

# 보험금 청구서

## 1. 인적 사항 및 보상 안내 받으실 분

피보험자	성명		주민번호		직장명/하시는일	/
보험계약자	성명		주민번호		※ e-mail, 팩스, 주소 중 선택 사항 기재 (주소는 계약상 주소지와 다른 경우에만 기재해 주십시오)	
보상관련 안내처	안내받을분	성명:	휴대폰:			
	안내방법	<input type="checkbox"/> 문자메세지 <input type="checkbox"/> e-mail <input type="checkbox"/> 팩스 <input type="checkbox"/> 유선(전화) <input type="checkbox"/> 우편 ※ 반드시 한가지는 선택하셔야 하며, e-mail이나 팩스를 선택하시면 가장 신속하게 지급결과를 안내 받으실 수 있습니다.				

## 2. 사고 사항 (해당 사고유형에 V표시하십시오 상해 질병 교통사고)

사고일(발병일)		사고장소	
사고경위 (내원 경위)			
병원명(진료과)	/	과	진단명
교통사고 정보	본인 차량번호		본인 탑승위치 <input type="checkbox"/> 운전석 <input type="checkbox"/> 조수석 <input type="checkbox"/> 뒷자석 <input type="checkbox"/> 보행중 <input type="checkbox"/> 기타
	자동차보험 접수 : <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예 [보험사: _____]		담당자/연락처: _____ ]

## 3. 보험금 수령 계좌

보험료 자동이체 계좌 (본인의 계좌만 가능합니다. 자동이체 계좌로 요청시에는 아래에 계좌번호 기재하지 않습니다.)

본인의 다른 계좌 [은행: \_\_\_\_\_ 계좌번호: \_\_\_\_\_ 예금주: \_\_\_\_\_]

※ 타인 계좌로 수령하시려면 별도로 「위임장」과 본인의 인감증명서를 제출하셔야 합니다.

## 4. 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

※ 각 항목별 동의의 구체적인 내용은 반드시 뒷면의 「개인(신용)정보의 수집·이용·조회·제공 안내문」을 참고하시기 바랍니다.

※ 귀하는 상기 동의를 거부할 수 있습니다. 다만, 동의를 하지 않으시면 보험금 지급 업무와 관련한 정상적인 서비스 제공이 불가능할 수 있음을 알려 드립니다.

본인은 뒷면의 “보험금 지급절차 안내문”을 통하여 보상 절차에 관한 정보(담당부서 및 연락처, 지급절차, 예상 심사기간 및 지급기일 등)를 안내받고 이를 숙지하였음을 확인합니다.

본인은 위에 기재한 내용이 사실과 다름이 없으며 개인(신용)정보의 수집·이용·조회·제공에 동의함을 확인하고 자필서명 하니, 해당되는 보험금 및 제지급금을 지급하여 주시기 바랍니다.

작성일	년	월	일	작성자	[ _____ 의 법정대리인]	성명:	(서명)
-----	---	---	---	-----	------------------	-----	------

※ 피보험자 및 수익자가 미성년자, 금치산자, 한정지산자인 경우, 그 친권자 또는 후견인이 서명하시기 바랍니다.

부모가 공동 친권자인 경우 다른 일방의 의사에 반하지 않는다면 부모중 일방이 부모 공동명의로 서명할 수 있습니다.

회사작성란	경로접수 <input type="checkbox"/> 본인방문 <input type="checkbox"/> 모집자방문 <input type="checkbox"/> 부( )모( )방문 <input type="checkbox"/> 기타접수( _____ )	접수일	
-------	--	-----	--

# 개인(신용)정보 수집 · 이용 · 조회 · 제공 안내문

## 1. 개인(신용)정보 수집 · 이용에 관한 동의 사항

- 개인(신용)정보의 수집 · 이용의 목적
  - 보험금지급심사, 보험사고조사, 보험계약 및 보험금 청구에 이해관계가 있는 자에 대한 범규 및 계약상 의무 이행
  - 보험계약 관련 분쟁 대응, 고객 이력 관리
- 보험회사가 수집이용할 개인(신용)정보의 내용
  - 개인식별정보 (성명, 주민등록번호, 주소, 성별, 직업, 전화번호, 휴대전화번호, 전자우편주소)
  - 보험계약 관련 정보
  - 보험금지급 관련 정보
  - 보험대상자(피보험자)의 질병 및 상해에 관한 정보
  - 본인의 위임을 받아 취득하였거나 적법한 절차에 따라 수집한 각종 조사서, 판결문, 증명서, 확인서, 진료기록, 진료확인서, 진단서 등에 포함된 개인(신용)정보
- 보유 · 이용 기간 : 수집 · 이용 목적을 달성할 때까지

