

어시스트카드 가입신청서

회사보관용

청약일: 2015. 08. 01

*가입자명 (국문)	홍길동		*가입자명 (영문)	Hong Gil Dong	
*주민등록번호	090101	-	3000000	*여권번호	M123456789
*가입기간	년	월	일	~	년 월 일 (가입기간: 일)
*가입상품	상품가격				
보험금수익자	법정상속인 (관계: / 성명: / 주민번호: -)				
전화번호	02-222-2222		*휴대폰번호	010-1111-2222	
비상연락처 (국내)	010-2222-2222		*E-Mail	test@assistcard.co.kr	
*주소	서울시 중구 종로1가 1번지				

담보사항

가입담보	보장금액	가입담보	보장금액
상해사망/후유장해		국내 상해/질병 입원의료비	
해외상해의료비		국내 상해/질병 외래의료비	
질병사망		국내 상해/질병 처방조제의료비	
해외질병의료비		항공기납치담보	
배상책임 (자기부담금 1만원)		특별비용	
휴대품손해 (자기부담금 1만원)		해외안심출루션	옵션가입 시 체크 <input type="checkbox"/>

※ 이 상품에서 보상하는 실손의료비는 실손의료비를 담보하는 다수의 보험계약이 체결되어 있는 경우 약관에 따라 비례보상합니다.

- * 천재지변으로 인한 상해사망/후유장해, 상해치료비 또한 상해담보금액 범위 내에서 보상해 드립니다.
- * 보험료는 청약일 외환은행 1차 고시 전신환 매도율이 적용됩니다.
- * 사망을 보험사고로 하는 계약에서 만 15세 미만, 심신상실자, 심신박약자인 경우 보험계약을 무효로 합니다. 따라서 보상되지 않습니다.
- * 만 1세 이상, 만 69세까지 가입하실 수 있습니다.
- * 국민건강보험법 미적용 시 금액의 40% 보상(국내 치료 시)
- * 배상책임, 휴대품손해는 1사고당 자기부담금 1만원입니다.
- * 휴대품손해는 1품목당 최대 20만원까지 보상됩니다.

* 상해치료, 질병치료

- 1) 피보험자가 해외여행 중에 해외의료기관에서 의료비 발생시 의료비 전액 보상
- 2) 국내입원의 경우 본인부담금의 90% 보상
- 3) 피보험자가 해외여행 중에 입은 상해, 질병으로 인하여 병원에 통원하여 치료를 받을 경우 25만원 한도 내에서 보상 (1회당 1만원 ~ 2만원 공제)
- 4) 피보험자가 해외여행 중에 입은 상해, 질병으로 인하여 처방조제를 받은 경우 5만원 한도 내에서 보상 (1회당 8천원 공제)

- ※ 상기와 같이 한국어시스트카드를 계약자로 하여 본인의 보험가입을 신청합니다.
- ※ 계약내용 및 약관의 주요내용(보상하는 손해, 보상하지 않는 손해 등)을 설명되었습니다.
- ※ 보험약관, 고객보관용 가입증명서를 전달받았습니다.

예 아니오
 예 아니오
 예 아니오

20 15 년 08 월 01 일

성명	주민등록번호	서명	성명	서명	법정대리인(친권자) 1 인이 서명한 경우	서명
계약자	한국어시스트카드유한회사		법정 대리인 1	홍문	사인	
피보험자	홍길동 090101 - 3000000	사인	법정 대리인 2		본인은 다른 법정대리인(친권자) 1 인과 합의하여 공동으로 친권을 행사합니다.	사인

- ※ 계약관계자(피보험자)가 각각 서명하여 주시고, 미성년자인 경우 법정대리인(친권자) 또는 후견인이 서명 바랍니다. 부모가 공동친권자인 경우 부모 쌍방이 각각 서명하여야 합니다. 다만, 다른 일방의 의사에 반하지 않을 경우 부모 중 일방이 부모 공동명의로 동의할 수 있습니다
- ※ 피보험자 본인이 자필서명을 하지 않으신 경우에는 보험계약이 무효가 되어 보장을 받지 못할 수 있으니 반드시 피보험자 본인이 서명하시기 바랍니다.



