

投訴表格

向自願醫保計劃辦事處提出投訴前，請先細閱本表格夾附的「投訴須知」（「須知」）。須知闡述自願醫保計劃辦事處的角色和職責，以及關於保險公司違反自願醫保規則的投訴處理程序。

如欲向自願醫保計劃辦事處提出投訴，請填妥本表格，並連同所有相關證明文件的複本，透過下列方式交回本辦事處：

郵遞：香港九龍觀塘道392號創紀之城6期2902室

自願醫保計劃辦事處

傳真：(852) 2529 8982

電郵：vhis_enquiry@healthbureau.gov.hk

1. 投訴人資料

姓名：	(先生／太太／女士／小姐*)
聯絡電話：	
通訊地址：	
電郵：	(通訊將會發送到上述電郵地址)

2. 擬投訴的保險公司／公司／人士

--

3. 投訴詳情

(A) 基本資料

保險產品名稱：	
自願醫保認可產品編號：	
保單編號：	
保單生效日期：	
保單持有人姓名：	
受保人姓名：	

*請刪去不適用者

(B) 投訴的內容以及導致你作出投訴的事件經過及詳情（請具體說明投訴內容，並按時間先後次序清楚列明事件經過，例如日期、時間、地點、涉事各方等）

如以上欄位不足，請另紙填寫，並把附頁夾附於本表格。

(C) 你曾否向上文第2部所述的保險公司作出投訴？

沒有 有 保險公司的投訴個案參考編號（如有）： _____

投訴日期： _____

（請夾附投訴信副本及保險公司的回覆（如有））

(D) 你曾否向其他機構（例如保險業監管局、保險投訴局、消費者委員會等）作出投訴？

沒有 有 機構名稱： _____

投訴日期： _____

參考編號（如有）： _____

(E) 夾附於本表格以支持是次投訴的文件清單（如有）

（請夾附所有相關文件的複本）

1.	
2.	
3.	
4.	

如以上欄位不足，請另紙填寫，並把附頁夾附於本表格。

4. 收集個人資料聲明及同意披露個人資料和其他資料

本人現向自願醫保計劃辦事處作出投訴，且明白和同意：

- (a) 自願醫保計劃辦事處可使用和依據由本人已或將會提供有關是次投訴的資料和材料；
- (b) 所有本人向自願醫保計劃辦事處提供的資料和本人的個人資料(如適用)(例如本人姓名、保單編號等)將用於與處理是次投訴和履行自願醫保計劃辦事處職能相關的用途，以及法例所規定或許可的用途。本人亦確認已取得受保人(如非本人)的同意，為上述用途向自願醫保計劃辦事處披露其個人資料；
- (c) 所有個人資料將會保密，但在遵守任何適用法律的前提下，以及就只與上文(b)項所述用途有關而言，有關資料可披露或轉移予第三方，包括但不限於是次投訴涉及的保險公司／保險中介人和保險業監管局。本人同意以前述方式將本人的資料轉移，並確認已取得受保人(如非本人)的同意，以前述方式將其個人資料轉移；
- (d) 根據《個人資料(私隱)條例》第 18 條、第 22 條及附表 1 第 6 原則的規定，我有權要求查閱和改正所提供的個人資料。查閱的權利包括可就在本表格提供的個人資料索取複本。自願醫保計劃辦事處應查閱要求而提供資料時，可能會徵收費用。如情況適用，若本人擬查閱或更改自願醫保計劃辦事處持有的個人資料，可填妥「查閱資料要求表格」¹，並交回自願醫保計劃辦事處；以及

¹ 「[查閱資料要求表格](https://www.pcpd.org.hk/tc_chi/resources_centre/publications/forms/files/Dformc.pdf)」是個人資料私隱專員公署所指定的表格 (https://www.pcpd.org.hk/tc_chi/resources_centre/publications/forms/files/Dformc.pdf)。

- (e) 本人向自願醫保計劃辦事處提供相關資料和個人資料(如適用),全屬自願性質。然而,如本人不提供所需資料和個人資料,或本人提供的資料或個人資料(如適用)不真確或不完整,可能會影響自願醫保計劃辦事處處理本人的投訴。

