

PLANO DE SAÚDE CORPORATIVO TIPO I SIRESP

1. PRINCÍPIOS

O Plano de Saúde Corporativo Tipo I Siresp 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, efetivos e eficientes, visando a promoção da saúde, a prevenção e a proteção na doença;
- aumento da funcionalidade física do indivíduo, através do recurso à utilização de cuidados curativos.

A gestão do Plano de Saúde encontra-se cometida à Altice Associação de Cuidados de Saúde (ACS).

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) “Copagamento / 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 efetuadas pelo beneficiário fora da Rede ACS, efetuadas em consequência de evento coberto pelo Plano de Saúde.

3. BENEFICIÁRIOS

- 3.1. Podem ser beneficiários titulares do Regime Geral deste Plano os trabalhadores da Siresp, desde que se verifique, cumulativamente, o preenchimento das seguintes condições:

- a) os trabalhadores estejam vinculados por contrato de trabalho por tempo indeterminado à Siresp;
 - b) autorização, por parte da empresa, para a adesão ao Plano de Saúde.
- 3.2. Podem, ainda, ser beneficiários-titulares do Regime Geral os colaboradores da Siresp cuja inscrição seja expressamente autorizada pela Siresp, nomeadamente membros da Comissão Executiva e colaboradores cedidos.
- 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 26 anos, e os equiparados a filhos, da mesma idade, desde que estes vivam em comunhão de mesa e habitação com o beneficiário titular e respetivo cônjuge ou unido de facto;
 - b) os cônjuges e unidos de facto dos beneficiários-titulares até completarem 65 (sessenta e cinco) anos de idade.
- 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 respetiva 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 atos 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, com exceção para as situações de partos e cesarianas, em que o respetivo 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 respetiva 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 exceção das situações de partos e cesarianas, em que o respetivo 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, exceto a emissão de segunda via, que fica condicionada à apresentação de pedido devidamente justificado e ao pagamento de uma taxa especial correspondente a € 10,00.
- 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 respetivos familiares, bem como de mudança de residência do beneficiário-titular ou de IBAN do beneficiário-titular.
- 4.9. Os beneficiários que decidam voluntariamente desvincular-se do Plano de Saúde deverão comunicar, por escrito, a sua intenção à entidade gestora do Plano de Saúde, mantendo-se inalterados todos os seus direitos e deveres, até ao final do mês seguinte àquela comunicação, data em que se efetiva o cancelamento.
- 4.10. Aos beneficiários que, depois da adesão ao Plano de Saúde Corporativo Tipo I decidam desvincular-se deste não é permitida a reinscrição .
- 4.11. Aos beneficiários-titulares que se encontrem em situação de requisição ou de impedimento prolongado é permitido solicitarem a suspensão da adesão ao Plano e reativarem 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 cofinanciamento dos benefícios utilizados nos termos do presente Plano, o qual será feito nos termos do disposto em 8.
- 5.2. Para além do cofinanciamento 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, em prestações mensais e diretamente proporcionais ao período de inscrição:
 - a) € 328,00 por cada filho do beneficiário-titular, conforme estabelecido em 3.3, alínea a);
 - b) € 411,50 pelo cônjuge do beneficiário-titular, conforme estabelecido em 3.3, alínea b).
- 5.3. Para adesão dos familiares ao Regime Especial deverá o beneficiário-titular, no ato de inscrição, entregar à ACS todos os elementos que lhe sejam solicitados pela mesma.

5.4. Os valores das contribuições anuais serão atualizados anualmente, com efeitos a 1 de janeiro, sendo o coeficiente de atualização calculado em função da variação registada no Índice de Preços no Consumidor (IPC) do setor da saúde, verificado no ano civil imediatamente anterior, arredondado à dezena de cêntimo superior, e sem prejuízo do disposto em 12.2. Caso o IPC da Saúde seja negativo não existirá lugar a atualização.

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. ATOS EXCLUÍDOS DO ÂMBITO DO PLANO DE SAÚDE

Não são abrangidos pelo presente Plano de Saúde:

- 6.2.1. os atos prestados por instituições pertencentes, contratualizadas ou integradas no SNS ou SRS, não sendo também suscetíveis de reembolso ou comparticipação as “taxas moderadoras”, ou seu sucedâneo, eventualmente cobradas por essas entidades;
- 6.2.2. os atos 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 atos 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 atos relativos ao tratamento de lesões decorrentes de quaisquer acidentes ou ocorrência de factos de força maior, 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) epidemias declaradas ou factos de força maior, da natureza ou provocados pelo homem, como catástrofes naturais, guerras, atentados e perturbações da ordem pública;
- 6.2.5. os atos voluntários dos beneficiários que originem despesas de saúde ou atos originados por terceiros, nomeadamente, agressão, ou atos que não sejam fundados em razões de ordem médica, ou atos que não se enquadrem no âmbito da medicina convencional ou atos 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 causadas por tentativa de suicídio;
 - b) participação em apostas, duelos ou rixas;
 - c) quaisquer atos dolosos, ilícitos ou de negligência grosseira por parte do beneficiário;
- 6.2.6. os serviços prestados, aquisição de produtos ou atos realizados, no estrangeiro, salvo os prévia e expressamente autorizados pela ACS;

