

보험금 청구서

※ 보험금을 받는자와 보험대상자가 동일인일 경우 보험대상자란에 기재하시고 보험금을 받는자(중복부분)에는 상동으로 기재하시면 됩니다.

보험 대상자 (피보험자)	성명	주민번호	-	연락처:	-	-	
	주소				휴대폰:	-	-
	e-mail	@	직장명				
	하시는일						
보험금을 받는자 (보험수익자)	성명	주민번호	-	보험대상자와의 관계 :			
	주소				연락처:	-	-
	e-mail	@					
청구 내용	<p>※ 해당하는 청구내용에 (√)하여 주십시오.</p> <p>■ 사망 : 일반재해 () 교통재해 () 질병 () 자살 () ■ 암 : 진단 () 수술 () 입원 () 통원 () 기타 () ■ 장애 : 일반재해 () 교통재해 () 질병 () ■ 일시금수령 () ■ 입원 : 일반재해 () 교통재해 () 질병 () ■ 수술 () ■ 통원 () ■ 골절 () ■ 납입면제 또는 기타 ()</p>						
사고 내용	<p>※ 공공기관에서 발행한 사고증명서류 제출시 작성 생략 가능합니다.</p> <p>■ 사고일시 : 년 월 일 시 분</p> <p>■ 사고장소 :</p> <p>■ 사고경위(6하원칙에 맞게 기재)</p> <p>【교통사고시 기재】</p> <p>■ 자가운전 : <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N ■ 탑승위치 : <input type="checkbox"/> 운전석 <input type="checkbox"/> 조수석 <input type="checkbox"/> 뒷좌석 ■ 음주여부 : <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N ■ 면허여부 : <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N ■ 신고여부 : <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N → 손해보험사 :</p>						
수령방법	<input type="checkbox"/> 방문수령 (센터/지점) <input type="checkbox"/> 은행송금 (은행) (계좌번호) (예금주)						
접수 및 안내 서비스	접수서비스	<input type="checkbox"/> 신청함 : <input type="checkbox"/> SMS <input type="checkbox"/> 내방수령 <input type="checkbox"/> e-mail <input type="checkbox"/> FAX (- -) <input type="checkbox"/> 신청하지 않음					
	안내서비스	<input type="checkbox"/> 신청함 (수익자에게 SMS로 전송됨) <input type="checkbox"/> 신청하지 않음					

※ 회사가 필요하다고 인정하는 경우 회사 또는 외부 위탁업체가 약관에 의거 의료기관이나 관공서에 대한 확인이 있을수 있으니, 이점 양지하시기 바랍니다.

청구자 인적사항	성명	(인) 수익자와 관계 :	접수인
	주민번호		
	연락처	- - (휴대폰 : - -)	
	주소		
	e-mail	@	
	청구일자	년 월 일	

대리 수령시	※ 대리 수령은 직계가족에 한해서만 가능하며, 관계서류 제출 및 인감날인을 하셔야 합니다. 상기 계좌의 예금주로 수령함에 동의함 수익자 (인)		
-----------	--	--	--

접수방법	<input type="checkbox"/> 내방 <input type="checkbox"/> 우편 <input type="checkbox"/> 방문접수(임직원, 모집인) 녹취 년 월 일 시 분
접수자	소속 : 방문접수자 : (인) 접수담당자 : (인)

