

보내주실 곳 * 한국: (100-764) 서울특별시 중구 서소문동 120-23 부영빌딩 8층 차티스 손해보험 손해사정부 TEL: 1644-9002
 Claim Service Office, Booyoung Bldg 8th, 120-23, Seosomoon-dong, Jung-gu, Seoul 100-764, Korea
 * 미국: P.O. Box 4560 Alpharetta, GA 30023-4560 (Atten: Chartis Korea Claims)

POLICY NO (계약정보)	증권번호	다른 여행보험 가입 여부 (유 · 무)	
		보험회사명	보험상품명
		증권번호	보험기간

INSURED 피보험자	NAME 성명	AGE 연령	SEX 성별	ID Number 주민번호	Nationality 국적
	ADDRESS(한국주소)			Tel 전화번호 (Korea)	Home Mobile
	ADDRESS(해외주소) - 현재 해외거주하시는 경우			Tel 전화번호 (해외)	Home Mobile
	E-Mail	OCCUPATION 직업	OFFICE Tel 사무실 연락처	한국 내 긴급 연락처	이름: 피보험자와의 관계: 전화번호:
PAYMENT TO 보험금 송금 (한국내 계좌)	Bank Name 은행명	Account No 계좌번호	Payee 예금주	※ 미국내 계좌이체 요청시, 계좌증빙서류를 함께 보내주시기 바랍니다.(예, 개인 수표 사본등)	

사고내용 (CLAIM DETAILS)	<input type="checkbox"/> 상해 사고(Accidental Case) <input type="checkbox"/> 질병 사고(Sickness Case) <input type="checkbox"/> 배상책임 사고(Personal Liability) <input type="checkbox"/> 휴대품 손해 사고(Baggage Endorsement)			
	DATE & TIME 일시	PLACE 장소	청구금액(\$/₩)	
	DESCRIPTION of CIRCUMSTANCES(5W1H) 사고 상황 기술(6하 원칙)	※ 상해·질병 관련 청구 시, 진단명 및 내원경위도 기재 바랍니다. ※ 휴대품 손해 담보 청구시 품목기재는 뒷면을 참고하여 주시기 바랍니다.		병원비 (Physicians / Hospital)
				약 값 (Medicine)
				기 타 (Others)
		총 계 (Total)		

위임장

본인은 금번 사고에 따른 보험금의 청구 및 수령의 권한과 이 사고와 관련한 보험계약상의 권리(계약소멸에 따른 환급보험료가 있는 경우 포함)와 개인정보의 수집, 이용 및 제공 조항에 관한 일체의 권리를 아래의 사람에게 위임하며, 이에 대하여는 일체의 이의가 없음을 서약하고 그 증거로 이 위임장에 서명, 날인하여 제출합니다. (피보험자 본인이 아닌 제3자에게 보험금 지급을 원하는 경우에만 작성, 사망보험금 청구 시에는 별도의 위임장이 필요합니다.)

위임하는 분	성명: (인)	주민등록번호	위임하는 분과의 관계:
위임받는 분	성명: (인)	주민등록번호	위임하는 분의()

보험업법 제95조의 2에 의한 설명사항 안내

- 1) 보험금 지급절차: 상세사항은 여행보험 약관 5~6page "해외에서의 병원 이용 및 보험금 청구절차" 및 제 26조 참고
 - 2) 지급 예정일 안내: 상세사항은 여행보험 약관 제 26조 참고
 - 3) 처리부서 및 담당자 안내
 - 4) 청구 서류안내: 여행보험약관 5~6page "해외에서의 병원 이용 및 보험금 청구절차" 및 제 25조 참고
 - 5) 보유계약 현황 및 청구계약안내
- 추가 안내를 원하시는 경우, 1644-9002 또는 (800)358-2759(미국)으로 연락주시기 바랍니다.

