Mais
Sindicato do Sector Financeiro

FAMILIAR - Beneficiário(a) e Utente

☐ Utente
☐ Beneficiário

☐ Inscrição ☐ Atualização

Titular

N.º Sócio(a) _____ N.º Beneficiário(a) titular _____ N.º Utente _____

Nome do Sócio(a) ou Beneficiário(a) titular

_____

Familiar

N.º Beneficiário(a) _____ Se já foi Beneficiário(a)/Utente indique o n.º _____ Parentesco(1) _____

Nome completo

_____

Residência(2) **(morada completa)**

Rua, avenida _____ N.º _____ Andar _____

Localidade _____ Cód. postal _____ - _____ Designação postal _____

País _____

Telefone preferencial _____ Telefone secundário _____ E-Mail _____ Nacionalidade (país) _____

Data de nascimento (AAAA/MM/DD) _____ Sexo ☐ Masculino ☐ Feminino Estado civil(3) _____

N.º contribuinte _____ C.cidadão ☐ B.I. ☐ Aut.resid. ☐ Passap. ☐ Reg.nasc. ☐ Número _____

Utente de serviços oficiais de saúde:

Utente SNS ☐ Utente Serv. Reg. de Saúde - Açores ☐ Utente Serv. Reg. de Saúde - Madeira ☐ N.º _____

Só para Beneficiários(as):

Se é cônjuge ou vive em união de facto e é Beneficiário(a)-titular de subsistema de saúde, indique:

Entidade empregadora _____ Nº. Beneficiário(a) / subsist. saúde _____ Descrição do organismo _____

(1). Para efeitos de inscrição, apenas se consideram os familiares com os seguintes parentescos: cônjuge ou em união de facto; filho(a), equiparado(genro, nora e enteado), neto(a), adotado(a); ascendente até 1.º grau da linha direta ou equiparado (pai /mãe, sogro(a), padrasto/madrasta).
(2). Se diferente do(a) titular.
(3). Estado civil: solteiro, casado, viúvo, divorciado, separado.

DOCUMENTOS A APRESENTAR: ver última página

Sindicato da Banca, Seguros e Tecnologias - Mais Sindicato

SAMS

NIF 500 825 556 | Rua de São José, 131 | 1169-046 Lisboa | Tel.: 210 499 999 | socios.beneficiarios@mais.pt

Nome completo do titular (conforme documento oficial de identificação):

_____

Titular cuja entidade empregadora não proceda a descontos no vencimento ou pensão e Ex-Sócio(a)

Ao Banco _____

Autorizo que os valores apresentados pelo SAMS para cobrança de despesas de serviços clínicos, **que tenham sido prestados a mim próprio(a), a elementos do meu agregado familiar ou a utentes inscritos no SAMS por minha solicitação**, sejam debitados na minha conta a seguir identificada:

Nome completo do(a) titular da conta:

_____

IBAN | P | T | 5 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Titular cuja entidade empregadora proceda a descontos no vencimento ou pensão

Ao Banco _____

Autorizo que os valores apresentados pelo SAMS para cobrança de despesas de serviços clínicos, **que tenham sido prestados a mim próprio (a), a elementos do meu agregado familiar ou a utentes inscritos no SAMS por minha solicitação**, sejam debitados no meu vencimento ou pensão.

A presente declaração só poderá ser revogada a meu pedido e após comunicação ao Mais Sindicato, sendo válida em caso de transferência para outra instituição de crédito subscritora de IRCT'S (Instrumentos de Regulamentação Colectiva de Trabalho) do sector bancário.

Mais declaro que comunicarei, de imediato, eventual alteração de entidade empregadora.

Nome completo do Sócio(a) / Beneficiário(a) titular:

_____

Declaro que tive conhecimento e aceito o Regulamento e as Normas Complementares do SAMS, acessíveis em www.mais.pt.

Autorizo que as informações e dados pessoais fornecidos neste impresso, bem como os obtidos pelo Mais Sindicato e pelo SAMS através da prestação de serviços, sejam tratados e mantidos informaticamente, sendo os seus destinatários os serviços internos do Mais Sindicato ou do SAMS.
Sem prejuízo do referido, o Mais Sindicato ou o SAMS poderão facultar a terceiros dados pessoais de que sejam destinatários, na estrita medida em que tais dados sejam necessários, adequados e pertinentes para a prestação de serviços e respetiva faturação, assegurando-se a segurança da informação de acordo com o RGPD.

O Mais Sindicato é responsável pelo tratamento dos dados constantes deste formulário, de acordo com a respetiva Política de Privacidade e assegurará aos seus titulares os direitos de acesso, retificação, eliminação, limitação, portabilidade e oposição, sempre que legitimamente lho solicitem, por escrito.
O preenchimento do presente impresso é obrigatório para a inscrição ou atualização de dados relativos à qualidade de Beneficiário(a) ou Utente do SAMS.

