

A - ASSUREUR

Groupama Seguros, S.A., compagnie légalement agréée pour la commercialisation de l'Assurance Santé.

B - PRODUIT

Assurance santé individuelle Sénior Actif

C – ÉTENDUE DU RISQUE

1. Le contrat garantit à la personne assurée, en cas de sinistre survenu pendant sa durée, un ensemble de couvertures prévues dans les conditions spéciales dans le domaine des soins médicaux, pouvant inclure des prestations réseau, le remboursement des prestations hors réseau et des services d'assistance.

2. Le contrat d'assurance peut garantir, aux termes et dans les limites fixées à cet effet dans les conditions spéciales et particulières, les couvertures suivantes pour autant qu'elles aient été souscrites en fonction de la formule choisie :

- 2.1. SOINS HOSPITALIERS
- 2.2. SOINS AMBULATOIRES
- 2.3. ASSISTANCE MÉDICALE À DOMICILE
- 2.4. SOINS DENTAIRES
- 2.6. PROTHÈSES ET ORTHÈSES

3. Les couvertures effectivement souscrites figurent aux conditions particulières et leur étendue est indiquée dans chaque condition spéciale de la formule souscrite, dont le détail est présenté sous la lettre F.

4. L'assurance santé est commercialisée selon trois formules comprenant les couvertures suivantes:

COUVERTURES	Formules			Personne assurée		Assureur	
	BASE	1	2	Franchise	Reste à charge	Prise en charge	Autres conditions
Soins hospitaliers - Chimiothérapie (sous-limite)	€ 25.000,00 -	€ 60.000,00 € 6.000,00	€ 200.000,00 NA	NA	10% min € 250,00	90% / 50% (1)	K maximum de € 6,00 (1)
Soins ambulatoires - Consultations - Examens radiologiques et analyses médicales - Soins conventionnels - Soins non conventionnels	-	€ 3.000,00	€ 10.000,00	Franchise/ personne assurée : €80,00/an	20%	80%	Plafonds de prise en charge (2)
Soins dentaire Soins - Prothèses dentaires	-	€ 300,00	€ 1.000,00	Franchise/ personne assurée : €80,00/an	25%	75%	NA
Prothèses et orthèses - Optique médicale (sous-limite)	-	NA	€ 1.000,00 € 200,00	NA	25%	75%	
Assistance médicale à domicile	Illimité	Illimité	Illimité	NA	€ 15,00 /Visite	NA	
Accès au Réseau	Illimité	Illimité	Illimité	NA	NA	NA	
* Réseau AdvanceCare : Accès à des tarifs conventionnés entièrement à la charge de la personne assurée, sauf en ce qui concerne les soins hospitaliers							

(1) 90% de remboursement sur le Réseau AdvanceCare et 50% de remboursement hors Réseau AdvanceCare et selon la limite du coefficient K (coefficient de pondération pour fixer la valeur des actes médicaux, qui est utilisé comme indicateur de la complexité de chaque acte et qui figure dans le Code de la Nomenclature et de la Valeur Relative des Actes Médicaux, publié par l'Ordre des Médecins portugais le 26 juillet 1997. Exemple : une chirurgie au bloc opératoire peut varier entre 50K et plus de 750K).

(2) IRM : €180,00 ; Échographie/RX : €45,00 ; Scanner : €90,00 ; Consultations : €50,00.

5. Le contrat ne garantit aucuns frais médicaux ou de médicaments réclamés par le Service National de Santé portugais.

D – EXCLUSIONS APPLICABLES À TOUTES LES COUVERTURES

Sauf stipulation contraire expresse dans les conditions particulières, l'assureur ne prend en charge aucun frais résultant des situations suivantes

