



香港護士協會

ASSOCIATION OF HONG KONG NURSING STAFF

香港九龍佐敦白加士街 25-27 號慶雲商業大廈三樓 總機電話及二十四小時傳真熱線：2314 6900

3/F, Hing Wan Commercial Bldg., 25-27 Parkes St., Jordan, Kowloon, Hong Kong.

E-mail : info@nurse.org.hk

Website : http://www.nurse.org.hk

親愛的會員：

護士專業責任保險(第一層)續保通知

感謝 閣下對香港護士協會的支持！

閣下投保之護士專業責任保險計劃，將於本年 **4月30日** 屆滿，故特致函通知 閣下辦理續保手續。2019 年度之護士專業責任保險特別為會員於第一層及第二層計劃新增一項「入息保障」條款，而保費維持不變，詳情請參閱隨函附上之簡介[附件 1]。

選擇 1) 簡單續保

如 閣下欲確保現有之護士專業責任保險(第一層)繼續生效，請於 2019 年 4 月 30 日前填妥續保通知書[表格 A]及所需保費交予本會。

選擇 2) 提高保障

如 閣下欲獲得更全面保障，可選擇同時投保護士專業責任保險之第一層及第二層，請於 2019 年 4 月 30 日前填妥附上之投保書[表格 B]及所需保費交予本會。

請注意：

- 1) 如 閣下有索償個案及/或引致索償之醫療事故(包括曾經被要求呈交書面聲明)，請填報「護理事故紀錄表格」(包括有關書面聲明副本及事件經過)一併交回。
- 2) 如 閣下未能於以上限期前繳交保費或選擇斷保，於再次申請此份保險時，累積之「追朔期保障」將被取消，即祇保障新生效日後發生之醫療事故。故請於此份保險到期日前辦理續保手續。

如有查詢，請於辦公時間致電保險部：2314 6912/6944。

香港護士協會

謹啟

2019 年 3 月 30 日



會員通訊第 2 期及第 3 期分別詳盡介紹護士專業責任保險計劃內容，歡迎瀏覽。



香港護士協會

九龍佐敦白加士街 25-27 號慶雲商業大廈三樓
總機電話及二十四小時傳真熱線：2314 6900

親子天地
電話：2314-6925/6945
傳真：3521-0321

福利部
2314-6910/6961
3521-0434

電器部
2314-6924/6941
3521-0434

保險部
2314-6912/6944
3521-1540

教育部
2314-6911/6977
3521-1540

會籍部
2314-6927/6915
3521-1540

勞資及公共關係部
2314-6962
2314-1997

ASSOCIATION OF HONG KONG NURSING STAFF

3/F., Hing Wan Commercial Building, 25-27 Parkes Street, Jordan, Kowloon.

Website: <http://www.nurse.org.hk>

E-mail: info@nurse.org.hk

護士專業責任保險(第一層)續保通知書

表格 A

投保人姓名: (英文) _____

地址: (英文) _____

**必需於
30/04/2019
前續保**

OFFICE USE ONLY

Receipt No: PINSR

Record No: FPI

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 保險經紀: Arvuda Insurance Services Ltd 富利達保險服務有限公司 (Member of Professional Insurance Brokers Association 香港專業保險經紀協會會員 PIBA-0328)
Insurance Company 保險公司: China Merchants Insurance Co Ltd 招商局保險有限公司

(所有項目必須填寫)

會員證號碼:

身份證:

電郵:

電話: (M)

電話: (H)

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 one year? No 否

閣下曾否在過去一年內因醫療失誤或專業失德被紀律聆訊? Yes 有

Have any claims ever been made against you in the last one year? No 否

閣下曾否在過去一年內被索償? Yes 有 Settled 已完結 In Progress 處理中

Has there been any circumstance or fact coming to your knowledge or awareness in the last one year which could reasonably be expected to give rise to a claim? No 否

在過去一年中, 閣下是否知道或意識可預見會引起索賠之任何情況或事實? Yes 有

在索償紀錄欄內選擇“有”之答案的受保人須填妥下頁之護理事故紀錄表格交予保險公司。保險公司將保留最終決定權是否接受此份申請。
In case of a “Yes” answer to any of above questions, please complete the Nursing Incident Record Form overleaf. The Insurance Company reserves the rights to change or withdraw the renewal terms.

付款方法:

(保險費由香港護士協會代會員收取後集中處理)

續保會員之保費: **HK\$2502** 包括 0.04% 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

親臨保險部(慶雲四樓)以現金/易辦事/VISA 信用卡辦理

連同此表格郵寄支票回本會(☑為免耽誤續保請付足郵資), 抬頭請寫“香港護士協會”。號碼: _____ 銀行: _____

VISA 信用卡(持卡者必須與受保人相同), 可傳真(2736 6020)或郵寄(如需確認傳真, 請於兩個工作天後致電: 2314 6961 / 2314 6945):

4 _____

持卡者英文姓名: _____

有效日期: _____ 月 / _____ 年 持卡者簽署: _____

**如需即時領取收據, 必須親臨本會辦理; 否則所有保單及正本收據將於保單生效日期起計三個月後以平郵方式寄回給閣下。

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。
The Renewal Premium and Terms is subject to no deterioration of Nursing Incident Record and no change of material fact 續保保費和條款受制或基於沒有任何資料或索賠/護理事故紀錄之變更。

