SEGURANÇA SOCIAL

Proteção na Doença Profissional

Requerimento de Pensão Bonificada

1 Dados do requerente

Nome completo

N.º de Identificação de Segurança Social

Data de nascimento
ano - mês - dia

Telemóvel ou telefone

E-mail

2 Dados da atividade profissional

Nome da entidade empregadora

Ramo de atividade

Profissão/atividade

Tarefas desempenhadas

Riscos a que se encontra sujeito e/ou produtos com os quais trabalha

Morada

Localidade

Código postal
-

Telemóvel ou telefone

Fax

E-mail

Data de fim da atividade que provocou a doença profissional:
ano - mês - dia

3 Declarações

Declaro que a informação que prestei é completa e verdadeira.

Comprometo-me a não continuar nem voltar a trabalhar em atividades sujeitas ao risco de doença profissional de que sou pensionista.

Compreendo que devo comunicar à Segurança Social qualquer alteração da informação prestada, **no prazo de 10 dias úteis** a contar da data da sua verificação.

Tenho conhecimento que as falsas declarações são punidas nos termos da lei.

Data
ano - mês - dia

Assinatura

Assinatura do requerente ou de outra pessoa a seu rogo (assinatura de outra pessoa quando o requerente não pode ou não sabe assinar) conforme documento de identificação válido.

Proteção de dados

Os dados pessoais recolhidos serão objeto de tratamento pelos serviços 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, I.P.RAM) e serão conservados pelo prazo necessário para cumprir a finalidade a que se destinam.
Os 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 site da Segurança Social em www.seg-social.pt

A preencher pela Segurança Social

Confirmo que a assinatura do/a ◯ **Requerente** ◯ **Pessoa que assinou a rogo** está em conformidade com o seguinte documento de identificação:

◯ Cartão de Cidadão ◯ Bilhete de Identidade ◯ Passaporte ◯ Outro _____

Número _____

Validade ____ - ____ - ____
ano mês dia

Assinatura e carimbo