

보험금 청구서

아래의 항목을 모두 작성하시고 보험금 청구서와 개인(신용)정보처리동의서(총 3장)를 모두 접수해 주셔야 정상적인 보험금심사 및 지급이 가능합니다. (문의전화 : 고객센터 1588-0058)

※ 우편(등기) 보내실 곳 : (우)110-130 서울특별시 종로구 삼봉로 48 시그나타워 18층 라이나생명(주) 보험금심사담당자 앞

◆ 피보험자 (보험대상자)

성명	주민등록번호	-	연락처
----	--------	---	-----

◆ 원수익자 (예금주/안내대상자)

보험금 수령을 위임하시는 경우, 피위임자께서는 보험금 수령 위임장 및 개인(신용)정보처리동의서를 추가로 작성하셔야 합니다.

성명	주민등록번호	-	연락처
주소	* 기입하신 주소는 보험금 심사 및 안내장 발송에 사용됩니다. 계약의 주소 변경을 원하시는 경우, 고객센터(1588-0058)로 연락 주시기 바랍니다.		피보험자와의 관계 <input type="checkbox"/> 자녀 <input type="checkbox"/> 부모(친권자) <input type="checkbox"/> 형제자매 <input type="checkbox"/> 친척 <input type="checkbox"/> 지인/후견인/기타 <input type="checkbox"/> 에 <input checked="" type="checkbox"/> 표시

보험금 수령계좌 : 은행명 _____ 계좌번호 _____ (예금주: _____)

주요사항 설명 : ※ 주요사항 설명 : 보험금 청구권자가 보험금 청구 및 지급과정의 주요 안내사항에 대해 서면, SMS를 이용하여 안내 받는 것에 대해 동의하십니까? 동의함 동의거부

◆ 보험금 청구 세부내용 (에 표시)

발생원인	<input type="checkbox"/> 질병 <input type="checkbox"/> 재해 <input type="checkbox"/> 기타 (_____)	
청구사유 (중복선택 가능)	<input type="checkbox"/> 사망 <input type="checkbox"/> 장애 <input type="checkbox"/> 진단 <input type="checkbox"/> 치과치료 <input type="checkbox"/> 수술 <input type="checkbox"/> 입원 <input type="checkbox"/> 골절 <input type="checkbox"/> 통원 <input type="checkbox"/> 실손 <input type="checkbox"/> 기타 (_____)	
사고내용 (상세하게 작성)	• 사고일시 : _____ 년 _____ 월 _____ 일 • 사고경위 : _____	※ 실손의료비 청구 시 기재 병명 <input type="text"/> ※ 치료병명이 2개 이상인 경우, 영수증 상단에도 각각 병명을 기재하여 주시기 바랍니다.

◆ 보험금 접수 및 지급에 관한 안내

- 청구서류가 회사에 도착한 날로부터 3영업일 이내(단, 지급사유의 조사나 확인이 필요한 경우 10영업일 이내)에 보험금을 지급해 드리며, 지급이 지연되는 때에는 해당 약관에 따라 지연이자를 지급해 드립니다. (보험금 심사/조사업무의 일부는 위탁사를 통하여 처리될 수 있습니다.)
- 보험사기(허위치료, 고의사고 및 조작, 피해과장 등)는 범죄이며 형법상 10년 이하의 징역 또는 2천만원 이하의 벌금에 처해질 수 있습니다.

위 내용을 이해하고 동의하였음을 확인하고 보험금을 청구합니다. _____ 년 _____ 월 _____ 일

* 위 확인 날짜를 기재해주시고, 아래 본인이 해당하는 부분에만 성함 기재 및 서명 (또는 날인) 하시기 바랍니다.

* 서명(또는 날인) 이 누락되는 경우 정상적인 보험금 심사 및 지급 서비스가 불가합니다.

