

MINISTÉRIO DA DEFESA NACIONAL
INSTITUTO DE AÇÃO SOCIAL DAS FORÇAS ARMADAS
ASSISTÊNCIA NA DOENÇA AOS MILITARES DAS FORÇAS ARMADAS



Imprimir

Favor consultar as "Instruções de Preenchimento" (Quadro VII) antes de preencher.

Finalidade

Inscrição: Renovação: Pedido: Pedido de 2º via Posto de Atend.:

Quadro I
Identificação
do Titular

N.º Ident. Mil: Data Validade: Ramo:
Identificação: N.º Ident. Civil: Data Validade:
N.º de Beneficiário:

Nome Completo:

Morada:

Código Postal: - Telefone: Telemóvel:

BIC/IBAN *

E-mail:

Posto: Situação: Estado Civil: Data Nascimento:

SNS: NIF: N.º ADSE:

SSocial: N.º Pens. CGA: N.º Subs CGA:

Termo do Último Contrato (se aplicável): % de Incapacidade?: Tem outro sistema?: Qual?:

Entidade
Empregadora/Pagadora

Entidade:

Departamento:

Morada:

Código Postal: - NIPC Entidade:

Quadro II
Cônjuge/União
de Facto

Identificação: N.º Ident. Civil: Data Validade:

N.º de Beneficiário:

Nome Completo:

Morada:

Código Postal: - Telefone: Telemóvel:

BIC/IBAN *

E-mail:

Parentesco: Estado Civil: Data Nascimento:

SNS: NIF: N.º ADSE:

SSocial: N.º Pens. CGA: N.º Subs CGA:

% de Incapacidade?: Tem outro sistema?: Qual?:

Entidade
Empregadora/Pagadora

Entidade:

Departamento:

Morada:

Código Postal: - NIPC Entidade:

MINISTÉRIO DA DEFESA NACIONAL
INSTITUTO DE AÇÃO SOCIAL DAS FORÇAS ARMADAS
ASSISTÊNCIA NA DOENÇA AOS MILITARES DAS FORÇAS ARMADAS

Quadro III
Outros Familiares

Identificação N.º Ident. Civil Data Validade:
Nº de Beneficiário:

Nome Completo:
Morada:
Código Postal: - Telefone: Telemóvel:
BIC/IBAN *

E-mail:

Parentesco Estado Civil: Data Nascimento:
SNS: NIF: N.º ADSE
SSocial N.º Pens. CGA N.º Subs CGA
% de Incapacidade? Tem outro sistema? Qual?

Quadro IV
Outros Familiares

Identificação N.º Ident. Civil Data Validade:
Nº de Beneficiário:

Nome Completo:
Morada:
Código Postal: - Telefone: Telemóvel:
BIC/IBAN *

E-mail:

Parentesco Estado Civil: Data Nascimento:
SNS: NIF: N.º ADSE
SSocial N.º Pens. CGA N.º Subs CGA
% de Incapacidade? Tem outro sistema? Qual?

Quadro V
Observações

Quadro VI
Declaração

Declaro que as pessoas acima identificadas se encontram a meu exclusivo cargo e que as informações prestadas correspondem à verdade, obrigando-me a comunicar qualquer alteração que venha a refletir-se nos direitos e regalias concedidos.
Declaro ainda, se for o caso, que autorizo o desconto no meu vencimento relativo à contribuição do meu beneficiário associado, nos termos previstos no nº6 do artigo 13º do Decreto-Lei nº 167/2005, de 23 de Setembro, na redação conferida pelo Decreto-Lei nº 81/2015, de 15 de Maio.

_____, de _____, de _____

MINISTÉRIO DA DEFESA NACIONAL
INSTITUTO DE AÇÃO SOCIAL DAS FORÇAS ARMADAS
ASSISTÊNCIA NA DOENÇA AOS MILITARES DAS FORÇAS ARMADAS

