간병선지급서비스특약 약관

제1관 특약의 성립과 유지

제1조 【특약의 체결 및 소멸】

① 이 특약은 주된 보험계약을 체결할 때 회사가 정하는 바에 따라 보험대상자(피보험자)의 동의를 얻어 보험계약자의 청약(請約)과 보험회사의 승낙(承諾)으로 주된 보험계약에 부가하여 이루어집니다.(이하 주된 보험계약은 “주계약”, 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사”라 합니다.)

② 제1항에도 불구하고 주계약의 보장개시일 이후에 보험대상자(피보험자)의 동의를 얻어 계약자의 신청이 있을 경우에는 회사의 승낙을 얻어 주계약에 부가하여 이 특약을 체결할 수 있습니다.

③ “주계약이 해지(解止) 및 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 아니하게 되는 경우” 또는 제13조 [보험금의 지급에 관한 세부규정] 제2항 내지 제4항에 따라 “간병선지급금이 지급될 수 없는 경우”에는 이 특약은 더 이상 효력을 가지지 아니합니다.

제2조 【용어의 정의】

이 계약에서 사용되는 용어의 정의는 다음과 같습니다.

① “주계약 보장금액”이라 함은 이 특약의 보험금 지급시 기준이 되는 금액으로 주계약 약관에서 정하는 보험금의 지급사유가 발생한 경우에 지급되는 사망보험금액의 일부 또는 전부를 말하며 다음 각 호의 경우 주계약 보장금액은 각 호에서 정하는 바에 따른다.

1. 보험료 산출기초율이 변경됨에 따라 이미 체결한 계약에 대해서 회사가 보험금 증액을 한 계약에 대해서는 증액 후 금액을 주계약 보장금액으로 한다.
2. 무배당 베스트 라이프 변액종신보험, 무배당 마이펀드 변액종신보험, 무배당 마스터플랜 변액종신보험의 경우 기본보험금액과 간병선지급금 신청일의 변동보험금액을 합한 금액을 주계약 보장금액으로 하며 변동보험금액이 음(-)의 값인 경우에는 기본보험금액을 주계약 보장금액으로 한다.

② “간병선지급금”이라 함은 최초의 간병선지급금 신청일(단, 신청한 날이 제10조 [치매상태의 정의 및 진단확정] 제3항에서 정한 “치매상태”의 최종 진단확정일(진단일로부터 90일) 또는 제11조 [일상생활장해상태의 정의 및 진단확정] 제3항에서 정한 “일상생활장해상태”의 최종 진단확정일(진단일로부터 90일)을 경과하지 않은 경우에는 그 최종 진단확정일을 최초의 간병선지급금 신청일로 봅니다. 이하 같습니다)에 주계약 보장금액의 10%, 15%, 20% 에 해당하는 금액 중 이 특약의 보험대상자(피보험자)

가 지정한 금액을 말합니다.
③ “선지급대상보험금액”이라 함은 간병선지급금에 상응하는 주계약 사망보험금액으로 1종의 경우, 이 특약의 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 따라 간병선지급금이 주계약의 예정이율로 선지급금의 신청일로부터 완전평균여명까지 적립된 금액으로 간병선지급금 신청일에 따라 달라질 수 있으며 2종의 경우, 이자의 적립없이 간병선지급금을 선지급대상보험금액으로 합니다. 단, 주계약의 예정이율이 6.5% 초과인 계약에 대해서는 6.5% 이율로 적립된 금액을 선지급대상보험금액으로 합니다.

제3조 【예정위험률의 적용, 변경 및 보험금의 변동】
① 이 특약의 장기간병자 관련 예정위험률은 최초의 간병선지급금 신청일에 회사가 적용하고 있는 예정위험률을 적용합니다.
② 회사는 간병선지급금이 개시된 이후에도 장기간병자 관련 예정위험률의 조정이 필요한 경우에는 금융감독위원회의 인가를 얻어 예정위험률을 변경하여 적용할 수 있습니다.
③ 제2항에 따라 예정위험률이 변경되는 경우에는 그 시점부터 제2조 [용어의 정의] 제3항에서 정한 선지급대상보험금액도 변경됩니다.
④ 제2항에 따라 예정위험률이 변경되는 경우에는 변경되기 15일 이전까지 간병선지급금이 지급된 계약에 대하여 변경사유 및 변경으로 인한 예상 선지급대상보험금액의 변동 내역 등을 계약자에게 서면으로 알려드립니다.