피보험자	(인 또는 서명)	친권자 (부/모 및 후견인)	(인 또는 서명)
수익자 (청구인)	(인 또는 서명)		(인 또는 서명)

보험금 청구를 위한 개인(신용)정보 처리 동의서

소비자 권익보호에 관한 사항

본 동의를 거부하시는 경우에는 보험금 청구 및 심사가 불가능하므로, **모든 항목에 ✓표시하여 보험금 청구서와 함께 제출해주셔야 합니다.** (본 동의서에 의한 개인(신용) 정보 조회는 고객님의 신용등급에 영향을 주지 않습니다.)

※ 피보험자와 수익자가 동일하면 [피보험자란]에만 ✓표시 하셔도 됩니다.

※ 아래에 와 같이 굵게 표시된 부분은 모두 작성하여 주시기 바랍니다.

피보험자 성명		주민등록번호	-
----------------	--	---------------	---

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 대하여 동의하십니까? (안에 ✓표시)

개인(신용)정보 수집·이용 동의여부	피보험자	<input type="checkbox"/> 동의함	수익자	<input type="checkbox"/> 동의함
----------------------------	------	------------------------------	-----	------------------------------

■ 개인(신용)정보의 수집·이용 목적

- 보험금지급·심사(보험금청구서류 접수 또는 입력 대행 서비스 포함) 및 보험사고 조사(보험사기 조사 포함), 보험금지급관련 민원처리 및 분쟁대응
- 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, 주소, 전화번호, 전자우편주소 등), 계좌정보, 귀사 및 타보험사[채신관서(우체국보험, 공제사업자 포함)]의 보험계약정보 및 보험금지급정보(사고정보 포함)
- 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)
- 보험사고증명서류(진단서 등) 및 발급 의료기관에 추가 조회하여 확인한 의료 정보

(※ 접수해주신 보험사고증명서류(병원발급서류)에 오류가 있거나 내용이 미비하여 심사가 불가능한 경우, 보험금심사 담당자가 해당 의료기관에 유선 확인 후 심사할 수 있으며 유선 확인이 불가능한 경우에는 고객님의 추가로 서류를 요청드릴 수 있습니다.)

■ 개인(신용)정보의 보유·이용 기간

- 수집·이용 동의일로부터 거래종료 후 5년까지(단, 거래종료 후 5년이 경과한 후에는 보험금 지급, 금융사고 조사, 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 **신용정보 집중기관(보험협회) 및 보험요율 산출기관(보험개발원)**으로부터 조회하고자 합니다. 이에 대하여 동의하십니까? (안에 ✓표시)

개인(신용)정보 조회 동의여부	피보험자	<input type="checkbox"/> 동의함	수익자	<input type="checkbox"/> 동의함
-------------------------	------	------------------------------	-----	------------------------------

■ 개인(신용)정보 조회목적

- 보험금지급·심사(보험금청구서류 접수 또는 입력 대행 서비스 포함) 및 보험사고 조사(보험사기 조사 포함)

■ 조회할 개인(신용)정보

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

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

- 수집·이용 동의일로부터 거래종료 후 5년까지(단, 거래종료 후 5년이 경과한 후에는 보험금 지급, 금융사고 조사, 분쟁해결, 민원처리, 법령상 의무이행을 위한 경우에 한하여 보유·이용하며, 별도 보관함)

3. 개인(신용)정보의 제공에 관한 사항

당사 및 당사 업무수탁자는 「개인정보보호법」 및 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」에 따라 귀하의 개인(신용)정보를 다음과 같이 제 3 자에게 제공하고자 합니다. 이에 대하여 동의 하십니까?
(안에 표시)

개인(신용)정보 제공 동의여부	피보험자	<input type="checkbox"/> 동의함	수익자	<input type="checkbox"/> 동의함
------------------	------	------------------------------	-----	------------------------------

■ 개인(신용)정보를 제공받는 자

- 신용정보집중기관 : 생명보험협회, 손해보험협회 등 신용정보집중기관
- 공공기관 등 : 금융위원회, 금융감독원, 보험요율산출기관 등 공공기관, 법령상 업무 수행기관(위탁사업자 포함)
- 보험회사 등 : 생명보험사, 손해보험사, 국내·국외 재보험사, 공제사업자, 체신관서(우체국보험), 금융거래 관련 계좌개설 금융기관, 금융결제원
- 업무수탁자 등 : 보험금지급·심사 및 보험사고조사 등에 필요한 업무를 위탁받은 손해사정업체, 보험사고 입력 대행업체, 의료기관·의사, 변호사, 콜센터(고객안내업무), 우편물 발송 대행 업체 등

