

## Atualização de Dados de Sócio/Beneficiário

Sócio do Sindicato Nº

Beneficiário Nº

**1** Nome completo (igual ao B.I./C.C. e sem abreviaturas)

**2** Morada (Rua, Praça, Avenida)   
Localidade  Freguesia (Residência)   
Concelho  Cód. Postal

**3** Telefone da residência  Telemóvel

**4** E-mail  **5** NIF

**6** Bilhete de Identidade / Cartão de cidadão

**7** Estado Civil  Solteiro  Casado  **1**  **2**  Viúvo  **3**  Divorciado  **4**  Separado  **5**  U. de facto  **6**  **8**  Activo  Reform  Desde

**9** **Se estiver abrangido por outro organismo ou seguro de saúde, indique:**  
Nº de Beneficiário/Utente  Nº Utente Serviço Nac. de Saúde   
Descrição do Organismo/Seguro de Saúde  Titular  **S**  **N**

**10** Nº Segurança Social  Descrição do Organismo

**11** **Agregado Familiar**  
Nome   
Parentesco  Data de nascimento  Benef. Nº   
Nome   
Parentesco  Data de nascimento  Benef. Nº   
Nome   
Parentesco  Data de nascimento  Benef. Nº

**12** **Se estiver abrangido por outro organismo ou seguro de saúde, indique: (obrigatório para cônjuge ou companheiro)**  
Nº de Beneficiário/Utente  Nº Utente Serviço Nac. de Saúde   
Descrição do Organismo/Seguro de Saúde  Titular  **S**  **N**

**13** Nº Segurança Social  Descrição do Organismo

**14** Autorizo que me seja processado por transferência bancária, o valor das Participações e outros Créditos atribuídos relativamente ao meu Agregado Familiar, pelo que forneço a seguinte informação.

	BANCO	BALCÃO	CONTA	DC
<b>N</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>B</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Autorizo a dedução no meu vencimento ou na Pensão de Reforma/Sobrevivência dos encargos pelo pagamento de serviços prestados pelo SBN e/ou pelos SAMS SBN, relativamente ao(s) elemento(s) do meu agregado familiar.

No SBN, a proteção e a segurança dos dados pessoais são uma das nossas prioridades. Recolhemos e procedemos aos demais tratamentos dos seus dados recolhidos neste formulário na estrita medida do necessário, com a finalidade exposta e identificada no topo deste formulário.

Não partilhamos as suas informações com terceiros, exceto nas situações pontualmente previstas na lei.

Para mais informações sobre como os seus dados são tratados, consulte a nossa Política de Privacidade.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

O Sócio/Beneficiário Titular   
Assinatura conforme B.I./C.C.

**NOTA:** As ÁREAS SOMBREADAS destinam-se aos Serviços do SBN SAMS.

**SBN** - Rua Cândido dos Reis, 130 • 4050-151 PORTO • Tel 22 339 88 00 • Fax 22 205 41 75 • e-mail: sbn@sbn.pt

**SAMS** - Rua de S. Brás, 444 • 4049-049 PORTO • Tel 22 507 16 00 • Fax 22 507 16 15 • e-mail: socios.beneficiarios@sbn.pt