

인적사항 및 안내방법 선택

피급여자 (치료받으신분)	주민등록번호	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] - [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []			
	성명			전화번호	
	하시는일			E-mail	

수익자 (보험금 지급 받으실 분)	성명			전화번호	
	주민등록번호	-		E-mail	
	주소				
	지급계좌	은행명	계좌번호	예금주	
	지급방법	<input type="checkbox"/> 일시금 <input type="checkbox"/> 분할금 <small>암생활자금급여, 장기간병치료급여, 소득보장급여 등을 청구하신 경우에만 체크하여 주시기 바랍니다.</small>			
안내방법	<input type="checkbox"/> 알림톡(SMS) <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> 우편 <input type="checkbox"/> 미신청 <small>※ 안내방법을 선택하지 않으신 경우 SMS로 안내해드립니다.</small>				

사고 관련사항

※ 청구내용에 따라 심사 후 추가서류 제출을 요청할 수 있으며, 세부유형에 대해 상세히 기재하신 경우 신속한 보험금 지급이 가능합니다.

실손 타사 가입여부	<input type="checkbox"/> 예 (보험사 : _____) <input type="checkbox"/> 아니오
------------	--

병명(증상)						
병원명	초진병원 :				치료병원 :	
사고유형	<input type="checkbox"/> 질병 <input type="checkbox"/> 재해(사고) <input type="checkbox"/> 기타	세부유형	<input type="checkbox"/> 사망 <input type="checkbox"/> 장애 <input type="checkbox"/> 진단 <input type="checkbox"/> 수술 <input type="checkbox"/> 입원 <input type="checkbox"/> 골절 <input type="checkbox"/> 간병 <input type="checkbox"/> 실손 <input type="checkbox"/> 통원 <input type="checkbox"/> 기타[_____]			
			<small>※ 사망하신 분이 본회 장기저축급여 회원인 경우, 장기저축급여 및 유족급여금도 신청하시기 바랍니다. ※ 제왕절개 수술급여금을 청구하신 분이 본회 장기저축급여 회원인 경우, 출산축하금도 신청하시기 바랍니다. 장기저축급여, 유족급여, 출산축하금 신청방법은 본회 홈페이지 또는 회원콜센터(1577-3400(1번))로 문의바랍니다.</small>			
사고내용 (질병은 제외, 재해일 경우 필히 기재)	● 일 시 : _____ 년 _____ 월 _____ 일 ● 사고경위 : _____ ● 사고장소 : _____ ● 자동차보험처리여부 : <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 (보험사 : _____) ● 산재보험처리여부 : <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오					

보험금 접수 시 필수 확인사항 (확인란에 체크 부탁드립니다.)

보험금 청구와 관련하여 아래의 설명을 듣고, 별지 「보험금 청구를 위한 개인(신용)정보 수집·이용·제공·조회 동의서」에 대한 내용을 확인 후 이에 동의합니다. ① 청구하신 보험금은 보험금 청구서류를 접수한 날로부터 3영업일 이내(단, 지급사유의 조사나 확인이 필요한 경우에는 10영업일 이내)에 보험금을 지급하여 드리며, 보험금 심사·지급이 지연되는 경우에는 해당상품의 약관에 따라 지연이자를 더하여 지급합니다. ② 청구내용에 따라 심사후 추가서류 제출을 요청드릴 수 있으며, 손해사정회사를 통한 현장심사(심층심사)가 진행될 수도 있습니다. ※ 보험사기(허위입원, 고의사고, 피해과장, 서류 위·변조는 범죄로서, 보험사기방지 특별법에 의거 10년이하의 징역이나 5천만원 이하의 벌금에 처해질 수 있습니다.	(필수) <input type="checkbox"/> 확 인
---	--

년	월	일	수익자 _____	서명(인)
---	---	---	-----------	-------



[필수] 보험금 청구를 위한 개인(신용)정보 수집·이용·제공·조회 동의서 [1/3]

- 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.
- 각 제공기관 및 이용목적의 구체적인 정보는 본회 [홈페이지\(www.ktcu.or.kr\)](http://www.ktcu.or.kr)에서 확인할 수 있습니다.

