

台灣人壽團體住院醫療實支實付健康保險附約

保險單條款

(住院病房費用保險金、急診醫療保險金、住院醫療費用保險金、住院手術費用保險金、日額型住院醫療保險金選擇給付)

(免費申訴電話：0800-213-269)

- 1、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。
- 2、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。
- 3、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。

歡迎至台灣人壽網頁：「www.taiwanlife.com」了解本公司經營資訊（資訊公開說明文件），亦可電洽 24 小時保戶服務專線：0800-099-850 或 (02) 8170-5156。

備查文號：102 年 01 月 04 日 101 台壽數二字第 00111 號

修訂文號：102 年 03 月 01 日依 102 年 01 月 10 日

金管保壽字第 10102103040 號函修正

備查文號：103 年 01 月 27 日 103 台壽數二字第 1030000072 號

修訂文號：103 年 05 月 01 日依 103 年 01 月 22 日

金管保壽字第 10202131810 號函修正

備查文號：104 年 01 月 16 日台壽數二字第 1040000095 號

修訂文號：104 年 08 月 04 日依 104 年 06 月 24 日

金管保壽字第 10402049830 號函修正

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109年1月1日依108年4月9日金管保壽字第10804904941

號函修正

【保險契約的構成】

第一條：本台灣人壽團體住院醫療實支實付健康保險附約（以下簡稱本附約），係依主團體保險契約（以下簡稱主契約）要保人之申請，並經本公司同意，附加於主契約訂定之。

本附約保險單條款、附著之要保書、被保險人名冊、批註及其他約定書，均為本附約的構成部分。

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、本附約所稱「要保人」，係指要保單位。
- 二、本附約所稱「被保險人」，係指本附約所附被保險人名冊內所載之人員。
- 三、本附約所稱「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。
- 四、本附約所稱「疾病」，係指被保險人自本附約生效日或續保日起所發生之疾病；若被保險人於本附約生效日後中途申請加保者，對該被保險人所稱「疾病」係指自加保生效日起所發生的疾病。
 - 五、本附約所稱「傷害」，係指被保險人於本附約有效期間內(如於本附約生效後加保之被保險人，則係指加保生效日起)，遭受意外傷害事故，因而蒙受之傷害。
 - 六、本附約所稱「意外傷害事故」，係指非由疾病引起之外來突發事故。
 - 七、本附約所稱「醫院」，係指依照醫療法規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。
 - 八、本附約所稱「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。
 - 九、本附約所稱「醫師」，係指領有醫師證書而合法執業者，且非被保險人。
 - 十、本附約所稱「手術」，係指被保險人於有效期間且於住院期間內，經醫師診斷必須且實際於醫院接受附表一「手術項目表」中所列之手術項目，或事故當時「全民健康保險醫療費用支付標準」所載之手術項目。
 - 十一、本附約所稱「同一次住院」，係指被保險人於本附約有效期間內(如於本附約生效後加保之被保險人，則係指加保生效日起)，因同一疾病或傷害，或因此引起之併發症，於出院後十四日內於同一醫院再次住院時，其各項保險金給付及其限制，視為同一次住院辦理，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。
 - 十二、本附約所稱「每日住院病房費用保險金限額」，係指保險單上所載之住院病房費用保險金金額，如該金額有所變更時，則以變更後之金額為準。
 - 十三、本附約所稱「急診醫療保險金限額」，係指保險單上所載之急診醫療保險金金額，如該金額有所變更時，則以變更後之金額為準。
 - 十四、本附約所稱「住院醫療費用保險金限額」，係指保險單上所載之住院醫療費用保險金金額，如該金額有所變更時，則以變更後之金額為準。
 - 十五、本附約所稱「住院手術費用保險金限額」，係指保險單上所載之住院手術費用保險金金額，如該金額有所變更時，則以變更後之金額為準。
 - 十六、本附約所稱「住院日數」，係指被保險人經正式辦理住院手續並確實在醫院接受診療之日數(含入院及出院當日)。被保險人如係日間住院或日間留院，該部分不計入住院日數。

