

Accord Canada / Portugal

Demande de prestations de décès portugaises

Voici des renseignements importants dont vous devez tenir compte au moment de remplir votre demande.

Veillez vous assurer de signer la demande. Si vous apposez une marque en guise de signature, (par exemple : « X »), la signature d'un témoin est exigée.

Votre demande doit être accompagnée de tous les documents justificatifs requis. Veuillez soumettre ces documents.

Lorsqu'il est précisé qu'on exige les documents originaux, il vous faut soumettre les documents originaux avec votre demande. Vous devez conserver, pour vos dossiers, une **copie certifiée conforme de tout document original** que vous nous envoyez. Certains pays exigent des documents originaux qui ne vous seront pas retournés.

Vous pouvez soumettre **l'original ou une photocopie certifiée conforme** de tout document lorsque les originaux ne sont pas exigés. Les documents originaux vous seront retournés dans les meilleurs délais. Si vous soumettez des photocopies de documents, **celles-ci doivent être certifiées conformes par** : un comptable, un chiropraticien, un commissaire à l'assermentation, un dentiste, un médecin, un employé d'un ministère fédéral ou provincial ou de l'un de ses organismes, un directeur de maison funéraire, un juge de paix, un avocat, un magistrat, un directeur d'institution financière, un député fédéral ou provincial ou un membre de son personnel, un prêtre ou un ministre du culte, un greffier municipal, un notaire, un représentant d'un pays avec lequel le Canada a conclu un accord de sécurité sociale, un agent officiel d'une ambassade, d'un consulat ou d'un haut-commissariat, un pharmacien, un agent de police, un maître de poste, un ingénieur, un travailleur social ou un professeur.

La personne qui certifie la photocopie doit indiquer son titre officiel, son numéro de téléphone, la date de certification, et elle doit également indiquer son nom et signer et ajouter la phrase suivante sur le document : « **Cette photocopie est conforme au document original et n'a été modifiée d'aucune façon** ».

Retournez votre demande dûment remplie, les formulaires et les documents à l'appui aux :

Opérations internationales
Ottawa (Ontario) K1A 0L4
CANADA

Le défaut de faire parvenir ces documents risque de retarder le traitement de votre demande.

Avertissement :

Ce formulaire de demande a été élaboré conjointement par des sources externes et Développement social Canada. Le contenu et le langage répondent aux exigences législatives de ces sources externes.

**REQUERIMENTO DE PRESTAÇÕES POR MORTE DA SEGURANÇA SOCIAL PORTUGUESA
AO ABRIGO DO ACORDO SOBRE SEGURANÇA SOCIAL ENTRE PORTUGAL E O CANADÁ**