■ 개인(신용)정보를 제공받는 자의 이용목적

- 신용정보집중기관 : 보험계약 및 보험금지급 관련 정보의 집중관리 및 활용 등 신용정보집중기관의 업무
- 공공기관 등 : 보험업법 등 법령에 따른 업무수행(위탁업무 포함)
- 보험회사 등 : 보험사고조사(보험사기 조사 포함) 및 손해사정서비스 등 계약이행에 필요한 업무, 보험금청구서류 접수대행 서비스, 진료비심사, 의료심사 및 자문, 소견서, 진료기록열람, 법률자문 및 소송관련 업무 등
- 금융거래 업무(보험료 및 보험금 등 출·수납)

■ 제공할 개인(신용)정보의 내용

- 「1. 개인(신용)정보의 수집·이용에 관한 사항」의 정보내용 (단, 제공 사유가 발생하는 경우에 한하여, 각 제공받는 자의 이용 목적에 필요한 범위 내에서 제공됩니다.)

■ 제공받는 자의 개인(신용)정보 보유·이용기간

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

※ 각 제공기관 및 이용목적의 자세한 내용은 당사 홈페이지<http://www.lina.co.kr> “개인정보처리방침”에서 확인할 수 있습니다.

4. 고유식별정보의 처리에 관한 사항

당사 및 당사 업무수탁자는 「개인정보보호법」 및 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」에 따라 상기의 개인(신용)정보에 대한 개별 동의사항에 대하여 다음과 같이 귀하의 민감정보(질병·상해정보) 및 고유식별정보(주민등록번호·외국인등록번호)를 처리(수집·이용, 조회, 제공)하고자 합니다. 이에 동의하십니까? (안에 표시)

질병·상해정보 처리 동의여부	피보험자	<input type="checkbox"/> 동의함	※ 수익자는 질병·상해정보가 처리되지 않습니다.	
주민등록번호·외국인등록번호 처리 동의여부	피보험자	<input type="checkbox"/> 동의함	수익자	<input type="checkbox"/> 동의함

- ※ 피보험자/수익자/친권자/후견인이 각각 다른 경우, 해당하는 분 모두 성명 및 서명(또는 날인)해주시기 바랍니다.
- ※ 대표수익자를 지정하는 경우, 아래 수익자 서명란에는 대표수익자 1인께서 성명 및 서명(또는 날인)해주시면 됩니다.

20 년 월 일

피보험자	(인 또는 서명)	친권자 (부/모 및 후견인)	(인 또는 서명)
수익자 (청구인)	(인 또는 서명)		(인 또는 서명)

- ※ 우편(등기) 보내실곳: ☎110-130 서울특별시 종로구 삼봉로 48 시그나타워 18층 (주)라이나생명 보험금심사담당자 앞(고객센터 1588-0058)

라이나생명보험주식회사 귀중



보험금 청구 및 개인(신용)정보 처리 동의서 작성요령

* 아래 내용은 작성 예시입니다.



보험금 청구서

아래의 항목을 모두 작성하시고 보험금 청구서와 개인(신용)정보처리동의서(총 3장)를 모두 접수해 주셔야 정상적인 보험금심사 및 지급이 가능합니다. (문의전화 : 고객센터 1588-0058)

