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 전송해 드리고 있습니다.

동 서비스는 <u>실손의료비 계약만</u> 해당되며, 다른 계약은 해당되지 않습니다.

<서비스 이용 동의>

① 본인은「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」제32조의 규정에 따라 보험금 지급심사의 목적으로 본인의 보험금 청구서류 일체를 보험회사(생명보험사, 손해보험사), 유관기관(생명보험협회, 손해보험협회) 및 손해사정 업무를 위탁받은 회사로 제공하는 것에 동의합니다. 손해사정 업무 위탁회사명의 확인을 원하실 경우에는 해당 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 종료 시까지 또는 보험금 청구권 및 반환청구권 소멸시까지 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 회사에 체크하여 주세요.

☐ 중복 가입된 모든 회사

☐ 서류를 보내고자 하는 회사 (　　,　　,　　)

20　년　월　일　　**● 수익자 / 청구인 : _____ 서명 (인)**