

知悉其可能授權之範圍和風險，立授權書人亦可保有相關撤回之權利。

三、因本授權書內容或效力所生之爭議，應由被授權人負責，概予 貴醫院(診所)無關，立授權書人或被查詢人不得向 貴醫院(診所)為任何法律上之主張。

此致

義大醫療財團法人 義大大昌醫院

立授權人親簽及蓋章

貴醫院(診所)

立授權書人簽名：○○○ (簽名+蓋章)

身分證統一編號：_____

聯絡地址：*****

聯絡電話：(____)-_____

被授權人(即承辦人員)簽名及加蓋公司章

被授權人：○○人壽保險股份有限公司

聯絡地址：_____

聯絡人姓名：_____

聯絡電話：(____)-_____

授權年月日必填

本授權書書立日期：西元 _____年 _____月 _____日

※授權有效期間：書立日期起 6 個月

- 註：1. 利害關係人授權申請者，應同時檢附立授權書人之身分證明文件影本及證明與被查詢人間具有本授權書上所記載利害關係之文件影本(如戶口名簿、除戶戶籍謄本、法院裁定等，視利害關係人之身分提出之)。
2. 「補行告知」係指保險契約投保後簽發保單前新發生或發現影響保險公司危險估計之事項，由要保人(被保險人)向保險公司再行告知；「契約轉換」係指要保人以現有保險契約申請轉換為同一人壽(產物)保險公司之其他保險契約；「增加保險金額」係指要保人以現有保險契約申請增加保險金額。