간병선지급특약

MetLife

함께 찾아가는 인생

간병선지급특약 약관

제 1 관 용어의 정의

제 1 조 용어의 정의

이 특약에서 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 따릅니다.

1. 기초율이 변경됨에 따라 이미 체결한 계약에 대해서 회사가 보험금 증액을 한 계약에 대해서는 증액 후 금액을 주계약 보장금액으로 합니다.
2. 변액 종신보험의 경우 기본보험금액과 간병선지급금 신청일의 변동보험금액(단, 변동보험금액이 있는 상품에 한하며, 변동보험금액이 음(-)의 값인 경우 0으로 합니다)을 합한 금액을 주계약 보장금액으로 합니다.

② “간병선지급금”이라 함은 최초의 간병선지급금 신청일에 주계약 보장금액의 10 %, 15 %, 20 % 에 해당하는 금액 중 이 특약의 피보험자가 지정한 금액을 말합니다.

③ “간병선지급금 신청일”이란 피보험자가 제 2 조 (“중증치매상태”의 정의 및 진단확정) 제 3 항 및 제 4 항에서 정한 “중증치매상태”로 진단확정 되거나 제 3 조 (“일상생활장해상태”의 정의 및 진단확정) 제 3 항에서 정한 “일상생활장해상태”로 진단확정 되고 간병선지급금을 신청한 날을 말합니다.

④ “선지급대상보험금액”이라 함은 간병선지급금을 지급하는 때에 주계약 보장금액에서 감액하는 금액으로 아래 각 호에서 정하는 바에 따르며, 이 특약의 “**보험료 및 해약환급금 산출방법서**”에 따라 산출합니다.

보험료 및 해약환급금 산출방법서

보험회사의 기초서류 중 하나로서 보험료와 계약자적립액 및 해약환급금 등의 산출 기준 및 방법이 기재된 문서를 말합니다.

1. 제 1 종(“일상생활장해상태” 혹은 “중증치매상태”의 진단 확정 후 피보험자가 60 세 이상 80 세 미만에 간병선지급금 신청 시): 간병선지급금을 간병선지급금 신청일로부터 **완전평균여명**까지 **이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 이율**로 적립하여 산출한 금액

완전평균여명

(X)세의 완전평균여명이라 함은 (X)세에 도달한 사람이 그 후 생존하는 년수의 평균을 의미합니다. 완전평균여명은 성별, 나이에 따라 달라지며, 최초의 간병선지급금 신청일에 회사가 적용하고 있는 위험률로 계산됩니다.

이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정한 이율

◆ 주계약의 계약일에 따라 아래와 같이 구분합니다.

- 2013 년 3 월 31 일까지인 경우: 주계약의 적용이율(다만, 주계약의 적용이율이 6.5% 를 초과하는 경우에는 6.5 % 로 정합니다)
- 2013 년 4 월 1 일 이후부터 2016 년 3 월 31 일인 경우: 주계약의 표준이율
- 2016 년 4 월 1 일 이후부터인 경우: 주계약의 적용이율

2. 제 2 종: 간병선지급금

⑤ “잔여 주계약 보장금액”이라 함은 “주계약 보장금액”에서 “선지급대상보험금액”을 차감한 금액으로, “간병선지급금” 지급 이후 “주계약 보장금액”이 됩니다.

제 2 관 보험금의 지급

제 2 조 “중증치매상태”의 정의 및 진단확정

① 이 특약에 있어서 “중증치매상태”라 함은 피보험자가 주계약의 계약일 이후에 발생한 재해 또는 질병으로 인하여 주계약의 **보장개시일** 이후에 “중증의 인지기능의 장애”가 발생한 상태를 말합니다.

