

# 保誠人壽保險股份有限公司

(以下簡稱「本公司」)

## 保誠人壽新住院醫療限額給付保險附約

樣本

(每日病房、手術、住院醫療、門診醫療、門診手術費用保險金的給付)

(本險為不分紅保險單，不參加紅利分配，並無紅利給付項目)

- 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，並把握保單契約撤銷之時效(收到保單翌日起算十日內)。

備 查 文 號  
民國 89 年 11 月 02 日(89)保誠總字第 0531 號

逕 行 修 訂 文 號  
民國 113 年 09 月 30 日依金融監督管理委員會  
113 年 06 月 28 日金管保壽字第 11304207572 號函修正

免費申訴電話：0809-0809-68

### 【保險契約的構成】

#### 第一條

本保誠人壽新住院醫療限額給付保險附約(以下簡稱本附約)依要保人之申請，經本公司同意，附加於主保險契約(以下簡稱主契約)。

本附約條款、附著之要保書、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「被保險人」係指主契約之被保險人或其配偶、子女，並載明於本附約者為限。

本附約所稱「配偶」係指投保當時主契約被保險人戶籍登記之配偶。

本附約所稱「子女」係指主契約被保險人戶籍登記之婚生子女或養子女。

本附約所稱「疾病」係指被保險人自本附約生效日(或復效日)起所發生之疾病。

本附約所稱「傷害」係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」係指非由疾病引起之外來突發事故。

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所稱之日間住院及精神衛生法所稱之日間留院/日間照護。

本附約所稱「每次住院期間」係指被保險人因同一傷害或疾病及其因此產生之其他併發症必須住院治療，自住院日起至出院日止之期間；但如住院兩次以上而其每次出院至下次住院之間隔時間未超過十四日時，視為同一次住院。若被保險人於本契約有效期間屆滿後出院，就出院後再次住院部分不併入每次住院期間之計算，亦不給付各項保險金。

本附約所稱「醫院」係指依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「醫師」係指領有醫師執照並合法執業之醫師，且非被保險人本人者。

本附約所稱「當年度保險費」是指投保或續保時依主管機關所核定的當時年齡的保險費。

### 【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，自本公司同意承保，以主契約保險期間之始日為本附約始日，以主契約當年度保單週年日為本附約到期日；如係中途申請附加者，以保險單上所批註之日期為始日，以主契約當年度保單週年日為本附約到期日。中途加保保費依年繳保費按日數比例計算。

本附約的保險費，在主契約繳費期間內，應與主契約的保險費一併交付。

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。但本附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。

### 【附約撤銷權】

#### 第四條

要保人於保險單送達的翌日起算十日內，得以書面或其他約定方式檢同保險單向本公司撤銷本附約。  
要保人依前項規定行使本附約撤銷權者，撤銷的效力應自要保人書面或其他約定方式之意思表示到達翌日零時起生效，本附約自始無效，本公司應無息退還要保人所繳保險費；本附約撤銷生效後所發生之保險事故，本公司不負保險責任。但附約撤銷生效前，若發生保險事故者，視為未撤銷，本公司仍應依本附約規定負保險責任。

### 【第二期以後保險費的交付、寬限期間及契約效力的停止】

#### 第五條

分期繳納的第二期以後保險費，應與主契約之保險費，依照主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。

### 【本附約效力的恢復】

#### 第六條

本附約停止效力後，要保人得在停效日起二年內且主契約仍有效時，申請復效。

前項復效申請，經本公司同意受領要保人清償按日數比例計算當期欠繳的未到期保險費後，自翌日上午零時起恢復效力。本附約停效期間，因疾病或傷害或其併發症住院，本公司均不負保險責任。

基於保戶服務，本公司於本附約停止效力後至得申請復效之期限屆滿前三個月，將以書面、電子郵件、簡訊或其他約定方式擇一通知要保人有行使第一項申請復效之權利，並載明要保人未於第一項約定期限屆滿前恢復保單效力者，本附約效力將自第一項約定期限屆滿之日翌日上午零時起終止，以提醒要保人注意。

本公司已依要保人最後留於本公司之前項聯絡資料發出通知，視為已完成前項之通知。

### 【告知義務與本附約的解除】

#### 第七條

要保人或被保險人在訂立本附約時，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，本公司得解除本附約，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。

