



## 보험금 청구서

● 확인된 사고내용과 관련하여 당사에 정상 유지 중인 보험계약이 담보하는 모든 보험금을 지급해 드립니다.

피보험자 정보	성명		주민등록번호	-	
			휴대전화		
<b>사고내용</b> <small>(재해사고 시 사고일시, 사고장소, 사고경위 기재)</small>	사고유형	□ 질병 (신체내부요인으로 몸이 불편한 경우) □ 재해 (급격·우연한 외부사건으로 신체가 다친 경우)			
	• 사고일시 :                  년                  월                  일                  시 • 사고경위 :				
수익자 정보	성명		주민등록번호	-	
	주소			휴대전화	
	• 은행명 :                                      • 계좌번호 :                                      • 예금주 :				
	※ 보험수익자의 계좌변호로만 수령가능합니다.				
접수,지원 및 지급안내	□ 문자 □ FAX ( ) □ e-mail ( @ ) □ 우편 □ 유선 (지원, 지급만 가능)				

▶ 청구하신 보험금 지급금액정보(지급일자,증권번호,지급금액)를 담당설계사에게 제공하는 것에 동의합니다. 동의함 ☐

## 보험금 청구를 위한 개인(신용)정보 처리 동의서

치브라이프생명보험주식회사 귀중

## 소비자 권익보호에 관한 사항

본 동의를 거부하시는 경우에는 보험금 청구 관련 서비스가 일부 제한될 수 있고 본 동의서에 의한 개인(신용) 정보 조치는 귀하의 신용등급에 영향을 주지 않습니다.

※ 피보험자와 수익자가 동일한 경우에는 「피보험자」란 한쪽에만 동의 체크를 해주셔도 무방합니다.

## 1. 개인(신용)정보의 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·이용하고자 합니다. 이에 대하여 동의하십니까?

- ▶ 개인(신용)정보의 수집·이용 목적
  - 보험금지급·심사(보험금청구서류 접수대행 서비스 포함) 및 보험사고 조사(보험사기 조사 포함), 보험금지급 관련 민원처리 및 분쟁대응
  - 금융거래(보험료 및 보험금 등 출·수납을 위한 금융거래 신청, 자동이체 등 접수) 관련 업무
- ▶ 수집·이용할 개인(신용)정보의 내용
  - 개인식별정보(성명, 주민등록번호, 외국인등록번호, 운전면허증번호, 주소, 전화번호, 전자우편주소 등), 계좌정보
  - 보험사고 조사(보험사기 조사 포함) 및 손해사정업무 수행과 관련하여 취득한 개인(신용)정보[경찰, 공공기관, 의료기관 등으로부터 본인의 위임을 받아 취득한 각종 조사서, 증명서, 진료기록 등에 포함된 개인(신용)정보 포함]
- ▶ 개인(신용)정보의 보유·이용 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

당사 및 당사 업무수탁자는 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」에 따라 귀하의 개인(신용)정보를 다음과 같이 신용정보집중기관 및 보험요율산출기관으로부터 조회하고자 합니다. 이에 대하여 동의하십니까?

- ▶ **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), 피보험자의 질병 및 상해 관련 정보
- ▶ **조회동의 유효 기간 및 조회자(개인(신용)정보를 제공받는 자)의 개인(신용)정보의 보유·이용 기간**



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

- ▶ 개인(신용)정보를 제공받는 자
- 신용정보집중기관 : 한국신용정보원 등 신용정보집중기관
  - 공공기관 등 : 금융위원회, 국토해양부, 금융감독원, 보험요율산출기관 등 공공기관, 법령상 업무 수행기관(위탁사업자 포함)
  - 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, 의료기관·의사, 변호사, 위탁 콜센터 등)
- ▶ 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(위탁업무 포함)
  - 보험회사 등 : 보험사고조사(보험사기 조사 포함) 및 손해사정서비스 등 계약이행에 필요한 업무, 보험금청구서류 접수대행 서비스, 의료심사 및 자문
  - 금융거래 업무(보험료 및 보험금 등 출·수납)
- ▶ 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)
- ▶ 제공받는 자의 개인(신용)정보 보유·이용기간
- 개인(신용)정보를 제공받는 자의 이용목적을 달성할 때까지(최대 거래종료 후 5년까지)
- ※ 각 제공대상기관 및 이용목적의 구체적인 정보는 당사 홈페이지(<http://www.chubbllife.co.kr>)에서 확인할 수 있습니다.

### 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 고유 식별정보(주민등록번호·외국인등록번호·운전면허증번호)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"/>

#### 필수 안내사항 및 확인 서명

보험업법 제95조의 2 제3항, 제4항 등 관련법령에 따라 다음사항에 대한 충분한 설명을 들었음을 확인하고, 첨부 개인(신용)정보 처리 동의서에 대한 내용을 확인 후 동의합니다.

▶ 청구하신 보험금은 지급사유가 인정될 경우 보험금 청구서류를 접수한 다음 날부터 3영업일 이내(단, 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 다음 날부터 10영업일 이내)에 심사를 완료하고 보험금을 지급하여 드립니다. 다만, 지급기일을 초과한 때에는 그 사유 및 예상 지급일을 별도 안내하여 드리며, 해당 상품의 약관에 따라 보험금이 지급 지연될 경우 지연 이자를 지급하여 드립니다.

▶ 회사가 필요하다고 인정하는 경우 회사 또는 외부 위탁업체가 약관에 의거 의료기관이나 관공서에 대한 확인이 있을 수 있으며, 그에 따른 추가서류를 요구할 수 있으니 이점 양지하시기 바랍니다.

※ 보험사기(허위입원, 고의사고, 사고위장, 피해과장 등)는 범죄로써, 형법에 의거 10년이하의 징역이나 2천만원 이하의 벌금에 처해질 수 있습니다.

20          년          월          일

피보험자 : <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">서명(인)</span>	수익자 : <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">서명(인)</span>
--	---

- ▶ 접수 : 홈페이지 ([www.chubbllife.co.kr](http://www.chubbllife.co.kr)) → 사이버 고객센터 → 보험금 청구
- ▶ 우편 : 06158 서울특별시 강남구 삼성로 511 (삼성동) 골든타워 5~6층  
처브라이프생명보험주식회사 계약심사지급팀 보험금 담당자 앞
- ▶ 상담전화 : 1599-4600 ▶ Fax : 02-3480-7801
- ▶ 접수자 소속(지점명) : \_\_\_\_\_ ▶ 접수일자 : 20          년          월          일 ▶ 접수자 성명 (BA,FC): \_\_\_\_\_ 서명(인)

아래 위임장은 보험금 청구 및 수령을 수익자가 아닌 제3자에게 위임할 시에만 제출하시면 됩니다.

위 임 장 [ 보험금청구 ☐ · 보험금수령 ☐ ]

위임 받는 분

성명	<div>성명(인)</div>	주민등록번호	-
위임하는 분과의 관계		전화번호	

위임 하는 분

※ 상기 위임 받는 분에게 보험금 청구 또는 수령을 위임합니다.

성명	(인감)	주민등록번호	-
주소			

▶ 위임하는 분은 인감도장 날인 후 인감증명서(원본)1부를 첨부하셔야 합니다.

년 월 일