

Sócio / Beneficiário Titular / Pensionista

 Inscrição (Re)admissão Alteração de dados

O futuro da sua saúde é o nosso compromisso.

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

Nome completo (conforme documento oficial de identificação):

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

Habilitações Literárias (opcional) _____ Instituição de crédito _____

Local de trabalho _____ Serviço / estrutura orgânica _____

E-mail Profissional _____

Categoria _____ Função _____ Situação profissional _____

Grau _____ Grupo _____ Nível _____

Data de admissão (AAAA/MM/DD)

Se eventual

Na instituição de crédito

No setor bancário

Data início contrato

Data fim contrato

_____-_____-_____-_____-_____-_____-_____-_____-_____-_____-

Outros serviços de saúde:

SNS N.º _____

Titular

Se abrangido(a) por outro organismo, indique: _____ N.º _____ Sim Não

Nome completo (conforme documento oficial de identificação)

Autorizo que me seja processado por transferência bancária, o valor das participações e outros créditos atribuídos, relativamente a mim próprio(a) e ao meu agregado familiar, pelo que forneço a seguinte informação.

IBAN

P	T	5	0																
----------	----------	----------	----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Instituição de crédito _____ Local de trabalho _____

Autorizo a dedução no meu vencimento ou na pensão de reforma dos descontos a seguir discriminados:

- Desconto de 1,5% sobre a minha retribuição mensal efetiva, correspondente à quotização para o SBN - Sindicato dos Trabalhadores do Setor Financeiro de Portugal, sendo:
 - a) 1% destinado ao Setor Sindical;
 - b) 0,5% destinado ao Fundo Sindical de Assistência.
- Desconto de 1,5% sobre a minha retribuição mensal efetiva, correspondente à contribuição para o SAMS SBN.
- Desconto de 1% sobre a minha retribuição mensal efetiva, correspondente à quotização dos trabalhadores da Caixa Geral de Depósitos destinada ao Setor Sindical - Nº 3 do Artigo 13º dos Estatutos do SBN.

Autorizo a dedução no meu vencimento ou na pensão de reforma/sobrevivência dos encargos pelo pagamento de serviços prestados pelo SBN e/ou pelo SAMS, relativamente a mim próprio(a) e ao meu agregado familiar.

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 Titular

Data

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 -

--	--	--	--	--	--	--	--

 -

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Assinatura conforme documento de identificação

Documentação a apresentar, de caráter obrigatório

1. SÓCIO

Fotocópia dos seguintes documentos:

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

Nome _____

Morada _____

Código Postal - _____

Serviço / Departamento / Agência _____

À
Direção de Recursos Humanos
Banco _____

Assunto: **Filiação, Pagamento de Quotização Sindical e Contribuições para o SAMS**

Solicito que V. Exas. se dignem providenciar no sentido de ser dado seguimento às instruções assinaladas:

- Cancelamento dos descontos na retribuição que vinham efetuados para o Sindicato:

- Desconto de 1,5% sobre a minha retribuição mensal efetiva, correspondente à quotização para o Sindicato dos Trabalhadores do Setor Financeiro de Portugal, sendo:
- a) 1% destinado ao Setor Sindical;
 - b) 0,5% destinado ao Fundo Sindical de Assistência.
- Desconto de 1,5% sobre a minha retribuição mensal efetiva, correspondente à contribuição para o SAMS SBN.
- Desconto de 1% sobre a minha retribuição mensal efetiva, correspondente à quotização dos trabalhadores da Caixa Geral de Depósitos destinada ao Setor Sindical - N.º 3 do Artigo 13.º dos Estatutos do SBN.

Nota: assinalar com X no(s) quadrado(s) respetivo(s)

Data - -

O Sócio/Beneficiário Titular _____

Assinatura conforme B.I./C.C.

Nome _____

Morada _____

Código Postal - _____

Serviço / Departamento / Agência _____

Exmo Senhor

Presidente da Direção do Sindicato

Assunto: **Pedido de Demissão de Sócio**

Serve a presente para solicitar a V.Exas. o pedido de demissão de sócio/beneficiário do sindicato, a partir desta data.

Aproveito o ensejo para informar que, também nesta data, dirigi à Direção de Recursos Humanos da minha instituição, uma comunicação no sentido de deixarem de efetuar na retribuição mensal, os descontos que vinham sendo processados.

Com os melhores cumprimentos,

Data - -

O Sócio/Beneficiário Titular _____

Assinatura conforme B.I./C.C.

[Enviar o original para o SBN]