

**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**

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 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 :
  1. **SOINS HOSPITALIERS**
  2. **ACCOUCHEMENT**
  3. **DEUXIÈME AVIS MÉDICAL INTERNATIONAL**
  4. **SOINS AMBULATOIRES**
  5. **SERVICES MÉDICAUX À DOMICILE (Médecin à domicile, livraison de médicaments, soins infirmiers)**
  6. **SOINS DENTAIRES**
  7. **PROTHÈSES ET ORTHÈSES**
  8. **ACCÈS AUX RÉSEAUX** - Assistance médicale Portugal et Espagne, soins dentaires, bien-être et assistance à la personne
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 cinq formules comprenant les couvertures indiquées ci-après.
5. Le contrat ne garantit aucuns frais médicaux ou de médicaments réclamés par le Service national de Santé.

COUVERTURES	Cochez la case souhaitée						RESTES À CHARGE ET FRANCHISES (à la charge du client)	
	ACCESS CARD	LIGHT	LIGHT +	MIDDLE	PLUS	BEST +		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RESEAU	HORS RESEAU
	CAPITAL	CAPITAL	CAPITAL	CAPITAL	CAPITAL	CAPITAL		
HOSPITALISATION (a) (hospitalisations, chirurgies, oncologies)	-	€17.500,00	€17.500,00	€75.000,00	€75.000,00	€100.000,00	10% min 250 € max 500 € (b)(c)	50%
ACCOUCHEMENT	-	-	-	€2.000,00	€2.000,00	€2.500,00		
Forfait Journalier	€25/ JOUR	-	-	-	-	-		
2ème AVIS MÉDICAL	-	illimité	illimité	illimité	illimité	illimité		
AMBULATOIRE . Consultations, . Urgence (d) . Analyses et examens (e) . Anatomie pathologique/Radiographie € . Échographies (e) . Scanner (e) . IRM (e) . Autres actes . Rééducation / Orthophonie / Kinésithérapie	ACCÈS AU RÉSEAU	ACCÈS AU RÉSEAU	8 consultations, 3 analyses et 3 examens (f)	€2.750,00	€2.750,00	€2.750,00	€15,00 €37,50 10% min 2€ 10% min 7,5€ 10% min 15€ 10% min 25€ 10% min 50€ 10%	50% (max. 35€) 50%
MÉDECIN EN LIGNE	-	inclus	inclus	inclus	inclus	inclus	2 consultations gratuites (g) 15 € restants	
SERVICES MÉDICAUX À DOMICILE . Médecin à domicile . Livraison de médicaments à domicile . Soins infirmiers à domicile (h)	-	inclus	inclus	inclus	inclus	inclus	15 € 1€ par livraison (besoin d'ordonnance) Dépend du service	
SOINS DENTAIRES (i)	ACCÈS AU RÉSEAU	ACCÈS AU RÉSEAU	ACCÈS AU RÉSEAU	ACCÈS AU RÉSEAU	€250 (remboursement)	€500 (remboursement)	Montants conventionnés Réseau AdvanceCare ou Dentinet	50%
PROTHÈSES ET ORTHÈSES . Lunettes et lentilles (sous-limite)	-	ACCÈS AU RÉSEAU	ACCÈS AU RÉSEAU	ACCÈS AU RÉSEAU	ACCÈS AU RÉSEAU	€2000 (remboursement) €250 (remboursement)	- -	50% 50%
ACCESSO RÉSEAUX ADVANCECARE . Réseau Médical Portugal et Espagne . Réseau Dentinet . Réseau Bien-être	INCLUS						Montants conventionnés sur le Réseau médical Montants conventionnés sur le Réseau AdvanceCare et Dentinet Montants conventionnés sur le Réseau Bien-être	
ASSISTANCE À LA PERSONNE	-	INCLUS					Dépend du service	

(a) Les honoraires du chirurgien, de l'anesthésiste et des aides opératoires Hors Réseau sont limités au montant découlant du nombre de K correspondant à l'acte médical, multiplié par le montant de K moyen de 7€. (b) En cas d'opération du genou, les restes à charge Réseau et Hors Réseau seront majorés de 10%, à raison de 500 € minimum et 1.000 € maximum. (c) Montant payé par hospitalisation/chirurgie. (d) Un seul reste à charge par consultation, quel que soit le nombre de spécialistes consulté. (e) Montant payé par acte médical (dans le cas des analyses, montant pour chaque analyse). (f) Disponible uniquement sur le Réseau (pas de remboursement Hors Réseau pour cette formule). (g) Les deux consultations sont gratuites une seule fois par personne assurée. (h) Dans le cadre de l'assistance à la personne. (i) si cette couverture est souscrite et si elle est utilisée sur le réseau, possibilité de demander le remboursement des frais pour une prise en charge à 50%.

## D - LIMITE D'ÂGE DES GARANTIES

Les garanties des personnes assurées cessent automatiquement à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle la personne assurée atteint 70 ans, dans le cas du titulaire ou de son conjoint, ou 30 ans dans le cas des enfants.

