

財團法人迦樂醫院

病歷資料查詢申請委託同意書(保險公司專用)

本人(病人本人或未婚之未成年病人之法定代理人)

| | | | | | | | | | |
|---------|--|----|--|----|--|-------|--|-------|--|
| 病人姓名 | | 性別 | | 年齡 | | 身分證字號 | | 病歷號碼 | |
| 聯絡地址 | | | | | | | | 電話 | |
| 法定代理人姓名 | | 性別 | | 年齡 | | 身分證字號 | | 與病人關係 | |
| 聯絡地址 | | | | | | | | 電話 | |

茲因 保險投保 保險理賠之需要，同意由以下保險公司，向財團法人迦樂醫院查詢病歷資料，請依查詢主要病症提供相關資料。

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： (簽名或蓋章)

身分證字號：

聯絡電話：

申請日期：中華民國 年 月 日

委託期限：中華民國 年 月 日

| | | | |
|----------|----------------|-----------|--------------|
| 代理申請保險公司 | 遠雄人壽保險事業股份有限公司 | 代理保險公司聯絡人 | |
| 聯絡地址 | 台北市信義區松高路1號25樓 | 聯絡電話 | (02)27583099 |

本代理申請保險公司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，並願賠償迦樂醫院因此所衍生之一切損失。