



SEGURANÇA SOCIAL

SUBSÍDIO DE DOENÇA DECLARAÇÃO DE ACIDENTE

1 ELEMENTOS RELATIVOS AO BENEFICIÁRIO

Nome completo			
Data de nascimento	ano mês dia	N.º de Identificação de Segurança Social	
Telemóvel/Telefone	Fax	E-mail	

2 ELEMENTOS RELATIVOS À SITUAÇÃO DE INCAPACIDADE PARA O TRABALHO

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
Descrição sumária dos factos de que resultou a situação de incapacidade (Indique também se o acidente ocorreu em casa, na rua, no local de trabalho ou noutro lugar)					

A incapacidade para o trabalho foi provocada por ato de terceiro? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não Se assinalou Sim , indique:					
Nome do terceiro		Data de nascimento		ano mês dia	
Morada _____					
Localidade _____ Código Postal _____ - _____					
Considera que tem direito a 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 _____					

Se assinalou Não , indique porque não foi feita a participação _____					

Estabelecimento de saúde onde foi prestada a assistência _____					

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

Marca do veículo	Matrícula
Nome do proprietário _____	
Morada do proprietário _____	
Companhia de seguros _____	
N.º de apólice	N.º de processo da companhia de seguros

(continua na página seguinte)

As falsas declarações são punidas nos termos da lei

2 ELEMENTOS RELATIVOS À SITUAÇÃO DE INCAPACIDADE PARA O TRABALHO (continuação)

2.3 A preencher no caso de haver outro veículo envolvido 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 _____

2.4 A preencher no caso de acidente de trabalho ou acidente de viação (Também considerado acidente de trabalho)

Trabalhador por Conta de Outrem
 Nome da entidade empregadora _____
 N.º de Identificação de Segurança Social 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 _____

2.5 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 (a preencher conforme a situação)

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 _____
 Se recebeu indemnização, indique o valor _____, _____ euros Entidade pagadora _____

(1) Se preencher este campo, junte fotocópia da participação do acidente, elaborada pela G.N.R. ou P.S.P..

4 CERTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

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 ao Subsídio de Doença 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.

 ano mês dia

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

5 PRAZO DE ENTREGA

Este formulário deve ser devolvido a estes serviços **no prazo de 10 dias úteis**, 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 DO BENEFICIÁRIO (a preencher pelos serviços da Segurança Social)

Confirmo que a assinatura da pessoa identificada no **quadro 1** 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