

富邦人壽一年定期住院醫療團體健康保險

【給付項目：每日病房費用、手術費用、醫院雜費實支實付】

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。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。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。

77.06.21	台財融第 770807689 號函核准	78.12.18	台財融第 780942924 號函核准
84.03.03	台財保第 842026059 號函核准	84.03.08	台財保第 840123987 號函修訂
85.12.28	台財保第 851854215 號函核准	86.07.17	台財保第 862397215 號函修訂
91.12.31	安忠精字第 91066 號函備查	92.12.31	安忠精字第 92052 號函備查
95.01.06	金管保三字第 09402133930 號函	96.08.31	安俊精字第 96036 號函備查
96.11.02	安俊精字第 96103 號函備查	97.05.30	安俊精字第 97028 號函備查
98.04.08	安泰精字第 980042 號函備查	98.04.27	金管保三字第 09802546540 號
98.06.01	富壽商品字第 098002 號函備查	101.10.25	富壽商精字第 1010002829 號函備查
102.03.01	依 102.01.10 金管保壽字第 10102103040 號函修正	103.05.01	依 103.01.22 金管保壽字第 10202131810 號函修正
104.08.04	依 104.06.24 金管保壽字第 10402049830 號函修正	107.09.14	富壽商精字第 1070003122 號函備查
108.04.01	富壽商精字第 1080000356 號函備查	109.01.01	依 108.04.09 金管保壽字第 10804904941 號函修正
110.01.20	富壽商精字第 1090006655 號函備查	111.12.02	依 111.08.30 金管保壽字第 1110445485 號函修正
112.02.10	富壽商精字第 1120000114 號函備查	112.11.17	富壽商精字第 1120005137 號函備查
113.10.01	富壽商精字第 1130002779 號函備查		

免費申訴電話：0809-000550

傳真：02-88098660

電子信箱 (E-mail)：ho531.life@fubon.com

【第一章 基本條款】

- 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。
- 第二條 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。但契約另有約定保險期間始日者，從其約定。
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。
- 第三條 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，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；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。
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。
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。
- 第四條 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。

- 第五條 本契約的保險費是按訂定本契約或續保時，依要保人之危險程度、每一被保險人的年齡及保險計劃所算出保險費的總和。但在本契約有效期間內因被保險人有所變動而致保險費總額有所增減，本公司與要保人應就其差額補繳或退還。
- 第六條 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。
- 第七條 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，要保人之住所不在中華民國境外時，以臺灣臺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。
- 第八條 本契約內容的變更，或記載事項的增刪，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。
- 第九條 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、保險金額及本公司服務電話，並註明被保險人具有撤銷其同意投保之權利。

【第二章 定義】

- 第一條 本契約所用之名詞，其定義如下：
「要保人」指要保單位。
「員工」指要保單位所僱用領有固定薪金的正式員工。
「家屬」指員工的配偶之子女、員工及配偶之父母。
「子女」指員工之親生子女、養子女及繼子女。
「被保險人」指要保單位參加本契約的員工及其家屬，依被保險人名冊為準。
「疾病」指被保險人參加本保險**持續有效三十日以後所開始發生的疾病**，因而引致本契約承保範圍內之損失者。但被保險人投保時之保險年齡為零歲，且罹患中央衛生主管機關所公告「遺傳性疾病之新生兒先天性代謝異常疾病篩檢項目」載明之應篩檢疾病者，不受前述三十日期間之限制。
「醫院」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，但不包括專供療養、靜養、戒毒、戒酒、護理、養老等非以直接診治病人為目的之醫療機構。
「病房等級」依序為「普通病房」、「頭等病房」、「特等病房」及「豪華病房」。「普通病房」指三人以上使用之病房，「頭等病房」指二人合用之病房，「特等病房」指單人使用之病房，「豪華病房」指高於特等病房水準之病房。
「自負額」指本公司給付受益人之保險金中，依約定應由要保人自行負擔部份，本公司得逕行扣除之金額。
「社保給付額」指被保險人因參加全民健康保險或勞工保險之職業災害得享有之住院醫療保險金給付人所知悉或應知悉者。
「契約相當日」指每月 日。
「保障期間」指本契約所訂被保險人每次住院時，本公司給付之最高住院日數。
「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所稱之日間住院及精神衛生法所稱之日間留院/日間照護。

