

갑 (피해자) 상호(성명): 황예은 주민등록번호(사업자등록번호): 920812-2
주 소: 서울시 금천구 독산동 303-1번지

을 (피보험자) 상호(성명): (주)케이리스크포츠 주민등록번호(사업자등록번호): 268-85-01301
주 소: 서울시 금천구 빛골로 286

1. 사고 경위

사고일시	2023년 03월 17일	사고장소	헬스장 내
사고내용	이동객이 역기 운동 하던 중 바벨이 빠지면서 피해자를 중격상 사고임		

2. 합의 내용

- 위 사고와 관련하여 "갑"과 "을"은 자의의사에 따라 원만히 합의하였음을 확인합니다.
- "을"은 "갑"에게 위 사고로 발생하였거나 발생하게 될 법률상 손해배상금으로서 부담하는 금액은 2,586,600 원이며, "갑"은 향후 합의된 사안에 대해서 이의를 제기하지 않을 것을 약속하고 본 합의 내용에 대해서는 당사자 모두 동의하였음을 확인하며, 본 합의가 최종 합의임을 서로 확인합니다.
- 위 사고에 관하여 동일한 위험을 보장하는 다른 보험 계약이 있는 경우 각 보험사는 위 법률상 손해배상금 중 독립책임액 비례분담 방식에 의거 해당 책임분을 지급합니다.
- 위 법률상 손해배상금은 "을"의 보험자 DB손해보험주식회사가 지급합니다.
다만 "을"의 자기부담금 100,000 원은 "을"이 "갑"에게 직접 입금합니다.

내용 및 조건

법률상 배상 책임 원체금액(8,622,000원)중 공동불법책임액(6,035,400원) 및 자기부담금(100,000원)을 제외한 금액(2,486,600원)을 "을"의 보험사가 "갑"에게 지급한다.

20 년 월 일

"갑" (피해자 또는 법정대리인): 황예은 (인) ✓

"을" (피보험자 또는 법정대리인): (인)

3. 지급 방법

예금주	은행명	계좌번호

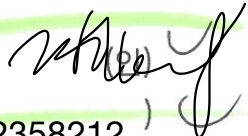
손해액 안내 확인서

보험종목	(주)프로미라이프 참좋은보재플러스 보장보험
증권번호	320200284316
계약자	(주)케이리스포츠

- 확인 사항 -

- (2023)년 (03)월 (17)일 (서울 금천구 빛꽃로 286) 소재 (스포애너) 에서
 발생한 (대인) 사고와 관련하여 손해사정법인 (KMS손해4정) 으로부터 산정된
 손해액에 대하여 안내를 받았으며, 설명 받은 손해액에 대하여 동의함을 확인합니다.
 (손해액 : ₩ 8,622,000)
- 금번 사고와 관련하여 향후 보험금 지급일 등 지급절차 및 지급내역에 대한 설명을 받았음을 확인합니다.
 (지급보험금 : ₩ 2,586,600)
- 향후 금번 사고와 관련하여 어떠한 일체의 이익을 제기하지 않을 것을 확인합니다.

20 . .

◆ 확인자 : 황예은 
 (주민번호 : 920812 - 2358212)

1. 보험계약사항

보험종목	위. 프론트리어스 자동차손해배상보	증권번호	320200284316
보험계약자	가판디리얼간리역전 스폰 에나	보험가입금액	

2. 다른 보험회사 계약사항 (있음 ☐ 없음 ☐)

보험회사		보험가입금액	
------	--	--------	--

(금번 사고와 관련한 모든 보험계약을 명기하여 주시기 바라며, 만약 사실과 다르게 기재하실 경우 보험금의 전부 또는 일부를 반환하실 수 있습니다.)

3. 사고개요

사고일시	23. 03. 17	사고원인	
사고장소		피해품	
사고경위 (6하 원칙으로 상세기재)	최즈디스 대북이세 타인이 운행을 하던 중 바깥에 쏜 한 칸이 피커라외 필름이 떨어져 고배가 붙어있는 사고 발생됨		

청구자 본인은 상기 내용에 사실과 다른 것이 있거나 관련서류 또는 증거가 위조, 변조된 경우에는 보험금청구권을 상실할 수 있으며 동시에 그에 따른 모든 법적 책임을 부담할 것이며, 만일 보험약관 또는 제규정상 보상하지 않는 손해에 해당할 경우에는 지급받은 보험금 일체를 반환할 것을 약속합니다.

