



「보험금 청구를 위한 개인(신용)정보처리 동의서」를 작성하여 보험금청구서 및 청구서류[병원서류 등]와 함께 제출하여 주시기 바랍니다.

청구내용

발생 원인	<input type="checkbox"/> 질병 <input type="checkbox"/> 일반재해 <input type="checkbox"/> 교통재해 <input type="checkbox"/> 암 <input type="checkbox"/> 기타()			
청구 사유	<input type="checkbox"/> 사망 <input type="checkbox"/> 장해 <input type="checkbox"/> 진단 <input type="checkbox"/> 입원 <input type="checkbox"/> 수술 <input type="checkbox"/> 통원 <input type="checkbox"/> 실손의료비 <input type="checkbox"/> 기타()			
사고내용	사고(발병)일시	20 년 월 일 (시 분)	사고장소(초진병원)	
	사고(발병)경위			
실손의료비 청구 시	병명	(병명코드:) ※ 실손 수납액 합계 10만원 이상건 병명확인서류 첨부 필수		
	타사가입내역	실손 가입유무 (<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N)	보험회사	
	의료급여 수급권자	대상유무 (<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N)		
사고연금 신청시만 작성	※ 수익자 본인 내방 시에만 신청가능 (생존 확인 필요시 신청불가)		하단의 수익자 본인계좌로 자동송금 신청합니다.	
	<input type="checkbox"/> 정기수령 (발생일에 자동 지급 / 단, 확정 지급 발생 건에 한함)		수익자 (서명)	
	<input type="checkbox"/> 일시금 (약관기준에 의해 할인된 금액으로 일시 지급)			

피보험자(보험대상자)정보

성명	주민번호	-	연락처	-
주소			현재직업	

보험수익자(보험수령자)정보

성명			주민번호	-
연락처	자택	-	E-mail	@
	핸드폰	-		
주소				

송금계좌	<input type="checkbox"/> 증번별 자동이체 계좌로 송금요청 (단, 수익자와 예금주가 동일인인 경우만 해당)			
	은행명	계좌번호	예금주	

지급내역(지연) 안내방법

안내 방법 선택	<input type="checkbox"/> 신청하지 않음 <input type="checkbox"/> 우편 <input type="checkbox"/> FAX(- -) <input type="checkbox"/> E-mail (@)
	※위 안내방법 미선택시에는 금융감독원 모범규준에 따라 우편으로 발송됩니다. ※우편 발송시 당사에 등록된 보험수령자의 주소로 발송되므로, 주소가 변경된 경우 콜센터로 변경신청 하시기 바랍니다. ※보험금 접수 및 지급 등에 대한 SMS 안내는 지급내역 안내방법과 관계없이 자동 발송됩니다.

보험금 접수 및 지급절차에 관한 설명

[보험업법 제95조의 2 제3항, 제4항등 법령에 의한 안내사항]
 *청구하신 보험금은 보험금 청구서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내(단, 지급사유의 확인이 필요한 경우, 10영업일이내)에 지급하여 드리며, 방문조사가 필요한 경우 30영업일 이내에 보상여부를 결정하여 별도로 고객님의게 안내드립니다.
 *보험금 지급이 지연될 경우, 해당약관에 따라 지연이자를 지급하여 드립니다.(※보험금 심사/조사 등 업무 중 일부는 위탁업체를 통해 처리될 수 있습니다.)
 *담당자(연락처)확인 진행사항 문의 : 고객센터 1588-4770 / 보험금 담당부서 : 보험금심사부

청구자정보

〈보험금 지급절차에 관한 설명, 안내방법, 개인(신용)정보 처리 동의내용 확인 후 청구서 성명란에 자필 서명날인하여 주시기 바랍니다.〉				
성명	(인)	주민번호	-	연락처
수익자와의 관계	<input type="checkbox"/> 본인 <input type="checkbox"/> 배우자 <input type="checkbox"/> 부모 <input type="checkbox"/> 자녀 <input type="checkbox"/> 형제/자매 <input type="checkbox"/> FC <input type="checkbox"/> 기타()			

“보험사기(허위입원,고의사고,사고조작,피해과장 등)는 범죄이며, 형법에 의거 10년이하의 징역이나 2천만원 이하의 벌금에 처해질 수 있습니다.”

