

보험금 청구서

※ 접수하신 청구서류는 돌려 드리지 않습니다.(보존기간 종료 후 파기합니다)

www.meritzfire.com



MERITZ 메리츠화재

※ 작성방법 : 박스 안 내용은 반드시 기재하여 주시기 바랍니다.

✓ 체크해주세요

✓ 체크해주세요

처음 접수 합니다.	<input type="checkbox"/> 신규	동일한 상해 또는 질병으로 보험금 청구한 적이 있습니다.	<input type="checkbox"/> 추가	사고번호
------------	-----------------------------	---------------------------------	-----------------------------	------

보험계약 및 인적사항

계약자	성명	주민등록번호
피보험자 (사고발생자)	성명	주민등록번호
	직장명/ 하시는 일	의료급여수급권자 <input type="checkbox"/> 대상 <input type="checkbox"/> 대상아님
보상관련안내 (보험금수령인)	보험금수령인(성명)	연락처(☎휴대폰)
	추가 안내방법(택1) <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> 유선 (세부사항 기재 :)	

※ 당사는 피보험자가 의료급여법상 의료급여수급권자인 경우, 실손 의료보험 상품에 한하여 보험료 할인제도를 운영하고 있습니다. (2009년 10월 이후 청약상품 및 2014년 4월 이후 갱신계약에 한함.)

다른 보험회사 계약사항 확인 (손해보험, 생명보험, 공제보험 및 단체보험)

해당사항 없음

생명보험회사	<input type="checkbox"/> 삼성생명 <input type="checkbox"/> 한화생명 <input type="checkbox"/> 교보생명 <input type="checkbox"/> ING <input type="checkbox"/> 농협생명 <input type="checkbox"/> 미래에셋 <input type="checkbox"/> 신한생명 <input type="checkbox"/> 동양생명 <input type="checkbox"/> 기타(우체국 등)
손해보험회사	<input type="checkbox"/> 삼성화재 <input type="checkbox"/> 현대해상 <input type="checkbox"/> 동부화재 <input type="checkbox"/> KB <input type="checkbox"/> 한화손보 <input type="checkbox"/> 흥국화재 <input type="checkbox"/> 롯데손보 <input type="checkbox"/> 농협손보 <input type="checkbox"/> 기타(단체보험 등)

※ 실손의료비, 교통사고처리지원금, 벌금, 변호사선임비용 등의 실손보상 담보는 다른 회사에도 가입되어 있는 경우 비례보상처리 되므로, 타사 가입사항을 반드시 기재해야 합니다.

보험금 청구내용

입원 통원 후유장해 암 사망 기타 체크해주세요

사고유형	<input type="checkbox"/> 질병(신체내부적 요인으로 몸이 불편한 것)		<input type="checkbox"/> 상해(급격하고 우연한 외부 사고로 신체가 다친 것)		<input checked="" type="checkbox"/> 체크해주세요
사고일(발병일)	년 월 일 (시 분 AM/PM)	사고장소	※ 질병인 경우 제외		
내원(사고)경위 ※ 육하원칙 작성	예) 금일 허리가 아파서 물리치료 받기위해 병원 방문 /한달 전 건강검진 후 대장에 이상이 있어 방문 3일전 산에서 내려오다가 발을 헛디딤 미끄러짐				
진단명(병명)	1.()	최초내원병원	1.	병원 (과)	
	2.()		2.	병원 (과)	
교통사고	자동차보험처리	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	처리보험사	※ 교통사고 시 처리한 보험사	
	본인차량번호		탑승위치	<input type="checkbox"/> 운전석 <input type="checkbox"/> 조수석 <input type="checkbox"/> 뒷좌석 <input type="checkbox"/> 보행자 <input type="checkbox"/> 기타	

※ 사고내용을 구체적으로 기재하시면 신속한 처리가 가능합니다.

보험금 수령할 계좌 (반드시 금융기관명과 계좌번호를 기재하여 주시기 바라며, 계좌유류 작성으로 인한 책임은 회사에 있지 않은 바, 작성에 유의요망)

피보험자 (수익자)의 계좌	금융기관명	계좌번호	예금주
-------------------	-------	------	-----

※ 수익자 이외의 타인계좌로 송금 받으시려면 별도의 『위임장』 작성 및 『인감증명서』를 제출해야 합니다.

※ 보험금 지급과 관련하여 향후 해약환급금 또는 만기환급금의 감소가 우려될 경우 귀사에 대한 대출금과의 우선변제 중당에 동의합니다.

