

## DECLARAÇÃO

### PEDIDO DE PENSÃO À INSTITUIÇÃO ESTRANGEIRA COMPETENTE

Pensão de:  Invalidez  Velhice

#### 1 ELEMENTOS RELATIVOS AO BENEFICIÁRIO

##### 1.1 Identificação

Nome completo \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Data de nascimento \_\_\_\_\_ N.º de Identificação de Segurança Social \_\_\_\_\_  
ano mês dia  
 N.º de Identificação Fiscal \_\_\_\_\_ Telemóvel / Telefone \_\_\_\_\_  
 E-mail \_\_\_\_\_

##### 1.2 Outros elementos

Países onde exerceu atividade	Período(s)	N.º de Seguro ou Matrícula
_____	de _____ a _____ <small>ano mês dia ano mês dia</small>	_____
_____	de _____ a _____ <small>ano mês dia ano mês dia</small>	_____
_____	de _____ a _____ <small>ano mês dia ano mês dia</small>	_____

Última residência no estrangeiro \_\_\_\_\_

Ainda exerce atividade?  Sim  Não Se assinalou **Sim**, indique:

Trabalhador por conta de outrem  Trabalhador independente  Funcionário Público

Última profissão exercida \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

Foi trabalhador mineiro?  Sim  Não Se assinalou **Sim**, indique:  No interior da mina  À superfície

Tipo de extração \_\_\_\_\_

País(es) e Entidade(s) Empregadora(s) onde exerceu essa atividade  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Tem outros rendimentos?  Sim  Não Se assinalou **Sim**, indique:

Natureza \_\_\_\_\_ Valor mensal \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ EUR

Os dados pessoais apresentados serão objeto de tratamento pelos serviços competentes da Segurança Social (Instituto da Segurança Social, I.P., Instituto da Segurança Social dos Açores, I.P.R.A. e Instituto de Segurança Social da Madeira, IP-RAM) para os fins a que se destina o presente formulário e serão conservados pelo prazo estritamente necessário à prossecução desses fins.

Os referidos Serviços da Segurança Social, comprometem-se a proteger os seus dados pessoais e a cumprir as suas obrigações no âmbito da proteção de dados. Para mais informações sobre a proteção de dados, consulte o portal da Segurança Social em [www.seg-social.pt](http://www.seg-social.pt)

**As falsas declarações são punidas nos termos da lei**

## 1 ELEMENTOS RELATIVOS AO BENEFICIÁRIO (continuação)

### 1.3 Prestações requeridas ou a receber

	Requeridas	A receber
1 Subsídio de Doença por Incapacidade para o Trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Subsídio de Desemprego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Pensão de Invalidez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Pensão de Velhice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Pensão de Sobrevivência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Pensão por Acidente de Trabalho ou Doença Profissional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Pensão Militar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Pensão do Regime da Função Pública	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se requereu ou já recebe uma das prestações referidas de 1 a 8, indique:  
Nome da Instituição (nacional ou estrangeira) onde apresentou o pedido ou pela qual recebe a prestação:  
\_\_\_\_\_

Morada da referida instituição \_\_\_\_\_

### 1.4 Atividade no estrangeiro (situações específicas)

**A preencher no caso de ter trabalhado em França**

Se tem 60 e 65 anos, assinale a pensão a cargo da Segurança Social Francesa:

Velhice por inaptidão<sup>(1)</sup>;

Velhice à taxa plena (se reunir as condições exigidas);

Velhice à taxa reduzida;

Aguardar e apresentar o pedido de pensão em data posterior<sup>(2)</sup>.

Requereu a pensão do regime complementar junto da Instituição Francesa competente?  Sim  Não

Recebe esta prestação?  Sim  Não Se assinalou **Sim**, indique o valor trimestral \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ EUR

Se assinalou **Não** e optou por requerer a pensão de velhice por inaptidão ou a pensão de velhice à taxa reduzida, pretende que o pedido de pensão do regime complementar seja apresentado juntamente com o pedido de pensão do regime de base?  Sim  Não<sup>(3)</sup>

**(1)** A atribuição desta prestação implica o reconhecimento da situação de incapacidade, efetuado pelos serviços competentes.  
**(2)** Neste caso, deverá apresentar o seu pedido 3 meses antes da data pretendida, junto do Centro Distrital do Instituto da Segurança Social, I.P. da área da sua residência.  
**(3)** A pensão do regime complementar requerida antes dos 65 anos sofre uma redução definitiva. Se for requerida entre os 60 e os 65 anos não terá redução se:  
- beneficiar de uma pensão de reforma, à taxa plena, do regime de base francês;  
- for titular de uma pensão de velhice por inaptidão do regime de base francês.

**A preencher no caso de ter trabalhado na Alemanha**

Recebeu o reembolso das contribuições?  Sim  Não

Educou os filhos na Alemanha nos primeiros doze meses de vida?  Sim  Não

Se assinalou **Sim** e se é do sexo masculino, requereu o reconhecimento dos períodos de seguro por educação de filhos até 31/12/1996?  
 Sim  Não

## 2

## ELEMENTOS RELATIVOS AO CÔNJUGE / EX-CÔNJUGE DO BENEFICIÁRIO

## 2.1 Cônjuge

Nome completo do Cônjuge \_\_\_\_\_

Data de nascimento \_\_\_\_\_ Data do casamento \_\_\_\_\_

Exerce atividade profissional?  Sim  Não Se assinalou **Sim**, indique:

Tipo de atividade<sup>(4)</sup> \_\_\_\_\_ Valor da retribuição mensal \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ EUR

Se tem **60 e 65 anos**, está definitivamente incapaz para o exercício da sua profissão<sup>(5)</sup>?  Sim  Não

