



단체상해보험 보험금 청구서 ()

증권번호 : DB / H

해당 항목에 V 표시
 신규접수 추가접수

1. 인적 사항 및 보상안내 받으실 분

피보험자 (상해/질병 대상자)	<input checked="" type="checkbox"/> 성명		<input checked="" type="checkbox"/> 주민번호		의료급여 수급권자	<input type="checkbox"/> 대상 <input type="checkbox"/> 비대상
	<input type="checkbox"/> 회사명		<input type="checkbox"/> 부서명		하시는 일	
	<input checked="" type="checkbox"/> 주소					
보상안내 받으실 분	<input type="checkbox"/> 보험계약자 <input type="checkbox"/> 피보험자 <input type="checkbox"/> 기타 (성명: _____, 피보험자와의 관계: _____)					
	<input checked="" type="checkbox"/> 연락처		E-mail			

※ 직업 사항은 필수 기재사항(구체적으로 기재 시 신속한 처리가 가능합니다.)

2. DB손해보험 이외에 다른 보험회사 가입사항(손해, 공제보험 및 단체보험) 다른 보험회사 가입사항 없음

보 험 회 사	1 (_____), 2 (_____), 3 (_____)
---------	---------------------------------------

3. 청구사항 상해 질병 교통사고

<input checked="" type="checkbox"/> 사고발생일 (발병일)	년 월 일 시 분	진단명 (병명/증상)	
<input checked="" type="checkbox"/> 사고장소		치료병원	
<input checked="" type="checkbox"/> 사고경위(상해) 아픈부위(질병)			
교통사고	자동차보험접수 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 보험사(_____) 담당자/연락처(_____)		
	본인차량번호	본인 탑승위치	<input type="checkbox"/> 운전석 <input type="checkbox"/> 조수석 <input type="checkbox"/> 뒷좌석 <input type="checkbox"/> 보행중 <input type="checkbox"/> 기타

4. 보험금 받으실 계좌 자동이체계좌 요청(보험금 받으실 계좌를 기재하지 않으실 경우 보험금 지급이 지연될 수 있습니다.)

피보험자(수익자)의 계좌	계좌번호 : _____	은행명 : _____	예금주 : _____
---------------	--------------	-------------	-------------

※타인 계좌로 수령하시려면 별도로 「위임장」 을 작성하여 본인의 인감증명서와 함께 제출하셔야 하며, 보험수익자가 별도로 지정된 경우 수익자의 계좌를 기재해 주시기 바랍니다.

5. 고객 확인사항

보험금청구와 관련한 안내사항은 서면, 문자메시지, 전자우편 또는 FAX로 안내됨을 설명 받았습니디. 아울러 보상 절차에 관한 정보(담당부서 및 연락처, 지급절차, 예상 심사기간, 지급기일 등)는 '보험금 지급절차 안내'를 통하여 설명 받았습니디. 본인은 위 설명에 대해 숙지하고 확인하였습니다. 개인[신용]정보의 수집 이용, 제공 및 조회 및 민감정보와 고유식별정보의 처리가 가능한 '업무수탁자'는 당사로부터 보험금 지급 심사, 지급 및 보험사고조사 등에 필요한 업무를 위탁받은 자(당사 자회사, 당사로부터 사고조사를 위탁받은 협력법인) 및 청구 계약의 보험모집인(보험설계사, 보험대리점 등)을 말합니다.

6. 장기보험 청구 안내

- ① 보험금청구서, 개인정보동의서, 손해액인증서류(영수증, 진단서, 지급결의서 등)를 제출하셔야 심사가 진행됩니다.
- ② 100만원 초과 보험금 청구건은 원본서류가 제출되어야 합니다.(단, 후유장애 청구건은 금액 구분없이 원본 제출)
- ③ 모바일 앱을 통해 청구하시면 보험금 심사가 훨씬 빠르게 진행됩니다.(단, 원본서류 제출 대상건 제외)

작성일	년 월 일	<input checked="" type="checkbox"/> 청구권자	서명
-----	-------	--	----

※ 미성년자의 경우 친권자가 서명을 하시면 되고 다른 일방의 의사에 반하지 않는다면 부모 중 일방이 부모 공동명의로 동의 및 서명할 수 있습니다.

