

台灣人壽保險股份有限公司

(以下簡稱「本公司」)

台灣人壽安家團體住院醫療保險

中華民國86年7月8日
台財保第861798836號函核准

中華民國104年11月20日
金管保壽字第10402548850號函核准

中華民國105年1月1日
台壽字第1052000001號函備查修正

主要給付項目：

1. 住院病房費用保險金
2. 醫師診查費用保險金
3. 住院醫療費用保險金
4. 外科手術費用保險金
5. 癌症費用保險金

- ◎本商品經本公司合格簽署人員檢視其內容業已符合一般精算原則及保險法令，惟為確保權益，基於保險公司與消費者衡平對等原則，消費者仍應詳加閱讀保險單條款與相關文件，審慎選擇保險商品。本商品如有虛偽不實或違法情事，應由本公司及負責人依法負責。
- ◎投保後解約或不繼續繳費可能不利消費者，請慎選符合需求之保險商品。
- ◎保險契約各項權利義務皆詳列於保單條款，消費者務必詳加閱讀了解。
- ◎本公司資訊公開說明文件已登載於網站上(www.taiwanlife.com)，並於本公司提供電腦設備供公開查閱下載。
- ◎免費申訴專線為0800-213-269

第一條 【保險契約的構成】

本保險單條款、附著的要保書、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）的構成部份。
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，以作利於被保險人的解釋為原則。

第二條 【名詞定義】

本契約所稱名詞定義如下：

一、「要保人」，係指要保單位。

「被保險人」，係指本契約所附被保險人名冊內所載之人員，包括團體成員及依本契約規定申請參加本保險之團體成員眷屬。

「眷屬」，係指團體成員的父母、配偶或子女。

「父母」係指團體成員的生身父母或養父母。但團體成員僅得就生身父母或養父母擇一參加，且選定後不得再變更。

「配偶」是指在保險有效期間內與團體成員存有合法婚姻關係者。

「子女」，是指二十五歲以下未婚之親生子女、養子女或繼子女。

二、「團體」，係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。

三、「疾病」，係指被保險人自本契約生效日起所發生之疾病。

「傷害」，係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。

「意外傷害事故」，係指非由疾病引起之外來突發事故。

「癌症」係指組織細胞異常增生且有轉移特性之惡性腫瘤或惡性白血球過多症，經病理檢驗確定符合行政院衛生署最近刊印之「國際疾病傷害及死因分類標準」歸屬於惡性腫瘤之疾病。(癌症項目詳如附表一)

「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。

「醫師」，係指領有醫師證書與執業執照，合法執業者。

四、「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。

第三條 【保險期間、保險責任的開始及交付保險費】

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。

第四條 【保險證或保險手冊】

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、保單號碼、保險範圍、保險期間、保險金額及本公司服務電話。

第五條 【保險範圍】

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住院診療或門診手術時，本公司依本契約的約定給付保險金。

第六條 【住院次數的計算及契約有效期間屆滿後住院之處理】

被保險人於本契約有效期間，因同一疾病或傷害、或因此引起的併發症，於出院後十四日內再次住院時，其各項保險金的給付及其限額，均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。

第七條 【住院病房費用保險金的給付】

被保險人因第五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列各項費用核付。

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。

但每日最高給付金額不得超過其投保計劃所列之「每日住院病房費用保險金限額」。被保險人經醫師診斷，認定有危及生命之情形，必須住進加護病房時，本公司每日給付金額之最高限額提高為其投保計劃所列之「每日住院病房費用保險金限額」的三倍。被保險人一次住院，其加護病房的給付日數最高以七日為限。含加護病房住

院日數之合計住院日數，最高以其投保計劃所列之日數為限。

第八條 【醫師診查費用保險金的給付】

被保險人因第五條之約定而以全民健康保險之保險對象身份住院診療時，本公司按其每日所實際自行支付的診查費與會診費，給付醫師診查費用保險金。但每日最高給付金額不得超過其投保計劃所列之「每日醫師診查費用保險金限額」。被保險人一次住院給付日數最高以其投保計劃所列之日數為限。