* 보험금 청구 접수증, 보험금 지급절차 안내장, 청구서류 안내장 등을 SMS 문자 서비스로 보내드리며, 만약 다른 방법으로 안내 받으시길 원하는 경우 (Fax, 우편)으로 보내드립니다.
 ※ 단, 외국 현지 접수 및 지급 시에는 안내장 및 SMS 안내 등에 제한이 있을 수 있습니다.

증권 재발급을 원하시는 경우 확인하여 주시면 사고 접수 시 통보 하여 주신 한국내 주소로 보험 증권을 발송하여 드립니다. 재발급요망 아니요

▶ 이상의 기재사항은 사실임을 확인하며, 사실과 다른 내용을 기재하거나 기재하지 않은 경우, 약관에 따라 보험금이 지급되지 않을 수도 있음은 물론, 민, 형사상의 책임을 질 것에 동의하며 상기 보험금을 청구 합니다.

보험금 청구일: 년 월 일

보험금 청구인 (동의인) : _____ 서명 날인
 (보험업법 제95조 2에 의한 설명사항 확인 포함)

진 단 서
RENDERING PHYSICIAN'S STATEMENT

※ 아래사항은 반드시 진료를 하신 의사 또는 해당병원 관계자에게 작성을 요청 하셔야 하며, 고객님의께서는 직접 작성을 하지 말아 주시기 바랍니다.
Must be filled out by the rendering physician only.

PATIENT INFORMATION	FIRST NAME 이름	LAST NAME 성	DATE OF BIRTH 생년월일	Sex 성별
Diagnosis 진단명			ICD CODE	
- ACCIDENT - 상해의 경우			- SICKNESS - 질병의 경우	
DATE OF ACCIDENT 사고발생일	PLACE OF ACCIDENT 사고발생장소		WHEN DID PATIENTS SYMPTOMS OF SICKNESS FIRST APPEAR? 질병의 증상이 최초로 나타난 때는 언제 입니까?	
NATURE & CONDITION OF INJURY OR SICKNESS (상해 또는 질병의 상태 및 경과)				
* IF SURGICAL OPERATION PERFORMED DESCRIBE FULLY 외과수술을 받았을 때는 상세하게 명기 하여 주십시오.				
* HAS PATIENT EVER HAD SAME OR SIMILAR SYMPTOMS? 환자가 과거의 동일하거나 유사한 증상이 있었습니까? → IF YES, GIVE APPROX. DATE 만약 그렇다면 대략적인 날짜를 기재하여 주십시오. → IF YES, DID PATIENT RECEIVE ANY TREATMENT FOR PRIOR SYMPTOMS BY ANY DOCTOR? 만약 그렇다면, 이전의 증상으로 의사의 치료를 받았습니까?				
WHEN DID PATIENT FIRST CONSULT YOU FOR THIS CONDITION? 환자가 이러한 증상으로 처음 진료 받으러 온 날			DESCRIBE ANY OTHER DISEASES OR INFIRMITY AFFECTING PRESENT CONDITION 현재의 상태에 영향을 미치게 하는 다른 질환을 기입하여 주십시오.	
PERIOD OF YOUR TREATMENT 치료기간	OUT PATIENT 외래	FROM.	TO.	
	INPATIENT 입원	FROM.	TO.	
IS YOUR PATIENT STILL UNDER CARE FOR THIS CONDITION? 환자는 아직도 치료 중 입니까? <input type="checkbox"/> YES(예) <input type="checkbox"/> NO(아니오)				
PHYSICIAN INFORMATION	ADDRESS (주소)		NAME(성명)	
	TEL (전화)		Signature(서명)	
	DATE(작성일)		RENDERING PHYSICIAN(담당의사)	

보험금 지급 방법 변경 신청 및 비례보상 절차에 대한 동의

※ 미국내 의료기관 이용 시에만 작성하여주시기 바랍니다.