Exerceu atividade no estrangeiro?  Sim  Não Se assinalou **Sim**, indique:

País \_\_\_\_\_ Número de Seguro ou de Matrícula \_\_\_\_\_

Requeriu ou recebe alguma prestação da Segurança Social Portuguesa ou estrangeira<sup>(6)</sup>?  Sim  Não

Se assinalou **Sim**, indique:

Natureza da prestação \_\_\_\_\_ Número de beneficiário \_\_\_\_\_

Valor mensal \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ EUR Entidade responsável pelo pagamento \_\_\_\_\_

Tem outros rendimentos?  Sim  Não Se assinalou **Sim**, indique:

Natureza dos rendimentos \_\_\_\_\_ Valor mensal \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ EUR

O Cônjuge residiu na **Suiça** ou na **Holanda**<sup>(7)</sup>?  Sim  Não Se assinalou **Sim**, indique:

Residência	Período(s)
_____	de _____ a _____
_____	de _____ a _____
_____	de _____ a _____

**(4)** Trabalhador por conta própria, trabalhador por conta de outrem ou funcionário público.  
**(5)** Situação que terá que ser comprovada por exame médico.  
**(6)** Pensão de Invalidez, Velhice, Sobrevivência, por Acidente de Trabalho ou Doença Profissional, Subsídios de Doença, Desemprego ou outra prestação.  
**(7)** A preencher obrigatoriamente no caso de o beneficiário ter trabalhado na Suiça ou na Holanda.

## 2.2 Ex-Cônjuge (A preencher no caso de o beneficiário ter contraído mais do que um casamento)

Nome completo do ex-cônjuge \_\_\_\_\_

Data de nascimento \_\_\_\_\_ Nacionalidade \_\_\_\_\_

Data do casamento \_\_\_\_\_ Data do divórcio \_\_\_\_\_ Data do óbito \_\_\_\_\_

Residência \_\_\_\_\_

O(s) ex-cônjuge(s) residiu(residiram) na **Suiça** ou na **Holanda**<sup>(8)</sup>?  Sim  Não Se assinalou **Sim**, indique:

Residência	Período(s)
_____	de _____ a _____
_____	de _____ a _____
_____	de _____ a _____

**(8)** A preencher obrigatoriamente no caso de o beneficiário ter trabalhado na Suiça ou na Holanda.

**3 ELEMENTOS RELATIVOS AO(S) DESCENDENTE(S)<sup>(9)</sup>**

Nome completo	Nascimento	Casamento	Falecimento
_____	ano   mês   dia	ano   mês   dia	ano   mês   dia
_____	ano   mês   dia	ano   mês   dia	ano   mês   dia
_____	ano   mês   dia	ano   mês   dia	ano   mês   dia
_____	ano   mês   dia	ano   mês   dia	ano   mês   dia
_____	ano   mês   dia	ano   mês   dia	ano   mês   dia
_____	ano   mês   dia	ano   mês   dia	ano   mês   dia

Indique os nomes dos descendentes relativamente aos quais recebe prestações familiares ou Abono de Família (quer sejam pagas por uma instituição portuguesa ou estrangeira) e indique a instituição pagadora:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**[9]** Ainda que casados, inválidos, em formação escolar ou profissional, adotados ou falecidos.

**4 CERTIFICAÇÃO**

As informações prestadas correspondem à verdade e não omitem qualquer informação relevante. Comprometo-me a comunicar qualquer alteração da informação prestada.

ano | mês | dia

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do beneficiário ou de outrem a seu rogo conforme documento de identificação válido)

**5 INFORMAÇÕES****Conta Bancária**

O pagamento de todas as prestações/subsídios ou pensões que recebe ou que venha a receber será efetuado para o IBAN (Número Internacional de Conta Bancária) registado no sistema de informação da Segurança Social.

Se ainda não registou o IBAN ou se o pretender atualizar poderá fazê-lo:

- pela Internet, na Segurança Social Direta em [www.seg-social.pt](http://www.seg-social.pt)
- nos Serviços de Atendimento da Segurança Social entregando o Requerimento de Registo ou Alteração de IBAN – MG 14. O formulário encontra-se disponível em [www.seg-social.pt](http://www.seg-social.pt)

Se o IBAN registado estiver incorreto ou se não tiver IBAN registado, o pagamento de todas as prestações/subsídios ou pensões que recebe ou que venha a receber será efetuado para a modalidade de pagamento que estiver registada no sistema de informação da Segurança Social.

**Documentos a apresentar**

- Cartões de seguro ou de matrícula estrangeiros;
- Todos os certificados de trabalho ou todas as folhas / boletins de pagamento de salários;
- Todos os certificados de seguro (AVS / AI) (AHV / IV), das cadernetas de selos, dos atestados de permanência ou de domicílio e dos certificados de trabalho no caso de ter trabalhado na Suíça;
- Documento de identificação civil válido do(s) descendente(s) (Cartão de Cidadão ou Bilhete de Identidade);
- Comprovativo de pensão - notificação;
- Documentos comprovativos da carreira de seguro, no caso de ter trabalhado na Alemanha.
- Declaração - Carreira do Segurado, RP 5081, devidamente preenchida.

**VALIDAÇÃO DA ASSINATURA** (a preencher pelos Serviços da Segurança Social)

Confirmo que a assinatura do:  **beneficiário** ou  **rogado** está em conformidade com o seguinte documento de identificação:

Cartão de Cidadão  Bilhete de Identidade  Passaporte  Outro \_\_\_\_\_

Número \_\_\_\_\_ Validade ano | mês | dia \_\_\_\_\_ Assinatura e carimbo da Segurança Social