

富通保險 理赔常见问题

目录	页数
理赔原则	p.2 – p.5
可赔偿金额估算及预先保障审查服务	p.6 – p.7
医疗/住院保障	p.8 – p.10
自愿医保 – 常见问题	p.11
意外保障	p.12 – p.13
伤残保障	p.14 – p.16
危疾保障	p. 17
身故赔偿	p.18 – p. 19

此常见问答仅供参考，请以保单合同为准

最后更新: 2024 年 5 月 16 日

理赔原则 - 常见问题

甚么是保险合约的“最高诚信”？

- “Utmost Good Faith” 一词在中文指「最高诚信」
- 最高诚信是保险业合约成立的基本原则。从这个意义上说，每一个与保险公司签订合同的人都有法律义务诚实和准确地披露他/她的资料。
- 这一原则是保险合约的基础，有助于确保保险公司与投保人/保单持有人之间的公平交易。如果投保人/保单持有人未能履行其义务，保险公司可以撤销已签发的保单。

“披露义务”是什么意思？

- 投保人/保单持有人（或受保人的代表，如配偶、少年人等）有义务在投保时向保险公司披露所有关键数据。

保险合同何时要求履行披露的责任？

- “披露义务”是一个法律术语，指的是投保人/保单持有人有义务向保险公司提供所有关键数据。在以下情况下需要履行此义务： -
 - 在新投保时；
 - 在保单复效时；
 - 在保单上增加保险金时；
 - 延长或更改(提高)保险金水平或承保范围时；
 - 保单期内（如投保时未披露的资料于保单生效后披露，保费或保单条款或会作出相应调整）

有哪些必须在保险合约中披露？

- 投保人/保单持有人知道或应该知道的所有关键数据或事实。
- 如果申请人/保单持有人对事实是否关键感到疑惑，则应披露这些事实。

甚么是“失实陈述”？

- “失实陈述”是指投保人/保单持有人在投保期间向保险公司作出的任何虚假、不正确或误导性陈述。
- 失实陈述可以是有意或无意的。在任何一种情况下，此类数据都会影响保单的保障范围和赔偿金。
- 例子：
 - 未有披露投保前已有病症
 - 未有准确地提供有关吸烟或饮酒习惯的资料
 - 虚报收入或职业
 - 如果保险公司发现投保人/保单持有人在投保书中作出的关键陈述而被误导而作出承保决定，则保险公司有权拒绝索赔并从一开始就撤销保单。

甚么是“关键事实”？

- 关键数据/事实是指可能影响保险公司提供保险的决定、收取的保费或保单条款和条件的任何资料。
- 如果该陈述或事实在投保过程中的存在或遗漏，将合理地影响保险公司对以下任何决定的判断，则该陈述或事实被视为“关键”：
 - 拒绝或推迟签发任何保单
 - 签发订明不保事项或更改标准保障事项的保单
 - 以更高的保费率和/或以减少的赔偿金签发保单
 - 在承保过程中要求进行更多的化验或体检
- 关键事实有以下例子：
 - 投保人的病历：任何已知的疾病，包括医疗咨询或治疗、住院、手术、药物处方和/或患有特定症状
 - 生活习惯：任何成瘾或习惯，如吸烟、饮酒或吸毒
 - 过往就业记录
 - 任何会影响财务核保过程的财务状况
 - 投保人与其他保险公司的保障范围，包括任何被拒绝的投保申请或被取消的保障范围的保险

甚么是欺诈：故意不披露或失实陈述？

- 在保险中，故意不披露或失实陈述是指投保人/保单持有人在其投保期间故意向保险公司隐瞒信息。此类行为被视为欺诈性失实陈述。
- 如果保险公司发现投保人作出欺诈性虚假陈述，他们可以拒绝支付索赔及/或从一开始就撤销保单。
- 欺诈（即故意不披露或失实陈述）不仅发生在投保过程中，也可能发生在索赔过程中。

甚么是“可争议期”？

- 人寿保险保单的可争议期是指一段时期，通常是自保单生效之日起两年。在可争议期内且投保人在世期间，保险公司有权调查投保人的病历等相关资料，以确定在投保中是否存在不实陈述。换句话说，如果有证据表明存在实质性失实陈述，保险公司可以对保单或索赔提出异议。
- 可争议期过后，保险公司不得以实质性失实陈述为由对保单提出异议，但 (1) 欺诈或 (2) 未有缴付保费除外。

甚么是“投保前已有病症/既存症状”？

- “投保前已有病症/既存症状”是指投保人在保单生效前所患有的任何健康状况或疾病。

示例 1：视乎购买的计划，“投保前已有病症/既存症状”是指存在：

- 投保人在计划生效日期或保单复效日期(以较后者为准)之前已存在的症状，并已被建议接受或已接受医学意见、诊断、照顾或治疗，或

- 受保人在计划生效日期或保单复效日期(以较后者为准)起计之前五年以内已存在的病征或症状，此等病征或症状促使一个正常审慎的人寻求医学意见、诊断、照顾或治疗。

示例 2: 对于自愿医保计划，投保前已有病症是指受保人于保单签发日或保单生效日(以较早日期为准)前已存在的任何不适、疾病、受伤、生理、心理或医疗状况或机能退化，包括先天性疾病。在以下情况发生时，一般审慎人士理应已可察觉到投保前已有病症 -

