

# 보험금 청구서

## 1. 피보험자인적사항 및 보상안내 받으실분

(별표\*)는 필수 기재사항으로 누락 시 보험금접수 불가합니다.)

*성명			*주소		
*주민번호	□□□□□□ - □□□□□□□□				
*휴대전화	□□□□ - □□□□□□ - □□□□□□				
하시는 일			직장명		
보상안내 받으실분	피보험자	□ 알림톡(문자) □ 우편 □ E-mail ( @ )		의료급여 수급권자 □ 대상	
	담당설계사	□ 알림톡(문자) □ 우편 □ E-mail ( @ )		□ 동의(민감정보제외)	

※ 의료급여 수급권자: 진료비 계산서(병원비 영수증)의 환자구분으로 가능합니다. ※ 접수안내는 알림톡으로 기본 발송되며, 알림톡 수신 불가한 경우 문자로 발송됩니다.

## 2. 청구사항

☐ 이번 청구와 동일한 사고로 보험금을 받은 적이 있음 (이전 사고접수번호: ) (해당 사고유형에 V 표시하여 주십시오.)

*발병(사고)일	□□□□년 □□월 □□일		사고장소 (상해청구시)		
*사고유형	<input type="checkbox"/> 질병 (내부적 요인으로 몸이 아픈 경우) <input type="checkbox"/> 일반상해 (급격하고 우연한 외부 사고로 신체가 다친 경우) <input type="checkbox"/> 교통상해 (자동차 사고로 신체가 다친 경우) <input type="checkbox"/> 배상책임 (제3자의 재물 및 신체에 손해가 발생한 경우) <input type="checkbox"/> 재물 (피보험자의 재물에 손해가 발생한 경우) <input type="checkbox"/> 기타 (그외경우)				
청구담보	<input type="checkbox"/> 실손의료비(입,통원) <input type="checkbox"/> 일당 <input type="checkbox"/> 수술비 <input type="checkbox"/> 진단비 <input type="checkbox"/> 사망 <input type="checkbox"/> 장해 <input type="checkbox"/> 운전자				
*사고(내원)경위			치료병원	병원 과	
교통사고	자동차보험처리	□ 예 □ 아니오		처리보험사: (담당자 연락처: )	
	본인 차량 번호			이륜차 탑승여부 □ 예 □ 아니오	
	탑승위치	□ 운전석 □ 조수석 □ 뒷좌석 □ 보행중 □ 기타			

※ 확인된 사고내용과 관련하여 당사에 정상 유지중인 보험계약이 담보하는 모든 보험금을 지급해 드립니다. (단, 일부 보험금 항목만 수령을 원하시는 경우 상기 청구사항에 상세 사유를 기재해주시기 바랍니다.)

## 3. 보험금입금요청계좌 ☐ 자동이체 계좌(기재 생략가능) ※ 보험금수령을 타인에게 위임하는 경우 별도의 「위임장」과 「인감증명서」를 제출하셔야 합니다.

*은행명			*계좌번호	□□□□□□□□□□□□□□□□	
*예금주			*주민번호	□□□□□□□□ - □□□□□□□□	

※ 예금주가 보험금 수익자 본인인 계좌만 입금이 가능합니다.

## 4. 다른 보험회사 가입 여부(손해보험, 생명보험, 공제, 단체보험 등)

☐ 있음 ☐ 없음

보험회사명	1. ( ) 2. ( ) 3. ( )
-------	----------------------

※ 실손의료비, 변호사 선임비용, 교통사고처리지원금, 벌금, 일상생활배상책임, 출원비용 등의 실손보상담보는 비례보상 대상으로 타사 계약사항을 반드시 기재해야 합니다.

## 5. 고객확인사항 및 장기보험 청구안내

- 본인은 「보험금 지급절차 안내문」을 통하여 보상절차에 관한 정보(담당부서 및 연락처, 지급절차, 예상 심사기간, 지급기일 등)를 안내받고 이를 충분히 이해하였음을 확인합니다.
- 개인(신용)정보의 수집 이용/제공/조치 및 민감정보와 고유식별정보의 처리가 가능한 「업무수탁자」는 보험업법 제185조에 따라 우리 회사로부터 보험금 심사, 지급 및 보험사고조사 등에 필요한 업무를 위탁받은 손해사정업자 및 청구 계약의 보험모집인을 말합니다.
- 본인은 보험금 청구, 심사, 지급단계에서 관련 안내사항을 서면, 알림톡(문자) 등으로 통보받는 것에 동의합니다.

