

PROVA DE VIDA DE PENSIONISTA

Nº de Processo _____

A preencher pelo pensionista

Nome Completo: _____

Morada: _____

Telefone: _____

Código Postal: _____ - _____

Freguesia: _____ **Concelho:** _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____

Nº. Fiscal de Contribuinte: _____

Para efeito do direito à pensão por acidente de trabalho, declara-se que o pensionista acima identificado se encontra vivo nesta data e cujos elementos de identificação confirmamos.

Em ____ de _____ de ____

O Presidente da Junta de Freguesia

(Assinatura autenticada com carimbo pela entidade declarante)

Nota:

Nos termos do disposto no nº 1 do artº 176.º da Lei nº 98/2009, de 4 de setembro, "Está isento de emolumentos, custas e taxas todo o documento necessário ao cumprimento das normas relativas aos acidentes de trabalho e doenças profissionais, independentemente da respetiva natureza e da repartição por onde haja passado ou haja de transitar para a sua legalização, salvo o disposto no Regulamento Emolumentar dos Registos e do Notariado."

A Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões (ASF) é a entidade responsável pelos dados pessoais fornecidos, garantindo a sua confidencialidade e proteção. Os dados recolhidos destinam-se ao cumprimento das atribuições legais da ASF, sendo conservados com observância dos prazos legais aplicáveis. Para informações relacionadas com o tratamento dos seus dados pessoais pode utilizar o seguinte endereço de correio eletrónico: RGDP@asf.com.pt