

상품요약서

이 상품요약서는 보험약관 등 「삼성 함께가는 요양보험(2408)(무배당,무해약환급금형)」의 기초 서류에 기재된 주요내용을 요약한 것이므로 구체적인 내용은 반드시 보험약관 등을 참조하시기 바랍니다.

상품의 특이사항

Q	이 상품의 특이사항은 무엇인가요?
A	<p>이 상품은 "무해약환급금형" 상품으로 「보험료 납입기간」 계약해당일의 전일까지 중도에 해지될 경우(특약의 효력이 없어진 경우 포함) 해약환급금을 지급하지 않으며, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후의 해약환급금이 「해약품을 적용하지 않는 동일한 보장 내용의 상품(이하, "유해약환급금형상품"이라함)」 대비 동일하거나 적은 대신 "유해약환급금형상품"보다 낮은 보험료로 가입할 수 있는 보험상품입니다. 단, 「보험료 납입기간」 계약해당일 이후에 해지 시 납입되지 않은 보험료가 있는 경우, 해약환급금에서 납입되지 않은 보험료를 차감하여 지급합니다.</p>
Q	시니어케어서비스(요양형)란 무엇인가요?
A	<ul style="list-style-type: none"> - 시니어케어서비스는 회사가 정한 서비스 부가 기준을 충족한 경우에 한하여 제공해 드리는 건강관리서비스이며, 회사가 정한 방법에 따라 다음과 같이 제공합니다. - 서비스 이용 조건 <ul style="list-style-type: none"> · 계약일+30일부터 계약의 보험기간까지 제공 (단, 서비스별 제공사유의 최초발생일은 장기요양상태 보장개시일 기준) - 서비스 내용 <ul style="list-style-type: none"> · 베이직케어서비스(평상시) <ul style="list-style-type: none"> · 건강상담, 병원/명의 안내, 진료예약 대행(상급병원, 종합병원 등), 건강검진 설계/예약/결과상담, 안부콜 서비스(정기안부전화 및 건강 모니터링), 치매 스크리닝: 이상징후 발견시 가족알림/치료연계, 치매 위험 모니터링 /인지기능 개선 프로그램(APP기반) · 프리미엄케어서비스(진단시)[장기요양상태(1-4등급)] <ul style="list-style-type: none"> · 상급종합병원 간호사동행서비스, 간호사동행서비스, 입원시 간병인(24시간 1회), 가사도우미(4시간 0.5회), 재활운동 지원 서비스(1시간 1회)- 동행인 지원 서비스(4시간 0.5회) ※ 상기 서비스는 항목별 이용횟수를 더하여 합산 10회 한도 · 요양 테이케어서비스(진단시) <ul style="list-style-type: none"> ① 장기요양상태(1-2등급) <ul style="list-style-type: none"> · 요양시설 입소 상담, 서울 상급병원 외래 통원시 제휴호텔 숙박지원(1박), 상급병원 입퇴원/요양시설 입소시 차량에스코트(동일권역내, 각 1회), 병원간 애크런스 이송 지원 서비스(동일권역내,1회), 호스피스 병원 안내 및 예약 지원, 방문목록 (연3회, 재가급여 이용한도 초과 비용 지원) ② 장기요양상태(3-4등급) <ul style="list-style-type: none"> · 방문요양(연4회, 재가급여 이용한도 초과 비용 지원) ③ 장기요양상태(5-인지지원등급) <ul style="list-style-type: none"> · 주야간보호서비스(연6회, 재가급여 이용한도 초과 비용 지원) - 요양상태 진단기준 <ul style="list-style-type: none"> · 장기요양상태(1-4등급) : 「만65세 이상 노인」 또는 「노인성 질병을 가진 만65세 미만의 자」로서 거동이 현저히 불편하여 장기요양이 필요하다고 판단되어 노인장기요양보험법에 따라 장기요양등급판정위원회에서 장기요양 1-4등급으로 판정받은 경우를 말함. · 장기요양상태(1-2등급) : 「만65세 이상 노인」 또는 「노인성 질병을 가진 만65세 미만의 자」로서 거동이 현저히 불편하여 장기요양이 필요하다고 판단되어 노인장기요양보험법에 따라 장기요양등급판정위원회에서 장기요양 1-2등급으로 판정받은 경우를 말함. · 장기요양상태(1-인지지원등급) : 「만65세 이상 노인」 또는 「노인성 질병을 가진 만65세 미만의 자」로서 거동이 현저히 불편하여 장기요양이 필요하다고 판단되어 노인장기요양보험법에 따라 장기요양등급판정위원회에서 "장기요양 1-인지지원등급"으로 판정받은 경우를 말함. · 치매가 있는 장기요양상태(1-인지지원등급) : "치매상태"로 진단 확정되고 노인장기요양보험법에 따라 장기요양등급판정위원회에서 "장기요양상태(1-인지지원등급)"으로 판정받은 경우를 말함 - 시니어케어서비스는 회사의 제휴사에서 제공하는 서비스이며 서비스에 대한 책임은 제휴사에 있습니다. - 프리미엄케어서비스 및 치매안심케어서비스의 경우, 본 서비스 제공기간 중 각 서비스 제공 사유별 최초 사유 발생일부터 5년간 제공됩니다. 단, 프리미엄 케어서비스의 경우 경증이상치매상태로 진단확정일부터 5년간 총 10회에 한하여 서비스를 이용할 수 있습니다. - 상기 시니어케어서비스 내용은 2024년 8월 기준이며, 향후 제공여건 변화에 따라 서비스 내용 및 제공방법, 제휴회사가 변경되거나 중지될 수 있습니다. 이 경우 회사는 서비스 변경 내용 또는 중지 사유에 대하여 안내장 또는 모바일메시지 등을 통하여 이용자에게 사전에 알려 드립니다.

보험가입자격요건

1. 보험종류

- 순수보장형, 개인형

2. 보험기간

- 90/95/100세만기
- 단, 갱신타입은 특약별로 5년 만기 갱신으로 하며, 피보험자의 최종갱신계약의 보험기간 만료일이 5년 미만일 경우 그 남은 기간을 특약의 보험기간으로 합니다.

3. 보험료 납입기간

- 5/7/10/15/20/30년납
- ※ 갱신타입 특약의 납입기간은 전기납으로 합니다.

4. 보험료 납입주기

- 월납

5. 가입나이

- 30세 ~ 75세
- ※ 보험기간 및 납입기간에 따라 가입나이에 제한이 있을 수 있습니다.
- ※ 만나이가 아닌 나이는 보험나이입니다.
- 보험나이에 대한 설명은 약관을 참고하시기 바랍니다.

6. 가입한도

- 주계약 가입금액 : 100만원 이상 10,000만원 이하
- ※ 다만, 주계약 및 특약별 가입한도는 회사가 별도로 정한 기준에 따라 적용하며, 기준에 가입한 보험가입내용 및 가입경로 등에 따라 주계약 및 특약별 가입한도는 조정될 수 있습니다.

7. 건강진단 여부

이 보험은 피보험자의 기존 보험가입상황 및 나이, 청약서의 계약 전 알릴 의무사항에 따라 건강진단을 시행할 수 있으며, 그 결과에 따라 보험가입 가능여부를 판정할 수 있습니다.

보험금 지급사유 및 지급제한사항

1. 상품의 구성

주계약	삼성 함께가는 요양보험(2408)(무배당, 무해약환급금형)
선택특약	장기요양(1-2등급)지원특약(무배당, 무해약환급금형) 장기요양(1-4등급)지원특약(무배당, 무해약환급금형) 장기요양(1-4등급)재가급여지원특약(Ⅱ)(무배당, 무해약환급금형) 장기요양(1-4등급)입원(종합병원이상)특약(무배당, 무해약환급금형) 장기요양(1-2등급)인플레이션지원특약(무배당, 무해약환급금형) 치매장기요양(1-인지지원등급)재가급여지원특약(무배당, 무해약환급금형) 치매장기요양(1-5등급)재가급여지원특약(무배당, 무해약환급금형) 치매장기요양(1-5등급)시설급여지원특약(무배당, 무해약환급금형) 4대질병보험료납입지원특약D(무배당) 4대질병및장기요양(1-2등급)보험료환급특약(무배당, 무해약환급금형) 입원간병인사용(요양병원제외)특약(무배당, 무해약환급금형) 입원간병인사용(요양병원)특약(무배당, 무해약환급금형) 입원간호간병통합서비스보장특약(무배당, 무해약환급금형) 경도인지장애·최경증이상치매보장특약N5[돌봄로봇제공형](갱신형, 무배당)
제도성특약	특정신체부위·질병보장제한부인수특약 특별조건부특약 이륜자동차 및 원동기장치 자전거 운전·탑승부담보특약 장애인전용보험전환특약 선지급서비스특약 사후정리특약

2. 보험금 지급사유

아래의 내용은 보험금 지급사유 및 보장내용별 보험금 지급제한 사항에 대한 개략적인 내용이므로 자세한 내용은 해당 약관을 참고하시기 바랍니다.

