

周大福人壽 理賠常見問題

目錄	頁數
理賠原則	p.2 – p.5
可賠償金額估算及預先保障審查服務	p.6 – p.7
醫療/住院保障	p.8 – p.10
自願醫保 – 常見問題	p.11
意外保障	p.12 – p.13
傷殘保障	p.14 – p.16
危疾保障	p. 17
身故賠償	p.18 – p. 19

此常見問答僅供參考，請以保單合同為準

最後更新: 2023 年 9 月 29 日

理賠原則 – 常見問題

甚麼是保險合約的“最高誠信”？

- “Utmost Good Faith” 一詞在中文指「最高誠信」
- 最高誠信是保險業合約成立的基本原則。從這個意義上說，每一個與保險公司簽訂合約的人都有法律義務誠實和準確地披露他/她的資料。
- 這一原則是保險合約的基礎，有助於確保保險公司與投保人/保單持有人之間的公平交易。如果投保人/保單持有人未能履行其義務，保險公司可以撤銷已簽發的保單。

“披露義務”是什麼意思？

- 投保人/保單持有人（或受保人的代表，如配偶、少年人等）有義務在投保時向保險公司披露所有關鍵資料。

保險合約何時要求履行披露的責任？

- “披露義務”是一個法律術語，指的是投保人/保單持有人有義務向保險公司提供所有關鍵資料。在以下情況下需要履行此義務：-
 - 在新投保時；
 - 在保單復效時；
 - 在保單上增加保險金時；
 - 延長或更改(提高)保險金水平或承保範圍時；
 - 保單期內（如投保時未披露的資料於保單生效後披露，保費或保單條款或會作出相應調整）

有哪些必須在保險合約中披露？

- 投保人/保單持有人知道或應該知道的所有關鍵資料或事實。
- 如果申請人/保單持有人對事實是否關鍵感到疑惑，則應披露這些事實。

甚麼是“失實陳述”？

- “失實陳述”是指投保人/保單持有人在投保期間向保險公司作出的任何虛假、不正確或誤導性陳述。
- 失實陳述可以是有意或無意的。在任何一種情況下，此類資料都會影響保單的保障範圍和賠償金。
- 例子：
 - 未有披露投保前已有病症
 - 未有準確地提供有關吸煙或飲酒習慣的資料
 - 虛報收入或職業
- 如果保險公司發現投保人/保單持有人在投保書中作出的關鍵陳述而被誤導而作出承保決定，則保險公司有權拒絕索賠並從一開始就撤銷保單。

甚麼是“關鍵事實”？

- 關鍵資料/事實是指可能影響保險公司提供保險的決定、收取的保費或保單條款和條件的任何資料。
- 如果該陳述或事實在投保過程中的存在或遺漏，將合理地影響保險公司對以下任何決定的判斷，則該陳述或事實被視為“關鍵”：
 - 拒絕或延緩簽發任何保單
 - 簽發訂明不保事項或更改標準保障事項的保單
 - 以更高的保費率和/或以減少的賠償金簽發保單
 - 在承保過程中要求進行更多的化驗或體檢
- 關鍵事實有以下例子：
 - 受保人的病歷：任何已知的疾病，包括醫療諮詢或治療、住院、手術、藥物處方和/或患有特定症狀
 - 生活習慣：任何成癮或習慣，如吸煙、飲酒或吸毒
 - 過往就業記錄
 - 任何會影響財務核保過程的財務狀況
 - 投保人與其他保險公司的保障範圍，包括任何被拒絕的投保申請或被取消的保障範圍的保險

甚麼是欺詐：故意不披露或失實陳述？

- 在保險中，故意不披露或失實陳述是指投保人/保單持有人在投保期間故意向保險公司隱瞞信息。此類行為被視為欺詐性失實陳述。
- 如果保險公司發現投保人作出欺詐性虛假陳述，他們可以拒絕支付索賠及/或從一開始就撤銷保單。
- 欺詐（即故意不披露或失實陳述）不僅發生在投保過程中，也可能發生在索賠過程中。

甚麼是“可爭議期”？

- 人壽保險保單的可爭議期是指一段時期，通常是自保單生效之日起兩年。在可爭議期內且受保人在世期間，保險公司有權調查受保人的病歷等相關資料，以確定在投保中是否存在不實陳述。換句話說，如果有證據表明存在實質性失實陳述，保險公司可以對保單或索賠提出異議。
- 可爭議期過後，保險公司不得以實質性失實陳述為由對保單提出異議，但 (1) 欺詐或 (2) 未有繳付保費除外。

