

此為空白頁

警告：切勿侵犯版權

閣下將瀏覽的文章 / 內容 / 資料的版權持有者為消費者委員會。除作個人非商業用途外，閣下不得以任何形式傳送、轉載、複製或使用該文章 / 內容 / 資料，如有侵犯版權，消費者委員會必定嚴加追究法律責任，索償一切損失及法律費用。

一站式比較 39個醫療保險計劃

第一部分

基本住院及 手術保險計劃內容

醫療保險旨在補償受保人因受傷或疾病而需要接受治療所引致的醫療開支，一般包括門診及住院保障。由於市面的醫療保險計劃有多種組合，是次調查只集中分析基本住院及手術保障的計劃。

39個保險計劃

本會在今年9月致函17間有提供醫療保險計劃的保險公司索取醫療保險計劃資料，至截稿前有10間保險公司回覆。涵蓋於調查內的基本住院及手術保障計劃共39個，其中2個註明是增值計劃，用以補充受保人在其現有住院及手術醫療保險（例如由僱主提供的醫療保險）下，索償不足須支付餘額的保障。

保費差異大

年齡和健康狀況是保險公司釐定保費的主要考慮因素，一般情況下，投保人的年齡越大，保費越高。39個保險計劃中，大部分按年齡組別釐定保費，即同一年齡組別中保費劃一，若受保人由一個年齡組別轉至另一個組別，保費有可能增加；女性的保費一般比同齡的男性高，但亦有公司無分男女，劃一徵收保費；個別公司劃分得較仔細，為不同性別及年齡人士訂下相應的保費。由於每個計劃的保障範圍和細則不同，以一位30歲的投保者為例，39個不同計劃的保費由每年\$943至約\$17,300 (US\$2,235)；而40歲的投保者保費則由\$1,205至約\$22,200 (US\$2,868)。(見表一)



公營醫療服務供不應求，而私家醫院的住院及手術醫療收費不菲，消費者要應付突如其來的醫療開支或減低患病期間的財政負擔，可選擇購買醫療保險。然而市面上的保險計劃林林總總，保障範圍和保額各有不同，難免令人眼花撩亂。本會搜集了市面上39個住院及手術費醫療保險計劃的資料供消費者參考。

住房及膳食費

各「住房及膳食費」保障除訂有賠償金額上限(由每日\$350至四千餘元或全數賠償保障範圍內合資格的開支)，亦有支付期的限制，由45日至270日不等。

住院雜費


這項保障的範圍很廣，常見的項目有：傷口護理、藥物、繃帶及棉紗、敷料、石膏及普通夾板、化驗室檢驗、心電圖、救護車服務等。有些計劃將「意外緊急門診治療費」、「深切治療費」、手術費用中的「手術室

費」、「癌症之化療及電療」和「腎透析治療」包括在「醫院雜項費用」內一併計算，這可能會影響實際可索取的賠償額。

深切治療費

受保人若入院接受深切治療，保險公司除前述的住房、膳食和一般護理費外，亦會支付由此引致的額外開支。深切治療費的上限，有些計劃以每日計，並設有賠償的日數上限；有些則訂有每宗傷病或每合約年度的最高限額。

表一：39個住院及手術保障計劃*

| 計劃名稱 | |  國衛保險 真智安心醫療保障 | | | | 5 | |
|--------------------------------|-----|---|--|---|---|---------------|---------|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | | |
| | | 經濟 | 標準 | 特級 | 至尊 | CW09 - 普通房 | |
| 最高賠償額計算方法 | | 第1至8項：每次住院；第10項：每宗傷病；第14至15項：每份保單 | | | | | |
| 1. 住房及膳食費 (每日) | | \$600 [1][2][3] | \$700 [1][2][3] | \$1,500 [1][2][3] | \$4,500 [1][2][3] | \$600 | |
| 2. 醫院雜項費用 | | \$6,000 [2][4] | \$10,000 [2][4] | \$20,000 [2][4] | \$35,000 [2][4] | \$15,000 | |
| 3. 深切治療費 | | 每日\$2,000 (最多15日) [2][3] | 每日\$2,000 (最多90日) [2][3] | 每日\$3,500 (最多90日) [2][3] | 每日\$7,000 (最多90日) [2][3] | 每日\$5,500 | |
| 4. 醫生巡房費 (每日) | | \$600 [2] | \$700 [2] | \$1,500 [2] | \$4,500 [2] | \$600 | |
| 5. 外科手術費 (手術最高賠償金額，須視手術類別釐訂) | | \$40,000 [2] | \$43,000 [2] | \$80,000 [2] | \$160,000 [2] | \$85,000 [12] | |
| 6. 麻醉科醫生費用 (手術最高賠償金額，須視手術類別釐訂) | | 最高為有關手術費的30% [2] | 最高為有關手術費的35% [2] | | | | |
| 7. 手術室費 (手術最高賠償金額，須視手術類別釐訂) | | 最高為有關手術費的30% [2] | 最高為有關手術費的35% [2] | | | | |
| 8. 住院專科診治費 | | \$2,500 [2][5] | \$3,000 [2][5] | \$5,000 [2][5] | \$10,000 [2][5] | \$5,500 [13] | |
| 9. 私家看護費 (每日) | | — | — | — | — | — | |
| 10. 意外緊急門診治療費 | | \$2,000 [4][6] | \$5,000 [4][6] | \$5,000 [4][6] | \$22,000 [4][6] | \$2,500 | |
| 11. 入院前之門診治療費 | | — | — | — | — | — | |
| 12. 出院後的門診治療費 | | — | — | — | — | — | |
| 13. 親友陪伴加床費 (每日) | | — | — | — | — | \$600 | |
| 14. 癌症之化療及電療 | | \$50,000 [7] | \$50,000 [7] | \$100,000 [7] | \$200,000 [7] | — | |
| 15. 腎透析治療 | | \$150,000 [7] | \$150,000 [7] | \$250,000 [7] | \$400,000 [7] | — | |
| 16. 身故保險賠償 | | \$15,000 | \$15,000 | \$20,000 | \$30,000 | — | |
| 17. 入住政府醫院普通病房的現金保障 (每日) | | — | — | — | — | \$300 | |
| 18. 全球緊急支援服務 | | 有 | | | | — | |
| 19. 其他 | | 1. 門診手術費 (每宗傷病) [8] 2. 醫療疏忽事故致永久完全傷殘或身故：\$60,000 | 1. 門診手術費 (每宗傷病) [8]； 2. 醫療疏忽事故致永久完全傷殘或身故：\$60,000 | 1. 門診手術費 (每宗傷病) [8]； 2. 醫療疏忽事故致永久完全傷殘或身故：\$200,000 | 1. 門診手術費 (每宗傷病) [8]； 2. 醫療疏忽事故致永久完全傷殘或身故：\$550,000 | — | |
| 每年保費 | 男性 | 20歲 | \$990 | \$1,272 | \$2,671 | \$5,334 | \$1,911 |
| | | 30歲 | \$1,171 | \$1,529 | \$3,211 | \$6,266 | \$2,020 |
| | | 40歲 | \$1,692 | \$1,966 | \$4,128 | \$8,257 | \$2,536 |
| | | 50歲 | \$2,555 | \$2,930 | \$6,114 | \$12,292 | \$4,222 |
| | 女性 | 20歲 | \$1,292 | \$1,477 | \$3,102 | \$6,203 | \$1,911 |
| | | 30歲 | \$1,679 | \$1,978 | \$4,154 | \$8,308 | \$2,020 |
| | | 40歲 | \$2,384 | \$2,745 | \$5,765 | \$11,530 | \$2,693 |
| | | 50歲 | \$3,458 | \$3,580 | \$7,581 | \$15,037 | \$4,643 |
| | 60歲 | \$4,682 | \$4,936 | \$10,366 | \$20,731 | \$7,930 | |

