



라이나생명

A Chubb Company

무배당

LTC 주요질병 간호·간병통합입원특약(요양병원제외)
(갱신형)

약관

시각화된 약관 요약내용 (소비자가 알아두어야 할 유의사항)	4
제 1 관 목적 및 용어의 정의	7
제 1 조 【목적】	7
제 2 조 【용어의 정의】	7
제 2 관 보험금의 지급	8
제 3 조 【“LTC 주요질병”의 정의 및 진단확정】	8
제 4 조 【“입원”의 정의와 장소】	8
제 5 조 【“간호·간병통합서비스”의 정의】	8
제 6 조 【“요양병원”의 정의】	9
제 7 조 【법령 개정에 따른 계약 내용의 변경】	9
제 8 조 【보험금의 지급사유】	9
제 9 조 【보험금 지급에 관한 세부규정】	9
제 10 조 【보험금을 지급하지 않는 사유】	10
제 11 조 【보험금 등의 청구】	10
제 12 조 【보험금 등의 지급절차】	10
제 3 관 보험계약의 성립과 유지	11
제 13 조 【특약의 체결 및 소멸】	11
제 14 조 【특약의 무효】	12
제 15 조 【특약내용의 변경】	12
제 16 조 【특약의 보험기간】	12
제 17 조 【특약의 갱신】	12
제 4 관 보험료의 납입	13
제 18 조 【보험료의 납입 및 회사의 보장개시】	13
제 19 조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】	13
제 20 조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】	13
제 5 관 계약의 해지 및 해약환급금 등	13
제 21 조 【계약자의 임의해지】	14
제 22 조 【해약환급금】	14
제 6 관 대리청구인에 관한 사항	14
제 23 조 【적용대상】	14
제 24 조 【대리청구인의 지정】	14
제 25 조 【대리청구인의 변경 지정】	15
제 26 조 【대리청구인에 의한 보험금의 지급절차】	15
제 27 조 【대리청구인에 의한 보험금의 청구】	15
제 7 관 기타사항 등	15

제 28 조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】.....	15
(별표 1) 보험금 지급기준표	15
(별표 2) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산.....	16
(별표 3) LTC 주요질병 분류표.....	17
(별표 4) 재해분류표.....	17

시각화된 약관 요약내용 (소비자가 알아두어야 할 유의사항)

1. 상품명칭 등으로 상품의 특징 이해하기

상품명칭: 무배당 LTC 주요질병 간호·간병통합입원특약(요양병원제외) (갱신형)

- 무배당은 계약자에게 배당을 하지 않는 상품을 말합니다.
- LTC주요질병 간호·간병통합입원특약은 피보험자의 질병 또는 재해에 대한 위험을 보장하는 상품입니다.
- 갱신형은 보험계약 갱신 시 연령의 증가, 위험률 변동 등으로 **보험료**가 **인상**될 수 있습니다.

2. 보험금 지급 유의사항



이 보험에는 **면책기간**, **감액기간**, **보장한도** 등 **보험금 지급 유의사항**이 설정되어 있습니다.
보다 자세한 사항은 상품설명서 및 약관을 참조하시기 바랍니다.

☑ 면책기간

면책기간

보험금
미지급

이 보험에는 **보험금이 지급되지 않는 기간(면책기간)**이 설정된 담보가 있습니다.

담보명	면책기간
LTC 주요질병 간호·간병통합서비스사용 입원급여금(요양병원 제외)	가입 후 90 일간 보장 제외

※ 보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 LTC 주요질병 중 "치매", "특정신경계질환"으로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에 한하여 계약일부터 보장합니다.

※ 갱신계약은 면책기간이 없습니다.

☑ 감액지급

감액지급

50%
(1년이내)

이 보험에는 **일정기간 보험금이 일부만 지급(감액지급)**되는 담보가 있습니다.

담보명	감액기간 및 비율
LTC 주요질병 간호·간병통합서비스사용 입원급여금(요양병원 제외)	가입 후 1 년간 보험금 50% 지급

※ 보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 LTC 주요질병 중 "치매", "특정신경계질환"으로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에 한하여 계약일부터 해당 보험금의 100%를 지급합니다.

※ 갱신계약은 감액지급이 없습니다.

시각화된 약관 요약내용 (소비자가 알아두어야 할 유의사항)

☑ 보장한도

보장한도

보험금
지급한도적용

이 보험에는 **보험금 지급 한도**가 설정된 담보가 있습니다.

담보명	보장한도
LTC 주요질병 간호·간병통합서비스사용 입원급여금(요양병원 제외)	1 회 입원당 180 일 한도 로 보장 (퇴원없이 계속 입원시 180 일간 보장 제외)

☑ 기타 유의사항

- 이 특약에 있어서 "LTC주요질병"이라 함은 **별표3(LTC주요질병 분류표)**에서 정한 질병으로 진단확정된 경우를 말합니다.
- 정신질환, 알코올 중독, 의사의 처방에 의하지 않는 약물로 인한 인지기능의 장애는 보장하지 않습니다.
- 이 특약에 있어서 "입원"이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자가 "**LTC주요질병**"으로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 **자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 의료기관에 입실하여 의사의 관리 하에 치료에 전념하는 것**을 말합니다.
- LTC주요질병 간호·간병통합서비스사용 입원급여금(요양병원 제외)의 경우 사용일수는 **1회 입원당 180일**을 지급한도로 합니다.
- 보험계약일부터 **1년**이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 이 약관에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 해당 입원급여금의 **50%를 지급**하며 보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 LTC주요질병 중 "치매", "특정신경계질환"으로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에 한하여 계약일부터 해당 보험금의 100%를 지급합니다.
- 갱신계약의 경우 지급사유 발생시 감액없이 해당 보험금을 지급합니다.
- LTC주요질병에 대한 보장개시일은 **최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 하고 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다.** 다만, 부활(효력회복) 계약의 LTC주요질병 보장개시일은 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 하며, 보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 LTC주요질병 중 "치매", "특정신경계질환"으로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에 한하여 계약일을 보장개시일로 합니다.
- 피보험자가 약관이 정한 **LTC주요질병 보장개시일의 전일 이전에 LTC주요질병으로 진단 확정된 경우 계약을 무효**로 하며 이 경우 보험계약자에게 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.
- "LTC주요질병"이란 한국표준질병사인분류 중 당사가 약관에 명시한 특정질병을 말합니다.

시각화된 약관 요약내용 (소비자가 알아두어야 할 유의사항)

3. 해약환급금에 관한 사항

- 보험계약자가 **보험계약을 중도에 해지할 경우** 보험회사는 **해약환급금**을 지급합니다.

해약환급금
적거나 없음



해약환급금은 납입한 보험료보다 적거나 없을 수도 있습니다.

* 해약환급금: 납입한 보험료에서 계약체결·유지관리 등에 소요되는 경비 및 경과된 기간의 위험 보장에 사용된 보험료를 차감하여 지급

4. 갱신 시 보험료 인상 가능성

- 이 보험은 **갱신 시 보험료가 변동**되는 갱신형 계약입니다.