甚麼是“投保前已有病症/既存症狀”？

- “投保前已有病症/既存症狀”是指受保人在保單生效前所患有的任何健康狀況或疾病。

示例 1：視乎購買的計劃，“投保前已有病症/既存症狀”是指存在：

- 受保人在計劃生效日期或保單復效日期(以較後者為準)之前已存在的症狀，並已被建議接受或已接受醫學意見、診斷、照顧或治療，或

- 受保人在計劃生效日期或保單復效日期(以較後者為準)起計之前五年以內已存在的病徵或症狀，此等病徵或症狀促使一個正常審慎的人尋求醫學意見、診斷、照顧或治療。

示例 2：對於自願醫保計劃，投保前已有病症是指受保人於保單簽發日或保單生效日(以較早日期為準)前已存在的任何不適、疾病、受傷、生理、心理或醫療狀況或機能退化，包括先天性疾病。在以下情況發生時，一般審慎人士理應已可察覺到投保前已有病症 -

- 病症已被確診；或
- 病症已出現清楚明顯的病徵或症狀；或
- 已尋求、獲得或接受病症的醫療建議或治療。
- 視乎產品的詳情，此類投保前已有病症或疾病/既存症狀是常見的不保事項。它被廣泛用於醫療/住院、殘疾和危疾產品。
- “投保前已有病症/既存症狀”條款和“等候期”條款（如適用）的索賠評估概念的運用是相似的。
- “投保前已有病症/既存症狀”條款和“等候期”條款（如適用）使我們(即保險公司)能夠拒絕索賠。但是，除非存在實質或欺詐性的失實陳述，否則我們不能僅憑此理由撤銷整個保單。
- 雖然投保前已有病症/既存症狀或“等候期”（如適用）不能使我們(即保險公司)取消整份保單，但保險公司務必審查和檢查任何實質性失實陳述/未披露或欺詐的情況，因為它們有時可能密切相關。
- 一旦“投保前已有病症/既存症狀”和“等候期”（如適用）成立且索賠被拒絕，後續索賠將再次發生或與特定“投保前已有病症/既存症狀”或“等候期”（如適用）相關狀況的索賠視為無效。然後，我們(即保險公司)將以“投保前已有病症/既存症狀”或“等候期”（如適用）情況為由拒絕所有這些索賠。對於自願醫保計劃，“等候期”條款並不適用。

甚麼是“未知的已有病症 (Unknown pre-existing)”？

- “未知的已有病症”是保單持有人和/或受保人在遞交投保申請文件（包括相關所需資料的任何更新及改動）時不察覺，及理應不察覺的投保前已有病症。
- 我們對投保前已有病症/既存症狀和未知的已有病症都有相似的評估原理。
- 對於自願醫保計劃，視乎計劃的詳情，一些合約限制了“未知的已有病症”狀況的保險金。

例子：

首個保單年度	沒有保障
第二個保單年度	25% 賠償
第三個保單年度	50% 賠償
第四個保單年度起	全數賠償

甚麼是“等候期”？

- 通常用於醫保和危疾產品。視乎購買的計劃，“等候期”（如適用）是保險合約中指定的時間段，在此期間發生的事件不予賠償。該期間因產品的設定而異；保險公司普遍採用 30 天或 60 天。它被廣泛用於醫療/住院和危疾保險，以避免任何過早索賠。
- 非自願醫保產品的“30/60 天條款”的運作：
 - 在保單生效日期之前或之時存在的任何狀況/疾病，或在保單生效日期後 30 天（醫療/住院保險）或 60 天（危疾保險）內發生的任何狀況/疾病，均不提供保障。
 - 疾病“發生”是指出現症狀。
 - 就利用“30/60 天”條款拒絕索賠而言，受保人不一定必須在 30/60 天期限內就醫，接受治療或手術，或被診斷患有疾病。
- 我們在“投保前已有病症/既存症狀條款和“等候期”條款方面有類似的評估原理。
- 一旦投保前已有病症/既存症狀或“30/60 天”狀況成立且索賠被拒絕，我們將拒絕所有再次發生或與該特定投保前已有病症/既存症狀或“等候期”（如適用）狀況相關的後續索賠。對於自願醫保計劃，“等候期”條款並不適用。

甚麼是“症狀”和“病徵”？

- 疾病的症狀和病徵是察覺與已提交的醫療索賠相關的投保前已有病症/既存症狀（或在等候期內發生，如適用）的重要線索。
- “症狀”是主觀感覺，如疼痛、疲勞、痕癢或噁心，而“病徵”是客觀表現，如發燒、皮疹或心悸。症狀和病徵可以重疊。然而，症狀和病徵之間的區別在於，前者通常是受保人所經歷的，而後者是由可以依靠他們得出診斷結論的醫護人員觀察到的。
- 要確定某種狀況/疾病是否投保前已有病症/既存症狀或屬於“等候期（如適用）”，我們應參考該狀況/疾病的症狀或病徵存在或首次出現的日期。我們必須追溯受保人的病史（即受保人注意到第一個症狀/病徵的最早時間點）。

可賠償金額估算及預先保障審查服務 - 常見問題

可賠償金額估算申請程序需時多久? 我將如何收到回覆?

