



※ 개인(신용)정보 처리 동의서를 작성하여 보험금청구서 및 청구서류(병원서류)와 함께 제출하여 주시기 바랍니다.

○ 피 보험 자 (보 험 대 상 자) 인 적 사 항

| | | | | | | |
|---------|--------------------------|----|--------------------------|---|-----|--|
| 성명 | | | 주민번호 | ▶ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ◀ | | |
| *의료수급권자 | ▶ <input type="text"/> ◀ | 해당 | ▶ <input type="text"/> ◀ | 비해당 | 휴대폰 | ▶ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ◀ |

* 의료급여 수급권자 해당시, 2014.4월 이후 가입 또는 갱신된 표준화 실손보험은 보험료 할인대상이 됩니다. ☎1588-2288

○ 수 익 자 (보 험 금 수 령 자) 인 적 사 항

| | | | | | | | |
|----------|---|------|---|-----------|--------|--|-----------|
| 피보험자 관계 | ▶ <input type="text"/> ◀본인 ▶ <input type="text"/> ◀부 ▶ <input type="text"/> ◀모 ▶ <input type="text"/> ◀자녀 ▶ <input type="text"/> ◀배우자 ▶ <input type="text"/> ◀기타() | | | | | | |
| 성명 | 동일시 상동 기재 | 주민번호 | ▶ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ◀ | | | | |
| **실제소유자 | ▶ <input type="text"/> ◀ | 예 | ▶ <input type="text"/> ◀ | 아니오 | 휴대폰 | ▶ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ◀ | |
| 주소 | | | | | E-mail | | |
| 직업 (구체적) | | | 국적 | 외국인 작성 필수 | | 영문명 | 외국인 작성 필수 |

** 실제 소유자를 ‘아니오’로 체크시 실소유자 확인을 추가로 진행합니다.

○ 보 험 금 수 령 계 좌 및 분 할 보 험 금 청 구

| | | | | | |
|------------|---|--|------|--|--|
| 은행명 | | | 예금주명 | | |
| 계좌번호 (숫자만) | ▶ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ◀ | | | | |
| 분할보험금 청구 | <div><div><div>▶ <input type="text"/> ◀</div><div>일시금 신청</div></div><div><div>▶ <input type="text"/> ◀</div><div>매회 직접청구</div></div></div> <div><div>정기적으로 지급되는 확정지급 분할보험금은 해당 지급기일 도래 시 자동송금 됩니다. ※ 생존조건 지급은 매 지급기일에 생존확인(생존확인 서류제출, 신분증 확인 등) 된 경우 송금해 드립니다. ※ 확정지급분 자동송금 종결 후, 생존조건 지급분이 잔존한다면 별도의 보험금 신청을 하셔야 합니다.</div><div>확정분의 일시금 신청 시, 약관에 따라 정해진 이율을 적용한 할인된 금액이 지급됩니다.</div></div> | | | | |

○ 청 구 내 용 * 체크한 유형은 신속한 보험금 지급을 위하여 참고되며, 정상유지 중인 보험계약이 담보하는 모든 보험금을 지급해드립니다.

| | | | | | | | |
|------|---|--|------------------|--------------------------|----------------------------|-----|-----------|
| 청구범위 | ▶ <input type="text"/> ◀전체청구 ▶ <input type="text"/> ◀일부청구 *일부 청구 체크시, 체크하신 청구사항에 한해 보험금을 지급해 드립니다. | | | | | | |
| 청구유형 | ▶ <input type="text"/> ◀질병 ▶ <input type="text"/> ◀재해 ▶ <input type="text"/> ◀교통재해 ▶ <input type="text"/> ◀기타() * 질병 : 신체 내부요인으로 몸이 불편한 경우 * 재해 : 급격·우연한 외부사고의 경우 | | | | | | |
| 청구사항 | <input type="checkbox"/> 일반사망 <input type="checkbox"/> 재해사망 <input type="checkbox"/> 장애 <input type="checkbox"/> 진단 <input type="checkbox"/> 입원 <input type="checkbox"/> 통원 <input type="checkbox"/> 수술 <input type="checkbox"/> 실손 <input type="checkbox"/> 치아 <input type="checkbox"/> 기타 <input type="checkbox"/> 사고분할 | | | | | | |
| 사고일시 | ▶ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 년 <input type="text"/> <input type="text"/> 월 <input type="text"/> <input type="text"/> 일 <input type="text"/> <input type="text"/> 시 ◀ | | | 사고장소 | | | |
| 사고경위 | | | | | | | |
| 병명 | | | 실손타사가입 (단체실손 포함) | ▶ <input type="text"/> ◀ | 예 ▶ <input type="text"/> ◀ | 아니오 | 보 험 회 사 : |

