



安達保險澳門股份有限公司
澳門商業大馬路 5 號
財富中心 5 樓
電話：+853 8296 4350
傳真：+853 8296 4323
電郵：pa.mo@chubb.com

學生保險意外報告表 Student Accident Report Form

學校名稱 Name of School		校部編號 No. of School	
學校聯絡人 Contact Person of School	學校聯絡電話 Contact Number	學校/聯絡人電郵 Email of School of Contact person	
學生姓名 Name of Student	年齡 Age	性別 Sex	身份證號碼 I.D. no
學生證號碼 Student Card No.	年級 Grade	班別 Class	聯絡電話 Contact number
監護人姓名 Name of Guardian	身份證號碼 I.D. no	關係 Relationship	聯絡電話 Contact number
監護人聯絡電郵 Email of Guardian			

收款方式 Payment Preference	<input type="checkbox"/> 銀行轉賬 Bank Transfer <input type="checkbox"/> 支票 Cheque
銀行名稱 Bank Name	
賬戶持有人姓名 Account Holder Name* / 支票收款人 Payee of cheque	
銀行賬戶號碼 Bank Account number	

需提供英名拼音大寫 Please provide English name in capital letter

意外詳情 Details of Accident

受傷日期 Date of Accident 日(d) 月(m) 年(y)	時間 Time of Accident <input type="checkbox"/> 上午 am 時 hr 分 min <input type="checkbox"/> 下午 pm 時 hr 分 min	意外地點 Place Accident Happened
意外發生之經過 Please state how the accident happened:		
上述意外有否通知警方? 如有, 請提供報案警署地點及編號: Was the accident reported to the Police? If so, please state the name of Police Station and case reference no.		
請列出學生於上述意外而求診之所有醫生或醫院名稱及初診日期: Please list all doctor(s) or hospital(s) consulted for the injury and date of consultation		

意外分析 Accident Analysis

意外地點 Location of Accident	校內 In School	<input type="checkbox"/> 課室 Classroom <input type="checkbox"/> 操場 Playground <input type="checkbox"/> 體育館 Gymnasium <input type="checkbox"/> 洗手間 Toilet <input type="checkbox"/> 工場 Workshop <input type="checkbox"/> 實驗室 Laboratory <input type="checkbox"/> 樓梯或走廊 Staircase or Corridor <input type="checkbox"/> 其他校內地方 Other Places
	校外 Out of School	<input type="checkbox"/> 往返學校途中 On the way to/from school <input type="checkbox"/> 往返教學機構途中 On the way to/from Education Institutions <input type="checkbox"/> 參觀或旅行 Visit or Tour <input type="checkbox"/> 學校運動 Sports <input type="checkbox"/> 其他地方或活動 Other locations or activities
受傷原因 Cause of Accident	<input type="checkbox"/> 跌傷 Falling <input type="checkbox"/> 扭傷 Twisting <input type="checkbox"/> 自己撞傷 Collision (self) <input type="checkbox"/> 燙傷 Burn <input type="checkbox"/> 中毒 Intoxication <input type="checkbox"/> 不明物體進入體內 Intrusion of External Objects <input type="checkbox"/> 其他 Others	
受傷部位 Region of Injury	<input type="checkbox"/> 眼 Eye <input type="checkbox"/> 耳 Ear <input type="checkbox"/> 口 Mouth <input type="checkbox"/> 鼻 Nose <input type="checkbox"/> 牙 Tooth <input type="checkbox"/> 面 Face <input type="checkbox"/> 頭 Head <input type="checkbox"/> 腦 Brain <input type="checkbox"/> 頸 Neck <input type="checkbox"/> 手 Hand <input type="checkbox"/> 臂 Arm <input type="checkbox"/> 身軀 Body Trunk <input type="checkbox"/> 腿 Leg <input type="checkbox"/> 腳 Foot <input type="checkbox"/> 多處 Multiple <input type="checkbox"/> 其他 Others	

填報日期 Report Date	監護人簽名 Guardian's signature	校方簽名及蓋章 School sign off and stamp
<p>收集個人資料聲明：為本意外報告而提供的個人資料只會用於與本意外報告申報意外索償直接相關的用途。 Personal Information Collection Statement: The personal information provided in this accident report will only be used for the purposes directly related to the accident report for submission of a claim.</p> <p>於意外發生日起 6 個工作日內將已填妥之“意外報告表”以任一方式提交：Please submit this report within 6 working days of accident incurred through either way below:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 電郵至安達理賠部 pa.mo@chubb.com (抄送電郵予教育及青年發展局)；Email to Chubb Claims department and copy to DSEDJ. 2. 送交至教育及青年發展局。Deliver to DSEDJ directly. 		