위 기재한 보험금 청구 내용이 사실과 다름이 없음을 확인합니다. 본인은 뒷면의 [보험금 지급절차 안내문]을 통하여 보상 절차에 관한 정보를 안내 받고 이를 숙지하였음을 확인합니다. 청구자 본인은 상기내용에 사실과 다른 것이 있거나 관련서류 또는 증거가 위조·변조된 경우에는 보험금 청구 권을 상실할 수 있으며 동시에 그에 따른 모든 법적책임을 부담할 것을 약속합니다.

작성일	년 월 일	작성자	[의 법정대리인]	성명 :	(서명)
-----	-------	-----	-------------	------	------

※ 미성년자의 경우 친권자가 서명하며, 다른 일방의 의사에 반하지 않는다면 부모 中 일방이 부모공동명의로 동의 및 서명할 수 있습니다.

실손 의료비 보험금 청구 시 필요한 서류

● 필요한 서류가 구비되지 않은 경우 보험금 지급이 지연될 수 있습니다 ●	
10만원 이하	진료비영수증, 진단코드가 있는 약 처방전(통원치료 시) 또는 진단서 ※ 3만원 이하 시 영수증으로 청구 가능 - 단 산부인과, 향문외과, 비뇨기과, 피부과 제외
10만원 이상	진료비영수증, 진단코드가 있는 약 처방전(통원치료 시) 또는 진단서 진료비 세부내역서(입원치료), 진료차트 ※ 50만원 이상 치료 시 진단서 또는 입·퇴원확인서 추가

※ 상기서류 외 추가서류가 발생할 수 있습니다. 신용카드 영수증으로 청구할 수 없습니다.

■ 청구진행사항 안내

- 홈페이지 주소 : www.meritzfire.co.kr
(또는 검색창에 '메리츠화재' 입력)
- 홈페이지에 접속하시면 청구구비서류에 대한 자세한 내용을 확인하실 수 있습니다.
- 또한 보험금 청구 관련 세부진행사항과 및 과거보상내역을 확인할 수 있습니다.

※ 『보험금 청구를 위한 개인(신용)정보 처리 동의』를 『의료심사』등에 동의를 거부할 경우 보험금 지급이 지연되거나 불가할 수 있습니다.

보험사기(고의사고, 허위사고, 허위입원/진단/장해, 사고 후 보험가입 등)는 범죄행위 이며 형법에 의거 10년 이하의 징역이나 2천만원 이하의 벌금에 처해질 수 있습니다.





☉ 보험금 청구방법

- 고객센터 : 1566-7711
- 홈페이지 접수 : www.meritzfire.co.kr 에서 공인인증을 통한 로그인
- 모바일앱 : 메리츠화재 모바일앱 “메리츠화재 공식앱” 설치
- FAX접수 : 0505-021-3400/3500 (수신확인은 1566-7711 ARS 후 5번을 누르시면 확인 가능합니다.)
- 우편접수 : (14623)경기도 부천시 원미구 송내대로 80번지 메리츠화재빌딩 6층 사고접수팀
- ※ 원본 우편접수를 제외한 FAX사본 및 홈페이지 접수 등 이미지 파일 접수는 **청구금액 100만원이하**건에 한하여 접수 가능합니다.

☉ 보험금 청구관련 안내

- 보험금을 받으실 통장은 피보험자 본인 명의의 통장이어야 합니다.
단, 피보험자가 미성년자인 경우 위임장 없이 친권자(부모)계좌로 수령이 가능 합니다.(가족관계 확인서 제출)
- 상기 서류 이외에도 추가서류를 요청 드리는 경우가 있을 수 있습니다.
- 경우에 따라 손해사정을 위한 방문조사가 필요할 수 있으며, 이러한 경우 담당자가 별도로 연락을 드립니다.

☉ 보험금 청구 소멸시효

- 보험금 청구서류를 보험금청구사유 발생일로부터 3년 이내 접수하지 않으면 보험금청구권이 소멸됩니다.
(단, 2015.03.12이전 청구사유 발생건은 2년 이내 접수하셔야 합니다.)

☉ 보험금 지급절차 안내

- 발송하여 주신 서류가 접수되는 경우 보상처리 담당자가 지정되며 SMS를 통해 담당자 성명과 연락처가 통보됩니다.
- 서류발송 전 문의사항 및 보상담당부서, 담당자 연락처 등은 메리츠화재 고객센터(1566-7711)로 문의바랍니다. (오전9시 ~ 오후6시)
- 예상 지급일일은 상해·질병사고는 최종 서류접수일로부터 3영업일, 재물·배상책임사고는 지급보험금액 확정일로부터 7일입니다.



