

한부모가정 의료보험 보장내용 안내문

보험기간	1기 : 2020년 7월 31일 00시01분 ~ 2022년 7월 30일 23시 59분 2기 : 2022년 7월 31일 00시01분 ~ 2024년 7월 30일 23시 59분 ※ 보험기간 내 사고 발생 건 사고 일자로부터 3년간 보험 청구 가능
주관보험사	삼성화재
참여보험사	메리츠화재, 현대해상, DB손해보험, KB손해보험
보상 문의	서민금융진흥원 한부모가정 의료보험 접수센터 전화 / 02-3471-5116 팩스 / 070-4758-9556 메일 / fjclaim@fjins.co.kr 원본접수 원칙 / 우편번호 : 06732 서울시 서초구 서운로 13, 19층 한부모가정 의료보험 접수센터 앞

※ 본 안내문은 보험약관의 이해를 돕기 위한 자료로써 안내문에 언급되지 아니한 사항은 계약사항 및 해당 약관에 따릅니다.

➤➤ 가입대상 (1기)

한부모가구의 만 17세 이하 아동과 그 부양자(친권자)

아래 두 가지 조건을 모두 충족하는 경우 자동 가입 별도가입절차 無

① 한부모가구 **아동 양육비 지원 대상자** ② 생계급여, 의료급여 대상자가 **아닌 자**

➤➤ 가입내용 (1기)

구분	가입담보	가입금액	가입내용
부양자	24시간 상해후유장해	3천만원	상해사고로 후유장해 발생 시 비율에 따라 보상
	질병 후유장해(3~100%)	3천만원	질병으로 3%이상 후유장해 발생 시 비율에 따라 보상
	대중교통상해 후유장해	3천만원	대중교통 이용 중 상해 후유장해가 발생한 경우
아동	24시간 상해후유장해	3천만원	상해사고로 후유장해 발생 시 비율에 따라 보상
	질병 후유장해(3~100%) (만 15세 미만 아동제외)	3천만원	질병으로 3%이상 후유장해 발생 시 비율에 따라 보상
	상해/질병 입원일당	3만원	입원 첫날부터 지급(180일 한도) *출산 제외
	골절진단비 (치아파절 포함)	7만원	보험기간 내 골절 발생 시 정액으로 지급 (치아파절 포함)
	암 진단비(재진단 제외)	1천만원	암 또는 갑상선암, 경계성종양, 기타피부암,상피내암으로 진단 확정된 경우 (재진단 제외)
	수술 위로금	1십만원	상해, 질병으로 약관에서 정한 분류코드 해당 시 지급
	탈구, 신경 손상, 압착손상 위로금	3십만원	탈구, 압착손상, 신경 손상이 발생하였을 때 분류 코드에 해당 시 보험금 지급
	식중독 입원 일당 (4일 이상)	1십만원	식중독으로 4일 이상 입원한 경우 정액으로 지급
	대중교통상해 후유장해	3천만원	대중교통 이용 중 상해후유장해가 발생한 경우
	폭력피해 위로금	1백만원	폭력피해로 사망 또는 1개월 초과

▶▶ 참여보험사별 담보 분담 내역 (1기)

(단위 : 만원)

구분	가입담보	가입금액	삼성	메리츠	현대	DB	KB
부양자	24시간 상해 후유장해	3,000	300	1800	200	200	500
	질병 후유장해(3~100%)	3,000	300	900	300	900	600
	대중교통상해 후유장해	3,000				3000	
아동	24시간 상해 후유장해	3,000	100	2600	100	100	100
	질병 후유장해(3~100%)	3,000		700	1200	500	600
	상해/질병 입원일당	3	3				
	골절진단비(치아파절포함)	7			6	1	
	암진단비(재진단 제외)	1,000			600		400
	수술 위로금	10		5	2	1	2
	탈구,신경/압착손상 위로금	30				30	
	식중독 입원일당(4일 이상)	10			10		
	대중교통상해 후유장해	3,000				3000	
	폭력피해 위로금	100			100		

▶▶ 보험금 청구 안내

- ✓ 보험금 청구서 양식을 출력하여 청구내용을 기재해주세요.
- ✓ 구비서류를 꼼꼼하게 확인한 후 관련 서류를 준비해주세요.
- ✓ 작성된 보험금 청구서와 관련 구비서류를 팩스 또는 우편으로 보내주세요.



