

## 보험금 청구서

### 인적사항

|                   |              |                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                         |  |  |  |  |  |  |
|-------------------|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| 계약자               | 성명           | 주민등록<br>번호                                                                                                                                                                                 | ▶ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |                                                                                         |  |  |  |  |  |  |
| 피보험자<br>(사고발생자)   | *성명          | *주민등록<br>번호                                                                                                                                                                                | ▶ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |                                                                                         |  |  |  |  |  |  |
|                   | 직업 /<br>하시는일 |                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                         |  |  |  |  |  |  |
|                   | 의료급여<br>수급권자 | <input type="checkbox"/> 대상 <input type="checkbox"/> 대상아님                                                                                                                                  | 장기요양<br>(1,2등급)                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 1등급 <input type="checkbox"/> 2등급 <input type="checkbox"/> 대상아님 |  |  |  |  |  |  |
| 피해자<br>(배상책임에 한함) | 성명           | 연락처<br>(휴대전화)                                                                                                                                                                              | ▶ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |                                                                                         |  |  |  |  |  |  |
| 보상안내<br>받으실 분     | *성명          | *연락처<br>(휴대전화)                                                                                                                                                                             | ▶ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |                                                                                         |  |  |  |  |  |  |
|                   | 추가선택         | <input type="checkbox"/> 이메일 ( <input type="text"/> @ <input type="text"/> ) <input type="checkbox"/> 팩스(번호: <input type="text"/> ) <input type="checkbox"/> 유선(번호: <input type="text"/> ) |                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                         |  |  |  |  |  |  |

※ 당사는 피보험자가 의료급여법상 의료급여 수급권자인 경우, 실손의료보험에 한하여 보험료 할인제도를 운영하고 있습니다.  
 ※ 4세대 실손의료비 갱신시 할인, 할증 등급 결정을 위한 지급보험금 실적에 [산정특례질환으로 인한 비급여의료비]와 [장기요양대상자(1,2,등급 판정자에 한함) 비급여의료비]는 제외합니다.

다른 보험사 가입사항 (손해, 생명, 공제보험 및 단체보험) ▶ ☐ 없음 ☐ 있음 (  ), (  ), (  )

※ 실손의료비, 교통사고처리지원금, 벌금, 변호사선임비용 등 실손담보가 중복으로 가입되어 있을 경우 비례보상 됩니다.

### 보험금 청구내용

▶ ☐ 추가접수 (동일사고로 청구이력이 있는 경우 체크하세요)

사고 번호  
(추가 접수 체크시 기재)

|                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                         |      |                                                                                                                     |                 |    |   |  |  |  |
|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----|---|--|--|--|
| *사고유형           | ▶ <input type="checkbox"/> 질병 <input type="checkbox"/> 상해 <input type="checkbox"/> 배상 <input type="checkbox"/> 재물 <input type="checkbox"/> 가축 <input type="checkbox"/> 농기계<br><small>(신체 내부요인으로<br/>물이 침투한 것)</small> <small>(급격하고 우연한<br/>외부 사고로 다친 것)</small> <small>(제 3자의 재물 또는<br/>신체에 발생한 손해)</small> <small>(피보험자의 재물에<br/>발생한 손해)</small> |                                                         |      |                                                                                                                     |                 |    |   |  |  |  |
| 사고일시            | ▶ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 년 <input type="text"/> <input type="text"/> 월 <input type="text"/> <input type="text"/> 일 <input type="text"/> <input type="text"/> 시 <input type="text"/> <input type="text"/> 분                                                                           |                                                         |      |                                                                                                                     |                 |    |   |  |  |  |
| *사고경위<br>(내원경위) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                         |      |                                                                                                                     | 사고장소<br>(질병 제외) |    |   |  |  |  |
| 진단명<br>(병명)     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                         |      |                                                                                                                     | 최초내원<br>병원/진료과  | 병원 | 과 |  |  |  |
| 교통사고            | 이륜차탑승여부                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 | 탑승위치 | <input type="checkbox"/> 운전석 <input type="checkbox"/> 조수석 <input type="checkbox"/> 뒷좌석 <input type="checkbox"/> 보행중 |                 |    |   |  |  |  |

### 보험금 수령 계좌

▶ 자동이체 계좌로 지급 (보험금 수익자 본인계좌인 경우에만 가능합니다.)

|       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |       |  |  |          |  |  |         |  |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------|--|--|----------|--|--|---------|--|
| *은행명  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | *예금주명 |  |  | *예금주주민번호 |  |  | 피보험자와관계 |  |
| *계좌번호 | ▶ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |  |       |  |  |          |  |  |         |  |

본인은 「보험금 지급절차 안내문」을 통하여 보상절차에 관한 정보를 안내받고 숙지하였음을 확인합니다.

