

■ 사고보험금 청구서

1. 피보험자 (보험대상자) 인적사항

성명		주민등록번호		전화번호	
직장명		하시는 일		휴대전화	

2. 수익자 (예금주/안내대상자) 인적사항

성 명		주민등록번호		전화번호	
피보험자와의 관계		이 메 일		휴대전화	
주소(우편수령지)					
보험금수령방법	은행송금시	은행명: 예금주: 계좌번호 :			
	방문수령시	수령지점(고객센터):			

3. 안내 방법 선택

진행단계 문자안내	<input type="checkbox"/> 신청 <input type="checkbox"/> 미신청 ※사고보험금 청구 및 지급심사 단계별 진행과정을 휴대전화 문자로 안내해 드립니다.
지급지연 전화안내	<input type="checkbox"/> 신청 <input type="checkbox"/> 미신청 ※신청여부와 상관없이 금융감독원 모범기준에 따라 우편으로 지급지연 안내장이 발송됩니다.
지급내역 안내	<input type="checkbox"/> 우편+문자 <input type="checkbox"/> 미신청 ※우편+문자안내에 추가하여 요청하시는 경우 선택하시기 바랍니다. (<input type="checkbox"/> e-mail <input type="checkbox"/> 전화)

※ 전화안내를 추가로 선택하신 경우라도 전화연결이 되지 않는 경우 우편안내로 대신할 수 있음을 알려드립니다.

4. 청구세부내용

청 구 사 유	<input type="checkbox"/> 사망 <input type="checkbox"/> 장해 <input type="checkbox"/> 진단 <input type="checkbox"/> 수술 <input type="checkbox"/> 입원 <input type="checkbox"/> 골절 <input type="checkbox"/> 실손 <input type="checkbox"/> 기타 ()			
사 고 유 형	<input type="checkbox"/> 교통재해 <input type="checkbox"/> 재해 <input type="checkbox"/> 암 <input type="checkbox"/> 질병 <input type="checkbox"/> 자살 <input type="checkbox"/> 기타 ()			
사 고 내 용 (교통재해·재해인 경우)	<div> 1. 사고장소 : <input type="checkbox"/> 자택 <input type="checkbox"/> 사무실 <input type="checkbox"/> 도로 <input type="checkbox"/> 작업장 <input type="checkbox"/> 기타 () ※ 실손의료비 청구시 작성 2. 사고일시 : 년 월 일 시 3. 사고경위 : </div> <div style="float:right; margin-top:-80px;"> <table border="1"> <tr> <td style="width:10%; text-align:center;">병 명</td> <td style="height:60px;"></td> </tr> </table> </div> <div style="clear:both"></div> <div> 4. 교통사고 차종 (※ 교통사고인 경우) ※ 외래의료비, 처방조제비 청구에 한하며, 치료병명이 2개 이상인 경우, 영수증 상단에도 각각 병명을 기재하여 주시기 바랍니다. 본인차량 : <input type="checkbox"/> 승용차 <input type="checkbox"/> 화물차 <input type="checkbox"/> 오토바이 <input type="checkbox"/> 기타 () 상대차량 : <input type="checkbox"/> 승용차 <input type="checkbox"/> 화물차 <input type="checkbox"/> 오토바이 <input type="checkbox"/> 기타 () </div>		병 명	
병 명				
타사가입여부	<input checked="" type="checkbox"/> 보험회사 : <input checked="" type="checkbox"/> 가입건수 : 건 (실손 가입여부: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오)			

※ 접수자 작성란 (이미지 발송 시 청구서 포함한 모든 서류 하단에 페이지 번호 기재할 것)

고객제출 서류	총	매	접수처	접수자	(인)	
---------	---	---	-----	-----	-----	---


5. 기타 안내사항 및 확인 서명

- 청구하신 보험금은 지급사유에 해당 될 경우 보험금 청구서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내 (단, 지급사유의 조사나 확인이 필요한 경우에는 10영업일 이내)에 보험금을 지급하여 드리며, 지급이 지연될 경우 신청하신 안내방법에 따라 그 사유를 별도로 설명하여 드립니다. 지급이 지연될 경우 해당 상품의 약관에 따라 지연이자를 지급하여 드립니다.
- 청구인은 보험업법 제95조의2(설명의무 등) 제3항, 제4항 등 관계법령에 따라 담당자에게 담당부서 (연락처: 사고보험금 접수센터 ☎ 1588-4404) 및 예상 심사기간(예상지급일) 및 지급절차에 대한 설명을 듣고, 청구양식의 [별지] 「보험금 청구를 위한 개인(신용)정보 처리 동의서」에 대한 내용을 확인 후 동의 합니다.
- ◆ 위와 같이 보험금을 청구하오니 해당되는 보험금 및 급여금(환급금 포함)을 지급하여 주시기 바랍니다.

