

□ 사고보험금 청구서(1/2)



1. 피보험자 (보험대상자)/수익자 인적 사항 * 피보험자와 수익자가 동일한 경우 중복된 항목은 상동으로 작성 가능

피보험자	성명		주민등록번호		전화번호	
	직장명		하시는 일		휴대전화	
	의료수급권자 여부	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<small>* 의료수급권자인 경우 실손보험료 할인제도 운영 중임. 해당여부 및 구비서류 문의: 1588-6500</small>			
수익자	성명		주민등록번호		전화번호	
	피보험자와의 관계		E-mail		휴대전화	
주소(우편수령지)						

2. 보험금 수령방법 및 안내방법

보험금수령방법	은행송금	은행명:	예금주:	계좌번호:	<input type="checkbox"/> 방문수령
사고분할보험금 발생 시 수령방법 (생활자금 등 특정금부에 한함)	지정수익자 본인 내방시에만 신청가능[생존 확인 필요시 신청불가]				
	<input type="checkbox"/> 일시금	<small>* 일시금 선택시 약관에 따라 정해진 이율로 할인한 금액을 선지급하여 드립니다.</small>			
	<input type="checkbox"/> 분할 ▶ 상기 계좌로 자동송금을 신청합니다	수익자: 서명(인)			
	계약번호	급부명	계약번호	급부명	
<small>* 확정지급분에 한하여 지급일에 자동으로 송금하여 드리며 수익자 변경 및 보험금 압류, 양도시 등 자동송금이 중단될 수 있습니다.</small>					

안내 방법	진행단계 문자안내	<input type="checkbox"/> 신청 <input type="checkbox"/> 미신청	<small>* 안내방법을 모바일로 체크시, 안내장 형태로 보실 수 있는 URL을 알림톡, LMS 등 전자적 방법으로 보내드립니다. * 안내방법을 선택하지 않으신 경우 진행단계는 문자로, 지급 지연 및 지급내역은 모바일로 안내 해 드립니다. * 안내방법이 전화의 경우라도 연결이 되지 않을 시 모바일 안내로 대신할 수 있음을 안내 해 드립니다.</small>
	지급지연안내	<input type="checkbox"/> E-Mail <input type="checkbox"/> 모바일(알림톡/LMS) <input type="checkbox"/> 우편 <input type="checkbox"/> 전화+모바일 <input type="checkbox"/> 미신청	
	지급내역안내	<input type="checkbox"/> E-Mail <input type="checkbox"/> 모바일(알림톡/LMS) <input type="checkbox"/> 우편 <input type="checkbox"/> 전화+모바일	

보험금 접수 시 필수 확인 사항

<보험업법 제95조2 제3항, 제4항 법령에 의한 안내사항>
* 보험금 청구에 필요한 서류 담당부서 및 연락처(콜센터 사고보험금 담당 ☎ 1588-4404) 보험금심사 및 지급절차 손해사정사 선임 및 손해사정서 제공에 관한 사항 예상 심사기간(예상 지급일)에 대한 설명을 듣고 청구양식의 [별지:보험금 청구를 위한 개인(신용)정보처리동의서]에 대한 내용을 확인 후 동의합니다.
 * 청구하신 보험금은 지급사유에 해당될 경우 보험금 청구서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내(단, 지급사유의 조사나 확인이 필요한 경우 10영업일 이내)에 보험금을 지급하여 드리며, 지급이 지연될 경우 신청하신 안내방법에 따라 그 사유를 별도로 안내하고 해당 약관에 따라 지연이자를 지급하여 드립니다.

<보험업법 제189조(손해사정사의 의무) 제1항 및 보험업법 시행령 99조(손해사정사 등의 의무) 법령에 의한 안내사항>
* 보험회사로부터 손해사정업무를 위탁받은 손해사정사 또는 손해사정업자는 손해사정업무를 수행한 후 손해사정서를 작성한 경우 보험계약자, 피보험자 및 보험금청구권자에게 손해사정서를 교부합니다. 다만, 피보험자의 민감정보는 피보험자의 별도 요청이 없는 경우에는 제3자에게 제공하지 않습니다. 별도의 요청을 하시는 경우 콜센터로 문의하시기 바랍니다. (콜센터 사고보험금 담당 ☎ 1588-4404)

* 보험사기(허위입원, 고의사고, 피해과장 등)는 범죄행위로서 형법상 10년 이하의 징역이나 2천만원 이하의 벌금에 처해질 수 있습니다.
 * 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하거나 그 서류 또는 증거를 위·변조 하는 행위는 명백한 사기이며 보험금 지급이 거절됩니다.
 * 국민건강보험법 시행령19조2항 "본인부담상한제" 관련 안내(유선, 서면 등)를 진행하오니 적극 협조 부탁드립니다.
 * 제출하신 서류는 반환되지 않습니다.

