



## 保險單

保單號碼：G13140000087

要保單位：國立臺中科技大學

 三商美邦人壽



董事長





三商美邦人壽保險股份有限公司  
Mercuries Life Insurance Co., Ltd.

## 團體保險保險單面頁

保單號碼：G13140000087

要保單位：國立臺中科技大學

保險期間：自中華民國113年07月31日午夜十二時起，  
至中華民國114年07月31日午夜十二時止。

茲承 貴要保單位向三商美邦人壽保險股份有限公司（以下簡稱本公司）投保團體保險並交付保險費，本公司謹同意承保。

本契約係 貴我雙方依據本頁及以下各頁所載之各項條款、特約條款、附加合約條件及批註、要保書、被保險人名冊、加入表及體檢報告書、加退保通知書和其他相關文件訂立。

本公司依照上開各項約定對本保險單所附被保險人名冊內所載之每一被保險成員所發生之保險事故負給付保險金之責任。

◎消費者應詳閱各種銷售文件內容，如要詳細了解其他相關資訊，請洽本公司業務員、服務據點(免付費電話:0800-022258)或網站(網址 <http://www.mli.com.tw>)，以保障您的權益。

中華民國 113 年 07 月 31 日訂立



# 三商美邦人壽保險股份有限公司

Mercuries Life Insurance Co., Ltd.

## 團體保險保障內容

保單號碼：G13140000087

◎ 保險計劃	保險金額
計劃 001 三商美邦人壽菁英計畫大專院校學生團體保險	100萬
大專院校學生團體醫藥及X光檢驗費用健康險	4,000元
大專院校學生團體手術健康保險	5,000元
大專院校學生團體住院醫療日額給付健康保險	500元

### ◎ 保險費繳交

半年繳保險費 第一期應於 113年07月31日 繳交。

續期保險費之繳付、終期日及續保均依本保險單所載約定辦理。

註：◎本保險單面頁各項保險商品所揭露之商品文號及日期，為該商品初次與最新送交主管機關審查之資訊。

◎本保險為不分紅保單，不參加紅利分配，並無紅利給付項目。



## 保險商品文號及主要給付項目表

### 三商美邦人壽菁英計畫大專院校學生團體保險

107.05.15 三品字第00064號函備查

112年02月08日依111年08月30日金管保壽字第1110445485號函修正

主要給付項目：身故保險金、特定意外身故保險金、失能保險金、失能生活補助金、重大燒燙傷保險金、校園食物中毒保險金、骨折未住院日額保險金、骨折未住院定額保險金

### 大專院校學生團體醫藥及X光檢驗費用健康險

107.08.17 三品字第00104號函備查

109年01月01日依108年04月09日金管保壽字第10804904941號函修正

主要給付項目：醫藥及X光檢驗費用保險金

### 大專院校學生團體手術健康保險

107.08.17 三品字第00105號函備查

109年01月01日依108年04月09日金管保壽字第10804904941號函修正

主要給付項目：門診手術保險金、住院手術保險金、重大手術保險金、專案補助重大手術保險金

### 大專院校學生團體住院醫療日額給付健康保險

107.10.12三品字第00131號函備查

主要給付項目：一般病房住院醫療保險金、加護病房住院醫療保險金、燒燙傷病房住院醫療保險金、癌症住院醫療保險金



# 三商美邦人壽保險股份有限公司

## Mercuries Life Insurance Co., Ltd.

### 大專院校學生團體保險要保書



G11213

01072233

本公司資訊公開說明相關內容，可至本公司網址：<http://www.mil.com.tw> 查閱；或至本公司總分支機構查閱及索取書面資料。

101.05.28 三品字第 00088 號函備查  
107.05.15 三品字第 00036 號函備查

保單號碼：	G13140000087
保險期間：	自民國 113 年 07 月 31 日午夜十二時起 至民國 114 年 07 月 31 日午夜十二時止

※要保單位指定保險生效日：(須為受理日之後)
民國 113 年 07 月 31 日午夜十二時起

**一、基本資料：**

要保單位： 國立臺中科技大學 代表人： 陳同孝  
 聯絡人： 朱水木 電話： 04-22195227 傳 真： 04-22195221  
 通訊地址： 台中市北區三民路三段129號 電子信箱： g1206525@nctu.edu.tw  
 (要保單位同意本公司利用上列電子信箱進行保單相關之電子通知服務。本公司將盡善良管理人責任，未經同意不得洩漏保戶資料予第三人，並應確保電子訊息安全。要保單位得隨時終止本項服務。)

**二、身故保險金受益人：** 法定繼承人  不同意填寫受益人聯絡地址及電話

※ 身故保險金受益人的指定及變更，以被保險人的家屬或其法定繼承人為限，如係分別之指定或要保單位不同意填寫受益人之聯絡地址及電話，則以要保單位最後所留之聯絡方式，作為日後身故保險金受益人之通知依據。

**三、保險費繳付方式：**  年繳  半年繳

#### 四、保障內容：投保險種與保險金額詳大專院校學生團體保險計劃書

**五、告知事項：**

要保單位與被保險人對於告知事項之詢問應親自據實填寫，如有為隱匿或遺漏不為說明，或為不實之說明，足以變更或減少本公司對危險之估計者，本公司得依保險法第六十四條規定解除該被保險人部分契約。

**六、聲明事項：**

要保書之聲明事項係要保人或被保險人之授權及同意事項，其內容如下：

- 本人(被保險人)同意三商美邦人壽保險股份有限公司得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及病歷個人資料。
- 本人(被保險人、要保人)同意三商美邦人壽保險股份有限公司將本要保書上所載本人資料轉送產、壽險公會建立電腦系統連線，並同意產、壽險公會之會員公司查詢本人在該系統之資料以作為核保及理賠之參考，但各該公司仍應依其本身之核保或理賠標準決定是否承保或理賠，不得僅以前開資料作為承保或理賠之依據。
- 本人(被保險人、要保人)同意三商美邦人壽保險股份有限公司就本人之個人資料，於「個人資料保護法」所規定之範圍內，有為蒐集、處理及利用之權利。

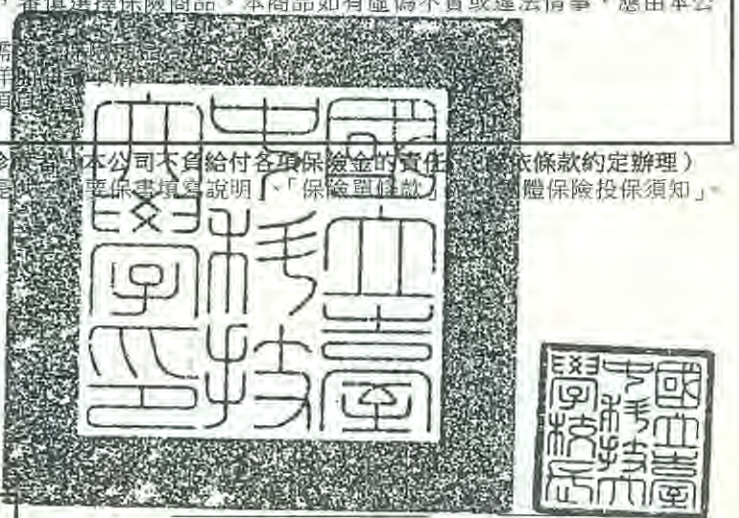
**七、本公司聲明：**

- 本商品經本公司合格簽署人員檢視其內容業已符合一般精算原則及保險法令，惟為確保權益，基於保險公司與消費者衡平對等原則，消費者仍應詳加閱讀保險單條款與相關文件，審慎選擇保險商品。本商品如有虛偽不實或違法情事，應由本公司及負責人依法負責。
- 投保後解約或不繼續繳費可能不利消費者，請慎選符合需求。
- 保險契約各項權利義務皆詳列於保單條款，消費者務必詳加閱讀了解。
- 本保險為不分紅保單，不參加紅利分配，並無紅利給付項目。
- 傷害保險契約不因恐怖主義除外或限額給付。

※ 被保險人因「外觀可見之天生畸形」所致之疾病而接受診療者，本公司不負給付各項保險金的責任(依條款約定辦理)  
 ※ 本人於填寫要保書時，已審閱 未審閱 貴公司所提供之「要保書填寫說明」、「保險單條款」及「團體保險投保須知」。

**三商美邦人壽保險股份有限公司**

業務員簽名： 何育慧  
 登錄字號： 0088406947  
 通訊處： 1400



核保員簽章	團保科受理欄	助理受理欄
<u>黃任斌</u> 6/27		

要保單位章 校長陳同孝 代表人簽章  
 要保日期：民國 113 年 7 月 31 日





# 三商美邦人壽保險股份有限公司

## Mercuries Life Insurance Co., Ltd.



616641

### 大專院校學生團體保險計畫書

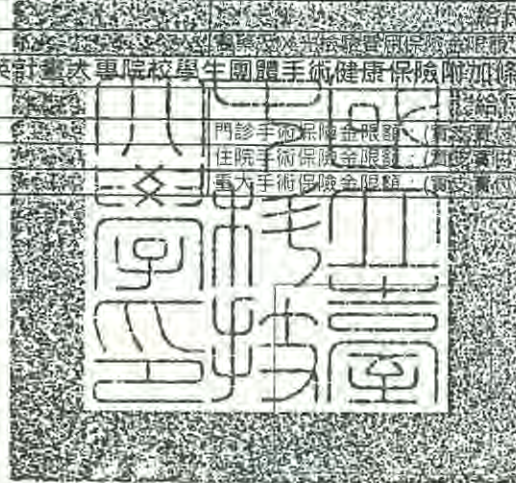


學校名稱：國立臺中科技大學

保單號碼：G13140000089

險種名稱		三商美邦人壽菁英計畫大專院校學生團體保險 (GECI)	
保障內容	給付項目	給付金額	
身故	身故保險金	保險金額	100萬元
	特定意外身故保險金	特定意外身故保險金額	100萬元
失能	第一級失能保險金	保險金額之100%	100萬元
	第一級失能生活補助金	第一年 保險金額之20%	20萬元
		第二年 保險金額之20%	20萬元
		第三年 保險金額之30%	30萬元
		第四年 保險金額之30%	30萬元
	第二級失能保險金	保險金額之90%	90萬元
	第二級失能生活補助金	第一年 保險金額之15%	15萬元
		第二年 保險金額之15%	15萬元
		第三年 保險金額之25%	25萬元
		第四年 保險金額之25%	25萬元
	第三級失能保險金	保險金額之80%	80萬元
	第三級失能生活補助金	第一年 保險金額之15%	15萬元
		第二年 保險金額之15%	15萬元
		第三年 保險金額之25%	25萬元
		第四年 保險金額之25%	25萬元
	第四級失能保險金	保險金額之70%	70萬元
	第五級失能保險金	保險金額之60%	60萬元
第六級失能保險金	保險金額之50%	50萬元	
第七級失能保險金	保險金額之40%	40萬元	
第八級失能保險金	保險金額之30%	30萬元	
第九級失能保險金	保險金額之20%	20萬元	
第十級失能保險金	保險金額之10%	10萬元	
第十一級失能保險金	保險金額之5%	5萬元	
重大燒燙傷	重大燒燙傷保險金	重大燒燙傷保險金保額金額 ※本項限給付一次。	25萬元
其他醫療給付	骨折未住院日額保險金	骨折未住院日額保險金額	250元
	校園食物中毒保險金	校園食物中毒保險金額 / 每人：(定額給付)	1,000元

險種名稱		三商美邦人壽菁英計畫大專院校學生團體住院醫療日額健康保險附加條款 (GECHE)	
保障內容	給付項目	最高給付日數	
住院醫療給付	一般住院醫療保險金日額：	500元	最高給付日數 180日
	加護病房住院醫療保險金日額：	500元	最高給付日數 180日
	燒燙傷病房住院醫療保險金日額：	1,000元	最高給付日數 180日
險種名稱		三商美邦人壽菁英計畫大專院校學生團體醫藥及X光檢驗費用健康保險附加條款 (GECMXR)	
保障內容	給付項目	給付金額	
醫療給付	醫藥及X光檢驗費用保險金	醫藥及X光檢驗費用保險金額	
險種名稱	三商美邦人壽菁英計畫大專院校學生團體手術健康保險附加條款 (GECSE)		給付金額
保障內容	給付項目		給付金額
手術保險金	門診手術保險金		5,000元
	住院手術保險金		6,000元
	重大手術保險金		30,000元



