

CareMed 보험 약관 2023

CGVINC

본 약관은 시작일이 다음과 같은 보험 계약자에게 적용됩니다.

2023년 1월 1일 – 2023년 12월 31일

목차

진료를 받기 전에 & 청구서 제출 방법	1
팀 어시스트 – 24시 응급 지원 서비스	2
상품 정보 시트	3
CareMed 보험 계약 서문	4
보험사에 대한 일반 정보	5
CareMed 여행 보험에 대한 일반 정보	6
보험금 지급표	7
일반 정의	8
여행 건강/사고 보험(HA)	9
여행 사고/손실 보상 보험(I)	10
여행 지원(T)	12
여행 수하물 보험(L)	12
일반 제한 및 제외 사항	13
모든 보험금에 대한 일반 조항 및 의무 사항	14
여행 제 3자 책임 보험(3)	16
제 3자 책임 보험에 대한 정의	17
제 3자 책임 보험 제외 사항	17
개인 책임 보험금에 대한 일반 의무 및 조항	18
불만 사항	19
청구 조항	20
행정 규정	21
일반 조항	21
의료 청구서	23

진료를 받기 전에 & 청구서 제출 방법

미국에 거주하는 경우, 보장되는 의료 서비스는 the Aetna Network 를 통해 제공됩니다.

아래의 링크를 통해 선호 제공 네트워크(Preferred Provider Network)에 접속해 주십시오: <https://www.culturalinsurance.com/aetna-provider-search>.

미국 이외의 다른 곳에 있는 경우, 지원 센터의 무료 긴급 전화번호로 전화를 걸어 추천을 받을 수 있습니다.

청구 센터

CareMed Claims

CISI Claim Department

1 High Ridge Park

Stamford, CT 06905, USA

업무 시간: 9:00 am – 5:00 pm EST

전화: +1 203-399-5130

전화: +1 866-404-2062(#1 을 누르십시오)

팩스: +1 203-399-5596

이메일: claimhelp@culturalinsurance.com

1. 첫 번째 의료 명세서 우편, 이메일 또는 팩스를 발송한 후 60 일 이내에 다음 자료를 해당 청구 센터로 보내십시오(모든 서류는 이메일로 보낼 수 있으며, 필요한 경우 청구 직원이 원본 서류를 요청합니다).
 - 피보험자 또는 법정 대리인이 작성한 청구서
 - 특정 청구와 관련된 모든 항목별 계산서, 영수증, 기록(본인 보관용으로 사본 보관할 것)
 - 결과지, 검사 자료, 엑스레이 자료 등을 포함한 의사가 작성한 진료 기록
2. 봉투 하나에 담아 위의 해당 청구 센터로 보내십시오. 보험사는 청구가 늦었거나 청구 내용이 불완전하여 더 이상 치료 이어나 필요성이 없게 된 경우에는 지급을 거부할 권리가 있습니다.
3. 병원 입원 전이나 수술 전에 팀 어시스트 24 시 전화번호로 전화하십시오. 표준 전화 요금이 적용될 수 있습니다.
4. 치료를 받기 전에 모든 의료 서비스 제공자에게 CareMed 확인서를 제출하십시오.
5. 의사 또는 기타 의료 서비스 제공자가 청구 센터 번호로 또는 팀 어시스트에 문의하여 보장 내용을 확인할 수 있습니다.
6. 피보험자는 청구 사건 각각에 대해 청구서를 작성해야 합니다.
7. 의료 서비스를 받기 전에 피보험자가 의사/의료 시설에 비용을 지불해야 하는 경우가 있을 수 있습니다. 이러한 상황이 발생했을 때는 다음 단계를 권장합니다.
 - a) 팀 어시스트에 문의하여 상황을 설명하십시오. 팀 어시스트는 보험의 보장 내용, 약관 및 피보험자의 적격 여부를 의사/의료 시설에 확인시켜줄 수 있습니다.
 - b) 해당하는 경우, 팀 어시스트는 의사/의료 시설에 보증서를 제공할 수 있습니다.
 - c) 피보험자가 의사/의료 시설에 미리 지불해야 하는 경우, 피보험자는 CareMed 청구서를 작성하고 청구 조항에 명시된 모든 해당 정보를 청구서와 함께 제출하면 됩니다.

CareMed 여행 보험 플랜 또는 기존 청구에 대한 일반적인 질문이 있는 경우, 청구 센터에 문의할 수 있습니다.

개인 정보 보호로 인해 청구 사무소만이 제출된 청구에 대한 정보를 제공할 수 있습니다.

팀 어시스트*

24 시 응급 의료 지원 서비스

CareMed 보험 플랜에는 전 세계 24 시간 응급 의료 지원 서비스인 팀 어시스트가 포함되어 있습니다. 보험 기간 동안 응급 상황 발생 시 피보험자를 위해 다국어 지원 및 상담을 제공합니다. 이러한 서비스를 이용하려면 아래 표시된 전화번호로 팀 어시스트에 문의해야 합니다. 여행 국가 기준의 전화번호라는 점을 인지하여 주시기 바랍니다.

**팀 어시스트 24 시
응급 의료 전화번호 및 이메일:**

미국 내: +1-877-714-8179 (무료)
미국 외: +1-603-952-2660 (수신자 부담 허용)
이메일: mail@oncallinternational.com

1. 팀 어시스트는 이 증권에 따라 보장되는 모든 의료 이송 서비스를 승인하고 배정해야 합니다. 다음과 같은 이송 서비스를 정하기 전에 팀 어시스트에 연락하지 않으면 청구 지급이 거부되거나 청구 금액이 감소될 수 있습니다.
 - 피보험자의 본국 송환
 - 부모 교통비 및 생활비
 - 의료적 송환
 - 유해 송환
2. 다음은 팀 어시스트에서 제공하는 추가 서비스에 대한 간략한 요약입니다.

의료 지원

- Aetna 에 의뢰
- 의료 모니터링
- 처방약 교체/배송
- 긴급 메시지 전달

여행 지원

- 비상 현금 확보 지원(팀 어시스트는 가족이나 신용카드 회사, 은행, 고용주, 플랜 후원사 또는 기타 신용 출처와의 직접적인 조정으로 여행 응급 상황에 대한 자금을 늘려 확보하는 데 도움을 줄 수 있습니다.)
- 일반 항공사의 분실로 수하물 추적이 되지 않거나 지연된 경우
- 분실 또는 도난된 항공권 교체

기술 지원

- 법률 서비스 검색
- 보석금 서비스

*팀 어시스트는 비보험 서비스로 C&F Cayman SPC 와 제휴되어 있지 않습니다.

상품 정보 시트

이 정보 시트는 이용할 수 있는 다양한 옵션에 대한 간략한 개요를 제공합니다. 그러나 귀하의 보험과 관련된 모든 정보가 포함되어 있지는 않다는 점을 유념하여 주시기 바랍니다. 보험 전체 내용은 보험 약관을 참조하십시오. 다음의 보험 보장 옵션은 귀하가 명시적으로 체결한 경우에만 유효합니다. 즉, 귀하가 선택한 보험 보장에 포함됩니다!

이것은 어떤 유형의 보험입니까?

CareMed 국제 여행 보험 플랜은 귀하가 본국 이외의 곳에서 체류하는 제한된 기간 동안 유효한 여행 보험입니다. 보험의 범위와 보험 관련 개별 혜택은 선택한 보험 플랜에 따라 결정됩니다.

보험 보장 범위는 어떻게 됩니까?

a) 여행 건강/사고 보험(HA)

여행 건강/사고 보험은 보장 기간 동안 타국을 여행할 때 발생한 질병이나 부상에 대해 필수 치료를 보장합니다. 여기에는 의사의 진료, 병원에서의 처치 및 약물 치료가 포함됩니다. 제공되는 보장에 대한 자세한 설명은 '여행 건강/사고 보험' 절을 참조하십시오.

b) 여행 사고 실손 보상 보험(I)

여행 사고 실손 보상 보험 혜택에 가입한 상태에서 사고로 인해 영구 장애(예: 이동성 제한, 마비 또는 절단)가 발생한 경우 플랜에 따라 일회 보험금(상병 보상)이 제공됩니다. 상병 보상의 수준은 합의된 혜택과 장애 정도에 따라 결정됩니다. 제공되는 보장에 대한 자세한 설명은 '여행 사고 손해 보험' 절을 참조하십시오.

c) 여행 지원 보험(T)

보험 플랜에 여행 지원 보험이 포함되어 있는 경우, 피보험자가 생명을 위협 받는 상태로 입원했거나 특정 기간 동안 입원했을 때, 보험사가 가까운 가족 구성원의 이동 및 숙박 비용을 보장합니다. 여행 지원 보험(T)에 대한 자세한 설명은 '여행 지원' 절을 참조하십시오.

d) 여행 수하물 보험(L)

여행 수하물 보험 혜택에 가입한 경우, 이 플랜은 분실되었거나 손상된 위탁 수하물 또는 도난, 화재, 자연 재해로 인해 분실되었거나 손상된 수하물에 대한 보장을 제공합니다. 제공되는 보장에 대한 자세한 설명은 '여행 수하물 보험' 절을 참조하십시오.

e) 여행 제 3 자 책임 보험(3)

귀하의 보험 증권에 여행 제 3 자 책임 보험이 포함된 경우, 여행 중에 귀하가 책임을 지고 다른 사람에게 보상해야 하는 일상적인 위험에 대해 보장을 받게 됩니다. 그러한 경우, 보험사는 손해 배상금을 조정하고 보상 책임이 있는지 여부와 그 정도를 확인합니다. 정당하지 않은 보상 청구는 귀하를 대신하여 보험사에서 검토 및 관리하며, 플랜 또한 정당하지 않은 책임 청구의 경우 법적 보호를 제공합니다. 제공되는 보장에 대한 자세한 설명은 '제 3 자 책임 보험' 절을 참조하십시오.

보험료는 언제 지불해야 합니까?

보험료는 보험 시작 전에 CareMed 에 지불해야 합니다. 보험 시작 후에 증권이 발송되는 경우, 증권 수령 후 14 일 이내에 보험료를 지불해야 합니다.

보험에 포함되지 않는 것은 무엇입니까?

일부 사고는 보험 보장 대상에서 제외됩니다. 특히, 모든 영역에서 다음과 같은 내용을 보장하는 보험은 없습니다. 보험 계약자 또는 피보험자가 보험에 의해 보장되는 사고를 고의적으로 일으킨 경우.

- 여행 건강/사고 보험과 관련하여:

- 기존에 갖고 있던 모든 부상 또는 질병.
- 여행 사고 실손 보상 보험과 관련하여:
주취 또는 약물 사용으로 인한 사고의 경우, 정신 장애 또는 의식 장애로 인한 사고.
- 여행 수하물 보험과 관련하여:
위탁 수하물과 주차된 차량에 들어있는 모든 종류의 현금/돈, 유가 증권, 티켓 및 문서와 보석/귀중품.
- 여행 지원과 관련하여:
팀 어시스트를 통해 조정되지 않은 경우.
- 여행 제 3 자 책임 보험과 관련하여:
호스트 가정에서 임대해 준 항목 또는 자산이 손상된 경우(호스트 가정 주택 소유자 보장에 따라 제공되는 경우 제외).

계약 체결 시 어떤 의무가 발생합니까?

계약 체결 시 귀하는 모든 정보를 완전하고 진실하게 공개해야 합니다. 그렇게 하지 않으면 보험 보장이 어려울 수 있습니다.

보험에 의해 보장 받을 수 있는 사건이 발생하면 어떤 의무를 이행해야 합니까?

발생한 피해를 가능한 한 작게 유지하십시오. 불필요한 비용 증가로 이어질 수 있는 모든 것을 피하십시오. 발생한 피해에 대해 즉시 보험 회사에 알리십시오. 추가 의무에 대해서는 아래의 '일반 의무 및 조항'과 '개인 책임 보험금에 대한 일반 의무 및 조항'을 참조하십시오.

의무를 이행하지 않으면 어떠한 법적 결과가 발생합니까?

매우 중요한 내용입니다. 귀하가 의무를 위반하는 경우, 보험사는 위반의 중대성에 따라 금액별 보험금 지급을 줄일 수 있습니다. 이로 인해 보험 보장이 완전히 상실될 수도 있습니다. 이와 관련된 자세한 내용은 '일반 의무 및 조항'과 '개인 책임 보험금에 대한 일반 의무 및 조항'을 참조하십시오.

보험 보장은 언제 시작되고 언제 종료됩니까?

보험 보장은 최대한 빠른 시점에(합의된 시작일보다 빠른 시점은 아님) 보험금 지급을 시작하며 합의된 만료일에는 종료됩니다.

보험금은 적절한 피보험자에게 지급됩니다. 약관은 이 보장 범위 요약에 간략히 설명되어 있습니다. 이 보험과 관련된 모든 조항은 증권에 포함되어 있습니다. 이 보장 범위 요약과 증권의 내용이 상충하는 경우, 증권 내용이 적용됩니다. 이 증권은 보험사의 선택에 의해서만 갱신 가능한 단기 보험입니다. 이것은 보험 플랜의 주요 특징에 대한 간략한 설명입니다. 보험 계약서가 아닙니다. 보장 약관은 플랜에 명시되어 있습니다. 자세한 플랜 설명, 제외 및 제한 사항은 파일에 있는 플랜을 그룹과 함께 확인하십시오. 이 보험은 PPACA(환자보호 및 부담적정보험법) 보험 플랜의 적용을 받지 않으며 그에 의해 관리되지 않습니다. PPACA 는 특정 미국 거주자와 시민이 PPACA 를 준수하는 보험 보장을 받도록 요구합니다. 이 증권은 발급 또는 갱신을 보장 받는 대상이 아닙니다. PPO Networks 는 Crum & Forster Segregated Portfolio Co.에서 제공하지 않습니다.

