

密歇根州人身伤害保护(PIP)医疗保险选择——个人

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

仔细、完整阅读本表格

本表格的目的

本表格的目的是解释可供您选择的**人身伤害保护(PIP)医疗保险**，并帮助您做出选择。请仔细阅读本表格，因为您所做的选择会带来财务上的后果。

人身伤害保护医疗保险说明

人身伤害保护(PIP)保险为您的护理、恢复、康复、工资损失和更换服务支付在承保范围内的费用。人身伤害保护保险还包括如果在车祸受伤中导致您死亡那么将支付给您家属的一些丧葬费保险待遇和遗属保险待遇。本表格允许您选择您希望您的汽车保单包含的**人身伤害保护医疗**保险级别。

本表格分为三个部分，如下所述。

- 第一部分将综述您的**人身伤害保护医疗**保险选项以及每个选项的风险和保险待遇。
- 第二部分将要求您选择一个保险选项。
- 第三部分将要求您声明您的选择，并确认本表格中的信息。

通知

您**必须**根据您的汽车保单**选择**您希望获得的**人身伤害保护医疗**保险级别。如果您没有从列出的选项中选择，那么：

- 为您签发的保单将具有无限的人**人身伤害保护医疗**保险；且
- 将向您收取相应的保险费。

定义

本表格中以粗体表示的术语定义如下，仅供参考，并不是为了限制或扩大特定保单可能提供的保险范围。

投保人是指已经提交保险申请但不是保单项下被保险人的人。

护工服务是指“帮助受伤人员完成他们原本通常会自己完成的事情”（例如吃饭、洗澡、穿衣、美容和用药）这种服务。它还可能涉及监督或其他类型的支持。

额外护工服务是指在您就您的保单选择的**人身伤害保护医疗**保险额度外就**护工服务**购买的额外保险。

密歇根州转让赔款计划(Michigan Assigned Claims Plan)是在没有适用的汽车保险单的情况下可以向在涉及机动车辆的事故中受伤的人支付保险待遇的一种计划。

记名被保险人是指在保险单中指定的个人。

人身伤害保护(PIP)医疗保险是在密歇根州签发的一种汽车保险单项下支付承保范围内医疗护理、恢复、康复和一些丧葬费用的保险。

合格健康保险是指以下任一项：

- 不排除或限制为与车祸相关的伤害提供保障且个人每年免赔额为6,000美元或以下的健康和事故保险；或
- 联邦医疗保险(Medicare)第一部分和第二部分项下的保险。

医疗补助(Medicaid)和医疗保健费用分担组织是不被视为“**合格健康保险**”的例子。

常住亲属是指您或您的配偶的跟您居住在同一家庭的亲属。

第一部分：您的人身伤害保护医疗保险选择以及每种选择的风险和保险待遇	
选项1：无上限 该选项提供程度最高的保障。如果您在车祸中受伤，那么它将支付您在承保范围内的所有护理、恢复和康复费用。	
风险	该选项的保费高于其他选项的保费。
保险待遇	人身伤害保护医疗保险 将支付健康保险可能不承保的费用，例如康复和 护工 费用。这一选择将大大降低您为护理自付费用的风险。
选项2：额度为500,000美元的保险或 选项3：额度为250,000美元的保险 如果您选择其中一个额度，那么该额度是您的汽车保险公司根据 人身伤害保护医疗保险 为每起事故每名受伤人员支付的费用上限。	
风险	有额度 的人身伤害保护医疗保险 可能不足以支付您的医疗费用。如果您的 人身伤害保护医疗保险 额度已达到，那么您可能需要依赖其他健康保险，而这些保险可能无法涵盖所有医疗、康复或 护工 费用。如果您没有其他健康保险，那么您可能需要自己承担这些费用。 注：您的保险公司必须提供 额外护工 保险，您可以另付保费购买该保险。请咨询您的保险代理或公司以了解更多信息。
保险待遇	额度较低的保险的保费低于额度较高或无上限 的人身伤害保护医疗保险 的保费。在选择额度内， 人身伤害保护医疗保险 将支付健康保险可能不承担的产品和服务（例如康复和 护工 ）的费用。
选项4：额度为250,000美元的保险，部分或所有人被排除在人身伤害保护医疗保险之外 此选项仅在您选择250,000美元 人身伤害保护医疗保险 额度时可供选择。 <ul style="list-style-type: none"> 希望排除人身伤害保护医疗保险的记名被保险人必须拥有联邦医疗保险(Medicare)以外的合格健康保险。 希望排除人身伤害保护医疗保险的任何居民亲属或配偶必须拥有合格健康保险。 被排除的任何人均无 人身伤害保护医疗保险 。未被排除的任何人均将获得额度为250,000美元的 人身伤害保护医疗保险 。	
风险	您排除的任何人均无 人身伤害保护医疗保险 。 此外： <ul style="list-style-type: none"> 依靠合格健康保险来支付在车祸中受伤所产生费用的人应当明白：与汽车保险不同，健康保险在保单终止或被取消时停止支付。 如果被排除的任何人失去合格健康保险，那么您必须在失去保险的30天内通知您的保险公司。 在失去合格健康保险的30天内，如果被排除的人在车祸中受伤而且没有其他合格健康保险或人身伤害保护医疗保险，那么保险待遇将由密歇根州转让赔款计划提供，上限为2,000,000美元。 如果某人在失去保险后30天内没有获得合格健康保险或人身伤害保护医疗保险，那么其将无权获得任何人身伤害保护医疗保险待遇。 注：您的保险公司必须提供 额外护工 保险，您可另付保费购买该保险。该保险只面向没有被排除在 人身伤害保护医疗保险 之外的那些人。请咨询您的保险代理或公司以了解更多信息。
保险待遇	您需要支付的保费将降低，因为被排除的人无须支付 人身伤害保护医疗保险 的保费。