- 一般情況下，批核結果會在 5 個工作日內發送至服務申請表上填寫的電子郵箱。我們建議電子郵件地址應以大寫字母且清晰的方式書寫，以避免誤送。

結果中包含什麼?

- 受保人姓名、保單號碼、預計醫療費用、預計可賠償金額和預計自付費用將顯示在結果信中。

如何提交申請?

- 目前唯一的申請渠道是發送電子郵件至 ftlhc.lifeclaims@ftlife.com.hk，電郵主旨註明“申請可賠償金額估算”。

申請「可賠償金額估算」服務有什麼好處?

- 「可賠償金額估算」服務提供單份保單可賠償金額的估計，幫助客人及代理人制定後續索賠的預算和計劃。

通過網絡醫生/非網絡醫生申請「可賠償金額估算」服務有什麼區別?

- 原則上，網絡醫生與非網絡醫生的理賠流程相同。然而，由於我們與指定醫生約定了費用，大多數手術都在合理與慣常費用範圍內。因此，我們建議客戶在進行手術之前考慮使用網絡醫生。

「可賠償金額估算」服務適合緊急入院嗎?

- 不適合。「可賠償金額估算」服務是為非緊急手術而設計的，對於緊急醫療需要入院的情況，我們建議不要申請「可賠償金額估算」服務，以免耽誤醫治。

什麼是「初步保障審核」服務?

- 「初步保障審核」服務是理賠部為客人進行的手術前/入院前評估，根據所提供的醫療信息對可索賠金額和醫療必要性進行評估。對於已批核的案例，理賠部將向醫療服務供應商（日間手術中心/醫院）提供批核金額的付款保證服務，以便客戶可以專注於康復而不用擔心財務問題。

如何提交申請?

- 目前有 2 種申請類型，網絡醫生申請/非網絡醫生申請：
 1. 網絡醫生：
 - 我們的網絡醫生在其診所/中心備有「初步保障審核」服務申請表格，客戶需要出示醫療卡並向客戶工作人員說明需要「初步保障審核」服務。
 - 填妥服務表格後，網絡診所將為您提交申請。
 2. 非網絡醫生：
 - 請您求診主診醫生時攜帶「初步保障審核」服務申請表格。然後按照指示發送電子郵件至 FTLife.PA@ump.com.hk 或傳真至 (852) 3468 2603。

該服務的回覆時間是多少?

- 一般情況下，我們會在收到您的申請後 4 個工作日內將結果發送給客戶。

我需要醫生填寫表格才能使用該服務嗎?

- 是的，「初步保障審核」服務申請表格內有一些醫療信息需要您的主治醫生提供。

我需要醫療卡才能使用該服務嗎？如何查閱我的醫療卡？

- 是的。客戶需要向我們的網絡醫生出示符合資格的醫療卡才能使用該服務。您可以在“富通在線”手機應用程序中檢索您的醫療卡；或者您可以要求您的代理為您查閱醫療卡。（備註：醫療卡處於保單持有人，而不是受保人內查閱，此查閱方法適用於受保人並非保單持有人。）

沒有信用卡可以申請這項服務嗎？

- 通常，所有「初步保障審核」服務（PA）服務都需要信用卡才能進行服務申請。信用卡詳細信息可以由被保險人的親屬提供。但我們會根據手術/入院類型、預計醫療費用等考慮豁免信用卡要求。申請過程中如有任何疑問，請致電我們的 e-ConNET 健康服務熱線尋求幫助。

什麼是付款保證 (GOP)？

- 付款保證 (GOP) 服務是富通保險向客戶提供的一項行政安排服務，我們會為您支付已批核金額至指定的醫療服務提供者以支付手術/住院費用。請注意，這並不代表任何最終索賠，富通保險保留追回差額的權利。

我可以使用平時的醫生來提供服務嗎？

- 目前，「裕醫保」/「御醫保」/「醫世保」/「世逸」的客戶可以使用非網絡醫生應用程序申請 GOP 服務。而其他醫療產品的客戶則可以通過網絡醫生申請 GOP 服務。

富通會在何時以及如何收取差額？

- 估算差額金額將包含在結果通知信中，一般情況下，我們不會收取超出預計金額的差額金額。當手術/入院完成後，當富通收到醫療發票，理賠部將處理個案並計算實際的差額，我們將向您和您的代理人發出理賠明細通知，以通知即將收取的差額。我們將在索理賠明細通知信發出日期後 14 天后通過您在申請期間提供的信用卡收取差額金額。

我可以使用網絡醫生作為第二索賠嗎？

- 不可以，如果 GOP 申請被選擇並進行，富通保險只能是您的第一家理賠保險公司。如果您想就 GOP 申請案件向其他保險公司索賠，請注意，該案件將在手術日期/出院日期後 45 天左右得到解決。您不妨事先諮詢您的其他保險公司以了解索賠程序。