CareMed 국제 여행 보험 서문

보험사는 다음에서 '보험사'로 지정된 C&F Cayman SPC 입니다. 보험사는 선택한 보험 증권 보장 옵션에 따라 보험 보장 범위를 제공합니다.

골드 G 는 CareMed 여행 보험 플랜에서 보험금의 범위를 설정합니다. 보험금은 자기부담금 없이또는 청구 건당 US\$ 50 , US\$ 100, US\$ 250, 또는 US\$ 500 의 자기부담금으로 합의할 수 있습니다. 혜택의 유형과 범위, 지리적 한계, 보험 보장의 시작 및 종료에 관한 내용은 혜택 명세서에 설명되어 있으며 CareMed ID 카드에 기록되어 있습니다. 이 안내서에는 보험금 및 팀 어시스트 서비스에 대한 설명이 포함되어 있습니다. 모든 보험 플랜에는 팀 어시스트가 포함됩니다.

아래에는 보장되지 않는 몇 가지 조건이 있으므로 이 플랜의 모든 제한 사항, 제외 사항 및 조항을 읽어 주십시오.

이 보험은 무역 또는 경제 제재(예: OFAC)나 기타 법률 또는 규정에 따라 보험 제공(청구 지불을 포함하되 이에 국한되지 않음)을 금지하는 한도에는 적용되지 않습니다. 증권의 다른 모든 약관은 변경되지 않습니다.

OFAC 승인 국가 목록을 보려면

<http://www.treasury.gov/about/organizational-structure/offices/Pages/Office-of-Foreign-Assets-Control.aspx> 를 방문하십시오.



CRUM & FORSTER®
A FAIRFAX COMPANY

보험사:

C&F Cayman SPC(A.M. 베스트 등급 A 를 받은 Crum & Forster Group 기업체 멤버) 보증.

참여 기관: CareMed – CGVINC

보험 계약자: Fairmont Specialty Trust
ITA GlobalTrust,LTD
Suite 4210, 2nd Floor Canella Court,
48 Market St,
Camana Bay
PO Box 32203,
Grand Cayman KY1-1208,
Cayman Islands

본 보험 증권은 ITI SP(이하 “회사”)를 대표하여 보험 계약자와 C&F Cayman SPC 간에 맺는 법적 계약서입니다. 이 보험 증권은 C&F Cayman SPC 가 ITI SP 를 대표하여 케이맨 제도에 위치한 Fairmont Specialty Trust 에 발행합니다. 이 보험 증권은 미국 관할권의 적용을 받지 않습니다. 회사는 필요한 보험료 지불에 대한 대가로 보험을 제공하기로 동의합니다. 보장 범위는 증권에서 설명된 약관을 따릅니다. 회사와 보험 계약자는 정책의 모든 약관에 동의했습니다. 보험 증권과 보험 증권에 따라 제공되는 보장 범위는 위에 표시된 정책 효력일에 보험 계약자 주소지에서 오전 12:01 에 적용됩니다. 증권에 명시된 조항에 따라 계속 효력을 발휘합니다. 이것은 제한된 혜택을 짧은 기간 동안 보장합니다.

유효 기간

기존 계약을 제외하고, 본 보험 약관은 언제든지 당사가 변경할 수 있습니다. 당사는 30 일 동안 당사가 내놓은 제안(견적)에 구속됩니다.

해약 조건

계약은 보험 증권에 명시된 기간 동안 적용됩니다.

계약 언어

이 계약 관계의 주 언어이자 계약 유효 기간 동안 보험 계약자와 소통하는 데 사용되는 언어는 영어입니다.

CareMed 여행 보험에 대한 일반 정보

섹션 1. 피보험자는 누구입니까?

보험 신청서 또는 보험 계획에 명시된 사람으로서 보험에 가입되어 있어야 하고, 보험 효력일에만 3 개월 이상 70 세 미만인 자로서, 보험 신청서가 CareMed 에 의해 확인되어 CareMed 에 보험료를 지불한 사람입니다.

섹션 2. 보장을 제공 받는 곳

이 보험은 전 세계 여행지 여행/프로그램에 보장이 제공됩니다. 여행지는 두 구역으로 나뉩니다

- 구역 1 – 전 세계 여행지 포함 미국과 캐나다(본국 제외)
- 구역 2 – 미국, 캐나다, 본국을 제외한 전 세계 여행지

피보험자의 본국에서는 보험 보장이 적용되지 않습니다.

섹션 3. 피보험자의 보장은 언제 시작되고 종료됩니까?

1. 보험은 다음과 같은 날짜가 지난 오전 12:01 부터 적용됩니다.
 - a) 보험 보장 여행/프로그램 시작 전에 적절한 보험료가 지불된 경우, 피보험자가 선택한 효력일.
 - b) CareMed 가 보험 신청서 및 보험료를 접수한 날.
 - c) 피보험자가 본국을 떠난 순간.
2. 이 보험은 다음 날짜가 지나기 전에 종료됩니다.
 - a) 보험 확인서에 보험 종료일로 명시된 날 오후 11:59.
 - b) 피보험자가 본국으로 돌아온 날.
 - c) 납부한 보험료가 적용되는 날짜.

3. 모든 보험 최대 보장 기간은 12 개월을 초과할 수 없습니다.
4. 다음과 같은 경우, 보험 보장은 보험 확인서에 명시된 종료일 이후로 연장됩니다.
- a) 피보험자의 귀국편이 피보험자의 책임이 아닌 이유로 지연된 경우. 단, 최대 72 시간을 초과하지 않아야 합니다.
 - b) 피보험자가 보험 증권상의 만료일에 입원하거나 의사가 교통편을 이용하기에 부적합하다고 판단한 경우, 최대 90 일까지.
 - c) 예기치 못한 사건으로 인해 학년도가 연장되는 경우. 그러한 연장의 경우, 피보험자는 CareMed 에 미리 통지해야 하며 연장 전에 이 증권 연도에 해당하는 추가 보험료를 지불해야 합니다.

피보험자가 연장 보험료 지불을 거부하면 보험 확인서의 기존 종료일에 보장이 종료됩니다.

섹션 4. 피보험자가 보험을 연장할 수 있습니까?

기존 보험 계약은 연장되지 않지만, 피보험자는 해당 시기에 이용 가능한 보험 약관에 따라 추가 보험 기간으로 재신청할 수 있습니다. 기존 조건은 이후 보장 기간에는 적용되지 않습니다.

섹션 5. 어떤 혜택 한도가 적용됩니까?

본 증권에 따른 혜택 한도는 US\$

보험금 지급표

다음 보장 내용은 모든 피보험자에게 적용되는 것은 아닙니다. CareMed 보험 확인서의 증권 번호가 귀하가 이용할 수 있는 보장 범위를 정의합니다. 귀하가 이용할 수 있는 보험의 보장 범위를 알아보기 위해서 우선 귀하의 보험 ID 카드를 확인해 주십시오.

여행 건강/사고 보험(HA)	기본 골드 혜택 한도	업그레이드 골드 혜택 한도	얼티밋 골드 및 제 3자 책임 혜택 한도
혜택 기간: 피보험자의 보장 기간 동안 발생한 비용			
부상, 사고 및 급성 질병의 경우 의료비	US\$ 무제한	US\$ 무제한	US\$ 무제한
자기부담금 옵션 - 부상 또는 질병당	US\$ 0, 50, 100, 250, 500	US\$ 0, 50, 100, 250	US\$ 0, 250
의료적 송환	US\$ 300,000	US\$ 300,000	US\$ 300,000
유해 송환	US\$ 100,000	US\$ 100,000	US\$ 100,000
응급이 아닌 상황에서 응급실 이용 시 자기부담금(미국과 캐나다만 해당)	US\$ 250	US\$ 250	US\$ 250
의사/병원의 선택	미국: Aetna의 경우 지원 제공 업체에 문의 다른 국가: 자유롭게 선택	미국: Aetna의 경우 지원 제공 업체에 문의 다른 국가: 자유롭게 선택	미국: Aetna의 경우 지원 제공 업체에 문의 다른 국가: 자유롭게 선택
응급 치과 치료 - 통증 완화	US\$ 500	US\$ 500	US\$ 500
사고 발생 시 치과 치료	US\$ 1,500	US\$ 1,500	US\$ 1,500
정신 감정	US\$ 500	US\$ 500	US\$ 500
정신 보장 입원 환자	US\$ 10,000	US\$ 10,000	US\$ 10,000
정신 보장 외래 환자	US\$ 1,000 25 회 방문	US\$ 1,000 25 회 방문	US\$ 1,000 25 회 방문
외래 환자:			
물리치료	US\$ 750	US\$ 750	US\$ 750
진단을 위한 엑스레이, 초음파 및 검사실 서비스	US\$ 1,000	US\$ 1,000	US\$ 1,000
진단을 위한 CAT 스캔 및 MRI	US\$ 2,000	US\$ 2,000	US\$ 2,000
의료 보호	US\$ 250	US\$ 250	US\$ 250
위의 의료 보험금에는 본 증권의 조항, 제한 및 제외 사항이 적용됩니다.			
여행 사고 실손 보상 보험(I)	혜택 한도	혜택 한도	혜택 한도
사망	보장되지 않음	US\$ 13,000	US\$ 13,000
* 완전 장애	보장되지 않음	최대 US\$ 50,000	최대 US\$ 50,000
구조 수색 및 구조 비용	보장되지 않음	US\$ 5,000	US\$ 5,000
* 장애와 생명 또는 사지 손실에 대한 보상을 보장합니다. 사고로 인한 의료 비용은 여행 건강 보험에 포함되며 최대 한도의 보장을 받습니다.			
여행 지원(T)	혜택 한도	혜택 한도	혜택 한도
가족 재회 혜택	보장되지 않음	US\$ 2,500	US\$ 2,500
여행 중단 혜택(장기 여행자만 이용 가능 - 3개월 이상)	보장되지 않음	US\$ 2,000	US\$ 2,000
여행 수하물 보험(L)	혜택 한도	혜택 한도	혜택 한도
하나의 사고에 대한 자기부담금(위탁 수하물에는 적용되지 않음)	보장되지 않음	보장되지 않음	US\$ 50
개인 자산 도난/손실	보장되지 않음	보장되지 않음	US\$ 1,500
귀중품(시계, 노트북 등) - 보험 가입 금액의 50%	보장되지 않음	보장되지 않음	US\$ 750
위탁 수하물 지연	보장되지 않음	보장되지 않음	US\$ 500
안경 및 콘택트 렌즈	보장되지 않음	보장되지 않음	US\$ 250
항공권 분실	보장되지 않음	보장되지 않음	US\$ 100
여행 제 3자 책임 보험(3)	혜택 한도	혜택 한도	혜택 한도
개인 책임	보장되지 않음	보장되지 않음	US\$1,000,000
재산 피해	보장되지 않음	보장되지 않음	US\$ 150,000 US\$1,000,000를 초과하지 않는 개인 책임 및 재산 피해 전체
피보험자 일인 당 개인 책임 보장 총 한도는 위의 한도와 같습니다.			

일반 정의

급성은 만성이 아닌 빠른 발병을 의미합니다.

자동차는 공공 도로 여행용으로 등록 또는 허가된 육상 차량, 트레일러 또는 세미트레일러(그에 부착된 기계 또는 장치 포함)를 의미합니다.

혜택 기간은 피보험자가 보장되는 부상 또는 질병에 대해 치료를 받아야 하는 허용 기간을 의미합니다.

만성 질환은 오래 지속되며 반복적이거나 오래 앓아온 상태를 의미합니다.

보장 여행/프로그램은 피보험자가 CareMed에 필요한 보험료를 지불한 보험 신청서에 표시된 모든 종류의 예정된 해외 여행을 의미합니다. 이 보험은 피보험자가 영구 거주지에 있을 때는 적용되지 않습니다.

자기부담금은 이 플랜에 따라 보험금이 지급되기 전에 피보험자가 책임을 져야 하는 보장 비용 금액을 의미합니다.

적격자는 보험 시작일에만 3개월 이상 70세 미만인 자로, 보험 시작일 전에 CareMed가 등록을 확인하고 수락하였으며, 보험사로부터 적절한 보험료를 통지 받아 지불한 사람을 의미합니다.

익스트림 스포츠는 위험성이 높은 체육 활동을 의미합니다.

가족 구성원은 피보험자의 배우자, 부모, 조부모, 형제 자매 또는 자녀를 의미합니다.

본국은 1) 피보험자의 실제 고정된 영구적 주택 및 주 거주지가 있는 국가 2) 등록 시 CareMed에 선언한 국가를 의미합니다.

병원은 별도로 규정이 있는 경우를 제외하고, 진단 및 수술을 위한 체계적인 시설에서 질병을 앓고 있는 사람이나 부상 당한 사람을 치료하고 24시간 간호 서비스 및 의료적 감시를 제공하도록 법률에 따라 운영되는 병원(노인, 만성 질환 또는 요양, 휴식 또는 양로원 제외)을 의미합니다. 다음과 같은 장소를 의미합니다.

