

PRESTAÇÕES POR MORTE

Antes de preencher leia com atenção as informações

1 IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO FALECIDO

Nome completo		
Data de nascimento	<div>ano</div> <div>mês</div> <div>dia</div>	N.º de Identificação de Segurança Social
Estado civil à data do falecimento		Data de falecimento
		<div>ano</div> <div>mês</div> <div>dia</div>

2 IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

Nome completo		
Data de nascimento	<div>ano</div> <div>mês</div> <div>dia</div>	
N.º de Identificação de Segurança Social		N.º de Identificação Fiscal
Estado civil		Parentesco com o beneficiário falecido
Morada		
Código postal		
Localidade		
Telemóvel / Telefone		E-mail

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 formulário RP 5078.

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 ____ ano ____ mês ____ dia a ____ ano ____ mês ____ dia ; de ____ ano ____ mês ____ dia a ____ ano ____ mês ____ dia

N.º de Subscritor _____

3.4 Carreira contributiva na Caixa de Previdência

____ de ____ ano ____ mês ____ dia a ____ ano ____ mês ____ dia

____ de ____ ano ____ mês ____ dia a ____ ano ____ mês ____ dia

____ de ____ ano ____ mês ____ dia a ____ 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 ____ ano ____ mês ____ dia a ____ ano ____ mês ____ dia

____ de ____ ano ____ mês ____ dia a ____ ano ____ mês ____ dia

____ de ____ ano ____ mês ____ dia a ____ 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	_____

Requerer 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 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.

7 INFORMAÇÕES**Conta Bancária**

O pagamento de todas as prestações/subsídios ou pensões que recebe ou que venha a receber será efetuado para o IBAN (Número Internacional de Conta Bancária) registado no sistema de informação da Segurança Social.

Se ainda não registou o IBAN ou se o pretender atualizar poderá fazê-lo:

- pela Internet, na Segurança Social Direta em www.seg-social.pt
- nos Serviços de Atendimento da Segurança Social entregando o Requerimento de Registo ou Alteração de IBAN – MG14. O formulário encontra-se disponível em www.seg-social.pt

Se o IBAN registado estiver incorreto ou se não tiver IBAN registado, o pagamento de todas as prestações/subsídios ou pensões que recebe ou que venha a receber será efetuado para a modalidade de pagamento que estiver registada no sistema de informação da Segurança Social.

Do beneficiário falecido

- Certidão de Nascimento narrativa completa⁽¹⁾ com averbamento do óbito.
- Declaração 5078, 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, RP 5083⁽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.

7 INFORMAÇÕES (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, RP 5083⁽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, RP 5084.

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

Outros documentos relativos aos requerentes

- Declaração RP 5077, 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, RV 1017, 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.

Notas:

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

⁽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.

8 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.

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