

AON

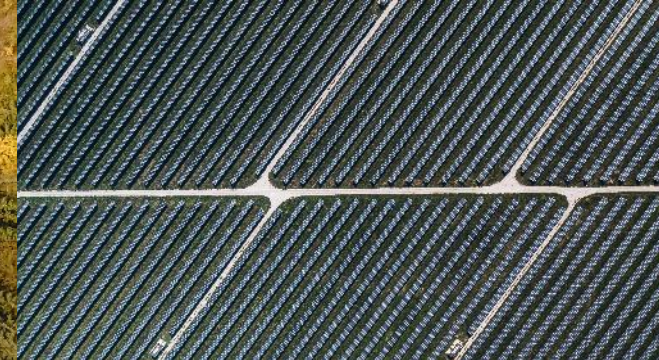
S&P Global Korea

2024-2025 단체상해보험 안내서

2024. 12.05

본 안내서는 단체보험 가입자의 이해를 돕기 위해 작성된 참조 자료이며, 자세한 내용은 가입된 보험약관의 규정을 따릅니다.

This manual is the reference to help understanding about group term & medical insurance for employee and details comply with the insurance terms. Korean version is prior to this translated version.



Contents

1. 2024-2025 단체상해보험 안내_정액형 보장	3
2. 2024-2025 단체상해보험 안내_실손형 보장	5
3. 보험금 청구 절차 및 구비서류	8
4. 보험금 청구 관련 주요 안내 사항	11
5. 실손 의료비 중복 제한 규정안내(비례보상)	12
6. 실손 의료비 특약 '청구서류 접수 대행 서비스' 안내	13
7. 주요 보상하지 않는 사항 안내	14

[부록]

AON Smart Mobile

1-1. 2024-2025 단체상해보험 안내_정액형 보장

- 보험기간: 2024년 12월 05일 ~ 2025년 12월 05일 (1년)
- 보 험 사: 삼성생명, 교보생명, 현대해상

보장명	보장내용	가입금액	가입대상
재해사망	보험기간 중 발생한 재해를 원인으로 사망 시 교보생명: 연봉2.5배(3억한도) / 삼성생명: 연봉1.5배(5억한도) / 현대해상: 연봉 1배(5억한도)	연봉 5배	임직원
재해후유장해	보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 영구적 장애 진단 시 교보생명: 연봉0.5배(3억한도) / 삼성생명: 연봉1.5배(5억한도) / 현대해상: 연봉 1배(5억한도) - 보험사 약관의 장애분류표에서 정한 지급률에 따라 가입금액의 3%~100% 보장	연봉 3배	
질병사망	보험기간 중 발생한 질병으로 사망 시 교보생명: 연봉0.5배(3억한도) / 삼성생명: 연봉1.5배(5억한도) / 현대해상: 연봉 1배(1억한도)	연봉 3배	
질병고도후유장해	보험기간 중 발생한 질병을 직접적인 원인으로 80% 이상 영구적 장애 진단 시 교보생명: 연봉0.5배(3억한도) / 삼성생명: 연봉1.5배(5억한도) / 현대해상: 연봉 1배(1억한도) - 보험사 약관의 장애분류표에서 정한 지급률에 따름	연봉 3배	
2대 특정 진단비 (뇌출혈 및 급성심근경색진단)	보험기간 중 뇌출혈 또는 급성심근경색으로 진단 확정 시 (각 최초 1회 보장) - 뇌출혈진단(I60~I62) / 급성심근경색 진단 (I21~I23)	2천만원	

* 상기는 이해를 돕기 위하여 약관의 내용을 요약한 것으로 자세한 사항은 각 보험사의 약관을 따릅니다.

1-1. 2024-2025 단체상해보험 안내_정액형 보장

- 보험기간: 2024년 12월 05일 ~ 2025년 12월 05일 (1년)
- 보 험 사: 삼성생명, 교보생명, 현대해상

보장명		보장내용	가입금액	가입대상
암 보 장	암진단비	보험기간 중 발생한 암으로 진단 확정 시 암종류에 따라 보장 (면책일 0일 / 최초 1회한도) - 일반암(악성암): 가입금액의 100% - 갑상선암/경계성종양: 가입금액의 20% - 제자리암/대장점막내암/비침습방광암/기타 피부암: 가입금액의 10% - 기존 암 진단자 및 전이, 재발암은 보장 제외 - C77~C80(불명확한, 이차성 상세불명 부위의 악성 신생물은 원발부위 (최초 발생한 부위) 기준으로 보장	1천만원	임직원 배우자
	암수술비	보험기간 중 발생한 암으로 진단 확정 후 직접적인 치료 목적으로 수술 시 암종류에 따라 보장 - 일반암(악성암): 가입금액의 100% - 갑상선암/경계성종양: 가입금액의 30% - 일반암, 갑상선암, 경계성종양 (2회수술 이후)/기타피부암/상피내암(제자리암): 가입금액의 10% - C77~C80(불명확한, 이차성 상세불명 부위의 악성신생물은 원발부위(최초 발생한 부위) 기준으로 보장	2백만원	
	암입원일당	보험기간 중 발생한 암으로 진단 확정 후 직접적인 치료 목적으로 입원치료시 4일부터 120일한도로 암 종류에 따라 보장 (요양병원 제외) - 일반암(악성암): 가입금액의 100% - 갑상선암/경계성종양/기타피부암/상피내암(제자리암): 가입금액의 40% - C77~C80(불명확한, 이차성 상세불명 부위의 악성신생물은 원발부위(최초 발생한 부위) 기준으로 보장	5만원/일당	
		보험기간 중 발생한 암으로 진단 확정 후 직접적인 치료 목적으로 요양병원 입원치료시 4일부터 60일한도로 보장 - 일반암: 가입금액의 100% - 갑상선암/경계성종양/기타피부암/제자리암: 가입금액의 50% - C77~C80(불명확한, 이차성 상세불명 부위의 악성신생물은 원발부위(최초 발생한 부위) 기준으로 보장	2만원/일당	
간호비	보험기간 중 국민건강보험이 적용되는 재해, 질병, 출산(O코드)으로 입원 치료 시 - 최대 365일(국민건강보험 적용기간) 한도 - 자동차, 산재사고 보장제외 - 정신 및 행동장애(F04~F99코드), 선천성질환(Q00~Q99코드) 제외 - 건강상태 및 보건서비스 접촉에 영향을 주는 요인(Z00~Z99코드) 제외	3만원/일당	임직원 배우자 자녀	

* 상기는 이해를 돕기 위하여 약관의 내용을 요약한 것으로 자세한 사항은 각 보험사의 약관을 따릅니다.



