

PLANO DE SAÚDE CORPORATIVO DO GRUPO PORTUGAL TELECOM (PT)

TIPO I

1. PRINCÍPIOS

O Plano de Saúde Corporativo do Grupo PT – Tipo I – não é cumulativo com qualquer outro aplicável nas empresas do Grupo PT e baseia-se nos seguintes princípios:

- complementaridade relativamente ao Serviço Nacional de Saúde (SNS) ou aos Serviços Regionais de Saúde (SRS);
- garantia de acesso dos beneficiários a uma rede de prestadores de cuidados de saúde privados, promovendo cuidados integrados, contínuos, efectivos e eficientes, visando a promoção da saúde, a prevenção e a protecção na doença;
- aumento da funcionalidade física do indivíduo, através do recurso à utilização de cuidados curativos.

2. DEFINIÇÕES

Para efeitos do presente Plano, entende-se por:

- a) “Acidente”: Acontecimento fortuito, súbito e anormal, provocado por causa exterior e alheia à vontade do beneficiário e que neste origine lesões corporais.
- b) “Co-pagamento / Franquia”: Montante, expresso em valor absoluto ou em percentagem, a cargo do beneficiário.
- c) “Doença”: Qualquer alteração involuntária do estado de saúde, com carácter negativo, diagnosticada por um médico e não causada por acidente.
- d) “Doença Preexistente”: Considera-se preexistente qualquer doença ou lesão de que o beneficiário deveria ter conhecimento, cujos sintomas eram evidentes, ou pela qual haja recebido aviso médico ou tratamento antes da data da inscrição no Plano de Saúde.
- e) “Período de Carência”: Período de tempo que difere a produção de efeitos dos benefícios do Plano de Saúde para data posterior à da inscrição/adesão ao mesmo.
- f) “Rede ACS”: Entidades disponibilizadas e divulgadas pela ACS a que os beneficiários poderão recorrer para efeitos do fornecimento de serviços abrangidos pelo Plano de Saúde.
- g) “Reembolso”: Prestação garantida pelo Plano de Saúde, a título de participação à posteriori, que consiste no reembolso parcial de despesas efectuadas pelo beneficiário fora da Rede ACS, efectuadas em consequência de evento coberto pelo Plano de Saúde.

3. BENEFICIÁRIOS

- 3.1. Podem ser beneficiários titulares do Regime Geral deste Plano os trabalhadores do Grupo PT, desde que se verifique, cumulativamente, o preenchimento das seguintes condições:
- a) os trabalhadores estejam vinculados por contrato de trabalho por tempo indeterminado a qualquer entidade empregadora, de natureza empresarial ou associativa, que tenha participação de qualquer entidade do Grupo PT;
 - b) que essa entidade empregadora faculte aos seus trabalhadores a adesão ao Plano de Saúde; e
 - c) que esses trabalhadores não se encontrem simultaneamente inscritos noutra Plano de Saúde no âmbito do Grupo PT.
- 3.2. Podem, ainda, ser beneficiários-titulares do Regime Geral os colaboradores do Grupo PT cuja inscrição seja expressamente autorizada pelo órgão de gestão da empresa ou entidade do Grupo PT a que prestem a respectiva colaboração profissional.
- 3.3. Podem, igualmente, aderir ao Regime Especial deste Plano, por solicitação expressa dos beneficiários-titulares, inscritos no Regime Geral, nos termos do nº 3.1. ou 3.2., os seguintes familiares:
- a) os filhos do beneficiário-titular com idade inferior a 25 anos, desde que, cumulativamente, confirmem ao seu ascendente, inscrito no Regime Geral, o direito ao subsídio familiar a crianças e jovens;
 - b) os cônjuges dos beneficiários-titulares até completarem 65 (sessenta e cinco) anos de idade, desde que, cumulativamente, não disponham de qualquer outro sistema ou regime específico de saúde diverso do SNS ou SRS e a respectiva entidade empregadora não disponibilize, directa ou indirectamente, qualquer outro sistema de saúde – de base ou complementar – a que tenha aderido ou possa vir a aderir.
- 3.4. Os familiares dos beneficiários-titulares só podem ser beneficiários do Plano de Saúde enquanto mantiverem as condições de inscrição estabelecidas em 3.3 e, concomitantemente, o beneficiário-titular se encontrar inscrito no Regime Geral, nos termos previstos em 3.1. e 3.2., e no pleno gozo dos benefícios previstos neste Plano.

