

치아보험 치료확인서

1. 기본 사항

환자성명		생년월일		전화번호	
발병원인	<input type="checkbox"/> 질병 <input type="checkbox"/> 상해 <input type="checkbox"/> 기타 ()		초진일자	년 월 일	

2. 초진 당시 결손부위 및 치아상태 (치료 치아에 한해 우식, 파절, 기존 치료상태를 구분하여 기재)

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

3. 치료 내용

구분	치료종류	질병분류 코드	치아번호	치료일(장착일)
스케일링	<input type="checkbox"/> 급여 * 보험급여 적용시			년 월 일
	<input type="checkbox"/> 급여 * 보험급여 적용시			년 월 일
주요치주 질환치료 (잇몸질환)	<input type="checkbox"/> 치주소파술 <input type="checkbox"/> 치근활택술 <input type="checkbox"/> 기타 ()			년 월 일
	<input type="checkbox"/> 치주소파술 <input type="checkbox"/> 치근활택술 <input type="checkbox"/> 기타 ()			년 월 일
	<input type="checkbox"/> 치주소파술 <input type="checkbox"/> 치근활택술 <input type="checkbox"/> 기타 ()			년 월 일
방사선 촬영	<input type="checkbox"/> 구내방사선 <input type="checkbox"/> 파노라마방사선 <input type="checkbox"/> 보험급여			년 월 일
	<input type="checkbox"/> 구내방사선 <input type="checkbox"/> 파노라마방사선 <input type="checkbox"/> 보험급여			년 월 일
	<input type="checkbox"/> 구내방사선 <input type="checkbox"/> 파노라마방사선 <input type="checkbox"/> 보험급여			년 월 일
직접충전	<input type="checkbox"/> 아말감 <input type="checkbox"/> 레진 <input type="checkbox"/> 기타 ()			년 월 일
	<input type="checkbox"/> 아말감 <input type="checkbox"/> 레진 <input type="checkbox"/> 기타 ()			년 월 일
	<input type="checkbox"/> 아말감 <input type="checkbox"/> 레진 <input type="checkbox"/> 기타 ()			년 월 일
간접충전 (인레이/온레이)	<input type="checkbox"/> 금 / 도재 <input type="checkbox"/> 기타 ()			년 월 일
	<input type="checkbox"/> 금 / 도재 <input type="checkbox"/> 기타 ()			년 월 일
	<input type="checkbox"/> 금 / 도재 <input type="checkbox"/> 기타 ()			년 월 일
크라운 / 치수(신경)치료	<input type="checkbox"/> 크라운 <input type="checkbox"/> 치수치료(시작일 :)			년 월 일
	<input type="checkbox"/> 크라운 <input type="checkbox"/> 치수치료(시작일 :)			년 월 일
	<input type="checkbox"/> 크라운 <input type="checkbox"/> 치수치료(시작일 :)			년 월 일

4. 발치 / 임플란트 / 브릿지 / 틀니 (브릿지는 브릿지가 장착된 결손부 치아를 기재)

치료종류	질병분류 코드	치아번호	발치일	치료일(식립일/장착일)
<input type="checkbox"/> 발치 <input type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 틀니			년 월 일	년 월 일
<input type="checkbox"/> 발치 <input type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 틀니			년 월 일	년 월 일
<input type="checkbox"/> 발치 <input type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 틀니			년 월 일	년 월 일

상기 질환으로 인하여 치료하였음을 확인합니다. (병[의]원 직인 및 의사[인] 누락된 경우 무효)

병원명	(직인)	의사서명	(인)	면허번호	
전화번호		작성일		년 월 일	

※ 작성된 치료확인서와 치과 진료차트(의무기록사본)를 함께 제출해 주시기 바랍니다.



