

■ 사고보험금 청구서

1. 피보험자 (보험대상자)/수익자 인적사항

피보험자	성명		주민등록번호		전화번호	
	직장명		하시는 일		휴대전화	
수익자	성명		주민등록번호		전화번호	
	피보험자와의 관계		E-mail		휴대전화	
주소(우편수령지)						

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

2. 수익자 (예금주/안내대상자) 및 안내 방법

보험금수령방법	<input type="checkbox"/> 은행수령	은행명: _____	예금주: _____	계좌번호: _____	<input type="checkbox"/> 방문수령
사고분할보험금 발생 시 수령 방법 (생활자금 등 특정급부에 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	<input type="checkbox"/> 진행단계 문자안내 <input type="checkbox"/> 신청 <input type="checkbox"/> 미신청		<input type="checkbox"/> 지급지연안내 <input type="checkbox"/> 우편 <input type="checkbox"/> 우편+전화 <input type="checkbox"/> 미신청		<input type="checkbox"/> 지급내역안내 <input type="checkbox"/> 우편 <input type="checkbox"/> 우편+e-mail <input type="checkbox"/> 우편+전화
	※ 안내방법을 선택하지 않았을 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 type="checkbox"/> 정액 <input type="checkbox"/> 실손 <input type="checkbox"/> 동시(정액+실손)				발생원인	<input type="checkbox"/> 질병 <input 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 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	_____년 _____월 _____일 _____시			사고장소			
	사고경위				자동차보험/산재처리 여부	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오		
질병	병명				최초발병시기			
실손통원	병명 (2개 이상인 경우 모두 기재)				의료급여수급권자 여부	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오		
처방의료비	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 년 월 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	서명(인)
		대리인 청구시	
		※ 대리인의 신분증 첨부	수익자와의 관계
		연락처	

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·이용**하고자 합니다. 이에 대하여 동의하십니까?

- | | |
|------|------------------------------|
| 피보험자 | 동의함 <input type="checkbox"/> |
| 수익자 | 동의함 <input type="checkbox"/> |
- 개인(신용)정보의 수집·이용 목적
 - 보험금지급·심사(보험금청구서류 접수대행 서비스 포함) 및 보험사고 조사(보험사기 조사 포함), 보험금지급 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 보험요율산출기관**으로부터 **조회**하고자 합니다. 이에 대하여 동의하십니까?

- | | |
|------|------------------------------|
| 피보험자 | 동의함 <input type="checkbox"/> |
| 수익자 | 동의함 <input 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?

- | | | |
|---|------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 개인(신용)정보를 제공받는 자 | 피보험자 | 동의함 <input type="checkbox"/> |
| <ul style="list-style-type: none"> ◦ 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) | 수익자 | 동의함 <input type="checkbox"/> |
- 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 이용목적을 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 type="checkbox"/>	고유식별정보 처리 (주민등록번호·외국인등록번호 등)	피보험자	동의함 <input type="checkbox"/>
	수익자	동의함 <input type="checkbox"/>		수익자	동의함 <input type="checkbox"/>

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

피보험자:	(인)	법정대리인 1:	(인)
수익자:	(인)	법정대리인 2:	(인)



