



教育局綜合保險計劃 – 僱員補償保險
EDUCATION BUREAU BLOCK INSURANCE POLICY – EMPLOYEES' COMPENSATION INSURANCE

保單編號 Policy No. : ECA/19-02120008R002
提交索償檢查清單 CLAIM SUBMISSION CHECKLIST

- * 如在申索時準備及提供以下資訊和文件，貴校的個案將可快速及有效的處理。 感謝協助。
* We could proceed the claim with a more efficient way if we receive all necessary information and documents listed below. Thank you for your assistance on the matter.

僱員姓名 Name of Injured Employee: _____

意外日期 Date of Accident: _____

工傷病假不多於 3 天 Sick Leave Not more than 3 days

資訊 Information :

- 出生日期 Date of Birth : _____
- 職業 Occupation : _____
- 意外如何發生 How the accident happened : _____
- 當時正在進行的工作 What the employee was doing at the time : _____
- 收入 100% 由教育局津貼支付 Salary 100% EDB subvented
- 收入 **不是** 全數由教育局津貼支付，教育局負責 _____ %
Salary **NOT** 100% EDB subvented, _____ % EDB subvented.

文件 Documents :

- 表格 2B 副本 Copy of Form 2B
- 呈遞病假證明書表格 + 病假證明書正/副本
Sick Leave Certificates Submission Form + Sick Leave Certificates
- 呈遞醫療費用收據 + 醫療費用收據**正本** (如有)
Medical Expenses Receipts Submission Form + Original Medical Expenses Receipts (if any)

工傷病假多於 3 天 Sick Leave more than 3 days

資訊 Information :

- 收入 100% 由教育局津貼支付 Salary 100% EDB subvented
- 收入 **不是** 全數由教育局津貼支付，教育局負責 _____ %
Salary **NOT** 100% EDB subvented, _____ % EDB subvented

文件 Documents :

- 表格 2 副本 Copy of Form 2
- 呈遞病假證明書表格 + 病假證明書正/副本
Sick Leave Certificates Submission Form + Sick Leave Certificates
- 呈遞醫療費用收據 + 醫療費用收據**正本** (如有)
Medical Expenses Receipts Submission Form + Original Medical Expenses Receipts (if any)
- 授權書 Letter of Authorization

學校聯絡人：
School Contact Person: _____

聯絡電話：
Contact Phone No. _____

日期：
Date: _____

學校蓋章：
School Chop: _____

(日/月/年 dd/mm/yyyy)