

## 密歇根个人伤害保护 (PIP) 医疗保险选择 - 个人

机构:	投保人/被保险人:	
	保险公司:	
	保单/报价编号:	生效日期:

### 请仔细阅读本表格

#### 表格用途

本表格旨在解释您在个人伤害保护医疗 (PIP 医疗) 承保范围的选择, 并协助您作出决定。请仔细阅读本表格, 因为您的选择将对财务产生影响。

下一页提供了本表格中所有粗体术语的定义。

本表格分为四个部分, 如下所述。

- A 部分将审核您的 PIP 医疗保险承保范围的选择以及每个选项的风险和利益。
- B 部分将要求您选择一个承保范围的选项。
- C 部分允许您指明在 B 部分未列出的其他被排除的人员 (仅限选项 4)。
- D 部分请您确认所作的选择, 并确认本表格内的信息。

### 个人伤害保护 (PIP) 承保范围解释

个人伤害保护 (PIP) 支付被保险人的可赔付费用, 包括医疗护理、康复、工资损失和更换服务等。PIP 保险承保范围还包括一些丧葬费用和幸存者赔偿金, 如果因车祸导致被保险人死亡, 这些赔偿金将支付给被保险人的受抚养人。本表格让您选择您希望包含在汽车保单中的 PIP 医疗保险承保范围的级别。

#### 注意

您**必须**选择您希望在汽车保单中获得的 PIP 医疗保险承保范围的级别。如果您没有从选项列表中选择 PIP 医疗保险承保范围:

- 您的保单可能会附带无上限的 PIP 医疗保险; 并且:
- 您将按照所提供的保险承保范围支付相应的保费。

如果您续保一份即将到期的保单, 且该保单的 PIP 医疗保险为无上限 (选项 1)、每人每次事故 500,000 美元 (选项 2) 或每人每次事故 250,000 美元且没有被排除人员 (选项 3), 您的保单将与即将到期的保单具有相同的 PIP 医疗保险承保范围。

### 合格健康保险证明要求

所有选择 PIP 医疗保险为每人每次事故 250,000 美元且排除了部分人员或全部人员 (选项 4) 或每人每次事故 50,000 美元 (选项 5) 或无 PIP 医疗保险 (选项 6) 的保单必须每年提供符合要求的最新文件, 证明符合 Medicaid、Medicare 或其他适用于所选保险的合格健康保险要求。如果您不提供文件, 并且:

- 如果您选择的 PIP 医疗保险是每人每次事故 250,000 美元且排除了部分人员或全部人员 (选项 4), 您的保单将会具备每人每次事故 250,000 美元的 PIP 医疗保险承保范围且没有排除人员 (选项 3), 并且您将按照此保险承保范围支付相应的保费。
- 如果您选择的 PIP 医疗保险是每人每次事故 50,000 美元 (选项 5) 或无 PIP 医疗保险 (选项 6), 您的保单将会具备无上限的 PIP 医疗保险承保范围 (选项 1), 并且您将按照此保险的承保范围支付相应的保费。

符合 Medicaid 承保范围的证明可以是当前的 Medicaid 身份证或密歇根州卫生与人类服务部的信函。

## 定义

本表格中加粗的术语如下，仅供参考，而不用于限制或扩展特定保单中可能提供的承保范围。

**投保人**是指已提交保险申请但尚未在保单下获得承保的人。

**护理服务**是指根据受伤人员的特殊需求提供的服务，即在受伤之前不需要的服务，并且该服务并非为了整个家庭的利益而提供。

- 护理服务通常包括但不限于在床上提供餐食、洗澡、穿衣、打理仪容、给药、陪同、监督或运送进行医疗治疗等。
- 护理服务通常不包括非医疗用途的交通服务、为家庭准备餐食或维修房屋、汽车或庭院的工作，即使受伤人员在未受伤时可能负责这些工作。

**额外护理服务**是指您购买的超出保单中选择的 **PIP 医疗** 保险限额的 **额外护理服务** 保险。

涉及机动车事故时，若无适用的汽车保险政策，**密歇根指定索赔计划 (Michigan Assigned Claims Plan)** 可能向受伤人员支付赔偿金。

**被保险人**是指在保单中列明的个人或个体。

**个人伤害保护 (PIP) 医疗保险**是密歇根州发行的汽车保险政策中的一项保险，用于支付医疗护理、恢复、康复治疗的一部分丧葬费用的可赔付费用。

**合格健康保险**的定义包括以下情况之一：

- 不排除或限制与汽车事故相关的受伤的保健和意外保险，并且每年个人免赔额不超过 6,579 美元；
- 或 Medicare A and B 部分（或医疗补充 Medicare Advantage 计划）承保范围；

