

QUESTIONÁRIO

PRESTAÇÕES POR MORTE

(A preencher no caso de o falecimento ter resultado de um acidente)

N.º de Identificação de Segurança Social do Beneficiário Falecido (NISS)

Nome do Beneficiário Falecido

N.º de Identificação de Seg. Social do requerente das prestações por morte (NISS)

Nome do requerente das prestações por morte

1. OCORRÊNCIA DO ACIDENTE

Data em que ocorreu o acidente ____/____/____

Local onde ocorreu o acidente (Freguesia) _____ (Concelho) _____

Descrição do acidente: _____

2. SE O ÓBITO RESULTOU DE ACIDENTE DE VIAÇÃO COM EVENTUAL RESPONSABILIDADE DE TERCEIROS INDIQUE:

2.1 - Relativo ao veículo onde seguia o beneficiário que faleceu:

. Marca _____ ; Matrícula _____

. Nome do Proprietário _____

. Nome do Condutor _____

. Companhia de Seguros em que o mesmo estava seguro _____

. Número da Apólice _____

2.2 - Relativo ao outro veículo interveniente no acidente:

. Marca _____ ; Matrícula _____

. Nome do Proprietário _____

. Companhia de Seguros em que o mesmo estava seguro _____

. Número da Apólice _____

2.3 - A G.N.R. ou a P.S.P. tomou conta da ocorrência? (Marcar) Sim Não

2.3.1 - Se Sim, indique:

Entidade policial que tomou conta do acidente _____ Posto _____

Se possível, envie fotocópia da participação do acidente elaborado pela entidade policial.

2.4 - Está a correr processo no tribunal pelo acidente? (Marcar) Sim Não

. Em caso afirmativo, indicar:

. Qual o Tribunal _____

. Juízo _____ Secção _____ N.º do Processo _____

2.5 -Relativamente ao seu advogado:

Nome _____

Morada _____

2.6 - Já recebeu indemnização? (Marcar) Sim Não

. Em caso afirmativo, indicar:

. Quanto? _____

. Entidade que pagou _____

. Agradece-se que nos forneça cópia do recibo de quitação emitido pela Companhia de Seguros.

3. SE O ÓBITO RESULTOU DE ACIDENTE DE TRABALHO, OU ACIDENTE DE VIAÇÃO TAMBÉM CONSIDERADO DE TRABALHO, INDIQUE:

3.1- Identificação da Entidade Empregadora _____

3.2 - Companhia de Seguros para a qual foi transferida a responsabilidade por acidente de trabalho _____

3.3 - Número de apólice _____

3.4 - Número do processo na Companhia de Seguros _____

3.5 - IDENTIFICAÇÃO DO TRIBUNAL DE TRABALHO ONDE CORRE O PROCESSO:

3.5.1- Tribunal de _____

3.5.2- Juízo _____ Secção _____ N.º Processo _____

3.6 -Relativamente ao advogado:

Nome _____

Morada do escritório _____

3.7 - Já foram fixadas as prestações pelo Tribunal? Sim Não

3.8 - Em caso afirmativo, envie p.f. fotocópia do auto de conciliação ou sentença.

4. SE O ÓBITO RESULTOU DE OUTRAS CAUSAS QUE NÃO SEJAM ACIDENTE DE VIAÇÃO OU DE TRABALHO:

4.1 Descreva o acidente _____

4.2 - A G.N.R ou a P. S. P. tomou conta do acidente? (Marcar) Sim Não

4.2.1 - Entidade Policial que tomou conta do acidente _____ Posto _____

Se possível, envie fotocópia da participação do acidente elaborada pela entidade policial.

Nota: Com o envio deste questionário devidamente preenchido e assinado, as prestações por morte serão pagas com maior celeridade.

ASSUMO A VERACIDADE DAS DECLARAÇÕES PRESTADAS NESTE QUESTIONÁRIO E COMPROMETO-ME A COMUNICAR TODAS AS ALTERAÇÕES QUE VENHAM A OCORRER

_____, _____ de _____ de 20 _____

(Assinatura conforme Bilhete de Identidade/Cartão de Cidadão do requerente ou de outrem a seu rogo, desde que não possa ou não saiba assinar)