



聯豐亨保險有限公司

Luen Fung Hang Insurance Company Limited

學生保險 意外報告

SEGURO ESCOLAR PARTICIPAÇÃO DE ACIDENTE

SCHOOL INSURANCE FOR NON-TERTIARY EDUCATION STUDENT ACCIDENT REPORT

學校名稱 Nome de Estabelecimento de Ensino Name of School		校部編號 No. de Estabelecimento de Ensino No. of School	
學校聯絡人 Pessoa de Contacto de Ensino Contact Person of School	聯絡電話 No. de Contacto Contact no.	學校／聯絡人電郵 o email de Ensino por pessoa de contacto E-mail of School or Contact person	
學生姓名 Nome do Aluno Name of Student	年齡 Idade Age	性別 Sexo <input type="checkbox"/> 男M <input type="checkbox"/> 女F Sex	身份證編號 No. de I.D. I.D. no.
學生證號碼 No. de Cartão Estudante Student Card No.	年級 Ano Grade	班別 Turma Class	澳門流動電話 Telemóvel locais Macau Mobile
學生住址 Residência do Aluno Address of Student			
監護人姓名 Nome de Parentesco do Encarregado de Educação Name of Guardian		身份證編號 No. de I.D. I.D. no.	關係 Relação Relationship
<input type="checkbox"/> 學生/監護人知悉及同意接收由聯豐亨保險有限公司發出短訊(只限澳門電話號碼)通知 Aluno / Parentesco do Encarregado de Educacao avisa e concorda em receber as notificação enviadas SMS (Apenas para número de telephone locais) pelo Companhia de Seguros Luen Fung Hang S.A.R.L. We, Student/Guardian note and agree to receive SMS (Macau mobile no. only) sent by Luen Fung Hang Insurance Company Limited			
<input type="checkbox"/> 不收取任何短訊通知 Nao pretendo receber qualquer SMS notificação Not receive any SMS notification			
收款方式 Preferência de Pagamento Payment Preference	銀行轉賬 (限於澳門的銀行) * Transferência Bancária em Macau* Transfer to Bank in Macau* <input type="checkbox"/> 大西洋銀行 BNU <input type="checkbox"/> 中國銀行 BOC <input type="checkbox"/> 大豐銀行 BTF <input type="checkbox"/> 工商銀行 ICBC <input type="checkbox"/> 華僑永亨銀行 OCBCHW <input type="checkbox"/> 澳門商業銀行 BCM <input type="checkbox"/> 澳門的其他銀行 Outra Bancária em Macau Other Bank in Macau 賬戶編號 No. da Conta Account no.: *請附上銀行存摺影印本 Por favor junte cópia da caderneta de poupança Please attach account passbook copy <input type="checkbox"/> 支票 Cheque Cheque		

意外資料 / Dados Relativos ao Acidente / Accident Details

受傷日期及時間 Data e Hora do Acidente Date and Hour of Accident	日 D D	月 M M	年 A Y	時 Hr Hr	分 Min Min
意外地點/Local do Acidente/Location of Accident	負責有關活動之老師 Professor Responsável pela Actividade Escolar Teacher Responsible for Such Activity				
意外發生之過程/Descrição do Acidente/Description of Accident					
證人 Testemunhas 姓名 Nome Witnesses Name	姓名 Nome Name				
學生被送往哪間醫院或診所? Para qual hospital ou médico foi enviado o aluno? Which Hospital or Clinic was the Student sent to?					

意外分析 / Análise do Acidente / Accident Analysis

意外地點 Local do Acidente Location of Accident	校內 No Escola In School	<input type="checkbox"/> 1 課室 Sala de Aula Classroom	<input type="checkbox"/> 2 操場 Recreio / Pátios Playground	<input type="checkbox"/> 3 體育館 Ginócio Gymnasium	<input type="checkbox"/> 4 洗手間 Instalações Sanitárias Toilet	<input type="checkbox"/> 5 工場 Oficinas Workshop	<input type="checkbox"/> 6 實驗室 Laboratório Laboratory	<input type="checkbox"/> 7 樓梯或走廊 Escada ou Corredores Staircase or Corridor	<input type="checkbox"/> 8 其他校內地方 Outro Local da Escola Other Places in School
	校外 Outro Local Fora da Escola Out of School	<input type="checkbox"/> 9 往返學校途中/ Trajecto de e para a Escola On the Way to/from School	<input type="checkbox"/> 10 往返教學機構途中/ No caminho de ida e volta das instituições de ensino/ On the Way to/from Education Institutions			<input type="checkbox"/> 11 參觀或旅行 Visitas de Estudo ou Excursões		<input type="checkbox"/> 12 學校運動 Desporto Escolar	<input type="checkbox"/> 13 其他地方或其他活動 Outro Local ou Actividade Other Locations or Other Activities
受傷原因 Causa do Acidente Cause of Accident	<input type="checkbox"/> 1 跌傷 Queda do Falling	<input type="checkbox"/> 2 扭傷 Torcedura Twisting	<input type="checkbox"/> 3 自己撞傷或碰傷 Ofensiva Corporal Voluntária Collision (Self)	<input type="checkbox"/> 4 被撞傷或碰傷 Choque ou Ofensiva Corporal Involuntária Collision (by Third Party)	<input type="checkbox"/> 5 燙傷 Queimaduras Burn	<input type="checkbox"/> 6 中毒 Intoxicação Intoxication	<input type="checkbox"/> 7 不明物體進入體內 Introdução de Corpos Estranhos Intrusion of External Objects	<input type="checkbox"/> 8 其他 Outros Others	
	受傷部位 Localização da Lesão Region of Injury	<input type="checkbox"/> 1 眼/Olho/Eye	<input type="checkbox"/> 2 耳/Orelha/Ear	<input type="checkbox"/> 3 口/Boca/Mouth	<input type="checkbox"/> 4 鼻/Nariz /Nose	<input type="checkbox"/> 5 牙/Dentes/Tooth	<input type="checkbox"/> 6 面/Face/Face	<input type="checkbox"/> 7 頭/Cabeça/Head	<input type="checkbox"/> 8 腦/Crânio/Brain
	<input type="checkbox"/> 9 頸/Pescoço/Neck	<input type="checkbox"/> 10 手/Mãos/Hand	<input type="checkbox"/> 11 臂/Braços/Arm	<input type="checkbox"/> 12 身軀/Tronco/Body Trunk	<input type="checkbox"/> 13 腿/Perna/Leg	<input type="checkbox"/> 14 腳/Pés/Foot	<input type="checkbox"/> 15 多處/Múltiplas/Multiple	<input type="checkbox"/> 16 其他/Outros/Others	

填報日期/Data do Relatório /Report Date	教師簽名/Assinatura do Professor/Teacher's Signature	校方簽名及蓋章/Carimbo e Assinatura do Responsável da Escola/School Sign-off and Stamp
-------------------------------------	--	---

收集個人資料聲明: 為本意外報告而提供的個人資料只會用於與本意外報告申報意外索償直接相關的用途。 Declaracao de Recolhimento de Dados Pessoais: Os dados pessoais fornecidos para este requerimento sao meramente tratados com finalidades relativas ao mesmo requerimento. Personal Information Collection Statement: The personal information provided in this accident report will only be used for the purposes directly related to the accident report for submission of a claim.
最遲須於意外發生起計 6 個工作日內, 將本報告送交教育及青年發展局。 Enviar esta participação à Direcção dos Serviços de Educação e de Desenvolvimento da Juventude no prazo de 6 dias úteis após o acidente. Please submit this report to Education and Youth Development Bureau within 6 working days from the occurrence of the accident.