[주계약]

(기준 : 보험가입금액 1,000만원)

급부명	지급사유	지급금액
장기요양 (1-2등급) 진단보험금	「장기요양상태 보장개시일」 이후에 「장기요양상태(1-2등급)」으로 판정 확정 되었을 경우	1,000万
사망보험금	보험기간 중 사망하였을 경우	1,000万

(주)

1. 장기요양상태 보장개시일 : 계약일[부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날. 다만, 재해를 직접적인 원인으로 발생한 경우 보장개시일은 계약일[부활(효력회복)일]과 동일
2. 계약소멸사유 : 상기 보험금 지급사유가 발생한 경우
3. 사망보험금 또는 장기요양(1-2등급)진단보험금 중 최초 1회에 한하여 지급하며 사망보험금 지급사유가 발생한 이후에는 장기요양(1-2등급)진단보험금이 지급되지 않고, 장기요양(1-2등급)진단보험금 지급사유가 발생한 이후에는 사망보험금이 지급되지 않습니다.
4. 「장기요양상태 보장개시일」 이후에 최초로 “장기요양상태(1-2등급)”로 판정 확정 되었을 때에는 이 계약은 그때부터 효력이 없습니다. 다만, 이 경우 이 계약에서 보험료 납입 면제 사유가 발생한 것으로 봅니다.
5. 보장의 대상이 되는 재해는 보험기간 중 발생한 재해에 한합니다.

[선택특약]

(기준 : 특약가입금액 1000만원)

특약명	지급사유	지급금액
장기요양(1-2등급)지원특약(무배당, 무해약환급금형)	<input type="checkbox"/> 장기요양(1-2등급)지원금 - 보험기간 중 「장기요양상태 보장개시일」 이후에 최초로 장기요양상태(1-2등급)로 판정 확정되고, 그 장기요양상태(1-2등급)로 판정 확정된 날부터 보험기간동안 "방문요양" 또는 "시설급여"를 이용하거나 질병 또는 재해로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 "입원"시(통합재가서비스를 통해 제공받는 방문요양 포함)	(1일당) 1万 (1일 1회한)

(주)

1. 보험료 납입기간 중 주계약이 유효한 경우에 한하여 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약에서 「장기요양상태 보장개시일」 이후에 최초로 "장기요양상태(1-2등급)"로 판정 확정 되는 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
2. 노인장기요양보험법에 의해 장기요양급여의 제한을 받은 경우 보험금은 지급되지 않으며, 보험료의 납입 면제 사유도 발생하지 않은 것으로 봅니다.
3. 이 특약에서 「장기요양상태 보장개시일」 은 계약일[부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날입니다. 다만, 재해를 직접적인 원인으로 “장기요양상태(1-2등급)” 로 판정 확정된 경우에는 계약일[부활(효력회복)일]을 보장개시일로 합니다.
4. 이 특약은 피보험자 사망시 또는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 소멸합니다. 또한 이 특약에서 보험기간 중 "장기요양상태(1-2등급)"로 판정 확정되기 전에 피보험자가 사망한 경우 사망당시 계약자적립액을 지급합니다.
5. 이 특약은 「장기요양상태 보장개시일」 이후에 장기요양상태(1-2등급)으로 판정 확정시 해지불가합니다.
6. 이 특약에서 피보험자가 보험기간 중 「장기요양상태 보장개시일」 이후에 "장기요양상태(1-2등급)"로 확정되고 "최초 장기요양상태(1-2등급) 판정 확정일"부터 10년 경과되는 날 전일 이전에 보험기간이 종료되더라도 "최초 장기요양(1-2등급)상태 판정 확정일"부터 이후 10년 경과되는 날 전일까지 보험금 지급사유가 발생한 경우 해당보험금을 지급합니다.
7. 이 특약에서 피보험자가 동일한 날짜에 "방문요양", "시설급여" 또는 "입원" 중 두 가지 이상의 사유가 동시에 발생하는 경우에도 회사는 1일당 1회에 해당하는 장기요양(1-2등급)지원금만 지급합니다.

(기준 : 특약가입금액 1000만원)

특약명	지급사유	지급금액
장기요양(1-4등급)지원특약(무배당, 무해약환급금형)	<input type="checkbox"/> 장기요양(1-4등급)지원금 - 보험기간 중 「장기요양상태 보장개시일」 이후에 최초로 장기요양상태(1-4등급)로 판정 확정되고, 그 장기요양상태(1-4등급)로 판정 확정된 날부터 보험기간동안 "방문요양" 또는 "시설급여"를 이용하거나 질병 또는 재해로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 "입원"시(통합재가서비스를 통해 제공받는 방문요양 포함)	(1일당) 1만 (1일 1회한)
	<input type="checkbox"/> 가족돌봄지원금 - 보험기간 중 「장기요양상태 보장개시일」 이후에 최초로 “장기요양상태(1-4등급)”로 판정 확정되고, 그 장기요양상태(1-4등급)로 판정 확정된 날부터 보험기간동안 "가족돌봄"을 받은 경우	(1일당) 0.5만 (1일 1회한)

(주)

1. 보험료 납입기간 중 주계약이 유효한 경우에 한하여 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약에서 「장기요양상태 보장개시일」 이후에 최초로 "장기요양상태(1-4등급)"로 판정 확정 되는 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
2. 노인장기요양보험법에 의해 장기요양급여의 제한을 받은 경우 보험금은 지급되지 않으며, 보험료의 납입 면제 사유도 발생하지 않은 것으로 봅니다.
3. 이 특약에서 「장기요양상태 보장개시일」 은 계약일[부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날입니다. 다만, 재해를 직접적인 원인으로 “장기요양상태(1-4등급)”로 판정 확정된 경우에는 계약일[부활(효력회복)일]을 보장개시일로 합니다.
4. 이 특약은 피보험자 사망시 또는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 소멸합니다. 또한 이 특약에서 "장기요양상태(1-4등급)"로 판정 확정되기 전에 피보험자가 사망한 경우 사망당시 계약자적립액을 지급합니다.
5. 이 특약은 「장기요양상태 보장개시일」 이후에 장기요양상태(1-4등급)으로 판정 확정시 해지가 불가합니다.
6. 이 특약에서 피보험자가 동일한 날짜에 "방문요양", "시설급여" 또는 "입원" 중 두 가지 이상의 사유가 동시에 발생하는 경우에도 회사는 1일당 1회에 해당하는 장기요양(1-4등급)지원금만 지급합니다.
7. 이 특약에서 피보험자가 보험기간 중 「장기요양상태 보장개시일」 이후에 "장기요양상태(1-4등급)"로 확정되고 "최초 장기요양상태(1-4등급) 판정 확정일"부터 10년 경과되는 날 전일 이전에 보험기간이 종료되더라도 "최초 장기요양상태(1-4등급) 판정 확정일"부터 이후 10년 경과되는 날 전일까지 보험금 지급사유가 발생한 경우 해당보험금을 지급합니다.

