

宏泰人壽住院醫療保險附約 保單條款

- (甲型：每日病房費用保險金、每日加護病房費用保險金、每日療養補助費用保險金、每次住院醫療費用保險金、每次手術費用保險金、無理賠紀錄折扣)
- (乙型：每日住院醫療保險金、無理賠紀錄折扣)
- (等待期間：本附約生效日起三十日內且持續有效。)

免費申訴電話：0800-068-268
傳真：02-2716-6887
電子信箱(E-mail)：service@hontai.com.tw

核准文號：財政部84年02月10日台財保第842025273號
備查文號：100年7月19日 宏壽一字第1000000795號

第一條：〔保險附約的構成〕

本宏泰人壽住院醫療保險附約（以下簡稱本附約）依主保險契約（以下簡稱主契約）要保人之申請，經本公司同意附加於主契約訂定之。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，應探求本附約當事人的真意，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〕

本附約所稱「被保險人」係指主契約被保險人或其配偶、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未婚之親生子女、養子女或繼子女，投保年齡自出生起至二十三歲止。

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「疾病」係指被保險人自本附約生效日起持續三十日以後所發生之疾病。但續保者，自續保之日起發生之疾病不受三十日之限制。

本附約所稱「醫師」係指領有醫師證書而合法執業者。

本附約所稱「專科醫師」係指領有專科醫師證書而合法執業者。

本附約所稱「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、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。

第三條：〔保險責任的開始及交付保險費〕

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。

本附約如係與主契約同時投保者，以主契約保險期間的始日為本附約的始日，以主契約當年度保險單週年日為到期日。

本附約如係中途申請加保者，以要保人交付保險費後之當日午夜十二時起生效，以主契約當年度保險單週年日為到期日。

第 四 條：〔本附約有效期間及保證續保〕

本附約保險期間為一年，保險期間屆滿或主契約辦理減額繳清保險時，要保人得依本附約條款第六條約定向本公司繳納續保保險費，以逐年使本附約繼續有效，本公司不得拒絕續保。但於本附約保單週年日若有下列情形之一時，本公司得不予續保該被保險人部分之附約：

- 一、主契約被保險人年齡超過七十五歲。
- 二、主契約被保險人之配偶年齡超過七十五歲。
- 三、主契約被保險人之子女年齡超過二十三歲或已婚。

前項若有主契約辦理減額繳清保險之情形，其續保保險費之交付，以年繳為限；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。

本附約續保時，依續保生效當時報經主管機關核可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。

第 五 條：〔保險範圍〕

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。

第 六 條：〔第二期以後保險費的交付、寬限期間及本附約效力的停止〕

分期繳納的第二期以後保險費，應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，年繳或半年繳者，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。但應從給付保險金內扣除欠繳保險費。

第 七 條：〔保險金的給付〕

被保險人於本附約有效期間內遭遇第五條約定的保險事故時，同一次住院本公司依其要保型別（甲型或乙型）及投保單位按下列各項約定給付之：
甲型：

被保險人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，核付「每日病房費用保險金」、「每日加護病房費用保險金」、「每日療養補助費用保險金」、「每次住院醫療費用保險金」或「每次手術費用保險金」等五項保險金。

一、每日病房費用保險金：

本公司按日支付實際發生之病房費、膳食費、護理費（不含特別護士費）及醫師診察費，但每日最高給付限額不得超過本附約約定的「每日病房費用保險金」；若實際發生之上述費用超過本附約約定的「每日病房費用保險金」時，其超過之金額得併入「每次住院醫療費用保險金」中計算，但最高以實際發生之每日醫師診察費及護理費之和為限，且併入後之總額仍不得超過本附約約定的「每次住院醫療費用保險金」限額。