20 년 월 일

에이비엘생명보험주식회사 귀중

■ 사고 유형별 첨부서류

구분		구비서류		발급처	
공통	기본	① 보험금 청구서 ② 개인(신용)정보처리동의서 ③ 청구인 신분증(주민등록증, 운전면허증, 여권)			
	추가	통장사본 (사전 미등록 계좌인 경우) ※ (필요 시) 추가서류 • 배우자, 자녀 등의 종피보험자 보장상품: 종피보험자와의 관계를 확인할 수 있는 가족관계 확인 서류 (가족관계증명서 등) • 수익자가 미성년자인 경우: 친권확인을 위한 기본증명서 및 가족관계 증명서 • 대리인 청구 시: 위임장, 보험금 청구권자의 인감증명서(또는 본인서명사실확인서), 보험금 청구권자의 개인(신용)정보처리동의서 • 재해사고 시: <재해 입증서류> 1. 교통사고: 공공기관(경찰서, 소방서 등), 손해보험사, 공제조합(버스, 화물, 택시 등) 사고사실확인서 2. 산업재해: 산업재해처리내역서 또는 보험급여지급확인서 3. 군인재해사고: 공무상병인증서 4. 의료사고 등 법원분쟁: 법원판결문 5. 기타 재해사고: 공공기관(경찰서, 소방서 등) 사고사실확인서 6. 확인서류 발급불가 재해사고: 병원초진차트 등 재해사고 증명서류 및 보험금 청구서상 재해사고내용 기재 7. 자살: 경찰서 발행 변사사실확인원	은행, 증권사		
사망	선택	① 사망진단서(시체검안서) 원본 ② 사망진단서(시체검안서) 사본(원본대조필) 및 기본증명서(사망사실 기재)		의료기관 및 주민센터 등	
	추가	※ (수익자 미지정시) 추가 요청서류 • 상속관계 확인을 위한 서류(사망자 기준의 가족관계증명서, 제적등본 등) • 상속인이 다수인 경우: 상속인 각각의 위임장 및 인감증명서(또는 본인서명사실확인서)		주민센터 등	
입원	선택	① 진단명(질병분류코드), 입원기간이 포함된 서류(병명 기재 필수, 예: 입·퇴원확인서) ② 진단서(입·퇴원기간 기재 필수)		의료기관	
통원	선택	① 진단명(질병분류코드), 통원일이 포함된 서류(예: 통원확인서) ② 진단서(통원일자 기재 필수)		의료기관	
장해	선택	후유장애진단서 *일반진단서로 대체 가능한 경우 진단서 및 추가서류		의료기관	
	추가	※ (일반)진단서로 대체 가능한 장애 • 만성신부전: 혈액투석(최초 혈액투석일, 환자상태 기재) • 사지절단(절단부위 명시): X-ray 판독결과지 • 인공관절치환술(치환일자, 부위 명시): 수술기록지 • 비장, 신장, 안구 적출(적출일자, 부위명시): 수술기록지 • 장기전절제(절제일자, 부위 명시): 수술기록지		의료기관	
수술	선택	① 진단명(질병분류코드), 수술명, 수술일자가 포함된 서류(예: 수술확인서) ② 진단서(수술명, 수술일자 기재 필수)		의료기관	
골절	선택	① 진단명(질병분류코드), 진단일자가 포함된 서류(예: 의사소견서) ② 통원확인서, 입·퇴원확인서 + X-ray 판독결과지 ③ 진단서(골절부위 명시)		의료기관	
진단	기본	공통	진단서(진단명, 질병분류 코드 포함)	의료기관	
	암	기본	조직검사결과지 • 백혈병: 골수검사지 및 혈액검사결과지 • 뇌/폐/췌장암: 방사선 판독결과지(조직검사가 불가한 경우) • 간: 방사선 판독결과지(조직검사가 불가한 경우) 및 혈액검사 결과지	의료기관	
		뇌졸중	기본	CT, MRI 등 방사선 판독 결과지	의료기관
	심근경색	기본	초진기록부, 각종 검사결과지(관상동맥조영술 결과지, 심전도결과지, 근효소 결과검사지, 심초음파결과지 등)	의료기관	
	기타	기본	해당 질병에 따른 진단근거 서류(예: 말기간질환의 경우 MRI 또는 CT 판독결과지, 혈액검사결과지, 뇌파검사결과지 등)	의료기관	
실손	입원의료비	기본	진료비계산서(영수증), 진료비 세부내역서	의료기관	
		선택	① 진단서 ② 진단명(질병분류코드), 입원기간이 포함된 서류(예: 입·퇴원확인서)	의료기관	
	외래실손	기본	① 진료비계산서(영수증): 일자별/진료과별 구분 제출 ② 2017년 4월 이후 계약: 진료비 세부내역서(일자별/ 진료과별 구분 제출) ③ 병명확인서류: 진료차트, 통원확인서, 진단서, 질병분류 기호가 기재된 처방전	합산 청구금액이 10만원 이하인 경우 병명확인 서류를 생략하고 진료비계산서(영수증)로 대체 가능. 의료기관에서 확인한 진단명을 청구서에 기재. 단 산부인과, 향문외과, 비뇨기과, 피부과 등은 병명확인서류를 제출해야함. 반복 청구 시 병명확인서류 추가 요청 가능.	의료기관
		처방조제	기본	① 약제비계산서: 일자별/진료과별 구분하여 제출 ② 병명확인서류: 질병분류기호가 기재된 처방전	의료기관