(기준 : 특약가입금액 1000만원)

특약명	지급사유	지급금액
장기요양(1-4등급)재가급여지원 특약(Ⅱ)(무배당, 무해약환급금형)	<input type="checkbox"/> 방문목욕지원금 - 보험기간 중 「장기요양상태 보장개시일」 이후에 최초로 "장기요양상태(1-4등급)"로 판정 확정되고, 그 장기요양상태(1-4등급)로 판정 확정된 날부터 보험기간동안 '방문목욕' 을 이용하였을 경우 (단, "통합재가서비스"를 통해 이용한 "방문목욕" 은 제외)	(1일당) 1万
	<input type="checkbox"/> 방문간호지원금 - 보험기간 중 「장기요양상태 보장개시일」 이후에 최초로 "장기요양상태(1-4등급)"로 판정 확정되고, 그 장기요양상태(1-4등급)로 판정 확정된 날부터 보험기간동안 '방문간호' 를 이용하였을 경우(단, "통합재가서비스"를 통해 이용한 "방문간호" 은 제외)	(1일당) 1万
	<input type="checkbox"/> 데이케어지원금 - 보험기간 중 「장기요양상태 보장개시일」 이후에 최초로 "장기요양상태(1-4등급)"로 판정 확정되고, 그 장기요양상태(1-4등급)로 판정 확정된 날부터 보험기간동안 '주·야간보호' 또는 '단기보호' 를 이용하였을 경우 (단, "통합재가서비스"를 통해 이용한 "주·야간보호" 또는 "단기보호"는 제외)	(1일당) 1万
	<input type="checkbox"/> 통합재가서비스지원금 - 보험기간 중 「장기요양상태 보장개시일」 이후에 최초로 장기요양상태(1-4등급)로 판정 확정되고, 그 장기요양상태(1-4등급)로 판정 확정된 날부터 보험기간동안 '통합재가서비스' 를 이용하였을 경우	(1일당) 1万

(주)

1. 보험료 납입기간 중 주계약이 유효한 경우에 한하여 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약에서 「장기요양상태 보장개시일」 이후에 최초로 "장기요양상태(1-4등급)"로 판정 확정 되는 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
2. 노인장기요양보험법에 의해 장기요양급여의 제한을 받은 경우 보험금은 지급되지 않으며, 보험료의 납입 면제 사유도 발생하지 않은 것으로 봅니다.
3. 이 특약에서 「장기요양상태 보장개시일」 은 계약일[부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날입니다. 다만, 재해를 직접적인 원인으로 “장기요양상태(1-4등급)” 로 판정 확정된 경우에는 계약일[부활(효력회복)일]을 보장개시일로 합니다.
4. 이 특약은 피보험자 사망시 또는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 소멸합니다. 또한 이 특약에서 보험기간 중 "장기요양상태(1-4등급)"로 판정 확정되기 전에 피보험자가 사망한 경우 사망당시 계약자적립액을 지급합니다.
5. 이 특약은 「장기요양상태 보장개시일」 이후에 장기요양상태(1-4등급)으로 판정 확정시 해지가 불가합니다.
6. 이 특약에서 "최초 장기요양상태(1-4등급) 판정 확정일"부터 10년 경과되는 날 전일 이전에 보험기간이 종료되더라도 “최초 장기요양상태(1-4등급) 판정 확정일” 부터 이후 10년 경과되는 날 전일까지 보험금 지급사유가 발생한 경우 해당보험금을 지급합니다.
7. 이 특약에서 “통합재가서비스” 를 통해 “방문목욕”, “방문간호”, “주·야간보호” 또는 “단기보호” 를 이용하는 경우 회사는 통합재가서비스지원금만 지급하고 “방문목욕”, “방문간호”, “주·야간보호” 또는 “단기보호” 에 해당하는 보험금은 지급하지 않습니다.
8. 이 특약에서 동일한 날짜에 “주·야간보호” 또는 “단기보호” 가 동시에 발생하는 경우에도 회사는 1일당 1회에 해당하는 “데이케어지원금”만 지급합니다.

(기준 : 특약가입금액 1000만원)

특약명	지급사유	지급금액
장기요양(1-4등급)입원(종합병원 이상)특약(무배당, 무해약환급금형)	<input type="checkbox"/> 장기요양상태(1-4등급) 입원(상급종합병원)보험금 - 보험기간 중 「장기요양상태 보장개시일」 이후에 최초로 "장기요양상태(1-4등급)"로 판정 확정되고, 그 장기요양상태(1-4등급)로 판정 확정된 날부터 보험기간동안 질병 또는 재해로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 상급종합병원에 입원 시	(1일당) 5만
	<input type="checkbox"/> 장기요양상태(1-4등급) 입원(종합병원 이상)보험금 - 보험기간 중 「장기요양상태 보장개시일」 이후에 최초로 "장기요양상태(1-4등급)"로 판정 확정되고, 그 장기요양상태(1-4등급)로 판정 확정된 날부터 보험기간동안 질병 또는 재해로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 「상급종합병원 혹은 종합병원」에 입원 시	(1일당) 5만

(주)

1. 보험료 납입기간 중 주계약이 유효한 경우에 한하여 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약에서 「장기요양상태 보장개시일」 이후에 최초로 "장기요양상태(1-4등급)"로 판정 확정 되는 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
2. 이 특약에서 「장기요양상태 보장개시일」 은 계약일[부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날입니다. 다만, 재해를 직접적인 원인으로 “장기요양상태(1-4등급)” 로 판정 확정된 경우에는 계약일[부활(효력회복)일]을 보장개시일로 합니다.
3. 이 특약은 피보험자 사망시 또는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 소멸합니다. 또한 이 특약에서 보험기간 중 "장기요양상태(1-4등급)"로 판정 확정되기 전에 피보험자가 사망한 경우 사망당시 계약자적립액을 지급합니다.
4. 이 특약은 「장기요양상태 보장개시일」 이후에 장기요양상태(1-4등급)으로 판정 확정시 해지가 불가합니다.
5. 이 특약에서 "최초 장기요양상태(1-4등급) 판정 확정일"부터 10년 경과되는 날 전일 이전에 보험기간이 종료되더라도 "최초 장기요양상태(1-4등급)판정 확정일"부터 이후 10년 경과되는 날 전일까지 보험금 지급사유가 발생한 경우 해당보험금을 지급합니다.
6. 노인장기요양보험법에 의해 장기요양급여의 제한을 받은 경우 보험금은 지급되지 않으며, 보험료의 납입 면제 사유도 발생하지 않은 것으로 봅니다.

(기준 : 특약가입금액 1000만원)

특약명	지급사유	지급금액
장기요양(1-2등급)인플레이션지원특약(무배당,무 해약환급금형)	<input type="checkbox"/> 장기요양(1-2등급)인플레이션지원금 - 보험기간 중 「장기요양상태 보장개시일」 이후에 최초로 “장기요양상태(1-2등급)”로 판정 확정되고, 그 장기요양상태(1-2등급)로 판정 확정된 날부터 보험기간동안 「"방문요양" 또는 "시설급여"」를 이용하거나 질병 또는 재해로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 "입원" 시(통합재가서비스를 통해 제공받는 방문요양 포함)	(1일당) 1万 × 체증년수 × 2% (1일 1회한)

(주)

1. 보험료 납입기간 중 주계약이 유효한 경우에 한하여 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약에서 「장기요양상태 보장개시일」 이후에 최초로 "장기요양상태(1-2등급)"로 판정 확정 되는 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
2. 노인장기요양보험법에 의해 장기요양급여의 제한을 받은 경우 보험금은 지급되지 않으며, 보험료의 납입 면제 사유도 발생하지 않은 것으로 봅니다.
3. 이 특약에서 「장기요양상태 보장개시일」 은 계약일[부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날입니다. 다만, 재해를 직접적인 원인으로 “장기요양상태(1-2등급)”로 판정 확정된 경우에는 계약일[부활(효력회복)일]을 보장개시일로 합니다.
4. 이 특약은 피보험자 사망시 또는 보험금 지급사유가 더 이상 발생할 수 없는 경우에 소멸합니다. 또한 이 특약에서 보험기간 중 "장기요양상태(1-2등급)"로 판정 확정되기 전에 피보험자가 사망한 경우 사망당시 계약자적립액을 지급합니다.
5. 이 특약은 「장기요양상태 보장개시일」 이후에 장기요양상태(1-2등급)으로 판정 확정시 해지불가합니다.
6. 이 특약에서 "최초 장기요양상태(1-2등급) 판정 확정일"부터 10년 경과되는 날 전일 이전에 보험기간이 종료되더라도 “최초 장기요양상태(1-2등급) 판정 확정일” 부터 이후 10년 경과되는 날 전일까지 보험금 지급사유가 발생한 경우 해당보험금을 지급합니다.
7. 이 특약에서 '체증년수' 는 이 특약의 체결시점부터 "최초 장기요양상태(1-2등급) 판정 확정일"까지의 '누적 경과년수'를 말함. 단, 이 특약 체결시점의 '누적 경과년수'는 1년으로 하며, '누적 경과년수'는 50년을 최고한도로 합니다. 이 때 '누적 경과년수' 계산시 연미만은 절사하여 계산합니다.

