

ACORDO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL ENTRE A REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL E A REPÚBLICA TCHECA
SMLOUVA MEZI ČESKOU REPUBLIKOU A BRAZILSKOU FEDERATIVNÍ REPUBLIKOU O SOCIÁLNÍM ZABEZPEČENÍ

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE PENSÃO POR MORTE
FORMULÁŘ PRO ŽÁDOST O POZŮSTALOSTNÍ DŮCHOD Z BRAZÍLIE

Para aplicação dos artigos 14 a 17 do Acordo e artigos 5 a 7 do Ajuste Administrativo
Pro účely článků 14 až 17 Smlouvy, článků 5 až 7 Správního ujednání

ESTE FORMULÁRIO DEVE SER APRESENTADO À INSTITUIÇÃO COMPETENTE NA REPÚBLICA TCHECA OU NO BRASIL
TENTO FORMULÁŘ MUSÍ BÝT PŘEDLOŽEN PŘÍSLUŠNÝM INSTITUCÍM V ČESKÉ REPUBLICE NEBO BRAZÍLII

A DATA DA SOLICITAÇÃO DEVE SER COMPLETADA PELA INSTITUIÇÃO COMPETENTE
DATUM PODÁNÍ ŽÁDOSTI, KTERÉ VYPLNÍ PŘÍSLUŠNÁ INSTITUCE

Data do requerimento / Datum přijetí žádosti:

____/____/____
(dd/mm/aaaa) / (dd/mm/rrrr)

Carimbo / Razítko:

1	INSTITUIÇÃO DESTINATÁRIA / INSTITUTE, JÍŽ JE FORMULÁŘ URČEN
Denominação e endereço / Název a adresa: Agência de Previdência Social Atendimento Acordos Internacionais do Rio de Janeiro Rua Pedro Lessa nº 36 - 5º Andar - Sala 511 – Centro, Rio de Janeiro / RJ CEP 20.030-030 BRASIL	

AS SEÇÕES DE 2 A 7 DEVEM SER PREENCHIDAS PELO REQUERENTE / ČÁSTI 2-7 MUSÍ BÝT VYPLNĚNY ŽADATELEM

2	DADOS RELATIVOS AO SEGURADO FALECIDO / ÚDAJE O ZEMŘELÉ POJIŠTĚNÉ OSOBĚ		
Nome do segurado / Jméno pojištěné osoby Primeiro nome / Jméno	Nome do meio / Prostřední jméno	Sobrenome / Příjmení	
Nome da mãe / Jméno matky Primeiro nome / Jméno	Nome do meio / Prostřední jméno	Sobrenome / Příjmení	
Nome do pai / Jméno otce Primeiro nome / Jméno	Nome do meio / Prostřední jméno	Sobrenome / Příjmení	

DADOS DO NASCIMENTO / ÚDAJE O NAROZENÍ					
Cidade de nascimento / Místo narození (Obec):		Estado / Provincie:		País / Stát:	
Data de nascimento (dd/mm/aaaa) / Datum narození (dd/mm/rrrr): ____/____/____		Sexo / Pohlaví: M/M ☐ F/Ž ☐		Nacionalidade / Státní příslušnost:	
CERTIDÃO APRESENTADA QUE COMPROVA O ESTADO CIVIL / DOKLAD O RODINNÉM STAVU					
Solteiro (a) / Svobodný(á) ☐	Casado / Ženatý (vdaná) ☐	Viúvo / Vdovec (vdova) ☐		Divorciado / Rozvedený(á) ☐	Separado(a) / Odloučený(á) ☐
Documento brasileiro / Brazilský doklad:	Cartório / Notářský úřad:	Livro / Kniha:	Folha / List:	Data de Expedição (dd/mm/aaaa) / Datum vydání (dd/mm/rrrr): ____/____/____	Número do Documento / Číslo dokladu:
Documento da República Tcheca / Český doklad:		Nome do departamento de expedição / Název instituce, která jej vydala:		Data de expedição (dd/mm/aaaa) / Datum vydání (dd/mm/rrrr): ____/____/____	
DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO / DOKLAD TOTOŽNOSTI					
☐ Número do Documento de Identificação Brasileiro ou / Číslo brazilského identifikačního dokladu nebo _____			Data de Expedição (dd/mm/aaaa) / Datum vydání (dd/mm/rrrr) ____/____/____		
☐ Número do Documento de Identificação Tcheco / Číslo dokladu totožnosti v České republice _____					
☐ Outro País / Jiný stát _____					
Cadastro de Pessoa Física-CPF no Brasil / Individuální registrační číslo daňového poplatníka v Brazílii: [][][][] [][][][] [][][][] [][][]					
Número de Identificação do Trabalhador- NIT no Brasil / Identifikační číslo pracovníka v Brazílii (NIT): [][][][] [][][][] [][][][] [][][]					
Número do nascimento na Republica Tcheca / Rodné číslo v České Republice: [][][][][][][][][][]					
DADOS RESIDENCIAIS / ÚDAJE O BYDLIŠTI					
País / Stát:		Estado / Provincie:		Cidade / Obec:	
Rua / Ulice:				CEP / PSČ:	
Bairro / Čtvrť (pokud existuje):					

