

실손 의료비 보험금 청구 서류 접수 대행 서비스 신청서

■ 보험회사에서는 고객님의 실손의료보험을 2개 이상 다수회사에 가입한 경우, 보험금 청구서류를 회사마다 각각 제출해야 하는 불편함을 덜어 드리고자 고객님의 서류를 다른 보험회사로 전송해 드리고 있습니다. 동 서비스는 실손 의료비특약만 해당되며, 다른 특약은 해당되지 않습니다.

[서비스 이용 동의]

- ① 본인은 신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률 제32조 규정에 따라 보험금 지급심사의 목적으로 본인의 보험금 청구서류 일체를 보험회사(생명보험회사,손해보험회사), 유관기관(생명보험협회, 손해보험협회) 및 손해사정업무를 위탁받은 회사로 제공하는 것에 동의합니다. 손해사정 업무를 위탁 회사명의 확인을 원하실 경우에는 당해 보험회사로 문의 주시기 바랍니다.
- ② 보험금 지급심사를 위해 필요 시 추가로 관련서류 제출을 요청할 수 있으며, 피보험자는 동일하나 수익자가 상이할 경우에는 각각의 수익자 명의의 통장 사본 제출을 별도로 요구할 수 있습니다.
- ③ 이 서비스와 관련하여 정보보유 및 이용기간은 보험금 지급심사를 위하여 보험계약의 효력 종료 시까지 또는 보험금 청구권 및 반환청구권 소멸 시 까지 입니다.
- ④ 이 서비스를 신청하는 경우 타 보험회사에서는 고객님의 보험금 청구서류를 수신(접수)한 날이 보험금 청구일이 됩니다.

■ 이 서비스를 신청하시겠습니까? (예 / 아니오)

■ 고객님의 보험금 청구서류를 전송할 회사를 기재해 주세요

□ 중복보험 가입된 모든 회사

:

□ 서류를 보내고자 하는 회사

:

20 년 월 일 청구자 _____ (서명)