

보험금 청구서

보험금 청구 관련 처리를 위해서는 고객님의 **개인(신용)정보처리 동의서**가 반드시 필요합니다.
①보험금 청구서 ②구비서류(병원서류 등)와 함께 ③개인(신용)정보처리동의서를 제출해 주시기 바랍니다.



고객정보

개정일: 2021년 6월 1일

피보험자 (보험대상자)	성명	주민번호	휴대전화	하시는일
수익자 (보험금을 받는자) <small>* 수익자와 피보험자가 동일한 경우 [상동]으로 작성 가능</small>	성명	주민번호	휴대전화	피보험자와 관계
주소		E-mail		
■ 보험금 수령계좌 (보험금 수익자 기준)				
입금받으실계좌	은행	계좌번호	예금주	현금수령선택시 <input type="checkbox"/>

※고객정보 변경이 필요하신 분은 당사 콜센터 1588-3131로 연락하셔서 처리하시기 바랍니다.

청구사유 및 사고내용

청구원인	<input type="checkbox"/> 질병 (신체 내부요인으로 몸이 불편한 경우) <input type="checkbox"/> 재해 (급격, 우연한 외부사고로 다친 경우)	
청구유형 (중복선택 가능)	확인된 사고내용과 관련하여 당사에 정상 유지중인 보험계약이 담보하는 모든 보험금을 지급해 드립니다. (아래 청구유형을 체크하시면 보다 신속하게 보험금이 지급됩니다)	
	<input type="checkbox"/> 사망 <input type="checkbox"/> 장해 <input type="checkbox"/> 진단 <input type="checkbox"/> 수술 <input type="checkbox"/> 입원 <input type="checkbox"/> 통원 <input type="checkbox"/> 실손 <input type="checkbox"/> 치아 <input type="checkbox"/> 기타 / <input type="checkbox"/> 연금	
	※ 일부 보험금만 요청하실 경우 하단 일부청구란에 청구유형 및 청구사유를 기재해 주시기 바랍니다.	
사고내용	사고일시	년 월 일 시 분 사고장소
	사고경위(구체적으로 작성)	병명(진단명)
추가내용	실손타사가입여부(단체실손포함)	예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 보험회사
	의료급여 수급권자 해당여부	예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> ※ 피보험자가 의료수급권자에 해당하는 경우, 실손보험료 할인
일부청구	청구유형	청구사유

심사과정 안내신청

진행과정안내	<input type="checkbox"/> 신청(알림톡) <input type="checkbox"/> 미신청	지급병명안내	<input type="checkbox"/> 신청(알림톡, 피보험자 연락처로 안내) <input type="checkbox"/> 미신청
FP(모집인)안내	<input type="checkbox"/> 신청 <input type="checkbox"/> 미신청	지급내역안내	<input type="checkbox"/> 알림톡 <input type="checkbox"/> 우편 <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> 미신청



보험금 청구시 필수 확인사항

문의

콜 센터 ☎ 1588-3131(2번→0번)
보험금 담당자 DB생명 보험금심사팀

보험업법 95조의 2 제3항, 제4항 등 법령의 안내사항에 따라 다음 사항에 대한 충분한 설명을 듣고 [별지] 개인(신용)정보처리 동의서에 대한 내용을 확인 후 동의합니다.

- 청구하신 보험금은 서류를 접수한날로부터 3영업일 이내 (단, 지급사유의 확인이 필요한 경우 10영업일 이내)에 지급해 드리며 지급지연시 보험업법에 따라 지연 사유를 안내해 드리며, 지급시 지연이자를 더하여 지급해 드립니다.
- 보험금 지급 심사 중 현장 조사가 필요한 경우 보험업법에 따라 위탁업체(손해사정법인)에 조사업무를 위탁할 수 있습니다.
- ※ 보험사기(허위입원, 고의사고, 피해과장, 서류 위·변조)는 범죄로서, 보험사기특별방지법에 의해 10년 이하의 징역이나 5천만원 이하의 벌금에 처해질 수 있습니다.

청구일자	년	월	일	수익자(청구인)	서명(인)
				대표친권자	서명(인)
※ 수익자가 미성년자일 경우 대표친권자를 지정하여 서명하고, 대표친권자는 다른 친권인과 합의하여 친권을 행사합니다.					

