

# 國泰人壽團體全意住院醫療限額給付健康保險批註條款

(每日病房費用保險金、住院醫療費用保險金)

(本批註條款須申請批註並經本公司同意後，始生效力)

(免費申訴電話：0800-036-599)

核 准 文 號

中華民國101年5月7日金管保品字第10102059590號

備 查 文 號

中華民國99年8月13日國壽字第99080421號

## 第一條 批註條款之訂定及構成

本國泰人壽團體全意住院醫療限額給付健康保險批註條款(以下簡稱本批註條款)，依要保人之申請，經本公司同意後，批註於本公司國泰人壽團體全意住院醫療限額給付健康保險附約(以下簡稱為本附約)。本批註條款批註於本附約上，並構成本附約之一部，本附約與本批註條款抵觸者，以本批註條款為準。本批註條款未約定者，悉依本附約之約定。

本批註條款批註於本附約後，本附約第十四條「每日病房費用保險金之給付」、第十五條「住院醫療費用保險金之給付」及第十六條「醫療費用未經全民健康保險給付者之處理方式」之約定即不再適用。

## 第二條 每日病房費用保險金之給付

被保險人於本批註條款有效期間內(如於本批註條款生效後加保之被保險人，則係指加保之翌日起)因疾病或傷害，而於醫院接受住院診療者，本公司按該被保險人住院期間內所發生之下列各款費用核付「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。

如被保險人以全民健康保險之保險對象身分至全民健康保險指定醫院接受住院診療，致第一項各款費用經全民健康保險給付分擔者，該被保險人該次住院之「每日病房費用保險金限額」改按其投保之「每日病房費用保險金限額」之一·五倍計算，本公司僅就其第一項各款費用超過全民健康保險給付部分之金額核算給付「每日病房費用保險金」。

## 第三條 住院醫療費用保險金之給付

被保險人於本批註條款有效期間內(如於本批註條款生效後加保之被保險人，則係指加保之翌日起)因疾病或傷害，而於醫院接受住院診療者，本公司按該被保險人住院期間內所發生之下列各款費用核付「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。

如被保險人以全民健康保險之保險對象身分至全民健康保險指定醫院接受住院診療，致第一項各款費用經全民健康保險給付分擔者，該被保險人該次住院之「每次住院醫療費用保險金限額」改按其投保之「每次住院醫療費用保險金限額」之一·五倍計算，本公司僅就其第一項各款費用超過全民健康保險給付部分之金額核算給付「住院醫療費用保險金」。