

POLICE D'ASSURANCE ADVANCECARE SANTÉ

CONDITIONS GÉNÉRALES

Article Préliminaire

Entre Seguradoras Unidas, S.A., ci-après dénommée Assureur, et le Preneur d'Assurance mentionné aux Conditions Particulières, est établi un contrat d'assurance régi par les Conditions Générales, Spéciales et Particulières prévues dans la présente Police, conformément aux déclarations de la Proposition qui lui a servi de base et dont elle fait partie intégrante.

ART. 1 - Définitions

1. Définitions relatives aux entités impliquées dans le contrat d'assurance santé:
 - a) ASSUREUR: Entité légalement autorisée à exercer l'activité d'assurance et qui souscrit, avec le Preneur, le contrat d'assurance;
 - b) ADVANCECARE: Marque exclusive et déposée des produits gérés par AdvanceCare – Gestão de Serviços de Saúde, S.A., gestionnaire du système intégré de soins de santé;
 - c) PRENEUR D'ASSURANCE: Entité qui signe le contrat d'assurance avec l'Assureur et qui est responsable du paiement de la prime;
 - d) PERSONNE ASSURÉE: Personne physique identifiée aux Conditions Particulières dont la santé ou l'intégrité physique est assurée au moyen du présent contrat, et qui est bénéficiaire des garanties de la Police;
 - e) PARTICIPANT: La Personne Assurée liée au Preneur d'Assurance par un lien professionnel ou autre, qui n'est pas le souscripteur de l'assurance, après avoir été incluse dans le contrat d'assurance;
 - f) MÉNAGE: Ensemble des personnes identifiées aux Conditions Particulières, constitué par le Participant, son conjoint ou une personne avec qui il vit en union libre, et les descendants mineurs et célibataires (ou, s'ils ne sont pas mineurs, s'ils sont étudiants, y compris adoptés, sous tutelle et curatelle), qui cohabitent avec le Participant.
2. Définitions relatives aux documents qui règlent et qui intègrent le contrat d'assurance:
 - a) POLICE: Ensemble de documents qui constituent l'expression écrite du contrat d'assurance, et qui inclut les Conditions Générales, Spéciales et Particulières, ainsi que les Procès-verbaux additionnels au Contrat;
 - b) CONDITIONS GÉNÉRALES: Ensemble des clauses qui définissent et règlent des obligations génériques et communes inhérentes au contrat d'assurance;
 - c) CONDITIONS SPÉCIALES: Clauses qui visent à clarifier, compléter ou spécifier des dispositions des Conditions Générales, applicables aux couvertures souscrites;
 - d) CONDITIONS PARTICULIÈRES: Document où se trouvent les éléments spécifiques et individuels de chaque contrat d'assurance;
 - e) ACTE ADDITIONNEL: Le document qui registre une modification de la Police.
3. Définitions relatives à la souscription de l'assurance de santé:
 - a) ADVANCECARE SAÚDE: Contrat d'assurance établi entre l'Assureur et le Preneur d'Assurance, déterminé par l'émission d'une Police, par lequel l'Assureur garantit aux Personnes Assurées l'accès au réseau de prestataires de soins de santé d'AdvanceCare, conformément aux limites conventionnées, avec détermination des critères de financement expressément indiqués, ou le remboursement partiel des frais de santé pris en charge par des entités non conventionnées;
4. Définitions relatives aux garanties du contrat d'assurance santé:
 - a) ÉVÉNEMENT/SINISTRE: Tout événement susceptible de déclencher le fonctionnement des garanties du contrat;
 - b) ACCIDENT: L'événement fortuit, soudain et anormal, dû à une cause extérieure et indépendante de la volonté de la Personne Assurée et qui lui provoque des lésions corporelles qui peuvent être cliniquement et objectivement constatées, susceptibles d'actionner les couvertures du contrat;
 - c) MALADIE: Tout changement involontaire de l'état de santé, non causé par un accident et susceptible de constat médical objectif;
 - d) MALADIE OU LÉSION PRÉEXISTANTE: Maladie ou lésion dont la Personne Assurée devrait avoir connaissance ou qu'elle ne pouvait pas ignorer, avant la date de souscription de l'assurance, pour avoir été objet de recherche clinique, traitement préalable ou autre acte médical, ou encore par l'évidence des signes et symptômes spécifiques de la pathologie concernée, avant la date de début des garanties du Contrat d'Assurance;
 - e) GROSSESSE PRÉEXISTANTE: Grossesse manifestée ou qui a donné origine à tout acte médical avant la date de souscription du contrat;
 - f) MALADIE MANIFESTÉE: Maladie qui s'est révélée, qui a été objet d'un diagnostic sans équivoque et/ou donné lieu au traitement respectif;

- g) MALADIE SOUDAINE: Toute maladie qui implique un traitement d'urgence à l'hôpital, soit en régime d'hospitalisation, soit en régime ambulatoire;
- h) MALADIE OU MALFORMATION CONGÉNITALE: Maladie et/ou malformation présente à la naissance, pour des facteurs héréditaires ou des conditions vérifiées durant la gestation jusqu'au moment de la naissance. La maladie et/ou malformation congénitale peut être évidente ou reconnue immédiatement après la naissance ou être découverte plus tard, à tout moment de la vie de la personne, sans préjudice de sa nature;
- i) SERVICES CLINIQUEMENT NÉCESSAIRES: Biens, services ou soins de santé considérés nécessaires au traitement de la maladie ou de la lésion découlant d'un accident, adéquats à la situation diagnostiquée, de valeur clinique reconnue, efficacité prouvée de coût/bénéfice et prêtés en conformité avec les protocoles et standards reconnus par la communauté médicale;
- j) MÉDECIN: Le diplômé de la Faculté de Médecine ou de Médecine Dentaire, légalement autorisé à exercer la profession dans le pays respectif, sont exclus tous ceux qui exercent des spécialités non reconnues par l'Ordre des Médecins, par l'Ordre des Médecins Dentistes ou organisme équivalent du pays où l'acte a lieu;
- k) FRAIS MÉDICAL: Frais réalisés par la Personne Assurée pour acquisition de Services Cliniquement Nécessaires, si prescrits ou réalisés par un médecin;
- l) HÔPITAL OU CLINIQUE: Établissement légalement reconnu où sont prêtés des services de santé aux Personnes Assurées, par des médecins et techniciens de santé diplômés, ne sont pas, aux effets de ce contrat, considérés comme tel les thermes, sanatoriums, maisons de repos, centres pour toxicomanes et alcooliques et autres établissements similaires;
- m) PRESTATIONS CONVENTIONNÉES: Frais médicaux effectués par les Personnes Assurées dans le réseau de prestataires préalablement indiqué, la prise en charge de l'Assureur est directement payée aux prestataires;
- n) PRESTATIONS D'INDEMNISATIONS: Frais médicaux effectués par les Personnes Assurées hors du réseau de prestataires, et qui donnent lieu à un remboursement direct de l'Assureur aux Personnes Assurées selon un pourcentage stipulé aux Conditions Particulières.
5. Définitions relatives aux montants mentionnés au contrat d'assurance santé:
- a) PRIME: Montant payé par le Preneur d'Assurance comme contrepartie des couvertures souscrites dans le cadre du contrat d'assurance;
- b) CAPITAL ASSURÉ: Montant maximum de la prestation à payer par l'Assureur, pour sinistre ou annuité d'assurance, selon ce qui est établi au contrat;
- c) PRISE EN CHARGE: Pourcentage ou montant maximum de frais médicaux garantis par ce contrat qui est à charge de l'Assureur;
- d) COPAIEMENT: Montant qui reste à charge de la Personne Assurée pour chaque acte ou ensemble d'actes médicaux, conformément aux Conditions Particulières;
- e) FRANCHISE: Importance qui, en cas de sinistre, reste à charge de la Personne Assurée, et dont le montant est stipulé aux Conditions Particulières;
- f) DÉLAIS DE CARENCE: Espace de temps qui diffère l'efficacité des garanties de la Police à une date ultérieure à celle du début du contrat;
- g) PRÉ-AUTORISATION: Approbation donnée par les services cliniques d'AdvanceCare, lorsque cela est exigible aux termes de la Police, qui permet l'accès des Personnes Assurées aux soins de santé garantis par le présent contrat, sans laquelle ceux-ci ne peuvent être financés ou remboursés;
- h) DÉCLARATION DE RESPONSABILITÉ: Document émis par l'Assureur et/ou AdvanceCare, qui exprime l'acceptation de la responsabilité des charges inhérentes à la réalisation d'un acte médical déterminé ou d'une procédure, conformément aux termes et aux limites des couvertures du contrat d'assurance;
- i) PETITE CHIRURGIE: Toute chirurgie dont la valorisation relative est égale ou inférieure à 100 K, conformément aux valorisations établies par le Code de Nomenclature et Montant Relatif d'Actes Médicaux, publié par l'Ordre des Médecins.
6. Définitions relatives au Système de Santé AdvanceCare:
- a) RÉSEAU DE PRESTATAIRES ADVANCECARE: Ensemble de prestataires de soins de santé, notamment médecins, hôpitaux, cliniques, centres de diagnostics et autres unités de santé avec lesquels l'Assureur et/ou AdvanceCare ont conclu un accord de prestation de services et qui assurent aux Personnes Assurées l'exécution des services garantis par le contrat dans le cadre des Prestations Conventionnées;
- b) RÉSEAU DE PRESTATAIRES DENTINET: Ensemble de prestataires de soins de santé, notamment médecins spécialistes en stomatologie, médecine dentaire, chirurgie dentaire, orthodontie, hygiène orale ou prothèses dentaires, cliniques, centres de diagnostics ou autres unités de soins de santé dentaires avec lesquels AdvanceCare a conclu un accord de prestation de services cliniques et qui assurent aux Personnes Assurées les soins de santé couverts par ce Contrat;
- c) CARTE DE SANTÉ ADVANCECARE: Carte personnelle et intransmissible, matérialisée par une carte physique ou digitale, qui identifie la Personne Assurée et qui permet son accès aux soins de santé dans le cadre du réseau de prestataires;
- d) GESTIONNAIRE DE SOINS DE SANTÉ: Organisation qui articule le financement à la Personne Assurée et le paiement aux prestataires du réseau conventionné (notamment médecins, hôpitaux, cliniques, centres de moyens complémentaires de diagnostic et thérapeutique), conformément aux termes et limites accordés.
7. Définitions relatives aux modalités d'assurance de santé:
- a) ASSURANCE INDIVIDUELLE: Assurance effectuée pour des personnes individuelles qui, pouvant inclure un Ménage dans le cadre de couverture, n'est pas une Assurance de Groupe;
- b) ASSURANCE DE GROUPE: Assurance d'un ensemble de personnes liées entre elles et le Preneur d'Assurance par un lien autre que celui d'assurer;
- c) ASSURANCE DE GROUPE CONTRIBUTIVE: Assurance de Groupe où les Personnes Assurées contribuent, totalement ou en partie, au paiement de la prime;
- d) ASSURANCE DE GROUPE NON CONTRIBUTIVE: Assurance de Groupe où le Preneur d'Assurance contribue au paiement total de la prime;
- e) GROUPE ASSURABLE: Ensemble de personnes liées entre elles et le Preneur d'Assurance par un lien ou un intérêt commun, autre que celui de la constitution de l'assurance.

ART. 2 - Objet du Contrat et Étendue des Garanties

1. **Le présent contrat garantit**, conformément aux dispositions des présentes Conditions Générales, Conditions Spéciales souscrites et à hauteur des limites établies aux

Conditions Particulières de la Police, **le paiement aux Personnes Assurées de prestations conventionnées, prestations d'indemnisations et/ou indemnité journalière pour hospitalisation suite à une maladie ou à un accident survenu durant la validité du contrat.**

2. Lorsque cela est expressément prévu aux Conditions Particulières, la prestation de services d'assistance médicale pourra également être garantie, comme défini à la Condition Spéciale Assistance aux Personnes.
3. **Le présent contrat ne garantira pas le paiement de tous frais médicaux ou médicamenteux réclamés par le réseau d'hôpitaux et autres institutions qui intègrent le Service National de Santé, lorsque la Personne Assurée, si elle est bénéficiaire de ce service, y est assistée.**

Le paiement des tickets modérateurs est toutefois garanti.

ART. 3 - Base du Contrat

Constituent la base du contrat d'assurance et font partie intégrante de la Police, la Proposition d'Assurance, la Déclaration Individuelle d'Adhésion, le Questionnaire Clinique de chaque Personne Assurée, ainsi que la documentation clinique nécessaire à l'acceptation par l'Assureur du contrat ou de l'adhésion individuelle.

ART. 4 – Étendue Territorial

1. **Le contrat est valable au Portugal Continental et aux Régions Autonomes des Açores et Madère.**
2. **Le contrat est valable à l'étranger dans l'une des conditions suivantes:**
 - a) **En cas d'accident ou de maladie subite, lorsque la Personne Assurée se trouve à l'étranger pour une période de (60) jours maximum.**

Au cas où la couverture Assistance aux Personnes est souscrite et expressément indiquée aux Conditions Particulières, cette extension de risque ne sera garantie qu'après avoir épuisé le capital assuré indiqué pour "Frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation à l'étranger", conformément au paragraphe 1, de l'article 4 de la C.S. "Assistance aux Personnes";
 - b) **En cas de traitement à l'étranger, dès lors qu'une autorité médicale nommée par AdvanceCare ou par l'Assureur reconnaît l'impossibilité du traitement concerné, sur le territoire national;**
 - c) **Quand, dans le cadre des couvertures souscrites par la Personne Assurée prévoit expressément son application à l'étranger, dès lors que la Personne Assurée s'y trouve pour une période de 180 jours maximum.**
3. **Lorsqu'il est expressément prévu aux Conditions Particulières, et sans préjudice des dispositions du paragraphe 2 de cet article, le contrat pourra également prendre effet à l'étranger dans les conditions et aux termes prévus à la Clause Particulière "Extension Territoriale" des présentes clauses.**
4. **Sans préjudice des dispositions ci-dessus, lorsque la Condition Spéciale "Maladies Graves" a été souscrite, il est expressément défini que les garanties prévues dans le cadre de la Condition Spéciale mentionnée s'appliquent exclusivement à l'étranger.**

ART. 5 – Prestations conventionnées

1. **Dans le cadre des prestations conventionnées, l'Assureur garantit aux Personnes Assurées l'accès direct aux médecins, hôpitaux ou unités de santé, centre de moyens complémentaires de diagnostic et autres services de santé qui, à tout moment font partie du Système de Soins de Santé AdvanceCare, dont les conditions d'utilisation sont établies dans la Police.**
2. **Concernant les services qui ne sont pas souscrits avec les prestataires de soins de santé mentionnés au paragraphe précédent, on applique le régime de prestations d'indemnisations prévu à l'article suivant.**
3. **Les conditions de financement intègrent des limites maximum, ainsi que des copaiements ou franchises à charge de la Personne Assurée, concernant des actes médicaux concrets indépendamment des capitaux garantis ou disponibles à tout moment.**
4. **L'actionnement des couvertures prévues aux Conditions Particulières fait l'objet d'analyse de procédure clinique et dépend d'une autorisation expresse des services cliniques de l'Assureur, laquelle obéit, exclusivement, à des critères de nature médicale, conformément aux principes de bonne pratique clinique.**
5. **AdvanceCare donne à la Personne Assurée l'accès en ligne à la liste de prestataires de services qui, à tout moment, intègrent le Réseau AdvanceCare, la Personne Assurée est libre de choisir l'autorité adéquate à son état.**
6. **Quand la Personne Assurée choisit une autorité qui n'intègre pas le Réseau AdvanceCare, on applique le régime prévu à l'article suivant.**

ART. 6 - Prestations d'indemnisations

1. **L'Assureur s'oblige, aux termes et dans les limites fixés aux Conditions Générales, Spéciales et Particulières, au remboursement des frais réalisés par la Personne Assurée auprès de prestataires de services cliniques non intégrés dans le Réseau AdvanceCare, soumis aux paramètres de valorisation des actes médicaux conformément à la table de paiements relatifs établie par l'Ordre des Médecins.**
2. **Quand la Personne Assurée a recours à l'autorité qui intègre le Réseau AdvanceCare, mais dans la modalité de prestations d'indemnisations, elle bénéficie de l'application des prix conventionnés, seul le montant du remboursement prévu aux Conditions Particulières lui est dû par l'Assureur.**

ART. 7 – Délais de Carence

1. **Les périodes de temps entre la date d'adhésion à l'assurance et la date où les garanties respectives peuvent être actionnées sont fixés aux Conditions Particulières et dans les Conditions Spéciales applicables.**
2. **La période de carence est élargie à 1 an (365 jours) en cas de frais motivés par:**
 - Intervention chirurgicale aux varices;
 - Intervention chirurgicale en gynécologie et en urologie pour pathologie bénigne;
 - Lithotritie rénale et vésiculaire;
 - Chirurgie et traitements proctologiques;
 - Chirurgie du sein pour pathologie bénigne;
 - Chirurgie de la thyroïde pour pathologie bénigne;

- Cholécystectomie;
 - Opérations aux oreilles, nez et gorge;
 - Tout acte chirurgical au genou ou à la hanche;
 - Excision de lésions cutanées ou sous-cutanées bénignes;
 - Traitement/ chirurgical en ophtalmologie;
 - Intervention chirurgicale à des hernies;
 - Arithmologie;
 - Grossesse;
 - Interruption involontaire de grossesse;
 - Accouchement.
3. Il n'y aura pas lieu à l'application d'une période de carence en cas d'accident impliquant un traitement d'urgence à l'hôpital, soit en régime d'hospitalisation, soit en régime ambulatoire.
- Aux effets des dispositions stipulées ci-dessus, on considère traitement d'urgence celui qui doit être effectué dans un délai maximum de 48 heures après le sinistre.
4. Sans préjudice des dispositions stipulées ci-dessus, lorsqu'elle est souscrite par le Preneur d'Assurance/la Personne Assurée, à la garantie "Maladies Graves" on appliquera une période de carence de 180 jours pour les personnes garanties.

