

민원 예방 체크리스트

1. 조사 착수 단계 — 기대치 관리

점검 항목	확인
손해사정 역할 및 범위 설명	<input type="checkbox"/>
보험금 결정 권한 구조 안내	<input type="checkbox"/>
조사 절차 및 예상 일정 안내	<input type="checkbox"/>
필요자료 요청 명확 전달	<input type="checkbox"/>
고객 문의 창구 안내	<input type="checkbox"/>

민원 발생률에 가장 큰 영향 단계

2. 조사 수행 단계 — 소통 관리

점검 항목	확인
진행사항 정기 안내	<input type="checkbox"/>
주요 조사내용 공유	<input type="checkbox"/>
고객 문의 신속 대응	<input type="checkbox"/>
현장 응대 태도 점검	<input type="checkbox"/>
충돌 상황 기록 유지	<input type="checkbox"/>

"방치 인식" 예방 핵심

3. 손해액 산정 단계 — 투명성 확보

점검 항목	확인
산정 기준 설명	<input type="checkbox"/>
근거 자료 확보	<input type="checkbox"/>
금액 결정 과정 설명	<input type="checkbox"/>
이건 발생 시 기록	<input type="checkbox"/>

4. 면책·분쟁 가능 사건 — 집중 관리

점검 항목	확인
약관 근거 명확 제시	<input type="checkbox"/>
판단 논리 설명	<input type="checkbox"/>
지점장 사전 보고	<input type="checkbox"/>
고객 반응 기록	<input type="checkbox"/>

5. 종결 단계 — 수용성 확보

점검 항목	확인
결과 사전 설명	<input type="checkbox"/>
이해 여부 확인	<input type="checkbox"/>
질의 응답 진행	<input type="checkbox"/>
이의 절차 안내	<input type="checkbox"/>

6. 고위험 사건 관리 체크

해당 시	확인
고액 손해	<input type="checkbox"/>
면책 가능	<input type="checkbox"/>
고객 강한 불만	<input type="checkbox"/>
이해관계 충돌	<input type="checkbox"/>
현장갈등 발생	<input type="checkbox"/>

실행조치	확인
관리자 보고	<input type="checkbox"/>
기록강화	<input type="checkbox"/>
커뮤니케이션 확대	<input type="checkbox"/>



■ 공제계약 및 인적사항

공제종목				공제번호		
계약자	성명 / 상호	주민(사업자)번호	-	전화번호		
피공제자	성명 / 상호	주민(사업자)번호	-	전화번호		
	주소	직업		근무처		

■ 다른보험 (공제) 계약사항

회사(조합)명	상품명	보험(공제)기간	증권(공제)번호	사고접수 여부

▶ 실손보상 담보는 다른 보험회사에도 가입되어 있는 경우 비례보상처리되므로, 타사 가입사항을 및 사고접수 여부를 반드시 기재바랍니다.

■ 사고내용 및 손해내역

사고유형	(해당 사고유형에 V표시바랍니다) <input type="checkbox"/> 재물 <input type="checkbox"/> 배상책임 <input type="checkbox"/> 휴대품 <input type="checkbox"/> 홀인원 <input type="checkbox"/> 기타 ()					
사고일시	(홀인원사고인 경우 티오프시간도 작성바랍니다) (티오프) 20 . . . (시 분)			사고장소	(홀인원사고인 경우 골프장명 / 코스 / 홀 no.를 작성바랍니다)	
사고경위 (구체적으로 기재)	(배상책임사고인 경우 작성바랍니다)					
	피해자명					
	연락처					
	주소					
	피공제자와의 관계					
	(홀인원사고인 경우 작성바랍니다)					
캐디명						
동반자명			/ /			
손해내용						
기타 관련자 인적사항	(별도의 가해자가 있는 경우에만 작성바랍니다) <input type="checkbox"/> 가해자 없음			(목적자가 있는 경우에만 작성바랍니다) <input type="checkbox"/> 목적자 없음		
	성명	연락처		성명	연락처	

■ 공제금 수령계좌

※ 다른 계좌로 송금 받으실 경우 본 청구서 외 별도의 "위임장" 및 "인감증명서" 를 제출하셔야 합니다.

