

自願醫保計劃

引言

1. 自願醫保計劃（簡稱「自願醫保」）是香港特別行政區政府（簡稱「政府」）食物及衛生局（簡稱「局方」）就個人償款住院保險產品推出的一項政策措施。保險公司和消費者的參與均屬自願性質。

2. 自願醫保致力為消費者提供額外選擇，讓受保於自願醫保產品的人士在有需要時可選擇使用私營醫療服務。自願醫保下的**標準計劃**為受保人士提供多項標準化的基本保障，其中包括－

- (a) 不論受保人士的健康狀況是否改變均保證續保至 100 歲；
- (b) 不設終生保障限額；
- (c) 保障涵蓋在投保時未知的已有病症；及
- (d) 保障涵蓋日間手術，包括按醫療需要進行的內窺鏡檢查。

此外，本計劃亦容許自願醫保的產品提供者推出「**靈活計劃**」，為受保人士在整體上保持**標準計劃**的保障之前提下，提供較高的保障選項。

3. 本計劃由局方執行和管理，保險公司如有意推出符合自願醫保規定的產品，必須先註冊為自願醫保的產品提供者，並就有意推出的**標準計劃**及**靈活計劃**（如適用）申請認可為符合自願醫保規定的認可產品，方可將有關產品以認可產品的名義推出市場。局方將由**2018年12月1日**起接受保險公司的註冊及產品認可申請。

4. 本計劃將由**2019年4月1日**起全面推行，屆時市場將有認可產品供消費者投購。在**2019年4月1日**或之後購買認可產品支付的保費，可合資格作稅項扣除。

計劃文件

5. 自願醫保的產品提供者必須遵守以下文件（統稱為「計劃文件」）闡述的計劃規則－

- (a) **自願醫保計劃下保險公司的註冊規則** – 保險公司必須先向局方成功註冊為自願醫保的產品提供者，方可獲准銷售認可產品。
- (b) **自願醫保計劃認可產品保單範本** – 所有認可產品（不論是**標準計劃**或**靈活計劃**）的保單條款及保障必須以此範本為基礎。
- (c) **自願醫保計劃下產品的合規規則** – 所有保險產品必須先獲局方根據此規則作出認可，方能以認可產品的名義供市民投購。
- (d) **自願醫保計劃下保險公司的實務守則** – 自願醫保的產品提供者必須遵守此守則內所載的實務要求，當中涵蓋產品提供、轉移安排、銷售及推廣、冷靜期和核保等方面。

6. 各計劃文件並非法定文件，亦不應取代任何法規、法律、規則、規例、守則或指引，或與其構成抵觸。

7. 在有需要時，局方會不時審視及修改/更新各計劃文件。局方亦有機會不時釐清或闡述計劃文件的部分內容（例如以常見問題的方式發布）。有關資訊並不構成計劃文件的一部分，唯對計劃文件的詮釋或闡述具引導作用。

8. 局方對以下保留最終決定權 –

- (a) 詮釋各計劃文件，包括當同一份計劃文件的中英文版本出現歧義時，對計劃規則作出詮釋決定並處理有關歧義；及
- (b) 在特殊的情況下，容許豁免遵守計劃文件內部分的規定。

任何由局方作出的決定將為最終決定。

查詢

9. 請透過電郵 vhis_enquiry@fhb.gov.hk 向自願醫保計劃辦事處提出與自願醫保有關的查詢。

自願醫保計劃下 保險公司的實務守則

食物及衛生局

2018年11月20日版本

目錄

1.	背景.....	1
2.	產品提供	4
3.	轉移安排	7
4.	銷售及推廣	9
5.	投保申請、核保程序和保單簽發	14
6.	售後服務	17
附件 A	有關冷靜期權益和冷靜期的披露細節	20
附件 B	釋義.....	23

1. 背景

目標

- 1.1 本自願醫保計劃下保險公司的實務守則（簡稱「本守則」）旨在－
- (a) 為《自願醫保計劃認可產品保單範本》作出補充，訂明相關的操守及準則；
 - (b) 加強自願醫保市場的透明度及投保方便程度，讓消費者在獲得充足資訊的情況下，就符合自願醫保規定的不同**認可產品**（簡稱「**認可產品**」），作出適當比較及投保決定；
 - (c) 確保消費者得到公平的對待；
 - (d) 協助保險公司遵守自願醫保的最低要求；及
 - (e) 協助**保單持有人**就自願醫保計劃保單的合資格保費申請稅務扣減。

原則

- 1.2 本守則在達致上述目標的同時，會考慮以下原則－
- (a) 自願醫保的政策目標；
 - (b) 符合公平交易和公平競爭的原則；及
 - (c) 在確保消費者得到充分保障和選擇的同時，亦顧及產品商業上的可行性和市場的靈活度。

適用範圍

- 1.3 本守則適用於所有向局方註冊為「自願醫保的產品提供者」的保險公司（簡稱「保險公司」），獲准銷售**認可產品**。
- 1.4 保險公司即使已終止註冊為自願醫保的產品提供者，仍必須根據自願醫保計劃認可產品保單範本第四部分所列的要求，為其**認可產品**已簽發的保單續保。只要涉及這類型的保單，保險公司必須繼續遵守本守則的規定。

