



保單號碼：

### 個人傷害保險續保要保書

86年01月16日台財保第861755452號函備查  
114年03月19日三品字第1140000042號函備查

1. 本要保書標記有\*符號之處可參閱要保書填寫說明，粗框部分由本公司業務員輔助填寫。
2. 本公司資訊公開說明相關內容，可至本公司網址：<https://www.mli.com.tw>查閱；或至本公司總分支機構查閱及索取書面資料。

一、基本資料／要保事項（粗框內之基本資料倘與原投保資料相同未有更新異動者，無需填寫。有異動者，請填寫最新資料。）											
1. 要保人*：			身分證字號		出生日期 民國 年 月 日			性別 1. <input type="checkbox"/> 男 2. <input type="checkbox"/> 女			
住所地址*		郵遞區號□□□			電話		行動電話				
被保險人之		0. <input type="checkbox"/> 本人 1. <input type="checkbox"/> 配偶 2. <input type="checkbox"/> 父母 3. <input type="checkbox"/> 子女 4. <input type="checkbox"/> 其他_____			電子郵件信箱：		<input type="checkbox"/> 申請電子表單服務 <small>(申請人同意於本公司所有保單以電子通知方式進行保單相關之通知服務，詳細內容請詳要保人申請電子表單服務注意事項。)</small>				
保單形式		<input type="checkbox"/> 申請電子保單【本公司因特殊狀況無法提供時，得通知要保人改提供紙本保單。】									
服務單位名稱		工作內容(含兼職)			職業代碼						
職業類別		服務單位地址			職業等級		級				
2. 被保險人*：			身分證字號		出生日期 民國 年 月 日			年齡 年 歲			
婚姻狀況		1. <input type="checkbox"/> 單身 2. <input type="checkbox"/> 已婚		性別		電話		行動電話			
住所地址：□□□							電子郵件信箱				
服務單位名稱		工作內容(含兼職)			職業代碼						
職業類別		服務單位地址			職業等級		級				
3. 被保險人是否已投保其他商業實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險？											
(1) 實支實付型傷害醫療保險(請勾選)(A6)： <input type="checkbox"/> 是， <input type="checkbox"/> 否 (2) 實支實付型醫療保險(請勾選)(A7)： <input type="checkbox"/> 是， <input type="checkbox"/> 否											
4. 被保險人是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明(請勾選)？(A8) <input type="checkbox"/> 是， <input type="checkbox"/> 否(如勾選是者，請提供手冊或相關證明文件。)											
5. 被保險人目前是否受有監護宣告(請勾選)？(A12) <input type="checkbox"/> 是， <input type="checkbox"/> 否(如勾選是者，請提供相關證明文件。)											
6. 身故受益人*		<p>※受益人超過1人以上，無特別指定順位、比例者，皆以平均計。如指定順位者，需於姓名前註明第幾順位，如：第一順位某甲、第二順位某乙。</p> <p>※本契約受益人為法定繼承人時，其受益順位及應得比例適用民法繼承編相關規定。</p> <p>※若投保險種依契約條款無該項保險金時，該項受益人指定不生效力。</p> <p>※身故受益人如係身分別之指定或要保人不同意填寫或未填寫受益人之聯絡地址及電話，則以要保人最後所留之聯絡方式，作為日後身故受益人之通知依據。</p>									
姓名：			身分證字號：			姓名：			身分證字號：		
出生日期：民國 年 月 日			被保險人之			出生日期：民國 年 月 日			被保險人之		
聯絡電話( )						聯絡電話( )					
聯絡地址： <input type="checkbox"/> 同要保人住所 <input type="checkbox"/> 其他如下						聯絡地址： <input type="checkbox"/> 同要保人住所 <input type="checkbox"/> 其他如下					
□□□						□□□					
姓名：			身分證字號：			姓名：			身分證字號：		
出生日期：民國 年 月 日			被保險人之			出生日期：民國 年 月 日			被保險人之		
聯絡電話( )						聯絡電話( )					
聯絡地址： <input type="checkbox"/> 同要保人住所 <input type="checkbox"/> 其他如下						聯絡地址： <input type="checkbox"/> 同要保人住所 <input type="checkbox"/> 其他如下					
□□□						□□□					

