

保誠人壽保險股份有限公司

(以下簡稱「本公司」)

保誠人壽團體住院醫療限額給付健康保險

樣本

(每日病房費用保險金、住院醫療費用保險金、住院手術費用保險金、住院前後門診醫療費用保險金、住院費用補償保險金及門診手術費用保險金)

(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)

備	查	文	號
民國 98 年 12 月 17 日	保誠總字第	980728	號
民國 99 年 07 月 16 日	保誠總字第	990349	號
民國 100 年 11 月 18 日	保誠總字第	1000537	號
民國 101 年 11 月 13 日	保誠總字第	1010583	號
逕	行	修	訂
文	號	文	號
民國 101 年 07 月 01 日	依行政院金融監督管理委員會		
101 年 05 月 07 日	金管保品字第 10102059590	號函修正	
民國 102 年 05 月 06 日	依金融監督管理委員會		
102 年 01 月 10 日	金管保壽字第 10102103040	號函修正	
民國 103 年 06 月 30 日	依金融監督管理委員會		
103 年 01 月 22 日	金管保壽字第 10202131810	號函修正	
民國 104 年 09 月 30 日	依金融監督管理委員會		
104 年 06 月 24 日	金管保壽字第 10402049830	號函修正	
民國 107 年 09 月 13 日	依金融監督管理委員會		
107 年 06 月 07 日	金管保壽字第 10704158370	號函修正	
民國 109 年 03 月 10 日	依金融監督管理委員會		
108 年 04 月 09 日	金管保壽字第 10804904941	號函修正	
民國 112 年 01 月 01 日	依金融監督管理委員會		
111 年 08 月 30 日	金管保壽字第 1110445485	號函修正	

免費申訴電話：0809-0809-68

傳真：(04)3703-3801

電子信箱(E-Mail)：customer.services@pcalife.com.tw

【保險契約的構成】

第一條

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。

【名詞定義】

第二條

本契約所稱「要保人」係指要保單位。

本契約所稱「被保險人」是指具備本公司與要保人約定之團體成員資格及團體成員戶籍登記之配偶、父母、子女及團體成員配偶之父母並經登載於本契約所附被保險人名冊之人。

本契約所稱「團體成員」是指該團體內已具備本公司與要保人所約定之資格或條件者。

本契約所稱「疾病」係指被保險人自本契約生效日或加保日起三十日後起所發生之疾病。但如被保險人投保時之保險年齡為零歲，其符合行政院衛生署認定之新生兒先天性代謝異常疾病篩檢項目的疾病，不受前述三十日等待期間之限制。

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「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「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。

本契約所稱「每次住院期間」係指被保險人於本契約有效期間，因同一「疾病」或「傷害」及其因此產生之其他併發症必須住院診療，自住院日起至出院日止之期間；但於出院後十四日內於同一醫院再次住院時，視為一次住院辦理。若被保險人於本契約有效期間屆滿後出院，就出院後再次住院部分不併入每次住院期間之計算，

亦不給付各項保險金。

本契約所稱「醫師」係指領有醫師執照並合法執業之醫師，且非要保人或被保險人本人者。

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。

【保險期間的始日與終日】

第三條

本契約的保險期間，自保險單上所載期間之始日午夜十二時起至終日午夜十二時止。但契約另有約定者，從其約定。

【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

被保險人於本契約有效期間內因第二條約定之疾病或傷害住院或經醫師診療時，本公司依照本契約約定給付各項保險金。

【每日病房費用保險金之給付】

第六條

被保險人於本契約有效期間內，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「每日病房費用保險金」：

- 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。

但每日給付之保險金以不超過保險單上所載之「每日病房費用保險金限額」（附件一）為限，每次住院期間給付日數最高以三百六十五日為限。

【住院醫療費用保險金之給付】

第七條

被保險人於本契約有效期間內，因第五條之約定而以全民健康保險之保險對象身分住院診療時，本公司按被保險人每次住院期間內所發生，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「住院醫療費用保險金」，但以不超過保險單所載「住院醫療費用保險金限額」（附件一）為限：

