

工傷意外通知書

本人（下稱「僱員」）在受僱工作期間因工遭遇意外受傷，詳情如下 [僱員須知(1)]：

I. 僱員詳情

僱員姓名（請先填寫姓氏）		身份證／護照號碼
住宅電話號碼／手提電話號碼 ／	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

II. 僱主詳情 [僱員須知(2)]

僱用公司名稱／僱主姓名 (請填上僱用公司／僱主全名)		<input type="checkbox"/> 建造業 <input type="checkbox"/> 運輸及物流業 <input type="checkbox"/> 飲食及酒店業 <input type="checkbox"/> 其他
聯絡人姓名	地址	
電話號碼		

III. 總承判商詳情（如適用） [僱員須知(3)]

總承判商名稱 (請填上總承判商公司全名)	
聯絡人姓名	地址
電話號碼	

IV. 意外的敘述 [僱員須知(4)]

意外發生日期 ____年____月____日	意外發生時間 上／下午____時____分
請敘述意外如何發生及損傷性質，並說明僱員當時正在進行的工作	
意外發生地點的地址 <input type="checkbox"/> 與上述僱主地址相同 <input type="checkbox"/> 與上述總承判商地址相同 <input type="checkbox"/> 其他（請註明）_____	
僱員因是次意外而獲發病假 <input type="checkbox"/> 有，現附上相關醫生證明書 <input type="checkbox"/> 有，稍後呈交相關醫生證明書 (病假期間：由 ____年____月____日 至 ____年____月____日) <input type="checkbox"/> 沒有	

V. 僱員接受治療的醫院／診所名稱（請在適用方格內劃上「✓」號）

九龍區：	<input type="checkbox"/> 伊利沙伯醫院	<input type="checkbox"/> 廣華醫院	<input type="checkbox"/> 明愛醫院	<input type="checkbox"/> 聯合醫院
新界區：	<input type="checkbox"/> 瑪嘉烈醫院	<input type="checkbox"/> 威爾斯親王醫院	<input type="checkbox"/> 屯門醫院	<input type="checkbox"/> 北區醫院
	<input type="checkbox"/> 大埔那打素醫院	<input type="checkbox"/> 仁濟醫院	<input type="checkbox"/> 博愛醫院	<input type="checkbox"/> 將軍澳醫院
	<input type="checkbox"/> 北大嶼山醫院	<input type="checkbox"/> 天水圍醫院		
香港區：	<input type="checkbox"/> 律敦治及鄧肇堅醫院	<input type="checkbox"/> 瑪麗醫院	<input type="checkbox"/> 東區尤德夫人那打素醫院	
其他（請註明）：	<input type="checkbox"/> _____			

VI. 損傷性質 [僱員須知(5)]

損傷性質 (請在適用方格內劃上「✓」號) —

- | | | | |
|----------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 擦傷 | <input type="checkbox"/> 撞傷及瘀傷 | <input type="checkbox"/> 電擊 | <input type="checkbox"/> 中毒 |
| <input type="checkbox"/> 截斷 | <input type="checkbox"/> 腦震盪 | <input type="checkbox"/> 骨折 | <input type="checkbox"/> 受刺激 |
| <input type="checkbox"/> 窒息 | <input type="checkbox"/> 割傷 | <input type="checkbox"/> 刺傷 | <input type="checkbox"/> 噫心 |
| <input type="checkbox"/> 燙傷 (受熱) | <input type="checkbox"/> 脫臼 | <input type="checkbox"/> 扭傷 | <input type="checkbox"/> 多處受傷 |
| <input type="checkbox"/> 其他類型燒傷 | <input type="checkbox"/> 壓傷 | <input type="checkbox"/> 凍傷 | <input type="checkbox"/> 其他 (請指明) |

