

[별지 제 2 호 서식]

영상정보 열람신청서

영상정보기록일자 :

성 명 : (인)

현 주 소 :

TEL :

열람근거 :

열람목적 :

상기 본인이 열람 요청한 영상정보기록(녹화)물을 개인정보보호법에 따라 사용할 것을 확인하며 이를 위반 시 개인정보 보호법에 따라 처리됨을 인지하고 이에 열람요청서를 제출합니다.

년 월 일

ABL 생명보험(주) 귀하