## E - EXCLUSIONS APPLICABLES À TOUTES LES COUVERTURES

1. Sauf stipulation expresse contraire dans les conditions particulières, le présent contrat ne couvre pas les prestations résultant des situations suivantes :

- Maladies ou lésions provoquées par des accidents pré-existants, comme défini au point d) du paragraphe 4 de l'article 1<sup>er</sup> ;
- Grossesse préexistante, comme défini au point e) du paragraphe 4 de l'article 1<sup>er</sup> ;
- Interruption médicalisée de grossesse ;
- 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 ;
- Consultations, traitements et/ou chirurgies esthétiques ou plastiques, sauf s'ils sont consécutifs à une maladie ou à un accident survenus pendant la durée du contrat ;
- Consultations, examens ou traitements d'amaigrissement et de rajeunissement ;
- Traitements ou chirurgies pour traiter l'obésité, y compris les cas d'obésité morbide ;

- h) Consultations, examens et traitements de nutrition et de diététique ;
- i) Consultations, examens et/ou traitements d'infertilité ou toute méthode de fécondation artificielle et ses conséquences, notamment les interruptions médicalisées de grossesse. Sont toutefois garantis les frais d'accouchement normal ou de césarienne résultant de ces traitements, si cette couverture a été souscrite ;
- j) 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 ;
- k) Maladies provoquées par les effets de la radioactivité ;
- l) Traitements d'hémodialyse ;
- m) Greffe d'organes ou de tissus et leurs implications, sauf stipulation expresse contraire aux termes d'une couverture complémentaire, si elle est souscrite et mentionnée dans les conditions particulières ;
- n) Toutes les maladies provoquées directement ou indirectement par l'action du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ;
- o) Traitement des varices, notamment injections sclérosantes et laser ;
- p) Hospitalisation/chirurgie réfractive pour le traitement de la myopie, l'astigmatisme et l'hypermétropie (y compris au laser) ;
- q) Chirurgie pour la correction du ronflement ;
- r) Maladies épidémiques officiellement déclarées;
- s) Accidents du travail et maladies professionnelles, ainsi que tous autres accidents ou maladies devant être couverts par une assurance obligatoire ;
- t) Toutes lésions résultant de :
  - ✓ Catastrophes naturelles ;
  - ✓ Actes de terrorisme, y compris par l'utilisation d'armes bactériologiques ou d'agents chimiques ou la contamination de l'environnement ;
  - ✓ Actes de guerre, de guerre civile et de troubles de l'ordre public ;
  - ✓ Participation à des actes criminels ;
  - ✓ Participation à des rixes, sauf en cas de légitime défense, personnelle ou d'autrui de biens et de personnes ;
- u) Les accidents résultant de :
  - ✓ Pratique de ski et autres sports d'hiver, plongée, chasse sous-marine, ski nautique, jet ski, canoë, rafting, équitation, tauromachie ou lâcher de taureaux, chasse aux animaux féroces ou considérés comme dangereux, boxe, arts martiaux, lutte, spéléologie, escalade, slide, rappel, alpinisme, saut à l'élastique, VTT, chute libre, parapente, deltaplane et parachutisme ;
  - ✓ Participation à des compétitions sportives et à leurs entraînements, en tant que professionnel ou amateur ;
  - ✓ Pratique ponctuelle ou régulière de sports motorisés, à titre professionnel ou amateur ;
- v) Les accidents provoqués par l'utilisation de véhicules à moteur, y compris les deux roues, lorsque ces frais sont couverts par la responsabilité civile automobile ;
- w) Actes médicaux pratiqués suite à une maladie ou un accident provoqué intentionnellement par la personne assurée, y compris la tentative de suicide ou l'aggravation de son état de santé.

2. De même, le présent contrat ne couvre pas les frais suivants :

- a) Cures de repos, examens généraux de routine et bilans de santé ;
- b) Frais de santé lorsque, d'après l'état de santé de la personne assurée, les traitements ont une finalité purement palliative, pour la convalescence, pour la rééducation psychomotrice ou pour des motifs sociaux.
- c) Frais associés aux méthodes contraceptives ou engagés à cet effet, notamment toutes méthodes de contrôle de la natalité et de planning familial, y compris médicaments, traitements ou interventions chirurgicales à des fins contraceptives ;

