



FICHA DE ADESÃO AO SERVIÇO DE TELEASSISTÊNCIA P/MEMBROS CVP

Processo nº _____
(a preencher pelos Serviços Centrais)

☐ Novo ☐ Alteração

Estrutura Local CVP: _____

Data início: _____

1. IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO TITULAR

NOME COMPLETO: _____

MORADA: _____

LOCALIDADE: _____ C. POSTAL: _____

BI/CC: _____ N.º CONTRIBUINTE: _____ D. NASC.: _____

SEXO: F ☐ M ☐ TELEFONE: _____ TELEMÓVEL: _____

EMAIL: _____

2. SERVIÇOS QUE PRETENDE (preços apresentados incluem IVA à taxa legal em vigor)

2.1. OPÇÃO DE ALUGUER DO EQUIPAMENTO

MENSALIDADE

- ☐ Teleassistência Fixa^① 15,00€
☐ Teleassistência Móvel 22,00€
☐ Telessegurança 15,00€

PACOTE TELEASSISTÊNCIA FIXA + TELEASSISTÊNCIA MÓVEL

- ☐ Teleassistência Fixa^① + Teleassistência Móvel 33,00€

^① Este serviço tem um custo de instalação de 70,00€

2.2. OPÇÃO DE COMPRA DO EQUIPAMENTO

PREÇO DO EQUIPAMENTO

MENSALIDADE

- ☐ Teleassistência Fixa 240,00€ 11,00€
☐ Teleassistência Móvel 250,00€ 18,00€
☐ Telessegurança 250,00€ 8,00€

2.3. OPÇÃO SEM EQUIPAMENTO

MENSALIDADE

- ☐ Teleurgência 3,50€

OPCIONAL “SERVIÇOS DE SAÚDE” (VÁLIDO PARA AS OPÇÕES DE ALUGUER E COMPRA DE EQUIPAMENTO)

MENSALIDADE

- ☐ Serviços de Saúde Opção 1 (sem co-pagamento das consultas domiciliárias) 5,00€
☐ Serviços de Saúde Opção 2 (com co-pagamento das consultas domiciliárias) 3,00€

Se escolher alguma destas opções preencha o Anexo “Informação Adicional - Opcional Serviços de Saúde”

Enviar esta Ficha de Adesão devidamente preenchida e assinada + cópias do B.I./C.C., IBAN (Número de Identificação Bancária), Cartão de Contribuinte e Cartão de Membro CVP para a morada: • Serviço de Teleassistência • Cruz Vermelha Portuguesa • Jardim 9 de Abril, 1 a 5 • 1249-083 Lisboa

ADD:

Ao subscrever esta autorização, está a autorizar o CREDOR a enviar instruções ao seu banco para debitar a sua conta e o seu banco a debitar a sua conta, de acordo com as instruções do CREDOR. Os seus direitos incluem a possibilidade de exigir do seu Banco o reembolso do montante debitado, nos termos e condições acordados com o seu banco. O reembolso deve ser solicitado até um prazo de oito semanas, a contar da data do débito na sua conta.

IDENTIFICAÇÃO DO DEVEDOR

NOME:

MORADA:

LOCALIDADE: C. POSTAL

[illegible]PAGAMENTO: RECORRENTE: ☒ PONTUAL: ☐

Local e Data: / / Ass. Titular da Conta:

IDENTIFICAÇÃO DO CREDOR: NOME: CRUZ VERMELHA PORTUGUESA / MORADA: JARDIM 9 DE ABRIL 1-5. 1249-083 LISBOA / Nº IDENTIFICAÇÃO DO CREDOR: PT 57 ZZZ 101143

Mensual ☐ Trimestral ☐ Semestral ☐ Anual ☐

5. IDENTIFICAÇÃO DO PROPONENTE (para preencher apenas se for diferente do Beneficiário Titular; pessoa que se responsabiliza pelo pagamento do serviço)

NOME COMPLETO: _____

MORADA:

LOCALIDADE: _____ C. POSTAL: - BI/CC: N.º CONTRIBUINTE: D. NASC.: - - [illegible]

EMAIL:

Autorizo a CVP, ou entidade delegada, a proceder ao tratamento informático dos dados fornecidos e ao seu tratamento estatístico, tendo o direito a pedir à CVP a sua consulta e actualização. Autorizo também o fornecimento dos dados necessários a outras entidades, prestadoras de serviços no âmbito da Teleassistência.

