

## Proposta para Admissão de Sócio/Beneficiário

Sócio N.º \_\_\_\_\_

Beneficiário N.º \_\_\_\_\_

**O futuro da sua saúde é o nosso compromisso.**

### DADOS PESSOAIS

Nome \_\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_

Cod. Post. \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Tel./Telem. \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ Data Nascimento \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nacionalidade \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_ N.I.F. \_\_\_\_\_

B.I./C.C. \_\_\_\_\_ Ut. SNS N.º \_\_\_\_\_ Doc. Id. Civil \_\_\_\_\_

### DADOS PROFISSIONAIS

Banco \_\_\_\_\_ Serviço/Dept./Agência \_\_\_\_\_ E-mail Profissional \_\_\_\_\_

Data de Admissão na Instituição \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  C. Efetivo

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

Empregado N.º \_\_\_\_\_ Transferido do Sindicato \_\_\_\_\_

### IBAN

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

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

### BENEFICIÁRIOS PROPOSTOS

1. Nome {Cônjuge/Companheira(o)}	Data Nascimento	Telem.
_____	_____ - _____ - _____	_____
N.I.F.	Ut. SNS N.º	Subsistema/Seguro Saúde?
_____	_____	Subsistema/Seguro
_____	_____	Subsistema/Seguro N.º
Profissão	Entidade Patronal	Vínculo
_____	_____	_____
	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	

2. Nome {Filha(o), Enteada(o) ou Equiparada(o)}

Data Nascimento

Telem.

_____		_____ - ____ - ____		_____
N.I.F	Ut. SNS Nº	Subsistema/Seguro Saúde?	Subsistema/Seguro	Subsistema/Seguro Nº
_____	_____	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	_____	_____

3. Nome {Filha(o), Enteada(o) ou Equiparada(o)}

Data Nascimento

Telem.

_____		_____ - ____ - ____		_____
N.I.F	Ut. SNS Nº	Subsistema/Seguro Saúde?	Subsistema/Seguro	Subsistema/Seguro Nº
_____	_____	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	_____	_____

4. Nome {Filha(o), Enteada(o) ou Equiparada(o)}

Data Nascimento

Telem.

_____		_____ - ____ - ____		_____
N.I.F	Ut. SNS Nº	Subsistema/Seguro Saúde?	Subsistema/Seguro	Subsistema/Seguro Nº
_____	_____	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	_____	_____

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

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:
- 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.

## 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 artº 15º da Lei nº 67/98 de 26/10], a recolha e processamento dos meus dados pessoais, incluindo o 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 do endereço de correio eletrónico [socios.beneficiarios@sbn.pt](mailto:socios.beneficiarios@sbn.pt).

Conheço e aceito os Regulamentos e as Normas do SAMS SBN, disponíveis em [www.samsnorte.pt](http://www.samsnorte.pt).

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 B.I./C.C.]

Data  -  -

## Documentação a apresentar na inscrição de Sócios/Beneficiários

### 1. SÓCIO

Fotocópia dos seguintes documentos:

- B.I./Cartão de Cidadão [\*];
- Último recibo de vencimento ou Declaração da Entidade Patronal.

### 2. AGREGADO FAMILIAR

#### 2.1 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).

#### 2.2 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;
- 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 B.I./Cartão de Cidadão [\*];

#### 2.4 Descendentes maiores de 18 anos:

- Fotocópia do B.I./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:

- B.I./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 B.I./C.C.;
- Documento jurídico de adoção da tutela.

#### 2.6 Descendentes, Enteados e Adotados maiores incapacitados:

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 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 B.I./C.C., está a autorizar a sua reprodução nos termos legais. Caso não remeta o B.I./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 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]**