- a) Soins relatifs à l'alcoolisme et/ou à la toxicomanie chronique ou aiguë, ainsi que toutes maladies ou lésions acquises par la personne assurée pour avoir agi sous l'emprise de l'alcool (taux d'alcoolémie supérieur ou égal à 0,5 g/l), de stupéfiants, d'autres drogues ou produits toxiques ;
- b) Soins du domaine psychopathologique, notamment consultations de psychanalyse, psychologie, psychothérapie et les médicaments associés, ainsi que l'internement à l'hôpital ;
- c) Accidents et maladies préexistants ainsi que correction de maladies et malformations congénitales, à l'exception de celles afférentes aux enfants nés pendant la durée du contrat et inclus dans le contrat d'assurance dans les 30 jours qui suivent la date de naissance, à condition que le contrat ait été souscrit auprès de Groupama depuis au moins un an ;
- d) Maladies ou lésions résultantes des effets de la radioactivité et maladies épidémiques officiellement déclarées ;
- e) Cures de repos, convalescence, soins thermaux et consultations, examens ou soins médicaux ou chirurgicaux relatifs à tout type d'obésité ;
- f) Corrections esthétiques ou plastiques, à moins qu'elles ne résultent d'une maladie déclarée ou d'un accident survenu pendant la durée du contrat et ayant entraîné une mise en œuvre préalable des garanties de la police ;
- g) Soins de rajeunissement ;
- h) Tests de grossesse, bilans et examens de santé généraux ;
- i) Sida et ses implications ;
- j) Soins infirmiers privés ;
- k) Traitements contre l'infertilité ou toute méthode de fécondation artificielle ;
- l) Tous frais associés aux méthodes contraceptives ou engagés à cet effet, notamment toutes méthodes de contrôle de la natalité et de planning familial (frais de médicaments, traitements ou interventions chirurgicales à des fins contraceptives) ;
- m) Chirurgies réfractives pour le traitement de la myopie, de l'astigmatisme et de l'hypermétropie (y compris au laser) pour les cas de moins de quatre dioptries ;
- n) Accidents résultant d'infractions ou d'actes de malveillance de la personne assurée, de l'intervention volontaire dans des duels ou des altercations, ainsi que de la tentative de suicide ;
- o) Accidents survenus durant la pratique de sports à titre professionnel, d'épreuves sportives dans le cadre de championnats et de compétitions impliquant des véhicules avec ou sans moteur, ainsi que les entraînements ;
- p) Accidents survenus durant la pratique du ski et autres sports d'hiver, ski nautique, surf, kitesurf, bodyboard, plongée et chasse sous-marine, arts martiaux, sports de combat, spéléologie, parachutisme, parapente, taumachie, escalade, kayak, saut à l'élastique, rappel, alpinisme et autres sports tout aussi dangereux ;
- q) Accidents survenus et maladies contractées en conséquence de catastrophes naturelles, durant des révolutions ou du fait de l'existence d'un état de guerre déclaré ou non ;
- r) Accidents survenus et maladies contractées du fait de la participation à des grèves, saccages, émeutes, troubles du travail, troubles à l'ordre public, actes de terrorisme, considérés comme tels par la législation pénale portugaise en vigueur, et de sabotage ;
- s) Accidents du travail et maladies professionnelles, conformément à la législation en vigueur ;
- t) Accidents de la route couverts par le régime obligatoire d'assurance en responsabilité civile ;
- u) Frais de déplacement et d'hébergement au Portugal et à l'étranger ;
- v) Soins d'hémodialyse et greffe d'organes ou de tissus ;
- w) Services médicaux non nécessaires et soins palliatifs ;
- x) Dépenses de nature personnelle (téléphone, location de TV, frais de bar et autres) et frais d'accompagnants ;
- y) Soins hospitaliers pour des raisons de nature purement sociale ;
- z) Tous les frais associés aux nouvelles techniques et/ou technologies dont l'efficacité médicale ne serait pas dûment avérée en ce qui concerne le rapport coût/bénéfice, ainsi que les traitements médicaux expérimentaux.

E – DÉLAIS DE CARENCE ET DATE DE PRODUCTION DES EFFETS

1. L'entrée en vigueur des garanties est assortie d'un délai de carence de 90 jours.

Dans les cas de transferts d'assurance, la date de production des effets tant en ce qui concerne les délais de carence que les maladies préexistantes est la date de début des personnes assurées dans l'assurance d'où elles sont transférées, pour les capitaux et les conditions de la police précédente.

