

PROPOSTA PARA ADMISSÃO DE SÓCIO/BENEFICIÁRIO

Foi Sócio/Beneficiário do SBN/SAMS-Norte?

S N

Sócio do Sindicato N° _____

Beneficiário N° _____

Sócio N° _____
Beneficiário N° _____

1 Nome completo (igual ao Cartão de Cidadão/ B.I. e sem abreviaturas)

2 Morada (Rua, Praça, Avenida)

 Localidade _____ Freguesia (Residência) _____ Concelho _____ Cód. Postal _____

3 Telefone da residência/Telemóvel _____ **4** E-mail _____

INDICAÇÕES PROFISSIONAIS

5 Banco (sigla) _____ Cód. Entidade _____ Serviço/Departamento _____ Cód. Balcão _____
 Local de trabalho _____ Telefone do Banco _____ Extensão _____ C. Efectivo C. Termo P. Experimental
 Admitido na Instituição em _____ Admitido na Banca em _____ Empregado N° _____ Diuturnidades _____ Grupo _____ Nível _____
 Transferido do Sindicato _____ Função que desempenha _____
 Habilitações literárias/Outras _____

6 Nacionalidade _____ **7** N° Contribuinte _____ **8** Activo Reformado

9 Data de Nascimento _____ **10** Estado Civil _____ **10** Solteiro 1 Casado 2 Viúvo 3 Divorciado 4 Separado 5 U. de facto 6 Bilhete de Identidade _____

11 Se estiver abrangido por outro organismo ou seguro de saúde, indique:
 N° de Beneficiário/Utente _____ Descrição do Organismo/Seguro de Saúde _____ Titular S N

12 N° Segurança Social _____ Descrição do Organismo _____ N° Utente Serviço Nac. de Saúde _____

Agregado Familiar (com direito aos SAMS)

13 _____
 Nome _____ Parentesco _____ Data de Nascimento _____ Beneficiário N° _____

 Nome _____ Parentesco _____ Data de Nascimento _____ Beneficiário N° _____

 Nome _____ Parentesco _____ Data de Nascimento _____ Beneficiário N° _____

 Nome _____ Parentesco _____ Data de Nascimento _____ Beneficiário N° _____

14 Se estiver abrangido por outro organismo ou seguro de saúde, indique: **(obrigatório para cônjuge ou companheiro(a))**
 N° de Beneficiário/Utente _____ Descrição do Organismo/Seguro de Saúde _____ Titular S N
 N° Segurança Social _____ Descrição do Organismo _____ N° Utente Serviço Nac. de Saúde _____

15 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.

NIB	BANCO	BALCÃO	CONTA	DC
_____	_____	_____	_____	_____

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.

Solicito que me seja atribuído o código para marcação automática de actos clínicos S N

Nos estritos termos da Lei aplicável, declaro autorizar o tratamento automatizado dos meus dados pessoais.

Data ____/____/____

O Sócio/Beneficiário Titular _____

Assinatura conforme Cartão de Cidadão /B.I.

INSCRIÇÃO DE SÓCIOS/BENEFICIÁRIOS OU REVALIDAÇÃO DE DIREITOS

TITULAR/BENEFICIÁRIOS	DOCUMENTOS A APRESENTAR	
	Inscrições	Revalidações
Titular	1, 2, 3 e 14	
Cônjuge	1, 2, 3 e 4	
Companheiro (a)	1, 2, 3, 5 e 6	6
Filhos, Enteados e Adoptados (menores de 18 anos)	1, 2 e 3	
Filhos, Enteados e Adoptados (dos 18 aos 30 anos)	1, 2, 3 e 7 ou 8 ou 9	7 ou 8 ou 9
Outros Descendentes	1, 2, 3, 7, 11 e 13	13
Descendentes, Enteados e Adoptados maiores incapacitados	1, 2, 3, 12 e 15	12
Ascendentes		12

