

新光人壽呵護安心住院醫療健康保險附約保險單條款

- 主要給付項目：1.實支實付【每日病房費用保險金、醫院各項雜費及外科手術費用保險金、重大手術或加護病房（燒燙傷病房）限額提高規定、附屬品費用保險金、住院前後門診保險金】或日額給付【住院費用補償保險金】二者擇一
- 2.門診手術費用保險金
 - 3.住院關懷保險金

本保險為不分紅保險單，不參加紅利分配，並無紅利給付項目。

本附約所稱「疾病」係指被保險人自本附約生效日起持續有效三十日以後或復效日起所發生之疾病。但有下列情形之一者，不受三十日之限制：1.續保者；2.被保險人投保時之保險年齡為零歲且發生行政院衛生福利部最新公告為遺傳性疾病之新生兒先天性代謝異常疾病檢查項目之疾病者。

保險公司免費申訴電話：0800-031-115

傳真：(02)2370-3855

電子信箱(E-mail)：skl080@skl.com.tw

107.01.01 新壽商開字第 1070000011 號函備查

108.10.01 依 108.08.22 金管保壽字第 1080431743 號函修正

109.01.01 依 108.04.09 金管保壽字第 10804904941 號函修正

109.01.01 依 108.06.13 金管保壽字第 10804933330 號函修正

112.02.08 依 111.08.30 金管保壽字第 1110445485 號函修正

113.07.01 依 112.12.18 金管保壽字第 11204939655 號令修正

第一條：附約的訂定及構成

本「新光人壽呵護安心住院醫療健康保險附約」（以下簡稱本附約）依主保險契約（以下簡稱主契約）要保人申請，並經本公司同意後，附加於主契約訂定之。

本附約保險單條款、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

本附約名詞定義如下：

一、「疾病」係指被保險人自本附約生效日起持續有效三十日以後或復效日起所發生之疾病。但有下列情形之一者，不受三十日之限制：

（一）續保者。

（二）被保險人投保時之保險年齡為零歲且發生行政院衛生福利部最新公告為遺傳性疾病之新生兒先天性代謝異常疾病檢查項目之疾病者。

二、「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。

三、「意外傷害事故」係指非由疾病引起之外來突發事故。

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、「診所」係指依照醫療法規定設立並具備開業執照之診所。

- 六、「醫師」係指合法領有醫師證書並執業者，且非要保人或被保險人本人。
- 七、「專科醫師」係指經醫師考試及格並完成專科醫師訓練，並經中央衛生主管機關甄審合格，領有專科醫師證書之執業醫師，且非要保人或被保險人本人。
- 八、「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。
- 九、「住院日數」係指按被保險人同一次「住院」之實際「住院日數」（含住院及出院當日）定之。若被保險人出院後，又於同一日入院診療時，該日不得重覆計入「住院日數」。被保險人如僅係日間住（留）院，不計入「住院日數」。
- 十、「門診手術」係指符合行政院衛生福利部最新公佈之全民健康保險醫療費用支付標準第二部第二章第七節所列舉之手術，不包含該支付標準其他部、章或節內所列舉者。但全民健康保險醫療費用支付標準如有變更或停止適用者，本項前段內容亦將隨之變更或停止適用。
- 十一、「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。

第三條：保險對象

本附約所稱之「被保險人」係指具備下列資格之一，並記載於保險單者為準：

- 一、主契約被保險人本人。
- 二、主契約被保險人之配偶：係指與主契約被保險人本人間存有合法婚姻關係之夫或妻而言。
- 三、主契約被保險人之子女：係指主契約被保險人其保險年齡屆滿二十三歲前之親子女、養子女及同一戶口內之繼子女而言。

被保險人在本附約有效期間內喪失前項所訂資格者，其被保險人資格因而消滅，本公司並應從當期已繳保險費扣除按日數比例計算至該被保險人資格喪失時已經過期間之保險費，將其未滿期保險費退還要保人。

