



해당 항목에 V 표시
 신규접수 추가접수

1. 인적 사항 및 보상안내 받으실 분

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

보험회사	1 (_____), 2 (_____), 3 (_____)
------	---------------------------------------

3. 청구사항 상해 질병 교통사고

사고발생일 (발병일)	년 월 일 시 분	진단명 (병명/증상)	
사고장소		치료병원	
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

※ 청구하시는 담보(복수선택가능)를 선택해주시기 바랍니다. (단, 회사는 선택여부와 관계없이 지급가능한 모든 보험금을 검토하여 드립니다.)
 입원 통원 수술 진단 사망 장해 비용 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. 채권 양도 안내사항

피보험자(수익자) 본인은 임의비급여 진료행위 등과 같이 국민건강보험법 관련 규정에 위배되어 청구된 진료비는 피보험자의 질병(상해)를 치료한 병원의 부당이득임을 인지하고, 해당 치료행위에 대해 보험금을 지급한 DB손해보험에게 피보험자(수익자)가 치료 병원에 대해 가지는 부당이득반환청구권(또는 손해배상청구권)을 양도하고, 원활한 채권행사를 위해 채권양도 통지권한을 DB손해보험에게 위임합니다.

동의함

6. 고객 확인사항 및 장기보험 청구 안내

- ① 보험금청구와 관련한 안내사항은 서면, 문자메시지, 전자우편 또는 Fax로 안내됨을 설명 받았습니니다. 아울러 보상 절차에 관한 정보(담당부서 및 연락처, 지급절차, 예상 심사시간, 지급기일 등)는 '보험금 지급절차 안내'를 통하여 설명 받았습니니다. 본인은 위 설명에 대해 숙지하고 확인 하였습니다.
- ② 개인(신용)정보의 수집 이용/제공/조회 및 민감정보와 고유식별정보의 처리가 가능한 '업무수탁자'는 당사로부터 보험금 심사, 지급 및 보험사고조사 등에 필요한 업무를 위탁 받은 자(당사 자회사, 사고조사를 위임 받은 협력법인) 및 청구 계약의 보험모집인을 말합니다.
- ③ 보험금청구서, 개인정보동의서, 영수증/상세내역서 등 손해액인증서류를 제출해야 접수 및 정상적인 심사가 가능합니다. 단, 심사과정에서 추가서류를 요청드릴 수 있습니다. 동일 질병은 치료 종결 후 일괄청구하시면 더욱 신속하게 심사가 진행됩니다.

작성일	년 월 일	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.

보험금 지급절차 안내

1. 보험금 청구관련 안내

- 보험금 청구는 사본 제출이 가능하나, 다음과 같은 경우에는 청구서류 원본을 제출해야 합니다.
 - 100만원 초과 청구건
 - 사망, 후유장애, 진단비(뇌질환, 심질환, 암, 골절, 화상) 청구건
- 안내된 서류 이외에도 추가서류를 요청 드리는 경우가 있을 수 있습니다.
- 보험금 받으실 통장은 피보험자 본인 명의의 통장이어야 합니다. 단, 피보험자가 미성년자인 경우에는 위임장 없이 친권자(부모) 계좌로 수령이 가능합니다. (가족관계증명서 제출)
- 경우에 따라 손해사정을 위한 방문조사가 필요할 수 있으며, 이러한 경우 담당자가 별도로 연락을 드립니다.

2. 보험금 지급절차 안내

- 발송하여 주신 서류가 접수된 경우 보상담당자가 지정되며 LMS 또는 카카오톡 알림톡을 통해서 담당자 성함과 연락처가 통보됩니다.



3. 손해사정사 선임 및 조사

- 보험금 지급 여부 결정을 위해 현장조사, 병원 방문조사 등이 필요한 경우 보험회사는 보험업법에 따라 공인된 손해사정법인에게 조사 업무를 위탁할 수 있습니다.
- 고객님은 사고의 손해사정을 위해 별도의 손해사정사의 선임이 가능하나 별도로 선임한 손해사정사는 보험금의 대리청구, 보험회사와 보험금에 대하여 합의 또는 절충하는 행위 등의 행위를 할 수 없습니다.
 - ※손해사정사 선임시 비용 주체
 - 보험계약자 등 부담
 - 보험회사가 고용 또는 선임한 손해사정사가 사정한 결과에 보험계약자 등이 승복하지 아닐 때
 - 보험계약자 등이 보험회사와는 별도로 손해사정사를 선임하고자 할 때
 - 보험회사 부담
 - 손해사정이 착수되기 이전에 보험계약자 등이 보험회사에서 손해사정사의 선임의사를 통보하여 동의를 얻은 때
 - 정당한 사유없이 보험회사가 보험사고 통보를 받은 날로부터 7일이 경과하여도 손해사정에 착수하지 아니한 때

