제외 특약으로 따로 보상
상해, 질병 비급여 실손의료비(입원/ 통원) (※개인실손 미가입자)		3천만 원 /15만원	해당사항 없음	상해, 질병으로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원하여 비급여 치료를 받거나 비급여 처방조제를 받은 경우에 보상 상세: 하단 참조 - 비급여 항목 중 (도수치료/체외충격파치료/증식치료/주사로/자기공명영상진단) 보장제외 특약으로 따로 보상

# 입원의료비 한방.치과 비급여 보장 . 출산확장 보장 없음

## 위내용은 요약 및 일부발췌 부분이며, 모든 보장내용은 감독기관 기준 및 약관에 따릅니다.

#### (4) 보험금 청구절차



- ▶ 보험금청구서 양식을 출력하여 청구내역을 기재해 주세요.
- ▶ 구비서류를 꼼꼼하게 확인한 후 관련서류를 준비해 주세요.
- ▶ 작성된 보험금 청구서와 관련 구비서류를 팩스 또는 우편으로 보내 주세요.
- \* 청구서 접수 후 기재해 주신 휴대폰으로 담당자 안내 문자가 나갑니다.

#### (5) 유의사항

##### ◎ 보험금 청구관련 안내

- **보험금을 받으실 통장은 피보험자 본인 명의의 통장이어야 합니다.**
- 상기 서류 이외에도 추가서류를 요청 드리는 경우가 있을 수 있습니다.
- 경우에 따라 손해사정을 위한 방문조사가 필요할 수 있으며, 이 경우 담당자가 별도 연락을 드립니다

##### ◎ 보험금 청구 소멸시효

- 보험금 청구서류를 사고발생으로부터 **3년 이내에 접수하지 않으면 청구권이 소멸됩니다.**  
(상법 제 662조)

##### ◎ 보험사간 치료비, 배상책임 분담 지급(비례보상 적용)

- **상해 및 질병으로 인한 의료비와 , 배상책임 등 실비를 보상하는 상품의 경우 다른 보험회사의 가입여부에 따라 비례보상원칙을 적용하여 보험금을 지급할 수 있습니다.**
- 이미 가입된 보험계약에서 보상한 금액이 본인이 부담한 의료비를 초과하였을 때에는 보험금이 지급되지 않을 수 있습니다.  
또한, 보험금이 지급된 이후 타사계약이 확인된 경우에는 기 지급한 의료비( 배상, 책임) 보험금에 대하여 환수될 수 있음을 알려드립니다.

## 2. 보상 청구서 접수처

<p>컨소시엄</p> <p>대표 보험사</p> <p>KB 손해보험</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 입원 및 통원의료비 : KB손해보험 단체보험 전용 콜센터 : <b>1544-1616 (ARS 2번)</b> (실손의료비 청구 및 접수확인은 단체보험 전용 ARS를 이용하여 상담하셔도 됩니다.)</li> <li>■ 사망 또는 진단비 : 원본 우편송부 (서류는 원본3부, 사본일 경우 - 원본대조필 날인)</li> <li>■ 팩스 발송 : ☎ 0505-136-6600</li> <li>■ 우편물 발송 : (우)06162 서울시 강남구 선릉로 514 성원빌딩 12층 KB손해보험 3지점 동국대학교 보상청구 담당자 임아진 앞 ☎ 02-6900-5026</li> </ul>
--	--

### \* 컨소시엄 보험사 담당자

구 분	담당자명	연 락 처
전체 계약 문의 KB손해보험(주)	신 솔 팀장 shinsol@kbinsure.co.kr	Tel. 02-6900-5116
		서울시 강남구 선릉로 514 성원빌딩 12층 3지점 동국대학교 보상청구 담당자 임아진 앞 02-6900-5026 (우)06162
한국교직원공제회	김성수 차장 02-767-0331	서울 영등포구 여의나루로 50 (여의도동 35-3) The-K한국교직원공제회 동국대학교 보상청구 담당자 앞 (우)07328
삼성화재	김석연 책임 02-758-4878	보상서류 등기발송시 : 서울시 서초구 서초대로 74길 14 삼성화재 21층 동국대학교 보상 담당자 앞 (06620)
ABL생명	최시원 부장 3787-8814	보상서류 등기발송시 : 서울시 영등포구 의사당대로 147, ABL타워 8층 법인사업부 동국대 보상담당

