

보험금 청구서

| | |
|--------|--|
| FAX발신인 | |
| 연락처 | |



※ 팩스 발신시 발신인의 연락처를 기재하여 주시기 바랍니다.

| | | | |
|------|-------------------------|------|-----------------|
| 보험종목 | | 증권번호 | 584070000114000 |
| 피보험자 | | 주민번호 | |
| 직업사항 | 직업 하시는 일 (구체적 기술 요망) | 직장명 | |

(다른 보험회사에 가입한 보험 : 있음 없음)

| 보험회사 | 피보험자 | 보험회사 | 보험종목 |
|------|------|------|------|
| | | | |
| | | | |

※ 다수의 보험계약을 가입하고 계산 경우, 상법과 약관에서 정한 바에 따라서 각각의 계약에서 의료비 보험금이 분할 지급되거나 또는 의료비 보험금이 지급되지 아니하는 계약이 있을 수도 있습니다. (귀하가 가입하고 계산 다른 보험사에도 의료비 보험금을 청구하셔야 합니다.)

() () (일반상해 목격자여부 있음 없음 / 교통사고 중대사고여부 음주 무면허 도주)

| | | | |
|---------------|-----------|------|--|
| 사고일시 | 년 월 일 시 분 | 사고장소 | |
| 사고경위 | | | |
| (6하원칙에 따라 기재) | | | |

| 발병일 | | 진단명 | |
|------|---|------|--|
| 내원경위 | <ul style="list-style-type: none"> 과거에 질병 또는 상해로 병원에서 치료를 받은 적이 있습니까? (예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/>) 치료 받은 적이 있다면, 아래의 사항을 기재하시기 바랍니다. | | |
| 병원명 | 치료진단명 | 치료일자 | |
| | | | |
| | | | |

※ 만약 사실과 다르게 기재하실 경우 약관조항에 의거하여 '청구권상실' 등의 불이익을 받으실 수도 있습니다. 약관지급기준에 의거하여 실지급금은 청구금액과 다를 수 있습니다.

다음의 신용정보는 신용정보이용 및 보호에 관한 법률 제 23조의 규정에 따라 타인에게 제공·활용시 본인의 동의를 얻어야 하는 정보입니다. 이에 본인은 다음의 신용정보를 손해사정 및 조사를 위하여 동부화재해상보험(주)와 그의 대리인에게 제공·활용하는데 동의합니다.

- 1) 정보수집대상 : 건강보험공단 등 급여지급기관, 병원 등 의료기관, 국가기관, 금융기관
- 2) 제공활용내용 : 진료기록, 급여지급내역, 전문가의 소견
- 3) 정보수집방법 : 대여, 복사, 촬영

또한 본인은 동부화재해상보험(주)와 보험계약이 체결된 자로 신용정보이용 및 보호에 관한 법률 제 23조에 정한 바에 따라 아래의 신용정보의 내용을 공공기관 및 금융기관에 제공·활용하는 것에 대해 동의합니다.

- 1) 보험계약사항
- 2) 사고사항
- 3) 보험금 지급내역

▶ 본 청구서 양식과 함께 제출하는 서류의 매수를 기재하여 주십시오.

| 서류명 | 매수 | 서류명 | 매수 |
|--------------|----|-----------|----|
| 치료비영수증 | | 의료보험증 사본 | |
| 진단서 | | 위임장 | |
| 입퇴원확인서 | | 인감증명서 | |
| 진료차트 | | 신분증 사본 | |
| 후유장애진단서 | | 통장 사본 | |
| 자보 보험금 지급결의서 | | 교통사고사실확인원 | |
| | | | |
| | | | |

년 월 일

(e-mail:)

() () (: H.P:)

| | | | |
|-------|--|------|----|
| 계좌번호 | | 은행명 | 은행 |
| 예금주 | | 주민번호 | |
| 송금요청액 | | 비고 | |

※ 금반 사고에 따른 보험금의 수령권한 및 기타 이 사고와 관련한 보험계약상의 권리일체를 아래 위임받는 사람에게 위임하며 향후 이에 대하여는 일체의 이의가 없음을 서약하고 그 증거로서 본 위임장에 서명날인하여 제출합니다.

| | | | |
|-------|----------|----------|---|
| 위임하는자 | 성명 : (인) | 주민등록번호 : | ☎ |
| 위임받는자 | 성명 : (인) | 주민등록번호 : | ☎ |

() 확인자 : (인)