한부모가정 의료보험 접수센터로 통합 청구

- ✓ 한부모가정 의료보험 접수센터

담보	접수처 및 접수 방법
입원 일당, 골절, 탈구 신경/압착손상, 수술비위로금	TEL) 02-3471-5116 FAX) 070-4758-9556 E-MAIL) fjclaim@fjins.co.kr
(상해, 질병) 후유장해, 암진단금 원본접수 원칙	주소 : (06732) 서울시 서초구 서운로 13, 19층 1902호 한부모가정 의료보험 접수센터 앞

※ 보험금 청구서류 발송 10~15분 후 확인 전화 부탁드립니다.

- ✓ 보험금 청구관련 안내

- 상기 서류 이외에도 보상 담당자에 따라 추가서류를 요청하는 예도 있습니다.
- 때에 따라 손해사정을 위한 방문 조사가 필요할 수 있으며, 이런 경우 보상 담당자가 별도로 연락을 드립니다.

- ✓ 보험금 청구 소멸시효

- 보험금 청구서류를 사고발생일로부터 3년 이내에 접수하지 않으면 청구권이 소멸됩니다.

▶ 가입대상 (2기)

한부모가족의 만 13세 이하 아동과 그 부양자(친권자)

아래 두 가지 조건을 모두 충족하는 경우 자동 가입 별도가입절차 無

① 한부모가구 아동 양육비 지원 대상자 ② 생계급여, 의료급여 대상자가 아닌 자

▶ 가입내용 (2기)

구분	가입담보	가입금액	가입내용
부양자	24시간 상해 후유장해	3천만원	상해사고로 후유장해 발생 시 비율에 따라 보상
	질병 후유장해(3~100%)	3천만원	질병으로 3%이상 후유장해 발생 시 비율에 따라 보상
아동	상해 입원일당	7만원	입원 첫날부터 지급(180일 한도)
	질병 입원일당	7만원	입원 첫날부터 지급(180일 한도) *출산 제외
	골절진단비 (치아파절 포함)	1십만원	보험기간 내 골절 발생 시 정액으로 지급 (치아파절 포함)
	암 진단비(재진단 제외)	5백만원	암 또는 갑상선암, 경계성종양, 기타피부암,상피내암으로 진단 확정된 경우 (재진단 제외)
	수술 위로금	7만원	상해, 질병으로 약관에서 정한 분류코드 해당 시 지급
	탈구, 신경손상, 압착손상 위로금	3십만원	탈구, 압착손상, 신경 손상이 발생하였을 때 분류 코드에 해당 시 보험금 지급
	식중독 입원 일당 (4일 이상)	7만원	식중독으로 4일 이상 입원한 경우 정액으로 지급
	폭력피해 위로금	1백만원	폭력피해로 사망 또는 1개월 초과 진단시 위로금 지급

▶ 참여보험사별 담보 분담 내역 (2기)

(단위 : 만원)

구분	가입담보	가입금액	삼성	메리츠	현대	DB	KB
부양자	24시간 상해 후유장해	3,000	200	100	1000	1600	100
	질병 후유장해(3~100%)	3,000	850		850	1000	300
아동	상해 입원일당	7	5	2			
	질병 입원일당	7	2	1.5	3.5		
	골절진단비(치아파절 포함)	10		5		5	
	암 진단비(재진단 제외)	500	200	100	200		
	수술 위로금	7				1	6
	탈구, 신경손상, 압착손상 위로금	30		10		20	
	식중독 입원 일당(4일 이상)	7			7		
폭력피해 위로금	100			100			

※ 질병 입원일당은 보험사 별 분담내용이 상이할 수 있습니다

▶ 보험금 청구 안내

- ✓ 보험금 청구서 양식을 출력하여 청구내용을 기재해주세요.
- ✓ 구비서류를 꼼꼼하게 확인한 후 관련 서류를 준비해주세요.
- ✓ 작성된 보험금 청구서와 관련 구비서류를 팩스 또는 우편으로 보내주세요.



