

A - ASSUREUR

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

B - PRODUIT

Assurance santé individuelle Viva+Saudável

C - ÉTENDUE DU RISQUE

- 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 des prestations réseau, le remboursement des prestations hors réseau et des services d'assistance.
- 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 :
 - SOINS HOSPITALIERS**
 - FORFAIT JOURNALIER**
 - ACCOUCHEMENT**
 - SOINS AMBULATOIRES**
 - SOINS DENTAIRES**
 - ASSISTANCE** (À DOMICILE, TRANSPORT D'URGENCE, ASSISTANCE PAR TÉLÉPHONE EN CAS D'URGENCE ET ASSISTANCE EN VOYAGE)
 - ACCÈS AU RÉSEAU**
 - DEUXIÈME AVIS MÉDICAL INTERNATIONAL**
- 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.
- L'assurance santé est commercialisée selon trois formules comprenant les couvertures suivantes:

COUVERTURES	FORMULE			FRANCHISE	Réseau	Hors Réseau
	LIGHT	PLUS	BEST		Montant à payer par la Personne Assurée	Montant à rembourser par la Compagnie
1. Soins Hospitaliers . Chimiothérapie/radiothérapie(sous-limite)	€ 25.000,00 nd	€ 25.000,00 nd	€ 60.000,00 € 6.000,00	Hors Réseau € 250,00 p/sinistre	10% min € 250,00 et max € 500,00	60% sur la limite de «K» (a) 100% - Ticket
2. Forfait Journalier (Hospitalisation) (b)	€ 50/jour	€ 50/jour	€ 70/jour	5 jours	-	-
3. Accouchement . Acc. normal / Césarien / Int. médicalisée de grossesse	nd	€ 1.250,00	€ 2.500,00	-	10% min € 250,00 et max € 500,00	60% sur la limite de «K» (a)
4. Soins Ambulatoires (c) . Consultation . Urgences . Analyses médicales . Anatomie Pathologique . Radiographie . Échographie . Scanner . IRM . Physiothérapie / Kinésithérapie / Orthophonie . Autres examens et soins	nd	€ 1.250,00	€ 3.000,00	-	€ 15,00 € 40,00 € 1,50 (p/análise) € 7,50 € 7,50 € 12,50 € 27,50 € 65,00 € 8,00 10%	60% 100% - Ticket Modérateur (SNS)
5. Soins Dentaires . Acte Médical . Prothèses Dentaires	nd	nd	€ 300,00	Franchise de € 50,00 par année	-- € 10,00 20%	60%
6. Assistance . Consultation médicale à domicile . Transport d'urgence . Assistance par téléphone en cas d'urgence . Assistance en voyage	illimité	illimité	illimité	-	€ 25,00 - - -	-
7. Accès au réseau de prestataires AdvanceCare	illimité	illimité	illimité	-	Prix conventionnés	-
8. 2ème Avis médical International	nd	nd	illimité	-	-	-

nd = non disponible | SNS - Service National de Santé Public

(a) "K" est une unité de référence pour mesurer la valeur des actes médicaux (ex. une chirurgie dans le bloc opératoire peut valoir de 50K à plus de 750K). La limite de "k" correspond actuellement à la valeur 6,73 Euros. Le pourcentage de remboursement est appliqué sur la valeur de "k" mentionné ci-dessus. (b) En cas d'hospitalisation supérieure à 5 jours, à partir du 5ème jour Una Seguros verse un forfait journalier de € 50,00 dans les Formules Light et Plus et de € 70,00 dans la Formule Best, dans la limite de 60 jours par sinistre et par année d'assurance. (c) Formule Best: Comprend 6 consultations de psychiatrie et hors réseau une sous-limite de € 500,00 pour la orthophonie, Kinésithérapie, physiothérapie (15 séances) et soins non conventionnels. Formule Plus: Comprend 3 consultations de psychiatrie et hors réseau une sous-limite de € 250,00 pour la orthophonie, Kinésithérapie, physiothérapie (15 séances) et soins non conventionnels.