註

「友邦保險」、「安盛保險」、「ING保險」和「蘇黎世保險」拒絕參加是次調查；「永隆保險」表示正修改其醫療保險計劃；「信諾保險」和「恒生保險」表示所提供的保險計劃有別於市面類似的保險，沒有提供資料。

表中資料截至2009年11月底，最新情況以有關公司公布為準。

* 除特別註明外，表內所列最高賠償額及保費以港元計。

— 不適用

[1] 須住院超過12小時

[2] 除非受保人在兩次住院之間已完全恢復正常活動90日或以上，並在此期間不需要接受治療，否則受保人因同一宗傷病而必須住院兩次或以上，只會當作一次住院索償辦理

[3] 第1項「住房及膳食費」和第3項「深切治療費」的合共賠償日數，每次住院不超過120日

[4] 第2項「醫院雜項費用」和第10項「意外緊急門診治療費」的合共賠償額，每宗傷病將不超過醫院雜項費用賠償的最高賠償額

[5] 經主診註冊西醫的建議或推介，視乎不同計劃

[6] 須在意外發生後24小時內在醫院門診部接受門診治療

[7] 只限在北美洲、歐洲、澳洲、紐西蘭、日本、新加坡、台灣、香港或澳門之內接受治療

[8] 與第5項「外科手術費」之最高賠償額相同

[9] 在入院前7個工作天致電保險公司，進行入院前登記及確認程序，填妥有關表格，保險公司可安排直接向醫院支付合資格醫療費用

[10] 須住院不少於連續6小時

[11] 若因外科手術住院，同時包括住院前1次診所診症及出院後6星期內的所有必需診所診症

| 6 | | 7 | | 8 | | 9 | | 10 | | 11 | | 12 | | | |
|--|--|----------------|--|--|--|-------------------------|--|---------------------------|--|-------------------------|--|--------------|--|--|--|
|  | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 家庭綜合醫療保險計劃 [9] | | | | 大班醫療保險計劃 [9][16] | | | | 中銀醫療綜合保障計劃 [20] | | | | | | | |
| CSP09 - 半私家房 | | CP09 - 私家房 | | 住院及手術保障 | | 計劃1 | | 計劃2 | | 計劃3 | | 計劃4-醫療增值計劃 | | | |
| 每宗傷病 | | | | 每宗傷病 | | | | | | | | | | | |
| \$1,400 (最多45日) [10] | | \$2,500 | | US\$600 [10] | | \$630 | | \$1,450 (最多100日) [10] | | \$2,800 | | | | | |
| \$18,000 | | \$25,000 | | 全數賠償 [17] | | \$12,000 | | \$18,000 | | \$25,000 | | | | | |
| 每日\$6,500 (最多15日) | | 每日\$8,500 | | 包括在第2項「醫院雜項費用」 | | \$15,000 | | \$20,000 | | \$25,000 | | | | | |
| \$1,400 (最多45日) [11] | | \$2,500 | | 全數賠償 [11][17] | | \$630 | | \$1,450 (最多100日) | | \$2,800 | | | | | |
| \$110,000 [12] | | \$140,000 [12] | | US\$40,000 | | \$32,000 [21] | | \$48,000 [21] | | \$68,000 [21] | | | | | |
| 最高達可償外科醫生費用的30% | | | | 最高為外科手術費賠償額的30% | | | | | | | | | | | |
| 最高達可償外科醫生費用的30% | | | | 包括在第2項「醫院雜項費用」 | | | | 最高為外科手術費賠償額的30% | | | | | | | |
| \$6,500 [13] | | \$8,500 [13] | | 全數賠償 [13][17] | | \$3,000 [22][23] | | \$5,000 [22][23] | | \$8,000 [22][23] | | | | | |
| — | | — | | 私家看護及物理治療服務： 全數賠償[13][17][18] | | \$200 | | \$500 (最多100日) [5][24] | | \$800 | | | | | |
| \$3,000 | | \$3,000 | | — | | \$1,000 [6] | | \$1,500 [6] | | \$2,000 [6] | | | | | |
| 包括在第4項「醫生巡房費」 [14] | | | | 包括在第5項「外科手術費」 | | | | | | | | | | | |
| \$1,400 (最多45日) [15] | | \$2,500 | | US\$600 [15] | | \$1,200 [25] | | \$2,500 [25] | | \$4,500 [25] | | | | | |
| 包括在第2項「醫院雜項費用」 | | | | | | | | \$500 [15] | | \$800 [15] | | \$1,000 [15] | | | |
| — | | — | | — | | — | | — | | — | | | | | |
| \$700 (最多45日) | | \$1,250 | | — | | \$500 | | \$750 (最多50日) | | \$1,000 | | | | | |
| 有 | | | | 有 | | | | | | | | | | | |
| — | | — | | 1.特別費用：全數賠償 [17][19] 2.神經錯亂：每天US\$150 (最高US\$4,000) 3.懷孕保障(分娩、流產等)： 由US\$2,600至US\$4,000 | | 進補現金津貼： 每日\$200 [26] | | 進補現金津貼： 每日\$300 [26] | | 進補現金津貼： 每日\$500 [26] | | | | | |
| \$3,141 | | \$5,030 | | US\$1,622 | | | | | | | | | | | |
| \$3,350 | | \$5,326 | | US\$1,735 | | | | | | | | | | | |
| \$4,239 | | \$7,512 | | US\$2,267 | | | | | | | | | | | |
| \$7,142 | | \$11,004 | | US\$2,318 | | | | | | | | | | | |
| \$13,252 | | \$21,494 | | US\$4,540 | | | | | | | | | | | |
| \$3,141 | | \$5,326 | | US\$2,089 | | | | | | | | | | | |
| \$3,350 | | \$5,621 | | US\$2,235 | | | | | | | | | | | |
| \$4,661 | | \$7,683 | | US\$2,868 | | | | | | | | | | | |
| \$7,857 | | \$12,105 | | US\$2,955 | | | | | | | | | | | |
| \$13,252 | | \$21,494 | | US\$5,070 | | | | | | | | | | | |

每年最高賠償總額為 \$200,000，每宗索償的賠償額為索償額的50%及不設每項限額。 [27]

上列為基本保障之「A. 住院及手術保障」，為必選項目，計劃內另有「B. 附加重症住院保障」和「C. 住院現金保障」，投保人可全選A至C項，或3選2項，保費按所選之組合計算。由於該計劃不能只選擇A項保障，故沒有相關保費的資料。

- [12] 包括手術後的中醫治療，限每日1次（普通房：\$120；半私家房：\$150；私家房：\$180），每宗傷病最多5次
- [13] 需經主診註冊西醫書面轉介
- [14] 只限因外科手術住院
- [15] 於醫院陪伴受保子女的加床費
- [16] 每宗傷病/或每年的最高賠償額(住院及手術、懷孕及門診保障)：每人US\$250,000；年齡76歲或以上人士，每人US\$130,000
- [17] 合理慣例的費用
- [18] 於住院期間接受合資格護士提供之護理服務及物理治療
- [19] 包括血液及血漿，人造裝置
- [20] 76歲或以上的受保人每年醫療保障賠償總額：計劃1：\$200,000；計劃2：\$400,000；計劃3：\$600,000

- [21] 包括手術前2次的診斷費、手術後的覆診費及出院後6星期內的中醫治療。手術後中醫治療每日限1次（計劃1：\$120；計劃2：\$150；計劃3：\$180），每宗傷病最多5次
- [22] 須有主診註冊西醫發出的轉介信，而發出日期與有關傷病的診治日期相隔不得超過6個月
- [23] 非手術治療或非外科醫生治療，視乎不同計劃
- [24] 出院後在家中接受合資格護士提供的護理服務
- [25] 出院後起計6個星期內
- [26] 須曾接受手術及住院，由第8日起計，每項傷病最多賠償5日
- [27] 索償時受保人須持有一份有效的住院及手術醫療保險，否則此項保障將失效

