

一、「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。」

二、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。

三、本公司之健康保險商品為非保證續保之健康保險。

四、被保險人非因約定之保險事故而致保險契約效力終止時，本公司將依契約條款之約定返還未滿期保險費。

五、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。要保人可透過免費服務暨申訴電話(0800-012-080)或本公司網站(<http://www.taian.com.tw>)、總公司、分公司及服務中心查閱及索取電腦查閱資訊公開說明文件。

泰安產物團體最新一年定期重大疾病保險(甲型)

101.10.01 (101) 精企字第 354 號函備查

112.04.11(112)精企字第 059 號函備查

(本商品投保時，疾病等待期為三十日)

(給付項目：重大疾病保險金給付)

第一條 保險契約的構成

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 名詞定義

本契約所稱「要保人」是指要保單位。

本契約所稱「被保險人」是指本契約所附被保險人名冊內所載之人員。

本契約所稱「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。

本契約所稱「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。

本契約所稱「醫師」係指依醫師法規定領有醫師證書並合法執業之醫師，且非被保險人本人及其配偶。

本契約所稱「專科醫師」，係指經醫師考試及格完成專科醫師訓練，並經中央衛生主管機關甄審合格，領有專科醫師證書者。

本契約所稱「重大疾病」係指被保險人參加本契約生效日起持續有效三十天以後，初次發生並經診斷確定為下列約定疾病之一者，但被保險人因遭受意外傷害事故致成本項第六款所稱之癱瘓或須接受本項第七款所稱之重大器官移植手術者及要保人依本契約第十八條通知續保者，不受前述三十天之限制；倘若被保險人投保時之保險年齡為零歲者，發生衛生福利部國民健康署公告之新生兒先天性代謝異常疾病篩檢項目之疾病，亦不受前述三十日期間之限制。

一、急性心肌梗塞（重度）：

係指因冠狀動脈阻塞而導致部分心肌壞死，其診斷除了發病 90 天（含）後，經心臟影像檢查證實左心室功能射出分率低於 50%（含）者之外，且同時具備下列至少二個條件：

（一）典型之胸痛症狀。

（二）最近心電圖的異常變化，顯示有心肌梗塞者。

（三）心肌酶 CK-MB 有異常增高，或肌鈣蛋白 T>1.0ng/ml，或肌鈣蛋白 I>0.5ng/ml。

二、冠狀動脈繞道手術：係指因冠狀動脈疾病而有持續性心肌缺氧造成心絞痛或心臟衰竭，並接受冠狀動脈繞道手術者。其他手術不包括在內。

三、腦中風後障礙（重度）：係指因腦血管的突發病變導致腦血管出血、栓塞、梗塞致永久性神經機能障礙者。所謂永久性神經機能障礙係指事故發生六個月後經神經科、神經外科或復健科專科醫師認定仍遺留下列機能障礙之一者：

（一）植物人狀態。

（二）一上肢三大關節或一下肢三大關節遺留下列機能障礙之一者：

1.關節機能完全不能隨意識活動。

2.肌力在2分（含）以下者（肌力2分是指可做水平運動，但無法抗地心引力）。

上肢三大關節包括肩、肘、腕關節，肢三大關節包括髖、膝、踝關節。

（三）兩肢（含）以上運動或感覺障礙而無法自理日常生活者。所謂無法自理日常生活者，係指食物攝取、大小便始末、穿脫衣服、起居、步行、入浴等，皆不能自己為之，經常需要他人加以扶助之狀態。

（四）喪失言語或咀嚼機能者。

言語機能的喪失係指因腦部言語中樞神經的損傷而患失語症者。所謂咀嚼機能的喪失係指由於牙齒以外之原因所引起的機能障礙，以致不能做咀嚼運動，除流質食物以外不能攝取之狀態。

四、末期腎病變：指腎臟因慢性及不可復原的衰竭，已經開始接受長期且規則之透析治療者。

五、癌症（重度）：係指組織細胞有惡性細胞不斷生長、擴張及對組織侵害的特性之惡性腫瘤或惡性白血球過多症，經病理檢驗確定符合最近採用之「國際疾病傷害及死因分類標準」版本歸屬於惡性腫瘤，且非屬下列項目之疾病：

（一）慢性淋巴性白血病第一期及第二期(按 Rai 氏的分期系統)。

（二）10 公分（含）以下之第一期何杰金氏病。

（三）第一期前列腺癌。

（四）第一期膀胱乳頭狀癌。

（五）甲狀腺微乳頭狀癌(微乳頭狀癌是指在甲狀腺內 1 公分(含)以下之乳頭狀癌)。

（六）邊緣性卵巢癌。

（七）第一期黑色素瘤。

（八）第一期乳癌。

（九）第一期子宮頸癌。

（十）第一期大腸直腸癌。

（十一）原位癌或零期癌。

（十二）第一期惡性類癌。

（十三）第二期（含）以下且非惡性黑色素瘤之皮膚癌(包括皮膚附屬器癌及皮纖維肉瘤)。

六、癱瘓（重度）：係指兩上肢、或兩下肢、或一上肢及一下肢，各有三大關節中之兩關節（含）以上遺留下列機能障礙之一，且經六個月以後仍無法復原或改善者：

（一）關節機能完全不能隨意識活動。

（二）肌力在 2 分（含）以下者（肌力 2 分是指可做水平運動，但無法抗地心引力）。

上肢三大關節包括肩、肘、腕關節，下肢三大關節包括髖、膝、踝關節。

七、重大器官移植或造血幹細胞移植：重大器官移植，係指因相對應器官功能衰竭，已經接受心臟、肺臟、肝臟、胰臟、腎臟（以上均不含幹細胞移植）的異體移植。

造血幹細胞移植，係指因造血功能損害或造血系統惡性腫瘤，已經接受造血幹細胞（包括骨髓造血

幹細胞、周邊血造血幹細胞和臍帶血造血幹細胞)的異體移植。

第三條 保險期間、保險責任的開始及交付保險費

本契約的保險期間為一年。

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。

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。

第四條 保險證或保險手冊

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、本公司服務電話。

第五條 承保範圍

被保險人於本契約有效期間內，經醫院醫師診斷確定罹患本契約第二條所定義之重大疾病時，本公司依照本契約約定，給付「重大疾病保險金」，本契約對該被保險人的保險效力即行終止。若該被保險人同時罹患二種以上重大疾病時，本公司只給付一種重大疾病保險金。

被保險人在本契約始期日或加保日起三十日(含)以內發生重大疾病者，本公司對該被保險人不負保險責任且無息退還該被保險人之保險費予要保人。

被保險人在本契約有效期間內非因第二條所定之重大疾病死亡者，本公司按日數比例返還未滿期保險費予要保人，其保險效力終止。

第六條 保險費的計算

本契約的保險費總額以平均保險費率乘保險金額總額計算，但在本契約有效期間內因保險金額總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「平均保險費率」是按訂定本契約或續保時，依要保人的危險程度及每一被保險人的性別、年齡、保險金額所算出的保險費總和除以全體被保險人保險金額總和計算。

第七條 第二期以後保險費的交付、寬限期間及契約效力的停止

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間；月繳或季繳者，則不另為催告，自保險單所載交付日期的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、簡訊或其他與要保人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，本契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契約該被保險人欠繳保險費。

第八條 告知義務與本契約的解除

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。

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。

本公司解除契約時，應通知要保人，但要保人死亡或居所不明，通知不能送達時，得通知被保險人或受益人。

第九條 被保險人的異動

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，其家屬之保險效力亦同時終止。

本契約第二條所定義之家屬因身故或身份變更而喪失家屬資格時，要保人應以書面通知本公司退保，該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。

第十條 契約的終止

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十時，本公司得終止本契約，並按日數比例返還未滿期之保險費。

要保人如欲終止本契約，得以書面或其他約定方式通知本公司，本公司應從當期已繳保險費扣除按短期費率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。短期費率如附件。

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。

第十一條 危險變更的通知義務

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，要保人應於知悉後兩週內通知本公司，要保人怠於通知時，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契約終止。

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。

第十二條 被保險人的更約權

本公司因本契約第十條、十一條的原因終止本契約或被保險人參加本契約滿六個月後喪失本契約被保險人資格時，被保險人得於本契約終止或喪失被保險人資格之日起三十日內不具任何健康證明文件，向本公司投保不高於本契約內該被保險人之保險金額的個人重大疾病保險契約，本公司按該被保險人更約當時之年齡承保，但被保險人的年齡在本公司拒保範圍內者，本公司得不予承保。

第十三條 資料的提供

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、身分證編號、保險終止日期，以及其他與本契約有關的資料。

要保人應依本公司的要求，提供前項資料。

第十四條 保險事故的通知與保險金的申請時間

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，並於通知後檢具所需文件向本公司申請給付各項保險金。

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。

第十五條 保險金的申領

受益人申領「重大疾病保險金」時，應檢具下列文件。

- 一、保險金申請書。
- 二、保險單或其謄本。
- 三、醫療診斷書及相關檢驗或病理切片報告。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、檢驗或病理切片報告。

四、受益人的身分證明。

受益人申領重大疾病保險金時，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。

第十六條 除外責任

被保險人係因下列任一行為而致罹患重大疾病者，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。

第十七條 受益人的指定

本契約重大疾病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，如本契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。

第十八條 契約的續保

本保險商品為非保證續保之健康保險。

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，續保的始期以原契約屆滿日的翌日零時為準。

第十九條 經驗分紅

本契約之經驗分紅計算公式，詳如附表。

第二十條 投保年齡的計算及錯誤的處理

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、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，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。

