

SNQTB SAÚDE

ATUALIZAÇÃO DE DADOS PESSOAIS

IDENTIFICAÇÃO

N.º SÓCIO _____

NOME _____

MORADA _____

CÓDIGO POSTAL _____ - _____ LOCALIDADE _____

EMAIL PESSOAL _____

TELEFONE _____ TELEMÓVEL _____

HABILITAÇÕES ACADÉMICAS _____

ESTADO CIVIL CASADO UNIÃO DE FACTO DIVORCIADO VIÚVO

DISSOLUÇÃO UNIÃO DE FACTO ESTADO CIVIL DESDE _____

DADOS PROFISSIONAIS

BANCO _____ SERV./DEP. _____

MORADA _____

CÓDIGO POSTAL _____ - _____ LOCALIDADE _____

EMAIL _____

TELEFONE _____ TELEMÓVEL _____

NÍVEL _____ CATEGORIA _____ FUNÇÃO _____

DATA DE ADMISSÃO NA INSTITUIÇÃO _____ DATA DE ADMISSÃO NA BANCA _____

IBAN - PAGAMENTOS E COMPARTICIPAÇÕES DE DESPESAS DE SAÚDE

PT50 _____

SNQTB SAÚDE

ATUALIZAÇÃO DE DADOS PESSOAIS

AGREGADO FAMILIAR

NOME CÔNJUGE/COMPANHEIRO(A) _____

DATA DE NASCIMENTO _____ CARTÃO DO CIDADÃO Nº _____

Nº IDENTIFICAÇÃO FISCAL _____ EMPREGADO SIM NÃO

SUBSISTEMA/SEGURO DE SAÚDE _____

Nº DE BENEFICIÁRIO _____

TELEFONE _____ TELEMÓVEL _____

NOME DO DESCENDENTE _____

PARENTESCO _____ DATA DE NASCIMENTO _____

CARTÃO DO CIDADÃO Nº _____ NIF _____

NOME DO DESCENDENTE _____

PARENTESCO _____ DATA DE NASCIMENTO _____

CARTÃO DO CIDADÃO Nº _____ NIF _____

Ao utilizar os serviços do Sindicato Nacional dos Quadros e Técnicos Bancários (SNQTB), bem como os do SNQTB Saúde, estamos a autorizar, nos termos da lei aplicável, a recolha e processamento dos nossos dados pessoais unicamente para a prossecução dos objetivos daquelas instituições, designadamente no processamento dos benefícios inerentes à nossa condição de Associados/Beneficiários. Sem prejuízo, o SNQTB ou o SNQTB Saúde poderão facultar os nossos dados pessoais a outras entidades, na estrita medida em que esses dados sejam imprescindíveis para a prestação de serviços de saúde e respetiva faturação, assegurando-se a segurança da informação de acordo com o art. 15.º da Lei n.º 67/98 de 26/10. Na nossa condição de beneficiários do SNQTB Saúde, autorizamos igualmente que o SNQTB recolha, trate e guarde dados de saúde e medicamentosos, com a única finalidade de processamento das participações a que nós possamos ter direito. Nos termos da lei, entendemos que temos o direito de acesso aos nossos dados pessoais e que podemos solicitar a respetiva retificação ou apagamento. O direito de acesso aos dados pessoais pode ser exercido por carta ou através do endereço de correio eletrónico dpo@snqtb.pt.

SNQTB SAÚDE

ATUALIZAÇÃO DE DADOS PESSOAIS

Autorizo que o pagamento das despesas de saúde do SNQTB Saúde seja efetuada através do sistema de débito direto, conforme autorização em anexo.

Declaro que conheço e aceito o regulamento do SNQTB Saúde, disponível para consulta em www.snqtb.pt e nas delegações do SNQTB.

Autorizo que os meus dados pessoais sejam transmitidos a entidades incluídas no "Grupo SNQTB" (FSB e SNQTB Seguros).

