



보장성보험

무배당

아파도 다쳐도 병원비 걱정 없는

우체국급여실손의료비보험

갱신형

2109

- ✓ 실제 병원비 보장
- ✓ 한번 가입으로 평생 의료비 보장
- ✓ 입원·통원 합산 5천만원(주계약 기준)
(단, 통원(외래 및 처방·조제 합산) 회당 20만원
까지 보장)
- ✓ 개인별 의료이용량에 따른 비급여보험료
차등 적용(특약)



상해·질병 각각 연간 최대 5,000만원 (주계약 기준), 각종 입원·통원비 보장

종합형(주계약) 및 비급여특약 의무가입으로 보장 공백 최소화!

종합형

상해형

상해급여 주계약

연간 최대 **5,000**만원

상해비급여 특약

연간 최대 **5,000**만원
(3대비급여 제외)

질병형

질병급여 주계약

연간 최대 **5,000**만원

질병비급여 특약

연간 최대 **5,000**만원
(3대비급여 제외)

- ※ 상해급여·질병급여(입원)은 본인부담금의 80%에 해당하는 금액을 보상
- ※ 상해급여·질병급여(통원)은 1회당(외래 및 처방조제 합산) 본인부담금에서 통원항목별 공제금액을 뺀 금액을 보상
- ※ 상해비급여·질병비급여(입원)은 '비급여 의료비(비급여 병실료 제외)'의 70%에 해당하는 금액을 보상
- ※ 상해비급여·질병비급여(통원)은 1회당(외래 및 처방조제 합산) 비급여 의료비(비급여 병실료 제외)에서 통원항목별 공제금액을 뺀 금액을 보상

3대 비급여 보장

<p>도수·체외충격파·증식치료</p> <p>연간 최대 350만원 (연간 50회 한도)</p>	<p>주사료</p> <p>연간 최대 250만원 (연간 50회 한도)</p>	<p>자기공명영상진단</p> <p>연간 최대 300만원</p>
---	---	--

- ※ 비급여도수·체외충격파·증식치료의료비는 본인이 실제로 부담한 비급여 의료비(행위료, 약제비, 치료재료대 포함)에서 공제금액을 뺀 금액을 보상
- ※ 비급여주사료는 본인이 실제로 부담한 비급여 의료비에서 공제금액을 뺀 금액을 보상
- ※ 비급여자기공명영상진단의료비는 본인이 실제로 부담한 비급여 의료비(조영제, 판독료 포함)에서 공제금액을 뺀 금액을 보상

※ 상기 내용은 주요 지급되는 보험금액만을 간략하게 예시한 것이므로 세부내용은 약관을 반드시 참조하기 바랍니다.

가입 안내사항

주계약 · 종합형, 질병형, 상해형



가입나이
최초계약 **0~60세**
갱신계약 **1세~**
재가입 **5세~**



보험기간
1년



납입기간
전기납



보험가입금액
1구좌 고정

※ 보장내용 변경주기 : 5년 ※ 재가입 종료 나이 : 중신

※ 종합형만 가입할 수 있습니다. 다만, 중복가입, 병력 등의 사유로 종합형 가입이 불가능한 경우에는 예외로 하며, 이 경우에도 주계약 상해형과 비급여특약 상해형, 주계약 질병형과 비급여특약 질병형은 함께 가입하여야 합니다.

판매형태	보장종목
질병형	질병급여
상해형	상해급여
종합형	질병급여 + 상해급여

주) 1. 임신 23주 이내 태아 가입가능 2. 태아가 복수로 출생한 경우 계약자는 피보험자 각각을 지정 가능 3. 보장내용 변경주기 전일까지 재가입 의사를 표시한 때에는 재가입 가능

특약

· 무배당 비급여실손의료비특약(갱신형) 2109 [상해형, 질병형, 3대비급여형]

가입나이

보험기간

납입기간

가입금액(구좌수)

