遠雄人壽安心醫療保險附約

（本保險為不分紅保單，不參加紅利分配，並無紅利給付項目）

（給付項目：病房費用保險金、加護病房費用保險金、住院醫療費用保險金、外科手術費用保險金、出院在家療養保險金、住院醫療日額保險金）

（等待期間：本附約生效日起持續有效三十日。但因遭受意外傷害所致者不在此限。）

※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，並把握保單契約撤銷之時效（收到保單翌日起算十日內）。

免費申訴電話： 0800－083－083

核准文號：民國 85 年 11 月 09 日　　臺財保第852371587號函

修訂文號：民國 89 年 03 月 15 日　　臺財保第890702100號函

第一條【保險附約的構成】

本安心醫療保險附約(以下簡稱本附約)依主保險契約(以下簡稱主契約)要保人之申請，經本公司同意附加於主契約訂定之。

本保險單條款、附著之要保書、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【保險責任的開始及交付保險費】

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。

本附約如係與主契約同時投保者，以主契約保險期間的始日為本附約的始日，以主契約當年度保險單週年日為到期日。

本附約如係中途申請附加者，以主契約保險單上所批註之日期為始日，以主契約當年度保險單週年日為到期日。

第三條【附約有效期間及保證續保】

本附約保險期間為一年，保險期間屆滿時，要保人得交付續保保險費，以逐年使本附約繼續有效，本公司不得拒絕續保。續保之始期以原附約屆滿日的翌日為準；但被保險人年齡於保單週年日超過七十五歲時，本公司得不予續保。

本附約續保時，依續保生效當時報經主管機關核可之費率及被保險人年齡重新計算保險費，但不得針對個別被保險人身體狀況調整之。要保人如不同意該項保險費，本附約自該期保險費應交之日起自動終止。

第四條【名詞定義】

本附約所稱「全民健康保險」係指依據全民健康保險法所承辦之各種健康保險。

本附約所稱「被保險人」係指主契約被保險人或其配偶或其子女，且已記載於保險單者為限。

本附約所稱「配偶」係指主契約被保險人戶籍登記之配偶。

本附約所稱「子女」係指主契約被保險人戶籍登記，自出生日至二十三歲止之子女。

本附約所稱「疾病」係指被保險人自本附約生效日起持續卅日或復效日以後所開始發生的疾病。但續保者，被保險人在續保日前已持續有效逾三十日者，該被保險人不受三十日之限制。

本附約所稱「傷害」係指被保險人於本附約有效期間內，遭受意外傷害事故，因而蒙受之傷害。

本附約所稱「意外傷害事故」係指非由疾病引起之外來突發事故。

本附約所稱「醫師」係指領有醫師證書而合法執業者。

本附約所稱「醫院」係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。

本附約所稱「住院」係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。

本附約所稱「同一次事故」係指因同一疾病或傷害，或因此引起之併發症，於出院後十四日內於同一醫院再次住院時，其各種保險金給付合計額，視為一次住院辦理。

第五條【第二期以後保險費的交付、寬限期間及附約效力】

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，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，年繳或半年繳者，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。

樣張

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。

第六條【保險費的墊繳】
要保人得於要保書或繳費寬限期間終了前以書面聲明，第二期以後的分期保險費於超過寬限期間仍未交付者，本公司應以主契約當時的保單價值準備金（如有保險單借款者，以扣除其借款本息後的餘額）自動墊繳其應繳的保險費及利息，使本附約繼續有效。但要保人亦得於次一墊繳日前以書面通知本公司停止保險費的自動墊繳。墊繳保險費的利息，自寬限期間終了的翌日起，按當時主契約所適用之利率計算。
前項每次墊繳保險費的本息，本公司應即出具憑證交予要保人，並於憑證上載明墊繳之本息及主契約保單價值準備金之餘額。保單價值準備金之餘額不足墊繳一日的保險費且經催告到達後逾三十日仍不交付時，本附約效力停止。