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

D - EXCLUSIONS APPLICABLES À TOUTES LES COUVERTURES

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

- a) Alcoolisme et traitements relatifs à la toxicomanie, ainsi que toutes maladies ou lésions acquises par la personne assurée pour avoir agi sous l'emprise de l'alcool, de stupéfiants, d'autres drogues ou produits toxiques non prescrits par un médecin;
- b) Actes médicaux de nature psychique, notamment internement à l'hôpital, consultations de psychanalyse, psychologie, psychothérapie et psychiatrie, ainsi que médicaments associés.
- 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 Una Seguros 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 d'amaigrissement, y compris ceux relatifs à l'obésité morbide, ou de rajeunissement;
- f) Corrections esthétiques ou plastiques, à moins qu'elles ne résultent d'une maladie qui se manifesterait ou d'un accident qui surviendrait pendant la durée du contrat et qui entraînerait une mise en œuvre préalable des garanties de la police;
- g) Tests de grossesse, bilans et examens de santé généraux;
- h) Sida et ses implications;
- i) Soins infirmiers privés;
- j) Traitements contre l'infertilité ou toute méthode de fécondation artificielle;
- k) 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);
- l) Correction chirurgicale de la myopie l'astigmatisme et l'hypermétropie (chirurgicale ou laser);
- m) 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 ;
- n) Accidents survenus durant la pratique de sports à titre professionnel, des épreuves sportives dans le cadre de championnats et de compétitions impliquant des véhicules avec ou sans moteur, ainsi que les entraînements;
- o) Accidents survenus durant la pratique du ski et autres sports d'hiver, ski nautique, surf, bodyboard, plongée et chasse sous-marine, arts martiaux, sports de combat, spéléologie, parachutisme, parapente, tauromachie, escalade, rappel, alpinisme et autres sports tout aussi dangereux;
- p) 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;

- q) 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;
- r) Accidents du travail et maladies professionnelles, conformément à la législation en vigueur;
- s) Accidents de la route couverts par le régime obligatoire d'assurance en responsabilité civile;
- t) Frais de déplacement et d'hébergement au Portugal et à l'étranger;
- u) Traitements d'hémodialyse et greffe d'organes ou de tissus;
- v) Services médicaux non nécessaires et soins palliatifs;
- w) Dépenses de nature personnelle (téléphone, location de TV, frais de bar et autres) et frais d'accompagnants.

E – PÉRIODES DE CARENCE

1. Sauf stipulation contraire expresse dans les conditions particulières, l'entrée en vigueur des garanties est assortie d'une période de carence de 60 jours en cas de maladie;

2. Sauf stipulation contraire, la période de carence est portée à:

a) 540 jours en cas de:

- ✓ tous les frais afférents à la grossesse.

b) 365 jours en cas de :

- ✓ Intervention chirurgicale et traitement des varices;
- ✓ Amygdalectomie, adénoïdectomie, intervention chirurgicale aux oreilles;
- ✓ Rhinoseptoplastie;
- ✓ Lithotritie rénale et vésiculaire;
- ✓ Hémorroïdectomie;
- ✓ Intervention chirurgicale sur ulcère gastroduodénal;
- ✓ Hystérectomie pour pathologie bénigne;
- ✓ Mastectomie totale ou partielle pour pathologie bénigne;
- ✓ Thyroïdectomie totale ou partielle pour pathologie bénigne;
- ✓ Cholécystectomie;
- ✓ Arthroscopie;
- ✓ Chirurgie liée à une hypertrophie bénigne de la prostate;
- ✓ Cataractes;
- ✓ Ronflement/apnée du sommeil;
- ✓ Mammoplastie pour cause non esthétique;
- ✓ Traitements d'hémodialyse et greffe d'organes.

