Deutsche Rentenversicherung Nordbayern
Endereço postal: 97064 Würzburg
ALEMANHA
Telefone: +49 931 802-0
Telefax: +49 931 802-3650
E-Mail: info@drv-nordbayern.de

Deutsche Rentenversicherung Bund
Endereço postal: 10704 Berlin
ALEMANHA
Telefone: +49 30 865-0
Telefax: +49 30 865-27240
E-Mail: drv@drv-bund.de

Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See
Endereço postal: 44781 Bochum
ALEMANHA
Telefone: +49 234 304-0
Telefax: +49 234 304-53050
E-Mail: rentenversicherung@kbs.de

Deutsche Rentenversicherung

D / BRA 2

Requerimento de Pensão por Morte do Seguro Previdenciário Alemão

Os esclarecimentos em anexo servem de ajuda para o preenchimento do requerimento. Responda com exatidão às perguntas, assinalando o que lhe couber, e envie em anexo toda a documentação necessária à instrução do pedido.

Antrag auf Hinterbliebenenrente aus der Deutschen Rentenversicherung

Die beiliegenden Erläuterungen sollen Ihnen beim Ausfüllen des Antrages helfen. Bitte beantworten Sie alle Fragen genau, kreuzen Sie Zutreffendes an und fügen Sie alle notwendigen Nachweise bei.

A	Dados do Segurado Falecido		Angaben zur Person des verstorbenen Versicherten
1	Número de Seguro Alemão		Deutsche Versicherungsnummer
2	Código - se souber - (só para DRV-Bund)		Kennzeichen - soweit bekannt - (nur für DRV-Bund)
3	CPF (Cadastro de Pessoas Físicas)	. . .	CPF (brasilianische Steuernummer)
4	Número de Identificação brasileiro (NIT/PIS/PASEP)		Brasilianische Identifikations-Nummer (NIT/PIS/PASEP)
5	Sobrenomes		Name
6	Prenomes		Vornamen
7	Nome de solteira(o) (Apenas quando houver divergência)		Geburtsname (wenn abweichend)
8	Nomes Anteriores		Frühere Namen
9	Data de Nascimento (Anexar Certidão de Nascimento no original, ou cópia autenticada ou fazer confirmar pelo INSS no Campo N)	Dia Tag / Mês Monat / Ano Jahr	Geburtsdatum (Bitte Geburtsnachweis im Original oder als amtlich bestätigte Kopie beifügen oder im Teil N durch INSS bestätigen lassen.)
10	Lugar de Nascimento (Município, Estado, País)		Geburtsort (Kreis, Land, Staat)
11	Data de Óbito (Anexar Certidão de Óbito no original, ou cópia autencidada ou fazer confirmar pelo INSS no Campo N.)	Dia Tag / Mês Monat / Ano Jahr	Sterbedatum (Bitte Sterbeurkunde im Original oder als amtlich bestätigte Kopie beifügen oder im Teil N durch INSS bestätigen lassen.)
12	Sexo	☐ masculino männlich ☐ feminino weiblich	Geschlecht
13	Nacionalidade(s) no momento do falecimento (Anexar comprovante no original, ou cópia autencidada ou fazer confirmar pelo INSS no Campo N.)		Staatsangehörigkeit(en) im Zeitpunkt des Todes (Bitte Nachweis im Original oder als amtlich bestätigte Kopie beifügen oder im Teil N durch INSS bestätigen lassen.)
14	Quando o segurado deixou a Alemanha?	Dia Tag / Mês Monat / Ano Jahr	Wann hat der Verstorbene Deutschland verlassen?
15	Último Domicílio na Alemanha (Localidade, Circunscrição, Rua)		Letzter Wohnsitz in Deutschland (Ort, Kreis, Straße)

Número de Seguro Alemão / Deutsche Versicherungsnummer

Código (se souber) / Kennzeichen (soweit bekannt)

B Dados Pessoais da Viúva / do Viúvo / do Companheiro sobrevivente da união estável (homossexual)

(Indicar os dados pessoais dos órfãos no Campo G.)

Encontrará mais informações sobre os sobreviventes de união estável (homossexual) nos esclarecimentos anexos.

Personalien der Witwe / des Witwers / des hinterbliebenen Lebenspartners

(Bitte Personalien der Waise(n) im Teil G eintragen)

Nähere Informationen zum hinterbliebenen Lebenspartner können Sie den Erläuterungen entnehmen.

1	Sobrenomes		Name
2	Prenomes		Vornamen
3	Nome de solteira/o (Apenas quando houver divergência)		Geburtsname (wenn abweichend)
4	Nomes Anteriores		Frühere Namen
5	Data de Nascimento (Anexar Certidão de Nascimento no original, ou cópia autencidada ou fazer confirmar pelo INSS no Campo N.)	Dia Tag / Mês Monat / Ano Jahr	Geburtsdatum (Bitte Geburtsnachweis im Original oder als amtlich bestätigte Kopie beifügen oder im Teil N durch INSS bestätigen lassen.)
6	Nacionalidade(s) atual(atuais) (Anexar documento comprovante no original, ou cópia autencidada ou fazer confirmar pelo INSS no Campo N.)		Aktuelle Staatsangehörigkeit(en) (Bitte Nachweis beifügen im Original oder als amtlich bestätigte Kopie oder im Teil N durch INSS bestätigen lassen.)
7	Endereço		Anschrift
8	Número de Telefone		Telefonnummer
9	Número de Telefax		Telefaxnummer
10	Viveu na Alemanha? **Em caso afirmativo,** quando deixou a Alemanha?	☐ não nein ☐ sim ja Dia Tag / Mês Monat / Ano Jahr	Haben Sie in Deutschland gelebt? **Falls ja,** wann haben Sie Deutschland verlassen?
11	Número de Seguro do Sobrevivente		Eigene deutsche Versicherungsnummer des Hinterbliebenen
12	CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) do Sobrevivente		Eigene CPF (brasilianische Steuernummer)
13	Número de Identificação brasileiro (NIT/PIS/PASEP) do sobrevivente		Eigene brasilianische Identifikations-Nummer (NIT/PIS/PASEP)
14	Número de Identificação alemão para fins fiscais (se souber)		Deutsche Persönliche Identifikationsnummer für steuerliche Zwecke (soweit bekannt)
15	Data de celebração do casamento / do registro da união estável (homossexual) com o segurado (Anexar Certidão de Casamento / Certificado da união estável (homossexual) devidamente registrada no original, ou cópia autencidada ou fazer confirmar pelo INSS no Campo N.)	Dia Tag / Mês Monat / Ano Jahr	Tag der Eheschließung / der Eintragung der Lebenspartnerschaft mit dem Versicherten (Bitte Heirats- / Lebenspartnerschaftsurkunde im Original oder als amtlich bestätigte Kopie beifügen oder im Teil N durch INSS bestätigen lassen.)
16	O matrimônio/a união estável (homossexual) registrada existiu até ao falecimento do segurado?	☐ não nein ☐ sim ja	Bestand die Ehe / Eingetragene Lebenspartnerschaft bis zum Tod des Versicherten?
17	Contraiu novamente matrimônio / formou novamente união estável (homossexual) registrada após o óbito do segurado? **Em caso afirmativo,** em	☐ não nein ☐ sim ja Dia Tag / Mês Monat / Ano Jahr	Haben Sie nach dem Tod des Versicherten wieder geheiratet / eine Eingetragene Lebenspartnerschaft begründet? **Falls ja,** am

Número de Seguro Alemão / Deutsche Versicherungsnummer	Código (se souber) / Kennzeichen (soweit bekannt)