【保險期間、保險責任的開始及交付保險費】

第三條：本附約如係與主契約同時投保，以主契約保險期間的始時為本附約始時，並以主契約保險期間屆滿日為到期日。如係中途申請附加者，經本公司同意後，以保險單上所約定的日時為準，其中途附加所應繳交的保險費，應按當期應繳保險費就未滿期之日數比例計算之。本附約的保險費，在主契約繳費期間內，應與主契約保險費一併交付。

【保險證或保險手冊】

第四條：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、保單號碼、保險範圍、保險期間、保險金額及本公司服務電話。

【保險範圍】

第五條：被保險人於本附約有效期間內(如於本附約生效後加保之被保險人，則係指加保生效日起)因第二條約定之疾病或傷害住院診療、接受手術治療或急診治療時，本公司依照本附約約定給付保險金。

【住院病房費用保險金之給付】

第六條：被保險人於本附約有效期間內，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，本公司按被保險人於住院期間內所發生，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給付「住院病房費用保險金」。

- 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。

每日最高給付金額以不超過其投保之「每日住院病房費用保險金限額」為限；且被保險人同一保單年度同一次住院之住院給付日數，最高以三百六十五日為限。

【急診醫療保險金之給付】

第七條：被保險人於本附約有效期間內，因第五條之約定而以全民健康保險之保險對象身分，經醫院接受急診治療而住院或雖未住院但於急診室治療超過六小時者，本公司按被保險人於急診期間內所發生，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實際急診費用給付「急診醫療保險金」。

每次「急診醫療保險金」給付金額，以不超過其投保之「急診醫療保險金限額」為限。

【住院醫療費用保險金之給付】

第八條：被保險人於本附約有效期間內，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給付「住院醫療費用保險金」。

- 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。

前項「住院醫療費用保險金」於同一次住院合計給付金額以不超過其投保之「住院醫療費用保險金限額」為限。被保險人於同一次住院期間曾進住加護病房治療者，其「住院醫療費用保險金限額」於該次住院提高為原金額之二倍。

【住院手術費用保險金之給付】

第九條：被保險人於本附約有效期間且於住院期間內，因第五條之約定而以全民健康保險之保險對象身分接受手術治療時，本公司按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用給付「住院手術費用保險金」。

每次各項住院手術費用給付金額，以不超過其投保之「住院手術費用保險金限額」乘以附表一「手術項目表」中「最高補償額給付百分率」所得之金額為限。被保險人於同一次住院期間接受兩項以上手術時，其各項住院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，按手術名稱及附表一「手術項目表」中所載「最高補償額給付百分率」最高一項計算。

被保險人所接受之手術未列於附表一「手術項目表」所載項目內時，本公司以該項手術之「健保支付比率」乘以「最高補償額手術項目」於附表一「手術項目表」中所載之「最高補償額給付百分率」，做為該項手術之「最高補償額給付百分率」。

前項「健保支付比率」，係按事故當時全民健康保險醫療費用支付標準（可至「中央健康保險局」網站查詢，以下簡稱健保支付點數），以被保險人所接受手術之健保支付點數，除以「最高補償額手術項目」之健保支付點數而得之比率。

前二項「最高補償額手術項目」，係指附表一「手術項目表」中所載最高之「最高補償額給付百分率」之手術項目。

【日額型住院醫療保險金選擇給付】

第十條：被保險人於本附約有效期間內，因第五條之約定而住院診療時，得改選擇申領「日額型住院醫療保險金」，本公司給付金額為其投保之「每日住院病房費用保險金限額」乘以住院日數所得之金額，惟住院日數最高以三百六十五日為限。

