

Requerimento de Pensão de Sobrevivência, Reembolso das Despesas de Funeral e Subsídio por Morte

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 PT50 (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

**Requerimento de
Pensão de Sobrevivência, Reembolso das
Despesas de Funeral e Subsídio por Morte****6 - Informação adicional do requerente ou do habilitando**

Requerer 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

Requerimento de Pensão de Sobrevivência, Reembolso das Despesas de Funeral e Subsídio por Morte

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? ☐ 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	Nº 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	

8 - Observações

Vai enviar documentação adicional para completar este requerimento? ☐ Sim ☐ Não

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