

## 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](http://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]**