



SEGURANÇA SOCIAL

Anexo **A**

## DECLARAÇÃO

(No caso de incapacidade ou situação de dependência provocada por intervenção de terceiros)

Nome \_\_\_\_\_,  
N.º Identificação de Seg. Social \_\_\_\_\_, declara que a incapacidade  
(ou situação de dependência) foi provocada por intervenção de terceiro sobre o que presta as seguintes  
informações:

1. Data da ocorrência \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

2. Local onde ocorreu (freguesia e concelho) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Como ocorreu? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. O acidente ocorreu ao serviço de alguma entidade patronal? Sim  Não

Se respondeu SIM, indique:

- Entidade patronal e respectiva morada ou sede \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Seguradora responsável por acidentes de trabalho \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- N.º apólice \_\_\_\_\_

5. Se se tratou de acidente de viação, indique:

Relativamente ao veículo em que seguia

- Matrícula \_\_\_\_\_

- Nome do proprietário \_\_\_\_\_

- Nome do condutor \_\_\_\_\_

- Companhia de Seguros em que o mesmo estava seguro \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- N.º apólice \_\_\_\_\_

- N.º de processo na C<sup>a</sup> de Seguros \_\_\_\_\_

Instituto da Segurança Social, I.P.

**Centro Nacional de Pensões**

Campo Grande, 6 - 1749-001 LISBOA - Telef. 217903700 - Fax 217903788

e-mail: cnp-pensoes@seg-social.pt

Relativamente ao(s) outro(s) veículo(s) interveniente(s) no acidente

- Matrícula \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_
- Nome do(s) proprietário(s) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Nome do condutor \_\_\_\_\_
- Companhia(s) de Seguros em que o(s) mesmo(s) estava(m) seguro(s) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- N° apólice \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_
- N° de processo na C<sup>a</sup> de Seguros \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

6. A GNR ou PSP tomou conta da ocorrência ? Sim  Não

Se respondeu SIM, indique:

- Posto ou Esquadra \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. Está a correr processo em Tribunal ? Sim  Não

Se respondeu SIM, indique:

- Tribunal \_\_\_\_\_
- Juízo \_\_\_\_\_ Secção \_\_\_\_\_
- N° processo \_\_\_\_\_

8. Já recebeu indemnização ? Sim  Não

Se respondeu SIM, indique:

- Valor Euros \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_
- Entidade que a pagou \_\_\_\_\_

(No seu interesse junte fotocópia de documento comprovativo: acordo, sentença ou outros)

9. Relativamente ao seu Advogado:

Nome \_\_\_\_\_  
Morada \_\_\_\_\_  
Localidade \_\_\_\_\_ Cód. Postal \_\_\_\_\_

**ASSUMO A VERACIDADE DAS DECLARAÇÕES PRESTADAS E COMPROMETO-ME A COMUNICAR  
TODAS AS ALTERAÇÕES QUE VENHAM A OCORRER**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Assinatura do requerente ou de outrem a seu rogo)