

Entre Seguradoras Unidas, S.A., et le Preneur d'Assurance mentionné aux Conditions Particulières, est établi le présent Contrat d'assurance-vie individuel, sous forme temporaire annuelle renouvelable, 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.

1. DEFINITIONS

1.1. Aux fins du présent Contrat, on entend par:

- a) **Assureur** : Seguradoras Unidas, S.A.;
 - b) **Preneur d'assurance** : entité qui signe le Contrat avec l'Assureur et qui est responsable du paiement de la prime;
 - c) **Assuré/Personne assurée** : personne soumise aux risques qui, selon les termes convenus, font l'objet de ce Contrat;
 - d) **Bénéficiaire** : entité en faveur de laquelle le présent Contrat a été établi;
 - e) **Police** : document qui constitue le Contrat établi entre le Preneur d'assurance et l'Assureur et qui inclut les Conditions Générales, Spéciales et Particulières convenues, ainsi que les Procès-verbaux additionnels, le cas échéant;
 - f) **Conditions Générales** : ensemble des clauses qui définissent et règlementent des obligations génériques et communes inhérentes au contrat d'assurance;
 - g) **Conditions Spéciales** : ensemble des clauses qui visent à clarifier, compléter ou spécifier des dispositions des Conditions Générales;
 - h) **Conditions Particulières** : document où se trouvent les éléments spécifiques et individuels du Contrat qui le distinguent de tous les autres;
 - i) **Procès-verbal additionnel** : document qui constitue une modification du Contrat;
 - j) **Prime** : montant payé par le Preneur d'assurance à l'Assureur comme contrepartie des couvertures souscrites;
 - k) **Age actuariel** : l'âge de l'Assuré/Personne assurée à la date d'adhésion au Contrat ou du renouvellement de celui-ci, majoré d'un (1) an si plus de six (6) mois se sont écoulés depuis la date de son dernier anniversaire.
- 1.2. Lorsque l'interprétation du texte le permet, la référence au genre masculin inclura le genre féminin et le singulier inclura le pluriel et vice-versa.

2. GARANTIES DU CONTRAT

2.1. Selon les termes du présent Contrat, l'Assureur garantit en vertu de la **Couverture Principale Décès**, le paiement du capital assuré mentionné aux Conditions Particulières de la Police aux Bénéficiaires y désignés, en cas de décès de l'Assuré/Personne assurée (ou de l'un des Assurés/Personnes assurées, si l'assurance couvre deux (2) vies) survenu durant la validité de la Police.

2.2. Au-delà de la Couverture Principale Décès, le présent Contrat pourra garantir également, selon les conditions et les termes définis dans les Conditions Spéciales annexées aux présentes Conditions Générales, si souscrites par l'Assuré/Personne assurée et expressément prévues dans les Conditions Particulières de la Police, les **Couvertures additionnelles** suivantes:

- a) **Invalidité Absolue et Définitive (IAD)**;
- b) **Invalidité Définitive pour la Profession ou une Activité Compatible (IDPAC de 60% ou 65%)** en raison de maladie ou d'accident;
- c) **Maladies Graves 16 (MG 16)**;
- d) **Exemption du paiement des primes** en cas d'incapacité temporaire et absolue de travail en raison d'accident ou de maladie, de Chômage Involontaire (pour les travailleurs salariés) ou de séjour hospitalier (pour les travailleurs indépendants).

2.3. Moyennant une communication préalable à l'Assureur et s'il l'accepte, la couverture Décès et les Couvertures additionnelles éventuellement souscrites peuvent être également garanties en raison d'une maladie ou d'un accident motivé par des risques politiques et des risques de guerre.

2.4. Si l'Assuré/Personne assurée se déplace à des zones géographiques considérées à haut risque politique ou de guerre et veut garantir ces risques, la communication référée au paragraphe 2.3. adressée à l'Assureur devra être faite avant le début du voyage, sous peine que la demande ne soit pas prise en compte par l'Assureur et que la couverture relative à ce voyage soit suspendue.