* 동 안내장은 일반적인 보험금 청구시 필요한 서류를 기재한 것으로 사고내용, 특성, 상품(보장내역)에 따라 추가 심사서류를 요청할 수 있으며 구비되지 않을 경우 접수가 되지 않을 수 있습니다.

* 기타 자세한 내용은 ABL생명 홈페이지(www.ablfire.com)를 통해 확인하실 수 있으며 자세한 문의사항은 사고보험금 전용상담 콜센터(☎ 1588-4404)를 이용하시기 바랍니다.

* 피보험자별 지급총액 100만원 이하 보험금 청구시 사본으로 청구 가능하며 사이버센터, 모바일센터, 팩스 이용 가능합니다.

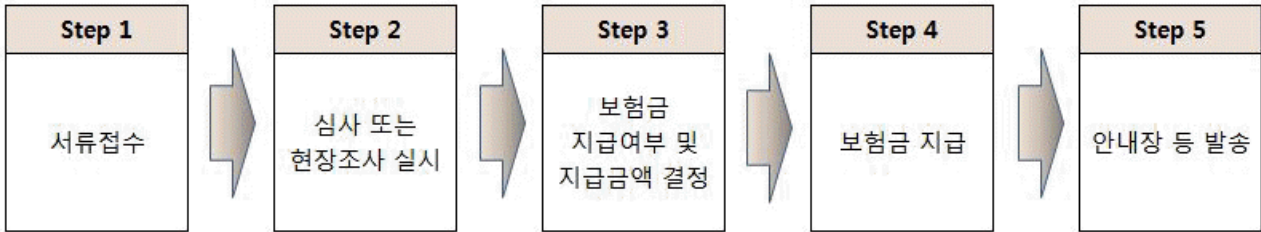
* 실손 의료보험 통원의료비를 청구하는 경우 병원에서 질병분류기호가 기재된 처방전을 받으시기 바랍니다. 환자는 통원치료 후 병원에 질병분류기호(질병코드)가 기재된 처방전 2부를 요구할 수 있으며, 의료 관련 법령에 따라 병원은 이에 응하여야 합니다. 실손 의료보험 가입자가 이 처방전을 보험금 청구서 및 병원 영수증과 함께 제출하는 경우 추가 증빙서류를 받기 위해 병원을 재방문하거나 발급비용 부담 없이 보험금을 받으실 수 있습니다.

* 의료기관관련 서류별 발급비용은 해당 의료기관 및 건강보험심사평가원(http://www.hira.or.kr) 홈페이지(병원약국비급여진료비정보)를 참고하시기 바랍니다.

* 주민센터발급 서류는 대한민국 정부민원 포털사이트 민원24시(www.minwon.go.kr) 등에서 발급 가능합니다.

■ 사고보험금 지급절차 안내(1)

■ 사고보험금 지급절차



◎ 보험금 청구 접수는 당사 사이버센터 / 모바일센터 / A-Tab / 우편(등기) / 팩스 / 방문접수가능하나, 사이버센터, 모바일센터, 팩스의 경우에는 피보험자별 지급총액이 100만원이하인 경우 이용 가능합니다.

*우편(등기)접수처: 서울시 종로구 종로 400, 8층(승인동) ABL생명 사고보험금 담당자
우편번호: 03116 (주소: 서울시 종로구 승인2동 1383번지 ABL생명, 8층)

* A-Tab 접수 [담당보험설계사 문의후접수]

* 당사 사이버센터/ 모바일센터/ 화상센터/ 팩스접수 [1588-4404 콜센터 문의 후 접수]

◎ 보험금 청구서류 사본 인정 범위: 피보험자별 지급총액 100만원 이하는 사본으로 청구 가능합니다.

