

地址：台北市建國北路二段 15 號 服務電話：(02) 2507-5335  
免費申訴電話：0800-005-588 理賠專線：0800-789-999  
要保人可透過本公司網站 <http://www.skinsurance.com.tw>  
或至總公司、分公司及通訊處查閱資訊公開說明文件。

## 新光產物團體住院日額醫療保險

**※主要給付項目：住院日額醫療保險金。**  
**※本公司對被保險人罹患「疾病」所須負擔的保險金給付責任，係自本契約生效日起持續有效第三十一日開始所發生者為限，詳情請參閱契約條款。**  
**※本保險商品為非保證續保之健康保險。**  
**(如未加買投保則本契約條款不適用)**

101.05.18(101)新產精發字第301號函備查

104.08.03 依據金融監督管理委員會 104.06.24 金管保壽字第 10402049830 號函修訂

### 第一條 保險契約的構成

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。

### 第二條 名詞定義

本契約所稱「要保人」是指要保單位。

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人員及其下列家屬：

- 一、配偶。
  - 二、父母。
  - 三、子女，但以未滿廿三歲且未婚者為限。
- 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」係指被保險人自本契約生效日起持續有效第三十一日開始所發生之疾病；被保險人於本契約訂立日後參加者，對該被保險人所稱「疾病」係指自參加日起本契約持續有效第三十一日開始所發生者。

本契約續保時，若被保險人於續保日前參加滿三十日時，對該被保險人所稱「疾病」不受前項三十日期間限制；但若被保險人於續保日前參加未滿三十日時，應以三十日扣除續保日前已參加日數後，以其剩餘日數後所發生之疾病始為對被保險人所稱之「疾病」。但因行政院衛生署國民健康局委託辦理「新生兒先天性代謝異常疾病篩檢」指定篩檢之疾病，不受上述及前項期間之限制。

本契約所稱「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。

本契約所稱「意外傷害事故」係指非由疾病引起之外來突發事故。

本契約所稱「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治療者，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「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立、私立醫院或醫療法人所設立之醫院。

本契約所稱「醫師」係指依醫師法規定領有醫師證書並合法執業之醫師，且非被保險人本人及其配偶。

本契約所稱「精神疾病」，係指按中華民國醫院協會刊印之「國際疾病分類臨床修訂第九版」（ICD-9-CM）編號第二百九十號至第三百十九號所稱病症，且經醫院檢查診斷確定者為準。

### 第三條 保險期間的始日與終日

本契約的保險期間，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。但契約另有約定者，從其約定。

### 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。

### 第五條 承保範圍

被保險人於本契約有效期間內，經醫院醫師診斷確定因本契約第二條約定之疾病或傷害住院診療時，本公司依照本契約約定給付保險金。

### 第六條 住院日額醫療保險金的給付

被保險人因第五條之約定而住院診療時，本公司按其實際住院日數（含入院及出院當日）乘以本契約約定之每日給付金額，給付「住院日額醫療保險金」。

被保險人同一保單年度同一次住院，除精神疾病外，本公司計算之實際住院日數以保險單上所約定之最高給付日數為上限。

被保險人係因精神疾病住院診療者，不論是否為同一疾病或同一次住院期間，每一保單年度的「住院日額醫療保險金」最高給付日數以九十日為限。

### 第七條 住院次數的計算

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，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。

### 第八條 住院日數的計算

被保險人於本契約有效期間內，因第五條之約定住院診療時，其住院日數之計算係指入住醫院當日起至出院日止之天數。但如被保險人於同一日出院後，又入院診療時，不論其原因為何，該日不得重複計入住院日數。被保險人如僅係日間住院或晚間住院，不計入住院日數。

### 第九條 保險費的計算

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，要保人與本公司應就其差額補交或退還。

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、保險金額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。

### 第十條 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的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。

### 第十一條 告知義務與本契約的解除

要保人或被保險人在訂立本契約時，對於本公司要保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。

本公司解除契約時，應通知要保人，但要保人死亡或居住所不明，通知不能達時，得通知被保險人或受益人。

### 第十二條 被保險人的異動

要保人因所屬人員異動而申請加保時，應以書面或其他約定方式通知本公司，自通知到達之日午夜十二時起開始生效，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，應以書面或其他約定方式通知本公司，被保險人資格自通知到達之日午夜十二時起喪失，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，其家屬之保險效力亦同時終止。

本契約第二條所定義之家屬因身故或身份變更而喪失家屬資格時，要保人應以書面或其他約定方式通知本公司退保，該被保險人資格自通知到達之日午夜十二時起喪失，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。

### 第十三條 契約的終止與保險費的返還

本契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八十時，本公司得終止本契約，並按日數比例返還未滿期之保險費。

要保人如欲終止本契約，得以書面或其他約定方式通知本公司，本公司應從當期已繳保險費扣除按短期費率計算已經過期間之保險費後，將其未滿期保險費退還要保人。短期費率如附表。

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。

被保險人非因本契約所約定之保險事故而致本契約效力終止時，不論本契約是否已給付任何一種保險金，本公司應將其未滿期保險費按日數比例退還要保人。

### 第十四條 危險變更的通知義務

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。

### 第十五條 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。

### 第十六條 保險事故的通知與保險金的申請時間

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，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。

### 第十七條 保險金的申領

受益人申領「住院日額醫療保險金」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。）
- 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。

### 第十八條 除外責任

被保險人因下列原因所致第二條約定之疾病或傷害而住院診療者，本公司不負給付保險金的責任。

- 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，本公司不負給付保險金的責任。
- 一、美容手術、外科整形。但為重建其基本功能所作之必要整形，不在此限。
  - 二、外觀可見之天生畸形。
  - 三、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。
  - 四、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，足以認定胎兒有畸形發育之虞。
- 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)醫療行為為必要之剖腹產，並符合下列情形者：

- 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C10 公分 以下或中骨盆9.5 公分以下）並經骨盆腔隙確認者。
  - d.骨盆腔隙腫（包括子宮下段之腫痛，子宮頸之腫痛及會引起產道壓迫阻塞之骨盆腔隙腫）致影響生產者。
- 4.胎位不正。
- 5.多胞胎。
- 6.子宮頸未全開而有頸帶脫落時。
- 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。

五、不孕症，人工受孕或非以治療為目的之避孕及絕育手術。

六、先天性疾病，按中華民國醫院協會刊印之「國際疾病分類臨床修訂第九版」（ICD-9-CM）編號第七百四十號

至第七百五十九號，詳如附件。

### 第十九條 受益人的指定

本契約住院日額醫療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，如本契約保險金尚未給付或未完成給付，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。

