

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	법정 상속인) 지정상속인 (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)		해외안심솔루션	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	본인은 다른 법정대리인(친권자) 1 인과 합의하여 공동으로 친권을 행사합니다.	사인
피보험자	홍길동 090101 - 3000000	사인	법정 대리인 2			

- ※ 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 년 01 월 20 일	귀국예정일자	16 년 10 월 20 일	
	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			
대리 신청자 또는 한국 내 비상 연락처 *미성년자의 경우 대리 신청자정보 기입 성년은 한국비상연락처	작성 주 소	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(한국출국시기 2015년 01월 20 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	사인	(인)	법정대리인: (피보험자가 미성년자인경우) 홍문	사인	(인)
			(가입자본인)						

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'라고 선택하신 경우 구체적인 내용을 기재해 주시기 바랍니다. ()

☐ 예 ☒ 아니오

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

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.

☐ 예 ☒ 아니오

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

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

☐ 예 ☒ 아니오

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

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

☐ 예 ☒ 아니오

<11대 질병> 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 ☒ 아니오
 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

11. 귀하는 영주권 및 기타 국적을 취득하였습니까?

☐ 예 ☒ 아니오

(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

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	본인은 다른 법정대리인(친권자) 1 인과 합의하여 공동으로 친권을 행사합니다.	사인
피보험자	홍길동	090101 - 3000000	사인	법정 대리인 2				

※ 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"/>	동의 <input checked="" type="checkbox"/>	동의 <input checked="" type="checkbox"/>	동의 <input checked="" type="checkbox"/>	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



- 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"/>	동의 <input checked="" type="checkbox"/>	동의 <input checked="" type="checkbox"/>	동의 <input checked="" type="checkbox"/>	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

동의합니다 ☒

동의란에 체크하십시오. 

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.	사인
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