약관

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 최종 진단확정 (진단일로부터 90 일) 되거나 제 3 조 (“일상생활장해상태” 의 정의 및 진단확정) 제 3 항에서 정한 “일상생활장해상태” 로 최종 진단확정 (진단일로부터 90 일) 되고 간병선지급금을 신청한 날을 말합니다. 다만 신청한 날이 “중증치매상태” 의 최종 진단확정일 (진단일로부터 90 일) 또는 “일상생활장해상태” 의 최종 진단확정일 (진단일로부터 90 일) 을 지나지 않은 경우에는 그 최종 진단확정일을 최초의 간병선지급금 신청일로 봅니다.

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

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 책임준비금 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 책임준비금 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 계약에 있어서 “중증치매상태”라 함은 피보험자가 주계약의 계약일 이후에 발생한 재해 (별표 2 (재해분류표) 참조) 또는 질병으로 인하여 주계약의 보장개시일 이후에 치매로 진단받고 이로 인하여 “중증의 인지기능의 장애”가 발생한 상태를 말합니다.

② 제 1 항에서 정한 “중증의 인지기능의 장애”라 함은 CDR 척도 (한국판 Expanded Clinical dementia rating, 2001 년) 검사 결과가 3 점 이상 (다

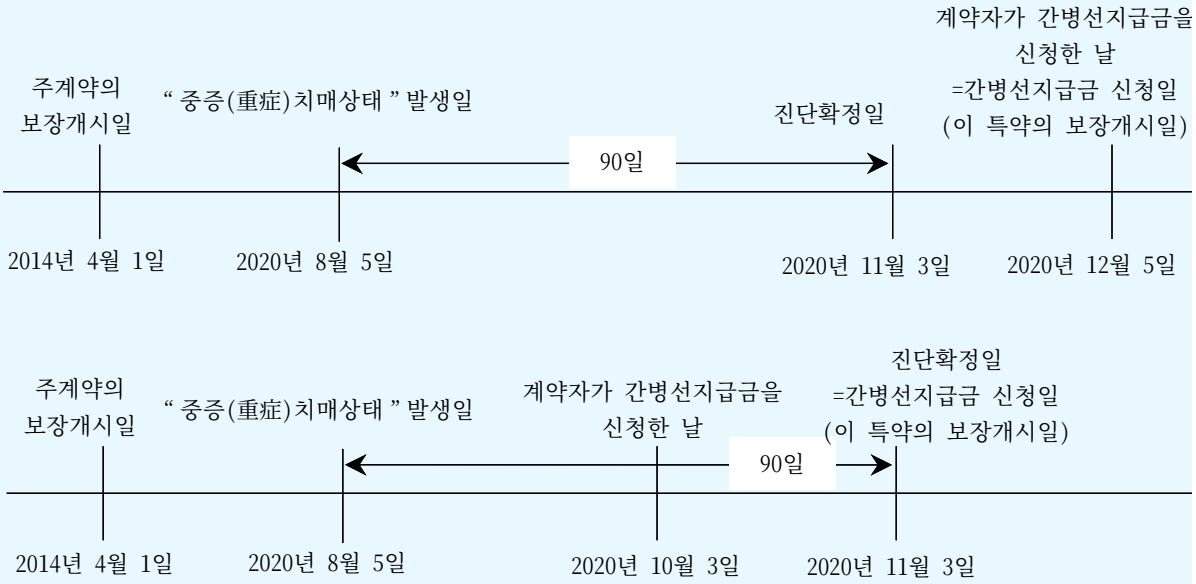
만, 이와 동등하다고 국내 의학계에서 일반적으로 인정되는 검사 방법을 사용하여 이와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다) 에 해당되는 상태로서, 그 상태가 주계약의 보장개시일 이후에 발생하고, 발생시점부터 90 일 이상 계속되어 장래에 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 상태를 말합니다.
"CDR 척도 (한국판 Expanded Clinical dementia rating, 2001 년)" 는 치매전문의가 실시하는 전반적인 인지기능 및 사회기능정도를 측정하는 검사로서 전체점수구성은 0 , 0.5 , 1 , 2 , 3 , 4 , 5 로 되어 있으며, 점수가 높을수록 중증을 의미합니다.

