

## 덴탈케어보험 보험금 청구서류 안내

<p>공통서류</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 보험금 청구서, 보험금 청구를 위한 개인(신용)정보 처리 동의서</li> </ul> <hr/> <p>※ 필요시 추가서류</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 가족관계 확인 필요시* : 가족관계 확인 서류(가족관계증명서, 혼인관계증명서 등) *배우자, 자녀 등의 보장상품, 수익자가 미성년자인 경우 등</li> <li>• 대리인 청구시 : 위임장, 보험금 청구권자의 인감증명서(또는 본인서명사실확인서), 보험금 청구권자의 보험금 청구를 위한 개인(신용)정보 처리 동의서</li> <li>• 재해사고시 : 사고입증서류</li> </ul>
<p>충전, 크라운치료보험금</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 치과치료확인서 (⇒ 아래 내용이 기재되어야 합니다)             <ul style="list-style-type: none"> <li>- 내원일(초진일)</li> <li>- 진단명(한국표준질병분류번호)</li> <li>- 치료한 치아의 위치 또는 치아번호</li> <li>- 해당 치아의 내원 당시 치아상태 및 치료원인</li> <li>- 치료 받은 치과치료의 종류(치료한 재료 포함)</li> <li>- 치과치료 진단확정일 및 치료시작일, 치료(예정)종료일</li> </ul> </li> </ul>
<p>보철치료보험금 (틀니, 브릿지, 임플란트)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 치과치료확인서 (⇒ 아래 내용이 기재되어야 합니다)             <ul style="list-style-type: none"> <li>- 내원일(초진일)</li> <li>- 진단명(한국표준질병분류번호)</li> <li>- 발거한 영구치의 위치 또는 치아번호</li> <li>- 해당 영구치의 내원 당시의 치아상태</li> <li>- 직접적인 영구치 발거원인</li> <li>- 영구치 발거진단일 및 발거일자</li> <li>- 치료 받은 보철치료의 종류 및 시술일자, 치료(예정)종료일</li> </ul> </li> <li>2. 영구치 발거 전과 치료 종료 후의 X-ray 사진             <ul style="list-style-type: none"> <li>※ 상기 서류 이외에 보험금 지급여부 판단이 불가능한 경우 추가로 구강내 사진 또는 이에 준하는 판독자료를 요청드릴 수 있습니다.</li> </ul> </li> </ol>
<p>치과통원치료급여금</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 항목이 포함된 진료비 영수증</li> </ul>

※ 기타 문의사항은 고객센터(1599-4600)로 문의하시기 바랍니다.

• 보내실 곳 : 06211 서울특별시 강남구 테헤란로 322 (역삼동, 한신인터밸리24빌딩) 23층 동관 처브라이프생명보험주식회사 계약심사지급팀 보험금 담당자 앞





## [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. 다만, 본 동의는 '보험금 청구'를 위해 필수적인 사항이므로 동의를 거부하시는 경우 관련 업무수행이 불가능할 수 있습니다.

### ● 수집·이용에 관한 사항

수집·이용 목적	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 보험사고·보험사기 조사 및 보험금지급·심사(손해사정 또는 의료자문 포함)</li> <li>- 보험금청구서류 접수대행 서비스</li> <li>- 민원처리 및 분쟁대응, 금융거래 관련 업무</li> </ul>
보유 및 이용기간	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 동의일로부터 거래 종료 후 5년까지 (단, 다른 관련 법령에 해당하는 경우 해당 법령상의 보존기간을 따름)</li> </ul> <p>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.</p>

