



SEGURANÇA SOCIAL

SUBSÍDIO DE DOENÇA DECLARAÇÃO DE ACIDENTE

1. Elementos relativos ao beneficiário

Nome completo

Data de Nascimento N.º Identificação de Segurança Social
Dia Mês Ano

2. Elementos relativos à situação de incapacidade para o trabalho

Causa: Acidente de viação Acidente de trabalho Agressão Outro tipo de acidente

Data da ocorrência Local da ocorrência
Dia Mês Ano Freguesia Concelho

Descrição sumária dos factos de que resultou a situação de incapacidade

A incapacidade para o trabalho foi provocada por acto de terceiro? Sim Não Se sim, indique:

Nome do terceiro

Data de Nascimento
Dia Mês Ano

Morada

Localidade Cód. Postal -

Considera que tem direito a uma indemnização? Sim Não

Foi feita participação à Companhia de Seguros? Sim Não

Se sim, indique:
(nome)

(nome)

Se não, justifique

(continua no verso) →

OS DADOS CONSTANTES NESTE DOCUMENTO SERÃO OBJECTO DE REGISTO INFORMÁTICO NA BASE DE DADOS DA SEGURANÇA SOCIAL. PODERÁ ACEDER À INFORMAÇÃO QUE LHE DIZ RESPEITO E PROCEDER À SUA CORRECÇÃO AS FALSAS DECLARAÇÕES SÃO PUNIDAS NOS TERMOS DA LEI

2.1 A preencher no caso de acidente de viação. Elementos relativos aos veículos intervenientes

Marca do veículo _____ Matrícula _____

Nome do proprietário _____

Morada do proprietário _____

Companhia de seguros _____

N.º de apólice _____ N.º de processo da companhia de seguros _____

Marca do veículo (*) _____ Matrícula _____

Nome do proprietário _____

Morada do proprietário _____

Companhia de seguros _____

N.º de apólice _____ N.º de processo da companhia de seguros _____

(*) A preencher no caso de haver outro veículo envolvido no acidente

2.2 A preencher no caso de acidente de trabalho

Nome da entidade empregadora _____

Nº identificação na segurança social da entidade empregadora

Local de trabalho do trabalhador sinistrado _____

Companhia de seguros _____ N.º de apólice _____

2.3 A preencher no caso de existirem testemunhas dos factos que originaram a incapacidade

Nome _____

Morada _____ Tel. _____

Nome _____

Morada _____ Tel. _____

3. Outros elementos (a preencher conforme a situação)

Entidade que tomou conta da ocorrência (GNR, PSP, outra entidade) _____

Tribunal em que está a correr o processo _____ Juízo _____ Secção _____ Processo n.º _____

Nome do advogado que o representa _____

Morada do escritório _____

Localidade _____ Cód. Postal _____ - _____ Tel. _____

Se recebeu indemnização, indique o montante _____ Entidade pagadora _____

4. Certificação do beneficiário

Tomei conhecimento:

(1) no caso de me ser reconhecido o direito a indemnização, a entidade responsável pelo seu pagamento entregará, à segurança social, o valor correspondente ao subsídio de doença que me foi pago, até ao limite da indemnização devida.

(2) em caso de incumprimento do referido em 1), sou solidariamente responsável pelo reembolso, à segurança social, do respectivo valor.

As declarações prestadas correspondem à verdade e não omitem qualquer informação relevante.

_____/_____/_____

Assinatura do beneficiário ou de outrem a seu rogo conforme Bilhete de Identidade

Este formulário deve ser devolvido a estes serviços no prazo de 10 dias úteis, devidamente preenchido e acompanhado dos respectivos meios de prova