

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 本人 受益人 法定代理人/監護人/輔助人)

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：

- ① 本案保險事故相關資料(事故日：民國_____年_____月_____日)
② 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，影本與正本具相同效力。

此致

有關醫療院所、警察機關、消防機關、海巡機關、地檢署、壽險公會、產險公會、保險公司、內政部移民署

立書人簽名(章)：_____身分證號碼：_____

電話(或行動電話)號碼：_____

法定代理人/監護人/輔助人簽名(章)：_____

(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)

身分證號碼：_____國籍：_____出生日期：_____年_____月_____日

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，富邦人壽將會從速辦理，若經評估本案需要查詢病歷而您未簽名(章)同意時，富邦人壽即須通知業務同仁再次勞煩您簽名(章)，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(章)同意。(部分醫院需要該院的制式表格，可能需要再行簽名(章)，業務同仁將通知您協助)。
三、您已簽名(章)的部分，富邦人壽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。

個人資料蒐集、處理及利用告知事項

富邦人壽保險股份有限公司(下稱富邦人壽)依據個人資料保護法(下稱個資法)第六條第二項、第八條第一項規定告知以下事項：富邦人壽蒐集您的個人資料(包括但不限於姓名、身分證統一編號、聯絡方式、病歷、醫療等資料，詳如本文件內容所載)係為提供人身保險相關服務及執行、申訴及爭議案件處理(包括但不限於理賠相關爭議解決之民刑事訴訟、仲裁、調解、行政調查、評議等)、辦理公司之內部控制、稽核業務及委外業務之執行等目的。所蒐集之資料僅會於辦理前開蒐集目的存續期間及依法令規定要求期間內，以合於法令規定之方式，供富邦人壽、中華民國人壽保險商業同業公會、財團法人保險事業發展中心、申訴及爭議處理機構、業務委外機構、與富邦人壽有再保業務往來之公司及依法有調查權機關或金融監督管理委員會處理及利用；個人資料利用之地區包含上述對象所在之地區及為提供保險相關服務所需(含委外業務)而涉及之地區。您可以透過書面或致電富邦人壽客戶服務專線(電話：0809-000-550)行使查詢、請求閱覽或製給複製本、補充或更正、停止蒐集、處理或利用，以及刪除之權利，惟富邦人壽依法令規定或因執行業務所必須，得不依您的請求，刪除、停止蒐集、處理或利用上開個人資料。若您選擇不同意提供個人資料或是提供不完全時，富邦人壽將可能延後或無法進行必要之審核及處理作業，因此可能會遲延或無法提供您相關服務或給付。

01069903008

