

# 무사고확인서



보 험 종 목	보험
계 약 자 명	
피보험자(소유자)명	
청 약 일	년 월 일
무 사고 확인기간	년 월 일 부터 년 월 일 까지

상기 무사고확인기간동안에는 사고가 없음을 확인합니다. 또한 동기간에 발생한 사고 또는 동기간에 발생한 사고에 기인하여 발생한 손해에 대하여는 보상되지 않음을 설명받았으며, 이와 같은 사고에 대하여는 향후 보험금을 청구하지 않을 것임을 확인합니다.

년 월 일

## 확인자사항

계 약 자	사업자번호 (주민등록번호)	
	상호/성명	
	담당자	
	소속(부서)	
	연락처	

※ 법인의 경우 반드시 법인 인감을 날인 하시기 바랍니다.