

사고보험금 청구서

『개인(신용)정보 처리 제공동의서』를 작성하시어 사고보험금 청구서 및 청구서류(병원서류)와 함께 제출해주시기 바랍니다.

○ 피보험자(보험대상자) 인적사항

성명	주민등록번호	-	연락처	자택:	-	-
직장명	하시는 일			휴대폰:	-	-

○ 보험수익자(보험금수령자) 정보 및 안내 방법 선택

성명	주민등록번호	-	연락처	자택:	-	-
피보험자와의 관계	E-mail	@		휴대폰:	-	-
주소						
송금정보	은행명:	계좌번호:	예금주:			
접수, 진행 안내	<input type="checkbox"/> 신청함: <input type="checkbox"/> SMS <input type="checkbox"/> 우편 <input type="checkbox"/> e-mail <input type="checkbox"/> 유선 <input type="checkbox"/> FAX (- -)			<input type="checkbox"/> 신청하지 않음		
지급내역 안내	<input type="checkbox"/> 신청함: <input type="checkbox"/> SMS <input type="checkbox"/> 우편 <input type="checkbox"/> e-mail <input type="checkbox"/> 유선 <input type="checkbox"/> FAX (- -)			<input type="checkbox"/> 신청하지 않음		

※ 단, 안내서비스 미가입 및 소액지급건의 경우, 안내 서비스는 SMS로 안내 발송됩니다.
 ※ 지급심사 결과에 따라 부지급시 그 사유 및 근거를 서면으로 안내하여 드립니다.

○ 청구 세부내용

청구유형	<input type="checkbox"/> 정액 <input type="checkbox"/> 실손 <input type="checkbox"/> 정액+실손 <input type="checkbox"/> 연금일시수령 <input type="checkbox"/> 연금분할수령						발생원인	<input type="checkbox"/> 질병 <input type="checkbox"/> 재해 <input type="checkbox"/> 기타 ()		
청구사유 (특약선택가능)	<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"/> 기타 ()									
사고내용	사고 일시: 년 월 일 시 사고 장소: 사고 경위: 실손의료비 청구시 작성									
	병명									
타사가입여부	보험회사: 가입건수: 건 (실손가입여부: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오)									

※ 사고연금 분할수령 선택 시 제2회차 이후의 연금은 상기 청구하신 계좌로 지급해당일에 자동입금되오니, 계좌 변경시 반드시 당사에 유선 또는 서면으로 통지하셔야 합니다.

○ 보험금 접수 및 지급절차에 관한 설명

- 상기 기재내용이 사실과 다름이 없으며 보험업법 제95조의 2 제3항, 제4항 등 관계법령에 따라 다음 사항에 대한 충분한 설명을 들었음을 확인하고, 청구 양식의 개인(신용)정보 수집·이용·조회·제공에 대한 내용을 확인 후 동의합니다.
- 청구하신 보험금은 지급사유에 해당될 경우 보험금 청구서류를 접수한 날부터 3영업일 이내 (단, 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수한 날부터 10영업일 이내)에 보험금을 지급하여 드립니다. 다만, 지급기일을 초과한 때에는 그 사유 및 예상 지급일을 별도 안내하여 드리며, 해당 상품의 약관에 따라 보험금이 지급 지연될 경우 지연 이자를 지급하여 드립니다.
- 회사가 필요하다고 인정하는 경우 회사 또는 외부 위탁업체가 약관에 의거 의뢰기관이나 관공서에 대한 확인이 있을 수 있으며, 그에 따른 추가서류를 요구할 수 있으니 이점 양지하시기 바랍니다.
- 사망보험금 지급시 미납된 보험료가 있는 경우, 회사는 상법 제639조 3항에 따라 미납된 보험료를 사망보험금에서 차감하여 지급합니다.
- 담당부서: 사고보험금 핫라인 1899-0882

20 년 월 일

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

수익자 (대리청구시 대리인) _____ (인)

피보험자와의 관계 _____

보험금 청구를 위한 개인(신용)정보 처리 동의서

KB생명보험주식회사 귀중

○ 소비자 권익보호에 관한 사항

■ 최소한의 정보 처리 및 동의거부에 대한 안내

- 정보동의서 보험금 지급 심사 및 보험사고조사 등을 위해 최소한의 정보만 수집·이용 및 제공하며, 동의를 하지 않을 경우에는 보험금 지급 업무와 관련한 정상적인 서비스 제공이 불가능할 수 있음을 알려 드립니다.

