

臺灣產物新陽光人生個人傷害保險要保書

 XXXXX 


本商品經本公司合格簽署人員檢視其內容業已符合一般精算原則及保險法令，惟為確保權益，基於保險公司與消費者衡平對等原則，消費者仍應詳加閱讀保險單條款與相關文件，審慎選擇保險商品。本商品如有虛偽不實或違法情事，應由本公司及負責人依法負責。欲查詢本公司銷售商品之相關資訊可至下列網址：<https://www.tfmi.com.tw> 或至本公司總分支機構查閱及索取書面文件(總公司地址：100 台北市館前路 49 號 8、9 樓)。免費申訴電話：0809-068-888。投保後解約或不繼續繳費可能不利消費者，請慎選符合需求之保險商品。保險契約各項權利義務皆詳列於保單條款，消費者務必詳加閱讀了解。
 113.08.09 產精算字第 1130002443 號函備查

保險項目	保險金額		
	<input type="checkbox"/> 方案 A	<input type="checkbox"/> 方案 B	<input type="checkbox"/> 方案 C
意外身故失能	100 萬元	200 萬元	250 萬元
特定交通運輸工具意外事故	200 萬元	-	-
火災事故保險給付	擇一給付	400 萬元	250 萬元
搭乘大眾運輸工具意外事故		900 萬元	750 萬元
與配偶同一事故身故		400 萬元	250 萬元
乘坐電梯意外事故		400 萬元	250 萬元
地震特定事故		400 萬元	350 萬元
重大傷害失能增額保險金	50 萬元	50 萬元	-
重大燒燙傷保險給付	50 萬元	50 萬元	-
實支實付傷害醫療保險金	3 萬元	5 萬元	5 萬元
傷害醫療保險給付-日額型	2,000 元/日	2,000 元/日	2,000 元/日
燒燙傷病房日額給付	3,000 元/日	3,000 元/日	-
傷害住院加護病房保險給付	-	-	3,000 元/日
傷害住院慰問金(連續五日以上)	1,500 元	2,000 元	-
出院慰問保險金	-	-	2,000 元
意外門診手術醫療保險金	1,000 元	1,000 元	1,000 元
職業類別第 1-3 類	2,289 元	3,266 元	3,669 元
<input type="checkbox"/> 自動續約附加條款	保險費 元		

本商品已附加「傷害保險恐怖主義行為保險限額給付附加條款」，對於直接或間接因任何恐怖主義者之行為或為抑制、防止、鎮壓恐怖主義者之行為或與其有關之行動，其給付額度最高以新台幣二百萬元為限，詳細約定請參閱條款。

要保人 基本資料	姓名	出生日期	民國 年 月 日	電話	()
		身分證字號 (統一編號)		手機號碼	
	聯絡地址	□□□			
	電子信箱			與被保險人關係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> _____
被保險人 基本資料	姓名	<input type="checkbox"/> 同要保人	出生日期	民國 年 月 日	電話 ()
			身分證字號		手機號碼
	聯絡地址	□□□			
	服務單位 公司/職稱	工作內容			
受益人	受益人姓名	與被保險人關係	給付方式 (未勾選視為均分)	聯絡地址	電話
	<input type="checkbox"/> 法定繼承人		<input type="checkbox"/> 均分 <input type="checkbox"/> 順位(請註明順序) <input type="checkbox"/> 比例(請註明比例)	<input type="checkbox"/> 同要保人 <input type="checkbox"/> 同被保險人	<input type="checkbox"/> 同要保人 <input type="checkbox"/> 同被保險人
	身故(或喪葬費用)保險金 (如未指定身故受益人,則以法定繼承人順序定之)		身故保險金受益人如係身分別之指定及如有要保人不同意填寫受益人之聯絡地址及電話之情形,則以要保人最後所留之聯絡方式,作為日後身故保險金受益人之通知依據。		