要保單位章

代表人簽章

校長 陳同孝

# 三商美邦人壽保險股份有限公司

## 約 定 書



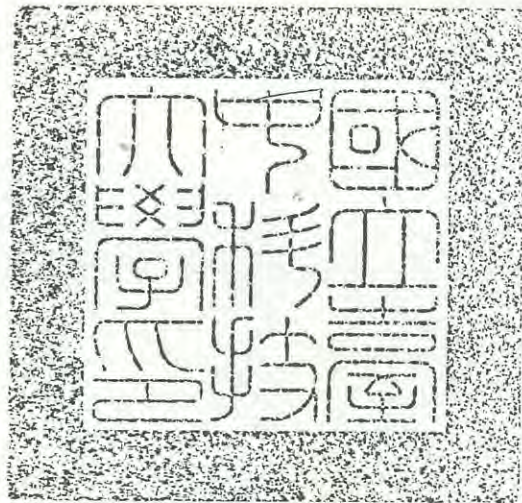
要保單位：G13140000087

保單號碼：國立臺中科技大學

一、本契約相關行政作業以下列樣章取代原要保印鑑辦理。



二、謹此約定，以下空白。



校長 陳同孝



三商美邦人壽保險股份有限公司  
團 體 保 險 部

要保單位暨負責人簽章

中 華 民 國 113 年 7 月 31 日

GI1401







# 三商美邦人壽保險股份有限公司

## Mercuries Life Insurance Co., Ltd.

### 團體保險投保權益確認聲明書

保單號碼： G13140000087

要保單位： 國立臺中科技大學

負責人姓名： 陳同孝 出生日期： \_\_\_\_\_ 性別：男 女

國籍：本國籍 非本國籍，請填寫國籍： \_\_\_\_\_

茲就要保單位投保三商美邦人壽保險股份有限公司(以下稱本公司)團體保險商品事宜，為確保要保單位的權益，並使 貴公司能了解要保單位的保險適合度，要保單位確認下列聲明事項：

1. 要保單位已收訖並同意 貴公司提供之「三商美邦人壽蒐集、處理及利用個人資料告知書」。
2. 要保單位已確實瞭解所繳交之保險費係用以購買保險商品。
3. 要保單位與被保險人已確實瞭解所投保險種、保險金額及保險費支出符合自身實際需求，且與要保單位或被保險人收入、財務狀況與職業等具相當性。
4. 要保單位與被保險人於投保時，已提供證明文件(營利事業登記證或其他足資證明之文件)予業務人員檢視。
5. 要保單位與被保險人於投保時，確實係由要保單位檢視要保書及相關要保文件之內容後，親自簽署所有文件，且受益人之指定經被保險人同意，並同意投保。
6. 被保險人具備投保資格且確為要保單位之員工(成員)或其眷屬。
7. 保險契約審閱期間確認：

(1) 經 業務人員親送 傳真 網絡 電子郵件(可複選)之方式取得保險契約條款樣張。

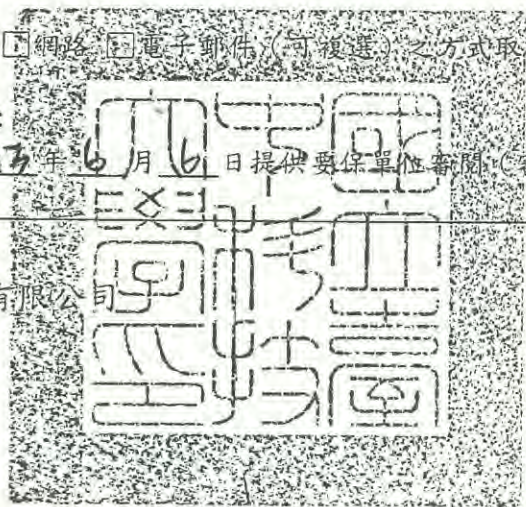
(2) 條款樣張審閱期間聲明如下：

\* 契約條款樣張已於民國 113 年 6 月 6 日提供要保單位審閱。(審閱期間至少三日)

其他： \_\_\_\_\_

此致

三商美邦人壽保險股份有限公司



校長 **陳同孝**



要保單位、負責人簽章  
中華民國 113 年 6 月 13 日

業務員 1 簽名/登錄字號： 何嘉慧 / 10088406947 日期： 113.6.13

業務員 2 簽名/登錄字號： \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_

(倘共同招攬，請共同簽名並共同填妥登錄字號)

通訊處： 1400 受理欄： \_\_\_\_\_



# 三商美邦人壽保險股份有限公司

(以下稱本公司)

## 三商美邦人壽菁英計畫大專院校學生團體保險

主要給付項目：身故保險金、特定意外身故保險金、失能保險金、失能生活補助金、重大燒燙傷保險金、校園食物中毒保險金、骨折未住院日額保險金、骨折未住院定額保險金

107.05.15 三品字第 00064 號函備查  
112 年 02 月 08 日依 111 年 08 月 30 日金  
管保壽字第 1110445485 號函修正

※本保險為不分紅保單，不參加紅利分配，並無紅利給付項目。

※本商品經本公司合格簽署人員檢視其內容業已符合一般精算原則及保險法令，惟為確保權益，基於保險公司與消費者衡平對等原則，消費者仍應詳加閱讀保險單條款與相關文件，審慎選擇保險商品。本商品如有虛偽不實或違法情事，應由本公司及負責人依法負責。

※投保後解約或不繼續繳費可能不利消費者，請慎選符合需求之保險商品。

※保險契約各項權利義務皆詳列於保單條款，消費者務必詳加閱讀了解。

※免費申訴電話：0800-022258

### 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，即教育部所轄之各級國立專科以上學校及經教育部核准立案之各級公、私立專科以上學校（以下簡稱大專院校），以校長或其職務代理人為代表人。
- 二、「被保險人」：指投保本契約之大專院校具有要保單位學籍之學生及實習教師，並記載於被保險人名冊內者。
- 三、「實習教師」：指投保本契約之大專院校修畢教育學分，經分發至指定學校實習之學生。
- 四、「疾病」：指被保險人自本契約生效日起所發生之疾病。
- 五、「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。
- 六、「意外傷害事故」：指非由疾病引起之外來突發事故。
- 七、「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。
- 八、「醫師」：指符合醫療相關法令規章規範，以領有醫師證書，合法執業者為限。但被保險人為醫師時，不得為被保險人本人出具診斷書或住院證明。
- 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。
- 十、「校園」：指被保險人所就讀學校校區範圍所示之區域，包含學校附設之實習工廠或實習農場。被保險人於校區外乘坐校車時視同處於校園內。
- 十一、「身故保險金」、「特定意外身故保險金」、「失能保險金」、「失能生活補助金」、「重大燒燙傷保險金」、「校園食物中毒保險金」、「骨折未住院日額保險金」、「骨折未住院定額保險金」：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 【保險範圍】

被保險人於本契約有效期間內，因疾病或遭受意外傷害事故，以致身故、失能、重大燒燙傷、校園食物中毒或骨折者，本公司依照本契約的約定，給付保險金。

### 第四條 【保險期間】

本契約保險期間為一年，但應屆畢業生保險效力至畢業年度之八月三十一日終止；延後畢業者，則由要保人將學生姓名、身分證編號等資料造具名冊，並於繳納保險費後，其保險期間延至畢業之日午夜十二時終止。在上學期畢業之學生，其保險效力則至畢業年度之二月月終之日午夜十二時終止。

被保險人為實習教師時，其保險期間為該實習教師之實習期間。

### 第五條 【資料的提供】

要保人應保存每位被保險人的個別資料；詳錄該被保險人的姓名、性別、年齡、出生日期、身分證編號、保險終止日期，以及其他與本契約有關的資料。

要保人應依本公司的要求，提供前項資料。



**第十三條 【重大燒燙傷保險金的給付】**

被保險人於本契約有效期間內，因遭受意外傷害事故，致身體蒙受燒燙傷之傷害，並經醫師診斷符合全民健康保險重大傷病範圍(燒燙傷)者，本公司按本契約約定保險金額給付「重大燒燙傷保險金」，並以一次為限。但未來全民健康保險重大傷病範圍(燒燙傷)變更時，按變更後之範圍。

**第十四條 【校園食物中毒保險金的給付】**

被保險人於本契約有效期間內，因食用學生餐廳食物或參加本契約第十一條第二項所列活動致食物中毒事故，經醫院或診所診療者，本公司按本契約約定保險金額給付「校園食物中毒保險金」。

**第十五條 【骨折未住院日額保險金的給付】**

被保險人於本契約有效期間內，因遭受意外傷害事故蒙受骨折(須經檢附 X 光片證明)未住院治療者，或已住院但住院日數(自入院治療當日起至出院當日止，但出院後同日再次住院治療時，不論其原因為何，該日不重複計入)未達附表二所列骨折別給付日數，其未住院部分本公司依該表所訂日數為上限，就未住院日數乘以本契約約定保險金額給付「骨折未住院日額保險金」。

前述所稱骨折是指骨骼完全折斷而言。如係不完全骨折，按完全骨折日數二分之一給付；如係骨骼龜裂者，按完全骨折日數四分之一給付。如同時蒙受附表二所列二項以上骨折時，僅給付一項較高等級的「骨折未住院日額保險金」。

第一項所指「骨折未住院日額保險金」與第十六條「骨折未住院定額保險金」於本契約訂立時，經要保人指定擇一投保。

**第十六條 【骨折未住院定額保險金的給付】**

被保險人於本契約有效期間內，因遭受意外傷害事故蒙受骨折(須經檢附 X 光片證明)且未住院治療者，本公司按本契約約定保險金額給付「骨折未住院定額保險金」。

前項所指「骨折未住院定額保險金」與第十五條「骨折未住院日額保險金」於本契約訂立時，經要保人指定擇一投保。

**第十七條 【保險給付的期限】**

被保險人於本契約有效期間內遭受意外傷害事故，而在保險期間屆滿後致成身故、失能或重大燒燙傷者，若身故、失能或重大燒燙傷的日期，在意外傷害事故發生之日起一百八十日以內者，本公司依本契約約定給付各項保險金。但超過一百八十日致成身故、失能或重大燒燙傷者，受益人若能證明被保險人之身故、失能或重大燒燙傷與該意外傷害事故具有因果關係者，不在此限。

**第十八條 【保險給付的限額】**

被保險人於本契約有效期間內因同一事故致成失能後身故，並符合本契約第十一條及第十二條約定之申領條件時，本公司之給付總金額(不包含「特定意外身故保險金」與「失能生活補助金」)合計最高以本契約「身故保險金」之約定金額為限。

前項情形，受益人已受領失能保險金者，本公司僅就本契約「身故保險金」之約定金額與已受領金額間之差額負給付責任。

被保險人於本契約有效期間內因不同事故致成失能、身故時，受益人得依第十一條及第十二條之約定分別申領保險金，不適用第一項之約定。

**第十九條 【除外責任(一)】**

被保險人有下列情形之一者，本公司不負給付第十一條第一項「身故保險金」及第十二條「失能保險金」及「失能生活補助金」的責任。

一、被保險人故意自殺或自成附表一所列失能程度之一者。但被保險人連續投保滿二年後故意自殺致死者，本公司仍負給付「身故保險金」之責任。

二、被保險人因犯罪處死或拒捕或越獄致死或致成附表一所列失能程度之一者。

第二十二條情形致被保險人失能時，本公司按第十二條的約定給付「失能保險金」及「失能生活補助金」。

**第二十條 【除外責任(二)】**

被保險人因下列原因致成死亡、失能或傷害時，本公司不負給付第十一條第二項「特定意外身故保險金」、第十二條「失能保險金」及「失能生活補助金」(限意外傷害事故所致)、第十三條「重大燒燙傷保險金」、第十五條「骨折未住院日額保險金」、第十六條「骨折未住院定額保險金」的責任。

一、被保險人的故意行為。

二、被保險人犯罪行為。

三、被保險人飲酒後駕(騎)車，其吐氣或血液所含酒精成份超過道路交通法令規定標準者。

- 四、戰爭（不論宣戰與否）、內亂及其他類似的武裝變亂，但契約另有約定者不在此限。
- 五、因原子或核子能裝置所引起的爆炸、灼熱、輻射或污染，但契約另有約定者不在此限。

#### 第二十一條 【不保事項】

被保險人從事下列活動，致成死亡、失能或傷害時，除契約另有約定外，本公司不負給付第十一條第二項「特定意外身故保險金」、第十二條「失能保險金」及「失能生活補助金」（限意外傷害事故所致）、第十三條「重大燒燙傷保險金」、第十五條「骨折未住院日額保險金」、第十六條「骨折未住院定額保險金」的責任。

- 一、被保險人從事角力、摔跤、柔道、空手道、跆拳道、馬術、拳擊、特技表演等的競賽或表演。
- 二、被保險人從事汽車、機車及自由車等的競賽或表演。

#### 第二十二條 【受益人之受益權】

受益人故意致被保險人於死或雖未致死者，喪失其受益權。

前項情形，如因該受益人喪失受益權，而致無受益人受領保險金額時，其保險金額作為被保險人遺產。如有其他受益人者，喪失受益權之受益人原應得之部份，按其他受益人原約定比例分歸其他受益人。

