

同意複檢聲明書

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。恐口說無
憑，特立此書為證。

此致

醫院(診所)

立聲明書人： _____ (簽章)

印

身分證號碼： _____

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日