

國泰人壽新 iHealth 一年期住院醫療健康保險

(給付項目：住院保險金(實支實付)、門診手術費用保險金(實支實付))

(住院保險金：每日住院經常費用保險金、每次住院醫療費用保險金)

(本保險為一年期非保證續保商品)

(本保險「疾病」等待期間為三十日，詳請參閱契約條款)

(依本保險第十一條至第十三條約定申領給付時，須檢具醫療費用收據正本，不接受收據影本、抄本、謄本)

(申訴電話：市話免費撥打 0800-036-599、付費撥打 02-2162-6201；傳真：0800-211-568；電子信箱(E-mail)：service@cathaylife.com.tw)

110.08.11 國壽字第 1100080049 號函備查

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

113.08.29 國壽字第 1130082310 號函備查

第一條 保險契約的構成

本保險單條款、附著之要保書、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、「疾病」：指被保險人自本契約生效日起所發生之疾病。本公司對於本契約等待期間屆滿翌日、續保日或復效日起之有效期間內所發生之疾病，依約給付保險金。
- 二、「傷害」：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。
- 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、「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。
- 六、「住院日數」：按被保險人同一次住院之實際全日住進病房之住院日數(含住院及出院當日)計算之，但被保險人出院後又於同一日住院診療時，該日不得重複計入住院日數。
- 七、「手術」：指符合衛生福利部最新公布之全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第二章第七節或第三部第三章第四節第三項列舉之手術，不包括該支付標準其他部、章或節內所列舉者。全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準如有變更或停止適用者，本款前段內容亦將隨之變更或停止適用。
前述「手術」所包含項目，可於衛生福利部中央健康保險署網站之「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」網頁查詢。
- 八、「診所」：指依照醫療法規定設立並具備開業執照的診所。
- 九、「醫師」：指領有醫師證書，合法執業者。
- 十、「專科醫師」：指醫師完成專科醫師訓練，並經衛生福利部甄審合格，領有專科醫師證書者。
- 十一、「保險年齡」：按被保險人投保本契約時之足歲計算，但是未滿一歲的零數超過六個月者加算一歲，之後須每經過一個保險單年度始加計一歲。

第三條 保險責任的開始及交付保險費

本契約應自本公司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。但契約另有約定保險期間始日者，從其約定。

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，因第二條約定之疾病或傷害而住院診療或接受門診手術治療時，本公司按被保險人所投保之計畫別為準，依本契約約定給付保險金。

第五條 契約有效期間及續保

本契約保險期間為一年，以本契約保險單上所载期間為準且不保證續保。保險期間屆滿前，要保人與本公司雙方無反對之意思表示，且要保人已交付保險費者，得更新本契約使其繼續有效。續保的始期以原契約屆滿日之翌日為準；但續保時被保險人之保險年齡最高為五十歲。

本公司得陳報主管機關調整本契約費率。

本契約續保時，按續保生效當時已陳報主管機關之費率及被保險人續保當時之保險年齡重新計算保險費。

第六條 第二期以後保險費及續保保險費的交付、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或續保保險費，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，本公司將交付開發之憑證。第二期以後分期保險費到期未交付時，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。

第七條 本契約效力的恢復

本契約停止效力後，要保人得在保險期間屆滿前，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，並經要保人按未到期日數比例清償保險費後，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，本公司於保險契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險單效力者，契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，本契約效力即行終止。

第八條 告知義務與本契約的解除

要保人或被保險人在訂立本契約時，對本公司要保書書面（或投保網頁）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。

前項解除契約權，自本公司知有解除之原因後，經過一個月不行使而消滅；或自契約訂立後，經過二年不行使而消滅。

第九條 契約的終止（一）

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時，開始生效。

要保人依第一項約定終止本契約時，如有未到期保險費者，本公司應從當期已繳保險費扣除按短期費率計算已經過期間之保險費後，將其未到期保險費無息退還要保人。短期費率表如附表一。

繳費方式為月繳者，未到期保險費則以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計算之。

第十條 契約的終止（二）

本契約有效期間內，有下列情形之一時，其效力即行終止：

- 一、本契約保險期間屆滿。
- 二、被保險人身故。

本契約因前項第二款情形終止後如有未到期保險費者，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，將其未到期保險費無息退還要保人。

第十一條 住院保險金（實支實付）的給付

被保險人於本契約有效期間內因疾病或傷害而住院診療時，被保險人於同一次住院申請住院保險金（實支實付），本公司按下列約定給付：

一、每日住院經常費用保險金

被保險人於本契約有效期間內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給付「每日住院經常費用保險金」，但每日最高給付金額以其投保計畫之「每日住院經常費用保險金限額」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。

被保險人同一次住院之「每日住院經常費用保險金」合計給付日數最高以三十日為限。

二、每次住院醫療費用保險金

被保險人於本契約有效期間內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給付「每次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其投保計畫之「每次住院醫療費用保險金限額」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。

