

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

公眾責任險意外報告書

根據保單條款，投保人不論是否被要求賠償，此報告書應詳細填妥並立即送回保險公司處理。

保戶收到每一信件、索賠要求、告票、傳票及訴訟書時須及時通知或遞交本公司。

未經本公司同意，保戶或任何被要求索賠之人仕不得對索賠要求作出任何承認、提議、承諾或賠款。

呈遞此報告書，並不表示保險公司承擔賠償責任。

保單資料	保戶名稱				
	保單號碼			電話	
	地址			傳真	
	聯絡人姓名			職位	
	聯絡電話			電郵地址 (如有)	

發生意外之時間、地點	日期	年	月	日	時間	上午/下午
	意外地點					
	請提供意外現場之地圖/平面圖/相片					
	意外事故在何時及由何人報告					
	閣下是否物主、承租人、住客或承辦人					

發生意外之詳情	發生意外之起因及詳情 (包括處理過程)				
	意外的發生是由何人疏忽所引致? 請詳述				
	是否有閉路電視拍下意外經過?	<input type="checkbox"/> 有, 請提供	<input type="checkbox"/> 否		
	就是次意外曾否向其他保險公司索償?	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否		
	你以往是否遇過類似的事故?	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否		
	如是, 請列明何時發生及詳情				
	在事故發生時, 是否已作出任何安全措施?	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否		
	在事故發生後, 是否有作出任何改善措施	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否		
	在事故發生時, 是否有以合約形式的工作進行中?	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否		
如有內部意外調查報告, 請提供					

意外現場狀況	意外當天之天氣狀況	<input type="checkbox"/> 晴天	<input type="checkbox"/> 密雲	<input type="checkbox"/> 雨天	<input type="checkbox"/> 其他: _____
	意外現場地面狀況	<input type="checkbox"/> (乾爽 / 油漬 / 濕滑)*	<input type="checkbox"/> (平坦 / 凹凸)*	<input type="checkbox"/> 其他: _____	
	光線情況	<input type="checkbox"/> 光	<input type="checkbox"/> 暗	<input type="checkbox"/> 黑	* 請刪去不適用者

中國太平保險(香港)有限公司
China Taiping Insurance (HK) Company Limited

第三者財物之損毀	意外是否涉及第三者財物之損毀? 如有, 請填寫下列資料
	索賠人姓名
	聯絡地址及電話
財物種類、損害之性質及程度、估計損失金額	

受傷者/死者	意外是否涉及有人受傷或死亡? 如有, 請填寫下列資料					
	請列明此意外是否牽涉死傷者及所牽涉之人數 (a) 受傷者_____人 (b) 死者_____人					
	若死傷者多於一人, 請另加附頁說明。					
	請列明死傷者姓名, 性別, 年齡, 職業及聯絡方法	身份 (如: 訪客、承辦商僱員)	請略述傷者之傷勢(如: 瘀傷、擦傷、骨折)及部位(如: 頭、手、腳)	是否清醒?	是否由救護車送院?	是否留院?
			<input type="checkbox"/> 輕微 請略述 <input type="checkbox"/> 重傷 <input type="checkbox"/> 死亡 _____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不詳	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不詳	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不詳
上述資料是根據目擊者觀察所見意外發生後所涉及之傷者情況。						

證人	如有證人, 請提供證人資料如下			
	姓名	與投保人關係	地址	電話
	若證人多於一人, 請另加附頁說明。			

警察報告	曾向何處警署報案?	報案日期
	警方報案號碼	(請附上口供)

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

以上所列乃屬真實並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