

# 遠雄人壽保險事業股份有限公司

## 集體彙繳要保人同意書

一、本人於民國 年 月 日，以 為被保險人，向貴公司投保，其基本資料如下：

主約保險別	保險金額	投保年期
1.		
2.		
3.		

茲聲明本件續期保費委由受任人彙總按期繳付，並代收相關函件，受任人日後因故變更時，除有本人以書面表示異議且同時要求退出本團體之意思表示外，視為同意變更。

二、如有以下情形之一者，同意貴公司取消本團體之彙繳資格：

1. 受任人未於貴公司所定之繳費期限前，彙總本人之續期保費予貴公司時。
2. 本人退出本團體，或繳費地址變更無法同受任人時。
3. 貴公司收費人員無法進入約定之統一收費地址收取保費時。
4. 本彙總團體因任何原因，無法同一繳費地址，同一繳費時間及同一繳別，維持五人(須不同被保險人)以上之繳費人數時。
5. 本彙總團體之個人件一經停效致團體人數不達五人時。

三、本人同意遵守受任人為此次投保，於貴公司之「遠雄人壽集體彙繳件團體聲明書」中，所代表聲明之事項。

四、受任人之基本資料如下：

受任人姓名 (限成年人)	身分證號碼	電話號碼		服務機關及職稱	統一收費地址(請詳填)
		住家：			
		公司：			
		行動電話：			

此致

要保人：

遠雄人壽保險事業股份有限公司

法定代理人：

中華民國 年 月 日

受任人：