

**보험금 청구 방법 안내** 모바일/홈페이지/팩스 접수는 청구액 1,000만원 이하에 한함

|                                                                                                                             |                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>홈페이지</b><br/>www.hi.co.kr 에서 "회원가입" 후 보험금 청구</p>                                                                      | <p><b>고객방문</b><br/>전국 고객센터 방문(위치는 현대해상 홈페이지에서 조회)</p>                                         |
| <p><b>모바일</b><br/>플레이스토어(앱스토어)에서 "현대해상APP" 설치 또는 인터넷 검색창에서 "현대해상" 접속 후 휴대폰 본인 인증<br/>좌측하단의 QR코드 촬영시 현대해상 공식 사이트로 이동합니다.</p> | <p><b>우편접수</b><br/>우)07298 서울시 영등포구 문래로 28길 25 세미콜론문래 S타워 8층, 현대해상 장기보험 사고접수담당(우편접수 限 가능)</p> |
|                                                                                                                             | <p><b>팩스접수</b><br/>0507-774-6060</p>                                                          |

## ① 인적사항 및 보상 안내 받으실 분

|                 |       |                                                                                                                                                 |                                                                  |              |                                                         |  |
|-----------------|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------|---------------------------------------------------------|--|
| 피보험자<br>(질병/상해) | 성명    | 주민번호                                                                                                                                            |                                                                  |              |                                                         |  |
|                 | 직장/직무 | 의료급여<br>수급권자                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오          | 단체보험<br>가입여부 | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 |  |
| 계약자             | 성명    | 주민번호                                                                                                                                            |                                                                  |              |                                                         |  |
| 보험금<br>처리안내     | 성명    | 연락처                                                                                                                                             |                                                                  |              |                                                         |  |
|                 | 안내대상  | <input type="checkbox"/> 피보험자 <input type="checkbox"/> 계약자 <input type="checkbox"/> 기타( )                                                       | E-MAIL / 주소 상세 기재<br>(메일/우편 요청시)                                 |              |                                                         |  |
|                 | 안내방법  | <input type="checkbox"/> 문자 <input type="checkbox"/> 전화 <input type="checkbox"/> 우편 <input type="checkbox"/> E-MAIL <input type="checkbox"/> 거부 |                                                                  |              |                                                         |  |
|                 |       |                                                                                                                                                 | 플래너 문자안내 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 |              |                                                         |  |

직장/직무는 신속 처리를 위한 필수기재 사항입니다.

## ② 청구사항 해당 유형에 V 체크해주세요.

질병:고혈압,당뇨 등과 같이 신체 내부의 질환이 발생한 경우 / 상해 :넘어지거나 부딪히는 등 외부사고로 신체가 다친 경우

|                |                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                   |                                                                                                                          |      |    |            |                                                                  |                                                         |
|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|----|------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 발병일시<br>(사고일시) | 20                                                                                                                                                                                                                                              | 년                                                                                 | 월                                                                                                                        | 일    | 시경 | 접수구분       | <input type="checkbox"/> 신규접수 <input type="checkbox"/> 동일사고 추가접수 |                                                         |
| 사고유형           | <input type="checkbox"/> 질병                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 상해                                                       | <input type="checkbox"/> 교통사고                                                                                            | 치료형태 |    |            | <input type="checkbox"/> 입원 <input type="checkbox"/> 통원          |                                                         |
| 치료경위<br>(사고내용) | 질병 내역 기재<br>(상해 사고 장소, 경위 기재)                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                   |                                                                                                                          |      |    | 병원명<br>진료과 | 병원명 / 진료과                                                        |                                                         |
| 교통사고           | 본인<br>차량번호                                                                                                                                                                                                                                      | 본인<br>탑승위치                                                                        | <input type="checkbox"/> 운전석 <input type="checkbox"/> 조수석 <input type="checkbox"/> 뒷좌석 <input type="checkbox"/> 기타 (보행중) |      |    |            | 이륜차<br>(탑승여부)                                                    | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 |
|                | 자동차보험<br>처리여부                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예 (보험사 : / 담당자명 : / 연락처 : ) |                                                                                                                          |      |    |            |                                                                  |                                                         |
| 청구담보           | <input type="checkbox"/> 실손의료비 <input type="checkbox"/> 입원일당 <input type="checkbox"/> 진단비 <input type="checkbox"/> 수술비 <input type="checkbox"/> 후유장애 <input type="checkbox"/> 사망 <input type="checkbox"/> 기타( )                                 |                                                                                   |                                                                                                                          |      |    |            | <input type="checkbox"/> 특정담보 보상 제외 요청시                          |                                                         |
| 타보험<br>가입사항    | <input type="checkbox"/> 삼성화재 <input type="checkbox"/> DB손보 <input type="checkbox"/> KB손보 <input type="checkbox"/> 메리츠 <input type="checkbox"/> 삼성생명 <input type="checkbox"/> 한화생명 <input type="checkbox"/> 교보생명 <input type="checkbox"/> 기타( ) |                                                                                   |                                                                                                                          |      |    |            | (담보: )                                                           |                                                         |

