

치아안심보험 보험금 청구 구비서류 안내



1. 보험금 청구서 (고객 작성)

첨부된 회사양식에 고객님의 직접 기재
(양식 하단에 개인(신용)정보 수집, 이용, 제공, 조회 동의서에 반드시 체크 하시고 서명하여
주십시오.)

2. 의무기록지 사본 (병원에서 발급)

- 초진기록지를 포함한 진료기록부 사본 (=진료차트)
- 임플란트, 틀니, 브릿지를 청구하시는 고객님의께서는 치료 전·후 파노라마 사진 첨부

3. 치료세부내역 (병원에서 작성)

첨부된 치료세부내역을 병원에서 작성 후 청구하여 주시기 바랍니다.

4. 진료비 영수증 (병원에서 발급)

진료항목이 확인되는 일자별 세부영수증 또는 급여·비급여 항목이 확인되는 진료비
납입확인서

5. 신분증 사본

6. 주민등록등본 또는 가족관계 증명서

- 피보험자가 미성년자(자녀)일 경우 자녀와 부모가 포함된 주민등록등본이나
가족관계증명서 1부
- 미성년자(자녀)와 부모 모두가 포함되어 있지 아니한 경우 미성년자(자녀) 기준의
기본증명서 1부

치료 후 상기 구비서류가 준비되시면 신속한 보험금 지급을 위하여 고객센터 1566-5800
(ARS-①)으로 유선접수 후 아래의 주소로 우편발송요청 드립니다.

에이스손해보험 보험금 청구서류 우편접수

03187 서울시 종로구 종로 6
광화문우체국 사서함 386 (서린동)

* 보험금 심사 업무를 위해 요청한 서류가 일부 누락된 경우에는 보험금 심사 업무를 진행
할 수 없어 보험금 지급이 지연 될 수 있습니다.

보험금 청구서 (개인보험 A&H)

박스안 내용은 반드시 기재하여 주시기 바랍니다.

보험용 청구관련 정보

계약자	성명		주민번호		휴대폰	
피보험자	성명		주민번호		연락처	
	주소				직장명	
사고내용/ 손해내역	사고일시	20	년	월	일	사고유형 <input type="checkbox"/> 상해 <input type="checkbox"/> 질병 <input type="checkbox"/> 배상책임
	사고장소					
	진단명				병원명	
	사고내용	질병사고 : 과거/현재 치료사항, 질병인지 경위 기재 교통사고 : 운전자, 차량종류, 범규위반, 가/피해자 여부 기재 상해사고 : 사고발생원인, 상해부위 기재				
타사가입	다른 보험사에 계약이 있으면 회사명 및 보험종목을 적어주십시오(생명보험, 손해보험, 공제조합)					
보상관련안내방법	<input type="checkbox"/> 이메일 :		<input type="checkbox"/> 핸드폰(문자) :		<input type="checkbox"/> 팩스 :	

위임장(본인은 본 사고에 대한 보험금 청구행위 및 수령권 일체를 피 위임자에게 위임합니다.)

구분	성명	주민번호	주소	전화번호	관계
위임자	(인)				
피위임자	(인)				

* 위임자는 인감도장 날인 후 인감증명서 원본을 첨부하시고 피위임자는 서명 또는 도장 날인 해주시기 바랍니다.

보험금 청구를 위한 개인(신용)정보 처리 동의서

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.

1. 개인(신용)정보 수집·이용에 관한 동의사항 (동의여부에 대해 V 체크해 주시기 바랍니다.)

당사는 「개인정보보호법」 및 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」에 따라 본 계약과 관련하여 귀하의 개인(신용) 정보를 다음과 같이 수집 이용 하고자 합니다. 이에 대하여 동의하십니까?	<input checked="" type="checkbox"/> 동의함
---	---

- 개인(신용)정보의 수집·이용 목적
 - 보험금지급·심사(보험금청구서류 접수대행 서비스 포함) 및 보험사고 조사(보험사기 조사 포함), 보험금 지급관련 민원처리 및 분쟁대응
 - 금융거래(보험료 및 보험금 등 출·수납을 위한 금융거래 신청, 자동이체 등 접수) 관련 업무
- 수집·이용할 개인(신용)정보의 내용
 - 보험금 청구서상 개인(신용)정보(성명, 주민등록번호, 외국인등록번호, 운전면허증번호, 주소, 직업, 전화번호, 전자우편 주소 등), 계좌정보
 - 보험사고 조사(보험사기 조사 포함) 및 손해사정업무 수행과 관련하여 취득한 개인(신용)정보[경찰, 공공기관, 의료기관 등으로부터 본인의 위임을 받아 취득한 각종조사서, 증명서, 진료기록 등에 포함된 개인(신용)정보 포함]
- 개인(신용)정보의 보유·이용 기간
 - 수집·이용 동의일로부터 거래종료 후 5년간 (단, 거래종료 후 5년이 경과한 후에는 보험금 지급, 금융사고 조사, 보험사기 방지·적발, 민원처리, 법령상 의무이행을 위한 경우에 한하여 보유·이용하며, 별도 보관)

2. 개인(신용)정보의 조회에 관한 사항 (동의여부에 대해 V 체크해 주시기 바랍니다.)

