



醫療服務提供者職業民事強制責任保險 機構用投保書

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。

1	<p>(a) 機構全名： (以下簡稱“投保人”)</p> <p>(b) 現有管理營運了多久？</p>
2	<p>各個營運地址： (如提供衛生護理服務場所，請提供場所執照副本)</p> <p>聯絡電話：</p> <p>聯絡電郵：</p>
3	<p>機構持有者或合夥人的名稱，以及各人之詳細醫療專業資格／醫療服務經驗：</p>



4	<p>投保人是否公營還是私營？</p> <p>或由私人捐贈營運？</p>
5	<p>投保人是否一家慈善機構？ 是/否</p> <p>如果”是”，請說明獲免費提供醫療服務求診者的百分比：</p>
6	<p>請簡要說明投保人提供的專業服務：</p>
7	<p>病人分類 (%)</p> <p>(a) 普通科</p> <p>(b) 內科</p> <p>(c) 外科</p> <p style="padding-left: 20px;">i. 醫學美容.....</p> <p style="padding-left: 20px;">ii. 器官移植.....</p> <p style="padding-left: 20px;">iii. 其他.....</p> <p>(d) 產科.....</p> <p>(e) 傳染病.....</p> <p>(f) 長者科</p> <p>(g) 精神科</p> <p>(h) 藥物酒精依賴.....</p> <p>(i) 其他.....</p>
8	<p>請提供以下每個類別的持牌員工人數：</p> <p style="text-align: right;">(受僱) (非受僱)</p> <p>(a) 非手術醫生 (普通科, 內科)：</p> <p style="padding-left: 20px;">i) 精神科醫生</p> <p style="padding-left: 20px;">ii) 其他</p> <p>(b) 外科醫生：</p> <p style="padding-left: 20px;">i) 醫學美容.....</p> <p style="padding-left: 20px;">ii) 矯形.....</p> <p style="padding-left: 20px;">iii) 其他.....</p> <p>(c) 麻醉師.....</p> <p>(d) 產科醫生.....</p> <p>(e) 婦科醫生</p> <p>(f) 牙醫.....</p> <p>(g) 實驗室技術員</p> <p>(h) 藥劑師.....</p> <p>(i) 醫護人員.....</p> <p>(j) 助產士.....</p> <p>(k) 註冊護士：</p> <p style="padding-left: 20px;">i) 日間.....</p> <p style="padding-left: 20px;">ii) 晚間</p> <p>(l) 學生護士：</p> <p style="padding-left: 20px;">i) 日間.....</p> <p style="padding-left: 20px;">ii) 晚間</p> <p>(m) 登記護士：</p>



	<p>i) 日間</p> <p>ii) 晚間.....</p> <p>(n) 其他 (請註明) :</p> <p>i)</p> <p>ii)</p> <p>總人數 :</p>
9	<p>投保人是否有管理程序檢測和隔離感染傳染病的員工？ 是/ 否</p> <p>如果”否”，投保人如何避免求診者與感染傳染病的員工接觸？</p>
10	<p>投保人是否有確保為提供所有受僱的醫療服務提供者或使用投保人設施的醫療服務提供者均為衛生局許可具有法定及有效的執業資格？</p>
11	<p>投保人是否提供鐳療或其他放射性治療？ 是/ 否</p> <p>如果”是”，請提供詳細資料，並列出給予治療的人。</p>
12	<p>投保人是否提供生育醫學服務，包括體外受精,墮胎或外科技術服務/治療？ 是/ 否</p> <p>如果”是”，請詳細說明是否客席醫生或員工提供治療/服務，以及在過去 12 個月內接受治療的求診者人數。</p>
13	<p>投保人是否提供減肥治療/服務？ 是/ 否</p> <p>如果”是”，請詳細說明是否有使用藥物及在過去 12 個月內內接受治療的求診者人數。</p>
14	<p>投保人是否有進行任何類型的臨床試驗？ 是/ 否</p> <p>如果”是”，請提供詳情：</p>



<p>15</p>	<p>請註明床位總數。</p> <p>i) 病床</p> <p>ii) 嬰兒床.....</p> <p>去年病人數目</p> <p>(i) 留院病人</p> <p>(ii) 非留院病人（門診，體檢等）.....</p> <p>(iii) 出世嬰兒</p> <p>(iv) 其他（請註明）：.....</p>
<p>16</p>	<p>是否設有診所？ 是/否</p> <p>如果“是”，請提供以下數目：</p> <p>i) 醫生,醫師和牙醫.....</p> <p>ii) 護士.....</p> <p>iii) 每年接受治療的求診者.....</p>
<p>17</p>	<p>投保人閣下是否有投保相關醫療專業責任保險記錄？ 是/否</p> <p>如果“是”，請提供以下資料：</p> <p>保險公司名稱</p> <p>投保保險金額</p> <p>自負額</p> <p>保險單到期日為.....</p>
<p>18</p>	<p>投保人有否曾經申請「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</p> <p>如果“是”，請列明原因：</p>
<p>19</p>	<p>投保人在過去的執業中，是否有：</p> <p>— 已知悉的醫療事故？</p> <p>— 已知悉的有關醫療行為的指責、投訴或索償？</p> <p>上述情況引起的索償不在保護範圍。</p>



<p>20</p>	<p>(i) 所需投保保險金額 (每起事故/每年) : 法定最低金額 / 其他, 請列明</p> <p>(ii) 投保人自己準備承擔的自負額 (每起事故) :</p>
<p>21</p>	<p>被保險人名單 (自然人及法人) 及其衛生局註冊專科分類</p>
<p>22</p>	<p>是否有任何進一步的資料應該告知保險人, 以便他們可以完成適當的風險估計?</p>
<p>聲明</p> <p>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。</p> <p>日期為 _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>投保人 (合作夥伴/授權人/委託人) 授權人簽署及機構 _____</p> <p>姓名 _____</p> <p>稱銜 _____</p>	