



SEGURANÇA SOCIAL

DECLARAÇÃO

PEDIDO DE PENSÃO À INSTITUIÇÃO ESTRANGEIRA COMPETENTE

Pensão de: Invalidez Velhice

1 ELEMENTOS RELATIVOS AO BENEFICIÁRIO

1.1 Identificação

Nome completo	<input type="text"/>		
Data de nascimento	<input type="text"/> ano <input type="text"/> mês <input type="text"/> dia	N.º de Identificação de Segurança Social	<input type="text"/>
N.º de Identificação Fiscal	<input type="text"/>	Telemóvel / Telefone	<input type="text"/>
E-mail	<input type="text"/>		

1.2 Outros elementos

Países onde exerceu atividade	Período(s)	N.º de Seguro ou Matrícula
<input type="text"/>	de <input type="text"/> ano <input type="text"/> mês <input type="text"/> dia a <input type="text"/> ano <input type="text"/> mês <input type="text"/> dia	<input type="text"/>
<input type="text"/>	de <input type="text"/> ano <input type="text"/> mês <input type="text"/> dia a <input type="text"/> ano <input type="text"/> mês <input type="text"/> dia	<input type="text"/>
<input type="text"/>	de <input type="text"/> ano <input type="text"/> mês <input type="text"/> dia a <input type="text"/> ano <input type="text"/> mês <input type="text"/> dia	<input type="text"/>

Última residência no estrangeiro

Ainda exerce atividade? Sim Não Se assinalou **Sim**, indique:

Trabalhador por conta de outrem Trabalhador independente Funcionário Público

Última profissão exercida País

Foi trabalhador mineiro? Sim Não Se assinalou **Sim**, indique: No interior da mina À superfície

Tipo de extração

País(es) e Entidade(s) Empregadora(s) onde exerceu essa atividade

Tem outros rendimentos? Sim Não Se assinalou **Sim**, indique:

Natureza Valor mensal , EUR

As falsas declarações são punidas nos termos da lei

1 ELEMENTOS RELATIVOS AO BENEFICIÁRIO (continuação)

1.3 Prestações requeridas ou a receber

	Requeridas	A receber
1 Subsídio de Doença por Incapacidade para o Trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Subsídio de Desemprego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Pensão de Invalidez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Pensão de Velhice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Pensão de Sobrevivência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Pensão por Acidente de Trabalho ou Doença Profissional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Pensão Militar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Pensão do Regime da Função Pública	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se requereu ou já recebe uma das prestações referidas de 1 a 8, indique:
Nome da Instituição (nacional ou estrangeira) onde apresentou o pedido ou pela qual recebe a prestação:

Morada da referida instituição _____

1.4 Atividade no estrangeiro (situações específicas)

A preencher no caso de ter trabalhado em França

Se tem 60 e 65 anos, assinale a pensão a cargo da Segurança Social Francesa:

Velhice por inaptidão⁽¹⁾;

Velhice à taxa plena (se reunir as condições exigidas);

Velhice à taxa reduzida;

Aguardar e apresentar o pedido de pensão em data posterior⁽²⁾.

Requereu a pensão do regime complementar junto da Instituição Francesa competente? Sim Não

Recebe esta prestação? Sim Não Se assinalou **Sim**, indique o valor trimestral _____, _____ EUR

Se assinalou **Não** e optou por requerer a pensão de velhice por inaptidão ou a pensão de velhice à taxa reduzida, pretende que o pedido de pensão do regime complementar seja apresentado juntamente com o pedido de pensão do regime de base? Sim Não⁽³⁾

(1) A atribuição desta prestação implica o reconhecimento da situação de incapacidade, efetuado pelos serviços competentes.
(2) Neste caso, deverá apresentar o seu pedido 3 meses antes da data pretendida, junto do Centro Distrital do Instituto da Segurança Social, I.P. da área da sua residência.
(3) A pensão do regime complementar requerida antes dos 65 anos sofre uma redução definitiva. Se for requerida entre os 60 e os 65 anos não terá redução se:
- beneficiar de uma pensão de reforma, à taxa plena, do regime de base francês;
- for titular de uma pensão de velhice por inaptidão do regime de base francês.

A preencher no caso de ter trabalhado na Alemanha

Recebeu o reembolso das contribuições? Sim Não

Educou os filhos na Alemanha nos primeiros doze meses de vida? Sim Não

Se assinalou **Sim** e se é do sexo masculino, requereu o reconhecimento dos períodos de seguro por educação de filhos até 31/12/1996?
 Sim Não

2 ELEMENTOS RELATIVOS AO CÔNJUGE / EX-CÔNJUGE DO BENEFICIÁRIO

2.1 Cônjuge

Nome completo do Cônjuge _____

Data de nascimento _____ Data do casamento _____

Exerce atividade profissional? Sim Não Se assinalou **Sim**, indique:
 Tipo de atividade⁽⁴⁾ _____ Valor da retribuição mensal _____, _____ EUR

Se tem **60 e 65 anos**, está definitivamente incapaz para o exercício da sua profissão⁽⁵⁾? Sim Não

Exerceu atividade no estrangeiro? Sim Não Se assinalou **Sim**, indique:
 País _____ Número de Seguro ou de Matrícula _____

Requeriu ou recebe alguma prestação da Segurança Social Portuguesa ou estrangeira⁽⁶⁾? Sim Não

Se assinalou **Sim**, indique:
 Natureza da prestação _____ Número de beneficiário _____

Valor mensal _____, _____ EUR Entidade responsável pelo pagamento _____

Tem outros rendimentos? Sim Não Se assinalou **Sim**, indique:
 Natureza dos rendimentos _____ Valor mensal _____, _____ EUR

O Cônjuge residiu na **Suíça** ou na **Holanda**⁽⁷⁾? Sim Não Se assinalou **Sim**, indique:

Residência	Período(s)
_____	de _____ a _____
_____	de _____ a _____
_____	de _____ a _____

(4) Trabalhador por conta própria, trabalhador por conta de outrem ou funcionário público.
(5) Situação que terá que ser comprovada por exame médico.
(6) Pensão de Invalidez, Velhice, Sobrevivência, por Acidente de Trabalho ou Doença Profissional, Subsídios de Doença, Desemprego ou outra prestação.
(7) A preencher obrigatoriamente no caso de o beneficiário ter trabalhado na Suíça ou na Holanda.

2.2 Ex-Cônjuge (A preencher no caso de o beneficiário ter contraído mais do que um casamento)

Nome completo do ex-cônjuge _____

Data de nascimento _____ Nacionalidade _____

Data do casamento _____ Data do divórcio _____ Data do óbito _____

Residência _____

O(s) ex-cônjuge(s) residiu(residiram) na **Suíça** ou na **Holanda**⁽⁸⁾? Sim Não Se assinalou **Sim**, indique:

Residência	Período(s)
_____	de _____ a _____
_____	de _____ a _____
_____	de _____ a _____

(8) A preencher obrigatoriamente no caso de o beneficiário ter trabalhado na Suíça ou na Holanda.

