

台灣人壽團體新住院醫療限額給付健康保險

中華民國 107 年 12 月 7 日
台壽字第 1072320106 號函備查

主要給付項目：

- 1.實支實付型：住院醫療費用保險金、門診手術費用補償保險金
- 2.日額給付型：住院日額補償保險金

(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。但實支實付型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「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「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「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「住院日數」是按被保險人同一次住院之實際住院日數（含住院及出院當日）計算之，但被保險人出院後又於同一日入院診療時，該日不得重複計入住院日數。

本契約所稱「計劃別」，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計劃別，倘爾後該計劃別有所變更，則以變更後並批註於本保險單之計劃別為準。

本契約所稱「保險金限額」，是指依要保人投保附表二所列該計劃別，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，於出院後十四日內於同一醫院再次住院時，其各種保險金給付合計額，視為一次住院辦理。

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致住院診療或門診外科手術治療時，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、計劃別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附表二所列該計劃別「住院日額」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。

【住院醫療費用保險金之給付】

第十七條

被保險人因第六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醫療費用核付。

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。

四、醫師指示用藥。

五、血液（非緊急傷病必要之輸血）。

六、掛號費及證明文件。

七、來往醫院之救護車費。

八、超過全民健康保險給付之住院醫療費用。

前項保險金之給付，同一事故最高給付以不超過附表二所列該計劃別之保險金限額為限。

【門診手術費用補償保險金之給付】

第十八條

被保險人因第六條之約定而以全民健康保險之保險對象身分於醫院接受門診外科手術治療且未住院時，本公司按被保險人門診外科手術當日所發生，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，但同一事故最高給付以不超過附表二所列該計劃別之保險金限額為限。

【住院醫療費用保險金及門診手術費用補償保險金給付之限制】

第十九條

被保險人已獲得全民健康險給付的部分，本公司不予給付第十七條至第十八條約定保險金。

第十七條至第十八條保險金之給付，同一事故合計最高給付以不超過附表二所列該計劃別之保險金限額為限。

【住院日額補償保險金之給付】

第二十條

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約定之保險金者，本公司依被保險人住院日數，按日依附表二所列該計劃別之住院日額給付「住院日額補償保險金」。惟同一次住院期間最多以給付附表二所列該計劃別之最高給付住院日數為限。

被保險人有第三條約定之情形而已依第十七條之約定向本公司請求保險金給付者，於再次住院時，僅得再依第十七條之約定請求其再次住院之保險金，且同一次住院期間之給付仍不得超過第十七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之保險金給付。

【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或門診治療者，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或門診治療者，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。

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。

【保險金的申領】

第二十二條

受益人申領保險金時，應檢具下列文件：

一、保險金申請書。

二、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。）

三、醫療費用收據正本。但受益人申領第二十條約定之保險金者，不在此限。

四、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。

【醫療費用未經全民健康保險給付者之處理方式】

第二十三條

第十七條至第十八條之給付，於被保險人不以全民健康保險之保險對象身分住院診療或門診手術治療；或前往不具有全民健康保險之醫院住院診療或門診手術治療者，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 100% 給付，惟仍以前述各項保險金條款約定之限額為限。

【受益人的指定與變更】

第二十四條

本契約保險金的受益人，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】

第二十五條

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】

第二十六條

本契約之經驗分紅計算公式，詳如附表一。

【年齡的計算及錯誤的處理】

第二十七條

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。
- 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計劃別，若無相對應之計劃別，則減少保險金限額至最接近之計劃別，倘有造成溢繳保險費時，本公司無息退還該溢繳部分保險費。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】

第二十八條

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】

第二十九條

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】

第三十條

本契約內容的變更，或記載事項的增刪，除第二十四條規定者外，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】

第三十一條

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：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

附表二：各計劃別所對應之給付限制

單位：新臺幣

給付型態	項目	計劃A	計劃B	計劃C	計劃D	計劃E	計劃F	計劃G	計劃H	計劃I	計劃J	計劃K
實支實付型	保險金限額	6萬元	8萬元	10萬元	12萬元	14萬元	20萬元	3萬元	7萬元	5萬元	8萬元	10萬元
日額給付型	住院日額	600元	1,200元	1,800元	2,400元	3,000元	4,800元	900元	1,000元	500元	800元	1,000元
	最高給付住院日數	31日	31日	31日	31日	31日	31日	31日	31日	31日	31日	31日