보험금 청구서

인적사항

계약자	성명			주민등록 번호	▶ <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"/> <input type="text"/>									
피보험자 (사고발생자)	*성명			*주민등록 번호	▶ <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"/> <input type="text"/>									
	직업 / 하시는일													
	의료급여 수급권자	<input type="checkbox"/> 대상	<input type="checkbox"/> 대상아님	장기요양 (1,2등급)	<input type="checkbox"/> 1등급	<input type="checkbox"/> 2등급	<input type="checkbox"/> 대상아님							
피해자 (배상책임에 한함)	성명			연락처 (휴대전화)	▶ <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"/> <input type="text"/>									
보상안내 받으실 분	*성명			*연락처 (휴대전화)	▶ <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"/> <input type="text"/>									
	추가선택	<input type="checkbox"/> 이메일 (<input type="text"/> @ <input type="text"/>) <input type="checkbox"/> 팩스(번호: <input type="text"/>) <input type="checkbox"/> 유선(번호: <input type="text"/>)												

※ 당사는 피보험자가 의료급여법상 의료급여 수급권자인 경우, 실손의료보험에 한하여 보험료 할인제도를 운영하고 있습니다.
 ※ 4세대 실손의료비 갱신시 할인, 할증 등급 결정을 위한 지급보험금 실적에 [산정특례질환으로 인한 비급여의료비]와 [장기요양대상자(1,2,등급 판정자에 한함) 비급여의료비]는 제외합니다.

다른 보험사 가입사항 (손해, 생명, 공제보험 및 단체보험) ▶ ☐ 없음 ☐ 있음 (), (), ()

※ 실손의료비, 교통사고처리지원금, 벌금, 변호사선임비용 등 실손담보가 중복으로 가입되어 있을 경우 비례보상 됩니다.

보험금 청구내용

▶ ☐ 추가접수 (동일사고로 청구이력이 있는 경우 체크하세요)

사고 번호
(추가 접수 체크시 기재)

*사고유형	▶ <input type="checkbox"/> 질병 <input type="checkbox"/> 상해 <input type="checkbox"/> 배상 <input type="checkbox"/> 재물 <input type="checkbox"/> 가축 <input type="checkbox"/> 농기계										
	<small>(신체 내부요인으로 물이 침범한 것)</small> <small>(급격하고 우연한 외부 사고로 다친 것)</small> <small>(제 3자의 재물 또는 신체에 발생한 손해)</small> <small>(피보험자의 재물에 발생한 손해)</small>										
사고일시	▶ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 년 <input type="text"/> <input type="text"/> 월 <input type="text"/> <input type="text"/> 일 <input type="text"/> <input type="text"/> 시 <input type="text"/> <input type="text"/> 분										
*사고경위 (내원경위)				사고장소 (질병 제외)							
진단명 (병명)				최초내원 병원/진료과		병원		과			
교통사고	이륜차탑승여부	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	탑승위치	<input type="checkbox"/> 운전석 <input type="checkbox"/> 조수석 <input type="checkbox"/> 뒷좌석 <input type="checkbox"/> 보행중							

보험금 수령 계좌

▶ 자동이체 계좌로 지급 (보험금 수익자 본인계좌인 경우에만 가능합니다.)

*은행명			*예금주명			*예금주주민번호			피보험자와관계	
*계좌번호	▶ <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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>									

본인은 「보험금 지급절차 안내문」을 통하여 보상절차에 관한 정보를 안내받고 숙지하였음을 확인합니다.

본인은 「보험금 청구를 위한 개인(신용)정보 처리」에 대한 내용을 숙지하였음을 확인합니다.

※ 「보험금 청구를 위한 개인(신용)정보 처리」의 동의를 거부할 경우 보험금 지급이 지연되거나 불가할 수 있습니다.

※ 타인계좌로 송금 받으시려면 별도의 「위임장」과 「인감증명서」를 제출해야 합니다.

작성일자	년	월	일	작성자	[피보험자와의 관계]	성명	서명
접수사무소				보험담당자		연락처	

※ 접수하신 청구 서류는 돌려드리지 않습니다. (보존기간 종료 후 파기됩니다)

※ 보험사기(고의사고, 허위사고, 피해과장, 사고 후 보험가입 등)는 범죄이며, 형법에 의거 10년 이하의 징역 또는 2천만원 이하의 벌금에 처해질 수 있습니다.



[필수]보험금 청구를 위한 상세 동의서

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. 또한, 본 동의에 의한 개인(신용)정보 조회는 귀하의 신용 점수에 영향을 주지 않습니다. 다만, 본 동의는 '보험금 청구'를 위해 필수적인 사항이므로 동의를 거부하시는 경우 관련 업무수행이 불가능할 수 있습니다.

