

피보험자	성 명		주민등록번호		전화번호	
	직장명		하시는 일		휴대전화	
	의료수급권자 여부	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	* 의료수급권자인 경우 실손보험료 할인제도 운영 중임. 해당여부 및 구비서류 문의: 1588-6500			
수익자	성 명		주민등록번호		전화번호	
	피보험자와의 관계		E-mail		휴대전화	
주소(우편수령지)						

보험금수령방법	은행송금	은행명: _____	예금주: _____	계좌번호: _____	<input type="checkbox"/> 방문수령	
사고분할보험금 발생 시 수령방법 (생활자금 등 특정금부에 한함)	지정수익자 본인 내방시에만 신청가능[생존 확인 필요시 신청불가] <input type="checkbox"/> 일시금 ※ 일시금 선택시 약관에 따라 정해진 이율로 할인한 금액을 선지급하여 드립니다.					
	<input type="checkbox"/> 분할 ▶ 상기 계좌로 자동송금을 신청합니다 <div style="float: right; text-align: right;"> 수익자 : _____ 서명(인) _____ </div>					
	계약번호		급부명		계약번호	
※ 확정지급분에 한하여 지급일에 자동으로 송금하여 드리며 수익자 변경 및 보험금 압류, 양도시 등 자동송금이 중단될 수 있습니다.						

안내 방법	진행단계 문자안내 <input type="checkbox"/> 신청 <input type="checkbox"/> 미신청	※ 안내방법을 모바일로 체크시, 안내창 형태로 보실 수 있는 URL을 알림톡, LMS 등 전자적 방법으로 보내드립니다.
	지급지연안내 <input type="checkbox"/> E-Mail <input type="checkbox"/> 모바일(알림톡/LMS) <input type="checkbox"/> 우편 <input type="checkbox"/> 전화+모바일 <input type="checkbox"/> 미신청	※ 안내방법을 선택하지 않으신 경우 진행단계는 문자로, 지급 지연 및 지급내역은 모바일로 안내 해 드립니다.
	지급내역안내 <input type="checkbox"/> E-Mail <input type="checkbox"/> 모바일(알림톡/LMS) <input type="checkbox"/> 우편 <input type="checkbox"/> 전화+모바일	※ 안내방법이 전화의 경우라도 연결이 되지 않을 시 모바일 안내로 대신할 수 있음을 안내 해 드립니다.

<p><보험업법 제95조2 제3항, 제4항 법령에 의한 안내사항></p> <p>※ 보험금 청구에 필요한 서류 담당부서 및 연락처(콜센터 사고보험금 담당 ☎ 1588-4404) 보험금심사 및 지급절차 손해사정사 선임 및 손해사정서 제공에 관한 사항 예상 심사기간(예상 지급일)에 대한 설명을 듣고 청구양식의 [별지:보험금 청구를 위한 개인(신용)정보처리동의서]에 대한 내용을 확인 후 동의합니다.</p> <p>※ 청구하신 보험금은 지급사유에 해당될 경우 보험금 청구서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내(단, 지급사유의 조사나 확인이 필요한 경우 10영업일 이내)에 보험금을 지급하여 드리며, 지급이 지연될 경우 신청하신 안내방법에 따라 그 사유를 별도로 안내하고 해당 약관에 따라 지연이자를 지급하여 드립니다.</p>	<p><보험업법 제189조(손해사정사의 의무) 제1항 및 보험업법 시행령 99조(손해사정사 등의 의무) 법령에 의한 안내사항></p> <p>※ 보험회사로부터 손해사정업무를 위탁받은 손해사정사 또는 손해사정업자는 손해사정업무를 수행한 후 손해사정서를 작성한 경우 보험계약자, 피보험자 및 보험금청구권자에게 손해사정서를 교부합니다. 다만, 피보험자의 민감정보는 피보험자의 별도 요청이 없는 경우에는 제3자에게 제공하지 않습니다.</p> <p>별도의 요청을 하시는 경우 콜센터로 문의하시기 바랍니다. (콜센터 사고보험금 담당 ☎ 1588-4404)</p>
--	---

필수 확인사항에 대한 설명을 듣고 별첨과 같이 보험금을 청구합니다.