保險期間	自民國 年 月 日午夜十二時起至民國 年 月 日午夜十二時止
------	--

- 一、被保險人是否已投保其他商業實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險（請勾選）。
- （一）實支實付型傷害醫療保險：是，否、（二）實支實付型醫療保險：是，否。
- 二、被保險人是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明（請勾選）？是，否。如勾選是者，請提供。
- 三、被保險人目前是否受有監護宣告（請勾選）？是，否。如勾選是者，請提供相關證明文件。

要保人與被保險人告知事項：

本人於訂立契約時，對於貴公司要保書書面詢問的告知事項均已據實說明，如有為隱匿或遺漏不為說明，或為不實的說明，足以變更或減少貴公司對於危險的估計者，貴公司得解除契約；其保險事故發生後亦同。但危險的發生未基於其說明或未說明的事實時，不在此限。

1. 過去二年內是否曾因患有下列疾病而接受醫師治療、診療或用藥？
- (1)高血壓症(指收縮壓 140mmHg 舒張壓 90mmHg 以上)、狹心症、心肌梗塞、先天性心臟病、主動脈血管瘤、腦中風(腦出血、腦梗塞)、腦瘤、癲癇、智能障礙(外表無法明顯判斷者)、精神病、巴金森氏症、癌症(惡性腫瘤)、肝硬化、尿毒、血友病、糖尿病。..... 否 是
- (2)酒精或藥物濫用成癮、眩暈症。..... 否 是
- (3)視網膜出血或剝離、視神經病變。..... 否 是
2. 目前身體機能是否有下列障害(請勾選)：
- (1)失明。(2)曾因眼科疾病或傷害接受眼科專科醫師治療、診療或用藥，且一目視力經矯正後，最佳矯正視力在萬國視力表 0.3 以下。(3)聾。(4)曾因耳部疾病或傷害接受耳鼻喉科專科醫師治療、診療或用藥，且單耳聽力喪失程度在五十分貝(dB)以上。(5)啞。(6)咀嚼、吞嚥或言語機能障害。(7)四肢(含手指、足趾)缺損或畸形。..... 否 是
3. 上述若回答「是」時，請說明：_____

要保人與被保險人聲明事項：

1. 本人（被保險人）同意臺灣產物保險股份有限公司得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及病歷個人資料。
2. 本人（被保險人、要保人）同意臺灣產物保險股份有限公司將本要保書上所載本人資料轉送產、壽險公會建立電腦系統連線，並同意產、壽險公會之會員公司查詢本人在該系統之資料以作為核保及理賠之參考，但各該公司仍應依其本身之核保或理賠標準決定是否承保或理賠，不得僅以前開資料作為承保或理賠之依據。
3. 本人（被保險人、要保人）同意臺灣產物保險股份有限公司就本人之個人資料，於「個人資料保護法」所規定之範圍內，有為蒐集、處理及利用之權利。

要保人簽名：_____ 被保險人簽名：_____

法定代理人簽名：_____

（未成年者其法定代理人簽名）

要保日期：中華民國 年 月 日

◎本人（要保人）已審閱 貴公司所提供之保險單條款。

要保人簽名：_____ 法定代理人/監護人簽名：_____

（要保人未成年者或受監護宣告者須簽名）

保 經 代 填 寫 欄 位

單位名稱	單位代號	招攬人員簽名	登錄證字號	保經、代公司簽章

保 險 公 司 填 寫 欄 位

核保	經辦	輸入	保險業務員/服務人員	登錄證字號



N00003

特別提醒事項聲明書

(購買含實支實付型保險商品適用)

本人(即要保人及被保險人)茲聲明並確認已瞭解本次申請投保含實支實付型保險給付之商品(以下簡稱本商品)其保險金之理賠須符合損害填補原則，意即同一次醫療行為就數個同性質保險商品(註1)所獲得理賠金額合計不得超過實際負擔之醫療費用，故當受益人提出本商品理賠申請時，除需檢附醫療費用收據正本外，其中相關費用若已獲得其他保險商品理賠者，貴公司僅就其他同性質保險商品理賠不足之差額進行賠付。