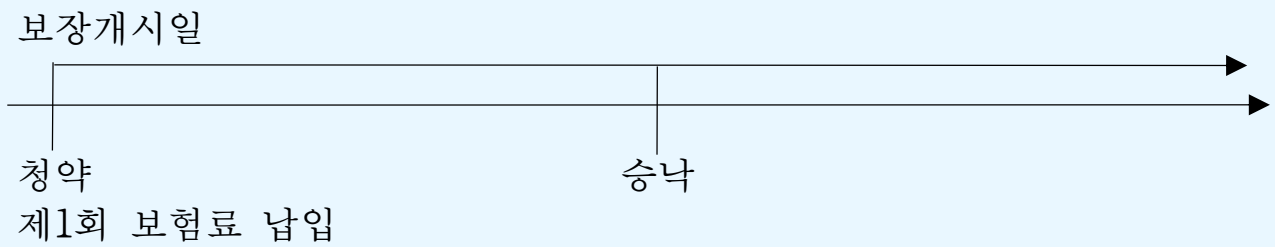
보장개시일

회사가 보장을 개시하는 날로서 계약이 성립되고 제1회 보험료를 받은 날을 말하나, 회사가 승낙하기 전이라도 청약과 함께 제1회 보험료를 받은 경우에는 제1회 보험료를 받은 날을 말합니다. 또한, 보장개시일을 계약일로 봅니다.

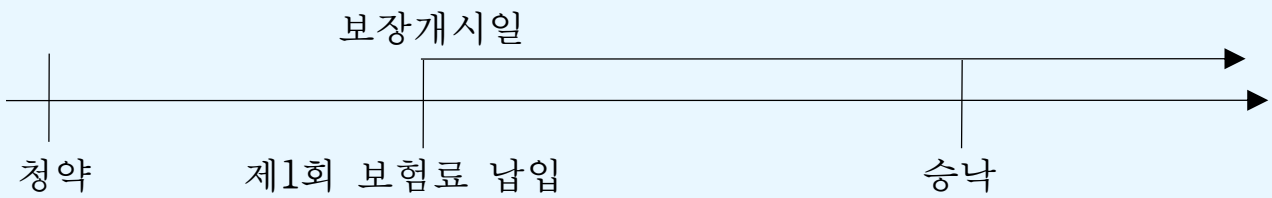
- 청약한 후에 회사가 승낙하고 그 이후에 제1회 보험료를 받은 경우



- 청약과 동시에 제1회 보험료를 납입하고 그 이후에 회사가 승낙한 경우



- 청약한 후에 제1회 보험료를 납입하고 그 후에 회사가 승낙한 경우



② 제 1 항에서 정한 “중증의 인지기능의 장애” 라 함은 CDR 척도 (한국판 Expanded Clinical dementia rating, 2001 년) 검사 결과가 3 점 이상 (다만, 이와 동등하다고 국내 의학계에서 일반적으로 인정되는 검사 방법을 사용하여 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다) 에 해당되는 상태로서, 그 상태가 주계약의 보장개시일 이후에 발생한 상태를 말합니다.

“CDR 척도 (한국판 Expanded Clinical dementia rating, 2001 년)” 는 치매전문의가 실시하는 전반적인 인지기능 및 사회기능정도를 측정하는 검사로서 전체점수구성은 0, 0.5, 1, 2, 3, 4, 5 로 되어 있으며, 점수가 높을수록 중증을 의미합니다.

③ 제 1 항에서 “중증치매상태” 의 진단은 치매전문의(신경과 또는 정신건강의학과)의 진단서에 의하고, 이 진단은 병력청취, 인지기능 및 정신상태 평가, 신체진찰과 신경계진찰, 신경심리검사, 일상생활능력평가, 검사실검사, 뇌영상검사 등 해당 **치매의 진단 및 원인질환 감별을 위해 의학적으로 필요한 검사** 및 그 결과에 대한 종합적인 평가를 기초로 정해지며, 뇌영상검사 등 일부 검사에서 치매의 소견이 확인되지 않았다 하더라도 다른 검사에 의한 종합적인 평가를 기초로 치매를 진단할 수 있습니다. 또한 회사는 치매상태의 조사나 확인을 위해 필요한 경우 계약자 또는 피보험자에게 치매의 진단을 위해 실시한 검사결과 제출을 요청할 수 있습니다.

치매의 진단 및 원인질환 감별을 위해 의학적으로 필요한 검사
「보건복지부 지정 치매임상연구센터」의 치매임상진료지침에 따르면 병력청취, 일상생활검사, 검사실 검사, 구조적 뇌영상검사 등을 치매의심환자에게 반드시 시행하도록 권고하고 있습니다.

④ 제 1 항 및 제 2 항에도 불구하고 “정신분열병이나 우울증과 같은 정신질환으로 인한 인지기능의 장애” 및 “알콜중독, 의사의 처방에 의하지 않는 약물의 투여로 인한 인지기능의 장애” 는 보장대상에서 제외합니다.