Telefone / Telefon:
E-mail / E-mail:
Data de chegada ao Brasil (dd/mm/aaaa) / Datum příjezdu do Brazílie (dd/mm/rrrr): ____/____/____
Data de saída do Brasil (dd/mm/aaaa) / Datum odjezdu z Brazílie (dd/mm/rrrr): ____/____/____

OBS.: QUANDO A SOLICITAÇÃO FOR DE DEPENDENTE INVÁLIDO MAIOR DE 18 (DEZOITO) ANOS, DEVERÁ SER ANEXADO O FORMULÁRIO BRA/CZ 213 (RELATÓRIO MÉDICO) / POZNÁMKA: POKUD SE ŽÁDOST TÝKÁ INVALIDNÍCH ZÁVISLÝCH OSOB STARŠÍCH OSMNÁCT (18) LET, MUSÍ BÝT PŘIPOJEN FORMULÁŘ BRA/CZ 213 (LÉKAŘSKÁ ZPRÁVA).

3 DECLARAÇÃO DE ATIVIDADES NO BRASIL, REPÚBLICA TCHECA E OUTROS PAÍSES / PRACOVNÍ HISTORIE POJIŠTĚNÉ OSOBY V BRAZÍLII, ČESKÉ REPUBLICCE A JINÝCH STÁTECH						
Nome da Empresa onde exerce a atividade / Název společnosti nebo zaměstnavatele, kde daná osoba vykonává nebo vykonávala činnost	Nº do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica - CNPJ / Národní registrační číslo právnických osob - CNPJ	País / Stát	Atividade e o regime de Previdência a que estava coberto / Druh činnosti a systém (režim) sociálního zabezpečení (RGPS a RPPS)	Desde (dd/mm/aaaa) Od (dd/mm/rrrr)	Até (dd/mm/aaaa) Do (dd/mm/rrrr)	Observações / Poznámky
				____/____/____	____/____/____	
				____/____/____	____/____/____	
				____/____/____	____/____/____	
				____/____/____	____/____/____	
				____/____/____	____/____/____	

4 DADOS RELATIVOS AO REQUERENTE DE PENSÃO POR MORTE / ÚDAJE TÝKAJÍCÍ SE ŽADATELE O POZŮSTALOSTNÍ DŮCHOD		
Nome do segurado / Jméno žadatele Primeiro nome / Jméno	Nome do meio / Prostřední jméno	Sobrenome / Příjmení
Nome da mãe / Jméno matky Primeiro nome / Jméno	Nome do meio / Prostřední jméno	Sobrenome / Příjmení
Nome do pai / Jméno otce Primeiro nome / Jméno	Nome do meio / Prostřední jméno	Sobrenome / Příjmení
DADOS DO NASCIMENTO / DATUM NAROZENÍ		
Cidade de nascimento / Místo narození (Obec):	Estado / Provincie:	País / Stát:

Data de nascimento (dd/mm/aaaa): / Datum narození (dd/mm/rrrr): ____/____/____	Sexo / Pohlaví: M/M ☐ F/Ž ☐	Nacionalidade / Státní příslušnost:
--	--	-------------------------------------

