

2020년도 금융위원회 단체보험 과업내용서

1. 일반계약사항

○ **보험종류** : 상해사망, 상해후유장해, 질병사망(80%이상 고도후유장해 포함), 입·통원의료비, 3대비급여특약(실손형)

○ **계약기간** : 2020. 1. 1. 00:00 부터 2020. 12. 31. 24:00(12개월) 까지

○ **가입대상** : 금융위원회 소속 직원

구분	총인원	남자(평균연령)	여자(평균연령)	비고
전체	437명	240명 (43세)	197명 (36세)	인원 수 변동가능

- 질병·육아·가사간병 휴직자/ 파견 직원을 포함하여, 소속하고 있는 모든 직원

* 단체보험 적용 대상자에 대한 보험 가입제한(인수거부) 없음

* 개인별 선택담보안 및 연령정보는 문의하여 자료 수령요청

○ **보장범위** : 계약기간동안 업무 중·업무 외(사생활)를 불문하고 24시간 보장

○ **보험료 적용** : 남녀 평균연령에 의한 분리단가 적용(실손의료비,3대비급여특약은 담보별 평균연령 적용)

○ **예산액** : 47,814,120만원(부가가치세 면제)

○ **보험료 납부** : 보험료는 다른 약정이 없으면 보험계약이 시작되기 전에 납입 하여야 하나 보험업감독규정 제4-33조 5항에 의거 정부(지방자치 단체도 포함)와 직접 체결한 보험계약과 정부가 보험료를 부담 하는 보험계약에 대해서는 증권발행 후 1월까지 보험료 영수를 유예할 수 있다는 규정에 따라 1개월 이내 납부할 수 있다.

○ **가입 변경자 계약사항**

- 가입자의 신규, 해지 등 변경사항은 수시로 계약 보험사에 통보

- 보험효력 발생일 : 인사발령일 00시00분부터

- 보험료 정산 : 인사발령(변동사유 발생) 일자를 기준으로 소급하여 일할 정산

* 신규발령 및 전입자 : 발령일자부터 피보험자의 보장은 즉시 개시하고, 보험료 추가납입 등은 계약만기 시점에 정산

* 전출 및 퇴직자 : 발령일자부터 피보험자의 보장은 해제하고, 보험료 계약만기 시점에 정산

2. 계약의 조건

【 보장내용 기준 】

보장명		지급한도	지급범위
공통 (전 직원)	재해사망	5천만/1억/2억 (선택)	상해사고로 사망시
	재해 후유장해	5천만/1억/2억 (×지급률)(선택)	상해사고로 3% ~ 79% 후유장해시
	질병사망 및 질병80%이상 고도후유장해	5천만/1억(선택)	질병사고로 사망시 질병으로 80%이상 후유장해발생시
선택안 (직원별 선택)	입원의료비	1천만원	입원시 급여 90%, 비급여 80% 지급(365일한도) 한방, 치과, 출산(여) 확장담보 포함
	통원의료비	30만원	외래 25만원, 처방조제 5만원 한도 출산(여) 확장담보 포함
	비급여 도수치료	350만원	질병,상해로 입통원하여 도수치료시
	비급여 주사치료	250만원	질병,상해로 입통원하여 주사치료시
	비급여 MRI/MRA	300만원	질병,상해로 입통원하여 MRI/MRA 치료시

※ 모든 담보는 개인별 선택가능함(단, 3대비급여는 입원,통원의료비 가입자만 선택가능)

【 보장범위 】

1) 생명·상해 사망보험

○ 보장범위 및 내용

- 질병 및 재해사망, 재해장해 보장

- 질병으로 후유장애 지급률 80%이상 발생 시 사망보험금 지급

- 재해로 후유장애 지급률 80%미만 발생 시 가입금액×지급률(3% ~ 79%)

- 건강검진 없이 기왕증, 현증자 보상 포함

- 계약기간 내 업무 중·업무 외를 불문 모든 보험사고에 대해 본인과실 유무에 상관없이 보장

- 동일인에게 상이한 지급 사유 시 중복 보상

- 타 제도에 의한 보상과 관계없이 중복보상, 지급제한 사항 이외 모두 보장

○ 지급제한(면책사항)

- 계약자, 피보험자, 수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
* 단, 피보험자가 정신질환상태에서 자신을 해친 사실이 증명된 경우는 예외
- 전쟁, 기타 변란 시 보험금 지급은 금융위원회 인가를 거쳐 감액 지급

2) 실손형 보장보험 (입·통원 의료비)