第十二條 門診手術費用保險金（實支實付）的給付

被保險人於本契約有效期間內因疾病或傷害而以全民健康保險之保險對象身分在醫院或診所接受門診手術治療者，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，給付「門診手術費用保險金（實支實付）」，但每次給付金額以其投保計畫之「每次門診手術費用保險金限額」為限。

同一保險單年度之「門診手術費用保險金（實支實付）」最高給付次數以六次為限。

第十三條 醫療費用未經全民健康保險給付者之處理方式

被保險人申請第十一條「住院保險金（實支實付）」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，惟仍以其投保計畫之「每日住院經常費用保險金限額」及「每次住院醫療費用保險金限額」為限。

被保險人申請第十二條「門診手術費用保險金（實支實付）」之給付，於被保險人不以全民健康保險之保險對象身分接受門診手術治療或前往不具有全民健康保險之醫院或診所接受門診手術治療者，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，惟仍以其投保計畫之「每次門診手術費用保險金限額」為限。

第十四條 無法提供醫療費用收據正本者之處理方式

被保險人在本契約有效期間內因疾病或傷害而住院診療時，對於同一次住院期間所發生的第十一條各項費用，因無法提供收據正本且未申請「住院保險金（實支實付）」者，本公司改按被保險人投保計畫之「每日住院經常費用保險金限額」的百分之二乘以「住院日數」，給付「住院保險金（實支實付）」。但被保險人同一次住院之「住院保險金（實支實付）」合計給付日數最高以三百六十五日為限。

被保險人在本契約有效期間內因疾病或傷害而在醫院或診所接受門診手術治療時，對於同一次門診手術期間所發生的第十二條各項費用，因無法提供收據正本且未申請「門診手術費用保險金（實支實付）」者，本公司改按「每次門診手術費用保險金限額」的千分之五，給付「門診手術費用保險金（實支實付）」。但同一保險單年度之「門診手術費用保險金（實支實付）」最高給付次數仍依第十二條約定以六次為限。

第十五條 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，或因此引起之併發症，必須住院二次以上時，如其每次出院日期與再入院日期間隔未超過十四日者，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。

第十六條 保險金給付之限制

符合以下情形之一者，本契約不給付第十一條或第十二條之保險金：

- 一、已獲得全民健康保險給付之部分。
- 二、已獲得其他住院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、依其他法令投保或主管機關另有規定而獲得住院醫療費用之實支實付給付者不在此限。

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。但如為當次住院事故治療之目的所進行之牙科手術則以其投保計畫之「每日住院經常費用保險金限額」的二十倍為限。
- 四、裝設義齒、義肢、義眼、眼鏡、助聽器或其他附屬品。但因遭受意外傷害事故所致者，不在此限，且同一意外傷害事故以其投保計畫之「每日住院經常費用保險金限額」的二十倍為限。
- 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。

第十八條 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。

第十九條 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、保險單或其謄本。

二、保險金申請書。

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、醫療費用收據正本及明細表。但如為電子文件，必要時本公司得要求提供紙本文件（申領第十一條「住院保險金（實支實付）」、第十二條「門診手術費用保險金（實支實付）」或依第十三條醫療費用未經全民健康保險給付者之處理方式申領時檢具）。

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。但不因此延展本公司依第十八條第二項約定應給付的期限。

第二十條 欠繳保險費的扣除

本公司給付各項保險金時，如要保人有欠繳保險費者，本公司得先抵銷上述欠繳保險費後給付其餘額。

第二十一條 被保險人投保計畫之變更

要保人在本契約有效期間內，得按附表二申請變更投保計畫別以減少各項保險金限額，其減少部分

依第九條契約終止之約定處理。

依本條約定辦理變更被保險人投保計畫後，本契約保險單上所記載之投保計畫將改以變更後的投保計畫為準。

第二十二條 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要保書填明。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。

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被保險人投保計畫之各項保險金限額。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，其利息按民法第二百零三條法定週年利率計算。

第二十三條 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。

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。

本契約受益人為法定繼承人時，以被保險人身故時之法定繼承人為準，且其受益順序及應得比例適用民法繼承編之相關規定。

第二十四條 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，得以本契約所載要保人之最後住所發送之。

第二十五條 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。

第二十六條 批註

本契約內容的變更，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。

第二十七條 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、一個月以上短期費率

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

二、未滿一個月短期費率

日數	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
對年繳保費比(%)	5.0	5.3	5.7	6.0	6.4	6.7	7.1	7.4	7.8	8.1	8.4	8.8	9.1	9.5	9.8
日數	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
對年繳保費比(%)	10.2	10.5	10.9	11.2	11.6	11.9	12.2	12.6	12.9	13.3	13.6	14.0	14.3	14.7	15.0

附表二：投保計畫別暨各項保險金限額表

單位：新臺幣（元）

項目	計畫別	
	7 萬	14 萬
每日住院經常費用保險金限額	1,000	2,000
每次住院醫療費用保險金限額	7 萬	14 萬
每次門診手術費用保險金限額	1.5 萬	2 萬