



FICHA DE ADESÃO

MEMBROS CVP

| | | | |
|--|------------------------------------|--------------|--|
| Processo Nº. | <input type="text"/> | Origem | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Novo | <input type="checkbox"/> Alteração | Data início: | <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> |
| <i>(a preencher pelos Serviços Centrais)</i> | | | |

IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO TITULAR

| | | | |
|--------------------|--|------------------|---|
| Nome | <input type="text"/> | | |
| Morada | <input type="text"/> | | |
| Localidade | <input type="text"/> | Código Postal | <input type="text"/> - <input type="text"/> |
| Data de Nascimento | <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> | B.I./C.C. | <input type="text"/> |
| | | N.º Contribuinte | <input type="text"/> |
| Sexo | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Telefone | <input type="text"/> |
| | | Telemóvel | <input type="text"/> |
| E-mail | <input type="text"/> | | |

SERVIÇOS QUE PRETENDE (IVA INCLUÍDO À TAXA LEGAL EM VIGOR)

| MODALIDADES | MENSALIDADE |
|---|------------------|
| Aluguer do equipamento <input type="checkbox"/> Teleassistência Fixa ¹ <input type="checkbox"/> Teleassistência Móvel ¹ Este serviço tem um custo de instalação de 70,00€ | 15,00€ 22,00€ |
| Opcional <input type="checkbox"/> Serviços de Saúde Se escolher esta opção preencha o Anexo "Informação Adicional - Opcional Serviços de Saúde" | 5,00€ |

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

| | | | |
|--------------------|--|------------------|---|
| Nome | <input type="text"/> | | |
| Morada | <input type="text"/> | | |
| Localidade | <input type="text"/> | Código Postal | <input type="text"/> - <input type="text"/> |
| Data de Nascimento | <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> | B.I./C.C. | <input type="text"/> |
| | | N.º Contribuinte | <input type="text"/> |
| Sexo | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Telefone | <input type="text"/> |
| | | Telemóvel | <input type="text"/> |
| E-mail | <input type="text"/> | | |

PERIODICIDADE DE PAGAMENTOS

Mensal Trimestral Semestral Anual

Preencher a Autorização de Débito Directo SEPA (ver verso)

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



INFORMAÇÃO ADICIONAL

OPCIONAL SERVIÇOS DE SAÚDE - **AGREGADO FAMILIAR**

Processo Nº. _____ Origem _____

(a preencher pelos Serviços Centrais)

IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO TITULAR

Nome _____
Morada _____
Localidade _____ Código Postal _____ - _____
Data de Nascimento ____ - ____ - _____ B.I./C.C. _____ N.º Contribuinte _____
Sexo M F Telefone _____ Telemóvel _____
E-mail _____

INFORMAÇÕES ADICIONAIS (Identificação do Agregado Familiar do Subscritor/Beneficiário)

| | Nome | B.I./C.C. | Data de Nascimento | Grau de parentesco |
|---|-------|-----------|--------------------|--------------------|
| 1 | _____ | _____ | ____-____-____ | _____ |
| 2 | _____ | _____ | ____-____-____ | _____ |
| 3 | _____ | _____ | ____-____-____ | _____ |
| 4 | _____ | _____ | ____-____-____ | _____ |
| 5 | _____ | _____ | ____-____-____ | _____ |

VANTAGENS (extensíveis ao agregado familiar, até 5 elementos, desde que residentes na morada do Titular)

- 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.
- 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, S. Miguel e Terceira.

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

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 ____ - ____ - ____

TERMOS, CONDIÇÕES E POLÍTICA DE PROTECÇÃO DE DADOS PESSOAIS

1. Obrigações das entidades envolvidas no tratamento de dados

- 1.1. Cada uma das entidades envolvidas no tratamento dos seus dados é obrigada a cumprir a legislação aplicável em matéria de protecção de dados, em particular no que se refere à segurança e à confidencialidade do seu tratamento.
- 1.2. Os responsáveis do tratamento de Dados Pessoais, bem como as pessoas que no exercício das suas funções tenham conhecimento dos mesmos, ficam obrigados a sigilo profissional nos termos da lei.

