

# 보험금청구서

## 1. 인적사항 및 보상 안내 받으실 분

( '\*' 부분은 필수 기재사항입니다.)

|        |                                                                                                                                                 |                |                                                          |
|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------------------------------------------------|
| 피보험자 * |                                                                                                                                                 | 주민번호 *         |                                                          |
| 휴대전화 * |                                                                                                                                                 | 직장명/하시는 일      |                                                          |
| 주 소 *  |                                                                                                                                                 |                |                                                          |
| 접수안내 * | <input type="checkbox"/> 문자 <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> 팩스 <input type="checkbox"/> 전화 <input type="checkbox"/> 우편 | 담당FP<br>접수문자안내 | <input type="checkbox"/> 동의 <input type="checkbox"/> 미동의 |
| 지급안내 * | <input type="checkbox"/> 문자 <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> 팩스 <input type="checkbox"/> 전화 <input type="checkbox"/> 우편 | 담당FP<br>지급문자안내 | <input type="checkbox"/> 동의 <input type="checkbox"/> 미동의 |
| E-mail | (접수 및 지급안내 E-mail 체크시)                                                                                                                          |                | 팩스(번호) (접수 및 지급안내 팩스 체크시)                                |

## 2. 다른 회사 보험가입현황 (손해보험, 생명보험, 공제, 단체보험 등)

☐ 있음 ☐ 없음

|       |                      |
|-------|----------------------|
| 보험회사명 | 1. ( ) 2. ( ) 3. ( ) |
|-------|----------------------|

## 3. 보험금 청구내용 ☐ 추가청구

(해당 사고유형에 V 표시하여 주십시오)

|          |                                                                                                                                                                                                                   |       |  |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--|
| 청구유형     | 상해( <input type="checkbox"/> 교통상해 / <input type="checkbox"/> 일반상해 ) <input type="checkbox"/> 질병 <input type="checkbox"/> 화재 <input type="checkbox"/> 배상책임 <input type="checkbox"/> 도난 <input type="checkbox"/> 기타 |       |  |
| 사고일시     |                                                                                                                                                                                                                   | 사고장소  |  |
| 발병일시(질병) |                                                                                                                                                                                                                   | 진 단 명 |  |
| 청구경위     |                                                                                                                                                                                                                   |       |  |
| 교통사고     | 자동차보험 처리여부 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 처리보험사 :                                                                                                                                        |       |  |

## 4. 보험금 입금 요청계좌

※ 보험금 수령을 타인에게 위임하는 경우 별도의 '위임장' 과 '인감증명서' 를 제출하셔야 합니다.

|                |                                                             |        |  |
|----------------|-------------------------------------------------------------|--------|--|
| 자동이체 계좌        | <input type="checkbox"/> 예금주가 피보험자인 계좌만 입금이 가능합니다.(미성년자 제외) |        |  |
| 피보험자의<br>다른 계좌 | 은행명 :                                                       | 계좌번호 : |  |
|                | 예금주명 :                                                      | 주민번호 : |  |

## 5. 계약자 전자우편 활용

※ 고객의 편의를 제공하기 위함이며 계약자와 피보험자가 상이할 경우 기재하여 주시기 바랍니다.

|        |  |        |  |
|--------|--|--------|--|
| 계약자 성명 |  | E-mail |  |
|--------|--|--------|--|

※ E-mail 안내를 선택하시면 각종 안내사항(장기보험 납입현황 안내, 보험료 미납입에 따른 안내, 만기환급금 지급 예정 안내, 부활가능기간 종료예정안내 등)을 보안 E-mail을 통해 받아보실 수 있어 고객님의 계약을 안전하게 관리할 수 있습니다.(단, 일부 관련 법규 및 약관상 서면안내로 강제된 사항은 계속해서 우편으로 발송됩니다.)