相關規例及指引

- 1.5 按情況所需，本守則應與其他由相關監管機構及業界組織發布的相關法規、法律、規則、規例、守則或指引一併閱讀，其中包括但不限於－

- (a) 香港法例，例如 –
- (i) 《保險業條例》（第 41 章）；
 - (ii) 《稅務條例》（第 112 章）；
 - (iii) 《個人資料（私隱）條例》（第 486 章）；
 - (iv) 《競爭條例》（第 619 章）；
 - (v) 《防止賄賂條例》（第 201 章）；及
 - (vi) 《打擊洗錢及恐怖分子資金籌集條例》（第 615 章）；
- (b) 由保險業監管局（簡稱「保監局」）發出的指引，例如 –
- (i) 《網上保險活動指引》（指引 8）；
 - (ii) 《獲授權保險人的公司管治指引》（指引 10）；
 - (iii) 《承保長期保險業務（類別 C 業務外）指引》（指引 16）；及
 - (iv) 《保險經紀的最低限度規定指引》；
- (c) 由香港保險業聯會發出的指引及守則，例如 –
- (i) 《承保商專業守則》；
 - (ii) 《保險代理管理守則》；
 - (iii) 《冷靜期權益》；及
 - (iv) 直接促銷的相關指引及守則，例如於 2015 年 10 月 12 日發出的《有關直接促銷的最近判決》通告；
- 及
- (d) 個人資料私隱專員公署發出的指引及守則，例如 –
- (i) 《直接促銷新指引》。

1.6 受本守則約束的保險公司應繼續遵守適用的法規、法律、規則、規例、守則或指引。

局方的角色和責任

1.7 局方轄下的自願醫保計劃辦事處將負責管理自願醫保及處理與自願醫保合規事宜相關的查詢和投訴，並執行本守則內與自願醫保相關的條文，以及在有需要時轉介個案至其他機構（包括保監局）。

1.8 為提高透明度及問責性，局方將保留權利在有需要時，向市民披露及向立法會報告有關自願醫保和本守則的執行情況。

保監局的角色

1.9 根據《保險業條例》（第 41 章），保監局的主要職能是規管與監管保險業，以促進保險業的整體穩定，並保護現有及潛在的保單持有人。保監局其中一項主要職能是促進和鼓勵獲授權的保險公司，採用適當操守標準及良好穩妥的業務準則。

1.10 當投訴個案有可能構成《保險業條例》（第 41 章）第 41P 條所指的保險公司涉嫌不當行為，局方可將有關個案轉介至保監局。

1.11 保監局亦可就個人**償款住院保險**產品（不論是否屬於**認可產品**）的事宜對保險業界作出指引。

2. 產品提供

原則

- 2.1 保險公司應廣泛提供**標準計劃**，以供消費者申請投保。
- 2.2 **靈活計劃**的供應由市場主導。自願醫保應容許適當的靈活性，以鼓勵產品的創新、競爭及多元。

要求

提供認可產品作投保申請

- 2.3 在註冊為自願醫保的產品提供者後，保險公司必須提供一個經局方認可的**標準計劃**予消費者作投保申請。
- 2.4 保險公司可選擇是否提供**靈活計劃**，而提供的計劃數目亦不受限制。在推出認可的**靈活計劃**後，保險公司可自行決定停止接受該產品的新投保申請，但必須根據自願醫保計劃認可產品保單範本第四部分所列的要求，為相關**認可產品**已簽發的保單續保。

投保申請

- 2.5 保險公司必須考慮下列人士投保**認可產品**的申請 –
- (a) 香港居民¹；及
 - (b) 年齡介乎 15 天至 80 歲²。
- 2.6 保險公司必須考慮符合以下情況的**認可產品**投保申請 –
- (a) 一份保單有多於一名**保單持有人**；及
 - (b) **保單持有人**與**受保人**並非同一人。

保險公司亦可根據其**核保**準則，不接受符合上述(a)及/或(b)情況的申請。在這情況下，保險公司應向消費者解釋原因，並採取一致的準則及確保相關資料最少透過其公司網站發布以供查閱。

- 2.7 每一份**認可產品**的保障不可有多於一名**受保人**。

¹包括香港身份證持有人，及身為香港居民的 11 歲以下兒童。

²若認可產品是專為某年齡階層而設計（例如較年輕的人士），此項要求或可獲豁免。

2.8 保險公司可就所有**認可產品**的投保申請進行**核保**程序，並可在接受申請時收取**附加保費**及/或加入**個別不保項目**條文、拒絕投保申請，或因資料不足而押後處理申請。

續保的保險產品

2.9 對於在自願醫保實施前已投保現有個人**償款住院保險**保單³的保單持有人，保險公司應為其提供一個**標準計劃**或**靈活計劃**作為續保的選擇（詳情見第3節）。

2.10 對於已投保**標準計劃**的**保單持有人**，保險公司應為其提供**標準計劃**作續保。保險公司亦可同時為其提供**靈活計劃**作為額外的續保選擇。

2.11 對於已投保**靈活計劃**的**保單持有人**，保險公司應為其提供相關**靈活計劃**作續保。如**保單持有人**拒絕接受該**靈活計劃**，保險公司則應提供**標準計劃**予該**保單持有人**作為備用的續保選擇。