2-1. 2024-2025 단체상해보험 안내_실손형 보장

- 보험기간: 2024년 12월 05일 ~ 2025년 12월 05일 (1년)
- 보 험 사: 삼성생명, 교보생명, 현대해상

보장명	보장내용	가입금액	가입대상																																
상해 & 질병 & 산과(출산) 의료비	<p>보험기간 중 국민건강보험 적용되는 상해, 질병, 출산(O코드)으로 입원/통원 치료 시 본인부담 의료 실비 중 아래의 공제를 차감 후 가입금액 한도내 보상</p> <p>■ 보상기준</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>구분</th> <th>보상기준</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">입원</td> <td>급여</td> <td>국민건강보험법에서 정한 요양급여의 본인부담금의 80%</td> </tr> <tr> <td>비급여</td> <td>비급여 의료비(상급 병실료 차액제외) 본인 실제부담금액의 70%</td> </tr> <tr> <td>상급 병실료</td> <td>비급여 상급 병실료의 50%(단, 1일 10만원 한도)</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">통원</td> <td>급여</td> <td>통원 1회당(외래 및 처방조제 합산) 국민건강보험법에서 정한 요양급여의 본인부담금에서 통원항목 별 공제금액을 뺀 금액</td> </tr> <tr> <td>비급여</td> <td>통원 1회당(외래 및 처방조제 합산) 비급여 의료비 본인 실제부담금액에서 통원항목 별 공제금액을 뺀 금액 ※ 매년 계약해당일로부터 1년간 통원100회한도</td> </tr> </tbody> </table> <p>■ 공제기준</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>구분</th> <th>공제기준</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">입원</td> <td>급여</td> <td>20%</td> </tr> <tr> <td>비급여</td> <td>30%</td> </tr> <tr> <td>상급 병실료</td> <td>50%</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">통원</td> <td rowspan="2">급여</td> <td>1. 의원, 병원, 보건소, 보건의료원, 보건지소, 보건진료소 외래 및 약국, 한국희귀·필수의약품센터의 처방조제</td> <td>공제금액: 1만원 과 20% 중 큰 금액</td> </tr> <tr> <td>2. 전문요양기관, 상급종합병원, 종합병원에서의 외래 및 약국, 한국희귀·필수의약품센터의 처방조제</td> <td>공제금액: 2만원 과 20% 중 큰 금액</td> </tr> <tr> <td>비급여</td> <td>의료기관, 보건소, 보건의료원, 보건지소, 보건진료소 외래 및 약국, 한국희귀·필수의약품센터의 처방조제</td> <td>공제금액: 3만원 과 30% 중 큰 금액</td> </tr> </tbody> </table> <p>- 비급여 통원은 상해, 질병 각각 연간 100회(급여 통원은 횟수 제한 없음) - 비급여 입원 및 통원 초과 및 한방 치료 보장제외 - (입원) 전액 건강보험 미적용 시 본인부담비용의 40% - (통원) 전액 건강보험 미적용 시 통원항목별 공제금액을 뺀 본인부담비용의 40% - 자동차, 산재사고 보장제외(단, 실제 본인부담의료비 발생시 상기 보상기준 적용하여 지급) - 해외발생 의료비 보장 제외 - 산과(출산)진료는 임신 출산 및 산후기 관련 질환(O00~O99)에 한하여 보장 - 3대 비급여 특약 (도수치료/체외충격파/증식치료, 주사료, 자기공명영상진단(MRI/MRA)) 보장 제외</p>	구분	보상기준	입원	급여	국민건강보험법에서 정한 요양급여의 본인부담금의 80%	비급여	비급여 의료비(상급 병실료 차액제외) 본인 실제부담금액의 70%	상급 병실료	비급여 상급 병실료의 50%(단, 1일 10만원 한도)	통원	급여	통원 1회당(외래 및 처방조제 합산) 국민건강보험법에서 정한 요양급여의 본인부담금에서 통원항목 별 공제금액을 뺀 금액	비급여	통원 1회당(외래 및 처방조제 합산) 비급여 의료비 본인 실제부담금액에서 통원항목 별 공제금액을 뺀 금액 ※ 매년 계약해당일로부터 1년간 통원100회한도	구분	공제기준	입원	급여	20%	비급여	30%	상급 병실료	50%	통원	급여	1. 의원, 병원, 보건소, 보건의료원, 보건지소, 보건진료소 외래 및 약국, 한국희귀·필수의약품센터의 처방조제	공제금액: 1만원 과 20% 중 큰 금액	2. 전문요양기관, 상급종합병원, 종합병원에서의 외래 및 약국, 한국희귀·필수의약품센터의 처방조제	공제금액: 2만원 과 20% 중 큰 금액	비급여	의료기관, 보건소, 보건의료원, 보건지소, 보건진료소 외래 및 약국, 한국희귀·필수의약품센터의 처방조제	공제금액: 3만원 과 30% 중 큰 금액	<p>급여 항목</p> <p>연간 합산 3천만원 한도 (통원: 1회당 15만원 한도)</p>	임직원 배우자 자녀
	구분	보상기준																																	
입원	급여	국민건강보험법에서 정한 요양급여의 본인부담금의 80%																																	
	비급여	비급여 의료비(상급 병실료 차액제외) 본인 실제부담금액의 70%																																	
	상급 병실료	비급여 상급 병실료의 50%(단, 1일 10만원 한도)																																	
통원	급여	통원 1회당(외래 및 처방조제 합산) 국민건강보험법에서 정한 요양급여의 본인부담금에서 통원항목 별 공제금액을 뺀 금액																																	
	비급여	통원 1회당(외래 및 처방조제 합산) 비급여 의료비 본인 실제부담금액에서 통원항목 별 공제금액을 뺀 금액 ※ 매년 계약해당일로부터 1년간 통원100회한도																																	
구분	공제기준																																		
입원	급여	20%																																	
	비급여	30%																																	
	상급 병실료	50%																																	
통원	급여	1. 의원, 병원, 보건소, 보건의료원, 보건지소, 보건진료소 외래 및 약국, 한국희귀·필수의약품센터의 처방조제	공제금액: 1만원 과 20% 중 큰 금액																																
		2. 전문요양기관, 상급종합병원, 종합병원에서의 외래 및 약국, 한국희귀·필수의약품센터의 처방조제	공제금액: 2만원 과 20% 중 큰 금액																																
	비급여	의료기관, 보건소, 보건의료원, 보건지소, 보건진료소 외래 및 약국, 한국희귀·필수의약품센터의 처방조제	공제금액: 3만원 과 30% 중 큰 금액																																
<p>비급여 항목</p> <p>연간 합산 3천만원 한도 (통원: 1회당 15만원 한도)</p>																																			

* 상기는 실손 보상형 특약으로서 동일 보장의 타 보험(개인보험 포함)과 비례하여 보상됩니다.

2-2. 2024-2025 단체상해보험 안내_ 실손형 3대 비급여 보장

- 보험기간: 2024년 12월 05일 ~ 2025년 12월 05일 (1년)
- 보 험 사: 삼성생명, 교보생명, 현대해상

보장명	보장내용	가입금액	가입대상												
3대 비급여	보험기간 중 상해, 질병의 치료목적으로 의료기관에 입원/통원 치료 시 아래 비급여 의료행위로 치료를 받은 경우에는 본인이 실제로 부담한 비급여 의료비에서 공제금액을 뺀 금액을 가입금액 한도내 보상														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>구분</th> <th>공제금액</th> <th>가입금액(한도 및 횟수)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>비급여 도수치료, 체외충격파, 증식치료</td> <td>1회당 3만원과 30% 중 큰 금액</td> <td>연간350만원 이내/50회</td> </tr> <tr> <td>비급여 주사료</td> <td>1회당 3만원과 30% 중 큰 금액</td> <td>연간250만원 이내/50회</td> </tr> <tr> <td>비급여 자기공명영상진단</td> <td>1회당 3만원과 30% 중 큰 금액</td> <td>연간300만원 이내</td> </tr> </tbody> </table>	구분	공제금액	가입금액(한도 및 횟수)	비급여 도수치료, 체외충격파, 증식치료	1회당 3만원과 30% 중 큰 금액	연간350만원 이내/50회	비급여 주사료	1회당 3만원과 30% 중 큰 금액	연간250만원 이내/50회	비급여 자기공명영상진단	1회당 3만원과 30% 중 큰 금액	연간300만원 이내	좌측 표 참조	임직원 배우자 자녀
구분	공제금액	가입금액(한도 및 횟수)													
비급여 도수치료, 체외충격파, 증식치료	1회당 3만원과 30% 중 큰 금액	연간350만원 이내/50회													
비급여 주사료	1회당 3만원과 30% 중 큰 금액	연간250만원 이내/50회													
비급여 자기공명영상진단	1회당 3만원과 30% 중 큰 금액	연간300만원 이내													

* 상기는 이해를 돕기 위하여 약관의 내용을 요약한 것으로 자세한 사항은 각 보험사의 약관을 따릅니다.

* 상기는 실손 보상형 특약으로서 동일 보장의 타 보험(개인보험 포함)과 비례하여 보상됩니다.

* 3대 비급여 보장은 상해와 질병 그리고 입원과 통원을 구분하지 않고 보장되며, 각각의 진료행위 마다 자기 부담금이 적용됩니다.