### 第二十條 契約有效期間

本契約保險期間為一年，且不保證續保。保險期間屆滿時，經本公司同意續保後，要保人得交付保險費，以使本契約繼續有效。  
本契約續保時，按續保生效當時依規定陳報主管機關之費率及被保險人年齡重新計算保險費。

### 第二十一條 經驗分紅

本契約之經驗分紅計算公式，詳如附表。

### 第二十二條 年齡的計算及錯誤的處理

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，本契約無效，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規定之利率計算。

### 第二十三條 住所變更

要保人的住所所有變更時，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。

### 第二十四條 时效

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。

### 第二十五條 批註

本契約內容的變更，或記載事項的增刪，除第十九條規定者外，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。

### 第二十六條 管轄法院

因本契約涉訟者，同意以要保人住所所在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。

【附件】先天性疾病(按中華民國醫院協會刊印之「國際疾病分類臨床修訂第九版」(ICD-9-CM)編號第七百四十號至第七百五十九號)簡表如下

國際疾病分類代碼	疾病名稱	國際疾病分類代碼	疾病名稱	國際疾病分類代碼	疾病名稱	國際疾病分類代碼	疾病名稱
740	無腦症及類似畸形	745	先天性心球(胚胎)及心臟	750	其他先天性上消化道之畸形	755	四肢之其他先天性畸形
741	脊椎裂	746	其他先天性心臟之畸形	751	消化系統之其他先天畸形	756	其他先天性肌肉骨骼畸形
742	神經系統之其他先天性畸形	747	其他先天性循環系統之畸形	752	生殖器官之先天畸形	757	外皮之先天畸形
743	先天眼睛畸形	748	先天性呼吸系統畸形	753	泌尿系統先天畸形	758	染色體異常
744	先天性耳、臉及頸部之畸形	749	顎裂及唇裂	754	先天性肌肉骨骼變形	759	其他之先天異常

## 新光產物團體住院日額醫療保險 加護病房增額附加條款

※主要給付項目：加護病房增額保險金。  
※本公司對被保險人罹患「疾病」所須負擔的保險金給付責任，係自本契約生效日起持續有效第三十一日開始所發生者為限，詳請參閱契約條款。  
※本保險商品為非保證續保之健康保險。  
(如未加費投保則本附加條款不適用)  
103.04.25依據金融監督管理委員會103.01.22金管保壽字第10202131810號函修訂

### 第一條 承保範圍

茲經雙方同意，要保人於投保新光產物團體住院日額醫療保險(以下簡稱主保險契約)並加繳保險費，投保新光產物團體住院日額醫療保險加護病房增額附加條款(以下簡稱本附加條款)，被保險人於本附加條款有效期間內遭受主保險契約約定之疾病或傷害經醫院醫師診斷必須住進加護病房治療時，本公司按其實際住進加護病房日數乘以本附加條款約定之保險金額給付「加護病房增額保險金」，但被保險人同一保單年度同一次住院本公司計算「加護病房增額保險金」之實際住院日數以保險單上所約定之最高給付日數為上限。

### 第二條 保險金的申領

受益人申領本附加條款保險金時，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。)並須列明進出加護病房日期。  
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。

### 第三條 條款的適用

本附加條款所記載事項，如與主保險契約相抵觸時，依本附加條款約定辦理，其他事項仍適用主保險契約之約定。

## 新光產物團體住院日額醫療保險 住院手術費用保險金附加條款

※主要給付項目：住院手術費用保險金。  
※本公司對被保險人罹患「疾病」所須負擔的保險金給付責任，係自本契約生效日起持續有效第三十一日開始所發生者為限，詳請參閱契約條款。  
※本保險商品為非保證續保之健康保險。  
(如未加費投保則本附加條款不適用)  
103.04.25依據金融監督管理委員會103.01.22金管保壽字第10202131810號函修訂  
106.10.23(106)新產精發字第1288號函審查

### 第一條 承保範圍

茲經雙方同意，要保人於投保新光產物團體住院日額醫療保險(以下簡稱主保險契約)並加繳保險費，投保新光產物團體

住院日額醫療保險住院手術費用保險金附加條款(以下簡稱本附加條款)，被保險人於本附加條款有效期間內遭受主保險契約約定之疾病或傷害經醫院醫師診斷而住院並接受手術治療者，本公司依照本附加條款之約定，給付「住院手術費用保險金」。

### 第二條 名詞定義

本附加條款所稱「手術」係指附表(手術項目表)中所列之手術項目且非屬主保險契約約定之除外責任範圍者。

### 第三條 住院手術費用保險金的給付

被保險人於本附加條款有效期間內遭受主保險契約約定之疾病或傷害經醫院醫師診斷而住院並接受手術治療者，本公司依其手術項目，按本附加條款約定之保險金額乘以「手術項目表」(如附表)所載比率給付「住院手術費用保險金」。  
被保險人因同一次疾病或傷害接受兩項(含)以上手術項目時，本公司僅給付最高一項為限。被保險人同一次手術中，於同一手術位置接受兩項器官(含)以上手術項目時，本公司按最高一項給付之。但同一保單年度各項住院手術費用保險金之總和，最高以其保險金額為限。  
被保險人所接受的手術，若不在附表「手術項目表」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。

### 第四條 保險金的申領

受益人申領本附加條款保險金時，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。)並須列明手術日期、名稱、部位及方式。
  - 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。

### 第五條 條款的適用

本附加條款所記載事項，如與主保險契約相抵觸時，依本附加條款約定辦理，其他事項仍適用主保險契約之約定。

### 【附表】手術項目表

系統	編號	手術項目	手術百分比
皮膚	001	皮膚移植術(25 平方公分(含)以上)	15.0%
皮膚	002	皮膚移植術(小於 25 平方公分)	5.0%
皮膚	003	字形皮瓣手術 (Z or V-Y or W 等)	5.0%
皮膚	004	創傷縫合處理	2.5%
乳房	005	乳房切除術	25.0%
乳房	006	乳房腫瘤切除術	10.0%
骨骼	007	骨髓炎之死骨切除術	15.0%
骨骼	008	骨移植術	25.0%
骨骼	009	顱骨切除術	40.0%
骨骼	010	上、下顎骨切除	15.0%
骨骼	011	顎關節活動術(不含徒手復位)	15.0%
骨骼	012	鎖骨、胸骨、肋骨切除或開放性復位術(取出不給付)	15.0%
骨骼	013	脊椎骨折開放性復位術	40.0%
骨骼	014	椎間盤切除術 - 腰椎	40.0%
骨骼	015	椎體成型術(人工骨水泥灌注)	25.0%
骨骼	016	四肢切斷術-大腿、小腿、上臂、前臂、腕、踝	15.0%
骨骼	017	四肢切斷術-指、趾	5.0%
骨骼	018	斷端成形術-大腿、小腿、上臂、前臂	15.0%
骨骼	019	斷端成形術-指、趾	5.0%
骨骼	020	斷肢再接手術	40.0%
骨骼	021	手指、足趾顯微重接、斷指再接手術	15.0%
骨骼	022	開放性肱骨或骨幹或踝部骨折，開放性復位術(取出不給付)	15.0%
骨骼	023	手指、足趾骨折鋼釘固定置入(取出不給付)	5.0%
骨骼	024	關節鏡手術	15.0%
骨骼	025	人工全體關節再置換	40.0%
骨骼	026	全指、趾關節置換術	5.0%
骨骼	027	肌腱或韌帶修補術	7.5%
呼吸器	028	全喉切除術併行頸淋巴腺根除術	100.0%