本人(即要保人及被保險人)聲明本次投保已詳閱本聲明書，並經招攬業務人員充分說明上述保險權益，明確知悉所投保商品理賠原則。

此致 台灣產物保險股份有限公司

要保人簽章：_____法定代理人/監護人/輔助人簽章：_____ (註2)

被保險人簽章：_____法定代理人/監護人/輔助人簽章：_____ (註3)

業務員簽名：_____

註 1：同性質保險商品：係指保障範圍、給付內容相同或相似者。例如：數張實支實付型傷害醫療保險為同性質，但與實支實付型住院醫療費用保險則為不同性質。

註 2：如要保人為未滿7歲或受監護宣告者，應由法定代理人/監護人代簽；如要保人為7歲(含)以上之未成年人或受輔助宣告者，由本人及法定代理人/輔助人簽名。

註 3：如被保險人為未滿7歲或受監護宣告者，應由法定代理人/監護人代簽；如被保險人為7歲(含)以上之未成年人或受輔助宣告者，由本人及法定代理人/輔助人簽名。

中華民國 年 月 日



履行個人資料保護法告知義務內容

親愛的客戶，您好：

臺灣產物保險股份有限公司(以下稱本公司)依據個人資料保護法(以下簡稱「個資法」)第六條第二項、第八條第一項(如為間接蒐集之個人資料則為第九條第一項)規定，向 台端告知下列事項，請 台端詳閱：

- 一、蒐集之目的：(一)財產保險(〇九三)；(二)人身保險(〇〇一)；(三)其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務(一八一)。
- 二、蒐集之個人資料類別：本公司蒐集之個人資料類別包含：識別類、特徵類、家庭情形、社會情況、財務細節及健康及其他類等。例如：姓名、身分證統一編號、出生年月日、住址、聯絡方式、婚姻、家庭、教育、職業、財務情況、病歷、醫療、健康檢查或其他得以直接或間接方式識別該個人之資料等予以填載，詳如相關業務申請書或契約書內容。
- 三、個人資料之來源(個人資料非由當事人提供間接蒐集之情形適用)：
 - (一)要保人/被保險人；(二)司法警憲機關、委託協助處理理賠之公證人或機構(三)當事人之法定代理人、輔助人；(四)各醫療院所；(五)與第三人共同行銷、交互運用客戶資料、合作推廣等關係、或於本公司各項業務內所委託往來之第三人。
- 四、個人資料利用之期間、對象、地區、方式：(一)期間：因執行業務所必須及依法令規定應為保存之期間。(二)對象：本(分)公司及本公司海外分支機構、中華民國產物保險商業同業公會、中華民國人壽保險商業同業公會、財團法人保險事業發展中心、財團法人保險安定基金、財團法人住宅地震保險基金、財團法人汽車交通事故特別補償基金、財團法人金融消費評議中心、財團法人金融聯合徵信中心、財團法人聯合信用卡中心、台灣票據交換所、財金資訊公司、關貿網路股份有限公司、中央健康保險署、業務委外機構、與本公司有再保業務往來之公司、依法有調查權機關或金融監理機關。(三)地區：上述對象所在之地區。(四)方式：合於法令規定之利用方式。
- 五、依據個資法第三條規定，台端就本公司保有 台端之個人資料得行使之權利及方式：
 - (一)得向本公司行使之權利：1.向本公司查詢、請求閱覽或請求製給複製本；2.向本公司請求補充或更正；3.向本公司請求停止蒐集、處理或利用及請求刪除。
 - (二)行使權利之方式：透過客服專線(0809-068888)向本公司提出申請。
- 六、台端不提供個人資料所致權益之影響(個人資料由當事人直接蒐集之情形適用)：

台端若未能提供相關個人資料時，本公司將可能延後或無法進行必要之審核及處理作業，因此可能婉謝承保、遲延或無法提供 台端相關服務或給付。

【要/被保險人投保須知】

(113/08 版)

