# FICHA DE ADESÃO AO SERVIÇO DE TELEASSISTÊNCIA

TELEASSISTÊNCIA
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

**Processo nº**_____
(a preencher pelos Serviços Centrais)

☐ **Novo** ☐ **Alteração**

**Data início:**_____

SIAP

## 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

| | MENSALIDADE |
|---|---|
| ☐ **Teleassistência Fixa**① | 15,00€ |
| ☐ **Teleassistência Móvel** | 22,00€ |
| ☐ **Telessegurança** | 15,00€ |

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

| OPCIONAIS | MENSALIDADE |
|---|---|
| ☐ **Serviços de Saúde** | 5,00€ |

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

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

Cruz Vermelha Portuguesa Mod. CV01i-040 / Rev. A

## 3. AUTORIZAÇÃO DE DÉBITO EM CONTA (ADC)

Nº Entidade Credora: 100397

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.

Tomei conhecimento que a 1ª quota do serviço será cobrada entre os dias 20 e 30 do mês seguinte ao da subscrição e as seguintes de acordo com a periodicidade de pagamento escolhida.

**IDENTIFICAÇÃO DO DEVEDOR**

NOME:_____

MORADA:_____

LOCALIDADE:_____ C. POSTAL _____ _____ _____

IBAN – ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Local e data:_____ ____/____/_____

Ass. Titular da Conta:_____

**IDENTIFICAÇÃO DO CREDOR:** NOME: CRUZ VERMELHA PORTUGUESA MORADA: JARDIM 9 DE ABRIL 1-5, 1249-083 LISBOA

## 4. PERIODICIDADE DE PAGAMENTOS

Mensal ☐ Trimestral ☐ Semestral ☐ Anual ☐

Se optar pelo pagamento trimestral, semestral ou anual beneficia de um desconto de 2%, 4,5% ou 7%, respectivamente.

## 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:** ☐☐☐☐–☐☐☐ _____

**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, 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.

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 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 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) |

# INFORMAÇÃO ADICIONAL OPCIONAL *SERVIÇOS DE SAÚDE* – AGREGADO FAMILIAR

TELEASSISTÊNCIA
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

**Processo nº**_____
(a preencher pelos Serviços Centrais)

**Origem:** SIAP

## 1. IDENTIFICAÇÃO DO SUBSCRITOR/BENEFICIÁRIO

**NOME COMPLETO:**_____

**MORADA:** _____

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

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

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

**EMAIL:** ☐☐☐☐☐☐☐☐☐