醫生巡房費

「醫生巡房費」賠償住院期間主診醫生的診療費，賠償額及上限一般與「住房及膳食費」相若。

手術費

大多數保險計劃將手術的費用分為外科手術費（即外科醫生費）、麻醉科醫生費和手術室費三大項，再按手術的複雜程度或嚴重性分3至6級，亦有計劃為每項手術訂下賠償百分比，某項手術最多可取得的賠償須視乎保險公司的手術分類。部分計劃的手術費保障以每次手術計，部分則以每次住院、每宗傷病或每症計，最高賠償額由\$15,000至約\$310,000 (US\$40,000) 或全額賠償。此外，有些計劃將手術前的診斷費計算在該項保障內，可能會影響手術實際可索取的賠償。

手術室費和麻醉科醫生費

至於麻醉科醫生和手術室費，最高賠償額視乎手術級別而定，通常兩項賠償分別是有關手術的最高賠償額的30%至40%，有些計劃則為每級手術訂出最高賠償金額。

住院專科醫生費

住院專科醫生費賠償住院期間的專科醫生診療費，一般須由主診醫生書面建議接受專科醫生診治，才符合賠償條件。

私家看護費

按主診醫生的建議或證明，受保人可於住院期間或出院後於指定期內聘請合資格的護士在家中提供護理服務，各計劃的支付期限限制由20日至最多26個星期（182日）。

意外緊急門診治療

如因意外受傷，於意外發生後24小時至72小時內到醫院門診部接受門診治療，可獲賠償因受保意外傷病往醫院急症室求診的費用。如上文所述，有些計劃將此項保

障包括在「醫院雜費」內，消費者須同時留意「醫院雜費」的最高賠償額是否足夠。

入院前、出院後的門診治療

視乎不同計劃，這項目包括1至2次入院前門診治療，或受保人在出院後30日至60日內就住院的傷病門診跟進治療。有些計劃可賠償物理治療、脊醫、針灸等治療費用，有些計劃則限制須因外科手術住院治療所衍生的出院後覆診開支。

親友陪伴加床費

津貼親人陪伴受保子女、17歲或以下的兒童或近親的加床費用，支付期的限制由45日至270日不等。

化療、電療和腎透析治療

部分保險公司提供癌症的電療及化療費，以及洗腎費保障，通常是以每份保單計。

身故或意外身故保險賠償

受保人不幸身故，視乎不同計劃，可獲賠償\$1,000至\$1,000,000的保險賠償，但部分計劃訂明身故必須在住院期間發生；部分則註明18歲或以上之受保人士才有該項保障；有些則限制受保人在旅遊期間乘搭公共交通工具時遇意外而招致死亡，才可獲該項保障。

入住政府醫院的現金保障

若受保人入住政府醫院普通病房留院治療，部分計劃可提供每日現金保障，由每日\$150至\$2,000，賠償日數最多45日至50日。部分計劃訂明若選擇該項保障，計劃內的其他保障項目將不再適用。

24小時全球緊急支援

所有計劃都提供此服務，如受保人在海外遇意外或染病，可提供24小時緊急支援，包括海外醫療諮詢、醫療轉介服務、緊急運送治療、墊支入院保證金或支付遺體

運返港等費用。

其他保障項目

不同計劃提供不同的額外保障，包括以下幾種：

1. **門診手術保障**：在診所內由註冊醫生進行的小手術，最高賠償額與「外科手術費」相同，依手術類別而定。

2. **醫療疏忽事故**：若受保人因醫療失誤引致永久完全傷殘或死亡，可獲賠償指定金額，但事件必須獲裁定為醫療失誤。

3. **懷孕保障**：若受保人於保障期內懷孕分娩或不幸流產，可提供住院費、外科醫生費及產前/產後護理等費用保障。

第二部分

投保醫療保險須知

消費者在選擇計劃時，除要考慮能否負擔保費、保額是否足夠外，亦應留意保單中的條文限制和不保事項。

醫療需要

「醫療需要」是保險公司審核賠償的重要因素，本會查閱了10間保險公司提供的保單，普遍有列明「醫療需要」、「醫療必需」或「必需醫療」的定義，例如「與診斷一致」、「非純粹為方便受保人或醫生」、「非純為診斷掃描目的」等。早前有報章報道指有保險公司在保單內訂明條款，就受保人是否需要住院的「醫療需要」，保險公司有最終決定權，本會查閱的保單卻未有發現必須由保險公司決定是否有「醫療需要」或類似字眼的條文。

就「醫療需要」是由受保人的主診醫生還是由保險公司決定，本會向該10間保險公司查詢，部分回覆表示「醫療需要」由受保人的主診醫生決定，但保險公司有最終決定權；部分則表示會按受保人的主診醫生的意見決定，



亦會基於一些特定的原則及參考醫學專業意見，才作出賠償的最終決定。(見表二)

住院的定義

「住院」一般指正式辦妥入院手續，部分計劃訂明須連續住院超過6至24小時，才可獲得保單規定的醫療賠償；若兩次相關病患住院相距不足約3個月，保險公司只視作同一病症或當作一次住院索償辦理。由於每宗病患的住院日數及各項賠償額均設有上限，這會影響賠償金額。

手術費計算方法

一般情況以每次手術、每次住院或每宗傷病計，然而部分計劃對於因同一傷病進行多次手術，或於同一次開刀進行多項外科程序的手術費保障有所限制，消費者務須在投保前先瞭解清楚，以免因預算醫療開支時有所誤解而結果要自己支付費用。舉例如下：

◆「若被保人直接或間接地因同一傷病進行多於一項的手術，本公司只須支付數額最大的保險賠償」；

◆「若在單一次切口手術中進行兩項或以上外科程序，則所有這類外科程序費用賠償將不超過支出最高的一項外科程序的賠償額」；

◆「若受保人於一次開刀過程中同時接受兩項或以上手術，賠償以金額最高之一項為準」。

住院免繳費

近年醫療卡的使用已由診所擴展至醫院服務，包括住院及手術等醫療服務，部分保險計劃標榜憑卡入住全港或網絡內指定的私家醫院，受保人毋須繳付醫院按金和出院費用，可省卻向保險公司提交索償申請的繁複手續及等候時間；有些計劃則讓受保人在入住醫院接受治療前聯絡保險公司，就受保傷病申請住院付款保證書，獲批核後保險公司可安排直接付款予醫院、醫生或其他服

務提供者。但消費者要注意，批核出信用額並不代表有關的治療符合賠償資格，如保險公司其後發現所支付的醫療費不屬於合資格的費用，便會要求投保人支付所需費用；而即使合資格但醫療費超出保障上限，受保人也需償還差額或不足之數。

終身保證/保證續保

大部分醫療保險均需每年續保，保險公司一般會考慮受保人的情況決定是否續保，保費及保障範圍亦可能更改。近年有保險公司提供「終身受保」、「終身續保」，甚至強調不會因應受保人在保障期內的索償紀錄及健康狀況而影響續保或額外收費，表面看來相當吸引，但消費者必須留意，保險公司可於續保時調整保費、更改保障範圍或增加新的除外條款；或根據保險公司的整體業務組合定期調整所有受保人的續保條款及保費。此外，有些計劃的「終身/終生」續保保證不適用於附加保障項目，譬如危疾及人身意外保障設有續保年齡上限(例如65歲-75歲)。

已存在病患不受保

保險的原則是保障意料之外的事故，所以但凡已發生或明知必定會發生的事故，都不屬保障的範圍，故此醫療保險一般會將受保人投保前已存在的病患列為不受保項目，投保人必須在投保申請書中詳細列明受保人所有病歷，否則保險公司可以因為投保人/受保人沒有披露重要事實，而拒絕有關索償，假如沒有披露的事實足以影響到保險公司最初是否接受投保的決定，則保險公司有權註銷整份保單。因此，投保人填寫投保申請書時，應仔細列明以往各大小病歷，讓保險公司有足夠資料評估風險。保險公司如因應個別情況要附加保費或不願承保某些疾病，會在承保書上列明，若投保人不接受，可向其他保險公司查詢，多比較不同公司的保費及條款，再作決定。千萬不要因怕被拒保或增加保費而隱瞞病歷，更不要輕信一些不