- 一、投保時，業務員應主動出示登錄證、告知其授權範圍及逐項說明本投保須知內容予要保人知悉；如未主動出示或告知，應要求其出示並詳細告知。
- 二、告知義務：要保人及被保險人應誠實告知，否則保險公司得解除契約；保險事故發生後亦同。
- 三、貴客戶之權利行使、變更、解除及終止：
 - (一)權利行使
被保險人發生保險事故並致生損害時，應依保險法相關法令與投保商品契約條款之約定與程序通知及向本公司申請理賠。
 - (二)契約變更
 1. 保險契約之一切通知除經雙方同意得以其他方式為之者外，雙方當事人均應以書面送達對方最後所留之住址。
 2. 保險契約之任何變更，非經雙方同意且經本公司簽批者不生效力。
 3. 保險契約條款有停效約定者，本公司於契約停效期間不負給付保險金之責任。
 - (三)契約解除及終止
 1. 保險契約當事人之一方違背特約條款時，他方得解除契約；其危險發生後亦同。
 2. 保險契約得經要保人通知而終止之，自終止之書面送達保險人之翌日起，保險契約失其效力；另契約若約定須經抵押權人同意始得變更或終止保險者，從其約定。
- 四、本公司對於保險契約之重要權利、義務及責任：

本公司依據經主管機關核定之各項保險費率收取保險費，在承保危險事故發生時，依相關法令、契約條款之約定及承保之責任，向請求權人、被保險人或受益人負賠償之義務。
- 五、投保時，請貴 客戶務必詳閱業務員所提供保單條款或至保險業公開資訊觀測站(保險業公開資訊觀測站/單一查詢/產險/台灣產物保險股份有限公司/保險商品)查詢並詳閱本公司所揭露本保險商品保單條款至少三日。
- 六、貴客戶應負擔之費用及違約金(包括收取時點、計算及收取方式)：貴 客戶除繳交保險費外，無需繳交其他費用及違約金。
- 七、本公司保險商品悉依保險法令相關規定辦理，並依法受有財產/人身保險安定基金之保障。
- 八、因投保契約所生紛爭之處理方式及申訴之管道：對於保險契約發生爭議時，得以書面或電話向本公司要求解釋或申訴，或依法向有關單位提出申訴。本公司免費客戶服務專線 0809-068-888。

瞭解要保人及被保險人之需求及其適合度分析評估暨招攬人員報告書(人身保險)

