CPAS
1947
CAIXA DE PREVIDÊNCIA
DOS ADVOGADOS E SOLICITADORES

REQUERIMENTO PARA COMPARTICIPAÇÃO NAS DESPESAS DE INTERNAMENTO HOSPITALAR

PROTOCOLO DE ACORDO ENTRE CAIXA DE PREVIDÊNCIA DOS ADVOGADOS E SOLICITADORES E A COMPANHIA DE SEGUROS FIDELIDADE

A PREENCHER PELO BENEFICIÁRIO

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. REQUER COMPARTICIPAÇÃO POR MOTIVO DE INTERNAMENTO DE:
(preencher se for caso disso)

2.1. NOME COMPLETO _____

2.2. NA QUALIDADE DE: **CÔNJUGE** ☐ **FILHO MENOR** ☐

3. EM CONSEQUÊNCIA DE INTERNAMENTO HOSPITALAR POR:

3.1. DOENÇA DO PRÓPRIO BENEFICIÁRIO	☐	3.2. DOENÇA DO CÔNJUGE DO BENEFICIÁRIO	☐
3.3. DOENÇA DOS FILHOS MENORES DO BENEFICIÁRIO	☐	3.4. MATERNIDADE DA PRÓPRIA BENEFICIÁRIA	☐
3.5. MATERNIDADE DO CÔNJUGE DO BENEFICIÁRIO	☐		

PERÍODO EM QUE SE VERIFICOU O INTERNAMENTO _____/_____/_____ A _____/_____/_____

4. PARA MAIOR COMODIDADE E RAPIDEZ NO RECEBIMENTO DO SEU BENEFÍCIO, INDIQUE O SEU NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO BANCÁRIA:

IDENTIFICAÇÃO BANCÁRIA

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

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

_____, _____ de _____ de _____

O BENEFICIÁRIO REQUERENTE,

_____

(Assinatura)

MOD. 4 - 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