<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 실손의료비 특약만 해당되며, 다른 특약은 해당되지 않습니다.

<서비스 이용 동의>

① 본인은「신용정보의 이용 및 보호에 관한법률」제32조의 규정에따라 ***보험금 지급심사의 목적***으로 본인의 보험금 청구서류 일체를 ***보험회사***(생명보험사,손해보험사), ***유관기관***(생명보험협회,손해보험협회) 및 ***손해사정 업무를 위탁받은 회사로 제공***하는 것에 동의합니다. 손해사정 업무 위탁회사명의 확인을원하실경우에는 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 이용기간***은 보험금 지급심사를 위하여 ***보험계약의 효력 종료시까지 또는 보험금 청구권 및 반환청구권 소멸시***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 체크하여 주세요.

□ 중복 가입된 모든회사

□ 서류를 보내고자 하는 회사 (, ,)

20 년 월 일 청구자 (서명)