제 3 조 “일상생활장해상태”의 정의 및 진단확정

① 이 계약에 있어서 “일상생활장해상태”라 함은 피보험자가 주계약의 계약일 이후에 발생한 재해 또는 질병으로 인하여 주계약의 보장개시일 이후에 “특별한 보조기구 (휠체어, 목발, 의수, 의족 등) 를 사용하여도 생명유지에 필요한 일상생활 기본동작들을 스스로 할 수 없는 상태로서, 다음 제 1 호 및 제 2 호에 동시에 해당되며, 그 상태가 주계약의 보장개시일 이후에 발생한 상태”를 말합니다.

1. “이동 (보행) 하기”를 스스로 할 수 없는 상태
2. 다음 (1) ~ (4) 항목 중 한가지 항목이라도 스스로 할 수 없는 상태
(1) 식사하기
(2) 화장실 사용하기
(3) 목욕하기
(4) 옷입기

② 제 1 항에서 “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 피보험자를 진료하고 있는 해당분야 전문의 자격증을 가진 의사에 의해 객관적인 소견을 기초로 내려져야 하며, 회사가 피보험자의 “일상생활장해상태”를 확인함으로써 제 1 항에서 정한 “일상생활장해상태”로 진단확정 됩니다.

제 4 조 보험금의 지급사유

① 회사는 피보험자가 “일상생활장해상태”로 진단이 확정되거나 “중증치매상태”로 진단이 확정되고 간병선지급금을 신청한 경우에는 피보험자에게 별표 1 (보험금 지급기준표) 에 따라 간병선지급금을 지급합니다.

② 최초의 간병선지급금 신청일이 주계약의 보험료 납입기간을 지나고 피보험자의 나이가 60 세 이상 80 세 미만인 경우 제 1 종, 80 세 이상인 경우 제 2 종에 해당됩니다.

③ 제 2 항에도 불구하고, 무배당 실속있는 더블종신보험(저해약환급금형)의 경우 전환나이가 60 세를 초과하는 계약은 전환나이 이후에 간병선지급금 신청이 가능합니다.

④ 제 1 항에도 불구하고, 간병선지급금 신청일이 직전 간병선지급금 신청일로부터 1 년이 지나지 않았을 때에는 간병선지급금을 지급하지 않습니다.

간병선지급금 지급액 예시

◆ 아래와 같이 가정
- 주계약 보장금액 50,000,000원
- 간병선지급금 주계약 보장금액의 15 % 선택
- 피보험자 남자 기준

<제 1 종>

"일상생활장해상태"로 진단이 확정되거나 "중증치매상태"로 진단이 확정되고 피보험자가 65세에 간병선지급금 신청 시

- 간병선지급금 = 주계약 보장금액 x 신청비율
  = 50,000,000원 x 15 % = 7,500,000원

- 이율 : 3 % (주계약의 계약일에 따라 상이함)

- 완전평균여명 : 8년 (간병선지급금 신청일에 회사가 적용하고 있는 위험률에 따라 상이함)

- 선지급대상 보험가입금액 : 간병선지급금을 간병선지급금 신청일로부터 완전평균여명까지 이율로 적립하여 산출한 금액
  = 7,500,000원 x (1 + 3 %)^(8년) = 9,500,776원

- 잔여 주계약 보장금액 = 50,000,000원 - 9,500,776원 = 40,499,224원

<제 2종>

“일상생활장해상태”로 진단이 확정되거나 “중증치매상태”로 진단이 확정되고 피보험자가 81세에 간병선지급금 신청 시

- 간병선지급금 = 주계약 보장금액 x 신청비율
= 50,000,000원 x 15 % = 7,500,000원

- 선지급대상 보험가입금액 : 간병선지급금과 동일함
= 7,500,000원

- 잔여 주계약 보장금액 = 50,000,000원 - 7,500,000원 = 42,500,000원

제 5 조 보험금 지급에 관한 세부규정

① 제 4 조 (보험금의 지급사유) 에도 불구하고 간병선지급금을 지급함으로서 선지급대상보험금액의 합계액이 회사가 별도로 정한 기준에 따른 소정의 금액을 초과하는 경우에는 간병선지급금을 지급하지 않습니다.

② 제 4 조 (보험금의 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 않습니다.

③ 제 4 조 (보험금의 지급사유) 에도 불구하고 간병선지급금이 선지급대상보험금액에 해당하는 주계약 해약환급금보다 적은 경우에는 간병선지급금을 지급하지 않습니다.