CERTIDÃO APRESENTADA QUE COMPROVA O ESTADO CIVIL / DOKLAD O RODINNÉM STAVU

Solteiro(a) / Svobodný(á)	☐	Casado(a) / Ženatý	☐	Viúvo(a) / Vdovec (vdova)	☐	Divorciado(a) / Rozvedený(á)	☐	Separado(a) / Odloučený(á)	☐
Documento brasileiro / Brazilský doklad:	Número do Documento / Číslo dokladu:	Cartório / Notářský úřad:	Livro / Kniha:	Folha / List:	Data de Expedição / Datum vydání: ____/____/____				

Documento emitido na República Tcheca / Český doklad:	Nome do departamento de expedição / Název instituce, která jej vydala:	Data de expedição (dd/mm/aaaa) / Datum vydání (dd/mm/rrrr): ____/____/____
--	--	--

Documento emitido em outro país / Doklad vydaný v jiném státě:	Nome do departamento de expedição / Název instituce, která jej vydala:	Data de expedição (dd/mm/aaaa) / Datum vydání (dd/mm/rrrr): ____/____/____
---	--	--

Data de início da União Estável / Datum uzavření pevného svazku:	Data do Casamento / Datum sňatku:
____/____/____	____/____/____

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO / DOKLAD TOTOŽNOSTI

☐ Número do Documento de Identificação Brasileiro ou / Číslo brazilského identifikačního dokladu nebo ☐ Número do Documento de Identificação Tcheco / Číslo dokladu totožnosti v České republice ☐ Outro País / Jiný stát	Data de Expedição (dd/mm/aaaa) Datum vydání (dd/mm/rrrr)
--	---

Cadastro de Pessoa Física-CPF no Brasil / Individuální registrační číslo daňového poplatníka v Brazílii:

|_|_|_| |_|_|_| |_|_|_| |_|_|

Número de Identificação do Trabalhador- NIT no Brasil / Identifikační číslo pracovníka v Brazílii (NIT):

|_|_|_| |_|_|_| |_|_|_| |_|_|

Número do nascimento na Republica Tcheca / Rodné číslo v České Republice:

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

DADOS RESIDENCIAIS / ÚDAJE O BYDLIŠTI

País / Stát:	Estado / Provincie:	Cidade / Obec:	CEP / PSČ:
Rua / Ulice:			Número / Číslo domu:
Bairro / Čtvrť (pokud existuje):			
Telefone / Telefon:			
E-mail:			
Data de chegada ao Brasil (dd/mm/aaaa) / Datum příjezdu do Brazílie (dd/mm/rrrr): ____/____/____			
Data de saída do Brasil (dd/mm/aaaa) / Datum odjezdu z Brazílie (dd/mm/rrrr): ____/____/____			

5 DECLARAÇÃO DE BENEFÍCIO BRASILEIRO EM OUTRO REGIME PREVIDENCIÁRIO / PROHLÁŠENÍ O POBÍRÁNÍ DÁVKY Z JINÉHO SYSTÉMU SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ (REŽIMU)

Recebe aposentadoria / pensão por morte de outro regime de previdencia brasileiro? / Pobíráte starobní či pozůstalostní důchod z jiného brazilského sociálního systému?

☐ **SIM / ANO** ☐ **NÃO/ NE**

Se sim, preencher os campos abaixo: Pokud ANO, uveďte následující:

Tipo do benefício / Druh důchodu: pensão / pozůstalostní důchod ☐ aposentadoria / starobní důchod ☐

Origem/Instituce vyplácející důchod: Estadual / Státní ☐ Municipal / Obecní ☐ Federal / Federální ☐

Tipo de servidor / Zaměstnanecký režim: militar / vojenský ☐ civil / veřejný ☐

Data de início do benefício no regime acima informado: /

Datum začátku pobírání důchodu ve výše uvedeném systému (režimu):

____/____/____

Nome do órgão que concedeu a pensão/aposentadoria: /

Název instituce, která výše uvedený důchod přiznala:

Último valor do benefício recebido (valor bruto/sem 13º décimo terceiro) a data de pagamento (mm/aaaa): /

Výše poslední vyplacené dávky (hrubá výše/bez 13. splátky) a datum její výplaty (mm/rrrr):

____/____/____

6 DADOS RELATIVOS AO PROCURADOR OU REPRESENTANTE LEGAL (se for o caso) - ANEXAR DOCUMENTO COMPROBATÓRIO / ÚDAJE TÝKAJÍCÍ SE PRÁVNÍHO ZÁSTUPCE (jsou-li relevantní) – PŘIPOJTE DOKLAD

Nome e sobrenome / Jméno a příjmení

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO PROCURADOR / DOKLAD TOTOŽNOSTI PRÁVNÍHO ZÁSTUPCE

☐ Número do Documento de Identificação Brasileiro ou /
Číslo brazilského identifikačního dokladu nebo

☐ Número do Documento de Identificação Tcheco / Číslo
dokladu totožnosti v České republice

☐ Outro País / Jiný stát

Data de Expedição (dd/mm/aaaa) /
Datum vydání (dd/mm/rrrr):

____/____/____

Cadastro de Pessoa Física-CPF no Brasil / Individuální registrační číslo daňového poplatníka v Brazílii:

Número de Identificação do Trabalhador- NIT no Brasil / Identifikační číslo pracovníka v Brazílii (NIT):

Número do nascimento na Republica Tcheca / Rodné číslo v České Republice:

DADOS RESIDENCIAIS / ÚDAJE O BYDLIŠTI

País / Stát:	Estado / Provincie:	Cidade / Obec:	CEP / PSČ:
--------------	---------------------	----------------	------------

Rua / Ulice:	Número / Číslo domu:
--------------	----------------------

Bairro / Čtvrť (pokud existuje):

Telefon / Telefon:

E-mail:

7 INFORMAÇÕES SOBRE O ÓBITO / INFORMACE O ÚMRTÍ POJIŠTĚNÉ OSOBY

DADOS DO ÓBITO / PODROBNOSTI O ÚMRTÍ

Data do óbito (dd/mm/aaaa) / Datum úmrtí (dd/mm/rrrr): ____/____/____	Lugar do óbito / Místo úmrtí (Stát):
---	--------------------------------------

Documento brasileiro / Brazilský dokument:	Número da Certidão de Óbito / Číslo úmrtního listu:	Cartório / Notářský úřad:	Livro / Kniha:	Folha / List:	Data de expedição (dd/mm/aaaa) / Datum vydání (dd/mm/rrrr): ____/____/____
---	--	---------------------------------	----------------	---------------	--

Documento emitido na República Tcheca / Český dokument:	Nome do departamento de expedição / Název instituce, která jej vydala:	Data de expedição (dd/mm/aaaa) / Datum vydání (dd/mm/rrrr): ____/____/____
--	---	--

Documento emitido em outro país / Dokument vydaný v jiném státě:	Nome do departamento de expedição / Název instituce, která jej vydala:	Data de expedição (dd/mm/aaaa) / Datum vydání (dd/mm/rrrr): ____/____/____
---	---	--

CAUSA DO ÓBITO / PŘÍČINA ÚMRTÍ

Doença Comum / Choroba	☐	Acidente de Trabalho / Pracovní úraz	☐	Doença Profissional / Nemoc z povolání	☐	Acidente de Qualquer Natureza / Nehoda jakéhokoli druhu	☐
---------------------------	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------

Era Titular de um Benefício brasileiro? / Měl zesnulý nárok na dávku z Brazílie?

SIM / ANO	☐	NÃO / NE	☐
-----------	--------------------------	----------	--------------------------

Havia Solicitado um Beneficio brasileiro? / Požádal zesnulý o dávku z Brazílie?

