

의사 및 병원배상책임보험 질문서

(Medical Malpractice Insurance Questionnaire)

본 질문서는 **의사 및 병원배상책임보험** 인수 여부 및 보험료 산출을 위한 중요한 자료로 활용됩니다. 또한 본 질문서는 청약서와 함께 보험계약의 일부를 이루게 되며, 기재 내용이 사실과 다를 경우 **보험계약의 효력 또는 보험금 지급에 영향을 미칠 수 있**사오니, 이점 유의하시어 질문사항에 대해 신중히 답하여 주시기 바랍니다.

The purpose of this questionnaire is to determine the applicant's eligibility and premium for the **Medical Malpractice Insurance**. The information submitted forms the basis of the insurance contract and if incorrect or false, the validity of the insurance contract and claim payment may be adversely affected. Therefore, please read all the questions carefully and answer in detail.

※귀 원이 여러 지역에 분원을 운영한다면 각 병원마다 별도의 가입설문서를 작성해 주시기 바랍니다.
(If you operate multiple clinics or hospitals, please complete separation questionnaire for each location.)

가. 기본사항

(General Information)

1. 보험계약자 / 피보험자

(Insured Information)

병 원 명 (Name of the Hospital)	
법인/주민등록번호 (Corporate/Resident ID No.)	
사업자 등록번호 (Business Registration No.)	
소 재 지 (Address)	
설립일 (Date of Establishment)	
보험 가입 관련 연락처 (Insurance Related Contact Information)	

갱 신 여 부 (Application Status)	☐ 신규 가입(New)	☐ 갱 신(Renewal)
--	-------------------------------------	---------------------------------------

2. 귀 원에서 담보 받고자 하는 사항에 대해 표시하여 주시길 바랍니다.

(Please select the desired coverage.)

☐	의료사고 배상책임(Medical Malpractice)
☐	경호비용특별약관
☐	형사방어비용특별약관
☐	관습상의 비용 및 형사합의금 특별약관
☐	의료사고로 인한 악의적인 파괴행위 특별약관
☐	벌금 특별약관
☐	초빙의 및 마취의 특별약관
☐	외국인환자 부보장 특별약관

3. 의사 및 병원 배상책임보험 보상한도액 및 자기부담금

(Limit of Liability and Deductible)

■ 보상한도액 (Limit of Liability)

종 류 (Type)	1청구당 보상한도액 (Per Accident)	연간 총 보상한도액 (Annual Aggregate Limit)
Case 1		
Case 2		

■ 자기부담금(공제금액) (Deductible)

종 류 (Type)	자기부담금 (Deductible) (Per Claim)
Case A	
Case B	

4. 보험기간 (Coverage Period)

_____년(Yr) _____월(M) _____일(D) 00:00 ~ _____년(Yr)_____월(M) _____일(D) 24 : 00까지

소급담보일자: _____년(Yr) _____월(M) _____일(D)

* 신규 가입시에는 소급 담보할 수 없고 갱신시에는 최초 가입시점부터 소급적용 됩니다.

5. 귀 원의 직전 회계년도 매출사항 (Prior Year Revenue)

■ 회계기간 (Fiscal Year)	년 월 일 부터 년 월 일 (Yr) (M) (D) (Yr) (M) (D)
■ 매출총액 (Revenue)	『총 매출액』 _____ 원 1) 내국인 환자 관련 매출액 : _____ 원 2) 외국인 환자 관련 매출액 : _____ 원

나. 의료과실담보에 관한 사항 (Medical Malpractice Liability Section)
1. 귀 원이 해당하는 공란에 모두 표시하여 주십시오.

(Please check all the applicable description of your hospital.)

