

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：

被保险人	姓 名		身份证号																
授权委托 事项	<p style="text-align: center;">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：</p> <p style="text-align: center;">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。</p> <p style="text-align: center;">授权期限自签名之日起 60 天内。</p> <p style="text-align: center;">特此授权。</p> <p style="text-align: center;">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。</p>																		
被保险人签名： （或被保险人法定监护人）										审核人：									
年 月 日										年 月 日									

填写须知：被保险人为未成年人或无民事行为能力人时，须由其法定监护人授权。

厦门市卫生信息中心 厦门市保险行业协会监制