

# ■ 시험 코드 신청서 ■

※ 신청인께서는 아래 해당칸을 빠짐 없이 작성 부탁드립니다.  
※ DB구분 체크 필수

구 분		시 험 신 청 내 용		
DB구분		TM / 고문 / 자가 / 외주	고문명	DB구분 "고문"일 경우 작성해주세요.
법인명			대표자	
시험 신청자 정보	이름		사업자 번호	
	주민번호		대표자와 관계	
	자택주소			
	휴대폰	010 - -		
	수수료 지급계좌	<input type="checkbox"/> 금융기관명 : <input type="checkbox"/> 예금주 : <input type="checkbox"/> 계좌번호 :		
신청 정보	구분	<input type="checkbox"/> 생명보험 <input type="checkbox"/> 손해보험 <input type="checkbox"/> 변액보험		
	시험지역		시험구분	<input type="checkbox"/> 랜덤 <input type="checkbox"/> 확정
필수첨부		신분증 사본		

당사 및 당사 업무수탁자는 「개인정보보호법」 및 「신용정보의 이용 및 보호에 관한 법률」에 따라 귀하의 개인정보를 다음과 같이 수집,이용하고자 합니다. 이에 대하여 동의하십니까?

동의함 ☒

- 개인정보 등의 수집,이용 목적
  - 보험설계사 적격 여부 판단
  - 협회자격(모집인 등록시험, 등록필수교육 등) 대비과정 운영
- 수집,이용할 개인정보 등의 내용
  - 개인정보(성명, 전화번호 등)
  - 고유식별정보(주민등록번호, 외국인등록번호 등)
  - 생명/손해보험협회 등록이력, 등록시험 응시/합격정보, 등록필수교육 수료 정보
- 개인정보 등의 보유,이용 기간
  - 수집,이용 동의일로부터 6개월까지

▶ 현재 계약관련 진행 단계를 체크해주세요.

진행단계 체크 <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 시험접수 외 현재 미진행 (합격 후 미팅예정)	
	<input type="checkbox"/> 가입상품 및 보험료 (가)확정 상태	
	상 품	<input type="checkbox"/> 경정 <input type="checkbox"/> 종신 <input type="checkbox"/> 변액 <input type="checkbox"/> 그외 기타
	보험료	<input type="checkbox"/> 500만 <input type="checkbox"/> 1,000만 <input type="checkbox"/> 최대한도 <input type="checkbox"/> 기타 (      만)