

國泰人壽團體遨遊世代健康保險（甲、乙型）

（住院醫療保險金）

（免費申訴電話：0800-036-599）

104.07.06 國壽字第 104070105 號函備查
108.12.31 依 108.04.09 金管保壽字第 10804904941 號函修正
112.02.08 依 111.08.30 金管保壽字第 1110445485 號函修正
113.10.01 依 113.06.28 金管保壽字第 11304207572 號函修正

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

本契約名詞定義如下：

- 一、「要保人」：指要保單位。
- 二、「被保險人」：指具備本公司與要保人約定之團體成員資格並經登載於本契約所附被保險人名冊之人。
- 三、「團體」：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、「團體成員」：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。
- 五、「疾病」：指被保險人自本契約生效日起（如於本契約生效後加保之被保險人，則係指加保之翌日起）以後所發生的疾病。
- 六、「傷害」：指被保險人於本契約有效期間內（如於本契約生效後加保之被保險人，則係指加保之翌日起），遭受意外傷害事故，因而蒙受之傷害。
- 七、「意外傷害事故」：指非由疾病引起之外來突發事故。
- 八、「醫院」：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。
- 九、「住院」：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所稱之日間住院及精神衛生法所稱之日間留院/日間照護。
- 十、「住院日數」：按被保險人同一次住院之實際全日住進急性病房或慢性病房（含加護病房及燒燙傷病房）之住院日數（含住院及出院當日）計算之，但被保險人出院後又於同一日入院診療時，該日不得重複計入住院日數。
- 十一、「醫師」：指領有醫師證書及執業證書，合法執業者。
- 十二、「保險金額」及「住院醫療費用保險金限額」：指要保人與本公司就各該項保險金給付，所約定之金額。

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 保險範圍

被保險人於本契約有效期間內（如於本契約生效後加保之被保險人，則係指加保之翌日起）因第二條約定之疾病或傷害住院診療時，本公司依本契約約定給付保險金。

第五條 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分之保險契約，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。

第九條 契約的終止(一)

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。

第十條 契約的終止(二)

要保人得隨時終止本契約。

前項契約之終止，自本公司收到要保人書面或其他約定方式通知之翌日零時起，開始生效。

要保人依第一項約定終止本契約時，本公司應從當期已繳保險費扣除按附表一所列短期費率表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。

第十一條 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。

第十二條 被保險人的異動

要保人因被保險人異動而申請加保時，應以書面檢附加保人具被保險人資格之相關證明文件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。

要保人因被保險人喪失被保險人資格而退保時，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。依本條約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，按日數比例補繳或返還未滿期之保險費。

第十三條 被保險人資格的喪失

團體成員因下列情形喪失被保險人資格：

- 一、喪失團體成員資格。
- 二、身故。

第十四條 住院次數之計算及契約有效期間屆滿後住院之處理

被保險人於本契約有效期間內，因同一疾病或傷害，或因此引起的併發症，於出院後十四日內再次住院時，其各項保險金給付合計額及限額，均視為同一次住院辦理。

前項保險金之給付，倘被保險人係於本契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 住院醫療保險金的給付

要保人與本公司應於要保當時約定選擇甲型（「實支實付型」）或乙型（「實支實付型」與「日額給付型」擇優承保），並按其約定之各項保險金額申請保險金。

若選擇乙型，則被保險人於同一次住院得選擇按下列「實支實付型」與「日額給付型」之一申請保險金。

一、實支實付型

（一）每日病房費用保險金：

被保險人於本契約有效期間內（如於本契約生效後加保之被保險人，則係指加保之翌日起）因疾病或傷害而以全民健康保險之保險對象身分住院診療時，本公司按該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」，但每日最高給付金額以「保險金額」為限：

1. 超等住院之病房費差額。
2. 管灌飲食以外之膳食費。
3. 特別護士以外之護理費。

被保險人同一次住院最高給付日數以三百六十五日為限。

（二）住院醫療費用保險金：

被保險人於本契約有效期間內（如於本契約生效後加保之被保險人，則係指加保之翌日起）因疾病或傷害而以全民健康保險之保險對象身分住院診療時，本公司按該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「住院醫療費用保險金」，但被保險人同一次住院最高給付金額以附表二所列「保險金額」所對應之「住院醫療費用保險金限額」為限：

1. 醫師指示用藥。
2. 血液(非緊急傷病必要之輸血)。
3. 掛號費及其證明文件。
4. 來往醫院的救護車費。
5. 超過全民健康保險給付之住院醫療費用。

被保險人不由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100%給付，惟仍以前述各項保險金條款約定之限額為限。

