

請填寫被保險人基本資料

# 病歷資料查詢申請書

電話號碼：

申請日期：YYY年MM月DD日

病人姓名	陳安達	性別	男 <input checked="" type="checkbox"/> 出生	身分證字號	
戶籍地址	縣 台北市	信	本範例-以被保險人(陳安達)向本分公司申請醫療或失能保險金，因尚須被保險人同意，由本分公司向醫療院所查詢就診情形，故須由被保險人為相關填寫。 (若被保險人身故，則授權人為最近親之家屬，並非一定是身故受益人。)		
聯絡地址	縣 新北市	土城			
聯絡電話	(02) 8765-4321 0910-110-770	使用目的	<input checked="" type="checkbox"/> 1.保險理賠 <input type="checkbox"/> 2.其他_____		
法定代理人姓名	此欄請填寫授權人的聯絡地址及聯絡電話，以利醫療院所人員向授權人確認。		出生	年	月
法定代理人與病人關係	電話		身分證號	病人或法定代理人簽名 陳安達	
代理人(保險)	注意:此代理人欄位由本分公司填寫，當事人或授權人「不必填寫」		請授權人或被保險人務必簽名 [注意] 當事人簽名有兩種情形: *1. 申請身故保險金改由授權人(為最近親之家屬，並非一定是身故受益人。) *2. 醫療或失能保險金由被保險人本人簽名+蓋章。		
聯絡地址	988 #7101		代理公司連絡人		
聯絡電話			申請日期	年	月
應附證明文件	1.保險公司公文 2.病人(或法定代理人)同意書及委託書 3.備註：依授權人需求隨公文附掛號回郵信封乙份				

## 當事人委託

此欄的區間，會與「資料項目範圍」相同，將由本分公司填寫。

本人茲因 壽險理賠 (事由) 之需要，同意由 英屬百慕達安達人壽保險公司，向 \_\_\_\_\_ 醫院查詢病歷資料，請求提供 YYY年MM月至YYY年MM月 之 \_\_\_\_\_ (診斷) 就診資料 (含該症初診日期就診資料) 及診斷書上其他診斷之最初就醫日期資料。

如代理人 ( 英屬百慕達商安達人壽保險公司 ) 有逾越授權申請資料之範圍，並將申請之資料作為它用時，由代理人 ( 英屬百慕達商安達人壽保險公司 ) 依法負責。

授權人 (病人或其法定代理人) 姓名：陳安達  (親自簽章)

代理人 (公司) 簽章： 請授權人或被保險人務必簽名 + 蓋章。

授權日期： YYY年MM月DD日

請務必填上授權日期。