



終止授權保險費/息自動轉帳付款通知書

立終止授權書人（下稱授權人）_____

因：契約終止 繳清/展期 其他，請敘明_____

終止授權貴單位由本人帳戶/信用卡中扣收

保單號碼：_____

要保人：_____之應繳保險費及保單借款利息，並已通知要保人終止授權事宜。

此致

臺銀人壽保險股份有限公司

授權人簽名欄：_____

電話：

申請日： 年 月 日

※請檢附授權人身分證影本

身分證正面	身分證反面
-------	-------

※注意事項：

一、銀行帳戶或信用卡授權人欲終止授權關係者，本通知書應於當期保險費/息應繳之日起算 15 日前，傳真臺銀人壽保險股份有限公司保費科，逾期送達者，自次期始生終止效力。

(如未提供證件影本者，請郵寄簽名欄含授權印鑑之通知書正本至保費科)

Tel：(02) 2784-9151 保費科 FAX：(02) 2706-6630

地址：10682 台北市大安區敦化南路 2 段 69 號 3 樓

二、要保人應洽給付科辦理契約終止或保全科辦理繳清、展期等業務，因前項業務而終止授權，本公司不再寄發繳費通知。