



中国太平
CHINA TAIPING

中國太平保險(澳門)股份有限公司
CHINA TAIPING INSURANCE (MACAU) CO., LTD.

澳門新口岸宋玉生廣場398號中航大廈10樓
Alameda Dr. Carlos D'Assumpção, No. 398,
Edifício CNAC, 10 Andar, Macau
Tel : (853) 2878 5578
Fax : (853) 2878 7216, 2875 5604, 2878 7218
Website: www.mo.cntaiping.com

僱員意外事故報告表

(表內每項細則必須妥善填報)

賠案號碼：

經手人：

備註：

A. 僱主資料

保戶名稱：_____

營業地址：_____

保單號碼：_____ 電話及聯絡人：_____

B. 僱員資料

姓名：_____ 受僱之職務：_____

身份證號碼：_____ 性別：_____ 年齡：_____

住址：_____

電話：_____ 婚姻狀況：_____

何時開始受僱：_____ 屬長工/散工：_____ 是否直接受僱：_____

分判商之名稱：_____

地址：_____

電話：_____

C. 意外資料 (如遇交通意外必須立即向交通部門申報並另索取附表填寫)

意外發生日：_____ 時間：上午/下午：_____

有否向勞工局申報：_____ 申報日期：_____

當時所從事之工作：_____ 住院/門診：_____

受傷部位：_____ 受傷程度：_____

請詳述出事地點：_____

請詳述意外發生之原因及經過：_____

目擊証人之姓名：_____ 身份證號碼：_____

與傷者之關係：_____ 電話號碼：_____

住址：_____

僱主接獲通知日期：_____ 停止上班日期：_____

恢復工作日期：_____ 完全康復日期：_____

有否任何其他保險可賠償予傷者？_____ 如有請詳述：_____

意外發生時傷者是否受酒精或藥物影響？_____

如操作機器，該機器是否有適當之防範？_____

傷者平日之健康狀況如何？曾否患過下列疾病？_____

(風濕、痙攣、糖尿、貧血、高血壓、心臟病或其他)

受傷僱員姓名：_____

意外前三個月薪金

年	月	工作天	薪金	經常性津貼
合計：				

茲聲明上述所填報之資料均屬正確無誤，亦無其他資料未填報。

注 意

1. 填妥報告表內每項需提供之資料。
2. 提供M7葯費單及註明受傷部位或醫院葯費單收據、醫療報告、康復證明、休假單、檢驗報告及X光報告等。
3. 提供僱傭合約副本、工程合約副本、分判合約副本及受傷前三個月之支付薪金證明等。
4. 提供僱員登記表或出勤記錄或工卡副本、社會保障基金之供款名單、身份証副本等。
5. 當僱主獲悉發生工作意外或職業病時，請於二十四小時內向保險公司寄送通知。

僱主簽名：_____ 公司蓋章：_____ 日期：_____

本 公 司 留 用

收表日：_____ 收齊資料日：_____

備 注：_____

