

# 전문직업배상책임공제(재가) II 신규청약서

가계약번호 : P2025-549619-0

## ■ 계약사항

|        |                                          |       |                  |
|--------|------------------------------------------|-------|------------------|
| 계약자    | 다사랑섬김재가복지센터                              | 사업자번호 | 647-80-03185     |
| 대표자    | 이석재                                      | 연락처   | 02 - 3157 - 4715 |
| 주소     | (03377) 서울 은평구 녹번로3길 16-20 (녹번동) 지층 101호 |       |                  |
| 공제기간   | 2025-03-26 00:00 ~ 2026-03-26 00:00      | 청약일자  | 2025 - 03 - 21   |
| 현원     | 3 명                                      | 피공제자  | 재직 요양보호사 전원      |
| 소급담보일자 | 2025-03-26                               |       |                  |
| 특이사항   |                                          |       |                  |

## ■ 가입담보 / 금액

|   | 가입담보                    | 가입금액(천원) |              |     | 보장기간                    | 공제로<br>(원) |
|---|-------------------------|----------|--------------|-----|-------------------------|------------|
|   |                         | 1인당      | 연간 총<br>보상한도 | 자부담 |                         |            |
| 1 | 전문직업배상책임 - 방문요양/목욕 (대인) | 100,000  | 100,000      | 100 | 2025.03.26 ~ 2026.03.26 | 78,100     |
| 2 | 전문직업배상책임 - 방문요양/목욕 (대물) | 5,000    | 10,000       | 100 | 2025.03.26 ~ 2026.03.26 | 0          |
| 3 | 전문직업배상책임 - 돌봄업무 (대인)    | 150,000  | 150,000      | 0   | 2025.03.26 ~ 2026.03.26 | 0          |
| 4 | 전문직업배상책임 - 돌봄업무 (대물)    | 5,000    | 10,000       | 0   | 2025.03.26 ~ 2026.03.26 | 0          |

※ 돌봄업무 : 사회서비스바우처, 돌봄SOS 사업

## ■ 적용약관

| 적용약관       | 전문직업배상책임공제(재가) II 약관                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 추가<br>기재사항 | <p><input type="checkbox"/> 우리 공제계약은 청약 당시의 재직 요양보호사 수를 기준으로 연간 확정 공제료를 부과하며, 공제기간 중 추가 입사한 요양보호사들의 업무를 공제로 추징 없이 자동 담보합니다.<br/>(또한 퇴사에 따른 환급도 없습니다.)</p> <p><input type="checkbox"/> 담보지역 및 재판관할 구역: 대한민국(국내)</p> <p><input type="checkbox"/> 보고연장기간 적용 : 60일</p> <p><input type="checkbox"/> 피공제자가 전문인으로서의 직접적인 업무 이외의 행위 및 부작위로 인해 발생한 손해 부담보</p> <p><input type="checkbox"/> 피공제자의 친족에 입힌 손해 부담보</p> <p><input type="checkbox"/> 전염병으로 인한 손해는 보장되지 않습니다.</p> |

※ 자세한 사항은 반드시 약관을 참조하시기 바랍니다.

## ■ 납부하실 공제로

|     |         |      |                                                                           |
|-----|---------|------|---------------------------------------------------------------------------|
| 공제로 | 78,100원 | 납입계좌 | 우리은행 1005-102-702498(예금주:한국사회복지공제회)<br>농협 301-0177-5257-41(예금주:한국사회복지공제회) |
|-----|---------|------|---------------------------------------------------------------------------|

\* 보장개시일 이후 공제로 입금시에는 공제로 입금되는 일자 / 시각부터 보장이 개시됩니다.

\* 입금주는 반드시 시설명으로 해주시기 바랍니다.

## ■ 계약자 서명/직인 날인

|                                                                            |          |                                                                                       |
|----------------------------------------------------------------------------|----------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 청약서의 기재사항이 사실임을 확인하고, 공제 상품에 대한 설명을 충분히 듣고 약관을 받았으며, 청약 사항에 이의가 없음을 확인합니다. | 시설<br>직인 |  |
| 계약자(시설명) 다사랑섬김재가복지센터                                                       |          |                                                                                       |

▶ 사업자등록증 혹은 고유번호증 사본을 팩스 0505-361-9594 로 보내주시기 바랍니다.

|      |              |     |               |
|------|--------------|-----|---------------|
| 가입문의 | 02-3775-8831 | FAX | 0505-361-9594 |
|------|--------------|-----|---------------|