

Situação de Incapacidade Provocada por Intervenção de Terceiros

☐ Pensão de Invalidez ☐ Complemento por Dependência ☐ Complemento - Prestação Social para a Inclusão

Dados do beneficiário

1

Nome completo

N.º de Identificação de Segurança Social

N.º de Identificação Fiscal

Data de nascimento

ano - mês - dia

Telemóvel ou telefone

E-mail

Dados da situação de incapacidade

2

2.1. Ocorrência do acidente

Causa: ☐ Acidente de viação ☐ Acidente de trabalho ☐ Agressão ☐ Outro tipo de acidente

Data da ocorrência

ano - mês - dia

Hora da ocorrência

:

Local da ocorrência

O acidente ocorreu ao serviço de alguma entidade empregadora? ☐ Sim ☐ Não

Se respondeu **sim**, preencha o ponto 2.3. do [quadro 2](#).

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? ☐ Sim ☐ Não

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

Se respondeu **sim**:

▶ Indique o nome da companhia:

▶ Está a receber indemnização?¹

☐ Sim

☐ Não

Se respondeu **sim**, indique o valor total:

€

▶ Foi fixado algum valor de indemnização por perda da capacidade de ganho?¹

☐ Sim

☐ Não

Se respondeu **sim**, indique o valor total:

€

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 (Decreto-Lei n.º 187/2007, de 10 de maio, art. 6.º e Decreto-Lei n.º 126-A/2017, de 6 de outubro).

Dados da situação de incapacidade (continuação)**2.2. A preencher no caso de incapacidade 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

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

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

Companhia de seguros

N.º de apólice N.º de processo da companhia de seguros

2.3. A preencher no caso de acidente de trabalho ou acidente de viação (se também for acidente de trabalho) **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 respondeu **sim**, indique:

- ▶ Nome da companhia de seguros:
- ▶ Morada da companhia de seguros:

Dados da situação de incapacidade (continuação)

2.4. A preencher no caso de agressão ou outro tipo de acidente

Descreva o tipo de acidente

Indique:

- ▶ Estabelecimento de saúde, caso tenha havido tratamento hospitalar:
- ▶ Autoridade que tomou conta da ocorrência, caso o acidente tenha resultado de agressão:

2.5. A preencher no caso de existirem testemunhas dos factos que originaram a incapacidade

Testemunha n.º 1

Nome completo

Morada

Localidade

Código Postal

Testemunha n.º 2

Nome completo

Morada

Localidade

Código Postal

Outros dados

Autoridade que tomou conta da ocorrência (GNR, PSP, outra entidade)¹

Tribunal onde está a correr o processo

Juízo

Secção

N.º de processo

Nome do/a advogado/a que o representa

Morada do escritório

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

Tenho 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/ou 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 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 beneficiário 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 ☐ **Beneficiário** ☐ **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