PROVAS DOCUMENTAIS

1	Fotocópia de: • Cartão de Cidadão/Bilhete de Identidade (frente e verso); • Boletim de Nascimento/Cédula Pessoal; • Documento Jurídico de Adopção/Tutela, (conforme o caso)
2	Fotocópia do Cartão de Contribuinte
3	Fotocópia do cartão de beneficiário de outro Sistema de Saúde (SNS, ADSE, PT, etc.)
4	Boletim ou Certidão de Casamento
5	Certidão de Nascimento narrativa completa do Beneficiário(a) Titular e Companheira(o)
6	Declaração do Beneficiário Titular confirmando a união de facto
7	Prova do Direito ao Abono de Família: – Declaração da entidade que concede o mesmo, certificando por quem é auferido e o número de Beneficiário respectivo
8	Estudantes: - Certificado de Matrícula ou declaração emitida pelo respectivo Estabelecimento de Ensino (frequência de curso diurno)
9	Declaração do Centro Regional de Segurança Social e da Repartição de Finanças, sobre o pagamento de eventuais contribuições e recebimentos de benefícios
10	Declaração da Instituição de Crédito, confirmando a qualidade de Pensionista
11	Exposição do Beneficiário Titular esclarecendo os motivos que justifiquem o pedido de inscrição
12	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
13	Declaração do Centro Regional de Segurança Social e da Repartição de Finanças respeitantes aos progenitores acompanhadas de fotocópia do respectivo Cartão de Cidadão/Bilhete de Identidade
14	Declaração do vínculo à Instituição de Crédito
15	Documento da Segurança Social que comprove a incapacidade total e permanente para o trabalho

Para além desta documentação, os SAMS reservam-se o direito de exigir qualquer tipo de prova e/ou proceder às averiguações necessárias à confirmação das situações apresentadas.

PARA ALTERAÇÕES

Preencher apenas os campos a alterar, indicando o número e Nome do Beneficiário

PARA 2^{as} VIAS

Este boletim deve ser assinado pelo Titular indicando o nome e número a quem se destina a 2^a via

Data de recepção

/ /

O Funcionário

Aprovada a admissão de Sócio em reunião de Direcção de

/ /

Obs.

A Direcção

Nome completo (igual ao B.I. e sem abreviaturas)

Morada (Rua, Praça, Avenida)

Localidade

Freguesia (Residência)

Concelho

Cód. Postal

Telefone da residência/Telemóvel

E-mail

Banco (sigla)

Cód. Entidade

Serviço/Departamento

Cód. Balcão

Local de trabalho

Telefone do Banco

Extensão

C. Efectivo

C. Termo

P. Experimental

Admitido na Instituição em

Admitido na Banca em

Empregado N°

Diurnidades

Grupo

Nível

Transferido do Sindicato

Função que desempenha

À
Direcção de Pessoal

Assunto: FILIAÇÃO, PAGAMENTOS DE QUOTIZAÇÃO SINDICAL E CONTRIBUIÇÕES OBRIGATÓRIAS PARA OS SAMS

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

- Cancelamento dos descontos na retribuição que vinham sendo efectuados para o Sindicato dos Bancários dos Quadros/Sindicato Independente da Banca/STEC.
- Desconto de 1,5% sobre a minha retribuição efectiva, correspondente à quotização para o SINDICATO DOS BANCÁRIOS DO NORTE, sendo:
 - a) 1% destinado ao Sector Sindical
 - b) 0,5% destinado ao Fundo Sindical de Assistência
- Desconto de 1,5% sobre a minha retribuição efectiva, correspondente à contribuição para os SAMS.
- Desconto 1% sobre a minha retribuição mensal efectiva, correspondente à quotização mensal dos trabalhadores da Caixa Geral de Depósitos destinada ao Sector Sindical – N° 3 do Artigo 13° dos Estatutos do SBN.

Data ____/____/____

O Sócio/Beneficiário Titular _____

Assinatura conforme Cartão de Cidadão / B.I.

Nome completo (igual ao B.I. e sem abreviaturas)

Morada (Rua, Praça, Avenida)

Localidade

Freguesia (Residência)

Concelho

Cód. Postal

Telefone da residência/Telemóvel

E-mail

Banco (sigla)

Cód. Entidade

Serviço/Departamento

Cód. Balcão

Local de trabalho

Telefone do Banco

Extensão

C. Efectivo

C. Termo

P. Experimental

Admitido na Instituição em

Admitido na Banca em

Empregado N°

Diuturnidades

Grupo

Nível

Transferido do Sindicato

Função que desempenha

Exmo Senhor
Presidente da Direcção 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 Direcção de Pessoal da minha Instituição uma comunicação no sentido de deixarem de efectuar na retribuição mensal os descontos que vinham sendo processados.

Com os melhores cumprimentos

Data ____/____/____

O Sócio/Beneficiário Titular

Assinatura conforme B.I.

(Inutilizar caso não esteja filiado noutro Sindicato)