

■ 사고보험금 청구서

1. 피보험자 (보험대상자)/수익자 인적사항

피보험자	성명	홍길동	주민등록번호	123456-1234567	전화번호	02) 123-4567
	직장명	OO 회사	하시는 일	사무원	휴대전화	010) 1234-5678
수익자	성명	상동	주민등록번호	상동	전화번호	상동
	피보험자와의 관계	본인	E-mail	gildong@abllife.co.kr	휴대전화	상동
주소(우편수령지)		서울시 영등포구 의사당대로 147 (여의도동, 알리안츠 타워)				

※ 피보험자와 수익자가 동일한 경우 기재하실 내용 중 중복된 항목은 상동으로 표기해 주시기 바랍니다.

2. 수익자 (예금주/안내대상자) 및 안내 방법

보험금수령방법	은행송금	은행명: △△ 은행	예금주: 홍길동	계좌번호: 123-4567-8910	<input type="checkbox"/> 방문수령
사고분할보험금 발생 시 수령 방법 (생활자금 등 특정금부에 한함)	지정수익자 본인 내방시에만 신청가능[생존 확인 필요시 신청불가]				
	<input type="checkbox"/> 일시금 <input type="checkbox"/> 분할 ▶ 상기 계좌로 자동송금을 신청합니다				
	수익자 : 서명(인)				
	계약번호	급부명	계약번호	급부명	
※ 확정지급분에 한하여 발생일에 자동으로 송금하여 드리며 수익자 변경 및 보험금 압류, 양도시 등의 경우 자동송금이 중단될 수 있습니다.					
안내 방법	진행단계 문자안내 <input checked="" type="checkbox"/> 신청 <input type="checkbox"/> 미신청 지급지연안내 <input checked="" type="checkbox"/> 우편 <input type="checkbox"/> 우편+전화 <input type="checkbox"/> 미신청 지급내역안내 <input checked="" type="checkbox"/> 우편 <input type="checkbox"/> 우편+e-mail <input type="checkbox"/> 우편+전화				
	※ 안내방법을 선택하지 않으신 경우에는 진행단계는 문자로, 지급지연 및 지급내역은 우편으로 안내 해 드립니다. ※ 안내방법이 전화의 경우라도 연결이 되지 않을 시 우편안내로 대신할 수 있음을 알려드립니다.				

3. 청구세부내용

청구유형	<input checked="" type="checkbox"/> 정액 <input type="checkbox"/> 실손 <input type="checkbox"/> 동시(정액+실손)	발생원인	<input type="checkbox"/> 질병 <input checked="" type="checkbox"/> 일반재해 <input type="checkbox"/> 교통재해 <input type="checkbox"/> 기타 ()	
청구사유(중복선택 가능)	<input type="checkbox"/> 사망 <input type="checkbox"/> 장해 <input type="checkbox"/> 진단 <input checked="" type="checkbox"/> 입원 <input type="checkbox"/> 수술 <input type="checkbox"/> 골절 <input type="checkbox"/> 통원 <input type="checkbox"/> 외래/처방 <input type="checkbox"/> 기타 ()			
재해사고	사고일시	2017 년 2 월 1 일 오후 2 시	사고장소	집 앞 계단에서
	사고경위	계단에서 내려오다 넘어짐	자동차보험/산재처리 여부	<input type="checkbox"/> 예 <input checked="" type="checkbox"/> 아니오
질병	병명		최초발병시기	2017. 2. 1
실손통원 처방의료비	병명(2개 이상인 경우 모두 기재)	요추 염좌	의료급여수급권자여부	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
	치료내용	<input type="checkbox"/> 물리치료(부위:) <input type="checkbox"/> 주사치료 <input type="checkbox"/> 보조기 <input type="checkbox"/> 영양제 <input type="checkbox"/> 예방접종 <input type="checkbox"/> 기타		

보험금 접수 시 필수 확인 사항

※ 보험업법 제95조2 제3항, 제4항 법령에 의한 안내사항
 ※ 보험금 청구에 필요한 서류·담당부서 및 연락처(콜센터 사고보험금 담당 ☎ 1588-4404):보험금심사 및 지급절차·손해사정사 선임 및 손해사정서 제공에 관한 사항·예상 심사기간(예상 지급일)에 대한 설명을 듣고 청구양식의 [별지:보험금 청구를 위한 개인(신용)정보처리동의서]에 대한 내용을 확인 후 동의합니다.
 ※ 청구하신 보험금은 지급사유에 해당될 경우 보험금 청구서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내(단, 지급사유의 조사나 확인이 필요한 경우 10영업일 이내)에 보험금을 지급하여 드리며, 지급이 지연될 경우 신청하신 안내방법에 따라 그 사유를 별도로 안내하고 해당 약관에 따라 지연이자를 지급하여 드립니다.
 ※ 보험사기(허위입원, 고의사고, 피해과장 등)는 범죄행위로서 형법상 10년 이하의 징역이나 2천만원 이하의 벌금에 처해질 수 있습니다.
 ※ 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하거나 그 서류 또는 증거를 위·변조 하는 행위는 명백한 사기이며 보험금 지급이 거절됩니다.