- 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、超過全民健康保險給付之住院醫療費用。

【住院手術費用保險金之給付】

第八條

被保險人於本契約有效期間內，因第五條之約定而以全民健康保險之保險對象身分住院接受手術治療時，本公司按被保險人每次住院期間內所發生，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手術費核付「住院手術費用保險金」，但以不超過保險單所載「手術費用保險金限額」（附件一）乘以「手術名稱及費用表」（附件二）中所載各項百分率所得之數額為限。

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，若不在附件二的「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。

【住院前後門診醫療費用保險金之給付】

第九條

被保險人於本契約有效期間內，因第五條之約定而以全民健康保險之保險對象身分住院診療時，於住院診療前七日(不含住院當日)及出院後十四日內(含出院當日)之門診醫療，其原因係因該次住院之同一疾病或傷害及其因此產生之其他併發症所致者，本公司按該次門診所發生，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費用給付「住院前後門診醫療費用保險金」，但其每日給付金額以不超過保險單上所載之「住院前後門診醫療費用保險金限額」(附件一)為限。

【住院費用補償保險金之給付】

第十條

被保險人於本契約有效期間內，因第五條之約定，經醫師診療須住院者，於每次住院期間所發生的醫療費用，無法提供收據，且未向本公司申請第六條至第九條之保險金者，本公司依被保險人實際住院日數乘以保險單上所載之「每日病房費用保險金限額」(附件一)，給付「住院費用補償保險金」，且每次住院期間給付日數最高以三百六十五日為限。

被保險人於本契約有效期間內遭受意外傷害事故，蒙受骨折未住院診療者，或已住院但未達到下列骨折別所定日數表且未向本公司申領第六條至第九條之保險金者，其未住院部份本公司按下表骨折別所定日數乘以保險單上所載之「每日病房費用保險金限額」(附件一)的二分之一給付「住院費用補償保險金」。合計給付日數以按下表骨折別所定日數為上限。

前項所稱骨折是指骨骼完全折斷而言。如係不完全骨折，按完全骨折日數二分之一給付；如係骨節龜裂者按完全骨折日數四分之一給付，如同時蒙受下列二項以上骨折時，僅給付一項較高等級的醫療保險金。

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
10 椎骨(包括胸椎、腰椎及尾骨)	40 天
11 骨盤(包括腸骨、恥骨、坐骨、薦骨)	40 天
12 頭蓋骨	50 天
13 臂骨	40 天
14 橈骨與尺骨	40 天
15 腕骨(一手或雙手)	40 天
16 脛骨或腓骨	40 天
17 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

受益人申領本條「住院費用補償保險金」後，不得再依第六條至第九條約定申領各項保險金。

【門診手術費用保險金的給付】

第十一條

被保險人於本契約有效期間內，因第五條之約定而以全民健康保險之保險對象身分接受門診手術治療時，本公司按被保險人手術當日所發生，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醫療費用及手術費用給付「門診手術費用保險金」，但以不超過保險單所載「手術費用保險金限額」(附件一)

乘以「手術名稱及費用表」(附件二)中所載各項百分率所得之數額為限。

被保險人因同一疾病或其引致之併發症而需接受二次(含)以上手術項目相同的門診手術時,自前次手術接受當日起九十日內(含)之所有門診手術,皆視為同一次手術,本公司僅給付一次「門診手術費用保險金」。

前項所稱之「前次手術」,係指被保險人最近一次受領門診手術費用保險金之該次門診手術。

被保險人所接受的手術,若不在附件二的「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。

【各項保險金的申領】

第十二條

受益人申領本契約各項保險金時,應檢具下列文件:

一、保險金申請書。

二、醫療診斷書或住院證明。(須註明住院、出院日期;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、醫療費用收據正本及醫療費用明細。惟申請第十條住院費用補償保險金者,毋庸檢具。

