CHUBB®

보험금 청구서류 우편접수
03187 서울시 종로구 종로 6
광화문우체국 사서함 386(서린동)
홈페이지/모바일 접수
http://www.chubb.com/kr
https://m.acedirect.co.kr

에이스아메리칸화재해상보험주식회사
처브그룹 컴퍼니
03142 서울시 종로구 종로 1 길 50
더케이트윈타워 B 동 7 층
고객센터 1566 5800
www.chubb.com/kr

보험금 청구서 (개인보험 A&H)

박스 안 내용은 반드시 기재하여 주시기 바랍니다.

보험용 청구관련 정보

계약자, 피보험자, 수익자가 동일하면 피보험자 부분만 기재하셔도 됩니다.

계약자	성명		주민번호	-
	휴대폰	- -		
피보험자	성명		주민번호	-
	연락처	- -		
	주소		직장명	
사고내용/ 손해내역	사고일시	20 년 월 일	사고유형	☐ 상해 ☐ 질병 ☐ 배상책임
	사고장소			
	진단명		병원명	
	사고내용	질병사고 : 과거/현재 치료사항, 질병인지 경위 기재 교통사고 : 운전자, 차량종류, 법규위반, 가/피해자 여부 기재 상해사고 : 사고발생원인, 상해부위 기재		

타사가입	다른 보험사에 계약이 있으면 회사명 및 보험종목을 적어주십시오(생명보험, 손해보험, 공제조합)	일부청구	
보상관련안내방법	☐ 이메일 :	☐ 핸드폰(문자) :	☐ 팩스 :

☞확인된 사고내용과 관련하여 당사에 정상 유지 중인 보험계약이 담보하는 모든 보험금을 지급해 드립니다.
(일부 보험금 항목만 수령을 원하시는 경우 '일부청구'란에 별도 기재 부탁 드립니다.)

위임장(본인은 본 사고에 대한 보험금 청구행위 및 수령권 일체를 피 위임자에게 위임합니다.)

구분	성명	주민번호	전화번호
위임자	(인)	-	- -
	주소		관계
피위임자	(인)	-	- -
	주소		관계

* 위임자는 인감도장 날인 후 인감증명서 원본을 첨부하시고 피위임자는 서명 또는 도장 날인 해주시기 바랍니다.

보험금 송금계좌

보험금 송금계좌	은행명		계좌번호	
	예금주		주민번호	

"보험사기(고의사고, 허위사고, 피해과장, 허위입원·진단·장해, 사고 후 보험가입 등)는 범죄이며 형법에 의거 10년 이하의 징역이나 2천만원 이하의 벌금에 처해질 수 있습니다."

의료급여법 상 의료급여 수급권자 해당 여부 **의료급여법 상 의료급여 수급권자의 경우 보험료 할인제도가 있음을 안내드립니다.**	해당	비해당

© 2018 처브그룹. Chubb®, 처브 로고 그리고 Chubb. Insured.℠ 는 처브그룹의 등록상표입니다.

보험금 청구를 위한 개인(신용)정보 처리 동의서

소비자 권익보호에 관한 사항: 본 동의를 거부하시는 경우에는 보험금 청구 관련 서비스가 일부 제한될 수 있고, 본 동의서에 의한 개인 (신용) 정보 조회는 귀하의 신용등급에 영향을 주지 않습니다.

1. 개인(신용)정보 수집·이용에 관한 동의사항 (동의여부에 대해 V 체크해 주시기 바랍니다.)

당사는 「개인정보보호법」 및 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」에 따라 본 계약과 관련하여 귀하의 개인(신용) 정보를 다음과 같이 **수집 이용** 하고자 합니다. 이에 대하여 동의하십니까?	동의함

- 개인(신용)정보의 수집·이용 목적
  - 보험금지급·심사(보험금청구서류 접수대행 서비스 포함) 및 보험사고 조사(보험사기 조사 포함), 보험금 지급관련 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**, 운전면허정보(**운전면허증번호** 포함), 주소, 직업, 전화번호, 전자우편 주소 등), 계좌정보
  - 보험사고 조사(보험사기 조사 포함) 및 손해사정업무 수행과 관련하여 취득한 개인(신용)정보[경찰, 공공기관, 의료기관 등으로부터 본인의 위임을 받아 취득한 각종조사서, 증명서, **진료기록** 등에 포함된 개인(신용)정보 포함]
- **개인(신용)정보의 보유·이용 기간**
  - 수집·이용 동의일로부터 **거래종료 후5년간 (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 (동의여부에 대해 V 체크해 주시기 바랍니다.)

당사는「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」에 따라 본 계약과 관련하여 귀하의 개인 (신용)정보를 다음과 같이 신용 정보집중기관 및 보험요율산출기관으로부터 **조회**하고자 합니다. 이에 대하여 동의하십니까?	동의함

- 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), **질병 및 상해 관련 정보**
- **조회동의 유효기간 및 조회자 (개인 (신용)정보를 제공받는 자)의 개인(신용) 정보의 보유·이용 기간**
  수집·이용 동의일로부터 거래종료 후 5년간 (단, 거래종료 후 5년이 경과한 후에는 보험금 지급, 금융사고 조사, 보험사기 방지·적발, 민원처리, 법령상 의무이행을 위한 경우에 한하여 보유·이용하며, 별도 보관)

3. 개인(신용)정보의 제공에 관한 사항 (동의여부에 대해 V 체크해 주시기 바랍니다.)