계약이 종료되는 경우에는 미지급금(급여금, 배당금, 중도급부금 등)을 포함하여 청구합니다.

필수 확인사항에 대한 설명을 듣고 별첨과 같이 보험금을 청구합니다.

접수일자: 20	년	월	일	보험수익자	서명
대리인 청구 시 <small>* 대리인의 신분증 첨부</small>	대리 청구인	수익자와의 관계		연락처	
접수자 확인	수익자 신원확인 (신분증 첨부 시 생략 가능)	<input type="checkbox"/> 주민등록증 <input type="checkbox"/> 운전면허증 []	발급일자		
		<input type="checkbox"/> 국내거소신고증 <input type="checkbox"/> 외국인등록증 <input type="checkbox"/> 기타 []			
<small>* 수익자가 미성년자로 정부기관 발행 신원확인증이 없는 경우, 친권자(후견인)의 신원확인증 정보를 기재해 주시기 바랍니다.</small>					
고객제출서류	총	매	접수처	접수자	(인) ☎

(이미지 발송 시 청구서를 포함한 모든 서류 하단에 페이지 번호를 기재해 주세요)
 등기우편 접수: 서울특별시 종로구 종로 400, 8층 (송인동, ABL타워) 사고보험금 담당자(우편번호: 03116)



□ 사고보험금 청구서(2/2)



[별첨: 청구사항 세부내용]

※ 동일한 질병 또는 재해별로 각각 작성하여 주시기 바랍니다.(사고별로 별첨을 1장씩 작성)

- ☞ 확인된 사고내용과 관련하여 당사에 정상 유지 중인 보험계약이 담보하는 모든 보험금을 지급해 드립니다.
- ☞ 이하 세부 항목들을 상세히 체크·기재 시 보다 신속한 보험금 지급이 가능합니다.
- ☞ 개별항목에 대한 상세한 설명은 약관을 참조하시기 바랍니다.

추가 접수여부		<input type="checkbox"/> 예 ※ 동일사고로 청구이력이 있는 경우 체크		
청구유형		<input type="checkbox"/> 정액 <input type="checkbox"/> 동시(정액+실손)		
진단명 (병명)		질병분류코드	영문1+숫자2 예)A09	
사 고 유 형		질병	<input type="checkbox"/> ※ 신체 내부요인으로 몸이 불편한 경우	
		일반재해	<input type="checkbox"/> ※ 급격·우연한 외부사고로 신체가 다친 경우	
		교통재해	<input type="checkbox"/> ※ 피보험자가 교통사고로 신체가 다친 경우	
청 구 사 유	입원	<input type="checkbox"/>	총입원일수: 일 입원기간:	
	통원	<input type="checkbox"/>	총통원횟수: 회 통원일자:	
	수술	<input type="checkbox"/>	수술일자:	수술명:
			수술일자:	수술명:
	진단	<input type="checkbox"/>	진단일자:	
	골절	<input type="checkbox"/>	골절일자:	
	사망	<input type="checkbox"/>	사망일자:	
	장해	<input type="checkbox"/>	진단일자:	장해부위: ※ 휴유장해 청구 시 작성요망
기타	<input type="checkbox"/>			
세 부 내 용	일시	_____년 _____월 _____일 _____시 _____분 ※ 사고 일시 혹은 발병 일시 기재		
	장소			
	경위	※ 육하원칙 작성		
	실손 치료내용	<input type="checkbox"/> 물리치료(부위: _____) <input type="checkbox"/> 주사치료 <input type="checkbox"/> 보조기 <input type="checkbox"/> 영양제 <input type="checkbox"/> 예방접종 <input type="checkbox"/> 기타(_____)		
	교통사고 관련사항	본인차량번호		
		본인탑승위치	<input type="checkbox"/> 운전석 <input type="checkbox"/> 조수석 <input type="checkbox"/> 뒷자석 <input type="checkbox"/> 보행중 <input type="checkbox"/> 기타(_____)	
		본인 차종	<input type="checkbox"/> 보행자 <input type="checkbox"/> 승용차 <input type="checkbox"/> 트럭 <input type="checkbox"/> 대형화물차 <input type="checkbox"/> 승합차 <input type="checkbox"/> 버스 <input type="checkbox"/> 기차 <input type="checkbox"/> 자전거 <input type="checkbox"/> 오토바이 <input type="checkbox"/> 고정물체 <input type="checkbox"/> 비충돌 <input type="checkbox"/> 기타(_____)	
상대방 차종		<input type="checkbox"/> 보행자 <input type="checkbox"/> 승용차 <input type="checkbox"/> 트럭 <input type="checkbox"/> 대형화물차 <input type="checkbox"/> 승합차 <input type="checkbox"/> 버스 <input type="checkbox"/> 기차 <input type="checkbox"/> 자전거 <input type="checkbox"/> 오토바이 <input type="checkbox"/> 고정물체 <input type="checkbox"/> 비충돌 <input type="checkbox"/> 기타(_____)		
	자동차보험 처리여부	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	처리 보험사	
일부청구	<input type="checkbox"/> 예	사유		

