

Chubb 펫밀리보험 for 플랫폼파트너 사업방법서 별지

1. 보험의 종류 : 특종-기타/동물

2. 보험종목의 명칭 : Chubb 펫밀리보험 for 플랫폼파트너

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 해약환급금 산출방법서」에서 정한 바에 따라 적용한다.

7. 기타

1) 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

2) 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

3) 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)환축추불안정 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)약성중양(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 합의하에 공동으로 친권을 행사합니다. | 서명 |
| | |

Chubb. Insured.SM