- d) Consultations et/ou soins non reconnus officiellement par l'Ordre des Médecins portugais ;
  - e) Tous les frais associés à des traitements médicaux expérimentaux, ainsi qu'à des nouvelles techniques et/ou technologies dont efficacité clinique n'est pas encore clairement avérée ;
  - f) Services non considérés comme médicalement nécessaires, tels que définis à l'article 1<sup>er</sup> ;
  - g) Achat ou location de dispositifs médicaux, notamment :
    - ✓ Bassins de lits et poches à urine ;
    - ✓ Poches de colostomie et d'urostomie ;
    - ✓ Seringues à insuline ou aiguilles pour stylos à insuline ;
    - ✓ Tapis anti-escarres ;
    - ✓ Couches ;
    - ✓ Lombostats ;
    - ✓ Ceintures pour hernies inguinales ;
    - ✓ Ceintures de maintien ;
    - ✓ Colliers cervicaux ;
    - ✓ Bandelettes pour tests de glycémie ;
    - ✓ Bas de contention ;
    - ✓ Semelles ;
    - ✓ Appareils d'aérosols ;
    - ✓ Seringues et aiguilles ;
    - ✓ Attelles ;
    - ✓ Écharpes de maintien ;
    - ✓ Bandages, genouillères, poignets et pieds élastiques ;
    - ✓ Soutiens-gorge ;
    - ✓ Oreillers et matelas orthopédiques ;
  - h) Soins infirmiers à domicile ou durant l'hospitalisation non compris dans les services de l'hôpital ;
  - i) Actes pratiqués par des professionnels de santé qui sont conjoint, parents, enfants, frères ou soeurs de la personne assurée ;
  - j) Frais d'accompagnants, sauf en cas d'hospitalisation d'enfants de moins de 14 ans ;
  - k) Frais de nature personnelle, tels que communications, location d'équipements de son et/ou image, etc. ;
  - l) Déplacements et hébergement au Portugal et à l'étranger, sauf quand ils sont garantis par les autres couvertures souscrites, comme indiqué dans les conditions spéciales.
3. Lorsque la couverture fournie par cette police implique la violation d'embargos ou de sanctions financières ou économiques émises par l'Union européenne, par le Conseil de Sécurité des Nations Unies, par l'OFAC (Office of Foreign Assets Control) ou par le HM Treasury, la couverture sera considérée comme nulle et de nul effet.
- En complément aux dispositions du point précédent, conformément aux règles nationales et internationales et aux bonnes pratiques en vigueur, l'assureur se réserve le droit de s'abstenir d'exécuter toute opération sur la police si elle est ou soupçonnée d'être associée au blanchiment de capitaux et/ou au financement du terrorisme.

## F - DÉLAIS DE CARENCE

1. Les délais de carence (période entre la date d'adhésion à l'assurance et la date de prise d'effet des garanties) sont fixés dans les conditions particulières et les conditions spéciales applicables ;
2. Le délai de carence est porté à 1 an (365 jours) dans les cas suivants :
  - ✓ Chirurgie des varices ;
  - ✓ Intervention chirurgicale de gynécologie et d'urologie pour une maladie bénigne ;
  - ✓ Lithotritie rénale et vésiculaire ;
  - ✓ Chirurgie et traitements proctologiques ;
  - ✓ Chirurgie du sein pour une pathologie bénigne ;
  - ✓ Chirurgie de la thyroïde pour une pathologie bénigne ;
  - ✓ Cholécystectomie ;
  - ✓ Opérations des oreilles, du nez et de la gorge ;
  - ✓ Toute chirurgie du genou ou de la hanche ;
  - ✓ Excision de lésions cutanées et sous-cutanées bénignes ;
  - ✓ Traitement / chirurgie ophtalmologique ;
  - ✓ Chirurgie des hernies ;
  - ✓ Traitement de l'arythmie ;
  - ✓ Grossesse ;
  - ✓ Interruption médicalisée de grossesse ;
  - ✓ Accouchement.
3. Le délai de carence ne s'applique pas en cas d'accident qui exige un traitement d'urgence à l'hôpital, en ambulatoire ou en hospitalisation.  
Aux fins des dispositions ci-dessus, on entend par traitement d'urgence tout traitement devant être effectué dans les 48 heures qui suivent le sinistre.

## G - ÉTENDUE DES COUVERTURES

### G1 – SOINS HOSPITALIERS – TOUTES LES FORMULES

#### GARANTIE

1. À condition d'être expressément souscrite et mentionnée dans les conditions particulières, cette condition spéciale couvre le **paiement des frais** engagés par la personne assurée, aussi bien par la prise en charge des soins conventionnés sur le réseau que par le remboursement des soins hors réseau, suite à l'**hospitalisation** de la personne assurée dans un établissement hospitalier consécutive à **une maladie ou à un accident** garanti par le contrat.
2. Sont notamment couverts les frais suivants :
  - a) Honoraires médicaux, en particulier du chirurgien, de l'anesthésiste, des aides-opérateurs et des instrumentistes ;
  - b) Hospitalisation en unités de soins intensifs ;
  - c) Chimiothérapie en ambulatoire ou fournie par l'hôpital et effectuée à domicile ;
  - d) Radiothérapie en ambulatoire, dans un hôpital ou une clinique ;
  - e) Chirurgie en ambulatoire, dans un hôpital ou une clinique ;
  - f) Chirurgie dentaire consécutive à un accident qui exige un traitement d'urgence à l'hôpital, en ambulatoire ou en hospitalisation.
  - g) Chirurgie maxillo-faciale consécutive à un accident qui exige un traitement d'urgence à l'hôpital ou à une maladie couverte par le contrat, hors soins dentaires.
  - h) Hospitalisation motivée par des maladies psychiques, d'une durée maximale de quinze (15) jours par année d'assurance ;
  - i) Forfaits journaliers de la personne assurée ;
  - j) Soins infirmiers (non privés) ;
  - k) Examens radiologiques et analyses médicales prescrits et réalisés durant l'hospitalisation ;
  - l) Médicaments administrés durant l'hospitalisation ;

- m) Salle d'opération et installations nécessaires à la pratique des actes médicaux (bloc opératoire, salle de réveil, etc.) et matériel utilisé (gaz anesthésiant, oxygène, matériel d'ostéosynthèse, prothèses chirurgicales, etc.) ;
  - n) Transport en ambulance de et à l'hôpital au Portugal, à condition que l'état de santé de la personne assurée le justifie.
3. Les montants assurés, les prises en charge, les remboursements, les franchises et les restes à charge sont prévus dans les conditions particulières.