4. INSCRIÇÕES E REINSCRIÇÕES

- 4.1. O direito aos benefícios deste Plano de Saúde só se adquire após a aceitação da respectiva inscrição, com apresentação de todos os documentos requeríveis para prova do direito.
- 4.2. O acesso ao presente Plano de Saúde fica sujeito a períodos de carência especificamente aplicáveis a cada um dos benefícios do mesmo, durante o qual são devidas as contribuições referidas em 5.2. e 5.3..

- 4.3. Os períodos de carência para os actos abrangidos por este Plano de Saúde são os referidos no quadro previsto em 7.7.
- 4.4. Ficam dispensados dos períodos de carência:
- a) os beneficiários-titulares que adiram ao presente Plano de Saúde até ao trigésimo dia posterior à data de início de produção de efeitos deste Plano, o mesmo acontecendo aos familiares que, simultaneamente, forem inscritos;
 - b) os beneficiários-titulares que adiram ao Plano de Saúde até ao trigésimo dia posterior à sua admissão nos quadros da entidade empregadora do Grupo PT, com excepção para as situações de partos e cesarianas, em que o respectivo período de carência é de aplicação obrigatória;
 - c) os familiares dos beneficiários-titulares que só venham a ser abrangidos pela previsão normativa constante em 3.3. após o prazo limite estipulado para a inscrição do beneficiário-titular e desde que a respectiva inscrição seja promovida no prazo de 30 (trinta) dias após a ocorrência do evento que possibilita a sua inscrição como beneficiário do Plano de Saúde, com excepção das situações de partos e cesarianas, em que o respectivo período de carência é de aplicação obrigatória.
- 4.5. Será emitido cartão personalizado para cada beneficiário, com data de validade variável, o qual tem que ser apresentado sempre que o beneficiário pretenda utilizar qualquer dos benefícios que lhe são conferidos por este Plano de Saúde, conjuntamente com a apresentação de um cartão de identificação com fotografia (salvo para menores de 12 anos).
- 4.6. O cartão de beneficiário será fornecido gratuitamente, excepto a emissão de segunda via, que fica condicionada à apresentação de pedido devidamente justificado e ao pagamento de uma taxa especial correspondente a 2% do Salário Mínimo Nacional.
- 4.7. A devolução dos cartões de beneficiário é obrigatória sempre que o beneficiário-titular ou alguns dos seus familiares deixem de estar abrangidos pelo presente Plano de Saúde ou não se encontrarem no pleno gozo dos benefícios previstos no mesmo.
- 4.8. É obrigatória a comunicação à ACS, no prazo máximo de 30 dias, de todas as alterações aos elementos do processo que conferiram direito à inscrição do beneficiário-titular e respectivos familiares, bem como de mudança de residência do beneficiário-titular.
- 4.9. Aos beneficiários que, depois da adesão ao Plano de Saúde Corporativo do Grupo PT – Tipo I – decidam desvincular-se deste não é permitida a reinscrição neste ou noutro Plano de Saúde que esteja em vigor no Grupo PT.
- 4.10. Aos beneficiários-titulares que se encontrem em situação de requisição ou de impedimento prolongado é permitido solicitarem a suspensão da adesão ao Plano e reactivarem essa inscrição, bem como a dos seus familiares, logo que voltem a exercer funções na Empresa.