가) 입원의료비 보장

○ 보장범위 및 내용

- 입원의료비(질병 및 재해 입원 시) 1사고당 1천만원 한도
- 모든 질병 또는 상해로 입원하여 입원의료비 발생시 ‘국민건강보험법’ 상 본인부담금의 90% 및 비급여의 80%해당액의 합계액을 1천만원한도로 보상 (단, 연간 자기부담금액이 200만원 초과시 전액 보장)
- 개인별 동일질병·재해로 입원 횟수 관계없이 한도 내 보상
- 피보험자가 입원치료 중 보험기간이 종료되는 경우 계속 중인 입원에 대하여 보험기간 종료일로부터 180일 한도로 보상
- 실제 사용병실과 기준병실과의 차액에 대하여 50%보상(1일 평균금액 10만원 한도)
- 건강검진 없이 기왕증(계약 전 암환자 등), 현증자 보상
- 출산 및 치료를 한 산부인과 분만·입원진료비
- 치과치료 및 한방치료에서 발생한 국민건강보험법상 요양 급여 및 비급여 의료비
- 항문 관련 질환은 건강보험법상 급여부담금만 지급
- 기타 보장이 필요한 것으로 판단되는 사항
- 지급제한 사항 이외 모두 보장

○ 지급제한(면책사항)

- 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 단순한 질환
- 단순 코골음, 단순한 피로 또는 권태
- 계약자, 피보험자, 수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
- 전쟁, 기타 변란 시 보험금 지급은 금융감독위원회 인가를 거쳐 감액 지급
- 신체의 필수 기능 개선이 아닌 사시교정, 시력 교정술, 성형수술 등 미용 상의 처치 등

- 마약, 습관성 의약품 및 알콜 중독
- 질병 또는 재해의 치료를 직접 목적으로 하지 않는 건강검진, 예방접종, 구취 제거 등
- 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트 렌즈, 보청기, 보조기 등 진료재료의 구입, 대체 및 수선비용
- 진료와 무관한 제비용, 보신용 한약재, 고단위 영양제 투여, 의사의 임상적 소견과 관련 없는 검사
- 인공수정, 치과의 보철(보철재료 및 가공료 포함)
- 기타 보상하지 않는 손해는 보험사 약관에 따름

나) 통원의료비 보장

○ 보장범위 및 내용

- 외래비용의 경우 방문 1회당 25만원, 처방조제비는 처방전 1건당 5만원 한도로 보상
- 연간 외래 180회 방문, 처방조제는 처방전 180건 한도 보상
- 피보험자가 통원치료 중 보험기간이 만료되는 경우 계속 중인 통원치료에 대하여 보험기간 만료일로부터 180일 이내에 외래는 방문 90회, 처방조제비는 처방전 90건을 한도로 보상
- 건강보험법상 본인부담금 및 비급여부분의 합계액에서 보험사 약관에 따른 공제금액을 차감하고 보험가입금액을 한도로 보상
- 국민건강보험법상의 대상이 되는 상해 또는 질병으로 인한 외래 및 처방조제 의료비
- 기왕증, 현증자 보상
- 피보험자의 임신, 출산(제왕절개를 포함), 산후기로 입원한 경우도 상기 기준에 의해 보상(단, 불임검사, 불임수술, 인공수정, 양수검사, 기형아검사 등은 제외)
- 치과치료 및 한방치료에서 발생한 국민건강보험법상 요양급여에 해당하는 의료비

○ 항목별 공제금액

구 분	항 목	공제금액
외 래 (외래제비용 및 외래수술비 합계)	의료법 제3조 제2항 제1호에 의한 의원, 치과 의원, 한의원, 의료법 제3조 제2항 제2호에 의한 조산원, 지역보건법 제7조에 의한 보건소, 지역보건법 제8조에 의한 보건의료원, 지역보건법 제10조에 의한 보건지소, 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법 제15조에 의한 보건진료소	1만원과 공제기준금액(보상대상 의료비의 급여 10% 해당액과 비급여 20% 해당액의 합산액) 중 큰 금액
	의료법 제3조 제3항에 의한 종합병원, 동법 제3조 제4항에 의한 병원, 치과병원, 한방병원, 동법 제3조 제5항에 의한 요양병원	1만5천원과 공제기준금액(보상대상 의료비의 급여 10% 해당액과 비급여 20% 해당액의 합산액) 중 큰 금액
	국민건강보험법 제40조 제2항에 의한 종합전문요양기관	2만원과 공제기준금액(보상대상 의료비의 급여 10% 해당액과 비급여 20% 해당액의 합산액) 중 큰 금액
처 방 조 제 비	국민건강보험법 제40조 제1항 제2호에 의한 약국, 동법 제40조 제1항 제3호에 의한 한국희귀의약품센터에서의 처방, 조제(의사의 처방전 1건당, 의약품업 예외지역에서 약사의 직접조제 1건당)	8천원과 공제기준금액(보상대상 의료비의 급여 10% 해당액과 비급여 20% 해당액의 합산액) 중 큰 금액