(기준 : 특약가입금액 1000만원)

특약명	지급사유	지급금액
치매장기요양(1-인지지원등급)재가급여지원특약 (무배당, 무해약환급금형)	<input type="checkbox"/> 치매 장기요양(1-인지지원등급) 재가급여 지원금 - 보험기간 중 「치매 장기요양상태 보장개시일」 이후에 최초로 "치매가 있는 장기요양상태(1-인지지원등급)"로 판정 확정되고, 그 치매가 있는 장기요양상태(1-인지지원등급)로 판정 확정된 날부터 이 특약의 보험기간동안 '재가급여'를 이용하였을 경우	(1회당) 10万 (발생후 보험월 기준 월1회 한)

(주)

1. 보험료 납입기간 중 주계약이 유효한 경우에 한하여 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약에서 「치매 장기요양상태 보장개시일」 이후에 최초로 “치매가 있는 장기요양상태(1-인지지원등급)”로 판정 확정되는 경우 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
2. 이 특약에서 「치매 장기요양상태 보장개시일」은 계약일[부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날입니다. 다만, 재해로 인한 뇌의 손상을 직접적인 원인으로 “치매가 있는 장기요양상태(1-인지지원등급)”으로 판정 확정된 경우에는 계약일[부활(효력회복)일]을 보장개시일로 합니다.
3. “치매가 있는 장기요양상태(1-인지지원등급)”라 함은 치매상태"로 진단 확정되고 노인장기요양보험법에 따라 장기요양등급 판정위원회에서 "장기요양상태(1-인지지원등급)"으로 판정 받은 경우를 말합니다.
4. “치매상태”라 함은 피보험자가 보험기간 중 발생한 「재해 또는 재해 이외의 원인」으로 뇌 신경계의 후천적 변형이 발생하여, 「치매 장기요양상태 보장개시일」 이후 “인지기능의 장애”로 최초 진단받고, “인지기능의 장애”로 최초 진단일부터 90일 이상 계속되어 장애에 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 상태로 진단받은 경우를 말합니다.
5. 이 특약에서 한국표준질병·사인분류 중 아래에 해당하는 질병으로 진단이 확정되었을 경우에도 “치매상태”로 진단 확정된 것으로 인정합니다.
 - F00(알츠하이머병에서의 치매), F01(혈관성 치매), F02(달리 분류된 기타 질환에서의 치매), F03(상세불명의 치매), F05.1(치매에 병발된 섬망), G30(알츠하이머병)
6. 이 특약은 「치매 장기요양상태 보장개시일」 이후에 “치매가 있는 장기요양상태(1-인지지원등급)”로 판정 확정시 해지가 불가합니다.
7. 이 특약에서 “최초 치매가 있는 장기요양상태(1-인지지원등급) 판정 확정일”부터 10년 경과되는 날 전일 이전에보험기간이 종료되더라도 “최초 치매가 있는 장기요양상태(1-인지지원등급) 판정 확정일”부터 이후 10년 경과되는 날 전일까지 재가급여를 이용한 경우 치매 장기요양(1-인지지원등급) 재가급여 지원금은 보험기간 만기와 관계없이 지급합니다.
8. 이 특약에서 “장기요양상태(1-인지지원등급)”로 판정 확정 되더라도 그 날 이전에 “치매상태”로 진단 확정 받지 않은 경우는 “치매가 있는 장기요양상태(1-인지지원등급)”에 해당하지 않으며, 치매 장기요양(1-인지지원등급) 재가급여 지원금을 지급하지 않습니다.

(기준 : 특약가입금액 1000만원)

특약명	지급사유	지급금액
치매장기요양(1-5등급)재가급여지원특약(무배당,무해약환급금형)	<input type="checkbox"/> 치매 장기요양(1-5등급) 재가급여 지원금 - 보험기간 중 「치매 장기요양상태 보장개시일」 이후에 최초로 "치매가 있는 장기요양상태(1-5등급)"로 판정 확정되고, 그 치매가 있는 장기요양상태(1-5등급)로 판정 확정된 날부터 이 특약의 보험기간동안 '재가급여'를 이용하였을 경우	(1회당) 10万 (발생후 보험월 기준 월1회 한)

(주)

1. 보험료 납입기간 중 주계약이 유효한 경우에 한하여 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약에서 「치매 장기요양상태 보장개시일」 이후에 최초로 "치매가 있는 장기요양상태(1-5등급)"로 판정 확정되는 경우 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
2. 이 특약에서 「치매 장기요양상태 보장개시일」은 계약일[부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날입니다. 다만, 재해로 인한 뇌의 손상을 직접적인 원인으로 "치매가 있는 장기요양상태(1-5등급)"으로 진단 확정된 경우에는 계약일[부활(효력회복)일]을 보장개시일로 합니다.
3. "치매가 있는 장기요양상태(1-5등급)"라 함은 치매상태"로 진단 확정되고 노인장기요양보험법에 따라 장기요양등급 판정위원회에서 "장기요양상태(1-5등급)"으로 판정 받은 경우를 말합니다.
4. "치매상태"라 함은 피보험자가 보험기간 중 발생한 「재해 또는 재해 이외의 원인」으로 뇌 신경계의 후천적 변형이 발생하여, 「치매 장기요양상태 보장개시일」 이후 "인지기능의 장애"로 최초 진단받고, "인지기능의 장애"로 최초 진단일부터 90일 이상 계속되어 장애에 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 상태로 진단받은 경우를 말합니다.
5. 이 특약에서 한국표준질병·사인분류 중 아래에 해당하는 질병으로 진단이 확정되었을 경우에도 "치매상태"로 진단 확정된 것으로 인정합니다.
 - F00(알츠하이머병에서의 치매) F01(혈관성 치매), F02(달리 분류된 기타 질환에서의 치매), F03(상세불명의 치매), F05.1(치매에 병발된 섬망), G30(알츠하이머병)
6. 이 특약은 「치매 장기요양상태 보장개시일」 이후에 "치매가 있는 장기요양상태(1-5등급)"로 판정 확정시 해지가 불가합니다.
7. 이 특약에서 "최초 치매가 있는 장기요양상태(1-5등급) 판정 확정일"부터 10년 경과되는 날 전일 이전에 보험기간이 종료되더라도 "최초 치매가 있는 장기요양상태(1-5등급) 판정 확정일"부터 이후 10년 경과되는 날 전일까지 재가급여를 이용한 경우 치매 장기요양(1-5등급) 재가급여 지원금은 보험기간 만기와 관계없이 지급합니다.
8. 이 특약에서 "장기요양상태(1-5등급)"로 판정 확정 되더라도 그 날 이전에 "치매상태"로 진단 확정받지 않은 경우는 "치매가 있는 장기요양상태(1-5등급)"에 해당하지 않으며, 치매 장기요양(1-5등급) 재가급여 지원금을 지급하지 않습니다.

(기준 : 특약가입금액 1000만원)

특약명	지급사유	지급금액
치매장기요양(1-5등급)시설급여지원특약(무배당, 무해약환급금형)	□ 치매 장기요양(1-5등급) 시설급여 지원금 - 보험기간 중 「치매 장기요양상태 보장개시일」 이후에 최초로 "치매가 있는 장기요양상태(1-5등급)"로 판정 확정되고, 그 치매가 있는 장기요양상태(1-5등급)로 판정 확정된 날부터 이 특약의 보험기간동안 '시설급여'를 이용하였을 경우	(1회당) 30万 (발생후 보험월 기준 월1회 한)

(주)

1. 보험료 납입기간 중 주계약이 유효한 경우에 한하여 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다. 다만, 이 특약에서 「치매 장기요양상태 보장개시일」 이후에 최초로 "치매가 있는 장기요양상태(1-5등급)"로 판정 확정 되는 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
2. 이 특약에서 「치매 장기요양상태 보장개시일」은 계약일[부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날입니다. 다만, 재해로 인한 뇌의 손상을 직접적인 원인으로 “치매가 있는 장기요양상태(1-5등급)”으로 진단 확정된 경우에는 계약일[부활(효력회복)일]을 보장개시일로 합니다.
3. "치매가 있는 장기요양상태(1-5등급)"라 함은 치매상태"로 진단 확정되고 노인장기요양보험법에 따라 장기요양등급 판정위원회에서 "장기요양상태(1-5등급)"으로 판정 받은 경우를 말합니다.
4. "치매상태"라 함은 피보험자가 보험기간 중 발생한 「재해 또는 재해 이외의 원인」으로 뇌 신경계의 후천적 변형이 발생하여, 「치매 장기요양상태 보장개시일」 이후 "인지기능의 장애"로 최초 진단받고, "인지기능의 장애"로 최초 진단일부터 90일 이상 계속되어 장애에 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 상태로 진단받은 경우를 말합니다.
5. 이 특약에서 한국표준질병·사인분류 중 아래에 해당하는 질병으로 진단이 확정되었을 경우에도 "치매상태"로 진단 확정된 것으로 인정합니다.
- F00(알츠하이머병에서의 치매) F01(혈관성 치매), F02(달리 분류된 기타 질환에서의 치매), F03(상세불명의 치매), F05.1(치매에 병발된 섬망), G30(알츠하이머병)
6. 이 특약은 「치매 장기요양상태 보장개시일」 이후에 “치매가 있는 장기요양상태(1-5등급)”로 판정 확정시 해지가 불가합니다.
7. 이 특약에서 "최초 치매가 있는 장기요양상태(1-5등급) 판정 확정일"부터 10년 경과되는 날 전일 이전에 보험기간이 종료되더라도 "최초 치매가 있는 장기요양상태(1-5등급) 판정 확정일"부터 이후 10년 경과되는 날 전일까지 시설급여를 이용한 경우 치매 장기요양(1-5등급) 시설급여 지원금은 보험기간 만기와 관계없이 지급합니다.
8. 이 특약에서 “장기요양상태(1-5등급)”로 판정 확정 되더라도 그 날 이전에 "치매상태"로 진단 확정받지 않은 경우는 “치매가 있는 장기요양상태(1-5등급)”에 해당하지 않으며, 치매 장기요양(1-5등급) 시설급여 지원금을 지급하지 않습니다.

