위 임 장

대리인 성명		생년월일	
연락처		위임인과의 관계	
주소			

본인은 위 사람을 대리인으로 정하고, 농협손해보험에 민원신청 및 이와 관련된 의견진술, 민원처리 결과의 수령 등의 모든 행위를 할 수 있는 권한을 위임합니다.

○ 개인(신용)정보 수집・이용에 관한 동의사항

- 수집범위 : 성명, 생년월일, 연락처, 주소 등 개인(신용)정보
- 수집목적 : 민원관련 사실관계 확인, 조치, 안내 등 민원업무처리
- 보유 및 이용기간 : 민원처리종료일부터 5년간 보유. 단, 관계법령의 규정에 의해 보존할 필요가 있는 경우 관계법령에서 정한 기간 동안 보유합니다.

[동의함 □ 동의하지 않음 □]

○ 고유식별정보 처리에 관한 동의

상기 목적으로 본인의 고유식별정보를 처리하는데 동의합니다. **[동의함 □ 동의하지 않음 □]**

※ 귀하는 상기 동의를 거부할 수 있습니다. 다만, 이에 대한 동의를 하지 않는 경우에는 정상적인 민원 상담 및 업무처리가 불가능할 수 있습니다.

※ 첨부 : 위임인의 임감증명서(본인서명사실확인서)

20 년 월 일

- 위임인 성명 : (서명)
- 생년월일 :
- 주소 :
- 연락처 :

NH농협손해보험 귀중