

全自主百萬醫療計劃 - 特等計劃

目錄

| | | |
|--------|-------------------------------|----|
| 1 | 定義詮釋 | 3 |
| 2 | 一般條款 | 6 |
| 2.1 | 本保單 | 6 |
| 2.2 | 冷靜期 | 6 |
| 2.3 | 修訂及公司通知 | 6 |
| 2.4 | 保單權益人 | 7 |
| 2.5 | 受益人 | 7 |
| 2.6 | 更換保單權益人及受益人 | 7 |
| 2.7 | 更換居住地方或職業 | 7 |
| 2.8 | 權益轉讓 | 8 |
| 2.9 | 提供本保單的基準 | 8 |
| 2.10 | 付款貨幣 | 8 |
| 2.11 | 不分紅 | 8 |
| 2.12 | 合約（第三者權利）條例 | 8 |
| 2.13 | 取消保單 | 8 |
| 2.14 | 一般釋義及應用 | 9 |
| 2.15 | 資料披露義務 | 9 |
| 3 | 保費與恢復生效條款 | 10 |
| 3.1 | 保費繳付方法 | 10 |
| 3.2 | 續保 | 10 |
| 3.3 | 扣除未繳保費及到期未付的保費徵費 | 10 |
| 3.4 | 寬限期 | 10 |
| 3.5 | 恢復生效 | 10 |
| 4 | 每年自付費及地域範圍限制 | 11 |
| 5 | 權益條款 | 11 |
| 5.1 | 住院權益 | 11 |
| 5.1 | 住院權益 | 11 |
| 5.1.1 | 病房及膳食 | 11 |
| 5.1.2 | 深切治療部費用 | 11 |
| 5.1.3 | 醫生巡房費及專科醫生費 | 11 |
| 5.1.4 | 醫療雜項開支 | 11 |
| 5.1.5 | 醫院陪床費 | 12 |
| 5.1.6 | 私家看護費 | 12 |
| 5.1.7 | 訂明診斷成像檢測 | 12 |
| 5.1.8 | 精神科治療 | 12 |
| 5.2 | 手術權益 | 13 |
| 5.3 | 其他權益 | 13 |
| 5.3.1 | 入院 / 日間手術前的門診護理 | 13 |
| 5.3.2 | 出院 / 日間手術後的門診護理 | 14 |
| 5.3.3 | 出院後私家看護 | 14 |
| 5.3.4 | 緊急意外門診治療費 | 14 |
| 5.3.5 | 緊急牙科治療 | 15 |
| 5.3.6 | 訂明非手術癌症治療 | 15 |
| 5.3.7 | 腎臟透析 | 15 |
| 5.3.8 | 妊娠併發症 | 15 |
| 5.3.9 | 出院 / 日間手術後的中醫治療 | 16 |
| 5.3.10 | 出院 / 日間手術後的物理治療師或脊醫諮詢治療 | 16 |
| 5.4 | 索償限制 | 16 |

| | | |
|------|-----------------------------------|----|
| 5.5 | 訂明非手術癌症治療、腎臟透析及器官或骨髓移植的額外權益 | 17 |
| 5.6 | 日間手術現金權益..... | 17 |
| 5.7 | 額外現金補貼權益..... | 17 |
| 5.8 | 入住香港公立醫院的大房之現金權益..... | 18 |
| 5.9 | 恩恤身故權益及意外身故權益..... | 18 |
| 5.10 | 嬰兒之特別權益 | 18 |
| 5.11 | 於指定年齡減少或免除每年自付費之保證可轉換權 | 18 |
| 5.12 | 指定危疾之全額賠償 – 豁免每年自付費 | 19 |
| 5.13 | 其他來源的賠償 | 20 |
| 5.14 | 權益之調整及限制..... | 20 |
| 5.15 | 整體賠償限額及應付賠償..... | 21 |
| 5.16 | 於香港入住深切治療部的現金權益 | 21 |
| 5.17 | 於指定醫療服務提供者進行指定日間手術之條款及細則..... | 21 |
| 6 | 不保事項 | 22 |
| 7 | 自殺 | 22 |
| 8 | 索償條款 | 22 |
| 8.1 | 索償通知 | 22 |
| 8.2 | 索償證明 | 22 |
| 8.3 | 疾病證明 | 23 |
| 8.4 | 賠償 | 23 |
| 8.5 | 法律訴訟 | 23 |
| 9 | 終止 | 24 |
| | 附錄 1 – 日間手術一覽表 | 25 |
| | 附錄 2 – 指定危疾定義詮釋 | 27 |

1 定義詮釋

意外指被保人於本保單下受保的期間，導致被保人受損傷的突如其來、預料之外及非蓄意的外在事件。意外並不包括疾病、退化過程或任何其他自然出現的狀況。

年齡指本保單被保人之下次生日年齡（除非另有說明）。

麻醉師、醫生、外科醫生或專科醫生指根據香港醫生註冊條例（香港法例第 161 章）註冊及獲發牌照，及 / 或註冊於香港醫務委員會專科醫生名冊，而提供西醫醫療及外科服務的人士，或以其他合法授權在其執業所在地區提供此類服務的人士。除非事先得到我們書面批准，麻醉師、醫生、外科醫生或專科醫生不得為利益相關方。麻醉師不得為替被保人進行手術的主診醫生或外科醫生。

每年自付費指在我們將賠償餘下的合資格費用前，您在每個保單年度必須分擔的定額合資格費用。

每年保障限額指我們在每個保單年度內向您支付的最高賠償限額，不論任何在保單資料頁或任何批註中所列的權益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。

亞洲指阿富汗、澳洲、孟加拉、不丹、汶萊、柬埔寨、中國內地、香港、印度、印尼、日本、哈薩克、吉爾吉斯、老撾、澳門、馬來西亞、馬爾代夫、蒙古、緬甸、尼泊爾、新西蘭、北韓、巴基斯坦、菲律賓、新加坡、南韓、斯里蘭卡、台灣、塔吉克、泰國、東帝汶、土庫曼、烏茲別克及越南。

每年自付費之餘額指在本保單下，您或被保人需於相關保單年度內承擔之每年自付費之剩餘金額。

受益人指由您選擇在被保人身故時領取本保單身故權益的人士。

中醫師指根據香港中醫藥條例（香港法例第 549 章）註冊以中草藥師或針灸師身份執業之人士，或於治療當地的醫療當局註冊之人士（若該治療在香港以外進行）。除非事先得到我們書面批准，否則中醫師不得為利益相關方。

脊醫、物理治療師或牙醫指獲得香港有關政府認可註冊機構，或其執業所在地區，合法認可就其專業稱銜的專業領域執行服務的人士。除非事先得到我們書面批准，否則這些人士不得為利益相關方。

保單生效日指第一筆保費到期應付之日，亦是我們用於計算本保單開始時被保人的年齡，並列於保單資料頁上。

住院指被保人在醫療需要的情況下，按醫生的建議以住院病人身份入住醫院以接受醫療服務。住院將以醫院開出的每日病房費單據作證明，被保人必須在整個住院期間連續留院。

先天性疾病指（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。

日間手術指被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附錄 1 列明的檢查或治療而進行醫療需要的外科手術。

日症病人指在診所、日間手術中心或醫院（非住院性質）接受醫療服務或治療的被保人。

指定醫療服務提供者指已與我們達成有效書面協議的醫療服務提供者，其所設有的醫療網絡（包括但不限於為日症病人提供醫療服務設備的診所、日間手術中心或醫院）為被保人提供醫療服務。

傷病指疾病或損傷，包括以相同原因引起的多種傷病，及因該疾病或損傷引起的任何併發症。

合資格費用指因傷病而接受屬醫療需要的治療或服務所產生之合理及慣常收費。

急症指被保人需立即接受醫療服務的事件或情況，以防止被保人身故、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。

批註指本保單隨附的一份附加文件，註明我們對本保單作出的任何調整。

期滿日指緊隨被保人100歲生日後的保單週年日。

家庭成員指有關人士之配偶、子女、父母、配偶的父母、兄弟或姐妹、（外）祖父母、（外）孫子女、其他親屬或法定監護人。

首次徵狀指被保人首次經歷，將導致合理和審慎的人尋求醫療意見、診斷或治療，或醫療檢查或調查顯示有可能存在醫療病況的身體徵狀。

香港指「中華人民共和國香港特別行政區」。

醫院指符合以下所有要求的醫療設施：

1. 為根據其經營所在國家之法律持有牌照的醫院；
2. 由醫生監督，並由合資格護士提供24小時之護理服務；
3. 主要就損傷或疾病提供入院診斷及治療服務；
4. 具備診斷及進行大型手術之設施；及
5. 主要業務並非一般診所、療養設施、療養院、休養所、精神病設施、戒酒及戒毒中心、預防性醫療設施、順勢治療設施或臨終護理機構。

疾病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，包括但不限於被保人有否出現病徵或症狀的情況，亦不論是否已確診。

損傷指在保單簽發日當日或之後發生、且僅純粹因意外而直接對被保人造成之身體傷害。

入院指當被保人根據醫生或專科醫生的書面建議接受屬醫療需要的治療而入住醫院，惟該治療無法於醫院外安全提供。

被保人指受本保單保障並在保單資料頁中列明為「被保人」的人士。

深切治療部指醫院內為病人提供一對一護理服務的部門並為其進行專業復甦治療、監察及治療等程序。該部門必須每日二十四（24）小時由接受過特別訓練的合資格護士、技術人員及醫生留守，並配備復甦醫療儀器，以便持續評估各種維持生命的重要功能。

利益相關方指您或被保人（如不同人士）及其保險代理或代表、家庭成員、商業合夥人、僱主或僱員。

醫療服務指就診斷或治療被保人的傷病所提供的醫療需要服務，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。

醫療需要指由醫生、外科醫生或專科醫生為其診斷及 / 或治療疾病或損傷的一部分而作出的醫療建議。該醫療建議必須符合以下每個準則：

1. 如果沒有跟隨醫療建議，被保人的醫療狀況將會受到不利影響；
2. 建議獲香港或進行治療所在國家之醫學界廣泛接受，且根據所涉專科的認可西醫醫療標準，對診斷、緩解或治愈被保人的疾病或損傷屬有效、適當及必需；
3. 建議的醫療管理及 / 或治療並非實驗性質；及
4. 建議的診斷及 / 或治療不屬預防、調查或篩查性質，不是由被保人單獨選擇，也不是為了被保人或任何醫療服務提供者的個人方便或舒適而進行。這不包括：
 - 與疾病或損傷無關的一般身體檢查；
 - 在沒有疾病或損傷徵狀或病史的情況下，預防基礎性的篩查或檢查以查看是否患有該疾病或損傷；
 - 預防疾病或損傷的疫苗接種；
 - 與疾病或損傷無關的康復治療、監護或療養；
 - 以美容為目的整形手術，包括性別認同治療或任何形式的程序（即使不是以美容為目的）；
 - 牙科治療、眼部檢查及 / 或光學治療及手術，除非這些治療直接與本保單受保的疾病或損傷有關。

保單週年日指每年與保單生效日相同的日子。

保單簽發日指本保單保障開始之日，並列在保單資料頁上，或我們根據本保單第 3.5 條恢復本保單的保障之日，以較遲者為準。

保單資料頁指本保單所附文件。保單資料頁顯示有關本保單的重要資料，包括保單編號、應繳保費及本保單的權益。

保單年度指由保單生效日起計的每十二（12）個月。

投保前已有病症指被保人於保單簽發日前已存在的任何疾病、損傷、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 –