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」、「住院醫療費用保險金」、「住院手術費用保險金」。

【醫療費用未經全民健康保險給付者之處理方式】

第十一條：本附約第六條至第九條之給付，於被保險人不以全民健康保險之保險對象身分住院診療、接受手術治療或急診治療；或前往不具有全民健康保險之醫院住院診療、接受手術治療或急診治療者，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65%給付，惟仍以前述各項保險金額為限。

【保險金給付之限制】

第十二條：被保險人依第六條至第九條申領保險給付時，已獲得全民健康保險給付的部分，本公司不予給付保險金。

【保險費的計算】

第十三條：本附約的保險費總額係以「住院病房費用保險金」平均保險費率乘「每日住院病房費用保險金限額」總額、「急診醫療保險金」平均保險費率乘「急診醫療保險金限額」總額、「住院醫療費用保險金」平均保險費率乘「住院醫療費用保險金限額」總額、「住院手術費用保險金」平均保險費率乘「住院手術費用保險金限額」總額加總計算，但在本附約有效期間內因保險金額限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。前項所稱之各項保險金「平均保險費率」是按訂定本附約或續保時，依要保人的危險程度及每一被保險人的性別、年齡、其投保之該項保險金額所算出的保險費總和除以全體被保險人之該項保險金額限額總和計算。被保險人身故時，本公司應從當期已繳保險費扣除以該被保險人按日數比例計算已經過期間之保險費後，將該被保險人未滿期保險費退還要保人。

【第二期以後保險費的交付、寬限期間及附約效力的停止】

第十四條：分期繳納的第二期以後保險費，應照本附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。但應由給付保險金內扣除本附約該被保險人欠繳保險費。

【告知義務與本附約的解除】

第十五條：要保人在訂立本附約時，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。前二項解除權，自本公司知有解除之原因後，經過一個月不行使而消滅。本公司通知解除本附約時，如要保人居住所不明或其他原因，致通知不能送達時，本公司得將該項通知送達受益人。

【被保險人的異動】

第十六條：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，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，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。

【附約的終止】

第十七條：本附約在被保險人數少於五人，或少於有參加保險資格人數的百分之 時，本公司得終止本附約，並按日數比例返還未滿期之保險費。

本附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。

【資料的提供】

第十八條：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，以及其他與本附約有關的資料。

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】

第十九條：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。

【保險金的申領】

第二十條：受益人申領本附約第六條至第十條之保險金時，應檢具下列文件。

- 一、保險金申請書。
- 二、醫療診斷書及列明入、出院日期之住院證明。（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。）
- 三、醫療費用明細表及醫療費用收據正本。但被保險人未檢具醫療費用收據正本時，本公司依其投保之「每日住院病房費用保險金限額」乘以住院日數所得之金額給付，但住院日數最高以三百六十五日為限。
- 四、申領「住院手術費用保險金」者另需檢具手術證明文件。
- 五、申領「急診醫療保險金」者，需於醫療診斷書註明急診治療起迄時間。
- 六、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。

【除外責任】

第二十一條：被保險人因下列原因所致之疾病或傷害而住院診療、接受手術治療或急診治療者，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、接受手術治療或急診治療者，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。

【受益人的指定與變更】

第二十二條：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或變更。

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。

【附約的續保】

第二十三條：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，續保的始期以原附約屆滿日的翌日零時為準。

【經驗分紅】

第二十四條：本附約之經驗分紅計算公式，詳如附表二。

【投保年齡的計算及錯誤的處理】

第二十五條：要保人在申請投保時，應將被保險人出生年月日在被保險人名冊填明。被保險人的投保年齡，以足歲計算，但未滿一歲的零數超過六個月者，加算一歲。

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。

【住所變更】

第二十六條：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，得以本附約所載要保人之最後住所發送之。

【時效】

第二十七條：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】

第二十八條：本附約內容的變更，或記載事項的增刪，除第二十二條規定者外，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。

【管轄法院】

第二十九條：因本附約涉訟者，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，以本公司總公司所在地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 手術項目表