手術/出院後我可以獲得賠償結算表嗎？

- 我們將根據按照客戶/代理人要求，發出賠償明細。涉及差額的賠償個案，我們將於收取差額前發出賠償明細。

醫療/住院保障 – 常見問題

醫療/住院保障有哪些不同類型？

- 每家保險公司的不同醫療/住院產品可能具有不同的詳情、定義和不保事項，而在特定條件下住院或接受日間手術服務時支付賠償
- 一般而言，保險公司可能會為各種產品類型提供保障：

住院收入	<ul style="list-style-type: none"> • 根據指定的保障限額，每天支付固定金額
住院賠償	<ul style="list-style-type: none"> • 住院或日間手術服務 • 保障是賠償實際的醫療費用，但須符合指定賠償限額 • 報銷金額不超過實際費用
住院手術保障	<ul style="list-style-type: none"> • 在進行特定的醫療/外科手術時支付固定金額

- 一些醫療/住院產品可能包含其他特定詳情，即小額恩恤身故賠償、醫療運送服務、醫療網絡服務、治療前諮詢和治療後諮詢保障、預先批核服務等。

甚麼是自願醫保計劃？

- 香港醫務衛生局於 2019 年 4 月推出自願醫保計劃。它旨在為個人醫療保障計劃制定最低標準，為受保人提高透明度。
- 參與自願醫保計劃的保險公司（“自願醫保計劃的產品提供者”）提供經香港醫務衛生局認證符合計劃產品設計最低要求的個人彌償住院保險計劃（“認可產品”）。
- 此外，自願醫保計劃的產品提供者必須遵守一系列的實務守則，涵蓋銷售及市場推廣、處理投保、售後服務等。
- 詳情請參閱自願醫保計劃（VHIS）的官方網頁 <https://www.vhis.gov.hk/en/>

甚麼是非自願醫保計劃的 120 天不保範圍？

- 視乎所購買的保險計劃，非自願醫保的“120 天保障”一般不包括主要與指定器官有關的疾病的治療/手術：扁桃腺、腺樣增殖體、疝氣、白內障、竇性相關的疾病、痔、裂、肛門漏管、直腸脫垂或婦女生殖器官疾病之治療或手術。
- 如果疾病/病症的治療影響指定器官，它也屬於不保範圍。
- 120 天從所聲稱的疾病最早確定的治療/手術日期開始計算。我們將查找治療/手術開始的時間，而不是住院日期或持續時間。

住院的含義是甚麼？

- 醫療/住院保險計劃的“住院”通常界定住院的任何連續住院期，而“每次住院”是每次住院的保障限額。

- 視乎所購買的非自願醫保計劃，因同一醫療狀況或疾病多次入院仍被視為一次住院，並被歸類為一個保單限額，而非多個限額（稱為同一住院），除非該住院間隔超過 90 天，由出院日期或醫生最後一次診症起計，以較晚者為準。
- 例如：一名受保人因胃炎住院，十個月後又因同一疾病住院。儘管有相同/相關的原因，只要從出院或醫生最後一次諮詢之日起（以較晚者為準）間隔超過九十天，住院治療將被視為不同（不是同一個）住院。
- 例如：一名受保人因嚴重的呼吸道感染入院，但在出院後，他患上了肺炎。問題是肺炎是一種相關疾病還是一種單獨的醫療狀況。
- ‘同一住院’ 基礎不適用於自願醫保計劃。

合理及慣常的含義是甚麼？

- 在相似的情況及相同地理位置下，由具有相同經驗和專業地位的人員，為罹患相近的疾病或遭受相似的受傷的之同性別和相近年齡的個人提供治療、用品或其他醫療服務或施行政程序所需收取的平均費用。
- 我們將參考以下所有資料（如適用）來確定合理和慣常費用，每項資料與接受治療、程序、用品或其他醫療服務的所在地相關：
 - (i) 當地政府刊登的，載有當地公立醫院的私家病人服務費的出版物（在香港，指香港特別行政區政府憲報）；及
 - (ii) 當地衛生權威機構提供的統計資料，及從在當地執業的專科醫生和外科醫生收集的資料；及
 - (iii) 地方保險監管機構公佈的調查；及
 - (iv) 適用於當地的其他類別的恰當的參考資料。
- 例如：受保人 45 歲，曾出現腹痛及排便習慣異常，需要日間手術進行胃鏡檢查及結腸鏡檢查。他去看私人醫生，醫生告訴他，他的手術將花費他 50,000 港元。但是，根據多個類似水平的日間手術中心的相同程序，此類日間手術的合理費用不應超過 28,000 港元。在此情況下，保險公司只可按照港幣 28,000 元的合理收費進行賠償，而受保人須自費支付港幣 22,000 元的餘額。

