

Adesão ao Serviço Especial de Consultas e Enfermagem Domiciliárias

O(A) signatário(a) _____, beneficiário(a) do Plano de Saúde gerido pela ACS, com o número _____, solicita, para os devidos efeitos, a adesão ao Serviço Especial de Consultas e Enfermagem Domiciliárias de acordo com as seguintes condições:

Adesão

Se o pedido de adesão for recebido até dia 20 (inclusive), o serviço fica disponível a partir do último dia do próprio mês. Se o pedido for recebido depois do dia 20, o serviço fica disponível a partir do último dia do mês posterior ao da sua receção.

Pagamento

Os encargos da responsabilidade do beneficiário (quota mensal e serviços prestados) são registados em conta corrente e descontados mensalmente pela ACS, através do vencimento, da pensão ou de débito em conta, conforme o método de pagamento aplicável. Ficará, ainda, a cargo do beneficiário o pagamento direto ao prestador nas situações previstas.

Cancelamento

O cancelamento da adesão realiza-se mediante comunicação escrita (por carta ou email) e produz efeitos no final do mês seguinte.

Reinscrição

Não é permitida a reinscrição, exceto nos casos em que o cancelamento se deveu por motivo de alteração de morada e à data do cancelamento o serviço não estava disponível na morada de residência.

Declaro que tomei conhecimento das condições de prestação do referido serviço e dos respetivos encargos (quotas e serviços).

Data

____ / ____ / ____

O(A) Beneficiário(a) Titular (ou Responsável)

(assinatura)