## DÉFINITION

Aux fins de la présente condition spéciale, on entend par **hospitalisation** le séjour dans un hôpital ou une clinique sur prescription médicale pendant plus de 24 heures, entraînant le paiement d'un forfait journalier, et d'une durée de 365 jours au maximum. Les hospitalisations successives sont considérées comme des hospitalisations indépendantes.

## DÉLAIS DE CARENCE

**La couverture Soins Hospitaliers est assortie d'un délai de carence de quatre-vingt-dix (90) jours.**

## EXCLUSIONS

1. Sous réserve des exclusions prévues dans les conditions générales applicables à cette couverture, cette condition spéciale ne couvre pas les frais d'hospitalisation suivants :
  - a) Chirurgies et soins dentaires, sauf s'ils sont consécutifs à un accident couvert par ce contrat ;
  - b) Accouchement ou interruption médicalisée de grossesse, sauf si l'interruption est consécutive à une maladie ou à un accident couvert par ce contrat ;
  - c) Tous actes chirurgicaux liés à des maladies qui ne se sont pas encore manifestées.

## PLAFONDS DE REMBOURSEMENT DES HONORAIRES MÉDICAUX

**Sauf stipulation contraire, les remboursements des honoraires du chirurgien, de l'anesthésiste et des aides opératoires sont limités au montant qui résulte du produit entre le montant du K moyen fixé dans les conditions particulières et le nombre de K attribué à l'acte médical à l'origine des frais, selon le Code de la nomenclature et des tarifs des actes médicaux.**

On entend par Code de la nomenclature et des tarifs des actes médicaux la grille officielle publiée par l'Ordre des Médecins qui comprend toutes les interventions chirurgicales et le nombre de K attribué à chacune, en fonction de la complexité de l'acte médical.

Si la personne assurée le demande, AdvanceCare et/ou l'assureur s'engagent à lui communiquer avant l'hospitalisation le nombre de K attribué à l'acte médical.

## G2 - ACCOUCHEMENT - FORMULES MIDDLE, PLUS ET BEST + GARANTIE

1. À condition d'être expressément souscrite et mentionnée dans les conditions particulières, cette condition spéciale couvre le **paiement des frais** engagés par la personne assurée, aussi bien par la prise en charge des soins conventionnés sur le réseau que par le remboursement des soins hors réseau, suite à l'**hospitalisation dans un établissement hospitalier motivée directement par les situations suivantes** :
  - a) **Accouchement** ;
  - b) **Césarienne** ;
  - c) **Interruption médicalisée de grossesse.**
2. Sont notamment couverts les frais suivants :
  - a) Forfait journalier de la parturiente et du nouveau-né, pendant toute l'hospitalisation de la parturiente ;
  - b) Honoraires médicaux, en particulier de l'obstétricien, du pédiatre, de l'anesthésiste, des aides-opératoires et des instrumentistes en cas de besoin ;
  - c) Installations nécessaires à la pratique des actes (bloc opératoire, salle de réveil, salle d'accouchement, etc.) et matériel utilisé (gaz anesthésiant, oxygène, etc.) ;

- d) Médicaments administrés durant l'hospitalisation ;
  - e) Examens radiologiques et analyses médicales prescrits et réalisés durant l'hospitalisation ;
  - f) Soins infirmiers (non privés) ;
  - g) Transport en ambulance de et à l'hôpital au Portugal, à condition que l'état de santé de la personne assurée le justifie.
3. Les montants assurés, les prises en charge, les remboursements, les franchises et les restes à charge sont prévus dans les conditions particulières.

#### DÉLAIS DE CARENCE

La couverture **Accouchement** est assortie d'un délai de carence de **365 jours**.

#### EXCLUSIONS

Sous réserve des exclusions prévues dans les conditions générales applicables à cette couverture, cette condition spéciale ne couvre pas les honoraires des sages-femmes.

### G3 – DEUXIÈME AVIS MÉDICAL INTERNATIONAL - TOUTES LES FORMULES

#### ÉTENDUE DE LA COUVERTURE

1. À condition d'être expressément prévue dans les conditions particulières, cette condition spéciale couvre, en cas de maladie de la personne assurée, la mise en oeuvre par l'assureur des **actions nécessaires à l'obtention d'un deuxième avis international sur le diagnostic de la pathologie et/ou les traitements médicaux adaptés, de la part des meilleurs spécialistes au niveau mondial**.

À cet effet, AdvanceCare/l'assureur coordonne la collecte de l'information, en demandant si nécessaire la réalisation de nouveaux examens médicaux et de nouvelles analyses et/ou radiographies, et il envoie les envoies au médecin spécialiste qui lui paraît le plus indiqué compte tenu de la pathologie de la personne assurée.

Dès que le spécialiste s'est prononcé, AdvanceCare/l'assureur procède à l'interprétation du rapport et envoie à la personne assurée les conclusions et les recommandations finales.

