

일반보험 청약서

상품명 LIG해외여행보험(장기플랜) (15314)
 청약번호

회사용

LIG Insurance

● 기본사항

보험기간	2013-09-10 09:00 부터 2014-09-10 09:00 까지		청약일	2013년 09월 10일
계약자	성명/상호	클라라	주민/사업자번호	820118-1*****
	주소	[] 서울시 강남구 역삼동		
대표피보험자	성명/상호	클라라	주민/사업자번호	820118-1*****
	주소	[] 서울시 강남구 역삼동		
	계약자와의 관계	계약자본인	피보험자 동의	(인)
	영위직종		상해급수	
건강사항	건강상태 () 기능장애 (무) 과거상병 (무) 유전적질환 (무) 오토바이운전 (무)			
사망보험금 수익자	성명/상호		주민/사업자번호	
	피보험자와의 관계		피보험자 동의	(인)
계약사항	계약형태		단체유형	
	여행지	미국	여행목적	총 피보험자수

● 보험료사항

	총보험가입금액		총보험료		당회보험료		환율	
화폐	USD		USD	1,163.70	USD	1,163.70	USD	
원화환산금액	WON		WON	1,278,670	WON	1,278,670	WON	

● 약관사항

약관사항	적용 Group	약관사항	적용 Group
해외여행보험 보통약관		질병사망 특별약관	
특별비용 특별약관		해외여행 실손의료비 특별약관	

● 보장내용

그룹명	그룹별 보험료	USD	환율
그룹가입 사항			1,163.70
보장내용	1인당 가입금액 (USD)		확인사항
상해사망	USD	30,000	
상해후유장해	USD	30,000	

● 자필서명

※ E-mail : (수신동의 : 각종 우편안내문은 E-mail, 전자문서 등으로 수령합니다.)
 ※ 향후 귀사에서 제공하는 통신수단(전화, 인터넷)을 이용한 계약해지 서비스를 신청합니다.(예 / 아니오)

자동이체	예금주	주민등록번호	예금주	성명	서명
	은행	계좌번호			
	이체일	계약자와의 관계			
즉시이체	은행	계좌번호	가상계좌		

※ 즉시 이체는 계약자와 예금주가 동일해야 합니다.
 ※ 자동이체는 자동이체로 납입이 가능한 상품에 대해서만 신청이 가능합니다. (가능상품에 대한 안내는 영업담당자를 통해서 확인이 가능합니다.)

※ 청약서만으로는 보험계약효력이 없으므로 보험료영수증 및 증권을 교부 받으셔야 합니다. ※ 청약서에 대해 본인이 자필서명을 하지 않은 경우 보험사고 발생 시 보상을 받지 못할 수도 있습니다. ※ 보험상품에 대해 설명을 듣고 보험약관(인쇄약관)과 계약자 보관용 청약서를 전달받았으며, 청약사항에 이의가 없음을 확인합니다. ※ 계약자/피보험자가 미성년자인 경우 법정대리인 2명 모두 서명 바랍니다.	영업담당자	(주)인스친구 보험대리점 (TEL : 02-1666-2203 / FAX : 02-556-5497)	성명	서명
	매니저	법인영업6부 1지점 (☎02-6900-3440)	성명	서명
	지점장	법인영업6부 1지점 (☎02-6900-3440)	성명	서명

계약자	성명	서명
	클라라	

※ 필수출력서식 : 청약서, 상품, 개인(신용)



상해의료비_해외발생	USD	100,000	■기본담보 직업위험 상해급수 1급 ■해외여행 중에 입은 상해로 인하여 해외의료기관에서 발생한 의료비
상해의료비_국내발생입원	WON	30,000,000	■실손의료비 자기부담금 선택형(10%공제) ■해외여행 중에 입은 상해로 인하여 국내의료기관에서 입원의료비 발생시
상해의료비_국내발생통원_외래(처방조제비제외)	WON	150,000	■공제금액(1회당) 의원 1만원/병원 1만5천원/종합전문요양기관 2만원 ■해외여행 중에 입은 상해로 인하여 국내의료기관에서 통원하여 치료를 받는 경우
상해의료비_국내발생통원_처방조제비	WON	50,000	■공제금액(1건당) 8천원 ■해외여행 중에 입은 상해로 인하여 국내의료기관에서 처방조제를 받는 경우
질병의료비_해외발생	USD	100,000	■질병의료비 자기부담금 0원 ■해외여행 중에 질병으로 인하여 해외의료기관에서 발생한 의료비 보상
질병의료비_국내발생입원	WON	30,000,000	■실손의료비 자기부담금 선택형(10%공제) ■해외여행 중에 질병으로 인하여 국내의료기관에서 입원의료비 발생시
질병의료비_국내발생통원_외래(처방조제비제외)	WON	150,000	■공제금액(1회당) 의원 1만원/병원 1만5천원/종합전문요양기관 2만원 ■해외여행 중에 질병으로 인하여 국내의료기관에서 통원하여 치료를 받는 경우
질병의료비_국내발생통원_처방조제비	WON	50,000	■공제금액(1건당) 8천원 ■해외여행 중에 질병으로 인하여 국내의료기관에서 처방조제를 받는 경우
특별비용	USD	20,000	

