

# 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 鄉鎮 市 區市	街 巷 路 段 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。