Boletim de Inscrição
BENEFICIÁRIO ASSOCIADO

CARI/DSAD/DAD
Divisão de Assistência na Doença
GNR

Todos os campos deste boletim são de preenchimento obrigatório

1. BENEFICIÁRIO TITULAR DO SAD/GNR

1.1 N.º |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| 1.2 Unidade/Estabelecimento/Órgão Adstrito _____

1.3 Nome _____Telefone:_____

1.4 Email _____

2. BENEFICIÁRIO ASSOCIADO

2.1 Nome _____Telefone:_____

2.2 Morada _____

2.3 Localidade _____ 2.4 Código Postal |_|_|_|_| - |_|_|_|

2.5 Estado Civil Casado(a) ☐ Viúvo(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Solteiro(a) ☐ Separado(a) Judicialmente ☐

2.5.1 O Beneficiário Associado vive em união de facto: Sim ☐ Não ☐

2.6 N.º B.I./C.C. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| 2.7 Data de Nascimento ____ / ____ / ____ 2.8 NIF |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

2.9 N.º Utente do SNS |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

2.10 NIF Entidade Patronal|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (Caso aplicável a Trabalhadores por conta de outrem)

2.11 Número de Beneficiário da Segurança Social |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

3. OUTROS ELEMENTOS

3.1 É Beneficiário Titular ou familiar do SAD/GNR ou de outro Subsistema Público de Assistência na Doença? Sim ☐ Não ☐

3.2 Renunciou à qualidade de Beneficiário Titular de outro Subsistema Público de Assistência na Doença? Sim ☐ Não ☐

3.3 Possui vinculo de emprego público? Sim ☐ Não ☐ 3.4 Possui contrato individual de trabalho (CIT)? Sim ☐ Não ☐

3.5 Exerce uma atividade remunerada ou tributável? Sim ☐ Não ☐

3.6 Encontra-se abrangido(a) por Regime de Proteção Social? Sim ☐ Não ☐

Em caso afirmativo, qual? _____

3.7 Cônjuge sobrevivo ou unido de facto sobrevivo recebe pensão de viuvez? Sim ☐ Não ☐

3.8 Cônjuge sobrevivo ou unido de facto sobrevivo recebe pensão de sobrevivência? Sim ☐ Não ☐

Em caso afirmativo do ponto 3.7 ou 3.8, indique também: N.º de pensionista da CGA |_|_|_|_|_|_|_|_|_|-|_|_| ou,
N.º de Identificação de pensionista do Centro Nacional de Pensões/SS |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

4. A PREENCHER PELO COMANDO / UNIDADE / ÓRGÃO / ESTABELECIMENTO DE ENSINO

O Responsável pela Receção do Documento

_____, ____ de _____ de _____
(Data da Receção do Documento no Serviço)

_____
(nome e número)

_____
(Posto/Categoria)

5. ASSINATURAS

Assinatura do Beneficiário Titular	**Assinatura do Beneficiário Associado**
_____	_____
Data:_____/_____/_____	Data:_____/_____/_____
Autorizo a execução da contribuição legal do desconto no âmbito do SAD/GNR, no meu vencimento ou pensão de reforma. Li e tomei conhecimento da informação constante no verso deste boletim.	**Autorizo a execução da contribuição legal do desconto no âmbito do SAD/GNR, na minha pensão de viuvez ou de sobrevivência, caso aplicável. Li e tomei conhecimento da informação constante no verso deste boletim.**

DECRETO-LEI N.º158/2005, DE 20 DE SETEMBRO

CATEGORIAS DE BENEFICIÁRIOS FAMILIARES

Artigo 2.º

Beneficiários

Têm direito à assistência na doença prevista neste diploma as seguintes categorias de beneficiários:

a) Beneficiários titulares;

b) Beneficiários familiares ou equiparados;

c) Beneficiários extraordinários;

d) Beneficiários associados.

Artigo 5.º

Beneficiários familiares ou equiparados

1— Sem prejuízo do disposto nos números seguintes, a elegibilidade para a inscrição como beneficiário familiar ou equiparado depende da verificação das condições previstas no regime da ADSE para a inscrição como beneficiário familiar ou equiparado, com as necessárias adaptações. *(redacção do Decreto-Lei n.º 81/2015, de 15 de maio)*

2— *(revogado pelo Decreto-Lei n.º81/2015, de 15 de maio)*

3— Não são inscritos como beneficiários os familiares ou equiparados das pessoas referidas na alínea c) do artigo 3.º.

4— Não tem direito à condição de beneficiário familiar ou equiparado a pessoa que seja beneficiário titular de outro regime de protecção social.

5— Os beneficiários familiares ou equiparados não podem simultaneamente estar inscritos em mais do que um subsistema de saúde.

Artigo 5.º -B

Beneficiários associados *(aditado pelo Decreto-Lei n.º 81/2015, de 15 de maio)*

1 — Podem inscrever -se como beneficiários associados os cônjuges não separados de pessoas e bens, os cônjuges sobrevivos, os unidos de facto e os unidos de facto sobrevivos, dos beneficiários titulares dos SAD, que não possuam vínculo de emprego público e que não se encontrem numa das seguintes situações:

a) Sejam beneficiários titulares ou familiares deste ou de outro subsistema público de assistência na doença;

b) Tenham anteriormente renunciado à qualidade de beneficiário titular de outro subsistema público de assistência na doença.