**APPLICATION FOR PORTUGUESE DEATH BENEFITS
UNDER THE PORTUGAL - CANADA SOCIAL SECURITY AGREEMENT**

**DÉMANDE DE PRESTATIONS PORTUGAISES DE DÉCÈS AUX TERMES DE L'ACCORD
DE SECURITÉ SOCIALE ENTRE PORTUGAL ET LE CANADA**

PREENCHER EM LETRA DE IMPRENSA / PLEASE PRINT / ÉCRIVEZ EN LETTRES MOULÉES

**1. INFORMAÇÕES SOBRE O REQUERENTE / INFORMATION CONCERNING THE APPLICANT / RENSEIGNEMENTS
CONCERNANT LE REQUERENT**

<p>1.1. Nomes próprios / First names / Prénoms _____ Apellidos / Surnames / Noms de famille _____</p> <p>Cidadãos de origem portuguesa devem indicar os nomes e apelidos tal como constam em documento oficial português (bilhete de identidade ou no passaporte) Citizens of Portuguese origin must indicate their first names and surnames as shown on an official Portuguese document (identity card or passport) Les citoyens d'origine portugaise doivent indiquer leurs prénoms et noms de famille tels qu'indiqués sur un document officiel portugais (carte d'identité ou passeport)</p>		
<p>1.2. Endereço Address Adresse</p>	<p>Número, rua, apart., caixa postal Number, Street, Apt., P.Q. Box Numéro, rue app., case postale</p> <p>Província ou território Province or Territory Province ou territoire</p>	<p>Cidade ou localidade City or Town Ville ou village</p> <p>Código postal Postal Code Code postal</p>
<p>1.3. Número fiscal de contribuinte em Portugal / Taxpayer number in Portugal / Número fiscal au Portugal </p> <p>(Se possuir cartão de contribuinte, juntar fotocópia) (If you have a taxpayer card, please enclose a photocopy) (Si vous possédez une carte fiscale, veuillez inclure une photocopie)</p>		
<p>1.4. Grau de parentesco com o segurado Relationship to the insured person Lien de parenté</p>	<p>Data de nascimento Date of birth Date de naissance Dia Mês Ano Day Month Year Jour Mois Année ____/____/____</p>	<p>Data de casamento com o segurado Date of marriage to the insured person Date de mariage à l'assuré Dia Mês Ano Day Month Year Jour Mois Année ____/____/____</p>
<p>1.5. Estado civil (marcar V) / Marital status (check the appropriate box) / État civil (nochez la case appropriée)</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Separado (a) <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Widow(er) <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Separated <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Veuf(veuve) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) </p> <p>O cônjuge separado judicialmente de pessoas e bens, ou divorciado deve certificar que recebia pensão de alimentos fixado por sentença judicial The divorcedor separated spouse must certify that he/she received alimony by a judicial decision Le conjoint divorcé ou séparé, doit certifier qu'il recevait une pension alimentaire accordée par jugement</p>		

2. INFORMAÇÕES SOBRE O SEGURADO FALECIDO / INFORMATION CONCERNING THE DECEASED INSURED PERSON / RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURÉ DÉCÉDÉ

