

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 (第一層)

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

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):

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

Membership / Pre-nurse Club No. 會員號碼:

ID# 身份証號碼:

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:

Sex 性別: Male 男 Female 女

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 Other 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?

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?

Are you aware of any circumstance or fact which could reasonably be expected to give rise to a claim?

閣下是否知道任何可能引致閣下被索償之情況或事實?

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”，請提供詳情並附上有關文件待保險公司批核。保險公司保留最終決定權是否接受此份申請。

Premium 保費: HK\$ 2501 HK\$ 1250.50 (包括 0.04% 保費稅費，詳情可瀏覽保險公司網頁 www.cmi-insurance.com 或致電 2890 5940 查詢)

Inception Date 生效日期: (On or before 31/10/2018 或以前) (On or after 1/11/2018 或以後)

Insurance will be effected after 7 working days upon receiving the proposal form and will be expired automatically on 30 April 2019, 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，並於 30/4/2019 屆滿 (但一切均以保險公司最後確定為準)。

Payment Method 付款方法:

Cash 現金/EPS 易辦事/Visa 信用卡 (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 信用卡號碼: () 有效期至 _____ 年 _____ 月 _____ 日 持卡人姓名: _____ 持卡人簽署: _____

Visa Credit Card No.: _____ Expiry date _____ 持卡人姓名: _____ 持卡人簽署: _____

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當時零一分開始。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、使用或透覽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 AHKNS 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備金支付。

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當時零一分開始。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、使用或透覽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 AHKNS 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備金支付。

Date 日期 _____ Signature of Proposer 投保人簽署 _____



香港護士協會

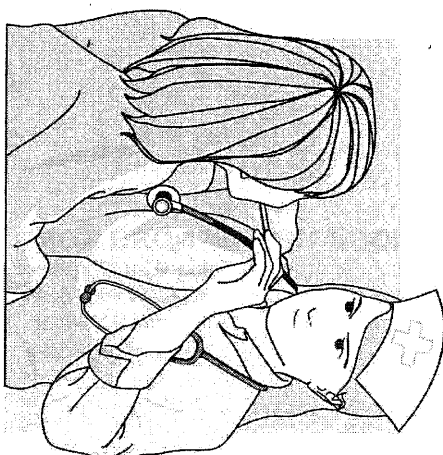
Association of Hong Kong Nursing Staff

4/F, Hing Wan Commercial Building,

25-27 Parkes Street, Jordan, Kln.

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 (第一層責任保險)

MALPRACTICE LIABILITY INSURANCE FOR NURSING PROFESSIONAL

PRIMARY NATURE

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

OFFICE USE ONLY

Receipt No: PINSR

Record No: FPI

護士專業責任保險 (第一層) 給你全面保障

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，會員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，可保障受保人因護理工作之專業疏忽而導致之法律責任和索償。

● 何謂第一層專業責任保險？

如有任何醫療事故發生，此第一層專業責任保險保障即時為受保人提供全面的保障。(第二層專業責任保險是僱主已安排醫療專業責任保險予受保人。而當僱主所提供之保險不足，第二層保障方會生效)

● 誰應購買此保險

任何現職護士都應購買此保險以得到全面保障，特別以下之人士，包括：

- * 自僱人士
- * 有兼職護理工作之護士
- * 所工作之機構/僱主並沒有購買醫療專業責任保險之護士
- * 從事義務工作而該團體並沒有購買醫療專業責任保險之護士

● 何時最合適購買“專業責任保險”？

顧名思義，專業責任保險是所有專業人士所必需的安全網，所以本會建議各會員應於入職時立刻購買。承保期為會員獲得批核參加本保險計劃之日期開始直至 30/4/2019 止，續保通知會在每一年期滿前寄出。

● 此保險計劃之特點

- 所有受保人共享單一索償最高賠償額高達一千七百五十萬港元 (HK\$17,500,000)
 - 所有受保人於每一保險年度共享之合共賠償額高達五千二百五十萬港元 (HK\$52,500,000)
- 以上賠償額均包括訴訟及法律代表之費用。

● 訴訟及法律代表之費用

訴訟及法律代表之費用往往成為當事人的沉重負擔，所以在醫療事故或索償發生後，請立即向本會書面申報，保險公司會與本會聯絡及考慮安排法律代表及一切有關事宜。

● 不保事項

1. 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
2. 於美國或加拿大範圍內發生之任何事故均為不保事項
3. 在此保險生效前之申報或索償等為不保事項
4. 自付額 (包括法律費用)：每一宗申報索償個案之首

HK\$20,000

以上為一般不保事項，所有細則均以保險公司最後發出之正式保單英文條文為準。

● 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)。

● 參加資格：香港護士協會之會員

● 受保人的定義：所有參加此計劃之香港護士協會會員

● 保費 (包括 0.04% 保費徵費*)

(* 詳情可瀏覽 www.cm-insurance.com 或致電 2890 5940 查詢)

承保期：1/5/2018 至 31/10/2018 期間參加 至 30/4/2019 止

保費港幣二千五百零一元正 (HK\$2,501)

承保期：1/11/2018 至 30/4/2019 期間參加 至 30/4/2019 止

保費港幣一千二百五十元五角 (HK\$1,250.50)

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)