

# Atualização de Dados

R. Inf. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## Sócio / Beneficiário - Titular

Sócio nº.  Beneficiário dos SAMS nº.

Nome Completo

(igual ao B.I. ou Cartão de Cidadão e sem abreviaturas)

Morada

Nº  Andar  Localidade

Código Postal

Residência - Distrito  Concelho  Freguesia

E-mail

Telefone  Telemóvel  Data de Nascimento

NIF  Seg. Social nº.  Nº. Ut. Serv. Nac. de Saúde

## Estado Civil

Solteiro(a) 1  Casado(a) 2  Viúvo(a) 3  Divorciado(a) 5  Separado(a) 6

B.I.  Cartão de Cidadão  Autorização de Residência  Passaporte nº.

Dt. Emissão  Local Emissão  Hab. Literárias

Inst. de Crédito  Local de Trabalho

## Situação Profissional

Efetivo(a) 1  Eventual 2  Reformado(a) 3  Pensionista 4  Pens. Filho 5  Pré - Reforma 6

Nível  Data de Admissão na Inst. de Crédito  Data de Admissão na Banca

Se Eventual Data de início do contrato  Data de fim do contrato

## Agregado Familiar

**Cônjuge / Companheiro (a)** Beneficiário dos SAMS nº.  B.I. / Ct. de Cid. nº.

Data Nascim.  Contribuinte  Telemóvel

Nº. de Utente do Serviço Nacional de Saúde  Nº. da Segurança Social

Subsistema de Saúde  nº.

**1º. Descendente** Beneficiário dos SAMS nº.  B.I. / Ct. de Cid. nº.

Data Nascim.  Contribuinte  Telemóvel

Nº. de Utente do Serviço Nacional de Saúde  Nº. da Segurança Social

Subsistema de Saúde  nº.

**2º. Descendente** Beneficiário dos SAMS nº.  B.I. / Ct. de Cid. nº.

Data Nascim.  Contribuinte  Telemóvel

Nº. de Utente do Serviço Nacional de Saúde  Nº. da Segurança Social

Subsistema de Saúde  nº.

**No caso de ter mais descendentes, queira por favor adicionar mais impressos.**

Outros dados que considere relevantes:

Autorizo que me seja processado por transferência bancária o valor das participações e outros créditos, bem como os atribuídos ao meu agregado familiar. NIB

Autorizo a dedução no meu vencimento ou pensão de reforma / sobrevivência dos encargos pelo pagamento de serviços que me sejam prestados pelo SBC ou os SAMS - Centro, bem como do meu agregado familiar.

Autorizo que as informações e dados pessoais fornecidos neste impresso, bem como os obtidos através da atribuição de participações e/ou prestação de serviços pelo Sindicato dos Bancários do Centro e pelos Serv. de Assist. Médico Social - Centro sejam tratados e mantidos informaticamente, sendo os seus destinatários os serviços internos do SBC ou dos SAMS - Centro.

Data \_\_\_\_\_ O Sócio / Beneficiário \_\_\_\_\_

(Assinatura conforme B.I. / C.C.)

O Sindicato dos Bancários do Centro ou os Serviços de Assistência Médico Social - Centro são responsáveis pelos presentes dados e asseguram aos seus titulares o direito de acesso, correção e supressão, sempre que legitimamente solicitado por escrito.

Enviar para: Sindicato dos Bancários do Centro - Setor de Sócios e Beneficiários - Apartado 404 - 3001 - 958 Coimbra ou digitalizando-o (depois de assinado) e enviando-o para [soc.ben@sibace.pt](mailto:soc.ben@sibace.pt)