

僱員補償條例

(第 282 章)
第 15(1A)(b)條

僱主呈報引致僱員喪失工作能力
不超過三天的意外的通知

表格 2B

重要附註

- (1) 這份表格須在引致僱員喪失工作能力不超過三天的意外發生後 14 天內，一式兩份交回勞工處處長，無論該次意外是否引起任何支付補償的法律責任。
- (2) 假如在呈交此表格後，僱員喪失工作能力的期間超越三天，僱主須按《僱員補償條例》第 15(1A)(a)條，以訂明的表格(表格 2)再次發出意外通知。
- (3) 僱主如不按規定發出通知，或向勞工處處^a提供虛假或具誤導性的資料，可被檢控。
- (4) 請在適用方格內劃上“✓”號。
- (5) 用作計算僱員補償給受傷僱員的『每月收入』是指僱員在意外發生日期前一個月的收入，或者過去 12 個月受僱期內(如受僱少於 12 個月，以該較短受僱期間而定)的平均每月收入，以對僱員較有利的計算方法為準。

收入包括：

- (a) 現金工資；
- (b) 任何可以現金評定的特惠或利益的價值，例如：因僱員遭受意外以致喪失享有由僱主提供僱員的食物、燃料或宿舍；
- (c) 屬經常性質的超時工作酬金或因工作而獲的其他特別酬金，不論是否以花紅、津貼或其他形式而獲得的；及
- (d) 習慣性的小賬。

但間歇性超時工作的酬金、非經常性的偶然付款賞金、交通津貼或特惠的價值以及僱主所作出的公積金供款並不包括在收入之內。



Sun Flower Insurance Brokers Limited
Room 1108, Hing Yip Commercial Centre
282 Des Voeux Road Central, Hong Kong
Tel: (852) 2521-1881 Fax: (852) 2521-1919
Web: www.sunflowerVIP.com www.sunflowerMPF.com

呈報工傷意外，請填妥一式兩份之表格 2B，依據工傷意外發生地點郵寄致勞工處僱員補償科：

意外發生地點 (表格 2,2B)	勞工處僱員補償科	地址
香港島、離島及香港以外地區	香港辦事處	香港軒尼詩道 130 號修頓中心 16 字樓 1605 室 Rm 1605, 16/F, Southorn Centre, 130 Hennessy Road, Hong Kong
九龍、西貢及海員及政府僱員個案	九龍辦事處	九龍長沙灣道 303 號長沙灣政府合署 10 字樓 1007 室 Rm 1007, 10/F, Cheung Sha Wan Government Offices, 303 Cheung Sha Wan Road, Kowloon
葵涌、青衣、荃灣、屯門及元朗	葵涌及荃灣辦事處	荃灣西樓角道 38 號荃灣政府合署 6 字樓 Offices 6/F, Tsuen Wan Government Offices, 38 Sai Lau Kok Road, Tsuen Wan, N.T.
沙田、大埔、粉嶺及北區	沙田辦事處	沙田上禾輦路 1 號沙田政府合署 2 字樓 239 室 Office Rm 239, 2/F, Shatin Government Offices, 1 Sheung Wo Che Road, Shatin, N.T.
死亡個案	死亡個案辦事處 Fatal Cases Office	中環統一碼頭道 38 號海港政府大樓 6 字樓 601 室 Rm 601, 6/F, Harbour Building, 38 Pier Road, Central, Hong Kong

有關個別工傷個案的查詢，請參照僱員補償科函件左上方的電話號碼，聯絡負責的分區辦事處，或致電 3107 1700 查詢。有關一般工傷問題的查詢，請致電 2717 1771（此熱線由"1823 電話中心"接聽）。

表格 2B
僱員補償條例
(第 282 章)



Sun Flower Insurance Brokers Limited
Room 1108, Hing Yip Commercial Centre
282 Des Voeux Road Central, Hong Kong
Tel: (852) 2521-1881 Fax: (852) 2521-1919
Web: www.sunflowervip.com www.sunflowermpf.com

第 15(1A)(b)條

僱主呈報引致僱員喪失工作能力
不超過三天的意外的通知

致：勞工處處長

謹此聲明，盡本人所知，在本表格內呈報的資料，全屬真實準確

姓名(請用正楷)：_____

職位： 獨資經營人 合夥人 經理 高級人員

簽署：_____ 日期：_____

(僱主代表代行) 公司蓋印

A. 僱員詳情

僱員姓名 (請先填寫姓氏)		身份證 / 護照號碼
電話號碼	地址	

B. 僱主詳情

僱用公司名稱 / 僱主姓名		商業登記證號碼
電話號碼	地址	行業
傳真號碼		

C. 意外詳情

意外發生日期 ____ / ____ / ____ 年 / 月 / 日	意外發生地點的地址
病假總日數 _____ 日	

D. 補償詳情

用作計算受傷僱員應得補償的每月收入： \$ _____	
補償額：\$ _____	<input type="checkbox"/> 已支付 <input type="checkbox"/> 將於 ____ / ____ / ____ 支付 年 / 月 / 日