遠雄人壽 Farglory Life

PXX024

同 意 查 詢 暨 授 權 聲 明 書

茲因申請**遠雄人壽保險事業股份有限公司**(下稱**遠雄人壽**)保險給付之需要，由立同意書人以被保險人（姓名：＿＿＿＿＿＿＿＿，生日：民國＿＿年＿＿月＿＿日生，身分證號碼：＿＿＿＿＿＿＿＿）之□本人□父母□配偶□子女□繼承人（關係：　　）之身分，請 貴醫院（診所）、警局（派出所、交通隊）、消防（救護）機關、地檢署、壽險公會、產險公會、保險公司或其他相關之單位或個人，協助遠雄人壽指派之人員索引、查詢（包含以查詢為目的之上開單位網路、電話語音掛號系統之操作，或配合醫療院所作業要求而以被保險人名義所為之掛號行為）、問診、調閱、抄錄、影印自本次保險事故日期起算前五年內（若本次保險事故為慢性病或先天性疾病者，則包含既往求診）之所有就診病歷、投保資料或其他與本次保險事故相關資料（包含書面及電腦檔案）、以為參證之用，恐口說無憑，特立此書為證。

上述欄位如有空白，立同意書人同意委由遠雄人壽人員代為填寫，並聲明：立同意書人同意並委託遠雄人壽就本同意聲明書為影印使用；立同意書人同意本同意聲明書之影印本與正本具同等效力且依前述內容辦理。

若因醫院（診所）、警局（派出所、交通隊）、消防（救護）機關、地檢署、壽險公會、保險公司或其他相關單位要求提供特定格式同意書，本人願意配合 貴公司協助提供相關文件。

此致

各有關醫院（診所）、警局（派出所、交通隊）、消防（救護）機關、地檢署、壽險公會、保險公司或其他相關單位或個人。

立同意書人：　　〔**簽名並蓋章**〕身分證號碼：

法定代理人：　　〔**簽名並蓋章**〕身分證號碼：

（立同意書人為未成年者，請填寫法定代理人並請檢附身分證正反面影本或戶口名簿影本等關係證明文件。）

聯絡電話：

行動電話：

聯絡地址：

中　華　民　國：　　年　　月　　日

註：請您於申請理賠時一併於本聲明書**簽名及蓋章**，本公司將會從速辦理，若經評估本案需要查詢病歷而您未**簽名及蓋章**同意時，將會影響本次理賠辦理的速度。(提醒您，部分醫院例如：臺大醫院、各地榮民總醫院、各衛生福利部醫院、各地慈濟醫院…等，皆會要求使用該院之專用制式表格，如需要您再行補立同意書，屆時會再通知您協助。)