§ 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

F1.1 – SOINS HOSPITALIERS – FORMULES LIGHT ET PLUS

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'une chirurgie;
- d'un besoin d'hospitalisation avec ou sans chirurgie pour une durée supérieure ou égale à 24 heures;

Sont considérés comme couverts les frais suivants:

- 1. Forfait journalier hospitalier de la personne assurée**
- 2. Honoraires médicaux et chirurgicaux:**
 - a) Honoraires du chirurgien, de l'anesthésiste et des assistants;
 - b) Autres honoraires médicaux.
- 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.

EXCLUSIONS

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

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

F1.2 – SOINS HOSPITALIERS – PLAN BEST

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'une chirurgie;
- d'un besoin d'hospitalisation médicale sans aucune chirurgie pour une durée supérieure ou égale à 24 heures;
- de traitements de chimiothérapie/radiothérapie dont le sous-plafond de capital est fixé dans les conditions particulières.

Sont considérés comme couverts les frais suivants:

- 1. Forfait journalier hospitalier de la personne assurée.**
- 2. Honoraires médicaux et chirurgicaux:**
 - a) Honoraires du chirurgien, de l'anesthésiste et des assistants;
 - b) Autres honoraires médicaux.
- 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.

EXCLUSIONS

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

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

F2 – FORFAIT JOURNALIER – TOUTES LES FORMULES**GARANTIE**

Si cette couverture est souscrite, l'assureur paie un forfait à la personne assurée en cas d'hospitalisation, selon les montants et les durées fixés dans les conditions particulières.

ÉTENDUE DE LA COUVERTURE

- On entend par forfait journalier en cas d'hospitalisation de la personne assurée, la somme forfaitaire quotidienne due tant que persiste l'hospitalisation, pendant la durée stipulée dans les conditions particulières ;
- La prestation forfait journalier est uniquement due lorsque l'hospitalisation de la personne assurée est entraînée par une maladie, un accouchement normal ou une césarienne, une interruption médicalisée de grossesse ou un accident couverts par le présent contrat, pourvu que les périodes de carence correspondantes se soient écoulées;
- L'Assureur ne verse le forfait journalier qu'à partir du cinquième jour d'hospitalisation.

F3 - ACCOUCHEMENT - POUR LES FORMULES PLUS ET BEST**GARANTIE**

Si cette couverture est souscrite, l'assureur prend en charge, selon le pourcentage et le plafond annuel fixés dans les conditions particulières, les frais engagés par la personne assurée (âgée de plus de 18 ans) durant son hospitalisation en cas de:

- a) Accouchement normal;
- b) Interruption médicalisée de grossesse.

§ unique - Tous les frais énumérés à l'article 3 des conditions générales, directement liés à l'accouchement, relèvent de cette garantie.

PÉRIODE DE CARENCE

Cette couverture est assortie d'une période de carence de 540 jours.

F4.1 - SOINS AMBULATOIRES – POUR LA FORMULE PLUS**GARANTIE**

La 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) **Honoraires de consultations médicales, en ce compris un maximum de 3 consultations de psychiatrie;**
- b) **Honoraires médicaux et infirmiers afférents à d'autres actes médicaux réalisés en ambulatoire;**
- c) **Examens radiologiques, analyses médicales et actes médicaux thérapeutiques;**
Dans le régime Prestations Réseau, l'accès aux services garantis par cette couverture nécessite une autorisation préalable dans les cas suivants:
 - 1) Polysomnographie;
 - 2) IRM;
 - 3) Scanner;

- 4) Examens et traitements invasifs en cardiologie;
 - 5) Examens et traitements vasculaires invasifs;
 - 6) Hémodialyse;
 - 7) Médecine nucléaire;
 - 8) Génétique;
 - 9) Chimiothérapie et radiothérapie.
- d) **Traitements de Kinésithérapie, de physiothérapie et d'orthophonie** : dans le Réseau, il n'y a pas de limite de session et ne nécessitent pas d'autorisation préalable. Dans le régime des prestations Hors Réseau (remboursement), la compagnie remboursera limite fixée dans les conditions particulières, sont inclus l'orthophonie, les soins non conventionnels, le kinésithérapie et 15 séances de physiothérapie par personne et par an.
- e) En ce qui concerne les soins non conventionnels, sont exclusivement éligibles dans le régime de Prestations Hors Réseau: Acupuncture, homéopathie, ostéopathie, naturopathie, phytothérapie et chiropraxie.