2. Le délai de carence est porté à :

365 jours en cas de :

- Chirurgie des varices ;
- Chirurgie des amygdales, des végétations adénoïdes, de l'oreille, de la cloison nasale ou des cornets ;
- Lithiase rénale et vésiculaire ;
- Traitement des hémorroïdes ou des fissures ou fistules anales ;
- Traitement de l'ulcère gastroduodénal ;
- Myomes utérins ;
- Plastie mammaire d'augmentation ou de réduction ;
- Traitement de la thyroïde ;
- Cholécystite ;
- Traitement des maladies des articulations ;
- Chirurgie liée à une hypertrophie bénigne de la prostate ;
- Cataractes ;
- Traitements réfractifs de la myopie, de l'astigmatisme et de l'hypermétropie (chirurgie ou laser) pour les cas de plus de quatre dioptries ;
- Ronflement/apnée du sommeil ;
- Traitement des lésions bénignes de la peau.
- Traitements des hernies.

§ Unique - Les délais prévus aux points précédents commencent à courir à partir de la date d'adhésion de la personne assurée.

F – ÉTENDUE DES COUVERTURES

F1 – SOINS HOSPITALIERS (APPLICABLE AUX FORMULES BASE, 1 ET 2)

1. GARANTIE

Dans cette couverture, l'assureur prend en charge, selon le pourcentage et le plafond annuel fixés dans les conditions particulières, les frais que la personne assurée aura engagés pour des SOINS HOSPITALIERS, incluant les actes médicaux, de diagnostic ou thérapeutiques, pourvu qu'ils découlent :

- d'un besoin d'hospitalisation sans aucune chirurgie pour une durée supérieure ou égale à 24 heures ;
- ou pour une durée inférieure s'il s'agit d'une chirurgie d'un montant supérieur à 100 k ;
- Base : les soins de chimiothérapie/radiothérapie ne sont pas inclus ;
- 1 : soins de chimiothérapie/radiothérapie, selon la sous-limite de capital fixée dans les conditions particulières ;
- 2 : soins de chimiothérapie/radiothérapie n'a pas de sous-limite.

Les frais suivants sont couverts :

- 1.1. Forfait journalier hospitalier de la personne assurée.
- 1.2. Honoraires médicaux et chirurgicaux :
 - a) Honoraires du chirurgien, de l'anesthésiste et des assistants ;
 - b) Autres honoraires médicaux.
- 1.3. Autres frais d'hospitalisation :
 - a) Soins infirmiers généraux (non privés) ;
 - b) Lit d'un accompagnant de la personne assurée âgée de 12 ans maximum ;

- c) Médicaments ;
- d) Examens radiologiques et analyses médicales ;
- e) Bloc opératoire et matériel utilisé (notamment gaz anesthésiant, oxygène, matériel d'ostéosynthèse, prothèses chirurgicales) ;
- f) Transport en ambulance de et à l'hôpital à condition que l'état de santé de la personne assurée le justifie.

2. EXCLUSIONS

Outre les exclusions prévues à l'art. 9 des conditions générales, sont également exclus les frais suivants :

- a) Petite chirurgie ;
- b) Chirurgie dentaire, sauf en conséquence d'un accident couvert par ce contrat et survenu pendant sa durée ;
- c) Prothèses et orthèses de toute catégorie, ainsi que tous autres articles de traitement ou correction médicale qui ne seraient pas indispensables au plan chirurgical ;
- d) Accouchement naturel, césarienne ou interruption de grossesse ;

3. ÉTENDUE TERRITORIALE

La garantie est valable dans le monde entier, hors États-Unis et Canada pour lesquels il faut l'accord préalable de l'assureur.

F2 – SOINS AMBULATOIRES (APPLICABLE AUX FORMULES 1 ET 2)

1. GARANTIE

Cette couverture garantit aux termes et dans les limites fixées à cet effet par les conditions particulières la prise en charge des frais de tous actes médicaux, de diagnostic ou thérapeutiques ou chirurgicaux ne requérant pas les moyens et services fournis en milieu hospitalier, même s'ils y sont réalisés, indiqués ci-après :

- a) Consultations ;
- b) Honoraires médicaux et infirmiers liés à d'autres actes médicaux réalisés en ambulatoire ;
- c) Examens radiologiques, analyses médicales et actes médicaux thérapeutiques ;
- d) Médecine physique et de rééducation : dans la limite fixée dans les conditions particulières, comprend l'orthophonie, 15 séances de kinésithérapie et médecines non conventionnelles : Acupuncture, homéopathie, ostéopathie, naturopathie, phytothérapie et chiropraxie.
- e) Petite chirurgie.

