



中銀集團保險有限公司

BANK OF CHINA GROUP INSURANCE COMPANY LIMITED

香港中環德輔道中 71 號永安集團大廈 9 樓

9/F., Wing On House, 71 Des Voeux Road Central, Hong Kong.

Tel: 2867 0888

Fax: 3906 9906

中銀醫療綜合保障計劃(系列一)保單

投保人以一份投保書及聲明謹向中銀集團保險有限公司(下稱“本公司”)申請下述保險。該份投保書及聲明已被納入本合約內,成為本合約之基礎。投保人已繳付保費,作為本保險的代價。

茲證明本保單或批單上所列之承保條件、除外條款、基本條款、責任限額(當中全被當作納入條款內)為依歸下,本公司同意賠償給投保人任何或所有以下所列之保險期內所發生之承保事項。

但在任何情況下,受保人須完全遵守及履行保單所載條件及承保條款,以及投保人確保投保書及聲明內所提供或申報的所有資料是準確、真實及完整的,是為本公司在保單的任何責任的先決條件。

在本保單內,如內容許可,只表達單數的字詞亦可包括眾數,反之亦然。只表達男性的字詞亦可包括女性(投保人的字詞除外),反之亦然。

第一部份 定義

以下任何字詞或字句應用於本保單、承保表、批單或備忘錄均具有該意義。

1. 「意外」 意指無法預見和意料之外的暴力、偶發、外在及可見事件、並不牽涉任何其他因素下,構成身體受傷的唯一原因。
2. 「每年賠償總限額」 意指 76 歲或以上受保人在本保單起保日起 12 個月內,或由本保單滿周年日起計算的 12 個月內,根據本保單規定而在第二部份第一章-項目 A 基本保障享有的賠償總額。
3. 「醫療卡/支援卡」
 - (1) 醫療卡意指由本公司向每名受保人發出的「中銀醫療綜合保障(系列一)醫療卡」。此卡證明各受保人可享有由網絡服務提供者提供的門診服務(只適用於在第二部份第二章-自選保障 D 項「門診保障」內受保及於本保單的承保表內列明)及「24 小時全球緊急支援」熱線服務。
 - (2) 支援卡意指由本公司向投保人發出的「中銀醫療綜合保障(系列一)支援卡」。此卡證明受保人可享有「24 小時全球緊急支援熱線服務」。
4. 「子女」 意指本保單年度有效期內投保人的合法子女,包括繼子女、領養子女、或監護兒童。
5. 「中醫」 意指根據《中醫藥條例》香港法例第 549 章註冊之表列中醫或註冊中醫,或根據引起索償及接受治療所在國家的法律,註冊為正式合資格的中醫,但不包括投保人、受保人、以及投保人及/或受保人的親屬或其業務伙伴。
6. 「先天性疾病」 意指出生時存在的疾病,以及出生後 6 個月內出現的新生嬰兒身體疾病。這類疾病包括下列各項(但不排除其他可被診斷為先天性疾病的狀態),如各種疝脫(本保單起保後發生的創傷所造成者除外)、斜視、睪丸未降、尿道下裂、腦積水、梅克耳氏憩室、兔唇、畸形足、胎記、骨或肌肉不正常

生長、腦麻痺等。

7. 「住院日」 意指受保人須連續入住醫院(24)小時為一日，而受保人須被確認為住院病人及入院至少(24)小時。
8. 「傷病」 意指受傷、疾病、頑疾或不適，並包括由同一原因造成的所有傷病及其一切併發症。不過，如在最後一次診療後90日內所述傷病不需要再作任何治療，則其後源自同一原因的任何傷病將作為新的傷病論。
9. 「合理支出」 意指受保傷病所引致必要的醫療支出，而整個治療須由註冊醫生提供。
10. 「急症」 意指受保人需要立即接受治療以防止受保人死亡或其健康遭永久損害的事件或情況。
11. 「香港」 意指中華人民共和國香港特別行政區。
12. 「醫院」 意指合法成立及按其所在地法律運作的機構，並符合以下所有要求：
- (1) 主要以住院病人形式接待、治療及護理不適、患病或受傷的人士；
 - (2) 只在可隨時向其諮詢的醫生監管下始能接納住院病人入院；
 - (3) 為有關人士提供系統化的醫療設施以進行醫療診斷和治療，並在醫院範圍或醫院可使用或控制的設施下提供進行大型手術的設施(如適用)；
 - (4) 在護理人員的監督下提供全日護理服務；
 - (5) 維持一名合法註冊的駐院醫生。
 - (6) 如在中國境內，則指縣級或以上並以西醫診治為依歸的醫院。
- 「醫院」的含義並不包括：
- (1) 精神護理機構，泛指為精神病者包括弱智人士提供護理的機構、醫院精神病部門；
 - (2) 老人院、療養院、戒毒或戒酒治療所；
 - (3) 保健或天然療養診所、護理或療養院、醫院特為戒毒或戒酒而設的部門、或護理、療養、復康、特別護理或靜養所；
 - (4) 以中醫診治為依歸的中醫院。
13. 「住院」 意指入住醫院之內至少連續6小時，方可獲得本保單規定的醫療賠償。不過，如受保人因受傷而(於24小時內)接受急症治療，並因而引致醫院費用支出，或註冊醫生為受保人因受傷而進行外科手術收取費用，又或在診所或在醫院擁有和經營的認可日間護理手術中心接受手術，則有關最低住院期的規定便不適用。
14. 「受傷」 意指身體純因意外而直接導致不正常狀況，而此不正常狀況並不牽涉任何其他因素及不因疾病或頑疾導致。
15. 「住院病人」 意指佔用病床並至少連續住院6小時的受保人，但如在診所或在醫院擁有和經營的認可日間護理手術中心接受手術，則有關最低住院期的規定便不適用。
16. 「投保人」 意指投保本保單的香港合法居民，年齡為18歲或以上，本保單以其姓名簽發，並同時在承保表或批單內註明為投保人的人士。

17. 「受保人」 意指在承保表或批單內註明之受保人，必須為香港合法居民，並且是投保人的 18 歲或以上合法配偶；或投保人的子女。
18. 「保障計劃」 意指列於承保表內本保單所承保每一受保人的保障計劃。
19. 「深切治療部」 意指醫院指定用作深切治療病房之範圍，以便為病人提供一對一之護理服務及進行恢復其知覺、監察及治療等特別程序。該病房必須每日 24 小時均由接受過特別訓練的護士、技術人員、以及醫生留守，並配備復甦儀器及監察器，以便持續監察/評估各種維持生命的重要功能，例如心跳速度、血壓和血液內的化學性質。
20. 「產科」 意指因一次懷孕、分娩或流產或此等有關的任何併發症而引致的狀態(除非為醫療上所必須的，否則不包括人工流產)。
21. 「醫療保障」 意指按本保單第二部份規定就醫療支出所給予的保障。這些支出必須因為受保人的受傷、疾病、頑疾及不適所引致。
22. 「必要的醫療」 意指必須的醫療服務：
(1) 符合病情的診斷及慣常治療；及
(2) 符合良好和謹慎的行醫標準；及
(3) 並非為了方便投保人、受保人或下文定義 30 及 34 所界定的任何人士；及
(4) 以正常及慣常支出之下進行受保傷病的治療；及
(5) 以最低收費環境之下進行受保傷病的治療。
實驗性、普查及屬預防性質的服務及物品均不被視為必要的醫療。
23. 「海外」 意指香港特別行政區以外之地區。
24. 「居住地」 意指受保人在保單年度內居住於同一地最少滿六(6)個月，並於投保書或書面更改通知內作出相關聲明。
25. 「保單」 意指本保單所載全部條款及條件，包括承保表、其批單和附件，以及如根據承保表的規定而適用及附於本保險單或不時向投保人公佈或通知的本公司的外科手術分類表「分類表」。
26. 「保單年度」 意指由本保單起保日開始，每一連續 12 個月的時間。
27. 「已存在的病狀」 意指
(1) 受保人在本保單及/或保障起保日之前已存在的疾病或受傷，當中病徵已顯露並為受保人察覺或應合理地察覺；或
(2) 無論受保人預先知悉與否，受保人於本保單及/或保障起保日的首個保單年度內所患之下列病患：
i. 扁桃體切除術；
ii. 器官腫瘤；
iii. 痔瘡；
iv. 鼻中隔或鼻甲之病理異常；
v. 甲狀腺異常；
vi. 子宮內膜異位；
vii. 需動手術之各類竇病症；
viii. 白內障；

- ix. 疝；或
- (3) 無論受保人預先知悉與否，受保人於保單及/或保障起保日的首個 6 個月內所患之下列病患：
 - i. 結核病；
 - ii. 膽結石；
 - iii. 腎石、尿道或膀胱結石；
 - iv. 肛門瘻管；
 - v. 高血壓或心臟疾病或血管疾病；
 - vi. 皮膚及肌肉組織腫瘤、骨腫瘤或血液或骨髓之惡性癌症；
 - vii. 拇指外翻；
 - viii. 胃潰瘍、十二指腸潰瘍；
 - ix. 糖尿病。
- 28. 「合資格護士」 意指在法律上有資格和已獲授權提供護理服務的護士，其資歷至少須相當於香港註冊護士或香港登記護士。如在香港以外地方接受治療並提出索償，則有關名詞應指在接受治療並提出索償的國家，依該國法律正式註冊的護士。但不包括投保人、受保人、以及投保人及／或受保人的親屬或其業務伙伴。
- 29. 「正常及慣常」 意指收費不超過同等經驗或資歷人士在相類似情況及地方下提供服務所收取的平均合理費用；有關物料或服務不超過在同一類別及相同質素及經濟因素考慮及地方下所需的物料或服務所收取的平均合理費用。
- 30. 「註冊醫生」、「外科醫生」、「醫生」、「麻醉科醫生」 意指具有正式有關資格並在香港依法註冊為上述西醫身份的人士。如在香港以外地方接受治療並提出索償，則有關名詞應指在接受治療並提出索償的國家，依該國法律正式註冊的西醫。但不包括投保人、受保人、以及投保人及／或受保人的親屬或其業務伙伴。
- 31. 「承保表」 意指附於本保單的承保表，並為本保單的一部份。
- 32. 「環境」 意指醫院門診部或適合作治療的醫院或門診服務的設施。
- 33. 「疾病」 意指受保人所感染的疾病，而該疾病為可就本保單索償的基準，惟不包括本保單所列之已存在的病狀。該疾病必須直接而單獨地導致該受保人住院。
- 34. 「專科醫生」 意指完成西醫專科課程及具有正式有關的西醫專科證書，並在香港依法註冊為專科西醫身份的人士。如在香港以外地方接受治療並提出索償，則有關名詞應指在接受治療並提出索償的國家，依該國法律正式註冊的專科西醫。但不包括投保人、受保人、以及投保人及／或受保人的親屬或其業務伙伴。
- 35. 「治療」 意指外科或內科醫療程序，其唯一目的為治癒或減輕受傷或疾病。
- 36. 「您」 意指投保人及／或受保人。

