



보험금청구서



보험회사 등 개인정보처리자가 보험금 청구관련 처리를 위해서는 고객님의 개인(신용)정보 처리동의가 필요합니다.

별첨 [개인(신용)정보처리 동의서]를 작성하여 함께 제출하여 주시기 바랍니다. (동의서는 총 3매)

■ 피보험자 (보험대상자) 정보

한글이름	주민등록번호	1) 의료수급권자 해당시 체크 <input type="checkbox"/> 예
휴대전화		2) 보험금지급사유 문자수신 <input type="checkbox"/> 예
주 소		

1) [의료수급권자확인제도안내] 의료급여법에 의거하여, 당사에 의료급여수급대상자로 등록하시면 실존보험료를 할인 받으실 수 있습니다. (문의 : 고객센터 1588-9898)

2) 피보험자가 미성년자인 경우, 보험금 지급사유 문자를 동의하시면 수익자에게 발송될 수 있습니다.

■ 수익자 (보험금을 받는 사람) 정보 (수익자와 피보험자가 동일하신 경우, 중복된 항목은 [상동]으로 작성가능)

* 필수 기재

▶ 지정대리 청구인 여부 ☐ 예 (지정대리 청구인은 계약사항에 등록된 대리청구인을 말합니다.)

* 한글이름	* 주민등록번호	
* 영문이름 (성) (이름)	* 휴대전화번호	
* 주 소	* 국 적	<input type="checkbox"/> 대한민국 <input type="checkbox"/> (외국인일 경우 필수)

* 신원확인	<input type="checkbox"/> 주민등록증 ▶ 발급일 : 년 월 일
	<input type="checkbox"/> 운전면허증 ▶ 발급기관 : ▶ 면허번호 : ▶ 일련번호 :

* 계약자와 실소유자 <input type="checkbox"/> 예	* 직 장 명
동일여부 <input type="checkbox"/> *아니오 (고객거래확인서 작성필수)	* 하시는 일(구체적으로 기재)

* 수익자(수령인)가 법인/단체 또는 계약자와 실소유자가 상이한 청구건은 별지[고객거래확인서]양식을 작성하신 후 첨부하여 주시기 바랍니다.

■ 보험금을 받으실 계좌

▶ 직전 입금되었던 계좌로 입금 요청 ☐ (체크 시 계좌번호 기재 불필요)

은행명	계좌번호	예금주명
-----	------	------

▶ 사고연금 신청 ☐ 일시금 (약관에서 정한 이율로 할인한 금액을 선지급) ☐ 자동송금 (연금발생일에 상기 계좌로 자동 지급)

* 단, 직전 입금되었던 계좌로 입금요청은 수익자와 예금주가 동일한 경우에 한합니다. (위임신청 되었던 것은 위임서류 구비제출 시 가능)

■ 보험금 심사진행현황 안내 (접수, 지연, 추가서류보완, 처리결과, 지급설명서 등)

안내방법	<input type="checkbox"/> 문자동의 (LMS 스마트폰)	<input type="checkbox"/> 우편동의	<input type="checkbox"/> 전화동의
(선택1)	※ 휴대전화번호 기재시 보험금심사 진행단계와 지급설명서는 문자로 안내드리며 미기재 시 지급설명서는 우편으로 안내 드립니다.		

장애인등록 ☐ 피보험자 ☐ 수익자 (단, 수익자는 모든 수익자가 특정인으로 지정되어야 하며, 모두 장애인으로 등록된 경우 해당 됩니다.)

대상여부 * 관련법에 의거 장애인으로 등록이 되신 경우, 당사에 전환신청을 하시면 특별세액 공제를 받으실 수 있습니다. (문의:고객센터 1588-9898)

■ 보험금 청구내용 ※ 개별항목에 대한 상세한 설명은 약관을 참조하시기 바랍니다.

☐ 정액 ☐ 실손 ☐ 정액+실손

☞ 확인된 사고내용과 관련하여 당사에 정상유지 중인 보험계약이 담보하는 모든 보험금을 지급해 드립니다.

☞ 세부항목을 상세히 체크/기재시 보다 신속한 보험금 지급이 가능합니다.

