

**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.

계 약 자	성명		주민번호	-		
피보험자	성명		주민번호	-		
	주소		직장명/ 하시는일		의료급여 수급권자	<input type="checkbox"/> 대상 <input type="checkbox"/> 비대상
보상관련 안내	□보험계약자 □피보험자 □수익자 □기타(성명 : 관계 :) 휴대폰 :					
	안내방법	※ 반드시 한가지는 선택(□ 안에 v표)해 주시기 바랍니다. □문자메세지 □e-mail □팩스 □유선(전화) □우편 □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 type="checkbox"/> 질병 <input type="checkbox"/> 배상 <input type="checkbox"/> 재물			청구유형	<input type="checkbox"/> 최초청구와 동일사고 <input type="checkbox"/> 추가접수	
사고일(발병일)	20	년	월	일	사고장소	
사고(내원)경위						
사고내용	질병사고					
	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)				진단명		
일부청구	<input type="checkbox"/> 실손의료비 <input type="checkbox"/> 입원일당 <input type="checkbox"/> 진단비 <input type="checkbox"/> 수술비 <input type="checkbox"/> 사망 <input type="checkbox"/> 후유장해 <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 別도 위임장과 인감증명서를 제출해야합니다.)

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 type="checkbox"/> 카카오									
	기타금융사				계좌번호						
	예금주				주민번호	-					

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

주민등록번호, 외국인등록번호, 여권번호, 운전면허번호

민감정보 수집·이용에 동의하십니까?	<input type="checkbox"/> 동의하지않음	<input type="checkbox"/> 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 수집·이용에 동의하십니까?	<input type="checkbox"/> 동의하지않음	<input type="checkbox"/> 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)

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 이용목적을 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?	<input type="checkbox"/> 동의하지않음	<input type="checkbox"/> 동의함
--------------------	---------------------------------	------------------------------

주민등록번호, 외국인등록번호, 여권번호, 운전면허번호

민감정보 제공*에 동의하십니까?	<input type="checkbox"/> 동의하지않음	<input type="checkbox"/> 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 제공**에 동의하십니까?	<input type="checkbox"/> 동의하지않음	<input type="checkbox"/> 동의함
------------------------	---------------------------------	------------------------------

일반개인정보 : 성명, 주소, 생년월일, 이메일, 유·무선 전화번호, 성별, 국적, 직업, 피보험자와 수익자의 관계, 국내거소신고번호

신용거래정보 : 금융거래 업무 관련 정보(보험금 지급제작 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 당사의 수탁업체인 악어디지털에 고객님의 민감정보(질병 및 상해에 관한 정보 등)을 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 이용목적을 달성할 때까지 (관련 법령 상 보존기간을 따름)

<국의 제3자 제공할 개인(신용)정보의 내용>

개인(신용)정보 국외 제3자 제공에 동의하십니까?

☐

동의하지않음

☐

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?

☐

동의하지않음

☐

동의함

주민등록번호, 외국인등록번호, 여권번호, 운전면허번호

민감정보 조회에 동의하십니까?

☐

동의하지않음

☐

동의함

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

개인(신용)정보 조회에 동의하십니까?

☐

동의하지않음

☐

동의함

일반개인정보 : 성명, 국내거소신고번호, 면허의 효력에 관한 정보

신용거래정보 : 보험계약정보(상품종류, 기간, 보험가입금액 등), 보험금 정보(보험금 지급사유, 지급금액 등)

동의일	20 년 월 일
본인	(서명)
법정대리인	(서명)

동의일자를 꼭 기재하여 주시기 바랍니다.

※ 만14세 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.

FATCA-CRS 본인확인서(개인용)

아래의 항목은 국가간 금융정보자동교환 협정에 따라 보험계약의 수익자가 외국 국적이거나 해외에 납세의 의무가 있는 경우 정확하게 작성해 주셔야 합니다.

이 확인서는 「대한민국 정부와 미합중국 정부 간의 국제 납세의무 준수 촉진을 위한 협정에 따른 금융정보자동교환 이행규정」 및 「정보교환협정에 따른 금융정보자동교환 이행규정」에 의거하여, 금융회사에 금융계좌를 개설한 고객의 대한민국 이외의 국가에 대한 납세의무 여부를 확인하기 위한 것으로, 작성하신 정보는 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 등에 따라 보호됩니다. 금융회사는 기재한 정보를 검증하기 위해서 추가적인 자료를 요구할 수 있습니다.

1. 고객 인적사항

성명		국적		전화번호	
직무사항				직무사항	

2. 해외거주자 여부 확인

다음 중 해당란에 체크(V)해주시기 바랍니다. (①과 ②는 중복선택이 가능합니다.)	① 미국 세법상 미국인에 해당합니까? '예'인 경우 해당되는 사항을 체크(V) 하십시오. <input type="checkbox"/> 미국시민권자(이중국적자포함) <input type="checkbox"/> 미국영주권자	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
	② 대한민국 이외의 조세목적상 해외 거주지가 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요

■ ①, ② 모두 '아니오' 인 경우, 아래 3.납세자정보는 작성하지 않으셔도 됩니다.

