

**Assistência na Doença
aos Militares das Forças Armadas (ADM)**

DECLARAÇÃO

Não inscrição em outro regime de proteção social

(Modelo a preencher pelos beneficiários titulares relativamente aos seus familiares e equiparados)

_____ (nome completo do/a beneficiário/a titular),
beneficiário/a titular) com o n.º _____ e a identificação fiscal n.º _____, nos termos do n.º
1 do artigo 5.º, do Decreto-Lei n.º 167/2005, de 23 de setembro, na redação atual e, especialmente
em conjugação com os artigos 7.º e 15.º, Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro, na sua redação
atual, declaro no âmbito da inscrição na categoria de beneficiário/a familiar de _____
_____ (nome completo do: cônjuge ou a pessoa
que viva com o beneficiário titular em união de facto; o descendente ou equiparado; o ascendente
ou equiparado a cargo do beneficiário titular), com o cartão de cidadão n.º _____ e a
identificação fiscal n.º _____, que não se encontra abrangido/a, em resultado do exercício de
atividade remunerada ou tributável, por regime de segurança social de inscrição obrigatória e
enquanto se mantiver tal situação.

Mais declaro que o/a mesmo/a não é beneficiário/a de outro regime de proteção social, em
conformidade com o n.º 3 do artigo 5.º do Decreto-Lei n.º 167/2005, de 23 de setembro, na sua
redação atual.

_____, __ de _____, de _____

(Ass. do/a beneficiário/a)