보험료갱신형
보험료
가입 갱신시 갱신시



갱신형 계약은 **갱신할 때마다** 연령의 증가, 위험률 변동 등으로 **보험료가 인상**될 수 있으니 주의하시기 바랍니다.

5. 소비자가 반드시 알아두어야 할 상품의 주요 특성

보장성보험

보장성보험
(사망, 상해, 질병 등)



① 이 보험은 질병에 대한 위험 보장을 주목적으로 하는 보장성보험이며, **저축이나 연금수령을 목적으로 가입하시기에 적합하지 않습니다.**

② 만기 또는 중도해지 시 납입한 보험료보다 환급금이 적을 수 있습니다.

예금자보호제도에 관한 사항

예금자보호

예금보험공사
보호금용상품
1인당 최고 1억원



이 보험은 예금자보호법에 따라 **해약환급금(또는 만기 시 보험금)에 기타지급금을 합한 금액이 1인당 "1억원까지"**(본 보험회사의 여타 보호상품과 합산) 보호됩니다. 이와 **별도로 본 보험회사 보호상품의 사고보험금을 합산한 금액이 1인당 "1억원까지"** 보호됩니다. 다만, 보험계약자 및 보험료납부자가 법인인 보험계약의 경우에는 보호되지 않습니다.

무배당 LTC주요질병 간호·간병통합입원특약(요양병원제외)(갱신형) 약관

제1관 목적 및 용어의 정의

제1조 【목적】

이 특약은 주된 보험계약(이하 '주계약'이라 합니다)에 부가되어 보험계약자(이하 '계약자'라 합니다)와 보험회사(이하 '회사'라 합니다) 사이에 피보험자의 질병 및 재해에 대한 위험을 보장하기 위하여 체결됩니다.

제2조 【용어의 정의】

이 특약에서 사용되는 용어의 정의는, 이 특약의 다른 조항에서 달리 정의되지 않는 한 다음과 같습니다.

1. 계약관계 관련 용어

- 가. 계약자: 회사와 계약을 체결하고 보험료를 납입할 의무를 지는 사람을 말합니다.
- 나. 보험수익자: 보험금 지급사유가 발생하는 때에 회사에 보험금을 청구하여 받을 수 있는 사람을 말합니다.
- 다. 보험증권: 계약의 성립과 그 내용을 증명하기 위하여 회사가 계약자에게 드리는 증서를 말합니다.
- 라. 피보험자: 보험사고의 대상이 되는 사람을 말합니다.

2. 지급사유 관련 용어

- 가. 재해: 별표4(재해분류표)에서 정한 재해를 말합니다.
- 나. 중요한 사항: 계약전 알릴 의무와 관련하여 회사가 그 사실을 알았다면 계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 승낙하는 등 계약 승낙에 영향을 미칠 수 있는 사항을 말합니다.

【보험가입금액 한도 제한】

피보험자가 가입을 할 수 있는 최대 보험가입금액을 제한하는 방법

【일부 보장 제외】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법 중의 하나로, 특정 질병 또는 특정 신체 부위를 보장에서 제외하는 방법

【보험금 삭감】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법 중의 하나로, 보험 가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 감소하는 위험에 대해 적용하여 보험 가입 후 일정기간 내에 보험사고가 발생한 경우 미리 정해진 비율로 보험금을 감액하여 지급하는 방법

【보험료 할증】

일반적인 경우보다 위험이 높은 피보험자가 가입하기 위한 방법 중의 하나로, 보험 가입 후 기간이 경과함에 따라 위험의 크기 및 정도가 점차 증가하는 위험 또는 기간의 경과에 상관없이 일정한 상태를 유지하는 위험에 적용하여 위험정도에 따라 해당 보험료 이외에 특별보험료를 추가하는 방법

3. 지급금과 이자율 관련 용어

- 가. 연단위 복리: 회사가 지급할 금전에 이자를 줄 때 1년마다 마지막 날에 그 이자를 원금에 더한 금액을 다음 1년의 원금으로 하는 이자 계산방법을 말합니다.

【연단위 복리 예시】

원금 100원, 연간 10% 이자율 적용시 연단위 복리로 계산한 2년 시점의 총 이자 금액

- 1년차 이자 = $\frac{100\text{원}}{\text{원금}} \times 10\% = 10\text{원}$

- 2년차 이자 = $\left(\frac{100\text{원}}{\text{원금}} + \frac{10\text{원}}{\text{1년차 이자}} \right) \times 10\% = 11\text{원}$

→ 2년 시점의 총 이자금액 = 10원 + 11원 = 21원

- 나. 평균공시이율: 전체 보험회사 공시이율의 평균으로, 이 특약 체결 시점(갱신계약의 경우 갱신 시점)의 이율을 말하며, 평균공시이율은 금융감독원 홈페이지(www.fss.or.kr)에서 확인할 수 있습니다. 또한, 관련법규 등의 변경으로 이 특약 갱신 시점에 평균공시이율이 더 이상 산출되지 않거나 발표되지 않는 경우에는 평균공시이율 대신 변경된 법규

등에서 정한 이율을 적용하며, 갱신 이후 적용될 이율을 계약자에게 안내합니다.

다. 해약환급금: 계약이 해지되는 때에 회사가 계약자에게 돌려주는 금액을 말합니다.

4. 기간과 날짜 관련 용어

가. 보험기간: 계약에 따라 보장을 받는 기간을 말합니다.

나. 영업일: 회사가 영업점에서 정상적으로 영업하는 날을 말하며, 토요일, '관공서의 공휴일에 관한 규정'에 따른 공휴일과 근로자의 날을 제외합니다.

5. 대리청구인 관련 용어

가. 기명 대리청구인: 계약자가 주계약 및 특약에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 경우를 대비하여 계약체결시 또는 계약체결 이후 제24조(대리청구인의 지정) 제1항 제1호에 따라 기명으로 지정하는 보험금의 대리청구인을 말합니다.

나. 무기명 대리청구인: 계약자가 주계약 및 특약에서 정한 보험금을 직접 청구할 수 없는 경우를 대비하여 계약체결시 또는 계약체결 이후 제24조(대리청구인의 지정) 제1항 제2호에 따라 무기명으로 지정하는 보험금의 대리청구인을 말합니다.

제2관 보험금의 지급

제3조 【“LTC주요질병”의 정의 및 진단확정】

① 이 특약에 있어서 “LTC 주요질병”이라 함은 한국표준질병사인분류에 따른 “치매”, “뇌혈관질환”, “특정신경계질환” 중 별표 3(LTC 주요질병 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

② “치매”의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 정신건강의학과 또는 신경과 전문의 자격증을 가진 자에 의한 진단서에 의합니다. 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, 이 진단확정의 경우, 상기의 검사들을 포함하여 종합적인 평가를 통해 이루어져야 하므로 한 가지 검사만 시행하여 확정할 수 없으며, 회사는 치매상태의 조사나 확인을 위해 필요한 경우 계약자 또는 피보험자에게 치매의 진단을 위해 실시한 검사결과 제출을 요청할 수 있습니다.