1. 수집·이용에 관한 사항

수집·이용 목적	<ul style="list-style-type: none"> • 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
보유 및 이용기간	<ul style="list-style-type: none"> • 동의일로부터 거래 종료 후 5년까지 (단, 다른 관련 법령에 해당하는 경우 해당 법령상의 보존기간을 따름) (단, 거래종료 후 5년이 경과한 후에는 보험금 지급, 금융사고 조사, 분쟁해결, 보험사기 방지·적발, 민원처리, 법령상 의무이행을 위한 경우에 한하여 보유·이용하며, 별도 보관) <p>※ 위 보유 기간에서의 거래 종료일이란 "①보험계약 만기, 해지, 취소, 철회일 또는 소멸일 및 ②보험금 청구권 소멸시효 완성일(상법 제662조), ③채권·채무 관계 소멸일 중 가장 나중에 도래한 사유를 기준으로 판단한 날"을 말한다.</p>

수집·이용 항목

고유식별정보	주민등록번호, 외국인등록번호, 여권번호, 운전면허번호				
민감정보	피급여자의 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	<ul style="list-style-type: none"> • 일반개인정보: 성명, 주소, 생년월일, 이메일, 유무선 전화번호, 성별, 국적, 직업, 피급여자와 수익자의 관계, 국내거소신고번호 • 신용거래정보: 금융거래 업무 관련 정보(보험금 지급계좌 등), 보험계약정보(상품종류, 기간, 보험가입금액 등), 보험금정보(보험금 지급사유, 지급금액 등) 				
	위 <u>고유식별정보</u> 수집·이용에 동의하십니까?	피급여자	<input type="checkbox"/> 동의함	수익자	<input type="checkbox"/> 동의함
	위 <u>민감정보</u> 수집·이용에 동의하십니까?	피급여자	<input type="checkbox"/> 동의함	수익자	<input type="checkbox"/> 동의함
	위 <u>개인신용정보</u> 수집·이용에 동의하십니까?	피급여자	<input type="checkbox"/> 동의함	수익자	<input type="checkbox"/> 동의함



[필수] 보험금 청구를 위한 개인(신용)정보 수집·이용·제공·조치 동의서 [2/3]

2. 제공에 관한 사항

제공받는 자	<ul style="list-style-type: none"> • 공공기관 등 : 교육부, 금융위원회, 국토교통부, 금융감독원, 국세청, 보험요율산출기관 등 법령상 업무 수행기관(위탁사업자 포함) • 종합신용정보집중기관 : 한국신용정보원 • 보험회사 등 : 생명·손해보험회사, 국내·국외 재보험사, 공제사업자, 체신관서(우체국보험) • 금융거래기관 : 계좌개설 금융기관, 금융결제원 • 계약관계자 : 피보험자, 보험금 청구권자 • 보험협회 등 : 생명·손해보험협회 • 기타 : 의료기관, 법률사무소 등 • 수익자(피급여자와 수익자가 다른 경우에 한함)
제공받는 자의 이용목적	<ul style="list-style-type: none"> • 공공기관 등 : 법령에 따른 업무수행(위탁업무 포함) • 종합신용정보집중기관 : 개인(신용)정보 조회, 신용정보의 집중관리 및 활용 등 법령에서 정한 종합신용정보집중기관의 업무 수행 • 보험회사 등 : 중복보험 확인 및 비례보상, 재보험금 청구 • 금융거래 기관 : 금융거래 업무 • 계약관계자 : 손해사정내용 관련 정보 제공 • 보험협회 : 보험금 지급심사 관련 업무지원(보험금 청구서류 접수 대행 서비스 등) • 기타 : 의료심사 및 자문, 소견서발급, 진료기록 열람, 법률자문 및 소송관련 업무 등 • 수익자(피급여자와 수익자가 다른 경우에 한함) : 보험금 지급 결과 확인
보유 및 이용기간	<ul style="list-style-type: none"> • 제공받는 자의 이용목적 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.