* 合理費用金額會根據醫療通貨膨脹等情況不時發生變化

甚麼會被認為是醫療所需？

- 指住院、治療、程序、用品或其他醫療服務，其：
 - (i) 為診斷或直接治療受保人的疾病或受傷而需要的；及
 - (ii) 就受保人的疾病或受傷的病徵和症狀而言，是合適的；及
 - (iii) 按照有關健康護理範疇的認可標準，在香港醫學界被普遍接受為有效，適當及必要的；及
 - (iv) 性質不屬實驗、預防、篩選或調查的；及
 - (v)（僅就住院而言）受保人的疾病或受傷不能在不住院的情況下安全和充分地受醫治的；及
 - (vi)（僅就門診手術而言）受保人的疾病或受傷不能在不進行手術的情況下安全和充分地受醫治的。

- 例如：受保人（20歲）索償因嚴重頭痛，入院接受多項檢查，如核磁共振、腦部互助檢查、神經傳導檢查、化驗等。受保人在接受醫療諮詢後兩週住院，最終診斷為“結膜炎”。由於以下原因，受保人的住院治療不被視為“醫療所需”：
 - 沒有證據證明受保人的索償被視為需要住院緊急治療的緊急情況；
 - 沒有進行外科手術或治療；
 - 受保人並非有任何並發症或年老的高危患者；和
 - 相應的醫學檢查可以在門診環境中安全充分地進行。

若我在診所或醫院門診部進行手術，但舊有醫療保單中沒有“門診手術費”保障，可否獲得賠付？

- 可以，「門診手術費」保障適用於現有醫療住院保單。

現時向公立醫院申請醫療報告的收費？

- 申請醫療報告:HK\$695，申請出院總結或醫療記錄副本：基本收費: HK\$70。

若我因急病或意外入住公立醫院，怎樣情況下可豁免填寫索償表格第二部份？

- 若醫療保障生效超過一年，住院日數不超過三天，並提供「出院總結」。

若同一位醫生替我進行麻醉及手術，麻醉費用可獲賠付嗎？

- 根據保單條款，主診醫生不能同時為麻醉師。以上的情況，麻醉費會撥入手術費一併處理。

合理及慣常費用參考？

- 一般而言，醫管局所提供的手術費用通常與私營部門不一致，私營部門可能會收取 1.5 倍至 2 倍或更高的費用，所以我們於不同病房級別會作出合理調整，例如 1.5x（半私家病房）和 1.9x（私家病房）。
- 我們亦會考慮患者當前和過去的醫療狀況的嚴重程度作出合理調整由於這可能導致併發症及延長手術時間從而提高手術費用的可能。
- 醫院管理局私家醫療服務: <https://www3.ha.org.hk/fnc/Operations.aspx?lang=ENG>

自願醫保 - 常見問題

醫院的定義是甚麼？

- 由二零二三年三四月一日或之後，醫院是指按其所在地法律妥為成立及註冊為醫院的機構，為不適及受傷的住院病人提供醫療服務，並
 - 具備診斷及進行大型手術的設施，或屬於《醫院管理局條例》（香港法例第 113 章）所界定的公營醫院或是根據《私營醫療機構條例》（香港法例第 633 章）領有牌照的醫院；
 - 由持牌或註冊護士提供二十四 (24) 小時護理服務；
 - 由一(1)位或以上註冊醫生駐診；及
 - 非主要作為診所、戒酒或戒毒中心、自然療養院、水療中心、護理或療養院、寧養或紓緩護理中心、復康中心、護老院或同類機構。

增值稅和商品及服務稅的定義是甚麼？

- 增值稅和商品及服務稅是指增值稅、商品和服務稅或其他性質類似的稅項、關稅或徵費，有關費用由相關稅務或類似機構，或政府部門就傷病所需的醫療服務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務稅？

- 由二零二二年三月一日或之後，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務稅（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務稅將不受保障。

如何將增值稅和商品及服務稅計入合資格費用？

- 如增值稅/商品及服務稅是每項計算的，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/商品及服務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 - 常見問題

意外保障有哪些不同類型？

- 意外保障在保險業中以不同的名稱/套餐命名，個別意外保障合約可能不具有相同的特色。
- 意外保障是指針對意外事件的各種保險保障，例如意外身故保障 (ADB)、意外身故及喪失肢體保障 (ADD)、意外賠償金 (AI) 和個人意外 (PA) 保障等。
- 重大意外保障是指受保人/受益人就重大事故事件向保險公司索賠。此類重大意外事件包括：
 - 身故及喪失肢體
 - 嚴重燒傷/三度燒傷
 - 骨折
 - 永久完全傷殘
- 視乎購買的計劃，根據輕微意外要求索賠的保障包括：
 - 暫時傷殘(完全/部份傷殘)
 - 雙倍保障
 - 醫療開支
 - 住院保障/現金
 - 手術保障