실손의료비, 교통사고처리지원금, 발금, 변호사선임비용, 일상생활배상책임, 민사소송 및 의료사고 법률비용, 출원비용, 가전제품수리비용 등의 실손보상 담보는 비례보상되므로 타사 계약사항을 반드시 기재 부탁드립니다.

실손의료비 중복가입의 경우 보험금 청구서류 대행신청서를 같이 제출해 주시면, 타사 대행접수가 가능합니다.

당사는 확인된 사고내용과 관련하여 정상보험계약이 담보하는 모든 보험금을 지급해 드립니다. 일부 보험금 항목만 수령을 원하는 경우 별도 기재 및 요청 부탁드립니다.

## ③ 보험금 수령계좌 자동이체 계좌 요청 (수익자와 예금주 동일한 경우 선택 가능)

|       |      |     |
|-------|------|-----|
| 금융기관명 | 계좌번호 | 예금주 |
|-------|------|-----|

수익자 이외의 타인계좌인 경우 수익자의 '위임장'과 '인감증명서' 제출이 필요하며, 미성년자는 법정대리인(부모) 계좌로 수령 가능합니다.

## ④ 확인사항 별지의 "개인(신용)정보처리필수동의서"를 작성해 주셔야 손해사정 심사를 진행할 수 있습니다.

위에 기재한 보험금 청구 내용이 사실과 다르지 않음을 확인하며 "보험금 지급절차 안내문"을 통해 보상절차에 대한 정보(담당부서 및 연락처, 예상 심사기간, 지급기일 등)를 안내 받았음을 확인하고 상기와 같이 처리하는 것에 동의합니다.

|      |    |   |   |   |             |    |      |
|------|----|---|---|---|-------------|----|------|
| 작성일자 | 20 | 년 | 월 | 일 | 보험금청구인(대리인) | 성명 | (서명) |
|------|----|---|---|---|-------------|----|------|

미성년자인 경우 친권자가 서명하며, 부모가 공동친권자인 경우 다른 일방의 의사에 반하지 않는다면 부모 중 일방이 부모 공동명의로 동의 및 서명할 수 있습니다.

제출하신 보험금 청구서류는 반환하지 않으며, 보존기간 후 안전하게 폐기합니다.

보험사기(고의/허위사고, 허위입원/진단/장해, 사고 후 보험가입 등)는 범죄이며, 형법 및 보험사기방지 특별법에 의거 10년 이하 징역이나 5천만원 이하의 벌금에 처해질 수 있습니다. 상법에 따라 고의 또는 중대한 과실로 계약전/후 알릴의무를 위반할 경우는 '손해의 발생여부에 관계없이' 계약을 해지하거나 보장이 제한될 수 있습니다.



