

新光人壽團體傷害住院日額保險保險單條款

主要給付項目：(1)傷害住院保險金 (2)加護病房保險金

■ 本保險單係由本公司與各簽署人(指團體)訂立，其權利義務之範圍、內容及保險金額，均應以本保險單之條款為準。如本保險單之條款與保險單之內容不一致時，應以本保險單之內容為準。

■ 本保險單之條款如有與法律規定相抵觸者，應以法律規定為準。

■ 保險契約之權利義務均應以本保險單之條款為準。如有與本保險單之條款不一致時，應以本保險單之條款為準。

免賠服務及申訴電話：0800-031-115

84.04.29	台財保第	841500687	號函核准	
85.09.09	台財保第	852369957	號函修訂	
85.09.20	台財保第	852370068	號函修訂	
93.05.28	新壽商開字第	0044	號函備查	
95.01.11	新壽商開字第	0011	號函備查	
95.07.17	新壽商開字第	0086	號函備查	
95.07.21	新壽商開字第	0090	號函備查	
95.9.13	金管保二字第	09502524481	號函修正	
96.08.31	新壽商開字第	0084	號函備查	
96.11.22	新壽商開字第	0126	號函備查	
96.12.28	金管保一字第	09602505761	號令修正	
98.03.26	新壽商開字第	0088	號函備查	
99.04.01	新壽商開字第	0990000092	號函備查	
102.09.01	新壽商開字第	1020000256	號函備查	
104.08.04	依 104.06.24	金管保壽字第	10402049830	號函修正

第一條：保險契約的構成

本保險單條款、附著的要保書、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）的構成部份。

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：名詞的定義（一）

本契約所稱「要保人」是指要保單位。

本契約所稱「被保險人」是指本契約所附被保險人名冊內所載之人員或其父母、配偶、子女及配偶之父母。

本契約所稱「父母」，是指被保險人名冊內所載之人員之親父母、養父母及同一戶籍內之繼父母而言。

本契約所稱「配偶」，是指被保險人名冊內所載之人員戶籍登記之配偶而言。所稱「子女」，是指被保險人名冊內所載人員之未滿廿三足歲之親子女、養子女及同一戶籍內之繼子女而言。

本契約所稱「配偶之父母」，是指被保險人名冊內所載之人員配偶之親父母、養父母及同一戶籍內之繼父母而言。

被保險人於本契約有效期間不符所定資格者，其被保險人資格因而喪失。

本契約所稱「團體」是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、債權人、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組成之團體。
- 六、凡非屬以上所列而具有法人資格之團體。

第三條：名詞的定義（二）

本契約所稱「醫院」，是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、私立及財團法人醫院。但不包括專供休養、戒毒、戒酒、護理、養老等非以直接診治病人為目的之醫療機構。

本契約所稱「傷害」係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。

本契約所稱「意外傷害事故」是指非由疾病引起之外來突發事故。

本契約所稱「住院」，是指被保險人因遭受意外傷害事故，經醫師診斷，必須入住醫院診療時，經正式辦理住院手續並確實在醫院接受診療者。

第四條：保險期間、保險責任的開始及交付保險費

本契約保險期間為一年。

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。

第五條：保險費的計算

本契約的保險費總額以平均保險費率乘投保單位總額計算，但在本契約有效期間內因投保單位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」是按訂定本契約或續保時，依要保人之危險程度及每一被保險人的投保單位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；所謂「投保單位」是指「傷害住院日額」每日新台幣一百元為一單位計算，並以要保書之約定記載為準。

第六條：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。

第七條：第二期以後保險費的交付、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，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，或由本公司派員前往收取，並交付本公司開發之憑證。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的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。

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。但應由給付保險金內扣除本契約該被保險人欠繳保險費。

第八條：告知義務與本契約的解除

要保人在訂立本契約時，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。

被保險人於要保人申請投保或加保時，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，本公司得解除該被保險人部份之保險契約效力，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

要保人因所屬人員異動而申請加保時，應以書面或其他約定方式通知本公司，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。

要保人因所屬人員而退保時，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，本公司按日數比例退還未滿期保險費。

要保人因被保險人非因本契約所約定之保險事故而致該被保險人之保險契約效力消滅時，應以書面或其他約定方式通知本公司，本公司自保險契約效力消滅時按日數比例退還未滿期保險費。

第十條：契約的終止

本契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，本公司得終止本契約，並按日數比例返還未滿期之保險費。

保險契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。

第十一條：危險變更的通知義務

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契約或被保險人參加本契約滿六個月後喪失本契約被保險人資格時，被保險人得於本契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契約內該被保險人之保險金額的個人傷害住院日額保險附約，本公司按該被保險人更約當時之年齡以標準體承保，但被保險人之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、身分證明編號、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。