④ 이 특약의 간병선지급금을 지급하는 때에는, 선지급대상보험금액에 해당하는 주계약 보험가입금액이 지급일에 감액된 것으로 봅니다. 또한 그 감액부분에 대한 해약환급금이 있어도 이를 지급하지 않습니다. 이 경우 이 특약의 보험금 지급일 이후 주계약 약관에서 정하는 보험금의 청구를 받아도 감액된 부분에 대하여는 지급하지 않습니다. 변액보험의 경우, 기본보험금의 감액에 따라 주계약의 변동보험금도 동일 비율로 변경됩니다.

⑤ 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 않습니다.

⑥ 이 특약의 보험금 지급에 있어서는 회사가 정하는 바에 따라 **보험계약대출**이 있는 경우에는 그 원금과 이자 합계액 중 간병선지급금 지급시 주계약 보험가입금액의 감액비율에 해당하는 금액을 차감하고 지급합니다.

보험계약대출
보험기간 중에 계약자의 사정변경으로 보험료의 납입이 곤란하게 되거나, 일시적으로 금전이 필요하게 되는 등의 경우에 해약시 지급하여야 할 금액의 일정 범위내에서 계약자에게 대출을 하여 주고, 대출금과 대출이자를 상환하지 않을 경우에 회사가 지급하여야할 금액에서 이를 공제하고 지급하는 제도입니다.

⑦ 간병선지급금은 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에 따라 산출되며 일시에 지급합니다.

⑧ 보험수익자와 회사가 제 4 조 (보험금의 지급사유) 의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제 3 자를 정하고 그 제 3 자의 의견에 따를 수 있습니다. 제 3 자는 **의료법 제 3 조 (의료기관)** 에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

의료법 제 3 조(의료기관)
① 이 법에서 “의료기관“이란 의료인이 공중(公衆) 또는 특정 다수인을 위하여 의료 · 조산의 업(이하 “의료업“이라 한다)을 하는 곳을 말한다.
② 의료기관은 다음 각 호와 같이 구분한다.
1. 의원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 각각 그 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
가. 의원
나. 치과의원
다. 한의원
2. 조산원: 조산사가 조산과 임산부 및 신생아를 대상으로 보건활동과 교육 · 상담을 하는 의료기관을 말한다.
3. 병원급 의료기관: 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로서 그 종류는 다음 각 목과 같다.
가. 병원

나. 치과병원
다. 한방병원
라. 요양병원(「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)
마. 정신병원
바. 종합병원

(향후 관련법령이 개정된 경우 개정된 내용을 적용합니다)

제 6 조 위험률의 적용

① 이 특약의 장기간병자 관련 위험률은 최초의 간병선지급금 신청일에 회사가 적용하고 있는 위험률을 적용합니다.

제 7 조 보험금을 지급하지 않는 사유

① 계약자, 피보험자 또는 제 16 조 (지정대리청구인의 지정) 에서 정하는 지정대리청구인의 고의에 의하여 피보험자가 제 4 조 (보험금의 지급사유) 에 해당된 경우에는 보험금을 지급하지 않습니다.

제 8 조 보험금 등의 청구

① 피보험자 또는 지정대리청구인은 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서 (회사양식)
2. 동의서(변액 종신보험의 경우, 펀드 운용관련 계약자 동의서)
3. “일상생활장해상태” 또는 “중증치매상태” 에 대한 의사의 진단서
4. 신분증 (주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증)
5. 피보험자 및 지정대리청구인의 가족관계등록부 및 주민등록등본 (지정대리청구인이 청구할 경우)
6. 기타 피보험자 또는 지정대리청구인이 보험금의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제 1 항 제 3 호의 진단서는 의료법 제 3 조 (의료기관) 에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제 9 조 보험금 등의 지급절차

① 회사는 제 8 조 (보험금 등의 청구) 에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메시지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3 영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10 영업일 이내에 보험금을 지급합니다.

② 회사는 제 4 조 (보험금의 지급사유) 제 1 항에 해당하는 보험금의 지급시기가 되면 지급시기 7 일 이전에 그 사유와 회사가 지급하여야 할 금액을 계약자 또는 보험수익자에게 알려드리며, 제 1 항에 의하여 보험금 등을 지급함에 있어 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표 4 (보험금을 지급할 때의 적립이율 계산) 와 같이 계산합니다.