第二部份 保障範圍

本公司按以下之保障範圍，就必要的醫療支出，提供醫療保障，唯每名受保人的保障必須受承保表

及本保單「賠償限額表」內所列最高賠償額(或最高百分比)、限額、適用的受保保障及保障計劃所規限。

第一章 - 基本保障

A. 住院及手術保障

1. 住院膳宿費

若受保人在註冊醫生的建議下，登記為住院病人以治療傷病及引致費用支出，此保障便可獲賠償。賠償額將相當於受保人在住院期內醫院實際收取病房和膳食的費用。

2. 醫生巡房費

若受保人在住院期內任何一天需要接受註冊醫生的治療，此保障便可獲賠償。賠償額將相當於註冊醫生就這等巡房所收取的費用。

3. 醫院服務費

受保人因治療傷病而登記為住院病人及引致費用支出，此住院服務保障便可獲賠償。賠償額將相當於在受保人住院期內，醫院就正常、適當和實際醫院服務向受保人收取的費用。

除非已被剔除或不列入受保範圍內，或在承保表內對此另有規定，否則醫院服務將包括下列各項：

- (1) 血液或血漿的施用，但不包括血液或血漿的費用；
- (2) 進出醫院的救護車服務；
- (3) 麻醉、氧氣及其施用；
- (4) 基礎新陳代謝測試；
- (5) 敷料、普通夾板及石膏模；
- (6) 住院期間所用的藥物；
- (7) 心電圖；
- (8) 塗片、X 光檢查及對其檢查結果的解釋，以及特殊診斷程序，如電腦掃描；
- (9) 靜脈注射；
- (10) 化驗；
- (11) 物理治療。

4. 外科手術費

本公司將支付手術費賠償，而賠償額將相當於就外科手術實際收取的手術費，包括手術前兩次的診斷費及手術後的覆診費及出院後 6 個星期內接受合資格中醫治療的覆診費用。此保障將先支付手術費，如有餘額時才賠付上述手術前後的診療費。

手術費的支付(如適用)須符合本公司的外科手術分類表(“分類表”)的規定。該類附表與本保單一併發出，或由本公司向投保人不時公佈或通知。本公司絕對有權在其認為適當或必要時，修改分類表或其任何部份。若有關手術不在分類表之列，則本公司絕對有權為該項手術決定類別。該決定將是最終的並具約束力。本公司將以同等嚴重、難度及複雜性的手術為其決定之基礎。

若在單一次切口手術中進行兩項或以上外科程序，則所有這類外科程序費用的賠償將不超過支出最高的一項外科程序的賠償額。若在同一次手術中通過不同的切口來進行一項以上外科程序，本公司將支付最高不得超過複雜手術所需費用的 150%。倘受保人在同一次住院期內接受超過一項手術，其可獲支付的手術費將按給予最高賠償的一項手術為準。

若採用分類表所列切口手術以外的其他程序(包括 X 光、鐳或其他放射性物質)來進行治療，本公司將在不抵觸所有其他有關外科手術賠償的條款下，根據分類表支付正常及慣常治療的一般賠償。

任何提出索償的手術費必須為提供外科手術服務的合格註冊醫生所收取的費用，並須為合理支出，方可獲得賠償。

按本條款支付外科手術賠償後，本公司將毋須再就此等治療，支出本保單其他賠償條款所規定的賠償。

5. **手術室費**
若受保人在住院期內使用手術室來進行任何外科程序，此保障便可獲賠償。
6. **麻醉師費**
若受保人接受外科手術需要麻醉科醫生服務而引致實際支出，此保障便可獲賠償。
7. **專科醫生費**
若受保人在註冊醫生轉介下，在住院期間接受專科服務，此保障便可獲賠償。賠償額將相當於專科醫生實際收取的費用。
8. **深切治療費**
若按主診醫生的建議，受保人入住深切治療部，此保障便可獲賠償。若受保人因感染傳染病而遭政府機關強制性隔離及入院接受深切治療，深切治療保障最高賠償額將自動提升一倍。賠償額將相當於在深切治療部接受治療實際收取的費用。按本條款支付賠償後，本公司將毋須再就這類治療支付任何病房和膳食賠償。
9. **出院後覆診費**
若按主診醫生的建議，受保人於出院後 6 個星期仍須繼續接受所有與住院治療有關之門診費用，此保障便可獲賠償。
10. **住院加床費**
若受保人因按主診醫生的建議治療傷病而登記為住院病人及引致費用支出，住院加床保障便可獲賠償。賠償額將相當於醫院對此項服務實際收取的費用。
11. **意外緊急門診費**
若受保人因受傷並在意外發生後 24 小時內前往醫院接受門診治療，本公司將按醫院之一般正常及慣常的收費支付賠償。
12. **家居看護費**
若受保人按註冊醫生建議出院後，在家中接受合資格護士提供的護理服務，並因此引致合理支出，此家居看護費用保障便可獲賠償。賠償額將相當於就這類服務實際收取的費用。

本條款提供的保障不適用於由下列所引致的費用：

- (1) 任何連續 24 小時期內由一名以上護士提供護理服務；
- (2) 純粹為診斷目的而提供護理服務或物理治療，或採用 X 光檢查或其他方法來進行任何醫療檢查；
- (3) 老人科、老人精神科或精神科護理服務。

13. **醫療裝置 (指定項目)**
若受保人以住院病人身份住院，本公司將賠償受保人因以下項目所產生之符合索償條件的費用：
 - (1) 心臟起搏器；
 - (2) 經皮冠狀動脈腔內成形術的支架；
 - (3) 眼內人造晶體；
 - (4) 人工心瓣；
 - (5) 關節置換術的金屬或人工關節；
 - (6) 置換或植入於關節的人工韌帶；以及
 - (7) 人工椎間盤。
14. **化療/電療/腎透析治療費**
受保人因治療傷病而登記成為住院病人或在醫院擁有和經營的認可日間護理中心按主診醫生的建議接受化療、電療、或腎透析治療而引致合理支出，此保障便可獲賠償，而其他有關合理慣常的合理支出的治療費用，本公司將按本保單的賠償限額表內其他個別保障項目的最高賠償額賠償。
15. **進補現金津貼**
若受保人按註冊醫生的建議，入住醫院及需進行外科手術以治療傷病，並因此引致費用支出，由住院第 8 天起，此特設的每日現金津貼便可獲賠償。
16. **香港公立醫院特別現金津貼**
若受保人按註冊醫生的建議，登記入住香港政府醫院、醫院管理局轄下的醫院或受資助的慈善醫院普通病房以治療傷病，並因此引致費用支出，此特別每日現金津貼便可獲賠償。本公司就任何一種傷病按此第二部份第一章-基本保障項目 A(項目 A15「進補現金津貼」除外)支付其他賠償後，無論如何將不再按本條款支付賠償。

17. 身故恩恤金

若受保人因意外住院及於住院期間身故，便可獲此保障賠償。若未有指定受益人，賠償將撥作受保人的合法遺產。

住院及手術保障的每年賠償總限額

如受保人在下個保單年度或其後的保單續保年度年齡屆滿 76 歲，上述第二部份第一章-基本保障項目 A「住院及手術保障」內所有項目合共的每年賠償總限額，按本條款支付的賠償將不會超過承保表及本保單內賠償限額表所定的最高賠償額。

計劃 4 (醫療增值計劃)

此項保障可續保至 70 歲止。

受保人因治療傷病而登記成為住院病人或在醫院擁有和經營的認可日間護理中心按主診醫生的建議接受治療而引致合理支出，本公司將支付受保人持有之其他有效住院及手術保險賠償後之餘額。就已賠付的賠案，其正本索償文件，包括但不限於住院賬單明細表及正式收據，將不作退還。

B. 附加重症住院保障 (此保障列於承保表內才適用)

此項保障是上述“第二部份第一章-基本保障項目 A”的附加項目，並可續保至 75 歲止。

若受保人登記為住院病人以治療受保傷病，並因此引致第二部份基本保障項目之必要的醫療支出，本公司將支付附加重症住院保障賠償。有關賠償額相當於扣除按上述“第二部份第一章-基本保障項目 A”條款所支付的所有賠償以後，餘下醫療費用按承保表列明的百分比及本保單賠償限額表賠償，惟若醫院所收取的實際每日病房及膳食費超過本保單“第二部份第一章-基本保障項目 A”的保障額，則賠償額還須按本保單“第二部份第一章-基本保障項目 A”保障的每日最高限額相對於醫院所收取的實際每日病房費用的比例計算。

本項目不適用於下列情況：

1. 在香港境外的住院及外科手術治療，但在海外遭遇意外或緊急事故並獲註冊醫生證明者除外；或
2. 第二部份第一章-基本保障項目 A 1-A2、A9-A16；及第二部份第一章-基本保障項目 A 4 第一段所述的手術前兩次的診斷費、手術後的覆診費及手術後接受合資格中醫治療的覆診費用；或
3. 不在下述“第二部份第二章-自選保障項目 F”產科保障承保範圍內的任何費用。

C. 住院現金保障 (此保障列於承保表內才適用)

此項保障可續保至 60 歲止。

受保人因疾病或受傷而需住院，而開始住院時本保單就該受保人所提供的保障亦已生效，則本公司將按照受保人入住醫院的住院日支付有關之住院現金保障。

條文：

1. 於每住院日內受保人須接受醫生的定期診治及護理，此保障便可獲賠償。

在香港境內及境外，因任何疾病或受傷，均可獲得由住院日首日起計合共不超過本保單「賠償限額表」所列日數的住院現金保障。至於香港境外住院，則按本保單「賠償限額表」所列每保單年度之日數計算。

2. 如於中國內地住院，受保人只獲住院現金保障額的半數賠償。
3. 重複的住院

(1) 若受保人在保單及/或本保障仍然生效之時，因以往曾獲住院現金保障賠償的原因或有關的原因住院，而該住院相距不超過(6)個月，將被視為以往住院的延續。在決定本保單的有關住院現金保障期及最高住院現金保障額時，是次住院將被視為在以往疾病的相同時期出現，或因同一項受傷所致（以下條文 5 所述除外）。

(2) 若受保人在距離以往住院（6）個月或以後再次住院，則被視為另一次住院處理。在決

定本保單的有關住院現金保障期及最高住院現金保障額時，是次住院將不會被視為於以往疾病的相同時期出現，或因同一項受傷所致。

- (3) 按此條文 3 之(1)至(2)項，6 個月之相隔期是由受保人獲住院現金保障賠償出院後的翌日起計算。
4. 除第 7 部份第一章外，受保人在獲得本保單的住院現金保障額外，同樣可獲其所享有的任何其他保險賠償。
5. 儘管上述的條文所訂，在下列情況下：
 - (1) 受保人入住深切治療病房 (最高賠償為 90 日)；
 - (2) 受保人因接受主要器官移植手術包括心臟、心肺、肝臟、胰臟、腎臟或骨髓或初次證實患上癌病而住院；
 - (3) 受保人感染下列指定傳染病包括瘧疾、霍亂、腦膜炎、登革熱、破傷風或非典型肺炎而住院 (就每種傳染病最高賠償為 30 日)；
 - (4) 受保人在短暫離開香港境外不超過 (60)日的期間住院 (不包括在中國內地或澳門住院) (最高賠償為 30 日)；
 - (5) 受保人及受保合法配偶同時因同一次意外住院；可獲每日住院現金雙倍賠償。

雙倍住院現金保障不可超逾每日住院現金保障的兩倍；及在任何香港境內及境外的情況下合共均不可超逾此項保障所訂立的總住院日數。

第二章 - 自選保障 (以下每項保障列於承保表內才適用)

D. 門診保障

本公司將按以下條款，就必要的醫療支出支付受保人所需的網絡或非網絡醫生的醫療費用。

門診服務包括：

1. 普通科門診

除非本保單另有限制，否則本保障承保由網絡服務提供者或非網絡服務提供者就受保傷病提供的註冊醫生門診服務。保障包括診費及由註冊醫生處方最高3天的藥物，但只限於每日一次門診。受保人在接受治療時，可能須要直接向服務提供者支付自付費。

2. 專科門診

若受保傷病，經網絡註冊醫生書面轉介接受網絡服務提供者或非網絡服務提供者的專科醫生治療，本公司將支付此等專科醫生費，但只限於每日一次治療、就診或診治。受保服務包括診治及專科醫生處方最高5天的藥物。受保人在接受治療時，可能須要直接向服務提供者支付自付費。

