

사고보험금 청구서

개인(신용)정보 처리동의서를 작성하여 사고보험금 청구서 및 청구서류(병원서류)와 함께 제출하여 주시기 바랍니다.

피보험자	성명		주민번호	-	휴대전화	
보험수익자	성명	<input type="checkbox"/> 상동(동일시 체크)	주민번호	<input type="checkbox"/> 상동(동일시체크)-	휴대전화	<input type="checkbox"/> 상동(동일시 체크)
	주소				전화번호	☎ () -
	휴대전화		E-mail		직종(업종)	
보험금수령계좌	은행명		계좌번호		예금주	
사고 분할보험금 수령방법 (b 암보험Ⅲ 등)	<input type="checkbox"/> 일시금 ※일시금 선택시 약관에 따라 정해진 이율로 할인한 금액을 선지급하여 드립니다 <input type="checkbox"/> 분할(매년/매월) ⇒금번 청구와 관련하여 향후 별도의 요청없이 약관상 정해진 보험금지급일에 요청계좌로 자동송금됩니다					
	증권번호	상품명	급부명	증권번호	상품명	급부명
	●보험수익자(예금주) (서명)					

청구안내서비스	진행단계문자안내	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
	지급지연유선안내	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
	지급내역유선안내	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오

청구범위	<ul style="list-style-type: none"> • 확인된 사고내용과 관련하여 당사에 정상 유지중인 보험계약이 담보하는 모든 보험금을 지급하여 드립니다 <input type="checkbox"/> 전부청구 <input type="checkbox"/> 일부청구 • 일부청구를 체크시 사유 기재 : () • 이하 세부항목들을 상세히 체크. 기재시 보다 신속한 보험금 지급이 가능합니다
청구사유	<input type="checkbox"/> 사망 <input type="checkbox"/> 장애 <input type="checkbox"/> 진단(골절포함) <input type="checkbox"/> 입원 <input type="checkbox"/> 수술 <input type="checkbox"/> 치아 <input type="checkbox"/> 기타()
발생원인	<input type="checkbox"/> 질병(신체 내부요인으로 몸이 불편한 경우) <input type="checkbox"/> 재해(급격·우연한 외부사고로 신체가 다친 경우) <input type="checkbox"/> 자살
사고내용	사고일시 : 년 월 일 시 사고장소 : 사고경위 : 육하원칙에 맞게 기재

기타 안내사항 및 확인 서명

- 아래 각 사항은 보험업법 제 95 조의 2 제 3 항, 제 4 항 등 관계법령에 의하여 충분히 이해하였음을 확인하고, 청구서 하단에 자필로 확인 서명(또는 기명날인) 합니다.
- 모든 항목은 누락없이 작성하여 주시기 바랍니다
- 특히, 휴대전화 및 E-mail 주소는 청구보험금 진행·결과 안내에 필요한 필수 정보로 반드시 작성해 주셔야 합니다.
- 만일, E-mail 주소를 기재하지 않으시면 당사에 등록된 E-mail 주소로 청구보험금관련 사항을 안내드립니다.
- 청구보험금의 심사 담당부서 및 연락처는 교보라이프플래닛생명보험(주) 보험심사팀이며, 연락처는 02-6020-8133 입니다.
- 청구하신 보험금은 지급사유가 인정될 경우 보험금 청구서류를 접수한 날(서류가 회사에 도착한 날)부터 3 영업일 이내 (단, 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10 영업일 이내)에 심사를 완료하여 지급해 드리며, 보험금 심사·지급이 지연되는 경우에는 그 지연사유를 별도로 설명 드리고 아울러 소정의 가산금을 더하여 지급합니다.
- 회사가 필요하다고 인정하는 경우 회사 또는 외부 위탁업체가 약관에 의거 의료기관이나 관공서에 대한 확인이 있을 수 있으며, 그에 따른 추가서류를 요구할 수 있으니 이점 양지하여 주시기 바랍니다.
- 사망보험금 지급 시 미납된 보험료가 있는 경우, 회사는 약관에 의거 미납된 보험료를 사망보험금에서 차감하여 지급합니다.
- 장애로 보험료납입면제를 신청한 경우, 미납보험료는 수납 후 처리하여 드립니다
- 보험금 지급심사 결과에 따라 보험계약이 해지되는 경우 그 취지를 보험계약자에게 통지하고 해지환급금을 지급합니다.
- ※ 주의 : 보험사기(허위입원, 고의사고, 사고조작, 피해과장등)는 범죄행위로서 보험사기방지 특별법상 10 년이하의 징역이나 5 천만원이하의 벌금에 처해질 수 있으며, 보험가입 제한등 금융거래가 제한될 수 있습니다

년 월 일

보험수익자 : _____ (서명)

피보험자와의 관계 : _____ (서명)

교보라이프플래닛생명보험(주) 귀중

해외 거주자 및 납세의무자 확인서

본 확인서는 상호주의에 따른 정기적인 금융정보의 교환을 위한 조세조약의 이행과 관련하여 「국제조세 조정에 관한 법률」 제 31 조 및 같은 법 시행령 제 47 조에 의거한 「정기 금융정보 자동교환을 위한 조세 조약 이행규정」에 의하여 작성이 요구되는 필수서식입니다.

