



의료자문 설명 및 동의서

귀하의 보험금 청구와 관련하여 당사에서는 아래와 같이 의료자문을 시행하여 보험금 지급의 적정성을 확인하고자 하오니 협조하여 주시기 바랍니다.

자문 대상자	성명	정수영	주민등록번호	
	주소			
담당자	성명	윤우순	소속	과간손동내사경
	주소 및 연락처	의정부 수암로 24, 4-6층 / 010-4150-0710		

- 자문 사유 (자문기관 :)
- 제출된 의학적 증거에 대해 담당의사가 이에 대한 확인 및 소견을 거부하거나 불분명한 경우
 - 제출된 주요 검사결과, 치료경과 내역 등 의학적 증거가 청구내용과 상이한 경우
 - 의학적 재검토가 필요하다고 판단되는 경우
 - 보험금 지급 심사를 위한 의학적 정보가 부족한 경우
 - 판단이 불가능한 고도의 의학 전문 분야인 경우
 - 보험금 청구권자의 요청에 대해 회사가 동의한 경우

의료자문의 내용 :

기타 사항

보험 계약자 등이 의료자문 결과에 따른 지급심사 결과에 이의가 있는 경우 그 결과에 동의하지 않고 의료법 제 3 조(의료기관)에서 규정한 소속 전문의 중에서 추가로 의료자문을 실시할 제 3 자를 함께 정하여 그 의견에 따를 수 있으며, 이 경우 자문비용은 회사가 전액 부담합니다. 제 3 의 전문의료기관 전문의 판정 절차 (신체감정, 추가자문 등)에 따라 진행이 가능하고 그 판정비용은 보험회사가 부담합니다.

본인은 상기의 사항을 설명 받았으며, 내용을 이해 하였음을 확인 합니다.

년 월 일

오성희

오성희

[필수] 개인(신용)정보 등의 제공에 관한 동의

- 제공받는 자 : 의료자문을 수행하는 의료기관(전문외), 의료자문기관
- 제공받는 자의 이용목적 : 의료자문 및 신체감정 수행 등
- 제공 항목
 - 개인식별정보
 - 질병 및 사고정보(군, 검·경찰 및 법원 등), 진료기록(진단서 또는 소견서, 영상자료를 포함한 검사기록, 간호기록 등), 영상기록물(CT, MRI, X-ray, 초음파, 내시경 등), 조직슬라이드, 전문가의 의견서, 진료확인서 등 일체의 자료
 - 기타 보험금 심사와 관련된 정보
- 보유 및 이용기간 : 의료자문 및 신체감정 수행 완료 후 즉시 파기

본인은 AIA 생명보험사에 청구한 보험금 지급 심사와 관련하여 위의 내용 및 의료법 제 77 조의 전문의에게 의학적 판단을 받을 것에 동의하며, 의료자문에 필요한 개인(신용)정보를 의료자문 업체를 포함한 의료기관 및 의학단체에 제공하는데 동의합니다.

동의하지 않음 동의함

년 월 일

오성희

오성희