

# 為香港個人醫療保險市場 締造可持續的價值

2019年5月29日



消費者委員會  
CONSUMER COUNCIL

# 個人醫保是否令消費者安枕無憂？

保證  
續保



持續  
保障



年青時  
購買



年老時  
可負擔



個人醫保  
市場增長

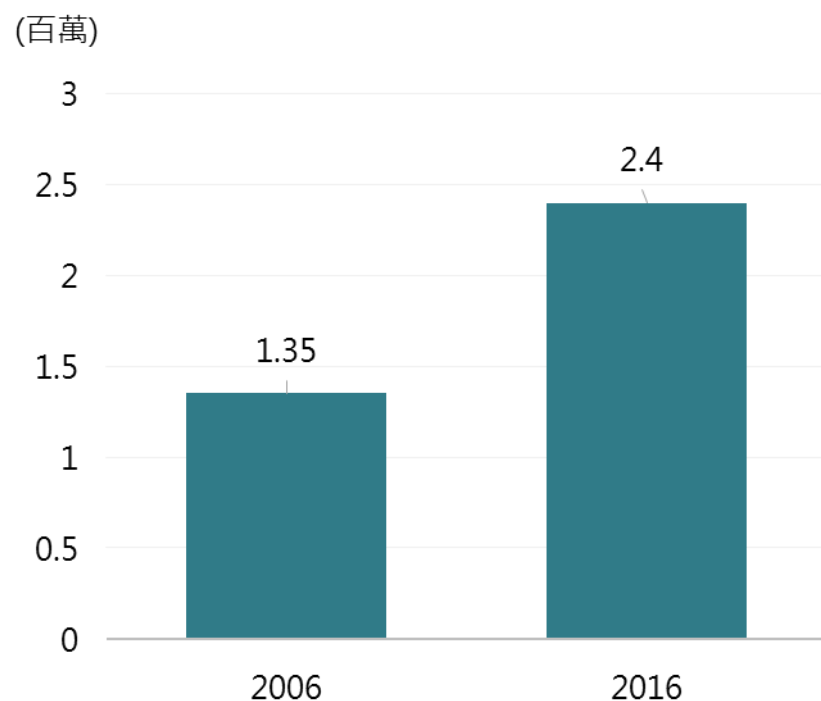


更多人  
選擇私營  
醫療服務

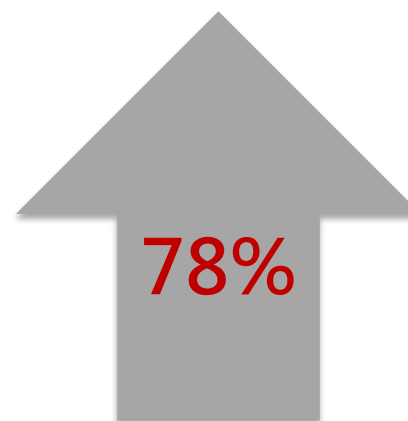


# 迅速增長的個人醫保市場

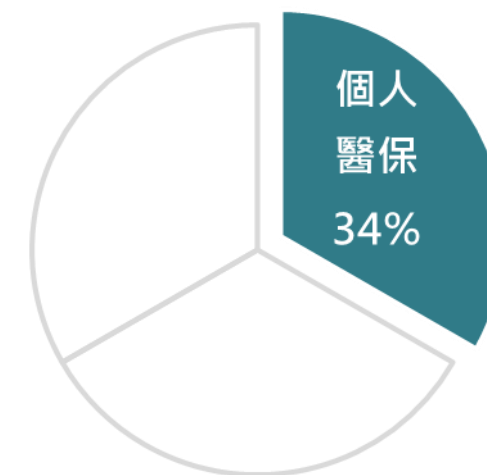
受個人醫保保障的人口



於10年內急增



超過3分1本地人口  
擁有個人醫保



數據來源：政府統計處。(2007) 主題性住戶統計調查第三十號報告書；(2017) 主題性住戶統計調查第六十三號報告書。

# 在僅受個人醫保保障的住院病人當中，有**43%**仍於公營醫院接受治療\* — 對個人醫保缺乏信心

## 被視為不足之處

- 保險索償的糾紛
- 投保前已有病症並不受保
- 保障範圍不足
- 保單欠缺延續性
- 償付條件及比率欠明確
- 醫療索償對續保時保費的影響

## 消費者投訴 ( 2015 – 2018 )

- 保險投訴局：748宗
- 消費者委員會：299宗
- 主要與保單條款的詮釋、沒有披露事實、不保事項有關

數據來源：\*立法會秘書處資料研究組。(2018) *香港的個人醫療保險*。

# 消費者的心聲

續保時，我已話唔需要提升計劃嘅保障範圍...最終佢話我購買嘅保險計劃已經不存在或終止提供。這種隨時可以改變的做法對已買了保險的消費者有咩保障呢！

保險公司漠視醫生的診斷...一句沒有「住院需要」便拒絕賠償...實在霸道無理，欺負弱小消費者，繳付多年保費卻換不到合理保障。

It is the **insurance companies' responsibility to clearly specify in the application forms** the information they need for approval

話明永遠唔會加嘅，係固定保費...但之後都有加保費。

買這份保險時，也沒有保險推銷員提及此條款。

I felt like I am now **actually paying the premium to cover my claim made before...**

又唔可以唔買，因為隨著年紀大...

I've been paying the policy for 3 years without knowing that my policy is actually invalid.



## 我無諗過保費會加到咁誇張

在簽單時，我有向保險代理提及手曾受傷...他問我有否再弄傷，我說沒有...他便說不用寫進去。保險公司說因我沒有誠實報告我之前弄傷，所以不獲索賠。

保險公司單方面中途提出更改...加入不合理條款，這是對消費者不公平

This was a **big shock and surprise to me.**

I don't understand why they just found these 'impairments' at time of my claim but not at time of my application submission.

代理說可以全數索償，但過往幾次都不行。

This is **outrageous** because this is **not a suitable policy for me anymore**, and I do **not have a chance to say no** upon policy renewal...