2. En complément à l'obtention du deuxième avis médical, si la personne assurée prend l'initiative de suivre des soins à l'étranger, l'assureur fournit les services suivants :
- a) Sélection et communication à la personne assurée de références sur les médecins spécialistes et les hôpitaux étrangers sélectionnés par AdvanceCare/l'assureur à la demande de la personne assurée, ou choisis directement par celle-ci ;
  - b) Obtention des devis et des coûts estimés des honoraires et des frais d'hospitalisation pour les soins médicaux prévus à l'étranger ;
  - c) Prise de rendez-vous avec les spécialistes sélectionnés par AdvanceCare/l'assureur ou choisis par la personne assurée ;
  - d) Réservation des billets et de l'hébergement pour le voyage à l'étranger de la personne assurée et des membres de sa famille ;
  - e) Formalités nécessaires à l'admission de la personne assurée à l'hôpital ;
  - f) Présentation et accompagnement de la personne assurée à l'hôpital où elle sera hospitalisée et coordination de l'accueil ;
  - g) Vérification, contrôle et analyse des factures des traitements/consultations effectués ;
  - h) Expertise complète de toutes les factures et de tous les frais médicaux supportés par la personne assurée ;
  - i) Négociation de réductions en faveur de la personne assurée auprès des médecins spécialistes et des hôpitaux.

**DÉFINITION**

Aux seuls fins de la présente condition spéciale, sont couvertes les maladies ou conditions cliniques suivantes :

- Maladies infectieuses ;
- Maladies neurologiques ;
- Maladies neurochirurgicales ;
- Maladies cardiovasculaires ;
- Maladies cancéreuses ;
- Tumeurs bénignes ;
- Maladies ophtalmologiques ;
- Maladies otorhinolaryngologiques (ORL) ;
- Maladies hématologiques ;
- Greffe d'organes ;
- Maladies rénales et urologiques ;
- Maladies respiratoires ;
- Maladies gynécologiques et obstétriques ;
- Maladies gastrointestinales et hépatiques ;
- Maladies endocrinologiques et métaboliques ;
- Maladies dermatologiques ;
- Maladies musculo-squelettiques ;
- Maladies rhumatologiques et du tissu conjonctif, hors fibromyalgie et syndrome de fatigue chronique ;

**EXCLUSIONS**

Sous réserve des exclusions prévues dans les conditions générales applicables à cette couverture, cette condition spéciale ne couvre pas les frais suivants :

- a) Tous services demandés à AdvanceCare/à l'assureur, si la personne assurée ne souffre d'aucune maladie visée ci-dessus ;
- b) Maladies aiguës (de courte durée) ;
- c) Maladies psychiatriques ;
- d) Maladies bucco-dentaires ;
- e) Toutes maladies n'ayant pas été confirmées par un médecin ;
- f) Services non demandés à AdvanceCare/à l'assureur ;
- g) Tous frais médicaux d'honoraires, médicaments et/ou hospitalisation à l'étranger ;
- h) Frais de transport et d'hébergement au Portugal et à l'étranger ;
- i) Toutes pertes et tous dommages causés directement ou indirectement par l'avis des médecins et/ou professionnels consultés.

**G4 - SOINS AMBULATOIRES - FORMULE LIGHT +****G4.1 FORMULE LIGHT +****GARANTIE**

1. À condition d'être expressément souscrite et mentionnée dans les conditions particulières, cette condition spéciale couvre le **paiement des frais** engagés par la personne assurée, par la prise en charge des soins conventionnés sur le réseau.
2. Sont notamment couverts les frais suivants :
  - a) Honoraires médicaux des consultations de généraliste et de spécialiste, dans la limite de huit (8) par année d'assurance ;
  - b) Analyses médicales, dans la limite de trois (3) par année d'assurance ;
  - c) Examens médicaux, dans la limite de trois (3) par année d'assurance ;
3. Les montants assurés, les prises en charge, les remboursements, les franchises et les restes à charge sont prévus dans les conditions particulières.

**DÉLAIS DE CARENCE**

La couverture Soins Ambulatoires est assortie d'un délai de carence de quatre-vingt-dix (90) jours.



**EXCLUSIONS**

Sous réserve des exclusions prévues dans les conditions générales applicables à cette couverture, cette condition spéciale ne couvre pas les frais suivants :

- a) Consultations, soins et chirurgies dentaires ;
- b) Consultations et traitements et soutien et orientation psychologique ;
- c) Consultations, soins ou tous autres frais engagés en acupuncture, homéopathie, médecine naturelle ou tout autre type de soins non conventionnels.

**G4.2 FORMULES MIDDLE, PLUS ET BEST +****GARANTIE**

1. À condition d'être expressément souscrite et mentionnée dans les conditions particulières, cette condition spéciale couvre le **paiement des frais** engagés par la personne assurée, aussi bien par la prise en charge des soins conventionnés sur le réseau que par le remboursement des soins hors réseau, **pour les soins ambulatoires**.
2. Sont notamment couverts les frais suivants :
  - a) Honoraires médicaux des consultations de généraliste et de spécialiste ;
  - b) Soins ambulatoires et autres actes médicaux, à condition d'être prescrits par un médecin ;
  - c) Examens radiologiques et analyses médicales, à condition d'être prescrits par un médecin ;
  - d) Rééducation en cas d'accident ou de maladie ;
  - e) Kinésithérapie, dans la limite de six (6) séances par année d'assurance ;
  - f) Orthophonie, dans la limite de six (6) séances par année d'assurance ;
  - g) Consultations médicales de psychologie ou psychiatrie, dans la limite de trois (3) par année d'assurance ;
  - h) Soins infirmiers (non privés) ;
  - i) Transport en ambulance de et à l'unité de soins au Portugal, à condition que l'état de santé de la personne assurée le justifie.
3. Concernant les grossesses, cette couverture garantit également :
  - ✓ Les frais d'obstétrique dans la limite de dix (10) consultations et quatre (4) échographies par année d'assurance ;
  - ✓ Les frais d'amniocentèse ou d'autres examens pour recherche d'ADN foetal, lorsqu'ils sont médicalement nécessaires, à condition d'être effectués sur des personnes assurées âgées de 35 ans maximum ou s'il existe des antécédents obstétriques avérés d'altérations morphologiques ou de caryotype foetal ;
  - ✓ Dépistages biochimiques prénatals.
4. Les montants assurés, les prises en charge, les remboursements, les franchises et les restes à charge sont prévus dans les conditions particulières.

**DÉLAIS DE CARENCE**

La couverture Soins Ambulatoires est assortie d'un délai de carence de quatre-vingt-dix (90) jours.

**EXCLUSIONS**

Sous réserve des exclusions prévues dans les conditions générales applicables à cette couverture, cette condition spéciale ne couvre pas les frais suivants :

- a) Traitements chirurgicaux et/ou laser réalisés en régime ambulatoire, en ce compris les petites chirurgies ;
- b) Consultations, soins et chirurgies dentaires ;
- c) Séances d'orthoptie ;
- d) Gymnastique, natation et massages ;
- e) Consultations et traitements et soutien et orientation psychologique ;
- f) Consultations, soins ou tous autres frais engagés en acupuncture, homéopathie, médecine naturelle ou tout autre type de soins non conventionnels.

## G5 - SOINS DENTAIRES - FORMULES PLUS ET BEST XL

### GARANTIE

1. À condition d'être expressément souscrite et mentionnée dans les conditions particulières, cette condition spéciale couvre le **paiement des frais** engagés par la personne assurée, aussi bien par la prise en charge des soins conventionnés sur le réseau que par le remboursement des soins hors réseau, **pour les hospitalisations, les consultations et les soins dentaires.**
2. Sont notamment couverts les frais suivants :
  - a) Chirurgies, avec ou sans hospitalisation, consécutives à une maladie ;
  - b) Honoraires médicaux ;
  - c) Soins ambulatoires et autres actes médicaux, à condition d'être prescrits par un dentiste ;
  - d) Examens radiologiques et analyses médicales ;
  - e) Détartrages dentaires ;
  - f) Prothèses dentaires ;
  - g) Orthodontie ;
  - h) Soins infirmiers (non privés), en cas d'hospitalisation.
3. Les montants assurés, les prises en charge, les remboursements, les franchises et les restes à charge sont prévus dans les conditions particulières.

### DÉLAIS DE CARENCE

La couverture Soins Dentaires est assortie d'un délai de carence de quatre-vingt-dix (90) jours.

### EXCLUSIONS

Sous réserve des exclusions prévues dans les conditions générales applicables à cette couverture, cette condition spéciale ne couvre pas les frais suivants :

- a) Blanchiment dentaire ;
- b) Tickets modérateurs.

## G6 - SOINS DENTAIRES SUR LE RÉSEAU DENTINET - FORMULES PLUS ET BEST +

### GARANTIE

1. À condition d'être expressément souscrite et mentionnée dans les conditions particulières, cette condition spéciale couvre le **paiement des frais** engagés par la personne assurée sur le réseau de soins dentaires conventionnés AdvanceCare, **pour les consultations ou les soins dentaires ou maxillo-faciaux prévus dans la Grille des prix conventionnée pour la médecine bucco-dentaire** disponible sur le site d'AdvanceCare ([www.dentinet.pt](http://www.dentinet.pt)).
2. Dans cette formule, la personne assurée n'aura qu'à payer le montant à sa charge indiqué sur la grille tarifaire, tandis que le solde sera versé directement par l'assureur au prestataire.
3. À condition d'être expressément prévue dans les conditions particulières, cette condition spéciale peut également couvrir le remboursement des frais d'hospitalisation, de consultation et de soins dentaires ou maxillo-faciaux hors réseau :
  - a) Chirurgies, avec ou sans hospitalisation, consécutives à une maladie ;
  - b) Honoraires médicaux ;
  - c) Soins ambulatoires et autres actes médicaux, à condition d'être prescrits par un dentiste ;
  - d) Examens radiologiques et analyses médicales, à condition d'être prescrites par un dentiste ou un spécialiste en chirurgie maxillo-faciale ;
  - e) Détartrages dentaires ;
  - f) Prothèses dentaires ;
  - g) Orthodontie ;
  - h) Soins infirmiers (non privés), en cas d'hospitalisation.
4. Les montants assurés, les prises en charge, les remboursements, les franchises et les restes à charge sont prévus dans les conditions particulières.

#### DÉLAIS DE CARENCE

La couverture Soins Dentaires sur le Réseau Dentinet est assortie d'un délai de carence de quatre-vingt-dix (90) jours.

