FICHA DE ADESÃO AO SERVIÇO DE TELEASSISTÊNCIA

TELEASSISTÊNCIA
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

Processo nº _____ ☐ Novo ☐ Alteração
(a preencher pelos Serviços Centrais) Data início: _____

1. IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO TITULAR

NOME COMPLETO: _____

MORADA: _____

LOCALIDADE: _____ C. POSTAL: ☐☐☐☐-☐☐☐ _____

B.I.: ☐☐☐☐☐☐☐☐ 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

TELEASSISTÊNCIA FIXA ①	MENSALIDADE
☐ Apoio Básico	18,00€
☐ Apoio Avançado	21,00€

TELEASSISTÊNCIA MÓVEL	MENSALIDADE
☐ Apoio de Urgência	17,00€
☐ Apoio Avançado	24,00€

① Este serviço tem um custo de instalação de 56€ + IVA

2.2. OPÇÃO DE COMPRA DO EQUIPAMENTO

TELEASSISTÊNCIA FIXA	PREÇO DO EQUIPAMENTO	MENSALIDADE
☐ Apoio Básico	240,00€	12,00€
☐ Apoio Avançado	240,00€	15,00€

TELEASSISTÊNCIA MÓVEL	PREÇO DO EQUIPAMENTO	MENSALIDADE
☐ Apoio de Urgência	150,00€	12,00€
☐ Apoio Avançado	150,00€	20,00€

OPCIONAIS (VÁLIDO PARA AS OPÇÕES DE ALUGUER E COMPRA DE EQUIPAMENTO)	MENSALIDADE
☐ Serviços de Saúde	4,00€

Se escolher esta opção preencha o Anexo "Informação Adicional - Opcional *Serviços de Saúde*"

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

3. AUTORIZAÇÃO DE DÉBITO EM CONTA (ADC)

Nº ADC_____
(a preencher pela CVP. Comunicado na factura/recibo)

Nº Entidade Credora: 100397

TITULAR DA CONTA:_____ Banco:_____

MORADA:_____ Balcão:_____

LOCALIDADE:_____ C. POSTAL _____-_____ _____ Localidade:_____

Ao Banco _____, por débito na minha conta bancária a que corresponde o NIB ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ queiram proceder ao pagamento das importâncias que lhes forem apresentadas pela Cruz Vermelha Portuguesa, relativas aos serviços subscritos, ao valor da instalação, prestações mensais, aquisição de acessórios/equipamentos e assistências necessárias. Declaro que fui informado do dever de, após a sua abertura, conferir através de procedimento electrónico os elementos que compõem esta ADC.

Local e data:_____ ____/____/_____ Ass. Titular da Conta:_____

4. PERIODICIDADE DE PAGAMENTOS

Mensal ☐ Anual ☐

Se optar pelo pagamento anual do serviço de Teleassistência beneficia de um desconto de 7%.

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

NOME COMPLETO:_____

MORADA: _____

LOCALIDADE:_____ **C. POSTAL:** ☐☐☐☐-☐☐☐_____

B.I.: ☐☐☐☐☐☐☐☐ **N.º CONTRIBUINTE:** ☐☐☐☐☐☐☐☐☐ **D. NASC.:** ☐☐-☐☐-☐☐☐☐

SEXO: F ☐ **M** ☐ **TELEFONE:** ☐☐☐☐☐☐☐☐☐ **TELEMÓVEL:** ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

EMAIL: _____

6. DECLARAÇÃO, DATA E ASSINATURAS

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, através da Ordem dos Engenheiros Técnicos, tomei conhecimento da gravação de chamadas telefónicas 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.

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 são 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 e aceito as condições detalhadas do Serviço de Teleassistência e Cartão de Saúde da CVP que se encontram definidas nos Guias do Beneficiário dos respectivos serviços.

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

_____/_____/_____ _____ _____
(Data) (Ass. Beneficiário Titular) (Ass. Proponente)

TELEASSISTÊNCIA
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

INFORMAÇÃO ADICIONAL OPCIONAL – AGREGADO FAMILIAR

Processo nº_____ **Origem:**_____

(a preencher pelos Serviços Centrais)

1. IDENTIFICAÇÃO DO SUBSCRITOR/BENEFICIÁRIO:

NOME COMPLETO:_____

MORADA: _____

LOCALIDADE:_____ **C. POSTAL:** ☐☐☐☐-☐☐☐ _____

DATA NASC.: ☐☐-☐☐-☐☐☐☐ **B.I.:** ☐☐☐☐☐☐☐☐☐ **NºCONTRIBUINTE:** ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

SEXO: F ☐ **M** ☐ **TELEFONES** ☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

EMAIL: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

FAX: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

PROFISSÃO:_____

2. INFORMAÇÕES ADICIONAIS

IDENTIFICAÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR DO SUBSCRITOR/BENEFICIÁRIO:

NOME:	PARENTESCO:	B.I.

3. VANTAGENS

- Aconselhamento médico telefónico;
- Assistência médica ao domicílio;
- Transporte gratuito em situações de emergência e/ou após alta médica, desde que com prescrição médica, extensível ao agregado familiar, até 6 elementos;
- Enfermagem ao domicílio, previamente solicitada, com pagamento de taxas moderadoras de acordo com a tabela fornecida e com um desconto de 25% em cada tipo de serviço solicitado;
- Levantamento de medicamentos desde que prescritos pelo médico dos Serviços de Saúde da CVP que se desloca ao domicílio, em casos em que o utente não possa fazê-lo. O utente paga uma taxa moderadora de 5€ para além dos medicamentos. Os serviços de Enfermagem e Levantamento de Medicamentos são pagos no acto, pelo utente, ao colaborador que se encontra no domicílio.

4. ASSINATURAS

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 ☐☐-☐☐-☐☐☐☐