주계약과 동일

· 지정대리청구서비스특약 2109, 장애인전용보험전환특약 2007

보험금 지급 실적 없는 경우 보험료 할인에 관한 사항 (무사고할인)	<ul style="list-style-type: none"> - 갱신(또는 재가입) 직전 '무사고 할인판정기간' 동안 보험금 지급 실적(급여 의료비 중 본인부담금 및 4대 중증질환(암, 뇌혈관질환, 심장질환, 희귀난치성질환)으로 인한 비급여의료비에 대한 보험금은 제외)이 없는 계약을 대상으로 갱신일(또는 재가입일)부터 차기 보험기간 1년 동안 보험료의 10% 할인(이하 '무사고 할인'이라 함). 다만, 주계약만 가입한 계약은 할인대상에서 제외 - '무사고 할인판정기간'은 갱신일(또는 재가입일)이 속한 달의 3개월 전 해당달의 말일을 기준으로 직전 2년을 적용. 다만, 최초계약으로부터 2회차 갱신계약의 경우에는 최초계약일부터 2회차 갱신일이 속한 달의 3개월 전 해당달의 말일까지로 함. 																							
비급여실손의료비 특약 보험료 할인·할증에 관한 사항 (24년 7월 이후 갱신 계약에 적용)	<ul style="list-style-type: none"> - 갱신 직전 '요율상대도 판정기간' 동안의 비급여특약 보험금 지급 실적을 고려하여 보험료 갱신시(또는 재가입시) 순보험료(비급여특약의 순보험료 총액을 대상)에 요율 상대도(할인·할증요율)를 적용 - '요율상대도 판정기간'은 갱신일(또는 재가입일)이 속한 달의 3개월 전 해당달의 말일을 기준으로 12개월 이내로 함. 다만, 최초계약으로부터 1회차 갱신계약의 경우에는 최초계약일부터 1회차 갱신일이 속한 달의 3개월 전 해당달의 말일까지로 함. - 요율상대도 계산을 위해 계약자 또는 피보험자(보험대상자)에게 증빙자료의 제출을 요구할 수 있으며, 요율 상대도 계산을 위한 증빙자료 지연제출로 인해 발생한 보험료 차액에 대해서는 이자를 더하여 지급하지 않음 ※ 단, 국민건강보험법상 산정특례대상질환(암질환, 뇌혈관질환, 심장질환, 희귀난치성질환 등) 및 노인장기요양보험법상 장기요양대상자 중 1-2등급 판정 받은 자에 대한 비급여의료비는 제외 <table border="1"> <thead> <tr> <th>구 분</th> <th>1단계(할인)</th> <th>2단계(유지)</th> <th>3단계(할증)</th> <th>4단계(할증)</th> <th>5단계(할증)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>보험료 갱신 전 12개월 이내 기간 동안 보험금 지급실적(원)</td> <td>0원 (보험금 지급실적 없음)</td> <td>0원 초과~ 100만원 미만</td> <td>100만원 이상~ 150만원 미만</td> <td>150만원 이상~ 300만원 미만</td> <td>300만원 이상</td> </tr> <tr> <td>요율 상대도</td> <td>할인^{주)}</td> <td>100%</td> <td>200%</td> <td>300%</td> <td>400%</td> </tr> </tbody> </table> <p>주) 할인율은 매년 별도 산출</p>						구 분	1단계(할인)	2단계(유지)	3단계(할증)	4단계(할증)	5단계(할증)	보험료 갱신 전 12개월 이내 기간 동안 보험금 지급실적(원)	0원 (보험금 지급실적 없음)	0원 초과~ 100만원 미만	100만원 이상~ 150만원 미만	150만원 이상~ 300만원 미만	300만원 이상	요율 상대도	할인 ^{주)}	100%	200%	300%	400%
구 분	1단계(할인)	2단계(유지)	3단계(할증)	4단계(할증)	5단계(할증)																			
보험료 갱신 전 12개월 이내 기간 동안 보험금 지급실적(원)	0원 (보험금 지급실적 없음)	0원 초과~ 100만원 미만	100만원 이상~ 150만원 미만	150만원 이상~ 300만원 미만	300만원 이상																			
요율 상대도	할인 ^{주)}	100%	200%	300%	400%																			
