



地址：105台北市松山區民權東路三段171號3樓
電話：(02)2507-5335
免付費24小時服務(申訴)專線：0800-789-999
要保人可透過本公司網站<https://www.skinsurance.com.tw>
或至本公司總分支機構查閱資訊公開說明文件

※請於申請變更項目打「✓」 「新光海外樂遊卡」契約變更申請書 申請日期： 年 月 日

合約編號	要保人姓名	要保人身分證字號	(此欄位必填)
------	-------	----------	---------

☐ 要保人資料變更(須請填寫變更後之資料；本契約不接受變更要保人)

要保人姓名：	身分證字號：	出生日期：	年 月 日
聯絡地址： ☐ ☐ ☐			
聯絡電話：行動電話：		住家：()	公司：()
電子信箱：			

☐ 被保險人資料變更(註1:刪除被保險人僅需填寫其姓名與身分證字號；註2:如被保險人為未成年者、心神喪失、精神耗弱或遭禁治產者，請由法定代理人或監護人親簽。)

編號 1	被保險人姓名(親簽)	身分證字號	與要保人關係 限要保人之配偶、要保人之親屬	出生日期
☐ 新增 ☐ 刪除 ☐ 變更				年 月 日
編號 2	被保險人姓名(親簽)	身分證字號	與要保人關係 限要保人之配偶、要保人之親屬	出生日期
☐ 新增 ☐ 刪除 ☐ 變更				年 月 日
編號 3	被保險人姓名(親簽)	身分證字號	與要保人關係 限要保人之配偶、要保人之親屬	出生日期
☐ 新增 ☐ 刪除 ☐ 變更				年 月 日

☐ 終止新光海外樂遊卡合約：

終止合約日期：	年 月 日，終止合約原因：
---------	---------------

☐ 信用卡資料變更(持卡人限要保人本人且填寫變更後之資料)

信用卡 帳單 暨 授權書	信用卡別： ☐ VISA ☐ MASTER ☐ JCB ☐ 聯合信用卡；發卡銀行：_____
	信用卡卡號：_____ - _____ - _____；信用卡有效期限：西元 20 ____年 ____月底止
	本人向新光產物保險股份有限公司(下稱新光產險)申請使用電話投保方式，並授權由指定之信用卡繳納保險費，並願遵守下列注意事項及授權約定事項，並於下方簽名表示同意： 一、本保險費信用卡授權書由新光產險(以下簡稱本公司)負責審核、保管，並自審核通過時起，要保人取得「新光海外樂遊卡」後始可使用電話服務向本公司約定賠償責任期間。 二、本公司得於要保人電話或網頁投保時，先取得信用卡之授權並進行信用卡請款作業，若於中途要保人因變更投保內容導致保費異動，本公司得重新取得信用卡授權。 三、授權之效力：1. 授權人應將本授權書送達新光產險據以辦理自動扣繳付款作業。2. 本授權書因填寫內容不全、錯誤或其他原因致發卡機構無法辦理代收者，不發生授權效力。3. 有下列各款情形之一者，除本授權書另有約定外，本授權書之效力自該情形發生之日起終止：(1) 授權人與發卡機構之本授權書所指定之信用卡契約終止時。(2) 發卡機構不同意授權人依指定信用卡繳交保險費予新光產險。(3) 要保人以書面通知新光產險終止授權。(4) 授權人重新填具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。 四、授權之變更：1. 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新光產險變更；如未通知變更而致遭發卡機構拒絕給付保險費時，依本授權書及指定保單之相關規定處理。但新光產險自行簽約之指定發卡機構遇下列情形則不在此限：(1) 更換信用卡新卡(如毀損、有效期間屆滿等情形)，而未更換信用卡卡號者，本授權書不因此而失其效力。(2) 因授權代繳之信用卡升等、有效期限到期、遺失而換發新卡致信用卡卡號變更者，授權人同意由發卡機構通知新光產險變更後之信用卡卡號或有效期限，且以換發後之信用卡付款，而無須另行簽訂授權書。前述授權事項之異動，內容自新光產險收到發卡機構通知且完成變更程序後取代原授權之約定。2. 如發卡機構與新光產險間之契約已終止，或因其他任何事由不同意授權人依本授權書扣繳保費時，則該「指定保單」之收費方式將自動轉換為自行繳費或新光產險指定之收費方式。 五、授權人如因指定發卡機構代收金額與應繳保險費金額不符時，或對保險費率計算、變動有異議者，除依本授權書終止授權外，本授權書不因保險費發生變動而影響其效力。 六、授權人指定之信用卡不因簽名樣式變更而致使本授權關係失其效力。 七、授權人應確實填寫本授權書各項事項，如有冒用他人帳戶使用者，須自負法律責任。持卡人聲明完全知悉與要保人關係，並同意以信用卡支付上開簽帳內容予本公司並進行持卡人身分驗證，簽名以示同意。 八、本保險費自動扣繳付款授權書約定事項如有未盡事宜，授權人及要保人或發卡機構得與新光產險協商修訂之。
	要保人簽名：_____ (須與要保書簽名一致) 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
	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：_____ 日期： 年 月 日	

經辦代號	保經、代公司簽章	核保	科長	經副理
招攬人員簽名				
登錄字號				
新產送件人員				