



REGISTO DE ENTRADA

## REQUERIMENTO DE PRESTAÇÕES POR MORTE

Exmº Senhor Diretor  
do Centro Nacional de Pensões

O abaixo assinado vem requerer as Prestações por Morte, para o que fornece os seguintes elementos:

1	IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO FALECIDO
	Nº de Identificação de Segurança Social (NISS) <input type="text" value="1"/>
	Nome Completo <input type="text"/>
	Data de Nascimento <input type="text"/> Sexo (F ou M) <input type="checkbox"/> Estado Civil à data do falecimento <input type="text"/>
	Naturalidade <input type="text"/>
	País <input type="text"/> Distrito <input type="text"/>
	Concelho <input type="text"/> Freguesia <input type="text"/>
	Nacionalidade <input type="text"/> Data do falecimento <input type="text"/>

2	IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE
	Nº de Identificação de Segurança Social (NISS) (a) <input type="text"/>
	Nome Completo (b) <input type="text"/>
	Data de Nascimento <input type="text"/> Parentesco com o Beneficiário <input type="text"/>
	Estado Civil <input type="text"/> Nº de Identificação Fiscal <input type="text"/> Cód. Repart. Finanças <input type="text"/>
	Morada (Rua, Av. Pç., etc.) <input type="text"/>
	Localidade <input type="text"/> Telefone <input type="text"/>
	Cód. Postal <input type="text"/> Cód. Morada <input type="text"/>
	Endereço eletrónico <input type="text"/> (A preencher pelos serviços)
	<b>a) Se não for detentor de NISS, deverá preencher obrigatoriamente o Mod. RV 1013 - DGSS</b>
	<b>b) O nome que consta no Bilhete de Identidade ou Cartão de Cidadão</b>

**3****ELEMENTOS RELATIVOS AO BENEFICIÁRIO FALECIDO****3.1 CAUSA DA MORTE / SITUAÇÃO NA DATA DO FALECIMENTO****3.1.1 CAUSA DA MORTE**

- |                                    |   |                         |   |
|------------------------------------|---|-------------------------|---|
| 1. Doença natural?                 | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | 3. Doença profissional? | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| 2. Acidente?                       | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | 4. Outra                | _____   |
| 2.1. Com intervenção de terceiros? | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |                         | _____   |
| 2.2. De trabalho?                  | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |                         | _____   |

Se respondeu Sim no campo 2 preencha o questionário anexo (CNP-04)

**3.1.2 SITUAÇÃO NA DATA DO FALECIMENTO**

- |   |   |                                       |
|---|---|---------------------------------------|
| Tinha requerido pensão?                 | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Se sim, indique em que entidade _____ |
| Recebia pensão por doença profissional? | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | _____                                 |
| Era reformado?                          | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Se sim, indique em que entidade _____ |
- e passe ao campo **3.2.2**

**3.2 CARREIRA CONTRIBUTIVA****3.2.1 NA SEGURANÇA SOCIAL/FUNÇÃO PÚBLICA**

- Centro Distrital de Segurança Social / Caixa de Previdência \_\_\_\_\_ Períodos \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Caixa Geral de Aposentações \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (\*)  
 N.º de Subscritor \_\_\_\_\_
- (\*) Pretende Pensão Unificada (Dec.Lei 361/98)?  Sim  Não

**3.2.2 NO ESTRANGEIRO**

- Trabalhou noutros Países ?  Sim  Não Se sim indique:
- País \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 País \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 País \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- Era abrangido pela Segurança Social ?  Sim  Não

**4****ELEMENTOS RELATIVOS AO REQUERENTE****Requeriu ou está a receber outra Pensão de Sobrevivência por:**

- |                                     | REQUEREU  | ESTÁ A RECEBER  |
|-------------------------------------|---|---|
| 1. Acidente de trabalho             | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| 2. Doença profissional              | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| 3. Por outro País                   | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| 4. Outro Regime de Segurança Social | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| 5. Outra                            | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |

Se SIM, indique:

Valor mensal	Entidade	N.º de Pensionista
--------------	----------	--------------------

_____, ____EUR	_____	_____
----------------	-------	-------



**DOCUMENTOS A APRESENTAR COM O REQUERIMENTO****1. - DO BENEFICIÁRIO FALECIDO**

- Certidão de Nascimento narrativa com o averbamento do óbito
- Questionário **(CNP-04)** se a causa da morte foi por acidente

**2. - DOS REQUERENTES**

Documentos	Cônjuge	União de Facto	Ex-Cônjuge	Descendentes	Ascendentes	Parentes Afins ou Equiparados
Certidão de Nascimento narrativa		SIM	SIM		SIM	SIM
Fotocópia do Cartão de Contribuinte e do Bilhete de Identidade/Cartão de Cidadão	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
Boletim de Nascimento (na falta de Bilhete de Identidade/Cartão de Cidadão)				SIM		
Certidão de sentença de divórcio e prova de direito efetivo ao recebimento da pensão de alimentos			SIM			
Certificado de Matrícula em ensino secundário médio ou superior (só para os descendentes dos 18 anos até aos 25 anos)				SIM		
Certificado de Matrícula em curso de mestrado, ou de pós-graduação ou a preparar tese de licenciatura ou doutoramento (para descendentes até aos 27 anos)				SIM		
Declaração de que não exerce atividade determinante do enquadramento nos regimes de proteção social de inscrição obrigatória (Estudantes maiores de 18 anos)				SIM		
Declaração sob compromisso de honra (modelo disponibilizado pela Segurança Social)		SIM				
Declaração da Junta de Freguesia (Art.º 2.º-A, nº4 da Lei 7/2001, de 11/05, republicada pela Lei 23/2010, de 30/8)		SIM				

**3. - PARA PAGAMENTO DA PENSÃO ATRAVÉS DE CONTA BANCÁRIA**

Documento da instituição bancária com o Número de Identificação Bancária(NIB/IBAN), onde conste o nome do requerente como titular

**NOTAS:**

- 1 - Para confirmação de assinatura, no ato de entrega do requerimento, deverá apresentar BI/Cartão de Cidadão do requerente ou do rogado, ou fazer entrega de fotocópia do documento de identificação
- 2 - As certidões deverão ser obtidas para fins de Segurança Social.
- 3 - Se o beneficiário falecido trabalhou em França, as certidões deverão ser passadas em modelo internacional.

**4. - INFORMAÇÕES / DOCUMENTOS**

Pensão ao abrigo dos Regulamentos Comunitários e Convenções Bilaterais

- Questionário **(CNP-08)**

**ATENÇÃO**

As pensões do beneficiário, postas a pagamento em data posterior ao falecimento, devem ser devolvidas no prazo máximo de 10 dias úteis, ao Centro Nacional de Pensões.

As alterações de morada e de estado civil devem ser imediatamente comunicadas aos serviços da Segurança Social.

Em toda a correspondência dirigida ao Centro Nacional de Pensões, devem ser indicados os elementos de identificação do beneficiário falecido (Nome e Nº de Identificação de Segurança Social).

**LOCAL DE ENTREGA****O requerimento deve ser apresentado nos serviços de atendimento da Segurança Social**

(Se enviar o requerimento e respetiva documentação por via postal, junte envelope endereçado e selado para remessa de recibo comprovativo dos documentos entregues).