③ 제2항에도 불구하고 “정신분열병이나 우울증과 같은 정신질환으로 인한 인지기능의 장애” 및 “알코올중독, 의사의 처방에 의하지 않는 약물의 투여로 인한 인지기능의 장애”는 보장대상에서 제외합니다.

④ “뇌혈관질환”의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 의사(치과의사 제외)의 면허를 가진 자에 의하여 내려져야 합니다.

⑤ “뇌혈관질환”의 진단은 병력·신경학적 검진과 함께 뇌 전산화단층촬영(brain CT scan), 자기 공명영상(MRI), 뇌혈관조영술, 양전자방출단층촬영(PET), 단일광자방출 전산화단층촬영(SPECT), 뇌척수액검사를 기초로 하여야 합니다. 다만, 뇌혈관질환의 진단은 상기 검진 및 검사 결과에 일치되게 “뇌혈관질환”의 특징적인 소견이 발병 당시 새롭게 출현함을 근거로 하여야 합니다. 경동맥 초음파 및 TOF MRA(time-of-flight MRA, 유체속도강조 자기공명혈관조영법)등 선별검사(Screening test, 스크리닝 테스트)는 뇌혈관질환을 최초 진단 확정하기 위한 검사가 아닙니다.

⑥ “특정신경계질환”의 진단확정은 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 신경과 전문의 자격증을 가진 자의 진단서에 의합니다.

⑦ 제 2 항에서 제 6 항에도 불구하고 피보험자가 사망하여 상기 검사방법을 진단의 기초로 할 수 없는 경우에 한하여 피보험자가 치매, 뇌혈관질환 또는 신경계질환으로 진단 또는 치료를 받았음을 증명할 수 있는 문서화된 기록 또는 증거를 진단확정의 기초로 할 수 있습니다.

제4조 【“입원”의 정의와 장소】

이 특약에 있어서 “입원”이라 함은 의사, 치과의사 또는 한의사의 면허를 가진 자(이하 “의사”라 합니다)에 의하여 별표 3(“LTC주요질병 분류표” 참조)에서 정하는 LTC주요질병 (이하 “LTC주요질병”라 합니다)로 인한 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 “의료기관”이라 합니다)에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.

제5조 【“간호·간병통합서비스”의 정의】

이 특약에 있어서 “간호·간병통합서비스”라 함은 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스 제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 말합니다.

제6조 【“요양병원”의 정의】

“요양병원”이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항 3호에서 규정한 요양병원 또는 국외의 의료관련 법에서 정한 요양병원을 말합니다.

제7조 【법령 개정에 따른 계약 내용의 변경】

- ① 제5조(“간호·간병통합서비스”의 정의)의 “간호·간병통합서비스”의 정의가 의료법 및 관련 법령(이하 “법령”이라 합니다)의 개정에 따라 변경된 경우에는 보험금 지급사유가 발생한 시점의 법령에 따른 기준을 적용합니다.
- ② 제1항에도 불구하고 다음 각 호 중 어느 한 가지에 해당하는 경우에는 회사는 객관적이고 합리적인 범위 내에서 기존 특약내용에 상응하는 새로운 보장내용으로 변경하여 드리며, 보장내용 및 보험료 등의 변경사항을 제3항에 따라 계약자에게 안내합니다.
 1. 법령의 개정으로 따라 보험금 지급사유 관련 판정기준 제도가 폐지되는 경우
 2. 법령의 개정으로 따라 보험금 지급사유 관련 판정기준 제도의 변경으로 보험금 지급사유 해당 여부 판정이 불가능한 경우
 3. 제1호 및 제2호 이외의 법령의 개정으로 따라 보험회사의 건전한 경영을 해칠 수가 있거나 보험계약자에게 불리한 내용이 있는 등의 사유로 금융위원회의 명령이 있는 경우
- ③ 회사는 제2항에 따라 안내할 때에는 계약내용 변경일의 15일 이전까지 서면(등기우편 등), 전화(음성녹취) 또는 전자문서 등으로 보장내용 및 보험가입금액 변경내역, 보험료 수준, 계약내용 변경 절차 등을 계약자에게 2회 이상 알립니다.
- ④ 제2항에도 불구하고 계약자가 약관내용 변경을 원하지 않는 경우에는 회사는 계약자에게 이 계약의 “보험료 및 해약환급금 산출방법서”에서 정하는 바에 따라 계약내용 변경시점의 계약자적립액을 지급하고, 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 않습니다.
- ⑤ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우 보장내용 및 보험가입금액 등이 변경될 수 있습니다.
- ⑥ 제2항에 따라 계약내용을 변경하는 경우에는 납입보험료가 변경될 수 있으며, 계약내용 변경 시점 이후 잔여보험기간의 보장을 위한 재원인 계약자적립액 정산으로 계약자가 추가로 납입하여야 할(또는 반환 받을) 금액이 발생할 수 있습니다.

제8조 【보험금의 지급사유】

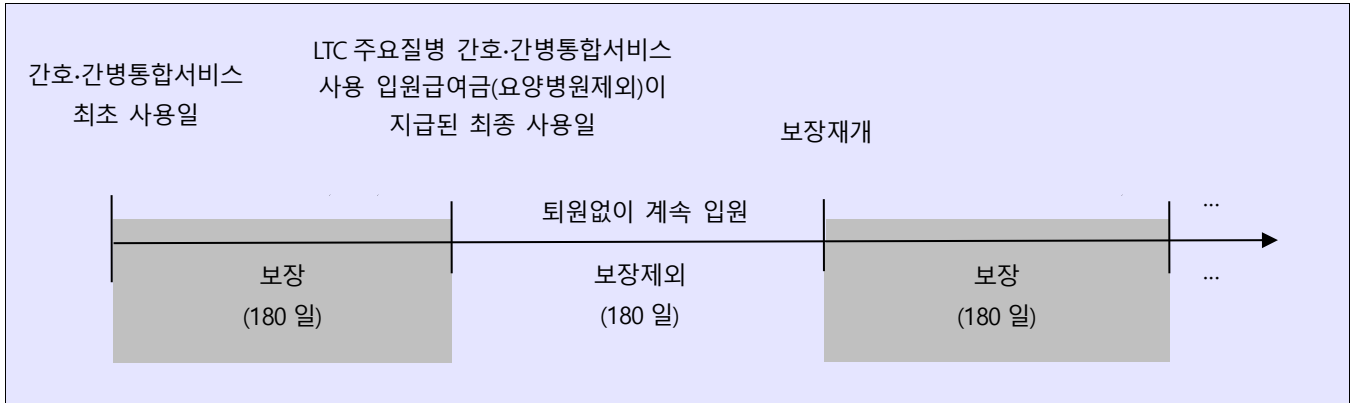
회사는 피보험자가 보험기간 중 제18조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제4항 및 제5항에서 정한 LTC주요질병 보장개시일 이후에 “LTC주요질병”으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 1일 이상 계속하여 요양병원을 제외한 의료기관에 입원하며 간호·간병통합서비스를 사용하였을 때 보험수익자에게 LTC주요질병 간호·간병통합서비스사용 입원급여금(요양병원 제외)(단, 간호·간병통합서비스 사용일수 1일당, 1회 입원당 사용일수 180일 한도)(별표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다.

