台灣人壽保險股份有限公司
（以下簡稱「本公司」）

台灣人壽祝安心自負額住院醫療健康保險附約

主要給付項目：
1.住院病房費用保險金
2.住院醫療費用保險金
3.外科手術費用保險金
4.出院後門診腫瘤治療費用保險金
5.住院前後門診費用保險金
6.補充保險金

中華民國 110 年 4 月 29 日
台壽字第 1102320037 號函備查
中華民國 114 年 9 月 1 日
台壽字第 1142320093 號函備查修正

(本保險續保時可能會調升或調降保險費，其費率將依續保生效時報經主管機關核可之費率計算，亦即不保證費率維持不變，請審慎投保。)
◎免費申訴電話：0800-213-269。

【保險附約的構成】
第一條
本台灣人壽祝安心自負額住院醫療健康保險附約（以下簡稱本附約），係依主保險契約（以下簡稱主契約）之要保人之申請，並經本公司之同意，附加於主契約訂定之。
本附約的條款、附著之要保書、批註及其他約定書，均為本附約的構成部份。
本附約的解釋，應探求契約當事人的真意，不得拘泥於所用的文字；如有疑義時，以作有利於被保險人的解釋為原則。

【名詞定義】
第二條
本附約所稱名詞定義如下：
一、「被保險人」係指主契約保險單內所載附加本附約之被保險人。
前目之被保險人須具備下列資格之一者：
(一)主契約被保險人。
(二)主契約被保險人之配偶。
(三)主契約被保險人之子女。
「配偶」係指與主契約被保險人存有合法婚姻關係者。
「子女」係指主契約被保險人的親生子女、養子女或繼子女。
二、「疾病」係指被保險人自本附約生效日（或復效日）起所發生之疾病。
三、「傷害」係指被保險人於本附約有效期間內，遭受意外傷害事故，因而蒙受之傷害。
四、「意外傷害事故」係指非由疾病引起之外來突發事故。
五、「腫瘤」係指「國際疾病傷害及死因分類標準」第十版（ICD-10-CM）第二章腫瘤 (C00-D48)所稱疾病。
六、「醫院」係指依照醫療法規定領有開業執照並設有病房收治病人之公、私立及醫療法人醫院。
七、「醫師」係指領有醫師證書與執業執照，合法執業者。
八、「住院」係指被保險人經醫師診斷其疾病或傷害必須入住醫院，且正式辦理住院手續並確實在醫院接受診療者。但不包含全民健康保險法所稱之日間住院及精神衛生法所稱之日間留院/日間照護。
九、「重大傷病」係指全民健康保險主管機關公告之「全民健康保險重大傷病範圍」所列各項疾病。
十、「特別病房」係指加護病房或燒燙傷病房。
十一、「門診外科手術」係指被保險人於門診時所接受之外科手術治療，但不包括牙科手術。
十二、「自負額」係指本公司依本附約第四條至第九條給付各項保險金時，應由被保險人自行負擔的部分，本公司得依本附約約定逕行扣除之金額。前述扣除後之金額若為負值，則不給付該項保險金。

【保險範圍】
第三條
被保險人於本附約有效期間內因第二條約定之疾病或傷害住院診療或接受門診外科手術治療時，本公司按其投保計劃內容，依照本附約的約定給付保險金。

【住院病房費用保險金之給付】
第四條
被保險人因第三條之約定而以全民健康保險之保險對象身分住院診療時，本公司按被保險人住院期間內所發生，且

依全民健康保險規定其保險對象應自行負擔及不屬全民健康保險給付範圍之下各款費用，於扣除其自負額（依同一次住院期間被保險人之住院日數乘以附表二所列之「每日病房費用保險金自負額」計算）後之餘額，給付本項保險金。但最高給付金額合計不得超過同一次住院期間被保險人之住院日數乘以附表一所列之「每日病房費用保險金限額」扣除自負額（依同一次住院期間被保險人之住院日數乘以附表二所列之「每日病房費用保險金自負額」計算）後之金額：

一、超等住院之病房費差額。

二、管灌飲食以外之膳食費。

三、特別護士以外之護理費。

被保險人經醫師診斷，認定有危及生命之情形，或因燒燙傷而必須住進特別病房時，附表一所載其投保計劃所列之「每日住院病房費用保險金限額」與附表二所載其投保計劃所列之「每日住院病房費用保險金自負額」各自提高為原數值的三倍後核算本項給付。被保險人同一次住院，其特別病房的給付日數合計最高以十五日為限；但被保險人因重大傷病住院，則其特別病房的給付日數合計最高以三十日為限。含特別病房之合計給付住院日數，同一保單年度同一次住院最高給付日數以三百六十五日為限。