2.12 保險公司應確保所有用作續保的產品，在續保當日已根據自願醫保計劃認可產品保單範本第四部分所列的要求獲認可。

提供其他保險產品

2.13 保險公司可向**認可產品**的投保人提供其他保險產品，但不能以投保這些保險產品作為投保**標準計劃**的先決條件。換言之，保險公司應容許**標準計劃**投保人自行選擇是否同時投保其他保險產品。

2.14 上述第2.13節的限制並不適用於**靈活計劃**。

2.15 保險公司不能以投保違反自願醫保目標的保險產品，作為投保任何**認可產品**的先決條件。舉例說來，只限於使用本港公營醫療服務才獲賠償的住院現金保障產品，其產品設計違反了自願醫保希望紓緩公營醫療服務的目標。

2.16 當消費者同時投保**認可產品**及其他保險產品，保險公司不應故意透過收取各產品的個別保費或提供折扣的方法，違反與**認可產品**稅務扣減的相關法例，特別是關乎合資格保費的定義（詳情請參閱《稅務條例》（香港法例第112章））。

³ 所述的現有個人**償款住院保險**保單即在2019年3月31日或之前已生效的個人**償款住院保險**保單。

以特定年齡組群或客戶組群為目標的產品

- 2.17 在獲得局方批准的情況下，保險公司可推出以特定年齡的組群（例如較年輕的人士）或客戶組群（例如同一協會的成員）為銷售目標的**靈活計劃**。在此情況下，有關保險公司可以拒絕未符合相關組群定義的人士的投保申請，惟在續保時，不論**保單持有人**或**受保人**是否仍然符合相關年齡組群或客戶組群的定義，保險公司亦必須根據自願醫保計劃認可產品保單範本第四部分所列的要求，為相關**認可產品**已簽發的保單續保。
- 2.18 在續保時，如保險公司將會或有機會因為**保單持有人**或**受保人**不再符合相關年齡組群或客戶組群的定義而取消任何形式的折扣、禮物或其他獎賞禮遇，保險公司應在銷售過程及接獲查詢時向消費者解釋有關安排。

3. 轉移安排

原則

- 3.1 在自願醫保實施前已投保現有個人**償款住院保險**保單³的保單持有人（簡稱「現有保單持有人」），其承保的保險公司必須提供一次性的保單**轉移**安排。保險公司必須承諾於註冊成為自願醫保的產品提供者後，盡快為其現有保單持有人提供一個自願醫保**認可產品**作**轉移**安排。此承諾必須在局方開始接受**保險公司**註冊參與自願醫保起計十年內實現。
- 3.2 **轉移**安排應具透明度，並給予現有保單持有人公平的待遇。
- 3.3 除現有保單持有人（估計在 2016 年約有 230 萬名⁴）外，保險公司無須為其他保單持有人提供**轉移**安排。

要求

- 3.4 保險公司應為其現有保單持有人提供以下**轉移**安排－

(a) 在同一產品加入自願醫保的保障特點，不作重新核保－

- (i) 在此安排下，保險公司向現有保單持有人提供同一保險產品（**標準計劃**或**靈活計劃**）作續保，但產品加入了自願醫保的保障特點。保險公司不可重新**核保**⁵。換言之，儘管保險公司可在續保時調整**標準保費**，卻不可因**受保人**健康狀況的改變而作個別保費調整。若現有保單持有人不接受有關**標準計劃**或**靈活計劃**，其現有個人**償款住院保險**有可能被終止；
- (ii) 保險公司必須為所有投保**同一類別保單**⁶的現有保單持有人，提供相同的**認可產品**作續保安排。按**同一類別保單**提供相同的**認可產品**，此原則旨在避免**轉移**過程中出現不公平的準則；
- (iii) 保險公司在提供**靈活計劃**作續保時，若保單持有人拒絕該續保安排，保險公司必須容許保單持有人以**標準計劃**保單續保；及
- (iv) **未知的投保前已有病症的等候期**應按現有保單的生效日期開始計算，在等候期之後即可按**轉移**後的產品條款獲得保障；

及/或

⁴ 相應的受保人士估計約有 200 萬名，此數字與 230 萬的差別主要是由於部分人士持有多於一份保單。

⁵ 若現有的保單條文並無提供保證續保，保險公司可作**重新核保**。

⁶ 關於**同一類別保單**之定義請參閱附件 B〈釋義〉部分。

(b) 提供加入自願醫保保障特點的另一產品，可作重新核保－

- (i) 在此安排下，保險公司向現有保單持有人提供另一已加入自願醫保保障特點的保險產品（**標準計劃**或**靈活計劃**）作續保。若保單持有人選擇**轉移**至該新**認可產品**，其現有**個人償款住院保險**將不獲續保。保險公司可為**同一類別保單**下所有保單或部分保單作重新**核保**。若保險公司選擇豁免重新**核保**部分保單，則不可根據保單持有人的過往索償記錄而作出選擇；
- (ii) 保險公司必須為所有投保**同一類別保單**的現有保單持有人，提供相同的新**認可產品**。按**同一類別保單**提供相同的**認可產品**，此原則旨在避免**轉移**至新**認可產品**的過程中出現不公平的準則；
- (iii) 保險公司必須容許現有保單持有人選擇按原有的保單條文，以其現有**個人償款住院保險**保單續保；
- (iv) 若保險公司在重新**核保**後，拒絕**轉移**申請，或現有保單持有人拒絕接受申請或**核保**的結果，保險公司必須容許保單持有人選擇按原有保單條文，以其現有**個人償款住院**保險保單續保；
- (v) **未知的投保前已有病症的等候期**應按新保單的生效日期或保險公司指定的較早日期開始計算，在等候期之後即可按**轉移**後的產品條款獲得保障；及
- (vi) 在任何情況下，保險公司都必須最少提供**標準計劃**予現有保單持有人作**轉移**保單之用。

