

## BENEFICIÁRIO TITULAR SAMS SBC - PENSIONISTA

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

<p><b>INSCRIÇÃO</b> <input type="checkbox"/></p> <p><b>ACTUALIZAÇÃO</b> <input type="checkbox"/></p> <p><b>2ª VIA</b> <input type="checkbox"/></p>	<p>Para uso exclusivo dos Serviços</p>	<p>Parecer / Despacho</p>	<p><b>Recepção</b> <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/></p> <p><b>Conf.</b> <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/></p> <p><b>Reg. Inf.</b> <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/></p>
--	--	---------------------------	---

  

**Nº Beneficiário**

Nome completo (igual ao C.C. e sem abreviaturas)

Residência-Distrito  Concelho  Freguesia  Localidade

Rua, Av.<sup>a</sup>

N.º  Andar  Cód. Postal  -  Loc. Cód. Postal

Telemóvel / Fixo  E-mail

Data de Nascimento  
 Ano  Mês  Dia  Sexo  M  F Est. Civil  N.º Contribuinte

Número Cartão de Cidadão  Data de Emissão  
 Ano  Mês  Dia  Local Emissão

Instituição de Crédito  Data Início Pensão Sobrevivência  
 Ano  Mês  Dia

N.º Segurança Social  N.º Utente SNS

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 na minha pensão de sobrevivência dos encargos pelo pagamento de serviços que me sejam prestados pelo SBC ou os SAMS SBC, 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 pelos SAMS SBC sejam tratados e mantidos informaticamente, sendo os seus destinatários os serviços internos do SBC ou dos SAMS SBC.

**Data**  /  /  **O Beneficiário Titular**

\_\_\_\_\_  
(Assinatura conforme C.C.)

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

✂

**N.º Beneficiário dos SAMS SBC - Regime Especial**

Nome completo

Instituição

Declaro que autorizo a dedução na minha Pensão de Sobrevivência do valor 0,50% estatutariamente estabelecida para os SAMS SBC - Regime Especial, devendo, mensalmente a sua remessa para os SAMS supramencionados.

**Data**  /  /  **O Beneficiário**

\_\_\_\_\_  
(Assinatura conforme C.C.)

**ANEXAR:**

– **Cartão de Cidadão** (fotocópia);

**e ainda:**

- declaração da Instituição de Crédito responsável pelo pagamento da pensão, confirmando a situação e a respectiva data de início, ou fotocópia do recibo da pensão.