- 이 하 여 백 -

보험계약 사전조회 안내서

실손의료비 담보의 경우, 이전에 실손의료비 보험에 가입하고 계실 경우 그 계약과 보험금을 분담하여 지급합니다.
 따라서, 계약 체결시 반드시 본인의 실손의료비 보험계약정보를 확인하시기 바랍니다.

※ 실손의료비 보험계약여부 확인방법

- ① 공인인증서 보유시 손·생보협회(www.knia.or.kr / www.klia.or.kr)에서 의료비 계약정보 확인
- ② 보험계약을 체결하고자 하는 모집인에게 실손의료비 보험계약정보 조회 요청

※ 의료비 보험계약 사전조회시 공인인증서를 이용하는 경우, 회사명, 상품명, 보험기간, 담보명, 가입금액, 계약상태 등 6가지 항목에 대해 조회가 가능합니다.

단, 보험모집인이나 보험사 지점을 통해 조회하는 경우에는 조회항목이 보험기간, 담보명, 가입금액, 계약상태 등 4가지로 제한됩니다.

보험수익자 지정/변경 관련 추가약정(선택사항)

('약정함'을 선택한 경우) 본인(보험계약자)이 사망한 경우에는 상속인 등 승계인이 보험수익자 지정/변경권을 행사합니다.

계약자	사망수익자	약정여부	계약자 자필서명
	법정상속인	<input checked="" type="checkbox"/> 약정함 <input type="checkbox"/> 약정하지 않음	

※ 계약자가 개인인 경우에만 해당됩니다.

√ 체크하세요.

서명하세요.



꼭 아셔야 할 사항

보험에 가입하실 때

1. 보험계약 청약서에 인쇄된 내용에 대하여 보험계약자 본인이 청약서 기재사항을 사실대로 빠짐없이 확인 및 기재한 후 자필로 서명하여야 합니다.
2. 보상받을 수 있는 경우와 보상받을 수 없는 경우를 확인하여야 합니다.
3. 보험료를 내실 때에는 반드시 보험회사가 발행한 보험료 영수증을 받으셔야 합니다.
4. 보험료가 납입되지 않을 경우 본 보험계약은 그 효력을 상실하게 되며 손해 발생시 보상을 받을 수 없습니다.
5. 계약을 맺을 때에 보험계약 청약서(계약전 알릴의무)의 기재사항에 관하여 반드시 사실대로 알려주셔야 합니다. 만약 사실대로 알리지 않았을 경우
 - 청약일 또는 제1회 보험료를 납입한 날로부터 15일 이내에 계약을 철회할 수 있습니다.
 - 약관에 의거, 그에 상응하는 불이익을 당하게 됩니다.
(단, 일반보험의 경우 가계성보험에 한하여 청약을 철회할 수 있습니다.)
7. 재물(화재)보험은 보험계약 체결시에 보험에 가입한 물건의 가치(이하 "보험가액"이라 합니다)를 평가하지 않고 사고시에 보험가액을 산정하여 보험가입금액을 한도로 보상하는 미평가보험입니다.
 - 보험가입금액은 시가와 똑같이 정해야 합니다. 만약 시가보다 낮게 정하면 납입보험료 부담은 줄어드지만 사고가 발생했을 때 줄어든 비율만큼 적게 보상받고, 시가보다 높게 정하더라도 사고가 발생하면 실제로 입은 손해액만큼 보상받게 됩니다.
 - 보험계약자가 보험목적물의 시세보다 지나치게 높은 보험가입금액을 설정하거나 경기변동 등으로 보험에 가입한 물건의 가치가 급격히 하락하는 경우에는 초과보험(보험가입금액 > 보험가액)이 발생할 수 있습니다. 보험계약자가 초과보험을 이유로 보험가입금액의 감액을 청구할 경우 보험회사는 보험가입금액의 조정을 통해 경과하지 않은 기간에 대한 보험료를 환급하여 드립니다.
 - 또한, 초과보험에 해당될 경우에는 계약자가 고의로 입은 실제 손해만을 보상한다는 손해보험의 보상원칙에 따라 계약체결 시점에 설정하신 보험가입금액보다 적은 보험금을 받을 수도 있음을 유의하여야 합니다.
8. 재물을 보장하는 보험계약 체결시, 가재를 보험에 가입할 경우 귀금속, 귀중품(무게나 부피가 휴대할 수 있으며, 점당 100만원 이상인 물건), 골동품은 보험가입증서(보험증권)에 기재하여야만 보험의 대상이 됩니다