3.5 保險公司就**同一類別保單**提供作**轉移**安排的**認可產品**數目並無限制。

3.6 本守則所列明的冷靜期要求適用於第 3.4(b)節的**轉移**安排。唯冷靜期並非在所有續保的情況均屬強制性質，包括第 3.4(a)節的**轉移**安排。有關冷靜期的細節載於第 4.14 至 4.15 節及附件 A。

3.7 保險公司應透過最少一個有效渠道，例如公司網站、電郵或通知信，讓現有保單持有人知悉適用於他們的**轉移**安排及其相關**核保**安排。

3.8 保險公司應設立方便的渠道及安排已接受培訓的員工，解答現有保單持有人就**轉移**安排的查詢。

4. 銷售及推廣

原則

4.1 保險公司應就自願醫保及**認可產品**，提供清晰、準確、非誤導性及容易取得的資訊，以助其作出投保決定。

要求

資料的準確性

4.2 保險公司應確保所有銷售及推廣資料，包括但不限於公司網站、單張、以及其他印刷和網上內容均為－

- (a) 準確及非誤導性；
- (b) 備有中、英文版本(社交媒體及廣告除外)；
- (c) 用字淺白；及
- (d) 完整。如因篇幅所限而未能提供完整的資料，保險公司應預備其他途徑，讓消費者可獲取完整的資料(如在廣告或單張上印備可獲取完整資料的網址)。

4.3 保險公司應盡力保證消費者、**保單持有人**及**受保人**在閱覽銷售及推廣資料時可輕易辨識**認可產品**與非自願醫保產品的條款及保障。

獲取資料的渠道

4.4 在推廣**認可產品**的過程中，保險公司及其銷售代表應盡責地向消費者解釋其主要的產品及保費內容。

4.5 保險公司應提供便捷的渠道讓消費者獲取自願醫保及**認可產品**的重要資料，例如－

- (a) 公司參與自願醫保的註冊狀況；
- (b) 銷售中的**認可產品**資料及其保費；
- (c) **核保**所需資料包括**核保**因素、消費者的重要事實及資料等；
- (d) 稅項扣減的資格；及
- (e) 處理投訴程序。

便捷的渠道舉例來說包括公司網站、與銷售代表及服務代表的溝通渠道，以及查詢電話熱線。

參與自願醫保的保險公司

4.6 當保險公司成功註冊為自願醫保的產品提供者後，最少應透過其公司網站向消費者披露其註冊狀況。

4.7 當保險公司取消其自願醫保的產品提供者註冊後，最少應透過其公司網站即時向消費者披露知道此變更。

產品資料

4.8 保險公司最少應透過公司網站，向消費者提供其可供投保的**認可產品**最新清單。

4.9 就每一**認可產品**，保險公司應披露以下產品資料－

- (a) 該產品為**標準計劃**或**靈活計劃**；
- (b) 認可狀況及局方發出的**認可產品**編號；
- (c) 保單條款及細則和保障表；
- (d) 相對於**標準計劃**，**靈活計劃**所提供的更佳保障範圍及獲豁免的事項；
- (e) **靈活計劃**的限制，包括保障地域範圍、終身保障限額、醫療服務提供者及病房級別的限制(如適用)；及
- (f) **靈活計劃**的選項，包括**自付費**及**共同保險**(如適用)。

保費資料

4.10 就每一**認可產品**，保險公司應提供以下保費資料－

- (a) 按年齡、性別及其他因素(例如吸煙習慣)分級的**標準保費表**(顯示的保費不包括保監局收取的徵費)。此**標準保費表**最少必須透過公司網站提供；
- (b) 「年齡」的定義(上次生日年齡、下次生日年齡或最近生日年齡)；
- (c) 保費折扣(例如無索償折扣)的運作，如適用；
- (d) 保監局收取的徵費(或相關網頁的連結)；及
- (e) 其他費用的收費(或相關網頁的連結)，如適用。

4.11 如保險公司將會或有機會在特定情況下（如第 2.18 節所述因為**保單持有人**或**受保人**不再符合相關年齡組群或客戶組群的定義的情況下），取消任何形式的折扣、禮物或其他獎賞禮遇，保險公司應在銷售過程及接獲查詢時向消費者解釋有關安排。

核保的披露責任

4.12 保險公司應通知投保人，他們在**核保**時有責任披露個人資料及重要事實，以及隱瞞重要事實、虛報資料及詐騙的潛在後果。

4.13 在自願醫保計劃認可產品保單範本已明確說明，在特定情況下，保險公司會在保費退款中扣除部分作行政費之用。保險公司應事先向投保人解釋相關準則及計算方法。

冷靜期安排

4.14 保險公司應通知投保人，在**標準保單條款及細則**下，**保單持有人**有權於冷靜期內取消保單，並獲全數退還保費。冷靜期的設立可使投保自願醫保的人士於合理時間內，再次考慮是否投保該**認可產品**，及在未曾因索償而獲得或將獲得賠償的條件下，全數退還已繳保費。冷靜期權益適用於所有**認可產品**⁷。