☉ 손해사정사 선임 및 조사

- 보험금 지급여부 결정을 위해 사고현장조사, 병원 방문조사 등이 필요한 경우 보험업법에 따라 공인된 손해사정법인에게 조사업무를 위탁할 수 있습니다. (손해사정법인 : 보험업법에 따라 공정한 보험금 지급심사에 대해 인가받은 업체)
- 메리츠화재가 손해사정법을 선임하는 경우 비용은 메리츠화재가 부담하며, 가입자가 별도로 손해사정사를 선임하는 경우 그 비용은 가입자가 부담하셔야 합니다.

☉ 장애진단서 제출 시 유의 사항

- 장애진단서를 제출 하시는 경우에는 3차 의료기관*에서 진단을 요청 드리며 병원 진단 전에 보상담당자와 협의하는 것이 신속한 보험금심사에 도움이 됩니다. (3차 의료기관* : 500병상 이상의 대학병원 및 종합병원)

☉ 의료심사

- 의료심사에서 발생하는 의료자문 및 판정에 드는 의료비용은 메리츠화재에서 부담합니다.
- 보험금 청구사유(사망, 장애, 입원, 진단 등)에 대해 약관에 따른 보험금 지급여부와 지급금액 결정을 위해 장애상태, 진단서, 치료관련 기록 등을 기초로 전문의에 의한 의료심사가 시행될 수 있습니다.
- 보험금 지급사유에 합의가 이루어지지 못할 때에는 보험수익자와 회사가 제 3자를 함께 정하고, 그 제 3자의 의견에 따를 수 있습니다. (제 3자는 「의료법」 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원소속 전문의 중에 정합니다.)

☉ 보험사간 치료비 분담 지급(비례분담 적용) 등

- 상해 질병으로 인한 의료비 실비를 보상하는 상품에 복수로 가입하신 경우, 보험약관에 따라 비례분담원칙을 적용하여 보험계약별로 분할하여 지급될 수 있습니다. 이 경우 접수대행 신청서를 작성하시면 다른 보험사에 접수대행이 가능하며 다른 보험사에 자료제공을 위한 개인 정보 활용에 동의 하셔야 합니다. 단, 다른 보험사의 보험금 심사단계에서의 사고조사 등을 사유로 접수대행이 거절될 수 있습니다.
- 상기의 접수대행을 신청하지 않거나 다른 보험사의 접수대행 거절이 있을 경우, 다른 보험사에 직접 보험금 청구를 진행하셔야 합니다.
- 다른 보험사에 가입되어 있는 보험계약은 손해보험협회 홈페이지(www.klia.or.kr)를 통해 확인하실 수 있습니다.

☉ 보험금 지급안내 및 심사 절차 조회 방법

- 보험금 청구관련 지급/부지급 사항은 문자메세지(SMS/LMS), E-mail(E알리미 신청자에 한함)로 안내되며, 메리츠화재의 책임 있는 사유로 지연된 경우 약관 내용에 따라 지연이자를 산정 지급하여 드립니다.
- 메리츠화재 홈페이지(www.meritzfire.com)에 접속하시면 계약내용, 사고처리 진행경과 및 지급내역을 확인하실 수 있습니다.

☉ 재심사 청구

- 보험금 지급심사결과 청구보험금이 정상지급 되지 않을 수 있으며(부지급 또는 감액지급 등), 이 경우 별도의 안내를 드립니다.
위 사항 및 보험금 결정액에 동의하지 않으시는 경우, 메리츠화재 소비자보호파트로 통보하시면 재심사를 받으실 수 있습니다.
 - 인터넷 접수 : 홈페이지(www.meritzfire.com)에 접속하여 신청 / 전화 상담 : 1566-7711(ARS 5번)
 - 우편접수 : 서울특별시 강남구 강남대로 382 메리츠화재빌딩 24층 소비자보호센터
- 보험계약에 관하여 분쟁이 있는 경우, 분쟁당사자나 그 밖의 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있습니다.

🔴 소비자 권익보호에 대한 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)정보의 수집·이용에 관한 사항

✓ 체크해주세요

당사 및 당사 업무수탁자는 「개인정보보호법」 및 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」에 따라 귀하의 개인(신용)정보를 다음과 같이 수집·이용하고자 합니다. 이에 대하여 동의하십니까?