3. 中醫門診

除非本保單另有限制，否則本保障承保由網絡服務提供者或非網絡服務提供者就受保傷病提供的中醫、跌打及針灸門診治療，但只限於每日一次的治療、就診或診治。賠償額包括中醫的診費及由中醫師處方的藥物。受保人在接受治療時，可能須要直接向服務提供者支付自付費。

4. 物理及脊椎治療

承保由網絡服務提供者或非網絡服務提供者就受保傷病經註冊醫生書面轉介並直接由物理治療師及/或脊椎治療師主理的物理治療及脊醫治療，但只限於每日一次的治療、就診或診治。

5. X光診斷及化驗

由網絡服務提供者或非網絡服務提供者就受保傷病經註冊醫生書面建議的門診斷症檢驗服務，包括 X 光檢查、心電圖及簡單的診斷測試。

條款：

1. 網絡服務提供者

- (1) 受保人可選用指定網絡服務提供者，以享用門診服務。指定網絡服務提供者的詳情已在保單生效日跟隨本保單附上。
- (2) 指定網絡服務提供者為受保人提供的門診服務所涉及的費用與支出，概由本公司承擔。受保人須向指定網絡服務提供者繳交就超過承保表所列最高保額的費用及自付費。
- (3) 除本保單具體列明外，任何向網絡服務提供者繳付的費用均為不受保項目，本公司概

- 不負責。
- (4) 本公司將向受保人發出醫療卡。在使用網絡服務提供者的門診服務時，該醫療卡只為識別醫療卡持有人的身份。
 - (5) 若使用網絡服務提供者門診服務，受保人須：
 - i. 預先向網絡服務提供者預約服務；及
 - ii. 在登記時向網絡服務提供者出示其有效醫療卡；及
 - iii. 安排於網絡服務提供者的診症時間內就診；
 - (6) 受保人確認和同意若受保人選擇網絡服務，這是受保人自由和主動作出的選擇。本公司對網絡服務提供者的適切性、服務供應或能力並無明示或默示任何陳述，而本公司對服務提供者、其僱員或代理提供的任何服務或福利或任何行為、遺漏、失職或疏忽，概不承擔任何合約或其他形式的責任或義務。投保人及/或受保人接受和同意提供有關服務或福利的服務提供者為獨立承辦者，而非本公司的僱員或代理。
 - (7) 除本保單具體列明外，指定網絡服務提供者只限提供指定日數之基本醫生處方藥物，其他例如（包括但不限於）昂貴藥物、用作個別治療的抗病毒藥及長期病患所需之藥物等均不受保。

2 非網絡服務提供者

- (1) 若門診服務由非網絡服務提供者提供，受保人須向非網絡服務提供者先行墊付門診服務的費用，然後在完成傷病治療後 90 日內，向本公司遞交索償申請。

於「自選保障 - D.門診保障」內的定義

1. 「脊醫」 意指於香港或引致醫療費用的任何其他地方擁有最少等同香港《脊醫註冊條例》下的脊醫資格並從事藉矯正關節以提供脊骨療養法的具法定資格人士。但不包括投保人、受保人、以及投保人及/或受保人的親屬或其業務伙伴。
2. 「自付費」 意指受保人接受醫療服務後，必須自行承擔的固定費用或醫療服務費用的一個百分比(按承保表及本保單「賠償限額表」內所列，本公司可不時修訂)。
3. 「長期服用藥物」 意指受保人需服用不少於 14 天的處方藥物。
4. 「網絡醫生目錄」 視情況而定，包括指定網絡服務提供者的名單。本公司有權不時修訂此目錄而毋須另行通知。
5. 「網絡服務」 意指列於網絡醫生目錄內提供保健服務的診所。
6. 「非網絡服務」 意指並非列於網絡醫生目錄內提供保健服務的診所。
7. 「門診服務」 意指本保單第二部份第二章-自選保障 D.「門診保障」所列的服務。
8. 「物理治療師」 意指具有正式有關資格並在香港依法註冊為物理治療師身份的人士。如在香港以外地方接受治療並提出索償，則有關名詞應指在接受治療並提出索償的國家，依該國法律正式註冊的物理治療師。但不包括投保人、受保人、以及投保人及/或受保人的親屬或其業務伙伴。
9. 「服務提供者」 意指在文意許可下，本保單第一部份定義的任何醫生、註冊醫生、合資格護士、專科醫生及中醫。
10. 「特別檢查項目」 意指先進類型之造影或專科 X 光檢驗，例如鉬餐造影、腎盂造影等先進影像包括但不限於電腦素描、磁力素描、正離子核磁素描、涉及放射性物質的化驗。
11. 「慢性疾病」 意指無論有病徵與否，任何持續三個月以上之疾病，而患者需要接受的定期醫療診治。包括但不限於：
 - 愛滋病
 - 鼻敏感性肺炎
 - 阿耳滋海默氏病
 - 關節炎

- 哮喘
- 癌病
- 慢性支氣管炎
- 慢性濕疹
- 慢性肝炎
- 冠心病
- 糖尿病
- 痛風症
- 心臟病
- 心臟衰竭
- 高血脂
- 血壓高
- 甲狀腺激素過高
- 甲狀腺激素過低
- 精神病及心理病
- 甲黴菌病
- 栢甘遜症
- 乾癬、牛皮癬
- 腎衰竭
- 紅斑性狼瘡

於「自選保障 - D.門診保障」內除外責任

由下述直接或間接引致或產生的醫療費用均不承保：

1. 任何長期服用藥物；
2. 任何只由受保人要求處方的藥物包括但不限於到訪受瘧疾感染地區所需的藥物；
3. 特別檢查項目；
4. 小型手術；
5. 慢性疾病。

E. 牙科保障

本公司將賠償受保人就下列牙科保障引致的必須開支。

牙科保障包括：

1. 口腔 X-光片檢查
2. 洗牙石、牙漬及預防治療
3. 補牙或脫牙
4. 膿瘡排放
5. 牙齦管填補

於「自選保障 - E.牙科保障」內的定義

1. 「牙科之異常狀態或情況」 意指異於正常健康狀態的牙科狀況。
2. 「牙科保障」 意指就牙科開支，根據本保障項目提供的保障。有關開支必須為受保人因受傷、牙科之異常狀態或情況而引致的開支。
3. 「牙醫」 意指在香港依法註冊為牙醫的正式合資格人士。若在香港以外的地方索償及接受牙科治療，「牙醫」則指根據引起索償及接受牙科治療所在國家的法律，正式登記註冊為牙醫的牙科從業員。但不包括投保人、受保人、以及投保人及／或受保人的親屬或其業務伙伴。

於「自選保障 - E.牙科保障」的除外責任

由下述直接或間接引致或產生的醫療費用均不承保：

1. 因美容、創傷、溶蝕、磨牙、磨損及其他非蛀牙而導致的補牙；

2. 不因蛀牙而導致的補牙剝落及重補；
3. 齒科矯正服務。

F. 產科保障

此項保障只適用於 18 歲以上的受保人及可續保至 50 歲止。

若本公司收到充分證據，證明受保人曾因產科原因而住院，與此同時此項保障仍然生效，本公司將支付以下賠償：

1. 手術分娩
若住院作產科剖腹手術，如剖腹分娩或宮外孕手術，只要所付費用為必要的醫療支出，則產科保障賠償將相當於醫院實際、正常及慣常收取的病房、膳食及一般護理費用及醫院服務費用，以及任何產科醫生費用(新生嬰兒有關費用除外)。
2. 自然分娩
若受保人因產科原因住院但毋須接受剖腹手術，本公司將支付產科保障的賠償。賠償額相當於醫院實際、正常及慣常收取的病房及膳食費用及醫院服務費用，以及任何產科醫生費用(新生嬰兒有關費用除外)。
3. 流產
若遇上流產的情況，產科保障賠償將相當於註冊醫生或合資格護士就該次流產收取實際、正常及慣常的費用。

在計算上述的賠償額時，將包括同一次懷孕的產前和產後費用。受保人於產科保障生效日或復效日起計 9 個月或內懷孕或分娩，以較後者為準，將不會獲得任何產科保障的賠償。

G. 危疾保障

此項保障只適用於 18 歲以上的受保人及可續保至 60 歲止。

若受保人經註冊醫生診斷證實首次患上危疾而在本公司接獲有關索償的合理證明及批核後，此保障便可獲賠償。儘管受保人或會患上超過一種危疾，每受保人只可獲賠一次危疾保障。

伸延保障：

1. 危疾醫療費用

如受保人被診斷證實首次患上1)癌症2)中風或3)心肌疾病危疾(若該危疾並非一項手術)或完成手術後而引發的危疾(若該危疾是一項手術)而直接及獨立地引致醫療費用，本公司將向受保人賠償實際支付的醫療費用，惟需符合以下條件

- (1) 該危疾保障已作出或將作出賠償；及
- (2) 有關的醫療費用是合理及醫學上必須的，而且是因註冊醫生或中醫一般建議的服務、用品或治療或是就該危疾而慣常接受的治療所引致。

2. 患上 5 種婦女危疾或嚴重疾病

若女性受保人因初次證實患上乳癌、子宮頸癌、卵巢癌或子宮體癌，將可獲一次性支付額外保障。若女性受保人因初次證實患上紅斑狼瘡症，將可獲一次性支付保障。

3. 患上 5 種男性危疾

若男性受保人因初次證實患上肺癌、肝癌、結腸癌、前列腺癌或心肌疾病，將可獲一次性支付額外保障。

條款：

1. 危疾或紅斑狼瘡症只會在下列情況支付

- (1) 在發病日本保單及此保障仍然生效；及
- (2) 受保人經診斷患上危疾後仍生存不少於 30 日(不適用於紅斑狼瘡症)；及
- (3) 發病日是在受保人之受保年齡達 60 歲的保單年度前發生及此保障仍然生效。

2. 支付危疾保障賠償後，包括危疾或伸延保障中之紅斑狼瘡症，本公司將立即獲解除對受保人於”G.項”危疾保障的其他任何責任，而該受保人於此”G.項”危疾保障便立即終止。

3. 危疾或紅斑狼瘡症不保以下情況

- (1) 因以下任何一項直接或間接引起、與其有關、導致或產生(全部或部分)：
 - i 後天免疫力缺乏或愛滋病(AIDS)或人體免疫力缺乏病毒(HIV) (危疾定義下，因輸血而感染人體免疫力缺乏病毒除外)；或

- ii 任何先天缺陷；或
- iii 自我毀傷或企圖自殺（不論當時神智是否清醒）；或
- iv 任何已存在的傷病；或
- v 酒精或非由註冊醫生處方開列的藥物引致中毒；或
- vi 違反或企圖違反或拒捕或參與任何犯罪活動；或
- vii 乘搭任何飛機（以購票乘客身份乘搭商務客機除外）。

在以上不保事項第(1)iv 項，已存在的傷病指任何以下狀況或疾病：

- i. 以前曾存在或一直存在；或
 - ii 直接致病因素以前存在或一直存在；或
 - iii 受保人知悉該情況、疾病、病徵或病狀；或
 - vi 任何化驗室的測試或調查顯示可能有該狀況或疾病的存在而有關情況在保單生效日期或最後保單復效日期前發生，以較遲者為準。
- (2) 保障生效日或保單最後復效日期(以較後者為準)的首 90 日內首次顯現有關於徵狀或病徵或任何首次診斷患上的危疾。
- (3) 受保人在保障生效日期前已確診的同類危疾，不論該早期確診是否與現提出索償的危疾有關。例如，若受保人在保障生效日期前已確診患上一種「癌症」，本保單將不會再就任何一種「癌症」作出危疾保障賠償。

危疾及紅斑狼瘡症定義

危疾指下列其中一種疾病：

1. 阿耳滋海默氏症

因患上阿耳滋海默氏症或不可復原的機能變性腦部失調而出現智力退化或喪失智力或不正常的行為，並由臨床狀態及認可的標準問卷或測驗證實，但不包括神經病、精神病及任何與藥物或酒精有關的機能失調，導致精神和社交機能嚴重減少，而受保人需要不斷接受監護。診斷必須由合適的註冊醫生臨床證實。

