



REGISTO DE ENTRADA

REQUERIMENTO DE PRESTAÇÕES POR MORTE

Exmº Senhor Diretor
do Centro Nacional de Pensões

O abaixo assinado vem requerer as Prestações por Morte, para o que fornece os seguintes elementos:

1	IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO FALECIDO
	Nº de Identificação de Segurança Social (NISS) <input type="text" value="1"/>
	Nome Completo <input type="text"/>
	Data de Nascimento <input type="text"/> Sexo (F ou M) <input type="checkbox"/> Estado Civil à data do falecimento <input type="text"/>
	Naturalidade <input type="text"/>
	País <input type="text"/> Distrito <input type="text"/>
	Concelho <input type="text"/> Freguesia <input type="text"/>
	Nacionalidade <input type="text"/> Data do falecimento <input type="text"/>

2	IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE
	Nº de Identificação de Segurança Social (NISS) (a) <input type="text"/>
	Nome Completo (b) <input type="text"/>
	Data de Nascimento <input type="text"/> Parentesco com o Beneficiário <input type="text"/>
	Estado Civil <input type="text"/> Nº de Identificação Fiscal <input type="text"/> Cód. Repart. Finanças <input type="text"/>
	Morada (Rua, Av. Pç., etc.) <input type="text"/>
	Localidade <input type="text"/> Telefone <input type="text"/>
	Cód. Postal <input type="text"/> Cód. Morada <input type="text"/>
	Endereço eletrónico <input type="text"/> (A preencher pelos serviços)
	a) Se não for detentor de NISS, deverá preencher obrigatoriamente o Mod. RV 1013 - DGSS
	b) O nome que consta no Bilhete de Identidade ou Cartão de Cidadão

3**ELEMENTOS RELATIVOS AO BENEFICIÁRIO FALECIDO****3.1 CAUSA DA MORTE / SITUAÇÃO NA DATA DO FALECIMENTO****3.1.1 CAUSA DA MORTE**

- | | | | | | |
|------------------------------------|------------------------------|------------------------------|-------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 1. Doença natural? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | 3. Doença profissional? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| 2. Acidente? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | 4. Outra | _____ | |
| 2.1. Com intervenção de terceiros? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | | _____ | |
| 2.2. De trabalho? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | | _____ | |

Se respondeu Sim no campo 2 preencha o questionário anexo (CNP-04)

3.1.2 SITUAÇÃO NA DATA DO FALECIMENTO

- | | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|---------------------------------------|
| Tinha requerido pensão? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | Se sim, indique em que entidade _____ |
| Recebia pensão por doença profissional? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | _____ |
| Era reformado? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | Se sim, indique em que entidade _____ |
- e passe ao campo **3.2.2**

3.2 CARREIRA CONTRIBUTIVA**3.2.1 NA SEGURANÇA SOCIAL/FUNÇÃO PÚBLICA**

- Centro Distrital de Segurança Social / Caixa de Previdência _____ Períodos
 _____ de ____/____/____ a ____/____/____
 _____ de ____/____/____ a ____/____/____
 Caixa Geral de Aposentações _____ de ____/____/____ a ____/____/____ (*)
 N.º de Subscritor _____
- (*) Pretende Pensão Unificada (Dec.Lei 361/98)? Sim Não

3.2.2 NO ESTRANGEIRO

- Trabalhou noutros Países ? Sim Não Se sim indique:
- País _____ de ____/____/____ a ____/____/____
 País _____ de ____/____/____ a ____/____/____
 País _____ de ____/____/____ a ____/____/____
- Era abrangido pela Segurança Social ? Sim Não

4**ELEMENTOS RELATIVOS AO REQUERENTE****Requeriu ou está a receber outra Pensão de Sobrevivência por:**

- | | REQUEREU | ESTÁ A RECEBER |
|-------------------------------------|---|---|
| 1. Acidente de trabalho | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| 2. Doença profissional | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| 3. Por outro País | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| 4. Outro Regime de Segurança Social | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| 5. Outra | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |

Se SIM, indique:

Valor mensal	Entidade	N.º de Pensionista
--------------	----------	--------------------

_____, ____EUR	_____	_____
----------------	-------	-------

5 ELEMENTOS RELATIVOS A DESCENDENTES E EQUIPARADOS DO BENEFICIÁRIO FALECIDO

5.1 ATÉ AOS 27 ANOS DE IDADE (inclui nascituros, adotados e adotados plenamente)

Identificação (a)	Parentesco	Data de Nascimento	NIF	Situação escolar		Situação Profissional
				Gr. de ensino	Ano	
Nome _____ (NISS) <input type="text"/>						
Nome _____ (NISS) <input type="text"/>						
Nome _____ (NISS) <input type="text"/>						
Nome _____ (NISS) <input type="text"/>						

5.2 SEM LIMITE DE IDADE (Portador (a) de deficiência, que nessa qualidade seja destinatário (a) de Prestações Familiares)

Identificação (a)	Parentesco	Data de Nascimento	NIF	Tipo de Deficiência (b)
Nome _____ (NISS) <input type="text"/>				
Nome _____ (NISS) <input type="text"/>				
Nome _____ (NISS) <input type="text"/>				
Nome _____ (NISS) <input type="text"/>				

a) Se não for detentor de NISS, deverá preencher obrigatoriamente o Mod. RV 1013 - DGSS

b) Indicar "física ou mental", conforme o caso. Se necessitar de Assistência de Terceira Pessoa, acrescentar "terceira pessoa".