【第三章 被保險人的參加資格與資格喪失】

- 第一條 員工參加本契約時，必須在職從事正常工作。
員工因疾病或其他事故於契約生效日未能正常工作者，得自恢復正常工作之日起三十日內參加本保險，逾期須提供健康聲明書並經本公司同意後始得參加。
- 第二條 家屬自本契約生效日取得參加資格，嗣後始成為員工之家屬者，於成為家屬之日具有參加資格。家屬投保時須提供體檢報告書。
- 第三條 員工之投保應自取得參加資格後三十日內為之，逾期須提供健康聲明書並經本公司同意後始得參加。
- 第四條 要保人因員工或其家屬之異動而申請加退保時，應於每月契約相當日前以書面或其他約定方式通知本

公司，被保險人保險效力自該相當日起取得或喪失。

第五條 在本契約有效期間，員工因離職、退休或未能全日工作者，其保險效力自最近之契約相當日終止，員工之保險效力終止時，其家屬之保險效力亦同時終止之。

第六條 員工子女出生後，始取得參加保險的資格。

第七條 被保險人參加本保險後，得於喪失本契約被保險人資格之日起三十日內不具健康聲明書，向本公司投保個人住院醫療健康保險。唯其保障等級不得高於本契約約定之保障等級。

【第四章 保險範圍及除外責任】

第一條 被保險人於本契約有效期間內，因疾病或傷害必需住院治療，或接受門診手術時，其醫療費用，本公司依下列各款給付醫療保險金：

1. 被保險人每次住院時，本公司應依照被保險人實際住院之病房等級，按本契約保險金表之規定給付保險金，但不得超過被保險人選定之病房等級最高保險金限額。
2. 被保險人選擇自負額者，本公司應於保險金中扣除自負額後給付之。
3. 被保險人已參加全民健康保險或勞工保險之職業災害保險者，社保給付額為本契約被保險人之自負額，被保險人住院醫療時應先以享有之社保給付額支付住院醫療費用，遇有不足時，始由本契約約定之最高給付金額範圍內給付之，如被保險人未按上列約定申請社保給付，本公司依被保險人實際支付之各項費用之 65% 給付，惟仍以本契約各項各保險金約定之限額為限。

第二條 被保險人因下列原因所致之疾病或傷害而住院診療，或接受門診手術者，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，或接受門診手術者，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啟者，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。

【第五章 保險金之申請手續】

第一條 自被保險人開始住進醫院之日起十日內，要保人或受益人應以書面通知本公司。

第二條 受益人應於被保險人出院後三十日內檢具下列文件，並經要保人向本公司申領保險金。

- 一、保險金申請書。
- 二、住院證明書。
- 三、診斷證明書。
- 四、醫療費用明細表及收據正本。但如為電子文件，必要時本公司得要求提供紙本文件。
- 五、接受外科手術者，應另檢具外科手術證明文件。
- 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，得對被保險人的身體予以檢驗，另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。

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。但逾期事由可歸責於要保人或受益人者，本公司得不負擔利息。

第三條 醫療保險金之受益人為被保險人本人。倘被保險人身故前尚有未受領之保險金（不論已否申請），本公司將給付予本契約所約定之身故保險金受益人。

【第六章 本契約之解除、終止與續保】

第一條 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，對於本公司要保之相關文件（如健康聲明書等）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份之保險契約，而且不退還所繳該部分保險費。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。

第二條 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 75 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。因被保險人身故致本契約效力終止時，亦同。
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。

第三條 要保人或被保險員工由於工作場所、設備、業務種類或其他變更，致危險有顯著增加時，要保人應於兩週內通知本公司，要保人怠於通知時，本公司得溯自危險顯著增加時，將契約終止。本公司接到通

知後一個月內，得根據危險增加的程度，要求增加保險費或將本契約終止。

第四條 要保人得在保險期間屆滿日約兩週前通知本公司續保，續保之始期以原契約屆滿日的翌日為準。本公司認為被保險團體的人數不合約定或其他正當理由有拒絕續保的必要時，得不受理續保。本公司受理本契約續保時，得按續保當時被保險團體之危險性質重新釐訂費率。