☐ 일반종합병원 (General Hospital)	☐ 대학부속병원 (University Hospital)	☐ 정신건강병원 (Mental Hospital)
☐ 교육용병원 (Teaching Hospital)	☐ 개인병원 (Private Hospital)	☐ 의원 (Private Clinic)
☐ 한방병원 (Oriental Medicine Clinic)	☐ 보건소 (Community Clinic)	☐ 공공기관 (Public Institution)
☐ 자선기관 (Charity)	☐ 영리단체 (For-Profit)	☐ 비영리 단체 (Non-Profit)
☐ 공사 또는 공공기관 설립병원, 의료원 (Clinic or Hospital Operated by Public Agency)		
☐ 기타 (별지를 이용하여 상세히 기술하여 주십시오) (Others – Please specify the details.)		

2. 병상수 (Number of Beds)

구 분 (Beds for)	병 상 수 (Number of Beds)	평균가동병상수 (Average Number of Beds Occupied)
일반입원환자용 (Inpatients)		
유아 및 신생아용 (Newborns & Infants)		
정신건강질환 환자용 (Psychiatric Dept.)		
응 급 실 (Emergency Room)		

※ 평균 가동 병상수 = 총 연간 병상가동일 / 365

(Average Number of Beds Occupied = Total Number of Beds / 365)

3. 외래환자수

(Number of Outpatients)

3-1. 국내환자 (Local)

연 도 (Year)				
일반외래 환자수 (General Outpatients)	일일 평균 (Daily Average)			
	연 간 (Annual)			
입원 환자수 (General Inpatients)	일일 평균 (Daily Average)			
	연 간 (Annual)			
응 급 실 (Emergency Room)	일일 평균 (Daily Average)			
	연 간 (Annual)			

3-2. 외국인 환자 (Foreigners)

연 도 (Year)				
일반외래 환자수 (General Outpatients)	일일 평균 (Daily Average)			
	연 간 (Annual)			
입원 환자수 (General Inpatients)	일일 평균 (Daily Average)			
	연 간 (Annual)			
응 급 실 (Emergency Room)	일일 평균 (Daily Average)			
	연 간 (Annual)			
국 적 (Nationality)	상위 5개국 (Top 5 countries)			

4. 의료진 및 인원에 관한 사항 (각 진료과목의 인원수를 기재하여 주십시오)

(Please provide the number of staff members working in each department.)

	전문의 수	비전문의 수 (일반의, 인턴, 레지던트)	코드	상세내용
내과			A	각 진료범위 별 기재
소아과				
병리학과				
이비인후과				
가정의학과				
방사선과				

일반외과			B1	기본진료(외래, 단순검사포함), 주사 투약, 국소마취 등
			B2	B1+부분마취, 관절내시경수술, 신경차단술, 증식(프롤로등)치료, 관절강내주사 등
			B3	B2+전신마취+척추시술(신경 성형술 등)
			B4	B3+척추수술/뇌수술
정형외과			B1	기본진료(외래, 단순검사포함), 주사 투약, 국소마취 등
			B2	B1+부분마취, 관절내시경수술, 신경차단술, 증식(프롤로등)치료, 관절강내주사 등
			B3	B2+전신마취+척추시술(신경 성형술 등)
			B4	B3+척추수술/뇌수술
신경외과, 신경과			B1	기본진료(외래, 단순검사포함), 주사 투약, 국소마취 등
			B2	B1+부분마취, 관절내시경수술, 신경차단술, 증식(프롤로등)치료, 관절강내주사 등
			B3	B2+전신마취+척추시술(신경 성형술 등)
			B4	B3+척추수술/뇌수술
마취과			B1	기본진료(외래, 단순검사포함), 주사 투약, 국소마취 등
			B2	B1+부분마취, 관절내시경수술, 신경차단술, 증식(프롤로등)치료, 관절강내주사 등
			B3	B2+전신마취+척추시술(신경 성형술 등)
			B4	B3+척추수술/뇌수술
재활의학과			B1	기본진료(외래, 단순검사포함), 주사 투약, 국소마취 등
			B2	B1+부분마취, 관절내시경수술, 신경차단술, 증식(프롤로등)치료, 관절강내주사 등
			B3	B2+전신마취+척추시술(신경 성형술 등)
			B4	B3+척추수술/뇌수술