20 년 월 일

보험금 청구인 성명: 황예은 e-mail: hyy9003@gmail.com (피보험자와의 관계:)
주소: (연락처:)

- ☞ “고의로 사고를 발생시키거나, 발생하지도 않은 사고를 발생한 것처럼 조작하는 행위, 이미 발생한 보험사고의 원인, 내용등을 조작하거나 피해정도를 과장하는 행위는 보험사기방지 특별법상 금지된 범죄입니다.”
- ☞ “보험사기자는 보험사기방지 특별법상 10년 이하의 징역이나 5천만원 이하의 벌금에 처해질 수 있으며, 이와 별도로 보험가입제한, 대출 및 신용카드 발급 등 금융거래가 제한될 수 있습니다.”

4. 보험금 수령 위임

위 사고에 따른 보험금의 수령권한, 개인(신용)정보의 수집이나 이용 및 제공 등에 관한 일체의 권리, 기타 위 사고와 관련된 보험계약상의 권리 일체를 위임 받는 분에게 위임하며, 향후 이와 관련 일체의 이의가 없음을 서약하고 그 증거로서 본 위임내용에 날인(인감도장)하여 제출합니다.

위임 하는 분	(인)	주민번호:	-	(Tel:)
위임 받는 분	(인)	주민번호:	-	(Tel:)

5. 질권기관 담당자

질권기관명		부/지점		과/계	
직 위		성 명		연락처	

※ 보상진행 및 처리결과는 휴대폰문자(SMS)로 안내되며, 기타방법(E-mail, FAX, 우편)으로 안내를 원하시는 경우 아래 항목 중 하나에 (V)표시 바랍니다.
안내방법: E-mail ☐ FAX ☐ 우편 ☐ 불필요 ☐

절 취 선

온라인송금요청서

DB손해보험주식회사 귀중

계좌번호		은행명	
예금주(상호)		주민(사업자)번호	
◆ 위 통보내용의 하자로 인하여 타인계좌로의 송금 등 문제가 발생할 경우에는 본인이 일체의 책임을 지겠으며 귀사에 어떠한 이의도 제기하지 않겠음.			
요청일 20 년 월 일		요청인 성명(상호)	(인)

※ 송금 받으실 보험금이 1,000만원을 초과할 경우에는 인감날인 후 인감증명서를 첨부하셔야 합니다.

귀하는 개인(신용)정보의 수집·이용 및 조회, 제공에 관한 동의를 거부하실 수 있으며, 동의를 하지 않을 경우에는 보험금 청구 및 지급 관련 정상적인 서비스 제공이 불가능할 수 있고 본 동의서에 의한 개인(신용)정보조회는 귀하의 신용등급에 영향을 주지 않습니다.

1. 수집·이용에 관한 사항

수집·이용 목적	<ul style="list-style-type: none"> ○ 보험사고·보험사기 조사 및 보험금지급·심사(구상관련 업무, 손해사정 또는 의료자문 포함) ○ 보험금 청구서류 접수대행 서비스 및 교통사고 처리내역 발급 간소화 서비스 ○ 민원처리 및 분쟁대응, 금융거래 관련 업무 ○ 자동차과실 비율분쟁 심의업무(자동차보험에 한함)
보유 및 이용기간	<ul style="list-style-type: none"> ○ 동의일로부터 거래 종료 후 5년까지 (단, 보험금 지급, 금융사고조사, 보험사기 방지·적발, 민원처리, 법령상 의무이행을 위한 경우에 한하여 보유·이용 및 별도 보관) <p>위 보유 기간에서의 거래 종료일이란 “①보험계약 만기, 해지, 취소, 철회일 또는 소멸일 및 ②보험금 청구권 소멸시효 완성일(상법 제662조), ③채권·채무 관계 소멸일 중 가장 나중에 도래한 사유를 기준으로 판단한 날”을 말한다.</p>