당사는 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」에 따라 본 계약과 관련하여 귀하의 개인 (신용)정보를 다음과 같이 신용 정보집중기관 및 보험요율산출기관으로부터 조회하고자 합니다. 이에 대하여 동의하십니까?	<input checked="" type="checkbox"/> 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), 피보험자의 질병 및 상해에 관한 정보

• **조회동의 유효기간 및 조회자 (개인 (신용)정보를 제공받는 자)의 개인(신용) 정보의 보유·이용 기간**

수집·이용 동의일로부터 거래종료 후 5년간 (단, 거래종료 후 5년이 경과한 후에는 보험금 지급, 금융사고 조사, 보험사기 방지·적발, 민원처리, 법령상 의무이행을 위한 경우에 한하여 보유·이용하며, 별도 보관)

3. 개인(신용)정보의 제공에 관한 사항 (동의여부에 대해 V 체크해 주시기 바랍니다.)

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 제공받는자**

- 신용정보집중기관 : 생명보험협회, 손해보험협회, 한국신용정보원 등 신용정보집중기관
- 공공기관 등 : 금융위원회, 국토해양부, 금융감독원, 보험요율산출기관 등 공공기관, 법령상 업무 수행기관(위탁사업자 포함)
- 보험회사 등 : 생명보험사, 손해보험사, 국내·국외 재보험사, 공제사업자, 체신관서(우체국보험), 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 제공받는자의 이용목적**

- 신용정보집중기관 : 보험계약 및 보험금지급 관련 정보의 집중관리 및 활용 등 신용정보집중기관의 업무
- 공공기관 등 : 보험업법 및 자동차손해배상보장법(자동차보험에 한함) 등 법령에 따른 업무수행(위탁업무 포함)
- 보험회사 등 : 보험사고조사 (보험사기 조사 포함) 및 손해사정서비스 등 계약 이행에 필요한 업무, 보험금 청구서류 접수 대행 서비스, 진료비 심사, 의료심사 및 자문, 구상금분쟁 심의업무 (자동차보험에 한함)
- 금융거래 업무(보험료 및 보험금 등 출·수납)

• **제공할 개인(신용)정보의 내용**

「개인(신용)정보의 수집·이용에 관한 사항」의 정보내용(단, 각 제공받는 자의 이용목적에 위해 필요한 정보에 한함)

• **제공받는자의 개인(신용)정보 보유·이용 기간**

개인(신용)정보를 제공받는 자의 이용목적에 달성할 때까지 (최대거래종료 후 5년까지)

* 거래종료일이란 보험계약 만기, 해지, 취소, 철회일 또는 소멸일 및 보험금 청구권 소멸시효 완성일, 채권·채무관계 소멸일 중 가장 나중에 도래한 사유를 기준으로 판단합니다.

* 각 제공대상기관 및 이용목적의 구체적인 정보는 당사 홈페이지 www.chubb.com/kr 에서 확인할 수 있습니다.

4. 민감정보 및 고유식별정보의 처리에 관한 사항 (동의여부에 대해 V 체크해 주시기 바랍니다.)

당사 및 당사 업무수탁자는 「개인정보 보호법」 및 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」에 따라 상기 개인(신용) 정보에 대한 개별 동의사항에 대하여 다음과 같이 귀하의 민감정보(질병·상해정보) 및 고유식별 정보(주민등록번호·외국인등록번호·운전면허증번호)를 처리(수집·이용, 제공 등)하고자 합니다. 이에 대하여 동의하십니까?

질병·상해정보처리

동의함

고유식별정보(주민등록번호·외국인등록번호·운전면허증번호)처리

동의함

본인은 「개인정보보호법」 및 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」에 따라 귀사가 본인의 개인(신용)정보를 상기 내용과 같이 처리하는 것에 동의 합니다.

동 의 일 20 년 월 일

아래 계약자 동의인 작성 및 서명해주시고 피보험자가 14세 이상인 경우에는 피보험자도 필히 동의인 서명해 주셔야 합니다.

동의인	주민등록번호	연락처	피보험자와의 관계
계약자	(서명)		
피보험자	(서명)		
수익자	(서명)		

보험금 송금계좌	은행명		계좌번호	
	예금주		주민번호	

“보험사기(고의사고, 허위사고, 피해과장, 허위입원·진단·장해, 사고 후 보험가입 등)는 범죄이며 형법에 의거 10년 이하의 징역이나 2천만원 이하의 벌금에 처해질 수 있습니다.”

치료세부내역(보존치료용)(치과 병/의원 기재용)

환자명																주민등록번호																용도	보험회사제출용																										
치료 전 치아 상태 소견																																																											
표시	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	치아번호	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	소견																									

* 환자분의 치료 내용 중 해당하는 치료에 대하여 '표시'란에 체크해주시고, 치료 치아번호로 표기해 주십시오.