我真係唔敢斷保，斷咗搵第二間公司會有困難，所以佢加幾多錢，我都要接受。

The reference table shown to me was **materially different from the proposed charged amount** even at the progressive rates taking into account of inflation and age

# 消委會研究發現

難取得保單合約樣本

- 限制選擇和阻礙消費者貨比三家

消費者依賴保險中介人或親朋戚友的資訊

- 消費者較少對不同選擇作出比較

同一或不同保險公司之保單合約的條款定義及細則各有差別

- 消費者難以理解及比較不同保單時感到疑惑

投保年齡上限普遍訂於64歲至70歲

- 年長消費者較難購買醫保

投保申請表的問題太廣泛及欠具體

- 消費者對於需要向保險公司披露甚麼資料感到疑惑

續保時的保費增幅超乎保單持有人的預期

- 保單持有人並不明瞭觸發調整保費或拒絕賠償的原因

保障額、範圍及可索償金額欠缺確定性

- 不能令到消費者安枕無憂

保險代理/客戶服務職員被指提供誤導或不實的資訊

- 給予保單持有人對索償資格及賠償金額有錯誤期望，或令他們未能披露事實

保單持有人索償後被重新核保

- 施加不保事項影響個人醫保的延續性

保險公司利用不同方法/條款（如「醫療所需」、「合理及慣常」收費）迴避他們的賠付責任

- 消費者對保障範圍感到失望

儘管消費者對個人醫保的需求上升，以期保障他們的醫療開支，消委會從是次研究發現消費者對於保單條款的意義缺乏瞭解；而這些條款一般是複雜、欠缺明確定義及留有空間給保險公司詮釋。

# 個人醫保行業可持續發展的重要性

- 人口老化
  - 在2017年，香港男性及女性的預期壽命分別為82歲及88歲\*
- 推動一個可持續及有效益的個人醫保行業是不可或缺的
  - 保障消費者權益
  - 驅使更多人使用私營醫療服務，以紓緩已超負荷的公營系統的壓力

數據來源：\*衛生署衛生防護中心。一九七一年至二零一七年男性及女性出生時平均預期壽命。

# 消委會的研究



# 研究目的

- ❖ 評估消費者對個人醫保的滿意度，他們對個人醫保計劃的保障範圍的理解和認識
- ❖ 瞭解消費者在購買或使用個人醫保時有機會遇到的困難
- ❖ 檢視是否有存在不公平的條款或程序，限制消費者投保或被保險公司引用以限制其理賠責任
- ❖ 檢視不同司法管轄區的規管架構，以期借鏡作出參考
- ❖ 提出建議，從銷售到售後（索償、續保）層面，加強個人醫保對消費者的保障

# 研究方法 (2016年5月至2018年10月)

## 消費者量化研究

### 醫保市場調查

- 向**1,000名**18歲或以上的**受訪者**進行電話訪問

### 索償人士意見調查

- 向過去30個月內曾就個人醫保提出索償的消費者進行街頭訪問
- 於14個地點訪問了**205名受訪者**

### 深入訪問

- **20名**年齡介乎18至54歲的**曾索償人士** (於過去30-60個月內有索償被拒的經歷)
- **8名**年齡介乎55至74歲的**年長消費者** (接觸或使用個人醫保時曾遇到問題)

