



SEGURANÇA SOCIAL

## REQUERIMENTO

### REEMBOLSO DAS DESPESAS DE FUNERAL

Antes de preencher leia com atenção as informações

#### 1 ELEMENTOS RELATIVOS AO BENEFICIÁRIO FALECIDO

Nome completo \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data de nascimento \_\_\_\_\_ N.º de Identificação de Segurança Social \_\_\_\_\_  
ano mês dia

Estado civil à data do falecimento \_\_\_\_\_ Data de falecimento \_\_\_\_\_  
ano mês dia

Era pensionista de sobrevivência à data do falecimento?  Sim  Não Se assinalou **Sim**, indique:  
o número de pensionista \_\_\_\_\_

#### 2 ELEMENTOS RELATIVOS AO REQUERENTE

Nome completo \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data de nascimento \_\_\_\_\_ N.º de Identificação de Segurança Social \_\_\_\_\_  
ano mês dia

Estado civil \_\_\_\_\_ Parentesco com o beneficiário falecido \_\_\_\_\_

N.º de Identificação Fiscal \_\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_

Código postal \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Localidade \_\_\_\_\_ Telemóvel/ Telefone \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Foi requerida a outra entidade comparticipação para as despesas de funeral do beneficiário?  Sim  Não  
Se assinalou **Sim**, indique:  
Entidade \_\_\_\_\_ Valor \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ EUR

#### 3 OUTROS ELEMENTOS RELATIVOS AO BENEFICIÁRIO FALECIDO

##### 3.1 Causa da morte

Indique qual a causa da morte:

Doença natural

Acidente:  Com intervenção de terceiros  De trabalho

Doença profissional

Outra \_\_\_\_\_

Se assinalou "Acidente", preencha o modelo RP 5078-DGSS.

##### 3.2 Carreira contributiva no estrangeiro

Trabalhou no estrangeiro?  Sim  Não Se assinalou **Sim**, indique o País: \_\_\_\_\_

Esteva abrangido pela Segurança Social?  Sim  Não Se assinalou **Sim**, indique: \_\_\_\_\_

N.º de identificação no Organismo de Segurança Social Estrangeiro \_\_\_\_\_

Recebia pensão?  Sim  Não Se assinalou **Sim**, indique o nome da entidade: \_\_\_\_\_

Requeriu pensão?  Sim  Não Se assinalou **Sim**, indique o nome da entidade: \_\_\_\_\_

