

自行繳費暨終止金融機構/信用卡付款申請書-台幣適用

填寫日期：民國_____年_____月_____日(請勿塗改)

1. 要保人茲申請以下保單之續期保險費繳費方式變更為自行繳費，如原續期繳費方式為授權以金融機構帳戶轉帳/信用卡支付本申請書所載保單號碼之保險費及保單借款利息者，並同時終止該帳戶轉帳/信用卡繳費。
2. 為確認要保人/授權人員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。
3. 要保人及其法定代理人/監護人聲明下列所有填報事項均屬事實，於閱讀過並同意注意事項/約定條款及個資告知說明之所有規定事項後親自簽名(章)。

保單號碼+序號	被保險人姓名	要保人簽名(章)	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
□□□□□□□□□□-□□-□□				生日：民國_____年_____月_____日 國籍： <input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 其他_____
□□□□□□□□□□-□□-□□				生日：民國_____年_____月_____日 國籍： <input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 其他_____
□□□□□□□□□□-□□-□□				生日：民國_____年_____月_____日 國籍： <input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 其他_____
□□□□□□□□□□-□□-□□				生日：民國_____年_____月_____日 國籍： <input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 其他_____
□□□□□□□□□□-□□-□□				生日：民國_____年_____月_____日 國籍： <input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 其他_____
□□□□□□□□□□-□□-□□				生日：民國_____年_____月_____日 國籍： <input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 其他_____

- 一、 注意事項
1. 請於填寫日期 3 日內完成送件程序。
 2. 如有填寫錯誤，請要保人於塗改處簽名。
- 二、 約定條款
1. 若欲終止當期保險費授權付款，請於當期保險費應繳日前 7 個工作日寄達富邦人壽，逾期送達者，自次期起始生終止之效力，惟如相關作業得提前完成者，則自當期起生效。
 2. 投資型保單若同時有定期定額增額保費授權扣款者，於本申請書生效後，一併終止扣款。
 3. 自行繳費件是否有保費折扣優惠，依富邦人壽各項商品之規定辦理。
- 三、 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。

茲聲明本申請書均為要保人/法定代理人親自簽名(章)，如有虛偽不實，本人等願負法律上應負之責任。

單位代號(銀行/分行)：_____

服務人員(即見證人)簽名：_____

服務人員登錄字號/執業證書編號：_____

保/經代服務受理行政章：_____

保/經代服務受理編號：_____

富邦人壽受理收訖

助理受理：

承辦單位收訖：