본인(보험금 청구인)은 상기 진단서에 기재된 본인의 상해/질병으로 인하여 관련 의료기관에서 발생되었거나 향후 발생할 치료비를 차티스 손해보험 주식회사(Charitis Insurance Korea Inc.)에서 직접 관련 의료기관으로 지급하여 줄 것을 신청합니다. 이 지급 방법에 대한 신청은 서면으로 철회하기 이 전까지 유효하며, 철회 신청서가 도착하는 날까지 발생한 치료비에 대하여서는 관련 의료기관이 법률상 정당한 청구권을 가지게 되는 것과, 보험금의 지급순서는 우리 보험회사로 접수된 청구 접수 일자 순으로 하는 것에 동의합니다. 아울러, 보험금 지급관련 손해사정의 결과로써 약관에 따른 부지급 결정 등이 있는 경우 및 본인부담금(공제금) 발생시에는 본인이 직접 해당 의료기관으로 치료비를 즉시 납부할 것을 확인합니다. 또한 다른 보험계약이 있는 경우 약관에 따라 의료비는 비례 보상되므로, 차티스 손해보험 주식회사(Charitis Insurance Korea Inc.)가 보험가입금액 한도 내에서 의료비를 먼저 지급하였다면, 다른 보험회사 책임 부분에 대하여 직접 청구하여 수령하는 것에 동의하며, 이에 대한 권한을 차티스 손해보험 주식회사(Charitis Insurance Korea Inc.)에 위임합니다.

동의함 동의안함 년 월 일 보험금 청구인: _____ (서명)

휴대품 손해 담보(Baggage Endorsement)

DAMAGED ITEM 품 명	QUANTITY 수 량	EXTENT OF DAMAGED 손해의 정도	ACTUAL COST 구입 가격	DATE PURCHASED 구입 년월일	AMOUNT CLAIMED 보험금 청구액
IN CASE OF FIRE, BURGLARY, THEFT ETC. THE NAME OF THE GOVERNMENT AUTHORITY REPORTED. 화재, 도난 등의 경우, 신고된 관공서 명				TOTAL AMOUNT 합 계	

차티스손해보험 주식회사

【보험금 신청서】

【개인(신용)정보 수집·이용, 제공, 조회 동의서】

차티스 손해보험 주식회사 귀중

1. 개인(신용)정보 수집·이용에 관한 동의사항

「개인정보보호법」제15조, 제22조, 제23조 및 제24조, 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」제32조 및 제33조에 따라 귀사가 아래와 같은 내용으로 본인의 개인(신용)정보를 수집·이용하는 것에 동의합니다. (동의함 동의하지 않음)

본인은 귀사가 상기 개인(신용)정보와 보험사고 조사(보험사기 조사 포함) 및 손해사정업무 수행과 관련하여 취득한 개인(신용)정보[경찰, 검찰, 법원, 소방서(화재증명, 119구급구조), 공공기관(동사무소, 근로복지공단(산재), 국민연금관리공단, 건강보험공단 등), 공제조합 및 의료기관으로부터 본인의 위임을 받아 취득한 각종 조사서, 판결문, 증명서, 확인서, 진료기록, 진료확인서, 진단서 등에 포함된 개인(신용)정보 포함]를 보험금 지급업무(보험금청구서류 접수대행 서비스 포함), 보험금지급관련 분쟁대응 및 고객이력관리, 민원처리 및 소비자보호, 증빙서류보존, 보험계약정보 및 보험금지급정보의 조회 등을 위한 목적으로 수집 및 이용하며 동 목적을 달성할 때까지 보유 및 이용하는 것에 동의합니다.

※ 귀사가 본 계약과 관련하여 본인의 민감정보(건강정보)를 상기의 목적으로 상기의 보유·이용 기간 동안 수집·이용하는 것에 동의합니다. (동의함 동의하지 않음)

※ 귀사가 본 계약과 관련하여 본인의 고유식별정보(주민등록번호, 외국인등록번호)를 상기의 목적으로 상기의 보유·이용 기간 동안 수집·이용하는 것에 동의합니다. (동의함 동의하지 않음)

※ 귀하는 상기 동의를 거부할 수 있습니다. 다만, 이에 대한 동의를 하시지 않을 경우에는 보험금 지급 업무와 관련한 정상적인 서비스 제공이 불가능할 수 있음을 알려 드립니다.

