

1 - Identificação do benefício requerido

Pensão de sobrevivência
 Reembolso das despesas de Funeral
 Subsídio por Morte

2 - Identificação do requerente

Nome Relação com falecido
 Data de nascimento Sexo Nacionalidade
 Estado civil Data de casamento
 NIF Código bairro fiscal Doc. identificação N.º Ident.
 Morada
 Localidade País
 Código postal - Telefone
 E-mail Telemóvel

3 - Elementos relativos à pessoa falecida

N.º da CGA Relação com a CGA
 Nome
 Data de nascimento Data de falecimento NIF
 Estado civil Doc. identificação N.º Ident.
 Filiação - Pai
 Mãe
 Efetuou descontos para regime geral Segurança Social? Sim Não Os requerentes pretendem beneficiar da pensão unificada? Sim Não
 Era pensionista regime geral da Segurança Social? Sim Não N.º de beneficiário
 Trabalhou no estrangeiro? Sim Não País
 Último serviço onde exerceu funções
 Causa da morte Especifique

4 - Modo de pagamento

Conta bancária Nacional Estrangeira
 É titular conta bancária da CGD cujo IBAN é (deverá enviar documento bancário comprovativo da titularidade atualizado)
 Único titular? Sim Não Cotitular/Autorizado

5 - Autenticação do requerente

O requerente declara não ter requerido ou recebido subsídio por morte ou reembolso das despesas de funeral por qualquer outro regime de segurança social e não ter conhecimento da existência de qualquer familiar do falecido com direito àquele subsídio, assumindo inteira responsabilidade pela veracidade das declarações prestadas no presente requerimento, nomeadamente por eventuais prejuízos que possam resultar, para a Caixa Geral de Aposentações, do aparecimento de outro(s) herdeiro(s).

As declarações prestadas correspondem à verdade e não omitem qualquer informação relevante. Comprometo-me a comunicar qualquer alteração da informação prestada no prazo de 30 dias após a sua ocorrência.

Data

Assinatura do requerente conforme documento de identificação

6 - Informação adicional do requerente ou do habilitando

Requeriu ou está a receber outra pensão ou prestação familiar por :

Acidente de trabalho Doença profissional Outro regime de segurança social
 Outro País Outra

Valor mensal N.º de beneficiário Entidade

7 - Identificação dos habilitandos

1

Nome Relação com falecido
 Data de nascimento Sexo Nacionalidade
 Estado civil Doc. identificação N.º Ident.
 NIF Código bairro fiscal

Situação escolar Grau de ensino Ano de matrícula
 Situação Profissional
 Rendimentos Mensais Origem dos rendimentos
 Pretende beneficiar da pensão unificada? Sim Não

Encontra-se a cargo do requerente? Sim Não
 Representante legal
 Morada
 Localidade País
 Código postal - Telefone
 E-mail Telemóvel

Sofre de incapacidade permanente e total para o trabalho? Sim Não N.º identificação Segurança Social
 Está impossibilitado de receber a pensão de modo permanente? Sim Não Existe interdição judicial? Sim Não

Elementos do tutor ou pessoa que superintende na assistência:

Nome
 Morada
 Localidade País
 Código postal - Telefone
 E-mail Telemóvel

7 - Identificação dos habilitandos (Continuação)

2	Nome		Relação com falecido	
Data de nascimento	Sexo	Nacionalidade		
Estado civil	Doc. identificação	N.º Ident.		
NIF	Código bairro fiscal			
Situação escolar	Grau de ensino	Ano de matrícula		
Situação Profissional				
Rendimentos Mensais	Origem dos rendimentos			
Pretende beneficiar da pensão unificada? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não				
Encontra-se a cargo do requerente? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não				
Representante legal				
Morada				
Localidade			País	
Código postal		Telefone		
E-mail			Telemóvel	
Sofre de incapacidade permanente e total para o trabalho?			Nº identificação Segurança Social	
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não			<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
Está impossibilitado de receber a pensão de modo permanente? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não				
Existe interdição judicial? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não				
Elementos do tutor ou pessoa que superintende na assistência:				
Nome				
Morada				
Localidade			País	
Código postal		Telefone		
E-mail			Telemóvel	

8 - Observações

Vai enviar documentação adicional para completar este requerimento? Sim Não

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