前項附約解除權，自本公司知有解除之原因後，經過一個月不行使而消滅；或自附約訂立後，經過二年不行使而消滅。本公司通知解除附約時，如要保人死亡、居所不明，通知不能送達時，本公司得將該項通知送達受益人。

### 【附約的終止】

#### 第八條

要保人得隨時終止本附約。

前項附約之終止，自本公司收到要保人書面或其他約定方式通知時，開始生效。

要保人依第一項約定終止本附約時，倘終止後有未到期之保險費者，本公司應按日數比例退還要保人。

有下列情形之一時，本附約效力持續至該期已繳之保險費期滿後終止：

一、主契約辦理展期定期保險。

二、主契約終止契約時。

被保險人身故或「完全失能」時，本附約效力即行終止；倘終止後有未到期之保險費者，本公司應按日數比例退還未到期之保險費給要保人，若要保人身故則退還未到期之保險費予主契約身故保險金之受益人。

本附約於主契約辦理減額繳清保險時，繳費方式改採年繳方式，本附約繼續有效，但不適用主契約墊繳條款之約定；若主契約係於保單年度中辦理減額繳清保險時，本附約當年度保險費則以年繳保險費，依該保單年度未繳保險費之剩餘日數比例計算應繳保險費，要保人並應於主契約辦理減額繳清保險當時繳納。

本附約所稱「完全失能」係指被保險人因疾病或意外傷害事故致成附件一所列失能程度之一者。

### 【保險事故的通知與保險金的申請時間】

#### 第九條

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。

## 【保險範圍】

### 第十條

被保險人於本附約有效期間內因發生第二條約定之疾病或意外傷害事故，經醫師診斷必須於醫院住院治療者，本公司依本附約第十一條至第十四條及第十六條之約定給付保險金；但符合以下情形之一者，本附約不給付第十一條至第十四條之保險金：

- 一、已獲得全民健康保險給付之部分。
- 二、已獲得其他住院醫療費用保險以實支實付給付者，但非以醫療費用收據正本、依其他法令投保或主管機關另有規定而獲得住院醫療費用之實支實付給付者不在此限。

被保險人於本附約有效期間內因發生第二條約定之疾病且經醫師診斷接受門診手術治療者，本公司依本附約第十五條及第十六條之約定給付保險金；但符合以下情形之一者，本附約不給付第十五條之保險金：

- 一、已獲得全民健康保險給付之部分。
- 二、已獲得其他住院醫療費用保險以實支實付給付者，但非以醫療費用收據正本、依其他法令投保或主管機關另有規定而獲得住院醫療費用之實支實付給付者不在此限。

## 【每日病房費用保險金的給付】

### 第十一條

被保險人因本附約條款第十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每日病房費用保險金（含始日及終日），但其每日給付金額最高以附件二所列「每日病房費用保險金限額」為限，每次住院期間給付日數最高以三百六十五日為限。

- 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。

## 【手術費用保險金的給付】

### 第十二條

被保險人因本附約條款第十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手術費核付，但以不超過本附約所載「手術費用保險金限額」乘以「手術名稱及費用表」（附件三）中所載各項百分率所得之數額為限。

被保險人於每次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，按手術名稱及費用表中所載百分率最高一項計算。

被保險人所接受的手術，若不在附件三「手術名稱及費用表」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。

## 【住院醫療費用保險金的給付】

### 第十三條

被保險人因本附約條款第十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，但其給付金額最高以附件二所列「住院醫療費用保險金限額」為限。

- 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、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、心電圖、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、血液透析費。
- 十二、注射技術費及其藥液。
- 十三、醫師診查費。
- 十四、因遭受意外傷害事故所致之裝設義齒、義肢、義眼、眼鏡、助聽器或其他附屬品。但其給付金額最高以附件二所列「每日病房費用保險金限額」之五倍為限。

## 【住院前後門診醫療費用保險金的給付】

### 第十四條

被保險人依本附約條款第十條之約定而以全民健康保險之保險對象身分住院診療時，於每次住院前七日及出院後十四日內之門診醫療，其原因係因該次住院之同一疾病或傷害所致者，本公司按該次門診所發生，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門診費用給付「住院前後門診醫療費用保險金」，但其每次門診給付金額最高以附件二所列「住院前後門診醫療費用保險金限額」為限，且同一次門診僅

