

提供資料請求書

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------|--|---------|-------|--|--|---|---|-------|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 當事人姓名 | 性別 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> | 出生日期 | 年 月 日 | 身分證字號/ 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 | () | 資料項目及範圍 | | | <input type="checkbox"/> 1. 年 月至 年 月就醫資料。 <input type="checkbox"/> 2. 年 月至 年 月投保資料。 <input type="checkbox"/> 3. 其他(例如：醫令明細) _____。 <small>註：1.授權保險公司申請僅提供上述第1或2項資料。 2.囿於本局資料庫容量，上述各項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 | 身分證字號/ 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 | () | 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：英屬百慕達商中泰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：台北市忠孝東路四段285號3樓 公司電話：02-81611988 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 應附證明文件 | 1. 當事人授權書 2. 當事人戶口名簿影本或身分證正反面影本 3. 代理人身分證明文件正反面影本 4. 其他 _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

當 事 人 授 權 書

本人茲因 保險理賠 (事由) 之需要，同意由代理人 (與本人關係：保險契約)，向中央健康保險局申請，請求提供 年 月至 年 月之資料 (如申請書所勾選之資料項目及範圍)，且作為保險理賠之用 (如：保險理賠)。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 需要 不需要 請中央健康保險局以掛號副知本人，申請資料費用由代理人支付中央健康保險局。

授權人 (即保險對象) 姓名 _____ (親自簽章) 授權日期 年 月 日