제 3 관 계약자의 계약 전 알릴 의무 등

제 10 조 계약 전 알릴 의무 및 계약 전 알릴 의무 위반의 효과

① 이 특약에 관한 계약 전 알릴 의무 및 계약 전 알릴 의무 위반에 대하여는 주계약의 규정을 준용합니다.

제 4 관 보험계약의 성립과 유지

제 11 조 특약의 체결 및 소멸

① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.

② “주계약이 해지 및 기타 사유에 의하여 효력을 가지지 않는 경우” 또는 제 5 조 (보험금 지급에 관한 세부규정) 제 1 항 내지 제 3 항에 따라 “간병선지급금이 지급될 수 없는 경우” 에는 이 특약은 더 이상 효력을

가지지 않습니다.

제 12 조 특약의 보장개시

① 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 최초의 간병선지급금 신청일로 합니다.

제 5 관 보험료의 납입

제 13 조 특약의 보험료의 납입

① 이 특약의 보험료는 없습니다.

제 14 조 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. 이 때 회사는 해지 전 발생한 보험금 지급사유를 이유로 부활(효력회복)을 거절하지 않습니다.

부활 (효력회복)
계약의 효력이 상실된 후 다시 원 계약의 내용대로 효력을 유지하기 위해 계약을 되살리는 것을 말합니다.

② 주계약의 부활 (효력회복) 청약시 계약자로부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활 (효력회복) 을 청약한 것으로 봅니다.

제 6 관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제 15 조 계약자의 임의해지

① 계약자는 계약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 해약환급금은 없습니다.

② 제 1 항에 의하여 특약이 해지된 경우에는 그 뜻을 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

제 15 조의2 위법계약의 해지

① 계약자는 **「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조** 및 관련규정이 정하는 바에 따라 계약체결에 대한 회사의 법위반사항이 있는 경우 계약체결일부터 5년 이내의 범위에서 계약자가 위반사항을 안 날부터 1년 이내에 계약해지 요구서에 증빙서류를 첨부하여 위법계약의 해지를 요구할 수 있습니다.

「금융소비자 보호에 관한 법률」 제47조(위법계약의 해지)
① 금융소비자는 금융상품판매업자등이 제17조 제3항, 제18조 제2항, 제19조 제1항 · 제3항, 제20조 제1항 또는 제21조를 위반하여 대통령령으로 정하는 금융상품에 관한 계약을 체결한 경우 5년 이내의 대통령령으로 정하는 기간 내에 서면 등으로 해당 계약의 해지를 요구할 수 있다. 이 경우 금융상품판매업자등은 해지를 요구받은 날부터 10일 이내에 금융소비자에게 수락여부를 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절사유를 함께 통지하여야 한다.
② 금융소비자는 금융상품판매업자등이 정당한 사유 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있다.
③ 제1항 및 제2항에 따라 계약이 해지된 경우 금융상품판매업자등은 수수료, 위약금 등 계약의 해지와 관련된 비용을 요구할 수 없다.
④ 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 계약의 해지요구권의 행사요건, 행사범위 및 정당한 사유 등과 관련하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

② 회사는 해지요구를 받은 날부터 10일 이내에 수락여부를 계약자에 통지하여야 하며, 거절할 때에는 거절 사유를 함께 통지하여야 합니다.

③ 계약자는 회사가 **정당한 사유** 없이 제1항의 요구를 따르지 않는 경우 해당 계약을 해지할 수 있습니다.

정당한 사유
금융소비자 보호에 관한 법률 시행령 제38조(위법계약의 해지) 제4항에 따른 정당한 사유 범위에 해당하는 경우를 말합니다.