甚麼是“意外”？

- 發生的不能預見及突如其來的事件，並且具激烈、意外、外來、看得見及非出自本意的性質，且獨立地為導致受保人受傷的直接及唯一原因

“直接及單獨地不得由其他原因導致 (directly and independently of all other causes)”是什麼意思？

- “直接及單獨地不得由其他原因導致”是意外保險產品合約中常見的用語。它旨在界定受保人有資格獲得意外賠償金的情況。
- 這句話的意思是意外造成的損失必須是“直接及單獨地不得由其他原因導致”的結果。為了使該意外受到保單的保障，它必須是造成受傷的唯一原因，並且不能涉及其他因素。
 - 例子：如果受傷時已患有某些疾病，並因此類醫療狀況導致了損失，則該損失可能不是“直接及單獨地不得由其他原因導致”的結果。

甚麼是受傷？

- 在醫學術語中，受傷被界定為外力對身體造成的損傷或傷害，可包括肉體上的創傷和骨折等。受傷可以分為幾種類型。
 - 例子：鈍傷、穿透性創傷、爆炸性創傷、燒燙傷等。
- 受傷的嚴重程度可以從輕微到危及生命，這取決於某些因素，例如受傷的位置和類型、損傷的程度以及受保人的年齡和整體健康狀況。為了確定受傷的嚴重程度，醫生

通常會進行身體檢查，並使用 X 光、電腦斷層掃描、核磁共振等診斷測試來評估損傷程度。

- 我們大多數的意外保險產品都明確介定了“受傷”一詞，並在保險合約中援引了“意外”一詞，例如受傷是否由意外造成。
- 視乎所購買的計劃，“受傷”一詞有時介定了對表面傷痕的要求（例如：意外賠償保險合約 (Accident Indemnity insurance contracts)）。另一方面，一些人身意外傷害保險合約 (Personal Accident contracts) 並不強調表面傷痕的要求，而是將“受傷”界定為因意外事故直接及單獨地引致受保人身體處於不正常狀態，此身體不正常狀態不得由其他原因導致。
- 一般來說，“受傷”不是由“意外”造成是指不是意外或無意事件造成的傷害。
 - 例子：
 - 日光浴時曬傷通常不被視為意外，因為這是長時間暴露在太陽紫外線下的預期結果。
 - 如果受保人意圖通過大量飲酒來傷害自己，這不被視為意外。

甚麼是外在和/或表面傷痕的受傷？

- 意外保單（如適用）下受傷的表面傷痕是指受傷的身體創傷。這可以是割傷、擦傷、刮傷和刺破皮膚等。
- 例子：
 - 腫脹
 - 傷口
 - 挫傷/瘀傷
 - 裂傷
 - 斷肢/骨折
 - 刮痕
 - 燙傷/燒傷

甚麼是“暫時完全傷殘”？

- 暫時完全傷殘 (TTD) 是某些意外保險產品提供的一種保障，如果受保人因受傷暫時無法工作，可向其提供經濟援助。
- 暫時完全傷殘保障通常僅限於特定時段。
- 如果受傷的程度如下，則受保人是為“暫時完全傷殘”：
 - 受保人不能履行其職業中的實質性和實際性職責，並且這種喪失工作能力在整個索賠期內持續存在，沒有中斷。
- 基本上，我們考慮的是缺乏工作能力，而不是減少收入或工作機會。

甚麼是“暫時部分傷殘”？

- 暫時部分傷殘 (TPD) 是某些意外保險產品提供的一種保障，如果受保人遭受的傷害暫時限制了他們履行其職業的所有日常職責的能力，則向他們提供部分經濟援助。
- 暫時部分傷殘保障通常僅限於特定時段。
- 就暫時部分傷殘而言，介乎受傷程度較輕，受保人僅無能力履行其一項或多項職責。
- 考慮因素與“暫時完全傷殘”相同。

傷殘/傷病保障 - 常見問題

有哪些不同類型的傷殘/傷病保障？

- 在保險行業中，傷殘/傷病保障以不同的名稱或套餐命名，及個別合約的細節也可能有所不同。基本上，傷殘/傷病保障主要分為以下幾類

一筆過賠償保障	受保人傷殘/傷病時的一筆過賠償
豁免保費(WP)保障	在受保人傷病時免除保費
投保人傷病 (PB) 保障	在保單持有人/投保人傷病時免除保費
意外賠償合約下的完全和永久傷殘	人身意外保險合約下的完全和永久傷殘

- 完全和永久傷殘/傷病在各自的保險合約中可能有不同的定義，要求在一定時間內具有不同程度/範圍的喪失能力。

甚麼是完全和永久性傷殘/傷病？

- 完全和永久傷殘/傷病 (TPD) 是一種傷病保險，為永久傷殘且無法恢復工作的受保人提供保障。
- 視乎購買的保障計劃，某些保險合約可能僅承保因意外受傷導致的傷殘/傷病，而另一些保險合約則可能承保因意外和疾病導致的傷殘/傷病。
- 完全和永久傷殘/傷病在各自的保險合約中可能有不同的定義，要求在指定的時間內具有不同程度的喪失能力。
- 視乎購買的計劃，受保人的職業在查明完全和永久傷殘/傷病保障的資格方面也發揮著重要作用。

