

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)



康健人壽

國際康健人壽保險股份有限公司 保單補發申請書

要保人： _____ 要保人身分證號碼： _____

保單號碼： 1. _____ 4. _____
2. _____ 5. _____
3. _____ 6. _____

上列保單因遺失、毀損、流失、被竊盜而申請補發，倘日後發現原保單，應予作廢，特此聲明。補發每份保單之工本費為新台幣 100 元，共申請 _____ 份，共收 _____ 元

此致 國際康健人壽保險股份有限公司

★要保人簽名：	★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)
---------	--------------------------------------

申請日期：中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

※ 本申請書內容，若有塗改，請持卡人於塗改處簽名

補發費用請二擇一

支付保單補發工本費之信用卡付款委託書

信用卡付款授權書

(一) 授權人資料

<input type="checkbox"/> 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： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 被保險人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 受益人 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 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： _____	要保人簽名 / 授權人簽名 _____
信用卡卡號： _____ - _____ - _____ - _____	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。
有效期限： _____ 月 _____ 年 (西元)	★要保人簽名： _____
(請按信用卡卡面數字確實填寫)	授權人充分了解同意本約定條款
	★授權人簽名： _____
	(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. 要保人欲撤回保險之份額或終止保險契約時，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繳保險費。
3. 若授權人將信用卡變更之情形 (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/銀行得將此授權權更立即通知康健人壽，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，並於終止此授權權後，有關授權卡有效期限變動或延展之事項，概與受託金融機構無涉。
4. 授權人同意授權人與康健人壽間之保險權益事項，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，受託金融機構得繼續於授權人信用卡帳戶扣除每期保險費，支付於康健人壽。

支付保單補發工本費於 _____ 年 _____ 月 _____ 日以 ATM 轉帳至本公司國泰世華帳戶

(輸入銀行代號 013，轉入帳號 14168+身分證字號 11 碼 (第一位英文字母請轉換成二位數字，A=01、B=02、C=03 以此類推) 請於 ATM 繳費後 2 日內傳真或郵寄此申請書至本公司。

保全作業欄： <input type="checkbox"/> 核對簽名無誤 <input type="checkbox"/> 審核不符退件	經辦： _____	覆核： _____
--	-----------	-----------