

치아안심보험 보험금 청구 구비서류 안내

치과 치료 후 구비서류가 준비되시면 신속한 보험금 지급을 위하여 모바일 또는 홈페이지로 접수가 가능합니다.

- ① 홈페이지: <http://chubb.kr/CSPC> → [보험금청구센터] 공인인증서/휴대폰 본인인증
- ② 모바일: <http://chubb.kr/CSMO> → 공인인증서/휴대폰 본인인증

QR코드 촬영으로
보험금청구서 작성 없이
보상청구가 가능합니다.



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

1. 보험금 청구서 (고객 작성)
첨부된 회사양식에 고객님의게서 직접 기재
(양식 하단에 개인(신용)정보 수집, 이용, 제공, 조회 동의서에 반드시 체크하시고 서명하여 주십시오.)
2. 치과치료확인서 (병원에서 작성)
치과치료확인서를 병원에서 작성 후 제출하여 주시기 바랍니다.
3. 의무기록지 사본 (병원에서 발급)
 - 초진기록지를 포함한 진료기록부 사본 (=진료차트)
 - 임플란트, 틀니, 브릿지를 청구하실 때는 치료 전·후 파노라마 사진 첨부
4. 주민등록등본 또는 가족관계 증명서
피보험자가 미성년자(자녀)일 경우 자녀와 부모가 포함된 주민등록등본 또는 가족관계증명서1부
(미성년자(자녀)와 부모 모두 포함되어 있지 아니한 경우 미성년자(자녀)의 기본증명서 1부)

*** 소액보험금 청구서류 간소화**

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

소액보험금 청구 : 구강검진 / 스케일링 / 구내방사선 / 파노라마

다만, 소액보험 대상 치료 이외에는 소액보험금 청구서류 간소화에 해당되지 않으며 치과치료확인서(당사양식), 의무기록지, 진료비 영수증을 제출하셔야 합니다.

에이스손해보험 보험금 청구서류 우편접수
03187 서울시 종로구 종로 6
광화문우체국 사서함 386 (서린동)

- * 보험금 심사 업무를 위해 요청한 서류가 일부 누락 또는 부정확한 경우에는 보험금 심사 업무를 진행할 수 없어 보험금 지급이 지연될 수 있습니다.

QR코드 촬영으로
보험금청구서 작성 없이
보상청구가 가능합니다.



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	123456-1234567		
피보험자	성명	홍길동	주민번호	123456-1234567		
	주소	서울시 종로구 00로 00동 00호	직장명/하시는일	회사원	의료급여수급권자	<input type="checkbox"/> 대상 <input type="checkbox"/> 비대상
보상관련 안내	<input type="checkbox"/> 보험계약자 <input checked="" type="checkbox"/> 피보험자 <input type="checkbox"/> 수익자 <input type="checkbox"/> 기타(성명 : _____ 관계 : 본인) 휴대폰 : 010-0000-0000					
	안내방법	※ 반드시 한가지는 선택(□ 안에 v표)해 주시기 바랍니다. <input checked="" type="checkbox"/> 문자메세지 <input type="checkbox"/> e-mail <input type="checkbox"/> 팩스 <input type="checkbox"/> 유선(전화) <input type="checkbox"/> 우편 <input type="checkbox"/> 안내거부 (e-mail : _____ 팩스 : _____)				

☞ 의료급여법 상 의료급여 수급권자의 경우 보험료 할인제도가 있음을 안내 드립니다.

☞ 직업 사항은 필수 기재 사항으로 구체적으로 기재 시 신속한 처리가 가능합니다.

다른 보험회사 계약사항(손해, 생명보험, 공제보험 및 단체보험) 있음 없음

보험회사	<input type="checkbox"/> 삼성 <input type="checkbox"/> 현대 <input type="checkbox"/> DB <input type="checkbox"/> 메리츠 <input type="checkbox"/> 한화 <input type="checkbox"/> 흥국 <input type="checkbox"/> 롯데 <input type="checkbox"/> 농협 <input type="checkbox"/> 기타()
------	---

