보험금 지급 청구서

보험사 작성란	방문자	□본인 □모집자 □대리인(관계:) 기타( )		
	접수자		접수일자	

Hicar | HiLife

1. 보험계약 및 인적사항

피보험자 (상해, 질병발생자)	성명		주민번호	
	직장명		하시는 일	
보험계약자	성명		주민번호	
※ 단체보험 청구시 기재 (소속회사 단체보험 담당자로부터 확인)				
소속회사(단체)명			계약번호	
주요 청구내용	□ 입원의료비 □ 통원의료비 □ 후유장애 □ 사망 □ 기타 ( )			

2. 사고접수 및 진행과정, 보험금 지급

안내 받으실 분	□ 보험계약자 □ 피보험자 □ 다른분(성명 : , 관계 :)	휴대폰	- -
사고접수 및 진행과정, 보험금지급안내는 기재하신 휴대폰으로 안내되며, 보험금지급안내에 대한 추가적인 안내를 원하시는 경우 기재바랍니다.			
□ E-mail(@) □ FAX( ) □ 우편( )			

3. 사고사항 (□ 상해, □ 질병, □ 교통사고) 해당사고에 V 표시 / □ 추가청구(추가청구시 V 표시)

사고일시 (발병일, 진료일) 년 월 일 (시 분경)		사고장소 (질병제외)	
해외 사고 시	해외로 출국한 때: 년 월 일 시 분경 (항공사:)	목적지	
병원명(진료과)	(과)	진 단 명	( ) □치료종결 □치료진행 중
사고내용 (내원경위)		치 료 방 법	□건강보험 □자동차보험(보험사:) □산재 □기타( )
		다른 회사 보험가입사항 (손해/생명, 공제포함) □ 있음 □ 없음	회사명 : 상품명 :
교통사고시 운전여부 : □운전 □조수석 □기타( )			회사명 : 상품명 :

4. 보험금 수령 계좌 (피보험자 계좌만 가능합니다) - 타인계좌로 송금 받으시려면 별도의 "위임장" 작성 및 "인감증명서"를 제출하셔야 합니다.

□ 자동이체계좌 요청 (단, 본인계좌인 경우에만 적용됩니다) - 계좌번호 기재하지 않으셔도 됩니다.					
은행명		계좌번호		예금주	

5. 개인(신용)정보 처리에 관한 동의

(필수 체크항목으로 각 동의란에 V표시하십시오)

소비자 권익보호에 관한사항	I. 최소한의 정보처리 및 동의거부에 관한사항 : 정보동의시 보험금 지급심사 및 사고조사 등을 위한 최소한의 정보를 수집, 이용 및 제공 동의를 하시지 않을 경우 보험금 지급업무와 관련한 정상적인 서비스 제공이 불가능할 수 있음을 알려 드립니다 II. 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 당사는 상기의 보험사고와 관련하여 취득한 귀하의 개인(신용) 정보 [경찰, 공공기관, 의료기관 등으로 부터 본인의 위임을 받아 취득한 각종 조사서,증명서,진료기록 및 보험금 청구서,귀하의 동의하에 타보험사로 부터 취득한 개인(신용)정보 포함]를 보험금 지급심사, 사고조사(보험사기 조사포함),분쟁 및 민원업무 처리의 목적으로 수집,이용하고자 합니다. 이에 동의하십니까?(보유,이용기간 : 수집, 이용목적 달성할 때까지)	□동의
2. 개인(신용) 정보 조회에 관한 동의	「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」에 따라 당사는 보험금 지급심사(접수대행 서비스 포함), 사고조사(보험사기 조사포함), 분쟁 및 민원업무 처리의 목적으로 신용정보집중기관으로부터 귀하의 보험계약정보, 사고 및 보험금지급 정보, 질병 및 상해관련 정보를 조회하고자 합니다. 이에 동의하십니까?(조회동의 및 보유 이용기간 : 조회목적 달성할 때까지)	□동의
3. 개인(신용) 정보 제공에 대한 동의	「개인정보보호법」 및 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」에 따라 당사는 상기의 보험사고와 관련하여 취득한 귀하의 개인(신용)정보를 다음과 같이 제공하고자 합니다. 이에 동의하십니까?(제공받은 자의 보유,이용기간 : 이용목적 달할 때까지) ○신용정보집중기관 : 손해(생명)보험협회 등 신용정보집중기관에 보험금 지급관련 정보 집중관리 및 활용 등의 목적으로 제공 ○공공기관 등 : 금융위,금감원,보험요율산출기관 등 공공기관에 보험업법 등 법령에 따른 업무수행 및 보험사고(사기)조사 목적으로 제공 ○보험회사 등 : 손해(생명)보험사,재보험사,공제사업자, 보험금 지급,심사 및 조사 등에 필요한 업무를 위탁받은 자(조사업체 손해사정업체, 의료기관,의사,변호사,위탁콜센터 등),진료기관에게 보험사고(사기)조사 및 손해사정서비스 등 계약이행에 필요한 업무(접수대행,진료비심사,의료심사 및 자문 등), 진료비 적정 여부 판단목적으로 제공 ○제공할 개인(신용) 정보의 내용 : 보험금 청구서상의 정보 및 보험금지급심사, 보험사고(사기),손해사정업무 수행관련 취득한 정보	□동의
4. 민감정보, 고유 식별정보 처리에 대한 동의	「개인정보보호법」 제23조 및 제24조에 따라 당사는 위 1,2,3의 동의에 대해 다음과 같이 처리(수집,이용,제공 등)코자 합니다. 이에 동의하십니까? 민감정보(질병,상해정보)처리 고유식별정보(주민등록번호,외국인등록번호,운전면허증번호)처리	□동의 □동의
5. 진료 의료기관의 개인(신용)정보 제공에 관한 동의 사항	○진료 의료기관은 귀사에 대하여 진료비 적정 여부 판단 목적으로 진료내역,진료비산정 근거, 관련자료 등을 제공할 수 있으며 동 개인(신용)정보는 제공목적이 달성될 때까지 보유 및 이용됩니다.	□동의

※ 각 항목별 구체적인 내용은 별첨의 "개인(신용)정보 수집,이용,조회,제공안내문"을 참고하시기 바랍니다.

위에 기재한 보험금 청구 내용이 사실과 다름이 없음을 확인하며 별첨의 "보험금 지급절차 안내문"을 통해 보상절차에 대한 정보(담당부서 및 연락처, 예상 심사기간, 지급기일 등)를 안내 받았음을 확인합니다. 본인은 개인(신용)정보를 상기와 같이 처리하는것에 동의합니다

청구일자 : 년 월 일 **보험금 청구인(대리인) 및 개인(신용)정보처리 동의자:** (인)

※ 미성년자인경우 친권자가 서명하며, 다른 일방의 의사에 반하지 않는다면 부모中 일방이 부모공동명의로 동의 및 서명할 수 있습니다.

※ 보험금 청구와 관련하여 제출한 서류는 심사후 청구권자에게 돌려드리지 않습니다.

보험사기(고의사고, 허위사고, 허위입원/진단/장해, 사고 후 보험가입 등)는 범죄이며, 형법에 의거 10년이하의 징역이나 2천만원 이하의 벌금에 처해질 수 있습니다.

현대해상화재보험

☎ H.P

콜 센 터 1588-5656

www.hi.co.kr