보험에 가입하신 후

1. 보험가입증서(보험증권)를 받으시면 청약서 내용과 다름이 없는지 또는 누락이 없는지 확인하시기 바랍니다.
2. 청약서 기재사항에 변동사항(피보험자의 직업 또는 직무의 변경, 보험목적의 양도, 건물의 구조 또는 용도 변경, 보험의 목적을 다른 장소로 옮기는 경우, 이사하거나 수리하는 경우 등)이 있거나 다른 보험에 가입하실 경우 보험회사에 즉시 연락하시기 바랍니다.
3. 보험계약의 내용을 변경하고자 할 경우에는 보험회사와 협의하시기 바랍니다.
4. 손해가 생긴 경우 지체없이 이를 보험회사에 알려서 필요한 절차를 따르시기 바랍니다.
5. 보험금 지급사유 조사 및 확인을 위하여 보험금 지급기일 초과가 명백히 예상되는 경우에는 피보험자 또는 수익자의 청구에 따라 회사가 추정하는 보험금의 50% 상당액을 가급적보험금으로 지급하여 드립니다.

의료비 보상관련 안내사항

이 보험계약에서 보장하는 의료비는 동 비용을 보장하는 다수의 보험계약이 체결되어 있는 경우, 약관에 따라 비례하여 보상합니다. 다만, 이미 가입된 보험계약에서 보상한 금액이 본인 부담한 의료비를 초과하였을 때에는 보험금이 지급되지 않을 수 있습니다.

▷ 3대 기본지킴이 안내사항

보험회사가 3대 기본지킴이 미이행시 보험계약자는 청약일로부터 3개월 이내 (단, 일반보험의 경우 1개월 이내)에 취소할 수 있으며, 이 경우 회사는 이미 납입한 보험료에 보험계약 대출이자를 더하여 드립니다.

1. 청약서 자필서명(날인)
2. 청약서부분 및 보험약관 교부
3. 약관의 주요 내용 설명

▷ 휴면보험금에 관한 안내

휴면보험금에 대한 안내 및 설명을 받으셨습니까? 예 아니요
 ※ 휴면보험금이 있는 경우에는 당사 고객센터로 문의하시기 바랍니다.

▷ 보험모집질서 신고센터안내

- ① 보험계약과 관련한 보험모집질서 문란행위는 보험업법에 의해 처벌받을 수 있습니다.
- ② 금융감독원 보험 모집질서 위반행위 신고센터
 전화 : 1332 인터넷 : www.fss.or.kr
- ③ 사고접수, 보험처리 등 보험계약 관련 문의(LIG손해보험)
 전화 : 1544-0114 인터넷 : www.lig.co.kr

청약철회 신청서

● 본인은 아래의 보험계약을 청약철회코자 하오니 납입보험료를 환급하여 주시기 바랍니다.

○ 증권번호 : _____
 ○ 신청일 : _____년 _____월 _____일
 ○ 계약자 : _____ (서명 또는 날인)
 ○ 주민번호 : _____ ○ 전화번호 : _____

☞ 본인 통장으로 송금을 원할 경우 아래 사항을 기재하여 주시기 바랍니다.

○ 은행 : _____ ○ 예금주 : _____

○ 계좌번호 : _____

※ 청약을 철회하고자 하는 경우 보험료 영수증과 함께 청약일로부터 15일 이내에 가까운 지점에 방문하시거나 우편으로 제출해 주시면 송금해 드립니다.