4.15 冷靜期的期限最少為 21 天（保險公司亦可提供更長的期限），由保單交付予**保單持有人**或其代表後，或將通知書（當中列明保單已簽發及冷靜期何時屆滿）交付予**保單持有人**或其代表後開始計算，以較先者為準。

保障期限

4.16 在投保人提出要求並獲保險公司同意的情況下，首個**保單年度**有機會不足 12 個月。在此情況下，保險公司在銷售過程中及接獲查詢時，應向消費者解釋 –

- (a) 首個**保單年度**期限雖較短，但其保障限額及分擔費用規定均不受影響，包括 –
 - (i) 在保單表上所示的保障範圍、保障金額及保障限額；
 - (ii) **共同保險**；及
 - (iii) **自付費**；

⁷ 續保的**認可產品**除外，包括在第 3.4(a)節**轉移**安排下的續保情況。

- (b) **未知的投保前已有病症的等候期不應受影響**（即受保人在首個保單年度續保後，其未知的**投保前已有病症**隨即可獲得 25% 的賠償，即使首個保單年度不足 12 個月。）；及
- (c) 對保費折扣（如無索償保費折扣）的計算是否有影響，如適用。

保障地域範圍

4.17 保險公司在銷售過程中及接獲查詢時，應向消費者解釋－

- (a) 除精神科治療外，**標準計劃**內所有保障均全球適用；及
- (b) 當**靈活計劃**對保障地域範圍作出限制時－
 - (i) 限制區域的定義及保障調整規則；及
 - (ii) 有關限制並不適用於**靈活計劃**內的基本保障（即相等於**標準計劃**的保障範圍⁸）。

選擇醫療服務提供者

4.18 保險公司在銷售過程中及接獲查詢時，應向消費者解釋－

- (a) **標準計劃**內所有保障均不設醫療服務提供者選擇的限制；及
- (b) 當**靈活計劃**對選擇醫療服務提供者作出限制時－
 - (i) 指定醫療服務提供者的名單；及
 - (ii) 有關限制並不適用於**靈活計劃**內的基本保障（即相等於**標準計劃**的保障範圍⁹）。

選擇病房級別

4.19 保險公司在銷售過程中及接獲查詢時，應向顧客解釋－

- (a) **標準計劃**內所有保障均不設病房級別選擇的限制；
- (b) 當**靈活計劃**對選擇病房級別作出限制時－
 - (i) 訂明的病房級別，以及自願選擇更高級別病房時的保障調整詳情；
 - (ii) 保險公司將保證 (i) 的保障調整並不適用於非自願的病房級別提升；及

⁸ 詳情見自願醫保計劃認可產品保單範本第六部分第 1(a) 節。

⁹ 詳情見自願醫保計劃認可產品保單範本第六部分第 1(c) 節。

(iii)如自願選擇更高級別的病房，有關調整並不適用於**靈活計劃**內的基本保障（即相等於**標準計劃**的保障範圍¹⁰）。。

自付費及其他共同保險

4.20 保險公司在銷售過程中及接獲查詢時，應向顧客解釋

- (a) **標準計劃**內訂明診斷成像檢測的**共同保險**安排；及
- (b) **靈活計劃**下經局方批准的**共同保險**及**自付費**安排（如有）。

稅項扣減的資格

4.21 保險公司應根據**政府**公布的稅項扣減細節，在銷售過程中及接獲查詢時，讓消費者知道**認可產品**的稅項扣減資格。

¹⁰詳情見自願醫保計劃認可產品保單範本第六部分第 1(d)節。

5. 投保申請、核保程序和保單簽發

原則

- 5.1 保險公司應通知或讓投保人得知，按自願醫保計劃認可產品保單範本，其在投保申請及披露個人資料時的權利和責任，以及影響**核保**決定和投保結果的因素。
- 5.2 保險公司應採用公平及客觀的**核保**程序和準則。在評核風險情況相若的準受保人時，應採取一致的準則。

要求

投保申請文件內個人資料的搜集及使用

- 5.3 保險公司在設計投保申請文件（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）所採用的**核保**問題時，應確保－
- (a) 向投保人收集關於**受保人**個人資料的種類及數量，均與投保程序及**核保**相關，並足以作投保程序及**核保**之用；
 - (b) 投保申請表清晰簡潔，以便一般投保人理解（如用詞淺白、避免使用術語及以清晰的字體印刷）；
 - (c) 投保申請表內的問題具體、相關、並易於回答，以便顧客提供**核保**所需的重要資料（例如以舉例形式指示如何回答）；
 - (d) 清楚界定要求披露的事實的發生日期，包括在遞交投保申請文件後至**保單簽發日**或**保單生效日**（以較早的日期為準）的期間；
 - (e) 清楚界定所需收集的病歷，包括入院記錄、診斷、病徵或症狀等資料；
 - (f) 以顯著方式展示和標示重要資料於投保申請表內，令投保人注意（例如投保人應盡其所知，披露其健康狀況，及隱瞞的潛在後果）；及
 - (g) 投保人有充足時間提供一些未能即時備妥的資料。

