



保泰粉紅自願醫保計劃



目錄

條款及細則

第一部分 保險條文及保單.....	2
第二部分 一般條件	5
第三部分 保費條文	14
第四部分 續保條文	15
第五部分 索償條文	19
第六部分 保障條文	21
第七部分 一般不保事項	27
第八部分 釋義	29
保障表 (包括保障範圍、保障金額及手術表)	37
第一補充文件	58
保單資料頁	83

條款及細則

第一部分 保險條文及保單

保險條文

本條款及細則，連同保障表(包括手術表)及政府認可的相關補充文件(下簡稱「條款及保障」)，適用於以下由本公司按自願醫保計劃(下簡稱「自願醫保」)提供的認可產品 –

認可產品類別: 靈活計劃

認可產品名稱: 保泰粉紅自願醫保計劃

在本條款及保障生效期間，若受保人罹患傷病，本公司必須按本條文賠償合資格費用。

所有賠償予保單持有人的保障，必須按合資格費用的實際金額作實報實銷賠償，並受本條款及保障和保單資料頁內列明的最高賠償額及分擔費用安排(如有)所規限。

保單

保單持有人與本公司均同意 –

1. 所有對本條款及保障的修訂必須按本條款及細則執行，否則該修訂不應視為有效。
2. 在投保申請文件內所有由受保人或為受保人作出的陳述均被視為申述，而非保證。
3. 在投保申請文件內及按本保單所要求，所有由受保人或為受保人作出的陳述及提供的資料，必須盡其所知所信，絕對真誠地提出。
4. 當保單持有人繳交全數首期保費後，本條款及保障將按保單資料頁內所列的保單生效日起生效。
5. 在本條款及保障生效及每次續保時，當以下兩者 –
 - (a) 本保單的條款及保障；及
 - (b) 按第四部分第 1 (a) – (c)節所述政府所訂定標準計劃條款及保障的版本，

有任何互相抵觸或不相符之處時，

- (i) 只要涉及 *標準計劃條款及保障* 的範圍，將以對 *保單持有人* 或 *受保人* 較有利的條款及保障為準；及
- (ii) 只要涉及 *標準計劃條款及保障* 的範圍，對 *保單持有人* 或 *受保人* 加設額外約束或限制的條款及保障應視為無效。

上述 (i) 及 (ii) 項的規定皆不適用於本第一部分第 7 節、第六部分第 1(b) 及第 5 節和政府可能不時批准的其他豁免事項。

在以 *標準計劃條款及保障* 相關的條款及保障為準的情況下，有關條款及保障將被視作本 *保單* 的條款及保障的一部分。為免存疑，除了本第一部分第 7 節、第六部分第 1(b) 及第 5 節和政府可能不時批准的其他豁免事項外，*保單持有人* 或 *受保人* 在本 *保單* 的條款及保障下所享有的權利、權力、保障或權益，不得差於其在 *標準計劃條款及保障* 下可享有的權利、權力、保障或權益(包括若 *保單持有人* 基於 *受保人* 獲得該等權利、權力、保障或權益的情況)。

6. 在本 *條款及保障* 生效或每次續保時，若本 *保單* 的保障範圍超過或有別於 *標準計劃條款及保障* 的保障範圍，即使涉及的條款及保障與 *標準計劃條款及保障* 有所不同，亦不會構成本第一部分第 5 節所述有抵觸或不相符的情況。
7. 本公司可以在首次簽發本 *條款及保障* 時，對 *受保人* 於 *投保申請文件* 內知會本公司的 *投保前已有病症*，及其他會影響其投保風險的因素，加設 *個別不保項目*。
8. 本公司確認，作為核保程序的一部分，本公司有責任向 *保單持有人* 及 *受保人* 在 *投保申請文件* 內提問所有影響核保決定的資料。若本公司要求 *保單持有人* 及/或 *受保人* 披露，在遞交 *投保申請文件* 後至 *保單簽發日* 或 *保單生效日* (以較早日期為準) 前，相關資料的更新或改動，本公司必須明確地向 *保單持有人* 及 *受保人* 作出該要求 (包括但不限於列載於 *投保申請表* 內)，在這情況下，*保單持有人* 及/或 *受保人* 均有責任知會本公司相關資料的更新及改動。每位 *保單持有人* 及 *受保人* 均有責任回覆問題，並披露問題所要求的重要事實。本公司同意，若在 *投保申請文件* 內未有包括任何相關問題，將被視為本公司豁免 *保單持有人* 及 *受保人* 披露有關所需資料的責任。

9. 投保申請文件中所有問題及要求的資料必須充分具體及明確，並符合自願醫保的規則及規例，協助保單持有人及受保人（按情況而定）理解所需披露的資料，從而提供清晰而明確的回覆。如有爭議，本公司必須負舉證責任，證明問題充分具體及明確。
10. 若保單持有人或受保人未有按本第一部分第 8 或 9 節披露有關資料，而相關的披露會對本公司的核保決定帶來實質影響時，本公司有權行使按第二部分第 13 及 14 節所賦予的權利。

第二部分 一般條件

1. 合約詮釋

- (a) 按條款解釋所需，本條款及保障內表示男性性別的用詞，其含義將包括女性性別；單數用詞的含義將包括複數，反之亦然。
- (b) 所有標題均作方便參考之用，不應影響本條款及保障的詮釋。
- (c) 所列時間均為香港時間。
- (d) 除另行釋義外，本條款及保障內以斜體標註的詞彙需以第八部分所載涵意詮釋。

本條款及保障備有中文及英文版本。兩者均為正式版本，具相同效力。若兩者存有歧義，必須以較有利保單持有人的詮釋為準。

就相同的保障範圍而言，若本保單內任何條款及保障存有歧義，必須以較有利保單持有人的詮釋為準。在這情況下，除了本第一部分第 7 節、第六部分第 1(b) 及第 5 節和政府可能不時批准的其他豁免事項外，任何對本條款及保障的限制將被視為無效。

2. 冷靜期內取消條款及保障的安排

保單持有人可在冷靜期內行使權利取消本條款及保障及獲發還全數已付保費，但行使此項權利時，必須符合以下條件 –

- (a) 取消要求必須由本公司於冷靜期內直接收到該要求。冷靜期為緊接下列文件交付予保單持有人或保單持有人的指定代表之日起計的二十一(21)日的期間 –
 - (i) 本條款及保障和保單資料頁；或
 - (ii) 冷靜期通知書；

以較早者為準。為免生疑問，交付本條款及保障和保單資料頁或冷靜期通知書當天並不包括在計算二十一(21)日的期間內。然而，若第二十一(21)日當天並非工作天，則冷靜期將包括隨後的工作天的一天在內；
及

- (b) 若曾獲賠償或將獲得賠償，則不獲發還保費。

上述取消的權利並不適用於續保。

行使此項取消的權利時，保單持有人必須 –

- (c) 退回本條款及保障和保單資料真正本；及
- (d) 附有保單持有人簽署的信件（或以其他本公司接受的方式）要求取消本條款及保障。

在完成上述程序後，本公司將取消本條款及保障及全數發還已付保費。在此情況下，本條款及保障將被視為由保單生效日起無效，本公司亦無須承擔任何賠償責任。

3. 取消保單

冷靜期過後，若保單持有人在該保單年度期間沒有就本條款及保障獲得任何賠償，保單持有人可以在三十 (30) 日前以書面方式通知本公司要求取消本條款及保障。

此權利在首個（及其後的）保單年度的條款及保障續保後仍然適用。

4. 保障權益

若受保人接受醫療服務招致合資格費用，則需按招致該費用時適用的條款及保障作出賠償。不論如何，按本第二部分第 15 節，於本保單終止後三十 (30) 日內所招致的合資格費用，必須按本保單終止生效日的前一日適用的條款及保障作出賠償。

5. 轉讓

保單持有人不得轉讓本條款及保障的部分的權利、保障、義務及責任。保單持有人必須保證在本條款及保障的任何應付款項均不受任何信託、留置權或費用所約束。

6. 文書錯誤

任何文書記錄錯誤，將不會令原應有效的保障失效，或令原應終止的保障繼續生效。

7. 付款貨幣

任何以外幣索償的合資格費用，必須按本公司支付賠償當日，該貨幣在香港銀行公會發布的貨幣開市參考賣出牌價兌換成港元。若當日沒有可參考的兌換率，本公司必須參考緊接當日後的最新兌換率。若香港銀行公會沒有該外幣的兌換率，本公司會以本公司使用的銀行認可兌換率作為最終的安排。

8. 利息

除非另有列明，本條款及保障的一切賠償及費用均不會計算利息。

9. 本公司的責任

本公司必須時刻絕對真誠地履行本保單中列載的責任，並遵守自願醫保的規則及規例、保險業監管局頒布的有關指引，以及所有適用的法律及規例。

10. 規管法律

本保單必須在香港簽發並受香港法律管轄及闡釋。本公司及保單持有人均同意遵從香港法院的司法裁判權。

11. 排解糾紛

本公司及保單持有人必須盡力以友善方式解決就本保單所出現的糾紛、爭議及分歧，包括與本保單的有效性、無效性、條款違反或終止相關的事宜。如未能解決，在有關糾紛轉介至香港法院前，雙方亦可以（但沒有責任）透過各種另類排解糾紛程序處理，包括但不限於在雙方同意下以調解或仲裁方式進行。

雙方需要自行承擔另類排解糾紛程序的服務費用。

12. 責任

保單持有人及受保人必須遵守本保單條款的各項，並確定投保申請文件及聲明中的資料及申述均為正確，否則本公司將無須承擔本保單所訂明的任何責任。儘管有上述規定，除非因為保單持有人及

受保人不遵守本保單條款，或在投保申請文件及聲明中提供失實的資料及申述，導致本公司的權益有實質的損失，否則本公司不得拒絕承擔本保單所訂明的責任。

13. 錯誤申報個人資料

在不損害本公司按本第二部分第 14 節中的權利（即因健康資料的失實陳述或欺詐的情況宣告保單無效的權利）下，若在投保申請文件或任何其後就相關申請（若本公司在第一部分第 8 節提出要求，則包括相關必需資料的任何更新及改動），提交予本公司的資料或文件中錯誤申報受保人的非健康相關資料（包括但不限於年齡、性別或吸煙習慣），從而可能影響本公司作出的風險評估，本公司可按正確資料調整過去、現在或未來保單年度的保費。若保單持有人因此需補交額外保費，本公司不會在補交前支付任何賠償。若保單持有人在本公司通知的保費到期日後三十一 (31) 日的寬限期內仍未補交保費，本公司有權行使本第二部分第 15 節賦予的權利，自保費到期日起終止本保單。若有多繳保費，本公司則必須予以退還。

若按受保人的正確資料及本公司的核保指引，認為受保人的投保申請應當被拒絕時，本公司有權宣告本保單自保單生效日起無效，並通知保單持有人，本保單不會為受保人提供保障。在此情況下，本公司將 –

- (a) 有權追討已支付的賠償；及
- (b) 有責任退還已繳交的保費，

兩者均適用於現保單年度及過往所有保單年度，本公司亦有權收取合理的行政費用。上述退款安排必須與本第二部分第 14 節一致。

14. 失實陳述或欺詐

本公司有權在下列情況下，宣告本保單自保單生效日起無效，並通知保單持有人，本保單不會為受保人提供保障 –

- (a) 在投保申請文件，或在投保申請文件或任何其後就相關申請提交予本公司的資料或文件，其所作出的陳述或聲明中，就受保人健康狀況的重要事實作出失實聲明或遺漏資料（若本公司在第一部分第 8 節提出要求，則包括相關必需資料的任何更新及改動）。「重要事實」包括但不限於由本公司要求提供、會影響本公司對受保人的核保決定的事實，

若披露該事實本公司有可能因而徵收附加保費，增加個別不保項目或拒絕投保申請。為免存疑，本(a)段並不適用於本第二部分第 13 節關於受保人非健康相關資料；或

(b) 在投保申請文件中或索償時，作出欺詐或有欺詐成分的申述。

本公司必須負舉證責任證明(a)及(b)為真確。按第一部分第 8 或 9 節，本公司有責任查詢所有影響核保決定之重要事實。

在(a)的情況下，本公司將 –

- (i) 有權追討已支付的賠償；及
- (ii) 有責任退還已繳交的保費，

兩者均適用於現保單年度及過往所有保單年度，本公司亦有權收取合理的行政費用。

在(b)的情況下，本公司將 –

- (iii) 有權追討已支付的賠償；及
- (iv) 有權不退還已繳交的保費。

15. 終止保單

本保單將在以下情況時自動終止，以最先者為準 –

- (a) 按本第二部分第 13 節或第三部分第 3 節規定，保單持有人在寬限期屆滿時仍未繳交保費；或
- (b) 受保人身故翌日；或
- (c) 本公司不再獲《保險業條例》授權承保或繼續承保本保單。

若保單按本第 15 節終止，將以終止生效日的 00:00 時起失效。

在本保單終止後，本保單的保障亦即告終止。除非另有說明，任何現保單年度及過往所有保單年度已繳交的保費，均不獲退還。

若保單是按(a)終止，終止生效日為未付保費的原到期日。

若保單是按(b)或(c)終止，則本公司必須按比例退還現保單年度已支付的相關保費。

若保單持有人按本第二部分第 3 節或第四部分第 1 節（視情況而定），決定取消本保單或不再續保，本保單亦會被終止，惟保單持有人必須向本公司提供所需的書面通知作實。若本保單是按本第二部分第 3 節的規定終止，則終止的生效日為保單持有人發出的取消通知中所述的日期，但該日期不得在本第二部分第 3 節要求的通知期開始前或通知期內。若受保人未按第四部分第 1 節的規定續保，則終止的生效日為本保單最後有效的保單年度屆滿後的續保日。

若本保單是按本第 15 節(a)或(c)終止，而受保人在保單終止前罹患傷病並因此住院或接受訂明非手術癌症治療，則就有關傷病的住院或治療，所招致的合資格費用仍可獲得保障，直至 (i) 受保人出院或完成治療或 (ii) 本保單終止後的第三十 (30) 日，以較先者為準，並按本保單終止生效日前一日適用的條款及保障作出賠償。本公司有權從任何保障賠償中扣除按本第二部分第 13 節所指的所有到期未付的保費。