### 3. 보험금 청구시 구비서류

구분		구비서류	비고
공통필수 구비서류		<ul style="list-style-type: none"> <li>① 보험금청구서</li> <li>② 피보험자의 신분증사본 / 재직증명서</li> <li>③ 개인정보보호이용동의서</li> <li>④ 통장사본</li> </ul>	
실 손 의 료 비	입원 의료비	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 진단서 또는 초진기록지 사본</li> <li>② 입퇴원 확인서</li> <li>③ 진료비세부내역서(비급여내역이 없는 경우 생략가능)</li> </ul>	실비담보 가입자 限
	통원 의료비	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 초진차트 사본 (총금액 10만원 이하 생략)</li> <li>② 진료비세부내역서(외래 영수증)</li> </ul>	
진단비 (암, 뇌출혈진단, 급성심근경색)		<ul style="list-style-type: none"> <li>① 진단서</li> <li>② 경과 기록지</li> </ul>	
사 망		<ul style="list-style-type: none"> <li>① 사망진단서(사체검안서),사고증명서(교통사고사실확인원등)</li> <li>② 가족관계증명서</li> <li>③ 사망자의 기본증명서,가족관계증명서,혼인관계증명서,</li> <li>④ 제적등본(사망사실기재)</li> <li>⑤ 위임장 및 인감증명서</li> <li>⑥ 재직증명서(사망시점의 재직을 증명)</li> </ul>	
후유장애		<ul style="list-style-type: none"> <li>① 후유장애진단서, 운동장애의 경우 AMA식 장애진단서</li> <li>② 사고증명서(교통사고사실확인원등)</li> <li>③ X-RAY,CT,MRI 필름 및 판독지</li> </ul>	

## II. 보장 유형별 주요내용

### - @ 급여 실손의료비

- 구분	- 보상금액						
- 입원 - (입원실료, - 입원제비용 - 입원수술비)	- 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부본인 부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액본인부담금을 말합니다.)의 80%에 해당하는 금액						
- 통원 - (외래제비용, 외래수술비, 처방조제비)	- 통원 1회당(외래 및 처방조제 합산)「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부본인부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액본인부담금을 말합니다.)에서 <표1>의 '통원항목별 공제금액'을 뺀 금액						
	- <표1> 통원항목별 공제금액						
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>- 항목</th> <th>- 공제금액</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>- 「의료법」 제3조 제2항에 의한 의료기관(동법 제3조의3에 의한 종합병원은 제외), 「국민건강보험법」 제42조제1항제4호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제(의약분업 예외지역 등에서의 약사의 직접 조제 포함)</td> <td>- 1만원과 보장대상 의료비의 20% 중 큰 금액</td> </tr> <tr> <td>- 「국민건강보험법」 제42조 제2항에 의한 전문요양기관, 「의료법」 제3조의4에 의한 상급종합병원, 동법 제3조의3에 의한 종합병원에서의 외래 및 그에 따른 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제</td> <td>- 2만원과 보장대상 의료비의 20% 중 큰 금액</td> </tr> </tbody> </table>	- 항목	- 공제금액	- 「의료법」 제3조 제2항에 의한 의료기관(동법 제3조의3에 의한 종합병원은 제외), 「국민건강보험법」 제42조제1항제4호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제(의약분업 예외지역 등에서의 약사의 직접 조제 포함)	- 1만원과 보장대상 의료비의 20% 중 큰 금액	- 「국민건강보험법」 제42조 제2항에 의한 전문요양기관, 「의료법」 제3조의4에 의한 상급종합병원, 동법 제3조의3에 의한 종합병원에서의 외래 및 그에 따른 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제	- 2만원과 보장대상 의료비의 20% 중 큰 금액
- 항목	- 공제금액						
- 「의료법」 제3조 제2항에 의한 의료기관(동법 제3조의3에 의한 종합병원은 제외), 「국민건강보험법」 제42조제1항제4호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제(의약분업 예외지역 등에서의 약사의 직접 조제 포함)	- 1만원과 보장대상 의료비의 20% 중 큰 금액						
- 「국민건강보험법」 제42조 제2항에 의한 전문요양기관, 「의료법」 제3조의4에 의한 상급종합병원, 동법 제3조의3에 의한 종합병원에서의 외래 및 그에 따른 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제	- 2만원과 보장대상 의료비의 20% 중 큰 금액						