### ● 수집·이용 항목

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



● **제공에 관한 사항**

제공받는 자	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 공공기관 등 : 금융위원회, 금융감독원, 국세청, 보험요율산출기관 등 법령상 업무 수행기관(위탁사업자 포함)</li> <li>- 종합신용정보집중기관 : 한국신용정보원</li> <li>- 보험회사 등 : 생명·손해보험회사, 국내 재보험사, 공제사업자, 체신관서 (우체국보험)</li> <li>- 금융거래기관 : 계좌개설 금융기관, 금융결제원</li> <li>- 계약관계자 : 피보험자, 보험금 청구권자</li> <li>- 보험협회 등 : 생명·손해보험협회</li> </ul>
제공받는자의 이용목적	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 공공기관 등 : 법령에 따른 업무수행(위탁업무 포함)</li> <li>- 종합신용정보집중기관 : 개인(신용)정보 조회, 신용정보의 집중관리 및 활용 등 법령에서 정한 종합신용정보집중기관의 업무 수행</li> <li>- 보험회사 등 : 중복보험 확인 및 비례보상, 재보험금 청구</li> <li>- 금융거래기관 : 금융거래 업무</li> <li>- 계약관계자 : 손해사정내용 관련 정보 제공</li> <li>- 보험협회 : 보험금 지급·심사 관련 업무지원 (보험금 청구서류 접수 대행 서비스 등)</li> </ul>
보유 및 이용기간	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 제공받는 자의 이용목적을 달성할 때까지(관련 법령상 보존기간을 따름)</li> </ul>

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

● **제공 항목**

고유식별정보	<p>주민등록번호, 외국인등록번호, 여권번호, 운전면허번호</p> <p>위 <u>고유식별정보 제공</u>에 동의하십니까? <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/> 동의함</p>
민감정보	<p>피보험자의 질병·상해에 관한 정보(진료기록, 상병명 등), 보험사고 조사(보험사기 포함) 및 손해사정 업무 수행과 관련하여 취득한 정보(경찰, 공공·국가 기관, 의료기관 등으로부터 본인의 위임을 받아 취득한 각종 조사서, 증명서, 진료기록 등에 포함된 개인(신용)정보 포함)</p> <p>위 <u>민감정보 제공</u>에 동의하십니까? <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/> 동의함</p>
개인(신용)정보	<p><b>· 일반개인정보</b> : 성명, 주소, 생년월일, 이메일, 유·무선 전화번호, 성별, 국적, 직업, 피보험자와 수익자의 관계, 국내거소신고번호</p> <p><b>· 신용거래정보</b> : 금융거래 업무 관련 정보(보험금 지급계좌 등), 보험계약정보(상품종류, 기간, 보험가입금액 등), 보험금정보(보험금 지급사유, 지급금액 등)</p> <p>위 <u>개인신용정보 제공</u>에 동의하십니까? <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/> 동의함</p>

\* 업무위탁을 목적으로 개인(신용)정보를 처리하는 경우 별도의 동의 없이 업무 수탁자에게 귀하의 정보를 제공할 수 있습니다. (홈페이지 [www.chubblife.co.kr]에서 확인 가능)



● **조회에 관한 사항**

조회 대상 기관	- 종합신용정보집중기관, 보험요율산출기관, 생명·손해보험협회
조회 목적	- 종합신용정보집중기관 : 보험사고·보험사기 조사 및 보험금지급·심사 - 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, 면허의 효력에 관한 정보 <sup>1)</sup>
	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

CHUBB®

년 월 일

피보험자 : <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">서명(인)</span>	수익자 : <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">서명(인)</span>
--	---

※ 만14세 미만의 경우 법정대리인이 작성 후 친권자가 서명을 하시기 바랍니다.



## [필수] 국외 제3자 제공 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. 다만, 본 동의는 '보험금 청구'를 위해 필수적인 사항이므로 동의를 거부하시는 경우 관련 업무수행이 불가능할 수 있습니다.

### ● 제공에 관한 사항

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

### ● 제공 항목

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), 보험금정보(보험금 지급사유, 지급금액 등)
	위 개인신용정보 제공에 동의하십니까? <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/> 동의함

※ 만14세 미만의 경우 법정대리인이 작성 후 친권자 서명을 하시기 바랍니다.



## [선택] 상품소개를 위한 상세 동의서

본 동의는 보험금 청구 시 필수적이지 않으며 동의를 거부하실 수 있습니다. 또한, 동의하시더라도 당사 홈페이지 및 고객센터(1599-4600)를 통해 철회하거나 가입 권유 목적의 연락에 대한 중단을 요청하실 수 있으며 연락중지청구시스템(www.donotcall.or.kr)을 통해 언제든지 마케팅활동에 대한 중지를 요청할 수 있습니다. 동의하시는 경우 상품이나 서비스의 홍보 및 판매권유 등의 목적으로 개인정보를 이용하여 연락을 드릴 수 있습니다.