手術名稱	最高補償額 給付百分率
一、結腸直腸及小腸外科	
1. 闌尾切除術	60%
2. 乙狀結腸切除術	145%
3. 盲腸造瘻術	80%
4. 人工肛門術	80%
5. 直腸鏡檢查術	10%
6. 右結腸切除術	110%
7. 次全結腸切除術加迴腸直腸吻合術	265%
8. 全結腸切除術加迴腸造瘻術	265%
9. 小腸切除術加吻合術	105%
10. 小腸憩室切除術	95%
二、其他腹腔外科	
1. 腹腔內瘍	65%
2. 膈下膿瘍引流術	65%
3. 骨盆腔膿瘍引流術	65%
4. 剖腹探查術	50%
5. 腹腔腫瘤切除術	105%
6. 後腹腔腫瘤切除術	105%
7. 脾臟切除術	100%
三、乳腺外科	
1. 乳腺腫瘤切除術	30%
2. 乳癌根治術(標準型及修改型)	115%
四、胸腔外科	
1. 開胸探查術	70%
2. 胸腔形成術(第一期)	95%
3. 胸腔形成術(第二期)	80%
4. 胸腔形成術(第三期)	80%
5. 食道鏡檢查，合併組織切片	20%
6. 食道切除術	145%
7. 食道瘤及囊腫切除術	180%
8. 胃造瘻術或空腸造瘻術	70%
9. 胃造瘻術或幽門成形術	80%
10. 胃賁門及食道切除再造術	175%
11. 肺葉切除及胸廓成形術	175%
12. 全肺切除術	175%
13. 肺部份切除術	125%
14. 胃鏡，合併組織切片	22%

手術名稱	最高補償額 給付百分率
五、耳部	
1.乳突鑿開術	100%
2.鼓室成形術(不包括乳突鑿開術)	130%
3.鼓室成形術(包括乳突鑿開術)	165%
4.顛骨切除術	165%
六、消化性潰瘍外科	
1.胃近位迷走神經切斷術	125%
2.胃亞全切除術(遠端)	125%
3.胃全切除術	170%
4.迷走神經切斷術加胃部份切除術	125%
5.迷走神經切斷術加幽門成形	125%
6.迷走神經切斷術加胃腸吻合術	125%
七、胰臟外科	
1.胰臟腫瘤或囊腫摘除術	125%
2.胰臟空腸吻合術	125%
3.胰臟全切除術	195%
八、膽道外科	
1.膽囊造瘻術	70%
2.膽囊切除術	90%
3.總膽管切開術	75%
4.總膽管全切開術	140%
九、肝臟外科	
1.肝膿瘍引流術	90%
2.擴大肝葉切除術(三區域)	330%
3.肝小葉切除術(一區域)	145%
4.肝部份切除術(小於半區域)	120%
5.肝葉切除術(二區域)	200%
十、肛門外科	
1.肛門周圍膿瘍切開引流術	65%
2.栓塞性外痔核切除術	55%
3.單純肛瘻切除術	65%
4.肛裂切除術	60%
十一、眼科	
1.眼內異物除去術(前房內)	55%
2.眼內異物除去術(硝子體內)	65%
3.網膜剝離之鞏膜填充術	125%
4.網膜剝離之冷凍手術	85%
5.網膜剝離之電氣凝固術	80%

