

表格 2

僱員補償條例
(第 282 章)

第 15 條

僱主呈報僱員死亡或引致僱員死亡
或喪失工作能力的意外的通知

重要附註

- (1) 請填寫一式兩份，並在以下限期內交回勞工處處長——
 - (a) 如僱員死亡，在意外發生後 7 天內交回；或
 - (b) 如僱員受傷，在意外發生後 14 天內交回；或
 - (c) 在勞工處處長規定的限期內交回。
- (2) 僱主如不按規定發出通知，或向勞工處處長提供虛假或具誤導性的資料，可被檢控。
- (3) 必須為每一名僱員填寫第 I 部；如有關意外在建築地盤內發生，始須填寫第 II 部。
- (4) 如多於一名僱員因意外受傷或死亡，請分別為每一位僱員一式兩份填寫此表格。
- (5) 請在適用方格內劃上“✓”號。
- (6) 在填寫本表格前，請小心閱讀有關的指示。



Sun Flower Insurance Brokers Limited
Room 1108, Hing Yip Commercial Centre
282 Des Voeux Road Central, Hong Kong
Tel: (852) 2521-1881 Fax: (852) 2521-1919
Web: www.sunflowerVIP.com www.sunflowerMPF.com

呈報工傷意外，請填妥一式兩份之表格2，依據工傷意外發生地點郵寄致勞工處僱員補償科：

意外發生地點 (表格 2,2B)	勞工處僱員補償科	地址
香港島、離島及香港以外地區	香港辦事處	香港軒尼詩道 130 號修頓中心 16 字樓 1605 室 Rm 1605, 16/F, Southorn Centre, 130 Hennessy Road, Hong Kong
九龍、西貢及海員及政府僱員個案	九龍辦事處	九龍長沙灣道 303 號長沙灣政府合署 10 字樓 1007 室 Rm 1007, 10/F, Cheung Sha Wan Government Offices, 303 Cheung Sha Wan Road, Kowloon
葵涌、青衣、荃灣、屯門及元朗	葵涌及荃灣辦事處	荃灣西樓角道 38 號荃灣政府合署 6 字樓 Offices 6/F, Tsuen Wan Government Offices, 38 Sai Lau Kok Road, Tsuen Wan, N.T.
沙田、大埔、粉嶺及北區	沙田辦事處	沙田上禾輦路 1 號沙田政府合署 2 字樓 239 室 Office Rm 239, 2/F, Shatin Government Offices, 1 Sheung Wo Che Road, Shatin, N.T.
死亡個案	死亡個案辦事處 Fatal Cases Office	中環統一碼頭道 38 號海港政府大樓 6 字樓 601 室 Rm 601, 6/F, Harbour Building, 38 Pier Road, Central, Hong Kong

有關個別工傷個案的查詢，請參照僱員補償科函件左上方的電話號碼，聯絡負責的分區辦事處，或致電 3107 1700 查詢。有關一般工傷問題的查詢，請致電 2717 1771（此熱線由"1823 電話中心"接聽）。

表格 2
僱員補償條例
(第 282 章)
第 15 條

**僱主呈報僱員死亡或
引致僱員死亡或喪失工作能力的意外的通知**



致：勞工處處長

謹此聲明，盡本人所知，在本表格內呈報的資料，全屬真實準確。

簽署：_____（僱主代表）

姓名（請用正楷）：_____

職位： 獨資經營人 合夥人
 經理 高級人員

日期：_____

_____ 公司蓋印（附註 1）

A. 僱員詳情 **《第 I 部》**

僱員姓名（請先填寫姓氏）			身分證/護照號碼
電話號碼	傳真號碼	地址	
出生日期 ____ / ____ / ____ 年 / 月 / 日	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	職業	學徒 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

B. 僱主詳情

僱用公司名稱/僱主姓名		商業登記證號碼（附註 2）
電話號碼	地址	行業
傳真號碼		

C. 總承判商/控股公司詳情（附註 3）

總承判商/控股公司名稱		商業登記證號碼
電話號碼	地址	行業
傳真號碼		

D. 意外的敘述

請敘述意外如何發生，並說明僱員當時正在進行的工作（附註 4）

述明意外是否於工作期間發生 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	意外發生日期 ____ / ____ / ____ 年 / 月 / 日	意外發生時間 上/下午____時____分	意外結果 <input type="checkbox"/> 受傷 <input type="checkbox"/> 死亡
意外發生地點的地址		僱員接受治療的醫院/診所名稱	