呼吸器	029	內視鏡功能鼻竇手術	15.0%
呼吸器	030	全部或部份鼻甲切除	5.0%
呼吸器	031	氣管永久造孔術	15.0%
呼吸器	032	肺全切除術	100.0%
呼吸器	033	肺楔狀或部份切除術	50.0%
呼吸器	034	肺膿瘍手術	15.0%
呼吸器	035	胸腔成形術合併肌肉移植或人工網膜修補術	50.0%
呼吸器	036	胸腺切除術	25.0%
呼吸器	037	胸腔插管術	15.0%
循環器	038	冠狀動脈繞道手術	100.0%
循環器	039	剝離性主動脈瘤斑氏術	100.0%
循環器	040	肝門靜脈分流術	50.0%
循環器	041	插入或置換永久性節律器(取出不給付)	25.0%
循環器	042	心臟之氣球擴張術	25.0%
循環器	043	心包膜切開術	25.0%
循環器	044	動靜脈血栓切除術	15.0%
循環器	045	動靜脈之血管插管置入(取出不給付)	7.5%
造血、淋巴	046	脾臟切除術	50.0%
造血、淋巴	047	脾腎靜脈分流術	50.0%
造血、淋巴	048	淋巴腺切除術	15.0%
造血、淋巴	049	縱膈膜切開術	25.0%
造血、淋巴	050	橫膈膜下膿瘍切開術	15.0%
消化	051	食道再造術	100.0%
消化	052	食道入口部腫瘤摘出術	15.0%
消化	053	舌切除術	20.0%
消化	054	腮腺腫切除術	15.0%
消化	055	扁桃腺切除術	15.0%
消化	056	全胃切除術	50.0%
消化	057	胃幽門成形術	15.0%
消化	058	胃息肉手術	10.0%
消化	059	小腸或大腸全切除術	50.0%
消化	060	腸阻塞手術	15.0%
消化	061	腸系膜之縫合及修補	15.0%
消化	062	闌尾切除術	15.0%
消化	063	腸息肉手術	10.0%
消化	064	肛門重建術	25.0%
消化	065	肛裂	5.0%
消化	066	肝切除術	50.0%
消化	067	肝囊腫或肝膿瘍引流或造袋術	15.0%
消化	068	膽囊、膽管切除術	50.0%
消化	069	膽囊造瘻、膽管成形術	15.0%

消化	070	胰臟切除術	50.0%
消化	071	胰臟膿瘍或胰炎引流術	15.0%
消化	072	(後)腹腔良性腫瘤切除術	15.0%
消化	073	腹腔內膿瘍引流術治療急性穿孔性腹膜炎	15.0%
消化	074	骨盆腔膿瘍引流術－經腹	15.0%
消化	075	骨盆腔膿瘍引流術－經肛門	7.5%
消化	076	腹壁損傷修復術	7.5%
尿、性器	077	腎臟移植(限受容者)	100.0%
尿、性器	078	根治性腎切除術	50.0%
尿、性器	079	經內視鏡腎取石及腎盂取石術(不含體外震波)	20.0%
尿、性器	080	腎膿瘍或腎囊腫之引流術	15.0%
尿、性器	081	經內視鏡輸尿管取石術(不含體外震波)	10.0%
尿、性器	082	膀胱全切除術合併尿道全切除術	50.0%
尿、性器	083	經內視鏡膀胱取石術(不含體外震波)	10.0%
尿、性器	084	經內視鏡尿道結石除去術(不含體外震波)	10.0%
尿、性器	085	陰莖切除術	25.0%
尿、性器	086	睪丸、前立腺肥大切除手術	15.0%
尿、性器	087	陰囊水腫切除術	15.0%
尿、性器	088	全子宮切除術	50.0%
尿、性器	089	部份子宮切除術	25.0%
尿、性器	090	子宮肌瘤切除手術	15.0%
尿、性器	091	子宮外孕手術	15.0%
尿、性器	092	子宮頸息肉手術(不含冰凍或電灼術)	5.0%
尿、性器	093	卵巢囊腫切除手術	15.0%
尿、性器	094	陰道囊腫切除術(不含冰凍或電灼術)	5.0%
內分泌	095	經由蝶竇之腦下垂體瘤切除	100.0%
內分泌	096	腎上腺切除術	50.0%
內分泌	097	甲狀腺切除術	7.5%
神經外科	098	腦瘤切除	100.0%
神經外科	099	脊髓腫瘤切除術	100.0%
神經外科	100	腦膜突出修補術	50.0%
神經外科	101	神經修補術	25.0%
神經外科	102	顱內壓監視置入	25.0%
神經外科	103	腦室體外引流(不含換管)	15.0%
聽器	104	聽神經腫瘤切除術(經耳的)	100.0%
聽器	105	迷路切除術	40.0%
聽器	106	鐮骨截除及修補	40.0%
聽器	107	聽小骨重建術	40.0%
聽器	108	鼓室成形術	40.0%
聽器	109	乳突鑿開術	25.0%
聽器	110	內淋巴囊開放術	25.0%



聽器	111	顯微鏡下鼓膜切開術，併鼓室通氣管插入	10.0%
聽器	112	耳膜成形術	10.0%
聽器	113	外耳道成形術	5.0%
視器	114	角膜移植術	50.0%
視器	115	眼球內容物剷除術	25.0%
視器	116	眼窩腫瘤切除術	25.0%
視器	117	前房異物取出術	25.0%
視器	118	鞏膜切除術	25.0%
視器	119	虹膜粘連分離術	25.0%
視器	120	玻璃體切除術	25.0%
視器	121	人工水晶體植入術	15.0%
視器	122	角膜切開、切除術	10.0%
視器	123	結膜成形術	10.0%
視器	124	視網膜剝離手術	5.0%
視器	125	眼瞼良性腫瘤切除術	2.5%