- 病症已被确诊；或
 - 病症已出现清楚明显的病征或症状；或
 - 已寻求、获得或接受病症的医疗建议或治疗。
-
- 视乎产品的详情，此类投保前已有病症或疾病/既存症状是常见的不保事项。它被广泛用于医疗/住院、残疾和危疾产品。
 - “投保前已有病症/既存症状”条款和“等候期”条款（如适用）的索赔评估概念的运用是相似的。
 - “投保前已有病症/既存症状”条款和“等候期”条款（如适用）使我们(即保险公司)能够拒绝索赔。但是，除非存在实质或欺诈性的失实陈述，否则我们不能仅凭此理由撤销整个保单。
 - 虽然投保前已有病症/既存症状或“等候期”（如适用）不能使我们(即保险公司)取消整份保单，但保险公司务必审查和检查任何实质性失实陈述/未披露或欺诈的情况，因为它们有时可能密切相关。
 - 一旦“投保前已有病症/既存症状”和“等候期”（如适用）成立且索赔被拒绝，后续索赔将再次发生或与特定“投保前已有病症/既存症状”或“等候期”（如适用）相关状况的索赔视为无效。然后，我们(即保险公司)将以“投保前已有病症/既存症状”或“等候期”（如适用）情况为由拒绝所有这些索赔。对于自愿医保计划，“等候期”条款并不适用。

什么是“未知的已有病症 (Unknown pre-existing)”？

- “未知的已有病症”是保单持有人和/或受保人在递交投保申请文件（包括相关所需数据的任何更新及改动）时不察觉，及理应不察觉的投保前已有病症。
- 我们对投保前已有病症/既存症状和未知的已有病症都有相似的评估原理。
- 对于自愿医保计划，视乎计划的详情，一些合约限制了“未知的已有病症”状况的保险金。

例子:

首个保单年度	没有保障
第二个保单年度	25% 赔偿
第三个保单年度	50% 赔偿
第四个保单年度起	全数赔偿

甚么是“等候期”？

- 通常用于医保和危疾产品。视乎购买的计划，“等候期”（如适用）是保险合约中指定的时间段，在此期间发生的事件不予赔偿。该期间因产品的设定而异；保险公司普遍采用 30 天或 60 天。它被广泛用于医疗/住院和危疾保险，以避免任何过早索赔。
- 非自愿医保产品的“30/60 天条款”的运作：
 - 在保单生效日期之前或之时存在的任何状况/疾病，或在保单生效日期后 30 天（医疗/住院保险）或 60 天（危疾保险）内发生的任何状况/疾病，均不提供保障。
 - 疾病“发生”是指出现症状。
 - 就利用“30/60 天”条款拒绝索赔而言，受保人不一定必须在 30/60 天期限内就医，接受治疗或手术，或被诊断患有疾病。
- 我们在“投保前已有病症/既存症状条款和“等候期”条款方面有类似的评估原理。
- 一旦投保前已有病症/既存症状或“30/60 天”状况成立且索赔被拒绝，我们将拒绝所有再次发生或与该特定投保前已有病症/既存症状或“等候期”（如适用）状况相关的后续索赔。对于自愿医保计划，“等候期”条款并不适用。

甚么是“症状”和“病征”？

- 疾病的症状和病征是察觉与已提交的医疗索赔相关的投保前已有病症/既存症状（或在等候期内发生，如适用）的重要线索。
- “症状”是主观感觉，如疼痛、疲劳、痕痒或恶心，而“病征”是客观表现，如发烧、皮疹或心悸。症状和病征可以重迭。然而，症状和病征之间的区别在于，前者通常是受保人所经历的，而后者是由可以依靠他们得出诊断结论的医护人员观察到的。
- 要确定某种状况/疾病是否投保前已有病症/既存症状或属于“等候期（如适用）”，我们应参考该状况/疾病的症状或病征存在或首次出现的日期。我们必须追溯受保人的病史（即受保人注意到第一个症状/病征的最早时间点）。

可赔偿金额估算及预先保障审查服务 - 常见问题

可赔偿金额估算申请程序需时多久? 我将如何收到回复?

- 一般情况下, 批核结果会在 5 个工作日内发送至服务申请表上填写的电子邮箱。我们建议电子邮件地址应以大写字母且清晰的方式书写, 以避免误送。

结果中包含什么?

- 受保人姓名、保单号码、预计医疗费用、预计可赔偿金额和预计自付费用将显示在结果信中。

如何提交申请?

- 目前唯一的申请渠道是发送电子邮件至 FTLife.PA@ump.com.hk, 电邮主旨注明“申请可赔偿金额估算”。

申请「可赔偿金额估算」服务有什么好处?

- 「可赔偿金额估算」服务提供单份保单可赔偿金额的估计, 帮助客人及代理人制定后续索赔的预算和计划。

通过网络医生/非网络医生申请「可赔偿金额估算」服务有什么区别?