第四條：保險期間的始日與終日

本附約如係與主契約同時投保者，以主契約契約始期日為本附約保險期間的始日，以主契約當年度保單末日為本附約保險期間的終日。

本附約如係於主契約有效期間內中途申請加保者，本附約保險期間之始日以本公司同意承保且批註於保險單上之日期為準，以主契約當年度保單末日為本附約保險期間的終日。

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或接受門診手術治療時，本公司依本附約約定給付保險金。

第六條：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。

第七條：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。

續保時，要保人如不同意按續保當時本公司依規定陳報主管機關之費率時，本附約自保險期間屆滿日終止。

主契約被保險人本人或其配偶為本附約被保險人時，其續保保險期間最長至保險年齡屆滿八十歲後之第一個保單週年日止。

主契約被保險人之子女為本附約被保險人時，其續保保險期間最長至保險年齡屆滿二十三歲後之第一個保單週年日止。

續保保險費的交付、寬限期間及附約效力的停止，準用第八條之約定。

第八條：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，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；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。

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。

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。

第九條：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及第七條約定之續保期間屆滿前，申請復效。但主契約停效期間，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，並經要保人清償寬限期間欠繳之保險費及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。

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，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。

第一項約定期限屆滿時，本附約效力即行終止。

第十條：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，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。

本公司通知解除本附約時，如要保人因死亡或住所不明等致通知不能送達時，本公司得將該通知送達受益人。

第十一條：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，將其未滿期保險費退還要保人。

第十二條：附約的終止（二）

本附約有下列情形之一者，其效力終止。

一、被保險人身故。

二、主契約終止。但主契約因遭強制執行終止者，本附約不因此終止。

三、主契約變更為「展期保險」。

本附約因第一項第一款約定終止時，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，將其未滿期保險費退還要保人。

本附約因第一項第二、三款情形發生時，本附約效力持續至當期已繳保險費期滿後即行終止。

第十三條：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，應按年利一分加計利息給付。

第十四條：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。

第十五條：每日病房費用保險金之給付

被保險人在本附約有效期間內因第五條之約定而以全民健康保險之保險對象身份住院診療時，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，依其住院日數及投保計劃別於「每日病房費用保險金限額」內核付，但每次住院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。

前項被保險人實際住進加護病房（含燒燙傷病房）期間，本公司改依「每日病房費用保險金限額表」自第 61 天以後之部份」之限額標準計算前項所列之費用，但每次住院之加護病房（含燒燙傷病房）給付日數，最高以三十日為限。

非屬入住加護病房（含燒燙傷病房）之期間，或入住加護病房（含燒燙傷病房）期間逾三十日之期間，仍以住院第一日起算至該實際住院日之序數，於「每日病房費用保險金限額表」之各階段限額內核付第一項所列之費用。（例如：投保 HS-5 者，第 15 天至第 44 天入住加護病房時，則第 15 天至第 44 天之部份改以每天限額 1,500 元計算；第 1 天至第 14 天之部份，以每天限額 500 元計算；第 45 天至第 60 天之部份，以每天限額 1,000 元計算；第 61 天以後之部份，則以每天限額 1,500 元計算。）

每日病房費用保險金限額表

單位：新臺幣元

每日病房費用 保險金限額 投保計劃別	住院日數		
	自第 1 天至第 30 天之部份	自第 31 天至第 60 天之部份	自第 61 天以後之部份
HS-5	500	1,000	1,500
HS-10	1,000	2,000	3,000
HS-15	1,500	3,000	4,500
HS-20	2,000	4,000	6,000
HS-25	2,500	5,000	7,500
HS-30	3,000	6,000	9,000

第十六條：醫院各項雜費及外科手術費用保險金之給付

被保險人在本附約有效期間內因第五條之約定而以全民健康保險之保險對象身份住院診療時，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，依其投保計劃別於附表一之「醫院各項雜費及外科手術費用保險金限額」內核付。

- 一、手術室、治療室及其設備之使用費。
- 二、由主治醫師開方之醫藥費。
- 三、敷料、普通外科用夾板及石膏整型費（但特別支架等設備，依第十八條附屬品費用保險金之規定辦理）。
- 四、化驗室檢驗費。
- 五、心電圖檢驗費及材料費。
- 六、普通材料費。
- 七、物理治療費。
- 八、麻醉及氧氣費及其處理費。
- 九、X光檢查費及治療費、鐳射治療或同位素治療費。
- 十、血液或血漿之費用及輸注費。
- 十一、手續費及當日住院前急診費。