2 — A faculdade prevista no número anterior deve ser exercida no prazo de três meses a contar da data da verificação dos factos que a constituem.

3 — O regime aplicável aos beneficiários associados dos SAD é definido por portaria dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da Administração Pública e da administração interna.

DOS DEVERES E RESPONSABILIDADES DOS BENEFICIÁRIOS

Artigo 24.º

[…]

4 — Os beneficiários associados, previstos no artigo 5.º -B, ficam obrigados ao pagamento de uma contribuição de 3,5%, a descontar mensalmente no vencimento, na pensão de aposentação ou na pensão de reforma do beneficiário titular, sem prejuízo do disposto nos números seguintes.

5 — O beneficiário associado em situação de viuvez, ou considerado membro sobrevivo da união de facto, fica obrigado ao pagamento de uma contribuição de 3,5 %, a descontar mensalmente na sua pensão de viuvez ou de sobrevivência, consoante o caso.

6 — A contribuição a que se referem os n.ºs 4 e 5 incide sobre:

a) 79 % da remuneração base do beneficiário titular, excluído o suplemento por serviço nas forças de segurança;

b) 79 % de 80 % da pensão de aposentação ou de reforma do respetivo beneficiário titular, ou da pensão de viuvez ou de sobrevivência auferida pelo beneficiário associado.

Artigo 25.º

Deveres do beneficiário titular

1— Os beneficiários titulares ficam obrigados à apresentação de quaisquer meios de prova solicitados pelos respectivos SAD para efeitos de apuramento das condições de acesso à condição de beneficiário familiar ou equiparado.

2— Sempre que no agregado familiar ocorram alterações que possam modificar ou extinguir os pressupostos da concessão do direito à assistência na doença, devem os beneficiários titulares comunicá-las aos respectivos SAD no prazo máximo de 30 dias, após a sua verificação.

3— Os beneficiários não devem retirar quaisquer benefícios ilegítimos, para si ou para terceiros, usando o cartão de beneficiário por qualquer forma que viole o disposto neste diploma ou regulamentação conexa.

4— Os beneficiários devem enviar aos respectivos SAD os documentos de despesa resultantes da assistência na doença em regime de livre escolha, no prazo de 180 dias a contar da data do facto que os originaram, sob pena de caducidade do direito ao reembolso da respectiva despesa.

Artigo 26.º

Despesas da responsabilidade de terceiros

1— Os beneficiários devem comunicar de imediato aos respectivos SAD, todos os factos geradores de responsabilidade civil de terceiros de que resultem despesas de saúde.

2— Considera-se cumprido o dever referido no número anterior, relativamente ao pessoal no activo, nos casos de factos ocorridos em serviço que sejam do conhecimento das respectivas forças.

3— Quando do incumprimento do dever referido no n.º 1 resulte o pagamento indevido pelos SAD, deve o beneficiário reembolsar o serviço de todos os montantes já dispendidos, sem prejuízo do direito de regresso em relação ao responsável.

4— Quando do incumprimento do dever de comunicação previsto no n.º 1 resulte a impossibilidade de exercício do direito de regresso contra o responsável, cessa o direito ao pagamento provisório previsto no n.º 3 do artigo 13.º, devendo o beneficiário reembolsar o serviço de todos os montantes já despendidos. *(rectificado pela Declaração de Retificação n.º80/2005, de 7 de novembro)*

DECLARAÇÃO

Declaro sob compromisso de honra, que as informações constantes na frente e verso deste Boletim de Inscrição corresponde à verdade, comprometendo-me a dar conhecimento ao SAD/GNR de qualquer alteração, caso venha a surgir em relação ao meu familiar, durante o período de vigência do cartão de beneficiário associado emitido.

Tomei conhecimento do teor do Art.º 5-B do Decreto-Lei n.º 158/2005, de 20 de setembro, aditado pelo Decreto-Lei n.º 81/2015, de 15 maio e, declaro sob compromisso de honra que o beneficiário associado não possui vínculo de emprego público, não é beneficiário, titular ou familiar, deste subsistema ou de outro subsistema público de assistência na doença, nem renunciou à qualidade de beneficiário titular de outro subsistema público de assistência na doença.

Ao assinar o presente boletim, declaro para os efeitos previstos no artigo 13.º do Regulamento Geral de Proteção de Dados (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho de 27 de abril (RGPD) prestar, por este meio, o meu consentimento expresso para o tratamento dos meus dados pessoais aqui contidos, com a estrita finalidade de inscrição/renovação do direito ao SAD/GNR e para efeitos de comparticipação de despesas no âmbito da assistência na doença, durante o período de tempo em que mantiver a condição de beneficiário do SAD/GNR. O presente consentimento pode, a qualquer momento, ser retirado por parte do titular dos dados, conforme previsto no n.º 3 do artigo 7.º do referido RGPD.