

Adira aos seguintes serviços
tomando-se também membro beneficiário

Serviços CVP nas áreas
da saúde e assistência familiar



A Telesistência é um serviço telefónico de apoio em casos de emergência ou solidão, pensado para melhorar a qualidade de vida, saúde e segurança dos seus utilizadores. Funciona 24 horas por dia, 365 dias por ano, em todo o território nacional.

Com o cartão CVP ajude a Cruz Vermelha Portuguesa e beneficie dos serviços **+Saúde** e **+Sénior** que lhe garantem melhores cuidados de saúde para si e para a sua família, qualquer que seja a sua idade.



Seguro de Acidentes Pessoais e Doenças Graves

A partir de 3€/mês e até aos 64 anos, pode aderir a uma de 3 opções de seguro que garantem capital por Morte/Invalidez Permanente e capital para despesas médicas, em caso de acidente, e acesso ao Hospital da CVP a preços convencionados.

Para além destas coberturas, e a partir de 10€/mês de acordo com idade, pode beneficiar ainda de capital em caso de doenças graves (37 doenças abrangidas).

Siglo de Acidentes Pessoais e Doenças Graves gerido por Popular Seguros - Companhia de Seguros, S.A. - Rua Ramalho Ortigão, nº 51, 1050-020 Lisboa, Portugal. Esta informação não é vinculativa e não constitui Condicionada Geral. Enquadrada disponível em

www.cruzvermelha.pt

**Para se tornar Voluntário
contacte a Delegação da sua residência.**



**MEMBROS
CONTRIBUINTES**

JRD 9 DE ABRIL 1
1249-970 LISBOA



INVÓLUCRO
MENSAGEM
AUTORIZAÇÃO
Nº 0004
DE00362009GRC



A preencher pela Delegação Local

Delegação _____

Inscrição Alteração

M.A. Contribuinte _____

Coletivo Singular

FICHA DE INSCRIÇÃO DE MEMBRO ASSOCIADO CONTRIBUINTE

1. Identificação (* campos de preenchimento obrigatório)

Nome* _____

Morada* _____

Localidade* _____ C. Postal* _____ - _____

Sexo * F M Data Nasc.* _____ - _____ - _____ Cartão Cidadão/BI* _____

Telefone _____ Telemóvel* _____ Fax _____

E-mail* _____ NIF* _____

Habilitações*

Ensino secundário Licenciatura Mestrado Doutoramento Outro Profissão _____

2. Periodicidade de pagamento

Inscreva o valor da Quota com que pretende contribuir na coluna da periodicidade da sua preferência. Caso não seja indicado qualquer valor, considera-se o valor da Quota Mínima Estatutária.

Periodicidade Pagamento	Mensal	Trimestral	Semestral	Anual
Quota	€ _____	€ _____	€ _____	€ _____

3. Forma de Pagamento (assinale com X a opção pretendida)

Na Delegação Transferência Bancária (contactar directamente a Delegação Local)

Débito direto* (preencher autorização abaixo)
* opção disponível só para pagamentos de quotas anuais

Envio de Cheque n.º _____

4. Assinatura

O Membro 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 da CVP, bem como ao seu cruzamento para fins estatísticos. O Membro tem direito a aceder aos seus elementos, constantes na Base de Dados da CVP, e a exigir a sua atualização ou retificação.

Assinatura do Membro _____ Data _____



Autorização Débito em Conta
Débitos Directos

Entidade _____

Número da Autorização _____

(dados a comunicar posteriormente)

O TALÃO EMITIDO PELO CAIXA AUTOMÁTICO FAZ PROVA DA ACTIVAÇÃO DA AUTORIZAÇÃO. CONSERVE-O.
NA REDE MULTIBANCO PODERÁ DEFINIR:
- A DATA DE EXPIRAÇÃO DA AUTORIZAÇÃO.
- MONTANTE MÁXIMO DE DÉBITO AUTORIZADO.

Zona livre para a Entidade

(a preencher caso entregue este documento no seu banco ou na Entidade)

Autorização Débito em Conta para Débitos Directos

Nome: _____

Por débito da minha conta abaixo indicada do banco _____ queiram proceder ao pagamento das importâncias que lhes forem apresentadas pela Cruz Vermelha Portuguesa. Declaro que fui informado do dever de, após a sua abertura, conferir através de procedimento electrónico os elementos que compõem esta ADC.

IBAN/ NIB: P T 5 0 _____ . _____ . _____ . _____

_____/____/____

Assinatura(s) conforme documento de identificação do titular da conta

Para mais informações contactar o Call Center da CVP
213 913 954 / www.cruzvermelha.pt