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.**

F4.2 - SOINS AMBULATOIRES – POUR LA FORMULE BEST

GARANTIE

La 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) **Honoraires de consultations médicales, en ce compris un maximum de 6 consultations de psychiatrie;**
- b) **Honoraires médicaux et infirmiers afférents à d'autres actes médicaux réalisés en ambulatoire;**
- c) **Examens radiologiques, analyses médicales et actes médicaux thérapeutiques;**
Dans le régime Prestations Réseau, l'accès aux services garantis par cette couverture nécessite une autorisation préalable dans les cas suivants:
 - 1) Polysomnographie;
 - 2) IRM;
 - 3) Scanner;
 - 4) Examens et traitements invasifs en cardiologie;
 - 5) Examens et traitements vasculaires invasifs;
 - 6) Hémodialyse;
 - 7) Médecine nucléaire;
 - 8) Génétique;
- d) **Traitements de Kinésithérapie, de physiothérapie et d'orthophonie** : dans le Réseau, il n'y a pas de limite de session et ne nécessitent pas une autorisation préalable. Dans le régime des prestations Hors Réseau (remboursement), la compagnie remboursera limite fixée dans les conditions particulières, sont inclus l'orthophonie, les soins non conventionnels, le kinésithérapie et 15 séances de physiothérapie par personne et par an.
- e) En ce qui concerne les soins non conventionnels, sont exclusivement éligibles dans le régime de Prestations Hors Réseau: Acupuncture, homéopathie, ostéopathie, naturopathie, phytothérapie et chiropraxie.

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.**

F5 - SOINS DENTAIRES - UNIQUEMENT POUR LA FORMULE BEST GARANTIE

La présente condition spéciale 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) Honoraires médicaux;
- 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.

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.

F6 – ASSISTANCE – TOUTES LES FORMULES

6.1. ASSISTANCE MÉDICALE À DOMICILE

La présente couverture garantit à la personne assurée, pourvu que son état de santé le justifie, aux termes et dans les limites fixées à cet effet dans les conditions particulières, le paiement des frais engagés au titre d'honoraires de consultations médicales à réaliser au domicile de la personne assurée.

La personne assurée paye au moment de la consultation un reste à charge de 25 EUR indiqué dans les conditions particulières.

Les garanties de la présente couverture sont exclusives du régime Prestations Réseau et nécessitent une autorisation spéciale préalable qu'il faut demander au centre d'appel.

6.2. TRANSPORT D'URGENCE

La présente couverture donne droit à la personne assurée, chaque fois que son état de santé le justifie

- a) au transport médical d'urgence en ambulance jusqu'à l'hôpital le plus proche;
- b) au suivi de l'équipe médicale de l'assureur, en collaboration avec le médecin traitant de la personne assurée, afin de déterminer les mesures utiles au meilleur traitement à suivre et le moyen le plus adapté à utiliser lors d'un éventuel transfert vers un autre hôpital plus approprié ou à son domicile
- c) au transport médical de la personne assurée de l'hôpital où elle se trouve vers tout autre où elle serait transférée sur prescription médicale;
- d) au transport médical de retour à domicile, après son autorisation de sortie.

Les garanties de cette couverture sont exclusives du régime Prestations Réseau et nécessitent une autorisation spéciale préalable qu'il faut demander au centre d'appel.

6.3. ASSISTANCE PAR TÉLÉPHONE EN CAS D'URGENCE

Cette couverture garantit à la personne assurée:

- a) La possibilité, en cas d'urgence, de contacter la permanence téléphonique médicale téléphonique par l'intermédiaire du centre d'appel, qui fournit un soutien et un conseil en vue d'adopter les mesures tendant à améliorer sa santé;
- b) Qu'en cas d'urgence, notamment si une fonction vitale ou importante est en danger, l'assureur met en œuvre, en accord avec la personne assurée, les services de secours disponibles et indiqués dans ces situations.