자동갱신절차에 관한 사항	<p>보험기간 종료일 30일 전까지 계약자에게 서면 또는 전화(음성녹음)안내(보험료 등 변경내용)</p> <ul style="list-style-type: none"> · 보험기간 종료일 15일 전까지 계약자의 별도 의사표시가 없으면 자동갱신(※ 최대 4회까지 갱신 가능) · 계약자가 갱신 거절의사를 통지하면 계약 종료 <p>주) 갱신 시 연령 증가 및 의료수가 인상, 적용기초율 변경, 요율 상대도(할인·할증요율) 적용 등으로 보험료는 인상될 수 있습니다.</p>																							
재가입에 관한 사항	<ul style="list-style-type: none"> - 다음 각 호의 조건을 충족하고 계약자가 보장내용 변경주기(5년) 종료일 전일(비영업일인 경우 전 영업일)까지 재가입 의사를 표시한 때에는 재가입 시점에서 체신관서가 판매하는 실손의료보험 상품으로 재가입 가능 <ul style="list-style-type: none"> ① 재가입일에 있어서 피보험자의 나이가 체신관서가 최초가입 당시 정한 나이의 범위 내일 것(중신까지 재가입 가능) ② 재가입 전 계약의 보험료가 정상적으로 납입완료 되었을 것 - 보장내용 변경주기 종료일 전일까지 계약자로부터 재가입 의사를 확인하지 못한 경우(계약자와의 연락두절로 체신관서의 안내가 계약자에게 도달하지 못한 경우 포함)에는 직전계약과 동일한 조건으로 보험계약을 자동 연장합니다. 다만, 보험료, 해약환급금 등 보험요율은 나이의 증가, 의료수가의 변동, 적용 기초율의 변동, 요율 상대도(할인·할증요율) 적용 등의 사유로 인하여 변동될 수 있습니다. - 직전 계약과 동일한 조건으로 자동 연장된 경우 계약자는 그 연장된 날로부터 90일 이내에 그 계약을 취소할 수 있으며, 체신관서는 연장된 날 이후 계약자가 납입한 보험료 전액을 환급합니다. - 직전 계약과 동일한 조건으로 자동 연장된 경우 보험계약을 연장일은 체신관서가 계약자의 재가입의사를 확인한 날(계약자 등이 체신관서에 보험금을 청구함으로써 계약자에게 연락이 닿아 체신관서가 계약자의 재가입의사를 확인한 날 등)까지로 합니다. - 계약자의 재가입 의사가 확인된 경우에는 약관에서 정한 절차에 따라 체신관서가 재가입 의사를 확인한 날에 판매중인 상품으로 다시 재가입하는 것으로 하며, 기존 계약은 해지 됩니다. 다만, 계약자가 재가입을 원하지 않는 경우에는 해당 시점으로부터 계약은 해지 됩니다. 																							
본인부담금 상한제 및 본인부담금 보상제 적용에 관한 사항	<ul style="list-style-type: none"> - 「국민건강보험법」에 따른 본인부담금 상한제 요양급여비용 중 본인이 부담하는 비용의 연간 총액이 일정 상한액(국민건강보험 지역가입자의 세대별 보험료 부담수준 또는 직장가입자의 개인별 보험료 부담수준에 따라 국민건강보험법 등 관련 법령에서 정한 금액(81만원~584만원))을 초과하는 경우 그 초과액을 국민건강보험공단이 부담하는 제도입니다. - 「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 수급권자의 급여대상 본인부담금이 매 30일간 다음 금액을 초과하는 경우, 초과금액의 50%에 해당하는 금액을 의료급여기금 등이 부담하는 제도입니다. 1. 1종 수급권자 : 2만원, 2. 2종 수급권자 : 20만원 - 「의료급여법」에 따른 본인부담금 상한제 본인부담금 보상제에 따라 지급받은 금액을 차감한 급여대상 본인부담금이 다음 금액을 초과하는 경우, 그 초과액 전액을 의료급여기금 등이 부담하는 제도입니다. 1. 1종 수급권자 : 매 30일간 5만원 2. 2종 수급권자 : 연간 80만원(다만, 의료법 제3조 제2항 제3호 라목에 따른 요양병원에 연간 240일을 초과하여 입원한 경우에는 연간 120만원으로 한다.) ※ 다만, 관련 법령 등이 변경되는 경우 변경된 기준을 따릅니다. (상기 예시금액은 2021.5월 기준) 																							