20 년 월 일

접수방법	<input type="checkbox"/> 내방 <input type="checkbox"/> 우편 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 홈페이지 <input type="checkbox"/> FC대리접수(FC명:)			
접수자	소속:	접수담당자:	(인) 연락처 (- -)	관리자: (인)

※우편접수 : 부산광역시 동구 중앙대로 361번길 14(수정동) DGB생명 2층 보험금 접수센터 (우편번호 : 48789)

※FAX, 홈페이지 접수 : 청구금액 100만원 이하에 한함 (FAX. 0505-083-5420)

※접수문의 : 콜센터 (1588-4770)

보험금 청구를 위한 개인(신용)정보 처리 동의서



DGB생명보험주식회사 귀중

소비자 권익보호에 관한 사항

본 동의를 거부하시는 경우에는 보험금 청구 관련 서비스가 일부 제한될 수 있고 본 동의서에 의한 개인(신용)정보 조회는 귀하의 신용등급에 영향을 주지 않습니다.

1. 개인(신용)정보의 수집·이용에 관한 동의사항

당사 및 당사 업무수탁자는 「개인정보보호법」 및 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」에 따라 귀하의 개인(신용)정보를 다음과 같이 수집·이용하고자 합니다. 이에 대하여 동의하십니까? (동의함 ☐)

☐ 개인(신용)정보의 수집·이용 목적

- 보험금지급·심사(보험금청구서류 접수대행 서비스 포함) 및 보험사고 조사(보험사기 조사 포함), 보험금지급 관련 민원처리 및 분쟁대응
- 금융거래(보험료 및 보험금 등 출·수납을 위한 금융거래 신청, 자동이체 등 접수)관련 업무

☐ 수집·이용할 개인(신용)정보의 내용

- 개인식별정보(성명, 주민등록번호, 외국인등록번호, 운전면허증번호, 주소, 직업, 전화번호, 전자우편주소 등), 계좌정보
- 보험사고 조사(보험사기 조사 포함) 및 손해사정업무 수행과 관련하여 취득한 개인(신용)정보[경찰, 공공기관, 의료기관 등으로부터 본인의 위임을 받아 취득한 각종 조사서, 증명서, 진료기록 등에 포함된 개인(신용)정보 포함]

☐ 개인(신용)정보의 보유·이용 기간

- 수집·이용 동의일로부터 거래종료 후 5년까지(단, 거래종료 후 5년이 경과한 후에는 보험금 지급, 금융사고조사, 보험사기방지·적발, 민원처리, 법령상 의무이행 을 위한 경우에 한하여 보유·이용하며, 별도보관)

2. 개인(신용)정보의 조회에 관한 사항

당사 및 당사 업무수탁자는 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」에 따라 귀하의 개인(신용)정보를 다음과 같이 신용정보집중기관 및 보험요율산출기관으로부터 조회하고자 합니다. 이에 대하여 동의하십니까? (동의함 ☐)

☐ 개인(신용)정보 조회목적

- 보험금 지급·심사(보험금청구서류 접수대행 서비스 포함) 및 보험사고 조사(보험사기 조사 포함)

☐ 조회할 개인(신용)정보

- 보험계약정보, 보험금지급 관련 정보(사고정보 포함), 질병 및 상해 관련 정보

☐ 조회동의 유효 기간 및 조회자(개인(신용)정보를 제공받는 자)의 개인(신용)정보의 보유·이용 기간

- 수집·이용 동의일로부터 거래종료 후 5년까지(단, 거래종료 후 5년이 경과한 후에는 보험금 지급, 금융사고조사, 분쟁해결, 민원처리, 법령상 의무이행을 위한 경우에 한하여 보유·이용하며, 별도보관함)

3. 개인(신용)정보의 제공에 관한 사항

당사는 「개인정보보호법」 및 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」에 따라 귀하의 개인(신용)정보를 다음과 같이 제3자에게 제공하고자 합니다. 이에 대하여 동의하십니까? (동의함 ☐)