## 新光產物團體住院日額醫療保險 住院門診費用保險金附加條款

※主要給付項目：住院門診費用保險金。  
※本公司對被保險人罹患「疾病」所須負擔的保險金給付責任，係自本契約生效日起持續有效第三十一日開始所發生者為限，詳請參閱契約條款。  
※本保險商品為非保證續保之健康保險。  
(如未加費投保則本附加條款不適用)

103.04.25依據金融監督管理委員會103.01.22金管保壽字第10202131810號函修訂

### 第一條 承保範圍

茲經雙方同意，要保人於投保新光產物團體住院日額醫療保險(以下簡稱主保險契約)並加繳保險費，投保新光產物團體住院日額醫療保險住院門診費用保險金附加條款(以下簡稱本附加條款)，被保險人於本附加條款有效期間內遭受主保險契約約定之疾病或傷害經醫院醫師診斷而住院診療時，其於住院診療之前二週內及出院後二週內(不含入院及出院當日)，因診療與其住院同一疾病或傷害事故為目的而接受門診診療者，本公司按實際門診次數(不論每日門診次數為一次或多，均以一次計)乘以本附加條款約定之保險金額給付「住院門診費用保險金」。同一次住院最高以給付四次為限。

### 第二條 保險金的申領

受益人申領本附加條款保險金時，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。)並須列明其接受門診診療之日期。  
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。

### 第三條 條款的適用

本附加條款所記載事項，如與主保險契約相抵觸時，依本附加條款約定辦理，其他事項仍適用主保險契約之約定。

## 新光產物團體住院日額醫療保險 住院醫療費用保險金附加條款

※主要給付項目：住院醫療費用保險金。  
※本公司對被保險人罹患「疾病」所須負擔的保險金給付責任，係自本契約生效日起持續有效第三十一日開始所發生者為限，詳請參閱契約條款。  
※本保險商品為非保證續保之健康保險。  
(如未加費投保則本附加條款不適用)

103.04.25依據金融監督管理委員會103.01.22金管保壽字第10202131810號函修訂

### 第一條 承保範圍

茲經雙方同意，要保人於投保新光產物團體住院日額醫療保險(以下簡稱主保險契約)並加繳保險費，投保新光產物團體住院日額醫療保險住院醫療費用保險金附加條款(以下簡稱本附加條款)，被保險人於本附加條款有效期間內遭受主保險契約約定之疾病或傷害經醫院醫師診斷而住院診療時，本公司就其住院期間實際醫療費用，超過全民健康保險給付部分，給付「住院醫療費用保險金」。

### 第二條 名詞定義

本附加條款所稱「住院醫療費用保險金」係指下列各項費用：  
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。該項給付於同一次住院以兩次為限。  
五、手術室、手術後恢復室或急救室及其設備之使用。  
六、敷料、外科用夾板及石膏整型(但不包括特別支架等設備)。  
七、化驗室檢驗、心电图、基礎代謝率檢查。  
八、對症所必要之物理治療。  
九、麻醉劑、氧氣使用。  
十、X光檢查及治療。  
十一、注射技術費及其藥液。

### 第三條 住院醫療費用保險金的給付

被保險人於本附加條款有效期間內遭受主保險契約約定之疾病或傷害經醫院醫師診斷而住院診療時，本公司就其住院期間實際醫療費用，超過全民健康保險給付部分，給付「住院醫療費用保險金」。  
前項同一疾病或傷害的給付總額不得超過保險單上所約定之保險金額。  
對於被保險人未以全民健保之被保險人身份，或未至全民健保指定醫療機構接受診療者，或雖以全民健康保險身分接受診療，但有未經全民健康保險給付分攤之費用發生者，本公司僅按其支出之實際醫療費用的百分之六十五給付「住院醫療費用保險金」，惟以前述約定之限額為限。

### 第四條 保險金的申領

受益人申領本附加條款保險金時，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。)  
四、住院期間醫療費用收據及明細單。  
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。

### 第五條 條款的適用

本附加條款所記載事項，如與主保險契約相抵觸時，依本附加條款約定辦理，其他事項仍適用主保險契約之約定。

## 新光產物團體住院日額醫療保險 骨折未住院附加條款

※主要給付項目：骨折未住院保險金。  
※本公司對被保險人罹患「疾病」所須負擔的保險金給付責任，係自本契約生效日起持續有效第三十一日開始所發生者為限，詳請參閱契約條款。  
※本保險商品為非保證續保之健康保險。  
(如未加費投保則本附加條款不適用)

103.04.25依據金融監督管理委員會103.01.22金管保壽字第10202131810號函修訂

### 第一條 承保範圍

茲經雙方同意，要保人於投保新光產物團體住院日額醫療保險(以下簡稱主保險契約)並加繳保險費，投保新光產物團體住院日額醫療保險骨折未住院附加條款(以下簡稱本附加條款)，被保險人於本附加條款有效期間內遭受主保險契約約定之傷害，本公司依照本附加條款之約定，給付「骨折未住院保險金」。

### 第二條 骨折未住院保險金的給付

被保險人於本附加條款有效期間內遭受主保險契約約定之傷害，自意外傷害事故發生之日起一百八十日內，經醫師診斷確定致成下列骨折別所列項目之一且未住院治療者，或已住院但未達下列骨折別所定日數者，其未住院部分本公司按下列骨折別所定日數乘以主保險契約約定之每日給付金額的二分之一給付「骨折未住院保險金」。但給付日數以按骨折別所定日數扣除實際住院日數為準。如被保險人於未逾已申領未住院日數再住院治療時，應扣除自再住院之日起至再出院之日止之期間內被保險人已申領之「骨折未住院保險金」。  
前項情形，被保險人自事故發生之日起超過一百八十日經醫師診斷確定骨折者，受益人若能證明被保險人之骨折與該事故具有因果關係者，本公司仍依前項規定給付「骨折未住院保險金」，不受前項一百八十日之限制。  
前項所稱骨折是指骨體完全骨折而言。如係不完全骨折，按完全骨折日數二分之一給付；如係骨體龜裂者按完全骨折日數四分之一給付，如同時蒙受下列二項以上骨折時，僅給付一項較高等級的「骨折未住院保險金」。

### 骨折別日數表

骨折部分	完全骨折日數
1.鼻骨、眶骨(含額骨)	十四天
2.掌骨、指骨	十四天
3.跗骨、趾骨	十四天
4.下顎(齒槽醫療除外)	二十天
5.肋骨	二十天
6.鎖骨	二十八天
7.橈骨或尺骨	二十八天
8.膝蓋骨	二十八天
9.肩胛骨	三十四天
10.椎骨(包括胸椎、腰椎及尾骨)	四十天
11.骨盆(包括腸骨、恥骨、坐骨、薦骨)	四十天
12.頭蓋骨	五十天
13.臂骨	四十天
14.橈骨與尺骨	四十天
15.腕骨(一手或雙手)	四十天
16.脛骨或腓骨	四十天
17.踝骨(一足或雙足)	四十天
18.股骨	五十天
19.脛骨及腓骨	五十天
20.大腿骨頸	六十天

