

SÓCIO(A) / BENEFICIÁRIO(A) - TITULAR

(Trabalhador(a) de entidade empregadora abrangida pelo clausulado do I.R.T. referente ao SAMS)

☐ Inscrição ☐ Readmissão ☐ Atualização

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

Nome completo (conforme documento oficial de identificação): _____

Residência (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⁽¹⁾

N.º contribuinte _____

C.cidadão B.I. Aut.resid. Passap. Reg.nasc.

Número _____

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Habilitações literárias (opcional) _____ Instituição de crédito _____

Local de trabalho _____ Serv./estrutura orgânica _____

Grau Grupo Nível

Categoria _____ Função _____ Situação profissional⁽²⁾

Data de admissão (AAAA/MM/DD)

Na instituição de crédito

No sector bancário

Data início contrato Se eventual

Data fim contrato

Utente de serviços oficiais de saúde:

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

Se estiver abrangido(a) por outro organismo indique:

N.º _____

Descrição do organismo _____

Titular

☐ Sim ☐ Não

Autorizo que me seja processado por transferência bancária, o valor das participações e outros créditos atribuídos, **relativamente a mim próprio(a) e ao meu agregado familiar**, pelo que forneço a seguinte informação.

IBAN

P	T	5	0																
---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(1). Estado civil: solteiro, casado, viúvo, divorciado, separado.

(2). Situação profissional: efetivo, eventual, reformado, pensionista, pens. filho, pré-reforma.

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

- Cartão de cidadão
- Autorização de residência ou passaporte (estrangeiros)
- Cartão do organismo

e ainda:

- se eventual - declaração da entidade empregadora, confirmando a data de admissão, de termo e a situação profissional;
- se pensionista - 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.

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

Instituição de crédito _____ Local de trabalho _____

Autorizo a dedução no meu vencimento ou na pensão de reforma dos descontos a seguir discriminados:

☐

Quotização sindical, estatutariamente estabelecida, ou seja, 1% enquanto no activo ou 0,5% quando na situação de reforma ou invalidez, a crédito do Mais Sindicato.

☐

Contribuição de 0,5% para o Fundo Sindical de Assistência⁽¹⁾ a crédito do SAMS.

A presente declaração só poderá ser revogada a meu pedido e após comunicação ao Mais Sindicato, **sendo válida em situação de transferência para outra Instituição de Crédito abrangida pelo clausulado do I.R.T. referente ao SAMS.**

Mais declaro que comunicarei a mudança de entidade empregadora.

(1). FSA - Fundo Sindical de Assistência - Regime Especial que atribui participações conforme Regulamento do SAMS.

Autorizo a dedução no meu vencimento ou na pensão de reforma/sobrevivência dos encargos pelo pagamento de serviços prestados pelo Mais Sindicato e/ou pelo SAMS, **relativamente a mim próprio(a) e ao meu agregado familiar.**

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, readmissão ou atualização de dados relativos à qualidade de Sócio(a) do Mais Sindicato ou de Beneficiário(a) titular do SAMS.

Titular

Data (AAAA/MM/DD) _____

(Assinatura conforme documento oficial de identificação)

A preencher pelos serviços

Proponente _____	Serviços _____
Data _____ Assinatura _____	Data _____ Assinatura _____
E-Mail _____	