흉부외과			B1	기본진료(외래, 단순검사포함), 주사 투약, 국소마취 등
			B2	B1+부분마취, 관절내시경수술, 신경차단술, 증식(프롤로등)치료, 관절강내주사 등
			B3	B2+전신마취+척추시술(신경 성형술 등)
			B4	B3+척추수술/뇌수술
피부과			C1	기본진료(외래, 단순검사 포함), 통상적 주사 투약, 국소마취
			C2	C1+부분마취, 전신마취에 의한 피부과 진료(레이저 등)
비뇨기과			D1	기본진료(외래, 단순검사 포함), 통상적 주사 투약, 국소마취
			D2	D1+비뇨의학과수술, 부분마취, 전신마취
성형외과			E1	기본진료(외래, 단순검사 포함), 통상적 주사 투약, 국소마취
			E2	E1+부분마취
			E3	E2+전신마취
안과			F1	기본진료(외래, 단순검사포함), 주사 투약, 국소마취
			F2	F1+안(眼)수술(사시, 백내장, 라식, 수술 등)
정신외과			G1	기본진료(외래, 단순검사포함)<주사 제외>
			G2	G1+주사 행위, 24 시간 이상 입원 진료
산부인과			H1	기본진료(외래, 단순검사포함), 주사 투약, 국소마취
			H2	H1+수술행위(임신 중절술 포함)
			H3	H2+분만행위
치과			I	치과 치료
한의학과			J	한방 치료
기타				
합계				

* 기타 진료 과목은 상세 과목 기술

- * B2 : 관절강내주사, 체외충격파, 도수치료, 건초내주사, 단순국소 마취 하 하지정맥류 수술, 도수치료 등 포함
- * B3 - 척추시술 : 카테터 등을 이용하여 약물 주입(시멘트 등), 유착 박리를 하는 경우
- * B4 - 척추수술 : 병변의 직접적인 감압, 추간판의 제거, 추체의 고정 등을 하는 경우
- * 지방 이식, 안면부 필러 시술은 E2 (단, 안면부 외 필러시술은 C1, E1 적용)

5. 과거 의료사고 사항 (Prior Medical Malpractice Claims) **(필수기재사항- 없는 경우 반드시 자필로 명기)**

- 최근 5 년간 발생하여 종결 또는 소송중인 의료사고의 진료과목과 손해배상금
(합의금 포함), 청구금액 내역을 기재하여 주시기 바랍니다.
- 소송진행결과 : 예시) 소송중, 종결(승소), 종결(패소), 소송취하
- 보험사접수여부 : 예시) 접수, 미접수, 보험처리취하

5-1. 국내환자 (Local)

년 도 (Year)	진료과목 (Department)	청구금액 (Amount Claimed)	지급금액 (Amount Paid)	소송비용 (Litigation Cost)	소송진행/결과 (Ongoing/Closed)
2021					
2022					
2023					
2024					
2025					

5-2. 외국인 환자 (Foreigners)

년 도 (Year)	진료과목 (Department)	청구금액 (Amount Claimed)	지급금액 (Amount Paid)	소송비용 (Litigation Cost)	소송계류 중 (Ongoing/Closed)
2021					
2022					
2023					
2024					
2025					

6. 귀 원이 과거에 의료사고 배상책임보험에 가입한 경험이 있는 경우 그 내용을 자세히 기재하여 주시기 바랍니다. (단, 의료공제 가입경력은 제외합니다.)

(If your hospital/clinic had medical malpractice coverage other than coverage for deductible, please provide the details.)

가입년도 (Policy Period)	보험회사 (Insurer)	증권번호 (Policy No.)	1 청 구 당 보상한도액 (Per Person)	연간 총 보상한도액 (Aggregate Limit)	자기부담금 (Deductible)	보험료 (Premium)

--	--	--	--	--	--	--

7. 기타 문의사항

(Please answer the questions related to the operation of your clinic or hospital.)

- A) 의료진 및 기타 의료관련인의 고용시 과거 취업경력, 각종 추천장, 면허의 취소 및 정지여부 등이 면밀히 검토, 확인되니까?** ☐ 예(Yes) ☐ 아니오(No)

(Before hiring of a staff, are their license status, employment history, and disciplinary records thoroughly checked?)