Le conseil et le soutien médical fournis en application de cette condition spéciale visent à identifier les symptômes indiqués par téléphone par la personne assurée au centre d'appel. Il appartient à celui-ci de suggérer l'utilisation des moyens les mieux adaptés au type de situation communiquée, en indiquant l'éventuel besoin pour celle-ci de soins médicaux présents ou autre type d'actions. La responsabilité de cette garantie est donc limitée à la responsabilité découlant de ce type d'acte médical dans les circonstances non présentes où il est pratiqué.

EXCLUSIONS

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

- a) les éventuels dommages causés par tous retards ou difficultés d'accès au centre d'appel, en conséquence d'anomalies sur les réseaux de télécommunication;
- b) les éventuelles conséquences d'un retard ou d'une négligence imputables à la personne assurée en faisant appel à l'assistance médicale, ainsi que les conséquences de toutes informations insuffisantes, incorrectes ou inexacts fournies par la personne assurée ou des tiers à sa demande;
- c) les éventuelles conséquences du non-respect, par la personne assurée, des indications fournies par le centre d'appel.
- d) Cette couverture est garantie dans le cadre du régime Prestations Réseau et nécessite une autorisation spéciale préalable qu'il faut demander au centre d'appel.

6.4. ASSISTANCE EN VOYAGE

La présente couverture donne droit à la personne assurée, lorsqu'elle est en voyage au Portugal ou en déplacement à l'étranger pour une durée non supérieure à 60 jours, à un service d'assistance aux termes et dans les limites fixées à cet effet dans les conditions particulières, selon les garanties suivantes:

Admission - En cas de maladie ou d'accident dont la personne assurée serait victime et qui exigerait son hospitalisation ou sa prise en charge à l'hôpital ou en clinique, l'assureur s'occupe des formalités nécessaires à son admission dans l'établissement hospitalier choisi.

Transport - Au cas où la personne assurée aurait besoin d'un transport vers l'établissement d'hospitalisation ou de traitement et qu'elle serait dans l'impossibilité physique d'emprunter un moyen de transport normal, l'assureur garantit son transport en ambulance, en véhicule sanitaire léger ou tout autre moyen de transport justifié par la gravité de son affection, jusqu'à l'établissement d'hospitalisation ou de traitement indiqué par la personne assurée. À la demande de la personne assurée, l'assureur organise le même service pour un accompagnant, qu'il soit médecin, parent ou autre.

Après l'autorisation de sortie, l'assureur garantit le transport retour par tout mode de transport adéquat à la personne assurée, ainsi qu'à son accompagnant, conformément aux conditions définies dans la police.

L'assureur s'engage uniquement à transporter la personne assurée à hospitaliser dans un établissement hospitalier hors du territoire portugais, si elle se trouve déjà à l'étranger à la date de l'évènement survenu subitement ou pourvu qu'il n'existe au Portugal aucun établissement où le traitement puisse être réalisé.

Ce service est également garanti si une hospitalisation s'avère impossible en temps utile dans un établissement situé sur le territoire portugais et que la vie de la personne assurée est en danger.

Si la personne assurée est porteuse d'une maladie contagieuse, le transport en avion de ligne est soumis à l'autorisation de la compagnie aérienne en question. Au cas où l'autorisation ne serait pas accordée, la personne assurée peut, si elle le souhaite, choisir tout autre moyen de transport convenu au préalable entre son médecin traitant et les médecins de l'assureur.

Frais d'obsèques et de rapatriement - Si, au cours d'une hospitalisation à l'étranger, la personne assurée décède, l'assureur supporte les éventuels frais afférents aux formalités légales à accomplir sur les lieux du décès et ceux découlant du transport de la dépouille ou de l'urne funéraire depuis le lieu de l'évènement jusqu'à celui des obsèques au Portugal, ainsi que les frais d'obsèques, à hauteur de 1 250,00 EUR.

