CPAS
1947
CAIXA DE PREVIDÊNCIA
DOS ADVOGADOS E SOLICITADORES

REQUERIMENTO PARA CARTÃO EUROPEU DE SEGURO DE DOENÇA (CESD)

1 IDENTIFICAÇÃO DO(A) BENEFICIÁRIO(A) (preencher sempre, ainda que o pedido se refira a familiar(es))

Número de Beneficiário _____ Data de Nascimento ____ - ___ - ___ (Ano - Mês - Dia)

Nome Completo _____

Morada (para envio do CESD) _____

_____

Código Postal ____ - ___ Localidade _____

Telefone _____ Telemóvel _____

E-Mail _____

2 TITULARIDADE DO CESD

Indique se é a primeira vez que solicita este cartão ○ Sim ○ Não

Necessita de Certificado Provisório de Substituição de CESD? ○ Sim ○ Não

Indique a favor de quem é solicitado o cartão, assinalando uma ou ambas as quadrículas ☐ Beneficiário(a) ☐ Familiar(es) a cargo [1]

[1] Preencher também o quadro 3

3 IDENTIFICAÇÃO DO(S) FAMILIAR(ES) A CARGO DO(A) BENEFICIÁRIO(A) PARA QUEM É SOLICITADO O CESD[2]

Nome Completo _____

Data de Nascimento ____ - ___ - ___ (Ano - Mês - Dia) Parentesco _____

Nome Completo _____

Data de Nascimento ____ - ___ - ___ (Ano - Mês - Dia) Parentesco _____

Nome Completo _____

Data de Nascimento ____ - ___ - ___ (Ano - Mês - Dia) Parentesco _____

Nome Completo _____

Data de Nascimento ____ - ___ - ___ (Ano - Mês - Dia) Parentesco _____

Nome Completo _____

Data de Nascimento ____ - ___ - ___ (Ano - Mês - Dia) Parentesco _____

Nome Completo _____

Data de Nascimento ____ - ___ - ___ (Ano - Mês - Dia) Parentesco _____

[2] Apenas para familiares que não se encontrem abrangidos por qualquer sistema ou subsistema de protecção social

MOD. CPAS.001.020.001

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

4 CERTIFICAÇÃO

Declara ser do seu conhecimento que o CESD apenas permite beneficiar dos cuidados de saúde que se tornem clinicamente necessários durante uma estada no território de outro Estado-Membro, ou seja, que não se desloca ao território de outro Estado-Membro com o objectivo de receber tratamento médico para si ou para um dos membros da sua família.

Mais declara não se encontrar abrangido, nem nenhum dos familiares indicados, por qualquer outro subsistema de protecção na saúde ou de segurança social.

Declara ainda que não vai exercer noutro Estado-Membro qualquer actividade profissional por conta de entidade patronal que não esteja sujeita à segurança social portuguesa.

As informações prestadas correspondem à verdade e não omitem qualquer informação relevante.

○ Cartão de Cidadão ○ Bilhete de Identidade ○ Passaporte ○ Outro _____

Número _____ Validade ____ - __ - __
Ano Mês Dia

____ - __ - __ _____
Ano Mês Dia (Assinatura do Requerente ou de seu Representante Legal conforme documento de identificação válido)

5 TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS

A CPAS - CAIXA DE PREVIDÊNCIA DOS ADVOGADOS E SOLICITADORES, na qualidade de responsável pelo tratamento de dados pessoais, declara para os devidos efeitos legais e nos termos do Regulamento Geral sobre a Protecção de Dados (Regulamento (UE) 2016/679, do Parlamento e do Conselho, de 27 de Abril de 2016) e da Lei de Execução Nacional, Lei n.º 58/2019, de 8 de Agosto, que os dados pessoais recolhidos no presente documento serão tratados com absoluta confidencialidade e em exclusivo para a finalidade que motivou a sua recolha ou tratamento.

O acesso aos dados pessoais encontra-se estritamente limitado às pessoas autorizadas pela CPAS, sujeitas a obrigação de confidencialidade, podendo os mesmos ser partilhados com subcontratantes ou terceiros, no âmbito e para efeito da finalidade para a qual foram recolhidos.

Os dados pessoais serão conservados de acordo com a legislação aplicável ao tratamento de dados pessoais e uma vez finda a relação com a CPAS, os dados fornecidos serão eliminados de acordo com os prazos legais definidos para o efeito.

O Titular dos Dados tem direito a solicitar informação sobre os dados conservados relativos à sua pessoa e, de acordo com a legislação aplicável sobre protecção de dados pessoais, receber uma cópia dos seus dados pessoais ("portabilidade de dados"), o direito de ter os seus dados pessoais rectificados ou apagados, ou o respectivo tratamento restringido. Além disso, tem o direito de apresentar queixa junto da autoridade de controlo competente se considerar que o tratamento dos seus dados pessoais viola a legislação aplicável sobre protecção de dados pessoais.

Para quaisquer questões relativas à protecção de dados pessoais ou para o exercício dos direitos atrás mencionados, deverá ser contactada a CPAS através do e-mail cpas@cpas.org.pt.

____ - __ - __ _____
Ano Mês Dia (Assinatura do Requerente ou de seu Representante Legal conforme documento de identificação válido)