四、依本契約第十條第二項或第三項約定因骨折申領住院費用補償保險金者,應另檢具X光片。

五、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。

【醫療費用未經全民健康保險給付者之處理方式】

第十三條

第六條至第九條及第十一條之給付,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。

【保險費的計算】

第十四條

本契約的保險費總額以平均保險費率乘計畫別總額計算,但在本契約有效期間內因計畫別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、計畫別所算出的保險費總和除以全體被保險人計畫別總和計算。

【第二期以後保險費的交付、寬限期間及契約效力的停止】

第十五條

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。

【告知義務與本契約的解除】

第十六條

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,對於本公司的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,本公司得解除該被保險人部份之保險契約,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。

【投保年齡的計算及錯誤處理】

第十七條

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。

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。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，要保人不得請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，其利息按本公司保單借款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。

【被保險人的異動】

第十八條

要保人因所屬人員異動而申請加保時，應以書面或其他約定方式通知本公司，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，應以書面或其他約定方式通知本公司，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；自團體成員喪失被保險人資格之日起，其戶籍登記之配偶、父母、子女及配偶之父母亦喪失被保險人資格。

依本條規定加退保而致保險費總額有增減時，要保人與本公司應就加退保人數，按日數比例補繳保險費或返還未滿期保險費。

【契約的終止】

第十九條

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七十五時，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。

【危險變更的通知義務】

第二十條

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請求本公司重新核定保險費。

【資料的提供】

第二十一條

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，以及其他與本契約有關的資料。

要保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】

第二十二條

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。

【除外責任】

第二十三條

被保險人因下列原因所致之疾病或傷害而住院或經醫師診療者，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或經醫師診療者，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。

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 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。

【受益人的指定與變更】

第二十四條

本契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。

【契約的續保】

第二十五條

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，續保的始期以原契約屆滿日的翌日零時為準；但被保險人續保效力不受「被保險人自本契約生效日或加保日起三十日後起所發生之疾病」之限制。

【經驗分紅】

第二十六條

本契約之經驗分紅計算公式，詳如附件三。

【住所變更】

第二十七條

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。

要保人不做前項通知者，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。

【時效】

第二十八條

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。

【批註】

第二十九條

本契約內容的變更，或記載事項的增刪，除第二十四條規定者外，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。

【管轄法院】

第三十條

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，以本公司總公司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。

【附件一】

保險給付內容表(計劃 5)

單位：新台幣元

保險給付		計畫 5	每計畫別增加限額
每日病房費用保險金限額	一般病房期間	500	100
	加護病房期間	1,000	200
手術費用保險金限額		25,000	5,000
住院醫療費用保險金限額	住院 30 日(含)以下	15,000	3,000
	住院 31-90 日	22,500	4,500
	住院 91 日(含)以上	30,000	6,000
住院前後門診醫療費用保險金限額		250	50

說明：計畫 6（含）以上之給付限額，為該計畫別減 5 乘以每計畫別增加限額再加上計畫 5 之限額，即計畫 6 之給付限額 = (6-5) × 每計畫別增加限額 + 計畫 5 之給付限額；計畫 11 之給付限額 = (11-5) × 每計畫別增加限額 + 計畫 5 之給付限額，依此類推。

