



遠雄人壽保險事業股份有限公司

同意調查授權聲明書

茲要保人 向遠雄人壽保險股份有限公司投保人身保險，現因該公司保險審查業務之需要，由本人 (民國 年 月 日出生)以

☐主契約被保險人

☐附約被保險人(關係)之身份特為聲明，授權遠雄人壽保險事業

☐受益人法定繼承人

股份有限公司所指派之人員，以本人之名義向 貴單位調閱或抄錄影印相關資料，尚請協助為荷，如因此發生任何糾紛，概由本人負責，恐口說無憑，特立此書為證。

本聲明書並同意由遠雄人壽保險事業股份有限公司影印後，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

主要查詢病症：_____

各有關 醫 務機構或人員
警

查詢期間：__年__月__日～__年__月__日

本份影本專致

立同意書人：

(簽名並蓋章)

身分證號碼：

病歷號碼：

住 址：

電 話：

保險單號碼：

法定代理人：

(簽名並蓋章)

身分證號碼：

中 華 民 國

年

月

日