

> formulário

REEMBOLSO DO VENCIMENTO PERDIDO POR DOENÇA

Art.º 68º dos Estatutos

1. A preencher pelo **Sócio**

Nome completo

Sócio n.º

NIF

Morada

Código postal

Tel/tm

Email

 Autorizo a atualização dos meus dados pelo Cofre com a finalidade de manter, administrar e gerir a relação entre o Cofre e o associado (a) Alínea e) Art.º 9 dos Estatutos

2. Autenticação pelos **serviços do Sócio**

 Preencher os dados abaixo indicados, referentes à perda de **vencimento base** por motivo de **doença do próprio**.

Período da doença	N.º de dias	Mês em que foi efetuado o desconto no vencimento	Valor descontado no vencimento base	%
a				
a				
a				
a				
Total				

 DATA E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL DOS RECURSOS HUMANOS.
 CARIMBO DOS SERVIÇOS.

3. Juntar ao pedido os seguintes **documentos**

Documentos: cópia do recibo de vencimento do mês em que foi efetuado o desconto; cópia do atestado/ baixa médica referente ao presente pedido. Note que **os associados com Segurança Social** têm de apresentar declaração da mesma com a descrição dos dias pagos e respetivo valor recebido.

Pretendo que o reembolso seja depositado na conta com o IBAN a seguir indicado:

PT50

D / M / A

O Sócio (assinatura)

 A preencher pelos **serviços do Cofre de Previdência**

Entrada do pedido

D / M / A

Admitido em

12 quotas

€

O Funcionário

O Coordenador

Importância a que tem direito:

ano de:

dias:

€

A deduzir:

€

Completou:

 90 dias no ano

 7,5% do subs. por morte

 12 quotas

Despacho

Autorizado em

D / M / A

O Coordenador Geral