



## 醫療服務提供者職業民事強制責任保險 個人用投保書

在填寫本投保書前，必須先閱讀下列重須知事項。

### 1. 索賠基礎保單

保險合同所提供的保障僅限於在保險單追溯日起至保單終止日發生的醫療行為所引致的損害，而該損害的彌補須：

1. 由被保險人或投保人於保險單有效期內首次知悉發生或懷疑發生是次醫療事故；及
2. 於保險單有效期內向保險人以書面方式作出首次通知。

換言之，被保險人在保險合同生效日前：

1. 已知悉的醫療事故，及
2. 已知悉有關醫療行為的指責、投訴或索償。

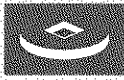
並不在保險合同的承保範圍內。

### 2. 披露責任

如被保險人就風險不作聲明或作出不正確聲明，而可對保險合同的存在或其條款造成影響，則保險合同無效。如發生被保險人的風險狀況的變更或其他對評估風險屬重要的事宜，投保人和被保險人須於獲悉有關事實之日起八日內，以掛號信或其他書面方式通知保險人。

<b>1</b>	<p>投保人：</p>
<b>2</b>	<p>被保險人：</p> <p>於澳門衛生局發出執照日期：</p> <p>執照編號： (請提供執照副本)</p> <p>注意：. 被保險人”是指獲澳門衛生局許可的具法定資格執業的醫療服務提供者</p>
<b>3</b>	<p>被保險人地址：</p> <p>被保險人電話：</p>
<b>4</b>	<p>(a) 閣下在哪裡畢業：</p> <p>(b) 畢業日期：</p> <p>(c) 具法定澳門執業之醫療專業：</p> <p>(d) 執業年期：</p>





<b>8</b>	所需投保保險金額 (每起事故/每年) : 一. <input type="checkbox"/> MOP 100,000 二. <input type="checkbox"/> MOP 500,000 三. <input type="checkbox"/> MOP1,000,000 四. <input type="checkbox"/> MOP2,000,000 五. <input type="checkbox"/> 其他, 請列明: _____
<b>9</b>	a. 閣下是否自僱人士? 是/否 如果“否”, 請提供在過去三年受聘之醫療服務機構名稱及工作職責介紹: b. 閣下是否醫療場所的合夥人、股東、經理、董事或法定代理人? 是/否 如果“是”, 請提供閣下之醫療專業類別:  N.B. 保險合同保障僅以因被保險人在澳門特別行政區境內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, 不論該行為屬作為或不作為而損害就診者身體或精神的健康的狀況為限
<b>10</b>	閣下是否有投保相關醫療專業責任保險記錄? 是/否 如果“是”, 請提供以下資料: 投保保險金額 _____ 保險單到期日為 _____ 是否有索償記錄? 是/否 如果“是”, 請詳細說明:
<b>11</b>	在閣下過去執業中, 是否有: — 已知悉的醫療事故? — 已知悉的有關醫療行為的指責、投訴或索償? 上述情況引起的索償不在保護範圍。



12

閣下有否曾經申請「專業責任保險」而被拒絕受保或曾經購買之「專業責任保險」被取消或被拒絕續保？

是/否

如果“是”，請列明原因：

**聲明**

本人聲明，本醫療服務提供者職業民事強制責任保險投保書(以下簡稱“投保書”)中所提供之資料正確無誤，本人沒有誤導或隱瞞任何重大事實。本人並在此聲明本人理解此投保書上之資料為保險合約之基礎，而此投保書亦為保險單之一部份。本人並承諾如個人資料，保險標的或提供之服務有所變更，將會立即書面通知本公司。

日期為\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

投保人簽名\_\_\_\_\_

投保人姓名\_\_\_\_\_