동의함

➤ 개인(신용)정보의 수집·이용 목적

- 보험금지급·심사(보험금청구서류 접수대행 서비스 포함, 잔존물대위, 구상관련 업무) 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, 운전면허증번호, 주소, 전화번호, 전자우편주소 등), 계좌정보, 교통법규위반 개인정보
- 보험사고 조사(보험사기 조사 포함) 및 손해사정업무 수행과 관련하여 취득한 개인(신용)정보[경찰, 공공기관, 의료기관 등으로부터 본인의 위임을 받아 취득한 각종 조사서, 증명서, 진료기록 등에 포함된 개인(신용)정보 포함]

➤ 개인(신용)정보의 보유·이용 기간

- 수집·이용 동의일로부터 거래종료 후 5년까지(단, 거래종료 후 5년이 경과한 후에는 보험금 지급, 금융사고 조사, 보험사기 방지·적발, 민원처리, 법령상 의무이행을 위한 경우에 한하여 보유·이용하며, 별도보관)

2. 개인(신용)정보의 조회에 관한 사항

✓ 체크해주세요

당사 및 당사 업무수탁자는 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」에 따라 귀하의 개인(신용)정보를 다음과 같이 종합신용정보집중기관 및 보험요율산출기관으로부터 조회하고자 합니다. 이에 대하여 동의하십니까?

동의함

➤ 개인(신용)정보의 조회 목적

- 보험금 지급·심사(보험금청구서류 접수대행 서비스 포함) 및 보험사고 조사(보험사기 조사 포함)

➤ 조회할 개인(신용)정보

- 보험계약정보, 보험금지급 관련 정보(사고정보, 운전면허번호 포함), 질병 및 상해 관련 정보, 운전면허정보, 무면허 운전여부 및 음주운전 여부 정보조회(보험금 지급 및 사고정보는 과거 및 현재의 당사 자동차보험 처리 내용을 포함함)
- ※ 보험요율산출기관으로부터의 조회는 보험개발원의 보험사고정보 시스템(ICPS)을 통한 개인(신용)정보 조회를 말합니다.

➤ 조회동의 유효 기간 및 조회자(제공받는 자)의 개인(신용)정보의 보유·이용 기간

- 수집·이용 동의일로부터 거래종료 후 5년까지(단, 거래종료 후 5년이 경과한 후에는 보험금 지급, 금융사고 조사, 보험사기 방지·적발, 민원처리, 법령상 의무이행을 위한 경우에 한하여 보유·이용하며, 별도보관함)



3. 개인(신용)정보의 제공에 관한 사항

✓ 체크해주세요

당사는 「개인정보보호법」 및 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」에 따라 귀하의 개인(신용)정보를 다음과 같이 제3자에게 제공하고자 합니다. 이에 대하여 동의하십니까?

동의함

▶▶ 개인(신용)정보를 제공받는 자

- 종합신용정보집중기관 (한국신용정보원 등)
- 공공기관 등 : 금융위원회, 국토해양부, 금융감독원, 보험요율산출기관, 경찰청 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, 자동차보험진료수가분쟁 심의회, 손해보험협회 등)

▶▶ 개인(신용)정보를 제공받는 자의 이용목적

- 종합신용정보집중기관 : 보험계약 및 보험금지급 관련 정보의 집중관리 및 활용 등 종합신용정보집중기관의 업무
- 공공기관 등 : 보험업법 및 자동차손해배상보장법·도로교통법(자동차보험에 한함) 등 법령에 따른 업무 수행 (위탁 업무 포함)
- 보험회사 등 : 보험사고조사(보험사기 조사 포함) 및 손해사정서비스 등 계약이행에 필요한 업무, 보험금청구서류 접수대행 서비스, 진료비심사, 의료심사 및 자문, 구상금분쟁심의업무(자동차보험에 한함)
- 금융거래 업무(보험료 및 보험금 등 출·수납)

▶▶ 제공할 개인(신용) 정보의 내용

- 「1. 개인(신용)정보의 수집·이용에 관한 사항」의 정보내용(단, 각 제공받는 자의 이용목적에 위해 필요한 정보에 한함)

▶▶ 제공받는 자의 개인(신용)정보 보유·이용기간

- 개인(신용)정보를 제공받는 자의 이용목적에 달성할 때까지(최대 거래종료 후 5년까지)

※ 거래종료일은 1) 보험계약만기, 해지, 취소, 철회일, 또는 소멸일 및 2) 보험금 청구권 소멸시효 완성일, 채권·채무관계 소멸일 중 가장 나중에 도래한 사유를 기준으로 판단함. 단, 미지급/미환급금이 남아있거나 수사, 소송이 진행되고 있는 경우 거래종료로 보지 않습니다.