제9조 【보험금 지급에 관한 세부규정】

- ① 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제합니다.
- ② 최초계약의 경우 보험계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 제8조(보험금의 지급사유)에서 정하는 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 해당 입원급여금의 50%를 지급합니다.
- ③ 제2항에도 불구하고 보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 LTC주요질병 중 “치매”, “특정신경계질환”으로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에 한하여 감액없이 LTC주요질병 간호·간병통합서비스사용 입원급여금(요양병원제외)을 지급합니다.
- ④ 보험금의 지급사유가 보험계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 발생하였다 할지라도 간호·간병통합서비스 사용일이 보험계약일부터 1년 이후까지 계속되었을 경우, 1년 미만의 기간에 대하여는 간호·간병통합서비스 사용일수 1일당 해당 입원급여금의 50%를 지급하며, 1년 이후의 기간에 대하여는 간호·간병통합서비스 사용일수 1일당 해당 입원급여금의 100%를 지급합니다.
- ⑤ 제2항 및 제4항에도 불구하고 갱신계약의 경우에는 감액없이 해당 입원급여금을 지급합니다.
- ⑥ 제8조(보험금의 지급사유)의 경우 피보험자가 의료기관(단, 요양병원 제외)을 이전하여 입원한 경우에도 동일한 질병으로 인하여 그 치료를 직접 목적으로 입원한 때에는 계속하여 입원한 것으로 봅니다.
- ⑦ 제8조(보험금의 지급사유)의 간호·간병통합서비스 사용일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다. 다만, 특약이 갱신되어 입원이 갱신 전후에 계속되는 경우의 간호·간병통합서비스 사용일수는 갱신 전후에 계속되는 총 간호·간병통합서비스 사용일을 기준으로 1회 입원당 180일을 최고 한도로 하여 계산합니다.
- ⑧ 피보험자가 동일한 질병으로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 2회 이상 입원한 경우에는 1회 입원으로 간주하여 각

간호·간병통합서비스 사용일수를 더하고 제7항의 규정을 적용합니다.

⑨ 제8항에도 불구하고 동일한 질병에 의한 입원이라도 LTC주요질병 간호·간병통합서비스사용 입원급여금(요양병원제외)이 지급된 최종 간호·간병통합서비스 사용일의 다음 날부터 180일이 지난 후 간호·간병통합서비스를 사용한 경우에는 새로운 입원에 대한 간호·간병통합서비스의 사용으로 봅니다. 다만, 아래와 같이 LTC주요질병 간호·간병통합서비스사용 입원급여금(요양병원제외)이 지급된 최종 간호·간병통합서비스 사용일부터 180일이 경과하도록 퇴원없이 계속 입원중인 경우에는 LTC주요질병 간호·간병통합서비스사용 입원급여금(요양병원제외)이 지급된 최종 간호·간병통합서비스 사용일의 다음 날부터 180일이 지난 후 사용한 간호·간병통합서비스는 새로운 입원에 대한 간호·간병통합서비스의 사용으로 봅니다.



⑩ 제8조(보험금의 지급사유)의 지급사유에 해당하는 입원기간 중 보험기간이 끝났을 때에도 그 계속 중인 입원기간에 대하여 제7항에 따라 계속 LTC주요질병 간호·간병통합서비스사용 입원급여금(요양병원제외)을 지급합니다.

⑪ 피보험자가 정당한 이유 없이 입원기간 중 의사에 지시에 따르지 않은 때에는 회사는 제8조(보험금의 지급사유) 보험금의 전부 또는 일부를 지급하지 않습니다.

⑫ 제1항에도 불구하고, 주계약이 갱신형 계약일 때에는, 보험료 납입이 면제된 이후에 제17조(특약의 갱신)에 따라 특약을 갱신하는 경우 보험료 납입은 더 이상 면제되지 않으며, 계약자는 갱신된 특약의 보험료를 납입하여야 합니다.

⑬ 보험수익자와 회사가 제8조(보험금의 지급사유)의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다.

제10조 【보험금을 지급하지 않는 사유】

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않습니다.

1. 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우. 다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해침으로써 보험금 지급사유가 발생하였을 경우에는 보험금을 지급합니다.
2. 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우
다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.
3. 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

제11조 【보험금 등의 청구】

① 보험수익자는 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.

1. 청구서(회사양식)
2. 사고증명서(사망진단서, 입원증명서, 입원치료확인서, LTC주요질병 진단확인서, 검사결과지 등)
3. 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관발행 신분증, 본인이 아닌 경우에는 본인의 인감증명서, 본인서명사실확인서 또는 안전성과 신뢰성이 확보된 전자적 수단을 활용한 보험수익자 의사표시의 확인방법 포함)
4. 기타 보험수익자가 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류

② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

③ 간호·간병통합서비스를 사용한 경우, 제1항의 사고증명서는 간호·간병통합서비스 사용여부 및 사용일자를 판단할 수 있는 서류여야 합니다.

제12조 【보험금 등의 지급절차】

- ① 회사는 제11조(보험금 등의 청구)에 정한 서류를 접수한 때에는 접수증을 드리고 휴대전화 문자메세지 또는 전자우편 등으로도 송부하며, 그 서류를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급합니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급합니다.
- ② 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 보험금 지급일까지의 기간에 대한 이자는 별표2(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)와 같이 계산합니다.
- ③ 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급 제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 중 어느 하나에 해당하는 경우를 제외하고는 제11조(보험금 등의 청구)에서 정한 서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
 1. 소송제기
 2. 분쟁조정신청(금융감독원 금융분쟁조정위원회 또는 한국소비자원 소비자분쟁조정위원회)
 3. 수사기관의 조사
 4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
 5. 제5항에 따른 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 인하여 보험금 지급사유의 조사 및 확인이 지연되는 경우
 6. 제9조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제13항에 따라 보험금 지급사유 등에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ④ 제3항에 의하여 추가적인 조사가 이루어지는 경우, 회사는 보험수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ⑤ 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.
- ⑥ 회사는 제5항의 서면조사에 대한 동의 요청시 조사목적, 사용처 등을 명시하고 설명합니다.

【보험금 가지급제도】

지급기한 내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 판단될 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도를 말하며, 이는 피보험자가 당장 필요로 하는 비용을 보전해 주기 위해 회사가 먼저 지급해주는 임시 급부금입니다.

