

AUTOMOBILE ACCIDENT REPORT

(USFK REG 190-1)

사 고 보 고 서

This form will be transmitted to the automotive insurer described below regardless of liability for the accident when a claim is filed or is expected to be filed against the United States under the SOFA, as a result of this accident, and/or when a subrogation claim in favor of the United States is required to assert against the insurer for property damage and cost of medical care furnished or to be furnished to a person by the Government.

POLICY HOLDER 보험가입자	NAME 성명			POLICY NO. 증권번호	
	ADDRESS 주소			HOME PHONE NO. 주택 전화번호	
				OFFICE PHONE NO. 사무실 전화번호	
	DATE & TIME OF ACCIDENT 사고일자·기간		LOCATION OF ACCIDENT 사고장소		
YOUR CAR 보험가입차 차량	YEAR 연식	MAKE 메이커	MODEL 모델	SERIAL NO. 엔진번호	LICENSE PLATE NO. 차량번호
	PARTS DAMAGED & EXTENT 손해부분·손해정도				
	WHERE MAY CAR BE SEEN 차가있는곳			YOUR ESTIMATE OF DAMAGE 견적금액	
	OPERATOR OF INSURED VEHICLE 보험가입자의 운전기사 NAME 성명		AGE 나이	DRIVING EXPERIENCE/RELATION TO INSURED 운전경력/보험가입자와의 관계	
	ADDRESS 주소			HOME PHONE NO. 주택 전화번호	
				OFFICE PHONE NO. 사무실 전화번호	
	DRIVER'S LICENSE NO. 운전면허 번호		DID YOU AUTHORIZE DRIVER TO USE YOUR AUTOMOBILE? 운전허락 여부? <input type="checkbox"/> YES 예 <input type="checkbox"/> NO 아니오		
	YOUR CAR'S OCCUPANTS 탑승자 NAME 성명		AGE 나이	RELATION TO INSURED 보험가입자와의 관계	
	ADDRESS 주소			PHONE NO. 전화번호	
	OTHER CAR 상대방차량	NAME OF OWNER 소유자 이름		ADDRESS 주소	
NAME OF OWNER 소유자 이름		ADDRESS 주소		PHONE NO. 전화번호	
YEAR 연식		MAKE 메이커	MODEL 모델	LICENCE NO. 차량번호	YOUR ESTIMATE OF DAMAGE 견적액
WHERE MAY CAR BE SEEN 차가있는곳					
PARTS DAMAGED & EXTENT 피해부분·피해정도					
OCCUPANTS OF OTHER CAR 상대방차량 탑승객 NAME 성명		AGE 나이	RELATION TO DRIVER 운전자와의 관계		
ADDRESS 주소			PHONE NO. 전화번호		
NAME 성명		AGE 나이	RELATION TO DRIVER 운전자와의 관계		
ADDRESS 주소			PHONE NO. 전화번호		

INJURED 부상자	NAME 성명	AGE 나이	ADDRESS 주소
	NATURE & EXTENT OF INJURY 다친 부위 ' 정도(진단명)		INJURED PARTY IN 부상자가탑승한차량 <input type="checkbox"/> YOUR CAR <input type="checkbox"/> OTHER CAR 상대방 차량 보험가입차량 기타
	WHERE TAKEN? 부상자소제지(병원이름 등)		HOSPITALPHONENO. 병원 전화번호
	REMARKS 비고		
WITNESS 증인	NAME 성명	ADDRESS 주소	PHONE NO. 전화번호
			AGE 나이
REMARKS 비고			
Police 경찰	NAME OF OFFICE 담당자 성명		
	WHAT POLICE STATION 경찰서 이름		
DESCRIPTION 사고경위	DETAILED DESCRIPTION INCLUDING CAUSE OF ACCIDENT 사고 경위를 자세히 기록해 주십시오		
DATE OF THIS REPORT 보고일자		SIGNATURE OF INSURED OR DRIVER 보험가입자 혹은 운전자 서명	
<p>Upon completion, the original of this form will be forwarded immediately to the Commander, US Armed Forces Claims Service, Korea, APO AP 96205-0084. If you have any question concerning this form, contact FKJA-CSK at 724-8006.</p> <p>본 사건에 대하여 문의 사항이 있으면 전화 7914-8006으로 연락 하시기 바랍니다</p>			