2.1. Nomes próprios / First names / prénoms _____ Apelidos / Surnames / Nom de famille _____																	
Cidadãos de origem portuguesa devem indicar os nomes e apelidos tal como constam em documento oficial português (bilhete de Identidade ou passaporte) Citizens of Portuguese origin must indicate the first names and surnames as shown on an official Portuguese document (identity card or passport) Les citoyens d'origine portugaise doivent indiquer leurs prénoms et noms de famille tels qu'indiqués sur un document officiel portugais (carte d'identité ou passeport)																	
Número da Segurança Social Portuguesa Portuguese Social Security Number Numéro d'assurance sociale du Portugal 	Número da Segurança Social no Canadá Canadian Social Insurance Number Numéro d'assurance sociale du Canada 																
2.2. Data de nascimento Date of birth Date de naissance Dia Mês Ano Day Month Year Jour Mois Année ____/____/____	Lugar de nascimento Place of birth Lieu de naissance _____ _____	Cidade ou localidade City or Town Ville ou village _____ _____	Distrito ou provincia District or Province District ou province _____ _____														
2.3. Data do falecimento Date of death Date de décès Dia Mês Ano Day Month Year Jour Mois Année ____/____/____	Era pensionista ou tinha requerido pensão ? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Was the deceased receiving or had he or she applied for a pension ? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No L'assuré nécédé recevait-il (elle) une pension ou avait-il (elle) demandé une pension ? Oui Non																
INSTITUIÇÃO DEVEDORA DA PENSÃO / PAYING INSTITUTION / INSTITUTION DÉBITRICE _____																	
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 20%; border: none;">CAUSA DA MORTE: CAUSE OF DEATH: CAUSE DU DÉCÈS:</td> <td style="width: 20%; border: none;">Doença natural Natural illness Maladie naturelle</td> <td style="width: 10%; border: none;"><input type="checkbox"/> Sim Yes Oui</td> <td style="width: 10%; border: none;"><input type="checkbox"/> Não No Non</td> <td style="width: 20%; border: none;">Acidente de trabalho Work-related accident Accident du travail</td> <td style="width: 10%; border: none;"><input type="checkbox"/> Sim Yes Oui</td> <td style="width: 10%; border: none;"><input type="checkbox"/> Não No Non</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;">Acidente Accident Accident</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Sim Yes Oui</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Não No Non</td> <td style="border: none;">Doença profissional Occupational disease Maladie professionnelle</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Sim Yes Oui</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Não No Non</td> </tr> </table>				CAUSA DA MORTE: CAUSE OF DEATH: CAUSE DU DÉCÈS:	Doença natural Natural illness Maladie naturelle	<input type="checkbox"/> Sim Yes Oui	<input type="checkbox"/> Não No Non	Acidente de trabalho Work-related accident Accident du travail	<input type="checkbox"/> Sim Yes Oui	<input type="checkbox"/> Não No Non		Acidente Accident Accident	<input type="checkbox"/> Sim Yes Oui	<input type="checkbox"/> Não No Non	Doença profissional Occupational disease Maladie professionnelle	<input type="checkbox"/> Sim Yes Oui	<input type="checkbox"/> Não No Non
CAUSA DA MORTE: CAUSE OF DEATH: CAUSE DU DÉCÈS:	Doença natural Natural illness Maladie naturelle	<input type="checkbox"/> Sim Yes Oui	<input type="checkbox"/> Não No Non	Acidente de trabalho Work-related accident Accident du travail	<input type="checkbox"/> Sim Yes Oui	<input type="checkbox"/> Não No Non											
	Acidente Accident Accident	<input type="checkbox"/> Sim Yes Oui	<input type="checkbox"/> Não No Non	Doença profissional Occupational disease Maladie professionnelle	<input type="checkbox"/> Sim Yes Oui	<input type="checkbox"/> Não No Non											
2.4. O falecido trabalhou noutros países e esteve aí abrangido pela segurança social ? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Did the deceased work in other countries where he or she had social security coverage? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Est-ce que l'assuré décédé a travaillé dans un autre pays où il ou elle a été assujetti(e) à la sécurité sociale ? Oui Non																	
País / Country / Pays		Datas / Dates / Dates															
_____		De / From / De	Até / To / À														
_____		____/____/____	____/____/____														
2.5. Caixas ou Centros regionais de Segurança Social para onde o falecido descontou em Portugal Social Security Funds or Regional Centres to which the deceased contributed in Portugal Caisses ou Centres Régionaux de Sécurité Sociale où l'assuré décédé a cotisé au Portugal																	
Denominação / Name / Nom	Número da Segurança Social Social Security Number Numéro d'assurance sociale	Datas / Dates / Dates															
_____	_____	De / From / De	Até / To / À														
_____	_____	____/____/____	____/____/____														

3. **INFORMAÇÕES SOBRE OS DESCENDENTES DO FALECIDO**
INFORMATION CONCERNING THE CHILDREN OF THE DECEASED
RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES ENFANTS DE L'ASSURÉ DÉCÉDÉ

3.1 Indicar os descendentes: / Children to be mentioned: / Indiquer les enfants:

- Até aos 18 anos de idade / Up to 18 years of age / Agé de moins de 18 ans
- Dos 18 anos aos 25 anos se estudantes em curso secundário, complementar, médio ou superior
From 18 to 25 years of age if attending secondary school, a complementary or technical course, or university
Agé de 18 à 25 ans et étudiant en cours sécondaire, complémentaire, moyen ou supérieur
- Até aos 27 anos se frequentarem cursos de pós-graduação (ex: mestrado)
Up to 27 years of age if attending a post graduate course (e.g: a master's degree)
Agé de moins de 27 ans et étudiant un cours post graduation (p.ex:maitrise)
- Sem limite de idade se total e permanentemente incapacitados
Without age limit in case of totally and permanently handicaped
Quel que soit l'âge en cas d'invalidité permanente et totale
- (Deve juntar-se documento comprovativo de qualquer situação verificada após os 18 anos de idade)
(Please certify situation after 18 years of age)
(On doit joindre documentation certifiant la situation des enfants âgés de 18 ans ou plus)

NOMES COMPLETOS COMPLETE NAMES NOM COMPLET	Data de nascimento Date of birth Date de naissance	Situação Escolar Education / Education (Indique o curso / / Specify course / / Précisez cours)	Exercício de profissão Occupation Profession (Sim ou não /Yes or no / Oui ou non)
1 _____	____/____/____	_____	_____
2 _____	____/____/____	_____	_____
3 _____	____/____/____	_____	_____

