

Carreira do:

☐ Segurado

☐ Segurado Falecido

Dados do declarante

Nome completo

Carreira profissional¹

N.º de ordem	Tipo de atividade/profissão exercida ²	Período/s (ano-mês-dia)	Nome e morada da entidade empregadora
1		de - - a - -	
2		de - - a - -	
3		de - - a - -	
4		de - - a - -	
5		de - - a - -	
6		de - - a - -	
7		de - - a - -	

N.º de ordem ³	Lugar e país de exercício da atividade ⁴	Instituição ou regimes de seguro N.º de inscrição Natureza do seguro ⁵	Lugar de residência durante o período de atividade
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

¹ Períodos de trabalho na função pública, trabalho assalariado, trabalho não assalariado, residência e formação.

² Indicar a natureza da atividade exercida: funcionário público, trabalhador por conta de outrem (exemplo: pedreiro, pintor, mecânico, jardineiro ou outra), trabalhador por conta própria (exemplo: comerciante, artesão, agricultor independente ou outra). No caso de interrupção da atividade, indicar: serviço militar, doença, desemprego ou outro tipo de formação e diplomas obtidos no âmbito da formação escolar ou profissional, se for o caso.

³ Número de ordem pela qual a informação foi referenciada na primeira parte do quadro 2.

⁴ Indicar o nome do Departamento, no caso de ter exercido atividade em França.

⁵ Indicar uma das seguintes situações: seguro obrigatório, seguro voluntário, seguro facultativo continuado ou período sem seguro.

Declarações do declarante

Tenho conhecimento que as falsas declarações são punidas nos termos da lei.

Comprometo-me a comunicar à Segurança Social as alterações da informação que prestei, no prazo de 10 dias úteis a contar da data da sua ocorrência.

Declaro que a informação que prestei é completa e verdadeira.

Data

ano - mês - dia

Assinatura

Assinatura do declarante ou de outra pessoa a seu rogo (assinatura de outra pessoa quando o requerente não pode ou não sabe assinar) conforme documento de identificação válido.

4

Informações

Os elementos constantes nesta declaração são muito importantes para a instrução do processo a remeter à instituição estrangeira.

Do correto preenchimento deste formulário dependerá a apreciação dos seus direitos e uma maior rapidez na instrução do seu processo. Assim, deverá indicar:

- ▶ Todo/s o/s período/s de atividade exercido/s entre a idade normal de acesso ao mercado de trabalho e o momento atual, relativo ao segurado.
- ▶ Todo/s o/s período/s de atividade exercido/s entre a idade normal de acesso ao mercado de trabalho e a data do óbito (ou início da pensão de reforma), relativo ao segurado falecido.
- ▶ Outro/s período/s de residência, formação escolar, desemprego, baixa médica, maternidade, serviço militar ou outras situações que se tenham verificado.
- ▶ Eventuais períodos em que tenha trabalhado mas não tenha descontado para a Segurança Social (exemplo: trabalhador rural), bem como períodos em que não tenha tido trabalho.



Proteção de dados

Os dados pessoais recolhidos serão objeto de tratamento pelos serviços 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, I.P.RAM) e serão conservados pelo prazo necessário para cumprir a finalidade a que se destinam.

Os 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 a Segurança Social Direta em www.seg-social.pt.

A preencher pela Segurança Social

Confirmo que a assinatura do/a ☐ **Declarante** ☐ **Pessoa que assinou a rogo** 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