二、每日加護病房費用保險金：

本公司按日支付實際加護病房費用；但每日最高給付限額不得超過本附約約定的「每日加護病房費用保險金」。

申請「每日加護病房費用保險金」之日數，不再計入「每日病房費用保險金」之日數計算。

三、每日療養補助費用保險金：

被保險人因第五條約定的保險事故必須進住醫院之加護病房治療者，本公司按實際接受加護病房治療日數給付「每日療養補助費用保險金」，但每日最高給付限額不得超過本附約約定的「每日療養補助費用保險金」。

四、每次住院醫療費用保險金：

本公司給付被保險人住院期間所實際支付的下列費用，但最高以本附約約定的「每次住院醫療費用保險金」為限。

- (一) 手術室、治療室及其設備的使用。
- (二) 醫師指示用藥。
- (三) 敷料、外科用夾板及石膏整型（但不包括特別支架）。
- (四) 化驗室檢驗、心電圖、基礎代謝率檢查。
- (五) 物理治療。
- (六) 麻醉劑、氧氣及其應用。
- (七) X光檢查，及放射性治療。
- (八) 靜脈輸注費及其藥液。
- (九) 血液（非緊急傷病必要之輸血）。
- (十) 來往醫院的救護車費。
- (十一) 指定醫師。
- (十二) 掛號費及證明文件。

倘被保險人於住院期間之前後七日內，必須門診醫療時，該項門診醫療費用將併入住院期間內之住院醫療費用保險金計算，惟每日以一次且每次給付金額以每一投保單位新臺幣五十元為限。

五、每次手術費用保險金：

本公司給付被保險人住院期間所實際支付醫院的手術費用，但不得超過本附約約定的「每次手術費用保險金」的最高限額乘以附表二「手術名稱及費用表」中所規定各項手術費用的給付比率。

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；但同一次手術中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，若不在附表二「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。

甲型轉換成日額給付：

被保險人以甲型費率投保本附約，後因第五條之約定而住院診療時，若未能檢具醫療費用收據正本及明細表時，本公司依被保險人住院日數，按投保單位依本附約甲型轉換成日額給付，其日額給付金額詳附表一所載「甲型轉換成日額給付之每日住院醫療保險金」。

被保險人向本公司申請甲型轉換成日額給付後，本次保險事故即不得再申請本條之各項保險金。

乙型：

被保險人以乙型費率投保本附約，後因第五條之約定而住院診療時，本公司自其住院之日起至出院之日止，按投保單位給付每日住院醫療保險金。（每一投保單位給付內容如附表一）

被保險人同一保單年度同一次住院最高日數以三百六十五日為限。

第八條：〔醫療費用未經全民健康保險給付者之處理方式〕

第七條之給付，於被保險人不由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，惟仍以前述各項保險金條款約定之限額為限。

第九條：〔住院次數之計算〕

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。

第十條：〔無理賠給付〕

被保險人於本附約保證續保期間內契約仍有效時，連續三年無理賠紀錄時，於次年度享有當年度保險費40%的折扣，享有費率折扣的次年度開始，連續三年無理賠紀錄時，於次年度可再享有當年度保險費40%的折扣，以此類推，不受次數限制；如係在主契約有效期間內，中途申請附加者，自申請附加後之第一個保單週年日開始計算。

（舉例說明詳附件一）

第十一條：〔除外責任〕

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（乙型不適用）。
- 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，每次不得超過新臺幣伍仟元（乙型不適用）。
- 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。

第十二條：〔本附約的停效與復效〕

主契約效力停止時，本附約效力亦同時停止。本附約停止效力後，要保人得在停效日起二年內，申請復效。但保險期間屆滿後不得申請復效。

主契約未申請復效時，本附約不得單獨申請復效。

要保人於停止效力之日起六個月內提出第一項復效申請，並經要保人繳付按日數比例計算的當期末滿期保險費後，自翌日上午零時起，開始恢復其效力。

要保人於停止效力之日起六個月後提出第一項之復效申請者，本公司得於要保人之復效申請送達本公司之日起五日內要求要保人提供被保險人之可保證明。要保人如未於十日內交齊本公司要求提供之可保證明者，本公司得退回該次復效之申請。