2. 개인(신용)정보 제공에 관한 동의사항

「개인정보보호법」제17조, 제22조, 제23조 및 제24조, 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제32조에 따라 귀사가 본인의 개인(신용)정보를 아래와 같이 제3자에게 제공하는 것에 동의합니다. (동의함 동의하지 않음)

귀사는 상기 개인(신용)정보와 상기 보험사고 조사(보험사기 조사 포함) 및 손해사정업무 수행과 관련하여 취득한 개인(신용)정보를 보험사고조사(보험사기 조사 포함) 및 손해사정서비스 등 계약이행에 필요한 업무, 보험금청구서류 접수대행 서비스, 의료심사(대물사고 제외), 의료자문(대물사고 제외), 순보험요율의 산출·검증 및 보험사고정보의 집중·관리, 공공기관의 정책자료 제공 등을 위한 목적으로 법원, 검찰, 경찰, 금융위원회(금융감독원 포함), 국제청 등 정부기관, 손해보험협회 등 신용정보집중기관, 손해보험사(재보험사 포함), 생명보험사, 공제사업자, 체신관서(우체국보험), 보험요율산출기관, 보험금지급·심사 및 보험사고조사 등에 필요한 업무를 위탁받은 자(보험사고조사업체, 손해사정업체, 위탁콜센터 등)에게 제공할 수 있으며 동 개인(신용)정보는 위 제공목적이 달성될 때까지 보유 및 이용됩니다.

※ '제공할 개인(신용)정보의 내용' 중 상기 제공대상기관의 법령상 업무수행 목적 및 계약목적 달성에 부합하는 최소한의 정보만 제공됩니다.

※ 각 제공대상기관 및 이용목적의 구체적인 정보 및 그 변동내용은 당사 홈페이지[<http://www.chartis.co.kr>]에서 확인할 수 있습니다.

※ 귀사가 본 계약과 관련하여 본인의 민감정보(건강정보)를 상기의 목적으로 상기의 보유·이용 기간 동안 제공하는 것에 동의합니다. (동의함 동의하지 않음)

※ 귀사가 본 계약과 관련하여 본인의 고유식별정보(주민등록번호, 외국인등록번호)를 상기의 목적으로 상기의 보유·이용 기간 동안 제공하는 것에 동의합니다. (동의함 동의하지 않음)

※ 귀하는 상기 동의를 거부할 수 있습니다. 다만, 이에 대한 동의를 하시지 않을 경우에는 보험금 지급 업무와 관련한 정상적인 서비스 제공이 불가능할 수 있음을 알려 드립니다.

3. 개인(신용)정보의 조회에 관한 동의사항

귀사는 보험계약정보(보험사명, 보험기간 등 보험가입 사항), 보험금지급정보(보험사고일자, 사고내용, 보험금 지급내역)를 보험금지급·심사(보험금청구서류 접수대행 서비스 포함) 및 보험사고 조사(보험사기 조사 포함)를 목적으로 손해보험협회 등 신용정보집중기관(신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 제32조에 따라), 금융감독원, 보험요율산출기관으로부터 조회할 수 있으며 본 조회동의를 개인(신용)정보의 조회 목적을 달성할 때까지 유효합니다. 귀사는 정보를 제공받은 날로부터 개인(신용)정보의 조회 목적을 달성할 때까지 개인(신용)정보를 보유·이용할 수 있습니다. (동의함 동의하지 않음)

※ 귀하는 상기 동의를 거부할 수 있습니다. 다만, 이에 대한 동의를 하시지 않을 경우에는 보험금 지급 업무와 관련한 정상적인 서비스 제공이 불가능할 수 있음을 알려 드립니다.

※ 본 동의서에 의한 개인(신용)정보 조회는 귀하의 신용등급에 영향을 주지 않습니다.