[붙임] 용어의 정의

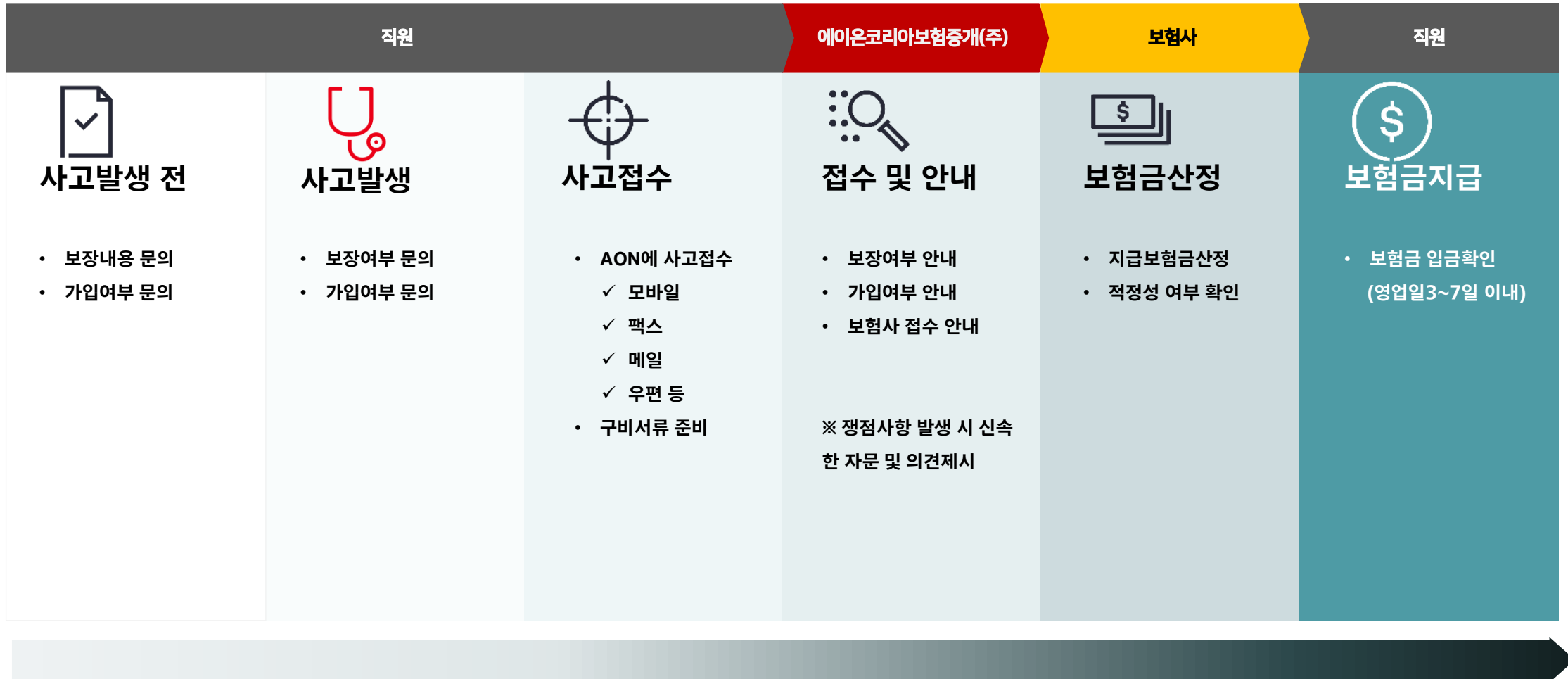
용어	정의
의료기관	1. 「의료법」 제3조(의료기관) 제2항에서 정하는 의료기관을 말하며, 종합병원·병원·치과병원·한방병원·요양병원·의원·치과의원·한의원 (조산원 제외) 2. 「국민건강보험법」 제42조제1항제4호에 의한 보건소·보건의료원·보건지소 및 동법 제42조제1항 제5호에 의한 보건진료소
입원	의사가 피보험자의 질병 또는 상해로 인하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관 또는 이와 동등하다고 인정되는 의료기관에 입실하여 계속하여 6시간 이상 체류하면서 의사의 관찰 및 관리하에 치료받는 것
연간(보험연도)	당해연도 계약해당일부터 차년도 계약해당일 전일까지 매1년 단위의 연도 (보험계약일 2024년 12월 05일로 연간(보험연도)의 기준은 2024년 12월 05일부터 2025년 12월 04일까지)
보상대상의료비	실제부담액 - 보장제외금액
보장책임액	(보장대상의료비 - 피보험자부담 공제금액)과 보험가입금액 중 작은 금액
상급 병실료 차액	상급병상을 이용함에 따라 요양급여 대상인 입원료 외에 추가로 부담하는 입원실 이용 비용
도수치료	치료자가 손(정형용 교정장치 장비 등의 도움을 받는 경우를 포함)을 이용해서 환자의 근골격계통(관절, 근육, 연부조직, 림프절 등)의 기능 개선 및 통증감소를 위하여 실시하는 치료행위 ※ 의사 또는 의사의 지도하에 물리치료사가 도수치료를 하는 경우에 한함
체외충격파치료	체외에서 충격파를 병변에 가해 혈관 재형성을 돕고 건(힘줄) 및 뼈의 치유 과정을 자극하거나 재활성화 시켜 기능개선 및 통증감소를 위하여 실시하는 치료행위 (체외충격파쇄석술은 제외)
증식치료	근골격계 통증이 있는 부위의 인대나 건(힘줄), 관절, 연골 등에 증식물질을 주사하여 통증이 소실되거나 완화되는 것을 유도하는 치료행위

용어	정의
주사료	주사치료시 사용된 행위, 약제 및 치료재료대
항암제	식품의약품안전처가 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 따라 지정하는 '조직세포의 기능용 의약품' 중 '종양용약'과 '조직세포의 치료 및 진단 목적제제'* ※ 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 따른 의약품분류표가 변경되는 경우, 치료시점의 의약품분류표에 따릅니다.
항생제 (항진균제 포함)	식품의약품안전처가 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 따라 지정하는 '항병원생물성 의약품' 중 '항생물질제제', '화학요법제' 및 '기생동물에 대한 의약품 중 항원충제'* ※ 「의약품 등 분류번호에 관한 규정」에 따른 의약품분류표가 변경되는 경우, 치료시점의 의약품분류표에 따릅니다.
희귀의약품	식품의약품안전처장이 「희귀의약품 지정에 관한 규정」에 따라 지정하는 의약품* ※ 「희귀의약품 지정에 관한 규정」에 따른 희귀의약품 지정 항목이 변경되는 경우, 치료시점의 희귀의약품 지정 항목에 따릅니다.
자기공명 영상진단	자기공명영상 장치를 이용하여 고주파 등을 통한 신호의 차이를 영상화하여 조직의 구조를 분석하는 검사(MRI/MRA) ※ 자기공명영상진단 결과를 다른 의료기관에서 판독하는 경우 포함 (보건복지부에서 고시하는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 상의 MRI 범주에 따름)



<도수치료/체외충격파치료/증식치료 증상의 개선, 병변호전 등 확인하는 방법>

- 증상의 개선, 병변호전 등과 관련하여 기능적 회복 및 호전여부는 관절가동(ROM), 통증평가척도, 자세평가 및 근력 검사(MMT)를 포함한 이학적 검사, 초음파 검사 등을 통해 해당 부위의 체절기능부전(Somatic dysfunction) 등을 평가한 결과로 판단합니다.
- 보험수익자와 회사가 위 제1호의 판단결과를 합의하지 못한 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있으며 제3자는 의료법 제3조(의료기관)의 종합병원 소속 전문의 중에 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

