

2026년 임직원 단체보험 계약 조건 및 유의 사항

2026. 7.

□ 계약 명: 에너지경제연구원 2026년 단체보험 가입

□ 가입 기간: 2026. 8. 2. 00:00 ~ 2027. 8. 2. 00:00

□ 사업 예산: 48,000,000원

□ 가입 대상: 에너지경제연구원 임직원(190명) * 검진 없이 기왕증자, 현증자 포함 전원 인수

(2026. 7. 10. 기준)

구분	가입대상			평균연령		비고
	계	남	여	남	여	
공통담보	190명	110명	80명	44세	38세	필수가입
실손보험	84명	59명	25명	48세	43세(개별)	선택가입
실손보험 미가입	106명	51명	55명	40세	36세	-

- 평균 연령 파악을 위한 실손의료비 가입자 및 미가입자 명단은 별도 제공 예정(Tel: 052-714-2181)
- 단체보험 적용 대상자에 대한 보험 가입 제한(인수 거부) 없음
- 보험가입 인원수는 인사이동 등에 의해 변동(증감)될 수 있으며, 실제 보험가입 시 당초 명단에 포함되어 있지 않더라도 재직하고 있는 경우 보상함(단, 재직증명서 등 확인 서류 제출 필요)

□ 보험료 적용: 선택안별/성별 평균 연령에 의한 단일보험료

□ 보험료 납부: 일괄납부

□ 보장 범위: 근무·휴무·공휴일 관계없이 업무 중·외 365일 24시간 보장

□ 보험료 정산: 협약체결 이후 인원변동(입·퇴사자 등)에 대해서는 계약만료시점
일괄정산

□ 입찰 방법: 일반경쟁(총액)

□ 낙찰자 선정: 적격심사에 의한 최저가 낙찰자 결정

※ 동일 가격으로 입찰한 자가 2인 이상일 경우에는 공동컨소시엄 대표보험사의 지급여력비율이 높은
보험사를 낙찰자로 결정하며, 지급여력비율도 동일할 경우 추첨으로 결정

□ 적격심사 평가 기준: 「조달청 일반용역 적격심사 세부기준」 [별표6]

□ 보험업법 제 4조 또는 기타 특별법에 의거 보험업(공제포함)을 영위하는 업체

※ 단, 금융감독위원회의 허가를 받은 외국보험회사 국내지점은 참가 가능

□ 보험업법 제 4조 또는 기타 특별법에 따라 허가를 받아 보험업을 영위하는 업체로서
보험지급여력이 100% 이상인 업체

□ 공동수급체(컨소시엄) 구성 허용

- 공동수급일 경우 분담비율이 가장 높은 보험사를 대표보험사로 선정
- 대표보험사를 포함하여 최대 3개까지 인정하나, 1개 보험사가 복수공동수급체에 중복 참여 불가
- 입찰참가, 계약체결, 보험금청구 등 모든 행정창구는 대표보험사로 단일화

	보장 항목		보장 금액	주요 보장 내용
공통 보험	상해사망		1억원	- 천재지변 보상 가능 - 타 제도에 의한 보상과 관계없이 중복 보상
	상해후유장해		1억원	- 장해분류에 따라 가입금액의 3%~100% 지급 - 타 제도에 의한 보상과 관계없이 중복 보상
	허혈성심장질환		1천만원	- 보험기간 개시 후 면책일 없음 - 최초 1회 한 (진단 시) - 타 제도에 의한 보상과 관계없이 중복 보상
	뇌혈관질환		1천만원	- 보험기간 개시 후 면책일 없음 - 최초 1회 한 (진단 시) - 타 제도에 의한 보상과 관계없이 중복 보상
	암 진단시		1천만원	- 갑상선암, 경계성종양: 30% 보장 - 기타피부암, 제자리암: 10% 보장 - 보험기간 개시 후 면책일 없음 - 최초 1회 한 (진단 시) - 타 제도에 의한 보상과 관계없이 중복 보상
	질병입원일당(출산포함)		3만원/일	- 입원 첫날부터 180일 한도 보장, 출산 포함
	상해입원일당		3만원/일	- 입원 첫날부터 180일 한도 보장
	정신건강지원금		2백만원	- 정신질환으로 진단시 최초 1회한
실손 보험	급여의료비 (상해,질병)		3천만원 (통원 회당 15만원)	- 상해/질병(출산 포함) 입·통원 시 본인 - 부담금의 80% 합계액 보상
	비급여 의료비	중증	3천만원 (통원 회당 15만원)	- 상해/질병(출산 포함) 입·통원 시 본인 - 부담금의 70%의 합계액 보상
		비중증	6백만원 (통원 일당 15만원)	- 상해/질병(출산 포함) 입·통원 시 본인 - 부담금의 50%의 합계액 보상
	3대비급여	중증	350만원	- 도수/체외충격파/증식 치료(50회 한도)
			250만원	- 비급여 주사료(50회 한도)
			300만원	- 비급여 자기공명영상진단(MRI/MRA)
		비중증	200만원	- 비급여 자기공명영상진단(MRI/MRA)