2. 再生障礙性貧血

慢性及永久性的骨髓衰竭而導致貧血、嗜中性白血球減少及血小板減少之出現，須接受下列最少一項的治療：

- (1) 輸血；
- (2) 刺激骨髓藥物；
- (3) 免疫系統抑制性藥物；
- (4) 骨髓移植。

診斷必須經有關血病科專科醫生確認。

3. 細菌性腦膜炎

細菌性腦膜炎引致腦部或脊髓膜炎，導致最少連續 183 日的永久性腦神經科缺陷，而有關診斷須由腦神經專科醫生證實。

4. 良性腦腫瘤

需要接受切除手術或引致最少連續存在 183 日的嚴重永久性神經科缺陷的腦內非癌症腫瘤。腦動脈或靜脈囊腫、肉芽腫和畸形、腦垂體或脊椎血腫和腫瘤並不在受保範圍內。

5. 失明

由眼專科醫生診斷證實，兩眼的視力因創傷或疾病導致完全和不可復原地喪失。

6. 腦部損傷

因意外產生的腦部損傷而引致不可復原的智力受損或完全喪失，並因此需要永久監護或援助以維持生命。

7. 癌症

癌症指體內存在不受控制地生長和擴散的惡性細胞，而這些細胞會侵襲人體組織。

患者必須提供明確的證據，以確定細胞惡性生長並侵襲人體組織。「癌症」亦包括白血病、淋巴瘤及霍奇金氏病。

「癌症」不包括非侵襲性的原位癌瘤、惡性黑瘤以外任何皮膚癌、只出現早期惡性病變的局部非侵襲性腫瘤，以及存在任何人體免疫力缺乏病毒的腫瘤。

8. 心肌疾病

心室功能永久性不可復原的受損，受損程度達至紐約心臟協會所訂定之最少第四級程

度。有關診斷必須獲心臟科專科醫生確認。心肌疾病乃包括擴張性、肥厚或收縮性心肌疾病。如因濫用酒精或藥物所引起之心肌疾病，將不在保障範圍之內。

9. 昏迷

處於不省人事的狀態，對外界刺激或內在需要毫無反應，需要不斷使用生命輔助器不少於 96 小時，引致其患上永久性的腦神經科缺陷並獲腦神經科專科醫生確認。

10. 冠狀動脈搭橋移植手術

利用隱靜脈移植物或內乳移植術，用以矯正兩條或以上收窄或阻塞的冠狀動脈之剖開心臟手術，但一切非外科手術程序，如氣脹血管造形術或激光技術，則不包括在內。必須提供有關疾病的心臟血管造影片。

11. 象皮病

由絲蟲病引起或其併發症，特徵為由於淋巴血管循環阻塞而造成身體組織大範圍腫脹，必須由適當的專家臨床確定診斷為象皮病，包括檢驗證實幼絲蟲屬存在。惟保障不包括由性接觸傳染的疾病、創傷、手術後疤痕、充血性心臟衰竭或先天淋巴系統異常引起的淋巴水腫。

12. 腦炎

由腦神經專科醫生證明腦質嚴重發炎，導致最少連續 183 日的嚴重和永久性神經科缺陷。

13. 末期肺病

必須符合下列兩項標準中的一項：

(1) 符合以下所有條件

- 必需永久吸氧治療，達每天至少 8 小時的證據，及
- 第一秒鐘用力呼氣容積(FEV1)低於 1 公升

或者

(2) 符合以下所有條件

- 第一秒用力呼氣容積(FEV1)低於 1 公升，及
- 氣道內阻力增加，至少達到 0.5 kPa/l/s，及
- 殘氣容積佔肺總量(TLC)的 60%以上，及
- 胸內氣體容積升高，超過 170（基值的百分比）

14. 暴發性病毒性肝炎

由肝炎病毒引致的肝臟次廣泛性至廣泛性壞死，導致突發性肝衰竭，惟保障不包括經註冊醫生證明因濫用酒精或藥物而引致之情況。有關診斷必須符合以下準則：

- (1) 肝臟體積急劇縮少；
- (2) 整塊肝葉壞死，只剩下膠質網狀支架；
- (3) 肝功能測驗急劇惡化；
- (4) 黃疸不斷加深。

15. 突發性心臟病

突發性心臟病指某部分心肌因突然供血不足而壞死。病症的診斷必須基於下列所有準則：

- (1) 典型的胸痛病歷；
- (2) 心電圖出現心肌梗塞特有的新變化；及
- (3) 心臟酵素水平上升。

16. 心瓣置換

因心瓣狹窄或關閉不全而實際將一塊或以上心瓣換上人造心瓣的手術，但不包括心瓣修補和切斷手術。

17. 因輸血而感染人體免疫力缺乏病毒

受保人感染上人體免疫力缺乏病毒（HIV）並且符合下列全部條件：

- (1) 在保障生效日期或復效日期之後，以較後者為準，受保人因輸血而感染 HIV，而且
- (2) 提供輸血治療的機構出示該項輸血感染屬醫療責任事故的報告，或者經法院終審裁定為醫療責任並且不准上訴，而且
- (3) 受感染的受保人不是血友病患者。

在任何治癒愛滋病（AIDS）或阻止 HIV 病毒作用的方法被發現以後，本保障將不再予以賠付。

18. 腎衰竭

因兩個腎臟出現不可復原的慢性功能衰竭而導致的末期腎衰竭。受保人必須定期接受腎臟透析治療或已接受腎臟移植手術。

19. 肝衰竭

末期肝衰竭，永久性黃疸，普遍醫學觀點認為不會有好轉的機會，並且導致腹水及肝性腦病。

20. 失聰

因創傷或疾病而導致完全和不可復原地喪失對所有聲音的聽力。患者必須由耳鼻喉科專科醫生提供醫療證據，包括聽力和音域測驗。

21. 喪失獨立生活能力

經主診專科醫生鑑定，受保人證實缺乏獨立處理「每日起居活動」的其中最少三種活動的能力；「每日起居活動」的定義為：

- (1) 更衣 — 在毋須協助的情況下，可自己穿衣及脫衣；
- (2) 如廁 — 可使用洗手間，包括在毋須協助的情況下自行往返洗手間；
- (3) 行動 — 在毋須協助的情況下，可自行往返睡床或座椅；
- (4) 自制 — 自我控制大、小便能力；
- (5) 進食 — 在毋須協助的情況下自行進食已準備之食物；
- (6) 沐浴 — 在毋須協助的情況下沐浴及洗澡方法清潔身體的能力。

22. 喪失肢體

兩條或以上肢體從身體不可復原地分離，而斷肢處在膝部或肘部以上。

23. 喪失語言能力

持續 365 日完全和不可復原地喪失說話的能力。患者必須由耳鼻喉科專科醫生提供醫療證據，以證實聲帶的損傷或疾病。一切與精神有關的因素除外。

24. 嚴重燒傷

3 級程度嚴重燒傷引致皮膚總面積 20% 或以上的皮層全部破壞。

25. 主要器官移植

作為受贈者接受心臟、肺、肝臟、腎臟、胰臟或骨髓移植手術。

26. 運動神經元疾病

確實出現適當和有關的神經科病徵，並由神經專科註冊醫生明確診斷為患上運動神經元疾病。

27. 多發性硬化

出現多於一次明顯的神經科徵狀，並持續有跡象顯示涉及視覺神經、腦幹和脊髓，加上共濟、運動和感覺機能受損，及後由神經專科註冊醫生作出明確診斷，並經影像掃描診症報告確實。

28. 肌肉營養不良症

肌肉營養不良症的診斷須由神經專科醫生證實，並須根據下列全部情況作出診斷：

- (1) 其他家庭成員有同樣的病歷；
- (2) 臨床表現，包括並無感覺失調、腦脊髓液正常、腱反射輕微減少；
- (3) 特殊的肌電圖；
- (4) 肌肉活組織檢查證實臨床上的懷疑，及本公司認為該項檢查證實患上肌肉營養不良症。
- (5) 引致受保人在缺乏援助的情況下，不能進行「每日起居活動」的其中最少三種活動。(有關定義與上述第 21 點相同)

29. 截癱／癱瘓

因癱瘓而引致兩條或以上肢體完全和永久喪失功能。

30. 柏金遜症

因出現下列病情，由神經專科註冊醫生明確診斷為患上柏金遜症：

- (1) 不能以藥物控制；
- (2) 出現逐步的機能障礙之徵狀；
- (3) 引致受保人在缺乏援助的情況下，不能進行「每日起居活動」的其中最少三種活動。(有關定義與上述第 21 點相同)

只受保原發性柏金遜症，由藥物或毒性因素引致的柏金遜症皆不在受保範圍之內。

31. 脊髓灰質炎

由神經專科醫生明確診斷為感染脊髓灰質炎病毒，引致患上令運動機能受損或呼吸衰弱的癱瘓性疾病。不涉及癱瘓的個案將不獲得賠償。因其他原因而引致的癱瘓不在受保範圍之內。

32. 延髓性逐漸癱瘓

由神經專科醫生診斷及確認為退化性肌肉，包括延髓肌肉萎縮。

33. 肺動脈高血壓

臨床和實驗診查，包括心導管插入檢查，由心臟科專科醫生證實患上原發性肺動脈高血壓。

有關診斷必須符合下列準則：

- (1) 呼吸困難和疲勞；
- (2) 左心房血壓上升（最少 20 個單位）；
- (3) 肺阻力比正常水平高出最少三個單位；
- (4) 肺動脈血壓最少為 40 mm Hg；
- (5) 肺楔壓力最少為 8 mm Hg；
- (6) 右心室的終舒張壓最少為 8 mm Hg；
- (7) 右心室肥大、擴張及出現右心衰竭和代償機能衰敗的徵狀。

34. 嚴重類風濕性關節炎

下列之關節部位有三個或以上出現廣泛性關節損壞及嚴重臨床變形：手、手腕、手肘、頸椎、膝、足踝及足部；受保人必須是永久及完全喪失從事任何工作的能力。診斷須經下列各項證實並由風濕病科專科醫生確認：

- (1) 於關節部份有不少於 1 個小時之清晨僵硬；
- (2) 對稱性關節炎；
- (3) 經註冊醫生證實之類風濕性小結；
- (4) 類風濕因子滴度呈陽性反應並上升；
- (5) 放射照相證實關節受損及磨損。

35. 中風

任何腦血管病發事件（或意外），引致持續超過 24 小時的腦神經科後遺症及有永久性之神經功能缺陷，包括：

- (1) 腦組織梗塞；
- (2) 腦內血管出血；及
- (3) 腦外因素引起的栓塞。

36. 主動脈手術

因主動脈疾病而需要接受切除手術並以移植物置換病變的主動脈之剖開心臟手術。就定義而言，主動脈指胸和腹主動脈而非其分支。不包括主動脈創傷。

37. 末期疾病

受保人必須患上經專科醫生及獲本公司指定的註冊醫生確認之疾病，而很可能在通知日期後 365 日內死亡。

38. 永久完全傷殘

受保人因意外或疾病導致的完全傷殘持續十二個曆月後，受保人在餘下的生活期間，完全不能從事任何可賺取收入的職業或工作。

39. 結核性腦膜炎

因結核桿菌感染造成的覆蓋腦和脊髓的腦脊膜的炎症，引起顯著的神經功能障礙，導致永久無法獨立完成六項「每日起居活動」中的三項或三項以上（有關定義與上述第 21 點相同）。

