

新國民醫院

病歷資料申請委託書（保險公司專用）

本人_____因保險投保保險理賠其他_____

但因無法親自前往貴院申請所需資料，故委託並同意_____公司向貴院申請本人於貴院之病歷資料（三年內），以供該公司保險所需，如有不實或所提供身分證明文件有偽造、變造或將申請資料作為他用情勢，所衍生之民、刑事及行政責任，概由該公司依法負責。

申請內容：

1. _____年_____月_____日至_____年_____月_____日門診病歷。
2. _____年_____月_____日至_____年_____月_____日急診病歷。
3. _____年_____月_____日至_____年_____月_____日住院病歷。
4. 其他：_____

委託人：_____簽章

法定代理人：_____簽章

身分證字號：_____

身分證字號：_____

聯絡地址：_____

聯絡地址：_____

電話：_____

電話：_____

（代理行為視同本人行為，並由本人承擔一切責任，如委託人非被保險人本人請檢附身分證影本、戶口名簿或戶籍謄本等相關證明文件）

受託保險公司用印：

本保險公司確實經委託人授權代辦上述業務，如有不實或所提供身分證明文件有偽造、變造情勢所衍生之民、刑事及行政責任，願負法律責任，並願賠償貴院因此所衍生之一切損失。

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。被授權人應向授權書人當面口頭詳細說明，讓立授權書人確定知悉可能受權之範圍和風險，立授權書人亦可保有相關撤回之權利。

保險公司聯絡人：_____聯絡電話：_____

被保險人（法定代理人）授權日期：中華民國_____年_____月_____日（必填）

備註：1. 被保險人無行為能力、限制行為能力、為監護之宣告時，由法定代理人簽立委託書；若被保險人死亡，則由具繼承權之親屬簽立。

2. 申請時請檢附此委託書正本，如有塗改，塗改處需有委託人（法定代理人）簽章，否則視為無效，概不受理。

3. 上述資料須填寫完整、明確否則概不受理；本委託書限當次有效。

4. 本委託書亦適用索引病歷號碼。