

## PLANO III

# Proposta de Inscrição



MONAF

### PENSÃO AOS FILHOS DE ASSOCIADO FALECIDO

Nome \_\_\_\_\_ Assoc. nº \_\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_

Cód. Postal \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Data de Nascimento \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Telemóvel \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_ Contacto de emergência \_\_\_\_\_

Reservado aos Serviços	
<b>Pensão Mensal para os Filhos</b> € _____ , _____	<b>Prazo de Contribuição</b> _____ anos
40% da Renda mensal de Aposentadoria do Plano I (Artº 9º, nº 1)	<b>Quota Pura da Pensão</b> € _____ , _____
	<b>% de Admin. e Cobrança (*)</b> € _____ , _____
	<b>Quota Mensal Total</b> € _____ , _____

Filhos do Associado com idade até 24 anos (Artº 6º, nº 2):			
Nome	Data Nascimento	N.º Cartão Cidadão	NIF

O Associado ou algum membro próximo da Família ou qualquer pessoa reconhecida como estreitamente associada desempenha ou desempenhou nos últimos doze meses, em qualquer país ou jurisdição, funções públicas de nível superior (PEP<sup>(b)</sup>):

Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

**Se Sim:** Funções/cargo exercido ou em exercício: \_\_\_\_\_

Identificação da pessoa da Relação Familiar ou de pessoa estreitamente associada: \_\_\_\_\_

NIF: \_\_\_\_\_

Declaro ter conhecimento dos Estatutos, Regulamentos Internos e Política de Privacidade e Tratamento e Proteção de Dados do MONAF, ASM, disponíveis em [www.monaf.pt](http://www.monaf.pt) e compreendo e aceito o Regulamento do Plano de Benefício, Plano III – *Pensão aos Filhos de Associado Falecido*, assim como sei e autorizo que os dados recolhidos tenham tratamento automatizado e que os dados são utilizados, exclusivamente, para as finalidades para as quais foram legitimamente recolhidos.

(Local e data) \_\_\_\_\_

Assinatura (conforme BI/CC) \_\_\_\_\_

(a) Art. 3.º do Regulamento Administrativo.

(b) De acordo com a definição no artigo 2.º, n.º 1, da Lei n.º 83/2017, de 18 de agosto.

É obrigatório o preenchimento do questionário médico nos termos do Plano.

## **SOBRE O MONAF - MONTEPIO NACIONAL DA FARMÁCIA, A.S.M.**

É uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), sendo uma associação mutualista sujeita ao CAM - Código das Associações Mutualistas aprovado pelo Decreto Lei nº 59/2018 de 2 de Agosto tutelado pelo Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, DGSS, e a ASF - Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões, será num prazo de 12 anos contados de 1 de Setembro de 2018 o seu regulador com todos os poderes de supervisão inerentes e que estiverem definidos por Lei, nessa data.

O MONAF e as suas modalidades mutualistas não são supervisionadas pelo Banco de Portugal ou pela CMVM - Comissão de Mercado de Valores Mobiliários. As suas modalidades de benefícios de segurança social não devem ser confundidas com depósitos bancários, seguros, planos de poupança reforma (PPR), fundos de investimento ou instrumentos financeiros e como tal não estão abrangidas pelo Fundo de Garantia de Depósitos, pelo Sistema de Indemnização aos Investidores ou outro público ou estatal.

As responsabilidades pelos pagamentos dos benefícios previstos pelas suas modalidades mutualistas – os Planos de Benefícios – encontram-se exclusivamente garantidos pelo respetivo património. Podem ocorrer perda nos benefícios decorrente de alteração aos Regulamentos das modalidades, sujeitas sempre à necessária aprovação pela Assembleia Geral, por aplicação do artigo 30º do CAM (*Garantia de equilíbrio financeiro*) para o restabelecimento do necessário equilíbrio técnico-financeiro caso, pela análise dos balanços (técnicos) e de restantes elementos de gestão, se verifique a impossibilidade da concessão, atual ou futura, daqueles benefícios.

Relativamente ao regime jurídico dos benefícios e prestações pecuniárias devidas pelo MONAF aos respetivos associados e beneficiários importa ter presente, nos termos do artigo 46º do CAM, que as mesmas não podem ser cedidas a terceiros nem penhoradas por quem quer que seja (aqui se incluindo o Estado e suas instituições ou serviços).

**Nota:** Nos termos das obrigações legais da Lei da Prevenção do Branqueamento de Capitais e Financiamento do Terrorismo, poderá ser necessário o preenchimento do documento KYA, *“Know your Associate”*, e recolher dados relativos a património ou rendimentos.

<b>RESERVADO AOS SERVIÇOS</b>	
Categoria de Risco do Associado: Baixo _____ Médio _____ Alto _____ Não admissível _____ Data: _____	
Observações:	
Validação: Data:	

# QUESTIONÁRIO MÉDICO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

(informação confidencial)



MONAF

**Por favor preencha TODOS OS CAMPOS abaixo.**

Associado nº: \_\_\_\_\_

Tipo de Plano: \_\_\_\_\_ Plano nº: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Os dados de saúde e hábitos de vida recolhidos são os estritamente necessários à inscrição neste Plano de Benefícios e de acordo com o Artº 10º dos Estatutos.

<p><b>1. A</b> Idade atual</p> <p><b>1. B</b> Peso</p> <p><b>1. C</b> Altura</p> <p><b>1. D</b> Tensão arterial</p> <p><b>1. E</b> Frequência cardíaca</p> <p><b>2. A</b> Quantos cigarros fuma por dia?</p> <p><b>2. B</b> Há quantos anos fuma?</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> </table>								<p><b>3.</b> Faz uso de bebidas alcoólicas? Quais? Quantidade? <span style="float: right;">SIM / NÃO</span></p> <p><b>4.</b> Quais os medicamentos que está a tomar?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div> <p><b>5.</b> Foi-lhe aconselhada alguma dieta? Porquê?</p> <p><b>6.</b> Tem algum defeito físico?</p> <p><b>7.</b> Teve ou tem seguros de vida?</p> <p><b>8.</b> Alguma das propostas foi adiada, agravada, recusada?</p> <p><b>9.</b> Goza de boa saúde?</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> </table>							

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

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

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 da morte	Idade
Pai				
Mãe				
Cônjuge				
Filho(s) nº _____				
Irmão(s) nº _____				

**14. Observações:**

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

**Declaro sob compromisso de honra que as minhas respostas foram dadas de uma forma exata, 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 (s): \_\_\_\_\_

Reservado aos Serviços		Parecer do Director Clínico
Está em condições de ser deferido	Deferido pelo Conselho de Administração	
Data ____/____/____	Data ____/____/____	Data ____/____/____