치료 구분	치료내용	치아 번호 기재	표시	
검진 [Visits]	치아치료를 위한 종합 구강 검진 [Comprehensive oral evaluation for additional treatment]		<input type="checkbox"/>	
	치통의 응급 임시치료 및 임시 처치 [Emergency palliative treatment of dental pain and minor procedure]		<input type="checkbox"/>	
구강위생및치주 [Hygiene and Periodontal]	치아치료를 위한 스케일링 [Prophylaxis / Scaling for additional treatment]		<input type="checkbox"/>	
엑스레이 [Radiology]	구내방사선 및 교익 방사선 사진 (근관치료시제외) [X-ray intraoral / bitewind 추가 엑스레이 및 교익 방사선 [Each addition X-ray / bitewing]		<input type="checkbox"/>	
	두개골후전방향촬영 및 측발촬영, 안면골조사필름 [Posterior-anterior or lateral skull and facial bone survey film]		<input type="checkbox"/>	
	파노라마 사진 [Panoramic X-ray]		<input type="checkbox"/>	
발치 [Extractions]	단순발치 [Simple extraction-erupted tooth or exposed root]		<input type="checkbox"/>	
	정교한 발치 [Complicated extraction, tooth or root, partially bony]		<input type="checkbox"/>	
	매복된 치아의 발치 [Removal of impacted, completely bony]		<input type="checkbox"/>	
치주치료 [Periodontal]	스플링팅 [Provision splinting - extracoronal]		<input type="checkbox"/>	
	치은절제술, 치은성형술 [Gingivectomy or gingivoplasty, per tooth]		<input type="checkbox"/>	
	치근절단술 [Root amputation-per root]		<input type="checkbox"/>	
보존치료 [Conservative]	충전 [Filling]	□ 아말감 [Amalgam]	교합면 [Occlusal]	<input type="checkbox"/>
		□ 컴퍼짓 레진 [Composite/resin]	인접면 [Proximal]	<input type="checkbox"/>
		□ 기타재료 [Other] * 해당재료 □란에 "v"표시	치경부 [Cervical]	<input type="checkbox"/>
	인레이/ 온레이 [Inlay]	□ 아말감 [Amalgam]	교합면 [Occlusal]	<input type="checkbox"/>
		□ 컴퍼짓 레진 [Composite/resin]	인접면 [Proximal]	<input type="checkbox"/>
		□ 기타재료 [Other] * 해당재료 □란에 "v"표시	치경부 [Cervical]	<input type="checkbox"/>
크라운 [Crown]		<input type="checkbox"/>		
근관치료 [Endodontic]	1개 근관/엑스레이 포함 [Root canal, 1canal / X-ray included]		<input type="checkbox"/>	
	2개 근관/엑스레이 포함 [Root canal, 2canals / X-ray included]		<input type="checkbox"/>	
	3개 근관/엑스레이 포함 [Root canal, 3canals / X-ray included]		<input type="checkbox"/>	
	치수절단술 [Therapeutic pulpotomy [excluding final restoration]		<input type="checkbox"/>	

상기 질환으로 인하여 치료 받았음을 확인합니다.

작성일	병·의원 명	요양기관기호	전화번호	의사명
				(서명)

기타 사항은 고객센터로 문의하시기 바랍니다. 1566-5800 (평일09:00~18:00/토요일, 공휴일 휴무)

치료세부내역(보철/수술치료용)(치과 병/의원 기재용)

환자명											주민등록번호					용도	보험회사제출용
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------	--	--	--	--	----	---------

치료 전 치아 상태 소견																
표시	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
치아번호	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
소견																

* 환자분의 치료 내용 중 해당하는 치료에 대하여 '표시' 란에 체크해주시고, 치료 치아번호로 표기해 주십시오.

1. 보철치료내용

치료 구분	치료내용	치아 번호 기재		표시
보철치료 [Prosthetic]	임플란트 [Implant]			<input type="checkbox"/>
	브릿지 [Bridge]			<input type="checkbox"/>
	틀니[Denture]			<input type="checkbox"/>

치료 구분	치료내용			
임플란트 [Implant]	발치치아번호			
	발치일자		발치원인	
	치료종료일		질병분류코드	
브릿지 [Bridge]	발치치아번호			
	발치일자		발치원인	
	치료종료일		질병분류코드	
틀니 [Denture]	발치치아번호			
	발치일자		발치원인	
	치료종료일		질병분류코드	

* 발치 전 파노라마 사진과 치료 후 파노라마 사진을 첨부하여 주시기 바랍니다.

2. 기타 치주질환 및 턱관절 수술 치료 내용

치료사항	질병분류코드	수술명	치료부위	치료일자
치주질환 수술 (Periodontal disease)				20 년 월 일
				20 년 월 일
				20 년 월 일
턱관절 장애 관련 수술 (Temporomandibular disorder)				20 년 월 일
				20 년 월 일
				20 년 월 일

상기 질환으로 인하여 치료 받았음을 확인합니다.

작성일	병·의원 명	요양기관기호	전화번호	의사명
				(서명)

기타 사항은 고객센터로 문의하시기 바랍니다. 1566-5800 (평일09:00~18:00/토요일, 공휴일 휴무)

Chubb. Insured.SM