

# 法人投保書

## 醫療責任保險

### 申請人的重要通知

#### 披露責任

- 在與澳門保險有限公司保險有限公司訂立一般保險合約前，根據法律您有責任向澳門保險有限公司披露閣下所知悉的事實，而該事實直接或間接影響澳門保險有限公司決定採用什麼條款或是否接受保險的風險。
- 您在續保，延長，更改或恢復一般保險合同之前，均有責任向澳門保險有限公司披露這些事實。
- 重要的是，您應該明白本申請中包含的所有信息，並且是正確的，因為您將受到您的回答和您在申請中提供的信息的約束。如果您不正確地理解它的任何部分，您應該在簽署本申請之前向澳門保險公司諮詢。
- 在申請完成後，直到簽訂保險合同為止，您的披露義務仍然繼續。

#### 不披露事實

- 若您不遵守披露事實義務，保險合同可能無效。
- 若您的不披露是欺詐性的，已支付的保費將不獲退還。

#### 風險或情況變化

- 若正常業務的任何變動，例如業務活動，地點，收購事項及新海外活動的變更。閣下應盡快告知澳門保險有限公司。

#### 代位索償

- 當保險合同所涵蓋的任何損失或損害，若您同意另一個人或公司(而該人或該公司須賠償任何損失或損害) 不會尋求從該人處追回此類損失或損害，在法律允許的範圍內澳門保險有限公司不會為您承擔此類損失或損害。

#### 向申請人的說明

- 一、此投保書表格用於衛生設施。這些包括醫院，診所，門診護理中心，專門護理，社福組織，非牟利組織和學校。
- 二、此建議必須由主要負責人，合作夥伴或董事填妥，簽名和註明日期。
- 三、你必須回答所有問題。如果問題不適用，請說明“N/A”。如果需要更多空間來回答問題，請別紙補充並蓋上公司印鑑。
- 四、如果您是新業務，請使用您的業務計劃中的預測數字。
- 五、如果您對本提案有任何疑問，請聯繫澳門保險有限公司或您的保險經紀人或代理人。



保險申請內容：		
保險期	由	至
選擇保險金額 (澳門元)	不含西醫及牙醫服務，自然人醫療服務提供者	含西醫及牙醫服務，自然人醫療服務提供者
A類-3名或以下	<input type="checkbox"/> 1,000,000	<input type="checkbox"/> 2,000,000
B類-4名至 7名	<input type="checkbox"/> 1,750,000	<input type="checkbox"/> 3,500,000
C類-8名至 10名	<input type="checkbox"/> 2,500,000	<input type="checkbox"/> 5,000,000
D類-11名或以上	<input type="checkbox"/> 3,500,000	
D類-11名至20名		<input type="checkbox"/> 7,500,000
E類-21名或以上		<input type="checkbox"/> 10,000,000
每起事故的免賠額	選擇: 1. 澳門元 _____ 2. 澳門元 _____	

<b>1. 投保人資料：</b>
1.1 申請本保險涵蓋的所有法人的名稱和公司註冊號碼
1.2 您的機構名稱是否曾經更改，或您是否已收購或與任何其他機構或業務合併？ 如果是，請附上詳細信息 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
1.3 主要執業地址
1.4 請列出您的分公司或其他執業地點的地址（如適用）
1.5 請列出您的網站地址（如有）
1.6 你的執業實體(即法人) 於何時成立？  (日 / 月 / 年)



1.7 請註明：

設施類型	醫療服務提供法人的性質
<input type="checkbox"/> 私立醫院 <input type="checkbox"/> 公立醫院 <input type="checkbox"/> 康復中心 <input type="checkbox"/> 醫院, 其他, 請說明 <input type="checkbox"/> 診所 / 醫療中心 <input type="checkbox"/> 化驗室 <input type="checkbox"/> 藥房 <input type="checkbox"/> 療養院 <input type="checkbox"/> 其他, 請註明: _____	<input type="checkbox"/> 合資企業 <input type="checkbox"/> 牟利組織 <input type="checkbox"/> 有限責任公司 <input type="checkbox"/> 有限合夥制 <input type="checkbox"/> 學校 <input type="checkbox"/> 社福組織 <input type="checkbox"/> 非牟利組織

1.8 請註明以下適用人數：

類別	全職	兼職	類別	全職	兼職
主要負責人, 合夥人或董事			X射線技術員		
醫生 (包括診所醫生)			物理治療師		
外科醫生			助產士		
實習生/學生			醫療保健助理/衛生工作者		
護士			其他註冊專業人士		
牙醫			其他技術員工		
化驗室技術員			非技術行政人員		
藥劑師					
其他工作人員 (請註明)			總人數：		

1.9 您的主要負責人, 合作夥伴, 董事或其他關鍵專業人員的資格是什麼?

