

# 台灣人壽新團體住院醫療健康保險附約保險單條款

(住院病房費用保險金、醫師診查費用保險金、住院醫療費用保險金、手術費用保險金、日額型住院醫療保險金選擇給付)

本商品之疾病等待期間為被保險人投保本附約生效日起三十日內

(免費申訴電話：0800-213-269)

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。

歡迎至台灣人壽網頁：「[www.taiwanlife.com](http://www.taiwanlife.com)」了解本公司經營資訊（資訊公開說明文件），亦可電洽24小時保戶服務專線：0800-099-850 或 (02) 8170-5156。

核備文號：94年6月28日94台壽數理字第00067號

備查文號：96年09月21日96台壽數理字第00087號

修訂文號：97年05月31日依96年12月28日

金管保一字第 09602505761 號令修正

修訂文號：99年03月05日依98年12月28日

金管保財字第 09802513192 號令修正

修訂文號：99年11月03日依99年09月01日

金管保品字第 09902527791 號令修正

修訂文號：101年07月01日依101年02月07日金管保財字第

10102501561號令及101年05月07日金管保品字第

10102059590號函修正

備查文號：101年11月09日101台壽數二字第00075號

修訂文號：102年03月01日依102年01月10日

金管保壽字第10102103040號函修正

修訂文號：103年05月01日依103年01月22日

金管保壽字第10202131810號函修正

備查文號：104年01月16日台壽數二字第1040000094號

修訂文號：104年08月04日依104年06月24日

金管保壽字第10402049830號函修正

中華民國104年11月20日金管保壽字第10402548850號函核准

中華民國105年1月1日台壽字第1052000001號函備查修正

## 【保險契約的構成】

第一條：本台灣人壽新團體住院醫療健康保險附約(以下簡稱本附約)，係依主團體保險契約(以下簡稱主契約)要保人之申請，並經本公司同意，附加於主契約訂定之。

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」，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。

本附約所稱「疾病」，是指被保險人投保本附約生效日起持續有效滿三十日後或續保日(含)起所發生之疾病。但如被保險人投保時之保險年齡為零歲者，就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」指定項目之相關疾病，不適用前述自本附約生效日起需持續有效滿三十日之限制。

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」，是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日間住院及精神衛生法第三十五條所稱之日間留院。

本附約所稱「醫師」，是指領有醫師證書而合法執業者，且非被保險人本人。

本附約所稱「手術」，是指被保險人於有效期間內，經醫師診斷必須且實際於醫院接受附表一「手術項目表」中所列之手術項目，或事故當時「全民健康保險醫療費用支付標準」所載之「手術」項目。

本附約所稱「每日住院病房費用保險金限額」，是指本附約生效時保險單上所載之每日住院病房費用保險金金額，如該金額有所變更時，則以變更後之保險金額為準。

本附約所稱「每日醫師診查費用保險金限額」，是指本附約生效時保險單上所載之每日醫師診查費用保險金金額，如該金額有所變更時，則以變更後之保險金額為準。

本附約所稱「住院醫療費用保險金限額」，是指本附約生效時保險單上所載之住院醫療費用保險金金額，如該金額有所變更時，則以變更後之保險金額為準。

本附約所稱「手術費用保險金限額」，是指本附約生效時保險單上所載之手術費用保險金金額，如該金額有所變更時，則以變更後之保險金額為準。

本附約所稱「同一次住院」，是指被保險人於本附約有效期間，因同一疾病或傷害，或因此引起的併發症而進住醫院兩次（含）以上時，其再次入院日期與最近前一次出院日期間隔期間未超過十四日者，其各項保險金給付及其限制，視為同一次住院辦理，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。

本附約所稱「給付日數限制」，是指於同一次住院期間給付日數最多以三百六十五日為限。

本附約所稱「實際住院日數」，是指被保險人自入院之日起至出院當日止之日數，當一般住院與進住加護病房或燒燙傷病房日期重疊時，其日數則不重複計算。

### 【保險期間、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，以主契約保險期間的始日為本附約始日，並以主契約當年度保單週年日為到期日。如係中途申請附加者，經本公司同意後，以保險單上所約定的日期為始日，並以主契約當年度保單週年日為到期日，其中途附加所應繳交的保險費，應按當期應繳保險費就未滿期之日數比例計算之。

