



雇主责任险损失通知

1	被保险人	索赔人
	保单号码	保险期限
	联络人姓名/部门	电话/传真/电邮
	地址	
2	受伤员工姓名	工作性质/职业
	身份证号码	雇佣日期
	事故发生日期	事故发生地点
	事故发生原因、经过及人身伤害情况	

3 一般索赔所需文件 (如索赔文件已随本损失通知附上, 请在括号内打勾。视案件性质, 保险公司有权要求进一步资料。)

<input type="checkbox"/> 1. 病历原件 本	<input type="checkbox"/> 9. 向责任方索赔的函件及其回复正本 (若有)
<input type="checkbox"/> 2. 药费发票原件 张; 总金额 元	<input type="checkbox"/> 10. 法院传讯书, 判决书或调解书。(若发生诉讼)
<input type="checkbox"/> 3. 医学检查报告 张	<input type="checkbox"/> 11. 残疾证明原件(若有)
<input type="checkbox"/> 4. 出院小结原件 张	<input type="checkbox"/> 12. 劳动部门发出之工伤调查报告/工伤鉴定报告(若有)
<input type="checkbox"/> 5. 医生开具病假单原件 张共 天	<input type="checkbox"/> 13. 有关单位对此意外事故调查之报告(若有)
<input type="checkbox"/> 6. 考勤记录加盖公司公章 张	<input type="checkbox"/> 14. 交通管理部门事故处理报告(若有)
<input type="checkbox"/> 7. 意外发生前以及意外发生当月连续 12月的工资记录加盖公章	<input type="checkbox"/> 16. 死亡证明原件 (若有)
<input type="checkbox"/> 8. 雇佣合同副本加盖公章	

4 银行账户资料 (赔款将通过银行转账支付。任何索赔申请, 均须填写此部分:)

户名: _____	账号: _____
银行: _____	银行所在地: _____ 省 _____ 市
索赔人签章: _____	日期: _____