

簽帳日期	民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日	授權號碼	(客戶免填)
信用卡卡別	<input type="checkbox"/> 聯合信用卡 <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MASTER <input type="checkbox"/> JCB <input type="checkbox"/> AE	發卡機構(銀行)	
信用卡卡號	_____ - _____ - _____ - _____	有效期限	(西元) _____ 月 _____ 年
持卡人身分證	_____ *請務必填寫正確	持卡人電話	
持卡人關係	<p>*請擇一勾選，若持卡人關係勾選為下列3-8及法人勾選9-11者須檢附關係文件。</p> <input type="checkbox"/> 1要保人 <input type="checkbox"/> 2被保險人 <input type="checkbox"/> 3配偶 <input type="checkbox"/> 4父母 <input type="checkbox"/> 5子女 <input type="checkbox"/> 6祖(外祖)父母 <input type="checkbox"/> 7祖(外孫)子女 <input type="checkbox"/> 8兄弟姊妹 <input type="checkbox"/> 9法人 <input type="checkbox"/> 10法人負責人 <input type="checkbox"/> 11企業員工		
持卡人簽名	*簽名須與信用卡一致	要保人簽名	*簽名須與要保書一致

服務人員/業務員已確認本授權書填寫之內容無誤，包含要保人與授權人簽名(章)、授權人所提供之信用卡資料、身分證統一編號及其關係等資訊。

被保險人	保單(證)號碼/繳費號碼	保 險 費					
		拾	萬	仟	佰	拾	元
服務人：	保險費簽帳金額：	拾	萬	仟	佰	拾	元整

備註：1. 持卡人同意以信用卡支付上開保險費予明台產物保險股份有限公司，並保證上列信用卡資料均為詳實無訛。

2. 本項交易若透過「信用卡輔助持卡人身分驗證平台」驗證授權人提供之卡號、身分證字號、有效期限等資料不符者，則本授權書失效，保險費視同未繳。

本人(持卡人)已知悉明台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，並充分瞭解明台產物保險股份有限公司蒐集、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 (<https://www.msig-mingtai.com.tw/>) 或詳閱本授權書背面，如有任何問題歡迎洽詢本公司 0800-528-528 客戶服務專線。