◎ 청구내용에 따라 심사과정에서 별도의 추가서류 또는 원본을 요청 할 수 있습니다.

■ 보험금 청구권 소멸시효

◎ 보험금 청구서류를 사고발생일로부터 3년 이내에 접수하지 않으면 청구권이 소멸됩니다.(상법 제662조)

* 2014년 12월 31일 이전 계약으로 상법 개정시행일 이전 보험금 지급사유 발생 건은 2년 이내에 접수하지 않으면 청구권이 소멸됩니다.

■ 조사 및 손해사정사 선임

◎ 계약자, 보험대상자(피보험자) 또는 보험금을 받는자(보험수익자)는 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다.

◎ 보험금 지급여부 결정을 위해 사고 현장조사, 병원 방문 조사 등이 필요한 경우 보험업법에 따라 공인된 손해사정법인에게 조사 업무를 위탁할 수 있습니다. 이 경우 위탁 받은 업체는 피보험자에게 정보제공 활용동의를 요청한 후 조사업무를 진행합니다.

◎ 고객님의 보험금 청구는 보험업법 제185조 및 보험업법시행령 제96조의2에 따라 손해사정 대상임을 알려드립니다. 고객님의 사고의 손해사정을 위해 별도의 손해사정사의 선임이 가능하며, 손해사정사를 선임하지 않을 경우 보험회사는 보험업법에 따라 공인된 손해사정법인에게 조사 업무를 위탁할 수 있습니다.

◎ 독립손해사정사 또는 손해사정사는 보험금의 대리청구, 보험회사와 보험금에 대하여 합의 또는 절충 등의 행위를 할 수 없습니다.

◎ 보험회사는 보험금 청구권자가 요청하는 경우에는 고용손해사정사가 작성·제출한 손해사정서를 열람하게 하거나 그 사본을 교부하여 드립니다. 단, 보험사고로 인한 손해가 경미하고 보험사고 발생 후 즉시 보험금이 지급되는 경우에는 손해사정서를 작성하지 아니할 수 있습니다.(보험업감독규정 제9-20조 제4항)

<손해사정사 선임시 비용주체>

◎ 보험계약자 등 부담

- 보험회사가 고용 또는 선임한 손해사정사가 사정한 결과에 보험계약자 등이 승복하지 아니한 때
- 보험계약자 등이 보험회사와는 별도로 손해사정사를 선임하고자 할 때

◎ 보험회사 부담

- 손해사정이 착수되기 이전에 보험계약자 등이 보험회사에게 손해사정사의 선임의사를 통보하여 동의를 얻은 때
- 정당한 사유없이 보험회사가 보험사고 통보(제3보험상품의 경우 접수가 완료된 날을 말한다)를 받은 날부터 7일이 경과하여도 손해사정에 착수하지 아니한 때

▣ 사고보험금 지급절차 안내(2)

■ 장해진단서 제출시 유의사항

- ◎ 장해진단서를 제출 하시는 경우에는 3차 의료기관에서 진단을 요청드리며, 병원 진단 전에 보상 담당자와 협의하시는 것이 신속한 보험금 심사에 도움이 됩니다.
* 3차 의료기관: 500병상 이상의 대학병원 및 종합병원

■ 의료심사

- ◎ 보험수익자와 회사가 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험 수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 보험회사가 전액 부담합니다.

■ 보험금 지급지연 안내

- ◎ 약관상으로 정해진 지급기일내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 지연사유, 지급예정일을 요청하신 안내 방법에 따라 안내하여 드리며, 지급예정일을 초과하는 경우 약관상 규정된 내용에 따라 지연이자를 산정 지급하여 드립니다.
- ◎ 약관에서 정해진 지급기일내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 명백히 예상되는 경우 보험금 가시급제도에 따라 보험금을 지급 받을 수 있습니다.

