Mais
Sindicato do Sector Financeiro

SÓCIO(A)/UTENTE

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

☐ Sócio(a)
☐ Utente Ex-Sócio(a)(1)

☐ Inscrição ☐ Readmissão ☐ Atualização

(1). Confirmo ter abandonado o sector bancário, por rescisão de contrato ou despedimento coletivo, em resultado de reestruturação da instituição bancária ou da sua extinção.

N.º Sócio(a) _____ N.º Utente SAMS _____ N.º Utente com FSA _____

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

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

Só para Sócio(a)

Habilitações literárias (opcional) _____ Instituição de crédito _____

Local de trabalho _____ Serv./estrutura orgânica _____

Categoria _____ Função _____ Grau _____ Grupo _____ Nível _____ Situação profissional(2) _____

Data de admissão (AAAA/MM/DD)
Na instituição de crédito _____ No sector bancário _____

Se eventual
Data início contrato _____ 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

(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
. Fotocópia do último recibo de vencimento (excepto sócio(a) da C.G.D.)
. Documento comprovativo do motivo da rescisão, emitido pela instituição de crédito (Utente Ex-Sócio(a))

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

Mais
Sindicato do Sector Financeiro

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

_____

Instituição de crédito _____ Local de trabalho _____

Autorizo os 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.

Sócio(a) cuja entidade empregadora é a Caixa Geral de Depósitos

Autorizo a dedução no meu vencimento ou na pensão de reforma/sobrevivência da Quotização sindical, e FSA se solicitado, a crédito do Mais Sindicato:

☐ 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.

Autorizo que as importâncias apresentadas pelo SAMS, para cobranças referentes a encargos com serviços prestados, **relativamente a mim próprio(a) e ao meu agregado familiar**, sejam debitadas na minha conta bancária D.O.

Autorizo que as importâncias relativas á Quotização sindical, e ao FSA se solicitado, sejam debitadas na minha conta bancária D.O.

Ao banco _____

Nome completo (titular da conta):

_____

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

Estou informado(a) de que devo conferir, através de procedimento electrónico, os elementos da Autorização de Débito em Conta.

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 Utente do SAMS.

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