



현장실습보험 질문서

사실과 다를 경우 보험금 지급 시 영향을 미칠 수 있사오니 정확하게 작성해 주시기 바랍니다.

1. 계약자 정보(대학교 또는 산학협력단)

사업자번호		계약자	
주소		담당자 연락처	
		담당자 이메일	

2. 현장실습관련 사항

구분	내용			
현장실습시기 (✓)	()1학기	()하계계절	()2학기	()동계계절
실습기간(보험기간)	보험시작일 ~ 보험종료일			

3. 보험가입 유형 선택

보장내용	가입유형 선택 (✓)	
	()PLAN A	()PLAN B
대인 및 대물 배상	1사고당 : 억원	1사고당 : 억원
산재보험 초과 사용자배상	1사고당 : 억원	1사고당 : 억원
배상책임 자기부담금	1십만원	1십만원
실습 중 치료비	1인당 및 1사고당 : 1천만원	1인당 및 1사고당 : 1천만원

4. 실습기간 별 참여인원

실습기간	참여인원	실습기간	참여인원	실습기간	참여인원	실습기간	참여인원
4주		10주		16주		22주	
5주		11주		17주		23주	
6주		12주		18주		24주	
7주		13주		19주		25주	
8주		14주		20주		26주	
9주		15주		21주			
총 참여 인원수							

본 질문서의 모든 기재사항이 사실과 다름이 없음을 확인합니다

보험계약자 _____ (인)