3-1. 보험금 청구절차



3-2. 단체보험 상담 및 접수 방법 안내

담당	에이온코리아보험중개(주) 방희정 차장	상담전화번호	TEL: 02-2260-2340
업무시간	평일 09:00 ~ 18:00 (점심시간 11:45~12:45)		
보험금청구 접수 방법			
팩스번호	FAX: 02-2275-6086		
문의 및 접수메일	Kr.hnb.claim@aon.com		
주소 (등기접수)	(04539) 서울 중구 을지로5길 26 센터원빌딩 동관29층 에이온코리아보험중개 (Health Solution)		
모바일접수 (실손 의료비 청구에 한합니다.)	App store 또는 Play스토어에서 “에이온 스마트”로 검색하여 설치 보험금청구서 앱으로 작성 후 구비서류를 사진파일로 전송가능 Company code: SNP1231		• 에이온 스마트 QR코드  iOS
			 Android

3-3. 구비서류 안내

구분	구비서류
공통서류	<ul style="list-style-type: none"> 보험금 청구서 보험금 청구를 위한 필수개인(신용)정보처리 동의서 - 피보험자/수익자 자필서명 필수 임직원 재직증명서 또는 경력증명서 청구금액 5백만원 이상은 원본제출 필수
기타	<ul style="list-style-type: none"> 제출불가영수증 : 카드전표 및 납입확인서 본인부담상한제에 적용되는 경우 국민건강보험료 납부확인서/자격득실확인서 등 요청 사안에 따라 가족관계증명서를 요청할 수 있습니다.
사망보험금	<ul style="list-style-type: none"> 상해사고: 사건사실확인원 (경찰서 발급), 교통사고사실확인원, 병원차트 등 한가지 제출 사망진단서 (또는 사체검안서) 상속관계 확인서류 (예시: 기본증명서, 가족관계증명서, 혼인관계증명서, 제적등본 등) 상속인이 다수인 경우: 상속인 각각의 위임장 및 인감증명서(또는 본인서명사실확인서) 수익자 : 신분증(앞면) 사본 및 통장 사본
후유 장애	<ul style="list-style-type: none"> 후유 장애진단서(진단서에 지급률이 명시되어야 함) <ol style="list-style-type: none"> 장애 운동 각도 측정 시 A.M.A. 방식으로 측정 (팔, 다리관절, 척추장애) 추간판 탈출증은 신경근병증의 소견 필요 운동, 기형 절단 장애는 후유 장애관련 검사 영상 CD 첨부 요청할 수 있음 절단장애만 청구 시 영상 CD/수술기록지로 후유 장애진단서 대체 가능 청각, 후각, 시각장애는 3회 이상 검사결과지 첨부 상해사고: 사건사실확인원 (경찰서 발급), 교통사고사실확인원, 병원차트 등 한가지 제출 신분증(앞면) 사본 및 통장 사본
뇌출혈진단금	<ul style="list-style-type: none"> 초진차트(응급 기록지 등) 진단서 (최종 진단, 질병분류코드 및 진단명 기재된 서류) 진단을 위해 시행한 정밀 검사 판독결과지 전체 : CT/MRI(MRA), 뇌혈관조영술 등 (검사결과 영상 CD 요청될 수 있음) 신분증(앞면) 사본 및 통장사본, 임직원 재직증명서 또는 경력증명서
급성심근경색 진단금	<ul style="list-style-type: none"> 초진차트(응급 기록지 등) 진단서 (최종 진단, 질병분류코드 및 진단명 기재된 서류) 진단을 위해 시행한 정밀 검사 판독결과지 전체 <ul style="list-style-type: none"> - 심장초음파, 심전도, 관상동맥조영술, 심장효소[혈액검사] 결과지, 운동부하검사결과지 등 신분증(앞면) 사본 및 통장사본

구분	구비서류
암진단금	<ul style="list-style-type: none"> 진단서 (최종 진단, 질병분류코드 및 진단명 기재된 서류) 초진차트 조직검사결과지 <ol style="list-style-type: none"> 조직검사를 시행한 경우 : 조직(병리)검사결과지 백혈병 등의 혈액암의 경우 : 골수생검검사결과지 및 혈액검사결과지 조직검사를 시행할 수 없는 경우 : 영상의학검사 판독결과지(CT,MRI,PET등) 및 혈액검사결과지 신분증(앞면) 사본 및 통장 사본
입원	<ul style="list-style-type: none"> 입퇴원확인서 (진단명 및 입퇴원기간이 포함된, 진단명 없을시 진단서 별도 구비 필요) 입원진료비계산서영수증 입원(진료)비 세부내역서
통원	<ul style="list-style-type: none"> 외래(통원)진료비 계산서 영수증 (일자별) 외래(통원)진료비 세부내역서 - “전액본인부담” 및 “비급여”항목 의료비 발생시 필수 제출 <ul style="list-style-type: none"> ※ 진료과목별로 병명확인이 필요한 경우 병명확인서류 (진단서, 처방전 등) 요청될 수 있습니다. ※ 산과, 산부인과, 향문외과, 비뇨기과, 피부과, 정신과, 치과 청구 시 진단서, 통원확인서, 처방전, 등 병명서류 제출 필수 약제비 계산서 영수증(일자별) - “전액본인부담” 및 “비급여”항목 의료비 발생시 처방전 필수 제출 <ul style="list-style-type: none"> ※ 하루에 병원 진료비와 약제비가 모두 발생한 경우, 병원과 약국의 영수증을 모두 제출하여 주시기 바랍니다. ※ 약제비의 처방일자과 조제일자가 다른 경우, 처방전 첨부 부탁드립니다.

NOTE

※ 사망, 장애, 진단금 등 중요 보험금 청구 시 담당자와 통화 후 필요서류를 확인 받으시기 바랍니다.

※ 금융감독원의 보험금 청구서류 표준안에 따른 필수 구비서류 이므로 상기의 서류들이 모두 구비되지 않을 경우 보험금 지급에 제한이 있을 수 있습니다. 또한, 사안에 따라 상기 서류외 추가서류가 요청될 수 있습니다.



4. 보험금 청구 관련 주요 안내사항

<p style="text-align: center;">청구 소멸시효</p>	<p style="text-align: center;">보험금청구서 작성</p>	<p style="text-align: center;">개인정보동의</p>
<ul style="list-style-type: none"> 상법662조(소멸시효) 보험금 청구권은 3년간 이후는 청구가 불가능하여 빠른 시일내 청구 부탁드립니다. 	<ul style="list-style-type: none"> 보험금청구서양식은 신의성실 원칙에 따라 작성하여 주세요. 정확하지 않을 경우 불이익이 있을 수 있으니 정확한 병명 및 사고사항을 기재하여 주세요. 	<ul style="list-style-type: none"> 2011년 9월 30일 이후 개인정보보호법 및 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률에 따라 동의서 필수 제출 요청 드립니다. 동의서 누락 시 보험금 지급업무와 관련한 서비스 제공이 불가능합니다.

<p>본인부담상한제</p>	<p>1. 국민건강보험법에 따른 본인부담금 상한제 요양급여비용 중 본인이 부담한 비용의 연간 총액이 일정 상한액 (국민건강보험 지역가입자의 세대별 보험료 부담수준 또는 직장가입자의 개인별 보험료 부담수준에 따라 국민건강보험법 등 관련 법령에서 정한 금액을 초과하는 경우 그 초과액을 국민건강보험공단이 부담하는 제도</p> <p>2. 의료급여법에 따른 본인부담금 보상제 수급권자의 급여대상 본인부담금이 매 30일간 다음 금액을 초과하는 경우, 초과금액의 50%에 해당하는 금액을 의료급여기금 등이 부담하는 제도</p> <p>1. 1종 수급권자: 2만원 2. 2종 수급권자: 20만원</p> <p>3. 의료급여법에 따른 본인부담금 상한제 본인부담금 보상제에 따라 지급받은 금액을 차감한 급여대상 본인부담금이 다음 금액을 초과하는 경우, 그 초과액 전액을 의료급여기금 등이 부담하는 제도</p> <p>다만, 관련 법령 등이 변경되는 경우 변경된 기준을 따릅니다. (상기 예시금액은 2021.5월 기준)</p>
<p>비급여 진료제도</p>	<p>1. 비급여 진료비용 공제제도 국민이 쉽게 이해하고 의료기관을 선택할 때 참고할 수 있도록 건강보험 심사평가원이 매년 비급여 진료비용을 조사하여 최저최고금액 등 비급여 진료비용에 대한 정보를 비교 공개하는 제도</p> <p>2. 비급여 진료 사전설명제도 진료에 필요한 항목 및 가격을 환자가 사전에 인지하고 선택할 수 있도록 의료기관이 비급여 진료 전에 비급여 제공항목과 가격을 미리 설명하도록 의무화하는 제도</p> <p>3. 비급여 진료비 확인제도 건강보험심사평가원에서 의료기관 등에서 자료를 받고 지불한 비급여 (전액 본인부담금 포함) 진료비용이 건강보험 (의료급여)에 해당되는지 확인할 수 있는 제도</p>

