

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。

醫保索償遭拒原因何在？

香港人口老化問題日趨嚴重，為香港公共醫療體系帶來沉重壓力。部分專科門診動輒要輪候數月以至數年之久。市民要病向淺中醫，或許要取道於私家醫院。為應付私立醫院收費，避免霎時間要支付龐大的醫療費用，很多市民都會選擇購買醫療保險，為自己留一份保障。然而，是否購買了保險，按時繳交保費，便可以安枕無憂，得到自己所想的保障？究竟消費者於購買醫療保險時，應該如何自處自保？今期的幾個個案，也許能為讀者帶來一點啟示。



個案一：入住醫院被指不符「醫院」定義

陳先生於2004年向A保險公司購買醫療保險合約，並定期繳付保費。2009年間，陳先生於甲公營醫院完成了足踝手術後，被轉至乙公營醫院繼續接受治療。他其後向保險公司申請住院保障賠償但被拒，理由是乙公營醫院並不符合保單中對醫院的定義。陳先生認為不合理，遂到本會投訴。陳先生並稱曾於2005年入住該醫院後申索賠償被拒，後經本會調解獲得賠償，他不明白為何今次又被拒絕索償。

跟進

本會收到投訴後聯絡相關保險公司。獲回覆稱由於陳先生入住的乙公營醫院並不符合保單中「醫院」的定義，所以未能作出賠償。該公司並解釋2005年接受陳先生的索償申請乃酌情處理，並不表示同意該醫院符合該公司保險合約內對「醫院」的定義。根據其保險合約，「醫院」的定義須符合下列所有條件：1) 主要向住院病人提供傷病醫療護理；2) 設有診斷儀器和提供進行各項主要手術的設施；3) 有24小時護理服務；及4) 至少有一名駐院醫生。另外，「醫院」並不包括療養院、戒酒或戒毒所、康復院或類似機構。本會將保險公司的回覆轉告陳先生後，再沒收到進一步跟進的要求。

個案二：被指沒披露重要事實索償遭拒

張先生於2009年初與B保險公司簽訂醫療保險合約。2009年中，張先生身體出現毛病，於醫院進行了一項腫瘤切除手術。手術後，張先生將相關文件交到保險公司申請賠償但被拒，理由是張先生沒有於投保時披露重要事實，保險公司並且取消其保險合約。而該項重要事實為張先生於2008年曾被診斷患有高脂血症及曾因腸胃炎求診。

張先生認為保險公司的理據牽強。他質疑若然高脂血症及腸胃炎是「重要事實」，為何不在投保申請書中列明要求申報？他並稱他於一大型公共交通機構任職司機，每年需要通過公司安排的身體檢查，但從未被通知身體出現重要毛病。張先生表示並沒有刻意隱瞞病歷，認為高脂血症及腸胃炎，和一般的肥胖症、傷風感冒等無分別，不應是保險公司拒賠的理由。他亦不滿保險公司於取消保險合約後，要扣除成本，只退回部分保費。

跟進

收到投訴後，本會隨即聯絡相關保險公司。保險公司經調查後回覆投訴人，堅持張先生沒披露的病歷為「重要事實」，這因素增加了保險公司的風險，對核保有實質影響，所以即使與申索賠償的病症無關，仍然維持拒賠的決定。經過幾番調解沒結果後，張先生表示會自行循法律途徑追討。

個案三：入院檢查被拒賠

李先生自2001年起向C保險公司購買住院及醫療保險合約。2009年中，李先生感身體不適，經專科醫生診治多時未見好轉，且有惡化跡象。最後接受專科醫生意見，入院觀察及接受磁力共振檢查，以便找出病源。惟李先生其後向保險公司申索賠償被拒，理由是該磁力共振檢查可於門診進行，並沒必要入院進行，而入院觀察亦非李先生所患病症之慣常診療方法。李先生得悉保險公司拒賠的理由後感到十分不滿。他認為他只是依從專科醫生的建議入院檢查，而且他的病症已診治多時，病況更於兩三天內急速惡化，他沒理由拒絕專科醫生的建議及檢查安排。

跟進

本會收到投訴後聯絡相關保險公司，該公司回覆謂會再調查該索償個案。約兩星期後，保險公司通知本會，表示由於李先生已向保險索償投訴局立案投訴，故他們要等待保險索償投訴局的調查結果再作處理。本會欲再聯絡李先生未果，遂將保險公司回覆副本寄送李先生，李先生其後沒有再要求跟進。

個案四：宣稱「終身保障」 住院計劃卻被中途終止

黃先生於2005年向D保險公司購買了一份包括人壽、意外、危疾及住院的保險合約。五年來黃先生都按時繳交保費，未有索償。惟於2010年他接到保險公司通知，表示保單合約中的住院計劃已被終止，黃先生可選擇購買另一新住院計劃。黃先生比較了新舊住院計劃的內容後，發覺只是大同小異，但保費卻增加了約\$1,000。他覺得這做法對消費者不公平，認為保險公司違反合約精神，他表示當初的宣傳單張中，清楚列明「終身保障」、「保證可續保至100歲」的字眼，而按年齡層計算的保費表亦隨單張附上。他是基於該宣傳單張及隨附的保費表，才決定購買該產品。但最後住院計劃卻被取消，而新計劃的保費卻大幅增加\$1,000。他憤而要求保險公司將整份包括人壽、意外、危病及住院的保險合約取消，卻被保險公司拒絕。他不滿交了五年的住院計劃保費付諸東流，但與保險公司交涉無果，於是到本會投訴。