금융소비자 보호에 관한 법률 시행령 제38조(위법계약의 해지)
① 법 제47조제1항 전단에서 “대통령령으로 정하는 금융상품”이란 금융소비자와 금융상품직접판매업자 또는 금융상품자문업자 간 계속적 거래가 이루어지는 금융상품 중 금융위원회가 정하여 고시하는 금융상품을 말한다.
② 법 제47조제1항 전단에서 “대통령령으로 정하는 기간”이란 금융소비자가 계약 체결에 대한 위반사항을 안 날부터 1년 이내의 기간을 말한다. 이 경우 해당 기간은 계약체결일부터 5년 이내의 범위에 있어야 한다.
③ 금융소비자는 법 제47조제1항 전단에 따라 계약의 해지를 요구하려는 경우 금융위원회가 정하여 고시하는 해지요구서에 위반사항을 증명하는 서류를 첨부하여 금융상품직접판매업자 또는 금융상품자문업자에게 제출해야한다. 이 경우 「자동차손해배상 보장법」에 따른 책임보험에 대해 해지 요구를 할 때에는 동종의 다른 책임보험에 가입해 있어야 한다.
④ 법 제47조제2항에 따른 정당한 사유의 범위는 다음 각 호와 같다.
1. 위반사실에 대한 근거를 제시하지 않거나 거짓으로 제시한 경우
2. 계약 체결 당시에는 위반사항이 없었으나 금융소비자가 계약 체결 이후의 사정변경에 따라 위반사항을 주장하는 경우
3. 금융소비자의 동의를 받아 위반사항을 시정한 경우
4. 그 밖에 제1호부터 제3호까지의 경우에 준하는 것으로서 금융위원회가 정하여 고시하는 경우
⑤ 제1항부터 제4항까지에서 규정한 사항 외에 해지요구권의 행사 방법 및 절차 등에 관하여 필요한 세부 사항은 금융위원회가 정하여 고시한다.

④ 계약자는 제1항에 따른 제척기간에도 불구하고 민법 등 관계 법령에서 정하는 바에 따라 법률상의 권리를 행사할 수 있습니다.

제 7 관 지정대리청구에 관한 사항

제 16 조 지정대리청구인의 지정

① 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한해 계약자는 계약을 체결할 때 또는 계약을 체결한 날부터 다음 중 어느 하나의 방식으로 보험금의 대리청구인 (이하, “지정대리청구인”이라 합니다) 을 지정할 수 있습니다. 지정대리청구인은 제 8 조 (보험금 등의 청구) 에 정한 구비

서류 및 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 이 특약의 보험수익자의 대리인으로서 제 4 조 (보험금의 지급사유)의 보험금을 청구할 수 있습니다.

1. 제 2 항에서 정한 지정대리청구인 지정 가능 범위에 해당하는 자 중에서 지정대리청구인(2인 이내에서 지정하되, 2인 지정시 대표대리인 지정)을 기명하여 지정할 수 있습니다. (이하, “기명 지정대리청구인”이라 합니다)
2. 제 1 호에도 불구하고, 무기명으로 제 17 조(지정대리청구인의 변경지정) 제 1 항 제 2 호의 서류에서 확인할 수 있는 지정대리청구인을 지정할 수 있습니다. (이하, “무기명 지정대리청구인”이라 합니다) 단, 지정된 무기명 지정대리청구인은 보험금 청구 시점을 기준으로 판단됩니다.

지정대리청구인 지정 예시

· 기명 지정대리청구인

- 계약자가 기명하여 지정 : (예시) “김OO”

· 무기명 지정대리청구인

- 계약자가 특정인을 기명하지 않고 지정 : (예시) 가족관계등록부 상 배우자

무기명 지정대리청구인 판단 예시

· 보험 가입 당시 무기명 지정대리청구인을 가족관계등록부 상 배우자(당시 해당 서류상 배우자 A)로 지정한 후에 계약자가 보험금을 직접 청구할 수 없어 대리청구하는 시점에 가족관계등록부 상 배우자가 B인 경우

→ 해당 시점 지정대리청구인은 제 17 조 제 1 항 제 2 호로 증명할 수 있는 배우자 B

② 제1항에 따라 지정 가능한 대리청구인은 다음 중 어느 하나에 해당하여야 합니다. 또한, 지정대리청구인은 제 17 조(지정대리청구인의 변경지정)에 따라 지정대리청구인을 변경 지정하거나 보험금을 청구하는 경우에도 다음 각 호의 어느 한 가지에 해당하여야 합니다.

1. 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
2. 피보험자의 3촌 이내의 친족(단, 제 1 항 제 2 호에 따른 무기명 지정대리청구인 지정은 피보험자의 직계존속 또는 직계비속)

③ 제 1 항에 의하여 회사가 이 특약의 보험금을 지정대리청구인에게 지급

한 경우에는 그 이후 이 특약의 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 아니합니다.

④ 제 1 항에도 불구하고, 지정대리청구인이 지정된 이후에 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 지정대리청구인의 자격은 자동적으로 상실된 것으로 봅니다.