4. 보험금 예상 지급기일

- 상해·질병사고는 최종 서류접수일로부터 3영업일이며, 지급사유 조사나 확인이 필요한 경우에는 최종 서류접수일로부터 30영업일 이내입니다. (단, 소송제기, 분쟁조정신청, 수사기관의 조사, 해외사고 조사, 회사의 조사요청 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 지연, 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우 제외)

5. 보험금 지연지급 안내

- 약관상으로 정해진 지급기일내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 지연사유, 지급예정일을 안내하여 드리며 지급예정일을 초과하는 경우 약관상 규정된 내용에 따라 지연이자를 산정 지급하여 드립니다. (단, 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임있는 사유로 지연된 경우 그 해당기간에 대한 이자를 지급하지 않습니다.)
- 약관에서 정해진 지급기일내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 명백히 예상되는 경우 보험금 가지급제도에 따라 보험금을 지급 받을 수 있습니다.
- 가지급제도 신청은 통보된 보상담당자를 통해 가능합니다.

6. 의료심사

- 상해·질병보험 등에서는 약관에 따른 보험금 지급여부와 지급금액 결정을 위해 진단서, 의료기록 등 제출하신 자료를 기초로 전문의에 의한 의료심사가 시행될 수 있습니다.
- 보험수익자와 회사가 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 비용은 회사가 전액 부담합니다.

7. 보험기간 치료비 분담 지급(비례보상 적용)

- 상해·질병으로 인한 의료비 실비를 보상하는 상품의 경우 다른 보험회사의 가입 여부에 따라 비례보상원칙을 적용하여 보험금을 지급할 수 있습니다. 이 경우 접수 대행 신청서를 작성하시면 타사에 접수 대행이 가능하나, 다른 보험사의 보험금 심사단계에서의 사고조사 등을 사유로 접수대행이 거절될 수 있습니다.
- 타 보험사에 가입되어 있는 보험계약은 생명·손해보험협회를 통해서 확인하실 수 있습니다.

8. 보험금 청구 소멸시효

- 사고발생일로부터 3년 이내에 보험금 청구 접수를 하지 않으면 청구권이 소멸됩니다. (상법 제662조) 단, 2015년 3월 12일 이전 발생한 사고의 소멸시효는 2년입니다.

9. 보험금 부지급 안내

- 보험약관에 따라 보험금 비지급으로 결정되는 경우 구체적인 사유를 유선으로 안내하며, 부지급 결정에 동의하지 않는 경우 소비자보호파트로 통보하시면 재심사를 받으실 수 있습니다.
 - 인터넷 접수 : 홈페이지내 민원창구 / 전화상담 1588-0100
 - 우편 : 서울시 강남구 테헤란로 432(대치동, DB금융센터) 11층 소비자보호파트
- 보험계약에 관하여 분쟁이 발생한 경우에는 분쟁당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있습니다.

10. 손해사정서 열람 또는 사본 교부

- 보험회사는 보험금 청구권자가 요청하는 경우에는 고용손해사정사가 작성·제출한 손해사정서를 열람하게 하거나 그 사본을 교부하여 드립니다. 단, 보험사고로 인해 손해가 경미하고 보험사고 발생 후 즉시 보험금이 지급되는 경우에는 손해사정서를 작성하지 아니할 수 있습니다. (보험업감독규정 제 9-20조 제4항)

11. 보험금 지급안내 및 심사 절차 조회방법

- 보험금이 지급되는 경우 접수시 요청하신 휴대폰 연락처로 보험금 지급내역이 발송 됩니다.
- DB손해보험 홈페이지(www.idbins.com) 또는 모바일 앱에 접속하시면 계약내용 및 사고처리 진행경과 및 지급내역을 확인하실 수 있습니다.

12. 보험범죄 신고센터

- DB손해보험 : 02-966-0112(익명보장) / 포상금(최대 10억원)
- 금융감독원 : 국번없이 1332



청구서류 접수방법

스마트폰 어플 (DB손해보험스마트존/m.idbins.com) 또는 홈페이지 (www.idbins.com)에서 사고접수
우편접수 : 54966 전라북도 전주시 완산구 서원로 99 전주우체국 사서함 15호 DB손해보험 사고접수팀



▣ 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 시행령(이하 신용정보법)제37조의 2(민감정보 및 고유식별정보의 처리) 제4항 및 보험업법 시행령 제102조(민감정보 및 고유식별정보의 처리) 제5항의 법률에 의거 민감정보 및 고유 식별정보(주민등록번호 포함)의 수집 및 처리가 가능함을 알려드립니다.

