우리금융그룹 ABL

▣ 미성년자 수익자 친권확인서(보험금 청구用)

■ 확인사항

미 성 년 자		주민등록번호		연 락 처	
친 권 자		주민등록번호		연 락 처	
		주민등록번호		연 락 처	
내 용	□ 다른 친권자의 동의 또는 위임을 받아 친권을 행사 □ 친권자 1인 지정(이혼 등) □ 다른 친권자 사망				

■ 안내 및 주의사항

▣ 본 '미성년자수익자친권확인서'는 300만원 이하 보험금 청구 건에 대해 미성년자의 가족관계 증명서, 기본증명서 등을 대신하여 친권 행사자를 확인합니다.(단, 계약관계자에 한함)

▣ 본인은 민법 등 법령에 따라 상기 미성년자를 대리하여 보험금을 청구할 수 있는 자격을 갖춘 자(친권자) 임을 확인하며, 미성년자의 친권자가 아닐 경우에는 상기 미성년자를 대리하여 청구한 보험금 등을 그에 대한 이자를 포함하여 귀사에 반환할 것을 확약합니다.

20 년 월 일

친권자 (인)

미성년자와의 관계

▣ 미성년자란 만 19세 미만인 자로(민법 제4조), 미성년자가 수익자인 경우에는 그의 법정대리인인 부모가 친권을 행사합니다(민법 제911조). 미성년자의 부 또는 모라고 하더라도 친권을 행사할 수 없는 자 (친권상실선고 또는 대리권, 재산관리권의 상실의 선고 등을 받은 부 또는 모, 이혼시 친권행사자로 지정되지 않은 부 또는 모)는 법정대리인이 아닙니다.
단, 미성년자도 혼인하면 성년자로 봄(민법 제 826조의 2).

▣ 부모가 이혼한 경우에는 부모의 협의로 친권자를 정하여야 하며, 협의할 수 없거나 협의가 이루어지지 아니하는 경우에는 가정법원은 직권으로 또는 당사자의 청구에 따라 친권자를 지정해야 합니다(민법 제909조). 자녀의 친권자로 지정되지 않은 경우에는 미성년자를 대리하여 보험금을 청구 할 수 없습니다.

▣ 이혼, 사망 등의 사유로 인하여 친권자에 관한 확인이 필요한 경우에는 미성년자의 기본증명서 발급을 통해 친권 확인이 가능합니다.

▣ 회사가 필요한 경우 언제든지 미성년자의 가족관계확인서 및 기본증명서 등 법정대리인(친권자, 후견인)을 확인할 수 있는 서류의 제출을 요청할 수 있으며, 요청을 받는 경우 위 서류 등을 반드시 제출하여야 합니다.

우리금융그룹 ABL

■ 실손의료비 보험금 청구서류 접수대행 서비스 신청서

◈ 보험회사에서는 고객님께서 실손의료보험을 2개 이상 다수 회사에 가입한 경우, 보험금 청구서류를 회사마다 각각 제출해야 하는 불편함을 덜어 드리고자 고객님의 서류를 다른 보험회사로 전송해 드리고 있습니다. 동 서비스는 **실손의료비 특약만 해당**되며, 다른 특약은 해당되지 않습니다.

<서비스 이용 동의>

① 본인은「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」제32조의 규정에 따라 보험금 지급심사의 목적으로 본인의 보험금 청구서류 일체를 보험회사(손해보험사, 생명보험사), 유관기관(손해보험협회, 생명보험협회) 및 손해사정 업무를 위탁 받은 회사로 제공하는 것에 동의합니다. 손해사정 업무를 위탁받은 회사명의 확인을 원하실 경우에는 해당 보험회사로 문의하여 주시기 바랍니다.

② 보험금 지급심사를 위해 필요 시 추가로 관련서류 제출을 요청할 수 있으며, 피보험자는 동일하나 수익자가 상이할 경우에는 각각의 수익자 명의의 통장사본 제출을 별도로 요구할 수 있습니다

③ 고객님의 보험금 청구서류는 보험금 지급심사를 위하여 보험계약의 효력 종료시까지 또는 보험금 청구권 및 반환 청구권 소멸시까지 보유합니다.

④ **이 서비스를 신청하는 경우 타 보험회사에서는 고객님의 보험금 청구서류를 수신(접수)한 날이 보험금 청구일이 됩니다.**

◈ 동 서비스를 신청하시겠습니까? (예 ○ 아니요 ○)

◈ 고객님의 보험금 청구서류를 전송할 회사에 체크하여 주세요.