2.5. Lorsque l'inclusion des risques référés au paragraphe 2.3. est demandée au début ou pendant l'annuité, et ils sont acceptés par l'Assureur, une prime additionnelle sera payable par le Preneur d'assurance.

2.6. Les risques politiques ou de guerre ne seront jamais acceptés si l'Assuré/Personne assurée fait partie, volontairement ou obligatoirement, des forces armées ou similaires - formations paramilitaires - et participe à des missions de maintien de la paix à l'étranger, à des opérations de guerre ou à des hostilités de n'importe quelle nature.

2.7. Sont considérées comme étant des zones géographiques à haut risque n'importe quel pays se trouvant dans une situation de conflit politique ou social.

2.8. Sans préjudice des dispositions des paragraphes précédents, l'Assuré/Personne assurée devra, avant le début de n'importe quel voyage à l'étranger, le communiquer à l'Assureur si le voyage a une durée égale ou supérieure à trente (30) jours, lorsque le lieu de destination n'intègre pas l'une des zones géographiques suivantes: Europe, Canada, Etats Unis de l'Amérique, Japon et Océanie, sous peine qu'il ne soit pas couvert.

3. RISQUES EXCLUS

La couverture Décès prévue dans ce contrat prendra effet quelle qu'en soit la cause, sauf si le décès est causé par:

- a) **Un acte intentionnel dont le Preneur d'assurance, l'Assuré/Personne assurée ou le Bénéficiaire sont les auteurs matériels ou moraux ou dont ils sont complices, et qui se traduit par l'activation des couvertures souscrites;**
- b) **Le suicide de l'Assuré/Personne assurée lorsqu'il a lieu dans la première (1^{er}) année de l'adhésion à la Police ou dans la première (1^{er}) année immédiatement après la date de toute augmentation du capital assuré ou de la souscription de nouvelles garanties;**
- c) **La participation, en tant que passager ou conducteur, à des courses de vitesse dans des véhicules de n'importe quelle nature, à moteur ou autrement, et aux entraînements respectifs;**
- d) **Des risques d'aérostation ou d'aviation, sauf si l'Assuré/Personne assurée (ou l'un des Assurés/Personnes assurées, si l'Assurance couvre deux (2) vies) est le passager d'un avion de ligne commercial de transport de passagers, dûment autorisée par la Commission européenne;**
- e) **Les conséquences directes ou indirectes des risques politiques et des risques de guerre, notamment des rébellions, révolutions, séquestration, guerre civile ou guerre avec un pays étranger, déclarée ou non, insurrection, émeutes, rixes, terrorisme ou sabotage, typifiés comme tel dans la législation pénale portugaise en vigueur, quel que soit le lieu où ces événements se déroulent et quels qu'en soient les intervenants, sauf si les risques sont garantis selon les termes prévus au paragraphe 2.3.;**
- f) **La pratique professionnelle de sports ou la participation à des championnats officiels et entraînements respectifs;**
- g) **La pratique des sports suivants:**
 - **Alpinisme, escalade et spéléologie;**
 - **Sports aériens, y compris parachutisme, vol libre, vol sans moteur, parapente, Delta-plane, planeur ultraléger, sky diving, sky surfing, BASE jump, saut à l'élastique et reverse bungee;**
 - **Descente en rappel ou slide, rafting,**
 - **Pratique de chasse d'animaux féroces, tauromachie, chasse sous-marine et plongée;**
 - **Pratique de boxe, arts mariaux de contact ou n'importe quelle modalité de lutte libre.**
- h) **La survenance de risques nucléaires;**
- i) **Un tableau clinique découlant, directement ou indirectement, de la consommation réitérée d'alcool, de drogues toxiques, de stupéfiants ou de substances psychotropes sans prescription;**
- j) **L'usage de drogues toxiques, de stupéfiants ou de substances psychotropes sans prescription. On considère que l'Assuré/Personne assurée était sous l'influence de drogues toxiques, de stupéfiants ou de substances psychotropes lorsque la présence de n'importe quel d'eux soit détectée dans son organisme ou dans n'importe quel liquide organique dans le cadre d'un test de détection;**
- k) **En cas d'accident, si l'Assuré/Personne assurée l'a causé et on lui détecte un taux d'alcoolémie supérieur à 0,50 g/l;**
- l) **La garantie ne couvre pas les risques découlant de situations préexistantes à la signature du présent Contrat d'assurance - y compris des maladies ou des séquelles d'accidents, qui ont fait l'objet d'investigation clinique et/ou de traitement et qui sont, ou devraient être, connus de l'Assuré/Personne assurée lors du remplissage de la proposition, ainsi que les conséquences d'une lésion causée par un traitement non lié à une maladie ou un accident couverts par ce Contrat, sauf si une communication formelle a été envoyée à l'Assureur, et celui-ci l'a acceptée, selon les conditions qui ont été établies à cette fin-là.**

