

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 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	<input type="checkbox"/> 1. 年 月至 年 月就醫資料 (擇一勾選): <input 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	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 路 市 市區 街	段 巷 弄 號 樓 室																						
聯絡地址	台北市信義路 5 段 7 號 78 樓-1																							
聯絡電話	(02) 66383456			與本人關係	保險契約	代理人簽名														申請日期	年 月 日			
公司行號	名稱: 法商法國巴黎產物保險股份有限公司 負責人姓名: 何士坊				公司地址: 台北市信義路 5 段 7 號 78 樓-1 公司電話: 02-66383456																			
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

本人茲因產險理賠 (事由) 之需要, 同意由代理人 (與本人關係: 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), 且作為產險理賠之用 (如: 產險理賠)。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