

## 하나카드 채무면제·유예상품 청구서

아래의 사항에 대하여 정확하게 기재하여 주시기 바랍니다. (\*는 필수 기재사항임)

<b>*가입자</b>	<b>*성명</b>		<b>*주민번호</b>		
	<b>*주소</b>				
<b>보장청구인 (신청자)</b>	<b>성명</b>		<b>주민번호</b>		
	<b>주소</b>			<b>가입자와의 관계</b>	
	<b>*휴대폰</b>		<b>*유선번호</b>		

※ 회사는 상품가입 기간 중에 보장대상자에게 채무면제 보장사건이 발생한 경우, 약관에 따라 보장사건별 채무액 산정일 당시 회원의 채무액을 면제해 드립니다. 회사는 면제된 채무액을 청구하지 않으며, 회사가 회원의 채무액 면제 시 회사의 입금공제 순서에 따라 면제됩니다. 단, 변제 충당을 하고 잔액이 있을 경우에는 회원에게 환급합니다.

(가입자 본인 회원의 주거래 계좌가 이미 소멸된 경우에는 보상금을 법정상속인에게 지급하여 드립니다.)

이 청구서 상에 기재된 내용은 사실과 틀림없음을 확인하며, 기재사항의 미비나 잘못으로 인하여 받게 되는 당사의 상품 제공 거절에 대하여 이의를 제기하지 않겠습니다.

### 보상관련 제출서류

- ① 당사양식 - 보상청구서, 정보제공 활용 동의서, 보장사고사항 체크지, 위임장 등
- ② 진료기록부 - 초진기록지, 입퇴원확인서, 간호정보조사지, 검사결과지, 진단서, 사망진단서, 후유장해진단서, 소견서 등
- ③ 기타서류 - 사건(변사)사실확인원, 교통사고 사실확인원, 사체검안서, 보험금지급내역서, 최근3개월이내 가족관계증명서 등

신청일: 20    년    월    일

신청인: \_\_\_\_\_ (서명/날인)

## 사고사항

### 1. 사고유형

<input type="checkbox"/> 사망	<input type="checkbox"/> 치명적 질병	<input type="checkbox"/> 치명적 장애
<input type="checkbox"/> 장기입원	<input type="checkbox"/> 자동차 사고	<input type="checkbox"/> 대중교통 사고
<input type="checkbox"/> 휴대폰 수리비	<input type="checkbox"/> 골절 (치아파절 포함)	<input type="checkbox"/> 중기 입원
<input type="checkbox"/> 부인과 질병	<input type="checkbox"/> 얼굴 성형	

※ 청구하실 사고 유형에 V표기 바랍니다.

가입하신 상품 유형에 따라 보장되는 사고 유형이 상이합니다. 자세한 사항은 상품약관을 참조바랍니다.

### 2. 사고내용

<중기입원 또는 장기입원을 제외한 사고의 경우>

진단명 /장애 원인	진단일 /장애 사고발생일	년 월 일
<사고 유형이 치명적 질병인 경우는 필히 기재바랍니다> 질병원인 : <input type="checkbox"/> 암 <input type="checkbox"/> 뇌혈관 질환 <input type="checkbox"/> 허혈성 질환 <input type="checkbox"/> 만성신부전증 <input type="checkbox"/> 주요장기이식수술 상기 질병과 동일한 진단 및 치료를 이전에도 받으신 적이 있습니까? (있다면 언제입니까?) <input type="checkbox"/> 예(    년    월    일) <input type="checkbox"/> 아니오		
사고내용/ 질병진단내용	<사고 유형이 수리비인 경우만 기재 바랍니다.> 수리비:	
병(의)원명	병(의)원 주소	최초 진료일
		년 월 일
		년 월 일
		년 월 일

※ 작성방법 사고 유형이 사망인 경우 진단명에 사망원인을 기재하고, 사고 내용에 사망 경위를 기재 바랍니다. 질병의 진단 및 치료받은 병원명과 주소를 기입하여 주시기 바랍니다(초진 및 치료병원)

<중기입원 또는 장기입원의 경우>

입원사유	입원개시일	년 월 일
병(의)원명	입원기간	입원일수
	년 월 일 ~ 년 월 일	일
	년 월 일 ~ 년 월 일	일
	년 월 일 ~ 년 월 일	일

### 개인(신용)정보 관련 동의서

귀사는 본인의 정보를 수집하고 타인에게 제공, 활용하는 경우 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」제32조, 제33조, 제34조, 「개인정보 보호법」 제15조, 제17조, 제22조, 제23조, 제24조에 따라 본인의 동의를 얻어야 합니다. 이에 본인은 귀사가 아래의 내용과 같이 본인의 개인(신용)정보를 수집·이용·조회·제공하는데 동의합니다.

