

同意查詢暨授權聲明書

一、本人(事故人)為向國泰人壽保險股份有限公司(下稱國泰人壽)基於 ☐申請保險給付，
☐投保/核保需要
以被保險人 姓名：(事故人)
身分證字號：(事故人 ID) 生日：51 年 10 月 23 日
之 ☒本人 ☐父母 ☐配偶 ☐子女 ☐其他(與被保險人為_____關係) 身分，授權國泰人壽向貴機構/單位，基於人身保險相關服務目的，索引^{註一}、查詢^{註二}、問診、調閱、抄錄或影印下列資料，以為參證之用：

(一) 就診病歷

1. 被保險人自契約生效日(民國____年____月____日)起前五年內迄本聲明書簽章日止，不限科別之特定疾病(病名：全部)相關病歷。
2. 前項未填寫契約生效日者，同意以被保險人所留存於國泰人壽最早有效保單紀錄為準；未填寫病名者，授權調閱所有相關病歷資料。

(二) 投保資料。

(三) 其他與本次保險事故/投保/核保所需相關資料(包含書面及電腦檔案)。

(四) 相驗屍體證明書(或死亡證明書)與相關單位之即時查詢比對系統進行資料比對，以確認其正確性(申請身故保險金)。

二、上述欄位如有空白，本人同意委由國泰人壽人員於個人資料保護法規範內代為填寫。

三、本人並聲明：本人同意國泰人壽於辦理上開事項範圍內，得影印本聲明書後使用；影印本與正本具同等效力。

此致

各有關醫療院所、警察機關、消防(救護)機關、衛生機關、地檢署、壽險公會、產險公會、保險公司、內政部移民署或其他相關單位或個人。

*立書人請簽名並蓋章

立書人簽名：(事故人)

身分證字號：(事故人 ID)

電話：(事故人聯絡電話)

地址：(事故人聯絡地址)

蓋章：



*若立書人為未成年/受監護或輔助宣告者，

法定代理人/監護人/輔助人請簽名並蓋章

法定代理人/監護人/輔助人簽名：

身分證字號：

電話：

若事故人為未滿 18 歲之未成年人
須請法代填寫

蓋章：



中 華 民 國 114 年 7 月 1 日

附註：

註一：索引包含但不限於公開查詢網站、平台進行自主檢索。

註二：查詢包含上開單位網路、電話語音掛號系統之操作，或配合醫療院所作業要求。

個人資料保護法應告知事項

國泰人壽係為人身保險相關服務及執行、辦理再保險、海外急難救助、申訴及爭議處理、公司內部控制及稽核業務之需要而蒐集您的個人資料。所蒐集之資料(包含病歷、醫療、健康檢查之個人資料)除了再保險業務或委外業務執行需要，會在我國境外被處理及利用外，僅會於前開蒐集目的存續期間及依法令規定期間內，以合於法令規定之利用方式，於我國境內供國泰人壽及因以上目的作業需要之第三方處理及利用。您可以至國泰人壽各服務據點或利用國泰人壽客戶服務專線查詢(市話請撥打免付費專線：0800-036599，手機請改撥付費電話：02-4128-010 或網路電話)、請求閱覽、製給複製本、更正、補充、停止蒐集、處理或利用及刪除您的個人資料，惟國泰人壽依法令規定或因執行業務所必須，得不依您的請求處理。若您未能提供相關個人資料時，基於健全人身保險業務之執行，國泰人壽將無法提供您完善的服務。



300005



00010

11407 版