

**中國太平保險(香港)有限公司**  
China Taiping Insurance (HK) Company Limited

香港銅鑼灣新寧道8號民安廣場19字樓  
19/F, Ming An Plaza, 8 Sunning Road, Causeway Bay, Hong Kong.  
Tel: (852) 2815 1551 Fax: (852) 2541 6567 E-mail: [info@hk.cntaiping.com](mailto:info@hk.cntaiping.com) Website: [www.hk.cntaiping.com](http://www.hk.cntaiping.com)

由本公司填寫

立案號碼

**公眾責任險意外報告書**

**根據保單條款，投保人不論是否被要求賠償，此報告書應詳細填妥并立即送回保險公司處理。**

保戶收到每一信件、索賠要求、告票、傳票及訴訟書時須及時通知或遞交本公司。

未經本公司同意，保戶或任何被要求索賠之人仕不得對索賠要求作出任何承認、提議、承諾或賠款。

呈遞此報告書，并不表示保險公司承擔賠償責任。

保單資料	保戶名稱	
	保單號碼	電話
	地址	傳真
	聯絡人姓名	職位
	聯絡電話	電郵地址 (如有)

發生意外之時間、地點	日期	年	月	日	時間	上午/下午
	意外地點					
	請提供意外現場之地圖/平面圖/相片					
	意外事故在何時及由何人報告					
	閣下是否物主、承租人、住客或承辦人					

發生意外之詳情	發生意外之起因及詳情 (包括處理過程)	
	意外的發生是由何人疏忽所引致? 請詳述	
	是否有閉路電視拍下意外經過?	<input type="checkbox"/> 有, 請提供 <input type="checkbox"/> 否
	就是次意外曾否向其他保險公司索償?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	你以往是否遇過類似的事故?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	如是, 請列明何時發生及詳情	_____
	在事故發生時, 是否已作出任何安全措施?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	在事故發生後, 是否有作出任何改善措施	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	在事故發生時, 是否有以合約形式的工作進行中?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
如有內部意外調查報告, 請提供		

意外現場狀況	意外當天之天氣狀況	<input type="checkbox"/> 晴天	<input type="checkbox"/> 密雲	<input type="checkbox"/> 雨天	<input type="checkbox"/> 其他: _____
	意外現場地面狀況	<input type="checkbox"/> (乾爽 / 油漬 / 濕滑)*	<input type="checkbox"/> (平坦 / 凹凸)*	<input type="checkbox"/> 其他: _____	
	光線情況	<input type="checkbox"/> 光	<input type="checkbox"/> 暗	<input type="checkbox"/> 黑	* 請刪去不適用者

**中國太平保險(香港)有限公司**  
China Taiping Insurance (HK) Company Limited

香港銅鑼灣新寧道8號民安廣場19字樓  
19/F, Ming An Plaza, 8 Sunning Road, Causeway Bay, Hong Kong.  
Tel: (852) 2815 1551 Fax: (852) 2541 6567 E-mail: info@hk.cntaiping.com Website: www.hk.cntaiping.com

<b>第三者財物之損毀</b>	意外是否涉及第三者財物之損毀? 如有, 請填寫下列資料	
	索賠人姓名	
	聯絡地址及電話	
	財物種類、損害之性質及程度、估計損失金額	

<b>受傷者/死者</b>	意外是否涉及有人受傷或死亡? 如有, 請填寫下列資料					
	請列明此意外是否牽涉死傷者及所牽涉之人數 (a) 受傷者_____人 (b) 死者_____人					
	<i>若死傷者多於一人, 請另加附頁說明。</i>					
	請列明死傷者姓名, 性別, 年齡, 職業及聯絡方法	身份 (如: 訪客、 承辦商僱員)	請略述傷者之傷勢(如: 瘀傷、擦傷、骨折)及部位(如: 頭、手、腳)	是否清醒?	是否由救護車送院?	是否留院?
			<input type="checkbox"/> 輕微 請略述	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 是
			<input type="checkbox"/> 重傷	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 否
		<input type="checkbox"/> 死亡 _____	<input type="checkbox"/> 不詳	<input type="checkbox"/> 不詳	<input type="checkbox"/> 不詳	
上述資料是根據目擊者觀察所見意外發生後所涉及之傷者情況。						

<b>證人</b>	如有證人, 請提供證人資料如下			
	姓名	與投保人關係	地址	電話
	<i>若證人多於一人, 請另加附頁說明。</i>			

<b>警察報告</b>	曾向何處警署報案?	報案日期
	警方報案號碼	(請附上口供)

**收集個人資料聲明**

閣下提供的資料, 為本公司提供保險業務所需, 並可能使用於下列目的:

- 任何與保險或其他保險有關的產品或服務, 或該等產品或服務的任何更改、變更、取消或續期;
- 任何索償或索償分析; 及可能轉移予:  
現存或不時成立的任何有關的公司, 或任何其他從事與保險或再保險有關的公司, 或與保險業務有關的中介人或索償或調查或其他服務提供者, 或任何保險公司的協會或聯會。

閣下有權查閱及要求更正本公司持有有關閣下的個人資料。如有任何要求或查詢, 請來函或聯絡本公司總經理辦公室經理。

**聲明**

以上所列乃屬真實并願協助中國太平保險(香港)有限公司辦理一切有關事宜。

保戶簽署  
(如屬公司請加蓋章)

日期