ART. 8 - Exclusions

1. Sauf convention contraire indiquée aux Conditions Particulières respectives, ne sont pas garanties dans le cadre du présent contrat les prestations découlant de:
- a) Maladies ou lésions préexistantes suite à un accident, comme défini au point d), du paragraphe 4, de l'article 1;
 - b) Grossesse préexistante, comme défini au point e), du paragraphe 4, de l'article 1;
 - c) Interruption volontaire de grossesse;
 - d) Maladies ou malformations congénitales, sauf lorsqu'elles concernent des enfants nés durant la validité du contrat et qu'ils sont inclus dans le contrat d'assurance dans un délai de trente (30) jours à compter de la date de naissance, dès lors que la totalité du ménage se trouve déjà incluse dans le contrat et que celui-ci est valable dans la Police depuis plus d'un an;
 - e) Consultations, traitements et/ou chirurgies à caractère esthétique ou plastique, sauf suite à un accident ou à une maladie qui s'est manifestée pendant la validité de ce contrat;
 - f) Consultations, examens ou traitements d'amaigrissement et de rajeunissement;
 - g) Traitements ou chirurgies pour correction d'obésité, y compris des situations d'obésité morbide;
 - h) Consultations, examens et traitements du domaine de la nutrition et de la diététique;
 - i) Consultations, examens et/ou traitements d'infertilité ou toute méthode de fécondation artificielle et ses conséquences, notamment les interruptions involontaires de grossesse, sont néanmoins garantis les frais d'accouchement normal ou par césarienne qui débouche sur des traitements, lorsque cette couverture a été souscrite;
 - j) Alcoolisme et traitements relatifs à la toxicomanie, ainsi que toutes les maladies ou lésions acquises par la Personne Assurée ayant agi sous l'influence d'alcool, de stupéfiants, d'autres drogues ou produits toxiques, sans prescription médicale;
 - k) Maladies découlant des effets de la radioactivité;
 - l) Traitements d'Hémodialyse;
 - m) Transplantation d'organes, de tissus et ses implications, sauf convention contraire dans le cadre d'une couverture additionnelle, quand elle est souscrite et indiquée aux Conditions Particulières;
 - n) Toutes pathologies découlant directement ou indirectement de l'action du virus de l'immunodéficience humaine (S.I.D.A.);
 - o) Traitement aux varices, notamment injections sclérosantes et laser;
 - p) Hospitalisation/traitement réfractif de la myopie, astigmatisme et hypermétropie (chirurgical ou laser);
 - q) Chirurgies pour correction de la ronchopathie;
 - r) Maladies épidémiques officiellement déclarées;
 - s) Accidents du travail et maladies professionnelles ainsi que d'autres accidents ou maladies devant être garantis par une assurance obligatoire;
 - t) Toutes lésions découlant de:
 - Catastrophes naturelles;
 - Actes de terrorisme, y compris ceux qui utilisent des armes bactériologiques ou des agents chimiques ou encore la contamination de l'environnement;
 - Actes de guerre, guerre civile et perturbation de l'ordre public;
 - Intervention dans des actes criminels;
 - Intervention dans des rixes, sauf en cas de légitime défense, propre ou d'autrui de biens et de personnes;
 - u) Les accidents dérivés de:
 - Pratique de ski et autres sports de neige, plongée, chasse sous-marine, ski aquatique, motonautique, canoë, rafting, équitation, taumachie ou lâchers de taureaux, chasse d'animaux féroces ou considérés dangereux, boxe, arts martiaux, lute, spéléologie, escalade, slide, rappel, alpinisme, bungee-jumping, BTT, chute libre, parapente, Delta-plane et parachutisme;
 - Participation à des compétitions sportives et entraînements respectifs, soit en tant que professionnel, soit en tant qu'amateur;
 - Pratique de sports motorisés, à titre professionnel ou amateur, ponctuellement ou régulièrement;
 - v) Les accidents inhérents à l'utilisation de véhicules motorisés, y compris deux roues, quand leurs frais doivent être indemnisés dans le cadre de la responsabilité civile automobile;
 - w) Actes médicaux pratiqués suite à une maladie ou à un accident intentionnellement provoqué par la Personne Assurée, y compris la tentative de suicide ou l'aggravation de son état de santé.
2. De même, dans le cadre du présent contrat, n'est pas garanti le paiement de tous frais en rapport avec:

- a) **Cures de repos, examens généraux de routine et check-up;**
- b) **Frais de santé, quand, selon l'état de santé de la Personne Assurée, les traitements à réaliser ont une fin purement palliative, pour convalescence, réhabilitation psychomotrice ou pour des motifs sociaux.**
- c) **Méthodes contraceptives ou réalisées dans cette fin, notamment toutes méthodes de contrôle de la natalité et planification familiale, y compris frais de médicaments, traitements ou interventions chirurgicales à des fins contraceptives;**
- d) **Consultations et/ou traitements non reconnus officiellement par l'Ordre des Médecins portugais;**
- e) **Tous les frais associés à des procédures médicales classées comme expérimentales, ainsi que de nouvelles techniques et/ou technologies dont l'évidence d'efficacité clinique n'est pas encore dument prouvée;**
- f) **Services qui ne sont pas cliniquement nécessaires, conformément à l'article 1;**
- g) **Acquisition ou location des articles médicaux suivants, notamment:**
 - **Sondes et sacs de contention d'urine;**
 - **Sacs de colostomie e urostomie;**
 - **Seringues d'insuline ou aiguilles pour stylos d'insuline;**
 - **Tapis anti-escarre;**
 - **Couches de contention;**
 - **Lombostats;**
 - **Harnais;**
 - **Ceintures de soutien;**
 - **Colliers cervicaux;**
 - **Bandelettes test pour diabétiques;**
 - **Chaussettes élastiques;**
 - **Semelles;**
 - **Appareils d'aérosols;**
 - **Seringues et aiguilles;**
 - **Immobilisateurs articulaires;**
 - **Suspensions brachiales;**
 - **Bandages, genouillères, poignets et pieds élastiques;**
 - **Soutiens;**
 - **Oreillers et matelas médicaux;**
- h) **Traitements d'infirmerie prêtés à domicile ou dans le cadre d'une hospitalisation non prévus dans les services de l'hôpital;**
- i) **Actes réalisés par des professionnels de santé qui sont des conjoints, parents, enfants ou frères de la Personne Assurée;**
- j) **Frais d'accompagnateurs, à l'exception des cas d'hospitalisation d'enfants ayant un âge inférieur à 14 ans;**
- k) **Frais de nature particulière, tels que, communications, location d'équipements de son et/ou image, etc.;**
- l) **Déplacements et logement au Portugal et à l'étranger, sauf quand ils sont garantis dans le cadre des couvertures souscrites, comme indiqué aux Conditions Spéciales respectives.**

3. **Lorsque la couverture assurée par cette police implique la violation de tout embargo ou 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 l'HM Treasury, en vigueur dans le système juridique portugais, la couverture sera considérée nulle, ne produisant aucun effet.**

En complément des dispositions du paragraphe précédent, conformément aux normes nationales et internationales et avec les bonnes pratiques commerciales, l'Assureur se réserve le droit de s'abstenir d'exécuter toute opération sur la police, qui est ou que l'on suspecte être en rapport avec la pratique des crimes de blanchiment de capitaux et/ou financement du terrorisme.

ART. 9 – Formation du Contrat

1. **Le présent contrat se base sur les déclarations constantes de la respective proposition et déclarations individuelles, dans lesquelles doivent être mentionnées, avec totale véracité, tous les faits ou circonstances qui permettent l'exacte appréciation du risque ou qui peuvent avoir une influence sur l'acceptation du contrat mentionné ou sur la détermination correcte de la prime applicable, même les circonstances dont la déclaration n'est pas expressément demandée par un questionnaire fourni ou effectué par l'Assureur à cet effet, sous peine d'encourir les conséquences prévues aux articles 12 et 13 suivants.**
2. Sans préjudice des dispositions du paragraphe suivant, quand le Preneur d'Assurance est une personne physique, le contrat est considéré conclu dans les termes proposés si, dans un délai de quatorze (14) jours à compter de la date de réception de la proposition dument remplie et accompagnée des documents demandés, l'Assureur n'a pas communiqué son acceptation ou son refus ou n'a pas demandé d'informations cliniques, rapports ou questionnaires médicaux additionnels essentiels à l'évaluation du risque.
3. Les dispositions du paragraphe précédent ne sont pas applicables quand l'Assureur démontre qu'il n'aurait, en aucun cas, conclu de contrats ayant les caractéristiques de la proposition.
4. À l'exception des situations où l'Assureur manifeste le besoin de collecter des informations additionnelles, le contrat est considéré conclu aux termes proposés à partir des zéro heures de la journée suivante à celle de la réception de la Proposition par l'Assureur, sauf si une autre date y a été indiquée.

ART. 10 - Effets du Contrat

1. Sans préjudice des dispositions à l'article précédent, le présent contrat et les couvertures respectives ne produiront d'effets qu'à partir du moment où la prime respective ou la fraction initiale ont été réglées par le Preneur d'Assurance.
2. Les dispositions du paragraphe précédent ne portent pas préjudice aux périodes de carence applicables au contrat.

ART. 11 – Consolidation du contrat

La consolidation du contrat a lieu trente (30) jours après la remise de la Police par l'Assureur, le Preneur d'Assurance ne peut pas, après cette date, invoquer une quelconque non conformité entre ce qui a été accordé et le contenu de la police qui ne découle pas d'un document écrit ou d'un autre support durable.

ART. 12 – Omissions ou Inexactitudes du Preneur d'Assurance/Personne Assurée dans la Déclaration Initiale du Risque

1. **Au cas où il n'y a pas d'omissions ou d'inexactitudes susceptibles de constituer le dol dans la Déclaration Initiale du Risque effectuée par le Preneur d'Assurance ou dans les déclarations individuelles réalisées par les Personnes Assurées ou par les Participants, le contrat ou l'adhésion sont annulés par l'Assureur moyennant l'envoi d'une déclaration dans ce sens au Preneur d'Assurance et/ou à la Personne Assurée, dans un délai de trois (3) mois à compter de la prise de connaissance du non respect.**
2. **En cas de sinistres, soit avant que l'Assureur ait pris connaissance du non respect passif de constituer le dol, soit encore pendant le délai mentionné au paragraphe précédent, ceux-ci ne sont pas couverts par le contrat.**
3. **Sans préjudice des dispositions aux paragraphes précédents, l'Assureur a droit à la prime due jusqu'à la fin du délai mentionné au paragraphe 1, ou, dans les cas où il y a dol du Preneur d'Assurance/Personne Assurée dans l'objectif d'obtenir un avantage, elle sera due jusqu'au terme du contrat.**

ART. 13 – Omissions ou Inexactitudes Négligentes du Preneur d'Assurance/Personne Assurée dans la Déclaration Initiale du Risque

1. **En cas d'omissions ou d'inexactitudes négligentes dans la Déclaration Initiale du Risque effectuée par le Preneur d'Assurance ou dans les déclarations individuelles réalisées par les Personnes Assurées, l'Assureur peut:**
 - a) **Proposer une modification au contrat/à l'adhésion, fixant un délai, non inférieur à quatorze (14) jours pour que le Preneur d'Assurance/la Personne Assurée se prononce;**
 - b) **Annuler le contrat/l'adhésion, s'il est prouvé que l'Assureur n'aurait, en aucun cas, conclu le contrat ou accepté l'adhésion s'il avait connaissance du fait omis ou inexactement déclaré.**
2. **Conformément à ce qui a été défini au paragraphe précédent, le contrat/l'adhésion cesse ses effets, vingt (20) jours après la réception de la proposition de modification de la part de l'Assureur, si le Preneur d'Assurance/la Personne Assurée ne l'accepte pas, ou trente (30) jours après l'envoi de la déclaration de cessation prévue au point b).**
3. **En cas de résiliation du contrat, la prime est rendue en tenant compte de la période de temps manquant jusqu'à la date d'échéance, sauf s'il y a eu, de la part de l'Assureur, versement de prestation suite à un sinistre.**
4. **En cas de sinistre avant la résiliation ou la modification du contrat/de l'adhésion, dont la vérification ou les conséquences ont été influencées pour un fait par rapport auquel il y a eu omission ou inexactitude négligente, l'Assureur:**
 - a) **Garantit le sinistre dans la proportion de la différence entre la prime payée et la prime qui serait due, dans le cas où, lors de la conclusion du contrat ou de l'acceptation de l'adhésion, il avait connaissance du fait omis ou inexactement déclaré;**
 - b) **Ne garantit pas le sinistre, démontrant qu'en aucun cas il n'aurait conclu le contrat ou accepté l'adhésion s'il avait connaissance du fait omis ou inexactement déclaré.**

ART. 14 – Personnes Assurées

1. **Bénéficient des garanties assurées par le présent contrat les Personnes Assurées qui, à la date de leur inclusion dans la Police, satisfont cumulativement les conditions suivantes:**
 - a) **Remplissent ou répondent, par interview téléphonique, au Questionnaire Clinique avec exactitude;**
 - b) **Sont acceptées par l'Assureur en conformité avec ses critères d'acceptation et en fonction des paramètres d'évaluation du risque en vigueur;**
 - c) **Acceptent les règles d'actionnement des garanties assurées et d'utilisation du Système de Soins de Santé AdvanceCare.**
2. **Si, après analyse du questionnaire clinique, il s'avère qu'il existe des exclusions spécifiques concernant une Personne Assurée, le contrat ne produira d'effet, par rapport à cette personne, qu'après acceptation par celle-ci des conditions proposées par l'Assureur.**
3. **L'acceptation de l'assurance, par rapport à chaque Personne Assurée, est confirmée, par l'Assureur, au moyen de l'émission de la Police ou du Procès-verbal additionnel.**
4. **Lors de la conclusion, exécution et résiliation du contrat d'assurance, on considère les propres pratiques et techniques d'évaluation, sélection et acceptation de risques par l'Assureur, ayant pour base les données statistiques et actuarielles rigoureuses considérées importantes.**
5. **Conditions d'admission du Ménage:**
 - a) **Peuvent être admis dans ce contrat d'assurance tous les éléments du ménage du Participant, dans les termes établis aux Conditions Particulières;**
 - b) **La demande d'adhésion du Ménage devra inclure toutes les personnes qui le constituent e qui satisfont les conditions mentionnées aux paragraphes 1 et 2 de cet article;**
 - c) **La demande d'adhésion du Ménage devra être faite, au maximum, trente (30) jours après la date de début de la Police, de la date effective des couvertures pour le Participant, de la date de mariage pour les conjoints ou de la naissance pour les Enfants;**
 - d) **Lorsque la totalité du ménage est déjà incluse dans l'assurance depuis plus d'un an, l'inclusion de nouveaux sera automatiquement acceptée, sans qu'il soit nécessaire de remplir ou de répondre à un questionnaire clinique téléphonique, il n'y a pas non plus lieu à des périodes de carence, dès lors que l'adhésion respective soit communiquée dans un délai de trente (30) jours après la date de naissance.**

Si la demande d'inclusion est faite après le délai de trente (30) jours susmentionné, le Preneur d'Assurance et/ou le Participant devra remplir ou répondre par téléphone à un questionnaire clinique concernant le nouveau-né, l'adhésion respective étant assujettie à des périodes de carence;
 - e) **Les Personnes Assurées qui, à la demande du Preneur d'Assurance et/ou Participant, aient cessé de faire partie du contrat d'assurance ne pourront pas y être à nouveau incluses.**
6. **Durant la validité du contrat, le Preneur d'Assurance peut demander, par écrit, l'exclusion d'une Personne Assurée du ménage.**

L'exclusion ne produira d'effets qu'à la date de renouvellement annuel du contrat, sauf en cas de décès de la Personne Assurée, dans ce cas l'Assureur remboursera la prime relative à la période déjà réglée et qui n'est pas encore passée.

7. Durant la validité du contrat, les enfants de la Personne Assurée qui cessent d'être inclus dans la définition de Ménage peuvent, dans un délai de trente (30) jours après la cessation des garanties, souscrire un nouveau contrat d'assurance santé, conformément à l'offre commercialisée.

ART. 15 – Durée du Contrat

1. Le contrat d'assurance a une durée prévue aux Conditions Particulières.
2. Dans l'absence de cette indication, on admet que les parties ont souhaité le conclure pour la période d'un (1) an, non renouvelable.
3. Quand le contrat est conclu pour un an renouvelable dans les années suivantes, on le considère successivement renouvelé pour des périodes d'un an, sauf si, préalablement à la date d'échéance, l'une des parties manifeste sa volonté d'y mettre un terme, conformément à l'article 16.
4. Les prestations garanties par l'Assureur respectent exclusivement chaque période de validité du contrat, il n'y a lieu à aucune prorogation ou extension des garanties au-delà de la date de son terme, sans préjudice des dispositions relatives au non renouvellement du contrat ou de l'adhésion et cessation des garanties.