소비자 권익보호에 관한 사항	정보 동의시 보험금 지급 심사 및 보험사고 조사 등을 위해 최소한의 정보만 수집·이용 및 제공하며, 동의를 하시지 않을 경우에는 보험금 청구 및 지급 관련 정상적인 서비스 제공이 불가능할 수 있고 본 동의서에 의한 개인(신용) 정보 조회는 귀하의 신용등급에 영향을 주지 않습니다.
--------------------	--

☞ 작성방법: 우측 동의란에 V표시 하시고 서명하시면 됩니다.

1. 개인(신용)정보 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, 간병인 서비스 제공, 구상관련 업무 포함) 및 보험사고 조사(보험사기 조사 포함), 보험금지급관련 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, 음성정보, 전자우편주소, 사고내용 등), 진료내역(기왕병력 포함), 계좌정보, 교통법규위반 개인정보
 - 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], 가족관계증명서, 소득증빙자료, 자동차등록증상의 정보
- 개인(신용)정보의 보유·이용 기간
 - 수집·이용 동의일로부터 거래종료 후 5년까지(단, 보험금 지급, 금융사고 조사, 보험사기 방지·적발, 민원처리, 법령상 의무이행을 위한 경우에 한하여 보유·이용 및 별도 보관)

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 한국신용정보원 등 신용정보 집중 기관 및 보험사, 의료기관, 금융감독원, 보험개발원(보험요율 산출기관) 등 으로부터 조회하고자 합니다. 이에 대하여 동의하십니까?

동의함

- 개인(신용)정보 조회목적
 - 보험금지급·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, 교통법규위반 개인 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, 보험금 지급, 금융사고 조사, 보험사기 방지·적발, 민원처리, 법령상 의무이행을 위한 경우에 한하여 보유·이용 및 별도 보관)



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, 국토교통부, 금융감독원, 보험개발원(보험요율산출기관), 경찰청 등 공공기관, 법령 상 업무 수행기관(위탁사업자 포함)
- 보험회사 등 : 생명보험사, 손해보험사, 국내·국외 재보험사, 공제사업자, 체신관서(우체국보험), 금융거래 관련 계좌개설 금융기관, 금융결제원
- 업무수탁자 등 : 업무수탁자 등 : 보험금지급 · 심사 및 보험사고조사 등에 필요한 업무를 위탁받은 자(보험사고조사 업체, 손해사정업체, 의료기관 · 의사, 변호사, 위탁 콜센터, 위탁 서비스 제공업체, 자동차보험의 경우 그 외 건강보험심사평가원, 자동차보험진료 수가분쟁심의회, 손해보험협회 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), 도로교통법 등 법령에 따른 업무수행 (위탁업무 포함)
- 보험회사 등 : 보험사고조사(보험사기 조사 포함) 및 손해사정서비스 등 계약이행에 필요한 업무, 보험금청구서류 접수대행 서비스, 진료비심사, 의료심사 및 자문, 구상금분쟁심의업무(자동차보험에 한함)
- 금융거래(보험료 및 보험금 등 출·수납을 위한 금융거래 신청, 자동이체 등 접수) 관련 업무

• 제공할 개인(신용)정보의 내용

- 「1. 개인(신용)정보의 수집·이용에 관한 사항」의 정보내용(단 제공 받는 자의 이용 목적에 필요한 정보에 한함)

• 제공받는 자의 개인(신용)정보 보유·이용기간

- 개인(신용)정보를 제공받는 자의 이용목적 달성할 때까지(최대 거래종료 후 5년까지)
 ※ 각 제공대상기관 및 이용목적의 구체적인 정보는 당사 홈페이지[www.idbins.com]에서 확인할 수 있습니다.
 ※ 본 동의서의 “거래종료일”은 1)보험계약 만기, 해지, 취소, 철회일 또는 소멸일 및 2)보험금 청구권 소멸시효 완성일, 채권채무관계 소멸일 중 가장 나중에 도래한 사유를 기준으로 판단합니다.

4. 민감정보 및 고유식별정보의 처리에 관한 사항

당사 및 당사 업무수탁자는 「개인정보보호법」 제24조에 따라 상기의 개인(신용)정보에 대한 개별 동의 사항에 대하여 다음과 같이 귀하의 민감정보(질병·상해정보) 및 고유식별정보(주민등록번호·외국인등록번호, 운전면허증번호, 여권번호)를 처리(수집·이용, 제공 등) 하고자 합니다. 이에 대하여 동의하십니까?

질병·상해정보 처리

동의함

주민등록번호, 외국인등록번호, 운전면허증번호, 여권번호 처리

동의함

20 년 월 일

동의자 :

(인)