■ 제공 항목

고유식별정보	주민등록번호, 외국인등록번호, 여권번호, 운전면허번호			
	위 고유식별정보 제공에 동의하십니까?	피급여자 <input type="checkbox"/> 동의함	수익자 <input type="checkbox"/> 동의함	
민감정보	피급여자의 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)			
	위 민감정보 제공에 동의하십니까?	피급여자 <input type="checkbox"/> 동의함	수익자 <input type="checkbox"/> 동의함	
개인(신용)정보	<ul style="list-style-type: none"> • 일반개인정보: 성명, 주소, 생년월일, 이메일, 유무선 전화번호, 성별, 국적, 직업, 피급여자와 수익자의 관계, 국내거소신고번호 • 신용거래정보: 금융거래 업무 관련 정보(보험금 지급계좌 등), 보험계약정보(상품종류, 기간, 보험가입금액 등), 보험금정보(보험금 지급사유, 지급금액 등) 			
	위 개인신용정보 제공에 동의하십니까?	피급여자 <input type="checkbox"/> 동의함	수익자 <input type="checkbox"/> 동의함	



[필수] 보험금 청구를 위한 개인(신용)정보 수집·이용·제공·조회 동의서 [3/3]

3. 조회에 관한 사항

조회 대상 기관	<ul style="list-style-type: none"> • 종합신용정보집중기관, 보험요율산출기관, 생명·손해보험협회
조회 목적	<ul style="list-style-type: none"> • 종합신용정보집중기관: 보험사고·보험사기 조사 및 보험금지급·심사 • 보험요율산출기관 : 보험사고·보험사기 조사 및 보험금지급·심사, 법령에 의한 업무수행 등 • 생명·손해보험협회: 보험금 청구서류 접수대행 서비스
조회 동의의 효력기간	<ul style="list-style-type: none"> • 동의일로부터 거래 종료 후 5년까지 (단, 다른 관련 법령에 해당하는 경우 해당 법령상의 보존기간을 따름) (단, 거래종료 후 5년이 경과한 후에는 보험금 지급, 금융사고 조사, 분쟁해결, 보험사기 방지·적발, 민원처리, 법령상 의무이행을 위한 경우에 한하여 보유·이용하며, 별도 보관) ※ 위 보유 기간에서의 거래 종료일이란 "①보험계약 만기, 해지, 취소, 철회일 또는 소멸일 및 ②보험금 청구권 소멸시효 완성일(상법 제662조), ③채권·채무 관계 소멸일 중 가장 나중에 도래한 사유를 기준으로 판단한 날"을 말한다.

■ 조회 항목

고유식별정보	주민등록번호, 외국인등록번호, 여권번호, 운전면허번호			
	위 <u>고유식별정보 조회</u> 에 동의하십니까?	피급여자 <input type="checkbox"/> 동의함	수익자 <input type="checkbox"/> 동의함	
민감정보	피급여자의 질병·상해에 관한 정보(진료기록, 상병명 등)			
	위 <u>민감정보 조회</u> 에 동의하십니까?	피급여자 <input type="checkbox"/> 동의함	수익자 <input type="checkbox"/> 동의함	
개인(신용)정보	<ul style="list-style-type: none"> • 일반개인정보: 성명, 국내거소신고번호 • 신용거래정보: 보험계약정보(상품종류, 기간, 보험가입금액 등), 보험금정보(보험금 지급사유, 지급금액 등) 			
	위 <u>개인신용정보 조회</u> 에 동의하십니까?	피급여자 <input type="checkbox"/> 동의함	수익자 <input type="checkbox"/> 동의함	

※ 피급여자 및 수익자가 미성년자인 경우 법정대리인(부모, 친권자 또는 후견인)이 서명하시고, 다른 일방의 의사에 반하지 않는다면 법정대리인 중 일방이 부모 공동명의로 서명할 수 있습니다. 이에 동의하십니까?
(피급여자가 미성년자인 경우 필수)

동의함

20 년 월 일

피급여자	서명(인)	친권자 (법정대리인)	관계:	서명(인)
수익자	서명(인)	후견인	관계:	서명(인)