被保險人之危險程度有重大變更已達拒絕承保程度者，本公司得拒絕其復效。

本公司未於第四項約定期限內要求要保人提供可保證明，或於收齊可保證

明後十五日內不為拒絕者，視為同意復效，並經要保人繳付第三項所約定之金額後，自翌日上午零時起，開始恢復其效力。

要保人依第四項提出申請復效者，除有同項後段或第五項之情形外，於交齊可保證明，並繳付第三項所約定之金額後，自翌日上午零時起，開始恢復其效力。

第一項約定期限屆滿時，本附約效力即行終止。

第十三條：〔告知義務與本附約的解除〕

要保人及被保險人在訂立本附約時，對本公司要保書書面詢問的告知事項應據實說明，如有故意隱匿、或因過失遺漏或為不實的說明，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，而且不退還所繳保險費，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。

前項解除附約權，自本公司知有解除之原因後，經過一個月不行使而消滅；或自本附約訂立後，經過二年不行使而消滅。

本公司解除本附約時，應通知要保人，如因要保人死亡或居所不明，致通知不能送達時，本公司得將該項通知送達受益人。

第十四條：〔本附約的終止〕

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通知時，開始生效。

本附約有下列情形之一者，其效力持續至當期已繳之保險費期滿後終止：

- 一、主契約終止時。
- 二、主契約變更為展期定期保險時。

若本附約被保險人因身故致本附約效力終止時，不論本附約是否已領有任何一種保險金，本公司應從當期已繳保險費扣除按日數比例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。本公司應於接到通知後一個月內償付未滿期保險費，逾期本公司應加計利息給付，其利息按年利率一分計算。

第十五條：〔保險事故的通知與保險金的申請時間〕

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，應按年利率一分加計利息給付。但逾期事由可歸責於要保人、被保險人或受益人者，本公司得不負擔利息。

第十六條：〔保險金的申領〕

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、保險單或其謄本。
- 三、醫療診斷書及住院證明。（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、申請甲型（實支實付型）醫療保險金者，應檢具醫療費用收據正本及明細表。若未能檢具醫療費用收據正本及明細表時，本公司依第七條

甲型轉換成日額給付之規定辦理。
 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。

第十七條：〔投保年齡的計算及錯誤的處理〕

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、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保險金額，而不退還溢繳部分的保險費。

二、因投保年齡的錯誤，而致短繳保險費者，應補足其差額。但在發生保險事故後始發覺且其錯誤並非發生在本公司者，本公司得按原繳保險費與應繳保險費的比例減少保險金額，而不得請求補足差額。

前項第一款前段情形，其錯誤原因歸責於本公司者，應加計利息退還保險費，其利息按主契約保險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。

第十八條：〔受益人〕

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。

第十九條：〔變更住所〕

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。

第二十條：〔時效〕

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。

第二十一條：〔批註〕

本附約內容的變更，或記載事項的增刪，除第十八條另有規定外，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。

第二十二條：〔管轄法院〕

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之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。

樣本





附表一

每一投保單位住院醫療保險金限額：

單位：新臺幣元

類型	給付項目	每一投保單位最高給付限額
甲型 (實支實付型)	1.每日病房費用保險金	100
	2.每日加護病房費用保險金	200
	3.每日療養補助費用保險金	100
	4.每次住院醫療費用保險金	3,000
	5.每次手術費用保險金	3,000
甲型轉換成日額給付之每日住院醫療保險金		122
乙型 (固定日額型)	每日住院醫療保險金	100