제3관 보험계약의 성립과 유지

제13조 【특약의 체결 및 소멸】

- ① 이 특약은 주계약을 체결할 때 계약자의 청약과 회사의 승낙으로 주계약에 부가하여 이루어집니다.
- ② 제1항의 규정에도 불구하고 주계약의 보장개시일 이후에 이 특약을 청약하는 경우에는 회사의 승낙을 얻어 주계약에 부가하여 이 특약을 체결할 수 있습니다.
- ③ 다음 중 어느 하나의 사유가 발생한 경우 이 특약은 그 때부터 효력이 없습니다.
 1. 주계약이 해지 또는 기타 사유에 따라 효력이 없어진 경우. 다만, 주계약의 보험금 지급으로 인하여 주계약이 소멸하는 경우 또는 특약의 보험료 납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등으로 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 소멸되지 않습니다.
 2. 피보험자가 사망하여 보험금의 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우. 다만, 이 경우에는 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
- ④ 제3항의 '사망'에는 보험기간에 다음 어느 하나의 사유가 발생한 경우를 포함합니다.
 1. 실종선고를 받은 경우: 법원에서 인정한 실종기간이 끝나는 때에 사망한 것으로 봅니다.
 2. 관공서에서 수해, 화재나 그 밖의 재난을 조사하고 사망한 것으로 통보하는 경우: 가족관계등록부에 기재된 사망연월일을 기준으로 합니다.

【실종선고】

어떤 사람의 생사불명 상태가 일정기간 이상 계속될 때 일정절차에 따라 법원이 사망한 것으로 인정하는 제도를 말합니다.

- ⑤ 제3항 제2호의 계약자적립액 지급사유가 발생한 경우 계약자는 제11조(보험금 등의 청구) 제1항의 서류 중 계약자적립액 지급과 관련된 서류를 제출하고 계약자적립액을 청구하여야 합니다. 계약자적립액의 지급절차는 제12조(보험금 등의 지급절차)의 규정을 따르며, 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표2(보험금을 지급할 때의

적립이율 계산)에서 정한 이율을 연단위 복리로 계산합니다.

【계약자적립액】

장래의 해약환급금 등을 지급하기 위하여 계약자가 납입한 보험료 중 일정액을 기준으로 보험료 및 해약환급금 산출방법서에서 정한 방법에 따라 계산한 금액을 말합니다.

제14조 【특약의 무효】

① 다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 특약을 무효로 하며 특약의 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 특약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 특약을 체결할 때 특약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 봅니다.

2. 피보험자가 계약일부터 제18조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제4항 및 제5항에서 정한 “LTC주요질병 보장개시일”의 전일 이전에 제3조(“LTC주요질병”의 정의 및 진단확정)에서 정하는 LTC주요질병으로 진단 확정된 경우

② 보험료 납입이 면제된 경우, 제1항에서 무효로 된 특약의 ‘이미 납입한 보험료’는 계약자가 실제로 납입한 보험료로 합니다.

제15조 【특약내용의 변경】

① 회사는 계약자가 특약의 보험기간 중 회사의 승낙을 얻어 주계약의 내용을 변경할 때 동일 내용으로 변경하여 드립니다. 이 경우 승낙을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.

② 회사는 계약자가 특약의 보험가입금액을 감액하고자 할 때에는 그 감액된 부분은 해지된 것으로 보며, 이로써 회사가 지급하여야 할 해약환급금이 있을 때에는 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다. 이 경우 해약환급금이 없거나 최초 가입 시 안내한 보험금 또는 해약환급금보다 적어질 수 있습니다.

③ 계약자는 특약의 보험기간 중 보험금의 지급사유가 발생한 후에는 특약의 내용을 변경할 수 없습니다.

제16조 【특약의 보험기간】

이 특약의 보험기간은 이 특약을 부가할 때에 회사가 제시한 소정의 범위내에서 계약자가 선택한 보험기간으로 합니다.

제17조 【특약의 갱신】

① 제 13 조(특약의 체결 및 소멸) 제 1 항에도 불구하고 계약자가 최초계약 또는 갱신계약의 보험기간 만료일 15 일전까지 특약을 갱신하지 않는다는 뜻을 회사에 통지하지 않으면, 이 특약은 갱신되어 계속 유지되는 것으로 합니다. 단, 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간 내에 갱신 전 계약의 보험료 및 갱신계약의 제 1 회 보험료를 납입하지 않으면 이 특약은 갱신되지 않습니다.

② 보험료 납입기간 중 보험료의 납입이 면제되었다 하더라도 제 1 항에 따라 갱신계약의 제 1 회 보험료를 납입하여야 갱신되는 것으로 합니다. 다만, 이 경우 갱신계약의 보험료를 계속하여 납입하여야 합니다.

③ 제 1 항 및 제 2 항에 따라 갱신 할 때에는 갱신 전 특약과 동일한 보험기간으로 갱신됩니다. 다만, 최종 갱신계약의 보험기간 만료일은 피보험자의 90 세 계약해당일 전일로 하며, 갱신일부터 최종 갱신계약의 보험기간 만료일까지의 기간이 갱신 전 특약의 보험기간 미만인 경우에는 90 세만기로 갱신됩니다.

④ 제 1 항에서 제 3 항에도 불구하고 다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 이 특약은 갱신 되지 않습니다.

1. 갱신되는 특약의 보험기간 만료일이 주계약의 보험기간 만료일(주계약이 갱신형 계약인 경우에는 주계약 최종 갱신계약의 보험기간 만료일)을 초과하는 경우

2. 제13조(특약의 체결 및 소멸) 제3항에 따라 이 특약이 소멸된 경우

⑤ 제 1 항에서 제 3 항에 따라 갱신된 특약에 대해서 갱신 전 특약의 약관을 따릅니다. 다만, 갱신 전 특약의 약관이 법령의 개정 및 금융위원회의 명령에 따라 변경된 경우에는 갱신되기 전 최종으로 변경된 약관을 따릅니다.

⑥ 갱신계약의 효력에 관하여는 제 18 조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제 3 항 및 제 4 항에도 불구하고 갱신 전 특약의 보험기간 만료일 다음날(이하 “갱신일”이라 합니다)을 보장개시일 또는 LTC 주요질병 보장개시일로 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 LTC 주요질병 보장개시일은 부활(효력회복)일을 포함하여 90 일이 지난 날의 다음 날로 합니다.

⑦ 갱신계약의 보험료, 계약자적립액 및 해약환급금은 갱신일 현재 보험요율을 적용하여 재계산합니다.

⑧ 제 7 항의 보험요율은 피보험자 나이의 증가 및 보험료 산출에 관한 기초율(적용이율, 계약체결비용, 계약관리비용, 위험률)의 변동 등의 사유로 변동될 수 있습니다.

⑨ 회사는 다음에 해당하는 경우 계약자에게 각 해당 내용을 보험기간 만료일 30 일전까지 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 안내하여 드립니다.

1. 제 4 항 제 1 호에 따라 갱신이 제한되는 경우 그 제한 사유

2. 제 7 항 및 제 8 항에 따른 갱신계약의 보험료 변동 내용

⑩ 제2항에도 불구하고 이 특약의 주계약이 갱신형 계약이 아닌 경우에는 주계약의 보험료 납입이 면제된 이후 이 특약의 갱신시 갱신계약의 보험료도 납입을 면제하여 드립니다.