1. 병에 걸리거나 부상 당한 사람에게 진료 및 치료를 제공할 목적으로 법적으로 운영되며, 보험이 없을 때에는 피보험자가 법적으로 지불할 의무가 있는 곳입니다.
2. 구내의 의료, 진단 또는 수술 시설 또는 사용을 위해 미리 계획된 시설에서 진료 및 치료를 제공합니다.
3. 등록 간호사의 감독 하에 24시간 간호 서비스를 제공합니다.
4. 의료진 한 명 이상의 감독 하에 운영됩니다. 병원은 또한 JCAH(Joint Commission on Accreditation of Hospitals), 미국 정골의학 의사협회(American Osteopathic Association), 또는 JCAHO(Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations)에 의해 인정된 곳을 의미합니다.

병원에는 다음이 포함되지 않습니다.

- 환자 또는 노인 요양 시설
- 주로 양육, 교육 또는 재활 치료를 제공하는 곳
- 마약 중독자 또는 알코올 중독자의 치료에 주로 사용되는 시설.

호스트 가정이란 보험이 적용되는 여행/프로그램 중에 피보험자의 방, 식사, 일반 복지 및 돌봄을 제공할 책임이 있는 사람(들)을 의미합니다.

질병은 계약되어 있는 모든 종류의 질병으로, 이 플랜이 시행되는 동안 시작된 질병을 의미합니다. 피보험자가 치료를 받고 있거나 받았던 질병으로 인해 발생하는 합병증이나 상태는 기존 질병의 일부로 간주됩니다.

피보험자 또는 귀하는 본 보험에 따라 보장을 받을 자격이 있는 사람을 의미합니다.

부상은 질병과 무관하게 폭력적이고 우발적이며 외부적인 눈에 보이는 수단에 의해 직접적으로 발생하는 신체적 상해를 의미합니다.

입원은 피보험자가 의료 시설에 수용되어 병실과 병원식에 대해 청구 받는 경우를 의미합니다.

보험사는 C&F Cayman SPC를 의미합니다.

정신 및 신경은 국제 질병 분류 최신판에 정신 질환으로 나열되는 모든 상태 또는 질병을 의미합니다. 이는 정상적인 건강 상태와의 현저한 차이를 보이는 임상적으로 유의한 행동 또는 심리 질환을 나타내며, 하나 이상의 주요 기능 영역에 발생하는 고통스러운 증상 또는 장애와 관련되어 있습니다. 이 질병은 단순히 특정 자극에 대해 예상되는 어떤 반응인 것은 아닙니다. 정신 질환은 학습 장애, 태도 장애 또는 규율 문제를 의미하지 않습니다.

등산은 걷기, 하이킹, 등반을 스포츠나 취미로 또는 1) 하네스, 로프, 크램폰 또는 얼음 도끼를 이용하거나 2) 해발 4,500미터 이상을 등반하는 등 전문적으로 활동하는 것을 의미합니다.

응급이 아닌 상황에서 응급실 이용 시 자기부담금은 질병에 대해 응급실에서 서비스를 제공할 경우, 피보험자가 책임을 져야 하는 보장 비용 금액입니다. 이 자기부담금은 다음과 같은 경우에 면제됩니다. 1) 피보험자가 입원 환자로써 병원에 입원한 경우. 2) 질병이 생명을 위협하고 있는 경우. 이 정의의 목적상 생명을 위협한다는 것은 질병이나 상황으로 인해 사망할 가능성이 높다는 것을 의미합니다.

외래는 피보험자가 응급 수술 센터, 영양원/전문 간호 시설, 내과 진료실과 같은 병원 또는 기타 기관에서 질병이나 부상에 대해 진료를 받지만, 병실이나 병원식에 대한 비용을 청구 받지 않는 경우를 의미합니다.

패러슈팅은 비행기에서 뛰어 내려 자유 낙하하는 것을 낙하산을 이용하여 늦추는 것과 관련된 활동을 의미합니다.

보장 기간은 보험사가 피보험자에게 제공하는 보험 기간으로, 보장이 시작될 때 시작되고 보장이 끝날 때 종료됩니다.

의사는 전문 서비스가 수행되는 관할 지역의 법률에 따라 의료 서비스를 제공하거나 수술할 수 있는 면허 있는 의사 또는 정골의학 의사를 의미하지만, 이러한 정의에서 척추지압사와 물리치료사는 제외합니다.

기존 상태는 다음 기준을 충족하는 모든 부상 또는 질병을 의미합니다.

보장 효력일 전 12 개월 동안 의학적 조언, 진단, 진료 또는 치료를 받아야 하는 상태가 발생한 경우와 보장 효력일 전 12 개월 동안 소견, 의학적 조언, 진단, 진료 또는 치료를 권장 받았거나, 받았거나, 통지 받은 경우입니다.

처방:

- CareMed 보험 플랜에 따라 보장되는 부상 또는 질병의 결과에 따라 의사가 처방해야 합니다.
- 처방은 항상 선불입니다(지불하고 제출). 피보험자는 상환 청구서를 작성하여 제출해야 합니다.
- 처방전 영수증은 청구서와 함께 제출해야 합니다(일반 상점 영수증은 해당되지 않음).

합리적이고 관례적이라는 것은 보험사가 결정한 최대 비용이 피보험자가 받는 보장 비용에 대해 합리적이고 관례적이라는 의미이며, 최대로 제공하지만 실제로 청구한 금액을 초과하지는 않는다는 것을 의미합니다. 보험사는 다음과 같은 사항을 고려하여 결정합니다.

- 같은 지역에서 받은 동일하거나 유사한 서비스에 다른 서비스 제공자가 청구한 금액. 서비스 및 용품을 받은 것과 관련하여 신체 상해 또는 질병의 본질과 심각성을 고려합니다.
- 추가 시간, 기술 또는 경험이 필요한 일반적인 의학적 상황.
- 보험사의 결정에 영향을 미치는 기타 요인은 자원 기반의 상대적 가치와 관련이 있지만 이에 한정된 것은 아닙니다.

재활은 다음과 같이 보장됩니다.

입원: 병원만 보장되며, 재활 센터는 보장되지 않습니다.

외래: 재활 센터는 물리치료 혜택에 따라 최대 한도까지 보장됩니다.

여행 건강/사고 보험(HA)

보험사는 피보험자가 타국을 여행하는 동안 발생한 급성 질환 또는 부상을 치료할 수 있도록 "보험금 지급표"에 최대로는 명시된 한도까지 모든 보장 비용을 지급해야 합니다. 보장 비용은 의학적으로 필요한 비용으로, 아래에 나열되어 있으며 "제외 및 제한 사항"에서 제외되지 않은 비용이어야 합니다.

- 진단, 치료 및 수술을 위해 의사가 합리적이고 관례적으로 청구합니다. 또한, 보험사는 성공적인 것으로 입증된 검사, 치료 방법, 의약품에 대한 비용을 지불해야 하며 기존의 검사, 치료 방법, 의약품이 없는 경우에는 실제로 적용된 것에 대한 비용을 지급해야 합니다. 보험사는 보험 계약에 따라 지급되는 보험금을 기존 방법 또는 약을 적용했을 때 발생했던 금액으로 줄일 수 있습니다.
- 보험 보장 시작 전에 임신이 되지 않았던 경우, 임신으로 인해 필요한 의학적 치료와 검사 또한 보장되는 사건으로 간주합니다. 분만 전 대기 기간은 8 개월이며 보험 보장 시작 또는 1 차 계약이 연장된 경우 연장 시작부터 계산됩니다. 보험 계약 시작 전에 임신된 경우, 산전 검사, 치료, 분만 및 필요한 경우, 낙태(산모 또는 태아의 건강이 예상치 못하게 악화된 경우)를 포함하여 보장합니다.

치료 비용:

- 보험 계약 또는 갱신 계약 시작에 임신된 상태가 아니었던 한, 임신을 위한 검사 및 치료.
 - 자연 유산 치료
 - 적격 기간 만료 후의 분만
- 면허 있는 의사가 피보험자에게 처방한 치료 및 의약품
 - 일반적으로 인정되는 병원에서의 입원 환자 치료
 - 의학적으로 필요한 것으로 간주되는 교통편. 입원 환자 치료 목적으로 합의된 지리적으로 가장 가까운 병원으로의 교통편과 피보험자가 숙소로 돌아오는 교통편.

- f) 청각 및 음성 장치, 보행 보조기, 지지 장치, 교정 부목, 교정화, 붕대, 탈장 지지대, 탄성 스타킹, 의지, 휠체어. 보험사는 급성 질환 또는 부상 치료에 의학적으로 필요한 가장 간단한 보조기구의 비용 또는 대여료를 최대로는 판매가까지 상환해야 합니다.
- g) 병원 청구: 입원 환자를 위한 일반 일일 준특실 및 병원식, 일반 간호, 집중 치료, 심장 치료를 포함한 생활비. 외래 비용은 모든 입원 비용과 동일하게 적용됩니다. 독일 연방 공화국에서 체류하는 경우, 입원에 대한 보험 보장 범위는 일반 병원 서비스 비용과 해당 서비스에 적합한 시설, 의료 서비스 및 부수적인 비용으로 제한됩니다.
- h) 수술실 비용, 마취제 비용과 투여 비용을 비롯한 입원 환자 또는 외래 환자 수술 비용.
- i) 의사가 처방한 약물.
- j) 엑스레이, 초음파, 검사, 진단 테스트: 기술 및 진단 서비스 비용.
- k) 의약품 및 의료 기기: 60 일로 제한.
- l) 정신 질환: 입원 환자 간호 또는 외래 환자 간호로 정신 질환 치료 또는 약물 치료로 발생하는 비용.
- m) 입원 환자와 외래 환자 물리치료.
- n) 외래 환자 진단 엑스레이 및 검사실 서비스는 최대 혜택까지 보장됩니다. 외래 환자 진단 CAT 스캔과 MRI 는 보험 기간 당 최대 혜택까지 보장됩니다.
- o) 충치 없는 자연치에 대한 응급 통증 완화 치과 치료.
- p) 사고로 인한 치과 치료. 적절한 치과 조건은 보장되는 사고로 인해 손상된 충치 없는 자연치에 응급 치아 복구 또는 교체 시술을 받는 것입니다.

보험사와 팀 어시스트에는 피보험자가 받는 모든 치료의 가용성, 횟수, 품질 또는 성공 여부에 대한 책임이 없으며, 제공된 의료 지원을 피보험자 측에서 거부할 경우 책임지지 않습니다.

의료적 이송/송환

1. 보장되는 부상이나 질병으로 인해 피보험자를 이송해야 하는 경우, 팀 어시스트가 배정한 의학적으로 필요하다고 판단되는 이송 비용은 보험사가 지불합니다. 보험사는 피보험자에게 의학적으로 필요한 다음과 같은 이송 비용을 지급합니다.
 - a) 가장 가까운 적합한 병원으로의 이송.
 - b) 피보험자의 영구 거주지 근처에 있는 적절한 병원 또는 피보험자의 본국에 있는 병원으로의 이송 .
2. 가능한 경우, 피보험자의 귀국 항공권이 본국 이송에 사용됩니다.
3. 피보험자가 프로그램(예: 오페어, 인턴십, 출장, 여행) 중에 보험에서 보장되는 부상 또는 질병으로 인해 필요한 활동을 계속할 수 없는 경우 의료적 송환이 의학적으로 바람직하며 합리적인 것으로 판단됩니다. 보험사는 필요한 티켓 업그레이드에 대한 추가 비용을 상환합니다.

본국에서의 치료:

의사가 비용이 많이 드는 의학적으로 필요한 치료를 즉시 제공할 필요가 없고, 현지 국가에서의 치료 비용이 피보험자 본국 이송에 드는 비용을 초과하며, 피보험자가 이송 가능한 건강 상태인 경우, 보험사는 보험사의 비용으로 피보험자를 본국으로 이송하기로 결정하여 그곳에서 치료를 받을 수 있도록 할 권리가 있습니다. 본국에서의 이러한 치료 비용은 보험사에서 지급하지 않습니다. 피보험자의 건강 상태에 관한 의료 기록은 상기 결정의 근거가 됩니다. 보험사가 피보험자를 본국으로 이송하기로 결정하였으나 그럼에도 불구하고 피보험자가 현지 국가에서 치료를 받겠다고 주장하는 경우, 치료 비용은 전적으로 피보험자의 책임입니다. 이 경우, 보험사는 본국으로 이송하는 데 발생하는 비용만 상환합니다. 보험사는 피보험자에게 이를 직접 상환합니다. 피보험자는 보험사로부터 이송 결정에 대해 통지를 받은 후 72 시간 이내에 결정을 내려야 합니다.

유해 송환

팀 어시스트가 사전에 승인하여 이송에 대한 구체적인 계획을 세운 경우, 유해 송환에 드는 직접 비용은 보험사에서 상환합니다. 보험자가 사망한 경우, 이 플랜은 필요한 정부 승인을 얻는 데 발생하는 비용, 피보험자의 유해를 준비하고 거주지 또는 모지로 이송하거나 방부 처리 또는 최소한으로 필요한 관이나 에어 트레이에 안치하여 화장하는 등의 비용을 지불합니다.

여행 사고/손실 보상 보험(I)

보험사는 보장되는 사고로 인해 피보험자가 부상을 입어 사망하거나 영구적인 장애를 입은 경우, "보험금 지급표"에 명시된 원금을 기준으로 보험금을 제공합니다.

