

移工嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)住院醫療費用健康保險

代理投保委任書Power of Attorney

本人_____同意委任雇主_____先生(女士) 代為辦理投保移工嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)住院醫療費用健康保險事宜，如有不實願負法律責任。

I _____ appoint employer _____ insure immigration Covid-19 health insurance, and confirm with full legal responsibility for any perjuries found.

委任期間自民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日至 _____ 年 _____ 月 _____ 日止。

The duration is from _____ dd/ _____ mm/ _____ yyyy to _____ dd/ _____ mm/ _____ yyyy

委任人 Appointor :

護照號碼 PassportNo :

地址 Address :

電話 TEL :

簽章(Signature/Stamp):

出生日期 Birth Date : 西元 _____ 年 Y _____ 月 M _____ 日 D

受委任人 Appointee :

身分證字號 National ID No :

D

地址 Address :

電話 TEL :

簽章(Signature/Stamp):

出生日期 Birth Date : 西元 _____ 年 Y _____ 月 M _____ 日 D

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

Date: _____ (mm) _____ (dd) _____ (yyyy)