前項第一款前段情形，其錯誤原因可歸責於本公司者，應加計利息退還保險費，其利息按民法第二〇三條規定之利率計算。

第二十一條 住所變更

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。

第二十二條 時效

由本契約所生的權利，自得為請求之日起，經過兩年不行使而消滅。

第二十三條 批註

本契約內容的變更，或記載事項的增刪，除第十七條規定者外，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。

第二十四條 管轄法院

因本契約涉訟者，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。

附表-骨折部位別日數表

骨折部分	完全骨折日數
1 鼻骨、眶骨〈含顴骨〉	14 天
2 掌骨、指骨	14 天
3 蹠骨、趾骨	14 天
4 下顎（齒槽醫療除外）	20 天
5 肋骨	20 天
6 鎖骨	28 天
7 橈骨或尺骨	28 天
8 膝蓋骨	28 天
9 肩胛骨	34 天
1 0 椎骨（包括胸椎、腰椎及尾骨）	40 天
1 1 骨盤（包括腸骨、恥骨、坐骨、薦骨）	40 天
1 2 頭蓋骨	50 天
1 3 臂骨	40 天
1 4 橈骨與尺骨	40 天
1 5 腕骨（一手或雙手）	40 天
1 6 脛骨或腓骨	40 天
1 7 踝骨（一足或雙足）	40 天
1 8 股骨	50 天
1 9 脛骨及腓骨	50 天
2 0 大腿骨頸	60 天

附件-先天性疾病(按中華民國醫院協會刊印之「國際疾病分類臨床修訂第九版」(ICD-9-CM) 編號第七百四十號至第七百五十九號) 簡表如下

國際疾病分類代碼	疾病名稱	國際疾病分類代碼	疾病名稱	國際疾病分類代碼	疾病名稱	國際疾病分類代碼	疾病名稱
740	無腦症及類似畸形	745	先天性心球(胚胎)及心臟中隔閉合之畸形	750	其他先天性上消化道之畸形	755	四肢之其他先天性畸形
741	脊椎裂	746	其他先天性心臟之畸形	751	消化系統之其他先天畸形	756	其他先天性肌肉骨骼畸形
742	神經系統之其他先天性畸形	747	其他先天性循環系統之畸形	752	生殖器官之先天畸形	757	外皮之先天畸形
743	先天眼睛畸形	748	先天性呼吸系統畸形	753	泌尿系統先天畸形	758	染色體異常
744	先天性耳、臉及頸部之畸形	749	顎裂及唇裂	754	先天性肌肉骨骼變形	759	其他之先天異常

附表-經驗分紅計算公式

$$R=K*(T-E-C)-C'$$

R :保單年度末應分配之經驗退費分紅金額

K :分紅率

T :當年度應收總保費

E :保險公司營業費用

C :當年度實際發生之理賠金額

C' :以前N個年度累積虧損

短期費率表:

保險有效期間	對年繳保費之百分比	對半年繳保費之百分比	對季繳保費之百分比
一日	5%	10%	20%
超過一日至滿一個月者	15%	30%	55%
超過一個月至滿二個月者	25%	50%	85%
超過二個月至滿三個月者	35%	65%	100%
超過三個月至滿四個月者	45%	80%	
超過四個月至滿五個月者	55%	90%	
超過五個月至滿六個月者	65%	100%	
超過六個月至滿七個月者	75%		
超過七個月至滿八個月者	80%		
超過八個月至滿九個月者	85%		
超過九個月至滿十個月者	90%		
超過十個月至滿十一個月者	95%		
超過十一個月至滿十二個月者	100%		

泰安產物團體一年定期住院日額醫療保險

99.09.27 泰安(99)精企字第591號函備查

112.04.11(112)精企字第057號函備查

(本商品投保時，疾病等待期為三十日)

(給付項目：住院日額醫療保險金)

第一條 保險契約的構成

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 名詞定義

本契約所稱「要保人」是指要保單位。

本契約所稱「被保險人」是指本契約所附被保險人名冊內所載之人員及其下列家屬：

- 一、配偶。
- 二、父母。
- 三、子女，但以未滿廿三足歲且未婚者為限。

本契約所稱「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。

本契約所稱「疾病」係指被保險人自本契約生效日起持續有效三十日以後所發生之疾病，但續保者不受前述三十日之限制；倘若被保險人投保時之保險年齡為零歲者，發生衛生福利部國民健康署公告之新生兒先天性代謝異常疾病篩檢項目之疾病，亦不受前述三十日期間之限制。

本契約所稱「傷害」係指被保險人於本契約有效期間內，遭受意外傷害事故，因而蒙受之傷害。

本契約所稱「意外傷害事故」係指非由疾病引起之外來突發事故。

本契約所稱「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，包含精神衛生法第三十五條所稱之日間留院。

本契約所稱「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。

本契約所稱「醫師」係指依醫師法規定領有醫師證書並合法執業之醫師，且非被保險人本人及其配偶。

本契約所稱「專科醫師」，係指經醫師考試及格完成專科醫師訓練，並經中央衛生主管機關甄審合格，領有專科醫師證書者。

本契約所稱「精神疾病」，係指按中華民國醫院協會刊印之「國際疾病分類臨床修訂第九版」(ICD-9-CM) 編號第二百九十號至第三百十九號所稱病症，且經醫院檢查診斷確定者為準。

第三條 保險期間、保險責任的開始及交付保險費

本契約的保險期間為一年。

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。

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。

第四條 保險證或保險手冊

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、本公司服務電話。

第五條 承保範圍

被保險人於本契約有效期間內，經醫院醫師診斷確定因本契約第二條約定之疾病或傷害住院診療時，本公司依照本契約約定給付保險金。

被保險人因前項傷害蒙受骨折未住院診療者，或已住院但未達附表「骨折部位別日數表」所定日數，其未住院部分本公司按附表「骨折部位別日數表」所定日數乘「住院醫療保險金日額」的二分之一給付。合計給付日數以按骨折別所訂日數為上限。

前項所稱骨折是指骨骼完全折斷而言。如係不完全骨折，按前項所定標準二分之一給付；如係骨骼龜裂者按前項所定標準四分之一給付。如同時蒙受附表兩項以上骨折時，僅給付一項較高等級的醫療保險金。

第六條 保險金的給付

被保險人於本契約有效期間內，經醫院醫師診斷確定因本契約第二條約定之疾病或傷害住院診療時，本公司按被保險人投保之「住院醫療保險金日額」乘以被保險人實際住院日數(含始日及終日)，給付「住院日額醫療保險金」。

被保險人同一保單年度同一次住院，本公司計算「住院日額醫療保險金」之實際住院日數，以承保時約定之最高給付日數為上限。但因精神疾病住院，「住院日額醫療保險金」之實際住院日數，最高以六十日為限。被保險人同一次住院若同時診療二種以上疾病(含精神疾病)時，本公司將以給付上限較高者之疾病為準，依前項約定辦理。

被保險人因第五條之約定而以日間留院方式診療時，本公司按其實際日間留院日數，每日依住院日額保險金之100%給付，且同一保單年度最高給付日數以本契約約定之最高給付日數為限。

第七條 住院次數之計算及契約有效時間屆滿後住院之處理

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。

前項保險金之給付，倘被保險人係於本契約有效時間屆滿後出院者，本公司就再次住院部分不予給付保險金。

第八條 保險費的計算

本契約的保險費總額以平均保險費率乘住院醫療保險金日額之總額計算，但在本契約有效期間內因住院醫療保險金日額之總額的增減而致保險費總額有增減，要保人與本公司應就其差額補交或退還。

前項所稱「平均保險費率」是按訂定本契約或續保時，依每一被保險人當時的年齡、住院保險金日額所算出的保險費總和除以全體被保險人住院醫療保險金日額之總額計算。

第九條 第二期以後保險費的交付、寬限期間及契約效力的停止

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間；月繳或季繳者，則不另為催告，自保險單所載交付日期的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、簡訊或其他與要保人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，本契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契約該被保險人欠繳保險費。

第十條 告知義務與本契約的解除

要保人或被保險人在訂立本契約時，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。

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。

本公司解除契約時，應通知要保人，但要保人死亡或居所不明，通知不能送達時，得通知被保險人或受益人。

第十一條 被保險人的異動

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，其家屬之保險效力亦同時終止。

本契約第二條所定義之家屬因身故或身份變更而喪失家屬資格時，要保人應以書面通知本公司退保，該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。

第十二條 契約的終止

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十時，本公司得終止本契約，並按日數比例返還未滿期之保險費。

要保人如欲終止本契約，得以書面或其他約定方式通知本公司，本公司應從當期已繳保險費扣除按短期費率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。短期費率如附件。

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。

第十三條 危險變更的通知義務

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，要保人應於知悉後兩週內通知本公司，要保人怠於通知時，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契約終止。

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。

第十四條 資料的提供

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，以及其他與本契約有關的資料。

要保人應依本公司的要求，提供前項資料。

第十五條 保險事故的通知與保險金的申請時間

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，並於通知後檢具所需文件向本公司申請給付各項保險金。

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。

第十六條 保險金的申領

受益人申領「住院日額醫療保險金」時，應檢具下列文件。

- 一、保險金申請書。
- 二、醫療診斷書。(但以非由要保人或被保險人所開具者為限。)
- 三、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。

第十七條 除外責任

被保險人因下列原因所致第二條約定之疾病或傷害而住院診療者，本公司不負給付保險金的責任。

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、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。

