

同意查詢暨授權聲明書

一、茲因向國泰人壽保險股份有限公司（下稱國泰人壽）☐申請保險給付，立書人_____
☐投保/核保需要

以被保險人 姓名：_____
身分證字號：_____ 生日：_____年_____月_____日

之☐本人 ☐父母 ☐配偶 ☐子女 ☐其他（與被保險人為_____關係）身分，
同意並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. 被保險人自民國_____年_____月_____日起迄本聲明書簽章日止，不限科別之特定疾病
（病名：_____）相關病歷。
2. 前項未填寫授權始期者，同意以被保險人留存於國泰人壽最早有效保單生效日起，
溯及五年之相當日作為授權始期；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

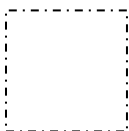
立書人簽名：

身分證字號：

電話：

地址：

蓋章：



*若被保險人為未成年/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：

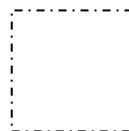
身分證字號：

電話：

關係：為被保險人之 ☐父母 ☐配偶 ☐子女

☐其他：_____

蓋章：



中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 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的需要，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



00011

同意查詢暨授權聲明書

一、茲因向國泰人壽保險股份有限公司(下稱國泰人壽)☒申請保險給付，立書人(事故人)
☐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，
同意並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. 被保險人自民國____年____月____日起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. 前項未填寫授權始期者，同意以被保險人留存於國泰人壽最早有效保單生效日起，溯及五年之相當日作為授權始期；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：**(事故人親簽)**

身分證字號：**(事故人 ID)**

電話：**(事故人電話)**

地址：**(事故人地址)**

蓋章：



*若被保險人為未成年/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：

關係：為被保險人之 ☐父母 ☐配偶 ☐子女

☐其他：_____

蓋章：



若事故人為**未滿18歲**之
未成年人，須請**法定填寫**

中 華 民 國 **115** 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之需要，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



00011

同意查詢暨授權聲明書

事故人(受傷、生病之人)
未滿7歲，請依此範例，
由事故人法代代填

一、茲因向國泰人壽保險股份有限公司(下稱國泰人壽) ☒ 申請保險給付，立書人(事故人法代) ☐ 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：114 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，
同意並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：

(五) 就診病歷

3. 被保險人自民國____年____月____日起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。

4. 前項未填寫授權始期者，同意以被保險人留存於國泰人壽最早有效保單生效日起，溯及五年之相當日作為授權始期；未填寫病名者，授權調閱所有相關病歷資料。

(六) 投保資料。

(七) 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)。

(八) 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：(事故人法代)
身分證字號：(事故人法代 ID)
電話：(事故人法代電話)
地址：(事故人法代地址)

蓋章：



*若被保險人為未成年/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：(事故人法代)
身分證字號：(事故人法代 ID)
電話：(事故人法代電話)
關係：為被保險人之 ☒ 父母 ☐ 配偶 ☐ 子女
☐ 其他：_____

蓋章：



中 華 民 國 115 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之需要，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



00011

同意查詢暨授權聲明書

事故人(受傷、生病之人)
身故，請依此範例，由事
故人繼承人代填

一、茲因向國泰人壽保險股份有限公司(下稱國泰人壽) ☒ 申請保險給付，立書人(繼承人)
☐ 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，
同意並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：

(九) 就診病歷

5. 被保險人自民國_____年_____月_____日起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。

6. 前項未填寫授權始期者，同意以被保險人留存於國泰人壽最早有效保單生效
日起，溯及五年之相當日作為授權始期；未填寫病名者，授權調閱所有相關
病歷資料。

(十) 投保資料。

(十一) 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)。

(十二) 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：(繼承人)

身分證字號：(繼承人 ID)

電話：(繼承人電話)

地址：(繼承人地址)

*若被保險人為未成年/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：

關係：為被保險人之 ☐ 父母 ☐ 配偶 ☐ 子女

☐ 其他：_____

蓋章：



蓋章：



中 華 民 國 115 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之需要，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



00011