제작: 장기손사기획파트 심사: 장기손사지원파트(확인필:2020018) 승인일자: 2020.07.07

고객콜센터 1588-5656 | www.hi.co.kr

현재페이지는 - [1/6]입니다

피보험자 :

주민/사업자번호 :

사고번호 :

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 동의를 철회할 수 있습니다. 다만, 본 동의는 '보험금 청구'를 위해 필수적인 사항이므로 동의를 거부하시는 경우 관련 업무수행이 불가능합니다.

## 1 수집·이용에 관한 사항

|         |                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 수집·이용목적 | <ul style="list-style-type: none"><li>- 보험사고·보험사기조사및보험금지급·심사(손해사정또는의료자문,잔존물대위,구상업무 관련포함)</li><li>- 보험금청구서류 접수대행 서비스</li><li>- 민원처리 및 분쟁대응, 금융거래 관련 업무</li></ul>                                                                                               |
| 보유및이용기간 | <ul style="list-style-type: none"><li>- 동의일로부터 거래 종료 후 5년까지</li></ul> <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   | 주민등록번호, 외국인등록번호, 여권번호, 운전면허번호<br>위 고유식별정보 수집·이용에 동의하십니까? <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input 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 등 또는 청구권자가 제출한 서류에 포함된 개인(신용)정보 포함), 신용정보집중기관이 보유하는 보험사고 및 질병·상해에 관한 정보 등<br>위 민감정보 수집·이용에 동의하십니까? <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/> 동의함 |
| 개인(신용)정보 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 일반개인정보   | 성명, 주소, 생년월일, 이메일, 유·무선 전화번호, 성별, 국적, 직업, 피보험자와 수익자의 관계, 국내거소신고번호                                                                                                                                                                                                                                     |
| 신용거래정보   | 금융거래 업무 관련 정보(보험금 지급계좌 등), 보험계약정보(상품종류, 기간, 보험가입금액, 신용정보집중기관의 계약정보 등), 보험금정보(보험금 지급사유, 지급금액, 신용정보집중기관의 보험금정보 등)                                                                                                                                                                                       |
|          | 위 개인신용정보 수집·이용에 동의하십니까? <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/> 동의함                                                                                                                                                                                                                 |



피보험자 :

주민/사업자번호 :

사고번호 :

2 제공에 관한 사항

|            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 제공받는자      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 종합신용정보집중기관 : 한국신용정보원</li> <li>- 공공기관 등 : 금융위원회, 금융감독원, 국세청, 보험요율산출기관, 법원, 검찰, 경찰 등 법령상 업무수행 기관 (위탁사업자 포함)</li> <li>- 보험회사 등 : 생명·손해보험회사, 국내 재보험사, 국외 재보험사*, 공제사업자, 체신관서(우체국보험)</li> <li>- 금융거래기관 : 계좌개설 금융기관, 금융결제원</li> <li>- 계약관계자 : 계약자, 피보험자, 보험금 청구권자, 보험모집자 및 계약관리자</li> <li>- 보험협회 등 : 생명·손해보험협회</li> </ul> |
| 제공받는자의이용목적 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 종합신용정보집중기관 : 개인(신용)정보 조회, 신용정보의 집중관리 및 활용 등 법령에서 정한 종합신용정보집중기관의 업무 수행</li> <li>- 공공기관 등 : 법령에 따른 업무수행(위탁업무 포함) 및 보험사고(사기) 조사</li> <li>- 보험회사 등 : 중복보험 확인 및 비례보상, 재보험금 청구, 구상관련업무</li> <li>- 금융거래 기관 : 금융거래 업무</li> <li>- 계약관계자 : 손해사정내용 관련 정보 제공</li> <li>- 보험협회 등 : 보험금지급·심사관련업무지원(보험금 청구서류 접수대행서비스 등)</li> </ul> |
| 보유및이용기간    | - 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