負責任的保

險代理指稱毋須詳細申報，否則到索償時才發現不獲得賠償，便得不償失。

留心等候期/不保期

為防止有人得知患病後才投保，騙取賠償金，醫療保單通常設有針對潛伏性病患的「等候期」/「不保期」。一般來說，保單生效首15天或30天(視乎不同計劃)發現的病患是不受保障的，但期間因意外引致的治療則屬例外。通常保單失效後重新訂立的保單(復效保單)，亦有約十數天至數十天的等候期。此外，個別病症的「等候期」(列於「已存在病患」、「既有傷病」或「不保項目」)由保單生效首30天至一年不等；而在該段時間不保的病症因保單而異，一般而言包括：需要動手術的扁桃腺病、痔瘡、器官腫瘤、內臟腫瘤、子宮內膜異位、甲狀腺功能異常、白內障、肺結核、腎結石、膽結石、胃潰瘍、糖尿病、疝氣、高血壓、心血管疾病、骨腫瘤或血液或骨髓之惡性癌症、拇指外翻等。有些計劃標榜保單不設等候期，但事實上它們同樣不包括既有傷病和其他不保事項，例如先天性病患、發育異常或遺傳性疾病。不同保單中指明不保的病患及期限各有不同，消費者宜多作比較。

不保項目繁多

除了已存在病患和在等候期內不受保的項目，其他主要不受保項目包括：

1. 性病、愛滋病、精神病、先天性病患或缺陷；
2. 純粹為健康檢查而住院的項目，如例行身體檢查、化驗、預防注射、驗眼或牙科檢查等；

表一：39個住院及手術保障計劃*（續）

| 計劃名稱 | | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
|------------|--------------------------------|-----------------------------|---------------------------|--------------------------|---|--|
| | | 保柏卓康健 [28] | | | 保柏晶彩寶 [34] | |
| | | 計劃1 - 私家房 | 計劃2 - 半私家房 | 計劃3 - 大房 | 晶彩寶網絡保障 - 標準私家房 [35] | 非晶彩寶網絡保障 - 標準私家房 |
| 保障項目及最高賠償額 | 最高賠償額計算方法 | 第1至4、8至18項：每合約年度；第5至7項：每次手術 | | | 第1至4、8至18項：每合約年度；第5至7項：每次手術 | |
| | 1. 住房及膳食費 (每日) | \$2,750 | \$1,400 (最多270日) | \$650 | 1. 醫療服務由網絡內指定的4間醫院提供：嘉諾撒醫院、養和醫院、聖德肋撒醫院、仁安醫院 2. 包括「非晶彩寶網絡保障」所涵蓋的保障項目：全數支付合資格之醫療費用 (以日數上限及每年最高賠償額為限) 3. 在接受住院、入院前及出院後的門診護理、經由網絡西醫及/或網絡醫院轉介之專科醫生治療而網絡未能提供有關專科，須獲保柏書面作初步保障審核。 | \$2,900 (最多182日) |
| | 2. 醫院雜項費用 | \$33,000 | \$19,600 | \$12,700 | | \$37,000 |
| | 3. 深切治療費 | \$24,500 | \$21,500 | \$20,000 | | \$39,000 |
| | 4. 醫生巡房費 (每日) | \$2,200 | \$970 (最多270日) [23] | \$540 | | \$2,400 (最多182日) [23] |
| | 5. 外科手術費 (手術最高賠償金額，須視手術類別釐訂) | \$72,000 [29] | \$46,000 [29] | \$34,650 [29] | | \$92,000 [29] |
| | 6. 麻醉科醫生費用 (手術最高賠償金額，須視手術類別釐訂) | \$22,700 | \$13,400 | \$10,150 | | \$31,000 |
| | 7. 手術室費 (手術最高賠償金額，須視手術類別釐訂) | \$25,800 | \$15,500 | \$11,400 | | \$31,000 |
| | 8. 住院專科診治費 | \$9,600 [30] | \$3,350 [30] | \$1,980 [30] | | \$12,700 [30] |
| | 9. 私家看護費 (每日) | \$790 | \$470 (最多120日) [5][31] | \$280 | | 住院期間：\$1,000(最多71日)； 出院後：\$850(最多20日) [5][31] |
| | 10. 意外緊急門診治療費 | — | — | — | | — |
| | 11. 入院前之門診治療費 | — | — | — | | — |
| | 12. 出院後的門診治療費 | \$4,250 [32] | \$2,390 [32] | \$1,580 [32] | | \$6,300 [36] |
| | 13. 親友陪伴加床費 (每日) | \$1,375 | \$700 (最多270日) | \$325 | | \$1,450 (最多182日) |
| | 14. 癌症之化療及電療 | \$100,000 [5][33] | \$75,000 [5][33] | \$50,000 [5][33] | | — |
| | 15. 腎透析治療 | — | — | — | | — |
| | 16. 身故保險賠償 | — | — | — | | — |
| | 17. 入住政府醫院普通病房的現金保障 (每日) | — | — | — | | — |
| | 18. 全球緊急支援服務 | — | 有 | — | | 有 |
| 19. 其他 | — | — | — | 1. 免費終生預防計劃 2. 免費獎賞計劃 | | |
| 每年保費 | 男性 | 20歲 | \$5,078 | \$2,819 | \$1,530 | \$6,734 |
| | | 30歲 | \$7,080 | \$3,951 | \$2,142 | \$7,468 |
| | | 40歲 | \$7,916 | \$4,387 | \$2,379 | \$10,177 |
| | | 50歲 | \$12,303 | \$6,818 | \$3,698 | \$16,841 |
| | | 60歲 | \$15,766** | \$8,739** | \$4,626** | \$26,835** |
| | 女性 | 20歲 | \$5,078 | \$2,819 | \$1,530 | \$6,734 |
| | | 30歲 | \$7,080 | \$3,951 | \$2,142 | \$7,468 |
| | | 40歲 | \$7,916 | \$4,387 | \$2,379 | \$10,177 |
| | | 50歲 | \$12,303 | \$6,818 | \$3,698 | \$16,841 |
| | | 60歲 | \$15,766** | \$8,739** | \$4,626** | \$26,835** |

