



SEGURANÇA SOCIAL

REQUERIMENTO

PRESTAÇÕES POR MORTE

Antes de preencher leia com atenção as informações

1 IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO FALECIDO

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"/>
Estado civil à data do falecimento	<input type="text"/>	Data de falecimento	<input type="text"/> ano <input type="text"/> mês <input type="text"/> dia

2 IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

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 de Segurança Social	<input type="text"/>	N.º de Identificação Fiscal	<input type="text"/>
Estado civil	<input type="text"/>	Parentesco com o beneficiário falecido	<input type="text"/>
Morada	<input type="text"/>		
Código postal	<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>	
Localidade	<input type="text"/>		
Telemóvel / Telefone	<input type="text"/>	Fax	<input type="text"/>
E-mail	<input type="text"/>		

3 ELEMENTOS RELATIVOS AO BENEFICIÁRIO FALECIDO

3.1 Causa da morte:

Indique qual a causa da morte:

Doença natural

Acidente: Com intervenção de terceiros De trabalho

Doença profissional

Outra

Se assinalou "Acidente", preencha o modelo RP 5078-DGSS.

3.2 Situação à data do falecimento

Tinha requerido pensão? Sim Não Se assinalou **Sim**, indique o nome da entidade

Recebia pensão por doença profissional? Sim Não

Era pensionista? Sim Não Se assinalou **Sim**, indique o nome da entidade

e passe ao **ponto 3.5 e seguintes**.

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 e omissões são punidas nos termos da lei

3 ELEMENTOS RELATIVOS AO BENEFICIÁRIO FALECIDO (continuação)

3.3 Carreira contributiva na Função Pública

Período(s)
Caixa Geral de Aposentações de _____ a _____ ; de _____ a _____
ano mês dia ano mês dia ano mês dia ano mês dia
N.º de Subscritor _____

3.4 Carreira contributiva na Caixa de Previdência

_____ de _____ a _____
ano mês dia ano mês dia
_____ de _____ a _____
ano mês dia ano mês dia
_____ de _____ a _____
ano mês dia ano mês dia
N.º de beneficiário da Caixa de Previdência _____

3.5 Carreira contributiva no estrangeiro

Trabalhou noutro(s) País(es)? Sim Não Se assinalou **Sim**, indique qual (quais):
País(es) _____ Período(s)
_____ de _____ a _____
ano mês dia ano mês dia
_____ de _____ a _____
ano mês dia ano mês dia
_____ de _____ a _____
ano mês dia ano mês dia
Estava abrangido pela Segurança Social? Sim Não
Se assinalou **Sim**, indique o N.º de identificação no organismo de Segurança Social estrangeiro _____

4 RENDIMENTOS ATUAIS DE PENSÕES DO REQUERENTE

Recebe outra Pensão de Sobrevivência? Sim Não Se assinalou **Sim**, indique o N.º de Pensionista _____
Valor mensal Entidade que a concede
Doença Profissional _____, _____ euros _____
Acidente de Trabalho _____, _____ euros _____
Segurança Social Estrangeira _____, _____ euros _____
Função Pública _____, _____ euros _____
Outros valores ⁽¹⁾ _____, _____ euros _____
Requereu outra pensão? Sim Não Se assinalou **Sim**, indique a respetiva entidade _____
Pretende Pensão Unificada ao abrigo do Decreto-Lei n.º 361/98 de 18 de novembro? Sim Não
(1) Indique outros valores, designadamente os relativos a indemnizações e participações.

