



MINISTÉRIO DA DEFESA NACIONAL

INSTITUTO DE ACÇÃO SOCIAL DAS FORÇAS ARMADAS

ASSISTÊNCIA NA DOENÇA AOS MILITARES DAS FORÇAS ARMADAS

Declaração a preencher pelos cônjuges e ascendentes dos titulares.

Eu (nome) _____, abaixo assinado, beneficiário da ADM com o cartão/credencial N.º _____, nos termos do nº 1 do art.º 5º do Dec-Lei 167/2005 de 23 setembro, conjugado com a do artº 7º e artº 15º do Dec-Lei 118-83 de 25 fev, alterado e republicado pelo Dec. Lei n.º 234/2005 de 30 de dezembro, cujos teores se transcrevem: *“Podem inscrever-se como beneficiários familiares ou equiparados ... a cargo do beneficiário titular.” “ o cônjuge ou pessoa que viva com o beneficiário titular em união de facto; que provem não estar abrangidos, em resultado da sua actividade remunerada ou tributável, por regime de segurança social de inscrição obrigatória,....” “É vedada a inscrição ... aos familiares que beneficiem de outros regimes de proteção social.”* tomei conhecimento de que a dupla inscrição em subsistemas públicos é ilegal declaro por minha honra que não sou beneficiário titular de nenhum subsistema público de assistência na doença, nomeadamente:

- **ADSE; ADMG ; SAD/ PSP ; SS/ MJ**

_____, em ____/____/_____
Localidade DATA

Assinatura

X _____

(Nome completo)