### - @ 비급여 실손의료비

- 구분	- 보상금액				
- 입원 - (입원실료,입원제 비용,입원수술비)	- '비급여 의료비(비급여병실료는 제외합니다)'(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다.)의 70%에 해당하는 금액				
- 상급병실료 차액	- 비급여 병실료의 50%. 다만, 1일 평균금액 10만원을 한도로 하며, 1일 평균금액은 입원기간 동안 비급여 병실료 전체를 총 입원일수로 나누어 산출합니다.				
- 통원 - (외래제비용, 외래수술비, 처방조제비)	- 통원 1회당(외래 및 처방·조제비 합산) '비급여 의료비(비급여병실료는 제외합니다)'(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다.)에서 <표1>의 '통원항목별 공제금액'을 뺀 금액(매년 계약해당일부터 1년간 통원 100회를 한도로 합니다.)				
	- <표1> 통원항목별 공제금액				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>- 항목</th> <th>- 공제금액</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>- 「국민건강보험법」 제42조제1항제1호에 의한 의료기관, 동법 제42조제1항제4호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제)</td> <td>- 3만원과 보장대상 의료비의 30% 중 큰 금액</td> </tr> </tbody> </table>	- 항목	- 공제금액	- 「국민건강보험법」 제42조제1항제1호에 의한 의료기관, 동법 제42조제1항제4호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제)	- 3만원과 보장대상 의료비의 30% 중 큰 금액
- 항목	- 공제금액				
- 「국민건강보험법」 제42조제1항제1호에 의한 의료기관, 동법 제42조제1항제4호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소, 동법 제42조제1항제5호에 의한 보건진료소에서의 외래 및 「국민건강보험법」 제42조제1항제2호에 의한 약국, 동법 제42조제1항제3호에 의한 한국희귀·필수의약품센터에서의 처방·조제)	- 3만원과 보장대상 의료비의 30% 중 큰 금액				

## 보상하지 아니하는 경우

- 계약자, 피보험자, 수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- 전쟁, 기타 변란 시 보험금은 금융감독위원회 인가를 거쳐 감액지급
- 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용
- 핵연료물질 또는 핵연료물질에 의하여 오염된 물질의 방사성, 폭발성사고
- 직업, 직무 또는 동호회 활동목적으로 인한 경우
  - \* 전문등반(전문적인 등산용구를 사용하여 암벽 또는 빙벽을 오르내리거나 특수한 기술, 경험, 사전훈련을 필요로 하는 등반), 글라이더 조종, 스카이다이빙, 스쿠버다이빙, 행글라이딩
  - \* 모터보트, 자동차 또는 오토바이에 의한 경기, 시범, 흥행(이를 위한 연습을 포함) 또는 시운전
  - \* 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 직무상 선박에 탑승
- 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이, 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체 비용
- 단순한 피로 또는 권태
- 주근깨, 다모, 무모, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
- 발기부전, 불감증, 단순 코골음, 단순포경, 검열반 등 안과질환
- 외모개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비
- 정신과 질환 및 행동장애 (F04~F99) / 비만(E66)
- 여성 생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정 관련 합병증 (N96~N98)
- 선천성 뇌질환(Q00~Q04)/ 비뇨기계 장애(N39, R32)
- 인간면역바이러스(HIV)감염(단, 혈액에 의한 감염일 경우 제외)
- 영양제(종합비타민제), 호르몬투여, 보신용투약, 고단위영양제 투여 등 진료와 무관한 제비용
- 건강진단, 예방접종, 인공유산 등 의사의 임상적 소견과 관련 없는 검사
- 국민건강보험법 제40조의 요양기관이 아닌 해외 소재 의료기관에서 발생한 의료비
- 직장 및 항문관련질환의 비급여부분
- 정당한 이유없이 입원기간 중 의사의 지시를 따르지 않아서 악화된 부분

\*\* 기타 자세한 사항은 약관에 따름



☑ 암보장	<b>구 분</b>	<b>지급사유</b>	<b>지급금액</b>
	암진단금	암 (기타피부암 및 갑상샘암 제외)	2천만원
		갑상샘암	6백만원
		기타피부암	2백만원
		상피내암	2백만원
		경계성종양	6백만원
* 보험기간 중 암에 대한 보장개시일 이후에 상기병명으로 진단 확정된 경우 각각 1회에 한하여 지급			

### 1. 암의 종류 이해하기

보험에서는 암을 그 정도에 따라 구분하고 보장의 크기도 달리 합니다.

- ▷ 암 : 악성신생물로서 일반적으로 암이라고 불리는 것을 말합니다.
- ▷ 갑상샘암 : 암세포는 맞지만 갑상샘에 생긴 암을 말합니다.
- ▷ 기타피부암 : 암세포는 맞지만 피부암을 말합니다.
- ▷ 상피내암 : 암이 있으나 상피세포에서 더 이상 번지지(침윤) 않고 그 자리에 암세포가 존재하는 것을 말합니다. 최근 약관에서는 제자리암이라고 표현하기도 합니다.
- ▷ 경계성종양 : 암이라고 할 수도 없지만 암이 아니라고 할 수도 없는 상태를 말합니다. 손등과 손바닥의 경계부분 정도로 생각하면 이해하기 쉽습니다.