第七條【本附約效力的停止與恢復】
主契約停止效力時，本附約效力亦同時停止。
本附約停止效力後，要保人得在主契約有效期間內且在停效日起二年內，申請復效。
前項復效申請，經本公司同意受領要保人繳付按日數比例計算的當期未滿期保險費後，自翌日上午零時起恢復效力。

第八條【告知義務與本附約的解除】
要保人或被保險人在訂立本附約時，對本公司要保書書面詢問的告知事項應據實說明，如有故意隱匿，或因過失遺漏或為不實的說明，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，而且不退還已交付的保險費，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。
前項解除本附約權，自本公司知有解除之原因後，經過一個月不行使而消滅；或自本附約訂立後，經過二年不行使而消滅。
本公司解除本附約時，應通知要保人，如要保人死亡、居所不明，通知不能送達時，本公司得將該項通知送達受益人，仍生解除本附約之效力。

第九條【附約的終止】
要保人得隨時終止本附約。
前項附約之終止，自本公司收到要保人書面通知時，開始生效。
要保人依第一項約定終止本附約或被保險人非因本附約所載之保險事故身故終止本附約時，本公司按日數比例退還當期已繳付未到期之保險費退還要保人。
本附約有下列情形之一時，如尚未滿期，其效力持續至本附約該期已繳之保費期滿後終止。
一、主契約終止時。
二、主契約經申請變更為展期定期保險時。
三、主契約被保險人與其配偶依法定程序終止婚姻關係時，配偶附約效力自離婚生效日後之該繳別下次應繳日起即行終止。
四、子女附約自年滿二十三歲後之該繳別下次應繳日起即行終止。

第十條【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。

第十一條【保險範圍及保險金的給付】
被保險人於本附約有效期間內因第四條約定之疾病或傷害住院診療時，本公司自其住院之日起至出院之日止，在「同一事故」視被保險人是否具有醫療費用收據正本及明細表，按下列兩種方式（甲、乙）其中之一，依其投保單位給付保險金。
甲、被保險人具有醫療費用收據正本及明細表時，本公司依其住院期間實際支付的醫療費用，按下列各款約定給付保險金：
　一、病房費用保險金：
　　本公司按日支付實際發生之病房費、膳食費及醫師診察費；但每日最高給付限額不得超過本附約約定的「病房費用保險金」。
　　若實際發生之上述費用超過本附約約定的「病房費用保險金」時，其超過之金額得併入「住院醫療費用保險金」中計算，但最高以實際發生之每日醫師診察費為限，且併入後之總額仍不得超過本附約約定的「住院醫療費用保險金」限　　額。同一次事故最高給付日數以三百六十五日為

樣張

限。

二、加護病房費用保險金：

本公司按日支付實際加護病房費用；每日最高給付限額不得超過本附約約定「加護病房費用保險金」，且可同時申請「病房費用保險金」。同一次事故最高給付日數以三十日為限。

三、住院醫療費用保險金：

本公司給付被保險人住院期間所實際支付的下列費用，以本附約約定的「住院醫療費用保險金」為最高限額。

1.一般護理費（不含特別護士費）。
2.手術室、治療室及其設備的使用。
3.主治醫師對症所必要的處方。
4.敷料、外科用夾板及石膏整型（但不包括特別支架）。
5.化驗室檢驗、心電圖、基礎代謝率檢查。
6.物理治療。
7.麻醉劑、氧氣及其應用。
8.X光檢查，及放射性治療。
9.靜脈輸注費及其藥液。
10.血液或血漿的輸注費。
11.救護車費。

