富邦人壽

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（以下簡稱本公司）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本公司。
2. 要保人同意轉入本公司之款項若有退還之必要者，本公司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，簡訊代表門號 68999、0911-511333、0917-742873、0961-231123，簡訊內連結網址開頭 https://fubonlife.tw/。
4. **要保人、授權人、法定代理人、監護人及輔助人聲明下列所有填報事項均屬事實，無任何謊報或隱瞞。**
5. 若要保人、要保人法定代理人/監護人/輔助人、授權人法定代理人/監護人/輔助人以指印代替簽名者，請兩位見證人於指印旁簽名並填寫身分證統一編號/統一證號。

要保人身分證統一編號/統一證號	要保人簽名(必簽) 並同意本授權書約定條款	要保人法定代理人/監護人/輔助人欄 (要保人未成年者/受監護宣告者/受輔助宣告者，應由法定代理人/監護人/輔助人親自簽名同意) 簽名欄	身分證統一編號/統一證號 生日：民國＿＿年＿＿月＿＿日 國籍：□中華民國 □其他＿＿＿＿

保單號碼+序號 (保單號碼一律需填寫序號，如-00、-01)	被保險人姓名	授權人關係(請擇一勾選，選擇 2~7 須檢附關係證明)
＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿－＿＿－＿		□1.要保人/被保險人 □2.第一順位身故保險金受益人 選擇 3~7 類：授權人為 □要保人 或 □被保險人 之 □3.配偶 □4.父母 □5.子女 □6.兄弟姐妹 □7.(外)祖孫
＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿－＿＿－＿		□1.要保人/被保險人 □2.第一順位身故保險金受益人 選擇 3~7 類：授權人為 □要保人 或 □被保險人 之 □3.配偶 □4.父母 □5.子女 □6.兄弟姐妹 □7.(外)祖孫
＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿－＿＿－＿		□1.要保人/被保險人 □2.第一順位身故保險金受益人 選擇 3~7 類：授權人為 □要保人 或 □被保險人 之 □3.配偶 □4.父母 □5.子女 □6.兄弟姐妹 □7.(外)祖孫
＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿－＿＿－＿		□1.要保人/被保險人 □2.第一順位身故保險金受益人 選擇 3~7 類：授權人為 □要保人 或 □被保險人 之 □3.配偶 □4.父母 □5.子女 □6.兄弟姐妹 □7.(外)祖孫

授權資料填寫欄

授權人(即持卡人)姓名(請以正楷書寫)：＿＿＿＿＿＿

身分證統一編號/統一證號：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
(華僑或外國人請洽各發卡行詢問)

生日：民國＿＿年＿＿月＿＿日

國籍：□中華民國 □其他＿＿＿＿

行動電話：＿＿＿＿＿＿ 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」

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

授權人(即持卡人)
法定代理人/監護人/輔助人
(授權人未成年者/受監護宣告者/受輔助宣告者，應由法定代理人/監護人/輔助人親自簽名同意)

簽名：＿＿＿＿＿＿

身分證統一編號/統一證號：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生日：民國＿＿年＿＿月＿＿日

國籍：□中華民國 □其他＿＿＿＿

發卡機構：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿銀行(限 VISA、MASTER、JCB 及 AE 卡)

信用卡號：＿＿＿＿－＿＿＿＿－＿＿＿＿－＿＿＿＿

有效期限至：＿＿ 月 / 20＿＿ 年 (請按信用卡卡面月年數字確實填寫)

若信用卡卡號變更、停用或有效期限因重新發卡而有變動時，請您立即通知本公司並配合辦理後續變更等作業。

授權人(即持卡人)簽名欄

授權人及其法定代理人/監護人/輔助人已閱讀並同意背面約定條款

【為保障您的權益，**請勿將已簽章之空白保險相關文件、印鑑或網路帳號密碼**交由保險業務員保管或使用。】

1.簽名樣式須與信用卡一致。
2.**若有任何塗改，請於塗改處簽名。**

茲聲明本授權書均為要保人、授權人、法定代理人、監護人及輔助人親自簽名(章)，並核對與要保人、授權人、法定代理人、監護人及輔助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：

MRP02907　115.07

040900H00001

填寫說明

1. 有效契約請於填寫日期 3 日內完成送件程序。

約定條款

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代為支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，經本公司退件者，本授權書不生效力，但其情形得予補正者，不在此限。
2. 本授權書上所載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或授權人姓名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，應重填授權書或自行繳費申請書，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變更效力。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並配合辦理後續變更等作業；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，本約定條款不因此而失其授權效力。
   2.2.因授權代繳之信用卡升等、有效期限屆滿、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，而無須另行簽訂授權書。前述授權事項之異動內容自本公司收到信用卡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本授權書內容填寫不全、錯誤或其他任何事由無法依本授權書之授權扣繳保險費致本公司退件者，所投保保單之收費方式將自動轉換為「自行繳費」，且契約之寬限期仍依保單條款約定辦理。

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（如身分證統一編號/統一證號、信用卡卡號、信用卡效期等）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）傳輸至信用卡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代繳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，應依信用卡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信用卡發卡機構約定條款之起息日計算，與保單之寬限期無關。
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. 若因授權人信用卡發卡機構信用卡額度不足無法完成繳付保險費予本公司時，如經二次扣款不成，則當期或續期保險費本公司得改採「自行繳費」方式，要保人仍有義務自行繳納該保險費予本公司，且要保人或授權人等均不得逕行主張以次一期扣款成功數額抵充該前期未繳之保險費，本公司亦無逕行抵充該前期未繳保險費義務；惟本公司得依以下作業情況而保有抵充前期未繳保險費之權利。
   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，足以抵充前期未繳之保險費。
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，授權人應逕行向信用卡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. 授權人與要保人應確實填寫本授權書各項資料，本公司依本授權約定向信用卡發卡機構扣繳保險費，如有爭議或冒用他人信用卡使用者，須自負法律責任。

六、 個人資料之蒐集、處理及利用告知事項：

富邦人壽保險股份有限公司（下稱：富邦人壽）依據個人資料保護法（以下稱個資法）第六條第二項、第八條第一項規定告知以下事項：富邦人壽蒐集您的個人資料（包括但不限於**姓名、身分證統一編號/營利事業統一編號/銀行開戶統一證號、聯絡方式、金融機構及帳號/卡號、生日、家庭情形、保單號碼**等資料，詳如本文件/相關畫面及應備文件內容所載）係為提供人身保險相關服務及執行、申訴及爭議案件處理、辦理公司之內部控制、稽核業務及委外業務之執行、金融服務業依法令規定及金融監理需要所為之蒐集處理及利用等目的。所蒐集之資料僅會於辦理前開蒐集目的存續期間及依法令規定應為保存之期間內，以合於法令規定之利用方式，供富邦人壽、中華民國人壽保險商業同業公會、申訴及爭議處理機構、業務委外機構、聯合信用卡中心、台灣票據交換所、及依法有調查權機關或金融監理機關於上述對象所在之地區處理及利用。您可以透過書面或致電富邦人壽客戶服務專線（電話：0809-025-588）依據個資法第三條規定行使查詢、請求閱覽或製給複製本、補充或更正、停止蒐集、處理或利用，以及刪除之權利，惟富邦人壽依法令規定或因執行業務所必須，得不依您的請求，刪除、停止蒐集、處理或利用上開個人資料。若您不同意提供個人資料或提供不完全時，富邦人壽將可能延後或無法進行必要之審核及處理作業，因此可能遲延或無法提供您相關服務。