ART. 16 – Dénonciation du Contrat

1. Pour les contrats conclus pour une durée d'un an et les années suivantes, la dénonciation équivaut à leur non renouvellement.
2. L'Assureur ou le Preneur d'Assurance, moyennant une communication par écrit à l'autre partie dans un délai de trente (30) jours avant la date d'effet, pourront dénoncer le contrat à la date d'échéance.
3. Concernant les Assurances de Groupe, les dispositions des paragraphes précédents sont applicables pour la dénonciation de l'adhésion d'une Personne Assurée.

ART. 17 – Résiliation libre par le Preneur d'Assureur lorsqu'il s'agit d'une personne Physique

1. Quand le contrat est conclu pour une durée égale ou supérieure à six (6) mois, le Preneur d'Assurance, s'il s'agit d'une personne physique, dispose d'un délai de trente (30) jours à compter de la réception de la Police pour pouvoir résilier le contrat sans invoquer la juste cause, sans préjudice des dispositions du paragraphe suivant.
2. Le délai prévu au paragraphe précédent est compté à partir de la date de conclusion du contrat, dès lors que le Preneur d'Assurance, à cette date, dispose sur papier ou autre support durable, de toutes les informations importantes qui doivent être mentionnées dans la police.
3. La résiliation du contrat aux termes définis ci-dessus, doit être communiquée à l'Assureur par écrit, sur support papier ou autre moyen durable disponible et accessible pour l'Assureur.
4. La résiliation du contrat, aux termes définis ci-dessus, a des effets rétroactifs, toutefois, l'Assureur a droit au:
 - a) Montant de la prime relative à la période de temps déjà écoulée, dans la mesure où il a supporté le risque;
 - b) Montant des frais raisonnables que l'Assureur a effectué pour des examens médicaux lorsque ces montants sont contractuellement imputés au Preneur d'Assurance.

5. Les dispositions prévues aux paragraphes précédents du présent article ne sont pas applicables aux Personnes Assurées incluses dans une Assurance de Groupe.

ART. 18 – Résiliation du Contrat

1. Le présent contrat d'assurance peut, à tout moment, être résilié par l'une des parties, s'il y a juste cause à cet effet, dans les termes généraux.
2. Constitue juste cause, notamment:
 - a) Par rapport au Preneur d'Assurance:
 - Le non respect des obligations contractuelles à charge de l'Assureur essentielles au maintien du contrat dans les termes desquelles il a été accepté;
 - b) Par rapport à l'Assureur:
 - La faute de paiement de la prime, comme prévu à l'article 22;
 - La fraude ou tentative de fraude du Preneur d'Assurance et/ou des Personnes Assurées;
 - L'omission ou inexactitude avec dol ou négligence de la part du Preneur d'Assurance et/ou Personne Assurée dans la déclaration initiale du risque;
 - Le non respect des obligations contractuelles à charge du Preneur d'Assurance et/ou de la Personne Assurée essentielles au maintien du contrat dans les termes dans lesquels il a été accepté.
3. La prime à rembourser en cas de résiliation sera toujours calculée tenant compte de la période de temps qui n'est pas encore passée jusqu'à la date de son terme, sauf lorsqu'il y a eu paiement, de la part de l'Assureur, de prestations découlant d'un sinistre.
4. Sauf dans les cas prévus par la loi ou expressément mentionnés au contrat, la résiliation du contrat produit ses effets à 24 heures du 30^{ème} jour à compter de la réception de la communication respective.

ART. 19 - Expiration des Garanties

1. Les garanties des Personnes Assurées cessent automatiquement à la première des dates suivantes:
 - a) Date à partir de laquelle il n'existe plus de lien ou d'intérêt commun qui unisse le Preneur d'Assurance et le Participant, dans le cas des assurances de groupe;
 - b) À la fin de l'année où la Personne Assurée atteint l'âge limite établi aux Conditions Particulières;
 - c) Dans le cas des membres du Ménage qui perdent leur qualité de dépendants, aux termes définis à l'article 1, à la fin de l'année où cela a lieu;
 - d) Date à laquelle le présent contrat est résilié ou dénoncé.
2. Pour les assurances de groupe, les couvertures du Ménage terminent à la date de cessation des garanties du Participant.
3. La couverture d'un Participant et de son Ménage ne débutera pas, ou cessera également lorsque il y a, de la part de ces personnes, de fausses déclarations ou omissions qui pourraient avoir influencé l'existence ou les conditions du contrat ou fraude.

ART. 20 – Effets de la Cessation des Garanties

1. **En cas de non renouvellement du contrat ou de la couverture et si le risque n'est pas couvert par un contrat d'assurance précédent, l'Assureur garantit, par rapport à chaque Personne Assurée et jusqu'à l'épuisement du capital assuré encore disponible concernant la dernière période de validité du contrat, les prestations contractuellement dues en conséquence de maladies manifestées durant la période de validité de la Police ou d'accidents ou d'autres faits générateurs d'indemnités ayant eu lieu durant la période de validité de la police, dès lors qu'ils sont couverts par le contrat et qu'ils sont déclarés jusqu'à trente (30) jours après son terme, sauf juste empêchement.**
2. **L'obligation de l'Assureur à laquelle se rapporte le présent article cesse, en tout état de cause, après une période de deux (2) ans à partir de la date du terme de la validité du contrat.**

ART. 21 – Paiement de la Prime

1. **La couverture des risques garantis par le présent contrat, aux termes définis dans la législation en vigueur, dépend du paiement de la prime ou fraction initiale, celle-ci étant due à la date de conclusion du contrat.**
2. La prime correspondant à chaque période du contrat est entièrement due, sans préjudice de pouvoir être fractionnée pour paiement, dès lors que cela est accordé et expressément prévu aux Conditions Particulières.
3. **Pour les assurances de groupe, sauf convention contraire, le Preneur d'Assurance sera toujours responsable du paiement de la prime auprès de l'Assureur, même lorsqu'il s'agit d'un contrat d'assurance de groupe contributive.**
4. Les primes ou fractions subséquentes sont dues aux dates définies dans la police et, quand c'est le cas, la partie de la prime au montant variable relatif à l'ajustement de valeur ou à la partie de la prime correspondant à des modifications au contrat sont dues aux dates indiquées dans les avis respectifs, dans les termes définis aux paragraphes suivants.
5. L'Assureur préviendra, par écrit et avec un délai minimum de trente (30) jours par rapport à la date où la prime ou la fraction subséquente est due, le Preneur d'Assurance, en indiquant la date du paiement, le montant à payer, la forme de paiement, ainsi que les conséquences d'un éventuel défaut de paiement de la prime ou de la fraction.
6. Quand, sur accord, le paiement de la prime est objet de fractionnement pour un délai inférieur à un trimestre, il n'y aura pas lieu à l'envoi d'avis de paiement, les dates où chacune des fractions, les montants à régler, ainsi que les conséquences du défaut de paiement de toute fraction due, étant indiquées aux Conditions Particulières du contrat.
7. Quand il y a ajustement d'échéance de contrats d'un an et suivants, la prime correspondante au nombre de jours au delà d'un an sera calculée tenant compte de la proportion de cette période par rapport à la prime annuelle.

ART. 22 – Faute de Paiement de Primes

1. **Quand la prime ou fraction initiale n'est pas réglée par le Preneur d'Assurance, le contrat ne produira aucun effet.**
2. **Quand le règlement de la prime est fractionné, la faute de paiement de toute fraction subséquente durant une annuité détermine la résiliation automatique et immédiate du contrat à 24 heures de la date à laquelle le paiement de cette fraction était dû.**

3. **Quand il y a faute de paiement de la prime d'annuités subséquentes, ou de la première fraction, à la date où ce paiement était dû, on considère que le contrat ne se renouvelle pas, cessant par conséquent de produire des effets à partir de 24 heures de cette même date.**
4. Quand il y a faute de paiement de la prime additionnelle correspondant à une modification du contrat, la modification ne produira pas d'effets, le contrat maintiendra le cadre et les conditions en vigueur avant la modification souhaitée, à moins que le maintien du contrat se révèle impossible, dans ce cas le contrat est considéré résilié à la date du terme de la prime non réglée.
5. **Pour les assurances de groupe, la cessation du contrat d'assurance pour non paiement de la prime, ou d'une partie de fraction de celle-ci, n'exonère pas le Preneur d'Assurance de l'obligation de paiement de la prime correspondante à la période où le contrat était valable, accru des intérêts moratoires dus.**

ART. 23 – Modifications aux termes du Contrat

1. L'Assureur peut proposer, pour l'annuité suivante du contrat, la modification des Couvertures, Capitaux Assurés, Franchises, Copaiements et des Primes, ainsi que des critères d'utilisation du financement ou remboursement de frais de santé, dès lors que ces modifications sont communiquées par l'Assureur au Preneur d'Assurance ou à la Personne Assurée, dans un délai de trente (30) jours minimum par rapport à la date de renouvellement du contrat ou de la couverture.
2. On considère que les modifications sont acceptées par le Preneur d'Assurance ou par la Personne Assurée si n'y a pas contestation dans un délai de quatorze (14) jours à compter de la réception de la proposition.
3. Au cas où les modifications proposées par l'Assureur ne sont pas acceptées, le contrat cesse à la date de renouvellement du contrat ou de la couverture.
4. Les Capitaux assurés, les Primes et Franchises, peuvent être assujettis à une indexation annuelle, à considérer automatiquement à échéance de la Police, conformément aux Conditions Particulières.
5. Sans préjudice des dispositions aux paragraphes précédents, la prime sera également actualisée lorsque les Personnes Assurées transitent vers une classe d'âge immédiatement suivante par rapport à celle dans laquelle elles se trouvaient. Les classes d'âge à considérer, seront celles qui sont prévues aux Conditions Particulières de la Police.
6. L'Assureur formalise les modifications au contrat dans un document par écrit.

ART. 24 – Obligation d'Informier

1. Pour les assurances de groupe, il revient au Preneur d'Assurance le devoir d'informer les Personnes Assurées sur les couvertures souscrites et leurs exclusions, les obligations et les droits en cas de sinistre, ainsi que sur les modifications au contrat, conformément au spécimen fourni par l'Assureur.
2. Le Preneur d'Assurance répond pour d'éventuels dommages causés aux Personnes Assurées découlant du non respect du devoir d'information prévu au paragraphe précédent.

ART. 25 – Accès, Procédures et Régularisation de Sinistres – Obligations du Preneur d'Assurance et/ou des Personnes Assurées

1. **En cas de besoin de soins de santé garantis par ce contrat, et s'il s'agit de prestations conventionnées ou de prestations d'indemnités, la Personne**

Assurée peut accéder au Réseau de Prestataires AdvanceCare ou choisir tout médecin, hôpital ou clinique en cas de besoin d'hospitalisation, devant observer, en tout état de cause, les prescriptions du médecin assistant et les procédures prévues aux paragraphes suivants.

2. En cas d'accident ou de maladie garantis dans le cadre du présent contrat, **le Preneur d'Assurance et/ou la Personne Assurée doivent suivre les procédures suivantes:**

a) **Pour les Prestations Conventionnées:**

- Sélectionner un prestataire du Réseau de Prestataires indiqué par l'Assureur et/ou AdvanceCare;
- Présenter sa Carte de Santé AdvanceCare au Prestataire sélectionné;
- Payer au prestataire la partie des frais à sa charge, conformément aux définitions des Conditions Particulières;

b) **Pour les Prestations d'indemnisations:**

- Présenter l'imprimé de sinistres dûment rempli;
- Demander l'autorisation préalable auprès d'AdvanceCare ou de l'Assureur comme prévu au paragraphe 4;
- Présenter la prescription médicale pour des examens complémentaires de diagnostic et les traitements réalisés, ainsi que pour les médicaments, prothèses et orthèses acquis. Pour les médicaments, une copie de la feuille de traitement est également acceptée en remplacement de l'ordonnance médicale;
- Quand les frais ont été réalisés à l'étranger et qu'ils sont garantis par le Contrat, les originaux des documents fiscaux valables devront obligatoirement:
 - i. Être rédigés en portugais, anglais, français ou espagnol;
 - ii. Indiquer le nom du malade concerné;
 - iii. Identifier les services prêtés, et la spécialité médicale;
 - iv. Obéir aux normes légales, notamment celles de nature fiscale;
- **Présenter, dans un délai maximum de 180 jours à compter de la date de réalisation de l'acte médical concerné, les reçus/factures originales des frais effectués, qui devront obligatoirement indiquer le nom du malade concerné, spécifier les services prêtés, la spécialité médicale et obéir aux normes légales, notamment celles de nature fiscale;**
- Quand le Preneur d'Assurance/Personne Assurée a préalablement actionné un autre sous-système de santé ou contrat d'assurance, il devra présenter une photocopie de la prescription médicale et du document fiscal valable des frais effectués, ainsi qu'un document original mentionnant la partie des frais non remboursée dans le cadre du sous-système ou du contrat d'assurance précédemment actionné.

Dans ce dernier cas, et aux effets du point précédent, le délai sera compté à partir de la date de la déclaration de paiement émise par l'autorité/Assureur responsable;

c) **Concernant l'indemnité journalière d'hospitalisation:**

- **Envoyer, dans un délai maximum de 180 jours, le document de l'hôpital mentionnant les dates de début et de fin de l'hospitalisation.**

3. Au-delà des obligations mentionnées ci-dessus, le Preneur d'Assurance et/ou Personne Assurée **devront également en cas de sinistre:**

- a) Informer, dans le respect de la vérité, AdvanceCare ou l'Assureur sur les circonstances et les conséquences de la maladie ou de l'accident.
- b) Respecter les prescriptions du médecin assistant;
- c) Effectuer les examens indiqués par les médecins d'AdvanceCare ou par l'Assureur, au cas où ceux-ci le considèrent nécessaire;
- d) Autoriser les médecins ou hôpitaux qui l'ont assisté à mettre à disposition des services cliniques d'AdvanceCare ou de l'Assureur, les rapports cliniques et tous autres documents qu'ils considèrent importants pour documenter le dossier.

En cas d'accident, ils devront fournir la description (date, lieu, heure, circonstances et conséquences) et indiquer des témoins présents, identifiés par leurs noms complets et adresses et, éventuellement, les autorités qui en ont pris connaissance;

4. Les Personnes Assurées devront également, comme prévu aux Conditions Spéciales respectives, **demandeur l'autorisation préalable aux services cliniques d'AdvanceCare ou de l'Assureur, lorsque qu'il s'agit de:**

- **Frais garantis dans le cadre de la Condition Spéciale "Frais d'Hospitalisation", quand motivés par un accident ou une maladie;**
- **Frais garantis dans le cadre de la Condition Spéciale "Maladies Graves", quand celle-ci est souscrite;**
- **Tout acte indiqué à la Clause Particulière "Extension Territoriale" quand, dans ce dernier cas, le cadre territorial de la police a été élargi dans les termes prévus au paragraphe 3 de l'article 4.**

Si, pour une situation d'urgence, il n'est pas possible de demander une autorisation préalable, les services cliniques d'AdvanceCare doivent être contactés dans un délai de **48 heures** ou dans une période de temps la plus courte possible.

L'Assureur ou AdvanceCare informeront toujours les Personnes Assurées qu'à l'avenir d'autres services cliniques ou frais devront être préalablement autorisés.

5. **Quand la Personne Assurée demande une Déclaration de Responsabilité et, en fonction du type d'actes médicaux, il est prévisible que le montant des frais dépasse le capital assuré disponible à cet effet, AdvanceCare et/ou l'Assureur pourra demander à la Personne Assurée la prestation de garanties qui assurent la restitution du montant avancé par l'Assureur mais qui n'est pas garanti par la police.**

6. Le Preneur d'Assurance et/ou la Personne Assurée s'obligent à prendre toutes les mesures pour éviter ou, au moins, diminuer l'aggravation des conséquences de l'accident ou de la maladie.

7. Le Preneur d'Assurance et/ou les Personnes Assurées répondront pour pertes et dommages dans le cas où les procédures prévues aux paragraphes précédents ne sont pas suivies.

8. **Le Preneur d'Assurance et/ou les Personnes Assurées autorisent l'Assureur à fournir à AdvanceCare toute l'information confidentielle concernant ce contrat.**

ART. 26 – Paiement de l'indemnisation

1. L'Assureur s'oblige à procéder avec diligence et promptitude à toutes les enquêtes indispensables à une correcte régularisation des sinistres.

2. En cas de prestations d'indemnisations, l'Assureur paiera le montant dû dans un délai de quinze (15) jours ouvrés après réception de la demande de remboursement et des documents mentionnés à l'article précédent, nécessaires à la régularisation du sinistre.
3. Les paiements dus par l'Assureur seront effectués au Portugal et en monnaie nationale.

Dans le cas où les frais sont effectués en monnaie étrangère, la conversion en Euros sera effectuée au taux de change publié par la Banque du Portugal au jour de la réalisation des frais.