5. CO-FINANCIAMENTO A CARGO DOS BENEFICIÁRIOS

- 5.1. Os beneficiários-titulares estão isentos de qualquer contribuição mensal de adesão ao Plano de Saúde, competindo-lhes, no entanto, proceder ao co-financiamento dos benefícios utilizados nos termos do presente Plano, o qual será feito nos termos do disposto em 8.
- 5.2. Para além do co-financiamento dos benefícios utilizados nos termos do presente Plano, serão pagas, pelos beneficiários-titulares, em relação aos familiares que inscrevam no Regime Especial, as seguintes contribuições anuais de adesão ao Plano relativamente ao ano 2020, que são devidas no momento do vencimento de cada período anual e deduzidas, pela entidade empregadora, em prestações mensais e iguais até ao final do ano a que respeitem, na remuneração do beneficiário-titular, sem prejuízo da eventual regularização quando cessar a respectiva relação de trabalho:
- a) € 326,01 por cada filho do beneficiário-titular, conforme estabelecido em 3.3, alínea a);
 - b) € 408,97 pelo cônjuge do beneficiário-titular, conforme estabelecido em 3.3, alínea b).
- 5.3. As contribuições anuais de saúde respeitantes à inscrição dos familiares dos beneficiários-titulares no Regime Especial, em data posterior a 1 de Janeiro de cada ano, serão calculadas aplicando aos valores referidos nas alíneas a) e b) do número anterior as seguintes percentagens:
- a) até 30 de Junho ----- 100%;
 - b) de 1 de Julho a 30 de Setembro ----- 70%;
 - c) de 1 de Outubro a 31 de Dezembro ----- 40%.
- 5.4. Para adesão dos familiares ao Regime Especial deverá o beneficiário-titular, no acto de inscrição, entregar à ACS todos os elementos que lhe sejam solicitados pela mesma.
- 5.5. Os valores das contribuições mensais serão actualizados anualmente, com efeitos a 1 de Janeiro, sendo o coeficiente de actualização calculado em função da variação registada no Índice Geral de Preços no Consumidor no ano civil anterior, sem prejuízo do disposto em 12.2.

6. BENEFÍCIOS

6.1. ÂMBITO E CONDICIONALISMOS

O presente Plano de Saúde, sem prejuízo do referido em 6.2. e da sua oportuna adequação à evolução da ciência médica, proporcionará, no âmbito da medicina convencional, e de acordo com os limites e condições expressos em 7.7, os apoios especificados em 6.3. e seguintes, os quais poderão ser sujeitos, pela ACS, a requisitos de autorização prévia e/ou a limites de periodicidade ou de frequência, nos termos definidos pela mesma.

6.2. ACTOS EXCLUÍDOS DO ÂMBITO DO PLANO DE SAÚDE

Não são abrangidos pelo presente Plano de Saúde:

- 6.2.1. os actos prestados por instituições pertencentes, contratualizadas ou integradas no SNS ou SRS, não sendo também susceptíveis de reembolso ou comparticipação as “taxas moderadoras”, ou seu sucedâneo, eventualmente cobradas por essas entidades;
- 6.2.2. os actos enquadrados no âmbito da Medicina do Trabalho/Saúde no Trabalho, quer os realizados no âmbito da entidade empregadora, quer no âmbito de outras potenciais entidades empregadoras;
- 6.2.3. os actos cuja realização se torne obrigatória por razões de natureza médico-legal ou solicitadas por entidades seguradoras (ex.: emissão de atestados de robustez ou de aptidão física);
- 6.2.4. os actos relativos ao tratamento de lesões decorrentes de quaisquer acidentes, incluindo os seguintes:
 - a) acidentes de trabalho;
 - b) acidentes de viação, incluindo os abrangidos por seguro obrigatório do ramo automóvel e/ou fundo de garantia automóvel, bem como os resultantes da condução de veículos motorizados de duas rodas;
 - c) participações em competições desportivas e treinos, a título profissional ou amador;
 - d) prática de desportos de inverno, náuticos, artes marciais e desportos radicais;
 - e) ocorrência de casos de força maior, da natureza ou provocados pelo homem, como catástrofes naturais, guerra, declarada ou não, e perturbações da ordem pública;
- 6.2.5. os actos voluntários dos beneficiários que originem despesas de saúde ou actos originados por terceiros, nomeadamente, agressão, ou actos que não sejam fundados em razões de ordem médica, ou actos que não se enquadrem no âmbito da medicina convencional ou actos que não resultem de prescrição de médicos ou de outros técnicos, nos termos indicados no presente Plano de Saúde, incluindo os seguintes:
 - a) acidentes ou doenças causados por tentativa de suicídio;
 - b) participação em apostas, duelos ou rixas;
 - c) quaisquer actos dolosos, ilícitos ou de negligência grosseira por parte do beneficiário;
- 6.2.6. os actos realizados no estrangeiro, salvo os prévios e expressamente autorizados pela ACS;
- 6.2.7. a correcção de anomalias ou malformações congénitas;
- 6.2.8. a utilização de estupefacientes e narcóticos não prescritos por médico ou habituação aos mesmos quando prescritos por um médico, bem como a utilização abusiva de medicamentos;
- 6.2.9. o alcoolismo e doenças consequentes do consumo de bebidas alcoólicas;
- 6.2.10. os tratamentos e doenças consequentes do consumo de drogas;
- 6.2.11. os tratamentos relacionados, directa ou indirectamente, com infecção por vírus da hepatite ou do HIV;
- 6.2.12. as doenças infecto-contagiosas quando em situação de epidemia declarada e a tuberculose;