### 第三條 保險金的申領

受益人申領本附加條款保險金時，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；但必要時本公司得要求提供意外傷害事故證明文件。  
四、X光片或光碟片。  
五、受益人的身分證明。

### 第四條 除外責任(原因)

被保險人因下列原因致成傷害時，本公司不負給付「骨折未住院保險金」的責任：  
一、要保人、被保險人的故意行為。  
二、被保險人犯罪行為。  
三、被保險人飲酒後駕(騎)車，其吐氣或血液所含酒精成份超過道路交通法令規定標準者。  
四、戰爭(不論宣戰與否)、內亂及其他類似的武裝變亂。但契約另有約定者不在此限。  
五、因原子或核子能裝置所引起的爆炸、灼熱、輻射或污染。但契約另有約定者不在此限。  
前項第一款情形(除被保險人的故意行為外)，致被保險人傷害時，本公司仍給付「骨折未住院保險金」。

### 第五條 不保事項

被保險人從事下列活動致成傷害時，除契約另有約定外，本公司不負給付「骨折未住院保險金」的責任：  
一、被保險人從事角力、摔跤、柔道、空手道、跆拳道、馬術、拳擊、特技表演等的競賽或表演。  
二、被保險人從事汽車、機車及自由車等的競賽或表演。

### 第六條 條款的適用

本附加條款所記載事項，如與主保險契約相抵觸時，依本附加條款約定辦理，其他事項仍適用主保險契約之約定。

## 新光產物團體住院日額醫療保險 癌症外科手術費用保險金附加條款

※主要給付項目：癌症外科手術費用保險金。





※本公司對被保險人罹患「癌症」所須負擔的保險金給付責任，係自本契約生效日起持續有效第三十一日或六十一日開始所發生者為限，其等待期於投保時，須以三十日或六十日兩種擇一投保，詳請參閱契約條款。

※本保險商品為非保證續保之健康保險。  
(如未加費投保則本附加條款不適用)

103.04.25依據金融監督管理委員會103.01.22金管保壽字第10202131810號函修訂

#### 第一條 承保範圍

茲經雙方同意，要保人於投保新光產物團體住院日額醫療保險(以下簡稱主保險契約)並加繳保險費，投保新光產物團體住院日額醫療保險癌症外科手術費用保險金附加條款(以下簡稱本附加條款)，被保險人於本附加條款有效期間內且於等待期間屆滿後，經醫院醫師診斷確定罹患癌症並以治療此癌症為直接目的(不含癌症或癌症治療後引起之併發症、副作用及後遺症)，於醫院接受惡性腫瘤及其轉移部位之切除手術(不含切片檢查及人工血管置入或取出)治療時，本公司依照本附加條款之約定，給付「癌症外科手術費用保險金」。

#### 第二條 名詞定義

本附加條款所稱「等待期間」，可分為三十日或六十日兩種擇一投保。前者係指自被保險人參加本附加條款生效日起三十日，包括第三十日內之期間；後者係指自被保險人參加本附加條款生效日起六十日，包括第六十日內之期間。續保者不受三十日或六十日等待期間之限制。本附加條款所稱「癌症」係指組織細胞異常增生及具有轉移特性之惡性腫瘤，經醫院病理檢驗確定診斷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」歸屬於惡性腫瘤及原位癌之疾病。

#### 第三條 癌症外科手術費用保險金的給付

被保險人於本附加條款有效期間內且於等待期間屆滿後，經醫院醫師診斷確定罹患癌症並以治療此癌症為直接目的(不含癌症或癌症治療後引起之併發症、副作用及後遺症)，於醫院接受惡性腫瘤及其轉移部位之切除手術(不含切片檢查及人工血管置入或取出)治療時，本公司即依附表癌症給付項目，分別約定保險金額按次給付「癌症外科手術費用保險金」。前項「癌症外科手術費用保險金」之給付，每一保單年度最高以十次為限。

#### 第四條 保險金的申領

受益人申領本附加條款保險金時，應檢具下列文件：

- 一、保險金申請書。
  - 二、保險單或其謄本。
  - 三、醫療診斷書及相關檢驗或病理切片檢驗報告。(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及相關檢驗報告。)
  - 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。

#### 第五條 條款的適用

本附加條款所記載事項，如與主保險契約相抵觸時，依本附加條款約定辦理，其他事項仍適用主保險契約之約定。

#### 【附表】 癌症給付項目

給付項目	非原位癌之癌症外科手術費用	原位癌之癌症外科手術費用
保險金額	詳保險單所約定	詳保險單所約定

## 新光產物團體住院日額醫療保險 癌症住院日額附加條款

※主要給付項目：癌症住院日額保險金、癌症出院居家療養保險金。

※本公司對被保險人罹患「癌症」所須負擔的保險金給付責任，係自本契約生效日起持續有效第三十一日或六十一日開始所發生者為限，其等待期於投保時，須以三十日或六十日兩種擇一投保，詳請參閱契約條款。

※本保險商品為非保證續保之健康保險。  
(如未加費投保則本附加條款不適用)

103.04.25依據金融監督管理委員會103.01.22金管保壽字第10202131810號函修訂

#### 第一條 承保範圍

茲經雙方同意，要保人於投保新光產物團體住院日額醫療保險(以下簡稱主保險契約)並加繳保險費，投保新光產物團體住院日額醫療保險癌症住院日額附加條款(以下簡稱本附加條款)，被保險人於本附加條款有效期間內且於等待期間屆滿後，經醫院醫師診斷確定罹患癌症並以治療此癌症為直接目的(不含癌症或癌症治療後引起之併發症、副作用及後遺症)必須接受住院診療時，本公司依照本附加條款之約定，給付「癌症住院日額保險金」、「癌症出院居家療養保險金」。

#### 第二條 名詞定義

本附加條款所稱「等待期間」，可分為三十日或六十日兩種擇一投保。前者係指自被保險人參加本附加條款生效日起三十日，包括第三十日內之期間；後者係指自被保險人參加本附加條款生效日起六十日，包括第六十日內之期間。續保者不受三十日或六十日等待期間之限制。本附加條款所稱「癌症」係指組織細胞異常增生及具有轉移特性之惡性腫瘤，經醫院病理檢驗確定診斷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」歸屬於惡性腫瘤及原位癌之疾病。