40. 植物性狀況（持續性）

完全失去知覺及腦皮質功能，對外界刺激或內在需要毫無反應，惟腦幹仍然運作，需要持續性輔助以維持生命最少 30 日。永久性神經系統損傷被有關腦神經科專科醫生確認。

紅斑狼瘡症指

一種慢性自身免疫性疾病，可令身體組織及細胞受到病理性自身抗體及免疫抗體的沉積而被破壞。

系統性紅斑狼瘡症的診斷必須基於以下條件：

- (1) 必須出現以下最少四(4)個的臨床表徵：
 - a. 臉頰疹或盤狀疹或對光線敏感；
 - b. 心包炎或胸膜炎；
 - c. 腎功能障礙(由蛋白尿及其他特定的尿液不正常情況證實)；
 - d. 引致腦癇發作或精神病的神經系統疾病；
 - e. 血液疾病，包括溶血性貧血、白血球減少症或血小板減少症或淋巴細胞減少症；及
- (2) 包括以下最少三(3)項經血液測試證實的免疫疾病：
 - a. 呈陽性反應的抗脫氧核糖核酸(anti-DNA)測試；

- b. 呈陽性反應的抗史密斯免疫球蛋白自身抗體(anti SM)測試
- c. 呈陽性反應的抗雙鏈脫氧核糖核酸(anti-ds DNA)測試；
- d. 呈陽性反應的抗可提取性核抗原(anti-ENA)測試；
- e. 呈陽性反應的抗核抗體(anti-ANA)測試。

本公司保留隨時更改上述危疾及紅斑狼瘡症定義的權利，以反映對有關危疾之診斷或治療在醫療科技方面之發展。

第三部份 一般除外責任

本公司將不予負責任何有關下述的賠償：

1. 可向第三者追討的費用，包括但不限於可根據醫療服務提供者或《僱員補償條例》第 282 章或其任何修訂提出索償的受傷或傷病事件所涉及的醫療服務或補償；
2. 任何其他現有保險承保的費用，或直接或間接因政府設施或其僱用的醫生所提供的醫療護理服務而引致的費用，在政府醫院內接受治療所須支付的法定費用則不在此限；
3. 任何由器官組織、眼角膜、人造器官、器官移植或骨髓移植、或屬試驗或研究性質的服務或供應，包括並未認可為公認醫療常規的治療程序、設施、儀器、藥物、施用藥物、裝置或供應。在不影響上述條款的一般性原則下，尚未證實為安全或屬於科學上確立的治療或明顯對某一種疾病有利的治療均不受保；
4. 美容或整容手術，或任何純粹為美容而進行的治療；
5. 任何類別的牙科及口腔手術護理和治療，包括牙齒矯形、齒髓及牙周膜服務；以及修復服務，例如補牙、鑲齒冠、牙橋、箍牙及鑲假牙（唯在本保單第二部份第二章-自選保障「E.牙科」的承保範圍內及在承保表列明承保除外）。本保單只承保下列與牙科治療有關的服務：
 - (1) 因意外而導致口部和牙齒受傷，需要立即接受醫治，但所有其後有關之治療則不獲賠償；
 - (2) 經適當轉介的口腔手術，以治療頷骨或面骨脫位或骨折；切除頷骨良性或惡性腫瘤；
6. 視力或聽覺測驗、視力矯正（如該項目是因為意外引致除外）；配眼鏡或隱形眼鏡；購買或使用特別支架(包括但不限於心臟支架)、心臟起搏器、器械、助聽器、輪椅、丁字形拐杖、義肢或任何其他類似設備的費用(除第二部份第一章-基本保障第 A13 項「醫療裝置(指定項目)」中另有規定外)；
7. 與就診病無關之病房和膳食費、陪人費、特別看護費、額外病床（如包括在第二部份除外）、非醫療性的個人服務或其他特殊費用包括但不限於維他命、抗菌肥皂和清潔劑、及過敏原抽取物、滋養的草本植物或補品/保健產品(包括但不限於燕窩、人參及靈芝)或商業健康補健包；
8. 先天性疾病、遺傳性疾病、發展性疾病、已存在的病狀或其併發症；
9. 直接或間接因性病或與人體免疫力缺乏病毒有關的疾病而引致的費用，包括後天免疫力缺乏症（愛滋病）及/或因愛滋病而產生的任何突變、衍生或變異，並因在保單起保日期之前感染人體免疫力缺乏病毒而病發。就本不受保項目而言，若保障起保日後 5 年內出現與人體免疫力缺乏病毒有關的疾病，在沒有明確和具說服力的相反證據之情況下，將不可推翻地推定為因在保障起保日之前感染人體免疫力缺乏病毒而病發；
10. 婦產、懷孕、分娩（包括診斷懷孕的測驗、決定嬰兒性別或外科手術分娩）、流產、墮胎、產前或產後護理、外科、機械性或化學避孕方法、不育治療或體外受精、絕育或其併發症或一切有關的治療；(惟包括在本保單第二部份第二章-自選保障 F「產科保障」的承保範圍內及在承保表列明承保除外)；
11. 女性荷爾蒙測試或分析及女性荷爾蒙補充治療（惟疾病引致除外）、例行或一般檢查或例行驗血、健康檢查、與受保疾病或受傷的治療或診斷無關的檢查或化驗、為免疫或檢疫而接受的接種、藥物或防疫注射、療養性治療、休養性治療；
12. 主要因檢驗（例：電腦掃描、X 光檢查、化驗等）及/或物理治療而住院；
13. 在任何原故或實際上已成為住處或永久居留地的場所居住和接受護理服務所引致的費用；
14. 精神病及情緒病失調治療，包括直接或間接源自以下各項的治療：精神病、老人科病、老人心理或老人精神病、包括但不限於精神變態、神經官能症、抑鬱症、焦慮、厭食症、飢餓症、精神分裂、失眠或其他行為失常等；
15. 直接或間接因下列各項而引致的疾病或受傷：
 - (1) 不在醫院使用或並非醫生處方的藥物；
 - (2) 避孕藥或避孕器、疫苗、刺激或抑制食慾的藥物，但具體列明屬受保者除外；
 - (3) 與吸毒、酗酒、減肥、戒煙及治療禿頭有關的處方藥物及試驗性藥物；
 - (4) 性病、蓄意濫用藥物或酒精、企圖自殺或故意自傷身體或參與非法活動、觸犯或參與刑事

罪行、或在駕駛任何車輛時血液之含酒精量超出法律所容許之標準；

- (5) 高風險活動或職業：
 - i. 參加紀律部隊或海陸空軍服務或行動；
 - ii. 參加或就該等活動進行實習或參與特有的訓練：水肺潛水、激流；使用繩索或在嚮導帶領下登山、攀石或攀山；洞穴探險、跳傘、吊索跳崖、懸掛滑翔、特技或危險技巧；滑雪、長橈運動、雪橈滑滑或滑冰，包括冰上曲棍球與任何其他在雪地或冰上進行的運動；職業運動如賽車、賽馬；駕駛電單車；參加航空活動，但購票乘搭由正式持牌作定期運輸的航空或包機公司所提供及經營的飛機則不在此限；
 - (6) 戰爭或任何戰事（不論宣戰與否）、侵略、外敵行動、敵對行動（不論宣戰與否）、內戰、叛亂、革命、起義或軍事政變或奪權、恐怖主義活動、罷工、暴亂、參加軍警工作；
 - (7) 核輻射性污染；
16. 受保人因以下情況於任何旅程中發生的疾病或受傷：
 - (1) 不依醫生指示；
 - (2) 移民、留學或與移民、留學有關為目的；
 - (3) 為於香港境外接受任何醫療意見或手術或與此有關為目的；
 17. 由出生至 15 歲期間出現的各種腹股溝疝氣及水囊腫(或其併發症)；
 18. 變性手術、包皮環切手術，惟醫療上必須者除外、職業治療及語言治療服務、善終服務；
 19. 其他治療方法包括但不限於自然療法、穴位按摩、推拿、按摩治療、水療法、脊椎神經科治療、足部治療、生物反饋療法、催眠、鎮痛、順勢療法、耳窩反射療法、艾灸、拔火罐及刮痧除非本保單另有規定；
 20. 不論任何原因的性功能障礙治療，包括但不限於陽萎、勃起障礙及早泄；
 21. 保障計劃復效日後首 60 天內發生之疾病及/或住院，因意外及/或受傷而引致之住院除外。

第四部份 保費

1. 投保人在繳交保費後，本保單方可生效。
2. 每名受保人的保費乃根據在保單起保日當時受保人的投保年齡及任何其後每個續保保單年度的首天起計算。
3. 若以 12 個月分期繳交保費，本公司將於首月收取 3 個月預繳保費，並於第 4 個月起按月收取每月保費。除非在接獲保單後 15 天等候期內取消保單，而該期間沒有任何索償或賠償記錄，否則所有預繳保費將不獲退還。
4. 保費需按承保表、批單或備忘錄上所列繳付，保費亦需在保單起保日時及
 - (1) 若以每年繳款，其後每個保單年度的保單期滿日時繳交全年保費；或
 - (2) 若以每月付款，其後每月的同一日繳交當月保費。
5. 若要求更改保單的保費付款模式，投保人須於保單期滿日前最少 30 天向本公司作出書面通知，有關更改只會在來年續保的保單年度的首天開始生效。
6. 除首年保費外，對每個保單年度續期保費，本公司給予投保人 1 個月（不超過 31 日）的繳費寬限期。投保人所須繳付的續期保費在繳費寬限期內繳交，本保單繼續有效。如超過繳費寬限期仍未繳費者，本保單由給予投保人繳費寬限期日開始即時失效。
7. 本公司保留就受保人之類別，如年齡、性別或健康狀況而調整所有「中銀醫療綜合保障(系列一)」保障計劃內保費、最高賠償額及/或條款的權利。本公司可不時釐定保費率及任何保費折扣率或附加費。

第五部份 自動續保

根據本保單第四部份，

1. 若投保人 i) 以每月付款而在每月保費到期日或 ii) 以每年付款而在每一個續保保單年度，繳交所須的續保保費，本保單將繼續生效，直至該年度的保單期滿日為止。
2. 本保單將於投保人繳付保費時自動續保，除非投保人於保單年度續保前接獲本公司更改保單條款或取消保單的書面通知。
3. 根據本保單第四部份第七項，住院及手術、門診及牙科保障為保證終生續保，而保障生效後本公司不會因受保人的健康或索賠狀況而額外收費或附加條款。

第六部份 無索償續保保費折扣

如連續三個保單年度內沒有索償記錄，則每名受保人於續保第二部份第一章-基本保障時可獲百分之十五續保保費折扣優惠。

如在任何上述續保期內有賠償事故發生或對其中一名受保人作出任何賠償，該受保人所累計的「無索償續保保費折扣」將予取消，並在下個保單年度續保的首日起重新開始累計。其他受保人的無索償續保保費折扣則不受影響。

若獲享保費折扣優惠後，收到投保人於此段期間的有效索償文件，投保人需向本公司退回保費折扣額總數。若投保人未能照辦，本公司有權延遲發給賠償，或於其賠償金額內扣除有關的保費折扣額總數。

第七部份 重複投保、起保日、增加受保人及終止保單

第一章 重複投保

受保人不得投保多於一份本公司承保的「中銀醫療綜合保障(系列一)」保單。若受保人投保多於一份相同保險，本公司將視受保人受其中最高保障額的保單所保障。如各保單的保障額相同，本公司將視受保人受最先發出之保單所保障。本公司將向受保人或其代表人發還重複支付的保費，而重複投保的保單則由生效日開始作廢。

第二章 保單起保日

本保單於承保表所列的保單起保日期開始生效。

第三章 增加受保人

1. 若本保單只有一位受保人，投保人可於下個續保保單年度前30日向本公司提供書面申請包括其本人或配偶及/或其子女，使其成為本保單附加的受保人。提出申請時須註明有關額外受保人的姓名、性別、年齡及健康狀況。
2. 經本公司同意及加簽批單，有關增加的受保人之保險方能於下一個續保保單年度首日生效，有關額外保費將向投保人收取。

