



中國信託金控

台灣人壽

保險費信用卡付款授權書(團體保險自費件適用)

※本授權書如有塗改，請授權人於塗改處簽名※

立授權書人(以下簡稱授權人)茲授權信用卡發卡機構、銀行及其他金融機構及台灣人壽保險股份有限公司(以下簡稱台灣人壽)，得自授權人所指定之信用卡帳戶內請款，代為支付本授權書所載保險單之應繳保險費。

保單號碼	主 被 保 險 人 確 認 欄	本人已詳閱及瞭解「蒐集、處理及利用個人資料告知事項」，並同意本授權書背面之約定條款。
要保人 (要保單位)		主被保險人簽章：_____ (未滿7足歲由法定代理人代簽) 法定代理人/ 監護人/輔助人簽章：_____關係：_____ ※以上簽章應由主被保險人本人親自為之，且簽章樣式需與要保文件相同；若主被保險人未成年或已受有監護宣告/輔助宣告尚未撤銷者，應由法定代理人/監護人/輔助人一併簽章。

■授權人資料

授權人姓名	身分證 統一編號	
生日(民國)	國籍 ☐ 本國 ☐ 其他_____	行動電話
授權人身分	☐ 被保險人 ☐ 受益人 ※若非被保險人及受益人時需檢附關係證明。 ☐ 被保險人之 ☐ 配偶 ☐ 子女 ☐ 父母 ☐ (外)祖父母 ☐ 兄弟姐妹 ☐ 法定代理人(監護人/輔助人)	
※若授權人未成年或已受有監護宣告/輔助宣告尚未撤銷者，需提供法定代理人/監護人/輔助人相關資訊。		
法定代理人/ 監護人/輔助人姓名	身分證 統一編號	行動電話
		生日(民國)

■信用卡資料

發卡銀行	銀行	卡別	☐ VISA ☐ MASTER ☐ JCB
信用卡卡號	—	—	有效 期限
※本人已詳閱及瞭解「蒐集、處理及利用個人資料告知事項」，並同意本授權書背面之約定條款。 ※本人同意繳入台灣人壽之款項若有退還必要者，台灣人壽得逕行退還至原授權信用卡帳戶。			 掃描 QR code 查看申請書回寄地址
授權人(持卡人)簽名 (持卡人請與信用卡簽名樣式一致)		申請日期： 年 月 日	

■蒐集、處理及利用個人資料告知事項：

台灣人壽保險股份有限公司(以下稱本公司)依據個人資料保護法(以下稱個資法)第六條第二項、第八條第一項及第九條第一項之規定，向台端告知下列事項，請台端詳閱： 1. 蒐集之目的：本公司依法務部公告「個人資料保護法之特定目的及個人資料之識別」，並參酌本公司行業特性以人身保險業務(001)及其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務(181)為特定目的之個人資料蒐集、處理及利用。 2. 蒐集之個人資料類別：本授權書所列之個人資料類別為限。 3. 個人資料之來源：(一)要保人、被保險人及授權人。(二)當事人之法定代理人、監護人或輔助人。 4. 個人資料利用之期間、對象、地區、方式：(1)期間：依本公司因執行業務所必須之保存期間及依法令規定應為保存之期間。(2)對象：本(分)公司、中華民國人壽保險商業同業公會、中華民國產物保險商業同業公會、財團法人保險事業發展中心、財團法人金融消費評議中心、財團法人金融聯合信用卡中心、台灣票據交換所、財金資訊中心、業務委外機構、與本公司有再保業務往來之公司、依法有調查權機關或金融監理機關。(3)地區：上述對象之所在地區。(4)方式：合於法令規定之利用方式。 5. 台端依據個資法第三條規定得行使之權利及方式：(1)得向本公司行使之權利：A、查詢、請求閱覽或製給複製本。B、請求補充或更正、停止蒐集、處理或利用及刪除。(2)行使權利之方式：以書面或撥打本公司 0800-099-850 或(02)8170-5156 客服專線方式。 6. 台端若不提供個人資料所致權益之影響：本公司將可能延後或無法進行必要之審核及處理作業，恐致遲延或無法提供台端相關服務或給付。	台灣人壽 審核欄
	台灣人壽 受理欄

■台灣人壽保險股份有限公司受理傳真專線：

總公司：(02)66031911

台北：(02)23810521

新竹：(03)5254464

台中：(04)22522719

嘉義：(05)2315481

台南：(06)2290452

高雄：(07)5363778

東部：(03)8352682