※ 우편(통기) 보내실 곳 : (우)1110-130 서울특별시 중구구 서문로 48 সিഗ്നା라이না생명보험금심사담당자 앞

◆ 피보험자 (보험대상자)			
성명	홍길동	주민등록번호	123456-1234567 연락처 123-456-7890123
◆ 원수이자 (예금주/안내대상자) <small>보험금 수령을 위임하시는 경우, 피보험자께서는 보험금 수령 위임장 및 본인(신용)정보처리동의서를 추가로 작성하셔야 합니다.</small>			
성명	홍길순	주민등록번호	555555-1122112 연락처 010-9999-8888
주소	서울시 종로구 삼봉로 48	피보험자와의 관계	<input checked="" type="checkbox"/> 자녀
	<small>* 가입하신 주소는 보험금 심사 및 안내용 발송에 사용됩니다. 계약의 주소 변경을 원하시는 경우, 고객센터(1588-0058)로 연락 주시기 바랍니다.</small>		<input type="checkbox"/> 부모(친권자)
보험금 수령계좌	은행명 00은행	계좌번호	123-456-7890123 (예금주: 홍길순)
주요사항 설명	* 주요사항 설명 : 보험금 청구권자가 보험금 청구 및 지급과정의 주요 안내사항에 대해 서면, SMS를 이용하여 안내 받는 것에 동의하십니까? 동의함 <input type="checkbox"/> 동의거부 <input type="checkbox"/>		
◆ 보험금 청구 세부내용 (<input type="checkbox"/> 에 <input checked="" type="checkbox"/> 표시)			
발생원인	<input type="checkbox"/> 질병 <input checked="" type="checkbox"/> 재해 <input type="checkbox"/> 기타 ()		
청구사유 (동복선택 가능)	<input type="checkbox"/> 사망 <input type="checkbox"/> 장애 <input type="checkbox"/> 진단 <input type="checkbox"/> 치료자료 <input type="checkbox"/> 수술 <input type="checkbox"/> 입원 <input checked="" type="checkbox"/> 목질 <input type="checkbox"/> 동원 <input type="checkbox"/> 실손 <input type="checkbox"/> 기타 ()		
사고내용 (상세하게 작성)	* 사고일시 : 2015년 1월 20일		* 실손의료비 청구 시 기재
	* 사고경위 : 화장실에서 미끄러져 넘어짐		병명
	<small>* 치료병명이 2개 이상인 경우, 영수증 상당에도 각각 병명을 기재하여 주시기 바랍니다.</small>		

◆ 보험금 접수 및 지급에 관한 안내

- 청구서류가 회사에 도착한 날로부터 3영업일 이내(단, 지급사유의 조사나 확인이 필요한 경우 10영업일 이내)에 보험금을 지급해 드리며, 지급이 지연되는 때에는 해당 약관에 따라 지연이자를 지급해 드립니다. (보험금 심사/조사업무의 일부는 위탁사를 통하여 처리될 수 있습니다.)
- 보험사기(허위치료, 고의사고 및 조작, 피해과장 등)는 범칙금 10년 이하의 징역 또는 2천만원 이하의 벌금에 처해질 수 있습니다.

위 내용을 이해하고 동의하였음을 확인하고 보험금을 청구합니다. 2015년 1월 27일

* 위 확인 날자를 기재해주시고, 아래 분야에 해당하는 부분에만 성명 기재 및 서명 (또는 날인) 하시기 바랍니다.
* 서명(또는 날인) 이 누락되는 경우 정상적인 보험금 심사 및 지급 서비스가 불가합니다.

피보험자	홍길동 (인 또는 서명)	친권자 (부/모 및 후견인)	(인 또는 서명)
수익자 (청구인)	홍길순 (인 또는 서명)		(인 또는 서명)

관리번호: CLAIM-SUBMIT-20150127-01

보험금 청구를 위한 개인(신용)정보 처리 동의서

소비자 권익보호에 관한 사항

본 동의를 거부하시는 경우에는 보험금 청구 및 심사가 불가능하므로, 모든 항목에 표시하여 보험금 청구서와 함께 제출해주시어 합니다. (본 동의서에 의한 개인(신용) 정보 조회는 고객님의 신용등급에 영향을 주지 않습니다.)

* 피보험자와 수익자가 동일하면 [피보험자만]에만 표시 하셔도 됩니다.

* 아래에 한 경우, 개인정보 보호법 제 24조 적용하여 추가 기재 가능합니다.