피공제자	은행명	계좌번호	예금주
다른 계좌	(해당 유형에 V표시바랍니다) <input type="checkbox"/> 피해자 <input type="checkbox"/> 수리업체 <input type="checkbox"/> 병원 <input type="checkbox"/> 임차인 <input type="checkbox"/> 기타 ()		
	은행명	계좌번호	예금주

본인은 상기 사고로 인해 본인이 입은 손해에 대하여 지금 될 공제금 일체를 청구하며, 위 내용에 사실과 다른 것이 있거나 관련서류 또는 증거가 위조 또는 변조된 경우에는 공제금 청구권을 상실할 수 있으며 동시에 그에 따른 모든 법적책임을 부담할 것을 확약합니다.

작성일	년 월 일	작성자	<input type="checkbox"/> 피공제자 <input type="checkbox"/> 피해자 <input type="checkbox"/> 기타	성명	(서명)
-----	-------	-----	--	----	------

※ 작성자가 미성년자인 경우 친권자가 대신 서명하시고, 다른 일방의 의사에 반하지 않을 경우 부모 중 일방이 부모 공동명의로 서명할 수 있습니다.

▶ 보험사기(교의사고, 허위사고, 허위입원/진단/장해, 피해과장, 사고 후 보험가입 등)는 범죄이며, 형법에 의거 10년 이하의 징역이나 2천만원 이하의 벌금에 처해질 수 있습니다.

▶ 공제금 청구와 관련하여 제출한 서류는 어떠한 경우에도 돌려드리지 않습니다.





선변제확인서



상품명		공제번호	
계약자		피공제자	
사고장소			
사고내용			

- 본인은 20 년 월 일 발생한 위 배상책임사고와 관련하여 피해자에게 금 _____ 원을 변제하였음을 확인하며, 이번 사고에 대하여 피해자의 추가적인 청구가 있을 경우 본인이 민·형사상의 책임을 질 것을 확인합니다.
- 또한 위 사고와 관련하여 새마을금고중앙회로부터 금 _____ 원을 지급받고 금번 사고처리가 종결됨을 확인합니다.

(지급내용)

- 상기 내용은 본인의 자유로운 의사에 따라 작성되었으며, 차후 이와 관련하여 일체의 이의를 제기하지 않을 것을 확인합니다.

적성일자	년	월	일
확인자	(서명 / 인)	주민등록번호	

새마을금고중앙회 귀중



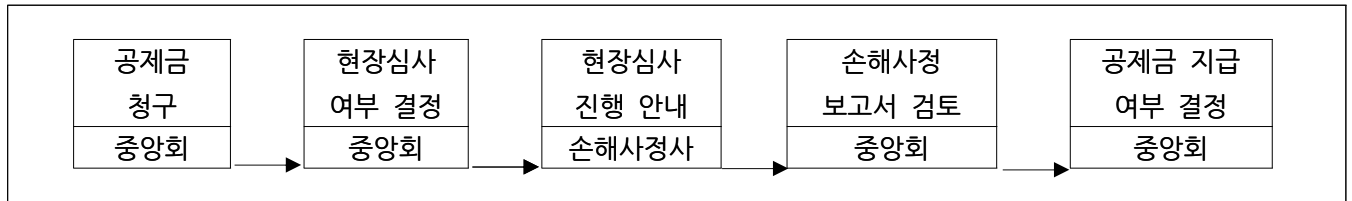
손해사정 절차 안내 및 동의서(손해공제)



MG새마을금고중양회 공제를 이용해주시는 고객님의 관심과 사랑에 깊은 감사를 드립니다. _____ 손해사정은 MG새마을금고중양회로부터 고객님의 보험금 손해사정(현장심사) 업무를 의뢰받아 아래와 같이 안내하여 드립니다.

■ 공제금 손해사정 주요사항 안내

1. 손해사정 절차



2. 손해사정사 선임 및 현장심사의 근거

새마을금고중양회 공제사업 감독기준 제75조(손해사정)

중양회는 손해사정사를 고용하여 공제사고로 인한 손해액 및 공제금의 사정에 관한 업무를 담당하게하거나 손해사정사 또는 손해사정을 업으로 하는 자를 선임하여 당해 업무를 위탁하여야 한다. 다만, 공제사고가 외국에서 발생하거나 공제계약자 등이 손해사정사를 따로 선임한 때는 그러하지 아니할 수 있다.

3. 새마을금고중양회 공제사업감독기준이 정하는 기준에 따라 본회가 손해사정법인에게 조사 업무를 위탁하는 경우 비용은 새마을금고중양회가 부담하며, 그 사정 결과를 승복하지 아니하거나 보험계약자가 본회와는 별도로 손해사정사를 선임하고자 하는 경우 고객께서 비용을 부담하셔야 합니다.