|        |                 |                                                                                                                                                                          |
|--------|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 국<br>내 | <b>고유식별정보</b>   | 주민등록번호, 외국인등록번호                                                                                                                                                          |
|        | <b>민감정보</b>     | 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 등 또는 청구권자가 제출한 서류에 포함된 개인(신용)정보 포함) |
|        | <b>개인(신용)정보</b> | 성명, 주소, 생년월일, 이메일, 유·무선 전화번호, 성별, 국적, 직업, 피보험자와 수익자의 관계, 국내 거소신고번호                                                                                                       |
|        | <b>신용거래정보</b>   | 금융거래 업무 관련 정보(보험금 지급계좌 등), 보험계약정보(상품종류, 기간, 보험가입금액 등), 보험금정보(보험금 지급사유, 지급금액)                                                                                             |
|        |                 | 위 <u>고유식별정보 제공</u> 에 동의하십니까? <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/> 동의함                                                                               |
|        |                 | 위 <u>민감정보 제공</u> 에 동의하십니까? <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/> 동의함                                                                                 |
|        |                 | 위 <u>개인신용정보 제공</u> 에 동의하십니까? <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/> 동의함                                                                               |
|        |                 | 위 <u>신용거래정보 제공</u> 에 동의하십니까? <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/> 동의함                                                                               |



제작: 장기손사지원파트 심사: 정보보호파트 승인 제90000457호(2025. 8. 28)

고객콜센터 1588-5656 | www.hi.co.kr

현재페이지는 - [3/6]입니다



# 치과치료확인서 (보험회사 제출용)



## 접수내용

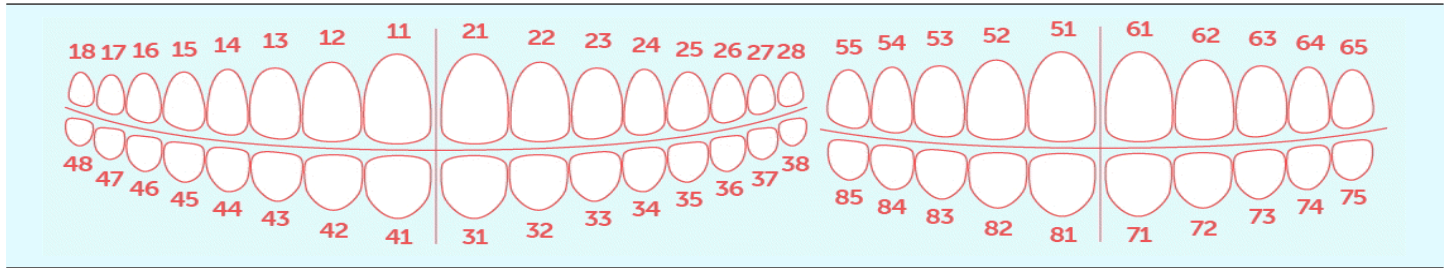
|      |  |      |  |
|------|--|------|--|
| 계약번호 |  | 상품명  |  |
| 사고번호 |  | 피보험자 |  |

## 치료내용

|      |                                      |      |   |      |       |
|------|--------------------------------------|------|---|------|-------|
| 환자명  |                                      | 주민번호 | - | 초진일자 | 년 월 일 |
| 내원경위 | □상해(교통사고) □질병 □기타 ※ 상세내용 추가 작성 바랍니다. |      |   |      |       |

## 내원(초진 당시) 치아상태(치아번호 : 아래 그림에 표시)

- 1.치아파절 □2.신경치료시행치아 □3.보철물치료시행치아 □4.치근관충전시행치아 □5.이미발거된치아  
□6.틀니 □7.브릿지 □8.임플란트 □9.해당없음



## 치료상세내용 (해당되는 내용에만 기재)

| 치아 번호 | 내원시 치아상태 | 진단 확정일 | 진단명 (분류코드) | 수술/치료명 (※영문/번호 기재) | 발거날짜 | 치아구분   | 치료기간 (횟수, 장착일, 기간) | 자동차사고 치아보철여부 |
|-------|----------|--------|------------|--------------------|------|--------|--------------------|--------------|
|       |          |        |            |                    |      | 영구치/유치 | 시작일                |              |
|       |          |        |            |                    |      | 영구치/유치 | 종료일                |              |
|       |          |        |            |                    |      | 영구치/유치 | 시작일                |              |
|       |          |        |            |                    |      | 영구치/유치 | 종료일                |              |
|       |          |        |            |                    |      | 영구치/유치 | 시작일                |              |
|       |          |        |            |                    |      | 영구치/유치 | 종료일                |              |
|       |          |        |            |                    |      | 영구치/유치 | 시작일                |              |
|       |          |        |            |                    |      | 영구치/유치 | 종료일                |              |