제4조 【계약자의 임의해지】
① 계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 해약환급금은 없습니다.
② 제1항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 그 뜻을 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제2관 보험료의 납입(계약자의 주된 의무)

제5조 【회사의 보장개시일】
이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 최초의 선지급 보험금 신청일로 합니다.

제6조 【특약의 보험료】
이 특약의 보험료는 없습니다.

제7조 【해지특약의 부활(효력회복)】

① 회사는 이 특약의 부활(효력회복) 청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정을 준용하여 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.
② 주계약의 부활(효력회복) 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

제3관 보험금의 지급(회사의 주된 의무)

제8조 【보험금의 지정대리청구인】

① 보험대상자(피보험자)가 이 특약에 의한 보험금을 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 때에는 계약자가 보험대상자(피보험자)의 동의를 얻어 미리 지정하거나 또는 제9조 [지정대리청구인의 변경지정]에 따라 변경 지정한 다음의 자(이하 “지정대리청구인”이라 합니다)가 제16조 [보험금 등 청구시 구비서류]에 정한 구비서류 및 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 이 특약의 보험금을 받는 자(보험수익자)의 대리인으로서 제12조 [보험금의 종류 및 지급사유]의 보험금 청구를 할 수 있습니다. 단, 지정대리청구인은 사망 시 수익자와 동일인으로 지정하도록 합니다.

1. 보험금 청구시 보험대상자(피보험자)와 동거하거나 보험대상자(피보험자)와 생계를 같이 하고 있는 보험대상자(피보험자)의 호적상의 배우자
2. 보험금 청구시 보험대상자(피보험자)와 동거하거나 보험대상자(피보험자)와 생계를 같이 하고 있는 보험대상자(피보험자)의 3촌 이내의 친족

② 제1항에 의하여 회사가 이 특약의 보험금을 받는 자(보험수익자)의 대리인에게 지급한 경우에는 그 이후 이 특약의 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 아니합니다.

제9조 【지정대리청구인의 변경지정】

계약자는 보험대상자(피보험자)의 동의를 얻어 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정 할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경지정을 서면으로 알리거나 보험가입증서(보험증권)의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 지정대리청구인의 주민등록등본
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 포함)

제10조 【“치매상태”의 정의 및 진단확정】

① 이 계약에 있어서 “치매상태”라 함은 보험대상자(피보험자)가 계약일 이후에 발생한 재해((별표2)참조) 또는「한국표준질병사인분류 중 (별표 4)[기질성(器質性) 치매 분류표]에서 정한 질병」으로 인하여 치매보장개시일 이후에 “기질성(器質性) 치매(organic dementia) 상태”가 되고 이로 인하여 “인지기능의 장애”가 발생하여 그 결과 일상생활에서 항상 타인의 완전한 도움을 필요로 하는 상태를 말합니다.
② 제1항에서 정한 “인지기능의 장애”라 함은 CDR 척도(Clinical dementia rating scale, 2001년) 검사 결과가 3점 이상(단, 이와 동등하다고 국내 의학계에서 일반적으로 인정되는 검사 방법을 사용하여 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다)에 해당되는 상태로서, 그 상태가 치매보장개시일 이후에 발생하고, 발생시점부터 90일 이상 계속되어 장래에 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 상태를 말합니다.
“CDR 척도(2001년)”는 치매관련 전문의가 실시하는 전반적인 인지기능 및 사회기능 정도를 측정하는 검사로서 전체점수구성은 0, 0.5, 1, 2, 3, 4, 5로 되어 있으며, 점수가 높을수록 중증(重症)을 의미합니다.
③ “치매상태” 발생시의 진단은 보험대상자(피보험자)를 진료하고 있는 치매관련 전문의 자격증을 가진 의사에 의해 객관적인 소견을 기초로 내려져야 하며, 그 진단일부터 90일이 경과된 이후에 회사가 보험대상자(피보험자)의 “치매상태”가 계속하여 지속되었음을 확인함으로써 제1항에서 정한 “치매상태”로 최종 진단확정 됩니다.
④ 제1항에도 불구하고 “정신분열병이나 우울증과 같은 정신 질환으로 인한 인지기능의 장애”및 “알콜중독, 의사의 처방에 의하지 않는 약물의 투여로 인한 인지기능의 장애”는 보장대상에서 제외합니다.