(이미지 발송 시 청구서를 포함한 모든 서류 하단에 페이지 번호를 기재해 주세요)
 등기우편 접수: 서울특별시 중로구 종로 400, 8층 (송인동, ABI타워) 사고보험금 담당자(우편번호: 03116)



[별첨: 청구사항 세부내용]

※동일한 질병 또는 재해별로 각각 작성하여 주시기 바랍니다.(사고별로 별첨을 1장씩 작성)

- ☞ 확인된 사고내용과 관련하여 당사에 정상 유지 중인 보험계약이 담보하는 모든 보험금을 지급해 드립니다.
- ☞ 이하 세부 항목들을 상세히 체크·기재 시 보다 신속한 보험금 지급이 가능합니다.
- ☞ 개별항목에 대한 상세한 설명은 약관을 참조하시기 바랍니다.

추가 접수여부		<input type="checkbox"/> 예 ※ 동일사고로 청구이력이 있는 경우 체크		
청구유형		<input type="checkbox"/> 정액 <input type="checkbox"/> 동시(정액+실손)		
진단명 (병명)		질병분류코드	영문1+숫자2 예)A09 병명	
사 고 유 형	질병	<input type="checkbox"/>	※ 신체 내부요인으로 몸이 불편한 경우	
	일반재해	<input type="checkbox"/>	※ 급격·우연한 외부사고로 신체가 다친 경우	
	교통재해	<input type="checkbox"/>	※ 피보험자가 교통사고로 신체가 다친 경우	
청 구 사 유	입원	<input type="checkbox"/>	총입원일수: 일 입원기간:	
	통원	<input type="checkbox"/>	총통원횟수: 회 통원일자:	
	수술	<input type="checkbox"/>	수술일자: 수술명:	
			수술일자: 수술명:	
	진단	<input type="checkbox"/>	진단일자:	
	골절	<input type="checkbox"/>	골절일자:	
	사망	<input type="checkbox"/>	사망일자:	
	장해	<input type="checkbox"/>	진단일자: 장해부위: ※ 휴유장해 청구 시 작성요망	
	기타	<input type="checkbox"/>		
세 부 내 용	일시	년 월 일 시 분 ※ 사고 일시 혹은 발병 일시 기재		
	장소			
	경위	※ 육하원칙 작성		
	실손 치료내용	<input type="checkbox"/> 물리치료(부위:) <input type="checkbox"/> 주사치료 <input type="checkbox"/> 보조기 <input type="checkbox"/> 영양제 <input type="checkbox"/> 예방접종 <input type="checkbox"/> 기타()		
	교통사고 관련사항	본인차량번호		
		본인탑승위치	<input type="checkbox"/> 운전석 <input type="checkbox"/> 조수석 <input type="checkbox"/> 뒷자석 <input type="checkbox"/> 보행중 <input type="checkbox"/> 기타()	
		본인 차종	<input type="checkbox"/> 보행자 <input type="checkbox"/> 승용차 <input type="checkbox"/> 트럭 <input type="checkbox"/> 대형화물차 <input type="checkbox"/> 승합차 <input type="checkbox"/> 버스 <input type="checkbox"/> 기차 <input type="checkbox"/> 자전거 <input type="checkbox"/> 오토바이 <input type="checkbox"/> 고정물체 <input type="checkbox"/> 비충돌 <input type="checkbox"/> 기타()	
상대방 차종		<input type="checkbox"/> 보행자 <input type="checkbox"/> 승용차 <input type="checkbox"/> 트럭 <input type="checkbox"/> 대형화물차 <input type="checkbox"/> 승합차 <input type="checkbox"/> 버스 <input type="checkbox"/> 기차 <input type="checkbox"/> 자전거 <input type="checkbox"/> 오토바이 <input type="checkbox"/> 고정물체 <input type="checkbox"/> 비충돌 <input type="checkbox"/> 기타()		
자동차보험 처리여부		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	처리 보험사	
일부청구	<input type="checkbox"/> 예	사유		