【住院醫療費用保險金之給付】

第五條

被保險人因第三條之約定而以全民健康保險之保險對象身分住院或接受門診外科手術診療時，本公司按被保險人住院期間內或接受門診外科手術時所發生，且依全民健康保險規定其保險對象應自行負擔及不屬全民健康保險給付範圍之下列各項費用，於扣除自負額（附表二所列之「住院醫療費用保險金自負額」乘以本條第二項依住院日數所約定限額之對應給付倍數）後之餘額，給付本項保險金：

一、醫師診查費及會診費。

二、在醫院使用之藥品（含醫師指示用藥）、注射藥液及注射技術費。

三、血液（非緊急傷病必要之輸血）。

四、掛號費及證明文件。

五、超過全民健康保險給付之住院醫療費用。

被保險人同一次住院，本公司對上述費用的合計給付金額不得超過下列方式所定之限額：

一、住院日數為一至三十日，限額為附表一所載其投保計劃所列之「住院醫療費用保險金限額」扣除附表二所載其投保計劃所列之「住院醫療費用保險金自負額」後數值的一倍。

二、住院日數為三十一至六十日，限額為附表一所載其投保計劃所列之「住院醫療費用保險金限額」扣除附表二所載其投保計劃所列之「住院醫療費用保險金自負額」後數值的二倍。

三、住院日數為六十一至九十日，限額為附表一所載其投保計劃所列之「住院醫療費用保險金限額」扣除附表二所載其投保計劃所列之「住院醫療費用保險金自負額」後數值的三倍。

四、住院日數為九十一至一百八十日，限額為附表一所載其投保計劃所列之「住院醫療費用保險金限額」扣除附表二所載其投保計劃所列之「住院醫療費用保險金自負額」後數值的四倍。

五、住院日數為一百八十一日或以上，限額為附表一所載其投保計劃所列之「住院醫療費用保險金限額」扣除附表二所載其投保計劃所列之「住院醫療費用保險金自負額」後數值的五倍。

【外科手術費用保險金之給付】

第六條

被保險人因第三條之約定而以全民健康保險之保險對象身分接受外科手術診療時，本公司按被保險人住院期間內或接受門診外科手術時所發生，且依全民健康保險規定其保險對象應自行負擔及不屬全民健康保險給付範圍之手術費，於扣除自負額（附表二所列之「外科手術費用保險金自負額」乘以附表三「手術名稱及費用表」中所載各項百分率計算）後之餘額，給付本項保險金。但每次各項外科手術費用以不超過附表一所載其投保計劃所列之「外科手術費用保險金限額」扣除附表二所載其投保計劃所列之「外科手術費用保險金自負額」後，乘以附表三「手術名稱及費用表」中所載各項百分率所得之數額為限。

被保險人同一住院期間接受兩項以上手術時，其各項手術費用保險金應分別計算。但同一次手術中於同一手術位置接受兩項器官以上手術時，按手術名稱及費用表中所載百分率最高一項計算。

被保險人所接受的手術，若不在附表三「手術名稱及費用表」所載項目內時，由本公司與被保險人協議比照該表內程度相當的手術項目給付比率，核算給付金額。

本公司給付的同一次住院外科手術費用合計總額，不得超過附表一所載其投保計劃所列之「外科手術費用保險金限額」扣除附表二所載其投保計劃所列之「外科手術費用保險金自負額」之數值。

【出院後門診腫瘤治療費用保險金的給付】

第七條

被保險人因第三條之約定而以全民健康保險保險對象身分住院診療時，經醫師診斷發現腫瘤，並依醫師囑咐其腫瘤在出院後得以門診方式接受放射線或化學治療者，本公司按被保險人出院後，以全民健康保險保險對象身分到醫院為治療其腫瘤，且依全民健康保險規定其保險對象應自行負擔及不屬全民健康保險給付範圍之門診放射線或化學治

療費用，於扣除自負額（附表二所列之「出院後門診腫瘤治療費用保險金自負額」乘以附表四「放射線治療項目及費用表」所載之該項放射線治療費用之給付比例(2%至 7%)或化學治療給付比例(20%)計算）後之餘額，給付本項保險金。但每次各項放射線治療費用給付金額，不得超過附表一所載其投保計劃所列之「出院後門診腫瘤治療費用保險金限額」扣除附表二所載其投保計劃所列之「出院後門診腫瘤治療費用保險金自負額」後，乘以附表四「放射線治療項目及費用表」所載之該項放射線治療費用之給付比例所得之金額；每個化學療程之治療費用給付金額，不得超過附表一所載其投保計劃所列「出院後門診腫瘤治療費用保險金限額」扣除附表二所載其投保計劃所列之「出院後門診腫瘤治療費用保險金自負額」後的百分之二十。

