



## 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 치과치료확인서를 병원에서 작성 후 제출하여 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 (치아보험 A&H)



박스 안 내용은 반드시 기재하여 주시기 바랍니다.

## 보험금 청구관련 정보

계약자, 피보험자, 수익자가 동일하면 피보험자 부분만 기재하셔도 됩니다.

계약자	성명			주민번호	-					
피보험자	성명			주민번호	-					
	주소			직장명						
사고내용/ 손해내역	사고일시	20	년	월	일	사고유형 <input type="checkbox"/> 상해 <input type="checkbox"/> 질병				
	사고장소	<input type="checkbox"/> 집 <input type="checkbox"/> 기타 [사고장소: _____]								
	진단명			병원명						
	사고내용	질병사고								
상해사고		<input type="checkbox"/>	교통사고	<input type="checkbox"/>	운동 중	<input type="checkbox"/>	넘어짐	<input type="checkbox"/>	음식물 섭취	<input type="checkbox"/>
타사가입					일부청구					
보상안내	<input type="checkbox"/> 핸드폰:									
	<input type="checkbox"/> 이메일:	<input type="checkbox"/>	팩스:	<input type="checkbox"/>						

☞ 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 피위임자에게 위임합니다.)

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

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

## 보험금 송금계좌

보험금 송금계좌	은행명	<input type="checkbox"/> 국민 <input type="checkbox"/> 단위농협 <input type="checkbox"/> 신한 <input type="checkbox"/> 농협중앙 <input type="checkbox"/> 우리 <input type="checkbox"/> KEB하나 <input type="checkbox"/> 기업 <input type="checkbox"/> 카카오
	기타 금융사	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.”



# 보험금 청구를 위한 상세 동의서(필수)

귀하는 개인(신용)정보의 수집·이용 및 조회, 제공에 관한 동의를 거부하실 수 있으며, 개인의 신용도 등을 평가하기 위한 목적 이외의 개인(신용)정보 제공 동의는 철회할 수 있습니다. 다만, 본 동의는 ‘보험금 청구’를 위해 필수적인 사항이므로 동의를 거부하시는 경우 관련 업무수행이 불가능할 수 있습니다.

## 1. 개인(신용)정보 수집·이용에 관한 사항

수집·이용 목적	보험사고·보험사기 조사 및 보험금지급·심사(손해사정 또는 의료자문 포함) 보험금청구서류 접수대행 서비스 및 교통사고 처리내역 발급 간소화 서비스 민원처리 및 분쟁대응, 금융거래 관련 업무 자동차과실비율분쟁심의업무(자동차보험에 한함)
보유 및 이용기간	동의일로부터 거래 종료 후 5년까지(단, 다른 법령에 해당하는 경우 해당 법령상의 보존기간을 따름) 위 보유 기간에서의 거래 종료일이란 “① 보험계약 만기, 해지, 취소, 철회일 또는 소멸일, ② 보험금 청구권 소멸시효 완성일(상법 제662조), ③ 채권·채무 관례 소멸일 중 가장 나중에 도래한 사유를 기준으로 판단한 날”을 말한다.

### <수집·이용할 개인(신용)정보의 내용>

고유식별정보 수집·이용에 동의하십니까?  동의함  동의하지 않음

주민등록번호, 외국인등록번호, 운전면허번호

민감정보 수집·이용에 동의하십니까?  동의함  동의하지 않음

피보험자의 질병·상해에 관한 정보(진료기록, 상병명 등), 보험사고 조사 (보험사기 포함) 및 손해사정 업무 수행과 관련하여 취득한 정보 (경찰, 공공·국가기관, 의료기관 등으로부터 본인의 위임을 받아 취득한 각종 조사서, 증명서, 진료기록 등에 포함된 개인(신용)정보 포함)

개인(신용)정보 수집·이용에 동의하십니까?  동의함  동의하지 않음

일반개인정보 : 성명, 주소, 생년월일, 이메일, 유·무선 전화번호, 성별, 국적, 직업, 피보험자와 수익자의 관계, 국내거소신고번호  
신용거래정보 : 금융거래 업무 관련 정보(보험금 지급계좌 등), 보험계약정보(상품종류, 기간, 보험가입금액 등), 보험금 정보(보험금 지급사유, 지급금액 등)

