



보험금 청구서

● 확인된 사고내용과 관련하여 당사에 정상 유지 중인 보험계약이 담보하는 모든 보험금을 지급해 드립니다.

피보험자 정보	성명		휴대전화	
	주민등록번호	-		
청구사유	<input type="checkbox"/> 입원 <input type="checkbox"/> 수술 <input type="checkbox"/> 진단 <input type="checkbox"/> 장애 <input type="checkbox"/> 사망 <input type="checkbox"/> 텐탈 <input type="checkbox"/> 통원 <input type="checkbox"/> 응급치료 <input type="checkbox"/> 기타()			
사고내용 <small>(재해사고 시 사고일시, 사고장소, 사고경위기재)</small>	사고유형	<input type="checkbox"/> 질병 (신체내부요인으로 몸이 불편한 경우) <input type="checkbox"/> 재해 (급격·우연한 외부사고로 신체가 다친 경우)		
	• 사고일시 : 년 월 일 시		• 사고장소 :	

수익자 정보	성명		주민등록번호	-
	주소		휴대전화	
	• 은행명 : • 계좌번호 : • 예금주 : ※ 보험수익자의 계좌번호로만 수령가능합니다.			
수익자 신원확인증 (택1 필수기재)	• 주민등록증 발급일 : 년 월 일 ※ 주민등록증 발급일 기재시 주민등록증 사본 생략 가능합니다.			
	• 운전면허번호 :		• 발급기관명 : • 암호일련번호 :	
해외정보	• 보험 수익자 국적, 실거주지(영업지)가 대한민국 입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 (※‘아니오’일 경우 국적과 실거주국을 기재해야하며 ‘거래제한국가’일 경우 지급이 제한 됩니다. (국적 : 실거주국 : 영문명 :)			
지급내역안내	<input type="checkbox"/> 문자메세지 <input type="checkbox"/> 전화 * 미선택시 문자 발송 됩니다. * 접수 및 진행 단계에 대한 안내는 문자메세지로 발송 됩니다.			

필수 안내사항 및 확인 서명

보험업법 제95조의 2 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, 지급기일을 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 범죄로써, 보험사기방지특별법에 의거 10년이하의 징역이나 5천만원 이하의 벌금에 처해질 수 있습니다.

▶ 고객님께서 별도의 손해사정사를 선임하는데 회사가 동의하거나 접수 후 7일이 지나도록 손해사정에 착수하지 않을 때에는 고객님께서 별도로 손해사정사의 선임이 가능하며 그러한 경우 회사가 비용을 부담하고 고객님께서 별도의 손해사정사를 선임하지 않을 경우 회사는 보험업법에 따라 위탁업체(손해사정법인)에 조사업무를 위탁할 수 있습니다.

20 년 월 일

피보험자 : 서명(인) 수익자 : 서명(인)

위 입 장 [보험금청구 ☐ · 보험금수령 ☐]

위임장은 보험금 청구 및 수령을 수익자가 아닌 제3자에게 위임할 시에만 제출하시면 됩니다.

위임 받는 분

성명	서명(인)	주민등록번호	-
위임하는 본과의 관계		전화번호	

위임 하는 분

※ 상기 위임 받는 분에게 보험금 청구 또는 수령을 위임합니다.

성명	(인감)	주민등록번호	-
주소			

- ▶ 위임하는 분은 인감도장 날인 후 인감증명서(원본)1부를 첨부하셔야 합니다.
▶ 접수 : 홈페이지 (www.chubblife.co.kr) → 사이버 고객센터 → 보험금 청구
▶ 우편 : 06162 서울특별시 강남구 테헤란로 401, 11층 (삼성동, 남경센타) 처브라이프생명보험주식회사 보험금 담당자 앞
▶ 상담전화 : 1599-4600 ▶ Fax : 02-3480-7801
▶ 접수자 소속(지점명) : ▶ 접수일자 : 20 년 월 일 ▶ 접수자 성명 (BA,FC): 서명(인)





[필수] 보험금 청구를 위한 상세 동의서(1/2)

귀하는 개인(신용)정보의 수집·이용 및 조회, 제공에 관한 동의를 거부하실 수 있으며, 개인의 신용도 등을 평가하기 위한 목적 이외의 개인(신용)정보 제공 동의는 철회할 수 있습니다. 다만, 본 동의는 '보험금 청구'를 위해 필수적인 사항이므로 동의를 거부하시는 경우 관련 업무 수행이 불가능합니다.

① 수집·이용에 관한 사항 [★는 필수 동의 항목입니다]

수집·이용 목적	<ul style="list-style-type: none"> - 보험사고·보험사기 조사 및 보험금지급·심사(손해사정 또는 의료자문 포함) - 보험금청구서류 접수대행 서비스 - 민원처리 및 분쟁대응, 금융거래 관련 업무
보유 및 이용기간	<ul style="list-style-type: none"> - 동의일로부터 거래 종료 후 5년까지 (단, 다른 관련 법령에 해당하는 경우 해당 법령상의 보존기간을 따름) <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 |

고유식별정보	주민등록번호, 외국인등록번호, 여권번호, 운전면허번호	
	위 고유식별정보 수집·이용에 동의하십니까? ★ <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/> 동의함	
민감정보	<p>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)</p>	
	위 민감정보 수집·이용에 동의하십니까? ★ <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/> 동의함	
개인(신용)정보	일반개인정보	성명, 주소, 생년월일, 이메일, 유·무선 전화번호, 성별, 국적, 직업, 피보험자와 수익자의 관계, 운전여부, 국내거소신고번호
	신용거래정보	금융거래 업무 관련 정보(보험금 지급제좌 등), 보험계약정보(상품종류, 기간, 보험가입 금액 등), 보험금정보(보험금 지급사유, 지급금액 등)
	위 개인(신용)정보 수집·이용에 동의하십니까? ★ <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/> 동의함	