- 原则上, 网络医生与非网络医生的理赔流程相同。然而, 由于我们与指定医生约定了费用, 大多数手术都在合理与惯常费用范围内。因此, 我们建议客户在进行手术之前考虑使用网络医生。

「可赔偿金额估算」服务适合紧急入院吗?

- 不适合。「可赔偿金额估算」服务是为非紧急手术而设计的, 对于紧急医疗需要入院的情况, 我们建议不要申请「可赔偿金额估算」服务, 以免耽误医治。

什么是「初步保障审核」服务?

- 「初步保障审核」服务是理赔部为客人进行的手术前/入院前评估, 根据所提供的医疗信息对可索赔金额和医疗必要性进行评估。对于已批核的案例, 理赔部将向医疗服务供货商(日间手术中心/医院)提供批核金额的付款保证服务, 以便客户可以专注于康复而不用担心财务问题。

如何提交申请?

- 目前有 2 种申请类型, 网络医生申请/非网络医生申请:
- 1. 网络医生:
 - 我们的网络医生在其诊所/中心备有「初步保障审核」服务申请表, 客户需要出示医疗卡并向客户工作人员说明需要「初步保障审核」服务。
 - 填妥服务表格后, 网络诊所将为您提交申请。
- 2. 非网络医生:
 - 请您求诊主诊医生时携带「初步保障审核」服务申请表。然后按照指示发送电子邮件至 FTLife.PA@ump.com.hk 或传真至 (852) 3468 2603。"

该服务的回复时间是多少?

- 一般情况下, 我们会在收到您的申请后 4 个工作日内将结果发送给客户。

我需要医生填写表格才能使用该服务吗?

- 是的, 「初步保障审核」服务申请表内有一些医疗信息需要您的主治医生提供。

我需要医疗卡才能使用该服务吗？如何查阅我的医疗卡？

- 是的。客户需要向我们的网络医生出示符合资格的医疗卡才能使用该服务。您可以在“富通在线”手机应用程序中检索您的医疗卡；或者您可以要求您的代理为您查阅医疗卡。（备注：医疗卡处于保单持有人，而不是受保人内查阅，此查阅方法适用于受保人并非保单持有人。）

没有信用卡可以申请这项服务吗？

- 通常，所有「初步保障审核」服务（PA）服务都需要信用卡才能进行服务申请。信用卡详细信息可以由被保险人的亲属提供。但我们会根据手术/入院类型、预计医疗费用等考虑豁免信用卡要求。申请过程中如有任何疑问，请致电我们的 e-ConNET 健康服务热线寻求帮助。

什么是付款保证 (GOP)？

- 付款保证 (GOP) 服务是富通保险向客户提供的一项行政安排服务，我们会为您支付已批核金额至指定的医疗服务提供商以支付手术/住院费用。请注意，这并不代表任何最终索赔，富通保险保留追回差额的权利。

我可以使用平时的医生来提供服务吗？

- 目前，「裕医保」/「御医保」/「医医保」/「世逸」的客户可以使用非网络医生应用程序申请 GOP 服务。而其他医疗产品的客户则可以通过网络医生申请 GOP 服务。

富通会在何时以及如何收取差额？

- 估算差额金额将包含在结果通知信中，一般情况下，我们不会收取超出预计金额的差额金额。当手术/入院完成后，当富通收到医疗发票，理赔部将处理个案并计算实际的差额，我们将向您和您的代理人发出理赔明细通知，以通知即将收取的差额。我们将在索理赔明细通知信发出日期后 14 天后通过您在申请期间提供的信用卡收取差额金额。

我可以使用网络医生作为第二索赔吗？

- 不可以，如果 GOP 申请被选择并进行，富通保险只能是您的第一家理赔保险公司。如果您想就 GOP 申请案件向其他保险公司索赔，请注意，该案件将在手术日期/出院日期后 45 天左右得到解决。您不妨事先咨询您的其他保险公司以了解索赔程序。

手术/出院后我可以获得赔偿结算表吗？

- 我们将根据按照客户/代理人要求，发出赔偿明细。涉及差额的赔偿个案，我们将于收取差额前发出赔偿明细。

医疗/住院保障 – 常见问题

医疗/住院保障有哪些不同类型？

- 每家保险公司的不同医疗/住院产品可能具有不同的详情、定义和不保事项，而在特定条件下住院或接受日间手术服务时支付赔偿
- 一般而言，保险公司可能会为各种产品类型提供保障：

住院收入	<ul style="list-style-type: none"> ● 根据指定的保障限额，每天支付固定金额
住院赔偿	<ul style="list-style-type: none"> ● 住院或日间手术服务 ● 保障是赔偿实际的医疗费用，但须符合指定赔偿限额 ● 报销金额不超过实际费用
住院手术保障	<ul style="list-style-type: none"> ● 在进行特定的医疗/外科手术时支付固定金额

