

第一產物安心久久住院醫療附加保險

保單條款

【給付項目：每日病房費用、住院醫療費用、住院手術費用、門診手術費用、門診費用、住院醫療日額保險金（選擇權的行使）】

本保險為非保證續保之保險商品

本商品除法定傳染病等待期為十四日外，其他疾病之等待期為三十日。

97.12.10 一產精字第 971207 號函備查

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

免費申訴電話：0800-288-068

公開資訊查詢網址<http://www.firstins.com.tw>

第一條 承保範圍

茲經雙方同意，要保人於投保本公司傷害保險或健康保險（以下簡稱主契約）後，加繳保險費，加保第一產物安心久久住院醫療附加保險（以下簡稱本附加險），本公司對於被保險人在本附加險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，本公司依本附加險約定給付保險金。

第二條 用詞定義

本附加險所用之用詞，其定義如下：

- 一、「疾病」：係指被保險人自本附加險生效日起，持續有效三十日以後所發生之疾病。但續保者，自續保之日起發生之疾病，不受三十日之限制。惟若因行政院衛生署國民健康局委託辦理「新生兒先天性代謝異常疾病篩檢」指定項目篩檢結果異常而產生之醫療行為，亦不受上述三十日之限制。
被保險人於本附加險生效日起，持續有效十四日以後經醫師診斷確定罹患法定傳染病者。但續保者，自續保之日起發生之法定傳染病，不受上述十四日之限制。
- 二、「傷害」：係指被保險人於本附加險有效期間內，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、「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。
- 六、「法定傳染病」：係指行政院衛生福利部(以下簡稱衛福部)依傳染病防治法第三條規定所公告之傳染病名稱。其後「法定傳染病」之項目如有變動，則以衛福部最新公告之項目為準。

第三條 契約有效期間

本附加險保險期間為一年且不保證續保。保險期間屆滿時，經本公司同意續保後，要保人得交付保險費，以使本附加險繼續有效。

本附加險續保時，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。

第四條 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欠繳保險費。

第五條 契約的停效及復效

主契約停止效力時，本附加險效力亦同時停止。

本附加險停止效力後，要保人得在本附加險保險期間屆滿前，因主契約申請復效或主契約仍然有效的情形下申請復效。

前項復效申請，於停效日起六個月內要保人清償保險費後，自翌日上午零時起恢復效力。

要保人於停效日起六個月後提出第二項之復效申請者，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，除被保險人之危險程度有重大變更已達拒絕承保外，本公司不得拒絕其恢復效力，本附加險於本公司同意且要保人清償保險費後，自翌日上午零時起恢復效力。

本公司未於前項約定期限內要求要保人提供可保證明或於收到前項可保證明後十五日內不為拒絕者，視為同意恢復效力。

要保人依第三項及第四項清償保險費時，其保險費應按當期應繳保險費就未滿期之日數比例計算之。

本附加險停效期間所發生之疾病或傷害及其併發症，本公司不負保險責任。

第六條 每日病房費用保險金

被保險人因第一條之約定而以全民健康保險之保險對象身分住院診療時，本公司在本附加險

所載其投保「每日病房費用保險金」之限額內，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第三項各款實際支出之病房費用，按日給付「每日病房費用保險金」。

被保險人係住進加護病房或燒燙傷病房時，在加護病房或燒燙傷病房診療期間，本附加險所載其投保「每日病房費用保險金」之限額提高為二倍，但提高之日數合計最多以十五日為限。

本條所稱病房費用係指下列各款費用：

- 一、病房費。
- 二、膳食費。
- 三、特別護士以外之護理費。

被保險人於同一次住院期間之給付日數(含入住加護病房及燒燙傷病房期間)合計最多以三百六十五日為限。

被保險人係因精神疾病住院診療者，同一次住院期間內最高給付日數以三十日為限。

第七條 住院醫療費用保險金

被保險人因第一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款費用核付：

- 一、醫師指示用藥。
- 二、血液。
- 三、掛號費及證明文件。
- 四、來往醫院之救護車費。
- 五、材料費。
- 六、化驗室檢驗、心電圖、基礎代謝率檢查。
- 七、麻醉劑、氧氣及其應用。
- 八、放射線診療費。
- 九、血液透析費。
- 十、注射技術費及其藥液。
- 十一、檢驗費。
- 十二、治療費。