안심    다소안심    보통    신중    주의



### ● 수집·이용에 관한 사항

※ 위 등급은 사생활 침해 위험, 혜택, 명확성 등을 종합적으로 고려하여 동의내용의 평가등급을 제공하는 제도입니다. (자세한 사항 QR코드 참조)

수집·이용 목적	- 상품·서비스 소개 및 판매, 사은·판촉행사 안내, 시장조사
보유 및 이용기간	- 보험계약 체결실적이 있는 경우 : 동의일로부터 최대 5년 - 보험계약 체결실적이 없는 경우 : 동의일로부터 최대 2년 (단, 비대면채널은 동의일로부터 최대 3년)
거부 권리 및 불이익	귀하는 아래 개인(신용)정보 제공에 관한 동의를 거부하실 수 있습니다. 다만, 동의하지 않으시는 경우 “당사 신상품·기타서비스안내 및 사은·판촉행사 안내”를 받지 못하며 그에 따른 서비스 혜택을 받지 못할 수 있습니다.

### ● 수집·이용 항목

개인(신용)정보 · 일반개인정보 · 신용거래정보	성명, 주소, 생년월일, 유·무선 전화번호 보험계약정보(상품종류, 기간, 보험가입금액 등)
주피보험자	위 개인신용정보 수집·이용에 동의하십니까? <b>다소안심</b> <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/> 동의함
수익자	위 개인신용정보 수집·이용에 동의하십니까? <b>다소안심</b> <input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/> 동의함

\* 본 동의는 당사와 모집위탁계약을 체결한 업무수탁자(당사 전속 보험설계사 및 동 계약을 모집한 보험대리점)가 수집·이용하는 것을 포함합니다.

\*\* 상기 내용에 동의하시는 경우 당사 임직원 또는 업무수탁자가 상품·서비스 소개 및 판매 안내연락(TM 등)을 드릴 수 있습니다.

### ● 광고성 정보의 수신 동의

#### 주피보험자

전자적 전송매체를 통한 광고성 정보의 수신을 동의하시겠습니까?	<input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/> 동의함
전체 <input type="checkbox"/> 문자 <input type="checkbox"/> 전화(ARS) <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/>	

#### 수익자

전자적 전송매체를 통한 광고성 정보의 수신을 동의하시겠습니까?	<input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/> 동의함
전체 <input type="checkbox"/> 문자 <input type="checkbox"/> 전화(ARS) <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/>	



안심    다소안심    보통    신중    주의



### ● 제공에 관한 사항

※ 위 등급은 사생활 침해 위험, 혜택, 명확성 등을 종합적으로 고려하여 동의내용의 평가등급을 제공하는 제도입니다.  
(자세한 사항 QR코드 참조)

제공받는 자	- 처브라이프생명의 상품·서비스 소개 및 판매목적의 위탁계약을 체결한 자 (당사 전속보험설계사 및 동 계약을 모집한 보험대리점)
제공받는자의 이용목적	- 당사 상품·서비스 소개 및 판매, 사은 판촉행사 안내, 시장조사
보유 및 이용기간	- 동의일로부터 3년 또는 동의 철회시까지
거부 권리 및 불이익	귀하는 아래 개인(신용)정보 제공에 관한 동의를 거부하실 수 있습니다. 다만, 동의하지 않으시는 경우 “당사 신상품·기타서비스안내 및 사은·판촉행사 안내”를 받지 못하며 그에 따른 서비스 혜택을 받지 못할 수 있습니다.

### ● 제공 항목

개인(신용)정보 · 일반개인정보	성명, 주소, 생년월일, 유·무선 전화번호		
	주피보험자 위 개인신용정보 제공에 동의하십니까?	<b>보통</b>	<input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/> 동의함
	수익자 위 개인신용정보 제공에 동의하십니까?	<b>보통</b>	<input type="checkbox"/> 동의하지 않음 <input type="checkbox"/> 동의함

CHUBB®

년    월    일

피보험자 :	<b>서명(인)</b>	수익자 :	<b>서명(인)</b>
--------	--------------	-------	--------------

※ 만14세 미만의 경우 법정대리인이 작성 후 친권자 서명을 하시기 바랍니다.