사고유형	<input type="checkbox"/> 상해 <input checked="" type="checkbox"/> 질병 <input type="checkbox"/> 배상 <input type="checkbox"/> 재물	청구유형	<input checked="" type="checkbox"/> 최초청구와 동일사고 <input type="checkbox"/> 추가접수
사고일(발병일)	2023 년 01 월 01 일	사고장소	
사고(내원)경위	치아가 너무 아파 인근 치과에 내원하였으며 충치 진단 후에 레진 및 인레이 치료		
사고내용	질병사고	치아우식	
	상해사고	<input type="checkbox"/> 교통사고 <input type="checkbox"/> 운동 중 <input type="checkbox"/> 넘어짐 <input type="checkbox"/> 음식물 섭취 <input type="checkbox"/> 기타[사고내용 : _____]	
병원명(진료과)	000 치과병원	진단명	치아우식증
일부청구	<input type="checkbox"/> 실손의료비 <input type="checkbox"/> 입원일당 <input type="checkbox"/> 진단비 <input type="checkbox"/> 수술비 <input type="checkbox"/> 사망 <input type="checkbox"/> 후유장애 <input type="checkbox"/> 비용 <input type="checkbox"/> 특정담보 보상제외요청(요청담보 : _____)		

☞ 확인된 사고내용과 관련하여 당사에 정상 유지 중인 보험계약이 담보하는 모든 보험금을 지급해 드립니다.

(일부 보험금 항목만 수령을 원하시는 경우 '일부청구'란에 별도 기재 부탁드립니다.)

보험금 수령계좌(보험금을 타인에게 위임하는 경우 보험금청구서 外 별도 위임장과 인감증명서를 제출해야 합니다.)

보험금 수령계좌	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 checked="" type="checkbox"/> 카카오
	기타금융사	계좌번호 1002-123-456789
	예금주	홍길동 주민번호 123456-1234567

☞ 특정금융정보법 제5조의2 및 동법 시행령 제10조의 4에 의하여 상기 정보 등에 대한 금융기관의 확인 및 검증이 의무화되어 있습니다. 제공하신 정보는 동법에 의거 용도 이외의 목적으로 사용되지 않으며, 정보확인 및 검증을 위하여 추가적인 문서 및 자료제출을 요구할 수 있습니다. 정보제출을 거부하거나 검증이 불가능한 경우에는 동법에 의거 금융거래가 제한되거나 거절될 수 있습니다.

※ 보험사기(고의사고, 허위사고, 피해과장, 허위입원·진단·장해, 사고 후 보험가입 등)는 범죄이며 보험사기방지특별법에 의거 10년 이하의 징역이나 5천만원 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 법령 상의 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? 동의하지 않음 동의함

주민등록번호, 외국인등록번호, 여권번호, 운전면허번호

민감정보 수집·이용에 동의하십니까? 동의하지 않음 동의함

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

개인(신용)정보 수집·이용에 동의하십니까? 동의하지 않음 동의함

일반개인정보 : 성명, 주소, 생년월일, 이메일, 유·무선 전화번호, 성별, 국적, 직업, 피 보험사와 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

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



제공받는 자의 이용목적	<ul style="list-style-type: none"> ● 종합신용정보집중기관 : 개인(신용)정보 조회, 신용정보의 집중관리 및 활용 등 법령에서 정한 종합신용정보집중기관의 업무 수행, 교통사고처리내역발급간소화 서비스 ● 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 : 보험금 지급·심사 관련 업무지원(보험금 청구서류 접수 대행서비스 등)
보유 및 이용기간	제공받는 자의 이용목적에 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? 동의하지 않음 동의함

주민등록번호, 외국인등록번호, 여권번호, 운전면허번호

민감정보 제공*에 동의하십니까? 동의하지 않음 동의함

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?** 동의하지 않음 동의함

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 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 에서 확인 가능)

3. 개인(신용)정보의 국외 제3자 제공에 관한 사항

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



<국의 제3자 제공할 개인(신용)정보의 내용>

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

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"> ● 종합신용정보집중기관 : 보험사고·보험사기 조사 및 보험금 지급·심사, 교통사고 처리내역 발급 간소화 서비스 ● 생명·손해보험협회 : 보험금 청구서류 접수대행 서비스 ● 보험요율산출기관, 국토교통부 : 보험사고, 보험사기 조사 및 보험금 지급심사, 법령에 의한 업무수행 등
조회 동의의 효력기간	해당 보험거래 종료 후 5년까지 동의의 효력이 지속됩니다

<조회할 개인(신용)정보의 내용>

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

주민등록번호, 외국인등록번호, 여권번호, 운전면허번호

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

피보험자의 질병·상해에 관한 정보(진료기록, 상병명 등), 교통법규 위반정보, 교통사고조사기록(당사의 요청에 따라 보험요율산출기관이 경찰청으로부터 제공받은 정보)

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

일반개인정보 : 성명, 국내거소신고번호, 면허의 효력에 관한 정보
 신용거래정보 : 보험계약정보(상품종류, 기간, 보험가입금액 등), 보험금 정보(보험금 지급사유, 지급금액 등)

동의일	2023 년 1 월 1 일
본인	홍길동(서명)
법정대리인	(서명)

동의일자를 꼭 기재하여 주시기 바랍니다.