- 一些医疗/住院产品可能包含其他特定详情，即小额恩恤身故赔偿、医疗运送服务、医疗网络服务、治疗前咨询和治疗后咨询保障、预先批核服务等。

甚么是自愿医保计划？

- 香港医务卫生局于 2019 年 4 月推出自愿医保计划。它旨在为个人医疗保障计划制定最低标准，为投保人提高透明度。
- 参与自愿医保计划的保险公司（“自愿医保计划的产品提供者”）提供经香港医务卫生局认证符合计划产品设计最低要求的个人弥偿住院保险计划（“认可产品”）。
- 此外，自愿医保计划的产品提供者必须遵守一系列的实务守则，涵盖销售及市场推广、处理投保、售后服务等。
- 详情请参阅自愿医保计划（VHIS）的官方网页 <https://www.vhis.gov.hk/en/>

甚么是非自愿医保计划的 120 天不保范围？

- 视乎所购买的保险计划，非自愿医保的“120 天保障”一般不包括主要与指定器官有关的疾病的治疗/手术：扁桃腺、腺样增殖体、疝气、白内障、窦性相关的疾病、痔、裂、肛门漏管、直肠脱垂或妇女生殖器官疾病之治疗或手术。
- 如果疾病/病症的治疗影响指定器官，它也属于不保范围。
- 120 天从所声称的疾病最早确定的治疗/手术日期开始计算。我们将查找治疗/手术开始的时间，而不是住院日期或持续时间。

住院的含义是甚么？

- 医疗/住院保险计划的“住院”通常界定住院的任何连续住院期，而“每次住院”是每次住院的保障限额。

- 视乎所购买的非自愿医保计划，因同一医疗状况或疾病多次入院仍被视为一次住院，并被归类为一个保单限额，而非多个限额（称为同一住院），除非该住院间隔超过 90 天，由出院日期或医生最后一次诊症起计，以较晚者为准。
- 例如：一名受保人因胃炎住院，十个月后又因同一疾病住院。尽管有相同/相关的原因，只要从出院或医生最后一次咨询之日起（以较晚者为准）间隔超过九十天，住院治疗将被视为不同（不是同一个）住院。
- 例如：一名受保人因严重的呼吸道感染入院，但在出院后，他患上了肺炎。问题是肺炎是一种相关疾病还是一种单独的医疗状况。
- ‘同一住院’基础不适用于自愿医保计划。

合理及惯常的含义是甚么？

- 在相似的情况及相同地理位置下，由具有相同经验和专业地位的人员，为罹患相近的疾病或遭受相似的受伤的之同性别和相近年龄的个人提供治疗、用品或其他医疗服务或施程序所需收取的平均费用。
- 我们将参考以下所有数据（如适用）来确定合理和惯常费用，每项数据与接受治疗、程序、用品或其他医疗服务的所在地相关：
 - (i) 当地政府刊登的，载有当地公立医院的私家病人服务费的出版物（在香港，指香港特别行政区政府宪报）；及
 - (ii) 当地卫生权威机构提供的统计资料，及从在当地执业的专科医生和外科医生收集的资料；及
 - (iii) 地方保险监管机构公布的调查；及
 - (iv) 适用于当地的其他类别的恰当的参考数据。
- 例如：受保人 45 岁，曾出现腹痛及排便习惯异常，需要日间手术进行胃镜检查及结肠镜检查。他去看私人医生，医生告诉他，他的手术将花费他 50,000 港元。但是，根据多个类似水平的日间手术中心的相同程序，此类日间手术的合理费用不应超过 28,000 港元。在此情况下，保险公司只可按照港币 28,000 元的合理收费进行赔偿，而受保人须自费支付港币 22,000 元的余额。

* 合理费用金额会根据医疗通货膨胀等情况不时发生变化

甚么会被认为是医疗所需？

- 指住院、治疗、程序、用品或其他医疗服务，其：
 - (i) 为诊断或直接治疗受保人的疾病或受伤而需要的；及
 - (ii) 就受保人的疾病或受伤的病征和症状而言，是合适的；及
 - (iii) 按照有关健康护理范畴的认可标准，在香港医学界被普遍接受为有效，适当及必要的；及
 - (iv) 性质不属实验、预防、筛选或调查的；及
 - (v)（仅就住院而言）受保人的疾病或受伤不能在不住院的情况下安全和充分地受医治的；及

(vi) (仅就门诊手术而言) 投保人的疾病或受伤不能在不进行手术的情况下安全和充分地受医治的。

- 例如：投保人（20岁）索偿因严重头痛，入院接受多项检查，如核磁共振、脑部互助检查、神经传导检查、化验等。投保人在接受医疗咨询后两周住院，最终诊断为“结膜炎”。由于以下原因，投保人的住院治疗不被视为“医疗所需”：
 - 没有证据证明投保人的索偿被视为需要住院紧急治疗的紧急情况；
 - 没有进行外科手术或治疗；
 - 投保人并非有任何并发症或年老的高危患者；和
 - 相应的医学检查可以在门诊环境中安全充分地进行。