3.2. Le risque de décès pourra être étendu aux cas prévus aux points c) et d) du paragraphe 3.1., ainsi qu'aux risques d'aérostation et d'aviation lorsque l'Assuré/Personne assurée est le pilote, moyennant une convention spéciale établie avec l'Assureur à cette fin et le paiement de la surprime respective.

3.3. 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, la couverture sera considérée nulle, ne produisant aucun effet.

3.4. 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.

4. INCONTESTABILITE

4.1. Le Preneur d'assurance et l'Assuré/Personne assurée doivent déclarer, avec totale véricité, tous les faits et 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 par l'Assureur à cet effet, tous les documents nécessaires à la souscription de l'assurance faisant partie de la déclaration initiale du risque.

4.2. Après l'analyse des documents disponibles, l'Assureur pourra prendre l'une des décisions suivantes:

- Communiquer l'acceptation du Contrat sans réserve;
- Proposer l'acceptation conditionnelle ou avec une augmentation de la prime;
- Communiquer le refus total de la Proposition d'assurance.

Lorsque l'Assureur, en faisant usage de son droit, propose l'acceptation avec la condition prévue au point b), l'assurance n'entrera en vigueur qu'après l'acceptation écrite par le Preneur d'assurance de la contreproposition.

4.3. Sans préjudice des dispositions des articles 5e et 6e, au-delà d'une période de deux (2) à compter de la signature du Contrat, l'Assureur, sauf dans les cas prévus au paragraphe suivant, ne peut pas se prévaloir d'éventuelles omissions et inexactitudes négligentes de la part du Preneur d'assurance ou de l'Assuré/Personne assurée dans la déclaration initiale du risque.

4.4. Les dispositions du paragraphe précédent ne s'appliquent pas aux Couvertures additionnelles d'Invalidité ou Maladies Graves, si elles ont été souscrites.

5. OMISSIONS OU MANQUEMENT DELIBERE AU DEVOIR D'EXACTITUDE DANS LA DECLARATION INITIAL DU RISQUE DU PRENEUR D'ASSURANCE ET/OU DE L'ASSURE/PERSONNE ASSUREE

5.1. Au cas où il y a d'omissions ou manquement délibéré au devoir d'exactitude dans la déclaration initiale du risque effectuée par le Preneur d'assurance ou l'Assuré/Personne assurée selon les termes prévus au paragraphe 4.1., le Contrat est annulé par l'Assureur moyennant l'envoi d'une déclaration dans ce sens au Preneur d'assurance dans un délai de trois (3) mois à compter de la prise de connaissance du non respect.

5.2. En cas de sinistres, soit avant que l'Assureur ait pris connaissance du non respect dolosif, soit encore pendant le délai mentionné au paragraphe précédent, ceux-ci ne sont pas couverts par le Contrat.

5.3. Sans préjudice des dispositions aux paragraphes précédents, l'Assureur a droit à la prime due jusqu'à la fin du délai mentionné au paragraphe 5.1., ou, dans les cas où il y a dol du Preneur d'assurance ou de l'Assuré/Personne assurée dans l'objectif d'obtenir un avantage, elle sera due jusqu'au terme du Contrat.

