실손의료비 보험금 청구서류 접수대행 서비스 신청서

보험회사에서는 고객님께서 실손의료보험을 2개 이상 다수회사에 가입한 경우, 보험금 청구서류를 회사마다 각각 제출해야 하는 불편함을 덜어 드리고자 고객님의 서류를 다른 보험회사로 대신 전송해드리고 있습니다. 동 서비스는 실손의료비 특약만 해당되며, 다른 특약은 해당되지 않습니다.

서비스 이용을 위한 동의

① 본인은 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제 32조의 규정에 따라 보험금 지급 심사의 목적으로 본인의 보험금 청구서류 일체를 보험회사(손해보험사, 생명보험사) 및 공제기관(우정사업본부 포함), 유관기관(손해보험협회, 생명보험협회) 및 손해사정 업무를 위탁받은 회사로 제공하는 것에 동의합니다. 손해사정 업무 위탁회사명의 확인을 원하실 경우에는 당해 보험회사로 문의하여 주시기 바랍니다.

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

③ 이 서비스와 관련하여 정보보유 및 이용기간은 보험금 지급심사를 위하여 보험계약의 효력 종료시까지 또는 보험금 청구권 및 반환청구권 소멸시까지 입니다.

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

- 상기 내용에 동의하시고 이 서비스를 신청하시겠습니까?

  ☐ 예 ☐ 아니오

- 고객님의 보험금 청구서류를 전송할 회사에 체크하여 주세요.

  ☐ 중복가입된 모든 회사에 전송

  ☐ 다음의 회사에만 전송 (, , , ,)

동의일 : 20 년 월 일

피보험자(성명) : (서명)

법정대리인(성명) : (서명)

보험수익자(성명) : (서명)