



SEGURANÇA SOCIAL

## REQUERIMENTO

### BONIFICAÇÃO DO TEMPO DE SERVIÇO

**Beneficiário Ativo / Pensionista**

**Beneficiário Falecido**

ANTES DE PREENCHER LEIA COM ATENÇÃO AS INFORMAÇÕES

#### 1 IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

Nome completo			
Data de nascimento	ano   mês   dia	N.º de Identificação de Segurança Social	
N.º de Identificação Fiscal			
Telemóvel / Telefone		E-mail	

#### 2 ELEMENTOS RELATIVOS À BONIFICAÇÃO DA PENSÃO DE SOBREVIVÊNCIA (ver informações no verso)

##### 2.1. Identificação do representante do conjunto dos familiares com direito à Pensão de Sobrevivência

Nome completo			
Data de nascimento	ano   mês   dia	Parentesco com o beneficiário	
Morada			
Código Postal			
Localidade		Telefone	

##### 2.2. Identificação dos familiares com direito à Pensão de Sobrevivência

NOME	N.º DE IDENTIFICAÇÃO DE SEGURANÇA SOCIAL	DATA DE NASCIMENTO			PARENTESCO COM O BENEFICIÁRIO
		ano	mês	dia	

#### 3 SITUAÇÃO QUE DETERMINA O PEDIDO DE BONIFICAÇÃO <sup>(1)</sup>


(1) Eleito Local, Bombeiro / Titulares de Órgãos Sociais, outra.

As falsas declarações são punidas nos termos da lei

#### 4 TEMPO DE SERVIÇO A CONSIDERAR PARA A BONIFICAÇÃO

de \_\_\_\_ ano \_\_\_\_ mês \_\_\_\_ dia a \_\_\_\_ ano \_\_\_\_ mês \_\_\_\_ dia = \_\_\_\_ meses      de \_\_\_\_ ano \_\_\_\_ mês \_\_\_\_ dia a \_\_\_\_ ano \_\_\_\_ mês \_\_\_\_ dia = \_\_\_\_ meses

de \_\_\_\_ ano \_\_\_\_ mês \_\_\_\_ dia a \_\_\_\_ ano \_\_\_\_ mês \_\_\_\_ dia = \_\_\_\_ meses      de \_\_\_\_ ano \_\_\_\_ mês \_\_\_\_ dia a \_\_\_\_ ano \_\_\_\_ mês \_\_\_\_ dia = \_\_\_\_ meses

de \_\_\_\_ ano \_\_\_\_ mês \_\_\_\_ dia a \_\_\_\_ ano \_\_\_\_ mês \_\_\_\_ dia = \_\_\_\_ meses      de \_\_\_\_ ano \_\_\_\_ mês \_\_\_\_ dia a \_\_\_\_ ano \_\_\_\_ mês \_\_\_\_ dia = \_\_\_\_ meses

#### 5 PAGAMENTO DAS CONTRIBUIÇÕES (ver informações)

Prestação única       Em \_\_\_\_ prestações mensais

#### 6 CERTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

Tomei conhecimento de que devo comunicar qualquer alteração da informação prestada **no prazo de 10 dias úteis** a contar da data da sua verificação. As declarações prestadas correspondem à verdade e não omitem qualquer informação relevante.

\_\_\_\_ ano \_\_\_\_ mês \_\_\_\_ dia

\_\_\_\_\_  
Assinatura do beneficiário ou de outrem a seu rogo conforme documento de identificação válido

#### 7 CERTIFICAÇÃO DO REPRESENTANTE DOS FAMILIARES COM DIREITO À PENSÃO DE SOBREVIVÊNCIA

Declaro que todos os familiares do beneficiário falecido, com direito à Pensão de Sobrevivência, pretendem usufruir do direito à bonificação da Pensão de Sobrevivência. Tomei conhecimento de que devo comunicar qualquer alteração da informação prestada **no prazo de 10 dias úteis** a contar da data da sua verificação. As declarações prestadas correspondem à verdade e não omitem qualquer informação relevante.

\_\_\_\_ ano \_\_\_\_ mês \_\_\_\_ dia

\_\_\_\_\_  
Assinatura conforme documento de identificação civil válido

#### 8 INFORMAÇÕES

##### Quem tem direito

Beneficiários ativos ou pensionistas, abrangidos pelos Regimes Contributivos da Segurança Social;

Familiares com direito à Pensão de Sobrevivência, no caso de falecimento do beneficiário, desde que:

- O beneficiário não tenha requerido o direito, em vida;
- O direito seja exercido pelo conjunto dos familiares com direito à Pensão de Sobrevivência.

##### Documentos a apresentar

##### Em geral

Documento comprovativo do período de tempo de serviço, a considerar para efeitos de bonificação, emitido pelo organismo competente.

##### Beneficiários ativos ou pensionistas

Fotocópia do N.º de Identificação de Segurança Social, ou, na sua falta, de documento de identificação civil válido, designadamente, Cartão de Cidadão ou Bilhete de Identidade, Certidão de Registo Civil, Passaporte ou Título de Permanência / Residência, no caso de cidadão estrangeiro.

##### Beneficiários falecidos

Certidão de Nascimento do beneficiário falecido com óbito averbado.

##### Entrega do requerimento

O requerimento deve ser apresentado nos serviços da Segurança Social.

##### Pagamento de contribuições

O pagamento das contribuições pode ser efetuado de uma só vez ou até 36 prestações mensais, de igual montante.

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)