2. EXCLUSIONS

Outre les situations prévues dans les conditions générales de la police, la présente couverture ne garantit pas les frais de consultations et de soins dentaires ni aucun médicament ou produit à des fins thérapeutiques.

3. ÉTENDUE TERRITORIALE

La garantie est valable dans le monde entier, hors États-Unis et Canada pour lesquels il faut l'accord préalable de l'assureur.

F3 – SOINS DENTAIRES (APPLICABLE AUX FORMULES 1 ET 2)

1. GARANTIE

Cette couverture garantit aux termes et dans les limites fixées à cet effet par les conditions particulières la prise en charge des frais de tous actes médicaux, de diagnostic ou thérapeutiques de nature dentaire, qui requièrent ou non les moyens et services fournis en milieu hospitalier, indiqués ci-après :

- a) Consultations ;
- b) Examens radiologiques et analyses médicales ;
- c) Prothèses dentaires ;
- d) Matériel et tous produits associés aux actes médicaux réalisés ;
- e) Hébergement et utilisation des infrastructures nécessaires à la réalisation des actes médicaux (forfaits journaliers, bloc opératoire et matériel) ;
- f) Médicaments administrés durant l'hospitalisation ;
- g) Implants ;
- h) Appareils orthodontiques, y compris empreintes et études.

2. EXCLUSIONS

Outre les situations prévues dans les conditions générales de la police, la présente couverture ne garantit pas non plus les frais suivants :

- a) Maladies préexistantes ;
- b) Traitements effectués à l'aide de métaux précieux.

3. ÉTENDUE TERRITORIALE

La garantie est valable dans le monde entier, hors États-Unis et Canada pour lesquels il faut l'accord préalable de l'assureur.

F4 – PROTHÈSES ET ORTHÈSES (APPLICABLE À LA FORMULE 2)

1. DÉFINITION

On entend par :

- **PROTHÈSE** : Tout appareil médicalement conçu et/ou recommandé, qui a pour finalité le remplacement total ou partiel d'un membre ou d'un organe.
- **ORTHÈSE** : Tout appareil médicalement conçu et/ou recommandé, qui a pour finalité d'aider un membre ou un organe à remplir sa fonction, en tout ou en partie.

2. GARANTIE

Si cette couverture est souscrite, l'assureur prend en charge dans la limite du pourcentage et du plafond annuel fixés dans les conditions particulières, les frais engagés par la personne assurée pour l'achat de prothèses ou d'orthèses, pourvu qu'elles soient prescrites par un médecin spécialiste ou par un optométriste, dans le cas prévu au point g) ci-dessous. Elle comprend :

- a) Jambes, mains, bras articulés ou électroniques ;
- b) Prothèses oculaires (œil de verre, acrylique, etc.) ;
- c) Prothèses auditives ;
- d) Prothèses pour incontinence urinaire ;
- e) Prothèses orthopédiques – prend en charge uniquement le coût d'adaptation/de correction de la chaussure normale prescrite par le spécialiste ;
- f) Orthèses auditives ;
- g) Orthèses oculaires.

3. EXCLUSIONS

Outre les exclusions prévues à l'art. 9 des conditions générales, sont également exclus les frais suivants :

- a) Prothèses dentaires ;
- b) Sabots et chaussures orthopédiques ;
- c) Béquilles ;
- d) Achat ou location de chaises roulantes, lits articulés, matelas, oreillers et rouleaux orthopédiques ;
- e) Piles pour les prothèses prévues au point 2-c) ;
- f) Perte, vol ou bris d'orthèses oculaires ;
- g) Montures achetées séparément ;
- h) Lunettes de soleil, correctrices ou non ;
- i) Tests et consultations d'optométrie ;
- j) Collants, chevillères élastiques, ceintures orthopédiques et articles utilisés pour le traitement des varices ;
- k) Prothèses capillaires.

