CPAS
1947
CAIXA DE PREVIDÊNCIA
DOS ADVOGADOS E SOLICITADORES

# REQUERIMENTO PARA COMPARTICIPAÇÃO NAS DESPESAS DE INTERNAMENTO HOSPITALAR

## 1. IDENTIFICAÇÃO DO(A) BENEFICIÁRIO(A)

Número de Beneficiário

Nome Completo

Telefone  Telemóvel

E-Mail

Número de Identificação Fiscal

Morada

Código Postal  -  Localidade

## 2 REQUER COMPARTICIPAÇÃO POR MOTIVO DE INTERNAMENTO DE:

Nome Completo

Na qualidade de: ○ Beneficiário ○ Cônjuge ○ Filho Menor

Em consequência de: ○ Doença ○ Intervenção Cirúrgica ○ Maternidade

## 3 COMPARTICIPAÇÃO

○ Protocolo CPAS/Fidelidade ○ A.D.S.E. ○ Sindicato

○ Outro Seguro ○ Outra Entidade ○ Sem Comparticipação

No caso de comparticipação por outra entidade, deverá anexar ao presente requerimento o documento comprovativo do montante comparticipado

## 4 LOCAL DO INTERNAMENTO

Nome do Hospital ou Clínica

Período em que se verificou o internamento: de  -  -  a  -  -

Ano Mês Dia Ano Mês Dia

## 5 IDENTIFICAÇÃO BANCÁRIA

Banco

IBAN

SWIFT BIC:

Declaro que a conta indicada no documento em anexo é (assinale com X a opção correcta):

○ do próprio ○ de terceiro [1]

[1] (Assinatura(s) do(s) Titular(es) da conta conforme documento de identificação válido)

MOD. CPAS.002.001.001

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

## 6 CERTIFICAÇÃO

Encontro-me inscrito/a como Beneficiário Ordinário na Caixa de Previdência dos Advogados e Solicitadores há mais de um ano, com pagamento de contribuições, não se verificando um atraso no pagamento das mesmas.
O familiar em função de quem o benefício é requerido é cônjuge ou descendente menor do requerente.
O internamento não foi motivado por qualquer das causas a que se refere o artigo 4.º do *Regulamento da comparticipação nas despesas de internamento hospitalar e/ou intervenções cirúrgicas do beneficiário, cônjuge e filhos menores e com maternidade da beneficiária ou cônjuge do beneficiário*.
As despesas cuja comparticipação requeiro decorrem de facto que envolve a responsabilidade de terceiro? ○ Sim ○ Não
Sendo as despesas de internamento hospitalar decorrentes de facto de terceiro que envolva obrigação de indemnizar comprometo-me a restituir à Caixa a comparticipação que me for concedida logo que indemnizado e a avisar a Caixa desse facto, nos termos do artigo 11.º do respectivo Regulamento.
Tenho conhecimento de que deverei proceder a eventuais actualizações dos dados pessoais ora fornecidos através da área reservada do Portal do Beneficiário em www.cpas.org.pt ou através do e-mail cpas@cpas.org.pt.
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)

## 7 INFORMAÇÕES/DOCUMENTOS A ANEXAR

**Prazo**

4 meses a contar da alta hospitalar

**Documentos a apresentar:**

- ✓ Originais dos documentos relativos às despesas suportadas
- ✓ Declaração hospitalar comprovativa do período do internamento e da respectiva causa.
- ✓ Fotocópia do documento de identificação ou exibição do mesmo nos serviços da CPAS, se a comparticipação for requerida por internamento de descendente menor e fotocópia do Cartão de Contribuinte (excepto no caso de cartão de cidadão)
- ✓ Comprovativo do estado civil, se a comparticipação for requerida por internamento do cônjuge
- ✓ Comprovativo do IBAN e código BIC SWIFT, com identificação do(s) titular(es) da conta
- ✓ Fotocópia do documento de identificação ou exibição do mesmo nos serviços da CPAS do(s) titular(es) da conta (quando não seja o requerente)

**Caso tenha existido comparticipação por parte de outra entidade deverá remeter também:**

- ✓ Declaração comprovativa do montante comparticipado.
- ✓ No caso de ter beneficiado de comparticipação pela Multicare no âmbito do Protocolo CPAS/Fidelidade, deverá solicitar à seguradora declaração específica para entregar na CPAS

## 8 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)

____ - ___ - ___ _____
Ano Mês Dia (Assinatura(s) do(s) Titular(es) da conta bancária conforme documento de identificação válido)