CHUBB
安 達 人 壽

同意查詢暨授權聲明書

茲因向**安達國際人壽保險股份有限公司**（下稱安達人壽）申請保險給付之需要，由立同意書人以被保險人（姓名：**陳安達**，生日：民國**60**年**1**月**1**日生，身分證字號：**A123XXXXXX**）之☑本人 □父母 □配偶 □子女 □繼承人 □其他（關係：_____）之身分，請　貴醫院（診所）、警局（派出所、交通隊）、消防（救護）機關、地檢署、壽險公會、保險公司、內政部入出國及移民署或其他相關之單位或個人，協助安達人壽指派之人員索引、查詢（含配合醫療院所作業要求而以被保險人名義所為之掛號行為）、問診、調閱、抄錄或影印本次保險事故日期起算前五年內之所有就診病歷、電腦檔案資料與本次保險事故相關資料以為參證之用。

上述欄位如有空白，立同意書人同意委由安達人壽人員代為填寫，並聲明：立同意書人同意並委託安達人壽就本同意查詢暨授權聲明書為影印使用且本查詢聲明書之影本與正本具同等效力。本授權僅限於本次調閱資料用途使用。

此　　致

各有關醫院（診所）、警局（派出所、交通隊）、消防（救護）機關、地檢署、壽險公會、保險公司或其他相關單位或個人

立同意書人：**陳安達**　印　身分證字號：**A123XXXXXX**

（簽名並蓋章）

法定代理人/監護人/輔助人：_____　身分證字號：_____

（簽名並蓋章）

(未成年人、受有監護宣告或受輔助宣告尚未撤銷者，請法定代理人/監護人/輔助人簽名。並提供關係證明、身分證正反面影本等)

聯絡地址：**220　新北市板橋區文化路X巷 X號X 樓**

聯絡電話：(**02**）**12345678**　行動電話：**0912345678**

中　華　民　國　**1　1　2**　年　**1　1**　月　**3　0**　日

備註：部分醫院需檢附該院專用同意書及相關文件，理賠案件受理後若有需要將會另發函通知補件事宜。

安達人壽網址：www.chubblife.com.tw