

## 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.)

당사 홈페이지 또는 모바일을 통한 사고 접수 시 보험금 청구서를 작성하실 필요 없습니다. 신속하고 편리한 보험금 청구를 위하여 당사 홈페이지 및 모바일을 적극 활용하여 주시기 바랍니다.

### 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(앞면)

### 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 홈페이지 또는 모바일 접수 가능합니다.

① 홈페이지: <http://chubb.kr/CSPC> → [보험금청구센터] 공인 인증서/휴대폰 본인인증

② 모바일: <http://chubb.kr/CSMO> → 공인 인증서/휴대폰 본인인증

#### \* 소액보험금 청구서류 간소화

아래 소액 보험금 대상 치료에 한하여 보험금 청구서와 진료비 세부산정내역서(병원양식 발급) 만으로 청구 및 심사 가능합니다.

소액보험금 대상 치료 : 구강검진 / 스케일링 / 구내방사선 / 파노라마

다만, 소액보험 대상 치료 이외에는 소액보험금 청구서류 간소화에 해당되지 않으며 의무기록지, 치료세부내역(당사양식), 진료비 영수증을 제출 하셔야 합니다.

### 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 진행할 수 없어 보험금 지급이 지연 될 수 있습니다.

# 보험금 청구서 (개인보험 A&H)

박스 안 내용은 반드시 기재하여 주시기 바랍니다.

## 보험금 청구관련 정보

계약자, 피보험자, 수익자가 동일하면 피보험자 부분만 기재하셔도 됩니다.

계약자	성명	홍길동	주민번호	7 1 0 5 0 1 - 1 2 3 4 5 6 7
	휴대폰	010 - 1 2 3 4 - 5 6 7 8		
피보험자	성명	홍길동	주민번호	7 1 0 5 0 1 - 1 2 3 4 5 6 7
	연락처	010 - 1 2 3 4 - 5 6 7 8		
사고내용/ 손해내역	주소		직장명	
	사고일시	20 2 0 년 0 1 월 0 1 일	사고유형	<input type="checkbox"/> 상해 <input checked="" type="checkbox"/> 질병 <input type="checkbox"/> 배상책임
	사고장소	집	병원명	000 치과병원
	진단명	치아 우식증	사고내용	질병사고 <input type="checkbox"/> 치아가 너무 아파 인근 치과에 내원하였으며 충치 진단 후에 레진 및 인레이 치료 상해사고 <input type="checkbox"/> 교통사고 <input type="checkbox"/> 운동 중 <input type="checkbox"/> 넘어짐 <input type="checkbox"/> 음식물 섭취 <input type="checkbox"/> 기타
타사가입	다른 보험사에 계약이 있으면 회사명 및 보험종목을 적어주십시오(생명보험, 손해보험, 풍계조합)		일부청구 <input type="checkbox"/>	
보상안내	<input type="checkbox"/> 이메일:	<input checked="" type="checkbox"/> 핸드폰(문자): 010-1234-5678	<input type="checkbox"/> 팩스:	

☞ 확인된 사고내용과 관련하여 당사에 정상 유지 중인 보험계약이 담보하는 모든 보험금을 지급해 드립니다.  
(일부 보험금 항목만 수령을 원하시는 경우 '일부청구'란에 별도 기재 부탁드립니다.)

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

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

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

## 보험금 송금계좌

보험금 송금계좌	은행체크	<input type="checkbox"/> 국민 <input type="checkbox"/> 단위농협 <input type="checkbox"/> 신한 <input type="checkbox"/> 농협중앙 <input checked="" type="checkbox"/> 우리 <input type="checkbox"/> KEB하나 <input type="checkbox"/> 기업 <input type="checkbox"/> 카카오
	기타 금융사	계좌번호 1 0 0 2 - 1 2 3 - 4 5 6 7 8 9
	예금주	홍길동 주민번호 7 1 0 5 0 1 - 1 2 3 4 5 6 7

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

## 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·이용하고자 합니다. 이에 대하여 동의하십니까?

동의함  
V

- 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
  - 개인식별정보(성명, 주민등록번호, 외국인등록번호, 운전면허정보(운전면허증번호 포함), 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?

동의함  
V

- 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 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  
V

- 개인(신용)정보를 제공받는자
  - 신용정보집중기관 : 한국신용정보원
  - 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)

\* 각 제공대상기관 및 이용목적의 구체적인 정보는 당사 홈페이지 [www.chubb.com/kr](http://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, 조회, 제공)하고자 합니다. 이에 대하여 동의하십니까?