계약이 종료되는 경우에는 미지급금(급여금, 배당금, 중도급부금 등)을 포함하여 청구합니다.

필수 확인사항에 대한 설명을 듣고 위와 같이 보험금을 청구합니다.

20 17 년 8 월 1 일

접수자 확인	수익자 신원확인 (신분증 첨부 시 생략 가능)	<input type="checkbox"/> 주민등록증 ● 주민등록발급일 : 년 월 일 ● 발급기관명 : <input type="checkbox"/> 운전면허증 ● 운전면허번호 : ● 일련번호 : ※ 수익자가 미성년자로 정부기관 발행 신원확인증이 없는 경우, 친권자(후견인)의 신원확인증 정보를 기재해 주시기 바랍니다.
--------	---------------------------	--

※ 단체수익자 청구시 명판 거래인감 날인	수익자	홍길동 서명(인)
대리인 청구시	대리청구인	
※ 대리인의 신분증 첨부	연락처	수익자와의 관계

고객제출서류	총	매	접수처	접수자	(인)	☎
--------	---	---	-----	-----	-----	---

(이미지 발송 시 청구서를 포함한 모든 서류 하단에 페이지 번호를 기재해 주세요)



소비자 권익보호에 관한 사항

본 동의를 거부하시는 경우에는 보험금 청구가 불가능하며 본 동의서에 의한 개인(신용)정보 조회는 귀하의 신용등급에 영향을 주지 않습니다.

※ 동의하시는 경우 아래 동의함에 체크하여 주시고, 동의자가 미성년자인 경우 법정대리인이 동의의사 표시를 하여 주시기 바랍니다.

1. 개인(신용)정보 수집·이용에 관한 동의사항

당사 및 당사 업무수탁자는 「개인정보보호법」 및 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」에 따라 귀하의 개인(신용)정보를 다음과 같이 수집·이용하고자 합니다. 이에 대하여 동의하십니까?

피보험자	동의함 <input checked="" type="checkbox"/>
수 익 자	동의함 <input checked="" type="checkbox"/>

개인(신용)정보의 수집·이용 목적

- 보험금지급·심사(보험금청구서류 접수대행 서비스 포함) 및 보험사고 조사(보험사기 조사 포함), 보험금 지급 관련 민원처리 및 분쟁대응, 고객이력관리, 고객만족도 측정, 소비자보호, 증빙서류보존, 기타 법령상 의무 이행
- 금융거래(보험료 및 보험금 등 출·수납을 위한 금융거래 신청, 자동이체 등 접수) 관련 업무

수집·이용할 개인(신용)정보의 내용

- 개인식별정보(성명, 주민등록번호, 외국인등록번호, 운전면허증번호, 주소, 직업, 전화번호, 전자우편주소 등), **계좌정보**
- 보험사고 조사(보험사기 조사 포함) 및 손해사정업무 수행과 관련하여 취득한 개인(신용)정보[경찰, 공공기관, 의료 기관 등으로부터 본인의 위임을 받아 취득한 각종 조사서, 증명서, 진료기록 등에 포함된 개인(신용)정보 포함]

개인(신용)정보의 보유·이용 기간

- **수집·이용 동의일로부터 거래종료 후 5년까지(단, 거래종료 후 5년이 경과한 후에는 보험금 지급, 금융사고 조사, 보험사기 방지·적발, 민원처리, 법령상 의무이행을 위한 경우에 한하여 보유·이용하며, 별도 보관)**

2. 개인(신용)정보의 조회에 관한 사항

당사 및 당사 업무수탁자는 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」에 따라 귀하의 개인(신용)정보를 다음과 같이 신용정보집중기관 및 보험요율산출기관으로부터 조회하고자 합니다. 이에 대하여 동의하십니까?