C Requerimento apresentado por Terceiros (Favor anexar procuração) / Antragstellung durch andere Person (Bitte Vollmacht beifügen)

1	Sobrenomes		Name
2	Prenomes		Vornamen
3	Endereço		Anschrift
4	Número de Telefone		Telefonnummer
5	Número de Telefax		Telefaxnummer

D Espécie de Prestação Requerida / Beantragte Leistungsart

1	Pensão por Viuvez / Pensão para o companheiro da união estável (homossexual) registrada	☐	Witwenrente / Witwerrente / Rente an Hinterbliebene aus Eingetragener Lebenspartnerschaft
2	Pensão por Morte decorrente do óbito do penúltimo cônjuge / companheiro de união estável (homossexual) registrada	☐	Witwenrente / Witwerrente nach dem vorletzten Ehegatten / Eingetragenen Lebenspartner
3	Pensão por Viuvez para cônjuges divorciados antes de 01.07.1977 (Anexar sentença de divórcio.)	☐	Witwenrente / Witwerrente an vor dem 01.07.1977 geschiedene Ehegatten (Bitte Scheidungsurteil beifügen.)
4	Pensão por Orfandade (dados sobre os órfãos no Campo G)	☐	Waisenrente (Angaben zu den Waisen in Teil G)

	Preencher apenas se ainda não tiver alcançado a idade para receber a grande pensão por viuvez (ver Roteiro, Campo D, pontos 5 e 6)		**Nur ausfüllen,** falls Sie noch nicht das Alter für eine große Witwenrente erreicht haben (siehe Erläuterungen, Teil D, Punkte 5 und 6).
5	Ainda está educando a uma criança que não tenha completado os 18 anos de idade ou tem que sustentar a uma criança que não está em condições de se manter a si própria devido a ser portadora de uma deficiência? (Anexar Certidão de Nascimento ou certificado comprovante da deficiência.) **Em caso afirmativo,** indicar: - Nome Completo da criança - Data de Nascimento da Criança	☐ não nein ☐ sim ja Dia Tag / Mês Monat / Ano Jahr	Erziehen Sie noch ein Kind unter 18 Jahren oder sorgen Sie für ein Kind, das wegen Behinderung außerstande ist, sich selbst zu unterhalten? (Bitte Geburtsnachweis oder Nachweis über die Behinderung beifügen.) **Falls ja,** bitte angeben: - vollständiger Name des Kindes - Geburtsdatum des Kindes
6	Se estima estar em situação de invalidez? (Anexar os **atestados médicos e a documentação correspondente.)**	☐ não nein ☐ sim ja	Halten Sie sich für erwerbsgemindert? (Bitte fügen Sie **ärztliche Befunde** und **Unterlagen** bei.)

Número de Seguro Alemão / Deutsche Versicherungsnummer

Código (se souber) / Kennzeichen (soweit bekannt)

E Outros Dados relativos ao Requerimento de Pensão / Weitere Angaben zum Rentenantrag

1	O falecimento do segurado ocorreu devido a acidente de trabalho, doença ocupacional ou semelhante circunstância? **Em caso afirmativo,** indicar: - Causa - Data do acidente	☐ não nein ☐ sim ja Dia Tag / Mês Monat / Ano Jahr	Ist der Tod des Versicherten durch einen Arbeitsunfall, eine Berufskrankheit o. ä. verursacht worden? **Falls ja**, bitte angeben: - Ursache - Tag des Unfalls
2	O falecimento do segurado foi causado por terceira pessoa ou por acidente? **Em caso afirmativo,** indicar: - Causa - Data do acidente **Em caso do falecimento ter sido causado por terceira pessoa:** Nome e Endereço do causador da lesão.	☐ não nein ☐ sim ja Dia Tag / Mês Monat / Ano Jahr	Ist der Tod des Versicherten durch eine andere Person oder durch einen Unfall verursacht worden? **Falls ja**, bitte angeben: - Ursache - Tag des Unfalls **Falls der Tod durch eine andere Person verursacht wurde:** Bitte Name und Anschrift des Schädigers angeben.
3	Ingressou com pedido de indenização? **Em caso afirmativo,** contra quem? (Indicar nome e endereço.) Número de Referência	☐ não nein ☐ sim ja	Wurden Schadensersatzansprüche geltend gemacht? **Falls ja,** gegen wen? (Bitte Name und Anschrift angeben.) Aktenzeichen
4	O segurado falecido já tinha recebido / requerido aposentadoria brasileira ou estrangeira? **Em caso afirmativo,** indicar: - Período de Recebimento - Tipo de Aposentadoria - Instituição Seguradora/País (Nome e Endereço) - Número de Seguro, Número de Referência	☐ não nein ☐ sim ja desde / vom / até / bis	Hat der verstorbene Versicherte bereits eine brasilianische oder eine andere ausländische Rente beantragt / bezogen? **Falls ja,** bitte angeben: - Zeit des Bezuges - Art der Rente - Versicherungsträger / Staat (Name und Anschrift) - Versicherungsnummer, Aktenzeichen

F Dados Complementares sobre a Viúva / o Viúvo / o Companheiro sobrevivente de união estável (homossexual) registrada / Zusätzliche Angaben der Witwe / des Witwers / des hinterbliebenen Lebenspartners

1	Apresentou requerimento de outras pensões por morte do Brasil, da Alemanha ou de outro país estrangeiro, ou já as recebeu? **Em caso afirmativo,** indicar: - Instituição Seguradora / País - Número de Seguro, Número de Referência	☐ não nein ☐ sim ja	Haben Sie weitere Hinterbliebenenrenten aus Brasilien, Deutschland oder dem sonstigen Ausland beantragt oder schon einmal bezogen? **Falls ja,** bitte angeben: - Versicherungsträger / Staat - Versicherungsnummer, Aktenzeichen
2	Apresentou requerimento de **pensão por morte** de um seguro de acidentes brasileiro, alemão ou estrangeiro ou aufere dela ou recebeu uma indenização devido a um acidente? **Em caso afirmativo,** indicar: - Instituição Seguradora / País - Número de Seguro, Número de Referência	☐ não nein ☐ sim ja	Haben Sie eine **Hinterbliebenenrente** aus der brasilianischen, deutschen oder der Unfallversicherung eines anderen Staates beantragt oder wird eine solche bezogen oder wurde hierfür eine Abfindung gewährt? **Falls ja,** bitte angeben: - Versicherungsträger / Staat - Versicherungsnummer, Aktenzeichen

Número de Seguro Alemão / Deutsche Versicherungsnummer	Código (se souber) / Kennzeichen (soweit bekannt)

Preencher somente se o matrimônio / a união estável (homossexual) foi contraído/formada
- depois do dia 31.12.2001
- ou antes do dia 1.1.2002, se ambos os cônjuges / companheiros da união estável nasceram depois de 1.1.1962

Nur ausfüllen, wenn die Ehe / Eingetragene Lebenspartnerschaft
- nach dem 31.12.2001 geschlossen wurde oder
- vor dem 1.1.2002 geschlossen wurde und beide Ehegatten / Eingetragenen Lebenspartner nach dem 1.1.1962 geboren sind

3	**O próprio / a própria solicitante** já educou a uma criança até esta completar três anos de idade?	☐ não nein ☐ sim ja	Haben **Sie selbst** ein Kind vor dessen 3. Lebensjahr erzogen?
	Em caso afirmativo, já foram reconhecidos / solicitados períodos dedicados à educação desta criança na Alemanha?	☐ não nein ☐ sim ja	**Falls ja,** wurden für dieses Kind bereits deutsche Berücksichtigungszeiten anerkannt / beantragt?
	A/por que pessoa?		Für welche Person?

