



보험금청구서



보험회사 등 개인정보처리자가 보험금 청구관련 처리를 위해서는 고객님의 개인(신용)정보 처리동의가 필요합니다.

별첨 [개인(신용)정보처리 동의서]를 작성하여 함께 제출하여 주시기 바랍니다. (동의서는 총 2매)

■ 피보험자 (보험대상자) 정보

한글이름	주민등록번호	1) 의료수급권자 해당시 체크	예 <input type="checkbox"/>
휴대전화		2) 보험금지급사유 문자수신	예 <input type="checkbox"/>
주 소			

1) [의료수급권자확인제도안내] 의료급여법에 의거하여, 당사에 의료급여수급대상자로 등록하시면 실손보험료를 할인 받으실 수 있습니다. (문의 : 고객센터 1588-9898)

2) 피보험자가 미성년자인 경우, 보험금 지급사유 문자를 동의하시면 수익자에게 발송될 수 있습니다.

■ 수익자(보험금을 받는 사람) 정보 (수익자와 피보험자가 동일하신 경우, 중복된 항목은 [상동]으로 작성가능)

*필수 기재

*한글이름	*주민등록번호	
*영문이름 (성) (이름)	*휴대전화번호	
*주 소	*국 적	<input type="checkbox"/> 대한민국 <input type="checkbox"/> (외국인일 경우 필수)
**신원확인	<input type="checkbox"/> 주민등록증 ▶발급일: 년 월 일 <input type="checkbox"/> 운전면허증 ▶발급기관: ▶면허번호: ▶일련번호:	
**계약자와 실소유자	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 (고객거래확인서 작성필수)	
동일여부	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 (고객거래확인서 작성필수)	
**하시는 일	<input type="checkbox"/> 부동산서비스 <input type="checkbox"/> 카지노사업 <input type="checkbox"/> 대부업 <input type="checkbox"/> 환전업 <input type="checkbox"/> 귀금속판매 <input type="checkbox"/> 가상화폐취급업무 <input type="checkbox"/> 기타 (하시는 일 또는 직장명 기재)	

* 작성하여 주신 휴대전화 정보는 기존 등록된 정보가 없으신 경우 가입계약의 고객정보에 반영되고, 납입회고 등 안내에 이용됩니다.

* 사망시 수익자(수령인)가 법인/단체 또는 계약자와 실소유자가 상이한 청구건은 별지[고객거래확인서]양식을 작성하신 후 첨부하여 주시기 바랍니다.

■ 보험금을 받으실 계좌

*직전 입금되었던 계좌로 입금요청 ☐

은행명	계좌번호	예금주명
-----	------	------

* 단, 직전 입금되었던 계좌로 입금요청은 수익자와 예금주가 동일한 경우에 한합니다. (위임실행되었던 것은 위임서류 구비제출 시 가능)

■ 보험금 심사진행현황 안내 (접수, 지연, 추가서류보완, 처리결과, 지급설명서 등)

안내방법 (선택 1)	<input type="checkbox"/> 문자 동의(LMS 스마트폰) <input type="checkbox"/> 우편 동의 <input type="checkbox"/> 전화 동의 ※ 보험금심사 진행단계는 휴대전화번호 기재시 문자로 안내드립니다. ※ 전화 동의를 선택하시는 경우 지급설명서는 문자(휴대전화번호가 기재된 경우) 또는 우편으로 안내드립니다.
장애인등록 대상여부	<input type="checkbox"/> 피보험자 <input type="checkbox"/> 수익자 (단, 수익자는 모든 수익자가 특정인으로 지정되어야 하며, 모두 장애인으로 등록된 경우 해당 됩니다.) *관련법에 의거 장애인으로 등록이 되신 경우, 당사에 전한신청을 하시면 특별세액 공제를 받으실 수 있습니다. (문의:고객센터 1588-9898)

■ 보험금 청구내용 *개별항목에 대한 상세한 설명은 약관을 참조하시기 바랍니다.