다음과 같이 발생한 사고를 보장되는 사고로 간주합니다.

1. 피보험자가 신체에 갑작스럽게 외부적 영향을 받아 발생한 결과로 부지불식간에 신체 부상을 당하는 경우.
2. 팔다리 또는 척추에 힘이 실려 관절이 탈구되거나 근육, 힘줄, 인대 또는 피막에 염좌나 찰림이 발생한 경우.
3. 보험 기간 동안 부상을 초래하는 사고가 발생한 경우.

피보험자가 사고 발생일로부터 1 년 이내에 사고사한 경우, 보험사는 사고사에 대해 "보험금 지급표"의 주 보험 가입 금액을 지불해야 합니다.

피보험자 부상으로 피보험자의 신체적 또는 정신적 능력이 영구적으로 손상되는 경우(장애), 피보험자는 장애에 대한 주 보험 가입 금액을 기준으로 보험금을 청구할 수 있습니다. 장애는 사고 발생 후 1년 이내에 시작되어야 하며, 면허 있는 의사가 사고 발생 후 15개월 내에 영구적인 것으로 확인해야 합니다.

지급해야 할 장애 보험금은 장애 정도와 영구적으로 손상된 신체 부위에 따라 달라집니다. 장애의 정도가 더 높거나 낮다는 증거가 있더라도 보험금 지급표에 있는 주 보험 가입 금액의 최대 비율이 적용됩니다.

영구 장애 표

어깨 관절까지의 팔	70%
팔꿈치 관절 위까지의 팔	65%
팔꿈치 관절 아래까지의 팔	60%
손에서 손목	55%
엄지 손가락	20%
검지 손가락	10%
그 외의 손가락	5%
허벅지 중간 위까지의 다리	70%
허벅지 중간까지의 다리	60%
무릎	50%
종아리 중간까지의 다리	45%
발에서 발목	40%
엄지 발가락	5%
그 외의 발가락	2%
눈	50%
한쪽 청각	30%
후각	10%
미각	5%

1. 감각 기관 또는 신체 부위 중 하나가 부분적으로 손실되거나 기능 장애가 발생한 경우, 해당 비율은 위의 영구 장애 표에 명시된 각 백분율에 따라 결정됩니다.
2. 사고가 신체 부위 또는 감각 기관의 일부, 위에 명시되지 않은 손실 또는 기능에 영향을 미치는 경우, 장애 정도는 순수한 의학적 관점에서 피보험자의 정상적인 신체적 또는 정신적 능력이 손상된 정도에 따라 측정해야 합니다.
3. 사고로 인해 여러 신체적 또는 정신적 기능이 손상된 경우, 영구 장애 표에 명시된 장애 정도를 합산해야 합니다. 그러나 이러한 합산은 100% 장애를 넘어서는 안 됩니다.

사고가 사고 이전에 이미 영구적으로 손상된 신체적 또는 정신적 기능에 영향을 미치는 경우, 이전 장애의 정도에 따라 적절한 공제가 이루어져야 합니다. 이러한 장애는 위의 영구 장애 표에 따라 판단되어야 합니다.

사고로 인한 부상으로 인해 피보험자가 사고일로부터 1년 이내에 사망하는 경우, 장애 보험금을 청구할 수 없습니다.

사고와 관련이 없는 이유로 피보험자가 사고일로부터 1년 이내에 사망하거나 사고일로부터 1년 이상 지난 후에 사망하고 장애 보험금을 청구한 경우, 마지막 건강 검진을 근거로 합리적으로 예상되는 장애 정도를 판단하여 지불합니다.

질병이 사고의 원인에 기여한 경우, 기여 요인이 25% 이상인 경우, 그러한 질병의 기여 요인의 비율로 지불 받는 보험금이 줄어듭니다.

보험금은 피보험자가 명시한 수혜자에게 지급해야 합니다. 피보험자가 수혜자를 달리 지정하지 않은 경우, 생명 상실 보험금은 생존해 있는 다음의 수혜자 우선순위에 따라 지급됩니다.

1. 피보험자의 배우자
2. 피보험자의 자녀 공동
3. 피보험자의 부모 둘 다 생존한 경우 공동으로, 또는 한 명만 생존한 경우 한 명
4. 피보험자의 형제 자매 공동
5. 피보험자의 재산

구호 수색 및 구조 비용

보험사는 발생하는 필요한 총 비용을 최대로는 합의한 보장 금액까지 지급해야 합니다.

1. 수색, 구조, 또는 구조 수색 작업 및 이에 대해 일반적으로 부과되는 비용.

2. 상해를 입지는 않았으나 사고가 임박한 경우, 피보험자에게 책임이 있는 비용.
3. 의학적으로 필요하며 의사가 지시한 경우, 가장 가까운 병원이나 특수 클리닉으로 피보험자를 이송하는 비용.
4. 의사의 지시에 따르거나 상해의 유형으로 인해 추가 지출을 피할 수 없어 피보험자를 영구 거주지로 돌려 보낼 때의 추가 지출.
5. 사망 시 마지막 영구 거주지로 송환하는 비용.

여행 지원(T)

팀 어시스트*는 다음 시나리오에 해당하는 경우 피보험자에게 여행 지원을 제공합니다.

여행 중단 혜택:

보험사는 가까운 가족 구성원의 사고/사망/중병이 발생한 경우 피보험자의 본국으로 피보험자를 송환하는 비용을 부담합니다. 모든 준비는 팀 어시스트를 통해 조정되어야 합니다. 보험사는 다음 조건을 모두 충족하는 경우 피보험자를 본국으로 돌려 보내기 위한 비용을 부담합니다.

- a) 피보험자는 CareMed 에 가입한 장기 여행자여야 하며 3 개월 이상 보험에 가입되어 있어야 합니다.
- b) 피보험자의 예정된 체류 기간이 최소 6 주 이상 남아 있어야 합니다*.
 - *이 규칙의 예외는 시험을 치러야 하거나 졸업식에 참석해야 하는 교환 학생 프로그램 참가자입니다.
- c) 모든 준비는 팀 어시스트를 통해 조정되어야 합니다.
- d) 가능한 경우, 피보험자의 귀국 항공권이 본국 이송에 사용됩니다. 여행지로 돌아와야 하는 경우, 왕복 항공권이 보장됩니다.

가족 재회 혜택:

생명을 위협하는 상태로 인해 피보험자가 입원 환자로 입원했을 때, 또는 피보험자의 입원 기간이 연속 10 일을 초과했을 때, 보험사는 팀 어시스트가 배정한 경우, 가까운 가족 구성원을 본국에서 입원한 사람이 있는 현지까지 이송하고 다시 송환하는 데 드는 교통비와 숙박비를 보장해야 합니다.

*팀 어시스트는 C&F Cayman SPC 와 제휴하지 않으며 보험 서비스를 제공하지 않습니다.

여행 수하물 보험(L)

위탁 수하물이 손상되거나 분실된 경우를 제외하고 한 번의 사건에 대해 US\$ 50 의 자기부담금을 피보험자가 부담합니다. 특정 개인 수하물 품목에 대한 제한 사항 목록은 아래 4 번을 참조하십시오.

선물과 기념품뿐만 아니라 보험 기간 동안 피보험자의 모든 개인 물품 및 자산은 피보험 수하물로 간주됩니다.

1. 위탁 수하물
 - a) 수하물은 운송 업체, 숙박 시설 또는 수하물 보관소에서 보관하는 동안 분실 또는 손상된 경우에 보험에 들어 있어야 합니다.
 - b) 운송 지연으로 인해 위탁 수하물이 피보험자가 도착한 동일한 날에 목적지에 도달하지 못한 경우, 수하물을 회수하고 여행을 계속할 수 있도록 필수 교체 품목을 구매하는 데 발생한 비용이 상환되어야 합니다. 항공사 또는 책임 당사자가 보상을 제공하지 않음을 증명할 수 있는 경우 한 계약에 대해 최대 US\$ 500 까지 상환합니다.
2. 주차된 차량에 남아있는 수하물:

주차된 차량이나 잠금 장치가 달린 포장 상자에서 도난이 발생하였고, 해당 차량이나 포장 상자가 단단히 밀폐되고 잠금 장치로 고정되어 있었으며, 오전 6 시에서 오후 10 시 사이에 분실되었을 경우, 보험 보장이 적용됩니다. 2 시간 이내로 여행이 중단된 경우, 야간에도 보험 보장이 적용됩니다.
3. 기타 모든 여행 기간:

남은 여행 기간 동안 다음과 같은 결과로 수하물이 분실되거나 손상된 경우 보험 보장이 적용됩니다.

 - a) 제 3 자에 의한 도난, 절도, 강도, 무장 강도, 의도적 재산 피해.
 - b) 피보험자 부상 또는 이송 수단 손상과 관련된 사고.
 - c) 화재, 자연 재해, 불가항력.
4. 다음에 대한 최대 실손 보상은 다음과 같이 제한됩니다.
 - a) 사진 장비, 필름 및 비디오 카메라, 휴대폰(액세서리 포함) 및 개인 전자 장치(예: iPod, MP3 플레이어, PDA 장치, 개인 비디오 플레이어) 및 모피 - 보험 가입 금액의 50%
 - b) 피보험자의 노트북 컴퓨터 - 보험 가입 금액의 50%
 - c) 안경과 콘택트렌즈는 한 사건에 대해 US\$ 250 입니다.
5. 피보험자 손실이 발생한 경우, 보험사는 다른 모든 수하물에 대해 다음과 같이 보험 가입 금액 한도까지 보상해야 합니다.
 - a) 자산 분실 또는 손상에 대한 실제 현금 가치. 실제 현금 가치는 피보험물 상태(오래된 정도, 마모, 사용 등)에 상응하는 금액보다 낮은 품질인 같은 종류의 새 제품을 구매하는 데 일반적으로 필요한 금액입니다. 여행 중 획득한 품목의 경우, 구매한 가격이 최대 금액이 됩니다.
 - b) 손상된 자산에 필요한 수리 비용과 감가 상각, 지불 가능한 최대 금액을 나타내는 실제 현금 가치.

- c) 필름, 음악 및 데이터 저장 장치에 대한 물적 가치.
 - d) 신분증 교체를 위한 수수료.
6. 항공권을 분실한 경우, 보험사는 새로운 항공권 발급에 발생하는 모든 비용을 최대 US\$ 100 까지 상환하지만 항공권 자체 가격을 상환하지는 않습니다.
7. 보험 가입 금액은 첫 손실금입니다. 즉, 다른 보험은 청구 시 고려되지 않습니다.

일반 제한 사항 및 제외 사항

다음과 같은 여행 건강 보험, 여행 사고 보험, 여행 수하물 보험, 의료 이송/송환 및 여행 지원, 사망자 유해 송환에 대한 보험금은 지급되지 않습니다.

