

111 年度臺北市政府所屬各機關學校員工及其眷屬自費團體保險保障計畫簡表

一、團體保險保障計畫簡表

單位：新臺幣

保障內容／投保計畫		現職					退休人員		
		計畫01			計畫02	計畫01	計畫01		
		員工	員工配偶	滿15足歲 員工子女	未滿15足歲 員工子女	員工父母	65歲以上	未滿65歲	
團體定期壽險		100萬	100萬					50萬	
團體傷害保險		100萬	100萬	100萬		50萬	50萬	100萬	
燒燙傷保險金		35萬	35萬	35萬		18萬	18萬	35萬	
傷害醫療限額保險金 (正本收據或副本收據)		1萬	1萬	1萬	1萬	1萬	1萬	1萬	
團體 全意 住院 醫療 擇優 給付	實支實付型 (限正本收據)	每日病房費用保險金 (最高給付365日)	1,100元	1,100元	1,100元	1,100元	1,100元	1,100元	1,100元
		住院醫療費用保險金 (含醫師診察費)	3.5萬	3.5萬	3.5萬	3.5萬	3.5萬	3.5萬	3.5萬
		住院手術費用保險金	5.5萬	5.5萬	5.5萬	5.5萬	5.5萬	5.5萬	5.5萬
	日額給付型	住院日額保險金 (最高給付365日)	1,100元	1,100元	1,100元	1,100元	1,100元	1,100元	1,100元
※住院醫療擇優給付方式為「實支實付型」或「日額給付型」兩者擇優給付。									
團體 醫療 保險	急診保險金(限額) (限正本收據)		1,100元	1,100元	1,100元	1,100元	1,100元	1,100元	1,100元
	加護或燒燙傷病房保險金(14天)		1,100元	1,100元	1,100元	1,100元	1,100元	1,100元	1,100元
	門診手術保險金(限額) (限正本收據)		1萬	1萬	1萬	1萬	1萬	1萬	1萬
	住院回診保險金(兩週內)		500元	500元	500元	500元	500元	500元	500元
團體 癌症 保險	安癌症住院醫療保險金		2,000元	2,000元	2,000元	2,000元			1,000元
	安癌症門診醫療保險金		1,000元	1,000元	1,000元	1,000元			500元
	安癌症住院手術保險金(含原位癌)		3萬	3萬	3萬	3萬			1.5萬
	安癌症出院療養保險金		2,000元	2,000元	2,000元	2,000元			1,000元
	安癌症治療保險金		2,000元	2,000元	2,000元	2,000元			1,000元
	安癌症身故保險金		50萬	50萬	50萬	50萬			25萬
每人保費(半年繳)		2,875元	2,875元	1,725元	1,375元	5,510元	5,510元	7,360元	

註：本保障計畫簡表僅供參考，詳細內容、保險說明及給付限制，皆以保單條款為準。

二、投保資格(現職員工投保後，其眷屬始具投保資格；退休人員限本人投保)

1. 現職員工與其配偶承保年齡為15足歲至65足歲止。
2. 現職員工子女承保年齡為出生後(於醫院診所生產之新生兒，須至正常出院後)至26足歲止。
滿15足歲至26足歲投保計畫01，未滿15足歲投保計畫02。
3. 現職員工父母承保年齡至80足歲止，然初次投保限未滿65足歲。
4. 現職員工如離職或退休，現職員工及其眷屬之保險效力仍持續至112/3/31止。
5. 未滿65足歲現職員工退休時，如欲繼續投保本自費團體保險，限投保「未滿65歲退休人員」方案至65足歲止；滿65足歲以上退休人員，如欲繼續投保本自費團體保險，限投保「65歲以上退休人員」方案至80足歲止。



700098



10301 版

三、投保須知

1. 本團體保險生效後，保險效力皆持續至 112/3/31 止。
2. 新加入投保者皆適用 30 日等待期。
3. 111/4/1 起新加入投保者，請填寫臺北市政府所屬各機關學校自費團體保險加入調查表、國泰人壽團體保險投保申請書暨健康告知書 及 轉帳/信用卡繳交保險費付款授權書 等三份文件，身故保險金或喪葬費用保險金受益人概為法定繼承人；如欲個別指定受益人，請填寫國泰人壽團體保險投保申請書暨健康告知書第壹項被保險人及身故保險金或喪葬費用保險金受益人等資料，並於第二頁被保險人簽名處簽名；如有未滿 20 歲之子女，須請法定代理人一併簽名。
4. 繳交保險費限以「信用卡」或「郵局帳戶」授權「國泰人壽保險股份有限公司」扣款；如以郵局帳戶扣款者，請同時提供郵局存摺帳戶封面頁及印鑑頁影本。保費一律以「半年繳」扣款，不接受選擇或變更。
5. 新加入投保者須於每月 5 日前向本公司提出申請，如遇資料未齊者，須於每月 20 日前補全完成，經本公司審核通過後，自次月 1 日起生效；逾期未補全資料者，該次加保申請不予受理。
6. 臺北市政府所屬各機關學校自費團體保險加入調查表須經所屬服務機關及承辦人員加蓋戳章後，本公司始受理申請。
7. 年度中途新加保者，保費會因生效日不同，依到下次應繳日之月份收取不同保費。
例：員工半年保費 2,875 元，5 個月保費 2,396 元，4 個月保費 1,916 元，3 個月保費 1,438 元，2 個月保費 958 元，1 個月保費 480 元。
8. 保費扣款日為當月生效日 9 號扣款(遇假日延後)，扣款不成下次扣款時間為 19 日及 29 日。
9. 退保作業：一經承保後，將持續有效至保單年屆滿。



700098



10301 版