4. Sans préjudice des dispositions aux Conditions Spéciales et Particulières de la Police, le montant du remboursement des frais médicaux porte sur le montant effectivement supporté par la Personne Assurée et non remboursé par un autre organisme dès lors que les procédures suivantes ont été observées:
 - a) Quand les documents originaux justificatifs de dépenses sont présentés, le pourcentage de remboursement portera sur la totalité de leur montant;
 - b) Dans le cas où il n'existe pas de complémentarité entre cette Police et d'autres formes de protection, lorsque des documents d'un autre organisme auquel la Personne Assurée a eu recours sont présentés, notamment des justificatifs de frais et remboursement respectif par cet organisme, le pourcentage de remboursement portera uniquement sur la partie des frais non remboursée.

ART. 27 – Communications et Notifications entre les Parties

1. Les communications ou notifications prévues dans cette Police doivent être faites par écrit où prêtées par un autre moyen gardant un registre durable, à la dernière adresse du Preneur d'Assurance mentionnée sur le contrat ou au siège social de l'Assureur.
2. **Tout changement d'adresse ou de siège du Preneur d'Assurance devra être communiqué à l'Assureur, dans un délai de trente (30) jours après la date de survenue, sous peine que les communications ou notifications que l'Assureur puisse effectuer à l'adresse non actualisée soient considérées valables et efficaces.**

ART. 28 - Subrogation

Après le paiement de l'indemnisation, l'Assureur est subrogé dans les droits de la Personne Assurée contre des tiers responsables du sinistre, à concurrence du montant indemnisé, s'abstenant de pratiquer tous actes ou omissions qui peuvent porter préjudice à la subrogation, sous peine de répondre pour pertes et dommages.

ART. 29 – Gestion de Réclamations

1. L'Assureur dispose d'une unité organique responsable de la gestion de réclamations à laquelle toutes questions concernant le présent contrat peuvent être dirigées.
2. En cas de divergence avec l'Assureur, le Preneur d'Assurance et/ou la Personne Assurée peuvent également présenter des réclamations sur le Livre de Réclamations, et demander l'intervention de l'Autorité de Surveillance des Assurances et des Fonds de Pension, sans préjudice de la possibilité de recours à l'arbitrage et aux tribunaux, conformément aux dispositions légales en vigueur.
3. En cas de litige, le Preneur d'Assurance et/ou la Personne Assurée pourront avoir recours à des autorités de résolution alternative de litiges (RAL) identifiées sur le site web de la Direction Générale du Consommateur sur www.consumidor.pt.

ART. 30 – Arbitrage

1. Si, en ce qui concerne les questions de nature exclusivement clinique, le droit de la Personne Assurée aux prestations de l'Assureur est controversé, il peut y avoir recours à l'arbitrage.
2. Dans le cas énoncé au paragraphe précédent, chaque partie désigne un médecin qui le représente, devant les personnes désignées accorder la nomination d'un autre médecin qui préside.
3. Les frais associés à la procédure d'arbitrage sont supportés par chaque partie pour l'arbitre qu'il désigne et la moitié concernant l'arbitre président.

ART. 31 – Données à Caractère Personnel

1. Le traitement des données à caractère personnel est effectué par l'Assureur et par ses sous-traitants avec le consentement sans équivoque de son titulaire, son traitement étant nécessaire à l'exécution du contrat d'assurance et aux effets de la gestion de la prestation de soins ou de traitements médicaux ou de gestion de services de santé et réalisé par des professionnels de santé tenus à la confidentialité ou par des personnes également obligées au secret professionnel.
2. L'Assureur est responsable du traitement et de la garantie des mesures adéquates de sécurité des données, avec la finalité prévue au paragraphe précédent, le droit d'accès et de rectification étant garanti aux Personnes Assurées.

ART. 32 – Législation et Juridiction

1. Le présent contrat est régi par la Loi portugaise.
2. Dans les cas omis au présent contrat, on aura recours à la législation applicable.
3. La juridiction compétente pour la résolution de tout litige émergent de ce contrat est celle qui est fixée dans la loi civile.

CONDITIONS SPÉCIALES

FRAIS D'HOSPITALISATION

ART. 1 - Étendue de la garantie

1. Au titre de la présente Condition Spéciale, quand elle est souscrite et expressément indiquée aux Conditions Particulières, est garanti **le paiement des frais** effectués par la Personne Assurée en régime de prestations conventionnées ou prestations d'indemnisations suite à l'**Hospitalisation** de la Personne Assurée dans une unité hospitalière, suite à une **maladie ou accident** garantis par le contrat.
2. Sont notamment garantis les frais en rapport avec:
 - a) Honoraires médicaux, notamment ceux relatifs au médecin-chirurgien, anesthésiste, aides et instrumentistes;
 - b) Hospitalisation dans des unités de soins intensifs;
 - c) Chimiothérapie en régime ambulatoire ou acquise à l'hôpital et effectuée à domicile;
 - d) Radiothérapie réalisée en régime ambulatoire, à l'hôpital ou à la clinique;
 - e) Chirurgie réalisée en régime ambulatoire, à l'hôpital ou à la clinique;
 - f) Chirurgie en stomatologie suite à un accident qui requiert un traitement d'urgence à l'hôpital, soit en régime d'hospitalisation, soit en régime ambulatoire;
 - g) Chirurgie maxillo-faciale suite à un accident qui requiert un traitement d'urgence à l'hôpital ou à une maladie couverte par le contrat, à l'exception des traitements de stomatologie;
 - h) Hospitalisation motivée par des maladies d'ordre psychique pour une période maximum de quinze (15) jour par annuité;
 - i) Forfaits journaliers de la Personne Assurée;
 - j) Soins infirmiers (non privé);
 - k) Examens auxiliaires de diagnostic quand prescrits et réalisés durant l'hospitalisation;
 - l) Médicaments administrés durant l'hospitalisation;
 - m) Salle d'opérations et installations nécessaires à la réalisation des actes médicaux (bloc opératoire, salle de réveil, etc.) et matériel utilisé (gaz d'anesthésie, oxygène, matériel d'ostéosynthèse, prothèse intra opérative, etc.);
 - n) Transport terrestre en ambulance vers ou depuis l'hôpital au Portugal, dès lors que l'état de la Personne Assurée le justifie.
3. Les Capitaux, Contributions, Remboursements, Franchises et Copaiements sont prévus aux Conditions Particulières.

ART. 2 - Définition

Aux effets de la présente Condition Spéciale, on considère **hospitalisation** le séjour dans un Hôpital ou Clinique, sous prescription médicale, pour une période supérieure à 24 heures qui donne origine au paiement d'un forfait journalier, et qui ne se prolonge pas pour une période de temps supérieure à 365 jours. Les hospitalisations successives sont considérées comme hospitalisations indépendantes.

ART. 3 – Délais de carence

La couverture Frais d'Hospitalisation est soumise à une période de carence de quatre-vingt dix (90) jours.

ART. 4 - Exclusions

1. **Sans préjudice des exclusions prévues aux Conditions Générales applicables à cette couverture, n'est pas garanti par la présente Condition Spéciale le paiement des frais d'hospitalisation en rapport avec:**
 - a) **Chirurgies et traitements de stomatologie, à l'exception de ceux découlant d'un accident garanti par ce contrat;**
 - b) **Accouchement ou interruption involontaire de grossesse, sauf si, dans ce dernier cas, il découle de maladie ou d'accident garanti par ce contrat;**
 - c) **Tous actes chirurgicaux en rapport avec des maladies qui ne se sont pas manifestées.**

ART. 5 - Limite d'Indemnisation des Honoraires Médicaux

Sauf disposition contraire et concernant les prestations d'indemnisations, les honoraires du chirurgien, anesthésiste et aides sont limités au montant qui découle du produit entre le montant stipulé aux Conditions Particulières au "K" moyen et la valeur de "K" attribuée à l'acte médical qui est à l'origine des frais, en fonction du Code de Nomenclature et Montants Relatifs d'Actes Médicaux.

En entend par Code de Nomenclature et Montants Relatifs d'Actes Médicaux le barème officiel publié par l'Ordre des Médecins qui inclut toutes les interventions chirurgicales valorisées en valeur de "K", plus l'acte médical effectué est complexe, plus on attribue de "K".

Avant l'hospitalisation, AdvanceCare et/ou l'Assureur s'engage à indiquer la valeur de "K" attribuée à l'acte médical, dès lors que cette information est demandée par la Personne Assurée.

FRAIS D'ASSISTANCE AMBULATOIRE

ART. 1 – Étendue de la garantie

1. Au titre de la présente Condition Spéciale, quand souscrite et expressément indiquée aux Conditions Particulières, le **paiement des frais** effectués par la Personne Assurée en régime de prestations conventionnées ou prestations d'indemnisations **concernant les soins médicaux ambulatoires** est garanti.
2. Est notamment garanti le paiement des frais en rapport avec:
 - a) Honoraires médicaux de consultations de clinique générale et spécialité;
 - b) Traitements ambulatoires et autres actes cliniques, dès lors qu'ils sont prescrits par un médecin;
 - c) Examens auxiliaires de diagnostic, dès lors qu'ils sont prescrits par un médecin;
 - d) Physiothérapie en cas d'accident ou de maladie;
 - e) Kinésithérapie, jusqu'à la limite de six (6) séances par annuité;
 - f) Orthophonie, jusqu'à la limite de six (6) séances par sinistre;

- g) Consultations chez des médecins du domaine psychique jusqu'à un maximum de trois (3) par annuité;
- h) Soins infirmiers (non privé);
- i) Transport terrestre en ambulance depuis et vers des unités de santé au Portugal, dès lors que l'état de la Personne Assurée le justifie.

3. Concernant les frais en rapport avec une grossesse, la présente couverture garantira également:

- **Frais d'obstétrique jusqu'à la limite de (10) consultations et quatre (4) échographies par annuité;**
- **Frais d'examens d'amniocentèse ou autres examens pour recherche d'ADN du fœtus, quand ceux-ci s'avèrent médicalement nécessaires, on entend comme tel les examens effectués à des personnes assurées ayant un âge supérieur ou égal à 35 ans ou s'il est prouvé qu'il existe des antécédents obstétricaux de changements morphologiques ou de karyotype fœtal;**
- **Dépistages biochimiques prénatals.**

4. Les Capitaux, Contributions, Remboursements, Franchises et Copaiements sont prévus aux Conditions Particulières.

ART. 2 - Délais de carence

La couverture des Frais d'Assistance Ambulatoire est soumise à une période de carence de quatre-vingt dix (90) jours.

ART. 3 - Exclusions

Sans préjudice des exclusions prévues aux Conditions Générales applicables à cette couverture, n'est pas garanti, au titre de la présente Condition Spéciale, le paiement des frais des soins médicaux suivants:

- a) **Traitements chirurgicaux et/ou laser, réalisés en régime ambulatoire, y compris les petites chirurgies;**
- b) **Consultations, traitements et chirurgies en stomatologie;**
- c) **Exercices d'orthoptique;**
- d) **Gymnastique, natation et massages;**
- e) **Consultations et traitements d'appui et d'orientation psychologique;**
- f) **Consultations, traitements ou tous autres frais réalisés en acupuncture, homéopathie, médecine naturelle ou tout autre type de thérapeutiques non conventionnelles.**

FRAIS D'AMBULATOIRE ESSENTIEL

ART. 1 - Étendue de la garantie

1. Dans le cadre de la présente Condition Spéciale, quand souscrite et expressément indiquée aux Conditions Particulières, le **paiement des frais** effectués par la Personne Assurée en régime de prestations conventionnelles **pour des soins médicaux ambulatoires** est garanti.
2. Est ainsi garanti, jusqu'à la limite définie aux Conditions Particulières, le paiement des frais en rapport avec:
 - a) Honoraires médicaux de consultations de clinique générale et de spécialité;

- b) Consultations médicales du domaine psychique jusqu'à un maximum de trois (3) par annuité, dans la limite établie par cette couverture;
- c) Consultations de médecins spécialistes en obstétrique jusqu'à un maximum de quatre (4) par annuité, dans la limite établie pour cette couverture;
- d) Examens auxiliaires de diagnostic, dès lors qu'ils sont prescrits par un médecin.

3. Les Capitaux, Contributions, Remboursements, Franchises et Copaiements sont prévus aux Conditions Particulières.

ART. 2 - Délais de carence

La couverture Frais d'Ambulatoire Essentiel est soumise à une période de carence de quatre-vingt dix (90) jours.

ART. 3.º - Exclusions

Sans préjudice des exclusions prévues aux Conditions Générales applicables à cette couverture, n'est pas garanti en vertu de la présente Condition Spéciale le paiement des frais suivants:

- a) **Traitements chirurgicaux et/ou laser, réalisés en régime ambulatoire, y compris les petites chirurgies;**
- b) **Consultations, traitements et chirurgies en stomatologie;**
- c) **Exercices d'orthoptique;**
- d) **Gymnastique, natation et massages;**
- e) **Consultations et traitements d'appui et d'orientation psychologique;**
- f) **Consultations, traitements ou tous autres frais réalisés en acupuncture, homéopathie, médecine naturelle ou tous autres types de thérapeutiques non conventionnelles;**
- g) **Soins infirmiers;**
- h) **Traitements de physiothérapie, kinésithérapie, orthophonie ou autres traitements.**

FRAIS D'ACCOUCHEMENT

ART. 1 - Étendue de la garantie

1. Dans le cadre de la présente Condition Spéciale, quand souscrite et expressément indiquée aux Conditions Particulières, est garanti le **paiement des frais** effectués par la Personne Assurée en régime de prestations conventionnelles ou prestations d'indemnités suite à une **hospitalisation quand directement motivée par:**
 - a) **Accouchement;**
 - b) **Césarienne;**
 - c) **Interruption involontaire de grossesse.**
2. Est notamment garanti le paiement des frais en rapport avec:
 - a) Forfaits journaliers, soit de la parturiente, soit du nouveau-né, durant la période d'hospitalisation de la parturiente;
 - b) Honoraires médicaux, notamment ceux relatifs au médecin obstétricien, pédiatre, anesthésiste, aides et instrumentistes quand cela se justifie;
 - c) Installations nécessaires à la réalisation des actes (bloc opératoire, salle de réveil, salle d'accouchement, etc.) le matériel utilisé (gaz d'anesthésie, oxygène, etc.);

- d) Médicaments administrés durant l'hospitalisation;
 - e) Examens auxiliaires de diagnostic quand prescrits et réalisés durant l'hospitalisation;
 - f) Soins infirmiers (non privé);
 - g) Transport terrestre en ambulance vers ou depuis l'hôpital, au Portugal, dès lors que l'état de la Personne Assurée le justifie.
3. Les Capitaux, Contributions, Remboursements, Franchises et Copaiements sont prévus aux Conditions Particulières.

ART. 2 – Délais de carence

La couverture Frais d'Accouchement est soumise à une Période de Carence de 365 jours.

ART. 3.º - Exclusions

Sans préjudice des exclusions prévues aux Conditions Générales applicables à cette couverture, le paiement des honoraires de sages-femmes n'est pas garanti au titre de la présente Condition Spéciale.

FRAIS DE STOMATOLOGIE

ART. 1 - Étendue de la garantie

1. Dans le cadre de la présente Condition Spéciale, quand la Personne Assurée est expressément indiquée aux Conditions Particulières, le **paiement des frais** effectués par la Personne Assurée en régime de prestations conventionnées ou prestations d'indemnisations, **d'hospitalisation, consultations ou traitements de stomatologie** est garanti.
2. Est notamment garanti le paiement des frais en rapport avec:
 - a) Des interventions chirurgicales, avec ou sans hospitalisation, quand motivées par une maladie;
 - b) Honoraires médicaux;
 - c) Traitements ambulatoires et autres actes cliniques, dès lors qu'ils sont prescrits par un stomatologiste;
 - d) Examens auxiliaires de diagnostic;
 - e) Nettoyages dentaires;
 - f) Prothèses dentaires;
 - g) Orthodontie;
 - h) Soins infirmiers (non privé) lorsqu'il y a hospitalisation.
3. Les Capitaux, Contributions, Remboursements, Franchises et Copaiements sont prévus aux Conditions Particulières.

ART. 2 - Délais de carence

La couverture Frais de Stomatologie est soumise à une période de carence de quatre-vingt dix (90) jours.

ART. 3 - Exclusions

Sans préjudice des exclusions prévues aux Conditions Générales applicables à cette couverture, n'est pas garanti, au titre de la présente Condition Spéciale le paiement de:

- a) **Frais de blanchiment dentaire;**
- b) **Frais de tickets modérateurs.**

FRAIS DE STOMATOLOGIE DANS LE RÉSEAU DE PRESTATAIRES DENTINET

ART. 1 - Étendue de la garantie

1. Dans le cadre de la présente Condition Spéciale, quand souscrite et expressément indiquée aux Conditions Particulières, est garanti le **paiement des frais** effectués en régime de prestations par la Personne Assurée, auprès du Réseau de Prestataires de Services Cliniques Dentaires d'AdvanceCare, **pour les consultations ou traitements de stomatologie ou maxillo-facial prévus dans le Barème des prix conventionnés pour la médecine dentaire et la stomatologie**, mis à disposition sur le site d'AdvanceCare (www.dentinet.pt).

À cet effet, la Personne Assurée se limitera à payer au Prestataire de son choix intégrant le Réseau le montant du copaiement indiqué dans le Barème de copaiements mentionné ci-dessus, le montant restant étant pris en charge par l'Assureur et directement réglé au prestataire.