#### ■ 신청인이 회원 본인인 경우

##### 1. 개인(신용)정보의 수집·이용에 관한 사항

· 본인은 귀사가 채무면제·유예상품의 서비스 제공을 위하여 아래와 같이 개인(신용)정보를 수집·이용함에 동의합니다.

- ① 수집·이용 정보: 성명, 주민등록번호, 주소, 전화번호, 연락처, 직업, 사진, 동영상, 녹취록, 3항의 민감정보, 카드정보 등 심사에 필요정보
- ② 정보의 보유, 이용기간: 심사업무 완전 종결시까지

동의함

- 본인은 귀사가 상기 목적으로 다음과 같은 본인의 고유식별정보를 처리함에 동의합니다.
- 고유식별정보: 주민등록번호, 운전면허번호, 여권번호, 외국인등록번호 등

동의함

##### 2. 개인(신용)정보의 제공·이용·조회에 관한 사항

· 본인은 귀사가 채무면제·유예상품의 서비스 제공을 위하여 제3자에 대하여 본인의 개인(신용)정보 제공함에 동의합니다.

- ① 제공정보: 1항과 같이 수집된 정보, 카드 거래기간 및 거래금액 등 심사에 필요한 정보(현금서비스 및 리볼빙포함)
- ② 제공받는자: (주)폴렉스존, 현대해상(주), LIG손해보험(주), 현대해상(주) 및 LIG손해보험(주)의 보험금지급 심사 및 보험사고조사 등에 필요한 업무를 위탁 받은 손해사정업체,(중앙손해사정(주), 국제손해사정(주)), 금융감독원, 손해보험협회 등 신용정보집중기관, 보험산출기관(보험개발원) 등
- ③ 제공받은 자의 정보 보유, 이용기간: 심사업무 완전 종결시까지
- ④ 본인은 귀사가 보험관련 심사를 위하여 금융감독원, 손해보험협회 등 신용정보집중기관, 보험산출기관(보험개발원)으로부터 신용정보를 조회하는 것에 대하여 동의합니다.
- 조회할 신용정보: 보험계약정보(보험사명, 보험기간 등 보험가입사항), 보험지급정보(보험사고일자, 사고내용, 보험금지급내역) 등
- 조회동의 효력기간: 채무면제·유예상품의 서비스 제공하는 시점까지

· 본인은 귀사가 보험관련심사를 위하여 신용정보집중기관 등으로부터 본인의 신용정보를 조회하는 것에 대하여 동의합니다.

- ① 조회할 신용정보: 보험계약정보(보험사명, 보험기간 등 보험가입사항), 보험지급정보(보험사고일자, 사고내용, 보험금지급내역) 등
- ② 조회동의 효력기간: 채무면제·유예상품의 서비스 제공하는 시점까지

동의함

- 본인은 귀사가 상기 목적으로 다음과 같은 본인의 고유식별정보를 처리함에 동의합니다.
- 고유식별정보: 주민등록번호, 운전면허번호, 여권번호, 외국인등록번호 등

동의함

##### 3. 민감정보 처리에 관한 사항 (휴대폰 수리비 사고의 경우는 체크 할 필요 없음)

- 본인은 귀사가 채무면제·유예상품의 서비스 제공을 위한 보험관련 심사업무를 위하여 본인의 민감정보를 수집, 이용하고 처리함에 동의합니다.
- 민감정보 : 건강정보(질병정보·진단서, 소견서, 진료기록부, 방사선필름, 조직검사슬라이드 등), 사진, 동영상, 녹취록 등을 열람, 대여 및 치료받은 의료 받은 의료기관 또는 제3의 의료기관으로부터 치료관련 소견서를 받는 것에 동의합니다.

동의함

#### ■ 신청인이 회원의 상속인인 경우 추가 동의

· 상속인 본인은 귀사가 채무면제·유예상품의 서비스 제공을 위하여 아래와 같이 개인(신용)정보 수집, 이용 및 고유식별정보(주민등록번호 등)를 처리함에 동의합니다.

- ① 대상정보 : 성명, 주민번호, 주소, 전화번호, 연락처 및 회원의 상속인이라는 정보 등
- ② 정보의 보유, 이용기간: 개인(신용)정보 수집·이용·목적에 달성할 때까지

동의함       동의하지 않음

- 본인은 귀사가 상기 목적으로 다음과 같은 본인의 고유식별정보를 처리함에 동의합니다.
- 고유식별정보: 주민등록번호, 운전면허번호, 여권번호, 외국인등록번호 등

동의함       동의하지 않음

▶ 귀하는 상기 동의를 거부할 수 있습니다. 다만, 동의하지 않을 경우 서비스 제공이 불가능 할 수 있음을 알려 드립니다.

20    년    월    일

가입자: \_\_\_\_\_ (서명/날인)

사고자: \_\_\_\_\_ (서명/날인)

청구인: \_\_\_\_\_ (서명/날인)