⑪ 회사는 제5항에 따라 약관이 변경되는 경우에 그 변경되는 내용과 갱신 의사를 확인하는 내용 등을 보험기간 만료일 30일전까지 서면, 전화(음성녹음) 또는 전자문서 등으로 2회 이상 안내하여 드립니다.

⑫ 회사는 제11항에 따라 갱신할 때에는 계약자의 갱신 의사를 전화(음성녹음), 직접 방문 또는 전자문서(통신판매계약의 경우 통신수단)를 통해 확인하고, 갱신 의사가 확인되는 경우 갱신일에 갱신일 현재의 약관 등으로 갱신됩니다. 다만, 계약자가 갱신을 원하지 않는 경우에는 갱신일에 변경 전 특약은 만료됩니다.

⑬ 회사가 제12항에 따라 계약자의 갱신 의사를 확인하지 못한 경우(계약자와 연락두절 등으로 회사 안내가 계약자에게 도달하지 못한 경우 포함)에는 갱신일 현재의 약관 등으로 갱신됩니다. 다만, 계약자는 갱신 90일 이내에 그 계약을 취소할 수 있습니다.

제4관 보험료의 납입

제18조 【보험료의 납입 및 회사의 보장개시】

① 이 특약의 보험료는 특약의 보험료 납입기간 중에 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 하며 주계약의 보험료를 선납하는 경우에도 또한 같습니다. 그러나 제13조(특약의 체결 및 소멸) 제2항에 따라 이 특약을 체결할 경우 특약의 보험료는 주계약의 보험료 납입을 완료하였을 때에는 특약의 보험료를 일시에 납입하여야 하며, 주계약의 보험료 납입기간 중일 때에는 회사에서 정한 별도의 방법에 따라 제1회 특약의 보험료를 정산한 다음 차회 이후의 보험료는 주계약의 보험료와 함께 납입하여야 합니다.

② 제1항에도 불구하고 주계약의 보험료 납입이 완료되었거나 주계약의 보험금 지급사유 등으로 인해 주계약이 소멸된 경우라도, 이 특약의 보험료 납입이 완료되지 않았거나 면제되지 않은 경우에는 이 특약의 보험료를 납입해야 합니다.

③ 이 특약에 대한 회사의 보장개시일은 주계약의 보장개시일과 동일합니다. 그러나 제13조(특약의 체결 및 소멸) 제2항의 경우 특약의 청약을 승낙한 경우에는 제1회 특약보험료를 받은 때부터 이 특약이 정하는 바에 따라 보장합니다.

④ 제3항에도 불구하고 제3조(“LTC주요질병”의 정의 및 진단확정) 제1항에서 정한 “LTC주요질병”에 대한 보장개시일(이하 “LTC주요질병 보장개시일”이라 합니다)은 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 하고 갱신계약의 경우 갱신일로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다. 다만, 부활(효력회복)계약의 LTC주요질병 보장개시일은 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 합니다.

⑤ 제4항에도 불구하고 보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 LTC주요질병 중 “치매”, “특정신경계질환”으로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에 한하여 제3항에서 정한 보장개시일을 LTC주요질병 보장개시일로 합니다.

제19조 【보험료의 납입이 연체되는 경우 특약의 해지】

① 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지된 경우에는 이 특약도 해지됩니다. 다만, 이 특약의 보험료납입이 완료된 이후에 주계약의 보험료를 납입하지 않아 주계약이 해지되었으나 해약환급금을 받지 않은 경우(보험계약대출 등에 따라 해약환급금이 차감되었으나 받지 않은 경우 또는 해약환급금이 없는 경우를 포함합니다)에는 해지되지 않습니다.

② 제1항에 따라 이 특약이 해지되는 경우에도 주계약에서 정한 납입최고(독촉)기간 안에 발생한 사고에 대하여 회사는 약정한 보험금을 지급합니다.

③ 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.

제20조 【보험료의 납입을 연체하여 해지된 특약의 부활(효력회복)】

① 회사는 이 특약의 부활(효력회복)청약을 받은 경우에는 주계약의 부활(효력회복)을 승낙한 경우에 한하여 주계약 약관의 부활(효력회복)의 규정에 따라 주계약과 동시에 이 특약의 부활(효력회복)을 취급합니다.

② 주계약의 부활(효력회복)을 청약할 때에 계약자부터 별도의 신청이 없을 때에는 이 특약도 동시에 부활(효력회복)을 청약한 것으로 봅니다.

③ 이 특약을 부활(효력회복)하는 경우의 보장개시일은 제18조(보험료의 납입 및 회사의 보장개시) 제3항에서 제5항의 규정을 따릅니다.

제5관 계약의 해지 및 해약환급금 등

제21조 【계약자의 임의해지】

- ① 계약자는 이 특약이 소멸하기 전에 언제든지 이 특약을 해지할 수 있으며, 이 경우 회사는 제22조(해약환급금) 제1항에 따른 해약환급금을 계약자에게 지급합니다.
- ② 주계약이 단체보험인 계약에 이 특약을 부가하는 경우에도 제1항을 따릅니다. 그러나, 피보험자가 보험료의 일부 또는 전부를 부담하는 경우에는 피보험자의 동의를 받아야 합니다.
- ③ 제1항에 따라 특약이 해지된 경우에는 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
- ④ 제1항에도 불구하고, 이 특약이 주계약 또는 특약에 의무부가 된 경우, 주계약 또는 특약 해지 시 해지 가능합니다.

제22조 【해약환급금】

- ① 이 약관에 따른 해약환급금은 보험료 및 해약환급금 산출방법서에 따라 계산합니다.
- ② 해약환급금의 지급사유가 발생한 경우 계약자는 회사에 해약환급금을 청구하여야 하며, 회사는 청구를 접수한 날부터 3영업일 이내에 해약환급금을 지급합니다. 해약환급금 지급일까지의 기간에 대한 이자의 계산은 별표2(보험금을 지급할 때의 적립이율 계산)에 따릅니다.
- ③ 회사는 경과기간별 해약환급금에 관한 표를 계약자에게 제공하여 드립니다.

제6관 대리청구인에 관한 사항

제23조 【적용대상】

이 특약의 계약자, 피보험자 및 보험수익자가 모두 동일한 경우에 한하여 적용됩니다.

제24조 【대리청구인의 지정】

- ① 계약자는 계약을 체결할 때 또는 계약체결 이후에 다음 중 어느 하나의 방식으로 대리청구인을 지정(이하, “대리청구인”이라 합니다)할 수 있습니다.
 1. 제2항에서 정한 대리청구인 지정 가능 범위에 해당하는 자 중에서 대리청구인(2인 이내에서 지정하되, 2인 지정시 대표대리인 지정)을 기명하여 지정할 수 있습니다.
 2. 제1호에도 불구하고, 무기명으로 제3항 제3호의 서류에서 확인할 수 있는 대리청구인을 지정할 수 있습니다. 단, 지정된 무기명 대리청구인은 보험금 청구 시점을 기준으로 판단됩니다.