E. 保險的細節 (附註 5)

意外發生時, 承保的保險公司名稱及地址 (請參照保險單)	保險單號碼
------------------------------	-------

F. 僱員收入細節

<p>每月平均工作日數</p> <p><input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> 30</p> <p><input type="checkbox"/> 其他 _____ (請指明)</p>	<p>休息日</p> <p>(a) <input type="checkbox"/> 無薪 <input type="checkbox"/> 有薪</p> <p>(b) <input type="checkbox"/> 非固定 <input type="checkbox"/> 固定於星期 _____ (請填寫星期的那一天)</p>
<p>僱員在緊接意外發生日期的上一個月的每月收入細節: (附註 6)</p> <p>(a) 底薪/基本工資 每月\$ _____</p> <p>(b) 伙食津貼/僱主免費供應食物的價值 每月\$ _____</p> <p>(c) 其他項目: _____ 每月\$ _____ (請指明)</p> <p>總收入 (a) + (b) + (c) 每月\$ _____</p>	
<p>僱員在意外發生前 12 個月內 (如不足 12 個月, 則以整段受僱期間計) 的每月平均收入為</p> <p>每月\$ _____</p>	

G. 死亡個案 (只須於意外引致死亡時填寫)

<p>是否已報警</p> <p><input type="checkbox"/> 是 _____ (警署名稱)</p> <p><input type="checkbox"/> 否</p>	<p>已故僱員的最近親姓名及地址</p>	<p>與已故僱員的關係</p> <p>電話號碼</p>
---	----------------------	-----------------------------

H. 直接和解 (只在損傷引致暫時喪失工作能力為期不多於 7 天及並無引致永久喪失工作能力, 而且僱主和僱員已選擇以直接和解方式來解決工傷個案時, 始須填寫。)

<p>病假期</p> <p>由 ____ / ____ / ____ 至 ____ / ____ / ____ 年 / 月 / 日 年 / 月 / 日</p> <p>由 ____ / ____ / ____ 至 ____ / ____ / ____ 年 / 月 / 日 年 / 月 / 日</p> <p>病假總日數: _____ 日</p>	<p>補償額:</p> <p>\$ _____</p> <p><input type="checkbox"/> 已支付</p> <p><input type="checkbox"/> 將於 ____ / ____ / ____ 支付 年 / 月 / 日</p>
--	--

I. 意外地點 (在方格內劃上“✓”號)

這意外發生於 — (附註 7)

<u>建築地盤</u>		<u>船廠</u>		<u>製造廠</u>		<u>其他</u>	
<input type="checkbox"/> 01	樓宇地盤	<input type="checkbox"/> 04	水上船隻	<input type="checkbox"/> 07	生產區	<input type="checkbox"/> 11	貨櫃場
<input type="checkbox"/> 02	土木工程地盤	<input type="checkbox"/> 05	非水上船隻	<input type="checkbox"/> 08	維修工場	<input type="checkbox"/> 12	飲食供應機構
<input type="checkbox"/> 03	現有樓宇翻新/維修	<input type="checkbox"/> 06	維修工場	<input type="checkbox"/> 09	貨物裝卸區	<input type="checkbox"/> 13	請指明
				<input type="checkbox"/> 10	貯物區		

在意外發生時現場進行的活動 (附註 8)

J. 損傷性質 (附註 9)

敘述損傷性質

指出損傷性質 (在方格內劃上“✓”號) —

<input type="checkbox"/> 01	擦傷	<input type="checkbox"/> 06	撞傷及瘀傷	<input type="checkbox"/> 11	電擊	<input type="checkbox"/> 16	中毒
<input type="checkbox"/> 02	截斷	<input type="checkbox"/> 07	腦震盪	<input type="checkbox"/> 12	骨折	<input type="checkbox"/> 17	受刺激
<input type="checkbox"/> 03	窒息	<input type="checkbox"/> 08	割傷	<input type="checkbox"/> 13	刺傷	<input type="checkbox"/> 18	惡心
<input type="checkbox"/> 04	燙傷 (受熱)	<input type="checkbox"/> 09	脫臼	<input type="checkbox"/> 14	扭傷	<input type="checkbox"/> 19	多處受傷
<input type="checkbox"/> 05	其他類型燒傷	<input type="checkbox"/> 10	壓傷	<input type="checkbox"/> 15	凍傷	<input type="checkbox"/> 20	其他 (請指明)

身體的損傷部位 (在方格內劃上“✓”號) —

<u>頭部</u>		<u>頸部及軀幹</u>		<u>上肢</u>		<u>下肢</u>	
<input type="checkbox"/> 21	頭顱/頭皮	<input type="checkbox"/> 31	頸	<input type="checkbox"/> 41	手指	<input type="checkbox"/> 51	臀
<input type="checkbox"/> 22	眼	<input type="checkbox"/> 32	背	<input type="checkbox"/> 42	手/手掌	<input type="checkbox"/> 52	大腿
<input type="checkbox"/> 23	耳	<input type="checkbox"/> 33	胸	<input type="checkbox"/> 43	前臂	<input type="checkbox"/> 53	膝
<input type="checkbox"/> 24	口/牙齒	<input type="checkbox"/> 34	腹	<input type="checkbox"/> 44	手肘	<input type="checkbox"/> 54	小腿
<input type="checkbox"/> 25	鼻	<input type="checkbox"/> 35	軀幹	<input type="checkbox"/> 45	上臂	<input type="checkbox"/> 55	足踝
<input type="checkbox"/> 26	面	<input type="checkbox"/> 36	盤骨/腹股溝	<input type="checkbox"/> 46	肩膀	<input type="checkbox"/> 56	腳
						<input type="checkbox"/> 61	多處部位 (請指明)