☐ 정액 ☐ 실손 ☐ 정액+실손

☞ 확인된 사고내용과 관련하여 당사에 정상유지 중인 보험계약이 담보하는 모든 보험금을 지급해 드립니다.

☞ 세부항목을 상세히 체크/기재시 보다 신속한 보험금 지급이 가능합니다.

청구유형	<input type="checkbox"/> 질병 ※신체 내부요인으로 몸이 불편한 경우 <input type="checkbox"/> 재해 ※급격하고 우연한 외래의 사고로 신체를 다쳤거나, 법정 제1군 감염병에 감염된 경우
청구사유	<input type="checkbox"/> 사망 <input type="checkbox"/> 진단(암,3대질환) <input type="checkbox"/> 장해 <input type="checkbox"/> 입원 <input type="checkbox"/> 수술 <input type="checkbox"/> 골절 <input type="checkbox"/> 통원 <input type="checkbox"/> 치아(보철/클리닉) <input type="checkbox"/> 기타 ()
세부내용	▶사고(발병) 일시 : 년 월 일 ▶사고(발병) 장소 : ▶사고(발병) 내용 : 교통사고 <input type="checkbox"/> 본인운전 <input type="checkbox"/> 차량탑승 <input type="checkbox"/> 보행자
일부청구 신청	<input type="checkbox"/> 예 ▶청구보험금 : ▶일부청구사유 :
실손의료비 (3만원 이하)	질병명 질병분류코드 실손의료비 신속지급 피보험자(보험대상자)가 의료비 신속지급 요건에 해당되어 의료비 신속 지급을 신청합니다. (* 실손보험 의료비 신속지급 신청시 별지 [확약서] 작성)

■ 반드시 읽고 확인하실 사항

* 수익자/청구인은 보험법 제95조의2 (설명 의무 등)에 따라 담당자에게 보험금청구에 필요한 서류, 담당부서 및 연락처, 손해사정사 선임에 관한 사항, 예상심사기간 (예상지급일)에 대하여 설명을 듣고, '보험금청구를 위한 개인(신용)정보 처리 동의서'에 관한 내용을 확인 후 동의합니다.

* 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요하지 않은 경우, 회사는 "보험금 등 청구 시 구비서류"를 접수한 날부터 3영업일 이내에 보험금을 지급하여 드립니다.

다만, 해당 기간내에 보험금 지급처리가 완료되지 못하거나 지급사유의 조사나 확인이 필요할 때에는 그 사유에 대해 추가로 안내하여 드립니다.

* 보험금 청구시 필요한 구비서류는 보험금 청구서의 "보험금 청구서류 안내"를 확인하시고, 기타 궁금하신 사항은 아래 연락처로 문의 주시기 바랍니다.

* 담당부서 및 연락처 : 보험금팀 ☎ 1588-9898

* 지점접수 또는 담당 MP(모집인)에게 보험금 청구를 위임하시는 경우 보험금 지급내용이 담당 MP에게 안내 될 수 있습니다.

* [특정금융정보법]에 따라 당사와 거래 시에는 고객확인 및 검증을 위한 정보를 제공하여야 합니다. 해당 정보가 충분하지 않을 경우 거래가 지연되거나 거절될 수 있으며, 제공하신 정보는 동법에 의거 용도 외의 목적으로 사용되지 않습니다.

* 20 년 월 일 * 수익자 / 청구인 : 서명 (인)

* 보험사기(허위입원, 고의사고, 사고위장, 피해과장 등)는 범죄이며, 보험사기방지 특별법에 의거 10년 이하의 징역이나 5천만원 이하의 벌금에 처해질 수 있습니다.

접수처(지점)	접수자 성명	접수인
담당MP명	MP 연락처	
등기우편 주소 : (04511) 서울시 중구 통일로 2길 16 (순화동216) AIA타워 25층 AIA생명 보험금팀		

* 보험금 청구서류는 원본을 제출하셔야 합니다.