## 2. 개인(신용)정보의 제공에 관한 사항

제공받는자	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 종합신용정보집중기관 : 한국신용정보원</li> <li>● 보험회사 등 : 생명·손해보험사, 국내 재보험사, 공제사업자, 체신관서(우체국보험)</li> <li>● 공공기관 등 : 금융위원회, 금융감독원, 국세청, 보험요율산출기관 등 공공기관, 법령상 업무수행기관 (위탁사업자 포함)</li> <li>● 금융거래기관 : 계좌개설 금융기관, 금융결제원</li> <li>● 계약관계자 : 피보험자, 보험금 청구권자</li> <li>● 보험협회 : 생명·손해보험협회</li> </ul>
-------	---



제공받는자의 이용목적	종합신용정보집중기관 : 개인(신용)정보 조회, 신용정보의 집중관리 및 활용 등 법령에서 정한 종합신용정보집중기관의 업무 수행 ● 보험회사 등 : 중복보험 확인 및 비례보상, 재보험금 청구 ● 공공기관 등 : 법령에 따른 업무 수행(위탁업무 포함) ● 금융거래 기관 : 금융거래 업무 ● 계약관계자 : 손해사정 내용 관련 정보 제공 ● 보험협회 등 : 보험계약 관련 업무지원(휴면보험금 등 포함), 공정경쟁 질서유지에 관한 협정업무
보유 및 이용기간	제공받는 자의 이용목적 달성할 때까지(관련 법령상 보존기간을 따름)

\* 외국 재보험사의 국내지점이 재보험금 청구 등 지원 업무를 위탁하기 위한 경우 별도의 동의 없이 외국 소재 본점에 귀하의 정보를 이전할 수 있습니다.

### <제공할 개인(신용)정보의 내용>

고유식별정보 제공에 동의하십니까?	<input type="checkbox"/> 동의함	<input type="checkbox"/> 동의하지 않음
--------------------	------------------------------	----------------------------------

주민등록번호, 외국인등록번호, 운전면허번호

민감정보 제공에 동의하십니까?	<input type="checkbox"/> 동의함	<input type="checkbox"/> 동의하지 않음
------------------	------------------------------	----------------------------------

피보험자의 질병·상해에 관한 정보(진료기록, 상병명 등), 보험사고 조사 (보험사기 포함) 및 손해사정 업무 수행과 관련하여 취득한 정보 (경찰, 공공·국가기관, 의료기관 등으로부터 본인의 위임을 받아 취득한 각종 조사서, 증명서, 진료기록 등에 포함된 개인(신용)정보 포함)

개인(신용)정보 제공에 동의하십니까?	<input type="checkbox"/> 동의함	<input type="checkbox"/> 동의하지 않음
----------------------	------------------------------	----------------------------------

일반개인정보 : 성명, 주소, 생년월일, 이메일, 유·무선 전화번호, 성별, 국적, 직업, 피보험자와 수익자의 관계, 국내거소신고번호

신용거래정보 : 금융거래 업무 관련 정보(보험금 지급계좌 등), 보험계약정보(상품종류, 기간, 보험가입금액 등), 보험금 정보(보험금 지급사유, 지급금액 등)

\* 당사는 '보험금청구 프로세스 자동화 업무'를 위해 악어디지털과 위탁계약을 체결하였습니다. 해당 계약에 따라 당사는 당사의 수탁업체인 악어디지털에 고객님의 민감정보(질병 및 상해에 관한 정보 등)를 제공할 예정이며 당사로부터 민감정보를 전달받은 악어디지털은 해당 위탁업무를 수행하기 위해 고객님의 민감정보를 처리할 예정입니다.