四、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。

五、不孕症、人工受孕或非以治療為目的之避孕及絕育手術。

六、先天性疾病，按中華民國醫院協會刊印之「國際疾病分類臨床修訂第九版」(ICD-9-CM) 編號第七百四十號至第七百五十九號，詳如附件。

第十八條 受益人的指定

本契約住院日額醫療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，如本契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 契約的續保

本保險商品為非保證續保之健康保險。

本契約保險期間為一年(含)以下。

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，續保的始期以原契

約屆滿日的翌日零時為準。

第二十條 經驗分紅

本契約之經驗分紅計算公式，詳如附表。

第二十一條 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被保險人名冊填明。

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住院日額，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住院日額，而不得請求補足差額。

前項第一款前段情形，其錯誤原因可歸責於本公司者，應加計利息退還保險費，其利息按民法第二〇三條規定之利率計算。

第二十二條 住所變更

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，得以本契約所載要保人之最後住所發送之。

第二十三條 時效

由本契約所生的權利，自得為請求之日起，經過兩年不行使而消滅。

第二十四條 批註

本契約內容的變更，或記載事項的增刪，除第十八條規定者外，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。

第二十五條 管轄法院

因本契約涉訟者，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。

附表-骨折部位別日數表

骨折部分	完全骨折日數
1 鼻骨、眶骨〈含顴骨〉	14 天
2 掌骨、指骨	14 天
3 蹠骨、趾骨	14 天
4 下顎（齒槽醫療除外）	20 天
5 肋骨	20 天
6 鎖骨	28 天
7 橈骨或尺骨	28 天
8 膝蓋骨	28 天
9 肩胛骨	34 天
1 0 椎骨（包括胸椎、腰椎及尾骨）	40 天
1 1 骨盤（包括腸骨、恥骨、坐骨、薦骨）	40 天
1 2 頭蓋骨	50 天
1 3 臂骨	40 天
1 4 橈骨與尺骨	40 天
1 5 腕骨（一手或雙手）	40 天
1 6 脛骨或腓骨	40 天
1 7 踝骨（一足或雙足）	40 天

18 股骨	50 天
19 脛骨及腓骨	50 天
20 大腿骨頸	60 天

附件-先天性疾病(按中華民國醫院協會刊印之「國際疾病分類臨床修訂第九版」(ICD-9-CM) 編號第七百四十號至第七百五十九號) 簡表如下

國際疾病分類代碼	疾病名稱	國際疾病分類代碼	疾病名稱	國際疾病分類代碼	疾病名稱	國際疾病分類代碼	疾病名稱
740	無腦症及類似畸形	745	先天性心球(胚胎)及心臟中隔閉合之畸形	750	其他先天性上消化道之畸形	755	四肢之其他先天性畸形
741	脊椎裂	746	其他先天性心臟之畸形	751	消化系統之其他先天畸形	756	其他先天性肌肉骨骼畸形
742	神經系統之其他先天性畸形	747	其他先天性循環系統之畸形	752	生殖器官之先天畸形	757	外皮之先天畸形
743	先天眼睛畸形	748	先天性呼吸系統畸形	753	泌尿系統先天畸形	758	染色體異常
744	先天性耳、臉及頸部之畸形	749	顎裂及唇裂	754	先天性肌肉骨骼變形	759	其他之先天異常

附表-經驗分紅計算公式

$$R=K*(T-E-C)-C'$$

R : 保單年度末應分配之經驗退費分紅金額

K : 分紅率

T : 當年度應收總保費

E : 保險公司營業費用

C : 當年度實際發生之理賠金額

C' : 以前 N 個年度累積虧損

短期費率表:

保險有效期間	對年繳保費之百分比	對半年繳保費之百分比	對季繳保費之百分比
一日	5%	10%	20%
超過一日至滿一個月者	15%	30%	55%
超過一個月至滿二個月者	25%	50%	85%
超過二個月至滿三個月者	35%	65%	100%
超過三個月至滿四個月者	45%	80%	
超過四個月至滿五個月者	55%	90%	
超過五個月至滿六個月者	65%	100%	
超過六個月至滿七個月者	75%		
超過七個月至滿八個月者	80%		
超過八個月至滿九個月者	85%		
超過九個月至滿十個月者	90%		
超過十個月至滿十一個月者	95%		
超過十一個月至滿十二個月者	100%		

泰安產物團體一年定期住院日額醫療保險癌症住院日額附加條款

99.09.27 泰安(99)精企字第 592 號函備查

112.04.10(112)精企字第 038 號函備查

(本商品投保時，疾病等待期為三十日或六十日兩種擇一投保)

(給付項目：癌症住院日額保險金、癌症出院在家療養保險金)

第一條 承保範圍

茲經雙方同意，要保人於投保泰安產物團體一年定期住院日額醫療保險(以下簡稱主保險契約)後，加繳保險費，投保泰安產物團體一年定期住院日額醫療保險癌症住院日額附加條款(以下簡稱本附加條款)，本公司就被保險人於本附加條款有效期間內且於等待期間屆滿後，經醫院醫師診斷第一次罹患癌症或因此癌症引起之併發症必須接受住院診療時，本公司依照本附加條款之約定，給付「癌症住院日額保險金」、「癌症出院在家療養保險金」。

被保險人如在本附加條款等待期間以內，經診斷第一次罹患癌症時，本公司對該被保險人不負保險責任且無息退還該被保險人之保險費予要保人，本附加條款對該被保險人之效力，即行終止。

第二條 名詞定義

本附加條款所稱「等待期間」可分為三十日或六十日兩種擇一投保。前者係指自被保險人參加本附加條款生效日起三十日，包括第三十日內之期間；後者係指自被保險人參加本附加條款生效日起六十日，包括第六十日內之期間。

續保者不受三十日或六十日等待期間之限制。

本附加條款所稱「癌症」，係指組織細胞有惡性細胞不斷生長、擴張及對組織侵害的特性之惡性腫瘤或惡性白血球過多症，經病理檢驗確定符合最近採用之「國際疾病傷害及死因分類標準」版本歸屬於惡性腫瘤或原位癌之疾病。

第三條 癌症住院日額保險金的給付

本公司就被保險人於本附加條款有效期間內且於等待期間屆滿後，經醫院醫師診斷第一次罹患癌症或因此癌症引起之併發症必須接受住院診療時，本公司按其實際住院日數(含始日及終日)乘以「癌症住院保險金日額」，給付「癌症住院日額保險金」。被保險人同一保單年度同一次住院，本公司計算「癌症住院日額保險金」之實際住院日數，以承保時約定之最高給付日數為上限。

第四條 癌症出院在家療養保險金的給付

本公司就被保險人於本附加條款有效期間內且於等待期間屆滿後，經醫院醫師診斷第一次罹患癌症或因此癌症引起之併發症必須接受住院診療，其出院後在家療養時，本公司按其實際住院日數(含始日及終日)乘以「癌症出院在家療養保險金日額」，給付「癌症出院在家療養保險金」。被保險人同一保單年度同一次住院，本公司計算「癌症出院在家療養保險金」之實際住院日數，以承保時約定之最高給付日數為上限。

第五條 保險金的申領

受益人申領「癌症住院日額保險金」、「癌症出院在家療養保險金」時，應檢具下列文件：

- 一、保險金申請書。
- 二、醫療診斷書及相關檢驗或病理切片檢驗報告。(但以非由要保人或被保險人所開具者為限。)
- 三、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。

第六條 受益人的指定

本附加條款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，如本附加條款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。

第七條 條款之適用

本附加條款所記載事項，如與主保險契約牴觸時，依本附加條款規定辦理，其他事項仍適用主保險契約之規定。

附表-國際疾病傷害及死因分類標準 癌症項目

國際疾病傷害及死因分類標準	分類項目
140-149	唇、口腔及咽喉之惡性腫瘤
150-159	消化器及腹膜之惡性腫瘤
160-165	呼吸及胸內器官之惡性腫瘤
170-175	骨、結締組織、皮膚及乳房之惡性腫瘤
179-189	泌尿生殖器官之惡性腫瘤
190-199	其它及未明示位置之惡性腫瘤
200-208	淋巴及造血組織之惡性腫瘤
230-234	原位癌

泰安產物團體一年定期住院日額醫療保險癌症外科手術費用附加條款

99.11.03 泰安(99)精企字第 593 號函備查

112.04.10 (112)精企字第 037 號函備查

(本商品投保時，疾病等待期為三十日或六十日兩種擇一投保)

(給付項目：癌症外科手術費用保險金)

第一條 承保範圍

茲經雙方同意，要保人於投保泰安產物團體一年定期住院日額醫療保險(以下簡稱主保險契約)後，加繳保險費，投保泰安產物團體一年定期住院日額醫療保險癌症外科手術費用附加條款(以下簡稱本附加條款)，本公司就被保險人於本附加條款有效期間內且於等待期間屆滿後，經醫院醫師診斷第一次罹患癌症或因此癌症引起之併發症必須接受外科手術治療時，本公司依照本附加條款之約定，給付「癌症外科手術費用保險金」。

被保險人如在本附加條款等待期間以內，經診斷第一次罹患癌症時，本公司對該被保險人不負保險責任且無息退還該被保險人之保險費予要保人。

第二條 名詞定義

本附加條款所稱「等待期間」可分為三十日或六十日兩種擇一投保。前者係指自被保險人參加本附加條款生效日起三十日，包括第三十日內之期間；後者係指自被保險人參加本附加條款生效日起六十日，包括第六十日內之期間。