본인은 「보험금 청구를 위한 개인(신용)정보 처리」에 대한 내용을 숙지하였음을 확인합니다.

※ 「보험금 청구를 위한 개인(신용)정보 처리」의 동의를 거부할 경우 보험금 지급이 지연되거나 불가할 수 있습니다.

※ 타인계좌로 송금 받으시려면 별도의 「위임장」과 「인감증명서」를 제출해야 합니다.

|       |   |   |   |       |               |     |    |
|-------|---|---|---|-------|---------------|-----|----|
| 작성일자  | 년 | 월 | 일 | 작성자   | [ 피보험자와의 관계 ] | 성명  | 서명 |
| 접수사무소 |   |   |   | 보험담당자 |               | 연락처 |    |

※ 접수하신 청구 서류는 돌려드리지 않습니다. (보존기간 종료 후 파기됩니다)

※ 보험사기(고의사고, 허위사고, 피해과장, 사고 후 보험가입 등)는 범죄이며, 형법에 의거 10년 이하의 징역 또는 5천만원 이하의 벌금에 처해질 수 있습니다.



## [필수]보험금 청구를 위한 상세 동의서

귀하는 개인(신용)정보의 수집, 이용 및 조회, 제공에 관한 동의를 거부하실 수 있으며, 개인의 신용도 등을 평가하기 위한 목적 이외의 개인(신용)정보 제공 동의는 철회할 수 있습니다. 또한, 본 동의에 의한 개인(신용)정보 조회는 귀하의 신용 점수에 영향을 주지 않습니다. 다만, 본 동의는 '보험금 청구'를 위해 필수적인 사항이므로 동의를 거부하시는 경우 관련 업무수행이 불가능할 수 있습니다.

### 1 수집 · 이용에 관한 사항

|            |                                                                                                                                                                                                                            |
|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 수집 · 이용 목적 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 보험사고 · 보험사기 조사 및 보험금지급 · 심사(손해사정 또는 의료자문 포함)</li> <li>- 보험금청구서류 접수대행 서비스 및 교통사고 처리내역 발급 간소화 서비스</li> <li>- 민원처리 및 분쟁대응, 금융거래 관련 업무</li> <li>- 자동차과실비율분쟁심의업무(자동차보험에 한함)</li> </ul> |
| 보유 및 이용기간  | <p>- <b>동의일로부터 거래 종료 후 5년까지</b><br/>(단, 다른 관련 법령에 해당하는 경우 해당 법령상의 보존기간을 따름)</p> <p>위 보유 기간에서의 거래 종료일이란 "①보험계약 만기, 해지, 취소, 철회일 또는 소멸일 및 ②보험금 청구권 소멸시효 완성일(상법 제662조), ③채권 · 채무 관계 소멸일 중 가장 나중에 도래한 사유를 기준으로 판단한 날"을 말한다.</p> |

### 수집 · 이용 항목

|          |                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 고유식별정보   | <p>주민등록번호, 외국인등록번호, 여권번호, 운전면허번호</p> <p>위 <u>고유식별정보</u> 수집.이용에 동의하십니까? <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/> 동의함</p>                                                                                                                                       |
| 민감정보     | <p>피보험자의 질병 · 상해에 관한 정보(진료기록, 상병명 등), 보험사고 조사 (보험사기 포함) 및 손해사정 업무 수행과 관련하여 취득한 정보(경찰, 공공 · 국가기관, 의료기관 등으로부터 본인의 위임을 받아 취득한 각종 조사서, 증명서, 진료기록 등에 포함된 개인(신용)정보 포함)</p> <p>위 <u>민감정보</u> 수집.이용에 동의하십니까? <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/> 동의함</p>         |
| 개인(신용)정보 | <p>성명, 주소, 생년월일, 이메일, 유 · 무선 전화번호, 성별, 국적, 직업, 피보험자와 수익자의 관계, 국내거소신고번호</p> <p>금융거래 업무 관련 정보(보험금 지급계좌 등), 보험계약정보(증권번호, 상품종류, 기간, 보험가입 금액 등), 보험금 정보(보험금 지급사유, 지급금액 등)</p> <p>위 <u>개인(신용)정보</u> 수집.이용에 동의하십니까? <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/> 동의함</p> |



