

社團法人新北市建築師公會 函

地 址：22065 新北市板橋區中山路一段 293-1 號 6 樓
連絡人：陳奕瑜
電 話：(02)8953-4420#102 傳真：(02)8953-4426
電子信箱：ntc102@ntcaa.org.tw

受文者：全體會員

發文日期：中華民國 113 年 4 月 1 日
發文字號：新北市建師字第 0297 號
速別：最速件
密等及解密條件：
附件：如文

主旨：本會辦理 113 年度「全體會員團保專案」暨「會員及眷屬團保自費加保專案」，相關事宜詳如說明，敬請會員詳讀知悉，自費加保部分歡迎踴躍參加，請查照。

說明：

一、有關辦理「113年度會員團體保險專案」**會員保險費用由本會全額支付，**

無需申請及繳費，本案所稱會員皆含會務人員，相關事宜如下：

(一)保險期間：113年5月16日零時起至民國114年5月15日午夜12時止。

(二)保險費用：**會員保費由本會全額支付(最高承保至85歲續保至90歲)**。

(三)承保年齡、險種(詳細說明如附件1)及保額： 單位:元

承保年齡、 險種、保額	定期 壽險	傷害險	特 定 傷害險	醫療限額 傷害險	住院醫療 健康險
86-90歲	5萬	20萬	20萬	2萬	600/日
81-85歲	5萬	80萬	80萬	2萬	1200/日
80歲以下	5萬	100萬	100萬	2萬	1200/日

*另有：

1. 骨折未住院傷害保險：**85歲以下**：150~600元/日，**86-90歲**：75~300元/日(依X光片判定骨折位置及程度計算)。
2. 外科手術費保險：**85歲以下**：1,000~30,000元，**86-90歲**：300~9,000元(依手術項目之限額內照收據上健保給付以外辦理實支實付)。
3. 住院期間施行手術者，則依保單所列之「每日住院費」保險金限額將調整為1.5倍。(實支實付計算給付方式適用)
4. 住院醫療保險金限額實支實付與轉日額擇優給付。

二、90歲以上會員未納入團體保險項目及86-90歲會員，依本會福利金預算編列及使用辦法第六條第四項：「本會辦理團體保險，如有會員因年齡因素被排除或折減理賠時，由公會參照團體保險給付標準，補助會員本人因疾病

或意外傷害住院醫療時之給付差額。」規定辦理。

三、會員及眷屬團保自費加保專案相關事宜如下：

(一)保險期間：113年5月16日零時起至民國114年5月15日午夜12時止。

(二)保險內容：保險內容詳次頁，眷屬如欲加保者，會員本人需先行自費加保後，眷屬始得附加，惟自費專案加保有最高年齡限制。

1. 會員本人：承保年齡15足歲以上至85歲止。(27年11月17日後出生可保)
2. 配偶：承保年齡15足歲以上至85歲止。(27年11月17日後出生可保)
3. 子女：承保年齡0歲以上至23歲。(89年11月17日~98年5月16日出生可保計劃3)。因保險法第107條規定，未滿15足歲之子女(98年5月17日後出生可保計劃4)，僅開放投保：醫療限額傷害險，住院醫療日額險，骨折未住院傷害險及外科手術費保險。

(三)自費案計劃別內容及保費：

單位：元

計 劃 別	計劃1	計劃2	計劃3	計劃4
投保對象 \ 險種名稱	會員本人 (27年11月17日後 出生可保)	配偶 (27年11月17日後 出生可保)	15足歲-23歲 未婚子女 (89年11月17日~98 年5月16日出生可保)	15足歲以下子女 (98年5月17日後出 生可保)
團體一年定期壽險	——	5萬	5萬	——
團體一年傷害保險	200萬	200萬	200萬	——
團體特定意外傷害 給付附加	200萬	200萬	200萬	——
團體一年醫療限額 傷害保險	——	2萬	2萬	2萬
團體一年住院醫療 健康保險(住院費)	——	1,200元	1,200元	1,200元
團體一年住院醫療 健康保險(手術費)	——	1,000-30,000元	1,000-30,000元	1,000-30,000元
團體骨折未住院傷 害保險附加條款	——	600元	600元	600元
每人年繳保費	384元	2,314元	2,314元	1,630元

四、特別說明：

(一)個人於所有保險公司投保金額之總計，若超出元大人壽公司核

保限額者將無法承保，敬請見諒。

(二)新加保者65足歲(含)以上須提供健康聲明書，超過85歲無法承保，敬請見諒。

五、如欲辦理自費保險請填寫附件2，不須自費加保之會員，無需填寫附件2。

六、受理申辦及繳費期間：即日起至113年4月26日止。

七、繳費方式如下：

方式		說明	備註
方式一	現金	至公會繳交。	限請於上班時間。
方式二	電匯	帳號： <u>合作金庫板橋分行</u> 0110-717-271718 戶名：社團法人新北市建築師公會	限請於上班時間內傳真(02-89534426)或e-mail至ntc102@ntcaa.org.tw 並立即來電確認是否收到。
方式三	信用卡	填寫信用卡刷卡表單(如附件3)	連絡人:陳奕瑜小姐 電話 8953-4420 分機 102。

★1. 恕不接受電話及未附電匯單或信用卡付款單之會員配偶及子女申請書。
2. 會員團體保險本人保險費用已由本會支付，無需繳費!如需自費加保才要繳費!

