

國泰人壽團體安心住院醫療年度總限額給付健康保險附約

(給付項目：每日病房費用保險金、每次住院醫療費用保險金、住院手術費用保險金、門診手術費用保險金、骨折未住院醫療保險金)

(本附約須申請附加並經本公司同意後，始生效力)

(本附約計畫A「疾病」等待期間為三十日，詳請參閱契約條款)

(申訴電話：市話免費撥打0800-036-599、付費撥打02-4128-010；傳真：0800-211-568；電子信箱(E-mail)：service@cathaylife.com.tw)

115.02.26 國壽字第 1150020012 號函備查

第一條 附約的訂立及構成

本「國泰人壽團體安心住院醫療年度總限額給付健康保險附約」(以下簡稱本附約)係依團體保險主契約(以下簡稱主契約)要保人之申請，並經本公司同意，附加於主契約訂定之。

本附約條款、附著之要保書、被保險人名冊、批註及其他約定書，均為本附約的構成部分。

本附約的解釋，應探求附約當事人的真意，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

本附約名詞定義如下：

一、「要保人」：指要保單位。

二、「團體成員」：指該團體內已具備本公司與要保人所約定之資格或條件者。

三、「眷屬」：指「團體成員」戶籍登記之配偶、父母、子女及團體成員配偶之父母。

四、「被保險人」：指本公司與要保人約定投保或加保之「團體成員」及「眷屬」，並經登載於本附約所附被保險人名冊之人。

五、「團體」：指具有五人以上且非以購買保險而組織之下列之一團體：

(一) 有一定雇主之員工團體。

(二) 依法成立之合作社、協會、職業工會、聯合團體、或聯盟所組成之團體。

(三) 債權、債務人團體。

(四) 依規定得參加公教人員保險、勞工保險、軍人保險、農民健康保險或依勞動基準法、勞工退休金條例規定參加退休金計畫之團體。

(五) 中央及地方民意代表所組成之團體。

(六) 凡非屬以上所列而具有法人資格之團體。

六、「疾病」：

(一) 計畫 A：

指被保險人自本附約生效日起持續有效第三十一日或自復效日起所發生的疾病；若被保險人於本附約生效日後中途申請加保者，對該被保險人所稱「疾病」係指自加保之翌日起本附約持續有效第三十一日或自復效日起所發生的疾病。但如被保險人投保時之保險年齡為零歲者，就下列疾病不適用等待期間三十日之限制：

1. 苯酮尿症

2. 先天性甲狀腺低能症

3. 高胱胺酸尿症

4. 半乳糖血症

5. 葡萄糖六磷酸鹽去氫酶缺乏症

6. 先天性腎上腺增生症

7. 楓漿尿症

8. 中鏈醯輔酶 A 去氫酶缺乏症

9. 戊二酸血症第一型

10. 異戊酸血症

11. 甲基丙二酸血症

12. 瓜胺酸血症第 I 型

13. 瓜胺酸血症第 II 型

14. 三羥基三甲基戊二酸尿症

15. 全羧化酶合成酶缺乏

- 16.丙酸血症
- 17.原發性肉鹼缺乏症
- 18.肉鹼棕櫚醯基轉移酶缺乏症第Ⅰ型
- 19.肉鹼棕櫚醯基轉移酶缺乏症第Ⅱ型
- 20.極長鏈醯輔酶 A 去氫酶缺乏症
- 21.早發型戊二酸血症第Ⅱ型

本附約續保時，若該被保險人於續保日前加保已滿三十日者，則不受前述三十日的限制；但若該被保險人於續保日前加保未滿三十日者，應以三十日扣除續保日前已加保日數，以其剩餘日數後所發生的疾病始為對該被保險人所稱之「疾病」。