續保者不受三十日或六十日等待期間之限制。

本附加條款所稱「癌症」，係指組織細胞有惡性細胞不斷生長、擴張及對組織侵害的特性之惡性腫瘤或惡性白血球過多症，經病理檢驗確定符合最近採用之「國際疾病傷害及死因分類標準」版本歸屬於惡性腫瘤或原位癌之疾病。

第三條 保險金的給付

被保險人於本附加條款有效期間內且於等待期間屆滿後，經醫院醫師診斷第一次罹患癌症或因此癌症引起之併發症必須接受外科手術治療時，(不包含「化學治療」及「放射線治療」)本公司即依附表癌症給付項目，分別約定保險金額按次給付「癌症外科手術費用保險金」。

第四條 保險金的申領

受益人申領本附加條款之「癌症外科手術費用保險金」時，應檢具下列文件：

一、保險金申請書。

二、醫療診斷書及相關檢驗或病理切片檢驗報告。(但以非由要保人或被保險人所開具者為限。)

三、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。

第五條 受益人的指定

本附加條款之癌症外科手術費用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，如本附加條款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。

第六條 條款之適用

本附加條款所記載事項，如與主保險契約牴觸時，依本附加條款規定辦理，其他事項仍適用主保險契約之規定。

附表-國際疾病傷害及死因分類標準 癌症項目

國際疾病傷害及死因分類標準	分類項目
140-149	唇、口腔及咽喉之惡性腫瘤
150-159	消化器及腹膜之惡性腫瘤
160-165	呼吸及胸內器官之惡性腫瘤
170-175	骨、結締組織、皮膚及乳房之惡性腫瘤
179-189	泌尿生殖器官之惡性腫瘤
190-199	其它及未明示位置之惡性腫瘤
200-208	淋巴及造血組織之惡性腫瘤
230-234	原位癌

附表-癌症給付項目

給付項目	
非原位癌之癌症外科手術費用	原位癌之癌症外科手術費用

泰安產物團體一年定期住院日額醫療保險住院門診費用附加條款

99.11.03 泰安(99)精企字第 594 號函備查

109.03.05 依 108.04.09 金管保壽字第 10804904941 號函逕行修訂

(本商品投保時，疾病等待期為三十日)

(給付項目：住院門診費用保險金)

第一條 承保範圍

茲經雙方同意，要保人於投保泰安產物團體一年定期住院日額醫療保險(以下簡稱主保險契約)後，加繳保險費，投保泰安產物團體一年定期住院日額醫療保險住院門診費用附加條款(以下簡稱本附加條款)，本公司就被保險人於本附加條款有效期間內，經醫院醫師診斷確定因遭受主保險契約第二條約定之疾病或傷害而住院，並於住院前七日及出院後十四日內接受門診醫療，其原因係因該次住院之同一疾病或傷害所致者，本公司按其保險單所記載「住院醫療保險金日額」的二分之一乘以門診日數給付「住院門診費用保險金」。

第二條 保險金的申領

受益人申領本附加條款之「住院門診費用保險金」時，應檢具下列文件：

一、保險金申請書。

二、醫療診斷書。(但以非由要保人或被保險人所開具者為限。)

三、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。

第三條 受益人的指定

本附加條款之住院門診費用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，如本附加條款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。

第四條 條款之適用

本附加條款所記載事項，如與主保險契約牴觸時，依本附加條款規定辦理，其他事項仍適用主保險契約之規定。

泰安產物團體一年定期住院日額醫療保險

住院醫療費用保險金附加條款

99.11.03 泰安(99)精企字第 595 號函備查

109.01.31(109)精企字第 017 號函備查

109.03.05 依 108.04.09 金管保壽字第 10804904941 號函逕行修訂

(本商品投保時，疾病等待期為三十日)

(給付項目：住院醫療費用保險金)

第一條 承保範圍

茲經雙方同意，要保人於投保泰安產物團體一年定期住院日額醫療保險(以下簡稱主保險契約)後，加繳保險費，投保泰安產物團體一年定期住院日額醫療保險住院醫療費用保險金附加條款(以下簡稱本附加條款)，本公司就被保險人於本附加條款有效期間內，經醫院醫師診斷確定因遭受主保險契約第二條約定之疾病或傷害住院診療時，本公司就其實際醫療費用，超過全民健康保險給付部分，給付「住院醫療費用保險金」。

第二條 名詞定義

本附加條款所稱「住院醫療費用保險金」係指下列各項費用：

- 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。該項給付於同一次住院以兩次為限。
- 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、注射技術費及其藥液。

第三條 保險金的給付

被保險人於本附加條款有效期間內，經醫院醫師診斷確定因遭受主保險契約第二條約定之疾病或傷害住院診療時，本公司就其實際醫療費用，超過全民健康保險給付部分，給付「住院醫療費用保險金」。

前項同一次疾病或傷害的給付總額不得超過本附加條款所約定之保險金額。

對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70%給

付，惟仍以本附加條款約定之保險金額為限。

第四條 保險金的申領

受益人申領本附加條款之「住院醫療費用保險金」時，應檢具下列文件：

- 一、保險金申請書。
- 二、醫療診斷書。(但要保人或被保險人為醫師時，不得為被保險人開具診斷書。)
- 三、醫療費用收據正本及明細單。
- 四、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。

若被保險人於申領保險費時未能出具醫院開立之醫療收據正本申請給付保險時，本公司依照被保險人之實際住院天數(含始日及終日)乘以主保險契約所記載該被保險人的「住院日額醫療保險金」給付保險金，但每次住院期間給付日數以主保險契約約定之最高日數為限。

第五條 受益人的指定

本附加條款之住院醫療費用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，如本附加條款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。

第六條 條款之適用

本附加條款所記載事項，如與主保險契約抵觸時，依本附加條款規定辦理，其他事項仍適用主保險契約之規定。

泰安產物團體一年定期住院日額醫療保險 住院手術費用保險金附加條款

99.11.03 泰安(99)精企字第 596 號函備查

109.03.05 依 108.04.09 金管保壽字第 10804904941 號函逕行修訂

(本商品投保時，疾病等待期為三十日)

(給付項目：住院手術費用保險金)

第一條 承保範圍

茲經雙方同意，要保人於投保泰安產物團體一年定期住院日額醫療保險(以下簡稱主保險契約)後，加繳保險費，投保泰安產物團體一年定期住院日額醫療保險住院手術費用保險金附加條款(以下簡稱本附加條款)，本公司就被保險人於本附加條款有效期間內，經醫院醫師診斷確定因遭受主保險契約第二條約定之疾病或傷害，須住院並接受手術治療者，本公司依照本附加條款之約定，給付「住院手術費用保險金」。

第二條 保險金的給付

本公司就被保險人於本附加條款有效期間內，經醫院醫師診斷確定因遭受主保險契約第二條約定之疾病或傷害，須住院並接受手術治療者，本公司依「住院醫療保險金日額」之二十倍乘以「手術名稱及費用表」(如附表)所載比率給付「住院手術費用保險金」。

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。但同一部位接受兩次或兩次以上手術時，或同一次手術，手術二項或二項以上器官時，本公司僅給付較高一項之手術費用。但每次住院各項手術費用保險金之總和，最高以「住院醫療保險金日額」之六十倍為限。

第三條 保險金的申領

受益人申領本附加條款之「住院手術費用保險金」時，應檢具下列文件：

- 一、保險金申請書。

二、醫療診斷書（應詳載手術名稱、部位或手術處置碼）。

（但以非由要保人或被保險人所開具者為限。）

三、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。

第四條 受益人的指定

本附加條款之住院手術費用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，如本附加條款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。

第五條 條款之適用

本附加條款所記載事項，如與主保險契約抵觸時，依本附加條款規定辦理，其他事項仍適用主保險契約之規定。

附表-手術名稱及費用表

手術名稱	給付比率	國際疾病傷害及死因分類標準 --手術處置碼(ICD9)
一、腹部和消化系統		
1.剖腹探查	50.0%	541
2.結腸切開術	65.0%	458
3.腹膜膿瘍引流術	68.0%	546
4.闌尾膿瘍切開引流術	45.0%	472
5.闌尾切除術	58.0%	470
6.總膽管切開或造口術	80.0%	510
7.膽囊切除	82.0%	512
8.膽囊切開術或膽囊切開引流術內視鏡	74.0%	510
9.肛門鏡，合併組織切片	4.0%	492
10.食道鏡，合併組織切片	23.0%	422
11.胃鏡，合併組織切片	22.0%	449
12.食道及胃鏡，合併組織切片	27.0%	449
13.乙狀結腸，合併組織切片	22.0%	469
14.經皮下穿刺，肝組織切片之病理檢查	9.0%	501
15.單純外傷性，肝臟傷口縫合	92.0%	506
16.胰切除	107.0%	526
17.胰切除，伴胰管空腸造口術	127.0%	525
18.胰切除，Whipple 氏手術	180.0%	522
19.扁桃腺切除	25.0%	282
20.扁桃腺切除，合併增殖腺切除術	27.0%	283
21.內外痔、脫肛、全部手術切除	20.0%	494
22.外痔切除	20.0%	494
23.痔瘻	17.5%	491
24.肛裂	5.0%	497
25.剖腸切除	92.0%	488
26.全直腸肛門切除	137.0%	496