Ao aderir à Teleassistência, tomei conhecimento da gravação de chamadas telefônicas e tendo aderido ao equipamento móvel, com tecnologia GPS, autorizo a minha localização. Tomei conhecimento de que ao aderir à Teleassistência, me será disponibilizado um equipamento em regime de aluguer, incluído no preço do serviço, ou em regime de aquisição, com um contrato por um período mínimo de 12 meses, automaticamente renovado por igual período, se não for denunciado por carta registada, até 30 dias antes do seu termo.

As instalações do Equipamento Fixo serão efectuadas num período máximo de 15 dias úteis após processo de adesão concluído entre a CVP e o utente, e as deslocações para apoios técnicos serão realizadas num período até 6 dias úteis, a partir da data de detecção e conhecimento por parte da CVP.

Declaro que sou responsável pelo equipamento, bem como pela sua correcta utilização e que, em caso de avaria, por razão a mim imputável, sou responsável pelo pagamento dos custos inerentes à reparação do mesmo. Tomei conhecimento de que em caso de cancelamento do serviço (em regime de aluguer) me obrigo a proceder à devolução do equipamento, no prazo de 30 dias, por correio registado e devidamente acondicionado para a Sede da CVP em Lisboa, sob pena de ter de indemnizar a CVP pelo valor de mercado da substituição do equipamento, e se necessário me obrigo a facilitar a desmontagem do equipamento fixo, suportando o custo deste serviço.

Tendo aderido à Teleassistência Fixa, tomei conhecimento e aceito que o custo das chamadas telefónicas é da minha responsabilidade, constando da minha factura telefónica mensal, nomeadamente as chamadas que efectuar para o Serviço de Teleassistência e as chamadas automáticas, semanais, de controlo do bom funcionamento do equipamento, direccionadas para um número 808 xxx xxx e ao custo de uma chamada local.

Tomei conhecimento que a mensalidade do serviço de Teleassistência constante deste contrato será cobrada através do Sistema Débitos Directos, na conta autorizada para débito, entre os dias 10 e 15 do mês de vencimento, de acordo com a periodicidade de pagamento que foi escolhida. Se por qualquer motivo, não for possível efectuar a cobrança nas datas indicadas anteriormente, será efectuada uma nova cobrança entre os dias 20 e 25 do mês de vencimento, de acordo com a periodicidade de pagamentos escolhida.

Tomei conhecimento e aceito as condições detalhadas do Serviço de Teleassistência que se encontram definidas no Guia do Beneficiário do respectivo serviço.

☐ Autorizo ☐ Não autorizo: que os dados pessoais constantes deste formulário sejam tratados para efeitos de Marketing.

____/____/____
(Data)

(Ass. Beneficiário Titular)

(Ass. Proponente)

Origem:

(a preencher pelos Servicos Centrais)

NOME COMPLETO: _____

MORADA:

LOCALIDADE: _____ C. POSTAL: -

[illegible][illegible]

EMAIL:

FAX: [][][][][][][][]

PROFISSÃO:

IDENTIFICAÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR DO SUBSCRITOR/BENEFICIÁRIO:

| Nome: | Parentesco: | B.I./C.C. |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

- Aconselhamento médico telefónico e assistência médica de urgência ao domicílio, disponível 24h/365 dias, que inclui uma chamada de “conforto” após consulta para acompanhamento do utente.
 - **Opção 1:** a consulta no domicílio não é paga
 - **Opção 2:** a consulta no domicílio é paga no acto (10€ por cada consulta)
- Transporte de doentes em situações de emergência e/ou após alta hospitalar (comprovada por documento do Hospital), desde que por indicação do médico que vai ao domicílio.
- Enfermagem ao domicílio: o pagamento deverá ser feito no domicílio, conforme acto em causa, e de acordo com tabela de preços com desconto. Funciona por marcação telefónica.
- Entrega de medicamentos em casa, na sequência de uma prescrição realizada numa consulta médica domiciliária e mediante pagamento de 5€ adicionais ao custo dos medicamentos (pagos no acto).

Notas: Serviços disponíveis em território continental e nas Ilhas da Madeira, Faial, Santa Maria, São Miguel, Terceira e Horta.

A assistência médica em casa poderá ser prestada em morada diferente do domicílio do Titular, a pedido deste, mediante pagamento imediato de 50€.

O Subscritor/Beneficiário autoriza expressamente a CVP, ou entidade delegada, a proceder ao tratamento informático dos dados fornecidos e à respectiva utilização no âmbito da prestação dos serviços, bem como ao seu cruzamento para fins estatísticos. O Subscritor/Beneficiário tem direito a aceder aos seus elementos constantes na Base de Dados da CVP e a exigir a sua actualização ou rectificação.

Assinatura do Subscritor/Beneficiário _____ Data ____/____/____