- 6.2.13. as doenças profissionais;
- 6.2.14. os tratamentos ou cirurgias do foro estético ou plástico, incluindo tratamentos ou cirurgia de rejuvenescimento ou de regularização do peso;
- 6.2.15. as doenças ou afecções resultantes de radioactividade;
- 6.2.16. as consultas e tratamentos resultantes de perturbações psíquicas, bem como no âmbito da psicologia e da psicanálise, da hipnose ou da terapia do sono;
- 6.2.17. as consultas e tratamentos no âmbito das designadas medicinas alternativas ou naturais, designadamente homeopatia, acupunctura, osteopatia, hidroterapia e quiropatia;
- 6.2.18. os tratamentos e estadas em termas, sanatórios, lares, casas de repouso e outros estabelecimentos não classificados como Unidades Hospitalares;
- 6.2.19. os tratamentos experimentais ou que aguardem comprovação médica;
- 6.2.20. os exames gerais de saúde e Check-ups;
- 6.2.21. os tratamentos de medicina física e/ou reabilitação, designadamente fisioterapia, terapia física, ocupacional e da fala, com excepção dos Pós Cirúrgicos imediatos, dos que se mostrarem necessários em consequência de Acidente Vascular Cerebral verificado nos 180 dias anteriores e em situações de internamento que o justifiquem;
- 6.2.22. os actos realizados no âmbito de estudos da infertilidade e reprodução medicamente assistida;
- 6.2.23. as disfunções sexuais, qualquer que seja a sua causa;
- 6.2.24. a enfermagem privativa;
- 6.2.25. o pagamento ou reembolso de participações quanto a:
 - a) champôs, sabonetes, pastas medicinais e similares;
 - b) produtos de estética, cosmética e higiene;
 - c) leite e papas para bebés;
 - d) produtos dietéticos, homeopatas ou manuseados;
 - e) anti-concepcionais e dispositivos intra-uterinos;
 - f) vacinas, com excepção das do foro alergológico;
 - g) testes optométricos;
 - h) cintas medicinais, meias elásticas e colchões ortopédicos;
 - i) aquisição ou aluguer de equipamentos;
 - j) calçado ortopédico;
 - k) aquisição isolada de aros oculares;
 - l) extravio, roubo ou quebra de ortóteses oculares quando as anteriores tiverem sido adquiridas há menos de 3 anos;
- 6.2.26. o pagamento das despesas referentes a tratamentos estomatológicos efectuados com aplicação de metais preciosos;
- 6.2.27. as doenças preexistentes à data da respectiva inscrição.

6.3. ASSISTÊNCIA NO INTERNAMENTO HOSPITALAR EM CLÍNICAS E HOSPITAIS PRIVADOS

6.3.1. SERVIÇOS ABRANGIDOS

Salvo o disposto em 6.2, os serviços abrangidos pela assistência no internamento hospitalar em clínicas e hospitais privados são os seguintes:

- a) Intervenções cirúrgicas, serviços com internamento e serviços de urgência hospitalar:
 - inclui diária hospitalar, alojamento e alimentação;
 - inclui berçário e diária do recém-nascido se, nos termos do presente Plano de Saúde, for a respectiva inscrição formalizada até trinta dias após a data do nascimento;
- b) Honorários médicos de cirurgia;
- c) Serviços de diagnóstico laboratorial e radiológico;
- d) Medicamentos ministrados durante o internamento;
- e) Tratamentos:
 - cuidados médicos, técnicos e de enfermagem (não privativa);
 - infusões endovenosas e transfusões de sangue, incluindo o sangue e o plasma;
 - aplicação de oxigénio, incluindo o valor do oxigénio;
 - pensos cirúrgicos;
 - aplicação de aparelhos de gesso e talas;
 - radioterapia e quimioterapia;
 - terapia física e ocupacional;
 - material de osteosíntese e prótese intra-cirúrgicas;
- f) Transporte de Urgência:
 - cobre, se considerado clinicamente recomendável e previamente autorizado pela Direção Clínica ou, em situações excepcionais de urgência, ratificadas pela mesma, o transporte de urgência em ambulância ou outro meio adequado até à unidade hospitalar mais próxima, bem como o transporte, pelo meio mais adequado, da unidade hospitalar em que o beneficiário se encontre internado para outra que lhe seja autorizada e, ainda, o transporte de regresso ao seu domicílio habitual, após alta médica.

