



보험금 청구서

인적사항 및 심사과정 안내 방법 선택(수익자와 피보험자가 동일한 경우, 중복된 항목은 상동으로 작성 가능)

피보험자(필수) *보험대상자	성명		주민등록번호		휴대폰		
	직업(하시는 일)		의료수급권자 여부	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	※ 피보험자가 의료수급권자에 해당되는 경우, 실손 보험료 할인을 받으실 수 있습니다.		
수익자(필수) *보험금수령자	성명		주민등록번호		휴대폰		
	주소					E-mail	
	정보변경	<input type="checkbox"/> 신청 <input type="checkbox"/> 미신청					
보험금 수령 계좌	은행명 :		예금주 :		계좌번호 :		
사고분할보험금 수령선택	<ul style="list-style-type: none">간병자금, 생활자금 등 분할금이 있는 경우에 한하며, 확정 분할금을 지급 해당일에 상기 보험수익자 등록 계좌로 자동으로 송금하여 드립니다. 단, 일시금 수령을 원하시는 경우 체크 부탁드립니다.일시금으로 수령을 하시는 경우 약관에 따라 정해진 이율로 할인된 금액을 지급하여 드립니다.					<input type="checkbox"/> 일시금	

※ 상기 수익자(보험금수령자)의 휴대폰, E-mail, 주소를 빠짐없이 작성하셨는지 확인후 아래 안내방법을 선택하여 주시기 바랍니다.

기초정보안내	<input type="checkbox"/> 서면+문자 <input type="checkbox"/> 우편+문자 <input type="checkbox"/> E-mail+문자 <input type="checkbox"/> 미신청	지급지연/지급내역안내	<input type="checkbox"/> 문자 <input type="checkbox"/> 우편 <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> 미신청
--------	---	-------------	--

보험금 처리 병명 및 위 안내방법을 선택하지 않으신 경우 문자메세지(알림톡)로 안내드립니다.

(피보험자의 민감정보는 피보험자의 별도의 요청이 없는 경우 제3자에게 제공하지 않습니다.)

청구하신 금액이 일부지급 또는 부지급되는 경우, 선택하신 방법이 아닌 (전화, 서면(우편), 모바일등기) 중의 방법으로 안내드립니다.

청구세부내용 ※ 확인된 사고내용과 관련하여 당사에 정상 유지 중인 보험계약이 담보하는 모든 보험금을 지급해 드립니다. (세부항목 상세 체크-기재시 보다 신속한 보험금 지급 가능)

청구유형	<input type="checkbox"/> 질병 [신체 내부요인으로 몸이 불편한 경우] <input type="checkbox"/> 재해 [급격·우연한 외부사고로 다친 경우] <input type="checkbox"/> 산업재해 [산업재해보상보험상 인정된 근로자의 업무상 재해]					
청구사유	<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"/> 골절 <input type="checkbox"/> 치료 <input type="checkbox"/> 실손입원 <input type="checkbox"/> 실손통원 <input type="checkbox"/> 기타					
사고내용 (질병제외)	사고일시	20	년	월	일 (시 분)	사고장소
	사고경위					
	자동차보험/산재보험 처리여부	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오				
타사가입	보험회사 :		가입건수 :		건 (실손 가입여부(단체실손포함)) : <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
실손통원 간소화 청구	병명	1.	※ 통원(외래의료비/처방조제비) 청구시 병명이 2개 이상이면, 영수증 상단에 각각 병명을 기재해주시기 바랍니다.			
		2.				
일부청구	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오		일부청구사유 :		※ 일부 보험금 항목만 수령을 원하시는 경우 일부청구 항목에 사유 기재	

보험금 청구시 필수 안내사항 및 확인서명

보험업법 제 95조의 2(설명의무 등) 제3항, 제4항 등 법령에 따라 담당자(연락처)를 안내받고, 예상심사기간과 지급절차에 대한 아래의 설명을 듣고, [별지] 「[필수]보험금 청구를 위한 상세 동의서」에 대한 내용을 확인 후 동의합니다.

① 청구하신 보험금은 보험금 청구서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내(단, 지급사유의 조사나 확인이 필요한 경우는 10영업일 이내)에 보험금을 지급하여 드리며, 지연될 경우 보험업법에 따라 별도로 지연되는 사유를 설명드리고, 해당약관에 따라 지연이자를 더하여 지급합니다.

② 보험금 지급심사/조사 등 업무 중 일부는 위탁업체를 통해 처리될 수 있습니다.

청구양식 별지의 지급절차 안내 및 상기 필수 안내사항, 안내방법 등에 대해 숙지하였음을 확인합니다.

수익자 : 서명(인)

진행상황 문의	KDB생명 콜센터(1588-4040, 단축번호 4)	보험금 담당부서	보험금심사팀
---------	------------------------------	----------	--------

※ 보험사기(허위입원, 고의사고, 피해과장, 서류 위·변조)는 범죄로서, 보험사기방지특별법에 의거 10년이하의 징역이나 5천만원이하의 벌금에 처해질수 있습니다.

