

BENEFICIÁRIO-FAMILIAR

O preenchimento do presente impresso é obrigatório para a inscrição ou actualização de dados relativos à qualidade de Beneficiário dos SAMS-Centro.

INSCRIÇÃO <input type="checkbox"/>	Para uso exclusivo dos Serviços	Nº <input type="text"/>
ACTUALIZAÇÃO <input type="checkbox"/>		Parecer / Despacho
2ª VIA <input type="checkbox"/>		Recepção <input type="text"/>
Nº Beneficiário Familiar <input type="text"/>	Conf. <input type="text"/>	<input type="text"/>
	Reg. Inf. <input type="text"/>	<input type="text"/>

Nome completo do familiar (igual ao B.I. e sem abreviaturas)

Residência-Distrito Concelho Freguesia Localidade

Rua, Av.^a N.º Andar Cód. Postal - Loc. Cód. Postal

Telefone da residência Telemóvel Nacionalidade-País Naturalidade-País

Naturalidade-Distrito Concelho Freguesia Localidade

Data de Nascimento Ano Mês Dia Sexo Solteiro Casado Viúvo Divorcia.Separado Est. Civil N.º Contribuinte

B.I. C. Cidadão Autoriz. Resid. Passaporte Número Data de Emissão Ano Mês Dia Local Emissão

Se é cônjuge ou companheiro a exercer actividade remunerada, e é Beneficiário-Titular de outro sistema de saúde, indique:
Entidade Empregadora N.º Benef. Titular/Sist. Saúde Descrição do Organismo

Se estiver abrangido por outro organismo ou seguro de saúde, indique:
N.º Beneficiário Descrição do Organismo/Seguro de Saúde Titular S N

Parentesco Cônjuge Filho Comp. Equip. Neto/a Outros 2 3 6 7 8 9

Nome do Beneficiário-Titular

Nº Beneficiário N.º Sócio

Banco Balcão Situação Profissional 1 2 3 4 Efectivo Eventual Reform. Pension.

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 SBC e pelos SAMS-Centro sejam tratados e mantidos informaticamente, sendo os seus destinatários os serviços internos do SBC ou dos SAMS-Centro.

O Beneficiário-Familiar

(Assinatura conforme B.I.)

Data

___/___/___

O Beneficiário-Titular

(Assinatura conforme B.I.)

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

Exmo. (a) Senhor (a)

A privacidade e proteção de dados pessoais dos sócios/beneficiários/utentes é questão importante e o SBC sempre procurou cumprir com os normativos legais relativos ao seu tratamento.

Com o novo Regulamento Geral de Proteção de Dados é necessário que nos transmita o consentimento para que os seus dados pessoais possam continuar a ser objeto de tratamento por parte deste Sindicato/SAMS e seus subcontratantes.

Assim, para continuar a usufruir dos nossos serviços e a receber as nossas comunicações, solicita-se que confirme o seu consentimento para as finalidades pretendidas, assinalando o respetivo quadrado:

Nome _____

Nº _____ *Socio/Beneficiário/Utente/NIF (riscar o que não interessar)*

Autorizo e dou o meu consentimento para tratamento dos meus dados pessoais para as seguintes finalidades que assinalo:

- Inscrição de sócio, beneficiário ou utente do SBC e SAMS-Centro.*
- Recebimento de comunicações informativas do SBC e eventos sobre a área sindical;*
- Divulgação de ofertas formativas e publicitárias associadas à atividade sindical;*
- Recebimento de comunicações informativas sobre atividades de tempos livres, lazer e outras;*
- Comunicação a terceiros apenas para efeitos de reserva e aquisição de serviços (férias, viagens, eventos, seguros);*
- Recebimento de extratos de participações, pagamentos diferidos e informações fiscais;*
- Prestação e tratamentos de cuidados de saúde, gestão do sistema de assistência médico social do SBC, SAMS-Centro e envio da respetiva documentação;*

Ass. _____

Os dados em questão não são utilizados para nenhuma outra finalidade que não a indicada, sendo objeto de conservação durante o seu tempo de inscrição de associado, beneficiário ou utente, e eles tendo acesso apenas os colaboradores do SBC no exercício das suas funções.

