

Acordo de Previdência Social entre a República Federativa do Brasil e o Grão-Ducado de Luxemburgo
Convention de sécurité sociale entre le Grand-Duché de Luxembourg et la République Fédérative du Brésil

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE PENSÃO POR MORTE
FORMULAIRE DE DEMANDE D'UNE PENSION DE SURVIVANT

Artigo 8 do Ajuste Administrativo / Article 8 de l'arrangement administratif

N° do processo ao Brasil N° du dossier au Brésil	
N° do processo ao Luxemburgo N° de dossier au Luxembourg	

Data da solicitação
Date de la demande _____
(dd/mm/aaaa) / (jj/mm/aaaa)

A CARGO DA INSTITUIÇÃO COMPETENTE / A CHARGE DE L'INSTITUTION COMPETENTE

1	INSTITUIÇÃO DESTINATÁRIA / INSTITUTION DESTINATAIRE
1.1	Denominação / Dénomination
1.2	Endereço / Adresse Endereço eletrónico / Adresse électronique _____

AS SEÇÕES DE 2-9 DEVEM SER PREENCHIDAS PELO REQUERENTE / SECTIONS 2-9 A COMPLETER PAR LE DEMANDEUR

2	DADOS RELATIVOS AO SEGURADO FALECIDO / DONNÉES RELATIVES À L'ASSURÉ DÉCÉDÉ	
Nome do segurado / Nom de l'assuré Primeiro nome / Prénom	Nome do meio / Second prénom	Sobrenome / Nom
Nome da mãe / Mother's name Primeiro nome / Prénom	Nome do meio / Second prénom	Sobrenome / Nom
Nome do pai / Father's name Primeiro nome / Prénom	Nome do meio / Second prénom	Sobrenome / Nom
Cadastro de Pessoa Física – CPF ao Brasil Registre national des personnes physiques-CPF au Brésil		
N° de Inscrição do Trabalhador – NIT no Brasil N° d'inscription – NIT au Brésil _____		
N° de Identificação em Luxemburgo N° d'identification au Luxembourg _____		
2.1 DADOS DO NASCIMENTO / DATE DE NAISSANCE		
Cidade de nascimento / Lieu de naissance	Estado / Etat	País / Pays

Data de nascimento / Date de naissance (dd/mm/aaaa) / (jj/mm/aaaa) ____/____/____		Sexo / Sexe M F		Nacionalidade / Nationalité	
2.2 Estado Civil / Etat civil					
Solteiro / Célibataire	Casado / Marié	Parceiro / Partenaire	Viúvo / Veuf <input type="checkbox"/>	Divorciado / Divorcé	Separado / Séparé
OBS: Os documentos que comprovam o Estado Civil estão anexados / Le certificat qui prouve l'état civil est joint					
2.3 DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO/ DOCUMENT D'IDENTIFICATION					
Número de identidade Brasileiro / Numéro de carte d'identité brésilienne		Data de Expedição/ Date de délivrance (dd/mm/aaaa) (jj/mm/aaaa) ____/____/____		Nome do departamento de expedição / Nom du bureau de délivrance	
2.4 DADOS RESIDENCIAIS / ADRESSE					
País /Pays		CEP/ Code Postal	Estado/ Etat		Cidade /Ville
Bairro/ arrondissement Logradouro/ Rue		Número/ Numéro		Apt., Villa. Etc	
Telefone/Numéro de téléphone			E-mail		

3 INFORMAÇÕES SOBRE O ÓBITO / INFORMATION CONCERNANT LE DECES						
3.1 DADOS DO ÓBITO / DATE DU DECES						
Data do óbito / Date du décès (dd/mm/aaaa) (jj/mm/aaaa) ____/____/____				Lugar do óbito / Lieu du décès		
Documento brasileiro / Document brésilien	Nº da Certidão de Óbito / Numéro du certificate de décès	Cartório Bureau notarial	Livro / Livre	Folha / Page	Data de Expedição / Date de délivrance (dd/mm/aaaa) (jj/mm/aaaa) ____/____/____	
Documento Luxemburguês /Document luxembourgeois	Nome do Documento / Nom du document		Órgão Emissor / Organisme d'émission		Data de Expedição / date de délivrance (dd/mm/aaaa) (jj/mm/aaaa) ____/____/____	
3.2 CAUSA DO ÓBITO / CAUSE DU DECES						

Doença Comum / Maladie commune <input type="checkbox"/>	Acidente de Trabalho / Accident du travail <input type="checkbox"/>	Doença Profissional / Maladie professionnelle <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ente de Qualquer Natureza / Accident de toute nature
--	--	---	---