27.迷走神經切斷和幽門整型，併有無胃腸吻合術	78.0%	442
28.剖腹探查術合併胃造口術	78.0%	449
29.全胃切除，伴小腸移植修復	167.0%	439
二、大腦神經系統		
1.顱骨鑽孔術	48.0%	022
2.顱骨鑽孔合併顱內膿瘍或囊腫引流術	123.0%	024
3.開顱探查術，併有無合併顱骨整復	163.0%	029
4.開顱術，合併小腦天幕上或天幕下探查	187.0%	015
5.天幕上腦瘤切除術	187.0%	015
6.天幕下或後顱窩的腦瘤切除術	193.0%	015
7.頸椎或胸椎椎板切開合併脊管探查術	153.0%	030
8.脊椎橫突起椎板切開術	20.0%	035
9.因平側頸椎椎間盤突出壓迫神經根而行	130.0%	039
10.因雙側頸椎椎間盤突出壓迫神經根而行	153.0%	039
11.因單側腰椎椎間盤突出壓迫神經根而行	123.0%	039
12.因雙側腰椎椎間盤突出壓迫神經根而行	147.0%	039
三、耳部		
1.針刺式骨膜穿刺術	7.5%	209
2.鼓室整形術合併乳突切除	137.0%	195
3.鼓室整形術合併三個小聽骨重建術	150.0%	195
4.割除耳息肉	5.5%	189
四、內分泌系統		
1.甲狀腺舌咽部囊腫切開和引流	4.0%	069
2.甲狀腺全切除術	97.0%	064
3.甲狀腺全或次全切除術合併頸部根除術	157.0%	063
五、眼部		
1.眼眶內容物全割除術,合併義眼植入	62.0%	163
2.一眼外肌倒口修復	22.0%	155
3.因青光眼而行鞏膜造瘻術及虹膜切除	78.0%	124
4.白內障或膜性白內障後水晶體摘除術	78.0%	133
5.抽吸式水晶體摘除術	107.0%	134
6.結膜、角膜、鞏膜異物去除	2.0%	120
7.視網膜剝離	100.0%	145
8.翼狀贅肉去除	15.0%	089
9.麥粒腫或霰粒腫瞼板腺囊腫	5.0%	089
六、生殖系統男性		
1.睪丸切除術	35.0%	623
2.複雜性攝護腺切除、膿瘍外部引流術	80.0%	608
3.子宮頸切開、切除、截除	35.0%	674
4.診斷性子宮內膜搔刮術	27.0%	690
5.經腹腔子宮全體切除術	100.0%	684
6.經腹腔單一或多個子宮肌瘤摘除術	87.0%	682
7.單側、雙側、部份、全部輸卵管、卵巢切除術	71.0%	656

8.經由腹腔行子宮切開移除葡萄胎	83.0%	652
9.以擴張和刮除術移除葡萄胎	37.0%	659
10.輸卵管性子宮外孕，由腹腔或陰道切進	83.0%	689
七、血液、淋巴系統		
1.脾臟切除術	100.0%	415
八、心臟和循環系統		
1.心臟切開術和異物移除	167.0%	371
2.心肌切除術	200.0%	379
3.心肌梗塞後造成心室中隔缺損修補術	233.0%	355
4.單一瓣膜置換術	227.0%	352
5.二個瓣膜置換術	253.0%	352
6.三個瓣膜置換術	300.0%	352
九、呼吸系統		
1.肺切除，伴胸廓整形術，或切除重建胸壁	153.0%	325
2.氣胸	7.0%	329
3.一或多個鼻息肉切除	10.0%	219
4.部份或完全鼻甲切除	13.0%	216
5.鼻竇切開	26.0%	226
6.聲帶切除術	103.0%	302
7.氣管和支氣管切開造口術	31.0%	313
8.氣管鏡，合併組織切片	4.0%	319
十、皮膚		
1.表皮膿皰瘡子切開	5.0%	863
2.膿瘍需要住院治療	13.0%	864
3.自體移植皮膚手術	100.0%	866
十一、乳部		
1.乳房單側切除	50.0%	854
2.乳房雙側切除	60.0%	854
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	113.0%	852
十二、泌尿系統		
1.腎周圍或腎膿瘍引流	83.0%	559
2.腎切除含部份尿管切除	110.0%	555
3.腎固定術	92.0%	557
4.膀胱切開或造口術伴電燒療法	83.0%	579
5.切取腎石、輸尿管石、膀胱石	100.0%	560
6.上項由燒灼法或鏡檢法取出	30.0%	569
7.尿道狹窄切開手術	45.0%	585
8.尿道內切開手術	23.0%	581
9.完全切開法摘除攝護腺	80.0%	600
10.上項由內窺鏡檢法	25.0%	602
11.上項由其它方法切除	50.0%	609
十三、疝氣		

1.單側疝氣	25.0%	530
2.根治手術包括注射治療單純性疝氣之癒合	37.5%	539
3.二側性疝氣	50.0%	531
十四、穿刺術		
1.腹腔之穿刺	12.5%	542
2.胸腔或膀胱(導尿不計)	7.5%	573
3.耳鼓、囊腫關節或脊椎	5.0%	200
十五、腫瘤		
1.粘液膜、皮膚和皮下組織之惡性瘤	25.0%	861
2.潛毛竇或囊腫之切開術	25.0%	869
3.睪丸之良性瘤切除	20.0%	623
4.乳房之良性瘤切除		852
5.腱鞘囊腫	4.0%	
6.除另有規定外須住院治療一個或多個良性瘤 上述腫瘤比例包括X光線、鐳錠與同位素等放射線治療	13.0%	922
十六、靜脈手術		
1.靜脈曲張一腿之靜脈切開手術或注射治療之全部操作	20.0%	385
2.靜脈曲張兩腿之靜脈切開手術或注射治療	30.0%	387

泰安產物團體一年定期住院日額醫療保險加護病房增額附加條款

100.01.18 (100) 精企字第 018 號函備查

109.03.05 依 108.04.09 金管保壽字第 10804904941 號函逕行修訂

(本商品投保時，疾病等待期為三十日)

(給付項目：加護病房增額保險金)

第一條 承保範圍

茲經雙方同意，要保人於投保泰安產物團體一年定期住院日額醫療保險（以下簡稱主保險契約）後，加繳保險費，投保泰安產物團體一年定期住院日額醫療保險加護病房增額附加條款（以下簡稱本附加條款），被保險人於本附加條款有效期間內且於等待期間屆滿後，公司依照本附加條款之約定，給付「加護病房增額保險金」。

第二條 名詞定義

本附加條款所稱「等待期間」為三十日。指自被保險人參加本附加條款生效日起三十日，包括第三十日內之期間；續保者不受三十日之限制。

第三條 保險金的給付

本公司就被保險人於本附加條款有效期間內，經醫院醫師診斷確定因遭受主保險契約第二條約定之疾病或傷害而住院，住進登記合格的醫院或診所之加護病房接受治療時，除主保險契約之給付外，本公司就其住進加護病房日數（含出、入院日），按日給付本附加條款約定之保險金，但每一次住院之最高給付日數以九十日為限。

第四條 保險金的申領

受益人申領本附加條款之「加護病房增額保險金」時，應檢具下列文件：

- 一、保險金申請書。
- 二、醫療診斷書。(但以非由要保人或被保險人所開具者為限。)
- 三、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。

第五條 受益人的指定

本附加條款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，如本附加條款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。

第六條 條款之適用

本附加條款所記載事項，如與主保險契約抵觸時，依本附加條款規定辦理，其他事項仍適用主保險契約之規定。

泰安產物團體一年定期住院日額醫療保險癌症骨髓移植醫療保險金附加條款

100.01.18 (100) 精企字第 019 號函備查

112.04.10(112)精企字第 041 號函備查

(本商品投保時，疾病等待期為三十日或六十日兩種擇一投保)

(給付項目：癌症骨髓移植醫療保險金)

第一條 承保範圍

茲經雙方同意，要保人於投保泰安產物團體一年定期住院日額醫療保險(以下簡稱主保險契約)後，加繳保險費，投保泰安產物團體一年定期住院日額醫療保險癌症骨髓移植醫療保險金附加條款(以下簡稱本附加條款)，本公司就被保險人於本附加條款有效期間內且於等待期間屆滿後，經醫院醫師診斷第一次罹患癌症或因此癌症引起之併發症必須接受骨髓移植時，本公司依照本附加條款之約定，給付「癌症骨髓移植醫療保險金」。

被保險人如在本附加條款等待期間以內，經診斷第一次罹患癌症時，本公司對該被保險人不負保險責任且無息退還該被保險人本附加條款之保險費予要保人。

本附加條款對該被保險人之效力即告終止。

第二條 名詞定義

本附加條款所稱「等待期間」可分為三十日或六十日二種，由要保人於要保書依約定投保。前者係指自被保險人參加本附加條款生效日起三十日，包括第三十日內之期間；後者係指自被保險人參加本附加條款生效日起六十日，包括第六十日內之期間。

續保者不受三十日或六十日等待期間之限制。

本附加條款所稱「癌症」，係指組織細胞有惡性細胞不斷生長、擴張及對組織侵害的特性之惡性腫瘤或惡性白血球過多症，經病理檢驗確定符合最近採用之「國際疾病傷害及死因分類標準」版本歸屬於惡性腫瘤或原位癌之疾病。

第三條 保險金的給付

本公司就被保險人於本附加條款有效期間內且於等待期間屆滿後，經醫師診斷確定罹患癌症，並於醫院接受骨髓移植手術者，不論是自體或異體移植，本公司按本附加條款所約定之保額給付「癌症骨髓移植醫療保險金」。

第四條 保險金的申領

受益人申領「癌症骨髓移植醫療保險金」時，應檢具下列文件：

- 一、保險金申請書。
- 二、醫療診斷書及相關檢驗或病理切片檢驗報告。(但以非由要保人或被保險人所開具者為限。)
- 三、骨髓移植醫療證明書。
- 四、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。