1 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 관련 법령에 해당하는 경우 해당 법령상의 보존기간을 따름) 위 보유 기간에서의 거래 종료일이란 "①보험계약 만기, 해지, 취소, 철회일 또는 소멸일 및 ②보험금 청구권 소멸시효 완성일(상법 제662조), ③채권 · 채무 관계 소멸일 중 가장 나중에 도래한 사유를 기준으로 판단한 날"을 말한다.

수집 · 이용 항목

고유식별정보	주민등록번호, 외국인등록번호, 여권번호, 운전면허번호 위 <u>고유식별정보 수집.이용</u> 에 동의하십니까? <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/> 동의함
민감정보	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) 위 <u>민감정보 수집.이용</u> 에 동의하십니까? <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/> 동의함
개인(신용)정보	<div> ▮ 일반개인정보 성명, 주소, 생년월일, 이메일, 유 · 무선 전화번호, 성별, 국적, 직업, 피보험자와 수익자의 관계, 국내거소신고번호 </div> <div> ▮ 신용거래정보 금융거래 업무 관련 정보(보험금 지급계좌 등), 보험계약정보(상품종류, 기간, 보험가입금액 등), 보험금 정보(보험금 지급사유, 지급금액 등) </div> 위 <u>개인신용정보 수집.이용</u> 에 동의하십니까? <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/> 동의함



2 제공에 관한 사항

(1) 국내 제3자 제공에 관한 사항

제공받는 자	<ul style="list-style-type: none"> - 공공기관 등 : 금융위원회, 국토교통부, 금융감독원, 국세청, 보험요율산출기관, 행정안전부, 국토해양부, 농림축산식품부, 농촌진흥청, 농업정책보험금융원 등 법령상 업무 수행 기관(위탁사업자 포함) - 종합신용정보집중기관 : 한국신용정보원 - 보험회사 등 : 생명·손해보험회사, 국내 재보험사, 공제사업자, 체신관서(우체국보험) - 금융거래기관 : 계좌개설 금융기관, 금융결제원 - 계약관계자 : 피보험자, 보험금 청구권자 - 보험협회 등 : 생명·손해보험협회 - 정책보험 사업시행 관련자(정책보험에 한함) : 지정 수의사(업무약정을 체결한 수의사) 및 대한수의사회(산하기관 포함), 연구기관(보험개발원, 대학, 조사업체 등)
제공받는 자의 이용목적	<ul style="list-style-type: none"> - 공공기관 등 : 보험료 국고지원 및 지자체지원 관련 업무 등 법령에 따른 업무수행 (위탁업무 포함) - 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 - 금융거래 기관 : 금융거래 업무 - 계약관계자 : 손해사정내용 관련 정보 제공 - 보험협회 : 보험금 지급·심사 관련 업무지원(보험금 청구서류 접수 대행 서비스 등) - 정책보험 사업시행 관련자(정책보험에 한함) : 사업현황 확인 및 보조금 정산, 지정 수의사의 진료 및 업무약정 이행 상품개발 및 제도개선 연구 등
보유 및 이용기간	제공받는 자의 이용목적을 달성할 때까지(관련 법령상 보존기간을 따름)

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

제공 항목

고유식별정보	주민등록번호, 외국인등록번호, 여권번호, 운전면허번호
	위 <u>고유식별정보</u> 제공에 동의하십니까? <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/> 동의함
민감정보	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)
	위 <u>민감정보</u> 제공에 동의하십니까? <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/> 동의함
개인(신용)정보	
↳ 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)
	위 <u>개인신용정보</u> 제공*에 동의하십니까? <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/> 동의함

* 업무위탁을 목적으로 개인(신용)정보를 처리하는 경우 별도의 동의 없이 업무 수탁자(손해사정법인, 의료자문 관련 기관 등)에게 귀하의 정보를 제공할 수 있습니다. (홈페이지 [www.nhfire.co.kr]에서 확인 가능)



