SEGURANÇA SOCIAL

CERTIFICADOS DE REFORMA

Instituto de Gestão de Fundos de Capitalização da Segurança Social, I.P.

REGIME PÚBLICO DE CAPITALIZAÇÃO

PEDIDO DE CESSAÇÃO DA OBRIGAÇÃO CONTRIBUTIVA

Dados do aderente

Nome

N.º de Ident. de Seg. Social

N.º de Identificação Fiscal

Data de adesão

Motivo da cessação (assinalar a situação respetiva e preencher o campo data quando aplicável)

☐ Por atribuição de pensão/aposentação por velhice. Em (dd/mm/aaaa)

☐ Por ter sido declarada a situação de invalidez absoluta. Em (dd/mm/aaaa)

Certificação do aderente

As declarações prestadas correspondem à verdade e não omitem qualquer informação relevante.

/ /

Assinatura do aderente conforme documento de identificação válido

EXEMPLO

Este formulário está disponível on-line, neste site, no serviço Segurança Social Direta (SSD), nos serviços de atendimento da Segurança Social, incluindo os das Lojas do Cidadão e através da Linha Segurança Social 300 502 502

OS DADOS CONSTANTES NESTE DOCUMENTO SERÃO OBJETO DE REGISTO INFORMÁTICO NA BASE DE DADOS DA SEGURANÇA SOCIAL. PODERÁ ACEDER À INFORMAÇÃO QUE LHE DIZ RESPEITO E SOLICITAR A SUA CORREÇÃO.

AS FALSAS DECLARAÇÕES SÃO PUNIDAS NOS TERMOS DA LEI