1. 전쟁 또는 전쟁 행위(전쟁 선언 여부와 상관없이), 반란, 혁명, 테러, 항공기 납치, 폭동, 동란, 파업, 모든 종류의 무장, 법률 및 응급 서비스 시행, 범죄 행위 발생 또는 시도, 공공기관에서의 언쟁이나 폭력, 그에 따른 제재;
2. 평화 또는 전쟁 시기와 관계 없이, 어떠한 원인이나 사건에 관계 없이, 동시에 또는 순서에 관계 없이, 핵분열, 핵융합 또는 방사능을 사용하거나 그와 관련된 장치, 무기, 도구 사용 또는 화학 물질, 생물학적 물질, 방사능 물질 또는 그와 유사한 물질의 방출, 폭발 또는 사용으로 인해 직간접적으로 발생하는 그 어떠한 자연의 손실, 손상 또는 그로 인한 비용;
3. 피보험자가 의도적으로 저지른 손실;
4. 임금 또는 소득을 위해 수행되는 육체 노동. 피보험자는 보육 또는 오페어 서비스 등의 가벼운 의무를 수락하거나 훈련 프로그램에 참여할 수 있습니다. 또한, 이는 미국 입국을 위한 F1, J1, J2, M1 및 H2B 비자 또는 호주, 뉴질랜드 또는 캐나다 입국을 위한 워킹 홀리데이 비자의 범위에 해당하는 모든 활동에 대해서도 해당함;
5. 본 약관에서 정의된 기존 상태의 모든 부상 또는 질병. 보장 기간 동안 생명을 위협하는 상황에 대해서는 본 제외 조항이 면제됩니다. 본 제외 조항의 목적으로 생명을 위협하는 상태는 의학적으로 필요한 치료로 간주되며 중환자실에서 입원 환자로 입원하는 경우입니다.
6. 성적 접촉으로 전염되는 질병;
7. 성적 접촉에 의해 전염되는 HIV (후천성 면역 결핍 증후군, AIDS) 및 모든 가능한 결과;
8. 자살, 자살 또는 자해 시도;
9. 발생된 비용에 대해 직간접적 책임 여부에 관계없이 그러한 수단으로 인한 손상뿐만 아니라 중독자, 마약 또는 중독성 약물 또는 그 유도체의 오용; 의료 제제의 오용;
10. 권투; 전투 스포츠; 공중 스포츠, 헬기 스키; 등산; 암벽 등반; 행글라이딩, 낙하산; 번지 점프; 경마, 자동차 또는 스피드 레이스; 오토바이, 모터 스쿠터 또는 모든 육상용 차량, 스쿠버 다이빙 운전 또는 탐승; 급류 래프팅; 제트 스키; 스노우 보드; 스포츠 활동으로서 즐기는 스노우 모빌; 수상 스키; 동굴 탐험; 케이빙; 패러세일링; 프로 스포츠; 위험/고위험군 활동 참여 중 지속된 부상은 제외됩니다. 스노우 리조트 작업 및 여행 프로그램에 참여하는 참가자의 경우, 스노우 스키 및 스노우 보드는 적용 기간당 최대 5,000 달러까지 보장됩니다;
11. 피보험자가 아직 18 세 미만이거나 이에 대한 유효한 운전 면허증을 가지고 있지 않을 때, 육상, 물 또는 항공으로 모든 종류의 동력 운송 수단을 운전하는 경우. 그러나 학교에서 자동차 운전 시험 준비에 참여하는 것은 보장 대상입니다. 피보험자에게 필요한 운전 면허증이 있고 해당 차량의 최대 속도가 50km/시인 경우 오토바이 또는 모터 자전거를 운전하는 경우에도 보장됨;
12. 비영리 비행의 조종사 또는 승객 및 오토바이, 스노우 모빌, 스포츠용 차량으로 사용된 모든 오프 로드 차량, 레이스 카 또는 모든 고 카트 차량 동승, 약탈자, 스포츠 차량으로 사용되는 경우 스노우 모빌의 동승자에 대해서는 보장되지 않으나, 운송 수단으로서 사용되는 경우, 스노우 모빌을 포함하는 전동 좌석 수단의 앞 좌석 승객 또는 승객에 대해서는 보장됨;
13. 지불 상기 관련 자금 조달 비용 또는 수수료에 대한 책임이 없을 경우;
14. 피보험자가 겪은 사건이 피보험자에 대한 심각한 질병 또는 예상치 못한 사건이 아니었을 경우;
15. 치료 보장을 위해 감행된 여행;
16. 피보험자가 출발 전에 필요한 것으로 알고 있는 의료적 치료;
17. 의치, 치열 교정, 치관 및 스케일링 등의 일상적인 치료 비용은 상환되지 않음;
18. 눈 정기 검진 등의 일상적인 검사 및 치료;
19. 위의 경우를 제외하고, 시력 검사 비용은 새 안경을 구매하는 데 필요한 경우와 여행용 수하물 보험 범위 내에서 안경 분실 또는 손상에 대한 보상이 확인된 경우 보장됨;
20. 연기될 수 있고 의학적으로 반드시 필요한 것은 아닌 치료 및 수술;
21. 만성 질환을 안정시키기 위한 치료;
22. 알레르기 검사;
23. 영양 및 회복을 위한 약물;
24. 처방전없이 구입할 수 있는 의약품, 예방 접종, 주사 또는 의약품, 피임약, 생식 기능 관련 약물, 비타민;
25. 보험사에서 사고로 인해 부상을 입은 부분에 대해 수술을 받는 것과 관련하여 사전 승인을 받지 않은 경우의 성형 또는 성형 수술;
26. 여행용 수하물 보험 혜택이 적용되지 않는 안경 및 콘택트렌즈; 기존 보철물의 교체, 제거 또는 수리;
27. 보험 기간 외 또는 피보험자의 영구 거주 국가에서 받은 의료적 치료 및 약물;

28. 의학적으로 처방되지 않는 경우의 낙태;
29. 선천성 이상 또는 유전자 장애;
30. 담석증, 쇄석술, 쇄석 검사, 탈장 및 정맥류.

여행자 사고 배상 보험에는 다음 추가 예외 사항이 적용됨:

1. 우발적 상처 또는 상처를 통해 발생하는 화농성 감염을 제외한 박테리아 감염;
2. 목구멍을 통해 고체 또는 액체를 섭취하여 발생한 중독;
3. 정신 장애 또는 의식 장애, 뇌졸중, 간질 또는 전신 경련으로 인한 사고. 이는 상태가 알코올이나 약물의 영향으로 인한 경우에도 적용됨;
4. 피보험자의 신체에 대해 수행되는 치료 조치 및 기타 중재로 인한 건강 장애; 방사선 및 감염.

여행자 수하물 보험에는 다음 추가 예외 사항이 적용됨:

1. 다음 조항은 보장되지 않음:
 - a) 여행자 수하물 보험에 대해 청구된 신분증 교체에 대한 공식 수수료를 제외한 모든 종류의 현금/돈, 유가 증권, 티켓 및 문서
 - b) 컴퓨터 장비, 소프트웨어 및 액세서리(본 문서에 제공된 경우는 제외);
 - c) 액세서리를 포함한 모터 구동식 육상, 항공 및 수상 차량;
2. 보장 사항에 적용되는 제한 사항:
 - a) 위탁 수하물과 주차 차량에 남겨진 보석류 및 귀중품은 보장되지 않습니다. 남은 여행 기간, 해당 물품이 안전한 고정 컨테이너 또는 다른 고정 잠금 컨테이너에 보관되거나 개인이 보관하는 경우 보장됩니다.
 - b) 순수한 재정 및 결과적 손실은 보장되지 않습니다.
 - c) 텐트 및 캠핑 여행 중의 수하물 손상 또는 분실에 대한 보험 보장 사항은 공식 캠핑장에서 이루어지는 경우에만 보장됩니다.
 - d) 자전거, 서핑 보드, 스키 및 스노우보드는 밀폐된 공간에 보관된 경우에만 보장됩니다.
3. 피보험자가 재산을 보호, 저장 및/ 또는 복구하기 위해 합리적인 조치를 취하지 않은 분실, 손상 또는 도난된 수하물.

일반 조항 및 의무

다음 규정은 여행자 건강/사고 보험, 여행자 사고 배상 보험, 여행자 수하물 보험, 의료 수송/송환 및 여행자 지원, 필사자의 귀환, 제삼자 책임에 해당함:

오해석 및 사기

피보험자가 보험 청구자에게의 보장 의무에 대한 책임의 여부와 정도에 대해 부정확한 상황을 담은 세부 정보를 제출한 보험 청구로 인해 보험사에 대해 사기를 시도할 경우, 보험자에게 정책에 따른 보험 혜택을 보장할 의무가 면제됩니다.

대위 변제

보험사는 제삼자에게 손해 배상을 청구할 권리가 있습니다. 피보험자는 보장 범위 내에서 보험사에 대한 손해 배상 청구 금액까지 책임을 져야 합니다. 피보험자는 보험 청구 추구 및 대담에 대해 보험사를 지원해야 합니다.

1. 피보험자가 개인 건강 보험사에 대해 상환된 비용에 대해 청구하고, 보험에 대한 사건과 관련하여 관련 혜택을 받은 경우, 피보험자는 보험 정책 또는 제공자가 비용을 상환한 금액에 대해 청구할 수 없습니다.
2. 피보험자는 지불 혜택 우선 순위가 높은 다른 건강 사고 재산 또는 책임 보험사 또는 연금 보험 기금에 상환 통지와 함께 보험료 납부 증명서를 보험사에 제출해야 합니다.

피보험자가 보험자의 동의 없이 다른 보험에 대한 청구를 포기하는 경우, 피보험자는 해당 보험 청구에 대한 보장을 받을 수 있는 한도 내에서 자유롭게 면책됩니다.

초과 보험

이 정책에서 다루는 보험(사고 및 장애에 대한 여행자 사고 면책 보험 혜택은 제외)은 다른 유효하고 수집 가능한 보험을 초과합니다. 다른 모든 보험 계약으로 인해 발생하는 면책 의무는 본 보험 정책보다 우선시됩니다. 이는 특히 사회 보험 기금 당국이 지불할 수 있는, 법정 지불 금액과 보험사가 보증한 책임 보험에 대해 피보험자의 보험금 청구(자동차 보험 또는 개인 책임 보험 등)에 적용됩니다. 기존 청구서 형태로 피보험자에게 보험 청구자가 제출한 청구는 사전 통지로 간주되지만, 피보험자는 먼저 다른 보험 정책에 따라 해당 청구서를 제출하여 지불해야 합니다.

보장이 시작될 경우

이 정책은 보장 여행/프로그램을 시작하기 전에 적절한 보험료가 지불된 경우 또는 CareMed 가 보험 적용 및 보험료를 수락한 날짜(이 날짜가 유효한 날짜보다 늦은 경우)에 피보험자가 선택한 효력일 이후에 오전 12:01 부터 시작됩니다.

보장이 종료되는 경우

이 정책은 보험 종료일 또는 피보험자가 귀국하거나 보험료가 지불된 날짜, 즉, 보험 확인서에 명시된 날짜의 오후 11시 59분 이전에 종료됩니다. 다음과 같은 경우, 이 정책에 따라 확인 시 만료 날짜를 초과하여 연장됨:

1. 피보험자의 귀국편이 피보험자의 책임이 아닌 이유로 지연된 경우. 단, 최대 72시간을 초과하지 않아야 합니다.
2. 피보험자의 귀국 여행이 피보험자의 의지와 관계없는 교통 수단의 지연으로 인해 연기되는 경우, 단 72시간 이상인 경우는 제외함;
3. 예기치 못한 사건으로 인해 학년도가 연장되는 경우. 이러한 연장의 경우, 피보험자는 CareMed에 미리 통지해야 하며 연장 전에 추가 보험료를 지불해야 합니다.

상기 3번의 사유로 인한 연장의 경우, 피보험자는 연장 기간 초기 정책 기간에 대해 청구된 것과 동일한 요율로 추가 보험료를 지불해야 합니다. 피보험자가 연장 보험료 지불을 거부하면 보험 확인서의 기존 종료일에 보장이 종료됩니다.

보험료

1. 정책에 따른 보험료는 보험료 기준 및 요율에 따라 유효 날짜 이전에 CareMed에 송금되어야 합니다.
2. 보험료는 보험 효력일 이전에 CareMed가 전액 수령해야 합니다. 통화 명칭이 없는 수표를 지불한 경우 보장이 존재하지 않는 것으로 간주됩니다.
3. 효력일 이전에 정책이 취소되면 보험료는 전액 환불됩니다.
4. 효력일 이후에 정책이 취소되는 경우, 보험사가 보험 청구를 하지 않았다면 피보험자는 남은 기간 동안 처리 수수료를 제외한 나머지 한 달 동안 보험료를 상환합니다. 보험사가 보험에 따라 청구를 지불한 경우, 환불이 이루어지지 않습니다. 취소는 CareMed가 취소 통지를 받은 날짜 이전에는 처리할 수 없습니다. 보험료는 CareMed가 피보험자로부터 서면 통지를 받은 날로부터 60일 후에 처리되어야 합니다.

청구

의무

보험사는 피보험자의 협조 없이는 혜택을 제공할 수 없습니다. 보험에 대한 사건 발생 후 이행해야 할 의무는 다음 특수 조건에 명시되어 있음:

1. 여행자 지원 혜택에 대해서는 지원 팀에 문의할 것;
2. 병원에 입원하거나 수술을 받기 전에 지원 팀 또는 청구 센터에 문의할 것;
3. 적절한 청구 센터에 청구를 지체 없이 보고할 것;
4. 입원 또는 수술을 받는 경우 피보험자가 청구 센터 또는 지원 팀에 지체 없이 연락하지 않으면 발생한 추가 비용에 대해 피보험자가 책임을 져야 함;
5. 가능한 한 손실을 최소화하고 불필요한 비용을 피할 것;
6. 청구 센터에 청구 관련 사건, 범위 및 모든 관련 정보를 설명하십시오. 피보험자는 청구서와 영수증의 형태로 작성된 청구 양식과 증거를 제공해야 합니다. 청구서에는 치료받는 사람의 성명, 치료 설명 및 진단, 치료받는 사람의 개별 서비스에 대한 정보 및 치료 날짜가 포함되어야 합니다. 처방에 대한 처방약, 가격 및 약국으로부터의 영수증은 명확하게 식별될 수 있어야 합니다.
7. 피보험자는 주치의와 검사사의 직업상 비밀유지 의무를 면제하고, 청구 센터가 청구의 원인과 금액을 합리적으로 검토하고, 건강 및 기타 관계자로부터 정보를 얻을 수 있도록 허용해야 합니다.
8. 보험 사건이 발생한 후 60일 이내에 작성 완료한 청구서, 진료 기록, 항목별 영수증 원본, 관련 발생 비용에 대한 모든 증빙서 시간별로 정리하여 해당 청구 센터에 제출해야 합니다.
9. 피보험자가 고의적으로 또는 중대한 과실로 이러한 의무 중 하나를 위반하는 경우, 보험자는 증권에 따라 피보험자가 부담하는 비용을 배상할 의무가 없습니다.

다음의 추가 청구 조항은 여행 사고/손해 보험에만 적용됩니다.

