

※ 본 사고와 관련하여 의뢰인에게 수임받은 일부터 시간경과에 따라 적절히 수정변경 기재요망!

IV. 사고 내용

☐ 내용이 많을 경우 본 용지를 복사하시어 사용하기 바랍니다.

[illegible]

※ 상기 내용에 허위가 없음을 확인하며 보험사고 접수를 신청합니다.

작성일 : 20 년 월 일 피보험자 및 신청인 : (인)