Em qualquer momento pode alterar ou retirar o consentimento prestado mediante comunicação escrita e obter mais informações pelos seguintes contactos: e-mail dpo@sibace.pt morada Av. Fernão de Magalhães 476, 3000-173 Coimbra, telefone 239 854 880.

DOCUMENTOS A ANEXAR

(entre outros que os SBC-SAMS eventualmente entendam solicitar)

Cônjuge:

- fotocópia do Bilhete de Identidade
 - fotocópia do cartão de contribuinte fiscal
 - Fotocópia do cartão de Utente do SNS
 - fotocópia do cartão de outro subsistema de saúde na qualidade do beneficiário titular
 - fotocópia da certidão de casamento
- } ou fotocópia do Cartão de Cidadão

Companheiro:

- fotocópia do Bilhete de Identidade
 - fotocópia do cartão de contribuinte fiscal
 - Fotocópia do cartão de Utente do SNS
 - fotocópia do cartão de outro subsistema de saúde na qualidade de beneficiário titular
 - fotocópia das certidões de nascimento narrativas completas de ambos
 - documento oficial comprovativo da existência de domicílio fiscal em comum.
- } ou fotocópia do Cartão de Cidadão

Descendente (Filhos/Netos), Enteados, Adoptados, Tutelados:

(Até à idade limite para auferimento do Abono de Família)

- fotocópia do documento de identificação
 - fotocópia do cartão de contribuinte fiscal, se abrangido
 - Fotocópia do cartão de Utente do SNS
 - comprovativo de auferimento de Abono de Família através do Beneficiário Titular, ou respectivo cônjuge ou companheiro(a)
 - exposição do Beneficiário Titular esclarecendo a situação quando não haja lugar a Abono de Família
 - documento judicial comprovando a situação no caso de adoptados ou tutelados pelo Beneficiário Titular, respectivo cônjuge ou companheiro(a)
 - documento comprovativo da situação a emitir pelo Tribunal competente no caso de menores enquanto confiados ao Beneficiário Titular, respectivo cônjuge ou companheiro(a) no decurso do processo de adopção
 - documento judicial comprovando a situação de tutelados pelo Beneficiário Titular, respectivo cônjuge ou companheiro(a)
- } ou fotocópia do Cartão de Cidadão

(Com incapacidade total e permanente para o trabalho)

- fotocópia do documento de identificação
 - fotocópia do cartão de contribuinte fiscal, se abrangido
 - Fotocópia do cartão de Utente do SNS
 - documento a emitir pela Segurança Social que comprove incapacidade total e permanente para o trabalho
 - documento judicial comprovando a situação no caso de adoptados pelo Beneficiário Titular, respectivo cônjuge ou companheiro(a)
 - documento judicial comprovando a situação de tutelados pelo Beneficiário Titular, respectivo cônjuge ou companheiro(a)
- } ou fotocópia do Cartão de Cidadão

Descendentes (Filhos/Netos), Enteados, Adoptados, Tutelados:

(Com idade compreendida entre a idade limite para o recebimento do Abono de Família e os 30 anos – exclusivamente para abrangidos pelo Regime Especial)

- fotocópia do Bilhete de Identidade
 - fotocópia do cartão de contribuinte fiscal, se abrangido
 - Fotocópia do cartão de Utente do SNS
 - documento da Repartição de Finanças comprovativo de eventuais rendimentos
 - documento da Segurança Social comprovando a situação
 - documento judicial comprovando a situação no caso de adoptados pelo Beneficiário Titular, respectivo cônjuge ou companheiro(a)
 - documento judicial comprovando a situação de tutelados pelo Beneficiário Titular, respectivo cônjuge ou companheiro(a)
- } ou fotocópia do Cartão de Cidadão