#### 第二十三條 【受益人的指定與變更】

「失能保險金」、「失能生活補助金」、「重大燒燙傷保險金」、「校園食物中毒保險金」、「骨折未住院日額保險金」及「骨折未住院定額保險金」的受益人，為被保險人本人，本公司不受理其指定或變更。

「身故保險金」及「特定意外身故保險金」受益人的指定及變更，以被保險人的家屬或其法定繼承人為限。受益人之指定及變更，要保人得依下列約定辦理：

- 一、於訂立本契約時，經被保險人同意指定受益人。
- 二、於保險事故發生前經被保險人同意變更受益人，如要保人未將前述變更通知本公司者，不得對抗本公司。

前項受益人的變更，於要保人檢具申請書及被保險人的同意書送達本公司時，本公司應即予批註或發給批註書。

本公司給付各項保險金時，應以受益人直接申領為限。

被保險人身故時，如本契約「失能保險金」、「失能生活補助金」、「重大燒燙傷保險金」、「校園食物中毒保險金」、「骨折未住院日額保險金」及「骨折未住院定額保險金」尚未給付或未完全給付予被保險人，則以該被保險人之法定繼承人為該部分保險金之受益人。

「身故保險金」及「特定意外身故保險金」之受益人同時或先於被保險人本人身故，除已另行指定受益人外，以該被保險人之法定繼承人為本契約之受益人。

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。

#### 第二十四條 【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各項保險金。

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。

#### 第二十五條 【失蹤處理】

被保險人在本契約有效期間內失蹤者，如經法院宣告死亡時，本公司根據判決內所確定死亡時日為準，依本契約第十一條約定給付「身故保險金」；如要保人或受益人能提出證明文件，足以認為被保險人極可能因意外傷害事故而死亡者，本公司應依意外傷害事故發生日為準，依本契約第十一條約定給付「身故保險金」或「特定意外身故保險金」。但日後發現被保險人生還時，受益人應將該筆已領之「身故保險金」或「特定意外身故保險金」歸還本公司，其間有應繳而未繳之保險費者，於要保人一次清償後，該被保險人保險契約效力自原終止日繼續有效，本公司如有應行給付其他保險金情事者，仍依約給付。

#### 第二十六條 【保險金的申領】

受益人申領保險金時，應檢具下列文件：

- 一、保險金申請書。
- 二、申領身故保險金者，另檢具相驗屍體證明書或死亡證明書及被保險人的除戶戶籍謄本。申領特定意外身故保險金者，另檢具相關書面證明。
- 三、申領失蹤之身故保險金者，另檢具失蹤證明文件。
- 四、申領失能保險金者，另檢具失能診斷書。
- 五、申領失能生活補助金者，另檢具被保險人滿週年仍生存之戶籍謄本。
- 六、申領重大燒燙傷保險金者，另檢具醫療診斷書及全民健康保險燒燙傷之重大傷病證明，且須於診斷書上載明燒燙

傷程度及佔體表面積之比例。

七、申領骨折未住院日額保險金、骨折未住院定額保險金、校園食物中毒保險金者，另檢具醫療診斷書或住院證明及相關資料：須列明傷害名稱，或骨折程度之診斷、檢驗報告與 X 光片，或校園食物中毒之事故證明。

八、受益人的身分證明。

因遭受意外傷害事故而申領本契約各項保險金時，本公司於必要時得要求提供意外傷害事故證明文件。

受益人申領失能保險金時，本公司基於審核保險金之需要，得對被保險人的身體予以檢驗，另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。

#### **第二十七條 【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。

#### **第二十八條 【批註】**

本契約內容的變更，或記載事項的增刪，除第二十三條規定者外，應經要保人與本公司雙方書面同意，並由本公司即予批註或發給批註書。

#### **第二十九條 【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：失能程度與保險金給付表

項目	項次	失能程度	失能等級	給付比例	
1 神經 神經 (註1)	1-1-1	中樞神經系統機能遺存極度障害，包括植物人狀態或氣切呼吸器輔助，終身無工作能力，為維持生命必要之日常生活活動，全須他人扶助，經常需醫療護理或專人周密照護者。	1	100%	
	1-1-2	中樞神經系統機能遺存高度障害，須長期臥床或無法自行翻身，終身無工作能力，為維持生命必要之日常生活活動之一部分須他人扶助者。	2	90%	
	1-1-3	中樞神經系統機能遺存顯著障害，終身無工作能力，為維持生命必要之日常生活活動尚可自理者。	3	80%	
	1-1-4	中樞神經系統機能遺存障害，由醫學上可證明局部遺存頑固神經症狀，且勞動能力較一般顯明低下者。	7	40%	
	1-1-5	中樞神經系統機能遺存障害，由醫學上可證明局部遺存頑固神經症狀，但通常無礙勞動。	11	5%	
2 視力障害 眼 (註2)	2-1-1	雙目均失明者。	1	100%	
	2-1-2	雙目視力減退至 0.06 以下者。	5	60%	
	2-1-3	雙目視力減退至 0.1 以下者。	7	40%	
	2-1-4	一目失明，他目視力減退至 0.06 以下者。	4	70%	
	2-1-5	一目失明，他目視力減退至 0.1 以下者。	6	50%	
	2-1-6	一目失明者。	7	40%	
3 聽覺障害 耳 (註3)	3-1-1	兩耳鼓膜全部缺損或兩耳聽覺機能均喪失 90 分貝以上者。	5	60%	
	3-1-2	兩耳聽覺機能均喪失 70 分貝以上者。	7	40%	
4 缺損及機能障害 鼻 (註4)	4-1-1	鼻部缺損，致其機能永久遺存顯著障害者。	9	20%	
	4-1-2	鼻未缺損，而鼻機能永久遺存顯著障害者。	11	5%	
5 咀嚼吞嚥及言語 機能障害 (註5)	5-1-1	永久喪失咀嚼，吞嚥或言語之機能者。	1	100%	
	5-1-2	咀嚼，吞嚥及言語之機能永久遺存顯著障害者。	5	60%	
	5-1-3	咀嚼，吞嚥或言語構音之機能永久遺存顯著障害者。	7	40%	
6 胸腹部臟器 機能障害 (註6)	胸腹部臟器機能遺存	6-1-1	胸腹部臟器機能遺存極度障害，終身不能從事任何工作，經常需要醫療護理或專人周密照護者。	1	100%
		6-1-2	胸腹部臟器機能遺存高度障害，終身不能從事任何工作，且日常生活需人扶助。	2	90%
		6-1-3	胸腹部臟器機能遺存顯著障害，終身不能從事任何工作，但日常生活尚可自理者。	3	80%
		6-1-4	胸腹部臟器機能遺存顯著障害，終身祇能從事輕便工作者。	7	40%
	臟器切除	6-2-1	任一主要臟器切除二分之一以上者。	9	20%
		6-2-2	脾臟切除者。	11	5%
膀胱機能障害	6-3-1	膀胱機能完全喪失且無裝置人工膀胱者。	3	80%	
7 軀幹 脊柱運動障害 (註7)	7-1-1	脊柱永久遺存顯著運動障害者。	7	40%	
	7-1-2	脊柱永久遺存運動障害者。	9	20%	
8 上肢 上肢缺損障害 (註8)	8-1-1	兩上肢腕關節缺失者。	1	100%	
	8-1-2	一上肢肩，肘及腕關節中，有二大關節以上缺失者。	5	60%	
	8-1-3	一上肢腕關節缺失者。	6	50%	
	8-2-1	雙手十指均缺失者。	3	80%	
	8-2-2	雙手兩拇指均缺失者。	7	40%	
	8-2-3	一手五指均缺失者。	7	40%	
	8-2-4	一手包含拇指及食指在內，共有四指缺失者。	7	40%	
	8-2-5	一手拇指及食指缺失者。	8	30%	
	8-2-6	一手包含拇指或食指在內，共有三指以上缺失者。	8	30%	
	8-2-7	一手包含拇指在內，共有二指缺失者。	9	20%	
	8-2-8	一手拇指缺失或一手食指缺失者。	11	5%	
	8-2-9	一手拇指及食指以外之任何手指，共有二指以上缺失者。	11	5%	
	上肢機能障害 (註9)	8-3-1	兩上肢肩，肘及腕關節均永久喪失機能者。	2	90%
		8-3-2	兩上肢肩，肘及腕關節中，各有二大關節永久喪失機能者。	3	80%
8-3-3		兩上肢肩，肘及腕關節中，各有一大關節永久喪失機能者。	6	50%	
8-3-4		一上肢肩，肘及腕關節均永久喪失機能者。	6	50%	

項目	項次	失能程度	失能等級	給付比例	
8 上肢	上肢機能障害 (註9)	8-3-5	一上肢肩、肘及腕關節中，有二大關節永久喪失機能者。	7	40%
		8-3-6	一上肢肩、肘及腕關節中，有一大關節永久喪失機能者。	8	30%
		8-3-7	兩上肢肩、肘及腕關節均永久遺存顯著運動障害者。	4	70%
		8-3-8	兩上肢肩、肘及腕關節中，各有二大關節永久遺存顯著運動障害者。	5	60%
		8-3-9	兩上肢肩、肘及腕關節中，各有一大關節永久遺存顯著運動障害者。	7	40%
		8-3-10	一上肢肩、肘及腕關節均永久遺存顯著運動障害者。	7	40%
		8-3-11	一上肢肩、肘及腕關節中，有二大關節永久遺存顯著運動障害者。	8	30%
		8-3-12	兩上肢肩、肘及腕關節均永久遺存運動障害者。	6	50%
		8-3-13	一上肢肩、肘及腕關節均永久遺存運動障害者。	9	20%
		手指機能障害 (註10)	8-4-1	雙手十指均永久喪失機能者。	5
	8-4-2		雙手兩拇指均永久喪失機能者。	8	30%
	8-4-3		一手五指均永久喪失機能者。	8	30%
	8-4-4		一手包含拇指及食指在內，共有四指永久喪失機能者。	8	30%
8-4-5	一手拇指及食指永久喪失機能者。		11	5%	
8-4-6	一手含拇指及食指有三手指以上之機能永久完全喪失者。		9	20%	
8-4-7	一手拇指或食指及其他任何手指，共有三指以上永久喪失機能者。		10	10%	
9 下肢	下肢缺損障害	9-1-1	兩下肢足踝關節缺失者。	1	100%
		9-1-2	一下肢髌、膝及足踝關節中，有二大關節以上缺失者。	5	60%
		9-1-3	一下肢足踝關節缺失者。	6	50%
	縮短障害 (註11)	9-2-1	一下肢永久縮短五公分以上者。	7	40%
	足趾缺損障害 (註12)	9-3-1	雙足十趾均缺失者。	5	60%
		9-3-2	一足五趾均缺失者。	7	40%
	下肢機能障害 (註13)	9-4-1	兩下肢髌、膝及足踝關節均永久喪失機能者。	2	90%
		9-4-2	兩下肢髌、膝及足踝關節中，各有二大關節永久喪失機能者。	3	80%
		9-4-3	兩下肢髌、膝及足踝關節中，各有一大關節永久喪失機能者。	6	50%
		9-4-4	一下肢髌、膝及足踝關節均永久喪失機能者。	6	50%
		9-4-5	一下肢髌、膝及足踝關節中，有二大關節永久喪失機能者。	7	40%
		9-4-6	一下肢髌、膝及足踝關節中，有一大關節永久喪失機能者。	8	30%
		9-4-7	兩下肢髌、膝及足踝關節均永久遺存顯著運動障害者。	4	70%
		9-4-8	兩下肢髌、膝及足踝關節中，各有二大關節永久遺存顯著運動障害者。	5	60%
		9-4-9	兩下肢髌、膝及足踝關節中，各有一大關節永久遺存顯著運動障害者。	7	40%
		9-4-10	一下肢髌、膝及足踝關節均遺存永久顯著運動障害者。	7	40%
		9-4-11	一下肢髌、膝及足踝關節中，有二大關節永久遺存顯著運動障害者。	8	30%
		9-4-12	兩下肢髌、膝及足踝關節均永久遺存運動障害者。	6	50%
		9-4-13	一下肢髌、膝及足踝關節均永久遺存運動障害者。	9	20%
	足趾機能障害 (註14)	9-5-1	雙足十趾均永久喪失機能者。	7	40%
		9-5-2	一足五趾均永久喪失機能者。	9	20%

註1:

