함께, 약속
DB손해보험

청약서

전문직업인배상책임보험

청약서만으로는 보험계약의 효력이 없으며 보험료 납입시 반드시 영수증을 교부받으셔야하고 전산발행된 보험가입증서(보험증권) 내용을 확인하신 후 함께 소지하셔야 합니다.
특히 이 부분은 꼭 읽어야 할 내용을 반드시 확인하시기 바랍니다.

설계번호	5202382AQ5A0004	청약일	2025년 10월 30일
증권번호		보험기간	2025년 11월 05일 12:01부터 2026년 11월 05일 12:01까지

목적물 사항

소재지번호	목적물번호	목적물명	목적물정보 구분	목적물정보 값
1	1	요양보호사(재가급여서비스)	소급담보일자	2024.11.05
			재가급여 (명)	13명
			담보위험	요양보호사(재가 방문요양,방문목욕)

담보사항

소재지 번호	목적물 번호	담보사항	적용구분 (보상한도:1, 자기부담금:2)		화폐	적용금액
1	1	요양보호사(재가급여서비스)배상책임(배상청구기준)(대인)	1	1인당	WON	100,000,000
			1	1청구당	WON	100,000,000
			1	통보상한도	WON	100,000,000
			2	1청구당	WON	100,000
		요양보호사(재가급여서비스)배상책임(배상청구기준)(대물)	1	1청구당	WON	100,000,000
			2	1청구당	WON	100,000

계약공통적용약관

순번	담보사항	순번	담보사항
1	전문직업인배상책임보험 보통약관	2	테러행위부보장
3	제재위반부보장		

보험료사항

보험료구분	화폐	보험료
적용보험료	WON	367,600
초회보험료	WON	367,600
원화환산보험료	WON	367,600

(단위 : %)

공동인수 사항

인수사	인수율	인수사	인수율	인수사	인수율	인수사	인수율	인수사	인수율
DB손해보험	100.00								

[필수] 계약체결·이행을 위한 요약 동의서(단체용)

[별지] 서명전 계약의 체결·이행 등을 위한 개인(신용)정보 처리 동의서

DB손해보험주식회사 귀중 설계번호 : 5202382AQ5A0004 청약일 : 2025-10-30

※ 만14세 미만의 경우 법정대리인이 작성 후 친권자 서명을 하시고, 만14세 이상 미성년자는 미성년 본인 직접 동의 또는 법정대리인의 대리동의 후 친권자 서명하시기 바랍니다.
※ 계약체결 이행 동의(이하 '체결이행 동의')의 경우 반드시 동의 하는 경우만 계약 체결이 가능합니다.