G Dados Pessoais dos Órfãos

(Anexar comprovante ou fazer confirmar no Campo N)
Para cada órfão que tenha completado os 18 anos de idade é necessário um formulário próprio D / BRA 2 acompanhado de documentos comprovantes sobre a formação escolar, universitária ou profissional.

Personalien der Waise(n)

(Bitte Nachweis beifügen oder im Teil N bestätigen lassen)
Für jede Waise, die das 18. Lebensjahr vollendet hat, sind ein eigenes Formblatt D / BRA 2 und Schul- , Hochschul- oder Ausbildungsnachweise notwendig.

1

Sobrenomes do Órfão / da Órfã Name der Waise	Prenomes Vornamen	Data de Nascimento Geburtsdatum	Vínculo da criança com o segurado falecido (1) Kindschaftsverhältnis zum verstorbenen Versicherten (1)	Para órfãos que tenham completado os 18 anos de idade: Tipo de formação ou "portador de deficiênica" Bei Waisen über 18 Jahre: Art der Ausbildung oder "behindert"	Nacionalidade Staatsangehörigkeit

(1) p. ex. filho legítimo, filho ilegítimo, criança enteada (ver Roteiro do Campo G) / z. B. eheliches Kind, nichteheliches Kind, Stiefkind (siehe Erläuterungen zu Teil G)

2	Endereço, se divergir do endereço da viúva / do viúvo		Anschrift, falls abweichend von der Anschrift der Witwe / des Witwers

H Dados Complementares sobre os Órfãos

Zusätzliche Angaben zu den Waisen

	O órfão já requereu ou recebeu um dos seguintes benefícios?		Wurde von einer Waise eine der folgenden Leistungen beantragt oder werden solche Leistungen bezogen?
1	- Pensão por Orfandade do **Seguro Previdencíario Alemão** de um dos pais?	☐ não nein ☐ sim ja	- Waisenrente aus der **deutschen Rentenversicherung** eines anderen Elternteils?
	Em caso afirmativo, indicar: - Prenomes do Órfão		**Falls ja,** bitte angeben: - Vornamen der Waise
	- Nome do Pai falecido / da Mãe falecida		- Name des verstorbenen Elternteils
	- Instituição Seguradora		- Versicherungsträger
	- Número de seguro ou data de nascimento do pai falecido / da mãe falecida	Dia Tag / Mês Monat / Ano Jahr	- Versicherungsnummer oder Geburtsdatum des verstorbenen Elternteils

Número de Seguro Alemão / Deutsche Versicherungsnummer

Código (se souber) / Kennzeichen (soweit bekannt)

2	- Pensão por orfandade proveniente de um **seguro de acidentes** brasileiro, alemão ou de outro pais? **Em caso afirmativo,** indicar: - Prenomes do Órfão - Instituição Seguradora / País - Número de Referência	☐ não nein	☐ sim ja	- Waisenrente aus der brasilianischen, deutschen oder der **Unfallversicherung** eines anderen Staates? **Falls ja,** bitte angeben: - Vornamen der Waise - Versicherungsträger / Staat - Aktenzeichen
3	- Outras prestações por motivo de orfandade de acordo com a legislação **alemã** **Em caso afirmativo,** indicar: - Prenomes do Órfão - Nome do Pai falecido / da Mãe falecida - Entidade - Número de Referência	☐ não nein	☐ sim ja	- sonstige Waisenrenten / -leistungen nach **deutschem** Recht **Falls ja,** bitte angeben: - Vornamen der Waise - Name des verstorbenen Elternteils - Behörde - Aktenzeichen
4	Número alemão de identificação para fins fiscais (se souber)			Deutsche Persönliche Identifikationsnummer für steuerliche Zwecke (soweit bekannt)

I Dados sobre os Rendimentos Correntes do sobrevivente

Angaben zum eigenen laufenden Einkommen des Hinterbliebenen

	Recebe ou recebeu, desde o falecimento do segurado, um dos seguintes rendimentos?			Beziehen oder bezogen Sie seit dem Tod des Versicherten eine der folgenden Leistungen?
1	**Salário / remuneração** de Trabalho dependente (incluindo subsídios de aposentadoria antecipada, subvenções e indenizações pagos pelo empregador)	☐ não nein	☐ sim ja	**Einkommen** aus abhängiger Beschäftigung (einschließlich Vorruhestandsgelder, Zuschüsse und Abfindungen vom Arbeitgeber)
	Atividade profissional autônoma (atividade comercial, trabalho autônomo, atividade na agricultura e silvicultura etc.)	☐ não nein	☐ sim ja	selbständiger Tätigkeit (Gewerbebetrieb, selbständige Arbeit, Land- und Forstwirtschaft usw.)
2	**Rendimento substitutivo de curto prazo** p. ex. auxílio-doença, auxílio-acidente, subsídio de desemprego ou salário-maternidade, pagos por entidade estatal ou privada	☐ não nein	☐ sim ja	**kurzfristiges Erwerbsersatzeinkommen** wie gesetzliches oder privates Kranken-, Unfall-, Arbeitslosen- oder Mutterschaftsgeld
3	**Rendimento substitutivo duradouro** p. ex. aposentadoria própria proveniente do seguro obrigatório de aposentadorias ou de acidentes alemão, brasileiro ou de outro sistema previdenciário?	☐ não nein	☐ sim ja	**dauerhaftes Erwerbsersatzeinkommen** wie eigene Rente aus der deutschen, brasilianischen oder einer anderen gesetzlichen Renten- oder Unfallversicherung oder einem Versorgungssystem
	- Instituição Seguradora / País			- Versicherungsträger / Staat
	- Número de Seguro / Número de Referênicia			- Versicherungsnummer / Aktenzeichen
	Aposentadoria própria paga pelo empregador ou prestação de um seguro privado de vida, de acidente ou de aposentadorias	☐ não nein	☐ sim ja	eigene Rente vom Arbeitgeber oder aus einer privaten Lebens-, Unfall- oder Rentenversicherung
4	Requereu um rendimento substitutivo de curto prazo ou duradouro?	☐ não nein	☐ sim ja	Haben Sie ein kurzfristiges oder dauerhaftes Erwerbsersatzeinkommen beantragt?
5	Foi paga uma indenização em vez de uma prestação duradoura?	☐ não nein	☐ sim ja	Wurde anstelle einer dauerhaften Leistung eine Abfindung gewährt?

Número de Seguro Alemão / Deutsche Versicherungsnummer

Código (se souber) / Kennzeichen (soweit bekannt)

6	**Rendimento de Patrimônio** - proveniente de patrimônio de capital (juros, dividendos, lucro de ações e outras participações) - de seguros - de arrendamento / locação - de negócios particulares de alienações	☐ não nein ☐ não nein ☐ não nein ☐ não nein	☐ sim ja ☐ sim ja ☐ sim ja ☐ sim ja	**Vermögenseinkommen** - aus Kapitalvermögen (Zinsen, Dividenden, Gewinne aus Aktien oder anderen Beteiligungen) - aus Versicherungen - aus Vermietung / Verpachtung - aus privaten Veräußerungsgeschäften
7	O requerente possui seguro-saúde? (Anexar documento comprovante.)	☐ não nein	☐ sim ja	Sind Sie als Antragsteller krankenversichert? (Bitte Nachweis beifügen)
8	Existem outros filhos com menos de 27 anos, para os quais **não** é requerida pensão de orfandade por não se tratar de filhos do falecido? **Em caso afirmativo,** indicar: - Nome Completo - Data de Nascimento Para os filhos que completaram os 18 anos de idade, indicar: - Tipo de formação ou - Deficiência (Anexar documento comprovante.)	☐ não nein Dia Tag / Mês Monat / Ano Jahr	☐ sim ja	Sind weitere Kinder unter 27 Jahren vorhanden, für die **keine** Waisenrente beantragt wird, weil sie nicht Kinder des Verstorbenen sind? **Falls ja,** bitte angeben: - vollständiger Name und Vorname des Kindes - Geburtsdatum des Kindes Bei Kindern, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, bitte angeben: - Art der Ausbildung oder - Behinderung (Bitte Nachweis beifügen)