5. 실손 의료비 중복제한 규정안내(비례보상)

실손 의료비 보장의 경우 본인이 실제로 의료기관에 지불한 치료비 만을 보장하는 상품으로 타 보험사(개인보험 및 단체보험 모두 포함)에 실손 의료비 보장형 상품이 가입되어 있을 경우, 중복 보장이 불가능하며, 비례 보상될 수 있습니다 (2003.10.1일 보험업법 개정). 금융감독원의 지침에 의거 의료실비보장에 대한 이중수혜를 방지하기 위해 국내 모든 생명보험 및 손해보험사에 일괄 적용되는 항목입니다. 실손 의료비 약관 “다수보험의 처리 등”에 명기된 사항임

제9관 다수보험의 처리 등

제31조(다수보험의 처리)

- ① 다수보험의 경우 각 계약의 보상대상의료비 및 보상책임에 따라 제2항에서 정한 방법으로 계산된 각 계약의 비례분담액을 지급합니다.
- ② 각 계약의 보상책임액 합계액이 각 계약의 보상대상의료비 중 최고액에서 각 계약의 피보험자부담 공제금액 중 최소액을 차감한 금액을 초과한 다수보험은 아래의 산출방식에 따라 각 계약의 비례분담액을 계산합니다. 이 경우 입원, 외래, 처방조제를 각각 구분하여 계산합니다.

$$\text{각 계약별 비례분담액} = \frac{(\text{각 계약의 보상대상의료비 중 최고액} - \text{각 계약의 피보험자부담 공제금액 중 최소액}) \times \text{각 계약별 보상책임액}}{\text{각 계약별 보상책임액을 합한 금액}}$$

▪ 비례보상 예시 (입원 진료비)

[단위:원]

보험사	가입금액	발생의료비	각보험사별 보상책임액	비례보상 산출방식	지급보험금
A보험사	1,000만 (급여 90% +비급여80%)	급여 50만	50만 X 90% = 45만 450만 X 80% =360만	(500만-95만) X (4,050,000 ÷ 7,600,000)	2,158,224
B보험사	1,000만 (급여 80% +비급여70%)	비급여 450만	50만 X 80% = 40만 450만 X 70% =315만	(500만-95만) X (3,550,000 ÷ 7,600,000)	1,891,776
합계		500만	7,600,000		4,050,000

A 보험사 공제금액 950,000원 VS B 보험사 공제금액 1,450,000원 중 A보험사 공제금액이 최소액

위 예시의 A보험사 상품은 2017년 4월에 가입된 상품, B보험사는 2024년 12월에 가입된 상품을 중복 가입시에 대한 예시입니다.

보장내용별 중복보상 적용 여부

실비형 상품 (중복보상 불가)

- 상해의료비 보장
- 질병의료비 보장
- 3대비급여치료 보장

정액형 상품 (중복보상 가능)

- 사망 보장
- 후유장애 보장
- 진단비 보장

6. 실손 의료비 특약 ‘청구서류 접수 대행 서비스’ 안내

실손 의료 보험금 청구서류 접수 대행이란?

하나 이상의 * 실손 의료보험 특약에 가입한 경우, 여러 곳의 보험사로 직접 보험금청구 진행을 해야 하는 불편함이 있으므로 “최초 실손 의료비 보험금 청구 받은 보험사”에서 다수의 다른 보험사로 실손 의료비 청구 관련 구비서류 제출을 대행해 드리는 서비스입니다.

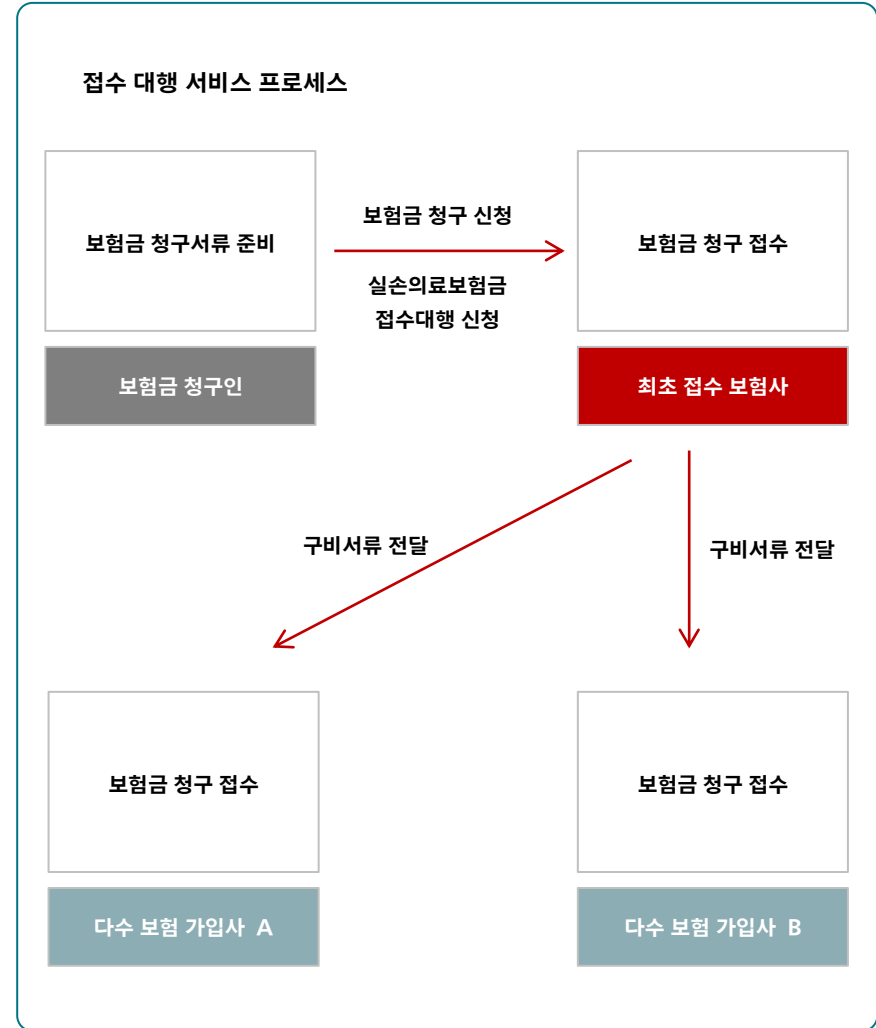
* 실손 의료보험 특약은 입원의료비(또는 입원 의료실비)와 통원의료비(또는 통원 의료실비) 특약을 의미합니다.

접수 대행 서비스 이용방법

단체보험의 실손 의료 보험금 청구신청시 보험금청구서 양식에 포함되어 있는 <실손 의료비 보험금 청구서류 접수대행 서비스 신청서>를 작성해 주시면, 최초 접수 받은 보험사에서 다른 보험사로 서류를 전달하여 접수대행을 이용하실 수 있습니다.

