

복지시설 종합안전배상공제 갱신청약서

가계약번호 : S2025-539344-0

■ 계약사항

계약자	다사랑섬김재가복지센터	사업자번호	647-80-03185
대표자	이석재	연락처	02-3157-4715
주소	서울 은평구 녹번로3길 16-20 (녹번동) 지층 101호		
공제기간	2025-03-11 00:00 ~ 2026-03-10 24:00	청약일자	2025-03-04

■ 피보험자 (피공제자)

시설명	다사랑섬김재가복지센터	시설유형	재가노인복지시설
소재지	(03377) 서울 은평구 녹번로3길 16-20 (녹번동) 지층 101호		
특이사항			

■ 가입담보 / 금액

(자부담 = 자기부담금)

	가입담보	가입금액 (천원)			산출 기초	보장기간
		1인당	1사고당	자부담		
1	시설소유(관리)자-복지관 (대인)	150,000	500,000	100	47.82㎡	2025.03.11~2026.03.10
2	시설소유(관리)자-복지관 (대물)	0	200,000	100	47.82㎡	2025.03.11~2026.03.10
3	구내치료비-치료비 (대인)	1,000	5,000	0	47.82㎡	2025.03.11~2026.03.10
4	구내치료비 자동확장-치료비 (대인)	1,000	0	0	47.82㎡	2025.03.11~2026.03.10

	가입담보	가입금액 (천원)			산출 기초	보장기간
		1인당	1사고당/ 연간 총 보상한도	자부담		
1	생산물-음식물 (대인)	30,000	100,000	300	1 억	20250311~2026.03.10

* 각 특약들의 가입대상은 복지시설(피공제자)의 관리책임이 있는 시설에 한합니다.

■ 보장사항

- * 가입담보 / 특약에 대한 보장내용은 한국사회복지공제회 홈페이지의 “복지시설 종합안전배상공제 약관”을 참조하여 주시기 바랍니다.
- * 전염병으로 인한 손해는 보상되지 않습니다.

■ 납부하실 공제료

공제료	51,500 원	납입계좌	우리은행 1005-402-887946(예금주:한국사회복지공제회)
-----	----------	------	-------------------------------------

- * 보장개시일 이후 공제료 입금시에는 공제료 입금되는 일자/ 시각부터 보장이 개시됩니다.
- * 입금주는 반드시 시설명으로 해주시기 바랍니다.

■ 계약자 서명/직인 날인

청약서의 기재사항이 사실임을 확인하고, 공제 상품에 대한 설명을 충분히 듣고 청약서를 작성하였으며, 청약 사항에 이의가 없음을 확인합니다.		
계약자(시설명)	대표자 서명 또는 시설 직인	(서명/날인)

▶ 보장개시일 이후 공제료 입금시에는 공제료 입금되는 일자/시각부터 보장이 개시됩니다.

가입문의	02-3775-8862	F A X	02-6280-8465
------	--------------	-------	--------------