



MINISTÉRIO DA DEFESA NACIONAL

INSTITUTO DE ACÇÃO SOCIAL DAS FORÇAS ARMADAS

ASSISTÊNCIA NA DOENÇA AOS MILITARES DAS FORÇAS ARMADAS

Declaração a preencher pelos TITULARES relativamente aos seus descendentes ou equiparados.

Eu (nome beneficiário titular) _____

_____, abaixo assinado, beneficiário da ADM com o cartão/credencial N.º _____, nos termos do n.º 1 do art.º 5º do Dec-Lei 167/2005 de 23 setembro, conjugado com a do art.º 7º e art.º 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... os descendentes ... a cargo do beneficiário titular.” “ os descendentes equiparados ... que provem não estar abrangidos, em resultado da sua actividade remunerada ou tributável, por regime de segurança social de inscrição obrigatória, enquanto se mantiver essa situação” “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. Assim declaro por minha honra que, (nome completo do descendente ou equiparado)

com o n.º NIF _____ não é beneficiário de nenhum subsistema público de assistência na doença, nomeadamente:

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

_____, em ____/____/____
Localidade DATA

Assinatura

X _____

(Titular)