被保險人出院後，所接受之門診放射線或化學治療，其項目與次數不限。但本公司給付的門診放射線及化學治療費用合計總額，每一保單年度不得超過附表一所載其投保計劃所列之「出院後門診腫瘤治療費用保險金限額」扣除附表二所載其投保計劃所列之「出院後門診腫瘤治療費用保險金自負額」之數值。

【住院前後門診費用保險金之給付】

第八條

被保險人因第三條之約定而以全民健康保險保險對象身分住院診療或接受門診外科手術者，其於入院診療或接受門診外科手術前七日內；與出院後或接受門診外科手術後十四日內，因同一事故以全民健康保險保險對象身分門診治療時，本公司按被保險人門診治療時所發生，且依全民健康保險規定其保險對象應自行負擔及不屬全民健康保險給付範圍之費用，於扣除自負額（附表二所列之「住院前後門診費用保險金自負額」）後之餘額，給付本項保險金。但每次門診給付金額不得超過附表一所載其投保計劃之「住院前後門診費用保險金限額」扣除附表二所載其投保計劃之「住院前後門診費用保險金自負額」後之數值。

被保險人接受門診外科手術治療者，本公司對依第五條及第六條之約定所給付之保險金，其金額不列入「住院前後門診費用保險金限額」中計算。

本公司依第七條之約定給付之「出院後門診腫瘤治療費用保險金」，其給付之金額不列入「住院前後門診費用保險金限額」中計算。

【補充保險金之給付】

第九條

被保險人因第三條之約定而以全民健康保險保險對象身分住院診療時，其自行支付的費用按第四、五、六、七、八條申請給付後，若實際自行支付的任一各項費用超過附表一所載其投保計劃所列之該項限額，本公司按其超過金額扣除附表二所載其投保計劃所列之「補充保險金自負額」後，給付補充保險金。但同一次住院合計給付補充保險金不得超過附表一所載其投保計劃之「補充保險金限額」扣除附表二所載其投保計劃所列之「補充保險金自負額」後之數值。

【醫療費用未經全民健康保險給付者之處理方式】

第十條

被保險人不以全民健康保險保險對象身分住院診療或門診；或前往不具有全民健康保險之醫院或診所診療，致各項醫療費用未經全民健康保險給付者，本公司按下列方式給付各項保險金：

一、「住院病房費用保險金」、「住院醫療費用保險金」、「外科手術費用保險金」、「出院後門診腫瘤治療費用保險金」及「住院前後門診費用保險金」，本公司依被保險人實際支付之各項費用的百分之六十五扣除附表二所載其投保計劃所列之各該項保險金自負額後，給付各該項保險金。惟仍以前述各項保險金條款約定之限額扣除自負額為限。

二、「補充保險金」不給付。

【住院次數之計算及附約有效期間屆滿後住院之處理】

第十一條

被保險人於本附約有效期間，因同一疾病或傷害、或因此引起之併發症，於出院或接受門診外科手術後十四日內於同一醫院再次住院或再次接受門診外科手術時，其各項保險金的給付及其限額，均視為一次住院辦理。