為免存疑，若本保單包含認可產品以外的其他附加保障，當本公司取消或縮減這些附加保障時 –

- (d) 本認可產品的條款及保障會繼續生效，不帶來負面影響；及
- (e) 對本條款及保障中根據認可產品簽發的部分的延續性，以及對本公司繼續符合承保本條款及保障的牌照要求均不帶來負面影響。

16. 致本公司的通知

本公司要求保單持有人必須以書面，或其他獲得本公司認可的方式，發出所有致本公司的通知，並必須以本公司為收件人。

17. 致保單持有人的通知

本公司就本保單發出的通知必須以郵寄方式寄到保單持有人通知本公司的最新地址，或透過電子郵件傳送到保單持有人通知本公司的最新電郵地址。在下列情況下，保單持有人將被視為正式收到通知 –

- (a) 郵寄後兩 (2) 個工作日；或
- (b) 電子郵件的發出日期及時間。

18. 其他保障

若保單持有人擁有本認可產品以外的其他保障，保單持有人將有權向該等保障或本認可產品進行索償。不論如何，若保單持有人或受保人已從其他保障索償全部或部分費用，則本公司只會對未被其他保障賠償的合資格費用（如有）作出賠償。

19. 保單擁有權及責任的履行

本公司將以保單持有人為本保單的絕對擁有人，本公司無須確認保單持有人外的其他方於本保單中的衡平法權益或其他利益。賠償保障利益予保單持有人將被視為本公司已充分及有效履行本保單上的責任。

20. 更改保單擁有權

由本公司酌情決定並經批准後，保單持有人可透過本公司指定的表格，轉移本保單的擁有權。表格必須交予本公司，並經由本公司批核。本公司必須處理本保單續保時提出的轉移擁有權申請，並不得向保單持有人及其承繼人收取行政費用。轉移保單擁有權必須在本公司向原保單持有人及其承繼人發出書面通知批准後方為生效。自擁有權轉移生效日起，承繼人將被視為保單持有人，並按本第二部分第 19 節成為本保單的絕對擁有人，同時必須負責繳交保費（包括到期未付的保費）。

本公司不可否決保單持有人轉移保單擁有權至下列人士的申請 –

- (a) 年滿十八 (18) 歲的受保人；
- (b) 受保人的家長或監護人（如受保人為未成年人）；或
- (c) 按本公司當時適用的核保的慣常做法下，可接受的受保人的親屬。本公司必須備妥該等核保慣常做法以供保單持有人查閱。

21. 保單持有人身故

保單持有人可預先提名一人，在其身故時成為本保單的承繼人。若保單持有人生前未有提名任何承繼人，或指定承繼人拒絕接受本保單的轉移，本保單的擁有權將轉移至 –

- (a) 年滿十八 (18) 歲的受保人；或
- (b) 受保人的家長或監護人（如受保人為未成年人）。若家長或監護人拒絕接受本保單的轉移，本保單的擁有權將轉移至保單持有人的遺產管理人或執行人。

上段所述保單擁有權的轉移必須在本公司獲得保單持有人身故的充分證據後方可進行。

22. 第三者權利

任何非本保單合約一方的人士或法人，不能按《合約（第三者權利）條例》（香港法例第623章）強制執行本保單的任何條款。

23. 代位追討權

在本公司按本保單支付賠償後，本公司有權以保單持有人及 / 或受保人的名義，對可能需就導致本保單作出賠償的事故負責的第三者進行追討。本公司需支付所涉及費用，討回的款項亦歸本公司所有，並以本公司就本保單支付該事故的賠償金額為限。在追討過程中，保單持有人及 / 或受保人必須提供全部或已知的第三者過失詳情及充分與本公司合作。為免存疑，上述代位追討權只適用於當第三者並非保單持有人或受保人的情況。

24. 對第三者的訴訟

按本保單所述，保單持有人或受保人對任何註冊醫生、醫院或其他醫療服務提供者，因任何原因或理由所提出的損害進行訴訟或另類排解糾紛程序，本公司並無責任參與、就其作出回應或辯護（或支付其相關的費用），當中包括但不限於就以下情況出現的訴訟或另類排解糾紛程序：按本保單的條款，因檢查或治療受保人的傷病，過程中所牽涉及的疏忽、失職、專業失當行為或其他事件。

25. 寬免

任何合約一方寬免合約另外一方違反本保單條文的情況，將不會被視為獲得日後違反該條文或任何其他條文的寬免。任何一方不行使或延遲行使本保單下任何權利時，亦不會被釋義為該權利的寬免。任何寬免必須經本公司及保單持有人雙方同意，方可生效，而合約雙方仍須履行寬免範圍外，本保單所列的權利及責任。

26. 遵守法律

若本保單在適用於保單持有人或受保人的法律下已經或將會不合法，本公司有權從被判定為不合法日期起終止本保單，並需要按比例退還本保單終止後期間已收取的保費。

27. 個人資料私隱

本公司必須遵守《個人資料（私隱）條例》（香港法例第 486 章）及有關守則、指引及通函。

第三部分 保費條文

1. 應付保費

本條款及保障的應支付保費僅包括 –

- (a) 按本公司現行採用的標準保費表內的標準保費；及
- (b) 附加保費(如適用)。

2. 繳交保費

應付的保費金額會在本保單資料頁及/或第四部分第3節所指的續保通知內列明。不論是按每個保單年度或經本公司同意下以分期方式繳交的保費，均需在保費到期日前繳交，本公司才會支付賠償。除非在本保單中另有說明，保費一經繳交將不獲退還。

保費到期日、續保日及保單年度均參照保單資料頁及/或第四部分第3節所指的續保通知內指明的保單生效日釐定。第一期保費將於保單生效日到期。

3. 寬限期

本公司將給予保單持有人三十一(31)日繳交保費的寬限期，由每期保費到期日起計。本保單於寬限期內仍然生效，惟在收到保費前，本公司於該期間內不會支付任何賠償，直至保費已獲繳清。若在寬限期屆滿後保單持有人仍未繳清保費，本保單即於保費到期日起當日終止。

第四部分 續保條文

本條款及保障會在繳交保費後於保單生效日起生效，並按本第四部分條款在每個保單年度續保，保證續保至受保人身故。

1. 續保

本公司將按下列 (a) - (c) 段續保本條款及保障：

- (a) 除本公司不再獲《保險業條例》授權承保本條款及保障，或終止與政府註冊為自願醫保的產品提供者，或保單持有人按照第二部分第 3 節所述，於三十 (30) 日前以書面通知本公司決定不續保本條款及保障的情況外，將按以下安排續保：本條款及保障將按不差於續保時由政府公布最新版本的標準計劃條款及保障（當中第一部分第 7 節、第六部分第 1(b) 及第 5 節和政府不時批准的其他豁免事項則除外）自動續保。
- (b) 若本公司於續保時將會或已終止與政府註冊為自願醫保的產品提供者，但仍獲《保險業條例》授權承保本條款及保障，將按以下安排續保：本條款及保障將按不差於本公司終止與政府註冊為自願醫保的產品提供者時由政府公布最新版本的標準計劃條款及保障（當中第一部分第 7 節、第六部分第 1(b) 及第 5 節和政府不時批准的其他豁免事項則除外）自動續保。
- (c) 若本公司在終止與政府的註冊後，重新與政府註冊為自願醫保的產品提供者，於重新註冊生效當日或緊接的續保日，將按以下安排續保：本條款及保障將按不差於續保時由政府公布最新版本的標準計劃條款及保障（當中第一部分第 7 節、第六部分第 1(b) 及第 5 節和政府不時批准的其他豁免事項除外）自動續保。

按以上 (a) - (c) 段所述的續保情況下，任何其他對條款及保障的修訂應適用於所有同一類別保單，並且不可與以上 (a)、(b) 或 (c) 段（按情況而定）相違背及導致與續保前比較時，出現適用於本條款及保障的賠償限額被減少或共同保險或自付費增加的情況出現。

2. 調整保費

不論本公司在續保時有否修訂本條款及保障，本公司將有權按當時採用的標準保費表向所有同一類別保單調整標準保費。為免存疑，若附加保費設定為標準保費的某個百分比（即附加保費率），應付的附加保費金額將會按標準保費的變動自動調整。

在每個保單年度內及續保時，本公司不得因受保人的健康狀況變化而增加附加保費率（或在附加保費是以定額而非設定為標準保費某個百分比的情況下，增加其附加保費的定額），或增加受保人的個別不保項目。

3. 續保通知

不論本公司在續保時有否修訂本條款及保障，本公司應按本第 3 節的條款，在續保日前不少於三十(30)日向保單持有人發出書面通知。

該書面通知必須指明續保保費及續保日。若本公司在續保時，修訂了本條款及保障，本公司在發出書面通知書時，必須備妥已修訂的條款及保障，以供保單持有人參閱。經修訂的條款及保障及續保保費將由續保日起生效。

4. 除指定情況外不可重新核保

不論受保人的健康狀況自保單簽發日或保單生效日(以較早日期為準)起發生任何變化，在本條款及保障生效期間，本公司無權重新核保本條款及保障。

不論本條款及保障在符合第四部分第 1 節的情況下有任何改動，本公司無權重新核保本條款及保障。此限制適用於任何改動，包括但不限於本條款及保障容許的任何保障的升降或增刪，不論該改動是涉及本條款及保障的任何部分。

本公司僅在下列情況下有權重新核保本條款及保障—

- (a) 保單持有人要求本公司在續保時，按本公司的核保慣常做法對本條款及保障進行重新核保，藉此減低附加保費或取消個別不保項目。為免存疑，即使本公司拒絕上述要求或保單持有人不接受重新核保的結果，本公司亦無權終止或不續保本條款及保障；

- (b) 在任何時候，當保單持有人要求在本條款及保障增加額外保障（如有），或轉換為另一份提供更佳或額外保障的保險計劃（在這種情況下，重新核保的範圍只限於涉及更佳或額外保障的部分）。
- (i) 不論如何，在任何時候，保單持有人要求取消本條款及保障中新增的額外保障（如有），或轉換為另一份較低或較少保障的保險計劃，本公司無權重新核保本條款及保障，惟可按本公司現行處理類似要求的慣常做法接受或拒絕該要求；及
 - (ii) 即使本公司拒絕上述要求或保單持有人不接受重新核保的結果，本公司亦無權終止或不續保本條款及保障；
- (c) 當受保人改變居住地；

續保本條款及保障時，本公司有權因受保人的居住地改變重新核保本條款及保障，前提是—

- (i) 在本條款及保障生效前，本公司進行核保時已考慮受保人的居住地；
- (ii) 在遞交投保申請文件時，本公司已通知保單持有人，續保本條款及保障時需就居住地的改變重新核保；
- (iii) 本公司需管有相關的核保指引，當中明確地表明居住地的改變將如何影響核保結果，並備妥以供保單持有人查詢；
- (iv) 本公司重新核保時僅可考慮上述改變（即受保人的居住地改變的因素）；及
- (v) 重新核保的結果，對保單持有人及受保人而言，可以是有利或不利。

就本(c)段而言，本公司有責任要求保單持有人在續保時通知本公司，受保人的居住地是否有別於上一個續保日（或保單生效日，如屬首次續保）。保單持有人在收到要求後，有責任通知本公司相關改變。

- (d) 當受保人改變職業

續保本條款及保障時，本公司有權因受保人的職業改變重新核保本條款及保障，前提是—

- (i) 在本條款及保障生效前，本公司進行核保時已考慮受保人的職業；
- (ii) 在遞交投保申請文件時，本公司已通知保單持有人，續保本條款及保障時需就職業的改變重新核保；

- (iii) 本公司必須管有相關的核保指引，當中明確地表明職業的改變將如何影響核保結果，並備妥以供保單持有人查詢；
- (iv) 本公司重新核保時僅可考慮上述改變（即受保人的職業改變的因素）；及
- (v) 重新核保的結果，對保單持有人及受保人而言，可以是有利或不利。

就本(d)段而言，本公司有責任要求保單持有人在續保時通知本公司，受保人的職業是否有別於上一個續保日（或保單生效日，如屬首次續保）。保單持有人在收到要求後有責任通知本公司相關改變。

本公司及保單持有人均確認 –

- (e) 若本公司按本第四部分的條款有權或在有需要時，按某些因素在續保過程中重新核保本條款及保障，本公司必須按本第四部分的條款及當時的核保指引，並在重新核保時只考慮相關因素；及
- (f) 在重新核保後，本公司可終止本條款及保障、徵收附加保費、調高或降低原有的附加保費、增加個別不保項目，以及修訂或取消原有的個別不保項目。

第五部分 索償條文

1. 提交索償申請

所有就本條款及保障作出的索償申請必須於受保人出院或進行及完成相關醫療服務（當沒有住院時）當日起九十（90）日內提交予本公司。提交索償申請時必須包括下列文件及資料，否則有關索償申請會被視為無效或不完整，而本公司亦不會給予賠償—

- (a) 所有收據正本及 / 或分項賬單正本連同診斷、治療類別、治療程序、檢測或服務的證明；及
- (b) 所有本公司合理要求的相關資料、證明書、報告、證據、轉介信及其他數據或資料。

若保單持有人的索償申請未能於上述期限內提交，保單持有人必須通知本公司，否則本公司將有權拒絕其於上述期限後提交的索償申請。

所有在本公司合理要求下，而保單持有人理應能提供的相關證明書、資料及證據，其所需費用必須由保單持有人支付。在收到保單持有人提交所有(a)及(b)項的資料後，若本公司仍需索取更多證書、資料及證據以核實索償，相關費用則必須由本公司負責。

2. 可賠償金額估算

受保人在接受醫療服務前，保單持有人可要求本公司按本條款及保障估算賠償金額。在提出要求時，必須附上由醫院及 / 或主診註冊醫生所估算的金額（按當時香港適用的規管私營醫療機構相關法律及規例要求提供）。本公司收到要求後，必須按醫院及 / 或主診註冊醫生作出的估算，通知保單持有人可賠償金額的估算，而該估算只供參考，最終的賠償金額必須按本第五部分第1節(a)及(b)項所提供的實際費用證明而釐定。

