中國醫藥大學附設醫院台中東區分院

病歷資料調閱暨複印授權書（保險公司專用）

105.09

立授權書人（註1、註3）＿＿＿＿＿＿＿＿病歷號碼：＿＿＿＿＿＿＿＿茲授權＿＿＿＿＿＿＿＿人壽(產物)保險股份有限公司(下稱被授權人)向中國醫藥大學附設醫院台中東區分院查詢並以書面方式提供醫療相關資料，授權查詢事項如下：

一、被查詢人基本資料

被保險人姓名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

出生年月日：＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日

身分證統一編號：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

二、與被查詢人之關係(請勾選)(註1)

□本人

□利害關係人(請同時勾選下列項目其中一項)

□法定代理人 □繼承人 □監護人 □輔助人

三、調閱複印病歷資料用途(請勾選)

□投保商業保險

□申請商業保險理賠

□申請商業保險契約內容異動變更(請同時勾選下列項目其中一項)（註2）

□補行告知 □契約轉換 □增加保險金額

四、被查詢人就診資料查閱範圍(請就查詢範圍勾選後依示填寫

□特定就診資料

查詢期間：＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日至＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日(近**5**年)

查詢項目（科別或病名）：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

申辦項目(請勾選，可複選)：

□急診紀錄 □門診紀錄 □出院病歷摘要 □護理紀錄 □檢查報告 □檢驗報告

□手術紀錄 □病理報告 □其他＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

五、授權有效期間：**本授權書立書日期起6個月內有效。**

六、被授權人對於因本件授權而取得之任何資料、文件、訊息等，不得違法利用侵害立授權書人、被查詢人或其他任何人之權益。被授權人如違反上開約定，應依法負擔民事、刑事及行政法等法律責任。

七、若因病歷資料內容，需請醫院以書面回覆給保險公司 □同意 □不同意。

立授權書人另聲明同意下列事項：

一、被授權人應以正式公文檢附本授權書正本向 貴醫院申請查詢。

二、**立授權書人已知悉本授權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。被授權人應向立授權書人當面口頭詳細說明，讓立授權書人確定知悉其可能授權之範圍和風險，立授權書人亦可保有相關撤回之權利。**

三、因本授權書內容或效力所生之爭議，應由被授權人負責，概予**醫院**無關，立授權書人或被查詢人不得向**醫院**為任何法律上之主張。

請翻至背面繼續填寫，謝謝!!

此　致

中國醫藥大學附設醫院台中東區分院

立授權書人簽章（註4、註5）：_____

身分證統一編號：_____

聯絡地址：_____

聯絡電話：(____)-_____

被授權人簽名：_____

受託保險公司

用印

聯絡地址：_____

聯絡人姓名：_____

聯絡電話：(____)-_____

本授權書書立日期：　中華民國 _____年_____月_____日

（本授權書立書日期起6個月內有效）

註：1. 被保險人（死亡或未成年者）利害關係人授權申請者，應同時檢附立授權書人之身分證明文件影本及證明與被查詢人間具有本授權書上所記載利害關係之文件影本(如戶口名簿、除戶戶籍謄本、法院裁定等，視利害關係人之身分提出之）。

2.「補行告知」係指保險契約投保後簽發保單前新發生或發現影響保險公司危險估計之事項，由要保人(被保險人)向保險公司再行告知；「契約轉換」係指要保人以現有保險契約申請轉換為同一人壽(產物)保險公司之其他保險契約；「增加保險金額」係指要保人以現有保險契約申請增加保險金額。

3. 立授權書人無法簽名蓋手印者，請被保人2位家人見證，並請見證人簽名及提供身分證字號並附2位見證人身分證影本。

4. 立授權書人為被保人法代者請簽法代姓名並附立授權書人身分證影本及戶口名簿。

5. 立授權書人為被保人監護人者請簽監護姓名並附立授權書人身分證影本及法院裁定公文。