

**ACORDO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL ENTRE A REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL E A REPÚBLICA DA INDIA**  
**AGREEMENT ON SOCIAL SECURITY BETWEEN THE FEDERATIVE REPUBLIC OF BRAZIL AND REPUBLIC OF INDIA**

**FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE PENSÃO POR MORTE**  
**APPLICATION FORM FOR BRAZILIAN SURVIVOR'S PENSION**

**ESTE FORMULÁRIO DEVE SER APRESENTADO À INSTITUIÇÃO COMPETENTE NA INDIA OU NO BRASIL /**  
**THIS FORM MUST BE SUBMITTED TO THE COMPETENT INSTITUTION IN INDIA OR BRAZIL**

**A DATA DA SOLICITAÇÃO DEVE SER COMPLETADA PELA INSTITUIÇÃO COMPETENTE /**  
**DATE OF APPLICATION MUST BE COMPLETED BY THE COMPETENT INSTITUTION**

Data da solicitação  
Date of Application \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(dd/mm/aaaa) / (dd/mm/yyyy)

<b>1</b>	<b>INSTITUIÇÃO COMPETENTE OU ORGANISMO DE LIGAÇÃO DESTINATÁRIO / COMPETENT INSTITUTION OR RECIPIENT LIAISON AGENCIES</b>
1.1	Denominação / Name :
1.2	Endereço/ Address :
1.3	Telefone / Telephone :
1.4	E-mail:

**AS SEÇÕES DE 2 A 6 DEVEM SER PREENCHIDAS PELO SOLICITANTE / THE SECTIONS 2-6 MUST BE COMPLETED BY THE REQUESTER**

<b>2</b>	<b>DADOS RELATIVOS AO SEGURADO / INSURED PERSON'S DETAILS</b>	
<b>Nome do segurado / Insured's name</b> Primeiro nome / First name	Nome do meio / Middle name	Sobrenome / Last name
<b>Nome da mãe / Mother's name</b> Primeiro nome / First name	Nome do meio / Middle name	Sobrenome / Last name
<b>Nome do pai / Father's name</b> Primeiro nome / First name	Nome do meio / Middle name	Sobrenome / Last name
<b>DADOS DO NASCIMENTO / BIRTH DATA</b>		
Cidade de nascimento / Birthplace	Estado / State or Province	País / Country
<b>Data de nascimento / Date of birth</b> (dd/mm/aaaa) / (dd/mm/yyyy) ____ / ____ / ____	<b>Sexo / Gender</b> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Nacionalidade / Nationality

CERTIDÃO APRESENTADA QUE COMPROVA O ESTADO CIVIL / DOCUMENTATION PROVING MARITAL STATUS					
Solteiro / Single <input type="checkbox"/>	Casado / Married <input type="checkbox"/>	Viúvo / Widow <input type="checkbox"/>	Divorciado / Divorced <input type="checkbox"/>	Separado / Separated <input type="checkbox"/>	
Documento brasileiro / Brazilian document	Nº do Documento / Document No.	Cartório/ Notarization Office	Livro / Book	Folha / Sheet	Data de Expedição / Issuance date (dd/mm/aaaa) / (dd/mm/yyyy) ____ / ____ / ____
Documento na Índia / Indian document		Nome do departamento de expedição / Name of the issuing Institution			Data de expedição (dd/mm/aaaa) / Date of Issue (dd/mm/yyyy) ____ / ____ / ____
DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO / IDENTIFICATION DOCUMENT					
<input type="checkbox"/>	Número do Documento de Identificação Brasileiro / Brazilian Identification Document Number _____			Data de Expedição (dd/mm/aaaa) / Date of Issue (dd/mm/yyyy) ____ / ____ / ____	
<input type="checkbox"/>	Número do Documento de Identificação na Índia / Indian Identification Document Number _____				
<input type="checkbox"/>	<u>Outro País/Other Country</u> _____				
Cadastro de Pessoa Física-CPF no Brasil / Brazilian Individual Taxpayer Registration: ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____					
Número de Identificação do Trabalhador- NIT no Brasil / Brazilian Worker's Identification Number – NIT: ____ ____ ____ ____ ____ ____					
Número do Seguro Social na Índia/ Número da Conta Universal/ Indian Social Insurance Number: Universal Account Number ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____					
DADOS RESIDENCIAIS / HOME ADDRESS					
País / Country	Estado / Province			Cidade / City	CEP / Postal Code
Rua / Street Bairro / Neighbourhood (if applicable) Logradouro / Sidewalk (if applicable)					Número / Number
Apt., Villa. / Apt Number, Village:				Telefone / Telephone number	
E-mail					

