

A sua protecção e da sua família vem sempre em primeiro lugar. O BPI e a Cruz Vermelha Portuguesa colocam à sua disposição o Cartão de Saúde CVP que lhe garante uma assistência permanente em serviços de saúde e um Serviço de Teleassistência para dar apoio em situações de urgência ou solidão.



Cartão de Saúde CVP

O Cartão de Saúde CVP permite-lhe beneficiar de um conjunto de regalias, descontos e vantagens extensíveis ao agregado familiar:

- Aconselhamento médico telefónico e assistência médica de urgência domiciliária, disponível 24 horas por dia, gratuito e extensível ao agregado familiar;
- Serviço de enfermagem ao domicílio, com desconto de 25% sobre o preço de tabela;
- Entrega de medicamentos ao domicílio, após assistência médica com prescrição, mediante o pagamento de € 5 adicionais ao custo dos medicamentos;
- Acesso a benefícios no Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa:
 - Consulta de especialidade: € 25
 - Consulta de urgência: € 30
 - Preços de referência em intervenções cirúrgicas (até 40% abaixo do valor das tabelas privadas)
 - Desconto de 5% em meios auxiliares de diagnóstico e 10% em internamento
 - Para Titulares e respetivos Cônjuges maiores de 60 anos, acesso grátis a duas consultas de urgência por ano.
- Preços preferenciais na rede de serviços de saúde da CVP, extensíveis ao agregado familiar;
- Possibilidade de aderir ao Seguro de Hospitalização e/ou Doenças Graves.



Teleassistência CVP

Serviço telefónico de apoio, concebido para dar uma resposta personalizada e imediata em qualquer situação de urgência e de acompanhamento de pessoas em situação de dependência ou isolamento.

Este serviço é suportado por um equipamento, fixo ou móvel, com um botão de alerta que, quando accionado, estabelece uma comunicação telefónica imediata com a Cruz Vermelha Portuguesa. Se necessário, esta contacta os familiares do utilizador ou os meios públicos de socorro.



Teleassistência fixa - em casa

Instalado em casa, funciona através de um equipamento ligado à linha telefónica e de uma pulseira ou colar com um botão de emergência, à prova de água e queda, que o utilizador deve ter sempre consigo. O botão de emergência, ao ser pressionado de qualquer parte da sua residência, permite estabelecer contacto telefónico imediato com a CVP, em alta voz. A instalação deste equipamento é realizada por um técnico especializado.

Teleassistência móvel - em casa ou no exterior

Com o serviço de comunicação móvel, o utilizador dispõe de um equipamento semelhante a um telemóvel com tecnologia GPS e um botão de emergência que, ao ser pressionado, estabelece contacto telefónico imediato com a CVP. Adicionalmente, permite receber chamadas e enviar uma mensagem de alerta de *call me* para um de dois números de telemóvel definidos pelo utilizador.

Toda a informação nos Balcões BPI, www.bancobpi.pt ou www.cruzvermelha.pt e Linha CVP 21 720 77 64 ou 22 207 51 33 (atendimento personalizado, 24 horas por dia).

FICHA DE SUBSCRIÇÃO DOS SERVIÇOS CVP PARTICULARES

Origem _____

☐ Inscrição

☐ Alteração

Cartão de
Saúde CVP n.º _____

Identificação do Beneficiário Titular

Nome _____

Morada _____

Localidade _____

Código Postal _____ – _____ Designação Postal _____

N.º B.I./Cartão de Cidadão _____ N.º Contribuinte _____ Sexo ☐ M ☐ F

Data de Nascimento _____ – _____ – _____ Telefone _____ Telemóvel _____

E-mail _____

Serviços Cruz Vermelha Portuguesa

☐ **Cartão de Saúde CVP** Mensalidade
€ 8,5

☐ **Cartão de Saúde CVP + Teleassistência Fixa** ☐ **Aluguer - € 26**

☐ **Cartão de Saúde CVP + Teleassistência Móvel** ☐ **Compra - € 20**

☐ **Aluguer - € 26**

☐ **Compra - € 20**

Notas:

- No caso de optar por Cartão de Saúde CVP + Teleassistência com uma periodicidade de pagamento trimestral ou semestral beneficia de um desconto de 2% ou 4,5% respectivamente.

- No caso de optar por uma periodicidade de pagamento anual, beneficia da oferta de uma mensalidade.

Preço

■ **Compra do equipamento de Teleassistência Fixa: € 240**

■ **Custo de montagem do equipamento de Teleassistência Fixa: € 56 + IVA** (pode variar em função de eventuais especificações técnicas de montagem e poderão existir custos relacionados com deslocações para resolução de situações de manutenção, avarias ou desmontagem. Nestes casos os valores serão previamente acordados entre a CVP e o Cliente, para cobrança através da autorização de débito concedida à CVP).

■ **Compra do equipamento de Teleassistência Móvel: € 150**

■ **Comissão de substituição do cartão: € 5**

☐ Pretendo mais informações sobre o Seguro de Hospitalização e/ou Doenças Graves.

Pagamento

Periodicidade de pagamento ☐ Mensal ☐ Trimestral ☐ Semestral ☐ Anual

Preencher a Autorização de Débito Directo SEPA (página 2).

