

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

保障內容／投保計畫		計劃一	計劃二	計劃三	計劃四	計劃五	計劃六	計劃七
		醫師、配偶	醫師、配偶	醫師、配偶、子女與員工、會務人員	醫師、配偶、子女與員工、會務人員	醫師、配偶、子女與員工、會務人員	醫師、配偶、子女與員工、會務人員	父母
團體一年定期壽險保險金		300 萬	300 萬	100 萬	100 萬	50 萬	---	---
團體意外傷害保險金		500 萬	500 萬	200 萬	200 萬	100 萬	100 萬	50 萬
重大傷燙傷保險金		75-500 萬	75-500 萬	30-200 萬	30-200 萬	15-100 萬	15-100 萬	7.5-50 萬
團體住院醫療保險	病房與膳食費(365天/次)		2,000 元		1,000 元	1,000 元	1,000 元	1,000 元
	加護病房費用保險金(365天/次)		2,000 元		1,000 元	1,000 元	1,000 元	1,000 元
	每次住院醫療雜費限額		60,000 元		30,000 元	30,000 元	30,000 元	30,000 元
	每次住院手術費用限額		100,000 元		50,000 元	50,000 元	50,000 元	50,000 元
團體癌症醫療保險	癌症住院醫療保險金	4,000 元	2,000 元	2,000 元	2,000 元	2,000 元		
	癌症門診醫療保險金	2,000 元	1,000 元	1,000 元	1,000 元	1,000 元		
	癌症住院手術費用保險金 非原位癌 原位癌	60,000 元 60,000 元	30,000 元 30,000 元	30,000 元 30,000 元	30,000 元 30,000 元	30,000 元 30,000 元		
	癌症身故保險金	100 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
續保年齡限制		70 歲	70 歲	70 歲、子女 26 歲	70 歲、子女 26 歲	70 歲、子女 26 歲	70 歲、子女 26 歲	75 歲
月繳保費		1,158 元/人	1,264 元/人	426 元/人 (每增加第二名以上子女增加保費 348 元)	518 元/人 (每增加第二名以上子女增加保費 348 元)	344 元/人 (每增加第二名子女增加保費 174 元)	134 元/人 (每增加第二名子女增加保費 42 元)	113 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，僅得則一身分加保。
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。
- 經本公司承保且扣款成功者，本公司將寄發保險證，並於次一年度 3 月寄發繳費證明。
- 本專案需參加人數達 50 人以上時，本專案始生效力，並開始扣款。
- 被保險人於每月 25 日前提出加保申請，並將加入表郵寄至保誠人壽(地址：台北市信義區松智路 1 號 8 樓 團險業務推廣收)，經核保通過後，於次月 1 日零時生效。
- 本團體保險專案為一年一約。
- 本專案連絡人:黃雅韻,TEL: (02)8786-9955#9,或保誠人壽免付費服務專線:0809-0809-68。