3. 法律行動

在本公司收到按本條款及保障要求的所有索償證據後的首六十（60）日內，保單持有人不可就應付的索償金額採取任何法律行動。

4. 醫療檢查

索償時，本公司有權要求受保人接受由本公司指定的註冊醫生進行身體檢查，相關費用由本公司承擔。

第六部分 保障條文

1. 一般條件

(a) 保障地域範圍

除本第六部分第 3(l)節的精神科治療外，本條款及保障內的所有保障必須受本條款及保障第一補充文件第 1(a)節以及保障表內列明的保障地域範圍所規限。

上述限制並不適用於在標準計劃條款及保障範圍內的條款及保障。為免存疑，適用的標準計劃條款及保障，為按第四部分第 1 (a)、(b) 或 (c)節所述的版本。

(b) 終身保障限額

除第一補充文件第 3 節下的保障項目外，本條款及保障內的所有保障均須受本條款及保障的保障表內列明的終身保障限額所規限。

(c) 選擇醫療服務提供者

本條款及保障內的保障必須受本條款及保障於第一補充文件第 1(b)節及保障表內列明的選擇醫療服務提供者限制所規限。

上述限制並不適用於在標準計劃條款及保障範圍內的條款及保障。為免存疑，適用的標準計劃條款及保障，為按第四部分第 1 (a)、(b) 或 (c)節所述的版本。

(d) 選擇病房級別

本條款及保障內的保障必須受本條款及保障的第一補充文件第 1(c)節以及保障表內列明的病房級別選擇限制所規限。

上述限制並不適用於在標準計劃條款及保障範圍內的條款及保障。為免存疑，適用的標準計劃條款及保障，為按第四部分第 1 (a)、(b) 或 (c)節所述的版本。

2. 住院及非住院保障

按本條款及保障，當受保人在本條款及保障生效期間因傷病，並在註冊醫生的建議下：

- (a) 住院；或
- (b) 接受任何日間手術、意外急症門診治療、門診腎臟透析、訂明診斷成像檢測或訂明非手術癌症治療。

本公司將按本第六部分第 3 節及第一補充文件所列明的保障項目，賠償合理及慣常的合資格費用。

為免存疑，當受保人接受住院治療，但該次住院被視為非醫療所需，則因該次住院所招致的費用不會被視為上述 (a) 段所指的合資格費用。不過，保單持有人將仍有權就該次住院期間，符合上述(b) 段內所列明的醫療服務招致的相關合資格費用提出索償。

本條款及保障可賠償的合資格費用不會超過受保人所接受醫療服務的實際開支，並必須受保障表內的保障限額所規限。

為免存疑，本條款及保障只會賠償受保人接受醫療服務的合資格費用。除非另有說明，受保人以外的人士所接受的醫療服務費用均不獲賠償。

3. 保障項目

本第六部分第 2 節所保障的合資格費用，必須按下列保障項目作賠償 –

(a) 病房及膳食

本保障將賠償受保人在住院或接受任何日間手術或訂明非手術癌症治療期間，醫院就其住宿及膳食收取的合資格費用。

(b) 雜項開支

本保障將賠償受保人於住院期間或在接受任何日間手術當日，就接受醫療服務所收取的雜項開支的合資格費用，包括 –

- (i) 往返醫院的救護車服務；
- (ii) 施行麻醉及提供氧氣；
- (iii) 輸血行政費；
- (iv) 敷料及石膏模；

- (v) 在住院或任何日間手術期間服用的處方藥物；
- (vi) 在出院時或完成日間手術後處方，以供其後四（4）星期內使用的藥物；
- (vii) 於本第六部分第 3(h)節保障以外的額外手術用具、儀器及裝置，以及手術中使用的植入儀器或裝置、即棄用品及消耗品；
- (viii) 醫療用即棄用品、消耗品、儀器及裝置；
- (ix) 診斷成像服務，包括超聲波及 X 光以及其分析，但不包括本第六部分第 3 (i) 節所列的訂明診斷成像檢測；
- (x) 靜脈注射，包括注射液；
- (xi) 化驗及其報告，包括為住院期間的手術或治療程序或日間手術所進行的病理學檢驗；
- (xii) 住院病人租用輔助步行器具及輪椅的費用；及
- (xiii) 住院期間的物理治療、職業治療及言語治療。

(c) 主診醫生巡房費

若受保人在住院期間內任何一日接受註冊醫生的診治，本保障將賠償由該主診註冊醫生就巡房或診症收取的合資格費用。

(d) 專科醫生費

若受保人在住院期間內任何一日，在主診註冊醫生的書面建議下接受專科醫生（並非本第六部分第 3(c)節所指的主診註冊醫生）的診治，本保障將賠償由該專科醫生就巡房或診症收取的合資格費用。

(e) 深切治療

若受保人在住院期間內任何一日入住深切治療部，本保障將賠償就接受深切治療服務所收取的合資格費用。

為免存疑，已獲本保障賠償的合資格費用，不會再獲本第六部分第 3(a)節的賠償。

(f) 外科醫生費

本保障將賠償受保人在住院期間，或在為日症病人提供醫療服務的設備下，主診外科醫生為其進行手術所收取的合資格費用。

本保障將按手術表所列相關手術的分類及該手術本身所屬分類作賠償，而政府會不時審視手術表的內容及分類。若需進行的手術並無列於手術表內，本公司可按照政府刊登的憲報或其他相關出版物或資料，包括但不限於在進行該手術的所在地，其政府、相關監管機構及醫學組織認可的收費表，合理地決定該手術的分類。

(g) 麻醉科醫生費

在按本第六部分第 3(f)節的外科醫生費可獲賠償的情況下，本保障將賠償麻醉科醫生就相關手術所收取的合資格費用。

(h) 手術室費

在按本第六部分第 3(f)節的外科醫生費可獲賠償的情況下，本保障將賠償在手術期間使用手術室（包括但不限於治療室及康復室）的合資格費用。

為免存疑，在手術室內需個別收費的額外手術用具、儀器及裝置則將按本第六部分第 3(b)節賠償。

(i) 訂明診斷成像檢測

本保障將賠償受保人在住院期間，或在為日症病人提供醫療服務的設備下，因檢查或治療傷病進行訂明診斷成像檢測所收取的合資格費用，有關檢測必須在主診註冊醫生的書面建議下進行。

(j) 訂明非手術癌症治療

本保障將賠償受保人在住院期間，或在為日症病人提供醫療服務的設備下，接受訂明非手術癌症治療所收取的合資格費用，包括在接受治療期間就進行治療計劃、監察預後及病況進展的專科醫生門診收費。

為免存疑，有關訂明診斷成像檢測的合資格費用將按本第六部分第 3(i)節賠償。

(k) 入院前或出院後 / 日間手術前後的門診護理

本保障將賠償以下合資格費用—

- (i) 受保人在住院或日間手術前所需的門診或急症診症（包括但不限於診症、處方西藥或診斷檢測）；及
- (ii) 受保人在出院或日間手術後，由主診註冊醫生提供或書面建議的跟進門診（包括但不限於診症、處方西藥、敷藥、物理治療、職業治療、言語治療或診斷檢測）。有關門診必須在保障表列明的期間進行，並與需要住院或進行日間手術的傷病（包括其併發症）直接有關。