1. 痘症已被確診；
2. 痘症已出現清楚明顯的病徵或症狀；或
3. 已尋求、獲得或接受病症的醫療建議或治療。

訂明診斷成像檢測指電腦斷層掃描（“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指治療癌症的化療、放射性治療、標靶治療、免疫治療及荷爾蒙治療。

合資格護士指任何已按護士註冊條例（香港法例第 164 章）在香港護士管理局註冊，在香港提供醫療服務，或經法例許可在其執業所在地區提供此類服務之人士。除非事先得到我們書面批准，否則合資格護士不得為利益相關方。

合理及慣常指符合以下條件的費用或開支：

1. 屬醫療需要之治療、物資或醫療服務的實際收費；
2. 不超過在收取費用當地提供類似治療、物資或醫療服務收取的一般或合理平均收費水準；
3. 不包括因為有保險才衍生的收費。

在比較產生該筆費用或支出之所在地的政府、相關當局或認可之醫學會使用的費用表後，若我們判定該筆費用或支出為不合理及慣常，我們可能會調整本保單下的應付權益。

標準私家病房指被保人在住院期間入住設有供其使用之相連浴室的標準單人病房，但不包括設有獨立廚房、飯廳或客廳的任何醫院病房。

標準半私家病房指醫院內設有共用洗手間或淋浴室的單人或雙人病房。

標準普通病房指醫院內級別低於標準半私家病房的病房類型。

我們或我們的指簽發本保單的公司，即富衛人壽保險（百慕達）有限公司（於百慕達註冊成立之有限公司）。

您、您的或保單權益人指保單資料頁或任何批註上顯示持有本保單的人士。

2 一般條款

2.1 本保單

本保單根據香港法律管限，並為您與我們之間的保險合約證明。此合約是由本合約文件、保單資料頁、申請表及任何批註組成。

保單權益人及被保人在投保本保單時須提供真實及準確的資料。我們在收到您根據保單資料頁中列明應付的保費，及考慮您及被保人（如不同人士）在申請過程中提供的資料後，我們才發出本保單。提供的此等資料皆被視為申述，而並非保證。

2.2 冷靜期

保單權益人有權以書面通知我們取消保單並可獲退還任何您已繳付的保費及您已繳付的保費徵費（但不附帶利息）。惟該書面通知須由保單權益人親筆簽署，並按現時香港保險業監管機構訂立的冷靜期原則所指明，須在交付保單或交付冷靜期通知書給您或您的指定代表後緊接的二十一（21）個曆日內（以較早者為準）直接送達予我們方會受理。如果您在申請取消保單前曾經就本保單提出索償並獲得賠償，則不會獲退還有關保費及 / 或保費徵費。

2.3 修訂及公司通知

所有本保單的條款及細則的修訂均須列明於我們所發出關於本保單之書面批註及 / 或任何補充文件，方能生效。保險營業員或任何其他人士均無權修改或豁免本保單之任何條款。

我們就本保單發出的通知將按照您告知我們的最新聯絡資料以電子方式及 / 或郵寄方式發送。在下列情況，您將被視為正式收到通知 –

1. 電子通知的發出日期及時間；或
2. 郵寄後兩（2）個工作日。

2.4 保單權益人

於本保單生效期間，只有您作為保單權益人可對本保單作出變更要求以及行使本保單相關的權利。

您有權獲得本保單非因被保人身故而產生的任何款項。如您去世，本保單的款項將支付予您遺產的指定遺囑執行人或遺產管理人。若您同時為被保人，款項將會支付予受益人。

2.5 受益人

受益人是您指定在被保人身故時領取本保單款項的人士。您可以指定多名受益人以及每名受益人對任何款項的分配。

在被保人在生期間，受益人不可請求變更本保單、索取相關權益或行使相關於本保單的任何權利。

如您未指定任何受益人，或如所有受益人均先於被保人去世，我們將把款項支付予您或您遺產的指定遺囑執行人或遺產管理人（倘您去世）。

若任何一名受益人先於被保人身故，而您沒有提供您受益人提名的更新，其在保單中的權益份額將按指定比例重新分配予任何在生之受益人（若未作任何指定，則平均分配）。

若被保人與受益人於同一事故中身故，而正式死亡時間相同，任何本保單款項將按照兩（2）者之中年紀較長者先行身故之原則支付。

2.6 更換保單權益人及受益人

在本保單生效期間，您可向我們提出書面請求以更換本保單的保單權益人或受益人。當我們確定已取得所有相關的資料後，我們將此項變更登記在我們記錄內，而此項變更申請將自登記之日起生效。

2.7 更換居住地方或職業

若被保人變更其職業或居住國家，您必須立即通知我們，我們將根據我們的核保規則就此變更重新核保。若我們須下調或上調保費，我們將書面通知您新保費的金額及保費到期日。

您亦確認，我們重新核保時僅可考慮上述改變；及重新核保的結果，對您及被保人而言，核保結果可以是有利或不利。

若我們認為新的職業或新的居住國家根據我們的核保規則屬於較高的保費率，我們可能會上調保費金額，並收取保費差額及利息及任何需要繳付之額外保費徵費。

若我們認為新的職業或新的居住國家根據我們的核保規則屬於較低的保費率，我們可能會下調保費金額，退還保費差額及保費徵費（不附帶利息）。

若新的職業或新的居住國家根據我們的核保規則屬不可承保，則我們可能終止本保單或拒絕承擔在有關變更後產生的應付保單權益。

2.8 權益轉讓

您不得向任何人士或機構轉讓本保單或其權益。

2.9 提供本保單的基準

我們在保單申請過程中使用您及被保人（如不同人士）提供的資料，年齡、性別及其他重要事實，決定是否提供本保單。倘若保單資料頁內所列被保人的年齡或性別不正確：

- i) 如在發現錯誤當日或之前已繳保費少於應就被保人正確年齡或性別繳付的保費，我們有權要求您向我們繳付保費差額（附帶由我們釐定的利息及所有到期未付的保費徵費）；或
- ii) 如在發現錯誤當日或之前已繳保費多於應就被保人正確年齡或性別繳付的保費，我們有權退還保費及保費徵費的差額（不附帶利息）。

若(a)您及被保人在保單申請過程中提供的任何資料不正確，且倘基於正確資料我們原不會簽發本保單，或(b)您及被保人在保單申請過程中沒有披露可能影響我們風險評估的任何重要事實，則我們可取消本保單並將之視為從未生效。在此情況下，我們將退還任何已繳保費及保費徵費（不附帶利息），惟須扣除我們已支付的任何權益，並且您需退還從本保單中獲得的權益。我們將會發出書面取消通知至您在我們記錄中的地址。

2.10 付款貨幣

除非我們於保單資料頁或任何批註中列明不同的貨幣，我們或您須就本保單支付或繳付的所有款項會以港元作出。

我們將會按我們選擇的合理外幣匯率將任何應付金額兌換成港元。我們毋須因任何匯率相關而招致的損失而承擔法律責任。

2.11 不分紅

本保單並不分享我們的壽險基金之可分派盈餘。

2.12 合約（第三者權利）條例

任何非本保單一方的人士一概無權利根據合約（第三者權利）條例（香港法例第 623 章）執行本保單的任何條款。

2.13 取消保單

冷靜期過後，若您在該保單年度期間沒有就本保單獲得任何賠償，您可以在三十（30）日前以書面方式通知我們要求取消本保單。此權利在本保單首個（及其後的）保單年度續保後仍然適用。

2.14 一般釋義及應用

凡文意所需，任何字詞帶有性別意思將包括所有性別，而單數字詞亦包括複數意思，反之亦然。所有標題乃為方便而設，不會影響對此保單的闡釋。「部分」、「條」、「條款」及「附表」是指此保單內所指明的部分、條、條款及附表。若本保單條款與我們其他文件及紀錄在詮釋上出現差異而引致爭議，則以本保單條款為準。

2.15 資料披露義務

您確認，我們及 / 或我們的附屬成員必須遵守不時頒佈和修改的各司法管轄區的法律及 / 或規管性義務，比如美國外國賬戶稅務合規法案，及稅務局遵循的自動交換資料框架（「自動交換資料」）（統稱「適用規定」）。此等義務包括向本地及國際有關部門提供客戶或有關人士的資訊（包括個人資訊）及 / 或證實其客戶或有關人士的身份。此外，我們在自動交換資料下的義務是：

- i) 識辨非豁除「財務帳戶」的賬戶（「非豁除財務帳戶」）；
- ii) 識辨非豁除財務帳戶的個人持有人及非豁除財務帳戶的實體持有人作為稅務居民的司法管轄區；
- iii) 斷定以實體持有非豁除財務帳戶為「被動非財務實體」之身份及識辨控權人作為稅務居民的司法管轄區；
- iv) 收集當局要求關於非豁除財務帳戶的資料（「所需資料」）；及
- v) 向稅務局提供該所需資料。

您同意，我們將有權不時根據適用規定向您要求索取及向有關當局披露關於您、受益人及本保單的各項資訊，以：

- i) 促成我們向您發出本保單；
- ii) 根據本保單的條款向您及 / 或受益人提供可得的權益；及 / 或
- iii) 令本保單根據其條款保持生效。

此外，如先前（不論在申請時或任何其他時間）向我們提供有關我們在此條款下之法律義務的任何資料有任何更改，您同意在三十（30）日內向我們發出書面通知。

如您未有在我們合理要求的時期內提供此等資料，則儘管本保單有任何其他條款，我們在適用規定允許的範圍內仍有權，

- i) 向有關當局報告本保單及 / 或關於您及 / 或受益人的資料；
- ii) 終止本保單，並在扣除我們已支付的任何權益及欠我們的任何款項後退還已支付的任何保費和任何保費徵費；或
- iii) 採取任何其他可能合理要求的行動，包括但不限於調整本保單下的價值、結餘、權益或權利。

在該時期屆滿前以及儘管本保單有任何其他條款，如我們根據適用規定合理要求的任何資料尚未獲提供，則我們將有全權酌情決定可暫停或延遲根據本保單進行任何交易或向您提供任何服務，包括任何權益的支付。

3 保費與恢復生效條款

3.1 保費繳付方法

保單生效日為首期保費到期日。若首期保費未於保單簽發日起三十（30）天內繳付，本保單將被自動取消並視為從未生效。在此情況下，我們並無法律義務就本保單支付任何權益。

其後保費須繳付至期滿日。保費應按我們與您協定的繳款期繳付。

3.2 繢保

我們將於本保單每一個保單週年日自動續保，直至期滿日為止。自動續保僅在本保單保費在到期時獲繳付及毋須提供可受保證明，方才適用。

我們有權於每個保單週年日檢討及調整本保單的保費。保費率非保證不變，我們會根據包括但不限於被保人於續保時之年齡、索償經驗、醫療通脹及保單續保率釐定保費率，惟任何保費覆核須同時施行於所有其他同類保單。

3.3 扣除未繳保費及到期未付的保費徵費

若您並非按年繳付保費（例如每月繳付），我們將在支付任何身故權益前，從身故權益付款中扣除被保人身故之保單年度尚未繳付的保費及／或到期未付的保費徵費（如有），以及您拖欠我們的任何其他款項。任何尚未繳付的保費及到期未付的保費徵費應從任何應支付的權益中被扣除。

3.4 寬限期

我們將給予您三十（30）日繳交保費的寬限期，由首期保費後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，於該期間內不會支付任何權益，直至保費已獲繳清。若在寬限期屆滿後仍未繳清保費，本保單即於保費到期日起當日終止。

