

醫療服務提供者職業民事責任強制保險投保問卷 (個人)

1. 基本資料

投保人: (英文) _____ 出生日期: _____

(中文) _____ 性別: _____

聯絡地址: _____

聯絡電話: _____

於衛生局註冊之准照編號: _____ (請提供准照副本) 首次註冊日期: _____

種類: 中醫生/師 牙科醫師 護士 藥劑師 其他 _____

醫生 是否屬下列專業:

牙科 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/影像科 耳鼻喉科 眼科

是否需要施行手術 是: 請簡述手術內容 _____

是否屬下列手術: 婦科 產科 整型 抽脂 脊椎

2. 投保資料

投保日期: 自 _____ 至 _____ 共 12 個月

追溯日: 保單生效日前 3 年的首日 免賠額: MOP _____ 每起事故

賠償金額: 法定最低限額 自定限額 MOP _____ 每起事故及每年

3. 營業資料

(a) 主要營業機構名稱及其地址: (請勾選所屬身份) 經營者 合夥人 員工

(b) 請詳述你的主要工作內容:

(c) 去年的病人數量: _____ 於本地點工作年資: _____

(d) 你是否需要操作下列設備 激光 X光 斷層攝影 助理數量: _____

(e) 你是否有在海外執業? 如有請詳述: _____

(f) 你是否有在任何醫院執業? 如有請詳述: _____

- 職位: 員工 合夥人 特約醫生 其他 _____

4. 專業資格

(a) 取得醫學相關文憑的機構及其地址:

(b) 學位名稱及取得日期: _____

(c) 你是否任何專業協會之成員, 如是請詳列:

5. 其他資料

(a) 你從事的業務是否包括在其他醫療機構的醫療服務民事責任保險中

是 機構名稱 _____ 保險金額 _____ 否

(b) 是否曾投保同類保單，如有請詳列（年份，保險金額等）： 是 否

(c) 曾否被其他保險公司拒絕投保此類保單或需附加特別條款方受保，如有請詳列： 是 否

(d) 曾否因誤診訴訟而產生索償或投保人是否知悉可能導致索償的事件，如有請提供詳細資料：

本保單為索賠發生制保單：

索賠發生制保單將對符合下列條件的索賠進行理賠：

- 引發索賠的事故必須發生在保單規定的追溯日以後及保單期滿日以前；
- 被保險人須於保險單有效期內首次知悉發生或懷疑發生保險事故之日起八日內向保險人以書面方式作首次通知。

聲明：

根據本人的知識和見解，所填報資料無論是否我自己的手筆，都是真實及本人沒有隱藏事實。本人明瞭虛報或歪曲任何事實，承保人有權對此保單毋需負上責任。（註明：所填報事實足以影響承保人對此投保書接受或審核。若閣下有任何疑問關於什麼構成事實，請與保險公司商議。）

本人明白如本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，則可構成保險合同無效。

本人明白簽寫這份問卷，並不驅使承保人必須完成這保險合約，但是如果經過同意而發出保單，這問卷將是保險合同的基礎。

投保人簽署：

日期：

Reference:

類別	醫療專業	保險金額的最低限額
(一)	中醫生、藥劑師、護士、藥房技術助理、中醫師、牙科醫師、針灸師、按摩師、診療輔助技術員、治療師	MOP500,000
(二)	醫生、牙科醫生	MOP1,000,000
(三)	施行手術的醫生	MOP2,000,000

FOR OFFICE USE ONLY

Agent: _____ Premium: _____ Conditions: _____

Remarks: