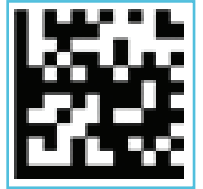




# 사고공제금 청구서



## ▣ 피공제자 인적사항

피공제자	성명		직장명	(하시는일 : )
	주민번호	-	연락처	

타보험사 가입사항	있음 <input type="checkbox"/> (보험사 : )	실손 중복가입 여부	예 <input type="checkbox"/> (보험사 : )
	없음 <input type="checkbox"/>		아니오 <input type="checkbox"/>

## ▣ 사고사항

사고(발병)일시	20 년 월 일 ( : )	사고원인	<input type="checkbox"/> 질병 <input type="checkbox"/> 재해(상해)	사고장소	
사고경위 (내원경위)					
병원명(진료과)	( 과 )	진단명		질병사인코드	
신청사유	<input type="checkbox"/> 실손 <input type="checkbox"/> 진단 <input type="checkbox"/> 사망 <input type="checkbox"/> 입원 <input type="checkbox"/> 수술 <input type="checkbox"/> 통원 <input type="checkbox"/> 치아 <input type="checkbox"/> 후유장해 <input type="checkbox"/> 기타				
사고처리여부	<input type="checkbox"/> 자동차보험 (보험사 : ) <input type="checkbox"/> 경찰신고 <input type="checkbox"/> 산재보험				

## ▣ 위임장 (공제금 수령인이 타인에게 수령권을 위임하시는 경우에만 작성)

- 위 공제사고에 따른 공제금 청구 및 수령 행위 일체를 아래의 사람에게 위임합니다.

위임하는 분	성명	(인)	주민번호	-	위임자와의 관계 : 위임하는 분의 ( )
위임받는 분	성명	(서명 / 인)		-	

※ 위임하시는 분의 인감을 날인해 주시고 인감증명서를 첨부해 주시기 바랍니다.

## ▣ 공제금 지급 계좌

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

⇒ 연금 일시 수령 여부 ( 예  아니오  )

## ▣ 공제금 접수 시 필수 확인사항

<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 상기사고로 인한 모든 공제금을 청구하며, 위 내용과 관련하여 허위나 잘못이 있을 경우 공제금 청구권을 상실하게 됨은 물론 모든 법적책임을 질 것을 확인하며, 만약 공제금 수령 후 해당 공제약관 또는 제 규정상 보상하지 아니하는 손해에 해당할 경우에는 지급받은 공제금 일체를 반환함에 동의합니다.</li> <li>▶ 공제금 접수와 관련하여 「필수」 공제금(보험금) 청구를 위한 동의서에 대한 내용을 확인하였으며 이에 동의합니다.</li> </ul>	<b>확인</b> <input type="checkbox"/>
--	---------------------------------------

공제금수령인(위임자)	(서명)	주민번호	-
법정대리인 1인 청구시	(서명)	친권자	부 (서명)
			모 (서명)
본인은 다른 법정대리인(친권자) 1인과 합의하여 공동으로 친권을 행사합니다.		관계	피공제자의 ( )
연락처 / 핸드폰번호		SMS 수신여부	예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/>
주소			

청구일 : 20 년 월 일

※ 계약자의 연락처 및 우편물수령지 변경 시, 통합단말 '041118'에서 변경처리 요함

금고명		새마을금고 / 전화 : ) -
담당자	직위 :	성명 :

## 새마을금고중앙회 귀중