3. 납세자 정보

해외거주자인 경우 영문으로 성명, 주소, 조세목적상 거주관할권 및 납세자번호(TIN: Taxpayer Identification Number)등을 작성해 주시기 바랍니다.

성(Last name)		명(First Name)	
거주관할권 1 (Jurisdiction of residence)		현재 거주 주소 1 (Current Residence Address)	
납세자번호 1 (TIN)		납세자번호미기재사유 (If no TIN available, enter any reason)	<input type="checkbox"/> 거주관할권이 납세자번호를 발급하지 않은 경우 <input type="checkbox"/> 거주관할권이 납세자번호 수집을 요구하지 않은 경우
거주관할권 2 (Jurisdiction of residence)		현재 거주 주소 2 (Current Residence Address)	
납세자번호 2 (TIN)		납세자번호미기재사유 (If no TIN available, enter any reason)	

4. 본인확인

- 본인은 위 기재 내용에 오류 또는 허위가 없음을 확인하며, 허위 작성 시 책임은 본인이 질 것을 확인합니다.
- 본인은 확인서에 기재한 내용이 해당 법률에 따라 관련당국의 요구 및 금융회사의 의무 이행을 위해 관련당국에 제공될 수 있음을 충분히 이해하였습니다.
- 본인은 다음의 경우에는 60 일 이내에 본인확인서 및 증빙자료를 제출할 의무가 있음을 이해하였습니다.
 - 본인확인서 또는 증빙자료에 포함된 정보가 변경되는 경우
 - FATCA / CRS 규정 이행을 위해 당사가 계약관계자에게 본인확인서 또는 증빙자료의 제출을 요청한 경우

동의자 서명란			
20 년 월 일	본인	(서명)	대리인 (서명)
			관계 :

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 아니할 수 있으며 보상처리 관련 문의 사항이 있으신 경우 문자서비스로 송부된 담당자나 고객센터(1566-5800)로 전화 주시기 바랍니다. (상담가능시간: 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 동의 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 제2조 제19호에 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 민원 유발, 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 다음의 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

구 분		예 시
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.

보험기간 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)

Chubb. Insured.SM

표적항암약물허가치료(특정항암호르몬약물허가치료/카티항암약물허가치료) 확인서

약제구분	<input type="checkbox"/> 표적항암치료제 <input type="checkbox"/> 항암호르몬치료제 <input type="checkbox"/> 카티치료제 <input type="checkbox"/> 기타				
인적사항					
환자의 성명		주민등록번호		초진일	년 월 일
약물치료 내용					
질병명 ^{주1)}		질병분류번호 ^{주2)}			
발병일		진단일			
의약품 명칭(제품명)		주 성분명			
제약회사 명칭					
식품의약품안전처 「효능효과」 내 투약여부	<input type="checkbox"/> 범위 내(On-label) <input type="checkbox"/> 범위 외(Off-label)	최초 처방(투약)일			
급여적용 여부	<input type="checkbox"/> 급여 <input type="checkbox"/> 비급여	허가범위 외(off-label) 사용 시 건강보험심사평가원 암질환심의위원회 심사결과		<input type="checkbox"/> 사전 승인·기승인	
				<input type="checkbox"/> 사후 승인·가승인	
				<input type="checkbox"/> 불승인(거절)	
비급여 약제 사용시 허가사항(효능효과) 이내 사용근거 및 소견					

주1) 정확한 보험금 산정을 위해 암이 발생한 부위에 대해 모두 기재 바랍니다.(예:림프에 전이가 있는 경우 림프암도 기재)

주2) 질병명에 기재된 모든 암에 대한 질병코드를 기재하며, 한국표준질병사인분류상 네자리코드(C**.*)를 원칙으로 하되, 세자리코드(C**)도 기입 가능합니다. 가급적 병기분류가능한 코드로 기재 바랍니다.

※ 기재하신 내용이 확인되는 의무기록(해당 표적항암약물허가치료에 대한 입/통원 진료기록지, 간호기록지 등)과 투약내역(영수증 및 진료비세부내역서 등)을 함께 제출하여야 합니다.

※ "사후승인·심사중"에 청구되는 경우(심사 결과가 통보되지 않은 경우), 암질환심의위원회 사후승인 절차에 따라 승인·통보 이후 보험금청구 접수(심사)가 가능합니다.

특정호르몬약물치료 관련 추가 기재사항		
상기 진단이 호르몬 민감성 암종 해당 여부		<input type="checkbox"/> 해당(Yes) <input type="checkbox"/> 미해당(No)
상기 약제의 투약 목적 및 효과	암세포 성장과 확산 억제 / 진행속도 감소	<input type="checkbox"/> 해당(Yes) <input type="checkbox"/> 미해당(No)
	호르몬 차단 / 호르몬 양 감소 효과	<input type="checkbox"/> 해당(Yes) <input type="checkbox"/> 미해당(No)

확인자 내용			
상기와 같이 처방(투약) 치료하였음을 확인합니다.			
의료기관명 및 부서명		면허번호	
작성일	년 월 일	의사명	(인)

※ 당사 보험금청구서 양식 외 요양기관의 자유양식을 제출하실 수 있으나, 상기 내용이 필수 내용으로 기재 되어야 하며 이는 전문의사 확인을 통해 작성되어야 함을 안내 드립니다.