第一部分 (续)

选项5: 额度为50,000美元的保险

如果您选择此额度,那么50,000美元是您的汽车保险公司根据**人身伤害保护医疗**保险为每起事故每名受伤人员支付的费用上限。

在以下情况下,您可选择此选项:

- **投保人**或**记名被保险人**参加了**医疗补助(Medicaid)**计划;且
- 任何配偶和所有**常住亲属**具有下列情况之一:
 - a) **合格健康保险**;
 - b) 参加了**医疗补助(Medicaid)**计划,或
 - c) 由包含**人身伤害保护医疗**保险的另一项汽车保险单承保。

风险	有额度 的人身伤害保护医疗 保险可能不足以支付您的医疗护理费用。如果您的 人身伤害保护医疗 保险额度已达到,那么您可能需要依赖其他健康保险,而这些保险可能无法涵盖所有医疗、康复或 护工 费用。如果您没有其他健康保险,那么您可能需要自己承担这些费用。 注:您的保险公司必须提供 额外护工 保险,您可以另付保费购买该保险。请咨询您的保险代理或公司以了解更多信息。
保险待遇	额度较低的保险的保费低于额度较高或无上限的 人身伤害保护医疗 保险的保费。 在选择的额度内, 人身伤害保护医疗 保险将支付健康保险可能不承担的产品和服务(例如 康复 和 护工)的费用。

选项6: 本保单承保的任何人均无人身伤害保护医疗保险

在以下情况下,您可选择此选项:

- **投保人**或**记名被保险人**有**联邦医疗保险(Medicare)**第一部分**和**第二部分项下的保险,且
- 该保单承保的任何配偶和所有**常住亲属**均有**合格健康保险**,或由包含**人身伤害保护医疗**保险的另一份汽车保险承保。

风险	根据您的保单,您不享有 人身伤害保护医疗 保险。 您和本保单承保的任何其他人均不享有 人身伤害保护医疗 保险。您和这些人可能不得不依赖其他健康保险来支付由车祸引起的医疗费用,而这些其他健康保险可能不承担 人身伤害保护医疗 保险承担的所有产品和服务。 <ul style="list-style-type: none">• 依靠合格健康保险来支付在车祸中受伤所产生费用的人应当明白:与汽车保险不同,健康保险在保单终止或被取消时停止支付。• 如果本保单承保的任何一人失去合格健康保险,那么您必须在失去保险的30天内通知您的保险公司。• 在失去合格健康保险的30天内,如果保单承保的任何人在车祸中受伤但是没有其他合格健康保险或人身伤害保护医疗保险,那么保险待遇将由密歇根州转让赔款计划提供,上限为2,000,000美元。• 如果某人在失去保险后30天内没有获得合格健康保险或人身伤害保护医疗保险,那么其将无权获得任何人身伤害保护医疗保险待遇。
保险待遇	您需要支付的保费将降低,因为您的保单不产生 人身伤害保护医疗 保险的保费。

第二部分：人身伤害保护医疗保险选项和声明

请认真做出选择，因为您所做的选择会带来财务上的后果。如果您选择不止一个选项，那么您的保险公司将为您提供保险待遇水平最高的那种保险，并就该选项收取相应的保费。

请做出一个且仅一个选择，并在您的选择旁边的线上签上您的姓名首字母。

_____ 选项1：无上限或

(姓名首字母)

_____ 选项2：每起事故每人500,000美元或

(姓名首字母)

_____ 选项3：每起事故每人250,000美元或

(姓名首字母)

_____ 选项4：每起事故每人250,000美元，不包括或

(姓名首字母) 选择选项4意味着您声明以下一项或两项是正确的：

- 排除人身伤害保护医疗保险的记名被保险人拥有不是医疗保险的合格健康保险。
- 排除人身伤害保护医疗保险的任何居民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：每起事故每人50,000美元或

(姓名首字母) 选择选项5意味着您声明以下两点均是正确的：

- 投保人或记名被保险人参加了医疗补助(Medicaid)计划；且
- 任何配偶和所有常住亲属均有合格健康保险，参加了医疗补助(Medicaid)计划，或由包含人身伤害保护医疗保险的另一份汽车保险承保。

_____ 选项6：无人身伤害保护医疗保险。

(姓名首字母) 选择选项6意味着您声明以下两点均是正确的：

- 投保人或记名被保险人有联邦医疗保险(Medicare)第一部分和第二部分项下的保险；且
- 任何配偶和所有常住亲属均有合格健康保险，或由包含人身伤害保护医疗保险的另一份汽车保险承保。

第三部分：声明

您必须在每一行上签上姓名首字母，并在表格上签名和注明日期。

_____ 我已阅读本表格。我了解可供我选择的人身伤害保护医疗保险选项以及相关保险待遇和风险。

(姓名首字母)

_____ 我已经做出了一种选择，我明白我所做的选择适用于根据本保单主张保险待遇的我和任何其他人。

(姓名首字母)

_____ 我明白：如果我未做选择，那么为我签发的保单将是无上限的人身伤害保护医疗保险且我将须就该选择支付

(姓名首字母) 保费。

_____ 我明白：如果我选择了选项4或选项6，那么我必须在有合格健康保险的人失去其合格健康保险30天内通知我的
(姓名首字母) 保险公司。如果某人在失去保险后30天内没有获得合格健康保险或人身伤害保护医疗保险，那么其将无权获得任何人身伤害保护医疗保险待遇。

投保人/记名被保险人签名

日期