※ 상기 보험사고와 관련된 보험금 중 일부만 청구하려는 경우 사유를 작성하고 청구하려는 청구사유를 체크하여 주시기 바랍니다.



[필수] 보험금 청구를 위한 상세 동의서(1)



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. 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"> · 보험사고·보험사기 조사 및 보험금지급·심사(손해사정 또는 의료자문 포함) · 보험금청구서류 접수대행 서비스 및 교통사고 처리내역 발급 간소화 서비스 · 민원처리 및 분쟁대응, 금융거래 관련 업무 · 자동차차실비율분쟁심의업무(자동차보험에 한함)
보유 및 이용기간	<p>· 동의일로부터 거래 종료 후 5년까지</p> <p>(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 수집·이용</u>에 동의하십니까?</p>						
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="background-color: #d9e1f2;">피보험자 동의</td> <td><input type="checkbox"/> 동의하지 않음</td> <td><input type="checkbox"/> 동의함</td> <td style="background-color: #d9e1f2;">수익자 동의</td> <td><input type="checkbox"/> 동의하지 않음</td> <td><input type="checkbox"/> 동의함</td> </tr> </table>		피보험자 동의	<input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함	수익자 동의	<input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함
피보험자 동의	<input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함	수익자 동의	<input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함		
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 수집·이용</u>에 동의하십니까?</p>						
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="background-color: #d9e1f2;">피보험자 동의</td> <td><input type="checkbox"/> 동의하지 않음</td> <td><input type="checkbox"/> 동의함</td> </tr> </table>		피보험자 동의	<input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함			
피보험자 동의	<input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함					
개인(신용)정보	<p>↳ 일반개인정보 성명, 주소, 생년월일, 이메일, 유·무선 전화번호, 성별, 국적, 직업, 피보험자와 수익자의 관계, 국내 거소신고번호</p> <p>↳ 신용거래정보 금융거래 업무 관련 정보(보험금 지급계좌 등), 보험계약정보(상품종류, 기간, 보험가입금액 등), 보험금정보(보험금 지급사유, 지급금액 등)</p> <p>위 <u>개인신용정보 수집·이용</u>에 동의하십니까?</p>						
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="background-color: #d9e1f2;">피보험자 동의</td> <td><input type="checkbox"/> 동의하지 않음</td> <td><input type="checkbox"/> 동의함</td> <td style="background-color: #d9e1f2;">수익자 동의</td> <td><input type="checkbox"/> 동의하지 않음</td> <td><input type="checkbox"/> 동의함</td> </tr> </table>		피보험자 동의	<input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함	수익자 동의	<input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함
피보험자 동의	<input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함	수익자 동의	<input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함		



보험금 청구를 위한 상세 동의서(2)



2. 제공에 관한 사항

제공 받는 자	<ul style="list-style-type: none"> • 공공기관 등 : 금융위원회, 국토교통부, 금융감독원, 국세청, 보험요율산출기관 등 법령상 업무 수행기관(위탁사업자 포함) • 종합신용정보집중기관 : 한국신용정보원 • 보험회사 등 : 생명·손해보험회사, 국내 재보험사, 공제사업자, 체신관서(우체국보험) • 금융거래기관 : 계좌개설 금융기관, 금융결제원 • 계약관계자 : 피보험자, 보험금 청구권자 • 보험협회 등 : 생명·손해보험협회
제공받는 자의 이용목적	<ul style="list-style-type: none"> • 공공기관 등 : 법령에 따른 업무수행(위탁업무 포함) • 종합신용정보집중기관 : 개인(신용)정보 조회, 신용정보의 집중관리 및 활용 등 법령에서 정한 종합신용정보집중기관의 업무 수행, 교통사고처리내역발급간소화 서비스 • 보험회사 등 : 중복보험 확인 및 비례보상, 재보험금 청구 • 금융거래기관 : 금융거래 업무 • 계약관계자 : 손해사정내용 관련 정보 제공 • 보험협회 : 보험금 지급·심사 관련 업무지원(보험금 청구서류 접수 대행 서비스 등)
보유 및 이용기간	<ul style="list-style-type: none"> • 제공받는 자의 이용목적 달성할 때까지 (관련 법령상 보존기간을 따름)

