

※請於申請變更項目打「√」

變更續約方式/扣款申請書

___正本；___副本

保單號碼	要保人	批單號碼
保險期間	被保險人	批單期間

變更方式

A. 取消自動續保

B. 變更信用卡資料 (請填寫信用卡簽帳單暨授權書)

C. 新增/變更自動續保方式

超商繳費
 信用卡 (請填寫信用卡簽帳單暨授權書)
 帳戶扣款 (請填寫帳戶扣款授權書) *變更帳戶資料，若無核印記錄需另填寫自動轉帳付款授權書

信用卡簽帳單暨授權書

信用卡別： VISA MASTER JCB

發卡銀行：
 信用卡卡號：_____ - _____ - _____ - _____

信用卡有效期限：西元20__年__月底止

持卡人姓名：_____ 電話(日間)：_____ 行動電話：_____

持卡人身分證號碼：_____

持卡人與要保人關係： 本人 配偶 父母 子女 兄弟姐妹 公司負責人

簽單保費(簽帳/帳扣金額)：NT\$ _____ 元

持卡人已詳閱下列注意事項及授權約定事項，對簽帳單暨授權書內容均已充分瞭解，並於下方簽名表示同意：

一、持卡人同意以信用卡支付上開保險費金額予新光產物保險股份有限公司(下稱本公司)，並保證上列信用卡資料均為詳實無誤。

二、本項交易若未獲收單銀行核准，則本簽帳單自動失效，本公司得再行收費。

三、授權人將本授權書送達本公司據以辦理自動扣繳付款作業，並同意本公司於保險期間屆滿前10日，逕行以本授權書所載之信用卡扣款支付不限次數之續期保費。

四、有下列各款情形之一者，本授權書之效力自該情形發生之日起終止：
 (1) 發卡機構不同意授權人依指定信用卡繳交保險費予本公司。(2) 本授權書指定之信用卡，授權人與發卡機構之信用卡契約終止時。
 (3) 要保人以書面通知本公司終止授權。(4) 授權人重新填寫授權書變更本授權書內容時，本授權書效力自新授權書生效後，即行終止。

五、簽訂本授權書後，如繳付保險費之「信用卡」卡號變更、停用或有有效期限到期時，授權人應主動以書面通知本公司變更；如未通知變更而致遭發卡機構拒絕給付保費時，依保險契約之相關規定辦理。

六、授權人如因發卡機構代收金額與應繳金額不符時，或對保險費計算、變動有異議者，除依本授權書約定終止授權外，本授權書不因保險費發生變動而影響其效力。

七、授權人指定之信用卡不因日後簽名樣式變更而致使本授權關係失其效力。

授權人暨持卡人簽名： _____ (須與信用卡背面簽名一致) 日期：___年___月___日

帳戶扣款授權書

銀行帳戶：(透過媒體交換(ACH)金融機構轉帳代繳)

金融機構代號：□□□□□□□ 銀行帳號 □□□□□□□□□□□□□□□□

郵局帳戶：存簿帳號局號：□□□□□□□ 帳號□□□□□□□□ / 劃撥帳號 □□□□□□□□

帳戶授權人姓名：_____ 帳戶授權人身份證字號/統編：_____

授權人與要保人關係： 本人 配偶 父母 子女 兄弟姐妹 公司負責人

簽單保費(簽帳/帳扣金額)：NT\$ _____ 元

本人授權新光產物保險公司及上述之指定銀行/郵局得自授權人之上述帳戶內自動轉帳，以繳付所指定之保險契約應繳不限次數續期保險費。倘本人帳戶發生無足夠餘額或該帳戶遭法院強制執行無法轉帳者致無法扣繳保險費所招致之損失，概由本人負責。

