

Agregado Familiar - Beneficiário(a) / Utente

 Inscrição Revalidação anual Alteração de dados

O futuro da sua saúde é o nosso compromisso.

 Beneficiário Utente

TITULAR

Sócio(a) N.º. _____ Beneficiário(a) / Utente N.º. _____

Nome do Sócio(a) / beneficiário titular / Utente _____

AGREGADO FAMILIAR / UTENTE

Beneficiário(a) / Utente N.º. _____ Se já foi Beneficiário(a) / Utente indique o N.º. _____

Nome Completo _____ Parentesco _____

Residência (morada completa)

Rua _____ N.º. _____ Andar _____

Localidade _____ Código Postal _____ - _____

País _____ Nacionalidade _____

Telefone / Telemóvel _____ E-mail _____

Data Nascimento _____ - _____ - _____ Género Masculino Feminino Estado Civil _____
(AAAA/MM/DD)

N.I.F. _____ N.I.S.S. (Número de Identificação de Segurança Social) _____

B.I. / C.C. / Passaporte / Doc.Id.Civil _____ Valido até _____

BENEFICIÁRIO(A) / UTENTE

Se é cônjuge ou companheiro(a) e é beneficiário(a) titular de **subsistema de saúde**, indique:

Entidade Empregadora

N.º. Beneficiário(a) Subsistema de saúde

Descrição do Organismo

Nome completo (conforme documento oficial de identificação)

Declaro que tive conhecimento e aceito o Regulamento e as Normas Complementares do SAMS, disponíveis em www.sbn.pt.

Autorizo que as informações e dados pessoais fornecidos neste impresso, bem como os obtidos pelo SBN e pelo SAMS através da prestação de serviços, sejam tratados e mantidos informaticamente, sendo os seus destinatários os serviços internos do SBN ou do SAMS.

Sem prejuízo do referido, o SBN ou o SAMS poderão facultar a terceiros dados pessoais de que sejam destinatários, na estrita medida em que tais dados sejam necessários, adequados e pertinentes para a prestação de serviços e respetiva faturação, assegurando-se a segurança da informação de acordo com o RGPD.

O SBN é responsável pelo tratamento dos dados constantes deste formulário, de acordo com a respetiva Política de Privacidade e assegurará aos seus titulares os direitos de acesso, retificação, eliminação, limitação, portabilidade e oposição, sempre que legitimamente lho solicitem, por escrito.

Fica convencionado, que as comunicações a que haja lugar por força da relação jurídica existente entre os SAMS e os seus Beneficiários / Utentes será efetuada quer por e-mail, quer por correio, para os endereços constantes do presente documento. Sendo o expediente remetido por correio e devolvido por o seu destinatário não ter procedido, no prazo legal, ao seu levantamento no estabelecimento postal ou por ter sido recusada a assinatura do aviso de receção ou por ter mudado de residência (sem ter informado os Serviços do SAMS, como legalmente lhe compete), considera-se para todos os devidos efeitos legais que a notificação se considera efetuada.

O preenchimento do presente impresso é obrigatório para a inscrição, readmissão ou atualização de dados relativos à qualidade de Beneficiário(a) ou Utente do SAMS.

O Beneficiário Familiar / Utente

*Assinatura conforme documento de identificação
(se maiores de 18 anos)*

O Titular

Data - -

Assinatura conforme documento de identificação

Documentação a apresentar, de carácter obrigatório

1. AGREGADO FAMILIAR

1.1 Cônjuge:

Fotocópia dos seguintes documentos:

- B.I./Cartão de Cidadão;
- Assento de Casamento;
- Cartão do subsistema de saúde para o qual desconta (ex: ADSE, ADMA, SAMS, IOSCTT, PTACS, CGD, SAPPSP, etc);
- Último recibo de vencimento.

1.2 União de Facto:

Fotocópia dos seguintes documentos:

- B.I./Cartão de Cidadão ;
- Cartão do subsistema de saúde para o qual desconta (ex: ADSE, ADMA, SAMS, IOSCTT, PTACS, CGD, SAPPSP, etc);
- Declaração de compromisso de honra, atestando a união de facto, assinada por ambos; - Documento Interno
- Comprovativo de morada fiscal, dos dois últimos anos face à legislação aplicável;
- Certidão narrativa completa, informativa do registo civil de ambos.

1.3 Descendentes até 18 anos:

- Fotocópia do B.I./Cartão de Cidadão;

1.4 Descendentes maiores de 18 anos:

- Fotocópia do B.I./Cartão de Cidadão;
- Comprovativo de morada fiscal, dos dois últimos anos face à legislação aplicável;
- Comprovativo da frequência de estabelecimento de ensino diurno [cópia de declaração, certidão, etc]
- Ou Certidão do centro de emprego onde conste a respetiva inscrição;
- Ou: Declaração do Centro Regional de Segurança Social e da Repartição das Finanças sobre o pagamento de eventuais contribuições. Declaração de IRS dos pais, caso tenha sido incluído na referida declaração.

1.5 Outros Descendentes/Tutelados:

Fotocópia dos seguintes documentos:

- B.I./Cartão de Cidadão;
- Comprovativo de morada fiscal;
- Cartão do subsistema de saúde para o qual desconta (ex: ADSE, ADMA, SAMS, IOSCTT, PTACS, CGD, SAPPSP, etc);
- Prova do Direito ao Abono de Família:
 - Declaração da entidade que concede o mesmo, certificando por quem é auferido e o número de Beneficiário respetivo.
- Exposição do Beneficiário Titular esclarecendo os motivos que justifiquem o pedido de inscrição;
- Declaração do Centro Regional de Segurança Social e das Finanças, respeitante aos progenitores e respetivo B.I./C.C.;
- Decisão judicial que decrete a Adoção /Tutela.

1.6 Ascendentes, Descendentes, Enteados e Adotados maiores incapacitados:

Fotocópia dos seguintes documentos:

- B.I./Cartão de Cidadão;
- Comprovativo de morada fiscal;
- Cartão do subsistema de saúde para o qual desconta (ex: ADSE, ADMA, SAMS, IOSCTT, PTACS, CGD, SAPPSP, etc);
- Declaração do Centro Regional de Segurança Social ou fotocópia do Bilhete Postal Anual do Centro Nacional de Pensões, comprovativo do auferimento da pensão e da sua natureza;
- Documento da Segurança Social que comprove a incapacidade total e permanente para trabalho.

2. UTENTE

Fotocópia dos seguintes documentos:

- B.I./Cartão de Cidadão;
- Comprovativo de morada fiscal;