



SEGURANÇA SOCIAL

## SUBSÍDIO DE DOENÇA DECLARAÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR

ANTES DE PREENCHER LEIA COM ATENÇÃO AS INFORMAÇÕES

### 1 ELEMENTOS RELATIVOS AO BENEFICIÁRIO

Nome completo	<input type="text"/>		
Data de nascimento	<input type="text"/> ano <input type="text"/> mês <input type="text"/> dia	N.º de Identificação de Segurança Social	<input type="text"/>
Telemóvel/Telefone	<input type="text"/>	Fax	<input type="text"/>
		E-mail	<input type="text"/>

### 2 IDENTIFICAÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR

Nome	N.º de Identificação de Segurança Social <sup>(1)</sup>	Parentesco com o beneficiário

(1) Número de Identificação de Segurança Social. Caso desconheça, preencha o Boletim de Identificação de Elementos do Agregado Familiar, Mod. RV 1013-DGSS ou Mod. RV 1014-DGSS, respetivamente 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.

ano  mês  dia

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

### 4 INFORMAÇÕES

Nas situações em que o cálculo do subsídio é feito com base nas percentagens de 55% e 60%, estas podem ser majoradas em 5% se:

- A remuneração de referência for igual ou inferior a 511,55 euros.
- Tiver três ou mais descendentes a cargo, com idades até 16 anos, ou até 24 anos, se receberem Abono de Família para Crianças e Jovens;
- Tiver descendentes que beneficiem da Bonificação por Deficiência.

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 para Crianças e Jovens ou Bonificação por Deficiência;
- o cônjuge que não exerça atividade 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 atualização junto dos Serviços da Segurança Social.

**As falsas declarações são punidas nos termos da lei**