就上述 (i) 及 (ii) 段的保障而言，訂明診斷成像檢測及訂明非手術癌症治療將分別按本第六部分第 3(i)及(j)節作出賠償。

(l) 精神科治療

本保障將賠償受保人在專科醫生建議下，在香港境內住院接受精神科治療所收取的合資格費用。

本保障將取代本第六部分第 3(a)至(k)節的保障項目賠償。為免存疑，若受保人並非純粹為接受精神科治療住院，則本保障只會賠償與精神科治療相關醫療服務的合資格費用。在合資格費用同時涉及精神科治療與非精神科治療但未能明確分攤費用的情況下，如精神科治療為最初導致住院的原因，有關合資格費用會全數由本保障賠償；如精神科治療並非最初導致住院的原因，則有關合資格費用會全數由以上第 3(a)至(k)節的保障項目賠償。

4. 投保前已有病症

所有在投保申請文件或任何其後就相關申請提交予本公司的資料或文件（若本公司在第一部分第 8 節提出要求，則包括相關必需資料的任何更新及改動）中，向本公司披露的投保前已有病症，除非受個別不保項目（如有）所規限，本公司將按本條款及保障賠償該病症的合資格費用。本公司可因應在投保申請文件或任何其後就相關申請提交予本公司的資料或文件（若本公司在第一部分第 8 節

提出要求，則包括相關必需資料的任何更新及改動) 中披露的*投保前已有病症*或影響可保性的因素，對本條款及保障加設*個別不保項目*。在*保單簽發日*或*保單生效日*(以較早日期為準)後，除在第四部分第 4 節列明的情況外，本公司將無權再加設任何*個別不保項目*。

至於*保單持有人*或*受保人*在遞交*投保申請文件*(若本公司在第一部分第 8 節提出要求，則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*，本公司將按本條款及保障，並以下述的等候期與賠償比率賠償*合資格費用*—

首個 <i>保單年度</i>	沒有保障
第二個 <i>保單年度</i>	按保障限額賠償百分之二十五
第三個 <i>保單年度</i>	按保障限額賠償百分之五十
第四個 <i>保單年度</i> 起	按保障限額全數賠償

為免存疑，若*保單持有人*或*受保人*在遞交*投保申請文件*(若本公司在第一部分第 8 節提出要求，則包括所需資料的任何更新及改動) 時不察覺，及理應不察覺該*投保前已有病症*，本公司將無權因此重新核保或終止本條款及保障。

若*保單持有人*或*受保人*沒有按要求於*投保申請文件*(若本公司在第一部分第 8 節提出要求，則包括所需資料的任何更新及改動) 中披露*受保人*的*投保前已有病症*，而該*投保前已有病症*在投保前已接受治療或被確診，或*保單持有人*或*受保人*在遞交*投保申請文件*(若本公司在第一部分第 8 節提出要求，則包括所需資料的任何更新及改動) 時已察覺或理應察覺該病症出現的病徵或症狀，本公司有權因而宣告本條款及保障無效，並有權追討已支付的賠償及/或拒絕提供本條款及保障的保障。在該情況下，本公司將按第二部分第 14 節退還已繳交的保費。本公司必須就此情況負上舉證的責任。

5. 分擔費用規定

*保單持有人*必須支付本條款及保障和*保單資料頁*內列明的*共同保險*及/或*自付費*。為免存疑，*共同保險*及*自付費*並非指在實際費用超出本條款及保障賠償限額的情況下，*保單持有人*需支付的任何差額。

第七部分 一般不保事項

按本條款及保障，本公司不會賠償與下列項目相關或由其引致的費用—

1. 任何非醫療所需治療、治療程序、藥物、檢測或服務的費用。
2. 若純粹為接受診斷程序或專職醫療服務（包括但不限於物理治療、職業治療及言語治療）而住院，該住院期間所招致的全部或部分費用。惟若該等程序或服務是在註冊醫生建議下因而進行醫療所需的診斷，或無法以為日症病人提供醫療服務的方式下有效地進行的傷病治療，則不屬此項。
3. 在保單生效日前，因感染或出現人體免疫力缺乏病毒（“HIV”）及其相關的傷病所招致的費用。不論保單持有人或受保人在遞交投保申請文件（若本公司在第一部分第 8 節提出要求，則包括相關必需資料的任何更新及改動）時是否知悉，若此傷病在保單生效日前已存在，本條款及保障則不會賠償此傷病。若無法證明初次感染或出現此傷病的時間，則此傷病於保單生效日起計五（5）年內發病，將被推定為於保單生效日前已感染或出現；若在這五（5）年後發病，將被推定為於保單生效日後感染或出現。

惟本第 3 節的不保事項並不適用於因性侵犯、醫療援助、器官移植、輸血或捐血、或出生時受 HIV 感染所引致的傷病，有關賠償將按本條款及保障內其他條款處理。

4. 因倚賴或過量服用藥物、酒精、毒品或類似物質（或受其影響）、故意自殘身體或企圖自殺、參與非法活動、或性病及經由性接觸傳染的疾病或其後遺症（HIV 及其相關的傷病將按本第七部分第 3 節處理）的醫療服務費用。
5. 以下服務的收費—
 - (a) 以美容或整容為目的的服務，惟受保人因意外而受傷，並於意外後九十（90）日內接受的必要醫療服務則不屬此項；或
 - (b) 矯正視力或屈光不正的服務，而該等視力問題可透過驗配眼鏡或隱形眼鏡矯正，包括但不限於眼部屈光治療、角膜激光矯視手術（LASIK），以及任何相關的檢測、治療程序及服務。

6. 預防性治療及預防性護理的費用，包括但不限於並無症狀下的一般身體檢查、定期檢測或篩查程序、或僅因受保人及/或其家人過往病歷而進行的篩查或監測程序、頭髮重金屬元素分析、接種疫苗或健康補充品。為免存疑，本第 6 節並不適用於—
 - (a) 為了避免因接受其他醫療服務引起的併發症而進行的治療、監測、檢查或治療程序；
 - (b) 移除癌前病變；及
 - (c) 為預防過往傷病復發或其併發症的治療。
7. 牙科醫生進行的牙科治療及口腔頷面手術的費用，惟受保人因意外引致在住院期間接受的急症治療及手術則不屬此項。出院後的跟進牙科治療及口腔手術則不會獲得賠償。
8. 下列醫療服務及輔導服務的費用 - 產科狀況及其併發症，包括但不限於懷孕、分娩、墮胎或流產的診斷檢測；節育或恢復生育；任何性別的結紮或變性；不育（包括體外受孕或任何其他人工受孕）；以及性機能失常，包括但不限於任何原因導致的陽萎、不舉或早泄。
9. 購買屬耐用品的醫療設備及儀器的費用，包括但不限於輪椅、床及家具、呼吸道壓力機及面罩、可攜式氧氣及氧氣治療儀器、血液透析機、運動設備、眼鏡、助聽器、特殊支架、輔助步行器具、非處方藥物、家居使用的空氣清新機或空調及供熱裝置。為免存疑，住院期間或日間手術當日所租用的醫療設備及儀器則不屬此項。
10. 傳統中醫治療的費用，包括但不限於中草藥治療、跌打、針灸、穴位按摩及推拿，以及另類治療，包括但不限於催眠治療、氣功、按摩治療、香薰治療、自然療法、水療法、順勢療法及其他類似的治療。
11. 按接受治療、治療程序、檢測或服務所在地的普遍標準（或尚未經當地認可機構批准）界定為實驗性或未經證實醫療成效的醫療技術或治療程序的費用。
12. 受保人年屆八 (8) 歲前發病或確診的先天性疾病所招致的醫療服務費用。
13. 已獲任何法律，或由任何政府、僱主或第三方提供的醫療或保險計劃賠償的合資格費用。
14. 因戰爭（不論宣戰與否）、內戰、侵略、外敵行動、敵對行動、叛亂、革命、起義、或軍事政變或奪權事故所招致的治療費用。

