

1. 피보험자 인적사항(병원에서 치료 받으신 분)						
성 명			주민등록번호			
하시는 일			휴 대 전 화			
2. 보험수익자 인적사항(보험금 받으실 분)						
성 명			주민등록번호			
주 소			휴 대 전 화			
			피보험자와의 관계			
수령방법	<input type="checkbox"/> 계좌송금	요청계좌 (수익자 또는 수령인 명의)	금융기관명		계좌번호	
	<input type="checkbox"/> 우체국 방문					
알림서비스 신청 여부		<input type="checkbox"/> 알림톡 또는 문자서비스 <input type="checkbox"/> 미신청    ※ 대리청구(접수)인 경우 미신청 시 접수 불가				
3. 청구내용						
청구 유형	<input type="checkbox"/> 정액 <input type="checkbox"/> 실손 <input type="checkbox"/> 동시(정액+실손)					
발생 원인	<input type="checkbox"/> 질병[신체 내부요인으로 몸이 불편한 경우] <input type="checkbox"/> 상해(재해) [급격·우연한 외부사고로 다친 경우]					
청구 사유	<input type="checkbox"/> 사망 <input type="checkbox"/> 장해 <input type="checkbox"/> 진단 <input type="checkbox"/> 수술 <input type="checkbox"/> 입원 <input type="checkbox"/> 통원 <input type="checkbox"/> 요양 <input type="checkbox"/> 치아 <input type="checkbox"/> 골절 <input type="checkbox"/> 기타(   )					
사고 내용	사고 일시		사고 장소		진단명	질병코드
	사고 경위 (상세하게)					
사고처리 여 부	자동차보험( <input type="checkbox"/> 예 (보험사명:   ) <input type="checkbox"/> 아니오)			산업재해보험    ( <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오)		
	경찰서신고( <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오) <input type="checkbox"/> 기타(                      )					
4. 타 보험사 가입내용						
가입 여부	<input type="checkbox"/> 예 (보험회사 :                      )		실손 가입여부 (단체실손포함)	<input type="checkbox"/> 예 (보험회사 :                      )		
	<input type="checkbox"/> 아니오			<input type="checkbox"/> 아니오		
5. 보험금 접수 시 필수 확인사항						
<p>• 보험금 청구와 관련하여 아래의 설명을 듣고, [별지] 「보험금 청구를 위한 상세 동의서」에 대한 내용을 확인 후 이에 동의합니다.</p> <p>① 청구하신 보험금은 지급사유가 인정될 경우 보험금 청구서류를 접수한 날로부터 <b>3영업일 이내(단, 지급사유의 조사나 확인이 필요한 경우에는 10영업일 이내)</b>에 보험금을 지급하여 드리며, 보험금 심사·지급이 지연되는 경우에는 해당 상품의 약관에 따라 지연이자를 더하여 지급합니다.</p> <p>② 보험금 심사과정에서 필요한 경우 <b>추가서류를 보완 요청할 수 있습니다.</b></p>						확인 <input type="checkbox"/>
<p>※ 보험사기(허위입원, 고의사고, 청구서 허위기재)는 범죄행위이며, 보험사기방지 특별법상 10년 이하의 징역이나 5천만원 이하의 벌금에 처해질 수 있습니다.</p>						
위 내용이 사실과 다름이 없음을 확인하며, 체신관서와 체결한 해당 상품 약관에 따라 보험금을 청구합니다.				접수자	금융날짜도장	
보험수익자 (보험금 받는 분)                      성명                      서명(인)						
※ 보험수익자에게 위임 받은 대리인이 보험금 대신 수령하는 경우 정당수익자의 위임서류(위임장 및 인감증명서 등)를 함께 제출하여야 합니다.						
청구서류를 대리 접수하는 경우 작성	서류제출자   성명	서명(인)		<접수자 조치사항>		
	보험수익자와의 관계	(연락처)		<input type="checkbox"/> 대리접수자 신분증 확인 <input type="checkbox"/> 보험수익자에게 유선 확인(필요시)		

# 보험금 청구를 위한 개인(신용)정보 처리 상세 동의서

- 개인(신용)정보의 수집·이용 및 조회, 제공에 관한 동의를 거부하실 수 있으며, 개인의 신용도를 평가하기 위한 목적 이외의 개인(신용)정보 제공 동의는 철회할 수 있습니다. 다만 본 동의는 보험금 청구를 위한 필수사항이므로 거부하시는 경우 보험금 청구 관련 서비스가 일부 제한될 수 있습니다.
- 본 동의서에 의한 개인(신용)정보 조회는 귀하의 신용등급에 영향을 주지 않습니다.

