실손 의료비 보험금 청구서류 접수대행 서비스 신청서

◆ 보험회사에서는 고객님께서 실손 의료보험을 2개 이상 다수회사에 가입한 경우, 보험금 청구서류를 회사마다 각각 제출해야 하는 불편함을 덜어드리고자 고객님의 서류를 다른보험회사로 대신 전송해드리고 있습니다.
동 서비스는 실손의료비 특약만 해당되며, 다른 특약은 해당되지 않습니다.

서비스 이용 동의

① 본인은 귀사가 본인으로부터 취득한 본인의 보험금 청구서류 일체에 포함된 개인(신용)정보를 「개인정보보호법」 제 17조 및 제 22조, 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제 32조의 규정에 따라 아래와 같이 제3자에게 제공하는 것에 대해 동의 합니다.

□ 개인(신용)정보를 제공받는 자
- ㅇ 보험회사(손해보험사, 생명보험사), 유관 기관(손해보험협회, 생명보험협회) 및 손해사정 업무를 위탁받은 회사. (손해사정 업무 위탁회사명의 확인을 원하실 경우에는 당해 보험회사로 문의하여 주시기 바랍니다.)

□ 개인(신용)정보를 제공받는 자의 이용목적
- ㅇ 보험금 지급 및 심사 업무, 보험금 지급관련 분쟁대응 및 고객이력 관리, 민원처리 및 소비자 보호, 증빙서류 보존

□ 제공받는 자의 개인(신용)정보 보유 •이용기간
- ㅇ 제공 동의일로부터 개인(신용)정보의 제공목적을 달성할 때까지

※귀하는 상기 동의를 거부할 수 있습니다. 다만, 이에 대한 동의를 하시지 않을 경우에는 보험금 청구서류 접수대행 서비스의 정상적인 제공이 불가능할 수 있음을 알려 드립니다.

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

확인사항

◆ 동 서비스를 신청하시겠습니까? (예 ○ 아니오 ○)

◆ 고객님의 보험금 청구서류를 전송할 회사에 체크하여 주세요.
□ 중복가입 된 모든 회사
□ 서류를 보내고자 하는 회사 (, ,)

20 년 월 일 청구자 _____ (인)

롯데손해보험