1. 피보험자는 청구 센터에서 지정한 의사에게 진료를 받아야 합니다. 이러한 검사에 필요한 비용 및 그에 따른 소득 손실은 청구 센터가 부담해야 합니다. 그리고
2. 사고의 상황과 결과를 증명하고, 장애 정도를 결정하여 치료를 완료할 목적으로 피보험자가 제출한 서류를 청구 센터는 수령하는 즉시, 청구 센터는 3개월 이내에 청구 여부를 인정할지 및 어느 정도까지 인지할지 피보험자에게 전달해야 합니다.
3. 치료 완료를 하기 전에, 사고 발생 후 1년 이내에 장애 보험금을 사망 시 지급해야 할 금액의 한도 내에서만 청구할 수 있습니다.
4. 피보험자 및 청구 센터는 매년 의사가 판정한 장애 정도를 사고 발생 후 3년을 초과하지 않는 기간까지 적용할 수 있습니다. 이 권리를 행사하기 위해서는, 청구 센터가 상기 2번 준수하에 신고서를 공동으로 진술해야 하며, 피보험자는 해당 신고서를 수령한 후 1개월 이내에 회신해야 합니다. 장애에 대한 최종 평가 장애 보상금이 청구센터가 지금까지 지급한 금액보다 더 높은 금액으로 귀결되는 경우에는 연 4%의 이자로 지급해야 합니다.

다음의 추가 청구 조항은 여행 수하물 보험에만 적용됩니다.

1. 보험사는 피보험자가 고의적으로 또는 불필요하게 보험사고를 일으켰거나, 특히 손해에 대해 피보험자가 불이익을 당하지 않았음에도 불구하고 보험사고에 대해 고의적으로 허위 진술을 한 경우에는 배상할 의무가 면제됩니다.

2. 분실 또는 파손된 수하물은 지체 없이 운송업자 및/또는 숙박업자에게 보고해야 합니다. 각 동행인의 수하물 분실 또는 손상 확인서를 청구 센터에 제출해야 합니다. 외부적으로 인식할 수 없는 분실이나 손상은 늦어도 7 일 이내에 운송업자에게 즉시 서면으로 보고해야 합니다.
3. 범죄행위로 인한 분실이나 손상은 보고서와 함께 분실 또는 파손된 모든 물품 목록을 가까운 경찰서에 통보해야 합니다. 이러한 보고서의 인증 사본은 청구 센터에 제출해야 합니다.

의무 불이행의 결과

1) 고의적으로 의무를 위반하는 경우에는 피보험자는 보험 보장을 상실합니다. 의무를 중대 과실로 위반하는 경우, C&F Cayman SPC 는 보험 과실의 심각성에 비례하여 보험금을 줄일 수 있습니다. 위의 두 가지 조건은 C&F Cayman SPC 가 피보험자에게 법적 결과에 대해 서면 또는 전자 형태로 의사를 전달했을 경우에만 적용됩니다.

피보험자가 중대한 과실로 인해 의무를 위반하지 않았음을 입증할 수 있는 경우, 보험 보장은 그대로 유지하여야 합니다.

또한 피보험자의 의무 위반이 보험 사건의 발생이나 성립, 또는 보험금의 성립이나 보험금의 정도에 영향을 미치지 않았음을 입증할 수 있는 경우에는 보험 보장을 유지하여야 합니다. 본 조항은 피보험자가 부정한 방법으로 의무를 위반한 경우에는 적용되지 않습니다.

이러한 조항은 계약전 알릴 의무 위반으로 인한 보험사에게 주어진 해지 통지 권리 행사의 여부와 관계없이 적용됩니다.

2) 특히 다음과 같은 경우에는 의무를 위반으로 보지 않습니다.

- 피보험자가 실제 범위가 알려질 때까지 의사와 상담하지 않은 경우.
- 피보험자가 의무감 때문에 사고 후에도 계속 근무한 경우.
- 처음에는 사고로 인한 피해가 없는 것으로 판단하여 즉시 보고하지 않은 경우.
- 본의 아니게 의무를 이행하지 않았으나, 의무를 이행해야 한다는 사실을 인지한 즉시 이행한 경우.

분실 증명

피보험자는 분실, 질병, 사고 발생일 이후 60 일 이내에 작성 완료한 청구서, 진료 기록, 항목별 영수증 원본, 관련 발생 비용에 대한 모든 증빙서를 시간별로 정리하여 해당 청구 센터에 제출해야 합니다.

분실 합의

1. 청구 센터는 배상 의무가 있는지 여부와 어느 정도까지 있는지 결정하자마자 2 주 이내에 미화 또는 수용 청구서에 명시된 통화로 청구 센터의 재량으로 청구 금액을 지불해야 합니다.
2. 피보험자의 상환금은 지급 증명이 표시된 항목별 영수증 원본에 기초해야 합니다. 필요한 경우, 서비스 제공업체 또는 제 3 의 합법 청구인에게 직접 지불할 수 있습니다.
3. 외화 전환은 보험자 또는 청구 센터에서 청구 금액 지불 당일의 환율에 근거하여 이루어져야 합니다.
4. 피보험자는 은행 수수료를 지불해야 합니다.

과대 손실의 비합의

1. 보험사의 주요 사업장의 법원에 보험사를 상대로 민사소송을 제기할 수 있습니다.
2. 보험증권의 청구의 공소시효는 3 년입니다. 이 제한기간은 보험금이 지급되는 해의 연말부터 시작합니다. 보험사에 청구된 경우, 보험사의 서면결정의 통보와 수령 사이의 기간은 해당 기간에 포함되지 않습니다.
3. 보험사가 보험금 지급을 거절한 경우, 보험사는 6 개월 이내에 피보험자가 법정에서 보험금 청구가 요구하지 않는 한 배상하지 않아도 됩니다. 이 기간은 보험사가 서면으로 청구 거절 및 관련 이유를 보낸 후에 시작됩니다.

여행 제 3 자 책임 보험(3)

제 3 자 책임 보험 적용이 시행되고 있다는 정책 기간 동안, 이 증권으로 보장하는 사건에 대해 보험사는 피보험자에 대해 처음 발생 개인 책임 청구에 대한 손해로 피보험자가 법적으로 지불해야 할 의무가 있고 청구 센터에 보고한 모든 금액을 대신하여 지급할 것입니다. 이 증권으로 보장하는 사건은 다음과 같습니다.

1. 증권 효력 발생일 이후, 그리고
2. 피보험자의 본국 이외.

보험사는 피보험자(미국, 푸에르토리코, 캐나다를 제외하고)를 상대로 한 소송을 방어할 권리와 의무가 있으며, 소송의 주장이 사실무근이거나 허위이거나 사기인 경우에도 본 보험이 적용되는 손해배상을 청구한다. 보험사는 보험금 청구에 대한 조사 및 해결을 할 수 있으며, 또는 방편으로 소송을 제기할 수 있습니다. 보험사는 손해 배상금 지급으로 인해 보험사의 부채의 한도가 소진된 후 어떠한 경우에도 손해 배상금이나 청구 비용을 지불하거나 소송을 방어 또는 계속 방어할 의무를 지지 않습니다.

호스트 가정 주택 소유자 보장

이 보장은 피보험자가 호스트 가정에 거주하는 동안만 적용됩니다. 호스트 가정 주택 소유자 보험 증권 또는 주택 피해를 보상하는 유사한 보험 증권에 따라 해당 사고를 청구할 수 있는 경우, 보험사는 호스트 가정의 주택 소유자 보험 증권(또는 유사한 보험 증권)에 따라 발생한 손실을 공제한도까지 지급하며, 보험 기간당 1,000 달러를 초과하지 않습니다.

보험사는 피보험자에게 발생한 재산 손해 금액에 대한 정당한 증거를 보험사에게 제출한 후에만 본 조항에 따라 보험금을 지급합니다.

기타 보험

피보험자, 호스트 가정 또는 제 3 자에게 해당 손실에 대해 보상받을 수 있는 다른 제 3 자 책임보험이 있는 경우, 해당 보험에 따른 보험사는 그러한 보험의 초과 금액을 보장해야 합니다. 이 보험은 다른 모든 보험이 적용 가능한 한도액을 지불할 때까지 적용되지 않습니다.

제 3 자 책임 보험에 대한 정의

청구란 피보험자의 이름으로 사건의 혐의를 주장하는 소송의 서비스나 금전이 대한 요구를 의미합니다. 청구에는 집행유예나 기타 비법률적 구제책을 찾는 절차는 포함되지 않습니다. 징벌적 손해 배상금은 보장되지 않습니다.

청구 비용의 의미는 다음과 같습니다.

1. 보험사가 발생하거나 보험사의 서면 동의로 피보험자가 부담한 경우, 보험사가 지정한 변호사 또는 변호사들이 청구한 변호사 비용, 기타 모든 수수료, 비용, 그리고 청구, 소송, 소송 관련 조사, 조정, 방어 협상, 항소에 관한 비용. 단, 보험사의 직원이나 임원의 급여 또는 비용, 독립 조정자의 수수료 및 비용은 제외.
2. 이러한 소송에 포함된 피보험자에 대한 모든 비용, 보험사의 부채의 한도를 초과하지 않는 한, 법원 비용 또는 기타 비용에 대해 판결 후 누적된 금액, 판결의 일부를 지불하거나 제출하거나 기탁하기 전에 발생하는 모든 금액에 대한 모든 이자.
3. 소송으로 인한 압류를 해지하기 위한 항소 채권의 할증료 및 채권의 할증료. 그러나 본 증권에 적용 가능한 책임 한도를 초과하는 채권 금액은 제외. 보험사는 채권을 지급하거나 제공할 의무가 없습니다.

손해는 보상 판정 또는 합의 또는 지급 판정을 의미합니다. 그러나 징벌적 손해배상, 벌금이나 위약금, 피보험자에게 지급되는 수수료 또는 기타 대가의 반환, 연방법이나 주법에 따른 실제 손해의 증식에 의해 야기되는 모든 지급 판정이나 판정의 일부는 포함되지 않습니다.

사건이란 보험계약 기간 동안 피보험자가 자행한 행위 또는 누락으로 인해 개인 상해나 재산상의 손해를 입히는 행위를 의미합니다.

보험이 적용되는 지역이란 호스트 가정의 주요 거주지 또는 호스트 가정이 소유하고 있으며 피보험자가 호스트 가정의 지시에 따라 사용하는 기타 구조물 또는 땅을 의미합니다.

개인 상해는 신체적 상해, 질병 (전염성 질병 제외) 또는 사망을 포함한 만성 질병을 의미합니다.

재산 피해는 유형 재산의 물리적 손상 또는 파괴를 의미하며, 이로 인해 발생하는 모든 시간 손실을 포함합니다.

제 3 자 책임 보험 제외 사항

제 3 자 책임 보험에는 다음의 예외가 적용됩니다. 이 보험은 아래의 청구 또는 소송에는 적용되지 않습니다.

1. (1) 모든 자동차, (2) 오프로드 차량, 설상차, 모터 달린 자전거, 오토바이를 포함한 모든 유형의 육지 운송수단, (3) 모든 선박, (4) 모든 항공기 또는 비행하는 모든 물체, (5) 모든 전동 장비의 소유, 운영, 사용으로 인해 발생하는 신체적 상해 또는 재산상의 손해. 위의 항목 중 어느 하나에 귀하가 승객인 경우에는 이 제외가 적용되지 않습니다.
2. 다음의 고위험 스포츠를 하다가 입은 신체적 상해 또는 재산상의 손해. 사냥, 권투, 전투 스포츠, 등산 또는 암벽 등반, 동굴탐사, 공중 스포츠, 헬리 스키, 모터 달린 경주 또는 스피드 시험, 번지 점프, 스쿠버 다이빙(보험자가 계약된 목적지에서 관할 지방 당국에서 인정하는 자격을 갖추지 않은 한), 야생 수상 래프팅, 제트스키, 프로 스포츠, 모든 종류의 경쟁 스포츠 이벤트에 참여
3. 이자 위약금 또는 부채를 포함한 계약 또는 합의에 따라 피보험자가 인수하는 책임에 근거하거나 이에 따라 발생하는 것
4. 피보험자에 의한 질병의 전염 또는 전염병이나 성 접촉 또는 다른 사람의 체액을 통해 전염되는 후천성 면역 결핍 증후군 (에이즈), 에이즈 관련 바이러스 또는 기타 질병의 존재에 대한 검사 또는 검사 실패로 인해 발생하는 것
5. 싸움, 폭력 행위 또는 대립 개시를 포함한, 피보험자가 저질렀거나, 지시했거나, 피보험자가 인지하고 있는 상태에서 발생한 실제 또는 시도된 부정직, 사기, 범죄, 의도적인 불법 행위, 악의적인 행위 또는 누락, 고의적인 오보에 근거하거나 발생하는 것
6. 인종, 신조, 나이, 성별, 피부 색, 성적 선호, 출신 국가 때문에 피보험자가 타인을 차별한 경우
7. 피보험자가 예상하거나 의도한 상해나 재산상의 손해를 입히는 행위로부터 발생 (이 예외 항목은 사람이나 재산을 보호하기 위해 정당 방위로 물리적인 힘을 사용하여 입힌 신체 상해에는 적용되지 않는다.)
8. 아래의 재산 피해
 - a) 피보험자가 소유하거나, 보관하고 있는 재산, 또는
 - b) 피보험자가 해당 재산에 대한 보험을 제공할 의무가 있는 경우, 피보험자에게 또는 피보험자의 관리 하에 임대, 점유, 대여하는 재산
 - c) 호스트 가정 주택 소유자 보장에 따라 제공되는 경우를 제외한 호스트 가정의 재산
 - d) 불법적인 간섭을 통해 얻은 재산, 또는

- e) 임대 가구 또는 비품, 모든 청소년 센터 또는 호스텔의 건물 또는 설비의 손상. 단, 임대 휴가 시설 및 호텔 객실의 손상으로 발생하는 책임은 포함됩니다.
- 9. 성폭행, 학대, 체벌, 성추행, 육체적 또는 정신적 학대, 피보험자가 협박하거나, 저지르거나, 혐의를 받고있는 유사한 범죄 행위의 전체 또는 일부에 가담하였다고 피보험자가 혐의 대상인 경우
- 10. 발생한 손상에 대한 직접적인 또는 간접적인 책임 여부에 관계 없이, 술, 도취제, 마취제, 중독성 약품의 사용 또는 그 파생물의 오용, 의료 준비의 오용, 스트레스, 불안, 공황 발작, 우울증, 섭식 장애 또는 체중 문제를 포함한 정신 질환 또는 정서 장애로 인한 신체적 상해 또는 재산적 손해
- 11. 선고 여부와 관계없이 반역, 혁명, 테러, 항공기 납치, 내란, 시민 소동, 파업, 모든 종류의 무장, 법률 및 비상 서비스의 시행, 공공 당국의 행위, 전쟁이나 전쟁 행위로 인한 신체 부상 또는 재산 손해
- 12. 피보험자의 개인 상해 또는 신체 부상,
- 13. 피보험자의 전문 활동 또는 임금이나 이윤을 위해 수행되는 기타 물리적 작업(지급 및 미지급 인턴십이 포함됨) 또는 피보험자가 호스트 가정이 아닌 다른 개인에게 서비스로 인해 발생한 피보험자에 반하는 행위
- 14. 방사능 여부와 발생 경위에 상관없이 핵반응, 방사선, 오염에 직간접적으로 발생한 부상의 경우
- 15. 피보험자와 친인척사이에 발생한 신체 상해 또는 재산상의 피해

제 3 자 책임 보험금에 대한 일반 의무 및 조항

위에서 언급한 모든 보험금에 대한 '일반 조항'에 추가되는 조항입니다.

