

유학생 단체보험 가입 철회 신청서

국적		학부() 대학원 ()		
성명(한글)		성명(영문)		
학과		학번		
연락처		이메일		
계좌정보 (한국계좌)	은행명		예금주	
	계좌번호			
보험가입 철회사유				

※개인정보 수집 및 이용 동의서

- 개인정보 수집·이용 목적 : 보험가입 철회 및 환불 신청
- 수집하려는 개인정보 항목 : 국적, 성명, 학과, 학번, 연락처, 이메일, 계좌정보
- 개인정보의 보유 및 이용기간 : 해당 학년도
- 동의 거부 시 불이익
 - 유학생 단체보험 가입 철회 신청서 대한 개인정보 수집 동의에 대하여 거부할 수 있으며, 동의 거부시 보험가입 철회를 할 수 없습니다.

본인은 위와 같은 목적으로 개인정보 수집 및 이용에 동의합니다.
 동의함 ☐ 동의하지 않음 ☐

위와 같이 유학생 단체보험 가입 철회 신청서를 제출합니다.

신청자 _____ (날인 또는 서명)

20 년 월 일

상명대학교 대외협력처장 귀하