### 投訴分析

- 檢視消委會於2015年至2018年收到的**299宗**與個人醫保有關係的**投訴**

### 市場檢視

- 14間保險公司的**18份個人醫保計劃**的保單合約樣本
- 就個人醫保合約中特定的條款及細則諮詢**法律意見**

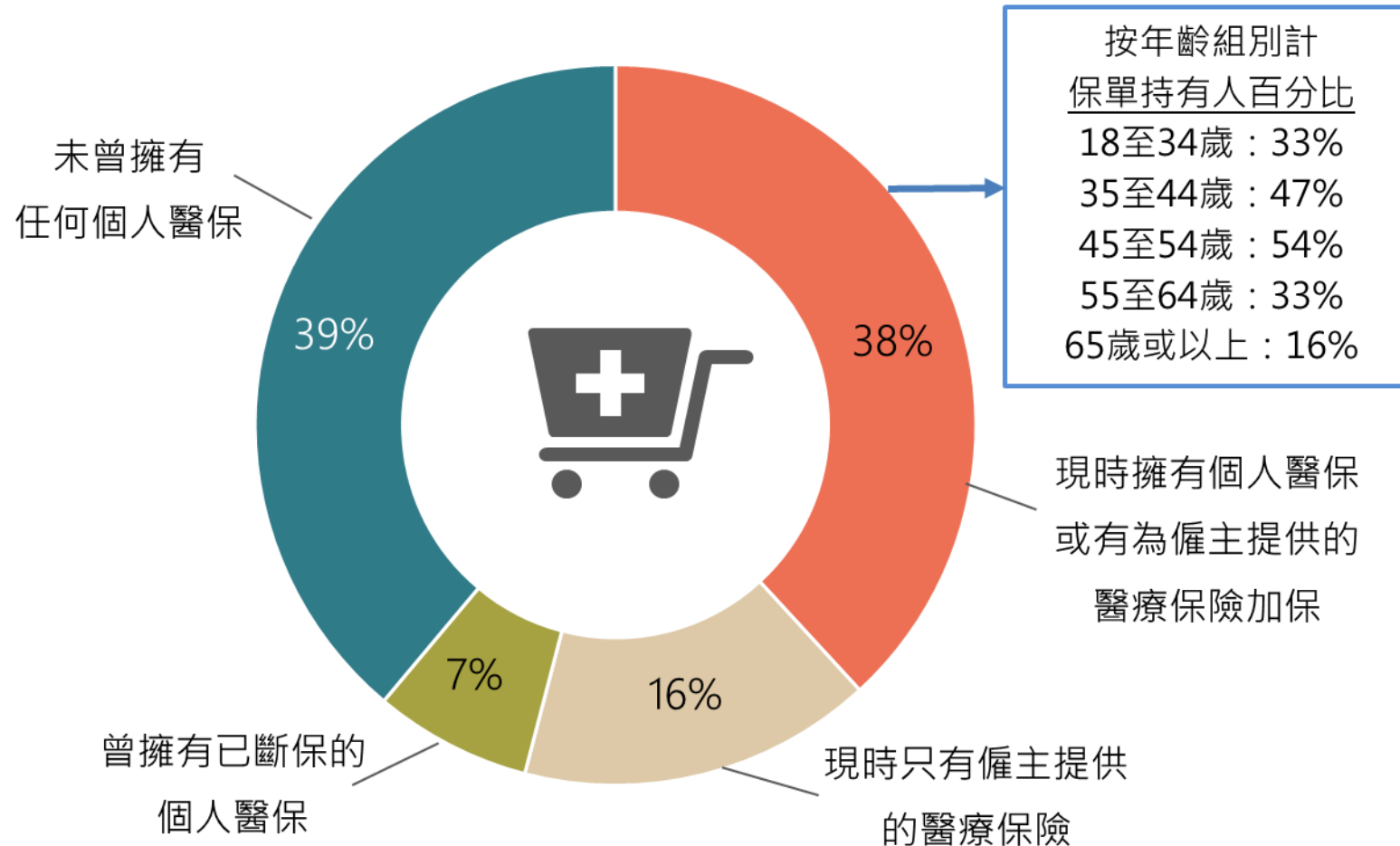
### 法規檢視

- 對**6個選定的司法管轄區** (澳洲、愛爾蘭、中國大陸、馬來西亞、新加坡及英國) 進行網上資料搜集

# 消費者意見調查

購買個人醫保及索償的經驗

## 個人醫保的參與率 — 38%本地人口擁有個人醫保 以45至54歲組別的人士參與率最高(54%)



# 購買 / 不購買個人醫保的原因 — 費用是主要考慮

## 購買個人醫保的主要原因

## 不購買個人醫保的主要原因

55至64歲  
78%

|                       |     |
|-----------------------|-----|
| 希望襯後生早啲買，如果等將來老咗先買會好貴 | 70% |
| 公立醫院輪候時間太長            | 63% |
| 家人同朋友都有買醫療保險          | 57% |
| 私家醫院提供嘅醫療服務質素比較好      | 57% |

|                   |            |
|-------------------|------------|
| 現有公共醫療服務已經夠好      | 49%        |
| 好健康，唔需要經常睇醫生/住院   | 46%        |
| <b>負擔唔起購買醫療保險</b> | <b>39%</b> |
| 從來冇諗過要買醫療保險       | 39%        |

65歲或以上  
60%

## 不續保的主要原因

年輕時購買個人醫保是否代表年老時會比較便宜？

|                  |            |
|------------------|------------|
| <b>保費太貴</b>      | <b>27%</b> |
| 承保範圍唔再適用         | 20%        |
| 唔再需要，因為僱主有提供醫療保險 | 20%        |
| 嗰份個人醫療保險保障唔到自己所需 | 15%        |