各項保險金＝投保單位×每一投保單位給付內容

附表二

手術名稱及費用表						
手術名稱	最高補償金 給付比率(%)	手術名稱	最高補償金 給付比率(%)			
腹 腔	1. 闌尾切除術.....	50.00	眼 部	1. 從角膜去除異物.....	2.50	
	2. 腸切除.....	75.00		2. 視網膜剝離(多發性融合).....	100.00	
	3. 胃切除.....	75.00		3. 白內障.....	50.00	
	4. 胃腸吻合術.....	62.50		4. 青光眼.....	31.25	
	5. 肝、胰臟手術.....	62.50		5. 眼球去除.....	31.25	
	6. 膽囊摘除.....	75.00		6. 異狀贅肉去除.....	15.00	
	7. 因診斷治療而摘除一處或多處器官之腹腔切開(除另定外) 因一次腹部切開行兩種以上之手術仍算一次手術.....	50.00		7. 麥粒腫或霰粒腫臉板腺囊腫.....	5.00	
	8. 胃造瘻.....	5.00	骨 折	1. 單純性鎖骨、肩胛骨或前臂骨之一骨治療.....	15.00	
膿 瘍	一個或多個表皮膿疱瘻子切開.....	5.00		2. 尾骨、趾骨、蹠骨或跟股.....	10.00	
	截 肢 術	1. 指或趾截斷(一隻).....		7.50	3. 股骨.....	37.50
		2. 切斷手掌、前臂或在足踝部截斷.....		25.00	4. 上臂或小腿之一骨.....	25.00
		3. 切斷小腿、上臂或大腿之截斷.....		37.50	5. 指或趾每項或肋骨.....	5.00
		4. 切斷至股關節處之大腿.....		75.00	6. 前臂兩骨、膝蓋或股盆(不需牽引術).....	20.00
		5. 骨盤截斷術.....		100.00	7. 小腿之二骨.....	30.00
6. 腱成形術, 不管多次手術.....		50.00		8. 下顎骨.....	17.50	
乳 房	1. 根治切除至腋窩之一側或兩側乳房切除術.....	75.00		9. 腕骨、掌骨、鼻骨、二或二隻以上之肋骨或胸骨.....	7.50	
	2. 切除一側或兩側乳房切除術(單純).....	37.50		10. 骨盆.....	31.25	
胸 腔	1. 完整之胸廓成形術.....	100.00		11. 每一脊椎橫突起.....	6.25	
	2. 肺或部份肺之切除.....	75.00		12. 一個多個椎骨壓迫性骨折.....	37.50	
	3. 因診斷治療而行之胸腔切開, 穿刺除外.....	25.00		13. 手腕.....	11.25	
	4. 膿液去除術, 穿刺除外.....	12.50	註: 開放性複合骨折可增加上述補償之50%, 如需作切開手術, 包括骨移植或骨接合, 則增加上述補償之100%, 但不能超過最高手術費用補償金額。			
	5. 人工氣胸.....	12.50	生 殖 泌 尿 系 統	1. 腎摘除.....	75.00	
	6. 上項手術, 每加一次充氣, 但不超過六次.....	2.50		2. 腎固定.....	75.00	
	7. 因診斷之氣管鏡檢查.....	12.50		3. 腫瘤切除或切開手術取出腎石、輸尿管石、膀胱石.....	62.50	
	8. 其他胸腔手術(不包括切片檢查之手術).....	25.00		4. 上項由燒灼法或鏡檢法取出.....	20.00	
耳 部	1. 耳鼓膜切除.....	5.00		5. 尿道狹窄一用切開手術.....	30.00	
	2. 一側之乳突鑿開根除手術.....	50.00		6. 上項由尿道內手術.....	15.00	
	3. 兩側之乳突鑿開根除手術.....	62.50		7. 用切開手術之攝護腺完全摘除(全部操作).....	75.00	
	4. 一側或兩側開窗術.....	100.00		8. 用內視鏡檢法之攝護腺部份切除.....	25.00	
食 道	1. 狹窄手術.....	37.50		9. 用其他切除手術切除攝護腺.....	50.00	
	2. 食道癌切除與食道重建手術.....	100.00		10. 睪丸或副睪丸切除術.....	25.00	
	3. 胃鏡檢查.....	12.50		11. 精索水腫或精索靜脈瘤.....	12.50	
	4. 食道鏡檢查.....	7.50		12. 子宮切除、癌症根除術(因癌症、子宮根除術).....	75.00	
				13. 子宮切除並取出全部輸卵巢或有無闌尾切除術.....	62.50	
			14. 非分娩性之子宮頸燒灼術或刮匙.....	10.00		
			15. 非分娩性之子宮頸擴張刮匙術.....	12.50		
			16. 非產後之會陰或陰道裂傷修補術, 包括膀胱、直腸膨出.....	37.50		
			17. 非開腹式之纖維肌瘤切除.....	20.00		
			18. 副腎全摘除術.....	100.00		
			19. 腎移植.....	100.00		

