

授權調查聲明同意書

被保險人茲_____（民國_____年_____月_____日生，
身分證字號：_____），因向_____保險股份有限
公司申請之需要，本人以該保險契約被保險人本人受益人其他
（關係：_____）身份，同意授權該保險公司向貴單位調閱及抄錄
自_____年_____月_____日至_____年_____月_____日就診
之病歷資料並同意複印至貴院就診之病歷資料
（複印項目為_____），敬請
貴單位惠予協助提供，恐說無憑，特立此證明。若發生任何爭議概與
貴院無關。

此致

義大醫療財團法人 義大醫院

立同意書人：_____（簽名蓋章）

身分證字號：_____

地址：_____

法定代理人：_____（簽名蓋章）

身分證字號：_____

地址：_____

授權日西元_____年_____月_____日

※ 本授權書有效期限自即日起三個月內。

※ 授權同意人如非被保險人本人，敬請檢附關係證明。