65歲或以上：76%

65歲或以上：48%

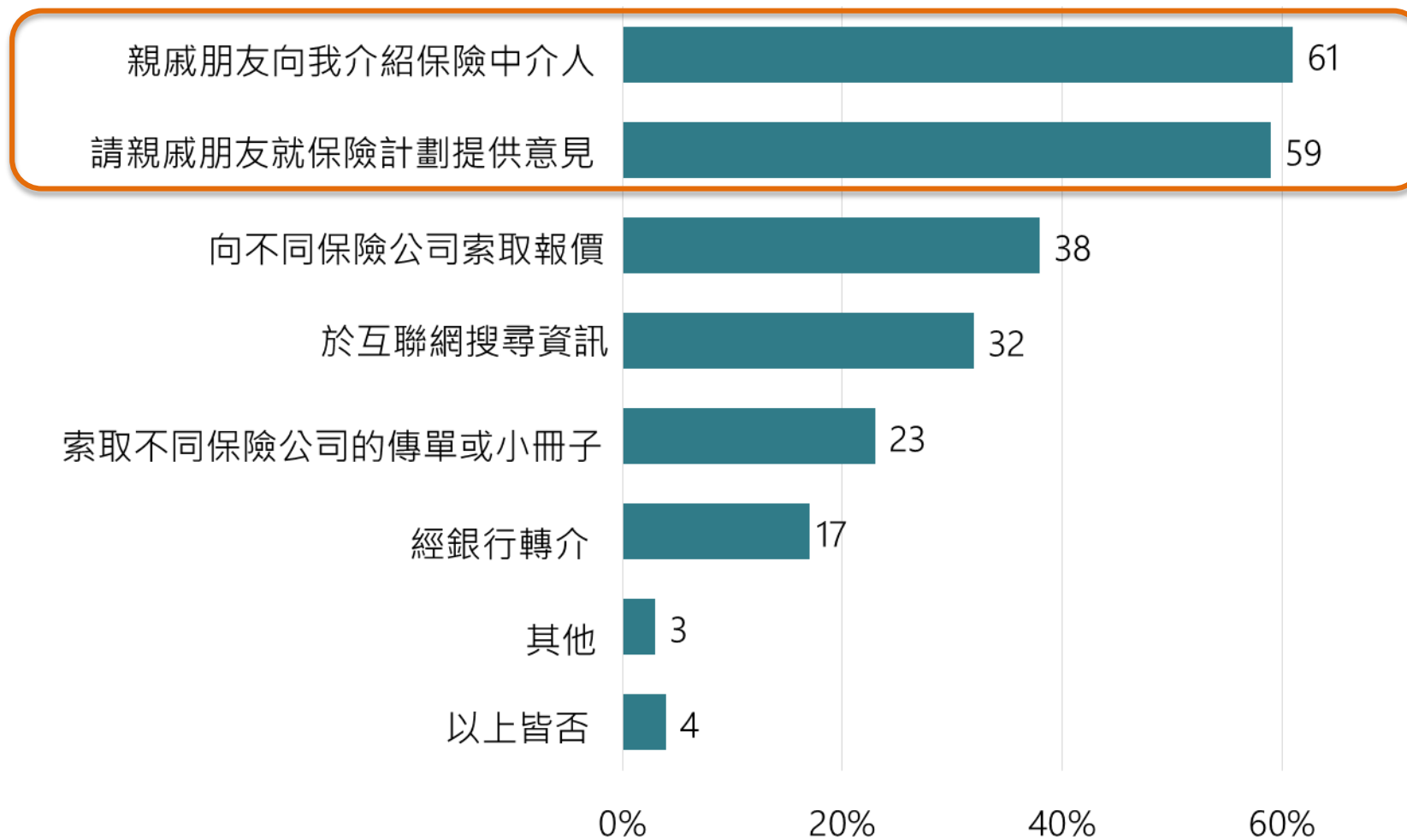




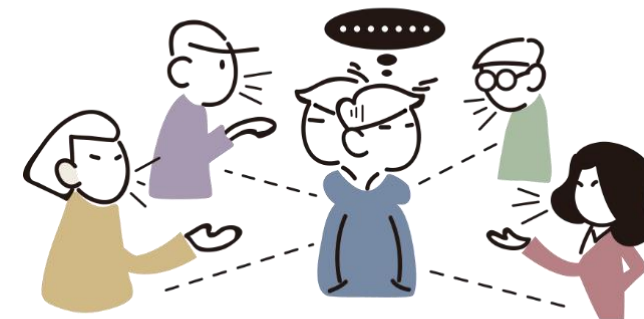
## 購買個人醫保時的情況



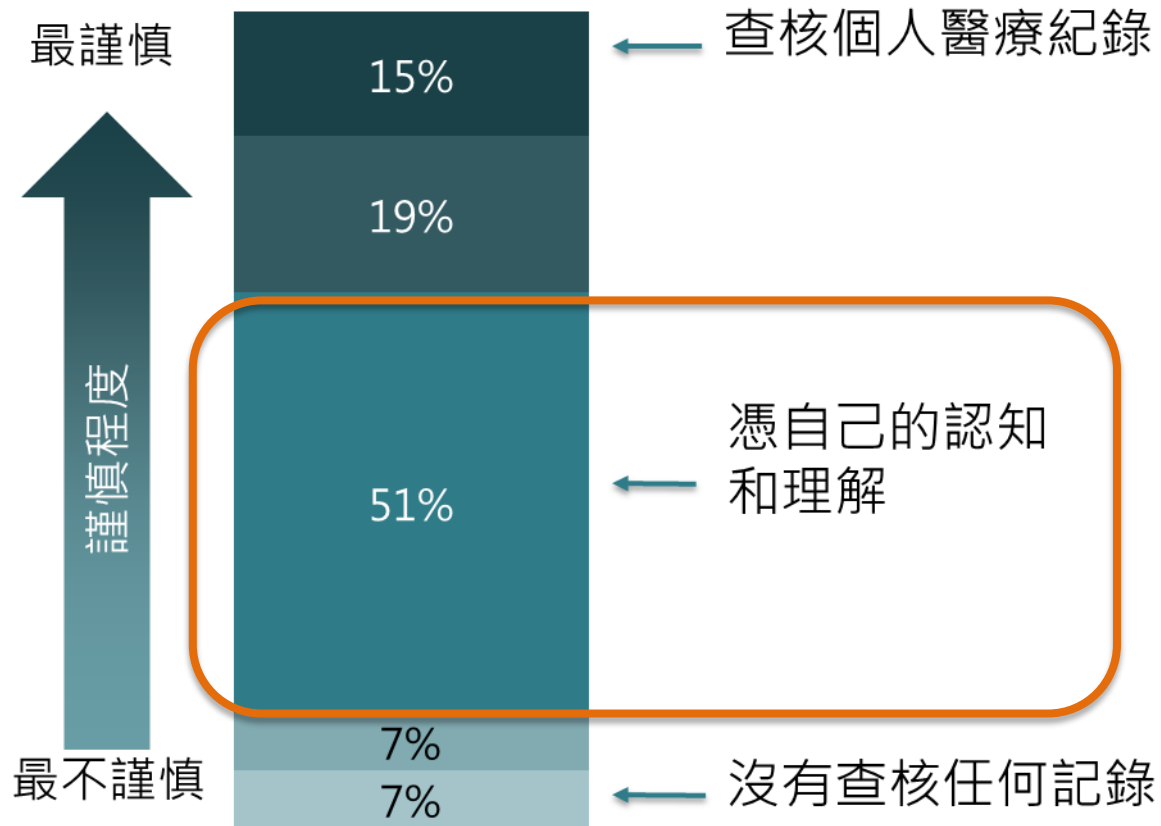
## 購買前會使用邊啲途徑收集資料？



保險中介人、  
親戚朋友扮演  
重要角色



## 填寫健康申報表時 — 依賴個人認知或保險中介人



市場調查

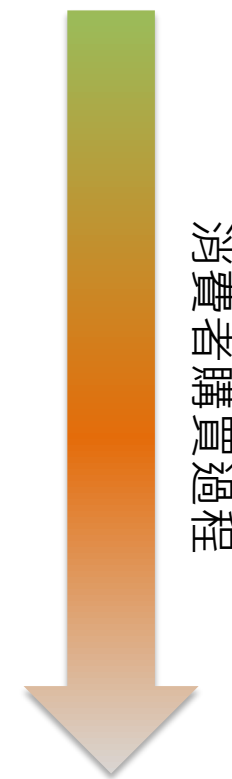
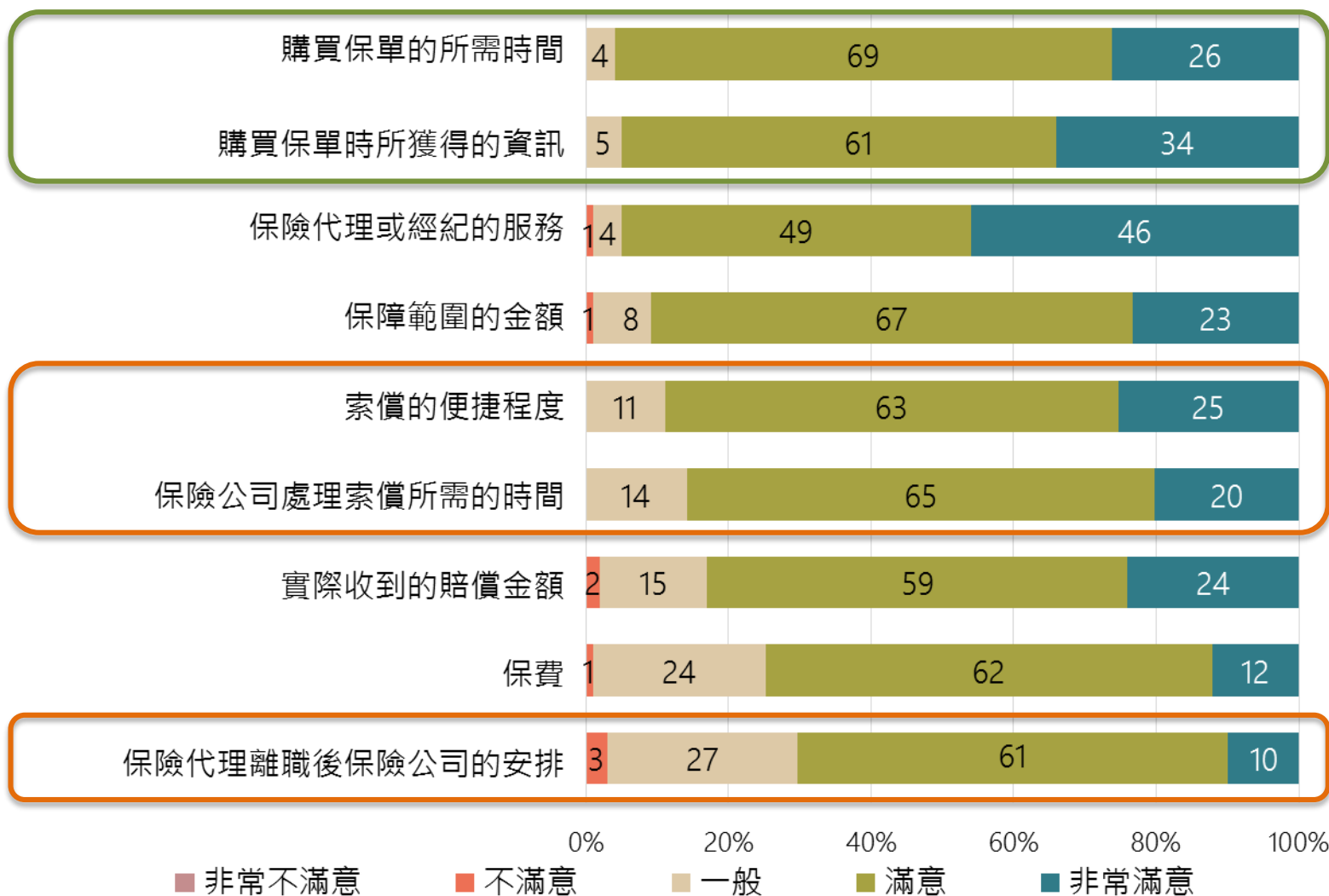
### 你點確定你填嘅健康申報表係準確呢？

