

의사배상책임보험 사고접수지



(우:031-83) 서울 종로구 세종대로 163, 현대해상화재보험빌딩 8층 일반손해사정부

*공란을 작성하신 후 팩스번호 02)732-5685 로 송부해주시기 바랍니다.

증권번호 또는 사업자번호	F	면허번호		진료과목	
피보험자 (진료한 의사 성명)		TEL		FAX	
병원명		주소			

수진자명		성별	(<input type="checkbox"/> 남, <input type="checkbox"/> 여)	생년월일	
TEL		주소			
수진자 요구사항	금액 : (분명하지 않을 경우 미기재)				

최초 진료일		사고 관련 진료일 (환자 증상을 일으킨 진료의 최초 시행일)		최초 보상 청구일	
내원 사유					
사고 개요 (일자별로 기재) 및 의견					
병원측 업무 담당자	이름 : (TEL:)				



H.P

콜센터 1588-5656

www.hi.co.kr

