

信用卡效期變更通知書【續期保費專用】

個人資料告知同意事項：

- 一、本人(立付款授權書人)通知 貴公司更改原授權書所載信用卡之有效期限。
- 二、本人(立付款授權書人)同意保險公司及信用卡發卡機構得於授權繳交保險費之必要範圍內為蒐集、處理、利用授權人之個人資料。

原授權信用卡卡號：

□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

展延之新有效期限： _____ 月 _____ 年

※本通知書適用於銀行信用卡續卡時卡號不變，有效期限展延之情形。
若信用卡卡號更新請填寫「遠雄人壽信用卡繳交保險費付款授權書」寄達保費部續保科辦理卡號變更，原授權書自動失效。

※ 台端就本公司保有 台端之個人資料得行使之權利及方式，
得行使權利：(1)查閱或請求閱覽(2)請求製給複製本(3)請求補充或更正
(4)請求停止蒐集、處理或利用(5)請求刪除。
行使權利之方式：得至本公司各服務中心或透過免費客戶服務專線
(0800-083083)行使權利。

授權人簽名： _____

(住宅) _____

連絡電話： (公司) _____ 分機： _____

(行動) _____

填寫日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

*填寫本通知書後，請務必在扣款日前十個工作天送交保費部續保科
或傳真 FAX: (02)2723-5354 (02)2345-5781，傳真後請電洽
保費部續保科確認 TEL：02-2758-3099

送件業務人員簽名(保戶自行申請件免填)：

保費部審核(本欄由遠雄人壽保費部填寫)

連絡電話：

經辦人員：