註

* 除特別註明外，表內所列最高賠償額及保費以港元計。

** 只供續保

— 不適用

[5] 經主診註冊西醫的建議或推介，視乎不同計劃

[6] 須在意外發生後24小時內在醫院門診部接受門診治療

[13] 需經主診註冊西醫書面轉介

[23] 非手術治療或非外科醫生治療，視乎不同計劃

[24] 出院後在家中接受合資格護士提供的護理服務

[28] 65歲或以上的受保人每年醫療保障賠償總限額：計劃1：\$700,000；計劃2：\$350,000；計劃3：\$165,000

[29] 包括外科醫生手術費及巡房費

[30] 須獲主診註冊醫生以書面轉介，病理學家、放射學家及物理治療師在住院期間所提供之服務除外

[31] 在住院期間或出院後在家中接受合資格護士提供的護理服務

[32] 包括2次入院前及出院後6星期內與住院治療有關之跟進療程門診費用

[33] 於住院期間或醫院日症房或診所進行之化療、電療、使用數碼導航刀或伽瑪刀以治療癌症或洗腎

[34] 每年醫療保障賠償總限額：未滿65歲的受保人：\$1,500,000；65歲或以上的受保人：\$1,050,000

[35] 可使用指定醫療卡在網絡內4間私家醫院或特約服務供應商目錄內所列的醫務所就醫，支付保障範圍內和合資格的醫療費

[36] 包括1次入院前及出院後6星期內所有與住院治療有關之跟進療程門診費用

[37] 可使用指定醫療卡在特約服務供應商目錄內所列的醫務所及所有私家醫院支付保障範圍內和合資格的醫療費

[38] 65歲或以上的受保人每年醫療保障賠償總限額：\$1,050,000

[39] 在合約每年賠償總額範圍內獲全數賠償

| 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
|--|---|------------------------------|-------------------------------|---|---|--------------|--------------|--------------|
| |  滙豐保險 | | | |  宏利保險 | | | |
| 保柏尊貴寶 [37][38] | 摺關懷醫療計劃 [40][41] | | | | 住院保障計劃 | | | |
| 標準私家房 | 基本計劃 | 精選計劃 | 尊尚計劃 | 公司增值計劃 | 鑽石計劃 | 金計劃 | 銀計劃 | 銅計劃 |
| 第1、2、4、8至18項：每合約年度； 第3項：第次住院；第5至7項：每次手術 | 每症 [42] | | | | 每宗傷病 | | | |
| 香港：全數賠償[39]；海外：\$4,800 (最多182日) | \$600 | \$1,400 | \$3,800 | 保障包括同一計劃內其他保障級別所涵蓋的保障項目，但第17項除外。每年最高賠償總額為\$150,000及每宗賠償額為索償額的50%。[50] | \$3,800 | \$1,500 | \$720 | \$350 |
| | (最多100日) | | | | (最多90日) | | | |
| 香港：全數賠償[39]；海外：\$50,000 | \$10,000 | \$17,500 | \$30,000 | | \$34,000 | \$20,000 | \$10,000 | \$6,000 |
| | | | | | 每日\$7,600 | 每日\$3,000 | 每日\$1,440 | 每日\$700 |
| | | | | | (最多90日) | | | |
| \$60,000 | \$10,000 | \$12,000 | \$25,000 | | \$3,800 | \$1,500 | \$720 | \$350 |
| \$2,950 (最多182日) [23] | (最多100日) [43] | | | | (最多90日) | | | |
| \$182,000 [29] | \$36,000 | \$56,000 | \$74,000 | | \$88,000 | \$60,000 | \$40,000 | \$20,000 |
| \$56,000 | \$10,800 | \$16,800 | \$22,200 | | \$30,800 | \$21,000 | \$14,000 | \$7,000 |
| \$60,000 | \$10,800 | \$16,800 | \$22,200 | | \$30,800 | \$21,000 | \$14,000 | \$7,000 |
| \$17,800 [30] | \$4,000 [13][23] | \$6,000 [13][23] | \$8,000 [13][23] | | \$12,000 [13] | \$6,000 [13] | \$4,000 [13] | \$2,000 [13] |
| \$1,350 (最多91日) [5][31] | \$200 | \$550 | \$1,250 | | \$1,350 | \$600 | — | — |
| — | \$1,000 [44] | \$2,000 [44] | \$3,000 [44] | | (出院後31日內) [5][51] | | | |
| | 包括在第5項「外科手術費」 [45] | | | | \$14,000 [6] | \$8,000 [6] | \$4,000 [6] | \$2,000 [6] |
| \$14,700 [36] | \$1,500 [46] | \$3,000 [46] | \$7,000 [46] | | — | — | — | — |
| \$2,400 (最多182日) | \$300 | \$400 | \$500 | | \$1,350 | \$600 | — | — |
| — | (最多100日) | | | | (出院後31日內) [52] | | | |
| — | \$15,000 [47] | \$20,000 [47] | \$26,000 [47] | | 全額賠償 | | | |
| — | — | — | — | | (最多90日) | | | |
| — | — | — | — | | — | — | — | — |
| — | \$750 | \$1,000 | \$1,000 | \$10,000 [53] | | | | |
| — | (最多50日) [48] | | | \$1,200 [54] | \$600 [54] | \$300 [54] | \$150 [54] | |
| | 有 | | | 有 | | | | |
| — | 住院診斷性檢查： \$4,000 [47][49] | 住院診斷性檢查： \$6,000 [47][49] | 住院診斷性檢查： \$10,000 [47][49] | — | — | — | — | |
| \$11,458 | \$1,854 | \$3,383 | \$6,543 | \$1,246 | \$4,258 | \$2,415 | \$1,466 | \$883 |
| \$17,302 | \$2,557 | \$4,613 | \$8,948 | \$1,615 | \$5,803 | \$3,485 | \$2,039 | \$1,246 |
| \$17,302 | \$2,604 | \$4,613 | \$8,948 | \$1,682 | \$7,842 | \$4,947 | \$2,832 | \$1,722 |
| \$37,912 | \$3,684 | \$6,555 | \$12,783 | \$2,340 | \$10,080 | \$7,265 | \$4,030 | \$2,561 |
| \$37,912** | \$5,627 | \$10,039 | \$19,474 | \$3,450 | \$20,922 | \$10,999 | \$6,779 | \$4,371 |
| \$11,458 | \$1,854 | \$3,383 | \$6,543 | \$1,246 | \$4,903 | \$2,762 | \$1,685 | \$1,016 |
| \$17,302 | \$2,557 | \$4,613 | \$8,948 | \$1,615 | \$6,501 | \$3,912 | \$2,281 | \$1,396 |
| \$17,302 | \$2,604 | \$4,613 | \$8,948 | \$1,682 | \$8,872 | \$5,591 | \$3,220 | \$1,952 |
| \$37,912 | \$3,684 | \$6,555 | \$12,783 | \$2,340 | \$11,189 | \$8,064 | \$4,486 | \$2,854 |
| \$37,912** | \$5,627 | \$10,039 | \$19,474 | \$3,450 | \$22,788 | \$11,979 | \$7,381 | \$4,766 |

[40] 住院免按金免索償 - 出示指定醫療卡，入住本港私家醫院時毋須支付住院按金。1. 持有「金卡」入住本港私家醫院，出院時不用支付任何費用，亦無須等候賠償；持有「紅卡」可預先申請信用保證書，經批核後可獲得住院免索償服務。此服務不適用於由不保事項引致的住院費用。此信用保證書不適用於公司增值計劃

[41] 75歲或以上的受保人每年醫療保障賠償總限額：基本計劃：\$150,000；精選計劃：\$300,000；尊尚計劃：\$650,000

[42] 「每症」指由同一原因造成的所有傷病及其一切併發症。1) 如受保人因兩種原因造成的傷病(如同時被確診胃炎及子宮肌瘤)需同時接受治療/診斷性檢查，亦可就每症作個別索償。2) 如該傷病在最後一次診斷後90日內不需再作任何治療，則其後源自同一原因的任何傷病亦作新的傷病論。3) 若受保人同時被確診兩種癌症，而兩症非由擴散造成(即非同一原因造成)，亦可視作兩症索償。若某一受保傷病的相關保障額已耗盡而又要繼續接受治療，則只要在該保障額耗盡365日後，該賠償項目將可完全復效

[43] 須住院至少連續12小時。此項目亦包括外科手術醫生巡房費

[44] 須在意外發生後72小時內在醫院門診部接受門診治療

[45] 包括2次手術前門診評估

[46] 手術後6星期內及出院後由該外科醫生進行手術後的護理治療。包括內科及/或手術治療

[47] 適用於住院及門診。在住院情況下進行之治療/診斷性檢查，有關索償額若超過此保障金額，餘額可納入第2項醫院雜項費用內索償；但就門診情況而言，若索償額超過最高賠償額，餘額則不能從第2項獲得賠償

