



COLLEGE OF NURSING, HONG KONG 香港護理學院

各位會員：

有關專業責任保險通知

學院已取得永隆保險有限公司之同意，為有需要之會員提供 2009 – 2010 年度專業責任保險，詳情安排如下：

1. 此專業責任保險之保障只提供予本院會員，如在保障期內退會，保障將即時自動終止，餘款恕不退還。保障範圍可參閱隨附保險公司提供之資料(只有英文版本)。
2. 全年分四期接受投保，起保日期請參閱下列之附表，惟保障期均於 **2010 年 6 月 30 日** 屆滿。
3. 請將投保書及申請表格於**各投保截止日期前**寄回學院辦理。
4. 為使各會員清楚了解有關保險之各項細則，學院特別安排了四次座談會，由保險公司之代表於學院講解及答覆有關的查詢，讓會員對自己的權益及對所購買的保險有更清楚的了解，有興趣之會員請向學院職員報名。

	起保日期	投保截止日期	座談會日期	時間
1	01 / 07 / 2009	24 / 06 / 2009	18 / 06 / 2009	下午 6 : 30
2	01 / 10 / 2009	24 / 09 / 2009	18 / 09 / 2009	下午 6 : 30
3	01 / 01 / 2010	24 / 12 / 2009	18 / 12 / 2009	下午 6 : 30
4	01 / 04 / 2010	24 / 03 / 2010	18 / 03 / 2010	下午 6 : 30

5. 學院將收取每份投保申請書港幣 20 元之行政費用，以應付處理申請、郵遞等開支。此行政費用並不屬於保險費的任何部份，無論申請獲批與否，概不退還。
6. 除轉介會員向保險公司投保此專業責任保險之申請外，學院與保險公司並無關連，會員可自行決定是否申請投保此專業責任保險。

如有垂詢，請致電 2572 9255 或傳真至 2838 6280 與學院職員聯絡。

香港護理學院
二零零九年五月二十九日



香港護理學院

College of Nursing, Hong Kong

香港灣仔告士打道 221 號海聯大廈十三樓 A 及 C 室 Room A&C, 13/F., Hyde Centre, 221 Gloucester Road, Wanchai, Hong Kong

電話 Tel : (852) 2572 9255 傳真 Fax: (852) 2838 6280

Email: info@cnhk.org.hk

Website: www.cnhk.org.hk

專業責任保險申請表格 Professional Indemnity Insurance Application Form

先生 Mr. <input type="checkbox"/> 小姐 Miss <input type="checkbox"/> 太太 Mrs. <input type="checkbox"/> 女士 Ms <input type="checkbox"/> 博士 Doctor <input type="checkbox"/> 教授 Professor <input type="checkbox"/>		身份證/ 護照號碼	
中文姓名 Name in Chinese		英文姓名 Name in English	
電話號碼 Telephone No.	住宅 Residence	辦事處 Office	流動電話/傳呼號碼 Mobile/Pager
工作機構 Name of Employer		傳真號碼 Fax No.	
部門 Department		電郵地址 Email Address	
住址 Address		級別 Rank	

請在適當的空格內填上√ 號 Please √ the appropriate box.

會員類別 Type	投保期 Professional Indemnity Insurance Cover Period	保險費 Professional Indemnity Insurance Fee (HK\$)	* 行政費用 Administration Fee (HK\$)	總額 Total Amount (HK\$)
1. 普通會員 Full	01/07/2009-30/06/2010	\$240.00	\$20.00	\$260.00 <input type="checkbox"/>
	01/10/2009-30/06/2010	\$240.00	\$20.00	\$260.00 <input type="checkbox"/>
2. 附屬會員 Associate	01/01/2010-30/06/2010	\$120.00	\$20.00	\$140.00 <input type="checkbox"/>
	01/04/2010-30/06/2010	\$120.00	\$20.00	\$140.00 <input type="checkbox"/>
3. 學生會員 Student	01/07/2009-30/06/2010	\$200.00	\$20.00	\$220.00 <input type="checkbox"/>
	01/10/2009-30/06/2010	\$200.00	\$20.00	\$220.00 <input type="checkbox"/>
	01/01/2010-30/06/2010	\$100.00	\$20.00	\$120.00 <input type="checkbox"/>
	01/04/2010-30/06/2010	\$100.00	\$20.00	\$120.00 <input type="checkbox"/>

* 香港護理學院另收取港幣 20 元正作為處理此申請表格之行政費用，此行政費用並不屬於保險費的任何部份，無論申請獲批與否，概不退還。

An administration fee of HKD20 will be charged by College of Nursing, Hong Kong for processing of the application. This administration fee is not part of the Professional Indemnity Insurance Fee and is non-refundable whether the application is accepted or not.