보장내용

주계약

판매형태	보장종목	지급사유	지급액	
종합형	상해형	상해급여 피보험자가 상해로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원하여 급여 치료를 받거나 급여 처방조제를 받은 경우(연간 5천만원 한도)	입원 (입원실료, 입원제비용, 입원수술비)	본인부담금의 80%에 해당하는 금액
			통원 (외래제비용, 외래수술비, 처방조제비) (외래 및 처방조제 합산 1회당 20만원 한도)	1회당(외래 및 처방조제 합산) 본인부담금에서 통원항목별 공제금액을 뺀 금액
	질병형	질병급여 피보험자가 질병으로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원하여 급여 치료를 받거나 급여 처방조제를 받은 경우(연간 5천만원 한도)	입원 (입원실료, 입원제비용, 입원수술비)	본인부담금의 80%에 해당하는 금액
			통원 (외래제비용, 외래수술비, 처방조제비) (외래 및 처방조제 합산 1회당 20만원 한도)	1회당(외래 및 처방조제 합산) 본인부담금에서 통원항목별 공제금액을 뺀 금액

주) 1. 비급여의료비는 보상하지 않습니다. 2. 본인부담금은 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인이 실제로 부담한 금액으로서 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 일부를 본인이 부담하는 일부본인부담금과 요양급여 비용 또는 의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 전액본인부담금을 말합니다. 3. 통원항목별 공제금액(외래제비용, 외래수술비, 처방조제비 합계) - 병·의원급 : 1만원과 보장대상의료비의 20% 중 큰 금액 - 전문요양기관, 상급종합병원, 종합병원 : 2만원과 보장대상의료비의 20% 중 큰 금액 4. 「국민건강보험법」 제5조, 제53조, 제54조에 따라 요양급여 또는 「의료급여법」 제4조, 제15조, 제17조에 따라 의료급여를 적용받지 못하는 경우에는 의료비(「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」에 따라 보건복지부장관이 정한 급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액(통원의 경우 본인이 실제로 부담한 금액에서 '통원항목별 공제금액'을 뺀 금액)의 40%를 약관에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 및 통원 1회당 한도 내에서 보상합니다. 5. 입원의 경우 급여의료비 중 보상금액을 제외한 나머지 금액(급여 본인부담금의 20%)이 계약일 또는 매년 계약일부터 기산하여 연간 200만원을 초과하는 경우 그 초과금액은 약관에서 정한 한도 내에서 보상합니다. 6. 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는 보험계약 종료일 다음날부터 180일까지 보상합니다. 7. 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 통원에 대해서는 보험계약 종료일 다음날부터 180일 이내에 최대 90회 한도 내에서 보상합니다. 8. 상해 또는 질병으로 인하여 의료기관에서 본인의 장기등(장기등 이식에 관한 법률」 제4조에 의한 "장기등"을 의미합니다)의 기능회복을 위하여 「장기등 이식에 관한 법률」 제42조 및 관련 고시에 따라 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌사장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 약관에 따라 보상합니다. 9. 여러 보험사에 실손의료비 보장상품을 다수 가입한 경우, 약관에 따라 비례보상됩니다. 10. 보험기간 중 피보험자가 사망하였을 때에는 사망 당시의 책임준비금을 계약자에게 지급합니다.