Familiar

(obrigatório para maiores de 18 anos)

_____

(Assinatura conforme documento oficial de identificação)

Titular

Data (AAAA/MM/DD) _____

_____

(Assinatura conforme documento oficial de identificação)

A preencher pelos serviços

Proponente _____	Serviços _____
Data _____ Assinatura _____	Data _____ Assinatura _____
EMail _____	

Sindicato da Banca, Seguros e Tecnologias - Mais Sindicato

NIF 500 825 556 | Rua de São José, 131 | 1169-046 Lisboa | Tel.: 210 499 999 | socios.beneficiarios@mais.pt

UTENTE - DOCUMENTOS A APRESENTAR (entre outros que o Mais Sindicato ou o SAMS entendam solicitar):

- Cartão de Cidadão (titular e familiar)
- Autorização de Residência ou Passaporte (estrangeiros)

BENEFICIÁRIO(A) - DOCUMENTOS A APRESENTAR (entre outros que o Mais Sindicato ou o SAMS entendam solicitar):

CÔNJUGE:

- Cartão de Cidadão (ou B.I./Cartão de Contribuinte Fiscal/Cartão de Utente do SNS ou do SRS Açores/Madeira) ou outro Documento Oficial de Identificação atualizado;
- Certidão de Casamento;
- Cartão de Saúde, de subsistema de saúde, na qualidade de beneficiário(a)-titular (ex: ADM, ADSE, INCM, PT-ACS, SSCGD, SSFA, etc.);
- Cartão de outro Organismo ou Seguro de saúde.

EM UNIÃO DE FACTO:

- Cartão de Cidadão (ou B.I./Cartão de Contribuinte Fiscal/Cartão de Utente do SNS ou do SRS Açores/Madeira) ou outro Documento Oficial de Identificação atualizado;
- Certidão de Nascimento narrativa completa, actualizada, relativa ao beneficiário(a)-titular e à pessoa em união de facto;
- Comprovativo da morada fiscal ser comum à do(a) beneficiário(a) titular;
- Cartão de Saúde, de subsistema de saúde, na qualidade de beneficiário(a)-titular (ex: ADM, ADSE, INCM, PT-ACS, SSCGD, SSFA, etc.);
- Cartão de outro Organismo ou Seguro de saúde.

DESCENDENTES (FILHOS/AS, ADOPTADOS/AS E TUTELADOS/AS):

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

- Cartão de Cidadão (ou B.I./Cartão de Contribuinte Fiscal/Cartão de Utente do SNS ou do SRS Açores/Madeira) ou outro Documento Oficial de Identificação atualizado;
- Cartão de outro Organismo ou Seguro de saúde;
- Documento Judicial comprovando a situação, no caso de adotado(a) pelo beneficiário(a)-titular, pelo respetivo cônjuge ou pessoa em união de facto;
- Documento Judicial comprovando a situação de tutelado pelo beneficiário(a)-titular, pelo respetivo cônjuge ou pessoa em união de facto.

DESCENDENTES (NETOS/AS E ENTEADOS/AS):

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

- Cartão de Cidadão (ou B.I./Cartão de Contribuinte Fiscal/Cartão de Utente do SNS ou do SRS Açores/Madeira) ou outro Documento Oficial de Identificação atualizado;
- Cartão de outro Organismo ou Seguro de saúde;
- Documento comprovativo da decisão emitida pela entidade competente sobre o exercício das responsabilidades parentais, na qual conste que o mesmo ficou a residir, exclusiva ou partilhadamente, com o beneficiário(a)-titular ou com o cônjuge ou pessoa em união de facto, desde que este se encontre inscrito(a) como beneficiário(a) do SAMS;
- Comprovativo de auferimento de Abono de Família pelo respetivo(a) titular do SAMS, ou pelo cônjuge ou pessoa em união de facto, desde que este se encontre inscrito como beneficiário(a) do SAMS, para análise casuística, na eventualidade de não existir a decisão anteriormente referida sobre o exercício das responsabilidades parentais.

DESCENDENTES (FILHOS/AS E NETOS/AS, ENTEADOS/AS E ADOPTADOS/AS):

(Com incapacidade total e permanente para o trabalho e idade até 24 anos)

Para além da documentação anteriormente prevista para cada um dos parentescos, deverá ainda ser apresentado:

- Atestado Médico de Incapacidade Multiuso, emitido pelos serviços oficiais competentes, que comprove incapacidade total e permanente para o trabalho igual ou superior a 60%;
- Comprovativo de auferimento de subsidio de invalidez ou Prestação Social de Inclusão concedido pela Segurança Social;
- Declaração de IRS do(a) beneficiário(a) titular onde conste o dependente com indicação da % de incapacidade reconhecida pela Autoridade Tributária e Aduaneira.

DESCENDENTES (FILHOS/AS E NETOS/AS, ENTEADOS/AS, ADOPTADOS/AS E TUTELADOS/AS):

(Com idade compreendida entre a idade limite para o recebimento do Abono de Família e os 30 anos - exclusivamente para abrangidos pelo F.S.A.)

Para além da documentação anteriormente prevista para cada um dos parentescos, deverá ainda ser apresentado:

- Documento da Repartição de Finanças comprovativo de eventuais rendimentos (1);
- Documento da Segurança Social comprovando a situação de não beneficiário(a) nem contribuinte e de eventual concessão de subsídio de desemprego (1).

(1) Em referência aos elementos do casal, se o estado civil corresponder a casado(a).

MENORES EM PROCESSO DE ADOPÇÃO:

(Enquanto confiados por Instituição de Assistência, no decurso de processo de adoção)

- Cartão de Cidadão (ou B.I./Cartão de Contribuinte Fiscal/Cartão de Utente do SNS ou do SRS Açores/Madeira) ou outro Documento Oficial de Identificação atualizado;
- Cartão de outro Organismo ou Seguro de saúde;
- Documento comprovativo da situação, a emitir pelo Tribunal competente em menores, enquanto confiado ao beneficiário(a)-titular, cônjuge ou pessoa em união de facto, no decurso do processo de adopção.

Sindicato da Banca, Seguros e Tecnologias - Mais Sindicato

SAMS

NIF 500 825 556 | Rua de São José, 131 | 1169-046 Lisboa | Tel.: 210 499 999 | socios.beneficiarios@mais.pt