要保人姓名：		被保險人姓名： <input type="checkbox"/> 同要保人以下免填	
自 然 人	居住地： <input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國 _____ (國名) 國籍： <input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍 _____ (國名) 職業： <input type="checkbox"/> 一般職業 <input type="checkbox"/> 註一職業：_____		要保人與被保險人關係：_____ 國籍： <input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍 _____ (國名) 職業： <input type="checkbox"/> 一般職業 <input type="checkbox"/> 註一職業：_____
法 人	行業： <input type="checkbox"/> 一般行業 <input type="checkbox"/> 註一行業_____ 法人負責人：_____ 法人註冊地： <input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國 _____ (國名)		行業： <input type="checkbox"/> 一般行業 <input type="checkbox"/> 註一行業_____ 法人負責人：_____ 法人註冊地： <input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外國 _____ (國名)
註一：律師、會計師、公證人，或是其合夥人或受僱人。軍火商。不動產經紀人。當舖業、融資從業人員。寶石及貴金屬交易商。藝術品/骨董交易商、拍賣公司。基金會、協會/寺廟、教會從業人員。博奕產業/公司。匯款公司、外幣兌換所。外交人員、大使館、辦事處。虛擬貨幣的發行者或交易商。 註二：本報告書之部分問項係依洗錢防制法相關法令執行確認客戶身分措施，故請招攬人員於建立業務關係時向客戶妥為說明。			
1. 過去一年內要保人是否居住於中華民國境外超過半年以上？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否，若是，請說明居住國家(地區)：_____			
2. 保險費資金來源是否為解約、貸款或保險單借款？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
3. 要保人或被保險人是否是現任(或曾任)國內外政府或國際組織之重要政治性職務人士？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (如：中央或地方民意代表、公務機關首長)，若是，請說明：_____			
4. 要保人購買保險商品時，是否對於保障內容或給付項目完全不關心？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
5. 要保人是否已確實了解其繳交保險費係用以購買保險商品？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
6. 要保人投保險種、保險金額及保險費支出與其實際需求是否已具相當性？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
業務員報告書—個人傷害保險 / 健康險 / 旅綜險(1人)適用			
1、要保人及被保險人是否投保其它商業保險？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
2、投保前三個月內客戶是否有辦理終止契約、貸款或保險單借款之情形？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
3、本契約是經由： <input type="checkbox"/> 親戚 <input type="checkbox"/> 朋友 <input type="checkbox"/> 家屬 <input type="checkbox"/> 他人介紹 <input type="checkbox"/> 陌生拜訪 <input type="checkbox"/> 主動投保 <input type="checkbox"/> 其他_____			
4、招攬時是否確認要保人、被保險人及受益人之身分，並核對要保書填載內容確實無誤？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
5、招攬時是否向要保人或被保險人確認，要保人、被保險人及受益人之關係？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
6、是否親見要保人、被保險人及確認要保人、被保險人親簽相關文件？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
7、身故受益人是否指定配偶或直系親屬或法定繼承人？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 承上，若”否”請說明指定該受益人的原因：_____			
8、要保人/被保險人投保目的及需求：(可複選) <input type="checkbox"/> 增加保障 <input type="checkbox"/> 風險移轉 <input type="checkbox"/> 子女教育經費 <input type="checkbox"/> 房屋貸款 <input type="checkbox"/> 其他_____			
9、要保人/被保險人/家庭年收入：※若被保險人為未成年人/學生時，請於家庭年收入欄位填寫其父母或法定代理人年收入總和。 (1)家庭年收入：(※要保人為法人者免填) <input type="checkbox"/> 0~50萬元 <input type="checkbox"/> 51~100萬元 <input type="checkbox"/> 101~200萬元 <input type="checkbox"/> 201萬元以上。 (2)要保人年收入與其他收入：..... <input type="checkbox"/> 0~50萬元 <input type="checkbox"/> 51~100萬元 <input type="checkbox"/> 101~200萬元 <input type="checkbox"/> 201萬元以上。 (3)被保險人年收入與其他收入：..... <input type="checkbox"/> 0~50萬元 <input type="checkbox"/> 51~100萬元 <input type="checkbox"/> 101~200萬元 <input type="checkbox"/> 201萬元以上。 (4)家中主要經濟來源者，為被保險人之： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他_____			
業務員報告書—團體傷害保險/團體旅遊綜合保險適用(2人以上)適用			
1、本契約是經由： <input type="checkbox"/> 親戚 <input type="checkbox"/> 朋友 <input type="checkbox"/> 家屬 <input type="checkbox"/> 他人介紹 <input type="checkbox"/> 陌生拜訪 <input type="checkbox"/> 主動投保 <input type="checkbox"/> 其他_____			
2、招攬時是否確認要保單位、被保險人及受益人之身分，並核對要保書填載內容確實無誤：..... <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
3、要保單位/被保險人投保目的及需求：(可複選) <input type="checkbox"/> 員工福利 <input type="checkbox"/> 風險移轉 <input type="checkbox"/> 其他_____			
保險費來源： <input type="checkbox"/> 公費 <input type="checkbox"/> 自費			
4、財務狀況：			
■要保人為法人適用			
(1)要保單位之過去3年平均營收(※非營利團體免填)： <input type="checkbox"/> 1000萬元以下 <input type="checkbox"/> 1001~1億元 <input type="checkbox"/> 1億元以上			
(2)被保險人平均家庭年度收入?(含其他收入) <input type="checkbox"/> 50萬元以下 <input type="checkbox"/> 51~100萬元 <input type="checkbox"/> 101萬元以上			
■要保人為自然人適用			
(1)要保人年收入與其他收入：..... <input type="checkbox"/> 0~50萬元 <input type="checkbox"/> 51~100萬元 <input type="checkbox"/> 101~200萬元 <input type="checkbox"/> 201萬元以上			
(2)被保險人平均家庭年度收入?(含其他收入) <input type="checkbox"/> 50萬元以下 <input type="checkbox"/> 51~100萬元 <input type="checkbox"/> 101萬元以上			
保險代理人公司：_____ 簽章			
保險經紀人公司：_____ 簽章			
招攬人員：_____ 簽章			
中 華 民 國 年 月 日			