※ 만 14 세 미만의 경우 법정대리인이 작성 후 친권자가 서명을 하시기 바랍니다.

통합 위임장

위임사항

본인은 * 해당항목에 V표시(사망보험금 청구 시에는 모두 V표시)

피보험자()의 (년 월 일) 사고와 관련하여

망 인()의 사망과 관련하여

에이스손해보험이 보유한 * 해당항목에 V표시

일체의 계약에 대한

일부의 계약에 대한

보험금 및 보험료환급금 등 상계약으로 인한 본인의 권리 일체를 아래 위임받는 분에게 위임합니다.

작성일: 년 월 일

위임관련 계약사항

보험 상품명	증권번호	계약자 (성명, 주민등록번호)	피보험자 (성명, 주민등록번호)
		(-)	(-)
		(-)	(-)
		(-)	(-)

대표상속인(위임받는 분)

※ 위임받는 분의 서명이나 도장을 날인하세요.

성명	(인)	주민등록번호	-
주소			
연락처	피보험자와 관계	직장명/하시는일	
은행명	계좌번호	※ 위임받는 본인계좌만가능	

☞ 직업 사항은 필수 기재 사항으로 구체적으로 기재 시 신속한 처리가 가능합니다.

위임하는 분

※각 위임인의 인감도장을 날인하시고 '인감증명서' 또는 '본인서명사실확인서'를 첨부하세요.

성명	인감날인/본인서명	주민등록번호	연락가능 전화번호
	(인)		
	(인)		
	(인)		
	(인)		

☞ 위임하는 분은 인감날인 본인 서명란에 제출한 인감증명서 본인서명 사실확인서와 동일한 도장 및 서명 날인 요청 드립니다.

보험금 지급절차 안내

보험금 청구관련 안내

보험금을 받으실 통장은 피보험자 본인 명의의 입, 출금 통장이어야 합니다. 단, 피보험자가 미성년자인 경우엔 위임장 없이 친권자(부모) 계좌로 수령이 가능합니다.

- 보험금 청구 서류 안내장 상의 구비서류 이외에도 추가서류를 요청 드리는 경우가 있을 수 있습니다.
- 손해사정 및 사고조사, 보험금 심사 등의 업무 수행을 위해 개인정보처리동의서에 대하여 동의를 하여 주셔야 하며, 개인정보처리 동의서에 대하여 동의를 거부하는 경우 보험금 지급이 지연되거나 불가 할 수 있습니다.
- 심사 진행에 있어 손해사정(내부 또는 외부위탁)을 위한 방문조사가 필요할 수 있으며, 이런 경우 담당자가 별도로 연락을 드립니다.
- 보험금이 지급되는 경우에는 고객님의 요청한 핸드폰번호로 문자서비스나 유선으로 안내해 드립니다. 문의사항이 있으시면 고객센터 (1566-5800)나 담당자에게 문의하시기 바랍니다.

보험금 청구 소멸시효(상법 제662조)

보험금 청구 서류를 사고 발생일로부터 3년 이내에 접수하지 않으면 청구권이 소멸됩니다.

보험금 지급절차 안내

- 발송하여 주신 서류가 당사에 접수되는 경우 보상처리 담당자가 지정되며 SMS를 통해 접수번호와 담당자 성명, 연락처가 통보됩니다.
- 보험금 심사결과에 따라 정상 지급되지 아닐 수 있으며 보상처리 관련 문의 사항이 있으신 경우 문자서비스로 송부된 담당자나 고객센터(1566-5800)로 전화 주시기 바랍니다. (상당가능시간: 09:00~18:00)
사고접수 및 절차 안내 > 청구서류안내 > 청구서류 접수 > 보상심사 및 사고조사 > 보험금 결정 및 지급 > 지급안내
- 예상 심사 기간은 상해,질병보험은 최종 서류 접수 완료 후 3 영업일, 기타 보험은 보험금 산정 후 7 영업일을 기준으로 합니다. 기준일을 초과하게 되는 경우 약관에 따라 지연이자가 보험금과 같이 지급이 됩니다.