(기준 : 특약가입금액 10만원)

특약명	지급사유	지급금액
4대질병보험료납입지원특약D(무배당)	<input type="checkbox"/> 보험료납입지원보험금 - 「암 보장개시일」 이후에 “암” 으로 진단이 확정되었을 경우 또는 보험기간 중 “급성심근경색증”, “뇌출혈” 또는 “급성뇌경색증Ⅱ”으로 진단이 확정되었을 경우 (단, “암”, “급성심근경색증”, “뇌출혈” 또는 “급성뇌경색증Ⅱ” 중 최초 1회의 진단 확정에 한함)	약정보험료×12를 연간보험료 납입지원기간동안 매년 확정지급 + 약정보험료를 잔여월보험료 납입지원기간동안 확정지급

(주)

1. 이 특약에서 “암” 이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 약관 內 별표1[악성신생물분류표(기타피부암, 초기유방암, 중증이의 갑상선암, 비침습 방광암 및 대장점막내암 제외)] 에서 정한 질병을 말합니다.
2. 이 특약에서 “암” 보장에 대한 보장개시일은 계약일[특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날(이하 「암 보장개시일」이라 합니다)로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
3. '연간보험료 납입지원기간'이라 함은 보험금의 지급사유 발생일부터 이 특약의 보험기간 종료일 이전까지의 연단위 기간을 말함. 단, 연단위 미만의 끝수는 버립니다.
4. '잔여월보험료납입지원기간'이라 함은 '연간보험료납입지원기간'이 끝난 날의 다음 날부터 이 특약의 보험기간 종료일 이전까지 월단위 기간을 말합니다. 단, 월단위 미만의 끝수는 버립니다.
5. 약정보험료는 이 특약의 보험가입금액을 말하며, 「주계약 체결시점의 “주계약 및 특약(단, 4대질병보험료 납입지원특약D 및 4대질병및장기요양(1-2등급)보험료환급특약 제외)의 보험료” 」이내에서 계약자가 선택한 금액을 의미합니다. 이후, 주계약 또는 특약의 보험가입금액 감액, 특약의 해약 또는 갱신 등으로 주계약 또는 특약 보험료가 변경되더라도 이 특약의 보험가입금액은 변경되지 않습니다.

(기준 : 특약가입금액 10만원)

특약명	지급사유	지급금액
4대질환및장기요양(1-2등급)보험료환급특약(무배당,무해약환급금형)	<input type="checkbox"/> 4대질환및장기요양(1-2등급)약정보험료환급금 - 「암/장기요양상태 보장개시일」 이후 "암"으로 진단 확정된 경우, 또는 「암/장기요양상태 보장개시일」 이후 “장기요양상태(1-2등급)”로 판정 확정된 경우, 또는 “뇌출혈”, “급성심근경색증” 또는 “급성뇌경색증Ⅱ”으로 진단 확정된 경우	약정보험료 ×납입경과월수 (최초 1회한)

(주)

1. 보험료 납입기간 중 주계약이 유효한 경우에 한하여 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
2. 이 특약에서 “암”이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 약관 內 별표1[악성신생물분류표(기타피부암, 초기유방암, 중증이외 갑상선암, 비침습 방광암 및 대장점막내암 제외)]에서 정한 질병을 말합니다.
3. 이 특약에서 “암” 보장에 대한 보장개시일은 계약일[특약을 부활(효력회복)하는 경우에는 부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음 날(이하 「암 보장개시일」이라 합니다)로 하며, 회사는 그 날부터 이 약관이 정하는 바에 따라 보장을 합니다.
4. 이 특약에서 「장기요양상태 보장개시일」은 계약일[부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날입니다. 다만, 재해를 직접적인 원인으로 “장기요양상태(1-2등급)”로 판정 확정된 경우에는 계약일[부활(효력회복)일]을 보장개시일로 합니다.
5. “장기요양상태(1-2등급)”라 함은 「만65세 이상 노인」 또는 「노인성 질병을 가진 만65세 미만의 자」로서 거동이 현저히 불편하여 장기요양이 필요하다고 판단되어 노인장기요양보험법에 따라 장기요양등급판정위원회에서 장기요양 1~2등급으로 판정받은 경우를 말합니다.
6. 약정보험료는 이 특약의 보험가입금액을 말하며, 「주계약 체결시점의 “주계약 및 특약(단, 4대질환보험료납입지원특약D 및 4대질환및장기요양(1-2등급)보험료환급특약 제외)의 보험료”」 이내에서 계약자가 선택한 금액을 의미합니다. 이후, 주계약 또는 특약의 보험가입금액 감액, 특약의 해약 또는 갱신 등으로 주계약 또는 특약 보험료가 변경되더라도 이 특약의 보험가입금액은 변경되지 않습니다.
7. 납입경과월수 : 특약 체결시점부터 약정보험료환급금 지급사유 발생시점까지 매 1개월 단위로 계산한 누적 보험료 납입횟수와 '월의 누적경과횟수' 중 더 적은 횟수를 말합니다.
 단, 특약 체결시점의 '월의 누적경과횟수'는 1회로 하며, '월의 누적경과횟수'는 이 특약의 보험료 납입기간(년수)×12를 최고한도로 합니다. 보험료 납입이 면제된 경우에는 보험료 납입기간 동안(단, 보험료의 납입이 면제된 이후 기간에 한함) 정상적으로 보험료가 납입된 것으로 보고 누적 보험료 납입횟수를 계산합니다.

(기준 : 특약가입금액 1000만원)

특약명	지급사유	지급금액
입원간병인사용 (요양병원제외)특 약(무배당,무해약 환급금형)	<input type="checkbox"/> 입원간병인사용급여금(요양병원 제외) 질병 또는 재해로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 계 속하여 병원(단, 요양병원 제외)에 입원하며 간병인을 사용하였을 경우(1회 입원당 사용일수는 180일한도)	
	- 간병인 사용금액이 1일당 7만 미만인 경우	(1일당) 5만
	- 간병인 사용금액이 1일당 7만 이상인 경우	(1일당)10만

(주)

1. 보험료 납입기간 중 주계약이 유효한 경우에 한하여 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
2. 입원간병인사용(요양병원제외)특약, 입원간병인사용(요양병원)특약은
피보험자가 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 제공받을 때에
는 입원간병인사용급여금을 지급하지 않습니다.
3. 「입원간병인사용급여금(요양병원 제외)」에서 1회 입원당 사용일수는 180일을 최고 한도로 합니다.
4. 피보험자가 동일한 질병 또는 재해로 인하여 2회 이상 입원한 경우에는 1회 입원으로 보고 각 사용일수를
더하여 「주3」을 적용합니다.
5. 사용일수는 간병인을 실제 사용한 날을 합산하여 적용하며, 간병인을 사용하지 않은 날에 대해서는 보험금
을 지급하지 않습니다.
6. 다음 사항은 "질병 또는 재해"에 해당하지 않습니다.
 - 1) 정신 및 행동장애(F00~F99)로 인한 질병(다만, F00~F03 , F051은 제외)
 - 2) 선천 기형, 변형 및 염색체 이상(Q00~Q99)으로 인한 질병
 - 3) 마약, 습관성 의약품 및 알코올중독으로 인한 경우
 - 4) 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우
 - 5) 정상임신, 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우
 - 6) 질병을 직접적인 원인으로 하지 않는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인한 경우
 - 7) 치료를 수반하지 않는 건강진단으로 인한 경우
 - 8) 고의적 자해로 인한 경우[단, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태
에서의 자해는 제외]

(기준 : 특약가입금액 1000만원)

