

請填寫被保險人基本資料

# 全民健康保險保險人提供資料申請書

|        |  |                                |  |            |   |                   |                     |
|--------|--|--------------------------------|--|------------|---|-------------------|---------------------|
| 姓名     | 陳安達  | 性別                             | 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> | 出生日期       | 37年1月2日   | 身分證統一編號<br>或居留證字號 | F 1 0 1 1 0 0 0 0 1 |
| 聯絡電話   |  | (02) 8765-4321<br>0910-110-770 |  | 資料項        | <input checked="" type="checkbox"/> 1. YY年MM月至YY年MM月就醫資料(擇一勾選):<br><input checked="" type="checkbox"/> 簡易格式(含「就醫日期」及「就醫院所名稱」)<br><input type="checkbox"/> 費用格式 <input type="checkbox"/> 醫令格式<br><input type="checkbox"/> 2. 投保資料(擇一勾選): <input type="checkbox"/> 目前在保資料 <input type="checkbox"/> 全部。<br><input type="checkbox"/> 3. 其他_____。<br>: 1. 授權保險公司申請僅提供上述第1之簡易<br>2. 囿於保險人資料庫容量, 上述資料僅就主 |                   |                     |
| 使用目的   | 壽險理賠   | 當事人                            | 陳安達  | 日期         | 108年07月01日  |                   |                     |
| 代理人姓名  | <p style="text-align: center;"><b>請授權人或被保險人務必簽名</b></p> <p>[注意] 當事人簽名有兩種情形:<br/>           *1. 申請身故保險金改由授權人(為最近親之家屬, 並非一定是身故受益人。)<br/>           *2. 醫療或失能保險金由被保險人本人簽名+蓋章。</p> |                                |  |            |   |                   |                     |
| 戶籍地址   | <p style="text-align: center;">此欄請填寫授權人的聯絡地址及聯絡電話, 以利健保署人員向授權人確認。</p>  |                                |  |            |   |                   |                     |
| 聯絡地址   | <p>注意:<br/>此代理人欄位由本分公司填寫, 當事人或授權人「不必填寫」</p>  |                                |  |            |   |                   |                     |
| 聯絡電話   | (02) 8161-1988   |                                | 關係   | 申請日期 年 月 日 |   |                   |                     |
| 公司行號   | 名稱: 安達人壽保險(股)公司台灣分公司<br>負責人姓名: 李崇言   |                                | 地址: 110 台北市信義區信義路五段 8 號 12 樓<br>電話: (02) 8161-1988               |            |   |                   |                     |
| 應附證明文件 | 1. 當事人授權書<br>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)<br>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)<br>4. 其他   |                                |  |            |   |                   |                     |

## 當事人

此欄的區間, 會與「資料項目範圍」相同, 將由本分公司填寫。

本人茲因 壽險理賠 (事由) 之需要, 同意由 陳安達 (與本人關係: 保險代理), 向全民健康保險保險人申請提供 YYY年MM月至YYY年MM月 之資料 (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 陳安達 (親自簽章)

授權日期 YYY年MM月DD日

請務必填上授權日期。

請授權人或被保險人務必簽名+蓋章。