

臺中榮民總醫院嘉義分院

病歷資料申請查詢委託同意書 (保險公司專用)

本人_____ (或法定代理人) 同意授權委託_____ 保險公司因保險理賠或投保所需，向貴院查詢本人 (被保險人) _____ 於 年 月 日至 年 月 日止因_____ 疾病就醫之相關病歷資料。

此 致 臺中榮民總醫院嘉義分院

立同意書人： (簽章)

身分證字號：

聯絡地址：

聯絡電話：

立同意書人非被保險人本人者請填寫下列資料：

(請檢附身分證影本或戶口名簿等相關證明文件)

被保險人：

身分證字號：

聯絡電話：

立同意書人與被保險人關係：

(此代理委託行為視同本人行為，並由本人承擔一切法律責任)

授權日期：中華民國 年 月 日 (必填)

受託保險公司用印：

※本保險公司確實經委託人授權代辦本項業務，如有偽冒、逾越授權之使用目的或此委託同意書發生異議時，本公司願負法律責任。

保險公司聯絡人：

聯絡電話：

備註：

- 1、申請時請檢附此委託書正本，如有塗改，塗改處須蓋有立同意書人印章，否則視為無效。
- 2、若上述資料未填寫完整、明確，則不予受理。本委託書之有效期限為自授權日起之3個月內。