例子：

- 受保人無法履行“受保人日常工作的每一項職責”，稱為“本行的工作 (own occupation)”；
- 無法從事任何受保人根據其知識、訓練或經驗而合適或合理勝任並可賺取報酬或利潤的工作、職業或商業活動，稱為“合適職業 (suited occupation)”；或
- 受保人無法從事“任何以賺取利潤、工資或補償為生的職業”，稱為“任何職業 (any occupation)”。
- 對於兩個因職業不同而遭受相同性質和嚴重程度的人，“傷病”與否的結論可能不同。然而，在查明受保人是否符合傷殘/傷病的要求，會涉及一些共同因素：
 - 能夠實質性地履行受保人之前或類似職業或業務的職責，並在相當長的一段時間內充分履行此類職責。
 - 就受保人的學歷、培訓、經驗、精神和身體能力，以及收入方面而言，新職業/替代職業或業務是否與以前的職業或業務相當
 - 其他因素包括受保人的醫療狀況、年齡、功能限制（包括身體和精神限制）以及日常生活活動

- 在某些產品中，如果受保人因意外或疾病而無法在沒有幫助的情況下進行某些“日常生活活動”，則將獲得一筆過賠償。另一方面，如果受保人患有“推定傷病 Presumptive Disability”，則某些產品將獲得一筆過賠償。
- 查看保險合約的條款和條件是必需的，以了解完全和永久傷殘/傷病保障的具體要求和限制。

甚麼是“本行的工作 (Own Occupation)”？

- “本行的工作 Own occupation”是一種傷病保險，如果受保人無法履行“受保人日常工作的每一項職責”，則為他/她提供保障。也就是說，不再能夠從事他/她有資格並受僱從事的工作。
- 例子：對於傷殘且無法再執業的律師，若他/她仍然可以從事相關職業（例如教授或顧問），本行工作的定義仍然會支付賠償。

甚麼是“合適職業 (Suited Occupation)”？

- “合適職業”是一種傷病保險，其承保範圍是基於“受保人無法從事根據其知識、訓練或經驗而合適或合理勝任並可賺取報酬或利潤的工作、職業或商業活動”
- 例子：如果一名律師因傷殘而無法執業，但仍可以從事相關職業的工作，例如教授或顧問，根據合適職業的定義，他/她可能不會被視為傷殘。原因是他/她可能仍然能夠從事相關職業的工作並賺取收入，即使他/她不能執業。

甚麼是“任何職業 (any occupation)”？

- “任何職業”是一種傷病保險，其承保範圍是基於受保人從事“任何以賺取利潤、工資或補償為生的職業”的能力。
- 根據這一定義，受保人更難因傷病而索賠因為他/她必須提供證據證明他/她將無法從事任何職業，而不僅僅是他/她自己的本行。

甚麼是“日常生活活動”？

- 視乎購買的計劃，“日常生活活動 (ADLs)”是指受保人每天必須履行的基本自我護理差事，以滿足他們自己的個人需求，例如：沐浴，更衣，進食，如廁，移動，轉移。
- 受保人可能通過傷殘/傷病產品獲得的保險類型和保險金額時，將考慮他們履行日常生活活動 (ADL) 的獨立程度。

為了將其介定為傷病，是否有持續存在的最短時間？

- 傷殘/傷病狀況應持續的時間長度，以滿足完全和永久傷殘/傷病 (TPD) 的定義，視乎保險合約的條款和條件而有所不同。損失證明，例如醫療狀況和職業細節，用於隨後的功能限制和職業評估，對於確定它們是否符合 TPD 的定義至關重要。
- 醫生簽發的病假證明是確定傷病持續時間的常用參考。但是，病假的醫療標準可能並不總是與合約對傷病的定義一致。在確定傷病持續時間的合理性時，我們會考慮：
 - 是否有任何客觀測試（例如電腦斷層掃描，X光，核磁共振等）來提供更明確的決定？

- 建議的病假/預後是否與所進行的診斷、醫療護理和治療一致？
- 如果傷病是長期的，受保人是否接受定期和持續的醫療護理和治療？
- 受保人目前的活動和狀態如何？他恢復工作了嗎，恢復了多長時間？如果是這樣，他是全職/兼職工作嗎？

甚麼是持續傷殘/傷病的證明？

- 視乎購買的計劃，“持續傷殘/傷病證明”是指需要提交給保險公司的佐證文件，以獲得因傷病而獲得保障的持續資格。它還指受保人提供的證據，以確認他/她的殘疾已經持續了一段時間。
- 如果受保人拒絕或無法提交持續傷病證明，我們可以拒絕提供傷殘/傷病保障或終止持續保障。
- 保險公司可能要求受保人接受獨立的體檢，以評估傷殘/傷病的當前狀況。

