

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_____保險股份有限公司，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_____相關病歷資料，並已知悉本同意書所授權查閱之病歷資料內容，可能含有人類免疫缺乏病毒傳染病或其他法定傳染病之資料，檢附本人之身分影本，如發生保險公司有逾越授權申請資料之範圍，或將申請書之資料作為他用時等上揭情事發生，致他人受有損害者而有糾紛，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 中山醫學大學附設醫院中興分院

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影本等關係證明文件)

受託保險公司用印：

經辦人員：

聯絡電話：

本授權書書立日期： 中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

備註：1. 受託保險公司應向立同意書人當面口頭詳細說明，讓立同意書人確定知悉其可能授權之範圍和風險，立同意書人亦可保有相關撤回之權利。

2. 檢附此同意書需為正本，若資料空白不予受理查詢，其有效期限，自授權日期起之三個月內有效。