6.4. ASSISTÊNCIA AMBULATÓRIA

6.4.1. SERVIÇOS ABRANGIDOS

Salvo o disposto em 6.2, os serviços abrangidos pela assistência ambulatória são os seguintes:

- a) Consultas médicas de clínica geral ou de especialidade, realizadas por prestadores inscritos na Ordem dos Médicos ou na Ordem dos Médicos Dentistas;
- b) Elementos auxiliares de diagnóstico considerados clinicamente necessários, desde que prescritos por médico;
 - inclui a requisição de análises laboratoriais, exames de radiologia, testes alergológicos e outros meios de diagnóstico;
- c) Tratamentos em regime ambulatório:

- cuidados médicos, técnicos e de enfermagem;
 - infusões endovenosas e transfusões de sangue, incluindo o sangue e o plasma;
 - aplicação de oxigénio, incluindo o valor do oxigénio;
 - pensos cirúrgicos;
 - aplicação de aparelhos de gesso e talas;
 - radioterapia e quimioterapia;
- d) Assistência hospitalar em regime ambulatorio (externo – estadia de duração inferior a 24 horas):
- cuidados médicos;
 - tratamentos;
 - piso de sala de operações e reanimação;
 - enfermagem geral (não privativa);
 - aplicação de anestesia, incluindo o anestésico;
 - litotricia extra-corporal;
- e) Assistência clínica domiciliária:
- consultas médicas, exclusivamente no âmbito da Rede ACS, sempre que o estado de saúde do beneficiário o justifique;
- f) Próteses e ortóteses:
- óculos, lentes e lentes de contacto, os quais serão comparticipados pelo Plano de Saúde com um intervalo temporal não inferior a 3 anos, excepto:
 - i) se houver alteração da correcção relativamente a prescrição anterior, comprovada por prescrição efectuada por médico ou optometrista;
 - ii) em situações pós cirúrgicas;
 - outras próteses e ortóteses que substituam e complementem órgãos internos e externos, bem como dispositivos de correcção e de compensação.

6.5. ASSISTÊNCIA MEDICAMENTOSA (AMBULATÓRIA)

Prescrição de medicamentos, manipulados e produtos biológicos registados pelas entidades oficiais como especialidade farmacêutica desde que incluídos no âmbito dos serviços abrangidos pelo presente Plano de Saúde e que tenham comparticipação efectiva inicial do Serviço Nacional de Saúde ou dos Serviços Regionais de Saúde.

7. COMPARTICIPAÇÕES DO PLANO DE SAÚDE

7.1 A comparticipação a ser prestada pelo Plano de Saúde depende da observância pelos beneficiários das regras e condicionalismos de acesso aos serviços definidos pela ACS.

7.2 Sempre que os beneficiários recorram ao Corpo Clínico privativo ou convencionado, ou seja à Rede da ACS, a comparticipação a ser prestada pelo Plano de Saúde será sempre

calculada tendo por limite as tabelas resultantes dos contratos e das convenções estabelecidos com os serviços e profissionais afectos ao Plano,

- 7.3. No caso de os beneficiários recorrerem a prestadores que não integrem a Rede ACS aplica-se o sistema de pagamento das despesas por reembolso previsto em 7.5, sendo o valor da franquia a cargo do beneficiário abatido ao montante da comparticipação enquanto o valor da franquia não se encontrar esgotado.
- 7.4. O pagamento das despesas por reembolso é feito mediante a apresentação, à ACS, do original do documento comprovativo das despesas efectuadas, acompanhado, sendo caso disso, de original ou cópia da respectiva prescrição, nos 30 dias seguintes à data aposta no documento de despesa.
- 7.6. A ACS não suportará nem comparticipará, salvo autorização excepcional e prévia, quaisquer despesas resultantes de actos decorrentes da prestação de serviço por prestadores cujo contrato de convenção haja sido rescindido pela ACS, nomeadamente, por motivos clínicos, incumprimento das obrigações decorrentes do contrato/convenção, facturação incorrecta ou carência de condições para o exercício da actividade segundo os padrões de qualidade exigidos pela ACS.
- 7.7. As comparticipações do Plano de Saúde nos actos realizados em serviços privativos e convencionados, ou os reembolsos a aplicar por aquisição de bens ou serviços fora do âmbito da Rede ACS, serão os que se indicam no quadro seguinte.

