

손해사정업무 착수 동의서

본인(당사)은 아래 보험사고(보험금청구건) 관련하여 손해사정사 선임에 대한 안내를 받았으며, 사고에 대한 손해사정 지연 시 사고현장 훼손이나 손해 확대 등 피해가 예상되는 경우의 사유로 인하여 보험회사에 소속된 손해사정사 또는 보험회사와 위탁계약이 체결된 손해사정업자가 업무를 진행한다는 사실에 동의하여 손해사정 즉시 착수를 요청합니다.

- 아 래 -

1. 보험금청구 이해관계 당사자 구분

☐ 계약자 ☐ 피보험자 ☐ 피해자 ☐ 보험수익자 ☐ 기타 이해관계인()

2. 사고정보

상품명	생산물배상책임보험(I)	사고일자	2026/10/03
증권번호	20266199208	접수번호	2026-1007014188

년 월 일

동의.확인자 성명/상호 :

(서명/날인)

연락처 :

이메일 :

팩스 :

(주)KB손해보험 귀중

보험금 인터넷/모바일접수: 홈페이지 www.kbinsure.co.kr / 모바일 m.kbinsure.co.kr
 청구서류 우편접수: 040-27 서울시 마포구 양화로 19 (합정동) KB손해보험 합정빌딩 19층 제품배상부 (우편접수만 가능)
 전속보좌관 팩스접수: 일반/장기 제품배상보좌관 0505-136-6700 (100원씩 아껴 청구시)



1. 보험계약 인격사항 및 보상안내

※ 개인정보통의서가 첨부되지 않는 경우에는 보편금형구 접수 및 심사 진행이 제한될 수 있습니다.

계약정보	상품명	생산물배상책임보험(I)	증권번호	20266199208	접수번호	2026-1007014188
	성명/상호	요촌동 지역발전협의회		전화번호	063 540 6101	
계약자	주인(사업자) 번호	432 26 02113				
	(법인, 회사인 경우) 보험업무 담당자 성명:			연락처:		
피보험자	성명/상호	상 동				
	주인(사업자) 번호					
	주소					
보상안내 받으실 분	보험계약자 피보험자 기타 (성명: 관계:					
	휴대전화					

* 1. 보상안내 받으실 분이 피보험자와 다른 경우, 사고접수안내는 보상안내 받으실 분 / 보험금지급안내는 피보험자에게 안내됩니다.
 2. 사고접수/보상신청 및 처리결과는 전화 또는 휴대문자(SMS)로 안내되며, 보험금지급에 대한 추가안내를 원하시는 경우 아래의 항목들에 신의 체크 표시 부탁드립니다.

팩스(번호):	E-mail: (
우편(주소):	

2. 다른 보험회사 계약사항

보험회사	1()	2()	3()
------	------	------	------

3. 사고내용 및 손해내역 (해당 사고 유형에 ☒ 표시하십시오:▶

사고일시	2026/10/03				년		월		일	▶	사고장소	지평선축제 김밥 판매 부스	
사고내용	식중독(김밥)										손해내역	입원 or 통원 등	
피해자 (대리인)	성명								연락처				

4. 보험금 수령 계좌

피보험자	은행명	계좌번호	예금주
기타 입금처	구분	(해당유형에 ☒ 표시) ☐ 피해자 ☐ 공업사 ☐ 병원 ☐ 기타 ()	
	은행명	계좌번호	예금주

* 가지급보험금 청구 관련 안내

보험금 지급사유에의 조사 및 확인을 위하여 보험약관에서 정한 보험금 지급기일의 초과가 명백히 예상되는 경우에는 가처분보험금을 청구할 수 있습니다. 구체적인 청구방법은 담당 손해사정사나 보상담당자에게 문의하여 주시기 바랍니다.

본인은 뒷면의 [보험금 지급절차 안내문]을 통하여 보상 절차에 관한 정보(담당부서 및 연락처, 지급절차, 예상심사기간 및 지급기일 등)을 안내받고 이를 숙지하였음을 확인하며, 청구자 본인은 상기내용에 사실과 다른 것이 있거나 관련서류 또는 증거가 위조·변조된 경우에는 보험금 청구권을 상실할 수 있으며 동시에 그에 따른 모든 법적책임을 부담할 것을 확인합니다.

작성일자 ▶ □□ □□ □□ □□ □□ □□ □□ □□ ◀ 보험금청구자(피보험자) ▶ 성명 서명(인)

※ 보험사기(고의사고, 허위사고, 허위입원, 진단, 장래, 피해과량, 사고후 보험가입 등)는 범죄이며, 보험사기방지특별법에 의거 10년 이하의 징역이나 5천만원 이하의 벌금에 처해질 수 있습니다.

※ 미성년자의 경우 친권자가 서명하며, 다른 일방의 의사에 반하지 않는다면 부모 중 일방이 부모 공동동의로 동의 및 서명할 수 있습니다.

* 전수하신 청구서류 일체는 반환하여 드리지 않사오니 이 점 양지하시기 바랍니다.

보험금 청구에 대한 안내문

예상치 못한 사고를 당하신 고객님께 진심으로 위로의 말씀을 드립니다.

저희 (주)KB손해보험은 피해를 최대한 신속·정확하게 보전해 드리기 위해 하기의 손해
사정법인에 사고조사를 의뢰하였고, 고객님의 아래와 같이 보험금 청구에 대하여
안내하고자 하오니 확인하여 주시기 바랍니다.

아 래

보험상품	생산물배상책임보험(I)	증권번호	20266199208	사고유형	식중독
조사자 연락처		010 - 5127 - 6437			
예상 심사기간 및 예상 지급일		최종 서류 접수일로부터 07일 이내			
보험금 청구서류		치료 관련 서류 외 일체			

* 별첨 :

20 년 일 일

(주)KB손해보험 화재특종보상부

담당자 : 이정현

(전화 : 051-440-0673 팩스 :)

본인은 보험금 청구에 대한 상기 사항을 안내 받았음을 확인하는 바
입니다.

20 년 이후의

계약자/피보험자/피해자 [](서 명)

연락처 :

Email :

주소:

심사지연에 대한 안내문

고객님의 보험금 청구에 대하여 심사가 지연되고 있습니다. 그 사유를 아래와 같이 안내하여 드리오니 확인하여 주시기 바랍니다.

아 래

보험상품	생산물배상책임보험(I)	증권번호	20266199208	사고유형	식중독
심사지연 사유		청구 서류 제출 지연 등			

20 년 월 일

(주)KB손해보험 화재특종보상부

담당자 : 이정현

(전화 : 051-440-0673 / 팩스 :)

본인은 심사지연에 대해 안내 받았음을 확인하는 바입니다.

20 년 월 일

계약자/피보험자/피해자 [(서 명)

연락처 :

Email :

주 소 :