【대리청구인 지정 예시】

· 기명 대리청구인

- 계약자가 기명하여 지정 : (예시) “김 〇〇”

· 무기명 대리청구인

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

【무기명 대리청구인 판단 예시】

- 보험 가입 당시 무기명 대리청구인을 가족관계등록부 상 배우자(가입 당시 해당 서류상 배우자 A)로 지정한 후에 계약자가 보험금을 직접 청구할 수 없어 대리청구가 이루어지는 시점에 가족관계등록부 상 배우자가 B 인 경우
→ 해당 시점 대리청구인은 제3항 제3호로 증명할 수 있는 배우자 B

- ② 제1항에 따라 지정 가능한 대리청구인은 다음 중 어느 하나에 해당하여야 합니다. 또한, 제25조(대리청구인의 변경 지정)에 따른 변경 지정 또는 제27조(대리청구인에 의한 보험금의 청구)에 따른 보험금 청구 시에도 다음 중 어느 하나에 해당하여야 합니다.
 1. 피보험자의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자
 2. 피보험자의 3촌 이내의 친족. 단, 제1항 제2호에 따른 무기명 대리청구인 지정은 피보험자의 직계존속 또는 직계비속.
- ③ 제1항에 따라 대리청구인을 지정하는 경우 다음의 서류를 제출하여야 합니다.
 1. 대리청구인 지정 신청서(회사양식)
 2. 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 확인방법을 포함하며, 이하 ‘신분증’이라 합니다)
 3. 대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부 등 계약자와의 관계를 증명할 수 있는 서류

4. 개인정보 관련 동의서

- ④ 제3항에도 불구하고, 제1항 제2호에 따라 계약자가 대리청구인을 무기명으로 지정하는 경우에는 제3항 제3호 내지 제4호에 해당하는 서류는 제출하지 않습니다.
- ⑤ 제1항에도 불구하고, 대리청구인이 지정된 이후에 제23조(적용대상)의 보험수익자가 변경되는 경우에는 이미 지정된 대리청구인의 자격은 자동으로 상실된 것으로 봅니다.

제25조 【대리청구인의 변경 지정】

- ① 계약자는 계약체결 이후 다음의 서류를 제출하고 대리청구인을 변경 지정할 수 있습니다. 이 경우 회사는 변경 지정을 서면으로 알리거나 보험증권의 뒷면에 기재하여 드립니다.
1. 대리청구인 변경신청서(회사양식)
 2. 계약자의 신분증
 3. 대리청구인의 주민등록등본, 가족관계등록부(가족관계증명서 등)
 4. 개인정보 관련 동의서
- ② 제1항에도 불구하고, 제24조(대리청구인의 지정) 제1항 제2호에 따라 계약자가 대리청구인을 무기명으로 변경 지정하는 경우에는 제1항 제3호 내지 제4호의 서류는 제출하지 않습니다.

제26조 【대리청구인에 의한 보험금의 지급절차】

- ① 대리청구인은 제27조(대리청구인에 의한 보험금의 청구)에 정한 구비서류 및 제23조(적용대상)의 보험수익자가 보험금을 직접 청구할 수 없음을 증명하는 서류를 제출하고 회사의 승낙을 얻어 해당 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하고 수령할 수 있습니다. 다만, 2인의 기명 대리청구인이 지정된 경우에는 그 중 대표대리인이 보험금을 청구하고 수령할 수 있으며, 대표대리인이 사망 등의 사유로 보험금 청구가 불가능한 경우에는 대표가 아닌 대리청구인도 보험금을 청구하고 수령할 수 있습니다.
- ② 제1항에도 불구하고, 제24조(대리청구인의 지정) 제1항 제2호에 따라 지정된 무기명 대리청구인이 보험수익자의 대리인으로서 보험금(사망보험금 제외)을 청구하는 경우에는 해당 보험금은 보험수익자의 계좌로 지급됩니다. 다만, 2인 이상의 무기명 대리청구인이 지정된 경우에는 그 중 한 명이 보험금을 청구할 수 있습니다.
- ③ 제1항에 따라 회사가 보험금을 대리청구인에게 지급한 경우에는 그 이후 보험금 청구를 받더라도 회사는 이를 지급하지 않습니다.
- ④ 제24조(대리청구인의 지정) 제1항에 따라 지정된 대리청구인이 가족관계등록부상 배우자였으나 보험금 청구 시점 당시 가족관계등록부상의 배우자가 아닐 경우에는 이미 지정된 대리청구인의 자격은 상실된 것으로 봅니다.

제27조 【대리청구인에 의한 보험금의 청구】

- ① 대리청구인은 회사가 정하는 방법에 따라 다음의 서류를 제출하고 보험금을 청구하여야 합니다.
1. 청구서(회사양식)
 2. 사고증명서(사망진단서, 입원증명서, 입원치료확인서, LTC주요질병 진단확인서, 검사결과지 등)
 3. 대리청구인의 신분증(주민등록증이나 운전면허증 등 사진이 붙은 정부기관 발행 신분증)
 4. 피보험자 및 대리청구인의 가족관계등록부(가족관계증명서 등) 및 주민등록등본
 5. 기타 대리청구인이 보험금 등의 수령에 필요하여 제출하는 서류
- ② 제1항 제2호의 사고증명서는 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관에서 발급한 것이어야 합니다.

제7관 기타사항 등

제28조 【주계약 약관 및 단체취급특약 규정의 준용】

- ① 이 특약에 정하지 않은 사항에 대하여는 주계약 약관의 규정을 따릅니다.
- ② 주계약에 단체취급특약이 부가되어 있는 경우에는 이 특약에 대하여도 단체취급특약의 규정을 따릅니다.

(별표1) 보험금 지급기준표

보험금 지급기준표

[기준: 특약보험가입금액]

급 부 명	지 급 사 유	지 급 금 액
LTC주요질병 간호·간병통합 서비스사용 입원급여금 (요양병원 제외)	피보험자가 보험기간 중 LTC주요질병 보장개시일 이후에 "LTC주요질병"으로 진단 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 1일 이상 계속하여 요양병원을 제외한 의료기관에 입원하며 간호·간병통합서비스를 사용하였을 때 (단, 1회 입원당 사용일수 180일 한도)	간호·간병통합서비스 사용일수 1일당 특약보험가입금액의 1% (단, 보험계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 지급사유가 발생하였을 경우에는 상기금액의 50%를 지급)