授權人簽名： _____ 日期：___年___月___日

聲明事項

要保人聲明事項：
 1. 本人已審閱並瞭解 貴公司所提供之「投保須知」，另依「產險業履行個人資料保護法告知義務內容」，本人已瞭解 貴公司蒐集、處理及利用本人個人資料之目的及用途。
 2. 本人知悉 貴公司得依「個人資料保護法」之相關規定，於特定目的範圍內對要保人或被保險人之個人資料，有蒐集、處理、利用或國際傳輸之權利。

要保人親簽：_____ 法定代理人親簽：_____	收件日期
被保險人親簽：_____	
填寫日期：___年___月___日	

經辦代號	保經代簽署	核保	科長	經副理
簽名				
登錄字號				

產險業履行個人資料保護法告知義務內容

親愛的客戶，您好：

新光產物保險股份有限公司（下稱本公司）依個人資料保護法（下稱個資法）第8條第1項（如為間接蒐集之個人資料則為第9條第1項）規定，向您告知下列事項，請您詳閱：

一、蒐集目的：

- (一) 財產保險（〇九三）。
- (二) 人身保險（〇〇一）。
- (三) 其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務（一八一）。

二、蒐集個人資料之類別：

包括但不限於姓名、身分證統一編號（護照號碼或居留證號碼）、出生年月日、住址、聯絡方式（電話號碼、行動電話、電子郵件地址）、婚姻、家庭、教育、職業、財務情況及其他得以直接或間接方式識別該個人之資料，詳如相關業務申請書或契約書內容。

三、個人資料之來源（個人資料非由當事人提供間接蒐集之情形適用）：

- (一) 要保人／被保險人。
- (二) 司法警憲機關、委託協助處理理賠之公證人或機構。
- (三) 當事人之法定代理人、輔助人。
- (四) 各醫療院所。
- (五) 與第三人共同行銷、交互運用客戶資料、合作推廣等關係、或於本公司各項業務內所委託往來之第三人。

四、利用之期間、對象、地區及方式：

(一) 期間：

個人資料蒐集特定目的存續期間、提供金融商品或服務契約期間、因執行業務所必須及依相關法令規定應為保存之期間。

(二) 對象：

- 1、本（分）公司及本公司海外分支機構、中華民國產物保險商業同業公會、中華民國人壽保險商業同業公會、財團法人保險事業發展中心、財團法人保險安定基金、財團法人住宅地震保險基金、財團法人汽車交通事故特別補償基金、財團法人金融消費評議中心、財團法人金融聯合徵信中心、財團法人聯合信用卡中心、台灣票據交換所、財金資訊公司、關貿網路股份有限公司、中央健康保險局、財團法人保險犯罪防制中心、業務委外機構、與本公司有再保業務往來之公司、其他依法令或主管機關要求所為之通報機構、依法有調查權機關或金融監理機關。
- 2、與本公司簽訂契約之保險代理人／保險經紀人及因辦理財產保險相關業務需要之第三方。
- 3、依法令執行請求本公司提供資料之公務機關。

除法令規定本公司必須進行之通報作業、提供資料予公務機關或上述因本公司營運作業所需合作之關係企業或廠商外，本公司不會在未獲得您的同意下將您的個人資料提供予任何第三方。

(三) 地區：上述對象所在之地區。

(四) 方式：合於法令規定之利用方式。

五、依據個資法第3條規定，您就本公司保有您之個人資料得行使之權利及方式：

(一) 得向本公司行使之權利：

- 1、向本公司查詢、請求閱覽或請求製給複製本。
- 2、向本公司請求補充或更正。
- 3、向本公司請求停止蒐集、處理或利用及請求刪除。

(二) 行使權利之方式：以書面或其他日後可供證明之方式。

六、您不提供個人資料所致權益之影響（個人資料由當事人直接蒐集之情形適用）：

您若未能提供相關個人資料時，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。

上開告知事項已公告於本公司官網<http://www.skinsurance.com.tw>，若有任何問題請洽詢本公司 0800-005-588 免付費專線。

101/10/1 公告 102/4/23 修訂