- 6.2.7. a correção 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, direta ou indiretamente, com infeção por vírus da hepatite ou do HIV;
- 6.2.12. as doenças infectocontagiosas 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 afeções resultantes de radioatividade;
- 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 quiroterapia;
- 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 exceção 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 atos 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) anticoncecionais e dispositivos intrauterinos;
 - f) medicamentos e vacinas;
 - 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;
 - m) aparelhos e tiras de teste de glicose.

- 6.2.26. o pagamento das despesas referentes a tratamentos estomatológicos efetuados com aplicação de metais preciosos;
- 6.2.27. tratamentos e cirurgia para mudança de sexo e respectivas consequências;
- 6.2.28. oxigenoterapia e ventiloterapia (a partir de 1 de julho de 2023);
- 6.2.29. atos que não se encontrem abrangidos pelas coberturas do Plano de Saúde e respetivas tabelas;
- 6.2.30. atos que resultem da utilização indevida do Plano de Saúde e os que excedam os seus limites e condicionalismos;
- 6.2.31. atos que não sejam clinicamente necessários, face ao quadro clínico do beneficiário e de acordo com os protocolos e padrões reconhecidos pela comunidade médica.
- 6.2.32. as doenças preexistentes à data da respetiva inscrição.

6.3. ASSISTÊNCIA NO INTERNAMENTO HOSPITALAR

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 respetiva 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 osteossíntese e prótese intra-cirúrgicas.
- f) Transporte de Urgência:
 - cobre, se considerado clinicamente recomendável e previamente autorizado pela Direção Clínica ou, em situações excecionais 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 AMBULATORIA

SERVIÇOS ABRANGIDOS

Salvo o disposto em 6.2, os serviços abrangidos pela assistência ambulatoria 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 ambulatorio:
 - cuidados médicos, técnicos e de enfermagem;
 - infusões endovenosas e transfusões de sangue, incluindo o sangue e o plasma;
 - 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 extracorporal.
- 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, exceto:
 - i) se houver alteração da correção relativamente a prescrição anterior, comprovada por prescrição efetuada 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 correção e de compensação.

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 aos Centros Clínicos e Núcleos da ACS ou à restante Rede Convencionada, 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 afetos ao Plano,

7.3. Fica a cargo do beneficiário o pagamento de uma franquia no montante máximo anual de € 25,00 para atos realizados em Ambulatório em prestadores convenccionados e de € 60,00 para atos realizados em Ambulatório em prestadores não convenccionados.

7.3.1. Encontram-se excluídos da aplicação de franquia de € 25,00 os seguintes atos:

- realizados pelos Centros Clínicos e Núcleos da ACS;
- praticados em contexto de Urgência;
- realizados por beneficiários até aos 12 anos inclusive.

7.3.2. O valor dos atos realizados será integralmente suportado pelo beneficiário até consumo total da franquia anual.

7.4. O pagamento das despesas por reembolso é feito mediante a apresentação, à ACS, do original do documento comprovativo das despesas efetuadas, acompanhado, sendo caso disso, de original ou cópia da respetiva prescrição, nos 30 dias seguintes à data aposta no documento de despesa.

7.5. Caso o beneficiário não compareça a consultas marcadas para os Centros Clínicos e Núcleos da ACS, sem prévia justificação, a qual deve ser efetuada, no mínimo, com 24 horas de antecedência, salvo casos de força maior devidamente justificados, suportará o valor de € 5,00 por cada ausência.

7.6. A ACS não suportará nem participará, salvo autorização excecional e prévia, quaisquer despesas resultantes de atos 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, faturação incorreta ou carência de condições para o exercício da atividade segundo os padrões de qualidade exigidos pela ACS.

7.7. As participações do Plano de Saúde nos atos realizados em serviços privados e convenccionados, 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.