청구인 작성란

수익자(청구인)	서명(인)	수익자와의 관계	주민등록번호	-	휴대폰
접수일자	접수방법	접수기관	접수자	전화번호	

※ 보험금 청구 관련 처리를 위해서는 개인(신용)정보에 관한 고객님의 [필수]보험금 위한 상세 동의가 필요합니다.

본 청구서를 작성(서명)하여, 별지 [필수]보험금 청구를 위한 상세 동의서 및 신분증(앞면), 청구유형별 구비서류를 함께 제출하여 주시기 바랍니다.

※ 우편 청구(등기)주소 : [61925]광주광역시 서구 천변차로 268, KDB생명빌딩 15층 콜센터 사고보험금 우편청구 담당자(앞)



[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 업무 수행이 불가능할 수 있습니다.

1. 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, 금융거래관련 업무(보험료 및 보험금 등 출·수납, 자동이체 등 접수)
보유 및 이용기간	<ul style="list-style-type: none"> ● 동의일로부터 거래 종료 후 5년까지 (단, 거래종료 후 5년이 경과한 후에는 보험금 지급, 금융사고 조사, 보험사기 방지·적발, 민원처리, 관련 법령상 의무이행을 위한 경우에 한하여 보유·이용함) <p>위 보유기간에서의 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. (다만, 만기 등 사유 발생일 이후라도 만기환급금 또는 해지환급금 등을 수령하지 않았거나 상환할 금액이 남아 있는 경우 및 보험금지급이 진행중이거나 수사·소송이 진행중인 경우 제외)</p>

수집·이용 항목

① 고유식별정보	<p>주민등록번호, 외국인등록번호, 여권번호, 운전면허번호</p> <p>위 고유식별정보 수집·이용에 동의하십니까?</p> <p><input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input checked="" type="checkbox"/> 동의함</p>
② 민감정보	<p>피보험자의 질병·상해에 관한 정보(진료기록, 상병명 등), 보험사고 조사(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 수집·이용에 동의하십니까?</p> <p>피보험자 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input checked="" type="checkbox"/> 동의함</p>
③ 개인(신용) 정보	<ul style="list-style-type: none"> ● 일반개인정보 : 성명, 주소, 생년월일, 이메일, 유·무선전화번호, 성별, 국적, 직업, 운전여부, 피보험자와 수익자의 관계, 국내거소신고번호 ● 신용거래정보 : 금융거래 업무 관련 정보(보험금 지급계좌 등), 보험계약정보(상품종류, 기간, 보험가입금액 등), 보험금 지급 정보(보험금 지급사유, 지급금액 등) <p>위 개인신용정보 수집·이용에 동의하십니까?</p> <p><input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input checked="" type="checkbox"/> 동의함</p>

2-1. 국내 제공에 관한 사항

제공받는자	<ul style="list-style-type: none"> ● 공공기관 등 : 금융위원회, 국토교통부, 금융감독원, 국세청, 법원, 검찰, 경찰, 보험요율산출기관 등 법령상 업무수행 기관(위탁사업자 포함) ● 종합신용정보집중기관 : 한국신용정보원 ● 보험회사 등 : 생명·손해보험회사, 국내 재보험사, 공제사업자, 체신관서(우체국보험) ● 금융거래기관 : 계좌개설 금융기관, 금융결제원 ● 계약관계자 : 계약자, 피보험자, 보험금 청구권자 ● 보험협회 등 : 생명·손해보험협회 ● 의료기관 등 : 병원 및 기타 의료기관, 의사, 변호사 등
-------	--



[필수] 보험금 청구를 위한 상세 동의서 [2/3]

제공받는 자의 이용목적	<ul style="list-style-type: none"> ● 공공기관 등 : 법령에 따른 업무수행(법령상 위탁업무 포함) ● 종합신용정보집중기관 : 개인(신용)정보 조회, 신용정보의 집중관리 및 활용 등 법령에서 정한 종합신용정보 집중기관의 업무 수행, 교통사고처리내역 발급간소화 서비스 ● 보험회사 등 : 중복보험 확인 및 비례보상, 재보험금 청구 ● 금융거래기관 : 금융거래업무(보험료 및 보험금 등 출·수납, 이체 등) ● 계약관계자 : 손해사정내용 관련 정보 제공 ● 보험협회 등 : 보험금 지급 심사 관련 업무지원(보험금 청구서류 접수 대행 서비스 등) ● 의료기관 등 : 의료심사 및 자문, 소견서, 진료기록 열람, 법률자문 및 소송관련 업무 등
보유 및 이용기간	<ul style="list-style-type: none"> ● 제공받는 자의 이용목적을 달성할 때까지 (거래 종료 후 최대 5년까지) (단, 거래종료 후 5년이 경과한 후에는 보험금 지급, 금융사고 조사, 분쟁해결, 민원처리, 관련 법령상 의무이행을 위한 경우에 한하여 보유·이용함)

