

가입시 알아두실 사항

본 안내장은 영문약관 내용을 요약 발췌한 것이므로 보상하지 아니하는 손해 등 기타세부 내용은 반드시 해당 보험 가입조건 및 영문약관을 참조하십시오.

청약시에는 보험계약의 기본사항을 반드시 확인하시기 바랍니다. 보험품질보증제도

보험계약청약시에는 보험상품명, 보험기간, 보험료, 보험료 납입기간, 피보험자 등을 반드시 확인하시고, 보험약관을 반드시 수령하여 읽어 보시고 중용한 사항에 대한 설명은 아래 담당자에게 상담하시기 바랍니다.

피보험자의 동의를 받아야 합니다.

가족을 포함하여 본인이 아닌 다른 사람을 피보험자로 하여 보험계약을 청약하고자 하는 경우에는 청약시 반드시 그 피보험자의 서면에 의한 동의(청약서상에 자필서명)를 받으셔야 합니다. 그렇지 않을 경우 보험 계약의 효력 등과 관련하여 불이익이 있을 수 있습니다.

보험계약자의 자필서명

청약서는 보험계약자 본인이 작성하고 서명란에도 보험계약자 본인 및 피보험자가 자필서명을 하셔야 합니다. 자필서명을 하지 않으신 경우 보험계약의 효력 등과 관련하여 불이익이 있을 수 있습니다.

가입자의 계약전 알릴의무

계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인은 청약시 청약서 질문서를 포함 합니다)에서 질문한 사항에 대하여 알고 있는 사실을 반드시 사실대로 알려야 합니다.

가입자의 계약후 알릴의무

계약자, 피보험자 또는 이들의 대리인은 보험계약을 맺은 후 건물의 구조 또는 용도 변경으로 인한 위험 증가 및 주소 변경 등 보험약관에 정한 계약 후 알릴 의무사항이 발생하였을 경우 자체없이 회사에 알리고 보험증권(보험가입증서)에 확인을 받아야 합니다. 그렇지 않을 경우 보험금 지급이 거절될 수 있습니다.

청약철회

가계성 보험(개인의 일상생활과 관련된 보험으로 보험료를 단체 또는 법인이 부담하지 않는 개인보험계약과 단체 요율이 적용되지 않는 계약을 말합니다)에 한하여 계약자는 청약을 한 날 또는 보험료를 납입한 날부터 15일 이내에 그 청약을 철회할 수 있습니다.

보험계약 체결시 약관과 청약서 부분을 전달받지 못하였거나 약관의 중요한 내용을 설명받지 못한 때 또는 청약서에 자필서명을 하지 아니한 때에는 계약자는 청약일로부터 1개월 이내에 계약을 취소할 수 있습니다.

예금자보호 안내

이 보험계약은 예금자보호법에 따라 예금보험공사가 보호합니다. 다만, 보험계약자 및 보험료 납부자가 법인이면 보호되지 않습니다.

모집실서 확립 및 신고센터 안내

특별이익 제공 등 법질서 문란 행위는 금융감독원으로부터 제재를 받을 수 있습니다. 금융감독원 보험모집실서 위반행위 신고센터 TEL:(02)3145-7536, FAX:(02)3145-7547, 인터넷:www.lss.or.kr

보험상담 및 분장의 해결에 관한 사항

가입하신 보험에 관하여 상담이 필요하거나 불만사항이 있을 때에는 먼저 저희회사

(TEL: 1588-5114 통화 후 4번을 순서대로 누른 후 접속 / 인터넷: www.samsungfire.com → 전자민원창구)로 연락주시면 신속히 처리해 드리겠습니다. 또한, 저희 회사의 처리결과에 이의가 있으시면 금융감독원의 금융소비자보호센터(국번없이 1332, (02)3771-5114, www.lss.or.kr)에 민원 또는 분쟁조정 등을 신청하실 수 있습니다.

금융감독원 보험범죄 신고센터 안내

보험범죄는 형법 제347조(사기)에 의거 10년 이하의 징역이나 2천만원 이하의 벌금에 처해지며, 보험범죄를 교사한 경우에는 동일한 처벌을 받을 수 있습니다.

TEL: 1588-3311, 홈페이지: 금융감독원 홈페이지(www.lss.or.kr)내 [보험범죄신고센터]

상담 및 문의 전화

삼성화재 대표번호(지역번호없이)

1588-5114

삼성화재해상보험주식회사

www.samsungfire.com

방문간호전문직업인배상책임보험 가입신청서

* 보험기간이 9월 20일부터이기 때문에 9월 19일까지 입금바랍니다.

*보험가입에 관한 사항으로 정확한 정보를 기재바랍니다

■ 신청내역

이름		주민등록번호		
기관명		장기요양기관번호		
핸드폰번호		기관전화 / 팩스	전화:	팩스:
기관주소				
간호사면허번호				

■ 상품내역 * 두가지 플랜 중 하나를 선택해주세요.

구분	1청구당보상한도	연간총보상한도	자기부담금	인당연간보험료
A플랜 ()	5천만원	5천만원	50만원	183,000
B플랜 ()	1억원	1억원	50만원	203,000

■ 신청방법 * 신청서 작성 후 팩스로 보내주시기 바랍니다.

가입절차	가입신청서작성 송부→입금→계약반영		
문의전화	삼성화재 조석형 RC 010-3346-2639		
가입신청서 발송	팩스	0505-090-2639	
입금 계좌 번호	신한은행 555-90117-267157 예금주 : 삼성화재(주)		

* 개인이 입금시 간호사 이름으로 입금하시기 바랍니다.(기관에서 입금시 개인이름+기관명)

■ 안내사항

*대한간호협회 단체계약으로 다른 영업점에서는 판매 하지 않습니다.

개인신용정보의 제공 *활용동의서

본인의 보험계약 정보 및 다음의 신용정보는 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 제23조의 규정에 따라 타인에게 제공 · 활용시 본인의 동의를 얻어야 하는 정보로서 본인의 귀사가 본인에 관한 다음의 신용정보를 본인계약의 체결, 유지, 이행을 위한 목적으로 활용하는것과 이를 위하여 귀사가 보험개발원, 업무위탁업체, 공공기관 등에 제공 · 활용하는 데 동의 합니다.

• 제공 · 활용할 신용정보의 내용

- 개인식별정보(피보험자의 성명, 주민번호, 주소 및 전화번호)
- 계약내용(계약일, 보험종목, 보험료, 보험가입금액 등)
- 지급내용(보험금과 각종 급부 내역, 지급사유)

년 월 일

동의자 본인 : (인)