若我在诊所或医院门诊部进行手术，但旧有医疗保单中没有“门诊手术费”保障，可否获得赔付？

- 可以，「门诊手术费」保障适用于现有医疗住院保单。

现时向公立医院申请医疗报告的收费？

- 申请医疗报告:HK\$695，申请出院总结或医疗记录副本：基本收费: HK\$70。

若我因急病或意外入住公立医院，怎样情况下可豁免填写索偿表格第二部份？

- 若医疗保障生效超过一年，住院日数不超过三天，并提供「出院总结」。

若同一位医生替我进行麻醉及手术，麻醉费用可获赔付吗？

- 根据保单条款，主诊医生不能同时为麻醉师。以上的情况，麻醉费会拨入手术费一并处理。

合理及惯常费用参考？

- 一般而言，医管局所提供的手术费用通常与私营部门不一致，私营部门可能会收取 1.5 倍至 2 倍或更高的费用，所以我们于不同病房级别会作出合理调整，例如 1.5x（半私家病房）和 1.9x（私家病房）。
- 我们亦会考虑患者当前和过去的医疗状况的严重程度作出合理调整由于这可能导致并发症及延长手术时间从而提高手术费用的可能。
- 医院管理局私家医疗服务: <https://www3.ha.org.hk/fnc/Operations.aspx?lang=ENG>

自願醫保 - 常見問題

医院的定义是甚么？

- 由二零二三年三四月一日或之后，医院是指按其所在地法律妥为成立及注册为医院的机构，为不适及受伤的住院病人提供医疗服务，并
 - 具备诊断及进行大型手术的设施，或属于《医院管理局条例》（香港法例第 113 章）所界定的公营医院或是根据《私营医疗机构条例》（香港法例第 633 章）领有牌照的医院；
 - 由持牌或注册护士提供二十四 (24) 小时护理服务；
 - 由一(1)位或以上注册医生驻诊；及
 - 非主要作为诊所、戒酒或戒毒中心、自然疗养院、水疗中心、护理或疗养院、宁养或纾缓护理中心、复康中心、护老院或同类机构。

增值稅和商品及服务稅的定义是甚么？

- 增值稅和商品及服务稅是指增值稅、商品及服务稅或其他性质类似的稅項、關稅或徵費，有关費用由相关稅務或类似机构，或政府部門就伤病所需的医疗服务而招致的費用收取或徵收。

合資格費用是否包括增值稅和商品及服务稅？

- 由二零二二年三月一日或之后，在自願醫保認可產品下所招致的合資格費用將包括就所需醫療費用而收取或徵收的增值稅和商品及服务稅（如有），並受相關認可產品的條款及保障所限。
- 任何已退還予保單持有人或受保人（視情況而定）的增值稅和商品及服务稅將不受保障。

如何將增值稅和商品及服务稅計入合資格費用？

- 如增值稅/商品及服务稅是每項計算的，與該保障項目相關的稅款將計入該保障項目下的合資格費用內。
- 如增值稅/商品及服务稅為一筆過繳納且未分項明細的，該稅款將首先按比例分配至相應費用項目。分配給相應費用項目的稅款將添加到相關保障項目下的合資格費用內。
- 非合資格費用的相應稅項並非保障範圍。

意外保障 – 常见问题

意外保障有哪些不同类型？

- 意外保障在保险业中以不同的名称/套餐命名，个别意外保障合约可能不具有相同的特色。
- 意外保障是指针对意外事件的各种保险保障，例如意外身故保障 (ADB)、意外身故及丧失肢体保障 (ADD)、意外赔偿金 (AI) 和个人意外 (PA) 保障等。
- 重大意外保障是指投保人/受益人就重大事故事件向保险公司索赔。此类重大意外事件包括：
 - 身故及丧失肢体
 - 严重烧伤/三度烧伤
 - 骨折
 - 永久完全伤残
- 视乎购买的计划，根据轻微意外要求索赔的保障包括：
 - 暂时伤残(完全/部份伤残)
 - 双倍保障
 - 医疗开支
 - 住院保障/现金
 - 手术保障

甚么是“意外”？

- 发生的不能预见及突如其来的事件，并且具激烈、意外、外来、看得见及非出自本意的性质，且独立地为导致投保人受伤的直接及唯一原因

“直接及单独地不得由其他原因导致 (directly and independently of all other causes)” 是什么意思？

- “直接及单独地不得由其他原因导致” 是意外保险产品合约中常见的用语。它旨在界定受保人有资格获得意外赔偿金的情况。
- 这句话的意思是意外造成的损失必须是“直接及单独地不得由其他原因导致”的结果。为了使该意外受到保单的保障，它必须是造成受伤的唯一原因，并且不能涉及其他因素。
 - 例子：如果受伤时已患有某些疾病，并因此类医疗状况导致了损失，则该损失可能不是“直接及单独地不得由其他原因导致”的结果。

甚么是受伤？

- 在医学术语中，受伤被界定为外力对身体造成的损伤或伤害，可包括肉体上的创伤和骨折等。受伤可以分为几种类型。
 - 例子：钝伤、穿透性创伤、爆炸性创伤、烧烫伤等。
- 受伤的严重程度可以从轻微到危及生命，这取决于某些因素，例如受伤的位置和类型、损伤的程度以及投保人的年龄和整体健康状况。为了确定受伤的严重程度，医生