2. Quand expressément prévu aux Conditions Particulières, au titre de la présente Condition Spéciale pourra également être garanti le paiement de frais d'hospitalisation, consultations ou traitements en stomatologie ou maxillo-facial en régime de prestations d'indemnisations, notamment:
 - a) Interventions chirurgicales avec ou sans hospitalisation quand motivées par une maladie;
 - b) Honoraires médicaux;
 - c) Traitements ambulatoires et autres actes cliniques dès lors qu'ils sont prescrits par un stomatologiste;
 - d) Examens auxiliaires de diagnostic, dès lors qu'ils sont prescrits par un médecin stomatologiste, médecine dentaire ou maxillo-faciale;
 - e) Nettoyages dentaires;
 - f) Prothèses dentaires;
 - g) Orthodontie;
 - h) Soins infirmiers (non privé) quand il y a hospitalisation.
3. Les Capitaux, Contributions, Remboursements, Franchises et Copaiements sont prévus aux Conditions Particulières.

ART. 2 - Délais de carence

La couverture Frais de Stomatologie dans le Réseau Prestataires Dentinet est soumise à une période de carence de quatre-vingt dix (90) jours.

ART. 3 - Exclusions

Sans préjudice des exclusions prévues aux Conditions Générales applicables à cette couverture, n'est pas garanti, en vertu de la présente Condition Spéciale, le paiement de:

- a) **Frais de blanchiment dentaire;**
- b) **Frais de tickets modérateurs.**

FRAIS DE PROTHÈSES ORTHÈSES

ART. 1 - Étendue de la garantie

1. Dans le cadre de la présente Condition Spéciale, quand souscrite et expressément indiquée aux Conditions Particulières, est garanti le **paiement des frais** effectués par la Personne Assurée en régime de prestations conventionnées ou prestations d'indemnisations, **avec des prothèses et orthèses, dès lors qu'elles sont prescrites par des médecins, ou encore par des**

optométristes dans les cas prévus aux points a) et b) du paragraphe suivant.

2. Est notamment garanti le paiement des frais suivants:
 - a) Acquisition de montures et verres respectifs, s'il sont gradués ;
 - b) Acquisition de lentilles de contact, si elles sont graduées;
 - c) Acquisition de prothèses ou d'orthèses auditives, ophtalmologiques et orthopédiques, à l'exception de chaussures orthopédiques. Dans ce dernier cas, le remboursement porte exclusivement sur la correction faite sur les chaussures;
 - d) Location ou acquisition de fauteuils roulants, lits articulés et autres équipements auxiliaires, dès lors que le montant ne dépasse pas le montant de l'acquisition.
3. Les Capitaux, contributions, Remboursements, Franchises et Copaiements sont prévus aux Conditions Particulières.

ART. 2 - Délais de carence

La couverture Frais de Prothèses et Orthèses est soumise à une période de carence de quatre-vingt dix (90) jours.

ART. 3 - Exclusions

Sans préjudice des exclusions prévues aux Conditions Générales applicables à cette couverture, n'est pas garanti au titre de la présente Condition Spéciale le remboursement des frais de:

- a) **Lunettes de soleil avec une graduation inférieure à quatre (4) dioptries;**
- b) **Prothèses dentaires;**
- c) **Acquisition de collants, chaussettes élastiques et bandes orthopédiques, et tous autres produits utilisés pour le traitement des varices;**
- d) **Matelas et oreillers orthopédiques.**

FRAIS DE MÉDICAMENTS

ART. 1 - Étendue de la garantie

1. Dans le cadre de la présente Condition Spéciale, quand souscrite et expressément indiquée aux Conditions Particulières, le **remboursement des frais** effectués par la Personne Assurée pour l'acquisition de **médicaments**, dès lors que ceux-ci sont **enregistrés à l'INFARMED et ont été prescrits par un médecin**, est garanti.
2. Les Capitaux, Contributions, Remboursements, Franchises et Copaiements sont prévus aux Conditions Particulières.

ART. 2 - Délais de carence

La couverture Frais de Médicaments est soumise à une période de carence de quatre-vingt dix (90) jours.

ART. 3 - Exclusions

Sans préjudice des exclusions prévues aux Conditions Générales applicables à cette couverture, n'est pas garanti au titre de la présente Condition Spéciale le remboursement des frais de:

- a) **Médicaments pour traitement d'obésité;**
- b) **Vaccins de tout type et application respective;**
- c) **Médicaments de vente libre;**

- d) **Médicaments manipulés;**
- e) **Vitamines, sels minéraux, stimulants et inhibiteurs d'appétit;**
- f) **Produits d'hygiène et produits dermo-cosmétiques;**
- g) **Contraceptifs de toute nature;**
- h) **Médicaments pour le traitement de maladies non couvertes par ce contrat.**

FORFAIT JOURNALIER POUR HOSPITALISATION

ART. 1 - Étendue de la garantie

1. Dans le cadre de la présente Condition Spéciale, quand souscrite et expressément indiquée aux Conditions Particulières, le paiement d'un **forfait journalier en cas d'hospitalisation** de la Personne Assurée **pour une période supérieure à 24 heures** est garanti. Le nombre de jours dû sera égal au nombre de forfaits journaliers facturés par l'hôpital.
2. **Le forfait journalier dont le montant est établi aux Conditions Particulières sera payé à compter du premier jour d'hospitalisation jusqu'à la limite de soixante (60) jours par annuité et par Personne Assurée.**
3. **La présente garantie s'applique si l'hospitalisation est motivée par une maladie ou un accident garanti par ce contrat, soit pour accouchement, césarienne ou interruption involontaire de grossesse, le forfait journalier dû, dans ces derniers cas, ne sera compté qu' à partir du cinquième jour d'hospitalisation.**
4. Le Montant du Forfait Journalier, la Limite annuelle (en jours) et la Franchise (en jours) sont prévus aux Conditions Particulières. En cas d'hospitalisation simultanée des deux conjoints motivée par un accident, le montant du forfait journalier dû à chacun d'eux sera payé en double.

ART. 2 - Délais de carence

La couverture Frais de Forfait Journalier pour Hospitalisation est soumise à une période de carence de quatre-vingt dix (90) jours.

ART. 3 - Exclusions

Sans préjudice des exclusions prévues aux Conditions Générales applicables à cette couverture, n'est pas garanti au titre de la présente Condition Spéciale le paiement du forfait journalier quand:

- a) **L'hospitalisation est motivée par des chirurgies et des traitements en stomatologie ou maxillo-faciaux, sauf si elle découle d'une maladie ou d'un accident garanti par ce contrat;**
- b) **L'hospitalisation a lieu dans des Hôpitaux Militaires, paramilitaires et similaires, sauf si la Personne Assurée est soumise à une intervention chirurgicale.**

ART. 4 - Cadre Territorial

Sans préjudice des dispositions à l'article 4 des Conditions Générales, le paiement du forfait journalier pour hospitalisation est valable dans le monde entier.

RÉSEAU DE BIEN-ÊTRE

Article Unique – Étendue de la garantie

Dans le cadre de la présente Condition Spéciale, quand prévu aux Conditions Particulières, l'accès direct de la Personne Assurée, dans des conditions privilégiées, à des prestataires liés à des domaines de bien-être, loisir et santé avec qui AdvanceCare a conclu un accord de partenariat est garanti, restant à la charge de la Personne Assurée la responsabilité du choix du prestataire mentionné et du paiement des honoraires respectifs.

ASSISTANCE AUX PERSONNES

ART. 1 - Définitions

ACCIDENT CORPOREL: Aux effets de l'article 4 de cette Condition Spéciale on considère Accident Corporel tout événement fortuit, soudain et violent dû à une cause extérieure et étrangère à la volonté de la Personne Assurée, et qui lui provoque des lésions corporelles susceptibles d'empêcher la poursuite du voyage.

MALADIE: Aux effets de l'article 4 de cette Condition Spéciale on considère Maladie tout changement soudain et imprévisible de l'état de santé de la Personne Assurée, confirmée par le médecin et qui empêche la poursuite du voyage.

SERVICE D'ASSISTANCE: L'organisme qui, au nom et pour compte de l'Assureur, prête les services et ou les prestations garanties dans les clauses de cette Condition Spéciale.

ART. 2 - Assistance Médicale au Portugal

1. Conseil médical

Grâce à la ligne téléphonique du Service 24 heures par jour, la Personne Assurée pourra demander à l'Équipe Médicale de l'Assureur, par le biais du Service d'Assistance, des informations médicales ou de simples conseils.

2. Envoi d'un médecin à domicile

- L'Assureur, par le biais du Service d'Assistance, garantit, en cas d'urgence, l'envoi à domicile, 24h par jour, d'un médecin de clinique générale pour consultation et éventuel conseil quant à l'orientation à suivre;
- Les frais de déplacement seront pris en charge par l'Assureur par le biais du Service d'Assistance, devant la Personne Assurée supporter le copaiement prévu pour la consultation et la totalité des éventuels traitements prescrits;
- Chaque consultation implique un copaiement de 15 € par la Personne Assurée;
- Si, pour des raisons d'offre de marché, l'Assureur, par le biais du Service d'Assistance, n'arrive pas à localiser un médecin disponible pour effectuer la consultation à domicile, un transport jusqu'à l'hôpital le plus proche du domicile de la Personne Assurée sera organisé et pris en charge;
- La présente garantie n'est valable que si la Personne Assurée fait une demande préalable du service, il n'y a pas lieu à des remboursements de consultations effectuées sans l'accord de l'Assureur par le biais du Service d'Assistance.

3. Envoi de médicaments à domicile

Le Service Assistance de l'Assureur garantit, contre un copaiement de 1 € à charge de la Personne Assurée, la livraison de médicaments à domicile lorsque le bénéficiaire possède une ordonnance médicale et ne peut pas le faire

par ses propres moyens. Le coût des médicaments est à charge de la Personne Assurée.

4. Information sur les Pharmacies de Garde

L'Assureur, par le biais du Service d'Assistance, fournira des informations sur les pharmacies de garde 24 heures par jour, 365 jours par an.

5. Envoi d'un infirmier professionnel à domicile

En cas d'alitement de la Personne Assurée, sur prescription médicale, l'Assureur, par le biais du Service d'Assistance, promouvra l'envoi d'infirmiers professionnels, prenant en charge les frais de déplacement de ces professionnels ainsi que: désinfectants liquides, compresses grasses ou non, adhésifs, drains, seringues et aiguilles.

Le service garantit également l'administration d'injectables, application de sérums, sondes urinaires et sondes nasales et autres passibles d'être effectuées à domicile. Toutefois, la Personne Assurée prendra à sa charge le coût des produits spécifiques à administrer et prescrits par son médecin assistant.

L'Assureur garantit un capital maximum de dix (10) jours et au maximum de 300 € par an.

6. Envoi d'une ambulance

En cas d'urgence, le Service d'Assistance garantit l'envoi d'une ambulance pour le transport de la Personne Assurée à l'hôpital le plus proche.

Le Service d'Assistance indiquera, au préalable, les coûts inhérents à ce service qui devront être pris en charge par la Personne Assurée.

7. Aide à Domicile

En cas d'alitement ou d'incapacité de la Personne Assurée justifié par le médecin assistant et de l'Assureur, par le biais du Service d'Assistance, il promouvra la recherche d'une personne pour accompagner et prêter l'aide à domicile durant le temps nécessaire à son rétablissement, pour autant que les personnes avec qui elle cohabite, soient dans l'incapacité physique de prêter le soutien nécessaire à la Personne Assurée.

L'Assureur garantit un capital maximum de 60 € quotidiens et de 900 € par an maximum.

Dans le cas où l'incapacité de la Personne Assurée découle d'une hospitalisation préalable avec procédure chirurgicale, justifiée par le Médecin Assistant et par l'Assureur, celui-ci, par le biais des Services d'Assistance, promouvra la recherche d'un kinésithérapeute ou d'un infirmier pour réhabilitation ou remplacement d'un pansement ou également d'une gouvernante pour l'aide domestique nécessaire jusqu'à son rétablissement.

L'Assureur garantit un capital maximum de 200 €/an.

8. Recherche et envoi d'un professionnel de services domestiques à domicile

En cas de maladie et/ou d'hospitalisation de la Personne Assurée qui rende impossible le maintien/nettoyage quotidien du domicile, l'Assureur promouvra l'envoi d'un professionnel de services domestiques.

Les coûts restent à charge de la Personne Assurée, qui sera préalablement informée par le Service d'Assistance.

9. Prises de rendez-vous et moyens complémentaires de diagnostic

Grâce au Service d'Assistance, la Personne Assurée pourra demander des rendez-vous médicaux de clinique générale

et/ou de spécialité et des examens complémentaires de diagnostic dès lors qu'ils sont prescrits par le médecin.

La Personne Assurée est responsable des consultations et des examens de diagnostic, dont le coût sera préalablement indiqué par le Service d'Assistance.

10. **Check-up**

L'Assureur, par le biais du Service d'Assistance, garantit l'accès à des consultations de check-up annuel chez un prestataire de santé conventionné, jusqu'à la limite d'une consultation par an, avec un copaiement de 60 € à charge de la Personne Assurée.

La prise de rendez-vous de consultations de check-up devra toujours être préalablement demandée par la Personne Assurée au Service d'Assistance de l'Assureur, qui devra informer la Personne Assurée sur la date, heure, et lieu de la consultation.

Le check-up annuel de la présente garantie inclut les examens indiqués ci-après: Consultation de clinique générale; Urine type II; Cholestérol Total; HDL; Triglycérides; Glycémie à jeun; Hémogramme; Vitesse de sédimentation; Créatinine; Transaminases; Gamma T; Acide urique; Rayons X Thorax avec rapport; ECG en repos.

11. **Location de Matériel Orthopédique**

En cas de besoin justifié par un rapport médical, l'Assureur, par le biais du Service d'Assistance, promouvra la recherche et la location de matériel orthopédique, durant le temps nécessaire au rétablissement de la personne assurée, pour un montant maximum de 250€ par an.

12. **Accueil et prise en charge d'enfants**

En cas d'hospitalisation de la Personne Assurée, le Service d'Assistance pourra indiquer les services de professionnels qui se chargent de transporter les enfants de la Personne Assurée à l'école, dès lors qu'ils ont moins de 16 ans, et également leur prise en charge pendant les temps libres.

La Personne Assurée est responsable des coûts de ces prestations et sera préalablement informée par le Service d'Assistance.

13. **Baby-sitting**

En cas d'Hospitalisation de la Personne Assurée, le Service d'Assistance garantit le service de baby-sitting dans tout le Pays.

La Personne Assurée sera responsable des coûts de ces prestations et sera préalablement informée par le Service d'Assistance.

14. **Collecte et livraison de linge à laver et à repasser**

En cas d'Hospitalisation de la Personne Assurée, le Service d'Assistance garantit le service de collecte de linge, y compris le nettoyage à sec, avec la périodicité souhaitée par la Personne Assurée. Les coûts de ces services resteront à charge de la Personne Assurée qui sera préalablement informée par le Service d'Assistance.

15. **Transmission de Messages**

L'Assureur, par le biais du Service d'Assistance, se chargera de la transmission des messages urgents qui lui sont demandés par la Personne Assurée dans le cadre de tout événement en rapport avec les présentes garanties.

ART. 3 - **Assistance Médicale au Portugal en cas d'Hospitalisation**

1. **Transport de la Personne Assurée**

- a) Au cas où la Personne Assurée doit être hospitalisée et a besoin de transport à l'hôpital, l'Assureur, par le biais du Service d'Assistance, s'oblige à organiser et à supporter le coût du transport de la Personne Assurée, depuis son domicile ou lieu où elle se trouve, jusqu'à l'Hôpital ou à la Clinique concernés;
- b) Aux termes du point précédent, le transport à l'hôpital, hors du Portugal, n'est garanti que s'il n'existe pas, dans le pays, un hôpital semblable où le traitement puisse être fait, ou au cas où il existe l'hospitalisation n'est pas possible en temps utile en fonction de l'état clinique de la Personne Assurée ou, encore, quand elle se trouve à l'étranger;
- c) Au cas d'hospitalisation de la Personne Assurée, si elle a besoin de transport pour rentrer chez elle après sa sortie de l'hôpital, l'Assureur, par le biais du Service d'Assistance, s'oblige à organiser et à supporter les frais de transport de la Personne Assurée, depuis l'Hôpital respectif jusqu'au domicile;
- d) Le transport mentionné ci-dessus est fait, en fonction de la gravité du cas, par le moyen le plus conseillé selon l'avis du Département Médical du Service d'Assistance et du Médecin assistant de la Personne Assurée.

2. **Prise en charge de la Personne Assurée par le Médecin Assistant**

Au cas où la Personne Assurée hospitalisée doit être accompagnée par son Médecin Assistant, l'Assureur, par le biais du Service d'Assistance, organisera et prendra en charge les frais de transport respectifs, aller et retour, et de séjour dans un hôtel.

3. **Prise en charge de la Personne Assurée par un membre de la Famille ou par un autre accompagnateur**

En cas d'hospitalisation de la Personne Assurée, l'Assureur, par le biais du Service d'Assistance, organisera et prendra en charge les frais de transport, aller et retour, et de séjour dans un hôtel, d'un membre de la famille ou d'une autre personne désignée par la Personne Assurée, pour l'accompagner.

4. **Décès de la Personne Assurée hospitalisée**

Si, durant l'hospitalisation, la Personne Assurée décède, l'Assureur, par le biais du Service d'Assistance, garantira, en plus des procédures nécessaires à la sortie du corps du lieu d'hospitalisation, le paiement des frais en rapport avec les formalités légales à effectuer sur le lieu du décès, le choix de l'agence funéraire et le transport du corps, depuis le lieu de l'événement jusqu'à celui de inhumation au Portugal.