**二、保障內容** (1. 續保保額同原保額者，請於左方□處勾選。2. 倘有變動者，請於右方□處勾選，並填寫保險金額。)

□ 續保保額如下			□ 續保保額、職業等級調整如下		
保險種類	保險金額	保險費	保險種類	保險金額	
身故及失能保險金(ADD)	萬元	元	身故及失能保險金(ADD)	萬元	
每次實支實付傷害醫療保險金限額			每次實支實付傷害醫療保險金限額		
□有 □無 社保(AMR)	萬元	元	□有 □無 社保(AMR)	萬元	
傷害醫療保險金日額(DHI)	元/日	元	傷害醫療保險金日額(DHI)	元/日	
大眾運輸傷害保險金(TADD)	萬元	元	大眾運輸傷害保險金(TADD)	萬元	
骨折及脫臼手術傷害保險金(AFR)	萬元	元	骨折及脫臼手術傷害保險金(AFR)	萬元	
職業等級： 級	年繳保費總計新台幣：	元整	職業等級： 級		

註：1. 本商品經本公司合格簽署人員檢視其內容業已符合一般精算原則及保險法令，惟為確保權益，基於保險公司與消費者衡平對等原則，消費者仍應詳加閱讀保險單條款與相關文件，審慎選擇保險商品。本商品如有虛偽不實或違法情事，應由本公司及負責人依法負責。  
 2. 投保後解約或不繼續繳費可能不利消費者，請慎選符合需求之保險商品。  
 3. 保險契約各項權利義務皆詳列於保單條款，消費者務必詳加閱讀了解。  
 4. 本商品不因恐怖主義除外或限額給付。  
 5. 本契約為一年期，期滿經本公司同意承保並經要保人交付保險費，本契約視為繼續有效。  
 6. 從事兩種或兩種以上職業者，以危險性較高之職業等級計算。

**三、告知事項\*** 要保人/被保險人對於告知事項之詢問應親自據實填寫，如有為隱匿或遺漏不為說明，或為不實之說明，足以變更或減少本公司對危險之估計者，本公司得依保險法第六十四條解除契約。

	是	否	是	否
1. 被保險人所告知之職業(含兼職)及工作內容是否有不符之情形?(B1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. 被保險人目前身體機能是否有下列障害：	<input type="checkbox"/>
2. 被保險人過去二年內是否曾因患有下列疾病而接受醫師治療、診療或用藥？ (1) 高血壓症(指收縮壓 140mmHg 或舒張壓 90mmHg 以上)(G1)、狹心症、心肌梗塞(G2)、先天性心臟病、主動脈血管瘤(G3)。 (2) 腦中風(腦出血、腦梗塞)(G4)、腦瘤(G5)、癲癇(G8)、智能障礙(外表無法明顯判斷者)(T4)、精神病(T6)、巴金森氏症(T5)。 (3) 癌症(惡性腫瘤)(GH)、肝硬化(GC)、尿毒(GE)、血友病(GI)。 (4) 糖尿病(GK)。 (5) 酒精或藥物濫用成癮(E1)、眩暈症(E2)。 (6) 視網膜出血或剝離(GF)、視神經病變(GG)。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(1) 失明(T7)。 (2) 是否曾因眼科疾病或傷害接受眼科專科醫師治療、診療或用藥，且一目視力經矯正後，最佳矯正視力在萬國視力表○·三以下(T7)。 (3) 聾(T8)。 (4) 是否曾因耳部疾病或傷害接受耳鼻喉科專科醫師治療、診療或用藥，且單耳聽力喪失程度在五十分貝(dB)以上(T8)。 (5) 啞(T8)。 (6) 咀嚼、吞嚥或言語機能障害(T8)。 (7) 四肢(含手指、足趾)缺損或畸形(T9)。	<input type="checkbox"/>

上述告知事項如回答“是”者，請於此欄詳細說明(請註明告知內容之號數)第\_\_\_\_\_項，內容：

要保書之聲明事項係要保人或被保險人之授權及同意事項，其內容如下：

四、聲明事項

- 本人(被保險人)同意三商美邦人壽保險股份有限公司得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及病歷個人資料。
- 本人(被保險人、要保人)同意三商美邦人壽保險股份有限公司將本要保書上所載本人資料轉送產、壽險公會建立電腦系統連線，並同意產、壽險公會之會員公司查詢本人在該系統之資料以作為核保及理賠之參考，但各該公司仍應依其本身之核保或理賠標準決定是否承保或理賠，不得僅以前開資料作為承保或理賠之依據。
- 本人(被保險人、要保人)同意三商美邦人壽保險股份有限公司就本人之個人資料，於「個人資料保護法」所規定之範圍內，有為蒐集、處理及利用之權利。