#### 第三條 癌症住院日額保險金的給付

被保險人於本附加條款有效期間內且於等待期間屆滿後，經醫院醫師診斷確定罹患癌症並以治療此癌症為直接目的(不含癌症或癌症治療後引起之併發症、副作用及後遺症)必須接受住院診療時，本公司按其實際住院日數(含始日及終日)乘以「癌症住院日額保險金額」，給付「癌症住院日額保險金」。被保險人同一保單年度內本公司計算「癌症住院日額保險金」之實際住院日數，以保險單上所約定之最高給付日數為上限。

#### 第四條 癌症出院居家療養保險金的給付

被保險人於本附加條款有效期間內且於等待期間屆滿後，經醫院醫師診斷確定罹患癌症並以治療此癌症為直接目的(不含癌症或癌症治療後引起之併發症、副作用及後遺症)必須接受住院診療時，其出院後在家療養時，本公司按其實際住院日數(含始日及終日)乘以「癌症出院居家療養保險金額」，給付「癌症出院居家療養保險金」。被保險人同一保單年度內本公司計算「癌症出院居家療養保險金」之實際日數，以保險單上所約定之最高給付日數為上限。

#### 第五條 保險金的申領

受益人申領本附加條款保險金時，應檢具下列文件：

- 一、保險金申請書。
  - 二、保險單或其謄本。
  - 三、醫療診斷書及相關檢驗或病理切片檢驗報告。(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及相關檢驗報告。)
  - 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。

#### 第六條 條款的適用

本附加條款所記載事項，如與主保險契約相抵觸時，依本附加條款約定辦理，其他事項仍適用主保險契約之約定。

## 新光產物團體住院日額醫療保險 癌症門診暨治療保險金附加條款

※主要給付項目：癌症門診醫療保險金、癌症放射線治療保險金、癌症化學治療保險金。

※本公司對被保險人罹患「癌症」所須負擔的保險金給付責任，係自本契約生效日起持續有效第三十一日或

六十一日開始所發生者為限，其等待期於投保時，須以三十日或六十日兩種擇一投保，詳請參閱契約條款。

※本保險商品為非保證續保之健康保險。  
(如未加費投保則本附加條款不適用)

103.04.25依據金融監督管理委員會103.01.22金管保壽字第10202131810號函修訂

#### 第一條 承保範圍

茲經雙方同意，要保人於投保新光產物團體住院日額醫療保險(以下簡稱主保險契約)並加繳保險費，投保新光產物團體住院日額醫療保險癌症門診暨治療保險金附加條款(以下簡稱本附加條款)，被保險人於本附加條款有效期間內且於等待期間屆滿後，經醫院醫師診斷確定罹患癌症並以治療此癌症為直接目的(不含癌症或癌症治療後引起之併發症、副作用及後遺症)必須接受西醫門診治療、放射線治療或化學治療時，本公司依照本附加條款之約定，給付「癌症門診醫療保險金」、「癌症放射線治療保險金」或「癌症化學治療保險金」。

#### 第二條 名詞定義

本附加條款所稱「等待期間」，可分為三十日或六十日兩種擇一投保。前者係指自被保險人參加本附加條款生效日起三十日，包括第三十日內之期間；後者係指自被保險人參加本附加條款生效日起六十日，包括第六十日內之期間。續保者不受三十日或六十日等待期間之限制。本附加條款所稱「癌症」係指組織細胞異常增生及具有轉移特性之惡性腫瘤，經醫院病理檢驗確定診斷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」歸屬於惡性腫瘤及原位癌之疾病。

#### 第三條 癌症門診醫療保險金的給付

被保險人於本附加條款有效期間內且於等待期間屆滿後，經醫院醫師診斷確定罹患癌症並以治療此癌症為直接目的(不含癌症或癌症治療後引起之併發症、副作用及後遺症)在醫院接受西醫門診治療且未住院時，本公司按其實際接受門診日數(不論其每日接受門診醫療次數為一次或多次，均以一日計)乘以「癌症門診醫療保險金額」，給付「癌症門診醫療保險金」。前項給付每日以一次為限，同一保單年度內以六十次為限。

#### 第四條 癌症放射線治療保險金的給付

被保險人於本附加條款有效期間內且於等待期間屆滿後，經醫院醫師診斷確定罹患癌症並以治療此癌症為直接目的(不含癌症或癌症治療後引起之併發症、副作用及後遺症)在醫院接受放射線治療者，本公司按其實際接受放射線治療之日數(不論其每日治療次數為一次或多次，均以一日計)乘以「癌症放射線治療保險金額」，給付「癌症放射線治療保險金」。前項給付每日以一次為限，同一保單年度內以六十次為限。

#### 第五條 癌症化學治療保險金的給付

被保險人於本附加條款有效期間內且於等待期間屆滿後，經醫院醫師診斷確定罹患癌症並以治療此癌症為直接目的(不含癌症或癌症治療後引起之併發症、副作用及後遺症)在醫院接受化學治療者，本公司按其實際接受化學治療之日數(不論其每日治療次數為一次或多次，均以一日計)乘以「癌症化學治療保險金額」，給付「癌症化學治療保險金」。前項給付每日以一次為限，同一保單年度內以六十次為限。

#### 第六條 保險金的申領

受益人申領本附加條款保險金時，應檢具下列文件：

- 一、保險金申請書。
  - 二、保險單或其謄本。
  - 三、醫療診斷書及相關檢驗或病理切片檢驗報告。(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及相關檢驗報告。)
  - 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。

#### 第七條 條款的適用

本附加條款所記載事項，如與主保險契約相抵觸時，依本附加條款約定辦理，其他事項仍適用主保險契約之約定。

## 新光產物團體住院日額醫療保險 癌症骨髓移植醫療保險金附加條款

※主要給付項目：癌症骨髓移植醫療保險金。

※本公司對被保險人罹患「癌症」所須負擔的保險金給付責任，係自本契約生效日起持續有效第三十一日或

六十一日開始所發生者為限，其等待期於投保時，須以三十日或六十日兩種擇一投保，詳請參閱契約條款。

※本保險商品為非保證續保之健康保險。  
(如未加費投保則本附加條款不適用)

103.04.25依據金融監督管理委員會103.01.22金管保壽字第10202131810號函修訂

#### 第一條 承保範圍

茲經雙方同意，要保人於投保新光產物團體住院日額醫療保險(以下簡稱主保險契約)並加繳保險費，投保新光產物團體住院日額醫療保險癌症骨髓移植醫療保險金附加條款(以下簡稱本附加條款)，被保險人於本附加條款有效期間內且於等待期間屆滿後，經醫師診斷確定罹患癌症並以治療此癌症為直接目的(不含癌症或癌症治療後引起之併發症、副作用及後遺症)必須接受骨髓移植時，本公司依照本附加條款之約定，給付「癌症骨髓移植醫療保險金」。

