



**PROTEÇÃO SOCIAL NA MORTE - REGIME CONTRIBUTIVO  
REQUERIMENTO DE REEMBOLSO DE DESPESAS DE FUNERAL**

**1. IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO FALECIDO**

Nome Completo	_____		
	_____		
	_____		
Data Nascimento	__/__/____ (dd/ mm/ aaaa)	Número Identificação Segurança Social (NISS)	_____
Data Falecimento	__/__/____ (dd/ mm/ aaaa)		
Estado civil à data do falecimento	<input type="checkbox"/> Casado(a)	<input type="checkbox"/> A viver em situação análoga à dos cônjuges/barlakeado	
	<input type="checkbox"/> Viúvo(a)	<input type="checkbox"/> Separado(a) de facto ou judicialmente	
	<input type="checkbox"/> Solteiro(a)		
Nº filhos/tutelados	<input type="text"/>	Nº filhos/tutelados a cargo	<input type="text"/>

**2. IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE** *(a preencher apenas quando o requerente é o representante legal do beneficiário)*

Nome Completo	_____		
	_____		
	_____		
Data Nascimento	__/__/____ (dd/ mm/ aaaa)	Sexo	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Nacionalidade	_____	Relação com beneficiário	_____
Número Identificação Segurança Social (NISS)	_____		
Telemóvel	_____	E-mail	_____
<b>Para cidadãos nacionais</b> (Indique pelo menos dois documentos de identificação)			
Certidão Nascimento RDTL	_____	Bilhete Identidade	_____
		Cartão eleitoral	_____
<b>Para estrangeiros:</b>			
Passaporte	_____	Data validade	__/__/____ (dd/ mm/ aaaa)



## 2. IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE (Continuação)

Morada			
Rua	_____	Aldeia/Bairro	_____ Suco _____
Posto Administrativo	_____	Município	_____ País _____

## 3. INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE A CAUSA DA MORTE

Causa da morte do beneficiário	<input type="checkbox"/> Doença ou Causa Natural	<input type="checkbox"/> Doença Profissional
	<input type="checkbox"/> Acidente:	<input type="checkbox"/> de trabalho <input type="checkbox"/> com intervenção de terceiros
	<input type="checkbox"/> Outra:	_____

**a) Preencher nos casos em que a morte foi causada por acidente de trabalho ou doença profissional**

O beneficiário tinha um seguro contra estes riscos?  Sim  Não

Se respondeu **Sim**, indique:

Valor (USD): \_\_\_\_\_ Entidade seguradora: \_\_\_\_\_

Natureza do seguro (nos termos da lei timorense)

Obrigatório  Voluntário

**b) Preencher nos casos de intervenção/responsabilidade de terceiros na morte do beneficiário**

Identificação de terceiro:

Nome Completo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Documento de identificação civil válido<sup>1</sup>: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> **Para nacionais:** Certidão nascimento civil RDTL, B.I. ou Cartão eleitoral. **Para estrangeiros:** Passaporte

Recebeu ou tem direito a receber indemnização da entidade/pessoa responsável?  Sim  Não

Se respondeu **Sim**, indique o montante  (USD)



#### 4. SITUAÇÃO PROFISSIONAL DO BENEFICIÁRIO FALECIDO, À DATA DA SUA MORTE

À data da sua morte, o beneficiário falecido (escolha apenas 1 opção):

Encontrava-se a trabalhar/exercer atividade

Era pensionista de velhice ou invalidez

#### 5. DETALHES BANCÁRIOS PARA PAGAMENTO

Titular da conta bancária \_\_\_\_\_

Número da conta bancária \_\_\_\_\_ IBAN \_\_\_\_\_

SWIFT \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_ Nome do Banco \_\_\_\_\_

#### 6. REQUERIMENTO

Declaro que tendo conhecimento que o beneficiário falecido não era casado nem vivia em situação análoga à dos cônjuges há mais de 2 anos, e nem tinha filhos ou tutelados com idades inferiores a 25 anos, eu realizei despesas com o funeral do beneficiário falecido (identificado no quadro 1 deste requerimento).

Mais declaro que as despesas realizadas totalizam \_\_\_\_\_ (USD)  
conforme documentos comprovativos anexos.

Venho, assim, requerer o reembolso das despesas realizadas, tendo tomado conhecimento do valor máximo reembolsável, nos termos previstos na lei.

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(dd/mm/aaaa)

\_\_\_\_\_  
Assinatura de trabalhador, conforme doc. de  
identificação civil

#### 7. CERTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

As informações prestadas correspondem à verdade e não omitem qualquer informação relevante  
Comprometo-me a devolver à segurança social o montante recebido a título de reembolso de despesas de funeral, se o mesmo for devido, na forma de outras prestações por morte, a titulares do direito, desde que reclamado por estes nos prazos legais.

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(dd/mm/aaaa)

\_\_\_\_\_  
Assinatura de trabalhador, conforme doc. de  
identificação civil



## 8. DOCUMENTOS ANEXOS A APRESENTAR

### Obrigatórios

- Cópia de documentos de identificação civil válidos, do beneficiário falecido e do requerente
- Cópia de certidão de óbito do beneficiário falecido
- Recibos originais discriminados, comprovativos do pagamento das despesas de funeral, em nome do requerente, e com indicação do nome do beneficiário falecido.

**Nota:** Deve ter em atenção que os serviços da Segurança Social podem solicitar a apresentação de outros documentos, quando os mesmos se relevarem necessários

## 9. PRAZO E LOCAL DE ENTREGA DO REQUERIMENTO

### Local de entrega do requerimento

- em papel, nos Serviços da Segurança Social em Díli, na RAEOA ou nos Municípios
- em papel, nas representações diplomáticas de Timor-Leste no estrangeiro, no caso do interessado residir no estrangeiro
- por email, para [seguranca.socialtl@gmail.com](mailto:seguranca.socialtl@gmail.com) (o requerimento enviado por email deve estar devidamente preenchido, assinado e conter todos os anexos)
- online (*no futuro, encontra-se em construção*)

### Prazo de entrega do requerimento

O requerimento tem que ser apresentado no prazo de **3 meses** (90 dias) a contar a partir do mês seguinte ao do conhecimento da morte do beneficiário.