* 외국 재보험사의 국내지점이 재보험금 청구 등 지원 업무를 위탁하기 위한 경우 별도의 동의 없이 외국 소재 본점에 귀하의 정보를 이전할 수 있습니다.

■ 제공 항목

고유식별정보	<ul style="list-style-type: none"> • 주민등록번호, 외국인등록번호, 여권번호, 운전면허번호 위 <u>고유식별정보 제공</u> 에 동의하십니까?				
	<table border="1"> <tr> <td>피보험자 동의</td> <td><input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/> 동의함</td> <td>수익자 동의</td> <td><input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/> 동의함</td> </tr> </table>	피보험자 동의	<input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/> 동의함	수익자 동의	<input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/> 동의함
피보험자 동의	<input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/> 동의함	수익자 동의	<input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/> 동의함		
민감정보	<ul style="list-style-type: none"> • 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?				
	<table border="1"> <tr> <td>피보험자 동의</td> <td><input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/> 동의함</td> </tr> </table>	피보험자 동의	<input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/> 동의함		
피보험자 동의	<input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/> 동의함				
개인(신용)정보	개인(신용)정보 제공에 동의하십니까?				
↳ 일반개인정보	성명, 주소, 생년월일, 이메일, 유·무선 전화번호, 성별, 국적, 직업, 피보험자와 수익자의 관계, 국내 거소신고번호				
↳ 신용거래정보	금융거래 업무 관련 정보(보험금 지급계좌 등), 보험계약정보(상품종류, 기간, 보험가입금액 등), 보험금정보(보험금 지급사유, 지급금액 등)				
	위 <u>개인신용정보 제공</u> 에 동의하십니까?				
	<table border="1"> <tr> <td>피보험자 동의</td> <td><input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/> 동의함</td> <td>수익자 동의</td> <td><input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/> 동의함</td> </tr> </table>	피보험자 동의	<input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/> 동의함	수익자 동의	<input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/> 동의함
피보험자 동의	<input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/> 동의함	수익자 동의	<input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/> 동의함		

* 업무위탁을 목적으로 개인(신용)정보를 처리하는 경우 별도의 동의 없이 업무 수탁자에게 귀하의 정보를 제공할 수 있습니다. (홈페이지 [www.abllife.co.kr]에서 확인 가능)



보험금 청구를 위한 상세 동의서(3)



3. 조회에 관한 사항

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

■ 조회 항목

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

4. 국외 제3자 제공에 관한 사항

■ 제공에 관한 사항

제공받는 자	· 국외 재보험사
제공받는 자의 이용목적	· 재보험사 지급·심사
보유 및 이용기간	· 제공받는 자의 이용목적을 달성할 때까지 (관련 법령상 보존기간을 따름)

■ 제공 항목

개인(신용)정보 ↳ 일반개인정보 ↳ 신용거래정보	성별, 연령 보험계약정보(상품종류, 기간 등) 위 <u>개인신용정보 제공</u> 에 동의하십니까?	<input type="checkbox"/> 피보험자 동의	<input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함	<input type="checkbox"/> 수익자 동의	<input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함
----------------------------------	--	----------------------------------	----------------------------------	------------------------------	---------------------------------	----------------------------------	------------------------------

※ 동의하시는 경우, 계약관계자가 각각 서명하여 주시고 만 14세 미만의 경우 법정대리인이 작성 후 친권자가 서명을 하시기 바랍니다.
※ 공동친권자인 경우 부모 쌍방이 각각 서명하여야 합니다. 다만, 다른 일방의 의사에 반하지 않을 경우 부모 중 일방이 부모 공동명의로 동의 할 수 있습니다.