SIM / ANO	☐	NÃO / NE	☐
-----------	--------------------------	----------	--------------------------

Número do Benefício brasileiro / Číslo dávky z Brazílie:

8	DADOS RELATIVOS AOS FAMILIARES E ASSEMBLHADOS (DEPENDENTES) DO SEGURADO / PODROBNOSTI O RODINNÝCH PŘÍSLUŠNÍCÍCH POJIŠTĚNÉ OSOBY				
Nome e sobrenome Jméno a příjmení	Data de nascimento (dd/mm/aaaa) Datum narození (dd/mm/rrrr)	Documento de Identificação / Identifikační doklad Tipo de documento no campo 1, número do documento no campo 2 e País Emissor no campo 3. / Druh dokumentu v bodě 1, číslo dokumentu v bodě 2 a stát, který jej vydal v bodě 3.	Dependência Econômica / Ekonomická závislost Sim / Ano Não / Ne	Tipo de Parentesco / Vztah k pojištěné osobě	Incapacitado / Invalidita Sim / Ano Não / Ne
		1			
	___/___/___	2			
		3			
		1			
	___/___/___	2			
		3			
		1			
	___/___/___	2			
		3			
		1			
	___/___/___	2			
		3			
		1			
	___/___/___	2			
		3			
		1			
	___/___/___	2			
		3			

9	DADOS BANCÁRIOS / BANKOVNÍ ÚDAJE	Brasil / Brazílie ☐	República Tcheca / Česká republika ☐
Nome do titular / Jméno majitele			
Nome do Banco / Název banky			
Número e nome da Agência Bancária / Číslo a název bankovní pobočky			
Endereço do Banco / Adresa banky			
Código bancário BIC/SWIFT / Identifikační kód banky (BIC/SWIFT)			

Número da Conta Bancária ou IBAN / Číslo účtu nebo IBAN		
---	--	--

10 DECLARAÇÃO DO REQUERENTE / PROHLÁŠENÍ ŽADATELE(KY)

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 tchecas a trocar todas as informações e documentos que se relacionam a este requerimento de benefício.

Potvrzuji, že informace uvedené v této žádosti jsou podle mého nejlepšího vědomí pravdivé a úplné a zavazuji se poskytnout informace o veškerých změnách nastalých po uplatnění této žádosti. Povoluji příslušným institucím sociálního zabezpečení v Brazílii a České republice vyměňovat si veškeré informace a dokumenty týkající se této žádosti o dávky.

Local / Místo: _____

_____/_____/_____
Data da solicitação (dd/mm/aaaa)
Datum podání žádosti (dd/mm/rrrr)

Assinatura do requerente /
Vlastnoruční podpis žadatele(ky)

11 TERMO DE RESPONSABILIDADE / USTANOVENÍ O ODPOVĚDNOSTI

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.

Prohlašuji a stvrzuji svým podpisem, že jsem si vědom toho, že úmrtí nebo osamostatnění závislých osob musí být nahlášeno INSS do 30 (třiceti) dnů ode dne, kdy k němu došlo, zasláním úmrtního listu nebo jiného odpovídajícího dokladu. Nedodržení tohoto nebo jakékoli nepravdivé prohlášení bude mít za následek nejen povinnost vrácení neoprávněně vyplacených částek, ale bude též podléhat sankcím podle čl. 171 a 299 trestního zákoníku.

Local / Místo: _____

_____/_____/_____
Data da solicitação (dd/mm/aaaa)
Datum podání žádosti (dd/mm/rrrr)

Assinatura do requerente /
Vlastnoruční podpis žadatele(ky)

A CARGO DA INSTITUIÇÃO COMPETENTE / VYPLNÍ PŘÍSLUŠNÁ INSTITUCE

12	INSTITUIÇÃO COMPETENTE / PŘÍSLUŠNÁ INSTITUCE
☐	A exatidão dos dados pessoais indicados neste formulário foi verificada / Osobní údaje žadatele v tomto formuláři byly ověřeny.
☐	Relatório médico BRA/CZ 213 em anexo. / Připojena lékařská zpráva BRA/CZ 213.
☐	Outras informações / Další informace
Local / Místo: _____	
Data (dd/mm/aaaa) / Datum (dd/mm/rrrr): ____/____/____.	
	Carimbo / Razítko
	Assinatura / Podpis

NOTAS / POZNÁMKY

Este formulário deve ser preenchido em caso de requerimento de benefício de pensão por morte. /
Tento formulář musí být vyplněn v případě žádosti o pozůstalostní důchod.

