

臺銀人壽團體一年期住院醫療健康保險附約

給付項目：住院醫療保險金（實支實付型）【每日病房費用、住院醫療費用、手術費用保險金】
或住院醫療保險金（日額型）【住院醫療日額保險金】，二者擇一給付。

※本保險「疾病」之定義是指被保險人自本附約生效日起持續有效三十日後或復效日後所發生之疾病。如被保險人投保時之保險年齡為零歲且發生中央衛生主管機關所公告之新生兒先天性代謝異常疾病篩檢之疾病者，以及續保者自續保日起發生之疾病，不受三十日之限制。

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。

91年03月29日台財保字第0910750146號函核准
112年02月09日依111年12月08日金管保壽字第1110152342號函修正

免費申訴電話：0800-011966 險種代碼：5A

傳真：(02)2701-9365

電子信箱(E-mail)：life122@twfhclife.com.tw

保險附約的構成

第一條

本臺銀人壽團體一年期住院醫療健康保險附約（以下簡稱本附約）依要保人申請，經本公司同意，附加於團體保險主契約（以下簡稱主契約）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「要保人」是指要保單位。

本附約所稱「被保險人」是指本附約所附被保險人名冊內所載之人員。

本附約所稱「團體」同主契約團體之定義。

本附約所稱「疾病」是指被保險人自本附約生效日起持續有效三十日後或復效日後所發生之疾病。如被保險人投保時之保險年齡為零歲且發生中央衛生主管機關所公告之新生兒先天性代謝異常疾病篩檢之疾病者，以及續保者自續保日起發生之疾病，不受三十日之限制。

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

本附約所稱「意外傷害事故」是指非由疾病引起之外來突發事故。

本附約所稱「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。

保險期間的始日與終日

第三條

本附約的保險期間為一年，自保險單上所載期間之始日午夜十二時起至終日午夜十二時止。但本附約另有約定者，從其約定。

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因第二條約定之疾病或傷害住院診療時，本公司依本附約約定給付保險金。

保險金之給付方式

第六條

被保險人因第五條之約定而住院診療時，得依本附約第九條「住院醫療保險金（實支實付型）」或第十條「住院醫療保險金（日額型）」之給付方式擇一申請保險金；但同一次住院診療者，僅可申請同一型給付。

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。但申領「住院醫療保險金（日額型）」者，不在此限。

醫療費用未經全民健康保險給付者之處理方式

第七條

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；或前往不具有全民健康保險之醫院住院診療者，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70%給付，惟仍以第九條約定之限額為限。

住院次數之計算及附約有效期間屆滿後住院之處理

第八條

被保險人於本附約有效期間，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。

住院醫療保險金【實支實付型】之給付

第九條

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，本公司按該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「住院醫療保險金（實支實付型）」：

一、每日病房費用保險金：

- 1.超等住院之病房費差額。
- 2.管灌飲食以外之膳食費。
- 3.特別護士以外之護理費。

但每日最高給付金額不得超過本附約附表（給付限額表）所記載之「每日病房費用保險金」之單位限額乘以該被保險人投保單位數所得的金額。

二、住院醫療費用保險金：

- 1.醫師指示用藥。
- 2.血液（非緊急傷病必要之輸血）。
- 3.掛號費及證明文件。
- 4.來往醫院之救護車費。
- 5.超過全民健康保險給付之住院醫療費用。

但每次最高給付金額不得超過本附約附表（給付限額表）所記載之「住院醫療費用保險金」之單位限額乘以該被保險人投保單位數所得的金額。

三、手術費用保險金：

被保險人同一住院期間接受兩項以上手術時，其各項手術費用保險金應分別計算。但每次住院給付金額合計不得超過本附約附表（給付限額表）所記載之「手術費用保險金」之單位限額乘以該被保險人投保單位數所得的金額。