· 수집·이용 항목

고유식별정보	<p>주민등록번호, 운전면허번호, 외국인등록번호, 여권번호</p> <p>위 고유식별정보 수집·이용에 동의하십니까? 동의하지 않음 <input type="checkbox"/> 동의함 <input checked="" type="checkbox"/></p>
민감정보	<p>피보험자의 질병·상해에 관한 정보(진료기록, 상병명, 기왕증 등), 보험사고 조사 (보험사기 포함) 및 손해사정 업무 수행과 관련하여 취득한 정보 (경찰, 공공·국가기관, 의료기관 등으로부터 본인의 위임을 받아 취득한 각종 조사서, 증명서 등에 포함된 개인(신용)정보 포함)</p> <p>위 민감정보 수집·이용에 동의하십니까? 동의하지 않음 <input type="checkbox"/> 동의함 <input checked="" type="checkbox"/></p>
개인(신용)정보	<p>성명, 주소, 생년월일, 유·무선 전화번호, 이메일, 성별, 국적, 직업, 피보험자와 수익자의 관계, 국내거소신고번호, 소득증빙자료, 음성정보, 운전면허정보, 사업자등록증상의 정보, 가족관계증명서, 차량등록증상의 정보</p> <p>보험계약정보(상품종류, 기간, 보험가입금액 등), 보험금정보(보험금 지급사유, 지급금액 등), 금융거래 업무 관련 정보(보험금 지급계좌 등)</p> <p>위 개인신용정보 수집·이용에 동의하십니까? 동의하지 않음 <input type="checkbox"/> 동의함 <input checked="" type="checkbox"/></p>

2. 제공에 관한 사항

제공받는 자	<ul style="list-style-type: none"> ○ 종합신용정보집중기관 : 한국신용정보원 ○ 보험요율산출기관 : 보험개발원 ○ 보험회사 등 : 손해보험회사, 국내 재보험사, 공제사업자, 체신관서(우체국보험) ○ 금융거래기관 : 계좌개설 금융기관, 금융결제원 ○ 보험협회 : 생명·손해보험협회 ○ 공공기관 등 : 금융위원회, 금융감독원, 국토교통부, 경찰청, 국세청 등 공공기관, 법령상 업무 수행 기관(위탁사업자 포함) ○ 계약관계자 : 피보험자, 보험금 청구권자, 보험계약자 등 ○ 업무수탁자 등 : 보험금지급·심사 및 보험사고조사 등 업무를 위탁받은 자 (보험사고조사업체, 손해사정업체, 의료기관·의사, 변호사, 위탁 콜센터, 건강보험심사평가원, 진료수가 분쟁심의회 등)
--------	---

제공받는 자의 이용목적	<ul style="list-style-type: none"> ○ 종합신용정보집중기관 : 개인(신용)정보조회, 신용정보의 집중관리 및 활용 등 법령에서 정한 종합신용정보집중기관의 업무 수행, 교통사고처리내역발급 간소화 서비스 ○ 보험요율산출기관 : 보험요율산출 ○ 보험회사 등 : 중복보험 확인 및 비례보상, 재보험금 청구, 보험사고조사(보험사고 조사 포함) 및 손해사정서비스 등 계약 이행에 필요한 업무, 보험금청구서류 접수 대행 서비스, 진료비심사, 의료심사 및 자문, 구상금분쟁심의업무 ○ 금융거래기관 : 계좌개설 금융기관, 금융결제원 ○ 보험협회 : 보험금 지급·심사 관련 업무지원 ○ 공공기관 등 : 보험업법 및 자동차손해배상보장법(자동차보험에 한함), 도로교통법 등 법령에 따른 업무수행(위탁포함) ○ 계약관계자 : 손해사정 내용 관련 정보 제공 ○ 업무수탁자 등 : 보험금 지급·심사 및 보험사고조사 등 관련 위탁업무 수행
보유 및 이용기간	○ 제공받는 자의 이용목적을 달성할 때까지(최대 거래 종료 후 5년까지)

* 외국 재보험사의 국내지점이 재보험금 청구 등 지원 업무를 위탁하기 위한 경우 별도의 동의 없이 외국소재 본점에 귀하의 정보를 이전할 수 있습니다.