#### EXCLUSIONS

Sous réserve des exclusions prévues dans les conditions générales applicables à cette couverture, cette condition spéciale ne couvre pas les frais suivants :

- a) Blanchiment dentaire ;
- b) Tickets modérateurs.

#### G7 - PROTHÈSES ET ORTHÈSES - PLAN BEST + GARANTIE

1. À condition d'être expressément souscrite et mentionnée dans les conditions particulières, cette condition spéciale couvre le **paiement des frais** engagés par la personne assurée, aussi bien par la prise en charge des soins conventionnés sur le réseau que par le remboursement des soins hors réseau, **pour les prothèses et orthèses prescrites par des médecins ou par des optométristes dans les cas prévus aux points a) et b) du paragraphe suivant.**
2. Sont notamment couverts les frais suivants :
  - a) Montures et verres correcteurs ;
  - b) Lentilles de contact correctrices ;
  - c) Prothèses ou orthèses auditives, ophtalmologiques et orthopédiques, hors chaussures orthopédiques. Dans ce dernier cas, seule la correction des chaussures est remboursée ;
  - d) Location ou achat de chaises roulantes, lits articulés et autres équipements auxiliaires, à condition que le montant de la location ne dépasse pas celui de l'achat.
3. Les montants assurés, les prises en charge, les remboursements, les franchises et les restes à charge sont prévus dans les conditions particulières.

#### DÉLAIS DE CARENCE

La couverture Prothèses et Orthèses est assortie d'un délai de carence de quatre-vingt-dix (90) jours.

#### EXCLUSIONS

Sous réserve des exclusions prévues dans les conditions générales applicables à cette couverture, cette condition spéciale ne couvre pas le remboursement des frais suivants :

- a) Lunettes de soleil avec des verres correcteurs de moins de quatre (4) dioptries ;
- b) Prothèses dentaires ;
- c) Collants, bas de contention et ceintures de maintien, et tous autres produits utilisés dans le traitement des varices ;
- d) Matelas et oreillers orthopédiques.

#### G8 - ACCÈS AU RÉSEAU ADVANCECARE - TOUTES LES FORMULES

##### G8.1 - RÉSEAUX ADVANCECARE

#### GARANTIE

À condition d'être expressément prévue dans les conditions particulières, cette condition spéciale garantit le droit d'accès au Réseau d'assistance médicale au Portugal et au Réseau de soins dentaires Dentinet. Dans ce cas, la personne assurée paye la totalité des frais conventionnés avec le gestionnaire des réseaux (pour les couvertures où il n'y a pas de capital garanti).

**G8.2 - RÉSEAU BIEN-ÊTRE****GARANTIE**

À condition d'être prévue dans les conditions particulières, cette condition spéciale garantit également à la personne assurée l'accès direct, à des conditions privilégiées, à des prestataires liés au bien-être, aux loisirs et à la santé, avec lesquels AdvanceCarte a conclu un partenariat. La personne assurée doit choisir le prestataire et payer ses honoraires.

**G8.3 - ASSISTANCE À LA PERSONNE****DÉFINITIONS :**

**ACCIDENT CORPOREL :** Aux fins de l'article 4 de cette condition spéciale, on entend par accident corporel tout événement fortuit, soudain et violent provoqué par une cause extérieure et indépendante de la volonté de la personne assurée entraînant chez elle des lésions corporelles susceptibles de l'empêcher de poursuivre son voyage.

**MALADIE :** Aux fins de l'article 4 de cette clause spéciale, on entend par maladie toute dégradation soudaine et imprévisible de l'état de santé de la personne assurée confirmée par le médecin et qui l'empêche de poursuivre son voyage.

**SERVICE D'ASSISTANCE :** L'entité qui assure au nom et pour le compte de l'assureur les prestations et les services garantis conformément aux dispositions des conditions générales et spéciales.

- a) **ASSISTANCE MÉDICALE AU PORTUGAL**
- b) **ASSISTANCE MÉDICALE AU PORTUGAL EN CAS D'HOSPITALISATION**
- c) **ASSISTANCE EN VOYAGE À L'ÉTRANGER**
- d) **ASSISTANCE AUX ANIMAUX DOMESTIQUES**
- e) **ASSISTANCE HABITATION**

**G9 –CLAUSE PARTICULIÈRE - TOUTES LES FORMULES**

À condition d'être expressément prévue dans les conditions particulières de la police, la clause particulière suivante pourra s'appliquer au contrat :

**« EXTENSION TERRITORIALE »**

Comme établi au paragraphe 3 de l'article 4 des conditions générales, le paiement des frais de santé est garanti dans les conditions indiquées.

**H - LIMITE D'ÂGE D'ADHÉSION**

La limite d'âge de la personne assurée est de 59 ans.

**I - 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.

**J - DROIT DE RÉTRACTATION DU PRENEUR D'ASSURANCE**

1. **Lorsque le contrat est signé pour une durée supérieure ou égale à six (6) mois, si le preneur d'assurance est une personne physique, il dispose d'un délai de trente (30) jours à compter de la réception de la police pour résilier le contrat sans juste motif, sous réserve des dispositions du paragraphe précédent.**
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 devant figurer sur la police.**
3. **La résiliation du contrat dans les conditions définies ci-dessus doit être communiquée à l'assureur par écrit, sur support papier ou tout autre support durable disponible et accessible à l'assureur.**
4. **La résiliation du contrat dans les conditions définies ci-dessus a un effet rétroactif. L'assureur a toutefois droit aux montants suivants :**

- a) Montant de la prime pour la période de temps déjà écoulée, dans la mesure où il aura supporté le risque ;
  - b) Montant des frais raisonnables engagés par l'assureur pour la réalisation d'examens médicaux, lorsque ces montants sont à la charge du preneur d'assurance en vertu du contrat.
5. Les dispositions des paragraphes précédents ne s'appliquent pas aux personnes assurées intégrées dans une assurance de groupe.