회사확인란 FP 지점 우편 팩스 **접수일:** **접수창구:** **접수자:**

■ **보험금 접수방법** (FAX/모바일/홈페이지 접수는 16시까지 접수된 건만 당일 접수 처리, 이후 접수건은 익일(영업일 기준)에 처리됩니다. [청구금액 300만원 이하만 가능])

☐ 우 편 04799 서울시 성동구 아차산로 17길 49 (성수동2가) 성수W센터 데시앙플렉스 409호, DB생명 보험금 접수 담당자

☐ 모 바 일 App DB생명 모바일 창구

☐ 홈페이지 www.idblife.com > 사고보험금 메뉴

☐ Web m.idblife.com 접속 > 사고보험금 메뉴

☐ 팩 스 0505-129-3134 (사고보험금 청구 전용)

[필수] 보험금 청구를 위한 상세 동의서 [1/3]



귀하는 개인(신용)정보의 수집·이용 및 조회, 제공에 관한 동의를 거부하실 수 있으며, 개인의 신용도 등을 평가하기 위한 목적 이외의 개인(신용)정보 제공 동의는 철회할 수 있습니다.
다만, 본 동의는 '보험금 청구'를 위해 필수적인 사항이므로 동의를 거부하시는 경우 관련 업무수행이 불가능할 수 있습니다.

01 수집·이용에 관한 사항

수집·이용 목적	<ul style="list-style-type: none"> - 보험사고·보험사기 조사 및 보험금지급·심사(손해사정 또는 의료자문 포함) - 보험금청구서류 접수대행 서비스 및 교통사고 처리내역 발급 간소화 서비스 - 민원처리 및 분쟁대응, 금융거래 관련 업무
보유 및 이용기간	<p>- 동의일로부터 거래 종료 후 5년까지 (단, 다른 관련 법령에 해당하는 경우 해당 법령상의 보존기간을 따름)</p> <p>위 보유 기간에서의 거래 종료일이란 “①보험계약 만기, 해지, 취소, 철회일 또는 소멸일 및 ②보험금 청구권 소멸시효 완성일(상법 제662조), ③채권·채무 관계 소멸일 중 가장 나중에 도래한 사유를 기준으로 판단한 날”을 말한다.</p>

수집·이용 항목

 고유식별정보	주민등록번호, 외국인등록번호, 여권번호, 운전면허번호 위 고유식별정보 수집·이용에 동의하십니까? 동의하지 않음 <input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/>
 민감정보	피보험자의 질병·상해에 관한 정보(진료기록, 상병명 등), 보험사고조사(보험사기 포함) 및 손해사정 업무 수행과 관련하여 취득한 정보(경찰, 공공·국가기관, 의료기관 등으로부터 본인의 위임을 받아 취득한 각종 조사서, 증명서, 진료기록 등에 포함된 개인(신용)정보 포함) 위 민감정보 수집·이용에 동의하십니까? 동의하지 않음 <input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/>
 개인(신용)정보	📁 일반개인정보 성명, 주소, 생년월일, 이메일, 유·무선 전화번호, 성별, 국적, 직업, 피보험자와 수익자의 관계, 국내거소신고번호 🔄 신용거래정보 금융거래 업무 관련 정보(보험금 지급계좌 등), 보험계약정보(상품종류, 기간, 보험가입금액 등), 보험금정보(보험금 지급사유, 지급금액 등) 위 개인신용정보 수집·이용에 동의하십니까? 동의하지 않음 <input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/>

[필수] 보험금 청구를 위한 상세 동의서 [2/3]



02-1 국내 제공에 관한 사항

제공받는 자	<ul style="list-style-type: none"> - 공공기관 등 : 금융위원회, 국토교통부, 금융감독원, 국세청, 보험요율산출기관 등 법령상 업무 수행기관(위탁사업자 포함) - 종합신용정보집중기관 : 한국신용정보원 - 보험회사 등 : 생명·손해보험회사, 국내 재보험사, 공제사업자, 체신관서(우체국보험) - 금융거래기관 : 계좌개설 금융기관, 금융결제원 - 계약 관계자 : 피보험자, 보험금 청구권자 - 보험협회 등 : 생명·손해보험협회
제공받는자의이용목적	<ul style="list-style-type: none"> - 공공기관 등 : 법령에 따른 업무수행(위탁업무 포함) - 종합신용정보집중기관 : 개인(신용)정보 조회, 신용정보의 집중관리 및 활용 등 법령에서 정한 종합신용정보집중기관의 업무 수행, 교통사고처리내역발급간소화 서비스 - 보험회사 등 : 중복보험 확인 및 비례보상, 재보험금 청구 - 금융거래기관 : 금융거래 업무 - 계약 관계자 : 손해사정내용 관련 정보 제공 - 보험 협 회 : 보험금 지급·심사 관련 업무지원(보험금 청구서류 접수 대행 서비스 등)
보유 및 이용기간	제공받는 자의 이용목적을 달성할 때까지(관련 법령상 보존기간을 따름)

※외국 재보험사의 국내지점이 재보험금 청구 등 지원 업무를 위탁하기 위한 경우 별도의 동의 없이 외국 소재 본점에 귀하의 정보를 이전할 수 있습니다.