二、日額給付型

一般病房住院醫療保險金：

被保險人於本契約有效期間內（如於本契約生效後加保之被保險人，則係指加保之翌日起）因疾

病或傷害而住院診療時，本公司按其實際住院日數乘以「保險金額」給付「一般病房住院醫療保險金」，但被保險人同一次住院最高給付日數以三百六十五日為限。

第十六條 保險金給付之限制

被保險人申請住院醫療保險金選擇「實支實付型」者，其已獲得全民健康保險給付的部分，本公司不予給付保險金。

第十七條 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。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。

第十八條 保險金的申領

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。（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、「醫院」所開立之醫療費用收據及醫療費用明細表。
 - 四、受益人之身分證明文件。
- 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。

第十九條 經驗分紅

本契約之經驗分紅計算公式，詳如附表三。

第二十條 受益人

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。

本公司為給付各項保險金時，應以受益人直接申領為限。

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。

第二十一條 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、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。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，要保人得補繳短繳部分的保險費或按原繳保險費與應繳保險費的比例減少保險金額。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，要保人不得請求補繳短繳部分的保險費。

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，其利息按本保單辦理保險單借款之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。

第二十二條 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，除第二十條規定者外，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：短期費率表

(一) 年繳團體傷害保險短期費率表

對年繳保費比	100%	95%	90%	85%	80%	75%	65%	55%	45%	35%	25%	15%	5%
期間	12個月	11個月	10個月	9個月	8個月	7個月	6個月	5個月	4個月	3個月	2個月	1個月	1日

(二) 半年繳團體傷害保險短期費率表

對半年繳保費比	100%	90%	80%	65%	50%	30%	10%
期間	6個月	5個月	4個月	3個月	2個月	1個月	1日

(三) 季繳團體傷害保險短期費率表

對季繳保費比	100%	85%	55%	20%
期間	3個月	2個月	1個月	1日

附表二：保險金額所對應之住院醫療費用保險金限額

單位：元

保險金額	住院醫療費用保險金限額
500	60,000
1,000	120,000
1,500	180,000
2,000	240,000
2,500	300,000
3,000	360,000

附表三：經驗分紅計算公式

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

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

國泰人壽團體遨遊世代門急診限額健康保險附加條款

(門(急)診醫療保險金)

(本附加條款需申請附加並經本公司同意後，始生效力)

(免費申訴電話：0800-036-599)

核准文號

中華民國108年12月31日依108年04月09日金管保壽字第10804904941號函修正

備查文號

中華民國104年7月6日國壽字第104070108號

第一條 附加條款之訂定及構成

本國泰人壽團體遨遊世代門急診限額健康保險附加條款（以下簡稱本附加條款），依要保人之申請，經本公司同意後，附加於本公司國泰人壽團體遨遊世代健康保險（甲、乙型）（以下簡稱本契約）。本附加條款附加於本契約上，並構成本契約之一部。本附加條款未約定者，悉依本契約之約定。

第二條 名詞定義

本附加條款名詞定義如下：

- 一、「疾病」：指被保險人自本附加條款生效日起（如於本附加條款生效後加保之被保險人，則係指加保之翌日起）以後所發生的疾病。
- 二、「傷害」：指被保險人於本附加條款有效期間內（如於本附加條款生效後加保之被保險人，則係指加保之翌日起），遭受意外傷害事故，因而蒙受之傷害。
- 三、「意外傷害事故」：指非由疾病引起之外來突發事故。
- 四、「醫院」：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」：指領有醫師證書及執業證書，合法執業者。
- 六、「門(急)診醫療保險金限額」：指要保人與本公司就該項保險金給付，所約定之金額。

第三條 門(急)診醫療保險金之給付

被保險人於本附加條款有效期間內（如於本附加條款生效後加保之被保險人，則係指加保之翌日起）因疾病或傷害，而於醫院或診所接受門(急)診診療者，本公司按醫院或診所實際收取之門(急)診醫療費用（包含診察、處方、醫藥、檢驗或X光檢查等之全部費用），給付「門(急)診醫療保險金」，但每次最高給付金額以「門(急)診醫療保險金限額」為限。

第四條 醫療費用未經全民健康保險給付者之處理方式

第三條之給付，於被保險人不以全民健康保險之保險對象身分於醫院或診所接受門(急)診診療；或前往不具有全民健康保險之醫院或診所接受門(急)診診療者，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100%給付，惟仍以前述各項保險金條款約定之限額為限。

第五條 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。

第六條 除外責任

被保險人因下列原因所致之疾病或傷害接受門(急)診診療者，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接受門(急)診診療者，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。

第七條 保險金的申領

受益人申領本附加條款各項保險金時，應檢具下列文件：

- 一、保險金申請書。
- 二、醫療診斷書。（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、「醫院」或「診所」所開立之醫療費用收據及醫療費用明細表。
- 四、受益人之身分證明文件。

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。

第八條 受益人

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及變更。

本公司為給付各項保險金時，應以受益人直接申領為限。

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。

樣
張