|              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 제공받는 자       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 공공기관 등 : 금융위원회, 국토교통부, 금융감독원, 국세청, 보험요율산출기관, 행정안전부, 국토해양부, 농림축산식품부, 농촌진흥청, 농업정책보험금융원 등 법령상 업무 수행 기관(위탁사업자 포함)</li> <li>- 종합신용정보집중기관 : 한국신용정보원</li> <li>- 보험회사 등 : 생명·손해보험회사, 국내 재보험사(외국 재보험사의 국내 지점 포함), 공제사업자, 체신관서(우체국보험)</li> <li>- 금융거래기관 : 계좌개설 금융기관, 금융결제원</li> <li>- 계약관계자 : 피보험자, 보험금 청구권자</li> <li>- 보험협회 등 : 생명·손해보험협회</li> <li>- 정책보험 사업시행 관련자(정책보험에 한함) : 지정 수의사(업무약정을 체결한 수의사) 및 대한수의사회(산하기관 포함), 연구기관(보험개발원, 대학, 조사업체 등)</li> </ul> |
| 제공받는 자의 이용목적 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 공공기관 등 : 보험료 국고지원 및 지자체지원 관련 업무 등 법령에 따른 업무수행 (위탁업무 포함)</li> <li>- 종합신용정보집중기관 : 개인(신용)정보 조회, 신용정보의 집중관리 및 활용 등 법령에서 정한 종합신용정보집중기관의 업무 수행, 교통사고처리내역발급간소화 서비스</li> <li>- 보험회사 등 : 중복보험 확인 및 비례보상, 재(재)보험금 청구</li> <li>- 금융거래 기관 : 금융거래 업무</li> <li>- 계약관계자 : 손해사정내용 관련 정보 제공</li> <li>- 보험협회 : 보험금 지급·심사 관련 업무지원(보험금 청구서류 접수 대행 서비스 등)</li> <li>- 정책보험 사업시행 관련자(정책보험에 한함) : 사업현황 확인 및 보조금 정산, 지정 수의사의 진료 및 업무약정 이행 상품개발 및 제도개선 연구 등</li> </ul>      |
| 보유 및 이용기간    | 제공받는 자의 이용목적을 달성할 때까지(관련 법령상 보존기간을 따름)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

※ 본 동의서에 따라 귀하의 개인(신용)정보를 제공받은 외국 재보험사의 국내 지점이 재보험금 청구 등 지원 업무를 위탁하기 위한 경우 별도의 동의 없이 국외 제3자(본점 및 계열사 포함)에 민감정보를 포함한 귀하의 정보(고유식별정보는 제외)를 이전할 수 있습니다.

## 제공 항목

|          |                                                                                                                                                           |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 고유식별정보   | 주민등록번호, 외국인등록번호, 여권번호, 운전면허번호                                                                                                                             |
|          | 위 <u>고유식별정보 제공</u> 에 동의하십니까? <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/> 동의함                                                                |
| 민감정보     | 피보험자의 질병·상해에 관한 정보(진료기록, 상병명 등), 보험사고 조사 (보험사기 포함) 및 손해사정 업무 수행과 관련하여 취득한 정보(경찰, 공공·국가기관, 의료기관 등으로부터 본인의 위임을 받아 취득한 각종 조사서, 증명서, 진료기록 등에 포함된 개인(신용)정보 포함) |
|          | 위 <u>민감정보 제공</u> 에 동의하십니까? <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/> 동의함                                                                  |
| 개인(신용)정보 |                                                                                                                                                           |
| ↳ 일반개인정보 | 성명, 주소, 생년월일, 이메일, 유·무선 전화번호, 성별, 국적, 직업, 피보험자와 수익자의 관계, 국내거소신고번호                                                                                         |
| ↳ 신용거래정보 | 금융거래 업무 관련 정보(보험금 지급계좌 등), 보험계약정보(증권번호, 상품종류, 기간, 보험가입금액 등), 보험금 정보(보험금 지급사유, 지급금액 등)                                                                     |
|          | 위 <u>개인(신용)정보 제공</u> 에 동의하십니까? <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/> 동의함                                                              |

\* 업무위탁을 목적으로 개인(신용)정보를 처리하는 경우 별도의 동의 없이 업무 수탁자(손해사정법인, 의료자문 관련 기관 등)에게 귀하의 정보를 이전할 수 있습니다. (홈페이지 [www.nhfire.co.kr]에서 확인 가능)



2-1 국외 제3자 제공에 관한 사항

|              |                                                                                                                 |
|--------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 제공받는 자       | - 국외 재보험사(재(재)보험 상품을 판매하는 국외 재보험사로 당사 홈페이지 <a href="http://www.nhfire.co.kr">www.nhfire.co.kr</a> 에 명시되어 있는 회사) |
| 제공받는 국가      | - 국외 재보험사의 소재국가(당사 홈페이지 <a href="http://www.nhfire.co.kr">www.nhfire.co.kr</a> 에서 확인 가능)                        |
| 제공시기         | - 재(재)보험금 청구 시점                                                                                                 |
| 제공방법         | - 온라인 전송                                                                                                        |
| 제공받는 자의 이용목적 | - 재(재)보험금 지급 · 심사<br>※ 국내 소재 재보험사가 재보험금 청구를 위해 국외 재보험사로 귀하의 정보를 이전하는 경우를 포함합니다.                                 |
| 보유 및 이용기간    | - 제공받는 자의 이용목적을 달성할 때까지(관련 법령상 보존기간을 따름)                                                                        |