通常会进行身体检查，并使用 X 光、计算机断层扫描、核磁共振等诊断测试来评估损伤程度。

- 我们大多数的意外保险产品都明确介定了“受伤”一词，并在保险合同中援引了“意外”一词，例如受伤是否由意外造成。
- 视乎所购买的计划，“受伤”一词有时介定了对表面伤痕的要求（例如：意外赔偿保险合同 (Accident Indemnity insurance contracts)）。另一方面，一些人身意外伤害保险合同 (Personal Accident contracts) 并不强调表面伤痕的要求，而是将“受伤”介定为因意外事故直接及单独地引致受保人身体处于不正常状态，此身体不正常状态不得由其他原因导致。
- 一般来说，“受伤”不是由“意外”造成是指不是意外或无意事件造成的伤害。
 - 例子：
 - 日光浴时晒伤通常不被视为意外，因为这是长时间暴露在太阳紫外线下的预期结果。
 - 如果受保人意图通过大量饮酒来伤害自己，这不被视为意外。

甚么是外在和/或表面伤痕的受伤？

- 意外保单（如适用）下受伤的¹表面伤痕是指受伤的身体创伤。这可以是割伤、擦伤、刮伤和刺破皮肤等。
- 例子：
 - 肿胀
 - 伤口
 - 挫伤/瘀伤
 - 裂伤
 - 断肢/骨折
 - 刮痕
 - 烫伤/烧伤

甚么是“暂时完全伤残”？

- 暂时完全伤残 (TTD) 是某些意外保险产品提供的一种保障，如果受保人因受伤暂时无法工作，可向其提供经济援助。
- 暂时完全伤残保障通常仅限于特定时段。
- 如果受伤的程度如下，则受保人是为“暂时完全伤残”：
 - 受保人不能履行其职业中的实质性和实际性职责，并且这种丧失工作能力在整个索赔期内持续存在，没有中断。
- 基本上，我们考虑的是缺乏工作能力，而不是减少收入或工作机会。

甚么是“暂时部分伤残”？

- 暂时部分伤残 (TPD) 是某些意外保险产品提供的一种保障，如果受保人遭受的伤害暂时限制了他们履行其职业的所有日常职责的能力，则向他们提供部分经济援助。
- 暂时部分伤残保障通常仅限于特定时段。
- 就暂时部分伤残而言，介乎受伤程度较轻，受保人仅无能力履行其一项或多项职责。
- 考虑因素与“暂时完全伤残”相同。

伤残/伤病保障 - 常见问题

有哪些不同类型的伤残/伤病保障？

- 在保险行业中，伤残/伤病保障以不同的名称或套餐命名，及个别合约的细节也可能有所不同。基本上，伤残/伤病保障主要分为以下几类

一笔过赔偿保障	受保人伤残/伤病时的一笔过赔偿
豁免保费(WP)保障	在受保人伤病时免除保费
投保人伤病 (PB) 保障	在保单持有人/投保人伤病时免除保费
意外赔偿合约下的完全和永久伤残	人身意外保险合同下的完全和永久伤残

- 完全和永久伤残/伤病在各自的保险合约中可能有不同的定义，要求在一定时间内具有不同程度/范围的丧失能力。

甚么是完全和永久性伤残/伤病？

- 完全和永久伤残/伤病（TPD）是一种伤病保险，为永久伤残且无法恢复工作的受保人提供保障。
- 视乎购买的保障计划，某些保险合约可能仅承保因意外受伤导致的伤残/伤病，而另一些保险合约则可能承保因意外和疾病导致的伤残/伤病。
- 完全和永久伤残/伤病在各自的保险合约中可能有不同的定义，要求在指定的时间内具有不同程度的丧失能力。
- 视乎购买的计划，受保人的职业在查明完全和永久伤残/伤病保障的资格方面也发挥着重要作用。

例子：

- 受保人无法履行“受保人日常工作的每一项职责”，称为“本行的工作 (own occupation)”；
- 无法从事任何受保人根据其知识、训练或经验而合适或合理胜任并可赚取报酬或利润的工作、职业或商业活动，称为“合适职业 (suited occupation)”；或
- 受保人无法从事“任何以赚取利润、工资或补偿为生的职业”，称为“任何职业 (any occupation)”。
- 对于两个因职业不同而遭受相同性质和严重程度的人，“伤病”与否的结论可能不同。然而，在查明受保人是否符合伤残/伤病的要求，会涉及一些共同因素：
 - 能够实质性地履行受保人之前或类似职业或业务的职责，并在相当长的一段时间内充分履行此类职责。
 - 就受保人的学历、培训、经验、精神和身体能力，以及收入方面而言，新职业/替代职业或业务是否与以前的职业或业务相当

- 其他因素包括投保人的医疗状况、年龄、功能限制（包括身体和精神限制）以及日常生活活动
- 在某些产品中，如果投保人因意外或疾病而无法在没有帮助的情况下进行某些“日常生活活动”，则将获得一笔过赔偿。另一方面，如果投保人患有“推定伤病 Presumptive Disability”，则某些产品将获得一笔过赔偿。
- 查看保险合约的条款和条件是必需的，以了解完全和永久伤残/伤病保障的具体要求和限制。

