

[별지 제1호 서식]

보험정보 제공기록 요청서

※ 아래 작성방법을 읽고 굵은 선 안쪽의 사항만 적어 주시기 바랍니다.

접수번호	접수일	처리기간	7일 이내
정보주체	성 명	전 화 번 호	
	생년월일		
	주 소		
대리인	성 명	전 화 번 호	
	생년월일	정보주체와의 관계	
	주 소		
요청내용	[] 개인정보의 제3자 제공 현황 [] 개인정보 처리에 동의한 내용 [] 기타()		
요청사유			
요청기간	※ 최근 1년의 범위 내에서 적습니다.		
수신방법	[] 직접방문 [] 우 편 [] 팩 스 (FAX 번호 :) [] 전자우편 (이메일 주소 : @) [] 기타 ()		

보험업법 제176조제14항 및 동법 시행령 제91조제1항에 따라 보험개발원에서 기록, 관리하고 있는 본인에 관한 개인정보 제공기록을 위와 같이 요청합니다.

년 월 일

요구인

(서명 또는 인)

보험개발원 귀하

작성 방법

1. '대리인'란은 대리인이 요구인일 때에만 적으며, 대리인은 정보주체의 법정대리인이거나 정보주체로부터 위임을 받은 자여야 합니다.
2. 정보주체는 본인임을 확인할 수 있는 신분증 사본(주민등록증 또는 운전면허증 또는 여권)을 첨부하여야 하며, 대리인의 경우 정보주체 및 대리인 본인의 신분증 사본 외에 정보주체의 위임장을 제출하여야 합니다.
3. 열람기간은 최근 1년의 범위 내에서 기간이나 특정일자를 명기하시면 됩니다.