CPAS
1947
CAIXA DE PREVIDÊNCIA
DOS ADVOGADOS E SOLICITADORES

REQUERIMENTO PARA ATRIBUIÇÃO DO BENEFÍCIO DE MATERNIDADE

1. IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO:

NÚMERO DE BENEFICIÁRIO DA CPAS _____

NOME COMPLETO _____

DOMICÍLIO PROFISSIONAL _____

LOCALIDADE _____ COD.POST. |__|__|__|__|-|__|__|__| TELEFONE _____ TELEMÓVEL _____

E-MAIL _____ NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO FISCAL |__|__|__|__|__|__|__|__|__|

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.
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:

IDENTIFICAÇÃO BANCÁRIA

IBAN: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

SWIFT BIC: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

_____ , _____ de _____ de _____

A BENEFICIÁRIA,

_____

(Assinatura)

MOD.5 - CPAS

Largo de S.Domingos, 14- 2.º
1169-060 LISBOA . PORTUGAL
NIPC 500 745 439

Telef. 218 813 400 Fax 218 813 499/495
cpas@cpas.org.pt | www.cpas.org.pt