本附約的保險費，在主契約繳費期間內，應與主契約保險費一併交付。

### 【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，本公司依照本附約約定給付保險金。

### 【保險費的計算】

第 六 條：本附約的保險費總額係以「住院病房費用保險金」平均保險費率乘「每日住院病房費用保險金限額」總額、「醫師診查費用保險金」平均保險費率乘「每日醫師診查費用保險金限額」總額、「住院醫療費用保險金」平均保險費率乘「住院醫療費用保險金限額」總額、「手術費用保險金」平均保險費率乘「手術費用保險金限額」總額加總計算，但在本附約有效期間內因被保險人投保之各項保險金限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。

前項所稱之各項保險金「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之性別、年齡及其投保之該項保險金限額所算出的保險費總和除以全體被保險人之該項保險金限額總和計算。

被保險人身故時，本公司按第十一條第三項之計算方式，將該被保險人之未滿期保險費退還要保人。

### 【第二期以後分期保險費的交付、寬限期間及附約效力的停止】

第七條：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。但應由給付保險金內扣除本附約該被保險人欠繳保險費。

### 【告知義務與本契約的解除】

第八條：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。惟屬被保險人個別違反前述告知義務者，本公司得就該被保險人個別部分解除，而不影響其他被保險人於本附約之效力。

前項解除附約權，自本公司知有解除原因後，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。

本公司通知解除本附約時，如要保人居住所不明或其他原因，通知不能送達時，本公司得將該項通知送達受益人。

### 【被保險人的異動】

第九條：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（一）】

第十條：本附約在被保險人數少於 人，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。

本附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。

要保人如欲終止本附約，須於終止之日五日前以書面通知本公司終止本附約，本公司按日數比例計算已經過期間之保險費後，退還剩餘之保險費。

### 【附約的終止（二）】

第十一條：要保人得隨時終止本附約。

前項本附約之終止，自本公司收到要保人書面通知時，開始生效。

要保人依第一項約定終止本附約時，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。

#### 【危險變更的通知義務】

第十二條：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，要保人或被保險人應於知悉後兩週內通知本公司，要保人或被保險人怠於通知時，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附約終止。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。

#### 【資料的提供】

第十三條：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。

要保人或被保險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】

第十四條：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。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。

#### 【住院病房費用保險金之給付】

第十五條：被保險人於本附約有效期間內，因第五條之約定而以全民健康保險對象身分住院診療時，本公司按被保險人於住院期間內所發生，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「住院病房費用保險金」。

- 一、超等住院之病房差額。
- 二、管灌飲食以外之膳食費。
- 三、特別護士以外之護理費。

但被保險人不以全民健康保險身分住院診療，或前往不具有全民健康保險之醫院住院診療者，致前項費用未經全民健康保險給付分擔，本公司則按前項約定計算所得金額的百分之六十六給付。

每日最高給付金額以不超過其投保之「每日住院病房費用保險金限額」為限；且不超過第二條約定之「給付日數限制」。

#### 【醫師診查費用保險金之給付】

第十六條：被保險人於本附約有效期間內，因第五條之約定而以全民健康保險對象身分住院診療時，本公司按被保險人於住院期間內所發生，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診查費給付「醫師診查費用保險金」。

但被保險人不以全民健康保險身分住院診療，或前往不具有全民健康保險之醫院住院診療

者，致前項費用未經全民健康保險給付分擔，本公司則按前項約定計算所得金額的百分之六十六給付。

每日最高給付金額以不超過其投保之「每日醫師診查費用保險金限額」為限；且不超過第二條約定之「給付日數限制」。

### 【住院醫療費用保險金之給付】

第十七條：被保險人於本附約有效期間內，因第五條之約定而以全民健康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」。

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、復健治療費。

六、一般護理費。

七、治療處置費。

八、檢查費。

九、敷料、外科用夾板及石膏整型，但不包括購置輪椅、拐杖及特別支架等費用。

但被保險人不以全民健康保險身分住院診療，或前往不具有全民健康保險之醫院住院診療者，致前項費用未經全民健康保險給付分擔，本公司則按前項約定計算所得金額的百分之六十六給付。

於同一次住院合計給付金額以不超過其投保之「住院醫療費用保險金限額」為限。

### 【手術費用保險金之給付】

第十八條：被保險人於本附約有效期間內，因第五條之約定而以全民健康保險對象身分住院診療，或經醫師診斷得以門診接受手術治療時，本公司按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用給付「手術費用保險金」。

但被保險人不以全民健康保險身分接受診療，或前往不具有全民健康保險之醫院接受診療者，致前項費用未經全民健康保險給付分擔，本公司則按前項約定計算所得金額的百分之六十六給付。