5 ELEMENTOS RELATIVOS A(OS) DESCENDENTE(S) E EQUIPARADO(S) DO BENEFICIÁRIO FALECIDO

5.1 Até aos 27 anos de idade (inclui nascituros, adotados e adotados plenamente)

Nome completo _____ Data de Nascimento _____
ano mês dia
N.º de Identificação de Segurança Social _____ N.º de Identificação Fiscal _____
Parentesco com o beneficiário falecido _____ Grau de ensino _____ Ano _____
Exerce atividade profissional? Sim Não Encontrava-se a cargo do beneficiário à data do seu falecimento? Sim Não

Nome completo _____ Data de Nascimento _____
ano mês dia
N.º de Identificação de Segurança Social _____ N.º de Identificação Fiscal _____
Parentesco com o beneficiário falecido _____ Grau de ensino _____ Ano _____
Exerce atividade profissional? Sim Não Encontrava-se a cargo do beneficiário à data do seu falecimento? Sim Não

5.1 Até aos 27 anos de idade (inclui nascituros, adotados e adotados plenamente) (continuação)

Nome completo _____ Data de Nascimento _____ ano | mês | dia

N.º de Identificação de Segurança Social _____ N.º de Identificação Fiscal _____

Parentesco com o beneficiário falecido _____ Grau de ensino _____ Ano _____

Exerce atividade profissional? Sim Não Encontrava-se a cargo do beneficiário à data do seu falecimento? Sim Não

Nome completo _____ Data de Nascimento _____ ano | mês | dia

N.º de Identificação de Segurança Social _____ N.º de Identificação Fiscal _____

Parentesco com o beneficiário falecido _____ Grau de ensino _____ Ano _____

Exerce atividade profissional? Sim Não Encontrava-se a cargo do beneficiário à data do seu falecimento? Sim Não

5.2 Sem limite de idade (Pessoa com deficiência, que nessa qualidade seja titular de Prestações Familiares ou da Prestação Social para a Inclusão)

Nome completo _____ Data de Nascimento _____ ano | mês | dia

N.º de Identificação de Segurança Social _____ N.º de Identificação Fiscal _____

Parentesco com o beneficiário falecido _____ Com deficiência: Física Psíquica

Nome completo _____ Data de Nascimento _____ ano | mês | dia

N.º de Identificação de Segurança Social _____ N.º de Identificação Fiscal _____

Parentesco com o beneficiário falecido _____ Com deficiência: Física Psíquica

Nome completo _____ Data de Nascimento _____ ano | mês | dia

N.º de Identificação de Segurança Social _____ N.º de Identificação Fiscal _____

Parentesco com o beneficiário falecido _____ Com deficiência: Física Psíquica

6 MODO DE PAGAMENTO

A prestação 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. O IBAN agora indicado passará a ser utilizado para o pagamento de todas as prestações de 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.

_____ ano | mês | dia _____
Assinatura do requerente ou de outrem a seu rogo conforme documento de identificação válido

7 CERTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

As informações prestadas correspondem à verdade e não omitem qualquer informação relevante.

Comprometo-me a comunicar qualquer alteração da informação prestada.

Comprometo-me, ainda, a devolver à Segurança Social a percentagem da Pensão de Sobrevivência paga a título provisório, caso o(s) ex-cônjuge(s) venha(m) a habilitar-se à mesma prestação no prazo de seis meses⁽¹⁾.

_____ ano | mês | dia _____
(Assinatura do requerente ou de outrem a seu rogo conforme documento de identificação válido)

⁽¹⁾ Aplicável a requerentes na qualidade de cônjuge do beneficiário falecido ou de pessoa que com ele vivia em situação de união facto.

8 DOCUMENTOS A APRESENTAR

Do beneficiário falecido

Certidão de Nascimento narrativa completa⁽¹⁾ com averbamento do óbito.

Declaração, Mod. 5078-DGSS, se a causa da morte foi provocada por acidente.

Dos requerentes

Cônjuge

Documento de identificação válido (Cartão de Cidadão ou Bilhete de Identidade) e documento de identificação fiscal.

Declaração - Situação de União de Facto, Mod. RP 5083-DGSS⁽²⁾, comprovativa de que vivia em união de facto com o beneficiário falecido há pelo menos dois anos antes do casamento, contraído há menos de um ano.

⁽¹⁾ Documento a solicitar para efeitos de Segurança Social, devidamente atualizado.

⁽²⁾ Para aplicação do n.º 4 do artigo 2.º-A da Lei n.º 7/2001, de 11 de maio, alterada e republicada pela Lei n.º 23/2010, de 30 de agosto.

