富邦人壽

同意查詢聲明書

茲因申請富邦人壽保險股份有限公司(下稱富邦人壽)保險給付之需要，

立書人：＿＿＿＿＿＿＿＿ 以被保險人：＿＿＿＿＿＿＿＿

身分證號碼：＿＿＿＿＿＿＿＿（關係為 口本人 口受益人 口法定代理人或監護人）之身分同意委託富邦人壽向　貴機構／單位索引、查詢、調閱、抄錄或影印本案相關保險事故資料或被保險人自契約生效日（民國＿＿年＿＿月＿＿日）之前五年內迄本聲明書簽章日為止，不限科別之特定疾病的相關病歷（病名：＿＿＿＿＿＿＿＿），以為參證之處理及利用，本人並同意富邦人壽就本聲明書得影印使用，其影本與正本具相同效力。

此致

有關醫療機構、警察機關、消防機關、監理機關、海巡機關或其它相關單位及個人

立書人簽章：＿＿＿＿＿＿＿＿　身分證號碼：＿＿＿＿＿＿＿＿

（如立書人為未成年人或受監護或輔助宣告之人，請由法定代理人、監護人或輔助人簽章，並提供關係證明、身分證正反面影本等）　電話(或行動電話)號碼：＿＿＿＿＿＿＿＿

法定代理人／監護人／輔助人簽章：＿＿＿＿＿＿＿＿

身分證號碼：＿＿＿＿＿＿＿＿ 國籍：＿＿＿＿＿＿＿＿出生日期：＿＿＿＿＿＿＿＿

（如立書人為受部分輔助宣告之人，請法定輔助人一併簽章，並提供關係證明、身分證正反面影本等）

中　華　民　國　年　月　日

親愛的保戶您好，請閱讀下列說明事項:

一、本聲明書僅供向醫療機構調閱事故人病歷或查證事故紀錄經過之用，不另做其它用途。

二、若您此次申請不需藉由查詢病歷評估，本公司將會從速辦理，若經評估本案需要查詢病歷而未簽名同意時，本公司即須通知業務同仁再次勞煩您簽名，如此將會造成您時間上的不便，也將影響辦理的進度，所以請您於申請理賠的同時再於此頁簽名同意。(部分醫院需要該院的制式表格，可能需要再行簽名，業務同仁將通知您協助）。

您已簽名的部分，本公司將本於誠信及保護您個人資料安全的最高原則下保管及使用，感謝您的協助，富邦人壽敬祝您平安健康。

01069903008

MCLM0304 108.10