■ 보험금부지급 안내

- ◎ 보험약관에 따라 보험금 부지급으로 결정되는 경우 구체적인 사유를 고객님의 요청하신 방법에 따라 안내하여 드리며, 부지급 결정 또는 지급 금액에 동의하지 않고 반증이 있는 경우, 담당자에게 유선 또는 우편으로 통보하여 주시면 재심사를 받으실 수 있습니다
* 우편주소: 서울시 영등포구 의사당대로 147, 20층(여의도동, ABL타워) ABL생명 계약심사부 (우편번호: 07332)

■ 보험금 지급안내 및 심사 절차 조회 방법

- ◎ 보험금이 지급되는 경우 사고 접수 시 통보하여 주신 고객님의 휴대폰 번호와 해당 주소지로 문자메세지 또는 지급안내문이 발송됩니다.
- ◎ 보험금 지급심사 진행과정 및 결과는 ABL생명 홈페이지 사이버센터(<http://www.abllife.co.kr>) 및 스마트폰 모바일센터 또는 콜센터(1588-4404)를 통하여 조회할 수 있으며, 문의사항이 있으시면 보험금 청구 시 안내되는 담당자 전화번호로 문의하시기 바랍니다.

■ 보험사간 치료비 분담 지급(비례분담 적용) 등

- ◎ 상해질병으로 인한 의료비 실비를 보상하는 상품에 복수로 가입하신 경우 보험약관에 따라 비례보상원칙을 적용하여 보험계약별로 보험금을 분할하여 지급할 수 있습니다.
타 보험사에 가입되어 있는 보험계약은 생명보험협회 (www.kfia.co.kr) 또는 손해보험협회 (www.knia.or.kr) 홈페이지에서 확인이 가능합니다
- ◎ 비례분담과 관련하여 귀하가 원하실 경우 보험금 청구접수대행 신청서를 작성하시면 타사에 접수 대행이 가능합니다.
이 경우 타회사에 자료 제공을 위한 개인정보 활용에 동의하셔야 합니다.

■ 분쟁조정 절차 및 피해구제

- ◎ 계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청 할 수 있습니다.

■ 기타

- ◎ 피보험자가 법률상의 손해배상 책임을 지는 사고가 생긴 경우, 손해배상청구권자는 보험회사에 직접 손해배상금을 청구 할 수 있습니다.
- ◎ 만일 보험금 청구서류에 허위가 있다면 관련 법률에 의거하여 보험금 청구권이 상실되며, 이에 따른 법적 책임이 따를 수 있습니다.
- ◎ 2009년 10월 이후의 표준화 실손보험 계약에 대해 피보험자가 의료급여법상 의료수급권자에 해당하는 경우 보험료의 일부를 할인 해 드립니다. (관련문의 1588-6500)

■ 일시금 요청서

아래 보험계약의 보험금을 일시금으로 지급하여 주시기 바랍니다.

계약번호		일시금 종류	
계약번호		일시금 종류	

수익자: (인)

▶ 자필 확인

위임하는 분 성명:

년 월 일

자필서명장소 :

▶ 자필 서명 확인자 성명:

(인)

소속:

직책:

※ 수익자가 내방하지 않고 인감증명서를 첨부하는 경우 인감증명서의 인감도장 날인을 대조, 위·변조 여부를 확인해야 하며 대리발급을 하는 경우에는 본인 위임 여부 확인이 필요합니다.

■ 변상의무이행확인서

계약번호	계약자	원수익자	수령사유	관계	비고

※ 수익자를 대리하여 보험금을 수령함에 있어 향후 수익자가 이의를 제기할 경우, 민·형사상의 모든 책임은 물론 귀사의 변상요구가 있을 때 요구기간 내에 본인이 책임지고 변제 이행할 것을 확인하고 자필서명 및 날인합니다.

년 월 일

위 본인 : (인)

주민등록번호 : -

위 본인 : (인)

주민등록번호 : -

에이비엘생명보험주식회사

귀중

▶ 자필 확인

위임하는 분 성명:

년 월 일

자필서명장소 :

▶ 자필 서명 확인자 성명:

(인)

소속:

직책:

※ 수익자가 내방하지 않고 인감증명서를 첨부하는 경우 인감증명서의 인감도장 날인을 대조, 위·변조 여부를 확인해야 하며 대리발급을 하는 경우에는 본인 위임 여부 확인이 필요합니다.