출국 후 무사고 확인서

가입자정보	성 명(국문)	홍길동		성 명(영문)	Hong Gil Dong		
	주민번호	090101 - 3000000					
	연 락 처	현지 연락처	098-2222-2222				
		국내 연락처	010-1111-2222				
		이메일 주소	test@assistcard.co.kr				
	국내주소	서울시 중구 종로1가 1번지					
*출국일자- 최근한국에서 출국한 날짜		가입 당시 체류지역		베트남			
출국일자	2015 년01월 20일		귀국예정일자	16년 10월 20일			
대리 신청자 또는 한국 내 비상 연락처 <small>*미성년자의 경우 대리 신청자정보 기입 성년은 한국비상연락처</small>	성 명	홍문		주민번호	790101 - 1000000		
	가입자와의 관계			부			
	연 락 처	전화번호	010-1111-2222				
		휴 대 폰	010-1111-2222				
		이메일 주소	test@assistcard.co.kr				
	작성 주소	서울시 중구 종로1가 1번지					
요청 정보	체류국가	베트남		도 시	하노이		
	* 체류목적	유학, 주재원		체류기관			
	현지 연락처	주 소	My Dinh Song Da CT9				
		전 화	098-2222-2222				

(* 체류목적 입력 시 목적은 유학, 연수, 워홀 등으로 표기.)

상기인은 '표준약관'에 명시된 보장개시일 (출국시점)이 경과된 후(한국출국시기2015년 01월20 일) 해외여행자보험/유학생보험/장기체류자보험/해외안심솔루션 가입을 요청함에 있어 당사와 제후보험회사의 가입승인을 전제 조건으로 아래 내용의 확인서를 제출합니다.

- 아 래 -

상기인은 출국 이후 어시스트카드 상품 가입 요청 일까지 '표준약관 및 특별약관상의 제반보험사고 및 손실이 전혀 없었을 뿐만 아니라 당사와 제후보험회사의 인수 심의 후 확정되는 가입예정일 이전까지 발생 예상되는 만일의 보험사고 및 손실에 대해서 당사 및 제후보험회사에 보험금청구 및 비용보장서비스 제공을 요구하지 않겠으며, 만일 그로 인한 당사 및 제후보험사와 법적 다툼이 있을 경우 민·형사상의 제반 책임이 상기인 혹은 대리 가입 신청자에게 있음을 확인합니다.

20 15 년 08 월 01 일

계약자: 한국어시스트카드유한회사		피보험자: 홍길동 (가입자본인)	사인 (인)	법정대리인: 홍문 (피보험자가 미성년자인경우)	사인 (인)
-------------------	--	-------------------	--------	---------------------------	--------



피보험자 질문서(계약 전 알릴 의무 사항)

회사보관용

청약일: 2015. 08. 01

피보험자에 관한 다음 사항은 회사가 보험계약의 청약을 인수하는데 필요한 자료이므로 피보험자께서는 사실대로 알려주셔야 합니다.

아래사항에 대하여 만약 사실대로 알리지 않거나 사실과 다르게 알린 경우에는 보험가입이 거절될 수 있으며, 특히 그 내용이 "중요한 사항"에 해당하는 경우에는 보험계약자 또는 피보험자의 의사와 관계없이 보험약관상 "계약전 알릴의무 위반의 효과" 조항에 의해 계약이 해지되거나 보장이 제한될 수 있습니다.

※ 중요한 사항이란?