|           |     |
|-----------|-----|
| 靠保險中介人幫我填 | 46% |
| 單憑記憶      | 35% |
| 查核個人醫療記錄  | 19% |

索償調查



整體上對保險公司的滿意度 — 於購買階段滿意度最高，售後階段則開始下降



索償調查

## 對保險中介人提供的資訊的滿意度 — 平均只有50%滿意度，仍有很大的改善空間

| 保險中介人提供的資訊         | 非常滿意/滿意 | 非常不滿意/不滿意 |
|--------------------|---------|-----------|
| 如何填寫申請表格           | 54%     | 18%       |
| 保單的承保範圍            | 53%     | 11%       |
| 如何提出索償             | 51%     | 14%       |
| 保費                 | 49%     | 13%       |
| 冷靜期                | 46%     | 20%       |
| 已存在疾病/先天性疾病是否受保    | 36%     | 24%       |
| 如何確立是否有已存在疾病/先天性疾病 | 34%     | 23%       |



# 就個人醫保索償的經驗



# 判斷治療是否醫療必需

當你接受治療前，你用邊啲渠道查詢以下每項資訊呢？

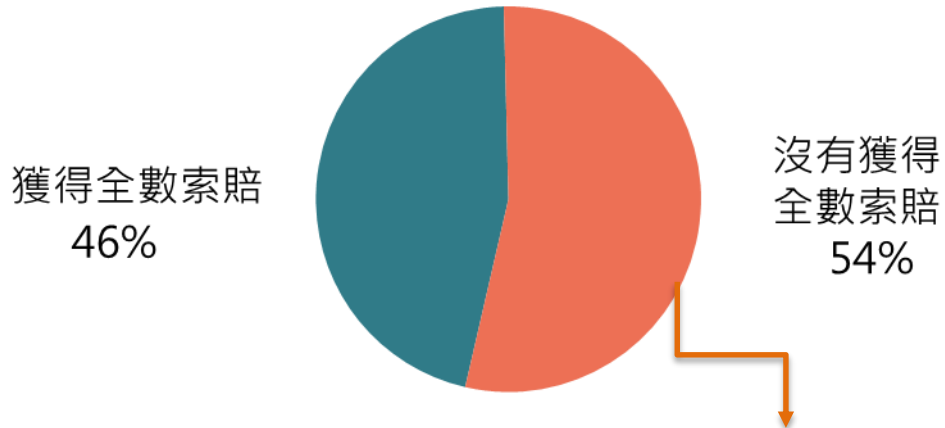
|           | 保險代理 | 保險經紀 | 保險公司 | 醫護人員 |
|-----------|------|------|------|------|
| 睇邊個醫生     | 55%  | 3%   | 4%   | 36%  |
| 需唔需要住院    | 7%   | 0%   | 0%   | 93%  |
| 初步醫療費用報價  | 18%  | 3%   | 5%   | 82%  |
| 治療項目是否受保  | 84%  | 5%   | 7%   | 9%   |
| 現金賠償或索償上限 | 84%  | 5%   | 10%  | 3%   |

大多數受訪者會依賴醫護人員就住院需要及初步醫療費用報價提供意見

當保險公司以住院/治療並非「醫療所需」為由拒絕賠償時，消費者會感到期望有落差。

# 申請索償 — 54%受訪者不能獲得全數賠償 及 大多數也接受保險公司的解釋

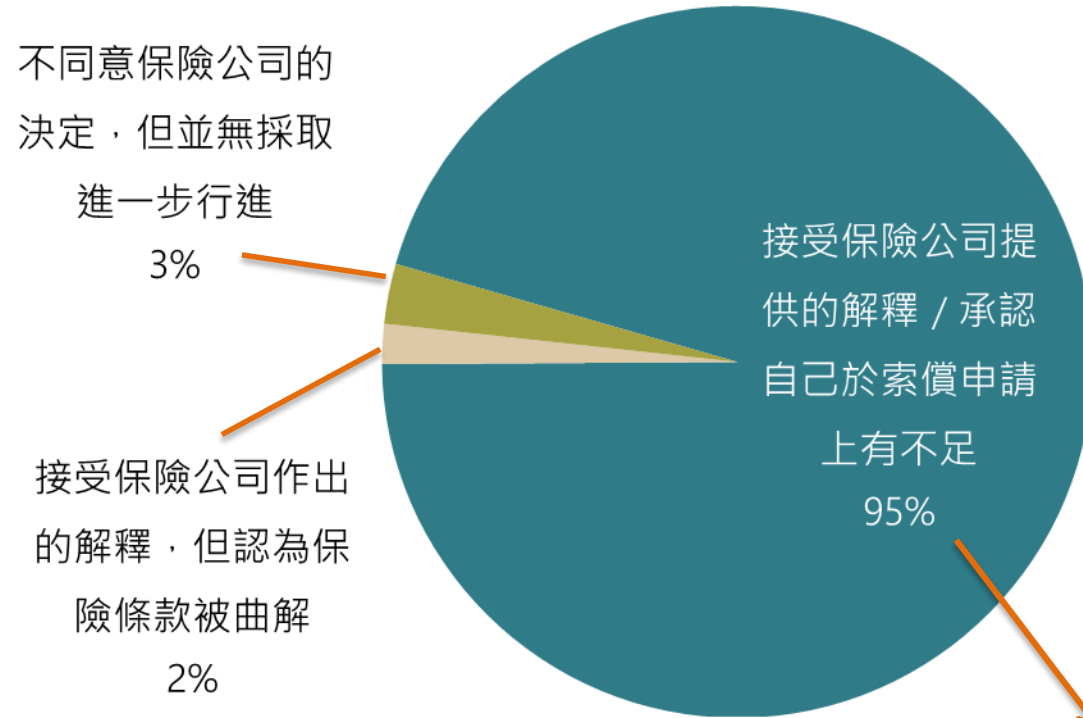
曾索償人士



## 沒有收到全數賠償的原因

|             |     |
|-------------|-----|
| 超出最高賠償金額    | 72% |
| 需要支付索賠的自付額  | 32% |
| 治療項目不在受保範圍內 | 12% |