* 실손의료비 합산 영수금액 5만원 미만은 병명 기재만으로 청구 가능합니다. (단, 피부과, 비뇨기과, 산부인과, 항문외과, 특별조건부 계약 등 일부의 경우 병명서류 제출 필요)

○ 안 내 방 법 * 미체크시 문자메세지를 통해 안내됩니다. * 보험금 지급내역 안내는 선택하신 방법으로 안내드리고, 이외는 문자메세지로 안내드립니다.

| | | | | | | | | | | |
|-------------|---------------|--------------------------|----|--------------------------|-----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----|
| 심사 관련 안내서비스 | 진행과정 문자메세지 안내 | ▶ <input type="text"/> ◀ | 동의 | ▶ <input type="text"/> ◀ | 미동의 | 담당 설계사 문자메세지 안내 | ▶ <input type="text"/> ◀ | 동의 | ▶ <input type="text"/> ◀ | 미동의 |
| | 보험금 지급내역 안내 | ▶ <input type="text"/> ◀ | 문자 | ▶ <input type="text"/> ◀ | 우편 | ▶ <input type="text"/> ◀ | E-mail | ▶ <input type="text"/> ◀ | 미신청 | |

[보험금 청구시 필수 확인사항 및 서명]

보험업법 제95조 2(설명 의무) 제3항, 제4항 등 관계법령에 따라 심사 담당부서(연락처) 및 예상심사기간(예상 지급일)에 대하여 설명을 듣고, 청구 양식 별지의[법령 준수사항-보험금 청구]를 위한 개인(신용)정보 처리 동의서]에 관한 내용을 확인 후 동의합니다.

보험금 청구서류가 회사에 도착한 날로부터 3영업일 이내(단, 지급사유 조사나 확인이 필요한 때에는 10영업일 이내) 지급하여 드리며, 지급기일이 초과할 경우 지연사유에 대해 문자메세지 안내해 드리며, 해당 약관에 의거하여 지연이자를 지급해 드립니다. 보험금 현장심사/조사 업무 중 일부는 외부 위탁업체를 통해 처리 될 수 있으며, 심사과정에서 추가서류를 보완 요청할 수 있습니다.

| | | | | | | | | | | |
|-------|------------|---|-------|-----------------|------------|---|---------|----|---|---|
| 20 | 년 | 월 | 일 | 수 익 자 (청 구 인) | 성명 | ▶ | ◀ | 서명 | ▶ | ◀ |
| 신 청 인 | 수익자 동일시 생략 | | 연 락 처 | | 수익자 동일시 생략 | | 접 수 자 명 | | | |



귀하는 개인(신용)정보의 수집·이용 및 조회, 제공에 관한 동의를 거부하실 수 있으며,
 개인의 신용도 등을 평가하기 위한 목적 이외의 개인(신용)정보 제공 동의는 철회할 수 있습니다.
 다만, 본 동의는 ‘보험금 청구’를 위해 필수적인 사항이므로 동의를 거부하시는 경우 관련 업무수행이 불가능할 수 있습니다.

1. 수집·이용에 관한 사항

| | |
|-----------|--|
| 수집·이용 목적 | - 보험사고·보험사기 조사 및 보험금지급·심사(손해사정 또는 의료자문 포함) - 보험금청구서류 접수대행 서비스 - 민원처리 및 분쟁대응, 금융거래(계좌이체 등) 관련 업무 |
| 보유 및 이용기간 | 동의일로부터 거래 종료 후 5년까지 (단, 거래 종료 후 5년 경과 후, 다른 관련 법령에 해당하는 경우 해당 법령상의 보존기간을 따름) 위 보유 기간에서의 거래 종료일이란 “①보험계약 만기, 해지, 취소, 철회일 또는 소멸일 및 ②보험금 청구권 소멸 시효 완성일(상법 제662조), ③채권·채무 관계 소멸일 중 가장 나중에 도래한 사유를 기준으로 판단한 날”을 말한다. (단, 만기 등 사유발생일 이후라도 만기환급금 또는 해지환급금 등을 수령하지 않았거나 상환할 금액이 남아있는 경우, 보험금 지급 또는 수사·소송이 진행중인 경우 거래종료로 보지 않음) |

