

介入權資格審核申請書

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合作金庫人壽保險公司申請審核介入權人資格，合作金庫人壽保險公司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，審核通過後合作金庫人壽保險公司將於翌日起 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合作金庫人壽保險公司之作業應於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合作金庫人壽保險公司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，以書面將支付款項證明送達合作金庫人壽保險公司，經合作金庫人壽保險公司確認無誤後，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，合作金庫人壽保險公司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，合作金庫人壽保險公司並不審核所填時間正確性。		
保險法 123 條之 2 摘要： 1. 保險事故發生前，介入權申請人得於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，適用前點規定。						
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	
	電話(公司)		電話(住家)			
	行動電話		電子郵件		職業類別	
	住所地址：					
	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...）

要保人簽名：_____

※本簽名欄係由本人依保險契約最後登載之簽名樣式親自簽名，且本人已充分瞭解並同意申請人的介入權申請。
 ※本人確認已收到、詳閱且瞭解合庫人壽履行個人資料保護法告知義務通知書(如申請書第 3/3 頁所示)內容。

被保險人簽名：_____

(要保人及被保險人為同一人時，可免簽)

※本簽名欄係由本人依保險契約最後登載之簽名樣式親自簽名，且本人已充分瞭解並同意申請人的介入權申請。
 ※本人確認已收到、詳閱且瞭解合庫人壽履行個人資料保護法告知義務通知書(如申請書第 3/3 頁所示)內容。

法定代理人/監護人/輔助人簽名：_____

(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)

※本人已充分瞭解並同意申請人的介入權申請。
 ※本人確認已收到、詳閱且瞭解合庫人壽履行個人資料保護法告知義務通知書(如申請書第 3/3 頁所示)內容。

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

介入權申請人親自簽名：_____

填寫日期：_____年_____月_____日

合作金庫人壽履行個人資料保護法告知義務通知書

合作金庫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。
- (二)金融服務業依法令規定及金融監理需要(包括但不限於執行洗錢防制作業及配合全球打擊恐怖份子調查等目的),所為之蒐集處理及利用。
- (三)其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務。

二、蒐集之個人資料類別:

姓名、出生年月日、身分證統一編號、聯絡方式、地址等,詳如相關業務申請書或契約書內容。

三、個人資料之來源(經本公司間接取得之個人資料者適用):

- (一)要保人。
- (二)被保險人。
- (三)當事人之法定代理人、輔助人。
- (四)介入權申請人。
- (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:本公司及母公司(合作金庫金融控股股份有限公司、法商法國巴黎保險控股公司)、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、財團法人金融消費評議中心、財團法人保險安定基金、財團法人金融法制暨犯罪防制中心、財團法人金融聯合徵信中心、財團法人聯合信用卡中心、臺灣票據交換所、財金資訊股份有限公司、業務委外機構、與本公司有再保、合作推廣等業務往來之公司、海外急難救助公司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:書面、電子郵件、傳真、電子文件。

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。