得申領一次「住院前後門診醫療費用保險金」。

被保險人每次住院，住院前後門診醫療費用保險金的給付最高以二十一次為限。

### 【門診手術費用保險金的給付】

#### 第十五條

被保險人因本附約條款第十條之約定而以全民健康保險之保險對象身分接受門診手術治療時，本公司按被保險人手術當日所發生，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醫療費用及手術費用給付門診手術費用保險金，但其每次門診手術給付金額最高以附件二所列「手術費用保險金限額」及住院日數三十日內之「住院醫療費用保險金限額」分別乘以「手術名稱及費用表」（附件三）中所載各項百分率所得之數額為限。

被保險人因同一疾病或其引致之併發症而需接受二次（含）以上手術項目相同的門診手術時，自「前次手術」接受當日起九十日內（含）之所有門診手術，皆視為同一次手術，本公司僅給付一次「門診手術費用保險金」。前項所稱之「前次手術」，係指被保險人最近一次受領門診手術費用保險金之該次門診手術。

### 【醫療費用未經全民健康保險給付者之處理方式】

#### 第十六條

第十一條至第十五條之給付，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 65% 給付，惟仍以前述各項保險金條款約定之限額為限。

### 【保險金之給付方式】

#### 第十七條

被保險人因疾病或傷害住院，受益人得於下列方式擇一指定申請給付保險金額：

- 一、依醫院開立之醫療費用收據正本申請給付本附約條款第十一至第十五條約定之各項保險金。
- 二、依照被保險人之實際住院日數（含始日及終日）乘以附件二所列一般病房期間之「每日病房費用保險金限額」給付保險金，但不得再依本附約條款第十一條至第十五條之約定申領該項保險金，且每次住院期間給付日數最高以三百六十五日為限。

### 【無給付之優惠】

#### 第十八條

被保險人於本附約有效期間內，連續三年無給付記錄時，於次年度開始，各年享有本附約「當年度保險費」百分之十的折扣，至被保險人開始有給付記錄之次年度開始，保險費即不再享有折扣；爾後連續三年無給付記錄時，於次年度開始，各年可再享有本附約「當年度保險費」百分之十的折扣，以此類推，無次數之限制；如係在主契約有效期間內中途申請附加者或復效者，自申請附加或復效後之第一個保單週年日開始計算。（舉例說明詳見附件四）

### 【保險金的申請手續】

#### 第十九條

受益人申領各項保險金時，應檢具下列文件：

- 一、保險金申請書。
- 二、醫療診斷書（須註明住院、出院日期）。
- 三、住院醫療費用收據正本及醫療費用明細。但如為電子文件，必要時本公司得要求提供紙本文件。
- 四、若係申請門診醫療費用保險金，應另檢附註明門診日期之門診費用收據正本。但如為電子文件，必要時本公司得要求提供紙本文件。
- 五、若因第二十條第二項第六款第二、三目所述之流產或剖腹產，需另附醫院之病歷證明、「產時護理記錄」或其他類似之證明。
- 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。
  - 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，其給付金額限制最高以本附約條款第十三條第一項第十四款為限。
  - 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。

### 【附約有效期間】

第廿一條

本附約保險期間為一年，保險期間屆滿時，要保人得依續保當時被保險人所屬年齡交付續保保險費（如附件五），以逐年使本附約繼續有效，本公司不得拒絕續保；被保險人年滿七十五歲後之第一個保單週年日起，本附約之該被保險人即不再續保。

本附約續保時，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，但不得針對個別被保險人身體狀況調整之。

本附約續保保險費的寬限期間，同主契約保險費的寬限期間。

### 【附約的停效】

第廿二條

主契約效力停止時，本附約效力亦同時停止。

### 【保險費的墊繳】

第廿三條

本附約保險費的墊繳，於主契約繳費期間內，適用主契約墊繳條款之約定一併辦理。

### 【欠繳保險費或未還款項的扣除】

#### 第廿四條

本公司給付各項保險金時，如要保人有欠繳保險費（包括經本公司墊繳的保險費）未還清者，本公司得先抵銷上述欠款及扣除其應付利息後給付其餘額。

### 【投保年齡的計算及錯誤的處理】

#### 第廿五條

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，要保人在申請投保時，應將被保險人出生年月日在要保書填明。

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，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。若其錯誤原因歸責於本公司者，應加計利息退還保險費，其利息按給付當時本公司保單借款之利率與民法第二百零三條法定週年利率兩者取其大之值計算。
- 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，其利息給付當時本公司保單借款之利率與民法第二百零三條法定週年利率兩者取其大之值。

