

# 위임장 (보험금)



## 수령 받는 자

성명	(서명 날인)	연락처	
생년월일		수익자와의 관계	

## 위임내용

증서번호		보험금을 받는 자 (보험수익자)	
보험종류		보험 대상자 (피보험자)	
위임업무	<input type="checkbox"/> 사망 <input type="checkbox"/> 장해 <input type="checkbox"/> 진단 <input type="checkbox"/> 입원 <input type="checkbox"/> 통원 <input type="checkbox"/> 수술 <input type="checkbox"/> 실손 <input type="checkbox"/> 치료 <input type="checkbox"/> 일시금 <input type="checkbox"/> 분할보험금 <input type="checkbox"/> 기타 (직접 입력) :		

## 위임하는 자

\*대표자 및 소재지는 단체 위임 시에만 작성

성명(단체명)	생년월일(사업자번호)	연락처	수익자와 관계
대표자	소재지	인감란	인감확인

- ※ 상기 위임업무 처리에 대한 일체의 권한을 위임 받는 자(대리인)에게 위임합니다.
- ※ 추후 본건 보험금 청구 및 수령으로 인한 민 형사상 책임을 귀사에 묻지 않을 것을 약속합니다.
- ※ 성명(단체명) 및 생년월일(사업자번호)는 자필로 기입해야 하며, 각 위임인의 인감증명서 1부를 제출해 주셔야합니다.
- ※ 본 제출서류는 전자화서식으로 보관됨을 인지합니다.

년 월 일

확 인 자

(서명 날인)



# 변제 의무 확인서



## 보험계약사항

증서번호	상품명	피보험자 (보험대상자)	주민번호	수익자

본인은 위 보험계약의 보험금 수령과 관련하여 차후 발생하는 모든 사고에 관하여 변제는 물론 이에 수반되는 민·형사상 일체의 **책임** 질것을 확인합니다.

본 제출서류는 전자화서식으로 보관됨을 인지합니다.

## 수령인 (직계존비속)

성명	(서명/날인)	생년월일	
수익자와의 관계		연락처	

년 월 일