[48] 如果選擇此項保障，計劃內各項保障將不再適用

[49] 由醫生就受保傷病建議進行的指定先進診斷掃描，包括磁力共振造影、電腦斷層掃描、正電子放射斷層掃描

[50] 不設每項限額

[51] 於接受手術及出院後在家提供之護理服務

[52] 接受手術及出院後繼續接受同一醫生之門診治療

[53] 意外身故賠償將按原本賠償額每保單周年遞增20%，最高增額為原本賠償額的100%

[54] 保險公司贈予受保人的額外優惠，該公司保留作出修訂的權利

表一：39個住院及手術保障計劃*（續）

| 計劃名稱 | | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | |
|------------|--------------------------------|---|-----------------------|------------------------|------------------------|---|--------------------|---------|
| | |  | | | |  | | |
| | | 優惠計劃 | 計劃1 | 計劃2 | 計劃3 | 計劃一 | 計劃二 | |
| 保障項目及最高賠償額 | 最高賠償額計算方法 | 每症 | | | | 每症 | | |
| | 1. 住房及膳食費 (每日) | \$500 (最多60日) [56] | \$700 [56] (最多90日) | \$1,270 [56] (最多90日) | \$2,520 (最多120日) [56] | \$1,500 | \$800 (最多60日) [60] | |
| | 2. 醫院雜項費用 | \$5,250 | \$7,000 | \$9,350 | \$14,000 | \$16,000 | \$12,000 | |
| | 3. 深切治療費 | \$4,800 | \$6,000 | \$8,000 | \$9,600 | 每日\$2,500(最多10日) | | |
| | 4. 醫生巡房費 (每日) | \$500 (最多60日) | \$700 (最多90日) | \$1,270 (最多90日) | \$2,520 (最多120日) | \$1,500 | \$800 (最多60日) | |
| | 5. 外科手術費 (手術最高賠償金額，須視手術類別釐訂) | \$30,300 | \$40,800 | \$51,000 | \$65,500 | \$30,000 | \$25,000 | |
| | 6. 麻醉科醫生費用 (手術最高賠償金額，須視手術類別釐訂) | \$12,100 | \$16,000 | \$20,500 | \$26,300 | \$9,000 | \$7,500 | |
| | 7. 手術室費 (手術最高賠償金額，須視手術類別釐訂) | \$12,100 | \$16,000 | \$20,500 | \$26,300 | \$9,000 | \$7,500 | |
| | 8. 住院專科診治費 | \$3,850 [13] | \$5,500 [13] | \$5,500 [13] | \$6,400 [13] | \$4,000 [5] | \$3,000 [5] | |
| | 9. 私家看護費 (每日) | \$160 | \$200 (最多31日) [5][24] | \$270 (最多31日) [5][24] | \$400 (最多31日) [5][24] | — | — | |
| | 10. 意外緊急門診治療費 | — | — | — | — | \$1,500 [44] | \$1,000 [44] | |
| | 11. 入院前之門診治療費 | — | — | — | — | — | — | |
| | 12. 出院後的門診治療費 | \$500 | \$740 (在出院31天內) [52] | \$1,230 (在出院31天內) [52] | \$1,850 (在出院31天內) [52] | \$1,500 [61] | \$1,000 [61] | |
| | 13. 親友陪伴加床費 (每日) | — | — | — | — | — | — | |
| | 14. 癌症之化療及電療 | — | — | — | — | — | — | |
| | 15. 腎透析治療 | — | — | — | — | — | — | |
| | 16. 身故保險賠償 | \$1,000 [57] | \$5,000 [57] | \$10,000 [57] | \$15,000 [57] | \$20,000 (因意外導致：\$40,000) [62] | | |
| | 17. 入住政府醫院普通病房的現金保障 (每日) | — | — | — | — | — | — | |
| | 18. 全球緊急支援服務 | 有 | | | | 有 | | |
| 19. 其他 | 意外的額外津貼：\$6,200 [58] | 意外的額外津貼：\$9,200 [58] | 意外的額外津貼：\$14,700 [58] | 意外的額外津貼：\$18,400 [58] | — | — | | |
| 每年保費 | 男性 | 20歲 | \$920 | \$1,116 | \$1,796 | \$3,388 | \$2,018 | \$1,501 |
| | | 30歲 | \$943 | \$1,183 | \$1,956 | \$3,638 | \$2,377 | \$1,765 |
| | | 40歲 | \$1,205 | \$1,501 | \$2,457 | \$4,571 | \$3,105 | \$2,302 |
| | | 50歲 | \$1,951 | \$2,637 | \$4,275 | \$8,003 | \$4,133 | \$3,059 |
| | 女性 | 60歲 | \$2,783 | \$4,161 | \$6,775 | \$12,663 | \$5,519 | \$4,081 |
| | | 20歲 | \$1,247 | \$1,638 | \$2,661 | \$4,661 | \$2,018 | \$1,501 |
| | | 30歲 | \$1,495 | \$1,934 | \$3,138 | \$5,502 | \$2,377 | \$1,765 |
| | | 40歲 | \$2,069 | \$2,752 | \$4,456 | \$7,822 | \$3,105 | \$2,302 |
| | 50歲 | \$2,704 | \$4,411 | \$7,162 | \$12,573 | \$4,133 | \$3,059 | |
| | 60歲 | \$3,217 | \$5,911 | \$9,617 | \$16,847 | \$5,519 | \$4,081 | |

註 * 除特別註明外，表內所列最高賠償額及保費以港元計。
 ** 只供續保
 — 不適用

[5] 經主診註冊西醫建議或推介，視乎不同計劃
 [13] 需經主診註冊西醫書面轉介
 [23] 非手術治療或非外科醫生治療，視乎不同計劃
 [24] 出院後在家中接受合資格護士提供的護理服務
 [25] 出院後起計6個星期內
 [29] 包括外科醫生手術費及巡房費
 [31] 在住院期間或出院後在家中接受合資格護士提供的護理服務
 [44] 須在意外發生後72小時內在醫院門診部接受門診治療
 [52] 接受手術及出院後繼續接受同一醫生之門診治療

[55] 每症最高保障總額：優惠計劃：\$141,060；計劃1：\$238,440；計劃2：\$377,750；計劃3：\$800,550
 [56] 包括一般看護津貼
 [57] 只適用於18歲或以上之受保人士
 [58] 因意外受傷，而就個別項目的保額未足以支付實際開支
 [59] 每症最高總保障額(不包括第16項)：計劃一：\$276,000；計劃二：\$178,000；計劃三：\$110,600
 [60] 須住院不少於連續24小時
 [61] 限出院後30日內之覆診治療，並賠付因同一病症由同一主診醫生或其轉介接受之其他治療
 [62] 於住院期間發生
 [63] 保險公司或24小時緊急支援中心在取得受保人以住院病人方式入住醫院治療的事前索償通知後，會確定保險的保障範圍、保單條款與規章安排直接付款予醫院、醫生或其他服務供應者

