



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

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 (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<sup>(1)</sup>;

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

Velhice à taxa reduzida;

Aguardar e apresentar o pedido de pensão em data posterior<sup>(2)</sup>.

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<sup>(3)</sup>

**(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 \_\_\_\_\_  
ano mês dia ano mês dia

Exerce atividade profissional?  Sim  Não Se assinalou **Sim**, indique:  
 Tipo de atividade<sup>(4)</sup> \_\_\_\_\_ Valor da retribuição mensal \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ EUR

Se tem **60 e 65 anos**, está definitivamente incapaz para o exercício da sua profissão<sup>(5)</sup>?  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<sup>(6)</sup>?  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**<sup>(7)</sup>?  Sim  Não Se assinalou **Sim**, indique:

Residência	Período(s)
_____	de _____ a _____ <small>ano mês dia ano mês dia</small>
_____	de _____ a _____ <small>ano mês dia ano mês dia</small>
_____	de _____ a _____ <small>ano mês dia ano mês dia</small>

**(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 \_\_\_\_\_  
ano mês dia

Data do casamento \_\_\_\_\_ Data do divórcio \_\_\_\_\_ Data do óbito \_\_\_\_\_  
ano mês dia ano mês dia ano mês dia

Residência \_\_\_\_\_

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

Residência	Período(s)
_____	de _____ a _____ <small>ano mês dia ano mês dia</small>
_____	de _____ a _____ <small>ano mês dia ano mês dia</small>
_____	de _____ a _____ <small>ano mês dia ano mês dia</small>

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

**3 ELEMENTOS RELATIVOS AO(S) DESCENDENTE(S)<sup>(9)</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:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

**4 MODO DE PAGAMENTO**

A pensão pode ser paga por depósito em conta bancária. Para o efeito, deve indicar o Número Internacional de Conta Bancária (IBAN), o qual será registado ou alterado no sistema de informação da Segurança Social.

\_\_\_\_\_

Na falta deste elemento ou indicação incorreta do IBAN, serão utilizados os dados da modalidade de pagamento que consta registada no sistema de informação da Segurança Social.

**5 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 beneficiário ou de outrem a seu rogo conforme documento de identificação válido)

**6 INFORMAÇÕES****Documentos a apresentar**

Fotocópia de:

- 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) (AHV / IV), das cadernetas de selos, dos atestados de permanência ou de domicílio e dos certificados de trabalho no caso de ter trabalhado na Suíça;
- documento de identificação civil válido do(s) descendente(s) (Cartão de Cidadão ou Bilhete de Identidade);
- comprovativo de pensão - notificação;
- documento da instituição bancária, comprovativo do IBAN, onde conste o nome do beneficiário como titular.

Originals dos documentos comprovativos da carreira de seguro, no caso de ter trabalhado na Alemanha.

Declaração - Carreira do Segurado, Mod. RP 5081-DGSS, devidamente preenchida.

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

Confirmo que a assinatura do:  **beneficiário** ou  **rogante** 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