

中國太平保險(香港)有限公司

China Taiping Insurance (HK) Company Limited

香港銅鑼灣新寧道8號中國太平大廈19字樓

19/F, China Taiping Tower, 8 Sunning Road, Causeway Bay, Hong Kong.

Tel: (852) 2815 1551 Fax: (852) 2541 6567 E-mail: info@hk.cntaiping.com Website: www.hk.cntaiping.com

由本公司填寫

立案號碼

僱員賠償事故資料表格

保 戶	保戶名稱	
	保單號碼	
	電話號碼	傳真號碼
	保戶辦公室地址	

意外證人	意外日期	意外時間	上午/下午
	該意外之中有否目擊證人? <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 否		如有，證人數目
	請提供證人個人資料及聯絡方法		
	證人(1)-姓名		電話號碼(固網及流動)
	職位		
	地址		
	證人(2)-姓名		電話號碼(固網及流動)
	職位		
	地址		
	若證人多於二人，請另加附頁說明。		

基本資料	該宗意外之傷者是否保戶之僱員?	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
	如是，請提供僱傭合約或其他證明文件之副本。	<input type="checkbox"/> 已附上	<input type="checkbox"/> 將補回
	勞工處有否就該宗案件作出調查?	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
	保戶有否因為該宗意外而被傳票檢控?	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
	如有，請提供傳票副本。	<input type="checkbox"/> 已附上	<input type="checkbox"/> 將補回
	保戶有否就該宗意外作出內部調查?	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
	如有，請提供：		
	(a) 調查報告，	<input type="checkbox"/> 已附上	<input type="checkbox"/> 將補回
(b) 證人口供，	<input type="checkbox"/> 已附上	<input type="checkbox"/> 將補回	
(c) 意外現場相片，如有，	<input type="checkbox"/> 已附上	<input type="checkbox"/> 將補回	
(d) 安全指引、訓練及入職課程之資料。	<input type="checkbox"/> 已附上	<input type="checkbox"/> 將補回	
保戶有否為員工提供安全指引/守則/手冊?	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	
如有，請提供安全指引/守則/手冊之副本。	<input type="checkbox"/> 已附上	<input type="checkbox"/> 將補回	

中國太平保險(香港)有限公司

China Taiping Insurance (HK) Company Limited

香港銅鑼灣新寧道8號中國太平大廈19字樓

19/F, China Taiping Tower, 8 Sunning Road, Causeway Bay, Hong Kong.

Tel: (852) 2815 1551 Fax: (852) 2541 6567 E-mail: info@hk.cntaiping.com Website: www.hk.cntaiping.com

意外經過	請繪圖加以說明意外發生之位置及經過 (或提供意外現場的地圖/平面圖并在圖上標明意外發生位置)
	意外性質 (請于合適方格加上✓號, 如適合, 選擇可為一項或多項, 並按該附件要求提供附加資料)
	(a) 因高空墜物引致之受傷 <input type="checkbox"/> (往附件一補充相關資料)
	(b) 因操作機器引致之受傷 <input type="checkbox"/> (往附件二補充相關資料)
	(c) 因滑倒引致之受傷 <input type="checkbox"/> (往附件三補充相關資料)
	(d) 因高空工作失足引致之受傷 <input type="checkbox"/> (往附件四補充相關資料)
	(e) 因搬運重物引致之受傷 <input type="checkbox"/> (往附件五補充相關資料)
(f) 其他, 請說明意外的性質及過程	

重要事項	<p>保戶收到每一信件、索賠要求、告票、傳票及訴訟書時須即時通知或遞交本公司。 未經本公司書面同意, 保戶或任何被要求賠償之人仕不得對索賠要求作出任何承認、提議、承諾或賠款。 保戶需要向本公司提供一切與索償、追討或訴訟有關之資料及協助, 請安排受傷人仕簽署并寄回本表格第3頁之授權書以助本公司向有關機構或人士索取調查報告及有關文件。</p>
-------------	--

收集個人資料聲明

閣下提供的資料, 為本公司提供保險業務所需, 並可能使用於下列目的:

- 任何與保險或其他保險有關的產品或服務, 或該等產品或服務的任何更改、變更、取消或續期;
- 任何索償, 或該等索償的調查或分析; 及本公司行使任何代位權。

上述資料可能移轉予:

- 任何有關的公司, 或任何其他從事與保險或再保險業務有關的公司, 或與保險業務有關的中介人或索償或調查或其他服務提供者, 以達到任何上述或有關目的;
- 現存或不時成立之任何保險公司協會或聯會或類同組織 (統稱為「聯會」), 以達到任何上述或有關目的, 或以便「聯會」執行其監管職能, 或其他基於保險業或任何「聯會」會員的利益而不時在合理要求下賦予「聯會」的職能; 及
- 或透過「聯會」移轉予任何「聯會」的會員, 以達到任何上述或有關目的。

此外, 在此授權本公司可向「聯會」從保險業內收集的資料中查閱及/或核對 閣下任何資料。閣下有權查閱及要求更正由本公司持有有關 閣下的個人資料。如有需要, 請以書面形式向本公司總經理辦公室經理提出, 地址為香港銅鑼灣新寧道8號中國太平大廈19字樓。

聲明

以上所列乃屬真實并願協助中國太平保險(香港)有限公司辦理一切有關事宜。

保戶簽署
(如屬公司請加蓋章)

日期

授權書

關於：保險索償查詢
傷者 於 年 月 日之受傷事

根據《個人資料(私隱)條例》(香港法例第 486 章)，本人，為下方簽署人，現授權醫院管理局、醫院、註冊醫生、診所、化驗所、勞工處、香港警務署、本人僱主[]及任何熟悉本人健康狀況或意外經過之組織、機構或個人，均可就上述事故，提供所有有關之資料(包括但不限於醫療報告、口供及調查結果)予中國太平保險(香港)有限公司。

本人同意此授權書之副本亦屬有效。

簽署： _____

姓名： _____

身份證號碼： _____

日期： _____