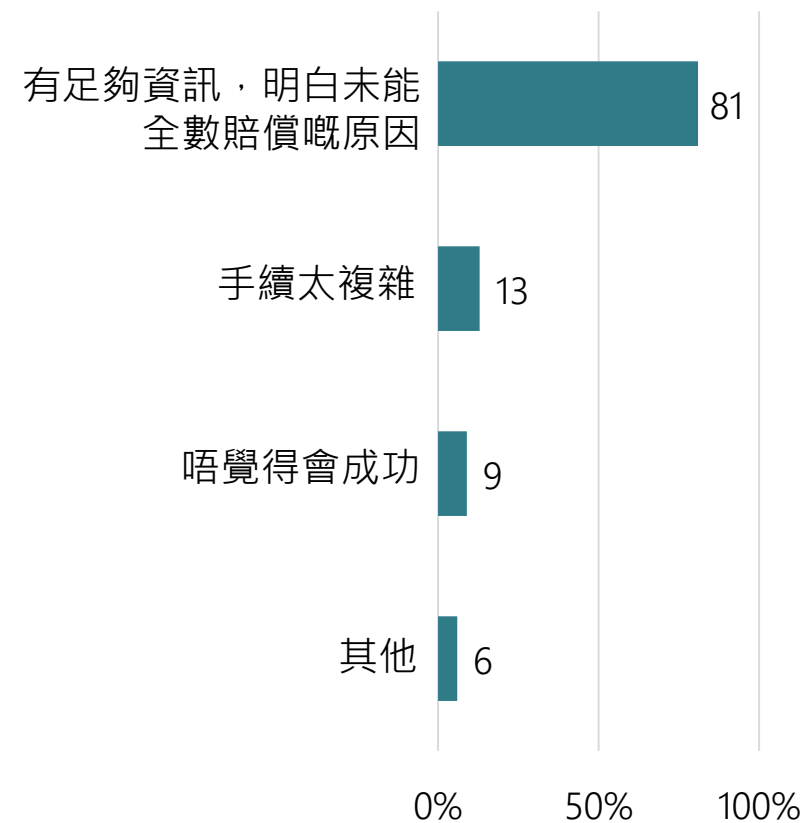
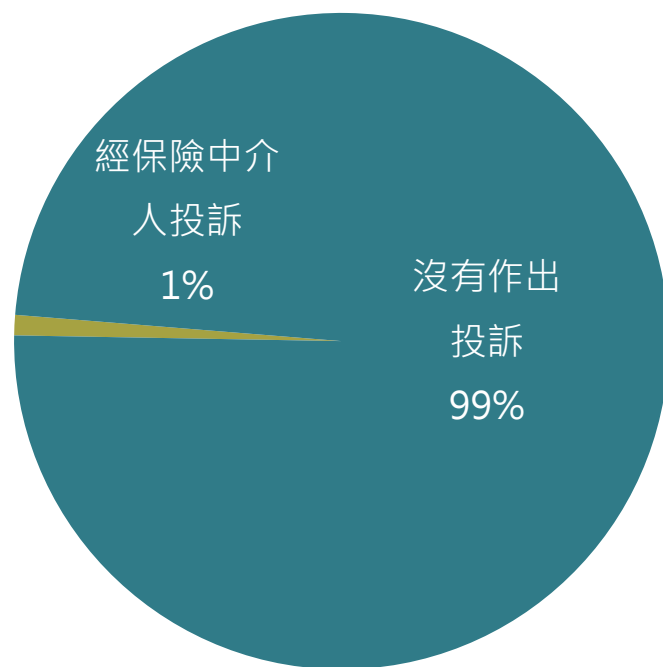
曾索償人士對於保險公司決定的反應



**在填寫健康申報表時**  
51% 靠保險中介人填寫  
32% 單憑自己的記憶

索償調查  
(答案可複選)

大部分受訪者沒有作出投訴 — 整體上接納保險公司未能全數賠償的解釋，但部分人是因覺得手續太複雜和不會成功而沒有投訴



索償調查  
(答案可複選)

# 消費者的脆弱點及糾紛

## 投訴及個案研究



# 醫療保險投訴數字 ( 2015 – 2018 )

## 消委會

| 投訴性質                      | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 總計         |
|---------------------------|------|------|------|------|------------|
| <b>甲. 個人購買的償款住院保險</b>     | 102  | 62   | 67   | 68   | <b>299</b> |
| <b>與索償有關</b>              |      |      |      |      |            |
| 保單條款的詮釋                   | 4    | 8    | 11   | 12   | 35         |
| 沒有披露事實                    | 8    | 1    | 8    | 8    | 25         |
| 不保事項                      | 5    | 6    | 6    | 7    | 24         |
| 賠償金額                      | 3    | 3    | 2    | 2    | 10         |
| 賠償延誤                      | 6    | 6    | 7    | 9    | 28         |
| 其他                        | 4    | 1    | 1    | 1    | 7          |
| 小結                        | 30   | 25   | 35   | 39   | 129        |
| <b>與索償無關</b>              |      |      |      |      |            |
| 價格爭議 (例如：保費增加、在未經同意下收取保費) | 23   | 20   | 12   | 10   | 65         |
| 服務質素                      | 29   | 11   | 12   | 10   | 62         |
| 銷售手法                      | 8    | 3    | 4    | 3    | 18         |
| 更改/終止合約條款                 | 5    | 2    | 3    | 4    | 14         |
| 延誤/未能送達                   | 7    | 0    | 0    | 0    | 7          |
| 其他                        | 0    | 1    | 1    | 2    | 4          |
| 小結                        | 72   | 37   | 32   | 29   | 170        |
| <b>乙. 其他*</b>             | 43   | 34   | 28   | 22   | 127        |
| (甲+乙) 總計                  | 145  | 96   | 95   | 90   | 426        |