피보험자		서명		법정대리인1		서명	
수익자		서명		법정대리인2		서명	

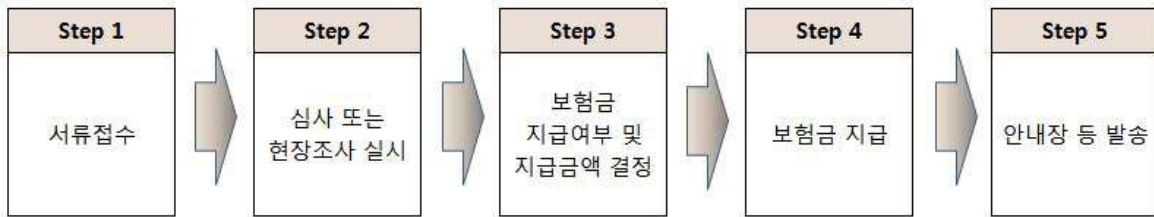


20 년 월 일

에이비엘생명보험주식회사 귀중

■ 사고보험금 지급절차 안내(1)

■ 사고보험금 지급절차



- ◎ 보험금 청구 접수는 당사 사이버센터 / 모바일센터 / 카카오톡챗봇 / A-Tab / 우편(등기) / 팩스 / 고객센터방문접수 가능하나, 팩스의 경우에는 피보험자별 지급총액이 100만원 이하인 경우 이용 가능합니다. 단, 모바일을 이용한 보험금청구FAX는 300만원 이하 이용 가능합니다.

*우편(등기)접수처: 서울시 종로구 종로 400, 8층(송인동) ABL생명 사고보험금 담당자 (우편번호: 03116)

- ◎ 보험금 청구서류 사본 인정 범위: 피보험자별 지급총액 100만원 이하의 사본으로 청구 가능합니다.
- ◎ 청구내용에 따라 심사과정에서 별도의 추가서류 또는 원본을 요청 할 수 있습니다.

■ 보험금 청구권 소멸시효

- ◎ 보험금 청구서류를 사고발생일로부터 3년 이내에 접수하지 않으면 청구권이 소멸됩니다.(상법 제662조)
* 2014년 12월 31일 이전 계약으로 상법 개정시행일 이전 보험금 지급사유 발생 건은 2년 이내에 접수하지 않으면 청구권이 소멸됩니다.

■ 조사 및 손해사정사 선임

손해사정사 선임 안내

- ◎ 보험계약자 등은 별도로 손해사정사를 선임할 수 있으며, 선임관련 안내일로 부터 3영업일 이내 선임관련 의사 표시를 하지 않는 경우 보험회사에 소속된 손해사정사 또는 보험회사와 위탁 계약이 체결된 손해사정업자가 손해사정을 하게됩니다.
- ◎ 보험회사는 고객님의 선임하고자 하는 손해사정사에 대해 재선임을 요청할 수 있으며, 재선임 요청일로부터 5영업일 이내 재선임하지 않는 경우 보험회사가 위탁 또는 선임한 손해사정사가 손해사정 업무를 진행하게 됩니다.
- ◎ 보험회사는 보험금 청구권자의 손해사정사 선임 요청에 동의하지 않는 경우 그 사유를 보험금 청구권자에게 설명, 안내하고 다른 손해사정사의 선임을 요청할 수 있습니다.
- ◎ 보험계약자 등이 선임한 손해사정사에 대해 보험회사는 동의의 기준을 통해 동의 여부를 결정합니다.
(※손해사정사 선임요청에 대한 동의기준 [별첨]내용 참고)
- ◎ 독립손해사정사 또는 손해사정사는 보험금의 대리청구, 보험회사와 보험금에 대하여 합의 또는 절충 등의 행위를 할 수 없습니다.

손해사정사 선임 시 비용주체

- ◎ 보험계약자 등 부담
보험회사가 고용 또는 선임한 손해사정사가 사정한 결과에 보험계약자 등이 승복하지 아니한 때
보험계약자 등이 보험회사와는 별도로 손해사정사를 선임하고자 할 때
- ◎ 보험회사 부담
손해사정이 착수되기 이전에 보험계약자 등이 보험회사에게 손해사정사의 선임의사를 통보하여 동의를 얻은 때
정당한 사유없이 보험회사가 보험사고 통보(제3보험상품의 경우 접수가 완료된 날을 말한다)를 받은 날부터 7일이 경과 하여도 손해사정에 착수하지 아니한 때

현장심사 안내

- ◎ 계약자, 보험대상자(피보험자) 또는 보험금을 받는자(보험수익자)는 보험금 지급사유 조사와 관련하여 의료기관 또는 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면에 의한 조사요청에 동의하여야 합니다.
- ◎ 보험금 지급여부 결정을 위해 사고 현장조사, 병원 방문 조사 등이 필요한 경우 보험업법에 따라 공인된 손해사정법인에게 조사 업무를 위탁할 수 있습니다. 이 경우 위탁 받은 업체는 피보험자에게 정보제공 활용동의를 요청한 후 조사업무를 진행합니다.

