



보험금 청구서 / Claim Report

※ 작성방법 : 아래 □색으로 칠해진 곳은 반드시 기재하여야 합니다.

* Policy No :

1. Personal Information

피보험자 (보험대상자)	Name	Alien No	직업 (하시는일)
보상안내 받으실 곳	Tel	e-mail	
	Address		

2. 다른 보험회사 계약사항

보험회사	1(), 2(), 3()
------	------------------

※ 실손의료비, 교통사고처리지원금, 벌금, 변호사선임비용 등의 실손보상 담보는 다른 회사에도 가입되어 있는 경우 비례보상처리 되므로, 타사 가입사항을 반드시 기재해야 합니다.

3. Description (□ 상해 □ 질병 □ 교통사고) / □ 추가청구(추가청구시 V표시, 사고접수번호만 기재)

Occurrence date	년 월 일 시 분	Diagnosis
사고장소 (질병은 작성생략)		치료병원
The reason to get treatments	※ 사고가 발생한 경위를 상세하게 기재하여 주시기 바랍니다.	

4. Bank Information ※를 타인에게 위임하는 경우 별도의 "위임장"과 "인감증명서"를 제출하여야 합니다.

<input type="checkbox"/> 자동이체 계좌	자동이체 계좌는 자동이체 계좌가 피보험자 본인 계좌인 경우에만 가능합니다.		
<input type="checkbox"/> 다른계좌	Account	Bank name	Beneficiary

5. 개인(신용)정보 이용·수집, 제공, 조회 동의 (우측 동의란에 V 표시 하셔야 합니다)

소비자 권익보호에 관한 사항	○ 최소한의 정보 처리 및 동의 거부에 관한 안내 당사는 보험금 지급심사 및 사고조사 등을 위해 최소한의 정보만 수집·이용 및 제공하며, 동의를 하지 않을 경우에는 보험금 지급업무와 관련한 정상적인 서비스 제공이 불가능할 수 있음을 알려 드립니다. ○ 신용등급에 미치는 영향 본 동의서에 의한 개인(신용)정보 조회는 귀하의 신용등급에 영향을 주지 않습니다.		✔
(1) 개인(신용)정보 수집·이용에 관한 동의	「개인정보보호법」 및 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」에 따라, 당사(동부화재 자회사, 동부화재로부터 보험금심사 또는 사고조사를 위탁받은 자 포함)는 상기 보험사고와 관련하여 취득한 귀하의 개인(신용)정보[경찰, 공공기관, 의료기관 등으로부터 본인의 위임을 받아 취득한 각종 조사서, 증명서, 진료기록 등에 포함된 개인(신용)정보 포함]을 보험금 지급심사(보험금청구서류 접수대행 서비스포함), 사고조사(보험사기 조사 포함), 분쟁·민원업무 처리의 목적으로 위 목적 달성시까지 수집·이용하고자 합니다. 이에 동의하십니까?		<input type="checkbox"/> 동의
(2) 개인(신용)정보 조회에 관한 동의	「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」에 따라, 당사(동부화재 자회사, 동부화재로부터 보험금심사 또는 사고조사를 위탁받은 자 포함)는 보험금 지급심사(보험금청구서류 접수대행 서비스포함), 사고조사(보험사기 조사 포함), 분쟁·민원업무 처리의 목적으로 신용정보 집중기관으로부터 귀하의 보험계약정보, 사고 및 보험금지급 정보, 질병·상해 관련 정보를 위 목적 달성시까지 조회하고자 합니다. 이에 동의하십니까?		<input type="checkbox"/> 동의
(3) 개인(신용)정보 제공(위탁)에 관한 동의	「개인정보보호법」 및 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」에 따라, 당사(동부화재 자회사, 동부화재로부터 보험금심사 또는 사고조사를 위탁받은 자 포함)는 상기 보험사고와 관련하여 취득한 귀하의 개인(신용)정보를 금융위, 금융감독원, 수사기관 등의 공공기관, 손해보험협회 등의 신용정보집중기관, 보험회사, 보험금 지급심사 등에 필요한 업무를 위탁받은 자 등의 제3자에게 제공할 수 있습니다. 이에 동의하십니까? (제공받는 자의 이용 목적을 달성할 때까지만 보유 및 이용됩니다)		<input type="checkbox"/> 동의
(4) 질병, 상해정보 및 고유식별정보 처리에 관한 동의	「개인정보보호법」 제23조 및 제24조에 따라, 당사(동부화재 자회사, 동부화재로부터 보험금심사 또는 사고조사를 위탁받은 자 포함)는 상기 보험사고와 관련하여 위 (1), (2), (3)에서 규정한 내용과 같이 귀하의 질병, 상해정보 및 고유식별정보를 처리(수집·이용, 제공 등)하고자 합니다. 이에 동의하십니까?	질병·상해정보 처리	<input type="checkbox"/> 동의
		주민등록번호·외국인등록번호·운전면허증번호 처리	<input type="checkbox"/> 동의

※ 각 항목별 동의사항의 구체적인 내용은 본 보험금청구서의 뒷면을 참고하시기 바랍니다.

본인은 보험금청구와 관련한 안내사항을 서면, 문자메시지, 전자우편 또는 FAX 등으로 안내받는 것에 동의하며, 상기 내용대로 개인(신용)정보를 처리하는 것에 동의합니다. 또한, 청구자 본인은 상기내용에 사실과 다른 것이 있거나 관련서류 또는 증거가 위조·변조된 경우에는 보험금청구권을 상실할 수 있으며 동시에 그에 따른 모든 법적책임을 부담할 것을 확인합니다.

Date	Signature	성명 : (서명)
------	-----------	-----------

※ 미성년자의 경우 친권자가 서명을 하시면 되며, 다른 일방의 의사에 반하지 않는다면 부모 중 일방이 부모 공동명의로 동의 및 서명할 수 있습니다.

- ▶ 고의로 사고를 발생시키거나, 발생하지도 않은 사고를 발생한 것처럼 조작하는 행위, 이미 발생한 보험사고의 원인, 내용 등을 조작하거나 피해정도를 과장하는 행위는 형법상 금지된 범죄입니다.
- ▶ 보험사기자는 형법상 10년이하의 징역이나 2천만원 이하의 벌금에 처해질 수 있으며, 보험가입제한, 대출 및 신용카드 발급 등 금융거래가 제한될 수 있습니다.