

1. 보험 계약 및 인적 사항

| | | | |
|--------|----------------------------|-----------|-------------|
| 보험 종목 | Package Insurance Sec. IV) | 피보험자명 | ○○○ 통상 |
| 증권번호 | DF31X000XX | 사업자 등록 번호 | 999-99-999 |
| 소재지 | 서울시 ○○구 ○○길 ○○로 | | |
| 계약담당자명 | ○○○ | 계약담당자전화번호 | 02-123-4567 |

<보험금 지급 담당부서 및 연락처 안내-보험금 심사현황결과 문의 및 조회 >

| | | | |
|-----------------|--|------|------------|
| 보험금 지급 담당자 | 담당부서 : 손해사정팀 / 성명: / 직급 : ☎ 02-3702-5844, E-mail : MSIK_Claim-Team@ms-ins.co.kr | | |
| 손해사정법인 및 조사자 | 회사명 : | 담당자: | 연락처 Email: |
| 예상 심사기간 및 예상지급일 | 통지를 받은 후 지체 없이 보험금을 정하고 그 정하여진 날부터 10 일 이내 에 지급 될 예정입니다. 보험금 지급지연시 지연이자 가산됩니다 | | |

위 보험계약 담당자로서 ①계약자명과 증권번호를 확인 하였고 ②보험회사로부터 담당자의 담당부서 및 연락처, 예상 심사기간 및 예상지급일에 대한 설명 받아 그 내용을 충분히 이해 하였음을 확인합니다. 계약담당자: (서명)

2. 다른 보험 계약 사항 (다른 보험회사에 가입한 보험 : 있음 없음)

| 보험회사 | 보험상품 | 보험회사 | 보험종목 |
|--------|----------|------|------|
| ○○화재보험 | ○○○○화재보험 | | |

3. 사고내용 및 손해내역

| | | | |
|-------|---|-------|---------|
| 사고 일시 | 20○○. ○○. ○○ | 사고 장소 | ○○층 ○○○ |
| 사고 경위 | (육하원칙에 의거 가능한 자세히 기재, 필요 시 별지 이용) 본인 ○○○은 ○○○년 ○○월 ○○일 ○○시 ○○분경 ○○○통상 로비를 방문하던 중 청소 중 떨어뜨린 ○○에 맞아 부상을 입음 | | |
| 손해 내역 | 왼쪽 어깨 타박상 / 진단 2 주 | | |

4. 보험금 수령 위임장 - 필요 시 (인감날인 및 인감증명을 첨부해 주시기 바랍니다.)

| | | | |
|--------------|-----|--------------|-----|
| 위임 하시는 분 | (인) | 위임 받는 분 | (인) |
| 사업자(주민)등록 번호 | | 사업자(주민)등록 번호 | |

▶ 상기 수임자에게 보험금 수령에 관한 일체의 권리를 위임합니다.

5. 보험금 입금 계좌

| | | | | | |
|-----|------|------|------------------|-----|-----|
| 은행명 | ○○은행 | 계좌번호 | 123456-78-901234 | 예금주 | 홍길동 |
|-----|------|------|------------------|-----|-----|

6. 보험금 청구인 (개인신용정보 제공, 활용 동의 및 지급안내 동의)

| | | | |
|--|--|--|--|
| <p>상기 사고와 관련하여 위의 기재사항이 사실이며, 상기 사고로 본인이 입은 손해에 대하여 지급 될 보험금 일체를 청구하며, 위 내용의 하자로 인한 제반 문제가 발생할 경우 전적인 본인의 책임이므로 어떠한 불이익도 감수하며 귀사에는 아무런 이의를 제기하지 않겠습니다.</p> <p>청구일자 : 년 월 일</p> <p>보험금 청구인 : (서명 또는 인) 사업자(주민)등록번호 :</p> | | | |
|--|--|--|--|

1. 배상책임보험금 청구서류 안내

| 공동 서류 | 대물 사고 | 대인 사고 |
|---|--|--|
| 1. 보험금 청구서 2. 사고경위서 (사고원인에 대한 소견 포함) -> 가해자(피보험자)는 배상책임 보험사고 통보서, 피해자(피보험자)는 보험금 청구서에 기입 3. 사업자 등록증 4. 합의서 | 1. 견적서 및 수리비 영수증 2. 소유자 입증 자료 3. 기타 손해 입증 자료 | 1. 진단서 및 진료비 영수증 2. 후유장애 진단서 (장해 발생시) 3. 소득 관련 자료 (소득 상실 시) -> 갑근세 납부 증명원, 소득 증명원 등) 4. 기타 손해 입증 자료 |