보험사에 반하는 행동

보험사는 본 증권의 모든 약정을 준수해야 하지만, 실제 재판 후 피보험자에 대한 판정이나 피보험자, 청구인, 보험사의 서면 합의에 의해 피보험자가 지불해야 할 의무가 있는 금액이 최종적으로 결정날 때까지 기다려도 되며, 본 증권에 선제 조건으로 명지되어있지 않은 한 보험사에 어떠한 조치도 취해지지 않습니다.

양도

피보험자의 이익은 양도할 수 없습니다. 피보험자가 사망하였거나, 불능 판정을 받은 경우, 본 보험은 해당 개인에 대해 종료되지만, 이전에 발생하여 본 보험에서 부담한 책임과 관련하여 피보험자의 법적 대리인을 보장해야 합니다.

청구 또는 소송에 따른 피보험자의 지원 및 협력

피보험자가 본 증권에 따라 청구할 것으로 합리적으로 예상될 수 있는 사건을 알게 된 경우, 피보험자는 최대한의 정보를 얻어서 보험사에 서면통지를 해야 합니다. 피보험자를 상대로 청구가 이루어지거나 소송이 제기될 경우, 피보험자는 피보험자 또는 피보험자 대리인이 수령하는 모든 요구, 통지, 소환 또는 기타 절차를 즉시 보험사에 전달해야 합니다. 피보험자는 보험사와 협력해야 하며, 보험사의 요구에 따라, 소송에 대한 합의, 본 보험이 적용되는 손해로 피보험자가 책임져야 하는 개인이나 단체에 대한 기여 또는 배상의 권리를 집행하는 과정을 도와야 합니다. 피보험자는 공청회 및 재판에 출석하여 증거 및 증인의 출석 확보에 도움을 주어야 합니다. 피보험자는 자신의 비용을 제외하고 어떤 의무나 비용도 임의로 지급하거나 지급할 수 있다고 추정하면 안됩니다. 피보험자에 의한 이러한 의무 중 고의적 또는 불필요한 위반은 보험세에 배상할 의무를 면제할 수 있습니다.

첫 번째 청구로 간주되는 시기

1. 청구 센터가 피보험자로부터 청구가 이루어졌다는 서면 통지를 처음 받은 시기, 또는
 2. 청구 센터가 청구를 야기할 수 있는 특정 개인 또는 기업과 관련된 특정 상황에 대해 피보험자로부터 서면 통지를 처음 받은 시기.
- 동일하거나 이와 관련된 사건에서 발생하는 모든 청구는 최초 청구 시점에 이루어진 것으로 간주하며, 동일한 책임 한도를 적용해야 합니다.

책임제한 - 청구

본 증권에 따른 피보험자의 수, 만성 상해를 입은 개인이나 조직의 수, 청구 또는 소송의 수와 상관없이, 보험사의 배상책임은 "보험금 지급표"에 명시되어 있습니다.

"각 청구서"에 해당하는 "보험금 지급표"에 기재된 책임의 한계는 이에 따라 적용되는 각 청구서로 인해 모든 손해에 대한 보험사의 책임의 한계에 해당합니다. 동일하거나 이와 관련된 사건에서 발생하는 모든 청구는 본 보험의 목적상 하나의 청구로 간주되며, 동일한 책임 한도를 적용받게 됩니다. "보험금 지급표"에 "총 한도"로 명시된 책임의 한계는 "각 청구"에 관한 위 조항에 따라 보험계약기간 연장을 포함한 보험계약기간 동안 보험사에게 보고된 모든 청구에 따른 모든 손해에 대한 보험사의 책임의 총 한도를 따릅니다. 청구 비용은 "보험금 지급표"에 명시된 적용 가능한 책임 한도 내에 해당합니다.

계약 기간 및 유효 영역

본 계약에 의해 제공되는 보험은 보험 청구가 이루어지거나 적절할 경우, 유효한 보험 기간 동안 처음 만들어지고 보고되는 보험금 청구에 적용됩니다. 미국, 그 영토 또는 소유물, 캐나다, 푸에르토리코, 또는 또는 보험이 적용되는 여행 / 프로그램 중에 피보험자가 여행하는 카운티 내에서 적용됩니다.

보험계약기간

보험계약기간은 보험계약의 "일반 조항 섹션"에 기술된 보험계약 개시일과 보험계약 종료일과 일치하여 보험계약기간을 적용하고 종료합니다.

변제

보험사가 배상해야 하는 부분이 아닌 부분에 보험사가 손해배상을 하거나 그 비용을 청구하는 경우:

1. 해당 차감액 내, 또는

2. 적용 가능한 책임 한도를 초과하여,

피보험자는 서면요구에 따라 그 금액을 보험사에게 삼십(30)일 이내에 상환하여야 합니다. 위에 표시된 금액을 지불하지 않으면 계약의 취소가 발생할 수 있으며, 피보험자는 연장된 보고기간 옵션에 대한 권리를 가질 수 없습니다.

대위 변제

보험사는 보험계약에 따라 지급하며, 보험대상자가 타인으로부터 손해배상을 받을 권리가 있는 경우, 보험사는 그 권리를 대위 변제합니다. 해당인은 다음 사항을 지켜야 합니다:

1. 보험사가 보험사의 권리를 행사할 수 있도록 하기 위해 필요한 모든 것의 제공 및

2. 손해 후 이러한 권리를 침해할 행위 전반을 하지 않아야 합니다.

보험사는 보험계약에 따라 지불하며, 보험대상자가 타인으로부터 손해배상을 받는 경우, 그 당사자는 다음을 수행해야 합니다:

1. 보험자에게 손해배상금을 신탁할 것.

2. 보험사가 지급하는 한도 내에서 보험사에게 배상할 것.

불만 사항

불만 사항 및 불평을 제기하고자 하는 경우, 다음 사이트에서 불만 사항 팀에 불만 사항을 제기할 수 있습니다.

1 High Ridge Park

Stamford, CT 06905

USA

+1-203-399-5130

claimhelp@culturalinsurance.com

당사는 항상 1 등급 서비스를 제공하고자 합니다. 귀하께서 불만족스러워서 상황을 해결할 수 없거나, 이 보험에 대해 문의하기를 원하신다면 다음 주소로 당사에게 연락하실 수 있습니다.

Fairmont Specialty Trust

ITA GlobalTrust,LTD

Suite 4210, 2nd Floor Canella Court,

48 Market St,

Camana Bay

PO Box 32203,

Grand Cayman KY1-1208,

Cayman Islands

청구 조항

청구 통지: 청구인은 계약에 포함된 손실이 발생한 후 90일 이내에 당사 또는 당사의 공인 대리인에게 서면(또는 공인된 전자식 방법 또는 전화로)의 청구 통지를 제공해야 합니다. 만약 그 시간 내에 통지를 할 수 없다면, 가능한 한 빨리 통지를 해야 합니다. 이 통지는 보험 당사자와 증권 번호를 식별할 수 있어야 합니다.

청구 양식: 청구서 서면 통지를 받으면 당사는 15일 이내에 청구인에게 청구서를 발송합니다. 당사가 이러한 청구 양식을 제출하지 않을 경우, 청구인은 아래와 같이 서면(또는 공인된 전자식 방법 또는 전화로) 증명서를 보내서 손해에 대한 서면 증명서의 요건을 충족할 수 있습니다. 증명서에 손실의 발생, 범위, 성격 등을 기술해야 합니다.

손해증명서: 서면(또는 공인된 전자식 방법 또는 전화로) 손해증명서는 수령할 권한이 있는 대리인에게 보내야 합니다. 서면(또는 공인된 전자식 방법 또는 전화로) 증명서는 손실일로부터 90일 이내에 제공해야 합니다. 만약 그 시간 내에 제공 할 수 없다면, 가능한 한 빨리 제공해야 합니다. 법적 능력이 없는 경우를 제외하고는 어떠한 경우에도 증명이 요구되는 시점으로부터 1년 이후에 손해증명서를 보내서는 안됩니다.

청구인의 협력 제공: 청구권자가 청구권 행정에 있어 당사와 협력하지 않을 경우 청구권 해지로 이어질 수 있습니다. 이러한 협력에는 급여 지급 여부 또는 실제 급여 지급액을 결정하는 데 필요한 정보나 문서를 제공하는 것이 포함되며 이에 국한되지는 않습니다.

청구의 지불 시간: 당사는 손해에 대한 서면(또는 공식 전자식 방법 또는 전화로) 증명서를 받을 때 지불해야 할 모든 혜택을 지급합니다.

청구에 대한 지불: 보험자가 사망할 경우, 사망 당시 미지급된 사망급여 또는 기타 급여가 보험급여 수급권자에게 지급됩니다. 당사 기록에는 이러한 보험급여에 지정된 보험금이 기재되어 있습니다.

당사 또는 당사의 공인 대리점에 기록되어 있는 수령인 또는 생존 수혜자가 없는 경우, 당사는 다음의 우선 생존인에게 동일한 비율로 급여를 지급합니다. 1) 배우자 2) 자녀 3) 부모 4) 형제 및 자매 만약 이러한 조건에 해당하는 생존인이 없다면, 당사는 피보험인의 재산을 지급합니다.

다른 모든 혜택은 피보험자에게 지급합니다. 만약 피보험인이 다음과 같은 상황이라면: (1) 미성년자 또는 (2) 당사의 판단 상 불능 때문에 유효한 의견을 낼 수 없는 경우, 당사는 부모, 보호자, 또는 실제 그의 후견인을 위해 배상금을 지급합니다. 성실하게 지불하여 지불한 금액만큼 당사의 책임은 끝나게 됩니다.

미국 이외의 지역, 영토 및 소유물 및 회사가 허가없이 보험을 제공 할 수 없는 국가에 거주하는 적용 대상자가 적용되는 손실을 당한 경우, 회사는 정책에 따라 보험계약자에게 혜택을 지불합니다. 보험계약자:

1. 이러한 지급은 피보험자 또는 피보험자 또는 그 수혜자 또는 그러한 급여가 지급될 수 있는 다른 사람의 유일한 사용과 이익을 위해 신탁으로 유지되어야 한다.
2. 해당 법률에 따라 수취인에게 지급금을 송금합니다.

회사가 보험계약자에게 지급하는 이러한 지급은 지급해야 하는 청구에 대한 회사의 책임을 완전히 이행하는 것입니다.

"국가"는 보험회사의 인가를 독립적으로 규제하는 모든 정치적 관할권의 포함입니다.

"허가" 또는 "허가된"이란 용어는 해당 국가에서 사고 및 질병 보험 업무를 수행하기 위한 해당 법률에 따라 허가되거나 승인된 국가를 의미합니다.

수익인: 피보험자는 우발적 사망 수익의 수혜자를 지정할 수 있습니다. 피보험자는 서면(또는 전자식 방법 및 전화) 통지로 언제든지 수혜자를 변경할 권리가 있습니다. 피보험자가 미성년자일 경우, 해당인의 부모 혹은 보호자가 대신하여 이 권리를 행사할 수 있습니다. 변경 사항은 당사 또는 당사의 공인 대리인이 그 내용을 받았을 때부터 유효합니다. 접수 시 유효한 날짜는 통지서에 서명한 날짜입니다. 당사는 변경 사항이 접수되기 전에 지불한 모든 것에 대해 책임지지 않습니다. 당사는 변경 사항의 유효성을 증명할 수 없습니다.

양도: 보험 당사자가 서면으로 손해증명서를 제출 시 다른 방법을 요청하지 않는 이상, 당사는 보험 혜택을 제공하는 병원이나 사람에게도 직접 비용을 지급할 수 있습니다. 성실하게 지불하여 지불한 금액만큼 당사의 책임은 끝나게 됩니다.