Data

Assinatura do sócio/titular dos dados pessoais

Data

Assinatura do beneficiário/titular dos dados pessoais

SNQTB SAÚDE

ATUALIZAÇÃO DE DADOS PESSOAIS

À Direção de Recursos Humanos

DADOS PESSOAIS

NOME _____

MORADA _____

CÓDIGO POSTAL _____ - _____ LOCALIDADE _____

EMAIL PESSOAL _____ TELEFONE _____

DADOS PROFISSIONAIS

BANCO _____ SERV./DEP. _____

MORADA _____

EMAIL PESSOAL _____ TELEFONE _____

NÍVEL _____ CATEGORIA _____ FUNÇÃO _____

FILIAÇÃO, PAGAMENTOS DE QUOTIZAÇÃO SINDICAL E CONTRIBUIÇÕES OBRIGATORIAS PARA O SNQTB SAÚDE

Solicito a V. Exa. se digne providenciar no sentido de ser dado seguimento às instruções assinaladas:

- | | SIM | NÃO |
|---|-------------------------------------|--------------------------|
| 1) Cancelamento dos descontos na retribuição que vinham sendo efetuados para o Sindicato dos Bancários vertical e/ou respetivos SAMS. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) Desconto de 1% sobre a minha retribuição mensal efetiva, correspondente à quotização para o Sindicato Nacional dos Quadros e Técnicos Bancários. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3) Contribuições para o SNQTB Saúde (1.5%). | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4) Desconto 0,5% sobre a minha retribuição mensal efetiva, correspondente à quotização para o Fundo Complementar de Saúde do Sindicato Nacional dos Quadros e Técnicos Bancários. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5) Desconto de _____ % sobre a minha retribuição mensal correspondente às contribuições para o Fundo de Pensões SGF "SNQTB - Capital Garantido" (Fundo de Pensões Complementar de Reforma Específico [fundo fechado]). (Preencher/enviar formulário "Proposta de Adesão ao Fundo de Pensões", disponível em www.snqtb.pt .) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Data

Assinatura do sócio

SNQTB SAÚDE

ATUALIZAÇÃO DE DADOS PESSOAIS

Documentos para Atualização de Dados

DADOS PESSOAIS

- **Casado**
- Fotocópia do Assento de Casamento;⁽¹⁾
- **União de Facto**
- Nota de Liquidação de IRS onde conste a morada fiscal comum ou outro documento comprovativo conforme decorrer da regulamentação interna do SNQTB Saúde;
- **Divorciado**
- Fotocópia da ata de divórcio.⁽¹⁾

DADOS PROFISSIONAIS

Nas situações de mudança de entidade patronal carta dirigida à Direção de Recursos Humanos devidamente preenchida e assinada.

AGREGADO FAMILIAR

- **Cônjuge/companheiro(a) ou União de Facto**
Fotocópia dos seguintes documentos:⁽¹⁾
- Cartão de Cidadão⁽²⁾/Bilhete de Identidade ou Cartão de Residente e Cartão de Contribuinte;
- Cartão de utente do Serviço Nacional de Saúde;
- Cartão do subsistema de saúde para o qual desconta (ex: ADSE, ADMA, SAMS, IOSCTT, PTACS, CGD, SAPPSP, etc.) e/ou seguros de saúde (ex: MEDIS, ADVANCECARE, MULTICARE, etc.).
- **Descendentes**
Fotocópia dos seguintes documentos:⁽¹⁾
- Cartão do Cidadão ou Assento de Nascimento;
- Cartão de Contribuinte;
- Cartão de utente do Serviço Nacional de Saúde.

⁽¹⁾Nas fotocópias dos documentos deverá constar declaração escrita: "Para efeito de alteração de dados junto do SNQTB Saúde" e assinatura do titular dos dados.

⁽²⁾Ao remeter-nos por livre iniciativa, fotocópia do C.C. está a autorizar a sua reprodução, nos termos legais. Caso não remeta a fotocópia do C.C. deverá deslocar-se pessoalmente às nossas delegações para verificação dos dados necessários.

Data

Assinatura do sócio/titular dos dados pessoais

Data

Assinatura do beneficiário/titular dos dados pessoais