住院天數卅一至六十天者，其「住院醫療費用保險金」每次限額增為例表一所列金額的二倍。

住院天數六一至九十天者，其「住院醫療費用保險金」每次限額增為例表一所列金額的三倍。

住院天數九一至一八〇天者，其「住院醫療費用保險金」每次限額增為例表一所列金額的四倍。

住院天數一八一天以上者，其「住院醫療費用保險金」每次限額增為例表一所列金額的五倍。

倘被保險人於住院期間之前後各七日內，因同一次事故必須門診醫療時，該項門診醫療費用將併入住院期間內之「住院醫療費用保險金」計算，惟每日以一次且每次給付金額以每一投保單位新台幣壹百元為限。

四、外科手術費用保險金：

本公司給付被保險人住院期間所實際支付醫院的外科手術費用，但不得超過本附約約定的「外科手術費用保險金」的給付限額乘以例表二「外科手術費用表」中所列「最高給付保險百分比」為限。

被保險人同一住院期間接受兩項以上手術時，其手術費用保險金分別計算；但同一手術部位接受兩項器官以上手術時，按各項手術中費用最高的一項計算。

被保險人接受的手術若不包括在例表二所載項目內時，由本公司與被保險人協議比照該表內程度相當的手術項目所列的給付比率，核算給付金額。

五、出院在家療養保險金：

本公司按本條第一款所支付「病房費用保險金」的百分之六十給付『出院在家療養保險金』。

六、被保險人每次住院所能申請的各項保險金給付合計總額，最高不得超過本附約約定的「保險金總限額」。

被保險人於本附約有效期間內，因疾病或傷害，或因而所引起之併發症於醫院接受外科手術而未住院時，本公司仍依第二項第四款「外科手術保險金」之規定給付。

被保險人於本附約有效期間內，因疾病或傷害，或因而所引起之併發症，急診就醫，有實際暫留情形，且醫院已收取暫留床費者，本公司依第二項第一款「病房費用保險金」、第三款「住院醫療費用保險金」及第五款「出院在家療養保險金」之規定給付。

被保險人因住院醫療所發生的各項費用中，已獲得全民健康保險給付的部份本公司不予給付保險金。

乙、被保險人未具醫療費用收據正本及明細表時，本公司按投保單位每日給付「住院醫療日額保險金」。每一次事故最高給付日數以三百六十五日為限。

住院天數卅一至六十天者，超過三十天的部份，其「住院醫療日額保險金」增為例表一所列金額的二倍。

住院天數六一至九十天者，超過六十天的部份，其「住院醫療日額保險金」增為例表一所列金額的三倍。

住院天數九一至一八〇天者，超過九十天的部份，其「住院醫療日額保險金」增為例表一所列金額的四倍。

住院天數一八一以上者，超過一八〇天的部份，其「住院醫療日額保險金」增為例表一所列金額的五倍。

第十二條【保險給付的限制】

本附約之被保險人係以全民健康保險身份計收保費，按第十一條方式甲申領各款保險金時，未提出以全民健康保險身份就診之證明者，本公司以實際應支付的住院醫療保險金的七十五%核算給付保險金。

第十三條【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.子癇症。
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.子癲前症及子癇症。
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、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。

樣張

）
四、按第十一條方式甲申領醫療保險金，應檢具醫療費用收據正本及明細表。
五、按本附約有全民健康保險之保險費率投保者，應提供使用全民健康保險之住院診療證明。

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。

第十五條【附約內容的變更】
要保人在本附約有效期間內，得申請減少投保單位，但減少後的投保單位不得低於本附約最低承保的投保單位，其減少部份視為終止契約。

第十六條【年齡的計算】
被保險人的投保年齡，以足歲計算，但是未滿一歲的零數超過六個月者加算一歲，要保人在申請投保時，應將被保險人的出生年月日在要保書填明。

第十七條【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。
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。

第十八條【變更住所】
要保人的住所有變更時，應即以書面通知本公司。
要保人不為前項通知者，本公司之各項通知，得以本附約所載要保人之最後住所發送之。

第十九條【時效】
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。

第二十條【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同意，並由本公司即予批註或發給批註書。

第二十一條【管轄法院】
因本附約涉訟者，同意以要保人住所所在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。