委任代表

如你擬委任代表代為處理你的投訴,請填妥以下部分:

本人授權 _____ (姓名)代本人處理是次投訴,包括遞交資料和查詢投訴的進展(其中可能包括敏感資料和本人的個人資料(如適用))。

獲授權代表的聯絡電話號碼: _____

獲授權代表的通訊/電郵地址: _____

獲授權代表簽署

投訴人簽署

投訴人姓名

日期

投訴人簽署

投訴人姓名

日期

獲授權代表簽署
(如適用)

獲授權代表姓名
(如適用)

日期

自願醫保計劃辦事處投訴須知

自願醫保計劃辦事處的角色和職責

醫務衛生局轄下自願醫保計劃辦事處負責管理自願醫保計劃、執行計劃規則、處理有關計劃的查詢、以及處理關於參與計劃的保險公司（「自願醫保的產品提供者」）違反計劃規則的投訴。

自願醫保計劃規則適用於所有經醫務衛生局認可為合規的保險產品（「認可產品」），以及為認可產品簽發的保單。如投訴涉及認可產品以外的保險產品，自願醫保計劃辦事處在有需要時會把投訴轉介其他當局或機構，包括保險業監管局。

投訴的途徑

如你對保單有任何投訴，請先向有關保險公司尋求協助，讓該保險公司及時了解情況和盡早處理你的投訴。

視乎你的投訴性質和涉及之保單，你可向下列機構尋求協助：

投訴性質	受理投訴的機構
涉及自願醫保計劃下認可產品提供者作出的投訴	自願醫保計劃辦事處 電郵：vhis_enquiry@healthbureau.gov.hk 電話：(852) 2529 8900 傳真：(852) 2529 8982 地址：香港九龍觀塘道392號創紀之城6期2902室
涉及其他保險產品、保險代理人操守及保險經紀操守的投訴	保險業監管局 電郵：complaints@ia.org.hk 電話：(852) 3899 9983 傳真：(852) 3753 3812 地址：香港黃竹坑香葉道41號19樓
涉及索償及與索償無關但屬金錢性質爭議的投訴	保險投訴局 電郵：icb.enquiry@icb.org.hk 電話：(852) 2520 2728 傳真：(852) 2520 1967 地址：香港灣仔駱克道353號三湘大廈29樓

如何向自願醫保計劃辦事處作出投訴

為確保自願醫保計劃辦事處可以適時、有效處理你的投訴及避免引起不必要的誤會，請使用本辦事處的投訴表格，將你的投訴以書面方式列明，然後交回本辦事處。投訴表格可於 vhis.gov.hk 網站下載。

填妥的投訴表格，請以郵遞、傳真或電郵方式交回本辦事處：

自願醫保計劃辦事處

地址：香港九龍觀塘道392號創紀之城6期2902室

傳真：(852) 2529 8982

電郵：vhis_enquiry@healthbureau.gov.hk

所有投訴絕對保密，但其中所載資料可根據本辦事處在投訴表格上所列明的方式使用及轉移，包括你及受保人的個人資料。

我們將會在收到你的投訴後10個曆日內確認收妥。若投訴事項屬我們的權責範圍內，我們會小心審閱你所提供的資料並作出適當跟進。

正如上文所述，若你簽署投訴表格，即表示你已同意有關你及受保人（如非你本人）的任何個人資料的使用及轉移。在大部分的情況下，我們會將投訴轉介有關保險公司或其他合適機構作出調查。我們會跟進有關的進展，確保你的投訴得到有關保險公司的適當處理。

投訴人持續投訴

如投訴人長期持續投訴，但未能就相關的投訴個案提供所需的重要資料或證據，自願醫保計劃辦事處可能就該投訴個案停止再與投訴人作進一步討論或通訊。

終止對話政策

若投訴人以粗言穢語或出言侮辱自願醫保計劃辦事處職員，本辦事處職員將會向投訴人作出一次警告，表明如對方繼續使用粗言穢語或侮辱性的說話，便會立即終止對話。