※상기 보험사고와 관련된 보험금 중 일부만 청구하려는 경우 사유를 작성하고 청구하려는 청구사유를 체크하여 주시기 바랍니다.



[필수] 보험금 청구를 위한 상세 동의서(1)



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 업무수행이 불가능할 수 있습니다.

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 · 자동차차실비율분쟁심의업무(자동차보험에 한함)
보유 및 이용기간	<ul style="list-style-type: none"> · 동의일로부터 거래 종료 후 5년까지 <p>(단, 다른 관련 법령에 해당하는 경우 해당 법령상의 보존기간을 따름)</p> <p>위 보유 기간에서의 거래 종료일이란 "①보험계약 만기, 해지, 취소, 철회일 또는 소멸일 및 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	<ul style="list-style-type: none"> · 주민등록번호, 외국인등록번호, 여권번호, 운전면허번호 <p>위 <u>고유식별정보 수집·이용</u>에 동의하십니까?</p> <table> <tr> <td>피보험자 동의</td><td><input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input checked="" type="checkbox"/> 동의함</td><td>수익자 동의</td><td><input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input checked="" type="checkbox"/> 동의함</td></tr> </table>				피보험자 동의	<input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input checked="" type="checkbox"/> 동의함	수익자 동의	<input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input checked="" type="checkbox"/> 동의함
피보험자 동의	<input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input checked="" type="checkbox"/> 동의함	수익자 동의	<input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input checked="" type="checkbox"/> 동의함					
민감정보	<ul style="list-style-type: none"> · 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 <u>민감정보 수집·이용</u>에 동의하십니까?</p> <table> <tr> <td>피보험자 동의</td><td><input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input checked="" type="checkbox"/> 동의함</td></tr> </table>				피보험자 동의	<input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input checked="" type="checkbox"/> 동의함		
피보험자 동의	<input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input checked="" type="checkbox"/> 동의함							
개인(신용)정보	<div> <div> ↳ 일반개인정보 성명, 주소, 생년월일, 이메일, 유·무선 전화번호, 성별, 국적, 직업, 피보험자와 수익자의 관계, 국내 거소신고번호 </div> <div> ↳ 신용거래정보 금융거래 업무 관련 정보(보험금 지급계좌 등), 보험계약정보(상품종류, 기간, 보험가입금액 등), 보험금정보(보험금 지급사유, 지급금액 등) </div> </div> <p>위 <u>개인신용정보 수집·이용</u>에 동의하십니까?</p> <table> <tr> <td>피보험자 동의</td><td><input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input checked="" type="checkbox"/> 동의함</td><td>수익자 동의</td><td><input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input checked="" type="checkbox"/> 동의함</td></tr> </table>				피보험자 동의	<input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input checked="" type="checkbox"/> 동의함	수익자 동의	<input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input checked="" type="checkbox"/> 동의함
피보험자 동의	<input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input checked="" type="checkbox"/> 동의함	수익자 동의	<input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input checked="" type="checkbox"/> 동의함					



보험금 청구를 위한 상세 동의서(2)



2. 제공에 관한 사항

제공 받는 자	<ul style="list-style-type: none"> · 공공기관 등 : 금융위원회, 국토교통부, 금융감독원, 국세청, 보험요율산출기관 등 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
제공받는 자의 이용목적	<ul style="list-style-type: none"> · 공공기관 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 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 이용목적에 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