③ 제 1 항에서 "치매" 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.

④ 제 3 항에서 "중증치매상태" 의 진단일부터 90일이 지난 이후에 회사가 피보험자의 "중증치매상태" 가 계속하여 지속되었음을 확인함으로써 제 1 항에서 정한 "중증치매상태" 로 최종 진단확정 됩니다.

⑤ 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.

“중증치매상태“의 보장개시 및 진단확정 [예시]



제 3 조 “일상생활장해상태” 의 정의 및 진단확정

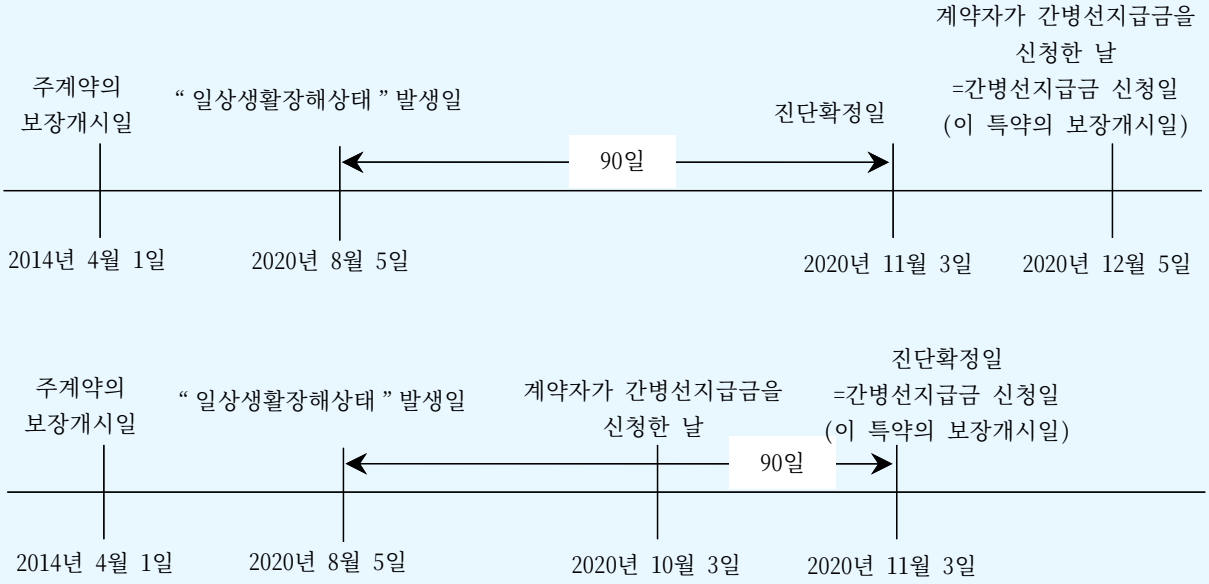
① 이 계약에 있어서 “일상생활장해상태” 라 함은 피보험자가 주계약의 계약일 이후에 발생한 재해 또는 질병으로 인하여 주계약의 보장개시일 이후에 “특별한 보조기구 (휠체어, 목발, 의수, 의족 등) 를 사용하여도 생명유지에 필요한 일상생활 기본동작들을 스스로 할 수 없는 상태로서, 다음 제 1 호 및 제 2 호에 동시에 해당되며, 그 상태가 주계약의 보장개시일 이후에 발생하고, 발생시점부터 90 일 이상 계속되어 장래에 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 상태” 를 말합니다.

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, 그 진단일부터 90 일이 지난 이후에 회사가 피보험자의 “일상생활장해상태” 가 계속하여 지속되었음을 확인함으로써 제 1 항에서 정한 “일상생활장해상태” 로 최종 진단확정 됩니다.

“일상생활장해상태” 의 보장개시 및 진단확정 [예시]



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(저해지환급금형)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 않습니

다.