3.5 恢復生效

倘本保單因未繳交保費而失效，我們可同意使其恢復生效。為使本保單恢復生效，您必須：

- i) 在此保單終止之日起計一（1）年內以書面向我們提出申請；
- ii) 向我們提供令我們滿意之證明，證實基於我們用來評估首次申請的相同因素，被保人在本保單下仍然符合受保資格；及
- iii) 清繳所有未繳保費（連同按我們釐定的利率計算的利息）及任何到期未付的保費徵費。

我們可拒絕復效申請或調整本保單的條款。若我們接受復效申請，本保單將從我們決定的日期再開始。被保人於本保單失效日至復效日期間不獲任何保單保障。

4 每年自付費及地域範圍限制

我們於本保單下提供不同金額的每年自付費，保單資料頁或任何批註載明本保單中您所選的每年自付費。

除第 5.1.8 條所述的精神科治療、第 5.8 條所述的入住香港公立醫院的大房之現金權益及第 5.16 條所述的於香港入住深切治療部的現金權益外，本保單內所有權益必須受以下所列明的地域範圍限制所規限：

- i) 就非急症治療，我們根據本保單在亞洲產生的合資格費用提供保障；
- ii) 急症治療沒有地域範圍限制，我們根據本保單承保急症治療產生的合資格費用。

5 權益條款

我們將根據本保單的條款及細則賠償合資格費用。

最終按本保單第 5.1 · 5.2 及 5.3 條下已付及應付的賠償總金額，受限於保單資料頁或任何批註所列的每年保障限額、每年自付費（如有）及其他賠償限額。

住院權益

5.1 住院權益

我們將賠償下述的合資格費用，惟受限於保單資料頁或任何批註所列的每年保障限額、每年自付費（如有）及其他賠償限額：

5.1.1 病房及膳食

若被保人於醫院住院或進行任何日間手術或訂明非手術癌症治療，我們將賠償被保人住院時病房及膳食的合資格費用。

5.1.2 深切治療部費用

若被保人根據其主診醫生或外科醫生的書面建議在深切治療部內住院，則我們將賠償合資格費用。

若我們於本條下作出賠償，則我們將不會支付第 5.1.1 條下的權益。

5.1.3 醫生巡房費及專科醫生費

當被保人住院期間，我們將賠償下列合資格費用：

- i) 被保人的主診醫生探訪被保人的費用；及
- ii) 由其主診醫生書面建議的專科醫生治療之費用。

5.1.4 醫療雜項開支

我們將賠償被保人於醫院住院、接受任何日間手術或接受醫療服務當日所收取的雜項開支之合資格費用，這些費用涵蓋以下項目：

- 被保人所需的藥品及藥物；
- 敷料、普通外科用夾板及石膏繩帶，但不包括特別支架、人造義肢、裝置及儀器；
- 化驗室檢驗；
- 心電圖；
- 物理治療；
- 基礎代謝測試；
- X-光檢查；
- 測試及檢驗的醫療報告收費；
- 輸血及輸血漿的行政費，但不包括血液或血漿的費用；
- 當地往返被保人住院處的救護車服務；
- 手術後使用復甦室。

為清楚起見，我們將不會承保：

- i) 非醫療雜費，如訪客膳食、個人無線網絡、電話、影印、的士和個人物品；
- ii) 沒有被保人主診醫生書面建議的物品；
- iii) 被保人使用麻醉劑（但主診醫生處方使用則除外）；或
- iv) 非屬醫療需要的任何基因檢測、醫療服務、程序或物資。

除上述項目外，我們有權決定是否就本條款賠償特定服務或收費。

5.1.5 醫院陪床費

我們將賠償在被保人住院期間，醫院為被保人的一（1）位家庭成員加設一（1）張陪床所收取的合理及慣常費用。

5.1.6 私家看護費

若被保人主診醫生書面建議在被保人接受手術後或從深切治療部轉到醫院內其他病房後需要私家看護服務，我們將賠償被保人在住院期間由合資格護士提供的私家護理服務之合資格費用。

我們將只會支付一（1）位合資格護士每日所提供之合資格費用，受限於保單資料頁或任何批註所列的其他賠償限額。

5.1.7 訂明診斷成像檢測

我們將賠償被保人在住院期間，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醫生的書面建議下進行。

5.1.8 精神科治療

我們將賠償被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，受限於保單資料頁或任何批註所列的其他賠償限額。

我們將支付此權益以取代第 5.1.1 至 5.1.4、5.1.6 至 5.1.7、5.2、5.3.1 及 5.3.2 條下的權益項目賠償。為免存疑，若被保人並非純粹為接受精神科治療住院，則本權益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權益賠償；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 5.1.1 至 5.1.4、5.1.6 至 5.1.7、5.2、5.3.1 及 5.3.2 條下的權益項目賠償。

我們將只會在已支付第 5.1.1 或 5.1.2 條下的權益的情況下，支付第 5.1.3 至 5.1.6 條下的權益。

5.2 手術權益

我們將賠償被保人在醫院住院或接受日間手術期間因治療傷病而被收取的合資格費用，包括診症費、藥費、外科醫生之手術費、麻醉師費、手術室費，以及就手術期間使用相關物品及設備的其他合資格費用。

本賠償受限於保單資料頁或任何批註中所列的每年保障限額及每年自付費（如有）。

5.3 其他權益

我們將賠償下述的合資格費用，受限於保單資料頁或任何批註所列的每年保障限額、每年自付費（如有）及其他賠償限額：

5.3.1 入院 / 日間手術前的門診護理

我們將賠償被保人就某項傷病在其住院或接受日間手術前接受該傷病的門診或急症診症所產生的合資格費用，受限於保單資料頁或任何批註所列的其他賠償限額。本權益最多為：

- 每日一（1）次導致相關住院或日間手術的門診或急症診症；及
- 每次住院或每宗日間手術前三（3）次門診或急症診症。

我們將同時賠償住院或日間手術前此等門診或急症診症所需服用的任何西醫處方藥物之合資格費用。

在本條款下，我們將不會就任何中醫師的治療、脊醫治療、足部治療或物理治療而支付權益，即使被保人在該治療或診症後需要住院或接受日間手術。

就本條款所支付的權益而言，訂明診斷成像檢測及訂明非手術癌症治療將分別按第 5.1.7 及 5.3.6 條作出賠償。

我們將只會在第 5.1.1、5.1.2 或 5.2 條下的權益已支付的情況下支付此權益，惟受限於保單資料頁或任何批註中所列的每年保障限額、每年自付費（如有）及其他賠償限額。

5.3.2 出院 / 日間手術後的門診護理

如被保人的主診醫生建議被保人就某項傷病於住院或日間手術後接受跟進門診診症，則我們將賠償被保人出院或完成日間手術後九十（90）日內的跟進門診診症所產生的合資格費用。本權益最多為：

- 每日一（1）次跟進門診診症；及
- 每次住院或每宗日間手術後二十（20）次跟進門診。

我們將同時賠償在此九十（90）日內與住院或完成日間手術相關的任何西醫處方藥物之合資格費用。

僅在被保人的主診醫生作出書面建議的情況下，我們將會支付此權益；且在本條款下，我們將不會就任何中醫師的治療、脊醫治療、足部治療或物理治療支付權益，無論該等診症是否與跟進門診診症有關。

就本條款所支付的權益而言，訂明診斷成像檢測及訂明非手術癌症治療將分別按第 5.1.7 及 5.3.6 條作出賠償。

我們將只會在第 5.1.1、5.1.2 或 5.2 條下的權益已支付的情況下支付此權益，惟受限於保單資料頁或任何批註中所列的每年保障限額、每年自付費（如有）及其他賠償限額。

5.3.3 出院後私家看護

若被保人的主診醫生為被保人作出書面建議就某項傷病住院後，需要屬醫療需要的護理輔助，我們將賠償一位合資格護士緊隨被保人接受手術或離開深切治療部後出院的三十（30）日內在被保人家中提供服務所產生的合資格費用，惟受到保單資料頁或任何批註所列的其他賠償限額的限制。本權益受限於每日最多一（1）位合資格護士到訪及每保單年度最多三十（30）日。若在同一到訪有多於一（1）位合資格護士提供護理服務，則只賠償當中最高合資格費用的一（1）位合資格護士到訪；或若被保人在同一日接受多於一（1）位合資格護士到訪，則只賠償一（1）位最高合資格費用的合資格護士之到訪。

我們將只會在第 5.1.2 或 5.2 條的權益已支付、及在被保人的主診醫生作出書面建議，而上述服務與該項傷病直接相關的情況下，才會支付此權益。此權益受限於保單資料頁或任何批註中所列的每年保障限額、每年自付費（如有）及其他賠償限額。

5.3.4 緊急意外門診治療費

若被保人遭受意外，並需要在意外發生後七十二（72）小時內接受由醫生、外科醫生或專科醫生在醫院的門診部或急症室或醫生、外科醫生或專科醫生的診所需接受的急症治療，則我們將就該治療所產生的合資格費用作出賠償。

此權益只賠償非導致住院或日間手術的門診或急症診症之合資格費用。

5.3.5 緊急牙科治療

若被保人在意外中受損傷而直接導致其健全自然牙齒需接受緊急牙科治療，且該治療於發生意外後三(3)個月內由牙醫於註冊牙醫診所或醫院內提供，我們將就其所產生的合資格費用作出賠償。

我們將不會支付以下任何權益：

- i) 任何牙齒修復或修補治療、假牙、採用任何貴金屬或任何類型的矯齒或牙周病治療，或其他牙科手術，除非這些牙科手術乃醫療需要；
- ii) 由飲食引致損傷的治療；
- iii) 由正常磨損引致損壞的治療；或
- iv) 由刷牙或任何其他口腔衛生護理程序引致損壞的治療。

5.3.6 訂明非手術癌症治療

我們將賠償被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條款的第5.1.7條賠償。

5.3.7 腎臟透析

我們將賠償被保人在住院期間或在為日症病人提供醫療服務的設備下，在其主診醫生的書面建議下接受血液透析或腹膜透析所招致的合資格費用。本權益將同時賠償被保人在其主診醫生的書面建議下，在家中使用腎臟透析機的租借費用。

5.3.8 妊娠併發症

我們將賠償您在懷孕產前階段或分娩期間，出現以下懷孕相關併發症因而在住院期間或在為日症病人提供醫療服務的設備下接受由外科醫生進行的手術，就第5.1.1至5.1.4、5.1.7及5.2條所述的權益項目所招致的合資格費用 –

- i) 異位妊娠；
- ii) 葡萄胎妊娠；
- iii) 播散性血管內之凝血機制障礙；
- iv) 先兆子癇；
- v) 流產；
- vi) 先兆流產；
- vii) 醫療需要之人工流產；
- viii) 胎兒夭折；
- ix) 因產後出血切除子宮；
- x) 子癇；
- xi) 羊水栓塞；或
- xii) 妊娠肺栓塞；

本權益只賠償於保單簽發日起計最少一(1)年後被確診的妊娠併發症。

若您按第 5.14 條更改每年自付費，於我們所批准的每年自付費生效滿一（1）年後，我們將按最新之每年自付費作賠償。為清楚起見，在此一（1）年期間，我們將按原有之每年自付費支付本條下的權益金額。

除於此權益另有規定外，我們將不會承保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）；或性機能失常，包括但不限於任何原因導致的陽萎、不舉或早泄。