회사가 그 사실을 알았더라면 보험계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부담보 제외, 보험금삭감, 보험료할인할증과 같이 조건부로 인수하는 등 계약인수에 영향을 미치는 사항을 말합니다. 예를 들면, 현재 및 과거의 질병, 건강검진(신체검사포함) 진단사항, 현재의 장애상태, 외부환경 등의 사항이 이에 해당합니다.

1. 현재 눈, 귀, 코, 언어, 씹는 기능, 정신/신경기능장애 또는 팔, 다리, 손(손가락 포함), 발(발가락 포함), 척추 손실 및 변형, 선천성 질환 그 외 기타 장애 등 기능장애가 있습니까?

예 아니오)

▷ '예'라고 선택하신 경우 구체적인 내용을 기재해 주시기 바랍니다. ()

2. 최근 1년 이내에 다음과 같은 취미를 자주 반복적으로 하고 있거나 관련 자격증을 가지고 있습니까?

예 아니오)

① 스쿠버다이빙 ② 행글라이딩/패러글라이딩 ③ 스카이다이빙 ④ 수상스키 ⑤ 번지점프

⑥ 빙벽/암벽등반 ⑦ 자동차/오토바이 경주 ⑧ 제트스키 ⑨ 래프팅 ⑩ 비행 ⑪ 기타 ()

(빈도: 년간/월간 회) (자격증 명칭:)

※ 어시스트카드 상품이 보장하는 실손의료비는 급격하고도 우연하게 발생한 상해/질병에 대하여 보장하며, 위의 열거된 위험활동에 대하여 보장하지 않습니다.

3. 다른 보험회사에 이 보험과 동일하거나 유사한 위험을 담보하는 생명보험 또는 (장기)손해보험을 가입하고 있습니까?

예 아니오)

회사명	건수	회사명	건수
	상해(건), 질병(건)		상해(건), 질병(건)
	상해(건), 질병(건)		상해(건), 질병(건)

※ 어시스트카드 상품이 보장하는 실손의료비는 실손의료비를 담보하는 다수의 보험계약이 체결되어 있는 경우 약관에 따라 비례 보상합니다.

4. 최근 5년 이내에 아래 11 대 질병으로 의사로부터 진찰 또는 검사를 통하여 다음과 같은 의료행위를 받은 사실이 있습니까?

예 아니오)

<11 대질병> 1. 암 2. 백혈병 3. 고혈압 4. 협심증 5. 심근경색 6. 심장판막증 7. 간경화증 8. 뇌졸중증(뇌출혈, 뇌경색) 9. 당뇨병 10. 에이즈(AIDS) 및 HIV 보균 11. 직장 또는 항문 관련 질환

① 질병확정진단 ② 치료 ③ 입원 ④ 수술 ⑤ 투약

5. 최근 3개월 이내에 의사로부터 진찰 또는 검사를 통하여 다음과 같은 의료행위를 받은 사실이 있습니까?

예 아니오)

① 질병확정진단 ② 질병의심소견 ③ 치료 ④ 입원 ⑤ 수술(제왕절개포함) ⑥ 투약

* 진찰 또는 검사란 건강검진을 포함하며 질병의심소견이란 의사로부터 진단서 또는 소견서를 발급받은 경우를 말합니다.

6. 최근 1년 이내에 의사로부터 진찰 또는 검사를 통하여 추가검사(재검사)를 받은 사실이 있습니까?

예 아니오)

7. 최근 3개월 이내에 마약을 사용하거나 혈압강화제, 신경안정제, 수면제, 각성제, 흥분제, 진통제 등 약물을 상시 복용한 사실이 있습니까?

예 아니오)

※ 어시스트카드 상품이 보장하는 실손의료비는 알코올/약물중독, 정신과 질환 및 행동장애에 대하여 보장하지 않습니다.

8. 최근 5년 이내에 의사로부터 진찰 또는 검사를 통하여 다음과 같은 의료행위를 받은 사실이 있습니까?

예 아니오)

① 입원 ② 수술(제왕절개포함) ③ 계속하여 7일 이상 치료 ④ 계속하여 30일 이상 투약

9. (여성의 경우) 현재 임신중입니까?