- ① 수술명 (해당 영문을 기재해 주시기 바랍니다.)  
 A. 치주소파술 B. 치은신부착술 C. 치은성형술 D. 치은절제술 E. 치은박리소파술  
 F. 치근면 처치술 G. 치조(골결손부)골이식술 H. 조직유도재생술 I. 조직유도재생막 제거술 J. 치은측방변위판막술  
 K. 치관변위판막술 L. 치은이식술 M. 치관분리술 N. 치근절제술 O. 치관확장술  
 P. 치아반축절제술 Q. 기타
- ② 치료명 (해당 번호를 기재해 주시기 바랍니다.)  
 1. (치석제거)스케일링 2. (보존)아말감 3. (보존)글래스아이노머 4. (보존)(복합)레진필링치료 5. (보존)인레이,온레이  
 6. (보존)크라उन 7. (보철)가철성의치(틀니) 8. (보철)고정성가공의치(브릿지) 9. (보철)임플란트 10. 치수치료  
 11. 발치 12. X-ray 또는 파노라마 13. (교정치료)악정형(턱) 14. (교정치료)치아교정

※ 귀 원에서 치료한 내용만 기재하여 주십시오. 보험금 심사에 필요한 진료기록 사본, x-ray 사진 등을 추가로 요청할 수 있습니다.  
 ※ 스케일링은 보험급여 적용시 보장이 가능하며, 치료가 지속되는 경우에는 종료예정일을 기재하여 주시기 바랍니다.

|     |       |      |      |         |
|-----|-------|------|------|---------|
| 병원명 | (직인)  | 면허번호 | 전화번호 | -       |
| 작성일 | 년 월 일 | 의사성명 | 성명   | (서명/날인) |

※ 병(의)원 직인 및 의사(인)이 누락된 경우 해당 치료확인서는 효력이 없습니다.



제작: 장기손사기획파트 심사: 장기손사지원파트(확인필:2023003) 승인일자: 2023.05.31

고객콜센터 1588-5656 | www.hi.co.kr  
 현재페이지는 - [5/6]입니다



## ☞ 보험금 청구서류 접수방법

보험금 청구는 방문없이 홈페이지(www.hic.co.kr), 모바일 앱 및 우편접수 가능하며 우편 접수 시는 아래의 접수처로 보험금청구서(당사양식)를 첨부한 후 송부해 주시기 바랍니다.

**우편 접수** : 우) 07298 서울시 영등포구 문래로 28길 25 세미콜론문래 5타워 8층, 현대해상 장기보험 사고접수담당(우편접수 限 가능)

담당 부서 및 담당자 연락처, 예상 지급일일은 손사 담당자가 지정되면 연락처 등을 문자로 알려드리며 담당자 지정 전에는 콜센터로 문의하시기 바랍니다.  
「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 「개인정보보호법」 등에 따라 손해사정 및 사고조사, 보험금 지급심사 등의 업무 수행에 개인정보의 처리 동의가 필요합니다.

## 🕒 보험금 청구 소멸시효

보험금 청구서류를 사고 발생일로부터 3년 이내 접수하지 않으면 청구권이 소멸됩니다.

## 📄 보험금 지급심사 위탁

보험업감독규정 [금융기관의 업무위탁 등에 관한 규정]에 의하면 '금융기관은 인가를 받은 금융업을 영위하기 위하여 제3자에게 업무를 위탁하거나 제3자의 업무를 수탁할 수 있다'라고 명시하고 있습니다.