## 1 수집·이용에 관한 사항

### 수집·이용 목적

- 보험사고·보험사기 조사 및 보험금 지급·심사(손해사정 또는 의료자문 포함)
- 보험금 청구서류 접수대행 서비스
- 보험금 지급 관련 민원 처리 및 분쟁 대응
- 금융거래(보험료, 보험금 등의 출·수납, 자동이체 등 접수) 관련 업무

### 보유 및 이용기간

- **동의일로부터 거래 종료 후 5년까지**  
(단, 다른 관련 법령에 해당하는 경우 해당 법령상의 보존기간을 따름)

위 보유기간에서의 거래 종료일이란 “① 보험계약 만기, 해지, 취소, 철회일 또는 소멸일, ② 보험금 청구권 소멸시효 완성일(상법 제662조), ③ 채권·채무관계 소멸일 중 가장 나중에 도래한 사유를 기준으로 판단한 날”을 말합니다. 다만, 만기 등 사유 발생일 이후라도 만기환급금 또는 해지환급금 등을 수령하지 않았거나 상환할 금액이 남아있는 경우, 보험금 지급관련 민원 또는 수사·소송이 진행 중인 경우 거래종료에 해당하지 않습니다.

## 수집·이용 항목

### 고유식별정보

주민등록번호\*, 외국인등록번호, 여권번호, 운전면허번호

\* 주민등록번호는 우체국예금·보험에 관한 법률 시행령 제12조에 따라 수집·이용합니다.

위 고유식별정보 수집·이용에 동의하십니까?

☐ 동의하지 않음 ☒ 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?

☐ 동의하지 않음 ☒ 동의함

### 개인(신용)정보

#### 일반개인정보

성명, 주소, 생년월일, 이메일, 유·무선 전화번호, 성별, 국적, 직업, 피보험자와 수익자의 관계, 국내거소신고번호

#### 신용거래정보

금융거래 업무 관련 정보(보험금 지급계좌 등), 보험계약정보(상품종류, 기간, 보험가입 금액 등), 보험금정보(보험금 지급사유, 지급금액 등)

위 개인신용정보 수집·이용에 동의하십니까?

☐ 동의하지 않음 ☒ 동의함

## 2 제공에 관한 사항

### 제공받는 자

- 공공기관 등 : 검찰, 경찰, 법원, 금융위원회, 금융감독원, 국세청, 보험요율산출기관 등 법령상 업무 수행기관(위탁사업자 포함)
- 종합신용정보집중기관 : 한국신용정보원
- 보험회사 등 : 생명·손해보험회사, 공제사업자
- 금융거래기관 : 계좌개설 금융기관, 금융결제원
- 계약관계자 : 피보험자, 보험금 청구권자
- 보험협회 등 : 생명·손해보험협회
- 업무 수탁자 : 우체국금융개발원, 보험사고조사업체, 손해사정업체, 의료기관 의사, 변호사 등

### 제공받는 자의 이용목적

- 공공기관 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
- 금융거래기관 : 금융거래 업무
- 계약관계자 : 손해사정내용 관련 정보 제공
- 보험협회 : 보험금 지급·심사 관련 업무지원(보험금 청구서류 접수 대행 서비스 등)
- 업무 수탁자 : 보험금 지급·심사 및 보험사고 조사(보험사기 포함), 손해사정서비스 등 계약이행에 필요한 업무, 의료심사 및 자문, 소견서, 진료기록 열람, 법률자문 및 소송관련 업무 등

### 보유 및 이용기간

- 제공받는 자의 이용목적 달성할 때까지(관련 법령상 보존기간을 따름)

## 제공 항목

### 고유식별정보

#### 주민등록번호, 외국인등록번호, 여권번호, 운전면허번호

\*주민등록번호는 우체국예금·보험에 관한 법률 시행령 제12조에 따라 제공합니다.