5.3.9 出院 / 日間手術後的中醫治療

如果我們已支付第 5.1.1、5.1.2 或 5.2 條的權益，且被保人於出院或完成日間手術後九十（90）日內就同一傷病接受由中醫師所進行的跟進門診治療，我們將就該等治療產生的合資格費用（包括任何用於中醫治療的處方藥物）作出賠償，最多為：

- 每日一（1）次中醫治療；及
- 每次住院或每宗日間手術後十（10）次中醫治療。

本權益亦受限於保單資料頁或任何批註所列的其他賠償限額。

5.3.10 出院 / 日間手術後的物理治療師或脊醫諮詢治療

如果我們已支付第 5.1.1、5.1.2 或 5.2 條的權益，且被保人於出院或完成日間手術後九十（90）日內就同一傷病接受由主診醫生書面建議的物理治療師或脊醫所進行的跟進門診治療，我們將就該等治療產生的合資格費用作出賠償，最多為：

- 每日一（1）次物理治療師或脊醫治療；及
- 每次住院或每宗日間手術後十（10）次物理治療師或脊醫治療。

本權益亦受限於保單資料頁或任何批註所列的其他賠償限額。

5.4 索償限制

- i) 若被保人於住院期間的任何一（1）天在自願的情況下入住相比保單資料頁或任何批註內所示的合資格房級別較高之醫院住宿病房級別，以下所示的病房級別調整因子將應用於當日所招致的合資格費用。

| 合資格病房級別 | 實際入住的病房級別 | 病房級別調整因子 |
|---------|-----------|----------|
| 標準普通病房 | 標準普通病房 | 100% |
| | 標準半私家病房 | 50% |
| | 標準私家病房 | 25% |
| | 標準私家病房以上 | 12.5% |

病房級別調整因子將不會應用於以下情況：

- a) 在接受急症治療時，因房間短缺而無法入住訂明級別的病房；
- b) 因病情需要隔離而入住特定級別的病房；或
- c) 不涉及您及被保人個人偏好的其他原因。

- ii) 若被保人因企圖自殺、自殘或由於長期酗酒或濫用藥物造成的任何狀況，直接或間接有關、導致或引致其有需要就某項傷病住院或接受治療或引致收費，我們將賠償合資格費用，惟最多將受限於第 5.1、5.2 及 5.3 條的每保單年度 10,000 港元。

5.5 訂明非手術癌症治療、腎臟透析及器官或骨髓移植的額外權益

本權益將賠償超出以下應付金額的合資格費用，惟受載於保單資料頁或任何批註所列本權益的賠償限額所規限 –

- i)就訂明非手術癌症治療於第 5.3.6 條的賠償；
- ii)就腎臟透析於第 5.1.4 及 5.3.7 條的賠償；或
- iii)就器官或骨髓移植於第 5.1.1 至 5.1.7 及 5.2 條的賠償。

5.6 日間手術現金權益

- (a) 不論按本保單內就任何其他權益項目所賠償的合資格費用之金額，若被保人接受的日間手術可獲本保單賠償，本權益將根據下列日間手術之分類賠償於保單資料頁或任何批註中所列的金額及受其限制所規限。本權益受限於每日最多一(1)宗日間手術。
- (i) 於第 5.17 條之條款及細則所指的指定醫療服務提供者或於中國內地進行的指定日間手術，該指定日間手術列明於指定日間手術及指定醫療服務提供者之列表（下簡稱「列表」）；或
 - (ii) 於指定醫療服務提供者或於中國內地進行的指定日間手術以外的任何日間手術；或於中國內地以外的非指定醫療服務提供者進行的任何日間手術。
- (b) 當被保人於指定醫療服務提供者進行指定日間手術，若不符合第 5.17 條(a)部分所示的任何一項規定，於第 5.6 條 (a)(i) 節之權益將不適用，而本權益將根據上述第 5.6 條 (a)(ii) 節所適用的賠償限額支付保障。
- (c) 列表會在我們的網頁(www.fwd.com.hk/zh/support/medical-support/)公佈。我們有權就列表不時作出增刪、修改或取替，而不作事前另行通知。任何更改將被視為於列表上所示之生效日期生效。我們建議您及 / 或被保人在接受指定日間手術前參考我們的網頁所載之最新列表。
- (d) 為免存疑，若被保人於同日接受多於一(1)宗日間手術，本權益只會根據保單資料頁或任何批註中所示賠償當中最高賠償限額的一(1)宗日間手術最多一(1)次。

5.7 額外現金補貼權益

若被保人受保於任何由我們以外的註冊保險公司所提供的其他實報實銷住院及手術保險計劃（不論是個人或團體保單），當被保人就任何住院招致合資格費用並在其他註冊保險公司獲支付任何實報實銷的賠償後，在本保單有任何應付的賠償，本權益將就每日的住院作出賠償，惟受保單資料頁或任何批註中的限制所規限。

5.8 入住香港公立醫院的大房之現金權益

若被保人就某項傷病在香港政府醫院的大房住院，並接受屬醫療需要之治療，我們將就被保人每一（1）日住院作出賠償，最高金額達保單資料頁或任何批註中所列的其他賠償限額。

5.9 恩恤身故權益及意外身故權益

若被保人在本保單生效期間於期滿日前身故，並自被保人身故之日起六（6）個月內已向我們提供死亡證明及其他文件（包括所有相關證明、報告、證據及其他數據或資料），我們將就保單資料頁或任何批註中列明的恩恤身故權益支付予受益人。所有此類您可以合理提供的文件將由您自費提供。在您提交所有所需資料後，我們將承擔為了驗證索償而獲取進一步證明、信息及證據所衍生的所有費用。

除恩恤身故權益外，若被保人因意外身故，我們將支付受益人於保單資料頁或任何批註中列明的意外身故權益。

5.10 嬰兒之特別權益

於本保單生效期間及保單自保單簽發日起計生效連續兩（2）個保單年度之後，如被保人或被保人的配偶生育子女（「受保子女」），則我們將提供一（1）年指定醫療保險計劃予受保子女而無須進一步可受保證明及支付額外費用。

在我們對受保子女的保障生效後，如受保子女在保障期間出現傷病，我們將根據指定醫療保險計劃的條款及保障支付賠償，該賠償金額將不會從本保單扣除且不會影響被保人於本保單下享有的權益。

本權益受下列條件所規限：

- i) 您必須於受保子女出生後一百八十（180）日內以書面形式告知我們其出生，並提供具備合法司法管轄權的主管機關當局簽發之受保子女的出生證明書；及
- ii) 由我們將不時全權酌情釐定的指定醫療保險計劃之條款及細則及我們當時的規則及規例將適用。

為免存疑，本權益不適用於被保人在上述兩（2）個保單年度期間之內或之前生育的子女。

5.11 於指定年齡減少或免除每年自付費之保證可轉換權

若保單自保單簽發日起計生效連續兩（2）個保單年度，您有權於被保人年屆五十（50）、五十五（55）、六十（60）、六十五（65）、七十（70）、七十五（75）或八十（80）歲當日或緊隨的保單週年日，在被保人終身行使一（1）次減少或免除本保單的每年自付費而無須重新核保。

您須於相關的保單週年日之前或之後的三十一（31）日內提出申請，本權益受限於當時提供的每年自付費選項及我們不時訂立之條款及細則。

於無須重新核保的情況下，您僅可為被保人終身行使此權利一（1）次，而此每年自付費之減少或免除為不可逆轉。

5.12 指定危疾之全額賠償 – 豁免每年自付費

在本保單生效期間，若被保人患上以下指定危疾（定義見下文及附錄 2），並根據主診醫生、外科醫生及專科醫生的書面建議，直接因該指定危疾而接受任何醫療服務的情況下，按本保單第 5.1 至 5.3 條計算應付權益，每年自付費之餘額（如有及如適用）將被減少至零（0）。於完全達到每年自付費限額前，我們將賠償與該指定危疾有關之醫療服務所收取的合資格費用。

若每年自付費就因其中一（1）項指定危疾所招致的合資格費用之索償獲豁免（即您不需就該索償繳付每年自付費），該應付的合資格費用金額仍會在相關保單年度的每年自付費之餘額（如有及如適用）中被扣減。

為免存疑，本權益只適用於附錄 2 下定義的任何指定危疾所引致的醫療服務。在合資格費用同時涉及與指定危疾及任何指定危疾以外之其他傷病有關的醫療服務，但未能明確分攤費用的情況下，則該費用將全數被視為就與指定危疾相關之醫療服務所收取的合資格費用。

指定危疾必須得到被保人的主診醫生、專科醫生或外科醫生的書面證實，且具備我們所合理接納之臨床、放射性、組織學及化驗證據。

就索償此權益而言，指定危疾指下列危疾及必須符合附錄 2 中以該等指定危機為標題下所列明的條款及細則：

- i) 由心肌病所導致的心臟功能受損；
- ii) 由原發性肺動脈高壓所導致的心臟功能受損；
- iii) 慢性肝病；
- iv) 冠狀動脈搭橋手術；
- v) 末期肺病；
- vi) 暴發性肝炎；
- vii) 突發性心臟病（急性心肌梗塞）；
- viii) 腎衰竭；
- ix) 主要器官移植；
- x) 心瓣手術；
- xi) 柏金遜症；
- xii) 嚴重類風濕關節炎；
- xiii) 指定癌症；
- xiv) 中風；
- xv) 主動脈手術；及
- xvi) 末期疾病。

若您或被保人在本保單的保單簽發日起計九十（90）日內已察覺或理應察覺任何指定危疾，本權益將不適用於由該指定危疾所引致的醫療服務。在以下情況發生時，您或被保人理應已可察覺到指定危疾 –

- i) 該指定危疾被確診；
- ii) 該指定危疾出現清晰及明確的病徵或症狀；或
- iii) 就該指定危疾已尋求、獲建議或接受醫療意見或診治。

若您已按第 5.11 條選擇免除每年自付費，此權益則不適用。

5.13 其他來源的賠償

若您可從其他來源獲發還第 5 條的任何開支，我們將只賠償任何超出該等開支的費用，惟受限於保單資料頁或任何批註中列明的限額。

若您或被保人可以從任何其他來源獲發還第 5 條指明的全部或部分開支，您必須通知我們。若提交所需文件包括但不限於收據原件予我們，這些從其他來源獲發之賠償將計算至每年自付費之餘額（如有及如適用）。若我們已賠償可從另一來源獲發還的權益，您必須向我們退還該有關款項。

5.14 權益之調整及限制

我們可調整、修訂或變更本保單，包括保費，在我們於保單週年日前最少三十（30）日向您發出書面通知後，該調整將生效。

在本保單生效期內，您可要求減少每年自付費以增加權益，此每年自付費之減少將在我們批准後之保單週年日生效。此權益之增加將受重新核保約束，例如我們不時作出更改之條款及細則。我們可能要求您提供予我們可接受的可受保證明，及任何權益增加須受我們的規則及政策約束。