5. **Sortie de l'Hôpital (Check-out)**

Au moment de la sortie, après hospitalisation, l'Assureur, par le biais du Service d'Assistance, se chargera de toutes les procédures nécessaires auprès de l'hôpital ou de la Clinique pour la sortie de la Personne Assurée.

6. **Sortie sous surveillance médicale**

Au moment de la sortie, après hospitalisation, l'Assureur, par le biais de son Service d'Assistance, garantit le remboursement des frais de séjour à l'hôtel de la Personne Assurée convalescente, dès lors qu'elle n'est pas alitée, au cas où celle-ci a besoin de surveillance ou d'observation temporaire en dehors de l'Hôpital ou de la Clinique.

ART. 4 - Assistance voyage à l'Étranger

L'Assistance Voyage à l'étranger est valable pour des déplacements de durée non supérieure à soixante (60) jours.

1. Frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation à l'étranger

Si, suite à un Accident Corporel ou à une Maladie survenue lors d'un **déplacement à l'étranger non supérieur à soixante (60) jours**, la Personne Assurée a besoin d'assistance médicale, chirurgicale, pharmaceutique ou hospitalière, l'Assureur, par le biais du Service d'Assistance, prendra en charge, à hauteur de 3.500 €, ou remboursera, contre justificatifs:

- Les frais et honoraires médicaux et chirurgicaux;
- Les frais de pharmacie prescrits par un médecin;
- Les frais d'hospitalisation.

2. Transport ou rapatriement sanitaire suite à un accident ou à une maladie subite à l'étranger

En cas d'Accident Corporel ou de Maladie de la Personne Assurée, survenus durant un **déplacement à l'étranger non supérieur à soixante (60) jours**, l'Assureur, par le biais du Service d'Assistance, se chargera:

- Des frais de transport en ambulance jusqu'à la clinique ou à l'hôpital le plus proche;
- De l'éventuel transfert dans un autre Hôpital plus approprié ou jusqu'à son domicile;
- Du coût de transfert par le transport le plus approprié. Si celui-ci doit être fait dans un Hôpital éloigné du domicile, l'Assureur, par le biais du Service d'Assistance, se chargera également du transfert opportun jusqu'à celui-ci.

Le moyen de transport sera, en tout état de cause, décidé par les Services Médicaux de l'Assureur conjointement avec le Médecin Assistant.

3. Suivi durant le transport ou rapatriement sanitaire

Si l'état de la Personne Assurée, objet de transport ou de rapatriement sanitaire, le justifie, l'Assureur, par le biais du Service d'Assistance, après avis de son médecin, prend en charge les frais de voyage d'une personne, se trouvant sur place, pour l'accompagner.

4. Suivi de la Personne Assurée hospitalisée

Si une Personne Assurée est hospitalisée et si son état déconseille le rapatriement ou le retour immédiat, l'Assureur, par le biais du Service d'Assistance, prend en charge les frais de séjour à l'hôtel d'un membre de la famille ou de la personne qu'elle a désignée, se trouvant déjà sur place, pour rester près d'elle, à hauteur de 75 € par jour et de 750 € maximum.

5. Billet aller retour pour un membre de la famille et séjour respectif

Si l'hospitalisation de la Personne Assurée dépasse 10 jours, et s'il n'est pas possible d'actionner la garantie prévue au paragraphe 4 de cet article, l'Assureur, par le biais du Service d'Assistance, prend en charge les frais à réaliser par un membre de la famille, pour un voyage aller retour en train en 1^{ère} classe ou en avion, en classe touristique, au départ du Portugal, pour rester auprès d'elle, prenant également en charge les frais de séjour à hauteur de 75 € par jour et de 750 € maximum.

6. Prolongement du séjour à l'hôtel

Si, après la survenue d'un Accident Corporel ou d'une Maladie à l'Étranger, l'état de la Personne Assurée ne justifie pas une hospitalisation ou un transport sanitaire, et

si son retour ne peut pas avoir lieu à la date initialement prévue, l'Assureur, par le biais du Service d'Assistance, se chargera, s'il y a lieu, des frais de séjour à l'hôtel, pour elle ou pour une personne restant à ses côtés, à hauteur de 75 € par jour et de 750 € maximum.

Quand l'état de santé de la Personne Assurée le permet, l'Assureur, par le biais du Service d'Assistance, se charge de son retour, ainsi que de celui de son éventuel accompagnateur, au cas où ils ne peuvent pas rentrer par les moyens initialement prévus.

7. Transport ou rapatriement de personnes décédées et des Personnes Assurées accompagnantes

L'Assureur, par le biais du Service d'Assistance, prend en charge les frais découlant des formalités à effectuer sur le lieu du décès de la Personne Assurée ainsi que ceux relatifs à son transport ou rapatriement jusqu'au lieu de l'enterrement au Portugal.

Si les Personnes Assurées qui l'accompagnaient au moment du décès ne peuvent pas rentrer par les moyens initialement prévus, ou parce qu'elles ne peuvent pas utiliser le billet de transport déjà acquis, l'Assureur, par le biais du Service d'Assistance, règle les frais de transport pour leur retour jusqu'à leur domicile habituel, au Portugal, ou jusqu'au lieu de l'enterrement au Portugal.

Si les Personnes Assurées sont mineures de 15 ans et qu'elles ne disposent pas d'un membre de la famille ou d'une personne de confiance pour les accompagner durant le voyage, l'Assureur, par le biais du Service d'Assistance, prend en charge les frais d'une personne qui voyage avec elles jusqu'au lieu de l'enterrement ou de leur domicile au Portugal.

Si pour des motifs administratifs il s'avère nécessaire d'inhumer provisoirement ou définitivement la Personne Assurée localement, l'Assureur, par le biais du Service d'Assistance, prend en charge les frais de transport d'un membre de la famille, si l'un d'eux ne se trouve pas déjà sur place, mettant à sa disposition un billet aller retour en train 1^{ère} classe ou en avion classe touristique pour se déplacer depuis son domicile jusqu'au lieu d'inhumation, réglant ainsi les frais de séjour à hauteur du montant maximum spécifié aux Conditions Particulières.

8. Couvertures Additionnelles – Assistance Voyage à l'Étranger

8.1. Assistance pour Vol de bagages à l'Étranger: En cas de vol de bagages et/ou d'objets personnels, le Service d'Assistance pourra, sur demande, aider la Personne Assurée à porter plainte auprès des autorités.

En cas de vol, perte ou égarement des biens lui appartenant, s'ils sont retrouvés, les Services d'Assistance se chargeront de leur envoi jusqu'au lieu où se trouve la Personne Assurée ou jusqu'à son domicile.

8.2. Avance de Fonds à l'Étranger: En cas de vol ou d'égarment de bagages ou de valeurs monétaires, non récupérés dans un délai de 24 heures, le Service d'Assistance avancera les montants nécessaires au remplacement des biens disparus à hauteur de 500€. Pour l'utilisation de cette garantie, il faudra qu'une personne mandatée par la Personne Assurée fasse un dépôt préalable ou remette à l'Assureur, par le biais du Service d'Assistance, un transfert bancaire du montant demandé.

8.3. Annulation et Interruption du Voyage: Au cas où la Personne Assurée, pour des motifs de force majeure, est obligée d'interrompre ou d'annuler un voyage dont elle a déjà versé un acompte ou qu'elle a liquidé, les Services d'Assistance assureront le

remboursement des frais irrécupérables de logement et de transport à hauteur de 1.000 €.

En ce qui concerne les frais de transport, la Personne Assurée est tenue de prendre les mesures nécessaires pour récupérer tout ou partie des montants déjà liquidés, le Service d'Assistance devant assumer complémentirement les frais de transport considérés irrécupérables.

Au cas où l'annulation du voyage est effectuée avant la date de départ, l'indemnité sera calculée en fonction des taux énoncés ci-dessous, nombre de jours et capital dépensé justifiés:

- a) Annulation effectuée entre le 30^{ème} et le 15^{ème} jour 50%;
- b) Annulation effectuée entre le 14^{ème} et le "no show" 100%;

À cet effet, on entend par motifs de force majeure:

- Décès, au Portugal, de la Personne Assurée elle-même, son conjoint (devra être entendu également comme union libre) ainsi que des ascendants ou descendants des deux jusqu'au 1^{er} degré qui cohabitent avec lui;
- Mort ou accident à l'étranger de la Personne Assurée qui l'empêche de continuer le voyage respectif (à confirmer par les services médicaux du Service d'Assistance);
- Maladie ou accident grave, à confirmer conjointement par le médecin assistant et par l'équipe médicale de l'Assureur, par le biais du Service d'Assistance, dont il est victime, au Portugal, la Personne Assurée elle-même, son conjoint (devra être également entendu comme union libre), ainsi que les ascendants ou descendants des deux, jusqu'au 1^{er} degré, belles-filles, gendres, sœurs, frères, beaux-frères et belles-sœurs. On considère maladie ou accident grave toute situation clinique qui implique plus de trois (3) jours consécutifs d'hospitalisation;
- Chômage de la Personne Assurée ou de son conjoint (devra être également entendu comme union libre), dès lors que celui-ci ait lieu dans les trente (30) jours précédant la date du départ;
- Destruction de l'habitation permanente ou lieu de travail, dont la Personne Assurée elle-même ou son conjoint (devra également être entendu comme union libre) est victime au Portugal, dès lors que celui-ci ait lieu dans les trente (30) jours précédant la date de départ (dommages supérieurs à 50% de l'immeuble):
Le remboursement prévu dans ce paragraphe n'est pas cumulable avec d'autres éventuellement prévus dans cette police pour une même situation.

8.4. Retard dans la Réception des Bagages:

L'Assureur, par le biais du Service d'Assistance, remboursera la Personne Assurée, pour les frais provoqués par le retard dans la récupération des bagages pendant un voyage aérien, notamment l'acquisition d'articles de vêtements et/ou d'hygiène, à hauteur de 100€ et dès lors que ce retard soit supérieur à 24 heures.

8.5. Retard du Vol:

L'Assureur, par le biais du Service d'Assistance remboursera la Personne Assurée du montant des frais de logement provoqués par les retards dans les départs des avions, à hauteur de 75 € par jour, de 750 € au maximum, dès lors que ce retard soit supérieur à 16 heures.

8.6. **Perte de Correspondances Aériennes:** Au cas où la Personne Assurée perd sa correspondance entre deux vols en raison du retard de l'arrivée de l'avion, les Services d'Assistance assureront les frais de logement à hauteur de 75€ par jour, de 750€ maximum.

8.7. **Transmission de Messages:** L'Assureur, par le biais du Service d'Assistance, se chargera de la transmission de messages urgents qui lui sont demandés par la Personne Assurée en raison de tout événement en rapport avec les présentes garanties.

ART. 5 - Assistance à des Animaux Domestiques

1. Envoi d'un Vétérinaire à domicile y compris vaccination

L'Assureur, par le biais du Service d'Assistance, garantit l'envoi d'un Vétérinaire à domicile pour la vaccination ou une simple consultation, prenant en charge les frais du déplacement et les honoraires respectifs, la Personne Assurée devra prendre en charge un copaiement de 25 € pour consultation.

Au cas où l'Assureur, par le biais du Service d'Assistance, pour des raisons d'offre de marché, n'arrive pas à localiser un Vétérinaire disponible pour effectuer la consultation à domicile, il organisera et prendra en charge les frais de transport chez le Vétérinaire le plus proche de son domicile.

2. Envoi de transport urgent pour animaux

En cas d'urgences des animaux (chiens et chats), l'Assureur, par le biais des Services d'Assistance, s'occupe de l'envoi du moyen de transport d'urgence des animaux. Les frais du service resteront à charge de la Personne Assurée qui sera préalablement informée du coût du service, par les Services d'Assistance.

3. Conseil médical téléphonique

Grâce à la ligne téléphonique d'accueil 24 heures par jour, la Personne Assurée pourra demander des informations médicales ou de simples conseils.

4. Envoi de médicaments à domicile

L'Assureur, par le biais du Service d'Assistance, garantit la livraison de médicaments prescrits par le vétérinaire à domicile lorsque la Personne Assurée est dans l'impossibilité de le faire par ses propres moyens.

Le coût des médicaments reste à charge de la Personne Assurée.

5. Toilettage

L'Assureur, par le biais du Service d'Assistance, se chargera de:

- a) La prise de rendez-vous pour le toilettage dans un établissement à cet effet;
- b) La recherche et de l'envoi d'un professionnel pour le toilettage d'animaux à domicile;
- c) L'envoi de moyens pour la collecte et le dépôt d'animaux à domicile;

Lorsque le service est demandé par la Personne Assurée directement au Service d'Assistance de l'Assureur.

6. Garde d'animaux domestiques (chiens et chats)

En cas de sinistre dans l'habitation, maladie ou accident qui implique l'hospitalisation de la Personne Assurée, l'Assureur, par le biais du Service d'Assistance, se charge de chercher un établissement pour la garde d'animaux domestiques (chiens et chats) proche du domicile habituel

de la Personne Assurée et d'organiser le transport des animaux jusqu'à l'établissement ou jusqu'au domicile, au Portugal, d'une personne désignée par la Personne Assurée.

L'Assureur prend en charge les frais de transport, dans un rayon de 50km à partir du domicile de la Personne Assurée, ainsi que les frais de garde des animaux dans un chenil ou pension pour chats, à hauteur de 750 € maximum par an.

La prestation de cette garantie est soumise aux conditions de transport et de garde des transporteurs et des chenils ou pensions pour chats (vaccins à jour, cautions, entre autres).

Pour que cette garantie puisse être prêtée, la Personne Assurée devra désigner quelqu'un pour pouvoir remettre les animaux aux collaborateurs du Service d'Assistance de l'Assureur.

7. **Prise de rendez-vous et informations au sujet des consultations**

L'Assureur, par le biais du Service d'Assistance, effectuera la prise de rendez-vous de consultations chez le Vétérinaire et informations sur la date, l'heure et le lieu de la consultation à la Personne Assurée, lorsque le service est demandé par la Personne Assurée directement au Service d'Assistance de l'Assureur.

8. **Service informatif**

En cas d'accident ou de maladie subite dont l'animal domestique est victime (chien ou chat), les Services d'Assistance de l'Assureur garantissent l'information à l'Assuré sur les médecins vétérinaires qui peuvent assister l'animal.

L'Assureur, par le biais du Service d'Assistance, prêtera également:

- Des informations générales sur les chenils et pensions pour chats disponibles;
- Médecins vétérinaires existants dans la zone;
- Registres et permis (chiens et chats);
- D'autres services pour animaux domestiques (chiens et chats).

ART. 6 - Assistance au Foyer

1. **Services Techniques**

À travers cette garantie, l'Assureur, par le biais du Service d'Assistance et à la demande de la Personne Assurée, promouvra l'envoi de professionnels qualifiés, dans les domaines spécifiés ci-dessous, la Personne Assurée liquide les services demandés selon le barème en vigueur pour l'année.

- Services Techniques 24 heures:** Les services techniques 24 heures sont essentiellement des services d'urgence au niveau national et avec des temps de réponse entre 4 et 12 heures, en fonction de la zone géographique.

À Lisbonne et à Porto et dans les Régions respectives la présence d'un technicien dans une période maximum de 4 à 6 heures et dans les autres zones du Pays entre 6 et 12 heures au maximum.

Services: Canalisation; Electricité; Débouchage; Clés et Serrures.

- Services Techniques Jour (sur rendez-vous):** Sont inclus les services non urgents, la présence d'un technicien au domicile de la Personne Assurée est garantie, celle-ci peut demander un devis préalable ou l'exécution immédiate des travaux selon les tarifs en vigueur.

La présence du technicien est garantie dans les 24 heures suivantes à la demande d'intervention et en fonction de la disponibilité de la Personne Assurée. Au niveau des services techniques jour, la Personne Assurée bénéficiera d'une exemption du taux de déplacement dans la période entre 8:00 et 20:00 heures.

Services: Climatisation; Air Conditionné; Chauffage; TV, Vidéo, Hi-Fi; Réfrigération; Peinture; Construction Civile; Menuiserie; Sols; Serrurerie; Ameublements; Faux plafonds; Vitres; Stores et Persiennes; Microinformatique; Antennes; Electroménagers.

2. **Services de Confort**

Sont inclus un ensemble diversifié de services de confort d'utilisation personnelle ou familiale, disponibles 24 heures/jour.

Grâce à la ligne d'Assistance disponible 24 heures, le Client a accès à des prestataires de services sélectionnés. L'Assureur, par le biais du Service d'Assistance, informera préalablement des coûts de ces prestations.

Services: Envoi de fleurs; Services de Nettoyage; Jardinage; Repas à domicile avec et sans personnel spécialisé; Achat et livraison de produits à domicile; Repassage; collecte et envoi de messages; Déménagements et transports; Accueil et prise en charge d'enfants; Billets pour des spectacles; Traductions et rétroversions; Réservation et livraison de billets d'avion et de train; Réservation d'Hôtels; Réservation de Restaurant; Envoi de Taxis.

