

中華民國人壽保險商業同業公會

「人身保險業通報資訊系統」資料查詢申請表

一、申請人基本資料：

1. 姓名：_____ 2. 出生日期：____年____月____日

3. 身分證統一編號：_____

4. 與被查詢人關係：(請勾選一項)

- 本人 配偶 直系血親卑親屬 父母 兄弟姊妹
祖父母 法定代理人 監護人或輔助人 遺產管理人

5. 聯絡方式：

聯絡電話：() _____ 行動電話：_____

聯絡地址：_____

電子郵件：_____

二、被查詢人基本資料：(被查詢人為申請人本人時，此欄免填)

1. 姓名：_____ 2. 出生日期：____年____月____日

3. 身分證統一編號：_____

三、查詢原因：

申請日期：民國____年____月____日 申請人簽名或蓋章：_____

註：一、申請人資格：

1. 本會目前僅接受本人或利害關係人(被查詢人之法定代理人、監護人或輔助人、最近順位法定繼承人或遺產管理人)提出之申請。
2. 申請人未滿 20 足歲或受監護或輔助宣告者，應由法定代理人或監護(輔助)人申請查詢，或由法定代理人或監護(輔助)人於本表簽名同意申請人查詢。

二、應附證明文件：

1. 查詢本人投保紀錄者：

- (1) 申請人身分證明文件正反面影本。
- (2) 健保卡、駕照、護照或居留證等足資證明本人身分之任一項證明文件影本。

2. 查詢非本人投保紀錄者：

- (1) 申請人身分證明文件正反面影本。
- (2) 被查詢人身分證明文件正反面影本；被查詢人若已身故者，應提供除戶戶籍謄本正本。
- (3) 利害關係人資格證明文件(視利害關係人之身分擇一提出)：包括監護(輔助)登記之戶籍謄本正本、法院裁判書，公證人(含法院及民間公證人)認證書等，足資證明與被查詢人關係之文件。

3. 貼足掛號郵資新台幣 25 元之回郵信封；未附回郵信封或郵資不足者，本會不予受理且申請文件不予退還。

三、申請表填寫內容或檢附文件經查證有不實情形，或申請表經查證非由申請人本人提出者，本會將拒絕提供相關查詢資料，申請人並應自負相關之法律責任。

四、本會僅就所屬會員公司上傳「人身保險業通報資訊系統」中現有之通報資料查覆，至保險契約是否仍屬有效及詳細契約內容(包括契約內容有無變更)，請逕洽各該投保公司。

五、本會連絡地址及電話：10458 臺北市松江路 152 號 5 樓，(02) 2561-2144 轉 632、633、634。