4. ÉTENDUE TERRITORIALE

La garantie est valable dans le monde entier, hors États-Unis et Canada pour lesquels il faut l'accord préalable de l'assureur.

F5 – ASSISTANCE MÉDICALE À DOMICILE (APPLICABLE AUX FORMULES BASE, 1 ET 2)

1. GARANTIE

Cette couverture garantit à la personne assurée une assistance médicale à domicile, en cas de maladie soudaine survenue au cours des dernières 72 heures, en appelant au numéro de téléphone qui lui a été fourni par l'assureur. Elle est assortie d'une franchise par visite indiquée dans les conditions particulières.

En cas d'appel, un médecin se déplace au domicile de la personne assurée, où il observe le patient, pratique les actes thérapeutiques nécessaires ou prescrit des médicaments. Il peut aussi recommander une autre consultation ou, si nécessaire, demander l'évacuation du malade dans un centre hospitalier. Le transport du malade jusqu'à l'hôpital dans le cadre de l'assistance médicale à domicile est gratuit.

L'assistance médicale à domicile fonctionne 365 jours par an, 24 heures sur 24.

2. EXCLUSIONS

Sous réserve des exclusions prévues dans les conditions générales applicables à cette couverture, le montant de la franchise n'est pas remboursable, en vertu de cette couverture ou d'une autre.

3. ÉTENDUE TERRITORIALE

Cette couverture est valable au Portugal.

G – ÂGE LIMITE DE SOUSCRIPTION ET D'ASSURANCE

L'âge minimum pour souscrire ce contrat est de 55 ans et l'âge maximum de 74 ans. Il n'existe pas d'âge limite de durée de l'assurance.

H – DURÉE, RENOUVELLEMENT ET DÉNONCIATION DU CONTRAT

Le contrat peut être conclu à durée déterminée (assurance temporaire) ou pour une année et les suivantes, auquel cas il est renouvelé successivement au terme de chaque année d'assurance pour une durée d'un an, à moins que l'une ou l'autre des parties ne le dénonce au moins 30 jours avant la fin de l'année d'assurance.

I – DROIT DE RÉTRACTATION

1. Le preneur d'assurance personne physique dispose d'un délai de trente (30) jours à compter de la réception de la police pour envoyer une lettre ou tout autre support durable disponible auquel l'assureur a accès afin de renoncer aux effets du contrat, auquel cas il est tenu de restituer sa carte Groupama.

2. Le délai visé au paragraphe 1 commence à courir à partir de la date de signature du contrat, à condition que le preneur d'assurance dispose à cette date, sur papier ou tout autre support durable, de toutes les informations pertinentes concernant l'assurance devant figurer sur la police.

3. L'exercice du droit de rétractation entraîne la cessation du contrat et met fin à toutes les obligations qui en découlent à partir de la signature de ce dernier. L'assureur a alors droit au montant de la prime calculée au *pro rata temporis*, dans la mesure où il a supporté le risque jusqu'à la résiliation du contrat, ainsi qu'au montant des frais d'examen médicaux raisonnables qu'il a engagés, si ce montant est contractuellement imputé au preneur d'assurance.

J – DÉCLARATION INITIALE DU RISQUE

1. Avant la signature du contrat, le preneur d'assurance et la personne assurée sont tenus de déclarer avec exactitude toutes les circonstances dont ils ont connaissance et qu'ils considèrent raisonnablement pertinentes pour l'appréciation du risque par l'assureur.

2. Les dispositions prévues au paragraphe 1 s'appliquent également aux circonstances dont la mention n'est pas exigée sur le questionnaire fourni par l'assureur.

3. En cas de manquement délibéré aux dispositions du paragraphe 1, le contrat peut être annulé conformément à la loi et avec les conséquences y prévues.

4. En cas de manquement par négligence aux dispositions du paragraphe 1, l'assureur peut choisir de faire cesser le contrat ou de le modifier conformément à la loi et avec les conséquences y prévues.