2-1 제공에 관한 사항
(1) 국외 제3자 제공에 관한 사항

제공받는 자	- 국외 재보험사
제공받는 자의 이용목적	- 재보험금 지급 · 심사
보유 및 이용기간	- 제공받는 자의 이용목적을 달성할 때까지(관련 법령상 보존기간을 따름)

제공 항목

개인(신용)정보 ↳ 일반개인정보 ↳ 신용거래정보	성별, 연령 보험계약정보(상품종류, 기간) 위 개인신용정보 <u>제공</u> 에 동의하십니까? <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/> 동의함
----------------------------------	--

3 조회에 관한 사항

조회 대상 기관	- 종합신용정보집중기관, 보험요율산출기관, 생명·손해보험협회
조회 목적	- 종합신용정보집중기관 : 보험사고·보험사기 조사 및 보험금지급·심사, 교통사고 처리내역 발급 간소화 서비스 - 보험요율산출기관 : 보험사고·보험사기 조사 및 보험금지급·심사, 법령에 의한 업무수행 등 - 생명·손해보험협회 : 보험금 청구서류 접수대행 서비스
조회 동의의 효력기간	해당 보험거래 종료 후 5년까지 동의의 효력이 지속됩니다.

조회 항목

고유식별정보	주민등록번호, 외국인등록번호, 여권번호, 운전면허번호 위 <u>고유식별정보 조회</u> 에 동의하십니까? <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/> 동의함
민감정보	피보험자의 질병·상해에 관한 정보(진료기록, 상병명 등) 위 <u>민감정보 조회</u> 에 동의하십니까? <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/> 동의함
개인(신용)정보 ↳ 일반개인정보 ↳ 신용거래정보	성명, 국내거소신고번호 보험계약정보(상품종류, 기간, 보험가입금액 등), 보험금정보(보험금 지급사유, 지급금액 등) 위 개인신용정보 <u>조회</u> 에 동의하십니까? <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/> 동의함

자필서명	구분	보험금청구권자(피보험자)	법정대리인(친권자)		
	성명			관계	
	서명				

* 미성년자의 경우 친권자가 서명하며, 다른 일방의 의사에 반하지 않는다면 부모 중 일방이 부모공동명의로 동의 및 서명할 수 있습니다.
 * 피해자가 있는 배상책임의 경우 보험금청구권자(피보험자)란은 피해자가 작성하여야 합니다.

년 월 일



보험금 지급절차 안내문(고객용)

