

보험금 청구서

QR코드 촬영으로
'삼성화재APP' 다운,
보상청구가 가능합니다



1. 인적 사항 및 보상 안내 받으실 분

피보험자	성명		주민등록번호	-	직장명/하시는 일	
보험계약자	성명		주민등록번호	-	의료급여 수급권자 해당여부	예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/>
보상관련 안내처	보험금 수령인	성명		휴대폰		
	안내방법	※ 반드시 한가지는 선택(<input type="checkbox"/> 안에 V표)해 주시기 바랍니다. 문자메시지 <input type="checkbox"/> e-mail <input type="checkbox"/> 팩스 <input type="checkbox"/> 유선(전화) <input type="checkbox"/> 우편 <input type="checkbox"/> (e-mail, 팩스, 주소 중 선택 사항 기재 : _____)				

2. 사고 사항 (해당 사고 유형에 V표시하십시오)

※ 상해: 넘어지거나 부딪히는 등 신체가 다친 경우 / 질병: 고혈압, 당뇨 등과 같이 신체 내부의 질환이 발생한 경우

사고유형	상해 <input type="checkbox"/>	질병 <input type="checkbox"/>	교통상해 <input type="checkbox"/>	청구유형	최초청구 <input type="checkbox"/>	동일사고 추가접수 <input type="checkbox"/>
사고일(발병일)	20	년	월	일	사고장소	
사고(내원) 경위						
병원명(진료과)				진단명		
교통사고 정보	본인차량번호			본인 탑승위치	운전석 <input type="checkbox"/>	조수석 <input type="checkbox"/> 뒷자리 <input type="checkbox"/> 보행중 <input type="checkbox"/> 기타 <input type="checkbox"/>
	자동차보험 접수	아니요 <input type="checkbox"/>	예 <input type="checkbox"/>	(보험사	담당자/연락처)

※ 청구하시는 담보(복수선택가능)를 선택해 주시기 바랍니다. (회사는 선택여부와 관계없이 지급가능한 모든 보험금을 검토하여 드립니다.)

실손의료비 ☐ 입원일당 ☐ 진단비 ☐ 수술비 ☐ 사망 ☐ 후유장애 ☐ 비용 ☐ 특정담보 보상제외 요청 ☐ (요청담보 : _____)

3. 보험금 수령 계좌

피보험자 (수익자)의 계좌	은행		계좌번호		예금주	
----------------	----	--	------	--	-----	--

※ 타인 계좌로 수령하시려면 별도로 '위임장'을 작성하여 본인의 인감증명서와 함께 제출하셔야 하며, 보험수익자가 지정된 경우 수익자의 계좌를 제출해 주시기 바랍니다.

※ 수령계좌 미기재시 보험료 납입계좌 혹은 최근 지급계좌로 지급될 수 있습니다.

4. 확인 사항

- 본인은 개인정보보호법 및 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률에 따라 별지의 '보험금 청구'를 위한 필수동의서상 개인(신용)정보의 수집·이용, 조회, 제공 및 민감정보·고유식별정보의 처리 관련 내용을 숙지하였음을 확인합니다.
※ 개인(신용)정보의 수집·이용, 조회 및 민감정보·고유식별정보의 처리가 가능한 '업무수탁자'는 삼성화재로부터 보험금 지급·심사 및 보험사고조사 등에 필요한 업무를 위탁받은 자(삼성화재 자회사 및 간이심사제에 따라 삼성화재로부터 지급심사 및 사고조사를 위탁받은 협력법인) 및 청구 계약의 보험모집인(보험설계사·보험대리점 등)을 말합니다.
- 본인은 별지의 '보험금 지급절차 안내문'을 통하여 보상 절차에 관한 정보(담당부서 및 연락처, 지급절차, 예상 심사 기간, 지급기일 등)를 안내받고 이를 숙지하였음을 확인합니다.

작성일 년 월 일

피보험자(성명) : (서명)

법정대리인(성명) : (서명)

보험수익자(성명) : (서명)

※ 보험사기(고의사고, 허위사고, 허위입원·진단·장해, 피해과장, 사고 후 보험가입 등)는 범죄이며, 형법에 의거 10년 이하의 징역이나 2천만원 이하의 벌금에 처해질 수 있습니다.

※ 반드시 피보험자가 서명하시고, 미성년자, 금치산자, 한정치산자인 경우, 그 친권자 또는 후견인이 서명하시기 바랍니다. 부모가 공동 친권자인 경우 다른 일방의 의사에 반하지 않으면 부모중 일방이 부모 공동명의로 서명할 수 있습니다. 보험수익자가 별도로 지정되어 있는 경우에는 보험수익자가 서명하시기 바랍니다.

※ 접수하신 청구서류 일체는 어떠한 경우에도 반환하여 드리지 않습니다.

[필수] 보험금 청구를 위한 상세 동의서

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 동의를 철회할 수 있습니다. 다만, 본 동의는 '보험금 청구'를 위해 필수적인 사항이므로 동의를 거부하시는 경우 관련 업무수행이 불가능합니다.