### 【受益人】

#### 第廿六條

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。

### 【變更住所】

#### 第廿七條

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】

#### 第廿八條

由本附約所生的權利，自得為請求之日起，經過二年不行使而消滅。

### 【批註】

#### 第廿九條

本附約內容的變更，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。

### 【管轄法院】

#### 第卅條

因本附約涉訟者，同意以要保人住所所在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。

【附件一】

完全失能程度表

項目	失能程度
一	雙目均失明者。(註1)
二	兩上肢腕關節缺失者或兩下肢足踝關節缺失者。
三	一上肢腕關節及一下肢足踝關節缺失者。
四	一目失明及一上肢腕關節缺失者或一目失明及一下肢足踝關節缺失者。
五	永久喪失咀嚼(註2)或言語(註3)之機能者。
六	四肢機能永久完全喪失者。(註4)
七	中樞神經系統機能遺存極度障害或胸、腹部臟器機能遺存極度障害，終身不能從事任何工作，經常需醫療護理或專人周密照護者。(註5)

註：

1. 失明的認定

(1)視力的測定，依據萬國式視力表，兩眼個別依矯正視力測定之。

(2)失明係指視力永久在萬國式視力表零點零二以下而言。

(3)以自傷害之日起經過六個月的治療為判定原則，但眼球摘出等明顯無法復原之情況，不在此限。

2. 喪失咀嚼之機能係指因器質障害或機能障害，以致不能作咀嚼運動，除流質食物外，不能攝取者。

3. 喪失言語之機能係指後列構成語言之口唇音、齒舌音、口蓋音、喉頭音等之四種語音機能中，有三種以上不能構音者。

4. 所謂機能永久完全喪失係指經六個月以後其機能仍完全喪失者。

5. 因重度神經障害，為維持生命必要之日常生活活動，全須他人扶助者。前述『為維持生命必要之日常生活活動』係指食物攝取、大小便始末、穿脫衣服、起居、步行、入浴等。

【附件二】

計劃 I 保險給付內容表

單位：新台幣元

保險給付		主契約被保險人	配偶	每一子女
每日病房費用保險金限額	一般病房期間	500	500	500
	加護病房期間	1,000	1,000	1,000
手術費用保險金限額		25,000	25,000	25,000
住院醫療費用保險金限額	住院 30 日(含)以下	15,000	15,000	15,000
	住院 31~90 日	22,500	22,500	22,500
	住院 91 日(含)以上	30,000	30,000	30,000
住院前後門診醫療費用保險金限額		250	250	250

說明：計劃 II (含) 以上之給付限額，為該計劃別乘以計劃 I 之給付限額，即計劃 II 之給付限額 = 2 × 計劃 I 之給付限額；計劃 III 之給付限額 = 3 × 計劃 I 之給付限額，依此類推。