※ 접수 대행 서비스 이용 시 유의사항

- 1) 접수 대행 서비스는 실손 의료보험 특약에 한하여 제공됩니다.
(실손 의료보험 이외의 특약은 제외)
- 2) 접수 대행 서비스는 생명보험사협회, 손해보험사협회에 등록된 보험사에 한정됩니다.
(신탁, 수협, 우체국, 새마을금고 등 공제사와 일부 서비스를 지원하지 않는 보험사 제외)
- 3) 보험사마다 제출 서류가 상이할 수 있으며, 보험금 지급심사를 위해 추가 관련 서류의 제출을 요청 받을 수 있습니다.
- 4) 접수 대행 서비스를 통하여 접수된 내용(접수여부, 보험금 지급 내역 등)은 해당 보험사로 직접 확인을 하셔야 합니다.
- 5) 접수 대행 서비스를 신청하는 경우 다른 보험사에서는 청구서류를 수신(접수)한 날이 보험금 청구일이 됩니다.
- 6) 보험금청구서 양식내 “타보험사”에 대한 개인정보 제공 및 활용과 관련 동의서 작성을 반드시 해 주셔야 합니다.
- 7) 본 서비스는 보험사에서 직접 제공하는 서비스로 서류 접수, 지급여부 및 추가서류 필요여부에 대해서는 Aon Korea에서 안내가 불가능 합니다.



7. 주요 보상하지 않는 사항 (1) (상해/질병/산과 급여형, 상해/질병/산과 비급여형, 3대비급여형 요약)

- ① 보험계약자나 피보험자의 고의
- ② 수익자의 고의 (다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급)
- ③ 피보험자가 정당한 이유 없이 통원 및 입원 기간 중 의사의 지시를 따르지 않거나 의사가 통원치료가 가능하다고 인정함에도 불구하고 피보험자 본인이 자의적으로 입원하여 발생한 입원의료비
- ④ 한국표준질병사인분류에 따른 다음의 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.
 - 1. 정신과 질환 및 행동장애(F04~F99) 다만, F04~F09, F20~F29, F30~F39, F40~F48, F51, F90~F98과 관련한 치료에서 발생한 국민건강보험법에 따른 요양급여에 해당하는 의료비는 보상합니다.
 - 2. 여성생식기의 비염증성 장애로 인한 습관성 유산, 불임 및 인공수정관련 합병증(N96~N98)으로 발생한 의료비
 - 3. 선천성 뇌질환(Q00~Q04), 비만(E66), 요실금 (N39.3, N39.4, R32)
 - 4. 직장 또는 항문질환 중 국민건강보험법상 요양급여에 해당하지 않는 부분(K60~K62, K64)
- ⑤ 급여 의료비 항목 중 다음의 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.
 - 1. 국민건강보험법 및 의료급여법에 따른 요양(의료)급여 중 본인부담금의 경우 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액 (본인부담금 상한제)
 - 2. 성장호르몬제 투여에 소요된 비용으로 부담한 전액 본인부담금
 - 3. 자동차보험(공제를 포함합니다.)에서 보상받는 치료관계비(과실상계 후 금액을 기준으로 합니다.) 또는 산재보험에서 보상받는 의료비. 다만, 실제 본인 부담의료비(자동차보험 진료수가에 관한 기준 및 산재보험 요양급여 산정 기준에 따라 발생한 실제 본인부담의료비)는 보장내용의 지급기준에 따라 보상합니다.
 - 4. 「응급의료에 관한 법률」 및 동법 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 동법 제26조 권역응급의료센터 또는 「의료법」 제3조의 4에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급 관리료로서 전액 본인부담금에 해당하는 의료비
- ⑥ 비급여 의료비 항목 중 다음의 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.
 - 1. 치과치료(K00~K08) 및 한방치료에서 발생한 「국민건강보험법」에 따른 요양급여에 해당하지 않는 비급여의료비
 - 2. 영양제, 비타민제 등의 약제와 관련하여 소요된 비용. 다만, 약관상 보상하는 상해 또는 질병을 치료함에 있어 아래 항목에 해당하는 경우는 치료 목적으로 보아 보상합니다.
 - 가) 약사법령에 의하여 약제별 허가사항 또는 신고된 사항(효능, 효과 및 용법/용량등)대로 사용된 경우
 - 나) 요양급여 약제가 관련 법령 또는 고시 등에서 정한 별도의 적용기준대로 비급여 약제로 사용된 경우
 - 다) 요양급여 약제가 관련 법령에 따라 별도의 비급여 사용승인 절차를 거쳐 그 승인 내용대로 사용된 경우
 - 라) 상기 항목의 약제가 두 가지 이상 함께 사용된 경우(함께 사용된 약제 중 어느 하나라도 상기 항목에 해당하지 않는 경우 제외)
 - 3. 호르몬 투여, 보신용 투약, 의약외품과 관련하여 소요된 비용
 - 4. 의치, 의수족, 의안, 안경, 콘택트렌즈, 보청기, 목발, 팔걸이(Arm Sling), 보조기 등 진료재료의 구입 및 대체비용. 다만, 인공장기 등 신체에 이식되어 그 기능을 대신하는 경우에는 보상합니다.
 - 5. 진료와 무관한 각종 비용(TV시청료, 전화료, 각종 증명료 등을 말합니다.), 의사의 임상적 소견과 관련이 없는 검사비용, 간병비
 - 6. 「국민건강보험법」 제42조의 요양기관이 아닌 외국에 있는 의료기관에서 발생한 의료비
 - 7. 「응급의료에 관한 법률」 및 동법 시행규칙에서 정한 응급환자에 해당하지 않는 자가 동법 제26조 권역응급의료센터 또는 「의료법」 제3조의 4에 따른 상급종합병원 응급실을 이용하면서 발생한 응급 관리료
- ⑦ 임신, 출산 및 산후기 관련 질환[한국표준질병사인분류 (O00~O99)으로 인한 치료 중 아래의 어느 하나에 해당하는 치료로 인하여 발생한 의료비
 - 1. 「모자보건법」 제2조(정의)에서 정한 산후조리업에 해당하여 발생한 비용
 - 2. 융모막 융모생검(Chorionic villus sampling), 양수 천자술(amniocentesis), 경피제대혈채취(cordocentesis), 기형아선별검사(삼중 또는 사중검사, 염색체 검사, 이외 기타 비침습적 및 침습적 기형아선별검사를 포함합니다)
 - 3. 철분제 등의 영양제 및 영양수액

7. 주요 보상하지 않는 사항 (2) (상해/질병/산과 급여형, 상해/질병/산과 비급여형, 3대비급여형 요약)

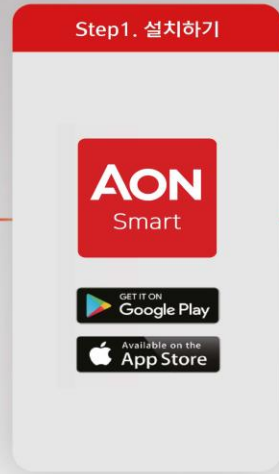
⑧ 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항([별표2]비급여대상)에 따른 다음의 비급여 의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.

1. 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우에 실시 또는 사용되는 치료로 인하여 발생한 비급여 의료비
 - 가) 단순한 피로 또는 권태
 - 나) 주근깨, 다모, 무모, 백모증, 딸기코(주사비), 점, 모반, 사마귀, 여드름, 노화현상으로 인한 탈모 등 피부질환
 - 다) 발기부전(Impotence)·불감증
 - 라) 단순 코골음(수면무호흡증(G47.3)은 보상합니다)
 - 마) 치료를 동반하지 않는 단순포경(phimosis)
 - 바) 검열반 등 안과질환
 - 사) 그 밖에 일상생활에 지장이 없는 경우로 국민건강보험 비급여 대상에 해당하는 치료
2. 신체의 필수 기능 개선 목적이 아닌 경우에 실시 또는 사용되는 치료로 인하여 발생한 비급여 의료비
 - 가) 쌍꺼풀수술(이중검 수술), 성형수술(윤비술), 유방 확대(다만, 유방암 환자의 환축 유방재건술은 보상합니다)·축소술, 지방흡입술, 주름살 제거술 등 미용목적의 성형수술과 그로 인한 후유증 치료
 - 나) 사시교정, 안와격리증(양쪽 눈을 감싸고 있는 뼈와 뼈 사이의 거리가 넓은 증상)의 교정 등 시각계 수술로서 시력개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 수술
 - 다) 치과교정
 - 라) 씹는 기능 및 발음 기능의 개선 목적이 아닌 외모개선 목적의 턱얼굴(안면)교정술
 - 마) 관절운동 제한이 없는 반흔구축성형술 등 외모개선 목적의 반흔제거술
 - 바) 안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술(국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분을 시력교정술로 봅니다)
 - 사) 질병 치료가 아닌 단순히 키 성장(성장촉진)을 목적으로 하는 진료
 - 아) 외모개선 목적의 다리 정맥류 수술
 - 자) 그 밖에 외모개선 목적의 치료로 국민건강보험 비급여 대상에 해당하는 치료