작성일	년 월 일	* 보험금청구권자(피보험자)	(서명)
법정대리인	본인은 다른 법정대리인(친권자) 1인과 합의하여 공동으로 친권을 행사합니다		(서명)

※ 반드시 보험금청구권자가 작성하시기 바랍니다. 보험금청구권자가 미성년자, 피성년후견인, 피한정후견인인 경우 법정대리인이 작성하시기 바랍니다. 부모가 공동 친권자인 경우 다른 일방의 의사에 반하지 않는다면 부모 중 일방이 부모 공동명의로 서명할 수 있습니다.

보험사기(고의사고, 허위사고, 허위입원·진단·장해, 피해과장, 사고 후 보험가입 등)는 범죄이며, 보험사기방지특별법에 의거 10년 이하의 징역이나 5천만원 이하의 벌금에 처해질 수 있습니다. 또한, 이러한 사기내용 확인 시 보험사는 보험금을 부지급하거나, 보험계약해지 및 취소 등을 할 수 있습니다.

※ 보험금 청구시 '보험금청구를 위한 동의서'를 함께 제출해 주시기 바랍니다.

팩스 수신 여부 간편하게  
모바일(QR코드)로  
확인하세요



# [필수] 보험금 청구를 위한 필수 동의서(1)

<b>소비자 권익보호에 관한 사항</b>	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, <b>본 동의는 '보험금 청구'를 위해 필수적인 사항이므로 동의를 거부하시는 경우 관련 업무수행이 불가능할 수 있습니다.</b>
----------------------------	--

## 1. 수집·이용에 관한 사항

<b>수집·이용 목적</b>	- 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
<b>보유 및 이용기간</b>	<b>-동의일로부터 거래 종료 후 5년까지</b> (단, 다른 관련 법령에 해당하는 경우 해당 법령상의 보존기간을 따름) 위 보유 기간에서의 거래 종료일이란 "①보험계약 만기, 해지, 취소, 철회일 또는 소멸일 및 ②보험금 청구권 소멸시효 완성일(상법 제662조), 채권·채무 관계 소멸일 중 가장 나중에 도래한 사유를 기준으로 판단한 날"을 말한다.

### □ 수집·이용 항목

<b>고유식별정보</b>	<b>주민등록번호, 외국인등록번호, 여권번호, 운전면허번호</b> 위 고유식별정보 수집·이용에 동의하십니까?	<input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input checked="" type="checkbox"/> 동의함
<b>민감정보</b>	<b>피보험자의 질병·상해에 관한 정보(진료기록, 상병명 등), 보험사고 조사(보험 사기 포함) 및 손해사정 업무수행과 관련하여 취득한 정보(경찰, 공공·국가기관, 의료기관 등)로부터 본인의 위임을 받아 취득한 각종 조사서, 증명서, 진료기록 등에 포함된 개인(신용)정보포함</b> 위 민감정보 수집·이용에 동의하십니까?	<input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input checked="" type="checkbox"/> 동의함
<b>개인(신용)정보</b>	[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, 보험가입금액 등), 보험금 정보(보험금 지급 사유, 지급금액 등) 위 개인신용정보 수집·이용에 동의하십니까?	<input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input checked="" type="checkbox"/> 동의함

