

## Employer's Confirmation of Sick Leave for Insured (Claimant)

### 僱主確認病假證明書

**This form must be completed by claimant's employer**

(but not applicable to self-employed individual)

此證明書必須由索償人之僱主填寫 (不適用於自僱人仕)

Name of Employee 僱員姓名	First Date of Employment 受聘日期 From 由 / / To 至 / / DD 日/MM 月/YY 年 DD 日/MM 月/YY 年
Basis of Employment of the Employee: 請提供僱員受聘形式:	Permanent/ Part-time/ Casual/ Contract/ Seasonal 全職/兼職/散工/合約/季工

This is to certify that:

在此為證明:

Claimant (Full Name)

索償人 (姓名)

:

Present Position

現時職位

:

Reason of Sick Leave

病假原因

:

Date of Accident

意外日期

:

Period of Sick Leave

病假

:

From 由

/ /

To 至

/ /

DD 日/MM 月/YY 年

DD 日/MM 月/YY 年

### Employer Information 僱主資料

Company Name 公司名稱	
Address of Employer 公司地址	
Signed & Stamped by Authorised Person (Other than Claimant) 受權人簽署及公司蓋印 (索償人除外)	Claimant's Signature 索償人簽署
Name of Authorised Person 受權人姓名	Telephone No. of Claimant 索償人聯絡電話
Position of the Authorised Person 受權人職銜	Date 日期
Telephone No. 聯絡電話	