

1. 보험계약 당사자에 관한 사항

NO.

보 험 계 약 자		대 한 치 과 의 사 협 회				소급담보일	
피보험자	성 명			면허번호			
	의/병원명			주민등록번호			
	병원주소				E-Mail		
개 신	병원전화 번호		FAX		핸드폰		

2. 보험가입에 관한 사항

1) 보험기간 : 2019-XX-20 00:00 부터 2020-XX-19 24:00 까지

2) 보통약관 (일반치과 의료과실 배상책임 보장 : 배상청구 기준) 및 특별약관 보험료

가. 보통약관 기본보험료 (단,구강악안면외과 턱수술 부담보 조건임)

(의사 1인당)

보상한도액	자기부담금 (1청구당)	
5천만원-1청구당 /1억원-연간총보상한도	A. 5십만원	B. 1백만원
기본보험료	원	원

* 상기 요율은 별지로 안내한 **손해분담특별약관(Co-ins)**을 적용합니다.(별첨의 손해분담특별약관 참조)

◎임플란트시술 또는 교정시술을 하지 않는 피보험자는 적정 보험료를 안내받을 수 있음.(단 선택한 보험조건에 따라 임플란트시술 또는 교정시술 관련 사고는 일체 면책임)

나. 특별약관 보험료 (의사 1인당)

(현재 가입한 특별약관은 0으로 표시함)

(단위:원)

특 별 약 관 명	보상한도액 (1청구당 / 연간총)	가입사항	보 험 료	공제금액(1청구당)
일반시설 및 경호비용 보장	2백만원 / 4백만원		100,000	1십만원
	5백만원 / 5백만원		200,000	
벌금 보장	2천만원 / 2천만원		36,000	-
외래진료 휴업손해 보장	1일 30만원 / 최대 15일		185,000	-
형사 방어비용 보장	I.구속시 (5백만원 / 5백만원)		31,000	-
	II.기소시 (5백만원 / 5백만원)		62,000	
폭행 및 악의적 파괴행위 보장	사망후유장해 (1억원 / 1억원)		40,000	-
	재물손해 (1억원 / 1억원)			
관습상 비용 및 형사 합의금 보장	5백만원 / 5백만원		95,000	-
임플란트 재수술비용 보상 보장	상세내용 전화문의			5십만원
구강악안면외과턱수술 보상 보장	1억원 / 1억원		3,483,000	1천만원

3. 재계약 보험료 (보험기간이 시작된 후라도 보험료를 받기 전에 생긴 손해는 보상하여 드리지 않습니다.) (단위:원)

구 분	종전 가입조건	보험료 (현재 조건대로)	보험료 (조건 변경시)
보 통 약 관	공제금액(A.5십만원), 무사고할인 10%		
특 별 약 관	상기 보험료표 가입사항란 0으로 표시한 특별약관		
합 계	납입하실 재계약 보험료		

귀사의 의사 및 병원배상책임보험 보통약관 및 특별약관을 승인하고 상기와 같이 보험계약을 청약(신청) 합니다.

2018 년 월 일 성 명 : (서명 또는 인)

입금계좌 : KEB하나은행 630 - 004614 - 135 (예금주 : (사)대한치과의사협회)

※ 무통장 입금, 폰뱅킹, 인터넷뱅킹 가능, 반드시 본인명의로 입금하여 주시기 바랍니다.

●보험가입및 상품에 관한 문의: 현대해상화재 엠피에스 의료배상센터

(☎ 02-762-****, FAX 02-2179-**** / 02-762-****, 3364)

팩스 송부시 신청서와 개인정보처리동의서를 같이 송부하여 주시기 바랍니다.

※ 배상청구기준은 가입증서에 명시된 소급보장일 이후에 진료한 의료행위로 발생한 사고에 대해 보험기간 내에 배상청구가 될 경우에 한하여 보장하는 기준입니다.