在考慮與權益增加同一天生效之最新的規則及不保事項後，任何通過減少每年自付費以增加之權益將按以下方式調整：

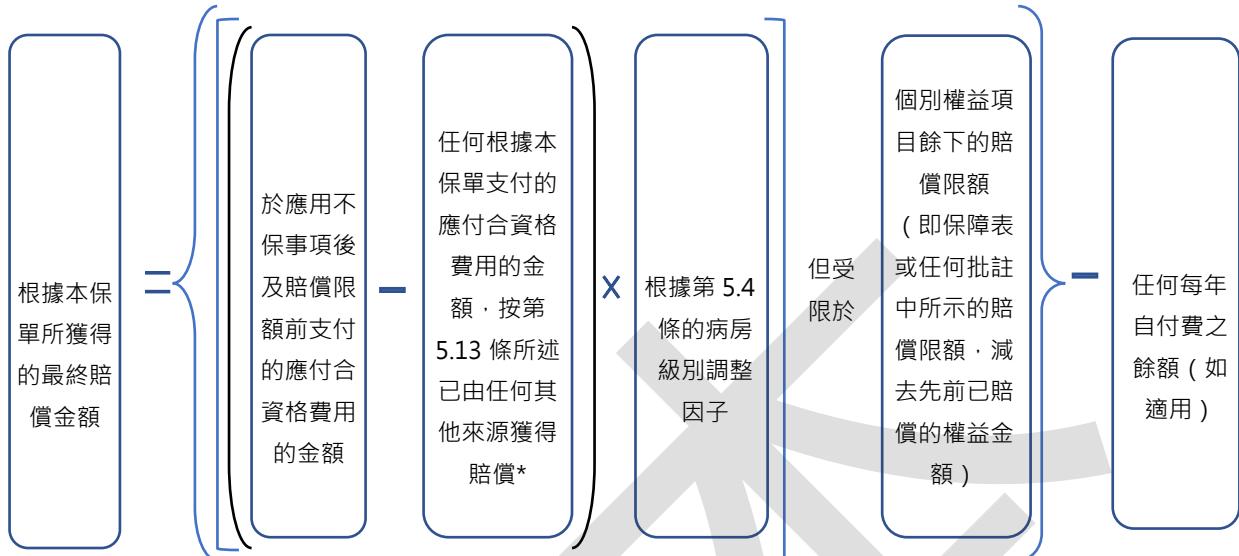
- i) 就根據第 5.1 至 5.8（第 5.3.8 條除外）條應支付之任何權益，如應支付之賠償因疾病而產生，如該疾病的首次徵狀出現、疾病的出現及與疾病相關的診斷或手術在權益增加日後發生，已增加之權益方會被支付。如賠償因某項損傷而產生，已增加之權益將僅適用於權益增加之日起發生的意外；
- ii) 就任何根據第 5.3.8 條支付之賠償，已增加之權益將適用於由權益增加之日起計一（1）年後被確診的受保妊娠併發症；
- iii) 就任何根據第 5.9 條支付之賠償，已增加之權益將適用於由權益增加之日起發生的身故。

我們將不會就任何於權益增加生效前所出現的任何投保前已有病症支付額外之權益。

若要求增加每年自付費金額，您將無需重新核保，此每年自付費之增加將在我們批准後之保單週年日生效，其後我們將按已增加之每年自付費支付已降低之權益。

5.15 整體賠償限額及應付賠償

根據本保單就亞洲產生的合資格費用或接受任何亞洲以外的急症治療所獲得的最終賠償金額將會按以下公式計算：



* 如有任何根據本保單所應付的合資格費用，已由任何其他保險保障或根據第 5.13 條獲得賠償，該已獲賠償的金額將用以扣減相關保單年度的每年自付費之餘額（如適用）。

- i) 已支付的任何權益將會被計算在保單資料頁或任何批註內相應的賠償限額中。
- ii) 所有根據本保單可獲得的賠償，將會扣減任何適用的每年自付費之餘額。
- iii) 根據本保單所獲得的最終賠償金額（即扣減任何適用的每年自付費之餘額後的相關賠償金額），將計入保單資料頁或任何批註內列明的相關保單年度之每年保障限額。

5.16 於香港入住深切治療部的現金權益

不論按本保單內就任何其他權益項目所賠償的合資格費用之金額，若被保人於香港的醫院住院，並於該住院期間連續三（3）日或以上入住深切治療部，及該住院期間所招致的合資格費用可獲本保單賠償，本權益將賠償於保單資料頁或任何批註中所列的金額。

為免存疑，不論被保人於該住院期間入住深切治療部的次數，本權益僅就整個住院期間賠償一（1）次。

5.17 於指定醫療服務提供者進行指定日間手術之條款及細則

(本部分旨在補充第 5.6 條日間手術現金權益)

- a) 於指定醫療服務提供者接受指定日間手術前，被保人必須按列表上列明的服務熱線進行預約以安排醫生診症，並於登記時出示身份證明文件，以供核實被保人身份。

- b) 指定醫療服務提供者並非由我們、我們的營業代表或僱員所營運。我們亦非指定醫療服務提供者的代理，並毋須就其服務質素及供應承擔責任。就指定醫療服務提供者在提供該服務時的任何作為或不作為，我們亦概不負責。
- c) 我們並無責任因應相關指定醫療服務提供者提供的任何服務而保管被保人的醫療資料。您或被保人向指定醫療服務提供者披露的任何資料，將不會構成任何實際、憑法律構定或被視為我們已知悉該等資料，亦不會影響我們對被保人已簽發 / 簽發之任何其他保單提出異議的權利，除非您或被保人已向我們實際地披露該等資料或我們實際已知悉該等資料。

6 不保事項

根據本保單，我們將不會支付與以下費用相關或因其產生的任何權益：

- i) 戰爭、侵略、外敵行動、敵對或軍事行為（不論宣戰與否）、內戰、叛亂、革命、暴動、暴亂、罷工、民事騷亂（其規模構成或達致起義、軍事或篡奪權力）、恐怖主義行動、海、陸或空軍任務，或跟隨任何國家、地區或組織的軍隊進行的任何行動或軍事服役、核反應、核輻射、核污染、生物污染或化學污染；
- ii) 被保人蓄意參與任何刑事罪行或非法行為；
- iii) 愛滋病或人類免疫力缺乏病毒感染的任何相關併發症（除非因愛滋病導致的相關疾病或與人類免疫力缺乏病毒感染有關的任何併發症的首次徵狀於保單簽發日兩（2）年以後出現或發生）。人類免疫力缺乏病毒感染指依我們認為，據血液測試或其他相關檢驗顯示，出現任何人類免疫力缺乏病毒、該病毒之抗原或抗體；
- iv) 亞洲以外的非急症治療；及
- v) 投保前已有病症，或保單簽發日後二十（30）日或之前您及 / 或被保人不察覺或理應不察覺的任何投保前已有病症所引致之任何合資格費用。

7 自殺

倘被保人在保單簽發日起十三（13）個公曆月內自殺（不論自殺時神智清醒與否），我們於本保單之賠償責任僅限於退還已繳保費（不連利息），扣除任何欠付之保費徵費及本保單已賠償的任何權益。

8 索償條款

8.1 索償通知

您必須在被保人出院、完成日間手術之日、進行及完成醫療服務之日或被保人身故之日起，盡快且不遲於六（6）個月以書面通知我們，以便根據本保單索償。我們有權拒絕在六（6）個月通知期限過後提交的任何書面索償。

8.2 索償證明

在我們收到可能促成索償的通知後，我們將會提供申請索償所需的表格。有關索償必須以我們的標準表格提出，且必須向我們提供我們處理索償所需的任何資料及文件（包括收據原件及被保人居住國家的證明）。

此等表格及任何證明文件須在我們首次要求提供有關證明文件後九十（90）天內或在合理可行的情況下，盡快送交我們。但在任何情況下（除非您失去法律行為能力），不得超過在我們首次要求有關證明文件後一百八十（180）日後遞交。

您有法律責任承擔在取得任何必要文件以支持索償（包括死亡證明書及其他證據）時所招致的所有費用。我們亦可能要求被保人透過我們所選在香港的醫生進行身體檢查，而檢驗費由我們負責。

8.3 疾病證明

被保人之被保項目證明必須包括下列人士認可或文件證明：

- i) 醫生；
- ii) 相關的檢驗報告，包括但不限於臨床、放射、細胞組織及化驗報告；及
- iii) 如被保項目需要外科手術治療，該治療必須為該狀況的通常治療方法並為醫療需要。

所有被保項目證明文件必須獲我們認可，並且我們保留要求被保人進行體格檢驗或合適化驗之權利以確認被保項目證明。

索償人應負責一切取得我們所要求之證書、資料及證明文件之費用。

我們有權要求被保人不時於我們所指定在香港的醫生處進行身體檢驗，檢驗費用則由我們負責。

8.4 賠償

我們將根據第 2.4 及 2.5 條向您或受益人支付本保單的權益。一經您或受益人確認他們已經收到權益付款，即代表我們已經履行有關該項權益的義務。

我們將從應付的任何權益中扣除欠付我們的任何未付保費。本保單下應付的任何權益概不會支付任何利息。

8.5 法律訴訟

假如索償屬虛假、具有欺詐成分、故意誇大或假如任何人曾使用欺詐性手段試圖索取權益，我們將立即終止本保單，而無須退回已收取之保費及保費徵費。我們亦將追討我們因該欺詐而已支付但不應支付的任何權益。

在我們就第 8.2 條下收到損失證明之日起三（3）個月內及該日期後三（3）年之後，不得就本保單採取任何法律行動。

倘您未於我們通知拒絕賠償後十二（12）個公曆月內提出任何法律行動爭辯我們的拒絕賠償，我們將把該等索償視作放棄論，其後不可恢復申索。

9 終止

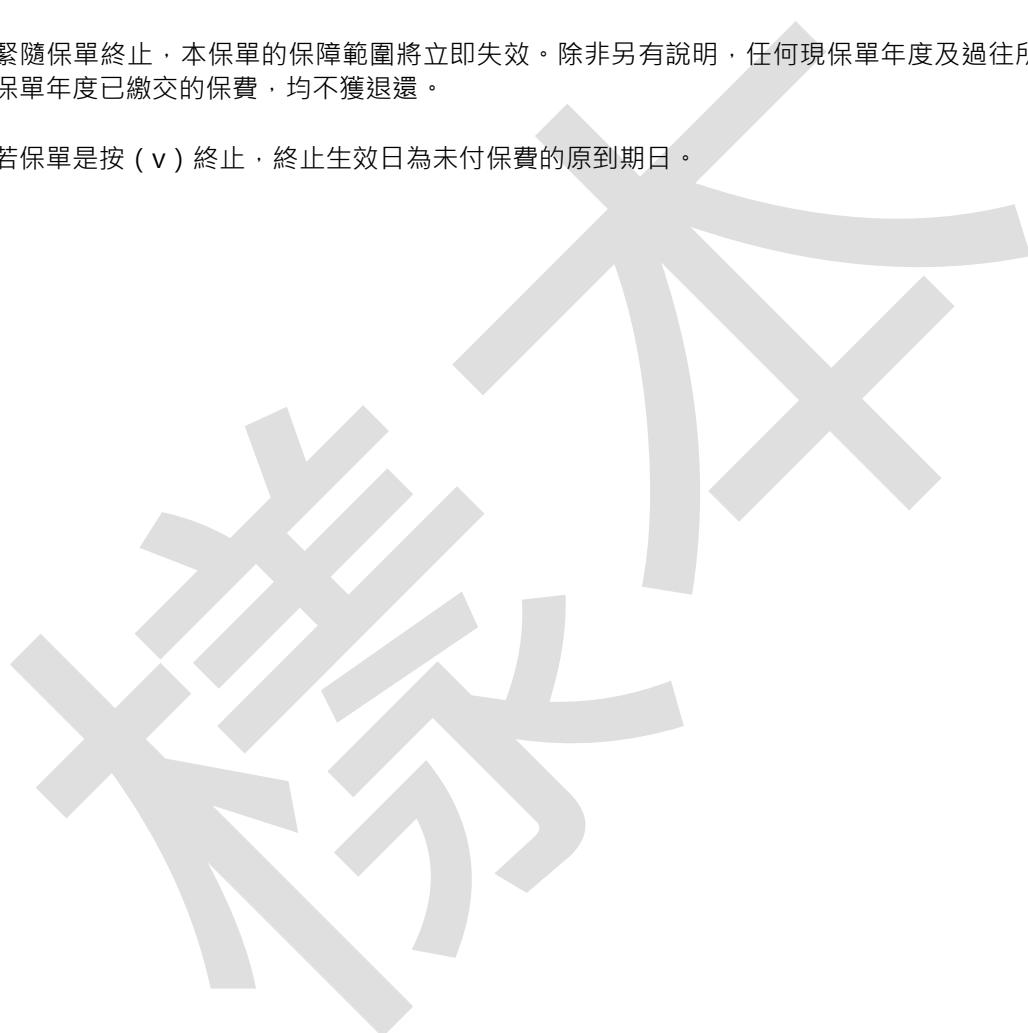
本保單將在下列其中一個日期自動終止，以最早者為準：

- i) 被保人身故；
- ii) 本保單之期滿日；
- iii) 您取消保單。我們將基於當其時我們的政策及程序釐定取消日；
- iv) 根據第 2.7 或 8.5 條下終止；或
- v) 按第 3.4 條所述的繳付保費的寬限期已屆滿，而我們仍未收到保費付款。