※本人以上各項告知已填寫完整，並已收到三商美邦人壽所提供之保險單條款樣本、投保人須知及要保書填寫說明。是 否

要保日期：民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

要保人簽名：\_\_\_\_\_ 業務員簽名：①\_\_\_\_\_ / ②\_\_\_\_\_

被保險人簽名：\_\_\_\_\_ 登錄字號：\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

法定代理人簽名：\_\_\_\_\_ 通訊處：\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

法定代理人身分證字號/出生日期：\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

本要保書係在本人輔導下填寫，上述全部之投保須知，本人已向要保人/被保險人及其法定代理人解說清楚，並親視要保人/被保險人/法定代理人親筆填寫及簽名。

※要保人/被保險人/法定代理人應親自簽名。  
 ※要保人/被保險人為未滿七足歲者，由法定代理人代為簽名。  
 ※要保人/被保險人未滿18足歲或已受有監護宣告/輔助宣告尚未撤銷者，需其法定代理人簽名。

## 蒐集、處理及利用個人資料告知事項

- 一、本公司以人身保險業務（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。
- 二、本公司蒐集之資料類別代號如：識別 C001~C003；特徵 C011~C013；家庭情形 C021；C023；社會狀況 C031~C033；C035；C037~C038；C040~C041；教育等專業 C051~C052；財務細節 C081~C082；C084；C086；C088~C089；健康 C111，詳細內容請參照法務部公告之「個人資料保護法之特定目的及個人資料之類別」。
- 三、台端之個人資料可能由以下方式及人員經本公司間接蒐集：要保人；當事人之法定代理人、輔助人；各醫療院所；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、台端個人資料利用之（一）期間：依本公司因執行業務所必須及相關法令規定應為保存之期間。（二）對象：本（分）公司及本公司海外分支機構、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、保險安定基金、金融消費評議中心、金融聯合徵信中心、聯合信用卡中心、保險犯罪防制中心）、台灣票據交換所、財金資訊公司、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。（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、台端依據個資法第三條規定，得以書面方式向本公司查詢、請求閱覽或請求製給複製本；請求補充或更正；請求停止蒐集、處理或利用及請求刪除台端經本公司蒐集之個人資料。
- 六、台端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 台端相關服務或給付。

## 蒐集、處理及利用病歷、醫療及健康檢查等個人資料同意事項

申請人（以下簡稱本人）同意，貴公司得依據個人資料保護法及保險法第 177 條之 1 第 2 項所訂管理辦法所列之目的及範圍內，蒐集、處理及利用本人之病歷、醫療及健康檢查等個人資料。

## 要保人申請電子表單服務注意事項

1. 要保人同意本公司利用手機號碼或電子郵件信箱帳號，進行所屬保單相關之電子表單通知服務，本公司將盡善良管理人責任，在未經要保人同意前不得洩漏前述資料予第三人，並應確保電子訊息之安全。
2. 要保人申請電子表單服務後，本公司部份文件表單將以電子通知取代書面傳送，並於本公司發送時視為已送達。
3. 要保人更改手機號碼或電子郵件信箱時，以最近一次更新的手機號碼或電子郵件信箱做為約定帳號，且更新約定帳號並不影響原先電子表單通知服務的設定，但要保人可以隨時向本公司申請停用本項服務。
4. 本公司所提供的各類電子表單，請詳本公司網頁 [www.mli.com.tw](http://www.mli.com.tw) 記載，若要保人已申請電子表單，調整後的電子表單，一併沿用，要保人無需另行申請。
5. 日後若依法令或主管機關規定上述表單須採書面通知方式者，仍以書面寄送；因手機號碼或電子信箱帳號錯誤導致無法寄送者，要保人仍可申請再次以書面方式發送。

助理受理日期／簽章

核保人員使用欄

核保員簽名／日期：\_\_\_\_\_

# 海外度假打工保戶續保適合性暨投保權益確認聲明書

Declaration of Renewal Fitness and Acknowledgement of Awareness of Insured Interest by Insured Taking An Overseas Working Holiday

