KYOBO 라이프플래닛

치아보험금 청구서류 안내장

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

구분	당사 치아치료확인서 (치과 병·의원 담당자가 작성)	X-Ray	진료기록사본	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 치과치료 진단확정일, 치료시작일 (보철치료의 경우 발치일자) 및 치료종료(예정)일
충전치료 크라운치료 치수치료	●	-	●	※ 아래 내용이 포함되어야 함 ① 충전치료의 경우 충전치료 재료

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

치아보험 주요 안내사항

- 보장개시일은 계약일(부활)부터 그 날을 포함하여 90일이 지난 날의 다음날
- 계약일로부터 1년미만에 치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)으로 지급사유가 발생한 경우 해당보험금의 50% 지급
- 연간보장한도

회수	치료 구분
연 1회	① 보철치료(틀니)
연 3회	① 보철치료(임플란트/브릿지) ② 크라운 및 치수치료 ③ 인레이 및 온레이
연 5회	① 인레이 및 온레이 外

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

KYOBO 라이프플래닛

치아치료확인서(치과 병/의원 작성용)

■ 인적사항

환자명		주민번호	
치료사유	□ 질병 □ 상해 □ 기타( )	초진일	

■ 초진 당시 결손부위 및 치아상태

※ 해당치아번호에 "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

구분	치료종류(□란에 "√"표시)	질병분류코드	치아번호	치료일(장착일)
영구치충전치료 (인레이·온레이 外)	□ 아말감 □ 글래스아이노머 □ 레진 □ 기타( )			년 월 일
	□ 아말감 □ 글래스아이노머 □ 레진 □ 기타( )			년 월 일
	□ 아말감 □ 글래스아이노머 □ 레진 □ 기타( )			년 월 일
영구치충전치료 (인레이·온레이)	□ 금/도재 □ 기타( )			년 월 일
	□ 금/도재 □ 기타( )			년 월 일
	□ 금/도재 □ 기타( )			년 월 일
크라운치료 치수치료	□ 크라운 □ 치수치료			년 월 일
	□ 크라운 □ 치수치료			년 월 일
	□ 크라운 □ 치수치료			년 월 일

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

치료종류(□란에 "√"표시)	질병분류코드	치아번호	발치일	치료일(장착일)
□ 임플란트 □ 브릿지 □ 틀니			년 월 일	년 월 일
□ 임플란트 □ 브릿지 □ 틀니			년 월 일	년 월 일
□ 임플란트 □ 브릿지 □ 틀니			년 월 일	년 월 일
□ 임플란트 □ 브릿지 □ 틀니			년 월 일	년 월 일

■ 상기 질환으로 인하여 치료하였음을 확인합니다. ※병원(직인) 및 의사(인)이 누락된 경우 무효임

병원명	(직인)	의사명	(인)	면허번호	
전화번호	( ) -	작성일			

※ 작성된 치아치료확인서와 치과진료기록사본을 함께 제출하여 주십시오

교보라이프플래닛생명보험(주) 귀중