

聲明書

本人.....，持澳門居民身份證編號.....，
聯絡電話.....，因遇意外而申請疾病津貼。本人聲明是次意外
不屬於本人故意造成，亦不屬於工作意外或由第三人之行為所引致且應由其負責
賠償的情況，是次意外不會獲得僱主或勞工保險賠償，亦不會獲得第三人負責的
賠償。本人清楚明白，若是次意外可獲得賠償，無權收取疾病津貼。故承諾日後
若因是次意外而獲得任何賠償，必須立刻向社會保障基金退還已收取之疾病津貼。

本人清楚明白如作虛假聲明須負上刑事責任。

此致
澳門特別行政區政府
社會保障基金

聲明人

日期：____日/____月/____年

簽名(須與身份證明文件一致)

注意：根據第 4/2010 號法律社會保障制度第 43 條第 3 款，在下列情況下，不予發放疾病津貼：a) 因工作
意外或職業病造成的損害；b) 由第三人的行為所引致且應由其負責賠償之疾病；c) 由受益人本身
故意造成之疾病。

倘不作上述聲明，請說明原因：

本人.....，持澳門居民身份證編號.....，
聯絡電話.....，因下列原因不作上述聲明：

日期：____日/____月/____年

簽名(須與身份證明文件一致)

Declaração

Eu _____, portador do BIRM n.º _____, n.º do telefone _____, venho requerer o subsídio de doença por ter tido um acidente.

Declaro que o presente acidente não foi provocado intencionalmente por mim, nem resultante de acidente de trabalho ou acto de terceiro que por ele deva indemnização. Este acidente não dá direito a indemnização do empregador ou seguro de trabalho, nem indemnização de terceira pessoa. Tomei conhecimento que caso o presente acidente dê direito a uma indemnização, não tenho direito ao subsídio de doença. Caso no futuro receba qualquer indemnização relativa ao presente acidente, devolvo imediatamente ao FSS o subsídio de doença recebido.

Tomei conhecimento que as falsas declarações são susceptíveis de procedimento criminal.

Para:

O Fundo de Segurança Social do
Governo da RAEM

Declarante

Data: ____ dia/ ____ mês/ ____ ano

_____ Assinatura (conforme o documento de identificação)

Atenção: Nos termos do n.º 3 do artigo 43.º da Lei n.º 4/2010 (Regime da Segurança Social), o subsídio de doença não é atribuído nos seguintes casos: a) Danos emergentes de acidentes de trabalho e doenças profissionais; b) Doenças resultantes de acto de terceiro que por elas deva indemnização; c) Doença intencionalmente provocada pelo próprio beneficiário.

Caso não faça a declaração acima referida, por favor explique porquê:

Eu _____, portador do BIRM n.º _____, n.º do telefone _____, não fiz a referida declaração, pelos seguintes motivos: _____

Data: ____ dia/ ____ mês/ ____ ano

_____ Assinatura (conforme o documento de identificação)