* 보험금 접수전용 팩스번호 : 02-2021-4508, 휴대폰(MMS) 문자 전송번호 : 1600-8222 (소액 청구/사본청구 가능)

* 회사가 필요하다고 인정하는 경우 외부 위탁업체가 약관에 따라 의료기관이나 관공서에 대한 추가 확인 또는 추가서류를 요청 드릴 수 있으니 이점 양지하시기 바랍니다.



보험금 청구를 위한 개인(신용)정보 처리 동의서 (1/2)



[개인(신용)정보처리동의서]는 총 2장으로 구성되어 있습니다. 2장을 모두 작성하여 제출해 주시기 바랍니다.

■ 피보험자(보험대상자) 성 명 : []

AIA생명보험 주식회사 귀중

소비자 권익보호에 관한 사항

- 본 동의를 거부하시는 경우에는 **보험금 지급업무와 관련한 정상적인 서비스 제공이 불가능할 수 있습니다.**
- 본 동의서에 의한 개인(신용) 정보 조회는 귀하의 신용등급에 영향을 주지 않습니다.

1. 개인(신용)정보의 수집·이용에 관한 사항 [필수 동의 항목]

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

동의함



■ 개인(신용)정보의 수집·이용 목적

- 보험금 산정·지급·심사(보험금청구서류 접수대행 서비스 포함) 및 **보험사고 조사**(보험사기 조사 포함), 보험금 관련 민원처리 및 분쟁대응, **교통사고처리내역 발급 간소화 서비스**
- 금융거래(보험료 및 보험금 등 출·수납을 위한 금융거래 신청, 자동이체 등 접수) 관련 업무
- 보험 계약 유지·관리(미납안내 등)

■ 수집·이용할 개인(신용)정보의 내용

- **개인식별정보**(성명, 고유식별정보, 주소, 휴대·유선전화번호, 전자우편주소 등), 보험계약정보, 계좌정보, 수익자와 피보험자의 관계, 국적 및 여권번호(외국인에 한함), 고객확인 수집정보
- **보험사고 조사**(보험사기 조사 포함) 및 손해사정업무 수행과 관련하여 취득한 개인(신용)정보 [경찰, 공공기관, 의료기관 등으로부터 본인의 위임을 받아 취득한 각종 조사서, 판결문, 증명서, 확인서, 진료기록, 진료비 내역, 보험가입내역, 관련 자료에 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, 분쟁해결, 법령상 의무이행을 위한 경우에 한하여 보유·이용하며, 별도 보관)

2. 개인(신용)정보의 조회에 관한 사항 [필수 동의 항목]

당사 및 당사 업무수탁자는 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」에 따라 귀하의 개인(신용) 정보를 다음과 같이 신용정보집중기관 및 보험요율산출기관, 생명·손해보험협회, 보험사(공제사업자, 우체국보험 포함)로부터 **조회**하고자 합니다. 이에 대하여 동의하십니까?

동의함



■ 개인(신용)정보 조회 목적

- 보험금 산정·지급·심사(보험금청구서류 접수대행 서비스 포함) 및 **보험사고 조사**(보험사기 조사 포함), **교통사고처리내역 발급 간소화 서비스**, 보험금 관련 민원처리 및 분쟁대응

■ 조회동의 유효기간 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, 보험사기 방지·적발, 민원처리, 분쟁해결, 법령상 의무이행을 위한 경우에 한하여 보유·이용하며, 별도 보관)

■ 조회할 개인(신용)정보의 내용

- 주민등록번호·외국인등록번호·국내거소신고번호 변경 및 성명 변경정보 등 신용집중기관이 보유한 공공정보
- 보험계약정보(타사포함), **보험금지급 관련 정보**(사고정보 포함), **질병 및 상해 관련 정보**



보험금 청구를 위한 개인(신용)정보 처리 동의서 (2/2)



[개인(신용)정보처리동의서]는 총 2장으로 구성되어 있습니다. 2장을 모두 작성하여 제출해 주시기 바랍니다.