Autorisation de sortie sous suivi médical - Si, aux fins de consultation ou après autorisation de sortie de l'hôpital, la personne assurée a besoin d'être hébergée ailleurs qu'à son domicile pour suivi médical, l'assureur garantit l'hébergement choisi par celle-ci et en supporte les frais à hauteur de 50,00 EUR/jour, pendant un maximum de 7 (sept) jours par sinistre et par année d'assurance.

Sortie de l'établissement hospitalier - L'assureur se charge de toutes les formalités administratives nécessaires à la sortie de la personne assurée auprès de l'établissement hospitalier. Cette garantie s'applique aussi en cas de décès de la personne assurée durant son hospitalisation.

Livraison de médicaments - Au cas où le médecin traitant aurait prescrit des médicaments à la personne assurée, l'assureur se charge de les chercher et de les faire livrer s'ils ne sont pas disponibles à l'endroit où se trouve la personne assurée.

Le coût d'achat de ces médicaments est à la charge de la personne assurée.

Les garanties de cette couverture peuvent être mises en œuvre dans le seul régime Prestations Réseau et nécessitent une autorisation spéciale préalable qu'il faut demander directement au centre d'appel.

F7 – ACESSO ÀS REDES – TODOS OS PLANOS

GARANTIE

La couverture garantit aux termes et dans les limites fixées à cet effet par les conditions particulières, le droit d'accès au réseau de prestataires au Portugal aux prix conventionnés entièrement à la charge de la personne assurée et dans les services suivants :

7.1. Soins Ambulatoires Formule Light

- a) Honoraires de consultations médicales;
- b) Honoraires médicaux et infirmiers afférents à d'autres actes médicaux réalisés en ambulatoire;
- c) Matériaux et produits associés à des actes médicaux effectués en régime ambulatoire;
- d) Examens radiologiques et analyses médicales;
- e) Traitements de médecine physique et de rééducation (Physiothérapie, orthophonie, Kinésithérapie);

7.2. Soins Dentaires Formules Light et Plus

- a) Honoraires médicales,
- b) Examens radiologiques et analyses médicales;
- c) Prothèses dentaires;
- d) Matériaux et produits associés à des actes médicaux effectués en régime ambulatoire;

7.3. Soins non conventionnels et Réseau Bien-être_Formules Light, Plus e Best

- a) Acupuncture, homéopathie, ostéopathie, naturopathie, phytothérapie et chiropraxie.
- b) Esthétique, Health Clubs, SPA's, Shiatsu, Thalassothérapie, station thermale, nutrition, psychologie, podiatrie, génétique, préparation à l'accouchement, cryoconservation des cellules souches, pharmacies et optiques.

F8 – DEUXIÈME AVIS MÉDICAL INTERNATIONAL

Par la présente couverture, pourvu qu'elle soit indiquée dans les conditions particulières, l'assureur met à la disposition de la personne assurée un deuxième avis médical international, par l'intermédiaire des services médicaux du gestionnaire du réseau, permettant d'obtenir un deuxième avis sur le diagnostic de sa pathologie et/ou les traitements médicaux qui lui sont adaptés de la part de médecins spécialistes de renommée internationale. Les services médicaux du gestionnaire du réseau rassemblent toute la documentation médicale en la possession de la personne assurée, nécessaire à la mise en œuvre de la couverture Deuxième avis médical international. Afin de mettre en œuvre ce service, il faut remplir au préalable le formulaire de demande fourni par le gestionnaire du réseau.

Après examen du dossier par les experts médicaux internationaux, un rapport détaillé en portugais est remis à la personne assurée. Ce rapport comprend un récapitulatif du dossier médical, le motif du deuxième

avis médical international, le processus de sélection des experts médicaux, le deuxième avis des experts médicaux internationaux et le curriculum vitæ des experts sélectionnés.

G - DURÉE, RENOUELEMENT 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.

H - 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.

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'exams médicaux raisonnables qu'il a engagés, si ce montant est contractuellement imputé au preneur d'assurance.

I - 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.

J - 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 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.

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 - CESSION 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 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.

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.