에이스보험
에이스아메리칸화재해상보험주식회사한국지점
서울시 중구 남대문로5가 581번지, 서울씨티타워빌딩 19층 (우편번호 100-741)
82 2 2127 2400 전화 / 82 2 2127 2304 팩스 / www.acainsurance.co.kr

보 험 금 청 구 서(OTA)

계약자	성명		주민번호		증권번호	
피보험자	성명		주민번호		여 행 지	
	주소				연 락 처	
사고내용	사고일시	200 년 월 일		사고원인	상해☐ 질병☐ 배상책임☐ 휴대품☐	
	사고장소					
	사고내용					

휴대품	물품명(상표, 모델명)	수량	구입금액	구입일시	구입장소

타사가입	다른 보험사에 계약이 있으면 회사명 및 보험종목을 적어주십시오.(생명보험, 손해보험, 공제조합)		
피해자 성명		피해자 연락처	
해외직불치료비용(통화단위:)		진 단 명	
최근5년 이내에 다치거나 질병으로 입원치료 받은 적이 있으면 병명 및 치료받은 병원명 기재			
보험금청구접수증 및 처리결과 안내 방법 (필수기재사항)	☐ E-mail	기타	☐ SMS서비스 ☐ FAX
			H.P

신 청 일	200 년 월 일	신 청 인	㊞	피보험자와의 관계	
보험금 송금계좌	은 행 명		계 좌 번 호		
	예 금 주		주 민 번 호		

위임장 (본인은 본 사고에 대한 보험금 청구행위 및 수령권 일체를 피 위임자에게 위임합니다)

구 분	성 명	주 민 번 호	주 소	전 화 번 호	관 계
위 임 자	㊞				
피 위임자	㊞				

* 위임자는 인감도장 날인 후 인감증명서를 첨부하여 주시기 바랍니다

동의 및 위임장

1. 본 사고와 관련하여 당사가 취득한 계약자, 피보험자, 수익자 관련정보 및 이들의 질병, 계약사항, 보험금 지급사항 등에 관한 사항을 금융감독원, 보험회사 등 기타 업무관련자에 제공 활용함에 동의합니다
2. 동 보험금 청구와 관련하여 본인이 선택한 방법으로 에이스아메리칸화재해상보험㈜로부터 안내 받는 것과 SMS 문자서비스로 보험금청구 접수증을 e-mail로 보험금 지급 안내문을 제공 받는 것에 동의합니다.
3. 본인은 본 사고의 손해사정 조사업무와 관련하여 에이스아메리칸화재해상보험㈜가 아래의 내용에 대한 확인,열람,복사,서류발급 및 대출 하는 것에 동의하며, 향후 이와 관련하여 귀사 및 해당기관(인)에 일체의 민,형사상의 이의를 제기하지 않을 것을 확약합니다.
   1. 사고관련 및 보험계약 관련 자료 일체(군,경, 검찰 및 법원 및 기타 관련기관 등 / 다른보험 계약사항 등)
   2. 병원 진료기록 및 각종 검사 결과지, 필름, 진료확인서 및 소견서, 진단서 등의 징구 및 의료자문 등
   3. 관공서 및 공공기관 관련서류 확인 및 기타 보험금 지급심사와 관련된 사실확인 등

동의 및 위임자 성 명 : (인) 주민번호 :

주 소 :

피보험자와의 관계 : 연 락 처 :