아래 확인서는 단체 및 법인이 수익자인 경우, 필수로 기재를 하여 제출해 주셔야 합니다.

## 실제 소유자 확인서

계약자		증권번호		작성일자	년	월	일
-----	--	------	--	------	---	---	---

▶ 이 확인서는 특정 금융거래정보의 보고 및 이용 등에 관한 법률에 따라 고객이 기재하여야 하는 내용입니다. 고객의 정보 확인 및 검증을 위해 문서 및 자료 제출을 요청할 수 있으며, 이를 거부하거나 검증이 불가능한 경우 혹은 고객확인 관련 정보의 제공을 거부할 경우 금융거래가 제한되거나 거절될 수 있습니다. 제공하신 정보는 법에서 정한 용도 외의 목적으로 사용되지 않으며 용도 외의 사용하는 경우 관련법에 따라 처벌됩니다.

### 개인고객

실제소유자 정보 (자연인 기재 필수)	해당 거래의 실제 소유자 여부		<input type="checkbox"/> 예		<input type="checkbox"/> 아니오(→ 아래에 실제 소유자 정보 입력)	
	*한글명		영문명			
	*주민번호		*국적		*실거주국	

\*실제소유자란, 금융기관등과의 거래를 통한 대출금, 환급금 등 수입금액과 보험료 납입, 용자 상환 등의 지급금액의 최종 당사자가 되는 자로서, 계약자와 별개로 존재할 수 있는 계약의 최종지배자 및 통제자를 의미합니다.

### 법인/단체 고객 \*필수 제출증빙 : 사업자등록증 + 법인등기부등본 + 주주명부

법인(단체)명		법인(단체)명(영문)	
실제소유자 확인생략대상여부	<input type="checkbox"/> 국가, 지방자치단체, 공공단체 <input type="checkbox"/> 사업보고서 제출대상(비상장법인 포함)	<input type="checkbox"/> 금융회사 <input type="checkbox"/> 상장법인	<input type="checkbox"/> 해당없음  *좌측 실제소유자 확인생략대상에 해당할 경우 <b>증빙 첨부 후</b> 아래 단계 생략 가능

실제소유자 확인사항	1. 25%이상 주주가 존재합니까? [발행주식총수(출자총액을 포함)의 100분의 25 이상의 주식, 그 밖의 출자지분 보유자의 주식, 그 밖의 출자지분 보유자] <input type="checkbox"/> 예(실제소유자 정보란으로 이동) <input type="checkbox"/> 아니오(2번 문항으로 이동)	
	2. (1번문항 '아니오'의 경우) 실질적인 지배력을 가진 자가 존재합니까? <input type="checkbox"/> 예(하기 체크 후 실제소유자 정보란으로 이동) <input type="checkbox"/> 아니오(3번 문항으로 이동) <input type="checkbox"/> 최대주주(주식, 그 밖의 출자지분의 수가 가장 많은 주주) <input type="checkbox"/> 과반이상 선임 주주(중요 업무집행사원 또는 임원 등의 과반수를 선임한 주주) <input type="checkbox"/> 지배주주 또는 사실상의 권한을 행사하는 자	
	3. (2번문항 '아니오'의 경우) <input type="checkbox"/> 해당 법인 또는 단체의 대표자를 실제소유자로 입력합니다.	

실제소유자 정보1 (자연인 기재필수)	성명(한글명)		성명(영문명)		실거주국	
	생년월일		국적			
실제소유자 정보2 (자연인 기재필수)	성명(한글명)		성명(영문명)		실거주국	
	생년월일		국적			
실제소유자 정보3 (자연인 기재필수)	성명(한글명)		성명(영문명)		실거주국	
	생년월일		국적			
실제소유자 정보4 (자연인 기재필수)	성명(한글명)		성명(영문명)		실거주국	
	생년월일		국적			
실제소유자 정보 필수 검증 서류	<input type="checkbox"/> 사업자등록증 + 법인등기부등본 + 주주명부					

\*비영리단체의 경우 주주 출자비용을 측정 가능하므로 실제소유자 확인 및 검증 서류를 필수 제출해야 합니다.