\* 與團體、意外、危疾、牙科、住院現金、門診和旅遊保險有關

## 保險投訴局

| 投訴性質    | 2015 - 2018 |
|---------|-------------|
| 保單條款的詮釋 | 235         |
| 沒有披露事實  | 223         |
| 不保事項    | 185         |
| 賠償金額    | 77          |
| 違反保單條件  | 6           |
| 其他      | 22          |
| 總計      | 748         |

保險業監管局、保險代理登記委員會、  
香港保險顧問聯會、香港專業保險  
經紀協會及金融糾紛調解中心並沒有與  
個人醫保或醫療保險投訴相關的  
投訴分類數據。



## 較常見的不滿源於

| 與索償有關   | 與索償無關  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• 理解與實際的落差（「醫療所需」、「沒有披露重要事實」）</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• 保費/附加保費的升幅超乎預期</li></ul> |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• 對醫療需要的判斷不確定</li></ul>                 | <ul style="list-style-type: none"><li>• 被施加不保事項</li></ul>        |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• 保險代理人提供的資訊或口頭建議不準確</li></ul>          | <ul style="list-style-type: none"><li>• 投保被拒/終止合約</li></ul>      |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• 消費者不清楚「投保前已有病症」的等候期</li></ul>         | <ul style="list-style-type: none"><li>• 自動續保/保費被自動轉帳</li></ul>   |
|   | <ul style="list-style-type: none"><li>• 行政延誤/服務質素差劣</li></ul>    |



## 保費升幅超乎預期

### 個案甲

#### 意料之外的保障升級令保費加幅遠超預期

一位67歲的投訴人指保險公司通知他將會更改保單條款以提供更佳的醫療保障。隨後，於續保時投訴人發現保費比去年高，在過去4年每年的保費由港幣\$21,280增至\$42,880，增幅超過一倍。經消委會介入後，投訴人成功與保險公司達成和解。

*「這是令人震驚的，因為此保單已經不再適合我，但我（對於續保時條款的變更）根本沒有說不的權利.....而且當我於2013年購買保險時，他們讓我參考的保費表與現在建議的加幅完全是兩回事，即使以累進比率計算把通脹及年齡上升等因素一併考慮。我一直都依賴當時提供給我的資訊.....我現在繳交的保費卻跟2013年提供給我的有重大分別。」*

## 索償後重新核保 — 被施加不保事項

### 個案乙

#### 在保險生效期內被施加不保事項

投訴人因患上肛門息肉而入院。住院期間，保險公司要求投訴人簽署一份經修改的同意書，將所有與肛門有關的疾病納入不保事項（這可能與投訴人在上一個保單年度曾接受肛門疾病的療程及索償有關）。出院後，投訴人向保險公司提出索償申請，但遭保險公司拒絕。

*「他們（保險公司）已完成核保及保單已正式生效，但他們仍單方面中途提出更改.....保險公司加入不合理條款而不賠，這是對消費者不公平。」*

## 理解與實際的落差（醫療所需）

### 個案丙

#### 對「醫療所需」條款的不同詮釋

投訴人因在街上跌倒而需住院8天。即使主診醫生表明，建議投訴人接受住院的物理治療及無法提早出院，保險公司仍然只就首3天的住院作出賠償。保險公司表示隨後5天的住院不屬「醫療所需」，以及物理治療可以透過門診服務提供。

投訴人先後向消委會及當時的保險業監理處及保險索償投訴局投訴，最終獲得了剩餘5天的住院費用賠償。

*「保險公司漠視註冊醫生的診斷，對8天的住院理賠申請只賠償其中3天，一句沒有住院需要便拒絕賠償其餘住院日數，實在霸道無理，欺負弱小消費者，繳付多年的保費卻換不到合理的保障。」*

## 理解與實際的落差（沒有披露事實）

消費者在投保時已回答所有問題；不確定還有甚麼資料需要披露；申請索償時卻因為「沒有披露事實」而被拒

### 醫療問卷樣本

- 受保人是否曾經入住醫院或接受任何手術、**醫療輔助**、治療或檢驗包括X光 / 掃描 / 心電圖 / 磁力共振掃描 / 實驗室化驗等？
- 受保人曾否患有以上未有提及的疾病？

甚麼是**醫療輔助**？  
是否包括到訪醫生診所接受較輕微的診症？

期限？

**醫院**？

急症室是否包括在內？

**呼吸系統**？

上呼吸道感染是否亦包括在內？

### 醫療問卷樣本

- 閣下**是否曾入住醫院**或療養院、或曾接受或被建議接受手術.....？
- 閣下是否曾患上、被診斷為或可預見就以下問題或疾病求診？..... (ii) **呼吸系統**（如結核病、哮喘、慢性支氣管炎）或其他有關的徵狀或疾病？

# 市場及法律研究

## 檢視保單合約

- 較難取得保單的合約樣本

- 18份合約當中，只有4份可以在保險公司的網頁下載



- 年長消費者在購買個人醫保時可能因為投保年齡上限而遇上困難

- 大部分產品的投保年齡上限訂於64歲至70歲



- 同一或不同保險公司之保單合約的重要條款各有不同定義

合約樣本

「醫療所需」(Medically Necessary) 是指根據本公司意見，任何符合一般專業醫療慣例的醫療服務或物品，並為診斷及治療所需，而又不可在較低醫療護理水平的情況下安全妥善地提供予受保人。實驗性、普查及屬預防性質的服務或物品均不被視作為「醫療所需」。

合約樣本

醫療需要 — 指有必要且與症狀之診斷及慣常治療方法相符的醫療護理，並須為醫生或外科醫生為傷病所建議之護理與治療，且為香港特別行政區的醫療專業普遍接受為有效、適當及必須並認同的醫療標準。以下事項將不被視為有醫療需要：

1. 住院或門診手術主要是為被保人、醫生或任何其他人提供個人舒適或便利。
2. 住院之傷病可在不住院的情況下得到安全及合理的治療。
3. 門診手術之傷病可在沒有任何手術的情況下得到安全及合理的治療。



- 保險公司透過各種方法迴避其賠付責任或減低其賠付金額

- 利用條款如「投保前已有病症」、「醫療所需」、「合理及慣常」收費等

合約樣本

### 前已存在的狀況 (Pre-Existing Condition)

對於在本保單生效日期或本保單的任何復效日期（以日期較後者為準）前的[投保]前已存在的情況或復發的慢性[投保]前已存在的情況，本公司將不支付任何保險賠償。

合約樣本

### 「合理及慣常」(Reasonable and Customary)

.....本公司有權根據（但不限於）由當地政府、相關機構及認可之醫療組織提供的有關公布或資料如收費表等去決定任何該等住院 / 醫療收費是否合理及慣常收費。若根據本公司醫務總監的意見，任何住院 / 醫療收費並非合理及慣常收費，則本公司有權調整任何或所有就該等收費應支付之利益。



