

個人保險代理人僱員之 聲 明 書

本人_____，身份證明文件編號_____，
(附副本)

受益人編號_____，特此聲明本人於_____至_____
(日/月/年) (日/月/年)

為個人保險代理人_____工作，擔任之職務為_____
(名稱)

並且沒有進行任何全職或兼職的保險中介活動。

以本人名譽聲明，上述資料均為事實。

本人清楚明白如作假聲明，可被刑事起訴。

此致

澳門特別行政區政府
社會保障基金

聲明人簽名：_____ / / _____
(簽名須與身份證明文件一致) 日 月 年

Declaração do trabalhador do agente de seguros - pessoa singular (A declaração destina-se ao Fundo de Segurança Social)

Eu, _____, documento de identificação no. _____,
(anexar uma fotocópia)

Beneficiário no. _____, declaro que desde _____ até _____ trabalho para
(dia/mês/ano) (dia/mês/ano)

o agente de seguros - pessoa singular _____ onde exerço a função de
(nome)

_____, não efectuando, seja com carácter permanente ou temporário, qualquer acção
que se integre na actividade de mediação de seguros.

Declaro, sob compromisso de honra, que as informações acima referidas são verdadeiras.

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

Assinatura do declarante : _____ / / _____
(A assinatura deve ser idêntica à que consta no Doc. de Identif.) dia mês ano

個人保險代理人之 聲明書

本人_____，身份證明文件編號_____，
(附副本)

個人保險代理人_____，僱主註冊編號_____，
(僱主名稱)

以本人名譽聲明，_____於_____至_____
(僱員姓名) (日/月/年) (日/月/年)

為本個人保險代理人工作，所擔任之職務為 _____，並且沒有進行任何全職或兼職的保險中介活動。

以本人名譽聲明，上述資料均為事實。

本人清楚明白如作假聲明，可被刑事起訴。

此致

澳門特別行政區政府
社會保障基金

個人保險代理人簽名及蓋章：_____ / ____ / ____
(簽名須與身份證明文件一致) 日 月 年

Declaração do agente de seguros - pessoa singular (A declaração destina-se ao Fundo de Segurança Social)

Eu, _____, documento de identificação no. _____
(anexar uma fotocópia)

nome do agente de seguros - pessoa singular _____, N.º de Matrícula do Empregador _____
(nome do empregador)

declaro sob compromisso de honra que _____ desde _____ até _____
(nome do funcionário) (dia/mês/ano)

_____ encontra-se ao meu serviço, onde exerce a função de _____
(dia/mês/ano)

não efectuando o mesmo, seja com carácter permanente ou temporário, qualquer acção que se integre na actividade de mediação de seguros.

Declaro, sob compromisso de honra, que as informações acima referidas são verdadeiras.

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

Assinatura e carimbo do
agente de seguros - pessoa singular : _____ / ____ / ____
(A assinatura deve ser idêntica à que consta no Doc. de Identif.) dia mês ano