#### 第二條 名詞定義

本附加條款所稱「等待期間」，可分為三十日或六十日兩種擇一投保。前者係指自被保險人參加本附加條款生效日起三十日，包括第三十日內之期間；後者係指自被保險人參加本附加條款生效日起六十日，包括第六十日內之期間。續保者不受三十日或六十日等待期間之限制。本附加條款所稱「癌症」係指組織細胞異常增生及具有轉移特性之惡性腫瘤，經醫院病理檢驗確定診斷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」歸屬於惡性腫瘤及原位癌之疾病。本附加條款所稱「骨髓移植」係指血液幹細胞移植，其來源為骨髓、周邊血液幹細胞及臍帶血。

#### 第三條 癌症骨髓移植醫療保險金的給付

被保險人於本附加條款有效期間內且於等待期間屆滿後，經醫師診斷確定罹患癌症並以治療此癌症為直接目的(不含癌症或癌症治療後引起之併發症、副作用及後遺症)必須於醫院接受骨髓移植手術者，不論是自體或異體移植，本公司按其保險單上所約定之金額給付「癌症骨髓移植醫療保險金」。每名被保險人終身以給付一次為限。

#### 第四條 保險金的申領

受益人申領本附加條款保險金時，應檢具下列文件：

- 一、保險金申請書。
  - 二、保險單或其謄本。
  - 三、醫療診斷書及相關檢驗或病理切片檢驗報告。(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及相關檢驗報告。)
  - 四、醫院出具之骨髓移植醫療證明書。
  - 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。



## 第五條 條款的適用

本附加條款所記載事項，如與主保險契約相抵觸時，依本附加條款約定辦理，其他事項仍適用主保險契約之約定。

# 新光產物團體重大疾病保險(甲型)

※主要給付項目：重大疾病保險金。

※本公司對被保險人罹患「重大疾病」所須負擔的保險金給付責任，係自本契約生效日起持續有效第三十一日開始所發生者為限，詳情參閱契約條款。

※本保險商品為非保證續保之健康保險。

(如未加費投保則本契約條款不適用)

101.05.18(101)新產精發字第311號函備查

107.08.17依據金融監督管理委員會107.06.07金管保壽字第10704158370號函修訂

## 第一條 保險契約的構成

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，不得拘泥於所用之文字；如有疑義時，以作有利於被保險人的解釋為原則。

## 第二條 名詞定義

本契約所稱「要保人」是指要保單位。

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人員及其下列家屬：

- 配偶。
  - 父母。
  - 子女，但以未滿廿三歲且未婚者為限。
- 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：
- 有一定雇主之員工團體。
  - 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。
  - 債權、債務人團體。
  - 依規定得加教人員保險、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。
  - 中央及地方民意代表所組成之團體。
  - 凡非屬以上所列而具有法人資格之團體。
- 本契約所稱「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立、私立醫院或醫療法人所設立之醫院。本契約所稱「醫師」係指依醫師法規定領有醫師證書並合法執業之醫師，且非被保險人本人及其配偶。
- 本契約所稱「專科醫師」，係指經醫師考試及格完成專科醫師訓練，並經中央衛生主管機關甄審合格，領有專科醫師證書者。
- 本契約所稱「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。
- 本契約所稱「意外傷害事故」係指非由疾病引起之外來突發事故。
- 本契約所稱「重大疾病」係指被保險人自本契約生效日或參加日起持續有效第三十一日開始初次發生並經醫院診斷確定而屬下列情形之一者：被保險人於本契約訂立日後參加者，對該被保險人所稱「重大疾病」係指自參加日起本契約持續有效第三十一日開始所發生者。
- 本契約續保時，若被保險人於續保日前參加滿三十日時，對該被保險人所稱「重大疾病」不受前述三十日期間之限制；但若被保險人於續保日前參加未滿三十日時，應以三十日扣除續保日前已參加日數後，以其剩餘日數後所初次發生之重大疾病始為對被保險人所稱之「重大疾病」；但被保險人因遭受外來突發的意外傷害事故，致成本項第六款或第七款之情形者，不受前項三十日期間之限制：

- 急性心肌梗塞(重度)：係指因冠狀動脈阻塞而導致部份心肌壞死，其診斷除了發病九十日(含)後，經心臟影像檢查證實左心室功能射出分率低於50%(含)者之外，且同時具備下列至少二個條件：
    - 典型之胸痛症狀。
    - 最近心電圖的異常變化，顯示有心肌梗塞者。
    - (三)心肌酶CK-MB有異常增高，或肌鈣蛋白T>1.0ng/ml，或肌鈣蛋白I>0.5ng/ml。
  - 冠狀動脈繞道手術：係指因冠狀動脈疾病而有持續性心肌缺氣造成心絞痛或心臟衰竭，並接受冠狀動脈繞道手術者；其他手術不包括在內。
  - 腦中風後障礙(重度)：係指因腦血管的突發病變導致腦血管出血、栓塞、梗塞造成永久性神經機能障礙者。所謂永久性神經機能障礙係指事故發生六個月後經神經科、神經外科或復健科專科醫師認定仍遺留下列機能障礙之一者：
    - 植物人狀態。
    - 一上肢三大關節或一下肢三大關節遺留下列機能障礙之一者：
      - 關節機能完全不能隨意意識活動。
      - 肌力在二分(含)以下者(肌力二分是指可做水平運動，但無法抗地心引力)。上肢三大關節包括肩、肘、腕關節，下肢三大關節包括髖、膝、踝關節。
  - 兩肢(含)以上運動或感覺障礙而無法自理日常生活者。所謂無法自理日常生活係指食物攝取、大小便始末、穿脫衣服、起居、步行、入浴等，皆不能自己為之，經常需要他人加以扶助之狀態。
  - 喪失言語或咀嚼機能者。言語機能的喪失係指因腦部言語中樞神經的損傷而患失語症者。所謂咀嚼機能的喪失係指由於牙齒以外之原因所引起之機能障礙，以致不能做咀嚼運動，除流質食物以外不能攝取之狀態。被保險人如於事故發生六個月內身故，即不符合本項重大疾病之定義。
- 末期腎病變：係指腎臟因慢性及不可復原的衰竭，已開始接受長期且規則之透析治療者。
- 癌症(重度)：係指組織細胞有惡性細胞不斷生長、擴張及對組織傷害的特性之惡性腫瘤或惡性白血球過多症，經病理