(二) 計畫 B：

指被保險人自本附約生效日（如於本附約生效後加保之被保險人，則係指加保之翌日起）或復效日起所發生的疾病。

- 七、「傷害」：指被保險人於本附約有效期間內（如於本附約生效後加保之被保險人，則係指加保之翌日起），遭受意外傷害事故，因而蒙受之傷害。
- 八、「意外傷害事故」：指非由疾病引起之外來突發事故。
- 九、「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。
- 十、「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。
- 十一、「手術」：係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。
- 十二、「診所」：係指依照醫療法規定設立並具備開業執照之診所。
- 十三、「醫師」：指領有醫師證書，合法執業者。
- 十四、「每日病房費用保險金限額」、「最高給付日數」、「每次住院醫療費用保險金限額」、「住院手術費用保險金限額」、「門診手術費用保險金限額」、「骨折未住院醫療保險金日額」、「每年保險金給付總限額」：指經要保人與本公司雙方同意並經記載於書面者。

第三條 保險期間、保險責任的開始及交付保險費

本附約保險期間為一年。

本公司應自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。

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 保險證或保險手冊

本公司應發給每位被保險人保險證或保險手冊，載明被保險人姓名、保單號碼、保險範圍、保險期間、保險金額及本公司服務電話。

第五條 保險範圍

被保險人於本附約有效期間內（如於本附約生效後加保之被保險人，則係指加保之翌日起）因第二條約定之疾病或傷害住院診療、接受門診手術或因意外傷害事故致成骨折未住院時，本公司依本附約約定給付保險金。

第六條 保險費的計算

本附約的保險費總額以平均保險費率乘保險金額總額計算，但在本附約有效期間內因保險金額總額的增減而致保險費總額有增減時，要保人與本公司應就其差額補交或返還。

前項所稱「平均保險費率」是按訂定本附約或續保時，依要保人的危險程度及每一被保險人的性別、年齡、保險金額所算出的保險費總和除以全體被保險人保險金額總和計算。

第七條 第二期以後保險費的交付、寬限期間及附約效力的停止

分期繳納的第二期以後保險費，應照本附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，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，本附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本附約該被保險人欠繳保險費。

第八條 告知義務與本附約的解除

要保人在訂立本附約時，對於本公司要保書書面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，本公司得解除本附約，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。

被保險人於要保人申請投保或加保時，對於本公司的要保書書面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，本公司得解除該被保險人部分之保險附約，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。

前二項解除權，自本公司知有解除之原因後，經過一個月不行使而消滅。

第九條 被保險人的異動

要保人因被保險人異動而申請加保時，應以書面或其他約定方式檢附加保人具被保險人資格之相關證明文件通知本公司，自通知到達之翌日零時起開始生效，如通知起保日期在後，則自該起保日零時起生效。

要保人因被保險人喪失被保險人資格而退保時，應以書面或其他約定方式通知本公司，被保險人資格自通知到達之翌日零時起喪失，如通知退保日期在後，則自該退保日零時起喪失，其保險效力終止。

依本條規定加退保而致保險費總額有增減時，要保人與本公司應就加退保人數，按日數比例補繳或返還未滿期之保險費。

第十條 附約的終止

本附約在被保險人數少於五人，或少於有參加保險資格人數的百分之七十五時，本公司得終止本附約，並按日數比例返還未滿期之保險費。

保險附約的效力自通知到達之翌日零時起終止。終止前發生保險事故時，本公司仍負給付保險金的責任。本附約於主契約終止契約時，本附約持續至該期已繳之保險費期滿為止，惟要保人亦得選擇即行終止本附約。

第十一條 職業或職務變更的通知義務

被保險人變更其職業或職務時，要保人或被保險人應即時以書面或其他約定方式通知本公司。

被保險人所變更的職業或職務，依照本公司職業分類其危險性減低且影響平均費率計算時，本公司於接到通知後，應自職業或職務變更之日起按差額比率退還未滿期保險費。

被保險人所變更的職業或職務，依照本公司職業分類其危險性增加且影響平均費率計算時，本公司於接到通知後，自職業或職務變更之日起，按其差額比率增收未滿期保險費。但被保險人所變更的職業或職務依照本公司職業分類在拒保範圍內者，本公司於接到通知後得終止契約，並按日計算退還未滿期保險費。

