



BNP PARIBAS CARDIF
法國巴黎人壽



受理日時： 年 月 日 時
受理編號：

電話：0800-012-899
傳真：02-8771-8940 或
02-8773-4279

介入權資格審核申請書

保單號碼	要保人	被保險人
------	-----	------

立書人(要保人、被保險人、介入權申請人)同意填寫本申請書向法商法國巴黎人壽保險股份有限公司台灣分公司(下稱「本分公司」)申請審核介入權資格，本分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(下稱「申請人」)之申請資格是否通過審核，審核通過後本分公司將於翌日起7個工作天內通知執行機關有關介入權申請相關事宜及本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。

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)						
	姓名	身分證字號		出生日期		年 月 日	
	與被保險人關係		國籍	<input type="checkbox"/> 台灣 <input type="checkbox"/> 其他_____			
	公司名稱		職稱				
	工作內容		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否兼職，工作內容：				
	公司地址		□□□				
	電子郵件信箱						
	聯絡地址		□□□				
戶籍地址		<input type="checkbox"/> 同上					
行動電話		住家電話		公司電話			
介入權申請人 基本資料	身分資格 (請擇一勾選)		<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"/> 本保單之受益人				
			<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)				

- 注意事項
- 介入權申請人(下稱「申請人」)請於申請時檢附身分證正反面影本。
 - 申請人應於本保單經扣押等事由發生之日起「三個月」內，完成取得要保人及被保險人書面同意，經本公司審核通過介入權資格後，繳款並書面通知本分公司變更要保人作業，始完成程序。
 - 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本分公司，並同時檢附要保人變更之相關申請書及證明文件，經本分公司確認無誤後，生變更要保人之效力。
 - 本保單若有保單借款及保險費墊繳本息未清償，本分公司將通知申請人前開應清償金額，申請人若未一併清償，則本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。

聲明本申請書所有簽名部分確由當事人本人親自簽章屬實無誤，並以簽名表示已充分了解並同意介入權申請，如有虛偽不實，簽名人願負法律上應負之責任。

☐ 本人了解並同意，如解約金超過債務金額，超出部分將向執行機關聲明同意給付給原要保人(即債務人)

介入權申請人親簽：_____ 申請日期：民國_____年_____月_____日

要保人親簽：_____ 被保險人親簽：_____ 申請日期：民國_____年_____月_____日

(為維護您的權益，請勿於空白的申請書上簽章)

※法定代理人/監護人/輔助人欄：
(1.如要保人或被保險人未滿7歲或受監護宣告者，應由法定代理人/輔助人代簽 2.如要保人或被保險人未成年者/有監護人或輔助人者，則法定代理人/監護人/輔助人須簽名)

法定代理人/監護人/輔助人親簽：_____ 身分證字號：_____ 關係：_____

出生日期：民國_____年_____月_____日 連絡電話：_____ 國籍：_____

法國巴黎人壽批核/審查欄 (本申請書未經承辦單位核准簽章者不生效力)			
本保單截至_____年_____月_____日累計之保單價值準備金(含投資型保單之帳戶價值)/預估僅約金淨額：			
幣別：_____金額：_____元整。			
<input type="checkbox"/> 已核對簽名無誤	承辦	覆核	



法商法國巴黎人壽保險股份有限公司台灣分公司 履行個人資料保護法告知義務通知書

法商法國巴黎人壽保險股份有限公司台灣分公司(下稱「本分公司」)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、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:

依據法務部公告「個人資料保護法之特定目的及個人資料之類別」,包括人身保險(00一)、金融服務業依法令規定及金融監理需要,所為之蒐集處理及利用(0五九)、非公務機關依法定義務所進行個人資料之蒐集處理及利用(0六三)、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)、遵循美國外國帳戶稅收遵從法(FATCA)及金融機構執行共同申報及盡職審查作業辦法(CRS)。

二、蒐集之個人資料類別:(本分公司蒐集個人資料類別如下,細節請詳如相關業務申請書或契約書內容)

- (一) 識別類(如姓名、電話、金融機構帳戶或信用卡號碼、身分證統一編號或統一證號或護照號碼等)
- (二) 特徵類(如年齡、性別、出生年月日、國籍/稅務居民身分等)
- (三) 家庭情形(如要保人與被保險人之關係、受益人與被保險人之關係、保險費自動轉帳暨信用卡代繳授權人與要保人/被保險人之關係等)
- (四) 社會情況(如住所地址、財產資料、工作許可文件、居留證明文件、個人嗜好等)
- (五) 受僱情形(如僱主名稱、工作職稱、薪資與繳稅情形等)
- (六) 教育、考選、技術或其他專業(如學歷資格、職業專長等)
- (七) 財務細節(如總收入、總所得、淨資產、貸款、財務交易紀錄、保險細節、股東個人與法人客戶間的投資關係等)
- (八) 商業資訊(如經營商業之種類等)
- (九) 其他各類資訊(如無法歸類之信件、檔案及其他合於營業項目之特定目的所須蒐集個人各項資料、其他詳如要保書等相關業務申請書或契約書內容等)

三、個人資料之來源(經本分公司間接取得之個人資料者適用):

- (一) 要保人/受益人/介入權申請人
- (二) 當事人之法定代理人、輔助人
- (三) 於本分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、台灣票據交換所、財金資訊公司、業務委外機構、與本(分)公司合作推廣保險契約之保險代理人/保險經紀人及與本(分)公司合作辦理銀行保險業務之銀行、與本公司有再保業務往來之公司、未受中央目的事業主管機關限制之國際傳輸個人資料之接收者、依國內外法令規定處理利用之機構、依國內外法令之有權機關、金融監理機關或稅務機關(含美國聯邦政府財政部及美國國稅局)、國內主管機關及主管機關將資料轉交至台端所屬稅務居民國之稅務機關、其他 台端所同意之對象。
- (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,台端就本分公司保有 台端之個人資料得行使之權利及方式:

- (一) 得向本分公司行使之權利:
 - 1. 向本分公司查詢、請求閱覽或請求製給複製本。
 - 2. 向本分公司請求補充或更正。
 - 3. 向本分公司請求停止蒐集、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(經本分公司直接取得之個人資料者適用):

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

七、本分公司有權修訂本告知義務通知書,並於修訂後以言詞、書面、電話、簡訊、電子郵件、傳真、電子文件、網站公告或其他足以使台端知悉或可得知悉之方式告知台端修訂要點。

註:本分公司已履行上開告知義務,並將告知書內容與相關業務申請書或保險契約相關申請文件合併列印提供予 台端。