



MINISTÉRIO DA DEFESA NACIONAL

INSTITUTO DE ACÇÃO SOCIAL DAS FORÇAS ARMADAS

ASSISTÊNCIA NA DOENÇA AOS MILITARES DAS FORÇAS ARMADAS

DECLARAÇÃO OPÇÃO PELO REGIME ASSOCIADO CONJUGES OU EQUIPARADOS

Eu (nome) _____

abaixo assinado, **declaro que pretendo ser beneficiário associado da ADM**, nos termos do disposto no artigo 5º-B do Decreto-Lei nº 167/2005, de 23 de setembro, na redação dada através do Decreto-lei nº 81/2015, de 15 de maio, regulamentado pela Portaria nº 482-A/2015, de 18 de junho. Declaro ainda por minha honra que não possuo vínculo de emprego público, que não sou beneficiário titular de qualquer subsistema público de assistência na doença, nem nunca renunciei à qualidade de beneficiário titular de outro subsistema público de assistência na doença, nomeadamente:

- **ADSE**
- **SAD/GNR**
- **SAD/PSP**

_____, em ____/____/____

Localidade

DATA

Assinatura

X _____