(보내실 곳) 135-550 서울시 강남구 역삼동 649-11번지 LIG손해보험



일반보험 청약서

상품명 LIG해외여행보험(장기플랜) (15314)
 청약번호

회사용

LIG Insurance

계약전 알릴 의무 사항

피보험자 성명	클라라	주민등록번호	8	2	0	1	1	8												
---------	-----	--------	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- ▶ 피보험자(보험대상자)에 관한 다음 사항은 회사가 보험계약의 청약을 인수하는데 필요한 자료이므로 보험계약자 및 피보험자(보험대상자)는 사실대로 알려야 합니다.
- ▶ 아래사항(질문 1번~8번)은 중요한 사항으로 만약 사실대로 알리지 않거나 사실과 다르게 알린 경우에는 보험가입이 거절될 수 있으며, 보험계약자 또는 피보험자(보험대상자)의 의사와 관계없이 보험약관상 "계약전 알릴 의무 위반의 효과" 조항에 의해 계약이 해지 될 수 있습니다.
- ▶ "중요한 사항"이란 회사가 그 사실을 알았다더라면 보험계약의 청약을 거절하거나 보험가입금액한도 제한, 일부보클라라장 제외, 보험료 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 인수하는 등 계약인수에 영향을 미치는 사항을 말합니다.

※ 다음 각 항목의 질문사항에 대하여 해당란에 V 표시를 하시기 바랍니다.										예	아니오	
1	근 무 처		근무지역		업종		취급업무	구체적으로				
2	최근 3개월 이내에 의사로부터 진찰 또는 검사를 통하여 다음과 같은 의료행위를 받은 사실이 있습니까? <input type="checkbox"/> 질병확정진단 <input type="checkbox"/> 질병의심소견 <input type="checkbox"/> 치료 <input type="checkbox"/> 입원 <input type="checkbox"/> 수술(제왕절개포함) <input type="checkbox"/> 투약 ※ 진찰 또는 검사란 건강검진을 포함하며, 질병의심소견이란 의사로부터 진단서 또는 소견서를 발급받은 경우를 말합니다.											V
3	최근 3개월 이내에 마약을 사용하거나 혈압강하제, 신경안정제, 수면제, 각성제(흥분제), 진통제 등 약물을 상시복용한 사실이 있습니까?											V
4	최근 1년 이내에 의사로부터 진찰 또는 검사를 통하여 추가검사(재검사)를 받은 사실이 있습니까?											V
5	최근 5년 이내에 의사로부터 진찰 또는 검사를 통하여 다음과 같은 의료행위를 받은 사실이 있습니까? <input type="checkbox"/> 입원 <input type="checkbox"/> 수술(제왕절개포함) <input type="checkbox"/> 계속하여 7일 이상 치료 <input type="checkbox"/> 계속하여 30일 이상 투약 ※ 여기서 "계속하여"란 같은 원인으로 치료 시작후 완료일까지 실제 치료, 투약 받은 일수를 말합니다.											V
6	최근 5년 이내에 아래 11대 질병으로 의사로부터 진찰 또는 검사를 통하여 다음과 같은 의료행위를 받은 사실이 있습니까? (단, 직장 및 항문관련 질환은 실손의료보험 가입시에만 기재하여 주십시오) 11대질병: <input type="checkbox"/> 암 <input type="checkbox"/> 백혈병 <input type="checkbox"/> 고혈압 <input type="checkbox"/> 협심증 <input type="checkbox"/> 심근경색 <input type="checkbox"/> 심장판막증 <input type="checkbox"/> 간경화증 <input type="checkbox"/> 뇌졸중증(뇌출혈, 뇌경색) <input type="checkbox"/> 당뇨병 <input type="checkbox"/> 에이즈(AIDS) 및 HIV 보균 <input type="checkbox"/> 직장 또는 항문관련 질환(치질, 치루(누공), 치열(찢어짐), 항문농양(고름집), 직장 또는 항문탈출, 항문출혈, 항문개양) 의료행위: <input type="checkbox"/> 질병확정진단 <input type="checkbox"/> 치료 <input type="checkbox"/> 입원 <input type="checkbox"/> 수술 <input type="checkbox"/> 투약											V

※ 2, 3, 4, 5, 6번 중 "예"인 경우 병명, 치료기간, 치료내용, 치료병원, 재발경험, 완치여부를 기재하여 주십시오.

병명		치료기관		병명		치료기관	
치료기간	()년 ()월 ~ ()년 ()월	치료기간	()년 ()월 ~ ()년 ()월				
재발경험	<input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 없음	완치여부	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	재발경험	<input type="checkbox"/> 있음 <input type="checkbox"/> 없음	완치여부	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
치료내용	<input type="checkbox"/> 치료 <input type="checkbox"/> 투약 <input type="checkbox"/> 입원 <input type="checkbox"/> 수술 <input type="checkbox"/> 정밀검사	치료내용	<input type="checkbox"/> 치료 <input type="checkbox"/> 투약 <input type="checkbox"/> 입원 <input type="checkbox"/> 수술 <input type="checkbox"/> 정밀검사				
치료상세		치료상세					

