

To: 先生/小姐 收 Fax: 請於收到申請書 2 日內填寫及簽名後傳真 Fax: 02-7726-1875 或 7726-1876 或郵寄至 100 台北市中華路一段 39 號 6 樓 安達人壽 保戶服務 收
如有相關查詢, 請洽客服專線: 02-6623-3688 (如需確認傳真, 請傳真後儘速來電查詢; 如於晚上八點後傳真, 請於次一工作日再來電確認)

復效申請書

保單號碼: _____ 要保人: _____
要保人手機號碼: _____
被保險人: _____ (請務必填寫)

茲被保險人聲明於本保險單停效期間未發生任何保險事故, 並完全了解保險單停效期間若發生任何保險事故, 不在本保險單之保障範圍。
此致 安達國際人壽保險股份有限公司

要保人簽名(請親自簽名)	被保險人簽名(請親自簽名)	法定代理人/監護人/輔助人簽名	法定代理人/監護人/輔助人資料
要/被保險人為不識字之成年人或雙目失明者見證欄			<input type="checkbox"/> 同要/被保險人(以下免填)
見證人 1 簽名: 身分證字號: 關係:	見證人 2 簽名: 身分證字號: 關係:	與要/被保險人關係: _____ 生日: 民國____年____月____日 身分證字號: _____ 國籍: <input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 其他_____	
◎要、被保險人應親自簽名, 未滿七足歲或受監護宣告者由法定代理人或監護人代其簽名; 七足歲(含)以上未成年者且未婚/有監護人或輔助人, 須本人及其法定代理人簽名。 ◎不識字之成年人或雙目失明者, 得以用右手大拇指指印替代簽名並加蓋印章, 須由二位見證人在見證欄簽名並填寫身分證字號及註明與要/被保險人關係。			
申請日期: 民國____年____月____日			

※ 上述內容若有塗改, 請要、被保險人於塗改處簽名

註: 1. 申請復效自最後一次停效日起 6 個月內請填寫「復效申請書」提出申請即可; 逾 6 個月以後申請復效除「復效申請書」文件外, 請另行檢附「健康聲明書」。
2. 若欲使用其他信用卡繳交復效保費或續期保費, 請填妥以下的付款委託書, 傳真或寄回即可。
3. 為保障權益, 如本公司認為有必要, 將以電訪方式與要保人聯繫確認, 若無法確認成功者, 本公司將無法辦理後續流程並以退件處理。

信用卡付款授權書

僅支付復效保險費 適用支付復效及續期保險費 ※若未勾選視同支付復效及續期保險費
(一) 授權人資料

<input type="checkbox"/> 個人 姓名: _____ 身分證字號: _____ 出生日期: ____年__月__日 國籍: <input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 其他_____	<input type="checkbox"/> 公司 公司名稱: _____ 統一編號: _____
授權人與要保人關係: <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 被保險人 <input type="checkbox"/> 受益人 <input type="checkbox"/> 要保人之配偶 <input type="checkbox"/> 要保人之直系血親 ※授權人非要保人/被保險人時, 請檢附授權人身分證明文件及關係證明 聯絡電話: (公) _____ 分機 _____ (宅) _____ 手機 _____	

(二) 信用卡 (本授權書僅供一位授權人填寫)

卡別: <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> Master <input type="checkbox"/> JCB 發卡機構名稱: _____ 信用卡卡號: _____ - _____ - _____ - _____ 有效期限: _____月_____年(西元) (請按信用卡卡面數字確實填寫) 填表日期: 民國____年____月____日	要保人簽名/授權人簽名 ★要保人簽名: _____ ★授權人簽名: _____ (請務必與信用卡簽名相符) ★法定代理人/監護人/輔助人 簽名: _____ ※本人(即要保人/授權人)簽名或簽章即表示已詳閱並同意本授權書之各項約定, 並知悉欲授權的保單號碼或編號。 ※未滿七足歲者, 請由法定代理人代為簽名; 未成年人、受有監護宣告或輔助宣告尚未撤銷者, 法定代理人/監護人/輔助人亦須簽名。
--	---

※ 保險費付款授權約定條款請詳背面(第 2 頁) 【以下欄位由安達國際人壽保險股份有限公司填寫】

批註書	本公司同意自民國____年____月____日午夜零時起恢復本保單之保險效力, 每期保費自民國____年____月____日起調整為新台幣_____元整。 本次復效共補費_____元(期間: 自 ____ / ____ / ____ 至 ____ / ____ / ____) (本申請書未經本公司批註專用簽章不生效力)
保全作業欄: <input type="checkbox"/> 核對簽名無誤 <input type="checkbox"/> 審核不符退件	經辦: _____ 覆核: _____

安達人壽金融機構代繳保險費授權書約定條款

發卡機構(簡稱甲方)、安達國際人壽保險股份有限公司(簡稱乙方)

