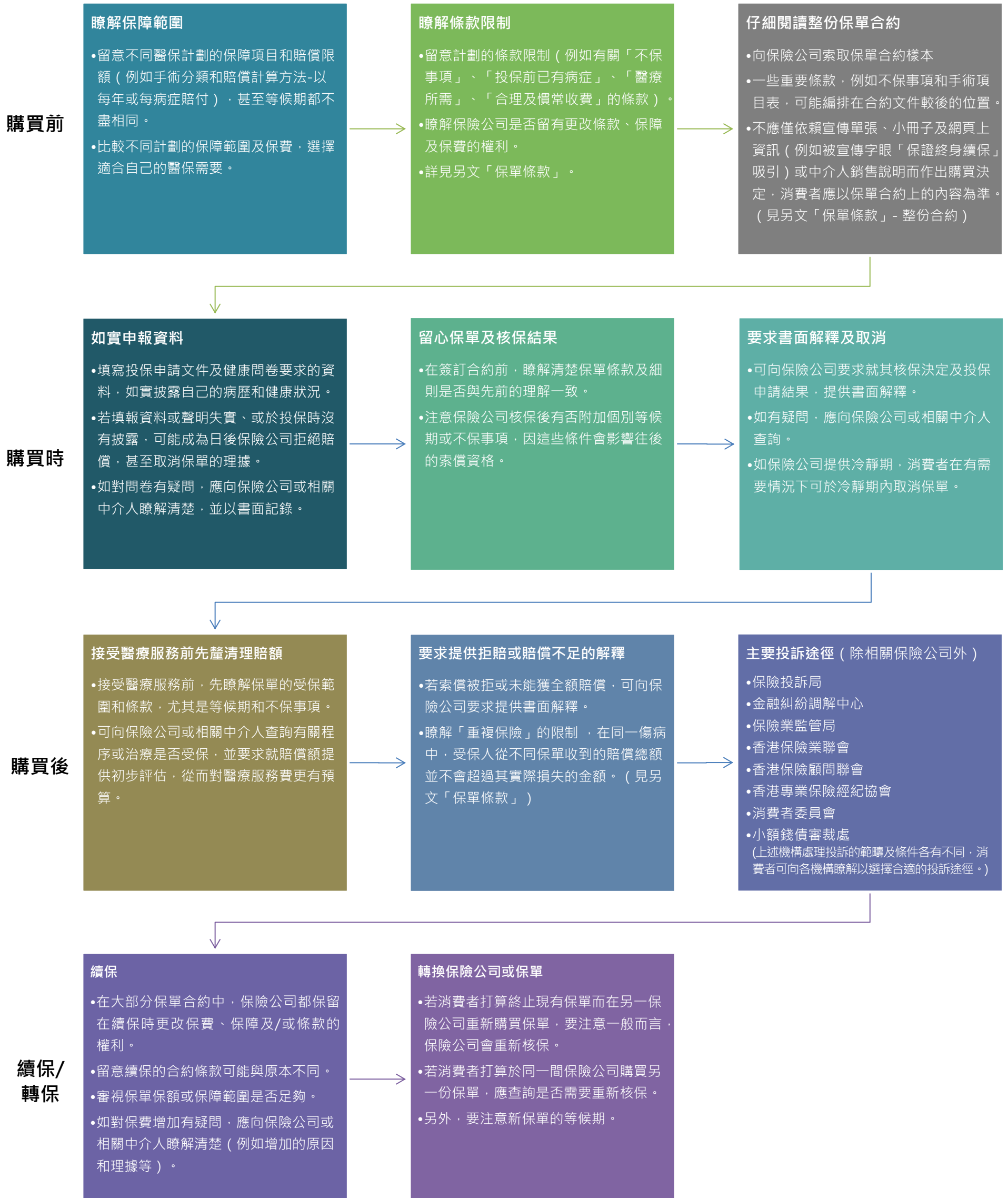


購買個人醫療保險：給消費者的貼士



一般醫療保險的重要保單條款 (保單條款)

市面的個人醫療保險保單合約，普遍包括以下相關的條款。然而，不同保單合約的用字或內容會有差異，亦不等於所有保單合約都有以下條款或定義。下列摘要簡述在一般的保單合約下，消費者需要留意的一些要點。個別保單合約的詳細情況應向相關保險公司或中介人查詢。

整份合約 (Entire Agreement)

- 保單合約 (包括保險公司指明的其他文件，例如投保表格) 構成保險公司與保單持有人之間的完整協議。該完整協議的內容會取代除上述文件外所有的其他協議。
- 換句話說，保險公司只會以保單合約的條款作為依據；保險中介人作出的承諾或陳述並不會被視為合約的部份。

單方面修訂 (Unilateral Variation)

- 保險公司保留續保時更改條款、保障及/或保費的權利。
- 續保後的合約條款因此有機會與原先的不同。

醫療所需 (Medically Necessary)

- 保險公司只會就「醫療所需」的治療/服務提供保障。
- 不同保單對「醫療所需」的定義及由誰決定「醫療所需」可能不同。

合理及慣常 (Reasonable and Customary)

- 賠償金額可能局限於保險公司釐訂的「合理及慣常」收費。
- 不同保單對「合理及慣常」的定義及考慮因素可能不同。

披露責任 (Duty of Disclosure)

- 若保單持有人在投保時沒有披露早前發生的已知的情況或未如實申報，保險公司有機會不會承擔任何保障責任。即使沒有披露的已知的情況，與保單持有人所索償的病症完全無關，保險公司都有機會不作賠償、並宣布保單無效。

投保前已有病症 (Pre-existing Conditions)

- 一般個人醫療保險保單會把「投保前已有病症」列為「不保事項」，即保險公司不會保障投保人於保單生效前已經出現、存在或出現病狀 / 病徵的傷患和疾病。

重複保險 (Double Insurance)

- 由於醫療保險是一種彌償式的保險，即保險公司只會賠償保單持有人的實際損失。即使保單持有人購買多於一份保單，在同一傷病中，保單持有人從不同保單收到的賠償總數，並不會超過其實際損失的金額。有些情況下，不同組合的「重複保險」條款可能令保單持有人得不到任何賠償。