7	(여성의 경우) 현재 임신중입니까? "예"인 경우 ()개월 또는 임신 ()주	예	아니오
8	최근 1년 이내에 다음과 같은 취미를 자주 반복적으로 하고 있거나 관련 자격증을 가지고 있습니까? (자격증 여성의 경우) (빈도 : □년간, □월간 회) <input type="checkbox"/> 스쿠버다이빙 <input type="checkbox"/> 행글라이딩, 패러글라이딩 <input type="checkbox"/> 스카이다이빙 <input type="checkbox"/> 수상스키 <input type="checkbox"/> 자동차, 오토바이 경우 <input type="checkbox"/> 번지점프 <input type="checkbox"/> 빙벽, 암벽등반 <input type="checkbox"/> 제트스키 <input type="checkbox"/> 래프팅		V

※ 아래사항(질문 9번~10번)은 사실과 다르게 알릴경우 보험가입이 거절될 수 있습니다.

9	향후 3개월 이내에 다음과 같은 [전쟁지역, 미개척지(열대, 한대), 등반산악지대] 해외위험지역으로 출국할 예정이 있습니까? "예"인 경우 기간: () 지역: () 목적: ()		V
10	다른 보험회사(우체국보험 및 각종 공제계약 판매사포함)에 생명보험, 손해보험, 제3보험 또는 각종 공제계약을 가입하고 있습니까? 회사명(단체보험제외): () 건수: () 보험료(원): ()		V

위의 각 계약전 알릴의무사항에 대한 답변내용은 사실과 일치하며, 보험계약자 및 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 동의 합니다

작성일자 : 2013년 09월 10일 LIG 손해보험 주식회사 귀중

자 필 서 명	성명	서명	성명	서명
	계약자	클라라	법정대리인(친권자) 관계()	
	피보험자	클라라	법정대리인(친권자) 관계()	

법정대리인(친권자) 1인이 서명한 경우 확인란 본인은 다른 법정대리인(친권자) 1인과 합의하여 공동으로 친권을 행사합니다. 서명

※ 피보험자(보험대상자) 본인이 자필서명을 하지 않으신 경우에는 보험계약이 무효가 되어 보장을 받지 못 할 수도 있습니다. 보험계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 미성년자의 경우 법정대리인이 서명하여 주시기 바랍니다.



보험 가입질문서

피보험자 성명	클라라	주민등록번호	8	2	0	1	1	8	-											
---------	-----	--------	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- ▣ 피보험자(보험대상자)에 관한 다음 사항은 회사가 보험계약의 청약을 인수하는데 필요한 자료이므로 보험계약자 및 피보험자(보험대상자)는 사실대로 알려야 합니다.
- ▣ 아래 사항은 중요한 사항으로 만약 사실대로 알리지 않거나 사실과 다르게 알린 경우에는 보험가입이 거절 또는 해지될 수 있습니다.

※ 다음 각 항목의 질문사항에 대하여 해당란에 V 표시를 하시기 바랍니다.

번호	질문	예	아니오
1	심신상실자/심신박약자를 계약자 또는 피보험자로 하는 계약입니까?		V
2	피보험자가 '이중국적자'입니까? '예' 인 경우 ☞ 현재거주지 (또는 체류지) : () 여행지 : () 여행목적 ()		V
3	피보험자가 '외국시민권자(외국인)'입니까? '예' 인 경우 ☞ 현재거주지 (또는 체류지) : () 여행지 : () 여행목적 ()		V
4	피보험자가 '외국영주권자'입니까? '예' 인 경우 ☞ 현재거주지 (또는 체류지) : () 여행지 : () 여행목적 ()		V
5	피보험자가 현재(보험가입시점) 외국에 체류 또는 거주상태입니까? '예' 인 경우 ☞ 현재거주지 (또는 체류지) : () 당사여행보험 갱신여부 : (<input type="checkbox"/> 갱신, <input type="checkbox"/> 신규) 해외거주(체류)목적 : (<input type="checkbox"/> 유학/어학연수, <input type="checkbox"/> 주재원, <input type="checkbox"/> 해외취업, <input type="checkbox"/> 기타 :)		V
6	피보험자가 해외 취업을 목적으로 출국 예정입니까?		V
7	피보험자가 외국으로 이민 또는 거주목적으로 출국 예정입니까?		V
8	워킹홀리데이, 우프(WOOF), 이민(초청포함)비자로 출국하는 계약입니까?		V
9	피보험자가 국내로 돌아오지 않고, 자국으로 귀국하는 외국인(외국시민권자, 외국영주권자 포함)의 장기계약(7일이상)계약입니까?		V
10	보험기간중에 전문등반, 글라이더조종, 스카이다이빙, 행글라이딩, 패러글라이딩 또는 이와 비슷한 위험한 활동이 포함되어 있습니까?		V
11	보험기간중에 모터보트, 자동차, 오토바이에 의한, 경기, 시범, 흥행 또는 시운전이 포함되어 있습니까?		V
12	보험기간중에 전지훈련 또는 운동경기참가 등의 특수목적을 갖는 계약입니까?		V
13	피보험자중에 선박승무원, 어부, 사공, 그밖에 선박에 탑승하는 것을 직무로 하는 사람이 포함되어 있습니까?		V