• 제공 항목

고유식별정보	<p>주민등록번호, 운전면허번호, 외국인등록번호, 여권번호</p> <p>위 <u>고유식별정보</u> 제공에 동의하십니까? 동의하지 않음 <input type="checkbox"/> 동의함 <input checked="" type="checkbox"/></p>
민감정보	<p>피보험자의 질병·상해에 관한 정보(진료기록, 상병명, 기왕증 등), 보험사고 조사 (보험사기 포함) 및 손해사정 업무 수행과 관련하여 취득한 정보 (경찰, 공공·국가기관, 의료기관 등으로부터 본인의 위임을 받아 취득한 각종 조사서, 증명서 등에 포함된 개인(신용)정보 포함)</p> <p>위 <u>민감정보</u> 제공에 동의하십니까? 동의하지 않음 <input type="checkbox"/> 동의함 <input checked="" type="checkbox"/></p>
개인(신용)정보	<p>성명, 주소, 생년월일, 이메일, 유·무선 전화번호, 성별, 국적, 직업, 피보험자와 수익자의관계, 국내거소신고번호, 소득증빙자료, 음성정보, 운전면허정보, 사업자등록증상의 정보, 가족관계증명서, 차량등록증상의 정보</p> <p>보험계약정보(상품종류, 기간, 보험가입금액 등), 보험금정보(보험금 지급사유, 지급금액 등), 금융거래 업무 관련 정보(보험금 지급계좌 등)</p> <p>위 개인신용정보 <u>수집·이용</u>에 동의하십니까? 동의하지 않음 <input type="checkbox"/> 동의함 <input checked="" type="checkbox"/></p>

2-1. 국외 제3자 제공에 관한 사항

제공받는자	○ 국외 재보험사
제공받는 자의 이용목적	○ 재보험금 지급·심사, 법률 및 국제협약 등의 의무이행
보유 및 이용기간	○ 제공받는 자의 이용목적을 달성할 때까지(관련법령상 보존기간을 따름)

• 제공 항목

개인(신용)정보	
일반개인정보	성명, 연령, 성별, 사업자등록증상의 정보
신용거래정보	보험계약정보(상품종류, 기간 등), 보험금정보(사고정보, 지급금액 등)
위 개인신용정보 <u>제공</u> 에 동의하십니까?	
<div> <div>동의하지 않음 <input type="checkbox"/></div> <div>동의함 <input checked="" type="checkbox"/></div> </div>	

3. 조회에 관한 사항

조회 대상 기관	○ 종합신용정보집중기관, 생명·손해보험협회, 보험요율 산출기관, 국토교통부
제공받는 자의 이용목적	○ 종합신용정보집중기관 : 보험사고·보험사기 조사 및 보험금지급·심사, 교통사고처리내역 발급 간소화 서비스 ○ 생명·손해보험협회 : 보험금 지급·심사(보험금 청구서류 접수대행 서비스 등) ○ 보험요율산출기관·국토교통부 : 보험사고·보험사기 조사 및 보험금지급·심사, 법령에 의한 업무수행 등
조회동의의 효력기간	○ 수집·이용 동의일로부터 거래종료 후 5년까지 (단, 거래종료 후 5년이 경과한 후에는 보험금 지급, 금융사고 조사, 분쟁해결, 민원처리, 법령상 의무이행을 위한 경우에 한하여 보유·이용하며, 별도 보관함.)

• 조회 항목

고유식별정보	
주민등록번호, 운전면허번호, 외국인등록번호, 여권번호	
위 <u>고유식별정보 조회</u> 에 동의하십니까?	
<div> <div>동의하지 않음 <input type="checkbox"/></div> <div>동의함 <input checked="" type="checkbox"/></div> </div>	
민감정보	
피보험자의 질병,상해에 관한정보(진료기록, 상병명, 기왕증 등), 교통법규위반 정보, 교통사고조사기록(보험요율산출 기관을 통한조회)	
위 <u>민감정보 조회</u> 에 동의하십니까?	
<div> <div>동의하지 않음 <input type="checkbox"/></div> <div>동의함 <input checked="" type="checkbox"/></div> </div>	
개인(신용)정보	
일반개인정보	성명, 주소, 생년월일, 이메일, 유·무선 전화번호, 성별, 국적, 직업, 피보험자와 수익자의관계, 국내거소신고번호, 소득증빙자료, 음성정보, 운전면허정보, 사업자등록증상의 정보, 가족관계증명서, 차량등록증상의 정보
신용거래정보	보험계약정보(상품종류, 기간, 보험가입금액 등), 보험금정보(보험금 지급사유, 지급금액 등), 금융거래 업무 관련 정보(보험금 지급계좌 등)
위 개인신용정보 <u>조회</u> 에 동의하십니까?	
<div> <div>동의하지 않음 <input type="checkbox"/></div> <div>동의함 <input checked="" type="checkbox"/></div> </div>	

DB손해보험주식회사

20 년 월 일

본인 :

황예은

(인)

법정대리인 :

(인)

※ 만 14세 미만의 경우 개인정보를 처리하기 위해서는 반드시 그 법정대리인의 동의를 받아야 합니다.