□ 중복 가입된 모든 회사

□ 서류를 보내고자 하는 회사 (. .)

20 년 월 일 청구자 (서명)

■ 실손의료비 보험금 연대책임 신청서

우리금융그룹 ABL

◈ 보험회사에서는 고객님께서 실손의료보험을 2개 이상 다수 회사에 가입한 경우, 아래와 같은 서비스를 제공해 드리고 있습니다.

◈ **아래의 서비스는 실손의료비 특약만 해당되며, 다른 특약은 해당되지 않습니다.**

〈실손의료비 보험금 연대책임 신청서〉

◈ 이 서비스는 가입하신 실손의료보험이 '09.10월 이후이며, 각 계약의 보험수익자가 동일한 경우, 한 회사에 청구시 실손의료비 총액을 한 회사에서 지급해 드리는 서비스입니다.

〈서비스 이용 동의〉

1. 이 서비스를 동의하더라도, 연대책임 대상자가 아닌 것으로 확인될 수 있으며, 그러한 경우, 별도 안내를 통해 청구서류 접수대행 서비스만 신청되게 됩니다.
2. 본 동의를 거부하시는 경우에는 실손의료비 보험금 연대책임 서비스가 일부 제한될 수 있으며 본 동의서에 의한 개인(신용)정보 조회는 귀하의 신용등급에 영향을 주지 않습니다.

◈ 개인(신용)정보 수집·이용·조회·제공, 고유식별정보의 처리에 관한 사항은 보험금 청구시 기 작성하신 "보험금 청구 동의서"의 내용으로 갈음합니다.

이에 동의하십니까? (동의함 □) (동의안함 □)

◈ 동 서비스를 신청하십니까? (신청함 □) (신청안함 □)

〈실손의료비 보험금 청구서류 접수대행 서비스 신청서〉

◈ 이 서비스는 보험금 청구서류를 회사마다 각각 제출해야 하는 불편함을 덜어드리고자 고객님의 서류를 다른 보험회사로 대신 전송해 드리는 서비스입니다.

〈서비스 이용 동의〉

1. 보험금 지급심사를 위해 필요시 추가로 관련서류 제출을 요청할 수 있으며, 피보험자는 동일하나 수익자가 상이할 경우에는 각각의 수익자 명의의 통장사본 제출을 별도로 요구할 수 있습니다.
2. 이 서비스를 신청하는 경우 타 보험회사에서는 고객님의 보험금 청구서류를 수신(접수)한날이 보험금 청구일이 됩니다.
3. 본 동의를 거부하시는 경우에는 실손의료비 보험금 청구서류 접수대행 신청 서비스가 일부 제한될 수 있고 본 동의서에 의한 개인(신용)정보 조회는 귀하의 신용등급에 영향을 주지 않습니다.

◈ 개인(신용)정보 수집·이용·조회·제공, 고유식별정보의 처리에 관한 사항은 보험금 청구시 기 작성하신 "보험금 청구 동의서"의 내용으로 갈음합니다.

이에 동의하십니까? (동의함 □) (동의안함 □)

◈ 동 서비스를 신청하십니까? (신청함 □) (신청안함 □)

〈소비자 불편 방지를 위한 연대책임 이행 불가 대상〉

① 중복 가입된 계약의 수익자가 다른 경우

* 단체 실손의료보험 중복자의 경우 수익자가 다른 경우 포함(수익자가 회사일 경우 등)

② 표준화 상품이외 다른 의료실비 계약이 중복가입 된 경우

③ 별도 심사 조사가 필요한 경우(부담보 계약건, 고지의무·통지의무 위반 조사 필요건)

④ 통원의료비 소액청구의 경우(10만원 이하)

⑤ 정액형 담보를 포함한 경우

⑥ 보상기준이 상이한 계약간 중복의 경우

⑦ 부담보 설정이 있는 경우

※ **귀하는 상기 동의를 거부할 수 있습니다. 다만, 이에 대한 동의를 하시지 않을 경우에는 보험금 연대책임 및 청구서류 접수대행 서비스의 정상적인 신청이 불가능할 수 있음을 알려 드립니다.**

20 년 월 일 청구자 (서명)

우리금융그룹 ABL

▣ 의료비 신속지급제도 신청 및 확약서

실손의료보험 의료비 신속지급제도와 관련하여 에이비엘생명보험(주)와 본인 (　　)는 다음의 내용에 대하여 신청 및 확약합니다.

