

# 보험금 청구서

「보험금 청구서를 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"/> 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( )	
발생 원인 (재해시 필수 기재)	<b>●사고(발병)일시 :</b> 20 년 월 일 ( 시 분 ) <b>●사고(발병)경위 :</b>  <b>●병명 :</b>  <b>●사고장소(초진병원):</b>  <b>●병명 :</b> [ 병명코드: ] (※실손의료비 수납액합계 10만원 이상건 병명확인서류 첨부 필수!) <b>●타사실손 가입여부 ( <input type="checkbox"/>Y <input type="checkbox"/>N )</b> <b>●보험회사 :</b>	<b>●실손의료비 청구시, 기재 부탁드립니다.</b>

## ● 피보험자(보험대상자)정보

성명(주민번호)	[ - ]		
연락처	자택	-	-
	핸드폰	-	-
	E-mail		
주소			
직장명(직무)			

## ● 보험수익자(보험수령자)정보

피보험자와 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"/> 기타( ) ※ 본인이 아닌 경우 작성		
	성명(주민번호)	[ - ]	
	연락처	자택	- -
		핸드폰	- -
		E-mail	@
	주소		

## ● 보험금 접수 및 지급절차에 관한 설명

(보험업법 제95조의 2 제3항, 제4항등 법령에의한 안내사항)  
 청구하신 보험금은 보험금 청구서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내 (단, 지급사유확인이 필요한 경우, 10영업일내)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

고객콜센터[1588-4770]

보험금 담당부서 : 보험금심사부

※담당부서 및 연락처, 예상심사기간 및 지급일,개인(신용)정보처리동의 내용에 대하여 확인 후, 청구자정보에 서명(날인)합니다.

## ● 청구자 정보

성명 (주민번호)	(인) [ - ]		
관계	<input type="checkbox"/> 피보험자 <input type="checkbox"/> 수익자 <input type="checkbox"/> 대리접수(관계: ) ※ 대리접수인 경우 작성		
	연락처	자택	- -
		핸드폰	- -
		E-mail	@
	주소		
청구일자 20 년 월 일			

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

## ● 보험금 수령 및 안내방법 선택

은행송금	●은행명 :	●예금주 :
	●계좌번호 :	
지급내역(지연) 안내	<input type="checkbox"/> 우편 <input type="checkbox"/> FAX( - ) <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> 신청하지 않음 ※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.	

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

※등기우편접수주소 : 부산광역시 동구 중앙대로 361번길 14(수정동) DGB생명보험 빌딩2층 보험금 접수센터 (우편번호:601-716)  
 고객센터 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 : 생명보험협회, 손해보험협회 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 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, 보험금 청구 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)	법정대리인2 :	(인)	본인은 다른 법정대리인(친권자) 1인과 합의하여 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.)