

台灣人壽安心幸福團體住院醫療限額健康保險

主要給付項目：

1.實支實付型：

每日住院費保險金、加護病房寬額保險金、住院費用增額補償保險金、
醫院各項雜費保險金、意外傷害事故急診醫療費保險金、
住院前後門診費用保險金、醫師診查費保險金、外科手術費保險金、剖腹產之給付

2.日額給付型：

住院費用補償保險金

中華民國 106 年 12 月 29 日
台壽字第 1062321151 號函備查

(被保險人住院診療時，可實支實付型或日額給付型二擇一給付。但須檢具醫療費用收據正本申領。)

◎免費申訴電話：0800-213-269。

【保險契約的構成】

第一條

本保險單條款、附著之要保書、被保險人名冊、批註及其他約定書，均為本保險契約（以下簡稱本契約）的構成部分。

本契約的解釋，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

本契約所稱「要保人」是指要保單位。

本契約所稱「被保險成員」是指要保單位所屬人員，且具備本公司與要保人所約定的條件並參加本保險者。

本契約所稱「被保險人」是指本契約所附被保險人名冊內所載之被保險成員及其下列家屬：

一、被保險成員之配偶，以戶籍登記為準。

二、被保險成員之父母，即指被保險成員之生父母或養父母，以戶籍登記為準。

三、被保險成員之子女，即指被保險成員戶籍登記之子女、養子女或登記於同一戶籍之繼子女。

本契約所稱「團體」是指具有五人以上且非以購買保險而組織之下列之一團體：

一、有一定雇主之員工團體。

二、依法成立之合作社、協會、職業工會、聯合團體、或聯盟所組成之團體。

三、債權、債務人團體。

四、依規定得參加公教人員保險、勞工保險、軍人保險、農民健康保險或依勞動基準法、勞工退休金條例規定參加退休金計畫之團體。

五、中央及地方民意代表所組成之團體。

六、凡非屬以上所列而具有法人資格之團體。

本契約所稱「疾病」是指被保險人自本契約生效日或加保日後所發生之疾病。

本契約所稱「傷害」是指被保險人於本契約有效期間內，遭受意外傷害事故，因而蒙受之傷害。

本契約所稱「意外傷害事故」是指非由疾病引起之外來突發事故。

本契約所稱「醫院」是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。

本契約所稱「醫師」是指合法領有醫師執照之執業醫師，且非被保險人本人。

本契約所稱「同一事故」是指被保險人於本契約有效期間內，因同一疾病或傷害，或因此引起之併發症，必須前往醫院接受診療之事故。

本契約所稱「住院」是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第五十一條所稱之日間住院及精神衛生法第三十五條所稱之日間留院。

本契約所稱「每日住院費保險金限額」、「醫院各項雜費保險金限額」、「每日醫師診查費保險金限額」及「外科手術費保險金限額」，是指依要保人投保，經本公司同意，記載於保險契約上投保之保險金額，倘爾後該金額有所變更，則以變更後並批註於本保險單之金額為準。

【住院次數之計算及契約有效期間屆滿後住院之處理】

第三條

被保險人於本契約有效期間，因同一疾病或傷害，或因此引起之併發症，於出院後十四日內再次住院時，其各種保險金的給付及其限額，視為同一次住院辦理。

前項保險金之給付，倘被保險人係於本契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。

【保險期間、保險責任的開始及交付保險費】

第四條

本契約保險期間為一年。

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。

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。

【保險證或保險手冊】

第五條

本公司應發給每位被保險人保險證或保險手冊，載明被保險人姓名、保險商品名稱、保單號碼、保險範圍、保險期間、保險金額、本公司服務電話及被保險人具有撤銷其同意投保之權利。

【保險範圍】

第六條

被保險人於本契約有效期間內，因第二條約定之疾病或傷害至醫院診療時，本公司依照本契約約定給付保險金。

【保險費的計算】

第七條

本契約的保險費總額以平均保險費率乘保險金額總額計算，但在本契約有效期間內因保險金額總額的增減而致保險費總額有增減時，要保人與本公司應就其差額補交或返還。

前項所稱「平均保險費率」是按訂定本契約或續保時，依要保人的危險程度及每一被保險人的性別、年齡、保險金額所算出的保險費總和除以全體被保險人保險金額總和計算。

【第二期以後保險費的交付、寬限期間及契約效力的停止】

第八條

分期繳納的第二期以後保險費，應照本契約所載交付方法及日期，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交付時，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。