20 년 월 일 수익자(청구인) 서명 (인)

※ 주의 : 보험사기(허위입원, 고의사고, 피해과장 등)는 범죄행위로서 형법상 10년 이하의 징역이나 2천 만원 이하의 벌금에 처해질 수 있으며, 보험가입 제한 등 금융거래가 제한될 수 있습니다.

6. 대리청구인 작성란 ※ 대리 청구 시 대리인의 신분증을 첨부해 주시기 바랍니다.

	대리 청구인		수익자와의 관계	
	주민등록번호		연 락 처	



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·이용**하고자 합니다. 이에 대하여 동의하십니까?

	피보험자	동의함 <input type="checkbox"/>
	수익자	동의함 <input type="checkbox"/>

☐ 개인(신용)정보의 수집이용 목적

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

☐ 수집이용할 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 보유이용 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

당사는 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」에 따라 귀하의 개인(신용)정보를 다음과 같이 **신용정보 집중기관 및 보험요율산출기관**으로부터 **조회**하고자 합니다. 이에 대하여 동의하십니까?

	피보험자	동의함 <input type="checkbox"/>
	수익자	동의함 <input type="checkbox"/>

☐ 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 보관함)**



보험금 청구를 위한 개인(신용)정보 처리 동의서(2)

3. 개인(신용)정보의 제공에 관한 사항

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

<input type="checkbox"/> 개인(신용)정보를 제공받는 자 ◦ 신용정보집중기관 : 생명보험협회, 손해보험협회 등 신용정보집중기관 ◦ 공공기관 등 : 금융위원회, 국토해양부, 금융감독원, 보험요율산출기관 등 공공기관, 법령상 업무 수행기관(위탁사업자 포함), 경찰, 검찰, 법원 등 국가기관 ◦ 보험회사 등 : 생명보험사, 손해보험사, 국내·국외 재보험사, 공제사업자, 체신관서(우체국보험), 금융거래 관련 계좌개설 금융기관, 금융결제원 ◦ 업무수탁자 등 : 보험금지급·심사 및 보험사고조사 등에 필요한 업무를 위탁받은 자 (보험사고조사 업체, 손해사정업체, 병원 및 기타 의료기관·의사, 변호사, 위탁 콜센터, 고객안내자료 제작 및 발송업체, 고객만족도 측정 업체) <input type="checkbox"/> 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, 보험금청구서류 접수대행 서비스, 진료비심사, 재보험금 청구 ◦ 업무수탁자 등 : 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) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 제공받는 자의 개인(신용)정보 보유·이용기간 ◦ 개인(신용)정보를 제공받는 자의 이용목적에 달성할 때까지(최대 거래종료 후 5년까지) ※ 각 제공대상기관 및 이용목적의 구체적인 정보는 당사 홈페이지 [www.allianzlife.co.kr] 에서 확인할 수 있습니다.	피보험자	동의함 <input type="checkbox"/>
	수익자	동의함 <input type="checkbox"/>

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 동의사항에 대하여 다음과 같이 귀하의 민감정보(질병·상해정보) 및 고유식별정보(주민등록번호·외국인등록번호)를 처리(수집·이용, 조회, 제공)하고자 합니다. 이에 동의하십니까?

질병·상해정보 처리	피보험자	동의함 <input type="checkbox"/>	주민등록번호·외국인등록번호·운전면허증번호	피보험자	동의함 <input type="checkbox"/>
	수익자	동의함 <input type="checkbox"/>		수익자	동의함 <input type="checkbox"/>

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

※ 현재 유지중인 보험계약에 대해 향후 보험금을 청구하는 경우 별도의 동의 없이 본 동의서로 대신합니다.

피보험자: (인)	법정대리인 1: (인)	법정대리인(친권자)1인이 서명한 경우 본인은 다른 법정대리인(친권자)1인과 합의하여 공동으로 친권을 행사합니다.	(인)
수익자: (인)	법정대리인 2: (인)		

20 년 월 일

알리안츠생명보험주식회사 귀중