미성년자 수익자 친권확인서 (보험금 청구용)

■ 확인사항

미성년자		주민등록번호		연락처	
친권자		주민등록번호		연락처	
		주민등록번호		연락처	
내용	<input type="checkbox"/> 다른 친권자의 동의 또는 위임을 받아 친권을 행사 <input type="checkbox"/> 친권자 1인 지정(이혼 등) <input type="checkbox"/> 다른 친권자 사망				

■ 안내 및 주의사항

- ▣ 본 '미성년자수익자친권확인서'는 300만원 이하 보험금 청구 건에 대해 미성년자의 가족관계 증명서, 기본증명서 등을 대신하여 친권 행사자를 확인합니다.(단, 계약관계자에 한함)
- ▣ 본인은 민법 등 법령에 따라 상기 미성년자를 대리하여 보험금을 청구할 수 있는 자격을 갖춘 자(친권자)임을 확인하며, 미성년자의 친권자가 아닐 경우에는 상기 미성년자를 대리하여 청구한 보험금 등을 그에 대한 이자를 포함하여 귀사에 반환할 것을 약속합니다.

20 년 월 일
 친권자 _____ (인)

미성년자와의 관계

- ▣ 미성년자란 **만 19세** 미만인 자로(민법 제4조), 미성년자가 수익자인 경우에는 그의 법정대리인인 부모가 친권을 행사합니다(민법 제911조). 미성년자의 부 또는 모라고 하더라도 친권을 행사할 수 없는 자(친권상실신고 또는 대리권, 재산관리권의 상실의 신고 등을 받은 부 또는 모, 이혼시 친권행사자로 지정되지 않은 부 또는 모)는 법정대리인이 아닙니다.
 단, 미성년자도 혼인하면 성년자로 봄(민법 제 826조의 2).
- ▣ 부모가 이혼한 경우에는 부모의 협의로 친권자를 정하여야 하며, 협의할 수 없거나 협의회가 이루어지지 아니하는 경우에는 가정법원은 직권으로 또는 당사자의 청구에 따라 친권자를 지정해야 합니다(민법 제909조). 자녀의 친권자로 지정되지 않은 경우에는 미성년자를 대리하여 보험금을 청구할 수 없습니다.
- ▣ 이혼, 사망 등의 사유로 인하여 친권자에 관한 확인이 필요한 경우에는 미성년자의 기본증명서 발급을 통해 친권 확인이 가능합니다.
- ▣ 회사가 필요한 경우 언제든지 미성년자의 가족관계확인서 및 기본증명서 등 법정대리인(친권자, 후견인)을 확인할 수 있는 서류의 제출을 요청할 수 있으며, 요청을 받는 경우 위 서류 등을 반드시 제출하여야 합니다.



◆ 보험회사에서는 고객님의 실손의료보험을 2개 이상 다수 회사에 가입한 경우, 보험금 청구서류를 회사마다 각각 제출해야 하는 불편함을 덜어 드리고자 고객님의 서류를 다른 보험회사로 전송해 드리고 있습니다. 동 서비스는 **실손의료비 특약만 해당**되며, 다른 특약은 해당되지 않습니다.

<서비스 이용 동의>

- ① 본인은 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제32조의 규정에 따라 보험금 지급심사의 목적으로 본인의 보험금 청구서류 일체를 보험회사(손해보험사, 생명보험사), 유관기관(손해보험협회, 생명보험협회) 및 손해사정 업무를 위탁 받은 회사로 제공하는 것에 동의합니다. 손해사정 업무를 위탁받은 회사명의 확인을 원하실 경우에는 해당 보험회사로 문의하여 주시기 바랍니다.
- ② 보험금 지급심사를 위해 필요 시 추가로 관련서류 제출을 요청할 수 있으며, 피보험자는 동일하나 수익자가 상이할 경우에는 각각의 수익자 명의의 통장사본 제출을 별도로 요구할 수 있습니다
- ③ 고객님의 보험금 청구서류는 보험금 지급심사를 위하여 보험계약의 효력 종료시까지 또는 보험금 청구권 및 반환 청구권 소멸시까지 보유합니다.
- ④ 이 서비스를 신청하는 경우 타 보험회사에서는 고객님의 보험금 청구서류를 수신(접수)한 날이 보험금 청구일이 됩니다.