| 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 |
|-------------|---|----------------------|---|---|--|--|
| |  MSIG 「至尊萬健寶」醫療保險計劃 [63][64] | | |  英國保誠 保誠精選「醫療寶」醫療保障計劃 [70] | | |
| 計劃三 | 精選計劃 | 特選計劃 | 智選計劃 | 大房病床 | 半私家病房 | 私家病房 |
| | 所有項目之最高賠償額以每年每宗事故計；第5至7項：每宗手術 | | | 第1至4、8至18項：每年；第5至7項：每次手術 | | |
| \$400 | \$1,580 | \$2,370 | \$3,160 | \$610 | \$1,260 (最多182日) | \$2,850 |
| \$10,000 | 全額賠償 | | | \$12,600 | \$19,500 | \$32,000 |
| | 全額賠償 | | | \$19,400 | \$21,000 | \$24,700 |
| \$400 | \$1,580 | \$2,370 | \$3,160 | \$500 | \$870 (最多182日) [23] | \$2,000 |
| \$15,000 | \$260,000 全額賠償 | | | \$28,000 [29] | \$38,500 [29] | \$61,000 [29] |
| \$4,500 | | | | \$9,180 [71] | \$11,850 [71] | \$20,500 [71] |
| \$4,500 | | | | \$9,180 | \$11,850 | \$20,500 |
| \$2,000 [5] | | | | 全額賠償 | | |
| — | 全額賠償 (最多26個星期) [5][24] | | | \$230 | \$400 | \$700 |
| \$800 [44] | 全額賠償 [65] | | | — | — | — |
| — | 全額賠償 (入院前30日內) [66] | | | \$1,500 [73][74] | \$2,250 [73][74] | \$4,000 [73][74] |
| \$800 [61] | 全額賠償 (出院後60日內) | | | | | |
| — | 全額賠償 [67] | | | \$100 | \$200 (最多50日) [75] | \$300 |
| — | 全額賠償 [68] | | | 包括在第2項「醫院雜項費用」 | | |
| — | — | — | \$1,000,000 [69] | — | — | — |
| — | \$1,000 | \$1,500 | \$2,000 | — | — | — |
| | 有 | | | 有 | | |
| — | — | 器官移植保障： \$750,000 | 1. 海外緊急醫療保障： \$4,500,000； 2. 器官移植保障： \$1,500,000 | 1. 住院診斷性檢查： 每年\$5,000 [76] 2. 出院後之中醫治療： 每次\$200 [25] [77]； 3. 緊急醫療交通費： 每次住院\$200 [78] | 1. 住院診斷性檢查： 每年\$5,500 [76] 2. 出院後之中醫治療： 每次\$200 [25] [77]； 3. 緊急醫療交通費： 每次住院\$300 [78] | 1. 住院診斷性檢查： 每年\$6,000 [76] 2. 出院後之中醫治療： 每次\$200 [25] [77]； 3. 緊急醫療交通費： 每次住院\$400 [78] |
| \$1,119 | \$4,320 | \$6,696 | \$10,422 | \$1,532 | \$2,679 | \$4,899 |
| \$1,315 | \$5,184 | \$7,992 | \$12,474 | \$2,258 | \$4,159 | \$7,445 |
| \$1,710 | \$6,372 | \$9,666 | \$14,580 | \$2,258 | \$4,159 | \$7,445 |
| \$2,269 | \$8,748 | \$13,068 | \$19,332 | \$3,769 | \$6,883 | \$12,633 |
| \$3,022 | \$13,554** | \$19,872** | \$28,944** | \$3,769 | \$6,883 | \$12,633 |
| \$1,119 | \$4,320 | \$6,696 | \$10,422 | \$1,532 | \$2,679 | \$4,899 |
| \$1,315 | \$5,184 | \$7,992 | \$12,474 | \$2,258 | \$4,159 | \$7,445 |
| \$1,710 | \$6,372 | \$9,666 | \$14,580 | \$2,258 | \$4,159 | \$7,445 |
| \$2,269 | \$8,748 | \$13,068 | \$19,332 | \$3,769 | \$6,883 | \$12,633 |
| \$3,022 | \$13,554** | \$19,872** | \$28,944** | \$3,769 | \$6,883 | \$12,633 |

[64] 每年醫療保障最高賠償總額：精選計劃：\$500,000；特選計劃：\$750,000；智選計劃：\$1,500,000

[65] 受保人在意外或患上突發緊急傷病後須即時治療，並以門診病人身份到醫院急症室就醫所接受的服務

[66] 受保人以住院病人身份入住醫院，就有關之傷病狀況作治療前之30天內接受醫生囑咐進行之診斷檢查

[67] 17歲或以下兒童住院時由一位成年家庭成員陪伴之額外收費

[68] 非住院化療/放射性治療/洗腎費用

[69] 倘受保人在旅遊期間乘搭公共交通工具時遭遇意外而招致死亡，可獲保障限額表列明之款項

[70] 65歲或以上的受保人每年醫療保障賠償總限額：大房病床：\$140,000；半私家病房：\$292,000；私家病房：\$650,000

[71] 手術必須在全身麻醉的情況下進行

[72] 須獲主診註冊醫生以書面轉介，病理學家、放射學家、牙科服務及物理治療師在住院期間所提供之服務除外

[73] 包括2次入院前與住院有關門診費用和出院後6星期內所有與住院治療有關之門診費用、物理治療及中醫治療費用

[74] 物理治療及中醫治療須由主診註冊醫生轉介

[75] 於醫院陪伴17歲或以下受保子女的加床費

[76] 若受保人因身體出現病徵及病狀，應主診醫生建議轉介入住醫院接受診斷性檢查後，在無需要繼續住院接受跟進診治的情況下，會賠償在檢查期間的相關費用

[77] 只限由癌症引致之住院治療，最多15次

[78] 支付因意外而導致緊急送院治療所需之的士費用

3. 可向第三者追討的手術費，包括法例規定的賠償（例如僱員勞工賠償）；
4. 矯正輔助儀器及護理裝置；
5. 非醫療服務的收費，例如電話、電視、影印及病理報告等；
6. 不合格治療，例如費用較一般的專業及醫院收費高、實驗性或最新治療、非註冊醫生的治療、戒毒或戒酒療程等；
7. 與懷孕、節育、不育或性功能失常等有關的治療；

投保策略

投保醫療保險，須注意以下幾點：

◆ **評估實際的保障需要：**醫療保險屬補償性質，只賠償實際的醫療支出，故選擇時應考慮是否已有其他保障（例如公司的團體醫療保險），保障項目是否適用，保障額是否足夠，可參考慣常選用的醫院的住房服務收費；

◆ **投保前索取詳盡資料研究：**最好在投保前取得保單條款、保費表、手術等級分類表和投保申請書樣本等，詳細審閱計劃所保障及不保的事項，有不明應直接向保險公司查詢；

