(과년)

전문직업배상책임공제(재가)II 가입증서

증서번호 : 2025-540033-000

■ 계약사항

계약자	섬김노인복지센터	사업자번호	301-80-37213
주소	광주 북구 설죽로 390-17 (삼각동) 큰기쁨교회 3층		
공제기간	2025-04-01 ~ 2026-04-01		
종사자 현원	35 명	피공제자	재직 요양보호사 전원
소급담보일자	2025-04-01		
특이사항			

※ 공제(보장)기간은 공제기간 초일 00:00 ~ 공제기간 말일 00:00입니다.

■ 가입담보 / 금액

	가입담보	가입금액(천원)			공제기간	공제료(원)
		1사고당	연간 총 보상한도	자부담		
1	전문직업배상책임-방문요양/목욕 (대인)	30,000	30,000	100	2025.04.01~2026.04.01	626,800
2	전문직업배상책임-방문요양/목욕 (대물)	5,000	10,000	100	2025.04.01~2026.04.01	
3	전문직업배상책임-돌봄업무 (대인)	150,000	150,000	0	2025.04.01~2026.04.01	
4	전문직업배상책임-돌봄업무 (대물)	5,000	10,000	0	2025.04.01~2026.04.01	

※ 돌봄업무 : 사회서비스바우처, 돌봄SOS 사업

■ 적용약관

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

※ 자세한 사항은 반드시 약관을 참조하시기 바랍니다.

■ 납입 공제료

공제료	626,800 원	납입구분	일시납

*** 본 증서는 한국사회복지공제회에서 발행한 원본임을 확인합니다.**

발급일 : 2025. 03. 06

한국사회복지공제회
이사장 김 용 하

복지시설 종합안전배상공제 갱신청약서

가계약번호 : S2025-526574-0

■ 계약사항

계약자	섬김노인복지센터	사업자번호	301-80-37213
대표자	선복례	연락처	062-262-3644
주소	광주 북구 설죽로 390-17 (삼각동) 큰기쁨교회 3층		
공제기간	2025-02-21 00:00 ~ 2026-02-20 24:00	청약일자	2025-01-21

■ 피보험자 (피공제자)

시설명	섬김노인복지센터	시설유형	재가노인복지시설
소재지	(61051) 광주 북구 설죽로 390-17 (삼각동) 큰기쁨교회 3층		
특이사항	* 3층전체		

■ 가입담보 / 금액

(자부담 = 자기부담금)

	가입담보	가입금액(천원)			산출 기초	보장기간
		1인당	1사고당	자부담		
1	시설소유(관리)자-복지관 (대인)	150,000	300,000	100	57.1㎡	2025.02.21~2026.02.20
2	시설소유(관리)자-복지관 (대물)	0	200,000	100	57.1㎡	2025.02.21~2026.02.20
3	구내치료비-치료비 (대인)	1,000	5,000	0	57.1㎡	2025.02.21~2026.02.20
4	구내치료비 자동확장-치료비 (대인)	1,000	0	0	57.1㎡	2025.02.21~2026.02.20

	가입담보	가입금액(천원)			산출 기초	보장기간
		1인당	1사고당/ 연간 총 보상한도	자부담		
1	생산물-음식물 (대인)	30,000	100,000	300	1 억	20250221~2026.02.20

* 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	61,200 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	02-3775-8863	F A X	02-6280-8465

한국사회복지공제회
Korea Social Welfare Credit Union