AIA생명보험 주식회사 귀중

3. 개인(신용)정보의 제공에 관한 사항 [필수 동의 항목]

당사는 「개인정보보호법」 및 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」에 따라 귀하의 개인(신용) 정보를 다음과 같이 제3자에게 **제공**하고자 합니다. 이에 대하여 동의하십니까?

동의함

☐

■ 개인(신용)정보를 제공 받는 자

- 신용정보집중기관
- 공공기관 등 : 국세청, 법원, 검찰청, 경찰청, 금융위원회, 국토교통부 등 공공기관 및 금융감독원, 보험요율산출기관 등 법령상 업무 수행기관 (위탁사업자 포함)
- 보험회사 등 : 생명·손해보험사, 생명·손해보험협회, 국내·외 재보험사, 공제사업자, 체신관서(우체국보험)
- 업무수탁자 등 : 보험금지급·심사 및 보험사고조사 등에 필요한 업무를 위탁 받은 자 (보험사고조사업체, 손해사정업체, 의료기관·의료자문업체, 의학단체, 의사, 변호사, 위탁콜센터 등)
- 금융거래 관련 기관 등 : 계좌개설 금융기관, 금융결제원
- 계약관계자 : 보험계약의 계약자, 피보험자, 수익자 등

■ 개인(신용)정보를 제공 받는 자의 이용 목적

- 신용정보집중기관 : 보험 계약 및 보험금지급 관련 정보의 집중관리 및 활용 등 신용정보집중기관의 업무
- 공공기관 등 : 보험업법, 보험사기방지 특별법 등 법령에 따른 업무수행 (위탁업무 포함)
- 보험회사 등 : 보험사고조사(보험사기 조사 포함) 및 손해사정서비스 등 계약이행에 필요한 업무, 보험금청구서류 접수대행서비스, 진료비심사, 의료심사 및 자문
- 업무수탁자 등 : 보험사고접수·지급·심사 및 보험사고조사 등에 필요한 업무, 보험계약 유지·관리(미납안내 등)
- 금융거래 관련 기관 등 : 보험료 및 보험금 등 출·수납 업무
- 계약관계자 : 손해사정서 수령

■ 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)

◆ 거래종료일은 1)보험계약 만기, 해지, 취소, 철회일 또는 소멸일 및 2)보험금 청구권 소멸시효 완성일(상법 제662조 등), 채권·채무관계 소멸일 중 가장 나중에 도래한 사유를 기준으로 판단합니다. (* 다만, 만기 등 사유발생일 이후라도 만기환급금 또는 해지환급금 등을 수령하지 않았거나 상환할 금액이 남아있는 경우, 보험금 지급 또는 수사·소송이 진행중인 경우 거래종료에 해당 하지 않습니다.)

4. 민감정보 및 고유식별정보의 처리에 관한 사항 [필수 동의 항목]

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

질병, 상해정보 처리

동의함

☐

고유식별정보 처리

동의함

☐

5. 손해사정서 안내문 수령 동의확인 *미선택시 법령에 의거 자동발송됩니다.

계약관계자 계약자 **동의** / **미동의**, 피보험자 **동의** / **미동의**, 수익자 **동의** / **미동의**

[필수 기재] 20 년 월 일

피보험자	(성명)	(서명)	미성년자 친권자 (후견인)	(성명)	(서명)
수익자	(성명)	(서명)			
대리인(위임수익자)	(성명)	(서명)		(성명)	(서명)

* 피보험자와 수익자가 동일한 경우 피보험자란에 작성 바랍니다.

* 동의하시는 경우, 계약관계자가 각각 서명하여 주시고 미성년자인 경우, 법정대리인 (친권자 또는 후견인)이 서명하시기 바랍니다. 부모가 공동친권자인 경우 부모 쌍방이 각자 서명하여야 합니다. 다만, 다른 일방의 의사에 반하지 않을 경우 부모 중 일방이 부모 공동명의로 동의할 수 있습니다.