保單號碼(Policy Number) : \_\_\_\_\_ 電子郵件(E-Mail) : \_\_\_\_\_  
(請務必填寫, 以利後續聯繫 necessary for future contacts)

要保人(Applicant) : \_\_\_\_\_ 被保險人(Insured) : \_\_\_\_\_

本人(即被保險人)於三商美邦人壽保險公司(下稱貴公司)投保之三商美邦人壽個人傷害保險(保單號碼如上,下稱原保單)即將到期,因本人目前正值赴海外度假打工期間,未能於原保單到期前親自返國辦理續保相關事宜。為利貴公司進行續保作業,本人茲聲明如下:

Although the Accidental Death & Dismemberment Insurance policy (with the above-mentioned policy number, and hereinafter referred as "Policy") issued by Mercuries Life Insurance company (hereinafter referred as "Insurer") is expiring soon, I, the insured, am not able to return to R.O.C. to handle matters related to policy renewal before the Policy's expiration date, since my overseas working holiday is still ongoing. To facilitate the Insurer to proceed the further process of policy renewal, I hereby declare the followings:

1. 本人知悉本次投保係原保單之續保,並同意續保。I acknowledge being informed that the application made this time is for the renewal of the Policy and I agree to such renewal.
2. 本人已確實瞭解所繳交之保險費係用以購買保險商品。I fully understand that the paid premium is for purchasing insurance products.
3. 本人已確實瞭解所投保險種、保險金額及保險費支出符合自身實際需求,且與要保人或被保險人收入、財務狀況與職業等間具相當性。I fully understand that the policy type, sum insured and premium expense applied in the application meet my actual needs and suit applicant's/insured's income, financial status, occupation, etc.
4. 本次於要保書所載之續保內容(險種、保額、保障範圍),請於下方擇一勾選。The renewal content (policy type, sum insured, coverage) stated in the application form this time is: (Please tick ONLY ONE of the following boxes.)  
 與原保單續保內容相同 same as the renewal content of the Policy  
 原保單內容有變動,請詳續保要保書(貴公司保有核保之權利) different to the content of the Policy, please find the details in the renewal application form (the Insurer reserves the right to underwrite.)
5. 本人於本次續保時,確實係由本人檢視要保書及相關要保文件之內容後,親自簽署所有文件,且同意受益人之指定,並同意投保。In making the renewal application this time, I have reviewed the content of the application form and related application documents myself before signing my signature on all such documents personally, agreeing the designation of the beneficiary, and agreeing to make the application.
6. 於要保書及本聲明書所為之簽章式樣,業經中華民國於當地之駐外館處驗證,並同意將該驗證資料提供予貴公司。The format of those signatures on the application form and this document has been authenticated by the local overseas Embassy, Representative Office, R. O. C., and I agree to submit such authenticated documents to the Insurer.

簽名處 Signature	中華民國文件證明專用 R.O.C. Document Authentication
要保人簽名: Signature of Applicant	中華民國文件專用貼紙
被保險人簽名: Signature of Insured	
(要保人/被保險人未滿法定年齡 18 歲者,請法定代理人簽名) For applicant/insured under 18 years old, signature of the legal representative is required	
法定代理人與要保人關係: _____ Relationship of Legal Representative to Applicant	
法定代理人與被保險人關係: _____ Relationship of Legal Representative to Insured	
法定代理人簽名: _____ Signature of Legal Representative	
公證人簽名: Signature of Notary Public	

中華民國 年 月 日(Date: Year / Month / Day)





保險費轉帳代繳授權書(信用卡扣款專用)

受理號碼

立授權書人(以下簡稱授權人)茲授權信用卡發卡機構依下列授權內容扣款代為繳付本授權書所指定保單應繳保險費予三商美邦人壽保險股份有限公司(以下簡稱三商美邦人壽),並已詳閱及同意本授權書之注意事項及背面之「授權書約定條款」。

\*本授權書粗框內若有塗改,請授權人及要保人務必於塗改處簽名。

- ★授權種類(僅限勾選一種):  新投保件(約定扣繳首期保險費,續期保險費繳費方式依要保書/契變書填寫內容辦理)  
 既有契約(續期/續保保險費)