청구서류 접수방법	<ul style="list-style-type: none"> 콜센터: ☎ 1644-9000 팩 스: ☎ 0505-060-7000 우 편: (03736) 서울특별시 서대문구 경기대로58 경기빌딩 503호 농협손해보험 사고접수팀 인터넷: http://www.nhfire.co.kr 또는 농협손해보험 모바일 앱
보험금 지급절차	보험금 청구서류 제출 → 청구서류 접수안내 → 청구내용 심사 및 안내 → (필요시) 손해조사 의뢰 → 손해조사 → 손해조사 결과 전달 → 고객에게 보험금 지급
청구서류 제출 방법	<ul style="list-style-type: none"> 청구서류는 원본을 제출해야 합니다. 단, 청구금액 500만원 이하 건에 한하여 사본제출 가능
손해사정사 선임	<ul style="list-style-type: none"> 보험금 지급여부 결정을 위해 사고현장조사, 병원 방문 등이 필요한 경우 고객의 개인정보제공 동의를 받아 보험업법에 따라 공인된 손해사정법인에게 조사 업무를 위탁할 수 있으며, 손해사정법인에서 작성한 손해사정서는 보험계약자, 피보험자 및 보험금 청구권자에게 교부·설명하여 드립니다. 보험계약자 등 손해사정사 선임 시 비용주체 <ul style="list-style-type: none"> 〈보험계약자 등 부담〉 <ul style="list-style-type: none"> ① 보험회사가 고용 또는 선임한 손해사정사가 사정한 결과에 보험계약자 등이 승복하지 아니한 때 ② 보험계약자 등이 보험회사와는 별도로 손해사정사를 선임하고자 할 때 〈보험회사 부담〉 <ul style="list-style-type: none"> ① 손해사정이 착수되기 이전에 보험계약자 등이 보험회사에게 손해사정사의 선임의사를 통보하여 동의를 얻은 때 ② 정당한 사유없이 보험회사가 보험사고 통보(접수가 완료된 날)를 받은 날부터 7일이 경과하여도 손해사정에 착수하지 아니한 때
의료심사	<ul style="list-style-type: none"> 상해·질병보험 등에서는 약관에 따라 보험금 지급여부와 지급금액 결정을 위해 진단서, 의무기록 등 제출하신 자료를 기초로 전문의에 의한 의료심사가 시행 될 수 있습니다. 의료심사를 위해 의무기록 등을 병원으로부터 입수하는 경우에는 고객의 동의서를 받아 진행되며, 제출하신 진단서 등의 적정성을 판단하기 위해 재검정을 하는 경우 비용은 농협손해보험이 부담합니다.
보험사 간 치료비 분담지급 (비례보상 적용)	<ul style="list-style-type: none"> 상해·질병으로 인한 의료비 실비를 보상하는 상품에 복수로 가입하신 경우 보험약관에 따라 비례보상원칙을 적용하여 보험계약별로 보험금을 분할하여 지급할 수 있습니다. 이 경우 접수대행 신청서를 작성하시면 타사에 접수 대행이 가능하며 타 보험사에 가입이 되어 있는 보험계약은 손해보험협회를 통해서 확인하실 수 있습니다.
보험금 예상 지급기일	<ul style="list-style-type: none"> 상해·질병사고는 최종 서류접수일로부터 3영업일, 재물·배상책임사고는 손해액 확정일로부터 7일 이내이며, 이보다 다소 지연될 수 있습니다.
보험금 지급지연	<ul style="list-style-type: none"> 약관상으로 정해진 지급기일 내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 지연사유, 지급예정일을 안내하여 드리며 지급예정일을 초과하는 경우 약관상 규정된 내용에 따라 지연이자를 산정 지급하여 드립니다. 약관에서 정해진 지급기일 내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 명백히 예상되는 경우 보험금 가지급제도에 따라 보험금을 지급 받을 수 있습니다. 신청은 보상 담당자 또는 콜센터(1644-9000)로 가능합니다.
보험금 부지급	<ul style="list-style-type: none"> 보험약관에 따라 보험금 부지급으로 결정되는 경우 구체적인 사유를 유선으로 안내하며, 부지급 결정에 동의하지 않는 경우 소비자보호실로 통보하시면 재심사를 받으실 수 있습니다. 인터넷 : 당사 홈페이지 내 전자민원 창구(http://www.nhfire.co.kr) 콜센터 : ☎ 1644-9000(사고접수 및 보장문의 ARS 착신 후 4번)
보험금 지급심사 진행과정 및 결과	<ul style="list-style-type: none"> 보험금 지급심사 진행과정 및 결과는 농협손해보험 홈페이지(http://www.nhfire.co.kr) 또는 콜센터(1644-9000)를 통하여 조회할 수 있으며, 문의사항은 보험금 청구시 안내되는 담당자 전화번호로 문의하시기 바랍니다.
청구권 소멸시효	<ul style="list-style-type: none"> 보험금 청구사유 발생일로부터 3년 이내에 접수하지 않으면 청구권이 소멸됩니다.
개인정보 처리 등 에 관한 동의사항	<ul style="list-style-type: none"> 보험회사가 손해사정 및 사고조사, 보험금 지급심사, 의료심사, 접수대행서비스 등의 업무수행에 필요한 경우 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」, 「개인정보보호법」 등에 따른 개인정보의 처리 등에 대한 동의가 필요합니다. 개인(신용)정보의 처리 등에 대한 동의서 또는 의료심사 등에 대해 동의를 거부할 경우 보험금 지급이 지연되거나 불가할 수 있습니다.

청구·지급 절차안내장

이것만은 알아두세요!

