

信用卡簽帳單

收件者：

注意事項：若以傳真方式繳費，請於傳真後與本公司經辦人員確認，以確保您的權益。

本公司經辦人：

經辦人 E-mail：

本公司傳真：

本公司電話：

分機：

信用卡資料填寫

簽帳日期： 年 月 日

授權號碼

(保險公司填寫)

發卡銀行：

信用卡種類：☐聯合信用卡 ☐VISA CARD ☐MASTER CARD ☐JCB CARD

信用卡卡號： _____ — _____ — _____ — _____

信用卡有效期限： _____ 月 _____ 年止 持卡人電話： _____

持卡人身分證號碼： _____

持卡人親自簽名： _____ (與信用卡上簽名一致) 中文名： _____ (請正楷書寫)

持卡人關係驗證

要保人簽章：

(要保人簽章需與要保書相同)

持卡人與保單關係人：(務必勾選)

1. ☐要保人、被保險人

2. ☐配偶 ☐父母子女 ☐ (外)祖父母 (外)孫子女

☐兄弟姊妹 ☐法定代理人 (含監護人及輔助人)

3. ☐法人、法人負責人或該企業員工

■請勾選足以證明關係內容

☐已檢附關係文件 (如戶口名簿、身分證等影本)

☐已檢附關係文件 (如工商登記、名片、識別證等影本)

【無法即時提供關係文件時，建議請改以其他方式繳費】

*110年1月1日起實施信用卡身分驗證機制，如持卡人非要保人或被保險人時，必須檢附關係證明。如有任何問題，請向您的服務人員洽詢，或電洽 0800-050-119。

信用卡身分驗證機制作業進度說明：美國運通銀行目前無法與聯合信用卡中心提供線上即時驗證和授權作業，故暫停收美國運通銀行信用卡。謝謝！

被保險人	保單/保卡/報價單號	保 險 費					
		拾	萬	仟	佰	拾	元
	共計 件，總金額	拾	萬	仟	佰	拾	元整

聲明事項：

請要保人或被保險人確認已向持卡人說明持卡人個人資料將交付於新安東京海上產物保險股份有限公司，並於合約有效期間保留及管理持卡人的個人資料。上開告知事項已公告於本公司官網(<https://www.tmnwa.com.tw>)，如有任何問題歡迎洽詢 0800-050-119 免付費專線電話。

1. 持卡人同意以信用卡支付上開保險費金額予新安東京海上產物保險(股)公司，並保證上列信用卡資料均為詳實無訛。

2. 本項交易若未獲收單銀行核准，則本保險費簽帳單自動失效，本公司得重新收費。

3. 本簽帳單上所有欄位，請務必填寫完整。信用卡卡號、金額及簽名須字跡清晰，且不得塗改及描繪。

4. 保單服務人員(含業務員)須對簽帳單填寫之內容審核無誤，包含信用卡號、持卡人姓名、身分證統一編號、信用卡有效期限、持卡人和要保人簽名等資訊。保單服務人員(含業務員)簽章： _____

5. 持卡人與保單關係人為法人、法人負責人或該企業員工時，需經直屬主管檢核關係文件並簽核。主管簽核： _____