	Dados sobre o Rendimento do sobrevivente no <u>ano</u> anterior ao início do benefício			**Angaben zum eigenen Einkommen des Hinterbliebenen im <u>Kalenderjahr</u> vor Rentenbeginn**
	Recebeu no ano anterior ao falecimento do segurado um dos seguintes rendimentos?			Bezogen Sie im Kalenderjahr vor dem Tod des Versicherten eine der folgenden Leistungen?
9	**Salário / Remuneração** de Trabalho dependente (incluindo subsídios de aposentadoria antecipada, subvenções e indenizações pagos pelo empregador) Atividade profissional autônoma (atividade comercial, trabalho autônomo, atividade na agricultura e silvicultura etc.) **Em caso afirmativo,** indicar: - Períodos	☐ não nein ☐ não nein desde / vom desde / vom	☐ sim ja ☐ sim ja até / bis até / bis	**Einkommen** aus abhängiger Beschäftigung (einschließlich Vorruhestandsgelder, Zuschüsse und Abfindungen vom Arbeitgeber) selbständiger Tätigkeit (Gewerbebetrieb, selbständige Arbeit, Land- und Forstwirtschaft usw.) **Falls ja,** bitte angeben: - Zeiträume
10	**Rendimento substitutivo de curto prazo** p. ex. auxílio-doença, auxílio-acidente, subsídio de desemprego ou salário-maternidade, pagos por entidade estatal ou privada **Em caso afirmativo,** indicar: - Períodos de Recebimento	☐ não nein desde / vom desde / vom	☐ sim ja até / bis até / bis	**kurzfristiges Erwerbsersatzeinkommen** wie gesetzliches oder privates Kranken-, Unfall-, Arbeitslosen- oder Mutterschaftsgeld **Falls ja,** bitte angeben: - Zeiträume des Bezuges

Número de Seguro Alemão / Deutsche Versicherungsnummer

Código (se souber) / Kennzeichen (soweit bekannt)

J Dados sobre o Histórico de Seguro Alemão do Segurado Falecido

(Preencher somente se o segurado falecido ainda **não** tiver auferido de uma aposentadoria)

Favor declarar aqui:
- os períodos de emprego
- os períodos de exercício de atividade profissional autônoma
- os períodos de contribuição voluntária
- os períodos substitutivos (p. ex. serviço militar, prisioneiro de guerra; expatriação)

Lance apenas os períodos que **não** estão incluídos no histórico de seguro, anexando a respectiva documentação comprobatória. Se necessário, poderá requerer seu histórico de seguro junto da Instituição alemã de Seguro de Pensões.

J Angaben zum deutschen Versicherungsleben des verstorbenen Versicherten

(nur auszufüllen, wenn der verstorbene Versicherte noch **keine** Rente bezog)

Bitte machen Sie hier Angaben über
- Beschäftigungszeiten
- Zeiten der selbständigen Tätigkeit
- freiwillige Beitragszahlungen
- Ersatzzeiten (z. B. Wehrdienst, Kriegsgefangenschaft, Vertreibung)

Beschränken Sie sich dabei auf die Zeiten, die **nicht** im Versicherungsverlauf enthalten sind und fügen Sie bitte entsprechende Nachweise bei. Einen Versicherungsverlauf können Sie bei Bedarf vom deutschen Rentenversicherungsträger anfordern.

Período desde - até	Designação exata do emprego ou da atividade profissional autônoma exercida (em caso de períodos substitutivos, indicar de que tipo de períodos se tratava)	Nome e endereço do empregador/da empresa, em caso de trabalho autônomo, indicar "trabalho autônomo"	Nome e endereço da Caixa de Seguro-Saúde, na qual a pessoa falecida esteve segurado (p. ex. AOK, Innungskrankenkasse, Ersatzkasse)
Zeitraum vom - bis	Genaue Bezeichnung der ausgeübten Beschäftigung oder selbständigen Tätigkeit (Bei Ersatzzeiten bitte die Art der Zeit angeben)	Name und Anschrift des Arbeitgebers / Unternehmens, bei Selbständigkeit bitte "selbständig" angeben	Name und Anschrift der Krankenkasse, bei der die verstorbene Person versichert war (z. B. AOK, Innungskrankenkasse, Ersatzkasse)

Se não tiver espaço suficiente para a sua resposta, é favor seguir a mesma em folha separada! / Falls Platz nicht ausreicht, bitte auf gesondertem Blatt fortsetzen!

Número de Seguro Alemão / Deutsche Versicherungsnummer

Código (se souber) / Kennzeichen (soweit bekannt)

K Outros Dados sobre o Histórico de Seguro do Segurado Falecido

(Somente preencher e anexar documentação comprovante, se o segurado falecido ainda não tiver recebido nenhuma aposentadoria.)

Weitere Angaben zum Versicherungsleben des Verstorbenen

(Bitte nur ausfüllen und Nachweise beifügen, wenn der verstorbene Versicherte noch keine Rente bezog)

1	O falecido teve a qualidade de perseguido do nazismo segundo a Lei Federal sobre Indenizações, ou de perseguido político da antiga RDA segundo a Lei de Reabilitação Profissional? **Em caso afirmativo,** indicar: - Entidade pagadora das indenizações - Número de Referência	☐ não / nein ☐ sim / ja	War der Verstorbene Verfolgter des Nationalsozialismus im Sinne des Bundesentschädigungsgesetzes oder politisch Verfolgter der ehemaligen DDR im Sinne des Beruflichen Rehabilitierungsgesetzes? **Falls ja**, bitte angeben: - Entschädigungsbehörde - Aktenzeichen
2	O requerente ou o órfão tem, ou o falecido teve a qualidade de expatriado ou refugiado segundo a Lei Federal sobre Expatriados? **Em caso afirmativo,** documento que comprove a qualidade de expatriado.	☐ não / nein ☐ sim / ja	Sind Sie, die Waise oder war der Verstorbene Vertriebene(r) oder Flüchtling im Sinne des Bundesvertriebenengesetzes? **Falls ja,** bitte Vertriebenenausweis(e) beifügen.
3	Ao falecido foram restituídas contribuições do seguro alemão de aposentadoria? **Em caso afirmativo,** indicar: - Instituição Seguradora - Número de Seguro / Número de Referência	☐ não / nein ☐ sim / ja	Sind dem Verstorbenen jemals Beiträge aus der deutschen Rentenversicherung erstattet worden? **Falls ja**, bitte angeben: - Versicherungsträger - Versicherungsnummer / Aktenzeichen
4	O falecido efetuou na **Alemanha** uma formação profissional (mesmo sem diploma final)? Período de formação Tipo de formação profissional (Anexar documentos comprovantes.) Caso existente, diploma final datado de	☐ não / nein ☐ sim / ja desde / vom — até / bis Dia / Tag — Mês / Monat — Ano / Jahr	Hat der Verstorbene **in Deutschland** Zeiten der Berufsausbildung zurückgelegt (auch ohne Abschluss)? Zeitraum Art der Berufsausbildung (Bitte Nachweis beifügen) ggf. Abschluss am
5	O falecido esteve **na Alemanha** incapacitado para o trabalho ou recebeu benefícios para a reabilitação que **não** estão incluídos no histórico de seguro? Períodos (Anexar documentos comprovantes.)	☐ não / nein ☐ sim / ja desde / vom — até / bis desde / vom — até / bis	War der Verstorbene **in Deutschland** arbeitsunfähig oder hat er Leistungen zur Rehabilitation erhalten, die im Versicherungsverlauf **nicht** enthalten sind? Zeiträume (Bitte Nachweis beifügen)
6	O falecido esteve **na Alemanha** registrado como desemprado por um período **não** incluído no histórico de seguro? Períodos (Anexar documentos comprovantes.)	☐ não / nein ☐ sim / ja desde / vom — até / bis desde / vom — até / bis	War der Verstorbene **in Deutschland** arbeitslos gemeldet und ist diese Zeit im Versicherungsverlauf **nicht** enthalten? Zeiträume (Bitte Nachweis beifügen)
7	Após completados os 17 anos de idade, o falecido frequentou, na Alemanha ou fora da Alemanha, alguma escola, escola técnica, escola técnica superior ou universidade, e esse período **não** está incluído no histórico de seguro? Períodos (Anexar documentos comprovantes.)	☐ não / nein ☐ sim / ja desde / vom — até / bis desde / vom — até / bis	Hat der Verstorbene nach Vollendung des 17. Lebensjahres eine Schul-, Fachschul-, Fachhochschul- oder Hochschulausbildung innerhalb oder außerhalb Deutschlands absolviert und ist diese Zeit **nicht** im Versicherungsverlauf enthalten? Zeiträume (Bitte Nachweis beifügen)