COBERTURAS	PLAFOND ANUAL	SUBLIMITE	REDE		FORA DA REDE (por reembolso)		PERIODO DE CARÊNCIA (dias)
			Encargo Plano	Encargo Benef.	Encargo Plano	Encargo Benef.	
1. ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E CIRURGIA Assistência na utilização hospitalar com ou sem internamento em clínicas e hospitais privados; Honorários médico-cirúrgicos Tratamento oftalmológico refrativo (1): Bilateral Unilateral	20 000,00 €						180
			90%	10%	não aplicável		
			90%	10%	70% (2)	(2)	
		750,00 €	90%	10%	não aplicável		
		450,00 €	90%	10%	não aplicável		
2. PARTO (inclui honorários médicos e cirúrgicos e despesas hospitalares) Parto Cesariana Interrupção involuntária da gravidez Honorários médicos do parto	900,00 €						300
		750,00 €	90%	10%	não aplicável		
		900,00 €	90%	10%	não aplicável		
		500,00 €	90%	10%	não aplicável		
		900,00 €	90%	10%	70% (2)	(2)	
3. ASSISTÊNCIA AMBULATORIA CONSULTAS Urgências Consultas Medicina Geral e Familiar Consultas Especialidade EXAMES AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO Análises Clínicas Anatomia Patológica Radiologia/imagiologia RX Ecografias TAC RM TRATAMENTOS Enfermagem Franquia anual	1 000,00 €		90%	10%	até 50% da tabela de comparticipações		60
			(3)	25,00 €			
			(3)	0,00 €			
			(3)	10,00 €			
			(3)	7,50 €			
			(3)	12,50 €			
			(3)	1,00 €			
			(3)	5,00 €			
			(3)	5,00 €			
			(3)	10,00 €			
			(3)	22,50 €			
			(3)	50,00 €			
			(3)	2,00 €	até 50% da tabela de comparticipações		
				25,00 €		60,00 €	
4. ESTOMATOLOGIA Consultas de Diagnóstico Tratamentos de Estomatologia Franquia anual	400,00 €		90%	10%	até 60% da tabela de comparticipações		60
			(3)	7,50 €			
			(3)	12,50 €			
			(3)	7,50 €			
			(3)	12,50 €			
						60,00 €	
5. PRÓTESES E ORTOESES (exclui próteses estomatológicas)	300,00 €				até 70% da tabela de comparticipações		60

(1) Engloba todos os tratamentos refractivos à miopia, astigmatismo e hipermetropia (cirúrgicos ou a laser).

(2) O valor máximo a ser aceite para comparticipação de honorários médicos têm por limite um valor igual ao respetivo produto do valor de "K" consoante o Código de Nomenclatura da Ordem dos Médicos, pelo valor de 7,5€ cada "K". O remanescente é encargo do beneficiário.

(3) Valor remanescente a cargo do Plano.

(4) 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 Altice, o beneficiário não tenha obtido qualquer comparticipação nos últimos 3 anos.

Para a adequada utilização do Plano de Saúde deverá ser consultada, em complemento, as tabelas de Regras e Condicionamentos e Comparticipações disponíveis em acs.pt

8. DÉBITOS E CRÉDITOS

- 8.1. As comparticipações e encargos indicados em 7. e, ainda, os valores correspondentes ao pagamento integral dos atos excluídos e valores de cofinanciamento, respeitantes tanto ao beneficiário-titular como aos familiares inscritos no Plano, serão debitados e ou creditados em conta bancária indicada pelo beneficiário-titular, diretamente pela ACS, de acordo com autorização expressa subscrita obrigatoriamente pelo beneficiário-titular no ato de inscrição.
- 8.2. Os valores em dívida por parte dos beneficiários poderão também ser cobrados, por iniciativa da ACS, mediante emissão de fatura.

9. VIOLAÇÃO DO PLANO DE SAÚDE

- 9.1. Aos beneficiários que, por atos 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 12 meses;
 - b) o incumprimento do ponto 9.2.f) por 3 meses consecutivos conduz à suspensão de direitos que só poderá ser levantada mediante pagamento integral da dívida (incluindo o eventual cofinanciamento do período em suspensão de direitos);
 - c) cancelamento da inscrição do beneficiário titular e do seu agregado familiar, quando a suspensão for superior a 12 meses;
 - d) 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 correta utilização dos benefícios do Plano, aferição que, caso se trate de aspetos de índole médica e o beneficiário solicite, apenas poderá ser feita pela Direção 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 Direção 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 indevidas;
 - 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;
 - f) a falta de pagamento, na data indicada, de todas as quantias que sejam devidas no âmbito da utilização do Plano de Saúde.

- 9.3. A aplicação de penalidades, no âmbito do Plano de Saúde, será efetuada 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 respetivo 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 comparticipações do Plano, relativamente a qualquer beneficiário ou familiar que viole os princípios e disposições deste Plano.
- 9.6. Durante o período de suspensão das comparticipações previsto em 9.1 e 9.5, mantém-se a obrigação de pagamento, pelo beneficiário, das respetivas contribuições.
- 9.7. No caso de um beneficiário-titular incorrer comprovadamente em alguma das infrações 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 infração 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 respetiva desobrigação de prestação de trabalho à Siresp;
 - 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 c) e d).
- 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 receção, produzindo os respetivos efeitos no final do mês seguinte àquela comunicação, sem prejuízo da aplicação do ponto 4.9.
- 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 2023 e durará até 31 de dezembro de 2023, 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 cofinanciamento e de participação e franquias, ao fim de cada ano de aplicação do mesmo, em função dos resultados apurados na respetiva 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.