본인은 '보험금 지급절차 안내문' 을 통하여 보상 절차에 관한 정보(담당부서 및 연락처, 지급절차, 예상 심사기간, 지급기일 등)를 안내 받고 이를 숙지하였음을 확인합니다.

|       |                                           |       |      |
|-------|-------------------------------------------|-------|------|
| 작 성 일 | 년 월 일                                     | 작 성 자 | (서명) |
| 법정대리인 | 본인은 다른 법정대리인(친권자) 1인과 합의하여 공동으로 친권을 행사합니다 |       | (서명) |

※ 반드시 피보험자가 작성하시기 바랍니다. 피보험자가 미성년자, 금치산자, 한정치산자인 경우 그 친권자 또는 후견인이 서명하시기 바랍니다. 부모가 공동 친권자인 경우 다른 일방의 의사에 반하지 않는다면 부모 중 일방이 부모 공동명의로 서명할 수 있습니다.

보험사기(고의사고, 허위사고, 허위 입원 · 진단 · 장해, 피해과장, 사고 후 보험가입 등)는 범죄이며, 형법에 의거 10년 이하의 징역이나 2천만원 이하의 벌금에 처해질 수 있습니다. 또한, 이러한 사기 내용 확인 시 보험사는 보험금을 부지급 하거나, 보험계약 해지 및 취소 등을 할 수 있습니다.

※ 보험금 청구시 '보험금 청구'를 위한 동의서' 를 함께 제출해 주시기 바랍니다.

24시간 사고접수, 계약관련 문의

고객상담센터 1566-8000



한국보험협회  
KIA 인증회원



공정거래위원회  
CCM 인증회원



한화손해보험

Hanwha General Insurance

# 보험금 청구를 위한 동의서

## 소비자 권익보호에 관한 사항

본 동의를 거부하시는 경우에는 보험금 청구 및 지급관련 서비스가 일부 제한될 수 있고, 본 동의서에 의한 개인(신용)정보 조치는 귀하의 신용등급에 영향을 주지 않습니다.

### 1. 개인(신용)정보의 수집 · 이용에 관한 사항

당사 및 당사 업무수탁자는 「개인정보보호법」 및 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」에 따라 귀하의 개인(신용)정보를 다음과 같이 수집 · 이용하고자 합니다. 이에 동의하십니까? ( ☐ 동의함 )

#### ☐ 개인(신용)정보의 수집 · 이용 목적

- 보험금지급 · 심사(보험금청구서류 접수대행 서비스 포함) 및 보험사고 조사(보험사기 조사 포함), 보험금 지급 관련 민원처리 및 분쟁대응
- 보험계약 및 보험금 청구에 이해관계가 있는 자에 대한 법규 및 계약상 의무 이행
- 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, 운전면허증번호, 주소, 성별, 직업, 전화번호, 휴대전화번호, 전자우편주소 등), 계좌정보
- 보험사고 조사(보험사기 조사 포함) 및 손해사정업무 수행과 관련하여 취득한 개인(신용)정보(경찰, 공공기관, 의료기관 등으로부터 본인의 위임을 받아 취득한 각종 조사서, 증명서, 진료기록 등에 포함된 개인(신용)정보 포함)
- 법률 및 국제협약 등의 의무이행을 위한 정보
- 금융거래 업무(보험료 및 보험금 등 출 · 수납) 관련 정보

#### ☐ 개인(신용)정보의 보유 · 이용 기간

- 수집 · 이용 동의일로부터 거래종료 후 5년까지(단, 보험금 지급, 금융사고조사, 분쟁해결, 보험사기 방지 · 적발, 민원처리, 법령상 의무이행을 위한 경우에 한하여 보유 · 이용하며, 별도 보관)

### 2. 개인(신용)정보의 조회에 관한 사항

당사 및 당사 업무수탁자는 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」에 따라 귀하의 개인(신용)정보를 다음과 같이 신용정보집중기관 및 보험개발원으로부터 **조회**하고자 합니다. 이에 동의하십니까? ( ☐ 동의함 )

#### ☐ 개인(신용)정보의 보유 · 이용 기간

- 보험금 지급 · 심사(보험금 청구서류 접수대행서비스 포함) 및 보험사고조사(보험사기조사 포함)

