



SEGURANÇA SOCIAL

REQUERIMENTO

CÁLCULO DO MONTANTE PROVÁVEL DE PENSÃO

Invalidez

Velhice

1 IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

Nome completo			
Data de nascimento	ano mês dia	N.º de Identificação de Segurança Social	
N.º de Identificação Fiscal			
Morada			
Código postal			
Localidade			
Distrito	Concelho	Freguesia	
Telemóvel / Telefone	E-mail		
Solicita o montante provável da pensão de velhice por antecipação da idade de reforma? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não Se assinalou Sim , indique a situação específica: _____			

2 CARREIRA CONTRIBUTIVA

2.1 Na Função Pública

Descontou ou desconta para a Caixa Geral de Aposentações? Sim Não Se assinalou **Sim**, indique:

N.º de Subscritor _____

Período(s): de ano | mês | dia a ano | mês | dia ; de ano | mês | dia a ano | mês | dia

2.2 Na Caixa de Previdência

_____ de ano | mês | dia a ano | mês | dia

_____ de ano | mês | dia a ano | mês | dia

_____ de ano | mês | dia a ano | mês | dia

N.º de beneficiário da Caixa de Previdência _____

2.3 Serviço Militar

Prestou serviço militar obrigatório nas Forças Armadas Portuguesas? Sim Não Se assinalou **Sim**, indique se requereu a contagem do tempo de:

bonificação de serviço militar⁽¹⁾, ao Ministério da Defesa Nacional

serviço militar obrigatório, à Caixa Geral de Aposentações e/ou a outras instituições

(1) ao abrigo das Leis n.º 9/2002 de 11 de fevereiro, n.º 21/2004 de 5 de junho e n.º 3/2009 de 13 de janeiro.

As falsas declarações são punidas nos termos da lei

2 CARREIRA CONTRIBUTIVA (continuação)

2.4 No Estrangeiro

Trabalha ou trabalhou noutro País? Sim Não Se assinalou **Sim**, indique:

País _____ de _____ ano | _____ mês | _____ dia a _____ ano | _____ mês | _____ dia

País _____ de _____ ano | _____ mês | _____ dia a _____ ano | _____ mês | _____ dia

País _____ de _____ ano | _____ mês | _____ dia a _____ ano | _____ mês | _____ dia

Estava abrangido pela Segurança Social? Sim Não

3 RENDIMENTOS ATUAIS DE PENSÕES

Recebe outra pensão? Sim Não Se assinalou **Sim**, indique:

	Valor mensal	Entidade que a concede
Doença Profissional	_____, ____ EUR	_____
Acidente de Trabalho	_____, ____ EUR	_____
Segurança Social Estrangeira	_____, ____ EUR	_____
Função Pública	_____, ____ EUR	_____
Outros valores ⁽²⁾	_____, ____ EUR	_____

Requeriu outra pensão? Sim Não Se assinalou **Sim**, indique a respetiva entidade _____

(2) Indique outros valores, designadamente os relativos a indemnizações e participações.

4 CERTIFICAÇÃO

As informações prestadas correspondem à verdade e não omitem qualquer informação relevante.
Comprometo-me a comunicar qualquer alteração da informação prestada.

_____, ____ de _____ de _____

(Assinatura do beneficiário ou de outrem a seu rogo conforme documento de identificação válido)

5 INFORMAÇÕES

Documentos a apresentar

Fotocópia de:

- documento de identificação civil válido do beneficiário, designadamente, Cartão de Cidadão ou Billhete de Identidade, Certidão de Registo Civil;
- título de Permanência/Residência ou Passaporte, no caso de cidadão estrangeiro;
- documento de identificação fiscal do beneficiário;
- documento de identificação civil válido do rogado, no caso de assinatura a rogo.

Local de entrega

O requerimento deve ser apresentado nos serviços da Segurança 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