I. 단체보험 보장 내용 및 보장 범위[공통보험]

1. 보장 내용(5세대 실손의료비 적용)

구분	지급사유	가입금액	비고
상해사망	상해사망	1억원	- 천재지변 보상가능
상해후유장해	상해후유장해	1억원	- 장해비율 적용 - (장해분류에 따라 가입금액의 3%~100%지급)
진단비	허혈성심장질환	1천만원	- 최초 1회한(진단 시)
	뇌혈관질환	1천만원	- 최초 1회한(진단 시)
	암 진단 시	1천만원	- 최초 1회한 - (갑상선암, 경계성종양 30%, - 기타피부암, 제자리암 등 10%)
	정신질환 시	2백만원	- 정신질환으로 진단시 최초 1회한
입원일당	질병입원일당(출산포함)	3만원/일	- 입원 첫날부터 180일 한도 보장, 출산 포함
	상해입원일당	3만원/일	- 입원 첫날부터 180일 한도 보장

2. 보장 범위

□ 사망: 타 제도에 의한 보상과 관계없이 중복 보상(기왕증 보상)

○ 사망 면책 조항

- 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우
- 수익자/계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

□ 특정진단질환 진단: 최초 진단 시 1회 한 지급

○ 암, 뇌혈관질환, 허혈성심장질환, 경계성종양, 제자리암(면책일 0일), 정신질환

- 특정진단에 해당하는 ‘암’, ‘뇌졸중’, ‘급성심근경색’, ‘경계성종양’, ‘제자리암’의 정의 및 진단 확정은 “한국표준질병사인분류표”에 의함
- ‘갑상선암’은 일반암 가입 금액의 30% 지급 처리
- 보험기간 중 정신질환*으로 진단 확정된 경우 1회 한정 지급

* (정신질환) 한국표준질병·사인분류 [별표26] 정신질환 분류표에서 정한 질병

Ⅱ . 단체보험 보장 내용 및 보장 범위[실손보험]

1. 보장 내용(5세대 실손의료비 적용)

구분		지급사유	가입금액	비고
급여의료비 (상해,질병)		- 상해/질병(출산 포함) 입·통원 시 본인 부담금의 80% 합계액 보상	3천만원 (통원 회당 15만원)	-
비급여 의료비 (상해,질 병)	중증	- 상해/질병(출산 포함) 입·통원 시 본인 부담금의 70%의 합계액 보상	3천만원 (통원 회당 15만원)	질병 또는 상해로 입원이나 통원치료 시 한방, 치과 비급여는 입원만 해당
	비중증	- 상해/질병(출산 포함) 입·통원 시 본인 부담금의 50%의 합계액 보상	6백만원 (통원 일당 15만원)	
3대 비급여	중증	- 도수/체외충격파/중식 치료(50회 한도)	350만원	
		- 비급여 주사료(50회 한도)	250만원	
		- 비급여 자기공명영상 진단(MRI/MRA)	300만원	
	비중증	- 비급여 자기공명영상 진단(MRI/MRA)	200만원	

2. 보장 범위

□ 의료비(국내 적용)