#### ☐ 조회할 개인(신용)정보

- 보험계약정보, 보험금지급 관련정보(사고정보 포함), 질병 및 상해 관련 정보

#### ☐ 조회동의 유효 기간 및 조회자(제공받는 자)의 개인(신용)정보의 보유 · 이용 기간

- 수집 · 이용 동의일로부터 거래종료 후 5년까지(단, 보험금 지급, 금융사고 조사, 분쟁해결, 보험사기 방지 · 적발, 민원처리, 법령상 의무이행을 위한 경우에 한하여 보유 · 이용하며, 별도 보관)

### 3. 개인(신용)정보의 제공에 관한 사항

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

#### □ 개인(신용)정보를 제공받는자

- 신용정보집중기관 : 생명보험협회, 손해보험협회, 은행연합회 등 신용정보집중기관
- 공공기관 등 : 금융위원회, 국토해양부, 금융감독원, 보험요율산출기관 등 공공기관, 법령상 업무 수행기관(위탁사업자 포함)
- 보험회사 등 : 생명보험회사, 손해보험회사, 국내·국외 재보험사, 공제사업자, 체신관서(우체국보험), 금융거래 관련 계좌개설 금융기관, 금융결제원
- 업무수탁자 등 : 보험금지급·심사 및 보험사고조사 등에 필요한 업무를 위탁받은 재(보험사고조사)업체, 손해사정업체, 의료기관·의사, 변호사, 위탁 콜센터, FP 등 계약을 모집한 자, 자동차보험의 경우 그 외 건강보험심사평가원, 자동차보험 진료수가분쟁심의회, 손해보험협회 등

#### □ 개인(신용)정보를 제공받는 자의 이용목적

- 신용정보집중기관 : 보험계약 및 보험금지급 관련 정보의 집중관리 및 활용 등 신용정보집중기관의 업무
- 공공기관 등 : 보험업법 및 자동차손해배상보장법 등 법령에 따른 업무수행(위탁업무 포함)
- 보험회사 등 : 보험사고조사(보험사기 조사 포함) 및 손해사정서비스 등 계약이행에 필요한 업무, 보험금청구 서류 접수대행 서비스, 진료비심사, 의료심사 및 자문, 구상금분쟁심의업무(자동차보험에 한함)
- 보험계약 및 보험금 청구에 이해관계가 있는 자에 대한 법규 및 계약상 의무 이행
- 금융거래(보험료 및 보험금 등 출·수납을 위한 금융거래 신청, 자동이체 등 접수) 관련 업무

#### □ 제공할 개인(신용)정보의 내용

- 「1. 개인(신용)정보의 수집·이용에 관한 사항」의 정보내용

#### □ 제공받는 자의 개인(신용)정보 보유·이용기간

- 개인(신용)정보를 제공받는 자의 이용목적을 달성할 때까지(최대 거래종료 후 5년까지)

※ 각 제공대상기관 및 이용목적의 구체적인 정보는 당사 홈페이지[[www.hwgeneralins.com](http://www.hwgeneralins.com)]에서 확인할 수 있습니다.

### 4. 고유식별정보의 처리에 관한 사항

당사 및 당사 업무수탁자는 「개인정보보호법」 및 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」에 의거 상기의 개인(신용)정보에 대한 개별 동의사항에 대하여 다음과 같이 귀하의 민감정보(질병·상해정보) 및 고유식별 정보(주민등록번호·외국인 등록번호, 운전면허증번호)를 처리(수집·이용, 조회, 제공)하고자 합니다. 이에 대하여 동의하십니까?

|                         |                              |
|-------------------------|------------------------------|
| 질병·상해정보 처리              | 동의함 <input type="checkbox"/> |
| 주민등록번호·외국인등록번호, 운전면허증번호 | 동의함 <input type="checkbox"/> |