☐ 개인(신용)정보를 제공받는 자

- 신용정보집중기관 : 한국신용정보원 등 신용정보집중기관
- 공공기관 등 : 금융위원회, 국토해양부, 금융감독원, 보험요율산출기관 등 공공기관, 법령상 업무수행기관(위탁사업자 포함)
- 보험회사 등 : 생명보험사, 손해보험사, 국내·국외 재보험사, 공제사업자, 체신관서(우체국보험), 금융거래 관련 계좌개설 금융기관, 금융결제원
- 업무수탁자 등 : 보험금지급·심사 및 보험사고 조사 등에 필요한 업무를 위탁받은 자(보험사고조사업체, 손해사정업체, 의료기관, 의사, 변호사, 위탁콜센터, 우편물 발송 대행업체 등)



- ☐ 개인(신용)정보를 제공받는 자의 이용목적
- 신용정보집중기관 : 보험계약 및 보험금지급 관련 정보의 집중관리 및 활용 등 신용정보집중기관의 업무
 - 공공기관 등 : 보험업법 및 자동차손해배상보장법(자동차보험에 한함) 등 법령에 따른 업무수행(위탁업무 포함)
 - 보험회사 등 : 보험사고조사(보험사기 조사 포함) 및 손해사정서비스 등 계약이행에 필요한 업무, 보험금청구 서류 접수대행 서비스, 진료비심사, 의료심사 및 자문
 - 금융거래 업무(보험료 및 보험금 등 출·수납)
- ☐ 제공할 개인(신용)정보의 내용
- 「1. 개인(신용)정보의 수집·이용에 관한 사항」의 정보내용(단, 각 제공받는 자의 이용 목적을 위해 필요한 정보에 한함)
- ☐ 제공받는 자의 개인(신용)정보 보유·이용기간
- 개인(신용)정보를 제공받는 자의 이용목적에 달성할 때까지(최대 거래 종료 후 5년까지)
 - ※ 각 제공대상기관 및 이용목적의 구체적인 정보는 당사 홈페이지[<http://www.dgbfnlife.com>]에서 확인할 수 있습니다

4. 고유식별정보의 처리에 관한 사항

당사 및 당사 업무수탁자는 「개인정보보호법」 및 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」에 따라 상기의 개인(신용)정보에 대한 개별 동의사항에 대하여 다음과 같이 귀하의 민감정보(질병·상해정보) 및 고유식별정보(주민등록번호·외국인등록번호)를 처리(수집·이용, 조회, 제공)하고자 합니다. 이에 동의하십니까?

주민등록번호·외국인등록번호·운전면허증번호 처리	동의함 <input type="checkbox"/>
질병·상해정보 처리	동의함 <input type="checkbox"/>

※ 본인은 「개인정보보호법」 및 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」에 따라 귀사가 본인의 개인(신용)정보를 상기 내용과 같이 처리하는 것에 동의합니다.

20 년 월 일

피보험자 :	(인)	법정대리인1 :	(인)	법정대리인(친권자) 1인이 서명한 경우	
수익자 :	(인)	법정대리인 2 :	(인)	본인은 다른 법정대리인(친권자) 1인과 합의하에 공동으로 친권을 행사합니다.	(인)

※ 미성년자인 경우, 친권자 또는 후견인 서명 바랍니다. 부모가 공동친권자인 경우 부모 쌍방이 각자 서명하여야 합니다. 다만, 다른 일방의 의사에 반하지 않을 경우 부모 중 일방이 부모 공동명의로 동의할 수 있습니다.
(수익자와 피보험자가 동일할 경우 피보험자란에 작성바랍니다.)

※ 거래종료일은 1)보험계약 만기, 해지, 취소, 철회일 또는 소멸일 및 2)보험금 청구권 소멸시효 완성일(상법 제662 조 등), 채권·채무관계 소멸일 중 가장 나중에 도래한 사유를 기준으로 판단합니다. 다만, 만기 등 사유발생일 이후라도 만기환급금 또는 해지환급금 등을 수령하지 않았거나 상환할 금액이 남아있는 경우, 보험금 지급 또는 수사·소송이 진행중인 경우 거래종료에 해당하지 않습니다.