

Dados do beneficiário

Nome completo

N.º de Identificação de Segurança Social

Data de nascimento

ano mês dia

Telemóvel ou telefone

E-mail

Contexto do acidente

Indique a causa do acidente:

(Em caso de acidente de viação que tenha ocorrido no trabalho ou no trajeto casa-trabalho, deve escolher a opção "Acidente de trabalho").

- Acidente de trabalho Acidente de viação (acidente ocorrido em via pública ou privada)
 Agressão Outro

Data do acidente

ano mês dia

Hora do acidente

Localidade

Freguesia

Concelho

Descrição resumida do acidente:

(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 terceiro? Sim 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? Sim Não

Foi feita participação à companhia de seguros? Sim 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:

3

Veículos envolvidos no acidente (A preencher no caso de acidente de viação)

3.1. Dados do veículo

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

3.2. Dados de outro veículo (caso se aplique)

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

4

Regime de trabalho (A preencher no caso de acidente de trabalho ou acidente de viação que seja considerado acidente de trabalho)

4.1. Trabalhador por Conta de Outrem

Nome da entidade empregadora

NISS da entidade empregadora Local de trabalho

Companhia de seguros N.º de apólice

4.2. Trabalhador independente

Tem seguro de acidentes de trabalho? Sim Não Se assinalou **Sim**, indique:

Companhia de seguros

Endereço da companhia de seguros

5

Testemunhas (A preencher no caso de existirem pessoas que presenciaram o acidente)

Testemunha n.º 1

Nome

Morada

Localidade Código Postal Telefone

5 Testemunhas (continuação)

Testemunha n.º 2

Nome

Morada

Localidade

Código Postal

Tefefone

6 Outros elementos (A preencher conforme a situação)

Nome da entidade que tomou conta da ocorrência (GNR, PSP ou outras)

Se preencher este campo, junte fotocópia da participação do acidente

Tribunal onde está a correr o processo

Juízo

Processo n.º

Nome do advogado que o representa

Morada do escritório

Localidade

Código Postal

Tefefone

Se recebeu indemnização, indique o valor

€

Entidade pagadora

7 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 ao Subsídio de Doença que me foi pago, até ao limite da indemnização devida.
- ▶ Em caso de incumprimento na celebração de acordos do direito a indemnização, sou solidariamente responsável pelo reembolso, à Segurança Social, do respetivo valor.
Decreto-Lei n.º 28/2004, de 4 fevereiro, art. 31.º

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.

8 Informações

Prazo e local de entrega

Esta declaração deve ser preenchida ou entregue, **no prazo de 10 dias úteis**, preferencialmente, na Segurança Social Direta, em www.seg-social.pt, através do menu:

Doença > Cuidados na Doença > Subsídio de Doença > Consultar pedidos de Subsídio de Doença > Consultar prestação > Preencher declaração ou Entregar declaração (conforme o caso).

A utilização da Segurança Social Direta permite uma análise mais rápida do seu processo.

Se optar por entregar a declaração em papel, pode fazê-lo presencialmente ou por correio para um Serviço de Atendimento ao Público da Segurança Social.

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, IP-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

Confirmando 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