1) 급여의료비

- 상해 또는 질병(출산 포함)으로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원(외래 및 처방조제)하여 치료를 받은 경우 연간 3천만원 한도 내에서 보장
- 입원(입원실료, 입원제비용, 입원수술비): 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액)의 80% 해당액 보상
- 통원(외래제비용, 외래수술비, 처방조제비): 통원1회당 (외래 및 처방조제비 합산) 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금에서 아래 “통원항목별 공제금액”을 차감하고 1회당 15만원 한도로 보상

[공 제 금 액]

- 병·의원급 및 약제비: 1만원과 보장대상 의료비의 20% 중 큰 금액
- 상급·종합병원 및 약제비: 2만원과 보장대상 의료비의 20% 중 큰 금액

- 피보험자가 「국민건강보험법」의 요양급여 또는 「의료급여법」의 의료급여를 적용받지 못하는 경우에는 급여의료비 항목 중 실제로 부담한 금액(통원의 경우 본인이 실제로 부

- 담한 금액에서 ‘공제금액’을 뺀 금액)의 40% 해당액을 보험가입금액 한도 내에서 보상
- 건강검진 없이 기왕증자(계약전 암환자 등) 및 현증자 보상(단, 현증자의 경우 감독기관의 감독규정에 따라 보상)
- 입원치료 받던 중 보험기간이 만료되더라도 그 계속 중인 입원에 대하여는 보험기간 종료일로부터 180일까지 보상
- 기타 세부사항은 금융감독원의 표준약관(2026.5.6. 적용) 및 금융감독원에 신고된 특별약관에 따름

2) 비급여의료비 (중증, 비중증)

- <중증 비급여> 상해 또는 질병(출산 포함)으로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원(외래 및 처방조제)하여 치료를 받은 경우 연간 3천만원 한도 내에서 보장
- <비중증 비급여> 상해 또는 질병(출산 포함)으로 인하여 의료기관에 입원 또는 통원(외래 및 처방 조제)하여 산정특례 대상 질환이 아닌 질환으로 비급여 치료를 받거나 비급여 처방조제를 받은 경우 연간 6백만원 한도 내에서 보장
- 입원(입원실료, 입원제비용, 입원수술비): 비급여의료비(비급여병실료 제외)중 본인이 실제 부담한 금액의 70% 해당액 보상 <비중증 50% 해당액 보상>
- 통원(외래제비용, 외래수술비, 처방조제비): 통원1회당 (외래 및 처방조제비 합산) 비급여의료비에서 공제금액을 차감하고 1회당 15만원 한도로 보상(연 100회 한도)
- 비중증 - 1일당 15만원 한도로 보상 (연 100회 한도)

[공제금액]

- 3만원과 보장대상 의료비의 30% 중 큰 금액 (중증)
- 5만원과 보장대상 의료비의 50% 중 큰 금액 (비중증)

- 피보험자가 「국민건강보험법」의 요양급여 또는 「의료급여법」의 의료급여를 적용받지 못하는 경우에는 비급여의료비(보건복지부장관이 정한 비급여항목만 해당) 중 실제로 부담한 금액(통원의 경우 실제 부담금액에서 공제금액을 뺀 금액)의 40% 해당액을 보험가입금액 한도 내에서 보상
- 한방, 치과로 인한 입원 시 약관 상 보장하는 비급여 포함
- 건강검진 없이 기왕증자 및 현증자 보상(감독기관의 감독규정에 따라 보상)
- 입원치료 받던 중 보험기간이 만료되더라도 그 계속 중인 입원에 대하여는 보험기간 종료일로부터 180일까지 보상
- 기타 세부사항은 금융감독원의 표준약관(2026.5.6. 적용) 및 금융감독원에 신고된 특별약관에 따름

3) 3대 비급여의료비 (중증, 비중증)

○ 비급여 도수치료·체외충격파치료·증식치료 (중증만 해당)