Medicaid 和健康护理共享机构 (health care sharing ministries) 不认为是**合格健康保险**范围内的两个例子。

**常住亲属**是指与您或您配偶住在同一住所的亲属。

## A 部分：您的 PIP 医疗选择以及各项选择的风险和优点

### 选项 1：无上限承保范围

该选项提供最全面的承保范围。如果您在交通事故中受伤，该选项将支付您的所有可赔付费用，用于您的护理、恢复和康复治疗。

**风险** 本选项的保费高于其他选项的保费。

**优点** PIP 医疗保险将承保一些可能未被健康保险包括的费用，例如康复治疗和**护理服务**。  
选择该选项将大大降低您在护理方面的自费费用风险。

### 选项 2：每人每次事故有限的承保额为 500,000 美元或

### 选项 3：每人每次事故有限的承保额为 250,000 美元

如果您选择了这些限额之一，则该金额是您的汽车保险公司在 PIP 医疗保险下每人每次事故中为受伤人员所支付的最高限额。

注意：如果您选择选项 2 或选项 3，您的保险公司必须提供**额外护理服务**保险，您可以支付额外的保费购买该保险。请咨询您的代理人或保险公司，获取更多信息。

**风险** 有限的 PIP 医疗保险承保范围可能不足以支付您的医疗费用。如果您的 PIP 医疗限额达到上限，您可能需要依赖其他的健康保险，但这些保险可能无法承保所有医疗、康复治疗或**护理费用**。如果您没有其他健康保险，您可能需要个人承担这些费用。

**优点** 限额较低的保险保费低于限额更高或无限的 PIP 医疗保险的保费。  
在所选择的限额范围内，PIP 医疗保险将承保健康保险可能不包括的产品和服务的费用，例如康复治疗和**护理服务**。

### 选项 4：每人每次事故有限承保额为 250,000 美元，其中部分人员或全部人员被排除在外。

如果下列两项均符合事实，您可以选择本选项：

- 投保人或被保险人具备**合格健康保险**，且不是 Medicare；并且
- 每位配偶或被排除在 PIP 医疗保险之外的**常住亲属**都具备**合格健康保险承保范围**。

任何被排除的人将没有 PIP 医疗保险。在本表格 B 部分中列出的被排除人员，只有在提供了相应人员的**合格健康保险**证明后，才会被排除。任何未被排除的人将有限额 250,000 美元的 PIP 医疗保险，并根据该承保范围支付适当的保费。

注意：如果您选择此选项，您的保险公司必须提供**额外护理服务**保险，您可以支付额外的保费购买该保险。此保险仅适用于未被排除在 PIP 医疗保险承保范围之外的人士。请咨询您的代理人或保险公司，获取更多信息。

**风险** 您排除的任何人都没有 PIP 医疗保险承保。  
另外：

- 拥有**合格健康保险**以支付交通事故伤害费用的人士应当了解，与健康保险会在保单到期或取消后停止支付费用。
- 如果任何被排除的人失去**合格健康保险**，您必须在保险失效的 30 天内通知您的保险公司。
- **合格健康保险**失效后的 30 天内，如果被排除的人在车祸中受伤，且没有其他**合格健康保险**或 PIP 医疗保险承保，**密歇根指定索赔计划**将提供最高 200 万美元的保险。
- 在**合格健康保险**失效后的 30 天内没有获得**合格健康保险**或 PIP 医疗保险的人将不享有任何 PIP 医疗福利。

**优点** 您将支付较低的保费，因为您不需要为被排除的人支付 PIP 医疗保险的保费。

## A 部分 (续)

选项 5: 每人每次事故的有限承保额为 50,000 美元。

如果您选择此限额, 50,000 美元是您的汽车保险公司在 PIP 医疗保险承保范围内, 每人每次事故中为受伤人员所支付的最高限额。

若符合以下情况, 您可选择本选项:

- **投保人或被保险人**已经参加了 Medicaid; 并且
- 任何配偶和所有**常住亲属**都有以下情况之一:
  - a) **合格健康保险**;
  - b) Medicaid 的承保范围;
  - c) 拥有另一份 PIP 医疗保险的密歇根汽车保单的承保范围。

注意:

- 符合 Medicaid 承保范围的证明可以是当前的 Medicaid 身份证或密歇根州卫生与人类服务部的信函。
- 您的保险公司必须提供**额外护理服务**的承保范围, 您可以支付额外的保费购买该保险。请咨询您的代理人或保险公司, 获取更多信息。

风险	有限的 PIP 医疗保险承保范围可能不足以支付您的医疗费用。如果您的 PIP 医疗限额达到上限, 您可能需要依赖其他健康保险, 但这些保险可能无法承保所有的医疗、康复治疗或 <b>护理</b> 费用。如果您没有其他健康保险, 您可能需要个人承担这些费用。
优点	限额较低的保险保费低于限额更高或无限的 PIP 医疗保险的保费。 在所选择的限额范围内, PIP 医疗保险将承保健康保险可能不包括的产品和服务的费用, 例如康复治疗 and <b>护理服务</b> 。

选项 6: 此保单不承保任何被保险人的 PIP 医疗保险。

若符合以下情况, 您可选择本选项:

- **投保人或被保险人**已同时获得 Medicare A 和 B 部分 (或医疗补充 Medicare Advantage 计划) 的承保; 并且
- 保单中的配偶和所有**常住亲属**拥有**合格健康保险**或者另一份具有 PIP 医疗保险承保的汽车保单。

风险	您的保单将不承保 PIP 医疗保险。 您和任何其他被本保单承保的人士都不享有 PIP 医疗保险。您和这些人士可能需要依赖其他健康保险来支付汽车事故导致的医疗费用, 但这些保险可能无法承保 PIP 医疗保险的所有产品和服务。 <ul style="list-style-type: none"><li>• 拥有<b>合格健康保险</b>以支付汽车事故伤害费用的人士应当了解, 与健康保险会在保单到期或取消后停止支付费用。</li><li>• 如果本保单中任何被保人的<b>合格健康保险</b>失效, 您必须在保险失效后的 30 天内通知您的保险公司。</li><li>• 在<b>合格健康保险</b>失效后的 30 天内, 如果本保单中的任何被保人在汽车事故中受伤, 且<b>没有其他合格健康保险或 PIP 医疗保险</b>, <b>密歇根指定索赔计划</b>将承担最高 200 万美元的保险赔付。</li><li>• 在<b>合格健康保险</b>失效后的 30 天内未获得合格健康保险或 PIP 医疗保险的人将不享有任何 PIP 医疗保险的福利。</li></ul>
优点	您将支付较低的保费, 因为您的保单不会收取 PIP 医疗保险的费用。

## B 部分：PIP 医疗保险范围选择和确认

请在且仅在一个选项旁的横线上签首字母。请谨慎选择，因为您的选择将对财务产生影响。如果您选择多个选项，您的保险公司将为您提供具有最高保险金的选项，并收取相应的保费。

\_\_\_\_\_ 选项 1：无上限承保范围  
(首字母签名)

\_\_\_\_\_ 选项 2：每人每次事故有限承保额为 500,000 美元  
(首字母签名)

\_\_\_\_\_ 选项 3：每人每次事故有限承保额为 250,000 美元  
(首字母签名)

\_\_\_\_\_ 选项 4：每人每次事故有限承保额为 250,000 美元，其中部分或全部人员被排除在外。  
(首字母签名) 要选择选项 4，下列两项均需符合事实，并提供证据：

- 选择排除 PIP 医疗保险的**被保险人**拥有**合格健康保险**，且不是 Medicare。
- 任何被排除在 PIP 医疗保险外的**常住亲属或配偶**拥有**合格健康保险**。

保单上每个被排除人员的全名	出生日期

\_\_\_\_\_ 选项 5：每人每次事故有限承保额为 50,000 美元  
(首字母签名) 要选择选项 5，下列两项均需符合事实，并提供证据：

- **投保人或被保险人**已经参加了 Medicaid；并且
- 任何配偶和所有**常住亲属**都具备**合格健康保险**，已在 Medicaid 下注册，或者拥有其他具备 PIP 医疗保险的汽车保单。

\_\_\_\_\_ 选项 6：无 PIP 医疗保险承保

(首字母签名) 要选择选项 6，下列两项均需符合事实，并提供证据：

- **投保人或被保险人**已经同时具有 Medicare A 和 B 部分的承保范围（或者是医疗补充 Medicare Advantage 计划）；并且
- 任何配偶和所有**常住亲属**都有**合格健康保险**或在另一份包含 PIP 医疗保险的汽车保单下获得承保。

**C 部分：额外的被排除人员（仅适用于选项 4）**

保单上每个被排除人员的全名	出生日期

**D 部分：确认**

您必须在表格每一行上签首字母签名，并注明日期。

\_\_\_\_\_ 我已阅读本表格。我了解我可以选择的 PIP 医疗选项以及与这些选项相关的利益和风险。

(首字母签名)

\_\_\_\_\_ 我已选择了 PIP 医疗保险的承保范围，并且我了解这个选择适用于我和任何在此保单下获得保险金的他人。

(首字母签名)

\_\_\_\_\_ 我明白，如果没有选择 PIP 医疗保险选项，我的保单将会延续与我的到期保单相同的承保范围（如果适用），  
(首字母签名) 或者采用无上限的 PIP 医疗保险，并且我将被收取相应的保费。

\_\_\_\_\_ 我明白，如果我选择了选项 4 或选项 6，如果拥有合格健康保险的人的合格健康保险失效，我必须在 30 天内  
(首字母签名) 通知我的保险公司。我明白，如果一个人合格健康保险失效后的 30 天内没有获得合格健康保险或 PIP 医疗保险，此人将不享受任何 PIP 医疗福利。

\_\_\_\_\_ 我明白，如果我选择了选项 4、选项 5 或选项 6，我必须提供合格健康保险的证明。我明白，如果我未能提供  
(首字母签名) 合格健康保险的证明，保险承保范围将会变更，并且我将被收取相应的保费。

投保人/被保险人签名	日期	投保人/被保险人签名	日期