- 1-1. 於審定「神經障害等級」時，須有精神科、神經科、神經外科或復健科專科醫師診斷證明及相關檢驗報告（如簡式智能評估表(MMSE)、失能評估表(modified Rankin Scale, mRS)、臨床失智評估量表(CDR)、神經電生理檢查報告、神經系統影像檢查報告及相符之診斷檢查報告等）資料為依據，必要時保險人得另行指定專科醫師會同認定。
  - (1) 「為維持生命必要之日常生活活動」係指食物攝取、大小便始末、穿脫衣服、起居、步行、入浴等。
  - (2) 有失語、失認、失行等之病灶症狀、四肢麻痺、錐體外路症狀、記憶力障害、知覺障害、感情障害、意欲減退、人格變化等顯著障害；或者麻痺等症狀，雖為輕度，身體能力仍存，但非他人在身邊指示，無法遂行其工作者：適用第3級。
  - (3) 中樞神經系統障害，例如無知覺障害之錐體路及錐體外路症狀之輕度麻痺，依影像檢查始可證明之輕度腦萎縮、腦波異常等屬之，此等症狀須據專科醫師檢查、診斷之結果審定之。
  - (4) 中樞神經系統之類廢症狀如發生於中樞神經系統以外之機能障害，應按其發現部位所定等級定之，如障害同時併存時，應綜合其全部症狀擇一等級定之，等級不同者，應按其中較重者定其等級。





註 7:

- 7-1. 脊柱遺存障害者，若併存神經障害時，應綜合其全部症狀擇一等級定之，等級不同者，應按其中較重者定其等級。
- 7-2. 脊柱運動障害須經 X 光照片檢查始可診斷，如經診斷有明顯骨折、脫位或變形者，應依下列規定審定：
  - (1) 「遺存顯著運動障害」，係指脊柱連續固定四個椎體及三個椎間盤（含）以上，且喪失生理運動範圍二分之一以上者。
  - (2) 「遺存運動障害」，係指脊柱連續固定四個椎體及三個椎間盤（含）以上，且喪失生理運動範圍三分之一以上者。
  - (3) 脊柱運動限制不明顯或脊柱固定三個椎體及二個椎間盤（含）以下者，不在給付範圍。

註 8:

- 8-1. 「手指缺失」係指：
  - (1) 在拇指者，係由指節間關節切斷者。
  - (2) 其他各指，係指由近位指節間關節切斷者。
- 8-2. 若經接指手術後機能仍永久完全喪失者，視為缺失。足趾亦同。
- 8-3. 截取拇趾接合於拇指時，若拇指原本之缺失已符合失能標準，接合後機能雖完全正常，拇指之部份仍視為缺失，而拇趾之自截部份不予計入。

註 9:

- 9-1. 「一上肢肩、肘及腕關節永久喪失機能」，係指一上肢完全廢用，如下列情況者：
  - (1) 一上肢肩、肘及腕關節完全強直或完全麻痺，及該手五指均永久喪失機能者。
  - (2) 一上肢肩、肘及腕關節完全強直或完全麻痺者。
- 9-2. 「一上肢肩、肘及腕關節永久遺存顯著運動障害」，係指一上肢各關節遺存顯著運動障害，如下列情況者：
  - (1) 一上肢肩、肘及腕關節均永久遺存顯著運動障害，及該手五指均永久喪失機能者。
  - (2) 一上肢肩、肘及腕關節均永久遺存顯著運動障害者。
- 9-3. 以生理運動範圍，作審定關節機能障害之標準，規定如下：
  - (1) 「喪失機能」，係指關節完全強直或完全麻痺狀態者。
  - (2) 「顯著運動障害」，係指喪失生理運動範圍二分之一以上者。
  - (3) 「運動障害」，係指喪失生理運動範圍三分之一以上者。
- 9-4. 運動限制之測定：
  - (1) 以各關節之生理運動範圍為基準。機能(運動)障害原因及程度明顯時，採用主動運動之運動範圍，如障害程度不明確時，則須由被動運動之可能運動範圍參考決定之。
  - (2) 經石膏固定患部者，應考慮其癒後恢復之程度，作適宜之決定。
- 9-5. 上下肢關節名稱及生理運動範圍如說明圖表。

註 10:

- 10-1. 「手指永久喪失機能」係指：
  - (1) 在拇指，中手指節關節或指節間關節，喪失生理運動範圍二分之一以上者。
  - (2) 在其他各指，中手指節關節，或近位指節間關節，喪失生理運動範圍二分之一以上者。
  - (3) 拇指或其他各指之末節切斷達二分之一以上者。

註 11:

- 11-1. 下肢縮短之測定，自患側之腸骨前上棘與內踝下端之長度，與健側下肢比較測定其短縮程度。

註 12:

- 12-1. 「足趾缺失」係指：自中足趾關節切斷而足趾全部缺損者。

註 13:

- 13-1. 「一下肢髌、膝及足踝關節永久喪失機能」，係指一下肢完全廢用，如下列情況者：
  - (1) 一下肢三大關節均完全強直或完全麻痺，以及一足五趾均喪失機能者。
  - (2) 一下肢三大關節均完全強直或完全麻痺者。
- 13-2. 下肢之機能障害「喪失機能」、「顯著運動障害」或「運動障害」之審定，參照上肢之各該項規定。

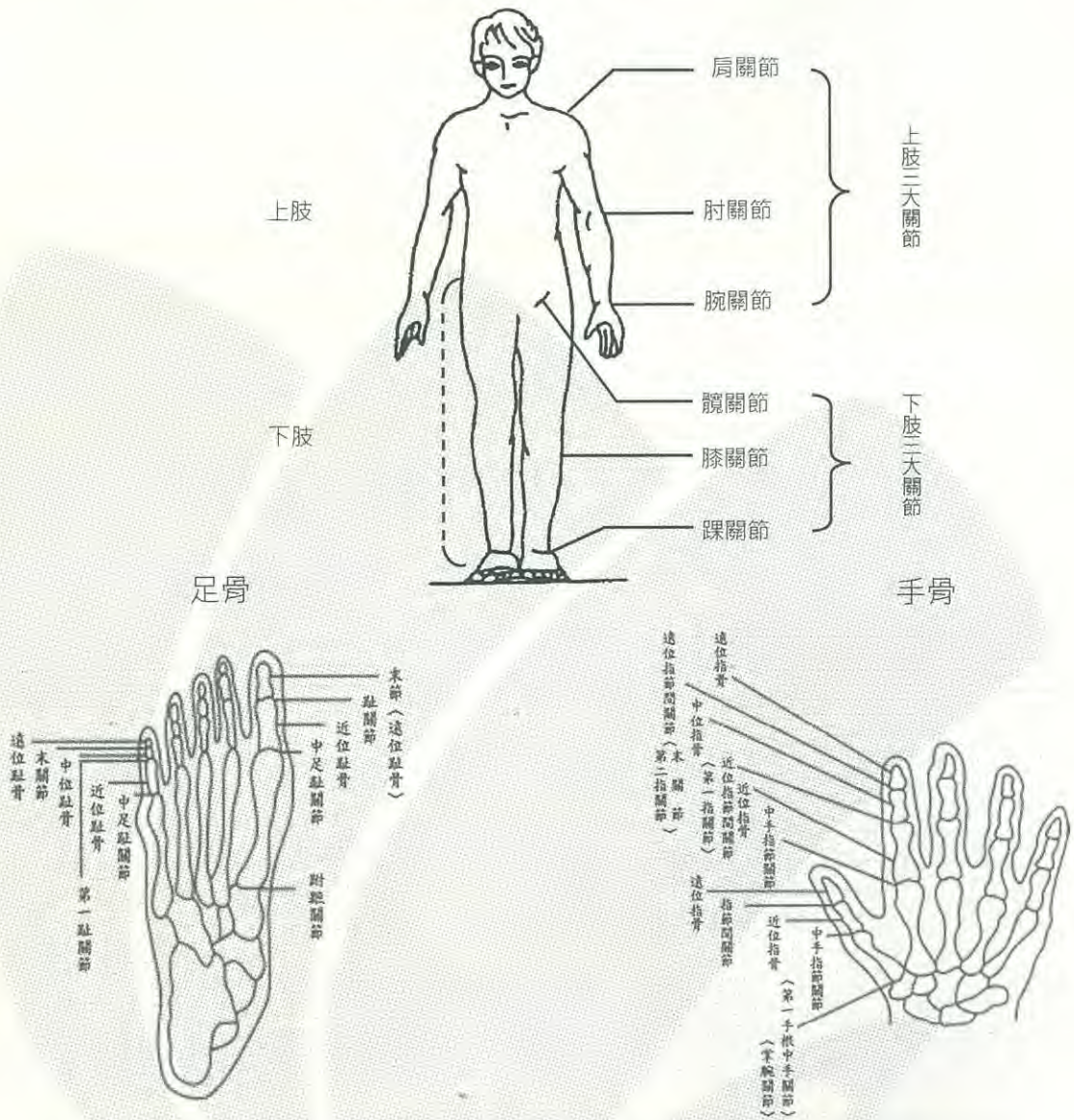
註 14:

- 14-1. 「足趾永久喪失機能者」係指符合下列情況者：
  - (1) 第一趾末切斷二分之一以上者，或中足趾關節，或趾關節之運動可能範圍，喪失生理運動範圍二分之一以上者。
  - (2) 在第二趾，自末關節以上切斷者，或中足趾關節或第一趾關節喪失生理運動範圍二分之一以上者。
  - (3) 在第三、四、五各趾，係指末關節以上切斷或中足趾關節及第一趾關節均完全強直者。

註 15:

- 15-1. 機能永久喪失及遺存各級障害之判定，以被保險人於事故發生之日起，並經六個月治療後症狀固定，再行治療仍不能期待治療效果的結果為基準判定。但立即可判定者不在此限。

# 上下肢關節名稱說明圖



上、下肢關節生理運動範圍一覽表

上肢：

左肩關節	前舉 (正常180度)	後舉 (正常60度)	關節活動度 (正常240度)
右肩關節	前舉 (正常180度)	後舉 (正常60度)	關節活動度 (正常240度)
左肘關節	屈曲 (正常145度)	伸展 (正常0度)	關節活動度 (正常145度)
右肘關節	屈曲 (正常145度)	伸展 (正常0度)	關節活動度 (正常145度)
左腕關節	掌屈 (正常80度)	背屈 (正常70度)	關節活動度 (正常150度)
右腕關節	掌屈 (正常80度)	背屈 (正常70度)	關節活動度 (正常150度)

下肢：

左髖關節	屈曲 (正常125度)	伸展 (正常10度)	關節活動度 (正常135度)
右髖關節	屈曲 (正常125度)	伸展 (正常10度)	關節活動度 (正常135度)
左膝關節	屈曲 (正常140度)	伸展 (正常0度)	關節活動度 (正常140度)
右膝關節	屈曲 (正常140度)	伸展 (正常0度)	關節活動度 (正常140度)
左踝關節	蹠曲 (正常45度)	背屈 (正常20度)	關節活動度 (正常65度)
右踝關節	蹠曲 (正常45度)	背屈 (正常20度)	關節活動度 (正常65度)

若被保險人可證明其另一正常側之肢體關節活動度大於上述表定關節活動度時，則依其正常側之肢體關節活動度作為生理運動範圍之測定標準。

附表二：骨折別給付日數表

骨折部分	完全骨折日數
1 鼻骨、眶骨〈含顴骨〉	14天
2 掌骨、指骨	14天
3 蹠骨、趾骨	14天
4 下顎（齒槽醫療除外）	20天
5 肋骨	20天
6 鎖骨	28天
7 橈骨或尺骨	28天
8 膝蓋骨	28天
9 肩胛骨	34天
1 0 椎骨（包括胸椎、腰椎及尾骨）	40天
1 1 骨盤（包括腸骨、恥骨、坐骨、薦骨）	40天
1 2 頭蓋骨	50天
1 3 臂骨	40天
1 4 橈骨與尺骨	40天
1 5 腕骨（一手或雙手）	40天
1 6 脛骨或腓骨	40天
1 7 踝骨（一足或雙足）	40天
1 8 股骨	50天
1 9 脛骨及腓骨	50天
2 0 大腿骨頸	60天

# 三商美邦人壽保險股份有限公司

(以下稱本公司)

## 三商美邦人壽菁英計畫大專院校學生團體住院醫療日額給付健康保險附加條款

主要給付項目：一般病房住院醫療保險金、加護病房住院醫療保險金、燒燙傷病房住院醫療保險金、癌症住院醫療保險金

107.10.12 三品字第 00131 號函備查

109年01月01日依108年04月09日

金管保壽字第 10804904941 號函修正

※本附加條款需申請附加並經本公司同意後，始生效力。

※本商品經本公司合格簽署人員檢視其內容業已符合一般精算原則及保險法令，惟為確保權益，基於保險公司與消費者衡平對等原則，消費者仍應詳加閱讀保險單條款與相關文件，審慎選擇保險商品。本商品如有虛偽不實或違法情事，應由本公司及負責人依法負責。

