

佛教慈濟醫療財團法人台中慈濟醫院

病歷資料同意查詢申請書

病人（即被查詢人）資料填寫欄							
病人姓名		性別	男 ☐ 女 ☐	出生日期	年 月 日	身分證字號/ 居留證字號	
聯絡地址	縣 鄉 鎮 路 段 巷 弄 號 樓 市 市 區 街						
聯絡電話	() 手機	使用目的		☐ 投保商業保險 ☐ 申請商業保險理賠 ☐ 申請商業保險契約內容異動變更(請同時勾選下列項目其中一項) 【註四】 ☐ 補行告知 ☐ 契約轉換 ☐ 增加保險金額			
授權人(病人未滿 20 歲或病人往生者，需加填以下欄位)							
姓名				出生日期	年 月 日	身分證字號	
與病人關係	☐ 本人 ☐ 利害關係人(請同時勾選下列項目其中一項) ☐ 法定代理人 ☐ 繼承人 ☐ 監護人 ☐ 輔助人			聯絡電話	() 手機	授權人簽名	

立授權書人_____茲授權_____保險股份有限公司(下稱被授權人)向佛教慈濟醫療財團法人台中慈濟醫院申請查詢病歷資料，請提供
☐三個月內；☐六個月內；☐_____年_____月至_____年_____月
 _____ (診斷)

相關資料。(未依本院規定填寫【就醫期間之起迄日】及【診斷】或填寫不完整，所需申請之資料則以三個月內就醫資料提供。)

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

二、因本授權書內容或效力所生之爭議，應由被授權人負責，概予 貴院無關，立授權書人或被查詢人不得向 貴院為任何法律上之主張。

授權人（病人或其法定代理人）簽名：

(親自簽名，如無法
親自簽名，請檢附印
鑑證明並蓋印鑑章)

本授權書書立日期：中華民國_____年_____月_____日 **(必填)**

被授權人（保險機構）簽章：

被授權人對於因本件授權而取得之任何資料、文件、訊息等，不得違法利用侵害立授權書人、被查詢人或其他任何人之權益。被授權人如違反上開約定，應依法負擔民事、刑事及行政法等法律責任。

【備註】：

一、本同意書之有效期限，自授權日期起之三個月內有效。

二、保險機構應附證明文件：

1. 病歷資料同意查詢申請書正本。

2. 授權人本人身分證影本。如由法定代理人或利害關係人授權申請者，應同時檢附立授權書人之身分證證明文件影本及證明與被查詢人間具有本授權書上所記載利害關係之文件影本(如戶口名簿、除戶戶籍謄本、法院裁定等，視利害關係人之身分提出之，關係證明為影本並請註明『此影本與正本相符』及『如有不實或第三人提出異議時皆由被授權人負完全法律責任』)。

三、相關資料及證明文件請依規定提供完整，以免影響權益。

四、「補行告知」係指保險契約投保後簽發保單前新發生或發現影響保險公司危險估計之事項，由要保人(被保險人)向保險公司再行告知；「契約轉換」係指要保人以現有保險契約申請轉換為同一人壽(產物)保險公司之其他保險契約；「增加保險金額」係指要保人以現有保險契約申請增加保險金額。