身體的損傷部位 (請在適用方格內劃上「✓」號) —

- | <u>頭部</u> | <u>頸部及軀幹</u> | <u>上肢</u> | <u>下肢</u> | |
|--------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 頭顱／頭皮 | <input type="checkbox"/> 頸 | <input type="checkbox"/> 手指 | <input type="checkbox"/> 臀 | <input type="checkbox"/> 多處部位 |
| <input type="checkbox"/> 眼 | <input type="checkbox"/> 背 | <input type="checkbox"/> 手／手掌 | <input type="checkbox"/> 大腿 | (請指明) |
| <input type="checkbox"/> 耳 | <input type="checkbox"/> 胸 | <input type="checkbox"/> 前臂 | <input type="checkbox"/> 膝 | |
| <input type="checkbox"/> 口 | <input type="checkbox"/> 腹 | <input type="checkbox"/> 手肘 | <input type="checkbox"/> 小腿 | |
| <input type="checkbox"/> 牙齒 | <input type="checkbox"/> 軀幹 | <input type="checkbox"/> 上臂 | <input type="checkbox"/> 足踝 | |
| <input type="checkbox"/> 鼻 | <input type="checkbox"/> 盤骨／腹股溝 | <input type="checkbox"/> 肩膀 | <input type="checkbox"/> 腳 | |
| <input type="checkbox"/> 面 | | | | |

僱員須知

- (1)：請將此通知書正本交往勞工處僱員補償科 (執行) 綜合處理組，副本一份交予僱主及一份交予總承判商 (如適用)，另一份由僱員保存。僱員如有相關文件以證明工傷意外 (如醫生證明書)，請連同本通知書提交予勞工處僱員補償科、僱主及總承判商 (如適用)，以便跟進個案。

僱員補償科 (執行) 綜合處理組地址

九龍長沙灣道 303 號長沙灣政府合署 10 字樓 1007 室

- (2)：填寫「僱主詳情」時，可參考僱傭合約、強積金成員證書、糧單、發薪支票、稅單、僱主的名片、信箋及信封等資料。
- (3)：填寫「總承判商詳情」時，可參考進入工作地點的工作准許證、張貼於工作地點的告示及總承判商的名片等資料，或向僱主或其他僱員查詢。
- (4)：填寫「意外的敘述」時，請說明意外的細節，例如：僱員當時正進行的工作、意外的經過、直接和間接導致意外的因素及僱員如何受傷等。
- (5)：填寫「身體的損傷部位」時，可參考醫生證明書 (即病假紙)、入院及出院文件的診斷資料等。

本人聲明已細閱及完全明白「僱員須知」，並確認在此通知書上填報的資料及所呈交的文件全屬真確無誤。本人明白如故意提供虛假陳述或虛報資料均屬違法，勞工處可將個案轉介至其他相關政府部門／法定機構跟進。

僱員簽署 _____

日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日

僱主／總承判商須知

- (1)：《僱員補償條例》第 15 條規定，僱主在工傷意外發生後，不論該意外是否引起任何支付補償的法律責任，僱主必須於意外發生後 14 天內或於僱主知悉事件後 14 日內以表格 2 (適用於工傷意外導致喪失工作能力超過 3 天的個案) 或表格 2B (適用於工傷意外導致喪失工作能力不超過 3 天的個案) 向勞工處處長呈報。
- (2)：如僱主尚未以指定表格向勞工處呈報此宗工傷意外，請盡快填妥上述指定表格交往勞工處僱員補償科 (執行) 綜合處理組。
- (3)：本通知書的資料只由僱員提供，僱主可向僱員查詢有關詳情。如僱主暫時未有充分資料填報上述指定表格，請先按現有的資料作出呈報，未能填寫的部份應於獲得所需資料時盡快作出補充。如僱主對此宗意外事件有存疑，亦請僱主先作出呈報，並於調查完畢後盡快通知勞工處有關結果及是否願意就此個案承擔《僱員補償條例》下的補償責任。
- (4)：呈報工傷意外的指定表格可於勞工處僱員補償科辦事處索取，或於勞工處網頁下載。有關僱員補償科辦事處地址及下載表格，請瀏覽勞工處網頁 (網址：www.labour.gov.hk)。