每次各項手術費用給付金額，以不超過其投保之「手術費用保險金限額」乘以附表一「手術項目表」中「最高補償額給付百分率」所得之金額為限。被保險人於同一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，按手術名稱及附表一「手術項目表」中所載「最高補償額給付百分率」最高一項計算。被保險人所接受之手術，若未列於附表一「手術項目表」所載項目內時，本公司按事故當時全民健康保險醫療費用支付標準（可至「中央健康保險局」網站查詢），以該項手術支付點數除以附表一「手術項目表」中所載最高之「最高補償額給付百分率」手術項目支付點數，乘以其「最高補償額給付百分率」後所得之百分率，做為該手術之「最高補償額給付百分率」。

### 【日額型住院醫療保險金選擇給付】

第十九條：被保險人於本附約有效期間內，因第五條之約定而住院診療時，得改選擇申領日額型住院醫療保險金，本公司給付金額為其投保之「每日住院病房費用保險金限額」乘以實際住院日數所得之金額，但實際住院日數不超過第二條約定之「給付日數限制」。

同一次住院，被保險人如選擇申領日額型住院醫療保險金，則不得再申領「住院病房費用保險金」、「醫師診查費用保險金」、「住院醫療費用保險金」、「手術費用保險金」。

### 【保險金的申領】

第二十條：受益人依本附約第十五條至第十九條申領各項保險金時，應檢具下列文件：

- 一、保險金申請書。
  - 二、醫療診斷書及列明入、出院日期之住院證明。(但被保險人為醫師時，不得為被保險人出具診斷書或住院證明。)
  - 三、醫療費用明細表及醫療費用收據正本。但被保險人未檢具醫療費用收據正本時，本公司依其投保之「每日住院病房費用保險金限額」乘以實際住院日數所得之金額給付，但實際住院日數不超過第二條約定之「給付日數限制」。
  - 四、申請「手術費用保險金」者，另應檢具手術證明文件，列明手術名稱、部位及日期。
  - 五、受益人的身分證明。
- 本公司認為有調查必要時，可隨時向被保險人曾就診之醫療院所查詢有關診療記錄，其一切費用由本公司負擔。

### 【除外責任】

第二十一條：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、外科整型或天生畸型。但因遭受意外傷害事故所致之必要外科整型，不在此限。
- 二、非因診療目的之牙齒手術。但因遭受意外傷害事故所致者，不在此限。
- 三、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。
- 四、健康檢查，療養或靜養。
- 五、懷孕、流產或分娩及其引致之併發症。但下列情形不在此限：
  - (一) 因遭受意外傷害事故所致之必要流產或醫療行為必要之流產。
  - (二) 懷孕期間因子宮外孕、葡萄胎、毒血症、產後大量出血等四種妊娠併發症之住院治療。
  - (三) 醫療行為必要之剖腹產，並提出相關檢查報告，符合下列情形之一者：
    - 1、產程過長（在正常分娩或催生情況下，第一產程活動期子宮頸開口超過二小時仍未再擴張或在第二產程超過二小時胎頭仍未下降者）。

- 2、胎兒窘迫（胎心音圖顯示胎心音持續下降，胎兒心跳嚴重不穩定或胎兒頭皮酸鹼度測定值少於PH7.2）。
- 3、胎兒體重四〇〇〇公克以上。
- 4、胎兒水腦症。
- 5、多胞胎。
- 6、胎位不正（額位、臀位或橫位者）。
- 7、前置胎盤、胎盤早期剝離、子癇前兆症、子癇症。
- 8、骨盆嚴重變形。但選擇性之剖腹生產，例如懼產痛、擇吉時等而所施行之剖腹生產，本公司不負給付保險金之責任。

