

보험금 청구서

Student Medical Mutual Aid Application Form

성명 (Name)		주민등록번호 (Alien Registration No.)	
소속 (College)		학번 (Student Id No.)	
주소 (Address)			휴대폰번호 (Mobile Phone)
사고일시 (Date of Accident)			
사고장소 (Place of Accident)			

사고경위 (How it happened)	
---------------------------	--

경유

지도교수(Advisory Professor) (Sign)

이공계 연구활동종사자(학부 및 대학원생, 연구원 등)가 교육 및 연구와 관련하여 인적 사고가 발생한 경우 연구지원과(880-5199)에서 가입한 **연구실안전 상해보험**으로 청구.

사고 내용은 환경안전원(880-1352)에 보고하여야 하며, 미보고 시 과태료 등의 행정처분을 받을 수 있음.

<개인정보 수집·이용 동의>

- ① 개인정보의 수집·이용 목적 : 학교경영자책임보험 청구
 - ② 수집하려는 개인정보의 항목 : 성명, 학번, 주민등록번호, 연락처, 주소, 계좌번호
 - ③ 개인정보의 보유 및 이용기간 : 5년
- 동의를 거부할 수 있으며, 동의 거부시 보험금 지급 업무와 관련한 정상적인 서비스가 제한될 수 있습니다.
- ▶ 위 개인정보 수집·이용에 동의하십니까? 예 아니오