손해사정사 선임권 안내

- 보험계약자는 보험회사가 손해사정을 수행하기 이전에 외부 손해사정사를 직접 선임할 수 있으며, 이 경우 보험회사에 지체없이 통보를 해야 합니다. 보험회사는 손해사정사 선임 동의의 기준에 따라 외부 손해사정사의 동의, 재선임 요청, 거절 여부를 판단합니다.
 - (선임요청에 대한 동의 및 부동의 기준)
 - ① 회사는 보험금청구권자가 손해사정사를 선임하고 통보를 한 경우에 다음의 각호에 해당하지 않는 경우 동의를 한다.
 - 가. 보험업법 제 2 조 제 19 호에 따른 전문보험계약자의 계약. 다만, 실손의료보험계약을 포함하는 단체보험상품 및 여행 보험 상품은 해당되지 아니한다.
 - 나. 보험업법 시행령 제1조의2제3항 각 호에 따른 보험계약.
 - 다. 보험금청구권자가 선임하고자 하는 손해사정사가 보험업 관련 법령에 따른 손해사정자격을 갖추지 못한 경우.
 - 라. 보험금청구권자가 선임 의사를 통보한 손해사정사가 건전한 금융질서(보험사기 의심, 부당한 민원유발, 변호사법 위반 등)를 해질 소지가 있는 경우.
 - 마. 손해사정사가 주요 경영정보를 공시하지 않거나 보험업법 제178조에 따라 설립된 단체에서 주관하는 손해사정 관련 보수 교육을 이수하지 않은 경우.
 - 바. 소비자가 선임 요청한 손해사정사가 당사의 손해사정 보수기준에 동의하지 않은 경우
 - 사. 소비자가 선임 요청한 손해사정사가 보험계약자, 피보험자, 보험금 수익자와 이해관계가 있는 경우.
 - 아. 해외에서 발생한 사고에 대한 손해사정인 경우.
 - 자. 계약 체결에 하자가 있어 판매 조직에 대한 확인이 필요한 경우.
 - 차. 기타 객관적으로 손해사정업무 수행이 부적절하다고 판단되는 경우.
 - ② 회사가 보험금 청구서류 심사만으로 보험금 지급이 가능하여 조사나 확인이 불필요한 경우에는 선임요청을 거부할 수 있다.
 - ③ 회사는 손해사정사 선임에 동의하지 않을 경우 그 사유를 보험금청구권자 등에게 서면, 문자메세지, 전자우편, 유선 또는 그 밖에 이와 유사한 방법으로 설명·안내를 한다.
 - ④ 회사가 손해사정사의 선임의사를 통보받은 날로부터 3영업일 내에 동의 결정 여부를 회신하지 않은 경우 동의한 것으로 간주한다.
- 보험회사는 보험계약자의 외부 손해사정사 선임 통보 이후 3 영업일 이내 선임 관련 동의 여부를 안내하며, 회사가 재선임 요청한 경우 보험계약자는 다른 손해사정사를 재선임해야 합니다.
- 보험금 지급여부 결정을 위해 사고 현장 / 병원방문 심사 등이 필요한 경우 보험회사는 고객님의 개인정보 제공 동의를 받아 보험업법에 따라 공인된 손해사정법인에 조사업무를 위탁할 수 있으며, 그 비용은 보험회사가 부담합니다.
- 보험계약자 등이 따로 손해사정사를 선임하지 않은 경우 보험회사에 소속된 손해사정사 또는 보험회사와 위탁계약이 체결된 손해사정업자가 손해사정을 하게 됩니다.

