Mais
Sindicato do Sector Financeiro

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 _____

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

Autorizo que me seja processado por transferência bancária, o valor das comparticipações 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 inicio, ou fotocópia do recibo da pensão.

SAMS
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

Mais
Sindicato do Sector Financeiro

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 comparticipações 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 _____
EMail _____	

SAMS
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