

의료자문 관련 안내 및 동의서

재해자 또는 피보험자 (또는 법정대리인)	강현주	생년월일	1970-06-06
---------------------------	-----	------	------------

상기 본인은 (주)KB손해보험 회사로부터 보험금 지급 심사 업무에 활용하고자 의료법 제 77조의 전문의에게 의학 적 판단을 받는 것에 동의합니다. 상기 본인은 보험회사로부터 다음 사항에 대하여 설명 들었음을 확인합니다.

- 다 음 -

1. 의료자문 의뢰사유 (중복 가능)

- 보험금 청구권자 요청에 보험사 동의
- 의무기록 주변정황 감안시 의학적 재검토 필요
- 담당의사 확인 및 소견 거부, 소견불분명
- 제출된 자료 등 의학증거가 청구내용과 상이
- 제출된 자료의 의학적 정보부족
- 자체 판단 불가한 고도 의학전문분야

2. 의료자문 의뢰내용 (중복 가능)

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

임원격정성 평가 필요시(기저질환, 합병증, 부작용 및 마취기록 종합평가 요청)

3. 의료자문 의뢰시 제공하는 자료의 내역 (중복 가능)

- 진단서 또는 소견서
- 진료기록 및 간호기록
- 각종 검사 기록 (영상자료포함)
- 기타 (상세 기재)

마취기록지, 간호기록지, 제출된 심평원 처방조제내역일체(당뇨, 혈압약 복용 등)

4. 상기 본인은 KB손해보험 회사로부터 상기 의료자문결과를 열람 또는 사본을 제공 받을 수 있음을 안내 받았습니

다. 상기 의료자문결과에 다툼이 있을 경우 약관에 따라 제3의 전문의료기관 전문의에게 판정을 의뢰 할 수 있으며, 그 판정비용은 보험 회사가 부담함을 안내 받았습니

※ 개인정보 수집·이용 동의를 거부할 수 있습니다. 다만 거부하시는 경우 관련 업무수행이 불가합니다.
 - 수집·이용 목적 : 의료자문, 보유 및 이용기간 : 이용목적 달성 시 까지
 - 수집·이용 항목 : 성명, 생년월일, 재해자/피보험자와의 관계

동의함 동의안함

동의하시는 분	강현주 강 현 주	재해자 또는 피보험자 와의 관계	재해자 본인
---------	--------------------	----------------------	--------

※ 동의하시는 분이 재해자/피보험자 본인이 아닌 경우에는 관계란에 관계를 기재하여 주시기 바랍니다.

2026 년 2 월 6 일

(주)KB손해보험 귀중