예 아니오(남자)

※ 어시스트카드 상품이 보장하는 실손의료비는 임신, 출산(제왕절개 포함), 산후기로 치료한 경우에 대하여 보장하지 않습니다.



10. 외교부에서 지정하는 여행금지 및 철수권고국가(지역)으로 출국할 예정이 있으십니까?

예) '예'인 경우: 출국예정국(), 출국목적(), 기간(20 년 월 ~ 20 년 월)
 ※ 외교통상부가 지정하는 여행금지, 철수권고 지역 및 국가로 출국하는 경우에는 보험가입이 제한될 수 있습니다.
 예) 여행금지국가(지역): 2015년 2월 현재 아프가니스탄, 리비아, 소말리아, 시리아, 예멘, 이라크
 철수권고국가(지역): 2015년 2월 현재 기니, 코트디부아르, 부룬디, 남수단, 니제르, 아이티, 파키스탄 등

예 아니오

11. 귀하는 영주권 및 기타 국적을 취득하였습니까?

(해외여행/장기체류보험 및 해외여행/장기체류 실손의료비보험은 해외여행을 목적으로 대한민국 내 주거지를 출발한 시점부터 보상이 됩니다. 대한민국이 아닌 외국 국적자(영주권자 포함)이거나 대한민국 이외 지역에서 거주함에도 불구하고 계약 체결 시 이를 사실대로 고지하지 않는 경우에는 계약해지 및 보험금 지급 거절 등의 불이익이 발생할 수 있습니다.)
 ① 영주권 ② 시민권 ③ 이중국적 ④ 기타

예 아니오

이 상품을 가입하기 이전에 발생하였거나 발생하여 치료받은 손해, 완치 되었다가 재발한 손해, 피보험자의 인지여부와 관계없이 가입 이전부터 일정기간 잠복 후 발생한 손해는 이 상품에서 보장하지 않음을 확인하였으며 이에 동의합니다.

기왕증면책 동의

위의 각 계약 전 알릴 의무사항에 대한 답변은 사실과 일치하며, 피보험자(보험대상자) 본인이 직접 작성하였음을 확인합니다. 또한 귀사가 위 사항과 관련하여 필요 시에는 별도의 확인을 할 수 있으며, 의사가 본인의 질병 등의 건강상태를 조회하거나 열람토록 하는 것에 동의합니다.

사실확인 동의

20 15 년 08 월 01 일

	성명	주민등록번호	서명	성명	서명	법정대리인(친권자) 1 인이 서명한 경우	서명
계약자	한국어시스트카드유한회사			법정 대리인 1	홍문	사인	
피보험자	홍길동	090101-300000	사인	법정 대리인 2		본인은 다른 법정대리인(친권자) 1 인과 합의하여 공동으로 친권을 행사합니다.	사인

※ 계약관계자(피보험자)가 각각 서명하여 주시고, 미성년자인 경우 법정대리인(친권자) 또는 후견인이 서명 바랍니다. 부모가 공동친권자인 경우 부모 쌍방이 각자 서명하여야 합니다. 다만, 다른 일방의 의사에 반하지 않을 경우 부모 중 일방이 부모 공동명의로 동의할 수 있습니다

※ 피보험자 본인이 자필서명을 하지 않으신 경우에는 보험계약이 무효가 되어 보장을 받지 못할 수 있으니 반드시 피보험자 본인이 서명하시기 바랍니다.



개인(신용)정보 처리 동의서

한국어시스트카드 귀중

가입자: **홍길동**

소비자 권익보호에 관한 사항

▶ 최소한의 정보 처리 및 동의거부에 관한 안내

정보 동의 시 계약의 체결 및 이행 목적달성에 부합하는 **최소한의 정보만 수집·이용 및 제공**하며, **본 동의를 거부하시는 경우에는 보험계약의 체결이 부득이하게 거절되거나 정상적인 서비스 제공이 불가능할 수 있음**을 알려드립니다.