- 상해 또는 질병의 치료목적으로 병원에 입·통원하여 비급여도수치료·체외충격파치료·증식치료를 받은 경우 보상
- 매년 350만원 이내에서 50회(도수치료, 체외충격파치료, 증식치료의 각 치료횟수를 합산하여 50회까지 적용)까지 공제금액을 뺀 금액을 보상

[공 제 금 액] 1회당 3만원과 보상대상의료비의 30% 중 큰 금액

- 최초 10회 보장하고, 이후 객관적이고 일반적으로 인정되는 검사결과 등을 토대로 증상의 개선, 병변호전 등이 확인된 경우에 한하여 10회 단위로 연간 50회까지 보상

○ 비급여 주사료 (중증만 해당)

- 상해 또는 질병의 치료목적으로 병원에 입·통원하여 비급여에 해당하는 주사료를 부담하는 경우 보상
- 계약일로부터 매년 250만원 이내에서 합산하여 50회까지 공제금액을 뺀 금액을 보상

[공 제 금 액] 1회당 3만원과 보상대상의료비의 30% 중 큰 금액

- 항암제, 항생제(항진균제 포함), 희귀의약품으로 사용된 비급여주사료는 비급여의료비에서 보장

○ MRI/MRA (중증, 비중증 모두 해당)

- 상해 또는 질병의 치료목적으로 병원에 입·통원하여 비급여 자기공명영상 진단(MRI/MRA)을 받은 경우 보상
- 계약일로부터 매년 300만원한도 내에서 공제금액을 뺀 금액을 보상 (중증)
- 계약일로부터 매년 200만원한도 내에서 공제금액을 뺀 금액을 보상 (비중증)

[공 제 금 액]

- 1회당 5만원과 보상대상 의료비의 50% 중 큰 금액 (비중증)
- 1회당 3만원과 보상대상 의료비의 30% 중 큰 금액 (중증)

I. 타 제도에 의한 보상과 관계

- 자동차손해배상보장법, 산업상해보상보험법에 의해 보장되는 사고로 인하여 발생한 의료비는 제외(단, 본인부담금 발생시 40% 보장)
- 의료비 보장보험의 경우 실손보험의 원칙에 따라 중복보상 금지(중복 가입된 경우 비례보상)
- 면책기간: 면책기간 없이 즉시 보장
- 보험기간 중 입·퇴사자 등의 관리
- 가입자 신규, 해지 등 신분변동사항 통보 : 별도협의
- 보험효력 발생일: 인사발령일자
- 보험료 정산: 인사발령일자를 기준으로 소급(일할계산 원칙)
- 입사자: 발령일부터 보장은 즉시 개시하고, 보험료는 계약만기 시 정산
- 퇴직자: 발령일부터 보장은 해제하고, 보험료는 계약만기 시 정산
- ※ 보험기간 중 신규발령·전입·전출·퇴직·휴직자 발생으로 인한 보험료 추가 납입(환수) 등은 만기 시점에 최종 정산

II. 기타 유의사항

- 「국가계약법령」 등 제 규정을 준수
- 정상적으로 보험가입(계약)후 지급사유 발생시 유예기간 없이 즉시 지급
- 계약 시 감독관청 인가서류(약관 등)제출
- 제안사는 본 사업과 관련하여 취득한 업무내용에 대해 제3자에게 누설해서는 안되며, 선정된 업체는 제안요청기관의 보안요청을 준수할 것에 동의해야 함. 만일 이를 위반하여 문제발생 시 제안사가 책임을 부담함
- 보험사에 통보된 피공제자의 개인 신상에 관한 정보는 개인정보에 관한 법률 등에 의해 보호됨을 반드시 명시
- 개인정보자료가 외부로 유출되어 도용되는 경우 모든 책임은 보험사로 귀속
- 입찰 후 최종 낙찰 결정과정에서, 상기 유의사항에 대한 미이행 사항 및 피보험자지위 유지 특약의 미가입사실이 확인될 경우, 입찰조건을 충족하지 않기에 입찰결과는 취소될 수 있으며, 해당 보험사는 부정당업체로 제재받을 수 있음
- 대표보험사는 각 담보에 대한 보험금 신청서 접수 및 상담 등을 담당하는 전담자를 1인 이상으로 구성