



치아보험 보험금 청구서류 안내

보내실 곳: (우편번호 03156) 서울특별시 종로구 삼봉로 48, 18층 라이나생명 보험금심사 담당자 앞(고객센터 ☎ 1588-0058)

■ **공통서류**: 1. 보험금청구 및 개인(신용)정보 처리 동의서(당사양식) 2. 수익자 신분증(주민등록증(앞면), 운전면허증, 여권 등) 사본

치아 보철치료(임플란트, 브릿지, 틀니)보험금 청구 시	치아 충전, 크라운치료 보험금 청구 시
1 공통서류 2 당사 치과치료확인서(치과 병의원 담당자가 작성) 또는 의료기관 증명서(진단서 등) ■ 필수기재사항 · 내원일(초진일) · 진단명, 한국표준질병분류번호 · 발거한 영구치의 치아번호, 영구치 발거일 (임플란트 재식립 청구의 경우 임플란트 제거 부위 치아번호, 임플란트 제거일) · 발거 부위에 시행한 보철치료의 종류 및 치료일 (임플란트 치료일, 식립일/브릿지, 틀니 치료일, 장착일) 3 치과진료기록 사본(원본대조필) 4 영구치 발거 전후의 X-RAY 또는 파노라마 사진 또는 이에 준하는 판독자료 ※ 상기 서류 이외에 보험금 심사에 필요할 경우 추가로 판독자료를 요청드릴 수 있습니다.	1 공통서류 2 당사 치과치료확인서(치과 병의원 담당자가 작성) ■ 필수기재사항 · 내원일(초진일) · 진단명, 한국표준질병분류번호 · 치료한 치아번호 · 치료 받은 치아의 치료의 종류(치료한 재료 포함) · 치과치료 종류(일장착일)
	치과통원 보험금 청구 시
	1 공통서류 2 국민건강보험법의 요양급여 및 의료급여 항목이 확인되는 통원일자 별 진료비 납입 영수증(카드결제영수증 불가)
발치, 치수(신경), 치석제거(스케일링), 치조골이식 보험금 청구 시	주요치주질환(잇몸질환) 치료, 방사선촬영 보험금 청구 시
1 공통서류 2 당사 치과치료확인서(치과 병의원 담당자가 작성) ■ 필수기재사항 · 내원일(초진일) · 진단명, 한국표준질병분류번호 · 발거한 영구치의 치아번호, 영구치 발거일 · 치수(신경)치료 치아번호, 치수(신경)치료 완료일 · 보험급여 적용된 치석제거(스케일링) 치료일자 · 골이식 및 골유도재생술 시행 치아번호, 영구치 발거일, 골이식 및 골유도재생술 시행일	1 공통서류 2 당사 치과치료확인서(치과 병의원 담당자가 작성) ■ 필수기재사항(보험급여 적용된 경우만 기재대상) · 내원일(초진일) · 진단명, 한국표준질병분류번호 · 주요치주질환(잇몸질환) 치료부위, 치료내용(치료종류) 치료일자 · 보험급여 적용된 방사선촬영일 3 국민건강보험법의 요양급여 및 의료급여 항목이 확인되는 요양급여비용명세서 또는 진료비 세부내역서

- 회사는 상기 서류 이외에 추가로 서류를 요청할 수 있으며, 구비서류는 원본(또는 원본대조필)을 제출하여야 합니다.
- 입금계좌를 수익자 아닌 타인계좌로 위임할 경우 보험금 수령 위임장(당사양식, 인감날인) 및 원 수익자의 인감증명서(보험금청구 및 수령 위임용)를 첨부하셔야 합니다.
- 수익자가 미성년자인 경우에는 친권자 또는 후견인이 청구 및 수령하셔야 하며, 친권 확인을 위한 미성년자(수익자)기준의 기본증명서, 가족관계증명서와 친권자 서명의 변제무확인서(당사양식) 또는 대표수익자지정동의서(당사양식, 동의자 인감날인 및 인감증명서 포함)를 첨부하셔야 합니다.
- 구비서류중 인감증명서는 본인서명사실확인서로 제출 가능하며, 본인서명사실확인서를 첨부하신 경우 본인서명으로 인감날인을 대신합니다. 단, 본인서명은 본인서명사실확인서에 등록된 서명과 동일해야 함

치아보험 주요 안내사항

치아보험 보장 내용에 대한 주요 안내사항입니다. 가입하신 상품별 보장 내용이 상이할 수 있으니 기타 자세한 사항은 해당 약관을 참조 하시기 바랍니다.

■ 치아 보철치료(틀니, 브릿지, 임플란트) 주요 안내사항

1. 보철치료 보장은 보철치료 보장개시일부터 치아우식증(충치) 또는 치주질환(잇몸질환)을 원인으로 영구치를 발거한 경우 가능하며, 보험계 약일로부터 2년 이내 보철치료 시, 치료보험금의 50%를 지급합니다.
2. 가철성치의(Denture, 틀니) 치료보험금은 보철치료보장개시일 이후 연간 1회 한도로 지급합니다.
3. 고정성가공의치(Bridge, 브릿지) 및 임플란트(Implant)의 치료보험금은 보철치료보장개시일 이후 영구치를 발거한 부위에 치료를 받았을 때 영구치 발거 1개당 연간 3개 한도로 지급합니다. 다만, 연간 한도 초과 시 치료시기에 상관없이 해당 치료보험금을 지급하지 않습니다.
4. 보철치료에 대하여 수리, 복구 및 대체치료의 경우 해당 보철치료보험금을 지급하지 않습니다.

■ 치아 충전, 크라운 치료 주요 안내사항

1. 충전치료보장은 보장개시일 이후 치아우식증(충치)을 직접적인 원인으로 최초로 영구치에 충전치료를 받았을 때 연간 한도에 따라 보장하여 드립니다.
2. 크라운치료보장은 보장개시일 이후 치아우식증(충치), 치주질환을 직접적인 원인으로 최초로 영구치에 크라운치료를 받았을 때 연간 한도에 따라 보장하여 드립니다.

■ 치과통원, 주요치주질환(잇몸질환), 치석제거(스케일링), 방사선촬영 보험금

1. 의료기관 중 치과에 국민건강보험법의 요양급여 및 의료급여 항목에 해당하는 치료를 직접적인 목적으로 치료 또는 통원 시 보장해드립니다.
2. 치석제거(스케일링)치료는 건강보험 적용 시 연간 1회 한도로 보장합니다.
3. 건강보험 미적용시 보장대상이 아닙니다.

※ "연간"이라 함은 치료보장개시일 이후 계약일로부터 매 1년 단위로 도래하는 계약당일 전일까지의 기간을 의미합니다.

※ 치아보험의 보장내용은 보험계약일 및 상품종류에 따라 보장 내용이 상이할 수 있습니다.