第十二條 被保險人的更約權

本公司因第十條、第十一條的原因終止本附約或被保險人參加本附約滿六個月後喪失本附約被保險人資格時，被保險人得於本附約終止或喪失被保險人資格之日起三十日內不具任何健康證明文件，向本公司投保不高於本附約內該被保險人之保險金額的個人健康保險契約，本公司按該被保險人更約當時之年齡以標準體承保。但被保險人的年齡或職業類別在本公司拒保範圍內者，本公司得不予承保。

第十三條 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，以及其他與本附約有關的資料。

要保人應依本公司的要求，提供前項資料。

第十四條 被保險人資格的喪失

團體成員因下列情形喪失被保險人資格：

- 一、喪失團體成員資格。
- 二、身故。

團體成員之配偶因下列情形喪失被保險人資格：

- 一、團體成員喪失被保險人資格。
- 二、與團體成員離婚。
- 三、身故。

團體成員之父母因下列情形喪失被保險人資格：

- 一、團體成員喪失被保險人資格。
- 二、團體成員被他人收養。
- 三、與團體成員終止收養關係。
- 四、身故。

團體成員之子女因下列情形喪失被保險人資格：

- 一、團體成員喪失被保險人資格。
- 二、被他人收養。
- 三、與團體成員終止收養關係。
- 四、身故。

團體成員配偶之父母因下列情形喪失被保險人資格：

- 一、團體成員喪失被保險人資格。
- 二、團體成員配偶與團體成員離婚。
- 三、團體成員配偶被他人收養。
- 四、與團體成員配偶終止收養關係。
- 五、身故。

第十五條 每日病房費用保險金之給付

被保險人因第五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「每日病房費用保險金」。

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金額以其投保之「每日病房費用保險金限額」乘上實際住院日數為限，但實際住院日數超過其投保之「最高給付日數」者，則以其投保之最高給付日數為準。

第十六條 每次住院醫療費用保險金之給付

被保險人因第五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」，但該被保險人同一次住院最高給付金額以其投保之「每次住院醫療費用保險金限額」為限。

1. 醫師指示用藥。
2. 血液(非緊急傷病必要之輸血)。
3. 掛號費及其證明文件。
4. 來往醫院的救護車費。
5. 醫師診察費。
6. 急救室及其設備之應用。
7. 材料費。
8. 化驗室檢驗、心電圖、基礎代謝率檢查。
9. 復健治療。
10. 麻醉劑、氧氣及其應用。
11. 放射線診療費。
12. 血液透析費。

- 13.注射技術費及其藥液。
- 14.檢驗費。
- 15.治療費。

第十七條 住院手術費用保險金之給付

被保險人因第五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「住院手術費用保險金」，但該被保險人同一次住院最高給付金額以其投保之「住院手術費用保險金限額」為限。

- 1.手術費用。
- 2.手術室、手術後恢復室及其設備之應用。

第十八條 住院次數之計算及附約有效期間屆滿後住院之處理

被保險人於本附約有效期間內，因同一疾病或傷害，或因此引起的併發症，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，倘被保險人係於本附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。

第十九條 門診手術費用保險金之給付

被保險人因第五條之約定而以全民健康保險之保險對象身分於醫院或診所門診診療時，本公司按該被保險人門診期間內所發生，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手術費核付「門診手術費用保險金」，但其每次給付金額，最高以被保險人投保之「門診手術費用保險金限額」為限。

第二十條 骨折未住院醫療保險金的給付

被保險人因第五條之約定，遭受意外傷害事故，自意外傷害事故發生之日起一百八十日以內致成下列骨折別所列骨折項目之一，並經醫師診斷確定，而未住院治療者，或已住院但未達下列骨折別所定日數表，其未住院部分本公司按下列骨折別所定日數乘「骨折未住院醫療保險金日額」的二分之一給付「骨折未住院醫療保險金」，但給付日數以按骨折別所訂日數扣除實際住院日數為限。