六、不孕症、人工受孕或非以治療為目的之避孕及絕育手術。

#### 【經驗分紅】

第二十二條：本附約之經驗分紅計算公式，詳如附表二。

#### 【受益人】

第二十三條：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。

#### 【附約的續保】

第二十四條：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，續保的始期以原附約屆滿日的翌日零時為準。

#### 【投保年齡的計算及錯誤的處理】

第二十五條：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。

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。

#### 【住所變更】

第二十六條：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】**

第二十七條：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】**

第二十八條：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同意，並由本公司即予批註或發給批註書。

**【管轄法院】**

第二十九條：因本附約涉訟者，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。

附表一：手術項目表

手術名稱	最高補償額 給付百分率
<b>一、結腸直腸及小腸外科</b>	
1. 闌尾切除術	60%
2. 乙狀結腸切除術	145%
3. 盲腸造瘻術	80%
4. 人工肛門術	80%
5. 直腸鏡檢查術	10%
6. 右結腸切除術	110%
7. 次全結腸切除術加迴腸直腸吻合術	265%
8. 全結腸切除術加迴腸造瘻術	265%
9. 小腸切除術加吻合術	105%
10. 小腸憩室切除術	95%
<b>二、其他腹腔外科</b>	
1. 腹腔內瘍	65%
2. 膈下膿瘍引流術	65%
3. 骨盆腔膿瘍引流術	65%
4. 剖腹探查術	50%
5. 腹腔腫瘤切除術	105%
6. 後腹腔腫瘤切除術	105%
7. 脾臟切除術	100%
<b>三、乳腺外科</b>	
1. 乳腺腫瘤切除術	30%
2. 乳癌根治術(標準型及修改型)	115%
<b>四、胸腔外科</b>	
1. 開胸探查術	70%
2. 胸腔形成術(第一期)	95%
3. 胸腔形成術(第二期)	80%
4. 胸腔形成術(第三期)	80%
5. 食道鏡檢查，合併組織切片	20%
6. 食道切除術	145%
7. 食道瘤及囊腫切除術	180%
8. 胃造瘻術或空腸造瘻術	70%
9. 胃造瘻術或幽門成形術	80%
10. 胃賁門及食道切除再造術	175%
11. 肺葉切除及胸廓成形術	175%
12. 全肺切除術	175%
13. 肺部份切除術	125%
14. 胃鏡，合併組織切片	22%

手術名稱	最高補償額 給付百分率
<b>五、耳部</b>	
1. 乳突鑿開術	100%
2. 鼓室成形術(不包括乳突鑿開術)	130%
3. 鼓室成形術(包括乳突鑿開術)	165%
4. 顳骨切除術	165%
<b>六、消化性潰瘍外科</b>	
1. 胃近位迷走神經切斷術	125%
2. 胃亞全切除術(遠端)	125%
3. 胃全切除術	170%
4. 迷走神經切斷術加胃部份切除術	125%
5. 迷走神經切斷術加幽門成形	125%
6. 迷走神經切斷術加胃腸吻合術	125%
<b>七、胰臟外科</b>	
1. 胰臟腫瘤或囊腫摘除術	125%
2. 胰臟空腸吻合術	125%
3. 胰臟全切除術	195%
<b>八、膽道外科</b>	
1. 膽囊造瘻術	70%
2. 膽囊切除術	90%
3. 總膽管切開術	75%
4. 總膽管全切開術	140%
<b>九、肝臟外科</b>	
1. 肝膿瘍引流術	90%
2. 擴大肝葉切除術(三區域)	330%
3. 肝小葉切除術(一區域)	145%
4. 肝部份切除術(小於半區域)	120%
5. 肝葉切除術(二區域)	200%
<b>十、肛門外科</b>	
1. 肛門周圍膿瘍切開引流術	65%
2. 栓塞性外痔核切除術	55%
3. 單純肛瘻切除術	65%
4. 肛裂切除術	60%
<b>十一、眼科</b>	
1. 眼內異物除去術(前房內)	55%
2. 眼內異物除去術(硝子體內)	65%
3. 網膜剝離之鞏膜填充術	125%
4. 網膜剝離之冷凍手術	85%
5. 網膜剝離之電氣凝固術	80%

手術名稱	最高補償額 給付百分率
6. 網膜剝離之鞏膜切除術	115%
7. 青光眼虹彩切除術	95%
8. 青光眼毛樣體剝離手術	80%
9. 白內障瓣狀摘出術(包括囊內、囊外)	95%
10. 白內障腺狀摘出術	50%
<b>十二、上肢手術</b>	
1. 上膊切除術(兩側)	90%
2. 上膊切除術(單側)	65%
3. 肩關節固定術	110%
4. 肩關節骨折	80%
5. 肘關節整形術	80%
6. 肘關節骨折	80%
7. 前臂切斷術	70%
8. 前臂骨折	80%
9. 上臂骨折	80%
10. 腕關節手術	25%
11. 手指切除術(單指)	25%
12. 手指切除術(多指)	35%
<b>十三、下肢手術</b>	
1. 大腿切除術(單側)	90%
2. 大腿切除術(兩側)	120%
3. 大腿骨骨折	100%
4. 足部切斷術	70%
5. 足部骨折	80%
6. 踝關節固定術	100%
7. 踝關節整形術	70%
8. 踝關節骨折	80%
9. 踝關節擴創術	70%
10. 股關節固定術	130%
11. 股關節整形術	130%
12. 股關節切斷術	100%
13. 股關節骨折	100%
14. 膝關節固定術	110%
15. 膝關節整形術	100%
16. 膝關節擴創術	70%
17. 膝關節骨折	80%
18. 下腿切斷	80%
19. 下腿擴創術	70%

