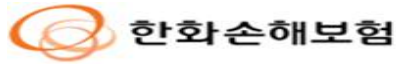


보 험 금 청 구 서



02-728-8006



02-728-8008



02-6900-3460

*이 양식은 'DB손해보험, 한화손해보험, KB손해보험'에서 사용이 가능한 청구서입니다.

피보험자	성명			주민번호			여행지		
	주소							연락처	
사고내용	사고일시	20 년 월 일		사고원인		상해 <input type="checkbox"/> 질병 <input type="checkbox"/> 배상책임 <input type="checkbox"/> 휴대품 <input type="checkbox"/>			
	사고장소								
	사고내용								
휴대품	물품명(상표,모델명)			수량	구입금액	구입일시	구입장소		
타사가입	다른 보험사에 계약이 있으면 회사명 및 보험종목을 적어 주십시오.(생명보험, 손해보험, 공제조합)								
피해자성명				피해자 연락처					
해외직불치료비용(통화단위:)				진단명					
최근5년 이내에 다치거나 입원치료 받은 적이 있으면 병명 및 치료받은 병원명 기재									
보험금청구접수증 및 처리결과 안내 방법 (필수 기재사항)		<input type="checkbox"/> E-mail		기타		<input type="checkbox"/> SMS서비스			
						H.P			
신청일				신청인	(인)		피보험자와의 관계		
보험금송금계좌	은행명				계좌번호				
	예금주				주민번호				

* 보험금을 가족이 수령하는 경우, 가족관계증명서류를 제출해 주시기 바랍니다.

위임장 (본인은 본 사고에 대한 보험금 청구행위 및 수령권 일체를 피위임자에게 위임합니다)					
구분	성명	주민번호	주소	전화번호	관계
위임자	(인)				
수임자	(인)				

* 위임자는 인감도장 날인 후 인감증명서를 첨부하여 주시기 바랍니다.

개인 [신용] 정보 처리에 관한 동의 (각 동의란에 V표시하십시오)		
(1) 개인(신용) 정보 수집·이용에 관한 동의	[개인정보보호법] 제15조 및 제22조, [신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률] 제32조 및 제33조에 따라, 귀사가 상기 보험사고와 관련하여 취득한 본인의 개인(신용)정보를 보험금 지급 심사, 분쟁·민원업무, 고객관리 및 증빙서류 보존 등의 목적으로 수집·이용하며 동 목적을 달성할 때까지 보유함에 동의합니다.	<input type="checkbox"/> 동의
	귀사가 위와 동일 목적으로 동일 기간동안 본인의 민감정보(건강정보)를 수집·이용하는 것에 동의합니다.	<input type="checkbox"/> 동의
	귀사가 위와 동일 목적으로 동일 기간동안 본인의 고유식별정보를 수집·이용하는 것에 동의합니다.	<input type="checkbox"/> 동의
(2) 개인(신용) 정보 제공에 관한 동의	[개인정보보호법] 제17조 및 제22조, [신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률] 제32조에 따라, 귀사가 상기 보험사고와 관련하여 취득한 본인의 개인(신용)정보를 보험금 지급 심사, 분쟁·민원 업무, 고객관리 및 보험사고 정보의 집중·관리, 타 법률상 업무수행 등의 목적으로 금융위, 금융감독원, 손해보험협회, 보험요율산출기관, 보험사, 보험금 지급 심사 등에 필요한 업무를 위탁받은 자, 의사·변호사 등 자문처, 보험계약 설계사 등에게 제공할 수 있으며 위 제공 목적이 달성될 때까지 보유 및 이용됨에 동의합니다.	<input type="checkbox"/> 동의
	귀사가 위와 동일 목적으로 동일 기간동안 본인의 민감정보(건강정보)를 제공하는 것에 동의합니다.	<input type="checkbox"/> 동의
	귀사가 위와 동일 목적으로 동일 기간동안 본인의 고유식별정보를 제공하는 것에 동의합니다.	<input type="checkbox"/> 동의
(3) 개인(신용) 정보 조회에 관한 동의	[신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률] 제32조에 따라, 귀사는 보험금 지급 심사 등의 목적으로 보험사, 손해보험협회 등 신용정보집중기관 및 의료기관으로부터 보험계약정보, 보험금지급정보 등 본인의 신용정보 및 진료정보를 조회할 수 있으며, 이 동의는 조회 목적을 달성할 때까지만 유효합니다.	<input type="checkbox"/> 동의
<p>※ 귀하는 상기 동의를 거부할 수 있습니다. 다만, 동의를 하지 않으시면 보험금 지급 업무와 관련한 정상적인 서비스 제공이 불가능 할 수 있음을 알려 드립니다.</p> <p>※ 상기 각 항목별 정보의 내용, 목적, 제공 대상 등 구체적인 동의의 내용에 대해서는 별지를 참고하시기 바랍니다.</p>		
상기내용에 동의합니다.	청구자/피해자(대리인)성명	(인) 주민번호