

Actualização de Dados de Sócio/Beneficiário

Sócio do Sindicato Nº

Beneficiário Nº

1 Nome completo (igual ao B.I. e sem abreviaturas)

Morada (Rua, Praça, Avenida)

2 Localidade Freguesia (Residência)

Concelho Cód. Postal

3 Telefone da residência/Telemóvel

4 E-mail

5 Estado Civil Solteiro Casado Viúvo Divorciado Separado U. de facto

6 Activo Reform

7 Se estiver abrangido por outro organismo ou seguro de saúde, indique:

Nº de Beneficiário/Utente Nº Utente Serviço Nac. de Saúde

Descrição do Organismo/Seguro de Saúde Titular S N

8 Nº Segurança Social Descrição do Organismo

9 Agregado Familiar

Nome Parentesco Data de nascimento Benef. Nº

Nome Parentesco Data de nascimento Benef. Nº

Nome Parentesco Data de nascimento Benef. Nº

10 Se estiver abrangido por outro organismo ou seguro de saúde, indique:(obrigatório para cônjuge ou companheiro)

Nº de Beneficiário/Utente Nº Utente Serviço Nac. de Saúde

Descrição do Organismo/Seguro de Saúde Titular S N

11 Nº Segurança Social Descrição do Organismo

Data ____ / ____ / ____

O Sócio/Beneficiário Titular

Assinatura conforme B.I.

NOTA: As ÁREAS SOMBREADAS destinam-se aos Serviços do SBN/SAMS.

SBN - Rua Cândido dos Reis, 130 • 4050-151 PORTO • Tel 22 339 88 00 • Fax 22 205 41 74 • E-mail: sbn@sbn.pt

SAMS - Rua de S. Brás, 444 • 4049-049 PORTO • Tel 22 507 16 00 • Fax 22 507 16 14 • E-mail: socios.beneficiarios@sbn.pt