第四章 終止保單

1. 投保人終止保單

- (1) 若投保人於保單年度期滿前 30 天以書面通知本公司終止保單或終止保單內其中 1 名受保人，則有關終止生效日為該保單年度的期滿日。本公司將收取該保單年度之年繳保費全數，而已繳的保費不獲退還。
- (2) 若投保人以書面通知本公司終止保單或終止保單內其中 1 名受保人，則有關終止生效日為保單年度的期滿日或本公司接獲有關通知當日，以較早者為準。本公司將收取該保單年度之年繳保費全數，而已繳的保費不獲退還。
- (3) 若投保「計劃 4-醫療增值計劃」的受保人因離開其任職公司而以書面通知本公司終止保單，則有關終止生效日為本公司接獲有關通知當日或按通知書列明的日子，以較後者為準。

若保費以月繳支付，投保人須根據以下項目的「最低保費表」向本公司支付已繳每月保費之總數與本保單最低保費的差額。

已受保期（不超過）	最低保費 (根據每年保費乘以相關之百份比計算)
4 個月	50%
5 個月	60%
6 個月	70%
7 個月	80%
8 個月	80%
超過 8 個月	100%

倘若曾在保單年度內就本保單「第二部份第一章-基本保障」提出任何索償，投保人需要向本公司支付 100%的每年保費作為最低保費。

若投保人所繳付的保費超出保單取消日及不曾在本保單年度內提出任何索償，本公司將按以下比例退還有關的保費予投保人：

已受保期（不超過）	退還保費
4 個月	50%
5 個月	40%
6 個月	30%
7 個月	20%
8 個月	20%
超過 8 個月	0%

2. 本公司終止保單

- (1) 若受保人在任何時候未能履行本保單的條款或未能本著絕對真誠行事，本公司有權隨時終止本保單或更改本保單的條款。本公司可向投保人以書面發出 7 日通知以終止本保單。該通知將送出或郵寄至投保人最後通知地址。1)就以每月付款的保單而言，保單將於該通知書發出後翌月的保費到期日終止；2)就以每年繳款的保單而言，保單將於該通知書發出後 7 日終止。若投保人以年繳模式，而受保期內沒有任何索償或賠償記錄，可獲得按比例退回尚未屆滿受保期的保費(按上述第四章-終止保單項目 1(3)退費表)。
- (2) 本保單將於受保人身故時終止。保單內任何受保人身故，該受保人的保障將立即終止但保單內的其他受保人將不受影響。若投保人以年繳模式而受保期內沒有任何索償或賠償記錄，可獲得按比例退回尚未屆滿受保期的保費(按上述第四章-終止保單項目 1(3)退費表)。
- (3) 若從投保人指定的賬戶扣除的一期或以上保費已付訖，其後若未能支付任何保費，則本保單所載保險將於該應付的保單期滿日終止。本公司將收取該保單年度之年繳保費全數，而所有已繳的保費不獲退還。

第八部份 轉換保障計劃

1. 投保人在本保單的每個保單年度保單期滿日 30 日前，可向本公司發出書面申請轉換受保人的保障計劃。經本公司批核後，新保障計劃及保費將於最新的續保保單年度的首日開始生效。
2. 若本公司收到該書面通知之前，該受保人已患有疾病或受傷，則該疾病或受傷的賠償不會超過本公司收到書面通知之日前適用於該種疾病或受傷的限額或最高賠償額，以最低的賠償限額計算。
3. 若受保人因離職而失去公司醫療保險，且須於保險期內終止計劃 4「醫療增值計劃」的保障，當提供證明文件後，已繳的年繳保費可按指定百分比退回。此外，受保人亦可同時要求轉換投保計劃 1、2 或 3(若選擇計劃 3，須於轉保前提供證明文件以說明前公司的醫療保險曾提供相等或優於計劃 3 的保障額度)。本公司將以受保日數按比例收取新投保計劃的保費。

第九部份 風險變動

風險變動有機會影響本保單的保障，如受保人在保險期內有任何風險變動(包括居留身份、職業、居住地等變動)，投保人必須即時以書面通知本公司。本公司有權就任何風險變動在任何期間作保費調整（不論就過去或未來受風險變動而影響之保費），而投保人必須繳付任何所須的額外保費。本公司有權保留終止保單絕對權（包括所附任何批註及補充文件）。終止保單日期將按自更改風險變動日期起計。本公司不會退還任何已繳保費，亦保留要求受保人償還已付的索賠款項之權利。若未有事先申報，在任何索償階段方發現有關風險變動更改，將無法獲得賠償。

第十部份 醫療卡的使用條件

1. 使用醫療卡

在一切有關醫療卡使用的事宜上，本公司只與投保人而非個別受保人接洽。根據本保單的條文

規定，投保人須負全責控制及監察受保人對醫療卡的使用。

2. 取消、終止或不續保保單

若本保單因故取消、終止或不續保，則投保人須在取消或終止之日立即把所有受保人的醫療卡交還本公司。投保人須就受保人在保單及門診保障無效時仍使用醫療卡所產生的任何索償、損失、損毀、法律行動、訴訟、費用及支出，全數付還本公司，不論該醫療卡事後是否已交還本公司。本條款在本保單及門診保障取消或終止後仍然有效。

3. 終止保障

若受保人按本保單享有的保障因故終止或取消，投保人同意在有關終止或取消之日或之前，向該名受保人收回醫療卡，並於終止或取消之日立即把醫療卡交還本公司。若該名受保人於終止或取消之日後仍然使用醫療卡來獲取賠償，投保人須負責全數付還本公司已付的款項，不論該醫療卡事後是否已交還本公司。本條款在本保單取消或終止後仍然有效。

4. 索償爭議

若因使用醫療卡所產生的醫療費用出現爭議，投保人同意立即先退還本公司已付的款項，再待決定有關醫療費用是否應按本保單條款支付。本條款在本保單取消或終止後仍然有效。

5. 超越賠償額的費用

若任何受保人使用醫療卡所引致的費用超過該名受保人在本保單的保障額，投保人同意退回費用在收到欠款通知書後立即向本公司償還任何差額或不足之數。本條款在本保單取消或終止後仍然有效。

6. 不受保治療

若受保人利用醫療卡接受本保單條款規定不可享有賠償的治療，則投保人須向本公司全數付還此等不受保治療費用。本條款在本保單取消或終止後仍然有效。

7. 醫療卡補領費

每張補發的醫療卡均須支付補領費。本公司保留不時調整補領費用而毋須另行通知。若補領醫療卡，投保人需填妥「補領醫療卡」表格及交回本公司。有關表格可向本公司索取。

8. 醫療卡被竊或遺失

若醫療卡被竊或遺失，投保人需於醫療卡被竊或遺失當日以書面通知本公司有關詳情。投保人須就任何受保人的醫療卡被竊或遺失後遭他人使用而造成的任何交易負全責，直至投保人向本公司遞交填妥的「遺失聲明」表格，申報有關醫療卡被竊或遺失的詳情為止。有關表格可向本公司索取。

9. 取消醫療卡

本公司保留可不經事先通知而隨時收回任何醫療卡之權利，按本保單發出的任何及一切醫療卡均為本公司絕對專有的財產。

10. 退回超額費用

當接獲本公司書面通知後，投保人需立即向本公司退回通知書上所列的超額費用。若該欠款未能在接獲本公司書面通知日期起計 30 日內付清，本公司保留向客戶按月加收財務費用。

11. 暫停支付賠償

若接獲本公司進一步書面通知後仍未付清超額費用，本公司保留暫停向受保人支付賠償及使用非網絡服務提供者提供的任何醫療服務的權利。

第十一部份 一般保單條文

1. 解釋

本保單應與其承保表、備忘錄及批單一併閱讀，而本保單、其承保表、備忘錄或批單任何部份內之任何字詞或字句如帶有特定解釋，在任何情況下出現都視作帶有此種解釋。如中、英文版本有任何歧異，概以英文版本為準。

2. 約因

本保單是根據投保書所載的聲明，以及投保人繳付保費的情況下而簽發的。

3. 地域限制

本保單第二部份所提供的保障適用於全球，惟需受以下限制：

- (1) 住院重症保障：病狀或治療乃完全歸因於在海外發生的意外或緊急情況者為限；
- (2) 住院現金保障：每保單年度以 90 日住院為限；
- (3) 門診保障：以計劃 3 為限。

4. 條款及條件

本保單的任何賠償須符合本保單之所有定義、條款及條件所規定。

5. 毋須分攤條款

本保單所提供的保障並不會以分攤形式支付，而只會在有關受保人就「第二部份 - 保障範圍」的任何費用並未能從其他保單獲得全數賠償之下，賠償不足之費用。若其他合約或計劃及/或附加賠償條款所提供的賠償，少於受保人按本保單規定可得的賠償，則本公司只會提供賠償額之間的差額。投保人須向本公司提供一切其他保險合約或計劃或附加賠償條款(如適用)的副本。

6. 完整合約及修改

本保單包括承保表、批單、「手術分類表」、付錄與修訂(如有)，將構成雙方之間的完整合約。除經本公司批准，並得批單和修訂本為證，否則本保單的任何修改均屬無效。

本公司將保留對所有本保單作核保、修改條款及/或調整保費及最高賠償額的權利。

7. 退回保單的權利

倘若投保人基於任何原因不滿意本保單，可在保單起保日起計 15 日內將整套保單包括醫療卡退回本公司。如在此段時間內無任何索償或賠償紀錄，已繳付予本公司的保費將全數退還。在此情況下，本保單將視為由保單起保日即無效，而本公司亦毋須支付任何索償。

8. 失實陳述或欺詐

投保人及/或受保人於投保書及批單內容(如有)所提供的資料及聲明將視為本保單的基準。任何失實陳述或資料將促使本保單起保日即失效。有關索償如存有任何欺詐行為，本公司有權拒絕本保單的賠償責任。

9. 代位權

本公司有權以受保人的名義，對可能須就引致按本保單提出索償的事故負上責任的第三者提出訴訟，有關費用將由本公司承擔。

10. 索償通知(不適用於第二部份第二章-自選保障 D 及 E「門診及牙科保障」)

本公司承擔賠償責任的先決條件，在於投保人或其代表必須於受保人住院日或診斷患上危疾之日起計 14 日內給予本公司書面索償通知。若索償人向本公司遞交的通知，內列的資料足以確定受保人的身份，則當作已發出通知論。

若未能在上述期限內給予通知，惟能在本公司表示滿意下證明已在合理可行的情況內盡快給予通知，並在住院之日起計 60 日內給予通知，則不會促使有關索償失效。

11. 身體檢驗

本公司在收到索償通知書後，有權隨時合理地要求受保人進行體檢，以決定應否作出賠償。有關費用由本公司支付。

12. 索償手續

(1) 適用於第二部份(第二章-自選保障 D 及 E「門診及牙科保障」除外)

任何受保人因疾病或意外受傷住院，受保人出院後 30 日內或診斷患上危疾之日內或受保人之遺產代理人須填具下列表格，連同有關文件及帳單等送交本公司：

- i. 住院及手術保障索賠申請書或危疾保障索賠申請書；及
- ii. 主診醫生證明書；及
- iii. 所有住院醫療費用正本單據及帳單明細表正本；及
- iv. 死亡證及法醫官報告(只適用於身故恩恤金保障)。

如不具備上述書面文件，本公司將不予受理。如受保人或遺產代理人未能提供上述第(ii)項的醫生證明書，本公司可協助代辦，惟投保人或遺產代理人須承擔向本公司提交所需的醫療報告及所有證明文件的費用及受保人或遺產代理人需辦理授權手續。