如果本保單根據本條款終止，將在終止生效日的 00:00 生效。

緊隨保單終止，本保單的保障範圍將立即失效。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 (v) 終止，終止生效日為未付保費的原到期日。



附錄 1 – 日間手術一覽表

我們可能對下表不時進行修訂。

| | |
|---------------|------------------------------------|
| 骨與關節 | 不用開刀將骨折復位，以或不以石膏把骨折定位 |
| | 麻醉下操作關節 |
| | 圓筒石膏板以固定頸椎骨折 / 脫位 |
| 腦部及中樞 神經系統 | 腦池穿刺之腰椎刺法 |
| 乳房 | 乳房活組織檢視法 |
| 耳 | 「GRUMMET」導管插入法 |
| | 外耳及 / 或耳前竇手術 |
| 內分泌系統 | 甲狀腺，各種病變之穿刺活檢 |
| 眼 | 全部結合膜或角膜手術（角膜移植術、劇烈角膜創傷修復及角膜修補術除外） |
| | 全部眼瞼手術（眼瞼成形術及眼瞼下垂修復除外） |
| | 青光眼外科手術，前房角切開術 / 小樑網切開術 |
| | 除去角膜異物 |
| | 晶狀體手術包括切除白內障及放入人造晶狀體 |
| | 超聲波乳化手術 |
| | 視網膜雷射光凝固術 |
| | 切除翼狀胬肉（1 邊或 2 邊） |
| | 霰粒腫切開術 |
| | 鼻淚管開刀試探術（簡易探針術除外） |
| 女性生殖器 | 子宮頸切除術、圓錐組織檢視法或子宮頸部燒灼術 |
| | 子宮頸縫合 |
| | 宮腔鏡 |
| | 巴林多氏囊腫袋形縫術 |
| | 女陰口及陰道之簡單囊腫或良性腫瘤手術包括簡單修補及縫合 |
| | 切除或嵌入陰道環 |
| | 各種病變，刮宮術 |
| 腸胃手術 | 上內窺鏡檢法至十二指腸 |
| | 胃鏡 |
| | 結腸鏡檢法，需要或不需要活組織檢法或切除乳頭狀瘤 |
| | 痔切除術 |
| | 乙狀結腸鏡檢查 |
| | 肛門裂手術包括根治切除術 |
| 頭及頸 | 淋巴活組織檢法 |
| | 唇及頰之良性腫瘤手術 |
| 男性生殖器 官 | 割除包皮 |
| | 陰囊水腫放液刺術 |
| | 睪丸活組織檢法 |
| 鼻及竇 | 上頷竇刺穿或灌洗 |
| | 切除鼻息肉 |
| | 鼻粘膜燒灼術 |
| | 鼻鏡或鼻咽鏡檢法，包括鼻鏡活組織檢法及遷除異物 |
| 肝臟及膽管 系統 | 肝活組織檢視法 |
| 皮膚 | 淋巴活組織檢法或淋巴膿腫引流 |

| | |
|------------------------|---|
| | 切除皮膚腫塊或皮下組織腫瘤，包括脂肪瘤、纖維神經瘤或易變、皮脂囊腫、黑色素癌及斑痣 皮膚膿腫之切開及引流 以電或冷卻療法作皮膚損傷燒灼術 除去異物 切除潛毛囊腫 植皮或瘢痕疙瘩手術 - 如總面積少於或等如身體表面面積之 1% 甲下之血腫或膿腫引流 縫合皮膚 |
| 腱、神經、 血管、肌肉 及軟組織 | 塗敷全面之管型石膏，但不作肢部倚靠用途 切除或撕除指甲 切除神經節，滑液囊或絨毛結節性滑膜炎 鬆解彈響指術 裘庇脫蘭氏攣縮之手術 (單腳或雙腳) 鞏膜治療靜脈曲張 |
| 胸部手術 | 支氣管鏡檢法 食道管鏡檢法 胸腔穿刺術或插入肺喉管作肺氣腫之治療 |
| 咽喉 | 聲帶手術 - 包括用雷射技術 (癌瘤除外) 顯微喉鏡檢查 氣管切開術 喉鏡檢法包括或不包括除去異物 切除扁桃腺，包括或不包括切除腺樣組織 |
| 泌尿系統 | 膀胱鏡檢法 腎活組織檢法 |

附錄 2 – 指定危疾定義詮釋

第一部分

除非另有所述，否則以下詞彙將於本「指定危疾定義詮釋」具有以下涵義：

日常生活活動將指以下所列：

- 1) 洗澡 / 淋浴：可以自行在浴缸或淋浴間進行沐浴或淋浴（包括進出浴缸或淋浴間）或使用其他方式洗澡的能力；
- 2) 控制大小便：有隨意控制膀胱及大腸功能的能力，以保持個人衛生；
- 3) 穿衣：不需要別人幫助而可以自行穿著及除掉一切所需衣物的能力；
- 4) 進食：可以自己進食已預備好之食物的能力；
- 5) 行動：不需要任何身體上的協助而可以自行從一間房間移動至另一間房間的能力；及
- 6) 移動：不需要任何身體上的協助而可以自行從一張椅子或床坐下或躺下及離開的能力。

腦神經科醫生指專為診斷及治療腦部及其他神經系統疾病或情況的醫生。

第二部分

除非文意另有所列，以下定義將適用於此保單內出現的詞語。

(i). 由心肌病所導致的心臟功能受損

即使病人已接受藥物治療及調節飲食，仍然因多種病因而導致心室功能受損，引致永久及不可逆轉的損害，其程度為美國紐約心臟學會心臟功能分級的第 IV 級，並在身體檢查及實驗室檢驗中證實心室功能異常。診斷必須由心臟專科的專科醫生證實，並且有適當的檢查報告，包括心臟超聲波證明。

美國紐約心臟學會心臟功能分級第 IV 級指病人在日常活動中出現症狀。

(ii). 由原發性肺動脈高壓所導致的心臟功能受損

由於肺結構、肺功能或循環障礙引起的肺動脈壓力病理性增高，造成右心室擴大。被保人所患的肺動脈高壓必須已經造成永久性和不可逆轉的體力活動能力受限，即使已接受藥物治療及調節飲食，心臟功能損害仍達到美國紐約心臟學會心臟功能分級第 IV 級，並在身體檢查及實驗室檢驗中證實心室功能異常。

美國紐約心臟學會心臟功能分級第 IV 級指病人在日常活動中出現症狀。

(iii). 慢性肝病

末期肝衰竭，伴有黃疸增加。普遍醫學觀點認為病人已沒有好轉的可能，並且已經出現腹水或肝性腦病。

(iv). 冠狀動脈搭橋手術

確實接受開胸手術進行冠狀動脈搭橋手術以矯正或治療冠狀動脈疾病。

血管成形術及所有其他經動脈穿刺進行的手術、導管技術、鎖孔手術或激光手術程序，均不屬於本定義範圍。

(v). 末期肺病

末期肺病導致慢性呼吸衰竭，以及符合下列各項：

1. 在「第一秒最大呼氣量」測試 (FEV1) 中每秒持續少於一 (1) 公升；
2. 因低氧血症需要長期氧療；
3. 動脈血氧分析中氧分壓不多於 55mmHg (PaO₂ ≤ 55mmHg) ；及
4. 靜止時呼吸困難。

必須由胸肺科的專科醫生作出診斷。

(vi). 暴發性肝炎

因為肝炎病毒感染造成部分或大部分的肝壞死導致急驟性肝臟衰竭。暴發性肝炎的診斷必須有證據或臨床結果證明及符合下列所有條件：

1. 肝臟急速萎縮；
2. 肝葉壞死，只存留萎陷的肝臟網狀支架；
3. 肝功能測試顯示肝功能急速退化；
4. 肝功能測試顯示大面積的肝實質病變；及
5. 肝性腦病的客觀症狀。

(vii). 突發性心臟病 (急性心肌梗塞)

由於供血不足引致心肌壞死。明確的急性心肌梗塞之診斷必須由以下各項證據證明：

1. 典型胸痛；
2. 新的缺血性心電圖變化顯示有急性心肌梗塞；及
3. 心臟酵素 CK-MB 提升或肌鈣蛋白 T 或 I 大於 0.5ng/ml 。

若只能提供以上證據 (1) 及 (2) 但未能提供證據 (3)，我們將考慮其他證明，包括心臟超聲波證明左心室功能下降 (左心室的射血分數低於百分之五十 (50%))，或出現嚴重運動機能減退、機能喪失或室壁運動異常，情況與已經出現急性心肌梗塞的情況相符。

(viii). 腎衰竭

末期腎衰竭，雙腎出現不可逆轉的功能喪失，導致被保人需定期接受腎臟透析或已實施腎臟移植。

(ix). 主要器官移植

確實已接受心臟、腎臟、肝、肺、胰或骨髓移植手術者，或證實被保人在以上任何一 (1) 個器官的認可器官移植輪候名冊內。必須有客觀的證據證明器官的衰竭程度。

(x). 心瓣手術

由於心瓣缺陷不能單靠通過心導管技術矯正，被保人通過胸骨中央切開術接受心瓣手術，置換或修補一（1）個或多個心瓣。手術必須由心臟科的註冊醫生建議進行。

(xi). 柏金遜症

經由腦神經科醫生明確診斷的柏金遜症，並伴有下列情況：

1. 症狀無法用藥物控制；
2. 呈逐漸惡化徵兆；及
3. 病情必須導致被保人在沒有協助的情況下，永久性失去進行日常生活活動（其釋義已列於附錄的第一部分）六（6）項中最少三（3）項的能力。