특약명	지급사유	지급금액
입원간병인사용 (요양병원)특약 (무배당, 무해약환 급금형)	<input type="checkbox"/> 입원간병인사용급여금(요양병원) 질병 또는 재해로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 계 속하여 요양병원에 입원하며 간병인을 사용하였을 경우 (1회 입원당 사용일수는 180일한도)	(1일당) 1万

(주)

1. 보험료 납입기간 중 주계약이 유효한 경우에 한하여 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
2. 입원간병인사용(요양병원제외)특약, 입원간병인사용(요양병원)특약은
피보험자가 의료법 제4조의2(간호·간병통합서비스제공 등)에서 정한 간호·간병통합서비스를 제공받을 때에
는 입원간병인사용급여금을 지급하지 않습니다.
3. 「입원간병인사용급여금(요양병원)」에서 1회 입원당 사용일수는 180일을 최고 한도로 합니다.
4. 피보험자가 동일한 질병 또는 재해로 인하여 2회 이상 입원한 경우에는 1회 입원으로 보고 각 사용일수를
더하여 「주3」을 적용합니다.
5. 사용일수는 간병인을 실제 사용한 날을 합산하여 적용하며, 간병인을 사용하지 않은 날에 대해서는 보험금
을 지급하지 않습니다.
6. 다음 사항은 "질병 또는 재해"에 해당하지 않습니다.
 - 1) 정신 및 행동장애(F00~F99)로 인한 질병(다만, F00~F03, F051은 제외)
 - 2) 선천 기형, 변형 및 염색체 이상(Q00~Q99)으로 인한 질병
 - 3) 마약, 습관성 의약품 및 알코올중독으로 인한 경우
 - 4) 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우
 - 5) 정상임신, 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우
 - 6) 질병을 직접적인 원인으로 하지 않는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인한 경우
 - 7) 치료를 수반하지 않는 건강진단으로 인한 경우
 - 8) 고의적 자해로 인한 경우[단, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태
에서의 자해는 제외]

(기준 : 특약가입금액 10만원)

특약명	지급사유	지급금액
입원간호간병통합서비스보장특약 (무배당, 무해약환급금형)	□ 입원간호간병통합서비스보험금 질병 또는 재해로 인하여 그 직접적인 치료를 목적으로 1일 이상 계속하여 병원(단, 요양병원 제외)에 입원하며 간호·간병통합서비스를 사용하였을 경우(1회 입원당 사용일수 30일한도)	(1일당) 1万

(주)

1. 보험료 납입기간 중 주계약이 유효한 경우에 한하여 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
2. 「입원간호·간병통합서비스사용급여금」에서 1회 입원당 사용일수는 30일을 최고 한도로 합니다.
3. 피보험자가 동일한 질병 또는 재해로 인하여 2회 이상 입원한 경우에는 1회 입원으로 보고 각 입원일수를 더하여 「附2」을 적용합니다.
4. 사용일수는 간호·간병통합서비스를 실제 사용한 날을 합산하여 적용하며, 간호·간병통합서비스를 사용하지 않은 날에 대해서는 보험금을 지급하지 않습니다.
5. 다음 사항은 "질병 또는 재해"에 해당하지 않습니다.
 - 1) 정신 및 행동장애(F00~F99)로 인한 질병(다만, F00~F03, F051은 제외)
 - 2) 선천 기형, 변형 및 염색체 이상(Q00~Q99)으로 인한 질병
 - 3) 마약, 습관성 의약품 및 알코올중독으로 인한 경우
 - 4) 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우
 - 5) 정상임신, 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우
 - 6) 질병을 직접적인 원인으로 하지 않는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인한 경우
 - 7) 치료를 수반하지 않는 건강진단으로 인한 경우
 - 8) 고의적 자해로 인한 경우[단, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서의 자해는 제외]

(기준 : 특약가입금액 100만원)

특약명	지급사유	지급금액
경도인지장애·최경증이상치매보장 특약N5[돌봄로봇 제공형](갱신형, 무배당)	<input type="checkbox"/> 돌봄로봇(현물급부) - 「치매상태(경도인지장애 포함) 보장개시일」 이후에 "경도인지장애" 또는 "최경증이상 치매상태"로 진단확정시	돌봄로봇 (최초1회)

(주)

1. 보험료 납입기간 중 주계약이 유효한 경우에 한하여 주계약의 보험료 납입 면제 사유가 발생하였을 경우에는 이 특약의 차회 이후의 보험료 납입을 면제합니다.
2. 이 특약에서 「치매상태(경도인지장애 포함) 보장개시일」은 계약일[부활(효력회복)일]부터 그 날을 포함하여 1년이 지난날의 다음날입니다. 다만, 재해를 직접적인 원인으로 경도인지장애로 진단 확정된 경우 또는 재해로 인한 뇌의 손상을 직접적인 원인으로 “최경증이상 치매상태”로 진단 확정된 경우에는 계약일[부활(효력회복)일]을 보장개시일로 합니다.
3. "최경증이상치매상태"라 함은 피보험자가 보험기간 중 발생한 「재해 또는 재해 이외의 원인」으로 뇌 신경계의 후천적 변형이 발생하여, 치매상태 보장개시일 이후 "최경증/경증/중등도/중증 인지기능의 장애"로 최초 진단받고, "최경증/경증/중등도/중증 인지기능의 장애"로 최초 진단일로부터 90일 이상 계속되어 장래에 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 상태로 진단받은 경우를 말합니다.
4. 이 특약의 갱신시점의 보험가입금액은 제후회사와 업무협약을 맺은 돌봄로봇(현물급부) 가격의 변동(향후 물가상승 및 생활환경의 변화, 지원프로그램 단가상승 등) 또는 의료기술의 변화 등의 사유로 변동될 수 있습니다.
5. 이 특약에서 아래 어느 하나의 사유에 해당하는 경우 특약보험가입금액 100%를 현금으로 수익자에게 지급하고 "돌봄로봇(현물급부)"은 제공하지 않음.
 - 회사 또는 제후회사의 책임있는 원인으로 "돌봄로봇(현물급부)"의 제공이 불가능한 경우
 - "경증이상 치매상태"로 인하여 보험금 지급사유에 해당하면서, 보험수익자가 현금으로 지급 받기를 원하는 경우
 - "경도인지장애" 또는 "최경증이상 치매상태"로 인하여 보험금 지급사유에 해당하면서, 보험금 청구시점에 피보험자가 이미 사망한 경우

※ 주요 질병 및 용어의 정의

[장기요양상태(1-2등급)]

- 「만65세 이상 노인」 또는 「노인성 질병을 가진 만65세 미만의 자」로서 거동이 현저히 불편하여 장기요양이 필요하다고 판단되어 노인장기요양보험법에 따라 장기요양등급판정위원회에서 장기요양 1-2등급으로 판정받은 경우(노인성 질병이란 치매·뇌혈관성질환 등 대통령령으로 정하는 질병을 말함)

[장기요양상태(1-4등급)]

- 「만65세 이상 노인」 또는 「노인성 질병을 가진 만65세 미만의 자」로서 거동이 현저히 불편하여 장기요양이 필요하다고 판단되어 노인장기요양보험법에 따라 장기요양등급 판정위원회에서 장기요양 1-4등급으로 판정받은 경우(노인성 질병이란 치매·뇌혈관성질환 등 대통령령으로 정하는 질병을 말함)

[치매가 있는 장기요양상태(1-인지지원등급)/(1-5등급)]

- 「치매상태」로 진단 확정되고 노인장기요양보험법에 따라 장기요양등급판정위원회에서 "장기요양상태(1-인지지원등급)/(1-5등급)"으로 판정 받은 경우를 말하며, "장기요양상태(1-인지지원등급)/(1-5등급)"란 「만65세 이상 노인」 또는 「노인성 질병을 가진 만65세 미만의 자」로서 거동이 현저히 불편하여 장기요양이 필요하다고 판단되어 노인장기요양보험법에 따라 장기요양등급판정위원회에서 "장기요양 1-인지지원등급/1-5등급"으로 판정받은 경우를 말합니다.

[경도인지장애]

① "경도인지장애"라 함은 한국표준질병·사인분류 중 분류번호 F06.7에 해당하는 질병을 말합니다. "경도인지장애"의 진단 확정은 의료법에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관의 해당 진료과목의 전문의 자격증을 가진 자의 진단서에 의합니다. 또한 이 진단은 병력청취, 인지기능 및 정신상태 평가, 신체질환과 신경계 진찰, 신경심리검사, 일상생활능력평가, 검사실검사, 뇌영상검사 등 경도인지장애의 진단 및 원인질환 감별을 위해 의학적으로 필요한 검사 및 그 결과에 대한 종합적인 평가를 기초로 정해지며, 뇌영상검사 등 일부 검사에서 경도인지장애의 소견이 확인되지 않았다 하더라도 다른 검사에 의한 종합적인 평가를 기초로 "경도인지장애"를 진단할 수 있습니다.