手術名稱	最高補償額 給付百分率
6.網膜剝離之鞏膜切除術	115%
7.青光眼虹彩切除術	95%
8.青光眼毛樣體剝離手術	80%
9.白內障瓣狀摘出術(包括囊內、囊外)	95%
10.白內障腺狀摘出術	50%
十二、上肢手術	
1.上膊切除術(兩側)	90%
2.上膊切除術(單側)	65%
3.肩關節固定術	110%
4.肩關節骨折	80%
5.肘關節整形術	80%
6.肘關節骨折	80%
7.前臂切斷術	70%
8.前臂骨折	80%
9.上臂骨折	80%
10.腕關節手術	25%
11.手指切除術(單指)	25%
12.手指切除術(多指)	35%
十三、下肢手術	
1.大腿切除術(單側)	90%
2.大腿切除術(兩側)	120%
3.大腿骨骨折	100%
4.足部切斷術	70%
5.足部骨折	80%
6.踝關節固定術	100%
7.踝關節整形術	70%
8.踝關節骨折	80%
9.踝關節擴創術	70%
10.股關節固定術	130%
11.股關節整形術	130%
12.股關節切斷術	100%
13.股關節骨折	100%
14.膝關節固定術	110%
15.膝關節整形術	100%
16.膝關節擴創術	70%
17.膝關節骨折	80%
18.下腿切斷	80%
19.下腿擴創術	70%

手術名稱	最高補償額 給付百分率
20.下腿骨折	80%
21.骨盤切斷術	130%
22.骨盤手術	80%
23.肘關節全置換術	130%
十四、泌尿科	
1.腎臟囊腫去除術	105%
2.腎切除術	125%
3.腎臟固定術	105%
4.腎、輸尿管切除術	140%
5.腎部份切除術	125%
6.膀胱部份截除術	110%
7.膀胱全部截除術	130%
8.尿道切開術	55%
十五、精路手術	
1.副睪丸截除術(單側)	65%
2.副睪丸截除術(雙側)	90%
3.陰囊水腫手術	65%
4.睪丸截除術(單側)	55%
5.睪丸截除術(雙側)	65%
6.前列腺切除術	115%
7.前列腺全部切除術	140%
8.精索靜脈手術	55%
十六、婦產科	
1.子宮附屬器切除術(包括子宮外孕手術)	80%
2.子宮頸楔狀切除術	35%
3.子宮頸切斷術	55%
4.腹部探查術	60%
5.陰道囊腫切除術	40%
6.子宮肌瘤摘除術	90%
7.子宮頸癌根治性手術	165%
8.單純性子宮全摘除術(腹式、腔室)	105%
9.次全子宮切除術	90%
10.治療性子宮頸擴刮術	35%
十七、甲狀腺外科	
1.甲狀腺囊腫或甲狀舌囊腫切除術	80%
2.甲狀腺全部切除術	260%

手術名稱	最高補償額 給付百分率
十八、脊椎骨折	
1. 脊椎骨折	80%
2. 脊椎整形術(前方固定)	130%
3. 脊椎整形術(後方固定)	110%
十九、鼻部	
1. 鼻咽癌切除術	90%
2. 多竇副鼻竇手術	110%
3. 全竇副鼻竇手術	155%
4. 粘膜下鼻甲骨切除術	55%
5. 下甲介截除術	35%
廿、咽喉部	
1. 咽部膿腫切開術	15%
2. 舌繫帶切斷術	20%
3. 半喉切除術	130%
4. 喉截開術	80%
5. 氣管切開術	30%
廿一、神經外科	
1. 動脈瘤手術	280%
2. 腦瘤切除	270%
3. 顱骨切除術	105%
4. 椎間板手術	135%
5. 硬腦膜外血腫清除術	185%
6. 腦內血腫清除術	175%
7. 腦葉切除術	150%
8. 頭顱穿洞術	35%
9. 腦室引流	50%
10. 急性硬腦膜下血腫清除術	145%
廿二、心臟和循環系統	
1. 心臟切開術和異物移除	220%
2. 心肌切除術	280%
3. 心肌梗塞後造成心室中膈缺損修補術	330%
4. 單一瓣膜置換術	320%
5. 二個瓣膜置換術	360%
6. 三個瓣膜置換術	500%

附表二 經驗分紅計算公式

$$R = K \times (G - E \times G - C) - C'$$

R : 經驗分紅金額

K : 分紅百分比

G : 當年度總保費收入

E : 當年度稅捐、行政管理等費用佔當年度總保費收入比例

C : 當年度理賠金額

C' : 累積虧損金額