- 보험회사가 고용 또는 선임한 손해사정사가 사정한 결과에 보험계약자 등이 승복하지 아니한 때, 보험계약자 등이 보험회사와는 별도로 손해사정사를 선임하고자 할 때에는 보험계약자가 비용을 부담합니다
- 보험계약자가 손해사정사를 선임한 다음 경우에는 보험회사가 그 비용을 부담합니다.
 1. 손해사정이 착수되기 이전에 보험계약자 등이 보험회사에게 손해사정의 선임의사를 통보하여 동의를 얻을 때
 2. 정당한 사유없이 보험회사가 보험사고 통보를 받은 날부터 7일이 경과하여도 손해사정에 착수하지 아니한 때

실손의료비 청구 조사 기준 안내

구분	예시
① 치료근거 제출거부	▪ 정당한 사유 없이 치료근거 제출을 거부, 방해하는 경우
② 신빙성 저하	▪ 환자상태, 검사결과, 의무기록의 불일치로 신빙성이 의심되는 경우
③ 치료·입원목적 불명확	▪ 심평원 등 공신력 있는 기관의 가이드라인 등에 비추어 치료, 입원 요건을 충족하지 못하며 의사의 진단·소견도 불명확한 경우
④ 비합리적인 가격	▪ 진료비용이 합리적인 사유없이 공시된 가격보다 현저히 높은 경우로서 보험사기 행위 등이 합리적으로 의심되는 경우
⑤ 과잉진료 의심 의료기관 등	▪ 과잉진료 의심 의료기관 등을 통해 보험금을 청구한 경우로서 보험사기 행위 등이 합리적으로 의심되는 경우 · 인터넷·SNS 등 과잉 진료 유발 광고, 브로커에게 환자 소개비 지급 · 교통·숙박비 등페이백 제공 등

장해진단서 제출 시 유의사항

- 장해진단서를 제출하시는 경우에는 3차 의료기관(500병상 이상의 대학병원 및 종합병원)에서 진단을 요청 드리며 병원 진단전에 고객센터(1566-5800)로 상담 요청을 하면 보상 담당자와 상담을 받으실 수 있으며, 사전에 협의하시는 것이 신속한 보험금 심사에 도움이 됩니다.
- 고객님의 진단받은 장해에 대하여 사고에 따라 전문의에 의한 의료 재심사가 이루어질 수 있으며 비용은 회사가 부담합니다.

보험사간 치료비 분담 지급(비례보상 적용)

- 상해 질병으로 인한 의료비 실비를 보상하는 상품에 복수로 가입하신 경우 보험약관에 따라 비례보상원칙을 적용하여 보험계약 별로 보험금을 분할하여 지급할 수 있습니다. 이 경우 접수대행 신청서를 작성하시면 타사에 접수 대행이 가능합니다.
- 타 보험사에 가입되어 있는 보험계약은 손해보험협회를 통해 확인하실 수 있습니다.

손해사정서 교부 안내

- 보험회사로부터 손해사정 업무를 위탁 받은 손해사정사 또는 손해사정업자가 손해사정서를 작성한 경우, 그 손해사정서는 보험업법에 따라 계약자, 피보험자, 청구권자(수익자)에게 교부됩니다.

보험금 지급안내 및 심사절차 조회 방법

- 보험금이 지급 또는 부지급이 되는 경우 고객님의 연락처로 유선안내 또는 e-mail, SMS로 사고 접수 시 동의하신 방법에 따라 보험금 지급 내역을 안내해 드립니다. 다만, 부지급 결정에 동의를 하지 않는 경우 담당자 또는 소비자보호팀에 통보하여 주시면 재심사를 받으실 수 있습니다.
인터넷 접수: 홈페이지 내 고객의 소리 / 전화상담: 1566-5800 / 우편: 03187 서울시 종로구 종로6 광화문우체국 사서함 386(서린동)
- 회사 홈페이지(www.chubb.com/kr)에 접속하시면 계약내용 및 사고처리 진행경과 및 지급 내역을 확인하실 수 있습니다. (단, 공인인증서를 통해서만 조회가능)

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"/> 스플린팅 <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	123451-1234567	내원일자	2023 . 01 . 01
-----	-----	--------	----------------	------	----------------

결손부위(해당치아에 √ 표시)

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

보철치료

치료사항	질병분류코드	치아번호	발치일자	치료종료일(식립)
<input checked="" type="checkbox"/> 발치 <input checked="" type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 틀니	K02	14,23	2023 01. 01 .	2023 . 02 . 17
<input checked="" type="checkbox"/> 발치 <input type="checkbox"/> 임플란트 <input checked="" type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 틀니	K02	11,21	2023 01. 01 .	2023 . 02 . 17
<input checked="" type="checkbox"/> 발치 <input type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 브릿지 <input checked="" type="checkbox"/> 틀니	K07.6	하악	2023 01. 06 .	2023 . 03 . 15
<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 checked="" 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 checked="" 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
2023 . 01. 01	000치과병원	12345678	02-123-4567	김OO (인)