要保人簽章：(需與要保書相同)		保單號碼/繳款單號/被保險人 ID/牌照號碼：	
<p>信用卡授權(持卡)人與保單之關係：(請擇一勾選)</p> <p>一、 授權(持卡)人為 <input type="checkbox"/> 要保人 <input type="checkbox"/> 被保險人 <input type="checkbox"/> 受益人 <small>(若本公司系統未留存受益人身分證統一編號，請人工檢核是否為保單關係人)</small></p> <p>二、 授權(持卡)人為 <input type="checkbox"/> 要保人 <input type="checkbox"/> 被保險人 <input type="checkbox"/> 受益人 之配偶或二親等血親內親屬或法定代理人</p> <p><input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 兄弟姐妹 <input type="checkbox"/> (外)祖父母 <input type="checkbox"/> (外)孫子女 <input type="checkbox"/> 監護人 <input type="checkbox"/> 輔助人</p> <p>◆ 請檢附身分證影本或戶口名簿影本等關係證明文件</p> <p>三、 授權(持卡)人為 <input type="checkbox"/> 法人(公司商務卡) <input type="checkbox"/> 法人負責人 <input type="checkbox"/> 法人員工</p> <p>◆ 請檢附識別證或名片或聲明書等關係證明文件</p> <p style="text-align: center;">法人授權信用卡付款聲明書</p> <p>茲聲明授權書內信用卡之授權(持卡)人為要保人、被保險人之公司商務卡或其負責人或其員工，並同意以授權書內信用卡帳戶扣繳本公司保險費。</p> <p style="text-align: right;">聲明人：(要保人、被保險人之大小章) _____</p>			
信用卡種類： <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MASTER <input type="checkbox"/> JCB			
信用卡卡號：_____ — _____ — _____ — _____			
授權(持卡)人姓名：(中文正楷)		授權(持卡)人身分證統一編號：	
發卡銀行：	信用卡有效期限： 西元_____月_____年	授權(簽帳)日期： _____年_____月_____日	
保險費信用卡授權金額：拾 萬 仟 佰 拾 元整			
授權(持卡)人簽名：(留存信用卡上之簽名樣式)		授權(持卡)人聯絡電話：	

註：

1. 信用卡授權人同意以信用卡支付上開保險費予臺灣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. 本項交易若未獲聯合信用卡處理中心核准，則本保險費信用卡付款授權書自動失效，保險費視同未收。
3. 保單服務人員(含業務員)須對授權書填寫之內容審核無誤，包含卡號、授權人姓名、身分證統一編號、信用卡有效期限、授權人和要保人簽名等資訊。

保單服務人員(含業務員)審核無誤：_____

(財)110/11版

- 授權(持卡)人已充分知悉本公司依據個人資料保護法所告知之事項，並清楚瞭解本公司蒐集、處理及利用授權(持卡)人相關資料之目的及用途。上開告知事項已公告於本公司官網(<http://www.tfmi.com.tw>)。

※保單有附加自動續保(約)條款者，始適用下列信用卡授權約定事項※

- 一、 本授權書之效力包括本授權書所約定之保險單，要保人加保自動續約附加條款時，授權(持卡)人同意以本授權書之信用卡支付上開保險之續保保險費。
- 二、 信用卡如有卡號變更、停用或有效期限到期等情事，授權(持卡)人應主動通知本公司並重新填具授權書。