第五條 受益人的指定

本附加條款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，如本附加條款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。

第六條 條款之適用

本附加條款所記載事項，如與主保險契約牴觸時，依本附加條款規定辦理，其他事項仍適用主保險契約之規定。

附表-國際疾病傷害及死因分類標準 癌症項目

國際疾病傷害及死因分類標準	分類項目
140-149	唇、口腔及咽喉之惡性腫瘤
150-159	消化器及腹膜之惡性腫瘤
160-165	呼吸及胸內器官之惡性腫瘤
170-175	骨、結締組織、皮膚及乳房之惡性腫瘤
179-189	泌尿生殖器官之惡性腫瘤
190-199	其它及未明示位置之惡性腫瘤
200-208	淋巴及造血組織之惡性腫瘤
230-234	原位癌

泰安產物團體一年定期住院日額醫療保險癌症門診暨治療保險金附加條款

100.01.18 (100) 精企字第 020 號函備查

112.04.10(112)精企字第 040 號函備查

(本商品投保時，疾病等待期為三十日或六十日兩種擇一投保)

給付項目：癌症門診醫療保險金、癌症放射線治療保險金、癌症化學治療保險金

第一條 承保範圍

茲經雙方同意，要保人於投保泰安產物團體一年定期住院日額醫療保險(以下簡稱主保險契約)後，加繳保險費，投保泰安產物團體一年定期住院日額醫療保險癌症門診暨治療保險金附加條款(以下簡稱本附加條款)，本公司就被保險人於本附加條款有效期間內且於等待期間屆滿後，經醫院醫師診斷第一次罹患癌症或因此癌症引起之併發症必須接受診療、放射線治療或化學治療時，本公司依照本附加條款之約定，給付「癌症門診醫療保險金」、「癌症放射線治療保險金」或「癌症化學治療保險金」。

被保險人如在本附加條款等待期間以內，經診斷第一次罹患癌症時，本公司對該被保險人不負保險責任且無息退還該被保險人之保險費予要保人。

第二條 名詞定義

本附加條款所稱「等待期間」可分為三十日或六十日兩種擇一投保。前者係指自被保險人參加本附加條款生效日起三十日，包括第三十日內之期間；後者係指自被保險人參加本附加條款生效日起六十日，包括第六十日內之期間。

續保者不受三十日或六十日等待期間之限制。

本附加條款所稱「癌症」，係指組織細胞有惡性細胞不斷生長、擴張及對組織侵害的特性之惡性腫瘤或惡性白血球過多症，經病理檢驗確定符合最近採用之「國際疾病傷害及死因分類標準」版本歸屬於惡性腫瘤或原位癌之疾病。

第三條 癌症門診醫療保險金的給付

被保險人於本附加條款有效期間內且於等待期間屆滿後，經醫師診斷確定罹患癌症，而在醫院接受以癌症為直接原因或癌症引發的併發症而必要的門診治療且未住院者，本公司按其實際接受門診次數乘以其投保內容所列之「癌症門診每次醫療保險金」金額給付「癌症門診醫療保險金」。

第四條 癌症放射線治療保險金的給付

被保險人於本附加條款有效期間內且於等待期間屆滿後，經醫師診斷確定罹患癌症，以治療癌症為直接目的而接受放射線治療者，本公司依被保險人實際接受放射線治療之日數(不論其每日治療次數為一次或多次，均以一日計)乘以其投保內容所列之「放射線治療每次醫療保險金」金額給付「癌症放射線治療保險金」。

第五條 癌症化學治療保險金的給付

被保險人於本附加條款有效期間內且於等待期間屆滿後，經醫師診斷確定罹患癌症，以治療癌症為直接目的而接受化學治療者，本公司依被保險人實際接受化學治療之日數(不論其每日治療次數為一次或多次，均以一日計)乘以其投保內容所列之「化學治療每次醫療保險金」金額給付「癌症化學治療保險金」。

第六條 保險金的申領

受益人申領「癌症門診醫療保險金」、「癌症放射線治療保險金」、「癌症化學治療保險金」時，應檢具下列文件：

- 一、保險金申請書。
- 二、醫療診斷書及相關檢驗或病理切片檢驗報告。(但要保人或被保險人為醫師時，不得為被保險人開具診斷書。)
- 三、門診醫療證明書
- 四、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。

第七條 受益人的指定

本附加條款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，如本附加條款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。

第八條 條款之適用

本附加條款所記載事項，如與主保險契約牴觸時，依本附加條款規定辦理，其他事項仍適用主保險契約之規定。

附表-國際疾病傷害及死因分類標準 癌症項目

國際疾病傷害及死因分類標準	分類項目
140-149	唇、口腔及咽喉之惡性腫瘤
150-159	消化器及腹膜之惡性腫瘤
160-165	呼吸及胸內器官之惡性腫瘤
170-175	骨、結締組織、皮膚及乳房之惡性腫瘤
179-189	泌尿生殖器官之惡性腫瘤
190-199	其它及未明示位置之惡性腫瘤
200-208	淋巴及造血組織之惡性腫瘤
230-234	原位癌

泰安產物團體癌症身故保險

103.04.30(103)精企字第 031 號函備查

112.04.10(112)精企字第 042 號函備查

112.04.11(112)精企字第 061 號函備查

本商品等待期為三十日
(給付項目：癌症身故保險金)

第一條 保險契約之構成

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 名詞定義

本契約名詞定義如下：

一、要保人：係指要保單位。

二、被保險人：係指本契約所附被保險人名冊內所載之人員。

三、團體：係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。

四、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。

五、醫師：係指領有醫師證書，合法執業者。

六、癌症：係指被保險人在本契約生效日（或加保日）起持續有效三十日後，組織細胞有惡性細胞不斷生長、擴張及對組織侵害的特性之惡性腫瘤或惡性白血球過多症，經病理檢驗確定符合最近採用之「國際疾病傷害及死因分類標準」版本歸屬於惡性腫瘤或原位癌之疾病。如為續保者，該被保險人原生效日（或加保日）至續保日已達三十一日者，本公司對本契約應負的保險責任自續保日起；如原生效日（或加保日）至續保日未達三十一日者，本公司對本契約應負的保險責任於原生效日（或加保日）起算第三十一日開始。

第三條 保險期間的始日與終日

本契約的保險期間，以本契約保險單上所載日時為準。

第四條 保險證或保險手冊

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、本公司服務電話及被保險人具有撤銷其同意投保之權利。

第五條 保險範圍

被保險人於本契約有效期間內，因第二條所稱之「癌症」而身故時，本公司依本契約的約定給付保險金。

被保險人如於投保或申請加保本契約後三十日（含）以內，經診斷罹患癌症時，本公司不負給付保險金之責任，但要保人得要求本公司無息退還本契約該被保險人當年度已繳之保險費，並解除本契約該被保險人的保險契約效力

第六條 保險費的計算

本契約的保險費總額以平均保險費率乘保險金額總額計算，但在本契約有效期間內因保險金額總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「平均保險費率」是按訂定本契約或續保時，依要保人的危險程度及每一被保險人的性別、

年齡、保險金額所算出的保險費總和除以全體被保險人保險金額總和計算。

第七條 第二期以後保險費的交付、寬限期間及契約效力的停止

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、簡訊或其他與要保人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，本契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契約該被保險人欠繳保險費。。

第八條 告知義務與本契約的解除

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。

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。

第九條 被保險人的異動

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，經本公司同意後，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，其眷屬亦應一併退保。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。。

第十條 契約的終止和保費的返還

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十時，本公司得終止本契約，並按日數比例返還未到期之保險費。

要保人得隨時終止保險契約，本公司將按短期費率（如附表二）計算未到期之保險費返還予要保人。本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。被保險人非因約定之保險事故而致本契約效力終止時，本公司將按日數比例返還未到期之保險費。

第十一條 資料的提供

要保人應保存每位被保險人的個別資料，詳錄被保險人的姓名、性別、年齡、出生日期、身分證明編號、保險終止日期，以及其他與本契約有關的資料。

要保人應依本公司的要求，提供前項資料。

第十二條 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，應按年利一分加計利息給付。

第十三條 癌症身故保險金的給付

被保險人於本契約有效期間內，遭受第五條約定之保險事故，本公司按該被保險人保險金額給付「癌症身故保險金」，本契約對該被保險人的效力即行終止。

第十四條 癌症身故保險金的申領

受益人申領「癌症身故保險金」時，應檢具下列文件：

一、被保險人因癌症死亡之死亡證明書及除戶戶籍謄本。

二、保險金申請書。

三、受益人的身分證明。

四、醫院出具之癌症診斷證明文件及病理組織切片檢查、血液學或其他足以證明為罹患「癌症」之相關檢驗報告（但要保人或被保險人為醫師時，不得為被保險人出具診斷證明文件）。

