

PLANO I

Proposta de Inscrição



MONAF

APOSENTADORIA POR TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO E POR INVALIDEZ COM SUBSÍDIO POR MORTE

Nome _____ Assoc. nº _____

Morada _____

Cód. Postal _____ / _____ / _____ Data de Nascimento _____ / _____ / _____

Idade de Aposentadoria: _____ anos (entre 60 e 70 anos de idade)

Renda Mensal de Aposentadoria por Tempo de Contribuição (ATC): € _____ , _____ (limites: €25 e €1.000)	Reservado aos Serviços	
	Renda Mensal de Aposentadoria por Invalidez (70% ATC)	Prazo de Contribuição _____ anos (mínimo 10 anos)
Subsídio por Morte € _____ , _____ (limite superior: 25 x ATC)		% de Admin. e Cobrança ^(*) € _____ , _____
A soma de todas as Rendas contratadas nas modalidades do Plano I não podem exceder €1.000/mensais (Art. 7º, nº 5. a)		Quota Pura de Subsídio € _____ , _____
		% de Admin. e Cobrança ^(*) € _____ , _____
		Quota Mensal Total € _____ , _____

Beneficiário/s do Subsídio acima referido de acordo com o artº 9º do Regulamento do Plano
(Nomes e percentagem que cabe a cada um, de livre escolha do Associado)
Esta declaração poderá constar de documento cerrado (artº 10.º, nº 2, do Regulamento do Plano)

Nome	Percentagem (%)

Pretendo ser admitido como participante deste Plano, de acordo com o respectivo Regulamento registado na D.G.S.S., que declara conhecer.

Declaro que tem conhecimento que os dados pessoais constantes desta proposta vão receber tratamento automatizado, para o qual presta, desde já, o seu consentimento.

(Local e data) _____ , _____ de _____ de _____

Assinatura _____

^(*) Art. 7º, nº 2, do Regulamento Interno.

Questionário Médico de preenchimento obrigatório (informação confidencial)

		SIM / NÃO	
1.A Idade actual			
1.B Peso			
1.C Altura			
1.D Tensão arterial			
1.E Frequência cardíaca			
2.A Quantos cigarros fuma por dia?			
2.B Há quantos anos fuma?			
3. Faz uso de bebidas alcoólicas? Quais? Quantidade?			
4. Toma algum medicamento regularmente? Qual? Porquê?			
5. Foi-lhe aconselhada alguma dieta? Porquê?			
6. Tem algum defeito físico?			
7. Teve ou tem seguros de vida?			
8. Alguma das propostas foi adiada, agravada, recusada?			
9. Goza de boa saúde?			

10. Doenças, distúrbios ou problemas de saúde. Sofre ou sofreu:

	Se SIM, qual?	Nenhuma (x)
10.A Tuberculose, pneumonia ou pleurisia?		
10.B Bronquite crónica, asma? Rouquidão crónica?		
10.C Diabetes Mellitus?		
10.D Pressão arterial alta, dor precordial, doenças das artérias ou veias?		
10.E Doenças do coração, angina de peito, enfarte do miocárdio?		
10.F Doenças dos olhos ou ouvidos?		
10.G Doenças do fígado ou da vesícula?		
10.H Doenças do rim ou da bexiga? Albuminúria?		
10.I Doenças do aparelho genital?		
10.J Febre reumática, ureia, gota, artrite reumatóide, artroses, doenças dos ossos e da coluna?		
10.K Tumor, bócio, doenças do sangue?		
10.L Doenças da pele, alergia, sífilis?		
10.M Doenças tropicais, paludismo, disenteria?		
10.N Epilepsia, doença nervosa ou mental?		
10.O Outra doença não especificada atrás?		

Em caso de "sim" descreva a doença com pormenor. Descrição, datas, duração, tratamentos, exames, nome e morada do médico.

11. Efectua regularmente ECG, análises, Rx de tórax?

Se **sim**, há mais de um ano? _____ ou menos de 1 ano? _____
Resultados: Normal _____ com alterações _____

12. Operações e Internamentos hospitalares?

Se **sim**, quais e em que datas?

13. História familiar

	Vivos		Falecidos	
	Saúde	Idade	Causa de morte	Idade
Pai				
Mãe				
Cônjuge				
Filho(s) n.º _____				
Irmão(s) n.º _____				

13.B Observações:

Podem ser anexadas folhas para descrição dos aspectos necessários e resposta ao questionário

Declaro sob compromisso de honra que as minhas respostas foram dadas de uma forma exacta, nada tendo omitido que se refira ao meu estado de saúde e antecedentes e que autorizo o meu médico a prestar todas as informações ou elementos que se tornem necessários.

Assinatura: _____

Reservado aos Serviços		Parecer do Director Clínico
Está em condições de ser deferido	Deferido pela Direcção	
Data ____/____/____	Data ____/____/____	Data ____/____/____