② 다음 중 어느 한가지를 원인으로 발생한 "경도인지장애"는 보장대상에서 제외합니다.

- 정신분열증이나 우울증과 같은 정신 질환으로 인한 인지기능의 장애
- 알코올 중독, 습관성 약물 및 환각제의 복용 및 사용
- 의사의 처방에 의하지 않는 약물의 투여로 인한 인지기능의 장애

③ 회사는 경도인지장애의 조사나 확인을 위해 필요한 경우 계약자 또는 피보험자에게 경도인지장애의 진단을 위해 실시한 검사결과 제출을 요청할 수 있습니다.

[최경증/경증/중등도/중증치매상태 및 치매상태]

① "최경증/경증/중등도/중증치매상태 및 치매상태"라 함은 피보험자가 보험기간 중 발생한 「재해 또는 재해 이외의 원인」으로 뇌 신경계의 후천적 변형이 발생하여, 치매상태 보장개시일 이후 "최경증/경증/중등도/중증 인지기능의 장애 및 인지기능의 장애"로 최초 진단받고, "최경증/경증/중등도/중증 인지기능의 장애 및 인지기능의 장애"로 최초 진단일로부터 90일 이상 계속되어 장래에 더 이상의 호전을 기대할 수 없는 상태로 진단받은 경우를 말합니다.

② "최경증/경증/중등도/중증 인지기능의 장애 및 인지기능의 장애"는 CDR척도[한국판 Expanded Clinical Dementia Rating (2001년)] 검사 결과에 해당하는 상태입니다. 다만, 국내 의학계에서 일반적으로 CDR척도와 동일하다고 인정되는 검사방법을 사용하여 아래와 동등한 정도로 판정되는 경우를 포함합니다.

- CDR 검사 결과 0.5점 : 최경증 인지기능의 장애 또는 인지기능의 장애
- CDR 검사 결과 1점 : 경증 인지기능의 장애
- CDR 검사 결과 2점 : 중등도 인지기능의 장애
- CDR 검사 결과 3점 이상 : 중증 인지기능의 장애

③ "최경증/경증/중등도/중증치매상태 및 치매상태"의 진단은 의료법 제3조(의료기관)에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하, "병원"이라 합니다)의 치매 전문의(신경과 또는 정신건강의학과 전문의 자격증을 가진 자, 이하, "치매 전문의"라 합니다)의 진단서에 의하고, 이 진단은 병력청취, 인지기능 및 정신상태 평가, 신체질환과 신경계 진찰, 신경심리검사, 일상생활능력평가, 검사실검사, 뇌영상검사 등 해당치매의 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. "최경증/경증/중등도/중증 인지기능의 장애 및 인지기능의 장애"의 최초진단일로부터 90일이 경과된 이후에 "최경증/경증/중등도/중증 인지기능의 장애 및 인지기능의 장애"가 최초진단일로부터 계속하여 지속되었음을 진단함으로써 "최경증/경증/중등도/중증치매상태 및 치매상태"로 진단확정 됩니다.

④ 아래 특약에 한하여, ①에서 ③에도 불구하고 한국표준질병·사인분류 중 "F00~F03, F05.1, G30"으로 진단 확정되었을 경우에도 "치매상태"로 진단 확정된 것으로 인정합니다.

- 치매장기요양(1-인지지원등급)재가입여지원특약
- 치매장기요양(1-5등급)시설급여지원특약
- 치매직접치료(요양병원제외)통원특약

- ⑤ 다음 중 어느 한가지를 원인으로 발생한 "치매상태" 는 보장대상에서 제외합니다.
- 정신분열증이나 우울증과 같은 정신 질환으로 인한 인지기능의 장애
 - 알코올 중독, 습관성 약품 및 환각제의 복용 및 사용
 - 의사의 처방에 의하지 않는 약물의 투여로 인한 인지기능의 장애
- ⑥ 회사는 치매상태의 조사나 확인을 위해 필요한 경우 계약자 또는 피보험자에게 치매의 진단을 위해 실시한 검사결과 제출을 요청할 수 있습니다.
- ⑦ "최경증이상 치매상태"라 함은 "최경증치매상태" 또는 "경증치매상태" 또는 "중등도치매상태" 또는 "중증치매상태"를 말합니다.
- ⑧ "경증이상 치매상태"라 함은 "경증치매상태" 또는 "중등도치매상태" 또는 "중증치매상태"를 말합니다.
- ⑨ "중등도이상 치매상태"라 함은 "중등도치매상태" 또는 "중증치매상태"를 말합니다.

[검사비대상 질병(치매)]

- ① 급여치매CT,MRI,PET검사비지원특약에서 "검사비대상 질병(치매)"이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 아래에 해당하는 질병을 말합니다.
- ② "검사비대상 질병(치매)"의 진단 확정은 의사에 의하여 내려져야 합니다.
- 알츠하이머병에서의 치매 : F00
 - 혈관성 치매 : F01
 - 달리 분류된 기타 질환에서의 치매 : F02
 - 상세불명의 치매 : F03
 - 치매에 병발된 섬망 : F05.1
 - 알츠하이머병 : G30
- ③ 다음 중 어느 한가지를 원인으로 발생한 “검사비대상 질병(치매)” 는 보장대상에서 제외합니다.
- 정신분열증이나 우울증과 같은 정신 질환으로 인한 인지기능의 장애
 - 알코올 중독, 습관성 약품 및 환각제의 복용 및 사용
 - 의사의 처방에 의하지 않는 약물의 투여로 인한 인지기능의 장애
- ④ 회사는 "검사비대상 질병(치매)"의 조사나 확인을 위해 필요한 경우 계약자 또는 피보험자에게 치매의 진단을 위해 실시한 검사결과 제출을 요청할 수 있습니다.

[재가급여]

- “재가급여”라 함은 노인장기요양보험법 제15조(등급판정 등) 등에 의한 장기요양급여수급자(이하 “수급자”라 합니다)가 받을 수 있는 노인장기요양보험법 제23조(장기요양급여의 종류) 제1항 제1호에서 정한 재가급여를 말하며, 재가급여의 종류는 다음과 같습니다.

1. 방문요양 : 장기요양요원이 수급자의 가정 등을 방문하여 신체활동 및 가사활동 등을 지원하는 장기요양급여
2. 방문목욕 : 장기요양요원이 목욕설비를 갖춘 장비를 이용하여 수급자의 가정 등을 방문하여 목욕을 제공하는 장기요양급여
3. 방문간호 : 장기요양요원인 간호사 등이 의사, 한의사 또는 치과의사의 지시서에 따라 수급자의 가정 등을 방문하여 간호, 진료의 보조, 요양에 관한 상담 또는 구강위생 등을 제공하는 장기요양급여
4. 주·야간보호 : 수급자를 하루 중 일정한 시간 동안 장기요양기관에 보호하여 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여
5. 단기보호 : 수급자를 보건복지부령으로 정하는 범위 안에서 일정 기간 동안 장기요양기관에 보호하여 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여
6. 통합재가서비스 : “통합재가기관”을 통해 노인장기요양보험법 제23조(장기요양급여의 종류) 제1항 제1호가목에서 마목까지의 재가급여 전부 또는 일부를 통합하여 제공받는 서비스 . 이 때 “통합재가기관”은 보건복지부령으로 정하는 인력, 시설, 운영 등의 기준을 준수하여 하나의 장기요양기관에서 노인장기요양보험법 제23조(장기요양급여의 종류) 제1항 제1호가목에서 마목까지의 재가급여 전부를 제공할 수 있는 장기요양기관을 말함.
7. 기타재가급여 : 수급자의 일상생활·신체활동 지원 및 인지기능의 유지·향상에 필요한 용구를 제공하거나 가정을 방문하여 재활에 관한 지원 등을 제공하는 장기요양급여로서 대통령령으로 정하는 것

※ 장기요양(1-4등급)재가급여지위특약에서 재가급여 주 기타재가급여는 보좌하지 않습니다

[시설급여]

- “시설급여”라 함은 노인장기요양보험법 제15조(등급판정 등) 등에 의한 장기요양급여수급자(이하 “수급자”라 합니다)가 받을 수 있는 노인장기요양보험법 제23조(장기요양급여의 종류) 제1항 제2호에서 정한 시설급여를 말하며, 장기요양기관에 장기간 입소한 수급자에게 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여를 말합니다.