6. OMISSIONS OU INEXACTITUDES NEGLIGENTES DU PRENEUR D'ASSURANCE ET/OU DE L'ASSURE/PERSONNE ASSUREE

6.1. En cas d'omissions ou d'inexactitudes négligentes dans la déclaration initiale du risque effectuée par le Preneur d'assurance et l'Assuré/Personne assurée selon les termes prévus au paragraphe 5.1., l'Assureur peut:

- Proposer une modification au Contrat, fixant un délai, non inférieur à quatorze (14) jours pour que le Preneur d'assurance et/ou l'Assuré/Personne assurée se prononce;
- Annuler le Contrat, s'il est prouvé que l'Assureur n'aurait, en aucun cas, conclu le contrat s'il avait connaissance du fait omis ou inexactement déclaré.

6.2. Conformément à ce qui a été défini au paragraphe précédent, le Contrat cesse ses effets vingt (20) jours après

l'envoi de la proposition de modification par l'Assureur, si le Preneur d'assurance et/ou l'Assuré/Personne assurée ne l'accepte pas, ou trente (30) jours après l'envoi de la déclaration de cessation prévue au point b) du paragraphe précédent.

6.3. En cas de résiliation du Contrat, la prime est retournée compte tenu de la période de temps manquant jusqu'à la date de renouvellement.

6.4. En cas de sinistre avant la résiliation ou la modification du Contrat, 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:

- 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, il avait connaissance du fait omis ou inexactement déclaré;
- Ne garantit pas le sinistre, démontrant qu'en aucun cas il n'aurait conclu le Contrat s'il avait connaissance du fait omis ou inexactement déclaré.

6.5. Les dispositions des paragraphes précédents ne s'appliquent pas à la couverture de décès si plus de deux (2) ans se sont écoulés depuis la conclusion du Contrat.

7. DEBUT, PRISE D'EFFET ET DUREE DU CONTRAT

7.1. Le présent Contrat débute à zéro (0) heure de la date stipulée dans les Conditions Particulières, avec la réserve expresse que, en aucun cas, la couverture du risque ne peut être accordée avant zéro (0) heures du jour immédiatement suivant celui de l'acceptation par l'Assureur.

7.2. Sans préjudice des dispositions ci-dessus, la couverture des risques garantis par le biais du présent Contrat ne se vérifiera qu'à partir du moment où la prime respective ou la fraction de celle-ci est payée.

7.3. Le Contrat est établi par une période d'un (1) an, étant tacitement renouvelé par des périodes égales, jusqu'à la fin du délai indiqué dans les Conditions Particulières de la Police, au maximum jusqu'à l'âge prévu au point c) du paragraphe 11.1, ou tout autre âge dès lors qu'il est indiqué dans les Conditions Particulières, et toujours sans préjudice des droits de dénonciation ou de résiliation accordés aux Parties, selon les termes du paragraphe 10.

8. RESILIATION LIBRE

8.1. Quand le contrat est conclu pour une durée égale ou supérieure à six (6) mois, le Preneur d'assurance 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.

8.2. 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.

8.3. 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.

8.4. La résiliation du Contrat, aux termes définis ci-dessus, a des effets rétroactifs, toutefois, l'Assureur a droit au :

- Montant de la prime relative à la période de temps déjà écoulée, dans la mesure où il a supporté le risque ;
- Montant des frais raisonnables que l'Assureur a effectués pour des examens médicaux lorsque ces montants sont contractuellement imputés au Preneur d'assurance.

9. MODIFICATION AUX TERMES DU CONTRAT

9.1. Le Preneur d'assurance peut, s'il le souhaite, avec effet depuis la date de renouvellement du Contrat et dès lors qu'il est communiqué à l'Assureur par écrit et dans un délai de trente (30) jours minimum par rapport à cette date-là, demander des modifications aux termes du Contrat.

9.2. Les modifications aux conditions du Contrat dépendront toujours de leur acceptation par l'Assureur, lequel se réserve d'ores et déjà le droit de, si les modifications consistent à l'augmentation de la valeur des garanties ou à l'inclusion de nouvelles garanties, subordonner leur acceptation au résultat favorable de l'analyse clinique/d'examen médicaux à réaliser par l'Assuré/Personne assurée (ou par les Assurés/Personnes assurées, si l'assurance couvre deux (2) vies) qu'il juge nécessaires à cette fin-là.