## 【附件三】

## 手術名稱及費用表

手術名稱	給付比率	手術名稱	給付比率
<b>一、腹部和消化系統</b>		<b>三、大腦神經系統</b>	
1. 剖腹探查	50%	1. 顱骨鑽孔術	48%
2. 結腸切開術	65%	2. 顱骨鑽孔合併顱內膿瘍或囊腫引流術	123%
3. 腹膜膿瘍引流術	68%	3. 開顱探查術，併有無合併顱骨整復	163%
4. 闌尾膿瘍切開引流術	45%	4. 開顱術，合併小腦天幕上或天幕下探查	187%
5. 闌尾切除術	58%	5. 天幕上腦瘤切除術	187%
6. 總膽管切開或造口術	80%	6. 天幕下或後顱窩的腦瘤切除術	193%
7. 膽囊切除	82%	7. 頸椎或胸椎椎板切開合併椎管探查術	153%
8. 膽囊切開術或膽囊切開引流術	74%	8. 脊椎橫突起 椎板切開術	20%
內視鏡		9. 因平側頸椎椎間盤突出壓迫神經根而行	130%
9. 肛門鏡，合併組織切片	4%	10. 因雙側頸椎椎間盤突出壓迫神經根而行	153%
10. 食道鏡，合併組織切片	23%	11. 因單側腰椎椎間盤突出壓迫神經根而行	123%
11. 胃鏡，合併組織切片	22%	12. 因雙側腰椎椎間盤突出壓迫神經根而行	147%
12. 食道及胃鏡，合併組織切片	27%	<b>四、脫臼</b>	
13. 乙狀結腸，合併組織切片	22%	1. 踝關節復位術	17%
14. 經皮下穿刺，肝組織切片之病理檢查	9%	2. 肘關節復位術	17%
15. 單純外傷性，肝臟傷口縫合	92%	3. 指骨、掌復位術	17%
16. 胰切除	107%	4. 頸、下頷關節復位術	12%
17. 胰切除，伴胰管空腸造口術	127%	5. 膝蓋骨復位術	17%
18. 胰切除，Whipple 氏手術	180%	6. 胸、鎖骨復位術	18%
19. 扁桃腺切除	25%	7. 趾骨、蹠骨、跗骨復位術	13%
20. 扁桃腺切除，合併增殖腺切除術	27%	8. 腕關節復位術	17%
21. 內外痔、脫肛、全部手術切除	20%	<b>五、耳部</b>	
22. 外痔切除	20%	1. 針刺式骨膜穿刺術	7.5%
23. 痔瘻	17.5%	2. 鼓室整形術合併乳突切除	137%
24. 肛裂	5%	3. 鼓室整形術合併三個小聽骨重建術	150%
25. 剖腸切除	92%	4. 割除耳息肉	5.5%
26. 全直腸肛門切除	137%	<b>六、內分泌系統</b>	
27. 迷走神經切斷和幽門整型，併有無胃腸吻合術	78%	1. 甲狀腺舌咽部囊腫切開和引流	4%
28. 剖腹探查術合併胃造口術	78%	2. 甲狀腺全切除術	97%
29. 全胃切除，伴小腸移植修復	167%	3. 甲狀腺全或次全切除術合併頸部根治術	157%
<b>二、截肢和關節切斷</b>		<b>七、眼部</b>	
1. 手指截除術	25%	1. 眼眶內容物全割除術，合併義眼植入	62%
2. 掌骨、蹠骨、跗骨截除術	45%	2. 一眼外肌倒口修復	22%
3. 腳趾截除術	20%	3. 因青光眼而行鞏膜造瘻術及虹膜切除	78%
4. 踝關節截除術	73%	4. 白內障或膜性白內障後水晶体摘除術	78%
5. 腕部截除術	53%	5. 抽吸式水晶体摘除術	107%
6. 前臂截除術	60%	6. 結膜、角膜、鞏膜異物去除	2%
7. 小腿截除術	80%	7. 視網膜剝離	100%
8. 股骨截除術	87%	8. 翼狀贅肉去除	15%
9. 關節切除術	18%	9. 麥粒腫或霰粒腫 瞼板腺囊腫	5%
10. 肩、肘、股或膝關節切除術	38%		
11. 肩、股、脊椎關節作關節固定、截除或成形術	75%		
12. 肱骨截除術	80%		
13. 骨盤腹部間截除術	253%		