보험금청구



연락주세요
콜센터(1644-9000)



서류준비
진단서, 치료비 영수증 등
(청구서류 안내장 참고)



3년 이내 청구가능



손해사정사 선임가능
회사가 동의하거나 손해사정에 착수하지
않은 경우 회사가 부담

보험금지급



3영업일 이내 지급

지급사유 조사 및 확인이 필요한 경우
서류 접수일로부터 30영업일 이내 지급
※재물·배상책임보험 별도 규정에 따름



지급지연시 이자지급

보험회사의 정당한 사유없이
보험금 지급이 지연되는 경우



조사협조 부탁드립니다

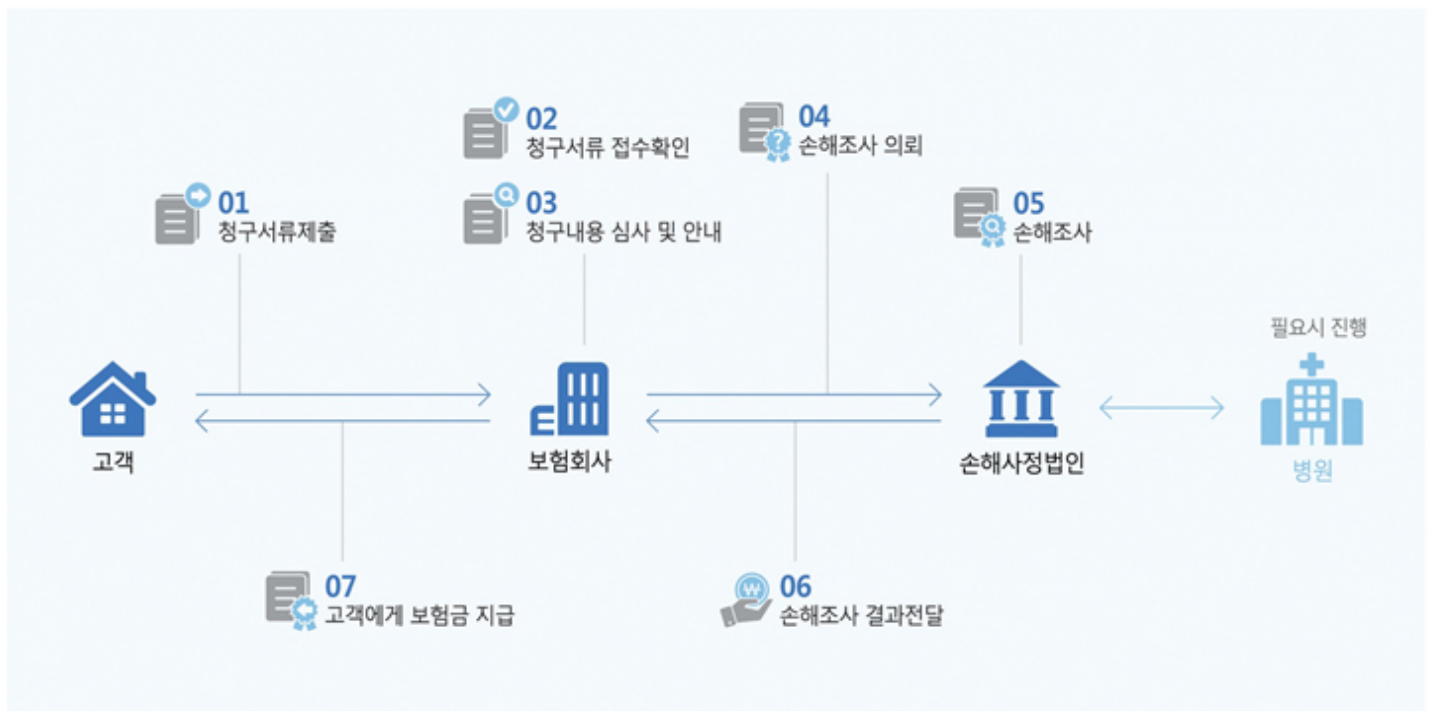
보험금 산정에 필요한 경우
개인정보 처리 등에 관한 동의 필요



문제발생시 도와드려요

콜센터(1644-9000)

보험금 청구·지급 절차



Q&A

01 보험가입 내역을 조회하려면 어떻게 해야 하나요?

손해·생명보험협회를 통해 타 보험회사에 가입되어있는 보험계약을 확인하실 수 있습니다.
※ 손해보험협회 (<http://www.knia.or.kr>)



02 개인(신용)정보 활용에 동의해야 하나요?