## 🔍 손해사정사 선임 및 조사

- 보험금 지급여부 결정을 위해 사고 현장조사, 병원 방문조사 등이 필요한 경우 보험업법에 따라 공인된 손해사정법인에 조사 업무를 위탁할 수 있습니다
- 보험금 청구권자는 손해사정 대상 건에 대하여 손해사정사 선임을 요구할 수 있고 해당 안내문을 받은 후 3영업일 안에 요청해야 합니다. 단, 기한 연장을 요청할 경우 10영업일까지 연장 가능합니다.
- 손해사정 대상 건이란 실제 손해액을 보상하는 담보에 대한 보험금 청구를 말합니다.(정액형 담보는 제외) 다만, 다음 각호에 해당하는 경우는 제외합니다.
  - ① 소송이 제기된 경우
  - ② 제출된 서류만으로 지급심사가 완료되어 서류접수 완료일로부터 제3영업일 이내에 보험금이 지급되는 경우
- 안내문을 받은 후 3영업일 안에 손해사정사 선임에 관한 의사 표현을 하지 않거나 손해사정 지연 시 사고현장 훼손· 손해 확대 등 피해가 예상되는 경우로서 보험계약자 등의 동의를 받은 경우에는 보험회사가 선임하는 손해사정사가 업무를 진행할 수 있습니다.
- 보험계약자 등이 선임한 손해사정사는 보험업법 및 손해사정표준업무기준에 근거하여 손해사정서를 작성해야 합니다.
- 보험회사는 보험금 청구권자의 손해사정사 선임 요구에 대해 아래의 사유로 거절할 수 있습니다

1. 손해사정사가 선임 요청일 기준 최근 5년 내 손해사정 업무 관련 보험 관련 법규(보험업법· 시행령· 시행규칙· 감독규정 등)를 위반한 사실과 관련하여 감독당국으로부터 제재를 통지받거나 보험회사로부터 2회 이상 서면 또는 전자문서로 경고(시정요구 등)를 받은 이력이 있는 경우
2. 손해사정사가 선임 요청일 기준 최근 5년 내 손해사정 업무 관련 보험사기방지특별법, 형법, 변호사법, 개인정보· 신용정보 관련 법규를 위반한 사실과 관련하여 사법기관 또는 감독당국으로부터 처벌 또는 제재를 통지받거나 보험회사로부터 2회 이상 서면 또는 전자문서로 경고(시정요구 등)를 받은 이력이 있는 경우
3. 손해사정사가 선임 요청일 기준 최근 5년 내 감독규정 제9-16조 제5항에 따라 보험회사가 보수를 부담한 계약과 관련하여 보험계약자 등에게 추가적인 보수를 요구하거나 이를 수취한 사실이 확인된 경우
4. 해당 손해사정사에 대하여 보험사기 인지 보고가 되어 조사가 개시되었거나 수사기관에서 수사절차가 진행 중인 경우
5. 손해사정사가 손해사정사의 업무범위를 벗어나는 보험금에 대한 화해· 중재· 합의 등 업무를 수행하기로 약속한 사실 또는 수행 중인 사실이 확인되는 경우
6. 보험회사가 선임 동의 여부를 판단하기 위해 손해사정사에게 평가를 위한 자료 제공을 요청하였으나 손해사정사가 선임 동의 기한까지 자료를 제공하지 않는 경우
7. 손해사정사가 보험회사 보수 기준에 대해 동의하지 않은 경우
8. 자동차사고의 경우 발생한 손해를 정비업체, 의료기관 등을 통해 지급보증하거나, 관련 법규에 따라 정해진 보험금을 지급하는 경우

## • 비용 안내

### 1. 보험계약자 등이 부담

- ① 보험회사가 고용 또는 선임한 손해사정사의 사정 결과에 승복하지 않는 경우
- ② 보험계약자 등이 보험회사와는 별도로 손해사정사를 선임하고자 할 때

### 2. 보험회사 부담

- ① 손해사정이 착수되기 이전에 보험계약자 등이 보험회사의 동의를 얻어 손해사정사를 선임한 경우
- ② 정당한 사유 없이 보험회사가 보험사고 통보(제3보험상품의 경우 접수가 완료된 날을 말한다)를 받은 날부터 7일이 경과하여도 손해사정에 착수하지 아니할 때

## ☞ 손해사정서 교부 안내

보험회사로부터 손해사정업무를 위탁받은 손해사정사 또는 손해사정업자는 손해사정업무를 수행한 후 손해사정서를 작성한 경우에 보험계약자, 피보험자 및 보험금 청구권자에게 서면, 문자 메시지, 전자우편, 팩스 등의 방법으로 손해사정서를 교부하고 그 중요한 내용을 알려드립니다.

