

中國醫藥大學附設醫院臺北分院 (CMUH Taipei Branch)

委託保險公司查詢病歷資料同意書

本人_____ (未成年病人之法定代理人_____) 向保險公司投保保險，茲因理賠 (或核保) 用途需求，同意貴院將_____年_____月_____日至_____年_____月_____日之_____ (請務必填寫申請病歷內容)，提供該保險公司。此代理行為視同本人行為，並由本人承擔一切責任。

立同意書人：_____ (簽章)

身份證號碼：_____

聯絡電話：_____

與代理人關係： 保險契約關係 本人

中華民國_____年_____月_____日

本代理人 (申請人) 確實經委託人授權代辦本項業務，如有虛假、偽冒，願負法律責任，並願賠償中國醫藥大學附設醫院臺北分院因此所衍生之一切損失。

受託保險公司用印：(公司章及負責人章)

受託保險公司：

統一編號：

聯絡電話：

經辦人員：

限_____保險公司辦理保險理賠之用

◎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。