

全民健康保險保險人提供資料申請書

當事人姓名		性別	男 <input type="checkbox"/>	女 <input type="checkbox"/>	出生日期	年 月 日	身分證統一編號 或居留證字號													
戶籍地址	縣市	鄉鎮市區			路街	段	巷	弄	號	樓	室									
聯絡地址	縣市	鄉鎮市區			路街	段	巷	弄	號	樓	室									
聯絡電話	()		資料項目範圍		<input checked="" type="checkbox"/> 1. 年 月至 年 月就醫資料 (擇一勾選): <input checked="" type="checkbox"/> 簡易格式(含「就醫日期」及「就醫院所名稱」) <input type="checkbox"/> 費用格式 <input type="checkbox"/> 醫令格式 <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。 <input type="checkbox"/> 3. 其他_____。 <small>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。</small>															
使用目的	保險理賠申請				當事人簽名					日期	年 月 日									
代理人姓名		性別	男 <input type="checkbox"/>	女 <input type="checkbox"/>	出生日期	年 月 日	身分證統一編號 或居留證字號													
戶籍地址	縣市	鄉鎮市區			路街	段	巷	弄	號	樓	室									
聯絡地址	100 台北市中正區中華路一段 39 號 6 樓																			
聯絡電話	(02) 6623-1688				與本人關係	商業保險契約	代理人簽名													
							申請日期	年 月 日												
公司行號	名稱: 安達國際人壽保險(股)公司 負責人姓名: 朱立明				公司地址: 100 台北市中正區中華路一段 39 號 6 樓 公司電話: (02) 6623-1688															
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

本人茲因申請理賠給付(事由)之需要, 同意由代理人安達國際人壽保險(股)公司(與本人關係: 商業保險契約), 向全民健康保險保險人申請提供 年 月至 年 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



(親自簽章) 授權日期 年 月 日