**OBS.: QUANDO A SOLICITAÇÃO FOR DE DEPENDENTE INVÁLIDO MAIOR DE 18 (DEZOITO) ANOS, DEVERÁ SER ANEXADO O FORMULÁRIO DA ÍNDIA (RELATÓRIO MÉDICO) / FORM (MEDICAL REPORT) MUST BE ATTACHED TO APPLICATIONS FOR DISABLED DEPENDENTS OVER THE AGE OF 18 YEARS.**

3 DECLARAÇÃO DE ATIVIDADES NO BRASIL E NA ÍNDIA / INSURED PERSON'S WORK HISTORY IN BRAZIL AND INDIA						
Nome da Empresa onde exerce a atividade / Company or Employer's Name where the person exerts or has exercised activity	Nº Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica-CNPJ ou Número de Identificação / Corporate Taxpayer Registry-CNPJ or Identification number	País / Country	Regime de Previdência a que estava coberto / Activity and the Social Security Regime that was covered	Atividade/Worked Activity	Desde / From (dd/mm/aaaa) / (dd/mm/yyyy)	Até / To (dd/mm/aaaa) / (dd/mm/yyyy)
					__/__/__	__/__/__
					__/__/__	__/__/__
					__/__/__	__/__/__
				__/__/__	__/__/__	
				__/__/__	__/__/__	

4 DADOS RELATIVOS AO REQUERENTE DE PENSÃO POR MORTE / APPLICANT DETAILS REQUIRED FOR A SURVIVOR'S PENSION			
Nome do segurado / Insured's name Primeiro nome / First name	Nome do meio / Middle name	Sobrenome / Last name	
Nome da mãe / Mother's name Primeiro nome / First name	Nome do meio / Middle name	Sobrenome / Last name	
DADOS DO NASCIMENTO / BIRTH DATA			
Cidade de nascimento / Birthplace	Estado / Province	País / Country	
Data de nascimento / Date of birth (dd/mm/aaaa) / (dd/mm/yyyy) __/__/__	Sexo / Gender M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Nacionalidade / Nationality	



5

## DECLARAÇÃO DE BENEFÍCIO BRASILEIRO EM OUTRO REGIME PREVIDENCIÁRIO / DECLARATION OF BRAZILIAN BENEFIT FROM ANOTHER SOCIAL SECURITY SCHEME

Recebe aposentadoria/ pensão por morte de outro regime de previdencia brasileiro? Receives retirement/ survivor's pension from another Brazilian Social Security Regime?

SIM /YES ( ) NÃO/NO ( )

Se sim, preenher os campos abaixo: If yes, fill in the fields below:

Tipo do benefício/Type of benefit: ( ) pensão/pension ( ) aposentadoria/retirement

Origem/Origin: ( ) Estadual/ State ( ) Municipal/Municipal ( ) Federal/ Federal

Tipo de servidor/Server type: ( ) militar/military ( ) civil/civil

Data de início do benefício no regime acima informado/ \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Start date if the benefit in the regime informed above/ \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome do órgão que concedeu a pensão/aposentadoria/  
Name of the organ that granted the pension/retirement

Último valor do benefício recebido ( valor bruto/sem 13º décimo terceiro) Mês/Ano/ \_\_\_\_/\_\_\_\_  
Last benefit amount received (gross amount/without 13th thirteenth) Month/year \_\_\_\_/\_\_\_\_