한부모가정 의료보험 접수센터로 통합 청구

✓ 한부모가정 의료보험 접수센터

담보	접수처 및 접수 방법
입원 일당, 골절, 탈구 신경/압착손상, 수술비위로금	TEL) 02-3471-5116 FAX) 070-4758-9556 E-MAIL) fjclaim@fjins.co.kr
(상해, 질병) 후유장해, 암진단금 원본접수 원칙	주소 : (06732) 서울시 서초구 서운로 13, 19층 1902호 한부모가정 의료보험 접수센터 앞

※ 보험금 청구서류 발송 10~15분 후 확인 전화 부탁드립니다.

✓ 보험금 청구관련 안내

- 상기 서류 이외에도 보상 담당자에 따라 추가서류를 요청하는 예도 있습니다.
- 때에 따라 손해사정을 위한 방문 조사가 필요할 수 있으며, 이런 경우 보상 담당자가 별도로 연락을 드립니다.

✓ 보험금 청구 소멸시효

- 보험금 청구서류를 사고발생일로부터 3년 이내에 접수하지 않으면 청구권이 소멸됩니다.

▶▶ 담보 별 청구 구비서류

구분	구비서류																																																				
공통서류	<ul style="list-style-type: none"> ○보험금 청구서 및 개인[신용]정보 처리동의서 (동의 서명, 계좌번호 표기) ○보호자의 통장 사본, 신분증 사본 ① 한부모 가족 증명서 ② 가족관계증명서 ③사회보장급여통지서 (①,②,③의 경우 보험접수 청구일로부터 1개월 이내 발급받은 서류 제출) ▶사회보장급여통지서 / 보장급여사항 '아동 양육비' 필수 기재 (미기재 시 청구 불가) 																																																				
(예시)	<p>①,②,③ 기재 된 서류 외 서류 제출 시 청구 불가 (등본, 초본, 수급자 증명서 등)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="6" style="text-align: center;">사회보장급여 [<input checked="" type="checkbox"/> 결정(적합) <input type="checkbox"/> 결정(대상제외)] 통지서</th> </tr> <tr> <td rowspan="3" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: mixed;">신청인/세대주</td> <td>성명</td> <td>홍길순</td> <td>생년월일</td> <td>1992년 01월 01일</td> <td>전화번호</td> </tr> <tr> <td>주소</td> <td colspan="3">(12345) 서울특별시 강남구 테헤란로 123</td> <td>휴대전화</td> </tr> <tr> <td>신청내용</td> <td>신청구분</td> <td>한부모가족</td> <td>급여·서비스내용</td> <td>전체</td> </tr> <tr> <td colspan="6">비고</td> </tr> <tr> <td colspan="6">1. 귀하가 신청한 급여에 대한 조사·심의 결과 <input checked="" type="checkbox"/> 한부모가족 (<input checked="" type="checkbox"/> 급여지급 <input checked="" type="checkbox"/> 증명서 발급) <input type="checkbox"/> 장애인복지 <input type="checkbox"/> 기타() 급여 대상자로 결정 되었음을 알려드립니다.</td> </tr> <tr> <td>신청인과의 관계</td> <td>급여대상자</td> <td>생년월일</td> <td>보장구분</td> <td>보장급여</td> <td>보장기간</td> </tr> <tr> <td>본인</td> <td>홍길순</td> <td>1992년 01월 01일</td> <td>모자가족</td> <td></td> <td>2017.08.19 ~</td> </tr> <tr> <td>자녀</td> <td>김길동</td> <td>2017년 03월 19일</td> <td>모자가족</td> <td>모자가정아동양육비, 모자가정후가아동양육비</td> <td>2017.08.19 ~</td> </tr> </table>	사회보장급여 [<input checked="" type="checkbox"/> 결정(적합) <input type="checkbox"/> 결정(대상제외)] 통지서						신청인/세대주	성명	홍길순	생년월일	1992년 01월 01일	전화번호	주소	(12345) 서울특별시 강남구 테헤란로 123			휴대전화	신청내용	신청구분	한부모가족	급여·서비스내용	전체	비고						1. 귀하가 신청한 급여에 대한 조사·심의 결과 <input checked="" type="checkbox"/> 한부모가족 (<input checked="" type="checkbox"/> 급여지급 <input checked="" type="checkbox"/> 증명서 발급) <input type="checkbox"/> 장애인복지 <input type="checkbox"/> 기타() 급여 대상자로 결정 되었음을 알려드립니다.						신청인과의 관계	급여대상자	생년월일	보장구분	보장급여	보장기간	본인	홍길순	1992년 01월 01일	모자가족		2017.08.19 ~	자녀	김길동	2017년 03월 19일	모자가족	모자가정아동양육비, 모자가정후가아동양육비	2017.08.19 ~