Les frais liés à la réalisation de l'analyse clinique/d'examen médicaux seront supportés par l'Assureur.

10. DENONCIATION OU RESILIATION DU CONTRAT

10.1. Sous réserve des dispositions du paragraphe 18.6., le présent Contrat pourra être dénoncé par le Preneur d'assurance, à la respective date de renouvellement, moyennant un préavis d'au moins trente (30) jours adressé à l'Assureur.

10.2. L'Assureur renonce expressément à son droit de dénonciation du Contrat pendant une période de cinq (5) annuités, laquelle est automatiquement et successivement prorogée à la date de renouvellement annuel. L'Assureur ne peut dénoncer le Contrat qu'au moyen d'un préavis formel au Preneur d'assurance d'au moins cinq (5) ans par rapport à la date de prise d'effet.

10.3. L'Assureur pourra également résilier le Contrat dans les cas prévus à la Loi, notamment, à la suite de:

- a) La faute de paiement de la prime, comme prévu à l'article 16^e;**
- b) La fraude ou tentative de fraude du Preneur d'assurance et/ou de l'Assuré/Personne assurée, ou du Bénéficiaire avec leur complicité;**
- c) Le non-respect des obligations contractuelles à charge du Preneur d'assurance et/ou de l'Assuré/Personne assurée essentielles au maintien du Contrat dans les termes dans lesquels il a été accepté.**

10.4. Si le Contrat est dénoncé ou résilié selon les termes référés ci-dessus, l'Assureur en donnera connaissance au Bénéficiaire, lorsque le bénéfice est considéré irrévocable selon les termes prévus à l'article 18^e.

11. EXPIRATION DES GARANTIES

11.1. Les Couvertures garanties par le biais du présent Contrat cessent ses effets:

- a) A la date où la dénonciation ou la résiliation du Contrat a lieu selon les termes de l'article 10^e;**
- b) A la date où est payé le capital assuré en cas de Décès ou en vertu des Couvertures additionnelles suivantes:**
 - Invalidité Absolue et Définitive (IAD) en raison d'accident ou de maladie;
 - Invalidité Définitive pour la Profession ou une Activité Compatible (IDPAC de 60% ou 65%) en raison d'accident ou de maladie;
 - Maladies Graves 16 (MG 16).

c) A la fin de l'annuité pendant laquelle l'Assuré/Personne assurée atteint l'âge limite de la couverture, ou tout autre âge dès lors qu'il est indiqué dans les Conditions Particulières de la Police.

11.2. Sans préjudice des situations ci-dessus référées, les couvertures additionnelles Invalidité Absolue et Définitive (IAD), Invalidité Définitive pour la Profession ou une Activité Compatible (IDPAC de 60% ou 65%) et Maladies Graves 16 (MG16), si souscrites, cesseront également par rapport à l'Assuré/Personne assurée à la date de survenance de l'une des situations suivantes:

- a) Tentative de suicide par l'Assuré/Personne assurée;**
- b) Aggravation intentionnelle, quel qu'en soit le moyen, du degré d'invalidité par l'Assuré/Personne assurée;**
- c) Participation de l'Assuré/Personne assurée à des opérations de guerre, policières ou à des répressions d'actes de terrorisme, si lesdits risques sont garantis;**
- d) A la fin de l'annuité pendant laquelle l'Assuré/Personne assurée atteint l'âge de soixante-sept (67) ans ou tout autre âge dès lors qu'il est indiqué dans les Conditions Particulières de la Police.**

11.3. Sans préjudice des situations référées dans les paragraphes précédents, la couverture additionnelle Invalidité Définitive pour la Profession ou une Activité Compatible (IDPAC de 60% ou 65%), si souscrite, cessera également à la date où l'Assuré/Personne assurée commence à recevoir une pension de vieillesse ou de retraite anticipée.