피보험자 성명	홍길동	주민등록번호	123456 - 1234567
---------	-----	--------	------------------

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 대하여 동의하십니까? (안에 표시)

개인(신용)정보 수집·이용 동의여부	피보험자	<input checked="" type="checkbox"/> 동의함	수익자	<input checked="" type="checkbox"/> 동의함
---------------------	------	---	-----	---

■ 개인(신용)정보의 수집·이용 목적

- 보험금지급·심사(보험금청구서류 접수 또는 입력 대행 서비스 포함) 및 보험사고 조사(보험사기 조사 포함), 보험금지급관련 민원처리 및 분쟁대응
- 금융거래(보험료 및 보험금 등 출·수입을 위한 금융거래, 신청, 자동이체 등 접수) 관련 업무

■ 수집·이용할 개인(신용)정보의 내용

- 개인식별정보(성명, 주민등록번호, 외국인등록번호, 주소, 전화번호, 전자우편주소 등), 계좌정보, 귀사 및 타보험사(제신사(우체국보험, 공제사업자 포함))의 보험계약정보 및 보험금지급정보(사고정보 포함)
- 보험사고 조사(보험사기 조사 포함) 및 손해사정업무 수행과 관련하여 취득한 개인(신용)정보(정통, 공공기관, 의료기관 등으로부터 본인의 위임을 받아 취득한 각종 조사서, 증명서, 진료기록 등에 포함된 개인(신용)정보 포함)
- 보험사고증명서류(진단서 등) 및 발급 의료기관에 추가 조회하여 확인한 의료 정보
- (※ 접수해주시 보험사고증명서류(병원발급서류)에 오류가 있거나 내용이 미비하여 심사가 불가능한 경우, 보험금심사 담당자가 해당 의료기관에 유선 확인 후 심사할 수 있으며 유선 확인이 불가능한 경우에는 고객님의 추가 서류를 요청드릴 수 있습니다.)

■ 개인(신용)정보의 보유·이용 기간

- 수집·이용 동의일로부터 거래종료 후 5년까지(단, 거래종료 후 5년이 경과한 후에는 보험금 지급, 금융사고 조사, 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 신용정보 집중기관(보험협회) 및 보험요율 산출기관(보험개발원)으로부터 조회하고자 합니다. 이에 대하여 동의하십니까? (안에 표시)

개인(신용)정보 조회 동의여부	피보험자	<input checked="" type="checkbox"/> 동의함	수익자	<input checked="" type="checkbox"/> 동의함
------------------	------	---	-----	---

■ 개인(신용)정보 조회목적

- 보험금지급·심사(보험금청구서류 접수 또는 입력 대행 서비스 포함) 및 보험사고 조사(보험사기 조사 포함)

■ 조회할 개인(신용)정보

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

■ 조회동의 유효 기간 및 조회(개인(신용)정보)를 제공받는 자의 개인(신용)정보의 보유·이용 기간

- 수집·이용 동의일로부터 거래종료 후 5년까지(단, 거래종료 후 5년이 경과한 후에는 보험금 지급, 금융사고 조사, 분쟁해결, 민원처리, 법령상 의무이행을 위한 경우에 한하여 보유·이용하며, 별도 보관함)



[1/2]

관리번호: CLAIM-CONSENT-20150127-01

3. 개인(신용)정보의 제공에 관한 사항

당사 및 당사 업무수탁자는 「개인정보보호법」 및 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」, 에 따라 귀하의 개인(신용)정보를 다음과 같이 제 3 자에게 제공하고자 합니다. 이에 대하여 동의 하십니까? (안에 표시)

개인(신용)정보 제공 동의여부	피보험자	<input checked="" type="checkbox"/> 동의함	수익자	<input checked="" type="checkbox"/> 동의함
------------------	------	---	-----	---

