

# 投保書-自然人

## (一) 投保人資料:

投保人姓名:	
執業地址:	
郵寄地址:	
性別:	
出生日期:	(日 / 月 / 年)
手提電話:	
電郵地址:	

## (二) 投保人所提供專業醫療服務之資料:

1. 請說明你的專業屬於強制保險哪一類別, 請選擇 "✓":	
<input type="checkbox"/> 中醫生 <input type="checkbox"/> 藥劑師 <input type="checkbox"/> 護士 <input type="checkbox"/> 藥房技術助理 <input type="checkbox"/> 中醫師 <input type="checkbox"/> 牙科醫師 <input type="checkbox"/> 針灸師 <input type="checkbox"/> 按摩師 <input type="checkbox"/> 診療輔助技術員 <input type="checkbox"/> 治療師	
<input type="checkbox"/> 醫生 (下段所列者除外) <input type="checkbox"/> 醫生 (麻醉科、心臟科、口腔科、深切治療、胃腸科、新生兒科、神經科、放射及影像科、耳鼻喉科、眼科) <input type="checkbox"/> 牙科醫生	
<input type="checkbox"/> 施行手術的醫生 (下段所列者除外) <input type="checkbox"/> 施行手術的醫生 (婦產、整型、抽脂和脊椎手術)	
2. 醫療專業資格(於衛生局註冊):	
3. 執照註冊單位及准照編號:	澳門衛生局, 准照編號:
4. 首次註冊日期:	(日 / 月 / 年)
5. 是否曾被執照註冊單位拒絕、中斷、吊銷或有條件發出執照?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如是, 請用另一張紙提供詳情。
6. 你有否準確和詳盡地記錄你所提供的醫療服務嗎?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

(三) 索償紀錄:

1. 在過去 5 年內，是否曾被索償或出現訴訟？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
2. 是否知悉任何有可能引致索償的錯誤、疏忽、違例、醫療事故或指控？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
3. 是否曾被醫療部門、監管機構或專業團體提出紀律處分或調查？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
4. 你可有曾經因提供醫療服務的過錯違反醫療衛生方面的法規、指引、職業道德原則、專業技術知識或常規作出的醫療行為被刑事調查或刑事指控嗎？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

如以上任何一問題回答“是”，請提供詳情。

保險申請內容：	
保險期	由 (日/月/年) 至 (日/月/年)
選擇保險金額	每次及每年事故(澳門元) "✓"
<i>保險金額的選擇可根據最低法定要求。如果選擇超過法定要求，須經獨立評估。</i>	<input type="checkbox"/> 500,000.00 <input type="checkbox"/> 3,000,000.00
	<input type="checkbox"/> 1,000,000.00 <input type="checkbox"/> 5,000,000.00
	<input type="checkbox"/> 2,000,000.00 <input type="checkbox"/> 其他, 請說明 _____
每起事故的免賠額 (根據行政法規)	1. 澳門元10,000.00 (類別一和二) 2. 澳門元25,000.00 (類別三：施行手術的醫生(下段所列者除外)) 3. 澳門元50,000.00 (類別三：施行手術的醫生(婦產、整型、抽脂和脊椎手術))

<b>聲明及授權</b>
<p>本人 / 我等於此聲明及同意 (1) 上列各欄的填報，據本人 / 我等所知，均屬完全及真實無訛；(2) 上述各欄的填報及本同意書，將為簽發保單的根據，並作為保險單的一部份；(3) 此投保申請書所申請的保險，須於有關保單在準受保人生存時送交申請人接受後始能生效，且準受保人當時的健康情況亦應與投保申請書所填報者相同；(4) 除獲貴公司授權人士外，任何人不得訂立、修改、變更或解除合約、或放棄貴公司任何權利或要求；(5) 本人 / 我等若接受根據本投保申請書簽發之任何保單，即為承認貴公司於本投保申請書上之公司批註條款，其附於保單之本投保申請書副本，即足為更改保險條件之通告書，貴公司不必另行函告；(6) 貴公司有權 (但非義務) 對本人 / 我等所發出的操作指示進行以書面、錄音帶及/或其他任何形式的記錄，及該記錄將為最終及對本人 / 我等有法律的約束力；(7) 貴公司對於在所述情形所產生的任何及全部利息有絕對擁有權及本人 / 我等放棄此等利息的擁有權及索償權；(i) 本人 / 我等就此項投保申請及相關保單繳付予貴公司之款項 (包括任何首期保費按金、保費及供款) 或 (ii) 貴公司支付本人 / 我等之款項 (包括任何賠償及退保等款項)。</p>

### 個人資料保護法 (收集個人資料聲明)

就有關本保單或本保單之任何更改，變動或取消或續保及任何性質之索償等所提供或在任何時間及方面取得資料可由本公司或任何有關公司或任何其他從事保險或分保業務有關之公司等或一間仲裁機構或一間賠償或調查公司或其他提供與保險業務有關之服務機構等或現時或將來設立之任何保險業協會或聯會或類似之保險公司組織（“聯會”）或從本公司取得此等資料之任何人士持有，使用或透露與本保單有關或任何其他保險有關產品或任何性質賠償等資料。此外該等取得之資料可轉交該等聯會以便該等聯會進行其監管機能或不時指派該等聯會執行其他有關監管機能及對整個保險行業或聯會之成員利益而言是有合理需要之任務；以及聯會因上述之任何理由或有關目的可將其取得資料轉其成員。再者，茲授權澳門保險股份有限公司查閱及/或核實聯會從保險行業方面取得有關閣下之任何資料。除以上所述外，此等資料會移交予香港之聯營公司，以便作本保單之資料處理，儲存及保單文件編印。

根據個人資料保護法，閣下有權查閱及更改澳門保險股份有限公司所持有有關閣下之任何個人資料。以上要求可向澳門保險股份有限公司個人資料保護法執行主任提出，其地址為澳門南灣大馬路 594 號澳門商業銀行大廈十一樓。

同意書 - 根據澳門個人資料保護法，本人 / 我等於下方簽署，乃表示本人 / 我等認同澳門保險股份有限公司所收集或持有本人 / 我等之個人資料（無論載於此投保申請書或於任何時間從其他方面取得）或從澳門保險股份有限公司取得本人 / 我等之個人資料之任何人士（“收集者”）可持有，使用及向下述人士及機構透露本人 / 我等個人資料：(甲) 澳門境內外之個別人士或機構。(乙) 向或已向本人 / 我等提供建議或澳門保險股份有限公司或“收集者”相信本人 / 我等會有興趣有關其其他產品或服務之資料或因任何原因而與本人 / 我等之聯絡。(丙) 大新金融集團有限公司或其任何附屬機構、控股公司、相聯公司、聯營機構，任何從事保險或分保有關業務人士，一間仲裁機構或一間賠償或調查公司或其他提供與保險業務有關之服務機構等，任何現時或將來設立之保險業協會或聯會，其他金融機構、代理人、合約人及任何提議與或已與澳門保險股份有限公司建立商業關係之人士或“收集者”。(丁) 進行無論會否對本人 / 我等有不利行動之核對程序。(戊) 設立及保留與本人 / 我等在澳門保險股份有限公司投保之任何有關之紀錄。(己) 將本人 / 我等之個人資料移交予香港之聯營公司，以便作本保單之資料處理，儲存及保單文件編印。

日期：\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
投保人簽署

**保險費須於合同生效日或之前支付**