무배당 비급여실손의료비특약(갱신형) 2109

판매형태	보장종목	지급사유	지급액	
상해형	상해비급여	피보험자가 상해로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원하여 비급여 치료를 받거나 비급여 처방조제를 받은 경우 (3대비급여 제외, 연간 5천만원 한도)	입원 (입원실료, 입원제비용, 입원수술비)	'비급여 의료비 (비급여 병실료 제외)'의 70%에 해당하는 금액
			상급병실료차액 (1일 평균금액 10만원 한도)	비급여 병실료의 50%
			통원 (외래제비용, 외래수술비, 처방조제비) (외래 및 처방조제 합산 1회당 20만원, 연간 100회 한도)	1회당(외래 및 처방조제 합산) 비급여 의료비(비급여 병실료 제외)에서 통원항목별 공제금액을 뺀 금액
질병형	질병비급여	피보험자가 질병으로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원하여 비급여 치료를 받거나 비급여 처방조제를 받은 경우 (3대비급여 제외, 연간 5천만원 한도)	입원 (입원실료, 입원제비용, 입원수술비)	'비급여 의료비 (비급여 병실료 제외)'의 70%에 해당하는 금액
			상급병실료차액 (1일 평균금액 10만원 한도)	비급여 병실료의 50%
			통원 (외래제비용, 외래수술비, 처방조제비) (외래 및 처방조제 합산 1회당 20만원, 연간 100회 한도)	1회당(외래 및 처방조제 합산) 비급여 의료비(비급여 병실료 제외)에서 통원항목별 공제금액을 뺀 금액
3대비급여형	3대비급여	피보험자가 상해 또는 질병의 치료목적으로 의료기관에 입원 또는 통원하여 3대비급여 치료를 받은 경우	도수치료·체외충격파치료·중식치료 (연간 350만원 이내에서 50회 한도)	본인이 실제로 부담한 비급여 의료비(행위료, 약제비, 치료재료대 포함)에서 공제금액을 뺀 금액
			주사료 (연간 250만원 이내에서 50회 한도)	본인이 실제로 부담한 비급여 의료비에서 공제금액을 뺀 금액
			자기공명영상진단 (연간 300만원 이내)	본인이 실제로 부담한 비급여 의료비 (조영제, 판독료 포함)에서 공제금액을 뺀 금액

주) 1. 비급여는 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따라 보건복지부 장관이 정한 비급여 대상(「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 절차를 거쳤지만 급여항목이 발생하지 않은 경우로 「국민건강보험법」 또는 「의료급여법」에 따른 비급여항목 포함)을 말합니다. 2. 비급여 병실료는 상급병상을 이용함에 따라 요양급여 대상인 입원료 외에 추가로 부담하는 입원실 이용 비용을 말합니다. 3. 통원항목별 공제금액 · 상해 및 질병 비급여 : 3만원과 보장대상의료비의 30%에 해당하는 금액 중 큰 금액 · 3대 비급여 : 1회당 3만원과 보장대상의료비의 30%에 해당하는 금액 중 큰 금액 4. 「국민건강보험법」제5조, 제53조, 제54조에 따라 요양급여 또는 「의료급여법」제4조, 제15조, 제17조에 따라 의료급여를 적용받지 못하는 경우에는 의료비(「국민건강보험법」제54조의2에 따라 요양급여의 기준에 관한 규칙)에 따라 보건복지부장관이 정한 비급여의료비 항목만 해당합니다) 중 본인이 실제로 부담한 금액(통원의 경우 본인이 실제로 부담한 금액에서 '통원항목별 공제금액'을 뺀 금액)의 40%를 약관에서 정한 연간 보험가입금액의 한도 및 통원 1회당 한도 내에서 보상합니다. 5. 상해 또는 질병으로 인하여 의료기관에서 본인의 장기등 (「장기등 이식에 관한 법률」 제4조에 의한 "장기등"을 의미합니다)의 기능회복을 위하여 「장기등 이식에 관한 법률」 제42조 및 관련 고시에 따라 장기등의 적출 및 이식에 드는 비용(공여적합성 여부를 확인하기 위한 검사비, 뇌수장기기증자 관리료 및 이에 속하는 비용항목 포함)은 약관에 따라 보상합니다. 6. 여러 보험사에 실손의료비 보장상품을 다수 가입한 경우, 약관에 따라 비례보상됩니다. **[질병형 또는 상해형 가입시에만 해당합니다]** 7. 피보험자가 입원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 입원에 대해서는 보험계약 종료일 다음날부터 180일까지 보상합니다. 8. 피보험자가 통원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 통원에 대해서는 보험계약 종료일 다음날부터 180일 이내에 최대 90회 한도 내에서 보상합니다. **[3대비급여형 가입시에만 해당합니다]** 9. 도수치료·체외충격파치료·중식치료의 각 치료횟수를 합산하여 최초 10회 보장하고, 이후 객관적이고 일반적으로 인정되는 검사결과 등을 토대로 증상의 개선, 병변호전 등이 확인된 경우에 한하여 10회 단위로 연간 50회까지 보장합니다. 10. 주사료에서 함양제, 항생제(항진균제 포함), 희귀의약품을 위해 사용된 비급여 주사료는 비급여실손의료비특약의 상해형 또는 질병형에서 보상합니다. 11. 피보험자가 입원 또는 통원하여 치료를 받던 중 보험계약이 종료되더라도 그 계속 중인 치료에 대해서는 보험계약 종료일 다음날부터 180일까지 (보험계약 종료일은 제외합니다) 보상합니다. 이 경우 보상한도는 연간 보상한도(금액)에서 직전 보험계약 종료일까지 지급한 금액을 차감한 잔여 금액과 연간 보상한도(횟수)에서 직전 보험계약 종료일까지 보상한 횟수를 차감한 잔여 횟수를 한도로 적용합니다.