피보험자 성명 한글
영문

서명 또는 날인

(법정)대리인 성명 한글
영문

서명 또는 날인

피보험자와의 관계:
증권번호:

【보험금 청구서 - 해외 의료기관용 동의서】

“※” 표시된 부분은 필히 영어로 작성 부탁드립니다.

【Authorization for Release of Protected Health Information】

(Applies to USA Only: HIPAA Compliant)

I hereby authorize the protected health information for _____
(Patient Last Name) (First Name) (Middle)

("Individual") to be released as specified in this Authorization.

1. Description of Information To Be Disclosed: For dates of service: _____

I authorize the release of any and all records and information pertaining to the Individual's medical care, treatment, and physical and psychological condition including, but not limited to:

- Accreditation Forms Admission Advance Directives Ambulance Anesthesia Autopsy Billing Records Cath Films
Catheterization/Angiography Claims History Consent Forms Consultations/Evaluations Correspondence CPR/Code Sheets
CT Scan Reports CT Scans Delivery Diagnostic Testing Discharge/Transfer Summary Echocardiogram Echocardiogram Tapes
Education Records EKG Emergency Room Fetal Monitor Strips Graphic/Flow Charts History/Physical Implant Related Records
Labor Laboratory Medication Records MRI Reports MRI Scans Nurse's Notes Nursery Nutrition Records Operative Records
Pathology Report Pathology Slides Patient Care Plan Photographs Physical Therapy Physician Orders Physician Progress Notes
Post Anesthesia Post-Partum Pre-Natal Procedures Psychiatry/Social Service Radiation Records Rehabilitation
Respiratory Speech Pathology Transfusion Records Ultrasound Reports Ultrasounds Videos X-ray Films X-ray Reports
UB92 or CMS-1500 Complete Medical Record (includes information regarding insurance, demographics, referral documents and records from other facilities).

Other: _____

I recognize that the protected health information may include psychiatric information, drug and alcohol information and/or HIV information. _____
(Individual's/Representative's initials)

2. Entities Authorized to Disclose: I authorize any hospital, clinic or other medical facility, physician, nurse, physical or occupational therapist, chiropractor, psychiatrist, psychologist, medical practitioner, pharmacy, emergency medical service, basic life support service, advanced life support service, insurance company, the Medical Information Bureau or any other person or entity licensed to create and/or maintain protected health information for the Individual to disclose the Individual's health information as described above.

3. Information Disclosed To: I authorize the Individual's information to be disclosed to:

Company: Chartis Insurance Korea Inc.
Address: P.O. Box 4560 Alpharetta, GA 30023-4560 USA

any of Agent's re-insurers, subsidiaries, other insurers to which the above-named has applied or may apply, the Bureau, other persons who perform business, professional, or underwriting tasks for Agent, or as may be otherwise allowed by law. The protected health information will be used for claim adjudication.

I authorize any third-party record retrieval agent to retrieve the protected health information as described above for use by Agent and other authorized recipients.

4. Expiration Date: This authorization expires two years after the date I sign it.

5. Right to Revoke: I understand that I have the right to revoke this authorization at any time by notifying Agent and the medical record custodian in writing. The revocation would not be effective for any actions taken in reliance upon this authorization prior to the receipt of revocation.

6. Re-disclosure: I recognize that protected health information disclosed to Agent or other authorized recipients may no longer be protected by HIPAA or other federal laws.

7. Eligibility for Benefits: Treatment, payment, enrollment in a health plan, or eligibility for health insurance benefits may not be conditioned on my signing this authorization.

8. Facsimiles: A copy or facsimile of this authorization is as valid as the original.

9. My Right to a Copy: I hereby understand that I have a right to a copy of this fully-executed authorization which I can obtain from Agent.

I have read and understood this authorization and authorize the disclosure of the protected health information as described above.

※ Signed: _____

※ Individual's SSN: _____ - _____ - _____

※ Date: _____

※ Individual's DOB: ____/____/____

(Please complete the following section if the person signing this authorization is acting as the legal representative of the above-named Individual.)

※ Relationship of Representative to Individual: _____

※ Authority of Representative to act on behalf of Individual: _____