CPAS
1947
CAIXA DE PREVIDÊNCIA
DOS ADVOGADOS E SOLICITADORES

REQUERIMENTO PARA ATRIBUIÇÃO DO BENEFÍCIO DE MATERNIDADE

1. IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO:

NÚMERO DE BENEFICIÁRIO DA CAIXA DE PREVIDÊNCIA _____

NOME COMPLETO (IGUAL AO B.I.) _____

DOMICÍLIO PROFISSIONAL _____

LOCALIDADE _____ COD.POST. |__|__|__|__|-|__|__|__| TEL. _____ FAX _____

2. BENEFÍCIO REQUERIDO:

BENEFÍCIO IGUAL A DEZ VEZES O VALOR DA CONTRIBUIÇÃO MENSAL, COM O VALOR MÍNIMO DE TRÊS SALÁRIOS MÍNIMOS NACIONAIS E O VALOR MÁXIMO DE SEIS SALÁRIOS MÍNIMOS NACIONAIS.

A MATERNIDADE TEVE LUGAR A _____/_____/_____.

3. CONJUGAÇÃO COM OUTROS BENEFÍCIOS:

3.1. FOI REQUERIDA COMPARTICIPAÇÃO NAS DESPESAS COM INT. HOSPITALAR? SIM ☐ NÃO ☐

3.2. FOI REQUERIDO BENEFÍCIO POR NASCIMENTO? SIM ☐ NÃO ☐

4. DECLARO SOB COMPROMISSO DE HONRA QUE:

4.1. ENCONTRO-ME INSCRITA NA CAIXA DE PREVIDÊNCIA DOS ADVOGADOS E SOLICITADORES HÁ MAIS DE DOIS ANOS, COM PAGAMENTO DE CONTRIBUIÇÕES.

4.2. ENCONTRO-ME INSCRITA COMO BENEFICIÁRIA ORDINÁRIA E NÃO SE VERIFICA UM ATRASO NO PAGAMENTO DAS CONTRIBUIÇÕES SUPERIOR A CENTO E VINTE DIAS.

4.3. CONHEÇO AS CONDIÇÕES EM QUE ME É ATRIBUÍDO PELA CAIXA DE PREVIDÊNCIA O BENEFÍCIO QUE REQUEIRO.

PARA MAIOR COMODIDADE E RAPIDEZ NO RECEBIMENTO DO SEU BENEFÍCIO, INDIQUE O SEU NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO BANCÁRIA:

NIB |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

NOME DO TITULAR DA CONTA: _____

_____,_____ de _____ de_____

A BENEFICIÁRIA,

_____
(Assinatura)

MOD. 5 CPAS 94