

팩스서비스

meritz 메리츠화재

항상 저희 메리츠화재를 이용해 주시는 고객님께 감사 드립니다.
이 팩스자료는 고객님의 편의를 위하여 제공 중인 서비스입니다.
혹시 다른 분께서 이 팩스를 받으셨다면 아래의 받으실 분께 전달해 주시면 감사하겠습니다.

수신

받으실 분	이일환 님	팩스 번호	050-4189-0614
-------	-------	-------	---------------

발신

보낸사람	이정호	팩스 번호	
		전화 번호	010-6232-4634

내용

제목	메리츠화재입니다.
메모	자문동의서 송부드립니다.

전송일 2026년01월09일 금 03시36분23초 오후

의료자문 관련 안내 및 동의서

피보험자	성명	최대남	성별	남, 여
	생년월일			
	주소			

상기 본인은 메리츠화재해상보험(주)(이하 "당사"라 합니다)로부터 손해사정 또는 보험금 심사에 참고하기 위하여 의료법 제77조의 전문의(의료자문 대행업체 위탁의사 포함)에게 의학적 판단을 받을 것에 동의하며, 당사로부터 다음의 사항에 대하여 설명을 들었음을 확인합니다.

- 다 음 -

1. 의료자문 의뢰 사유(중첩 가능)

- 보험금 청구내용과 제출된 자료가 상이 고객 등의 주장과 관련기록상 내용 상이
 손해액 산정, 면·부책 여부를 판단함에 있어 제출된 자료의 의학적 정보 부족
 기타(하단 상세 기재)

2. 의료자문 의뢰 내용(중첩 가능)

- 전반적 상태 인과관계 및 관여도 향후 치료내용 및 기간
 장애율 및 장애기간 진단 또는 수술 적정성 기타(하단 상세 기재)

3. 의료자문 의뢰 시 제공하는 자료의 내역(중첩 가능)

- 진단서 또는 소견서 진료기록 및 간호기록 각종 검사기록(영상자료 포함)
 기타(하단 상세 기재)

- 추가 안내 사항 -

- 당사는 상기 의료자문 결과에 따라서 보험금을 감액 또는 부지급하는 경우 의료자문기관과 그 자문의견을 안내합니다. 보험금 청구권자의 요청 시 소견서 등 자문화신 서류의 사본 제공이 가능합니다. 단, 개인정보보호법에 따라 의료판정 의사의 신상은 공개되지 않습니다.
- 상기 의료자문 결과에 다름이 있을 경우 약관에 따라 제3의 전문의료기관 전문의 판정절차에 따라 진행이 가능하고 그 판정 비용은 보험회사가 부담합니다.

년 월 일

동의 및 확인자:

(피보험자와의 관계:

최대남)

* 환자본인이 미성년자인 경우에는 법정 대리인이 작성하며, 피보험자가 사망한 경우에는 보험수익자가 작성합니다.

meritz 메리츠화재