

보험금 청구서



보험회사 등 개인정보처리자가 보험금 청구 관련 처리를 위해서는 고객님의 개인(신용)정보 처리 동의가 필요합니다. 별지 [개인(신용)정보처리 동의서]를 작성하여 함께 제출하여 주시기 바랍니다.

피보험자(보험대상자) 인적사항

성명	주민번호
하시는 일	운전여부 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 휴대전화
의료수급권자 여부	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 * 피보험자가 의료수급권자에 해당되는 경우, 실손 보험료 할인을 받으실 수 있습니다

수익자(보험금을 받는자) (수익자와 피보험자가 동일한 경우, 중복된 항목은 상동으로 작성 가능)

성명	주민번호
휴대전화	유선전화 피보험자와 관계
주소	
수령방법	<input type="checkbox"/> 송금 <input type="checkbox"/> 방문 E-Mail
입금받으실계좌	은행명 : 예금주 : 계좌 :

청구내용 및 사고내용

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									
청구사유	<input type="checkbox"/> 통원 <input type="checkbox"/> 입원 <input type="checkbox"/> 수술 <input type="checkbox"/> 진단 <input type="checkbox"/> 장해 <input type="checkbox"/> 사망 <input type="checkbox"/> 기타									
청구구분	<input type="checkbox"/> 일시금 <input type="checkbox"/> 지분 <input type="checkbox"/> 채권 <input type="checkbox"/> 선지급 <input type="checkbox"/> 가지급									
발병 경위	재해 <table border="1"> <tr> <td>사고일시</td> <td>년 월 일</td> <td>사고장소</td> </tr> <tr> <td>사고경위</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>자동차보험 / 산재보험처리여부</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> 자동차보험 <input type="checkbox"/> 산재보험 <input type="checkbox"/> 해당무</td> </tr> </table>	사고일시	년 월 일	사고장소	사고경위			자동차보험 / 산재보험처리여부	<input type="checkbox"/> 자동차보험 <input type="checkbox"/> 산재보험 <input type="checkbox"/> 해당무	
	사고일시	년 월 일	사고장소							
사고경위										
자동차보험 / 산재보험처리여부	<input type="checkbox"/> 자동차보험 <input type="checkbox"/> 산재보험 <input type="checkbox"/> 해당무									
질병	최초발병시기 <input type="checkbox"/> 1년 미만 () 개월 전부터 <input type="checkbox"/> 1년 이상 () 년 () 개월 전부터									
실손통원처방 의료비청구시	병명 1. 2. 3.									
	치료세부내용 <input type="checkbox"/> 물리치료 관련 <input type="checkbox"/> 주사치료 <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 보조기 <input type="checkbox"/> 영양제 <input type="checkbox"/> 예방접종 <input type="checkbox"/> 기타									
실손타사가입여부	보험회사명 : 가입건수 :									

심사과정 안내신청

진행과정안내	<input type="checkbox"/> 신청 <input type="checkbox"/> 미신청	보험금처리 '병명' 안내	<input type="checkbox"/> 신청 * 피보험자에게 발송 <input type="checkbox"/> 미신청
대리청구 FP 통보	<input type="checkbox"/> 신청 <input type="checkbox"/> 미신청	지급내역안내	<input type="checkbox"/> 알림톡 또는 LMS <input type="checkbox"/> E-Mail <input type="checkbox"/> 우편발송 <input type="checkbox"/> 미신청

* 진행과정, 보험금처리 '병명', 대리청구 FP통보를 신청하신 경우, 알림톡 또는 LMS로 안내드립니다.

필수 안내사항 및 확인서명

- 보험업법 제 95조의 2(설명 의무 등) 제3항, 제4항 등 법령에 따라 심사 담당부서(연락처) 및 예상 심사기간(예상 지급일)에 대하여 설명듣고, [별지] "보험금 청구를 위한 개인(신용)정보 처리 동의서"에 대한 내용을 확인 후 동의합니다.
- ① 청구하신 보험금은 보험금 청구서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내(단, 지급사유의 조사나 확인이 필요한 경우에는 10영업일 이내)에 보험금을 지급하여 드리며, 지급 지연시 신청하신 안내방법에 따라 지연 사유를 설명하고 보험금 지급시 지연이자를 더하여 지급합니다.
- ② 보험금 지급심사 등 업무 중 일부는 [한화손해사정(주)] 등에 위탁하여 처리할 수 있습니다.
 * 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하거나 그 서류 또는 증거를 위·변조하는 행위는 명백한 사기이며, 보험금 지급이 거절됩니다.
 * 보험사기(허위입원, 고의사고, 사고위장, 피해과장 등)는 범죄로써, 보험사기방지특별법에 의거 10년이하의 징역이나 5천만원 이하의 벌금에 처해질수 있습니다.

확인

* 위와 같이 보험금을 청구하니 해당되는 보험금 및 급여금(환급금 포함)을 지급하여 주시기 바랍니다.