당사는 「개인정보보호법」 및 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」에 따라 귀하의 개인(신용)정보를 다음과 같이 제3자에게 **제공**하고자 합니다. 이에 대하여 동의하십니까?	동의함

- **개인(신용)정보를 제공받는자**
  - **신용정보집중기관 : 한국신용정보원**

Chubb. Insured.℠

© 2018 처브그룹. Chubb®, 처브 로고 그리고 Chubb. Insured.℠ 는 처브그룹의 등록상표입니다.

- 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(보험사고조사업체, 손해사정업체, 의료기관·의사, 변호사, 위탁 콜센터, 자동차보험의 경우 그 외 건강보험심사평가원, 자동차보험진료수가분쟁심의회, 손해보험협회 등)

• 개인(신용)정보를 제공받는자의 이용목적
- 신용정보집중기관 : 보험계약 및 보험금지급 관련 정보의 집중관리 및 활용 등 신용정보집중기관의 업무
- 공공기관 등 : 보험업법 및 자동차손해배상보장법(자동차보험에 한함) 등 법령에 따른 업무수행(위탁업무 포함)
- 보험회사 등 : 보험사고조사 (보험사기 조사 포함) 및 손해사정서비스 등 계약 이행에 필요한 업무, 보험금 청구서류 접수 대행 서비스, 진료비 심사, 의료심사 및 자문, 구상금분쟁심의업무 (자동차보험에 한함)
- 금융거래 업무(보험료 및 보험금 등 출·수납)

• 제공할 개인(신용)정보의 내용
「개인(신용)정보의 수집·이용에 관한 사항」의 정보내용(단, 각 제공받는 자의 이용목적을 위해 필요한 정보에 한함)

• 제공받는자의 개인(신용)정보 보유·이용 기간
개인(신용)정보를 제공받는 자의 이용목적을 달성할 때까지 (최대거래종료 후 5년까지)

* 각 제공대상기관 및 이용목적의 구체적인 정보는 당사 홈페이지 www.chubb.com/kr 에서 확인할 수 있습니다.

4. 민감정보 및 고유식별정보의 처리에 관한 사항 (동의여부에 대해 V 체크해 주시기 바랍니다.)

당사 및 당사 업무수탁자는 「개인정보 보호법」 및 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」에 따라 **상기 개인(신용) 정보에 대한 개별 동의사항**에 대하여 다음과 같이 귀하의 **민감정보(질병·상해정보)** 및 **고유식별 정보(주민등록번호·외국인등록번호· 운전면허증번호)**를 처리**(수집·이용, 조회, 제공)**하고자 합니다. 이에 대하여 동의하십니까?

질병·상해정보처리 / 주민등록번호·외국인등록번호·운전면허증번호 처리	동의함

본인은 「개인정보보호법」 및 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」에 따라 귀사가 본인의 개인(신용)정보를 상기 내용과 같이 처리하는 것에 동의합니다.

동 의 일 20 년 월 일 *동의일자를 꼭 기재하여 주시기 바랍니다.

아래 계약자 동의인 작성 및 서명해주시고 피보험자가 14세 이상인 경우에는 피보험자도 필히 동의인 서명해 주셔야 합니다. 단 계약자, 피보험자, 수익자가 동일하면 피보험자 부분만 기재하셔도 됩니다.

동의인			직업	주민등록번호	연락처	피보험자와의 관계
계약자		(서명)				
피보험자		(서명)				
수익자		(서명)				

© 2018 처브그룹. Chubb®, 처브 로고 그리고 Chubb. Insured.℠ 는 처브그룹의 등록상표입니다.

사망보험금 지급확인서

보험 계약사항

보험상품명	증권번호	계약자		피보험자	
		성명		성명	
		주민번호		주민번호	

사망보험금 상속인 확인사항

[ ]년 [ ]월 [ ]일 발생한 사고와 관련하여 상기 계약의 피보험자 [ ]의 사망으로 인하여 금번 청구한 보험금 수령과 관련하여 아래의 대표상속인 [ ]이/가 보험금 일체를 수령하며, 향후 이와 관련하여 상속권자 및 기타 이해관계인의 이의 제기시 본인 [ ]이/가 모든 책임을 감수할것을 확인하며 서명날인하여 제출합니다.

날짜: [ ]년 [ ]월 [ ]일

- 대표상속인을 지정하지 않을 경우 민법상 법정상속 순위에 따라 보험금이 지급됩니다.

구분	미지정시	지정시
사망보험금	피보험자의 법정상속인	지정된 보험금을 받는 사람

- 민법상 상속순위 : ① 직계비속 ② 직계존속 ③ 형제, 자매 ④ 4 촌이내 방계혈족
  단, 배우자는 제 1, 2 순위 상속인이 있는 경우에는 공동상속인이 되고, 해당 순위자가 없는 경우에는 단독상속인이 됩니다.

대표 상속인 지정 확인

대표 상속인		(인)	대표 상속인		(인)
주민등록번호			주민등록번호		
피보험자관계		연락처	피보험자관계		연락처
상속인		(인)	상속인		(인)
주민등록번호			주민등록번호		
피보험자관계		연락처	피보험자관계		연락처
상속인		(인)	상속인		(인)
주민등록번호			주민등록번호		
피보험자관계		연락처	피보험자관계		연락처

Chubb. Insured.℠

© 2018 처브그룹. Chubb®, 처브 로고 그리고 Chubb. Insured.℠ 는 처브그룹의 등록상표입니다.