▶ 신용등급에 미치는 영향

본 동의서에 의한 개인(신용)정보 조회는 귀하의 **신용등급에 영향을 주지 않습니다.**

가입설계를 위한 개인(신용)정보 처리 동의서

1. 개인(신용)정보의 수집·이용에 관한 사항

당사는 「개인정보보호법」 및 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」에 따라 귀하의 개인(신용)정보를 다음과 같이 수집·이용하고자 합니다. 이에 대하여 동의하십니까?

- 개인(신용)정보의 수집·이용 목적
 - 보험계약상당, 보험계약 인수여부 결정을 위한 판단
- 보험회사가 수집·이용할 개인(신용)정보의 내용
 - 개인식별정보(성명, 주민등록번호, 주소, 전화번호, 휴대전화번호, 전자우편주소)
 - 피보험자의 질병 및 상해에 관한 정보, 보험계약정보, 보험금지급정보
- 개인(신용)정보의 보유·이용 기간
 - 보유기간: 수집·이용 동의일로부터 1년까지
 - 이용기간: 수집·이용 동의일로부터 3개월

2. 개인(신용)정보의 조회에 관한 사항

당사는 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」에 따라 귀하의 개인(신용)정보를 다음과 같이 신용정보 집중기관으로부터 조회하고자 합니다. 이에 대하여 동의하십니까?

- 개인(신용)정보의 조회 목적
 - 보험계약상당, 보험계약 인수여부 결정을 위한 판단
- 조회할 개인(신용)정보의 내용
 - 개인식별정보(성명, 주민등록번호, 주소, 전화번호, 휴대전화번호, 전자우편주소)
 - 피보험자의 질병 및 상해에 관한 정보, 보험계약정보, 보험금지급정보
- 조회자(개인(신용)정보를 제공받는 자)의 개인(신용)정보의 보유·이용 기간
 - 정보를 제공받은 날로부터 개인(신용)정보의 조회 목적을 달성할 때까지

3. 개인(신용)정보의 제공에 관한 사항

당사는 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」에 따라 귀하의 개인(신용)정보를 다음과 같이 제 3 자에게 제공하고자 합니다. 이에 대하여 동의하십니까?

- 개인(신용)정보를 제공받는 자
 - 병원, 의원 등 건강진단 관련 업무를 위탁받은 자, 계약적부 조사를 위탁받은 자
- 개인(신용)정보를 제공받는 자의 이용목적
 - 건강진단 업무, 고지사항 확인(적부), 의료자문(사의), 계약적부 조사
- 제공할 개인(신용)정보의 내용
 - 개인식별정보(성명, 주민등록번호, 주소, 전화번호, 휴대전화번호, 전자우편주소)
 - 고지사항(신체·건강정보)
- 제공받는 자의 개인(신용)정보 보유·이용기간
 - 제공 동의일로부터 개인(신용)정보의 제공목적을 달성할 때 까지(단, 최대 3개월)

4. 민감정보 및 고유식별정보의 처리에 관한 사항

당사는 「개인정보보호법」 제 23 조 및 제 24 조에 따라 상기의 개인(신용)정보에 대한 개별 동의 사항에 대하여 다음과 같이 귀하의 민감정보(질병·상해정보) 및 고유식별정보(주민등록번호)를 처리(수집·이용, 제공 등)하고자 합니다. 이에 대하여 동의하십니까?

1. 수집·이용	2. 조회	3. 제공	4. 고유정보 및 민감정보 처리	
			주민등록번호	질병상해
동의 <input checked="" type="checkbox"/>				

※ 해당란에 V 체크해 주십시오.