사회보장급여 [<input checked="" type="checkbox"/> 결정(적합) <input type="checkbox"/> 결정(대상제외)] 통지서																																																					
신청인/세대주	성명	홍길순	생년월일	1992년 01월 01일	전화번호																																																
	주소	(12345) 서울특별시 강남구 테헤란로 123			휴대전화																																																
	신청내용	신청구분	한부모가족	급여·서비스내용	전체																																																
비고																																																					
1. 귀하가 신청한 급여에 대한 조사·심의 결과 <input checked="" type="checkbox"/> 한부모가족 (<input checked="" type="checkbox"/> 급여지급 <input checked="" type="checkbox"/> 증명서 발급) <input type="checkbox"/> 장애인복지 <input type="checkbox"/> 기타() 급여 대상자로 결정 되었음을 알려드립니다.																																																					
신청인과의 관계	급여대상자	생년월일	보장구분	보장급여	보장기간																																																
본인	홍길순	1992년 01월 01일	모자가족		2017.08.19 ~																																																
자녀	김길동	2017년 03월 19일	모자가족	모자가정아동양육비, 모자가정후가아동양육비	2017.08.19 ~																																																
후유장해	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 후유장해진단서(장애인복지법상의 장애진단서는 해당하지 않음) * A M A 방식 ✓ 사고증빙서류 - 상해 후유장해의 경우 ✓ 대중교통상해의 경우 - 교통사고 사실 확인원 																																																				
입원일당	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 입, 퇴원 확인서 (진단명 기재, 질병 및 상해 분류 코드) 																																																				
골절/탈구 압착/신경손상 위로금	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 진단서 (진단명 기재, 질병 및 상해 분류 코드) 																																																				
수술비위로금	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 진단서 (질병 및 상해 분류 코드 기재) 또는 ✓ 수술확인서 (질병 및 상해 분류 코드 기재) 																																																				
암 진단금	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 암 (상피내암 등) 확진 진단서 ✓ 조직검사 결과지 (수술 전, 후 전체) <ul style="list-style-type: none"> - 백혈병 : 골수검사지 및 혈액검사 결과지 - 뇌 / 간 / 폐 / 췌장암 : CT, MRI 등 영상검사 판독 결과지 (조직검사가 불가능한 경우) ✓ 초진 기록지 																																																				
폭력피해위로금	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 사건 / 사고 사실확인서 ✓ 상해 진단서 																																																				

보험금 청구서 [공용 / 한부모가정 의료보험]

1. 피보험자 인적사항 (보험대상자)

피보험자 (보험대상자)	성명		주민번호	
	연락처			
	주소			

2. 사고 사항

사고유형	<input type="checkbox"/> 상해 <input type="checkbox"/> 질병 <input type="checkbox"/> 교통상해	발생일자	년	월	일
사고장소	주요증상/병명				
사고경위(상해) 아픈부위(질병)					

3. 수익자 인적사항 (피보험자의 본인의 계좌, 피보험자가 미성년자인 경우는 친권자의 계좌를 기재하시기 바랍니다.)

