Association of Hong Kong Nursing Staff 香港護士協會

Malpractice Liability Insurance For Nursing Professional 護士專業責任保險

Please complete in BLOCK LETTERS (請以英文正楷填寫)

☐ **Primary Cover 第一層**

☐ **Secondary Cover 第二層**

Name of Proposer (English Name on HKID Card)：
投保人姓名 (英文姓名 – 必須與香港身份証相同)：

Membership / Pre-nurse Club No.會員號碼 ：
I.D.#身份証號碼 ：

Address 地址 (Please Use Block Letters.請以英文正楷填寫)：

Mobile 手提電話:

Email 電郵:

Home Tel 住宅電話:

Office Tel 公司電話:

Date of birth 出生日期： D/ M/ Y/

Sex 性別：☐ Male 男 ☐ Female 女

Name of Employer 僱主姓名：
☐ Hospital Authority 醫管局 ☐ HKSAR Government 香港特別行政區政府
☐ Others 其他 _____

Professional Qualification / Employment Record 專業資格 / 就職紀錄：
☐ Registered Nurse 註冊護士 ☐ Enrolled Nurse 登記護士 ☐ Student Nurse 護士學生 ☐ Others 其他 _____
Program* Completion Year 課程*完成年份 _____ (* Program prescribed by the Nursing Council of Hong Kong 香港護士管理局規定之課程)

Claim History Related to Profession 有關專業責任的索償紀錄:

Have you ever been subject to disciplinary proceedings for medical malpractice or professional misconduct in the last five years?
閣下曾否在過去五年內因醫療失誤或專業失德被紀律聆訊？
☐ No 否 ☐ Yes 有

Have any claims ever been made against you in the last five years?
閣下曾否在過去五年內被索償?
☐ No 否 ☐ Yes 有 → ☐ Settled 已完結 / ☐ in Progress 處理中

Are you aware of any circumstance which could reasonably be expected to give rise to a claim?
閣下是否知道任何已發生並可能引致 閣下被索償之醫療事故?
☐ No 否 ☐ Yes 有

If "Yes" to any of above, please provide details with supporting document. Insurer reverses the right to decide whether the insurance to be offered or not.
如果上述任何一項答案是"有"，請附上醫療事故紀錄資料交予保險公司批核。保險公司保留最終決定權是否接受此份申請。

Payment Method 付款方法：

本人知悉香港護士協會為會員提供行政方便代會員收取保險費，本人/我們選擇將保險費交與香港護士協會代會員集中處理。 I understand that AHKNS provides administration convenience by collecting insurance premiums for all members. I select to pay the premium to AHKNS who will settle the premiums collectively for and on behalf of all members concerned.

☐ Cash 現金/ EPS 易辦事/Visa Card 信用咭 (must enroll in person at AHKNS 必須親臨香港護士協會辦理)

☐ Cheque No.支票號碼 :_____ Bank 銀行_____
(Payable to "**Association of Hong Kong Nursing Staff**" 抬頭請寫上「**香港護士協會**」) If by mail, please send this Proposal Form with membership card copy and cheque to us. 如郵寄請填妥此表格連同會員証副本及支票寄回本會。

☐ Visa Card 信用咭號碼： 4□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□ Visa信用卡驗証碼CVV(卡背後最後3位數字)必須填寫

Expiry Date 有效期至 _____ 月 _____ 年

Cardholder's Name 持卡者姓名: **the Proposer stated above 上述之投保人** Cardholder's 卡者簽署：_____

Insurance will be effected after 7 working days upon receiving the proposal form, subject always to the confirmation of Insurer.
在保險公司核實一切資料後，閣下之保險可於本會收到閣下之投保申請書 7 個工作天後生效， (但一切均以保險公司最後確定為準)。

Premium 保費：
(包括 0.06% 保費徵費，詳情可瀏覽保險公司網頁 www.cm-insurance.com 或致電 2890 5940 查詢)

Inception Date 生效日期：
on/ after 1/11/2019 或之後

Primary **第一層**	☐ HK$1,251
Secondary **第二層**	☐ HK$125
Primary + Secondary **第一層 + 第二層**	☐ HK$1,376