- 十二、斷層攝影費、核子檢驗費。
- 十三、醫師診察費。
- 十四、掛號費及證明文件費。
- 十五、來往醫院之救護車費。
- 十六、其他外科手術費用。
- 十七、超過全民健康保險給付之住院醫療費用，但不包括下列費用：
 - 1. 藥癮治療、預防性手術、變性手術。
 - 2. 成藥。
 - 3. 特別護士及護理師。
 - 4. 人體試驗，但經全民健康保險專案批准給付者不在此限。
 - 5. 日間住院。

被保險人同一住院期間接受兩項以上外科手術或在同一手術位置接受二項以上外科手術時，本公司對同一住院期間接受之全部外科手術或在同一手術位置接受之全部外科手術應合併計算，且僅於附表一「醫院各項雜費及外科手術費用保險金限額」內核付前項所列之醫院各項雜費及外科手術費用。

第十七條：重大手術或加護病房（燒燙傷病房）限額提高規定

被保險人於住院期間接受附表二所列之「重大手術」治療或住進加護病房（燒燙傷病房）者，本公司改依附表一「醫院各項雜費及外科手術費用保險金限額」之二倍內計算核付前條所列之醫院各項雜費及外科手術費用。

被保險人同一住院期間接受兩項以上外科手術或在同一手術位置接受二項以上外科手術時，如其中一項手術為附表二之「重大手術」者，本公司對同一住院期間接受之全部外科手術或在同一手術位置接受之全部外科手術應合併計算，且僅於附表一「醫院各項雜費及外科手術費用保險金限額」之二倍內計算核付前條所列之醫院各項雜費及外科手術費用。

被保險人同一住院期間接受附表二之「重大手術」治療及住進加護病房（燒燙傷病房）者，本公司最高依附表一「醫院各項雜費及外科手術費用保險金限額」之二倍內計算核付前條所列之醫院各項雜費及外科手術費用。

第十八條：附屬品費用保險金之給付

被保險人在本附約有效期間內，因遭受第二條約定之意外傷害事故而以全民健康保險之保險對象身份住院診療後，本公司按被保險人所發生且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附屬品費用核付（各種類附屬品之裝設，在本附約有效期間內以一次為限），其給付金額依其投保計劃別以附表一所載之「附屬品費用保險金限額」為限。

- 一、因遭受意外傷害所致而需裝置義齒。
- 二、因遭受意外傷害所致而需裝置義肢、輪椅、拐杖、助行器及骨科、復健護具與輔助用品。
- 三、因遭受意外傷害所致之視力傷害或視力減退，而需裝置義眼、眼鏡。
- 四、因遭受意外傷害所致而需裝置助聽器。

第十九條：住院前後門診保險金之給付

被保險人在本附約有效期間內，依第五條之約定而以全民健康保險之保險對象身份住院診療，於其開始住院診療前二週內或出院後二週內，因同一事故接受門診治療者，本公司按被保險人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醫療費用核付「住院前後門診保險金」。但以每日一次門診為限；且每次門診最高給付金額以不超過第十五條「每日病房費用保險金限額表」內之「自第1天至第30天之部份」限額標準的二分之一為限。

第二十條：門診手術費用保險金之給付

被保險人在本附約有效期間內因第五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門診方式接受門診手術治療且已接受手術者，本公司按被保險人因施行手術當日所發生，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費用核付，但其費用不得超過新臺幣一萬五千元。

第二十一條：住院關懷保險金之給付

被保險人在本附約有效期間內，因第五條之約定而住院診療時，本公司依投保計劃別對應附表一所列之「住院日額」，給付「住院關懷保險金」。

被保險人於同一次住院期間，本公司僅給付一次「住院關懷保險金」。

第二十二條：保險金給付之限制

被保險人申請第十五條至第二十條保險金，已獲得全民健康保險給付的部分，本公司不予給付保險金。

第二十三條：醫療費用未經全民健康保險給付者之處理方式

第十五條至第二十條之給付，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。

但依第二十四條規定申請給付保險金者不在此限。

第二十四條：住院費用補償保險金之給付

被保險人於本附約有效期間內，因同一住院期間所發生的醫療費用（包括第十九條之住院前後門診保險金），無法提供收據，且未向本公司申請第十五條至第十九條之保險金者，本公司依被保險人實際住院日數乘以第十五條「每日病房費用保險金限額表」內之「自第1天至第30天之部份」限額標準，給付「住院費用補償保險金」，且每次住院給付日數最高以三百六十五日為限，但被保險人係因精神疾病住院診療者，不論是否為同一疾病或同一次住院期間，每一保單年度的「住院費用補償保險金」最高給付日數以九十日為限。