청구유형 ☐ 질병 ※ 신체 내부요인으로 몸이 불편한 경우 ☐ 재해 ※ 급격하고 우연한 외래의 사고로 신체를 다쳤거나, 법정 제1군 감염병에 감염된 경우

청구사유 ☐ 사망 ☐ 진단(암,3대질환) ☐ 장해 ☐ 입원 ☐ 수술 ☐ 골절 ☐ 통원 ☐ 치아(보철/클리닉) ☐ 난임/실손

세부내용	▶ 사고(발병) 일시 : 년 월 일	▶ 사고(발병)장소 :
	▶ 사고(발병) 내용 :	교통사고 <input type="checkbox"/> 본인운전 <input type="checkbox"/> 차량탑승 <input type="checkbox"/> 보행자

일부청구 신청 ☐ 예 ▶ 청구보험금 : ▶ 일부청구사유 :

실손의료비 (3만원이하)	질병명	질병분류코드	실손의료비 신속지급	피보험자(보험대상자)가 의료비 신속지급 요건에 해당되어 의료비 신속 지급을 신청합니다. <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 (※ 실손보험 의료비 신속지급 신청서 별지 [확약서] 작성)
---------------	-----	--------	------------	--

■ 반드시 읽고 확인하실 사항

- * 수익자/청구인은 보험법 제95조의2 (설명의무 등)에 따라 담당자에게 보험금청구에 필요한 서류, 담당부서 및 연락처, 손해사정사 선임에 관한 사항, 예상심사기간 (예상지급일)에 대하여 설명을 듣고, '보험금청구를 위한 개인(신용)정보 처리 동의서'에 관한 내용을 확인 후 동의합니다.
- * 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요하지 않은 경우, 회사는 "보험금 등 청구 시 구비서류"를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하여 드립니다. 다만, 해당 기간내에 보험금 지급처리가 완료되지 못하거나 지급사유의 조사나 확인이 필요할 때에는 그 사유에 대해 추가로 안내하여 드립니다.
- * 보험금 청구시 필요한 구비서류는 보험금 청구서의 "보험금 청구서류 안내"를 확인하시고, 기타 궁금하신 사항은 아래 연락처로 문의 주시기 바랍니다.
※ 담당부서 및 연락처 : 보험금팀 ☎ 1588-9898
- * 지정접수 또는 담당 MP(모집인)에게 보험금 청구를 위임하시는 경우 보험금 지급내용이 담당 MP에게 안내 될 수 있습니다.
- * [특정금융정보법]에 따라 당사와 거래 시에는 고객확인 및 검증을 위한 정보를 제공하여야 합니다. 해당 정보가 충분하지 않을 경우 거래가 지연되거나 거절될 수 있으며, 제공하신 정보는 동법에 의거 용도외의 목적으로 사용되지 않습니다.

* 20 년 월 일 * ● 수익자 / 청구인 : 서명 (인)

* 보험사기(허위입원, 고의사고, 사고위장, 피해과장 등)는 범죄이며, 보험사기방지특별법에 의거 10년 이하의 징역이나 5천만원 이하의 벌금에 처해질 수 있습니다.

접수처(지점)	접수자 성명	접수인
담당MP명	MP 연락처	
등기우편 주소 : (04511) 서울시 중구 통일로 2길 16 (순화동 216) AIA타워 25층 AIA생명 보험금팀		

* 회사가 필요하다고 인정하는 경우 외부 위탁업체가 약관에 따라 의료기관이나 관공서에 대한 추가확인 또는 추가서류를 요청 드릴 수 있으니 이점 양지하시기 바랍니다.



1. 수집·이용에 관한 사항

수집·이용 목적	<ul style="list-style-type: none"> • 보험사고·보험사기 조사 및 보험금지급·심사 (손해사정 또는 의료자문 포함) • 보험금청구서류 접수대행 서비스 및 교통사고 처리내역 발급 간소화 서비스 • 민원처리 및 분쟁대응, 금융거래 관련 업무
보유 및 이용기간	<p>동의일로부터 거래 종료 후 5년까지 (단, 다른 관련 법령에 해당하는 경우 해당 법령상의 보존기간을 따름)</p> <p>위 보유 기간에서의 거래 종료일이란 "①보험계약 만기, 해지, 취소, 철회일 또는 소멸일, ②보험금 청구권 소멸시효 완성일(상법 제662조), ③채권·채무 관계 소멸일 중 가장 나중에 도래한 사유를 기준으로 판단한 날"을 말한다.</p>

수집·이용 항목 [★는 필수 동의 항목입니다]