K. 意外類別（在方格內劃上“✓”號）（附註9）

<input type="checkbox"/> 01 受困於物件之內或物件之間	<input type="checkbox"/> 05 與固定或不動的物件碰撞	<input type="checkbox"/> 10 受困於倒塌或翻側的物件	<input type="checkbox"/> 15 火警燒傷
<input type="checkbox"/> 02 提舉或搬運物件時受傷	<input type="checkbox"/> 06 與移動的物件碰撞	<input type="checkbox"/> 11 遭移動或墮下的物件撞擊	<input type="checkbox"/> 16 爆炸受傷
<input type="checkbox"/> 03 滑倒、絆倒或在同一高度跌倒	<input type="checkbox"/> 07 踏在物件上	<input type="checkbox"/> 12 遭移動中的車輛撞倒	<input type="checkbox"/> 17 其他 (請指明)
<input type="checkbox"/> 04 人體從高處墮下 * _____ 米	<input type="checkbox"/> 08 暴露於有害物質中或接觸有害物質	<input type="checkbox"/> 13 觸及開動中的機器或觸及以機器製造中的物件	_____
	<input type="checkbox"/> 09 觸電或接觸放出的電流	<input type="checkbox"/> 14 遇溺	

* 人體墮下的距離

L. 引致受傷的媒介（如有的話）（在一個或多於一個方格內劃上“✓”號）（附註9）

<input type="checkbox"/> 01 吊重/運輸設備	<input type="checkbox"/> 04 處理中或貯存中的物料/產品	<input type="checkbox"/> 07 可移動的容器或任何類別的包裝物	<input type="checkbox"/> 10 供電系統 設有線路裝置的器具或設備
<input type="checkbox"/> 02 手提動力工具或手動工具	<input type="checkbox"/> 05 在梯上或高空工作	<input type="checkbox"/> 08 樓面、地面、樓梯或任何工作面	<input type="checkbox"/> 11 車輛或相聯的設備或機器
<input type="checkbox"/> 03 其他機器 請指明： 機器類別： _____	<input type="checkbox"/> 06 坑渠、沙井或其他密閉空間	<input type="checkbox"/> 09 氣體、蒸氣、塵埃或煙霧	<input type="checkbox"/> 12 其他 (請指明)

令僱員受傷的機器部分：
 (a) 原動部分
 (b) 傳動部分
 (c) 運作部分

簡述你如上所指的媒介（附註9）

M. 草圖（如認為需要補充以上敘述不足之處）

	只供本處填寫	
	工業意外/ 非工業意外	
	調查	
	處理	

《第 I 部完》

《第 11 部》
(如意外發生在建築地盤內則須填寫此部)

N. 在意外發生時僱員所進行的工作類別 (在方格內劃上“✓”號)

<input type="checkbox"/> 01 混凝土傾注	<input type="checkbox"/> 07 油漆	<input type="checkbox"/> 13 坑道工程	<input type="checkbox"/> 19 斜坡工程
<input type="checkbox"/> 02 木器工程	<input type="checkbox"/> 08 批盪	<input type="checkbox"/> 14 安裝氣體輸送管	<input type="checkbox"/> 20 其他
<input type="checkbox"/> 03 玻璃工程	<input type="checkbox"/> 09 電焊/氣焊	<input type="checkbox"/> 15 安裝水管	(請指明)
<input type="checkbox"/> 04 拗鋼筋	<input type="checkbox"/> 10 搭建板模	<input type="checkbox"/> 16 安裝電線	
<input type="checkbox"/> 05 竹棚工程	<input type="checkbox"/> 11 鋪砌磚塊	<input type="checkbox"/> 17 處理物料	_____
<input type="checkbox"/> 06 通架棚工程	<input type="checkbox"/> 12 沉箱工程	<input type="checkbox"/> 18 安裝升降機	

