



「睿智亞洲保險經紀有限公司」誠意為「香港物理治療師協會」推薦，
 會員專享的〈醫療責任保險〉計劃。

此計劃為受保會員，提供於承保期內實際上或聲稱在其專業上因疏忽而發生的事故，
 並已在承保期間通知保險公司。

為什麼需要專業責任保險？

近年有多宗的醫療事故先後被報導，雖然每宗事故起因不盡相同，但都在各不同科系部門中掀起不少震盪。而在事故中的當事人（醫護人員），更可能飽受多方面的壓力煎熬，例如：所屬專業組織以至法庭的調查、媒體廣泛和誇張的報導，及可能面對巨額索償的風險等等 …

此計劃特點如下：

1. 更相宜的保費及有2種投保額以供選擇
2. 口頭及書面之誹謗（Libel & Slander Extension）
3. 緊急情況下的附加保障（Emergency First Aid Extension）
4. 因疏忽而遲報索償#（Continuous Cover Extension）
5. 停止執業保障（個人）（Run Off Cover）
6. 環球保障（美國及加拿大除外）（Worldwide territorial / jurisdictional cover（excluding USA & Canada））

另外，我們亦為未能於每年之共同起保日（即每年之3月1日）參加的會員，準備了中途參加之安排：

單一最高索償額*	全年保費	參加日期 每年6月1日至8月31日	參加日期 每年9月1日至翌年2月28/29日
(1) HKD7,500,000	HKD1,350	HKD1,013	HKD675
(2) HKD10,000,000	HKD1,500	HKD1,125	HKD750

為鼓勵成為HKPU終生會員，我們免費為終生會員增加了HKD500,000- 最高索償額（自動提升，無需額外申請）：

單一最高索償額*	全年保費	參加日期 每年6月1日至8月31日	參加日期 每年9月1日至翌年2月28/29日
(3) HKD8,000,000	HKD1,350	HKD1,013	HKD675
(4) HKD10,500,000	HKD1,500	HKD1,125	HKD750

* 自負額（Deductible）HKD10,000（每一宗申報索償個案）

「睿智亞洲保險經紀有限公司」為香港專業保險經紀協會之會員。我們團隊擁有豐富〈專業責任保險〉經驗，由保單條款設定開始，到市場推廣、行政、客戶服務以及索償部份均有參與。

投保方法：

只需填妥投保書連同支票（抬頭「睿智亞洲保險經紀有限公司」或「Sagacity Asia Insurance Brokers Ltd」），
 寄回本公司 Level 10, The Wave, 4 Hing Yip Street, Kwun Tong, KLN

所有資料均以保單為準

聯絡人：陳先生 (852) 9123 1834 / (852) 3583 5936 或 張小姐 (852) 3583 5936

睿智亞洲保險經紀有限公司

地址：Level 10, The Wave, 4 Hing Yip Street, Kwun Tong, KLN

電話：(852) 3583 5936 傳真：(852) 3583 5937 電郵：info@sagacityasia.com.hk



QBE Hongkong & Shanghai Insurance Limited
33/F, Oxford House, Taikoo Place, 979 King's Road, Quarry Bay, Hong Kong
Customer Service Hotline +852 2828 1998 • Customer Service Fax +852 3607 0380

昆士蘭聯保保險有限公司
鯉魚涌太古坊英皇道979號濠豐大廈33樓
客戶服務熱線 +852 2828 1998 • 客戶服務傳真 +852 3607 0380
www.qbe.com.hk

PROPOSAL FORM OF MALPRACTICE LIABILITY INSURANCE FOR PHYSIOTHERAPIST

物理治療師醫療責任保險投保書

Note 注意

- I. This Proposal Form forms basis of the Policy.
保險合約將以此投保書所填寫之資料為基礎。
- II. This Proposal Form is used for the members of Hong Kong Physiotherapists' Union (HKPU) only.
此投保書只適用於香港物理治療師協會的會員。
- III. Please tick the appropriate box to indicate answer
請在適合的方格填上 '✓'。

A) Details of the Proposer 投保人資料

(i) Name 姓名

_____ (Chinese 中文) _____ (English 英文)

(ii) Hong Kong Physiotherapists' Union Membership Number

香港物理治療師協會的會員編號 _____

(iii) Correspondence Address 通訊地址

(iv) Telephone 電話 _____ (Office 公司) _____ (Mobile 手電)

(v) E-mail 電郵 _____

(vi) Professional Qualifications 專業資歷

Year Qualified 修畢年份

1.		
2.		
3.		
4.		

* If you need additional space, please continue on a separate sheet of paper.

若欄位不足，可另紙書寫。

B) Application For Cover 保險申請

Limit of Indemnity required 保額要求：

Option 選擇 (1)	HKD 7,500,000 anyone claim & in the aggregate 單一索償及總索償額
	Deductible 自負額 HKD 10,000 (each & every claim 每一宗申報索償個案)
	Premium 保費 HKD 1,350- (Annual 全年) <input type="checkbox"/>
	The below options are only suitable for a member who participates in the insurance program during the policy period. 以下選項只適用於中途參加保險計劃的會員
HKD 1,013- (9 Months 九個月) <input type="checkbox"/> HKD 675- (6 Months 六個月) <input type="checkbox"/>	
Option 選擇 (2)	HKD 10,000,000 anyone claim & in the aggregate 單一索償及總索償額
	Deductible 自負額 HKD 10,000 (each & every claim 每一宗申報索償個案)
	Premium 保費 HKD 1,500- (Annual 全年) <input type="checkbox"/>
	The below options are only suitable for a member who participates in the insurance program during the policy period. 以下選項只適用於中途參加保險計劃的會員
HKD 1,125- (9 Months 九個月) <input type="checkbox"/> HKD 750- (6 Months 六個月) <input type="checkbox"/>	

C) Claims History 索償記錄

- (i) Have you ever been subject to disciplinary proceedings for medical malpractice or professional misconduct?
閣下曾否因醫療失誤或專業失德被紀律聆訊? Yes 是 No 否
- (ii) Have any claims ever been made against you?
閣下曾否被索償? Yes 是 No 否
- (iii) Are you aware of any circumstances 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索償之醫療事故? Yes 是 No 否

*If "Yes" to any of the question above, please provide the details in respect to each matter.

對索償記錄一欄內之任何問題選擇“是”之答案的投保人必須把有關資料交予保險公司。保險公司保留決定權是否接受此份申請。

D) Declaration 聲明

I declare and agree that 予謹聲明及同意

- to the best of my knowledge and belief the information and answers given on this form are true and complete in every respect;
上述填寫之資料及答案均為真實及事實之全部;
- the information and answers given on this form are filled in by myself;
上述之資料及答案均屬本人填寫;
- this Proposal and Declaration shall be the basis of and be deemed to be incorporated in the contract of insurance, including any renewal thereof, between me and QBE Hongkong & Shanghai Insurance Ltd.
本投保書為本人與昆士蘭聯保保險有限公司訂立此保險契約及以後續約之基礎。

Proposer's Signature 投保人簽署：_____ Date日期：_____

*本投保書的中文內容力求符合英文原意，惟有關條文解釋及引用，則以英文為準。