※ 본 확인서 작성은 청구사유가 **사망보험금**에 한하여 보험수익자가 보험수익자 정보를 작성하시면 됩니다.

◎ 고객 인적사항

보험수익자 성명	생년월일	전화번호
주소		

◎ 고객 확인사항(FATCA)

가. 미국 납세의무자(시민권자, 영주권자, 미국세법상 미국 거주자)에 해당합니까?

예 아니오

나. 위에서 '예'에 체크한 경우 아래 내용을 작성해 주시기 바랍니다.

유형	<input type="checkbox"/> 미국시민권자(이중국적자포함) <input type="checkbox"/> 미국영주권자 <input type="checkbox"/> 미국세법상 미국거주자		
성명(영문)	납세자번호		
거주주소(영문)			

※ 납세자번호(TIN) : SSN 또는 ITIN

◎ 고객 확인사항(CRS)

가. 한국 이외의 조세목적상 거주지가 있습니까? 예 아니오

나. 위에서 '예'에 체크한 경우 아래 내용을 작성해 주시기 바랍니다.

성명(영문)			
국가(영문)	납세자번호	거주주소(영문)	

※ 국가 : 조세목적상 거주지 국가

◎ 본인확인

- 본인은 본 확인서를 작성함에 있어 기재 내용에 오류 또는 허위가 없음을 확인하며, 기재 내용에 변경이 있을 경우 30일 이내에 귀사에 통지하겠습니다.
- 본인은 상황 변경이 있는 경우 본 확인서 작성 요청일로부터 90일 이내에 변경된 내용에 대한 본 확인서를 제출하겠습니다.
- 본인은 보고대상 금융계좌에 해당하는 경우 또는 본 서식에 요청된 정보가 제공되지 않을 경우 관련 법에 의해 개인정보 및 계좌(계약) 관련 정보가 국세청에 보고되고 거주관할권 등에 제공될 수 있음을 충분히 설명 듣고 이해하였습니다.

작성일자 : 20 년 월 일

작성자	성명 :	서명 :	
법정대리인 (친권인)	성명 :	서명 :	관계 :
	성명 :	서명 :	관계 :

교보라이프플래닛생명보험(주) 귀중

사고보험금 청구서류 안내장

보장내역		청 구 서 류		발급처	
공통	기본	①사고보험금청구서 및 개인(신용)정보처리동의서 ②보험수익자 신분증 사본 ③보험수익자 통장사본(사전 미등록 계좌)		회사양식 관공서 금융기관	
	추가	1.가족관계 확인필요시 수익자 추가서류 가족관계확인서류(예 : 가족관계증명서, 혼인관계증명서등) *보험수익자가 미성년자인 경우 친권자가 청구 2.재해사고시 입증서류(택 1) ①교통사고 : 공공기관(경찰서, 소방서 등), 손해보험사, 공제조합(버스, 화물, 택시)사고사실확인서 ②산업재해 : 산업재해처리내역서 또는 보험급여지급확인서 ③군인재해사고 : 공무상병인증서 ④의료사고 등 법원보행 : 법원판결문 ⑤기타 재해사고 : 공공기관(경찰서, 소방서 등) 사고사실확인서 ⑥확인서류 발급불가 재해사고 : 병원초진차트 등 재해사고 증명서류 ⑦자살 : 경찰서 발행 변사사실확인원		주민센터 서류별상이	
사 망	기본	①사망진단서(사체검안서) 원본 ②사망진단서(사체검안서) 사본 및 기본증명서(사망사실 기재)		의료기관 및 주민센터	
	추가	①수익자미정시 추가 요청서류 - 상속관계확인서류(예시 : 기본증명서, 가족관계증명서, 제적등본, 혼인증명서등) - 상속인 각각의 인감증명서 또는 본인서명사실확인서 - 대표수익자 지정동의서 다운로드 작성		주민센터 주민센터 회사양식	
입 원 비	선택	①입·퇴원확인서(*진단명이 명시된 경우 진단서 생략가능) ②진단서 ※ 입원비보험경우 상기의 환자구분이 명시된 진료비계산서영수증 必 추가 제출		의료기관 의료기관 의료기관	
후 유 장 해	선택	①후유장애진단서 * 일반진단서로 대체가 가능한 경우 ①(일반)진단서		의료기관(종합병원) 의료기관	
	추가	* 일반진단서 제출 시 추가필요서류 ②만성신부전 : 혈액투석(최초투석일, 환자상태 기재) ③사지절단(절단부위 명시) : X-RAY 결과지 ④인공관절치환술(치환일자, 부위 명시) : 수술기록지 ⑤비장·신장·안구적출(적출일자, 부위 명시) : 수술기록지 ⑥장기전절제(절제일자, 부위 명시) : 수술기록지		의료기관 의료기관 의료기관 의료기관 의료기관	
수 술	기본	①진단명(질병분류코드)수술명수술일자가 포함된 서류(예수술확인서 진단서 등) ※수술비보험의 경우 상기의 진료비계산서, 급여수가코드(EDI 포함)가 명시된 진료비세부내역서 必 추가 제출		의료기관 의료기관	
골 절	선택	* 진단명(질병분류코드)진단일자가 포함된 서류 ①의사소견서 또는 진단서 ②통원확인서(입·퇴원확인서) + X-RAY 결과지		의료기관 의료기관	
치 아	기본	①치아치료확인서(회사양식) 또는 치과치료진단서 *치아번호, 치아치료종류,치아진단확정일 및 치료종료일등 기재 필수 ②치과진료기록사본		의료기관 의료기관	
	공통	기본	①진단서(진단명, 질병분류코드 포함)		의료기관
진 단	암	기본	①암/제자리암/경계성종양 : 조직검사결과지 -백혈병 : 골수검사지 및 혈액검사 결과지 -뇌/폐/췌장암 : 방사선 판독결과지(조직검사 못할 경우) -간 : 방사선 판독결과지(조직검사 못할 경우) 및 혈액검사 결과지		의료기관
		기본	①CT, MRI 등 방사선 판독 결과지		의료기관
	급성심근경색	기본	①각종 검사결과지(관상동맥조영술결과지, 심전도결과지, 근효소결과검사지 등)		의료기관
	말기폐질환	기본	①폐기능검사, 흉부 X 선검사, 동맥혈 가스분석검사등의 검사결과지		의료기관
	태 아	신생아 입원비	기본	①출생증명서 ②가족관계증명서) ③진단서 및 입·퇴원확인서(*진단서에 입원기간이 포함된 경우 입·퇴원확인서 생략가능)	
유산		기본	①진단서		의료기관
사산		선택	①사산증명서 ②진단서		의료기관