第十五條 身故後診斷為癌症

被保險人身故後經病理切片檢驗或血液學檢查，確定為癌症並符合本契約第十三條規定者，本公司仍依本契約約定給付「癌症身故保險金」。

第十六條 受益人的指定及變更

「癌症身故保險金」受益人的指定及變更，以被保險人的家屬及其法定繼承人為限。

受益人之指定及變更，要保人得依下列約定辦理：

一、於訂立本契約時，經被保險人同意指定受益人。

二、於保險事故發生前經被保險人同意變更受益人，如要保人未將前述變更通知保險公司者，不得對抗本公司。

前項受益人的變更，於要保人檢具申請書及被保險人的同意書送達本公司時，本公司應即予批註或發給批註書。

本公司為癌症身故給付時，應以受益人直接申領為限。

受益人同時或先於被保險人本人身故，除已另行指定受益人外，以被保險人之法定繼承人為本契約受益人。

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。

第十七條 契約的續保

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，續保的始期以原契約屆滿日的翌日零時為準。

第十八條 經驗分紅

本契約之經驗分紅計算公式，詳如附表三。

第十九條 投保年齡的計算

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。

第二十條 住所變更

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，得以本契約所載要保人之最後住所發送之。

第二十一條 時效

由本契約所生的權利，自得為請求之日起，經過兩年不行使而消滅。

第二十二條 批註

本契約內容的變更，或記載事項的增刪，除第十六條規定者外，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。

第二十三條 管轄法院

因本契約涉訟者，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。

附表一 國際疾病傷害及死因分類標準

國際分類編碼	分類項目
--------	------

	唇、口腔及咽喉之惡性腫瘤
	消化器及腹膜之惡性腫瘤
	呼吸及胸內器官之惡性腫瘤
	骨、結締組織、皮膚及乳房之惡性腫瘤
	泌尿生殖器官之惡性腫瘤
	其他及未明示位置之惡性腫瘤
	淋巴及造血組織之惡性腫瘤
	原位癌

【註】本表僅供參考，實際仍以事故發生時行政院衛生署刊印之『國際疾病傷害及死因分類標準』。

附表二

短期費率表

保險有效期間	對年繳保費之百分比	對半年繳保費之百分比	對季繳保費之百分比
一日	5%	10%	20%
超過一日至滿一個月者	15%	30%	55%
超過一個月至滿二個月者	25%	50%	85%
超過二個月至滿三個月者	35%	65%	100%
超過三個月至滿四個月者	45%	80%	
超過四個月至滿五個月者	55%	90%	
超過五個月至滿六個月者	65%	100%	
超過六個月至滿七個月者	75%		
超過七個月至滿八個月者	80%		
超過八個月至滿九個月者	85%		
超過九個月至滿十個月者	90%		
超過十個月至滿十一個月者	95%		
超過十一個月至滿十二個月者	100%		

附表三

經驗分紅計算公式

$$R=K*(T-E-C)-C'$$

R :保單年度末應分配之經驗退費分紅金額

K :分紅率

T :當年度應收總保費

E :保險公司營業費用

C :當年度實際發生之理賠金額

C':以前 N 個年度累積虧損

其中分紅率(K)與以前年度數(N)由契約雙方洽訂；營業費用以本契約承保業績佔全部業績比例計算之

泰安產物團體初次罹癌健康保險附加條款

103.04.30(103)精企字第 034 號函備查
112.04.10(112)精企字第 039 號函備查

本商品等待期為六十日
(給付項目：初次罹癌保險金)

第一條 承保範圍

茲經雙方同意，要保人於投保團體保險主保險契約後，加繳保險費，投保泰安產物團體初次罹癌健康保險附加條款(以下簡稱本附加條款)，被保險人於本附加條款保險責任開始後的有效期間內，經醫院

醫師診斷確定初次罹患「惡性腫瘤」，本公司按其保險單上所記載該被保險人之「初次罹癌保險金額」，給付「初次罹癌保險金」，本附加條款對該被保險人的效力即行終止。被保險人於本附加條款保險責任開始後的有效期間內，經醫院醫師診斷確定初次罹患「原位癌」，本公司按其保險單上所記載該被保險人之「初次罹癌保險金額」的百分之十，額外給付「初次罹癌保險金」。

被保險人於本附加條款保險責任期間開始後的有效期間內身故後，經病理組織切片檢查或相關檢驗報告確定罹患惡性腫瘤或原位癌者，本公司按前二項之計算方式給付保險金予被保險人之法定繼承人。

第二條 名詞定義

本附加條款所用之名詞，定義如下：

一、初次罹癌：係指被保險人自本附加條款生效日起持續有效至第六十一日開始（即本公司應負之保險責任開始後），罹患終身第一次符合本條第二、三款所稱之「惡性腫瘤」或「原位癌」。

二、惡性腫瘤：係指於保險責任開始日後，經醫院醫師診斷初次罹患組織細胞有惡性細胞不斷生長、擴張及對組織侵害的特性之惡性腫瘤或惡性白血球過多症，經病理檢驗確定符合最近採用之「國際疾病傷害及死因分類標準」（如附表一）版本歸屬於惡性腫瘤之疾病。

三、原位癌：係指於保險責任開始日後，經醫院醫師診斷初次罹患組織細胞有惡性細胞不斷生長、擴張及對組織侵害的特性之惡性腫瘤或惡性白血球過多症，經病理檢驗確定符合最近採用之「國際疾病傷害及死因分類標準」（如附表一）版本歸屬於原位癌之疾病。

四、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。

第三條 保險責任的開始

本公司對被保險人應負保險責任開始日，係以本附加條款生效日（如被保險人於主保險契約訂立後加保者，則自加保之翌日）起算第六十一日為保險責任開始日。

如要保人依主保險契約之規定續保者，前項保險責任開始日依下列方式計算：

一、自原投保日起算已達第六十一日者：以續保日為保險責任開始日。

二、自原投保日起算未達六十一日者：以六十一日扣除原附加條款屆滿日前已經過日數後，再依前項規定計算保險責任開始日。

第四條 契約的終止

本附加條款有下列情形之一者，本附加條款效力終止。

一、本附加條款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十時，本公司得終止本附加條款，並按日數比例返還未到期之保險費。

二、要保人得隨時終止本附加條款，本公司將按短期費率計算未到期保險費返還予要保人。短期費率表如附表二。本附加條款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。

三、被保險人非因約定之保險事故而身故，本公司按日數比例計算未到期保險費返還予要保人。但已依本附加條款第一條約定申領「初次罹癌保險金」者，不在此限。

四、被保險人於保險責任開始日前的期間內，經醫院診斷確定罹患癌症或原位癌者，本公司無息返還該被保險人部分已收受保險費，該被保險人喪失被保險人資格。

第五條 初次罹癌保險金的申領

受益人申領初次罹癌保險金時，應檢具下列文件：

一、保險金申請書。

二、醫師開具之癌症診斷證明文件及相關檢驗或病理組織切片報告。（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）

三、受益人之身分證明文件。

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。

第六條 條款之適用

本附加條款所記載事項，如與主保險契約條款牴觸時，依本附加條款之約定辦理，其他事項仍適用主

保險契約條款之規定。

附表一 國際疾病傷害及死因分類標準

國際分類編碼	分類項目
140-149	唇、口腔及咽喉之惡性腫瘤
150-159	消化器及腹膜之惡性腫瘤
160-165	呼吸及胸內器官之惡性腫瘤
170-175	骨、結締組織、皮膚及乳房之惡性腫瘤
179-189	泌尿生殖器官之惡性腫瘤
190-199	其他及未明示位置之惡性腫瘤
200-208	淋巴及造血組織之惡性腫瘤
230-234	原位癌

【註】本表僅供參考，實際仍以事故發生時行政院衛生署刊印之『國際疾病傷害及死因分類標準』。

附表二

短期費率表

保險有效期間	對年繳保費之百分比	對半年繳保費之百分比	對季繳保費之百分比
一日	5%	10%	20%
超過一日至滿一個月者	15%	30%	55%
超過一個月至滿二個月者	25%	50%	85%
超過二個月至滿三個月者	35%	65%	100%
超過三個月至滿四個月者	45%	80%	
超過四個月至滿五個月者	55%	90%	
超過五個月至滿六個月者	65%	100%	
超過六個月至滿七個月者	75%		
超過七個月至滿八個月者	80%		
超過八個月至滿九個月者	85%		
超過九個月至滿十個月者	90%		
超過十個月至滿十一個月者	95%		
超過十一個月至滿十二個月者	100%		

泰安產物團體一年定期住院日額醫療保險燒燙傷病房增額附加條款

103.04.30(103)精企字第 036 號函備查

109.03.05 依 108.04.09 金管保壽字第 10804904941 號函逕行修訂

本商品投保時，疾病等待期為三十日
(給付項目：燒燙傷病房增額保險金)

第一條 承保範圍

茲經雙方同意，要保人於投保泰安產物團體一年定期住院日額醫療保險（以下簡稱主保險契約）後，加繳保險費，投保泰安產物團體一年定期住院日額醫療保險燒燙傷病房增額附加條款（以下簡稱本附加條款），被保險人於本附加條款有效期間內且於等待期間屆滿後，公司依照本附加條款之約定，給付「燒燙傷病房增額保險金」。

第二條 名詞定義

本附加條款所稱「等待期間」為三十日。指自被保險人參加本附加條款生效日起三十日，包括第三十日內之期間；續保者不受三十日之限制。

第三條 保險金的給付

本公司就被保險人於本附加條款有效期間內，經醫院醫師診斷確定因遭受主保險契約第二條約定之疾

病或傷害而住院，住進登記合格的醫院或診所之燒燙傷病房接受治療時，除主保險契約之給付外，本公司就其住進燒燙傷病房日數(含出、入院日)，按日給付本附加條款約定之保險金，但每一次住院之最高給付日數以九十日為限。

第四條 保險金的申領

受益人申領本附加條款之「燒燙傷病房增額保險金」時，應檢具下列文件：

- 一、保險金申請書。
- 二、醫療診斷書。(但以非由要保人或被保險人所開具者為限。)
- 三、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。