前項保險金之給付，倘被保險人係於本附約有效期間屆滿後出院者，本公司就再次住院部分不予給付保險金。

【住院日數之計算】

第十二條

被保險人依第三條之約定住院診療時，其住院日數之計算含入院及出院當日，即入院之日或出院之日的在院時間雖不足一日，均以一日計算。

【保險金給付之限制】

第十三條

符合以下情形之一者，本附約不給付第四條至第九條之保險金：

一、已獲得全民健康保險給付之部分。

二、已獲得其他住院醫療費用保險以實支實付給付者，但非以醫療費用收據正本、依其他法令投保或主管機關另有

規定而獲得住院醫療費用之實支實付給付者不在此限。

【除外責任】

第十四條

被保險人因下列原因所致之疾病或傷害而住院或門診診療者，本公司不負給付該被保險人各項保險金的責任。

一、被保險人之故意行為（包括自殺及自殺未遂）。

二、被保險人之犯罪行為。

三、被保險人非法施用防制毒品相關法令所稱之毒品。

被保險人因下列事故而住院或門診診療者，本公司不負給付該被保險人各項保險金的責任。

一、美容手術、外科整型。但為重建其基本功能所作之必要整型，不在此限。

二、外觀可見之天生畸形。

三、非因當次住院事故治療之目的所進行之牙科手術。

四、裝設義齒、義肢、義眼、眼鏡、助聽器或其它附屬品。但因遭受意外傷害事故所致者，不在此限，且其裝設以一次為限。

五、健康檢查，療養、靜養、戒毒、戒酒、護理或養老之非以直接診治病人為目的者。

六、懷孕、流產或分娩及其併發症。但下列情形不在此限：

(一)懷孕相關疾病：

1.子宮外孕。

2.葡萄胎。

3.前置胎盤。

4.胎盤早期剝離。

5.產後大出血。

6.子癲前症。

7.子癇症。

8.萎縮性胚胎。

9.胎兒染色體異常之手術。

(二)因醫療行為所必要之流產，包含：

1.因本人或其配偶患有礙優生之遺傳性、傳染性疾病或精神疾病。

2.因本人或其配偶之四親等以內之血親患有礙優生之遺傳性疾病。

3.有醫學上理由，足以認定懷孕或分娩有招致生命危險或危害身體或精神健康。

4.有醫學上理由，足以認定胎兒有畸型發育之虞。

5.因被強制性交、誘姦或與依法不得結婚者相姦而受孕者。

(三)醫療行為必要之剖腹產，並符合下列情況者：

1.產程遲滯：已進行充足引產，但第一產程之潛伏期過長 (經產婦超過 14 小時、初產婦超過 20 小時)，或第一產程之活動期子宮口超過 2 小時仍無進一步擴張，或第二產程超過 2 小時胎頭仍無下降。

2.胎兒窘迫，係指下列情形之一者：

a.在子宮無收縮情況下，胎心音圖顯示每分鐘大於 160 次或少於 100 次且呈持續性者，或胎兒心跳低於基礎心跳每分鐘 30 次且持續 60 秒以上者。

b.胎兒頭皮酸鹼度檢查 PH 值少於 7.20 者。

3.胎頭骨盆不對稱，係指下列情形之一者：

a.胎頭過大（胎兒頭圍 37 公分以上）。

b.胎兒超音波檢查顯示巨嬰（胎兒體重 4000 公克以上）。

c.骨盆變形、狹窄(骨盆內口 10 公分以下或中骨盆 9.5 公分以下)並經骨盆腔攝影確定者。

d.骨盆腔腫瘤(包括子宮下段之腫瘤，子宮頸之腫瘤及會引起產道壓迫阻塞之骨盆腔腫瘤)致影響生產者。

4.胎位不正。

5.多胞胎。

6.子宮頸未全開而有臍帶脫落時。

7.兩次（含）以上的死產(懷孕 24 周以上，胎兒體重 560 公克以上)。

8.分娩相關疾病：

a.前置胎盤。

b.子癲前症及子癇症。

c.胎盤早期剝離。

d.早期破水超過 24 小時合併感染現象。

e.母體心肺疾病：

(a)嚴重心律不整，並附心臟科專科醫師診斷證明或心電圖檢查認定須剖腹產者。

(b)經心臟科採用之心肺功能分級認定為第三或第四級心臟病，並附診斷證明。

(c)嚴重肺氣腫，並附胸腔科專科醫師診斷證明。

七、不孕症、人工受孕或非以治療為目的之避孕及絕育手術。

【保險期間的始日與終日】

第十五條

本附約的保險期間，自保險單上所載期間之始日午夜十二時起至終日午夜十二時止。但契約另有約定者，從其約定。

【保險責任的開始及交付保險費】

第十六條

本公司應自同意承保並收取第一期保險費後負保險責任，並應發給保險單作為承保的憑證。

本公司如於同意承保前，預收相當於第一期保險費之金額時，其應負之保險責任，以同意承保時溯自預收相當於第一期保險費金額時開始。但契約另有約定保險期間始日者，從其約定。

前項情形，在本公司為同意承保與否之意思表示前發生應予給付之保險事故時，本公司仍負保險責任。

本附約之保險費，應於保險期間內與主契約保險費一併交付。

【附約撤銷權】

第十七條

要保人於保險單送達的翌日起算十日內，得以書面或其他約定方式檢同保險單向本公司撤銷本附約。

要保人依前項規定行使本附約撤銷權者，撤銷的效力應自要保人書面或其他約定方式之意思表示到達翌日零時起生效，本附約自始無效，本公司應無息退還要保人所繳保險費；本附約撤銷生效後所發生的保險事故，本公司不負保險責任。但附約撤銷生效前，若發生保險事故者，視為未撤銷，本公司仍應依本附約規定負保險責任。

