

# 保險費自動轉帳付款授權書填寫範例

國泰人壽保險股份有限公司



0355858237-

## 終止保險費自動轉帳付款授權書

立終止授權書人(以下簡稱授權人)茲終止授權自授權人帳戶信用卡發卡機構 / 自動轉帳銀行(郵局)以自動轉帳交付要保人與國泰人壽保險股份有限公司(以下簡稱本公司)所訂之保險契約(如下列)應繳之保險費及保險單借款利息。

申請日期 110 年 3 月 22 日

保險契約資料欄	保單號碼	要保人姓名	被保險人姓名
	7123456789	王大明	王大明
要保人或授權人姓名：王父	聯絡電話(市話)：( ) 分機： 手機：0912345678		
	終止授權項目，請於□中打勾		
	<input checked="" type="checkbox"/> 郵局 / 銀行轉帳付款		
	<input type="checkbox"/> 信用卡付款		
要保人或授權人用印與確認：	1. 授權人欲終止保險費自動轉帳付款授權書之授權關係(下稱授權關係)，應於保險費交付日前五個營業日，將終止保險費自動轉帳付款授權書(下稱本授權書)送達本公司，逾期送達者，則延至次期始生終止效力。集體彙繳件之保單如終止銀行(郵局)授權關係，則原有之保費折減將一併終止。		
	2. 本公司保險商品經終止授權關係後，傳統型壽險商品一律改為要保人自行繳費【投資型商品(含萬能壽險、變額年金保險)或其他經本公司認定不適用之商品，其繳費管道如須說明，可洽本公司服務人員或利用本公司客戶服務專線「市話請撥打免費專線 0800-036-599、手機請撥付費電話：02-2162-6201 或網路電話(路徑：國壽官網首頁>聯絡我們)>(專線服務)客服專線>網路電話」查詢】，本公司均不另主動派員收費。但可洽您的服務人員協助開立單據或自行至本公司各服務中心繳費。逾期未繳保險費者，傳統型壽險商品及投資型商品附約之契約效力將受影響。		
	<input type="checkbox"/> 授權人 <input type="checkbox"/> 要保人(擇一即可)		
	簽章： <u>親簽或親自用印</u> 聯絡電話：0912345678 (您的簽章表示終止保險費自動轉帳付款授權)		
以下由送件人填寫		以下由國泰人壽填寫	
※本授權書各項填寫資料均經本人審核確認無誤，如有不實願負相關法律責任。		受理單位 保費管理科經辦	
送件人(確認人)簽名	送件人(確認人)身分證號碼	主管(覆核)	經辦
自寄件免填寫	無須填寫		

列印時間：



109.11 版

國泰人壽保險股份有限公司



0355858237-

## 終止保險費自動轉帳付款授權書

立終止授權書人(以下簡稱授權人)茲終止授權自授權人帳戶信用卡發卡機構 / 自動轉帳銀行(郵局)以自動轉帳交付要保人與國泰人壽保險股份有限公司(以下簡稱本公司)所訂之保險契約(如下列)應繳之保險費及保險單借款利息。

申請日期 110 年 03 月 22 日

保險契約資料欄	保單號碼	要保人姓名	被保險人姓名
	9001002003	王大明	王大明
要保人或授權人姓名：王小莉	聯絡電話(市話)：( ) 分機： 手機：0987654321		
	終止授權項目，請於□中打勾		
	<input checked="" type="checkbox"/> 郵局 / 銀行轉帳付款		
	<input type="checkbox"/> 信用卡付款		
要保人或授權人用印與確認：	1. 授權人欲終止保險費自動轉帳付款授權書之授權關係(下稱授權關係)，應於保險費交付日前五個營業日，將終止保險費自動轉帳付款授權書(下稱本授權書)送達本公司，逾期送達者，則延至次期始生終止效力。集體彙繳件之保單如終止銀行(郵局)授權關係，則原有之保費折減將一併終止。		
	2. 本公司保險商品經終止授權關係後，傳統型壽險商品一律改為要保人自行繳費【投資型商品(含萬能壽險、變額年金保險)或其他經本公司認定不適用之商品，其繳費管道如須說明，可洽本公司服務人員或利用本公司客戶服務專線「市話請撥打免費專線 0800-036-599、手機請撥付費電話：02-2162-6201 或網路電話(路徑：國壽官網首頁>聯絡我們)>(專線服務)客服專線>網路電話」查詢】，本公司均不另主動派員收費。但可洽您的服務人員協助開立單據或自行至本公司各服務中心繳費。逾期未繳保險費者，傳統型壽險商品及投資型商品附約之契約效力將受影響。		
	<input type="checkbox"/> 授權人 <input type="checkbox"/> 要保人(擇一即可)		
	簽章： <u>親簽或親自用印</u> 聯絡電話：0987654321 (您的簽章表示終止保險費自動轉帳付款授權)		
以下由送件人填寫		以下由國泰人壽填寫	
※本授權書各項填寫資料均經本人審核確認無誤，如有不實願負相關法律責任。		受理單位 保費管理科經辦	
送件人(確認人)簽名	送件人(確認人)身分證號碼	主管(覆核)	經辦
自寄件免填寫	無須填寫		

列印時間：



109.11 版

請務必填寫手機號碼  
碼方便聯繫確認