申請表中冷靜期權益的披露

- 5.4 在投保申請表簽署欄的正上方以顯著方式印上「冷靜期權益」的聲明（見附件A），及在適用的情況下，透過保險中介人清晰地向投保人解釋該權益。

5.5 上述聲明應以粗體顯示，並以不小於投保申請表內主體內容和其他聲明的字體大小，並且不應使用小於八碼的字體。

5.6 聲明應使用與投保申請表其他部分相同的語言。

恰當的核保程序

5.7 投保申請過程中，保險公司在收集到**核保**所需的重要個人資料後，應採用公平、客觀及一致的**核保**程序和準則，評核風險情況相若的**受保人**。

5.8 保險公司應讓申請人得知有可能影響**核保**結果的健康及非健康因素。如保險公司於**核保**時會就**受保人**的職業組別及**居住地**作風險評估，保險公司應讓投保人得知其相關風險分類及對**核保**結果的影響，包括如何影響**附加保費**比率（如適用）。

5.9 當**核保**結果涉及**個別不保項目**，保險公司應確保其不承保的範圍定義清晰，並且是根據相關的**核保**資料而定。保險公司應盡量以個別病症而非整個身體部位或病徵及症狀，釐定**個別不保項目**的範圍。

5.10 如果**核保**慣常準則涉及專利及具敏感性，保險公司可選擇不公開相關資料。

通知及解釋投保申請結果

5.11 保險公司應在**核保**完成後的合理時間內通知投保人其投保申請結果。若需要更多時間處理投保申請，保險公司應通知投保人有關情況，並在有需要時要求投保人提供額外資料以助處理申請。

5.12 保險公司應按其**核保**決定向投保人解釋投保申請結果。按投保人要求，保險公司應就此決定提供書面解釋。若投保人申報的健康狀況導致保險公司收取**附加保費**及/或加入**個別不保項目**，或拒絕投保申請，保險公司應通知投保人—

(a) 收取**附加保費**及/或加入**個別不保項目**，或拒絕投保申請的原因；

(b) 收取**附加保費**及/或加入**個別不保項目**的詳情（如導致**附加保費**的各種原因及費用分布、導致加入**個別不保項目**的健康狀況、不承保的病症或身體部位範圍及其可能不受保障的併發症，以及不保項目為暫時性抑或永

久性)；及

(c) 風險等級的資料(如吸煙習慣、職業和**居住地**)及所適用的**附加保費**(如在**核保**時會考慮該等因素)。

5.13 保險公司應設立方便的渠道及安排已接受培訓的員工，解答投保人就投保申請結果及**核保**決定作出的查詢，或提出覆核**核保**決定的要求。

保單簽發及冷靜期權益通知

5.14 在保險公司接納投保申請及投保人繳付首次保費後，保險公司應確保於合理時間內將保單送交予**保單持有人**。

5.15 保險公司應確保已送交的保單中，清楚標明**認可產品**的**保單持有人**可享有的冷靜期權益。

5.16 有關冷靜期的細節載於第 4.14 節至 4.15 節及附件 A。

6. 售後服務

原則

6.1 保險公司應提供有效的售後服務，讓顧客了解他們在**認可產品**下可享有的權利，及處理**認可產品**的投訴。

明確支出預算及可賠償金額估算

6.2 保險公司收到由**保單持有人**提供，就將進行的非緊急手術的費用的估算金額後¹¹，應根據保障範圍向**保單持有人**預先提供整個手術的可賠償金額估算。

6.3 保險公司應知會**保單持有人**該可賠償金額估算只供參考，並不構成最終賠償責任。賠償將根據所有其後遞交的必要證明文件，並按保單條款及細則和**保單年度**內的保障限額作決定。最終的賠償金額及**自付費用**會根據醫療服務提供者發出的發票或收據中所列明的實際帳目和分項收費計算。

6.4 若選用指定醫療服務提供者可獲較高的保障，保險公司應在提供可賠償金額估算時，知會**保單持有人**此項選擇安排，讓其了解有關可賠償金額有機會因選用其他非指定的醫療服務提供者而有所更改。

6.5 若可賠償金額估算的結果，會因接受醫療服務的地域、醫療服務提供者及病房級別作出調整和限制，保險公司應在提供該可賠償金額估算時知會**保單持有人**。

更改保單持有人

6.6 按**標準保單條款及細則**，保險公司應處理**保單持有人**於續保時提出的轉移擁有權的申請，並且不可向**保單持有人**及其承繼人收取行政費用。

6.7 保險公司不可拒絕接受**保單持有人**轉移保單擁有權至下列人士的申請 –

- (a) 年滿十八歲的**受保人**；
- (b) 未滿十八歲的**受保人**之家長或監護人；或
- (c) 按保險公司當時適用的**核保慣常做法**下，可接受的**受保人親屬**。

¹¹根據《私營醫療機構條例》，私家醫院的持牌人必須訂立服務費用預算制度，以就訂明的治療及程序，提供該醫院的費用和收費估算。

- 6.8 由於**保單持有人**在第 6.7(c)節所述的權利，取決於個別保險公司的**核保**準則，因此保險公司應知會**保單持有人**其**核保**準則，並確保最少已在其公司網站備妥相關資料供**保單持有人**查閱。
- 6.9 在更改**保單持有人**後，保險公司應盡快向新**保單持有人**發出更新後的**保單資料頁**或補充文件。