Número de Seguro Alemão / Deutsche Versicherungsnummer

Código (se souber) / Kennzeichen (soweit bekannt)

8	Entre os 17 e 25 anos de idade, o falecido se encontrou, na Alemanha ou fora da Alemanha, em situação de incapacidade laboral por um período não inferior a um mês e esse período **não** está incluído no histórico de seguro? Períodos (Anexar documentos comprovantes.)	☐ não nein desde / vom desde / vom	☐ sim ja até / bis até / bis	War der Verstorbene zwischen dem 17. und dem 25. Lebensjahr mindestens einen Kalendermonat innerhalb oder außerhalb Deutschlands arbeitsunfähig und ist diese Zeit **nicht** im Versicherungsverlauf enthalten? Zeiträume (Bitte Nachweis beifügen)
9	Após completados os 16 anos de idade, o falecido viveu num dos seguintes países: Austrália, Finlândia, Islândia, Israel, Canadá / Quebec, Liechtenstein, Noruega, Suécia, Suiça, ou, após completados os 15 anos de idade, na Dinamarca, na Grécia ou nos Países Baixos?	☐ não nein	☐ sim ja	Hat der Verstorbene nach Vollendung des 16. Lebensjahres in einem der folgenden Länder gewohnt: Australien, Finnland, Island, Israel, Kanada / Quebec, Liechtenstein, Norwegen, Schweden, der Schweiz oder nach dem 15. Lebensjahr in Dänemark, Griechenland oder in den Niederlanden?

Período	desde / vom	até / bis	País / Staat	Zeitraum
	Instituição seguradora / Versicherungsträger		Número de seguro / Versicherungsnummer	
Período	desde / vom	até / bis	País / Staat	Zeitraum
	Instituição seguradora / Versicherungsträger		Número de seguro / Versicherungsnummer	

10	O falecido exerceu atividade profissional também **fora** da Alemanha (também no Brasil)? **Em caso afirmativo,** detalhar outros dados. Deverá indicar também os períodos cumpridos em sistemas especiais (p. ex. servidores públicos / pessoas equiparadas, funcionários da UE, autônomos, agricultores).	☐ não nein	☐ sim ja	War der Verstorbene auch **außerhalb** Deutschlands (auch in Brasilien) erwerbstätig? **Wenn ja,** bitte weitere Angaben machen. Anzugeben sind auch Zeiten in Sondersystemen (z. B. für Beamte / gleichgestellte Personen, EU-Bedienstete, Selbständige, Landwirte).

Período	desde / vom	até / bis	País / Staat	Zeitraum
	Instituição seguradora / Versicherungsträger		Número de seguro / Versicherungsnummer	
Período	desde / vom	até / bis	País / Staat	Zeitraum
	Instituição seguradora / Versicherungsträger		Número de seguro / Versicherungsnummer	
Período	desde / vom	até / bis	País / Staat	Zeitraum
	Instituição seguradora / Versicherungsträger		Número de seguro / Versicherungsnummer	
Período	desde / vom	até / bis	País / Staat	Zeitraum
	Instituição seguradora / Versicherungsträger		Número de seguro / Versicherungsnummer	
Período	desde / vom	até / bis	País / Staat	Zeitraum
	Instituição seguradora / Versicherungsträger		Número de seguro / Versicherungsnummer	

Número de Seguro Alemão / Deutsche Versicherungsnummer

Código (se souber) / Kennzeichen (soweit bekannt)

L Períodos dedicados pelo Falecido à Educação de Crianças

(Somente preencher e anexar documentação comprovante, se o segurado falecido ainda não tiver recebido aposentadoria. Se as crianças foram educadas na Alemanha, a instituição alemã competente enviará o formulário V0800.)

Zeiten der Kindererziehung des Verstorbenen

(Bitte nur ausfüllen und Nachweise beifügen, wenn der verstorbene Versicherte noch keine Rente bezog. Bei Erziehung in Deutschland übersendet der zuständige deutsche Träger das Formblatt V0800.)

	Foram educadas as seguintes crianças:		Folgende Kinder wurden erzogen:
1	Sobrenomes da Criança		Name des Kindes
	Prenomes		Vornamen
	Data de Nascimento (Anexar Certidão de Nascimento no original, ou cópia autenticada ou fazer confirmar pelo INSS no Campo N.)	Dia Tag / Mês Monat / Ano Jahr	Geburtsdatum (Bitte Geburtsnachweis im Original oder als amtlich bestätigte Kopie beifügen oder im Teil N durch INSS bestätigen lassen.)
	Lugar de Nascimento (Município, Estado Federado, País)		Geburtsort (Kreis, Land, Staat)
	A falecida exercia atividade profissional durante a gravidez e teve de interrompê-la devido à proteção da maternidade prevista pela lei?	☐ não nein ☐ sim ja desde / vom | até / bis	War die Verstorbene während der Schwangerschaft berufstätig und musste sie die Erwerbstätigkeit aufgrund von gesetzlichen Mutterschutzfristen unterbrechen?
	Foi o falecido quem educou predominante-mente a criança desde que nasceu até que completar 10 anos de idade.	☐ não nein ☐ sim ja	Der Verstorbene hat das Kind von der Geburt bis zu dessen vollendetem 10. Lebensjahr überwiegend erzogen.

Nos seguintes países / in folgenden Staaten	desde / vom	até / bis
	Dia Tag / Mês Monat / Ano Jahr	Dia Tag / Mês Monat / Ano Jahr
	Dia Tag / Mês Monat / Ano Jahr	Dia Tag / Mês Monat / Ano Jahr
	Dia Tag / Mês Monat / Ano Jahr	Dia Tag / Mês Monat / Ano Jahr

2	Sobrenomes da Criança		Name des Kindes
	Prenomes		Vornamen
	Data de Nascimento (Anexar Certidão de Nascimento no original, ou cópia autenticada ou fazer confirmar pelo INSS no Campo N.)	Dia Tag / Mês Monat / Ano Jahr	Geburtsdatum (Bitte Geburtsnachweis im Original oder als amtlich bestätigte Kopie beifügen oder im Teil N durch INSS bestätigen lassen.)
	Lugar de Nascimento (Município, Estado Federado, País)		Geburtsort (Kreis, Land, Staat)
	A falecida exercia atividade profissional durante a gravidez e teve de interrompê-la devido à proteção da maternidade prevista pela lei?	☐ não nein ☐ sim ja desde / vom | até / bis	War die Verstorbene während der Schwangerschaft berufstätig und musste sie die Erwerbstätigkeit aufgrund von gesetzlichen Mutterschutzfristen unterbrechen?
	Foi o falecido quem educou predominante-mente a criança desde que nasceu até que completar 10 anos de idade.	☐ não nein ☐ sim ja	Der Verstorbene hat das Kind von der Geburt bis zu dessen vollendetem 10. Lebensjahr überwiegend erzogen.

