

계약기본사항

보험기간	2023년 월 일 (00:00) 부터 2024년 월 일 (24:00) 까지	
소급담보일자 (신규가입자 체크 불필요)	<input type="checkbox"/> 년 월 일	<input type="checkbox"/> 해당사항 없음
동일병원 가입 의사인원	<input type="checkbox"/> 1명	<input type="checkbox"/> 다수의사 () 명 (본인 포함)
사고이력	<input type="checkbox"/> 무사고 ()년	<input type="checkbox"/> 과거 3개년 손해액 ()백만원
피보험자	성명	면허번호
	주민번호	사업자등록번호
	병원명	
	전화번호	휴대폰번호
	E-mail	FAX
	의원주소	

※ 가입의사가 다수이거나 3년 이상 무사고인 경우 할인된 보험료로 재안내드립니다.

의사배상책임보험 가입담보

■ 보통약관(의료과실 배상책임-배상청구기준)

구분		1청구당 보상한도액 : 5천만원 / 연간 총보상한도액 : 1억원	
임플란트시술	교정시술	자기부담금 50만원 (1청구당)	자기부담금 100만원 (1청구당)
X	X	<input type="checkbox"/> 269,000원	<input type="checkbox"/> 234,200원
X	O	<input type="checkbox"/> 336,700원	<input type="checkbox"/> 292,800원
O	X	<input type="checkbox"/> 374,100원	<input type="checkbox"/> 324,800원
O	O	<input type="checkbox"/> 442,000원	<input type="checkbox"/> 383,400원

• 배상청구기준은 소급담보일자 이후에 발생한 사고에 대해 보험기간 내에 배상청구가 될 경우에 한하여 보상하는 기준입니다.

• 'X'인 경우 해당 시술 관련 사고는 보장되지 않습니다.

■ 특별약관

구분	1청구당 보상한도액	연간 총보상한도액	자기부담금(1청구당)	특약 보험료
일반배상책임 및 경호비용	2백만원	4백만원	1십만원	<input type="checkbox"/> 100,000원
	5백만원	5백만원	1십만원	<input type="checkbox"/> 200,000원
관습상의 비용 및 형사합의금	5백만원	5백만원	-	<input type="checkbox"/> 95,000원
벌금 보장	2천만원	2천만원	-	<input type="checkbox"/> 36,000원
형사방어비용 I	5백만원	5백만원	-	<input type="checkbox"/> 31,000원
형사방어비용 II	5백만원	5백만원	-	<input type="checkbox"/> 62,000원
의료사고로 인한 폭행 및 악의적인 파괴 행위	1억원	1억원	-	<input type="checkbox"/> 40,000원
외래진료 휴업손해	30만원-1일당/ 최대 15일		-	<input type="checkbox"/> 185,000원
초빙의/마취의 보장	5천만원	5천만원	1백만원	<input type="checkbox"/> 288,000원
구강악안면외과 특수수술 보장	1억원	1억원	1천만원	<input type="checkbox"/> 3,483,000원

휴업, 폐업, 이직 등의 사유로 무사고확인서를 첨부하여 갱신을 유예할 수 있는 기간은 보험기간 종료 후 1개월로 제한되며, 회사는 해당 기간 중 발생한 사고에 대해서는 보상하지 않습니다. 이 경우 소급 담보일을 소급하여 적용해드리기 때문에 보험료는 연간보험료를 납부해야 합니다.

갱신유예기간을 경과하여 보험을 다시 가입하는 경우 소급담보일(최초보험가입일)은 보험 재가입일로 변경됩니다. 이 경우 기본보험료에서 일할 계산된 보험료를 적용하나, 변경된 소급담보일로 인하여 보험재가입일 이전에 행한 의료행위로 인한 사고는 보상하여 드리지 않습니다.

※ 위 요율은 별첨한 '손해분담 특별약관'을 적용합니다.

보험료 납입방법

보험료 합계			
<input type="checkbox"/> 계좌입금	국민 207390-73-653730	※ 입금시 면허번호 기재 必	
<input type="checkbox"/> 신용카드	카드번호		
	유효기간		
	할부		
	카드명이자 생년월일(사업자번호)		

보험가입문의 및 사고접수

전화 : 02-717-9480~1 (서울&경기)

02-6101-9436 (그 외 지역)

팩스 : 02-6944-9440

대리점 : 한국단체보험연합

(등록번호 : 제199081379)