

# 臺北市建築師公會 函

地 址：臺北市基隆路 2 段 51 號 13 樓  
連絡人：羅巧倩 02-23773011 轉 223  
傳 真：02-27326906

受文者：全體會員

免 用 印 信

發文日期：中華民國 110 年 8 月 03 日

發文字號：110（十七）會字第 1660 號

附件：申請書、信用卡付款單(含本頁共六頁)

主旨：本會辦理 110 年度『「會員團體保險」暨續辦「會員配偶及子女自費團體保險」』相關事宜詳如說明，**惠請於 110 年 8 月 25 日前踴躍自費參加配偶及子女加保**，請 查照。

說明：

一、有關辦理「110 年度會員團體保險」活動，**會員保險費用由本會全額支付，無需申請及繳費**，相關事宜如后：

(一) 保險期間：110 年 8 月 31 日零時起至 111 年 8 月 31 日零時止。

(二) 保險內容：

1. 意外傷害保險 100 萬元。【承保年齡 15 歲至 85 歲，未滿 15 歲不予投保】
2. 意外傷害醫療保險(實支實付型)5 萬元，亦可轉為意外傷害醫療保險(日額型)1000 元。【最高承保年齡至 85 歲】
3. 住院日額健康保險(日額型 1200 元)，每次住院最高給付 365 日，包含加護病房保險金、燒燙傷病房保險金、住院手術保險金及門診手術保險金。【最高承保年齡至 85 歲】

4. 【嚴重特殊傳染性肺炎(新冠肺炎)】醫療險理賠原則(詳附件三)。

※二、續辦「會員配偶及子女自費團體保險」相關事宜簡述如后：

(一) 保險期間：110 年 8 月 31 日零時起至 111 年 8 月 31 日零時止。

(二) 受理申辦及繳費期間：即日起至 110 年 8 月 25 日止。

※有關配偶及子女部分需延續投保，方能確保權益。

(三) 新加保者特別說明：

1. 65 歲以上需填寫健康告知書。
2. 保險公司仍會進行核保，既有疾病者可能無法承保。

(四) 保險內容、保險資格及費用明細如下表：

| 保險內容<br>保險資格                                                              | 意 外 傷 害 保 險<br>(身故保險金受益人為法定繼承人) | 意外傷害醫療保險                           | 住院日額健康保險                            |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| 1. 會員戶籍登記之配偶<br>2. 會員戶籍登記之子女(87年9月1日至95年8月31日出生)<br>※限出生正常且健康出院至23足歲且在學未婚 | 100萬元。<br>【保費 222 元】            | 實支實付型：5萬元，可轉為日額型：1,000元。【保費 264 元】 | 日額型：1200元，每次住院最高給付365日。【保費 1,191 元】 |
| 年滿 15 歲保險費用總計：1,677 元                                                     |                                 |                                    |                                     |
| 3. 會員戶籍登記之子女(95年9月1日以後出生)<br>※法令規定，未滿15足歲之未成年人，不能投保意外傷害保險                 | 不得投保意外傷害保險。                     | 實支實付型：5萬元，可轉為日額型：1000元。【保費 264 元】  | 日額型：1200元，每次住院最高給付365日。【保費 1,191 元】 |
| 未滿 15 歲保險費用總計：1,455 元                                                     |                                 |                                    |                                     |

※ 三、會員配偶及子女參加方式：填具申請書（詳附件一）並繳費。

四、

| 繳費方式                                                          |     | 說明                                         | 備註                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------|-----|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 方式一                                                           | 電匯  | 帳號：華南銀行世貿分行<br>156100007511<br>戶名：台北市建築師公會 | 限請於上班時間內傳真<br>(02-27326906)並立即來<br>電確認傳真是否收到。<br>◎連絡人羅巧倩小姐電話<br>02-23773011 分機 223。 |
| 方式二                                                           | 信用卡 | 填寫信用卡付款單(如附件)                              |                                                                                     |
| ※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。 <u>(會員本人保險費用已由本會支付，無需繳費)</u> |     |                                            |                                                                                     |

五、「團體保險內容」(如附件二)惠請詳閱。

六、本活動適用「福利多元化辦法」。

正本：全體會員

# 臺北市建築師公會

# 臺北市建築師公會

附件一

## 110 年度會員配偶及子女自費參加團體保險申請書

FAX：02-27326906

|       |        |       |       |    |
|-------|--------|-------|-------|----|
| 會員證號  |        | 會員姓名  |       |    |
| 與會員關係 | 被保險人姓名 | 出生年月日 | 身分證字號 | 保費 |
| 會員配偶  |        |       |       |    |
| 會員子女  |        |       |       |    |
| 會員子女  |        |       |       |    |
| 會員子女  |        |       |       |    |
| 會員子女  |        |       |       |    |