<p>保單號碼【請填寫完整 12 碼阿拉伯數字】</p> <p>1. <input type="text"/></p> <p>2. <input type="text"/></p> <p>3. <input type="text"/></p> <p>註: 1 本授權書僅適用一張信用卡繳費、同一要保人申請。 2 各保單被保險人或受益人不同時,授權書請分開填寫。</p>	<p>要保人簽名: (要保人若未滿7足歲者,由法定代理人代為簽名)</p> <p>法定代理人簽名: (要保人若未滿18足歲者,須法定代理人簽名)</p> <p>★填寫日期: 民國 年 月 日</p>	<p>新投保件若發卡機構拒絕給付本授權書指定保費者,請要保人以本公司指定之其他方式補繳保費,契約生效日將依補繳保費時間認定。</p> <p>要保人、法定代理人簽章即表示已詳閱並同意本授權書之各項約定條款,及已充分了解蒐集、處理及利用個人資料告知事項。</p>
--	---	---

信用卡持有人(授權人)資料欄

信用卡持有人姓名:  生日: 民國 年 月 日

身分證字號:  國籍:  中華民國  其他

聯絡地址:  電話:

授權人為: 1.  要保人 2.  被保險人或受益人 3.  要/被保險人之配偶或二親等直系血親(★請附關係證明)

授權信用卡(僅限勾選一種)

三商美邦人壽聯名卡(發卡機構: 台新銀行)(請擇一填寫)

① 4147-6338--

② 4147-6398--

其他行庫信用卡(限使用 VISA、MASTER、JCB、聯合信用卡、AE)

③ 卡號: ---

★有效期限至(西元): 月 20 年

(信用卡繳款規定)

信用卡僅有效期間更新而卡號不變時,本授權書仍然有效,但授權人應將更新之效期通知三商美邦人壽修改,若未接獲通知,三商美邦人壽得自動延展有效期限並進行請款,以維護保單效力。

本人於要保同日申請三商美邦人壽聯名卡,同意授權以扣款繳付上述保單號碼之保險契約保險費,並已知悉若未經發卡機構核卡通過時,本授權書將不生效力。請要保人以本公司指定之其他方式補繳保費,契約生效日將依補繳保費時間認定。(限新投保件勾選)

信用卡持卡人(授權人)簽名:

(簽名樣式須與信用卡一致)

授權人簽章即表示已詳閱並同意本授權書之各項約定條款,且已充分了解蒐集、處理及利用個人資料告知事項。

業務員/保險經紀人/保險代理人(合約代碼: )填寫欄				受理單位/受理日期
銀行/證券/信用社/農漁會	分行/單位代號	分行/單位名稱	保經代受理編號	銀保專用授權書號碼
業務員簽名/受託人簽名	業務員登錄字號/受託人身分證字號	業務員/受託人電話		

(本授權書各項填寫資料均經本人審核無誤且確認係由要保人及授權人親自簽名/簽章無誤,如有不實,願負法律責)

註: 本授權書為一式一聯; 若您有任何疑問, 請即與三商美邦人壽聯絡。(免付費服務專線: 0800-022-258)



