

购买个人医疗保险：给消费者的贴士



一般医疗保险的重要保单条款（保单条款）

市面的个人医疗保险保单合约，普遍包括以下相关的条款。然而，不同保单合约的用字或内容会有差异，亦不等于所有保单合约都有以下条款或定义。下列摘要简述在一般的保单合约下，消费者需要留意的一些要点。个别保单合约的详细情况应向相关保险公司或中介人查询。

整份合约（Entire Agreement）

- 保单合约（包括保险公司指明的其他文件，例如投保表格）构成保险公司与保单持有人之间的完整协议。该完整协议的内容会取代除上述文件外所有的其他协议。
- 换句话说，保险公司只会以保单合约的条款作为依据；保险中介人作出的承诺或陈述并不会被视为合约的部份。

单方面修订（Unilateral Variation）

- 保险公司保留续保时更改条款、保障及/或保费的权利。
- 续保后的合约条款因此有机会与原先的不同。

医疗所需（Medically Necessary）

- 保险公司只会就「医疗所需」的治疗/服务提供保障。
- 不同保单对「医疗所需」的定义及由谁决定「医疗所需」可能不同。

合理及惯常（Reasonable and Customary）

- 赔偿金额可能局限于保险公司厘订的「合理及惯常」收费。
- 不同保单对「合理及惯常」的定义及考虑因素可能不同。

披露责任（Duty of Disclosure）

- 若保单持有人在投保时没有披露早前发生的已知的情况或未如实申报，保险公司有机会不会承担任何保障责任。即使没有披露的已知的情况，与保单持有人所索偿的病症完全无关，保险公司都有机会不作赔偿、并宣布保单无效。

投保前已有病症（Pre-existing Conditions）

- 一般个人医疗保险保单会把「投保前已有病症」列为「不保事项」，即保险公司不会保障投保人于保单生效前已经出现、存在或出现病状/病征的伤员和疾病。

重复保险（Double Insurance）

- 由于医疗保险是一种弥偿式的保险，即保险公司只会赔偿保单持有人的实际损失。即使保单持有人购买多于一份保单，在同一伤病中，保单持有人从不同保单收到的赔偿总数，并不会超过其实际损失的金额。有些情况下，不同组合的「重复保险」条款可能令保单持有人得不到任何赔偿。