* 가족관계 확인서류는 대한민국 정부민원 포털사이트 민원 24 시(www.minwon.go.kr) 등에서 발급 가능합니다.

* 의료기관에 대한 서류별 발급비용은 해당 의료기관 및 건강보험심사평가원(http://www.hira.or.kr) 홈페이지(병원·약국·비급여진료비정보) 참고가능 합니다.

* 조사가 필요한 경우 신분증사본과 위임장, 동의서등이 추가로 필요할 수 있습니다.

* 자세한 내용은 당사 홈페이지(http://www.lifeplanet.co.kr)를 통해 확인할 수 있으며, 기타 문의사항은 당사 고객센터(1566-0999)를 이용하여 주시기 바랍니다.

치아보험금 청구서류 안내장

■ 공통서류 : 1. 사고보험금청구서 및 개인(신용)정보처리동의서 2. 수익자 신분증 앞면 사본

구분	당사 치과치료확인서 (치과 병·의원 담당자가 작성)	X-Ray	진료기록 사본	기타
보철치료 (임플란트/브릿지/틀니)	●	●	●	※ 아래 내용이 포함되어야 함 (1)치료한 치아(보철치료의 경우 발치한 영구치)의 명칭 및 치아번호 (2) 진단명, 한국표준질병분류번호 (3) 해당 치아의 내원 당시 치아상태 (4) 치아의 치료원인(보철치료의 경우 발치원인) (5) 치과내원일, 치과치료 진단확정일, 치료시작일 (보철치료의 경우 발치일자) 및 치료종료(예정)일
충전치료 크라운치료 신경치료	●		●	상기 항목 외 필수 기재사항 : 충전치료의 경우 충전치료재료 및 방법

※ 상기서류외 보험금심사과정에서 확인이 필요한 경우 추가서류를 요청할 수 있으며, 구비서류는 원본기준에 한합니다.

치아보험 주요 안내사항

- 치과치료보장개시일은 계약일(부활)부터 그 날을 포함하여 90 일이 지난 날의 다음날
- 치과치료보장개시일 이후 계약일로부터 1 년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지 치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)으로 진단받고 최초로 충전치료, 크라운치료, 신경치료(치수치료)한 경우 해당 치료보험금의 50%를 지급
- 치과치료보장개시일 이후에 계약일로부터 2 년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지 약관에서 정한 보장대상이 되는 치아발치의 원인으로 치아를 발치하고 보철치료를 한 경우 해당 치료보험금의 50%를 지급
(연간보장한도 : 임플란트/브릿지 - 발치치아 年 3 개 限, 틀니 - 보철물 年 1 회 限, 크라운 및 신경치료 - 치료치아 年 3 개 限, 인레이-온레이 - 치료치아 年 3 개 限, 인레이-온레이 外 - 치료치아 年 5 개 限)

※ 치아보험 보장내용에 주요 안내사항입니다. 기타 자세한 사항은 해당약관을 참조하시기 바랍니다.