要保人依主契約有關契約撤銷權規定撤銷主契約者，本附約亦視同撤銷。

【附約有效期間及保證續保】

第十八條

本附約保險期間為一年，保險期間屆滿時，要保人得交付續保保險費，以逐年使本附約繼續有效，本公司不得拒絕續保。

本附約續保時，按續保生效當時依規定陳報主管機關之費率及被保險人年齡重新計算保險費，但不得針對個別被保險人身體狀況調整之。

【第二期以後保險費的交付、寬限期間及附約效力的停止】

第十九條

分期繳納的第二期以後的保險費(包括續年度首期保險費)，應照本附約保險單所載交付方式及日期，向本公司所在地或指定地點交付，本公司並交付開發之憑證。第二期以後分期保險費到期未繳付時，年繳或半年繳者，自催告到達翌日起三十日內為寬限期間；月繳或季繳者，則不另為催告，自保險單所載交付日期之翌日起三十日為寬限期間。

約定以金融機構轉帳或其他方式交付第二期以後的分期保險費者，本公司於知悉未能依此項約定受領保險費時，應催告要保人交付保險費，自催告到達翌日起三十日內為寬限期間。

前二項對要保人之催告，本公司另應通知被保險人以確保其權益。對被保險人之通知，依最後留存於本公司之聯絡資料，以書面、電子郵件、簡訊或其他約定方式擇一發出通知者，視為已完成。

逾寬限期間仍未交付者，本附約自寬限期間終了翌日起停止效力。如在寬限期間內發生保險事故時，本公司仍負保險責任。

【主契約繳費期滿或辦理減額繳清保險時附約的續保】

第二十條

主契約繳費年期屆滿或辦理減額繳清保險且持續有效時，本附約得依約定繼續繳費，其繳費採用年繳方式。

【續保保險年齡的限制】

第二十一條

本附約被保險人為主契約之被保險人或其配偶時，其續保之保險年齡最高為八十五歲。

本附約被保險人為主契約被保險人之子女時，其續保之保險年齡最高為二十三歲。

【附約效力的停止】

第二十二條

主契約效力停止時，本附約之效力同時停止。

【附約效力的恢復】

第二十三條

本附約停止效力後，主契約申請復效時，本附約亦得同時申請復效；或主契約仍然有效時，本附約得單獨申請復效。經本公司同意後，要保人應繳清按日數比例計算當期欠繳的未滿期保險費後，自翌日上午零時起，本附約始能恢復效力。惟本附約停效期間所發生的保險事故，本公司均不負保險責任。

主契約效力停止時，要保人不得單獨申請恢復本附約之效力。

基於保戶服務，本公司於保險契約停止效力後至得申請復效之期限屆滿前三個月，將以書面、電子郵件、簡訊或其他約定方式擇一通知要保人有行使申請復效之權利，並載明要保人未於約定期限屆滿前恢復保單效力者，契約效力將自約定期限屆滿之日翌日上午零時起終止，以提醒要保人注意。

本公司已依要保人最後留於本公司之前項聯絡資料發出通知，視為已完成前項之通知。

【告知義務與附約的解除】

第二十四條

要保人在訂立本附約時，對本公司要保書書面詢問的告知事項應據實說明，如有為隱匿或遺漏不為說明，或為不實的說明，足以變更或減少本公司對於危險的估計者，本公司得解除本附約，其保險事故發生後亦同。但危險的發生未基於其說明或未說明的事實時，不在此限。

被保險人在訂立本附約時，對本公司要保書書面詢問的告知事項應據實說明，如有為隱匿或遺漏不為說明，或為不實的說明，足以變更或減少本公司對於危險的估計者，本公司得對該被保險人解除本附約，其保險事故發生後亦同。但危險的發生未基於其說明或未說明的事實時，不在此限。