- 保單合約文件包含「完整協議」條款
  - 常見於合約樣本
  - 18份合約中，有2份明確指出保單持有人不應依據代理人的陳述
- 保險公司保留單方面修改合約的權利
  - 續保時更改條款、保費及/或保障表
  - 當重新核保後保障範圍不再適用時，會限制保單持有人享有保險公司所承諾的「保證終生續保」的權利



合約樣本

### 續訂保單

.....惟「本公司」保留權利.....更改條款，包括但不限於保費或不承保事項.....  
「本公司」沒有責任透露有關更改之原因。

# 檢視選定司法管轄區的 個人醫保規管模式

香港可參考的措施



## 概要 — 6個司法管轄區採取的措施

- 確保保障範圍的確定性及個人醫保產品的質素
  - 統一保障的水平及療程的定義（澳洲）
- 促進可及性、可負擔和延續性
  - 承保投保前已存在病症，保證承保、續保及轉換承保機構（澳洲）；
  - 限制保險公司調整含有保證續保條款的產品的保險責任（中國大陸）；
  - 容許消費者轉換至可負擔得來的產品（新加坡，適用於綜合健保計劃）
- 審批保險條款和保費率（中國大陸）

## 概要 — 6個司法管轄區採取的措施（續）

- 加強披露，提升透明度及增加選擇
  - 提供劃一的資訊清單以提供產品摘要（澳洲）；規定需披露的資訊項目（中國大陸、新加坡）
  - 設立資訊平台協助消費者比較不同產品（澳洲、愛爾蘭）
  - 立法訂明消費者向保險公司披露資訊及作出聲明的責任（英國）
  - 法律研究部分引述了加拿大法院的註釋要求保險公司至誠履行其責任
- 冷靜期
  - 法定強制性：中國大陸（適用於長期健康保險）、馬來西亞、新加坡、英國
  - 行業慣常做法：澳洲、愛爾蘭
- 新措施
  - 就住院醫保分門別類、引入醫療程序分類、為因保險公司終止產品而提供轉換選項（澳洲）
  - 設立預先批核的機制（新加坡，適用於綜合健保計劃）

# 建議

提升個人醫保的可及性、透明度、選擇、  
經濟上可負擔、公平及延續性

是次研究中，消委會發現個人醫保行業可就多個範疇進行改善，以促進消費者的選擇及保障。

揭露的問題可分為兩大重點：

❖ 消費者對其購買的個人醫保所期望的保障與實際可享有的保障存在落差 — 縮窄此落差能有助消費者作出更明智的知情選擇



❖ 個人醫保對消費者而言缺乏延續性 — 為個人醫保產品保障引入延續性及確定性，將可推廣私營醫療服務的使用，同時有助平衡社會對公私營醫療服務的需求

## 縮窄消費者對個人醫保保障的期望與他們實際可享有的保障存在的落差 (1)

1. 統一重要合約條款的定義以方便比較



2. 改善投保申請表的設計使問題具體化，從而引導投保人提供準確資料，避免因「沒有披露事實」引致的爭議

- 指明疾病、治療或診斷
- 指明期限



3. 於公開平台上提供保單合約樣本，以便消費者在購買前作出比較

- 上載於保險公司網頁





## 縮窄消費者對個人醫保保障的期望與他們實際可享有的保障存在的落差 (2)

### 4. 提升與更改保單合約內容、保障及保費相關條款的透明度 讓消費者作出具知情權的抉擇

- 清楚列明保費增幅
- 不時提供更新資料
- 詳細解釋保費調整的資料和理據（例如醫療通脹的相關數據）
- 闡明保險公司擁有重新核保的權利並讓潛在保單持有人知悉（例如將相關條文並列於「保證續保」語句作為備註）



### 5. 以書面及淺白用語提供解釋，讓消費者/保單持有人易於理解

- 拒絕承保/索償
- 索償結果



## 縮窄消費者對個人醫保保障的期望與他們實際可享有的保障存在的落差 (3)

6. 披露個人醫保的市場及與投訴相關的數據，以提高公眾對個人醫保投訴性質及市場發展的瞭解



7. 加強「合理及慣常」收費的參考資料來源的透明度

- 於保單合約上列明考慮因素
- 作出部分賠償的決定時，向保單持有人披露實際的考慮因素及統計數據



8. 為可選或非緊急醫療服務提供預先批核服務，讓保單持有人對保障範圍及是否合乎索償資格可以安心



## 縮窄消費者對個人醫保保障的期望與他們實際可享有的保障存在的落差 (4)

### 9. 加強保險中介人的培訓及改善行政程序，減少因為溝通出錯導致的爭議

- 持續及與個別產品特色相關的培訓
- 有效的溝通技巧
- 清晰及個人化的資訊 ( 例如：需要申報的病歷、保障範圍及限制、不保事項、等候期等 )



### 10. 加強消費者教育以縮窄期望落差

- 保險概念
- 重要合約條款的實質意義
- 應獲取及理解的資訊
- 消費者尋求資訊及解釋的權利



## 提升個人醫保的延續性 (1)

11. 調高投保年齡上限以增加年長消費者購買個人醫保的機會

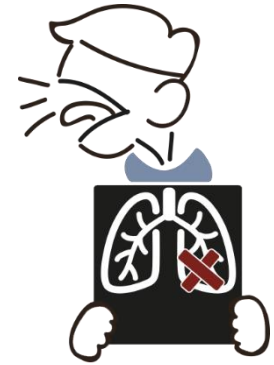


12. 為非主要保障項目的升級提供退出選擇，令保單持有人擁有維持現狀的選項，讓產品對他們而言合乎預算。



## 提升個人醫保的延續性 (2)

**13. 為投保前未知的已有病症提供保障**從而加強個人醫保所提供的保障的確定性



**14. 保單生效後不作重新核保；提高重新核保政策的透明度**

- 倘若保險公司認為進行重新核保屬不可避免，亦應提高重新核保政策和條件的透明度，清楚地於保單合約中列明，及向潛在保單持有人說明所有影響重新核保的因素及續保時修改條款的可能性。



# 未來路向

- ❖ 個人醫保市場在滿足香港醫療系統需求方面扮演重要角色。
- ❖ 相關持份者務必採取一系列措施以提升市場服務的公平性、透明度及質素，從而為消費者締造可持續的價值。