수익자 (보험수익자)	성명		주민번호	
	관계	<input type="checkbox"/> 피보험자 <input type="checkbox"/> 기타(성명 : 피보험자와의 관계 :)		
수익자의 계좌	연락처			
	은행 예금주		계좌번호	

※ 타인 계좌 수령 시 별도로 위임장을 작성하여 본인의 인감증명서와 함께 제출하여야 하며 보험수익자가 별도로 지정된 경우 수익자의 계좌를 기재해 주시기 바랍니다.

4. 기타 안내사항 및 확인 서명

:본인은 개인정보보호법 및 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률에 따라 별지의 '보험금 청구를 위한 필수동의서'상
개인(신용)정보의 수집·이용, 조회, 제공 및 민감정보·고유식별정보의 처리 관련 내용을 숙지하였음을 확인합니다.
:본인은 별지의 '보험금 지급절차 안내문'을 통하여 보상 절차에 관한 정보(담당부서 및 연락처, 지급절차, 예상 심사기간, 지급기일 등)을
안내받고 이를 숙지하였음을 확인합니다.

작성일자	년	월	일	피보험자(성명)	(서명)
				법정대리인(성명)	(서명)
				보험수익자(성명)	(서명)

- ▶ 보험사기 (고의사고, 허위사고, 허위장해, 허위진단, 피해 과장, 사고 후 보험가입등)는 범죄이며, 형법에 의거하여 10년 이하의 징역이나 2천만원 이하의 벌금에 처할 수 있습니다.
- ▶ 부모가 공동 친권자일 때 다른 일방의 의사에 반하지 않는다면 부모 중 일방이 부모 공동명의로 서명할 수 있습니다. 보험수익자가 별도로 지정된 경우에는 보험수익자가 서명하시기 바랍니다.

[필수] 보험금 청구를 위한 상세동의서

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	-보험사고·보험사기 조사 및 보험금 지급·심사(손해사정 또는 의료자문, 구상업무 관련 포함) -보험금 청구서류 접수대행 서비스 및 교통사고 처리내역 발급 간소화 서비스 -민원처리 및 분쟁대응, 금융거래 관련업무 -자동차과실비율분쟁심의업무(자동차보험에 한함)
보유 및 이용기간	- 동의일로부터 거래 종료 후 5년까지 (단, 다른 관련 법령에 해당하는 경우 해당 법령상의 보존기간을 따름) 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.

수집·이용 항목

고유식별정보	주민등록번호, 외국인등록번호, 여권번호, 운전면허번호 위 고유식별정보 수집·이용에 동의하십니까? <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input checked="" type="checkbox"/> 동의함
민감정보	피보험자의 질병·상해에 관한정보(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 민감정보 수집·이용에 동의하십니까? <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input checked="" type="checkbox"/> 동의함
개인(신용)정보 ↳ 일반개인정보 ↳ 신용거래정보	성명,주소,생년월일,이메일,유·무선 전화번호,성별,국적,직업,피보험자와 수익자의 관계,국내거소 신고번호 금융거래 업무 관련 정보(보험금 지급계좌 등),보험계약정보(상품종류,기간,보험가입금액 등),보험금정보(보험금 지급사유, 지급금액 등) 위 개인신용정보 수집·이용에 동의하십니까? <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input checked="" type="checkbox"/> 동의함

