|  |
| --- |
| **대한상공회의소 의료기기배상책임공제 견적용 설문서** |

본 견적용 설문서를 아래의 대한상공회의소 PL센터로 보내주시면 보험료를 안내해 드리겠습니다. (Fax 또는 E-mail송부)

•사업자등록증과 제품설문서 첨부하여 주시기 바랍니다.

**•홈페이지:https://insure.korcham.net/Front/Main/appl/Main.asp**

**• Fax: 070-7614-3422 • Tel: 02-6050-3875~8 • E-Mail: plcenter****@korcham.net**

**\* 표시 사항을 비롯한 본 설문서 내역은 보험료 산출을 위한 기초 자료이므로, 정확하게 기재하셔야 합니다.**

|  |
| --- |
| **Ⅰ. 가입업체 기본정보 (General Information)** |
| 회 사 명(Name of the Insured) | 한 글 |  | 대 표 자 |  |
| 영 문 |  | 사업자등록번호 |  |
| 홈페이지주소(Website) |  | 업태/종목 |  |
| 보험담당자(Contact Information) | 성 명(Name) |  | 부서/직위(Dept, Position) |  |
| 연락처(Contact No.) |  | 회사 E-mail |  |
|  | 회사 Fax |  |
| 주 소(Address) | 본 사 (HQ) |  |
| 공장 (Factory) |  |
| 보험경력(current insurance details) | ◦가입보험사 : ◦보험가입기간:◦보상한도액/자기부담금 : ◦보험료 : ◦소급담보일 : |
| **Ⅱ. 담보 생산물 및 매출액 현황 (Product and Sales Revenue)** |
| 담보품목(Insurance Product) | 전년도 매출 (전년매출이 없는 경우 예상매출 기재)(Regional Sales Revenue or Projected Sales Revenue)(단위: 백만원 / KRW Mil.) |
| 품목명 | 허가번호(제허 OO-OOO호) | 의료기기 분류번호(BOOOO.OO) | 전년도 매출 (국내)*(Domestic Sales Revenue – previous year)* | 예상 매출 (국내)*(Projected Sales Revenue – following year)* |
|  |  |  |  백만원 |  백만원 |
|  |  |  |  백만원 |  백만원 |
|  |  |  | 백만원 | 백만원 |
|  |  |  |  백만원 |  백만원 |
| **계 (Total)** |  **백만원** |  **백만원** |
| **Ⅲ. 보험가입조건 (Insurance Condition)** |
| 보상한도액*(Limit of Liability)* | 대인*(Bodily Injury)* | 1인당*(any one person)* | □ **1.8억(최소)**  □기타( ) |
| 1청구당*(any one occurrence)* | □ **30억(최소)**  □기타( ) |
| 총보상한도액*(aggregate)* | □ **30억(최소)** □기타( ) |
| 자기부담금 *(Deductible)* | **□ 100만원(최소)** □ 기타( ) |
| 판매인 특별약관*(Additional Insured(Vendors) Clause)* | □ 가입시 체크※ 업체명 :  |
| 기타 요청사항 *(Other Request)* |  |
| * 인당 한도 : 사망 1.8억원 한도 (손해액 2천만원 미만인 경우 2천만원) / 후유장해 1.5억 한도 / 부상 : 3천만원 한도
* 30억원은 최소 의무가입 한도이며, 판매인(피보험자), 대위권 또는 교차배상 특약이 추가될 경우 보험료가 할증됩니다.
* 여러 케이스에 대한 산출을 원하실 경우 중복체크 부탁드립니다.
 |

|  |
| --- |
| **Ⅴ. 과거 사고정보 (HISTORICAL AND LOSS INFORMATION)** |
| 1) 귀사의 제품이나 서비스가 집단소송에 연루된 적이 있습니까?*Have any of your products or services ever been involved in class action or multi-district litigation?* | □ 예(Yes) | □ 아니오(No) |
| 1-1) 1번 질문에 대한 답이 예 일경우, 어떤 경우인지 설명 부탁드립니다. (*If yes, please explain.*)                                                                                 |
| 2) 과거 5년간 자기부담금을 넘어선 사고가 몇 건이나 있었습니까? *How many times in the last 5 years has a claim or demand for damages exceeded your deductible or retention?  Please provide details.* |  ( ) 건 |
| 2-1) 2번 질문에 대한 답이 1건 이상일 경우, 사고일자 / 사고내용 / 지급된 손해액을 기입 부탁드립니다.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 사고일시*Claim Date* | 발생금액(손해액)*Claim Amount* | 사고내용*Details of loss or damage claim* | 재발방지대책*Preventive measures* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

 |

작성자는 본 기재내용이 사실임을 증명합니다. 서명자는 본 질문서의 답변일자와 보험증권 발행 시점 사이에 질문서에 기재한 사항이 변경될 경우 회사에 그러한 변경사항을 즉시 통지하여야 하고, 회사는 그 변경사항에 대하여 요율 견적 또는 보험 인수사항을 변경할 수 있습니다.

작 성 일 자 :

작 성 자 : (인/서명)

|  |  |
| --- | --- |
| **취급단체** (상의 기재용) |  **대한상공회의소** |