

# 信用卡付款授權書-新台幣適用 (依要保人指定多張保單號碼)

填寫日期：民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日(請勿塗改)

1. 授權人茲授權以下之信用卡發卡機構依富邦人壽所提供有關要保人之保險費資料，自授權人信用卡進行扣繳，以交付保險契約之保險費予富邦人壽。
2. 要保人同意轉入富邦人壽之款項若有退還之必要者，富邦人壽得逕行退還至持卡人信用卡帳戶。
3. 為確認要保人/授權人具意願且瞭解其申請事項，本公司有可能採取電訪或面訪方式聯繫保單相關人，以符合法令要求並確保您的權益。提醒您：電訪顯示代表號 02-66366850。
4. 要保人、授權人、法定代理人及監護人聲明下列所有填報事項均屬事實，無任何謊報或隱瞞。

要保人身分證號碼	要保人簽名 並同意本授權書約定條款	要保人法定代理人/監護人欄 (要保人未滿二十歲者應由法定代理人/監護人親自簽名同意)	
		簽名欄	身分證號碼
<input type="text"/>			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 生日：民國_____年_____月_____日 國籍： <input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 其他_____
保單號碼+序號 <small>保單號碼一律需填寫序號，以利銀行扣款建檔</small>	被保險人姓名	授權人關係(請擇一勾選，選擇3~7須檢附關係證明)	
<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> 1.要保人/被保險人 <input type="checkbox"/> 2.第一順位身故保險金受益人 選擇3~7類：授權人為 <input type="checkbox"/> 要保人 或 <input type="checkbox"/> 被保險人之 <input type="checkbox"/> 3.配偶 <input type="checkbox"/> 4.父母 <input type="checkbox"/> 5.子女 <input type="checkbox"/> 6.兄弟姐妹 <input type="checkbox"/> 7.(外)祖孫	
<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> 1.要保人/被保險人 <input type="checkbox"/> 2.第一順位身故保險金受益人 選擇3~7類：授權人為 <input type="checkbox"/> 要保人 或 <input type="checkbox"/> 被保險人之 <input type="checkbox"/> 3.配偶 <input type="checkbox"/> 4.父母 <input type="checkbox"/> 5.子女 <input type="checkbox"/> 6.兄弟姐妹 <input type="checkbox"/> 7.(外)祖孫	
<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> 1.要保人/被保險人 <input type="checkbox"/> 2.第一順位身故保險金受益人 選擇3~7類：授權人為 <input type="checkbox"/> 要保人 或 <input type="checkbox"/> 被保險人之 <input type="checkbox"/> 3.配偶 <input type="checkbox"/> 4.父母 <input type="checkbox"/> 5.子女 <input type="checkbox"/> 6.兄弟姐妹 <input type="checkbox"/> 7.(外)祖孫	
<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> 1.要保人/被保險人 <input type="checkbox"/> 2.第一順位身故保險金受益人 選擇3~7類：授權人為 <input type="checkbox"/> 要保人 或 <input type="checkbox"/> 被保險人之 <input type="checkbox"/> 3.配偶 <input type="checkbox"/> 4.父母 <input type="checkbox"/> 5.子女 <input type="checkbox"/> 6.兄弟姐妹 <input type="checkbox"/> 7.(外)祖孫	

授權資料填寫欄：本欄由授權人(即持卡人)填寫		授權人(即持卡人)簽名欄
授權人(即持卡人)姓名(請以正楷書寫)：_____		授權人(即持卡人)簽名欄 (授權人未滿二十歲者應由法定代理人/監護人親自簽名同意) 簽名：_____
身分證號碼或統一編號： <input type="text"/> <small>(華僑或外國人請洽各發卡行詢問)</small>		
生日：民國_____年_____月_____日		
國籍： <input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 其他_____		
行動電話：_____ <small>此電話僅供本授權之用，倘欲變更保單電話請填寫「契約變更申請書」</small> <small>授權人非為要保人或被保險人者，請務必填寫生日及行動電話</small>		身分證號碼： <input type="text"/> 生日：民國_____年_____月_____日 國籍： <input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 其他_____
發卡機構：_____銀行(限 VISA、MASTER、聯合信用卡、JCB 及 AE 卡)		
信用卡號： <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>		
有效期至： <input type="text"/> 月 / 20 <input type="text"/> 年 (請按信用卡卡面月年數字確實填寫) <small>若有效期限因重新發卡而有變動時，請您立即通知本公司修正，若未接獲通知，本公司將自動展延，以維護您的權益。</small>		
<input type="checkbox"/> 授權人於_____年_____月_____日申請台北富邦銀行信用卡核卡中， 信用卡類別(例如鑽保卡、數位生活卡、J卡)：_____卡(請務必填寫信用卡類別)		1. 授權人已閱讀並同意背面約定條款。 2. 簽名式樣須與信用卡一致。 3. 除填寫日期外，若有任何塗改，請授權人簽名。