※投保後解約或不繼續繳費可能不利消費者，請慎選符合需求之保險商品。

※保險契約各項權利義務皆詳列於保單條款，消費者務必詳加閱讀了解。

※免費申訴電話：0800-022258

### 第一條 【附加條款之訂定與構成】

本三商美邦人壽菁英計畫大專院校學生團體住院醫療日額給付健康保險附加條款（以下簡稱本附加條款），僅可附加於本公司三商美邦人壽菁英計畫大專院校學生團體保險（以下簡稱本契約）。本附加條款需要保人申請經本公司同意附加於本契約後，始生效力，並構成本契約之一部分。本契約與本附加條款相抵觸者，以本附加條款為原則。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、「癌症」：指組織細胞有惡性細胞不斷生長，擴張及對組織侵害的特性之惡性腫瘤或惡性白血球過多症，經醫師藉由病理檢驗診斷確定，且符合附表之「國際疾病傷害及死因分類標準第九版」歸屬於惡性腫瘤或原位癌之疾病。
- 二、「一般病房住院醫療保險金日額」、「加護病房住院醫療保險金日額」、「燒燙傷病房住院醫療保險金日額」、「癌症住院醫療保險金日額」：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 【保險範圍】

被保險人於本附加條款有效期間內，因疾病或傷害而住院診療時，本公司依照本附加條款的約定給付保險金。

### 第四條 【一般病房住院醫療保險金的給付】

被保險人於本附加條款有效期間內住院診療時，本公司按其實際住院日數(自入院診療當日起至出院當日止，但出院後同日再次住院診療時，不論其原因為何，該日不重複計入)乘以「一般病房住院醫療保險金日額」給付「一般病房住院醫療保險金」。

「一般病房住院醫療保險金」同一次住院之給付日數以本附加條款約定日數為限。

### 第五條 【加護病房住院醫療保險金的給付】

被保險人於本附加條款有效期間內住進加護病房診療時，本公司除按第四條約定給付外，另按其實際住進加護病房日數(自住進加護病房診療當日起至轉出加護病房當日止，但轉出後同日再次住進加護病房診療時，不論其原因為何，該日不重複計入)乘以「加護病房住院醫療保險金日額」給付「加護病房住院醫療保險金」。

「加護病房住院醫療保險金」同一次住院之給付日數以本附加條款約定日數為限。

### 第六條 【燒燙傷病房住院醫療保險金的給付】

被保險人於本附加條款有效期間內，因遭受意外傷害事故蒙受燒燙傷之傷害住進燒燙傷病房治療時，本公司除按第四條約定給付外，另按其實際住進燒燙傷病房日數(自住進燒燙傷病房治療當日起至轉出燒燙傷病房當日止，但轉出後同日再次住進燒燙傷病房治療時，不論其原因為何，該日不重複計入)乘以「燒燙傷病房住院醫療保險金日額」給付「燒燙傷病房住院醫療保險金」。

「燒燙傷病房住院醫療保險金」同一次住院之給付日數以本附加條款約定日數為限。

## 第七條 【癌症住院醫療保險金的給付】

被保險人於本附加條款有效期間內，經醫師診斷確定罹患癌症且住院接受癌症治療時，本公司除按第四條約定給付外，另按其實際住院日數(自入院治療當日起至出院當日止，但出院後同日再次住院治療時，不論其原因為何，該日不重複計入)乘以「癌症住院醫療保險金日額」給付「癌症住院醫療保險金」。

「癌症住院醫療保險金」同一次住院之給付日數以本附加條款約定日數為限。

## 第八條 【住院次數之計算及附加條款有效期間屆滿後住院之處理】

被保險人於本附加條款有效期間內，因同一疾病或傷害，或因此引起之併發症，於出院後十四日內再次住院時，其各項保險金給付合計額，視為同一次住院辦理。

前項保險金之給付，倘被保險人係於本附加條款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。

## 第九條 【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，本公司不負給付本附加條款各項保險金的責任。

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，本公司不負給付本附加條款各項保險金的責任。

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、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。

四、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。
- 五、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、醫療診斷書或住院證明及相關資料:須列明疾病或傷害名稱,及入、出院日期,或進、出加護病房日期,或進、出燒燙傷病房日期。
- 三、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。

#### 第十一條 【受益人】

本附加條款各項保險金的受益人,為被保險人本人,本公司不受理其指定或變更。

本公司給付本附加條款各項保險金時,應以受益人直接申領為限。

被保險人身故時,如本附加條款各項保險金尚未給付或未完全給付予被保險人,則以該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。

### 附表

行政院衛生署刊印之  
「國際疾病傷害及死因統計分類標準(ICD-9)」  
歸類為惡性腫瘤或原位癌表

國際分類碼	分類項目
140~149	唇、口腔及咽喉之惡性腫瘤。
150~159	消化器及腹膜之惡性腫瘤。
160~165	呼吸及胸內器官之惡性腫瘤。
170~175	骨、結締組織、皮膚及乳房之惡性腫瘤。
179~189	泌尿生殖器官之惡性腫瘤。
190~199	其他及未明示位置之惡性腫瘤。
200~208	淋巴及造血組織之惡性腫瘤。
230~234	原位癌。

註:若醫界採用新版分類標準,本公司於判斷被保險人是否符合惡性腫瘤或原位癌時,應以與新版分類標準相對應之代碼作為判斷標準。

# 三商美邦人壽保險股份有限公司

(以下稱本公司)

## 三商美邦人壽菁英計畫大專院校學生團體醫藥及 X 光檢驗費用健康保險附加條款

主要給付項目：醫藥及 X 光檢驗費用保險金

107.08.17 三品字第 00104 號函備查

109 年 01 月 01 日依 108 年 04 月 09 日

金管保壽字第 10804904941 號函修正

※本附加條款需申請附加並經本公司同意後，始生效力。

※本商品經本公司合格簽署人員檢視其內容業已符合一般精算原則及保險法令，惟為確保權益，基於保險公司與消費者衡平對等原則，消費者仍應詳加閱讀保險單條款與相關文件，審慎選擇保險商品。本商品如有虛偽不實或違法情事，應由本公司及負責人依法負責。

※投保後解約或不繼續繳費可能不利消費者，請慎選符合需求之保險商品。

※保險契約各項權利義務皆詳列於保單條款，消費者務必詳加閱讀了解。

※免費申訴電話：0800-022258

### 第一條【附加條款之訂定與構成】

本三商美邦人壽菁英計畫大專院校學生團體醫藥及 X 光檢驗費用健康保險附加條款（以下簡稱本附加條款），僅可附加於本公司三商美邦人壽菁英計畫大專院校學生團體保險（以下簡稱本契約）。本附加條款需要保人申請經本公司同意附加於本契約後，始生效力，並構成本契約之一部分。本契約與本附加條款相抵觸者，以本附加條款為原則。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、「診所」：指依照醫療法規定設立並具備開業執照之診所。

二、「醫藥及 X 光檢驗費用保險金限額」：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【保險範圍】

被保險人於本附加條款有效期間內，因疾病或傷害需接受診療及 X 光檢驗者，本公司依照本附加條款的約定，給付保險金。

### 第四條【醫藥及 X 光檢驗費用保險金的給付（不含疾病門診給付）】

被保險人於本附加條款有效期間內，因疾病住院或傷害，而以全民健康保險之保險對象身分，於醫院或診所（指傷害門診部分）接受診療及 X 光檢驗時，本公司按被保險人經施行診療及 X 光檢驗期間內所發生，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「醫藥及 X 光檢驗費用保險金」，但每次疾病住院或每一意外傷害事故最高給付金額以本附加條款約定之「醫藥及 X 光檢驗費用保險金限額」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、往來醫院之救護車費。

五、超過全民健康保險給付之醫療費用。

### 第五條【醫療費用未經全民健康保險給付者之處理方式】

「醫藥及 X 光檢驗費用保險金」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診療及 X 光檢驗；或前往不具有全民健康保險但登記合格之醫院或診所接受診療及 X 光檢驗者，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百分之八十給付，惟每次疾病住院或每一意外傷害事故最高給付金額仍以本附加條款約定之「醫藥及 X 光檢驗費用保險金限額」為限。

### 第六條【住院次數之計算及附加條款有效期間屆滿後住院之處理】

被保險人於本附加條款有效期間內，因同一疾病或因此引起之併發症，於出院後十四日內再次住院時，其保險金給付合計額，視為一次住院辦理。

前項保險金之給付，倘被保險人係於本附加條款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。

#### 第七條 【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。

#### 第八條 【保險給付的期限】

被保險人於本附加條款有效期間內因傷害而在保險期間屆滿後繼續接受診療者，若繼續接受診療的日期，在意外傷害事故發生之日起一百八十日以內者，本公司仍依本附加條款約定給付保險金。但超過一百八十日繼續接受診療者，受益人若能證明被保險人之繼續接受診療與該意外傷害事故具有因果關係者，不在此限。

#### 第九條 【除外責任（一）】

被保險人因下列原因致成傷害時，本公司不負給付「醫藥及 X 光檢驗費用保險金」的責任：

- 一、被保險人的故意行為。
- 二、被保險人犯罪行為。
- 三、被保險人飲酒後駕（騎）車，其吐氣或血液所含酒精成份超過道路交通法令規定標準者。
- 四、戰爭（不論宣戰與否）、內亂及其他類似的武裝變亂。但契約另有約定者不在此限。
- 五、因原子或核子能裝置所引起的爆炸、灼熱、輻射或污染。但契約另有約定者不在此限。

#### 第十條 【除外責任（二）】

被保險人因下列原因所致之疾病或傷害而接受診療及 X 光檢驗者，本公司不負給付「醫藥及 X 光檢驗費用保險金」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接受診療及 X 光檢驗者，本公司不負給付「醫藥及 X 光檢驗費用保險金」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。

#### 第十一條 【不保事項】

被保險人從事下列活動，致成傷害時，除本附加條款另有約定外，本公司不負給付「醫藥及 X 光檢驗費用保險金」的責任：

- 一、被保險人從事角力、摔跤、柔道、空手道、跆拳道、馬術、拳擊、特技表演等的競賽或表演。
- 二、被保險人從事汽車、機車及自由車等的競賽或表演。

#### 第十二條 【保險金的申領】

受益人申領「醫藥及 X 光檢驗費用保險金」時，應檢具下列文件：

- 一、保險金申請書。
- 二、醫療診斷書。
- 三、醫療費用收據及費用明細，倘為副本或影本者，須加蓋原醫療院所關防。
- 四、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。

#### 第十三條 【受益人的指定與變更】

「醫藥及 X 光檢驗費用保險金」的受益人，為被保險人本人，本公司不受理其指定或變更。

本公司給付「醫藥及 X 光檢驗費用保險金」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「醫藥及 X 光檢驗費用保險金」尚未給付或未完全給付予被保險人，則以該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。

# 三商美邦人壽保險股份有限公司

(以下稱本公司)

## 三商美邦人壽菁英計畫大專院校學生團體手術健康保險附加條款

主要給付項目：門診手術保險金、住院手術保險金、重大手術保險金、專案補助重大手術保險金

107.08.17 三品字第 00105 號函備查

109 年 01 月 01 日依 108 年 04 月 09 日

金管保壽字第 10804904941 號函修正

※本附加條款需申請附加並經本公司同意後，始生效力。

※本商品經本公司合格簽署人員檢視其內容業已符合一般精算原則及保險法令，惟為確保權益，基於保險公司與消費者衡平對等原則，消費者仍應詳加閱讀保險單條款與相關文件，審慎選擇保險商品。本商品如有虛偽不實或違法情事，應由本公司及負責人依法負責。

※投保後解約或不繼續繳費可能不利消費者，請慎選符合需求之保險商品。

※保險契約各項權利義務皆詳列於保單條款，消費者務必詳加閱讀了解。

※免費申訴電話：0800-022258

### 第一條【附加條款之訂定與構成】

本三商美邦人壽菁英計畫大專院校學生團體手術健康保險附加條款（以下簡稱本附加條款），僅可附加於本公司三商美邦人壽菁英計畫大專院校學生團體保險（以下簡稱本契約）。

本附加條款需要保人申請經本公司同意附加於本契約後，始生效力，並構成本契約之一部分。本契約與本附加條款相抵觸者，以本附加條款為原則。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、「診所」：指依照醫療法規定設立並具備開業執照之診所。

二、「免繳保險費之被保險人」：指因其法定代理人或家長無力繳交保險費者，經要保人審核有關證明文件且造具名冊，而由政府機關補助全額保險費之下列被保險人：

(1) 免繳學雜費之學生（係指低收入戶持有戶籍所在地鄉、鎮、市、區公所證明者，含重度、極重度機能障礙學生及重度、極重度機能障礙人士之子女，但不含公費生）。

(2) 原住民身分之學生。

三、「門診手術保險金限額」、「住院手術保險金限額」、「重大手術保險金限額」、「專案補助重大手術保險金限額」：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【保險範圍】

