



SEGURANÇA SOCIAL

DECLARAÇÃO

ATO DA RESPONSABILIDADE DE TERCEIRO

Prestações por Morte Subsídio de Funeral Reembolso das Despesas de Funeral

1 IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA FALECIDA

Nome completo	<input type="text"/>		
Data de nascimento	<input type="text"/> ano mês dia	N.º de Identificação de Segurança Social	<input type="text"/>
Data do falecimento	<input type="text"/> ano mês dia		

2 IDENTIFICAÇÃO DO DECLARANTE

Nome completo	<input type="text"/>		
Data de nascimento	<input type="text"/> ano mês dia	N.º de Identificação de Segurança Social	<input type="text"/>

3 ELEMENTOS RELATIVOS À CAUSA DO FALECIMENTO

3.1 Ocorrência do acidente

Causa da morte:	<input type="checkbox"/> Acidente de viação	<input type="checkbox"/> Acidente de trabalho	<input type="checkbox"/> Agressão	<input type="checkbox"/> Outro tipo de acidente	
Data, hora e local da ocorrência	<input type="text"/> ano mês dia	Hora	<input type="text"/> Localidade	<input type="text"/> Freguesia	<input type="text"/> Concelho
Descrição sumária dos factos de que resultou o falecimento	<input type="text"/>				
Nome da pessoa responsável pelo acidente	<input type="text"/>				
Data de nascimento	<input type="text"/> ano mês dia				
Morada	<input type="text"/>				
Localidade	<input type="text"/>	Código Postal	<input type="text"/>		
Recebeu uma indemnização?	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não			
Foi feita participação à Companhia de Seguros?	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não			
Se assinalou Sim , indique o nome da Companhia	<input type="text"/>				
Se assinalou Não , indique porque não foi feita a participação	<input type="text"/>				

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

Marca do veículo	<input type="text"/>	Matrícula	<input type="text"/>
Nome do proprietário	<input type="text"/>		
Morada do proprietário	<input type="text"/>		
Companhia de seguros	<input type="text"/>		
N.º de apólice	<input type="text"/>	N.º de processo da companhia de seguros	<input type="text"/>

As falsas declarações são punidas nos termos da lei

3 ELEMENTOS RELATIVOS À CAUSA DO FALECIMENTO (continuação)

3.3 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 _____

3.4 A preencher no caso de morte provocada por acidente de trabalho ou acidente de viação ⁽¹⁾

Trabalhador por conta de outrem

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

Trabalhador independente

Tinha 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.

4 OUTROS ELEMENTOS

Nome da Entidade que tomou conta da ocorrência (GNR, PSP ou outra entidade) ⁽²⁾ _____
Tribunal em que está a correr o processo _____
Juízo _____ Secção _____ Processo n.º _____
Nome do advogado que o representa _____
Morada do escritório _____
Localidade _____ Código postal _____ Telefone _____
Se recebeu indemnização, indique o valor _____, _____ EUR Entidade pagadora _____
(2) Se preencheu este campo, junte fotocópia da participação do acidente, elaborada pela GNR ou PSP.

5 CERTIFICAÇÃO

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 declarante ou de outrem a seu rogo conforme documento de identificação válido

Este formulário deve ser:

- utilizado no âmbito das **Prestações por Morte**, do **Subsídio de Funeral** e do **Reembolso das Despesas de Funeral**;
- 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