茲聲明本授權書均為要保人、授權人、法定代理人及監護人親自簽名(章)，並核對與要保人、授權人、法定代理人及監護人所提供之帳戶資料或身分證明及其關係等確認無誤，如有虛偽不實，本人等願負法律上應負之責任。

單位代號：\_\_\_\_\_

服務人員簽名：\_\_\_\_\_

服務人員登錄字號/執業證書編號：\_\_\_\_\_

保/經代服務受理編號/服務受理日：\_\_\_\_\_

**富邦人壽受理登錄收訖**

助理受理：\_\_\_\_\_ 承辦單位收訖：\_\_\_\_\_



\* 0 2 0 9 0 H 0 0 0 9 \*

# 填寫說明

## 約定條款

1. 有效契約請於填寫日期 3 日內完成送件程序。

### 一、定義

1. 「信用卡代繳」：以下簡稱「信用卡」。係指在本公司指定之信用卡類別，其持卡人同意「信用卡發卡機構」自信用卡按期墊付續期保險費予本公司(以下簡稱保險費)。
2. 本授權書所稱之「授權人」限要、被保險人本人及其配偶，及與要、被保險人本人二親等內之親屬(不含姻親)關係之人，但經要保人指定姓名之第一順位身故保險金受益人，亦得為授權人。授權人於授權後如喪失得為授權人之身分，本授權書效力不受影響，如欲終止授權，應另以書面申請。
3. 「續期保險費」：為第二次以後各繳款週期之應繳付保險費。

### 二、授權之效力

1. 本授權書因內容填寫不全、錯誤或其他原因致「信用卡發卡機構」無法辦理付款時，本授權書不生效力，但其情形得予補正者，不在此限。
2. 本授權書上所载之要保人身分證號碼，如因填寫錯誤致該部分授權不生效力，或嗣後因契約變更或其他原因而終止該部分授權者，對於其他保單之授權內容及效力，不生影響。
3. 授權人指定之「信用卡發卡機構」授權成功後，不因原始「信用卡發卡機構」之簽名樣式變更而致使本授權書之授權失效。
4. 若因不可歸責於本公司之原因致「信用卡發卡機構」代繳失敗者，本授權書之效力不受影響。本公司對到期未繳納之保險費仍保有再次向「信用卡發卡機構」請款之權利，但本公司得逕行停止向「信用卡發卡機構」請款之作業。
5. 本授權書授權繳交「續期保險費」者，保單之契約效力，應依其條款約定而認定，不因本授權書之授權效力而受影響。

### 三、授權之變更

1. 授權人欲變更金融機構帳號、卡號或變更為自行繳費者，應重填授權書，且於下列日期前送達本公司始生效力，逾期者將延至次期始生效力。惟如相關作業得以提前完成者，則扣款作業自當期起生效。前述授權事項之異動內容自變更效力生效時起取代原內容。
  - 1.1. 「信用卡」代繳保險費：於當期保險費應繳日前七個工作天。
  - 1.2. 其餘方式代繳保險費：於當期保險費應繳日前一個月。
2. 簽訂本授權書後，如繳付保險費之「信用卡」卡號變更、停用或有效期限到期時，授權人應主動通知本公司變更；前述通知應以書面為之；若本公司自行簽約之指定發卡機構遇下列情形則不在此限。如未通知變更而致遭「信用卡發卡機構」拒絕給付保險費時，依本授權書及保單相關規定處理。
  - 2.1. 更換信用卡新卡(如毀損、有效期間屆滿等情形)，而未更換信用卡卡號者，本約定書不因此而失其授權效力。
  - 2.2. 因授權代繳之信用卡升等、有效期限到期、遺失而換發新卡致信用卡卡號變更者，授權人同意由發卡機構通知本公司變更後之信用卡卡號或有效期限，且以換發後之信用卡付款，而無須另行簽訂約定書。前述授權事項之異動內容自本公司收到發卡機構通知且完成變更程序後取代原授權之約定。
3. 如「信用卡發卡機構」因其他任何事由不同意授權人依本授權書之授權扣繳保險費時，則該保單之收費方式將自動轉換為「自行繳費」。
4. 授權人指定以新申請之富邦信用卡代繳保險費者，授權人同意發卡機構以網路傳輸方式提供授權人新申請之信用卡卡號及有效期限等資料予本公司，以作為扣繳保單應繳保險費使用，並同意本公司得以網路傳輸方式以授權人、服務人員之身分證字號及卡別向發卡機構為信用卡申辦進度查詢，信用卡卡號及有效期限以發卡機構實際核發之資料為準。如本公司等待逾 15 個工作天仍無法由發卡機構取得所需之信用卡資料，視同授權人以信用卡繳交當期保險費經「信用卡發卡機構」拒付。