甚么是“本行的工作 (Own Occupation)”？

- “本行的工作 Own occupation”是一种伤病保险，如果投保人无法履行“投保人日常工作的每一项职责”，则为他/她提供保障。也就是说，不再能够从事他/她有资格并受雇从事的工作。
- 例子：对于伤残且无法再执业的律师，若他/她仍然可以从事相关职业（例如教授或顾问），本行工作的定义仍然会支付赔偿。

甚么是“合适职业 (Suited Occupation)”？

- “合适职业”是一种伤病保险，其承保范围是基于“投保人无法从事根据其知识、训练或经验而合适或合理胜任并可赚取报酬或利润的工作、职业或商业活动”
- 例子：如果一名律师因伤残而无法执业，但仍可以从事相关职业的工作，例如教授或顾问，根据合适职业的定义，他/她可能不会被视作伤残。原因是他/她可能仍然能够从事相关职业的工作并赚取收入，即使他/她不能执业。

甚么是“任何职业 (any occupation)”？

- “任何职业”是一种伤病保险，其承保范围是基于投保人从事“任何以赚取利润、工资或补偿为生的职业”的能力。
- 根据这一定义，投保人更难因伤病而索赔因为他/她必须提供证据证明他/她将无法从事任何职业，而不仅仅是他/她自己的本行。

甚么是“日常生活活动”？

- 视乎购买的计划，“日常生活活动 (ADLs)”是指投保人每天必须履行的基本自我护理差事，以满足他们自己的个人需求，例如：沐浴，更衣，进食，如厕，移动，转移。
- 投保人可能通过伤残/伤病产品获得的保险类型和保险金额时，将考虑他们履行日常生活活动 (ADL) 的独立程度。

为了将其介定为伤病，是否有持续存在的最短时间？

- 伤残/伤病状况应持续的时间长度，以满足完全和永久伤残/伤病 (TPD) 的定义，视乎保险合约的条款和条件而有所不同。损失证明，例如医疗状况和职业细节，用于随后的功能限制和职业评估，对于确定它们是否符合 TPD 的定义至关重要。

- 医生签发的病假证明是确定伤病持续时间的常用参考。但是，病假的医疗标准可能并不总是与合约对伤病的定义一致。在确定伤病持续时间的合理性时，我们会考虑：
 - 是否有任何客观测试（例如计算机断层扫描，X光，核磁共振等）来提供更明确的决定？
 - 建议的病假/预后是否与所进行的诊断、医疗护理和治疗一致？
 - 如果伤病是长期的，受保人是否接受定期和持续的医疗护理和治疗？
 - 受保人目前的活动和状态如何？他恢复工作了吗，恢复了多长时间？如果是这样，他是全职/兼职工作吗？

甚么是持续伤残/伤病的证明？

- 视乎购买的计划，“持续伤残/伤病证明”是指需要提交给保险公司的左证文件，以获得因伤病而获得保障的持续资格。它还指受保人提供的证据，以确认他/她的残疾已经持续了一段时间。
- 如果受保人拒绝或无法提交持续伤病证明，我们可以拒绝提供伤残/伤病保障或终止持续保障。
- 保险公司可能要求受保人接受独立的体检，以评估伤残/伤病的当前状况。

甚么是‘推定伤病 (Presumptive Disability)’？

- 视乎购买的保险，推定伤病是一项条款，如果受保人患有严重伤残/伤病，可以推定为“完全伤病”，则允许投保人获得保险保障。

例子: 如受保人发生以下任何一项亦可被视作罹患伤病:

- (i) 双眼完全丧失视力，且不能复原；或
 - (ii) 两肢永久及完全瘫痪，或丧失手腕或脚踝部位或以上的两肢；或
 - (iii) 一眼完全丧失视力，且不能复原，及一肢永久及完全瘫痪或丧失手腕或脚踝部位或以上的一肢。
- 这项规定旨在加快索赔程序，并为患有疾病的受保人提供帮助。

危病保障 - 常见问题

什么是危疾保障？

- 在不同的危疾合约，其承保范围各不相同。因此，比较合约提供的不同详情和受保事项非常重要。
- 市场上的危疾保障，可能以下形式的保障计划提供：
 - 提前支付危疾保障 (Accelerated Critical Illness benefit)：如果受保人被诊断患有危疾，保单持有人可以提前获得全部或部分死亡赔偿。即所附基本保单的身故赔偿金的预付款/提前支付，前提是受保人在索赔时还健在。
 - 独立危疾保障 (Standalone Critical Illness benefit)：这是一项针对特定危疾提供保险的保障。在确诊受保危疾时，受保人可获支付一笔过金额（并非身故赔偿的预支赔偿），而不减少基本保单的保额，惟受保人在索偿时尚健在。
- 早期危疾保险产品提供有限一笔过赔偿，如果受保人被诊断患有早期危疾。索偿金额取决于保险金额的百分比，该百分比基于保障定义表中定义的危疾严重程度。
- 例如：危疾保障可支付：
 - 诊断原位癌保额的 20%；
 - 乳房原位癌及乳房切除术保额的 50%；和
 - 癌症保额的 100%。
- 女性危疾产品为女性常见的危疾提供保障。除死亡及一般危疾外，保障疾病包括：
 - 系统性红斑狼疮合并狼疮肾炎赔偿
 - 乳房或子宫颈原位癌赔偿
 - 再生障碍性贫血赔偿
 - 诞下患有先天性异常婴儿赔偿
 - 妊娠期疾病赔偿
- 多重赔偿危疾产品提供多重赔偿，如果受保人患有多于一种受保危疾。此类保单的一般特点包括：
 - 支付首笔危疾索偿后，继续保障受保人
 - 生存赔偿赔偿表可分为若干类别和/或不同严重程度。
 - 合约条款规定了如何支付不同和单独的危疾事件的标准/细节。