逾寬限期間仍未交付者，本契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。但應由給付保險金內扣除本契約該被保險人欠繳保險費。

【告知義務與本契約的解除】

第九條

要保人在訂立本契約時，對於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，本公司得解除契約，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。

被保險人於要保人申請投保或加保時，對於本公司的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，本公司得解除該被保險人部分之保險契約，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。

前二項解除權，自本公司知有解除之原因後，經過一個月不行使而消滅。

【被保險人的異動】

第十條

要保人因被保險人異動而申請加保時，應以書面或其他約定方式通知本公司，自通知到達之翌日零時起開始生效，如通知起保日期在後，則自該起保日零時起生效。

要保人因被保險人喪失被保險人資格或其他原因而退保時，應以書面或其他約定方式通知本公司，被保險人資格自通知到達之翌日零時起喪失，如通知退保日期在後，則自該退保日零時起喪失，其保險效力終止。

依本條約定加退保致保險費總額有所增減時，要保人與本公司應就加退保被保險人之保險金額，按日數比例補繳或返還未滿期之保險費。

【被保險人資格的喪失】

第十一條

被保險成員因下述情形喪失其被保險人資格：

一、喪失被保險成員資格。

二、身故。

被保險成員之配偶因下述情形喪失其被保險人資格：

一、該被保險成員喪失被保險人資格。

二、與該被保險成員離婚。

三、身故。

被保險成員之父母因下述情形喪失其被保險人資格：

一、該被保險成員喪失被保險人資格。

二、該被保險成員被他人收養、認領或與該被保險成員終止收養關係。

三、身故。

被保險成員之子女因下述情形喪失其被保險人資格：

一、該被保險成員喪失被保險人資格。

二、被他人收養、認領、與該被保險成員終止收養關係或喪失繼子女身分。

三、身故。

【契約的終止】

第十二條

本契約在被保險人數少於 人，或少於有參加保險資格人數的百分之 時，本公司得終止本契約，並按日數比例返還未滿期之保險費。

保險契約的效力自通知到達之翌日零時起終止。終止前發生保險事故時，本公司仍負給付保險金的責任。

【危險變更的通知義務】

第十三條

要保人或被保險人由於工作場所、設備、業務種類或其他變更，致危險有顯著增加時，要保人應於知悉後兩週內通知本公司，要保人怠於通知時，對本公司因此所受的損失，應負賠償責任。

本公司接到前項通知後三十日內，得根據危險增加的程度要求增加保險費或將本契約終止。

危險顯著減少時，要保人或被保險人得要求本公司重新核定保險費。

【被保險人的更約權】

第十四條

本公司因第十二條、第十三條的原因終止本契約或被保險人參加本契約滿六個月後喪失本契約被保險人資格時，被保險人得於本契約終止或喪失被保險人資格之日起三十日內不具任何健康證明文件，向本公司投保不高於本契約內該被保險人之「每日住院費保險金限額」的其他同類型個人住院醫療健康保險契約或附約，本公司按該被保險人更約當時之年齡以標準體承保。但被保險人的年齡或職業類別在本公司拒保範圍內者，本公司得不予承保。

【資料的提供】

第十五條

要保人應保存每位被保險人的個別資料，詳錄該被保險人的姓名、性別、年齡、出生日期、身分證明編號、保險終止日期，以及其他與本契約有關的資料。

要保人應依本公司的要求，提供前項資料。

【保險事故的通知與保險金的申請時間】

第十六條

要保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。逾期本公司應按年利一分加計利息給付。但逾期事由不可歸責於本公司者，不在此限。

【醫療保險金之給付】

第十七條

被保險人於本契約有效期間內，因第二條約定之疾病或傷害，至醫院診療時，本公司按下列約定，給付各項醫療保險金：

一、每日住院費保險金：

被保險人於同一次住院期間，該醫院所實際收取之病房、膳食及一般護理費用，但每日住院費保險金不得超過保險契約所列之「每日住院費保險金限額」。

加護病房寬額保險金：

被保險人於同一次住院期間經醫師診斷需入住加護病房時，於入住加護病房期間之最初七日，保險契約所列之「每日住院費保險金限額」將調整為兩倍，給付之天數則包含於該同一次住院期間之給付天數內，惟如入住加護病