보험사고 접수 처리 안내문

불의의 사고를 당하신 고객님의 진심으로 위로의 말씀을 드립니다.

고객님께서 저희 회사에 가입하신 보험 (증권번호: 320200284316 계약자: 케어리스포드(?)) 하에서
 2024년 03월 20일 접수하여 주신 사고와 관련하여 안내 드립니다.

저희 DB손해보험은 공정하고 신속한 보상을 위하여 보험업법 185조에 의거 아래의 손해사정 법인에
 손해사정에 관한 업무를 위임하였음을 알려 드리며, 친절한 보상 서비스가 되도록 최선을 다하겠습니다.
 아울러, 손해사정 업무 진행상의 문의 사항은 현장 조사를 실시하는 아래의 사고 조사자에게 문의하여
 주시기 바라며, 보험사고 처리 진행과 관련하여 불편한 점은 저희 회사 담당자에게 연락하여 주시면 바로
 시정토록 조치하겠습니다.

◇ 아 래 ◇

손해사정 법인명	KM 손해사정	대표이사	김 종 성
위임일자	년 월 일		
사고 조사자	(연락처: 010-644-8542 / 팩스: 0505-340-8542) (이메일: k2096 @ kmcsa.com)		
예상 심사기간	최종보험금 청구서류 접수 후 () 일 소요	단, 서류보관 등 여러 사유 로 지연될 경우 재안내하여 드리겠습니다.	
예상 지급일	지급할 보험금 결정 후 7일 이내		

안내 받으신 【보험금 지급 필요서류】를 손해사정회사에 제출하여 주시는 대로 약관에 따라 신속하게
 보상처리를 해 드리겠습니다.

20 . .

◆ 보상담당자: 이준호 국일
 (☎. 010-821-5214)

본인은 [KM] 손해사정(주) 손해사정 조사자 [유진호 과장]로부터 사고 처리 절차
 (예상심사기간, 예상지급일) 및 보험금 청구서류에 대한 안내를 받았음을 확인합니다.

20 . . 년 . . 월 . . 일
 계약자() / 피보험자() / 피해자() [황예은] (서명)

보험금 지급지연 안내문

불의의 사고를 당하신 고객님의게 진심으로 위로의 말씀을 드립니다.

고객님께서 저희 회사에 가입하신 보험 (증권번호: 32020284316 계약자: 케이즈프로즈(주)) 하에서
2023년 03월 20일 접수하여 주신 사고와 관련하여 안내 드립니다.

상기 사고와 관련하여 현재 아래와 같은 사유로 인하여 보험금 지급 심사가 지연이 되고 있사오니 이점
양지하여 주시기 바랍니다. 아울러 저희 회사에서는 아래의 제반 조건이 만족 되는 대로 약관에 따라 신
속하게 보상처리를 해 드리겠습니다.

◇ 아 래 ◇

비상행위여부 및 손해액 안내

20 . .

◆ 보상담당자: 이종호 주임
(☎. 010-8127-5274)

본인은 보험금 지급 심사가 지연되는 사유를 들었으며 이에 대한 증거로 서명날인합니다.

2023년 3월 20일
계약자()/ 피보험자()/피해자() [황예은] (서명)

손해사정서 교부 동의서

본 동의를 거부하시는 경우에는 손해사정서 교부가 되지 않으며, 본 동의서는 손해사정서 교부를 목적으로 **개인(신용)정보를 수집 및 이용**합니다. 본 동의서의 **개인(신용)정보는 당사 및 위탁회사와 공공기관에 제공되고 보유 및 이용기간은 이용목적이 종료될때까지 입니다. (최대 거래종료 후 5년까지)**

1. 관련법규

□ 보험업법 제 189조 (손해사정사의 의무 등)

○보험회사로부터 손해사정업무를 위탁받은 손해사정사 또는 손해사정업자는 손해사정업무를 수행한 후 손해사정서를 작성한 경우에 지체없이 대통령령으로 정하는 방법에 따라 보험회사, 계약자, 피보험자 및 보험금 청구권자에게 손해사정서를 내어주고 그 중요한 내용을 알려주어야 한다.

