제3의료기관 의료자문 동의 및 설명의무 확인서

의료심사 대상자 (피보험자)	성명	이 상 섭	생년월일	610120
	주소	서울시 성북구		

본인은 한화생명보험에 청구한 보험금지급 심사와 관련하여 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의에게 의학적 판단을 받을 것에 동의하며, 의료자문에 필요한 개인(신용)정보를 의료자문업체를 포함한 의료기관(전문의)에 제공하는데 동의합니다.

■ 한화생명보험이 손해사정업무를 위탁한 다스카손해사정으로부터 아래의 사유 등으로 의료자문을 시행하는 사실에 대해 설명 받았음

- ☐ 담당의사 소견거부
- ☐ 청구내용 불일치(검사 및 치료내용이 청구내용과 상이)
- ☐ 의학적 재검토 필요
- ☐ 의학적 근거 미비(제출된 자료의 미비, 부실기재 등)
- ☐ 전문의학정보 필요
- ☑ 보험금 청구권자 요청
- ☐ 대외민원(금감원 권고) ☐ 기타 ( )

■ 의료자문 시 진료기록(진단서 또는 소견서, 영상자료를 포함한 검사기록, 간호기록 등) 등 일체 자료에 대해 전문의(의료기관 및 의학단체)에게 제공됨을 설명 받았음

■ 전문의(의료기관)에게 의뢰할 의료자문 내용에 대해 설명 받았음
(의뢰내용 : 입원 적정성)

■ 보험수익자(계약자)와 협의하여 의료법 제3조(의료기관)의 규정에 의한 종합병원 소속 전문의에게 의료자문 진행함을 설명 받았음
(의료자문 기관(업체) 명 : 우리메디컬 의료기관명 : 여의도성모 정형외과 유지현 전문의

■ 직전 1년간 의료자문 시행한 자문의 피하는 것이 원칙이지만, 자문중개업체를 통하는 경우 중복될 가능성이 있으며, 직전 1년간 의료자문을 시행한 의료기관 현황은 첨부자료와 같습니다 (설명 받았음을 확인함)

■ 확인대상자(계/피/수)는 의료자문 진행과 관련된 상기 절차에 대하여 충분히 설명을 듣고 이에 동의하며(동의시 ✓),자문결과는 아래 표에서 선택한 방식에 따라 안내 받을 수 있음을 설명 받았음

구분	설명확인/동의	결과 안내	연락처 or 주소
계약자	☑	☑문자/☐메일/☐우편	010-4322-9704
피보험자	☑	☑문자/☐메일/☐우편	010-8759-0366
수익자	☑	☑문자/☐메일/☐우편	010-4322-9704

26 년 2 월 6 일

계약자 성명 : 김정남 (서명) 김정남

피보험자 성명 : 이상섭 (서명) 김정남

수익자(청구자) 성명 : 김정남 (서명) 김정남