신체 검사 및 검사: 당사는 당사가 선택한 의사에게 합리적으로 필요한만큼 보험 당사자를 검사할 권리가 있습니다. 이 섹션은 청구가 보류 중이거나 급여가 지급되는 동안 적용됩니다. 또한 당사는 법이 금지하지 않는 한, 사망 시 부검을 요청할 권리가 있습니다. 당사가 검시나 부검 비용을 지불합니다.

법적 조치: 이 정책에 대해 어떠한 소송이나 소송도 제기할 수 없습니다: (1) 손해증명서를 당사에게 준 60일 전 또는 (2) 손해증명서를 요구받은 날로부터 3년 후.

행정 규정

보험료: 이 증권의 보험료는 현재 시행 중인 요율, 계획 및 시행 중인 보험 금액에 기초합니다.

보험료의 변경: 당사는 적어도 31일 전에 쓰여지거나 공인된 전자식 방법 또는 전화 통지를 통해 때때로 보험료를 변경할 수 있습니다. 당사는 다음 사건 중 하나라도 발생한다면 언제든지 요율을 변경할 권리를 가지고 있습니다.

3. 증권 약관의 변경.
4. 계약에서 부서, 자회사, 제휴 조직 또는 적격 분류의 추가 또는 삭제.
5. 당사의 지급 의무에 영향을 미치는 범위 내의 연방법, 주법 또는 규정의 개정.
6. 가정된 위험과 관련된 시장 요인 또는 요인의 변화.

보험료 만료일이 아닌 날짜에 요율의 증가 또는 감소가 발생하면 변경일부부터 다음 보험료 만료일까지 비례한 조정이 적용됩니다.

보험료 지불: 첫 번째 보험료는 계약 시행일부부터 유효합니다. 만기일에 보험료를 지불하지 않을 경우, 계약 유예 기간 섹션에 명시된 경우를 제외하고 보험료 만기일을 기준으로 계약이 취소됩니다.

보험료 유예 기간: 필요한 보험료를 납부하면 31일의 계약 유예 기간이 주어집니다. 계약은 유예 기간 동안 유지됩니다. 보험금 유예 기간 동안 필요한 보험료를 납부하지 않을 경우, 보험은 필요한 보험료를 납부한 마지막 보험료 만기일에 종료됩니다. 보험 계약자는 정책이 시행된 기간 동안 미지급된 보험료에 대해 당사에 대한 책임이 있습니다.

일반 조항

전체 계약, 변경 사항: 증권, 보험 계약자의 신청, 신청 사본 첨부, 보증, 부칙, 참여 기관과의 신청 또는 참여 계약 및 첨부 서류는 당사자 간의 전체 계약을 구성합니다. 플랜 가입자의 신청서가 필요한 경우, 당사의 선택에 따라 플랜 가입자의 신청서도 이 계약의 일부가 될 수 있습니다.

보험계약자, 계약 조직 또는 플랜 계약자에 의해 이루어진 모든 진술은 보장이 아닌 의사 표현으로

간주됩니다. 이 진술이 포함된 증서가 해당 개인에게 제공되지 않는다면, 또는 해당 개인의 사망 혹은 불능 상태의 경우가 아니라면, 그의 수익수령인 또는 대리인에게 제공되지 않다면 그러한 진술이 당사의 보험금 감소나 부인 또는 청구에 관련된 변호로 이용되지 않습니다. 플랜 가입자의 유효 적용 날짜로부터 2년이 지난 후에는, 사기의 경우 또는 보장 대상 자격에 관한 경우를 제외하고는 그러한 적용 범위에 대해 이의를 제기할 수 없습니다.

증권 변경은 당사의 증역 중 한 명이 승인할 때까지 유효하지 않습니다. 이 승인은 증권에 승인되거나 첨부되어야 합니다. 어떤 대리인도 증권을 변경하거나 규정을 철회할 수 없습니다.

근로자 보상 보험: 본 정책은 근로자 보상 보험에 따른 보상 조건 사항을 대신하지 않으며 영향을 미치지 않습니다.

증권 유효 날짜 및 종료 날짜: 증권은 증권의 1 페이지에 표시된 증권 유효일에 시작합니다. 당사는 31일 전에 서면으로(또는 공인된 전자적 또는 전화적 수단) 보험계약자에게 통지함으로써 이 증권을 종료할 수 있습니다. 보험가입자는 당사에 31일 전에 서면(또는 공인된 전자적 또는 전화적 수단) 통지를 제공하여 보험료 만료일에 본 정책을 종료할 수 있습니다. 이 계약은 다음 중 이른 시간에 자동으로 종료됩니다: 1) 보험계약기간의 마지막 날 또는 2) 만기일에 보험료가 지불되지 않는 경우 보험료 만료 날짜.

오기: 보장 범위에 존재하는 어떠한 기록에 유지된 오기는 그것이 보험계약자 혹은 회사 측에서 이루어진 것과는 관계 없이 이러한 사무상의 오류가 회사에 해롭지 않고 발견 즉시 수리되는 경우, 적용 범위의 무력화에 효력이 있거나 종료에 효력이 있지 아니합니다.

기록 검사 및 감사: 당사는 보험 계약 기간 중 언제라도 보험 계약의 보험료 또는 주제와 관련하여 보험 계약이 종료된 후 2년 이내에 보험 계약자의 장부와 기록을 검토하고 감사할 수 있습니다.

보장 범위 증명: 법에 의해 요구되거나 보험 계약자의 요청에 따라 보험 적용 범위 증거가 각 플랜 가입자에게 배달 될 수 있도록 계약 조직에 전달됩니다. 각 보장 범위 증명에는 보장 범위 증명의 혜택, 조건 및 한계가 나열됩니다. 증명은 그 혜택의 지급 대상을 명시하고 있습니다.

양도: 인명손실보상에 대한 이익 양도는 회사에 의해 원본 또는 사본을 회사가 수령할 때까지 효력이 없습니다. 회사는 그러한 양도의 유효성에 대해 책임을 지지 않습니다.

파산: 채권자와의 채무불이행, 파산, 금융손상, 리시버제도, 자율적인 약정계획, 또는 보험계약자의 파산은 당사에 이 증권에 정의된 부채 이외의 어떠한 부채도 부과하지 않습니다. 회사는 증권에 따른 플랜 가입자를 포함하여 보험 계약자의 채권자에게 보험 계약자의 파산에 대한 책임을 지지 않습니다.

포기: 회사가 언제라도 증권에 따라 또는 어떠한 상황에서도 회사의 권리를 엄격하게 집행하지 않는 것이 그와 같은 상황이나 다른 상황에서 회사의 그러한 권리의 포기라고 간주되지 않습니다.

제재: 회사는 이러한 보험혜택의 제공, 그러한 보험혜택의 지급 또는 제공이 회사를 제재, 금지 또는 제한에 노출시킬 수 있는 한, 본 정책에 따라 보험혜택을 지급하거나 혜택을 제공할 의무가 있는 것으로 간주되지 않습니다. 유럽 연합, 영국 또는 미국의 무역 또는 경제 제재, 법률 또는 규정에 따라 포함합니다.

구독 동의서

본인은 Fairmont Specialty Trust (이하 "Trust ")의 플랜 가입자가 되고 Crum & Forster SPC(이하 "회사")가 Trust 에 따른 플랜 가입자까지 확장한 보험 보장 범위에 포함되기를 신청합니다. ("보험 보장"). 본인은 본 보험 보장이 일반 건강 보험 상품이 아니라, 본인의 모국을 벗어나 여행하는 도중 발생한 갑작스럽고 예상치 못한 사건을 위해 사용할 수 있는 상품임을 이해합니다. 본인은 본인에게 확장된 보험 보장이 본인의 모국으로 귀국하였을 때 종료됨을 이해합니다. 본인은 보험 관리자에게 마스터 보험 증서 사본을 요청하여 보험의 모든 상세사항을 확인할 수 있음을 이해합니다. 본인은 보험 보장을 제공하는 보험자로서 회사의 법적책임이 마스터 보험 증서에 규정되어 있음을 이해합니다. 보험 보장을 수락하고/하거나 혜택에 대한 청구를 제출함으로써, 플랜 가입자는 플랜 가입자로 행동하고 구속력을 가지는 서명자의 권한을 비준합니다.

플랜 가입자는 본인에게 확장된 보험 보장에 있어 만기일이 도래하기 전까지 모든 보험료를 지불할 의무가 있습니다. 플랜 관리자는 이러한 지불 관리에 대한 책임을 가지지 않습니다. 플랜 가입자가 본인에게 확장된 보험 보장에 대한 보험료를 만기일 전까지 납부하지 않은 경우, 보험 회사의 재량에 따라 해당 보험은 무효화될 수 있습니다.

플랜 가입자는, 본 구독 동의서의 조항을 포함하여, 플랜 가입 그리고/또는 보험 보장의 구독과 관련하여 플랜 관리자에게 제공된 모든 진술 및 보장을 포함한 모든 정보(함께 "진술 및 보장")의 타당성이 정확함을 확인하였습니다. 플랜 가입자는 이러한 정보 중 일부가 보험 보장의 보험자로서 회사에 의거할 것이고, 그 안에 포함된 정보의 부정확성은 플랜 가입자와 연관된 것이므로, 해당 보험 보장의 무효화, 그와 관련하여 지불된 모든 금액 및 보장의 손실을 야기할 수 있음을 인정합니다. 이로써, 플랜 가입자는 진술 및 보장의 대상을 형성하는 모든 사항과 관련한 변경사항을 플랜 관리자에게 알릴 것을 약속합니다. 플랜 가입자는 이에 따라 진술 및 보장의 부정확성으로, 또는 플랜 관리자에게 모든 진술 및 보장의 대상을 형성하는 모든 사항과 관련한 변경사항을 알리지 않음으로 발생하는 모든 손실 또는 손해(변호사 비용 포함)에 있어 플랜 관리자를 면책시키고 플랜관리자가 피해를 입지않게 조치할 것을 약속합니다 . 플랜 가입자는 플랜 가입자가 제공하였다고 주장하는 모든 서면 지침에 따라, 플랜 관리자가 이에 의거하고 이에 따라 행동할 자격이 있음에 동의하며 그러한 지침에 따른 플랜 관리자의 행동에 의해 발생한 모든 손실 및 손해(변호사 비용 포함)와 관련하여, 플랜 관리자를 면책시키고 플랜 관리자가 피해를 입지 않게 조치할 것을 약속합니다.

보험 보장 조항에 따른 비용 지불은 보험사가 플랜 가입자에게 지불하거나 혜택 양도가 승인된 경우, 서비스 제공자에게 직접 지불해야 합니다. 플랜 관리자는 이러한 지불 관리에 대한 책임을 가지지 않습니다.

본인은 본 보험이 본인에게 적합하고 본인이 보험 자격 기준을 충족함을 확인하였습니다.

의료 청구서

귀하의 개인 정보	
성	이름
생년월일 (일/월/년)	귀국 날짜 (일/월/년)
고국의 집주소	외국의 집주소
거리	c/o
도시우편번호	거리
주	도시우편번호
카운티	주
전화번호	카운티
이메일 주소	전화번호
귀하의 의료기록	
질병 또는 사고의 유형	
이 질병/사고는 보험 시작 전에 발생되었거나 또는 치료한 적이 있습니까? 아니오 <input type="checkbox"/> 네 <input type="checkbox"/> 만약 네라면, 언제입니까?	
사고 발생 시: 본인 책임 <input type="checkbox"/> 타인 책임 <input type="checkbox"/>	
다른 건강보험(예: 신용카드)을 통한 보험 보장이 있습니까? 만약 있다면, 어떤 보험입니까?:	
첨부 문서 갯수:	
환급(피보험자는 은행 수수료를 지불해야 함)	
이미 진료비를 지불했습니까? 네 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/>	
아니오, 를 선택하셨다면 비용은 의사/병원에 직접 지불됩니다.	
진료를 본 의사/병원명	
진료를 본 의사/병원 주소	
네, 를 선택하셨다면 아래 표시된 계좌로 환급을 받을 수 있습니다. 북미 또는 남미 지역의 목적지에 대한 청구서 제출 역시 수표로 환급될 수 있습니다. <input type="checkbox"/> 을 표시하십시오.	
계좌 주인의 이름	
은행명	
은행의 카운티 및 주소	
SWIFT/BIC (해당하는 방식을 선택하십시오)	
IBAN (해당하는 방식을 선택하십시오)	
청구 문서	
<p>첫 번째 의료비 청구서를 작성한 후 60일 이내에 완성된 청구서와 영수증과 함께 해당 청구 사무실에 이메일로 보내주십시오.</p> <p>불확실하거나 틀린 정보는 지불의 기한을 늘립니다.</p>	<p>CareMed Claims CISI Claims Department 1 High Ridge Park Stamford, CT 06905 USA</p> <p>+1-203-399-5130 claimhelp@culturalinsurance.com</p>
<p>본인은 본국에 있는 지원 센터 또는 그 대리인을 포함하여 나를 방문하거나 진찰한 병원, 의사 또는 기타 사람에게 질병이나 부상, 의료 기록, 상담, 처방, 치료, 모든 병원 또는 의료 명세서의 사본을 제공할 권한을 부여합니다. 이 허가서의 직접적인 사본은 원본만큼 효력이 있으며 유효한 것으로 간주됩니다.</p>	
날짜	피보험자 서명