Nos seguintes países / in folgenden Staaten	desde / vom	até / bis
	Dia Tag / Mês Monat / Ano Jahr	Dia Tag / Mês Monat / Ano Jahr
	Dia Tag / Mês Monat / Ano Jahr	Dia Tag / Mês Monat / Ano Jahr
	Dia Tag / Mês Monat / Ano Jahr	Dia Tag / Mês Monat / Ano Jahr

Número de Seguro Alemão / Deutsche Versicherungsnummer

Código (se souber) / Kennzeichen (soweit bekannt)

3	Sobrenomes da Criança		Name des Kindes
	Prenomes		Vornamen
	Data de Nascimento (Anexar Certidão de Nascimento no original, ou cópia autenticada ou fazer confirmar pelo INSS no Campo N.)	Dia Tag / Mês Monat / Ano Jahr	Geburtsdatum (Bitte Geburtsnachweis im Original oder als amtlich bestätigte Kopie beifügen oder im Teil N durch INSS bestätigen lassen.)
	Lugar de Nascimento (Município, Estado Federado, País)		Geburtsort (Kreis, Land, Staat)
	A falecida exercia atividade profissional durante a gravidez e teve de interrompê-la devido à proteção da maternidade prevista pela lei?	☐ não nein ☐ sim ja desde / vom — até / bis	War die Verstorbene während der Schwangerschaft berufstätig und musste sie die Erwerbstätigkeit aufgrund von gesetzlichen Mutterschutzfristen unterbrechen?
	Foi o falecido quem educou predominante-mente a criança desde que nasceu até que completar 10 anos de idade.	☐ não nein ☐ sim ja	Der Verstorbene hat das Kind von der Geburt bis zu dessen vollendetem 10. Lebensjahr überwiegend erzogen.

Nos seguintes países / in folgenden Staaten	desde / vom	até / bis
	Dia Tag / Mês Monat / Ano Jahr	Dia Tag / Mês Monat / Ano Jahr
	Dia Tag / Mês Monat / Ano Jahr	Dia Tag / Mês Monat / Ano Jahr
	Dia Tag / Mês Monat / Ano Jahr	Dia Tag / Mês Monat / Ano Jahr

4	Foi já requerido o reconhecimento de períodos dedicados à educação destas crianças por **outra pessoa?**	☐ não nein ☐ sim ja	Wurde die Anrechnung von Kindererziehungszeiten für diese Kinder bereits von einer **anderen Person** beantragt?
	Em caso afirmativo, indicar: - Nome Completo - Número de Seguro alemão ou Data de Nascimento	Dia Tag / Mês Monat / Ano Jahr	**Falls ja,** bitte angeben: - Name, Vorname - Deutsche Versicherungsnummer oder Geburtsdatum
5	Foram por si ou pelo falecido pagas contribuições obrigatórias para o seguro previdenciário **alemão,** imediatamente antes ou durante o período de educação, por motivo de emprego / exercício de atividade profissional fora da Alemanha?	☐ não nein ☐ sim ja	Haben Sie oder der Verstorbene unmittelbar vor oder während der Erziehungszeit für eine Beschäftigung / Tätigkeit außerhalb Deutschlands Pflichtbeiträge zur **deutschen** gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt?
6	Imediatamente antes do nascimento de uma das crianças mencionadas ou durante os períodos de educação indicados, o falecido foi membro do quadro ou do pessoal civil de Forças Armadas estrangeiras de acordo com o estatuto da OTAN, das autoridades e Forças Armadas aliadas na Alemanha (inclusive Berlim Ocidental) ou membro do agregado familiar de uma destas pessoas?	☐ não nein ☐ sim ja	War der Verstorbene unmittelbar vor der Geburt eines der genannten Kinder oder während der aufgeführten Kindererziehungszeiten Mitglied oder ziviles Gefolge von ausländischen Streitkräften im Sinne des NATO-Truppenstatuts, der alliierten Behörden und Streitkräfte in Deutschland, einschließlich Berlin (West), oder Familienangehöriger eines solchen Mitgliedes?

Número de Seguro Alemão / Deutsche Versicherungsnummer

Código (se souber) / Kennzeichen (soweit bekannt)