購買專業責任保險者必須填妥此部份

Should be completed by the members who purchase Professional Indemnity Insurance

聲 明 書 Declaration

本人，_____ 聲明本人並沒有因為專業責任上的失當而引致或可引致有任何索償要求。
The undersigned declares that he/she is not aware of any claims being made against him/her for breach of duty in his/her professional capacity, nor is he/she aware of any circumstances which may give rise to a claim.

本人委托香港護理學院按保險條例代為購買專業責任保險，明白香港護理學院無須為該份專業責任保險負上任何法律責任。

The undersigned now authorizes the College of Nursing, Hong Kong to purchase Professional Indemnity Insurance with the understanding that the College of Nursing, Hong Kong does not bear any legal liabilities.

Insured

受保人: _____

Signed

簽署: _____

Date

日期: _____

此聲明書以英文版為準

The English version of this declaration shall prevail.

P.T.O. 轉後頁

付款辦法: Payment Method :	<input type="checkbox"/> 現金 Cash <input type="checkbox"/> 支票 Cheque: 支票號碼 Cheque No. _____ 銀行 Bank _____ 抬頭為“香港護理學院” Payable to “College of Nursing, Hong Kong”
------------------------------	---

I declare that the information given in this application is, to the best of my knowledge, accurate and complete.

本人謹此聲明在本申請表填報的資料均屬正確及完整。

I understand :

1. Any false or misleading information will lead to disqualification of my application and any fees paid will not be refunded.
2. The Professional Indemnity Insurance is for Members of the College of Nursing, Hong Kong, any cancellation of membership will lead to termination of the coverage and any fees paid will not be refunded.

本人明白:

1. 若填報之資料失實，本人的申請將被取消，同時所繳交的費用概不獲退還。
2. 此專業責任保險之保障範圍只限香港護理學院之會員，如在保障期內退會，保障將即時自動終止，餘款概不退還。

簽名 Signature : _____

日期 Date : _____

學院專用 For Office Use Only	
申請編號 Serial No. :	付款方法 Paid by : <input type="checkbox"/> 現金 Cash <input type="checkbox"/> 支票 Cheque
接納日期 Date Accepted:	經手人 Handled by : _____ 日期 Date : _____
	會計部 Handled by (A/C Dept.) : _____ 日期 Date : _____

永隆保險有限公司
Wing Lung Insurance Co. Ltd.

香港護理學院 – 護士專業責任保險
NURSES' PROFESSIONAL INDEMNITY INSURANCE
FOR THE MEMBERS OF THE COLLEGE OF NURSING, HONG KONG
投保書 ENROLMENT FORM

此【護士專業責任保險】只提供予香港護理學院之會員

This is an enrolment form of Nurses' Professional Indemnity Insurance for Members of the College of Nursing, Hong Kong

姓名
Name : _____
地址 (住宅)
Address (Home) : _____
地址 (辦公室)
Address (Office) : _____
聯絡電話 (辦公室) (住宅) (手提)
Telephone No. (Office) : _____ (Home) _____ (Mobile) _____
會員號碼 (附屬會員/普通/學生會員)
Membership No. : _____ (Associate/Ordinary/Student Member)
職位
Rank : _____
投保期 由 至
Period of Insurance : From _____ to _____
保障 每次意外及全年最高賠償額港幣 1,000,000.00
Coverage : HK\$1,000,000.00 any one accident and in the annual aggregate
地區範圍 香港特別行政區
Territory Scope : Hong Kong SAR

聲明 Declaration

- I hereby apply the Nurses' Professional Indemnity Insurance and declare that the above statements and particulars are true and correct.
本人茲申請護士專業責任保險，並聲明以上所作陳述及各項細節均真實無訛。
- I agree that this enrolment form shall be the basis of the contract between me and the Company.
本人同意本人與貴公司所簽訂之合約以本投保書及其聲明為依據。
- I declare that no claim has been made which may cause payment under this policy.
本人聲明在投保前，本人並無發生任何事件致令本保險單發生賠償。
- Notice of Personal Data: The information you provide to us is collected to enable us to carrying on insurance business and may be transferred to any related companies.
You have the right to obtain access to and to request correction of any personal information concerning yourself held by us. Should you have any requests or enquiries, please contact or write to our Manager of Secretarial & PR Department.
個人資料須知：閣下提供的資料，為本公司提供保險業務所需，並可使用於任何與保險或財務有關的產品，及可能轉移予任何有關的公司。
閣下有權查閱及要求更正由本公司有關閣下的個人資料。如有任何要求或查詢，請來函或聯絡本公司秘書公關部經理。
- I understand that the policy only cover areas within the Code of Professional Conduct and Code of Ethics for Nurses in Hong Kong as defined by The Nursing Council of Hong Kong.
本人明白投保範圍只包括香港護士管理局刊印之香港護士專業守則及倫理準則內所述與護理有關之工作。

投保人簽署 Signature of Proposer

日期 Date