■ 신용등급에 미치는 영향

- 본 동의서에 의한 개인(신용)정보 조치는 귀하의 신용등급에 영향을 주지 않습니다.

1. 개인(신용)정보 수집·이용에 관한 동의사항

아래 내용과 관련하여 귀하가 본인의 개인(신용)정보를 수집·이용하고자 하는 경우에는 「개인정보보호법」 제15조, 제22조 및 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제33조에 따라 동의를 얻어야 합니다. 이에 본인은 당사가 아래의 내용과 같이 본인의 개인(신용)정보를 수집·이용하는 것에 대하여 동의합니다.

■ 개인(신용)정보의 수집·이용의 목적

- 보험금지급심사, 보험사고조사, 보험계약 및 보험금 청구에 이해관계가 있는 자에 대한 법규 및 계약상 의무 이행
- 보험계약 관련 분쟁 대응 및 고객이력관리, 민원처리 및 소비자보호, 운영서류 보관

■ 보험회사가 수집·이용할 개인(신용)정보의 내용

- 보험계약·보험금지급 관련 정보
- 보험대상자(피보험자)의 질병 및 상태에 관한 정보
- 본인의 위임을 받아 위촉하였거나 직할한 절차에 따라 수집한 각종조사서, 판결문, 진료기록, 진단서 등에 포함된 개인(신용)정보

※ 동의하시는 경우 아래 동의함에 체크하여 주시고, 동의자가 미성년자인 경우 법정대리인이 동의의사 표시를 하여 주시기 바랍니다.

■ 개인(신용)정보의 보유·이용기간

- 수집·이용 동의일로부터 개인(신용)정보의 수집·이용 목적을 달성할 때까지

개인(신용)정보 수집·이용 동의여부	피보험자	동의함 <input type="checkbox"/>	수익자	동의함 <input type="checkbox"/>	청구자	동의함 <input type="checkbox"/>
---------------------	------	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------

2. 개인(신용)정보의 조회에 관한 사항

아래 내용과 관련하여 귀하가 본인의 개인(신용)정보를 조회하고자 하는 경우에는 「개인정보보호법」 제15조, 제17조, 제22조 및 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제32조에 따라 동의를 얻어야 합니다. 이에 본인은 당사가 신용정보집중기관 및 보험요율산출기관으로부터 본인의 개인(신용)정보를 조회하는 것에 대하여 동의합니다.

■ 조회할 개인(신용)정보

- 보험계약정보, 보험금 지급관련 정보(사고정보 포함), 피보험자의 질병 및 상태에 관한 정보

■ 개인(신용)정보 조회목적

- 보험금지급심사보험금청구서류 접수대행 서비스 포함 및 보험사고조사(보험사기 조사 포함)

※ 단, 보험사고조사 등의 업무를 위탁받은 자는 신용정보회사가 수집·관리·가공한 정보를 조회하지 않습니다.

※ 동의하시는 경우 아래 동의함에 체크하여 주시고, 동의자가 미성년자인 경우 법정대리인이 동의의사 표시를 하여 주시기 바랍니다.

■ 조회동의 유효 기간

- 동의서 제출일로부터 개인(신용)정보 조회 목적을 달성할 때까지

■ 조회자(개인(신용)정보를 제공받는 자)의 개인(신용)정보의 보유·이용 기간

- 정보를 제공받은 날로부터 개인(신용)정보 등의 처리 목적을 달성할 때까지

개인(신용)정보 조회 동의여부	피보험자	동의함 <input type="checkbox"/>	수익자	동의함 <input type="checkbox"/>	청구자	동의함 <input type="checkbox"/>
------------------	------	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------

3. 개인(신용)정보의 제공에 관한 사항

아래 내용과 관련하여 귀하가 본인의 개인(신용)정보를 제공하고자 하는 경우에는 「개인정보보호법」 제17조, 제22조 및 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제32조에 따라 동의를 얻어야 합니다. 이에 본인은 당사가 본인의 개인(신용)정보를 제공하는 것에 대하여 동의합니다.