- 다　　음 -

1. 본인 (　　)는 20　　년　　월 발생한 (　　) 청구와 관련하여 귀사에서 시행 중인 의료비 신속지급제도를 신청하며 (　　) 보험 (계약번호:　　) 에서 선지급한 보험금에 대하여, 향후 최종 산정 보험금이 선지급한 보험금보다 적거나 없을 경우에 그 차액 (선지급 보험금 금액 - 최종보험금)을 에이비엘생명보험(주)으로 환급할 것을 확약합니다.
2. 상기인은 위 1항의 내용에 착오 또는 본 건 사고의 관계자로부터 사기와 강박 등이 전혀 없이 평온하게 작성한 것으로 불이행시 이로 인한 귀사의 소송 등 조치에 이의를 제기하기 않고 민 , 형사상 모든 책임을 질 것을 확인합니다.

20　　년　　월　　일

피보험자와의 관계 :

성　명 :　　(인)

생년월일 :

주소 :

담당자 :

전화번호 :

팩스 :

---------- **의료비 신속지급제도 안내** ----------

□ 실손의료보험 (실손의료비) 가입자 중 입원 치료 후 경제적 사유로 의료비를 선납입하기 곤란한 **일정 대상자**에 한해 중간정산액 중 일부 (예상 지급보험금의 70%)를 선지급하는 서비스입니다.

□ 대상자의 범위
① 의료급여법상 1종・2종 수급권자.
② '본인일부부담금 산정 특례에 관한 기준' 에서 정한 중증질환자.
③ 의료비 중간 정산액(본인부담기준)이 300만원 이상인 고액의료비를 부담하는 자.
- ② 또는 ③의 경우, 의료법 제 3조 제 2항 제 3호에 의한 **종합병원** 및 국민건강보험법 제 40조 제 2항에 의한 **종합전문요양기관** 또는 의료법 제 3조의 4에 의한 **상급종합병원으로 제한.**

※ 단, 위 대상자에 포함된다 하더라도 손해조사 또는 사고조사가 필요한 경우에는 대상에서 제외될 수 있습니다.

[별첨]

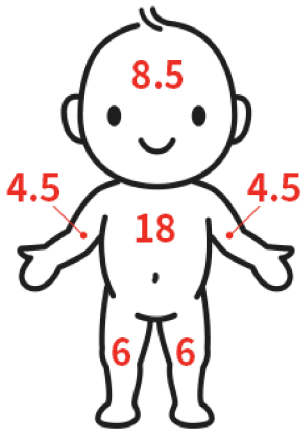
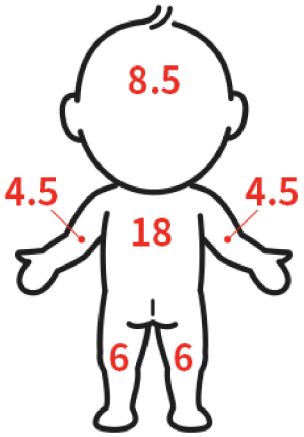
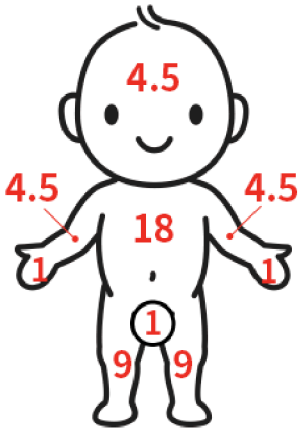
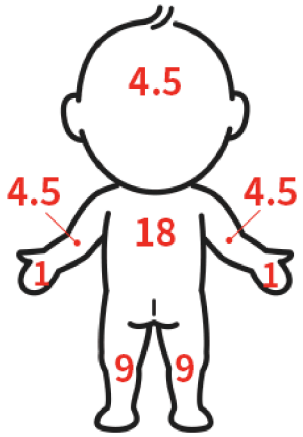
우리금융그룹 ABL

아토피 OSI증명서 (보험회사 제출용)

인적사항				
환자명			주민등록번호	

질병사항				
아토피진단	질병명		질병분류번호	
	발병일		진단일	

병변의 범위(A)	평가점수 : _____

2살 이하		2살 이상	
			

병변의 정도(B)	평가점수 : _____

홍반/암화(Erythema/Darkening)		0 = 없음 1 = 경증(mild) 2 = 중간(moderate) 3 = 중증(sever)
부종/구진화(Edema/papulation)		
진물/가피(Oozing/crusting)		
찰상(Excoriation)		
태선화(lichenification)		
건조(Xerosis)		

총합계	A / 5 [ ] + (7 × B) / 2 [ ] = _____

종합의견 주)	

주) 진단에 대한 의사의 의견을 기입 바랍니다.