○ 지급제한(면책사항)

- 입원의료비 지급제한 사항과 동일

다) 3대 비급여항목 보장(주의: 임신, 출산의 경우 3대 비급여는 적용되지 않음)

○ 비급여 도수치료

- 상해 또는 질병의 치료 목적으로 병원에 입통원하여 비급여 도수치료·체외충격파치료·증식치료를 받은 경우는 연간 350만원 이내에서 50회(도수치료·체외충격파치료·증식치료를 각 치료횟수를 합산하여 50회 적용)까지 공제금액을 뺀 금액을 보상한도내로 보상(공제금액: 1회당 2만원과 보상대상의료비의 30% 중 큰 금액)

○ 비급여 주사료

- 상해 또는 병이 치료 목적으로 병원에 입통원하여 비급여에 해당하는 주사료를 부담하는 경우는 연간 250만원 이내에서 입통원 합산 50회까지 공제금액을 뺀 금액을 보상한도내로 보상(공제금액: 1회당 2만원과 보상대상의료비의 30% 중 큰 금액)

○ MRI/MRA

- 상해 또는 질병의 치료 목적으로 병원에 입통원하여 비급여에 해당하는 자기공명영상진단(MRI/MRA)을 받은 경우 연간 300만원 내에서 공제금액을 뺀 금액으로 보상(공제금액: 1회당 2만원과 보상대상의료비의 30% 중 금액)

3. 낙찰자 제출서류

- 보험약관(대표보험사), 보장내용요약서(대표 보험사), 공동수급협정서(공동수급시만 제출, 분담비율 및 내역 명시), 사업 방법서 등

4. 기타

- 보험가입에 필요한 개인정보가 타 용도로 사용되었을 시 공급사(보험사)가 민·형사상 책임이 있음 (개인정보에관한법률 준수)
- 보험금 청구 및 지급 등 관련 업무의 전산처리에 적극 협조
- 계약 최종 명단(인원 수 및 담보내용 별 평균 연령)은 변경될 수 있음
- 문의처 : 금융위원회 행정인사과 조형주주무관(☎02-2100-2761)

< 붙임1 > 단체보험 가입 예상인원 현황 (2019.11. 기준)

○ 상해사망, 후유장해

가입금액(원)	구 분	인원(명)	평균연령(세)
5천만	남자	68	41.1
	여자	89	35.4
1억	남자	131	44.0
	여자	94	36.9
2억	남자	41	44.1
	여자	14	40.6

* 연령 = 2019 - 출생년도 + 1

○ 질병사망, 후유장해

가입금액(원)	구 분	인원(명)	평균연령(세)
5천만	남자	95	42.4
	여자	96	35.4
1억	남자	145	43.7
	여자	101	37.6

○ 임원의료비

가입금액(원)	구 분	인원(명)	평균연령(세)
1천만	남자	97	43.0
	여자	90	36.3

○ 통원의료비

가입금액(원)	구 분	인원(명)	평균연령(세)
30만	남자	99	43.1
30만	여자	92	36.4

○ 3대 비급여 특약

가입금액(원)	구 분	인원(명)	평균연령(세)
비급여도수치료 350만원 비급여주사치료 250만원 비급여MRI/MRA 300만원	남자	101	43.2
	여자	96	36.5

※ 2020.1.1. 기준으로 인원 변경 가능성 있음

< 붙임2 > 2019년 보험료

(단위 : 원)

담보명	남자		여자	
	가입금액	보험료	가입금액	보험료
상해사망 및 후유장해	50,000,000	7,663	50,000,000	7,663
	100,000,000	15,326	100,000,000	15,326
	200,000,000	30,651	200,000,000	30,651
질병사망	50,000,000	27,000	50,000,000	9,400
	100,000,000	54,000	100,000,000	18,800
종합입원의료비	10,000,000	43,391	10,000,000	38,663
종합통원의료비	300,000	35,822	300,000	45,910
비급여도수치료	3,500,000	11,495	3,500,000	13,643
비급여주사치료	2,500,000	4,446	2,500,000	4,142
비급여MRI/MRA	3,000,000	10,848	3,000,000	9,696