## 2. 개인(신용)정보 제공에 관한 동의 사항

### (1) 신용정보집중기관에 개인(신용)정보 제공

- 개인(신용)정보를 제공받는 자
  - 손해보험협회, 생명보험협회 등 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 제25조에 의한 신용정보집중기관
  - 보험금 심사 · 지급 및 보험사고조사 등에 필요한 업무를 위탁받은 자 (보험사고조사업체, 손해사정업체, 위탁콜센터 등), 의사 · 변호사 등 전문 자문처, 해당 보험계약 모집인, 법원, 검찰, 경찰
- 개인(신용)정보를 제공받는 자의 이용목적
  - 보험사고 정보의 집중 · 관리 및 활용 등 신용정보집중기관의 업무
  - 보험금 지급, 분쟁 · 민원 업무, 소비자 보호, 고객 관리 및 공공기관의 정책 업무

### (2) 법률상 업무수행 및 계약목적 달성을 위한 개인(신용)정보 제공

- 개인(신용)정보를 제공받는 자
  - 법원, 검찰, 경찰, 금융위원회(금융감독원 포함), 손해보험사(재보험사 포함), 생명보험사, 공제사업자, 귀사와 모집위탁계약을 체결한 자 (설계사대리점 등), 계약 체결 및 이행 등에 필요한 업무를 위탁받은 자 (보험사고조사업체, 손해사정업체, 병의원 등 의료기관, 위탁 콜센터 등)
- 개인(신용)정보를 제공받는 자의 이용목적
  - 재보험, 보험 공동인수 등
  - 보험사고 조사, 손해사정서비스 등 계약이행에 필요한 업무
  - 순보험료를 산출 및 통계작성에 필요한 자료제공 등 보험업법이 정한 목적
  - 사고처리 접수 및 민원접수
  - 금융위원회의 설치 등에 관한 법률 등 다른 법률상 업무수행

### (3) 제공할 개인(신용)정보의 내용

- 개인식별정보 (성명, 주민등록번호, 주소, 성별, 직업, 전화번호, 휴대전화번호, 전자우편주소)
- 보험계약정보 (보험사명, 증권번호, 보험기간, 보험계약일자, 상품명, 담보내용, 보험가입금액, 보험료, 계약유지여부)
- 보험금지급정보 (보험사고일자, 보험금 청구일자, 지급일자, 지급액, 지급사유)
- 보험대상자(피보험자)의 질병 및 상해에 관한 정보
- ※ 보험회사는 '제공할 개인(신용)정보의 내용' 중 상기 제공대상기관의 보험업법 등 법령상 업무수행 목적 및 계약목적 달성에 부합하는 최소한의 정보만 제공할 수 있습니다.

### (4) 보유 · 이용기간 : 제공목적 달성을 때까지

※ 각 제공대상기관 및 이용목적의 구체적인 정보는 당사 홈페이지에서 확인할 수 있습니다.

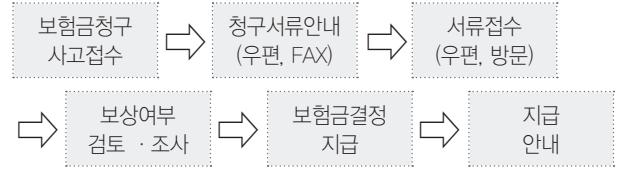
## 3. 개인(신용)정보 조회에 관한 동의 사항

- 조회할 개인(신용)정보
  - 보험계약 관련 정보
  - 보험금지급 관련 정보
- 개인(신용)정보 조회목적 : 보험금지급심사, 보험사고 조사, 고액 · 다수 계약자 및 피보험자 조회
- 동의 유효 기간 : 조회 목적을 달성할 때까지

# 보험금 지급 절차 안내문

## ○보험금 지급절차 안내

- 청구서류가 접수되면 아래 절차에 따라 지급심사가 이루어 집니다.
- 보상담당자는 서류 접수된 이후에 정해지며 당사 홈페이지나 담당 RC에게 문의하시어 확인하실 수 있습니다.



## ○손해사정사 선임 및 조사

- 보험금 지급여부 결정을 위해 사고현장조사, 병원방문조사 등이 필요한 경우 고객의 개인정보 제공 동의를 받아 보험업법에 따라 공인된 손해사정법인에게 조사 업무를 위탁할 수 있습니다.
- 당사가 손해사정법인에게 조사 업무를 위탁하는 경우 비용은 당사가 부담하며, 고객님의 손해사정사를 선임하시는 경우에는 그 비용은 고객님의 부담하여야 합니다.

## ○의료심사

- 상해 · 질병보험 등에서는 약관에 따른 보험금 지급여부와 지급금액 결정을 위해 진단서, 의무기록 등 제출하신 자료를 기초로 전문의에 의한 의료심사가 시행될 수 있습니다.
- 의료심사를 위해 의무기록 등을 병원으로부터 입수하는 경우에는 고객님의 동의를 받아 진행되며, 제출하신 진단서 등의 적정성을 판단을 위해 재감정을 하는 경우 비용은 삼성화재가 부담합니다.