第八部分 釋義

本條款及保障中使用的字詞及表述必須按照以下所述解釋：

- 「意外」 是指因暴力、外在及可見因素引致的突發事故，並且完全非受保人所能預見及控制。
- 「年齡」 是指受保人的實際年齡。
- 「每年保障限額」 是指本公司在每個保單年度內向保單持有人支付的最高賠償限額，不論任何在保障表中所列的保障項目是否已經達到其相關項目的賠償限額。
- 每年保障限額在每個新保單年度會重新計算。
- 「投保申請文件」 是指向本公司就本認可產品遞交的投保申請，包括與該投保申請有關的投保申請表格、問卷、可保性的證明、任何已提交的文件或資料，以及已作出的陳述及聲明（若本公司在第一部分第8節提出要求，則包括相關必需資料的任何更新及改動）。
- 「保障表」 是指本條款及保障所附的保障表，當中必須列明所涵蓋的保障項目及最高賠償限額。
- 「個別不保項目」 是指本公司可按受保人的投保前已有病症或其他影響其可保性的因素，就特定的不適或疾病而加設的不保承項目，訂明在本條款及保障中不保障。
- 「認可產品」 是指經政府認可為符合自願醫保內相關合規要求的保險產品內所有條款及保障(包括任何補充文件)。本認可產品內容包括本條款及細則和保障表及以下文件 –
- (a) 第一補充文件
- 「共同保險」 是指保單持有人在支付每個保單年度的自付費後(如有)，必須按比率分擔的合資格費用。為免存疑，共同保險並非指在實際費用超出本條款及保障賠償限額的情況下，保單持有人需支付的任何差額。

- 「本公司」 是指保泰人壽保險有限公司。
- 「住院」 是指受保人在醫療所需的情況下，按註冊醫生的建議以住院病人身份入住醫院以接受醫療服務。受保人必須入住醫院不少於連續六 (6) 小時。惟因急症在醫院進行手術或其他醫療服務的急症治療時，則沒有最低住院時間要求。
- 住院必須以醫院開出的每日病房費單據作證明，受保人必須在整個住院期間連續留院。
- 「先天性疾病」 是指 (a) 任何於出生時或之前已存在的醫學、生理或精神上的異常，不論於出生時有關異常是否已出現、被確診或獲知悉；或 (b) 任何於出生後六 (6) 個月內出現的新生嬰兒異常。
- 「日間手術」 是指受保人作為日症病人在具備康復設施的診所、日間手術中心或醫院內因檢查或治療而進行醫療所需的外科手術。
- 「日症病人」 是指在診所、日間手術中心或醫院 (非住院性質) 接受醫療服務或治療的受保人。
- 「自付費」 是指在本公司賠償餘下的合資格費用前，保單持有人在每個保單年度必須分擔的定額合資格費用。
- 「交付」 是指於第二部分第 2(a)節所述以下列任何方式將本條款及保障及保單資料頁或冷靜期通知書交付予保單持有人或其指定代表：
- (a) 由專人交付；
 - (b) 以郵遞方式 (包括掛號郵遞方式)；或
 - (c) 電子方式。
- 不論以何種方式交付，本公司有責任就交付的行為及交付的時間備存充分的證據作證明。
- 「傷病」 是指不適、疾病或受傷，包括任何由此而引發的併發症。
- 「合資格費用」 是指就傷病接受醫療服務所需的費用。

「急症」	是指受保人需立即接受醫療服務的事件或情況，以防止受保人身故、健康遭永久損害或遭受其他嚴重健康後果。
「急症治療」	是指急症所需的醫療服務，而所需的醫療服務必須在急症事件或情況出現後的合理時間內進行。
「靈活計劃」	是指在自願醫保的框架下，為保單持有人及受保人提供較標準計劃部分或全部更佳條款及保障，並必須經由政府認可的個人償款住院保險產品。除政府可能不時批准的豁免事項外，該等產品不得包含較標準計劃差的條款及保障。
「政府」	是指「香港特別行政區政府」。
「監護人」	是指按香港法例第 13 章《未成年人監護條例》被委任為或憑藉此條例成為未成年人的監護人的人士。
「港元」	是指香港法定貨幣。
「香港」	是指「中華人民共和國香港特別行政區」。
「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 – (a) 具備診斷及進行大型手術的設施； (b) 由持牌或註冊護士提供二十四 (24) 小時護理服務； (c) 由一(1)位或以上註冊醫生駐診；及 (d) 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。
「受傷」	是指完全因意外而非涉及任何其他原因所引致的身體損害（包括有或沒有可見的傷口）。
「住院病人」	是指住院中的受保人。
「保險業監管局」	是指按《保險業條例》第 4AAA 條設立的香港保險業監管局。

- 「保險業條例」 是指香港法例第 41 章《保險業條例》。
- 「受保人」 是指本條款及保障所保障，並在保單資料頁中列為「受保人」的人士。
- 「深切治療部」 是指醫院內專為住院病人提供深切醫療及護理服務而設的部門。
- 「終身保障限額」 是指本公司由本條款及保障生效起向保單持有人累計支付的最高賠償限額，不論保障表中所列的保障項目是否已經達到其相關項目的賠償限額，或個別保單年度的賠償是否已經達到每年保障限額。
- 「醫療服務」 是指就診斷或治療受保人的傷病所提供的醫療所需服務，包括按情況所需的住院、治療、程序、檢測、檢查或其他相關服務。
- 「醫療所需」 是指按照一般公認的醫療標準，就診斷或治療相關傷病接受醫療服務的需要，而醫療服務必須符合下列條件 –
- (a) 需要註冊醫生的專業知識或轉介；
 - (b) 符合該傷病的診斷及治療所需；
 - (c) 按良好而審慎的醫學標準及主診註冊醫生審慎的專業判斷提供，而非主要為對受保人、其家庭成員、照顧人員或主診註冊醫生帶來方便或舒適而提供；
 - (d) 在環境最適當及符合一般公認的醫療標準的設備下，提供醫療服務；及
 - (e) 按主診註冊醫生審慎的專業判斷，以最適當的水平向受保人安全及有效地提供。