2. Conservação de Dados Pessoais

- 2.1. Todos os Dados são conservados pela Cruz Vermelha Portuguesa enquanto se mantiverem em vigor as relações existentes entre esta Organização e os respectivos Titulares ou por se manter o fim pelo qual os mesmos foram recolhidos, de forma a permitir a identificação dos Titulares até que tenham cessado definitivamente essas relações. Todos os dados pessoais dos Titulares que não cumpram os requisitos de elegibilidade do projecto serão destruídos no termo do seu prazo.

3. Cedência de Dados Pessoais

- 3.1. Os dados poderão ser fornecidos às autoridades judiciais ou administrativas, desde que em cumprimento de obrigação legal a cargo da Cruz Vermelha Portuguesa.
- 3.2. O Titular dos dados autoriza a Cruz Vermelha Portuguesa a:
 - a) Fornecer os seus dados a organismos /entidades do projecto do qual ela faz parte, sem prejuízo da sua confidencialidade, assegurando uma utilização em função do objecto social dessas organizações/entidades e compatível com os fins de recolha;
 - b) Proceder à recolha de dados pessoais complementares para a confirmação ou para completar os elementos recolhidos, necessários à gestão de relação com o produto/serviço;
- 3.3. Os dados transmitidos à Cruz Vermelha Portuguesa, por estes, são incorporados e tratados num ficheiro da sua responsabilidade, tendo como único fim a gestão do produto, Teleassistência, por forma a cumprir as exigências legais aplicáveis.
- 3.4. O Titular autoriza o tratamento dos referidos dados e aceita o acesso aos mesmos, pelos Colaboradores da Cruz Vermelha Portuguesa que desenvolvam qualquer das actividades necessárias para a prestação e gestão do produto Teleassistência.
- 3.5. O Titular dos dados tem o direito de retirar o seu consentimento a qualquer momento, não comprometendo, nesse caso, a licitude do tratamento efectuado com base no consentimento previamente dado.

Os dados pessoais cujo tratamento se autoriza pela presente declaração não poderão servir para quaisquer fins de comercialização directa ou outros de natureza comercial, incluindo a definição de perfis ou para quaisquer outras decisões automatizadas e poderão ser objecto de portabilidade nos termos do art.º 20.º do RGPD.

4. Uso de “Dados Pessoais”

- 4.1. Na utilização deste projecto, o Titular deve tomar conhecimento das seguintes disposições, uma vez que é solicitado que forneça previamente à Cruz Vermelha Portuguesa, certos dados de carácter pessoal que adiante serão designados de “Dados Pessoais”.
- 4.2. A presente política de protecção de Dados Pessoais aplica-se a todas as informações pessoais recolhidas e armazenadas electronicamente pela Cruz Vermelha Portuguesa de forma confidencial, através de colaboradores ou representantes devidamente autorizados e identificados para o efeito.
- 4.3. Os dados prestados voluntariamente pelo Titular, utilizador deste produto, e cujo tratamento é inequivocamente autorizado por este, são tratados pela Cruz Vermelha Portuguesa de forma confidencial, através de colaboradores ou representantes devidamente autorizados e identificados para o efeito.

A Cruz Vermelha Portuguesa respeita o direito à vida privada dos Titulares e declara que cumpre todas as disposições legais aplicáveis à protecção e privacidade dos dados pessoais destes, designadamente as disposições constantes do Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho de 27/04/2016.

O não preenchimento dos campos do formulário implica a invalidação do registo obrigatório para a elegibilidade do serviço Teleassistência.

Os Titulares do serviço Teleassistência, através do preenchimento dos respectivos campos:

Declaro para os efeitos previstos no disposto do artº13º do Regulamento Geral de Protecção de Dados (EU/2016/679 do P.E. e do Conselho de 27 de Abril (RGPD) prestar, por este meio, o meu consentimento para o tratamento dos meus dados pessoais acima indicados, à Cruz Vermelha Portuguesa, Pessoa Colectiva nº 500745749, com sede em Jardim 9 de Abril, 1 a 5, 1249-083, Lisboa, os quais se destinam à gestão da relação da Cruz Vermelha Portuguesa com os Titulares do serviço de Teleassistência, designadamente para efeitos de processamento de qualquer ordem relativa ao produto e/ou serviços associados, eventuais reclamações ou pedidos de informação, bem como à determinação de um perfil de Titular do Serviço.

_____, _____ de _____ de 20____
(Localidade e Data)

(Assinatura igual ao BI/CC)