樣張

【例表一】：*每一計劃(一計劃等於十個投保單位)給付項目與金額*

類　　別	給　付　項　目	給　付　限　額
實支實付型	病房費用保險金	一ＯＯＯ元／每日
	加護病房費用保險金	三ＯＯＯ元／每日
	住院醫療費用保險金	六ＯＯＯＯ元／每次
	外科手術費用保險金	五ＯＯＯＯ元／每次
	出院在家療養保險金	六ＯＯ元／每日
	保險金總限額	六ＯＯＯＯＯ元／每次

類　　別		給　付　項　目	給　付　金　額
固定金額型	住院醫療日額保險金	按有健保之費率投保者	一二ＯＯ元／每日
		按無健保之費率投保者	一六ＯＯ元／每日

註：1.各項保險金＝投保單位x每一投保單位給付內容
2.住院日數最高給付為 365 天
3.住院天數 31 ~ 60 天者，『住院醫療費用保險金』每次限額為上表之 2 倍
住院天數 61 ~ 90 天者，『住院醫療費用保險金』每次限額為上表之 3 倍
住院天數 91 ~180 天者，『住院醫療費用保險金』每次限額為上表之 4 倍
住院天數 181 天以上者，『住院醫療費用保險金』每次限額為上表之 5 倍
4.外科手術費用的每次最高限額以『外科手術費用保險金』乘以例表二『外科手術費用表』中所規定各項手術費用的百分率為限(最高可達 500%)
5.住院天數 31 ~ 60 天者，超過 30 天的部份，其『住院醫療日額保險金』為上表之 2 倍
住院天數 61 ~ 90 天者，超過 60 天的部份，其『住院醫療日額表險金』為上表之 3 倍
住院天數 91 ~180 天者，超過 90 天的部份，其『住院醫療日額保險金』為上表之 4 倍
住院天數 181 天以上者，超過 180 天的部份，其『住院醫療日額保險金』為上表之 5 倍

樣張

【例表二】：外科手術費用表

手術名稱	最高給付保險百分比
一、結腸直腸及小腸	
1.闌尾切除術	60%
2.乙狀結腸切除術	145%
3.盲腸造廔術	80%
4.人工肛門術	80%
5.直腸鏡檢查術	10%
6.右結腸切除術	110%
7.次全結腸切除術加迴腸直腸吻合術	265%
8.全結腸切除加迴腸造廔術	265%
9.小腸切除術加吻合術	105%
10.小腸憩室切除術	95%
11.腸粘連分離術未併腸切除	80%
12.腸粘連分離術併腸切除	120%
13.腸息肉切除術	60%
14.直腸脫出根治手術	100%
二、其他腹腔部位	
1.腹腔內膿瘍引流術	65%
2.膈下膿瘍引流術	65%
3.骨盆腔膿瘍引流術	65%
4.剖腹探查術	50%
5.腹腔腫瘤切除術	105%
6.後腹腔腫瘤切除術	105%
7.脾臟切除術	100%
8.腹壁、鼠蹊疝氣修補術未併腸切除	75%
9.腹壁、鼠蹊疝氣修補術併腸切除	100%
三、胸腔	
1.開胸探查術	70%
2.胸腔形成術（ 第一期 ）	95%
3.胸腔形成術（ 第二期 ）	80%
4.胸腔形成術（ 第三期 ）	80%
5.食道鏡檢查，合併組織切片	20%
6.食道切除術	145%
7.食道瘤及囊腫切除術	180%
8.胃造廔術或空腸造廔術	70%
9.胃造廔術及幽門成形術	80%
10.胃貴門及食道切除再造術	175%
11.肺葉切除及胸廓成形術	175%
12.全肺切除術	200%
13.肺部份切除術	125%
14.胸腺切除手術	100%
15.喉頭、氣管異物除去術	30%
16.肺濃瘍手術	70%
17.氣胸引流手術	50%
18.經胸迷走神經切斷術	100%
四、耳部	
1.乳突鑿開術	100%
2.鼓室成形術（ 不包括乳突鑿開術）	130%
3.鼓室成形術（ 包括乳突鑿開術）	165%
4.顳骨切除術	165%
5.外耳道異物除去術	30%
6.外耳道惡性腫瘤切除術	150%
7.內淋巴囊減壓術	160%
8.耳病性暈眩手術	100%
9.鼓膜成形術	100%
10.耳前廔管或囊腫切除術	30%
五、食道、胃及十二指腸	
1.胃近位迷走神經切斷術	125%
2.胃亞全切除術（ 遠端 ）	125%
3.胃全切除術	170%
4.迷走神經切斷術加胃部份切除術	125%
5.迷走神經切斷術加幽門成形術	125%
6.迷走神經切斷術加胃腸吻合術	125%
7.胃切開術	100%
8.胃造廔術及幽門成形術	110%
9.十二指腸手術	100%
10.食道切除術	110%
六、胰臟	
1.胰臟腫瘤或囊腫摘除術	125%
2.胰臟空腸吻合術	125%
3.胰臟全切除術	195%
4.胰臟次全切除術	130%
5.胰臟結石去除手術	100%
七、膽	
1.膽囊造廔術	70%
2.膽囊切除術	90%
3.總膽管切開術	75%
4.總膽管全除開術	140%
5.膽囊截石術	100%
6.膽管成形術	110%
八、肝臟	
1.肝濃瘍引流術	90%
2.擴大肝葉切除術（ 三區域 ）	330%
3.肝小葉切除術（ 一區域 ）	145%
4.肝部份切除術（ 小於半區域 ）	120%
5.肝葉切除術（ 二區域 ）	200%
6.縫肝術	80%
7.肝結石手術	120%
九、肛門	
1.肛門周圍濃瘍切開引流術	65%