【附件二】

手術名稱及費用表

手術名稱	給付比率	手術名稱	給付比率
一、腹部和消化系統		三、大腦神經系統	
1. 剖腹探查	50%	1. 顱骨鑽孔術	48%
2. 結腸切開術	65%	2. 顱骨鑽孔合併顱內膿瘍或囊腫引流術	123%
3. 腹膜膿瘍引流術	68%	3. 開顱探查術，併有無合併顱骨整復	163%
4. 闌尾膿瘍切開引流術	45%	4. 開顱術，合併小腦天幕上或天幕下探查	187%
5. 闌尾切除術	58%	5. 天幕上腦瘤切除術	187%
6. 總膽管切開或造口術	80%	6. 天幕下或後顱窩的腦瘤切除術	193%
7. 膽囊切除	82%	7. 頸椎或胸椎椎板切開合併食管探查術	153%
8. 膽囊切開術或膽囊切開引流術內視鏡	74%	8. 脊椎橫突起椎板切開術	20%
9. 肛門鏡，合併組織切片	4%	9. 因平側頸椎椎間盤突出壓迫神經根而行	130%
10. 食道鏡，合併組織切片	23%	10. 因雙側頸椎椎間盤突出壓迫神經根而行	153%
11. 胃鏡，合併組織切片	22%	11. 因單側腰椎椎間盤突出壓迫神經根而行	123%
12. 食道及胃鏡，合併組織切片	27%	12. 因雙側腰椎椎間盤突出壓迫神經根而行	147%
13. 乙狀結腸，合併組織切片	22%	四、脫臼	
14. 經皮下穿刺，肝組織切片之病理檢查	9%	1. 踝關節復位術	17%
15. 單純外傷性，肝臟傷口縫合	92%	2. 肘關節復位術	17%
16. 胰切除	107%	3. 指骨、掌復位術	17%
17. 胰切除，伴胰管空腸造口術	127%	4. 頸、下頷關節復位術	12%
18. 胰切除，Whipple 氏手術	180%	5. 膝蓋骨復位術	17%
19. 扁桃腺切除	25%	6. 胸、鎖骨復位術	18%
20. 扁桃腺切除，合併增殖腺切除術	27%	7. 趾骨、蹠骨、跗骨復位術	13%
21. 內外痔、脫肛、全部手術切除	20%	8. 腕關節復位術	17%
22. 外痔切除	20%	五、耳部	
23. 痔瘻	17.5%	1. 針刺式骨膜穿刺術	7.5%
24. 肛裂	5%	2. 鼓室整形術合併乳突切除	137%
25. 剖腸切除	92%	3. 鼓室整形術合併三個小聽骨重建術	150%
26. 全直腸肛門切除	137%	4. 割除耳息肉	5.5%
27. 迷走神經切斷和幽門整型，併有無胃腸吻合術	78%	六、內分泌系統	
28. 剖腹探查術合併胃造口術	78%	1. 甲狀腺舌咽部囊腫切開和引流	4%
29. 全胃切除，伴小腸移植修復	167%	2. 甲狀腺全切除術	97%
二、截肢和關節切斷		3. 甲狀腺全或次全切除術合併頸部根除術	157%
1. 手指截除術	25%	七、眼部	
2. 掌骨、蹠骨、跗骨截除術	45%	1. 眼眶內容物全割除術，合併義眼植入	62%
3. 腳趾截除術	20%	2. 一眼外肌倒口修復	22%
4. 踝關節截除術	73%	3. 因青光眼而行鞏膜造瘻術及虹膜切除	78%
5. 腕部截除術	53%	4. 白內障或膜性白內障後水晶体摘除術	78%
6. 前臂截除術	60%	5. 抽吸式水晶体摘除術	107%
7. 小腿截除術	80%	6. 結膜、角膜、鞏膜異物去除	2%
8. 股骨截除術	87%	7. 視網膜剝離	100%
9. 關節切除術	18%	8. 翼狀贅肉去除	15%
10. 肩、肘、股或膝關節切除術	38%	9. 麥粒腫或霰粒腫腺囊腫	5%
11. 肩、股、脊椎關節作關節固定、截除或成形術	75%		
12. 肱骨截除術	80%		
13. 骨盤腹部間截除術	253%		