증명서 발행일 년 월 일

주소 :

의료기관명 및 부서명 :

의료기관
직인날인

면허번호 : 의사명 : (인)

※ 의료기간 직인날인 및 의사날인이 없는 경우 추가서류를 요청 할 수 있습니다.

입원간병인 사용확인서

▣ 환자(피보험자)

성 명		생년월일	

▣ 간병인 세부 사용 내역

간병인 성명	간병인 사용기간 (년. 월. 일. 시)	간병인 사용일수	입원 의료기관	영수액
	~			
	~			
	~			
	~			
	~			
	~			
	~			
	~			

* '간병인 사용기간'이란 실제 간병인을 사용한 기간으로 공백기간(중단기간)이 존재할 경우에는 공백기간을 제외한 실제 사용기간의 날짜 및 시간을 정확히 기재해 주시기 바랍니다.
* 8시간 미만으로 간병인을 사용한 날의 경우 사용일수에서 제외 후 기재하여 주시기 바랍니다.
* 의료기관을 이전하여 입원하거나 간병인을 교체한 경우 또는 간병인을 연속하여 사용하지 않은 경우 구분하여 작성 해주시기 바랍니다.
* 간병인 성명의 경우 마스킹 하여 작성 부탁드립니다. (마스킹 작성 예시 : 이철○, 김○수..)

상기와 같이 환자(피보험자)를 간병하였음을 확인합니다.

사업자등록번호		작성일	년 월 일
연락처		업체명(직인)	(직인)

* 첨부서류 : ①간병인사용영수증 : 카드전표 또는 현금영수증(간이영수증제외), ②사업자등록증 사본
* 회사는 실제 간병인 사용여부 확인이 필요한 경우 계약자, 피보험자 또는 보험수익자에게 간병인, 병원 종사자 등의 사실관계 확인 또는 추가적인 증빙서류를 요청할 수 있습니다.
* 보험금 청구에 관한 서류에 고의로 사실과 다른 것을 기재하거나 그 서류 또는 증거를 위·변조 하는 행위는 명백한 사기이며, 보험금 지급이 거절됩니다.

표적항암/특정항암호르몬/카티(CAR-T)항암 약물허가치료 확인서

▣ 약제구분(청구하시는 약제의 분류를 체크하여 주시기 바랍니다.)

☐ 표적항암제 ☐ 특정항암호르몬치료 ☐ 카티(CAR-T)항암약물

▣ 환자(피보험자) 인적사항

성 명		생년월일		초진일	

▣ 약물치료 내용

질병명[주1]		질병분류번호[주2]	
발병일		진단일	
의약품 명칭(제품명)		주 성분명	
식품의약품안전처 '효능효과' 범위 사용 여부	☐ 범위 내(on-label) ☐ 범위 외(off-label)	최초 처방(투약)일	
급여적용 여부	☐ 급여 ☐ 비급여	허가범위 외(off-label) 사용 시 건강보험심사평가원 암질환심의위원회 심사결과	☐ 사전 승인 · 기승인 ☐ 사후 승인 · 심사중 ☐ 불승인(거절)
비급여 약제 사용시 허가사항(효능효과)이내 사용근거 및 소견			

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

주2) 질병명에 기재된 모든 암에 대한 질병코드를 기재하며, 한국표준질병사인분류상 네자리코드(C**.*)를 원칙으로 하되, 세자리 코드(C**)도 기입 가능합니다. 가급적 병기 분류 가능한 코드로 기재 바랍니다.

* 기재하신 내용이 확인되는 의무기록 및 투약내역(처방전, 진료비계산서 등)을 함께 제출하여 주시기 바랍니다.

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

▣ 특정항암호르몬허가치료 시 필수 기재 사항

상기 진단이 호르몬 민감성 암종 해당 여부		☐ 해당(YES) ☐ 미해당(NO)
상기 약제의 투약 목적 및 효과	암세포의 성장과 확산 억제/진행속도 감소	☐ 해당(YES) ☐ 미해당(NO)
	호르몬 차단/호르몬 양 감소 효과	☐ 해당(YES) ☐ 미해당(NO)

▣ 상기와 같이 처방(투약) 치료하였음을 확인합니다.