계약의 체결 및 이행을 위한 개인(신용)정보 처리 동의서

1. 개인(신용)정보의 수집·이용에 관한 사항

당사는 「개인정보보호법」 및 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」에 따라 본 계약과 관련하여 귀하의 개인(신용)정보를 다음과 같이 수집·이용하고자 합니다. 이에 대하여 동의하십니까?

- 개인(신용)정보의 수집·이용 목적
 - 보험계약의 인수심사·체결·유지·관리, 보험금 등 지급·심사, 순보험요율의 산출·검증, 민원처리 및 분쟁 대응, 보험사고조사(보험사기 조사 포함), 보험모집질서 유지
- 보험회사가 수집·이용할 개인(신용)정보의 내용
 - 개인식별정보(성명, 주민등록번호, 주소, 휴대전화번호, 전자우편주소)
 - 보험계약정보, 피보험자의 질병 및 상해에 관한 정보, 보험금지급 관련 정보(사고정보, 판결문, 증명서, 확인서, 진료기록 등)
- 개인(신용)정보의 보유·이용 기간
 - 수집·이용 동의일로부터 개인(신용)정보의 수집·이용 목적을 달성할 때까지

2. 개인(신용)정보의 조회에 관한 사항

당사는 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」에 따라 본 계약과 관련하여 귀하의 개인(신용)정보를 다음과 같이

신용정보집중기관으로부터 조회하고자 합니다. 이에 대하여 동의하십니까?

- 조회할 개인(신용)정보의 내용
 - 보험계약정보, 보험금지급 관련 정보(사고정보 포함), 피보험자의 질병 및 상해 관련 정보
- 개인(신용)정보의 조회 목적
 - 보험계약의 인수심사·체결·유지·관리, 보험금 등 지급·심사, 보험사고조사(보험사기조사 포함)
- 조회자(개인(신용)정보를 제공받는 자)의 개인(신용)정보의 보유·이용 기간
 - 동의서 제출일로부터 개인(신용)정보의 조회 목적을 달성할 때까지

3. 개인(신용)정보의 제공에 관한 사항

당사는 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」에 따라 본 계약과 관련하여 귀하의 개인(신용)정보를 다음과 같이 제 3 자에게 제공하고자 합니다. 이에 대하여 동의하십니까?

- 개인(신용)정보를 제공받는 자
 - 신용정보집중기관, 공공기관, 보험회사, 업무수탁자 등
- 개인(신용)정보를 제공받는 자의 이용목적
 - 신용정보집중기관 : 보험계약 및 보험금지급 관련 정보의 집중관리 및 활용 등 신용정보집중기관의 업무

어시스트카드는 동부화재와 함께합니다.



- 공공기관 등 : 보험업법 등 법령에 따른 업무수행(위탁업무 포함)
- 보험회사 등 : 중복보험 확인 및 비례보상, 재보험 가입 및 재보험금 청구, 보험계약 공동인수
- 업무수탁자 등 : 본 계약의 체결·이행 관련 위탁업무 수행, 진료비심사, 의료심사 및 자문업무
- 제공할 개인(신용)정보의 내용
- 「개인(신용)정보의 수집·이용에 관한 사항」의 정보내용
- 제공받는 자의 개인(신용)정보 보유·이용기간
- 제공 동의일로부터 개인(신용)정보의 제공목적을 달성할 때 까지

당사는 「개인정보보호법」 제 23 조 및 제 24 조에 따라 본 계약과 관련하여 상기의 개인(신용)정보에 대한 개별 동의 사항에 대하여 다음과 같이 귀하의 민감정보(질병·상해정보) 및 고유식별정보(주민등록번호)를 처리(수집·이용, 제공 등)하고자 합니다. 이에 대하여 동의하십니까?

1. 수집·이용	2. 조회	3. 제공	4. 고유정보 및 민감정보 처리 주민등록번호		질병상해
동의 <input checked="" type="checkbox"/>					

※ 해당란에 V 체크해 주십시오.