Expiry Date 到期日 : **30/4/2020**

Note 注意:

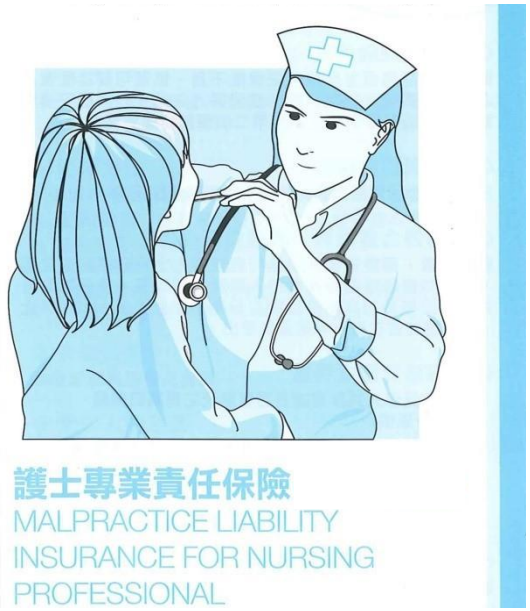
You must ensure that the information in this form is accurate and complete because inaccuracy or non-disclosure of the requested information or other material facts could render the insurance voidable. 請提供正確及全面資料，因錯誤資料或隱瞞重要事實可導致保險無效。

Declaration and Signature 聲明及簽署：

I declare the statements and particulars in this proposal are true and that I have not mis-stated or suppressed any material facts. I agree that this proposal, together with any other information supplied by me, shall form the basis of any Contract of Insurance effected thereon. I undertake to inform the Insurance Company of any material alteration to these facts occurring before commencement of the Contract of Insurance which is deemed to be 0:01am on the date of inception. I hereby give my consent and authorize that any of my personal information collected or held by AHKNS, the Broker and the Insurance Company may be used and disclosed to any individuals / organizations for the purpose of processing this insurance and providing related and subsequent services. I understand and agreed that AHKNS's administration will be compensated by handling fee payable by the Broker/Insurance Company and the services of the Broker will be remunerated by the commission payable by the Insurance Company.
本人，現特此聲明此投保書之資料均為正確及並沒有故意隱藏事實。所有有關提供之資料均會成為此保險合約生效後之一部份。同時，本人亦明白及答應如在投保人沒有任何資料之改變，此保險之生效日期為保險公司確定之生效日零時零一分開始。本人現同意並授權香港護士協會、安排此保險之保險經紀及承保之保險公司保留、使用或透露所收集或保留本人之任何個人資料，給予有關人士或機構用作處理與此保險有關的申請，及提供其相關及稍後的服務。本人明白並同意香港護士協會的行政管理費用支出將由保險經紀/保險公司以手續費形式作出補償，而保險經紀的服務將由保險公司以佣金支付。

Date 日期 _____ Signature of Proposer 投保人簽署 _____

香港護士協會
Association of Hong Kong Nursing Staff
4/F, Hing Wan Commercial Building,
25-27 Parkes Street, Jordan, Kowloon.
Tel : 2314 6912 / 2314 6944 Fax : 3521 1540
E-mail: welfare@nurse.org.hk Website: www.nurse.org.hk



The Malpractice Liability Master Policy is held by the Association as the Policyholder, arranged by the Broker and insured with the Insurance Company named below:-
此護士專業責任保險計劃由本會持有、下列之保險經紀安排及保險公司承保:-
Broker: Arvuda Insurance Services Ltd
保險經紀: 富利達保險服務有限公司
保險經紀牌照號碼 Insurance Broker Licence No.: FB1482
Insurance Company: China Merchants Insurance Co Ltd
保險公司: 招商局保險有限公司