本保險計劃眷屬（配偶及子女）的職業類別限第 3 類以內（含）。

【舉例：第 1 類為行政。第 2 類為業務。第 3 類為監工。】

保險之終止：1.會員退會時，眷屬（配偶及子女）不辦理退保；保障持續有效至本保單年度終日。

2.被保險人加入任何國家之陸、海、空軍服務。

子女：限出生正常且健康出院至 23 足歲且在學未婚。

註：法令規定，未滿 15 足歲之未成年人，不能投保意外傷害保險。

以上參加人數共計\_\_\_\_\_名，繳交金額共計\_\_\_\_\_元

會員簽名：\_\_\_\_\_

（會員保險費用由本會全額支付，無需報名及繳費）

**請將會員配偶及子女保險費用電匯至**

**華南銀行世貿分行 帳號：156100007511**

**戶名：台北市建築師公會**

電匯後請將電匯單貼在此處後傳真。

**匯款單黏貼處**

**恕不接受電話及未附電匯單之傳真報名**

※ 限於上班時間內傳真至本會專線 02-27326906，並請立即來電 02-23773011 分機 223 向羅巧倩小姐確認是否收到。

## 致臺北市建築師公會

地址：110 臺北市信義區基隆路 2 段 51 號 13 樓

電話：(02)2377-3011 傳真：(02)2732-6906

※本人因無法親自至臺北市建築師公會刷卡繳費，特立此授權同意書，以信用卡支付下述款項。

(刷卡人除會員本人外，以會員配偶或子女為限)

|                                               |                                                                                                                                     |     |             |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-------------|
| 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 (請以傳真日期為填寫)                                                                                     |     |             |
| 卡片背面簽名欄<br>上數字後三碼                             |                                                                                                                                     |     |             |
| 付款總金額                                         | 新台幣          萬          千          百          拾          元整<br>(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 | 「臺北市建築師公會 110 年度會員配偶及子女自費團體保險費」 |                  |  |

※ 限於上班時間內傳真至本會專線 02-27326906，並請立即來電  
02-23773011 分機 223 羅巧倩小姐確認是否收到。

臺北市建築師公會 團體保險內容  
國泰人壽承保 110.8.31 零時起承保一年

1. 新加保的會員、會員配偶及會員子女，在投保本公司前已罹患七大重症者本公司不負保險責任。投保本公司前已殘廢者該殘廢部位，本公司不負保險責任。(七大重疾：心肌梗塞、冠狀動脈繞道手術、腦中風、慢性腎衰竭(尿毒症)、癌症、癱瘓、重大器官移植手術)。
2. 本保險計劃附加重大燒燙傷保障，依主契約保額之 25% 給付重大燒燙傷保障，最高給付金額 25 萬元。(被保險人因同一意外事故同時致成殘廢及燒燙傷時，申領殘廢保險金及重大燒燙傷保險金合計以保險金額為限)。
3. 意外醫療實支實付型：按實際意外醫療費用超過社會保險給付部份，給付實支實付傷害醫療保險金限額，同一事故最高以投保金額為限。或因意外傷害事故住院，未檢附醫療收據時，按(實際住院日數×意外醫療保險金限額之百分之二)給付；同一事故最高以 90 日為限。  
被保險人未以社會保險身分接受治療，則按 65% 給付醫療保險金。  
意外醫療實支實付型開放收據副本理賠，需加蓋醫院章。
4. 住院醫療日額型：被保險人於本附約有效期間內因疾病或傷害住院診療時，本公司按該被保險人投保之「住院醫療保險金日額」乘以被保險人實際住院日數，給付「住院醫療保險金」。  
被保險人同一保單年度同一次住院最高給付日數以其投保之「最高給付日數」為限。  
加護或燒燙傷病房保險金：被保險人於本附約有效期間內因疾病或傷害，而於醫院之加護病房或燒燙傷病房接受治療者，本公司按保險單所記載該被保險人之加護或燒燙傷病房保險金額乘以實際入住加護或燒燙傷病房的日數給付「加護或燒燙傷病房保險金」。但被保險人同一次住院最高給付日數(入住加護病房及燒燙傷病房日數兩者合計)以其投保之「加護或燒燙傷病房最高給付日數」為限。  
住院手術費用保險金：被保險人於本附加條款有效期間內因疾病或傷害，而以全民健康保險之保險對象身分住院診療時，本公司按該被保險人住院期間內所發生，且依全民健康保險規定其保險對象應自行負擔及不屬全民健康保險給付範圍「住院手術費用」核付「住院手術費用保險金」，但被保險人同一次住院最高給付金額以其投保之「住院手術費用保險金限額」為限。  
門診手術保險金：被保險人於本附加條款有效期間內因疾病或傷害，而以全民健康保險之保險對象身分於醫院或診所接受門診手術治療者，本公司按該被保險人因施行手術所發生，且依全民健康保險規定其保險對象應自行負擔及不屬全民健康保險給付範圍之手術費核付「門診手術保險金」，但其每次給付金額，最高以被保險人投保之「門診手術保險金限額」為限。  
醫療費用未經全民健康保險給付者之處理方式：前二條之給付，於被保險人不以全民健康保險之保險對象身分接受門診手術或住院手術診療；或前往不具有全民健康保險之醫院住院診療者，致手術費用未經全民健康保險給付，本公司僅依被保險人實際支付之手術費用之 65% 給付，惟每次給付金額仍以投保之「手術保險金限額」為限。
5. 有參加團體保險的被保險人享有海外急難救助的服務 ※本表僅供參考，依保單條款為準※