손해사정서 열람 또는 사본 교부

- ◎ 보험회사는 보험금 청구권자가 요청하는 경우에는 손해사정사가 작성·제출한 손해사정서를 열람하게 하거나 그 사본을 교부하여 드립니다. 단, 보험사고로 인한 손해가 경미하고 보험사고 발생 후 즉시 보험금이 지급되는 경우에는 손해사정서를 작성하지 아니할 수 있습니다. (보험업감독규정 제9-20조 제4항)

■ 의료심사

- ◎ 보험수익자와 회사가 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험 수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 보험회사가 전액 부담합니다.

☐ 사고보험금 지급절차 안내(2)

■ 장해진단서 제출시 유의사항

- ◎ 장해진단서를 제출 하시는 경우에는 3차 의료기관에서 진단을 요청드리며, 병원 진단 전에 보상 담당자와 협의하시는 것이 신속한 보험금 심사에 도움이 됩니다.
* 3차 의료기관: 500병상 이상의 대학병원 및 종합병원

■ 보험금 지급지연 안내

- ◎ 약관상으로 정해진 지급일내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 지연사유, 지급예정일을 요청하신 안내 방법에 따라 안내하여 드리며, 지급예정일을 초과하는 경우 약관상 규정된 내용에 따라 지연이자를 산정 지급하여 드립니다.

■ 보험금 가지급제도에 대한 안내

- ◎ 보험금 가지급제도는 보험금 지급사유의 조사나 확인 등으로 인하여 보험 약관에서 정한 지급 기한내에 보험금이 지급되지 못할 것으로 예상되는 경우 예상되는 보험금의 일부를 먼저 지급하는 제도입니다.
- ◎ 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요하여 회사가 보험금 지급 사유를 조사 또는 확인하는 경우, 회사는 보험금 수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가지급보험금으로 지급합니다.
- ◎ 보험금 가지급 제도에 따라 가지급보험금을 청구하고자 하는 고객님의께서는 콜센터(1588-4404)를 통해 보험금 가지급 신청 안내를 받으실 수 있습니다.

■ 보험금부지급 안내

- ◎ 보험약관에 따라 보험금 부지급으로 결정되는 경우 구체적인 사유를 고객님의 요청하신 방법에 따라 안내하여 드리며, 부지급 결정 또는 지급 금액에 동의하지 않고 반증이 있는 경우, 담당자에게 유선 또는 우편으로 통보하여 주시면 재심사를 받으실 수 있습니다.
* 우편주소: 서울시 영등포구 의사당대로 147 (여의도동, ABL타워) ABL생명 클레임부 (우편번호: 07332)

■ 보험금 지급안내 및 심사 절차 조회 방법

- ◎ 보험금이 지급되는 경우 사고 접수 시 통보하여 주신 고객님의 연락처로 문자메세지 또는 지급안내문이 발송됩니다.
- ◎ 보험금 지급심사 진행과정 및 결과는 ABL생명 홈페이지 내 사이버센터(<http://www.abllife.co.kr>) 및 스마트폰 모바일센터 또는 콜센터(1588-4404)를 통하여 조회할 수 있으며, 문의사항이 있으시면 보험금 청구 시 안내되는 담당자 전화번호로 문의하시기 바랍니다.

■ 보험사간 치료비 분담 지급(비례분담 적용) 등

- ◎ 상해 질병으로 인한 의료실비를 보상하는 상품에 복수로 가입하신 경우 보험약관에 따라 비례보상원칙을 적용하여 보험계약별로 보험금을 분할하여 지급할 수 있습니다.
타보험사에 가입되어 있는 보험계약은 생명보험협회 (www.klia.or.kr) 또는 손해보험협회 (www.knia.or.kr) 홈페이지에서 확인이 가능합니다.
- ◎ 고객님의 원하실 경우 비례분담과 관련하여 보험금 청구접수대행 신청서를 작성하시면 타사에 접수대행이 가능합니다.
이 경우 타회사에 자료 제공을 위한 개인정보 활용에 동의하셔야 합니다.