- B) 의료진 및 기타 의료관련인의 의료행위에 대한 의료감사제도가 있습니까?**

(Is there audit standard designed to audit the performance of the physicians and medical staff members?) ☐ 예(Yes) ☐ 아니오(No)

- C) 귀 원은 교육시설을 보유하고 교육기관과 연구시설이 이용되니까?**

(Does your clinic or hospital operate an educational facility and perform education and research?) ☐ 예(Yes) ☐ 아니오(No)

- D) 귀 원은 구급차 또는 헬기 등의 기타 응급수송수단을 보유하고 계십니까?**

(Does the insured own emergency medical transportation such as, but not limited to, ambulances or helicopters?) ☐ 예(Yes) ☐ 아니오(No)

 만약, 응급운송수단이 있다면 그 종류와 보유수량은?

(If yes, please list the types and number of units owned.)

- E) 귀 원내의 약국은 오직 귀 원의 환자들만을 위한 시설입니까?**

(Is your clinic or hospital's pharmacy exclusively for inpatients and outpatients?) ☐ 예(Yes) ☐ 아니오(No)

- F) 응급실은 24시간 운영되고 면허의사가 항상 근무하니까?**

(Do you operate the emergency room 24 hours per day and is there a license physician on duty all the time?) ☐ 예(Yes) ☐ 아니오(No)

G) 귀 원을 위한 지정된 법률회사 또는 변호사가 있습니까?

(Is there an attorney or law firm contracted with your clinic or hospital?)

☐ 예(Yes)

☐ 아니오(No)

 만약, 귀 원을 위한 지정된 법률회사 또는 변호사가 있다면 아래의 표에 기재하여 주시기 바랍니다. (If yes, please provide the details about the attorney or the firm.)

변 호 사 명 (Name of the Attorney)	
법 인 명 (Name of the Firm)	
주 소 (Address)	
소송의뢰 건수 (Number of Cases Referred)	

H) 귀 원에서는 진료한 환자들에 대한 자료 및 각종 기록이 얼마 동안 보관됩니까?

(How long does your clinic or hospital keep the patient records?)

_____ 개월(Months)

I) 귀 원에서는 환자의 입원, 수술, 퇴원시에 환자의 동의서를 요구합니까?

(Does your clinic require patients to sign a release before the inpatient admission, surgery, and discharge?)

☐ 예(Yes)

☐ 아니오(No)

J) 귀 원에서 작년에 실시한 수술 횟수는 얼마나 됩니까?

(How many surgeries were performed at your clinic or hospital last year?)

진 료 과 목 (Department)	횟 수 (Number of Surgeries Performed)		
	부분마취 (척추마취, 경막외마취)	전신마취 (정맥마취, 흡입마취)	척추수술 및 뇌수술
정 형 외 과 (Orthopedics)			
신 경 외 과 (Neurosurgery)			

성 형 외 과 (Plastic Surgery)			
흉 부 외 과 (Cardiology)			
일 반 외 과 (General Surgery)			
산부인과 (Obstetrics & gynecology)			
기타 General Surgery			

* 기타(General Surgery) 기재 시, 해당 진료과목과 횟수를 같이 기재해주세요.

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 건적 또는 보험 인수사항을 변경할 수 있습니다.

I/We hereby declare that the statements and information contained in this questionnaire are true. If there is a change to the information before the inception of the insurance contract, I/we will promptly notify the company. I/We understand that the company may alter the terms and conditions of the proposal based on the new information.

작 성 일 자 : 년 월 일

작성자 성명 : _____

서 명 : _____ (인)

취급자지정동의서

수신: DB손해보험주식회사

계약사항	
계 약 자	
사업자번호	
보험종목	의사 및 병원배상책임
보험기간	
소 재 지	
취급자(코드)	한국단체보험연합(33290233)

당사는 상기 취급자를 통해 귀사의 보험조건을 안내 받고자 합니다.

202 년 월 일

계약자 _____ (인)