第九條 【住院醫療費用保險金的給付】

被保險人因第五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列各項費用核付。

- 一、醫師指示用藥。
- 二、血液（非緊急傷病必要之輸血）。
- 三、掛號費及證明文件。
- 四、來往醫院之救護車費。
- 五、超過全民健康保險給付之住院醫療費用。
- 六、住院前十四日內起因於與住院同一事故所致之門診費用。但給付次數以五次為限，且每次門診費用不得超過其投保計劃所列「醫師診查費用保險金限額」。但一次住院合計給付金額不得超過其投保計劃所列之「住院醫療費用保險金限額」。

第十條 【外科手術費用的給付】

被保險人因第五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核付，但每次各項外科手術費用給付金額，不得超過其投保計劃所列之「外科手術費用保險金給付限額」乘以附表二「手術名稱及費用表」所載之該項外科手術費用之給付比例所得之金額。

被保險人同一住院期間接受兩項以上手術時，其各項外科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，若不在附表二「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。

本公司對被保險人因同一疾病或意外傷害或因此引起的併發症，所實際自行支付的門診外科手術費用與一次住院外科手術費用，合計給付總額不得超過「外科手術費用保險金給付限額」。

第十一條 【癌症保險金的給付】

被保險人因第五條之約定住院時，經醫師診斷確定罹患癌症者，本公司自醫師診斷確定罹患癌症日起，按其投保計劃所列「癌症日額保險金」乘以實際住院天數所得之金額，給付癌症保險金。被保險人一次住院合計給付日數，最高以三百六十五日為限。

第十二條 【醫療費用未經全民健康保險給付者之處理方式】

如被保險人不以全民健康保險被保險人身份住院診療或門診；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」、「醫師診查費用保險金」、「住院醫療費用保險金」、「外科手術費用保險金」，分別按第七條、第八條、第九條、第十條約定計算所得金額的百分之六十五，給付該項保險金。

二、「癌症保險金」按第十一條約定計算所得金額給付。

但如被保險人申領保險金時，選擇採取第十三條「日額型住院醫療保險金」方式領取者，不適用本條之約定。

第十三條 【保險金給付之限制】

被保險人已獲得全民健康保險給付的部分，本公司不予給付保險金。

第十四條 【「日額型住院醫療保險金」選擇給付】

被保險人因第五條之約定住院者，得於申領保險金時，選擇申領「日額型住院醫療保險金」，本公司給付金額為其投保計劃所列之「每日住院病房費用保險金限額」乘以實際住院天數所得之金額。被保險人一次住院給付日數最高以其投保計劃所列之日數為限。

同一次住院，被保險人如選擇申領「日額型住院醫療保險金」，則不得再申領住院病房費用保險金、醫師診查費用保險金、住院醫療費用保險金、外科手術費用保險金。但癌症保險金仍按第十一條約定計算所得金額給付。

第十五條 【保險費的計算】

本契約保險費總額按訂定本契約或續保時，要保人之危險程度及每一被保險人的投保計劃所算出的保險費總和計算。但在本契約有效期間內，因被保險人的異動或投保計劃的變更，致保險費總額有增減，要保人與本公司應就其差額補交或返還。

第十六條 【第二期以後保險費的交付、寬限期間及契約效力的停止】

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，或由本公司派員前往收取，並交付本公司開發之憑證。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。

第十七條 【告知義務與本契約的解除】

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。

第十八條 【被保險人的異動】

要保人因所屬人員異動而申請加保時，應以書面通知本公司，該成員及其眷屬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。要保人因所屬人員離職，退休或其他原因而退保時，應以書面通知本公司，該成員及其眷屬之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。

第十九條 【契約的終止】

本契約在參加本保險之團體成員少於（ ）人，或少於有參加資格成員的百分之（ ）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。保險契約之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之責任。被保險人於本契約有效期間內，非因約定之保險事故身故致該被保險人部份之契約效力終止者，本公司將按日數比例返還其未滿期保險費予要保人。

第二十條 【被保險人的更約權】

本公司因第十九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保險金額的個人健康險契約，本公司按該被保險人更約當時之年齡以標準體承保，但被保險人的年齡在本公司拒保範圍內者，本公司得不予承保。