4 DECLARAÇÃO DE ATIVIDADES NO BRASIL, LUXEMBURGO E OUTROS PAÍSES DECLARATION DES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES AU BRÉSIL, LUXEMBOURG ET AUTRES PAYS						
Nome da Empresa onde exerce atividade Nom de l'employeur auprès duquel a été exercée l'activité	Nº Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica-CNPJ Nº Cadastre national des personnes juridiques-CNPJ Nº de Identificação em Luxemburgo Nº d'identification au Luxembourg	País Pays	Atividade - regime de Previdência a que estava coberto Activité – régime de sécurité sociale	desde (dd/mm/aaaa) du (jj/mm/aaaa)	até (dd/mm/aaaa) au (jj/mm/aaaa)	Observações / Observations
				__/__/__	__/__/__	
				__/__/__	__/__/__	
				__/__/__	__/__/__	
				__/__/__	__/__/__	
				__/__/__	__/__/__	

5 DADOS RELATIVOS AOS DEPENDENTE (lá incluídos o requerente se ele mesmo for um que tem direito) INFORMATIONS CONCERNANT LES AYANTS DROIT (y inclus le demandeur si lui-même est un ayant droit)		
<input type="checkbox"/> cônjuge sobrevivente / conjoint survivant		<input type="checkbox"/> parceiro sobrevivente / partenaire
<input type="checkbox"/> outros beneficiários / Autres ayants droit		<input type="checkbox"/> Filho(a) / Enfant
Nome do segurado / Nom de l'assuré Primeiro nome / Prénom	Nome do meio / Second prénom	Sobrenome / Nom
Nome da mãe / Mother's name Primeiro nome / Prénom	Nome do meio / Second prénom	Sobrenome / Nom
Nome do pai / Father's name Primeiro nome / Prénom	Nome do meio / Second prénom	Sobrenome / Nom
Cadastro de Pessoa Física-CPF – no Brasil Registre national des personnes physiques-CPF au Brésil _____		
Nº de Inscrição do Trabalhador – NIT no Brasil Nº d'inscription – NIT au Brésil _____		
Nº de Identificação em Luxemburgo Nº d'identification au Luxembourg _____		
5.1 DADOS DO NASCIMENTO / DATE DE NAISSANCE		
Cidade de nascimento / Lieu de naissance	Estado / Etat	País / Pays

Data de nascimento / Date de naissance (dd/mm/aaaa) / (jj/mm/aaaa) ____/____/____		Sexo / Sexe M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Nacionalidade / Nationalité	
5.2 ESTADO CIVIL / ÉTAT CIVIL					
<input type="checkbox"/> Solteiro / Célibataire	<input type="checkbox"/> Casado / Marié	<input type="checkbox"/> Parceiro / Partenaire	<input type="checkbox"/> Viúvo / Veuf	<input type="checkbox"/> Divorciado / Divorcé	<input type="checkbox"/> Separado / Séparé
OBS: Os documentos que comprovam o Estado Civil estão anexados / Le certificat qui prouve l'état civil est joint					
5.3	Endereço Atual / Adresse actuelle Correio electrónico / Adresse électronique _____ Telefone / Téléphone _____ Fax _____				
5.4	Data de casamento com o segurado falecido / Date de mariage avec l'assuré(e) décédé(e) _____ / _____ / _____ (dd/mm/aaaa) (jj/mm/aaaa)				
5.5	Os cônjuges tiveram crianças juntos? / Les conjoints ont-ils eu des enfants ensemble ? <input type="checkbox"/> sim /oui <input type="checkbox"/> não / non				
5.6	Se for caso disso, indicar a data / Le cas échéant, indiquer la date <input type="checkbox"/> da separação de corpos / de la séparation de corps <input type="checkbox"/> do divórcio / du divorce _____ / _____ / _____ (dd/mm/aaaa) (jj/mm/aaaa)				
5.7	Se for caso disso, indicar a data do novo matrimónio / Le cas échéant, indiquer la date du remariage _____ / _____ / _____ (dd/mm/aaaa) (jj/mm/aaaa)				
5.8	Sobrenome et Primeiro Nome do novo cônjuge / Noms et prénoms du nouveau conjoint _____				
5.9	Relação de parentesco e estado civil (para os beneficiários para além a viúva ou do) / Lien de parenté et état civil (pour les ayants droit autres que la veuve ou le veuf)				
A pessoa designada ao quadro 5 / La personne désignée au cadre 5					
5.10	<input type="checkbox"/> exerce uma atividade profissional / exerce une activité professionnelle			<input type="checkbox"/> assalariada / salariée	
5.11	<input type="checkbox"/> não exerce uma atividade profissional / n'exerce pas d'activité professionnelle			<input type="checkbox"/> independente / indépendante	
5.12	Em caso afirmativo, montante do rendimento anual / Dans l'affirmative, montant du revenu annuel _____				
5.13	A pessoa designada ao quadro 5 / La personne désignée au cadre 5	<input type="checkbox"/> não era / n'était pas <input type="checkbox"/> era / était		dependente do segurado falecido / à la charge de l'assuré décédé.	
5.14	A pessoa designada ao quadro 5 beneficia de uma pensão ou uma renda / La personne désignée au cadre 5 bénéficie d'une pension ou d'une rente desde / du ____/____/____ até / au ____/____/____ (dd/mm/aaaa) (jj/mm/aaaa) não beneficia de uma pensão ou uma renda / ne bénéficie pas d'une pension ou d'une rente. pode pretender a uma pensão / peut prétendre à une pension.				