제11조 【“일상생활장해상태”의 정의 및 진단확정】

① 이 계약에 있어서 “일상생활장해상태”라 함은 보험대상자(피보험자)가 계약일 이후에 발생한 재해 또는 질병으로 인하여 일상생활장해보장개시일 이후에「특별한 보조기구(휠체어, 목발, 의수, 의족 등)를 사용하여도 생명유지에 필요한 일상생활 기본동작들을 스스로 할 수 없는 상태로서, 다음 중 제1호 및 제2호에 동시에 해당되며, 그 상태가 일상생활장해보장개시일 이후에 발생하고, 발생시점부터 90일 이상 계속되어 장래에 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 상태」를 말합니다.

1.「이동(보행)하기」를 스스로 할 수 없는 상태
2. 다음 ㈎~㈑ 항목 중 한가지 항목이라도 스스로 할 수 없는 상태
   ㈎ 식사하기
   ㈏ 화장실 사용하기
   ㈐ 목욕하기
   ㈑ 옷입기

② 제1항에서 “스스로 할 수 없는 상태”라 함은 (별표 3)(“일상생활 기본동작” 유형 및 “타인의 완전한 도움” 판단기준표)에서 정한 “항상 타인의 완전한 도움”이

반드시 필요한 경우를 말합니다.
③ “일상생활장해상태” 발생시의 진단은 보험대상자(피보험자)를 진료하고 있는 해당분야 전문의 자격증을 가진 의사에 의해 객관적인 소견을 기초로 내려져야 하며, 그 진단일부터 90일이 경과된 이후에 회사가 보험대상자(피보험자)의 “일상생활장해상태”가 계속하여 지속되었음을 확인함으로써 제1항에서 정한 “일상생활장해상태”로 최종 진단확정 됩니다.

제12조 【보험금의 종류 및 지급사유】
① 회사는 보험대상자(피보험자)가 "일상생활장해상태"로 진단이 확정되거나 “치매상태”로 진단이 확정되고 간병선지급금을 신청한 경우에는 보험대상자(피보험자)에게 (별표 1) 보험금 지급기준표에 따라 간병선지급금을 지급합니다.
② 최초의 간병선지급금 신청일이 주계약의 보험료 납입기간을 경과하고 보험대상자(피보험자)의 나이가 1종은 만 60세 이상, 2종은 만 80세 이상인 경우에 한합니다.
③ 제1항에도 불구하고, 간병선지급금 신청일이 직전 간병선지급금 신청일로부터 1년이 경과하지 아니한 때에는 간병선지급금을 지급하지 않습니다.

제13조 【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 제12조 [보험금의 종류 및 지급사유]에서 정하는 최초의 간병선지급금은 제10조 [“치매상태”의 정의 및 진단확정] 제3항 또는 제11조 [“일상생활장해상태”의 정의 및 진단확정] 제3항 에 따라 발생시 진단일로부터 90일이 경과된 이후에 “치매상태” 또는 “일상생활장해상태”로 최종 진단 확정되지 않은 경우에는 지급하지 아니합니다.
② 제12조 [보험금의 종류 및 지급사유]에도 불구하고 간병선지급금을 지급함으로서 선지급대상보험금액의 합계액이 이 특약의 “사업방법서”에서 정한 회사소정의 금액을 초과하는 경우에는 간병선지급금을 지급하지 아니합니다.
③ 제12조 [보험금의 종류 및 지급사유]에도 불구하고 간병선지급금을 지급함으로서 최초의 간병선지급금 신청일의 주계약 보장금액에서 선지급대상보험금액의 합계액을 차감한 금액이 최초의 간병선지급금 신청일의 주계약 보장금액의 20% 또는 주계약 최저가입금액보다 적게 되는 경우에는 간병선지급금을 지급하지 아니합니다.
④ 제12조 [보험금의 종류 및 지급사유]에도 불구하고 간병선지급금이 선지급대상보험금액에 해당하는 주계약 해약환급금보다 적은 경우에는 간병선지급금을 지급하지 아니합니다.
⑤ 이 특약의 간병선지급금을 지급하는 때에는, 선지급대상보험금액에 해당하는 주계약 보험가입금액이 지급일에 감액된 것으로 봅니다. 또한 그 감액부분에 대한 해약환급금이 있어도 이를 지급하지 아니합니다. 이 경우 이 특약의 보험금 지급일 이후 주계약 약관에서 정하는 보험금의 청구를 받아도 감액된 부분에 대하여는 지급하지 아니