단, 수령 거부, 소송이 제기된 경우 또는 보험금 청구권자가 제출한 서류만으로 지급심사가 완료되어 구비서류 접수 완료일로부터 제3영업일 이내에 보험금이 지급되는 경우에는 손해사정서를 작성하지 아니 할 수 있습니다.

## 📄 손해/생명 보험사간 치료비 분담 지급(비례보상적용)

상해 질병으로 인한 의료의 실비를 보상하는 상품의 경우 다른 보험 회사의 가입 여부에 따라 비례보상원칙을 적용하여 보험금을 지급 할 수 있습니다.  
이 경우 「보험금 청구서류 접수대행 서비스 신청서」 및 타사에 자료 제공을 위한 개인정보 활용에 동의하시면 접수대행이 가능합니다. 다만, 다른 보험사의 보험금 심사 단계에서 사고조사 등의 사유로 접수 대행이 거절 될 수 있고 이 경우 가입된 보험사에 각각 청구 하셔야 합니다.  
타 보험사의 가입사항은 손해보험협회를 통해 확인 가능합니다.

## 🕒 보험금 예상 지급일

상해/질병 사고는 최종서류 접수일로부터 3영업일, 재물/배상책임 사고는 지급보험금 결정일로부터 7일 이내이며 상황에 따라 다소 지연될 수 있습니다 .

## ☞ 보험금 지급안내 및 심사 절차 조회 방법

### • 보험금 지급안내 심사절차 조회 방법

- 홈페이지 → 보상서비스 → 질병/상해/단체보험 처리현황조회
- 홈페이지 → 보상서비스 → 재물/배상/휴대품 처리현황조회

### • 지급심사지연 및 부지급 결정

- 약관상 지급기일 이내에 보험금 지급이 어려운 경우 지연사유 및 지급예정일을 안내하며 약관 규정에 따라 지연 이자를 산정해 지급하여 드립니다.
- 약관에서 정해진 지급기일 내에 보험금을 지급하지 못 할 것으로 명백히 예상되는 경우 보험금 가지급제도에 따라 보험금 지급 받을 수 있습니다.
- 지급심사결과 부지급으로 결정되는 경우 사유를 안내하여 드리며 부지급 결정 및 산정 내역에 이의사항이 있는 경우 손사담당자 및 아래로 연락 주시면 상담하여 드립니다.

※ 서울시 중로구 세종대로 163 현대해상빌딩, 소비자정책부 / 대표 콜센터 1588-5656

- 보험계약/보험금 지급과 관련하여 분쟁이 발생할 경우에는 금융감독원(국번없이 1332)에 조정을 신청할 수 있습니다.

## ⚠️ 장애진단서 제출시 유의사항

장애진단서 제출의 경우에는 가능한 3차 의료기관에서의 진단을 요청드리며 진단 전 보상 담당자와 협의하시는 것이 신속한 보험금 심사에 도움됩니다.

## 📄 의료분쟁발생 시 진행절차

피보험자 등과 회사가 의료 관련 보험금 지급사유(장애지급, 실손의료비, 기타 진단 담보 등)에 합의하지 못 할 때에는 피보험자 등과 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다.

제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 판정에 소요되는 의료 비용은 회사가 전액 부담합니다.

## 📄 분할지급 담보 일시금 청구 안내

분할지급담보는 일시금 지급 요청이 가능하며, 이때 회사는 약관상 이율로 할인한 금액으로 보험금을 산정합니다.