■ 개인(신용)정보를 제공받는 자

- 신용정보집중기관 : 생명보험협회, 손해보험협회 등 신용정보집중기관
- 공공기관 등 : 금융위원회, 금융감독원, 보험요율산출기관 등 공공기관, 법령상 업무 수행기관(위탁사업자 포함)
- 보험회사 등 : 생명보험사, 손해보험사, 국내·국외 재보험사, 공제사업자, 제신사(우체국보험), 금융거래 관련 계좌개설 금융기관, 금융결제원
- 업무수탁자 등 : 보험금지급·심사 및 보험사고조사 등에 필요한 업무를 위탁받은 손해사정업체, 보험사고 입력 대행업체, 의료기관·의사, 변호사, 콜센터(고객내업무),우편물 발송 대행 업체 등

■ 개인(신용)정보를 제공받는 자의 이용목적

- 신용정보집중기관 : 보험계약 및 보험금지급 관련 정보의 집중관리 및 활용 등 신용정보집중기관의 업무
- 공공기관 등 : 보험업법 등 법령에 따른 업무수행(위탁업무 포함)
- 보험회사 등 : 보험사고조사(보험사기 조사 포함) 및 손해사정서비스 등 계약이행에 필요한 업무, 보험금청구서류 접수대행 서비스, 진료비심사, 의료심사 및 자료, 소견서, 진료기록확인, 법률자문 및 소송관련 업무 등
- 금융거래 업무(보험료 및 보험금 등 출·수입)

■ 제공할 개인(신용)정보의 내용

- * 1. 개인(신용)정보의 수집·이용에 관한 사항, 의 정보내용 (단, 자료 사유가 발생하는 경우에 한하여, 각 제공받는 자의 이용 목적에 필요한 범위 내에서 제공됩니다.)

■ 제공받는 자의 개인(신용)정보 보유·이용기간

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

* 각 제공기관 및 이용목적의 자세한 내용은 당사 홈페이지http://www.lina.co.kr "개인정보처리방침" 에서 확인할 수 있습니다.

4. 고유식별정보의 처리에 관한 사항

당사 및 당사 업무수탁자는 「개인정보보호법」 및 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」, 에 따라 상기의 개인(신용)정보에 대한 개별 동의사항에 대하여 다음과 같이 귀하의 민감정보(질병·상해정보) 및 고유식별정보(주민등록번호·외국인등록번호)를 처리(수집·이용, 조회, 제공)하고자 합니다. 이에 동의하십니까? (안에 표시)

질병·상해정보 처리 동의여부	피보험자	<input checked="" type="checkbox"/> 동의함	수익자	<input checked="" type="checkbox"/> 동의함
주민등록번호·외국인등록번호 처리 동의여부	피보험자	<input checked="" type="checkbox"/> 동의함	수익자	<input checked="" type="checkbox"/> 동의함

* 피보험자/수익자/친권자/후견인이 각각 다른 경우, 해당하는 분 모두 성명 및 서명(또는 날인)해주시기 바랍니다.

* 대표수익자를 지정하는 경우, 이 때 수익자 서명에는 대표수익자 1인에게서 성명 및 서명(또는 날인)해주시기 바랍니다.

2015년 1월 27일			
피보험자	홍길동 (인 또는 서명)	친권자 (부/모 및 후견인)	(인 또는 서명)
수익자 (청구인)	홍길순 (인 또는 서명)		(인 또는 서명)

* 우편(통기) 보내실 곳: ☎1110-130 서울특별시 중구구 서문로 48 সিগ്നা라이না생명보험금심사담당자 앞(고객센터 1588-0058)

라이나생명보험주식회사 귀중



[2/2]

관리번호: CLAIM-CONSENT-20150127-01

보험금 청구 구비서류 안내

보내실 곳 : (우편번호 110-130) 서울특별시 종로구 삼봉로 48, 18층 라이나생명 보험금심사 담당자앞 (고객센터 ☎ 1588-0058)

공통 사항

- 공통서류 : 1. 보험금 청구 및 개인(신용)정보 처리 동의서(당사양식) 2. 신분증사본 및 수익자의 통장사본
 ※ 미성년수익자 청구건 경우 : 미성년자의 가족관계증명서와 친권자의 변제의무확인서(친권자서명)
- 재해사고 증빙서류 : 경찰서의 교통사고사실확인원 / 자동차보험회사의 보험지급결의서 / 경찰서의 사건사고사실확인서 / 경찰서의 변사사실확인서(사망경우) / 근로복지공단의 산재요양신청서 및 결정서 / 군부대의 공무상병인증서 / 119구급일지사본 등
- 해외여행중사고 : 해외병원 초진기록지 / 해외 사고사실확인원 등