Declaration and Signature 聲明及簽署:

I declare the statements and particulars in this Renewal Notice 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 (including the past Nursing Incident Record) 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, 現特此聲明此續保通知之資料均為正確及並沒有故意隱瞞事實。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(包括過去之護理事故及索償紀錄), 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 _____ 日 _____ 月 2019 年

Signature of the Insured
受保人簽署 _____



在索償紀錄欄內選擇“有”之答案的受保人須填妥以下之護理事故紀錄表格

In case of a “Yes” answer to any of the questions under Claim History,
please complete the following Nursing Incident Record Form.



Nursing Incident Record Form 護理事故紀錄表格

Name of Insured 受保人姓名: _____

Member No. 會員證號碼: _____

1. When did the nursing incident occurred? 該護理事故何時發生?

Date 日期年(Year) / 月(Month) /日(Day)

All information has been reported to the concerned Insurance Company. Since then, no further development or new information is to be reported/submitted to the insurance company. 所有資料已申報保險公司，自此之後沒有新的進展或資料需要申報

*If the above is confirmed by ticking the box, please neglect the lower part of this Form. Otherwise, please complete it.
如確認上述內容，請忽略本表格的下半部。否則，請完整填寫。*

2. If you were not aware of the above-mentioned incident on the day it occurred, when did you first become aware of it? 如在事發當天並不知情，閣下於何時首次獲悉此事故?

same as above stated 同上述

.....年(Year) / 月(Month) /日(Day)

3. When was the claim first made or indicated by a victim? 受害人何時首次提出或表示會提出索賠?

not yet 還沒有

.....年(Year) / 月(Month) /日(Day)

4. What is the claim amount, if any? 索償金額(如有)為多少?

HK\$

5. When did you first report the above to the insurer? 閣下於何時通知承保公司?

Date 日期 年(Year) / 月(Month) /日(Day)

Please provide the name of the insurer 請提供承保公司名稱

6. Please describe the nursing incident and state the precise nature of the claim or the fact or circumstance that might give rise to a claim?
請詳述該護理事故及是次索償或可能引致索償之事實或事件的確切性質。

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

document attached 所附文件: No 沒有
 Medical Incident Report 醫療事故報告

If there is insufficient space, please provide details on separate sheet. 如填寫空間不足，請另加紙張。

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:
ID # 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:

Home Tel 住宅電話:

Email 電郵:

Office Tel 公司電話:

Date of birth 出生日期: D/ M/ Y/

Name of Employer 僱主姓名:

Hospital Authority 醫管局

HKSAR Government 香港特別行政區政府

Sex 性別: Male 男 Female 女

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?
閣下曾在過去五年內因醫療失誤或專業失德被紀律聆訊?
Have any claims ever been made against you in the last five years?
閣下曾在過去五年內被索償?
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?
If "Yes" to any of above, please provide details with supporting document. Insurer reserves the right to decide whether the insurance to be offered or not.
如果上述任何一項答案是“是”，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。

Premium 保費:

(包括 0.06% 保費徵費，詳情可瀏覽保險公司網頁 www.aon-insurance.com 或致電 2890 5940 查詢)
Inception Date 生效日期: on/before 31/10/2019 或以前

Payment Method 付款方法:
本人/我們選擇將保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/ EFS 易辦事/ Visa Card 信用卡 (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「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 信用卡號碼: Expiry Date 有效期至: Cardholder's Name 持卡人姓名: the Proposer stated above 上述之投保人 Cardholder's Name 簽署:

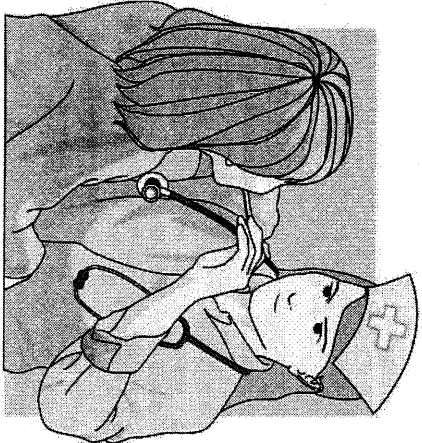
Insurance will be effected after 7 working days upon receiving the proposal form, subject always to the confirmation of Insurer.
在保險公司核實一切資料後，閣下之保險可於本會收到閣下之投保申請書 7 個工作天後生效。(但一切均以保險公司最後確定為準)。

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(0)am 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屬正確及並沒有故意隱瞞事實。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，及提供其相關及相關的服務。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予以開支支付。

Date 日期: Signature of Proposer 投保人簽署:

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



護士專業責任保險
MALPRACTICE LIABILITY
INSURANCE FOR NURSING
PROFESSIONAL

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
(Member of Professional Insurance Brokers Association
香港專業保險經紀協會會員 PIBA-0328)
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")一件寄回本會(只限郵寄)或
- 2) Visa 信用卡付款欄傳真至本會(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為準)。

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)

附件 1