協助申索稅項扣減的安排

- 6.10 保險公司應提供保費支付證明，以助**保單持有人**就**認可產品**的合資格保費申請稅項扣減。該證明必須清楚列明稅務局就稅項扣減所要求的資料，包括 –
- (a) **認可產品**的產品名稱及認可編號；
 - (b) 保單編號；
 - (c) **保單持有人**及**受保人**的姓名；
 - (d) 每位**受保人**扣除折扣後就**認可產品**繳付的淨保費；
 - (e) 保費涵蓋的保障期；及
 - (f) 保費繳付日期(即保險公司收取保費的日期)。
- 6.11 保費支付證明可以是保費收據或保費年結單¹²。在任何情況下，保險公司應在每年四月底前向**保單持有人**發出有關證明，以總結該年度三月底前過去 12 個月內已繳付的保費。
- 6.12 在保費獲退還的情況下，保險公司應在退還保費後的四星期內向**保單持有人**提供相關的保費退還證明。保費退還證明應清楚列明 –
- (a) **認可產品**的產品名稱及認可編號；
 - (b) 保單編號；
 - (c) **保單持有人**及**受保人**的姓名；
 - (d) 退還的保費金額；
 - (e) 退還的保費涵蓋的保障期；
 - (f) 退還日期；及

¹²即使保險公司在保單持有人每次繳付保費時已提供保費收據，如保單持有人提出要求，保險公司亦必須為其提供保費年結單，列出在 3 月底前的課稅年度內所有保費繳交及退還記錄。

(g) 顯示退還的日期及保費金額的分列明細資料¹³。

6.13 以上第 6.10 節至 6.12 節所要求的準則可因應稅務局提供的建議作出修訂。

有關自願醫保的查詢及投訴處理

6.14 保險公司應訂立內部程序，並提供便捷的渠道和安排已受培訓的員工，以處理顧客就自願醫保和**認可產品**提出的查詢和投訴。

6.15 保險公司應讓顧客得知以下可供查詢及投訴的渠道 –

- (a) 局方轄下的自願醫保計劃辦事處 – 處理與自願醫保相關的事宜，包括產品提供、**認可產品**的特點及本守則的要求；
- (b) 保監局 – 處理與保險公司及保險中介人一般操守相關的事宜；及
- (c) 稅務局 – 處理申索稅項扣除的事宜。

6.16 保險公司亦應讓顧客得知在把爭議訴諸香港法院前，可採用非訴訟排解糾紛的程序，包括但不限於透過保險投訴局進行調解及裁決，以及在雙方同意的基礎下透過其他途徑進行調解及仲裁。

¹³在保費退還的情況下，如保單持有人曾經就有關退還的保費申索稅項扣除，保險公司應提醒保單持有人在退還日期起的三個月內通知稅務局局長有關詳情。

有關冷靜期權益和冷靜期的披露細節

1. 申請表的聲明如下 –

取消保單權益及發還保費

本人明白本人有權以書面通知要求取消保單及取回所有已繳保費(扣除市場價值調整，如適用)及保費徵費；但是本人必須簽署該通知，並確保〔保險公司之香港總辦事處〕於以下時段內直接收到該通知：保單交付本人或本人的代表後或《通知書》發予本人或本人的代表後，起計的〔21天，或更長，視乎保險公司〕，以較先者為準。

2. 冷靜期的細節如下 –

- (a) 冷靜期的時段為將保單交付**保單持有人**或其代表後或將《通知書》發予**保單持有人**或其代表後，起計的21天（或更長，視乎保險公司），以較先者為準；
- (b) 《通知書》應通知**保單持有人**保單已經可以領取，及冷靜期的屆滿日。《通知書》應提醒**保單持有人**，他/她有權再三考慮投保**認可產品**之決定，以及如在冷靜期內取消保單，可獲發還已繳保費。《通知書》亦應提醒**保單持有人**，在《通知書》簽發日期後九天內，假如仍未收到保單合約，便應直接聯絡**保險公司**客戶服務部〔提供客戶服務熱線號碼〕；
- (c) 保險公司應保留《通知書》副本或確認保單已送出之收據。若有爭議或合理投訴時，保險公司應提供《通知書》或保單已送出的證明文件；及
- (d) 保險公司應 –
 - (i) 在中介人培訓資料和內部指引訂明 –
 - 準**保單持有人**簽署投保申請表時，保險中介人應向他們說明他們可享有冷靜期權益和冷靜期的屆滿日；及
 - 如果保險中介人負責代表保險公司派發保單，則應盡力於保單簽發後，並符合上述(b)及以下(d)(ii)規定之合理時間內，將保單交付**保單持有人**；
 - (ii) 制定內部監控措施確保和證明 –

- 保單簽發後九天內將保單交付**保單持有人**；或
 - 在保單簽發後九天內，發《通知書》予**保單持有人**，說明保單已經可以領取以及冷靜期的屆滿日；及
- (iii)遇到客戶於(a)訂明的時段過後要求退還保費而遭保險公司拒絕者，保存有關投訴或爭議記錄，以備在局方要求時，提供該等記錄。

