



SEGURANÇA SOCIAL

**REQUERIMENTO ⁽¹⁾
TRABALHADORES INDEPENDENTES
ISENÇÃO DO PAGAMENTO DE CONTRIBUIÇÕES**

1 IDENTIFICAÇÃO

Nome completo		
N.º de Identificação de Segurança Social		
N.º de Identificação Fiscal	Código do Serviço de Finanças	
Morada		
Código postal		
Localidade	Telefone	E-mail

2 SITUAÇÃO QUE DETERMINA O PEDIDO DE ISENÇÃO

Assinale com um x a quadrícula respetiva

- Exercer atividade por conta de outrem ⁽²⁾ e ter remuneração mensal igual ou superior ao valor do Indexante dos Apoios Sociais (IAS)
- Ser titular de pensão atribuída por outro sistema de proteção social, nacional ou estrangeiro ⁽³⁾ por :
- Invalidez/Velhice/Aposentação
 - Doença Profissional/Acidente de Trabalho, com incapacidade igual ou superior a 70%

(2) Abrangida por um sistema obrigatório de proteção social que inclua a totalidade das eventualidades cobertas pelo regime dos trabalhadores independentes

(3) Ex: Caixas não integradas, Caixa Geral de Aposentações ou organismo estrangeiro.

3 CERTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

- Declaro que a atividade independente e a atividade profissional por conta de outrem são exercidas em empresas distintas e que não têm, entre si, uma relação de domínio ou de grupo.
- Declaro que a atividade independente é legalmente cumulável com a pensão.

Comprometo-me a comunicar qualquer alteração da informação prestada **no prazo de 10 dias** a contar da data da sua verificação. As declarações prestadas correspondem à verdade e não omitem qualquer informação relevante.

ano mês dia

Assinatura, conforme documento de identificação válido do requerente ou de outrem a seu rogo

4 DOCUMENTOS A APRESENTAR

Cartão de identificação de Segurança Social do requerente ou, na sua falta, documento de identificação válido, designadamente, Cartão de Cidadão, Bilhete de Identidade, Certidão de Registo Civil, Boletim de Nascimento ou Passaporte;

Declaração da entidade empregadora com a indicação da remuneração mensal declarada, se for ativo ou declaração da instituição competente, nacional ou estrangeira, comprovativa da situação de pensionista, com indicação do grau de incapacidade, no caso de doença profissional ou acidente de trabalho.

(1) Para aplicação do artigo 157.º do Código dos Regimes Contributivos, aprovado pela Lei n.º 110/2009, de 16 de setembro e dos artigos 59.º a 61.º do Decreto Regulamentar n.º 1-A/2011, de 3 de janeiro.

Este formulário destina-se a ser utilizado pelo trabalhador independente que, na qualidade de trabalhador por conta de outrem ou de pensionista, se encontre abrangido por outro sistema de proteção social.

Os dados pessoais apresentados serão objeto de tratamento pelos serviços competentes 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) para os fins a que se destina o presente formulário e serão conservados pelo prazo estritamente necessário à prossecução desses fins.

Os referidos 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 portal da Segurança Social em www.seg-social.pt

As falsas declarações são punidas nos termos da lei