

保誠人壽保險股份有限公司

(以下簡稱「本公司」)

保誠人壽團體癌症放射線治療暨化學治療保險金附加條款

(癌症放射線治療保險金、癌症化學治療保險金給付)

備 查 文 號

民國 100 年 04 月 21 日保誠總字第 1000155 號

免費申訴電話：0809-0809-68

傳真：(04)3703-3801

電子信箱(E-Mail)：customer.services@pcalife.com.tw

【附加條款之訂定及構成】

第一條

「保誠人壽團體癌症放射線治療保險金暨化學治療保險金附加條款」(以下簡稱本附加條款)，僅適用附加於「保誠人壽團體癌症醫療定額給付保險」(以下簡稱本契約)，且依要保人之申請並經本公司同意承保後，始生效力。本附加條款附加於本契約上，並構成本契約之一部分，本契約與本附加條款抵觸者，以本附加條款為準。本附加條款未約定者，悉依本契約之約定。

【名詞定義】

第二條

本附加條款所稱「癌症治療保險金額」係指依要保人投保，經本公司同意，記載於保險證或保險手冊上之投保金額，倘爾後該金額有所變更，則以變更後之金額為準。

【癌症放射線治療保險金的給付】

第三條

被保險人於本附加條款之有效期間內，因罹患本契約第二條約定之癌症，且在癌症的保險責任開始日起，經醫院醫師診斷必須且實際於醫院接受放射線治療者(不論住院或門診)，本公司按其投保之「癌症治療保險金額」及其接受放射線治療次數給付「癌症放射線治療保險金」。

「癌症放射線治療保險金」的給付，每日以一次為限。

【癌症化學治療保險金的給付】

第四條

被保險人於本附加條款之有效期間內，因罹患本契約第二條約定之癌症，且在癌症的保險責任開始日起，經醫院醫師診斷必須且實際於醫院接受抗癌化學藥物注射治療者(不論住院或門診)，本公司按其投保之「癌症治療保險金額」及其接受化學治療次數給付「癌症化學治療保險金」。

「癌症化學治療保險金」的給付，每日以一次為限。

【癌症放射線治療保險金、癌症化學治療保險金的申領】

第五條

受益人申領「癌症放射線治療保險金」、「癌症化學治療保險金」時，應檢具下列文件：

- 一、保險單或其謄本。
- 二、癌症診斷證明書及病理切片檢驗報告。
- 三、保險金申請書。
- 四、醫院出具載明接受放射線或抗癌化學藥物注射治療日期之證明。

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。

【受益人的指定及變更】

第六條

本附加條款「癌症放射線治療保險金」、「癌症化學治療保險金」的受益人為被保險人本人，本公司不受理其指定或變更。