



CPME

Caixa de Previdência
do Ministério da Educação

ASSOCIAÇÃO PÚBLICA

Praça D. Pedro IV, 45 - 3º • 1149-069 LISBOA
Telef. 21 324 38 10 • Fax 21 347 60 95

Email - cpme@cpme.pt Página Web - www.cpme.pt

NIF 506 146 197

N.º e data de entrada

Sócio n.º _____

INSCRIÇÃO DE SÓCIO

NOVA SUBSCRIÇÃO n.º _____

DADOS SOBRE A SUBSCRIÇÃO

Modalidade _____	Plano (A constante ou B crescente)	Taxa % _____
Prazo _____ anos	Idade reforma (só no Seguro de Reforma) _____ anos	
Capital (€) _____	Quota Mensal (€) _____	Liberação (€) _____

BENEFICIÁRIO PRÉ-DETERMINADO (SÓ NOS SEGUROS DE PROSSEGUIMENTO DE ESTUDOS OU DE MAIORIDADE)

Beneficiário pré-determinado – Nome _____
Filiação _____
Cartão de Cidadão n.º _____ Validade _____ Data de nascimento _____

BENEFICIÁRIO (S)

Nome _____	Percentagem legada _____
Cartão de Cidadão n.º _____ Validade _____	Data de nascimento _____
Nome _____	Percentagem legada _____
Cartão de Cidadão n.º _____ Validade _____	Data de nascimento _____
Nome _____	Percentagem legada _____
Cartão de Cidadão n.º _____ Validade _____	Data de nascimento _____

O candidato pode efetuar qualquer outra declaração de beneficiários em formulário a fornecer pela Caixa

DECLARAÇÃO DO CANDIDATO

Declaro que desejo subscrever a modalidade de Seguro de _____, sob as condições acima referidas.
Local e data _____
Assinatura do candidato (igual ao Cartão de Cidadão) _____

DADOS PESSOAIS

Nome completo _____
Morada _____
Código postal _____ - _____ Telemóvel _____ Telefone _____
Cartão de Cidadão n.º _____ Validade _____ N.º de Contribuinte Fiscal _____
e-mail _____

NATURALIDADE

Data de nascimento _____	Freguesia _____
Concelho _____	Distrito _____

FILIAÇÃO

Pai _____	
Mãe _____	
Estado civil _____	Data da situação _____
Nome do cônjuge _____	

Os dados recolhidos, que serão tratados informaticamente, destinam-se somente ao uso desta Caixa, sendo garantido ao sócio, nos termos da Lei, o acesso aos seus dados e respetiva retificação, devendo o pedido ser feito por escrito.

Habilitações Literárias _____	Data da situação _____
Nome do serviço _____	
Morada do serviço _____	
Código postal _____ - _____	Telefone do serviço _____
Função Desempenhada _____	

CONFIRMAÇÃO DO SERVIÇO ONDE O CANDIDATO EXERCE FUNÇÕES

Confirmo, sob a minha responsabilidade, as declarações retro e declaro que o candidato exerce funções neste Serviço desde _____

Local e data _____, _____

Assinatura do superior hierárquico _____

(Apor selo branco e carimbo do Serviço)

A preencher pelos Serviços da Caixa de Previdência do Ministério da Educação	Subscrição Tipo Nº anual _____	Nº de Sócio _____ Data da subscrição _____
	CONFERIDOS OS ELEMENTOS DO CARTÃO DE CIDADÃO _____ _____	Direitos a contar de _____
OBSERVADAS AS NORMAS ESTATUTÁRIAS E REGULAMENTARES VIGENTES, A PRESENTE SUBSCRIÇÃO ENCONTRA-SE EM CONDIÇÕES DE SER AUTORIZADA. _____ _____	IDADE (Arredondada) _____ anos	IDADE ACTUARIAL _____ anos
	AUTORIZADA A SUBSCRIÇÃO EM _____ O ADMINISTRADOR-DELEGADO _____	Quota _____