2. 제공에 관한 사항

제공받는 자	-공공기관 등: 금융위원회, 국토교통부, 금융감독원, 국세청, 보험요율산출기관 등 법령상 업무 수행기관(위탁사업자 포함) -종합신용정보집중기관 : 한국신용정보원 -보험회사 등:생명·손해보험회사,국내 재보험사,국외 재보험사,공제사업자,체신관서(우체국보험) -금융거래기관 : 계좌개설 금융기관, 금융결제원 -계약관계자 : 피보험자, 보험금 청구권자 -보험협회 등 : 생명·손해보험협회
제공받는자의 이용목적	-공공기관 등 : 법령에 따른 업무수행(위탁업무 포함) -종합신용정보집중기관 : 개인(신용)정보 조회, 신용정보의 집중관리 및 활용 등, 법령에서 정한 종합신용정보집중기관의 업무 수행, 교통사고 처리명세발급 간소화 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	-제공받는 자의 이용목적 달성을 때까지(관련 법령상 보존기간을 따름)

제공 항목

국 내	고유식별정보	주민등록번호, 외국인등록번호, 여권번호, 운전면허번호 위 고유식별정보 제공에 동의하십니까? <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input checked="" 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 민감정보 제공에 동의하십니까? <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input checked="" type="checkbox"/> 동의함	
	개인(신용)정보 ↳ 일반개인정보 ↳ 신용거래정보	성명, 주소, 생년월일, 이메일, 유·무선 전화번호, 성별, 국적, 직어브, 피보험자와 수익자의 관계, 국내거소신고번호, 보험계약정보(상품종류, 기간, 보험가입금액 등), 보험금정보(보험금 지급사유, 지급금액 등) 위 개인신용정보 제공에 동의하십니까? <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input checked="" type="checkbox"/> 동의함	
	국 외	개인(신용)정보 ↳ 일반개인정보 ↳ 신용거래정보	성명, 주소, 생년월일, 이메일, 유·무선 전화번호, 성별, 국적, 직어브, 피보험자와 수익자의 관계, 국내거소신고번호, 보험계약정보(상품종류, 기간, 보험가입금액 등), 보험금정보(보험금 지급사유, 지급금액 등) 위 개인신용정보 제공에 동의하십니까? <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input checked="" type="checkbox"/> 동의함

*업무위탁을 목적으로 개인(신용)정보를 처리하는 경우 별도의 동의 없이 업무 수탁자에게 귀하의 정보를 제공할 수 있습니다.

3. 조회에 관한 사항

조회 대상 기관	-종합신용정보집중기관, 보험요율산출기관, 생명·손해보험협회
조회 목적	-종합신용정보집중기관 : 보험사고·보험사기 조사 및 보험금지급·심사, 교통사고 처리내역 발급 간소화서비스 -보험요율산출기관 : 보험사고·보험사기 조사 및 보험금 지급·심사, 법령에 의한 업무수행 등 -생명·손해보험협회 : 보험금 청구서류 접수대행 서비스
조회 동의 효력기간	해당 보험거래 종료일까지 동의의 효력이 지속됩니다.

조회 항목

고유식별정보	주민등록번호, 외국인등록번호, 여권번호, 운전면허번호 위 고유식별정보 조회에 수집·이용에 동의하십니까? <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input checked="" type="checkbox"/> 동의함
민감정보	피보험자의 질병·상해에 관한 정보(진료기록, 상병명 등) 위 민감정보 조회에 동의하십니까? <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input checked="" type="checkbox"/> 동의함
개인(신용)정보 ↳ 일반개인정보 ↳ 신용거래정보	성명, 국내거소신고번호 금융거래 업무 관련 정보(보험금 지급계좌 등), 보험계약정보 (상품종류, 기간, 보험가입금액 등), 보험금정보(보험금 지급사유, 지급금액 등) 위 개인신용정보 조회에 동의 하십니까? <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input checked="" type="checkbox"/> 동의함

* 만 14세 미만등의 사유로 본인이 동의할 수 없는 경우 친권자 또는 가정법원 판결에 의한 법정대리인이 작성 후 서명하시기 바랍니다.

년	월	일	피보험자 (청구자)	(서명)
			법정대리인 (친권자)	(서명)

