



다음의 기재사항은 반드시 피보험자 또는 정당한 보험금청구권자가 직접 작성하고, 서명하여야

1. 보험계약 인적사항 및 보상안내

보험계약자	성명		주민번호		연락처	
피보험자 (상해, 질병 발생자)	성명		주민번호		휴대전화	
	주소				일반전화	
	직장명		직업		E-mail	
	하시는 일(구체적으로)				FAX	

※ 보상진행 및 처리결과는 핸드폰문자(SMS)로 간단히 안내되나, E-mail이나 팩스 등 상세안내를 원하시는 경우에는 아래 항목에 표시 바랍니다.
안내방법 : E-mail FAX

2. 다른 보험회사 계약사항 (손해, 생명보험, 공제보험 및 단체보험)

있음 없음 (필수체크사항입니다)

보험회사	상품명	보험회사	상품명	보험회사	상품명

※ 의료비, 벌금, 교통사고처리지원금, 배상책임 등 실비 보상을 받는 계약은 모두 기재해야 합니다.

3. 사고사항 (상해, 질병, 교통사고, 재물/배상) 추가청구(추가청구시 V 표시, 사고접수번호 기재/사고내용 미작성)

사고일시(발병일시)			사고장소(질병제외)		
사고경위 (내원경위)					
병원명(진료과)	(과)	진단명		
교통사고	자동차보험처리 : <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예		처리보험사 :	담당자 및 연락처 :	
	차량번호 :		차량탑승위치 : <input type="checkbox"/> 운전석 <input type="checkbox"/> 조수석 <input type="checkbox"/> 뒷좌석 <input type="checkbox"/> 보행중 <input type="checkbox"/> 기타 ()		

※ 만약 사실과 다르게 기재한 경우 악관조항에 의거 보험금 청구권을 상실하는 불이익을 받을 수도 있습니다.

4. 보험금 지급방법

송금 요청	<input type="checkbox"/> 자동이체계좌 요청(자동이체계좌요청 체크시 아래 계좌번호 기재할 필요 없음, 단 자동이체계좌가 피보험자 본인 계좌인 경우에만 가능)				
	은행명		계좌번호		예금주

※ 보험금을 타인에게 위임하는 경우 보험금청구서 외 별도 「위임장」과 인감증명서를 제출해야 합니다.

5. 개인[신용]정보 처리에 관한 동의 (필수 체크항목으로 각 동의란에 V표시하십시오)

개인(신용) 정보 수집· 이용에 관한 동의	「개인정보보호법」 제15조 및 제22조, 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제32조 및 제33조에 따라, 귀사가 상기 보험사고와 관련하여 취득한 본인의 개인(신용)정보를 보험금 지급 심사, 분쟁·민원업무, 고객관리 및 증빙서류 보존 등의 목적으로 수집·이용하며 동 목적을 달성할 때까지 보유함에 동의합니다.	<input type="checkbox"/> 동의
	귀사가 위와 동일 목적으로 동일 기간동안 본인의 민감정보(건강정보)를 수집·이용하는 것에 동의합니다.	<input type="checkbox"/> 동의
	귀사가 위와 동일 목적으로 동일 기간동안 본인의 고유식별정보를 수집·이용하는 것에 동의합니다.	<input type="checkbox"/> 동의
개인(신용) 정보 제공에 관한 동의	「개인정보보호법」 제17조 및 제22조, 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제32조에 따라, 귀사가 상기 보험사고와 관련하여 취득한 본인의 개인(신용)정보를 보험금 지급 심사, 분쟁·민원업무, 고객관리 및 보험사고 정보의 집중·관리, 타법률상 업무수행 등의 목적으로 금융위, 금융감독원, 손해보험협회, 보험요율산출기관, 보험사, 보험금지급 심사 등에 필요한 업무를 위탁받은 자, 의사·변호사 등 자문처, 보험계약 설계사 등에게 제공할 수 있으며 위 제공 목적이 달성될 때까지 보유 및 이용됨에 동의합니다.	<input type="checkbox"/> 동의
	귀사가 위와 동일 목적으로 동일 기간동안 본인의 민감정보(건강정보)를 제공하는 것에 동의합니다.	<input type="checkbox"/> 동의
	귀사가 위와 동일 목적으로 동일 기간동안 본인의 고유식별정보를 제공하는 것에 동의합니다.	<input type="checkbox"/> 동의
개인(신용) 정보 조회에 관한 동의	「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제32조에 따라, 귀사는 보험금 지급 심사 등의 목적으로 보험사, 손해보험협회 등 신용정보집중기관 및 의료기관으로부터 보험계약정보, 보험금지급정보 등 본인의 신용정보 및 진료정보를 조회할 수 있으며, 이 동의는 조회 목적을 달성할 때까지만 유효합니다.	<input type="checkbox"/> 동의

※ 귀하는 상기 동의를 거부할 수 있습니다. 다만 동의를 하지 않으면 보험금 지급 업무와 관련한 정상적인 서비스 제공이 불가능할 수 있음을 알려드립니다.

※ 상기 각 항목별 정보의 내용, 목적, 제공 대상 등 구체적인 동의의 내용에 대해서는 별지를 참고하시기 바랍니다.

위에 기재한 보험금 청구내용이 사실과 다름이 없음을 확인하며, 개인신용정보 조회, 제공, 활용에 동의함을 확인합니다.

청구일자 : _____ 년 _____ 월 _____ 일 보험금청구인 : _____ (인)
(개인신용정보 제공, 활용동의 포함)

※ 미성년자의 경우 친권자가 서명하며, 다른 일방의 의사에 반하지 않는다면 부모 중 일방이 부모 공동명의로 동의 및 서명할 수 있습니다.

보험금청구서류 접수방법	팩스접수 : 장기보험 0505-136-6500, 단체보험 0505-136-6600 우편접수 : 121-200 서울시 마포구 동교동 162-6번지 교정빌딩 6층 LIG장기보상팀 ※ 당사 홈페이지 www.lig.co.kr 에서도 사고접수 및 보험금청구서류 접수가 가능합니다.
-----------------	--