



教育局綜合保險計劃-團體人身意外保險索償表格  
EDUCATION BUREAU BLOCK INSURANCE POLICY – GROUP PERSONAL ACCIDENT CLAIM FORM

校方只需提交第一部份 - 事件報告。待正式索償時，方需填寫及遞交第二部份。

The School shall submit Section 1 - Incident Report. When there is a formal claim, Section 2 shall be submitted as well.

請注意：

1. 本公司收取索償申請表並不表示本公司已承認賠償責任。
2. 關於理賠事項，請參閱「團體人身意外保險報備索償程序」。
3. 請將索償表格傳真至3906 9942 或電郵至claimsdb\_ins@bcgroup.com。

Please note:

1. Receipt of this Claim Form does not render our Company in admission of policy liability.
2. For details of the claim procedure, please refer to the "Group Personal Accident Insurance Claim Procedure".
3. Please submit this Claim Form by Fax (Fax No. 3906 9942) or by E-mail (E-mail address : claimsdb\_ins@bcgroup.com).

第一部份 – 事件報告  
SECTION 1 – Incident Report

請填報以下項目的資料，並在適當的空格填上☐，如有變更必須通知本公司。

Please provide information for the items listed below and tick the boxes where appropriate and inform our Company if any of them has been altered.

A. 學校詳情 PARTICULARS OF SCHOOL	
保單編號： Policy No.:	CPA/15-02120006
學校名稱： Name of School:	
學校財政類別： Finance Type of School	<input type="checkbox"/> 官立 Government <input type="checkbox"/> 資助 Aided <input type="checkbox"/> 按位津貼 Caput <input type="checkbox"/> 直資 DSS
學校類別： Type of School:	<input type="checkbox"/> 小學 Primary <input type="checkbox"/> 中學 Secondary <input type="checkbox"/> 特殊學校 Special
地址： Address:	
學校代表姓名： Name of School Representative:	職位： Position:
電話號碼： Tel No.:	傳真號碼 / 電郵地址： Fax No. / E-mail Address:

B. 學生詳情 PARTICULARS OF STUDENT	
學生姓名： Name of Student: (Surname First):	
地址： Address:	
電話號碼： Tel. No.:	傳真號碼 / 電郵地址： Fax No. / E-mail Address:

C. 意外詳情 DESCRIPTION OF ACCIDENT	
意外如何發生及詳情： Cause and the details of Accident:	
意外是否於正常上課期間發生： Did the accident happen during normal school time?:	<input type="checkbox"/> 是 Yes <input type="checkbox"/> 否 No
意外發生日期及時間： Date and Time of Accident:	年 Year    月 Month    日 Day <input type="checkbox"/> 上午 a.m. <input type="checkbox"/> 下午 p.m.    時 Hour    分 Minute
意外導致： Result of Accident:	<input type="checkbox"/> 受傷 Injury <input type="checkbox"/> 死亡 Death
意外發生的地址： Address of Accident Happened:	
學生接受治療的醫院 / 診所名稱： Name of Hospital / Clinic where the student received treatment:	

**D. 死亡個案(只適用於意外引致死亡時填寫) FATAL ACCIDENT(TO BE COMPLETED WHERE ACCIDENT RESULT IN DEATH)**

是否已報警? Whether police was notified?	<input type="checkbox"/> 是 Yes	_____ (警署名稱) Name of police station	<input type="checkbox"/> 否 No
已故學生的最近親姓名及關係: Name of next-of-kin of the deceased student and relation:			
已故學生的最近親地址: Address of next-of-kin of the deceased student:			
聯絡電話號碼: Tel. No.:			

**E. 意外地點 PLACE OF ACCIDENT**

意外發生於: The accident occurred in:				
<input type="checkbox"/> 課室 Classroom	<input type="checkbox"/> 其他學校範圍內 Other place within school premises	<input type="checkbox"/> 學校範圍以外(但於香港境內) outside of school premises (but within H.K.)	<input type="checkbox"/> 其他地方(請註明)_____ Others (Please specify):	
請敘述在意外時現場進行的活動: Describe the activity carried out on the site at the time of Accident:				
<input type="checkbox"/> 授課及學習 Class teaching and Learning	<input type="checkbox"/> 小息 Recess	<input type="checkbox"/> 體育課、戶外課外活動 PE, Outdoor/Extra-curricular activities	<input type="checkbox"/> 輔導 Counseling	<input type="checkbox"/> 其他(請註明)_____ Others(Please specify):

**F. 意外類別 TYPE OF ACCIDENT**

<input type="checkbox"/> 被學生或第三者襲擊 Assault by student or third party	<input type="checkbox"/> 環境因素 Environmental factors	<input type="checkbox"/> 操作引致 Procedures of work	<input type="checkbox"/> 其他(請註明)_____ Others (Please specify):
---	--	---	---

**G. 損傷性質 NATURE OF INJURY**

敘述損傷性質: Describe the nature of injury:				
身體的損傷部位: Part of body injured:				
<input type="checkbox"/> 頭顱 / 頭皮 Skull / Scalp	<input type="checkbox"/> 眼 Eye	<input type="checkbox"/> 手指 Finger	<input type="checkbox"/> 手 / 手掌 Hand / Palm	<input type="checkbox"/> 背 Back
<input type="checkbox"/> 手腕 Wrist	<input type="checkbox"/> 腳 Foot	<input type="checkbox"/> 軀幹 Trunk	<input type="checkbox"/> 死亡 Fatal	
<input type="checkbox"/> 多處部位(請指明) Multiple locations (please specify)				

**聲明 DECLARATION**

本人/我們謹茲聲明上述所填報之資料皆為確實詳情，並沒有隱瞞任何與此索償有關之重要資料。  
I/We hereby warrant the truth of the above statements and declare that I have not withheld any material information connected with this claim.

日期: \_\_\_\_\_  
Date (日/月/年 dd/mm/yyyy)

學校代表簽署及學校蓋章: \_\_\_\_\_  
Signature of School Representative with School Chop