※ 주계약 및 각 선택특약의 지급사유에서 사용하고 있는 용어나 질병, 각종 분류표 등에 대한 자세한 사항은 반드시 해당 약관을 참조하시기 바랍니다.

3. 일반적인 보험금 지급제한사항

- 계약 전 알릴 의무

계약자 또는 피보험자는 청약할 때(진단계약의 경우에는 건강진단할 때를 말합니다) 청약서에 서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 합니다. 이를 "계약 전 알릴 의무"라 하며, 상법상 "고지 의무"와 같습니다.

다만, 진단계약에서 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 따른 종합병원과 병원에서 직장 또는 개인이 실시한 건강진단서 사본 등 건강상태를 판단할 수 있는 자료로 건강진단을 대신할 수 있습니다.

만약 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사항에 대하여 사실과 다르게 알린 경우에는 회사가 별도로 정하는 방법에 따라 계약을 해지하거나 보장을 제한할 수 있습니다.

- 보험료의 납입연체시 보험계약의 해지

계약자가 제2회 이후의 기본보험료를 납입기일까지 납입하지 않아 보험료 납입이 연체 중인 경우에 회사는 14일 이상의 기간을 납입최고(독촉)기간으로 정하여 납입을 최고(독촉)하고, 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날까지 보험료를 납입하지 않을 경우 납입최고(독촉)기간이 끝나는 날의 다음 날에 계약이 해지됩니다.

- 계약의 무효

다음 중 한 가지에 해당하는 경우 회사는 계약을 무효로 할 수 있으며 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, '인출 및 감액으로 회사가 실제 지급한 금액'을 차감한 금액)를 돌려 드립니다.

- 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자의 서면(「전자서명법」 제2조 제2호에 따른 전자서명이 있는 경우로서 상법 시행령 제44조의2에서 정하는 바에 따라 본인 확인 및 위조·변조 방지에 대한 신뢰성을 갖춘 전자문서를 포함합니다)에 의한 동의를 얻지 않은 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 않음. 이 때 단체보험의 보험수익자를 피보험자 또는 그 상속인이 아닌 자로 지정할 때에는 단체의 규약에서 명시적으로 정한 경우가 아니면 이를 적용함.

- 만 15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우.

다만, 심신박약자가 계약을 체결하거나 소속 단체의 규약에 따라 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 계약이 유효함.

- 계약을 체결할 때 계약에서 정한 피보험자의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우.

다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 유효한 계약으로 보나, 만 15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아님.

- 사기 등에 의한 보험계약 체결

계약자 또는 피보험자가 대리진단, 약물사용을 수단으로 진단절차를 통과하거나 진단서 위·변조 또는 청약일 이전에 암 또는 인간면역결핍바이러스(HIV) 감염의 진단 확정을 받은 후 이를 숨기고 가입하는 등의 뚜렷한 사기의사에 의하여 계약이 성립되었음을 회사가 증명하는 경우에는 보장개시일부터 5년 이내(사기사실을 안 날부터는 1개월 이내)에 계약을 취소할 수 있습니다.

계약이 취소된 경우에는 회사는 계약자에게 이미 납입한 보험료(계약자가 실제 납입한 보험료를 말하며, 감액으로 회사가 실제 지급한 금액을 차감한 금액)를 돌려 드립니다.

- 보험금을 지급하지 않는 사유

회사는 다음 중 어느 한 가지로 보험금 지급사유 등이 발생한 때에는 보험금을 지급하지 않거나 보험료의 납입을 면제하지 않습니다.

① 피보험자가 고의로 자신을 해친 경우

다만, 피보험자가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우 보험금 지급사유 또는 보험료 납입면제사유가 발생한 때에는 해당 보험금을 지급하거나 보험료의 납입을 면제합니다.

② 보험수익자가 고의로 피보험자를 해친 경우

다만, 그 보험수익자가 보험금의 일부 보험수익자인 경우에는 다른 보험수익자에 대한 보험금은 지급합니다.

③ 계약자가 고의로 피보험자를 해친 경우

보험료 산출기초 및 공시이율

1. 적용이율

Q	적용이율이란 무엇인가요?
A	보험료를 납입하는 시점과 보험금 지급 사이에는 시차가 발생하므로 이 기간동안 기대되는 수익을 미리 예상하여 일정한 비율로 보험료를 할인해 주는데, 이 할인을 적용이율이라고 합니다. 일반적으로 적용이율이 높으면 보험료는 내려가고, 낮아지면 보험료는 올라갑니다.

이 보험의 주계약 및 선택특약에 적용한 적용이율은 연복리 2.50%입니다. 단, 갱신형 특약의 적용이율은 연복리 2.0%입니다.

2. 적용위험률

Q	적용위험률이란 무엇인가요?
A	한 개인이 사망하거나 질병에 걸리는 등의 일정한 보험사고가 발생할 확률을 예측한 것을 말합니다. 일반적으로 위험률이 높으면 보험료는 올라가고, 낮으면 보험료는 내려갑니다.

위험률	남자			여자		
	40세	50세	60세	40세	50세	60세
무배당 예정 장기간병자 발생률 (1-2등급)	0.000009	0.000041	0.000228	0.000004	0.000029	0.000233
무배당 예정 경험 사망률	0.000830	0.00153	0.0035	0.00052	0.00086	0.001640

3. 계약체결비용 및 계약관리비용

Q	계약체결비용 및 계약관리비용은 무엇인가요?
A	계약체결비용 및 계약관리비용이란 보험회사가 보험계약의 체결, 유지 및 관리 등에 필요한 경비로 사용하기 위하여 보험료 중 일정비율을 책정한 것을 말합니다.

4. 적용해약률

Q	적용해약률이란 무엇인가요?
A	한 개인이 보험료 납입기간 중 계약을 해지할 확률을 예측한 것을 말합니다. 일반적으로 적용해약률이 높으면 보험료는 내려가고, 낮으면 보험료는 올라갑니다.

이 보험의 주계약 및 무해약환급금형 선택특약에 적용한 적용한 해약률은 납입기간별, 경과기간별로 상이하하며 연 0.00% ~ 연 20.10%(단, 보험료 납입기간 이후에는 연 0.85% ~ 연 17.40%)입니다.

계약자 배당에 관한 사항

계약자배당은 배당상품에 한하여 실시를 하며, 무배당상품은 배당을 하지 않습니다. 그러나 무배당상품은 배당상품보다 상대적으로 저렴한 보험료로 가입할 수 있습니다.
이 보험은 무배당상품으로서 배당을 하지 않습니다.

Q	<p> </p>
A	<p> </p>

경과기간	납입보험료 (A)	해약환급금 (B)	환급률 (B/A)
3개월	51,900	0	0
6개월	103,800	0	0
9개월	155,700	0	0
1년	207,600	0	0
3년	622,800	0	0
5년	1,038,000	0	0
7년	1,453,200	0	0
10년	2,076,000	0	0
15년	3,114,000	0	0
20년	4,152,000	2,106,100	50.7
30년	4,152,000	2,321,150	55.9
40년	4,152,000	2,169,000	52.2
50년	4,152,000	0	0

- ※ 보험금 지급사유가 발생할 경우 예시한 금액과 달라질 수 있습니다.
- ※ 예시에서 경과년도 1년은 40세 계약해당일부터 41세 계약해당일 전일까지를 말하며, 해약환급금은 경과년도 직후 연계약해당일의 기준으로 예시됩니다.
- ※ 해지시 납입되지 않은 보험료가 있는 경우, 해약환급금에서 납입되지 않은 보험료를 차감하여 지급합니다.

보험가격지수

Q	보험가격지수란?
A	<p>해당상품의 보험료총액(보험금 지급을 위한 보험료 및 보험회사의 사업경비 등을 위한 보험료)을 참조순보험료 총액*과 평균사업비총액**을 합한 금액으로 나눈 비율을 “보험가격지수” 라고 합니다.</p> <p>* 감독원장이 정하는 바에 따라 산정한 전체 보험회사 공시이율의 평균(평균공시이율) 및 참조순보험요율을 적용하여 산출한 보험금 지급을 위한 보험료</p> <p>** 상품군별 생명보험상품 전체의 평균 사업비율을 반영하여 계산(역산)한 값</p>

- 가입기준 : 40세, 월납

상품명	보험기간	납입기간	보험가격지수 (%)		가입금액 (만원)
삼성 함께가는 요양보험(2408)(무배당, 무해약환급금형)	90세만기	20년납	남자	146.6	1,000
			여자	159.0	