■ 공제금 청구에 따른 안내사항

공제번호		계약자	(성명)	(연락처)
손해사정법인명		조사자	(성명)	(연락처)
예상심사기간		담당자	(성명)	(연락처)
공제금 청구서류	별첨 참조			

※ 별첨 : 공제금 청구서류 안내문 1부

본인은 상기 공제금 청구에 대한 내용을 안내받았음을 확인합니다. 다만, 상기 업무절차 동의를 거부할 수 있으며 이 경우 관련 법률 및 약관에 의거 공제금 지급이 거절되거나 정상적인 서비스 제공이 불가할 수 있습니다.

확인일자	20	년	월	일
확인자 서명	(서명)			(인)

새마을금고중양회 귀중

새마을금고와 새마을금고중양회는 고객님의 정보보호를 위하여 최선을 다하겠습니다.



공제금 심사 지연 안내



▣ 고객님의 공제금 청구에 대해 아래와 같은 사유로 공제금 심사가 지연되고 있음을 안내하여 드리오니, 이 점 널리 양해하여 주시기 바랍니다.

아 래

공제번호		계약자명	
사고일자		접수일자	
예상심사기간		조사자	/ ☎
지연사유			

확인일자	20 년 월 일
담당자	
연락처	
팩스	

본인은 공제금 심사 지연에 대한 상기 내용을 안내받았음을 확인합니다.

확인일자	20 년 월 일
성명	
주민번호	
주소	
연락처	



공제금 심사 지급 안내



▣ 고객님의 청구하신 공제금과 관련하여 아래와 같이 안내해 드리오니 참고하시기 바랍니다.

아 래

공제번호		계약자명	
사고일자		지급일자	
사고원인			
지급내역	별첨 참조		
감액사유			
면책사유			

확인일자	20 년 월 일
담당자	
연락처	
팩스	

본인은 공제금 지급에 대한 상기 내용을 안내받았음을 확인합니다.

확인일자	20 년 월 일
성명	
주민번호	
주소	
연락처	



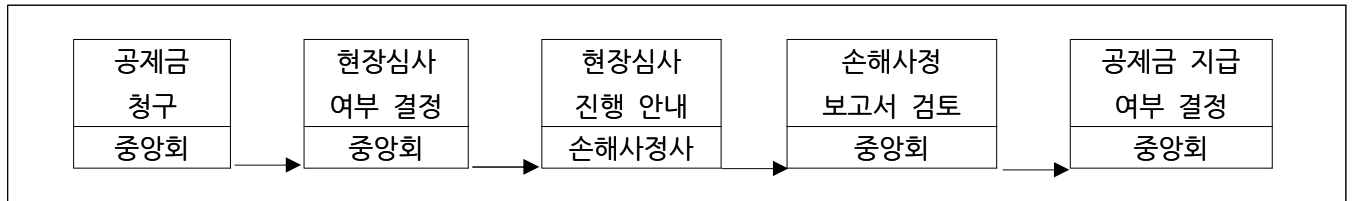
손해사정 절차 안내 및 동의서(손해공제)



MG새마을금고중양회 공제를 이용해주시는 고객님의 관심과 사랑에 깊은 감사를 드립니다. _____ 손해사정은 MG새마을금고중양회로부터 고객님의 보험금 손해사정(현장심사) 업무를 의뢰받아 아래와 같이 안내하여 드립니다.

■ 공제금 손해사정 주요사항 안내

1. 손해사정 절차



2. 손해사정사 선임 및 현장심사의 근거

새마을금고중양회 공제사업 감독기준 제75조(손해사정)

중양회는 손해사정사를 고용하여 공제사고로 인한 손해액 및 공제금의 사정에 관한 업무를 담당하게하거나 손해사정사 또는 손해사정을 업으로 하는 자를 선임하여 당해 업무를 위탁하여야 한다. 다만, 공제사고가 외국에서 발생하거나 공제계약자 등이 손해사정사를 따로 선임한 때는 그러하지 아니할 수 있다.

3. 새마을금고중양회 공제사업감독기준이 정하는 기준에 따라 본회가 손해사정법인에게 조사 업무를 위탁하는 경우 비용은 새마을금고중양회가 부담하며, 그 사정 결과를 승복하지 아니하거나 보험계약자가 본회와는 별도로 손해사정사를 선임하고자 하는 경우 고객께서 비용을 부담하셔야 합니다.