第五條 受益人的指定

本附加條款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，如本附加條款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。

第六條 條款之適用

本附加條款所記載事項，如與主保險契約牴觸時，依本附加條款規定辦理，其他事項仍適用主保險契約之規定。

泰安產物團體全新一年定期重大疾病保險(甲型)

103.04.30(103)精企字第 041 號函備查

112.04.11(112)精企字第 058 號函備查

本商品投保時，疾病等待期為六十日
(給付項目：重大疾病保險金)

第一條 保險契約的購成

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 名詞定義

本契約所稱「要保人」是指要保單位。

本契約所稱「被保險人」是指本契約所附被保險人名冊內所載之人員。

本契約所稱「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。

本契約所稱「傷害」係指被保險人於本契約有效期間內，遭受意外傷害事故，因而蒙受之傷害。

本契約所稱「意外傷害事故」係指非由疾病引起之外來突發事故。

本契約所稱「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。

本契約所稱「醫師」係指領有醫師證書及執業執照，合法執業者。

本契約所稱「專科醫師」，係指經醫師考試及格完成專科醫師訓練，並經中央衛生主管機關甄審合格，領有專科醫師證書者。

本契約所稱「重大疾病」係指被保險人自本契約生效日起，持續有效六十日以後，初次罹患並經醫師診斷確定為下列約定疾病之一者。但被保險人因遭受意外傷害事故致成下列所約定之疾病或本契約係依第十八條約定所續保者，不受前述六十日之限制；倘若被保險人投保時之保險年齡為零歲者，發生衛生福利部國民健康署公告之新生兒先天性代謝異常疾病篩檢項目之疾病，亦不受前述六十日期間之限制。

一、急性心肌梗塞（重度）：

係指因冠狀動脈阻塞而導致部分心肌壞死，其診斷除了發病 90 天（含）後，經心臟影像檢查證實左心室功能射出分率低於 50%（含）者之外，且同時具備下列至少二個條件：

- （一）典型之胸痛症狀。
- （二）最近心電圖的異常變化，顯示有心肌梗塞者。
- （三）心肌酶 CK-MB 有異常增高，或肌鈣蛋白 T>1.0ng/ml，或肌鈣蛋白 I>0.5ng/ml。

二、冠狀動脈繞道手術：係指因冠狀動脈疾病而有持續性心肌缺氧造成心絞痛或心臟衰竭，並接受冠狀動脈繞道手術者。其他手術不包括在內。

三、腦中風後障礙（重度）：係指因腦血管的突發病變導致腦血管出血、栓塞、梗塞致永久性神經機能障礙者。所謂永久性神經機能障礙係指事故發生六個月後經神經科、神經外科或復健科專科醫師認定仍遺留下列機能障礙之一者：

- （一）植物人狀態。
- （二）一上肢三大關節或一下肢三大關節遺留下列機能障礙之一者：
 - 1.關節機能完全不能隨意活動。
 - 2.肌力在2分（含）以下者（肌力2分是指可做水平運動，但無法抗地心引力）。

上肢三大關節包括肩、肘、腕關節，肢三大關節包括髖、膝、踝關節。

（三）兩肢（含）以上運動或感覺障礙而無法自理日常生活者。所謂無法自理日常生活者，係指食物攝取、大小便始末、穿脫衣服、起居、步行、入浴等，皆不能自己為之，經常需要他人加以扶助之狀態。

- （四）喪失言語或咀嚼機能者。

言語機能的喪失係指因腦部言語中樞神經的損傷而患失語症者。所謂咀嚼機能的喪失係指由於牙齒以外之原因所引起的機能障礙，以致不能做咀嚼運動，除流質食物以外不能攝取之狀態。

四、末期腎病變：指腎臟因慢性及不可復原的衰竭，已經開始接受長期且規則之透析治療者。

五、癌症（重度）：係指組織細胞有惡性細胞不斷生長、擴張及對組織侵害的特性之惡性腫瘤或惡性白血球過多症，經病理檢驗確定符合最近採用之「國際疾病傷害及死因分類標準」版本歸屬於惡性腫瘤，且非屬下列項目之疾病：

- （一）慢性淋巴性白血病第一期及第二期(按 Rai 氏的分期系統)。
- （二）10 公分（含）以下之第一期何杰金氏病。
- （三）第一期前列腺癌。
- （四）第一期膀胱乳頭狀癌。
- （五）甲狀腺微乳頭狀癌(微乳頭狀癌是指在甲狀腺內 1 公分(含)以下之乳頭狀癌)。
- （六）邊緣性卵巢癌。
- （七）第一期黑色素瘤。
- （八）第一期乳癌。
- （九）第一期子宮頸癌。
- （十）第一期大腸直腸癌。
- （十一）原位癌或零期癌。
- （十二）第一期惡性類癌。
- （十三）第二期（含）以下且非惡性黑色素瘤之皮膚癌(包括皮膚附屬器癌及皮纖維肉瘤)。

六、癱瘓（重度）：係指兩上肢、或兩下肢、或一上肢及一下肢，各有三大關節中之兩關節（含）以

上遺留下列機能障礙之一，且經六個月以後仍無法復原或改善者：

(一) 關節機能完全不能隨意識活動。

(二) 肌力在 2 分(含)以下者(肌力 2 分是指可做水平運動，但無法抗地心引力)。

上肢三大關節包括肩、肘、腕關節，下肢三大關節包括髖、膝、踝關節。

七、重大器官移植或造血幹細胞移植：重大器官移植，係指因相對應器官功能衰竭，已經接受心臟、肺臟、肝臟、胰臟、腎臟(以上均不含幹細胞移植)的異體移植。

造血幹細胞移植，係指因造血功能損害或造血系統惡性腫瘤，已經接受造血幹細胞(包括骨髓造血幹細胞、周邊血造血幹細胞和臍帶血造血幹細胞)的異體移植。

第三條 保險期間、保險責任的開始及交付保險費

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。

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。

第四條 保險證或保險手冊

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。

第五條 保險範圍

被保險人於本契約有效期間內，經醫院醫師診斷初次罹患符合第二條約定重大疾病定義之一者，本公司依照保險金額給付「重大疾病保險金」，且保險金以給付一次為限。

本公司依前項約定給付保險金後，本契約對該被保險人效力即行終止。

被保險人在本契約始期日或加保日起六十(含)以內發生重大疾病者，本公司對該被保險人不負保險責任且無息退還該被保險人之保險費予要保人。

被保險人在本契約有效期間內非因第二條所定之重大疾病死亡者，本公司按日數比例返還未滿期保險費予要保人，其保險效力終止。

第六條 保險費的計算

本契約的保險費總額以平均保險費率乘保險金額總額計算，但在本契約有效期間內因保險金額總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「平均保險費率」是按訂定本契約或續保時，依要保人的危險程度及每一被保險人的性別、年齡、保險金額所算出的保險費總和除以全體被保險人保險金額總和計算。

第七條 第二期以後保險費的交付、寬限期間及契約效力的停止

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、簡訊或其他與要保人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，本契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契約該被保險人欠繳保險費。

第八條 告知義務與本契約的解除

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。

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。

第九條 被保險人的異動

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。

第十條 契約的終止

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十時，本公司得終止本契約，並按日數比例返還未滿期之保險費。

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。

第十一條 危險變更的通知義務

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，要保人應於知悉後兩週內通知本公司，要保人怠於通知時，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契約終止。

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。

第十二條 被保險人的更約權

本公司因第十條、第十一條的原因終止本契約或被保險人參加本契約滿六個月後喪失本契約被保險人資格時，被保險人得於本契約終止或喪失被保險人資格之日起三十日內不具任何健康證明文件，向本公司投保不高於本契約內該被保險人之保險金額的個人重大疾病保險契約，本公司按該被保險人更約當時之年齡以標準體承保。但被保險人的年齡或職業類別在本公司拒保範圍內者，本公司得不予承保。

第十三條 資料的提供

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，以及其他與本契約有關的資料。

要保人應依本公司的要求，提供前項資料。

第十四條 保險事故的通知與保險金的申請時間

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。

第十五條 重大疾病保險金的申領

受益人申領「重大疾病保險金」時，應檢具下列文件。

- 一、保險金申請書。
- 二、保險單或其謄本。
- 三、醫療診斷書及相關檢驗或病理切片報告。

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、檢驗或病理切片報告。

受益人申領重大疾病保險金時，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。

第十六條 除外責任

被保險人係因下列任一行為而致罹患重大疾病者，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。

第十七條 受益人

本契約重大疾病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，如本契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。

第十八條 契約的續保

本保險商品為非保證續保之健康保險。

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，續保的始期以原契約屆滿日的翌日零時為準。

第十九條 經驗分紅

本契約之經驗分紅計算公式，詳如附表。

第二十條 投保年齡的計算

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，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。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。
- 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，其利息按民法第二百零三條法定週年利率計算。

第二十一條 住所變更

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。

第二十二條 時效

由本契約所生的權利，自得為請求之日起，經過兩年不行使而消滅。

第二十三條 批註

本契約內容的變更，或記載事項的增刪，除第十七條規定者外，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。

第二十四條 管轄法院

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。

附表

經驗分紅計算公式

$$R=K*(T-E-C)-C'$$

R :保單年度末應分配之經驗退費分紅金額

K :分紅率

T :當年度應收總保費

E :保險公司營業費用

C :當年度實際發生之理賠金額

C':以前 N 個年度累積虧損

其中分紅率(K)與以前年度數(N)由契約雙方洽訂；營業費用以本契約承保業績佔全部業績比例計算之