

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)						

<p>보험금 접수 시 필수 확인 사항</p> <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> <p>※ 보험사기(허위입원, 고의사고, 피해과장 등)는 범죄행위로서 형법상 10년 이하의 징역이나 2천만원 이하의 벌금에 처해질 수 있습니다.</p> <p>※ 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하거나 그 서류 또는 증거를 위·변조 하는 행위는 명백한 사기이며 보험금 지급이 거절됩니다.</p>
--

필수 확인사항에 대한 설명을 듣고 별첨과 같이 보험금을 청구합니다.

(이미지 발송 시 청구서를 포함한 모든 서류 하단에 페이지 번호를 기재해 주세요.)



☞ 개별항목에 대한 상세한 설명은 약관을 참조하시기 바랍니다.

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



■ 보험금 청구를 위한 개인(신용)정보 처리 동의서(1)



소비자 권익보호에 관한 사항

본 동의를 거부하시는 경우에는 보험금 청구가 불가능하며 본 동의서에 의한 개인(신용)정보 조회는 귀하의 신용등급에 영향을 주지 않습니다.

※ 동의하시는 경우 아래 동의함에 체크하여 주시고, 동의자가 미성년자인 경우 법정대리인이 동의의사 표시를 하여 주시기 바랍니다.

1. 개인(신용)정보 수집·이용에 관한 동의사항

당사 및 당사 업무수탁자는 「개인정보보호법」 및 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」에 따라 귀하의 개인(신용)정보를 다음과 같이 수집·이용하고자 합니다. 이에 대하여 동의하십니까?

피보험자 동의함

☐

수익자 동의함

☐

□ 개인(신용)정보의 수집·이용 목적

- 보험금지급·심사(보험금청구서류 접수대행 서비스 포함) 및 보험사고 조사(보험사기 조사 포함), 보험금지급 관련 민원처리 및 분쟁대응, 고객이력관리, 고객만족도 측정, 소비자보호, 증빙서류보존, 기타법령상 의무 이행
- 금융거래(보험료 및 보험금 등 출·수납을 위한 금융거래 신청, 자동이체 등 접수) 관련 업무

□ 수집·이용할 개인(신용)정보의 내용

- 개인식별정보(성명, 주민등록번호, 외국인등록번호, 운전면허증번호, 주소, 직업, 전화번호, 전자우편주소 등), 계좌정보
- 보험사고 조사(보험사기 조사 포함) 및 손해사정업무 수행과 관련하여 취득한 개인(신용)정보[경찰, 공공기관, 의료 기관 등으로부터 본인의 위임을 받아 취득한 각종 조사서, 증명서, 진료기록 등에 포함된 개인(신용)정보 포함]

□ 개인(신용)정보의 보유·이용 기간

- 수집·이용 동의일로부터 거래종료 후 5년까지(단, 거래종료 후 5년이 경과한 후에는 보험금 지급, 금융사고 조사, 보험사기 방지·적발, 민원처리, 법령상 의무이행을 위한 경우에 한하여 보유·이용하며, 별도 보관)

2. 개인(신용)정보의 조회에 관한 사항

당사 및 당사 업무수탁자는 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」에 따라 귀하의 개인(신용)정보를 다음과 같이 신용정보 집중기관 및 보험요율산출기관으로부터 조회하고자 합니다.

이에 대하여 동의하십니까?

피보험자 동의함

☐

수익자 동의함

☐

□ 개인(신용)정보 조회목적

- 보험금지급·심사(보험금청구서류 접수대행 서비스 포함) 및 보험사고 조사(보험사기 조사 포함)

□ 조회할 개인(신용)정보

- 보험계약정보, 보험금지급 관련 정보(사고정보 포함), 질병 및 상해 관련 정보

□ 조회동의 유효 기간 및 조회자(개인(신용)정보를 제공받는 자)의 개인(신용)정보의 보유·이용 기간

- 수집·이용 동의일로부터 거래종료 후 5년까지(단, 거래종료 후 5년이 경과한 후에는 보험금 지급, 금융사고 조사, 분쟁해결, 민원처리, 법령상 의무이행을 위한 경우에 한하여 보유·이용하며, 별도 보관)



보험금 청구를 위한 개인(신용)정보 처리 동의서(2)

3. 개인(신용)정보의 제공에 관한 사항

당사 및 당사 업무수탁자는 「개인정보보호법」 및 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」에 따라 귀하의 개인(신용)정보를 다음과 같이 제3자에게 제공하고자 합니다. 이에 대하여 동의하십니까?