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

제공 항목

① 고유 식별정보	주민등록번호, 외국인등록번호, 여권번호, 운전면허번호		
	위 고유식별정보 제공에 동의하십니까?		<input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input checked="" type="checkbox"/> 동의함
② 민감정보	피보험자의 질병·상해에 관한 정보 (진료기록, 상병명 등), 보험사고 조사 (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 제공에 동의하십니까?	피보험자	<input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input checked="" type="checkbox"/> 동의함
③ 개인(신용) 정보	<ul style="list-style-type: none"> ● 일반개인정보 : 성명, 주소, 생년월일, 이메일, 유·무선전화번호, 성별, 국적, 직업, 운전여부, 피보험자와 수익자의 관계, 국내거소신고번호 ● 신용거래정보 : 금융거래 업무 관련 정보(보험금 지급계좌 등), 보험계약정보(상품종류, 기간, 보험가입금액 등), 보험금 지급 정보(보험금 지급사유, 지급금액 등), 계약 전 알릴의무사항(취미 등) 		
	위 개인신용정보 제공에 동의하십니까?		<input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input checked="" type="checkbox"/> 동의함

※ 업무위탁을 목적으로 개인(신용)정보를 처리하는 경우 별도의 동의 없이 수탁자에게 귀하의 정보를 제공할 수 있습니다. 각 제공대상기관 및 이용목적의 구체적인 정보는 당사 홈페이지(www.kdblife.co.kr)에서 확인할 수 있습니다.

2-2. 국외 제3자 제공에 관한 사항

제공받는자	국외 재보험사
제공받는 자의 이용목적	재보험금 지급·심사
보유 및 이용기간	제공받는 자의 이용목적을 달성할 때까지(거래 종료 후 최대 5년까지) (단, 거래종료 후 5년이 경과한 경우에는 보험금 지급, 금융사고 조사, 분쟁해결, 민원처리, 관련 법령상 의무이행을 위한 경우에 한하여 보유·이용함)



[필수] 보험금 청구를 위한 상세 동의서 [3/3]

제공 항목

① 개인(신용) 정보	<ul style="list-style-type: none"> ● 일반개인정보 : 성명, 생년월일, 성별, 국적, 직업, 운전여부, 국내거소신고번호 ● 신용거래정보 : 보험계약정보(상품종류, 기간, 보험가입금액 등), 보험금 지급 정보(보험금 지급사유, 지급금액 등), 계약전 알릴 의무사항(취미 등) 	
	위 <u>개인신용정보 제공</u> 에 동의하십니까?	<input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input checked="" type="checkbox"/> 동의함

3. 조회에 관한 사항

조회 대상 기관	● 종합신용정보집중기관, 보험요율산출기관, 생명·손해보험협회
조회목적	<ul style="list-style-type: none"> ● 종합신용정보집중기관 : 보험사고·보험사기조사 및 보험금지급·심사, 교통사고 처리내역 발급 간소화 서비스 ● 보험요율산출기관 : 보험사고·보험사기조사 및 보험금지급·심사, 법령에 의한 업무수행 등 ● 생명·손해보험협회 : 보험금 청구서류 접수대행 서비스
조회 동의의 효력기간	<ul style="list-style-type: none"> ● 해당 보험거래 종료 후 5년까지 동의의 효력이 지속됩니다. (단, 거래종료 후 5년이 경과한 후에는 보험금지급, 금융사고 조사, 분쟁해결, 민원처리, 관련 법령상 의무이행을 위한 경우에 한하여 보유·이용함)

조회 항목

① 고유 식별정보	주민등록번호, 외국인등록번호, 여권번호, 운전면허번호	
	위 <u>고유식별정보 조회</u> 에 동의하십니까?	<input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input checked="" type="checkbox"/> 동의함
② 민감정보	피보험자의 질병·상해에 관한 정보 (진료기록, 상병명 등)	
	위 <u>민감정보 조회</u> 에 동의하십니까? 피보험자	<input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input checked="" type="checkbox"/> 동의함
③ 개인(신용) 정보	<ul style="list-style-type: none"> ● 일반개인정보 : 성명, 주소, 생년월일, 이메일, 유·무선전화번호, 성별, 국적, 직업, 운전여부, 피보험자와 수익자의 관계, 국내거소신고번호 ● 신용거래정보 : 금융거래 업무 관련 정보(보험금 지급계좌 등), 보험계약정보(상품종류, 기간, 보험가입금액 등), 보험금 지급 정보(보험금 지급사유, 지급금액 등) 	
	위 <u>개인신용정보 조회</u> 에 동의하십니까?	<input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input checked="" type="checkbox"/> 동의함

피 보험 자	성명	서명(인)	친 권 자	성명(부)	서명(인)
수 익 자	성명	서명(인)	친 권 자	성명(모)	서명(인)
청 구 자	성명	서명(인)	후 견 인	성명	서명(인)

※ 만14세 미만의 경우 친권자(법정대리인)가 작성 후 친권자가 서명을 하시기 바랍니다.

※ 피보험자와 수익자가 다르거나 친권자 2인의 경우 각각 기재하며, 다수의 수익자(다수의 상속인 등)의 경우 상기 수익자 서명란에 전원 서명 기재 부탁드립니다.

년 월 일