第二十一條 【資料的提供】

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、身份證明編號、保險終止日期，以及其它與本契約有關的資料。要保人與被保險人應依本公司的要求，提供前項資料。

第二十二條 【保險事故的通知與保險金的申請時間】

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。

第二十三條 【保險金的申領】

受益人申領本契約各項保險金時，應檢具下列文件。

- 一、保險金申請書。
- 二、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。）
- 三、醫療費用收據。
- 四、申請「癌症保險金」者，另檢具相關檢驗報告或病理切片報告。
- 五、受益人的身分證明。

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。

受益人選擇領取「日額型住院醫療保險金」者，不需檢具第一項第三款之文件。

第二十四條 【除外責任】

被保險人因下列原因所致之疾病或傷害而住院診療或住院接受外科手術時，本公司不負給付各項保險金的責任。

- 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診療或住院接受外科手術時，本公司不負給付各項保險金的責任。

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. 子癲症。
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. 子癲前症及子癲症。
- 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。

第二十五條 【受益人的指定及變更】

本契約各項保險金的受益人為被保險人本人，本公司不受理指定或變更。本公司為各項保險金給付時，應以受益人直接申領為限。

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

第二十六條 【契約的續保】

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。

第二十七條 【經驗分紅】

本契約經驗分紅計算公式訂定如附件。

第二十八條 【保險費的調整】

本公司得依實際經驗，向主管機關申請調整各年齡層之保險費率，經核准後將新費率通知要保人，自續保時起，採用新費率計算保險費。要保人如不同意該調整後之保險費，應於保險期間屆滿日的兩週前，以書面通知本公司不續保，其保險效力自保險期間屆滿後即行終止。

本契約保險費率不得針對個別被保險人身體狀況調整之。

第二十九條 【年齡的計算及錯誤的處理】

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。
- 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。

第三十條 【住所變更】

要保人的住所有變更時，應即以書面通知本公司。

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。

第三十一條 【時效】

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。

第三十二條 【批註】

本契約內容的變更，或記載事項的增刪，除第二十五條規定者外，應經要保人與本公司雙方書面同意，並由本公司即予批註或發給批註書。

第三十三條 【管轄法院】

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，要保人的住所不在中華民國境外時，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

癌症項目

國際詳細分類號碼	分類項目
140-149	唇、口腔及咽喉之惡性腫瘤
150-159	消化器及腹膜之惡性腫瘤
160-165	呼吸及胸內器官之惡性腫瘤
170-175	骨、結締組織、皮膚及乳房之惡性腫瘤
179-189	泌尿生殖器官惡性腫瘤
190-199	其他及未明示位置之惡性腫瘤
200-208	淋巴及造血組織之惡性腫瘤
230-234	原位癌