房未滿七日時，則就實際入住日數調整，如逾七日時，則就最初七日調整。

住院費用增額補償保險金：

被保險人於同一次住院期間以全民健康保險之保險對象身分接受診療，且住院期間經醫師施行外科手術治療者，則保險契約所列之「每日住院費保險金限額」將調整為一·五倍。但如被保險人有入住加護病房診療時，於入住加護病房期間，其「每日住院費保險金限額」依前開「加護病房寬額保險金」之約定辦理，其餘住院天數依住院費用增額補償保險金約定辦理。

本款中各項保險金之給付，於同一次住院期間合計最多以給付三百六十五日為限。

二、醫院各項雜費保險金：

是指醫院實際收取的下列各項費用：

(一)手術室、治療室及其設備之使用。

(二)醫師指示用藥。

(三)敷料、普通外科用挾板及石膏整形。

(四)化驗室檢驗。

(五)心電圖。

(六)基礎代謝率檢查。

(七)物理治療。

(八)麻醉劑、氧氣及其應用。

(九)X光檢查。

(十)靜脈輸注及其藥液。

(十一)血液或血漿之費用及其輸注費。

(十二)來往醫院之救護車費。

(十三)掛號費及證明文件。

意外傷害事故急診醫療費保險金：

被保險人因遭受意外傷害事故，致其身體蒙受傷害，自意外傷害事故發生後二十四小時以內至醫院接受急診醫療者，不論是否繼續住院診療，本公司按醫院所實際收取之醫療費用給付意外傷害事故急診醫療費保險金，但同一事故累計給付金額最高以新臺幣伍仟元為限。

住院前後門診費用保險金：

被保險人於住院診療之前一週內或出院之後一週內，因同一事故需門診醫療時，該項住院前後之門診醫療費用將給付之，惟以每日一次門診為限，且每次給付金額不得超過保險契約所列之「每日醫師診查費保險金限額」。如被保險人於同一次住院期間曾經接受手術治療時，其出院後之門診醫療費用給付期間將延長為兩週內。

本公司計付被保險人於同一次住院期間之醫院各項雜費保險金、意外傷害事故急診醫療費保險金及住院前後門診費用保險金，合計不得超過保險契約所列之「醫院各項雜費保險金限額」，超過該限額者，僅得依該限額計算本款之保險金。

三、醫師診查費保險金：

被保險人於同一次住院期間，該醫院所實際收取之主治醫師之診查費及其他醫師之會診費，總計不得超過保險契約所列之「每日醫師診查費保險金限額」乘以其實際住院日數所得之數額，且同一次住院期間最多以給付三百六十五日為限；惟如被保險人接受外科手術時，該醫院所實際收取之主治醫師診查費，應併入外科手術費保險金內計付，不再依本款計付。

四、外科手術費保險金：

(一)被保險人於同一次住院期間，該醫院所實際收取之外科手術費用，其金額不得超過附表一所列之最高補償額給付百分率乘以保險契約所列之「外科手術費保險金限額」。

(二)被保險人於同一次住院期間在不同手術位置接受二項以上外科手術時，各項外科手術費保險金依第一目之約定計算，但各項外科手術費保險金之總和不得超過保險契約所列之「外科手術費保險金限額」，如超過該限額者，僅得依該限額計算本款之保險金。

(三)被保險人於「同一次住院期間在同一手術位置接受二項(含)以上手術時」，其外科手術費保險金以各次手術中，按附表一所列之最高補償額給付百分率之最高手術項目，依第一目約定計算之。所謂「同一次住院期間在同一手術位置接受二項(含)以上手術時」，是指經由同一單項之切開術所為數項手術而言。

(四)被保險人所接受的手術，若不在附表一所列項目內時，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。

(五)被保險人接受附表一所列最高補償額給付百分率為百分之一百的外科手術項目時，其最高補償額給付百分率提高為百分之四百，且第二目之各項外科手術費保險金之總和改以保險契約所列之「外科手術費保險金限額」之四倍為限。

被保險人於本契約有效期間內，因疾病或傷害，經醫師診斷必須且實際已施行門診手術，而未住院診療時，本公司仍依前項第二款及第四款之約定，給付醫院各項雜費保險金及外科手術費保險金。