■ 공제금 청구에 따른 안내사항

공제번호		계약자	(성명)	(연락처)
손해사정법인명		조사자	(성명)	(연락처)
예상심사기간		담당자	(성명)	(연락처)
공제금 청구서류	별첨 참조			

※ 별첨 : 공제금 청구서류 안내문 1부

본인은 상기 공제금 청구에 대한 내용을 안내받았음을 확인합니다. 다만, 상기 업무절차 동의를 거부할 수 있으며 이 경우 관련 법률 및 약관에 의거 공제금 지급이 거절되거나 정상적인 서비스 제공이 불가할 수 있습니다.

확인일자	20	년	월	일
확인자 서명		(서명)		(인)

새마을금고중양회 귀중

새마을금고와 새마을금고중양회는 고객님의 정보보호를 위하여 최선을 다하겠습니다.



의료자문 안내 및 동의서



MG새마을금고중앙회 공제를 이용해주시는 고객님의 관심과 사랑에 깊은 감사를 드립니다. 중앙회는 객관적이고 공정한 공제금 심사업무를 위해 의료자문 의뢰하는 것에 대하여 아래와 같이 안내합니다.

▣ 의료자문 안내

<p>1. 공제 계약자, 피공제자 또는 공제금 수령인은 공제금 지급여부와 지급금액 결정을 위해 약관에 의거 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 중앙회의 서면 조사요청에 동의하여야 하며, 중앙회는 진단서, 의무기록, 검사결과 등을 기초로 관련 전문의에 의한 의료자문을 시행할 수 있습니다. 이 경우 피공제자의 진료 기록 열람 및 사본 발급을 위한 동의와 위임을 받아 진행하며, 서류발급 및 의료자문에 대한 비용은 새마을금고 중앙회가 부담합니다.</p>	<p>확인함 <input type="checkbox"/></p>
<p>2. 의료자문결과는 손해사정 및 공제금 지급심사에 참고로 활용되며, 그 외 목적으로 사용되지 않습니다. 자문 결과는 담당자로부터 안내받으실 수 있으며, 결과에 이의가 있는 경우 약관에 따라 제3의료기관에 의료판정을 시행할 수 있습니다.</p>	

▣ 의료자문 사유 및 내용

<p>◆ 의뢰사유(중복선택 가능)</p>		
<input type="checkbox"/> 주치의 소견의 의학적 판단근거가 불명확	<input type="checkbox"/> 주치의 소견 거부	
<input type="checkbox"/> 공제금 청구내용과 제출된 자료가 상이	<input type="checkbox"/> 고객 등의 주장과 관련 기록이 상이	
<input type="checkbox"/> 손해액 산정 및 면부책 여부를 판단함에 제출된 자료의 의학적 정보가 부족		
<input type="checkbox"/> 기타 (직접기재)		
<p>◆ 의뢰내용(중복선택 가능)</p>		
<input type="checkbox"/> 환자의 상태 및 검사결과	<input type="checkbox"/> 인과관계 및 관여도	<input type="checkbox"/> 향후 치료내용 및 기간, 치료적정성
<input type="checkbox"/> 후유장애 지급률 및 장해기간	<input type="checkbox"/> 약관의 진단기준 부합여부(진단적정성)	
<input type="checkbox"/> 기타 (직접기재)		
<p>※ 제공자료 : 진단서(소견서, 후유장애진단서), 진료기록, 간호기록, 검사결과 및 영상자료 등</p>		

본 건 공제금 수령인은 상기사항에 대해 동의를 거부할 수 있으며, 이 경우 관련 약관내용에 의거 공제금 지급이 거절되거나 정상적인 서비스제공이 불가할 수 있습니다.

확인일자	20 년 월 일	공제금수령인 확인	(인)
피공제자 성명		공제금수령인 연락처	
피공제자 주민번호		피공제자와의 관계	

새마을금고중앙회 귀중



제3의 전문의료기관 전문의 판정 동의서



MG새마을금고중앙회 공제를 이용해주시는 고객님의 관심과 사랑에 깊은 감사를 드립니다. 중앙회는 객관적이고 공정한 공제금 심사업무를 위해 제3의 의료기관 전문의에게 의료판정 받는 것에 대하여 아래와 같이 안내합니다.