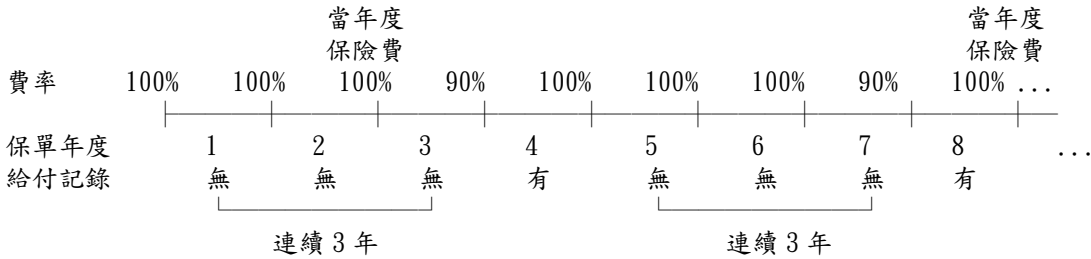
手術名稱	給付比率	手術名稱	給付比率
八、骨折		7. 氣管和支氣管切開造口術	31%
1. 指骨	11%	8. 氣管鏡，合併組織切片	4%
2. 掌骨	16%	十三、皮膚	
3. 跖骨	15%	1. 表皮膿皰癬子切開	5%
4. 跗骨	13%	2. 膿瘍需要住院治療	13%
5. 橈骨	29%	3. 自體移植皮膚手術	100%
6. 尺骨	27%	十四、乳部	
7. 尺骨和橈骨	40%	1. 乳房單側切除	50%
8. 腓骨	25%	2. 乳房雙側切除	60%
9. 脛骨	40%	3. 單側或雙側乳房根除術，含乳房組織，胸肌及腋窩下淋巴節摘除	113%
10. 腓骨、脛骨	58%	十五、泌尿系統	
11. 肱骨	33%	1. 腎周圍或腎膿瘍引流	83%
12. 股骨	53%	2. 腎切除含部份尿管切除	110%
13. 鎖骨	18%	3. 腎固定術	92%
14. 肩胛骨	19%	4. 膀胱切開或造口術伴電燒療法	83%
15. 膝蓋骨	27%	5. 切取腎石、輸尿管石、膀胱石	100%
16. 肋骨	10%	6. 上項由燒灼法或鏡檢法取出	30%
17. 一個或多個脊椎壓迫性骨折	38%	7. 尿道狹窄切開手術	45%
九、生殖系統		8. 尿道內切開手術	23%
男性		9. 完全切開法摘除攝護腺	80%
1. 睪丸切除術	35%	10. 上項由內窺鏡檢法	25%
2. 複雜性攝護腺切除、膿瘍外部引流術	80%	11. 上項由其它方法切除	50%
女性		十六、疝氣	
3. 子宮頸切開、切除、截除	35%	1. 單側疝氣	25%
4. 診斷性子宮內膜搔刮術	27%	2. 根治手術包括注射治療單純性疝氣之癒合	37.5%
5. 經腹腔子宮全體切除術	100%	3. 二側性疝氣	50%
6. 經腹腔單一或多個子宮肌瘤摘除術	87%	十七、穿刺術	
7. 單側或雙側輸卵管截斷	56%	1. 腹腔之穿刺	12.5%
8. 單側、雙側、部份、全部輸卵管、卵巢切除術	71%	2. 胸腔或膀胱(導尿不計)	7.5%
9. 經由腹腔行子宮切開移除葡萄胎	83%	3. 耳鼓、囊腫關節或脊椎	5%
10. 以擴張和刮除術移除葡萄胎	37%	十八、腫瘤	
11. 輸卵管性子宮外孕，由腹腔或陰道切進	83%	1. 惡性瘤之外科切除，但粘液膜、皮膚或皮下組織之惡性瘤除外	50%
十、血液、淋巴系統		2. 粘液膜、皮膚和皮下組織之惡性瘤	25%
1. 脾臟切除術	100%	3. 潛毛竇或囊腫之切開術	25%
十一、心臟和循環系統		4. 睪丸或乳房之良性瘤切除	20%
1. 心臟切開術和異物移除	167%	5. 腱鞘囊腫	4%
2. 心肌切除術	200%	6. 除另有規定外須住院治療一個或多個良性瘤	13%
3. 心肌梗塞後造成心室中隔缺損修補術	233%	上述腫瘤比例包括X光線、鐳錠與同位素等放射線治療	
4. 單一瓣膜置換術	227%	十九、靜脈手術	
5. 二個瓣膜置換術	253%	1. 靜脈曲張一腿之靜脈切開手術或注射治療之全部操作	20%
6. 三個瓣膜置換術	300%	2. 靜脈曲張兩腿之靜脈切開手術或注射治療	30%
十二、呼吸系統			
1. 肺切除，伴胸廓整形術，或切除重建胸壁	153%		
2. 氣胸	7%		
3. 一或多個鼻息肉切除	10%		
4. 部份或完全鼻甲切除	13%		
5. 鼻竇切開	26%		
6. 聲帶切除術	103%		