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) 에서 정하는 최초의 간병선지급금은 제 2 조 (“중증치매상태” 의 정의 및 진단확정) 제 3 항 및 제 4 항 또는 제 3 조 (“일상생활장해상태” 의 정의 및 진단확정) 제 3 항에 따라 발생시 진단일로부터 90 일이 지난 이후에 “중증치매상태” 또는 “일상생활장해상태” 로 최종 진단 확정되지 않은 경우에는 지급하지 않습니다.

② 제 4 조 (보험금의 지급사유) 에도 불구하고 간병선지급금을 지급함으로서 선지급대상보험금액의 합계액이 회사가 별도로 정한 기준에 따른 소정의 금액을 초과하는 경우에는 간병선지급금을 지급하지 않습니다.

③ 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.

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

⑤ 이 특약의 간병선지급금을 지급하는 때에는, 선지급대상보험금액에 해당하는 주계약 보험가입금액이 지급일에 감액된 것으로 봅니다. 또한 그 감액부분에 대한 해지환급금이 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.

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 않습니다.

⑦ 이 특약의 보험금 지급에 있어서는 회사가 정하는 바에 따라 보험계약대출이 있는 경우에는 그 원금과 이자 합계액 중 간병선지급금 지급시 주계약 보험가입금액의 감액비율에 해당하는 금액을 차감하고 지급합니다.

⑧ 간병선지급금은 “보험료 및 책임준비금 산출방법서”에 따라 산출되며 일시에 지급합니다.

⑨ 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 제3조(의료기관)

①이 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(「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제3조제5호에 따른 정신의료기관 중 정신병원, 「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 의료재활시설로서 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관을 포함한다. 이하 같다)

마. 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 보험금의 청구

① 피보험자 또는 지정대리청구인은 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

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

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

제 9 조 보험금의 지급절차

① 회사는 제 8 조 (보험금의 청구) 에서 정한 서류를 접수한 때에는 접수

증을 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 2 항 내지 제 4 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 합

니다.

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.

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 해지환급금 등

제 15 조 계약자의 임의해지

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

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

제 7 관 지정대리청구에 관한 사항

제 16 조 지정대리청구인의 지정

① 피보험자가 이 특약에 의한 보험금을 청구할 수 없는 특별한 사정이 있을 때에는 계약자가 피보험자의 동의를 얻어 미리 지정하거나 또는 제 17 조 (지정대리청구인의 변경지정) 에 따라 변경 지정한 다음의 자 (이하 "지정대리청구인" 이라 합니다) 가 제 8 조 (보험금의 청구) 에 정한 구비서류 및 특별한 사정이 있음을 증명하는 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 이 특약의 보험수익자의 대리인으로서 제 4 조 (보험금의 지급사유) 의 보험금을 청구할 수 있습니다. 다만, 지정대리청구인은 사망 시 수익자와 동일인으로 지정하도록 합니다.

1. 보험금 청구 시 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
2. 보험금 청구 시 피보험자와 동거하거나 피보험자와 생계를 같이 하고 있는 피보험자의 3 촌 이내의 친족

② 제 1 항에 의하여 회사가 이 특약의 보험금을 지정대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 이 특약의 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 아니합니다.

제 17 조 지정대리청구인의 변경지정

① 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. 신분증 (주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 포함)

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.

MetLife

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 책임준비금 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 호에 규정한 감염병

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 장기간 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(다만, 처치 당시에는 재난에 대한 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), 기타 호흡과 관련된 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 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2015-309호, 2016.1.1시행)상의 분류번호이며, 제8차 개정 이후 상기 재해 이외에 추가로 위 1 및 2의 각 호에 해당하는 재해가 있는 경우에는 그 재해도 포함하는 것으로 합니다.

주2) 제 8차 개정이후 이 약관에서 보장하는 재해 해당여부는 피보험자가 진단된 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

주3) 감염병에 관한 법률이 제·개정될 경우, 보험사고 발생당시 제·개정된 법률을 적용합니다.

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 복리로 계산합니다.
2. 계약자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.
3. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.