



SEGURANÇA SOCIAL

SUBSÍDIO DE DOENÇA DECLARAÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR

ANTES DE PREENCHER LEIA COM ATENÇÃO AS INFORMAÇÕES

1. Elementos relativos ao beneficiário

Nome completo

Data de Nascimento N.º Identificação de Segurança Social

Dia Mês Ano

2. Identificação do agregado familiar

Nome	N.º de Identificação de Segurança Social (1)	Parentesco com o Beneficiário	Data de Nascimento
			/ /
			/ /
			/ /
			/ /
			/ /
			/ /
			/ /
			/ /

(1) Número de Identificação de Segurança Social, caso desconheça, preencha o Boletim de Identificação de Elementos do Agregado Familiar (Mod. RV1013-DGSSFC ou Mod. RV1014-DGSSFC, respectivamente cidadãos nacionais ou cidadãos estrangeiros) e junte os meios de prova nele solicitados.

3. Certificação do beneficiário

As declarações prestadas correspondem à verdade e não omitem qualquer informação relevante.
Tomei conhecimento de que devo comunicar ao serviço de segurança social qualquer alteração da informação prestada, no prazo de 5 dias úteis a partir da data da sua verificação.

_____/_____/_____

Assinatura do beneficiário ou de outrem a seu rogo conforme documento de identificação

4. Informações

O montante do subsídio de doença decorrente de tuberculose é igual a 100% da remuneração de referência relativamente aos beneficiários que tenham no seu agregado mais de 2 familiares a cargo.

Consideram-se familiares a cargo do beneficiário:

- os descendentes ou equiparados que sejam titulares de abono de família ou bonificação por deficiência;
- o cônjuge que não exerça actividade profissional.

Este formulário deve ser devolvido a estes serviços no prazo de 10 dias úteis, devidamente preenchido e assinado.

O não cumprimento do referido prazo, determina que a percentagem de 100% seja considerada, apenas, a partir do dia seguinte ao da sua apresentação.

Sempre que se verifique qualquer alteração do agregado familiar, deverá proceder, obrigatoriamente, à sua actualização junto dos serviços de segurança social.