(2) 適用於第 2 部份第二章-自選保障 D 及 E「門診(非網絡服務)及牙科保障」

受保人須向非指定網絡服務提供者先行墊付門診服務的費用，然後在完成傷病治療後 90 日內，向本公司遞交索償申請。為此，受保人須向本公司索取索償表格，並填妥表格，連同收據和分列項目的帳單正本及醫生診斷證明一併交回本公司，否則，索償申請將視為無效或不完整，而本公司亦不會向受保人發放任何賠償。

- i. 所有主診註冊醫生及/或中醫師簽署的收據正本(每張收據須顯示病人姓名、疾病名稱、診症日期及收費項目說明及明細)；及/或
- ii. 有效註冊西醫轉介信(適用於 X 光診斷及化驗、專科醫生門診(非手術)、物理治療及脊醫治療)；及/或
- iii. 藥物處方正本、中醫名字、簽署及註冊登記號碼(只適用於中醫門診)；
- iv. 填妥的門診保障或牙科保障索償申請書。

本公司可自行決定及以書面為證，可酌情免去以上申請手續。

由合資格主診醫生發出的轉介信有效期以轉介信的發出日期起計 6 個月。

投保人須承擔向本公司提交所需的醫療報告及所有證明文件的費用，並依照本公司所述的形式和性質提呈有關文件。

投保人及/或受保人亦需提供所有必須的合作以協助本公司從他人獲取受保人之病歷或索償紀錄，此乃本公司承擔賠償責任的先決條件。如因受保人身故而提出索償，本公司有權自費進行法律許可的驗屍手續。

13. 索償文件

在保單年度內所有索賠文件及單據，須在該保單年度期滿日起 90 日內向本公司提交申請索償，否則作為放棄索賠論，以後受保人將不能獲取任何有關是次之賠償。另外，在辦理支付利益保障時，投保人及/或受保人除上述第 12 項所列文件外，亦須按本公司要求提供其他有關的證明文件。倘投保人及/或受保人未能提供所需證明文件，本公司可延遲發給其應得利益，直至所需證明文件具備為止。已全數賠償的個案本公司將不退回所有正本收據。

14. 索償調查

本公司有權在收到投保人索賠申請書後 90 日內進行調查，決定是否在保單承保責任範圍內，在此期間，投保人不得向本公司採取任何仲裁行為。如本公司依保單規章或條款決定拒賠，投保人可在拒賠後一年內提出仲裁。

15. 支付賠償

本保單的賠償只可支付予投保人或受保人或遺產代理人。若並無書面指示，在受保人身故時，所有未支付的累積賠償，將撥作受保人的遺產。任何由投保人或其指定賠償的第三者就任何住院所收訖賠償後簽訂的收據，均被視為本公司在這段住院期間最終和完全履行所有法律責任。在本保單下的賠償將於住院期終止時支付。

16. 貨幣

根據本保單，所應支付的保費及保障額均以香港貨幣支付。若受保人以任何外國貨幣提出索償，須以受保人支付費用時該外幣官方買入價折算為港幣。若無此類官方匯率，則此類索償將以本公司的往來銀行確定為適當的匯率折算為港幣。此匯率將視為最終和具約束力。

17. 利息

本保單支付的保障均不帶利息。

18. 未繳保費

倘若投保人根據本保單而獲得賠償，本公司會先扣除任何尚未繳付的保費，然後發放賠償金。

19. 保單復效

若本保單基於任何原因而終止，投保人其後須於保費到期日後 90 日內遞交要求復效的投保書予本公司接納及批准。經復效的保單只承保在復效日後因受傷導致的住院及復效日 60 日以後出現的疾病而導致的住院。

20. 錯誤與遺漏

整理記錄時的文書錯誤不應使在其他方面均有效的保障項目失效，亦不會使在其他方均應有效地終止的保障項目繼續有效。若受保人的年齡或出生日期或其他有關資料無意中報錯，以致影響賠償或保障範圍或本保單任何條款，則本公司將按真實的年齡及資料來決定是否就本保單的條款給予賠償，並決定賠償額。若本公司認為應按本保單支付賠償，則絕對有權酌情調整保費。

21. 合約(第三者權利)條例

任何不是本保單某一方的人士或實體，不能根據《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。

22. 信託或轉讓之禁制

本保單不可轉讓，同時投保人保證本保單並不隸屬於任何信託，亦不涉及任何留置權或押記。本保單將於保險期內由投保人擁有。

23. 法律及司法管轄權

本保單在所有方面均受香港法律管限，並按香港法律釋義。對於本保單有關的任何事項所產生的爭議、索償或法律訴訟，香港法院將具有唯一和獨有的司法管轄權。

24. 仲裁

所有因本保單而引起之歧見須根據仲裁條例(及不時之修訂)作出決定。若然雙方對委任一名仲

裁人不能達成協議，則有關選擇需交由香港國際仲裁中心之主席作出決定，在這裏明確申明，取得仲裁裁決為任何有關本保單之訴訟權利或官司之先決條件。若然本公司對受保人就任何依本保單提出之索償表示無須負責，而該索償又未在作出拒賠日後12個月內轉交仲裁，則無論如何，該索償將被視作已被放棄，而此後亦不得再追討。

24 小時全球緊急支援服務熱線：（852）2861 9235

本公司與國際救援(亞洲)公司（以下稱為“國際救援”）洽商為投保人及/或其受保家屬在本保單有效期內提供下述的24小時支援熱線服務。

1. 緊急救援服務

若受保人在原居地以外地方旅行或公幹時因發生嚴重身體損傷或疾病或需要醫療、法律諮詢緊急協助，而這旅程並非

- 違反醫生的勸告；及/或
- 是為接受或尋求海外醫療或手術治療

受保人或其代表可直接通知國際救援24小時緊急中心，要求以下服務及保障。任何由受保人自行支付的有關費用，將不會獲發還。

(1) 電話醫療建議、評估及轉介約見

當需要醫療建議時，受保人或其代表可致電國際救援的緊急中心向中心內當值醫生索取醫療建議及評估，但該項電話對話只屬建議性質，並不能視作對受保人之診斷。若醫療上有需要，受保人可轉介至合適之醫生或專科醫生，以獲取其個人評估；而國際救援可代為預約有關醫生。但所有醫療費用及相關之費用需由受保人自行支付。

(2) 跟進病情

當受保人身在香港以外地方接受住院治療，國際救援的醫療隊將會聯同受保人的主診醫生跟進受保人的醫療狀況。

(3) 旅遊諮詢

受保人可在旅程前或旅程期間，向國際救援諮詢以下資料或服務：

- 最新的免疫及防疫要求及需要
- 世界各地天氣
- 機場稅
- 海關條例
- 護照/簽證要求
- 領事館/大使館之地址及聯絡電話
- 貨幣兌換率
- 銀行工作日
- 當地語言及翻譯服務
- 護送小童回國
- 因醫療緣故需轉遞緊急訊息

(4) 代尋行李

如運送機構遺失或誤送受保人的行李，國際救援可代為向有關機構包括航空公司、海關及政府機關查詢代尋。若尋回行李將轉送到受保人之指定地方。

(5) 更改行程之緊急安排

若受保人遇緊急事故需更改原先行程，國際救援將會協助受保人重新安排所乘坐之飛機班次。

(6) 護照補發遞送

當受保人旅程所需之文件或個人證件(如護照、簽證等)遺失或被盜竊，國際救援將向受保人提供所需資料，以便受保人向有關當局補辦證件。

(7) 法律轉介

應受保人要求，國際救援可提供律師及律師行的地址及電話。

(8) 親友探病

若受保人在香港以外地方，因嚴重之身體受傷或染急病，國際救援將安排受保人一名親屬或其指定人士，由香港前往探望受保人。有關之費用需由受保人自行支付。

(9) 護送隨行之未成年子女返港

若投保人在香港以外地區，因嚴重之身體受傷或急病而住院或不幸去世，遺下同行而未滿十八歲受供養之子女，國際救援將安排該名子女返港，如有需要更會聘請符合資格人士，陪同投保人該名子女返港。有關之費用需由投保人自行支付。

(10) 住院按金保證

當國際救援緊急支援中心之醫生及當地主診醫生均同意受保人因意外受傷或患上急病須入住醫院時，國際救援可在受保人無法即時支付住院按金的情況下，提供達港幣 40,000 元之住院按金保證。國際救援緊急支援中心有權在替受保人支付住院按金前，索取有效之信用保證。

(11) 出院後療養住宿

若受保於出院後需即時進行療養，國際救援將會為受保人安排出院後之酒店住宿。有關之費用需由受保人自行支付。

(12) 安排緊急回港

國際救援將安排受保人乘坐固定班次之航機回港。有關之費用需由受保人自行支付。

2. 不可抗力之免責事由

國際救援將不負責因罷工、戰爭、敵國入侵、武裝衝突（不論是否正式宣戰）、內戰、內亂、叛亂、恐怖行動、政變、暴動、群眾騷擾、政治或行政干預、輻射或自然災難等的不可抗力事項或不可歸責於國際救援之事由所導致救助行動延誤、無法提供或進行而產生的任何責任。

3. 本公司及國際救援的責任

獲推介的專業人士、醫生、診所及醫院，均非本公司或國際救援的職員、代理或僱員，這些專業人士、醫生、診所及醫院乃獨立人士或機構而需對自己所作的行為負責。在推介前，國際救援將查核這些專業人士、醫生、診所及醫院是否具備資格，並確實其獲當地政府的認可。如遇這些專業人士、醫生、診所及醫院之行為不當，本公司及國際救援概不負責。

收集個人資料聲明

您提供的資料，為中銀集團保險有限公司(“本公司”)提供保險業務所需，並可能使用於下列目的：

- (i) 處理及審批您的保險申請或您將來提交的保險申請；
- (ii) 執行您保單的行政工作及提供與您保單相關的服務；
- (iii) 分析或調查、處理及支付您保單有關的索償；
- (iv) 發出繳交保費通知及向您收取保費及欠款；
- (v) 任何與保險有關的產品或服務的任何更改、變更、取消或續期；
- (vi) 就以上用途聯絡您；
- (vii) 本公司行使任何代位權；
- (viii) 其它與上述用途有直接關係的附帶用途；及
- (ix) 遵循適用法律，條例及業內守則及指引。

本公司亦可因應上述用途將您的個人資料移轉予下列各方：

- (a) 就上述用途，向本公司提供行政、通訊、電腦、付款、保安及其它服務的第三方代理、承包商及顧問(包括：醫療服務供應商、緊急救援服務供應商、電話促銷商、郵寄及印刷服務商、資訊科技服務供應商及數據處理服務商)；
- (b) 處理索賠個案的理賠師、理賠調查員及醫療顧問；
- (c) 追討欠款的收數公司或索償代理；
- (d) 保險資料服務公司及信貸資料服務公司；
- (e) 再保公司及再保經紀；
- (f) 您的保險經紀(若有)；
- (g) 本公司的法律及專業業務顧問；
- (h) 本公司的關連公司(以《公司條例》內的定義為準)；
- (i) 現存或不時成立的任何保險公司協會或聯會或類同組織(「聯會」)及其會員，以達到任何上述或有關目的，或以便「聯會」執行其監管職能，或其他基於保險業或任何「聯會」會員的利益而不時在合理要求下賦予「聯會」的職能；
- (j) 透過「聯會」移轉予任何「聯會」的會員，以達到任何上述或有關目的；
- (k) 任何有關的公司，或任何其他從事與保險或再保險業務有關的公司，或與保險業務有關的中介人或索償或調查或其他服務提供者，以達到任何上述或有關目的；
- (l) 保險索償投訴局及同類的保險業機構；及
- (m) 法例要求或許可的政府機關。