◆ 동 서비스를 신청하시겠습니까? (예 ○ _____ 아니요 ○)

◆ 고객님의 보험금 청구서류를 전송할 회사에 체크하여 주세요.

중복 가입된 모든 회사

서류를 보내고자 하는 회사 (_____ . _____ . _____)

20 _____ 년 _____ 월 _____ 일 _____ 청구자 _____ (서명)



■ 의료비 신속지급제도 신청 및 약속서

실손의료보험 의료비 신속지급제도와 관련하여 에이비엘생명보험(주)와 본인 ()는 다음의 내용에 대하여 신청 및 약속합니다.

- 다 음 -

1. 본인 ()는 20 년 월 발생한 () 청구와 관련하여 귀사에서 시행 중인 의료비 신속지급제도를 신청하며 () 보험 (계약번호:)에서 선지급한 보험금에 대하여, 향후 최종 산정 보험금이 선지급한 보험금보다 적거나 없을 경우에 그 차액 (선지급 보험금 금액 - 최종보험금)을 에이비엘생명보험(주)으로 환급할 것을 약속합니다.

2. 상기인은 위 1항의 내용에 착오 또는 본 건 사고의 관계자로부터 사기와 강박 등이 전혀 없이 평온하게 작성한 것으로 불이행시 이로 인한 귀사의 소송 등 조치에 이의를 제기하지 않고 민, 형사상 모든 책임을 질 것을 확인합니다.

20 년 월 일

피보험자와의 관계 :

성 명 : (인)

생년월일 :

주소 :

담당자 :

전화번호 :

팩스 :

----- 의료비 신속지급제도 안내 -----

실손의료보험 (실손의료비) 가입자 중 입원 치료 후 경제적 사유로 의료비를 선납입하기 곤란한 **일정 대상자**에 한해 중간정산액 중 일부 (예상 지급보험금의 70%)를 선지급하는 서비스입니다.

대상자의 범위

① 의료급여법상 1종·2종 수급권자.

② '본인일부부담금 산정 특례에 관한 기준' 에서 정한 중증질환자.

③ 의료비 중간 정산액(본인부담기준)이 300만원 이상인 고액의료비를 부담하는 자.

- ② 또는 ③의 경우, 의료법 제 3조 제 2항 제 3호에 의한 **종합병원** 및 국민건강보험법 제 40조 제 2항에 의한 **종합전문요양기관** 또는 의료법 제 3조의 4에 의한 **상급종합병원**으로 제한.

※ 단, 위 대상자에 포함된다 하더라도 손해조사 또는 사고조사가 필요한 경우에는 대상에서 제외 될 수 있습니다.



해외거주자 및 납세의무자 여부 확인서

본 확인서는 “국제조세 조정에 관한 법률” 및 “정기 금융정보 교환을 위한 조세조약 이행규정” 등에 따라 작성이 요구되는 필수 서식입니다.

I. 고객 인적사항

1. 성명	
2. 국적	

II. 조세목적상 해외 거주자 및 납세의무자 확인(해당사항에 체크(✓) 하세요)

미국 납세의무자 (시민권자, 영주권자, 기타 조세목적상 미국 거주자)에 해당하거나, 조세목적상 한국 이외에 해외 거주지(= 해외 납세의무 국가 또는 지역)가 있습니까?

해당사항없음 해당함

- ※ 미국 납세의무자에 해당하거나, 조세목적상 한국 이외에 해외 거주지가 있는 경우 ‘본인 확인서’를 반드시 작성해 주시기 바랍니다.
- ※ 국적이 한국이 아닐 경우에는 반드시 ‘해당함’을 선택하셔야 합니다.
- ※ 허위로 작성할 경우 해당 신고내용에 대한 책임은 고객님 본인에게 있습니다.
- ※ ‘조세목적상 거주자’라 함은 세금을 납부할 의무가 있는 국가나 지역을 말합니다.