②-1 제공에 관한 사항(국내) [★는 필수 동의 항목입니다]

제공받는 자	<ul style="list-style-type: none"> - 공공기관 및 국가기관 등 : 금융위원회, 금융감독원, 국세청, 보험요율산출기관, 경찰·검찰·법원 등 국가기관, 법령상 업무 수행기관(위탁사업자 포함) - 종합신용정보집중기관 : 한국신용정보원 - 보험회사 등 : 생명·손해보험회사, 국내 재보험사, 공제사업자, 체신관서(우체국보험) - 금융거래기관 : 계좌개설 금융기관, 금융결제원 - 계약관계자 : 피보험자, 보험금 청구권자 - 보험협회 등 : 생명·손해보험협회
제공받는자의 이용목적	<ul style="list-style-type: none"> - 공공기관 및 국가기관 등 : 법령에 따른 업무수행(위탁업무 포함) - 종합신용정보집중기관 : 개인(신용)정보 조회, 신용정보의 집중관리 및 활용 등 법령에서 정한 종합신용정보집중기관의 업무 수행 - 보험회사 등 : 중복보험 확인 및 비례보상, 재보험금 청구 - 금융거래기관 : 금융거래 업무 - 계약관계자 : 손해사정내용 관련 정보 제공 - 보험협회 : 보험금 지급·심사 관련 업무지원(보험금 청구서류 접수 대행 서비스 등)
보유 및 이용기간	- 제공받는 자의 이용목적 달성을 때까지(관련 법령상 보존기간을 따름)

※ 외국 재보험사의 국내지점이 재보험계약 가입 판단 지원, 보험계약 공동인수 지원 업무, 재보험금 청구 등의 지원 업무 등을 위탁하기 위한 경우 별도의 동의 없이 외국 소재 본점에 귀하의 정보를 이전할 수 있습니다.





[필수] 보험금 청구를 위한 상세 동의서(2/2)

| 제공 항목 |

고유식별정보	주민등록번호, 외국인등록번호, 여권번호, 운전면허번호	
	위 고유식별정보 제공에 동의하십니까? ★ <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input 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 type="checkbox"/> 동의함	
개인(신용)정보	일반개인정보	성명, 주소, 생년월일, 이메일, 유·무선 전화번호, 성별, 국적, 직업, 피보험자와 수익자의 관계, 운전여부, 국내거소신고번호
	신용거래정보	금융거래 업무 관련 정보(보험금 지급계좌 등), 보험계약정보(상품종류, 기간, 보험가입금액 등), 보험금정보(보험금 지급사유, 지급금액 등)
	위 개인(신용)정보 제공에 동의하십니까? ★ <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/> 동의함	

※ 업무위탁을 목적으로 개인(신용)정보를 처리하는 경우 별도의 동의 없이 업무 수탁자에게 귀하의 정보를 제공할 수 있습니다. (홈페이지 [www.chubblife.co.kr]에서 확인 가능)

②-2 제공에 관한 사항(국외) [★는 필수 동의 항목입니다]

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

| 제공 항목 |

개인(신용)정보	일반개인정보	성명, 생년월일, 성별
	신용거래정보	보험계약정보(상품종류, 기간, 보험가입금액 등), 보험금정보(보험금 지급사유, 지급금액 등)
	위 개인(신용)정보 제공에 동의하십니까? ★ <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/> 동의함	

③ 조회에 관한 사항 [★는 필수 동의 항목입니다]

조회 대상 기관	- 종합신용정보집중기관, 보험요율산출기관, 생명·손해보험협회
조회 목적	- 종합신용정보집중기관 : 보험사고·보험사기 조사 및 보험금지급·심사, 교통사고 처리내역 발급 간소화 서비스 - 보험요율산출기관 : 보험사고·보험사기 조사 및 보험금지급·심사, 법령에 의한 업무수행 등 - 생명·손해보험협회 : 보험금 청구서류 접수대행 서비스
조회 동의의 효력기간	해당 보험거래 종료 후 5년까지 동의의 효력이 지속됩니다.

| 조회 항목 |

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

※ 본인은 「개인정보보호법」 및 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」에 따라 귀사가 본인의 개인(신용)정보를 상기내용과 같이 처리하는 것에 동의합니다.
 ※ 만 14세 미만 미성년자의 경우 법정대리인(친권자)이 작성 후 친권자 서명을 하고, 만 14세 이상 미성년자는 미성년자 본인이 직접 동의 및 서명하시기 바랍니다.
 ※ 부모가 공동친권자의 경우 부모 쌍방이 각자 서명해야 합니다. 다만, 다른 일방의 의사에 반하지 않을 경우 부모 중 일방이 부모 공동명의로 동의할 수 있습니다.

피보험자	(인/서명)	법정대리인	(인/서명)	관계 :
수익자(청구권자)	(인/서명)	(친권/후견인)	(인/서명)	관계 :

※ 활용되는 개인정보의 정보주체가 다수일 경우(다수의 수익자 및 다수의 상속인 등) 상기 수익자 서명란에 전원 성명 기재 부탁드립니다.

년 월 일

