

元和雅診所

查詢病歷資料同意書(保險公司專用)

本人(或法定代理人) _____ 同意授權由 _____ 保險公司

，因保險投保或保險理賠之需要，而向貴院查詢本人(被保險人) _____

(身分證字號： _____)之相關病歷資料。若發生任何爭議概與貴院無關，由本人與該公司依法負責。

申請範圍：

☐ 門診醫師看診記錄： _____ 科

查詢期間： _____ 年 _____ 月 _____ 日前 _____ 年(月)內。

☐ 檢驗檢查報告，期間或日期

☐ 全本

* 申請範圍補充說明：

立同意書人			身份證字號		
連絡地址	縣市	鄉鎮區	街路	巷弄	號樓
連絡電話			授權日期 效期：6個月內	年 月 日(必填)	
立同意書人與被保險人關係 (請檢附身分證影本或戶口名簿等關係證明文件)					

受託保險公司用印：

(公司章及負責人章)

本保險公司確實經委託人(立同意書人)授權代辦本項業務，如有虛假、偽冒，願負法律責任，並願賠償貴院因此所衍生之一切損失。

備註：

1. 申請時請檢附此同意書正本，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。
3. 本同意書之有效期限為自授權日期起之六個月內。