고유식별정보	주민등록번호, 외국인등록번호, 여권번호, 운전면허번호	위 고유식별정보 수집·이용에 동의하십니까? <input checked="" type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input checked="" type="checkbox"/> 동의함
민감정보	피보험자의 질병·상해에 관한 정보(진료기록, 상병명 등), 보험사고 조사 (보험사기 포함) 및 손해사정 업무 수행과 관련하여 취득한 정보 (경찰, 공공·국가기관, 의료기관 등으로부터 본인의 위임을 받아 취득한 각종 조사서, 증명서, 진료기록 등에 포함된 개인(신용)정보 포함)	위 민감정보 수집·이용에 동의하십니까? <input checked="" type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input checked="" type="checkbox"/> 동의함
개인(신용)정보	<div> <div>일반개인정보</div> <ul style="list-style-type: none"> 성명, 주소, 생년월일, 이메일, 유·무선 전화번호, 성별, 국적, 직업, 피보험자와 수익자의 관계, 국내거소신고번호 </div> <div> <div>신용거래정보</div> <ul style="list-style-type: none"> 금융거래 업무 관련 정보(보험금 지급계좌 등), 보험청약 및 계약정보(상품종류, 기간, 보험가입금액 등), 보험금정보(보험금 지급사유, 지급금액 등) </div>	위 개인신용정보 수집·이용에 동의하십니까? <input checked="" type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input checked="" type="checkbox"/> 동의함

2. 제공에 관한 사항

<p>제공받는 자</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 국가기관 등: 법원, 검찰, 경찰, 국세청, 국토부, 금융위원회, 금융감독원, 보험요율산출기관 등 법령상 업무수행 기관 (위탁사업자 포함) • 종합신용정보집중기관: 한국신용정보원 • 보험회사 등: 생명·손해보험회사, 국내 재보험사, 공제사업자, 체신관서(우체국보험) • 금융거래기관: 계좌개설 금융기관, 금융결제원 • 보험계약관계자: 계약자, 피보험자, 수익자 등 • 보험협회: 생명·손해보험협회
---------------	--



보험금 청구를 위한 개인(신용)정보처리 상세 동의서 (2/3)



■ 피보험자(보험대상자) 성 명 : []

제공받는 자의 이용목적	<ul style="list-style-type: none"> · 국가기관 등: 법령에 따른 업무수행(위탁업무 포함) · 종합신용정보집중기관: 개인(신용)정보 조회, 신용정보의 집중관리 및 활용 등 법령에서 정한 종합신용정보집중기관의 업무 수행, 교통사고처리내역발급간소화 서비스 · 보험회사 등: 중복보험 확인 및 비례보상, 재보험금 지급·심사, 보험사고·보험사기 조사 · 금융거래기관: 금융거래 업무 · 보험계약관계자: 손해사정내용 관련 정보 제공 · 보험협회: 보험금 지급·심사관련 업무지원(보험금청구서류 접수대행서비스 등)
보유 및 이용기간	제공받는 자의 이용목적을 달성할 때까지(관련 법령상 보존기간을 따름)

* 외국 재보험사의 국내지점이 재보험금 청구 등 지원 업무를 위탁하기 위한 경우 별도의 동의 없이 외국 소재 본점에 귀하의 정보를 이전할 수 있습니다.

■제공 항목 [★는 필수 동의 항목입니다]

고유식별정보	주민등록번호, 외국인등록번호, 여권번호, 운전면허번호
	위 고유식별정보 제공에 동의하십니까? ★ <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input checked="" type="checkbox"/> 동의함
민감정보	피보험자의 질병·상해에 관한 정보(진료기록, 상병명 등), 보험사고 조사 (보험사기 포함) 및 손해사정 업무 수행과 관련하여 취득한 정보 (경찰, 공공·국가기관, 의료기관 등으로부터 본인의 위임을 받아 취득한 각종 조사서, 증명서, 진료기록 등에 포함된 개인(신용)정보 포함)
	위 민감정보 제공에 동의하십니까? ★ <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input checked="" type="checkbox"/> 동의함
개인(신용)정보	
일반개인정보	<ul style="list-style-type: none"> · 성명, 주소, 생년월일, 이메일, 유·무선 전화번호, 성별, 국적, 직업, 피보험자와 수익자의 관계, 국내거소신고번호
신용거래정보	<ul style="list-style-type: none"> · 금융거래 업무 관련 정보(보험금 지급계좌 등), 보험계약 및 계약정보(상품종류, 기간, 보험가입금액 등), 보험금정보(보험금 지급사유, 지급금액 등)
	위 개인신용정보 제공에 동의하십니까? ★ <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input checked="" type="checkbox"/> 동의함

* 업무위탁을 목적으로 개인(신용)정보를 처리하는 경우 별도의 동의 없이 업무 수탁자에게 귀하의 정보를 제공할 수 있습니다.
(홈페이지 www.aia.co.kr에서 확인 가능)

3. 국외 제3자 제공에 관한 사항

제공받는 자	· 국외 재보험사
제공받는 자의 이용목적	· 재보험금 지급·심사
보유 및 이용기간	제공받는 자의 이용목적을 달성할 때까지(관련 법령상 보존기간을 따름)