| 商品名稱        | 投保身分 | 會員    | 配偶    | >15 歲子女 | 15<歲子女 |
|-------------|------|-------|-------|---------|--------|
|             | 等級   | 1     | 1     | 1       | 2      |
| 傷 害 保 險     |      | 100 萬 | 100 萬 | 100 萬   |        |
| 燒 燙 傷 給 付   |      | 25 萬  | 25 萬  | 25 萬    |        |
| 傷 害 醫 療 擇 一 |      | 5 萬   | 5 萬   | 5 萬     | 5 萬    |
| 住 院 日 額     |      | 1200  | 1200  | 1200    | 1200   |
| 加護或燒燙傷病房    |      | 1200  | 1200  | 1200    | 1200   |
| 住 院 手 術 限 額 |      | 1 萬   | 1 萬   | 1 萬     | 1 萬    |
| 門 診 手 術 限 額 |      | 5000  | 5000  | 5000    | 5000   |



## 【嚴重特殊傳染性肺炎(新冠肺炎)】醫療險理賠原則

1. 醫療險不論條款是否將法定傳染病列為除外責任，秉持關懷保戶立場，本公司一律將從寬認定且不主張除外責任，並依契約條款約定給付保險金。
2. 保戶如確診新冠肺炎而於醫院住院治療者，相關理賠原則如下：
  - 條款有「加護病房住院保險金」者，保戶有因罹患新冠肺炎入住「負壓隔離病房」之情形，本公司從寬比照加護病房住院予以理賠，提供全面保障。
  - 由政府依傳染病防治法負擔之醫療費用，本公司仍依實支實付型住院醫療險契約條款約定給付保險金，保戶權益有保障。
  - 因罹患新冠肺炎於中國大陸地區或其他境外地區住院者，醫療費用收據、費用明細、診斷書等理賠申請文件免認證，即時發揮醫療保障功能。
3. 保戶如確診新冠肺炎而於檢疫所或防疫旅館治療者，相關理賠原則如下：
 

檢疫所與防疫旅館原非醫療機構，惟考量醫療量能可能不足，若保戶經醫師診斷確診，且必須入住醫院並辦理住院手續，卻因醫院滿載而轉往檢疫所或防疫旅館進行治療，則視同符合保單條款住院之定義，請提供以下證明文件，以申領住院保險金。

  - 確診新冠肺炎的診斷證明書。
  - 隔離治療通知書。
  - 檢疫所或防疫旅館的入住證明。
4. 保戶有因罹患疾病或傷害事故必須住院治療，但因新冠肺炎疫情期間醫院管控，而改以門診治療的情形，本公司受理此類理賠申請時，將依診斷證明書、病歷紀錄及檢驗報告等相關資料綜合審酌，不會逕因保戶未住院而拒絕理賠，確實保障客戶權益。
5. 保戶施打新冠肺炎疫苗後身故，傷害保險「意外身故」理賠處理原則如下：
  - 如保戶無其他病史，而身故的主因是「施打新冠肺炎疫苗」，即符合傷害保險「意外身故」的定義。
  - 如保戶罹有其他疾病，但係因施打新冠肺炎疫苗產生副作用而身故，與原有疾病無關者，亦符合傷害保險「意外身故」的定義。
6. 為即時提供保戶住院醫療保障，至110年12月31日(註1)止針對住院醫療險商品(註2)取消「法定傳染病(註3)」30日疾病等待期限限制。
  - 註1:將視疫情狀況調整開放期間。
  - 註2:住院醫療險商品可參考「指定之保險契約列表」。
  - 註3:以衛生福利部疾病管制署公告者為準。

※以上說明，摘錄自國泰人壽官方網站※

<https://www.cathaylife.com.tw/cathaylife/about/info/info-security/certifiable-disease>