자필서명 위의 각 계약전 알릴의무사항에 대한 답변내용은 사실과 일치하며, 보험계약자 및 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.

작성일자 : 2013년 09월 10일 LIG 손해보험 주식회사 귀중

	성명	서명	성명	서명
계약자	클라라		법정대리인(친권자) 관계()	
피보험자	클라라		법정대리인(친권자) 관계()	
법정대리인(친권자) 1인이 서명한 경우 확인란		본인은 다른 법정대리인(친권자) 1인과 합의하여 공동으로 친권을 행사합니다.		서명

※ 피보험자(보험대상자) 본인이 자필서명을 하지 않으신 경우에는 보험계약이 무효가 되어 보장을 받지 못 할 수도 있습니다. 보험계약자 또는 피보험자(보험대상자)가 미성년자의 경우 법정대리인이 서명하여 주시기 바랍니다.



※ 본 상품설명서는 약관의 내용을 요약발췌한 것이니 세부내용은 반드시 약관을 참조하시기 바랍니다.

■ 보험계약의 개요

<input type="checkbox"/> 보험회사	LIG손해보험(주)			
<input type="checkbox"/> 모집자	법인영업6부 법인영업6부 1지점 (주)인스친구 보험대리점 (☎ 02-1666-2203)			
<input type="checkbox"/> 보험기간	2013-09-10 09:00 부터 2014-09-10 09:00 까지			
<input type="checkbox"/> 보험상품명	LIG해외여행보험(유학생플랜)			
<input type="checkbox"/> 보험계약관계자	■ 보험계약자	클라라	■ 피보험자(보험대상자)	클라라
	■ 보험수익자(보험금을받는자)	사망보험금 : 법정상속인 , 사고보험금 : 피보험자		

■ 상품설명 내용에 대한 계약자 확인

※ 동 보험계약을 가입하시면서 모집인에게 설명받으시고 이해하신 사항에 대하여 "확인"란에 (V)표시를 해주시기 바랍니다.

번호	주요설명	확인
1	보험회사 및 보험모집자에 대한 정보 및 보험상품의 보험료납입기간, 보험기간에 대한 보험계약의 개요	<input checked="" type="checkbox"/>
2	청약철회, 계약취소, 고지의무 및 위반효과 등 보험가입자의 권리와 의무에 관한 사항	<input checked="" type="checkbox"/>
3	보험계약(기본계약 및 특약)별 보험료 및 보장내역 (갱신특약의 보험료 인상 등에 대한 주의 설명 포함)	<input checked="" type="checkbox"/>
4	보험금 지급관련 보장하지 않는 사항 등 보험금 지급관련 유의사항	<input checked="" type="checkbox"/>
5	계약의 해지 및 무효, 해지환급금, 상품별 특이사항 등 보험계약관련 유의사항	<input checked="" type="checkbox"/>
6	예금자보호, 보험상담 및 분쟁조정절차 등 보험계약자보호에 관한 사항	<input checked="" type="checkbox"/>
7	보험모집자의 업무행위, 보험계약 전환, 소멸시효, 계약변경 등 기타 유의사항	<input checked="" type="checkbox"/>
8	상품설명서를 모충하여 설명(기본계약, 특약별 보험료 및 보장내역, 해지환급금 등)하기 위해 별첨으로 제공된 가입설계서를 교부 받음	<input checked="" type="checkbox"/>
9	실손의료보험을 단독으로 가입할 9 수 있다는 사실과 특약상품과의 차이점에 관한 사항	<input checked="" type="checkbox"/>
10	다수 보험계약에 대한 비례보상, 보장내용, 재가입조건 등에 관한 설명	<input checked="" type="checkbox"/>

◆ 본 상품의 중요사항에 대하여 '상품설명 내용'을 모집자는 보험계약자에게 충분히 설명하였고, 보험계약자는 설명받은 내용을 이해하였음을 확인합니다. 아울러 동 **상품설명서**보다 자세한 내용은 약관에 기재되어 있으므로 **세부 설명 자료를 상세히 확인**하신 후 계약하시기 바랍니다.