檢驗確定符合最近採用之「國際疾病傷害及死因分類標準」，版本歸屬於惡性腫瘤，且非屬下列項目之疾病：

- (一)慢性淋巴性白血病第一期及第二期(按Rai氏的分期系統)。
  - (二)二十公分(含)以下之第一期何杰金氏病。
  - (三)第一期前列腺癌。
  - (四)第一期膀胱乳頭狀癌。
  - (五)甲狀腺微乳頭狀癌(微乳頭狀癌是指在甲狀腺內一公分(含)以下之乳頭狀癌)。
  - (六)邊緣性卵巢癌。
  - (七)第一期黑色素瘤。
  - (八)第一期乳癌。
  - (九)第一期子宮頸癌。
  - (十)第一期大腸直腸癌。
  - (十一)原位癌或零期癌。
  - (十二)第一期惡性類癌。
  - (十三)第二期(含)以下且非惡性黑色素瘤之皮膚癌(包括皮膚附屬器官癌及皮纖維肉瘤)。
- 六、癱瘓(重度)：係指兩上肢、或兩下肢、或一上肢及一下肢，各有三大關節中之兩關節(含)以上遺留下列機能障礙之一，且經六個月以後仍無法復原或改善者：
- (一)關節機能完全不能隨意意識活動。
  - (二)肌力在二分(含)以下者(肌力二分是指可做水平運動，但無法抗地心引力)。
- 上肢三大關節包括肩、肘、腕關節，下肢三大關節包括髖、膝、踝關節。
- 被保險人如於事故發生六個月內身故，即不符合本項重大疾病之定義。
- 七、重大器官移植或造血幹細胞移植：
- 重大器官移植，係指因相對應器官功能衰竭，已經接受心臟、肺臟、肝臟、胰臟、腎臟(以上均不含幹細胞移植)的異體移植。
- 造血幹細胞移植，係指因造血功能損害或造血系統惡性腫瘤，已經接受造血幹細胞(包括骨髓造血幹細胞、周邊造血幹細胞和臍帶血造血幹細胞)的異體移植。

## 第三條 保險期間的始日與終日

本契約的保險期間，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。但契約另有約定者，從其約定。

## 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。

## 第五條 承保範圍

被保險人於本契約有效期間內，經醫院醫師診斷確定初次罹患本契約第二條所約定之重大疾病時，本公司依照本契約約定給付保險金。

## 第六條 保險金的給付

被保險人因第五條之約定而於醫院診療時，本公司按其保險單上所約定之保險金額給付「重大疾病保險金」，本契約對該被保險人的保險效力即行終止。若被保險人同時或先後罹患二種以上重大疾病時，本公司只給付一種重大疾病保險金。

## 第七條 保險費的計算

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，要保人與本公司應就其差額補交或退還。

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、保險金額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。

## 第八條 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的翌日起三十日為寬限期間。約定以金融機構轉帳或其他支付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。

## 第九條 告知義務與本契約的解除

要保人或被保險人在訂立本契約時，對於本公司要保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。本公司解除契約時，應通知要保人，但要保人死亡或居住所不明，通知不能送達時，得通知被保險人或受益人。

## 第十條 被保險人的異動

要保人因所屬人員異動而申請加保時，應以書面或其他約定方式通知本公司，自通知到達之日午夜十二時起開始生效，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，應以書面或其他約定方式通知本公司，被保險人資格自通知到達之日午夜十二時起喪失，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，其家屬之保險效力亦同時終止。

本契約第二條所定義之家屬因身故或身份變更而喪失家屬資格時，要保人應以書面或其他約定方式通知本公司退保，該被保險人資格自通知到達之日午夜十二時起喪失，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。

## 第十一條 契約的終止與保險費的返還

本契約在被保險人少數於五人，或少於有參加保險資格人數的百分之八十時，本公司得終止本契約，並按日數比例返還未滿期之保險費。

要保人如欲終止本契約，得以書面或其他約定方式通知本公司，本公司應從當期已繳保險費扣除按短期費率計算已經過期間之保險費後，將其未滿期保險費退還要保人。短期費率如附表。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。被保險人非因本契約所約定之保險事故而致本契約效力終止時，本公司應將其未滿期保險費按日數比例退還要保人。

## 第十二條 危險變更的通知義務

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。

## 第十三條 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。

## 第十四條 保險事故的通知與保險金的申請時間

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，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。

## 第十五條 保險金的申領

受益人申領「重大疾病保險金」時，應檢具下列文件：

- 一、保險金申請書。
  - 二、重大疾病診斷證明書及相關檢驗或病理切片報告。（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及相關檢驗或病理切片報告），接受外科手術者，應詳載手術名稱、部位及方式。
  - 三、受益人的身分證明。
- 受益人申領重大疾病保險金時，本公司得對被保險人的身體予以檢驗，必要時並得經受益人同意調閱被保險人之就醫相關資料，其費用由本公司負擔。

## 第十六條 除外責任

被保險人因下列原因所致之重大疾病者，本公司不負給付保險金的責任：

- 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。

## 第十七條 受益人的指定

本契約的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，如本契約的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。

## 第十八條 契約有效期間

本契約的保險期間為一年，且不保證續保。保險期間屆滿時，經本公司同意續保後，要保人得交付保險費，以使本契約繼續有效。

本契約續保時，按續保生效當時依規定陳報主管機關之費率及被保險人年齡重新計算保險費。

## 第十九條 經驗分紅

本契約之經驗分紅計算公式，詳如附表。

## 第二十條 投保年齡的計算及錯誤的處理

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，本契約無效，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規定之利率計算。

## 第二十一條 住所變更

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。

## 第二十二條 時效

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。

## 第二十三條 批註

本契約內容的變更，或記載事項的增刪，除第十七條規定者外，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。

## 第二十四條 管轄法院

因本契約涉訟者，同意以要保人住所所在地方法院為第一審管轄法院，要保人的住所所在中華民國境外時，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:短期費率表

期 間	一 日	一 個 月 或 以 下 者	一 至 三 個 月 以 上	三 至 六 個 月 以 上	六 至 九 個 月 以 上	九 至 十二 個 月 以 上	十二 個 月 以 上	十二 個 月 以 上	十二 個 月 以 上	十二 個 月 以 上	十二 個 月 以 上	十二 個 月 以 上	十二 個 月 以 上	十二 個 月 以 上	十二 個 月 以 上
對 保 年 費 繳 比	5%	15%	25%	35%	45%	55%	65%	75%	80%	85%	90%	95%	100%	100%	100%

## 【附表】經驗分紅計算公式

$$R=K*(T-E-C)-C'$$

R : 保單年度末應分配之經驗退費分紅金額

K : 分紅率

T : 當年度應收總保費

E : 保險公司營業費用

C : 當年度實際發生之理賠金額

C' : 以前 N 個年度累積虧損