질병·상해정보처리 / 주민등록번호·외국인등록번호·운전면허증번호 처리

동의함

V

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

동 의 일 20   년   월   일 \*동의일자를 꼭 기재하여 주시기 바랍니다.

아래 계약자 동의인 작성 및 서명해주시고 피보험자가 14세 이상인 경우에는 피보험자도 필히 동의인 서명해 주셔야 합니다. 단 계약자, 피보험자, 수익자가 동일하면 피보험자 부분만 기재하셔도 됩니다.

동 의 인			직 업	주 민 번 호	연 락 처	피보험자와의 관계
계 약 자	홍길동	(서명)	금융종사자	710501-1234567	010-1234-5678	본인
피보험자	홍길동	(서명)	금융종사자	710501-1234567	010-1234-5678	본인
수 익 자	홍길동	(서명)	금융종사자	710501-1234567	010-1234-5678	본인

# 치료세부내역 (보존치료용)(치과 병/의원 작성용)

\* 작성요령 ① 한 칸에 한 자씩 작성하여 주세요. ② 작성란이 부족한 경우 동일한 양식을 추가로 작성하여 주세요.

환자명

주민번호  -

스케일링 치료일자

20	<input type="text" value="20"/>	년	<input type="text" value="01"/>	월	<input type="text" value="03"/>	일
20	<input type="text"/>	년	<input type="text"/>	월	<input type="text"/>	일
20	<input type="text"/>	년	<input type="text"/>	월	<input type="text"/>	일

X-Ray 필름 개수 및 X-Ray 촬영일자

구내방사선		파노라마		20	<input type="text" value="20"/>	년	<input type="text" value="01"/>	월	<input type="text" value="03"/>	일
<input type="text" value="03"/>	<input type="text" value="01"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	20	<input type="text"/>	년	<input type="text"/>	월	<input type="text"/>	일
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	20	<input type="text"/>	년	<input type="text"/>	월	<input type="text"/>	일

치료내용

치료 종류 (재료)

(해당 치료 V 체크해 주세요.)

직접충전

아말감	레진	기타
<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

치아번호

(한 칸에 한 자씩 적어주세요.)

<input type="text" value="14"/>	<input type="text" value="23"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

치료일자

(한 칸에 한 자씩 적어주세요.)

20	<input type="text" value="20"/>	년	<input type="text" value="01"/>	월	<input type="text" value="10"/>	일
20	<input type="text"/>	년	<input type="text"/>	월	<input type="text"/>	일
20	<input type="text"/>	년	<input type="text"/>	월	<input type="text"/>	일

간접충전 (인레이, 온레이)

금	도재	기타
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

<input type="text" value="25"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

20	<input type="text" value="20"/>	년	<input type="text" value="01"/>	월	<input type="text" value="10"/>	일
20	<input type="text"/>	년	<input type="text"/>	월	<input type="text"/>	일
20	<input type="text"/>	년	<input type="text"/>	월	<input type="text"/>	일

크라운

금	도재	기타
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

<input type="text" value="16"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

20	<input type="text" value="20"/>	년	<input type="text" value="01"/>	월	<input type="text" value="25"/>	일
20	<input type="text"/>	년	<input type="text"/>	월	<input type="text"/>	일

근관치료

1개근관	2개근관	3개근관
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

<input type="text" value="16"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

20	<input type="text" value="20"/>	년	<input type="text" value="01"/>	월	<input type="text" value="03"/>	일
20	<input type="text"/>	년	<input type="text"/>	월	<input type="text"/>	일

발치

단순	정교	매복
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

<input type="text" value="22"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

20	<input type="text" value="20"/>	년	<input type="text" value="01"/>	월	<input type="text" value="03"/>	일
20	<input type="text"/>	년	<input type="text"/>	월	<input type="text"/>	일

상기 질환으로 인하여 치료 받았음을 확인합니다.

\* 병(의)원 (직인) 및 의사(인)이 누락된 경우 본 치료확인서는 무효입니다.

작성 일자

20  년  월  일

병/의원명

000 치과병원

요양기관번호 (8자리)

0 0 0 0 0 0 0 0

담당의사 확인란

김OO

병(의원)전화번호 ( 02 ) ( 1566 - 5800 )

\* 보장내용은 가입하신 상품에 따라 상이할 수 있으며, 정확한 심사처리를 위해서 해당 서류 이외에 추가서류를 요청 드릴 수 있습니다.