\* 업무위탁을 목적으로 개인(신용)정보 처리하는 경우 별도의 동의 없이 업무 수탁자에게 귀하의 정보를 제공할 수 있습니다. (당사 공식 홈페이지 [www.chubb.com/kr](http://www.chubb.com/kr) 에서 확인 가능)

### 3. 개인(신용)정보의 국외 제3자 제공에 관한 설명

제공받는자	국외 재보험사
제공받는자의 이용목적	재보험금 지급·심사
보유 및 이용 기간	제공받는 자의 이용목적 달성할 때까지 (관련 법령 상 보존기간을 따름)

### <국외 제3자 제공할 개인(신용)정보의 내용>

개인(신용)정보 국외 제3자 제공에 동의하십니까?	<input type="checkbox"/> 동의함	<input type="checkbox"/> 동의하지 않음
-----------------------------	------------------------------	----------------------------------



일반개인정보 : 성명, 성별, 생년월일, 연령

신용거래정보 : 보험계약정보(보험종목, 상품명, 보험기간, 보험가입금액 등), 보험금 정보(사고번호, 사고일자, 지급일자, 보험금 조사비용, 지급금액 등)

#### 4. 개인(신용)정보의 조회에 관한 사항

조회대상기관	종합신용정보집중기관, 생명·손해보험협회, 보험요율산출기관, 국토교통부
조회목적	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 종합신용정보집중기관 : 보험사고·보험사기 조사 및 보험금 지급·심사, 교통사고 처리내역 발급 간소화 서비스</li> <li>● 생명·손해보험협회 : 보험금 청구서류 접수대행 서비스</li> <li>● 보험요율산출기관, 국토교통부 : 보험사고, 보험사기 조사 및 보험금 지급심사, 법령에 의한 업무수행 등</li> </ul>
조회 동의의 효력기간	해당 보험거래 종료 후 5년까지 동의의 효력이 지속됩니다

#### <조회할 개인(신용)정보의 내용>

고유식별정보 조회에 동의하십니까?  동의함  동의하지 않음

주민등록번호, 외국인등록번호, 운전면허번호

민감정보 조회에 동의하십니까?  동의함  동의하지 않음

피보험자의 질병·상해에 관한 정보(진료기록, 상병명 등, 교통법규 위반정보, 교통사고조사기록)

개인(신용)정보 조회에 동의하십니까?  동의함  동의하지 않음

일반개인정보 : 성명, 국내거소신고번호, 면허의 효력에 관한 정보

신용거래정보 : 보험계약정보(상품종류, 기간, 보험가입금액 등), 보험금 정보(보험금 지급사유, 지급금액 등)

동의일	20    년    월    일
계약자	(서명)
피보험자	(서명)
수익자	(서명)
지정대리청구인	(서명)
법정대리인	(서명)

\* 피보험자가 14세 이상인 경우에는 피보험자도 필히 서명하여야 하며 계약자, 피보험자, 수익자가 동일한 경우 피보험자 부문만 기재하여도 무방합니다. 정보를 이전할 수 있습니다

\* 14세 미만의 경우 법정대리인이 작성 후 친권자 서명을 하시기 바랍니다.

# 치과치료확인서(보존치료용)



## 인적사항

환자명		주민등록번호	-	내원일자	20 . .
-----	--	--------	---	------	--------

## 스케일링 및 영상검사

스케일링 시행일자	파노라마		X-ray	
	촬영횟수	촬영일자	촬영횟수	촬영일자
20 . .		20 . .		20 . .
20 . .		20 . .		20 . .
20 . .		20 . .		20 . .

\* X-ray의 경우 근관치료 시 시행한 촬영사항은 제외하여 주시기 바랍니다.