구분	순번	성명	상세 동의서 요청 여부	수집·이용 고유식별번호 민감정보 개인(신용)정보	국외 제3자 제공	제공 고유식별번호 민감정보 개인(신용)정보	조회 고유식별번호 민감정보 개인(신용)정보	서명 계약자/피보험자 지정대리청구인	서명 수익자 법정대리인
계약자	0	대상제외	예□ 아니오□	동의하지 않음□ 동의함□ 동의하지 않음□ 동의함□ 동의하지 않음□ 동의함□	□ □ 동의하지 않음 동의함	동의하지 않음□ 동의함□ 동의하지 않음□ 동의함□ 동의하지 않음□ 동의함□	동의하지 않음□ 동의함□ 동의하지 않음□ 동의함□ 동의하지 않음□ 동의함□	(서명) 인) (서명) 인) (서명) 인)	(서명) 인) (서명) 인) (서명) 인)
피보험자	1	김보경	예□ 아니오□	동의하지 않음□ 동의함□ 동의하지 않음□ 동의함□ 동의하지 않음□ 동의함□	□ □ 동의하지 않음 동의함	동의하지 않음□ 동의함□ 동의하지 않음□ 동의함□ 동의하지 않음□ 동의함□	동의하지 않음□ 동의함□ 동의하지 않음□ 동의함□ 동의하지 않음□ 동의함□	(서명) 인) (서명) 인) (서명) 인)	(서명) 인) (서명) 인) (서명) 인)
피보험자	2	김순경	예□ 아니오□	동의하지 않음□ 동의함□ 동의하지 않음□ 동의함□ 동의하지 않음□ 동의함□	□ □ 동의하지 않음 동의함	동의하지 않음□ 동의함□ 동의하지 않음□ 동의함□ 동의하지 않음□ 동의함□	동의하지 않음□ 동의함□ 동의하지 않음□ 동의함□ 동의하지 않음□ 동의함□	(서명) 인) (서명) 인) (서명) 인)	(서명) 인) (서명) 인) (서명) 인)
피보험자	3	김영건	예□ 아니오□	동의하지 않음□ 동의함□ 동의하지 않음□ 동의함□ 동의하지 않음□ 동의함□	□ □ 동의하지 않음 동의함	동의하지 않음□ 동의함□ 동의하지 않음□ 동의함□ 동의하지 않음□ 동의함□	동의하지 않음□ 동의함□ 동의하지 않음□ 동의함□ 동의하지 않음□ 동의함□	(서명) 인) (서명) 인) (서명) 인)	(서명) 인) (서명) 인) (서명) 인)
피보험자	4	문현숙	예□ 아니오□	동의하지 않음□ 동의함□ 동의하지 않음□ 동의함□ 동의하지 않음□ 동의함□	□ □ 동의하지 않음 동의함	동의하지 않음□ 동의함□ 동의하지 않음□ 동의함□ 동의하지 않음□ 동의함□	동의하지 않음□ 동의함□ 동의하지 않음□ 동의함□ 동의하지 않음□ 동의함□	(서명) 인) (서명) 인) (서명) 인)	(서명) 인) (서명) 인) (서명) 인)
피보험자	5	박경숙	예□ 아니오□	동의하지 않음□ 동의함□ 동의하지 않음□ 동의함□ 동의하지 않음□ 동의함□	□ □ 동의하지 않음 동의함	동의하지 않음□ 동의함□ 동의하지 않음□ 동의함□ 동의하지 않음□ 동의함□	동의하지 않음□ 동의함□ 동의하지 않음□ 동의함□ 동의하지 않음□ 동의함□	(서명) 인) (서명) 인) (서명) 인)	(서명) 인) (서명) 인) (서명) 인)
피보험자	6	박미호	예□ 아니오□	동의하지 않음□ 동의함□ 동의하지 않음□ 동의함□ 동의하지 않음□ 동의함□	□ □ 동의하지 않음 동의함	동의하지 않음□ 동의함□ 동의하지 않음□ 동의함□ 동의하지 않음□ 동의함□	동의하지 않음□ 동의함□ 동의하지 않음□ 동의함□ 동의하지 않음□ 동의함□	(서명) 인) (서명) 인) (서명) 인)	(서명) 인) (서명) 인) (서명) 인)
피보험자	7	양양자	예□ 아니오□	동의하지 않음□ 동의함□ 동의하지 않음□ 동의함□ 동의하지 않음□ 동의함□	□ □ 동의하지 않음 동의함	동의하지 않음□ 동의함□ 동의하지 않음□ 동의함□ 동의하지 않음□ 동의함□	동의하지 않음□ 동의함□ 동의하지 않음□ 동의함□ 동의하지 않음□ 동의함□	(서명) 인) (서명) 인) (서명) 인)	(서명) 인) (서명) 인) (서명) 인)
피보험자	8	윤지영	예□ 아니오□	동의하지 않음□ 동의함□ 동의하지 않음□ 동의함□ 동의하지 않음□ 동의함□	□ □ 동의하지 않음 동의함	동의하지 않음□ 동의함□ 동의하지 않음□ 동의함□ 동의하지 않음□ 동의함□	동의하지 않음□ 동의함□ 동의하지 않음□ 동의함□ 동의하지 않음□ 동의함□	(서명) 인) (서명) 인) (서명) 인)	(서명) 인) (서명) 인) (서명) 인)
피보험자	9	이순자	예□ 아니오□	동의하지 않음□ 동의함□ 동의하지 않음□ 동의함□ 동의하지 않음□ 동의함□	□ □ 동의하지 않음 동의함	동의하지 않음□ 동의함□ 동의하지 않음□ 동의함□ 동의하지 않음□ 동의함□	동의하지 않음□ 동의함□ 동의하지 않음□ 동의함□ 동의하지 않음□ 동의함□	(서명) 인) (서명) 인) (서명) 인)	(서명) 인) (서명) 인) (서명) 인)
피보험자	10	조영숙	예□ 아니오□	동의하지 않음□ 동의함□ 동의하지 않음□ 동의함□ 동의하지 않음□ 동의함□	□ □ 동의하지 않음 동의함	동의하지 않음□ 동의함□ 동의하지 않음□ 동의함□ 동의하지 않음□ 동의함□	동의하지 않음□ 동의함□ 동의하지 않음□ 동의함□ 동의하지 않음□ 동의함□	(서명) 인) (서명) 인) (서명) 인)	(서명) 인) (서명) 인) (서명) 인)
피보험자	11	최은경	예□ 아니오□	동의하지 않음□ 동의함□ 동의하지 않음□ 동의함□ 동의하지 않음□ 동의함□	□ □ 동의하지 않음 동의함	동의하지 않음□ 동의함□ 동의하지 않음□ 동의함□ 동의하지 않음□ 동의함□	동의하지 않음□ 동의함□ 동의하지 않음□ 동의함□ 동의하지 않음□ 동의함□	(서명) 인) (서명) 인) (서명) 인)	(서명) 인) (서명) 인) (서명) 인)
피보험자	12	하경분	예□ 아니오□	동의하지 않음□ 동의함□ 동의하지 않음□ 동의함□ 동의하지 않음□ 동의함□	□ □ 동의하지 않음 동의함	동의하지 않음□ 동의함□ 동의하지 않음□ 동의함□ 동의하지 않음□ 동의함□	동의하지 않음□ 동의함□ 동의하지 않음□ 동의함□ 동의하지 않음□ 동의함□	(서명) 인) (서명) 인) (서명) 인)	(서명) 인) (서명) 인) (서명) 인)
피보험자	13	안영희	예□ 아니오□	동의하지 않음□ 동의함□ 동의하지 않음□ 동의함□ 동의하지 않음□ 동의함□	□ □ 동의하지 않음 동의함	동의하지 않음□ 동의함□ 동의하지 않음□ 동의함□ 동의하지 않음□ 동의함□	동의하지 않음□ 동의함□ 동의하지 않음□ 동의함□ 동의하지 않음□ 동의함□	(서명) 인) (서명) 인) (서명) 인)	(서명) 인) (서명) 인) (서명) 인)

