「醫療保險金抵繳住院醫療費用」特種個資傳輸同意書

本人（即立同意書人）為申請國泰人壽保險股份有限公司(下稱國泰人壽)「醫療保險金抵繳住院醫療費用服務」(下稱本服務)，爰同意貴院得將本人下列個人資料傳輸予國泰人壽：

一、本次住院之入院時間為民國□□□年□□月□□日。

二、申請本服務所需資料(包括但不限於姓名、出生年月日、身分證字號、住院病房號、入出院日期、診斷病名、治療處置方式、出院病歷摘要、醫療費用明細及相關診斷證明文件等)。

【個人資料保護法應告知事項】

依據個人資料保護法及保險法第177條之1暨其相關規定，國泰人壽為辦理人身保險業務之客戶服務、招攬、核保、理賠、契約保全、再保險、海外急難救助、追償、申訴及爭議處理、公司內部控制及稽核業務及符合相關法令規範之需要，而蒐集您的個人資料(包括病歷、醫療及健康檢查等特種個資)。所蒐集之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免費客服專線(0800-036-599)查詢、請求閱覽、製給複製本、更正、補充、停止蒐集、處理、利用或刪除您的個人資料，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，國泰人壽將無法進行必要之審核與處理，致無法提供您醫療保險金抵繳住院醫療費用服務及理賠給付。

本人已詳閱並瞭解上述【個人資料保護法應告知事項】，並**同意國泰人壽於符合告知事項之目的範圍內，得蒐集、處理及利用本人之病歷、醫療及健康檢查等個人資料**，以及將上開資料轉送與國泰人壽有業務往來之再保險公司辦理再保險核保或理賠業務。本人併此聲明，本同意書係出於本人自由意願下所為之意思表示。

此致

_____醫院

國泰人壽保險股份有限公司

※下列欄位須立同意書人/法定代理人/監護或輔助人親自簽章

立同意書人：_____（親簽）

身分證字號：

電話:(住家)

（公司）

（行動電話）

出生年月日：　　年　　月　　日

法定代理人：_____（親簽）

身分證字號：

關係：

※若立同意書人為未成年且未婚，或為受監護/輔助宣告者，應由其法定代理人或監護人/輔助人另行簽名確認。

中　華　民　國　　年　　月　　日