4. 민감정보 및 고유식별정보의 처리에 관한 사항

당사 및 당사 업무수탁자는 「개인정보보호법」 및 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」에 따라 상기의 개인(신용)정보에 대한 개별 동의사항에 대하여 다음과 같이 귀하의 민감정보(질병·상해정보) 및 고유식별정보(주민등록번호·외국인등록번호)를 처리(수집·이용, 조회, 제공)하고자 합니다. 이에 동의하십니까?

질병·상해정보 처리(자동차보험제외)

동의함

주민등록번호·외국인등록번호 처리

동의함

✓ 체크해주세요

✓ 체크해주세요

※ 각 제공대상기관 및 이용목적의 구체적인 정보는 당사 홈페이지[www.meritzfire.com]에서 확인할 수 있습니다.

작성일

년 월 일

작성자

[의 법정대리인] 성명 :

(서명)

※ 미성년자의 경우 친권자가 서명하며, 다른 일방의 의사에 반하지 않는다면 부모 中 일방이 부모공동명의로 동의 및 서명할 수 있습니다.



보험금 청구서 (개인보험 A&H)

박스안 내용은 반드시 기재하여 주시기 바랍니다.

보험금 청구관련 정보

계약자	성명		주민번호		휴대폰	
피보험자	성명		주민번호		연락처	
	주소				직장명	
사고내용/ 손해내역	사고일시	20	년	월	일	사고유형 <input type="checkbox"/> 상해 <input type="checkbox"/> 질병 <input type="checkbox"/> 배상책임
	사고장소					
	진단명				병원명	
	사고내용	질병사고 : 과거/현재 치료사항, 질병인지 경위 기재 교통사고 : 운전자, 차량종류, 범규위반, 가/피해자 여부 기재 상해사고 : 사고발생원인, 상해부위 기재				
타사가입	다른 보험사에 계약이 있으면 회사명 및 보험종목을 적어주십시오(생명보험, 손해보험, 공제조합)					
보상관련안내방법	<input type="checkbox"/> 이메일 :		<input type="checkbox"/> 핸드폰(문자) :		<input type="checkbox"/> 팩스 :	

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

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

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

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?	<input checked="" type="checkbox"/> 동의함
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------

- 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
 - 보험금 청구서상 개인(신용)정보(성명, 주민등록번호, 외국인등록번호, 운전면허증번호, 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?	<input checked="" type="checkbox"/> 동의함
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------

· 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), 피보험자의 질병 및 상해에 관한 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

· 개인(신용)정보를 제공받는자

- 신용정보집중기관 : 생명보험협회, 손해보험협회, 한국신용정보원 등 신용정보집중기관
- 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 : 보험법 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)

- * 거래종료일이란 보험계약 만기, 해지, 취소, 철회일 또는 소멸일 및 보험금 청구권 소멸시효 완성일, 채권·채무관계 소멸일 중 가장 나중에 도래한 사유를 기준으로 판단합니다.
- * 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, 제공 등)하고자 합니다. 이에 대하여 동의하십니까?

질병·상해정보처리

동의함

고유식별정보(주민등록번호·외국인등록번호·운전면허증번호)처리

동의함

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

동 의 일 20 년 월 일

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.

동의인	주민등록번호	연락처	피보험자와의 관계
계약자	(서명)		
피보험자	(서명)		
수익자	(서명)		

보험금	은행명	계좌번호
송금계좌	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.”

Chubb. Insured.SM

치료확인서 (치과 병/의원 기재용)

[용도 : 보험회사 제출용]



※ 환자분의 치료내용 중 해당하는 치료에 대하여 '표시'란에 체크해주시고, 치료 치아 번호로 표기 해주세요

환자명	주민등록번호	내원사유	질병 <input type="checkbox"/> 상해 <input type="checkbox"/>
-----	--------	------	---------------------------------------------------------

● 치료 전 치아상태 소견 [초진일: 년 월 일]

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

1. 보철치료 (Prosthetic) ※ 해당 치과에서 시행한 내용만 기재해주시시오.(발치 시행 여부 등), 브릿지는 결손부 치아기재(pontic)