手術名稱	給付比率	手術名稱	給付比率
八、骨折		7. 氣管和支氣管切開造口術	31%
1. 指骨	11%	8. 氣管鏡，合併組織切片	4%
2. 掌骨	16%	十三、皮膚	
3. 蹠骨	15%	1. 表皮膿袍癬子切開	5%
4. 跗骨	13%	2. 膿瘍需要住院治療	13%
5. 橈骨	29%	3. 自體移植皮膚手術	100%
6. 尺骨	27%	十四、乳部	
7. 尺骨和橈骨	40%	1. 乳房單側切除	50%
8. 腓骨	25%	2. 乳房雙側切除	60%
9. 脛骨	40%	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%
10. 腓骨、脛骨	58%	十五、泌尿系統	
11. 肱骨	33%	1. 腎周圍或腎膿瘍引流	83%
12. 股骨	53%	2. 腎切除含部份尿管切除	110%
13. 鎖骨	18%	3. 腎固定術	92%
14. 肩胛骨	19%	4. 膀胱切開或造口術伴電燒療法	83%
15. 膝蓋骨	27%	5. 切取腎石、輸尿管石、膀胱石	100%
16. 肋骨	10%	6. 上項由燒灼法或鏡檢法取出	30%
17. 一個或多個脊椎壓迫性骨折	38%	7. 尿道狹窄切開手術	45%
九、生殖系統		8. 尿道內切開手術	23%
男性		9. 完全切開法摘除攝護腺	80%
1. 睪丸切除術	35%	10. 上項由內窺鏡檢法	25%
2. 複雜性攝護腺切除、膿瘍外部引流術	80%	11. 上項由其它方法切除	50%
女性		十六、疝氣	
3. 子宮頸切開、切除、截除	35%	1. 單側疝氣	25%
4. 診斷性子宮內膜搔刮術	27%	2. 根治手術包括注射治療單純性疝氣之 癒合	37.5%
5. 經腹腔子宮全體切除術	100%	3. 二側性疝氣	50%
6. 經腹腔單一或多個子宮肌瘤摘除術	87%	十七、穿刺術	
7. 單側或雙側輸卵管截斷	56%	1. 腹腔之穿刺	12.5%
8. 單側、雙側、部份、全部輸卵管、卵 巢切除術	71%	2. 胸腔或膀胱(導尿不計)	7.5%
9. 經由腹腔行子宮切開移除葡萄胎	83%	3. 耳鼓、囊腫關節或脊椎	5%
10. 以擴張和刮除術移除葡萄胎	37%	十八、腫瘤	
11. 輸卵管性子宮外孕，由腹腔或陰道切 進	83%	1. 惡性瘤之外科切除，但粘液膜、皮膚或 皮下組織之惡性瘤除外	50%
十、血液、淋巴系統		2. 粘液膜、皮膚和皮下組織之惡性瘤	25%
1. 脾臟切除術	100%	3. 潛毛竇或囊腫之切開術	25%
十一、心臟和循環系統		4. 睪丸或乳房之良性瘤切除	20%
1. 心臟切開術和異物移除	167%	5. 腱鞘囊腫	4%
2. 心肌切除術	200%	6. 除另有規定外須住院治療一個或多個 良性瘤	13%
3. 心肌梗塞後造成心室中隔缺損修補術	233%	上述腫瘤比例包括X光線、鐳錠與同位素 等放射線治療	
4. 單一瓣膜置換術	227%	十九、靜脈手術	
5. 二個瓣膜置換術	253%	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%
6. 三個瓣膜置換術	300%	2. 靜脈曲張兩腿之靜脈切開手術或注射 治療	30%
十二、呼吸系統			
1. 肺切除，伴胸廓整形術，或切除重建 胸壁	153%		
2. 氣胸	7%		
3. 一或多個鼻息肉切除	10%		
4. 部份或完全鼻甲切除	13%		
5. 鼻竇切開	26%		
6. 聲帶切除術	103%		

【附件三】團體經驗分紅計算公式

經驗分紅計算公式如下：

經驗退費 = $K\% \times (\text{實收保險費收入} - \text{營業費用} - \text{經驗理賠支出}) - \text{以前}N\text{個年度累積虧損}$ ，

其中經驗退費率($K\%$)與以前年度數(N)由契約雙方洽訂之；

經驗理賠支出參考要保單位個別實際理賠經驗計算。