



CHUBB

美商安達保險 銀行 / 郵局自動轉帳付款授權書

透過媒體交換(ACH)金融機構轉帳代繳/  郵局扣款

立授權書人(以下簡稱授權人)茲授權美商安達產物保險股份有限公司台灣分公司(下稱安達保險)及下述之指定銀行/郵局得自授權人之下述帳戶內自動轉帳,以繳付本授權書所指定之保險契約應繳之保險費。

本授權書應於保險費應繳日之四十天前申請,並請於填妥後寄回安達保險。

\*授權人對安達保險保費之費率計算或退補保費事項有疑議,或指定銀行/郵局自動轉帳金額與應繳保險費金額不符時,應直接洽詢安達保險,概與指定銀行/郵局無關。

申請日期: 年 月 日

發動行:花旗銀行(021) 交易代號:705(產物保險) 發動者統編:12366616 郵局委託機構代號:5BR

要保人姓名: \_\_\_\_\_ \*用戶編號即為授權人之身分證字號\*  
保單號碼: 1. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_ 5. \_\_\_\_\_  
(要保人須為同一人) 2. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_ 6. \_\_\_\_\_

授權人(付款人)姓名: \_\_\_\_\_  
身分證字號/統一編號: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_ 年 月 日  
與要/被保險人關係:  要保人  被保險人  受益人  配偶  父母  子女  兄弟姊妹  
聯絡電話: (公) \_\_\_\_\_ (宅) \_\_\_\_\_ (行動電話) \_\_\_\_\_  
聯絡地址: □□□ 縣/市 \_\_\_\_\_ 市/區/鄉/鎮 \_\_\_\_\_ 路/街 段 \_\_\_\_\_ 巷 \_\_\_\_\_ 弄 \_\_\_\_\_ 號 \_\_\_\_\_ 樓

授權轉帳金融機構(請擇一填寫) 授權人簽章即同意本授權書背面約定條款【一式三聯】

郵局  
郵局存簿儲金 \_\_\_\_\_ 郵局 \_\_\_\_\_ 支局  
局號 □□□□□□□□ 帳號 □□□□□□□□

金融機構轉帳  
金融機構代號: □□□□□□□□ \_\_\_\_\_ 銀行 \_\_\_\_\_ 分行  
銀行帳號 □□□□□□□□□□□□□□□□  
(請依存摺帳號含分行別、科目及檢查碼(非金融卡號碼)由左至右填寫,空位不補0)

授權人帳戶原留印鑑/簽章處  
【需與帳戶印鑑簽章樣式相同】



注意事項: 本人確實收受安達保險所提供之『產險業履行個人資料保護法告知義務內容』。

【轉帳銀行/郵局印鑑核對】  
主管: \_\_\_\_\_  
經辦: \_\_\_\_\_

【安達保險審核】  
主管: \_\_\_\_\_  
經辦: \_\_\_\_\_ 受理日期: \_\_\_\_\_

用戶編號: \_\_\_\_\_ 媒體產生日期: \_\_\_\_\_

★ 授權書如有塗改,請務必於塗改處加蓋銀行帳戶印鑑章或簽名

CHUBB

美商安達保險 銀行 / 郵局自動轉帳付款授權書

透過媒體交換(ACH)金融機構轉帳代繳/  郵局扣款

立授權書人(以下簡稱授權人)茲授權美商安達產物保險股份有限公司台灣分公司(下稱安達保險)及下述之指定銀行/郵局得自授權人之下述帳戶內自動轉帳,以繳付本授權書所指定之保險契約應繳之保險費。

本授權書應於保險費應繳日之四十天前申請,並請於填妥後寄回安達保險。

\*授權人對安達保險保費之費率計算或退補保費事項有疑議,或指定銀行/郵局自動轉帳金額與應繳保險費金額不符時,應直接洽詢安達保險,概與指定銀行/郵局無關。

申請日期: 年 月 日

發動行:花旗銀行(021) 交易代號:705(產物保險) 發動者統編:12366616 郵局委託機構代號:5BR

要保人姓名: \_\_\_\_\_ \*用戶編號即為授權人之身分證字號\*  
保單號碼: 1. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_ 5. \_\_\_\_\_  
(要保人須為同一人) 2. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_ 6. \_\_\_\_\_

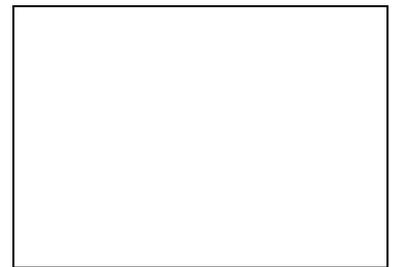
授權人(付款人)姓名: \_\_\_\_\_  
身分證字號/統一編號: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_ 年 月 日  
與要/被保險人關係:  要保人  被保險人  受益人  配偶  父母  子女  兄弟姊妹  
聯絡電話: (公) \_\_\_\_\_ (宅) \_\_\_\_\_ (行動電話) \_\_\_\_\_  
聯絡地址: □□□ 縣/市 \_\_\_\_\_ 市/區/鄉/鎮 \_\_\_\_\_ 路/街 段 \_\_\_\_\_ 巷 \_\_\_\_\_ 弄 \_\_\_\_\_ 號 \_\_\_\_\_ 樓