受益人申請本條「住院費用補償保險金」後，不得再向本公司請求第十五條至第十九條之保險金。

第二十五條：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、醫療診斷證明書、住出院病歷摘要或門診病歷。（但要保人或被保險人為醫師時，不得為被保險人出具醫療診斷證明書、住出院病歷摘要或門診病歷。）
- 四、申領「醫院各項雜費及外科手術費用保險金」或「門診手術費用保險金」者，須於醫療診斷證明書載明手術名稱及部位。本公司為確定手術之項目及內容，得於必要時要求受益人檢具手術紀錄單及住出院病歷摘要或門診病歷紀錄。若受益人為申領惡性腫瘤相關手術給付，另須檢具病理組織檢查報告。
- 五、醫療費用收據正本及醫療費用明細。依第二十四條申請保險金者，僅需檢具醫療診斷書。
- 六、附屬品費用收據正本及費用明細。
- 七、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。

第二十六條：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或接受門診手術治療者，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住院診療或接受門診手術治療者，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 4,000 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。

第二十七條：欠繳保險費的扣除

本公司給付各項保險金或退還未滿期保險費時，如要保人有欠繳保險費者，本公司得先抵銷上述欠款後給付其餘額。

第二十八條：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投保計劃別。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，其利息按當時臺灣銀行股份有限公司、第一銀行股份有限公司、合作金庫銀行股份有限公司等三家公司十二個月每月初（每月第一個營業日）牌告之二年期定期儲蓄存款最高年利率之平均值與民法第二百零三條法定週年利率兩者取其大之值計算。

前項約定之三家公司，本公司於必要時得改以報經主管機關核准之其他金融機構變更之。

第二十九條：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。

第三十條：變更住所

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，得以本附約所載要保人之最後住所發送之。

第三十一條：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。

第三十二條：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。

第三十三條：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

單位：新臺幣元

投保計劃別 \ 給付項目	醫院各項雜費及外科手術費用保險金限額	附屬品費用保險金限額	住院日額
HS-5	50,000	5,000	500
HS-10	100,000	10,000	1,000
HS-15	150,000	12,000	1,500
HS-20	200,000	12,000	2,000
HS-25	250,000	12,000	2,500
HS-30	300,000	12,000	3,000

附表二：重大手術

- 皮膚及乳房
植皮術（25 平方公分以上）且影響關節功能
- 肌肉與骨骼
開頭術、頭蓋骨形成術、脊髓膜手術
- 呼吸器及胸部手術
喉頭切開術、喉頭全摘術、肺切除術、胸腔形成術（含第一次、第二次）
- 循環器
體內用調整器埋置術（心律調整器放置術除外）、動脈間補助脈造成術、直視下心臟內手術、動脈瘤切除術
- 脾
脾腎靜脈吻合術
- 消化器
食道切斷術、胃切除術、胃全摘除術、腸及腸間膜切除術、腸閉塞手術、腸阻塞手術（含腸管切除）、脫腸根治手術（含腸管切除）、肝臟、胰臟手術
- 泌尿器
尿管膀胱移植術（尿管 S 狀腸移植術）、尿路吻合造設術、腎臟、腎盂手術（震波碎石術除外）、腎移植術（限接受移植者）、膀胱後腫瘤摘出術、子宮全摘除術
- 內分泌器
下垂體瘍摘除術、副腎全摘除術、頸動脈球摘出術
- 神經
頭蓋內手術、頭蓋內引流手術、脊髓硬膜內外手術、脊髓腫瘍摘出術、脊髓血管腫摘出術
- 感覺器及視覺器
視束管開放術、角膜移植術
- 感覺器及聽器
鼓室形成術、鼓膜形成術、鐮骨手術、鐮骨可動化手術、顏面神經減壓術、顏面神經管開放術、內耳全摘除術、聽神經腫瘍摘出術、側頭骨腫瘍摘出術、經迷路的內耳道開放術、錐體突起開放術、耳科的硬腦膜外腫瘍切開術、迷路摘出術、開窗術、內淋巴囊開放術、耳科的頭蓋內手術
- 惡性新生物
所有部位之惡性新生物切除手術（放置導管、PortA 及放射線除外）