**【附件四】**

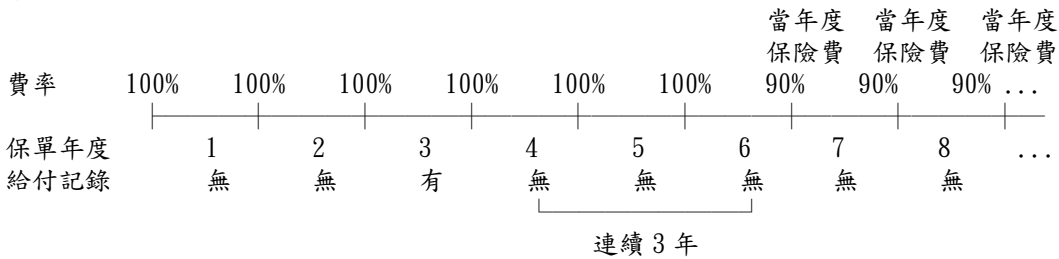
本附約之保險費計收舉例如下：

每連續三年無給付記錄時，則次保單年度的保險費依本附約「當年度保險費」的90%計收，無論次保單年度是否有給付，以此類推。前述之「當年度保險費」是指依主管機關所核定的當時年齡的保險費。(詳保單條款第二條)

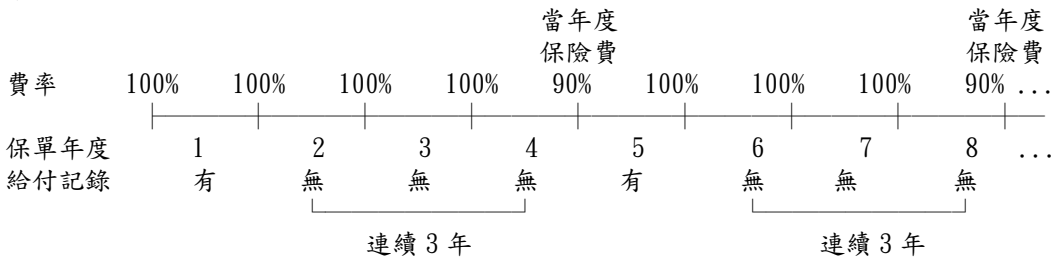
舉例一：



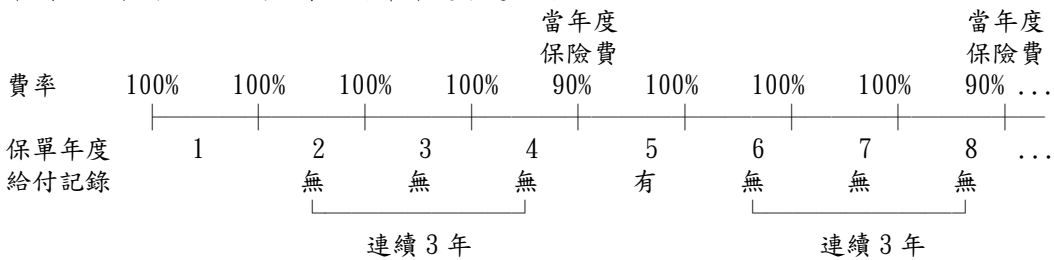
舉例二：



舉例三：



舉例四：本附約於主契約第一保單年度中途加保



【附件五】

保誠人壽新住院醫療限額給付保險附約總保費費率表

半年繳 = 年繳 × 0.52

季繳 = 年繳 × 0.262

月繳 = 年繳 × 0.088

單位：每一投保計劃之年繳保費(元)

年齡 / 計劃	主被保險人、配偶、子女(每人)	
	一	二
0-24	759	1,435
25-29	1,058	2,000
30-34	1,136	2,147
35-39	1,168	2,208
40-44	1,477	2,792
45-49	1,723	3,256
50-54	2,207	4,171
55-59	2,793	5,279
60-64	3,330	6,294
65-69	4,151	7,845
70-75	5,410	10,225
年齡 / 計劃	三	四
0-24	2,110	2,786
25-29	2,941	3,883
30-34	3,158	4,169
35-39	3,247	4,287
40-44	4,106	5,421
45-49	4,790	6,323
50-54	6,135	8,100
55-59	7,765	10,250
60-64	9,257	12,221
65-69	11,540	15,234
70-75	15,040	19,855
年齡 / 計劃	五	六
0-24	3,461	4,129
25-29	4,824	5,756
30-34	5,180	6,180
35-39	5,326	6,354
40-44	6,735	8,035
45-49	7,857	9,373
50-54	10,064	12,006
55-59	12,736	15,194
60-64	15,185	18,115
65-69	18,929	22,581
70-75	24,670	29,430

※以上總保費費率，本公司得依實際經驗，向主管機關申請調整各年齡之保險費率，經核准後將新費率通知要保人，自續保時起，採用新費率計算保費。

※此費率表僅適用於標準體，非標準體之費率將由本公司另行計算。