全名	醫療專業資格	何時取得專業資格	擔任主要負責人, 合夥人或董事的年資:	
			在這機構	以前的機構



1.10 如果只有一個獨資主要負責人，若主要負責人在旅行，休假，生病或遠離辦公室時你有甚麼安排來確保業務的連續性？			
<b>2. 業務細節</b>			
2.1 您的主要負責人，合作夥伴或董事會成員是屬於哪些專業學會和協會？			
2.2 您的執業實體是否獲正式授權在問題1.3和1.4中指定的地址執業 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>			
2.3 您是否確保所有為您公司的提供醫療服務或使用醫療設施的醫生購買醫療 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 事故保險？			
<b>如果否，您是否請求這些醫生作為您的申請的一部分</b>			
2.4 病床的總數是多少？			
2.5 病床位的平均年入住率是多少？	%		
2.6 初生嬰兒床的總數			
2.7 初生嬰兒床的年平均使用率是多少？	%		
2.8 每年就診者總人數：	(i) 門診： (ii) 住院：		
2.9 您是否設有：			
i) 深切治療部 (ICU)?		是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	
ii) 急症 (A&E) 部門?		是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	
iii) 門診部?		是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	
iv) 醫療教學設施?		是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	
v) 病理設施?		是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	
vi) 血庫設施?		是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	
2.10 以下每種類型的專業醫療服務佔了您的業務的百分比：			
服務類型	%	服務類型	%
聽力學		腫瘤學	
老年護理/輔助生活		眼科（包括激光矯視&激光）	
心臟病學		兒科	
傳染病/肺結核		病理	



牙科		物理治療	
皮膚科		整形手術 (美容相關)	
戒酒/戒毒		整形手術	
耳/鼻/喉		足部	
墮胎		精神病	
胃腸病學		放射科/醫學造影	
綜合醫療/普通科		康復治療	
婦科		外科	
體外受精		中醫	
產科		其他, 請說明	
		<b>總數</b>	<b>100%</b>
2.11 您是否從事除本節所述之外的任何其他專業醫療保健服務或業務活動? 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 如是, 請附上這些其他活動的工作類型和收入的詳細信息。 No <input type="checkbox"/>			
2.12 您或您的任何要負責人, 合作夥伴或董事是否與任何其他業務或機構相關 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 聯? 如是, 請附上詳細信息			

<b>3. 財務細節</b>				
3.1 你的財政年度什麼時候結束 (日) (月)				
3.2 你的總營業額或費用收入是多少?				
營業額	Year	澳門	澳門以外, 請說明 包括哪些國家	總額
來年 (估計)		MOP	MOP	MOP
本年度 (估計)		MOP	MOP	MOP
過去一年		MOP	MOP	MOP
3.3 請指明您的就診者人口統計:				
澳門		澳門以外		總數
%		%		100 %



3.4 Please list the foreign countries you provide services in and the number of staff located in each  
請列出您提供服務的國家和每個國家的工作人員人數:

澳門	人員人數	澳門以外, 請說明 包括哪些國家	人員人數

#### 4. 風險管理

4.1 您是否保留準確的醫療記錄, 並確保所有醫療專業人員持有有效的執照, 在澳門的相關官方機構發佈的各自專業範圍內執行? 是  否

4.2 您是否保留所有提供的醫療服務和程序中使用的設備的準確和描述性記錄? 是  否

4.3 您是否有根據適用於您行業的相關準則/標準對儀器進行滅菌的程序? 是  否

4.4 您是否具備並遵循已制定的風險管理和質量控制程序? 是  否

4.5 這些風險管理和質量控制程序是否定期審查並更新? 是  否

4.6 您有醫療事故報告的標準程序嗎? 是  否

#### 5. 以往保險歷史

5.1 您目前是否有醫療事故保險? 如果是, 請提供詳細信息? 是  否

保險期	保險公司	保險金額	免賠額	追溯日期
		MOP	MOP	

5.2 您是否曾因醫療事故保險被拒絕, 或有任何醫療事故保險被撤銷或取消? 是  否

如是, 請在單獨的表單上提供詳細信息。

#### 6. 索賠紀錄

a. 您或任何現任或前任主要負責人, 合夥人, 董事, 僱員或任何其他投保人  
或機構是否被索賠或提出訴訟? 是  否

b. 是否有任何主要負責人, 合夥人, 董事或僱員, 在簽署本申請之日, 已知  
道任何錯誤, 遺漏, 違法, 情況或指控可能導致對您或任何投保人或機構  
提出索賠或訴訟? 是  否



c. 您或任何現任或前任主要負責人，合夥人，董事或僱員是否曾受到任何當局，監管機構或專業團體的紀律處分或調查？ 是  否

如果您對本節中的任何問題回答“是”，請提供完整的詳細信息以及每宗索賠，訴訟，指控或事項的狀態，包括：

- 索賠，訴訟或指控的日期
- 通知您以前的保險人的日期
- 索賠人和法人的名稱
- 針對您的指控
- 索賠人索賠的數額
- 狀態是否未決或最終確定
- 迄今支付的索賠和辯護費用的數額

#### 附加資料

附上以下內容的副本：

包括？

公司簡介，宣傳冊，小冊子或描述您的營運和服務的其他營銷材料

是  否

與客戶或患者簽訂標準合同或服務協議

是  否

所有主要負責人，合作夥伴或董事的簡歷或簡歷

是  否

僅針對新業務，您的業務計劃與業務預測

是  否

#### 聲明及授權

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，及該紀錄將為最終及對本人 / 我等有法律的約束力；(7) 貴公司對於在下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)。



**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。

簽名，主要負責人/合作夥伴/主管：

簽字人姓名：

日期：