

A - ASSUREUR

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

B - PRODUIT

Assurance santé individuelle Viva+Saudável – Plan Access

C - ÉTENDUE DU RISQUE

1. Le contrat garantit à la personne assurée, en cas de sinistre survenu pendant sa durée, un ensemble de couvertures dans le domaine des soins de santé, qui peut inclure l'accès au réseau de prestataires et un forfait journalier, conformément aux conditions générales, conditions spéciales et conditions particulières effectivement souscrites.
2. Le contrat d'assurance peut garantir aux termes et dans les limites fixées à cet effet par les conditions spéciales et particulières les couvertures suivantes, pour autant qu'elles aient été souscrites:
 - 2.1. Forfait journalier d'hospitalisation;
 - 2.2. Soins ambulatoires;
 - 2.3. Soins dentaires;
3. Les couvertures effectivement souscrites figurent aux conditions particulières.
4. L'assurance santé Access est commercialisée en modules conformément au tableau suivant :

Couvertures	Access	
Forfait journalier d'hospitalisation ⁽¹⁾	25,00 €	Accès au réseau de prestataires et aux prix conventionnés
Soins ambulatoires	Oui	
Soins dentaires	Oui	

⁽¹⁾ Maximum de 40 jours par année d'assurance, période de carence de 90 jours et franchise de 7 jours par sinistre. Forfait de 50,00 € en cas d'hospitalisation dans une unité de soins.

5. Les couvertures entrent en vigueur à expiration des périodes de carence visées dans les conditions particulières. Les périodes de carence sont comptées à partir de la date d'adhésion de la personne assurée.

D - ÉTENDUE DES COUVERTURES

D1 – FORFAIT JOURNALIER D'HOSPITALISATION

La couverture garantit aux termes et dans les limites fixées à cet effet par les conditions particulières le versement à la personne assurée d'une prestation conventionnée en cas d'hospitalisation dans un établissement hospitalier à la suite d'une maladie ou d'un accident survenu(e) pendant la durée du contrat.

EXCLUSIONS

Cette couverture ne garantit pas les hospitalisations en conséquence de:

- a) Maladies, lésions ou déformations préexistantes à la date de signature du contrat d'assurance;
- b) Maladies ou accidents dont la personne assurée serait victime à la suite de la consommation d'alcool et de stupéfiants, ou de narcotiques sans prescription médicale;
- c) Maladies psychiques ou psychiatriques;
- d) Greffes et implants;
- e) Accouchement et grossesse;
- f) Accidents et maladies couverts par les assurances obligatoires;
- g) Traitements directement ou indirectement liés à toute infection par le virus d'immunodéficience humaine (VIH) ;
- h) Traitements directement ou indirectement liés à toute infection par le virus de l'hépatite, à l'exception de ceux résultant de l'hépatite A;
- i) Acte délibéré de la personne assurée, y compris toute tentative de suicide, ou acte criminel dont le preneur d'assurance serait l'auteur;
- j) Examens de routine et bilan santé;
- k) Traitements qui n'auraient pas été prescrits par un médecin ou traitements expérimentaux;

- l) Traitements de chirurgie esthétique;
- m) Traitements de kinésithérapie;
- n) Cures de repos, d'amaigrissement, de rajeunissement, de désintoxication et thermales (cures climatiques);
- o) Pratique professionnelle de tout sport ou pratique de sports ou de loisirs présentant un risque notoire, tels que boxe, alpinisme, taumachie, spéléologie, parachutisme, deltaplane, parapente, surf, windsurf et chasse sous-marine.

D2 – SOINS AMBULATOIRES

La couverture garantit aux termes et dans les limites fixées à cet effet par les conditions particulières le droit d'accès à tous actes de diagnostic ou thérapeutiques ne requérant pas les moyens et services fournis en milieu hospitalier, même s'ils y sont réalisés, dont la personne assurée prend en charge la totalité des frais.

Est concerné par cette couverture le droit d'accès aux actes indiqués ci-dessus qui entraîneraient les frais suivants :

- a) Consultations médicales;
- b) Honoraires médicaux et infirmiers afférents à d'autres actes médicaux réalisés en ambulatoire;
- c) Matériel et produits associés aux actes médicaux réalisés en ambulatoire;
- d) Examens radiologiques et analyses médicales;
- e) Traitements de médecine physique et de rééducation;
- f) Orthophonie.

D3 – SOINS DENTAIRES

La couverture garantit aux termes et dans les limites fixées à cet effet par les conditions particulières le droit d'accès à tous actes de diagnostic ou thérapeutiques en stomatologie, dont la personne assurée prend en charge la totalité des frais.

Est concerné par cette couverture le droit d'accès aux actes indiqués ci-dessus qui entraîneraient les frais suivants:

- a) Honoraires médicaux;
- b) Examens radiologiques et analyses médicales;
- c) Prothèses dentaires;
- d) Matériel et tous les produits associés aux actes médicaux réalisés.

Les services de soins de santé concernés par cette couverture sont garantis exclusivement pour l'accès au réseau.

E - 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.

F - 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 et accessible à l'assureur 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 sa signature. 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'examens médicaux raisonnables qu'il a engagés, si ce montant est contractuellement imputé au preneur d'assurance.

G - 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.

H - PRIME

1. La prime à verser à l'assureur est calculée par l'application des taux tarifaires ou de référence de l'assureur au module de couverture indiqué 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^{ère} fraction de prime de celle-ci à la date où elle est due empêche la prorogation du 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 surprime 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.

I – 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.

J - 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 d'Autorité de supervision des assurances et des fonds de pension (*Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões*), qui est l'autorité de supervision de l'activité d'assurance.

K - 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.