본인은 특정 금융거래 정보의 보고 및 이용에 관한 법률에 의거하여 자금세탁방지를 위한 고객확인 절차를 수행하였음을 확인합니다.	작성자	확인자
	<input type="checkbox"/> FC <input type="checkbox"/> 고객 <input type="checkbox"/> 직원  (서명)	(서명)



## 치과치료확인서(치과 병/의원 작성용)

환자명		주민등록번호		전화번호	
치료 원인	<input type="checkbox"/> 질병 <input type="checkbox"/> 재해	초진일	년 월 일	용도	보험회사 제출용

● **초진 당시 결손부위 및 치아상태** ※ 해당 치아번호에 ○ 표시를 해 주십시오.

치아번호	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
치아상태																

● **치료내용** ※ 발치 치과와 보철치료 치과가 다른 경우 각각의 치과에서 시행한 내용만 기재해 주십시오.

치료구분	치아번호 (FDI 표기법)	한국질병 분류번호	치료내용 (□란에 √표기)	치료일 (장착일, 치료종료일)
충전			<input type="checkbox"/> 금, 도재(세라믹) <input type="checkbox"/> 아말감, 글래스아이노머(GI) <input type="checkbox"/> 기타소재( )	년 월 일
			<input type="checkbox"/> 금, 도재(세라믹) <input type="checkbox"/> 아말감, 글래스아이노머(GI) <input type="checkbox"/> 기타소재( )	년 월 일
			<input type="checkbox"/> 금, 도재(세라믹) <input type="checkbox"/> 아말감, 글래스아이노머(GI) <input type="checkbox"/> 기타소재( )	년 월 일
			<input type="checkbox"/> 금, 도재(세라믹) <input type="checkbox"/> 아말감, 글래스아이노머(GI) <input type="checkbox"/> 기타소재( )	년 월 일
			<input type="checkbox"/> 금, 도재(세라믹) <input type="checkbox"/> 아말감, 글래스아이노머(GI) <input type="checkbox"/> 기타소재( )	년 월 일
			<input type="checkbox"/> 금, 도재(세라믹) <input type="checkbox"/> 아말감, 글래스아이노머(GI) <input type="checkbox"/> 기타소재( )	년 월 일
크라운				년 월 일
				년 월 일
				년 월 일
가철성 의치 (틀니)			• 발치일자: 년 월 일 • 발치원인:	년 월 일
			• 발치일자: 년 월 일 • 발치원인:	년 월 일
고정성 가공의치 (브릿지)			• 발치일자: 년 월 일 • 발치원인:	년 월 일
			• 발치일자: 년 월 일 • 발치원인:	년 월 일
			• 발치일자: 년 월 일 • 발치원인:	년 월 일
임플란트			• 발치일자: 년 월 일 • 발치원인:	년 월 일
			• 발치일자: 년 월 일 • 발치원인:	년 월 일
			• 발치일자: 년 월 일 • 발치원인:	년 월 일

상기 질환으로 인하여 치료 받았음을 확인합니다.

병/의원명		의사명	(인)
요양기관번호		면허번호	
전화번호	( ) -	작성일	년 월 일

※ 기타 문의사항은 고객센터(1599-4600)로 문의하시기 바랍니다. (평일 09:00-18:00 / 토요일, 공휴일 휴무)

# 보험금 청구 시 알아 두셔야 할 내용

## 1. 보험금 지급조사 요청에 대한 동의

표준약관 제8조(보험금의 지급절차) 6항에 의거 계약자, 피보험자 또는 보험수익자는 제14조(계약전 알릴 의무 위반의 효과)와 제1항 및 제3항의 보험금 지급사유조사와 관련하여 의료기관, 국민건강보험공단, 경찰서 등 관공서에 대한 회사의 서면 조사 요청에 동의하여야 합니다. 다만, 정당한 사유 없이 이에 동의하지 않을 경우에는 사실확인이 끝날 때까지 회사는 보험금 지급지연에 따른 이자를 지급하지 않습니다.