前二項解除附約權，自本公司知有解除之原因後，經過一個月不行使而消滅；或自附約訂立後，經過二年不行使而消滅。

【附約的終止】

第二十五條

要保人得隨時終止本附約。

前項附約之終止，自本公司收到要保人書面或其他約定方式通知時，開始生效。

要保人依第一項約定終止本附約時，本公司應按日數比例，退還未滿期之保險費。

被保險人於本附約有效期間內，非因約定之保險事故，致該被保險人部分之契約效力終止時，本公司按日數比例退還其未滿期保險費予要保人。

本附約有下列情形之一時，如尚未期滿，其效力繼續至當期已繳保險費期間屆滿時終止。

一、主契約期滿時。

二、主契約終止時。

三、主契約經申請變更為展期保險時。

四、主契約被保險人死亡或完全失能時。

主契約因遭強制執行終止，如要保人繼續繳交本附約保險費，本公司仍負本附約之保險責任，本附約不因此而終止，不適用第五項第二款約定。

【年齡的計算及錯誤的處理】

第二十六條

被保險人的投保年齡，以足歲計算，但是未滿一歲的零數超過六個月者加算一歲，要保人在申請投保時，應將被保險人的出生年月日在要保書填明。

被保險人的投保年齡發生錯誤時，依下列規定辦理：

一、真實投保年齡較本公司保險費率表所載最高年齡為大者，本附約無效，其已繳保險費無息退還要保人。

二、因投保年齡的錯誤，而致溢繳保險費者，本公司無息退還溢繳部分的保險費。

三、因投保年齡的錯誤，而致短繳保險費者，要保人得補繳短繳的保險費或按照所付的保險費與被保險人的真實年齡比例減少保險金限額。但在發生保險事故後始發覺且其錯誤不可歸責於本公司者，要保人不得請求補繳短繳的保險費。

前項第一款、第二款情形，其錯誤原因歸責於本公司者，應加計利息退還保險費，其利息按民法第二百零三條法定週年利率計算。

【保險事故的通知與保險金的申請時間】

第二十七條

要保人、被保險人或受益人應於知悉本公司應負保險責任之事故後十日內通知本公司，並於通知後儘速檢具所需文件向本公司申請給付保險金。

本公司應於收齊前項文件後十五日內給付之。但因可歸責於本公司之事由致未在前述約定期限內為給付者，應按年利一分加計利息給付。

【受益人】

第二十八條

本附約各項保險金之受益人為被保險人本人，本公司不受理其指定及變更。

被保險人身故時，如本附約保險金尚未給付或未完全給付，則以該被保險人之法定繼承人為該部分保險金之受益人。

前項法定繼承人之順序及應得保險金之比例適用民法繼承編相關規定。

【保險金的申領】

第二十九條

受益人申領本附約各項保險金時，應檢具下列文件。

一、保險金申請書。

二、保險單或其謄本。

三、醫療診斷書或住院證明。（但要保人或被保險人為醫師時，不得為被保險人出具診斷書或住院證明。）

四、醫療費用明細及醫療費用收據正本。但如為電子文件，必要時本公司得要求提供紙本文件。

五、受益人的身分證明。

受益人申領保險金時，本公司基於審核保險金之需要，得徵詢其他醫師之醫學專業意見，並得經受益人同意調閱被保險人之就醫相關資料。因此所生之費用由本公司負擔。

【變更住址】

第三十條

要保人的住址有變更時，應即以書面或其他約定方式通知本公司。

要保人不做前項通知時，本公司按所知最後住址發送的通知，視為已送達要保人。

【時效】

第三十一條

由本附約所生的權利，自得為請求之日起，經過兩年不行使而消滅。

【批註】

第三十二條

本附約內容的變更，或記載事項的增刪，應經要保人與本公司雙方書面或其他約定方式同意，並由本公司即予批註或發給批註書。

【管轄法院】

第三十三條

因本附約涉訟時，同意以要保人住所所在地地方法院為第一審管轄法院，要保人之住所在中華民國境外時，以台灣台北地方法院為第一審管轄法院。但不得排除消費者保護法第四十七條及民事訴訟法第四百三十六條之九小額訴訟管轄法院之適用。

附表一：保險金限額表

單位：新臺幣元

計劃別	每日住院 病房費用 保險金限額	住院 醫療費用 保險金限額	外科 手術費用 保險金限額	出院後門診腫瘤 治療費用 保險金限額	住院前後 門診費用 保險金限額	補充保險金 限額
計劃一	2,000	180,000	220,000	70,000	800	4,000
計劃二	2,500	210,000	240,000	90,000	1,100	5,000
計劃三	3,000	240,000	260,000	110,000	1,400	6,000
計劃四	3,500	270,000	280,000	130,000	1,700	7,000
計劃五	4,000	300,000	300,000	150,000	2,000	8,000

附表二：保險金自負額表

單位：新臺幣元

計劃別	每日住院 病房費用 保險金自負額	住院 醫療費用 保險金自負額	外科 手術費用 保險金自負額	出院後門診腫瘤 治療費用 保險金自負額	住院前後 門診費用 保險金自負額	補充保險金 自負額
計劃一	1,000	90,000	160,000	40,000	600	2,000
計劃二	1,500	120,000	180,000	60,000	900	3,000
計劃三	2,000	150,000	200,000	80,000	1,200	4,000
計劃四	2,500	180,000	220,000	100,000	1,500	5,000
計劃五	3,000	210,000	240,000	120,000	1,800	6,000

