



**KB NSURANCE CO., LTD.**  
**OVERSEAS TRAVELLER S NSURANCE CLAIM FORM**

( ) KB  
 TO : KB Insurance Company

20

Claimant \_\_\_\_\_ ( )

( 1544-1616)

Insured ( )	Policy No. ( )	Policy period ( )
	Name ( )	ID Number ( )
	TEL : E-mail :	Address ( )
	Occupation ( )	Place of employment ( )

Details of Accident or Sickness ( )	Date & Time of Accident (or Sickness) ( )	Date of departure ( )	Place of accident (or Sickness) ( )
	Describe the circumstance of Accident (or Sickness) in detail ( ) 6		
	Describe the nature of injury (or Sickness) ( )		
	If any witness of your accident is, give name, telephone number and relation to the insured ( 가 , , )		

Accident & Sickness ( )	What was your approximate date of the above condition? ( ) ?
	Name & address of hospital and Doctor ( ) • • TEL)
	If you have had any treatment for this condition in the last five years, give name of hospital, doctor, address, and treatment period? ( 5 , .)
	Please give details of policy No and insurer applicable to this loss if any. ( ) .)
	Amount claimed ( )

If you have other insurance contracts, the amount of medical expenses payable under this policy will be in proportion to the total amount recoverable from all the insurance contracts you have. If KB Insurance pays the full amount of medical expenses incurred on behalf of all the other insurance companies, it is hereby agreed that KB Insurance is authorized to claim on your behalf for all of the remaining liabilities of the other insurance companies.  
 ( KB , 가 KB . )  
 Claimant \_\_\_\_\_ ( )

Payment to ( )	Bank name ( )	Account no ( )	Payee ( )
-------------------	------------------	-------------------	--------------

**AUTHORIZATION**

Hereby authorize any hospital, physician, or other person who has attended or examined me, to furnish to the company, or to authorized representative, any and all information with respect to any sickness or injury, medical history, consultation prescriptions or treatment, and copies of all hospital or medical records. A photostatic copy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original.

\_\_\_\_\_  
가

\_\_\_\_\_  
Signature of insured ( )

\_\_\_\_\_  
Signature of claimant ( )

\_\_\_\_\_  
Address

\_\_\_\_\_  
Address

**ATTENDING PHYSICIANS STATEMENT**

TO : KB INSURANCE CO., LTD

In evidence of the claim of Patient name ( )	Sex ( )	Age ( )
Nature of injury or sickness ( )		

Accident ( )		Sickness ( )	
Date of accident ( )	Place of accident ( )	Is condition due to pregnancy? ( ) ? Yes ( ) No ( )	If "Yes", what was approximate date of commencement of pregnancy? ( ) ?
If fracture or dislocation, state whether complete or incomplete. Complete ( ) Incomplete ( )	If fracture of long bones, state whether fracture is through shaft or extremity. Shaft ( ) Extremity ( )	When did patient's symptoms first appear? ( ) 가 ?	
If surgical operation performed, describe fully. ( )			

When did patient first consult you for this condition? ( ) 가 ?	Describe any other disease or infirmity affecting present condition. ( )
---	---

Give date of treatment and type treatment rendered. ( ) Outpatient ( ) From : to :	Home visit ( ) From : to :
---	----------------------------

Date admitted ( )	Date discharged ( )
-------------------	---------------------

Was professional nursing required? ( ) ? Yes ( ) No ( )	If Yes ( ) From : to :
--	---------------------------

Does the patient require further treatment? ( ) ? Yes ( ) No ( )	Feature of dismemberment or continuous total disability, if any ( )
---	---

Treatment cost ( )	Doctor's fee ( )	Medicament expenses ( )	
	Surgical operation expenses ( )	Hospitalization expenses ( )	
	X-ray examination expenses ( )	Professional nursing expenses ( )	
	Laboratory test expenses ( )	Total ( )	

Date :	Name of Hosp. ( ) :
Tel :	Address ( ) :
Attending physician Signature ( ) :	

소비자 권익보호에 관한 사항

본 동의를 거부하시는 경우에는 보험금 청구 관련 서비스가 일부 제한될 수 있고 본 동의서에 의한 개인(신용)정보 조회는 귀하의 신용등급에 영향을 주지 않습니다.

