

## 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

## 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	<input type="text"/>	Relação com falecido	<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"/>
	Situação escolar	<input type="text"/>	Grau de ensino	<input type="text"/>
			Ano de matrícula	<input type="text"/>
	Situação Profissional	<input type="text"/>		
	Rendimentos Mensais	<input type="text"/>	Origem dos rendimentos	<input type="text"/>
	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	<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"/>
	Sofre de incapacidade permanente e total para o trabalho?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		N.º identificação Segurança Social
				<input type="text"/>
	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	<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"/>

**8 - Observações**

Vai enviar documentação adicional para completar este requerimento?  Sim  Não

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