

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 Nascim. _____ Contribuinte _____

Nº. da Segurança Social _____ Nº. de Utente do Serviço Nacional 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. de Emissão _____ Local de 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. / Cartão de Cidadão nº. _____

Data Nascim. _____ Contribuinte _____ Telefone _____ 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. / Cartão de Cidadão nº. _____

Data Nascim. _____ Contribuinte _____ Telefone _____ 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. / Cartão de Cidadão nº. _____

Data Nascim. _____ Contribuinte _____ Telefone _____ 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

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 quadro:

Eu _____

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

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

- Inscrição de sócio, beneficiário e 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;*
- Promoção e organização de viagens, atividades ou outros eventos e bem assim comunicar a terceiros subcontratantes exclusivamente para efeitos de reserva e aquisição dos serviços;*
- Recebimento de informação de obrigações fiscais, débitos SEPA e envio de extratos;*
- 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 ou beneficiário ou utente, a eles tendo acesso apenas os colaboradores do SBC no exercício das suas funções.

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