

## 보험금 청구서 (회사 제출용)

보험금 청구를 위한 개인(신용)정보 처리 동의서를 작성하여 보험금 청구서 및 청구서류(병원서류)와 함께 제출하여 주시기 바랍니다.

## ● 계약 및 청구 세부내용

증권번호	000000000		상품명	000000보험	계약일자	0000. 00. 00
피보험자	성명	홍길동	주민등록번호	000000 - 1000000		
청구내용	청구사유	입원 <input checked="" type="checkbox"/> 수술 <input type="checkbox"/> 진단 <input type="checkbox"/> 장해 <input type="checkbox"/> 사망 <input type="checkbox"/> 통원 <input type="checkbox"/> 응급치료 <input type="checkbox"/> 텐탈 <input type="checkbox"/> 기타 <input type="checkbox"/> ( )				
	발생원인	질병 <input type="checkbox"/> 일반재해 <input checked="" type="checkbox"/> 교통재해 <input type="checkbox"/> 자살 <input type="checkbox"/> 기타 <input type="checkbox"/> ( )				
	발병일자	20 16. 00 . 00	사고원인	교통사고	병명	0000
사고내용	• 사고일시 : 2016 년 00 월 00 일 00 시 00 분 • 사고장소 : 서울특별시 강남구 삼성로 511 • 사고경위 : 신호 위반으로 마주 오던 차량과 충돌 • 교통사고 : 경찰서 접수 <input type="checkbox"/> (경찰서명 : ) / 손해보험 접수 <input checked="" type="checkbox"/> (보험회사명 : 처브손해보험 )					

## ● 보험수익자 정보 및 청구안내 서비스

성명	홍길동	주민등록번호	000000 - 1000000
주소	서울특별시 강남구 삼성로 511		
자택전화	00-0000-0000	휴대폰	000-0000-0000
보험금 수령계좌	• 은행명 : 00 • 계좌번호 : 000000-00-000000 • 예금주 : 홍길동		
접수안내	문자메세지(SMS) <input checked="" type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> ( ) e-mail <input type="checkbox"/> ( @ ) 우편 <input type="checkbox"/> ※ 미 체크시 문자메세지(SMS)로 자동 발송됩니다.		
지연 및 지급안내	문자메세지(SMS) <input checked="" type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> ( ) e-mail <input type="checkbox"/> ( @ ) 우편 <input type="checkbox"/> 전화안내 <input type="checkbox"/> ※ 미 체크시 유선으로 안내해 드립니다.		

▶ 청구하신 보험금 지급금액정보(지급일자, 증권번호, 지급금액)를 담당설계사에게 제공하는 것에 동의합니다. 동의함 ☐

※ 동의하시는 경우 동의여부를 체크하여 주시고, 동의자가 미성년자인 경우 법정대리인이 동의의사를 표시하여 주시기 바랍니다. (미 동의시 담당설계사에게 안내되지 않습니다.)

## 필수 안내사항 및 확인 서명

보험업법 제95조의2 제3항, 제4항 등 관련법령에 따라 다음사항에 대한 충분한 설명을 들었음을 확인하고, 첨부 개인(신용)정보 처리 동의서에 대한 내용을 확인 후 동의합니다.

- ▶ 청구하신 보험금은 지급사유가 인정될 경우 보험금 청구서류를 접수한 다음 날부터 3영업일 이내(단, 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 다음 날부터 10영업일 이내)에 심사를 완료하고 보험금을 지급하여 드립니다. 다만, 지급일일을 초과한 때에는 그 사유 및 예상 지급일을 별도 안내하여 드리며, 해당 상품의 약관에 따라 보험금이 지급 지연될 경우 지연 이자를 지급하여 드립니다.
- ▶회사가 필요하다고 인정하는 경우 회사 또는 외부 위탁업체가 약관에 의거 의료기관이나 관공서에 대한 확인이 있을 수 있으며, 그에 따른 추가서류를 요구할 수 있으니 이점 양지하시기 바랍니다.

※ 보험사기(허위입원, 고의사고, 사고위장, 피해과장 등)는 범죄과제, 형법에 의거 10년이하의 징역이나 2천만원 이하의 벌금에 처해질 수 있습니다.

2016년 00월 00일

보험수익자 (청구인) :

홍길동

홍길동

위임장 [ 보험금청구 ☐ · 보험금수령 ☐ ]

## 위임 받는 분

성명	서명 (인)	주민등록번호	-
위임하는 분과의 관계		전화번호	

## 위임 하는 분

※ 상기 위임 받는 분에게 보험금 청구 또는 수령을 위임합니다.

성명	(인감)	주민등록번호	-
주소			

▶ 접수자 소속 : \_\_\_\_\_ ▶ 접수일자 : 20 년 월 일 ▶ 접수자 성명 : 서명 (인)

▶ 보내실 곳 : 06158 서울특별시 강남구 삼성로 511 (삼성동) 골든타워 5~6층  
처브라이프생명보험주식회사 계약심사지급팀 보험금 담당자 앞

▶ 처브라이프 상담전화 : 1599-4600 ▶ Fax : 02-3480-7801

▶ 홈페이지 : www.chubblife.co.kr

지점접수 번호	본사접수 번호
---------	---------