치아구분	치아번호	한국질병 분류코드	치료구분 (<input type="checkbox"/> 란에 V 표시)	발거(치)일	치료일(장착일)
<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유치			<input type="checkbox"/> 발치 <input type="checkbox"/> 틀니 <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 임플란트	년 월 일	년 월 일
<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유치			<input type="checkbox"/> 발치 <input type="checkbox"/> 틀니 <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 임플란트	년 월 일	년 월 일
<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유치			<input type="checkbox"/> 발치 <input type="checkbox"/> 틀니 <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 임플란트	년 월 일	년 월 일
<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유치			<input type="checkbox"/> 발치 <input type="checkbox"/> 틀니 <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 임플란트	년 월 일	년 월 일
<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유치			<input type="checkbox"/> 발치 <input type="checkbox"/> 틀니 <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 임플란트	년 월 일	년 월 일

2. 보존치료 (Conservative) ※ 기타 () 란에는 치료명을 기재해주시시오.

치아구분	치아번호	한국질병 분류코드	치료구분 (<input type="checkbox"/> 란에 V 표시)	진단일	치료일(장착일)
<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유치			<input type="checkbox"/> 아말감 <input type="checkbox"/> 글래스아이노머(GI) <input type="checkbox"/> 레진필링 <input type="checkbox"/> 인레이 <input type="checkbox"/> 온레이 <input type="checkbox"/> 기타()) <input type="checkbox"/> 크라운	년 월 일	년 월 일
<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유치			<input type="checkbox"/> 아말감 <input type="checkbox"/> 글래스아이노머(GI) <input type="checkbox"/> 레진필링 <input type="checkbox"/> 인레이 <input type="checkbox"/> 온레이 <input type="checkbox"/> 기타()) <input type="checkbox"/> 크라운	년 월 일	년 월 일
<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유치			<input type="checkbox"/> 아말감 <input type="checkbox"/> 글래스아이노머(GI) <input type="checkbox"/> 레진필링 <input type="checkbox"/> 인레이 <input type="checkbox"/> 온레이 <input type="checkbox"/> 기타()) <input type="checkbox"/> 크라운	년 월 일	년 월 일
<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유치			<input type="checkbox"/> 아말감 <input type="checkbox"/> 글래스아이노머(GI) <input type="checkbox"/> 레진필링 <input type="checkbox"/> 인레이 <input type="checkbox"/> 온레이 <input type="checkbox"/> 기타()) <input type="checkbox"/> 크라운	년 월 일	년 월 일
<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유치			<input type="checkbox"/> 아말감 <input type="checkbox"/> 글래스아이노머(GI) <input type="checkbox"/> 레진필링 <input type="checkbox"/> 인레이 <input type="checkbox"/> 온레이 <input type="checkbox"/> 기타()) <input type="checkbox"/> 크라운	년 월 일	년 월 일

3. 근관치료 (Endodontic)

치아구분	치아번호	한국질병 분류코드	치료구분 (<input type="checkbox"/> 란에 V 표시)	진단일	치료일
<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유치			<input type="checkbox"/> 치수강개방 <input type="checkbox"/> 치수제거 <input type="checkbox"/> 치근관형성 <input type="checkbox"/> 기타())	년 월 일	년 월 일
<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유치			<input type="checkbox"/> 치수강개방 <input type="checkbox"/> 치수제거 <input type="checkbox"/> 치근관형성 <input type="checkbox"/> 기타())	년 월 일	년 월 일
<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유치			<input type="checkbox"/> 치수강개방 <input type="checkbox"/> 치수제거 <input type="checkbox"/> 치근관형성 <input type="checkbox"/> 기타())	년 월 일	년 월 일
<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유치			<input type="checkbox"/> 치수강개방 <input type="checkbox"/> 치수제거 <input type="checkbox"/> 치근관형성 <input type="checkbox"/> 기타())	년 월 일	년 월 일
<input type="checkbox"/> 영구치 <input type="checkbox"/> 유치			<input type="checkbox"/> 치수강개방 <input type="checkbox"/> 치수제거 <input type="checkbox"/> 치근관형성 <input type="checkbox"/> 기타())	년 월 일	년 월 일

상기 질환으로 인하여 치료 받았음을 확인합니다. ※병(의)원의 (직인) 및 의사(인)이 누락된 경우 본 치료확인서는 무효입니다.

병원명	(직인)	의사성명	(인)	의사면허번호	
전화번호		작성일			년 월 일