



SNQTB

ATUALIZAÇÃO DE DADOS PROFISSIONAIS

(o documento deverá ser preenchido em formato digital)

DADOS PESSOAIS

N.º SÓCIO⁽¹⁾ _____

NOME⁽¹⁾ _____

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 _____

⁽¹⁾Campos de preenchimento obrigatório.

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 comparticipações 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

ATUALIZAÇÃO DE DADOS PROFISSIONAIS

(o documento deverá ser preenchido em formato digital)

- ☐ Autorizo que o pagamento das despesas de saúde do SNQTB Saúde seja efetuado 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" (Fundação SNQTB e SNQTB Seguros).

Data

Assinatura do sócio/titular dos dados pessoais



SNQTB

ATUALIZAÇÃO DE DADOS PROFISSIONAIS

(o documento deverá ser preenchido em formato digital)

Aos 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 OBRIGATÓRIAS 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.	☒	☐
2) Desconto de 1% sobre a minha retribuição mensal efetiva, correspondente à quotização para o Sindicato Nacional dos Quadros e Técnicos Bancários.	☒	☐
3) Contribuições para o SNQTB Saúde (1.5%).	☒	☐
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.	☐	☐
5) Desconto sobre a minha retribuição, de acordo com o preçário em vigor e aplicável, correspondente à contribuição do meu agregado familiar para o Fundo de Garantia Cirúrgica.	☐	☐

Data

Assinatura do sócio



SNQTB

ATUALIZAÇÃO DE DADOS PROFISSIONAIS

(o documento deverá ser preenchido em formato digital)

Documentos para Atualização de Dados

DADOS PROFISSIONAIS

Nas situações de mudança de entidade patronal, deverá preencher e assinar carta dirigida aos Recursos Humanos e juntar fotocópia do último recibo de vencimento/contrato de trabalho.

Data

Assinatura do sócio/titular dos dados pessoais