



授權同意查詢聲明書

立同意書人因向三商美邦人壽保險股份有限公司(以下稱三商美邦人壽)申請被保險人(即事故人) _____(____年____月____日生,身分證字號_____)保險事故理賠保險金之需要,以保險契約受益人(本人/法定代理人)之身分,同意並委託三商美邦人壽指派之人員向 貴醫療院所、健保局、地檢署、警察機關、消防(救護)機關、交通監理機關、海巡機關、保險公司、保險公會...等機構,索引、查詢(含配合醫療院所作業要求而以事故人名義所為之掛號行為)、調閱、抄錄、影印事故人自契約生效日:民國____年____月____日之前五年內迄本聲明書日期為止,不限科別(病名: _____疾病/傷害)之就診紀錄(包括:病歷、醫療及健康檢查等資料)、事故相關筆錄與鑑定報告、本案保險事故相關資料作為參證之處理及利用,且若申請之理賠保險金項目為「身故保險金」者,為確認該理賠申請所檢附相驗屍體證明書(或死亡證明書)內容之正確性,立同意書人另同意三商美邦人壽將前開資料與相關單位之死亡通報系統資料進行比對。

上述欄位如有空白,立同意書人同意委由三商美邦人壽人員代為填寫,並聲明本查詢聲明書授權三商美邦人壽得影印後使用,且本查詢聲明書之影本與正本具同等效力。

此 致

各相關醫療院所、健保局、地檢署、警察機關、消防(救護)機關、交通監理機關、海巡機關、保險公司、保險公會...等機構

立同意書人簽名:

蓋章:

身分證字號:

法定代理人/監護人/輔助人簽名:

蓋章:

身分證字號:

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

- 一、「授權同意查詢聲明書」為查詢醫院及相關單位資料所必需,為加速理賠作業,請填寫被保險人(即事故人)相關資料,並由被保險人(死亡件為身故受益人)簽名蓋章,倘被保險人(或身故受益人)係未成年者,則須再由法定代理人簽名蓋章並檢附關係證明(戶口名簿影本)。
- 二、倘遇有部分醫療院所需提供該院所之制式表格情況,本公司將通知業務同仁勞煩您補正。

