

REQUERIMENTO PARA ATRIBUIÇÃO DE:

PENSÃO DE REFORMA

SUBSÍDIO DE INVALIDEZ

1 IDENTIFICAÇÃO DO(A) BENEFICIÁRIO(A)

Número de Beneficiário(a)	<input type="text"/>				
Nome Completo	<input type="text"/>				
Domicílio Fiscal	<input type="text"/>				
Código Postal	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	Localidade	<input type="text"/>
Telefone	<input type="text"/>	Telemóvel	<input type="text"/>		
E-Mail	<input type="text"/>				
Número de Identificação Fiscal	<input type="text"/>				

2 IDENTIFICAÇÃO BANCÁRIA

Banco	<input type="text"/>
IBAN	<input type="text"/>
SWIFT BIC:	<input type="text"/>
Declaro que a conta indicada no documento em anexo é (assinale a opção correta):	
<input type="radio"/> do(a) próprio(a)	<input type="radio"/> de terceiros ⁽¹⁾
<input type="text"/>	

⁽¹⁾ (Assinatura(s) do(a)(s) Titular(es) da conta bancária conforme documento de identificação válido)

3 OUTRAS DECLARAÇÕES

Para efeitos de IRS indique qual a situação familiar

<input type="radio"/> Não Casado(a)	<input type="radio"/> Casado(a) dois titulares	<input type="radio"/> Casado(a) único Titular
É portador(a) de deficiência?	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não

4 CERTIFICAÇÃO

Tenho conhecimento de que deverei proceder a eventuais atualizações 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 Passaporte Outro _____

Número	<input type="text"/>	Validade	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
			Ano		Mês		Dia
<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>			
Ano		Mês		Dia			

(Assinatura do(a) Requerente ou de seu Representante Legal, conforme documento de identificação válido)

5 DOCUMENTOS A ANEXAR

- ✓ Fotocópia do documento de identificação ou exibição do mesmo nos serviços da CPAS, do(a) Beneficiário(a) e do(a)(s) titular(es) da conta
- ✓ Fotocópia do cartão de contribuinte (exceto no caso de cartão de cidadão)
- ✓ Documento da instituição bancária, comprovativo do IBAN e código BIC SWIFT, onde conste a identificação do(a)(s) titular(es) da conta.
- ✓ Comprovativo de domicílio fiscal
- ✓ Atestado Médico de Incapacidade Multiusos comprovativo de grau de incapacidade igual ou superior a 60 %, quando aplicável

6 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 Proteção 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 proteção de dados pessoais, receber uma cópia dos seus dados pessoais ("portabilidade de dados"), o direito de ter os seus dados pessoais retificados ou apagados, ou o respetivo 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 proteção de dados pessoais.

Para quaisquer questões relativas à proteção 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(a) Requerente ou de seu Representante Legal, conforme documento de identificação válido)

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