甚麼是‘推定傷病 (Presumptive Disability)’？

- 視乎購買的保險，推定傷病是一項條款，如果受保人患有嚴重傷殘/傷病，可以推定為“完全傷病”，則允許投保人獲得保險保障。

例子: 如受保人發生以下任何一項亦可被視作罹患傷病：

- (i) 雙眼完全喪失視力，且不能復原；或
 - (ii) 兩肢永久及完全癱瘓，或喪失手腕或腳踝部位或以上的兩肢；或
 - (iii) 一眼完全喪失視力，且不能復原，及一肢永久及完全癱瘓或喪失手腕或腳踝部位或以上的一肢。
- 這項規定旨在加快索賠程序，並為患有疾病的受保人提供幫助。

危病保障 - 常見問題

甚麼是危疾保障？

- 在不同的危疾合約，其承保範圍各不相同。因此，比較合約提供的不同詳情和受保事項非常重要。
- 市場上的危疾保障，可能以下形式的保障計劃提供：
 - 提前支付危疾保障 (Accelerated Critical Illness benefit)：如果受保人被診斷患有危疾，保單持有人可以提前獲得全部或部分死亡賠償。即所附基本保單的身故賠償金的預付款/提前支付，前提是受保人在索賠時還健在。
 - 獨立危疾保障 (Standalone Critical Illness benefit)：這是一項針對特定危疾提供保險的保障。在確診受保危疾時，受保人可獲支付一筆過金額（並非身故賠償的預支賠償），而不減少基本保單的保額，惟受保人在索償時尚健在。
- 早期危疾保險產品提供有限一筆過賠償，如果受保人被診斷患有早期危疾。索償金額取決於保險金額的百分比，該百分比基於保障定義表中定義的危疾嚴重程度。
- 例如：危疾保障可支付：
 - 診斷原位癌保額的 20%；
 - 乳房原位癌及乳房切除術保額的 50%；和
 - 癌症保額的 100%。
- 女性危疾產品為女性常見的危疾提供保障。除死亡及一般危疾外，保障疾病包括：
 - 系統性紅斑狼瘡合併狼瘡腎炎賠償
 - 乳房或子宮頸原位癌賠償
 - 再生障礙性貧血賠償
 - 誕下患有先天性異常嬰兒賠償
 - 妊娠期疾病賠償
- 多重賠償危疾產品提供多重賠償，如果受保人患有多於一種受保危疾。此類保單的一般特點包括：
 - 支付首筆危疾索償後，繼續保障受保人
 - 生存賠償賠償表可分為若干類別和/或不同嚴重程度。
 - 合約條款規定了如何支付不同和單獨的危疾事件的標準/細節。

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，註明身故日期和原因，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/資料：
 - 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/資料：
 - 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

如受保人於境外身故應如何處理？

- 索賠人提交受保人的死亡證明（由當地政府簽發）時，我們將照常處理索賠。
- 但是，處理時間可能會比平時更長，因為如果受保人在他/她的母國以外的地方死亡，則需要受保人死亡的地方當局提供更多資料。
- 如果死者的遺體被運回他/她的母國，以下資料可能有助排除可疑情況：
 - 允許死者遺體登上的地點和官員的詳細資料；
 - 警方報告和驗屍報告（如有），可能對受保人的死亡提供更多了解；
 - 醫療記錄，如果受保人在海外接受過治療，因為他們可以提供有關受保人健康狀況的額外資料。

甚麼是推定身故？

- “推定身故”是法院對某人長時間的失蹤和下落不明（視乎他/她的國家或地區）作出的宣告，並被推定為身故
 - 例子：
 - 綁架的受害者；
 - 在海上發生意外的人；
 - 空難
- 當索賠人提交推定身故證明書後，我們將照常處理索賠評估。
- 導致人員失蹤的因素有很多，例如意外、故意失蹤和謀殺等。在得出推定身故是“自然”還是“意外”的結論之前，有必要調查所有可能性。
- 身故證明極為重要，我們應注意以下事項：
 - 任何搜索工作的證據；
 - 失蹤年期和失蹤原因；
 - 失蹤受保人的身份證明、以及保單持有人與受益人的關係證明；
 - 包含受保人失蹤日期和地點的保單報告；
 - 失蹤受保人的財務狀況、病歷等其他資料；
 - 失蹤人士的再次出現。

如果受保人在核保過程中身故怎麼辦？

- 人壽保險會否支付第一個保單年度內因自殺而死亡的保金？
- 如果受保人在他/她的人壽保險保單簽發後的第一年內自殺，大多數保單將如任何其他死亡原因一樣支付自殺身故賠償金。
- 支付自殺身故賠償金是遵循自殺條款闡明的有限責任。通常，身故賠償是退還保費，視乎計劃的詳情而定。