

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 鄉鎮 市 市區	路 街	段 巷 弄 號 樓 室																	
聯絡地址	縣 鄉鎮 市 市區	路 街	段 巷 弄 號 樓 室																	
聯絡電話	()	資料項目範圍	<input 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。 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	壽險理賠	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 鄉鎮 市 市區	路 街	段 巷 弄 號 樓 室																	
聯絡地址	縣 鄉鎮 市 市區	路 街	段 巷 弄 號 樓 室																	
聯絡電話	()	與本人關係	契約委託	代理人簽名	年 月 日															
公司行號	名稱: 法商法國巴黎人壽保險股份有限公司台灣分公司 負責人姓名: 戴朝暉		公司地址: 台北市信義區信義路 5 段 7 號 80 樓 公司電話: 02-66363456																	
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, 同意由代理人法國巴黎人壽 (與本人關係: 契約委託), 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