

## 人壽/年金保險契約 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元大人壽保險股份有限公司申請審核介入權人資格，元大人壽保險股份有限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，審核通過後元大人壽保險股份有限公司將於翌日起 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元大人壽保險股份有限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元大人壽保險股份有限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元大人壽保險股份有限公司，經元大人壽保險股份有限公司確認無誤後，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，元大人壽保險股份有限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。

<p>申請之法定事由：<b>【請擇一勾選】</b></p> <p><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。</p> <p><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)</p> <p><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)</p>	<p>申請之法定事由發生時間： _____</p> <p>※非必填欄位，元大人壽保險股份有限公司並不審核所填時間正確性。</p>																																								
<p>保險法 123 條之 2 摘要：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。</li> </ol>																																									
介入權申請人基本資料	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">姓名或法人全名</td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;">身分證字號/統一證號</td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td>國籍</td> <td></td> <td>出生日期</td> <td></td> </tr> <tr> <td>市內電話</td> <td>(H)</td> <td>市內電話</td> <td>(0)</td> </tr> <tr> <td>行動電話</td> <td></td> <td>與被保險人關係</td> <td></td> </tr> <tr> <td>職位及工作內容</td> <td></td> <td>職業類別</td> <td></td> </tr> <tr> <td>電子郵件</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4">聯絡地址：</td> </tr> <tr> <td colspan="4">郵遞區號□□□□-□□□□ 縣/市 鄉/鎮/市/區 _____</td> </tr> <tr> <td colspan="4">住所(戶籍地址)：<b>【請擇一勾選】</b> <input type="checkbox"/>如下 <input type="checkbox"/>同上述聯絡地址</td> </tr> <tr> <td colspan="4">郵遞區號□□□□-□□□□ 縣/市 鄉/鎮/市/區 _____</td> </tr> </table>	姓名或法人全名		身分證字號/統一證號		國籍		出生日期		市內電話	(H)	市內電話	(0)	行動電話		與被保險人關係		職位及工作內容		職業類別		電子郵件				聯絡地址：				郵遞區號□□□□-□□□□ 縣/市 鄉/鎮/市/區 _____				住所(戶籍地址)： <b>【請擇一勾選】</b> <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 _____			
姓名或法人全名		身分證字號/統一證號																																							
國籍		出生日期																																							
市內電話	(H)	市內電話	(0)																																						
行動電話		與被保險人關係																																							
職位及工作內容		職業類別																																							
電子郵件																																									
聯絡地址：																																									
郵遞區號□□□□-□□□□ 縣/市 鄉/鎮/市/區 _____																																									
住所(戶籍地址)： <b>【請擇一勾選】</b> <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 _____																																									

填寫處如有塗改請要保人於塗改處簽名



P00212

保單號碼：	被保險人： 主契約： 附約 1： 附約 2：	身分資格：【請擇一勾選，並檢附申請人身分 <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
	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
要保人簽名或蓋章： _____ (若以簽名，應由本人依保單最後登載之簽名方式親自簽名，您的簽章即表示您已充分瞭解並同意申請人的介入權申請)  被保險人簽名或蓋章： _____ _____ _____ (若以簽名，應由本人依保單最後登載之簽名方式親自簽名，您的簽章即表示您已充分瞭解並同意申請人的介入權申請) (若要保人及被保險人為同一人，可免簽章)  法定代理人/監護人/輔助人簽名或蓋章： _____ _____ (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/輔助人簽名或蓋章同意，您的簽章即表示您已充分瞭解並同意申請人的介入權申請)		※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

填寫處如有塗改請要保人於塗改處簽名