1. 수집·이용에 관한 사항

- 수집·이용 목적 : - 보험사고·보험사기 조사 및 보험금 지급·심사(손해사정 또는 의료자문, 잔존물 대위, 구상업무 관련 포함)
- 보험금청구서류 접수대행 서비스 및 교통사고 처리내역 발급 간소화 서비스
- 민원처리 및 분쟁대응, 금융거래 관련 업무
- 자동차과실비율분쟁심의업무(자동차보험에 한함)
- 자동차 사고 연계처리를 위한 당사에 가입되어 있는 본인의 보험계약(장기, 일반보험)에 대한 보험금 지급업무 포함
- 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」상 의무 이행

• 보유 및 이용기간 : 동의일로부터 거래 종료 후 5년까지

(단, 다른 관련 법령에 해당하는 경우 해당 법령상의 보존기간을 따름)

※ 위 보유 기간에서의 거래 종료일이란 “①보험계약 만기, 해지, 취소, 철회일 또는 소멸일, ②보험금 청구권 소멸시효 완성일, ③채권채무 관계 소멸일 중 가장 나중에 도래한 사유를 기준으로 판단한 날”을 말한다.

• 수집·이용 항목

고유식별정보	주민등록번호, 외국인등록번호, 여권번호, 운전면허번호
	위 고유식별정보 수집·이용에 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, 진료기록 등에 포함된 개인(신용)정보 포함)
	위 민감정보 수집·이용에 동의하십니까? <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input checked="" type="checkbox"/> 동의함
개인(신용)정보	· 일반개인정보 : 성명, 본인확인정보(C.I, D.I), 주소, 성별, 직업, 유무선 전화번호, 이메일, 운전면허정보, 가족관계 증명, 주민등록(초)등본 상의 정보, 자동차등록(원부)증, 사업자등록증 상의 정보 · 신용거래정보 : 금융거래 업무 관련 정보(보험금 지급계좌 등), 보험계약정보(상품종류, 기간, 보험가입금액 등), 보험금정보(보험금 지급사유, 지급금액 등)
	위 개인신용정보 수집·이용에 동의하십니까? <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input checked="" type="checkbox"/> 동의함

2. 제공에 관한 사항

- 제공받는 자 : - 국가기관 등 : 금융위원회, 국토교통부, 금융감독원, 국세청, 보험요율산출기관 등 법령상 업무 수행기관(위탁사업자 포함)
 - 종합신용정보집중기관 : 한국신용정보원
 - 보험회사 등 : 생명·손해보험회사, 국내재보험사, 국외재보험사, 공제사업자, 체신관서(우체국보험)
 - 금융거래기관 : 계좌개설 금융기관, 금융결제원
 - 계약관계자 : 피보험자, 보험금 청구권자
 - 손해보험협회
 - 제공받는자의 이용목적 : - 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 청구, 보험사고조사(보험사기 조사 포함), 구상관련업무
 - 금융거래 기관 : 금융거래 업무
 - 계약관계자 : 손해사정내용 관련 정보 제공
 - 손해보험협회 : 보험금 지급·심사 관련 업무지원(보험금 청구서류 접수 대행 서비스, 자동차과실비율분쟁심의업무 등) *자동차보험에 한함
 - 보유 및 이용기간 : 제공받는 자의 이용목적을 달성할 때까지(관련 법령상 보존기간을 따름)
- ※ 외국 재보험사의 국내 지점이 재보험금 청구 등 지원 업무를 위탁하기 위한 경우 별도의 동의 없이 외국 소재 본점에 귀하의 정보를 이전할 수 있습니다.

• 제공 항목

국내	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, 의료 기관 등으로부터 본인의 위임을 받아 취득한 각종 조사서, 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 : 성명, 주소, 성별, 직업, 유무선 전화번호, 이메일, 운전면허정보, 가족관계 증명 · 신용거래정보 : 금융거래 업무 관련 정보(보험금 지급계좌 등), 보험계약정보(상품종류, 기간, 보험가입금액 등), 보험금정보(보험금 지급사유, 지급금액 등) 위 개인신용정보 제공에 동의하십니까? <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input checked="" type="checkbox"/> 동의함
국외	개인(신용)정보	· 일반개인정보 : 성명, 성별, 연령 · 신용거래정보 : 보험계약정보(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.samsungfire.com]에서 확인 가능)

3. 조회에 관한 사항

- 조회 대상 기관 : - 종합신용정보집중기관, 손해보험협회
- 보험요율산출기관, 국토교통부
- 조회 목적 : - 종합신용정보집중기관 : 보험사고·보험사기 조사 및 보험금지급·심사, 교통사고 처리내역 발급 간소화 서비스
- 보험요율산출기관, 국토교통부 : 보험사고·보험사기 조사 및 보험금지급·심사
- 손해보험협회 : 보험금 청구서류 접수대행 서비스
- 조회 동의의 효력기간 : 해당 보험거래 종료일까지 동의의 효력이 지속됩니다.

• 조회 항목

고유식별정보	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) - 교통법규 위반정보, 교통사고조사기록(당사의 요청에 따라 보험요율산출기관이 경찰청으로부터 제공받은 정보) 위 <u>민감정보 조회</u> 에 동의하십니까? <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input checked="" type="checkbox"/> 동의함
개인(신용)정보	· 일반개인정보: 성명, 면허의 효력에 관한 정보 · 신용거래정보: 보험계약정보(상품종류, 기간, 보험가입금액 등), 보험금정보(보험금 지급사유, 지급금액 등) 위 <u>개인신용정보 조회</u> 에 동의하십니까? <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input checked="" type="checkbox"/> 동의함

※ 만14세 미만의 경우 법정대리인(친권자 또는 후견인)이 작성 후 서명을 하시고, 만14세 이상의 경우 미성년 본인 직접 동의 또는 법정대리인(친권자 또는 후견인) 대리동의 후 서명하시기 바랍니다.

동 의 일 : 20 년 월 일

피보험자(성명) : (서명)

법정대리인(성명) : (서명)

보험수익자(성명) : (서명)