| 수집·이용할 내용 | | | |
|-----------|--|------------------------------|-----------------------------|
| 고유식별정보 | 주민등록번호, 외국인등록번호, 여권번호, 운전면허번호 | | |
| | 위 고유식별정보 수집·이용에 동의하십니까? | <input type="checkbox"/> 미동의 | <input type="checkbox"/> 동의 |
| 민감정보 | 피보험자의 질병·상해에 관한 정보(진료기록, 상병명 등), 보험사고 조사(보험사기 포함) 및 손해사정 업무 수행과 관련하여 취득한 정보 (경찰, 공공·국가기관, 의료기관, 보험회사 등으로부터 본인의 위임을 받아 취득한 각종 조사서, 증명서, 진료기록, 등에 포함된 개인(신용)정보 포함) | | |
| | 위 민감정보 수집·이용에 동의하십니까? | <input type="checkbox"/> 미동의 | <input type="checkbox"/> 동의 |
| 개인(신용)정보 | | | |
| 일반개인정보 | 성명, 주소, 생년월일, 이메일, 유·무선 전화번호, 성별, 국적, 직업, 피보험자와 수익자의 관계, 국내거소신고번호 | | |
| 신용거래정보 | 금융거래 업무 관련 정보(보험금 지급계좌 등), 보험계약정보(보험가입내역, 상품종류, 기간, 보험가입금액 등), 보험금정보(보험금 지급사유, 지급금액 등) | | |
| | 위 개인신용정보 수집·이용에 동의하십니까? | <input type="checkbox"/> 미동의 | <input type="checkbox"/> 동의 |



2. 제공에 관한 사항

| | |
|-------------|--|
| 제공받는 자 | <ul style="list-style-type: none"> - 공공기관 등 : 금융위원회, 국토교통부, 금융감독원, 국세청, 보험요율 산출기관, 검·경찰, 법원, 관공서 등 법령상 업무 수행기관(위탁사업자 포함) - 종합신용정보집중기관 : 한국신용정보원 - 보험회사 등 : 생명·손해보험회사, 국내 재보험사, 공제사업자, 체신관서(우체국보험) - 금융거래기관 : 계좌개설 금융기관, 금융결제원 - 계약관계자 : 계약자, 피보험자, 수익자 등 - 보험협회 등 : 생명·손해보험협회 - 업무수탁자 등 : 보험금지급·심사 및 보험사고조사 등에 필요한 업무를 위탁받은 자 (보험사고접수, 보험사고조사업체, 손해사정업체 등), 의료기관, 의료자문 및 법률자문 기관 등 |
| 제공받는자의 이용목적 | <ul style="list-style-type: none"> - 공공기관 등 : 보험사기 방지 및 조사 등 법령에 따른 업무수행(위탁업무 포함) - 종합신용정보집중기관 : 개인(신용)정보 조회, 신용정보의 집중관리 및 활용 등 법령에서 정한 업무 수행 - 보험회사 등 : 중복보험 확인 및 비례보상, 재보험금 청구, 보험사기 방지 및 조사 - 금융거래기관 : 금융거래 업무(보험료 및 보험금 등 출수납 관련 업무) - 계약관계자 : 손해사정내용 관련 정보 제공 - 보험협회 : 보험금 지급·심사 관련 업무지원(보험금 청구서류 접수 대행 서비스 등), 보험사기 방지 및 조사 - 업무수탁자 등 : 보험사고조사(보험사기 조사 포함) 및 손해사정서비스 등 계약이행에 필요한 업무, 의료심사 및 자문, 진료기록 확인, 법률자문, 소송 등 <p>※ 업무위탁을 목적으로 개인(신용)정보를 처리하는 경우 별도의 동의 없이 업무 수탁자에게 귀하의 정보를 제공할 수 있습니다. (홈페이지 www.heungkuklife.co.kr 에서 확인 가능)</p> |
| 보유 및 이용기간 | 제공받는 자의 이용목적을 달성할 때까지(관련 법령상 보존기간을 따름) |

* 외국 재보험사의 국내지점이 재보험금 청구 등 지원 업무를 위탁하기 위한 경우 별도의 동의 없이 외국 소재 본점에 귀하의 정보를 이전할 수 있습니다.

