DONGBU INSURANCE CO., LTD.

OVERSEAS TRAVELLER'S INSURANCE CLAIM FORM

해외여행자보험금청구서 / 상황보고서

동부화재해상보험㈜ 귀중

TO: DONGBU INSURANCE COMPANY

아래의 내용이 사실과 틀림없음을 확인하고 보험금을 청구합니다. 20 년 월 일

Clainmant 청구자 (인)

증권번호				
Insured 피보험자	Name	성명	(인)	TEL
	ID Number	주민등록번호		e-mail
	Address	주소		

claim for compensation 보상청구경위	Describe claim for compensation in detail. 보상청구 경위를 상세하게 지재하여 주십시오.

Payment to 보험금송금	Bank name 은행명		Account No. 계좌번호		Payee 예금주	

Dongbu Insurance Co,. Ltd.

ASSIST-CARD THE TRAVEL CARE COMPANY