【剖腹產之給付】

第十八條

被保險人於本契約有效期間內，有下列情形之一，經醫師診斷必須剖腹生產而以全民健康保險之保險對象身分住院剖

腹生產時，本公司仍依第十七條之約定給付保險金，不適用第二十條第二項第六款前段之除外事由：

一、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。

二、胎兒窘迫，係指下列情形之一者：

(一)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。

(二)胎兒頭皮酸鹼度檢查 PH 值少於 7.20 者。

三、胎頭骨盆不對稱，係指下列情形之一者：

(一)胎頭過大（胎兒頭圍 37 公分以上）。

(二)胎兒超音波檢查顯示巨嬰（胎兒體重 4000 公克以上）。

(三)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。

(四)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。

四、胎位不正。

五、多胞胎。

六、子宮頸未全開而有臍帶脫落時。

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

八、分娩相關疾病：

(一)前置胎盤。

(二)子癲前症及子癲症。

(三)胎盤早期剝離。

(四)早期破水超過 24 小時合併感染現象。

(五)母體心肺疾病：

1.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。

2.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。

3.嚴重肺氣腫，並附胸腔科專科醫師診斷證明。

但附加於本契約之附約、附加條款、批註條款或其他約定書，不適用本條之約定。

【住院費用補償保險金之給付】

第十九條

若被保險人因第十七條之約定住院診療，而未向本公司申請第十七條及第十八條約定之各項保險金者，本公司依被保險人住院日數，按日依保險契約所列之「每日住院費保險金限額」給付「住院費用補償保險金」。惟同一次住院期間最多以給付三百六十五日為限。

被保險人有第三條約定之情形而先前已依第十七條及第十八條之約定向本公司請求各項保險金給付者，因同一事故再次入院時，僅得再依第十七條及第十八條之約定請求其再次入院之各項保險金，且同一次住院期間之各項給付仍不得超過第十七條及第十八條約定之最高給付金額。

被保險人於同一次住院期間申請本條保險金後，不得再向本公司請求第十七條及第十八條之各項保險金之給付。

【除外責任】

第二十條

被保險人因下列原因所致的疾病或傷害而住院診療時，本公司不負給付保險金的責任：

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、被保險人因非法吸食或施打麻醉藥品。

被保險人因下列事故而住院或門診診療者，本公司不負給付保險金之責任：

一、美容手術、外科整型。但因遭受意外傷害事故所致之必要外科整型，不在此限。

二、外觀可見之天生畸形。

三、牙齒治療或手術。但因遭受意外傷害事故所致者，不在此限。

四、裝設義齒、義肢、義眼、眼鏡或其他附屬品。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。各項附屬品之給付（不含義肢、義眼），每一件最高給付金額以「每日住院費保險金限額」之二倍為限，同一意外事故最高給付總額（含義肢、義眼）不得超過「每日住院費保險金限額」之十倍。

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。但懷孕期間因治療性或先兆性流產、子宮外孕、葡萄胎、前置胎盤、胎盤早期剝離、子癲前兆症、子癲症、毒血症、產後大出血之住院診療；或因遭受意外傷害所致之流產或醫療行為必要之流產，不在此限。

七、不孕症、人工受孕或非以治療為目的之避孕及絕育手術。

【保險金的申領】

第二十一條

受益人申領保險金時，應檢具下列文件：

- 一、保險金申請書。
- 二、診斷證明書。（但被保險人為醫師時，不得為被保險人出具診斷書。）
- 三、醫療費用收據正本。但受益人申領第十九條約定之保險金者，不在此限。
- 四、受益人的身分證明。

受益人因有第十八條情形而申請本契約各項保險金時，除前項約定應檢具之文件外，另應檢具產程報告書。

受益人因有第十八條第一項第三款至第六款、第八款第一目或第三目情形而申請本契約各項保險金時，除前二項約定應檢具之文件外，另應檢具超音波報告書。

受益人申領保險金時，本公司於必要時得經其同意調閱被保險人之就醫相關資料，其費用由本公司負擔。

【醫療費用未經全民健康保險給付者之處理方式】

第二十二條

第十七條之給付，於被保險人不以全民健康保險之保險對象身分診療；或前往不具有全民健康保險之醫院或診所診療者，致各項醫療費用未經全民健康保險給付，本公司依被保險人實際支付之各項費用之 100% 給付，惟仍以第十七條各項保險金條款約定之限額為限。