보험회사가 손해사정 및 사고조사, 보험금지급심사 등의 업무를 수행하기 위해, 「신용정보의 이용 및 보호에관한법률」, 「개인정보보호법」 등에 따른 개인정보처리 동의가 반드시 필요합니다. 개인정보처리동의서 또는 의료 심사 등에 동의 거부 시 보험금 지급이 지연되거나 불가할 수 있습니다.



03 보험금 지급심사 진행상황을 확인할 수 있나요?

보험회사 인터넷 홈페이지 또는 모바일 페이지 및 콜센터를 통해 지급심사 진행과정 및 처리결과를 조회하실 수 있습니다.



04 현재 보험회사에서 조사 중이라고 합니다. 보험금을 미리 받을 수 있을까요?

보험회사는 보험금 지급사유를 심사·조사하기 위하여 약관에서 정하는 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에 회사가 추정하는 보험금의 50% 이내에서 보험금을 지급할 수 있습니다. (=가치급보험금) 단, 최종 결정보험금이 없거나 가치급보험금보다 작으면 지급된 보험금은 환수됩니다.



05 보험금 청구서류 접수 후 언제 보험금을 받을 수 있나요?

예상지급일은 최종서류접수일로부터 3영업일, 지급사유 조사나 확인이 필요한 경우 30영업일 이내입니다. (재물·배상책임보험 별도 규정)



지급기일 내에 지급하지 못 할 경우 지연사유, 지급예정일을 안내해 드리며, 지급예정일을 초과하는 경우 약관에 따라 지연이자를 산정하여 드립니다. 또한, 지급심사 결과 지급거절 될 수 있으며 이 경우 지급거절 사유를 안내해드립니다. 지급거절 결정에 동의하지않는 경우 소비자보호실로 통보하시면 재심사를 받으실 수 있습니다.

06 실손의료보험에 중복가입한 경우 보험금은 어떻게 지급되나요?

실손의료보험에 중복가입 된 경우 보험금은 비례보상 원칙에 따라 계약별로 비례하여 지급됩니다.



07 중복가입한 경우 보험금 청구서류는 회사마다 각각 제출해야 하나요?



아닙니다. 실손의료보험의 경우, 최초 보험금 청구서류를 받은 보험회사에서 다른 보험회사로 이를 전달하는「보험금 청구서류 접수대행 서비스」를 시행중입니다. 해당 서비스 이용을 원하는 경우, 서비스 이용 신청서를 작성하시어 청구서류와 함께 보험회사로 제출하여 주시기 바랍니다. (단, 각 보험회사 특약에 따라 별도 제출서류가 있을 수 있습니다.)

08 손해사정사를 선임하려고 합니다. 제가 비용을 부담해야 하나요?

보험계약자등 부담

보험회사가 고용·선임한 손해사정사가 사정한 결과에 보험계약자 등이 승복하지 않을 때

보험계약자 등이 보험회사와 별도로 손해사정사를 선임하고자 할 때

보험회사 부담

손해사정 전에 보험계약자 등이 보험회사에게 손해사정사의 선임의사 통보하여 동의 받은 때

정당한 사유 없이 보험회사가 보험사고 통보를 받은 날로부터 7일이 경과해도 손해사정을 착수하지 않을 때

09 손해사정사 선임 시 무엇을 유의해야 하나요?

선임 시 비용이 발생할 수 있으며(Q8 참조), 선임한 독립손해사정사는 보험금의 대리청구, 보험회사와 보험금에 대하여 합의 또는 절충 등의 불공정 행위를 할 수 없습니다.

10 보험금 지급사유에 대하여 보험회사와 합의하지 못한 경우, 다시 의료심사를 받을 수 있을까요?



보험수익자와 보험회사가 지급사유에 합의하지 못 할 때 보험수익자와 보험회사가 함께 제 3자를 정하고 그 제3자의 의견을 따를 수 있습니다. 제 3자는 종합병원 소속 전문의로 하며 지급사유 판정에 드는 비용은 보험회사가 부담합니다.

11 손해사정서를 확인할 수 있나요?

손해사정사는 손해사정서를 작성한 경우 보험계약자, 피보험자 및 보험금청구권자에게 손해사정서를 교부·설명하여 드립니다.