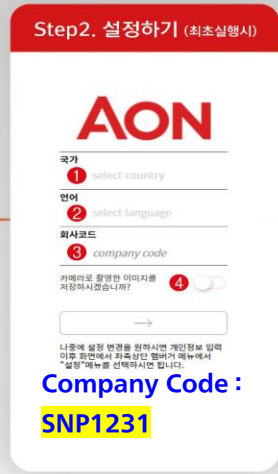
3. 예방진료로서 질병·부상의 진료를 직접목적으로 하지 아니하는 경우에 실시 또는 사용으로 인하여 발생한 비급여 의료비
 - 가) 본인의 희망에 의한 건강검진(다만, 검사결과 이상 소견에 따라 건강검진센터 등에서 발생한 추가 의료비용은 보상합니다.)
 - 나) 예방접종(파상풍, 혈청주사 등 치료목적으로 사용하는 예방주사 제외)
 - 다) 그 밖에 예방진료로서 국민건강보험 비급여 대상에 해당하는 치료
4. 보험급여시책상 요양급여로 인정하기 어려운 경우 및 그 밖에 건강보험급여 원리에 부합하지 아니하는 경우 발생한 비급여 의료비
 - 가) 친자확인을 위한 진단
 - 나) 불임검사, 불임수술, 불임복원술
 - 다) 보조생식술(체내, 체외 인공수정을 포함합니다.)
 - 라) 인공유산에 든 비용(다만, 회사가 보상하는 상해 또는 질병으로 임신상태를 유지하기 어려워 의사의 권고에 따라 불가피하게 시행한 경우는 제외)
 - 마) 그 밖에 요양급여를 함에 있어서 비용효과성 등 진료상의 경제성이 불분명하여 국민건강보험 비급여 대상에 해당하는 치료

- ⑨ 사람면역결핍바이러스(HIV) 감염으로 인한 치료비(다만, 「의료법」에서 정한 의료인의 진료상 또는 치료중 혈액에 의한 HIV 감염은 해당 진료기록을 통해 객관적으로 확인되는 경우 보상합니다)
- ⑩ 피보험자가 법령 등에 따라 의료비를 감면 받거나 의료기관으로부터 감면 받은 경우에는 감면 후 실제 본인이 부담한 의료비 기준으로 계산합니다. 단, 감면 받은 의료비가 근로소득에 포함된 경우, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「독립유공자 예우에 관한 법률」에 따라 의료비를 감면 받은 경우에는 감면 전 의료비로 계산합니다.
- ⑪ 피보험자가 질병으로 인하여 병원에 입원/통원하여 본인의 장기등 (「장기 이식에 관한 법률」 제4조에 의한 “장기등”을 의미합니다.)의 기능회복을 위하여 「장기 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 회사가 가입한 보장내용에 따라 보상합니다.

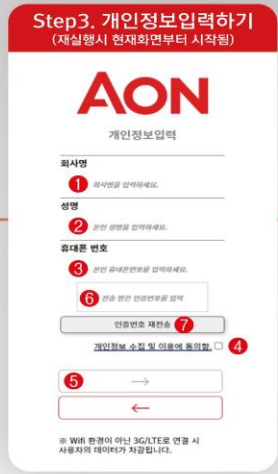
※ 상기 내용은 실손 의료비 제외사항의 요약으로서 기타 세부적인 사항은 보험약관을 따릅니다.



사용자의 기기에 따라 Google Play 또는 App Store에서 Aon Smart로 검색하여 다운로드를 받습니다.



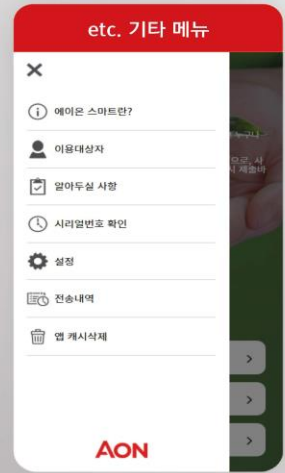
- 1 국가를 선택합니다.
- 2 고객이 사용할 언어를 선택합니다. (한글/영문 선택가능)
- 3 고객사에 배포된 회사코드를 입력합니다.
- 4 앱에서 카메라로 촬영한 이미지를 폰에 저장할지 여부를 선택합니다.



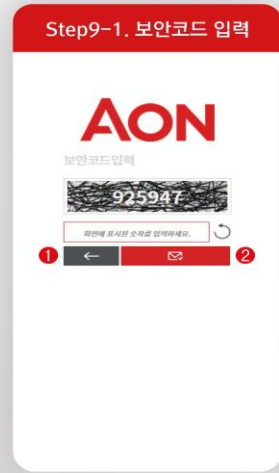
- 1 고객의 회사명을 입력합니다.
- 2 고객의 성명을 입력합니다.
- 3 연락받으실 휴대폰 번호를 입력합니다.
- 4 동의함에 체크해야만 다음으로 진행이 됩니다.
- 5 입력된 휴대폰 번호가 인증된 경우만 다음 단계로 진행됩니다.
- 6 휴대폰으로 전송된 인증번호를 입력한 후 5를 다시 진행합니다.
- 7 3분 이내 인증번호가 도착하지 않는 경우, 입력된 휴대폰 번호를 확인 후 재전송 버튼을 누릅니다.



- 5 보험금청구
보험금 청구시에 선택합니다. (Step5 별도 설명)
- 6 기타서류제출
기타 서류 제출을 요청 받았을 때 선택합니다.
- 9 문의하기
문의할 내용이 있을 때 선택합니다.



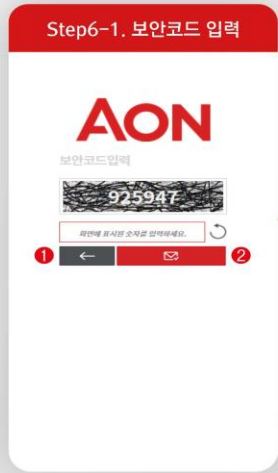
햄버거 메뉴를 선택하여 에이온 스마트(Aon Smart) 애플리케이션에 대한 내용을 확인할 수 있습니다.
 ⚙ 국가/언어 등 설정을 변경하기 위한 최초 화면으로 이동합니다. (회사코드 재입력 필요)
 📧 전송한 내역을 확인할 수 있습니다.



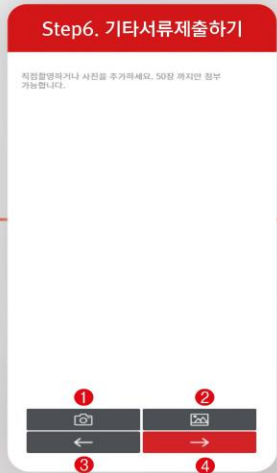
화면에 표시된 숫자를 입력합니다.
 1 이전 화면으로 돌아갑니다.
 2 전송을 시작합니다.



- 1 회신 방법을 선택합니다. (SMS 또는 이메일로 회신 가능)
- 2 회신 방법에 따라 핸드폰 번호나 이메일 주소를 입력합니다.
- 3 문의할 내용을 입력합니다. (3000자 이내)



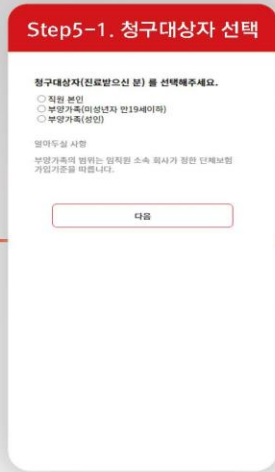
화면에 표시된 숫자를 입력합니다.
 1 이전 화면으로 돌아갑니다.
 2 전송을 시작합니다.