PLANO DE SAÚDE CORPORATIVO DO GRUPO PT - TIPO I

ANO 2020

Limites, comparticipações, franquias e períodos de carência

BENEFÍCIOS	LIMITE GLOBAL ANUAL	SUB-LIMITES ANUAIS	CO-PAGAMENTOS	% DE COMPARTICIPAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE E FRANQUIAS		PERÍODO DE CARÊNCIA (DIAS)
				NA REDE ACS	FORA DA REDE ACS	
1. ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E CIRURGIA - Assistência na utilização hospitalar com ou sem internamento em clínicas e hospitais privados - Honorários médicos e cirúrgicos - Tratamento oftalmológico refractivo (*) - Bilateral - Unilateral	€ 12.500,00	€ 750,00 € 450,00		90% 90% 90% 90%	Não aplicável 70% (**) Não aplicável Não aplicável	180
2. PARTO (inclui honorários médicos e cirúrgicos e despesas hospitalares) - "Partos" - Cesarianas - Interrupções involuntárias da gravidez - Honorários médicos do Parto	€ 900,00	€ 750,00 € 900,00 € 500,00 € 900,00		90% 90% 90% 90%	Não aplicável Não aplicável Não aplicável 70% (**)	300
3. ASSISTÊNCIA AMBULATORIA - Consulta no Consultório - Consulta no Domicílio - Consulta em Atendimento Permanente - Elementos Auxiliares de Diagnóstico Franquia anual	€ 1.000,00		€ 10,00 p/acto € 25,00 p/acto € 30,00 p/acto	90% 90%	50% Não aplicável Não aplicável € 60,00	60
4. ESTOMATOLOGIA - Inclui próteses estomatológicas Franquia anual	€ 400,00			90%	60% € 60,00	60
5. PRÓTESES E ORTÓTESES - Ortóteses Oftalmológicas (***)	€ 300,00	€ 150,00			70%	60
6. ASSISTÊNCIA MEDICAMENTOSA - Só para medicamentos com prévia comparticipação do SNS/SRS Franquia por embalagem	€ 300,00				70% € 2,50	60

NOTA:

(*) - engloba todos os tratamentos refractivos à miopia, astigmatismo e hipermetropia (cirúrgicos ou a laser).

(**) - o valor máximo a ser aceite para comparticipação de honorários médicos têm por limite um valor igual ao respectivo produto do valor de "K" constante do Código de Nomenclatura da Ordem dos Médicos, pelo valor de sete euros e meio cada "K".

(***) - sem prejuízo do disposto em 6.4.1., alínea f) e desde que, no âmbito do Plano de Saúde ou apólices de seguros de saúde aplicáveis no Grupo PT até 31/12/2004, o beneficiário não tenha obtido qualquer comparticipação nos últimos 3 anos.

8. DÉBITOS E CRÉDITOS

- 8.1. As comparticipações e encargos indicados em 7. e, ainda, os valores correspondentes ao pagamento integral dos actos excluídos, respeitantes tanto ao beneficiário-titular como aos familiares inscritos no Plano, serão, em regra, debitados e ou creditados em conta bancária indicada pelo beneficiário-titular, directamente pela ACS, de acordo com autorização expressa subscrita pelo beneficiário-titular no acto de inscrição.
- 8.2. As despesas em dívida por parte dos beneficiários poderão também ser cobradas, por iniciativa da ACS, mediante emissão de factura ou através de desconto na remuneração processada pela entidade empregadora do beneficiário-titular.

9. VIOLAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE

- 9.1. Aos beneficiários que, por actos ou omissões, a título de dolo ou negligência, violarem os princípios ou disposições deste Plano de Saúde, e sem prejuízo da obrigatoriedade da devolução das importâncias que tenham indevidamente recebido ou lhes tenham sido comparticipadas, poderão ser aplicadas as seguintes penalidades:
- a) suspensão das comparticipações do Plano, quer as respeitantes ao beneficiário quer aos familiares, por período não superior a doze meses;
 - b) perda definitiva da qualidade de beneficiário.
- 9.2. Consideram-se, nomeadamente, violações do Plano de Saúde:
- a) a não apresentação, salvo motivo devidamente justificado, por parte dos beneficiários, da documentação que lhes for solicitada pela ACS e que seja necessária para a aferição da correcta utilização dos benefícios do Plano, aferição que, caso se trate de aspectos de índole médica e o beneficiário solicite, apenas poderá ser feita pela Direcção Clínica;
 - b) a falta de comparência nos locais indicados, quando solicitada pela ACS, com vista ao apuramento da adequada aplicação do Plano de Saúde por parte do beneficiário, apuramento que, quando envolva questões de índole clínica, ficará obrigatoriamente a cargo da Direcção Clínica;
 - c) a apresentação de declarações, requerimentos ou participações que não correspondam a situações verídicas, com o fim de obter ou tentar justificar benefícios ou comparticipações indevidos;
 - d) a viciação de documentos ou omissão de quaisquer factos, com o fim de obter benefícios, descontos ou comparticipações que legitimamente não seriam devidos;
 - e) utilização fraudulenta de benefícios, em proveito próprio ou de terceiros.
- 9.3. A aplicação de penalidades, no âmbito do Plano de Saúde, será efectuada pela ACS, após a análise de todas as circunstâncias relevantes e a realização das diligências necessárias

ao cabal esclarecimento da situação que esteve na sua origem, incluindo a audição do beneficiário.

- 9.4. Qualquer penalidade aplicada ao beneficiário-titular ou a qualquer membro do agregado familiar acarreta idênticas consequências para os restantes beneficiários do respectivo agregado familiar.
- 9.5. A ACS, face a comprovados indícios de envolvimento do beneficiário em irregularidades lesivas dos interesses do Plano, poderá proceder à suspensão preventiva, por período não superior a seis meses, das participações do Plano, relativamente a qualquer beneficiário ou familiar que viole os princípios e disposições deste Plano.
- 9.6. Durante o período de suspensão das participações previsto em 9.1 e 9.5, mantém-se a obrigação de pagamento, pelo beneficiário, das respectivas contribuições.
- 9.7. No caso de um beneficiário-titular incorrer comprovadamente em alguma das infracções previstas em 9.2, alíneas c), d) e e), a ACS, em alternativa à aplicação de alguma das penalidades referidas em 9.1., poderá comunicar à entidade empregadora a infracção cometida pelo mesmo, para efeito do exercício do competente poder disciplinar.

10. CESSAÇÃO DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO

- 10.1. Determinam a perda da qualidade de beneficiário, para efeitos do presente Plano, as seguintes situações:
 - a) A cessação, por qualquer forma, do contrato de trabalho do beneficiário, ou qualquer evento que determine, com carácter permanente, a respectiva desobrigação de prestação de trabalho a entidade do Grupo PT;
 - b) A cessação, por qualquer razão, das situações que originaram o direito à inscrição dos familiares do beneficiário, conforme disposto em 3.3.;
 - c) A desistência do regime previsto no presente Plano de Saúde;
 - d) A aplicação da penalidade prevista em 9.1, alínea b).
- 10.2. Nos casos previstos na alínea c) do número anterior, o beneficiário deverá comunicar a sua intenção à ACS, por carta registada com aviso de recepção, produzindo os respectivos efeitos no final do mês seguinte àquela comunicação.
- 10.3. No caso da cessação da qualidade de beneficiário, independentemente dos motivos, o beneficiário-titular ou, solidariamente, qualquer dos seus familiares ou herdeiros, são responsáveis pelo pagamento de quaisquer valores devidos no âmbito do presente Plano de Saúde.

11. CASOS OMISSOS

É competência exclusiva do Conselho de Administração da ACS a integração de eventuais lacunas deste Plano ou o esclarecimento de quaisquer dúvidas que possam resultar da interpretação das disposições do mesmo.

12. DISPOSIÇÕES FINAIS

12.1. O presente Plano de Saúde entra em vigor em 1 de Janeiro de 2005 e durará até 31 de Dezembro de 2008, sendo sucessivamente renovável por períodos anuais.

12.2. A ACS, mediante pré-aviso de 30 dias, poderá alterar as condições de inscrição no Plano e os regimes de co-financiamento e de participação e franquias, ao fim de cada ano de aplicação do mesmo, em função dos resultados apurados na respectiva exploração financeira, por forma a garantir-se, sistematicamente, sendo caso disso, o adequado equilíbrio entre as receitas e os custos resultantes da aplicação do presente Plano.