

**DECLARAÇÃO**  
**PEDIDO DE PENSÃO À INSTITUIÇÃO ESTRANGEIRA COMPETENTE**

**Pensão de Sobrevivência**

**1 ELEMENTOS RELATIVOS AO BENEFICIÁRIO FALECIDO**

**1.1 Identificação**

Nome completo	<input type="text"/>		
Data de nascimento	<input type="text"/> ano    mês    dia	N.º de Identificação de Segurança Social	<input type="text"/>
Estado civil	<input type="text"/>	Data de casamento	<input type="text"/> ano    mês    dia
		Data de falecimento	<input type="text"/> ano    mês    dia

**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

Exercia atividade à data do falecimento?  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:

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](http://www.seg-social.pt)

**As falsas declarações são punidas nos termos da lei**

## 1 ELEMENTOS RELATIVOS AO BENEFICIÁRIO FALECIDO (continuação)

### 1.3 Prestações requeridas ou a receber à data do falecimento

	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**

Recebeu a pensão do regime complementar francês?  Sim  Não Se assinalou **Sim**, indique:  
Data de início da pensão \_\_\_\_\_ ano | \_\_\_\_\_ mês | \_\_\_\_\_ dia Nome da instituição \_\_\_\_\_

**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

**A preencher no caso de ter trabalhado na Suíça**

Antes do seu casamento com o beneficiário falecido celebrou outros casamentos?  Sim  Não Se assinalou **Sim**, indique:

Data(s) de casamento	Data(s) de dissolução	Motivo
_____ ano   _____ mês   _____ dia	_____ ano   _____ mês   _____ dia	<input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Divórcio
_____ ano   _____ mês   _____ dia	_____ ano   _____ mês   _____ dia	<input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Divórcio

**A preencher no caso de o trabalhador falecido e / ou o requerente serem nacionais de Espanha**

N.º do Documento Nacional de Identidade (DNI) do trabalhador falecido \_\_\_\_\_  
N.º do Documento Nacional de Identidade (DNI) do requerente \_\_\_\_\_

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

Data de nascimento \_\_\_\_\_ Data do casamento com o beneficiário \_\_\_\_\_  
ano mês dia ano mês dia

Morada \_\_\_\_\_

Telemóvel/Telefone \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Parentesco com o beneficiário falecido \_\_\_\_\_ Estado civil atual <sup>(2)</sup> \_\_\_\_\_

Vive em união de facto com outra pessoa?  Sim  Não

Estava separado(a) do beneficiário falecido?  Sim  Não Se assinalou **Sim**, indique:

Data da separação? \_\_\_\_\_ Tem filhos em comum com o beneficiário falecido?  Sim  Não  
ano mês dia

Exerce atividade profissional?  Sim  Não Se assinalou **Sim**, indique:

Trabalhador por conta de outrem  Trabalhador independente  Funcionário Público

Valor da retribuição mensal \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ EUR

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

Natureza \_\_\_\_\_ Valor anual \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ EUR Instituição \_\_\_\_\_

Estava a cargo do beneficiário falecido?  Sim  Não

Encontra-se em situação de incapacidade temporária para o trabalho por período superior a três meses?  Sim  Não

Encontra-se em situação de incapacidade permanente para o trabalho?  Sim<sup>(3)</sup>  Não

Requeriu ou recebe alguma prestação da Segurança Social Portuguesa ou estrangeira<sup>(4)</sup>?  Sim  Não

Se assinalou **Sim**, indique:

Nome da prestação \_\_\_\_\_ Valor mensal atual \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ EUR

Entidade responsável pelo pagamento \_\_\_\_\_

Número de Identificação \_\_\_\_\_

**(1)** Viúvo(a) ou pessoa com direito, exceto descendentes.

**(2)** Solteiro(a), casado(a), divorciado(a), separado(a).

**(3)** Esta situação poderá ser confirmada através de um exame médico para o qual será posteriormente convocado(a) pelos serviços de Segurança Social e destina-se a comprovar a alegada incapacidade junto da instituição estrangeira.

**(4)** Pensão de Invalidez, Velhice, Sobrevivência, por Acidente de Trabalho ou Doença Profissional; Subsídios de Doença, de Desemprego ou outra prestação.

**3 ELEMENTOS RELATIVOS AO(S) DESCENDENTE(S)<sup>(5)</sup>**

Nome completo	Nascimento	Casamento	Falecimento
_____	ano   mês   dia	ano   mês   dia	ano   mês   dia
_____	ano   mês   dia	ano   mês   dia	ano   mês   dia
_____	ano   mês   dia	ano   mês   dia	ano   mês   dia
_____	ano   mês   dia	ano   mês   dia	ano   mês   dia
_____	ano   mês   dia	ano   mês   dia	ano   mês   dia
_____	ano   mês   dia	ano   mês   dia	ano   mês   dia

Indique os nomes dos descendentes relativamente aos quais recebe prestações familiares ou abono de família (quer sejam pagas por uma instituição portuguesa ou estrangeira) e indique a instituição pagadora:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**(5)** Ainda que casados, inválidos, em formação escolar ou profissional, adotados ou falecidos.

**4 CERTIFICAÇÃO**

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

\_\_\_\_\_

ano | mês | dia

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

**5 INFORMAÇÕES****Conta Bancária**

O pagamento de todas as prestações/subsídios ou pensões que recebe ou que venha a receber será efetuado para o IBAN (Número Internacional de Conta Bancária) registado no sistema de informação da Segurança Social.

Se ainda não registou o IBAN ou se o pretender atualizar poderá fazê-lo:

- pela Internet, na Segurança Social Direta em [www.seg-social.pt](http://www.seg-social.pt)
- nos Serviços de Atendimento da Segurança Social entregando o Requerimento de Registo ou Alteração de IBAN – MG 14. O formulário encontra-se disponível em [www.seg-social.pt](http://www.seg-social.pt)

Se o IBAN registado estiver incorreto ou se não tiver IBAN registado, o pagamento de todas as prestações/subsídios ou pensões que recebe ou que venha a receber será efetuado para a modalidade de pagamento que estiver registada no sistema de informação da Segurança Social.

**Documentos a apresentar**

- Cartões de seguro ou de matrícula estrangeiros;
- Todos os certificados de trabalho ou todas as folhas / boletins de pagamento de salários;
- Todos os certificados de seguro (AVS / AI) e (AHV / IV), das cadernetas de selos, dos atestados de permanência ou de domicílio e dos certificados de trabalho, no caso do beneficiário falecido ter trabalhado na Suíça;
- Provas de estudo ou contratos de aprendizagem relativos aos filhos ou equiparados com idade entre os 18 e os 25 anos, no caso do beneficiário falecido ter trabalhado na Suíça;
- Documento de identificação civil válido do(s) descendente(s) (Cartão de Cidadão ou Bilhete de Identidade);
- Comprovativo de pensão - notificação;
- Documentos comprovativos da carreira de seguro, no caso do beneficiário falecido ter trabalhado na Alemanha.
- Declaração - Carreira do Segurado Falecido, RP 5081, devidamente preenchida.

**VALIDAÇÃO DA ASSINATURA** (a preencher pelos Serviços da Segurança Social)

Confirmo que a assinatura do:  **requerente ou**  **rogado** está em conformidade com o seguinte documento de identificação:

Cartão de Cidadão  Bilhete de Identidade  Passaporte  Outro \_\_\_\_\_

Número \_\_\_\_\_ Validade \_\_\_\_\_

ano | mês | dia

Assinatura e carimbo da Segurança Social