### 5. 다수계약에 대한 개인(신용)정보 및 민감정보·고유식별 정보처리 동의

보험금 지급과 관련된 다수계약에 상기의 동의여부와 같이 **개인(신용)정보 수집·이용·조회·제공** 및 **민감정보·고유식별 정보처리**를 하는 것에 동의하십니까? ( ☐ 동의함 )

|       |                                           |     |      |
|-------|-------------------------------------------|-----|------|
| 작성일   | 년 월 일                                     | 작성자 | (서명) |
| 법정대리인 | 본인은 다른 법정대리인(친권자) 1인과 합의하여 공동으로 친권을 행사합니다 |     | (서명) |

※ 반드시 피보험자가 작성하시기 바랍니다. 피보험자가 미성년자, 금치산자, 한정치산자인 경우 그 친권자 또는 후견인이 서명하시기 바랍니다. 부모가 공동 친권자인 경우 다른 일방의 의사에 반하지 않는다면 부모 중 일방이 부모 공동명의로 서명할 수 있습니다.

# 보험금 지급절차 안내문

## ◆ 보험금 지급 절차 안내 및 담당자 문의

- 청구서류가 접수되면 아래 절차에 따라 지급심사가 이루어 집니다.
- 보상담당자는 서류 접수된 이후에 정해지며 당사 홈페이지나 고객센터(☎1566-8000)로 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 고객님의께서 손해사정사를 선임하시는 경우에는 그 비용은 고객님의께서 부담하셔야 합니다.

## ◆ 의료심사

- 상해·질병보험 등에서 약관에 따른 보험금 지급여부와 지급금액 결정을 위해 진단서, 의무기록 등 제출하신 자료를 기초로 따라 전문의에 의한 의료심사가 시행될 수 있습니다.
- 의료심사를 위해 의무기록 등을 병원으로부터 입수하는 경우에는 고객의 동의서를 받아 진행되며, 제출하신 진단서 등의 적정성 판단을 위해 재감정을 하는 경우 비용은 한화손해보험이 부담합니다.

## ◆ 보험사간 치료비 분담지급(비례보상 적용)

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

## ◆ 보험금 지급안내 및 절차 조회 방법

- 보험금 심사 및 지급에 관한 사항은 당사 인터넷 홈페이지([www.hwgeneralins.com](http://www.hwgeneralins.com))에서 확인 가능합니다.
- 보험금이 지급되는 경우에는 청구 시 선택하신 방법으로 지급금액이 안내 됩니다. 문의사항이 있으시면 지급금 안내 시 통보되는 담당자 전화번호로 문의 하시기 바랍니다.

## ◆ 보험금 부지급 결정 및 재심사 청구

- 보험약관에 따라 보험금 부지급으로 결정되는 경우 구체적인 사유를 유선으로 안내하며, 부지급 결정에 동의하지 않는 경우 담당자에게 재문의 혹은 소비자보호파트로 통보 하시면 재심사를 받으실 수 있습니다.
- 인터넷 접수 : 당사 홈페이지([www.hwgeneralins.com](http://www.hwgeneralins.com))
- 우편접수 : 서울시 영등포구 여의대로 56(여의대로) 소비자보호파트
- 전화상담 : 1566-8000

## ◆ 예상 지급기일 및 지연이자 지급

- 상해·질병사고는 최종 서류접수일로부터 3일, 재물·배상책임 손해 및 재산 손해에 대한 보험금은 지체 없이 지급할 보험금을 결정하고 7일 이내에 보험금을 지급하여 드립니다.
- 보험금 지급 지연 시에는 사유와 지급예정일을 안내 드리며, 지급예정일을 초과한 경우에는 약관상 규정된 내용에 따라 지연이자를 지급 하여 드립니다.

## ◆ 보험금 청구권의 소멸시효

- 보험금 청구사유 발생일로부터 3년입니다.

**보험금 청구  
접수처 및 상담문의**

- 팩스접수 : 0502-779-1004 / 0502-777-6488
- 우편접수 : 서울시 용산구 한강대로 38길35 태승빌딩 3층  
장기보험금 접수 담당자 우편번호) 140-844
- 고객상담센터 : 1566-8000