8 DOCUMENTOS A APRESENTAR (continuação)

União de Facto

Certidão de Nascimento narrativa completa⁽¹⁾.

Documento de identificação válido (Cartão de Cidadão ou Bilhete de Identidade) e documento de identificação fiscal.

Declaração - Situação de União de Facto, Mod. RP 5083-DGSS⁽²⁾, comprovativa de que vivia em união de facto com o beneficiário falecido há pelo menos dois anos antes do casamento, contraído há menos de um ano.

Ex-cônjuge

Certidão de Nascimento narrativa completa⁽¹⁾.

Documento de identificação válido (Cartão de Cidadão ou Bilhete de Identidade) e documento de identificação fiscal.

Certidão de sentença de divórcio atualizada que fixou o direito à pensão de alimentos.

Descendentes

Documento de identificação válido (Cartão de Cidadão ou Bilhete de Identidade, Certidão do Registo Civil ou Boletim de Nascimento) e documento de identificação fiscal, de cada descendente ou enteado.

Os descendentes de 1.º grau (filhos com idade entre os 18 anos e os 27 anos), e de 2.º grau (netos), com idade entre os 16 e os 24 anos, devem apresentar a respetiva prova escolar até 31 de julho de cada ano civil, através de um dos seguintes documentos:

- certificado de matrícula (onde conste o nome completo, grau de ensino e ano letivo da matrícula);
- documento comprovativo da matrícula do estabelecimento de ensino ou, na sua impossibilidade, declaração do próprio, Mod. RP 5084-DGSS.

Ascendentes / Parentes Afins ou Equiparados

Certidão de Nascimento narrativa completa⁽¹⁾.

Documento de identificação válido (Cartão de Cidadão ou Bilhete de Identidade) e documento de identificação fiscal.

Declaração Mod. RP 5086-DGSS, comprovativa de que o ascendente se encontrava a cargo do beneficiário falecido.

Outros documentos relativos aos requerentes

Documento da instituição bancária, comprovativo do IBAN, onde conste o nome do requerente como titular.

Declaração, Mod. RP 5077-DGSS, no caso de pensão ao abrigo dos Regulamentos Comunitários e Convenções Bilaterais.

Formulário de Identificação de Pessoas Singulares Abrangidas pelo Sistema de Proteção Social de Cidadania, Mod. RV 1017-DGSS, no caso de não estar inscrito na Segurança Social e junte os meios de prova nele solicitados.

Atestado Médico de Incapacidade Multiusos ⁽³⁾ comprovativo do grau de incapacidade igual ou superior a 60%, caso se encontre nesta situação e seja portador do referido atestado, emitido pelo competente Serviço de Saúde.

Cartão de Cidadão ou Bilhete de Identidade, em caso de assinatura a rogo.

Nota: Se o beneficiário falecido trabalhou em França, as certidões deverão ser passadas em modelo internacional.

⁽¹⁾ Documento a solicitar para efeitos de Segurança Social, devidamente atualizado.

⁽²⁾ Para aplicação do n.º 4 do artigo 2.º-A da Lei n.º 7/2001, de 11 de maio, alterada e republicada pela Lei n.º 23/2010, de 30 de agosto.

⁽³⁾ Documento que se destina a usufruir dos direitos sociais em matéria de retenção na fonte.

9 LOCAL E PRAZO DE ENTREGA

O requerimento deve ser apresentado nos serviços da Segurança Social **no prazo de 180 dias** a contar da data do:

- falecimento do beneficiário, no caso de Pensão de Sobrevivência ⁽¹⁾;
- registo do óbito do beneficiário, no caso do Subsídio por Morte.

A Pensão de Sobrevivência pode, ainda, ser requerida a todo o tempo, sendo devida a partir do início do mês seguinte ao da apresentação do requerimento.

(1) A mesma é devida a partir do início do mês seguinte ao falecimento do beneficiário.

10 INFORMAÇÕES

As pensões do beneficiário 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, de estado civil e situação de união de facto devem ser imediatamente comunicadas aos serviços da Segurança Social.

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