

台灣人壽團體健康保險新住院門診限額給付附加條款

主要給付項目：住院前後門診費用保險金

中華民國 107 年 12 月 7 日
台壽字第 1072320107 號函備查

(本保險為實支實付型且限住院前後一週內或住院接受外科手術出院後二週內之門診治療者適用，並須檢具醫療費用收據正本申領。)

◎免費申訴電話：0800-213-269。

【附加條款的訂定及構成】

第一條

本「台灣人壽團體健康保險新住院門診限額給付附加條款」(以下簡稱本附加條款)依要保人之申請，經本公司同意後，附加於本公司「台灣人壽團體新住院醫療限額給付健康保險」(以下簡稱本契約)。

本附加條款附加於本契約上，並構成本契約之一部分；本附加條款未約定者，悉依本契約之約定辦理。

【名詞定義】

第二條

本附加條款所稱「疾病」係指被保險人自本附加條款生效日或加保日起所發生之疾病。

本附加條款所稱「傷害」係指被保險人於本附加條款有效期間內，遭受意外傷害事故，因而蒙受之傷害。

本附加條款所稱「意外傷害事故」係指非由疾病引起之外來突發事故。

本附加條款所稱「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。

本附加條款所稱「同一事故」是指被保險人於本附加條款有效期間內，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。

本附加條款所稱「醫師」係指合法領有醫師執照之執業醫師，且非被保險人本人。

本附加條款所稱「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。

本附加條款所稱「每次住院前後門診費用保險金限額」係指依要保人投保，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。

【保險範圍】

第三條

被保險人於本附加條款有效期間內因第二條約定之疾病或傷害住院診療時，本公司依本附加條款約定給付保險金。

【住院前後門診費用保險金之給付(實支實付型)】

第四條

被保險人於本附加條款有效期間內，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，就與該次住院同一事故之前後各一週內(如接受外科手術診療者出院後之門診期間延長為兩週)之門診治療，本公司按該被保險人門診期間內所發生，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醫療費用核付「住院前後門診費用保險金」。但每次門診最高給付總額不得超過保險單上所記載該被保險人之「每次住院前後門診費用保險金限額」，且每日門診次數最多以一次為限。

被保險人不以全民健康保險之保險對象身分住院診療；或前往不具有全民健康保險之醫院住院診療者，致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醫療費用之 100% 給付，惟每次門診最高給付總額仍以「每次住院前後門診費用保險金限額」，且每日門診次數最多亦以一次為限。

【住院前後門診費用保險金的申領】

第五條

受益人申領住院前後門診費用保險金時，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、醫療費用收據正本。
- 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。