



REGISTO DE ENTRADA

REQUERIMENTO DE REEMBOLSO DAS DESPEAS DE FUNERAL

Exm^o Senhor Diretor
do Centro Nacional de Pensões

O abaixo assinado vem requerer o reembolso das despesas de funeral, para o qual fornece os seguintes elementos:

1	ELEMENTOS RELATIVOS AO BENEFICIÁRIO FALECIDO
	N ^o Identificação de Segurança Social (NISS) <input type="text" value="1"/>
	Nome Completo <input type="text"/>
	Data de Nascimento <input type="text"/> Sexo (F ou M) <input type="checkbox"/> Estado Civil à Data do falecimento <input type="text"/>
	Naturalidade: País <input type="text"/> Distrito <input type="text"/>
	Concelho <input type="text"/> Freguesia <input type="text"/>
	Nacionalidade <input type="text"/> Data do falecimento <input type="text"/>
2	ELEMENTOS RELATIVOS AO REQUERENTE
	N ^o Identificação de Segurança Social (NISS) a) <input type="text" value="1"/>
	Nome Completo <input type="text"/>
	Data de Nascimento <input type="text"/> Parentesco com o Beneficiário <input type="text"/>
	Estado Civil <input type="text"/> N ^o Identificação Fiscal <input type="text"/> Cód. Rep. Finanças <input type="text"/>
	Morada (Rua, Av., Pç., etc) <input type="text"/>
	Localidade <input type="text"/> Telefone <input type="text"/>
	Cód. Postal <input type="text"/> Cód. Morada <input type="text"/> (A preencher pelos serviços)
	Endereço Eletrónico <input type="text"/>
	a) Se não for detentor de NISS, deverá preencher obrigatoriamente o Mod. RV 1013-DGSS

3**INFORMAÇÕES DIVERSAS****3.1****OUTROS ELEMENTOS RELATIVOS AO BENEFICIÁRIO FALECIDO****3.1.1****CAUSA DA MORTE**

- | | | | | | |
|------------------------------------|------------------------------|------------------------------|-------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 1. Doença natural? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | 3. Doença Profissional? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| 2. Acidente? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | 4. Outra | _____ | |
| 2.1. Com intervenção de terceiros? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | | _____ | |
| 2.2. De trabalho? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | | | |

Se respondeu sim no campo 2 preencha o questionário anexo (Mod. CNP-04)**3.1.2****SITUAÇÃO NA DATA DO FALECIMENTO**

Indique a situação na data do Falecimento:

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| 1. Pensionista Invalidez / Velhice | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| 2. Pensionista Sobrevivência | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| 3. Recebia pensão por doença profissional? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| 4. Requerente de pensão | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |

O requerente solicitou a outra entidade a comparticipação para as despesas de funeral do beneficiário?Sim Não

Se respondeu SIM, indique:

Entidade a quem requereu _____ valor _____, EUR

3.1.3**CARREIRA CONTRIBUTIVA NO ESTRANGEIRO**

- Trabalhou no estrangeiro? Sim Não Se sim, indique o País _____
- Esteve abrangido pela Segurança Social? Sim Não
- Tinha requerido pensão? Sim Não Se sim, indique em que entidade _____
- Era reformado? Sim Não Se sim, indique qual a entidade _____

3.2**ELEMENTOS RELATIVOS A FAMILIARES DO BENEFICIÁRIO FALECIDO**

- O beneficiário deixou cônjuge ou ex-cônjuge sobrevivente? Sim Não
- Se respondeu SIM, indique:
 Nome _____
 Data de nascimento ____/____/____ Morada _____
- O beneficiário à data da morte vivia em situação de união de facto análoga à dos cônjuges? Sim Não
- Se respondeu SIM, indique:
 Nome _____
 Data de nascimento ____/____/____ Morada _____
- No caso de haver descendentes ou equiparados, adotados plenamente, ou ascendentes nas condições previstas nos artigos 7º; 12º; 13º; 14º e 19º do Decreto-Lei n.º 322/90, de 18 de outubro, indique:
- Nome _____
 Data de nascimento ____/____/____ Grau de parentesco _____
 Morada _____
- Nome _____
 Data de nascimento ____/____/____ Grau de parentesco _____
 Morada _____

3.3 MODO DE PAGAMENTO

O montante atribuído ser-lhe-á paga por **depósito em conta bancária**, pelo que deverá indicar:

- Banco: _____

- NIB:

- IBAN:

/

Para o efeito deverá anexar documento da instituição bancária com o Número de Identificação Bancária (NIB/IBAN) onde conste o seu nome como titular da conta.

DECLARAÇÃO

Assumo a veracidade das declarações prestadas neste requerimento.

_____, _____ de _____ de 20 _____

(Assinatura conforme Bilhete de Identidade/Cartão de Cidadão do requerente ou de outrem a seu pedido, desde que não possa ou não saiba assinar)

Nota: Se o beneficiário falecido era pensionista, não devem ser recebidas pensões posteriores à data da morte, mas sim devolvidas imediatamente ao Centro Nacional de Pensões.

CAMPO A PREENCHER PELOS SERVIÇOS

Confirmo a autenticidade da assinatura do requerente por semelhança com a constante do _____ (CC ou BI) nº _____

_____/_____/_____ _____

(Carimbo com nome e categoria do funcionário)

Os dados recolhidos serão objeto de registo informático nos ficheiros da Segurança Social.

DOCUMENTOS A APRESENTAR COM O REQUERIMENTO

- ◆ Certidão de Nascimento narrativa do beneficiário falecido com o averbamento do óbito;
- ◆ Para confirmação de assinatura, no ato de entrega do requerimento, deverá apresentar BI/Cartão de Cidadão do requerente ou do rogado, ou fazer entrega de fotocópia do documento de identificação;
- ◆ Fotocópia do Cartão de Contribuinte do requerente;
- ◆ Recibo e Fatura, passados em nome do requerente, com indicação do nome do beneficiário falecido;
- ◆ Para pagamento da prestação através de conta bancária, deverá apresentar documento da instituição bancária com o Número de Identificação Bancária (NIB), onde conste o seu nome como titular da conta;
- ◆ Questionário Pensões por Morte (mod. CNP-04), caso o falecimento tenha resultado de acidente.

INFORMAÇÕES

QUEM PODE REQUERER O REEMBOLSO:

- ◆ A pessoa que prove ter suportado as despesas de funeral do falecido.

PRAZO PARA REQUERER:

- ◆ O reembolso das despesas de funeral **só** pode ser requerido no prazo de 90 dias, a contar da data do óbito do beneficiário.

VALOR A ATRIBUIR:

- ◆ Ao valor do reembolso a conceder serão deduzidos eventuais débitos do beneficiário falecido, nos termos da legislação aplicável;
- ◆ Serão ainda deduzidas as pensões recebidas após a morte do beneficiário, nos termos da legislação aplicável.

LOCAL DE ENTREGA

O requerimento deve ser apresentado nos Serviços de Atendimento da Segurança Social.

(Se enviar o requerimento e respetiva documentação por via postal, junte envelope endereçado e selado para remessa de recibo comprovativo dos documentos entregues).