■ 개인(신용)정보를 제공받는 자

- 신용정보집중기관: 생명보험협회, 손해보험협회 등 신용정보집중기관
- 공공기관 등: 금융위원회, 금융감독원, 보험개발원, 보험요율산출기관 등 공공기관, 발행상·업무 수행기관(위탁사업자 포함)
- 보험회사 등: 손해보험사, 생명보험사, 국내·국외 재보험사, 공제사업자, 재산관리(세무회계)법인
- 업무수탁자 등: 구사과 보험금 지급심사 및 보험사고조사 등에 필요한 업무를 위탁받은 자(보험사고 조사업체, 손해사정업체, 의료기관, 의사, 변호사, 위탁 콜센터, 전산시스템개발회사, 서비스제공회사, 건강보험심사평가원 등)

■ 개인(신용)정보를 제공받는 자의 이용목적

- 신용정보집중기관: 보험계약 및 보험금지급 관련 정보의 집중관리 및 활용 등 신용정보집중기관의 업무
- 공공기관 등: 보험업 및 자동차손해배상보상법(자동차보험에 한함) 등 법령에 따른 업무수행(위탁업무 포함)
- 보험회사 등: 중개보험 확인 및 비례보상, 재보험금 청구
- 업무수탁자 등: 보험사고조사(보험사기 조사 포함) 및 손해사정서비스 등 계약이행에 필요한 업무, 보험금 청구 서류 접수대행 서비스, 진료비심사, 의료심사 및 치론

※ 각 제공대상기관 및 이용목적의 구체적인 정보는 당사 KB생명 홈페이지 [www.kb.co.kr]에서 확인할 수 있습니다.

※ 동의하시는 경우 아래 동의함에 체크하여 주시고, 동의자가 미성년자인 경우 법정대리인이 동의의사 표시를 하여 주시기 바랍니다.

■ 제공할 개인(신용)정보의 내용

- 보험금 청구서상 개인(신용)정보, 보험사고조사(보험사기 조사 포함) 및 손해사정업무 수행과 관련하여 취득한 개인(신용)정보

■ 제공받는 자의 개인(신용)정보 보유·이용기간

- 제공 동의일로부터 개인(신용)정보를 제공받는 자의 이용목적에 달성할 때까지. 단, 금융거래 종료일 후에는 금융사고 조사, 분쟁해결, 민원처리, 발행상 의무이행 및 리스크 관리업무만을 위하여 보유·이용합니다.

개인(신용)정보 제공 동의여부	피보험자	동의함 <input type="checkbox"/>	수익자	동의함 <input type="checkbox"/>	청구자	동의함 <input type="checkbox"/>
------------------	------	------------------------------	-----	------------------------------	-----	------------------------------

4. 민감정보 및 고유식별정보의 처리에 관한 사항

귀사가 본인의 민감정보 및 고유식별정보를 처리하기 위해서는 「개인정보보호법」 제23조 및 제24조에 따라 상기 개인정보에 대한 동의와 별도로 동의를 얻어야 합니다. 이에 본인은 귀하가 본인의 민감정보(질병·상해정보 등) 및 고유식별정보(주민등록번호, 운전면허번호, 외국인등록번호, 여권번호)를 상기의 목적으로 위와 같이 처리(수집, 이용, 제공 등)하는 것에 대해 동의합니다.

민감정보 및 고유식별정보 처리 동의여부(질병, 상해정보 한정)	피보험자	동의함 <input type="checkbox"/>	수익자	동의함 <input type="checkbox"/>		
주민등록번호·외국인등록번호 처리 동의여부	피보험자	동의함 <input type="checkbox"/>	수익자	동의함 <input type="checkbox"/>	청구자	동의함 <input type="checkbox"/>

※ 동의하시는 경우, 계약관계자가 각각 서명하여 주시고 미성년자인 경우, 친권자 또는 후견인이 서명 바랍니다. 부모가 공동친권자인 경우 부모 쌍방이 각각 서명하여야 합니다. 다만, 다른 일방의 의사에 반하지 않을 경우 부모 중 일방이 부모 공동명의로 동의할 수 있습니다.

피보험자	(인)	친권자 (후견인)	(인)	법정대리인(친권자) 1인이 서명한 경우	서명
수익자	(인)		(인)	본인은 다른 법정대리인(친권자) 1인과 합의하여 공동으로 친권을 행사합니다.	

※ 피보험자나 수익자의 서명동의가 불가능할 경우, 접수담당자는 반드시 개인(신용)정보에 대한 처리동의 각각 숙취후 내용 기재 바랍니다.