

三商美邦人壽保險股份有限公司

(以下稱本公司)

三商美邦人壽增健康住院醫療健康保險附約

(附加本附約者始有效力)

主要給付項目： 每日病房費用保險金（實支實付型）
住院醫療及手術費用保險金（實支實付型）
門診手術費用保險金（實支實付型）
住院日額保險金（日額給付型）

106年05月16日三品字第00127號函備查

※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。

※倘被保險人以全民健康保險之保險對象身分住院診療時，可實支實付型或日額給付型二者擇一給付（不含門診手術費用保險金）。

※保險公司免費申訴電話：0800-022-258

傳真：02-25163359

電子信箱（E-mail）：callcenter@mail.mli.com.tw

第一條 【保險附約的構成】

本增健康住院醫療健康保險附約（以下簡稱本附約）係依主保險契約（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。

本保險單條款、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。

第二條 【名詞定義】

本附約所稱「保險年齡」係指按投保時被保險人之足歲計算，但未滿一歲的零數超過六個月者加算一歲，以後每經過一個保單年度加算一歲，且同一保單年度內保險年齡不變。

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「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「診所」係指依照醫療法規定設立並具備開業執照之診所。

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。

本附約所稱「手術」係指符合全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準「手術」章節規定之手術項目。

本附約所稱「被保險人」係指主契約之被保險人或其姓名記載於要保書或隨後批註於本附約之配偶或子女。

本附約所稱「配偶」係指主契約被保險人於戶籍登記且保險年齡達七十六歲前之配偶。
本附約所稱「子女」係指主契約被保險人於戶籍登記且保險年齡達二十三歲前之未婚子女。

第 三 條 【保險期間的始日與終日】

本公司對本附約應負的責任，自要保人交付第一期保險費，經本公司同意承保時開始。
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附加者，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 【第二期以後保險費的交付、寬限期間及附約效力的停止】

分期繳納的第二期以後保險費及續保保險費，應照本保險單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或續保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，但應由保險金內扣除欠繳保險費。

第 五 條 【保險費的墊繳及附約效力的停止】

本附約（含附加條款）之保險費，超過主契約寬限期間仍未交付時，應就主契約與本附約（含附加條款）保險費之合計金額準用主契約有關「保險費的墊繳及契約效力的停止」條款之約定辦理。

第 六 條 【本附約效力的恢復】

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；主契約停效期間，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前項復效申請，並於清償保險費扣除停效期間的危險保險費後之餘額及按主契約有關「本契約效力的恢復」條款約定之利率計算之利息後，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。
本公司未於第三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，並經要保人清償第二項所約定之金額後，自翌日上午零時起，開始恢復其效力。
要保人依第三項提出申請復效者，除有同項後段或第四項之情形外，於交齊可保證明，並清償第二項所約定之金額後，自翌日上午零時起，開始恢復其效力。
本附約因第五條約定停止效力而申請復效者，除復效程序依前六項約定辦理外，要保人清償墊繳保險費及其利息，其未償餘額合計不得逾主契約約定之保險單借款可借金額上限。
第一項約定期限屆滿時，本附約效力即行終止。

第 七 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接受住院診療或門診手術治療時，本公司依本附約約定給付保險金。

第 八 條 【每日病房費用保險金之給付】

被保險人因第七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核付，但同一保單年度同一次住院期間之申請日數最高不得逾三百六十五日，

且其每日最高給付不得超過本附約所載「每日病房費用保險金限額」（如附表）：

- 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。

第九條 【住院醫療及手術費用保險金之給付】

被保險人因第七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核付，但其同一次住院期間最高給付不得超過本附約所載「住院醫療及手術費用保險金限額」（如附表）：

- 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、醫師診察費（含會診費）。
 - 六、手術室及其設備、治療室及其設備的使用。
 - 七、主治醫師對症處方的藥品。
 - 八、敷料、外科用夾板及石膏整形。
 - 九、化驗室檢驗、心電圖、基礎代謝率檢查。
 - 十、對症所必要的物理治療。
 - 十一、麻醉劑、氧氣的使用。
 - 十二、X光檢查。
 - 十三、靜脈輸注費及其藥液。
 - 十四、因急救經醫師診斷認為必要輸血之血液或血漿的輸注費。
 - 十五、治療所須之各式材料（包括特別材料、手術材料等，但衛生材料除外）。
 - 十六、其他手術費用。
 - 十七、住院診療前一日起算二週內及出院翌日起算二週內，因診療與其住院同一疾病或傷害為目的而接受門診診療之費用。
 - 十八、超過全民健康保險給付之住院醫療費用。
- 若被保險人於住院期間曾入住加護病房或燒燙傷中心診療者，該次住院之「住院醫療及手術費用保險金限額」（如附表）提高為二倍。

第十條 【門診手術費用保險金之給付】

被保險人因第七條之約定而以全民健康保險之保險對象身分於醫院或診所接受門診手術治療時，本公司按被保險人門診手術期間內所發生，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費用核付，但其同一次門診手術最高給付不得超過本附約所載「每次門診手術費用保險金限額」（如附表）。

被保險人因同一疾病或傷害，或因此引起的併發症，必須接受兩次（含）以上門診手術時，如兩次門診手術日期間隔未超過十四日者，其門診手術費用保險金給付合計額，視為同一次門診手術辦理。

