

表格 2A

僱員補償條例  
(第 282 章)  
第 15 條

僱主呈報僱員由於職業病而致死亡  
或喪失工作能力的通知

重要附註

- (1) 請填寫一式兩份，並在以下限期內交回勞工處處長 ——
  - (a) 在僱員死亡後 7 天內交回；或
  - (b) 在僱員喪失工作能力後 14 天內交回；或
  - (c) 在勞工處處長規定的限期內交回。
- (2) 僱主如不按規定發出通知，或向勞工處處長提供虛假或具誤導性的資料，可被檢控。
- (3) 請在適用方格內劃上“✓”號。
- (4) 在填寫本表格前，請小心閱讀有關的指示。

表格 2A  
僱員補償條例  
(第 282 章)  
第 15 條

僱主呈報僱員由於職業病而致死亡  
或喪失工作能力的通知

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。

簽署： \_\_\_\_\_ (僱主代表)

姓名(請用正楷)： \_\_\_\_\_

職位：  
 獨資經營人       合夥人  
 經理                       高級人員

日期： \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 公司蓋印 (附註 1)

**A. 僱員詳情**

僱員姓名(請先填寫姓氏)		身分證 / 護照號碼
電話號碼	傳真號碼	地址
出生日期 ____/____/____ 年 / 月 / 日	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	職業
學徒 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	受僱期 由 _____ 至 _____	

**B. 僱主詳情**

僱用公司名稱/僱主姓名		商業登記證號碼 (附註 2)
電話號碼	地址	行業
傳真號碼		

**C. 總承判商/控權公司詳情 (附註 3)**

總承判商 / 控權公司名稱		商業登記證號碼
電話號碼	地址	行業
傳真號碼		

**D. 所患職業病詳情**

僱員接受治療的醫院或診所名稱	
開始患有職業病的日期 ____/____/____ 年 / 月 / 日	所患疾病
引起職業病的工作類別	職業病於 ____/____/____ 引致 年 / 月 / 日 <input type="checkbox"/> 暫時喪失工作能力 <input type="checkbox"/> 永久喪失工作能力 <input type="checkbox"/> 死亡

E. 保險的細節 (附註 4)

在僱員喪失工作能力或死亡時承保的保險公司名稱及地址 (請參照保險單)	保險單號碼
---------------------------------------	-------

F. 僱員收入細節

每月平均工作日數 <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 其他 _____ (請指明)	休息日 (a) <input type="checkbox"/> 無薪 <input type="checkbox"/> 有薪 (b) <input type="checkbox"/> 非固定 <input type="checkbox"/> 固定於星期 _____ (請填寫星期的那一天)
僱員在緊接其喪失工作能力或死亡日期的上一個月的每月收入細節： (附註 5)	
(a) 底薪 / 基本工資	每月\$ _____
(b) 伙食津貼 / 僱主免費供應食物的價值	每月\$ _____
(c) 其他項目： _____ (請指明)	每月\$ _____
總收入 (a) + (b) + (c)	每月\$ _____
僱員在其喪失工作能力或死亡前 12 個月內(如不足 12 個月，則以整段受僱期間計)的每月平均收入為  每月\$ _____	

G. 死亡個案 (只須於職業病引致死亡時填寫)

是否已報警 <input type="checkbox"/> 是 _____ (警署名稱) <input type="checkbox"/> 否	已故僱員的最近親姓名及地址	與已故僱員的關係  電話號碼
---	---------------	----------------------

H. 直接和解(只在職業病引致暫時喪失工作能力為期不多於 7 天及並無引致永久喪失工作能力，而且僱主和僱員已選擇以直接和解方式來解決工傷個案時，始須填寫。)

病假期  由 ____ / ____ / ____ 至 ____ / ____ / ____ 年 / 月 / 日                      年 / 月 / 日  由 ____ / ____ / ____ 至 ____ / ____ / ____ 年 / 月 / 日                      年 / 月 / 日  病假總日數： _____ 日	補償額： \$ _____  <input type="checkbox"/> 已支付 <input type="checkbox"/> 將於 ____ / ____ / ____ 支付 年 / 月 / 日
---	--

## 註釋

附註 1： 在兩份向勞工處處長呈交的表格 2A 上的簽署及公司蓋印須為正本。

附註 2： 如沒有商業登記證號碼，應填上僱主的身分證號碼。

附註 3： 載有總承判商/控權公司詳情的 C 條，只有在以下情況始須填寫 ——

(a) 僱主為次承判商；或

(b) 僱主為《公司條例》(第 622 章) 所指的控權公司的附屬公司，而該附屬公司是由其所屬的公司集團投購的保險單所涵蓋和指明的。

附註 4： 請依保險單上的資料填寫承保人的姓名或名稱及地址，但請勿填寫經紀或代理人的姓名或名稱及地址。

附註 5： 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得的其他特別酬金，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。