

의료자문 안내 및 동의서

let:

접수번호	90260157955	담당자	이재진	연락처	02-3455-3962
------	-------------	-----	-----	-----	--------------

■ 피보험자 인적사항

성명	전기우	생년월일	1961-01-21
주소	(46726) 부산 강서구 명지국제2로28번길 26		

■ 본인은 보험회사로부터 손해사정 또는 보험금 심사에 참고하기 위하여 의료법 제 77 조의 전문의에게 의학적 판단을 받을 것에 동의하며 상기 본인은 다음의 사항에 대하여 설명을 들었음을 확인합니다.

- 다 음 -

1. 의료자문 의뢰 사유 (중첩 가능)

- | | |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 담당의사 소견 거부 | <input type="checkbox"/> 청구내용 불일치 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 의학적 재검토 필요 | <input type="checkbox"/> 의학적 근거 미비 |
| <input type="checkbox"/> 전문 의학 정보 필요 | <input type="checkbox"/> 보험금 청구권자 요청 |

2. 의료자문 의뢰 내용 (중첩 가능)

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 전반적 상태 | <input type="checkbox"/> 인과관계 및 관여도 |
| <input type="checkbox"/> 향후 치료내용 및 기간 | <input type="checkbox"/> 장애율 및 장애기간 |
| <input type="checkbox"/> 진단 적정성 | <input checked="" type="checkbox"/> 기타 (치료 및 입원적정성) |

3. 의료자문 의뢰 시 제공하는 자료의 내역 (중첩 가능)

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

4. 자문결과로 인한 당사의 보험금 결정에 이의가 있는 경우 감독규정 및 약관에 따라 보험수익자와 보험회사와 협의하여 제3자(의료법에 정한 종합병원 이상의 전문의)에게 의료판정을 시행할 수 있습니다. 이때 의료판정에 소요되는 비용은 보험회사 부담합니다.

5. 의료자문 결과에 따라 보험금을 부지급 또는 감액하는 경우 의료자문을 실시한 자문기관과 자문의견을 안내 드립니다. 다만 개인정보보호법에 의거 자문의의 신상정보는 공개되지 않습니다.

상기 내용에 대해 충분한 설명을 듣고 의료자문을 시행하는 데 동의합니다.

확인일 2026 년 3 월 9 일

동의자 성명
피보험자와의 관계

전기우
본인



롯데손해보험(주)