

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