

Adira aos seguintes serviços tornando-se também membro beneficiário

Serviços CVP nas áreas da saúde e assistência familiar



A Teleassistência 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 **+Sênior** 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).

Seguro de Acidentes Pessoais e Doenças Graves gerido por Popular Seguros - Companhia de Seguros, S.A., Rua Ramalho Ortigão, nº61, 1009-020 Lisboa, Portugal. Esta informação não dispensa a leitura das Condições Gerais Especiais disponíveis em

[www.cruzvermelha.pt](http://www.cruzvermelha.pt)

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



NÃO CARECE DE SELO



INVÓLUCRO MENSAGEM

AUTORIZAÇÃO Nº 0004 DE00362009GRC



JRD 9 DE ABRIL 1  
1249-970 LISBOA

# CRUZ VERMELHA PORTUGUESA



## MEMBROS CONTRIBUTINTES

[www.cruzvermelha.pt](http://www.cruzvermelha.pt)



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](http://www.cruzvermelha.pt)