信用卡簽帳單

收件者：

本公司經辦人 ： 經辦人E-mail：

本公司傳真： 本公司電話： 分機：

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。

持卡人已知悉新安東京海上產物保險股份有限公司依個人資料保護法應告知予本人之事項，並充分瞭解貴公司蒐集、處理及利用本人個人資料之目的、方式及本人之相關權益。
上開告知事項已公告於本公司官網，如有任何問題歡迎洽詢 0800-050-119 免付費專線電話。

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)

*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。

持卡人與保單關係人：(務必勾選)

1. □要保人、被保險人 足以證明關係內容
2. □配偶□父母子女□兄弟姊妹□(外)祖父母(外)孫子女□**已檢附關係文件**(如戶口名簿、身分證↑等影本)
3. □法人、法人負責人或該企業員工 □**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】

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：

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：**＿＿＿＿