

Requerimento de Pensão por Morte - INSS

Dados do Segurado

Nome:
Nome da Mãe:
Nascimento: Óbito (dd/mm/aaaa): Sexo: M F
Nacionalidade: Município de nascimento:
CPF: Identidade: Estado civil:
PIS/PASEP: CTPS/Série/UF:
Ramo atividade: 1 Bancários Filiação: 0 Outra ativ.: N
Estava em gozo de benefício do INSS? Sim Não

Relação dos Beneficiários de Pensão

- Nome: Nascimento:
Estado civil: Inválido? Incapaz? Vínculo:

Titular do Benefício de Pensão

Nome: Nascimento:
Nacionalidade: Sexo: M F CPF:
Identidade: Município de nascimento:
PIS/PASEP: CTPS/Série/UF:
Endereço:
Bairro: Cidade: Estado:
CEP: Tel (DDD):

Pelo presente Termo de Responsabilidade, declaro estar ciente de que a ocorrência de óbito ou emancipação de dependentes deverá ser comunicada ao INSS no prazo de 30 (trinta) dias, a contar da data em que o mesmo ocorrer, mediante apresentação da respectiva certidão. A falta do cumprimento do compromisso ora assumido ou de qualquer declaração falsa, além de obrigar a devolução de importâncias recebidas indevidamente, quando for o caso, sujeitar-me-á às penalidades previstas nos artigos 171 e 299 do Código Penal.

Segurado Falecido:

Titular do Benefício de Pensão:

Local/Data:

_____ **Assinatura do Declarante**