附表二

手術名稱及費用表

手術項目	給付比例(%)	手術項目	給付比例(%)
一、顱腔		5. 冠狀動脈繞道術(一條血管)	100
1. 腦瘤手術	100	6. 冠狀動脈繞道術(二條以上血管)	100
2. 腦內血腫清除	100	7. 室中隔缺損(VSD)修補手術	100
3. 顱骨切除術	100	8. 探查性開心術(包括移除異物)	100
4. 頭顱穿洞術(止血引流、 穿刺檢查)	35	八、造血與淋巴系統	
二、眼部		1. 脾臟切除術	70
1. 眼球內容物剝除術	40	九、食道	
2. 角膜或結膜表面異物除去術	5	1. 食道切開術	100
3. 角膜切除術	45	2. 食道切除再造術	100
4. 角膜移植術	100	3. 食道靜脈瘤曲張術	100
5. 前房異物取出術	45	十、腹部和消化系統	
6. 鞏膜異物除去術	10	1. 胃全部切除	100
7. 青光眼鞏膜切開術	55	2. 次全或半胃切除術 (無迷走神經切除)	75
8. 白內障手術	45	3. 次全或半胃切除術 (有迷走神經切除)	100
9. 玻璃體內異物除去術	30	4. 幽門成形術	45
10. 視網膜剝離(多發性融合)	100	5. 迷走神經切除術 加幽門成形術	100
三、耳部		6. 胃縫合術(胃潰瘍穿孔 及胃部傷口的縫合)	55
1. 耳介膿瘍或血腫切開引流術	5	7. 肝區域切除術(一區域)	85
2. 鼓膜切開術	10	8. 肝區域切除術(二區域)	100
3. 乳突鑿開術	100	9. 肝區域切除術(三區域)	100
4. 內耳全摘除術	100	10. 肝葉切除術	100
5. 聽小骨重建術	100	11. 切肝取石術	100
四、鼻部		12. 膽囊切除術	70
1. 鼻息肉切除術	15	13. 膽囊造瘻術	60
2. 全部或部份鼻甲切除	25	14. 膽總管切開摘石術 及T形管引流	70
3. 鼻中隔造形術	35	15. 膽總管全切除術	85
4. 一般鼻甲黏膜切除	25	16. 胰臟膿瘍或胰炎引流術	55
5. 萎縮性鼻炎手術	40	17. 胰臟全切除術	100
6. 鼻竇切開	40	18. 腸黏連分離術	40
五、咽喉		19. 腸套疊還原、腸息肉切除術 或腸穿孔縫補術	60
1. 喉切開術	70	20. 十二指腸縫合術(十二指腸 潰瘍穿孔縫合)	55
2. 聲道上部份喉切除術	100	21. 腸阻塞	65
3. 咽喉切除術	100	22. 腸切除併吻合術	70
4. 扁桃腺切除或扁桃腺 併增殖腺切除術	25	23. 闌尾切除術	40
六、胸腔		24. 直腸癌腹部會陰聯合切除術	100
1. 胸腔成形術(第一期)	70	25. 腹壁膿瘍引流術	10
2. 胸腔成形術(第二期)	45	26. 腹腔內膿瘍引流術治療急性 穿孔性腹膜炎	30
3. 胸腔成形術(第三期)	30	27. 剖腹探查術(如即時手術, 按各該手術項目之比例計算)	30
4. 密閉式引流	10	十一、疝氣	
5. 開放式引流	40	1. 單側疝氣	25
6. 氣管、支氣管、細支氣管 異物除去術	25	2. 二側性疝氣	50
7. 肺全切除術	100		
8. 肺單元切除術	100		
七、循環系統			
1. 心包膜切除術	100		
2. 插入或換置永久性節律器	70		
3. 單一瓣膜換置術	100		
4. 二個以上瓣膜換置術	100		
手術項目	給付比例(%)	手術項目	給付比例(%)