특약명칭	특약내용
지정대리청구 서비스특약 2109	<p>[대상계약] 계약자, 피보험자 및 수익자(사망 시 수익자 제외)가 모두 동일한 계약</p> <p>[지정대리 청구인 지정] 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 경우 대리청구인 지정</p> <p>[지정대리 청구인] 피보험자의 가족관계등록부상의 배우자 또는 3촌 이내의 친족</p> <p>[보험금 지급 등의 절차]</p> <ul style="list-style-type: none"> - 보험수익자가 보험금을 직접 청구할 수 없는 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류 제출 - 보험수익자의 대리인으로서 해당 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령 - 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우, 그 이후 보험금 청구를 받더라도 체신관서는 이를 지급하지 않음
장애인전용보험 전환특약 2007	<p>[대상계약] 모든 피보험자 또는 모든 보험수익자가 소득세법상 장애인인 계약</p> <p>[장애인전용보험으로 전환]</p> <ul style="list-style-type: none"> - 계약자가 증빙서류(장애인증명서, 국가유공자 확인서, 장애인등록증 등 확인서류 등)를 제출하고, 특약 가입 신청 - 장애인전용보험으로 전환된 이후 납입된 보험료부터 장애인전용 보장성보험료로 처리

보장범위 예시도



주요보상제의 의료비(주계약 종합형 및 비급여실손의료비특약 모두 가입시)

1. 치과치료·한방치료에서 발생한 비급여 의료비
2. 자동차보험, 산재보험 등에 의해 보상받은 의료비
3. 피보험자가 임신, 출산(제왕절개 포함), 산후기로 입원 또는 통원하여 생긴 의료비
4. 쌍꺼풀수술, 코성형수술, 주름살제거술, 사시교정, 치과교정, 턱교정, 다리정맥류 수술 등 외모개선 목적의 치료비
5. 건강검진, 예방접종 등 질병·부상의 진료를 직접목적으로 하지 아니하는 경우에 실시 또는 사용으로 인하여 발생한 비급여 의료비
6. 친자확인, 불임검사·수술, 보조생식술 등 요양급여를 함에 있어서 비용효과성 등 진료상의 경제성이 불분명하여 국민건강보험 비급여 대상에 해당하는 치료
7. 영양제, 비타민제, 호르몬, 의약품과 관련하여 소요된 비용
8. 의치, 의수족, 안경, 보청기 등 진료재료 구입비
9. TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등 진료와 무관한 각종 비용
10. 정당한 이유없이 의사의 지시를 따르지 않아 발생한 입·통원 의료비

※ 보상제의 의료비의 세부적인 사항은 약관내용에 따라 보험금 지급이 제한될 수 있으니 반드시 약관을 참조하시기 바랍니다.