被保險人於本附加條款有效期間內，因疾病或傷害，經醫師診斷需要於門診或住院接受手術治療者，本公司依照本附加條款約定給付保險金。

### 第四條【門診手術保險金的給付】

被保險人於本附加條款有效期間內，因疾病或傷害而以全民健康保險之保險對象身分，經醫師診斷必須於醫院或診所門診接受手術（附表所列重大手術項目除外）治療且已施行者，本公司按被保險人接受門診手術期間內所發生，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手術費用核付「門診手術保險金」，但每次最高給付金額以本附加條款約定「門診手術保險金限額」為限。

### 第五條【住院手術保險金的給付】

被保險人於本附加條款有效期間內，因疾病或傷害而以全民健康保險之保險對象身分，經醫師診斷必須住院接受手術（附表所列重大手術項目除外）治療且已施行者，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手術費用核付「住院手術保險金」，但每次最高給付金額以本附加條款約定「住院手術保險金限額」為限。

### 第六條【重大手術保險金的給付】

被保險人於本附加條款有效期間內，因疾病或傷害而以全民健康保險之保險對象身分，經醫師診斷必須住院接受附表所列重大手術項目治療且已施行者，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手術費用核付「重大

手術保險金」，但每次最高給付金額以本附加條款約定「重大手術保險金限額」為限。  
同一住院期間內接受兩項以上手術(其中至少一項符合附表所列重大手術項目者)，本公司核付「住院手術保險金」與「重大手術保險金」之總和以本附加條款約定「重大手術保險金限額」為限。

#### 第七條 【專案補助重大手術保險金的給付】

符合第二條所約定的免繳保險費之被保險人於本附加條款有效期間內，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，並自事故發生之日起一年內於醫院施行附表所列重大手術項目之一者，除按第六條之約定給付外，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醫療費用超過第六條已申領之「重大手術保險金」之部分核付「專案補助重大手術保險金」，但同一住院期間之最高給付金額與第六條之「重大手術保險金」合計給付金額以本附加條款約定「專案補助重大手術保險金限額」為限。

#### 第八條 【醫療費用未經全民健康保險給付者之處理方式】

各項手術保險金之給付，於被保險人非以全民健康保險之保險對象身分接受手術治療；或前往不具有全民健康保險但登記合格之醫院或診所接受手術治療者，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百分之八十給付，惟仍以本附加條款各項保險金條款約定之限額為限。

#### 第九條 【住院次數之計算及附加條款有效期間屆滿後住院之處理】

被保險人於本附加條款有效期間內，因同一疾病或傷害，或因此引起之併發症，於出院後十四日內再次住院時，其第五條至第七條各項保險金給付合計額，視為一次住院辦理。

前項保險金之給付，倘被保險人係於本附加條款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。

#### 第十一條 【除外責任】

被保險人因下列原因所致之疾病或傷害而接受手術治療者，本公司不負給付本附加條款各項保險金的責任。

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接受手術治療者，本公司不負給付本附加條款各項保險金的責任。

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。

## 第十二條 【受益人的指定與變更】

本附加條款各項保險金的受益人，為被保險人本人，本公司不受理其指定或變更。

本公司給付本附加條款各項保險金時，應以受益人直接申領為限。

被保險人身故時，如本附加條款各項保險金尚未給付或未完全給付予被保險人，則以該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。

## 第十三條 【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、醫療診斷書或住院證明及相關資料。

三、醫療費用收據及費用明細，倘為副本或影本者，須加蓋原醫療院所關防。

四、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。

## 附表：重大手術名稱及部位表

- 一、頭部：開顱手術(穿顱術及穿刺術除外)。
- 二、眼部：摘除眼球手術者。
- 三、心臟：心臟手術者。
- 四、上肢：一上肢腕關節(含)以上施行截肢手術或鋼釘(板)固定者。
- 五、手指：含拇指或食指在內有四指以上自掌指關節以上施行截指手術者。
- 六、下肢：一下肢踝關節(含)以上施行截肢手術或鋼釘(板)固定者。
- 七、足趾：一足五趾自蹠趾關節(含)以上全部截除手術者。
- 八、生殖器官：生殖器官切除手術者。
- 九、植皮術：燙、灼傷嚴重，需施行植皮手術者。
- 十、腎摘除手術。
- 十一、肝臟手術者。
- 十二、膽囊切除者。
- 十三、胃部切除者。
- 十四、肺葉切除者。
- 十五、脾臟切除者。
- 十六、胰臟切除者。
- 十七、尿毒症洗腎手術者。
- 十八、結石症行體外震波碎石手術者。
- 十九、胸腔手術者。
- 二十、脊柱側彎矯正行鋼釘(板)固定手術者。
- 廿一、骨髓移植手術者。
- 廿二、顯微斷指再接手術者。
- 廿三、顎骨頷骨嚴重骨折以鋼釘及鋼線行手術者。
- 廿四、腰椎椎間盤突出行椎間板切除手術者。
- 廿五、膝關節十字韌帶整型髓骨間雙側韌帶移植手術者。
- 廿六、人工髖關節置換手術者。
- 廿七、癌症手術者。
- 廿八、惡性骨腫瘤，行廣泛性切除及重建術者。
- 廿九、肛門腫瘤、腹部會陰切除術者。
- 三十、陰莖腫瘤行全部之截肢者。
- 三十一、耳全切除，行顯微重建手術者。
- 三十二、咽部各種病變，咽部切除術(外側部)併舌切除術者。



## 團體保險加退保暨契約變更作業注意事項

### 一、加退保作業：

若 貴單位所屬人員有新增（加保）或離職（退保）等事項，請以本公司所檢附之**團體保險加退保申請書(表格編號 GI1113)**，詳填加保人員之基本資料、保險計劃、工作內容、雇用日期、受益人及與被保險人關係、勞保薪資與職災投保薪資（投保職業災害保險者）等承保資料或退保人員之基本資料與喪失投保資格日期，並蓋留**原要保書之印鑑**，再通知本公司團保科受理，本公司於受理完成後儘速將申請書副本郵寄或傳真 貴單位備存。

### 二、契約變更作業：

若 貴單位之負責人、公司名稱、公司及負責人章、地址、投保計劃內容或所屬人員之姓名、身分證字號、出生年月日、保險計劃、工作性質、受益人（須由被保險人簽名）以及其他事項之變更，請以本公司所檢附之**團體保險契約變更通知書(表格編號 GI1043)**，詳填變更前與變更後之內容及變更原因，並蓋留**原要保書之印鑑**，再通知本公司團保科受理，本公司於受理完成後儘速將通知書副本郵寄或傳真 貴單位備存。

### 三、加保人員之檢附文件：

1. 貴單位所屬人員新增或契約變更人員加保團體一年定期壽險、各項團體健康保險、投保團體傷害保險逾 300 萬元(不含)者或新增人員為身心障礙人士者，請填寫**團體保險健康聲明書(表格編號 GI1161)**。
2. 新增加保之合法外籍勞工，請檢附該員工之有效居留證影本乙份。
3. 新增加保人員欲指定旁系血親為受益人者，須填寫**團體保險健康聲明書(表格編號 GI1161)**指定。

### 四、加退保及契約變更之異動保費結算與繳費方式：

貴單位所申請之加退保或契約變更所發生之異動保費，將按季（年、半年或季繳件者）或按月（月繳件者）結算，屆時將附上繳費通知書與異動明細通知 貴單位， 貴單位可開立支票交由本公司業務服務同仁繳交或利用自動櫃員機(ATM)轉帳或至各銀行臨櫃繳款，繳交程序詳列於繳費通知書。

### 五、通知方式：

貴單位所申請之加保、退保或契約變更，可以下列四種方式擇一通知本公司團保科：

1. 郵寄方式：本公司將依業務助理之受理日期或郵戳日期辦理加退保或契約變更事宜。
2. 傳真報備：貴單位須於一週內將申請書正本寄交本公司，本公司將依傳真日期辦理加退保或契約變更事宜。
3. 約定傳真生效：【已簽定傳真生效約定書者】本公司將於傳真收訖後回傳 貴單位，若辦理契約變更或須檢附**團體保險健康聲明書**者，煩請於傳真後一個月內將正本寄交本公司。
4. 網路交易：【已簽定**團體保險網路交易服務申請暨約定書**者】 貴單位於本公司網路交易系統輸入完成後，若依原團體保險契約之約定須檢附**團體保險健康聲明書**或身分證明文件（例：身分證/護照/有效居留證影本）者，煩請於七天內寄交本公司。



# 三商美邦人壽保險股份有限公司

## Mercuries Life Insurance Co., Ltd.

### 團體保險理賠申請注意事項

#### 一、保險金申請書填寫注意事項：

1. 保單號碼。
2. 要保人：填寫要保單位全銜。
3. 事故者姓名：被保險人之姓名。（若事故人為眷屬者請填寫眷屬姓名）
4. 身分證字號：被保險人之身分證字號。（若事故人為眷屬者請填寫眷屬身分證字號）
5. 職業及職務：事故者之職業及職務。（若事故人為眷屬者請填寫眷屬之職業及職務）
6. 申請原因：

- (1) 意外傷害事故之事故時間、地點、經過詳情及處理憲警單位、人員及電話。
- (2) 疾病或意外傷害名稱與曾就診之醫療院所。

#### 7. 保險金申請人：

除死亡件由身故受益人為之外，其餘均須被保險人親自為之。若申請人為非完全行為能力人（如：幼童）時，須經法定代理人或監護人簽章並檢附關係證明（如：戶口名簿影本）。

#### 8. 業務同仁姓名／代號：為目前服務之業務同仁姓名及身分證字號。

#### 9. 授權同意查詢病歷聲明書：（申請書下聯）

立同意書人均與保險金申請人為同一人，若申請人為非完全行為能力人時，須經法定代理人或監護人簽章並檢附關係證明（如：戶口名簿影本）。

#### 二、除保險金申請書外，另應檢附之文件如下：（以下為概括說明，原則仍應以各該保險契約條款之約定為準）

##### （一）身故保險金申請：

1. 相驗屍體證明書或死亡證明書。
2. 被保險人除戶戶籍謄本。
3. 受益人戶籍謄本：以確定受益人之身分。
4. 申請傷害保險者，另須檢附意外傷害事故證明文件。
5. 申請職業災害保險者，另須檢附職業災害認定證明文件及勞工保險給付證明文件。

##### （二）失能保險金申請：

1. 失能診斷書。
2. 申請傷害保險者，另須檢附意外傷害事故證明文件。
3. 申請職業災害保險者，另須檢附職業災害認定證明文件及勞工保險給付證明文件。

##### （三）醫療保險金申請：

1. 診斷證明書或住院證明，如有接受外科手術者，另須檢附手術證明文件。
2. 醫療費用收據及費用明細表。
3. 申請傷害保險者，另須檢附意外傷害事故證明文件。
4. 申請防癌保險者，另須檢附附有病理組織檢查報告之癌症診斷證明書。
5. 申請職業災害保險者，另須檢附職業災害認定證明文件及勞工保險給付證明文件。

總公司	團險部：114	台北市內湖區石潭路58號1樓	電話：(02) 2345-5511	傳真：(02) 2722-4680
台中區	團保科：408	台中市南屯區文心路一段213號16樓	電話：(04) 2382-3833	傳真：(04) 2382-6757
台南區	團保科：700	台南市中西區民族路二段100號3樓A室	電話：(06) 224-7822	傳真：(06) 224-7772
高雄區	團保科：813	高雄市左營區明華一路258號14樓	電話：(07) 550-6789	傳真：(07) 550-8899





# 三商美邦人壽保險股份有限公司

## Mercuries Life Insurance Co., Ltd.

### 團體保險傳真生效約定書

(要保單位須備有傳真機，始能辦理本約定)

要保單位：\_\_\_\_\_ 聯絡人：\_\_\_\_\_ 分機\_\_\_\_\_

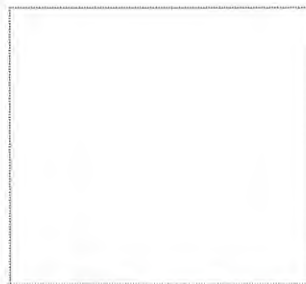
保單號碼：\_\_\_\_\_ 傳 真：\_\_\_\_\_

茲經要保單位與本公司同意，自\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日起至保單到期日止（續保時延續傳真生效約定），以傳真方式辦理團體保險加退保及契約變更等申請作業（含團體保險健康聲明書），要保單位須詳填各項申請書且要保單位章暨負責人簽章必須與要保書相符（用印須清晰），若辦理契約變更作業或須檢附團體保險健康聲明書（表格編號 **GI1161**）者須於傳真後一個月內補寄正本，否則原傳真文件不生效力。

