

복지시설 종합안전배상공제 신규 청약서

가계약번호 : S2025-537649-0

■ 계약기본사항

계약자	소망복지센터(소망 사회적협동조합)	사업자번호	179-82-00675
대표자	김미현	연락처	041 - 931 - 2321
주소	(33417) 충남 보령시 주교면 토정로 647 소망복지센터(소망 사회적협동조합)		
공제(보장)기간	2025-02-24 00:00 ~ 2026-02-23 24:00	청약일자	2025년 02월 24일

■ 피보험자 (피공제자)

시설명	소망복지센터(소망 사회적협동조합)	시설유형	재가노인복지시설
소재지	(33417) 충남 보령시 주교면 토정로 647 소망복지센터(소망 사회적협동조합)		
특이사항	가입면적 단독사용 79.54㎡ (기재된 면적외에서 발생한 사고는 담보하지 않습니다.)		

■ 가입담보 / 금액

(자부담 = 자기부담금)

	가입담보	가입금액(천원)			산출 기초	보장기간
		1인당	1사고당	자부담		
1	시설소유(관리)자 - 복지관 (대인)	150,000	500,000	100	79.54㎡	2025.02.24 ~ 2026.02.23
2	시설소유(관리)자 - 복지관 (대물)	0	200,000	100	79.54㎡	2025.02.24 ~ 2026.02.23
3	구내치료비 - 치료비 (대인)	1,000	5,000	0	79.54㎡	2025.02.24 ~ 2026.02.23
4	구내치료비 자동확장 - 치료비 (대인)	1,000	0	0	79.54㎡	2025.02.24 ~ 2026.02.23

	가입담보	가입금액(천원)			산출 기초	보장기간
		1인당	1사고당/ 연간 총 보상한도	자부담		
1	생산물 - 음식물 (대인)	30,000	100,000	300	1 억	2025.02.24 ~ 2026.02.23

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

■ 보장사항

- * 자세한 사항은 반드시 약관을 참조하시기 바랍니다.
- * 전염병으로 인한 손해는 보상되지 않습니다.

■ 납부하실 공제료

공제료	85,600원	납입계좌	우리은행 1005-402-887946(예금주:한국사회복지공제회)
-----	---------	------	-------------------------------------

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

■ 계약자 서명/직인 날인

청약서의 기재사항이 사실임을 확인하고, 공제 상품에 대한 설명을 충분히 듣고 약관을 받았으며, 청약 사항에 이의가 없음을 확인합니다.

계약자(시설명) 소망복지센터(소망 사회적협동조합)

시설
직인



▶ 사업자등록증 혹은 고유번호증 사본을 팩스 02-6280-8465 로 보내주시기 바랍니다.

가입문의	02-3775-8864	FAX	02-6280-8465
------	--------------	-----	--------------



한국사회복지공제회
Korea Social Welfare Credit Union

복지시설 화재공제 신규 청약서

가계약번호 : B2025-537712-0

■ 계약기본사항

계약자	소망복지센터(소망 사회적협동조합)	사업자번호	179-82-00675
대표자	김미현	연락처	041 - 931 - 2321
주소	(33417) 충남 보령시 주교면 토정로 647 소망복지센터(소망 사회적협동조합)		
보험기간	2025-02-25 00:00 ~ 2026-02-24 24:00	청약일	2025 - 02 - 24

■ 피보험사항

피공제자	소망복지센터(소망 사회적협동조합)		
시설구분	노인	세부시설 종류	재가노인복지시설
목적물소재지	(33417) 충남 보령시 주교면 토정로 647 소망복지센터(소망 사회적협동조합)		
특이사항			

■ 신청담보

No	목적물	목적물 설명	가입금액	보장기간	공제료
1	건물	경량철골조 1층 79.54㎡	1 억 2000 만	2025.02.25 ~ 2026.02.24	9,240
2	시설	79.54㎡ 건물 내 설치한 시설 / 인테리어	2400 만	2025.02.25 ~ 2026.02.24	1,848
3	집기비품	79.54㎡ 건물 내 위치한 집기비품 일체	1800 만	2025.02.25 ~ 2026.02.24	1,386
4	납입공제료				12,400

■ 보장내용

담보사항	지급사유
화재담보	가입목적물이 화재(벼락 포함)사고로 인하여 손해가 발생한 경우
참고사항	<ul style="list-style-type: none"> * 보험가입물건은 반드시 1~3급 건물만 가입/보상 가능 * 관련법규상 복지시설로 허가된 시설만 가입/보상 가능 - 임시로 사용하는 시설(미허가) 및 개인소유의 주택은 가입/보상 대상에서 제외 * 사고발생시 피공제자 자기부담금 100,000원

※ 자세한 사항은 반드시 약관을 참조하시기 바랍니다.

■ 납입 공제료

공제료	12,400원	납입계좌	우리은행 1005-902-887953 (예금주:한국사회복지공제회)
-----	---------	------	---

* 입금주는 반드시 시설명으로 해주시기 바랍니다.

■ 계약자 서명/직인 날인

청약서의 기재사항이 사실임을 확인하고, 공제 상품에 대한 설명을 충분히 듣고 공제약관과 청약서 부분을 받았으며, 청약 사항에 이의가 없음을 확인합니다.	시설 직인	
계약자(시설명) 소망복지센터(소망 사회적협동조합)		

※ 청약서만으로는 공제계약 효력이 없으며 공제회에서 발급하는 공제가입증서 내용을 확인 후 같이 소지하여야 합니다.

▶ 사업자등록증 혹은 고유번호증 사본을 팩스 0505-361-9596 로 보내주시기 바랍니다.

▶ 공제(보장)개시 회망일 이후 공제료 입금시에는 공제료 입금일부터 보장이 개시 됩니다.

가입문의	02-3775-8836	FAX	0505-361-9596
------	--------------	-----	---------------