

全民健康保險保險人提供資料申請書

當事人姓名		性別 男 ☐ 女 ☐	出生日期	年 月 日	身分證統一編號 或居留證字號												
戶籍地址	縣 鄉鎮 路 市 市區 街	段 巷 弄 號 樓 室															
聯絡地址	縣 鄉鎮 路 市 市區 街	段 巷 弄 號 樓 室															
聯絡電話	()	資料項目範圍	☐ 1. 年 月至 年 月就醫資料 (擇一勾選): ☐ 簡易格式(含「就醫日期」及「就醫院所名稱」) ☐ 費用格式 ☐ 醫令格式 ☐ 2. 投保資料 (擇一勾選): ☐ 目前在保資料 ☐ 全部。 ☐ 3. 其他 註: 1.授權保險公司申請僅提供上述第 1 之簡易格式或 2 項資料。 2.囿於保險人資料庫容量, 上述資料僅就主機現有檔案範圍提供。														
使用目的	申請商業保險		當事人簽名		日期	年 月 日											
代理人姓名		性別 男 ☐ 女 ☐	出生日期	年 月 日	身分證統一編號 或居留證字號												
戶籍地址																	
聯絡地址	高雄市苓雅區三多四路 110 號 2 樓之 2																
聯絡電話	(07)3309523 分機 7515		與本人關係	保險契約委託	代理人簽名												
					申請日期	年 月 日											
公司行號	名稱:遠雄人壽保險公司 負責人姓名:孟嘉仁			公司地址:台北市信義區松高路 1 號 28 樓 公司電話:02-27583099													
應附證明文件	1. 當事人授權書 2. 當事人身分證正反面影本或戶口名簿影本 (臨櫃申請, 請檢附正本以供查驗) 3. 代理人身分證明文件正反面影本 (臨櫃申請, 請檢附正本以供查驗) 4. 其他_____																

當事人授權書

本人茲因壽險理賠 (事由) 之需要, 同意由代理人 (與本人關係: 保險契約委託), 向全民健康保險保險人申請提供 如申請書所勾選之資料項目及範圍, 且作為壽險理賠之用 (如: 壽險理賠)。如代理人有逾越授權申請資料之範圍, 或將申請之資料作為它用時, 由代理人依法負責。

資料影本 ☒ 不需要、☐ 需要 請中央健康保險署以掛號副知本人, 郵遞費用由代理人支付中央健康保險署。

授權人 (即保險對象) 姓名

蓋章 (親自簽章) 授權日期 年 月 日