授權轉帳金融機構(請擇一填寫) 授權人簽章即同意本授權書背面約定條款【一式三聯】

郵局  
郵局存簿儲金 \_\_\_\_\_ 郵局 \_\_\_\_\_ 支局  
局號 □□□□□□□□ 帳號 □□□□□□□□

金融機構轉帳  
金融機構代號: □□□□□□□□ \_\_\_\_\_ 銀行 \_\_\_\_\_ 分行  
銀行帳號 □□□□□□□□□□□□□□□□  
(請依存摺帳號含分行別、科目及檢查碼(非金融卡號碼)由左至右填寫,空位不補0)

授權人帳戶原留印鑑/簽章處  
【需與帳戶印鑑簽章樣式相同】



注意事項: 本人確實收受安達保險所提供之『產險業履行個人資料保護法告知義務內容』。

【轉帳銀行/郵局印鑑核對】

主管:

經辦:

【安達保險審核】

主管:

經辦:

受理日期:

用戶編號:

媒體產生日期:

★ 授權書如有塗改,請務必於塗改處加蓋銀行帳戶印鑑章或簽名

## 金融機構代繳保險費付款授權約定條款

1. 本條款所謂「自動轉帳付款」，係指在美商安達產物保險股份有限公司台灣分公司（以下簡稱安達保險）指定之金融機構設有活期存款或活期儲蓄存款帳戶之帳戶所有人（以下簡稱授權人），同意由前述帳戶辦理自動轉帳，按期支付要保人指定保單應繳之保險費予安達保險。
2. 授權人應於保險費應繳日之四十天前將本授權書送達安達保險客戶服務部，安達保險始將本授權書轉交轉帳金融機構審核，經轉帳金融機構審核通過後發生效力。逾期者，本授權書延至次期保費到期日始生效力。本授權書因填寫內容不全、錯誤或其他原因致使轉帳銀行無法辦理扣款、轉帳者，本授權書不生效力。
3. 同一要保人且同一帳戶者，如擁有本公司二張以上保單可填寫於同一份授權書。
4. 授權書指定交付保險費之帳戶內，無足夠餘額或該帳戶遭法院強制執行無法轉帳者，指定金融機構不得辦理自動轉帳，並應將事實通知安達保險。
5. 授權人在同一帳戶內，同時委託自動轉帳交付二張以上保單之保費時，指定金融機構有權就帳戶內之存款決定轉帳付款之優先順序。若存款不足以支付任一筆款項者，指定金融機構將不予轉帳，授權人仍應於保險契約約定之寬限期內交付保險費。寬限期之計算依保險契約有關催告及寬限期間之規定為之，不因本授權書有不同。
6. 授權人如欲變更原指定帳戶時，應重新填具授權書於保險費應繳日前一個月 10 日前交安達保險轉送達指定金融機構後始生效力，原授權書自動失效。
7. 保險契約經終止或解除而失效後，如指定金融機構仍自授權人帳戶進行轉帳交付保險費者，保險契約並不因此而復效，安達保險應將該筆款項無息退還授權人。
8. 授權人如欲終止授權關係時，應於當期保險費應繳日前一個月，將「終止授權通知書」交安達保險送達指定金融機構後始生效力。授權郵局帳戶轉帳付款者，亦得以書面方式向郵局辦理終止授權。逾期通知者，自次期始生終止授權之效力，終止授權通知書生效前，應繳之保費仍由授權人帳戶扣繳。
9. 授權人對安達保險保費之費率計算或退補保費事項有疑議，或指定金融機構自動轉帳金額與應繳保險費金額不符時，應直接洽詢安達保險，概與指定金融機構無關。
10. 本授權書約定事項如有未盡事宜，受託金融機構暨安達保險得隨時協商修改。
11. 本授權書之效力不因其所指定保單之保費發生變動而受影響。
12. 因各種原因致本授權書效力終止者，如授權人欲再以自動轉帳付款方式繳付保費，須重新填寫授權書，並依約定條款之授權辦理重新生效。
13. 被保險人身故或完全失能時，如轉帳金融機構已將身故或完全失能後之保險費扣款轉帳予安達保險，安達保險將依指定保單約定退還未到期保費。
14. 要保人辦理撤銷、終止指定保單，轉帳金融機構仍將辦理前之保險費扣款轉帳予安達保險時，安達保險應依指定保單之約定退還保險費。

## 產險業履行個人資料保護法告知義務內容

美商安達產物保險股份有限公司台灣分公司(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(如為間接蒐集之個人資料則為第九條第一項)規定,向 台端告知下列事項,請 台端詳閱:

一、蒐集之目的:

- (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、蒐集之個人資料類別:

- (一) 姓名;(二) 身分證統一編號;(三) 聯絡方式;(四) 其他:詳如相關業務申請書或契約書內容。

三、個人資料來源(個人資料非由當事人提供,而為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、個人資料利用之期間、對象、地區及方式:

- (一) 期間:因執行業務所必須及依法令規定應為保存之期間。
- (二) 對象:本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、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、依據個資法第三條規定,台端就本公司保有 台端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:以書面或客服專線(0800-339-899)通知本公司。

六、台端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):

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。

受告知人: \_\_\_\_\_ (簽章)

中 華 民 國 年 月 日

註:本公司履行上開告知義務,不限書面或取得當事人簽名,縱無簽署亦不影響告知效力。