- 요청 받은 관련 서류를 제출합니다.
- 1 사진촬영 카메라로 직접 서류를 촬영하여 추가합니다.
 - 2 앨범선택 갤러리에서 선택 후 추가합니다.
 - 3 이전 화면으로 돌아갑니다.
 - 4 다음 단계로 넘어갑니다.



5 보험금청구 보험금 청구시에 선택합니다. (Step5)



청구대상자를 선택한 후 다음을 눌러 진행합니다.

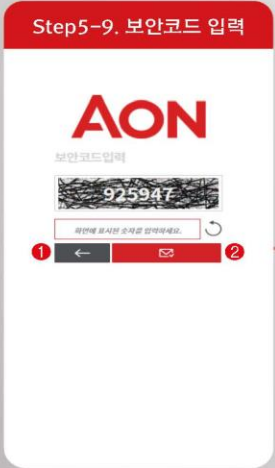


1 피보험자 성명을 입력합니다.
2 피보험자 주민등록번호를 입력합니다.

5-1의 청구대상자에서 직원 본인을 선택한 경우 이 화면은 Skip 됩니다.



1 임직원 성명, 주민등록번호, 안내받으실 전화번호를 입력합니다.
2 보험금 수령을 위한 은행 및 계좌 정보를 입력합니다.



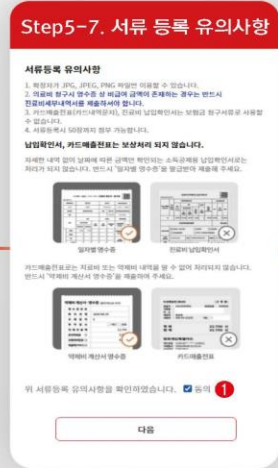
화면에 표시된 숫자를 입력합니다.

- 1 이전 화면으로 돌아갑니다.
- 2 전송을 시작합니다.



요청 받은 관련 서류를 제출합니다.

- 1 사진촬영 카메라로 직접 서류를 촬영하여 추가합니다.
- 2 앨범선택 갤러리에서 선택 후 추가합니다.
- 3 이전 화면으로 돌아갑니다.
- 4 다음 단계로 넘어갑니다.



서류 등록에 대한 유의사항을 꼼꼼히 확인합니다.

- 1 내용을 숙지하셨다면 동의를 체크하시고 다음 단계로 넘어갑니다.



1 실손보험금 청구 대행을 원하시는 경우 "예"를 선택합니다.

2 실손보험금 청구에 대한 상세 내역을 확인합니다.

실손보험 청구 대행을 원치 않으시는 경우, "아니오"를 선택합니다.



1 피보험자 성명을 입력하고 서명합니다. 5-1의 청구대상자가 임직원인 경우 이 항목은 보이지 않습니다.

2 임직원 성명을 입력하고 서명합니다.

3 서명을 잘못했을 경우 서명초기화를 터치하여 다시 서명할 수 있습니다.



질병인 경우 사고구분에서 질병을 선택하고 병명 및 진단 내용, 경위 등을 입력합니다.

상해인 경우 사고구분에서 상해를 선택하고 사고일시 및 사고장소, 사고경위를 입력합니다.



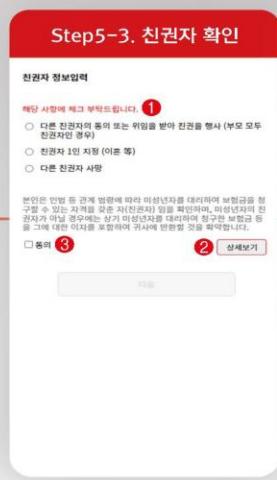
5 보험금청구 보험금 청구서에 선택합니다. (Step5)



청구대상자를 선택한 후 다음을 눌러 진행합니다.



1 피보험자 성명을 입력합니다.
2 피보험자 주민등록번호를 입력합니다.
5-1의 청구대상자에서 직원 본인을 선택한 경우 이 화면은 Skip 됩니다.



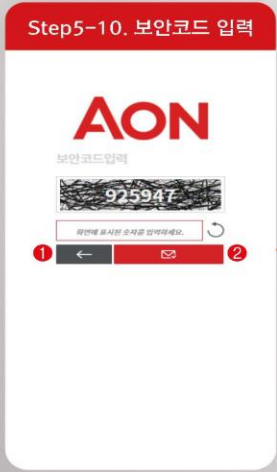
1 친권자가 부모 모두인지 선택합니다.
2 친권자 확인에 대한 상세내용을 확인합니다.
3 친권자 확인에 동의합니다.
5-1의 청구대상자에서 "부양가족(미성년자)"을 선택한 경우에만 이 단계를 진행합니다.



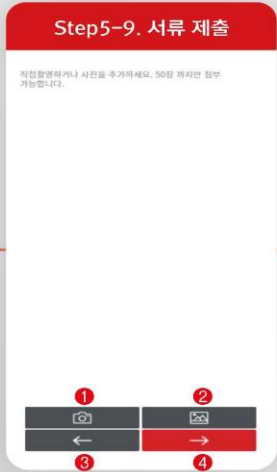
1 친권자(부 또는 모)의 성명을 입력합니다.
2 친권자(부 또는 모)의 주민등록번호를 입력합니다.
3 친권자(부 또는 모)의 연락처를 입력합니다.
4 친권자(부 또는 모)의 서명란에 서명합니다.



1 임직원 정보를 입력해주세요.
2 보험금 수령을 위한 은행 및 계좌 정보를 입력합니다.



화면에 표시된 숫자를 입력합니다.
1 이전 화면으로 돌아갑니다.
2 전송을 시작합니다.



오정 받은 관련 서류를 제출합니다.
1 사진촬영 카메라로 직접 서류를 촬영하여 추가합니다.
2 앨범선택 갤러리에서 선택 후 추가합니다.
3 이전 화면으로 돌아갑니다.
4 다음 단계로 넘어갑니다.



서류 등록에 대한 유의사항을 꼼꼼히 확인합니다.
1 내용을 숙지하셨다면 동의를 체크하시고 다음 단계로 넘어갑니다.



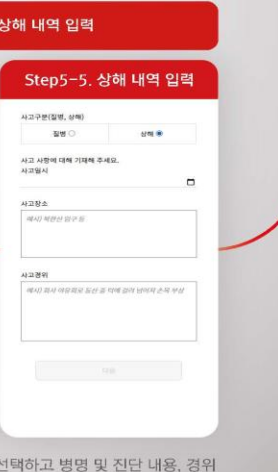
1 실손보험금 청구 대행을 원하시는 경우 "예"를 선택합니다.
2 실손보험금 청구에 대한 상세 내역을 확인합니다.
실손보험 청구 대행을 원치 않으시는 경우, "아니오"를 선택합니다.



1 피보험자 성명을 입력하고 서명합니다. 5-1의 청구대상자가 임직원인 경우 이 항목은 보이지 않습니다.
2 임직원 성명을 입력하고 서명합니다.
3 서명을 잘못했을 경우 서명초기화를 터치하여 다시 서명할 수 있습니다.



질병인 경우 사고구분에서 질병을 선택하고 병명 및 진단 내용, 경위 등을 입력합니다.



상해인 경우 사고구분에서 상해를 선택하고 사고일시 및 사고장소, 사고경위를 입력합니다.



Aon Korea Inc.
29th Floor, Center 1 East Tower 26 Eulji-Ro 5gil, Jung-Gu,
Seoul 04539 Korea

www.aon.com

No part of this report may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any way or by any means, including photocopying or recording, without the written permission of the copyright holder, application for which should be addressed to the copyright holder.