樣張

手術名稱	最高給付保險百分比
2.栓塞性外痔核切除術	55%
3.單純肛廔切除術	65%
4.肛裂切除術	60%
5.內外痔切除術	55%
6.痔結紮手術（含冷凍、鐳射療法）	30%
十、眼	
1.眼內異物除去術（前房內）	55%
2.眼內異物除去術（硝子體內）	65%
3.網膜剝離之鞏膜填充術	125%
4.網膜剝離之冷凍手術	85%
5.網膜剝離之電氣凝固術	80%
6.網膜剝離之鞏膜切除術	115%
7.青光眼毛樣體剝離手術	95%
8.青光眼虹彩切除術	80%
9.白內障瓣狀摘出術（包括囊內、囊外）	95%
10.白內障線狀摘出術	50%
11.角膜虹膜切開（除）術	40%
12.鞏膜切開（除）術	80%
13.水晶體植入術	80%
14.視網膜變性或裂孔冷凍治療法	40%
15.眼瞼良性腫瘤切除術	10%
16.眼瞼惡性腫瘤切除術	100%
17.眼瞼下垂（含內外翻矯正）	80%
18.霰粒腫手術	10%
19.翼狀贅肉切除術	30%
20.淚腺切除術	50%
十一、皮膚、骨骼及肌肉	
1.上膊切除術（兩側）	90%
2.上膊切除術（單側）	65%
3.肩關節固定術	110%
4.肩關節骨折	80%
5.肘關節整形術	80%
6.肘關節骨折	80%
7.前臂切斷術	70%
8.前臂骨折	80%
9.上臂骨折	80%
10.腕關節手術	70%
11.手指切除術（單指）	25%
12.手指切除術（多指）	35%
13.大腿切斷術（單側）	90%
14.大腿切斷術（兩側）	120%
15.大腿骨骨折	100%
16.足部切斷術	70%
17.足部骨折	80%
18.髁關節固定術	100%
19.髁關節整形術	70%
20.髁關節骨折	80%
21.髁關節擴創術	70%
22.股關節固定術	130%
23.股關節整形術	130%
24.股關節切斷術	100%
25.股關節骨折	100%
26.膝關節固定術	110%
27.膝關節整形術	100%
28.膝關節擴創術	70%
29.膝關節骨折	80%
30.下腿切斷	80%
31.下腿擴創術	70%
32.下腿骨骨折	80%
33.骨盤切斷術	130%
34.骨盤手術	80%
35.肘關節全置換術	130%
36.脊椎骨折	80%
37.脊椎整形術（前方固定）	130%
38.脊椎整形術（後方固定）	110%
39.椎間板手術	100%
40.椎板截除術	155%
41.骨髓炎手術	70%
42.顏面骨骨折	70%
43.鎖骨骨折	50%
44.肋骨骨折	40%
45.掌、指骨骨折	40%
骨折僅徒手復位並行外固定者，依各部位骨折手術給付百分比之50%給付。	
46.骨折內固定之骨板骨髓內釘拔取術	40%
47.骨折內固定之骨螺絲釘拔取術	20%
48.人工關節置換(股、膝、肩關節)	150%
（肘、腕、踝關節）	110%
（指、趾關節）	50%
49.斷指再接手術（每一指）	130%
50.斷肢再接手術	250%
51.腱鞘囊腫（含板機指）手術	20%
52.植皮手術<5cm²	50%
5cm² ~ 10cm²	80%
>10cm²	110%
53.韌帶手術	50%
54.半月軟骨切除手術	80%
55.頭顱成形術	100%
十二、泌尿系統	
1.腎臟囊腫去除術	105%
2.腎切除術	125%
3.腎臟固定術	105%
4.腎、輸尿管切除術	140%
5.腎部份切除術	125%
6.膀胱部份截除術	110%