前項情形，被保險人自意外傷害事故發生之日起超過一百八十日經醫師診斷確定骨折者，受益人若能證明被保險人之骨折與該意外傷害事故具有因果關係者，本公司仍依前項規定給付「骨折未住院醫療保險金」，不受前項一百八十日之限制。

第一項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，如同時蒙受下列二項以上骨折時，僅給付一項較高等級的「骨折未住院醫療保險金」。

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
10椎骨（包括胸椎、腰椎及尾骨）	40天
11骨盤（包括腸骨、恥骨、坐骨、薦骨）	40天
12頭蓋骨	50天
13臂骨	40天
14橈骨與尺骨	40天
15腕骨（一手或雙手）	40天

16脛骨或腓骨	40天
17踝骨（一足或雙足）	40天
18股骨	50天
19脛骨及腓骨	50天
20大腿骨頸	60天

第二十一條 醫療費用未經全民健康保險給付者之處理方式

第十五條至第十七條及第十九條之給付，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接受門診手術；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，惟仍以前述各項保險金條款約定之限額為限。

第二十二條 保險金給付之限制

被保險人已獲得全民健康保險給付之部分，本公司不予給付保險金。

本附約有效期間，同一保險單年度內，依下列「保險金給付之限制方式」擇一約定：

- 一、「被保險人」所能申請之各項保險金總額，最高以其投保之「每年保險金給付總限額」為限。
- 二、同一「團體成員」本人及其「眷屬」合計所能申請之各項保險金總額，最高以其投保之「每年保險金給付總限額」為限。

第二十三條 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。

第二十四條 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、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。）
- 三、醫療費用收據及醫療費用明細表（如僅申請骨折未住院醫療保險金時無須檢附）。但如為電子文件，必要時本公司得要求提供紙本文件。
- 四、意外傷害事故證明文件及X光片。（申請骨折未住院醫療保險金時檢附）
- 五、受益人的身分證明文件。

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前條第二項約定應給付之期限。

第二十五條 除外責任（一）

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者，本公司不負給付第十五條至第十七條及第十九條保險金的責任：

- 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，本公司不負給付第十五條至第十七條及第十九條保險金的責任。

- 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. 子癩症。
 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. 子癲前症及子癩症。
 - 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。

第二十六條 除外責任 (二)

被保險人因下列原因致成傷害時，本公司不負給付第二十條保險金的責任：

- 一、要保人、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。
- 前項第一款情形（除被保險人的故意行為外），致被保險人傷害時，本公司仍給付保險金。

第二十七條 不保事項

被保險人從事下列活動，致成傷害時，除契約另有約定外，本公司不負給付第二十條保險金的責任：
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。

第二十八條 附約的續保

要保人得在保險期間屆滿日的兩週前通知本公司續保，經雙方議定續保條件後，續保的始期以原附約屆滿日的翌日零時為準。

第二十九條 經驗分紅

本附約之經驗分紅計算公式，詳如附表。

第三十條 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被保險人名冊填明。被保險人的投保年齡，以足歲計算，但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，該被保險人部分之保險附約效力自始無效，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。但在發生保險事故後始發覺且其錯誤發生在本公司者，本公司按原繳保險費與應繳保險費的比例提高保險金額，而不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，其利息按民法第二百零三條法定週年利率計算。

第三十一條 受益人

本附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。
本公司為給付各項保險金時，應以受益人直接申領為限。
被保險人身故時，如本附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。
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。

第三十二條 住所變更

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，得以主契約所載要保人之最後住所發送之。

第三十三條 時效

由本附約所生的權利，自得為請求之日起，經過兩年不行使而消滅。

第三十四條 批註

本附約內容的變更，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。

第三十五條 管轄法院

因本附約涉訟者，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：經驗分紅計算公式

經驗退費 = $K\%$ × (實收保險費收入 - 營業費用 - 經驗理賠支出) - 以前 N 個年度累積虧損額

其中經驗退費率 ($K\%$) 與以前年度數 (N) 由契約雙方洽訂之；經驗理賠支出參考要保單位個別實際理賠經驗計算。