Cartão de Saúde CVP - Identificação do Agregado Familiar

Nome	B.I./Cartão de Cidadão	Data de Nascimento	Grau de Parentesco	Teleassistência	Garantia de Continuidade
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Assinatura

Autorizo a CVP ou entidade delegada a proceder ao tratamento informático dos dados fornecidos e ao seu cruzamento para fins estatísticos, tendo o direito de pedir a sua actualização ou rectificação, a realizar eventuais gravações de chamadas e a transmitir os dados fornecidos aos prestadores dos Serviços CVP, para efeitos de utilização e prestação desses serviços.

Tomei conhecimento que ao aderir à Teleassistência ser-me-á disponibilizado um equipamento em sistema 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 de Teleassistência, bem como pela sua correcta utilização e que, em caso de avaria, não imputável à CVP, sou responsável pelo pagamento dos custos inerentes à reparação ou substituição do referido equipamento. Declaro ainda que em caso de cancelamento do serviço de Teleassistência (em sistema de aluguer) sou obrigado 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 do equipamento e/ou acessórios. Ao aderir à Teleassistência móvel, autorizo a localização por GPS/LBS. Tendo aderido à Teleassistência fixa, obrigo-me ainda a facilitar a desmontagem do equipamento, suportando o custo deste serviço e aceito que o custo das chamadas telefónicas associadas ao serviço, realizadas através de um número 808 com preço de chamada local, seja da minha responsabilidade, constando da minha factura telefónica mensal, nomeadamente as chamadas realizadas automaticamente pelo equipamento com o accionamento do botão de alerta/alarme e as chamadas automáticas semanais realizadas pela CVP para controlo do bom funcionamento do equipamento.

Autorizo o débito dos valores dos Serviços da Cruz Vermelha Portuguesa no IBAN indicado neste contrato.

Assinatura do Beneficiário Titular _____

Data _____

Cruz Vermelha Portuguesa

Referência da autorização (ADD) – a completar pelo Credor
Mandate reference – to be completed by the creditor

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. Preencha por favor todos os campos assinalados com*. O preenchimento dos campos assinalados com** é da responsabilidade do credor. By signing this mandate form, you authorise the CREDITOR to send instructions to your bank to debit your account and your bank to debit your account in accordance with the instructions from CREDITOR. As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited. Please complete all the fields marked *. Fields marked with ** must be completed by the creditor.

Identificação do Devedor

*Nome do(s) devedor(es)/Name of the debtor(s)

Nome da Rua e número/Street name and number

Código Postal/Postal code

Cidade/City

País/Country

*Número de conta - IBAN/Account number - IBAN

*BIC SWIFT/SWIFT BIC

Identificação do Credor

Cruz Vermelha Portuguesa

**Nome do credor/Creditor name

PT77104954

**Identificação do Credor/Creditor identifier

Jardim 9 de Abril, 1 a 5

**Nome da Rua e número/Street name and number

1249 - 083

**Código Postal/Postal code

Lisboa

**Cidade/City

Portugal

**País/Country

****Tipos de pagamento**
Type of payment

Pagamento recorrente
Recurrent payment



ou
or

Pagamento pontual
One-off payment



Local onde está a assinar
Place of where one to sign

Localidade/Location

*Data/Date / /

Assinar aqui por favor
Please sign here

*Assinatura(s)/Signature(s)

Os seus direitos, referentes à autorização acima referida, são explicados em declaração que pode obter no seu Banco. Your rights regarding the above mandate are explained in a statement that you can obtain from your Bank.

Informação detalhada subjacente à relação entre o Credor e o Devedor – apenas para efeitos informativos
Details regarding the underlying relationship between the Creditor and the Debtor – for information purposes only.

Código de Identificação do Devedor/Debtor identification code

Escreva aqui o número de código, que deseje que o seu banco mencione.
Write any code number here which you wish to have quoted by your bank.

Pessoa em representação da qual o pagamento é efectuado/Person on whose behalf payment is made

Nome do Devedor a referir: se realizar um pagamento no âmbito de um acordo entre CREDOR e outra pessoa (p.e. quando está a liquidar uma factura de uma terceira entidade), escreva aqui por favor o nome da outra pessoa. Se está a pagar directamente por sua conta, não preencha este campo. Name of the Debtor Reference Party: If you are making a payment in respect of an arrangement between CREDITOR and another person (e.g. where you are paying the other person's bill) please write the other person's name here. If you are paying on your own behalf, leave blank.

Código de identificação do Devedor representado. Identification code of the Debtor Reference Party

Entidade em cujo nome o credor recebe o pagamento/Party on whose behalf the Creditor collects the payment

Nome do Credor a referir: o Credor deve fornecer esta informação, sempre que estiver a efectuar cobranças em representação de outra entidade. Name of the Creditor Reference Party: Creditor must complete this section if collecting payment on behalf of another party.

Código de identificação do Credor representado. Identification code of the Creditor Reference Party

Relativamente ao contrato/In respect of the contract

Número de identificação do contrato subjacente. Identification number of the underlying contract.

Descrição contrato. Description of contract.