6 MODO DE PAGAMENTO

A sua pensão ser-lhe-á paga por **depósito em conta bancária**, pelo que deverá indicar:

- Banco: _____

- NIB:

- NIB/IBAN:

/

Para o efeito deverá anexar documento da instituição bancária com o Número de Identificação Bancária (NIB) onde conste o seu nome como titular da conta.

DECLARAÇÃO

Assumo a veracidade das declarações prestadas neste requerimento e comprometo-me a comunicar todas as alterações que venham a ocorrer

_____, _____ de _____ de 20 ____

(Assinatura conforme Bilhete de Identidade ou Cartão de Cidadão, do requerente ou de outrem a seu rogo, desde que não possa ou não saiba assinar)

CAMPO A APRENDER PELOS SERVIÇOS

Confirmo a autenticidade da assinatura do requerente por semelhança com a constante do ____ (BI ou CC) nº _____

_____/_____/_____

(Carimbo com o nome e categoria do funcionário)

Os dados recolhidos serão objeto de registo informático nos ficheiros da Segurança Social

DOCUMENTOS A APRESENTAR COM O REQUERIMENTO**1. - DO BENEFICIÁRIO FALECIDO**

- Certidão de Nascimento narrativa com o averbamento do óbito
- Questionário **(CNP-04)** se a causa da morte foi por acidente

2. - DOS REQUERENTES

Documentos	Cônjuge	União de Facto	Ex-Cônjuge	Descendentes	Ascendentes	Parentes Afins ou Equiparados
Certidão de Nascimento narrativa		SIM	SIM		SIM	SIM
Fotocópia do Cartão de Contribuinte e do Bilhete de Identidade/Cartão de Cidadão	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
Boletim de Nascimento (na falta de Bilhete de Identidade/Cartão de Cidadão)				SIM		
Certidão de sentença de divórcio e prova de direito efetivo ao recebimento da pensão de alimentos			SIM			
Certificado de Matrícula em ensino secundário médio ou superior (só para os descendentes dos 18 anos até aos 25 anos)				SIM		
Certificado de Matrícula em curso de mestrado, ou de pós-graduação ou a preparar tese de licenciatura ou doutoramento (para descendentes até aos 27 anos)				SIM		
Declaração de que não exerce atividade determinante do enquadramento nos regimes de proteção social de inscrição obrigatória (Estudantes maiores de 18 anos)				SIM		
Declaração sob compromisso de honra (modelo disponibilizado pela Segurança Social)		SIM				
Declaração da Junta de Freguesia (Art.º 2.º-A, nº4 da Lei 7/2001, de 11/05, republicada pela Lei 23/2010, de 30/8)		SIM				

3. - PARA PAGAMENTO DA PENSÃO ATRAVÉS DE CONTA BANCÁRIA

Documento da instituição bancária com o Número de Identificação Bancária(NIB/IBAN), onde conste o nome do requerente como titular

NOTAS:

- 1 - Para confirmação de assinatura, no ato de entrega do requerimento, deverá apresentar BI/Cartão de Cidadão do requerente ou do rogado, ou fazer entrega de fotocópia do documento de identificação
- 2 - As certidões deverão ser obtidas para fins de Segurança Social.
- 3 - Se o beneficiário falecido trabalhou em França, as certidões deverão ser passadas em modelo internacional.

4. - INFORMAÇÕES / DOCUMENTOS

Pensão ao abrigo dos Regulamentos Comunitários e Convenções Bilaterais

- Questionário **(CNP-08)**

ATENÇÃO

As pensões do beneficiário, postas a pagamento em data posterior ao falecimento, devem ser devolvidas no prazo máximo de 10 dias úteis, ao Centro Nacional de Pensões.

As alterações de morada e de estado civil devem ser imediatamente comunicadas aos serviços da Segurança Social.

Em toda a correspondência dirigida ao Centro Nacional de Pensões, devem ser indicados os elementos de identificação do beneficiário falecido (Nome e Nº de Identificação de Segurança Social).

LOCAL DE ENTREGA**O requerimento deve ser apresentado nos serviços de atendimento da Segurança Social**

(Se enviar o requerimento e respetiva documentação por via postal, junte envelope endereçado e selado para remessa de recibo comprovativo dos documentos entregues).