

保險費付款授權書

康健人壽

立授權書人(簡稱「授權人」)茲授權國際康健人壽保險股份有限公司(簡稱「康健人壽」)按期扣款代付下列指定保單之應繳保費，並願遵守背面之保險費付款授權約定條款(下稱本約定條款)。本授權書若有塗改，請授權人及要保人務必於塗改處逐聯蓋章/簽名，若係授權以金融機構轉帳方式繳付保險費者需一併加蓋授權人於該金融機構處之原留印鑑章，並請於填妥後寄回康健人壽保單行政部收費組即可。

(一) 保單資料

要保人姓名：張大明	身分證字號：B 1 2 3 4 5 6 7 8 9
保單號碼(新契約之保單號碼由康健人壽併使用本授權書之帳號/卡號繳納保費)	★要保人簽名：張大明
1. T W A 0 1 2 3 4 5 6	2. [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
3. [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	4. [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
5. [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	6. [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
<input type="checkbox"/> 授權人同意要保人於康健人壽投保之所有保單，皆使用本授權書授權之帳戶或信用卡扣款。	

(二) ★ 授權人資料 (個人或公司請擇一填寫)

<input checked="" type="checkbox"/> 個人 姓名：張大明 出生日期：56年 6月 5日 身分證字號：B 1 2 3 4 5 6 7 8 9	<input type="checkbox"/> 公司 公司名稱：_____ 統一編號：[] [] [] [] [] [] [] [] [] []
授權人與要保人關係： <input checked="" 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"/> 父母子女 <input type="checkbox"/> 兄弟姊妹 聯絡電話：(公) 66232688 分機 _____ (宅) 77075000 手機 _____ 聯絡地址：100 台北市中正區中華路一段39號6樓	

(三) ★ 金融機構轉帳 (本授權書僅供一位授權人填寫)

金融機構資料欄 <input checked="" type="checkbox"/> 銀行、農漁會、信合社 玉山 銀行 營業部 分行 帳號：0015-9680-0000-0 (請由左至右填寫，務必填寫分行)	授權人印鑑欄 ★授權人簽名：張大明 [印]
<input type="checkbox"/> 郵局 存簿儲金 局號：[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] 帳號：[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	★授權人銀行原留印鑑：_____ (一式三聯，請使用存款帳戶留存之印鑑/簽名，逐聯蓋用) ※ 本人(即授權人)簽名或簽章即表示已詳閱並同意本授權書之各項約定。 ※ 授權人請確認授權帳號及開戶印鑑與金融機構或郵局留存之資料一致，倘若日後發生資料有誤致產生爭議，授權人願承擔一切風險，概與康健人壽無涉。
ACH發動行：玉山銀行營業部(8080015) 交易代號：704(人壽保險費) 統一編號：53023050 用戶號碼：授權人帳號	

(四) 信用卡 (本授權書僅供一位授權人填寫)

發卡機構名稱：玉山銀行 信用卡號：4 XXXX-XXXX-XXXX-XXXX 有效期限：12月 18年 (西元) (請按信用卡卡面數字確實填寫)	授權人簽名 ★授權人簽名：張大明 (請務必與信用卡簽名相符) ※本人(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。
---	--

保經/保代保險簽署人章