※ 필수 체크 항목으로 각 동의란에 체크  하십시오

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 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, 전자우편주소 등), 계좌정보
  - 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]
- 개인(신용)정보의 보유·이용 기간
  - 수집·이용 동의일로부터 거래종료 후 5년까지 (단, 거래종료 후 5년이 경과한 후에는 보험금 지급, 금융사고조사, 보험사기 방지·적발, 민원처리, 법령상 의무이행을 위한 경우에 한하여 보유·이용하며, 별도 보관)

2. 개인(신용)정보 조회에 관한 동의

당사 및 당사 업무수탁자는 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」에 따라 귀하의 개인(신용)정보를 다음과 같이 신용정보집중기관 및 보험요율산출기관으로부터 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
- 조회동의 유효 기간 및 조회자(개인(신용)정보를 제공받은 자)의 개인(신용)정보의 보유·이용 기간
  - 수집·이용 동의일로부터 거래종료 후 5년까지 (단, 거래종료 후 5년이 경과한 후에는 보험금 지급, 금융사고 조사, 분쟁해결, 민원처리, 법령상 의무이행을 위한 경우에 한하여 보유·이용하며, 별도 보관함)

### 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 제공받은 자

- 신용정보집중기관 : 생명보험협회, 손해보험협회 등 신용정보집중기관
- 공공기관 등 : 금융위원회, 국토해양부, 금융감독원, 보험요율산출기관 등 공공기관, 법령상 업무수행기관 (위탁사업자 포함)
- 보험회사 등 : 생명보험사, 손해보험사, 국내·국외 재보험사, 공제사업자, 체신관서(우체국 보험), 금융거래 관련 계좌개설 금융기관, 금융결제원
- 업무수탁자 등 : 보험금지급·심사 및 보험사고조사 등에 필요한 업무를 위탁받은 자(보험사고조사업체, 손해사정업체, 의료기관·의사, 변호사, 위탁 콜센터, 자동차보험의 경우 그 외 건강보험심사평가원, 자동차보험진료수가분쟁심의회, 손해보험협회 등)

#### □ 개인(신용)정보를 제공받는 자의 이용목적

- 신용정보집중기관 : 보험계약 및 보험금지급 관련 정보의 집중관리 및 활용 등 신용정보 집중기관의 업무
- 공공기관 등 : 보험업법 및 자동차손해배상보장법(자동차보험에 한함) 등 법령에 따른 업무수행(위탁업무 포함)
- 보험회사 등 : 보험사고조사(보험사기 조사 포함) 및 손해사정서비스 등 계약이행에 필요한 업무, 보험금청구 서류 접수대행 서비스, 진료비심사, 의료심사 및 자문, 구상금분쟁심의업무(자동차보험에 한함)
- 금융거래 업무(보험료 및 보험금 등 출·수납)

#### □ 제공할 개인(신용)정보의 내용

- 「1. 개인(신용)정보의 수집·이용에 관한 사항」의 정보내용  
(단, 각 제공받는 자의 이용 목적을 위해 필요한 정보에 한함)

#### □ 제공받는 자의 개인(신용)정보 보유·이용기간

- 개인(신용)정보를 제공받는 자의 이용목적을 달성할 때까지(최대 거래종료 후 5년까지)
- ※ 각 제공대상기관 및 이용목적의 구체적인 정보는 당사 홈페이지[www.kbinsure.co.kr]에서 확인할 수 있습니다.

### 4. 민감정보 및 고유식별정보의 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 대하여 동의하십니까?

질병·상해정보처리

동의함 ▶  ◀

주민등록번호·외국인등록번호·운전 면허증번호

동의함 ▶  ◀

▶     년   월   일 ◀ 동의자 ▶  성명  서명 (인) ◀