壹、基本條款

一、授權之效力：

1. 本授權書因填寫內容不全、錯誤或其他原因致無法辦理扣款者，本授權書不生效力，若保險商品原享有轉帳折扣優惠亦自動取消。
2. 信用卡因毀損或有效期間屆滿更換發新卡，但未更換卡號時，則本授權書之效力，並不因此而受影響。
3. 本授權書生效後，除有授權終止外，將持續有效；因要保人辦理契約變更而保險費變更時，本授權書不受影響。
4. 若授權人之卡號嗣後有變更及(或)卡效有變動或延展之情形，除有授權終止外，授權人同意甲方將授權人所屬卡號及(或)卡效通知乙方，以利保險費之收受。授權人謹遵守甲方之規定，付款授權之效力並不因此而受影響。
5. 授權人同意於信用卡卡號、有效期限變動或延展時，應立即通知乙方辦理變更。倘未通知，除信用卡卡號變更應依第參條第二項辦理外，付款授權之效力仍及於有效期限變動或延展後。除有授權終止外，甲方得續於授權人信用卡帳戶扣除每期保險費，支付予乙方。

二、授權之終止：

有下列各款情形之一者，除本授權書另有約定外，本授權書效力自該情形發生之日起自動終止。

1. 甲方不同意授權人依其指定之帳號/卡號繳交保險費。
2. 要保人繳納保險費之義務消滅。
3. 授權人與甲方之信用卡契約終止或結清存款帳戶。

除前項情形外，授權人欲終止本授權時，要保人應於續期保險費應繳日三十天前將「契約內容變更申請書」送達乙方，否則甲方仍得依本授權書支付保險費予乙方，本授權書之終止至下次續期保險費應繳日始生效。

三、乙方在同一天內，自授權人同一帳號/卡號執行數筆扣款交易時，則指定的甲方有權自行決定各筆扣款先後順序，要保人及授權人均不得異議。

四、授權人以指定保單之要保人、被保險人、受益人或要保人之配偶或直系血親為限。

五、各保單之扣款時間依乙方規定辦理之，其後有更改時亦同。

六、本約定條款如有未盡事宜，甲方及乙方得隨時協商修改。

貳、首期保險費條款

本授權書應隨要保書同時交予乙方，指定之保險契約經乙方同意承保後，並確定自甲方受領首期保險費者，該保單始溯自本授權書所載之填寫日起生效；若本授權書之填寫日早於要保書的申請日時，則以要保書上的申請日為保單之生效日。

一、新契約未取得保單號碼時保單號碼將由乙方代為填寫。

二、甲方拒絕給付所指定保險契約之首期保險費時，若要保人未依乙方通知之期限內繳納該首期保險費時，所指定之保單自始不生效力。

三、甲方給付首期保險費予乙方後，因有授權上之瑕疵致使授權不生效力或有授權終止之情事者，要保人應於乙方通知期限內繳足應繳保險費，逾期未補足者，視為保險費未繳，所指定保單之效力依保單條款規定。

參、續期保險費條款

一、授權人申請金融機構繳付續期保險費者，必須經轉帳機構審核通過始生效力。逾期者本授權書延至次期保險費應繳日發生效力。如指定之保單進入自動墊繳本授權書效力暫時停止，自動墊繳保費及利息需改為『自行繳納』，本授權書於要保人清償自動墊繳本息全部後恢復效力。

二、授權人如欲變更指定保單續期保險費之帳號/卡號，應重新填寫授權書，並於保險費應繳日三十天前交予乙方。原授權書之效力於新授權書生效時，即自動終止。

三、甲方若因帳戶餘額不足、信用卡之信用額度不足或其他原因，致無法完成直接轉帳代繳保險費時，乙方得於保險費繳納寬限期內再次扣款。

四、以信用卡繳付續期保險費者，授權人如未於甲方訂定之每月繳款截止日前付清當期最低應繳金額或延誤繳期限者，所產生之循環利息及違約金，將依甲方與授權人約定之方式計收，與各保單保險契約寬限期之相關規定無關。

肆、退費條款：乙方經由此項業務所收取保險費有退還之必要時，除另有約定外，乙方得逕行退還該款項於授權人。

伍、授權人對乙方之保險費計算、退補保險費或授權內容有所疑義，應自行與乙方洽詢，概與甲方無涉。

陸、本授權書終止前應繳付於乙方之保險費，授權人仍應依甲方所發之付款通知書向甲方支付。

柒、授權人應確實填寫本授權書各項資料，如有冒用他人的帳戶者，須自負法律責任。

蒐集、處理及利用個人資料告知事項

本公司此次蒐集您的個人資料目的係為取得您授權以您的信用卡/銀行/郵局帳戶扣款繳交首期或續期保險費之事宜。本公司僅會要求您提供授權扣款而必要之個人資料，且該資料只會於您授權的扣款期間、該保險契約存續期間及經您同意之期間被處理或利用。您的個人資料原則上僅會以電子檔或紙本形式於我國境內供本公司委託辦理「代收客戶繳款服務」之金融機構處理及利用與中華民國人壽保險商業同業公會查詢及利用。基於個人資料保護法之規定，您可以行使查詢或請求閱覽您的個人資料、請求製給您的個人資料複製本、補充或更正您的個人資料、請求停止蒐集、處理或利用您的個人資料或請求刪除或限制處理您的個人資料。您欲行使上述之權利時，本公司的客戶服務聯繫窗口皆能受理您的請求。您可以自由選擇是否提供您的個人資料。若您選擇不提供個人資料或是提供不完全時，您將無法完成授權扣款之事宜。若您需要更進一步了解您的個人資料之處理或利用的詳細情形，歡迎您與我們聯繫(本公司服務專線 0800-011-709)。

※服務人員專用欄：此欄位請務必填寫完整。

銀行/保經代：_____	業務員簽名：_____	保險經紀/代理人簽署人章
分行/通訊處：_____	業務員登錄證字號：_____	