Benefício destinado aos dependentes do beneficiário aposentado ou do trabalhador filiado a previdência social falecido. Jedná se o dávku určenou pro vyživované osoby po zemřelém poživateli důchodu nebo pracovníkovi účastném v brazilském systému sociálním zabezpečení.

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS / POTŘEBNÉ DOKUMENTY

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. /

Údaje uvedené v Národním registru sociálních informací (CNIS) budou v případě shody s informacemi uvedenými v tomto formuláři považovány za důkaz o účasti na sociálním zabezpečení, příspěvkové době a dosahovaných výdělích. V případě rozporu mezi informacemi uvedenými v tomto formuláři a obsaženými v Národním registru sociálních informací (CNIS) si INSS vyžádá veškerou nezbytnou dokumentaci k opravě či doplnění údajů.

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. /

Aby Vám mohl být důchod přiznán, musíte do bodu 2 tohoto formuláře uvést Individuální registrační číslo daňového poplatníka v Brazílii (CPF). Pokud nemáte k dispozici Individuální registrační číslo daňového poplatníka v Brazílii (CPF) nebo pokud je vedeno řízení s Federálním daňovým úřadem Brazílie, zašlete prosím spolu s touto žádostí doklad totožnosti fotografií, abychom mohli toto číslo zajistit.

Os documentos pessoais informados neste formulário deverão ser apresentados na Instituição ou Organismo de Ligação do país receptor para validação. /

Osobní doklady poskytnuté k tomuto formuláři budou předloženy styčnému místu nebo příslušné instituci přijímajícího státu k ověření.

DO PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO / JAK VYPLNIT TENTO FORMULÁŘ

Campo 1 - A cargo do Organismo de Ligação. /

Bod 1 – Adresa přijímající instituce (INSS).

Campo 2 - Preencher os seus dados pessoais completos, informando corretamente conforme solicitado. /

Bod 2 – Vyplňte veškeré požadované informace o pojištěné (zemřelé) osobě.

Campo 3 - Preencher os campos informando o histórico de atividade exercidas pelo segurado falecido. /

Bod 3 – vyplňte požadované informace týkající se pracovní historie pojištěné (zemřelé) osoby.

Campo 4 - Preencher os dados do requerente da pensão por morte. /

Bod 4 – Vyplňte veškeré požadované informace týkající se žadatele o pozůstalostní důchod.

Campo 5 - Informar se o requerente da pensão por morte tem benefício de outro regime brasileiro. /

Bod 5 – Uveďte (jako žadatel o pozůstalostní důchod), zda pobíráte dávku z Brazílie v rámci jiného systému sociálního zabezpečení.

Campo 6 - Preencher somente se houver um procurador nomeado. /

Bod 6 – Vyplňte požadované údaje v případě právního zástupce (opatrovníka).

Campo 7 - Informe os dados do óbito do segurado, informando os dados da certidão de óbito, o motivo e se o segurado falecido teve algum benefício brasileiro. /

Bod 7 – Uved'te informace o úmrtí pojištěné osoby, včetně údajů z úmrtního listu, příčinu smrti a zda pojištěná (zemřelá) osoba pobírala dávku z Brazílie.

Campo 8 - Informe os dados dos dependentes do segurado falecido, indicando se há incapacidade. /

Bod 8 – Uved'te informace o vyživovaných osobách pojištěné (zemřelé) osoby, též s uvedením informace o jejich invaliditě.

Campo 9 - Informe os dados bancários para recebimento do benefício. /

Bod 9 – Uved'te prosím požadované bankovní údaje k výplatě důchodu.

Campos 10 e 11 - Assine a declaração para autorizar a troca de informações entre os países deste Acordo e o Termo de Responsabilidade. /

Body 10 a 11 – Podepište prosím prohlášení o výměně informací mezi příslušnými institucemi a ustanovení o odpovědnosti.

Campo 12 - A cargo da Instituição Competente ou Organismo de Ligação que recebe o requerimento. /

Bod 12 – Potvrzuje instituce, které byl formulář předložen (odesílající instituce – ČSSZ).