

Proposta para Admissão de Sócio/Beneficiário

N.º Sócio _____

N.º Beneficiário _____

O futuro da sua saúde é o nosso compromisso.

DADOS PESSOAIS

Nome _____

Morada _____

Cod. Post. - _____ Telef.

E-mail _____ Telem.

Data Nascimento - - Nacionalidade _____ Estado Civil _____

B.I./C.C. N.I.F. N.º Utente do SNS

DADOS PROFISSIONAIS

Banco _____ Serviço/Dept./Agência _____ Telef. Profissional _____

Data de Admissão na Instituição - - C. Efetivo

Data de Admissão na Banca - - C. Termo Data de Termo - -

N.º Empregado _____ Transferido do Sindicato _____

IBAN

PT50

Para processamento das participações e outros créditos atribuídos ao meu agregado familiar.

BENEFICIÁRIOS PROPOSTOS

1. Nome _____ Data Nascimento - - Parentesco _____ Profissão _____

E-mail _____ Contribuinte N.º _____ Telemóvel

2. Nome _____ Data Nascimento - - Parentesco _____ Profissão _____

E-mail _____ Contribuinte N.º _____ Telemóvel

3.	Nome	Data Nascimento	Parentesco	Profissão
	_____	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	_____	_____
	E-mail	Contribuinte N°	Telemóvel	
	_____	_____	<input type="text"/>	
4.	Nome	Data Nascimento	Parentesco	Profissão
	_____	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	_____	_____
	E-mail	Contribuinte N°	Telemóvel	
	_____	_____	<input type="text"/>	
5.	Nome	Data Nascimento	Parentesco	Profissão
	_____	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	_____	_____
	E-mail	Contribuinte N°	Telemóvel	
	_____	_____	<input type="text"/>	

FILIAÇÃO, PAGAMENTOS DE QUOTIZAÇÃO SINDICAL E CONTRIBUIÇÕES OBRIGATÓRIAS PARA O SAMS SBN

Declaro para os devidos efeitos que a partir da aceitação da presente proposta, informei o Departamento de Recursos Humanos a proceder de acordo com o seguinte:

- 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:
 - 1% destinado ao Setor Sindical.
 - 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 trabalhos da Caixa Geral de Depósitos destinada ao Setor Sindical - N° 3 do Artigo 13 ° dos Estatutos do SBN.

TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS / CONSENTIMENTOS

Ao utilizar os serviços do SBN - Sindicato dos Trabalhadores do Setor Financeiro de Portugal e SAMS SBN, autorizo, nos termos da lei aplicável (Regulamento de Proteção de Dados EU 216/679 e art.15 da Lei n.º.67/98 de 26/10), a recolha e processamento dos meus dados pessoais, incluído agregado familiar (descendentes menores, enteados, tutelados e maiores incapacitados), para a prossecução da atividade desta Instituição, bem como a partilha dos mesmos com prestadores de saúde externos, na estrita medida em que sejam imprescindíveis para o cumprimento da prestação de serviços de saúde e respetiva faturação.

Na minha condição de beneficiário do SAMS SBN, consinto que o SBN recolha, guarde e processe os dados de saúde e medicamentosos, com a única finalidade de processamento das comparticipações.

Tomei conhecimento que, nos termos da lei, tenho o direito de acesso aos meus dados e posso solicitar a respetiva retificação ou eliminação e este pode ser exercido por carta ou através dos endereços de correio electrónico socios.beneficiarios@sbn.pt.

Conheço e aceito os Regulamentos e as Normas do SBN/SAMS, disponíveis em www.sbn.pt/sams.

Autorizo o SBN/SAMS a efetuar a compensação entre as comparticipações a que tiver direito e os valores em dívida na Instituição.

Autorizo a dedução no meu vencimento ou na Pensão de Reforma/Sobrevivência dos encargos com os serviços fornecidos pelo SBN/SAMS, incluindo os prestados ao(s) elemento(s) do meu agregado familiar.

Presto o meu consentimento a que todas as comunicações me sejam enviadas em formato digital.

Sim

Não (defino como morada de correspondência a mencionada nos meus dados pessoais)

Autorizo que as informações e dados pessoais fornecidos neste impresso sejam tratados e mantidos informaticamente.

O Sócio / Beneficiário Titular (assinatura conforme C.C.)

Data --

Documentação a apresentar na inscrição de Sócios/Beneficiários

1. SÓCIO

Fotocópia dos seguintes documentos:

- Cartão de Cidadão (*)
- Último recibo de vencimento ou Declaração da Entidade Patronal

2. AGREGADO FAMILIAR

2.1 Cônjuge:

Fotocópia dos seguintes documentos:

- Cartão de Cidadão (*)
- Assento de Casamento
- Cartão do subsistema de saúde para o qual desconta [ex: ADSE, ADMA, SAMS, IOSCTT, PTACS, CGD, SAPPSP, etc]

2.2 União de Facto:

Fotocópia dos seguintes documentos:

- 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
- Nota de liquidação de IRS, do Sócio e do Companheiro(a), do último ano; ou declaração da Junta de Freguesia a atestar a morada
- Certidão narrativa completa, informativa do registo civil de ambos

2.3 Descendentes até 18 anos:

- Fotocópia do Cartão de Cidadão (*)

2.4 Descendentes maiores de 18 anos:

- Fotocópia do Cartão de Cidadão (*)
- Comprovativo da frequência de estabelecimento de ensino diurno (cópia de declaração, certidão, etc) Ou
- Certidão do centro de emprego onde conste a respetiva inscrição
- 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

2.5 Outros Descendentes/Tutelados:

Fotocópia dos seguintes documentos:

- Cartão de Cidadão (*)
- 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 C.C.
- Documento jurídico de adoção da tutela

2.6 Descendentes, Enteados e Adotados maiores incapacitados:

Fotocópia dos seguintes documentos:

- Cartão de Cidadão (*)
- 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

(*) Ao remeter-nos por livre iniciativa cópia do C.C., está a autorizar a sua reprodução nos termos legais. Caso não remeta o C.C. deverá deslocar-se pessoalmente às nossas instalações para verificação dos dados necessários.

Reserva-se o direito de admissão à aprovação da Direção do SBN.

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 trabalhos 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 Cartão de Cidadão

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 Cartão de Cidadão

[Enviar o original para o SBN]