

同意 查閱病歷 聲明書 複檢

茲因受害人 _____

於 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時許發生交通事故，為向 _____

產物保險股份有限公司 申請強制汽車責任保險傷害醫療費用/失能/死亡給付之需要，本人同意：

一、授權該公司所指定之人，向貴院(診所)調閱、抄錄或影印
受害人之相關病歷。

二、接受衛生福利部公告並依法評鑑合格之地區教學醫院以上
之醫院，予以檢驗查證。

上述事項恐口說無憑，特立此書為證。

此致

醫院(診所)

立聲明書人： _____  (簽章)

身分證號碼： _____

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日