제공 항목

<p>고유식별정보</p>	<p>주민등록번호, 외국인등록번호, 여권번호, 운전면허번호</p> <p>위 고유식별정보 제공에 동의하십니까? 동의하지 않음 <input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/></p>
<p>민감정보</p>	<p>피보험자의 질병·상해에 관한 정보(진료기록, 상병명 등), 보험사고조사(보험사기 포함) 및 손해사정 업무 수행과 관련하여 취득한 정보(경찰, 공공·국가기관, 의료기관 등으로부터 본인의 위임을 받아 취득한 각종 조사서, 증명서, 진료기록 등에 포함된 개인(신용)정보 포함)</p> <p>위 민감정보 제공에 동의하십니까? 동의하지 않음 <input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/></p>
<p>개인(신용)정보</p>	<p> 일반개인정보 성명, 주소, 생년월일, 이메일, 유·무선 전화번호, 성별, 국적, 직업, 피보험자와 수익자의 관계, 국내거소신고번호</p> <p> 신용거래정보 금융거래 업무 관련 정보(보험금 지급계좌 등), 보험계약정보(상품종류, 기간, 보험가입금액 등), 보험금정보(보험금 지급사유, 지급금액 등)</p> <p>위 개인신용정보 제공에 동의하십니까? 동의하지 않음 <input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/></p>

※업무위탁을 목적으로 개인(신용)정보를 처리하는 경우 별도의 동의 없이 업무 수탁자에게 귀하의 정보를 제공할 수 있습니다. (DB생명 홈페이지 www.idblife.com 에서 확인 가능)

[필수] 보험금 청구를 위한 상세 동의서 [3/3]



02-2 국외 제공에 관한 사항

제공받는 자	국외 재보험사	제공받는 자의 이용목적	재보험금 지급·심사
보유 및 이용기간	제공받는 자의 이용 목적을 달성할 때까지(관련 법령상 보존기간을 따름)		

제공 항목

개인(신용)정보	일반개인정보 성별, 연령	신용거래정보 보험계약정보(상품종류, 기간 등)
	위 개인신용정보 제공에 동의하십니까? <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input checked="" type="checkbox"/> 동의함	

03 조회에 관한 사항

조회 대상 기관	- 종합신용정보집중기관, 보험요율산출기관, 생명·손해보험협회
조회 목적	- 종합신용정보집중기관: 보험사고·보험사기 조사 및 보험금지급·심사, 교통사고 처리내역 발급 간소화 서비스 - 보험요율산출기관: 보험사고·보험사기 조사 및 보험금지급·심사, 법령에 의한 업무수행 등 - 생명·손해보험협회: 보험금 청구서류 접수대행 서비스
조회 동의의 효력기간	해당 보험거래 종료 후 5년까지 동의의 효력이 지속됩니다.

조회 항목

고유식별정보	주민등록번호, 외국인등록번호, 여권번호, 운전면허번호
	위 고유식별정보 조회에 동의하십니까? <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input checked="" type="checkbox"/> 동의함
민감정보	피보험자의 질병·상해에 관한 정보(진료기록, 상병명 등)
	위 민감정보 조회에 동의하십니까? <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input checked="" type="checkbox"/> 동의함
개인(신용)정보	일반개인정보 성명, 국내거소신고번호
	신용거래정보 보험계약정보(상품종류, 기간, 보험가입금액 등), 보험금정보(보험금 지급사유, 지급금액 등)
위 개인신용정보 조회에 동의하십니까? <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input checked="" type="checkbox"/> 동의함	

신 청 일	년	월	일
-------	---	---	---

피보험자	서명(인)	부	서명(인)	모	서명(인)
수익자	서명(인)	친권자 (후견인)			서명(인)

※ 피보험자와 수익자가 다른 경우에는 피보험자, 수익자 모두 서명을 하시기 바랍니다.(피보험자, 수익자 같은 경우 피보험자만 서명해도 무방)
 ※ 수익자가 미성년자인 경우 친권자 또는 후견인이 서명바랍니다. 부모가 공동친권자인 경우 부모 쌍방이 각자 서명해야 합니다.
 ※ 대표 수익자를 지정하는 경우 서명란에 대표수익자 1인이 서명하시면 됩니다.