正本：全體會員

理事長 **汪俊男**

社團法人新北市建築師公會

113年度會員及眷屬團保自費加保專案說明

- 一、保險期間：113年5月16日零時起至民國114年5月15日24時止。
- 二、保險內容：(意外傷害：指非由疾病引起之外來突發事故。自發生之日起180以內)
- (一) **團體一年定期壽險**：發生完全失能或死亡時，本公司依照本契約約定給付保險金。
- (二) **團體一年傷害保險**：因遭受意外傷害事故，致其身體蒙受傷害而致失能或死亡時，本公司依照本契約的約定，給付保險金。(失能保險金按程度給付5~100%)
- (三) **團體特定意外傷害給付附加條款**：係指下列情形之一者：
1. 乘坐於行駛在固定陸上路線之公共交通工具內為乘客時。
 2. 在一般載客用升降機車廂內(礦場及任何營建工地升降機除外)。
 3. 在起火之戲院、旅館或其它公共建築物內，且被保險人於起火當時已在建築物內。
- (四) **團體一年意外傷害醫療保險金**：因遭受意外傷害事故，致其身體蒙受傷害時，依照投保金(限)額，實支實付給付其實際醫療費用保險金。
- (五) **團體新一年定期健康保險**：因疾病或傷害至醫院住院診療或接受門診手術而未住院診療，依約定保險金(限)額給付。(倘被保險人住院診療時，可實支實付型或日額給付型二者擇一給付)
- (六) **團體健康保險住院關懷補償保險附約**：因疾病或傷害，經醫師診斷必須入住加護病房或燒燙傷病房且已實際入住加護病房或燒燙傷病房治療時，依約定給付保險金。
- (七) **團體骨折未住院傷害保險附加條款**：經醫師診斷確定致成「骨折給付日數標準表」所列項目之一且未住院治療者，或已住院但未達骨折別所定給付日數者，其未住院部分按骨折別所定給付日數乘以「骨折未住院保險金日額」的二分之一給付「骨折未住院保險金」，給付日數以按骨折別所訂日數扣除實際住院日數為準。
1. 骨骼完全折斷*「骨折未住院保險金日額」的1/2給付
 2. 不完全骨折 *「骨折未住院保險金日額」的1/4給付
 3. 骨骼龜裂者 *「骨折未住院保險金日額」的1/8給付
- 三、**會員本人需先行自費加保後，方得附加眷屬投保。**
- 會員本人：可投保計劃1，承保年齡15足歲至85歲止，續保至90歲止。
- 配偶：可投保計劃2，承保年齡15足歲至85歲止，續保至90歲止。
- 子女：分為15足歲-23歲投保計劃3，及15足歲以下投保計劃4。
- 四、**受益人**：依民法繼承編所規定被保險人之法定繼承人及順序。
- 五、**加/退保手續**每年度辦理一次。中途不受理！
- 六、本說明僅供參考！詳細內容以保單條款為準。
- 七、**承保單位**：元大人壽保險股份有限公司。
- 八、**服務單位**：元大人壽 (02)2751-7578 分機6814，鄧楚凡 先生。

社團法人新北市建築師公會
113年度會員及眷屬團保自費加保專案投保名冊

截止日期：113年4月26日

會員編號			會員姓名		
身 份	被保險人姓名	出生年月日	身分證字號	計劃別	保 費
本人(法定代理人)					
配偶(法定代理人)					
子女					
子女					
子女					
子女					

※以上參加人數共計_____名，繳交金額共計_____元

※請將此表連同匯款單於上班時間內傳真至本會8953-4426或e-mail至
ntc102@ntcaa.org.tw，並請立即來電8953-4420分機102陳奕瑜小姐確認是否收到。
※本人(被保險人)同意社團法人新北市建築師公會及承保之保險公司得依「電腦處理
個人資料保護法」之相關規定，對本人之個人資料，有為蒐集、電腦處理及利用之
權利。

會員簽名：_____ 日期：_____

請將保險費用電匯至

合作金庫板橋分行帳號：0110-717-271718

戶名：社團法人新北市建築師公會

匯款單黏貼處

※恕不接受電話及未附電匯單之報名，請將電匯單貼在此處後傳真或 e-mail。

新北市建築師公會信用卡付款單

地址：220 新北市板橋區中山路一段 293-1 號 6 樓

電話：(02)8953-4420 代表號

傳真：(02)8953-4426

【信用卡付款資料】

信用卡別	<input type="checkbox"/> VISA Card <input type="checkbox"/> Master Card <input type="checkbox"/> 聯合信用卡 <input type="checkbox"/> JCB		
發卡銀行			
信用卡卡號			
信用卡有效期限	西元	年	月止
消費日期	民國	年	月 日
卡片背面簽名欄 上數字後三碼			
付款總金額	新台幣 萬 千 百 拾 元整 (請以大寫金額填寫：壹、貳、參、肆、伍、陸、柒、捌、玖、零)		
簽名	(與卡片背面簽名一致)		
商店代號	(此欄由公會填寫即可)	授權碼	(此欄由公會填寫即可)
※持卡人同意依照信用卡使用約定，一經使用或訂購物品，均應按所示之全部金額，付款予發卡銀行。			

【會員資料】

會員證號		會員姓名	
連絡電話			
繳款項目	113 年度會員及眷屬團保自費加保專案		

※限於上班時間內傳真至本會專線02-89534426或e-mail至

ntc102@ntcaa.org.tw，並請立即來電02-8953-4420分機102陳奕瑜小姐確認是否收到。