⑤ 제 1 항에도 불구하고, 계약자가 비혼•독신인 경우 지정대리청구인의 신뢰 가능여부 등 구체적인 사실관계를 면밀히 살펴 제 1 항에서 정한 지정대리청구인 자격을 예외적으로 완화하는 개별약정을 체결할 수 있습니다.

⑥ 제 1 항 에 따라 지정대리청구인을 지정하는 경우 다음의 서류를 제출하여야 합니다.

1. 지정대리청구인 지정 신청서(회사양식)
2. 계약자의 신분증
3. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부 등 계약자와의 관계를 증명할 수 있는 서류
4. 개인정보 관련 동의서

⑦ 제 6 항에도 불구하고, 제 1 항 제 2 호에 따라 계약자가 지정대리청구인을 무기명으로 지정하는 경우에는 제 6 항 제 3 호 내지 제 4 호에 해당하는 서류는 제출하지 않습니다.

제 17 조 지정대리청구인의 변경지정

① 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한해 계약자는 계약체결 이후 다음의 서류를 제출하고 지정대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

1. 지정대리청구인 변경신청서 (회사양식)
2. 지정대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부 (가족관계증명서 등)
3. 계약자의 신분증 (주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)

4. 개인정보수집이용동의서

② 제 1 항에도 불구하고, 제 16 조(지정대리청구인의 지정) 제 1 항 제 2 호에 따라 계약자가 대리청구인을 무기명으로 변경 지정하는 경우에는 제 1 항 제 2 호 및 제 4 호의 서류는 제출하지 않습니다.

제 8 관 기타사항 등

제 18 조 주계약 약관 규정의 준용

① 이 특약에서 정하지 않은 사항에 대하여는 그 성격상 부합되지 않는 것을 제외하고는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.

별표 1

보험금 지급기준표

급부명	구분	지급사유	간병선지급금
간병 선지급금 (제 4 조)	제 1 종	“일상생활장해상태” 혹은 “중증치매상태” 의 진단확정 후 피보험자가 60 세 이상 80 세 미만에 간병선지급금 신청 시	주계약 보장금액의 10 %, 15 %, 20 % 중 선택
	제 2 종	“일상생활장해상태” 혹은 “중증치매상태” 의 진단확정 후 피보험자가 80 세 이후에 간병선지급금 신청 시	주계약 보장금액의 10 %, 15 %, 20 % 중 선택

주) 1. 제 1 종의 경우 주계약 보장금액의 10 %, 15 %, 20 % 중 이 특약의 피보험자가 지정한 간병선지급금을 간병선지급금 신청일로부터 완전평균여명까지 이 특약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서” 에서 정한 이율 (주계약의 계약일이 2013 년 3 월 31 일까지인 경우에는 주계약의 적용이율(다만, 주계약의 적용이율이 6.5% 를 초과하는 경우에는 6.5 % 로 정합니다) 로 정하며, 주계약의 계약일이 2013 년 4 월 1 일 이후부터 2016 년 3 월 31 일인 경우에는 주계약의 표준이율로 정하고, 주계약의 계약일이 2016 년 4 월 1 일 이후부터인 경우에는 주계약의 적용이율로 정합니다) 로 적립하여 선지급대상보험금액을 산출하고, 주계약의 보장금액에서 감액합니다. 다만, 제 1 종의 선지급대상보험금액은 주계약의 계약일 및 간병선지급금 신청일에 따라 달라질 수 있습니다.

2. 제 2 종의 경우 주계약 보장금액의 10 %, 15 %, 20 % 중 이 특약의 피보험자가 지정한 간병선지급금을 이자의 적립없이 선지급대상보험금액으로 산출하고, 주계약 보장금액에서 감액합니다.

별표 2

재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

다음 각 호에 해당하는 재해는 이 보험의 약관에 따라 보험금을 지급합니다.