【모집자 확인】 ※ 실제 모집한 영업담당자가 직접 자필로 작성하여야 합니다.

보험모집자 **(주)인스친구** (은)는 위 내용에 대하여 보험계약자 **클라라** 에게 설명하고, 이 설명서를 교부하였습니다.
(대리점[(주)인스친구]) ()

년 월 일 영업담당자 (주)인스친구 서명

【보험계약자 확인】 ※ 보험업법감독규정(제-45조)에 따라 계약자본인 직접 자필로 기재하시고 서명하시기 바랍니다.
※ 계약자가 미성년자인 경우 친권자 2인(또는 후견인) 모두 서명하시기 바랍니다.

보험모집자 **(주)인스친구** (으)로부터 **상품설명서** /가입설계서에 대한 내용을 교부받고 **설명** 을 들었습니다.
(대리점[(주)인스친구]) (상품설명서) (설명)

v서명해주세요

계약자	클라라	서명
2013년 09월 10일 법정대리인1 (친권자, 후견인)	성명	서명
2013년 09월 10일 법정대리인2 (친권자, 후견인)	성명	서명

발급일년월일



【 개인(신용)정보 수집·이용, 조회, 제공 동의서(사전조회 등) 】

LG손해보험주식회사 귀중

발급자: 인스버디(2100341)

해당란에 V체크를 해주십시오.

1. 개인(신용)정보의 수집·이용에 관한 사항

「개인정보보호법」 제15조, 제22조, 제23조, 제24조 및 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제32조 및 제33조에 따라 귀사가 아래와 같은 내용으로 본인의 개인(신용)정보를 수집·이용하는 것에 동의합니다.

동의함	동의안함
V	

- 개인(신용)정보의 수집·이용 목적
 - 보험계약상당, 보험계약 체결 및 인수여부 결정을 위한 판단 목적
 - 민원 및 분쟁 관련 대응 목적/보험계약정보, 보험금지급정보 조회/질병 및 상해에 관한 정보 조회
- 보험회사가 수집·이용할 개인(신용)정보의 내용
 - 개인식별정보 (성명, 주민등록번호, 외국인등록번호, 주소, 성별, 직업, 전화번호, 휴대전화번호, 전자우편주소, 음성정보)
 - 보험계약정보 (보험사명, 증권번호, 보험기간, 보험계약일자, 상품명, 담보내용, 보험가입금액, 보험료, 계약유지여부/ 자동차 보험계약의 경우 피보험차량 정보, 보험종목, 담보종목, 자기부담금 및 제할인·할증과 특약가입사항 포함)
 - 보험금지급정보 (보험사고일자, 보험금 청구일자, 지급일자, 지급액, 지급사유)/질병 및 상해에 관한 정보
- 개인(신용)정보의 보유·이용 기간
 - 수집·이용 동의일로부터 개인(신용)정보의 수집, 이용 목적을 달성할 때까지

동의함	동의안함
V	

* 귀사가 본 계약과 관련하여 본인의 **고유식별정보(주민등록번호, 외국인등록번호)**를 상기의 목적으로 상기의 보유·이용기간 동안 제공하는 것에 동의합니다.

동의함	동의안함
V	

자동차보험계약 제외

* (질병 및 상해에 관한 정보의 수집·이용이 필요한 경우) 귀사가 본 계약과 관련하여 본인의 **민감정보(건강정보)**를 상기의 목적으로 보유·이용 기간 동안 수집·이용하는 것에 동의합니다. **(자동차보험계약 제외)**

* '질병 및 상해에 관한 정보'는 해당 보험계약의 성질상 필요한 경우에만 수집·이용됩니다.

* 귀하는 상기 각 동의를 거부할 수 있습니다. 다만, 이에 대한 동의를 하지 않을 경우에는 보험계약상당 등 정상적인 서비스 제공이 불가능 할 수 있음을 알려 드립니다.

2. 개인(신용)정보의 제공·조회에 관한 사항

귀사가 아래와 같은 내용으로 손해보험협회 등 신용정보집중기관(「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제32조제2항에 따라) 및 보험업법상 보험유통산출기관에 본인의 개인(신용)정보를 제공·조회하는 것에 대하여 동의합니다.