第十一條 【住院日額保險金之給付】

被保險人因第七條之約定而以全民健康保險之保險對象身分住院診療時，得向本公司申請「住院日額保險金」，本公司依被保險人實際之住院日數按本附約所載「住院日額」（如附表）給付「住院日額保險金」，但同一保單年度同一次住院期間之申請日數最高不得逾三百六十五日。

被保險人於同一次住院期間接受診療者，已依前項向本公司申請「住院日額保險金」後，不得再向本公司申請第八條至第九條之各項保險金。

第十二條 【醫療費用未經全民健康保險給付者之處理方式】

第八條至第十條之給付，於被保險人不以全民健康保險之保險對象身分接受住院診療或門診手術治療；或前往不具有全民健康保險之醫院或診所接受住院診療或門診手術治療者，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百分之六十六給付，惟仍以前述各項保險金條款約定之限額為限。

第十三條 【住院次數之計算及附約有效期間屆滿後住院之處理】

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，其各項保險金給付合計額，視為同一次住院辦理。

前項保險金之給付，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。

第十四條 【保險金給付之限制】

被保險人已獲得全民健康保險給付的部分，本公司不予給付保險金，但申領第十一條「住院日額保險金」者，不在此限。

第十五條 【除外責任】

被保險人因下列原因所致之疾病或傷害而接受住院診療或門診手術治療者，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接受住院診療或門診手術治療者，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。

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. 子癇症。

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.子癲前症及子癇症。
 - 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。

第十六條 【附約有效期間】

本附約保險期間為一年，保險期間屆滿時，要保人得交付續保保險費，以逐年使本附約繼續有效，本公司不得拒絕續保。

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。

第十七條 【告知義務與本附約的解除】

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（或投保網頁）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該被保險人部分之附約效力，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，如要保人死亡、居所不明，致通知不能送達時，本公司得將該通知送達被保險人或受益人。

第十八條 【附約的終止（一）】

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，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，將其未到期保險費退還要保人。

第十九條 【附約的終止（二）】

本附約有下列情形之一者，其效力持續至該期已繳之保險費期滿後終止：

- 一、要保人申請終止主契約時。
- 二、主契約辦理展期定期保險時。

第二十條 【附約的終止（三）】

本附約倘非因約定之保險事故而致效力終止時，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，將其未到期保險費退還予要保人。

第二十一條 【主契約辦理減額繳清保險或繳費期滿時之處理】

本附約有下列情形之一者，其效力得持續有效，但繳費方式一律改以年繳方式辦理，本公司不受理其他繳法繳付保險費：

- 一、主契約辦理減額繳清保險時。
- 二、主契約繳費期滿且持續有效時。

第二十二條 【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、真實投保年齡較本公司保險費率表所載最高年齡為大者，本附約該被保險人部分之附約無效，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，其錯誤原因歸責於本公司者，應加計利息退還保險費，其利息按「年利率一分」與「民法第二百零三條法定週年利率」兩者取其大之值計算。

第二十三條 【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。

第二十四條 【欠繳保險費的扣除】

本公司給付各項保險金或退還保險費時，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。

第二十五條 【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或變更。

被保險人身故時，如本附約保險金尚未給付或未完全給付，則以該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。

第二十六條 【保險金的申領】

受益人申領本附約第八條、第九條、第十條保險金時，應檢具下列文件：

- 一、保險金申請書。
- 二、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。）
- 三、醫療費用收據及費用明細表。
- 四、受益人的身分證明。

受益人申領第十一條保險金時，應檢具下列文件：

- 一、保險金申請書。
- 二、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。）
- 三、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。

第二十七條 【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。

第二十八條 【批註】

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。

第二十九條 【管轄法院】

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。

費 率 表

男性

年齡	計劃A	計劃B	計劃C	計劃D
0~30	1,850	2,543	3,054	3,940
31~35	2,096	2,882	3,461	4,465
36~40	2,466	3,391	4,072	5,253
41~45	3,052	4,196	5,039	6,501
46~50	4,100	5,637	6,770	8,733
51~55	5,487	7,545	9,061	11,688
56~60	7,059	9,706	11,657	15,037
61~65	9,156	12,588	15,118	19,502
66~70	10,235	14,072	16,900	21,801
71~75	14,026	19,285	23,161	29,877

女性

年齡	計劃A	計劃B	計劃C	計劃D
0~30	1,850	2,543	3,054	3,940
31~35	3,114	4,281	5,141	6,632
36~40	3,483	4,790	5,752	7,420
41~45	4,008	5,510	6,617	8,536
46~50	4,162	5,722	6,872	8,865
51~55	4,871	6,697	8,043	10,375
56~60	5,919	8,138	9,773	12,608
61~65	7,491	10,300	12,369	15,957
66~70	8,262	11,359	13,642	17,598
71~75	11,560	15,894	19,088	24,624

附表

最高補償限額表

給付項目 \ 計劃	A	B	C	D
每日病房費用保險金限額	500	1,000	1,500	2,000
住院醫療及手術費用保險金限額	50,000	100,000	150,000	200,000
每次門診手術費用保險金限額	10,000	10,000	10,000	10,000
住院日額	500	1,000	1,500	2,000

樣本