■제공 항목 [★는 필수 동의 항목입니다]

민감정보	피보험자의 질병·상해에 관한 정보(진료기록, 상병명 등), 보험사고 조사 (보험사기 포함) 및 손해사정 업무 수행과 관련하여 취득한 정보 (경찰, 공공·국가기관, 의료기관 등으로부터 본인의 위임을 받아 취득한 각종 조사서, 증명서, 진료기록 등에 포함된 개인(신용)정보 포함)
	위 민감정보 제공에 동의하십니까? ★ <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input checked="" type="checkbox"/> 동의함



보험금 청구를 위한 개인(신용)정보처리 상세 동의서 (3/3)



<p>개인(신용)정보</p> <p>└ 일반개인정보</p> <p>└ 신용거래정보</p>	<p>• 생년월일, 성별, 직업</p> <p>• 보험청약 및 계약정보(상품종류, 기간, 보험 가입금액 등), 보험금정보(보험금 지급사유, 지급금액 등), 계약 전 알릴 의무사항(취미 등)</p>
<p>위 개인신용정보 제공*에 동의하십니까? ★ <input type="checkbox"/>동의하지 않음 <input checked="" type="checkbox"/>동의함</p>	

4. 조회에 관한 사항

조회 대상 기관	종합신용정보집중기관, 보험요율산출기관, 보험회사(공제업자, 체신관서 포함), 생명·손해보험협회
조회 목적	<p>• 종합신용정보집중기관: 보험사고·보험사기 조사 및 보험금지급·심사, 교통사고 처리내역 발급 간소화 서비스</p> <p>• 보험요율산출기관: 보험사고·보험사기 조사 및 보험금지급·심사, 법령에 의한 업무수행 등</p> <p>• 보험회사(공제업자, 체신관서 포함): 보험사고·보험사기 조사</p> <p>• 생명·손해보험협회: 보험금 청구서류 접수대행 서비스</p>
조회 동의의 효력기간	해당 보험거래 종료 후 5년까지 동의의 효력이 지속됩니다.

■ 조회 항목 [★는 필수 동의 항목입니다]

<p>고유식별정보</p>	<p>주민등록번호, 외국인등록번호, 여권번호, 운전면허번호</p> <p>위 고유식별정보 조회에 동의하십니까? ★ <input type="checkbox"/>동의하지 않음 <input checked="" type="checkbox"/>동의함</p>
<p>민감정보</p>	<p>피보험자의 질병·상해에 관한 정보(진료기록, 상병명 등)</p> <p>위 민감정보 조회에 동의하십니까? ★ <input type="checkbox"/>동의하지 않음 <input checked="" type="checkbox"/>동의함</p>
<p>개인(신용)정보</p> <p>└ 일반개인정보</p> <p>└ 신용거래정보</p>	<p>• 성명, 국내거소신고번호</p> <p>• 보험청약 및 계약정보(상품종류, 기간, 보험가입금액 등), 보험금정보(보험금 지급사유, 지급금액 등)</p> <p>위 개인신용정보 조회에 동의하십니까? ★ <input type="checkbox"/>동의하지 않음 <input checked="" type="checkbox"/>동의함</p>

5. 손해사정서 안내문 수령동의 확인

* 미선택 시 법령에 의거 자동 발송됩니다.

계약관계자	계약자 [동의 / 미동의]	피보험자[동의 / 미동의]	수익자 [동의 / 미동의]
-------	----------------	----------------	----------------

<p>피보험자</p> <p>성명 (서명)</p>	<p>수익자</p> <p>성명 (서명)</p>	<p>대리인 (위임수익자)</p> <p>성명 (서명)</p>
----------------------------	---------------------------	-----------------------------------

<p>법정대리인 (친권자/후견인)</p> <p>성명 (서명)</p>	<p>법정대리인(친권자) 1인이 서명한 경우*</p> <p>* 본인은 다른 법정대리인(친권자) 1인과 합의하에 공동으로 친권을 행사합니다</p>
---------------------------------------	--

※ 부모가 공동 친권자인 경우, 부모 쌍방이 각자 서명하시기 바랍니다. (단, 다른 일방의 의사에 반하지 않을 경우, 부모 중 일방이 부모 공동명의로 동의 가능)

※ 계약관계자가 각각 서명하여 주시고, 피보험자와 수익자가 동일한 경우 피보험자란에 작성바랍니다.

※ 만14세 미만의 경우 법정대리인이 작성 후 친권자가 서명을 하시기 바랍니다.

[필수 기재]

20 년 월 일