11.4. La Couverture Invalidité Absolue et Définitive, si souscrite conjointement avec Invalidité Définitive pour la Profession ou une Activité Compatible (IDPAC de 60% ou 65%), prend effet à l'annuité suivant celle où l'Assuré/Personne assurée atteint l'âge de soixante-sept (67) ans et restera en vigueur jusqu'à échéance de la Police, au maximum jusqu'à l'âge limite défini pour cette couverture, soixante-quinze (75) ans.

11.5. Si l'assurance couvre deux (2) vies, ces couvertures cessent concernant le premier Assuré/Personne assurée atteignant l'âge limite, et restent en vigueur concernant l'autre Assuré/Personne assurée tandis qu'il n'atteint pas l'âge limite.

12. CUMUL DE COUVERTURES

12.1. Dans les cas où le capital assuré de la Couverture additionnelle est inférieur à celui de la Couverture principale Décès, la Couverture principale Décès reste en vigueur avec le capital réduit du montant payé à l'avance en vertu de la Couverture additionnelle.

12.2. Une même maladie ou un même accident ne peut pas faire l'objet de prestations dans le cadre de plus d'une couverture.

12.3. Dans les cas où le capital assuré des couvertures Invalidité Absolue et Définitive (IAD) ou Invalidité Définitive pour la Profession ou une Activité Compatible (IDPAC de 60% ou 65%) est supérieur au capital assuré de la Couverture additionnelle Maladies Graves 16 (MG 16), lors de la survenance d'un événement garanti par la couverture additionnelle Maladies Graves 16 (MG16), les Couvertures additionnelles Invalidité Définitive pour la Profession ou une Activité Compatible (IDPAC de 60% ou 65%) ou Invalidité Absolue et Définitive (IAD) restent en vigueur avec le capital restant réduit du montant payé en vertu de ladite couverture.

12.4. Les dispositions des paragraphes 12.2. et 12.3. sont applicables en fonction des couvertures additionnelles souscrites.

13. CAPITAL ASSURE

13.1. Le capital assuré en vertu du présent Contrat est indiqué par le Preneur d'assurance, ne subissant aucun ajustement automatique au cours de la durée du Contrat, en fonction du capital restant dû du Contrat de prêt établi entre le Preneur d'assurance et le Créancier Hypothécaire.

13.2. En cas de sinistre, si le capital assuré est, à cette date-là, supérieur au capital dû au Créancier Hypothécaire, le montant excédentaire revient en faveur des Assurés/Personnes assurées en cas d'Invalidité Absolue et Définitive (IAD), d'Invalidité Définitive pour la Profession ou une Activité Compatible (IDPAC de 60% ou 65%) ou d'une Maladie Grave 16 (MG16), en fonction des Couvertures additionnelles souscrites, et en faveur des Héritiers des Assurés/Personnes assurées en cas de Décès, selon l'ordre établi pour la succession légitime, sauf si des Bénéficiaires ont été nommés par le Preneur d'assurance, sans préjudice des dispositions de l'article 18^e.

13.3. Cependant, le Preneur d'assurance peut procéder à la mise à jour du capital assuré pendant l'annuité, en conformité avec le capital restant dû à cette date-là, selon les termes prévus à l'article 9^e.

14. PRIME DU CONTRAT

14.1. Les primes dues seront calculées en accord avec le barème en vigueur de l'Assureur à la date de souscription, le capital assuré, l'âge actuariel de l'Assuré/Personne assurée, ainsi que les garanties souscrites.

14.2. La valeur de la prime sera annuellement ajustée, à la date de renouvellement du Contrat, en accord avec les facteurs référés au paragraphe précédent.

14.3. A la prime s'ajoutent des charges légales.

14.4. Pendant la période de temps indiquée dans le paragraphe 10.2., l'Assureur renonce expressément à l'exercice de ses droits de, unilatéralement:

- a) Modifier la valeur des primes d'assurance prédéterminées ainsi que la portée des garanties contractuellement établies, sauf dans les cas où toutes les deux parties conviennent de modifier les capitaux ou les garanties;**
- b) Rejeter ou refuser de recevoir le paiement des primes d'assurance dues dans le cadre du contrat, si leur paiement a été valablement effectué.**

15. PAIEMENT DE LA PRIME

15.1. La prime, majorée des charges légalement ou contractuellement définies, est due par le Preneur d'assurance à l'avance et annuellement, tel qu'établi dans les Conditions Particulières.