M Declaração / Erklärung

Declaração	Erklärung
Confirmo ter efetuado da melhor fé e consciência todas as declarações no presente requerimento. É do meu conhecimento que poderei responder penalmente perante as autoridades da República Federal da Alemanha por falsas declarações intencionais.	**Ich versichere**, dass ich sämtliche Angaben in diesem Antrag nach bestem Wissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass ich bei wissentlich falschen Angaben durch die Behörden der Bundesrepublik Deutschland strafrechtlich verfolgt werden kann.
Comprometo-me a comunicar, sem atrasos e por escrito, à Instituição do Seguro Previdenciário, após apresentação de requerimento e deferimento das prestações, todas as alterações relativas	**Ich verpflichte mich,** dem leistungspflichtigen Rentenversicherungsträger nach Antragstellung und nach Bewilligung der Leistung unverzüglich
- a qualquer alteração da minha situação familiar (p. ex. meu novo casamento) e ao requerimento e recebimento das prestações e dos rendimentos indicados nos Campos F, H e I	- jede Änderung meiner Familienverhältnisse (z. B. meine Wiederheirat) und die Beantragung und den Empfang der im Teil F, H und I aufgeführten Leistungen bzw. Einnahmen
- às alterações que possam influenciar o pagamento da pensão por viuvez/por orfandade (p. ex. interrupção ou conclusão da formação)	- Änderungen, die auf den Bezug der Hinterbliebenen-/Waisenrente Einfluss haben (z. B. Unterbrechung oder Beendigung der Ausbildung)
- à morte da criança etc.	- den Tod des Kindes usw.
e ainda de restituir à Instituição seguradora os montantes pagos indevidamente.	schriftlich mitzuteilen und überzahlte Beträge an den Versicherungsträger zurückzuzahlen.
É do meu conhecimento que o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) está autorizado a fornecer à Instituição Alemã do Seguro Previdenciário todas as informações que se encontram na sua documentação, relacionadas com a nacionalidade, a qualidade de apátrida ou de refugiado, o histórico de seguro brasileiro, o direito à aposentadoria e o seu respectivo montante. Caso seja necessário à prestação requerida, o INSS **poderá** complementarmente fornecer relatórios de médicos e estabelecimentos hospitalares à Instituição Alemã do Seguro Previdenciário competente.	**Mir ist bekannt, dass** das Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) dem zuständigen deutschen Rentenversicherungsträger jede Information, betreffend die Staatsangehörigkeit, Staatenlosigkeit oder Flüchtlingseigenschaft, den brasilianischen Versicherungsverlauf, den Anspruch auf Rentenleistung sowie dessen Höhe, erteilen darf, die in den Akten enthalten ist. Soweit für die beantragte Leistung erforderlich, **darf** das INSS zudem ärztliche Berichte von Ärzten und Krankenhäusern für den zuständigen deutschen Rentenversicherungsträger beschaffen.
Eu consinto que toda a documentação e todos os comprovantes apresentados que se encontram relacionados com este requerimento ou que sejam necessários após uma decisão sobre este requerimento, possam ser colocados à disposição por parte do INSS à Instituição do Seguro Previdenciário Alemão competente, e vice-versa, a fim de que se possa tomar uma decisão sobre o direito à prestação.	**Ich willige ein**, dass alle vorgelegten Unterlagen und Beweismittel, die sich auf diesen Antrag beziehen oder die nach einer Entscheidung über diesen Antrag erforderlich werden, vom INSS dem zuständigen deutschen Rentenversicherungsträger und umgekehrt zur Verfügung gestellt werden dürfen, damit über die Leistungsberechtigung entschieden werden kann.
Somente para requerimentos de grande pensão por viuvez, se ainda não tiver alcançado a respectiva idade, não educar crianças e se estimar estar em situação de incapacidade laboral, bem como para requerimentos de pensão por orfandade por motivo de deficiênica: Se necessário no âmbito da instrução do requerimento, **consinto** que todos os atestados médicos ou resultados clínicos que forem por mim juntados ao processo de pensão ou fizerem parte dos expedientes ou forem emitidos durante o processo de análise quanto à atribuição da aposentadoria, possam ser consultados e avaliados pela Instituição do Seguro Previdenciário Alemão competente ou pelo INSS. Igualmente consinto que os médicos assistentes, psicólogos e as respectivas instâncias possam prestar a estas Instituições seguradoras todas as informações necessárias acerca do meu estado de saúde. Tal inclui o envio de documentação médica aí existente ou emitida durante o procedimento. **Estou consciente** do fato que, para efeitos futuros, posso retirar, a qualquer momento, os meus consentimentos.	Nur für Anträge auf große Witwen-/Witwerrente, wenn Sie das entsprechende Lebensalter noch nicht erreicht haben, kein Kind erziehen und sich für erwerbsgemindert halten sowie bei Anträgen auf Waisenrente wegen Behinderung: Soweit für die Bearbeitung des Rentenantrages erforderlich, **willige ich ein**, dass alle ärztlichen Gutachten oder Krankheitsbefunde, die ich im Rentenverfahren vorlege oder die in den Akten enthalten sind oder während des Rentenverfahrens erstellt werden, von dem zuständigen deutschen Rentenversicherungsträger oder INSS eingesehen und verwertet werden dürfen. Ich willige außerdem ein, dass die behandelnden Ärzte, Psychologen und Einrichtungen diesen Versicherungsträgern jede erforderliche Auskunft über meinen Gesundheitszustand erteilen. Dies schließt auch die Übersendung von dort vorliegenden oder während des Rentenverfahrens erstellten medizinischen Unterlagen ein. **Ich weiß**, dass ich jederzeit meine Einwilligungen mit Wirkung für die Zukunft zurücknehmen kann.

Assinatura do Requerente / Unterschrift des Antragstellers

Data / Datum

Assinatura / Unterschrift

Por favor, preencha e assine a **Declaração de Pagamento** no final do formulário (Campo O)!

Bitte noch die **Zahlungserklärung** am Ende des Formblatts (Teil O) ausfüllen und unterschreiben!

Número de Seguro Alemão / Deutsche Versicherungsnummer

Código (se souber) / Kennzeichen (soweit bekannt)

N Confirmação por parte do INSS — Bestätigung durch INSS

Data do Requerimento, conforme o artigo 17, parágrafo 1.° do Acordo	Dia / Tag — Mês / Monat — Ano / Jahr	Tag der Antragstellung nach Art. 17 Abs. 1 des Abkommens
Os dados pessoais (sobrenomes, prenomes, data de nascimento e nacionalidade) do falecido (Campo A) e dos sobreviventes (Campos B e G) foram comprovados através de: - Passaporte Válido - Outro(s) documento(s) (indicar quais)	☐ não / nein ☐ sim / ja ☐ não / nein ☐ sim / ja	Die Angaben zur Person (Name, Vornamen, Geburtsdatum sowie die Staatsangehörigkeit) des Verstorbenen (Teil A) und der Hinterbliebenen (Teil B und G) werden bestätigt durch: - gültigen Reisepass - sonstige Urkunde(n) (bitte angeben)
A data de óbito e os dados sobre o matrimônio/união estável (homossexual) registrada existentes até ao falecimento foram comprovados através de: - Certidão de Óbito - Outro(s) documento(s) (indicar quais)	☐ não / nein ☐ sim / ja ☐ não / nein ☐ sim / ja	Die Angaben zum Sterbedatum und zur bis zum Tode bestehenden Ehe/ Eingetragenen Lebenspartnerschaft werden bestätigt durch: - Sterbeurkunde - sonstige Urkunde(n) (bitte angeben)
Os dados sobre as crianças indicadas no Campo L (sobrenomes, prenomes, data de nascimento) foram confirmados com base nos documentos apresentados.	☐ não / nein ☐ sim / ja	Die Angaben zu den Kindern in Teil L (Name, Vornamen, Geburtsdatum) werden aufgrund vorgelegter Urkunden bestätigt.
Data	Dia / Tag — Mês / Monat — Ano / Jahr	Datum
Assinatura		Unterschrift
Carimbo do INSS		Stempel von INSS

Número de Seguro Alemão / Deutsche Versicherungsnummer

Código (se souber) / Kennzeichen (soweit bekannt)

O Declaração de Pagamento / Zahlungserklärung

1 **Conta Bancária no Brasil**

O benefício deverá ser pago mediante transferência bancária para **minha** conta em Instituição Bancária no Brasil.

Por favor, faça preencher e confirmar os seguintos espaços pelo seu banco.

Konto in Brasilien

Die Leistung soll durch Überweisung auf **mein** Konto bei einem Geldinstitut in Brasilien gezahlt werden.

Bitte lassen Sie die folgenden Felder von Ihrer Bank ausfüllen und bestätigen.

Nome da Instituição Bancária	Name des Geldinstituts
Endereço da Instituição Bancária	Anschrift des Geldinstituts
Código Bancário	Bankleitzahl des Geldinstituts (Zentrale)
Código da Agência	Bankleitzahl des Geldinstituts (Filiale)
Número de Conta	Kontonummer
SWIFT Bank Identifier Code - BIC	SWIFT Bank Identifier Code - BIC
International Bank Account Number - IBAN	International Bank Account Number - IBAN

B R

- Eu sou o **único** titular da conta bancária supracitada e a **única** pessoa que dela está autorizada a dispor.	- Ich bin **alleiniger** Inhaber des oben genannten Kontos und **allein** darüber verfügungsberechtigt.
- A conta bancária supracitada é uma **conta conjunta,** sendo eu e meu cônjuge os seus titulares. (O co-titular da conta também deverá assinar no final do Campo O.)	- Das oben genannte Konto ist ein **Gemeinschaftskonto,** dessen Inhaber ich und mein Ehepartner sind. (Bitte auch den Mitinhaber am Ende des Teils O unterschreiben lassen.)
- Para a conta supracitada foi emitida **procuração** a:	- Für das oben genannte Konto wurde eine **Kontovollmacht** erteilt für
Nome e Endereço (O procurador da conta também deverá assinar no final do Campo O.)	Name und Anschrift (Bitte auch den Kontobevollmächtigten am Ende des Teils O unterschreiben lassen.)

Número de Seguro Alemão / Deutsche Versicherungsnummer

Código (se souber) / Kennzeichen (soweit bekannt)

2 **Conta Bancária na Alemanha**

O benefício deverá ser pago mediante transferência bancária para uma conta numa Instituição Bancária na República Federal da Alemanha.