十二、肛 門		十八、皮 膚	
1. 人工肛門造形術	20	1. 一個或多個表皮膿癬子切開	10
2. 外痔完全切除術	25	2. 補皮手術	60
3. 內外痔完全切除術(含脫肛治療)	60	十九、腫 瘤	
4. 皮下瘻管切開術	5	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	60
十三、泌 尿 系 統		2. 腔鞘囊腫	10
1. 腎切除術	75	3. 粘腋膜、皮膚和皮下組織之惡性瘤	30
2. 腎內取石及腎盂取石術	75	4. 其他一個或多個良性瘤	15
3. 腎固定術:固定式懸掛	60	二十、關 節 韌 帶	
4. 腎臟移植術	100	1. 腱、韌帶皮下斷裂縫合術	50
5. 輸尿管取石術	70	2. 疾病脫臼或病狀而行之關節切除術	15
6. 輸尿管切除或成形術	80	3. 切開肩骨、脊椎關節做關節固定、截除或成形術	75
7. 輸尿管狹窄內擴張術	15	4. 人工髖關節或全膝關節再置術	100
8. 膀胱取石術	50	廿一、骨 折(經開刀校正手術者)	
9. 膀胱全部切除(無人造膀胱)	100	1. 指骨或趾骨	30
10. 膀胱全部切除(有人造膀胱)	100	2. 尺骨或橈骨	60
11. 尿失禁手術(經腹)	60	3. 腕骨、跗骨、蹠骨或掌骨	45
12. 尿失禁手術(經陰道)	30	4. 肱骨或肩胛骨	55
13. 子宮膀胱脫垂合併尿失禁手術	95	5. 鎖骨	45
14. 膀胱成形術或膀胱尿道成形術	80	6. 肋骨	30
15. 膀胱造口(閉合)	30	7. 脛骨或腓骨	100
16. 尿道結石除去術	15	8. 膝蓋骨	50
十四、生 殖 系 統		9. 股骨	100
1. 陰囊水腫切除術	40	10. 鼻骨	20
2. 陰囊切除術	30	11. 顎骨	45
3. 睪丸或副睪丸切除術	40	12. 顱骨	55
4. 子宮頸擴張、刮除術	10	13. 骨盆骨	100
5. 子宮頸切除術	25	14. 髖骨	100
6. 子宮肌瘤切除	60	15. 脊椎骨	100
7. 子宮完全切除術	75	廿二、截 肢 術	
8. 子宮頸癌全子宮根除術	100	1. 切斷手指或足趾	30
9. 骨盆腔(腹部)黏道分離術	30	2. 切斷至股關節處之大腿	60
10. 輸卵管、卵巢切除術(不論單側、雙側、部份或全部)	45	3. 切斷小腿、前臂、上臂、腕關節或踝關節	40
十五、乳 房		廿三、顯微再接手術	
1. 單純乳房切除術(單側)	40	1. 一手指	100
2. 單純乳房切除術(雙側)	55	2. 二手指以上	100
3. 乳癌根治切除術(單側)	85	3. 手、足斷肢再接術	100
4. 乳癌根治切除術(雙側)	100	廿四、妊 娠 併 發 症	
十六、內分泌系統		1. 葡萄胎除去術產	30
1. 甲狀腺囊腫或甲狀腺舌囊切除	45	2. 子宮外孕手術	60
2. 甲狀腺全部切除術	60	3. 妊娠併發症所致之必要性剖腹產術(含死胎)	100
3. 副甲狀腺切除術	95	4. 妊娠第一期流產(妊娠未滿13週)	10
十七、神經系統		5. 妊娠第二期流產(妊娠13週以上)	10
1. 椎間盤切除術(頸椎)	100		
2. 椎間盤切除術(胸椎)	100		
3. 椎間盤切除術(腰椎)	100		
4. 頸交感神經切斷術	85		
5. 胸交感神經切斷術	100		
6. 腰交感神經切斷術	95		
7. 神經形成術、神經移植術	100		
8. 神經分離術	45		
9. 神經瘤或神經纖維瘤切除術	30		

台灣人壽安家團體住院醫療保險

保險計劃表

項 目 計劃別	每日住院病 房費用保險 金限額	每日醫師診 查費用保險 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	癌症日額 保險金限 額	每次住院 最高給付 天數

附件

經驗分紅計算公式

一、經驗分紅計算公式

$$ER_t = K_t \times (GP_t - E_t \times GP_t - CL_t - FC_{t-1} - NCL_t + NCL_{t-1}) \text{ 且} \\ ER_t > 0$$

ER_t ：第 t 保單年度末保險單經驗分紅之金額。

K_t ：（ %）。要保單位的第 t 保單年度盈餘分配比例。

GP_t ：本公司因承保要保單位，在第 t 保單年度內實收之總保險費。

CL_t ：本公司因承保要保單位，在第 t 保單年度內發生之理賠金額。

FC_t ：本公司因承保要保單位，在第 $t-1$ 保單年度末所留下之虧損。虧損是指當 $GP_{t-1} - E_{t-1} \times GP_{t-1} - CL_{t-1} - FC_{t-2} - NCL_{t-1} + NCL_{t-2} < 0$ ；該差額的正值為其虧損金額。

E_t ：（ %）。本公司因承保要保單位，在第 t 保單年度內的行政營業管理費用；以 GP_t 的百分比表示之。

NCL_t ：本公司因承保要保單位，在第 t 保單年度末之賠款準備金金額。

二、於每一保險年度末計算經驗分紅後，如其金額為正值時，將採 方式分紅；
如其金額為負值時，其虧損將抵沖續年度之經驗分紅。