

2020년 아동 보험 보장내용 안내문

보험기간	2020년 7월 31일 00시01분 ~ 2021년 7월 30일 23시 59분 (1년)
주관보험사	삼성화재
참여보험사	메리츠화재, 현대해상, DB손해보험, KB손해보험
보상 문의	서민금융진흥원 아동 보험접수센터 전화 / 02-3471-5116 팩스 / 070-4758-9556 메일 / fjclaim@fjins.co.kr 원본접수 원칙 / 우편번호 : 06734 서울시 서초구 서운로 22, 6층 서민금융진흥원 아동보험접수센터 앞

※ 본 안내문은 보험약관의 이해를 돕기 위한 자료로써 안내문에 언급되지 아니한 사항은 계약사항 및 해당 약관에 따릅니다.

▷가입대상

한부모가구의 만 17세 이하 아동과 그 부양자(친권자)

아래 두 가지 조건을 모두 충족하는 경우 자동 가입 별도가입절차 無

① 한부모가구 아동양육비 지원 대상자 ② 생계급여 , 의료급여 대상자가 아닌 자

▷가입내용

구분	가입담보	가입금액	가입내용
부양자	24시간 상해후유장해	3천만원	상해사고로 후유장해 발생 시 비율에 따라 보상
	질병 후유장해(3~100%)	3천만원	질병으로 3%이상 후유장해 발생 시 비율에 따라 보상
	대중교통상해 후유장해	3천만원	대중교통 이용 중 상해 후유장해가 발생 한 경우
아동	24시간 상해후유장해	3천만원	상해사고로 후유장해 발생 시 비율에 따라 보상
	질병 후유장해(3~100%) (만 15세 미만 아동제외)	3천만원	질병으로 3%이상 후유장해 발생 시 비율에 따라 보상
	상해/질병 입원일당	3만원	입원 첫날부터 지급(180일 한도) *출산 제외
	골절진단비 (치아파절 포함)	7만원	보험기간 내 골절 발생 시 정액으로 지급 (치아파절 포함)
	암 진단비(재진단 제외)	1천만원	암 또는 갑상선암, 경계성종양, 기타피부암,상피내암으로 진단 확정된 경우 (재진단 제외)
	수술 위로금	1십만원	상해, 질병으로 약관에서 정한 분류코드 해당 시 지급
	탈구, 신경 손상, 압착손상 위로금	3십만원	탈구, 압착손상, 신경손상이 발생한 경우 분류코드에 해당 시 보험금 지급
	식중독 입원 일당 (4일 이상)	1십만원	식중독으로 4일 이상 입원한 경우 정액으로 지급
	대중교통상해 후유장해	3천만원	대중교통 이용 중 상해후유장해가 발생한 경우
	폭력피해 위로금	1백만원	폭력피해 발생 시 위로금 지급