의료기관 명 및 진료과명		의사명	(인)
요양기관번호		면허번호	
전화번호		작성일	년 월 일

* 당사 보험금 청구서 양식 외 요양 기간의 자유 양식을 제출할 수 있으나, 전문의 확인을 통해 상기 내용이 필수적으로 기재해야함을 안내 드립니다.

▣ 치아 치료확인서

우리금융그룹 ABL

1. 환자 기본정보

성 명		생년월일	
발병원인	□ 질병 □ 상해 □ 기타( )	초진일자	년 월 일

2. 초진당시 결손부위 및 치아상태

*해당 치아번호에 V표시 및 치아상태(결손, 우식, 파절, 기존 치료상태를 구분하여 기재)

번호	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
상태																
번호	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
상태																

3. 보존치료

구분		치료종류	질병 코드	치아 번호	치료일
구내방사선	* 보험 급여적용 시에만 보상	□ 급여 □ 비급여			년 월 일
파노라마촬영		□ 급여 □ 비급여			년 월 일
치석제거		□ 급여 □ 비급여			년 월 일
치주질환 (잇몸질환)		□ 급여 □ 비급여 □ 치주소파술 □ 치근활택술 □ 치은절제술 □ 기타( )			년 월 일
		□ 급여 □ 비급여 □ 치주소파술 □ 치근활택술 □ 치은절제술 □ 기타( )			년 월 일
		□ 급여 □ 비급여 □ 치주소파술 □ 치근활택술 □ 치은절제술 □ 기타( )			년 월 일
직접충전		□ 아말감 □ 글래스아이어노머 □ 레진 □ 기타( )			년 월 일
		□ 아말감 □ 글래스아이어노머 □ 레진 □ 기타( )			년 월 일
		□ 아말감 □ 글래스아이어노머 □ 레진 □ 기타( )			년 월 일
간접충전 (인레이/온레이)		□ 금 □ 도재(세라믹) □ 기타( )			년 월 일
		□ 금 □ 도재(세라믹) □ 기타( )			년 월 일
		□ 금 □ 도재(세라믹) □ 기타( )			년 월 일
크라운/ 치수(신경)치료		□ 크라운 □ 치수치료(시작일 :)			년 월 일
		□ 크라운 □ 치수치료(시작일 :)			년 월 일
		□ 크라운 □ 치수치료(시작일 :)			년 월 일

4. 발치/임플란트/브릿지/틀니/임플란트치조골이식 (브릿지와 틀니는 결손부치아를 기재. *해당 치과에서 시행한 내용만 기재)

발치	임플란트	브릿지	틀니	일플란트 치조골이식	질병 분류코드	치아번호	발치일	치료일 (식립일/장착일)
□	□	□	□	□			년 월 일	년 월 일
□	□	□	□	□			년 월 일	년 월 일
□	□	□	□	□			년 월 일	년 월 일
□	□	□	□	□			년 월 일	년 월 일

상기질환으로 인하여 치료하였음을 확인합니다.

병원명		(직인)	의사명		(인)
요양기관기호			면허번호		
전화번호			작성일	년 월 일	

* 병(의)원 직인 및 의사(인)이 누락된 경우 무효
* 작성된 치료확인서와 치과진료차트(의무기록사본)를 함께 접수
* 상기 확인서는 견본양식으로 실무상 필요한 경우 일부를 수정하여 사용할 수 있음

