



澄清復健醫院
CHENG CHING REHABILITATION HOSPITAL

委託保險公司查詢 病歷資料同意書

茲要保人 _____ 因向 _____ 人壽保險公司投保保險，現被保險人 _____ 因 傷害 疾病 身故為申請理賠金之需要，由本人以該保險契約被保險人之 本人 受益人 法定代理人之身分（關係：_____）同意 _____ 人壽保險公司向 貴院查詢有關被保險人（期間：_____、病名：_____）就診病歷（含酒測值），煩請 貴院惠予協助配合為感，特立此書為證，若發生任何爭議與貴院無關【為維護自身權益，請保戶務必親自填寫清楚以上空白處資料；若未填寫處，將視為授權保險公司代為填寫】。

此 致

澄清復健醫院

立同意書人： 簽章

法定代理人： 簽章

（如未成年需法定代理人簽章）

住 址：

身分證字號：

中 華 民 國 年 月 日