4. 민감정보 및 고유식별정보의 처리에 관한 사항

보험가입 동의(타인의 사망 담보)

상법 제 731 조에 따라 한국어시스트카드유한회사에서 고객님의 보험가입 하는 것에 동의 하시는 경우 동의란에 체크하십시오.

동의합니다

주) 상법 제 731 조 - 타인의 사망을 보험사고로 하는 보험계약에는 보험계약 체결 시에 그 타인의 서면에 의한 동의를 얻어야 한다

상품의 소개 등을 위한 개인(신용)정보 처리 동의서

소비자 권익보호에 관한 사항

▶ 동의거부권 및 유의사항

보험계약과 관련한 기타 부가서비스 및 신상품 안내 등을 제공받고자 하시는 경우 동의해 주시기 바라며, 이에 대한 동의가 없더라도 보험계약 체결이 가능함을 알려드립니다.

▶ 개인(신용)정보 제공동의 철회

개인(신용)정보 제공 및 이용에 동의한 이후에도 전화(1599-7977), 서면 등을 통해 개인(신용)정보의 제공 동의를 철회할 수 있습니다.

▶ 상품권유 중지 청구(Do-Not Call)

개인(신용)정보 제공 및 이용에 동의한 이후에도 전화(1599-7977), 서면 등을 통해 마케팅활동에 대한 중지를 요청할 수 있습니다..

1. 개인(신용)정보의 수집·이용에 관한 사항

당사는 「개인정보보호법」 및 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」에 따라 보험상품의 소개 및 홍보 등을 위하여 개인(신용)정보를 다음과 같이 수집·이용하고자 합니다. 이에 대하여 동의하십니까?

- 개인(신용)정보의 수집·이용 목적
- 귀사의 상품소개, 이벤트 프로모션 홍보, 서비스변경 안내 및 보험계약과 관련한 만료일 안내
- 조회할 개인(신용)정보의 내용
- 개인식별정보(성명, 주민등록번호, 주소, 전화번호, 휴대전화번호, 전자우편주소)
- 보험계약정보, 보험금지급 관련 정보
- 제공받는 자의 개인(신용)정보 보유·이용기간: 5년

당사는 상기의 목적으로 귀하의 개인(신용)정보를 제 3 자에게 제공하지 않습니다.

2. 고유식별정보의 처리에 관한 사항

당사가 「개인정보보호법」 제 23 조 및 제 24 조에 따라 개인(신용)정보에 대한 개별 동의 사항에 대하여 다음과 같이 귀하의 고유식별정보(주민등록번호)를 처리(수집·이용, 제공 등)하고자 합니다. 이에 동의하십니까?

1. 수집·이용	2. 고유정보 및 민감정보 처리 주민등록번호
동의 <input type="checkbox"/> / 동의안함 <input checked="" type="checkbox"/>	동의 <input type="checkbox"/> / 동의안함 <input checked="" type="checkbox"/>

※ 해당란에 V 체크해 주십시오.

※ 본인은 「개인정보보호법」 및 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」에 따라 귀사가 본인의 개인(신용)정보를 상기 내용과 같이 처리하는 것에 동의합니다.

20 15 년 08 월 01 일

성명	주민등록번호	서명	성명	서명	법정대리인(친권자) 1 인이 서명한 경우	서명
계약자	한국어시스트카드유한회사		법정 대리인 1	홍문	사인	본인은 다른 법정대리인(친권자) 1 인과 합의하여 공동으로 친권을 행사합니다.
동의자	홍길동 090101 - 3000000	사인	법정 대리인 2			

※ 동의 시 계약관계자(피보험자)가 각각 서명하여 주시고, 미성년자인 경우 법정대리인(친권자) 또는 후견인이 서명 바랍니다. 부모가 공동친권자인 경우 부모 쌍방이 각각 서명하여야 합니다. 다만, 다른 일방의 의사에 반하지 않을 경우 부모 중 일방이 부모 공동명의로 동의할 수 있습니다