3. **Service d'Information 24 heures par jour et 365 jours par an**

Ce Service met à disposition - 24 heures par jour, durant 365 jours par an - des informations sur:

- Pharmacies de Garde: Informations sur les horaires de fonctionnement et leur localisation 24/24 heures;
- Hôpitaux: Informations sur leur localisation et spécialités;
- Services d'Urgence: Services et téléphones d'urgence, lignes vertes et services publics d'appui;
- Restaurants: Informations sur les adresses, téléphones et plats typiques;
- Informations sur les loisirs et la Culture:
 - Cinéma: films en exhibition, horaire et lieu;
 - Spectacles Culturels: lieu, horaire;
 - Musées: lieu, horaire et adresse;
 - Expositions, Foires Internationales et Événements Spéciaux: lieu, horaires et adresse;
 - Programmation à la télévision;
- Pompes à Essence (horaire, lieu et n° de téléphone);
- Trafic et état des routes.

4. **Conseils en cas de vol**

Si le domicile assuré est inhabitable, le Service d'Assistance conseille la Personne Assurée sur les mesures à prendre immédiatement, prêtant, en cas de vol ou de tentative de vol, l'appui sur les formalités nécessaires pour les dénoncer aux autorités.

ART. 7 - Exclusions

1. **Exclusions de caractère général**

Ne sont pas couvertes les prestations qui n'ont pas été demandées au Service d'Assistance, ou qui n'ont pas été effectuées avec son accord, sauf en cas de force majeure ou impossibilité justifiée.

2. Exclusions relatives à l'Article 4 - Assistance Voyage à l'Étranger

Sont toujours exclus dans le cadre de la couverture d'Assistance Voyage:

- 2.1. Lésions ou traitements de maladies préexistantes avant le début du voyage, connues ou non.
- 2.2. Maladie mentale ou toute maladie d'ordre psychiatrique.
- 2.3. Accidents découlant d'une maladie ou état pathologique existant avant le début du voyage ainsi que des lésions découlant d'interventions chirurgicales ou autres actes médicaux non motivés par un accident garanti par le contrat.
- 2.4. Suicide ou tentative de suicide de la Personne Assurée et ses conséquences, ainsi que d'autres actes intentionnels pratiqués par la Personne Assurée sur elle-même.
- 2.5. Actes intentionnels, c'est-à-dire avec dol, criminels ou contraires à l'ordre public dont le Preneur d'Assurance ou la Personne Assurée sont les auteurs matériels ou moraux ou dont ils sont complices.
- 2.6. Actions ou omissions de la Personne Assurée sous l'influence de stupéfiants sans prescription médicale, ou boissons alcooliques qui débouchent sur un degré d'alcoolémie égal ou supérieur à celui qui, en cas de conduite sous l'effet d'alcool, détermine la pratique d'amendes ou de crime.
- 2.7. Frais de prothèses, lunettes et lentilles de contact, ainsi que frais d'odontologie.
- 2.8. Accidents découlant de la pratique sportive professionnelle ou amatrice fédérée et les entraînements respectifs ainsi que la pratique de sports "spéciaux" tels que l'alpinisme, la boxe, le karaté et autres arts martiaux, taumachie, parachutisme, parapente, delta-plane, tous les sports désignés comme radicaux, spéléologie, pêche et chasse sous-marine, sports d'Hiver, tous sports qui impliquent des véhicules motorisés (de 2 roues ou autres), motonautique et autres sports analogues dans leur dangerosité.
- 2.9. Accidents découlant de l'utilisation, par la Personne Assurée, de véhicules motorisés de deux roues ou quad.
- 2.10. Accouchements et complications dues à l'état de grossesse, sauf si imprévisibles et qui ont lieu durant les six premiers mois.
- 2.11. Cercueil et frais d'enterrement ou de cérémonie funèbre.
- 2.12. Accidents découlant de cataclysmes de la nature, tels que des vents cycloniques, tremblements de terre, raz de marée, autres phénomènes analogues dans leurs effets et également action de la foudre.
- 2.13. Assauts, grèves, perturbations au travail, tumultes et tous autres changements de l'ordre public, rébellion, actes de terrorisme et sabotage ou insurrection.
- 2.14. Révolution, guerre civile, invasion et guerre déclarée ou non contre un pays étranger, hostilités entre nations étrangères qu'il y ait ou non déclaration de guerre, et actes belliqueux directement ou indirectement causés par ces hostilités.
- 2.15. Accidents découlant de l'utilisation, par la Personne Assurée, d'avions ou d'embarcations

qui n'appartiennent pas à des lignes commerciales.

- 2.16. Accidents découlant d'une explosion ou tous autres phénomènes directement ou indirectement en rapport avec la désintégration ou la fusion de noyaux d'atomes, ainsi que les effets de la contamination radioactive.
- 2.17. Traitement dans des thermes ou plages et, en général, des cures de changement d'air ou de repos ainsi que des traitements esthétiques.
- 2.18. Frais de médecine préventive, vaccins ou similaires, y compris honoraires médicaux.
- 2.19. Frais de réhabilitation et de kinésithérapie effectués sans l'accord de l'équipe médicale du Service d'Assistance.
- 2.20. Les frais médicaux concernant les traitements débutés dans le pays de résidence ou de nationalité.
- 2.21. Frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation au Portugal pour maladie, indépendamment du lieu ou de l'origine de ceux-ci, y compris ceux qui sont effectués durant le voyage.

DEUXIÈME OPINION MÉDICALE

ART. 1 - Étendue de la garantie

1. Dans le cadre de la présente Condition Spéciale, quand prévu aux Conditions Particulières, l'Assureur mène, en cas de maladie de la Personne Assurée, les **actions nécessaires à l'obtention d'une Deuxième Opinion Médicale des meilleurs spécialistes au niveau mondial, concernant le diagnostic de la pathologie et les traitements adéquats respectifs.**

A cet effet, AdvanceCare/l'Assureur coordonne l'obtention de l'information en demandant, si nécessaire, la réalisation de nouveaux examens médicaux, analyses cliniques et/ou radiographies, et l'envoi à un médecin spécialiste qu'il juge plus approprié étant donné la pathologie de la Personne Assurée.

Aussitôt que le médecin spécialiste se prononce, AdvanceCare/l'Assureur procède à l'interprétation du rapport et envoie les conclusions et les recommandations finales à la Personne Assurée.

2. En complément de l'obtention d'une deuxième opinion médicale, quand la Personne Assurée prend l'initiative de réaliser des traitements médicaux à l'étranger, l'Assureur assure la prestation des services suivants:
 - a) Sélection et fourniture de références à la Personne Assurée sur les médecins spécialistes et hôpitaux étrangers sélectionnés par AdvanceCare/l'Assureur à la demande de la Personne Assurée, ou directement indiqués par celle-ci;
 - b) Obtention de devis et coûts estimés des honoraires et de l'hospitalisation relatifs au service médical à réaliser à l'étranger;
 - c) Prise de rendez-vous pour consultations médicales avec les spécialistes sélectionnés par AdvanceCare/l'Assureur ou avec ceux indiqués par la Personne Assurée;
 - d) Réservations de transports et de logements à l'étranger pour la Personne Assurée et les membres de sa famille;
 - e) Formalisation des formalités préalables nécessaires à l'admission de la Personne Assurée à l'hôpital;
 - f) Présentation et orientation de la Personne Assurée à l'hôpital où elle sera hospitalisée et coordination de l'accueil;

- g) Révision, contrôle et analyse des factures correspondantes aux traitements/consultations effectués;
- h) Réalisation d'audits complets à toutes les factures et frais médicaux pris en charge par la Personne Assurée;
- i) Négociation de remises en faveur de la Personne Assurée auprès des médecins spécialistes et des hôpitaux.

ART. 2 - Définition

Aux effets exclusifs de la présente Condition Spéciale, on considère encadrées les maladies et les conditions cliniques suivantes:

- Maladies infectieuses;
- Maladies neurologiques;
- Maladies neurochirurgicales;
- Maladies cardiovasculaires;
- Maladies cancérigènes;
- Tumeurs bénignes;
- Maladies ophtalmologiques;
- Maladies oto-rhino-laryngologiques (ORL);
- Maladies hématologiques;
- Transplantation d'organes;
- Maladies rénales et urologiques;
- Maladies respiratoires;
- Maladies gynécologiques e obstétriques;
- Maladies gastro-intestinales et hépatiques;
- Maladies endocrines et métaboliques;
- Maladies dermatologiques;
- Maladies musculo-squelettiques;
- Maladies rhumatologiques et du tissu conjonctif, à l'exception de fibromyalgie et syndrome de la fatigue chronique;

ART. 3 - Exclusions

Sans préjudice des exclusions prévues aux Conditions Générales applicables à cette couverture, ne sont pas garantis en vertu de la présente Condition Spéciale:

- a) **Tous services demandés à AdvanceCare/l'Assureur quand la Personne Assurée ne souffre pas de l'une des maladies mentionnées ci-dessus;**
- b) **Maladies aiguës (de courte durée);**
- c) **Maladies psychiatriques;**
- d) **Problèmes odontologiques;**
- e) **Toutes maladies qui n'aient pas été évaluées par un médecin;**
- f) **Services non demandés à AdvanceCare/l'Assureur;**
- g) **Tous frais d'honoraires médicaux, médicaments et/ou hospitalisation à l'étranger;**
- h) **Frais de transport et de logement au Portugal et à l'étranger;**
- i) **Tous pertes ou dommages provoqués, directement ou indirectement, par l'opinion des médecins et/ou professionnels consultés.**

MALADIES GRAVES

ART. 1 – Étendue de la garantie

1. Dans le cadre de la présente Condition Spéciale, quand souscrite par le Preneur d'Assurance, **est garanti** à hauteur du montant fixé et aux termes prévus aux Conditions Particulières de la Police, le **paiement des frais supportés par la Personne Assurée, en régime de prestations conventionnées, pour des diagnostics, traitements, hospitalisations, services ou prescriptions médicales considérés cliniquement nécessaires**, lorsqu'elles découlent **de l'une des Maladies Graves ou Situations Cliniques indiquées ci-dessous**, dès lors que les premiers symptômes et le diagnostic respectif aient lieu durant la période de validité de la police, après la période de carence respectives.
2. Dans le cadre de la présente couverture, est ainsi garanti le paiement des frais suivants:
 - a) Frais d'hospitalisation, notamment:
 - i. Frais de service général de soins infirmiers durant l'hospitalisation de la Personne Assurée, y compris les forfaits journaliers respectifs;
 - ii. Autres services hospitaliers durant l'hospitalisation, y compris les services prêtés par le département de consultation externe de l'hôpital;
 - iii. Frais correspondant au coût d'un lit additionnel ou d'accompagnateur, si l'hôpital fournit ce service, et s'il est demandé par la Personne Assurée;
 - b) Chirurgies et traitements réalisés à l'Hôpital en régime ambulatoire, dès lors que ceux-ci, s'ils étaient effectués en régime d'hospitalisation, seraient garantis au titre de cette couverture;
 - c) Honoraires médicaux relatifs à des consultations, traitements, soins médicaux ou chirurgies;
 - d) Frais inhérents à la réalisation des services, traitements ou prescriptions médicales et chirurgicales suivants:
 - i. Anesthésie et application respective, lorsqu'elle est faite par un anesthésiste professionnel;
 - ii. Examens de laboratoire et pathologie, radiographies à des fins de diagnostics, radiothérapie, isotopes radioactifs, chimiothérapie, électrocardiogrammes, échocardiographies, myélogrammes, électroencéphalogrammes, angiographies, tomographies informatisées et autres examens et traitements similaires, demandés en vue du diagnostic et du traitement d'une Maladie Grave, comme définie ci-dessous, lorsqu'ils ont été prescrits par un médecin, ou réalisés sous supervision médicale;
 - iii. Transfusions de sang, application de plasma et sérums;
 - iv. Consommation d'oxygène et application de solutions intraveineuses et injections;
 - e) Frais de produits pharmaceutiques ou de médicaments administrés durant l'hospitalisation de la Personne Assurée, ou après sa sortie, dès lors que les produits ou médicaments concernés sont prescrits par des médecins dans le cadre de procédures postopératoires;
 - f) Frais de déplacement et de transport en ambulance terrestre et aérienne quand leur utilisation est indiquée et quand elle est prescrite par un médecin;
 - g) Frais de voyage aller retour en ligne aérienne régulière pour la Personne Assurée et un accompagnateur;

- h) Frais de logement de la Personne Assurée, si celle-ci n'est pas hospitalisée durant le traitement, et d'un accompagnateur;
- i) En cas de décès de la Personne Assurée durant le traitement autorisé par l'Assureur et motivé par une maladie grave ou situation clinique garantie, les frais de rapatriement du corps jusqu'au lieu de son inhumation au Portugal, d'acquisition du cercueil et des formalités administratives respectives;
- j) Frais de Médicaments achetés au Portugal, après le traitement d'une Maladie ou Procédure Médicale approuvée par l'Assureur, au titre de cette Couverture.
 - i. **Ce Bénéfice est mis à disposition si les conditions suivantes sont réunies:**
 - a) Les Médicaments ont été recommandés par le(s) Médecin(s) international(aux) qui a (ont) suivi la Personne Assurée, si nécessaire pour la continuité du traitement;
 - b) Les Médicaments sous licence et approuvés par INFARMED;
 - c) Les Médicaments requièrent la prescription par un Médecin au Portugal;
 - d) Les Médicaments sont disponibles pour acquisition au Portugal;
 - e) Chaque prescription ne peut indiquer que la dose nécessaire pour une période maximum de deux mois;
 - ii. **Ce bénéfice n'inclut pas:**
 - a) Tous les coûts des Médicaments pris en charge par le Service National de Santé du Portugal ou qui sont couverts par une autre police d'assurance détenue par la Personne Assurée;
 - b) Les frais d'administration des Médicaments;
 - c) Toute acquisition réalisée hors du Portugal;
 - d) Factures présentées à l'Assureur 180 jours après la date d'achat des Médicaments (date des frais);
 - iii. L'achat des Médicaments doit être fait et réglé directement par la Personne Assurée lorsqu'elle reçoit la prescription respective, l'original de la facture et le justificatif de paiement. Quand le coût des Médicaments a été partiellement couvert par le Service National de Santé du Portugal ou par une autre police d'assurance, le remboursement demandé doit indiquer clairement les coûts entièrement financés par la Personne Assurée et les coûts partiellement financés.

ART. 2 – Définitions

Aux effets des dispositions ci-dessus, on considère exclusivement Maladie Grave ou Situation Clinique garantie au titre de la présente condition spéciale, celles indiquées ci-dessous:

a) Traitement du Cancer:

Traitement de:

- i. Toute tumeur maligne, y compris leucémie, sarcome et lymphome (sauf lymphome cutané), caractérisée par la croissance incontrôlée et dissémination de cellules malignes et invasion de tissus;
- ii. Cancer "in situ" circonscrit à l'épithélium, qui est son origine, et sans invasion du stroma ni des tissus adjacents;

- iii. Toute modification pré-cancérogène des cellules qui sont, du point de vue cytologique ou histologique, classées comme dysplasie importante ou dysplasie grave.

Ne sont pas garantis les traitements suivants:

- i. **Les tumeurs en rapport avec le virus de l'immunodéficience humaine (HIV);**
- ii. **Les cancers de peau à l'exception du mélanome malin;**
- iii. **Le cancer papillaire de la vessie.**

b) Neurochirurgie:

Toute intervention chirurgicale au crâne ou à une autre structure intracrânienne.

La craniotomie est néanmoins exclue quand la pathologie est due à une lésion traumatique;

c) Chirurgie " Bypass " des Artères Coronaires (Revascularisation Myocardique):

Traitement chirurgical qui implique une chirurgie à cœur ouvert et utilisation de greffes "bypass" pour corriger la sténose d'au moins deux artères coronaires.

Le paiement des frais réalisés pour ce type d'intervention dépendra toujours de l'évidence angiographique de la maladie sous-jacente.

Sont toutefois exclues les chirurgies motivées par des lésions traumatiques ou altérations congénitales des coronaires aortiques;

d) Remplacement de Valves:

Procédures chirurgicales réalisées en vue du remplacement total effectif d'une ou de plusieurs valves du cœur.

Le paiement des frais pour ce type d'intervention dépendra toujours de l'évidence angiographique de la maladie sous-jacente.

Sont néanmoins exclues toutes procédures chirurgicales correctives d'altérations congénitales des valves cardiaques;

e) Transplantation d'Organes:

Transplantation chirurgicale de cœur, poumon, foie, rein, pancréas ou moelle osseuse découlant de la perte totale et irréversible de la fonction organique respective.

L'organe ou moelle osseuse devra être remplacé(e) par un autre du même type et provenant d'un autre être humain identifié comme donneur.

Sont néanmoins exclues toutes transplantations d'organes ou tissus dans les cas suivants:

1. **La Personne Assurée est elle-même le donneur d'organe à un tiers;**
2. **La nécessité de transplantation découle d'une pathologie congénitale;**
3. **La nécessité de transplantation découle de cirrhose hépatique d'étiologie alcoolique;**
4. **La transplantation est un acte chirurgical d'auto transplantation, à l'exception de transplantation de moelle osseuse.**

ART. 3 – Délais de Carence

La couverture de Maladies Graves dépend d'une période de carence de 180 jours.