您在此授權本公司可向「聯會」從保險業內收集的資料中查閱及/或核對您任何資料。

此外，經您同意，本公司可能會以其它方式使用及披露您的個人資料。

您有權查閱及要求更正由本公司持有有關您的個人資料。如有需要，可向本公司法律與合規部提出(電話：2867 0888，傳真：3906 9939)。

使用資料作直接促銷

在取得您的有關書面同意下(包括您不反對之表示)，本公司擬使用您的資料作直接促銷。本公司會遵從條例內有關直接促銷的規定。請注意以下：

- (1) 本公司持有您的姓名、聯絡詳情、產品及服務組合信息及統計資料可不時被本公司用於直接促銷；
- (2) 以下服務類別可作推廣：
 - (i) 財務、保險及相關服務和產品；
 - (ii) 獎賞、年資獎勵或優惠計劃及相關服務和產品；
 - (iii) 本公司的聯名合作夥伴提供之服務和產品（有關服務和產品的申請表上會提供聯名合作夥伴的名稱(視屬何情況而定)）；及
 - (iv) 為慈善及或非牟利的目的之捐款及資助；
- (3) 上述服務、產品及標的可由本公司及/或下述人士提供或(如涉及捐款及資助)募捐：
 - (i) 本公司或中銀香港(控股)有限公司或其附屬公司之任何成員；
 - (ii) 第三方獎賞、年資獎勵、聯名合作及優惠計劃供應商；
 - (iii) 本公司及本集團之聯名合作夥伴(有關服務和產品的申請表上會提供聯名合作夥伴的名稱(視屬何情況而定))；及
 - (iv) 慈善或非牟利組織；
- (4) 除本公司推廣上述服務、產品及標的外，本公司同時擬提供列明於上述第(1)段之資料至上述第(3)段的所有或其中任何人士，該等人士藉以用於推廣上述服務、產品及標的，並本公司須為此目的取得您的同意(其中包您不反對之表示)；

若您不同意本公司使用或提供其資料予其他人士，藉以用於以上所述之直接促銷，您應通知本公司法律與合規部（電話：2867 0888, 傳真：3906 9939）以行使其不同意此安排的權利。

註：本保單中文譯本只供參考之用，如與英文原文有歧異，概以英文本為準。

賠償限額表

I. 基本保障 (項目 B 及/或 C 如載於承保表方可生效)

保障項目及承保範圍		最高賠償額(HK\$) (以每名受保人計算)			
		計劃 1	計劃 2	計劃 3	計劃 4 (醫療增值計劃)
A	住院及手術保障 (以每項傷病計算) - 必選項目				
1.	住院膳宿費 (以 100 日為限), 每日最高限額	\$750	\$1,450	\$2,800	每保單年度最高賠償總額為 \$250,000, 每宗索償的上限為索償額的 55% 及不設每項限額。 注意: 索償時, 受保人須持有一份有效的住院及手術醫療保險, 否則此項保障將失效。
2.	醫生巡房費 (以 100 日為限), 每日最高限額	\$750	\$1,450	\$2,800	
3.	醫院服務費	\$12,000	\$18,000	\$25,000	
4.	外科手術費 (按手術分類表賠付, 包括手術前兩次的診斷費及手術後的覆診費)				
	- 複雜手術	\$38,000	\$50,000	\$70,000	
	- 大手術	\$20,000	\$30,000	\$47,000	
	- 中手術	\$9,000	\$15,000	\$19,000	
	- 小手術	\$5,000	\$6,500	\$8,000	
	(手術後接受合資格中醫治療的覆診費用, 每日限 1 次, 每項傷病最多 5 次), 每日最高限額	\$120	\$150	\$180	
5.	手術室費	按 A4 項外科手術費賠償額的 30% 賠付			
6.	麻醉師費	按 A4 項外科手術費賠償額的 30% 賠付			
7.	專科醫生費 ¹	\$4,000	\$6,000	\$9,000	
8.	深切治療費 (因感染傳染病而遭政府機關強制性隔離及入院接受深切治療, 深切治療的最高賠償額將自動提升一倍)	\$15,000	\$20,000	\$25,000	
9.	出院後覆診費 (出院後起計的 6 個星期內)	\$1,200	\$2,500	\$4,500	
10.	住院加床費 (陪伴受保人住院; 以 100 日為限), 每日最高限額	\$500	\$800	\$1,000	
11.	意外緊急門診費	\$1,000	\$1,500	\$2,000	
12.	家居看護費 (以 100 日為限), 每日最高限額	\$200	\$500	\$800	
13.	醫療裝置 (指定項目) (包括起搏器、經皮冠狀動脈腔內成形術的支架、眼內人造晶體、人工心瓣、關節置換術的金屬或人工關節、置換或植入於關節的人工韌帶及人工椎間盤)	\$10,000	\$20,000	\$30,000	
14.	化療/電療/腎透析治療費	\$30,000	\$50,000	\$70,000	
15.	進補現金津貼 (由接受手術及住院的第 8 日起計, 每項傷病最多賠償 5 日), 每日最高賠償額	\$200	\$300	\$500	
16.	香港公立醫院特別現金津貼 (只適用於普通病房, 以 50 日為限, 而項目 A「住院及手術保障」不會作出賠償時適用, 但項目 A15「進補現金津貼」除外), 每日最高限額	\$500	\$750	\$1,000	
17.	身故恩恤金 因意外導致住院並身故	\$6,000	\$8,000	\$10,000	
每保單年度每名 76 歲或以上的受保人於項目 A 的每年賠償總限額		\$200,000	\$400,000	\$600,000	

保障項目及承保範圍		最高賠償額(HK\$) (以每名受保人計算)			
		計劃 1	計劃 2	計劃 3	計劃 4 (醫療增值計劃)
B	附加重症住院保障² (以每項傷病計算)				
只適用於基本保障「住院及手術保障」的第 A3 至 A8 項金額耗盡後(賠償額以百分比計算)		\$150,000	\$300,000	\$500,000	不適用
賠償率		80%	80%	a. 80%或 b. 100%	
C	住院現金保障				
<ul style="list-style-type: none"> ●無論選擇任何一項基本保障及計劃，若受保子女年齡為 18 歲或以下，本保額將只按「計劃 1」受保 ●於中國內地住院，此保障最高賠償額將減半。於海外住院，每名受保人於每保單年度的最高賠償日數為 90 日 					
1.	每日住院現金 (每一事故的最高賠償日數為 365 日)	\$300	\$500	\$1,000	\$300
2.	因下列任何一種情況可獲雙倍每日住院現金保障 (每一事故的最高賠償日數為 365 日)	\$600	\$1,000	\$2,000	\$600
	i. 入住深切治療病房 (每一事故的最高賠償日數為 90 日)				
	ii. 接受主要器官移植或初次證實患上癌症				
	iii. 感染指定傳染病 (每種傳染病最高賠償日數為 30 日)				
	iv. 短暫離開香港不超過 60 日的期間住院 (不包括中國內地及澳門)，每一事故的最高賠償日數為 30 日				
	v. 受保人及其受保合法配偶因同一次意外同時住院				
免費服務					
24 小時全球緊急支援服務 (如身處海外並須緊急入院，可獲享高達 HK\$40,000 的住院代墊保證金)		詳情請參閱本保單			

II. 自選保障 (每一承保項目如載於承保表內方可生效)

保障項目及承保範圍		最高賠償額 (HK\$) (以每名受保人計算)		
		計劃 1	計劃 2	計劃 3
D	門診保障			
網絡及非網絡服務 (非網絡服務為 80%的賠償額)		網絡服務	網絡服務	網絡及非網絡服務
1.	普通科 (西藥日數：3 日，每日診症次數為 1 次)			
	每次診症最高賠償額	-	-	非網絡服務\$350
	每保單年度最高診症次數	不限次數	不限次數	不限次數
	自付費 - 網絡服務	\$30	\$10	\$0
	自付費 - 非網絡服務	不適用	不適用	20%
2.	專科¹ (須有醫生轉介信，西藥日數：5 日，每日診症次數為 1 次)			
	每次診症最高賠償額	-	-	非網絡服務\$700
	每保單年度最高診症次數	不限次數	不限次數	不限次數
	自付費 - 網絡服務	\$50	\$30	\$20
	自付費 - 非網絡服務	不適用	不適用	20%
3.	中醫 (包跌打及針灸，每日診症次數為 1 次)			
	每次診症最高賠償額		-	\$180
	每保單年度最高診症次數	不適用	12	12
	自付費 - 網絡服務		\$0	\$0
	自付費 - 非網絡服務		不適用	20%

保障項目及承保範圍		最高賠償額 (HK\$) (以每名受保人計算)		
		計劃 1	計劃 2	計劃 3
4.	物理及脊醫治療 ¹ (須有醫生轉介信，每日診症次數為 1 次)			
	每次診症最高賠償額	-	-	\$340
	每保單年度最高診症次數	10	10	10
	自付費 - 網絡服務	\$0	\$0	\$0
	自付費 - 非網絡服務	不適用	不適用	20%
5.	X 光診斷及化驗 ¹ (須有醫生轉介信)			
	每保單年度診症最高賠償額	\$2,500	\$3,000	\$4,000
	自付費 - 網絡服務	\$0	\$0	\$0
	自付費 - 非網絡服務	不適用	不適用	20%
E 牙科保障				
賠償額以百份比計算		80%	100%	
1.	口腔 X-光檢查 (每片最高賠償額)	\$60	\$70	不適用
2.	洗牙及預防治療 (每次診症最高賠償額、每保單年度最高診症次數)	\$300 (1 次)	\$400 (2 次)	
3.	補牙、脫牙 (每隻牙齒最高賠償額)	\$300	\$400	
4.	膿瘡排放 (每隻牙齒最高賠償額)	\$200	\$300	
5.	齒根管填補 (每隻牙根最高賠償額)	\$600	\$1,200	
「牙科保障」每保單年度最高總賠償額		\$2,000	\$3,800	
F 產科保障				
(每次懷孕包括產前及產後門診費；不適用於本保障生效或覆效後首 9 個月內懷孕或分娩，以較後者為準)				
1.	手術分娩	\$12,000	\$15,000	\$22,500
2.	自然分娩	\$8,000	\$10,000	\$15,000
3.	流產	\$6,000	\$8,000	\$12,000
G 危疾保障				
1.	倘不幸首次被診斷及証實患上受保危疾，可獲一筆過現金賠償，但受保人首次被診斷及証實後必須仍能最少生存 30 日，方可獲得賠償	\$100,000	\$200,000	\$300,000
2.	當作出一項危疾賠償後，該獲索賠受保人於此項目“G”的保障將立即被終止			
3.	90 日等候期：由保單正式生效或復效日起計算 90 日內期間的所有索償以較後者為準，包括所有患上之疾病、病徵已出現之疾病或已被診斷患上的一種受保疾病都不會獲得賠償			
伸延保障				
1.	危疾醫療費用 (被診斷證實首次患上癌症、中風或心肌疾病)	\$30,000	\$45,000	\$60,000
2.	患上 5 種婦女危疾或嚴重疾病額外保障 (若女性受保人首次被診斷患上乳癌、子宮頸癌、卵巢癌、子宮體癌或紅斑狼瘡症 ³ ，可獲一筆過現金賠償)	\$50,000	\$80,000	\$100,000
3.	患上 5 種男性危疾額外保障 (若男性受保人首次被診斷患上肺癌、肝癌、結腸癌、前列腺癌或心肌疾病，可獲一筆過現金賠償)	\$50,000	\$80,000	\$100,000

所有費用必須在正常及慣常的情況內。

- 註：1. 須有合資格主診醫生發出的轉介信。轉介信的發出日期與有關病症的診治日期相隔不得超過 6 個月。
2. 如受保人的住院膳宿費每日最高賠償額少於該次住院醫院實際收取的住院膳宿費，本公司保留調整附加重症住院保障的賠償金額的權利。
3. 紅斑狼瘡症：設 90 日等候期，當作出此項賠償後，該獲索賠受保人於項目“G”的保障便立即終止。