합니다. 변액보험의 경우, 기본보험금의 감액에 따라 주계약의 변동보험금도 동일 비율로 변경됩니다.
⑥ 이 특약의 보험금이 지급되기 전에 주계약 약관에서 정하는 보험금의 청구를 받았을 경우 이 특약의 보험금 청구가 있어도 이를 없었던 것으로 보아 이 특약의 보험금을 지급하지 아니합니다.
⑦ 이 특약의 보험금 지급에 있어서는 회사가 정하는 바에 따라 보험계약대출이 있는 경우에는 그 원리금 합계액 중 간병선지급금 지급시 주계약 보험가입금액의 감액비율에 해당하는 금액을 상계하고 지급합니다.
⑧ 간병선지급금은 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 따라 산출되며 일시에 지급받습니다.

제14조 【보험금을 지급하지 아니하는 보험사고】
계약자, 보험대상자(피보험자) 또는 제8조 [보험금의 지정대리청구인]에서 정하는 지정대리청구인의 고의에 의하여 보험대상자(피보험자)가 제12조 [보험금의 종류 및 지급사유]에 해당된 경우에는 제12조 [보험금의 종류 및 지급사유]의 보험금을 지급하지 아니합니다.

제4관 특약계약시 계약자의 계약전 알릴의무 등

제15조 【계약전 알릴의무 위반의 효과】
이 특약에 관한 계약전 알릴의무 및 계약전 알릴의무 위반에 대하여는 주계약의 규정을 준용합니다.

제5관 보험금 지급 등의 절차

제16조 【보험금 등 청구시 구비서류】
① 보험대상자(피보험자) 또는 지정대리청구인은 회사가 정하는 바에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
   동의서(변액 종신보험의 경우, 펀드 운용관련 계약자 동의서)
2. “일상생활장해상태” 또는 “치매상태”에 대한 의사의 진단서
3. 신분증(주민등록증 또는 운전면허증 등 사진이 부착된 정부기관 발행 신분증)
4. 보험대상자(피보험자)의 인감증명서(지정대리청구인이 청구할 경우)

5. 보험대상자(피보험자) 및 지정대리청구인의 호적등본 및 주민등록등본(지정대리청구인이 청구할 경우)
6. 기타 보험대상자(피보험자) 또는 지정대리청구인이 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 병원 또는 의원에서 발급한 제1항 제2호의 진단서는 의료법 제3조 [의료기관]의 규정에 의한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제17조 【보험금 등의 지급】

① 회사는 제16조 [보험금 등 청구시 구비서류]에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 교부하고, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.

② 회사가 제1항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자 계산은 “보험금 지급시의 적립이율 계산”((별표 5) 참조)과 같습니다.

③ 회사가 제1항의 지급사유 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우, 보험대상자(피보험자)는 정당한 사유가 없는 한 회사가 지정한 의사의 진단, 의료비의 심사, 기타의 조사를 받을 것(진단에 필요한 검사자료 등의 제출을 포함합니다)에 동의하여야 합니다. 그러나 계약자가 회사로부터의 사실조회에 대하여 정당한 사유 없이 회답 또는 동의를 거부한 때에는, 그 회답 또는 동의를 얻어 사실 확인이 끝날 때까지 이 특약의 보험금을 지급하지 아니합니다. 또한, 회사가 지정한 의사에 의한 보험대상자(피보험자)의 진단을 요구한 경우에도 진단을 받지 아니한 때에는 진단을 받고 사실 확인이 끝날 때까지 이 특약의 보험금을 지급하지 아니합니다.