## ○보험사간 치료비 분담 지급 (비례보상 적용)

- 상해 질병으로 인한 의료비 실비를 보상하는 상품에 복수로 가입하신 경우 보험약관에 따라 비례보상원칙을 적용하여 보험계약별로 보험금을 분할하여 지급할 수 있습니다. 이 경우 개인정보 제공에 동의하시면 타사에 접수 대행이 가능합니다.
- 타 보험사에 가입되어 있는 보험계약은 손해보험협회를 통해 확인하실 수 있습니다.

## ○보험금 지급안내 및 심사 절차 조회 방법

- 보험금이 지급되는 경우에는 청구 시 선택하신 방법으로 지급금액이 안내됩니다. 문의사항이 있으시면 지급금 안내시 통보되는 담당자 전화번호로 문의하시기 바랍니다.

## ○인터넷 조회 서비스 안내

- 전자금융거래 회원에 가입하시면 (www.samsungfire.com) 계약내용 및 사고처리 진행경과 및 지급내역을 확인하실 수 있고, 증권 재발행 신청을 하실 수 있습니다.

## ○보험금 부지급 결정 및 재심사 청구

- 보험약관에 따라 보험금 부지급으로 결정되는 경우 구체적인 사유를 유선으로 안내하며, 부지급 결정에 동의하지 않는 경우 소비자보호 센터로 통보하시면 재심사를 받으실 수 있습니다.
- 인터넷 접수 : 홈페이지 내 전자민원창구
- 전화상담 : 1588-5114 (질병 및 상해 사고접수 / ARS 착신후 7번을 누르십시오.)
- 우편 : 서울시 중구 을지로 1가 87번지 빌딩 8층 소비자보호센터

## ○예상 지급기일

- 상해 · 질병사고는 최종 서류접수일로부터 3일, 재물 · 배상책임사고는 10일 이내이며, 이보다 다소 지연될 수 있습니다.

## ○보험금 지급심사 지연안내 및 지연이자 지급

- 약관상 정해진 지급기일내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 지연사유, 지급예정일을 안내하여 드리며 지급예정일을 초과하는 경우 약관상 규정된 내용에 따라 지연이자를 산정 지급하여 드립니다.

## ○보험금 청구권의 소멸 시효

- 보험금 청구사유 발생일로부터 2년입니다.

## ○보상 담당 부서 및 담당자 연락처

- 당사 콜센터(TEL : 1588-5114)로 문의하시기 바랍니다.

# 실손의료비 보험금 청구서류 접수대행 서비스 신청서

- ◆ 보험회사에서는 고객님의 실손의료보험을 2개 이상 다수회사에 가입한 경우, 보험금 청구서류를 회사마다 각각 제출해야하는 하는 불편함을 덜어 드리고자 고객님의 서류를 다른 보험회사로 대신 전송해 드리고 있습니다.
- ◆ 동 서비스는 실손의료비 특약만 해당되며, 다른 특약은 해당되지 않습니다.

## 서비스 이용을 위한 동의

① 본인은 귀하가 본인으로부터 취득한 본인의 보험금 청구서류 일체에 포함된 개인(신용)정보를 「개인정보 보호법」 제17조 및 제22조, 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제32조의 규정에 따라 아래와 같이 제3자에게 제공하는 것에 대해 동의합니다.

### ◆개인(신용)정보를 제공받는 자

보험회사(손해보험사, 생명보험사), 유관 기관(손해보험협회, 생명보험협회) 및 손해사정 업무를 위탁받은 회사. (손해사정 업무 위탁회사명의 확인을 원하실 경우에는 당해 보험회사로 문의하여 주시기 바랍니다)

### ◆개인(신용)정보를 제공받는 자의 이용목적

보험금 지급 및 심사 업무, 보험금 지급관련 분쟁대응 및 고객이력 관리, 민원처리 및 소비자 보호, 증빙서류 보존

### ◆제공받는 자의 개인(신용)정보 보유·이용기간

제공 동의일로부터 개인(신용)정보의 제공목적에 달성할 때까지

※귀하는 상기 동의를 거부할 수 있습니다. 다만, 이에 대한 동의를 하지 않을 경우에는 보험금 청구서류 접수대행 서비스의 정상적인 제공이 불가능할 수 있음을 알려 드립니다.

② 보험금 지급심사를 위해 필요시 추가로 관련서류 제출을 요청할 수 있으며, 보험자는 동일하나 수익자가 상이할 경우에는 각각의 수익자 명의의 통장사본 제출을 별도로 요구할 수 있습니다.

③ 이 서비스를 신청하는 경우 타 보험회사에서는 고객님의 보험금 청구서류를 수신(접수)한 날이 보험금 청구일이 됩니다.

◆ 상기 내용에 동의하시고 이 서비스를 신청하시겠습니까?  예  아니오

◆ 고객님의 보험금 청구서류를 전송할 회사에 체크하여 주세요.

중복가입된 모든 회사에 전송

다음의 회사에만 전송 ( \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ )

작성일 \_\_\_\_\_ 년 \_\_\_\_\_ 월 \_\_\_\_\_ 일 신청인 \_\_\_\_\_ (서명)