### 2. 암의 보장개시

암보장 상품은 대부분 가입금액이 높기 때문에 암을 숨기고 가입하는 경우가 생길 수 있습니다.

(의도적으로 숨기고 가입하는 경우를 우리는 보험의 역선택이라고 합니다.)

이 때문에 암의 보장기간은 신규 가입시 보험이 개시되고 90일이 지난 다음날부터 보장을 받게 됩니다. 단, 단체보험 면책기간 0일로 보상합니다.

### [조금 더 알아보기]

암보험금을 청구하기 위해서는 진단서 이외에 추가적으로 제출하여야 하는 서류가 있습니다. 이 서류를 '조직검사결과지' 라고 합니다. 암조직이 맞는지 조직을 떼내어 검사를 한 이후 이것이 암(또는 기타피부암 등) 이라고 보고가 되면 그 때 진단서에 '최종진단' 이라고 발급될 수 있습니다. 따라서, 임상병리 전문의나 해부병리 전문의에 대한 검사결과 없이 일반적인 의사가 암으로 보인다고 생각하여 암으로 진단한 경우에는 암보험금을 지급받을 수 없습니다. (이 경우 진단서가 '최종진단' 이 아닌 '임상적 추정'으로 발급이 됩니다.)

**☑ 급성심근경색, 뇌출혈 보장**

구분	지급사유	지급금액
급성심근경색	최초진단확정시 1회	1천만원
뇌출혈	최초진단확정시 1회	1천만원

**1. 급성심근경색증 분류표**

약관에서 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 급성심근경색증 및 뇌출혈로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국 표준질병사인분류(통계청 고시 제 2010-246호, 2011.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

구분	분류항목	분류번호
급성심근경색	급성 심근경색증	121
	이차성 심근경색증	122
	급성 심근경색증에 의한 특정 현존 합병증	123

**2. 뇌출혈 분류표**

약관에서 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 급성심근경색증 및 뇌출혈로 분류되는 질병은 제6차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2010-246호, 2011.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

구분	분류항목	분류번호
뇌출혈	지주막하 출혈	160
	뇌내출혈	161
	기타 비외상성 두개내 출혈	162

**[조금 더 알아보기]**

급성심근경색증의 진단확정은 의료법 제3조의 규정에 의한 국내의 병원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관의 의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화 단층촬영(brain CT scan) 등을 기초로 함

**☑ 사망보장 및 후유장애 (상해 및 질병)**

구분	지급사유	지급금액
상해사망 및 후유장애	상해로 인한 사망	5천만원
	상해로 후유장애 발생시	3천만원 × (100 ~ 3%)
질병사망	질병으로 인한 사망	2천만원
	질병으로 후유장애 80%이상 발생시	

**1. 상해사망**

피보험자가 보험기간 중에 보통약관 제7조(보상하는 손해)에서 정한 신체(의수, 의족, 의안, 의치 등 신체보조장구는 제외합니다) 상해를 입고 그 직접결과로써 사고일로부터 1년 이내에 사망한 경우 또는 사고일로부터 1년 이내에 신체의 일부를 잃었거나 또는 그 기능이 영구히 상실되어 장애분류표 각호에 정한 지급률이 80% 이상일 경우에는 보험가입금액 전액을 피보험자 또는 수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자의 상속인)에게 지급합니다.

**2. 질병사망 및 80%이상 고도후유장애**

질병으로 인하여 보험기간 중에 사망하거나 신체의 일부를 잃었거나 그 기능이 영구히 상실되어 장애 분류표 중 지급률이 80% 이상에 해당하는 후유장애가 남았을 경우 지급합니다.

**[조금더 알아보기]**

**▷ 기왕증**

기왕증이란 이미 신체내부에 가지고 있던 병적요인을 말합니다. 신체적으로 건강한 사람과 기왕증이 존재하는 사람은 같은 상해를 입었을 경우에도 장애지급률은 차이를 가져오게 됩니다. 이 부분을 감안하여 약관에서는 기왕증이 존재할 경우 이 부분을 감안하여 장애보험금을 산정하게 되어 있습니다.

**▷ 길을 가다가 갑자기 쓰러져서 사망을 한 경우 상해보험금이 지급될 수 있을까요?**

☞ 쓰러져서 사망한 대부분의 사람은 당연히 신체에 외상을 입게 됩니다. 그러나 실제로는 쓰러져서 입은 상해가 아니라 뇌출혈 즉, 질병이 선행원인이 되어 사망을 한 것으로 밝혀집니다. 이런 경우에는 상해사망보험금이 지급되지 않습니다. (상해의 직접적인 결과로 사망하여야 합니다.)

※모든 보상은 약관 및 감독기관의 기준에 따릅니다.