③ 회사가 제1항의 지급사유 조사나 확인을 위하여 필요하다고 인정하는 경우, 보험대상자(피보험자)는 정당한 사유가 없는 한 회사가 지정한 의사의 진단, 의료비의 심사, 기타의 조사를 받을 것(진단에 필요한 검사자료 등의 제출을 포함합니다)에 동의하여야 하며, 보험대상자(피보험자)가 지정한 의사와 회사가 지정한 의사가 진단 및 진료내용, 입원기간 등에 대하여 합의하여 정하는 때에는 그에 따라 보험금을 지급하여 드립니다. 그러나 보험대상자(피보험자)의 의사와 회사의 의사가 합의에 도달하지 못하는 때에는 보험대상자(피보험자)와 회사가 동의하여 제3의 의사를 정하고 그 제3의 의사의 의견에 따를 수 있습니다. 이 약관에서 “회사가 지정한 의사” 및 “제3의 의사”는 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 중에서 정하며, 이 항의 규정에 의한 의료비용은 회사가 부담합니다.

④ 제1항 내지 제3항에서 규정한 회사의 조사, 확인 또는 진단요청에 대하여 계약자, 보험대상자(피보험자) 또는 보험금을 받는 자(보험수익자)가 정당한 사유없이 동의를 하지 아니하는 때에는 그 동의를 얻어 조사, 확인 또는 진단을 완료할 때까지 보험금(가지급 보험금 포함)의 지급을 유예(猶豫)할 수 있습니다.

제6관 기타 사항

제18조 【주계약 약관 규정의 준용】

이 특약에서 정하지 아니한 사항에 대하여는 그 성격상 부합되지 않는 것을 제외하고는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

(별표 1)

보험금 지급기준표

급부명	구분	지급사유	선지급금액
간병 선지급금	제1종	일상생활장해 혹은 치매의 진단 확정 후 보험대상자가 만 60세 이후에 선지급금 신청 시	주계약 보장금액의 10%, 15%, 20% 중 선택
	제2종	일상생활장해 혹은 치매의 진단 확정 후 보험대상자가 만 80세 이후에 선지급금 신청 시	주계약 보장금액의 10%, 15%, 20% 중 선택

주) 1. 제1종의 경우 주계약 보장금액의 10%, 15%, 20% 에 해당하는 금액 중 이 특약의 보험대상자(피보험자)가 지정한 금액을 주계약의 예정이율로 선지급금 신청일로부터 완전평균여명까지 적립한 선지급대상보험금액을 주계약의 사망보험금에서 감액한다.

2. 제2종의 경우 주계약 보장금액의 10%, 15%, 20% 에 해당하는 금액 중 이 특약의 보험대상자(피보험자)가 지정한 금액을 이자 적립 없이 선지급대상보험금액으로 하여 주계약의 사망보험금에서 감액한다.

(별표 2)

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84)에 해당하는 우발적인 외래의 사고
② 전염병 예방법 제2조 제1항 제1호에 규정한 전염병

2. 보험금을 지급하지 아니하는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우
② 사고의 원인이 다음과 같은 경우
- 과로 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
- 식량결핍(X53)
- 수분결핍(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 처치 당시에는 재난의 언급이 없었으나 환자에게 이상반응이나 후에 합병증을 일으키게 한 외과적 및 내과적 처치(Y83~Y84)는 보상)
④ "자연의 힘에 노출(X30~X39)" 중 급격한 액체손실로 인한 탈수
⑤ "불의의 물에 빠짐(W65~W74), 기타 불의의 호흡 위험(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

주) ( ) 안은 제4차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청고시 제2002-1호, 2003.1.1 시행)상의 분류번호이며, 제5차 개정 이후 위 1 및 2의 각호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함 합니다.

(별표 3)

“일상생활 기본동작” 유형 및 “타인의 완전한 도움” 판단기준표

※ “항상 타인의 완전한 도움”이 반드시 필요한 경우

약관에 규정하는 “항상 타인의 완전한 도움”이 반드시 필요한 경우라 함은 다음 각 유형의 판단기준에 해당되는 상태를 말합니다.