上述工作在建築地盤內何處進行

O. 涉及的機器 (如有的話) (在一個或多於一個方格內劃上“✓”號) (附註 10)

<input type="checkbox"/> 01 吊斗吊重機/物料吊重機	<input type="checkbox"/> 06 液壓起重機	<input type="checkbox"/> 11 拗鋼筋機
<input type="checkbox"/> 02 載人吊重機/建築工地升降機	<input type="checkbox"/> 07 吊船	<input type="checkbox"/> 12 混凝土攪拌機
<input type="checkbox"/> 03 塔式起重機 (天秤)	<input type="checkbox"/> 08 工作吊板	<input type="checkbox"/> 13 風泵/風鼓
<input type="checkbox"/> 04 流動起重機	<input type="checkbox"/> 09 打樁機	<input type="checkbox"/> 14 其他 (請指明)
<input type="checkbox"/> 05 安裝在貨車上的起重機	<input type="checkbox"/> 10 鑽探機	_____

P. 涉及的運輸機器或建築機器 (如有的話) (在方格內劃上“✓”號)

<input type="checkbox"/> 01 倒泥卡車	<input type="checkbox"/> 04 推土機	<input type="checkbox"/> 07 其他 (請指明)
<input type="checkbox"/> 02 搬土機	<input type="checkbox"/> 05 平土機	
<input type="checkbox"/> 03 挖土機	<input type="checkbox"/> 06 壓土機	_____

《第 11 部完》



- 附註 1： 在兩份向勞工處處長呈交的表格 2 上的簽署及公司蓋印須為正本。
- 附註 2： 如沒有商業登記證號碼，應填上僱主的身分證號碼。
- 附註 3： 載有總承判商 / 控股公司詳情的 C 條，只有在以下情況始須填寫 —
- (a) 僱主為次承判商；或
 - (b) 僱主為《公司條例》（第 32 章）所指的控股公司的附屬公司，而該附屬公司是由其所屬的公司集團投購的保險單所涵蓋和指明的。
- 附註 4： 敘述意外如何發生，說明僱員當時進行的工作以及提供意外如何發生的細節，例如：受傷僱員當時正進行的工作、直接和間接導致意外的因素以及該僱員如何受傷等。
- 附註 5： 請依保險單上的資料填寫承保人的姓名或名稱及地址，但請勿填寫經紀或代理人的姓名或名稱及地址。
- 附註 6： 收入包括 —
- (a) 現金工資；
 - (b) 任何可以現金評定的特惠或利益的價值，例如：因僱員遭受意外以致喪失享有由僱主提供僱員的食物、燃料或宿舍；
 - (c) 屬經常性質的超時工作酬金或因工作而獲得的其他特別酬金，不論是
否以花紅、津貼或其他形式而獲得的；及
 - (d) 習慣性的小賬。
- 但間歇性超時工作的酬金、非經常性的偶然付款賞金、交通津貼或特惠的價值以及僱主所作出的公積金供款並不包括在收入之內。
- 附註 7： 建築地盤
- 樓宇地盤：指興建樓宇地面以下建築物、上蓋建築物等的地盤。
- 土木工程地盤：指興建道路、橋樑等的地盤。
- 現有樓宇翻新 / 維修：指現有樓宇內外翻新、維修、油漆或清潔外牆等。
(附註：在新建成樓宇內進行的裝修工程須視為樓宇地盤)。
- 船廠
- 水上船隻：指在浮塢或水上船隻上進行造船或修船工程。
- 非水上船隻：指在船排或岸上進行造船或修船工程。
- 維修工場：指船廠的製造、修理或維修船舶部件的維修工場。
- 製造廠
- 生產區：指生產工場或任何進行實際生產的地點。
- 維修工場：指製造廠的製造、修理或維修機械零件的維修工場。
- 貨物裝卸區：指製造廠內指定作為貨物裝卸活動(包括貨物處理)的地點。
- 貯物區：指製造廠內用作貯存用途的地點。
- 其他
- 貨櫃場：指貨櫃處理、堆放和維修等的地點。
- 附註 8： 請簡述在意外發生時有關的工作地點的主要功能。

附註 9： 請提供受傷的細節，例如：當僱員在工作台上工作時，他扭傷他的足踝，並從 3 米高處墮下地面。

在上述的例子中，須在第 J、K 及 L 條的以下方格內劃上“✓”號 —

- 在 J 條中，“指出損傷性質”欄：“扭傷”方格（第 14 號方格）。
- 在 J 條中，“身體的損傷部位”欄：“足踝”方格（第 55 號方格）。
- 在 K 條中，“意外類別”欄：“人體從高處墮下*3 米”方格（第 04 號方格）。
- 在 L 條中，“引致受傷的媒介”欄：“在梯上或高空工作”方格（第 05 號方格）。
- 在“簡述你如上所指的媒介”欄內填上：一個 5 米長 x 2 米闊 x 5 毫米厚的木製工作台。

附註 10： 如此欄提示的機器不適用的話，請在第 14 號方格內劃上“✓”號，並指明有關的機器名稱或簡要地描述涉及的機器的類別。

