

Dados do requerente

Nome completo

N.º de Identificação de Segurança Social

N.º de Identificação Fiscal

Data de nascimento

Estado civil

Relação familiar com o beneficiário falecido

Morada¹

Localidade

Código Postal

Freguesia

Concelho

Distrito

Telemóvel ou telefone

E-mail

¹ Preencher, apenas, se não tiver Cartão de Cidadão. Se tiver Cartão de Cidadão leia a informação sobre a morada no quadro 11

Dados do beneficiário falecido

Nome completo

N.º de Identificação de Segurança Social

Data de nascimento

Estado civil à data do falecimento

Data de falecimento

Elementos relativos ao beneficiário falecido

3.1. Causa da morte:

☒ Doença natural

☒ Acidente¹: ☒ com intervenção de terceiros ☒ de trabalho

☒ Doença profissional

☒ Outra

Se respondeu **acidente**, indique se recebeu indemnização da Companhia de Seguros: ☐ Sim ☐ Não

¹ Preencha a Declaração Ato da responsabilidade de terceiro - Subsídio de Funeral/Prestações por Morte/Reembolso das Despesas de Funeral - RP 5078

