工作意外 / 意外申報表

勞工事務局　職業安全健康廳
查詢電話：28719936
圖文傳真：28717771
E-mail：o.injury@dsal.gov.mo

傷者資料

姓名：(中文) _____ (外文) _____

出生日期：_____年____月____日　性別：　☐男　　☐女　　來 源 地：_____

☐本地僱員　　☐外地僱員　　證件類別：_____　　證件號碼：_____

住址：_____

本地手提電話：_____　　其他聯絡電話：_____

擔任職務：_____　　入職日期：_____年_____月_____日

最近三個月基本薪酬：$_____/$_____/$_____

僱主資料

僱主姓名：_____

公司名稱：_____　　負責人姓名：_____

地址：_____

電話：_____　　傳真：_____　　電郵：_____

填表人/聯繫人姓名：_____　　填表人/聯繫人電話：_____

意外事故資料

意外地點：_____

發生日期：_____年_____月_____日　　發生時間：_____時_____分

意外發生於：　☐工作時間內　　☐上班途中　　☐下班途中

意外簡述：

有否就診：　☐有　　☐沒有　　有否留醫：　☐有　　☐沒有

有否獲得休假：　☐有_____天休假　　☐沒有休假

身體的受傷部位 (在方格內劃上 x)

☐ 頭　☐ 眼睛　☐ 頸　☐ 手　☐ 手臂

☐ 軀體　☐ 腿　☐ 腳　☐ 其他，請註明：_____

意外原因 (在方格內劃上 x)

☐ 高處墜下

☐ 物件墜下

☐ 夾傷、刺傷或割傷

☐ 暴露於或接觸極端溫度

☐ 暴露於或接觸有害物質及放射性物質

☐ 由交通工具及因執行勞務活動引致的受傷

☐ 於八號或以上風球期間的上、下班途中發生意外

☐ 在上、下班途中發生意外—使用由僱主提供的交通工具往返工作地點

☐ 在上、下班途中發生意外—使用**非**由僱主提供的交通工具往返工作地點

☐ 在上、下班途中發生意外的其他情況，請註明：_____

☐ 在平地上跌倒

☐ 踩踏或碰撞物件

☐ 用力過度或扭傷

☐ 觸電或接觸放出的電流

☐ 被動物所傷

☐ 其他，請註明：_____

填表人簽署及公司蓋章：_____

填報日期：_____年 ____月 ____日

填表人知悉向勞工事務局所提供的個人資料，其目的為處理其在該局的工傷處理程序；填表人依法享有查閱及更正存於該局的個人資料之權利；填表人行使查閱權時，需以書面的方式向該局提出；填表人行使更正權時，可以親身或書面的方式向本局提出。為履行法定義務，勞工事務局亦可能將填表人所提供的個人資料轉移至其他行政機關、司法機關等。