■ 본인부담상한제 안내

- ◎ 「국민건강보험법」 및 「의료급여법」에 따른 요양(의료) 급여 중 본인부담금이 관련법령에서 정하는 금액을 초과하는 경우 그 초과금액은 국민건강보험공단 및 의료급여기금 등에서 사전 또는 사후 환급 받을 수 있으며, 환급이 가능한 금액은 보험금 지급에서 제외될 수 있습니다.
보험금 심사과정에서 본인부담금 초과금액 확인을 위하여 건강보험료 납부확인서를 요청할 수 있습니다.

■ 분쟁조정 절차 및 피해구제

- ◎ 계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청 할 수 있습니다.

■ 기타

- ◎ 피보험자가 법률상의 손해배상 책임을 지는 사고가 생긴 경우, 손해배상청구권자는 보험회사에 직접 손해배상금을 청구 할 수 있습니다.
- ◎ 만일 보험금 청구서류에 허위가 있다면 관련 법률에 의거하여 보험금 청구권이 상실되며, 이에 따른 법적 책임이 따를 수 있습니다.
- ◎ 2009년 10월 이후의 표준화 실손보험 계약에 대해 피보험자가 의료급여법상 의료수급권자에 해당하는 경우 보험료의 일부를 할인 해 드립니다. (관련문의 1588-6500)

■ 사고 유형별 구비서류

※ 사이버/모바일/A-Tab/화상모바일/카카오톡 챗봇 보험금청구시 사본접수 가능합니다.(단, 사망 제외)

구분		구비서류		발급처	
공통	기본	①보험금청구서 ②개인(신용)정보처리동의서 ③청구인 신분증(주민등록증, 운전면허증)			
	추가	통장사본 (사전 미등록 계좌인 경우) ※ (필요 시) 추가서류 1. 배우자, 자녀 등의 종피보험자 보장상품 : 종피보험자와의 관계를 확인할 수 있는 가족관계 확인 서류 (가족관계증명서 등) 2. 수익자가 미성년자인 경우: 친권확인을 위한 기본증명서 및 가족관계 증명서 3. 대리인 청구 시: 위임장, 보험금 청구권자의 인감증명서(또는 본인서명사실확인서), 보험금 청구권자의 개인(신용)정보처리동의서 4. 재해사고 시: <재해 입증서류> 가). 교통사고: 공공기관(경찰서, 소방서 등), 손해보험사, 공제조합(버스, 화물, 택시 등) 사고사실확인서 나). 산업재해: 산업재해처리내역서 또는 보험급여지급확인서 다). 군인재해사고: 공무상병인증서 라). 의료사고 등 법원분쟁: 법원판결문 마). 기타 재해사고: 공공기관(경찰서, 소방서 등) 사고사실확인서 바). 확인서류 발급불가 재해사고: 병원초진차트 등 재해사고 증명서류 및 보험금 청구서상 재해사고내용 기재 사). 자살: 경찰서 발행 변사사실확인원 5. 고객확인 주기가 도래한 경우: 고객확인서		은행, 증권사 서류별 상이	
사망	선택	① 사망진단서(시체검안서) 원본 ② 사망진단서(시체검안서) 사본(원본대조필) 및 기본증명서(사망사실 기재)		의료기관 및 주민센터 등	
	추가	※ (수익자 미지정시) 추가 요청서류 · 상속관계 확인을 위한 서류(사망자 기준의 가족관계증명서, 제적등본 등) · 상속인이 다수인 경우: 상속인 각각의 위임장 및 인감증명서(또는 본인서명사실확인서)		주민센터 등	
장해	선택	후유장애진단서 (일반진단서로 대체 가능한 경우 진단서 및 추가서류)		의료기관	
	추가	※ (일반)진단서로 대체 가능한 장해 경우 · 만성신부전: 혈액투석(최초 혈액투석일, 환자상태 기재) · 사지절단(절단부위 명시): X-ray 판독결과지 · 인공관절치환술(치환일자, 부위 명시): 수술기록지 · 비장, 신장, 안구 적출(적출일자, 부위명시): 수술기록지 · 장기전절제(절제일자, 부위 명시): 수술기록지		의료기관	
진단	기본	공통	진단서(진단명, 질병분류 코드 포함)	의료기관	
	암	기본	조직검사결과지 · 백혈병: 골수검사지 및 혈액검사결과지 · 뇌/폐/췌장암: 방사선 판독결과지(조직검사가 불가한 경우) · 간: 방사선 판독결과지(조직검사가 불가한 경우) 및 혈액검사 결과지	의료기관	
		뇌졸중	기본	CT, MRI 등 방사선 판독 결과지	의료기관
	심근경색	기본	초진기록부, 각종 검사결과지(관상동맥조영술 결과지, 심전도결과지, 근효소 결과검사지, 심초음파결과지 등)	의료기관	
	기타	기본	해당 질병에 따른 진단근거 서류(예: 말기간질환의 경우 MRI 또는 CT 판독결과지, 혈액검사결과지, 뇌파검사결과지 등)	의료기관	
입원	선택	① 진단명(질병분류코드), 입원기간이 포함된 서류(병명 기재 필수, 예: 입·퇴원확인서) ② 진단서(입·퇴원기간 기재 필수)		의료기관	
통원	선택	① 진단명(질병분류코드), 통원일이 포함된 서류(예: 통원확인서) ② 진단서(통원일자 기재 필수)		의료기관	
수술	선택	① 진단명(질병분류코드), 수술명, 수술일자가 포함된 서류(예: 수술확인서) ② 진단서(수술명, 수술일자 기재 필수)		의료기관	
골절	선택	① 진단명(질병분류코드), 진단일자가 포함된 서류(예: 의사소견서) ② 통원확인서, 입·퇴원확인서 + X-ray 판독결과지 ③ 진단서(골절부위 명시)		의료기관	
치아치료	기본	① 치아치료확인서, 치료진료기록 사본		의료기관	
아토피치료	기본	① 아토피 증명서		의료기관	
장기요양재가/시설급여지원	기본	병명이 기재된 진단서, 장기요양인정서(국민건강보험공단발급), 장기요양급여비용 명세서, 장기요양급여 제공기록지, 진료기록부(검사기록지포함)		의료기관	
실손	입원의료비	기본	진료비계산서(영수증), 진료비 세부내역서	의료기관	
		선택	① 진단서 ② 진단명(질병분류코드)·입원기간이 포함된 서류(예: 입·퇴원확인서)	의료기관	
	외래실손	기본	① 진료비계산서(영수증): 일자별/진료과별 구분 제출 ② 2017년 4월 이후 계약: 진료비 세부내역서(일자별/진료과별 구분 제출)	합산청구금액이 10만원 이하인 경우 병명확인 서류를 생략하고 진료비계산서(영수증)로 대체 가능. 의료기관에서 확인한 진단명을 청구서에 기재. 단, 신부전, 항문외과, 비뇨기과, 피부과 등은 병명확인서류를 제출해야 함. 반복 청구시 병명확인서류 추가 요청 가능.	의료기관
		선택	① 진단서 ② 진단명(질병분류코드)·통원기간이 포함된 서류(예: 통원확인서, 처방전)		의료기관
처방조제	기본	① 약제비계산서: 일자별/진료과별 구분하여 제출 ② 병명확인서류: 질병분류기호가 기재된 처방전	의료기관		

