사고보험금 청구서

KYOBO 교보생명

피보험자(보험대상자) 인적사항

성명		주민등록번호	–	연락처	자택 : – –
주소					휴대폰 : – –
					E-mail:

수익자 송금계좌

예금주(수익자)	주민등록번호	은행명	계좌번호	연락처
	–			– –
	–			– –

청구 세부내용

청구내용	● 해당하는 청구내용에 V하여 주십시오. ☐ 입원 ☐ 수술 ☐ 진단 ☐ 장해 ☐ 사망 ☐ 통원 ☐ 의료비 ☐ 기타 ● 청구사유 발생원인에 V하여 주십시오. ☐ 일반질병 ☐ 일반재해 ☐ 교통재해 ☐ 자살 ☐ 기타
사고내용	● 사고일시 : 년 월 일 시 분 ● 사고장소 : ● 사고경위 (6하원칙에 맞게 기재)

질병정보 및 개인신용정보의 제공 동의서

귀사가 본인으로부터 또는 본인의 동의를 얻어 정당하게 취득, 수집한 질병정보 및 개인신용정보는 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 제32조 제1항의 규정에 따라 타인에게 제공·활용할 경우 본인의 사전 동의를 얻어야 하는 정보입니다. 이에 본인은 귀사가 본인의 질병정보 및 개인신용정보를 아래와 같이 제3자에게 제공·활용하는 것에 대해 동의합니다.

[제공·활용 대상 기관] 교보보험심사㈜, 타보험회사(유사보험사업자포함), 신용정보집중기관(생명·손해보험협회), 의료기관, 국가기관, 신용조회회사, 수사(사법)기관

[제공·활용 목적] 보험사고조사, 보험금 산정, 보험금 지급심사, 의료자문 및 신체감정, 보험관련 위법행위와 관련된 경우 수사기관의 수사 및 사법기관의 판단을 위한 자료, 채권확보, 본인의 신용을 판단하기 위한 자료 또는 정책자료로 활용, 업무처리 위탁

[제공·활용 대상 정보] 귀사가 취득 또는 수집·조사한 본인의 의료급여내역, 진료기록, 진단서, 의료자문 결과, 신체감정결과, 질병관련 정보, 보험가입내역 및 보험금지급내역, 개인식별 정보, 재산 정보, 보험관련 위법행위와 관련된 경우 수사(사법)기관의 수사 및 결정 내용, 신용을 판단하기 위한 자료

[정보 보유 및 이용기간] 보험계약의 효력 종료시까지, 다만 보험관련 위법행위와 관련된 경우에는 반환청구권의 소멸시까지

피보험자	성명 :	서명(인)
계 약 자	성명 :	서명(인)
수 익 자	성명 :	서명(인)
친 권 자 (후견인)	성명 :	서명(인)
	성명 :	서명(인)

질병정보의 수집·조사 및 개인신용정보 조회 동의서

신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 제 16조 및 제32조의 규정에 따라 본인은 신용정보의 조회를 통하여 본인의 신용등급이 하락할 수 있음을 고지받고 귀사(귀사로부터 수집·조사 업무를 위탁받은 자를 포함)가 아래와 같이 본인의 질병정보 등을 수집·조사하거나 신용조회회사 또는 신용정보 집중기관으로부터 개인신용정보를 조회하는 것에 대하여 동의합니다.

● 질병정보의 수집·조사 관련
[수집·조사할 정보] 의료급여 지급내역, 진료기록, 진단서, 신체감정자료, 질병 관련 정보
[수집·조사 목적] 보험사고조사, 보험금 산정, 보험금 지급의 적부 심사 및 조사, 의료자문 및 신체감정
[수집·조사할 대상기관] 건강보험공단, 의료급여지급기관, 의료기관, 국가기관, 타보험회사(유사보험사업자포함)
[수집·조사 동의 효력기간] 보험계약의 효력 종료시까지, 다만 보험관련 위법행위와 관련된 경우에는 반환청구권 소멸시까지

● 질병정보의 수집·조사 관련
[조회할 정보] 타사 보험가입내역 및 보험금 지급내역, 재산내역, 보험범죄 관련 수사기관 및 사법기관 결정 자료
[조회 목적] 보험사고 및 보험금 지급 적부 조사, 반환청구권 확보, 본인의 신용여부 판단
[조회 동의 효력기간] 보험계약의 효력 종료시까지, 다만, 보험범죄의 혐의가 있는 경우 반환 청구권 소멸시까지

피보험자	성명 :	서명(인)
계 약 자	성명 :	서명(인)
수 익 자	성명 :	서명(인)
친 권 자 (후견인)	성명 :	서명(인)
	성명 :	서명(인)

반드시 설명 듣고 확인하셔야 할 사항

아래 각 사항은 보험업법 제95조의2 제3항,제4항등 관계법령에 의하여 설명 들으셔야 할 사항이므로 설명을 잘 들으신 후 본 청구서 하단에 자필로 확인 서명(또는 기명날인)해 주시기 바랍니다.

- 청구하신 보험금의 심사 **담당부서 및 연락처는 [/ ☎]입니다.**
- 청구하신 보험금은 지급사유가 인정될 경우 보험금 청구서류를 접수한 날부터 3일 이내(단, 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10일 이내)에 심사를 완료하고 즉시 지급하여 드리며, 보험금 심사·지급이 지연되는 경우에는 그 지연사유를 별도로 설명 드리고 아울러 소정의 가산금을 더하여 지급합니다.
- 청구하신 보험금은 직접 당사에 내방하여 수령하시거나 계좌송금을 통하여 수령하실 수 있습니다.

단체명

※ 단체 계약자가 청구시 작성함. (명판, 거래인감 날인)

명 판 거래 인감

● 단체 계약자가 청구시 추가 필요서류 안내
- 사업자등록증 사본(등록인감 원본대조필)
- 담당직원(대리인) 서류 접수시 실명증표+명함(또는 재직증명서)

수익자(청구인) 서명(인)

피보험자와의 관계

주민등록번호

연락처

년 월 일

FP 및 임직원 작성란

접수경로	☐ FP [성명: 사번: 지점명: HP:] ☐ 임직원 [성명: 사번:]
확인내용	