## 2. 보험금 지급 지연 안내

- ▶ 보험금 지급 지연 안내 : 표준약관 제8조(보험금의 지급절차) 3항에 의거 회사가 보험금 지급사유를 조사·확인하기 위하여 제1항의 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다.
- ▶ 보험금 지급 지연 이자 : 표준약관 제8조(보험금의 지급절차) 2항에 의거 회사는 제1항에 따라 보험금을 지급할 때 지급기일의 다음 날부터 지급일까지의 기간에 대하여 보험계약대출 이율을 연단위 복리로 계산합니다.

## 3. 주소변경 통지

표준약관 제10조(주소변경통지)에 의거 계약자 또는 보험수익자는 주소 또는 연락처가 변경된 경우에는 지체 없이 그 변경 내용을 회사에 알려야 하고 알리지 않은 경우에는 계약자 또는 보험수익자가 회사에 알린 최종의 주소 또는 연락처로 등기우편 등 우편물에 대한 기록이 남는 방법으로 알린 사항은 일반적으로 도달에 필요한 시일이 지난 때에 계약자 또는 보험수익자에게 도달된 것으로 봅니다.

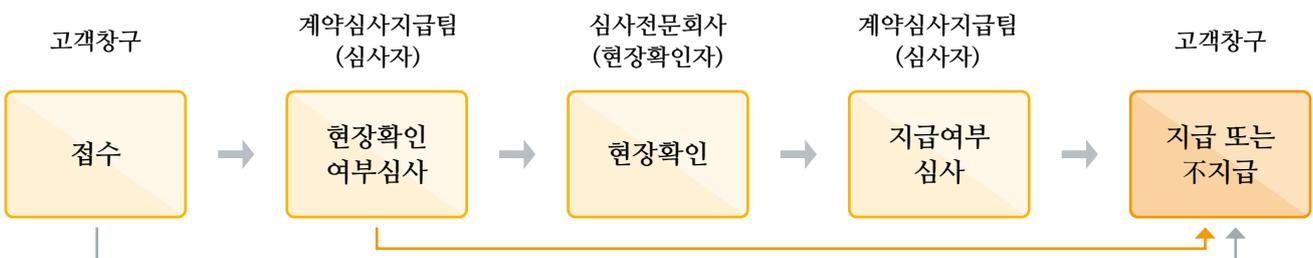
## 4. 보험금 등의 소멸시효

표준약관 제37조(소멸시효)에 의거 보험금청구권, 보험료 반환청구권, 해지환급금청구권, 책임준비금 반환청구권 및 배당금청구권은 3년간 행사하지 않으면 소멸시효가 완성됩니다.

# 주요 안내 내용

1. 접수하신 보험금 청구서류가 심사과정에서 추가로 필요할 경우에는 서류를 추가요청 드릴 수 있습니다.
2. 현장확인 대상건의 경우 처브라이프 홈페이지를 접속하면 보험금 지급심사 진행과정을 조회하실 수 있습니다.  
(홈페이지 : <http://www.chubblife.co.kr>)
3. 보험금 청구시 문자서비스(SMS) 활용에 동의를 해주시면 각종정보(제지급금, 각종안내, 보험금 처리 진행 등)를 휴대폰 문자서비스로 제공하여 드립니다.
4. 만일 보험금 청구서류에 허위가 있다면 관련 법률 및 약관규정에 의거하여 보험금 청구권이 상실되며 이에 따른 법적 책임이 따를 수 있습니다.
5. 처브라이프의 보험금 비지급 결정 및 보험금 결정액에 동의하지 않는 경우 처브라이프 소비자보호팀으로 통보하시면 재심사를 받으실 수 있습니다. (대표전화 : 1599-4600)

# 보험금 지급 심사 절차



- ▶ 보험업감독규정 中 【금융기관의 업무위탁 등에 관한 규정】에 의하면, 「금융기관은 인가 등을 받은 업무를 영위함에 있어 제3자에게 업무를 위탁하거나 제3자의 업무를 수탁 할 수 있다」 라고 명시하고 있습니다.