* 동안내장은 일반적인 보험금 청구시 필요한 서류를 기재한 것으로 사고내용, 특성, 상품(보장내역)에 따라 추가심사서류를 요청할 수 있으며 구비되지 않을 경우 접수가 되지 않을 수 있습니다.
 기타 자세한 내용은 ABL생명 홈페이지(www.abllife.co.kr)를 통해 확인하실 수 있으며 자세한 문의사항은 사고보험금 접수센터(☎1588-4404)를 이용하시기 바랍니다.
 * 피보험자별 지급총액 100만원 이하 보험금 청구시 사본으로 청구 가능하며 팩스 이용 가능합니다. 단, 모바일을 이용한 보험금청구FAX는 300만원 이하 이용 가능합니다.
 * 실손 의료보험 통원의료비를 청구하는 경우 병원에서 질병분류기호(질병코드)가 기재된 처방전을 받으시기 바랍니다. 환자는 통원치료 후 병원에 질병분류기호(질병코드)가 기재된 처방전 2부를 요구할 수 있으며, 의료 관련 법령에 따라 병원은 이에 응하도록 되어 있습니다. 실손 의료보험 가입자가 이 처방전을 보험금 청구서 및 병원 영수증과 함께 제출하는 경우 추가 증빙서류를 받기 위해 병원 재방문 및 발급에 필요한 비용의 부담 없이 보험금을 받으실 수 있습니다.
 * 의료기관관련 서류별 발급비용은 해당 의료기관 및 건강보험심사평가원(www.hira.or.kr) 홈페이지(병원·약국·비급여진료비정보)를 참고하시기 바랍니다.
 * 주민센터발급 서류는 대한민국 정부민원 포털사이트 민원24시(www.minwon.go.kr) 등에서 발급 가능합니다.