附表二

手術名稱及費用表			
手術名稱	最高補償金 給付比率(%)	手術名稱	最高補償金 給付比率(%)
甲狀腺腫	1. 甲狀腺單純腫病手術..... 30.00 2. 取除甲狀腺包括一切手術期..... 75.00	顱 腔	1. 切開腦腔、穿顱術(穿刺術不計) .. 100.00 2. 取出骨、穿顱術或解壓術..... 31.25 3. 腦瘤手術..... 100.00
疝 氣	1. 單側疝氣..... 25.00 2. 二側性疝氣..... 50.00	咽 喉	1. 扁桃腺切除術，或扁桃腺切除術和 增殖腺切除術..... 25.00 2. 因診斷而使用喉窺鏡..... 5.00 3. 氣管切開術..... 12.50
關節與脫臼	1. 除另有規定及穿刺外，因疾病脫臼 或病狀而行之關節切除術..... 12.50 2. 切開肩、股、脊椎關節做關節固定 、截除或形成術..... 75.00 3. 切開膝、肘、腕或踝關節做關節固 定、截除或形成術..... 35.50 4. 脫臼一指或趾(每隻)..... 5.00 5. 脫臼一肩、肘、腕或踝關節..... 15.00 6. 脫臼一下顎..... 6.25 7. 脫臼一股或膝，膝蓋不計..... 20.00 8. 脫臼一膝蓋..... 5.00 註：因脫臼需行切開手術，其補償金額為上述之雙倍。	腫 瘤	1. 惡性瘤之外科切除，但粘液膜、皮 膚和皮下組織之惡性瘤除外..... 50.00 2. 粘液膜、皮膚和皮下組織之惡性瘤 25.00 3. 沿毛性竇或囊腫之切開術..... 25.00 4. 睪丸或乳房之良性瘤切除..... 20.00 5. 腱鞘囊腫..... 3.75 6. 除另有規定外需住院治療一個或多 個良性瘤..... 12.50 7. 疣、黑痣..... 2.50 註：上術腫瘤需 X 線及鐳錠治療者，包括需手術切除腫 瘤，可獲得同部位手術切除最高額之補償金。
鼻 部	1. 竇穿刺..... 2.50 2. 鼻腔內竇手術..... 17.50 3. 鼻腔外竇手術..... 37.50 4. 切除一個或多个息肉..... 5.00 5. 粘膜下切除..... 25.00 6. 鼻甲切除術..... 7.50	靜 脈	1. 靜脈曲張一腿之靜脈切開手術或注 射治療之全部操作..... 20.00 2. 靜脈曲張二腿之靜脈切開手術或注 射治療..... 30.00
穿 刺 術	1. 腹腔..... 12.50 2. 胸腔或膀胱(導尿不計)..... 7.50 3. 耳鼓、囊腫關節或脊椎..... 5.00	神 經 系 統	1. 脊髓硬膜內、外手術..... 100.00 2. 脊髓腫瘍摘出術..... 100.00 3. 腰部或胸部交感神經切除術..... 75.00 4. 下腹部神經叢切除術..... 75.00 5. 神經形成術、神經移植術..... 37.50 6. 神經腫切除術..... 37.50
直 腸	1. 惡性腫瘤之根治手術(全部手術期) ，包括直腸造瘻..... 100.00 2. 痔瘡外痔切除手術(全部操作).... 7.50 3. 痔瘡內痔或內外痔包括脫肛、全部 手術切除或注射治療..... 20.00 4. 痔瘡..... 17.50 5. 肛裂..... 5.00 6. 其他直腸切開手術..... 17.50	循 環 器	1. 血管形成術..... 37.50 2. 心臟手術..... 100.00 3. 心膜切開縫合術..... 100.00 4. 動脈瘤切除術..... 100.00