① 한국표준질병·사인분류상의 (S00~Y84) 에 해당하는 우발적인 외래의 사고

② 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제 2 조 제 2 호 ([관련법규] 참조) 에 규정한 제1급감염병

2. 보험금을 지급하지 않는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 않습니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인으로 발병하거나 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력 환경에서의 장시간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물 부족(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 환자의 이상반응 또는 이후 합병증의 원인이 된 외과적 및 기타 내과적 처치(Y83~Y84)는 보장)

④ “자연의 힘에 노출(X30~X39)“ 중 급격한 액체손실로 인한 탈수

⑤ “우발적 익사 및 익수(W65~W74), 호흡과 관련된 기타 불의의 위협(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)“ 중 질병에 의한 호흡장해 및 삼킴장해

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

주1) ( ) 안은 제 9 차 개정 한국표준질병·사인분류 (통계청 고시 제 2025-299 호, 2026.1.1. 시행) 상의 분류번호이며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 재해 해당 여부를 판단합니다.

주2) 제 10 차 개정이후 이 약관에서 보장하는 재해 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주3) 진단 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 약관에서 보장하는 재해에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 재해의 분류가 변경되더라도 약관에서 보장하는 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

주4) 위 1. 보장대상이 되는 재해 ②에 해당하는 감염병은 보험사고 발생당시 시행중인 법률을 적용하며, 2. 보험금을 지급하지 않는 재해 ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.

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.

유형	판단방법
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 관계없이 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.
옷 입기	다른 사람의 계속적인 도움을 받지 않고는 전혀 옷을 챙겨 입을 수 없다.

다음 각 유형의 판단기준 제 1 호 및 제 2 호에 해당하는 경우에는 약관에 규정한 “항상 타인의 완전한 도움” 이 반드시 필요한 경우에 해당하지 않으므로 이 보험에서 보장되지 않습니다.

유형	판단방법
이동 (보행) 하기	1. 도움 없이 혼자서 방밖으로 나올 수 있다. 2. 특별한 보조기구(휠체어, 목발, 의수, 의족, 보조이동장치 등)를 사용하거나 다른 사람의 도움이나 부축을 받아야 방 밖으로 나올 수 있다.
식사하기	1. 도움 없이 식사 (생선을 발라먹거나 음식을 잘라먹는 것 포함)를 할 수 있다. 2. 부분적으로 다른 사람의 도움이 있어야만 식사를 할 수 있다.
화장실 사용하기	1. 도움 없이 혼자서 다음 중 한 가지 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 제 1 호의 ① 또는 ② 또는 ③을 할 수 있다.
목욕하기	1. 도움 없이 혼자서 때밀기와 샤워를 할 수 있다. 2. 다음 중 어느 한 가지 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.
옷 입기	1. 도움 없이 혼자서 옷을 옷장에서 꺼내어 입을 수 있다. 2. 부분적으로 다른 사람의 도움을 받아야 옷을 입을 수 있다.

별표 4

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산
(제 9 조 제 2 항 관련)

구분	적립기간	지급이자
간병 선지급금 (제 4 조)	지급기일의 다음날부터 30 일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31 일 이후부터 60 일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율 (4.0 %)
	지급기일의 61 일부터 90 일 이내 기간	보험계약대출이율 + 가산이율 (6.0 %)
	지급기일의 91 일 이후 기간	보험계약대출이율 + 가산이율 (8.0 %)

주) 1. 지급이자의 계산은 **연단위 복리**로 계산합니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다. 다만, 회사는 계약자 등이 분쟁조정을 신청했다는 사유만으로 이자지급을 거절하지 않습니다.
3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 **정당한 사유**로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 보험사가 해지권을 행사하는 경우 위 표의 '청구일'은 보험사의 해지 의사표시(서면, 전자우편, 휴대전화 문자메시지 또는 이에 준하는 전자적 의사표시 포함)가 보험계약자 또는 그의 대리인에게 도달한 날로 봅니다.

연단위 복리 계산

이자는 계산법에 따라 단리와 복리로 나눕니다. 단리는 원금에 대해서만 이자를 계산하는 방법이고, 복리는(원금 + 이자)에 대하여 이자를 계산하는 방법입니다. 연단위 복리는 복리를 연단위로 계산하는 방법입니다.

예시) 원금 100원, 연간 10% 이자율 적용 시 2년 후 원리금
연단위 복리 계산법 : 100원(원금) + 100원 × 10%(1년차 이자) + [100원

+ 100원 × 10%] × 10%(2년차 이자) = 총 121원

정당한 사유

회사의 보험금 지급지연 사유가 보험금지급의 신속성과 편의성 방해가 아닌 공정하고 정확한 보험금 지급사유의 조사, 확인을 위한 것으로 금융위원회 또는 금융감독원이 인정하는 사정이 있을 때를 말합니다.