입원, 수술, 골절, 재해통원 보험금 청구	장해보험금 청구
<ol style="list-style-type: none"> 1. 공통서류 2. 재해사고로 인한 청구서 - 재해사고 증빙서류 3. 병·의원의 초진기록부(응급실기록) 사본 4. 청구사유별 구비서류 <ul style="list-style-type: none"> ❖ 입원급여금 청구시 : 진단명(사인코드)이 기재된 입퇴원확인서 ☞ 진단명이 없을 경우 진단서 추가 제출 ❖ 수술급여금 청구시 : 진단서 또는 수술확인서 ☞ 진단명(사인코드), 수술일자, 수술명(수술방법) 기재된 것 ❖ 골절진단금 청구시 (골절 확인에 한함) <ol style="list-style-type: none"> 1) 진단서 ☞ 골절부위, 최종골절 진단일 기재된 것, 2) 재해사고증빙서류 ❖ 재해통원급여금 청구시 <ol style="list-style-type: none"> 1) 통원확인서 ☞ 병명, 사인코드, 통원일자 각각 기재된 것 2) 재해사고 증빙서류 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 공통서류 2. 재해사고로 인한 청구서 - 재해사고 증빙서류 3. 후유장애진단서 <p>※ (일반)진단서로 대체 가능한 장애</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 만성 신부전 혈액 투석의 경우 : 진단명과 최초 투석일자 및 환자 상태 기재 필수 2) 사지절단 장애 : 진단서(절단부위, 절단일 기재)와 X-Ray필름 3) 인공관절치환 : 부위와 치환수술 시행일자 기재 필수 4) 비장적출 : 사유와 적출수술 시행일자 기재 <p>※ 장애진단서는 3차 의료기관에서의 진단을 요청 드리며, 팔, 다리의 관절, 척추의 운동장애 측정은 AMA방식의 "영구적 신체 장애 평가지침" 의 정상각도 및 측정방법에 따르며 기타 세부 사항은 해당약관을 참고하시기 바랍니다.</p> <p>※ 장애진단서에는 ① 장애진단명 및 발생시기, 원인 ② 장애의 내용과 정도 ③ 사고와의 인과관계 및 사고의 관여도 ④ 향후 치료의 문제 및 호전도를 필수적으로 기재하여야 합니다. 다만, 신경계, 정신행동장애의 경우 ① 개호여부 ② 객관적 이유 및 개호의 내용을 추가적으로 기재하여야 합니다.</p> <p>※ 보험 가입시기에 따라 약관변경으로 인해 구비서류가 달라질 수 있으므로, 보험금 청구전 반드시 고객센터에 확인하여 주시기 바랍니다.</p>
실손 의료 보험금 청구	장기요양 간병자금 신청
<ol style="list-style-type: none"> 1. 공통서류 2. 재해(상해)사고로 의료비 청구서 - 재해사고 증빙서류 3. 청구사유별 구비서류 <ul style="list-style-type: none"> ❖ 입원비 청구시 <ol style="list-style-type: none"> 1) 진단명(사인코드)이 기재된 입퇴원확인서 ☞ 진단명이 없을 경우 진단서 추가 제출 2) 진료비계산서(영수증) 와 진료비세부내역서 ❖ 통원비 청구시 <ol style="list-style-type: none"> 1) 진단명(사인코드)이 기재된 통원확인서 (또는 진료확인서 등) 2) 통원일자별 진료비계산서(영수증)와 진료비세부내역서 ☞ 단, 아래 청구경의 경우 진단서 생략가능 - 실손 통원 보험금 3만원 이하 청구의 경우, 병원 진료비 영수증(한국 표준질병사인분류코드 기재) 제출 - 실손 통원 보험금 30만원 이하 청구의 경우, 진료기간이 동일한 진료비 계산서 영수증과 한국표준질병사인분류코드 기재된 처방전 동시 제출의 경우 진단서 생략 가능 ❖ 처방조제비 청구시 <ol style="list-style-type: none"> 1) 의사처방전 2) 일자별 약제비계산서(영수증) - 카드결제영수증은 증빙 아님 ※ 상기 통원확인서, 진료확인서, 소견서, 진료차트, 처방전 등에 병명기재 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 공통서류 2. 