#### **K - EFFETS DU CONTRAT**

1. Le présent contrat et ses couvertures produisent leurs effets à partir du moment où la prime ou la première fraction seront payées par le preneur d'assurance.
2. Les dispositions du paragraphe précédent s'appliquent sous réserve des délais de carence applicables au contrat.

#### **L - CONSOLIDATION DU CONTRAT**

La consolidation du contrat intervient trente (30) jours après la réception de la police par la personne assurée. Passée cette date, elle ne pourra invoquer aucune non-conformité entre les conditions négociées et le contenu de la police qui ne figure sur un document écrit ou autre support durable.

#### **M - 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. **Conformément à la législation en vigueur, la couverture des risques garantis par le présent contrat est subordonnée au paiement de la prime ou de la première fraction, qui est exigible à la date de signature du contrat.**
3. La prime correspondante à chaque période de durée du contrat est due dans son intégralité, sans préjudice de son fractionnement dès lors qu'il est expressément prévu dans les conditions particulières.
4. **Pour les assurances de groupe et sauf stipulation contraire, le paiement de la prime à l'assureur, même si le contrat concerne une assurance de groupe contributive, sera toujours à la charge du preneur d'assurance.**
5. Les primes ou fractions suivantes sont dues aux dates fixées dans la police et, le cas échéant, la partie de la prime de montant variable relative à l'ajustement de valeur ou la partie de la prime correspondant à des modifications du contrat sont dues aux dates indiquées dans les avis, dans les conditions fixées aux paragraphes suivants.
6. L'assureur préviendra le preneur d'assurance par écrit et au moins trente (30) jours avant la date à laquelle la prime ou la fraction suivante est due, en indiquant la date de paiement, le montant à payer, le mode de paiement, ainsi que les conséquences en cas de non-paiement.
7. En cas de fractionnement de la prime par périodes inférieures au trimestre, aucun avis de paiement ne sera envoyé. Les conditions particulières du contrat indiqueront les dates de paiement de chaque fraction, les montants à payer ainsi que les conséquences en cas de non-paiement.
8. En cas d'ajustement de l'échéance du contrat d'une année et suivantes, la prime correspondante au nombre de jours au-delà d'un an sera calculée au prorata temporis.

#### **N – 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.

**O - 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.

**P - GESTION DES RÉCLAMATIONS**

1. L'assureur dispose d'un service chargé de la gestion des réclamations auquel peuvent être soumises toutes les questions concernant le présent contrat.
2. En cas de divergence avec l'assureur, le preneur d'assurance et/ou l'assuré peuvent également présenter des réclamation dans le Livre des Réclamations, ainsi que demander l'intervention de l'Autorité de Supervision des Assurances et des Fonds de Pensions, sans préjudice de la possibilité de former un recours en arbitrage ou de saisir les tribunaux, conformément aux dispositions légales en vigueur.
3. En cas de litige, le preneur d'assurance et/ou la personne assurée peuvent saisir les entités de règlement amiable des litiges (RAL) identifiées sur le site internet de la Direction générale du consommateur sur [www.consumidor.pt](http://www.consumidor.pt).

**Q - ARBITRAGE**

1. Concernant les questions de nature purement médicale, si le droit de la personne assurée aux garanties de l'assureur suscite un litige, il peut y avoir recours à l'arbitrage.
2. Dans le cas énoncé au paragraphe précédent, chaque partie désigne un médecin qui la représente et les arbitres ainsi désignés nomment un autre médecin qui préside.
3. Les frais de la procédure d'arbitrage sont supportés par chaque partie pour ce qui concerne l'arbitre qu'elle a désigné et pour moitié concernant l'arbitre président.

**Q - DONNÉES PERSONNELLES**

1. Le traitement des données personnelles est effectué par l'assureur et par ses sous-traitants avec le consentement exprès de la personne concernée. Ce traitement est nécessaire à l'exécution du contrat d'assurance et pour la gestion de la prestation des soins ou des traitements médicaux ou la gestion des services de santé. Il est réalisé par des professionnels de santé tenus au secret professionnel ou par des personnes également tenues au secret professionnel.
2. L'assureur est responsable du traitement et il met en oeuvre les mesures appropriées afin de garantir la sécurité des données, selon la finalité prévue au paragraphe précédent. Les personnes assurées ont un droit d'accès et de rectification de leurs données.

**R - LÉGISLATION APPLICABLE ET ATTRIBUTION DE JURIDICTION**

1. Le présent contrat est régi par la loi portugaise.
2. En cas de lacunes dans le présent contrat, il sera fait application de la législation en vigueur.
3. La juridiction compétente pour le règlement des litiges nés du présent contrat est celle fixée par la loi civile.