

Prestações por Morte Subsídio de Funeral Reembolso das Despesas de Funeral

Dados da pessoa falecida

Nome completo

N.º de Identificação de Segurança Social

N.º de Identificação Fiscal

Data de falecimento

 - -
ano mês dia

Telemóvel ou telefone

E-mail

Dados do declarante

Nome completo

N.º de Identificação de Segurança Social

N.º de Identificação Fiscal

Data de nascimento

 - -
ano mês dia

Dados relativos à causa do falecimento

3.1. Ocorrência do acidente

Causa da morte: Acidente de viação Acidente de trabalho Agressão Outro tipo de acidente

Data da ocorrência

 - -
ano mês dia

Hora da ocorrência

 :

Local da ocorrência

Descrição sumária dos factos de que resultou o falecimento

Nome da pessoa responsável pelo acidente

Data de nascimento

 - -
ano mês dia

Morada

Localidade

Código Postal

Recebeu uma indemnização? Sim Não

Foi feita participação à companhia de seguros? Sim Não

Se respondeu sim, indique o nome da companhia:

Se respondeu não, indique porque não foi feita a participação:

Dados relativos à causa do acidente (continuação)**3.2. A preencher no caso de morte provocada por acidente de viação**

(Dados do/s veículo/s interveniente/s no acidente)

Veículo n.º 1

Marca 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

Veículo n.º 2

Marca 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

Veículo n.º 3

Marca 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

3.3. A preencher no caso de morte provocada por acidente de trabalho ou acidente de viação (também considerado acidente de trabalho)**Trabalhador por conta de outrem**

Nome da entidade empregadora

Local de trabalho do trabalhador falecido

Companhia de seguros N.º de apólice

Trabalhador independente

Tinha seguro de acidentes de trabalho? Sim Não

Se respondeu sim, indique:

- ▶ O nome da companhia de seguros:
- ▶ O endereço da companhia de seguros:

Outros dados

4

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/a advogado/a que o/a representa

Morada

Localidade Código Postal

Telemóvel ou telefone E-mail

¹ Se preencheu este campo, **junte cópia da participação do acidente**, elaborada pela GNR ou PSP.

Declarações

5

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

Comprometo-me a comunicar à Segurança Social as alterações da informação que prestei.

Declaro que a informação que prestei é completa e verdadeira.

Data

- -
ano mês dia

Assinatura

Assinatura do declarante 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 a Segurança Social Direta em www.seg-social.pt.

A preencher pela Segurança Social

Confirmo que a assinatura do/a **Declarante** **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