1. 보험금 청구 관련 안내

- 회원님의 금번 발생하신 보험사고에 대하여 심심한 위로의 말씀을 드리며, 『보험금 청구 유형별 구비서류 안내장』을 참고 하시어 해당 서류를 접수하여 주시면 신속히 처리하여 드릴 수 있도록 최선을 다하겠습니다.
- 청구내용에 따라 『보험금 청구유형별 구비서류』 이외에도 추가서류 제출을 요청 드리는 경우가 있을 수 있습니다.
- 청구내용에 따라 손해사정을 위한 현장심사(심층심사)가 진행될 수 있으며, 이 경우 본회와 계약 체결된 손해사정회사의 담당자가 별도로 연락을 드립니다.
- 보험금 받으실 통장은 수익자(보험금 지급 받으시는 분) 명의의 통장이어야 합니다.(수익자가 미성년자인 경우에는 친권자 통장)
- 보험금 청구서류 접수방법 ※ 모든 청구서류는 한글 또는 영문으로 제출하여 주시기 바랍니다.

등 기 우 편 접 수	서울 영등포구 여의나루로 50 The-K한국교직원공제회 보험사업부 심사지원팀(우편번호:07328)
팩 스 접 수	FAX 02-3278-9696 ※ 팩스접수 후 보험CS콜센터[1577-3400(2번)]로 팩스도착 여부 확인 및 상담
P C / 모 바 일 접 수	본회 홈페이지 인터넷창구 → 보험 → 청구 → 사고보험금 청구 ① 피급여자와 수익자가 동일한 경우(성년에 한함) ② 피급여자가 가입자의 미성년 자녀(만 19세 미만)이며 수익자를 가입자로 지정한 경우
방 문 접 수	여의도 본사 및 각 시도지부

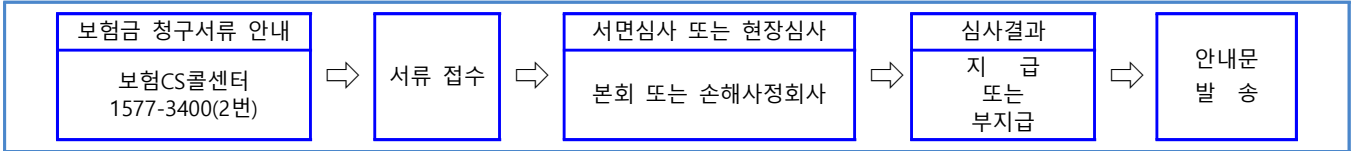
※ 팩스 및 인터넷/모바일 접수는 실손의료비 청구보험금 300만원 이하, 실손 이외 정액 청구보험금 300만원 이하인 경우만 가능합니다.
 ※ 등기우편 및 방문 접수 시 진단서, 진료비계산서, 가족관계증명서 등의 병원이나 공공기관 서류는 원본으로 제출하여 주시기 바랍니다.
 [본회로 제출하신 서류는 반환하지 않으니 양해하여 주시기 바라며, 등기우편이나 택배 발송시의 비용은 발송하시는 분께서 부담하셔야 합니다.]

2. 보험금 청구 소멸시효

- 보험금 청구 서류를 사고발생일로부터 3년 이내에 접수하지 않으면 청구권이 소멸됩니다. (상법 제662조)
- ※ 단, 2015.3.12(상법 개정일) 이전 발생한 사고보험금 청구 소멸시효는 2년입니다. (실제 치료일자 기준)

3. 보험금 지급절차 안내

- 청구서류가 보험사업부 심사지원팀으로 접수되면 담당자가 지정되며, 담당자 성명 및 연락처를 SMS로 안내드립니다.
- 서류발송 전 문의사항, 담당부서, 담당자 연락처 등은 보험CS콜센터[1577- 3400(2번)]로 문의하시기 바랍니다. (영업일 09시~18시)



4. 손해사정사 선임 및 현장심사

- 보험금 지급여부 결정을 위해 사고 현장심사, 병원 방문 등이 필요한 경우 보험업법에 따라 공인된 손해사정회사에게 현장심사 업무를 위탁할 수 있으며, 이 경우 비용은 본회가 부담합니다.
- 회원님께서도 보험사고의 손해사정을 위해 별도로 손해사정사를 선임할 수 있으며, 이 경우 비용은 회원님께서 부담하셔야 합니다.