附表三：手術名稱及費用表

手　術　項　目	給付比例（%）
一、顱　腔	
1. 腦瘤手術	100
2. 腦內血腫清除	57
3. 顱骨切除術	41
4. 頭顱穿洞術(止血引流、穿刺檢查)	11
二、眼　部	
1. 眼球內容物剜除術	12
2. 角膜或結膜表面異物除去術	1
3. 角膜切除術	14
4. 角膜移植術	39
5. 前房異物取出術	15
6. 鞏膜異物除去術	2
7. 青光眼鞏膜切開術	18
8. 白內障手術	15
9. 玻璃體內異物除去術	10
10. 視網膜剝離(多發性融合)	33
三、耳　部	
1. 耳介膿瘍或血腫切開引流術	1
2. 鼓膜切開術	2
3. 乳突鑿開術	35
4. 內耳全摘除術	36
5. 聽小骨重建術	43
6. 鼓膜成形術	22
7. 鼓室成形術	55
四、鼻　部	
1. 鼻息肉切除術	5
2. 全部或部份鼻甲切除	7
3. 鼻中隔造形術	11
4. 一般鼻甲黏膜切除	7
5. 萎縮性鼻炎手術	12
6. 鼻竇切開	13
五、咽　喉	
1. 喉切開術	23
2. 聲道上部份喉切除術	38
3. 咽喉切除術	56
4. 扁桃腺切除或扁桃腺併增殖腺切除術	7

手　術　項　目	給付比例（%）
六、胸　腔	
1. 胸腔成形術(第一期)	23
2. 胸腔成形術(第二期)	14
3. 胸腔成形術(第三期)	9
4. 密閉式引流	3
5. 開放式引流	13
6. 氣管、支氣管、細支氣管異物除去術	7
7. 肺全切除術	48
8. 肺單元切除術	35
七、循環系統	
1. 心包膜切除術	39
2. 插入或換置永久性節律器	23
3. 單一瓣膜換置術	86
4. 二個以上瓣膜換置術	100
5. 冠狀動脈繞道術(一條血管)	86
6. 冠狀動脈繞道術(二條以上血管)	100
7. 室中隔缺損(VSD)修補手術	100
8. 探查性開心術(包括移除異物)	61
八、造血與淋巴系統	
1. 脾臟切除術	22
九、食　道	
1. 食道切除術	32
2. 食道切除再造術	50
3. 食道靜脈瘤曲張術	37
十、腹部和消化系統	
1. 胃全部切除	46
2. 次全或半胃切除術 (無迷走神經切除)	25
3. 次全或半胃切除術 (有迷走神經切除)	36
4. 幽門成形術	15
5. 迷走神經切除術 加幽門成形術	38
6. 胃縫合術(胃潰瘍穿孔及胃部傷口的縫合)	17

手　術　項　目	給付比例（%）
7. 肝區域切除術(一區域)	28
8. 肝區域切除術(二區域)	33
9. 肝區域切除術(三區域)	43
10. 肝葉切除術	48
11. 切肝取石術	35
12. 膽囊切除術	22
13. 膽囊造廔術	19
14. 膽總管切開摘石術及T形管引流	23
15. 膽總管全切除術	28
16. 胰臟膿瘍或胰炎引流術	17
17. 胰臟全切除術	54
18. 腸黏連分離術	13
19. 腸套疊還原、腸息肉切除術或腸穿孔縫補術	19
20. 十二指腸縫合術(十二指腸潰瘍穿孔縫合)	17
21. 腸阻塞	21
22. 腸切除併吻合術	23
23. 闌尾切除術	12
24. 直腸癌腹部會陰聯合切除術	61
25. 腹壁膿瘍引流術	2
26. 腹腔內膿瘍引流術治療急性穿孔性腹膜炎	9
27. 剖腹探查術(如即時手術，按各該手術項目之比例計算)	9
十一、疝　氣	
1. 單側疝氣	8
2. 二側性疝氣	16
十二、肛　門	
1. 人工肛門造形術	6
2. 外痔完全切除術	8
3. 內外痔完全切除術(含脫肛治療)	20
4. 皮下廔管切開術	1
十三、泌 尿 系 統	
1. 腎切除術	24
2. 腎內取石及腎盂取石術	24

