



社會保障基金
F U N D O
D E S E G U R A N Ç A
S O C I A L

殘疾金

REQUERIMENTO DE PENSÃO DE INVALIDEZ

由申請人填寫 A PREENCHER PELO REQUERENTE

受益人編號
Beneficiário n.º _____

姓名 _____ 出生日期 _____ 日 _____ 月 _____ 年 _____
Nome completo _____ Data de Nascimento _____ dia _____ mês _____ ano _____

澳門居民身份證編號 _____ 家居電話 _____ 手提電話 _____
BIRM N.º (須附同身份證影印本 Deve anexar fotocópia do BIR) Tel de casa _____ Telemóvel _____

地址：
Endereço 澳門 Macau 氹仔 Taipa 路環 Coloane 其他 Outras _____

街名 _____ 門牌 _____
Rua _____ (須附同地址單 Deve anexar documento com endereço) N.º _____

大廈名稱 _____ 座數 _____ 層數 _____ 單位 _____
Edifício _____ Bloco _____ Andar _____ Apart _____

銀行 _____ 個人澳門幣銀行帳號 _____
Banco _____ Conta bancária individual de MOP n.º (須附同帳號影印本 Deve anexar fotocópia da conta bancária) _____

本人 同意 / 不同意 提供澳門手機號碼 _____ 接受社會保障基金發出之訊息，語言為：
Eu concordo/ não concordo em receber a mensagem do FSS através do telemóvel de Macau n.º _____ em língua:
 中文 chinês 葡文 português

澳門 _____ 日 _____ 月 _____ 年 _____
Macau _____ dia _____ mês _____ ano _____

申請人簽名 (須與身份證一致)
Assinatura do requerente (conforme o BIR)

由社會保障基金填寫 RESERVADO AO FSS

殘疾金
PENSÃO DE INVALIDEZ

申請表收條
RECIBO DO REQUERIMENTO