住院醫療保險金【日額型】之給付

第十條

被保險人因第五條之約定而住院診療時，本公司按本附約附表（給付限額表）所記載之「住院醫療日額保險金」乘以該被保險人實際住院日數（含入、出院當日）再乘以其投保單位數所得的金額，核付「住院醫療保險金（日額型）」。

被保險人於本附約有效期間內，因同一疾病或傷害而住院診療時，本公司給付「住院醫療保險金（日額型）」最高以三百六十五日為限。

保險費的計算

第十一條

本附約的保險費總額以平均保險費率乘投保單位總額計算，但在本附約有效期間內因投保單位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、投保單位所算出的保險費總和除以全體被保險人投保單位總和計算。

第二期以後保險費的交付、寬限期間及附約效力的停止

第十二條

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。

前二項對要保人之催告，本公司另應通知被保險人以確保其權益。對被保險人之通知，依最後留存於本公司之聯絡資料，以書面、電子郵件、簡訊或其他與要保人約定方式擇一發出通知者，視為已完成。

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。
主契約停效時，本附約同時停效。

告知義務與本附約的解除

第十三條

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

第十四條

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

第十五條

要保人得以書面通知本公司終止本附約，本公司按日數比例返還未滿期之保險費。

主契約終止時，本附約效力持續至該期已繳之保險費期滿後終止。

本附約在被保險人數少於 人時，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。

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

被保險人的更約權

第十六條

本公司因第十五條的原因終止本附約或被保險人參加本附約滿六個月後喪失本附約被保險人資格時，被保險人得於本附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，向本公司申請於其個人人壽保險契約，附加不高於本附約內該被保險人之保險金額的個人住院醫療保險附約，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

第十七條

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

第十八條

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各項保險金。

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。

住院醫療保險金的申領

第十九條

受益人申領本附約各項保險金時，應檢具下列文件。

- 一、保險金申請書。
- 二、保險證或其謄本。
- 三、醫療診斷書及醫療費用收據（申領實支實付型住院醫療保險金者）。
- 四、醫療診斷書或住院證明（申領日額型住院醫療保險金者）。
- 五、受益人的身分證明。

被保險人為醫師時，不得為本人出具診斷書或住院證明。

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

第二十條

被保險人因下列原因所致之疾病或傷害而住院診療者，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。但依第十條申領「住院醫療保險金（日額型）」者，不在此限。
- 四、裝設義齒、義肢、義眼、眼鏡、助聽器或其它附屬品。但依第十條申領「住院醫療保險金（日額型）」者，或因遭受意外傷害事故所致且其裝設以一次為限者，不在此限。
- 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

第二十一條

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及變更。

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。

契約的續保

第二十二條

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。

投保年齡的計算及錯誤的處理

第二十三條

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。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投保單位，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投保單位。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、第二款前段情形，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。

經驗分紅

第二十四條

本附約之經驗分紅計算公式，詳如附件。

住所變更

第二十五條

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

第二十六條

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

第二十七條

本附約內容的變更，或記載事項的增刪，除第二十一條規定者外，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

第二十八條

因本附約涉訟時，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：給付限額表

類 別	給 付 項 目	每一單位給付限額(新臺幣)
住院醫療保險金 (實支實付型)	每日病房費用保險金	五〇〇元
	住院醫療費用保險金	一〇、〇〇〇元
	手術費用保險金	一〇、〇〇〇元
住院醫療保險金 (日額型)	住院醫療日額保險金	五〇〇元

附件：

經驗分紅計算公式

一、茲經雙方同意自 年 月 日起簽訂經驗分紅計算公式如下：

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

K：分紅率

T：當年度合併計算經驗分紅之總保費

E：本公司稅捐、行政管理及其他費用

C：當年度發生之理賠金額

C'：累積虧損

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

三、當年度應收保險費未達新臺幣 元時，本經驗分紅計算公式不生效力。

(要保人)

臺銀人壽保險股份有限公司

中華民國

年

月

日

批

註

欄

批註