

# 여행보험 계약청약서 (장기)

(회사보관용, 가입자 보관용, 대리점 보관용 각각 3부를 카피하여 보관하시기 바랍니다)

## [실손의료보험계약 체결을 위한 사전 동의]

다수의 실손의료보험에 가입되어 있을 경우, 각 보험사는 보상대상의료비 및 보상책임액에 따라 **비례분담액**을 지급합니다. 의료비보험의 중복과 비례보상의 내용을 확인하시고, 당사의 의료비 보험 가입에 동의 하십니까?  예  아니오

신규  재가입 \*재가입인 경우 기존 증권번호:

<b>보험기간</b>	년 월 일 시 분 부터		년 월 일 시 분 까지, ( )일 ( )개월			
<b>여행지</b>	<b>여행목적</b>		<b>가입플랜/보험료</b>			
<b>피보험자</b>	성명(영문)			주민등록번호	-	
	국적			이메일	전화번호 (자택)	
	주소				휴대폰	
<b>계약자</b> <input type="checkbox"/> 피보험자 정보와 동일	성명(영문)			주민등록번호	-	
	국적			이메일	직업	
	피보험자와의 관계				전화번호 (자택)	
	주소				휴대폰	
<b>보험료 납입방법</b>	은행명	계좌번호(카드번호):		카드 유효기간:		
	예금주 주민번호	계약자와의 관계		예금주명 (서명)		
	본인(회사)의 계좌(또는 카드)에서 해당 여행보험 보험료 출금에 동의합니다. (*예금주가 계약자 본인이 아닌 경우 예금주 본인의 서명과 통장사본을 첨부하시기 바랍니다.)					
<b>사망시 수익자</b>	성명	주민번호		-	피보험자와의 관계	
<b>추가 피보험자</b>	영문성명		주민번호		국적	가입플랜

♣ 귀하는 출국 전이십니까 아니면 해외에 체류중입니까?  출국 전  해외 체류중

\* 이 보험은 대한민국에 거주하는 분들이 해외 여행이나 출장, 유학시에 가입하는 보험입니다. 해외에 거주를 목적으로 출국한 경우에는 이 보험의 가입대상이 될 수 없으며, 해외 체류중에 가입하는 경우에도 가입이 제한 될 수 있습니다.

♣ 쿠바, 아프가니스탄, 이라크, 이란, 시리아, 콩고민주공화국, 라이베리아, 수단을 여행하거나 경유할 계획이 있습니까?  예  아니오

\* 이 보험은 쿠바, 아프가니스탄, 이라크, 이란, 시리아, 콩고민주공화국, 라이베리아, 또는 수단에서의 여행 또는 경유하는 경우 적, 간접으로 발생하는 모든 손해에 대하여 보상하지 않습니다.

※ 보험대상자(피보험자)에 대한 다음 사항은 회사가 보험계약자의 청약을 인수하는데 필요한 자료이므로 사실대로 기재하여야 합니다. 만약 아래 (1~4번)에 대하여 사실대로 알리지 않거나 사실과 다르게 알릴 경우에는 보험가입이 거절될 수 있으며, 보장이 제한되거나, 계약이 해지될 수 있습니다.

다음 각 항목에 대하여 "예, 아니오"를 표시하시기 바랍니다.	피보험자1 ( ) 피보험자3 ( )	피보험자2 ( ) 피보험자4 ( )
1. 최근 3개월 이내에 의사로부터 진찰 또는 검사를 통하여 다음과 같은 의료행위를 받은 사실이 있습니까? 1) 질병확정진단 2) 질병의심소견 3) 치료 4) 입원 5) 수술(제왕절개포함) 6) 투약 ※진찰 또는 검사란 건강검진을 포함하여 질병의심소견이란 의사로부터 진단서 또는 소견서를 발급받은 경우를 말합니다.	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
2. 최근 5년 이내에 의사로부터 진찰 또는 검사를 통하여 다음과 같은 의료행위를 받은 사실이 있습니까? 1) 입원 2) 수술(제왕절개포함) 3) 계속하여 7일 이상 치료 4) 계속하여 30일 이상 투약 ※ 여기서 "계속하여"란 같은 원인으로 치료 시작후완료일까지 실제 치료, 투약 받은 일수를 말합니다.	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
3. 최근 5년 이내에 아래 10대 질병으로 의사로부터 진찰 또는 검사를 통하여 다음과 같은 의료행위를 받은 사실이 있습니까? ①암 ②백혈병 ③고혈압 ④협심증 ⑤심근경색 ⑥심장판막증 ⑦간경화증 ⑧뇌졸중증(뇌출혈, 뇌경색) ⑨당뇨병 ⑩에이즈(AIDS) 및 HIV 보균 1) 질병확정진단 2) 치료 3) 입원 4) 수술 5) 투약	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
4. 최근 1년 이내에 다음과 같은 취미를 자주 반복으로 하고 있거나 관련자격을 가지고 있습니까? 1) 스쿠버다이빙 2) 행글라이딩, 패러글라이딩 3) 스카이다이빙 4) 수상스키 5) 자동차, 오토바이 경주 6) 번지점프 7) 빙벽, 암벽등반 8) 제트스키 9) 래프팅	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
* 위의 질문항목 중 "예"인 경우 그 내용을 정확하게 기술하세요. 질문번호 ( ) 피보험자명 ( ) 구체적인 내용:		

위의 각 계약전 알릴의무사항에 대한 답변내용은 사실과 일치하며, 보험계약자 및 피보험자본인이 직접 작성하였음을 확인합니다. 또한 귀사가 위 사항과 관련하여 필요시에는 별도의 확인을 할 수 있으며, 의사가 본인의 질병 등의 건강상태를 조회하거나 열람토록 하는 것에 동의합니다.

계약일 20 년 월 일

※ 피보험자본인이 자필서명을 하지 않은 경우에는 보험계약이 무효가 되어 보장을 받지 못할 수도 있습니다. 보험계약자 또는 피보험자가 미성년자인 경우 법정대리인이 서명하여 주시기 바랍니다.

계약자	(서명)
피보험자 1	(서명)
피보험자 2	(서명)
피보험자 3	(서명)
피보험자 4	(서명)
법정대리인(친권자)관계 ( )	(서명)
법정대리인(친권자)관계 ( )	(서명)

지점명:	보험대리점
취급자 Code:	취급자명 (인)
연락처	

<법정대리인(친권자) 1인이 서명한 경우>  
본인은 다른 법정대리인(친권자) 1인과 합의하여 공동으로 친권을 행사합니다.

서명