◆ **中文譯本有助理解：**保單條款含很多專業及醫學用辭，投保人不妨索取保單的中文譯本，以幫助理解保單的內容，但要留意譯本只作參考，最終詮釋以英文版本為依歸；

◆ **衡量負擔能力：**留意保額及保費是否符合本身的需要及負擔能力；

◆ **切勿隱瞞或漏報：**小心填寫投保書，詳列以往各大小病症，假如有不肯定是否需要填報的地方，也應以先申報為上，切勿漏報或隱瞞重要資料；

◆ **善用保單審閱期：**詳閱保單條款，消費者有權在審閱期內將保單退回保險公司取消保險計劃，並取回已繳保費；

◆ **斷保前小心考量：**受保人年齡漸長或曾索償，保險公司一般都會續保，但通常會提高保費。但如在斷保後欲再投保，則有機會被拒，故斷保前宜考慮此點。

表二：10間保險公司就「醫療需要」或相關規定的回覆

| 保險公司 | 就表一所述的保險計劃，被索償的項目是否有「醫療需要」，是否由受保人的主診醫生決定，抑或保險公司有「醫療需要」的最終決定權？ |
|--|--|
| 1  國衛保險 | 該保險計劃下的「醫療需要」不是單由受保人的主診醫生決定，如有需要，保險公司會尋求專業醫學意見。保險公司擁有該保險計劃「醫療需要」的最終決定權。 |
| 2  藍十字 | 在符合該公司保單內「必需醫療」的定義下，「醫療需要」將依照受保人主診醫生的意見決定。該公司的醫療保單內，並沒有包括「醫療需要最終決定權」的條文。 |
| 3  中銀集團保險 | 受保人的主診醫生及/或醫院必須就受保人的住院治療提供資料，以證明受保人的住院治療為符合保單條款中「必要的醫療」的定義，方為符合索償的要求。而該公司則接受受保人的主診醫生及/或醫院提供的資料審核是否合乎保單條款中「必要的醫療」的定義。 |
| 4  保柏 | 該公司在判斷治療或服務是否「醫療必需」上，會以病人主診醫生的專業意見為依歸。在個別有需要的情況下，該公司會就索償個案向主診醫生索取進一步資料以作詳細瞭解，並向有關客戶解釋情況。 |
| 5  滙豐保險 | 是。該公司會依據受保人主診醫生的意見作有關「醫療需要」的決定。如對投保人的住院情況有疑問，該公司會要求有關主診醫生提供更詳細的資料作審查。 |
| 6  宏利保險 | 該公司的醫療計劃中，「必須之醫療服務」是指符合下列各項規定的醫療服務： 1. 符合診斷結果，就有關病況而採用的慣常治療方式；及 2. 符合良好醫療守則標準；及 3. 並非純粹為方便受保人或醫生。 該公司指此等「醫療需要/必須之醫療服務」的原則與其他保險公司所採用的類似。基於以上各項規定，「必須之醫療服務」並非單由受保人的主診醫生決定，該公司會綜合/參考醫學建議作最終決定。 |
| 7  美國萬通 美國萬通亞洲 | 有關計劃的「醫療需要」由受保人的主診醫生決定，而該公司擁有最終決定權。 |
| 8  香港民安保險 | 該公司會接受主診醫生的專業意見，考慮因素包括是否有住院需要、門診是否必定做不到有關診療，診治是否有需要，或病人的身體狀況等。該公司有最終決定權。 |
| 9  MSIG | 除考慮受保人主診醫生的專業診斷外，亦會考慮以下基本原則而判斷受保人的住院是否「醫療所需」： I. 入院的治療項目是否與病人本身的傷病相符； II. 入院治療目的是有確實需要而不是為方便病人或醫生； III. 入院是根據慣常醫療標準提供良好的醫療服務，而並不是作試驗性質。 如因本可採用門診方式治療的傷病住院（例如：純粹接受診斷掃描、X光檢查或物理治療），保險公司除考慮醫生的專業診斷外，亦會考慮以下因素： I. 除以上檢查或物理治療之外，在住院期間有沒有接受其他治療； II. 以上檢查或物理治療是否治療的其中一部分，而必須在醫院進行； III. 以上檢查或物理治療能否有效地於門診進行； IV. 住院是否緊急性； V. 病人的身體狀況是否必須住院（例如：病人不能行走，必須住院進行物理治療）。 |
| 10  英國保誠 | 根據保單條款與保障範圍，並參照主診醫生在索償申請表上所提供的資料而作出賠償決定。 |

投訴實錄

本會今年頭9個月收到關於醫療保險的投訴有67宗，2008年和2007年則分別有91宗和83宗，主要涉及不獲賠償、賠償不足、保費爭拗和服務質素等。

個案1 扁桃腺手術於保單生效一年內不獲賠

方小姐在2006年10月買了一份醫療保險，每月保費\$352。2007年8月，她因扁桃腺問題入院治療，出院後向保險公司要求賠償，成功取得\$6,000的賠償。同年9月，她需要做扁桃腺手術，入院前致電保險公司查詢是否受保，保險公司職員表示沒有問題，她遂於9月進行了相關手術。其後她向保險公司索償，保險公司卻回覆指按保單條款，有關疾病及手術於保單生效滿一年之後才獲保障。方小姐認為當日若非保險公司職員的資料有誤，她可選擇在10月才進行有關手術，故她到本會投訴。

跟進：本會在接獲個案後去信被投訴的保險公司，保險公司回覆表示根據保單條款，在保單生效起首年內患有需動手術的扁桃腺病是不受保的，保險公司其後聯絡方小姐詳細解釋她的個案和不受保的原因，方小姐亦接受保險公司的解釋。

個案2 患腫瘤獲賠償後 保費大增至\$8萬

甘小姐的母親於兩年前買了一份醫療保險，當時保險公司職員保證永遠續保，每年保費一萬元。去年4月，經醫生證實甘小姐的母親腦內有一腫瘤，之後進行了兩次手術，及後獲保險公司賠償了\$30多萬。甘小姐母親的保單在去年7月到期，當她替母親續期時，保險公司職員表示可以續保，但保費卻由每年\$1萬增加至\$8萬。甘小姐表示雖然保險公司答應續保，但保費的加幅驚人，不合情理，要求本會將此個案記錄在案。

個案3 保單條款註明住院18小時才獲賠償

蕭先生於某保險公司買醫療保險超過10年，每月保費千多元，數月前他因病於午夜入院接受治療，在同日下午3時出院，他記得買該保險計劃時，保險公司職員表示入院治療每天可獲賠償數百元住院及膳食費，其後他向保險公司索償，保險公司回覆表示保單條款列明住院需超過18小時才作出賠償，由於他住院時間只有15小時，故不獲賠償。蕭先生認為當年保險公司職員誤導，要求將此個案記錄在案。

8. 美容或整容手術，或任何純粹為美容而進行的治療；

9. 吸毒、酗酒或酒後駕駛；

10. 自殺、自殘傷害；

11. 特殊危險情況，包括從事高風險的職業或活動，例如全職警察、軍隊成員、賽馬、水肺潛水、危險技巧或特技；此外，亦包括戰亂、暴動、罷工，以及因核子/放射性物質、石棉瓦引致的病症等。

索償程序及時間

受保人要索償應盡早通知保險公司或有關中介人，填妥索償申請表，以及提交

醫院結單和醫生收據。一般規定，受保人須於出院後一段時間內（約30天至90天），向保險公司提出索償，並自費提供由主診醫生填寫的索償表，有時或須另外提供詳細醫療報告，費用亦由受保人承擔。除非有特殊理由，或保險公司已認可有關係索償，否則過了期限後保險公司可不予處理。此外，有部分保險公司規定受保人以住院方式入醫院接受治療前（意外或緊急傷病除外），須即時以書面通知保險公司或中介人有關擬接受之治療詳情、醫生及醫院名稱等，並須在出院後30天內遞交索償申請表和有關的醫療證明文件。

24. 「已存在的病狀」

意指

- (1) 受保人在保單及/或保障起保日之前已存在的疾病或受傷，當中病徵已顯露並為受保人察覺或應合理地察覺；或
- (2) 無論受保人預先知悉與否，受保人於保單及/或保障起保日的首個保單年度內所患之下列病患：
 - i. 扁桃體切除術；
 - ii. 器官腫瘤；
 - iii. 痔瘡；

醫療保險一般會將受保人投保前已存在的病患列為不受保項目，並設有等候期，在該段時間內發現的病患是不受保障的，消費者宜詳細審閱保單，瞭解清楚。

索償爭議先以仲裁裁決

部分保險公司在審批索償申請期間亦有權委派公司指定的醫生或獨立醫務人員替受保人檢驗，或要求受保人進行有關測試或檢驗，以評估受保人的傷病是否屬於保障範圍。一般而言，保單條款通常註明如雙方就保單產生的任何爭議（包括索償決定），須先以仲裁裁決，如其中一方不服仲裁結果，才再以法律訴訟處理，並且設有投保人提出仲裁及採取法律行動的期限。

本港現時設有調解保險索償糾紛的機制，假如投保人/索償人對個人醫療保單的賠償不滿，而索償額又低於港幣80萬，可以向保險索償投訴局求助（www.iccb.org.hk）。

問清楚是否有保單審閱期

部分保險公司有提供14天至40天的審閱期或諮詢期，讓申請人細閱保單，期內如申請人有任何不滿欲取消保單，若在該期間內未有向保險公司提出任何索償申請，只要將保單、保單證書和書面通知在審閱期內退還給保險公司，可獲全數退回所繳交的保費，故消費者在投保前宜問清楚是否有保單審閱期。

總結

醫療保險涉及醫學專業及治療程序，保障多元化，保單條款通常較繁複，保險公司會按市場及實際情況調整宣傳策略及保險條款，消費者不要只留意宣傳單張的某些字眼，而忽略了保單條款的詳細說明，尤其是保障範圍、不保事項及保證限制等。