

CLAIM FORM FOR PAYMENT OF ACCRUED BENEFITS
累算權益申索表格

SECTION I – DETAILS OF THE MEMBER / CLAIMANT 第 I 部 – 成員 / 申索人資料

1. Name of Participating Employer 參與僱主姓名	2. Employer Participating No. 參與僱主退休基金號碼
3. Member Name 成員姓名	4. Member Identity Type and No. 成員證件類別及號碼
5. Member Pension Fund No. 成員退休基金號碼	6. Staff No. 職員號碼
7. Member Income Tax Contributor No. 成員納稅人編號	8. Seniority Date 受僱日期
9. Last Employment Date 最後受僱日期	10. Telephone 聯絡電話
11. Address 地址	
12. Name of Claimant (if different from Member) 申索人姓名 (如與成員不同者)	
13. Claimant Identity Type and No. 申索人證件類別及號碼	14. Claimant Income Tax Contributor No. 申索人納稅人編號

SECTION II – DETAILS OF THE CLAIM 第 II 部 – 申索資料

(please ✓ one box 請只選一個並在相應方格內填上✓號)

- ☐ By Cheque 以支票支付 (MOP only 僅限澳門元)
- ☐ Collect at ICBC (Macau) Pension Fund Management Company Limited 於工銀(澳門)退休基金管理股份有限公司領取
- ☐ By Mailing to 郵寄至 (Local address only 僅限於本地地址): _____
- ☐ By ICBC Macau Account No. of Member / Claimant 以成員/申索人的工銀澳門賬戶支付, 賬號 _____
- Account Denomination 賬戶幣種 ☐ MOP 澳門元 ☐ HKD 港元 ☐ RMB 人民幣
- ☐ Others 其他 _____

SECTION III – GROUNDS FOR CLAIMING ACCRUED BENEFITS 第 III 部 – 申索累算權益的理由

(please ✓ one box 請只選一個理由並在相應方格內填上✓號)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Resignation 辭職 | <input type="checkbox"/> Death 死亡 |
| <input type="checkbox"/> Redundancy 解約 | <input type="checkbox"/> Termination 解僱 |
| <input type="checkbox"/> Retirement 退休 | <input type="checkbox"/> Permanent Incapacity for Work 長期無工作能力 |
| <input type="checkbox"/> Early Retirement 提早退休 | <input type="checkbox"/> Others 其他 |
| <input type="checkbox"/> Serious Illness or Absolute Temporary Work Incapacity 患上重疾病或暫時絕對無工作能力 | |

SECTION IV – DECLARATION 第 IV 部 – 聲明

I/We declare that the information and attachment provided by myself/us in this form is correct and without omissions, and also understand and agree that ICBC (Macau) Pension Fund Management Company Limited shall not be liable to any party (including but not limited to myself/us) for any loss caused by the implementation of the inaccurate, incomplete, unclear instructions, information or attachment provided by myself/us in this form.

本人 / 我們聲明, 本人 / 我們於本表格及隨附文件所提供的資料均屬正確無訛且並無缺漏, 並明白及同意工銀(澳門)退休基金管理股份有限公司不須因執行本人 / 我們於本表格及隨附文件所提供的不準確、不完整或不清晰的指示或資料所引致的損失而對任何一方 (包括但不限於本人 / 我們) 負上責任。

Signature of Member / Claimant 成員 / 申索人簽署

Date 日期

Authorised Signature of Participating Employer and Company Chop
參與僱主授權簽署及公司印章

Date 日期

For Official Use Only 退休基金公司專用

輸入人員簡簽	日期
覆核人員簡簽	日期