



보험금 청구서

보험금 청구 관련 처리를 위해서는 고객님의 개인(신용)정보처리 동의서가 반드시 필요합니다.
①보험금 청구서 ②준비서류(병원서류 등)와 함께 ③개인(신용)정보처리 동의서를 제출해 주시기 바랍니다.



고객 정보

변경 요청 (계약자와 수익자가 동일한 경우 한합니다)

개정일: 2024년 7월 1일

피보험자 (보험대상자)	성명	주민번호	휴대전화	하시는 일
수익자 (보험금을 받는 자)	성명	주민번호	휴대전화	피보험자와 관계
※ 수익자와 피보험자가 동일한 경우 [상동]으로 작성 가능	주소	E-mail		
■ 보험금 수령 계좌 (보험금 수익자 기준)				
입금 받으실 계좌	은행	계좌번호	예금주	현금수령 선택 시 <input type="checkbox"/>

※ 고객 정보 변경이 필요하신 분은 변경 요청에 체크하여 주시기 바랍니다. 정보 변경이 가능한 모바일 카카오 알림톡을 보내드립니다.
단, 계약자와 수익자가 동일한 분에 한합니다.

※ 모바일 사용이 어렵거나 계약자와 수익자가 다른 분은 당사 콜센터 1588-3131로 전화 주시기 바랍니다.

청구 사유 및 사고 내용

청구원인	<input type="checkbox"/> 질병 (신체 내부요인으로 몸이 불편한 경우)	<input type="checkbox"/> 재해 (급격, 우연한 외부사고로 다친 경우)				
청구 유형 (증복선택 가능)	확인된 사고 내용과 관련하여 당사에 정상 유지 중인 보험계약이 담보하는 모든 보험금을 지급해 드립니다. (아래 청구 유형을 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 <input type="checkbox"/> 자동 <input type="checkbox"/> 분할					
사고 내용	사고 일시	년 월 일 시 분	사고 장소			
	사고 경위(구체적으로 작성)			병명(진단명)		
추가 내용	실손타사가입여부(단체실손포함)	예 <input type="checkbox"/>	아니오 <input type="checkbox"/>	보험회사	가입건수	건
	의료급여 수급권자 해당여부	예 <input type="checkbox"/>	아니오 <input type="checkbox"/>	※ 피보험자가 의료수급권자에 해당하는 경우, 실손보험료 할인		
일부 청구	청구 유형	청구 사유				

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"/> 신청(알림톡)	<input type="checkbox"/> 미신청

보험금 청구 시
필수 확인사항

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 접수한 날로부터 3영업일 이내 (단, 지급사유의 확인이 필요한 경우 10영업일 이내)에 지급해 드리며 지급 지연 시 보험업법에 따라 지연 사유를 안내해 드리며, 지급 시 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 의거 10년 이하의 징역이나 5천만원 이하의 벌금에 처해질 수 있습니다.

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

회사확인란	<input type="checkbox"/> FP <input type="checkbox"/> 지점 <input type="checkbox"/> 우편 <input type="checkbox"/> 팩스	접수일:	접수창구:	접수자:
보험금 접수방법	모바일/홈페이지/팩스 접수는 16시까지 접수된 건만 당일 접수 처리, 이후 접수 건은 익일(영업일 기준)에 처리됩니다.			
모바일/홈페이지	모바일 DB생명 모바일 창구 APP / 홈페이지 www.idblife.com	▷ 사고보험금 메뉴	[청구금액 1,000만원 이하만 가능]	
팩스	0505-129-3134	▷ 사고보험금 청구 전용	[청구금액 200만원 이하만 가능]	
우편	04799 서울시 성동구 아차산로 17길 48 SK V1 401호, DB생명 보험금 접수 담당자		[청구금액 제한없음]	

[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	- 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 - 통계작성, 연구·분석
보유 및 이용 기간	- 동의일로부터 거래 종료 후 5년까지 (단, 다른 관련 법령에 해당하는 경우 해당 법령상의 보존기간을 따름) 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.

수집·이용 항목

고유식별정보	주민등록번호, 외국인등록번호, 여권번호, 운전면허번호	위 고유식별정보 수집·이용에 동의하십니까? <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/> 동의함 <input checked="" 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? <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/> 동의함 <input checked="" type="checkbox"/>
개인(신용)정보	<p> 일반개인정보 성명, 주소, 생년월일, 이메일, 유·무선 전화번호, 성별, 국적, 직업, 피보험자와 수의자의 관계, 국내거소신고번호</p> <p> 신용거래정보 금융거래 업무 관련 정보(보험금 지급계좌 등), 보험계약정보(상품종류, 기간, 보험가입금액 등), 보험금정보(보험금 지급사유, 지급금액 등)</p>	위 개인신용정보 수집·이용에 동의하십니까? <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/> 동의함 <input checked="" 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, 보험요율 산출기관, 국가기관(검찰, 경찰, 법원 등) 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
제공받는 자의 이용목적	<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 - 보험협회 : 보험금 지급·심사 관련 업무지원(보험금 청구서류 접수 대행 서비스 등)
보유 및 이용 기간	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

고유식별정보	주민등록번호, 외국인등록번호, 여권번호, 운전면허번호 위 고유식별정보 제공에 동의하십니까? <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input checked="" type="checkbox"/> 동의함 <input checked="" 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)		
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 개인정보 제공에 동의하십니까? <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input checked="" type="checkbox"/> 동의함 <input checked="" type="checkbox"/>		

※업무위탁을 목적으로 개인(신용)정보를 처리하는 경우 별도의 동의 없이 업무 수탁자에게 귀하의 정보를 제공할 수 있습니다.
(DB생명 홈페이지 www.idblife.com에서 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 이용 기간	제공받는 자의 이용목적을 달성할 때까지(관련 법령상 보존 기간을 따름)		

| 제공 항목

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

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 - 통계작성, 연구·분석
조회 동의의 효력 기간	해당 보험거래 종료 후 5년까지 동의의 효력이 지속됩니다.

| 조회 항목

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

신청일

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.