勞工處僱員補償科（執行） 收集個人資料的目的聲明

收集資料的目的

（一）勞工處僱員補償科（執行）收集你的個人資料，旨在用作下列一項或多項用途：

- (1) 處理根據《僱員補償條例》（下稱《條例》）提出的申索，或處理向蒲魯賢慈善信託基金或任何援助計劃的申請。
- (2) 根據《條例》進行僱員補償評估。
- (3) 執行《條例》及其他由勞工處執行的法例的有關條款。
- (4) 調查意外。
- (5) 進行有關「工傷僱員復康先導計劃」的個案轉介及跟進工作。
- (6) 進行統計及研究。
- (7) 法例規定或准許的其他用途。

（二）除《條例》另有規定外，提供個人資料是自願的。不過，如果你未能提供有關的個人資料，本處或許不能處理有關的個案或執行第一段所述的工作。

個人資料承轉人的類別

（三）為執行第一段所述的工作，僱員補償科（執行）可能會向以下機構／人士轉移你的個人資料，同時亦有可能向有關機構／人士索取你的個人資料：

- (1) 與僱員補償申索有關的當事人，包括僱主、總承判商、次承判商、公司集團、保險承保人或獲上述機構／人士授權處理補償申索的代理人。
- (2) 僱員補償評估委員會。
- (3) 司法機構／法律援助署／你委託的律師。
- (4) 醫院管理局／有關的醫院、診所及醫生。
- (5) 僱員補償援助基金管理局。
- (6) 蒲魯賢慈善信託基金委員會／執行其他援助計劃的政府部門或機構。
- (7) 獲委任實施「工傷僱員復康先導計劃」的承辦機構及服務提供者。
- (8) 勞工處轄下的相關科別。
- (9) 政府決策局和部門及其他有關機構。
- (10) 獲委任進行統計或研究的顧問。

查閱個人資料

（四）根據《個人資料（私隱）條例》第18條、第22條及附表1的第6項原則，個人有權查閱及改正其個人資料。查閱的權利包括在繳交有關費用後，索取你個人資料的副本。

查詢

（五）有關你在勞工處僱員補償科（執行）的個人資料的查詢，包括查閱及更改個人資料的要求，可向處理有關僱員補償個案的個案主任提出。

（六）任何有關查閱個人資料的要求，請填妥個人資料私隱專員所指明的最新「要求查閱資料表格」。

工傷意外通知書／疑似職業病通知書的呈交方式

填妥的通知書，請呈交至勞工處僱員補償科辦事處。辦事處地址如下：

	僱員補償科辦事處及地址
呈報工傷個案／疑似職業病個案	僱員補償科（執行）綜合處理組 九龍長沙灣道 303 號 長沙灣政府合署 10 字樓 1007 室
	僱員補償科（執行）第一分處 香港灣仔軒尼詩道 130 號 修頓中心 16 字樓 1605 室
	僱員補償科（執行）第二分處 九龍旺角道 1 號 旺角道壹號商業中心 18 樓
	僱員補償科（執行）第三分處 新界荃灣西樓角路 38 號 荃灣政府合署 6 字樓
查詢已呈報工傷個案／疑似職業病個案	僱員補償科（執行）第四分處(1) 新界荃灣眾安街 68 號 荃灣千色匯 I 期 23 樓 05-06 室
	僱員補償科（執行）第四分處(2) 新界沙田上禾輦路 1 號 沙田政府合署 2 字樓 239 室
	僱員補償科（執行）第五分處 新界將軍澳唐賢街 30 號 將軍澳政府合署北座 3 樓 301 室

- 如對呈交通知書有任何疑問，請致電 2717 1771（此熱線由「1823」接聽）查詢。