

사고보험금 청구서

개인(신용)정보 처리동의서를 작성하여 사고보험금 청구서 및 청구서류(병원서류)와 함께 제출하여 주시기 바랍니다.

피보험자	성명		주민번호	-	휴대전화	
보험수익자	성명	<input type="checkbox"/> 상동(동일시 체크)	주민번호	<input type="checkbox"/> 상동(동일시체크)-	휴대전화	<input type="checkbox"/> 상동(동일시 체크)
	주소				전화번호	☎ () -
	휴대전화		E-mail		직종(업종)	
보험금수령계좌	은행명		계좌번호		예금주	
사고 분할보험금 수령방법 (b 암보험Ⅲ 등)	<input type="checkbox"/> 일시금 ※일시금 선택시 약관에 따라 정해진 비율로 할인한 금액을 선지급하여 드립니다 <input type="checkbox"/> 분할(매년/매월) → 금번 청구와 관련하여 향후 별도의 요청없이 약관상 정해진 보험금지급일에 요청계좌로 자동송금됩니다					
	증권번호	상품명	급부명	증권번호	상품명	급부명
	●보험수익자(예금주) (서명)					

청구안내서비스	진행단계문자안내	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
	지급지연유선안내	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
	지급내역유선안내	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오

청구범위	• 확인된 사고내용과 관련하여 당사에 정상 유지중인 보험계약이 담보하는 모든 보험금을 지급하여 드립니다 <input type="checkbox"/> 전부청구 <input type="checkbox"/> 일부청구 • 일부청구를 체크시 사유 기재 : () • 이하 세부항목들을 상세히 체크·기재시 보다 신속한 보험금 지급이 가능합니다
청구사유	<input type="checkbox"/> 사망 <input type="checkbox"/> 장애 <input type="checkbox"/> 진단(골절포함) <input type="checkbox"/> 입원 <input type="checkbox"/> 수술 <input type="checkbox"/> 치아 <input type="checkbox"/> 기타()
발생원인	<input type="checkbox"/> 질병(신체 내부요인으로 몸이 불편한 경우) <input type="checkbox"/> 재해(급격·우연한 외부사고로 신체가 다친 경우) <input type="checkbox"/> 자살
사고내용	사고일시 : 년 월 일 시 사고장소 : 사고경위 : 육하원칙에 맞게 기재

기타 안내사항 및 확인 서명

- 아래 각 사항은 보험업법 제 95 조의 2 제 3 항, 제 4 항 등 관계법령에 의하여 충분히 이해하였음을 확인하고, 청구서 하단에 자필로 확인 서명(또는 기명날인) 합니다.
- 모든 항목은 누락없이 작성하여 주시기 바랍니다
 - 특히, 휴대전화 및 E-mail 주소는 청구보험금 진행 · 결과 안내에 필요한 필수 정보로 반드시 작성해 주셔야 합니다. 만일, E-mail 주소를 기재하지 않으시면 당사에 등록된 E-mail 주소로 청구보험금관련 사항을 안내드립니다.**
 - 청구보험금의 심사 담당부서 및 연락처는 교보라이프플래닛생명보험(주) 보험서비스팀이며, 연락처는 02-6020-8033 입니다.
 - 청구하신 보험금은 지급사유가 인정될 경우 보험금 청구서류를 접수한 날(서류가 회사에 도착한 날)부터 3 영업일 이내 (단, 지급사유 의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10 영업일 이내)에 심사를 완료하여 지급해 드리며, 보험금 심사 · 지급이 지연되는 경 우에는 그 지연사유를 별도로 설명드리고 아울러 소정의 가산금을 더하여 지급합니다.
 - 회사가 필요하다고 인정하는 경우 회사 또는 외부 위탁업체가 약관에 의거 의료기관이나 관공서에 대한 확인이 있을 수 있으며, 그에 따른 추가서류를 요구할 수 있으니 이점 양지하여 주시기 바랍니다.
 - 사망보험금 지급시 미납된 보험료가 있는 경우, 회사는 약관에 의거 미납된 보험료를 사망보험금에서 차감하여 지급합니다.
 - 장해로 보험료납입면제를 신청한 경우, 미납보험료는 수납 후 처리하여 드립니다
 - 보험금 지급심사 결과에 따라 보험계약이 해지되는 경우 그 취지를 보험계약자에게 통지하고 해지환급금을 지급합니다.
- ※ 주의 : 보험사기(허위입원, 고의사고, 사고조작, 피해과장등)는 범죄행위로서 보험사기방지 특별법상 10 년이하의 징역이나 5 천만원이하의 벌금에 처해질 수 있으며, 보험가입 제한등 금융거래가 제한될 수 있습니다

년 월 일

보험수익자 : _____ (서명)

피보험자와의 관계 : _____ (서명)

교보라이프플래닛생명보험(주) 귀중

해외 거주자 및 납세의무자 확인서

본 확인서는 상호주의에 따른 정기적인 금융정보의 교환을 위한 조세조약의 이행과 관련하여 「국제조세 조정에 관한 법률」 제 31 조 및 같은 법 시행령 제 47 조에 의거한 「정기 금융정보 자동교환을 위한 조세 조약 이행규정」에 의하여 작성이 요구되는 필수서식입니다.

※ 본 확인서 작성은 청구사유가 **사망보험금**에 한하여 보험수익자가 보험수익자 정보를 작성하시면 됩니다

◎ 고객 인적사항

보험수익자 성명	생년월일	전화번호
주소		

◎ 고객 확인사항(FATCA)

가. 미국 납세의무자(시민권자, 영주권자, 미국세법상 미국 거주자)에 해당합니까?

☐ 예 ☐ 아니오

나. 위에서 '예'에 체크한 경우 아래 내용을 작성해 주시기 바랍니다.

유형	<input type="checkbox"/> 미국시민권자(이중국적자포함) <input type="checkbox"/> 미국영주권자 <input type="checkbox"/> 미국세법상 미국거주자
성명(영문)	납세자번호
거주주소(영문)	

※ 납세자번호(TIN) : SSN 또는 ITIN

◎ 고객 확인사항(CRS)

가. 한국 이외의 조세목적상 거주지가 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오

나. 위에서 '예'에 체크한 경우 아래 내용을 작성해 주시기 바랍니다.

성 명(영문)		
국 가(영문)	납세자번호	거주주소(영문)

※ 국가 : 조세목적상 거주지 국가

◎ 본인확인

- 본인은 본 확인서를 작성함에 있어 기재 내용에 오류 또는 허위가 없음을 확인하며, 기재 내용에 변경이 있을 경우 30 일 이내에 귀사에 통지하겠습니다.
- 본인은 상황 변경이 있는 경우 본 확인서 작성 요청일로부터 90 일 이내에 변경된 내용에 대한 본 확인서를 제출하겠습니다.
- 본인은 보고대상 금융계좌에 해당하는 경우 또는 본 서식에 요청된 정보가 제공되지 않을 경우 관련 법에 의해 개인정보 및 계좌(계약) 관련 정보가 국세청에 보고되고 거주관할권 등에 제공될 수 있음을 충분히 설명 듣고 이해하였습니다.

작성일자 : 20 년 월 일

작성자	성명 :	서명 :
법정대리인 (친권인)	성명 :	서명 관계 :
	성명 :	서명 관계 :

교보라이프플래닛생명보험(주) 귀중