5. 장해진단서 제출시 유의사항

- 장해진단서를 제출하시는 경우에는 3차 의료기관(500 병상 이상의 대학병원 및 종합병원)에서 진단을 요청 드리며, 해당 보험약관에 따라 필요서류가 상이할 수 있으므로 병원 진단서 발급 전에 보험CS콜센터[1577- 3400(2번)]에 문의하여 주시기 바랍니다.

6. 의료심사

- 보험금 지급심사 과정에서 본회의 의료심사 또는 제3 의료기관에서 의료자문이 이뤄질 수 있으며, 그 비용은 본회가 부담합니다.

7. 보험사간 치료비 분담 지급(비례보상) 등

- 실손의료비를 보장하는 타보험사의 상품에 복수로 가입하신 경우 보험약관에 따라 비례보상 원칙을 적용하여 보험계약별로 보험금을 분담하여 지급할 수 있습니다.

8. 보험금 지급 안내 및 심사 절차 조회 방법

- 청구서 및 구비서류가 접수된 날부터(접수일 : 청구서 및 구비서류가 본회에 도착한 날) 3영업일 이내에 보험금을 지급하여 드립니다. 다만, 보험금 지급사유의 조사나 확인이 필요한 때에는 접수 후 10영업일 이내에 보험금을 지급하여 드립니다.
- 본회는 약관에서 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 아니하였을 때에는 그 지급기일의 다음날부터 지급일까지의 기간에 대하여 본회와 정한 이율에 의하여 계산한 금액을 보험금에 더하여 드립니다. 단, 가입자나 피급여자 등의 책임있는 사유로 보험금 지급이 지연된 때에는 그 해당기간에 대한 이자는 지급되지 않을 수 있습니다.
- 보험금 심사결과(지급, 부지급 등)를 서면, 유선, SMS 등의 방법으로 안내하여 드립니다.
- 본회가 보험금 지급사유의 심사 및 확인을 위하여 약관에서 정한 지급기일내에 보험금을 지급하지 못할 것으로 예상되는 경우에는 그 구체적인 사유, 지급예정일에 대하여 피급여자 또는 수익자에게 서면, 유선 등의 방법으로 안내하여 드립니다.
- 보험금 청구하신 경우, 심사지원팀에 청구서류가 접수된 후 부터는 홈페이지에서 보험금 지급심사 진행상황 및 지급내역을 확인하실 수 있습니다.

9. 재심사 청구

- 본회의 보험금 부지급 결정 및 보험금 결정액에 동의하지 않는 경우 심사담당자 또는 보험CS콜센터[1577-3400(2번)]로 연락하시면 재심사 받으실 수 있습니다.

※ 실손 중 통원의료비(외래의료비, 처방조제비) 청구 시 유의사항

- 병명이 다른 경우, 병명별로 본 청구서 및 개인정보처리동의서[1/3, 2/3, 3/3]를 각각 작성해 주시기 바랍니다.
- 청구 병명별 진료비계산서상의 본인부담금 합계액이 10만원 이하인 경우(외래와 처방 각각, 지급금액 기준)에는 의료기관의 병명확인 서류없이 기재하신 상기 병명(중상)으로 처리하오니 필히 기재하여 주시기 바랍니다. 심사 후 필요한 경우, 의료기관 서류를 추가로 요청드립니다. [단, 보험금 지급 제외대상이 많은 진료과(산부인과, 향문외과, 비뇨기과, 피부과, 정신과, 성형외과 등)의 의료비를 청구하시는 경우나 가입일(부활일)로부터 6개월이내 청구하시는 경우에는 지급금액(10만원 이하인 경우에도)과 상관없이 병명 등을 확인할 수 있는 의료기관 서류를 제출해 주셔야 합니다.]
- 신용카드 영수증으로는 처리 불가하며, 보장 제외금액 [예시 : 90%보장 실손<1일당 상급의료기관(대학병원 등) 2만원, 병원 및 종합병원 1.5만원, 의원 1만원, 약제비 8천원>] 이하의 진료비 계산서는 지급액이 발생하지 않으니 발송하지 마시고, 크기가 작아 분실 우려가 있는 약제비 영수증 등은 내역이 보이도록 A4용지에 부착하여 발송하여 주시기 바랍니다.