

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: 02-77261875 或 77261876 或郵寄至 100 台北市中華路一段 39 號 6 樓 康健人壽 營運暨理賠部(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)



康健人壽

國際康健人壽保險股份有限公司
復效申請書

保單號碼: TW E0000000 要保人: 張XX
被保險人: 張XX 要保人手機號碼: 0912345678
(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 國際康健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、監護人簽名(註1)	法定代理人、監護人資料
張XX	張XX		<input type="checkbox"/> 同要/被保險人(以下免填) 與要/被保險人關係: _____
要/被保險人不識字者見證欄(註2)			生日: 民國____年____月____日
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:		身分證字號: _____ 國籍: <input type="checkbox"/> 中華民國 <input type="checkbox"/> 其他_____
申請日期: 民國____年____月____日			

- 註: 1. 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)以上未滿二十足歲者, 須本人及其法定代理人簽名。
2. 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, 惟見證人不得為本件業務員、要保人、被保險人或受益人。
3. 本申請書內容, 若有塗改, 請要、被保險人於塗改處簽章。
4. 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「健康告知書」。
5. 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。
6. 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: _____ 出生日期: ____年____月____日 身分證字號: _____	<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"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 受益人 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 兄弟姊妹	
★授權人非要保人/被保險人/受益人本人時, 應檢附關係證明文件(倘要保書所載受益人為法定繼承人, 受益人亦應檢附關係證明文件)	
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)

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)	★信用卡持卡人簽名: _____ ※簽名樣式需與銀行信用卡簽名一致。 ※授權人簽名即表示已詳閱並同意本授權書之各項約定, 且瞭解並知悉欲授權的保單號碼或編號。
--	---

(三) 要保人簽名

★要保人簽名: _____	★法定代理人簽名: (未滿 20 足歲者, 請法定代理人簽名確認) _____
---------------	---

※ 保險費付款授權約定條款請詳背面(第 2 頁) 【以下欄位由國際康健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 / /) (本申請書未經營運暨理賠部簽章不生效力)
-----	--

保全作業欄: 核對簽名無誤 審核不符退件 經辦: _____ 覆核: _____

受限制資料, 屬康健人壽機密且未經公開之資料, 未經授權不得重製或散布。©康健人壽版權所有

保險費付款授權約定條款

壹、基本條款

一、授權之效力：

- 1.如本付款授權書填寫不全、錯誤、印鑑不符或其他原因致指定金融/發卡機構無法辦理扣款者，付款授權自始不生效。
- 2.指定帳戶/卡號簽名樣式或印鑑變更時，付款授權不因此而受影響。惟授權人或要保人應盡速將此變更通知本公司。
- 3.付款授權生效後，除有終止授權外，將持續有效；因要保人辦理契約變更而保費變更時，本付款授權書之效力並不因此而受影響。
- 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，除有終止授權外，授權人同意指定金融/發卡機構將授權人所屬卡號及(或)卡效通知本公司，以利保險費之收受。授權人謹遵守指定金融/發卡機構合約書之規定，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，應立即通知本公司辦理變更。倘未通知，除信用卡卡號變更外，付款授權之效力仍及於有效期限變動或延展後，應依第參條第二項辦理。除有終止授權外，指定金融/發卡機構得續於授權人信用卡帳戶扣除每期保險費，支付予本公司。

