실손의료비 청구서류 접수대행 신청서

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

● 서비스 이용을 위한 동의

① 본인은 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제32조의 규정에 따라 보험금 지급심사의 목적으로 본인의 보험금 청구서류 일체를 보험회사(손해보험사, 생명보험사), 유관기관(손해보험협회, 생명보험협회) 및 손해사정 업무를 위탁받은 회사로 제공하는 것에 동의합니다. 손해사정 업무를 위탁받은 회사명의 확인을 원하실 경우에는 해당 보험회사로 문의하여 주시기 바랍니다.

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

③ 고객님의 보험금 청구서류는 보험금 지급심사를 위하여 보험계약의 효력 종료시까지 또는 보험금 청구권 및 반환청구권 소멸시까지 보유합니다.

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

상기 내용에 동의하시고 이 서비스를 신청하시겠습니까? 예 ☐ 아니오 ☐

고객님의 보험금 청구서류를 제공할 회사를 체크하여 주십시오.

- 실손보험 중복가입 된 모든 보험회사에 전송 ☐
- 서류를 보내고자 하는 회사 (_____, _____, _____)

작성일 : 년 월 일 ✓ 청구인 : (서명/인)

사고자 와의 관계 :