「指定危疾之全額賠償 – 豁免每年自付費」只適用於不明起因的自發性柏金遜症。

(xii). 嚴重類風濕關節炎

因嚴重類風濕關節炎，而導致廣泛性的關節受損及有以下三（3）個或以上關節嚴重畸形：

1. 手指關節；
2. 腕關節；
3. 肘關節；
4. 頸椎關節；
5. 膝關節；或
6. 踝關節；

就計算出現嚴重畸形的受影響關節數量以符合嚴重類風濕關節炎之準則而言 –

7. 若左及右手、腕關節、肘關節、膝關節或踝關節（視屬何情況而定）均被診斷為嚴重畸形，我們將視左及右側為兩（2）個關節；
8. 若一（1）隻手的兩（2）個或以上手指關節被診斷為嚴重畸形，我們將只視之為一（1）個關節；
9. 若頸椎的兩（2）個或以上關節被診斷為嚴重畸形，我們將只視之為一（1）個關節。

診斷必須由以下各項支持：

10. 晨起的關節僵硬；
11. 對稱性關節炎；
12. 類風濕結節；
13. 類風濕因子滴度指數增高；及
14. 放射檢查證明病情嚴重。

類風濕關節炎的嚴重程度將為被保人在沒有他人的協助的情況下持續至少六（6）個月不能進行日常生活活動（其釋義已列於附錄的第一部分）內最少二（2）項。

(xiii). 指定癌症

1. 任何經組織學確診為惡性之腫瘤，並須有惡性細胞已不受控制地生長並侵略其他細胞組織的特徵；或
2. 任何經組織病理學報告證實為白血病、淋巴瘤或肉瘤。

即使上述有何規定，就「指定癌症」之定義而言，下列癌症並不被包括在內：

3. 出現原位癌惡性變化的腫瘤（包括 CIN-1、CIN-2 及 CIN-3 的子宮頸上皮內贅瘤）或組織學上被界定為癌前病變的腫瘤；
4. 所有皮膚癌，除非能夠證實腫瘤已經轉移或是利用 Breslow 組織學檢驗方法證明最高厚度超過 1.5mm 的惡性黑色素瘤；
5. 根據由美國癌症聯合委員會（AJCC）及國際癌症聯盟（UICC）所制訂之第 8 版 TNM 分期系統，TNM 組織學分期為 T1 (a) 或 T1 (b)（或其他分級方法中同等或更低分級（或分期））的前列腺癌；
6. 微小甲狀腺乳頭狀癌；
7. 根據由美國癌症聯合委員會（AJCC）及國際癌症聯盟（UICC）所制訂之第 8 版 TNM 分期系統，組織學上被界定為 TaN0M0 或更低分級的非侵入性膀胱乳頭狀癌；及
8. RAI 級別 I 以下的慢性淋巴性白血病。

(xiv). 中風

將指經明確診斷顱內血栓形成引致急性腦血管事故、腦組織梗塞、腦出血及由源自顱外的血栓塞，並導致神經機能缺損。中風的診斷必須以電腦斷層掃描（“CT”掃描）或磁力共振掃描（“MRI”掃描）作證明，並必須由腦神經科醫生確定。

(xv). 主動脈手術

經胸廓切開或剖腹實際進行修補或矯正主動脈瘤或主動脈阻塞、縮窄或破裂的情況。本定義內主動脈指胸主動脈和腹主動脈，不包括其分支。
利用微創手術或動脈穿刺技術進行的手術除外。

(xvi). 末期疾病

被保人患上之疾病經明確診斷後，預期其壽命不超過十二（12）個月。診斷必須由專科醫生進行，並且由我們指定的醫生證實，相關費用由我們承擔。

健康支援服務

1. 臻一尊貴優才醫護管理團隊

一份保障 一個團隊 一站式泛亞貴賓醫護服務

每個人也希望身邊有一個值得信賴的伙伴，即使遇上健康問題，也可以藉此專心休養及享受人生。富衛人壽保險（百慕達）有限公司（於百慕達註冊成立之有限公司）（「本公司」）作為您信賴的伙伴，除為您提供全面的醫療保障外，更度身訂造為您提供專屬的醫護服務 - 珍一尊貴優才醫護管理團隊（「本服務」）^{<註 1>}，本服務網絡遍佈泛亞區(包括香港、澳門、中國內地、台灣、新加坡及日本)（「泛亞區」），由我們的專業醫療管理團隊給您禮賓式待遇，於您最需要時提供周全妥貼的一站式醫護服務安排，打點康復途上的細節，真正化繁為簡。

專科醫療團隊為您提供優質醫療服務

一個專業的醫療管理團隊，可助您馬上獲得最合適的醫療意見及治療。因此，本服務為您提供頂尖的專科醫療網絡團隊，聯繫泛亞區多間頂級網絡醫院，讓您選擇最合適的醫生及醫院^{<註 2>}，接受最適時的治療。

本服務提供廣泛專業醫療意見，透過住院醫療諮詢服務^{<註 3>}，讓您對醫療評估及治療更加充滿信心。有了這個專業醫療專家作後盾，即使不幸患上任何疾病，您也可從容面對。

優越代辦泛亞區住院手續

稱得上尊尚服務，就必定以您為尊。若本服務之主診醫生^{<註 4>}建議您需要住院，專科醫療網絡團隊便會安排您盡快入院及盡早得到治療，讓您繼續享受人生。另外，本服務亦可為您安排在泛亞區接受治療，提供專屬行程相關協助^{<註 5>}，包括預訂機位、安排住宿、機場接送及協助辦理簽證申請。我們的醫護團隊會為您預先安排，您便可以安心治療及休養。

優質高效率理賠程序為住院（包括所有中國內地三甲級醫院）提供無憂出院免找數服務^{<註 6>}

本服務的專科醫療網絡團隊將協助您於入院前向本公司申請安排優質高效率理賠程序。在成功安排整個程序後，本公司更會提供貼心的無憂出院免找數服務^{<註 6>}，代您繳付住院的開支，並受限於相關保障限額、醫療需要和合理及慣常的收費之限制。免除出院後之索償手續，讓您安心康復及更有效率地運用您的儲備。

國際貴賓通道及中國內地醫療陪診服務

本服務專為需要在中國內地就醫的被保人量身定製。本服務為被保人提供我們的網絡內指定醫院（包括多於300間中國內地三甲醫院）的優先預約服務，縮短被保人的輪候時間，讓被保人更快獲得醫療服務。本服務亦會安排專人陪同被保人到中國內地的指定醫院，協助被保人辦理入院登記手續。

從此，就由本服務作為保障您健康的伙伴！

臻一尊貴優才醫護管理團隊熱線^{<註 7>}：

香港：(852) 8120 9066

中國內地免費專線：400 9303078

24小時全天候支援

如有保單資料及中國內地的國際貴賓通道及醫療陪診服務之指定醫院的查詢，請致電您的理財顧問或服務熱線 (852) 3123 3123。

注意事項：

- 在接受任何醫療服務前，請先向醫生尋求獨立意見以確保您的身體狀況適合接受有關醫療服務。此外，互康集團(「互康」)及其醫療網絡團隊的醫生均為獨立之專業醫護人員，而非本公司之僱員或代表。本公司並不會就他們所提供的醫療服務或治療之行為、疏忽或遺漏承擔責任。
- 您須同意本公司、互康、其醫療網絡團隊及百匯就為您提供的服務所得的個人資料記錄、分享、使用和歸檔。此資料亦會被用作以培訓及質量保證的用途。您同意若您不提供相關的個人資料，可能導致該服務提供者無法提供有關的服務給您。

以上內容純屬參考，對本公司或互康並不構成任何責任。

此服務現由互康提供，並不保證續訂。本公司將不會就互康集團及經該公司轉介之專業人仕的行為或疏忽負上任何責任。本公司保留修改、暫停或終止臻一尊貴優才醫護管理團隊服務，以及隨時修訂有關條款及細則而毋須另行通知。

註：

1. 本服務由互康、其醫療網絡團隊及新加坡百匯醫療集團(「百匯」)提供。本服務並非保單條款之一部分或保障內容，並只適用於全自主百萬醫療計劃(「本計劃」)。本公司有權隨時撤銷或調整本服務而無需另行通知，並保留絕對決定權。本公司亦將不會就互康及/或其醫療網絡團隊及/或百匯的行為、疏忽或失誤負上任何責任。本服務只適用於泛亞區。
2. 本服務的醫院指於泛亞區一系列網絡醫院，根據本服務提供醫療意見及治療。有關泛亞區網絡醫院列表的詳細資料，請致電服務熱線 (852) 3123 3123。
3. 住院醫療諮詢服務是由互康及其醫療網絡團隊向合資格計劃的被保人提供住院醫療意見。如被保人確診患上嚴重疾病而持有人院建議信，互康就所提供之相關的醫療文件及報告作出評估，包括所提供的醫療文件及報告的說明及於泛亞區其他可行的治療方案及相關預算醫療費用。醫療安排之最後決定由被保人作出。請注意住院醫療諮詢不可被視為醫療診斷，如被保人需要醫療診斷，將另行收費。本公司有權隨時撤銷或調整此項服務而無需另行通知，並保留絕對決定權。
4. 本服務之醫生名單將不時作出修訂而毋須另行通知。
5. 被保人須負責繳付該行程及住宿的所有相關費用及收費。行程相關協助只適用於台灣、新加坡及日本。
6. 無憂出院免找數服務為一項就被保人於住院期間所衍生的受保開支而作出墊支的行政安排，而並非合資格計劃保單保障內容及非保證可成功的安排(「免找數服務」)，本公司有權隨時撤銷或調整此項服務而無需另行通知，並保留絕對決定權。在成功安排無憂出院免找數服務後，本公司會為被保人向相關醫院代支醫療費用。如本計劃之保單仍有每年自付費之餘額(如適用)，保單權益人須於入院時繳付該餘額。如已代支的醫療費用高於保障上限時，本公司將向保單權益人收取該等金額。
7. 此熱線由互康管理。請注意，此熱線只供非緊急預約醫生之用，並非作緊急用途。

此保障 / 服務並不屬於本計劃的保單條款。

2. 第二醫療意見服務

秉承本公司對客戶關心之承諾，若被保人的索償一經獲批後且該索償為相關的指定疾病，可透過國際 SOS 向一群美國頂尖醫療機構尋求「第二醫療意見」服務。有關指定疾病之列表的詳情，請致電國際 SOS (852) 3122 2900。

什麼是「第二醫療意見」服務？

科技日新月異，診治疾病的尖端醫療方法不斷湧現。有見及此，本公司誠意透過「國際 SOS 救援中心」，為尊貴的被保人提供第二醫療意見服務，以切合公眾尋找更合適醫療方法的訴求。

若被保人的指定疾病索償一經獲批後，便可尋求第二醫療意見服務。透過接觸一群美國頂尖醫療機構的專家，就被保人的主診醫生的診斷提供額外醫療意見，及相關治療建議以作參考。

「第二醫療意見」服務專科小組

「第二醫療意見」服務的醫療專家來自多間美國著名醫療機構，人數超過 15,000 人，其中包括以下專科單位：

- 哈佛醫學院
- 約翰·霍金斯醫院
- 麻省總醫院
- 波士頓布萊根婦女醫院
- 達那 - 法柏癌症研究治療中心
- 洛杉磯希達 - 西奈醫療中心

怎樣可以獲得「第二醫療意見」服務？

當被保人經診斷患上指定疾病時，可依照下列程序，獲得額外醫療諮詢服務。

致電「國際 SOS 救援中心」(852) 3122 2900 要求「第二醫療意見」服務。

「國際 SOS 救援中心」核實被保人身份及於 24 小時內確定情況是否合乎使用「第二醫療意見」服務。

服務程序

- 1) 收到「國際 SOS 救援中心」以傳真或電郵方式發出的「所需資料表格」。
國際 SOS 會通知所需遞交的醫療文件。
- 2) 當國際 SOS 通知被保人有關醫療狀況已符合資格使用第二醫療意見服務時，被保人須填妥「所需資料表格」並連同相關的醫療文件一併遞交至「國際 SOS 救援中心」以索取第二醫療意見報告*。(以速遞或掛號形式寄出)
- 3) 當「第二醫療意見」專科小組收到相關文件後，會通知「國際 SOS 救援中心」。
若需要其他文件，「第二醫療意見」專科小組會透過「國際 SOS 救援中心」聯絡被保人提供所需文件。
- 4) 經評核後，「第二醫療意見」專科小組會將額外醫療報告及建議，以傳真或電郵方式送到「國際 SOS 救援中心」，整個過程會在 3 至 5 個美國的工作天內完成，而確實的所需時間則要視乎個別報告之複雜程度而定。