二、授權之終止：

- 1.有下列各款情形之一者，除本付款授權書另有約定外，付款授權效力自該情形發生之日起自動終止：
(1)指定金融/發卡機構不同意授權人依其指定之帳號/卡號繳交保險費。(2)要保人繳納保費之義務消滅。(3)授權人與指定金融/發卡機構結清存款帳戶或信用卡契約終止。
 - 2.除前項情形外，授權人欲終止本授權時，應於保險費應繳日前一個月5日前以「保費自動轉帳取消申請書」申請終止授權，或由要保人於保險費應繳日前一個月5日前完成繳費管道之授權變更，否則本付款授權書之終止至下次保險費應繳日始生效力。
- 三、各保單之扣款時間依本公司規定辦理之，其後有更改時亦同。
- 四、本約定條款如有未盡事宜，指定金融/發卡機構暨本公司得隨時協商修改。
- 五、依付款授權所收取之保險費如因未承保、契撤、終止、解除、誤扣或溢繳之情形，經本公司查證屬實者，要保人及授權人同意本公司得將未承保、契撤、終止、解除、誤扣或溢收之保險費無息返還至付款授權所約定之帳戶或信用卡。
- 六、受託繳費機構不得代收已超過繳款通知書或繳費單上所載繳款期限之保險費。如您以金融機構臨櫃、自動櫃員機、網路銀行等方式自行繳交已超過繳費單上所載繳款期限之保險費者，本公司將於知悉後即時無息退還或通知您進行後續處理。
- 七、授權人在同一帳號或卡號同時授權二張(含)以上保單或其他自動扣款業務時，指定金融/發卡機構有權依其規定之自動轉帳順序/信用額度辦理扣款。

貳、首期保險費條款

- 一、要保人/授權人應於投保同時將本授權書連同新契約要保書一併送達，始得辦理自動轉帳付款作業。
- 二、指定金融/發卡機構拒絕給付所指定保單之保險費(包括但不限於存款/信用額度不足等事)、授權上之瑕疵致使授權不生效力或有授權終止之情事者時，而要保人亦未依本公司通知之期限內補繳保險費者，若為首期保險費，則所指定之保單自始不生效力。

參、續期保險費條款

- 一、付款授權指定交付保險費之帳戶內，無足夠餘額或該帳戶遭法院強制執行無法轉帳者，指定金融/發卡機構無法辦理自動轉帳或扣款時，授權人或要保人應將事實通知本公司。
 - 二、授權人如欲變更原指定帳號/卡號時，應重新填妥付款授權書，並於保險費應繳日前一個月5日前交予本公司，原付款授權之效力於新付款授權生效時，即自動終止。
 - 三、如為第貳條第二項情形者，若為續期/續保保險費，要保人應依保單約定於寬限期內交付保險費。有關保險費到期未交付之催告及寬限期之計算等約定，依各保單之條款辦理。
- 肆、授權人對本公司保費之費率計算或退補保費事項有疑義，或指定金融/發卡機構扣款金額與應繳保險費金額不符時，應直接洽詢本公司，概與指定金融/發卡機構無涉。
- 伍、授權人同意任何有關要保人與本公司間之保險權益事項，概與指定金融/發卡機構無涉。
- 陸、受託金融/發卡機構僅負責代收該期保險費，任何其他相關事宜，均無權代表本公司表示任何意見或提供任何資訊，亦不得就商品進行解說及受理保戶申訴或其他保險契約變更事項。

柒、蒐集、處理及利用個人資料告知事項

- 一、授權人同意指定金融/發卡機構及本公司得於授權繳交保險費之必要範圍內為蒐集、處理或利用授權人之個人資料。
 - 二、本公司基於人身保險與其他合於營業登記項目或組織章程所定業務之目的蒐集您的個人資料。所蒐集資料於執行業務所必須及依法令規定應為保存之期間內，以合於法令規定之方式，供本公司及因上開目的作業需要之第三人於其所在地區處理及利用。您可以書面或其他可供證明之方式，請求查詢、閱覽、製給複製本、更正、補充、停止蒐集處理利用或刪除您的個人資料，惟本公司依法令規定或因執行業務所必須，得不依您的請求處理。若您未提供相關個人資料，本公司將可能延後或無法進行必要之審核及處理作業，因此可能婉謝承保、遲延或無法提供您相關服務或給付。
- 若有任何疑問，請洽本公司客戶服務專線：(02)6623-3688 或(0800)011709。

受限制資料，屬廣健人壽機密且未經公開之資料，未經授權不得重製或散布。©廣健人壽版權所有