



聯豐亨保險有限公司

Luen Fung Hang Insurance Company Limited

澳門新口岸宋玉生廣場 398 號中航大廈四樓
No.398 Alameda Dr. Carlos D'Assumpcao,
Edificio CNAC, 4-Andar, Macau.
Tel: (853) 28700 033 Fax: (853) 28700 088
Website: <http://www.luenfunghang.com>
E-mail: info@luenfunghang.com

僱員賠償保險索償申請書

EMPLOYEES' COMPENSATION INSURANCE CLAIM FORM

注意事項：

- 填寫本通知書前，請先詳閱背面注意事項，並附交有關資料。
- 請詳細表述下列問題，若本表預留空格不足，請另附頁填寫。
- 若所填寫的資料不足或遺漏，可能會影響有關賠款；意外發生後需於 24 小時內通知本司。
- 根據法例規定，必須提交首次治療的醫生報告，並詳細列明意外中所受之侵害。
- 如屬建築地盤的僱員賠償保險，須向保險公司遞交工程的總合約。

受保僱主資料

保單編號： _____
公司／僱主名稱： _____
地址： _____
電話及聯絡人： _____ 行業： _____

受傷或死亡僱員資料

姓名（中／英文）： _____
地址： _____
性別： 男 女 出生日期： _____ 年齡： _____
證件號碼： _____ 本地勞工 非本地勞工
職位： _____ 聯絡電話： _____
與僱主是否存在親屬關係：是 否 若是，請列明關係： _____
僱員是否為直接僱員：是 否 受僱日期： _____
若非直接僱用，請列明其分判之名稱、聯絡電話及地址（請附上分判合約副本及其僱員的薪金證明等）：

意外詳情

發生意外日期： _____ 發生意外時間： _____
發生意外地點： _____（如為工程保單，請列明於哪個場地／地盤受傷）
是否已向勞工局申報： _____
若有，請列出申報日期： _____
僱主獲悉意外事件之日期： _____
當時進行何種工作： _____
傷勢情況（嚴重或輕微等）： _____
詳述意外事件發生之原因及經過： _____

受傷性質（骨折／割傷／扭傷／其他）： _____
受傷部份： _____

受傷或死亡僱員姓名：_____

意外目擊證人姓名及職位（如有）：_____

聯絡電話：_____ 與受傷僱員的關係：_____

受傷僱員實際停工之期間：由_____至_____，共_____天

受傷僱員就診（住院／門診）之醫院／診所名稱：_____

僱員是否受酒精或藥物所影響： 是 否

薪金證明書

受傷僱員於受傷前三個月工資（貨幣：_____）

年份	月份	薪金	津貼

聲明

據本人／本公司所知及所信，上開供述均正確無訛。

公司蓋印／蓋章

僱主簽名

日期

注意事項：

- 請詳細表述所有資料後交回保險公司；倘本表預留空格不足，請另附頁填寫。
- 工作時，如遇交通意外，須立即向交通部門申報及向保險公司提供有關肇事車輛的料資（可向保險公司另取索償申請書）；
- 意外事故通知書應附上以下文件：
 1. 本澳醫院、政府衛生中心藥費單正本或政府註冊醫生所發出之 M7 收據正本；
 2. 醫院、政府衛生中心或註冊醫生所發出之病假單及康復紙；
 3. 傷者受傷前三個月的糧單簽收或由僱主所發出的薪金證明等；
 4. 受傷僱員身份證副本〔若其為外地勞工，請提交非本地勞工身份咭（即藍咭）副本〕；
 5. 社會保障基金表副本；
 6. 受傷僱員的出勤記錄副本或工咭副本或僱員出席登記表副本等。
- 根據勞工保險法令規定領取證明文件之費用（如證書費及膳食費等），保戶需自費提供。
- 根據保單規定，保費必須已繳付，保單方為有效，不論在任何情況下，凡未付保費者，所有索償恕不受理。
- 其餘未列明之條款，根據法令第 40/95/M 為準。