□ 보험업법 시행령 제 99조 (손해사정사의 의무 등)

○법 제 189조에 "대통령령으로 정하는 방법"이란 서면, 문자메시지, 전자우편, 팩스 또는 그 밖에 이와 유사한 방법을 말한다.

○보험회사로부터 손해사정업무를 위탁받은 손해사정사는 손해사정업자는 법 제189조 제1항에 따른 손해사정서에 피보험자의 건강정보 등 개인정보보호법 제23조 제1항에 따른 민감정보가 포함된 경우 피보험자의 동의를 받아야 하며, 동의를 받지 아니하는 경우에는 해당 민감정보를 삭제하거나 식별할 수 없도록 하여야 한다.

2. 동의여부 및 수령방법

당사의 업무수탁자는 보험업법에 따라 손해사정업무를 수행한 후 손해사정서를 작성한 경우에 지체없이 대통령령으로 정하는 방법에 따라 보험회사, 보험계약자, 피보험자 및 보험금청구권자에게 내어드립니다. **손해사정서수령에 동의 하십니까?**

동의자	보험계약자	피보험자	(대표)수익자
교부 동의여부	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음
민감정보동의여부	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음	<input type="checkbox"/> 동의함 <input type="checkbox"/> 동의하지 않음

※ 민감정보 동의에 동의하지 않는 경우 보험업법 시행령 제99조의 2항에 따라 민감정보가 삭제된 손해사정서가 교부됩니다.

구분	수신방법	확인자 서명
보험계약자	<input type="checkbox"/> 휴대문자(사진포함) : 휴대폰번호 :) <input type="checkbox"/> 기타 (Fax, E-mail, 주소) :	성명: (서명)
피보험자	<input type="checkbox"/> 휴대문자(사진포함) : 휴대폰번호 :) <input type="checkbox"/> 기타 (Fax, E-mail, 주소) :	성명: (서명)
보험수익자	<input type="checkbox"/> 휴대문자(사진포함) : 휴대폰번호 :) <input type="checkbox"/> 기타 (Fax, E-mail, 주소) :	성명: 황예은 (서명)

20 년 월 일

KM 손해사정주식회사 귀중

(담당자 : 유진호)

문 답 서 [피해자]

◆ 귀하의 인적사항을 기재하여 주십시오.

성 명			주민번호		
주 소					
직 업		관계		연락처	

◆ 피해아동의 인적사항을 기재하여 주십시오.

성 명			주민번호		
소 속			보 호 자		

◆ 금번 사고는 언제, 어디서 발생하였습니까?

사고일시					
사고장소					

◆ 피보험자와의 관계는 어떻게 되십니까.

◆ 사고 경위에 대하여 상세하게 기재하여 주십시오.(6하원칙에 의해 구체적인 기재바랍니다)

◆ 사고 후 본인 또는 피보험자 측의 조치 사항은 무엇입니까?

◆ 사고일자와 교육 시간은 언제까지 입니까?

◆ 사고장소에서 일행 또는 목격자가 있었습니까? (목격자 확인 가능 여부)

◆ 귀하께서는 사고장소에 있었던 근거나 증빙 자료가 있습니까?

◆ 사고이전 기구의 사용법 등에 대해 교육을 받았습니까?

◆ 귀하께서는 사고원인이 무엇이라고 생각하십니까?

◆ ‘피보험자(시설)측의 책임이 있다고 생각하십니까?

◆ 귀하의 책임(과실)이 있다고 생각하십니까? 있다면 어떤 것입니까?(부주의 정도)

◆ 귀하가 사고 후 최초 내원한 병원과 피해정도에 대해 기재바랍니다.

◆ 귀하는 금번 사고로 시설 측에 요구한 사항은 무엇입니까?

◆ 귀하는 과거 동 사고와 유사한 원인으로 병원치료를 받은 경험이 있습니까?

◆ 기타 사항이 있으시면 기재하여 주십시오.

본인은 향후 상기 사실과 상이한 사실 발생시 민, 형사상의 책임을 물을 것을 확인 및 서약 합니다.

201 년 월 일

확인자 황예은 (인) ✓