<b>6 DADOS RELATIVOS AO PROCURADOR OU REPRESENTANTE LEGAL (se for o caso) / LEGAL REPRESENTATIVE DETAIL (if applicable)ANEXAR DOCUMENTO COMPROBATÓRIO/ ATTACH SUPPORTING DOCUMENTATION EVIDENCE</b>			
Nome completo / Full Name			
Data de Nascimento / Date of Birth : _____ / _____ / _____			
<b>DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO PROCURADOR/IDENTIFICATION DOCUMENT OF LEGAL REPRESENTATIVE</b>			
<input type="checkbox"/> Número do Documento de Identificação Brasileiro / Brazilian Identification Document Number  <input type="checkbox"/> Número do Documento de Identificação na India / Indian Identification Document Number  <input type="checkbox"/> Outro País / Other Country	Data de Expedição (dd/mm/aaaa) / Date of Issue (dd/mm/yyyy)  _____ / _____ / _____		
Cadastro de Pessoa Física-CPF no Brasil / Brazilian Individual Taxpayer Registration:  _____ / _____ / _____ / _____ _____ / _____ / _____ / _____			
Número de Identificação do Trabalhador- NIT no Brasil / Brazilian Worker's Identification Number – NIT:  _____ / _____ / _____ / _____			
<b>DADOS RESIDENCIAIS / HOME ADDRESS</b>			
País / Country	Estado / Province	Cidade / City	CEP / Postal Code
Rua / Street Bairro / Neighbourhood (if applicable) Logradouro / Sidewalk (if applicable)			Número / Number
Apt., Villa. / Apt Number, Village:		Telefone / Telephone number	
E-mail:			

<b>7 INFORMAÇÕES SOBRE O ÓBITO / INFORMATION ABOUT THE DEATH</b>					
<b>DADOS DO ÓBITO / DEATH DETAILS</b>					
Data do óbito (dd/mm/aaaa) / Date of death (dd/mm/yyyy) _____ / _____ / _____		Lugar do óbito / Place of Death			
Documento brasileiro / Brazilian document	Nº da Certidão de Óbito / Death certificate number	Cartório / Notarization Office	Livro / Book	Folha / Sheet	Data de Expedição (dd/mm/aaaa) / Date of Issue (dd/mm/yyyy)  _____ / _____ / _____
Documento na India / Indian Document	Tipo do Documento / Document type		Data de Expedição (dd/mm/aaaa) / Date of Issue (dd/mm/yyyy)  _____ / _____ / _____		

<b>CAUSA DO ÓBITO / CAUSE OF DEATH</b>							
Doença Comum / Common Disease	<input type="checkbox"/>	Acidente de Trabalho / On-the-job Accident	<input type="checkbox"/>	Doença Profissional / Occupational Disease	<input type="checkbox"/>	Acidente de Qualquer Natureza / Accident of Any Kind	<input type="checkbox"/>

<b>8 DADOS RELATIVOS AOS FAMILIARES E ASSEMELHADOS (DEPENDENTES) DO SEGURADO / DETAILS REGARDING THE INSURED PERSON'S FAMILY MEMBERS</b>				
Nome e sobrenome / First name and last name	Data de Nascimento (dd/mm/aaaa) / Date of birth (dd/mm/yyyy)	<b>Documento de Identificação / Identification Document</b> Tipo de documento no campo 1, número do documento no campo 2 e País Emissor no campo 3./ Document Type in field 1, document number in the field 2 and Issuing Country Field 3	Tipo de Parentesco / Type of Relationship to the insured	Incapacitado / Disabled Sim / Yes ou / or Não / No *
	____/____/____	1		
	____/____/____	2		
	____/____/____	3		
	____/____/____	1		
	____/____/____	2		
	____/____/____	3		
	____/____/____	1		
	____/____/____	2		
	____/____/____	3		
	____/____/____	1		
	____/____/____	2		
	____/____/____	3		
	____/____/____	1		
	____/____/____	2		
	____/____/____	3		
	____/____/____	1		
	____/____/____	2		

9	DADOS BANCÁRIOS / BANKING DETAILS	Brasil / Brazil <input type="checkbox"/>	India <input type="checkbox"/>
Nome do titular / Holder's name			
Nome do Banco / Bank's name			
Número da Agência Bancária / Banking Agency Number			
Nome da Agência Bancária / Banking Agency Name			
Endereço do Banco / Bank's address			
Código bancário BIC/SWIFT / Bank identification Code (BIC/SWIFT)			
Número da Conta Bancária – / Account Number -			
IBAN			