동의함	동의안함
V	

- 제공할 개인(신용)정보
 - 개인식별정보 (성명, 주민등록번호, 외국인등록번호, 주소, 성별, 직업, 전화번호, 휴대전화번호, 전자우편주소)
- 조회할 개인(신용)정보
 - 보험계약정보 (보험사명, 증권번호, 보험기간, 보험계약일자, 상품명, 담보내용, 보험가입금액, 보험료, 계약유지여부/ 자동차 보험계약의 경우 피보험차량 정보, 보험종목, 담보종목, 자기부담금 및 제할인·할증과 특약가입사항 포함)
 - 보험금지급정보 (보험사고일자, 보험금 청구일자, 지급일자, 지급액, 지급사유)/질병 및 상해에 관한 정보
- 개인(신용)정보 제공·조회목적
 - 보험계약상당 또는 보험계약 체결 및 인수여부 결정을 위한 판단 목적 - 고액·다수 계약자 및 피보험자 조회
- 조회동의 유효 기간 및 제공받는 자의 개인(신용)정보 보유·이용기간
 - 동의서 제출일로부터 보험계약의 청약시까지 (단, 최대 1개월)
- 조회자(개인(신용)정보를 제공받는 자)의 개인(신용)정보의 보유·이용 기간
 - 정보를 제공받은 날로부터 개인(신용)정보의 조회 목적(조회사실과 관련된 분쟁대응 목적 포함)을 달성할 때까지



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

* '질병 및 상해에 관한 정보' 및 고액·다수 계약자 및 피보험자 조회는 해당 보험계약의 성질상 필요한 경우에만 적용됩니다.

동의함	동의안함
V	

* 귀사가 본 계약과 관련하여 본인의 **고유식별정보(주민등록번호, 외국인등록번호)**를 상기의 목적으로 상기의 보유·이용기간 동안 제공하는 것에 동의합니다.

* 귀하는 상기 각 동의를 거부할 수 있습니다. 다만, 이에 대한 동의를 하지 않을 경우에는 보험계약상당 등 정상적인 서비스 제공이 불가능 할 수 있음을 알려 드립니다.

3. 개인(신용)정보의 제공에 관한 사항 (장기보험 가입시 필수동의:건강검진 및 계약적부 등 심사시 필요)

「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」 제32조 및 제34조에 따라 귀사가 본인의 개인(신용)정보를 아래와 같이 제3자에게 제공하는 것에 동의합니다.

동의함	동의안함
V	

- 개인(신용)정보를 제공받는 자
 - 병원, 의원 등 건강진단 관련 업무를 위탁받은 자
- 개인(신용)정보를 제공받는 자의 이용목적
 - 건강진단 업무, 고지사항 확인(적부), 의료자문(사의)
- 제공할 개인(신용)정보의 내용
 - 개인식별정보 (성명, 주민등록번호, 외국인등록번호, 주소, 성별, 직업, 전화번호, 휴대전화번호, 전자우편주소)
 - 고지사항 (신체·건강정보)
- 제공받는 자의 개인(신용)정보 보유·이용기간
 - 제공 동의일로부터 개인(신용)정보의 제공목적 달성할 때까지
- * '제공할 개인(신용)정보의 내용' 중 상기 제공대상기관의 업무수행 목적 달성에 부합하는 최소한의 정보만 제공됩니다.

동의함	동의안함
V	

* 귀사가 본 계약과 관련하여 본인의 **고유식별정보(주민등록번호, 외국인등록번호)**를 상기의 목적으로 상기의 보유·이용기간 동안 제공하는 것에 동의합니다.

동의함	동의안함
V	

* 귀사가 본 계약과 관련하여 본인의 **민감정보(건강정보)**를 상기의 목적으로 상기의 보유·이용 기간 동안 제공하는 것에 동의합니다. (자동차계약 제외)

* 각 제공대상기관 및 이용목적의 구체적인 정보 및 그 변동내용은 당사 홈페이지 [www.lig.co.kr]에서 확인할 수 있습니다.

* 귀하는 상기 동의를 거부할 수 있습니다. 다만, 동의를 하지 않을 경우에는 관련 법령상 보험계약의 체결이 부득이하게 거절 되거나 정상적인 서비스 제공이 불가능할 수 있음을 알려 드립니다.

20년 월 일

동의자	글라라	(서명)	법정대리인1	(서명)	법정대리인(친권자) 1인이 서명한 경우 본인은 다른 법정대리인(친권자) 1인과 합의하 에 공동으로 친권을 행사합니다.	(서명)
주민등록번호	820118-2		법정대리인2	(서명)		(서명)

* 미성년자인 경우, 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.