유 형	판 단 방 법
이동(보행)하기	특별한 보조기구를 사용함에도 불구하고 다른 사람의 계속적인 도움 없이는 방 밖으로 나올 수 없다.(예를 들면, 보조기구를 사용하여도 방 밖으로 나올 수 없어 들것에 실리거나 업혀야만 방 밖으로 나올 수 있다)
식사하기	다른 사람의 계속적인 도움을 받지 않고는 식사를 전혀 할 수 없거나, 현재 계속적으로 튜브나 경정맥수액을 통해 부분적인 혹은 전적인 영양분 공급을 받아야 한다
화장실 사용하기	대소변 조절하기와 관계 없이 다른 사람의 계속적인 도움을 받아야 다음의 ① 또는 ② 또는 ③을 할 수 있다. ① 화장실에 가서 변기 위에 앉는 일 그리고 대소변 후에 화장지로 닦고 옷을 입는 일 ② 실내용 변기(혹은 요강)를 사용하고 비우는 일 ③ 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치(예를 들면, 유치(留置) 카테터 등)나 외과적 시술물(예를 들면, 결장루 등)을 사용하는 일
목욕하기	다른 사람의 계속적인 도움을 받지 않고는 샤워·목욕을 전혀 할 수 없다.
옷입기	다른 사람의 계속적인 도움을 받지 않고는 전혀 옷을 챙겨 입을 수 없다.

※ 다음 각 유형의 판단기준 제1호 및 제2호에 해당하는 경우에는 약관에 규정한 “항상 타인의 완전한 도움”이 반드시 필요한 경우에 해당하지 않으므로 이 보험에서 보장되지 않습니다.

유 형	판 단 방 법
이동(보행)하기	1. 도움 없이 혼자서 방밖으로 나올 수 있다. 2. 특별한 보조기구(휠체어, 목발, 의수, 의족, 보조이동장치 등)를 사용하거나 다른사람의 도움이나 부축을 받아야 방밖으로 나올 수 있다.
식사하기	1. 도움 없이 식사(생선을 발라먹거나 음식을 잘라먹는 것 포함)를 할 수 있다. 2. 다른 사람의 도움이 있어야만 식사를 할 수 있다.
화장실 사용하기	1. 도움 없이 혼자서 다음 중 한가지 이상을 할 수 있다. ① 화장실에 가서 변기 위에 앉는 일 그리고 대소변 후에 화장지로 닦고 옷을 입는 일 ② 실내용 변기(혹은 요강)를 사용하고 비우는 일 ③ 배설을 돕기 위해 설치한 의료장치(예를 들면, 유치(留置) 카테터 등)나 외과적 시술물(예를 들면, 결장루 등)을 사용하는 일 2. 부분적으로 다른 사람의 도움을 받아야 제1호의 ① 또는 ②또는 ③ 을 할 수 있다.
목욕하기	1. 도움 없이 혼자서 때밀기와 샤워를 할 수 있다. 2. 다음 중 어느 한가지 이상에 해당되는 경우를 말한다. ① 샤워는 혼자 할 수 있으나, 때는 혼자 밀지 못한다 ② 혼자서는 몸(등 제외)의 일부 부위만 닦을 수 있다. ③ 부분적으로 다른 사람의 도움을 받아야 샤워·목욕을 할 수 있다.
옷입기	1. 도움없이 혼자서 옷을 옷장에서 꺼내어 입을 수 있다. 2. 부분적으로 다른 사람의 도움을 받아야 옷을 입을 수 있다.

(별표 4)

기질성(器質性) 치매 분류표

기질성(器質性) 치매로 분류되는 질병은 제4차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2002-1호, 2003.1.1 시행)중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대 상 질 병 명	분류코드
Ⅰ. 알쯔하이머병에서의 치매	F00
Ⅱ. 혈관성 치매	F01
Ⅲ. 달리 분류된 기타 질환에서의 치매	F02
Ⅳ. 상세불명의 치매	F03
Ⅴ. 치매에 병발된 섬망	F05.1

주) 1. 제5차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 약관에 서정하는 질병이 있는 경우는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

2. 정신분열병이나 우울증과 같은 정신 질환으로 인한 인지기능의 장애 및 알콜중독, 의사의 처방에 의하지 않는 약물의 투여로 인한 인지기능의 장애는 보장대상에서 제외합니다.

(별표 5)

보험금 지급시의 적립이율 계산(제17조 제2항 관련)

구분	적립기간	지급이자
간병 선지급금	지급기일의 다음날부터 보험금 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 계산합니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 아니할 수 있습니다.