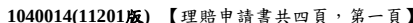


※本申請書所填寫之個人資料及聯絡方式僅供本次理賠申請使用，各項保單基本資料如需異動請另行向本公司提出申請。



中國人壽保險股份有限公司

同 意 書

茲因向中國人壽保險股份有限公司（下稱中國人壽）☒申請保險給付☐投保商業保險之需要，立同意書人（與被保險人關係：☐本人☒受益人☐法定代理人☐監護人☐輔助人☐其他_____）同意並委託中國人壽之職員向 貴醫院（診所）、警局（派出所）、消防（救護）機關、地檢署、壽險公會、保險公司或相關單位，索引查詢（包含以查詢為目的之上開單位網路、電話語音或配合醫療院所作業所為之行為）、調閱、抄錄、影印被保險人 王大明 王小明（生日： 90年1月1日 92年1月1日

身分證號碼：A123456789 C123456789）本次申請傷病（_____（病名））不限年期及自契約

生效日： 年 月 日前五年內迄本同意書“簽章日”為止之就診且不限科別之相關病歷以及依據健保局提供之歷次就診紀錄查詢之就醫詳情、電腦檔案資料與本案事故資料以為參證之用。

上述欄位如有空白，立同意書人同意委由中國人壽職員代為填寫，並聲明：「立同意書人同意並委託中國人壽就本同意書為影印使用且本同意書之影本與正本具同等效力。」

此致

各有關醫院（診所）、警局（派出所）、消防（救護）機關、地檢署、壽險公會、保險公司或相關單位

各欄位請務必填寫
並簽名及蓋章

立同意書人簽章： 王大明  王小明  身分證號碼： A123456789 C123456789

法定代理人/監護人/輔助人簽章：_____身分證號碼：_____

（為因應各機關、單位之需求，請「簽名」加「蓋章」，以免後續再行照會補附文件。如立同意書人為未滿七歲之未成年人或受監護宣告者，應由其法定代理人或監護人代為簽章，若為七歲以上未滿十八歲之未成年人或受輔助宣告者，除本人簽章外，並須由其法定代理人或輔助人簽章）

聯絡地址：  台北市中山區中山北路1XX號X樓

聯絡電話：（ 02 ） 12XX5789 行動電話： 09XX001222 09XX001333

中 華 民 國 112 年 8 月 1 日

附註：

1. 醫療法第71條規定：「醫療機構應依其診治之病人要求，提供病歷複製本，必要時提供中文病歷摘要，不得無故拖延或拒絕；其所需費用，由病人負擔。」
2. 衛生署96年3月27日衛署醫字第0960012310號函釋，調閱病歷同意書規格不拘，醫療機構或保險公司提供與病患填寫使用者，均無不可。
3. 中華民國醫師公會全國聯合會96年9月13日(96)全醫聯字第1716號函釋，調閱病歷如使用影本，可加蓋與正本相同圖章後使用。