



보험금 청구서

개정일 : 2015년 3월 12일

1. 피보험자(사고자) 보험수익자 인적 사항

피보험자 (사고자)	성명		연락처	
	주민번호		하시는 일	
보험금수익자	성명		연락처	
	주민번호		피보험자와 관계	
	주소			

보험금 받을 계좌 (보험금 수익자)	은행명 :	계좌 번호 :	예금주 :	<input type="checkbox"/> 현금수령
---------------------	-------	---------	-------	-------------------------------

• 변경된 개인정보(주소지/연락처)가 있는 경우 계약사항에 반영해 드릴까요? (☐ Y / ☐ N) • 보험증권 재발행 해드릴까요? (☐ Y / ☐ N)

2. 진행과정 안내방법 (신청 진행 과정에 대한 체크✓가 없는 경우 진행사항은 문자 안내됩니다.) ※FP문자 안내 제외

진행과정 문자안내	보험금지급상세내역 안내	FP(모집자) 문자안내
<input type="checkbox"/> 신청 <input type="checkbox"/> 미신청	<input type="checkbox"/> 문자 <input type="checkbox"/> 우편 <input type="checkbox"/> 미신청	<input type="checkbox"/> 신청 <input type="checkbox"/> 미신청

※ 신청여부와 관계없이 금융감독원 모범규준에 따라 지연안내장은 발송됩니다.

3. 청구 사유 (해당 되는 사유에 모두 체크✓하여 주십시오.)

청구 내용	<input type="checkbox"/> 입원 <input type="checkbox"/> 수술 <input type="checkbox"/> 진단 <input type="checkbox"/> 장해 <input type="checkbox"/> 사망 <input type="checkbox"/> 통원 <input type="checkbox"/> 실손 <input type="checkbox"/> 기타	<input type="checkbox"/> 연금 (<input type="checkbox"/> 일시수령 <input type="checkbox"/> 분할수령)				
사고 유형	<input type="checkbox"/> 질병 <input type="checkbox"/> 재해 <input type="checkbox"/> 추가치료 <input type="checkbox"/> 사고(발병)일	사고장소				
사고 경위	<table border="1"> <tr> <td>병명</td> <td>병명코드</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>		병명	병명코드		
병명	병명코드					
타사가입사항						

* 치료병명이 2개 이상인 경우 영수증 상단에도 각각 병명 기재하여 주시기 바랍니다.

4. 개인(신용)정보 처리에 관한 동의

(피보험자, 수익자 동의란에 모두 체크✓표시 하십시오.)

(1) 개인(신용)정보 수집 동의	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?	피보험자 <input type="checkbox"/> 동의	수익자 <input type="checkbox"/> 동의
(2) 개인(신용)정보 조회 동의	당사는 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」에 따라 귀하의 개인(신용)정보를 다음과 같이 신용정보집중기관 및 보험요율산출기관으로부터 조회하고자 합니다. 이에 대하여 동의하십니까?	<input type="checkbox"/> 동의	<input type="checkbox"/> 동의
(3) 개인(신용)정보 제공 동의	당사는 「개인정보보호법」 및 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」에 따라 귀하의 개인(신용)정보를 다음과 같이 제3자에게 제공하고자 합니다. 이에 대하여 동의하십니까?	<input type="checkbox"/> 동의	<input type="checkbox"/> 동의
(4) 민감 정보 고유식별정보 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?	<input type="checkbox"/> 동의	<input type="checkbox"/> 동의
	질병·상해정보 처리	<input type="checkbox"/> 동의	<input type="checkbox"/> 동의
	주민등록번호·외국인등록번호·운전면허증 번호	<input type="checkbox"/> 동의	<input type="checkbox"/> 동의

※ 각 항목별 동의의 구체적인 내용은 반드시 뒷장의 [개인(신용)정보 수집·이용·조회·제공 안내문]을 참고하시기 바랍니다.

※ 귀하는 상기 동의를 거부할 수 있습니다. 다만, 동의를 하지 않으면 보험금 지급업무와 관련된 정상적인 서비스 제공이 불가능 할 수 있습니다.

청구일자	년	월	일	본인은 다른 법정대리인(친권자) 1인과 합의하여 공동으로 친권을 행사합니다.				
피보험자	성명 :	(인)	수익자	성명 :	(인)	법정대리인	성명 :	(인)

※ 피보험자 및 수익자가 미성년자·금치산자·한정치산자인 경우, 그 친권자 또는 후견인이 서명하시기 바랍니다.

[보험금 접수 시 안내사항]

- 청구하신 보험금은 해당 상품의 약관상 지급사유에 해당할 경우 청구서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내에 지급합니다. 단, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 경우에는 10영업일 이내에 지급해 드리며 지급기일의 초과가 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유 및 지급예정일을 별도로 안내해드리며 해당 상품의 약관에 따라 보험금이 지급 지연될 경우 지연이자를 지급하여 드립니다.
- 청구인은 보험업법 제65조의2 제3항제4항 등 관계법령에 따라 담당자에게 담당부서 및 예상상사기간(예상지급기일), 지급절차에 대한 설명을 듣고, 청구양식의 질병정보 및 개인정보보호법에 대한 정보 조회/제공에 대한 내용을 확인 후 동의합니다.
- 보험금 지급심사 업무 중 일부는 당사로부터 보험사고조사, 처리지연 안내 등의 업무를 위탁받은 자 또는 업체에서 진행 가능합니다. (위탁 업체: TSA, C&S, 리더스, A+, 해오름 손해사정 등)
- 보험사기(허위입원, 고의사고, 사고조작, 피해과장 등)는 범죄이며, 형법에 의거 10년 이하의 징역이나 2천만원 이하의 벌금에 처해질 수 있습니다.



www.dongbulife.com

회사확인란	<input type="checkbox"/> 내방 <input type="checkbox"/> FP <input type="checkbox"/> 우편 <input type="checkbox"/> 팩스 <input type="checkbox"/> 손사대행	접수일	년	월	일	접수자	성명 :	(인)
-------	---	-----	---	---	---	-----	------	-----

보험금 전문 상담사 통화 안내 ☎1588-3131 ▶ 2번 ▶ 주민번호입력 ▶ 2번 우편접수 140-845 서울 용산구 원효로 90길 11, 더프리타워 17층 사고보험금 담당자