

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