

변제 의무 확인서



보험계약사항

증서번호	상품명	피보험자 (보험대상자)	주민번호	수익자

본인은 위 보험계약의 보험금 수령과 관련하여 차후 발생하는 모든 사고에 관하여 변제는 물론 이에 수반되는 민·형사상 일체의 **책임** 질것을 확인합니다.

본 제출서류는 전자화서식으로 보관됨을 인지합니다.

수령인 (직계존비속)

성명	(서명/날인)	생년월일	
수익자와의 관계		연락처	

년 월 일