| 제공 할 내용 | | | |
|----------|---|------------------------------|-----------------------------|
| 고유식별정보 | 주민등록번호, 외국인등록번호, 여권번호, 운전면허번호 | | |
| | 위 <u>고유식별정보</u> 제공에 동의하십니까? | <input type="checkbox"/> 미동의 | <input type="checkbox"/> 동의 |
| 민감정보 | 피보험자의 질병·상해에 관한 정보(진료기록, 상병명 등), 보험사고 조사(보험사기 포함) 및 손해사정 업무 수행과 관련하여 취득한 정보 (경찰, 공공·국가기관, 의료기관, 보험회사 등으로부터 본인의 위임을 받아 취득한 각종 조사서, 증명서, 진료기록 등에 포함된 개인(신용)정보 포함) | | |
| | 위 <u>민감정보</u> 제공에 동의하십니까? | <input type="checkbox"/> 미동의 | <input type="checkbox"/> 동의 |
| 개인(신용)정보 | | | |
| 일반개인정보 | 성명, 주소, 생년월일, 이메일, 유·무선 전화번호, 성별, 국적, 직업, 피보험자와 수익자의 관계, 국내거소신고번호 | | |
| 신용거래정보 | 금융거래 업무 관련 정보(보험금 지급계좌 등), 보험계약정보(보험가입내역, 상품종류, 기간, 보험가입금액 등), 보험금정보(보험금 지급사유, 지급금액 등) | | |
| | 위 <u>개인신용정보</u> 제공에 동의하십니까? | <input type="checkbox"/> 미동의 | <input type="checkbox"/> 동의 |



3. 조회에 관한 사항

| | |
|-------------|---|
| 조회 대상 기관 | <ul style="list-style-type: none"> - 종합신용정보집중기관, 보험요율 산출기관, 보험회사(공제사업자, 우체국보험 포함) 등 - 생명·손해보험협회 - 신용정보회사 |
| 조회 목적 | <ul style="list-style-type: none"> - 종합신용정보집중기관, 보험요율 산출기관, 보험회사 : 보험사고·보험사기 조사 및 보험금지급·심사, 보험금산정, 보험금 관련 민원처리 및 분쟁대응 - 생명·손해보험협회: 보험금 청구서류 접수대행 서비스 - 신용정보회사 : 실명인증 및 본인인증을 위한 정보 |
| 조회 동의의 효력기간 | 해당 보험거래 종료일까지 동의의 효력이 지속됩니다. |

| 조회 항목 | | | |
|----------|--|-------------------------------------|------------------------------------|
| 고유식별정보 | 주민등록번호, 외국인등록번호, 여권번호, 운전면허번호 | | |
| | 위 <u>고유식별정보</u> 조회에 동의하십니까? | ▶ <input type="checkbox"/> ◀ 미동의 | ▶ <input type="checkbox"/> ◀ 동의 |
| 민감정보 | 피보험자의 질병·상해에 관한 정보(진료기록, 상병명 등) | | |
| | 위 <u>민감정보</u> 조회에 동의하십니까? | ▶ <input type="checkbox"/> ◀ 미동의 | ▶ <input type="checkbox"/> ◀ 동의 |
| 개인(신용)정보 | | | |
| 일반개인정보 | 성명, 국내거소신고번호 | | |
| 신용거래정보 | 보험계약정보(보험가입내역, 상품종류, 기간, 보험가입금액 등), 보험금 정보(보험금 지급사유, 지급금액 등), 신용정보회사 및 통신사의 실명인증 및 본인인증을 위한 정보 | | |
| | 위 개인신용정보 <u>제공</u> 에 동의하십니까? | ▶ <input type="checkbox"/> ◀ 미동의 | ▶ <input type="checkbox"/> ◀ 동의 |

20 년 월 일

| | | | | | |
|------|------------------|-------------------|--------------|------------------|-------------------|
| 피보험자 | ▶ 성 명 ◀ | ▶ 서명(인감인) ◀ | 친권자 (후견인) | ▶ 성 명 ◀ | ▶ 서명(인감인) ◀ |
| | | | | ▶ 성 명 ◀ | ▶ 서명(인감인) ◀ |
| 수익자 | ▶ 성 명 ◀ | ▶ 서명(인감인) ◀ | 청구자 (대리인) | ▶ 성 명 ◀ | ▶ 서명(인감인) ◀ |
| | | | | ▶ 성 명 ◀ | ▶ 서명(인감인) ◀ |

※ 피보험자와 수익자가 동일한 경우에는 [피보험자]란에만 서명하셔도 무방합니다.

※ 만14세 미만의 경우 법정대리인이 작성 후 친권자가 서명을 하시기 바랍니다.