

목격자 확인서

| | |
|-------|--|
| 성 명 | |
| 주 소 | |
| 관 계 | |
| 연 락 처 | |

상기 본인은 _____ 가/이 아래와 같은 품목을
소유 및 착용하고 있었던 것을 목격하였는바, 본 목격자 확인서에 자의에 의거, 서명 날인하며,
본 건 보험처리와 관련하여 개인정보를 제공하는 것에 동의 합니다.

| 품 목 | 수 량 | 목격한 날짜 및 경위 |
|-----|-----|-------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

※ 위의 기재된 사항이 사실임을 확인하고, 만일 허위 기재시 이에 따른 법적책임을 질것을 확인합니다.

성 명: (서명)