

「國泰人壽全意住院醫療健康保險附約」理賠申領說明

一、適用對象：

96/1/1~96/8/31 投保「國泰人壽全意住院醫療健康保險附約」之被保險人。

二、保險金給付：

(一)當被保險人以全民健康保險之保險對象身分住院診療或接受門診手術治療時，依條款第五條、第六條約定申領「住院保險金」、「門診手術保險金」時，可選擇：

『每日住院經常費用、每次住院醫療費用；每次門診手術費用』實支實付與『住院日額；每次門診手術定額』給付，二者擇一給付。

(二)當被保險人不以全民健康保險之保險對象身分住院診療或接受門診手術治療；或前往不具有全民健康保險之醫院住院診療或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者：

保戶申領「住院保險金」、「門診手術保險金」時，除可依原條款約定，分別以『住院日額』、『每次門診手術定額』給付方式申領理賠外，亦得依「住院醫療費用保險單示範條款(實支實付型)」第八條規定，改採『實際支付之各項醫療費用之 65%』向本公司申領理賠。

三、保險金申領需檢附之文件，請詳條款第二十條約定。

「國泰人壽全意住院醫療健康保險附約」條款第五條、第六條、第二十條約定

第五條 住院保險金的給付

被保險人於本附約有效期間內因第三條約定而住院診療時，被保險人於同一次住院得選擇按下列「實支實付型」或「日額給付型」之一申請保險金。

一、實支實付型

(一) 每日住院經常費用保險金

被保險人因第三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「每日住院經常費用保險金」，但每日最高給付金額以其投保計劃之「每日住院經常費用保險金限額」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) 每次住院醫療費用保險金

被保險人因第三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劃之「每次住院醫療費用保險金限額」為限。

1. 指定醫師。
2. 醫師指示用藥。
3. 血液（非緊急傷病必要之輸血）。
4. 掛號費及證明文件。
5. 來往醫院之救護車費。
6. 手術費用。
7. 手術室、手術後恢復室或急救室及其設備之應用。
8. 材料費。
9. 化驗室檢驗、心電圖、基礎代謝率檢查。
10. 復健治療。
11. 麻醉劑、氧氣及其應用。
12. 放射線診療費。
13. 血液透析費。
14. 注射技術費及其藥液。
15. 檢驗費。
16. 治療費。

若該被保險人於住院期間曾住進加護病房治療者，其投保計劃之「每次住院醫療費用保險金限額」於該次住院提高為二倍。

(三) 被保險人未以全民健康保險之保險對象身分或未至全民健康保險指定醫院住院診療，致各項住院醫療費用未先經全民健康保險給付分擔者，本公司僅按日額給付型給付「住院日額保險金」。

第六條 門診手術保險金的給付

被保險人於本附約有效期間內因第三條約定而於醫院接受手術治療，因該手術項目毋需住院治療者，被保險人得選擇按下列「實支實付型」或「定額給付型」之一申請保險金，但每一保險單年度最多以給付六次為限。

一、實支實付型--每次門診手術費用保險金

被保險人以全民健康保險之保險對象身分於醫院接受門診手術治療者，本公司按該被保險人因施行手術所發生，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核付「每次門診手術費用保險金」，但其給付金額最高以附表所列之「每次門診手術費用保險金限額」為限。

被保險人未以全民健康保險保險對象身分或未至全民健康保險指定醫院接受門診手術治療，致手術醫療費用未先經全民健康保險給付分擔者，本公司僅按定額給付型給付「每次門診手術定額保險金」。

二、定額給付型--每次門診手術定額保險金

被保險人於醫院接受門診手術治療者，本公司按附表所列之「每次門診手術定額」給付「每次門診手術定額保險金」。

第二十條 保險金的申領

受益人申領本附約各項保險金時，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、醫療費用收據正本及明細表。(申請實支實付型者)
- 五、受益人的身分證明。

受益人申領保險金時，本公司於必要時得經其同意調閱被保險人之就醫相關資料，其費用由本公司負擔。

附件二、「住院醫療費用保險單示範條款(實支實付型)」第八條規定

「住院醫療費用保險單示範條款(實支實付型)」第八條規定

第八條 (醫療費用未經全民健康保險給付者之處理方式)

第五條至第七條之給付，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○○% (不得低於 65%) 給付，惟仍以前述各項保險金條款約定之限額為限。