### 四、請款作業之處理

1. 授權人同意將本授權書所載本人個人資料(如身分證號、手機號碼、生日資料等)經由收單機構及信用卡授權轉接處理中心(財團法人聯合信用卡處理中心或財金資訊股份有限公司)傳輸至發卡機構進行身分驗證等相關作業。
2. 授權人以同一信用卡同時授權「信用卡發卡機構」交付本公司兩張以上保單之保險費時，由「信用卡發卡機構」衡量授權人之信用卡餘額與保險費狀況權衡處理扣款之優先順序。
3. 授權人以「信用卡」代繳保險費後，該筆保險費將併入當月份之信用卡消費明細中，授權人於收到當月份之繳款通知單後，應依發卡機構信用卡契約之約定全數繳納或繳納最低應繳付金額，未繳清之餘額則依信用卡約定條款之利率加計循環利息。各筆循環信用利息以各發卡機構約定條款之起息日計算，與保單之寬限期無關。若授權人以新辦之富邦信用卡繳納保險費且於核發新卡次月內之開卡程序完成前，亦同。
4. 授權人與「信用卡發卡機構」之契約關係消滅或其他任何原因致「信用卡發卡機構」未能付款予本公司時，授權人同意「信用卡發卡機構」將未能付款原因通知本公司。
  - 5.1. 經本公司依當時請款作業於次一期經「信用卡發卡機構」成功撥付該二期足額款項者。
  - 5.2. 次一期經「信用卡發卡機構」成功撥付之保險費扣除當期抵繳保險費之紅利後，足以抵充前期末繳之保險費。
6. 授權人與「信用卡發卡機構」之契約關係消滅或其他原因致「信用卡發卡機構」未能付款予本公司，授權人負有通知要保人自行於保單約定期限內，主動向本公司繳交該期保險費之義務，授權人怠於履行本項義務，其所生之不利益，要保人不得向本公司主張任何權利。
7. 授權「信用卡」付款，若經要保人行使撤銷權或其他原因致須退還其已繳納之保險費時，倘本公司已自「信用卡發卡機構」請款成功者，本公司得逕行通知「信用卡發卡機構」將應退金額認列至信用卡消費明細之負項金額。信用卡退款事宜，授權人應逕行向發卡機構請款撥付且不得要求本公司代為退付。

### 五、授權人與要保人之權利義務

1. 授權人對應繳保險費計算、退補保險費或授權內容有所疑義，請自行洽詢本公司，概與「信用卡發卡機構」無涉。
2. 授權人憑此授權書授權本公司向金融機構扣繳保險費，且對本公司依授權書約定所扣得之應繳保險費若有異議時，除代收金額不符外，概由授權人負責，與本公司無涉，授權人若非要保人本人而與本公司無保險契約關係者，亦同。
3. 授權人與要保人應確實填寫本授權書各項資料，如有冒用他人帳戶使用者，須自負法律責任。

### 六、個人資料之蒐集、處理及利用告知事項：

本公司蒐集您的個人資料目的係為人身保險服務及執行，凡依保險法令規定推廣人身保險活動、提供保險產品或服務、檢核投保產品之適當性、辦理申訴及爭議處理業務、辦理公司之內部控制、稽核業務及委外業務之執行皆屬之。本公司僅會蒐集為上述作業而必要之個人資料，該資料會在前開蒐集目的存續期間及依法令規定要求之期間內，僅會以電子檔案或紙本形式於我國境內或上開各項業務單位之所在地區被處理及利用。基於個人資料保護法之規定，您可以透過書面或致電本公司保費服務專線(電話：0809-025-588)行使查詢、閱覽、複製、補充更正、停止蒐集、處理或利用及刪除之權利。若您選擇不提供個人資料或是提供不完全時，本公司將無法提供您完善的人身保險服務。



\* 0 2 0 9 0 H 0 0 0 1 0 \*