樣張

手術名稱	最高給付保險百分比
7.膀胱全部截除術	130%
8.尿道切開術	55%
9.腎結石手術	120%
10.膀胱、輸尿管結石手術	90%
11.泌尿系統各部位結石之體外震波碎石術	80%
12.尿道結石（異物）除去術	30%
十三、男性生殖系統	
1.副睪丸截除術（單側）	65%
2.副睪丸截除術（雙側）	90%
3.陰囊水腫手術	65%
4.睪丸截除術（單側）	55%
5.睪丸截除術（雙側）	65%
6.前列腺切除術	115%
7.前列腺全部切除術	140%
8.精索靜脈手術	55%
9.陰莖部份切除術	60%
10.陰莖全部切除術	80%
十四、女性生殖系統	
1.子宮附屬器切除術（包括子宮外孕手術）	80%
2.子宮頸楔狀切除術	35%
3.子宮頸切斷術	55%
4.腹部探查術	60%
5.陰道囊腫切除術	40%
6.子宮肌瘤摘除	90%
7.子宮頸癌根除性手術	165%
8.單純性子宮全摘除術（腹式、膣式）	105%
9.次全子宮切除術	90%
10.治療性子宮頸擴刮術	35%
11.乳腺腫瘤切除術	30%
12.乳癌根治術（標準型及修改型）	115%
13.會陰修補手術	10%
14.巴氏腺囊腫手術	15%
15.腹腔鏡手術	60%
16.子宮內翻症手術	50%
17.乳房切除術單側	60%
雙側	80%
18.乳房腫瘤切除術單側	30%
雙側	40%
十五、甲狀腺	
1.甲狀腺囊腫或甲狀舌囊腫切除術	80%
2.甲狀腺全部切除術	260%
十六、鼻	
1.鼻咽癌切除術	100%
2.多竇副鼻竇手術	110%
3.全竇副鼻竇手術	155%
4.粘膜下鼻甲骨切除術	55%
5.下甲介截除術	35%
6.鼻息肉切除術	10%
7.鼻中隔成形手術	100%
十七、咽喉	
1.咽部膿腫切開術	15%
2.舌繫帶切斷術	20%
3.半喉切除術	130%
4.喉截開術	80%
5.氣管切開術	30%
6.聲帶節結（息肉）手術	20%
7.扁桃腺切除術	50%
8.舌切除術	100%
十八、神經系統	
1.腦瘤切除	300%
2.顱骨切除術併皮膚、骨骼、肌肉	105%
3.椎間切除術	135%
4.硬腦膜外血腫清除術	185%
5.腦內血腫清除術	230%
6.椎板切除術	130%
7.癲癇症腦葉切除術	500%
8.頭顱穿洞術	35%
9.腦室引流	50%
10.硬腦膜下血腫清除術	200%
11.脊髓切斷術	150%
12.神經切斷術	35%
13.神經移植術	100%
14.脊髓腫瘤切除術	250%
15.腦下垂體瘤切除	300%
16.神經瘤或神經纖維瘤切除術	40%
17.開顱術摘除腦血管病變	500%
十九、心臟和循環系統	
1.心臟切除術和異物排除	220%
2.心肌切除術	280%
3.心肌柄塞後造成心室中膈缺損修補術	330%
4.單一瓣膜置換術	320%
5.二個瓣膜置換術	360%
6.三個瓣膜置換術	500%
7.心包膜手術	120%
8.經胸切開術裝置或置換永久性心內節律器及心肌電極	100%
9.冠狀動脈繞道手術一條血管	320%
二條血管	360%