身故賠償 - 常見問題

甚麼是身故賠償？

- 身故賠償是人壽保險的基本賠償。提供身故賠償的各種保單包括終身壽險、儲蓄保障、定期計劃等。保險行業的產品範圍也不盡相同。
- 一般來說，身故賠償產品分為兩大類：
- 自然身故
 - 無論是自然身故還是意外身故，經簽發身故證明後支付賠償金。
 - 大多數險種（即終身壽險、儲蓄保障和定期計劃）都為自然和意外身故提供保障。
- 意外身故
 - 僅在意外身故時支付賠償金
 - 意外身故賠償適用於意外身故保單、意外身故及喪失肢體保單和個人意外保單。

身故賠償如何運作？

- 一般而言，在保單生效期間，受保人身故或意外身故時將獲支付保額。
- 其他與死亡相關的保障：
 - 付款人死亡豁免保費保障：是一種免除保單持有人/付款人其有關計劃於其身故後之應繳保費
 - 末期疾病賠償：某些產品可能包括在被診斷患有末期疾病時支付的末期疾病賠償。應付保額可能是提前支付身故賠償，具體取決於計劃的詳情。
 - 恩恤身故賠償：少量死亡恩恤金，通常在意外和醫療保單下均可獲得

甚麼是身故證明？

- 一般來說，人壽保險理賠中的身故證明需要提交受保人的死亡證明，該證明由當地政府簽發，注明身故日期和原因，以確認受保人的死亡。
- 要索取身故賠償，索賠人負有舉證責任提供充份的證據（例如身故證明書）而： -
- 就意外身故的索賠，可能需要以下文件/數據：
 - 意外發生的日期、時間和地點；
 - 任何其他傷者或目擊者的姓名和地址；
 - 描述意外情況的警察或意外報告的副本。
- 就非意外身故的索賠，可能需要以下文件/數據：
 - 醫療記錄（包括受保人的通常應診醫生的姓名和地址以及應診記錄）；
 - 證實受保人死亡的醫生/人員的姓名、地址和專業資格。
 - 通常需要土葬/火葬證明書來證明受保人的死亡，因為此服務可以確認受保人確實已經去世，同時附有：-
 - 死者的全名、死亡日期和埋葬/火化地點；
 - 土葬/火葬目擊者的姓名和地址（如有）
 - 視乎情況，可能需要驗屍報告進行調查。
- 例子：
 - 突然或無法解釋的死亡；
 - 工業意外
 - 殺人罪行/謀殺
 - 醫療事故

如受保人于境外身故应如何处理？

- 索赔人提交受保人的死亡证明（由当地政府签发）时，我们将照常处理索赔。
- 但是，处理时间可能会比平时更长，因为如果受保人在他/她的母国以外的地方死亡，则需要受保人死亡的地方当局提供更多数据。
- 如果死者的遗体被运回他/她的母国，以下数据可能有助排除可疑情况：
 - 允许死者遗体登上的地点和官员的详细资料；
 - 警方报告和验尸报告（如有），可能对受保人的死亡提供更多了解；
 - 医疗记录，如果受保人在海外接受过治疗，因为他们可以提供有关受保人健康状况的额外资料。

甚么是推定身故？

- “推定身故”是法院对某人长时间的失踪和下落不明（视乎他/她的国家或地区）作出的宣告，并被推定为身故
 - 例子：
 - 绑架的受害者；
 - 在海上发生意外的人；
 - 空难
- 当索赔人提交推定身故证明书后，我们将照常处理索赔评估。
- 导致人员失踪的因素有很多，例如意外、故意失踪和谋杀等。在得出推定身故是“自然”还是“意外”的结论之前，有必要调查所有可能性。
- 身故证明极为重要，我们应注意以下事项：
 - 任何搜索工作的证据；
 - 失踪年期和失踪原因；
 - 失踪受保人的身份证明、以及保单持有人与受益人的关系证明；
 - 包含受保人失踪日期和地点的保单报告；
 - 失踪受保人的财务状况、病历等其他资料；
 - 失踪人士的再次出现。

如果受保人在核保过程中身故怎么办？

- 人寿保险会否支付第一个保单年度内因自杀而死亡的保金？
- 如果受保人在他/她的人寿保险保单签发后的第一年内自杀，大多数保单将如任何其他死亡原因一样支付自杀身故赔偿金。
- 支付自杀身故赔偿金是遵循自杀条款阐明的有限责任。通常，身故赔偿是退还保费，视乎计划的详情而定。