위 고유식별정보 제공에 동의하십니까?

☐ 동의하지 않음 ☒ 동의함

### 민감정보

피보험자의 질병·상해에 관한 정보(진료기록, 상병명 등), 보험사고 조사(보험사기 포함) 및 손해사정 업무 수행과 관련하여 취득한 정보(경찰, 공공국가기관, 의료기관 등)로부터 본인의 위임을 받아 취득한 각종 조사서, 증명서, 진료기록 등에 포함된 개인(신용)정보 포함

위 민감정보 제공에 동의하십니까?

☐ 동의하지 않음 ☒ 동의함

### 개인(신용)정보

#### 일반개인정보

성명, 주소, 생년월일, 유·무선 전화번호, 성별, 국적, 직업, 피보험자와 수익자의 관계, 국내거소신고번호

#### 신용거래정보

금융거래 업무 관련 정보(보험금 지급계좌 등), 보험계약정보(상품종류, 기간, 보험가입 금액 등), 보험금정보(보험금 지급사유, 지급금액 등)

위 개인신용정보 제공에 동의하십니까?

☐ 동의하지 않음 ☒ 동의함

\* 업무위탁을 목적으로 개인(신용)정보를 처리하는 경우 별도의 동의 없이 업무 수탁자에게 귀하의 정보를 제공할 수 있습니다.  
(우체국예금·보험 홈페이지 [www.epostlife.go.kr] “개인정보처리방침”에서 확인 가능)

### 3 조회에 관한 사항

조회 대상 기관	- 종합신용정보집중기관, 보험요율산출기관, 생명·손해보험협회
조회 목적	- 종합신용정보집중기관 : 보험사고·보험사기 조사 및 보험금 지급·심사 - 보험요율산출기관 : 보험사고·보험사기 조사 및 보험금지급·심사, 법령에 의한 업무수행 등 - 생명·손해보험협회 : 보험금 청구서류 접수대행서비스
조회 동의의 효력기간	- 해당 보험거래 종료 후 5년까지 동의의 효력이 지속됩니다. (단, 만기 등 사유 발생일 이후라도 만기환급금 또는 해지환급금 등을 수령하지 않았거나 상환할 금액이 남아있는 경우, 보험금 지급관련 민원 또는 수사·소송이 진행 중인 경우 거래종료에 해당하지 않습니다.)

#### 조회 항목

<div> <div>🔒</div> <div>고유식별정보</div> </div>	<b>주민등록번호*, 외국인등록번호, 여권번호, 운전면허번호</b> * 주민등록번호는 우체국예금·보험에 관한 법률 시행령 제12조에 따라 조회합니다.
	위 <u>고유식별정보 조회</u> 에 동의하십니까? <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input checked="" type="checkbox"/> 동의함
<div> <div>⚠</div> <div>민감정보</div> </div>	<b>피보험자의 질병·상해에 관한 정보(진료기록, 상병명 등)</b>
	위 <u>민감정보 조회</u> 에 동의하십니까? <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input checked="" type="checkbox"/> 동의함
<div> <div>👤</div> <div>개인(신용)정보</div> </div>	<b>일반개인정보</b> 성명, 국내거소신고번호
	<b>신용거래정보</b> 보험계약정보(상품종류, 기간, 보험가입금액 등), 보험금 정보(보험금 지급 사유, 지급금액 등)
	위 <u>개인신용정보 조회</u> 에 동의하십니까? <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input checked="" type="checkbox"/> 동의함

년 월 일

피보험자	서명(인)	친권자 (후견인)	관계 :	서명(인)
수익자(상속인)	서명(인)		관계 :	서명(인)

\* 피보험자와 수익자가 다른 경우 각각 서명하고, 피보험자 사망(의식불명 등) 시는 수익자 또는 상속인(대표수익자)이 서명하여 주십시오.

\* 만14세 미만의 경우 법정대리인이 작성 후 친권자가 서명을 하시기 바랍니다.

과학기술정보통신부 귀중