

TERMO DE RESPONSABILIDADE/EMPRÉSTIMO

N.º Beneficiário(a) titular e sócio(a) do FSA _____

Nome do titular

N.º Beneficiário(a) familiar _____

Nome do familiar

Solicita: Termo de responsabilidade Empréstimo no valor de (€) _____

Para os efeitos a seguir indicados:

- Internamento hospitalar/honorários _____
- Exame de diagnóstico _____
- Aquisição de próteses / ortóteses _____
- Assistência no estrangeiro _____
- Outros _____

A assistência a que respeitará o termo de responsabilidade / empréstimo ocorre:

- Com eventual responsabilidade de terceiros Sem eventual responsabilidade de terceiros

Responsabilidade do beneficiário:

1. O beneficiário titular assume a responsabilidade integral do débito resultante do termo/empréstimo que lhe seja concedido, comprometendo-se a satisfazer a liquidação da percentagem que regularmente lhe vier a pertencer.
2. Fica obrigado, perante o SAMS, a:
 - . Não utilizar a importância emprestada para objetivo diferente do indicado no presente requerimento;
 - . Devolver a importância emprestada, se não for aplicada no objetivo indicado;
 - . Apresentar os documentos de despesa no prazo máximo de 30 dias após a concessão do empréstimo;
 - . Entregar a totalidade da comparticipação que lhe vier a ser atribuída por parte de outro sistema de saúde/organismo.

Documentação a anexar

- Relatório clínico
- Orçamento da despesa prevista

Autorizo que as informações e dados pessoais fornecidos neste impresso e documentos anexos, 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 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.

Titular

(Ou responsável pelo titular quando inabilitado)

Familiar

(Ou responsável pelo familiar quando inabilitado)

Data _____

(Assinatura conforme documento oficial de identificação)

(Assinatura conforme documento oficial de identificação)

Obs.

Sempre que o beneficiário titular se encontre impossibilitado de requerer o presente termo de responsabilidade/empréstimo, deverá o requerente apresentar cartão de cidadão, bem como documento que autorize a cobrança de eventuais despesas não comparticipadas por desconto no vencimento/ pensão ou débito na conta bancária.