

人壽/年金保險契約介入權資格審核申請表

立書人(要保人、被保險人及介入權申請人)同意填寫本申請書向安達國際人壽保險股份有限公司(下稱安達國際人壽)申請審核介入權人資格，安達國際人壽受理本申請書後將於文件備齊翌日起7個工作日內回覆確認(介入權)申請人(下同)之申請資格是否通過審核，安達國際人壽將於審核通過翌日起7個工作日內通知執行機關有關介入權申請相關事宜及各該保單預計解約金數額並副知申請人，以利申請人後續依執行機關指示支付款項。

注意事項：

1. 支付款項及通知送達安達國際人壽之作業應於人壽/年金保險契約解約金債權經扣押、要保人受破產宣告或經依消費者債務清理條例裁定開始清算或更生程序時等法定事由發生之日起三個月內完成。
2. 因事涉申請變更要保人，申請人需填寫本申請書及安達國際人壽變更要保人申請書及 FATCA/CRS 等身分聲明文件一併提出申請，並需配合要保人變更相關規定辦理。
3. 申請人依執行機關指示支付款項完畢後，經以書面將支付款項證明送達安達國際人壽，經安達國際人壽確認無誤後，始生變更要保人之效力。
4. 案關保單若有保險單借款及保險費墊繳本息未清償，安達國際人壽將通知申請人前開應清償金額，申請人若未一併清償，則各該保單仍維持既有保險單借款及保險費墊繳本息未清償狀態。

申請之法定事由：【請擇一勾選】 <input type="checkbox"/> 要保人為債務人之人壽/年金保險契約之解約金債權經扣押。 <input type="checkbox"/> 要保人受破產宣告。(另請檢附法院裁定宣告破產證明) <input type="checkbox"/> 要保人經依消費者債務清理條例裁定開始清算或更生程序。(另請檢附法院裁定開始更生或清算證明)				申請之法定事由發生時間： _____ ※非必填欄位，安達國際人壽並不審核所填時間正確性。		
保險法第 123 條之 2 摘要： 1. 保險事故發生前，介入權申請人得於人壽/年金保險契約解約金債權經扣押、要保人受破產宣告或經依消費者債務清理條例裁定開始清算或更生程序時等法定事由發生之日起三個月內，取得要保人及被保險人書面同意，並向執行機關或執行命令所指定之人支付以保險契約終止後預計可獲保險人償付之解約金額度，以書面通知保險人變更為新要保人，並於書面通知送達保險人之日起生變更要保人之效力。 2. 保險法第 123 條之 2 修正條文施行前，有前述三項法定事由之一，於修正施行後，保險事故發生前，介入權申請人亦得於修正施行之日起三個月內，適用介入權申請相關規定。						
介入權申請人基本資料	姓名或法人全名		身分證統一編號或統一編號			
	國籍		出生日期		職位及工作內容	
	市內電話	(H)	市內電話	(O)		
	行動電話		電子郵件		職業類別	
	聯絡地址：					
	郵遞區號□□□-□□□ 縣/市 鄉/鎮/市/區 _____ 住所(戶籍地址)：【請擇一勾選】 <input type="checkbox"/> 如下 <input type="checkbox"/> 同上述聯絡地址 郵遞區號□□□-□□□ 縣/市 鄉/鎮/市/區 _____					
與被保險人關係						

保單號碼：	被保險人：	身分資格：【請擇一勾選，並檢附申請人身分證明文件】
	主契約： 附約 1： 附約 2：	<input type="checkbox"/> 對被保險人有保險利益者。(另請檢附符合保險法有關保險利益規定之證明文件) <input type="checkbox"/> 要保人具名指定之受益人。 <input type="checkbox"/> 要保人或被保險人之配偶、父母或子女。(另請檢附關係證明文件，如：戶籍謄本等...)
	主契約： 附約 1： 附約 2：	<input type="checkbox"/> 對被保險人有保險利益者。(另請檢附符合保險法有關保險利益規定之證明文件) <input type="checkbox"/> 要保人具名指定之受益人。 <input type="checkbox"/> 要保人或被保險人之配偶、父母或子女。(另請檢附關係證明文件，如：戶籍謄本等...)
	主契約： 附約 1： 附約 2：	<input type="checkbox"/> 對被保險人有保險利益者。(另請檢附符合保險法有關保險利益規定之證明文件) <input type="checkbox"/> 要保人具名指定之受益人。 <input type="checkbox"/> 要保人或被保險人之配偶、父母或子女。(另請檢附關係證明文件，如：戶籍謄本等...)

※為保障您的權益，請詳讀以下個人資料蒐集、處理及利用告知事項

安達國際人壽保險股份有限公司(下稱本公司)依據個人資料保護法(以下稱個資法)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) 人身保險 (〇〇一)
- (二) 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)
- (三) 消費者、客戶管理與服務 (〇九〇)

二、 蒐集之個人資料類別：

- (一) 識別類 (例如姓名、性別、出生年月日、國籍、住址、電話、身分證統一編號、電子郵件、聲音、影像檔案)。
- (二) 特徵類 (例如家庭情形、教育程度、職業、財務狀況、健康情況)。
- (三) 病歷、醫療、健康檢查
- (四) 保險契約所需填載、保險契約變更及本公司各類保險服務相關業務所需填載之其他必要事項。

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) 當事人之法定代理人、輔助人
- (三) 各醫療院所
- (四) 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：公司存續及依法令規定應為保存之期間。
- (二) 對象：本公司、中華民國人壽保險商業同業公會、中華民國產物保險商業同業公會、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、業務委外機構、與本公司有再保業務往來之公司、與本公司合作之保險代理人/保險經紀人、與本公司合作辦理銀行保險業務之銀行及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：以書面或其他日後可供證明之方式(如：書面、電子郵件、傳真、或電子文件等)。

六、 台端不提供個人資料所致權益之影響：

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。

本公司依法令或為強化個人資料管理及保護，將可能隨時修訂本告知書。若本告知書發生任何重大調整，本公司將於官網公告。若您需要查詢、補充、更正或刪除您的個人資料，除可聯絡您的服務人員、至本公司客戶服務中心或透過免費客戶服務專線(0800-011-709)辦理外，亦可利用本公司網站所提供之相關服務辦理。

要保人簽名：_____

(若以簽名，應由本人依保單最後登載之簽名方式親自簽名，您的簽名即表示您已充分瞭解並同意介入權申請)

被保險人簽名：_____

(若要保人及被保險人為同一人，可免簽名)

(若以簽名，應由本人依保單最後登載之簽名方式親自簽名，您的簽名即表示您已充分瞭解並同意介入權申請)

※本人瞭解並同意，如解約金超過債務金額，超出部分將向法院聲明同意付給原要保人(即債務人)。

介入權申請人親自簽名：_____

法定代理人/監護人/輔助人簽名：_____

填寫日期：_____年_____月_____日

(要/被保險人未成年、受監護宣告或輔助宣告者應由法定代理人/監護人/輔助人簽名同意，您的簽名即表示您已充分瞭解並同意介入權申請)