

To: 先生/小姐 收 Fax: 請於收到申請書2日內填寫及簽名後傳真 Fax: 02-77261875 或 77261876 或郵寄至 100 台北市中華路一段39號6樓 康健人壽 保單行政部保戶服務組 收  
如有相關查詢,請洽客服專線:(02)6623-3688 (如需確認傳真,請傳真後儘速來電查詢;如於晚上八點後傳真,請於次一工作日再來電確認)



**國際康健人壽保險股份有限公司  
復效申請書**

保單號碼: TWE0001110 要保人: 宋健康  
 被保險人: 宋健康 要保人身分證號碼: C123123123

茲被保險人聲明於本保險單停效期間未發生任何保險事故,並完全了解保險單停效期間若發生任何保險事故,不在本保險單之保障範圍。

此致 國際康健人壽保險股份有限公司

★要保人簽名: <u>宋健康</u>	★被保險人簽名: (7足歲以上被保險人,請親自簽名) <u>宋健康</u>
申請日期: 中華民國 年 月 日	★未成年者其法定代理人簽名: (未滿20足歲者,請法定代理人簽名確認)

- ※ 本申請書內容,若有塗改,請要、被保險人於塗改處簽章。
- ※ 申請復效自最後一次停效日起6個月內請填寫「復效申請書」提出申請即可;逾6個月以後申請復效除「復效申請書」文件外,請另行檢附「健康告知書」。
- ※ 若欲使用其他信用卡繳交復效保費或續期保費,請填妥以下的付款委託書,傳真或寄回即可。

**信用卡付款授權書**

僅支付復效保險費       適用支付復效及續期保險費      ※若未勾選視同支付復效及續期保險費

(一) 授權人資料

個人  
 姓名: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日身分證字號: \_\_\_\_\_  
 授權人與要保人關係:  本人  被保險人  配偶  受益人  父母  子女  兄弟姊妹  
 聯絡電話:(公) \_\_\_\_\_ 分機 \_\_\_\_\_ (宅) \_\_\_\_\_ 手機 \_\_\_\_\_

(二) 信用卡(本授權書僅供一位授權人填寫)

發卡機構名稱: _____ 信用卡卡號: _____ - _____ - _____ - _____ 有效期限: _____ 月 _____ 年(西元) (請按信用卡卡面數字確實填寫)	要保人簽名 / 授權人簽名 要保人同意本約定條款及同意終止前次付款授權書之效力。 <b>★要保人簽名:</b> _____ 授權人充分了解同意本約定條款 <b>★授權人簽名:</b> _____ (請務必與信用卡簽名相符)
---	--

**付款委託條款:**

1. 授權人授權上列之受託金融機構,自信用卡付款授權書送達時起,由授權人之信用卡帳戶扣除每期交付之保險費,支付予國際康健人壽保險股份有限公司(以下簡稱康健人壽)。
2. 要保人欲撤回保險契約或欲終止保險契約時,應以書面通知康健人壽辦理,但仍應依受託金融機構所發付款通知書向受託金融機構支付已代繳之保險費。
3. 若授權人之信用卡嗣後有變更之情形(包括但不限於信用卡之有效期限變動或延展),授權人同意授權人所授權之信用卡中心/銀行得將授權人變更後之信用卡通知康健人壽,以利其保費之收受。授權人謹遵守所授權之信用卡中心/銀行約定條款之規定,並於終止此授權時,立即通知康健人壽。
4. 授權人同意任何有關授權人、要保人與康健人壽間之保險權益事項,概與受託金融機構無涉。
5. 授權人同意於授權人信用卡有效期限變動或延展時,應立即通知康健人壽辦理變更。倘未通知,本付款授權書之效力仍及於有效期限變動或延展後之信用卡,受託金融機構得續於授權人信用卡帳戶扣除每期保險費,支付於康健人壽。

**【以下欄位由國際康健人壽保險股份有限公司填寫】**

批註書	本公司同意自民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日午夜零時起恢復本保單之保險效力,每期保費自民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日起調整為新台幣 _____ 元整。
	本次復效共補費 _____ 元(期間:自 _____ / _____ / _____ 至 _____ / _____ / _____ ) (本申請書未經保單行政部簽章不生效力)

保全作業欄:  核對簽名無誤  審核不符退件      經辦: \_\_\_\_\_      覆核: \_\_\_\_\_