

## 委託保險公司查詢病歷資料同意書

本人(或法定代理人)\_\_\_\_\_君同意授權委託\_\_\_\_\_保險公司，茲因保險理賠或投保用途需要，而向 貴院調閱有關被保險人\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日至\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日止於 貴院就醫之\_\_\_\_\_ (請務必填寫科別或病名)相關病歷資料，檢附**本人之身分證影本**，如發生保險公司逾越授權申請資料之範圍，或將申請書之資料作為他用時，導致發生任何糾紛者，由該保險公司及立同意書人依法負責，恐口說無憑，特立此書為證，煩請 貴院惠予協助配合。

此致 西園醫療社團法人西園醫院

立同意書人： (簽章)

身分證字號：

住址：

聯絡電話：

### 【立同意書人非被保險人本人者請填下列資料】

被保險人：

身分證字號：

立同意人與被保險人關係：

(請檢附身分證影本或戶口名簿等關係證明文件)

受託保險公司用印：

經辦人員：

聯絡電話：

中 華 民 國                      年                      月                      日

※重要備註說明：

1. 除被保險人無行為能力、限制行為能力、受禁治產宣告或已死亡外，簽立本同意書人需為被保險人本人，否則不予受理。
2. 被保險人無行為能力、限制行為能力、受禁治產宣告或已死亡者，應由法定代理人代為簽立本同意書。
3. 保險公司查詢病歷資料請檢附此同意書正本，若以上資料有空白則不予受理，其有效期限，自授權日期起之三個月內有效。