本公司傳真機收到傳真文件後將自動回覆，即完成傳真生效作業。若未收到回覆文件，要保單位應以電話查詢經辦人員處理結果，倘未能完成正常傳真生效作業，則此傳真文件不生效力。

除雙方另有約定外，保險證將於加保作業完成後一個月內寄發，要保單位勾選寄發方式如下：

- 由業務員轉交要保單位
- 直接郵寄要保單位



三商美邦人壽保險股份有限公司  
團 體 保 險 部

要 保 單 位 章

負 責 人 簽 章

承辦人員：\_\_\_\_\_ 分機\_\_\_\_\_ 業務員姓名/登錄字號/通訊處：\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

台北桃竹       台中       台南       高雄

傳真專線：(02)2722-4680    傳真專線：(04)2382-6757    傳真專線：(06)224-7772    傳真專線：(07)550-8899

電 話：(02)2345-5511    電 話：(04)2382-3833    電 話：(06)224-7822    電 話：(07)550-6789



GI1071



# 三商美邦人壽保險股份有限公司

## Mercuries Life Insurance Co., Ltd.

### 團體保險網路交易服務申請暨約定書

申請日期：

要保單位：

保單號碼：

茲要保單位為就已簽訂之團體保險契約〔保單號碼如上，以下簡稱「原契約」〕，向三商美邦人壽保險股份有限公司〔以下簡稱「貴公司」〕申請指定授權人員利用貴公司「團體保險網路交易系統」〔以下簡稱「網路交易系統」〕辦理團體保險資料查詢或異動作業〔以下簡稱「本服務」〕，聲明願確實遵守下列約定事項：

- 一、要保單位依本團體保險網路交易服務申請暨約定書(以下簡稱「本約定書」)指定及授權如第十二條所示「授權人員」於網路交易系統申辦本服務，且要保單位已充分告知並要求「授權人員」應遵守本約定書所載事項。要保單位(包含授權人員，以下同)並已充分瞭解於網際網路環境下使用本服務可能產生貴公司無法控制之風險，而因此風險所產生之任何損害均不應由貴公司負責。
- 二、網路交易系統申請異動資料作業
  1. 要保單位已充分瞭解並承認透過網路交易系統所申辦(包括但不限於傳遞、接收及交換)之原契約相關異動訊息與記錄(以下簡稱「異動資料作業」)，與以書面方式申辦具相同效力，並就已完成之異動資料作業應接受其具有合法完整之效力且受其拘束。
  2. 要保單位使用網路交易系統時，應依原契約之約定據實申辦各項異動資料，若須檢附團體保險健康聲明書或身分證明文件(例：身分證/護照/有效居留證影本)，要保單位應於異動資料作業完成後七日內逕寄貴公司團體保險承辦單位，若逾期未送達者，該次異動資料作業即不生效力，要保單位應重新透過網路交易系統申辦，或依原契約及貴公司相關規定採用其他方式申辦。
  3. 網路交易系統僅係要保單位申辦原契約異動資料方法之一，當系統無法運作或提供所需異動申辦功能時，要保單位仍應依原契約及貴公司相關規定採用其他方式申辦。
- 三、要保單位對於貴公司完成授權驗證所提供網路交易系統帳號與密碼應負完全保管之責，若因故意、過失洩漏予第三人致其冒用本服務時，相關責任均應由要保單位承擔，與貴公司無涉；若網路交易系統帳號與密碼已逾五年未曾使用登入即自動失效，應重新申請。
- 四、原契約若有無效、終止、解除、契約變更或其他足以影響本服務之情形時，貴公司得隨時停止要保單位有關原契約之本服務使用資格，俟貴公司重新檢視並視情況要求要保單位配合補正原契約之合法效力後，要保單位始能回復本服務之使用資格。
- 五、本約定書之效力因原契約無效、終止、解除而自動失效。
- 六、若因貴公司電腦或網路之軟體系統無法正常運作、網際網路傳輸障礙、電力中斷、其他突發狀況或任何不可抗力事件，致要保單位無法使用、完成本服務時，要保單位不得因此向貴公司主張違約或請求負擔任何損害賠償責任。
- 七、要保單位瞭解貴公司為順利驗證本服務之授權，需請要保單位提供授權人員個人資料如下表，並向授權人員告知本約定書暨網路交易服務蒐集、處理及利用個人資料告知書(詳背面)之內容後，經授權人員同意就有關個人資料授權委由要保單位全權代理。
- 八、要保單位應自行採取一切適當及有效之措施，以確保經由電腦及網路連線於使用網路交易系統時，所提供相關訊息、資料之真實性、完整性及安全性，並避免洩漏予第三人。
- 九、如因貴公司業務上需要、政府法令規定或主管機關之要求，要保單位同意貴公司有權變更或停止本服務。
- 十、關於本約定書所規範之一切事項，要保單位皆已充分瞭解，並應配合遵守。
- 十一、本約定書之約定事項若有未盡事宜，應依原契約及貴公司相關規定辦理，要保單位知悉並同意貴公司基於業務上之需要，於不影響要保單位之法定權利下，得適時調整本服務之內容。
- 十二、授權人員新增/異動/取消申請及其基本資料：

<input type="checkbox"/> 新增	身分證字號：
	姓名：
	電子郵件信箱：
<input type="checkbox"/> 異動	身分證字號：
	姓名：
	電子郵件信箱：
<input type="checkbox"/> 取消	

此致

三商美邦人壽保險股份有限公司



要保單位章



負責人章

受理欄	本次申請自本公司受理日翌日起生效		
	核 定	經 辦	受 理

業務員姓名/登錄字號：\_\_\_\_\_

中華民國 年 月 日



GI1104



蒐集、處理及利用個人資料告知書  
(團體保險網路交易服務適用)

保單號碼：詳正面。

上開保單號碼之要保單位及三商美邦人壽保險股份有限公司因團體保險契約(以下稱原契約)訂立網路交易服務申請暨約定書(以下稱本約定書)，基於網路交易服務所需，依「個人資料保護法」(以下稱本法)之相關規定，將對符合投保資格之當事人之個人資料進行蒐集、處理、利用等事宜，是依本法第 8 條告知相關事宜如下：

- 一、進行個人資料蒐集、處理、利用等事項之非公務機關名稱：
  - 1、要保單位名稱：詳正面。
  - 2、三商美邦人壽保險股份有限公司(以下稱本保險公司)，包括本保險公司暨所屬保險業務員、受本保險公司委託招攬原契約之保險經紀人及保險代理人暨其所屬保險業務員、以及受本保險公司委託處理事務之再保險公司、其他受託機構或個人。
  - 3、財團法人金融消費評議中心或其他受理消費爭議處理機構：為保險爭議案件發生時，受理保險爭議案件之處理機構。
- 二、個人資料蒐集之目的：辦理團體保險網路交易服務相關行政支援事宜(以下簡稱「本服務」)，如申請開辦、帳號/密碼管理等。
- 三、個人資料之類別：  
(法務部 101 年 10 月 01 日修正公布之個人資料保護法之特定目的及個人資料之類別)
  - C○○一 辨識個人者：姓名、電子(郵件)信箱。
  - C○○三 政府資料中之辨識者：身分證字號。
  - C七○三 安全細節：帳號、密碼、系統軌跡與紀錄等。
- 四、個人資料利用之期間、地區、對象及方式：
  - 1、期間：自蒐集之日起至原契約雙方權利義務終止之日止；惟於人身保險業務之特定目的範圍內不在此限。
  - 2、地區：中華民國境內，但因作業委外、再保險業務及提供海外急難服務所必須者，得為中華民國境外。
  - 3、對象及方式：
    - (1) 個人資料由要保單位蒐集後提交予本保險公司，以利本服務之進行。
    - (2) 對於個人資料之處理及利用，僅限於前揭目的範圍內，並由本保險公司依本法暨相關法令規範或原契約需求，保存各項個人資料。
- 五、當事人依本法第 3 條規定得行使之權利及方式：當事人得以書面方式向本保險公司申請查詢、閱覽其個人資料；亦得申請製給複製本、補充或更正個人資料及要求對其個人資料停止蒐集、處理、利用或刪除個人資料。
- 六、當事人得自由選擇提供個人資料時，不提供將對其權益之影響：當事人倘不同意提供個人資料或不同意要保單位及本保險公司蒐集、處理或利用其個人資料者，本保險公司將無法提供本服務。



受理單位：

受理日期：

團體保險加退保申請書

保單號碼：

受理號碼：

要保單位：

聯絡人：

電話：

傳真：

加保人員名單

姓名	出生年月日	保險計劃	詳細工作內容	職業等級	職位	雇用日期	身故受益人姓名(註一)		備註欄(註二)	
	身分證字號		職業代碼				身分證字號	關係	勞保職災投保薪資	職災投保薪資

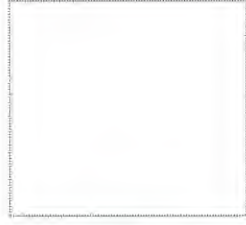
註一：此欄位僅供於本要保書上身故保險金受益人欄勾選，詳團體保險被保險人名冊，若指定用，若身故保險金受益人欄位已勾選其他受益人選項，在此指定無效。身故保險金受益人的指定及變更，以該被保險人的家屬或其法定繼承人為限。  
 註二：投保團體職業災害保險者，須填寫備註欄：「勞保職災投保薪資」，即「勞工職業災害保險投保薪資」，是比照勞工職業災害保險及保護法有關薪資之認定標準，並按有效之分級表所對照之金額。「職災投保薪資」，即「職業災害保險月投保薪資」，是指比照勞動基準法有關工資之定義及解釋所核計並向本公司投保之金額。

退保人員名單

姓名	身分證字號	出生年月日	離職日期	備考

1. 上列加保人員均符合所約定的投保資格，須經 貴公司核保同意認可後其保險始生效力，且 貴公司有權利依核保結論直接在本名冊上修改或刪除。  
 2. 上列退保人員已喪失投保資格，請 貴公司依據契約條款終止其保險效力。

核保專用欄	本次加保自	年	月	日	午夜十二時起生效
	本次退保自	年	月	日	午夜十二時起生效
	核	定	經	辦	



要保單位章

負責人簽章

業務員/登錄字號： \_\_\_\_\_  
 業務員電話： \_\_\_\_\_  
 通訊處： \_\_\_\_\_  
 通知日期： \_\_\_\_\_

傳真專線 台北桃竹：(02)2722-4680 高雄：(07)550-8899  
 台中：(04)2382-6757 台南：(06)224-7772



GI1113



團體保險契約變更通知書

受理單位：

受理日期：

保單號碼：

受理號碼：

要保單位：

申請項目(請勾選)： 契約內容變更  補發保單(工本費壹佰元)

被保險人基本資料：

被保險人姓名	身分證字號	變更項目	變更前內容	變更後內容

身故受益人：

被保險人姓名	變更前身故受益人姓名/身分證字號	變更後身故受益人姓名/身分證字號	與被保險人關係	被保險人簽章

保險計劃內容及其他項目變更：

變更項目	變更前內容	變更後內容	備註 / 變更原因

核保專用欄	本次變更申請自 年 月 日午夜十二時起生效	
	核定	經辦



要保單位章



負責人簽章

業務員/登錄字號： \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

業務員電話： \_\_\_\_\_

通訊處： \_\_\_\_\_

通知日期： \_\_\_\_\_

傳真專線 台北桃竹：(02)2722-4680 高雄：(07)550-8899  
台中：(04)2382-6757 台南：(06)224-7772



GI1043



# 三商美邦人壽保險股份有限公司

## Mercuries Life Insurance Co., Ltd.

### 團體保險健康聲明書

(由被保險人親自填寫)

受理單位：\_\_\_\_\_

受理日期：\_\_\_\_\_

要保單位：\_\_\_\_\_

保單號碼：

#### 一、基本資料：

##### (一) 基本資料

被保險人姓名：\_\_\_\_\_

工作內容：\_\_\_\_\_

身分證字號：\_\_\_\_\_

主被保險人姓名：\_\_\_\_\_

出生日期：\_\_\_\_\_

與主被保險人關係：本人 配偶 子女 父母

身故保險金受益人： 不同意填寫受益人聯絡地址及電話

※身故保險金受益人以被保險人家屬或法定繼承人為限，如係分別之指定或要保單位不同意填寫受益人之聯絡地址及電話，則以要保單位最後所留之聯絡方式，作為日後身故保險金受益人之通知依據。

※此欄位僅供於本要保書上身故保險金受益人欄填寫「詳團體保險健康聲明書」者指定用，若身故保險金受益人欄位已指定其他受益人，在此指定無效。

受益人姓名／身分證字號	與被保險人關係	聯絡電話	聯絡地址
/			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
/			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

(二) 被保險人是否已投保其他商業實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險 (請勾選) ?

