SAMS SINDICATO DOS BANCÁRIOS DO CENTRO
SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-SOCIAL

REQUISIÇÃO DO CESD PARA ASSISTÊNCIA NO ESTRANGEIRO

1 Beneficiário-Titular SAMS-Centro |__|__|__|__|__|

Nome: _____

Data de Nascimento: _____/____/____

Morada: _____

O Beneficiário-Titular acima identificado vem requerer o Cartão Europeu de Seguro de Doença ***CESD*** *que nos termos do Protocolo entre os SAMS-Centro e o Departamento de Acordos Internacionais de Segurança Social (DAISS,I.P.) garanta a prestação de cuidados de saúde em entidades reconhecida no âmbito da instituição oficial competente no território de outros* ***Estado Membros da União Europeia, Espaço Económico Europeu e Suiça****.*

Para o efeito informa o seguinte:

2 Destinatário do **CESD**

2.1 Beneficiário-Titular ❑ Sim ❑ Não

2.2 Beneficiários Familiares: *(não titulares de outro subsistema de saúde)*

2.2.1 Benef. Nº |__|__|__|__|__| Nome: _____

Data de Nascimento: _____/____/____ Parentesco: _____

2.2.2 Benef. Nº |__|__|__|__|__| Nome: _____

Data de Nascimento: _____/____/____ Parentesco: _____

2.2.3 Benef. Nº |__|__|__|__|__| Nome: _____

Data de Nascimento: _____/____/____ Parentesco: _____

Conjuge: Se Titular de outro subsistema de saúde

Benef. Nº |__|__|__|__|__| Nome: _____

Data de Nascimento: _____/____/____ Parentesco: _____

Nome do subsistema de saúde _____ Nº |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

3 Destino:

3.1 País: _____ 3.3 Motivo: _____

3.2 Datas: _____/____/____ a _____/____/____

4 OBS.:

O Beneficiário-Titular, abaixo-assinado, declara que liquidará aos SAMS-Centro o valor que, nos termos regulamentares, lhe caiba suportar em resultado da assistência prestada no estrangeiro ao abrigo do Cartão do CESD ora requerido, podendo tal liquidação ocorrer através de desconto no respectivo vencimento/pensão.

Autorizo que as informações e dados pessoais fornecidos neste impresso sejam tratados e mantidos informaticamente, sendo os seus destinatários os serviços internos do SBC - SAMS-Centro.

_____, _____de _____ de _____

_____

(assinatura do Benef.-Titular, conforme B.I.)

(Reservado aos Serviços dos SAMS-Centro)

Pedido de CESD efectuado em:

____/____/____ Ass. _____

Obs.: Obrigatório anexar fotocópia do B.I.

O SBC/SAMS-Centro é responsável pelos presentes dados e assegura aos seus titulares o direito de acesso, correcção e suspensão, sempre que legitimamente o solicitar por escrito.

AV. FERNÃO DE MAGALHÃES, 476 - Telef. 239 854 880 - Fax 239 854 899 - APARTADO 404 - 3001 - 958 COIMBRA