樣張

手術名稱	最高給付保險百分比	手術名稱	最高給付保險百分比
冠狀動脈繞道手術三條血管・・	500%	13.動脈瘤手術・・・・・・・・	150%
10.血液透析用之血管插管・・・・・	10%	14.心臟導管檢查・・・・・・・	60%
11.靜脈曲張手術・・・・・・・・・	50%	15.主動脈內氣球植入或去除術・	150%
12.動靜脈廔管之切除、移植及直接修補手術・・・・・・・・・・・・	150%		

＊　＊注　意＊　＊

被保險人接受的手術若不包括在例表二所載項目內時，由本公司與被保險人協議比照該表內程度相當的手術項目所列的給付比率，核算給付金額。

樣張

遠雄安心醫療保險附約(RSI)費率表

※本險費率無男女性別差別

1.無全民健保總保費

單位：元

年齡層	計劃一	計劃二	計劃三	計劃四	計劃五
0～23	3,090	6,180	9,270	12,360	15,450
24～27	3,270	6,540	9,810	13,080	16,350
28～32	3,450	6,900	10,350	13,800	17,250
33～37	3,630	7,260	10,890	14,520	18,150
38～42	4,360	8,720	13,080	17,440	21,800
43～47	5,080	10,160	15,240	20,320	25,400
48～52	5,810	11,620	17,430	23,240	29,050
53～57	6,530	13,060	19,590	26,120	32,650
58～62	7,260	14,520	21,780	29,040	36,300
63～67	8,350	16,700	25,050	33,400	41,750
68～72	10,160	20,320	30,480	40,640	50,800
73～75	10,890	21,780	32,670	43,560	54,450

樣張

2.有全民健保總保費

單位:元

年齡層	計劃一	計劃二	計劃三	計劃四	計劃五
0～23	2,320	4,640	6,960	9,280	11,600
24～27	2,450	4,900	7,350	9,800	12,250
28～32	2,590	5,180	7,770	10,360	12,950
33～37	2,720	5,440	8,160	10,880	13,600
38～42	3,270	6,540	9,810	13,080	16,350
43～47	3,810	7,620	11,430	15,240	19,050
48～52	4,360	8,720	13,080	17,440	21,800
53～57	4,900	9,800	14,700	19,600	24,500
58～62	5,450	10,900	16,350	21,800	27,250
63～67	6,260	12,520	18,780	25,040	31,300
68～72	7,620	15,240	22,860	30,480	38,100
73～75	8,170	16,340	24,510	32,680	40,850