



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 | _____ | N.º de Identificação de Segurança Social | _____ |
| | ano mês dia | | |
| Telemóvel / Telefone | _____ | Fax | _____ |
| | | E-mail | _____ |

2 ELEMENTOS RELATIVOS À SITUAÇÃO DE INCAPACIDADE

2.1 Ocorrência do acidente

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Causa: | Acidente de viação <input type="checkbox"/> | Acidente de trabalho <input type="checkbox"/> | Agressão <input type="checkbox"/> | Outro tipo de acidente <input type="checkbox"/> |
| Data, hora e local da ocorrência | _____ | _____ | _____ | _____ |
| | ano mês dia | Hora | Localidade | Freguesia Concelho |
| O acidente ocorreu ao serviço de alguma entidade empregadora? | <input type="radio"/> Sim | <input type="radio"/> 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? | <input type="radio"/> Sim | <input type="radio"/> Não | | |
| Se assinalou Não , indique porque não foi feita a participação | _____ | | | |
| Se assinalou Sim : | | | | |
| - indique o nome da companhia | _____ | | | |
| - está a receber indemnização? ⁽¹⁾ | <input type="radio"/> Sim | <input type="radio"/> Não | Se assinalou Sim , indique o valor total | _____ euros |
| - foi fixado algum valor de indemnização por perda da capacidade de ganho? ⁽¹⁾ | <input type="radio"/> Sim | <input type="radio"/> 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: **beneficiário ou** **rogado** 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 da Segurança Social