2. 보험사고 조사 안내

- 폐사는 보험업법 제 185 조에 의거 손해액 및 보험금의 사정에 관한 업무를 손해사정법인에 위임할 수 있으며, 조사자가 관련 업무를 위하여 피보험자에게 최초로 접촉할 경우, 향후 주요 조사 및 손해사정 절차를 알리고 변경이 있을 경우 제반사항을 즉시 통지합니다.
- 피보험자는 보험금 청구시에 약관상의 협조 의무를 적극적으로 이행 해야하며, 이를 거절할 경우 보험금 지급이 중단되거나 기타 불이익을 받을 수 있습니다.
- 조사자는 각종 병력정보 파악 및 사고원인조사 등의 손해사정관련 업무를 위하여 피보험자에게 각종 동의서 및 위임장을 요구할 수 있으며, 피보험자는 사고와 관련 없는 서류 징구에 한하여 이를 거부할 수 있습니다. 조사자는 징구되는 서류의 목적, 사용처 등을 피보험자에게 설명한 뒤 동의를 받습니다.
- 보험업 감독규정 제 9-16 조 제 2 항에 따라 따로 손해사정사를 선임할 수 있으며, 제 9-16 조 제 3 항에 따른 손해사정 비용 부담에 관한 사항을 따릅니다.
- 보험계약자 등이 따로 손해사정사를 선임하지 않은 경우 보험회사에 소속된 손해사정사 또는 보험회사와 위탁계약이 체결된 손해사정업자가 손해사정을 하게 됩니다.

3. 손해 보상 절차 안내



4. 불만사항 발생시 연락처

미쓰이스미토모해상 손해사정팀 김성희 팀장
 ☎ 02-3702-5815 , E-mail : shkim@ms-ins.co.kr

위 내용에 대하여 충분히 설명 받고 이해하였습니다.

| | | | | |
|-----------|-----------|---|---|---------------|
| 확인일자 : | 년 | 월 | 일 | |
| 보험금 청구인 : | (서명 또는 인) | | | 사업자(주민)등록번호 : |

저희 미쓰이스미토모해상 한국지점을 이용해 주셔서 감사 드립니다.

고객님께서 청구하신 보험금은 현재 회사에서 심사 중에 있으며, 이로 인해 보험금 지급이 지연되고 있는 점에 대해 매우 송구스럽게 생각하고 깊은 양해 있으시길 부탁드립니다.

보험금 심사 지연 안내

업무 중에 중요 진행과정의 결과 및 지연이 될 경우 구체적인 사유와 지급 예정일 등을 서면 또는 유선상으로 알려드리겠습니다.

추가적인 조사과정 중 사고 관련 보험금을 요청하실 경우, 당사에서 약관기준에 따라 가지급 보험금 지급이 가능하고, 만약 **당사의 책임 있는 사유로 보험금 지급 관련 지급기일 내에 지급이 지연되는 경우, 약관 등에서 정한 지연이자를 보험금에 가산하여 지급됨을 알려드립니다.**

그러나 계약자, 피보험자 또는 수익자의 책임 있는 사유로 지급이 지연된 때에는 그 해당 기간에 대한 이자는 더하여 드리지 아니합니다.

*** 지급예정일 : 조사완료일(신속한 보험금 지급을 위해 최선을 다하겠습니다.)**

| | | | |
|-------------|------------|-------------|------------|
| 증권번호 | DF31X000XX | 사고번호 | FD31X000XX |
|-------------|------------|-------------|------------|

보험금 감액 또는 면책사유 안내

| | |
|--------------|--|
| 감액 사유 | |
| 면책사유 | |

보험금 지급 심사 현황 및 결과문의 및 조회 시 연락처

| |
|--|
| 1. Mitsui Sumitomo Insurance Korea Branch 의 담당자 담당부서 : 손해사정팀 / 성명: / ☎ 02-3702-5844 / E-mail : MSIK_Claim-Team@ms-ins.co.kr |
| 2. 손해사정 법인 및 조사자 회사명 : / 성명: / ☎ : / E-mail : |

미쓰이스미토모해상화재보험 한국지점 손해사정팀장

위 내용에 대하여 충분히 설명 받고 이해하였습니다.

| | | | |
|-----------|-------------------------|---|---|
| 확인일자 : | 년 | 월 | 일 |
| 보험금 청구인 : | (서명 또는 인) 사업자(주민)등록번호 : | | |