實支實付型傷害醫療保險：是，否      實支實付型醫療保險：是，否

(三) 被保險人是否領有身心障礙手冊或身心障礙證明 (請勾選) ? 是，否，如勾選是者，請提供。

(四) 投保定期壽險或傷害保險者，被保險人目前是否受有監護宣告 (請勾選) ? 是，否，如勾選是者，請提供相關證明文件。

#### 二、告知事項：【以下問題之答覆視為要保書上構成可保性告知證明之一部分】

※被保險人對於告知事項之詢問應親自據實填寫，如有為隱匿或遺漏不為說明，或為不實之說明，足以變更或減少本公司對危險之估計者，本公司得依保險法第六十四條規定解除該被保險人部分契約。

(一) 投保傷害保險者請回答：

告知事項	是否	告知內容
1. 被保險人之職業及兼業？ _____。		左列事項回答為“是”者，請於下列說明： ● 告知事項第 _____ 項 <input type="checkbox"/> 疾病：病名 _____ <input type="checkbox"/> 意外：受傷部位 _____  檢查原因：  大約治療時間： 治療方式：  就診醫院： 治療結果：  有無復發？
2. 被保險人過去二年內是否曾因患有下列疾病而接受醫師治療、診療或用藥？ (1) 高血壓症 (指收縮壓140mmHg或舒張壓90mmHg以上)、狹心症、心肌梗塞、先天性心臟病、主動脈血管瘤。 (2) 腦中風 (腦出血、腦梗塞)、腦瘤、癲癇、智能障礙 (外表無法明顯判斷者)、精神病、巴金森氏症。 (3) 癌症 (惡性腫瘤)、肝硬化、尿毒、血友病。 (4) 糖尿病。 (5) 酒精或藥物濫用成癮、眩暈症。 (6) 視網膜出血或剝離、視神經病變。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
3. 被保險人目前身體機能是否有下列障害 (請勾選)： (1) 失明。 (2) 是否曾因眼科疾病或傷害接受眼科專科醫師治療、診療或用藥，且一目視力經矯正後，最佳矯正視力在萬國視力表○，三以下。 (3) 聾。 (4) 是否曾因耳部疾病或傷害接受耳鼻喉科專科醫師治療、診療或用藥，且單耳聽力喪失程度在五十分貝 (Db) 以上。 (5) 啞。 (6) 咀嚼、吞嚥或言語機能障害。 (7) 四肢 (含手指、足趾) 缺損或畸形。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

(二) 投保定期壽險或健康保險者請回答：

告知事項	是否	告知內容
1. 被保險人之職業及兼業？ _____。		
2. 被保險人目前之身高 _____ 公分，體重 _____ 公斤。		
3. 被保險人過去兩年內是否曾因接受健康檢查有異常情形而被建議接受其他檢查或治療？ (亦可提供檢查報告代替回答)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
4. 被保險人最近二個月內是否曾因受傷或生病接受醫師治療、診療或用藥？	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	



告 知 事 項	是 否	告 知 內 容
5. 被保險人過去五年內是否曾因患有下列疾病而接受醫師治療、診療或用藥？ (1) 高血壓症（指收縮壓140mmHg或舒張壓90mmHg以上）、狹心症、心肌梗塞、心肌肥厚、心內膜炎、風濕性心臟病、先天性心臟病、主動脈血管瘤。 (2) 腦中風（腦出血、腦梗塞）、腦瘤、腦動脈血管瘤、腦動脈硬化症、癲癇、肌肉萎縮症、重症肌無力、智能障礙（外表無法明顯判斷者）、帕金森氏症、精神病。 (3) 肺氣腫、支氣管擴張症、塵肺症、肺結核。 (4) 肝炎、肝內結石、肝硬化、肝功能異常（GOT、GPT值檢驗值有異常情形者）。 (5) 腎臟炎、腎病症候群、腎機能不全、尿毒、腎囊胞。 (6) 視網膜剝離或出血、視神經病變。 (7) 癌症（惡性腫瘤）。 (8) 血友病、白血病、貧血（再生不良性貧血、地中海型貧血）、紫斑症。 (9) 糖尿病、類風濕性關節炎、肢端肥大症、腦下垂體機能亢進或低下、甲狀腺或副甲狀腺功能亢進或低下。 (10) 紅斑性狼瘡、膠原症。 (11) 愛滋病或愛滋病帶原。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	左列事項回答為“是”者，請於下列說明： ● 告知事項第 _____ 項 <input type="checkbox"/> 疾病：病名 _____ <input type="checkbox"/> 意外：受傷部位 _____ 檢查原因： 大約治療時間： 治療方式： 就診醫院： 治療結果： 有無復發？
6. 被保險人過去一年內是否曾因患有下列疾病而接受醫師治療、診療或用藥？ (1) 酒精或藥物濫用成癮、眩暈症。 (2) 食道、胃、十二指腸潰瘍或出血、潰瘍性大腸炎、胰臟炎。 (3) 肝炎病毒帶原、肝膿瘍、黃疸。 (4) 慢性支氣管炎、氣喘、肺膿瘍、肺栓塞。 (5) 痛風、高血脂症。 (6) 青光眼、白內障。 (7) 乳腺炎、乳漏症、子宮內膜異位症、陰道異常出血（女性被保險人回答）。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	● 告知事項第 _____ 項 <input type="checkbox"/> 疾病：病名 _____ <input type="checkbox"/> 意外：受傷部位 _____ 檢查原因： 大約治療時間： 治療方式： 就診醫院： 治療結果： 有無復發？
7. 被保險人目前身體機能是否有失明、聾啞及言語、咀嚼、四肢機能障害？	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
8. 被保險人過去五年內是否曾因受傷或生病住院治療七日以上？	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
9. 被保險人是否已確知懷孕？如是，已經 _____ 週（女性被保險人回答）。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	檢查原因： 大約治療時間： 治療方式： 就診醫院： 治療結果： 有無復發？
10. 投保健康險者請回答：被保險人除壽險部分所列之疾病外，現在及過去一年內是否患有下列疾病？ (1) 川崎氏症、腦炎、腦膜炎、水腦症、腦性麻痺。 (2) 角膜疾病、葡萄膜炎、飛蚊症、梅尼爾氏症、內耳前庭神經炎、中耳炎、乳突炎、鼻竇炎、鼻中膈彎曲、鼻息肉。 (3) 肺炎、支氣管炎、肋膜炎、氣胸。 (4) 胃炎、膽結石、膽囊炎、痔瘡、便血、急躁大腸症候群。 (5) 腎結石、尿道結石、泌尿道感染、血尿、骨盆腔發炎、攝護腺肥大/發炎、疝氣、陰道異常出血。 (6) 骨折、關節炎、椎間板突出症、坐骨神經痛、人工裝置物、子宮脫出、運動神經元疾病、硬皮症。 (7) 甲狀腺腫、蠶豆症、靜脈曲張、良性腫瘤、息肉。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	大約治療時間： 治療方式： 就診醫院： 治療結果： 有無復發？

※為確保您的權益，請檢查各項告知是否完整，謝謝合作。

### 三、聲明事項：

要保書之聲明事項係要保人或被保險人之授權及同意事項，其內容如下：

- (1) 本人（被保險人）同意三商美邦人壽保險股份有限公司得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及診斷個人資料。
- (2) 本人（被保險人、要保人）同意三商美邦人壽保險股份有限公司將本要保書上所載本人資料轉送產、壽險公會建立電腦系統連線，並同意產、壽險公會之會員公司查詢本人在該系統之資料以作為核保及理賠之參考，但各該公司仍應依其本身之核保或理賠標準決定是否承保或理賠，不得僅以前開資料作為承保或理賠之依據。
- (3) 本人（被保險人、要保人）同意三商美邦人壽保險股份有限公司就本人之個人資料，於「個人資料保護法」所規定之範圍內，有為蒐集、處理及利用之權利。
- (4) 實支實付型傷害醫療保險適用：本人（被保險人、要保人）已知悉並明確實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險之受益人，申請保險金給付時須檢具醫療費用收據正本。但若被保險人已投保三商美邦人壽保險股份有限公司二張以上之商業實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險；或本人於投保時已通知三商美邦人壽保險股份有限公司有投保其他商業實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險，而三商美邦人壽保險股份有限公司仍承保者，三商美邦人壽保險股份有限公司對同一保險事故仍應依各該險別條款約定負給付責任。如有重複投保而未通知三商美邦人壽保險股份有限公司者，同意三商美邦人壽保險股份有限公司對同一保險事故中已獲得全民健康保險或其他人身保險契約給付的部分不予給付責任。
- (5) 實支實付型醫療保險適用：本人（被保險人、要保人）已知悉並明確實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險之受益人，申請保險金給付時須檢具醫療費用收據正本。但若被保險人已投保三商美邦人壽保險股份有限公司二張以上之商業實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險；或本人於投保時已通知三商美邦人壽保險股份有限公司有投保其他商業實支實付型傷害醫療保險或實支實付型醫療保險，而三商美邦人壽保險股份有限公司仍承保者，三商美邦人壽保險股份有限公司對同一保險事故仍應依各該險別條款約定負給付責任。如有重複投保而未通知三商美邦人壽保險股份有限公司者，同意三商美邦人壽保險股份有限公司對同一保險事故中已獲得全民健康保險或其他人身保險契約給付的部分不予給付責任。但三商美邦人壽保險股份有限公司應以「日額」方式給付。

#### 蒐集、處理及利用病歷、醫療及健康檢查等個人資料同意事項

申請人（即被保險人，以下簡稱本人）同意，貴公司得依據個人資料保護法及保險法第177條之1第2項所訂管理辦法所列之目的及範圍內，蒐集、處理及利用本人之病歷、醫療及健康檢查等個人資料。

被保險人簽名：\_\_\_\_\_ 主被保險人簽名：\_\_\_\_\_

（未滿7歲無需簽名）

填寫日期：民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日 法定代理人簽名：\_\_\_\_\_

業務員姓名/登錄字號：\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 通訊處：\_\_\_\_\_

※被保險人/法定代理人應親自簽名。



蒐集、處理及利用個人資料告知書  
(團體保險適用)

- 一、為訂立團體保險契約，本公司依「個人資料保護法」(以下稱本法)之相關規定，將對本契約當事人之個人資料進行蒐集、處理及利用。
- 二、個人資料蒐集之目的：  
係為人身保險、保險代理人／保險經紀人及再保險業務之執行，凡依保險法令規定推廣人身保險活動、提供保險產品服務、辦理申訴、理賠及爭議處理業務、辦理本公司之內部及稽核業務、以及為要保單位評估或為履行人身保險契約的行為皆屬之。
- 三、個人資料之類別：  
符合本契約投保資格當事人之基本資料(基本資料僅限姓名、出生日期、身分證字號或護照號碼或居留證號等個人識別 ID)、職稱(職級)、投保薪資、身分別、投保其他家保險公司之各險種投保保額、及經當事人書面同意蒐集、處理或利用之病歷、醫療、健康檢查之個人資料。
- 四、個人資料利用之期間、地區、對象及方式：
  - 1、期間：自蒐集之日起至本契約雙方權利義務終止之日止；惟於人身保險業務之特定目的範圍內不在此限。
  - 2、地區：中華民國境內，但因作業委外、再保險業務及提供海外急難服務所必須者，得為中華民國境外。
  - 3、對象及方式：
    - (1) 個人資料由要保單位蒐集後提交本公司，以利團體保險相關承保作業之進行。
    - (2) 對於個人資料之處理及利用，僅限於人身保險業務之特定目的範圍內，包括但不限於當事人異動建檔、保險費計算、公會通報、各項保險契約相關之表單文件製作、照會、核保、保險金理賠、再保險、保單續保結算、理賠分析等事項，並由本公司依本法暨相關法令規範或本契約需求，保存各項個人資料。
- 五、當事人依本法第 3 條規定得行使之權利及方式：  
當事人得以書面方式向本公司申請查詢、閱覽其個人資料；亦得申請製給複製本、補充或更正個人資料及要求對其個人資料停止蒐集、處理、利用或刪除個人資料。
- 六、當事人得自由選擇提供個人資料時，不提供將對其權益之影響：  
當事人倘不同意提供個人資料或不同意本公司蒐集、處理或利用其個人資料者，將無法投保團體保險。



一句承諾 一生的朋友



總公司：臺北市內湖區石潭路58號1樓  
客戶服務中心免費專線：0800-022-258  
網 址：<https://www.mli.com.tw>