■ 안내사항

공제금 수령인과 중앙회가 약관에서 정한 공제금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 공제금수령인과 중앙회가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 공제금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 중앙회가 전액 부담합니다.	확인함 <input type="checkbox"/>
--	---------------------------------

■ 동의사항

<ol style="list-style-type: none"> 1. 상기 공제금 청구권자(피공제자) 는 충분히 설명을 듣고, 객관적이고, 공정한 공제금 심사업무를 위해 상호 협의하에 선정한 [, ,]병원 소속 제3의 전문의에게 의료판정을 받는 것에 대해 본회로부터 설명을 충분히 듣고 이에 동의합니다. 2. 의료자문(동시감정, 서류감정) 의뢰예정인 [, ,] 병원은 본회가 최근 1년간 의료자문한 사실이 있음 또는 없음을 설명 듣고, 의료감정을 의뢰함에 동의합니다. 3. 위임인은 제3의료기관 의료자문결과에 따라 공제금 지급여부를 결정하는 것에 동의합니다. 	확인함 <input type="checkbox"/>
--	---------------------------------

■ 최근 1년간 의료자문 의뢰기관 안내

고대안암병원, 고대구로병원, 고대안산병원, 국립중앙의료원, 강동성심병원, 서울의료원, 가톨릭대여의도 성모병원, 강남세브란스병원, 신촌세브란스병원, 강동경희대병원, 경희대학교병원, 강북삼성병원, 삼성서울병원, 건국대병원, 서울아산병원, 동국대일산병원, 분당서울대병원, 서울대병원, 이대목동병원, 인제대 상계백병원, 인하대병원, 중앙대병원, 한양대병원, 을지병원, 순천향대병원, 부천순천향대병원, 부산대병원, 동행메디컬컨설팅, 수의료자문센터, 우리메디컬컨설팅, 인스메디, 자원의료분석원, 열의료자문, 한국 의료분석원 등	확인함 <input type="checkbox"/>
--	---------------------------------

확인일자	20 년 월 일	공제금수령인 확인	(인)
피공제자 성명		공제금수령인 연락처	
피공제자 주민번호		피공제자와의 관계	

새마을금고중앙회 귀중



피공제자께서는 배상책임사고 발생시 아래의 사항을 빠짐없이 구체적으로 작성 후 금고로 접수하여 주시기 바랍니다.
피해자 정보 및 피해내용을 기재 시 피해자의 진술을 참고하되, 본 통보서를 피해자 및 기타 관련인에게 보여주거나, 인도해서는 안됩니다.

공제종목		공제번호	
피공제자		주민번호	전 화
주 소			팩 스

■ 직접가해자 정보 (위 피공제자와 상이한 경우에만 작성바랍니다)

성명(상호)		주민번호		전 화	
직장명		피공제자와의 관계			

■ 피해자 정보 (피해자가 다수일 경우에는 별지를 이용하여 추가 작성바랍니다)

피해자명(상호)		직업		직장명	
자택주소				연락처	
피공제자와의 관계	피보험자께서는 피해자 또는 피해자의 소속회사와 어떤 형태로든 관계가 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 / <input type="checkbox"/> 아니오 → 피공제자와 피해자간에 "친족/고용/도급계약관계 등"이 존재하는 경우 그 내용을 상세히 기술요망				

■ 사고경위

사고일시	년 월 일(시 분)	사고원인	
사고장소	주택의 결함으로 인한 사고인 경우 : <input type="checkbox"/> 자가 / <input type="checkbox"/> 전·월세	피해자측 책임유무	<input type="checkbox"/> 있다 / <input type="checkbox"/> 없다
사고경위 (육하원칙에 의거 자세히 기재)			『있다』에 체크한 경우, 그 이유는?
		목격자	성명 연락처

■ 피해내용 (금번 사고로 발생한 피해내용을 아래 항목에 따라 작성 / 피해내용이 명확하지 않을 경우 배상책임사고로 인정 불가)

재물 피해	피해품목	모델명	구입단가	구입시기	구입처	비고
신체 피해	진단명		입원기간	20 . . . ~ 20 . . .	(일)	
	병원명		통원기간	20 . . . ~ 20 . . .	(일)	
	상태	치료중 <input type="checkbox"/> / 치료종결 <input type="checkbox"/>	치료비	입원 원 통원 원		

■ 다른 배상책임공제(보험) 가입사항 (타보험회사로 이미 접수완료 된 경우 반드시 기재)

보험회사	증권번호	피공제자(피보험자)	가해자와의 관계	청구여부(Y/N)	청구일자

본 사고통보서는 본인(피공제자)이 직접, 사실대로 정확하게 작성한 것이므로, 위 내용상의 하자로 발생된 문제에 대해서는 본인이 감수할 것임을 확인합니다.