【受益人的指定與變更】

第二十三條

本契約各項保險金的受益人，為被保險人本人，本公司不受理其指定或變更。但如被保險成員之配偶、父母或子女於身故前已得申領前述保險金而未申領時，則於其身故後給付予被保險成員；如被保險成員於身故前已得申領前述保險金而未申領時，則於其身故後給付予被保險成員的法定繼承人。

本公司給付各項保險金時，應以受益人直接申領為限。

第一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。

【契約的續保】

第二十四條

要保人得在保險期間屆滿日的兩週前通知本公司續保，經雙方議定續保條件後，續保的始期以原契約屆滿日的翌日零時為準。

【經驗分紅】

第二十五條

本契約之經驗分紅計算公式，詳如附表二。

【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被保險人名冊填明。

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，該被保險人部分之保險契約效力自始無效，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。但在發生保險事故後始發覺且其錯誤發生在本公司者，本公司按原繳保險費與應繳保險費的比例提高保險金額，而不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，要保人不得要求補繳短繳的保險費。

前項第一款、第二款情形，其錯誤原因可歸責於本公司者，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。

【住所變更】

第二十七條

要保人的住所有變更時，應即以書面或其他約定方式通知本公司。

要保人不為前項通知者，本公司之各項通知，得以本契約所載要保人之最後住所發送之。

【時效】

第二十八條

由本契約所生的權利，自得為請求之日起，經過兩年不行使而消滅。

【批註】

第二十九條

本契約內容的變更，或記載事項的增刪，除第二十三條規定者外，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】

第三十條

因本契約涉訟者，同意以要保人住所地地方法院為第一審管轄法院，要保人的住所在中華民國境外時，以臺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：外科手術費用表

手術名稱	最高補償額 給付百分率
腹腔	
闌尾切除術	50.00
腸切除	75.00
胃切除	75.00
胃腸吻合術	63.00
膽囊摘除	75.00
除上述各項外，因診斷、治療而摘除一個或多個器官之腹腔切開術	50.00
因一次腹腔切開，行兩種以上手術仍算一次手術	50.00
膿瘍	
一個或多個表皮膿疱、癬子切開	5.00
一個或多個膿瘍或癰需要住院治療	13.00
截肢術	
指或趾截斷（每隻）	8.00
切斷手掌、前臂或腳掌（自足踝部截斷）	25.00
小腿、上臂或大腿截斷術	38.00
自髖關節處截斷大腿	75.00
乳房	
根治切除至腋窩之一側或兩側乳房切除術	75.00
切除一側乳房(單純)	45.00
切除兩側乳房(單純)	55.00
胸腔	
完整之胸廓成形術	100.00
肺或部份肺之切除	75.00
因診斷治療而行之胸腔切開，穿刺除外	25.00
膿液去除術，穿刺除外	13.00
人工氣胸	13.00
上項手術每加一次充氣，但不超過六次	3.00
因診斷之氣管鏡檢查	13.00
其他胸腔手術（不包括切片檢查之手術）	25.00
耳部	
耳鼓膜切除	5.00
一側之乳突鑿開根除術	50.00
兩側之乳突鑿開根除術	63.00
一側或兩側之開窗術	100.00
食道	
狹窄之手術	38.00
胃鏡檢查	20.00
眼部	
從角膜去除異物	5.00
視網膜剝離複接合術	100.00
白內障	60.00
青光眼	32.00
眼球去除	32.00
翼狀贅肉去除	30.00
麥粒腫或霰粒腫臉板腺囊腫	10.00
骨折	
單純性鎖骨、肩胛骨或前臂骨之治療	20.00
尾骨、跗骨、蹠骨或跟骨	10.00
股骨	38.00
上臂或小腿之一骨	30.00
手指、腳趾(每隻)或肋骨(單隻)	5.00