DB손해보험
(07334) 서울특별시 영등포구 여의대로 432 DB금융센터
TEL : 1588-0100
www.idbins.com

전문직업인배상책임보험 질문서(재가급여)

DB손해보험주식회사 귀중

TO: DB INSURANCE CO., LTD.

◎ 보험가입자는 보험회사의 계약인수와 보험료 산정에 영향을 미치는 사실에 대해
그렇지 아니한 경우에는 사고발생시 보험금지급과 관련하여 불이익을 받을 수 있으므
성실히 답변해 주시기 바랍니다.
다음 사항을 보험설계사 등에게 구두로 알린 경우에는 보험회사에 알리지 않은 것으

1. 보험계약자 관련사항

계약자 / 법인명	강화재가복지센터	법인 / 사업자번호	654-80-02957
장기요양 기관 기호	2-28710-00169	전화번호	032-932-2454
주소	인천 강화군 강화읍 강화대로 216번길 51-7 (2층)		

2. 제공 가능한 급여 종류

✓①방문요양, 방문목욕 ②방문간호

※ 주·야간보호, 단기보호, 시설급여, 노인요양공동생활가정의 경우 사회복지시설배상책임보험으로 가입하여 주시기 바랍니다.

3. 계약 관련 사항

1) 가입인원(요양보호사) : 13 명

2) 보상한도액

구분	1인당	1청구당	연간보상총액	자기부담금
대인	□ 1천만 원 □ 5천만 원 ☑ 1 억 원 □ 기 타 (원)			□ 10만 원 □ 20만 원 □ 기 타 (원)
대물		□ 2백만 원 □ 1천만 원 □ 1 억 원 □ 기 타 (원)		□ 10만 원 □ 20만 원 □ 기 타 (원)

DB손해보험
06194 서울특별시 강남구 테헤란로 432 DB금융센터
TEL : 1588-0100
www.dbins.com

4. 과거 보험가입사항 및 손해사항

가입연도	보험회사	증권번호	사고 건수	지급보험금	사고내용
2024	DB손해보험	12024316114900	0	0	0

◎ 본 보험가입 질문서는 보험가입의 기초자료가 되며 향후 보
가입 질문서는 귀사의 대표자 또는 정당한 권한을 위임 받은
대표자 또는 책임자가 서명하여야 합니다. 보험사고시 본 보험
◎ 본 보험가입 질문서는 보험요율 산정과 보험가입의 기초자
부기관 및 타인에게 공개되거나 유출될 수 없습니다. 또한 본
험 가입 및 손해사정에 관련된 모든 판일은 보험계약자의 이익

작성일자	2025. 10. 30
작성자	김 영 남
대표자 서명 (반드시 대표자/법인의 기명날인이 있어야 함)	강화재가복지센터 김 영 남

[요양보호사 명단]