작성일자	년 월 일	피공제자	(서명/인)
------	-------	------	--------



■ 계약사항

공제종목		공 제 번 호	
계약자명		피공제자명	

상기 공제(보험)계약의 201 년 월 일 (사 고 내 용) 사고와 관련된 공제금(보험금)의 수령권 및 계약상 권리일체를 위임하오며, 향후 이에 대하여 일체의 이의가 없음을 확인하고 그 증거로서 본 위임장에 서명(날인) 후 제출 합니다.(날인 시 위임자 인감증명서 첨부)

2 0 년 월 일

■ 위임내용

위임하는 자	성 명(상 호)		인(서 명)
	주민번호(사업자번호)		
	연락처		
위임받는 자	성 명(상 호)		인(서 명)
	주민번호(사업자번호)		
	연락처		

※ 위임장과 인감증명서 제출 시 공제금청구권자(위임받는 자)가 공제금청구서 작성 가능.

※ 개인정보를 제공하시는 분은 별도의 개인정보제공동의서를 각각 작성하여야 함.



본 경위서는 신속한 공제금 지급을 위한 것이오니 정확하고, 구체적으로 작성하여 주시기 바랍니다.

■ 계약사항

공제종목		공제번호	
계약자명		피공제자명	

■ 사고경위

사고일시		사고원인	
사고장소			
사고내용	구체적인 사고발생 경위 및 사고발생 이후의 진행상황을 자세히 작성하여 주시기 바랍니다.		
목격자	성 명		(가해자 <input type="checkbox"/> 또는 피해자 <input type="checkbox"/> 와의 관계 :)
	연락처		

■ 피해내용

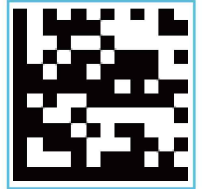
피해자명		피해자 연락처	
피해내역			

위 기재된 내용은 본인이 직접, 사실대로 정확하게 작성한 것이므로 거짓이 없음을 확인하며, 사실과 다른 경우에는 민·형사상 책임을 질 것을 확인합니다.

작성일	년	월	일	작성자	(서명 / 인)
주민번호				연락처	



[필수] 공제금(보험금) 청구를 위한 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. 다만, 본 동의는 '공제금 청구'를 위해 필수적인 사항이므로 동의를 거부하시는 경우 관련 업무수행이 불가능할 수 있습니다.

① 수집·이용에 관한 사항

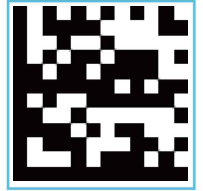
수집·이용 목적	- 공제(보험)사고·공제(보험)사기 조사 및 공제금(보험금)지급·심사(손해사정 또는 의료자문 포함) - 민원처리 및 분쟁대응, 금융거래 관련 업무
보유 및 이용기간	- 동의일로부터 거래 종료 후 5년까지 (다만, 다른 관련 법령에 해당하는 경우 해당 법령상의 보존기간을 따름) 위 보유 기간에서의 거래 종료일이란 “분회와 거래중인 모든계약(여·수신, 내·외국환, 카드 및 제3자 담보제공, 공제 등)의 해지 및 서비스(보호예수, 인터넷뱅킹 포함 전자금융거래 등)가 종료한 날을 말합니다. ※ 거래 종료일 후에는 금융사고 조사, 분쟁 해결, 민원 처리, 법령상 의무이행을 위한 목적으로만 보유·이용됩니다.