- 주) 1. 주계약의 보험료 납입이 면제된 경우에는 이 특약의 보험료도 납입을 면제합니다.
2. 피보험자가 보험기간 중 사망하였을 경우에는 이 특약은 그 때부터 효력이 없으며, 사망 당시의 계약자적립액을 계약자에게 지급합니다.
3. 최초계약의 경우 보험계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 해당 입원급여금의 50%를 지급하며 보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 LTC주요질병 중 "치매", "특정신경계질환"으로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에 한하여 계약일부터 해당 보험금의 100%를 지급합니다. 다만, 갱신계약의 경우 지급사유 발생시 감액없이 보험금을 지급합니다.
4. 주 3)에도 불구하고 보험금의 지급사유가 보험계약일부터 1년이 지난 보험계약해당일 전일 이전에 발생하였다 할지라도 간호·간병통합서비스 사용일이 보험계약일부터 1년 이후까지 계속되었을 경우, 1년 미만의 기간에 대하여는 간호·간병통합서비스 사용일수 1일당 해당 입원급여금의 50%를 지급하며, 1년 이후의 기간에 대하여는 간호·간병통합서비스 사용일수 1일당 해당 입원급여금의 100%를 지급합니다.
5. LTC주요질병 간호·간병통합서비스 입원급여금(요양병원 제외)의 간호·간병통합서비스 사용일수는 1회 입원당 180일을 최고 한도로 합니다. 다만, 특약이 갱신되어 입원이 갱신 전후에 계속되는 경우의 간호·간병통합서비스 사용일수는 갱신 전후에 계속되는 총 간호·간병통합서비스 사용일을 기준으로 1회 입원당 180일을 최고 한도로 하여 계산합니다.
6. LTC주요질병 보장개시일은 최초계약의 경우 계약일부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 하고 갱신계약의 경우 갱신일로 합니다. 다만, 부활(효력회복) 계약의 LTC주요질병 보장개시일은 부활(효력회복)일을 포함하여 90일이 지난 날의 다음 날로 하며, 보험기간 중 발생한 재해를 직접적인 원인으로 LTC주요질병 중 "치매", "특정신경계질환"으로 진단확정되고, 그 치료를 직접적인 목적으로 입원한 경우에 한하여 계약일을 보장개시일로 합니다.
7. 피보험자가 LTC주요질병 보장개시일의 전일 이전에 LTC주요질병으로 진단 확정되는 경우에는 특약을 무효로 하며 특약의 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다.

(별표2) 보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

보험금을 지급할 때의 적립이율 계산

구분	기간	지급이자
LTC주요질병 간호·간병통합 서비스사용 입원급여금(요양병원제외) 계약자적립액 (제8조, 제13조 제3항)	지급기일의 다음 날부터 30 일 이내 기간	보험계약대출이율
	지급기일의 31 일 이후부터 60 일 이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(4.0%)
	지급기일의 61 일 이후부터 90 일 이내 기간	보험계약대출이율+가산이율(6.0%)
	지급기일의 91 일 이후 기간	보험계약대출이율+가산이율(8.0%)
해약환급금 (제22조 제1항)	지급사유가 발생한 날의 다음 날부터 청구일까지의 기간	1년 이내: 평균공시이율의 50% 1년 초과기간: 평균공시이율의 40%
	청구일의 다음 날부터 지급일까지의 기간	보험계약대출이율

- 주) 1. 지급이자의 계산은 연단위 복리로 일자 계산하며, 이 계약의 약관에서 정한 소멸시효가 완성된 이후에는 지급하지 않습니다.
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 제12조(보험금 등의 지급절차) 제3항 각 호의 어느 하나에 해당되는 사유로 지연된 경우에는 해당기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.
4. 가산이율 적용시 금융위원회 또는 금융감독원이 정당한 사유로 인정하는 경우에는 해당 기간에 대하여 가산이율을 적용하지 않습니다.

5. 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.

(별표3) LTC주요질병 분류표

LTC주요질병 분류표

I. 약관에서 규정하는 “LTC주요질병”으로 분류되는 질병은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행) 중 다음에 적은 질병을 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 판단합니다.

구 분	분 류 항 목	분류번호
치 매	1. 알츠하이머병에서의 치매	F00
	2. 혈관성 치매	F01
	3. 달리 분류된 기타 질환에서의 치매	F02
	4. 상세불명의 치매	F03
	5. 치매에 병발된 섬망	F05.1
	6. 알츠하이머병	G30
뇌 혈 관 질 환	7. 거미막하출혈	I60
	8. 뇌내출혈	I61
	9. 기타 비외상성 두개내출혈	I62
	10. 뇌경색증	I63
	11. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
	12. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
	13. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
	14. 기타 뇌혈관질환	I67
	15. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68
	16. 뇌혈관질환의 후유증	I69
특 정 신 경 계 질 환	17. 척수성 근위축 및 관련 증후군	G12
	18. 달리 분류된 질환에서의 일차적으로 중추신경계통에 영향을 주는 계통성 위축	G13
	19. 파킨슨병	G20
	20. 이차성 파킨슨증	G21
	21. 달리 분류된 질환에서의 파킨슨증	G22
	22. 기저핵의 기타 퇴행성 질환	G23
	23. 다발경화증	G35

주) 1. “정신분열증이나 우울증과 같은 정신질환으로 인한 인지기능의 장애” 및 “알코올중독, 의사의 처방에 의하지 않는 약물의 투여로 인한 인지기능의 장애”는 보장대상에서 제외합니다.
2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부는 진단확정일 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.
3. 상기 외에도 대상질병 분류표의 분류번호와 연관성이 있어, 분류번호가 동시에 부여된 경우 대상질병 분류에 포함합니다.

II. 진단확정일 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 질병에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 질병 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

(별표4) 재해분류표

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 제2조 제2호에서 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 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우

② 사고의 원인이 다음과 같은 경우

- 과잉노력 및 격심한 또는 반복적 운동(X50)
- 무중력환경에서의 장기간 체류(X52)
- 식량부족(X53)
- 물부족(X54)
- 상세불명의 결핍(X57)
- 고의적 자해(X60~X84)
- "법적 개입" 중 법적 처형(Y35.5)

③ "외과적 및 내과적 치료 중 환자의 재난(Y60~Y69)" 중 진료기관의 고의 또는 과실이 없는 사고(단, 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), 호흡과 관련된 기타 불의의 위험(W75~W84), 눈 또는 인체의 개구부를 통하여 들어온 이물(W44)" 중 질병에 의한 호흡장애 및 삼킴장애

⑥ 한국표준질병·사인분류상의 (U00~U99)에 해당하는 질병

(※) 1. () 안은 제9차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2025-299호, 2026.1.1시행)상의 분류번호를 말하며, 이후 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우는 개정된 기준에 따라 이 약관에서 보장하는 재해 해당 여부를 판단합니다.

2. 제10차 개정 이후 이 약관에서 보장하는 재해 해당 여부는 진단확정일 당시 시행되고 있는 한국표준질병·사인분류에 따라 판단합니다.

3. 진단확정일 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 이 약관에서 보장하는 재해에 대한 보험금 지급여부가 판단된 경우, 이후 한국표준질병·사인분류 개정으로 분류가 변경되더라도 이 약관에서 보장하는 재해 해당 여부를 다시 판단하지 않습니다.

※ 위 1. 보장대상이 되는 재해 ②에 해당하는 감염병은 진단확정일 당시 시행중인 법률을 적용하며, 2. 보험금을 지급하지 않는 재해 ⑥에 해당하더라도 보장대상에서 제외하지 않습니다.