10	DECLARAÇÃO DO REQUERENTE / APPLICANT STATEMENT
<p>Eu declaro que as informações constantes nesta solicitação são verdadeiras, completas e de meu conhecimento e comprometo-me a fornecer as informações que sofrerem alterações, posteriores a este requerimento. Autorizo às instituições competentes brasileiras e Indianas a trocar todas as informações e documentos que se relacionam a este requerimento de benefício.</p> <p>I certify that the information contained in this application is true and complete to the best of my knowledge and I undertake to provide any information that should change, subsequent to this application. I authorize the competent social security institutions in Brazil and India to exchange all information and documents relating to this application for benefits.</p> <p>Local / Place: _____</p> <p>_____/_____/_____ Data da solicitação (dd/mm/aaaa) / Date of Application (dd/mm/yyyy)</p> <p>Assinatura do requerente / Applicant signature</p>	

## 11 TERMO DE RESPONSABILIDADE / TERM OF RESPONSIBILITY

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-se-á às penalidades previstas no art. 171 e 299 do Código Penal.

I hereby sign this Disclaimer and declare to be aware that the occurrence of death or emancipation of dependents must be reported to the INSS within 30 (thirty) days, from the date on which it occurs, by means of a death certificate or supporting document. Non-compliance to this or any false statement made, in addition to forcing the return of undue payment, if applicable, will subject me to the penalties provided for in art. 171 and 299 of the Penal Code.

Local / Place: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Data da solicitação (dd/mm/aaaa) /  
Date of Application (dd/mm/yyyy)

Assinatura do requerente / Applicant signature

## 12 ORGANISMO DE LIGAÇÃO DO PAÍS DE ORIGEM/ LIASON BODY OF THE COUNTRY OF ORIGIN

Denominação/Name :

Endereço/Address :

Telefone/Telephone :

E-mail:

Foram conferidos os documentos de identificação apresentados pelo interessado? Were conferred the documents identification submitted by the applicant?

Sim/Yes

Não/No

Observação/Observation \_\_\_\_\_

Local e Data (dd/mm/aaaa) / Place and Date (dd/mm/yyyy): \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

Carimbo / Stamp

Assinatura / Signature

**Notas: / Notes:**

**Este formulário deve ser preenchido em caso de requerimento de benefício de pensão por morte/ This form needs to be filled out in case of an application for survivor's pension.**

**Benefício destinado aos dependentes do beneficiário aposentado ou do trabalhador filiado a previdencia social falecido/ Benefit directed to the dependents of a beneficiary retired beneficiary or worker affiliated to social security deceased.**

**Documentos necessários / Necessary Documents**

**As informações constantes no Cadastro Nacional de Informações Sociais – CNIS, são válidas para comprovar filiação à Previdência Social, tempo de contribuição e salário de contribuição, desde que não contenham nenhuma marca de erro. Havendo divergência entre os dados declarados neste formulário e o constante no Cadastro Nacional de Informações Sociais – CNIS, o INSS solicitará a documentação necessária para a correção ou a complementação dos dados/ Information in the National Social Security Information System (CNIS) is valid to evidence Social Security registration, contribution time, and contribution salary, as long as they free of errors. If there is any discrepancy between the data provided in this form and those included in the National Social Security Information System (CNIS), INSS will request the documents required to correct or supplement the data.**

**É necessário que você informe o número do Cadastro de Pessoa Física - CPF no campo 2 para que a sua aposentadoria seja concedida. Caso não tenha adquirido o número do CPF, ou este esteja com alguma inconsistência junto a Receita Federal do Brasil, envie juntamente com este requerimento um documento de identidade com foto, que providenciaremos o número, ou solicitaremos a regularização./ You need to provide your Tax ID (CPF) number in field 2 for your retirement benefit to be granted. If you do not have a CPF number, or if it has any pending issues with the Brazilian Federal Revenue Service, please send a photo ID along with this request and we will obtain the number or request its rectification.**

**Os documentos pessoais informados neste formulário deverão ser apresentados na Instituição ou Organismo de Ligação do país receptor para validação./ The personal documents provided in this form shall be presented to the Liaison Body or Institution in the recipient country for validation.**