手術名稱	最高補償額 給付百分率
前臂二骨、肱骨或盆骨（不需牽引術）	20.00
小腿之二骨	50.00
下顎骨	18.00
腕骨、掌骨、鼻骨、二或二隻以上之肋骨或胸骨	8.00
骨盆（需牽引術）	32.00
脊椎骨橫向移位，每一節	7.00
脊椎骨壓迫性骨折，一或多節	38.00
手腕	12.00
複雜性骨折可增加上述補償之50%，如需作切開手術，包括骨移植或骨接合，則增加上述補償之100%，但不能超過最高手術限額。	
生殖泌尿系統	
腎摘除	85.00
腎固定	75.00
以切開手術切除腎、輸尿管或膀胱之腫瘤或結石	75.00
上項由燒灼法或鏡檢法取出	35.00
尿道狹窄—用切開手術	30.00
上項由尿道內手術	15.00
攝護腺全切除—用切開手術（全部操作）	85.00
攝護腺部份切除—用內視鏡檢法	25.00
用其他切除手術切除攝護腺	50.00
睪丸或副睪丸切除術	25.00
精索水腫或精索靜脈瘤	13.00
因癌症而行之子宮切除術	100.00
子宮摘除取出全部輸卵管卵巢或有無關尾切除術	65.00
非分娩性之子宮頸燒灼術或刮匙	10.00
非分娩性之子宮頸擴張刮匙術	13.00
非產後之會陰或陰道裂傷修補術包括膀胱、直腸膨出	38.00
非開腹式之纖維肌瘤切除	20.00
甲狀腺腫	
取除甲狀腺包括一切手術期	75.00
疝氣	
單純注射治療——單側	19.00
單純注射治療——雙側	25.00
根治手術治療——單側	38.00
根治手術治療——雙側	50.00
關節與脫臼	
除本表訂定者外，因疾病或病狀而行之關節切開術（穿刺不計）	13.00
肩、肘或膝關節切開術（穿刺不計）	38.00
關節切除、固定、截斷或成形手術——肩、髌或脊椎關節	75.00
關節切除、固定、截斷或成形手術——膝、肘、腕或踝關節	38.00
脫臼——指或趾（每隻）	5.00
脫臼——肩、肘、腕或踝關節	15.00
脫臼——下顎	7.00
脫臼——股或膝，肱骨不計	20.00
脫臼——肱骨	5.00
因脫臼需行切開手術，其補償金為上述之雙倍。	
鼻部	
竇穿刺	3.00
鼻腔內竇手術	25.00
鼻腔外竇手術	55.00
切除一或多個息肉	5.00
粘膜下切除	25.00
鼻甲切除術	8.00
穿刺術	

手術名稱	最高補償額 給付百分率
腹腔之穿刺	13.00
胸腔或膀胱（導尿不計）	8.00
耳鼓、囊腫關節或脊椎	5.00
直腸	
惡性腫瘤之根治手術(全部手術期)包括腸造瘻	100.00
痔瘡外痔切除手術（全部操作）	30.00
痔瘡內痔或內外痔包括脫肛、全部手術切除或注射治療	40.00
痔瘻	45.00
肛裂	5.00
其他直腸切開手術	18.00
顱腔	
切開腦腔，穿顱術、穿刺術不計	100.00
取除骨、穿顱術或解壓術	32.00
咽喉	
扁桃腺切除術，或扁桃腺切除術和增殖腺切除術	25.00
因診斷而使用喉窺鏡	5.00
腫瘤	
惡性瘤之外科切除，但粘液膜、皮膚和皮下組織之惡性腫瘤除外	50.00
粘液膜、皮膚皮下組織之惡性瘤	25.00
潛毛性竇或囊腫之切開術	25.00
睪丸或乳房之良性瘤切除	45.00
腱鞘囊腫	25.00
疣、黑痣	3.00
除另有規定外，需住院治療一個或多個良性瘤	13.00
不需住院	5.00
於上述腫瘤需放射線治療時，全部治療過程可獲得之最高補償百分率，包括手術及放射線治療，仍以該腫瘤之手術切除者為限。	
靜脈	
靜脈曲張一腿之靜脈切開手術或注射治療之全部操作	20.00
靜脈曲張二腿之靜脈切開手術或注射治療	30.00
注意 如手術項目未包括於上表時，本公司將參照上表及依該項手術之相對比例保留最後之補償金額決定權。	

附表二：經驗分紅計算公式

$$R = K \times (T - E - C) - C'$$

K：分紅率

T：當年度合併計算經驗退費之應收總保費

E：保險公司稅捐、行政管理及其他各項費用

C：當年度發生之理賠金額

C'：累積虧損