重要注意事項：

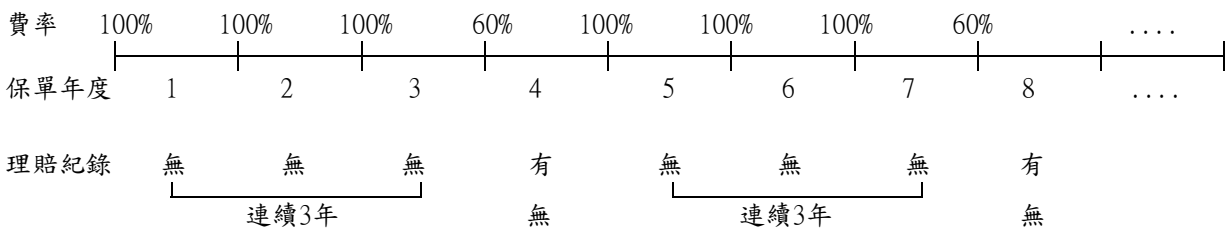
被保險人所接受的手術，若不在上表所載項目內時，由本公司與被保險人協議比照上表內程度相當的手術項目給付比率，核算給付金額。

【 附 件 一 】

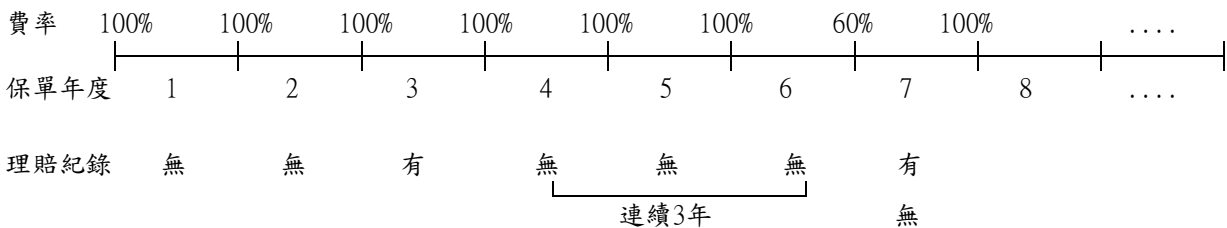
本附約之保險費計收舉例如下：

每連續三年無理賠紀錄時，則次保單年度的保險費按表訂費率的 60% 計收，無論次保單年度是否有理賠，以此類推。

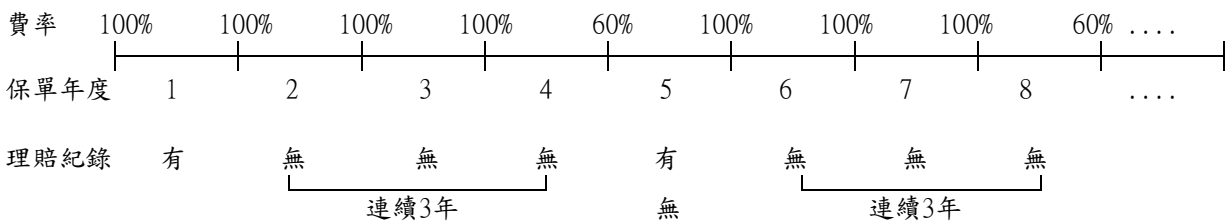
舉例一：



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