Nome da Instituição Bancária

Endereço da Instituição Bancária

Nome e Endereço do Titular da Conta, se este não for o beneficiário, ou do co-titular ou procurador da Conta Bancária
(O co-titular / procurador da conta também deverá assinar no final do Campo O.)

SWIFT Bank Identifier Code - BIC

International Bank Account Number - IBAN

D E

Konto in Deutschland

Die Leistung soll durch Überweisung auf ein Konto bei einem Geldinstitut in der Bundesrepublik Deutschland gezahlt werden.

Name des Geldinstituts

Anschrift des Geldinstituts

Name und Anschrift des Kontoinhabers, sofern vom Berechtigten abweichend, bzw. des Kontomitinhabers oder Kontobevollmächtigten
(Bitte auch den Kontomitinhaber / Kontobevollmächtigten am Ende des Teils O unterschreiben lassen.)

SWIFT Bank Identifier Code - BIC

International Bank Account Number - IBAN

3 **Pagamento ao Procurador**

O pagamento suplementar de aposentadoria deverá ser efetuado ao meu procurador

- através de transferência para a seguinte conta bancária / conta fiduciária na Alemanha

SWIFT Bank Identifier Code - BIC

International Bank Account Number - IBAN

D E

Zahlung an den Bevollmächtigten

Die Rentennachzahlung soll an meinen Bevollmächtigten gezahlt werden

- durch Überweisung auf das folgende Konto / Anderkonto in der Bundesrepublik Deutschland

SWIFT Bank Identifier Code - BIC

International Bank Account Number - IBAN

4 **Declaro** que, após a transferência da prestação na forma por mim acima desejada, foi preenchido o direito. Comprometo-me a comunicar, sem atrasos e por escrito, todas as alterações que possam influenciar no pagamento ou no montante da aposentadoria ou ainda no próprio direito à mesma, à: Deutsche Post AG, Niederlassung Renten Service 13496 Berlin, DEUTSCHLAND. Comprometo-me ainda restituir à Deutsche Post AG, Niederlassung Renten Service, 50417 Köln, DEUTSCHLAND os montantes pagos indevidamente. Neste contexto dei instruções à respectiva Instituição Bancária que gerencia a conta - com efeito que se prolonga para os meus herdeiros - de restituir à Deutsche Post AG em Köln todos os montantes pagos indevidamente. Estas instruções só podem ser revogadas por mim próprio e não pelos meus herdeiros.

Ich erkläre, dass der Anspruch erfüllt ist, wenn die Leistung in der vorstehend von mir gewünschten Form angewiesen wird. Ich verpflichte mich, jede Änderung der Verhältnisse, die die Zahlung oder die Höhe der Rente oder den Rentenanspruch selbst beeinflusst, unverzüglich schriftlich der Deutschen Post AG, Niederlassung Renten Service, 13496 Berlin, DEUTSCHLAND mitzuteilen. Ferner verpflichte ich mich, zuviel gezahlte Beträge an die Deutsche Post AG, Niederlassung Renten Service, 50417 Köln, DEUTSCHLAND zurückzuzahlen. Dazu habe ich das jeweils kontoführende Geldinstitut - mit Wirkung auch meinen Erben gegenüber - beauftragt, die zuviel gezahlten Beträge an die Deutsche Post AG in Köln zurück zu überweisen. Dieser Auftrag kann nur von mir - aber nicht von meinen Erben - widerrufen werden.

Data / Datum

Assinatura do Requerente / Unterschrift des Antragstellers

Assinatura do Titular ou Procurador da Conta Bancária / Unterschrift des Kontomitinhabers oder der Kontobevollmächtigten

5 **Validação por parte da Instituição Bancária / Bestätigung des Geldinstituts**

Tomamos conhecimento do requerimento e confirmamos os dados fornecidos no ponto 1.
Wir nehmen den Antrag zur Kenntnis und bestätigen die Angaben unter Punkt 1.

Lugar, data / Ort, Datum

Assinatura, carimbo da Instituição Bancária / Unterschrift, Stempel des Geldinstituts

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau

Postfach 10 13 40
34013 Kassel - ALEMANHA

Telefon: +49 561 9359-0
Telefax: +49 561 9359-217

ANEXO / ANLAGE

Requerimento de Pensão por Morte
do seguro de aposentadoria dos agricultores (AdL)

Por favor, preencha este ANEXO apenas se o segurado falecido recolheu, na qualidade de agricultor autônomo ou de cônjuge de agricultor autônomo, contribuições na Alemanha para uma caixa de aposentadorias para agricultores.

Antrag auf Hinterbliebenenrente
aus der Alterssicherung der Landwirte (AdL)

Bitte diesen ANLAGE nur ausfüllen, wenn der verstorbene Versicherte als selbständiger Landwirt oder als Ehegatte eines selbständigen Landwirts in Deutschland Beiträge zu einer landwirtschaftlichen Alterskasse gezahlt hat.

A	**Dados Pessoais**		**Angaben zur Person**
1	Número de Identificação	**2 2 1 /**	Identifikationsnummer
2	**Dados sobre o Cônjuge do Requerente**		**Angaben zum Ehegatten des Antragstellers**
3	Sobrenomes		Name
4	Prenomes		Vornamen
5	Data de Nascimento		Geburtsdatum
6	Lugar de Nascimento		Geburtsort
7	Nacionalidade		Staatsangehörigkeit
8	Data de Óbito		Sterbedatum

B	**Dados sobre o Pagamento de Contribuições**		**Angaben zur Beitragszahlung**
1	O requerente ou seu cônjuge recolheram contribuições para uma caixa de aposentadorias para agricultores (LAK)?	Requerente / Antragsteller ☐ não / nein ☐ sim, para: / ja, und zwar zur:	Haben Sie oder Ihr Ehegatte Beiträge zu einer landwirtschaftlichen Alterskasse (LAK) gezahlt?
	Nome da LAK Número de Referência		Name der LAK Aktenzeichen
		Cônjuge / Ehegatte ☐ não / nein ☐ sim, para: / ja, und zwar zur:	
	Nome da LAK Número de Referência		Name der LAK Aktenzeichen
2	O requerente ou seu cônjuge execeram atividade autônoma como agricultor fora da Alemanha?	Requerente / Antragsteller ☐ não / nein ☐ sim, em: / ja, und zwar in: _____ (País / Land)	Haben Sie oder Ihr Ehegatte eine Tätigkeit als selbständiger Landwirt außerhalb Deutschlands ausgeübt?
		Cônjuge / Ehegatte ☐ não / nein ☐ sim, em: / ja, und zwar in: _____ (País / Land)	

C Pagamento da Prestação / Auszahlung der Leistung

1	Em qual conta bancária deverá ser efetuada a transferência? (A prestação da AdL não poderá ser paga por cheque.)	Nome e Endereço da Instituição Bancária / Name und Anschrift des Geldinstituts	Auf welches Konto soll die Überweisung erfolgen? (Die Leistung der AdL kann nicht durch Scheckzahlung erfolgen.)
2	Código Bancário		Bankleitzahl des Geldinstituts
3	Número de Conta		Kontonummer
4	Titular da Conta, caso não seja o Requerente		Kontoinhaber, wenn nicht mit Antragsteller identisch
5	SWIFT Bank Identifier Code - BIC (se souber)		SWIFT Bank Identifier Code - BIC (soweit bekannt)
6	International Bank Account Number - IBAN (se souber)		International Bank Account Number - IBAN (soweit bekannt)

D Assinatura / Unterschrift

Assinatura do Requerente		Unterschrift des Antragstellers