수집·이용 항목

고유식별정보	주민등록번호, 외국인등록번호, 여권번호, 운전면허번호
	위 고유식별정보 수집·이용 에 동의하십니까? <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/> 동의함
민감정보	피공제자의 질병·상해에 관한 정보(진료기록, 상병명 등), 공제(보험)사고 조사 (보험사기 포함) 및 손해사정 업무 수행과 관련하여 취득한 정보 (공공·국가기관, 보험회사, 공제조합, 의료기관 등으로부터 본인의 위임을 받아 취득한 각종 조사서, 증명서, 진료기록 등에 포함된 개인(신용) 정보 포함)
	위 민감정보 수집·이용 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, 피공제와 수익자의 관계
	신용거래정보 금융거래 업무 관련 정보(공제금 지급계좌 등), 공제(보험)계약정보(상품종류, 기간, 가입금액 등), 공제금(보험금)정보(지급사유, 지급금액 등)
	위 개인(신용)정보 수집·이용 에 동의하십니까? <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/> 동의함



[필수] 공제금(보험금) 청구를 위한 동의서



2 제공에 관한 사항

제공받는 자	<ul style="list-style-type: none"> - 종합신용정보집중기관 : 한국신용정보원 - 보험회사 등 : 생명·손해보험회사, 국내 재보험사, 공제사업자, 체신관서(우체국보험) - 금융거래기관 : 계좌개설 금융기관, 금융결제원 - 계약관계자 : 피공제자, 공제금 청구권자 - 업무수탁자 : 공제금 지급심사 및 공제사고조사 등에 필요한 업무를 위탁받은자(사고조사업체, 손해사정업체, 의료기관, 의사, 변호사 등)
제공받는 자의 이용목적	<ul style="list-style-type: none"> - 종합신용정보집중기관 : 개인(신용)정보 조회, 신용정보의 집중관리 및 활용 등 법령에서 정한 종합신용정보집중기관의 업무 수행 - 보험회사 등 : 중복보험 확인 및 비례보상, 재공제금 청구 - 금융거래기관 : 금융거래 업무 - 계약관계자 : 손해사정내용 관련 정보 제공 - 업무수탁자 : 공제사고조사 및 손해사정 서비스, 의료심사, 법률자문
보유 및 이용기간	- 제공받는 자의 이용목적 달성할 때까지(관련 법령상 보존기간을 따름)

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

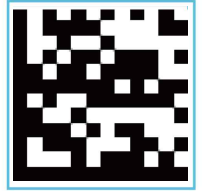
제공 항목

고유식별정보	주민등록번호, 외국인등록번호, 여권번호, 운전면허번호
	위 고유식별정보 제공 에 동의하십니까? <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/> 동의함
민감정보	피공제자의 질병·상해에 관한 정보(진료기록, 상병명 등), 공제(보험) 사고 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 민감정보 제공 에 동의하십니까? <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/> 동의함
개인(신용)정보	<ul style="list-style-type: none"> 일반개인정보 : 성명, 주소, 생년월일, 이메일, 유·무선 전화번호, 성별, 국적, 직업, 피공제자와 수익자의 관계 신용거래정보 : 금융거래 업무 관련 정보(공제금 지급계좌 등), 공제(보험)계약정보(상품종류, 기간, 가입금액 등), 공제금(보험금)정보(지급사유, 지급금액 등)
	위 개인(신용)정보 제공 에 동의하십니까? <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.kfcc.co.kr]에서 확인 가능)



[필수] 공제금(보험금) 청구를 위한 동의서



③ 조회에 관한 사항

조회 대상 기관	- 종합신용정보집중기관(한국신용정보원)
조회 목적	- 공제(보험)사고·공제(보험)사기 조사 및 공제금(보험금) 지급·심사
조회 동의의 효력기간	- 해당 공제(보험)거래 종료일까지 동의의 효력이 지속됩니다.

제공 항목

고유식별정보	주민등록번호, 외국인등록번호, 여권번호, 운전면허번호
	위 고유식별정보 조회 에 동의하십니까? <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/> 동의함
민감정보	피공제자의 질병·상해에 관한 정보(진료기록, 상병명 등)
	위 민감정보 조회 에 동의하십니까? <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/> 동의함
개인(신용)정보 L 일반개인정보 L 신용거래정보	성명
	공제(보험)계약정보(상품종류, 기간, 보험가입금액 등), 공제금(보험금)정보(지급사유, 지급금액 등)
	위 개인(신용)정보 조회 에 동의하십니까? <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/> 동의함



년 월 일

피공제자	(서명)
수익자	(서명)
친권자 (후견인)	관계: 성명: (서명)
	관계: 성명: (서명)

※ 항목 중 민감정보의 동의여부는 피공제자만 해당됩니다.

※ 피공제자가 미성년자인 경우 친권자 모두 각각 또는 후견인이 서명을 하셔야 합니다.