第五條 本契約之經驗分紅計算公式，詳如附表一。

樣張

手術費用表

手術名稱	最高補償額 給付百分率	手術名稱	最高補償額 給付百分率
A、腹部和消化系統		因雙側頸椎椎間盤突出壓迫神經根而 行.....	180%
剖腹探查術、結腸切開術.....	65%	因單側腰椎椎間盤突出壓迫神經根而 行.....	135%
腹膜腔膿瘍引流術.....	68%	因雙側腰椎椎間盤突出壓迫神經根而 行.....	170%
闌尾膿瘍切開引流術.....	45%	D、脫臼	
闌尾切除術.....	58%	踝關節復位術.....	17%
總膽管切開或總膽管造口術，伴有無合 併膽囊切.....	101%	肘關節復位術.....	17%
膽囊切除術.....	82%	指骨、掌復位術.....	17%
膽囊切開術或膽囊切開引流術.....	74%	顳、下頷關節復位術.....	12%
內視鏡:		膝蓋骨復位術.....	17%
肛門鏡，合併組織切片.....	4%	胸、鎖骨復位術.....	18%
食道鏡，合併組織切片.....	23%	距骨、附骨、蹠骨復位術.....	13%
胃鏡，合併組織切片.....	22%	腕關節復位術.....	17%
食道鏡及胃鏡，合併組織切片.....	27%	E、耳針刺式鼓膜穿刺術.....	9.5%
經皮下穿刺，肝組織之病理檢查.....	9%	鼓室整形術合併乳突切除.....	155%
單純外傷性，肝臟傷口縫合.....	92%	鼓室整形術合併三個聽小骨重建術.....	175%
胰病變割除.....	110%	割除耳息肉.....	5.5%
胰切除，伴胰管空腸造口術.....	140%	F、內分泌系統	
胰切除，Whipple 氏手術.....	220%	甲狀腺舌咽部囊腫，切開和引流.....	4%
扁桃腺切除術，合併增殖腺切除術.....	27%	甲狀腺全部切除術.....	97%
深部提肛肌、直腸附近或後直腸膿瘍切 開引流術.....	31%	甲狀腺全或次全切除術合併頸部根除 術.....	185%
小腸或大腸單一或多發病灶的單一剖腸 切除術.....	92%	G、眼部	
經由腹部與會陰的全直腸肛門切除術.....	155%	眼眶內容物全剷除術，合併義眼植入.....	62%
迷走神經切斷和幽門整形，併有無胃造 口術.....	110%	表淺性結膜異物移除.....	1%
剖腹探查術合併胃造口術及移除異物.....	78%	深埋性、或結膜下、或鞏膜上異物移除 眼外肌創口修復.....	3%
全胃切除術，伴小腸移植修復.....		因青光眼而行鞏膜造瘻術及虹膜切術.....	22%
B、截肢和關節切斷		白內障或膜性白內障後水晶體摘除術.....	78%
手指或大姆指任何單一關節截除.....	25%	抽吸式水晶體摘除術.....	110%
趾、蹠骨、附骨關節截除術.....	20%	H、骨折	
踝關節截除術.....	73%	指骨.....	11%
腕部截除術.....	53%	掌骨.....	16%
前臂截除術.....	60%	蹠骨.....	15%
小腿截除術.....	80%	跗骨.....	13%
股骨截除術.....	87%	橈骨.....	29%
肱骨截除術.....	80%	尺骨.....	27%
髖部、骨盤腹部間截除術.....	330%	尺骨和橈骨.....	40%
C、大腦、神經系統		腓骨.....	25%
顳骨鑽孔術，無合併其他後續手術.....	48%	脛骨.....	40%
顳骨鑽孔術合併顳內膿瘍或囊腫引流術 開顳探查術，併有無合併顳骨整復.....	135%	脛骨和腓骨.....	58%
開顳術，合併小腦天幕上或天幕下探查 天幕上腦瘤切除術.....	195%	肱骨.....	33%
天幕下或後顳窩的腦瘤切除術.....	230%	股骨.....	53%
頸椎或胸椎椎板切開合併食管探查術.....	230%	鎖骨.....	18%
椎板切開術:	240%	肩胛骨.....	19%
因單側頸椎椎間盤突出壓迫神經根而 行.....	180%	膝蓋骨.....	27%
	145%	肋骨.....	10%

