



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 접수가 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	710501 - 1234567
피보험자	성명	홍길동	주민번호	710501 - 1234567
	주소	서울시 종로구 00로 00동 00호		직장명 000 기업
사고내용/ 손해내역	사고일시	20 년 월 일	사고유형	<input type="checkbox"/> 상해 <input checked="" type="checkbox"/> 질병 <input type="checkbox"/> 배상책임
	사고장소	집		
	진단명	치아 우식증	병원명	000 치과병원
	사고내용	질병사고 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 있는 회사명 및 보험종목을 적어주십시오(생명보험, 손해보험, 공제조합)			일부청구
보상안내	<input checked="" type="checkbox"/> 핸드폰: 010-1234-5678			
	<input type="checkbox"/> 이메일: <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)	-	관계
	주소		
피위임자	(인)	-	관계
	주소		

* 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	계좌 번호	1002-123-456789
	예금주	홍길동	주민 번호

“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 이용 하고자 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, 채신관서(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 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

치과치료확인서(보존치료용)



인적사항

환자명	홍길동	주민등록번호	710501-1234567	내원일자	2020 .01 .03
-----	-----	--------	----------------	------	--------------

스케일링 및 영상검사

스케일링 시행일자	파노라마			X-ray		
	촬영횟수	촬영일자		촬영횟수	촬영일자	
2020 .01 .03	1	2020 .01 .03		2	2020 .01 .03	
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 checked="" type="checkbox"/> 레진	K02	14 ,23	2020 .01 .10
	<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 checked="" type="checkbox"/> 골드 인/온레이 <input type="checkbox"/> 기타 인/온레이	K02	25	2020 .01 .10
	<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 checked="" type="checkbox"/> 매복	K02	22	20 . .
	<input type="checkbox"/> 단순 <input type="checkbox"/> 정교 <input type="checkbox"/> 매복			20 . .
근관	<input checked="" type="checkbox"/> 1개근관 <input type="checkbox"/> 2개근관 <input type="checkbox"/> 3개근관	K02	16	2020 .01 .03
	<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 checked="" type="checkbox"/> 금 <input type="checkbox"/> 기타(골드이외)	K02	16	2020 .01 .25
	<input type="checkbox"/> 금 <input type="checkbox"/> 기타(골드이외)			20 . .
치주치료	<input type="checkbox"/> 스플링턴 <input type="checkbox"/> 치주소파술 <input type="checkbox"/> 치은절제술 <input type="checkbox"/> 치근절단술 <input type="checkbox"/> 치수절단술 <input type="checkbox"/> 치은성형술 <input checked="" type="checkbox"/> 턱관절장애수술 <input type="checkbox"/> 기타	K07.6	하악	2020 .02 .05

상기 질환으로 인하여 치료하였음을 확인합니다.

작성일자	병원명	요양기관번호	전화번호	의사명
2020 .02 .20	000치과병원	12345678	02-123-4567	김00 (인)

치과치료확인서(보철치료용)



인적사항

환자명	홍길동	주민등록번호	710501-1234567	내원일자	2020 .01 .03
-----	-----	--------	----------------	------	--------------

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		←	유치상악
하악 ↓			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75		←	유치하악
48	47	46	45	44	○43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

보철치료

치료사항	질병분류코드	치아번호	발치일자	치료종료일(식립)
<input checked="" type="checkbox"/> 발치 <input type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 틀니		22,23	2020 . 01 .03	2020 .02 .01
<input type="checkbox"/> 발치 <input type="checkbox"/> 임플란트 <input checked="" type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 틀니		11,21	2020 . 07 .01	2020 .07 .01
<input checked="" type="checkbox"/> 발치 <input type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 틀니		44	20 20. 01 .03	2020 .02 .01
<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
2020 .07 .01	000치과병원	12345678	02-123-4567	김○○(인)