跟進

本會接到投訴後，聯絡了相關保險公司。獲回覆新計劃已提升了保障，並拒絕黃先生保留舊有保障計劃的要求。保險公司表示宣傳單張及保費建議書內的資料只供參考，詳細內容應參考保單生效後發予黃先生的詳細保單條文。按其中保單條款所述，該保障於每年續保時，保險公司有權於最少30日前通知保單持有人續保保費及保障賠償的調整。黃先生獲知保險公司回覆後十分不滿，認為消費者不容易於保單生效後保險公司發予的五十多頁保單文件中發覺此條款。他質疑此條款賦予保險公司單方面修改合約之無上權力，應在宣傳單張、收費表及申請表中列明。經多次調解無果，黃先生表示會自行循其他途徑追討。

本行保留修訂以上優惠的權利而毋須另行通知。如有任何爭議，本行保留最終決定權。
投保年齡限制：出生15天 - 59歲
起保日期：申請獲核准後的不超過30天

結論

投保前務須審閱保單條文

消費者購買保險服務合約，必須對合約條文透徹理解，否則易招損失。本會去年接獲的61宗醫療保險投訴，過半為保險索償及保費之爭拗。而當中最常見的爭議，是對保單條款的誤解或忽略。因此，消費者在簽訂保險合約前，務須仔細審閱及查問當中條件如受保範圍、不保項目、續保及保費安排，以及各項定義和限制等，確認自己能理解及接受當中所列條款，否則應立刻與保險公司商討或取消投保。

病歷申報必須詳盡完整

此外，投保人申報病歷時，必須小心行事，如實報告。保險合約乃根據保險的「至誠原則」理念訂立的。此原則要求投保人必須將過往所有病歷如實向保險公司申報，以便保險公司能夠掌握充足資料以評估風險及釐定保費。所以病歷申報必須詳盡完整，一般並沒有時間限制及豁免，遇有不確定或忘記具體情況時，應照實填報，切勿以「想當然」的態度填寫申報表，而導致索償被拒。消費者必須知道，保險公司可以保單持有人隱瞞病歷，影響其核保決定，而拒絕並不相關的病症賠償申索。

6 項常見爭拗

消費者可參考以下部分常見的爭拗：

1. 保險公司對例如「醫院」及「危疾」等名詞有一套特殊定義，與普羅大眾一般的理解有異。除前文所述有關醫院的定義外，一些「危疾」病症需達至某一定嚴重程度才符合索償資格。
2. 先天及遺傳病症、過往病症及其相關連的病症一般不受保障。消費者有此風險者，必須充分瞭解相關病症的限制及定義。
3. 醫療保單都設有等候期，不同病症的等

候期各異，部分等候期可達一年，而等候期內索償不會獲受理。

4. 保險賠償非百分百，部分病症賠償比率可能低於預期，消費者須留意保單上註明的保險賠償比率及投保人自負率。
5. 消費者作醫療檢查前，應與保險公司商討，並得到其確認有關檢查屬保單保障範圍內，否則可能被保險公司以為是濫用資源而拒絕賠償檢查費用。
6. 一般保單皆附有條文賦與保險公司諸如取消保單、更改續保或合約條款及調整保費之絕對權力。保險公司宣傳單張的內容，或保險代理的口頭承諾，在此條文下皆不能作實。

消費者若遇上索償爭拗，亦可向「保險索償投訴局」尋求協助。

要減少索償及保費的爭拗，保險業界可擔當更積極的角色，在推銷保險合約時，除了可提供詳細的保單條文供消費者投保前審閱外，亦應提供清晰易明的資料，主動解釋重要條文，釐清經常引起爭拗的問題如醫院、危疾、先天病症、舊有及其相關疾病等之定義，以至不保項目、賠償比率、續保、保費等之相關項目，避免消費者誤解。業界亦應避免在宣傳單張及保險代理的推銷資料上，使用容易引起混淆誤解的字眼及承諾，讓消費者清楚明白，保險公司可因應情況更改續保及合約條款，與及調整保費。消費者若能在全面清楚明白本身風險及利益下簽訂保險合約，則爭拗自然減低。

政府去年就成立獨立的保險業監管局進行諮詢，本會對此表示支持，希望能改善現有保險業的監管架構之餘，亦可加強保障現有及將來的保單持有人的利益。完善的醫療保障和保險銷售，有助加強消費者購買醫療保險的信心，亦可減少日後的爭拗，為保單持有人和保險公司締造雙贏的局面。