- 5) 當「國際 SOS 救援中心」收到第二醫療意見報告後，會轉交給被保人及按要求轉交予其主診醫生。

如有需要，「國際 SOS 救援中心」可代為安排交通，住宿及向所提供的醫療機構登記註冊；如身體狀況需要，更可安排醫療護送。

所涉及費用將由被保人自行繳付予「國際 SOS 救援中心」。

*「第二醫療意見」報告費用為 850 美元。（有關費用將不時作出修訂。）

以上內容純屬參考，對本公司或「國際 SOS 救援中心」並不構成任何責任。

此服務現由「國際 SOS 救援中心」提供，並不保證續訂。本公司將不會就「國際 SOS 救援中心」及經該公司轉介之專業人仕的行為或疏忽負上任何責任。本公司保留修改、暫停或終止第二醫療意見服務，以及隨時修訂有關條款及細則而毋須另行通知。

註：

- 1) 本公司、醫療小組、國際SOS救援中心及/或任何其附屬機構會就為您提供的服務所得的個人資料作記錄、分享、使用和歸檔。此資料亦會被用作以培訓及質量保證的用途。若您不提供相關的個人資料，可能導致該服務提供者無法提供有關的服務給您。
- 2) 第二醫療意見服務所提供給您的意見純粹為諮詢及建議性的性質，而不是一個替代的醫療服務。您和您的醫生或醫院擁有對您的醫療過程的決定權。國際SOS救援中心，及/或其附屬機構及提供醫療意見的醫療小組沒有任何權力或責任來確定支付金額、其資格、賠償處理等。

此保障 / 服務並不屬於本計劃的保單條款。

3. 國際 SOS 24 小時環球支援服務

權益與條款

倘若本保單被保人（「用戶」）在本國或經常居住國地域範圍以外之地區旅遊期間，國際 SOS 可為其提供下列權益，惟每次離港期不能連續超過九十天。

國際 SOS 24 小時環球支援服務是由「國際 SOS 救援中心」（「國際 SOS」）提供的一項權益。本公司並非國際 SOS 的代理而亦不會承擔任何由國際 SOS 所提供服務而引發的責任問題。此合約是介乎用戶及國際 SOS 並獨立於本保單。

醫療支援：

(1) 電話醫療諮詢

國際 SOS 將安排用戶透過電話作醫療諮詢。

(2) 安排並支付緊急醫療撤離

國際 SOS 將安排及支付適當的空中或地面運輸，將用戶送往及撤離到最近並擁有適當醫療保健設

施的醫院接受治療。

(3) 安排並支付緊急醫療遣返

國際 SOS 於用戶在本國或經常居住國境外接受緊急醫療撤離和接受住院治療後，安排及支付適當的運輸將其送返回本國或經常居住國。

(4) 安排並支付遺體運送

國際 SOS 會安排及支付用戶遺體自身故地運返本國或其經常居住國所有合理且不可避免的運輸費用或支付先經國際 SOS 同意之當地禮葬費用。

(5) 安排入院及代墊住院按金

如用戶在嚴重醫療狀況下需入院接受治療，國際 SOS 將協助該用戶辦理有關入院手續。如用戶無能力支付入院按金，國際 SOS 將可代墊高達美金 5,000 入院按金。墊支入院按金的款項，需先由用戶的信用卡或其家人支付。任何第三方費用，將由用戶自己承擔，國際 SOS 將不負其責。

(6) 運送必需藥物

國際 SOS 將安排運送用戶必需而當地缺乏之藥物及醫療用品，但相關運送將受當地法律及規則所限。用戶需自行承擔該運送成本及藥品費用，國際 SOS 並不負責。

(7) 安排並支付親友探病及酒店住宿(酒店住宿費用每天限額為美金\$250，最高總限額為美金 \$1,000)

若用戶單獨旅行並因意外事故、突發疾病需要在本國或經常居住國境外連續住院七天以上，且經國際 SOS 事前同意，國際 SOS 可代為安排並支付一位親友前往陪同用戶的經濟客位來回機票及酒店住宿費用。

(8) 安排並支付未成年子女返國

若用戶在本國或經常居住國境外因遭受意外事故、突發疾病、緊急醫療遣返而導致其隨行未成年子女(十八歲或以下之未婚子女)乏人照料時，國際 SOS 將協助安排並支付一張單程經濟客位機票予其未成年子女返回本國或經常居住國。如有必要，國際 SOS 會安排人員護送。

(9) 安排並支付復康費用(酒店住宿費用每天限額為美金\$250,最高總限額為美金\$1,000)

用戶於接受緊急醫療撤離、遣返或在境外住院治療後需要酒店住宿，國際 SOS 將代為安排並支付有關額外酒店住宿之費用。惟此款項決定需經過國際 SOS 事前同意和符合用戶的醫療需要。

(10) 安排並支付突發事情而需折返本國或經常居住國

當用戶在境外旅遊時(移民除外)，若其近親突然離世而用戶需要折返本國或經常居住國，國際 SOS 將協助安排並支付一張經濟客位來回機票予用戶回國。

(11) 安排並支付用戶返回工作地

用戶在緊急醫療撤離或遣返後的 1 個月內，如用戶要求，國際 SOS 將協助安排並支付一張單程經濟客位機票予用戶返回原來工作崗位。

旅遊支援：

(1) 提供防疫及簽證資料

國際 SOS 應用戶之需要，提供前往他國所需簽證及接種要求之相關資訊。此等資訊以世界衛生組織刊物《國際旅遊之防疫注射證明書要求及健康須知》(防疫注射) 及《國際旅遊資訊一覽表》

(簽證) 最新版本為依據。不論用戶是否正在旅遊或在遇到緊急情況，此等資訊會可隨時提供給用戶。

(2) 遺失行李指引

國際 SOS 在本國以外旅行而遺失行李之用戶，提供尋找遺失行李的協助。

(3) 遺失護照指引

國際 SOS 將會為在本國或經常居住國外旅行而遺失護照之用戶聯絡有關當局，以便尋求搜索遺失行李的協助。

(4) 法律轉介

國際 SOS 將向用戶提供律師與法律執業人員之姓名、住址、電話號碼，並儘可能提供其服務時間之資料。國際 SOS 並不會向用戶提供任何法律意見。

(5) 緊急旅遊服務支援

用戶如有緊急旅遊需要，國際 SOS 可協助安排訂購機票或預約酒店住宿。

定義：

(1) 嚴重病況

指病情被國際 SOS 認為能構成嚴重醫療緊急情況而需要急切治療以避免用戶死亡或嚴重損傷或對其健康產生即時或長遠影響。病情之嚴重性應以用戶所在地、緊急醫療之性質以及當地是否有適當的治療或醫療設施而定。

(2) 既存病症

指用戶取得國際 SOS 會員首日之前十二個月內之入院病歷，或取得國際 SOS 會員首日前六個月內經醫生診斷或診治之病情。

除外條款：

下述治療、項目、情況、活動及相關費用均不受保於此計劃內，除非事先得到國際 SOS 書面批准及本公司已付指定費用：

(1) 既存病症引致的任何費用。

(2) 用戶在一年內因同一醫療狀況而需要多於一次緊急醫療撤離及/或醫療運送服務。

(3) 所有不包括在此計劃內的費用及/或未有國際 SOS 的預先書面授權及/或不是由國際 SOS 安排的費用不包括在此計劃內。此除外條款不適用於國際 SOS 無法事先聯繫之偏遠或荒涼地區，且延遲治療將導致用戶死亡或嚴重損害所施行之緊急醫療撤離。

(4) 用戶在其本國或其經常居住國境內所發生的事情。

(5) 若用戶離開本國或其經常居住國是違反醫生指示，或為了獲得治療，或為了意外，疾病，或既存病症後的休養所引致之任何費用。

- (6) 若用戶未達嚴重病況，或以國際 SOS 的醫生認為該用戶病況能在當地接受適當治理，或治理能合理地延遲至用戶返回本國或其經常居住國；此等情況下的緊急醫療撤離或醫療運送的任何費用。
- (7) 如國際 SOS 醫生認為該用戶的身體狀況毋須醫療人員陪同而可能與普通旅客一樣能坐著返國或經常居住國的任何緊急醫療撤離或醫療運送費用。
- (8) 任何與分娩、流產或懷孕有關的治療或費用。此條款不適用於用戶首二十四週懷孕期內所出現的非正常懷孕或致命併發症的情況，而此情況會危害用戶及/或其未出生嬰兒的生命。
- (9) 用戶參與需繩索或向導洞穴探險、爬山或攀石的運動、巖穴探險、空中俯衝、跳傘、高空跳墮、熱氣氣球活動、攀岩、用頭盔及氣喉的深海潛水、武術、拉力賽、用足以外之速度競賽或其他任何職業或贊助性運動而引致的任何費用。
- (10) 患有情緒、精神或心理等病症而引致的任何費用。
- (11) 因自我傷害、自殺、濫用藥物、酗酒或性病而引致的費用。
- (12) 後天免疫失調病(AIDS)或其引起之病狀或疾病而引致的任何費用。
- (13) 會員進行任何形式的飛行(用戶為支付費用的乘客，乘搭一般航機或特許包機除外)而引致的任何費用。
- (14) 進行或試圖進行非法行動而引致的任何費用。
- (15) 提供的治理非由註冊醫護人員或未附合當地國家的醫療執業標準而引致的任何費用。
- (16) 用戶參與任何國家的武裝或警備行動，或參與戰爭(不論宣戰與否)、侵略、外國敵人滋擾、軍事行動、內戰、叛亂、暴亂、革命或起義而引致的任何費用。
- (17) 無論其目的，包括任何使用或釋放或威脅使用任何核武器、核設施、化學製劑或生物製劑所引發的費用(包括但不僅限於由戰爭或恐怖主義所引發或導致的費用)。
- (18) 用戶從事船務、鑽油台或類似的離岸工作而引致的任何費用。
- (19) 團體保險用戶超過 75 歲而個人醫療保險用戶超過 70 歲的任何費用。
- (20) 核反應或輻射所直接引起的任何費用。

倘若出現上述除外條款時，國際 SOS 可自行決定是否以收取服務費的形式為用戶提供有關服務。需要時，用戶必須負責相關費用並預先給予國際 SOS 財政保證。

以上內容純屬參考，對本公司或國際 SOS 並不構成任何責任。

此服務現由國際SOS提供，並不保證續訂。本公司將不會就國際SOS救援中心及經該公司轉介之專業人仕的行為或疏忽負上任何責任。本公司保留修改、暫停或終止國際 SOS 24 小時環球支援服務，以及隨時修訂有關條款及細則而毋須另行通知。

此保障 / 服務並不屬於本計劃的保單條款。