## 授權書約定條款

### 壹、基本條款

- 一、立授權書人(以下簡稱授權人)授權並同意發卡機構自本授權書所指定信用卡(以下簡稱信用卡)帳戶內扣款並代為支付本授權書所指定保單(以下簡稱指定保單)應繳之保險費予三商美邦人壽保險股份有限公司(以下簡稱三商美邦人壽)。
- 二、本授權書及所附文件經由三商美邦人壽受理後均不予退還。因填寫內容不完整、錯誤或其他原因致三商美邦人壽退件處理者,本授權書不生效力。倘因前述原因致本授權書不生效力時,指定保單首期保險費仍應依三商美邦人壽規定之其他繳費管道繳納,契約生效日將依後續補繳時間認定,續期/續保保險費則依原收費方式繳付。
- 三、新投保件於要保同日申請三商美邦人壽聯名卡,同意授權以扣款繳付指定保單號碼之保險契約保險費,若未經發卡機構核卡通過時,本授權書將不生效力。首期保險費仍應依三商美邦人壽指定之其他方式補繳,契約生效日將依補繳保費時間認定。
- 四、本授權書經發卡機構審核後拒絕給付本授權書指定保單保險費者,本授權書不生效力。如經發卡機構審核後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自動終止:(1)要保人無繳納保險費之義務時;(2)要保人欲變更繳費方式或終止保險契約,且將契約變更申請書或終止保險契約申請書寄達三商美邦人壽並經三商美邦人壽審查無誤完成後;(3)發卡機構不同意授權人依指定信用卡繳交保費;(4)授權人與發卡機構間信用卡之契約關係終止時;(5)三商美邦人壽與指定發卡機構終止本項服務業務時;(6)同時申辦以信用卡扣款繳付首期及續期/續保保險費者,若新投保件扣款失敗者,續期/續保約定扣款亦不生效力。上述說明,若「貳、續期/續保保險費約定條款」第七條另有規定者不在此限。  
除前項情形外,授權人欲終止本授權時,應於續期/續保保險費應繳日扣款時間7天前以書面申請終止授權,或由要保人於續期/續保保險費應繳日扣款時間7天前完成繳費管道之契約變更,否則本授權書之終止將至下次續期/續保保險費應繳日始生效。
- 五、授權人使用同一指定卡號繳交一筆以上之保險費,致需於一天內自該指定卡號執行數筆扣款交易時,則發卡機構有權決定各筆扣款先後順序。
- 六、本授權書所載之其中一筆或部分保單資料,如因資料填寫錯誤或其他原因致授權不生效力,或嗣後因保險契約變更或其他原因而終止授權約定者,對於其他保單之授權內容及效力,不生影響。
- 七、本授權書效力不因指定保單保險費發生變動而受影響,如授權人對三商美邦人壽之保險費計算或退補有所疑義,應自行與三商美邦人壽洽詢,概與發卡機構無涉。
- 八、若三商美邦人壽經由此項服務業務所收取保險費有退還之必要時,要保人及授權人同意三商美邦人壽得逕行退還該款項予授權人之信用卡帳戶,要保人不得異議;若因特殊情形,三商美邦人壽改退還保險費予要保人或受益人時,授權人亦不得異議。
- 九、授權人以信用卡扣款繳付保險費後,該筆保險費將併入當月份之信用卡消費明細中,授權人於收到當月份之繳款通知單後,應依發卡機構信用卡契約之約定全數繳納,或繳納最低應繳金額,未繳清之餘額則依信用卡約定條款之利率加計循環信用利息。各筆循環信用利息以各發卡機構約定條款之起息日計算,與指定保單之寬限期無關。
- 十、本授權書終止前應付之保險費,授權人仍應依發卡機構所發之付款通知書向發卡機構支付發卡機構已給予三商美邦人壽之保險費。
- 十一、本約定條款如有未盡事宜,授權人及要保人授權三商美邦人壽與指定銀行於符合公平待客原則及不侵害授權人或要保人實質權益之範圍內,得經協商後辦理之或修訂本約定條款。

### 貳、續期/續保 保險費約定條款

- 一、授權人應於續期/續保保險費應繳日之45天前將本授權書送達三商美邦人壽始生效力。逾期送達者延至次期保險費應繳日始生效力,但若相關作業提前完成則本扣款作業將於當期起生效;若授權人欲變更信用卡扣款繳付續期/續保保險費時,應重新填寫授權書,並於當期保險費應繳日之45天前,將授權書送達三商美邦人壽,原授權書即告終止,逾期者自次期起始生效力,但若相關作業提前完成則本扣款作業將於當期起生效。
- 二、除「壹、基本條款」之第三條情形外,授權人欲終止本授權時,應於續期/續保保險費應繳日扣款時間7天前以書面申請終止授權,或由要保人於續期/續保保險費應繳日扣款時間7天前完成繳費管道之契約變更,否則本授權書之終止將至下次續期/續保保險費應繳日始生效。
- 三、授權人因「壹、基本條款」之第三條情事致發卡機構無法扣款並繳付予三商美邦人壽保險費時,指定保單之收費方式將自動轉換為「自行繳費」方式繳付保險費,且契約之寬限期及相關保險權益仍依原保單條款約定事項處理。
- 四、本授權書不適用「集體彙繳」保單,投資型保單及萬能壽險保單僅適用台新、玉山及永豐銀行發行之信用卡繳費(不含其所發行之美國運通卡)。三商美邦人壽保留變更發卡機構之權利,敬請保戶申請時留意網站公告。
- 五、投資型保險保單各期應繳保險費扣除前置費用後之評價日,為三商美邦人壽向發卡銀行扣款成功入帳之次一營業日。
- 六、本約定條款所稱「評價日」係指投資標的報價市場報價或證券交易所營業之日期,且為我國境內銀行之營業日。
- 七、本授權書發卡機構之扣款結果為「超額、未開卡、與發卡銀行聯絡、發卡銀行拒絕授權」之情形,三商美邦人壽於保單寬限期內保有再次扣款之權利(限非投資型保單及非萬能壽險保單),投資型保單及萬能壽險保單則於次期再行扣款,契約之寬限期仍依原保單條款約定事項處理。
- 八、授權人指定繳付之信用卡如有卡號或有效期變動等情事時,授權人應主動通知三商美邦人壽並重新填寫授權書,依「貳、續期/續保保險費約定條款」第一條辦理生效。授權人不為或怠為前述通知及相關程序,致三商美邦人壽無法以本授權書之信用卡自發卡機構取得各期保險費之信用卡授權時,保單不生繳付保險費之效力。
- 九、授權人重填授權書前,三商美邦人壽就其指定之信用卡卡號不變之年度續卡仍得依本授權書續向發卡機構請求信用卡授權繳付各期應繳保險費。
- 十、各保單之扣款時間依三商美邦人壽之規定,其後有更改時亦同,相關扣款時間資訊可由官網查閱<http://www.mli.com.tw>。續期/續保保險費繳款時間說明:

