同意調查授權聲明書

茲被保險人＿＿＿＿＿＿（民國＿＿年＿＿月＿＿日生，身分證號碼：□□□□□□□□□□ 向英屬百慕達商中泰人壽保險股份有限公司台灣分公司（以下簡稱中泰人壽）投保人身保險，現因為申請保險給付之需要，由本人以該被保險人（□父母□配偶□子女□其他＿＿＿＿）之身分特為聲明，授權中泰人壽向　貴單位調閱或抄錄有關被保險人之所有就診病歷及個人電腦資料之查詢且作為保險理賠及核保之用，敬請　貴單位惠予協助提供。如中泰人壽有逾越授權申請資料之範圍，並將申請之資料作為它用時，由中泰人壽依法負責。

本聲明書並同意由中泰人壽影印後，逕填入欲查之機關名稱或個人姓名，以影本交付其收執，此影本亦屬完全有效。

此　　致

各相關醫療院所

各級警察機關及檢調單位

立同意書人：＿＿＿＿＿＿　身分證號碼：□□□□□□□□□□

簽名及蓋章

法定代理人：＿＿＿＿＿＿　身分證號碼：□□□□□□□□□□

簽名及蓋章

(如立同意書人尚未成年，需經法定代理人簽名及蓋章)

中　華　民　國　　年　　月　　日

98/09 版