3.2 O FALECIDO ERA EM RELAÇÃO AOS DESCENDENTES / RELATIONSHIP OF THE DECEASED TO THE CHILDREN / LIEN DE PARENTE DE L'ASSURÉ DÉCÉDÉ AVEC LES ENFANTS

- Pai / Father / Père
 Mãe / Mother / Mère
 Avô ou Avó / Grandfather or grandmother / Grand-père ou Grand-mère
 Padrasto ou Madrasta / Stepfather or Stepmother / Beau-père ou Belle-mère
- Pai / Mãe - Adotivo (adopção plena) / Adoptive Father / Mother / Père adoptif / Mère adoptive
 Outro parente / Other relationship / Autre lien de parenté

4. **INFORMAÇÕES SOBRE REQUERENTE COM NECESSIDADE DE ASSISTÊNCIA PERMANENTE DE TERCEIRA PESSOA**
CLAIMANT NEEDING THE CONSTANT ASSISTANCE OF ANOTHER PERSON
RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE REQUERANT QUI À BESOIN DE L'ASSISTANCE CONSTANTE D'UNE TIERCE PERSONNE

Identificação / Identification / Identification
Identificação da terceira pessoa que presta assistência Identification of the person who assists the claimant Identification de la tierce personne qui assiste le requérant
Endereço completo / Complete Address / Adresse
<p>Considera-se que uma pessoa tem necessidade de assistência permanente de uma terceira pessoa quando não possa praticar com autonomia os actos indispensáveis à satisfação das necessidades humanas básicas - (cuidados de higiene pessoal, alimentação, locomoção). DEVE SER CERTIFICADO ATRAVÉS DE RELATÓRIO MÉDICO.</p> <p>The person concerned is deemed to need constant assistance of another person when the ordinary activities of everyday life can not be performed by him/herself - (personal hygiene, feeding, movement). MEDICAL REPORT MUST BE PRESENTED.</p> <p>Or considère qu'une personne a besoin de l'assistance constante d'une tierce personne si elle ne peut pas s'occuper d'elle même - (hygiène personnelle, alimentation, locomotion). ON DOIT PRÉSENTER UN RAPPORT MÉDICAL.</p>

5. **DECLARAÇÃO DO REQUERENTE / DECLARATION BY APPLICANT / DECLARATION DU REQUÉRANT**

Pelo presente, solicito as prestações por morte da Segurança Social Portuguesa. Declaro que pelo conhecimento que tenho sobre as informações dadas no presente requerimento estas são verdadeiras e completas e comprometo-me a avisar o Centro Nacional de Pensões de qualquer alteração que possa afectar o direito às prestações.

I hereby apply for Portuguese death benefits. I declare that, to be best of my knowledge, the information provided in this application is accurate and complete and I undertake to inform the National Pension Centre of Portugal of any changes which may affect my entitlement to benefits. Par les présentes, je demande des prestations portugaises de décès. Je déclare qu'à ma connaissance, les renseignements fournis dans la présente demand sont véridiques et complets et je m'engage à avisar le Centre National des Pensions du Portugal de tout changement pouvant affecter le droit aux prestations.

Assinatura / Signature / Signature

____/____/____
Data / Date / Date

**DECLARAÇÃO DA TESTEMUNHA SE O REQUERENTE ASSINOU POR MEIO DE (X)
DECLARATION OF WITNESS WHEN APPLICANT SIGNS BY MARK (X)
DECLARATION DU TÉMOIN SI LE REQUÉRANT SIGNE D'UNE CROIX (X)**

NOTA: A assinatura feita por meio de uma cruz (x) só é válida quando esta declaração é assinada por testemunha que conhece o requerente.
NOTE: Signature by mark (x) is acceptable if a witness who knows the applicant signs this declaration.
À NOTER: La signature au moyen d'une croix (x) n'est valide que si un témoin qui connaît le requérant signe cette déclaration.