에이비엘생명보험주식회사 귀중

■ 치아보험 청구서류 안내

우리금융그룹 ABL

■ 공통서류 : 1. 보험금청구서 및 개인(신용)정보 처리 동의서(당사양식) 2. 수익자 신분증 사본

틀니, 브릿지, 임플란트, 임플란트치조골이식술 보험금 청구 시	보존치료(아말감, G/I, 인레이 · 온레이, 레진), 크라운치료 보험금 청구 시
1. 공통서류 2. 치아치료확인서(치과 병/의원 담당자가 작성) ■ 필수기재사항 - 치료한 치아의 번호 - 해당 치아의 초진 당시의 치아상태 - 질병분류 코드 - 치료 내용(수술명, 치료명) - 발치일자 3. 치과진료기록 사본(원본대조필) 4. 영구치 발치 전후의 파노라마사진 또는 이에 준하는 판독자료	1. 공통서류 2. 치아치료확인서(치과 병/의원 담당자가 작성) ■ 필수기재사항 - 치료한 치아의 번호 - 해당 치아의 초진 당시의 치아상태 - 질병분류 코드 - 치료 내용(치료한 재료 포함) 3. 치과진료기록 사본(원본대조필)
영구치발치, 치수치료 보험금 청구 시	**주요치주질환치료, 치석제거, 치아촬영보험금 청구 시**
1. 공통서류 2. 치아치료확인서(치과 병/의원 담당자가 작성) ■ 필수기재사항 - 치료한 치아의 번호 - 해당 치아의 초진 당시의 치아상태 - 질병분류 코드 - 치료 내용(수술명, 치료명) - 발치일자 - 치과치료 시작일 3. 치과진료기록 사본(원본대조필)	1. 공통서류 2. 치아치료확인서(치과 병/의원 담당자가 작성) ■ 필수기재사항 - 치료한 치아의 번호 - 해당 치아의 초진 당시의 치아상태 - 질병분류 코드 - 치료 내용(수술명, 치료명) - 발치일자 3. 치과진료기록 사본(원본대조필) 4. 국민건강보험법의 요양급여 및 의료급여항목이 확인되는 요양급여 비용 명세서 또는 진료비납입영수증

※ 상기 서류 이외에 보험금 심사에 필요한 경우 추가로 서류를 요청드릴 수 있습니다.

치아보험 주요 안내사항

치아보험 보장 내용에 대한 주요 안내사항입니다. 감액기간, 연간한도, 보장하지 않는 사항 등 자세한 내용은 해당 약관을 꼭 참고해 주시기 바랍니다.

■ 치아보철치료(틀니, 브릿지, 임플란트), 임플란트치조골이식술 주요 안내사항

1.보철치료보장은 치과치료보장개시일 이후 최초로 치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)을 직접적인 원인으로 영구치를 발치 한 경우 가능합니다. (보험계약일로부터 2년이내 보철치료 시 치료보험금의 50%를 지급합니다.)

2.가철성의치(틀니)치료보험금은 치과치료보장개시일 이후 연간 1회 한도로 지급합니다.

3.고정성가공의치(브릿지) 및 임플란트 치료보험금, 임플란트치조골이식술치료보험금은 치과치료보장개시일 이후 영구치를 발치 한 부위에 치료를 받았을 때, 2년 미만인 경우 연간 3개 한도로 지급하며, 연간 한도 초과 시 치료시기에 상관없이 해당 보험금을 지급하지 않습니다.

4.보철치료에 대하여 수리, 복구 및 대체 치료의 경우 해당 보철치료보험금을 지급하지 않습니다.

5.임플란트치조골이식술의 경우 해당 영구치를 발치한 부위에 특정임플란트치조골이식술치료(골이식술, 골유도재생술, 상악동거상술)를 받고 임프란트치료를 받은 부위에 한하여 보험금을 지급합니다. (보험계약일로부터 2년 이내 시술을 받은 경우 치료보험금의 50%를 지급합니다.)

■ 치아보존치료(아말감, 글래스아이노머, 인레이 · 온레이, 레진), 크라운치료 주요 안내사항

1.보존치료 및 크라운치료보장은 치과치료보장개시일 이후 최초로 치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)을 직접적인 원인으로 보험계약일로부터 1년이내 보존치료 및 크라운치료를 받은 경우 치료보험금의 50%를 지급합니다.

2.크라운 치료보장은 치료보장개시일 이후 치아우식증, 치주질환을 직접적인 원인으로 최초로 영구치에 크라운치료를 받았을 때 연간 3개 한도로 보장합니다.

■ 주요치주질환(잇몸질환), 치석제거(스케일링), 치아촬영보험금

1.치석제거(스케일링)치료보장은 치과에서 '치석제거(스케일링)치료 급여인정기준'에 해당하는 치료를 받았을 경우 지급합니다.(치석제거 치료 1회당 지급하며, 연간 1회 한도로 보장합니다.)

2.주요치주질환치료보장은 '주요치주질환치료 급여인정기준'에 해당하는 치료를 받았을 경우 보장합니다.

3.치아 촬영보장은 국민건강보험법에서 정한 보험급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여항목에 해당하는 치아촬영을 받았을 경우 보장합니다. (치아촬영 1회당 지급합니다.)

4.건강보험 미 적용시 보장대상이 아닙니다.

에이비엘생명보험주식회사 귀중