

中華民國牙醫師公會全國聯合會團體保險

投保計劃與保費

保障項目/投保計劃		計劃一	計劃二	計劃三	計劃四	計劃五	計劃六	計劃七	計劃八	會務人員
		醫師、配偶	醫師、配偶	醫師、配偶、子女、員工	醫師、配偶、子女、員工	醫師、配偶、子女、員工	醫師、配偶、子女、員工	父母	未滿15足歲子女	
團體一年年定期壽險保險金		300萬	300萬	100萬	100萬	50萬	-----	-----	-----	100萬
團體意外傷害保險金		500萬	500萬	200萬	200萬	100萬	100萬	50萬	-----	200萬
重大燒燙傷保險金 (符合程度給付保額25%)		意外傷害保險保險金額25%								
團體住院醫療保險	病房與膳食費 (365天/次)	X	2,000元	X	1,000元	1,000元	1,000元	1,000元	1,000元	1,000元
	加護病房費 (7天/次)		2,000元		1,000元	1,000元	1,000元	1,000元	1,000元	1,000元
	住院醫療雜費		60,000元		30,000元	30,000元	30,000元	30,000元	30,000元	30,000元
	住院手術費		100,000元		50,000元	50,000元	50,000元	50,000元	50,000元	50,000元
團體癌症醫療保險	癌症住院	4,000元	2,000元	2,000元	2,000元	2,000元	X	X	X	2,000元
	癌症門診日額	2,000元	1,000元	1,000元	1,000元	1,000元				1,000元
	癌症手術	60,000元	30,000元	30,000元	30,000元	30,000元				30,000元
	癌症身故	100萬	50萬	50萬	50萬	50萬				50萬
投保年齡限制		15-65歲	15-65歲	15-65歲	15-65歲	15-65歲	15-65歲	70歲以內	未滿15足歲	15-65歲
續保年齡限制		70歲	70歲	70歲	70歲、 子女26歲	70歲、 子女26歲	70歲、 子女26歲	75歲	15足歲	70歲
月繳保費		1,479元/人	1,631元/人	550元/人	702元/人	500元/人	179元/人	697元/人	152元/人	702元/人

⚠️ 注意事項：

- 會員與眷屬同為社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會會員者，僅得擇一身分加保。本人需投保後，眷屬始得附加且眷屬保額不得高於本人保額。
- 參加本專案之被保險人均需填寫加入表、健康聲明書與信用卡轉帳授權書。
- 子女以人計費。
- 本團體保險專案為一年一約。