#### (1)傳統型保單:

保險費應繳費日為前月24日至當月8日者,扣款基準日為當月8日;當月9日至23日者,扣款基準日為當月23日。但永豐信用卡(不含永豐銀行發行之美國運通卡)保險費應繳費日為當月1日至當月10日者,扣款基準日為當月10日;當月11日至20日者,扣款基準日為當月20日;當月21日至月底者,扣款基準日為當月月底。

#### (2)非傳統型保單(投資型保單及萬能壽險保單):

a 台新及玉山信用卡:保險費應繳費日為當月13日至27日者,扣款基準日為當月8日;保險費應繳費日為當月28日至次月12日者,扣款基準日為當月23日。

b 永豐信用卡:保險費應繳費日為當月15日至24日者,扣款基準日為當月10日;保險費應繳費日為當月25日至次月4日者,扣款基準日為當月20日;保險費應繳費日為次月5日至次月14日者,扣款基準日為當月月底。

#### (3)上述非永豐信用卡扣款日期如遇假日則順延至次一營業日,永豐信用卡扣款日期如遇假日則提前至前一營業日。

- 十一、指定保單之被保險人身故或全殘時,如發卡機構已將身故或全殘後之保險費支付予三商美邦人壽,授權人仍應依發卡機構所發之付款通知書向發卡機構支付發卡機構已給予三商美邦人壽之保險費;倘有應退補款項,依「壹、基本條款」第七條辦理。

### 參、蒐集、處理及利用個人資料告知事項

三商美邦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)第八條第一項規定,向您告知下列事項,請詳閱:

- 一、蒐集之目的:本公司依據法務部公告「個人資料保護法之特定目的及個人資料之類別」,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。
- 二、個人資料類別:  
本公司僅會要求您提供必要之個人資料,並對於各欄位所提供之識別類(包括但不限於姓名、住居所、電話、電子郵件、金融機構帳戶或信用卡資料、保單號碼、身分證統一編號等)、特徵類之個人描述(包括但不限於出生年月日、國籍等)、家庭情形(包括但不限於家庭情形或家庭其他成員之細節等)、社會情況(護照、居留證明文件及職業等)及財務細節(票據信用及保險細節等)等類別資料,有為蒐集、處理、利用之權利。
- 三、個人資料利用之期間、對象、地區、方式:(一)期間:依照本公司因執行業務所必須及相關法令規定應為保存之期間。(二)對象:本(分)公司及本公司海外分支機構、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、財團法人金融法制暨犯罪防制中心、台灣票據交換所、財金資訊公司、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。(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。
- 四、依據個資法第三條規定,本公司保有您之個人資料,您得透過臨櫃、郵寄或0800-022-258 免付費客戶服務專線,請求行使查詢或閱覽、製給複製本、補充或更正、停止蒐集處理利用或刪除您的個人資料之權利,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。
- 五、您得自由選擇是否提供相關個人資料及類別,惟您所拒絕提供之個人資料及類別,如果是辦理業務或作業所需之資料,本公司可能無法進行必要之業務審核或處理作業,因此而無法提供您相關或較佳之服務致影響您相關權益。