▶ 보험사기(고의사고, 허위사고, 허위장애, 허위진단, 피해과장, 사고 후 보험가입 등)자는 보험사기방지특별법상 10년 이하의 징역이나 5천만원 이하의 벌금에 처해질 수 있으며, 보험가입제한, 대출 및 신용카드 발급 등 금융거래가 제한될 수 있습니다.

[필수] 보험금 청구를 위한 상세 동의서

DB손해보험 현대해상 공용

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 업무수행이 불가능할 수 있습니다.

1. 수집·이용에 관한 사항

수집·이용 목적	- 보험사고·보험사기 조사 및 보험금지급·심사(손해사정 또는 의료자문, 구상업무 관련 포함) 보험금청구서류 접수대행 서비스 및 교통사고 처리내역 발급 간소화 서비스 - 민원처리 및 분쟁대응, 금융거래 관련 업무 - 자동차과실비율분쟁심의업무(자동차보험에 한함)
보유 및 이용기간	- 동의일로부터 거래 종료 후 5년까지 (단, 다른법령에 해당하는 경우 해당 법령상의 보존기간을 따름) 위 보유 기간에서의 거래 종료일이란 "①보험계약 만기, 해지, 취소, 철회일 또는 소멸일 및 ②보험금 청구권 소멸시효 완성일(상법 제 662조), ③채권·채무관계 소멸일 중 가장 나중에 도래한 사유를 기준으로 판단한 날"을 말한다

· 수집·이용 항목

고유식별정보	주민등록번호, 외국인등록번호, 여권번호, 운전면허번호	
	위 고유식별정보수집·이용에 동의하십니까?	<input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/> 동의함
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 수집·이용에 동의하십니까?	<input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/> 동의함
개인(신용)정보	L일반개인정보 L신용거래정보 - 성명, 주소, 생년월일, 이메일, 유·무선 전화번호, 성별, 국적, 직업, 피보험자와 수익자의 관계, 국내거소신고번호 - 금융거래업무 관련 정보(보험금 지급계좌 등), 보험계약정보(상품종류, 기간, 보험가입금액 등), - 보험금정보(보험금 지급사유, 지급금액 등)	
	위 개인신용정보 수집·이용에 동의하십니까?	<input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/> 동의함

2. 제공에 관한 사항

제공받는 자	<ul style="list-style-type: none"> - 공공기관 등 : 금융위원회, 국토교통부, 금융감독원, 국세청, 보험요율산출기관 등 법령상 업무 수행기관(위탁사업자 포함) - 종합신용정보집중기관 : 한국신용정보원 - 보험회사 등 : 생명·손해보험회사, 국내 재보험사, 해외 재보험사, 공제사업자 체신관서(우체국보험) - 금융거래기관 : 계좌개설 금융기관, 금융결제원 - 계약관계자 : 피보험자, 보험금 청구권자 - 보험협회 등 : 생명·손해보험협회
제공받는 자의 이용목적	<ul style="list-style-type: none"> - 공공기관 등 : 법령에 따른 업무수행(위탁업무 포함) - 종합신용정보집중기관 : 개인(신용)정보 조회, 신용정보의 집중관리 및 활용 등 법령에서 정한 종합신용정보집중기관의 업무수행, 교통사고처리내역발급간소화 서비스 - 보험회사 등 : 중복보험 확인 및 비례보상, 재보험금 청구 - 금융거래기관 : 금융거래 업무 - 계약관계자 : 손해사정내용 관련 정보 제공 - 보험협회 : 보험금 지급·심사관련 업무지원(보험금 청구서류 접수 대행 서비스 등)
보유 및 이용기간	- 제공받는 자의 이용목적 달성할 때까지(관련 법령상 보존기간을 따름)