## 보험금 지급 절차 안내

평소 처브라이프를 아껴 주신 고객님의 감사의 말씀을 드리며, 고객님의께서 가입하신 계약에 대하여 보험금 청구사유 발생시 보험금 청구서류를 회사에 접수하여 주시면 신속히 처리하여 드리겠습니다.

### ● 보험금 청구 관련 안내

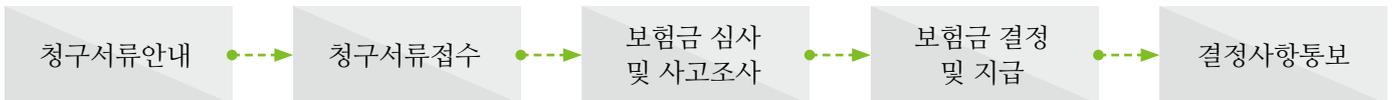
- ▶ 보험금을 받으실 계좌는 보험수익자(보험금을 받는 자) 본인 명의의 계좌이어야 합니다. 단, 보험수익자가 미성년자인 경우에는 위임장 없이 친권자(부모) 계좌로 수령 가능합니다.
- ▶ 보험금 청구서류 안내장에 기재된 서류 이외에도 필요 시 추가서류를 요청하는 경우가 있을 수 있습니다.
- ▶ 지급 금액 300만원이 초과 하는 경우 원본서류를 제출해 주셔야 합니다. 사이버 고객센터를 통해 접수하시는 경우 지급금액 500만원 까지 신청 가능합니다. (덴탈 즉시지급 제외)

### ● 보험금청구권 소멸시효

- ▶ 보험수익자는 보험금 지급사유가 발생하였을 때 지체없이 이를 회사에 알려야 합니다.
- ▶ 보험금청구권을 3년 이내에 행사하지 아니하면 보험금청구권은 소멸됩니다.(상법 제662조)

### ● 보험금 지급절차 안내

- ▶ 청구서류가 접수되는 경우 심사 담당자가 지정되며, 등록된 연락처로 알려드립니다.
- ▶ 보험금 청구 관련 서류 발송 전 문의사항은 고객센터(1599-4600)로 문의하시길 바랍니다.



### ● 보험금 예상 지급기일

- ▶ 최종 서류 접수일로부터 3영업일, 지급사유 조사나 확인이 필요한 경우 10영업일 이내 입니다.

### ● 보험금 지급 지연 시 서면통보 및 지급 지연이자 지급

- ▶ 보험금 지급사유를 조사,확인하기 위하여 지급기일 이내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일 및 보험금 가지급제도(회사가 추정하는 보험금의 50% 이내를 지급)에 대하여 피보험자 또는 보험수익자에게 즉시 통지하여 드립니다. 다만, 지급예정일은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 제외 하고는 보험금 청구서류를 접수한 날부터 30영업일 이내에서 정합니다.
  1. 소송제기
  2. 분쟁조정신청
  3. 수사기관의 조사
  4. 해외에서 발생한 보험사고에 대한 조사
  5. 회사의 조사요청에 대한 동의 거부 등 계약자, 피보험자 또는 보험수익자의 책임 있는 사유로 보험금 지급사유와 확인이 지연 되는 경우
  6. 제4조(보험금 지급에 관한 세부규정) 제9항에 따라 보험금 지급사유에 대해 제3자의 의견에 따르기로 한 경우
- ▶ 회사가 보험금을 지급기일 내 지급하지 못할 경우에는 지연사유, 지급예정일을 안내하여 드리며, 지급기일의 다음날부터 지급일 까지의 기간에 대하여 청구하신 보험의 보험계약 대출 이율을 연 단위 복리로 계산한 이자를 더하여 드립니다.

### ● 장애진단서 제출 시 유의사항

- ▶ 장애진단서를 제출하시는 경우에는 3차 의료기관\*에서 진단을 요청드리며, 보험 계약 시기별로 장애 판정 기준이 상이할 수 있으므로 병원 진단서 발급 전 고객센터(1599-4600)에 문의 하시는 것이 신속한 보험금 지급 심사에 도움이 됩니다.