6	SE A PESSOA DESEJA SER REPRESENTADA: DADOS RELATIVOS AO PROCURADOR / ANEXAR A PROCURAÇÃO - SI LA PERSONNE SOUHAITE ETRE REPRESENTEE: DONNEES RELATIVES AU MANDATAIRE / ANNEXER LA PROCURATION
Nome do Procurador / Nom du mandataire	

Data De Nascimento / Date De Naissance (dd/mm/aaaa) / (jj/mm/aaaa)	Nome Da Mãe / Nom De La Mère	Cadastro De Pessoa Física- Cpf No Brasil / Registre National Des Personnes Physiques-Cpf Au Brésil_	Documento De Identificação/ Document D'identification
DADOS RESIDENCIAIS / ADRESSE			
País /Pays	CEP/ Code Postal	Estado/ Etat	Cidade /Ville
Bairro/ Arrondissement Logradouro/ Rue	Número/ Numéro		Apt., Villa. Etc
Telefone/Numérote téléphone		E-mail	

7	DADOS RELATIVOS AOS DEPENDENTES / RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES ENFANTS					
Sobrenome e Primeiro Nome Nom et prénom	Data de Nascimento (dd/mm/aaaa) Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Nº de Inscrição - NIT no Brasil Nº d'inscription – NIT au Brésil Nº de Identificação em Luxemburgo Nº d'identification au Luxembourg	Documento de Identificação	Parentesco ¹⁾ Lien de parenté ¹⁾	Dependência econômica / Economiquement dépendant Sim / Não Oui/Non	Incapacitado / Incapacité Sim / Não Oui/Non
	/ /					
	/ /					
	/ /					
	/ /					
	/ /					
	/ /					

8	DADOS BANCÁRIOS / DONNÉES BANCAIRES		Bra <input type="checkbox"/> Brasil	Lux <input type="checkbox"/> Luxburgo/Luxembourg
8.1	Nome do titular / Nom du titulaire			

¹⁾ Para a legislação de Luxemburgo: No caso de uma criança deficiente juntar-se a certificado médico; no caso de um estudante, juntar-se a certificado de estudos.

Pour la législation luxembourgeoise: Dans le cas d'un enfant handicapé joindre certificat médical ; dans le cas d'un étudiant, joindre certificat d'études.

8.2	Nome do Banco Dénomination de la banque	
8.3	Número e nome da Agência Bancária Numéro et nom de l'Agence bancaire	
8.4	Endereço do Banco Adresse de la banque	
8.5	Código bancario BIC / Code bancaire BIC	
8.6	Número da Conta Bancária IBAN - SWIFT Numéro du compte bancaire IBAN - SWIFT	

9	DECLARAÇÃO DO REQUERENTE / DECLARATION DU DEMANDEUR
<p>Eu declaro que as informações constantes desta solicitação são verdadeiras, completas e de meu conhecimento e comprometo-me a fornecer todas as mudanças ulteriores lá relativas. Autorizo a Instituição Competente indicado ao quadro 8 fornecer às instituições competentes <input type="checkbox"/>do Brasil <input type="checkbox"/>de Luxemburgo todas as informações e documentos que se relacionam a este requerimento de benefícios.</p> <p>Je déclare que les informations indiquées dans cette demande sont exactes, complètes et de ma connaissance et je m'engage à fournir tous les changements ultérieurs y relatifs. J'autorise l'institution compétente indiquée au cadre 8 à fournir aux institutions compétentes <input type="checkbox"/>brésilienne <input type="checkbox"/>luxembourgeoise toutes les informations et les documents en relation avec cette demande de prestations.</p> <p style="text-align: center;">_____/_____/_____</p> <p style="text-align: center;">Data da solicitação / Date de la demande</p> <p style="text-align: right;">_____</p> <p style="text-align: right;">Assinatura do requerente / Signature du demandeur</p>	

10

INSTITUIÇÃO DE INSTRUÇÃO / INSTITUTION D'INSTRUCTION

A exatidão dos dados pessoais indicados neste formulário foi verificada.
L'exactitude des données personnelles indiquées dans ce formulaire a été vérifiée.

Validação de períodos de seguro BRA-LUX 8 em anexo
Relevé des périodes d'assurance BRA-LUX 8 en annexe

Relatório médico BRA-LUX 9 em anexo
Rapport médical BRA-LUX 9 en annexe

Denominação / Dénomination

Endereço / Adresse

Endereço eletrónico / Adresse électronique _____

Data / Date

____ / ____ / ____

Carimbo / Cachet

Assinatura / Signature