

國泰人壽新傷害醫療限額保險金附加條款(113)

主要給付項目：

給付項目	給付金額
傷害醫療限額保險金	超過全民健康保險給付部分的實際醫療費用
※給付項目的條件及限制，詳參本附加條款第 3 條約定。	

注意事項：本附加條款需申請附加並經本公司同意後，始生效力

107.11.15 國壽字第 107110168 號函備查

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

110.07.01 國壽字第 110070170 號函備查

113.08.29 國壽字第 1130080634 號函備查

第 1 條 附加規定

本國泰人壽新傷害醫療限額保險金附加條款(113) (以下簡稱本附加條款) · 依要保人的申請 · 經本公司同意後 · 附加於本公司國泰人壽新iCarry傷害保險 (以下簡稱本契約) 。

本附加條款附加於本契約上 · 並構成本契約的一部分。本附加條款未約定者 · 皆依照本契約的約定。

第 2 條 名詞定義

本附加條款名詞定義如下：

- 一、「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的公、私立及醫療法人醫院。
- 二、「診所」：指依照醫療法規定設立並具備開業執照的診所。
- 三、「醫師」：指領有醫師證書 · 合法執業者。
- 四、「每次傷害醫療保險金限額」：指要保人與本公司就同一次意外傷害事故給付傷害醫療限額保險金的上限 · 所約定的保險金額。

第 3 條 保險範圍

被保險人在本契約有效期間內 · 符合下表所列給付項目的給付條件時 · 本公司按照約定給付保險金：

給付項目	給付條件	給付金額
傷害醫療限額保險金	遭受意外傷害事故致其於意外傷害事故發生之日起180日以內 · 經登記合格的醫院或診所治療者	超過全民健康保險給付部分的實際醫療費用。 符合以下情形之一者 · 不給付「傷害醫療限額保險金」： 一、已獲得全民健康保險給付之部分。 二、已獲得其他傷害醫療費用保險以實支實付給付者 · 但非以醫療費用收據正本、

		<p>依其法令投保或主管機關另有規定而獲得傷害醫療費用之實支實付給付者不在此限。</p> <p>※同一次意外傷害事故的給付總額不得超過本契約保險單上所記載之「每次傷害醫療保險金限額」。</p>
--	--	--

如被保險人自意外傷害事故發生之日起超過 180 日繼續治療，受益人若能證明被保險人之治療與該意外傷害事故具有因果關係者，本公司仍依本條規定給付「傷害醫療限額保險金」，不受 180 日之限制。

被保險人於申請「傷害醫療限額保險金」時未以全民健康保險被保險人身份或未至全民健康保險指定醫院或診所治療，致醫療費用未先經全民健康保險給付分擔者，本公司僅按其支出之實際醫療費用的 65% 給付保險金。但同一次意外傷害事故的給付總額不得超過本契約保險單上所記載之「每次傷害醫療保險金限額」。

第 4 條
保險事故的通知
與給付項目的申領

受益人申領各項保險金時，應檢具下列文件：

給付項目	申領文件
傷害醫療限額保險金	1. 保險金申請書。 2. 保險單或其謄本。 3. 醫療診斷書或住院證明。 4. 醫療費用收據正本。 5. 受益人的身分證明。

必要時本公司得要求提供意外傷害事故證明文件。

醫療費用收據正本如為電子文件，必要時本公司得要求提供紙本文件。

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書或住院證明。

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。