▷담보 별 청구 구비서류

구분	구비서류																																																																						
공통서류	○보험금청구서 및 개인[신용]정보처리동의서 (동의 서명, 계좌번호 표기) ○보호자의 통장 사본, 신분증 사본 ① 한부모 가족 증명서 ② 가족관계증명서 ③사회보장급여통지서 (①,②,③의 경우 보험접수 청구일로부터 1개월 이내 발급받은 서류 제출) ▶사회보장급여통지서 / 보장급여사항 ' 아동양육비 ' 필수 기재 (미기재 시 청구 불가)																																																																						
(예시)	<p>①,②,③ 기재 된 서류 외 서류 제출 시 청구 불가 (등본, 초본, 수급자 증명서 등)</p> <table><tr><th colspan="6">사회보장급여</th><th colspan="2">[<input checked="" type="checkbox"/> 결정(적합) <input type="checkbox"/> 결정(대상제외) <input type="checkbox"/> 변경·정지·중지·상실] 통지서</th></tr><tr><td rowspan="3">신청인/세대주</td><td>성명</td><td>홍길순</td><td>생년월일</td><td>1992년 01월 01일</td><td>전화번호</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>주소</td><td colspan="3">(12345) 서울특별시 강남구 테헤란로 123</td><td>휴대전화</td><td colspan="2">010-8888-7777</td></tr><tr><td>신청내용</td><td>신청구분</td><td>한부모가족</td><td>급여·서비스내용</td><td colspan="3">전체</td></tr><tr><td colspan="8">비고</td></tr><tr><td colspan="8">1. 귀하가 신청한 급여에 대한 조사·심의 결과 <input checked="" type="checkbox"/> 한부모가족 (<input checked="" type="checkbox"/> 급여지급 <input checked="" type="checkbox"/> 증명서 발급) <input type="checkbox"/> 장애인복지 <input type="checkbox"/> 기타() 급여 대상자로 결정 되었음을 알려드립니다.</td></tr><tr><td>신청인과의 관계</td><td>급여대상자</td><td>생년월일</td><td>보장구분</td><td>보장급여</td><td colspan="3">보장기간</td></tr><tr><td>본인</td><td>홍길순</td><td>1992년 01월 01일</td><td>모자가족</td><td></td><td colspan="3">2017.08.19 ~</td></tr><tr><td>자녀</td><td>김길동</td><td>2017년 03월 19일</td><td>모자가족</td><td>모자가정아동양육비, 모자가정후가아동양육비</td><td colspan="3">2017.08.19 ~</td></tr></table>	사회보장급여						[<input checked="" type="checkbox"/> 결정(적합) <input type="checkbox"/> 결정(대상제외) <input type="checkbox"/> 변경·정지·중지·상실] 통지서		신청인/세대주	성명	홍길순	생년월일	1992년 01월 01일	전화번호			주소	(12345) 서울특별시 강남구 테헤란로 123			휴대전화	010-8888-7777		신청내용	신청구분	한부모가족	급여·서비스내용	전체			비고								1. 귀하가 신청한 급여에 대한 조사·심의 결과 <input checked="" type="checkbox"/> 한부모가족 (<input checked="" type="checkbox"/> 급여지급 <input checked="" type="checkbox"/> 증명서 발급) <input type="checkbox"/> 장애인복지 <input type="checkbox"/> 기타() 급여 대상자로 결정 되었음을 알려드립니다.								신청인과의 관계	급여대상자	생년월일	보장구분	보장급여	보장기간			본인	홍길순	1992년 01월 01일	모자가족		2017.08.19 ~			자녀	김길동	2017년 03월 19일	모자가족	모자가정아동양육비, 모자가정후가아동양육비	2017.08.19 ~		
사회보장급여						[<input checked="" type="checkbox"/> 결정(적합) <input type="checkbox"/> 결정(대상제외) <input type="checkbox"/> 변경·정지·중지·상실] 통지서																																																																	
신청인/세대주	성명	홍길순	생년월일	1992년 01월 01일	전화번호																																																																		
	주소	(12345) 서울특별시 강남구 테헤란로 123			휴대전화	010-8888-7777																																																																	
	신청내용	신청구분	한부모가족	급여·서비스내용	전체																																																																		
비고																																																																							
1. 귀하가 신청한 급여에 대한 조사·심의 결과 <input checked="" type="checkbox"/> 한부모가족 (<input checked="" type="checkbox"/> 급여지급 <input checked="" type="checkbox"/> 증명서 발급) <input type="checkbox"/> 장애인복지 <input type="checkbox"/> 기타() 급여 대상자로 결정 되었음을 알려드립니다.																																																																							
신청인과의 관계	급여대상자	생년월일	보장구분	보장급여	보장기간																																																																		
본인	홍길순	1992년 01월 01일	모자가족		2017.08.19 ~																																																																		
자녀	김길동	2017년 03월 19일	모자가족	모자가정아동양육비, 모자가정후가아동양육비	2017.08.19 ~																																																																		
후유장해	✓ 후유장해진단서(장애인복지법상의 장애진단서는 해당하지 않음) * 발급前 보상 담당자와 반드시 상의하시기 바랍니다. ✓ 사고증빙서류 - 상해의 경우 ✓ 대중교통상해의 경우 - 교통사고 사실 확인원																																																																						
입원일당	✓ 입, 퇴원 확인서 (진단명 기재, 질병 및 상해 분류 코드)																																																																						
골절/탈구 압착/신경손상 위로금	✓ 진단서 (진단명 기재, 질병 및 상해 분류 코드)																																																																						
수술비위로금	✓ 진단서 (질병 및 상해 분류 코드 기재) 또는 ✓ 수술확인서 (질병 및 상해 분류 코드 기재)																																																																						
암 진단금	✓ 암 (상피내암 등) 확진 진단서 ✓ 조직검사결과지 (수술 전, 후 전체) - 백혈병 : 골수검사지 및 혈액검사 결과지 - 뇌 / 간 / 폐 / 췌장암 : CT, MRI 등 영상검사 판독 결과지 (조직검사가 불가한 경우) ✓ 초진 기록지																																																																						
폭력피해위로금	✓ 사건 / 사고 사실확인서 ✓ 상해 진단서																																																																						

▶참여보험사별 담보 분담 내역

(단위 : 만원)

구분	가입담보	가입금액	삼성	메리츠	현대	DB	KB
부양자	24시간 상해 후유장해	3,000	100	2,000	200	200	500
	질병 후유장해(3~100%)	3,000		1,200	300	900	600
	대중교통상해 후유장해	3,000				3,000	
아동	24시간 상해 후유장해	3,000	100	2,600	100	100	100
	질병 후유장해(3~100%)	3,000		1,000	1,200	500	600
	상해/질병 입원일당	3	3				
	골절진단비(치아파절포함)	7			6	1	
	암진단비(재진단 제외)	1,000			600		400
	수술 위로금	10		5	2	1	2
	탈구,신경/압박손상 위로금	30				30	
	식중독 입원일당(4일 이상)	10			10		
	대중교통상해 후유장해	3,000				3,000	
	폭력피해 위로금	100			100		

▶보험금 청구 안내

- ☑ 보험금 청구서 양식을 출력하여 청구내용을 기재해주세요.
- ☑ 구비서류를 꼼꼼하게 확인한 후 관련 서류를 준비해주세요.
- ☑ 작성된 보험금 청구서와 관련 구비서류를 팩스 또는 우편으로 보내주세요.



서민금융진흥원 아동보험접수센터로 통합청구

☑ 서민금융진흥원 아동보험 접수센터

담보	접수처 및 접수방법
입원 일당, 골절, 탈구 신경/압박손상, 수술비위로금	TEL) 02-3471-5116 FAX) 070-4758-9556 E-MAIL) fjclaim@fjins.co.kr
(상해, 질병) 후유장해 원본접수 원칙	우편번호 : 06734 서울시 서초구 서운로 22, 6층 서민금융진흥원 아동보험 접수센터 앞

※ 보험금 청구서류 발송 10~15분 후 확인 전화 부탁드립니다.

☑ 보험금 청구관련 안내

- 상기 서류 이외에도 보상 담당자에 따라 추가서류를 요청하는 예도 있습니다.
- 때에 따라 손해사정을 위한 방문 조사가 필요할 수 있으며, 이런 경우 보상 담당자가 별도로 연락을 드립니다.

☑ 보험금 청구 소멸시효

- 보험금 청구서류를 사고발생일로부터 3년 이내에 접수하지 않으면 청구권이 소멸됩니다.