

授權同意查詢聲明書

茲 _____ 先生
小姐 (身分證字號： _____ 出生日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日)，

投保 _____ 保險契約(保單號碼： _____)，因 傷病 身故 申請

保險理賠之需，由本人以該保險契約被保險人之 本人； 受益人； 法

定代理人(關係： _____)之身份，授權同意 _____ 向天主教

耕莘醫院查詢有關被保險人之 _____ 相關病情資訊。

本同意書如有異義，由本人與該保險公司負完全責任。

立同意書人： _____ 簽章 _____ 法定代理人： _____ 簽章 _____

住址： _____ 身分證字號： _____

聯絡電話： _____ 住址： _____

(未成年者須經法定代理人簽章) 聯絡電話： _____

保險公司關防或圖記

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

請依虛線黏貼身分證正反面

附註：

依據行政院衛生署97年01月04日衛署醫字第0960070721號函規定，保險公司需提具受當事人或法定代理人委託之相關證明文件，始得依據委託同意書之意旨及範圍提供相關資訊。