피보험자	동의함 <input checked="" type="checkbox"/>
수 익 자	동의함 <input checked="" type="checkbox"/>

개인(신용)정보 조회목적

- 보험금지급·심사(보험금청구서류 접수대행 서비스 포함) 및 보험사고 조사(보험사기 조사 포함)

조회할 개인(신용)정보

- 보험계약정보, 보험금지급 관련 정보(사고정보 포함), 질병 및 상해 관련 정보

조회동의 유효 기간 및 조회자(개인(신용)정보를 제공받는 자)의 개인(신용)정보의 보유·이용 기간

- **수집·이용 동의일로부터 거래종료 후 5년까지(단, 거래종료 후 5년이 경과한 후에는 보험금 지급, 금융사고 조사, 분쟁해결, 민원처리, 법령상 의무이행을 위한 경우에 한하여 보유·이용하며, 별도 보관함)**



☒ 보험금 청구를 위한 개인(신용)정보 처리 동의서(2)

3. 개인(신용)정보의 제공에 관한 사항

당사 및 당사 업무수탁자는 「개인정보보호법」 및 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」에 따라 귀하의 개인(신용)정보를 다음과 같이 제3자에게 제공하고자 합니다. 이에 대하여 동의하십니까?

피보험자	동의함 <input checked="" type="checkbox"/>
수익자	동의함 <input checked="" type="checkbox"/>

☐ 개인(신용)정보를 제공받는 자

- 신용정보집중기관
- 공공기관 등 : 금융위원회, 국토해양부, 금융감독원, 보험요율산출기관 등 공공기관, 법령상 업무 수행기관(위탁사업자 포함), 경찰, 검찰, 법원 등 국가기관
- 보험회사 등 : 생명보험사, 손해보험사, 국내·국외 재보험사, 공제사업자, 체신관서(우체국보험), **금융거래 관련 계좌개설 금융기관, 금융결제원**
- 업무수탁자 등 : 보험금지급·심사 및 보험사고조사 등에 필요한 업무를 위탁받은 자 (당사와 모집위탁계약을 체결한 자로서 보험금 청구서류 접수업무를 위탁 받은자, 보험사고조사 업체, 손해사정 업체, 병원 및 기타 의료기관·의사, 변호사, 위탁 콜센터, 고객안내자료 제작 및 발송업체, 고객만족도 측정 업체)

☐ 개인(신용)정보를 제공받는 자의 이용목적

- 신용정보집중기관 : 보험계약 및 보험금지급 관련 정보의 집중관리 및 활용 등 신용정보집중기관의 업무
- 공공기관 등 : 보험업법 등 법령에 따른 업무수행(위탁 업무 포함)
- 보험회사 등 : 보험사고조사(보험사기 조사 포함) 및 손해사정서비스 등 계약 이행에 필요한 업무, 보험금청구서류 접수대행 서비스, 진료비심사, 재보험금 청구
- 업무수탁자 등 : 보험금청구서류 접수업무 서비스, 의료심사 및 자문, 소견서, 진료기록 열람, 법률 자문 및 소송관련 업무, 고객안내 자료제작 및 발송관련업무, 고객만족도 측정
- 금융거래 업무(보험료 및 보험금 등 출·수납)**

☐ 제공할 개인(신용)정보의 내용

- 「1. 개인(신용)정보의 수집·이용에 관한 사항」의 정보내용(단, 각 제공받는 자의 이용 목적을 위해 필요한 정보에 한함)

☐ 제공받는 자의 개인(신용)정보 보유·이용기간

- 개인(신용)정보를 제공받는 자의 이용목적에 달성할 때까지(최대 거래종료 후 5년까지)**

※ 각 제공대상기관 및 이용목적의 구체적인 정보는 당사 홈페이지 [www.abllife.co.kr] 에서 확인할 수 있습니다.

4. 고유식별정보의 처리에 관한 사항

당사 및 당사 업무수탁자는 「개인정보보호법」 및 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」에 따라 상기의 개인(신용)정보에 대한 개별 동의사항에 대하여 다음과 같이 귀하의 민감정보(질병·상해정보) 및 고유식별정보(주민등록번호·외국인등록번호 등)를 처리(수집·이용, 조회, 제공)하고자 합니다. 이에 동의하십니까?

질병·상해정보 처리	피보험자	동의함 <input checked="" type="checkbox"/>	고유식별정보 처리 (주민등록번호·외국인등록번호 등)	피보험자	동의함 <input checked="" type="checkbox"/>
	수익자	동의함 <input checked="" type="checkbox"/>		수익자	동의함 <input checked="" type="checkbox"/>

※ 동의하시는 경우, 계약관계자가 각각 서명하여 주시고 미성년자인 경우, 친권자 또는 후견인 서명 바랍니다. 부모가 공동친권자 경우 부모 쌍방이 각자 서명하여야 합니다. 다만, 다른 일방의 의사에 반하지 않을 경우 부모 중 일방이 부모 공동명의로 동의할 수 있습니다.

피보험자:	홍길동 <small>(인)</small> hong	법정대리인 1:	(인)
수익자:	홍길동 <small>(인)</small> hong	법정대리인 2:	(인)



20 17 년 8 월 1 일

에이비엘생명보험주식회사 귀중