手術名稱	最高補償額 給付百分率
20. 下腿骨折	80%
21. 骨盤切斷術	130%
22. 骨盤手術	80%
23. 肘關節全置換術	130%
<b>十四、泌尿科</b>	
1. 腎臟囊腫去除術	105%
2. 腎切除術	125%
3. 腎臟固定術	105%
4. 腎、輸尿管切除術	140%
5. 腎部份切除術	125%
6. 膀胱部份截除術	110%
7. 膀胱全部截除術	130%
8. 尿道切開術	55%
<b>十五、精路手術</b>	
1. 副睪丸截除術(單側)	65%
2. 副睪丸截除術(雙側)	90%
3. 陰囊水腫手術	65%
4. 睪丸截除術(單側)	55%
5. 睪丸截除術(雙側)	65%
6. 前列腺切除術	115%
7. 前列腺全部切除術	140%
8. 精索靜脈手術	55%
<b>十六、婦產科</b>	
1. 子宮附屬器切除術(包括子宮外孕手術)	80%
2. 子宮頸楔狀切除術	35%
3. 子宮頸切斷術	55%
4. 腹部探查術	60%
5. 陰道囊腫切除術	40%
6. 子宮肌瘤摘除術	90%
7. 子宮頸癌根治性手術	165%
8. 單純性子宮全摘除術(腹式、腔室)	105%
9. 次全子宮切除術	90%
10. 治療性子宮頸擴刮術	35%
<b>十七、甲狀腺外科</b>	
1. 甲狀腺囊腫或甲狀舌囊腫切除術	80%
2. 甲狀腺全部切除術	260%

手術名稱	最高補償額 給付百分率
<b>十八、脊椎骨折</b>	
1. 脊椎骨折	80%
2. 脊椎整形術(前方固定)	130%
3. 脊椎整形術(後方固定)	110%
<b>十九、鼻部</b>	
1. 鼻咽癌切除術	90%
2. 多竇副鼻竇手術	110%
3. 全竇副鼻竇手術	155%
4. 粘膜下鼻甲骨切除術	55%
5. 下甲介截除術	35%
<b>廿、咽喉部</b>	
1. 咽部膿腫切開術	15%
2. 舌繫帶切斷術	20%
3. 半喉切除術	130%
4. 喉截開術	80%
5. 氣管切開術	30%
<b>廿一、神經外科</b>	
1. 動脈瘤手術	280%
2. 腦瘤切除	270%
3. 顱骨切除術	105%
4. 椎間板手術	135%
5. 硬腦膜外血腫清除術	185%
6. 腦內血腫清除術	175%
7. 腦葉切除術	150%
8. 頭顱穿洞術	35%
9. 腦室引流	50%
10. 急性硬腦膜下血腫清除術	145%
<b>廿二、心臟和循環系統</b>	
1. 心臟切開術和異物移除	220%
2. 心肌切除術	280%
3. 心肌梗塞後造成心室中膈缺損修補術	330%
4. 單一瓣膜置換術	320%
5. 二個瓣膜置換術	360%
6. 三個瓣膜置換術	500%

## 附表二 經驗分紅計算公式

經驗分紅計算公式如下：

$$R = K \times (G - E \times G - \theta) - \theta'$$

R = 經驗分紅金額

K = 經驗分紅百分比

G = 當年度總保費

E = 行政費用率（營業稅、印花稅、業管費用、準備金）

$\theta$  = 當年度理賠金

$\theta'$  = 累計經驗赤字

說明：

- 一、本保單年度終了結算經驗分紅金額後，如其金額為正值時，始得發放。
- 二、如於本保單年度發生之理賠事故於本次結算後始提出申請，本公司得將其理賠給付計為本保單年度之總理賠金額，並調整當年度之經驗分紅金額，如有保單續保情形，其理賠給付將併入次一保單年度之總理賠金額，以計算次一年度之經驗分紅金額。