고유식별정보	· 주민등록번호, 외국인등록번호, 여권번호, 운전면허번호 위 <u>고유식별정보</u> 제공에 동의하십니까? <div> <div>피보험자 동의</div> <div> <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input checked="" type="checkbox"/> 동의함 </div> <div>수익자 동의</div> <div> <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input checked="" type="checkbox"/> 동의함 </div> </div>
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 <u>민감정보</u> 제공에 동의하십니까? <div> <div>피보험자 동의</div> <div> <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input checked="" type="checkbox"/> 동의함 </div> </div>
개인(신용)정보	<div> <div> ㄴ 일반개인정보 ㄴ 신용거래정보 </div> <div> 성명, 주소, 생년월일, 이메일, 유·무선 전화번호, 성별, 국적, 직업, 피보험자와 수익자의 관계, 국내 거소신고번호 금융거래 업무 관련 정보(보험금 지급계좌 등), 보험계약정보(상품종류, 기간, 보험가입금액 등), 보험금정보(보험금 지급사유, 지급금액 등) 위 <u>개인신용정보</u> 제공에 동의하십니까? <div> <div>피보험자 동의</div> <div> <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input checked="" type="checkbox"/> 동의함 </div> <div>수익자 동의</div> <div> <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input checked="" type="checkbox"/> 동의함 </div> </div> </div> </div>

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



보험금 청구를 위한 상세 동의서(3)



3. 조회에 관한 사항

조회 대상 기관	· 종합신용정보집중기관, 보험요율산출기관, 국토교통부, 생명·손해보험협회
조회 목적	· 종합신용정보집중기관: 보험사고·보험사기 조사 및 보험금지급·심사 교통사고처리내역 발급 간소화 서비스 · 보험요율산출기관, 국토교통부: 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 <u>고유식별정보 조회</u> 에 동의하십니까?			
	피보험자 동의	<input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input checked="" type="checkbox"/> 동의함	수익자 동의	<input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input checked="" type="checkbox"/> 동의함
민감정보	· 피보험자의 질병·상해에 관한 정보(진료기록, 상병명 등), 교통법규 위반정보, 교통사고조사기록(당사의 요청에 따라 보험요율산출기관이 경찰청으로부터 제공받은 정보) 위 <u>민감정보 조회</u> 에 동의하십니까?			
	피보험자 동의		<input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input checked="" type="checkbox"/> 동의함	
개인(신용)정보 ↳ 일반개인정보 ↳ 신용거래정보	성명, 국내거소신고번호, 면허의 효력에 관한 정보 보험계약정보(상품종류, 기간, 보험가입금액 등), 보험금정보(보험금 지급사유, 지급금액 등) 위 <u>개인신용정보 조회</u> 에 동의하십니까?			
	피보험자 동의	<input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input checked="" type="checkbox"/> 동의함	수익자 동의	<input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input checked="" type="checkbox"/> 동의함

4. 국외 제3자 제공에 관한 사항

■ 제공에 관한 사항

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

■ 제공 항목

개인(신용)정보 ↳ 일반개인정보 ↳ 신용거래정보	성별, 연령 보험계약정보(상품종류, 기간 등) 위 <u>개인신용정보 제공</u> 에 동의하십니까?			
	피보험자 동의	<input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input checked="" type="checkbox"/> 동의함	수익자 동의	<input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input checked="" type="checkbox"/> 동의함

※ 동의하시는 경우, 계약관계자가 각각 서명하여 주시고 만 14세 미만의 경우 법정대리인이 작성 후 친권자가 서명을 하시기 바랍니다.
※ 공동친권자인 경우 부모 쌍방이 각각 서명하여야 합니다. 다만, 다른 일방의 의사에 반하지 않을 경우 부모 중 일방이 부모 공동명의로 동의 할 수 있습니다.

피보험자		서명		법정대리인1		서명	
수익자		서명		법정대리인2		서명	



20 년 월 일

에이비엘생명보험주식회사 귀중