

치아보험금 청구서류 안내장

■ 공통서류 : 1. 사고보험금청구서 및 개인(신용)정보처리동의서 2. 수익자 신분증 앞면 사본

구분	당사 치과치료확인서 (치과 병·의원 담당자가 작성)	X-Ray	진료기록 사본	기타
보철치료 (임플란트/브릿지/틀니)	●	●	●	※ 아래 내용이 포함되어야 함 (1)치료한 치아(보철치료의 경우 발치한 영구치)의 명칭 및 치아번호 (2) 진단명, 한국표준질병분류번호 (3) 해당 치아의 내원 당시 치아상태 (4) 치아의 치료원인(보철치료의 경우 발치원인) (5) 치과내원일, 치과치료 진단확정일, 치료시작일 (보철치료의 경우 발치일자) 및 치료종료(예정)일
충전치료 크라운치료 신경치료	●		●	상기 항목 외 필수 기재사항: 충전치료의 경우 충전치료재료 및 방법

※ 상기사료외 보험금심사과정에서 확인이 필요한 경우 추가서류를 요청할 수 있으며, 구비서류는 원본기준에 한합니다.

치아보험 주요 안내사항

- 치과치료보장개시일은 계약일(부활)부터 그 날을 포함하여 90 일이 지난 날의 다음날
- 치과치료보장개시일 이후 계약일로부터 1 년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지 치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)으로 진단받고 최초로 충전치료, 크라운치료, 신경치료(치수치료)한 경우 해당 치료보험금의 50%를 지급
- 치과치료보장개시일 이후에 계약일로부터 2 년이 되는 시점의 계약해당일 전일까지 약관에서 정한 보장대상이 되는 치아발치의 원인으로 치아를 발치하고 보철치료를 한 경우 해당 치료보험금의 50%를 지급
(연간보장한도 : 임플란트/브릿지 - 발치치아 年 3 개 限, 틀니 - 보철물 年 1 회 限, 크라운 및 신경치료 - 치료치아 年 3 개 限, 인레이-온레이 - 치료치아 年 3 개 限, 인레이-온레이 外 - 치료치아 年 5 개 限)

※ 치아보험 보장내용에 주요 안내사항입니다. 기타 자세한 사항은 해당약관을 참조하시기 바랍니다.

치과치료확인서(치과 병/의원 작성용)

■ 인적사항

(용도 : 보험회사 제출용)

환자명		주민번호	
치료사유	<input type="checkbox"/> 질병 <input type="checkbox"/> 상해 <input type="checkbox"/> 기타()	초진일	

■ 초진 당시 결손부위 및 치아상태

※해당 치아번호에 “o”표시 및 해당 치아상태(결손, 우식, 파절, 기존 치료상태 등)를 기재해 주십시오

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

■ 치료내용 ※아래 보장하는 치료내용은 영구치를 치료한 경우에 한합니다

구분	치료종류(□란에 “√”표시)	질병분류 코드	치아 번호	치료일
충전치료 (인레이·온레이 外)	<input type="checkbox"/> 아말감 <input type="checkbox"/> 글래스아이노머 <input type="checkbox"/> 복합레진 <input type="checkbox"/> 기타()			년 월 일
	<input type="checkbox"/> 아말감 <input type="checkbox"/> 글래스아이노머 <input type="checkbox"/> 복합레진 <input type="checkbox"/> 기타()			년 월 일
	<input type="checkbox"/> 아말감 <input type="checkbox"/> 글래스아이노머 <input type="checkbox"/> 복합레진 <input type="checkbox"/> 기타()			년 월 일
	<input type="checkbox"/> 아말감 <input type="checkbox"/> 글래스아이노머 <input type="checkbox"/> 복합레진 <input type="checkbox"/> 기타()			년 월 일
	<input type="checkbox"/> 아말감 <input type="checkbox"/> 글래스아이노머 <input type="checkbox"/> 복합레진 <input type="checkbox"/> 기타()			년 월 일
충전치료 (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
크라운치료 신경치료	<input type="checkbox"/> 크라운 <input type="checkbox"/> 신경치료			년 월 일
	<input type="checkbox"/> 크라운 <input type="checkbox"/> 신경치료			년 월 일
	<input type="checkbox"/> 크라운 <input type="checkbox"/> 신경치료			년 월 일

■ 임플란트/브릿지/틀니 ※브릿지와 틀니는 결손된 치아를 기재해주십시오

치료종류(□란에 “√”표시)	질병분류코드	치아번호	발치일	치료일(장착일)
<input type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 틀니			년 월 일	년 월 일
<input type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 틀니			년 월 일	년 월 일
<input type="checkbox"/> 임플란트 <input type="checkbox"/> 브릿지 <input type="checkbox"/> 틀니			년 월 일	년 월 일
<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)이 누락된 경우 무효임

병원명	(직인)	의사명	(인)	면허번호
전화번호	() -	작성일		

※ 작성된 치과치료확인서와 치과진료기록사본을 함께 제출하여 주십시오

교보라이프플래닛생명보험(주) 귀중