III. 본인 확인

1. 본인은 위 기재 및 관련자료 제출 내용이 진실, 정확 및 완전하다는 사실을 확인하며, 만일 정확한 내용을 제공하지 않거나 그 내용이 사실과 다른 경우에는 귀사가 본인 명의의 계약을 FATCA 및 CRS 보고대상 계약으로 인식하여 국세청에 보고할 수 있음을 확인합니다.
2. 본인은 위 자필기재사항 및 제출자료의 내용에 변동이 있을 경우, 30일 이내에 귀사에 알려야 함을 확인합니다.
3. 본인은 본인확인서의 기재 및 관련자료 제출을 대리인에게 위임하는 경우 발생 가능한 일체의 위험에 대한 책임을 부담할 것을 확인합니다.

년 월 일

작성자	계약자 <input type="checkbox"/>	성명	서명(날인)
	수익자 <input type="checkbox"/>		
대리인	법정대리인 (친권자/미성년후견인) <input type="checkbox"/>	성명	서명(날인)
	기타 대리인 <input type="checkbox"/>	성명	서명(날인)

FATCA-CRS 본인확인서 (개인)

본 확인서는 “국제조세 조정에 관한 법률” 및 “정기 금융정보 교환을 위한 조세조약 이행규정” 등에 따라 작성이 요구되는 필수 서식입니다.

- ※ FATCA(Foreign Account Tax Compliance Act) : 한-미 협정, 한국-미국 금융정보 자동교환_2014.07.01 시행
- ※ CRS(Common Reporting Standard) : 다자간 협정, 미국 외 다른 나라들과의 금융정보자동교환_2016.01.01 시행

I. 고객 인적사항

1. 성명	
2. 생년월일	
3. 국적	
4. 출생국가	
5. 주소	
6. 전화번호	

II. 고객 확인사항 (Checklist)

1. 다음의 질문 사항에 해당하는 경우 YES, 해당하지 않는 경우 NO에 체크하시기 바랍니다.

번호	YES	NO	질문 사항
①			미국 시민권자(이중국적자 포함)
②			미국 영주권자
③			기타 조세목적상 미국 거주자
④			조세목적상 미국 외 해외 거주자 여부 [복수거주지 여부 Y N] [] [해당국가명 기재(국적 외 국가명 기재)]
⑤			①,②,③,④ 모두 해당 사항 없음

※ ④ 복수거주지 여부 "Y" 일 경우, 국적 외 해당국가 복수 기재

2. 위 ①, ②, ③, ④ 에 YES로 표기한 경우 기재해 주시기 바랍니다.

영문성명	성(Last name)	
	명(First Name)	
납세의무국가 거주지 주소(영문)		
해외 납세의무국가		
납세자등록번호 (TIN_Taxpayer Identification Number)		
납세자 번호 미기재 사유	구체적 사유 기재	

III. 본인 확인

- 본인은 위에 기재되거나 제출된 관련 자료의 내용이 정확하며, 그 내용이 사실과 다른 경우에는 귀사가 본인 명의의 계약을 FATCA 및 CRS 보고대상 계약으로 인식하여 국세청에 보고할 수 있음을 확인합니다.
- 본인은 위 자필기재사항 및 제출자료의 내용에 변동이 있을 경우, 30일 이내에 귀사에 알려야 함을 확인합니다.
- 본인은 본인확인서의 기재 및 관련자료 제출을 대리인에게 위임하는 경우 발생 가능한 일체의 위험에 대한 책임을 부담할 것을 확인합니다.

년 월 일

작성자	계약자 <input type="checkbox"/>	성명	서명(날인)
	수익자 <input type="checkbox"/>		
대리인	법정대리인 (친권자/미성년후견인) <input type="checkbox"/>	성명	서명(날인)
	기타 대리인 <input type="checkbox"/>	성명	서명(날인)