ART. 4 – Exclusions

Sans préjudice des exclusions prévues aux Conditions Générales applicables à cette couverture, n'est pas

garanti, en vertu de la présente Condition Spéciale, le paiement des frais encourus ou motivés par tout diagnostic, traitement, service ou prescription médicale, de quelque façon en rapport avec, ou découlant de:

- a) Toute maladie grave ou situation clinique qui a déjà fait l'objet de diagnostic ou par rapport à laquelle la Personne Assurée a déjà reçu un traitement avant la souscription de la police;
- b) Toute maladie grave ou situation clinique non prévue à l'article 2 de la présente Condition Spéciale;
- c) Toute maladie grave ou situation clinique objet de diagnostic avant le terme de la période de carence prévue à l'article 3;
- d) Toute maladie grave ou situation clinique causée intentionnellement ou avec dol par la Personne Assurée ou à la suite d'imprudences téméraires ou négligence grave de la Personne Assurée;
- e) Le Syndrome d'Immunodéficience Acquise (SIDA), toute maladie secondaire ou provoquée par le SIDA, ainsi que toutes celles qui sont une conséquence de son traitement, y compris la maladie connue comme le "Sarcome de Kaposi";
- f) Frais de services qui ne sont pas cliniquement nécessaires au traitement de toute maladie grave ou situation clinique garantie par le contrat;
- g) Toute maladie coronaire traitée par des techniques qui ne requièrent pas de chirurgie;
- h) Tout type de chirurgie angioplastique;
- i) Toute maladie causée par une Transplantation d'Organe, sauf si la maladie mentionnée est garantie au titre de la présente Condition Spéciale aux termes prévus à l'article 2 ou est une conséquence nécessaire de la transplantation;
- j) Frais encourus pour services d'hébergement, soins d'infirmier privé, soin de santé ou services prêtés dans un centre ou institution de convalescence, asile ou maison de retraite, même quand ces services sont demandés ou sont nécessaires en conséquence d'une Maladie couverte;
- k) Tous types de prothèses, appareils orthopédiques, bandes, ligatures, béquilles, membres ou organes artificiels, perruques (même quand leur utilisation est considérée nécessaire durant le traitement de chimiothérapie), chaussures orthopédiques, ceintures herniaires et autres équipements ou articles similaires, à l'exception de la prothèse du sein en conséquence d'une mastectomie;
- l) Tous types de produits pharmaceutiques et de médicaments qui n'ont pas été fournis par un pharmacien, ou dont l'obtention ne dépend pas d'une ordonnance ou d'une prescription médicale;
- m) Syndrome cérébral ou frais d'assistance et surveillance médicale dérivés de cas de sénilité ou de détérioration cérébrale;
- n) Traitements, services ou prescription de soins médicaux fournis à la Personne Assurée quand il est possible de faire des traitements alternatifs ou des procédures également efficaces pour traiter son état clinique ou la maladie qui justifie la réalisation d'une transplantation d'organe;
- o) Frais encourus par l'utilisation de la médecine alternative, même quand elle a été prescrite d'une façon spécifique par un médecin;
- p) Frais d'achat ou de location de chaises roulantes, lits spéciaux, appareils d'air conditionné, purificateurs d'air et tous articles ou équipements similaires;

- q) Frais qui ne sont pas d'ordre médical, tels que des frais de traductions, contacts téléphoniques,..., réalisés par la Personne Assurée ou par les accompagnateurs, à l'exception de ceux qui sont expressément garantis au titre de la présente Condition Spéciale;
- r) Tout frais réalisé en dehors du Réseau de Prestataires international d'AdvanceCare/de l'Assureur, ou qui n'a pas fait l'objet d'une autorisation préalable dans les termes prévus aux articles suivants.

ART. 5 – Autorisation préalable

Le paiement des frais garanti au titre de la présente Condition Spéciale implique, dans tous les cas, une autorisation préalable de la part des services cliniques d'AdvanceCare et/ou de l'Assureur.

ART. 6 – Obligations en cas de Sinistre

1. Sans préjudice des dispositions de l'article 24 des Conditions Générales, en cas de Maladie Grave ou de Situation Clinique garantie au titre de la présente Condition Spéciale, pour que les garanties offertes par cette couverture produisent un effet, la Personne Assurée ou toute personne qui agit en son nom doit:
 - a) Communiquer ce fait, dans un délai maximum de huit (8) jours, à AdvanceCare/l'Assureur, sur présentation du certificat ou d'une attestation médicale par lequel on détermine avec exactitude le diagnostic de la maladie, date d'origine, histoire médicale de la Personne Assurée et les rapports et examens considérés nécessaires à la vérification du diagnostic;
 - b) Informer AdvanceCare/l'Assureur des circonstances dans lesquelles la maladie grave ou la situation clinique garantie et ses conséquences s'est manifestée;
 - c) Demander à AdvanceCare/l'Assureur l'autorisation préalable, comme prévu à l'article précédent, avant de recevoir tout traitement, service ou prescription médicale concernant une Maladie couverte par cette garantie;
 - d) Respecter la Déclaration de Responsabilité (Autorisation) émise par AdvanceCare/l'Assureur;
 - e) Utiliser le Réseau de Prestataires internationaux de soins de santé conventionnés avec AdvanceCare/l'Assureur;
 - f) Respecter strictement les prescriptions du médecin responsable du traitement de la maladie grave ou de la situation clinique garantie;
 - g) Autoriser, en toute circonstance, les médecins et les hôpitaux auxquels elles ont eu recours à fournir aux services cliniques d'AdvanceCare ou de l'Assureur tous les éléments considérés importants pour documenter la procédure.

Le défaut injustifié de ces devoirs de la part de la Personne Assurée **est considéré comme une renonciation expresse aux garanties** attribuées en vertu de cette Condition Spéciale, l'Assureur n'est pas responsable du paiement de toute indemnité.
2. Après la demande d'autorisation préalable par la Personne Assurée, AdvanceCare/l'Assureur enverra, quand la maladie ou la situation clinique identifiée se trouve garantie, la Déclaration de Responsabilité respective (Autorisation), avec laquelle il indiquera la liste de centres médicaux internationaux (Réseau de Prestataires) autorisés par AdvanceCare/l'Assureur pour le traitement respectif.

Si la Personne Assurée respecte les obligations prévues à la police, l'Assureur se chargera du paiement des frais médicaux encourus par la Personne Assurée, aux termes et conditions prévus dans ce Contrat.

ART. 7 – Cadre Territorial

1. **Sans préjudice des dispositions à l'article 4 des Conditions Générales de la Police, les garanties**

attribuées au titre de la présente Condition Spéciale ne produiront d'effets qu'à l'étranger dans le Réseau de Prestataires internationaux de soins de santé conventionnés avec AdvanceCare/l'Assureur indiqué à la Personne Assurée.

2. **Dans le cadre de la présente Condition Spéciale, en aucun cas les frais réalisés au Portugal ne seront garantis.**

CLAUSE PARTICULIÈRE

Quand expressément indiqué aux Conditions Particulières de la Police, la Clause Particulière suivante peut être appliquée au présent Contrat:

"EXTENSION TERRITORIALE"

Conformément au paragraphe 3 de l'article 4 des Conditions Générales, et dès lors que l'application de la présente Clause est expressément indiquée aux Conditions Particulières de la Police, le paiement des frais de santé est garanti dans les pays qui y sont également identifiés, aux termes et conditions mentionnés ci-dessous:

1. Étendue et Fonctionnement de l'Extension

Conformément aux Conditions Particulières, le présent Contrat pourra produire des effets au niveau:

- i. **Du Réseau Ibérique de Prestataires Conventionnés en Espagne, concernant les frais indemnisables au titre des Conditions Spéciales, quand elles ont été souscrites:**
 - **Frais d'Hospitalisation, quand motivés par un accident ou une maladie, en régime de prestations conventionnées;**
 - **Frais d'Assistance Ambulatoire, en régime de prestations conventionnées;**
 - **Frais de Médicaments, en régime de prestations d'indemnités, dès lors qu'ils sont prescrits par des médecins appartenant au réseau conventionné dans le cadre de consultations ou d'actes médicaux réalisés au titre des Conditions Spéciales "Frais d'Hospitalisation" et "Frais d'Assistance Ambulatoire".**
- ii. **Aux États Unis d'Amérique, en ce qui concerne les frais indemnisables au titre de la Condition Spéciale "Frais d'Hospitalisation", quand motivés par un accident ou une maladie;**

- iii. **Dans le monde entier, en régime de prestations d'indemnités effectuées au titre des Conditions Spéciales "Frais d'Hospitalisation" et "Frais d'Assistance Ambulatoire", quand elles ont été souscrites.**

La présente extension territoriale ne produira pas d'effets concernant les frais de santé garantis au titre de la Condition Spéciale "Frais d'Hospitalisation", quand, en fonction de l'état de santé de la Personne Assurée, les traitements à réaliser à l'étranger ont une finalité purement palliative.

Sans préjudice des dispositions mentionnées ci-dessus, l'extension territoriale prévue au titre de la présente Clause Particulière ne s'applique pas en ce qui concerne les frais d'hospitalisation motivés par un accouchement.

2. Autorisation préalable

Quand, étant donné la nature des frais et/ou de l'acte médical à réaliser à l'étranger, une autorisation préalable d'AdvanceCare/de l'Assureur est nécessaire, les frais de santé mentionnés au paragraphe 1 ne seront garantis que si l'autorisation préalable a été demandée par la Personne Assurée et préalablement acceptée par AdvanceCare/l'Assureur.

Le paiement de frais garantis au titre de la présente Clause Particulière dépendra toujours de l'autorisation préalable d'AdvanceCare/de l'Assureur dans les cas suivants:

- **Tous frais de santé garantis au titre de la Condition Spéciale "Frais d'Hospitalisation", y compris Chirurgies réalisées en régime ambulatoire, chimiothérapie, Radiothérapie.**

Note: Aux effets de l'article 37 du Régime Juridique du Contrat d'Assurance (DL 72/2008, du 16/04) nous soulignons l'importance du texte signalé en gras.

Seguradoras Unidas, S.A.
SEDE Av. da Liberdade, 242
1250-149 LISBOA
Capital Social 182 000 000 € (libéré 84 000 000 €)
N.º unique d'identification des Entreprises CRC Lisbonne
NIPC 500 940 231

Lignes Clients
E clientes@tranquilidade.pt
W tranquilidade.pt
T 211 520 310

INDICE DE RÉFÉRENCE

C'est la correspondance entre les définitions en portugais et en français, pour une meilleure compréhension de ce contrat

FRANÇAIS → PORTUGAIS	
ACCIDENT	ACIDENTE
ACTE ADDITIONNEL	ATA ADICIONAL
ASSURANCE DE GROUPE	SEGURO DE GRUPO
ASSURANCE DE GROUPE CONTRIBUTIVE	SEGURO DE GRUPO CONTRIBUTIVO
ASSURANCE DE GROUPE NON CONTRIBUTIVE	SEGURO DE GRUPO NÃO CONTRIBUTIVO
ASSURANCE INDIVIDUELLE	SEGURO INDIVIDUAL
ASSUREUR	SEGURADOR
CAPITAL ASSURÉ	CAPITAL SEGURO
CARTE DE SANTÉ ADVANCECARE	CARTÃO DE SAÚDE ADVANCECARE
COPAIEMENT	COPAGAMENTO
CONDITIONS GÉNÉRALES	CONDIÇÕES GERAIS
CONDITIONS PARTICULIÈRES	CONDIÇÕES PARTICULARES
CONDITIONS SPÉCIALES	CONDIÇÕES ESPECIAIS
DÉCLARATION DE RESPONSABILITÉ	TERMO DE RESPONSABILIDADE
DÉLAIS DE CARENCE	PERÍODO DE CARÊNCIA
ÉVÈNEMENT/SINISTRE	OCORRÊNCIA/SINISTRO
FRAIS MÉDICAL	DESPESA MÉDICA
FRANCHISE	FRANQUIA
GESTIONNAIRE DE SOINS DE SANTÉ	GESTORA DE CUIDADOS DE SAÚDE
GROSSESSE PRÉEXISTANTE	GRAVIDEZ PRÉ-EXISTENTE
GROUPE ASSURABLE	GRUPO SEGURÁVEL
HÔPITAL OU CLINIQUE	HOSPITAL OU CLÍNICA
MALADIE	DOENÇA
MALADIE MANIFESTÉE	DOENÇA MANIFESTADA
MALADIE OU LÉSION PRÉEXISTANTE	DOENÇA OU LESÃO PRÉ-EXISTENTE
MALADIE OU MALFORMATION CONGÉNITALE	DOENÇA OU MALFORMAÇÃO CONGÉNITA
MALADIE SOUDAINE	DOENÇA SÚBITA
MÉDECIN	MÉDICO
MÉNAGE	AGREGADO FAMILIAR
PARTICIPANT	PARTICIPANTE
PERSONNE ASSURÉE	PESSOA SEGURA
PETITE CHIRURGIE	PEQUENA CIRURGIA

POLICE	APÓLICE
PRÉ-AUTORISATION	PRÉ-AUTORIZAÇÃO
PRENEUR D'ASSURANCE	TOMADOR DO SEGURO
PRESTATIONS CONVENTIONÉES	PRESTAÇÕES CONVENCIONADAS
PRESTATIONS D'INDEMNISATIONS	PRESTAÇÕES INDEMNIZATÓRIAS
PRIME	PRÉMIO
PRISE EN CHARGE	COMPARTICIPAÇÃO
PROPOSITION D'ASSURANCE ADVANCECARE SANTÉ	PROPOSTA DE SEGURO ADVANCECARE SAÚDE
QUESTIONNAIRE CLINIQUE	QUESTIONÁRIO CLÍNICO
RÉSEAU DE PRESTATAIRES ADVANCECARE	REDE DE PRESTADORES ADVANCECARE
RÉSEAU DE PRESTATAIRES DENTINET	REDE DE PRESTADORES DENTINET
SERVICES CLINEQUEMENT NECESSAIRES	SERVIÇOS CLINICAMENTE NECESSÁRIOS

PORTUGAIS → FRANÇAIS	
ACIDENTE	ACCIDENT
AGREGADO FAMILIAR	MÉNAGE
APÓLICE	POLICE
ATA ADICIONAL	ACTE ADDITIONNEL
CAPITAL SEGURO	CAPITAL ASSURÉ
CARTÃO DE SAÚDE ADVANCECARE	CARTE DE SANTÉ ADVANCECARE
COMPARTICIPAÇÃO	PRISE EN CHARGE
CONDIÇÕES ESPECIAIS	CONDITIONS SPÉCIALES
CONDIÇÕES GERAIS	CONDITIONS GÉNÉRALES
CONDIÇÕES PARTICULARES	CONDITIONS PARTICULIÈRES
COPAGAMENTO	COPAIEMENT
DESPESA MÉDICA	FRAIS MÉDICAL
DOENÇA	MALADIE
DOENÇA MANIFESTADA	MALADIE MANIFESTÉE
DOENÇA OU LESÃO PRÉ-EXISTENTE	MALADIE OU LÉSION PRÉEXISTANT
DOENÇA OU MALFORMAÇÃO CONGÉNITA	MALADIE OU MALFORMATION CONGÉNITALE
DOENÇA SÚBITA	MALADIE SOUDAINE
FRANQUIA	FRANCHISE
GESTORA DE CUIDADOS DE SAÚDE	GESTIONNAIRE DE SOINS DE SANTÉ
GRAVIDEZ PRÉ-EXISTENTE	GROSSESSE PRÉEXISTANTE
GRUPO SEGURÁVEL	GROUPE ASSURABLE

HOSPITAL OU CLÍNICA	HÔPITAL OU CLINIQUE
MÉDICO	MÉDECIN
OCORRÊNCIA/SINISTRO	ÉVENEMENT/SINISTRE
PARTICIPANTE	PARTICIPANT
PEQUENA CIRURGIA	PETITE CHIRURGIE
PERÍODO DE CARÊNCIA	DÉLAIS DE CARENCE
PESSOA SEGURA	PERSONNE ASSURÉE
PRÉ-AUTORIZAÇÃO	PRÉ-AUTORISATION
PRÊMIO	PRIME
PRESTAÇÕES CONVENCIONADAS	PRESTATIONS CONVENTIONÉES
PRESTAÇÕES INDEMNIZATÓRIAS	PRESTATIONS D'INDEMNISATIONS
PROPOSTA DE SEGURO ADVANCECARE SAÚDE	PROPOSITION D'ASSURANCE ADVANCECARE SANTÉ
QUESTIONÁRIO CLÍNICO	QUESTIONNAIRE CLINIQUE
REDE DE PRESTADORES ADVANCECARE ADVANCECARE	RÉSEAU DE PRESTATAIRES ADVANCECARE
REDE DE PRESTADORES DENTINET	RÉSEAU DE PRESTATAIRES DENTINET
SEGURADOR	ASSUREUR
SEGURO DE GRUPO	ASSURANCE DE GROUPE
SEGURO DE GRUPO CONTRIBUTIVO	ASSURANCE DE GROUPE CONTRIBUTIVE
SEGURO INDIVIDUAL	ASSURANCE INDIVIDUELLE
SEGURO DE GRUPO NÃO CONTRIBUTIVO	ASSURANCE DE GROUPE NON CONTRIBUTIVE
SERVIÇOS CLINICAMENTE NECESSÁRIOS	SERVICES CLINIQUEMENT NECESSAIRES
TERMO DE RESPONSABILIDADE	DÉCLARATION DE RESPONSABILITÉ
TOMADOR DO SEGURO	PRENEUR D'ASSURANCE