Li o conteúdo do presente pedido ao requerente que pareceu compreendê-lo e assinou com uma (x).
I Have read the contents of this application to the applicant who appeared to understand them and who made his or her mark (x).
J'ai lu le contenu de la present demande au requérant qui a semblé le comprendre et qui a signé d'une croix (x).

ASSINATURA DA TESTEMUNHA (em letra corrente)
SIGNATURE OF WITNESS (do not print)
SIGNATURE DU TEMOIN (ne pas signer en lettres moulées)

Data
Date
Date

ENDEREÇO DA TESTEMUNHA
ADDRESS OF WITNESS
ADRESS DU TEMOIN

Nº de Telefone
Telephone nº
Nº de telephone

6. **PARA USO EXCLUSIVO DOS SERVIÇOS / FOR OFFICE USE ONLY / À L'USAGE EXCLUSIF DU BUREAU**

Para ser completado pela instituição competente do Canadá
To be completed by the competent institution in Canada
À être complété par l'institution compétente du Canada

Certifico que os elementos de identificação contidos no presente formulário foram retirados dos documentos oficiais apresentados pelo requerente.

I hereby certify that the vital statistics data contained on this form are taken from official documents provided by the applicant.
Par les présentes, j'atteste que les données personnelles inscrites sur ce formulaire ont été tirées des documents officiels fournis par le requérant.

Data de entrada do requerimento Dia Mês Ano
Date application received Day Month Year
Date de réception de la demande Jour Mois Année

____/____/____

Data / Date / Date ____/____/____

Carimbo ou selo branco
Stamp or blank seal
Timbre ou sceau sec

Assinatura / Signature / Signature

Accord Canada / Portugal

Documents et/ou renseignements nécessaires à l'appui de votre demande [CDN – P 2] de prestations de décès portugaises

Veillez compléter le formulaire ci-joint :

- **Résidence au Canada [ISP 5013]** indiquant l'information concernant la personne décédée (*seulement si la personne décédée avait moins de 3 ans de cotisation au Régime de pensions du Canada*)

Documents originaux ou copies certifiées à produire :

- Certificat de naissance ou de baptême ou Cédula Pessoal (pour vous, la personne décédée et les personnes à charge de la personne décédée)
- Un document officiel du Portugal indiquant le nom et prénom ainsi que la date et le lieu de naissance pour vous et la personne décédée (p. ex., certificat de naissance ou de baptême, Cédula Pessoal, carte d'identité, ou passeport)
- Certificat de mariage (le cas échéant)
- Décision judiciaire concernant la pension alimentaire que la personne décédée payait (si celle-ci était séparée ou divorcée)
- Certificat de décès
- Votre carte fiscale (si disponible)
- Preuve des dates d'entrée(s) au Canada et départ(s) du Canada de la personne décédée (p. ex., formulaire « Immigration 1000 », passeport, visa, billets de bateau ou d'avion, etc.) (*seulement si la personne décédée avait moins de 3 ans de cotisation au Régime de pensions du Canada*)
- Un rapport médical lorsque vous avez besoin de l'assistance constante d'une autre personne. Si tel est le cas, vous devez compléter la section 4 du formulaire de demande.

Une copie du document suivant doit être fournie :

- Carte fiscale (si disponible)

IMPORTANT : Si vous avez déjà soumis n'importe lequel des documents nécessaires, lorsque vous avez présenté une demande de prestation du Régime de pensions du Canada ou de la Sécurité de la vieillesse, vous n'avez pas à les soumettre de nouveau.

Numéro d'assurance sociale canadien _____

4. Veuillez nous fournir le nom, l'adresse et le numéro de téléphone d'au moins deux personnes, qui ne vous sont apparentées ni par le sang ni par le mariage, susceptibles de confirmer votre résidence au Canada :

Nom	Adresse	Ville	Numéro de téléphone
			() -
			() -

DÉCLARATION DU DEMANDEUR

Je déclare que ces renseignements sont vrais et complets.
(Faire une fausse déclaration constitue une infraction)

Signature : **X** _____

Date : _____

Année Mois Jour

Numéro de téléphone : () - _____