Quadro VII - Instruções de Preenchimento

- O Boletim deve ser preenchido com letra legível e maiúscula
- São de preenchimento obrigatório todos os campos do impresso para os quais o beneficiário titular ou os seus familiares a inscrever possuam informação válida e actualizada.
- Para além da identificação pessoal, todos os beneficiários têm de entregar comprovativos respeitante ao respectivo documento de identificação civil; número de identificação fiscal (NIF), número do serviço nacional de saúde (SNS); BIC/IBAN, se diferente do titular.
- Os beneficiários titulares bem como, cônjuges e pessoas em união de facto beneficiários titulares da ADSE com opção pela ADM, são obrigados ao preenchimento de todos os campos respeitantes à respectiva entidade empregadora/pagadora.
- No Quadro VIII "Documentação Anexa" devem ser assinalados os documentos obrigatórios entregues com o boletim, tanto para beneficiários titulares como familiares, conforme Tabela de Meios de Prova aplicável. Favor consultar esta Tabela nos Postos de Atendimento da ADM nos Ramos ou no portal da ADM para ficar a conhecer os meios de prova obrigatórios para cada situação.
- Quando o boletim contempla mais de um familiar, devem ser entregues os documentos específicos adstritos a cada situação.
- Em caso de necessidade, utilizar o Quadro V "Observações" para registo de anotações e situações particulares não previstas no impresso.
- O Quadro V "Observações" também deve utilizado para justificação do pedido de 2º via.

Quadro VIII - Documentação Anexa

- Anexo inscrição/renovação de familiares superiores a dois elementos (nova pág 2)
- Acordo de regulação do poder paternal.
 - Atestado médico passado e confirmado pelo delegado de saúde da área de residência, seu substituto ou diretor clínico do estabelecimento em que
- porventura se encontrem internados ou em tratamento ou declaração da entidade competente em como recebe o abono complementar para crianças e jovens ou o subsídio mensal vitalício.
- Autorização de residência ou do pedido da sua renovação ou BI de Cidadão nacional (para pessoas de nacionalidade estrangeira que vivam em união de fato com o beneficiário titular).
- Bilhete de Identidade, cartão de identificação fiscal, cartão de saúde do SNS, Cartão de Beneficiário de Preço de Sangue (cópias).
- Cartão de Beneficiário Titular da ADSE (cópia).
- Cartão de Cidadão (cópia).
- Cartão de Grande Deficiente / Deficiente das Forças Armadas (cópia).
- Cartão de Pensionista da CGA (cópia).
- Cartão de Saúde do SNS (cópia).
- Bilhete de identidade /cartão de cidadão do descendente, tutelada, adotado ou menor confiado.
- Certidão de casamento do beneficiário titular com o progenitor do descendente ou prova da união de fato.
- Certidão de domicílio fiscal.
- Documento comprovativo de extravio de cartão de beneficiário.
- Certidão de Nascimento (Narrativa completa, com interdição/inabilitação averbada).
- Certificado de matrícula emitido pelo estabelecimento de ensino que frequenta ou cartão de estudante actualizado.
- Declaração comprovativa de que o beneficiário titular recebe abono de família para crianças e jovens correspondente ao descendente a inscrever.
- Declaração da CGA onde se comprove a situação de pensionista de sobrevivência com indicação do nome do ex-titular.
- Declaração de I.R.S. comprovativa dos rendimentos.
- Declaração de I.R.S. conjunta acompanhada dos respetivos anexos ou Certidão de sentença judicial reconhecendo a união de fato ou Declaração de identidade e domicílio fiscal e declaração conjunta da junta de freguesia atestando a situação de união de fato.
- Declaração de não ser beneficiário titular de outro regime de proteção social.
- Declaração de Óbito.
- Declaração de opção pela ADM.
 - Declaração do Centro Distrital de Solidariedade e Segurança Social (situação perante a segurança social; comprovativo da situação dos progenitores
- face à segurança social, sem inscrição ou com interrupção de contribuições por período superior a 12 meses; netos que tenham completado os 16 anos).
- Declaração do Gabinete de Ingresso ao Ensino Superior (Ministério da Educação - DREL) atestando a não colocação, caso o descendente não seja colocado.
- Identificação do representante legal, sendo menor de idade.
- Sentença Judicial que decreta a Interdição / Inabilitação / Tutela ou Decisão Administrativa emitida pela entidade competente.
- Comprovativo de consulta de IBAN/BIC ou documento emitido por entidade bancária. *
- Ultimo recibo de pensão (ou pensões, se recebe mais do que uma) (cópia).
- _____