년 월 일	수익자(청구인)	서명(인)	(서명/인)
-------	----------	-------	--------

대리청구인 작성란

대리청구인	수익자와의 관계	주민번호(사업자번호 또는 사원번호)	연락처
-------	----------	---------------------	-----

* 우편 청구(등기) 주소 : [04143] 서울시 마포구 마포대로 155, LG마포빌딩 16층 한화생명 사고보험금 우편청구 심사 담당자 (앞)



보험금 청구를 위한 개인(신용)정보 처리 동의서



소비자 권익보호에 관한 사항

본 동의를 거부하시는 경우에는 보험금 청구 관련 서비스가 일부 제한될 수 있고
본 동의서에 의한 개인(신용) 정보 조회는 귀하의 신용등급에 영향을 주지 않습니다.

1. 개인(신용)정보의 수집·이용에 관한 사항

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?

동의함

• 개인(신용)정보의 수집·이용 목적

- 보험금지급·심사(보험금청구서류 접수대행 서비스 포함) 및 보험사고 조사(보험사기 조사 포함), 보험금지급 관련 민원처리 및 분쟁대응, 고객이력관리, 민원처리 및 소비자보호, 증빙서류 보존
- 금융거래(보험료 및 보험금 등 출·수납을 위한 금융거래 신청) 관련업무

• 수집 이용할 개인(신용) 정보의 내용

- 보험금 청구서상 개인(신용)정보, 당사 및 타보험사 [체신관서(우체국보험, 공제사업자포함)]의 보험계약정보 및 보험금지급정보(사고정보 포함), 계좌정보
- 보험사고 조사(보험사기 조사 포함) 및 손해사정업무 수행과 관련하여 취득한 개인(신용)정보[경찰, 공공기관, 의료기관 등으로 부터 본인의 위임을 받아 취득한 각종 조사서, 증명서, 진료기록 등에 포함된 개인(신용)정보 및 지급보류 관련 정보 포함]

• 개인(신용)정보의 보유·이용 기간

- 수집·이용 동의일부터 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)
※거래종료일 : 보험계약의 만기, 해지, 취소, 철회일 또는 소멸일. (단, 만기 등 사유발생일 이후라도 만기 또는 해지환급금을 수령하지 않았거나 보험금 지급이 진행중이거나, 수사·소송이 진행중인 경우 거래종료로 보지 않음)
(이하 동일)

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 **조회**하고자 합니다. 이에 대하여 동의하십니까?

동의함

• 개인(신용)정보 조회 목적

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

• 조회 할 개인(신용)정보

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

• 조회 동의 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 보관)



3.개인(신용)정보의 제공에 관한 사항

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

동의함

• 개인(신용)정보를 제공받는자

- 신용정보집중기관
- 공공기관 등 : 금융위원회, 국토해양부, 금융감독원, 보험요율산출기관 등 공공기관, 생명보험협회, 법령상 업무 수행기관(위탁사업자 포함)
- 보험회사 등 : 생명보험사, 손해보험사, 국내·국외 재보험사, 공제사업자, 체신관서(우체국보험), 금융거래 관련 계좌개설 금융기관, 금융결제원
- 업무수탁자 등 : 보험금지급·심사 및 보험사고 등에 필요한 업무를 위탁받은 자 (보험사고 조사업체, 손해사정 업체, 위탁콜센터, 고객안내 발송대행업체 등)
- 의료기관 등 : 병원 및 기타 의료기관, 의사, 변호사 등

• 개인(신용)정보를 제공받는자의 이용목적

- 신용정보집중기관 : 보험계약 및 보험금지급 관련 정보의 집중관리 및 활용 등 신용정보집중기관의 업무
- 공공기관 등 : 보험업법등 법령에 따른 업무수행(위탁업무포함) 등
- 보험회사 등 : 보험사고조사(보험사기 조사 포함) 및 손해사정서비스 등 계약 이행에 필요한 업무, 보험금청구서류 접수 대행서비스, 진료비 심사, 금융거래 업무(보험료 및 보험금 등 출·수납)
- 업무수탁자 등 : 보험금지급·심사 및 보험사고조사업무, 고객안내자료 제작 및 발송관련 업무 등
- 의료기관 등 : 의료심사 및 자문, 소견서, 진료기록 열람, 법률자문 및 소송관련 업무 등

• 제공할 개인(신용)정보의 내용

- [1.개인(신용)정보 등의 수집·이용에 관한 사항]의 정보내용 (단, 각 제공받는 자의 이용목적에 위해 필요한 정보에 한함)

• 제공받는 자의 개인(신용)정보 보유·이용기간

- 개인(신용)정보를 제공받는 자의 이용목적에 달성할 때까지(최대 거래종료후 5년까지)
- ※ 각 제공대상기관 및 이용목적의 구체적인 정보는 당사 홈페이지 [www.hanwhalife.com]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 동의 사항에 대하여 다음과 같이 귀하의 민감정보(질병·상해정보) 및 고유식별정보(주민등록번호·외국인등록번호, 운전면허증번호)를 처리(수집·이용, 조회, 제공)하고자 합니다. 이에 대하여 동의하십니까?

질병·상해정보 처리

동의함

주민등록번호·외국인등록번호·운전면허증번호 처리

동의함

피보험자	서명(인)	친권자 (후견인)	서명(인)
수익자	서명(인)		
접수대리인	서명(인)		

※ 피보험자와 수익자가 동일한 경우에는 [피보험자]란만 서명하셔도 무방합니다.

※ 접수대리인이 당사 FP인 경우, [접수대리인]란에 서명하지 않으셔도 됩니다.

년 월 일

