



보험금 청구서

인적사항 및 심사과정 안내 방법 선택(수익자와 피보험자가 동일한 경우, 중복된 항목은 상동으로 작성 가능)

| | | | | | | | |
|--------------------|---|--|-----------|---|---|------------------------------|--|
| 피보험자(필수) *보험대상자 | 성명 | | 주민등록번호 | - | 휴대폰 | | |
| | 직업(하시는 일) | | 의료수급권자 여부 | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 | * 피보험자가 의료수급권자에 해당되는 경우, 실손 보험료 할인을 받으실 수 있습니다. | | |
| 수익자(필수) *보험금수령자 | 성명 | | 주민등록번호 | - | 휴대폰 | | |
| | 주소 | | | | | E-mail | |
| | 정보변경 | <input type="checkbox"/> 신청 <input type="checkbox"/> 미신청 | | | | | |
| 보험금 수령 계좌 | 은행명 : | 예금주 : | 계좌번호 : | <input type="checkbox"/> 방문수령 | | | |
| 사고분할보험금 수령선택 | • 간병자금, 생활자금 등 분할금이 있는 경우에 한하며, 확정 분할금을 지급 해당일에 상기 보험수익자 등록 계좌로 자동으로 송금하여 드립니다. 단, 일시금 수령을 원하시는 경우 체크 부탁드립니다. • 일시금으로 수령을 하시는 경우 약관에 따라 정해진 이율로 할인된 금액을 지급하여 드립니다. | | | | | <input type="checkbox"/> 일시금 | |

* 상기 수익자(보험금수령자)의 휴대폰, E-mail, 주소를 빠짐없이 작성하셨는지 확인후 아래 안내방법을 선택하여 주시기 바랍니다.

기초정보안내 서면+문자 우편+문자 E-mail+문자 미신청 지급지연/지급내역안내 E-mail 문자메세지 우편발송 미신청

· 심사진행과정 및 보험금처리 병명은 알림톡 또는 SMS로 안내드립니다. 위 안내방법을 선택하지 않으신 경우 기초정보 및 비례보상은 SMS로 안내드리고, 지급지연, 지급설명서, 손해사정서 교부는 우편으로 안내드립니다.(피보험자의 민감정보는 피보험자의 별도의 요청이 없는 경우 제3자에게 제공하지 않습니다.)
 · 청구하신 금액에 대하여 일부지급 또는 부지급되는 경우, 선택하신 방법이 아닌 전화 또는 서면(우편)으로 안내드립니다.

청구세부내용 * 확인된 사고내용과 관련하여 당사에 정상 유지 중인 보험계약이 담보하는 모든 보험금을 지급해 드립니다. (세부항목 상세 체크·기재시 보다 신속한 보험금 지급 가능)

| | | | | | | | |
|----------------|---|---|----------|---|---------|------|--|
| 청구유형 | <input type="checkbox"/> 질병 [신체 내부요인으로 몸이 불편한 경우] <input type="checkbox"/> 재해 [급격·우연한 외부사고로 다친 경우] <input type="checkbox"/> 산업재해 [산업재해보상보험상 인정된 근로자의 업무상 재해] | | | | | | |
| 청구사유 | <input type="checkbox"/> 사망 <input type="checkbox"/> 장애 <input type="checkbox"/> 진단 <input type="checkbox"/> 수술 <input type="checkbox"/> 입원 <input type="checkbox"/> 통원 <input type="checkbox"/> 골절 <input type="checkbox"/> 치료 <input type="checkbox"/> 실손입원 <input type="checkbox"/> 실손통원 <input type="checkbox"/> 기타 | | | | | | |
| 사고내용 (질병제외) | 사고일시 | 20 | 년 | 월 | 일 (시 분) | 사고장소 | |
| | 사고경위 | | | | | | |
| | 자동차보험/산재보험 처리여부 | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 | | | | | |
| 타사가입 | 보험회사 : | 가입건수 : | | 건 (실손 가입여부(단체실손포함)) : <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 | | | |
| 실손통원 간소화 청구 | 병명 | 1. | | | | | * 통원(외래의료비/처방조제비) 청구시 병명이 2개 이상이면, 영수증 상단에 각각 병명을 기재해주시기 바랍니다. |
| | | 2. | | | | | |
| 일부청구 | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 | | 일부청구사유 : | | | | * 일부 보험금 항목만 수령을 원하시는 경우 일부청구 항목에 사유 기재 |

보험금 청구시 필수 안내사항 및 확인서명

보험업법 제 95조의 2(설명 의무 등) 제3항, 제4항 등 법령에 따라 담당자(연락처)를 안내받고, 예상심사기간과 지급절차에 대한 아래의 설명을 듣고, [별지] 「보험금 청구를 위한 개인(신용)정보처리 동의서」에 대한 내용을 확인 후 동의합니다.

- 청구하신 보험금은 보험금 청구서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내(단, 지급사유의 조사나 확인이 필요한 경우는 10영업일 이내)에 보험금을 지급하여 드리며, 지연될 경우 보험업법에 따라 별도로 지연되는 사유를 설명드리고, 해당약관에 따라 지연이자를 더하여 지급합니다.
- 보험금 지급심사/조사 등 업무 중 일부는 위탁업체를 통해 처리될 수 있습니다.

청구양식 별지의 지급절차 안내 및 상기 필수 안내사항, 안내방법 등에 대해 숙지하였음을 확인합니다. 수익자 : _____ 서명(인)

진행상황 문의 KDB생명 콜센터(1588-4040, 단축번호 4) 보험금 담당부서 보험금심사팀

* 보험사기(허위입원, 고의사고, 피해과장, 서류 위·변조)는 범죄로서, 보험사기방지특별법에 의해 10년이하의 징역이나 5천만원이하의 벌금에 처해질수 있습니다.

청구인 작성란

| | | | | | |
|----------|-------|----------|--------|------|-----|
| 수익자(청구인) | 서명(인) | 수익자와의 관계 | 주민등록번호 | - | 휴대폰 |
| 접수일자 | 접수방법 | 접수기관 | 접수자 | 전화번호 | |

- * 보험회사 등 개인정보처리자가 보험금 청구 관련 처리를 위해서는 고객님의 개인(신용)정보 처리 동의가 필요합니다. 본 청구서를 작성(서명)하여, 별지[개인(신용)정보처리 동의서] 및 신분증(앞면), 청구유형별 구비서류를 함께 제출하여 주시기 바랍니다.
- * 법인/단체 청구건은 별지의 법인/단체 수익자·실제소유자확인서를 작성·첨부해 주시기 바랍니다.
- * 우편 청구(등기)주소 : [61925]광주광역시 서구 천변자로 268, KDB생명빌딩 15층 콜센터 사고보험금 우편청구 담당자(앞)