무배당 우체국급여실손의료비보험(갱신형) 2109 보험료 예시표

주계약

단위 : 원

가입 나이	(무)우체국급여실손의료비(갱신형) 2109					
	종합형		질병형		상해형	
	남자	여자	남자	여자	남자	여자
0세	6,680	9,050	6,560	8,960	120	90
10세	2,030	1,910	1,650	1,730	380	180
20세	3,190	3,060	2,340	2,800	850	260
30세	3,920	4,280	3,090	3,980	830	300
40세	5,350	6,270	4,600	5,920	750	350
50세	8,510	9,830	7,760	9,170	750	660
60세	14,230	17,280	13,290	16,040	940	1,240

특약

단위 : 원

가입 나이	(무)비급여실손의료비특약(갱신형) 2109					
	질병형		상해형		3대비급여형	
	남자	여자	남자	여자	남자	여자
0세	8,740	11,990	70	50	3,860	5,160
10세	1,640	1,680	330	180	1,420	1,380
20세	1,650	2,000	720	230	1,860	1,810
30세	2,470	3,300	700	270	2,300	2,620
40세	3,500	5,160	710	300	2,970	3,700
50세	5,770	8,260	670	550	4,230	5,600
60세	10,220	13,050	620	870	6,750	9,000

해약환급금

없음. 다만, 미경과보험료적립금 등이 있는 경우에는 이를 지급하여 드립니다.

가입시 알아두셔야 할 사항



(무)우체국급여실손의료비보험(갱신형) 2109 상세안내

우체국보험 홈페이지
www.epostbank.go.kr
모바일웹
m.postinsu.kr
우체국보험 고객센터
1599 - 0100



- 청약시에는 보험계약의 기본사항(보험상품, 보험기간, 보험료 납입기간, 피보험자 등)을 반드시 확인하시기 바랍니다.
- 계약자 또는 피보험자는 보험계약 청약시 청약서에서 질문한 사항에 대하여 사실대로 알려야 하며(고지의무), 계약자 및 피보험자는 청약서 상의 자필서명란에 반드시 본인이 자필서명(전자 서명 포함)을 하셔야 합니다. 그렇지 않은 경우 보험금의 지급이 거절되거나 계약이 무효로 처리될 수 있습니다.
- 계약자는 보험가입증서(보험증권)를 받은 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다. [다만, 전문보험계약자가 체결한 계약 및 청약한 날부터 30일(단, 전화를 통해 가입하는 계약 중 계약자의 나이가 만 65세 이상인 계약은 45일)이 초과된 계약은 청약을 철회할 수 없습니다.] 이 경우 체신관서는 청약의 철회를 접수한 날부터 3일 이내에 납입한 보험료를 돌려드립니다.
- 청약서 자필서명, 계약자 보관용 청약서 및 약관전달, 약관의 중요 내용 설명을 이행하지 않은 계약에 대해 계약자는 계약이 성립한 날부터 3개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.
- 보험료 납입유예기간 및 계약해지
 - 최초계약의 제2회 이후 보험료 및 갱신계약의 제1회 이후 보험료 납입유예기간은 납입기일부터 납입기일이 속하는 달의 다음 다음

- 달의 마지막 날까지로 하며 납입유예기간이 끝나는 날까지 보험료가 납입되지 않은 경우 납입유예기간이 끝나는 날의 다음 날에 계약을 해지합니다.
- 계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(환급금대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다) 계약자는 해지된 날부터 3년 이내에 체신관서가 정한 절차에 따라 계약의 부활(호역회복)을 청약할 수 있으며, 이 경우 연체된 보험료에 연체이자를 더하여 납입하여야 합니다.
- 기존에 체결했던 계약을 해지하고 다른 계약을 체결하는 경우에는 계약체결의 거부 또는 보험료 등 금융소비자의 지급비용이 인상되거나 보장내용이 변경될 수 있습니다.
- 중도해지 시 지급되는 해약환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수 있습니다.
- 6. 보장성보험은 관련세법에 의거하여 세제혜택을 받을 수 있습니다.
- 7. 무배당보험이므로 계약자 배당금이 없습니다.
- 8. 이 자료는 당 상품의 개괄적 내용을 간략하게 설명해드리는 보조자료이므로, 자세한 사항은 보험약관을 반드시 참조하시기 바랍니다.**
- 9. 우체국보험에 대한 궁금증이나 불만사항이 있을 경우에는 아래의 연락처로 문의하시기 바랍니다. 또한 체신관서와 이해관계인 사이에 분쟁이 있는 경우에는 과학기술정보통신부장관이 정하는 바에 따라 우체국보험분쟁조정위원회의 심의조정을 받을 수 있습니다.

궁금하신 사항은 아래 담당자에게 연락하여 주십시오