3. 於保單簽發時，保險公司必須在通知**保單持有人**的函件上顯示以下聲明，或將聲明列印或以標籤形式張貼在保單封套/封面上，以提醒**保單持有人**其冷靜期權益－

閣下有權改變主意

如果閣下並非完全滿意這份保單，
閣下有權改變主意。

我們相信這份保單能滿足閣下的財務需求，但是如果閣下並非完全滿意，請－

- 將保單退回本公司；以及
- 附上由閣下親筆簽署要求取消保單的函件。

我們會取消此保單，並發還閣下已繳的保費(扣除市場價值調整，如適用)及保費徵費。

閣下如欲行使取消保單權益，必須符合以下條件－

- 閣下必須簽署要求取消保單的函件，並確保〔保險公司之香港總辦事處〕於以下時段內直接收到該份函件：保單交付閣下或閣下代表後或《通知書》發予閣下或閣下代表後，起計的〔21天，或更長，視乎保險公司〕，以較先者為準；及
- 如果閣下曾經因索償而獲得賠償，則不會獲發還保費。

如果閣下尚有疑問，請與〔保險公司的負責職員〕聯絡，我們樂於進一步向閣下解釋取消保單的權益。

4. 上述聲明的字型大小不應小於十。
5. 上述聲明用的語言，應與通知客戶保單已經簽發的其他往來函件的語言一致。

釋義

1. 個別不保項目

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**認可產品**中不保障。

2. 認可產品

自願醫保下獲認可符合規定的個人**償款住院保險**產品，包括**標準計劃**及**靈活計劃**兩個類別。

3. 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**並不適用於在實際費用超出本**認可產品**的賠償限額的情況下，保單持有人需支付的任何差額。

4. 自付費

是指在保險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。

5. 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。

6. 政府

是指香港特別行政區政府。

7. 償款住院保險

凡屬於下列保險合約分類的保險計劃，即可被定義為「償款住院保險」—

- (a) 屬於《保險業條例》（第41章）附表1第3部類別2（疾病）（即類別2（疾病）），提供彌償性質的利益的保險合約，以承保受保人因疾病或殘疾而引致損失的風險；或
- (b) 根據《保險業條例》（第41章）附表1第1部第3段，合約併合長期業務及性質屬類別2（疾病）的額外業務（例如同時包括人壽保險及醫療保險的保險保單，或附加到人壽保險並成為合約一部分的醫療保險附加契約）。

8. 受保人

是指**認可產品**所保障，並在**保單資料頁**中列為「受保人」的人士。

9. 轉移

現有**償款住院保險**計劃的保單持有人自願轉移到符合自願醫保要求的**認可產品**的保單之安排。

10. 居住地

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的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。為免存疑，某人士若對該司法管轄區只有法律上之入境許可，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之居住地。

11. 保單生效日

是指根據**認可產品**簽發的保單的起始日，即**保單資料頁**內載明的「保單生效日」。

12. 保單持有人

是指在法律上擁有**認可產品**保單，並於**保單資料頁**內列為「保單持有人」的人士。

13. 保單簽發日

是指首次簽發**認可產品**的日期。

14. 保單資料頁

是指載有保單細節、**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，以及所適用的保障、保費及其他細節。

15. 保單年度

是指**認可產品**的生效期限。首個**保單年度**是指由**保單生效日**起計，直至首個續保日一日為止(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年。

16. 同一類別保單

所有具備相同條款及細則和保障表的保單。舉例說，如保險公司提供一種個人償款住院產品，當中包括「普通病房」、「半私家房」及「私家房」三個等級並各自可選擇附加額外醫療保障，該產品可以細分為以下六項**同一類別保單**—

- (a) 類別一—「普通病房」；
- (b) 類別二—「半私家房」；
- (c) 類別三—「私家房」；
- (d) 類別四—「普通病房 + 附加額外醫療保障」；
- (e) 類別五—「半私家房 + 附加額外醫療保障」；及
- (f) 類別六—「私家房 + 附加額外醫療保障」。

17. 投保前已有的病症

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。

18. 附加保費

保險公司因承受**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。

附加保費的多少是與**核保**釐定的風險級別有關，其中一種常見的**附加保費**方式是**標準保費**的百份比來計算。

19. 標準計劃

是指條款及保障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。

20. 標準保單條款及細則

指**標準計劃**的保單條款及細則。

21. 標準保費

向所有**同一類別保單**的個別**保單持有人**收取的基本保費。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。

標準保費水平取決於成本因素及定價策略，亦可以因不同產品和不同保險公司而異。

22. 核保/重新核保

以醫療保險而言，**核保**是指保險公司評估投保人風險的程序。**核保**的結果將幫助保險公司決定是否接受投保申請，以及是否於保單收取**附加保費**及/或加入**個別不保項目**條文，以作風險管理。

重新核保是指保險公司於保單生效後向個別人士重新評估他/她的風險。

23. 未知的投保前已有的病症的等候期

自願醫保保單簽發後，投保人在此等候期內若因不察覺亦理應不察覺在投保前已有的病症而索償，保險公司會不作部分或全部賠償。以**標準計劃**而言，等候期為三個**保單年度**，首三個**保單年度**的賠償率分別為 0%、25% 及 50%。**靈活計劃**可設更短的等候期或更高的賠償率。