手　術　項　目	給付比例（%）
3. 腎固定術:固定式懸掛	19
4. 腎臟移植術	43
5. 輸尿管取石術	22
6. 輸尿管切除或成形術	26
7. 輸尿管狹窄內擴張術	4
8. 膀胱取石術	16
9. 膀胱全部切除(無人造膀胱)	36
10. 膀胱全部切除(有人造膀胱)	56
11. 尿失禁手術(經腹)	19
12. 尿失禁手術(經陰道)	9
13. 子宮膀胱脫垂合併尿失禁手術	31
14. 膀胱成形術或膀胱尿道成形術	26
15. 膀胱造口(閉合)	10
16. 尿道結石除去術	5
17. 尿道破裂手術	26
十四、生 殖 系 統	
1. 陰囊水腫切除術	12
2. 陰囊切除術	9
3. 睪丸或副睪丸切除術	12
4. 子宮頸擴張、刮除術	3
5. 子宮頸切除術	7
6. 子宮肌瘤切除	20
7. 子宮完全切除術	24
8. 子宮頸癌全子宮根除術	45
9. 骨盆腔(腹部)黏道分離術	10
10. 輸卵管、卵巢切除術(不論單側、雙側、部份或全部)	15
11. 子宮內膜異位症	15
12. 子宮懸吊術	15
13 精索切除	7
14. 子宮縫合術	9
十五、乳 房	
1. 單純乳房切除術(單側)	12
2. 單純乳房切除術(雙側)	17
3. 乳癌根治切除術(單側)	27
4. 乳癌根治切除術(雙側)	39

手　術　項　目	給付比例（%）
十六、內分泌系統	
1. 甲狀腺囊腫或甲狀腺舌囊切除	15
2. 甲狀腺全部切除術	20
3. 副甲狀腺切除術	31
十七、神經系統	
1. 椎間盤切除術(頸椎)	70
2. 椎間盤切除術(胸椎)	59
3. 椎間盤切除術(腰椎)	48
4. 頸交感神經切斷術	27
5. 胸交感神經切斷術	54
6. 腰交感神經切斷術	31
7. 神經形成術、神經移植術	45
8. 神經分離術	15
9. 神經瘤或神經纖維瘤切除術	10
十八、皮　膚	
1. 一個或多個表皮膿瘍子切開	2
2. 補皮手術	20
3. 手部根蒂皮瓣移植術	12
4. 根蒂皮瓣分離術	7
十九、腫　瘤	
1. 惡性瘤之外科切除，但黏液膜、皮膚和皮下組織之惡性瘤除外	20
2. 腔鞘囊腫	2
3. 粘腋膜、皮膚和皮下組織之惡性瘤	10
4. 其他一個或多個良性瘤	5
二十、關 節 韌 帶	
1. 腱、韌帶皮下斷裂縫合術	16
2. 疾病脫臼或病狀而行之關節切除術	4
3. 切開肩骨、脊椎關節做關節固定、截除或形成術	25
4. 人工髖關節或全膝關節再置術	94
5. 人工關節移除術	22
6. 半月軟骨部份切除術	30

手　術　項　目	給付比例（%）
廿一、骨　折(經開刀校正手術者)	
1. 指骨或趾骨	9
2. 尺骨或撓骨	20
3. 腕骨、跗骨、蹠骨或掌骨	14
4. 肱骨或肩胛骨	17
5. 鎖骨	14
6. 肋骨	9
7. 脛骨或腓骨	37
8. 膝蓋骨	16
9. 股骨	40
10. 鼻骨	6
11. 顎骨	15
12. 顴骨	18
13. 骨盆骨	39
14. 髖骨	29
15. 脊椎骨	48
廿二、截 肢 術	
1. 切斷手指或足趾	9
2. 切斷至股關節處之大腿	20
3. 切斷小腿、前臂、上臂、腕關節或踝關節	13
廿三、顯微再接手術	
1. 一手指	57
2. 二手指以上	100
3. 手、足斷肢再接術	100
廿四、妊娠併發症	
1. 葡萄胎除去術	6
2. 子宮外孕手術	10
3. 妊娠併發症所致之必要性剖腹產術（含死胎）	10
4. 妊娠第一期流產（妊娠未滿13週）	2
5. 妊娠第二期流產（妊娠13週以上）	3

附表四：放射線治療項目及費用表

放 射 線 治 療 項 目	給付比例(%)	放 射 線 治 療 項 目	給付比例(%)
1.照射治療規劃及劑量（每次）	7	3.鈷六十照射（每次）	3
2.初步或定位照相（每張）	2	4.直線加速器照射治療（每次）	5