同一次住院最高給付金額不得超過本附加險所載「住院醫療費用保險金限額」。

前項一次住院之「住院醫療費用保險金限額」，當住院天數超過三十日時，依實際天數調整如下：

- 一、住院三十一日至六十日（含）時，增加為二倍。
- 二、住院六十一日至九十日（含）時，增加為三倍。
- 三、住院九十一日至一百八十日（含）時，增加為四倍。
- 四、住院一百八十一日至三百六十五日（含）時，增加為五倍。

第八條 住院手術費用保險金

被保險人因第一條之約定而以全民健康保險之保險對象身分住院診療時，每次手術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實際支出手術費，給付「住院手術費用保險金」，但以不超過本附加險所載「每次手術費用保險金限額」乘以「手術名稱及給付表」中所載各項百分率所得之數額為限。被保險人同一次住院期間接受兩項以上手術時，其各項「住院手術費用保險金」應分別計算。但同一次手術中於同一手術位置接受二項器官以上手術時，按「手術名稱及給付表」中所載百分率最高一項計算。

被保險人所接受的手術，若不在附表「手術名稱及給付表」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。

第九條 門診手術費用保險金

被保險人因第一條之約定而以全民健康保險之保險對象身分就診，經醫師診斷必須接受門診手術，且已接受門診手術者，本公司就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實際支出手術費，給付「門診手術費用保險金」，但以不超過本附加險所載「每次手術費用保險金限額」乘以「手術名稱及給付表」中所載各項百分率所得之數額為限。同一次門診手術中於同一手術位置接受二項器官以上手術時，按「手術名稱及給付表」中所載百分率最高一項計算。

被保險人所接受的手術，若不在附表「手術名稱及給付表」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。

第十條 門診費用保險金

被保險人因第一條之約定而以全民健康保險之保險對象身分住院診療時，於其住院治療前一週內或出院後二週內，因同一事故接受門診醫療時，本公司按其門診實際支出之醫療費用，給付「門診費用保險金」，惟以每日一次門診、每次給付金額最高新台幣伍佰元為限。

第十一條 住院醫療日額保險金（選擇權的行使）

被保險人於同一次住院，僅得就本附加險第六條至第八條所約定各項實支實付保險金，或本條約定之「住院醫療日額保險金」選擇一類申請給付。

被保險人因第一條之約定住院診療而選擇申領「住院醫療日額保險金」者，其金額為本附加險所載被保險人投保之「每日病房費用保險金」乘以實際住院日數所得之金額。

被保險人住進加護病房或燒燙傷病房時而選擇申領「住院醫療日額保險金」者，在加護病房或燒燙傷病房住院診療期間，「住院醫療日額保險金」計算基礎之「每日病房費用保險金」金額提高為原金額的二倍。提高給付之日數最多以十五日為限。

被保險人於同一次住院期間之「住院醫療日額保險金」給付日數，以本附加險所載其投保的最高給付日數為限。但第五項另有約定者，從其約定。

被保險人係因精神疾病住院診療者，每一保單年度的「住院醫療日額保險金」在同一次住院期間內最高給付日數以三十日為限。

第十二條 住院次數及日數之計算及契約有效期間屆滿後住院之處理

被保險人於本附加險有效期間，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。

被保險人住院日數之計算，係按其實際住院日數（含入院及出院當日）定之。但被保險人於出院當日再行住院者，當日之住院日數以一日計算。

第一項保險金之給付，倘被保險人係於本附加險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。

第十三條 醫療費用未經全民健康保險給付者之處理方式

第六條至第十條之給付，於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 70% 給付，惟仍以前述各項保金條款約定之限額為限。

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。

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、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。

第十六條 契約的終止與保險費的返還

要保人得隨時終止本附加險。

前項契約之終止，自本公司收到要保人書面通知時，開始生效。

要保人依第一項約定終止本附加險時，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。

被保險人非因本附加險所約定之保險事故而致本附加險效力終止時，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，將其未滿期保險費退還要保人。

第十七條 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，其利息按年利率百分之五利率計算。

第十八條 受益人

本附加險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，如本附加險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 保險金的申領

受益人申領本附加險各項保險金時，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。）
- 四、醫療費用收據及醫療費用明細。依第十一條規定申領住院醫療日額保險金者，得免檢具本文件。
- 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。

第二十條 條款之適用

本附加險所記載事項如與主契約條款牴觸時，依本附加險約定辦理，其他事項仍適用主契約條款之約定。