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. MATERNIDADE:

A MATERNIDADE TEVE LUGAR EM _____/_____/_____.

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: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|