• 제공 항목

국내	고유식별정보	주민등록번호, 외국인등록번호, 여권번호, 운전면허번호	
		위 <u>고유식별정보</u> 제공에 동의하십니까?	<input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/> 동의함
	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 <u>민감정보</u> 제공에 동의하십니까?	<input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/> 동의함
	개인(신용)정보 ↳일반개인정보 ↳신용거래정보	성명, 주소, 생년월일, 이메일, 유·무선 전화번호, 성별, 국적, 직업, 피보험자와 수익자의 관계, 국내거소신고번호 금융거래업무 관련 정보(보험금 지급계좌 등), 보험계약정보(상품종류, 기간, 보험가입금액 등), 보험금정보(보험금 지급사유, 지급금액 등)	
		위 개인신용정보 제공에 동의하십니까?	<input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/> 동의함
국외	개인(신용)정보 ↳일반개인정보 ↳신용거래정보	성명, 주소, 생년월일, 이메일, 유·무선 전화번호, 성별, 국적, 직업, 피보험자와 수익자의 관계, 국내거소신고번호 금융거래업무 관련 정보(보험금 지급계좌 등), 보험계약정보(상품종류, 기간, 보험가입금액 등), 보험금정보(보험금 지급사유, 지급금액 등)	
		위 개인신용정보 제공에 동의하십니까?	<input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/> 동의함

3. 조회에 관한 사항

조회 대상 기관	- 종합신용정보집중기관, 보험요율산출기관, 생명·손해보험협회
조회목적	- 종합신용정보집중기관 : 보험사고·보험사기 조사 및 보험금 지급·심사, 교통사고 처리내역 발급 간소화서비스 - 보험요율산출기관 : 보험사고·보험사기 조사 및 보험금지급·심사, 법령에 의한 업무수행 등 - 생명·손해보험협회 : 보험금 청구서류 접수대행 서비스
조회 동의의 효력기간	해당 보험거래 종료일까지 동의의 효력이 지속됩니다.

• 조회 항목

고유식별정보	주민등록번호, 외국인등록번호, 여권번호, 운전면허번호	
	위 <u>고유식별정보</u> 조회에 동의하십니까?	<input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/> 동의함
민감정보	피보험자의 질병·상해에 관한 정보(진료기록, 상병명 등)	
	위 <u>민감정보</u> 조회에 동의하십니까?	<input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 해당사항 없음(수익자)
개인(신용)정보 ↳일반개인정보 ↳신용거래정보	성명, 주소, 생년월일, 이메일, 유·무선 전화번호, 성별, 국적, 직업, 피보험자와 수익자의 관계, 국내거소신고번호 금융거래업무 관련 정보(보험금 지급계좌 등), 보험계약정보(상품종류, 기간, 보험가입금액 등), 보험금정보(보험금 지급사유, 지급금액 등)	
	위 개인신용정보 <u>조회</u> 에 동의하십니까?	<input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/> 동의함

본인 : (서명)

년 월 일

법정대리인 : (서명)
(친권자)

자전거 보험 청구 서류

보험금청구서	개인정보동의서 / 동의함 √ 청구인 성함 및 서명 반드시 기록
신분증 통장사본	미성년자의 경우 부모님 중 한분의 신분증, 통장사본 첨부
주민등록 초본	성인 : 초본 O , 미성년자 : 초본 O 등본 O 미성년자의 경우 추가로 주민등록 등본 필요
초진진료차트	첫번째 병원에서 발급 119 이용 시 응급 기록지 첨부
진단서	첫 번째 병원 최초 진단만 해당 4주 미만 접수 불가, 추가진단 및 합산 해당 없음
입퇴원 확인서	6일 이상 입원 시 추가 제출

보상범위	DB손해보험	현대해상	지급 보험금
4주 진단	250,000	50,000	300,000
5주 진단	350,000	50,000	400,000
6주 진단	450,000	50,000	500,000
7주 진단	550,000	50,000	600,000
8주 진단	650,000	50,000	700,000
입원 위로금	200,000	-	-

▷ 보험금 접수

전화번호 : 1899-7751

팩스번호 : 0505-137-0051

E-mail : a18997751@hanmail.net

※ 청구서류 접수 후 10~15분 후 1899-7751 확인 전화 必

※ 서류 접수 후 보상관련 문의 연락처

DB 1899-4040 H 02-2097-2911~3

※보험금 지급은 보험약관에 근거하며 자세한 사항은 약관에 따릅니다.