\*3차 의료기관 : 500병상 이상의 대학병원 및 종합병원

### ● 의료심사

- ▶ 보험수익자와 회사가 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험 수익자와 회사가 함께 제 3자를 정하고 그 제 3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제 3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며, 보험금 지급사유 판정에 드는 의료 비용은 회사가 전액 부담합니다.

## ● 손해사정사 선임 및 조사

- ▶ 고객님의께서 필요한 경우 별도로 손해사정법인·손해사정사를 선임하실 수 있습니다. 손해사정사를 선임하지 않을 경우 보험회사는 보험금 지급여부 결정을 위해 보험업법에 따라 공인된 손해사정법인에게 조사 업무를 위탁할 수 있으며, 이 경우 고객님의 개인정보 제공·활용에 대한 동의가 필요합니다.
- ▶ 회사가 손해사정법인을 선임하는 경우 그 비용은 회사가 부담하며, 고객님의께서 별도로 손해사정사를 선임하는 경우 그 비용은 고객님의께서 부담하셔야 합니다.

### 손해사정사 선임 시 비용 주체

#### ▶ 보험계약자 등 부담

- 보험회사가 고용 또는 선임한 손해사정사가 사정한 결과에 보험계약자 등이 승복하지 아니한 때
- 보험계약자 등이 보험회사와는 별도로 손해사정사를 선임하고자 할 때

#### ▶ 보험회사 부담

- 손해사정이 착수되기 이전에 보험계약자 등이 보험회사에게 손해사정의 선임의사를 통보하여 동의를 얻은 때
- 정당한 사유없이 보험회사가 보험사고 통보(제3보험의 경우 접수가 완료된 날)를 받은 날부터 7일이 경과하여도 손해사정에 착수하지 아니한 때

## ● 손해사정서 열람 또는 사본 교부

- ▶ 보험회사는 보험금 청구권자가 요청하는 경우에는 고용손해사정사가 작성·제출한 손해사정서를 열람하게 하거나 그 사본을 교부하여 드립니다. 단, 보험사고로 인한 손해가 경미하고 보험사고 발생 후 즉시 보험금이 지급되는 경우에는 손해사정서를 작성하지 아니할 수 있습니다. (보험업감독규정 제9-20조 제4항)
- ▶ 피보험자가 법률상의 손해배상 책임을 지는 사고가 생긴 경우, 손해배상청구권자는 보험회사에 직접 손해배상금을 청구할 수 있습니다.

## ● 고객님의께서는 생명보험협회를 통하여 다른 보험회사의 가입여부를 확인하실 수 있습니다.

## ● 보험금 지급안내 및 심사 절차 조회방법

- ▶ 보험금이 지급되는 경우 서면, 전자우편 또는 문자메세지(SMS)등을 통해 안내되며, 청구한 보험금이 지급되지 아니하는 경우에는 처리근거 및 사유는 별도로 통보하여 드립니다.
- ▶ 홈페이지([www.chubbllife.co.kr](http://www.chubbllife.co.kr))에 접속하시면 계약내용 및 청구하신 보험금 진행상황을 확인하실 수 있습니다.

## ● 분쟁 조정 절차 및 피해 구제사항 안내

- ▶ 보험계약 및 사고보험금 관련하여 분쟁이 발생한 경우에는 금융감독원(국번없이 1332)으로 조정을 신청하실 수 있습니다.

## ● 재 심사 청구

- ▶ 보험금 지급결정 및 보험금 결정액에 동의하지 않는 경우, 처브라이프 소비자보호팀으로 통보하시면 재심사를 받으실 수 있습니다.
- ▶ 홈페이지([www.chubbllife.co.kr](http://www.chubbllife.co.kr))에 접속하여 신청
- ▶ 우편접수 : 06211 서울특별시 강남구 테헤란로 322 (역삼동, 한신인터밸리24빌딩) 23층 동관 처브라이프생명보험주식회사 소비자보호팀
- ▶ 전화상담 : 1599-4600