

## Chubb 핏밀리보험 for ( ) 파트너 사업방법서 별지

1. 보험의 종류 : 특종-기타/동물

2. 보험종목의 명칭 : Chubb 핏밀리보험 for ( ) 파트너

3. 보험의 목적

- 1) 법률상의 배상책임
- 2) 각종 비용손해
- 3) 피보험자의 신체

4. 보험기간 및 보험료 납입주기에 관한 사항

- 1) 보험기간 : 보험기간은 1년을 원칙으로 한다. 그러나 1년 이상 3년 이하의 장기계약 또는 1년 미만의 단기계약을 체결할 수 있다.
- 2) 보험료 납입주기 : 보험료는 보험계약을 체결함과 동시에 보험료 영수증과 상환하여 그 전액을 영수한다. 그러나 필요한 경우에는 분할 영수할 수 있다.

5. 배당에 관한 사항 : 배당금을 지급하지 아니함

6. 보험료 차등적용에 관한 사항

「보험료 및 책임준비금 산출방법서」에서 정한 바에 따라 적용한다.

7. 기타

1) 판매상품의 명칭에 관한 사항

판매상품의 명칭은 “Chubb 핏밀리보험 for ( ) 파트너”로 함.

다만, ( ) 부분은 동 상품을 판매하는 온라인 플랫폼 운영업체 명칭으로 한정함.

2) 판매제한에 관한 사항

이 보험은 아래 사항에 모두 해당하는 경우에 한해 판매한다.

① 계약자

- 「전자금융거래법」 제2조 제4호에서 정한 전자금융업자 또는
- 「전자상거래 등에서의 소비자보호에 관한 법률」 제2조 제1호에서 정한 전자상거래를 하는 사업자, 통신판매업자, 통신판매 중개업자

② 피보험자

- 상기 계약자가 운영하는 온라인 플랫폼의 이용약관에 동의한 회원 중 해당 보험서비스를 「전자금융거래법」 제2조 제1호에 따른 전자금융거래 방식 또는 「전자문서 및 전자거래 기본법」 제2조 제5호에 따른 전자거래 방식으로 신청한 자

3) 상품다수구매자 보험계약 특별약관의 판매제한에 관한 사항

① 다수구매자(피보험자)가 쉽게 이해할 수 있는 단순한보장내용\*으로 판매

\* 불완전판매우려가 적고 보험사고 입증 및 보험금 지급절차가 단순한 담보  
( 예)상해사망)

② 보험료는 계약자(상품판매자)가 전액 부담\*

\* 보험료 부담이 피보험자에게 전가되지 않음을 계약자로부터 확인 받은 경우 인수

③ 계약자가 피보험자에게 주요 보장내용을 설명하고 피보험자 확인\*를 받은 경우 인수

\* 가입전설명 및 확인을 받아야 하며 사전설명이 불가능한 경우에 한해 가입후 설명  
및 확인

4) 장애인전용보험전환 특별약관 운영에 관한 사항

(1) 이 특별약관은 다음 각 호의 조건을 모두 만족하는 보험계약에 한하여 부가할 수 있다.

① 「소득세법 제59조의4(특별세액공제) 제1항 제2호」에 따라 보험료가 특별세액공제의 대상이  
되는 보험

② 모든 피보험자 또는 모든 보험수익자가 「소득세법시행령 제107조(장애인의 범위) 제1항」에서  
규정한 장애인인 보험

(2) 기타

① 관련법령이 개정 또는 폐지되는 경우 변경된 법령을 따른다.

② 회사는 이 특별약관의 적용을 위해 알게 된 장애인 정보를 세액공제 목적으로만 활용하고,  
다른 보험의 인수심사나 보험금 심사업무 및 요율산출 업무에는 활용하지 못한다.

## [별첨] 계약 전 알릴의무 사항

반려동물에 관한 다음 사항은 회사가 보험계약의 청약을 심사하고 인수하는데 필요한 자료이므로 보험계약자 및 피보험자는 아래 질문들에 대해 사실대로 알려야 하며 직접 작성하시기 바랍니다.

- 아래사항(질문 1번~3번)에 대하여 만약 사실대로 알리지 않거나 사실과 다르게 알린 경우에는 보험가입이 거절될 수 있으며, 특히 그 내용이 「중요한 사항」에 해당하는 경우에는 보험계약자 또는 보험대상자(피보험자)의 의사와 관계없이 보험약관상 「계약전 알릴의무 위반의 효과」 조항에 의해 계약이 해지되거나 보장이 제한될 수 있습니다.

중요한 사항」이란 회사가 그 사실을 알았다면 보험계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 인수하는 등 계약인수에 영향을 미치는 사항을 말합니다.

※ 부활(효력회복)시에는 계약전 알릴의무 대상기간을 「최초 계약해당일(또는 직전 부활(효력회복)일) 이후로부터 부활(효력회복)을 청약한 날까지의 기간」으로 합니다.

1. 애완/반려 이외의 목적으로 양육하고 있습니까? (예, 아니오)

2. 반려동물이 과거부터 현재까지 아래의 병으로 진단되거나 의심소견을 받은 적이 있습니까? (예, 아니오)  
(‘예’인 경우) 아래의 질병 중 선택해 주세요.

구분	질병
내장 질환	1)심장질환 2)만성신부전증 3)간기능부전 4)담도계질환 5)간문맥전신단락증(PSS) 6)만성췌장염 7)췌장분비부전(EPI) 8)거대식도증 9)방광결석
호르몬 질환 (내분비 질환)	10)부신피질기능저하증(에디슨병) 11)부신피질기능항진증(쿠싱증후군) 12)당뇨병 13)갑상선질환
뇌·신경계 질환	14)간질·발작 15)추간판탈출증(IVDD) 16)환측추불안정 17)기타 뇌·신경계질환
안과 질환	18)백내장 19)녹내장
혈액 질환	20)면역매개성용혈성빈혈(IMHA) 21)면역매개성혈소판감소증(IMT) 22)기타응고계질환
관절 질환 (뒷다리)	23)슬개골탈구 24)고관절이형성 25)무혈성골두괴사(LCPD)
기타 질환	26)약성종양(암) 27)심장사상충증 28)선천 및 후천 장애

3. 현재 다른 애견보험 등에 가입하고 있습니까? (예, 아니오)

(‘예’인 경우)

보험회사:

상품명:

위의 각 계약전 알릴의무사항에 대한 답변내용은 사실과 일치하며, 보험계약자 및 피보험자(보험대상자) 본인이 직접 작성하였음을 확인합니다.

년 월 일

에이스아메리칸화재해상보험주식회사 한국지점 귀중

보험계약자성명 : (인)  
피보험자(보험대상자)성명 : (인)  
법정대리인(친권자)관계( )성명 : (인)  
법정대리인(친권자)관계( )성명 : (인)

〈 법정대리인(친권자) 1인이 서명한 경우 〉	
본인은 다른 법정대리인(친권자) 1인과 합 의하에 공동으로 친권을 행사합니다.	서명

**Chubb. Insured.<sup>SM</sup>**