

**「安達人壽一至六級失能扶助保險金健康保險附加條款」
辦理失能扶助保險金之說明及確認書**

確認事項

1. 受益人(即被保險人)及其法定代理人(或監護人)等瞭解並同意,被保險人於本附加條款有效期間內,致成本附加條款【附表】所列失能程度之一者,且本公司依本附加條款約定開始給付「一至六級失能扶助保險金」者,本附加條款即行終止。
2. 受益人(即被保險人)及/或其法定代理人(或監護人)等一旦依本附加條款提出「一至六級失能扶助保險金」申請,且本公司依本附加條款約定開始給付後,本附加條款即行終止,終止後若有加重或有不同失能等級之情形,無法合併或再提出申請,本公司不負理賠之責。

一至六級失能扶助保險金之條款說明：

第七條附加條款的終止

本附加條款有下列情形之一者,其效力即行終止：

一、要保人得隨時終止本附加條款。

二、主契約無效或終止時。

三、被保險人於本附加條款有效期間內,致成本附加條款【附表】所列失能程度之一者,且本公司依本附加條款約定開始給付「一至六級失能扶助保險金」者。

前項第一款本附加條款之終止,自本公司收到要保人書面通知時,開始生效。

對於以上說明,本人已充分瞭解辦理一至六級失能扶助保險金後相關重要權益變動。

受益人(即被保險人)簽名：_____ (應由本人依要保書簽名方式親自簽名)

法定代理人(或監護人)簽名：_____ (被保險人未滿二十歲者法定代理人亦須親自簽名)

業務人員簽名：_____

申請日期：中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日