



Preencha este requerimento no caso de não ter sido reconhecida doença profissional ao beneficiário.

### Dados do beneficiário falecido

Nome completo

N.º de Identificação de Segurança Social

Data de nascimento

 -  -   
ano mês dia

Data de falecimento

 -  -   
ano mês dia

### Dados da entidade empregadora

(Elementos relativos ao beneficiário falecido)

Nome da entidade empregadora

N.º de Identificação de Segurança Social

País

Morada

Localidade

Código Postal

 -  - 

Profissão

Período de trabalho

de  -  -  a  -  -   
ano mês dia ano mês dia

Tarefas desempenhadas

Posto de trabalho

Riscos a que esteve sujeito e/ou produtos com os quais trabalhou

A doença profissional foi contraída/agravada nesta entidade empregadora?

Sim  Não

Se respondeu **sim**, passe para o [quadro 5](#) e seguintes.

Exerceu outras profissões/atividades?

Sim  Não

Se respondeu **sim**, preencha também a [Declaração da Atividade Profissional Exercida - GDP 15](#).

3

### Dados da entidade empregadora onde foi contraída a doença profissional

(Elementos relativos ao beneficiário falecido)

Nome da entidade empregadora

N.º de Identificação de Segurança Social

País

Morada

Localidade

Código Postal

Profissão

Período de trabalho

de  -  -  a  -  -

ano mês dia ano mês dia

Tarefas desempenhadas

Posto de trabalho

Riscos a que esteve sujeito e/ou produtos com os quais trabalhou

A doença profissional foi contraída/agravada nesta entidade empregadora?

Sim

Não

Se respondeu **sim**, passe para o [quadro 5](#) e seguintes.

4

### Dados da entidade empregadora onde foi agravada a doença profissional

(Elementos relativos ao beneficiário falecido)

Nome da entidade empregadora

N.º de Identificação de Segurança Social

País

Morada

Localidade

Código Postal

Profissão

Período de trabalho

de  -  -  a  -  -

ano mês dia ano mês dia

Tarefas desempenhadas

Posto de trabalho

Riscos a que esteve sujeito e/ou produtos com os quais trabalhou

5

## Outros elementos relativos ao beneficiário falecido

É titular de pensões atribuídas por outro sistema de proteção social?  Sim  Não

Se respondeu **sim**, preencha o quadro seguinte:

Natureza da pensão	Data de atribuição	Entidade que atribui a pensão ou onde a pediu
Acidente de trabalho com desvalorização de _____ %	- -	
Segurança Social estrangeira	- -	
Função pública	- -	
Outra	- -	

Encontra-se em curso alguma ação judicial por acidente de trabalho ou doença profissional?  Sim  Não

Se respondeu **sim**, preencha o quadro seguinte:

Comarca	Tribunal/Ministério Público	Juízo/Secção	N.º de Processo

6

## Declarações

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

**Declaro** que a informação que prestei é completa e verdadeira.

Data

-  -   
 ano                      mês                      dia

Assinatura

Assinatura do requerente 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 o site da Segurança Social em [www.seg-social.pt](http://www.seg-social.pt)

## A preencher pela Segurança Social

Confirmo que a assinatura do/a  **Requerente**  **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