재해사고로 인한 청구서 - 재해사고증빙서류 3. 장기요양 인정서 4. 진단서
암, 뇌졸중, 급성심근경색, 치매 진단 보험금 청구	사망보험금 청구
<ol style="list-style-type: none"> 1. 공통서류 2. 진단서 3. 입원비 또는 수술비 청구서 : 입원확인서, 수술확인서 추가제출 4. 진단별 진단확인서류 <ul style="list-style-type: none"> ❖ 암 진단시 : 암진단 확인이 가능한 조직검사결과지 - 백혈병 : 골수검사결과지 - 조직검사가 힘든 간암, 뇌종양, 췌장암 등은 CT촬영결과지, MRI, 판독결과지, SPT수치결과지, 혈액검사결과지 등 해당 질환의 임상학적 진단 결과지로 대체 가능합니다. ❖ 뇌졸중(뇌출혈) 진단시 : CT, MRI, PET, SPECT 검사결과지 ❖ 급성심근경색 진단시 : 심전도, 심장초음파, 심장효소검사결과지, 관상동맥촬영술결과지 등 ❖ 치매 진단시 : 인지기능검사(CDR)결과지와 한국형간이인지기능 검사결과지(MMSE-K) ☞ 약관상 치매 인정기준 : CDR 30이상, MMSE-K 19점 이하 <p>※ 보험 가입시기에 따라 약관의 치매진단 구비서류가 상이하니 보험금 청구전 해당상품 약관내용확인 및 반드시 고객센터에 확인하여 주시기 바랍니다.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 공통서류 2. 재해사고로 인한 사망시 - 재해사고 증빙서류 3. 사망진단서 또는 사체검안서 - 원본 또는 사본(원본대조필) 4. 대표수익자 지정서 또는 변제의무확인서 (당사양식) 상속인 2인 이상인 경우 ☞ 각 상속인 인감도장 날인 5. 대표수익자 지정동의용 인감증명서(상속인별 각1통) 6. (구)제적등본 + 사망일자 기재된 사망자(피보험자)의 기본증명서와 사망자(피보험자)기준의 가족관계증명서 ☞ 회사는 상속관계 확인을 위한 서류를 추가로 요청 드릴 수 있습니다. 7. 일시금 청구 및 수령 요청서(당사양식) ☞ 가족사랑플랜보험과 분할보험금부에 한함 <p>※ 변제의무확인서는 책임준비금 등 소액의 지급시에 대표수익자 지정동의서를 대체하여 작성하는 양식임</p> <p>※ 현장심사건 경우 병원에서 요청시 상속인(직계존비속) 중 1인이 동반해 주셔야 합니다.</p>

❖ 회사는 상기 서류 이외에 추가로 서류를 요청할 수 있으며, 구비서류는 원본(또는 원본 대조필)을 제출하여야 합니다.
 ❖ 입금계좌를 수익자가 아닌 타인계좌로 위임할 경우 보험금수령 위임장(당사양식, 인감날인) 및 월 수익자의 인감증명서(보험금청구 및 수령 위임용)를 첨부하여야 합니다.
 ❖ 수익자가 미성년자인 경우에는 친권자 또는 후견인이 청구 및 수령하여야 하며, 친권관계 확인을 위한 미성년자(수익자)기준의 가족관계증명서와 친권자 서명의 변제의무확인서(당사양식)또는 대표수익자지정동의서(당사양식, 동의자 인감날인 및 인감증명서 첨부)를 첨부하여야 합니다. (친권자 또는 후견인이 지정된 경우 미성년자의 기본증명서를 첨부)