

**臺北醫學大學附設醫院**  
**病歷資料影印申請委託同意書（保險公司專用）**

病人姓名		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 齡		身 份 證 號		病 歷 號 碼	
通訊住址	市（縣）	鎮 區	里	鄰	路 街	段	巷	弄	號 樓
法定代理人 (繼承人)姓名		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 齡		身 份 證 號		與病人關係	
								電話	
通訊住址	市（縣）	鎮 區	里	鄰	路 街	段	巷	弄	號 樓

茲因 保險投保 保險理賠 保險契約內容變更(補行告知契約轉換增加保險金額)  
同意由受託保險公司向臺北醫學大學附設醫院查詢病歷資料

一、查詢期間：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日至\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日。(5年內)

二、就診科別：\_\_\_\_\_。(應具體列名，但不以一科為限)

三、查詢項目(請勾選，可複選)：門診紀錄急診紀錄出院病歷摘要手術紀錄

檢驗報告(血液、尿液、糞便等檢驗結果，不分科別)

檢查報告(應具體列明，如電腦斷層、病理、內視鏡、超音波)：\_\_\_\_\_

其他紀錄(應具體列明項目，非填寫疾病名稱)：\_\_\_\_\_

資料影本 (需要不需要) 請臺北醫學大學附設醫院以雙掛號副知本人。

簽署人(簽名及蓋章)：

聯絡電話：

(簽署人非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)

申請日期：中華民國\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 (有效期限：本同意書申請日期起6個月)

備註說明：

1. 保險公司應依簽署人需求隨公文附雙掛號回郵信封乙份。
2. 簽署人需為被保險人本人，否則不予受理。下列情形除外：
  - (1)被保險人無行為能力、限制行為能力、受禁治產宣告，應由法定代理人代為簽立同意書。
  - (2)往生者資料之領件，具其繼承權之親屬須提供身分證影本及與病人關係之證明文件、病人除戶證明；本項如由代理人委託申請，需備齊前述資料及具繼承權之親屬親自簽署之委託書、代理人身分證影本以供查驗及留存。
3. 查詢時請檢附此同意書正本，以上資料如有空白未填則不予受理。
4. 本同意書如有塗改，塗改處需蓋有簽署人印章，否則本份同意書視為無效，將不予受理。
5. 「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。
6. **簽署人已知悉本同意書所同意查閱之內容，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。保險公司應向簽署人當面口頭詳細說明，讓簽署人確定知悉可能同意之範圍和風險，簽署人亦可保有相關撤回之權利。**

受託保險公司用印(公司章及負責人章)

經辦人員：

聯絡電話：

受託保險公司確實經授權代辦本項業務，所取得之任何資料、文件、訊息等，不得違法利用侵害病人、法定代理人或其他任何人之權益。如有虛假、偽冒、或因授權內容及效力所生之爭議，受託保險公司願負法律責任，並賠償臺北醫學大學附設醫院因此所衍生之一切損失。