

委託保險公司查詢病歷資料同意書

茲因保險理賠或投保之需要，本人_____（與被保險人關係：本人
法定代理人繼承人受益人）同意授權委託_____保險股份有限公
司，向 貴院查詢被保險人之相關病歷資料，此代理行為視同本人行為，並由本人承
擔一切責任，若發生任何爭議概與 貴院無關。

申辦資料範圍：門診 急診 住院

查詢期間：_____年_____月_____日至_____年_____月_____日

查詢項目：_____

此 致 **財團法人彰化基督教醫院二林分院**

立同意書人：_____（簽章）

身分證字號：

住 址：

聯 絡 電 話：

申請日期：中華民國_____年_____月_____日

委託期限：中華民國_____年_____月_____日

立同意書人非被保險人本人者請填下列資料

被保險人：

身分證字號：

立同意書人與被保險人關係：

（請檢附身分證影本或戶籍謄本等關係證明文件）

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授權代辦本項業務，如有不實，願自負法律責任。

經辦人員：

聯絡電話：

附註：1.以上資料若有空白未填寫完整或所附資料不齊，不予受理查詢。

2.繼承人及受益人於被保險人死亡始得授權委託保險公司查詢。附註：以上資料若有
空白未填寫完整或所附資料不齊，不予受理查詢。

2012-12-01 制訂