## 보존치료

치 료 사 항		질병분류코드	치 아 번 호	치료일(장착일)
직접충전	<input type="checkbox"/> 아말감 <input type="checkbox"/> 기타(GI) <input type="checkbox"/> 레진			20 . .
	<input type="checkbox"/> 아말감 <input type="checkbox"/> 기타(GI) <input type="checkbox"/> 레진			20 . .
	<input type="checkbox"/> 아말감 <input type="checkbox"/> 기타(GI) <input type="checkbox"/> 레진			20 . .
간접충전	<input type="checkbox"/> 골드 인/온레이 <input type="checkbox"/> 기타 인/온레이			20 . .
	<input type="checkbox"/> 골드 인/온레이 <input type="checkbox"/> 기타 인/온레이			20 . .
	<input type="checkbox"/> 골드 인/온레이 <input type="checkbox"/> 기타 인/온레이			20 . .
발치	<input type="checkbox"/> 단순 <input type="checkbox"/> 정교 <input type="checkbox"/> 매복			20 . .
	<input type="checkbox"/> 단순 <input type="checkbox"/> 정교 <input type="checkbox"/> 매복			20 . .
근관	<input type="checkbox"/> 1개근관 <input type="checkbox"/> 2개근관 <input type="checkbox"/> 3개근관			20 . .
	<input type="checkbox"/> 1개근관 <input type="checkbox"/> 2개근관 <input type="checkbox"/> 3개근관			20 . .
	<input type="checkbox"/> 1개근관 <input type="checkbox"/> 2개근관 <input type="checkbox"/> 3개근관			20 . .
크라운	<input type="checkbox"/> 금 <input type="checkbox"/> 기타(골드이외)			20 . .
	<input type="checkbox"/> 금 <input type="checkbox"/> 기타(골드이외)			20 . .
치주치료	<input type="checkbox"/> 스플린팅 <input type="checkbox"/> 치주소파술 <input type="checkbox"/> 치은절제술 <input type="checkbox"/> 치근절단술 <input type="checkbox"/> 치수절단술 <input type="checkbox"/> 치은성형술 <input type="checkbox"/> 턱관절장애수술 <input type="checkbox"/> 기타			20 . .

상기 질환으로 인하여 치료하였음을 확인합니다.

작성일자	병원명	요양기관번호	전화번호	의사명
20 . .				(인)

# 치과치료확인서(보철치료용)



## 인적사항

환자명		주민등록번호	-	내원일자	20 . .
-----	--	--------	---	------	--------

## 결손부위(해당치아에 √ 표시)

(18)	(17)	(16)	(15)	(14)	(13)	(12)	(11)	(21)	(22)	(23)	(24)	(25)	(26)	(27)	(28)
상악 ↑			(55)	(54)	(53)	(52)	(51)	(61)	(62)	(63)	(64)	(65)			← 유지상악
하악 ↓			(85)	(84)	(83)	(82)	(81)	(71)	(72)	(73)	(74)	(75)			← 유지하악
(48)	(47)	(46)	(45)	(44)	(43)	(42)	(41)	(31)	(32)	(33)	(34)	(35)	(36)	(37)	(38)

## 보철치료

치료사항	질병분류코드	치아번호	발치일자	치료종료일(식립)
<input type="checkbox"/> 발치 <input type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 틀니			20 . .	20 . .
<input type="checkbox"/> 발치 <input type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 틀니			20 . .	20 . .
<input type="checkbox"/> 발치 <input type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 틀니			20 . .	20 . .
<input type="checkbox"/> 발치 <input type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 틀니			20 . .	20 . .
<input type="checkbox"/> 발치 <input type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 틀니			20 . .	20 . .
<input type="checkbox"/> 발치 <input type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 틀니			20 . .	20 . .
<input type="checkbox"/> 발치 <input type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 틀니			20 . .	20 . .
<input type="checkbox"/> 발치 <input type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 틀니			20 . .	20 . .
<input type="checkbox"/> 발치 <input type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 틀니			20 . .	20 . .
<input type="checkbox"/> 발치 <input type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 틀니			20 . .	20 . .

- \* 발치를 동반한 보철치료의 경우 치료사항에 [발치] 여부를 체크하여 주시기 바랍니다.
- \* 치료종료일은 임플란트는 식립일자 / 브릿지, 틀니의 경우 장착일로 기재 요청드립니다.

## 상기 질환으로 인하여 치료하였음을 확인합니다.

작성일자	병원명	요양기관번호	전화번호	의사명
20 . .				(인)