## 2. 제공에 관한 사항

<b>제공받는 자</b>	- 국가기관 등: 금융위원회, 국토교통부, 금융감독원, 국세청, 공정거래위원회 등 법령상 업무수행기관(위탁사업자 포함) - 보험요율산출기관: 보험개발원 - 종합신용정보집중기관: 한국신용정보원 - 보험회사 등: 생명·손해보험회사, 국내재보험사, 해외재보험사*, 공제사업자, 체신관서(우체국보험) - 금융거래기관: 계좌개설 금융기관, 금융결제원 - 계약관계자: 피보험자, 보험금 청구권자 - 보험협회 등: 생명·손해보험협회 - 보건행정·의료기관: 보건복지부, 보건소, 건강보험심사평가원, 건강보험관리공단, 피보험자 진료 의료기관 - 형사·사법기관: 법원, 검찰청, 경찰청, 경찰서
<b>제공받는 자의 이용목적</b>	- 국가기관 등: 법령에 따른 업무수행(위탁업무 포함) - 종합신용정보집중기관: 개인(신용)정보 조회, 신용정보의 집중관리 및 활용 등 법령에서 정한 종합신용정보집중 기관의 업무수행, 교통사고 처리내역 발급 간소화 서비스 - 보험회사 등: 중복보험 확인 및 비례보상, 재보험금 지급·심사 - 금융거래기관: 금융거래 업무 - 계약관계자: 손해사정내용 관련 정보 제공 - 보험협회: 보험금 지급·심사 관련 업무지원(보험금 청구서류 접수대행 서비스 등) - 보건행정·의료기관: 의료기관 위법행위 확인 및 제보, 진료행위 및 진료비 적정성 확인 - 형사·사법기관: 보험사기 수사 및 재판
<b>보유 및 이용기간</b>	<b>-제공받는 자의 이용목적 달성을 때까지(관련 법령상 보존기간을 따름)</b>

※ 외국재보험사의 국내지점이 재보험금 청구 등 지원 업무를 위탁하기 위한 경우 별도의 동의 없이 외국소재 본점에 귀하의 정보를 이전할 수 있습니다.

## [필수] 보험금 청구를 위한 필수 동의서(2)

### □ 제공 항목

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(보험 사기 포함) 및 손해사정 업무 수행과 관련하여 취득한 정보(경찰, 공공·국가 기관, 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
[국내] 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, 보험가입금액 등), 보험금정보(보험금 지급사유, 지급금액 등)	<input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input checked="" type="checkbox"/> 동의함
	위 개인신용정보 제공에 동의하십니까?			
[국외] 개인(신용)정보	[일반개인정보]성명, 생년월일, 성별, 직업	[신용거래정보]보험계약정보(상품종류, 기간 등), 보험금정보(보험금 지급사유, 지급금액 등)	<input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input checked="" type="checkbox"/> 동의함
	위 개인신용정보 제공에 동의하십니까?			

※ 업무위탁을 목적으로 개인(신용)정보를 처리하는 경우 별도의 동의없이 업무수탁자에게 귀하의 정보를 제공할 수 있습니다. (홈페이지 [www.hwgeneralins.com]에서 확인가능)

### 3. 조회에 관한 사항

조회대상 기관	종합신용정보집중기관, 보험요율산출기관, 생명·손해보험협회
조회 목적	- 종합신용정보집중기관: 보험사고·보험사기 조사 및 보험금지급·심사, 교통사고 처리내역 발급 간소화 서비스 - 보험요율산출기관: 보험사고·보험사기 조사 및 보험금 지급·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 <u>고유식별정보 조회</u> 에 동의하십니까?		<input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input checked="" type="checkbox"/> 동의함
민감정보	피보험자의 질병·상해에 관한 정보(진료기록, 상병명 등) 위 <u>민감정보 조회</u> 에 동의하십니까?		<input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input checked="" type="checkbox"/> 동의함
개인(신용)정보	[일반개인정보] 성명, 국내거소신고번호	[신용거래정보] 보험계약정보(상품종류, 기간, 보험가입금액 등), 보험금정보 (보험금 지급사유, 지급금액 등)	<input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input checked="" type="checkbox"/> 동의함
	위 개인신용정보 <u>조회</u> 에 동의하십니까?			

확인필-제2023-장기보상관리-기타(안내,교육)02229E-전사(2023.11.23~2024.11.22)

보험금청구권자(피보험자): (서명)

년 월 일 법정대리인: (서명)

\* 반드시 보험금청구권자가 작성하시기 바랍니다. 보험금청구권자가 미성년자, 피성년후견인, 피한정후견인인 경우 법정대리인이 작성하시기 바랍니다. 부모가 공동 친권자인 경우 다른 일방의 의사에 반하지 않는다면 부모 중 일방이 부모 공동명의로 서명할 수 있습니다.