

위 임 장

확인 대상자	성 명		전화번호	
	주민등록번호			
	주 소			
위임 하는 사람	성 명		전화번호	
	주민등록번호			
	주 소			
위임 받는 사람	회사명 (성명)		전화번호	
	사업자등록번호 (주민등록번호)			
	주 소			
위임사유	보험금 지급여부 확인		관계	CARDIF생명보험

공공기관의 개인정보보호에 관한 법률 제16조 및 의료법 제20조 1항의 규정에 의거하여 피보험자 개인정보자료(건강상태, 과거병력, 병원진료내역, 의료보험조합 급여내역, 관공서/공공기관기록, 기타 보험금지급심사와 관련된 사실확인 등)에 대한 조회 및 관련서류 복사를 CARDIF생명보험 및 손해사정 조사업체에 위임하오니 적극 협조하여 주시기 바랍니다.

차후 이 사실에 대한 어떠한 민·형사상의 불이익에 대하여 전적으로 책임질 것을 서약합니다.

20 년 월 일

위임하는사람: _____ (인)

작성요령 : 위임인란은 피보험자(수익자)가 작성하시면 됩니다.

위임인의 인감도장을 날인하고, 인감증명서를 첨부하여 주시기 바랍니다.