



SEGURANÇA SOCIAL

DECLARAÇÃO

PEDIDO DE PENSÃO À INSTITUIÇÃO ESTRANGEIRA COMPETENTE

Pensão de Sobrevivência

1 ELEMENTOS RELATIVOS AO BENEFICIÁRIO FALECIDO

1.1 Identificação

Nome completo			
Data de nascimento	ano mês dia	N.º de Identificação de Segurança Social	
Estado civil	Data de casamento	ano mês dia	Data de falecimento
			ano mês dia

1.2 Outros elementos

Países onde exerceu atividade	Período(s)	N.º de Seguro ou Matrícula
	de ano mês dia a ano mês dia	
	de ano mês dia a ano mês dia	
	de ano mês dia a ano mês dia	

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

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 ⁽²⁾ _____

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⁽³⁾ Não

Requeriu ou recebe alguma prestação da Segurança Social Portuguesa ou estrangeira⁽⁴⁾? 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)⁽⁵⁾

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 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 requerente 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) 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) descendete(s) (Cartão de Cidadão ou Bilhete de Identidade);
- comprovativo de pensão - notificação;
- documento da instituição bancária, comprovativo do IBAN, onde conste o nome do declarante como titular.

Originais dos documentos comprovativos da carreira de seguro, no caso do beneficiário falecido ter trabalhado na Alemanha.

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

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

Confirmo que a assinatura do: **requerente 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