

# 보험금 청구서 (인보험)

## MG손해보험주식회사 귀중

### ◆ 보험계약 인적사항

피보험자	성명	박 ○ ○	주민번호	6 0 0 0 0 0 - 1 0 0 0 0 0 7	의료급여수급권자 <input type="checkbox"/>
	휴대전화	010 - 0000 - 0000	직업/직무	운전기사 / 버스운전	
	주소	서울 강남구 테헤란로 ○ ○ ○ ○ 동 ○ 호			

※ 기존에 당사에 제공하신 고객정보와 상기 휴대전화, 주소가 다른 경우 고객정보가 변경됨에 동의합니다. 예  아니오

보험계약자	성명	박 ○ ○	주민번호	6 0 0 0 0 0 - 2 0 0 0 0 0 7	피보험자와 동일 <input type="checkbox"/>
-------	----	-------	------	-----------------------------	-----------------------------------

보상안내 받을분	피보험자 <input checked="" type="checkbox"/> , 계약자 <input type="checkbox"/> , 기타 <input type="checkbox"/>		▶ 성명 :	관계 : 피보험자의 ( )	
	휴대전화		팩스		E-Mail

☞ 접수, 진행, 처리결과는 휴대전화 문자(SMS)로 안내됩니다. 다른 방법으로 안내를 원하실 경우 아래 항목에 체크(✓) 바랍니다.

안내방법 : 전자우편(E-Mail)  팩스  서면(우편)

### ■ 사고 관련사항 (해당 항목 칸에 체크(✓) 하시고 내용을 작성하여 주시기 바랍니다.)

☞ 확인된 사고내용과 관련하여 당사에 정상 유지 중인 보험계약이 담보하는 모든 보험금을 지급해 드립니다.  
(일부 보험금 청구를 원하실 경우 취지 및 청구하려는 보험금등을 아래 참고사항에 기재하여 주십시오.)

유형	<input type="checkbox"/> 질병	신체 내부요인으로 몸이 불편한 경우	<input checked="" type="checkbox"/> 상해	급격 우연한 외래사고로 신체를 다친 경우	
	세부	<input checked="" type="checkbox"/> 의료비	병원에 입원, 통원하여 의료비를 지출한 경우	<input type="checkbox"/> 사망	피보험자가 사망한 경우
		<input checked="" type="checkbox"/> 수술	병원에서 의사에 의해 수술(절단, 절제등) 한 경우	<input type="checkbox"/> 장애	상해, 질병이 치유된 후 신체 훼손이 영구히 남은 경우
		<input type="checkbox"/> 진단	특정 질병에 대해 진단이 최종 확정 된 경우	<input type="checkbox"/> 운전자	교통사고로 인하여 비용(벌금, 처리비용 등)이 발생한 경우

세 부 내 용	사고일(발병일)	2018 년 1 월 2 일 13 시	사고장소	서울 강남구 선릉역 2번 출구 앞 도로
	사고경위 (6하 원칙 작성)	남편 승용차를 타고 가던 중 정차해 있던 앞차 뒷부분과 충돌하여 가슴을 다쳐 서울대병원 응급실 내원하여 치료 시행함.		

참 고	*동일사고(병명)로 과거 청구가 있는 경우		진단명/증상	병원명	진료과목
	추가 청구여부	기존 청구 접수번호	늑골골절	서울대병원	정형외과
	예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input checked="" type="checkbox"/>				
사 항	교통	자동차보험 접수	예 <input checked="" type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> (자동차 보험사 : ○ ○ 해상 )	이륜차사고	예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input checked="" type="checkbox"/>
	사고	사고차량번호	○○ 도 ○ ○ ○ ○ ○	탑승위치	운전석 <input type="checkbox"/> , 조수석 <input checked="" type="checkbox"/> , 뒷좌석 <input type="checkbox"/> , 보행중 <input type="checkbox"/> , 기타 <input type="checkbox"/>
	일부청구				

### ■ 다른 보험계약사항 (손해/생명보험, 공제, 단체보험 등) : 있음 없음

보험(공제)회사명	1 ( 삼성화재 )	2 ( 우체국보험 )	3 ( )
-----------	------------	-------------	-------

### ■ 보험금 수령 계좌 (✓ 아래계좌 송금, □ 자동이체계좌 송금 단, 자동이체 계좌는 피보험자 본인 계좌인 경우에만 가능합니다.)

금융기관명	○○은행	계좌번호	0000-00000000-00	예금주	박 ○ ○
-------	------	------	------------------	-----	-------

### ■ 청구자 확인사항

- 1) 본인은 별지의 「보험금 지급절차 안내문」을 통하여 보상 절차에 관한 정보(담당부서 및 연락처, 지급절차, 예상 심사기간 및 지급기일 등)를 안내받고 이를 숙지하였음을 확인합니다.
- 2) 본인이 위에 기재한 내용은 사실과 다름이 없음을 확인하며, 「개인정보보호법」 및 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」에 따라 귀사가 본인의 개인(신용)정보를 '개인[신용]정보 처리 표준동의서' 내용과 같이 처리하는 것에 동의합니다.

작성일자	20 ○ ○ 년 ○ ○ 월 ○ ○ 일	보험금청구자 (피보험자/수익자)	박 ○ ○	박
------	----------------------	----------------------	-------	---

※ 보험사기(고의사고, 허위사고, 허위입원·진단·장애, 사고 후 보험가입 등)는 범죄행위이며, 보험사기 방지 특별법에 의거 10년 이하의 징역이나 5천만원 이하의 벌금에 처해질 수 있습니다.

※ 반드시 피보험자/수익자가 서명하시고, 미성년자는 친권자가 서명하며 다른 일방의 의사에 반하지 않는다면 부모 중 일방이 부모 공동명의로 서명할 수 있습니다.

※ 접수하신 청구서류 일체는 어떠한 경우에도 반환하여 드리지 않습니다.

■ 보험금 청구서류 우편접수 : (07294) 서울시 영등포구 문래북로 56, 하스오토메이션코리아빌딩 6층, MG손해 보험(주) 장기보험금접수센터(Tel.1599-8598)

■ 보험금 청구서류 팩스접수 : 0505-088-1646, 1647, 1648, 1649