就本條款及保障的釋義而言，在不抵觸上述一般條件下，符合醫療所需條件的住院情況包括但不限於以下例子 –

- (i) 受保人因急症需要在醫院接受緊急治療；
- (ii) 手術是在全身麻醉下進行；
- (iii) 醫院具備手術或治療程序所需的設備，有關手術或治療程序並不能以日症病人的方式進行；
- (iv) 受保人同時發生的傷病屬明顯嚴重；

- (v) 主診註冊醫生考慮到受保人的個人情況下，經過審慎的專業判斷及考慮受保人安全後，所需的醫療服務應在醫院內進行；
- (vi) 經過主診註冊醫生審慎的專業判斷，住院時間對受保人接受的醫療服務是合適的；及 / 或
- (vii) 如屬註冊醫生認為需要的診斷程序或專職醫療服務，經該註冊醫生審慎的專業判斷及考慮受保人安全後，所需治療程序或服務應在醫院內進行。

在上文(v)至(vii)的情況下，主診註冊醫生行使審慎的專業判斷時，應該考慮該住院是否 –

- (aa) 按照當地良好及審慎的醫療標準提供該醫療服務，而非主要為受保人、其家庭成員、照顧人員或主診註冊醫生提供方便或舒適的環境；及
- (bb) 在環境最適當及符合當地一般公認的醫療標準的設備下，提供該醫療服務。

- 「*未成年人*」 是指年齡未滿十八 (18) 歲的人士。
- 「*居住地*」 是指某人士在法律上擁有居留權的司法管轄區。*居住地*變更包括該人士獲得新增司法管轄區的居留權或停止擁有現有司法管轄區的居留權。上述關於*居住地*解釋僅適用於本條款及保障。為免存疑，某人士若對該司法管轄區只有法律上的入境許可，而非居留權（例如留學、工作或旅遊），該司法管轄區並不可被視為該人士的*居住地*。
- 「*保單*」 是指由本公司承保及簽發的本保單，並作為保單持有人與本公司之間就本認可產品的合約，當中包括但不限於本條款及細則、保障表、投保申請文件、聲明、保單資料頁及任何附於本保單的補充文件（如適用）。當本保單包含有本認可產品以外的條款及保障，該等條款及保障亦將被視作本保單的一部分。
- 「*保單生效日*」 是指本條款及保障的起始日，即保單資料頁內載明的「保單生效日」。
- 「*保單持有人*」 是指在法律上擁有本保單，並於保單資料頁內列為「保單持有人」的人士。

- 「保單簽發日」 是指首次簽發本條款及保障的日期。
- 「保單資料頁」 是指本條款及保障的附表，當中載有保單細節、保單生效日、續保日、保單持有人及受保人的姓名及個人資料，以及本條款及保障所適用的保障、保費及其他細節。
- 「保單年度」 是指本條款及保障的生效期限。首個保單年度是指由保單生效日起一(1)年內，直至首個續保日前一日為止(包括首尾兩日)的期限。至於在繼後的保單年度，則由每個續保日起計一(1)年。
- 「同一類別保單」 是指所有具備相同條款及細則及保障表，並在自願醫保下經政府認可為認可產品的保單。
- 「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
- (a) 病症已被確診；或
 - (b) 病症已出現清楚明顯的病徵或症狀；或
 - (c) 已尋求、獲得或接受病症的醫療建議或治療。
- 「附加保費」 是指本公司因承受受保人的額外風險向保單持有人收取標準保費以外的額外保費。
- 「訂明診斷成像檢測」 是指電腦斷層掃描(“CT”掃描)、磁力共振掃描(“MRI”掃描)、正電子放射斷層掃描(“PET”掃描)、PET-CT組合及PET-MRI組合。
- 「訂明非手術癌症治療」 是指治療癌症的放射性治療、化療、標靶治療、免疫治療及荷爾蒙治療。
- 「合理及慣常」 是指就醫療服務的收費而言，對情況類似的人士(例如同性別及相近年齡)，就類似傷病提供類似治療、服務或物料時，不超過當地相關醫療服務供應者收取的一般收費範圍的水平。合理及慣常的收費水平由

本公司合理及絕對真誠地決定，在任何情況下，此收費不得高於實際收費。

本公司必須參照以下資料（如適用）以釐定合理及慣常收費 –

- (a) 由保險或醫學業界進行的治療或服務費用統計及調查；
- (b) 公司內部或業界的賠償統計；
- (c) 政府憲報；及 / 或
- (d) 提供治療、服務或物料當地的其他相關參考資料。

「註冊醫生」、
「專科醫生」、
「外科醫生」及
「麻醉科醫生」

是指符合以下資格的西醫 –

- (a) 具有正式資格並已按香港法例第161章《醫療註冊條例》在香港醫務委員會註冊，或在香港境外的司法管轄區內由本公司絕對真誠及合理地認為具有同等效力的團體註冊；及
- (b) 在香港或香港境外的司法管轄區，經當地法例許可提供相關醫療服務。

下列人士在任何情況下均不得包括在內 – 受保人、保單持有人、保險中介人、或保單持有人及 / 或受保人的僱主、僱員、直系親屬或業務夥伴（除非事先經本公司的書面批准）。若該醫生未能按香港法例或在香港以外的司法管轄區具有同等效力的團體註冊（由本公司絕對真誠及合理地決定），本公司必須作出合理的判斷，以決定該醫生是否仍被視為符合資格及已註冊。

「續保」

是指就按本條款及保障不曾中斷地繼續承保。

「續保日」

是指續保的生效日期。首個續保日必須訂明於保單資料頁上（並不可遲於保單生效日的首個週年日），至於繼後的續保日則為首個續保日的週年日。有關續保日將在第四部分第3節所述的續保通知中列明。

「手術表」

是指附於本保障表的手術列表，表內的手術或治療程序按其複雜程度分類。政府將定期審視其內容，並不時公布有關修訂。

「不適」或「疾病」	是指正常健康狀態因受到病理偏差而出現的生理、心理或醫療狀況，包括但不限於受保人有否出現病徵或症狀的情況，亦不論是否已確診。
「標準計劃」	是指條款及細則與保障表等同自願醫保最低產品規格要求的保險計劃。政府將定期審視其內容，並不時公布有關修訂。
「標準計劃條款及保障」	是指標準計劃的條款及細則和保障表。政府將定期審視其內容，並不時公布有關修訂。 https://www.vhis.gov.hk/doc/tc/information_centre/c_standard_plan_template.pdf
「標準保費」	是指本公司向保單持有人就本認可產品的保障所收取的基本保費，適用於所有同一類別保單。保費可按受保人的年齡、性別及/或生活方式等因素進行調整。
「補充文件」	是指任何對本保單的條款及保障作出增刪、修改或取替的文件。補充文件包括但不限於附加於本保單並一併簽發的批注、附加契約、附錄或附表。
「條款及保障」	是指經政府認可後，本認可產品的條款及細則，以及保障表(包括手術表)和相關的補充文件。
「條款及細則」	是指本認可產品的第一至第八部分。