- 1) 1개사 이상의 국외 재보험사에게 정보가 제공될 수 있습니다.
- 2) 국내 소재 재보험사가 재보험 계약 체결을 위해 국외 재보험사에 귀하의 정보를 이전하는 경우에 당사(원수보험사)가 국내 소재 재보험사를 대신하여 동의를 징구하는 경우를 포함합니다.
- 3) 국외 재보험사의 구체적인 명칭 · 소재국 · 연락처는 당사 홈페이지 [www.nhfire.co.kr](http://www.nhfire.co.kr)에서 확인할 수 있습니다.
- 4) 귀하는 본 동의서 "동의하지 않음"란을 선택하거나 당사의 개인정보보호책임자 및 담당부서([nonghyup@nhfire.co.kr](mailto:nonghyup@nhfire.co.kr))에 거부 의사를 표시함으로써 개인(신용)정보 국외 이전을 거부할 수 있습니다.

제공 항목

|          |                                                                                                                                                                      |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 민감정보     | <p>피보험자의 질병 · 상해에 관한 정보(진료기록, 상병명 등), 보험사고 조사(보험사기 포함) 및 손해사정 업무 수행과 관련하여 취득한 정보(경찰, 공공 · 국가 기관, 의료기관 등으로부터 본인의 위임을 받아 취득한 각종 조사서, 증명서, 진료기록 등에 포함된 개인(신용)정보 포함)</p> |
|          | <p>위 민감정보 수집 · 이용에 동의하십니까? <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/> 동의함</p>                                                                         |
| 개인(신용)정보 |                                                                                                                                                                      |
| ↳ 일반개인정보 | 성명, 성별, 생년월일                                                                                                                                                         |
| ↳ 신용거래정보 | 증권번호, 보험계약정보(상품종류, 기간 등)                                                                                                                                             |
|          | <p>위 개인(신용)정보 제공에 동의하십니까? <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/> 동의함</p>                                                                          |



3 조회에 관한 사항

|             |                                                                                                                                                               |
|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 조회 대상 기관    | - 종합신용정보집중기관, 보험요율산출기관, 국토교통부, 생명·손해보험협회                                                                                                                      |
| 조회 목적       | - 종합신용정보집중기관 : 보험사고·보험사기 조사 및 보험금지급·심사, 교통사고 처리내역 발급 간소화 서비스<br>- 보험요율산출기관, 국토교통부 : 보험사고·보험사기 조사 및 보험금지급·심사, 법령에 의한 업무수행 등<br>- 생명·손해보험협회 : 보험금 청구서류 접수대행 서비스 |
| 조회 동의의 효력기간 | 해당 보험거래 종료 후 5년까지 동의의 효력이 지속됩니다.                                                                                                                              |

조회 항목

|          |                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 고유식별정보   | 주민등록번호, 외국인등록번호, 여권번호, 운전면허번호<br>위 <u>고유식별정보 조회</u> 에 동의하십니까? <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/> 동의함                                                                                                                                                          |
| 민감정보     | 피보험자의 질병·상해에 관한 정보(진료기록, 상병명 등), 교통법규 위반정보, 교통사고 조사기록(당사의 요청에 따라 보험요율산출기관이 경찰청으로부터 제공받은 정보)<br>위 <u>민감정보 조회</u> 에 동의하십니까? <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/> 동의함                                                                                              |
| 개인(신용)정보 | <div> <div> <div>일반개인정보</div> <div>성명, 국내거소신고번호, 면허의 효력에 관한 정보</div> </div> <div> <div>신용거래정보</div> <div>보험계약정보(증권번호, 상품종류, 기간, 보험가입금액 등), 보험금 정보(보험금 지급사유, 지급금액 등)</div> </div> </div> 위 <u>개인(신용)정보 조회</u> 에 동의하십니까? <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/> 동의함 |

| 자필서명 | 구분 | 보험금청구권자(피보험자) | 법정대리인(친권자) |  |
|------|----|---------------|------------|--|
|      | 성명 |               | 관계         |  |
|      | 서명 |               |            |  |

\* 미성년자의 경우 친권자가 서명하며, 다른 일방의 의사에 반하지 않는다면 부모 중 일방이 부모공동명의로 동의 및 서명할 수 있습니다.

\* 피해자가 있는 배상책임의 경우 보험금청구권자(피보험자)란은 피해자가 작성하여야 합니다.

년 월 일