피보험자 동의함

수익자 동의함

개인(신용)정보를 제공받는 자

- **신용정보집중기관**
- **공공기관 등** : 금융위원회, 국토해양부, 금융감독원, 보험요율산출기관 등 공공기관, 법령상 업무 수행 기관(위탁사업자 포함), 경찰, 검찰, 법원 등 국가기관
- **보험회사 등** : 생명보험사, 손해보험사, 국내·국외 재보험사, 공제사업자, 체신관서(우체국보험), 금융 거래 관련 계좌개설 금융기관, 금융결제원
- **업무수탁자 등** : 보험금지급·심사 및 보험사고조사 등에 필요한 업무를 위탁받은 자 (당사와 모집위탁 계약을 체결한 자로서 보험금 청구서류 접수업무를 위탁 받은자, 보험사고조사 업체, 손해사정 업체, 고객이 선임한 손해사정사, 병원 및 기타 의료기관·의사, 변호사, 위탁 콜센터, 고객안내자료 제작 및 발송업체, 고객만족도 측정 업체)

개인(신용)정보를 제공받는 자의 이용목적

- **신용정보집중기관** : 보험계약 및 보험금지급 관련 정보의 집중관리 및 활용 등 신용정보집중기관의 업무
- **공공기관 등** : 보험업법 등 법령에 따른 업무수행(위탁 업무 포함)
- **보험회사 등** : 보험사고조사(보험사기 조사 포함) 및 손해사정서비스 등 계약 이행에 필요한 업무, 보험 금청구서류 접수대행 서비스, 진료비심사, 재보험금 청구
- **업무수탁자 등** : 보험금청구서류 접수업무 서비스, 의료심사 및 자문, 소견서, 진료기록 열람, 법률 자문 및 소송관련 업무, 고객안내 자료제작 및 발송관련업무, 고객만족도 측정
- **금융거래 업무(보험료 및 보험금 등 출·수납)**

제공할 개인(신용)정보의 내용

- 「1. 개인(신용)정보의 수집·이용에 관한 사항」의 정보내용(단, 각 제공받는 자의 이용 목적을 위해 필요한 정보에 한함)

제공받는 자의 개인(신용)정보 보유·이용기간

- **개인(신용)정보를 제공받는 자의 이용목적을 달성할 때까지(최대 거래종료 후 5년까지)**

※ 각 제공대상기관 및 이용목적의 구체적인 정보는 당사 홈페이지 [www.abllife.co.kr] 에서 확인할 수 있습니다.

4. 고유식별정보의 처리에 관한 사항

당사 및 당사 업무수탁자는 「개인정보보호법」 및 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」에 따라 상기의 개인(신용)정보에 대한 개별 동의 사항에 대하여 다음과 같이 귀하의 **민감정보(질병·상해정보)** 및 **고유식별정보(주민등록번호·외국인등록번호 등)**를 처리 (수집·이용, 조회, 제공)하고자 합니다. 이에 대하여 동의하십니까?

질병·상해정보 처리	피보험자 동의함	고유식별정보 처리 (주민등록번호·외국인등록번호 등)	피보험자 동의함
	수익자 동의함		수익자 동의함

※ 동의하시는 경우, 계약관계자가 각각 서명하여 주시고 미성년자인 경우, 친권자 또는 후견인 서명 바랍니다. 부모가 공동친권자 경우 부모 쌍방이 각자 서명하여야 합니다. 다만, 다른 일방의 의사에 반하지 않을 경우 부모 중 일방이 부모 공동명의로 동의할 수 있습니다.

피보험자	서명	법정대리인 1	서명
수익자	서명	법정대리인 2	서명



20 년 월 일

서식개정일자 20190323

에이비엘생명보험주식회사 귀중