Exclusive for Member 會員專屬

OFFICE USE ONLY

Receipt No: PINSR

Record No：FPII

Record No：PII

護士專業責任保險簡介

工作是每個人生活上重要的一環，尤其是專業人士，在工作上的責任也相對增加。但試想想 閣下在護理工作中如因專業疏忽而導致病人身體受傷、患病、精神受損、或死亡，會負上嚴重的法律責任及招致額外開支，後果將不堪設想。閣下有否想過如何在工作時可以得到更全面的保障？

"護士專業責任保險"簡介

護士專業責任保險是一份為“護協”會員度身訂造的保險計劃，可保障受保會員因護理工作之專業疏忽(**不論在職與否**) 而導致隨後引起之法律責任和索償。

**** 此簡介祇略述保險範圍概要，詳情以正式英文保單為準 ****

僱主以外的保障

如有任何醫療事故發生，不論僱主有沒有提供有關之保險，第一層保單即時為受保會員提供全面保障。第二層保單顧名思義是當索償額超過第一層或僱主保單所承保之限額時提供額外保障，亦即是以第一層或僱主保單所提供之保險為基礎，當其賠償額不足時，為受保會員提供額外保障。此運作機制適用於所有附加保障。

誰應購買此保險

所有在職、兼職、自僱或從事義工之註冊護士、登記護士及護士學生。

此保險計劃之特點

- **兩層保障合共提供 HK$32,500,000 之總賠償額**
  所有受保會員於單一索償(包括所有附加保障)共享之最高賠償額高達：
  第一層: HK$17,500,000
  第二層: HK$15,000,000
- **每保單年度各層之最高共享賠償額更是三倍之多**
  所有受保會員每年度(包括所有附加保障)共享高達：
  第一層: HK$52,500,000
  第二層: HK$45,000,000
- **訴訟及法律代表之費用**
  上述之賠償額亦包括因專業疏忽被追討賠償而引致之訴訟、抗辯、法律代表之費用。

**** 如有醫療事故發生，須立即向保險公司以書面申報 ****

獨特之附加保障

第一層及第二層保障限額一樣。第二層於第一層或僱主保單所提供之賠償額不足時提供額外保障。同時購買第一層及第二層便有雙重保障。

- ✔ **護士管理局紀律研訊**
  因醫療事故，而要接受護士管理局之紀律研訊，所需之法律諮詢、法律代表之費用將會獲得保障。保險公司亦設有一個律師小組支援有需要之受保會員。
  (最高限額： HK$3,000,000)
- ✔ **入息保障**
  因醫療事故，在專業紀律研訊後，遭受處分而在保險期間停職停薪，受保會員將會獲得部分(35%)入息之保障，以幫助受保會員生活上的緊急需要。(從第二個月開始，最高限額：每個月 HK$30,000; 保障期：最多連續 3 個月)
- ✔ **死因研訊**
  因醫療事故，受保會員在法律上需要出席死因聆訊，其法律代表之費用將會獲得保障。(最高限額：HK$1,000,000)

主要不保事項

- 誹謗、中傷、詆毀、不誠實、欺詐、刑事、惡意及不合法行為，均為一般不保事項。
- 於美國/加拿大範圍內發生之任何事故均為不保事項。
- 在此保險生效前發生、申報、被索償或已知會被索償等為不保事項。
- 自付額(包括法律費用)
  第一層: 除上述之三項獨特附加保障外，每一宗申報索償個案之首 **HK$20,000**
  第二層: (第一層或僱主保單賠償額後)：無

* * * * * * * * * * * * *

投保方法

只需填妥附上之投保書連同
1) 支票(抬頭"香港護士協會")一併寄回本會 (只限郵寄) 或
2) Visa 信用咭付款欄傳真至本會(傳真號碼: 3521 1540) 或
3) 親臨本會辦理

我們便會盡快處理，以確定投保生效(一切以符合投保資格及保險公司之確認作準)。

保費：請看背頁

如有任何疑問，可致電 2314 6912 /2314 6944 與我們聯絡，謝謝！

STAMP HERE

ASSOCIATION OF HONG KONG NURSING STAFF
4th Floor, Hing Wan Commercial Building,
25-27 Parkes Street,
Jordan, Kowloon.
(P. I. Application)