



SEGURANÇA SOCIAL

## DECLARAÇÃO

### ATO DA RESPONSABILIDADE DE TERCEIRO

Prestações por Morte     Subsídio de Funeral     Reembolso das Despesas de Funeral

#### 1 IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA FALECIDA

Nome completo	<input type="text"/>		
Data de nascimento	<input type="text"/> ano <input type="text"/> mês <input type="text"/> dia	N.º de Identificação de Segurança Social	<input type="text"/>
Data do falecimento	<input type="text"/> ano <input type="text"/> mês <input type="text"/> dia		

#### 2 IDENTIFICAÇÃO DO DECLARANTE

Nome completo	<input type="text"/>		
Data de nascimento	<input type="text"/> ano <input type="text"/> mês <input type="text"/> dia	N.º de Identificação de Segurança Social	<input type="text"/>

#### 3 ELEMENTOS 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, hora e local da ocorrência     ano     mês     dia    Hora     Localidade     Freguesia     Concelho

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 assinalou **Sim**, indique o nome da Companhia \_\_\_\_\_

Se assinalou **Não**, indique porque não foi feita a participação \_\_\_\_\_

##### 3.2 A preencher no caso de morte 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 \_\_\_\_\_

**Os dados constantes deste documento serão objeto de registo informático na base de dados da Segurança Social. Poderá consultar pessoalmente a informação que lhe diz respeito, bem como solicitar a sua correção. As falsas declarações são punidas nos termos da lei.**

### 3 ELEMENTOS RELATIVOS À CAUSA DO FALECIMENTO (continuação)

#### 3.3 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 \_\_\_\_\_

#### 3.4 A preencher no caso de morte provocada por acidente de trabalho ou acidente de viação <sup>(1)</sup>

##### 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 assinalou **Sim**, indique o nome da companhia de seguros \_\_\_\_\_ e endereço \_\_\_\_\_

**(1)** também considerado acidente de trabalho.

### 4 OUTROS ELEMENTOS

Nome da Entidade que tomou conta da ocorrência (GNR, PSP ou outra entidade) <sup>(2)</sup> \_\_\_\_\_  
Tribunal em que 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 \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ EUR Entidade pagadora \_\_\_\_\_  
**(2)** Se preencheu este campo, junte fotocópia da participação do acidente, elaborada pela GNR ou PSP.

### 5 CERTIFICAÇÃO

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 declarante ou de outrem a seu rogo conforme documento de identificação civil válido

Este formulário deve ser:

- utilizado no âmbito das **Prestações por Morte**, do **Subsídio de Funeral** e do **Reembolso das Despesas de Funeral**;
- devolvido a estes serviços, devidamente preenchido e acompanhado dos respetivos meios de prova.