

# DONGBU INSURANCE

## OVERSEAS TRAVEL ACCIDENT INSURANCE CLAIM FORM 동부화재해상보험(주) 해외여행보험 보험금청구서(상황보고서)

동부화재해상보험(주) 귀중

TO : DONGBU INSURANCE CO.

년 월 일

아래의 내용이 사실과 틀림없음을 확인하고 보험금을 청구합니다.

Claimant 청구자 \_\_\_\_\_ (인)

|  |  |  |                              |                            |                      |                         |
|--|--|--|------------------------------|----------------------------|----------------------|-------------------------|
| Insured<br>피보험자  | Policy No 증권번호   |  | Policy period 여행기간(보험기간)     |                            | 상품코드                 |                         |
|  | Name 성명  |  |                              | Mobile Phone Number 핸드폰 번호 |                      |                         |
|  | ID Number 주민등록번호   |  |                              |                            |                      |                         |
|  | Address 주소   |  |                              |                            |                      |                         |
|  | Occupation 직업  |  | Place of employment 근무처      |                            | Tel 전화번호             |                         |
| Details of<br>Accident<br>or<br>Sickness<br>사고경위         | Describe accident or nature of your sickness in detail 사고일을 비롯하여 사고상황 또는 병의 상태와 경위를 상세하게 작성해 주십시오.   |  |                              |                            |                      |                         |
| Accident &<br>Sickness<br>상해&질병<br>문답                    | What was your approximate date of the above condition? 언제부터 위와 같은 증상이 있었습니까?   |  |                              |                            |                      |                         |
|  | Name & Address of hospital and doctor 병원, 의사 주소, 성명, 전화번호  |  |                              |                            |                      |                         |
|  | If you have had any treatment for this condition in the last five years, give name of hospital, doctor, address and treatment period? 현 증상과 관련하여 최근 5년 이내에 치료받은적이 있으시면 치료시기, 병원, 의사 성명, 연락처 기재하여 주십시오. |  |                              |                            |                      |                         |
|  | Please give details of policy No and issuer applicable to this loss if any<br>위 사고 및 질병과 관련하여 다른 보험계약 사항이 있으시면 해당 보험회사 및 보험종목과 증권번호를 기재하여 주십시오.  |  |                              |                            |                      |                         |
| Liability<br>배상책임  | Name and address of the claimant 피해자 성명, 주소, 연락처   |  |                              |                            |                      |                         |
|  | Property damage 제3자의 재물손해  |  |                              |                            |                      |                         |
|  | Kind of property and extent of damage 재산종류, 손해정도   |  | Name of damaged property 피해물 |                            | Claimed amount 청구금액  |                         |
|  | Bodily injury 제3자의 신체장해  |  |                              |                            |                      |                         |
|  | Nature and extent of injury 상해범위, 성질정도   |  | Claimed amount 청구금액          |                            |                      |                         |
| Nature and address of hospital and doctor 치료병원, 의사주소, 성명 |  |  |                              |                            |                      |                         |
| Baggage<br>휴대품손해   | Damaged items<br>물품명/브랜드명/모델명  |  | Qunntity<br>수량               | Extent of damage<br>손해 정도  | Actual cost<br>구입 가격 | Date purchased<br>구입년월일 |
|  |  |  |                              |                            |                      |                         |
|  |  |  |                              |                            |                      |                         |
|  |  |  |                              |                            |                      |                         |
|  |  |  |                              |                            |                      |                         |
|  |  |  |                              |                            |                      |                         |
| Payment<br>to<br>부이 계좌                                   | Bank name 은행명  |  | Account no 계좌번호              |                            |                      | Payee 예금주               |

- \* 공통 작성사항 : 피보험자+사고경위+본인계좌(미성년의 경우 부모 계좌 기재 후 의료보험증 사본 또는 주민등록등본 첨부)
- \* 상해/질병 사고 접수시 작성사항 : 공통 작성사항+상해&질병문답
- \* 본인 휴대품의 도난/파손/수하물 분실/수하물 파손시 작성사항 : 공통 작성사항+휴대품손해(품목 많은 경우 별지 보완)
- \* 본인이 타인에게 물적/신체적 손해를 입힌 사고시 작성사항 : 공통 작성사항+배상책임