

Antes de preencher leia com atenção as instruções

## 1 - Identificação do requerente

N.º da CGA	<input type="text"/>	Nome	<input type="text"/>			
Data de nascimento	<input type="text"/>	Sexo	<input type="text"/>	Nacionalidade	<input type="text"/>	
Estado civil	<input type="text"/>		Doc. identificação	<input type="text"/>	N.º ident.	<input type="text"/>
NIF	<input type="text"/>	Código bairro fiscal	<input type="text"/>			
Morada	<input type="text"/>					
Localidade	<input type="text"/>			País	<input type="text"/>	
Código postal	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	Telefone	<input type="text"/>	
E-mail	<input type="text"/>			Telemóvel	<input type="text"/>	

## 2 - Elementos relativos à pessoa falecida

Nome	<input type="text"/>				
Data de nascimento	<input type="text"/>	Data de falecimento	<input type="text"/>		
NIF	<input type="text"/>	Doc. identificação	<input type="text"/>	N.º ident.	<input type="text"/>
Residia em Portugal?	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	País de residência	<input type="text"/>	
Esteve abrangida por regime de proteção social obrigatório?	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	Qual o regime de proteção social que a abranje?	<input type="text"/>	
Causa da morte	<input type="radio"/> Natural	<input type="radio"/> Acidente de viação	<input type="radio"/> Outra	Especifique	<input type="text"/>
A morte resultou de ato de terceiro?	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	Parentesco com o pensionista da CGA	<input type="text"/>	

## 3 - Modo de pagamento

Conta bancária	<input type="radio"/> Nacional	<input type="radio"/> Estrangeira
É titular da conta bancária da CGD cujo IBAN é	PT50 <input type="text"/>	(deverá enviar documento bancário comprovativo da titularidade atualizado)
Único titular?	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não
Cotitular/Autorizado	<input type="text"/>	

## 4 - Autenticação do requerente

Declaro que pela pessoa acima identificada não foi requerido subsídio de funeral por outra pessoa, nem estava abrangida por regime obrigatório de proteção social que confira direito a subsídio por morte ou reembolso das despesas de funeral superior a 50% do valor mínimo estabelecido no âmbito do regime geral de segurança social. As declarações prestadas correspondem à verdade e não omitem qualquer informação relevante.

\_\_\_\_\_

Data

\_\_\_\_\_

Assinatura do requerente/subscritor ou do seu representante, conforme documento de identificação

Os elementos fornecidos são processados automaticamente pelos serviços da Caixa Geral de Aposentações, destinando-se, exclusivamente, a ser utilizados no âmbito do sistema de proteção social do funcionalismo público em matéria de pensões. Os interessados poderão consultar os dados sujeitos a tratamento, bem como solicitar a retificação de inexactidões de que eles padeçam, nos termos da legislação aplicável à proteção de dados pessoais.

Antes de preencher leia com atenção as instruções

## 5 - Dados da ocorrência

Data da ocorrência	<input type="text"/>	Local da ocorrência	<input type="text"/>
Descrição	<input type="text"/>		
Posto da GNR ou PSP que tomou conta da ocorrência	<input type="text"/>		
Tribunal em que está a correr o processo	<input type="text"/>		
Vara/ Juízo	<input type="text"/>	Secção	<input type="text"/>
		N.º do processo	<input type="text"/>
Nome do advogado	<input type="text"/>		
Morada	<input type="text"/>	País	<input type="text"/>
Código postal	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
Indemnização recebida	<input type="text"/>	Entidade pagadora	<input type="text"/>
A morte foi provocada por acidente de viação?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		

## 6 - Elementos relativos aos veículos intervenientes

1	Marca do veículo	<input type="text"/>	Matrícula	<input type="text"/>
	Nome do proprietário	<input type="text"/>		
	Companhia de seguros	<input type="text"/>		
	N.º da apólice	<input type="text"/>	N.º do processo	<input type="text"/>

2	Marca do veículo	<input type="text"/>	Matrícula	<input type="text"/>
	Nome do proprietário	<input type="text"/>		
	Companhia de seguros	<input type="text"/>		
	N.º da apólice	<input type="text"/>	N.º do processo	<input type="text"/>

Antes de preencher leia com atenção as instruções

## 7 - Observações

Vai enviar documentação adicional para completar este requerimento?

Sim  Não

Observações (se vai enviar documentação adicional indique-a aqui)