# 厦门市保险业客户健康信息查询平台及医疗机构
# 个人健康档案调阅授权委托书（投保版）

**编号：**

<table>
<tr><td>授权人</td><td>姓　名</td><td></td><td>身份证号</td><td colspan="20"></td></tr>
<tr><td>授权人及授权委托事项</td><td colspan="24">本人同意并授权_____公司在受理本人投保及承保相关事宜时，通过厦门市保险业客户健康信息查询平台及医疗机构查询、下载、打印或保存本人的个人健康信息，具体包括：<br>本次及既往的门诊、住院病历资料、医疗费用信息、医学检查信息，及其他与投保有关的病史、既往病史资料。<br>授权期限自签名之日起 60 天内。<br>特此授权。<br>本授权与《人身保险投保书》及其它投保资料中本人的授权、声明事项并不矛盾，本人愿意承担由此产生的法律后果。</td></tr>
<tr><td colspan="3">授权人签名：<br>（或被保险人法定监护人）<br>年　　月　　日</td><td colspan="22">审核人：<br>年　　月　　日</td></tr>
</table>

**填写须知：**除被保险人为未成年人或无民事行为能力人外，授权人与被保险人须为同一人。

**厦门市卫生信息中心 厦门市保险行业协会监制**