第十四條：契約的續保

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，續保的始期以原契約屆滿日的翌日零時為準。

第十五條：傷害住院保險金的給付

被保險人於本契約有效期間內遭受第三條約定的意外傷害事故，自意外傷害事故發生之日起一百八十日內，經登記合格的醫院住院治療者，本公司就其住院日數，給付保險單所記載的「傷害住院保險金日額」。但超過一百八十日繼續治療者，受益人若能證明被保險人之治療與該意外傷害事故具有因果關係者，不在此限。

前項每次傷害給付日數不得超過九十日。

被保險人因第一項傷害蒙受骨折未住院治療者，或已住院但未達到下列骨折別所定日數表，其未住院部份本公司按下述骨折別所定日數乘「傷害住院日額」的二分之一給付。合計給付日數以按骨折別所定日數為上限。

前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保險金。

就同一傷害事故，凡已申領骨折醫療給付者，如住院治療時，本公司就實際住院日數扣除已申領未住院骨折醫療給付日數之差額，給付保險金，惟實際住院日數如超過九十日時，以九十日計算。

1、鼻骨、眶骨(含顴骨)	十四天
2、掌骨、指骨	十四天
3、蹠骨、趾骨	十四天
4、下顎(齒槽醫療除外)	廿天
5、肋骨	廿天
6、鎖骨	廿八天
7、橈骨或尺骨	廿八天
8、膝蓋骨	廿八天
9、肩胛骨	卅四天
10、椎骨(包括胸椎、腰椎及尾骨)	四十天
11、骨盤(包括腸骨、恥骨、坐骨、薦骨)	四十天
12、臂骨	四十天
13、橈骨與尺骨	四十天
14、腕骨(一手或雙手)	四十天
15、脛骨或腓骨	四十天
16、踝骨(一足或雙足)	四十天
17、頭蓋骨	五十天
18、股骨	五十天
19、脛骨及腓骨	五十天
20、大腿骨頸	六十天

第十六條：加護病房保險金

被保險人於本契約有效期間內遭受第三條約定的意外傷害事故，自意外傷害事故發生之日起一百八十日內，於登記合格的醫院接受加護病房住院治療者，本公司除給付「傷害住院保險金」外，另按本契約約定之「傷害住院保險金日額」乘以其實際住進加護病房之日數，給付「加護病房保險金」。但超過一百八十日繼續治療者，受益人若能證明被保險人之治療與該意外傷害事故具有因果關係者，不在此限。

前項每次傷害給付日數不得超過四十五日。

第十七條：除外責任(原因)

被保險人因下列原因致成傷害時，本公司不負給付保險金的責任。

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。

第十八條：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。

第十九條：契約的無效

本契約訂立時，僅要保人知保險事故已發生者，契約無效，本公司不退還所收受之保險費。

第二十條：保險事故的通知與保險金的申請時間

被保險人於本契約有效期間內遭受第三條約定的意外傷害事故時，要保人、被保險人或受益人應於知悉意外傷害事故發生後十日內將事故狀況及被保險人的傷害程度，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。

第二十一條：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、意外傷害事故證明文件。
- 三、記載住院起迄日期之住院診斷證明書。(申請加護病房保險金，需檢具記載實際住進加護病房起迄日期之住院診斷證明書)。但要保人或被保險人為醫師時，不得為被保險人作診斷證明。
- 四、受益人之身分證明。

第二十二條：受益人的指定與變更

本契約「傷害住院保險金」、「加護病房保險金」之受益人為被保險人本人，本公司不受理其另行指定或變更。

本公司為「傷害住院保險金」、「加護病房保險金」給付時，應以受益人直接申領為限。

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。

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。

第二十三條：住所變更

要保人的住所變更時，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。

第二十四條：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。

第二十五條：批註

本契約內容的變更，或記載事項的增刪，除第二十二條另有規定外，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。

第二十六條：管轄法院

因本契約涉訟時，同意以要保人住所地地方法院為第一審管轄法院，要保人的住所不在中華民國境外時，以臺灣臺北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。

第二十七條：經驗分紅

本契約自承保之第一年度起，於每一保險年度終了時結算，依下列公式計算當年度紅利。

$$\text{當年度紅利} = K_t \times (P_t - e \times P_t - C_t) - D_{t-1}$$

以上公式中：

K_t ：第 t 保險年度分紅率

P_t ：第 t 保險年度總保費

e ：第 t 保險年度總支出費用比率

$C_t = r \times$ 該公司團體第 t 保險年度實際理賠金額 $+ (1-r) \times$ 該公司團體第 t 保險年度預期理賠金額；其中 $0 \leq r \leq 1$ ，視該公司團體人數多寡及保費總額大小，由本公司決定。

D_{t-1} ：第 $t-1$ 保險年度止之歷年累積虧損餘額

(若第 $t-1$ 保險年度已有分紅時，則第 $t-1$ 保險年度止之歷年累計虧損餘額改以 0 計算)

註：計算當年度紅利之數值為正值時，才給付當年度紅利，若當年度紅利之數值為負值時，無紅利給付。