K – PRIME

1. La prime à verser à l'assureur est calculée par l'application des taux tarifaires ou de référence de l'assureur à la formule de couverture indiquée sur l'offre d'adhésion par le preneur d'assurance. Le taux tarifaire varie en fonction de l'âge.
2. Si l'assureur et le preneur d'assurance en conviennent ainsi, le paiement de la prime peut être fractionné selon une périodicité mensuelle, trimestrielle ou semestrielle.
3. La première prime ou fraction de prime est due à la date de signature du contrat, raison pour laquelle son efficacité dépend de son paiement.
4. Les primes ou fractions de prime suivantes sont dues à la date indiquée sur l'avis d'échéance correspondant.
5. Aux termes de la loi, le contrat est réputé résilié rétroactivement à défaut de paiement de la première prime ou fraction de prime et il devient nul et de nul effet.
6. Conformément à la loi, l'assureur avertira le preneur d'assurance par écrit au plus tard 30 jours avant la date d'échéance des primes ou fractions de prime suivantes. Néanmoins, s'il est convenu que le paiement de la prime est fractionné selon une périodicité inférieure à trois mois, l'assureur peut choisir de ne pas envoyer ledit avis d'échéance, auquel cas il fait figurer les dates d'échéance des fractions de prime, leurs montants et les conséquences du défaut de paiement sur un document contractuel.
7. Le défaut de paiement de la prime d'une année suivante ou de la 1^e fraction de prime de celle-ci à la date où elle est due empêche de proroger le contrat, raison pour laquelle celui-ci n'est pas renouvelé. Le défaut de paiement de toute autre fraction de la prime à la date où elle est due suppose la résiliation automatique et immédiate du contrat à cette même date.
8. Le défaut de paiement de toute surprime à la date indiquée sur l'avis, pour autant que celle-ci découle d'une demande de modification de garantie du preneur d'assurance n'impliquant aucune aggravation du risque, suppose que la modification demeure sans effet et que les conditions contractuelles demeurent inchangées, à moins que le maintien du contrat ne s'avère impossible, auquel cas il est réputé résilié à la date d'échéance de la prime impayée.
9. Les dispositions des paragraphes précédents s'appliquent au paiement des primes ou fractions de prime dues par chacun des adhérents à l'assurance de groupe, si cette assurance est contributive, et que le preneur d'assurance et l'assureur ont établi que son paiement est effectué par l'adhérent à l'assureur.

K – ENGAGEMENT MAXIMUM DE L'ASSUREUR PAR ANNÉE D'ASSURANCE

1. Les plafonds garantis par le contrat, ainsi que les franchises souscrites et les périodes de carence applicables, figurent aux conditions particulières et sont en vigueur durant chaque année d'assurance.
2. L'assureur garantit à la personne assurée le paiement en euros des frais engagés, à hauteur du plafond souscrit, sur chaque année d'assurance.
3. Sauf stipulation contraire, les montants garantis sont, en cas de changement d'échéance, proportionnels à la durée du risque.

L – CESSIION DU CONTRAT

1. Le preneur d'assurance qui ne serait pas la personne assurée peut céder sa position contractuelle à un tiers à l'échéance du contrat, sans avoir besoin de l'accord de la personne assurée. À cet effet, il doit en faire la demande au plus tard 30 jours à l'avance.
2. La cession de la position contractuelle nécessite l'accord de l'assureur et la personne assurée doit en être informée ;
3. En cas de décès du preneur d'assurance qui ne serait pas la personne assurée, il est possible de céder la position contractuelle à cette dernière ou à un tiers conformément aux paragraphes précédents.

M – RÉCLAMATIONS ET AUTORITÉ DE SUPERVISION

Toute réclamation liée au présent contrat ou aux obligations et droits qui en découlent peut être adressée directement à l'assureur ou par l'intermédiaire de l'Autorité de Supervision des Assurances et des Fonds de Pensions (*Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões – ASF*), qui est l'autorité de supervision de l'activité d'assurance.

N – LÉGISLATION APPLICABLE

La législation applicable à ce contrat est la législation portugaise.

Ces informations ne vous dispensent pas de lire attentivement les conditions générales, spéciales et particulières du contrat.