手術費用表

手術名稱	最高補償額 給付百分率	手術名稱	最高補償額 給付百分率
I、生殖系統		L、呼吸系統	
男性：		肺切除，伴胸廓整形術，或切除重建胸	
睪丸切除術.....	35%	壁.....	180%
複雜性攝護腺切除，膿瘍外部引流術...	80%	氣胸.....	7%
女性：		鼻息肉切除.....	10%
陰道黏膜活體組織切片病理檢查.....	4%	部份或完全鼻甲切除.....	13%
子宮頸切開、子宮頸切除、子宮頸截除...	35%	鼻竇切開.....	26%
診斷性子宮內膜擴刮術.....	27%	聲帶切除術.....	105%
經腹腔子宮全體切除手術.....	100%	氣管和支氣管切開造口術.....	31%
經腹腔單一或多個子宮肌瘤摘除術.....	87%	M、皮膚、被膜、乳部	
單側或雙側輸卵管截斷.....	56%	膿瘍：癰或癤切開和引流或穿刺術.....	2.5%
單側、雙側、部份、全部輸卵管、卵巢		皮膚及皮下組織惡性病灶，組織切片病	
切除術.....	71%	理檢查合併初縫合於：	
卵巢切除術，合併全網膜切除術.....	83%	0.5公分以下.....	11%
經由腹腔行子宮切開移除葡萄胎.....	83%	0.5~1公分以下.....	16%
以擴張和刮除術移除葡萄胎.....	37%	1~2公分.....	23%
輸卵管性子宮外孕，由腹腔或陰道切		囊腫第一次發炎或非發炎性病變切開和	
進.....	83%	引流.....	2.5%
J、血液和淋巴系統		乳房切除：	
脾臟切除術.....	100%	單側完全切.....	52%
K、心臟和循環系統		雙側完全切除.....	65%
心臟切開術和異物移除.....	200%	單側部份切除.....	39%
心肌切除術.....	250%	乳房根除術，含乳房組織、胸肌及腋	
心肌梗塞後造成心室中隔缺損修補術...	300%	窩下淋巴節摘除.....	120%
單一瓣膜置換術.....	290%	N、泌尿系統	
二個瓣膜置換術.....	330%	腎周圍或腎膿瘍引流.....	83%
三個瓣膜置換術.....	400%	腎截石術(結石移除).....	103%
		腎切除含部份尿管切除.....	115%
		腎固定術：腎的固定或懸掛.....	92%
		膀胱切開或膀胱造口術伴電療燒法.....	83%
		膀胱切開伴隨尿道導管插入.....	63%

註：如手術項目未包括於上表時，本公司將參照上表及依該項手術之相對比例，核付合理之補償金。

保險金表
(適用最高住院天數 31 日之計劃)

1.給付項目	保險金限額
每日病房費	新台幣 元
每次住院普通手術費	新台幣 元
每次住院重大手術費	新台幣 元
每次住院醫院雜費	新台幣 元

2.被保險人個別選定項目	
每次住院自負額	新台幣 元
病房等級	病房
社保給付額	

3.說明

- (1)每日病房費係指每日醫師診察費、護理費、病房及膳食費。
- (2)手術費係指切開術費用、麻醉費、手術室及其設備使用費。
- (3)醫院雜費係指下列各項費用：
 - 指定醫師費
 - 由醫師開方在醫院內使用之醫藥。
 - 敷料，挾板及石膏整形，但不包括特別支架。
 - 化驗室檢驗及心電圖。
 - 基礎代謝率檢查。
 - 物理治療。
 - X光檢查、X光治療、鐳治療或同位素等治療。
 - 血液(非緊急傷病必要之輸血)、針劑、氧氣及其應用。
 - 來往醫院之救護車費。
- (4)重大手術係指「手術費用表」中補償百分比超過 100%之手術項目。
- (5)手術費的保險金不得超過「手術費用表」中手術補償百分比乘以本表中每次施行之普通手術費之保險金限額。
- (6)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，於出院後十四日內再次住院時，其各種保險金給付合計額，視為一次住院辦理。但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。
- (7)倘被保險人每次住院期間接受多次手術時，各手術最高保險金限額將分別計算。但其合計給付總額不得超過每次住院手術費之保險金限額。

保險金表
(適用最高住院天數超過 31 日之計劃)

1.給付項目	保險金限額
每日病房費	新台幣 元
每次住院普通手術費	新台幣 元
每次住院重大手術費	新台幣 元
每次住院醫院雜費	新台幣 元
或每日新台幣	元乘以實際住院日數之和，而其金額較大者。

2.被保險人個別選定項目	
每次住院自負額	新台幣 元
每次住院最高日數	日
病房等級	病房
社保給付額	

3.說明

- (1)每日病房費係指每日醫師診察費、護理費、病房及膳食費。
- (2)手術費係指切開術費用、麻醉費、手術室及其設備使用費。
- (3)醫院雜費係指下列各項費用：
 - 指定醫師費
 - 由醫師開方在醫院內使用之醫藥。
 - 敷料，挾板及石膏整形，但不包括特別支架。
 - 化驗室檢驗及心電圖。
 - 基礎代謝率檢查。
 - 物理治療。
 - X光檢查、X光治療、鐳治療或同位素等治療。
 - 血液(非緊急傷病必要之輸血)、針劑、氧氣及其應用。
 - 來往醫院之救護車費。
- (4)重大手術係指「手術費用表」中補償百分比超過 100%之手術項目。
- (5)手術費的保險金不得超過「手術費用表」中手術補償百分比乘以本表中每次施行之普通手術費之保險金限額。
- (6)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，於出院後十四日內再次住院時，其各種保險金給付合計額，視為一次住院辦理。但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。
- (7)倘被保險人每次住院期間接受多次手術時，各手術最高保險金限額將分別計算。

附表一：團體經驗分紅公式

經驗退費公式如下：

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

R：經驗退費

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

樣張