



SEGURANÇA SOCIAL

DECLARAÇÃO

SITUAÇÃO DE INCAPACIDADE PROVOCADA POR INTERVENÇÃO DE TERCEIROS

Pensão de Invalidez Complemento por Dependência Complemento - Prestação Social para a Inclusão

1 IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

Nome completo			
Data de nascimento	ano mês dia	N.º de Identificação de Segurança Social	
Telemóvel / Telefone	Fax	E-mail	

2 ELEMENTOS RELATIVOS À SITUAÇÃO DE INCAPACIDADE

2.1 Ocorrência do acidente

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

Data, hora e local da ocorrência ano | mês | dia Hora Localidade Freguesia Concelho

O acidente ocorreu ao serviço de alguma entidade empregadora? Sim Não Se assinalou **Sim**, preencha o **ponto 2.4**

Estabelecimento de saúde onde foi prestada a assistência _____

Descrição sumária dos factos de que resultou a situação de incapacidade _____

Nome da pessoa responsável pela incapacidade para o trabalho _____

Data de nascimento ano | mês | dia

Morada _____

Localidade Código Postal _____

Foi feita participação à companhia de seguros? Sim Não

Se assinalou **Não**, indique porque não foi feita a participação _____

Se assinalou **Sim**:

- indique o nome da companhia _____
- está a receber indemnização?⁽¹⁾ Sim Não Se assinalou **Sim**, indique o valor total _____ euros
- foi fixado algum valor de indemnização por perda da capacidade de ganho ?⁽¹⁾ Sim Não Se assinalou **Sim** indique o valor total _____ euros

Nota: Se assinalou Sim em qualquer uma das situações, deve apresentar comprovativo da entidade pagadora.

(1) Caso tenha recebido, ou venha a receber, indemnização do terceiro responsável pelo acidente, determinante da incapacidade que fundamenta a atribuição da Pensão de Invalidez/do Complemento por Dependência e/ou do Complemento - Prestação Social para a Inclusão, não haverá lugar ao pagamento das respetivas prestações até que o somatório do valor das mesmas (a que teria direito se não houvesse tal responsabilidade) atinja o valor da indemnização por perda da capacidade de ganho. Quando o valor da indemnização não for discriminado, presume-se que o mesmo corresponde a dois terços do valor total da indemnização atribuída (artigo 6.º do Decreto-Lei n.º 187/2007, de 10 de maio e artigo 8.º do Decreto-Lei n.º 126-A/2017, de 6 de outubro).

As falsas declarações e omissões são punidas nos termos da lei

2 ELEMENTOS RELATIVOS À SITUAÇÃO DE INCAPACIDADE (continuação)

2.2 A preencher no caso de incapacidade provocada por acidente de viação (elementos relativos ao veículo interveniente no acidente)

Marca do veículo _____
Nome do proprietário _____
Morada do proprietário _____
Companhia de seguros _____
N.º de apólice _____ N.º de processo da companhia de seguros _____

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

Marca do veículo _____ Matrícula _____
Nome do proprietário _____
Morada do proprietário _____
Nome do condutor _____
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 _____
Nome do condutor _____
Companhia de seguros _____
N.º de apólice _____ N.º de processo da companhia de seguros _____

2.4 A preencher no caso de acidente de trabalho ou acidente de viação⁽¹⁾

Trabalhador por conta de outrem

Nome da entidade empregadora _____
Local de trabalho do trabalhador sinistrado _____
Companhia de seguros _____ N.º de apólice _____

Trabalhador Independente

Tem seguro de acidentes de trabalho? Sim Não Se assinalou **Sim**, indique o nome da companhia de seguros _____ e endereço _____

(1) também considerado acidente de trabalho.

2.5 A preencher no caso de agressão ou outro tipo de acidente

Descrever o tipo de acidente, a hora e o local onde este se verificou _____
Indicar o serviço de saúde, caso tenha havido lugar a tratamento hospitalar _____
Indicar, ainda, a autoridade que tomou conta da ocorrência, caso o acidente tenha resultado de agressão _____
Foi apresentada queixa? Sim Não Se assinalou **Sim**, indique o nome da entidade _____ e o endereço _____

(continua na página seguinte)

2 ELEMENTOS RELATIVOS À SITUAÇÃO DE INCAPACIDADE (continuação)

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

Nome	_____			
Morada	_____			
Localidade	Código Postal	_____	Telefone	_____
Nome	_____			
Morada	_____			
Localidade	Código Postal	_____	Telefone	_____

3 OUTROS ELEMENTOS

Nome da entidade que tomou conta da ocorrência (GNR, PSP, outra entidade) ⁽¹⁾	_____					
Tribunal onde está a correr o processo	Juízo	_____	Secção	_____	Processo n.º	_____
Nome do advogado que o representa	_____					
Morada do escritório	_____					
Localidade	Código Postal	_____	Telefone	_____		

(1) Se preencheu este campo, junte fotocópia da participação do acidente, elaborada pela GNR ou PSP.

4 CERTIFICAÇÃO

Tomei conhecimento que, no caso de me ser reconhecido o direito a indemnização, a entidade responsável pelo seu pagamento entregará, à Segurança Social, o valor correspondente à Pensão de Invalidez, (incluindo o Complemento por Dependência, se for o caso) e do Complemento - Prestação Social para a Inclusão que me foi pago, até ao limite da indemnização devida. Em caso de incumprimento sou solidariamente responsável pelo reembolso, à Segurança Social, do respetivo valor.

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

Comprometo-me a comunicar qualquer alteração da informação prestada.

ano mês dia

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

5 INFORMAÇÕES

Este formulário deve ser:

- utilizado no âmbito da **Pensão de Invalidez, Complemento por Dependência** e do **Complemento - Prestação Social para a Inclusão**, se for o caso;
- devolvido a estes serviços, devidamente preenchido e acompanhado dos respetivos meios de prova.

Os dados pessoais apresentados serão objeto de tratamento pelos serviços competentes da Segurança Social (Instituto da Segurança Social, I.P., Instituto da Segurança Social dos Açores, I.P.R.A. e Instituto de Segurança Social da Madeira, IP-RAM) para os fins a que se destina o presente formulário e serão conservados pelo prazo estritamente necessário à prossecução desses fins.

Os referidos Serviços da Segurança Social, comprometem-se a proteger os seus dados pessoais e a cumprir as suas obrigações no âmbito da proteção de dados. Para mais informações sobre a proteção de dados, consulte o portal da Segurança Social em www.seg-social.pt.

VALIDAÇÃO DA ASSINATURA (a preencher pelos serviços da Segurança Social)

Confirmo que a assinatura do:	<input type="checkbox"/> beneficiário ou	<input type="checkbox"/> rogado	está em conformidade com o seguinte documento de identificação:		
<input type="radio"/> Cartão de Cidadão	<input type="radio"/> Bilhete de Identidade	<input type="radio"/> Passaporte	<input type="radio"/> Outro _____		
Número	_____	Validade	_____		
		ano	mês	dia	_____

Assinatura e carimbo da Segurança Social