15.2. S'il est expressément convenu dans les Conditions Particulières, l'Assureur peut permettre que le Preneur d'assurance effectue le paiement fractionné de la prime annuelle. Dans ce cas, à la valeur annuelle s'ajouteront les frais de fractionnement respectifs.

15.3. La prime, quel que soit le fractionnement choisi, si applicable, sera payée par l'un des moyens convenus avec le Preneur d'assurance, indiqué dans les Conditions Particulières.

15.4. L'Assureur préviendra, par écrit et avec un délai minimal 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.

Dans les cas où le fractionnement de la prime est mensuel, l'Assureur ne préviendra le Preneur d'assurance que si le montant de la prime ou de la fraction a été modifié.

15.5. La prime est due jusqu'à la fin de l'annuité où survient le décès de l'Assuré/Personne assurée (ou de l'un des Assurés/Personnes assurées si le Contrat d'assurance couvre deux (2) vies) ou au cours de laquelle est fait le paiement de l'indemnité suite à un sinistre garanti par le biais des couvertures additionnelles éventuellement souscrites.

16. DEFAUT DE PAIEMENT DE LA PRIME

16.1. Le défaut de paiement de la prime d'annuités subséquentes ou d'une fraction subséquente pendant la même annuité, si le paiement est fractionné, jusqu'à la date d'échéance respective de chaque annuité, accorde à l'Assureur le droit de résilier la Police.

16.2. L'usage du droit accordé selon les termes du paragraphe précédent ne porte pas préjudice au droit de l'Assureur à la prime correspondant à la période de temps déjà écoulée.

17. REMISE EN VIGUEUR DU CONTRAT

17.1. Le Preneur d'assurance peut remettre en vigueur, dans ses conditions d'origine, une Police résiliée en raison de défaut de paiement dans un délai de six (6) mois à partir de la date de résiliation, moyennant le paiement des primes en arrières et les respectifs intérêts de retard.

17.2. L'Assureur se réserve le droit de, dans ce cas, subordonner la revalidation de la Police au résultat favorable d'un examen médical de l'Assuré/Personne assurée (ou des Assurés/Personnes assurées, si l'assurance couvre deux (2) vies).

Les frais liés aux examens médicaux seront supportés par le Preneur d'assurance.

17.3. Toute revalidation, demandée à une date postérieure à la période de temps indiquée, aboutira à une nouvelle Police, laquelle sera élaborée en conformité avec les bases techniques en vigueur de l'Assureur.

18. BÉNÉFICIAIRES

18.1. Le Preneur d'assurance aura le droit de nommer les Bénéficiaires, selon les garanties du Contrat, concernant seulement le montant excédentaire du capital assuré par rapport au capital restant dû, ainsi que de modifier, à tout moment, la Clause Bénéficiaire jusqu'à la date où le Bénéficiaire acquiert le droit aux montants assurés, sans préjudice des paragraphes suivants.

Une telle modification ne prendra effet que si l'Assureur en reçoit la communication écrite, avec les données d'identification du Bénéficiaire, notamment, le nom complet, l'adresse et les numéros d'identification civile et fiscale. Si les données d'identification du Bénéficiaire sont incorrectes ou obsolètes, tout en rendant impossible à l'Assureur de vérifier son identité, le paiement de la part appartenant au Bénéficiaire attendra la réclamation de la personne concernée.

La modification du Bénéficiaire aboutira à un Procès-verbal Additionnel.

18.2. Les dispositions du paragraphe précédent ne seront pas applicables à des cas où le Contrat d'assurance est associé à un contrat de prêt.

18.3. Si le Preneur d'assurance et l'Assuré/Personne assurée ne sont pas la même personne, la modification de la Clause Bénéficiaire ne pourra être effectuée qu'avec l'accord et à l'initiative de tous les deux.

18.4. La Clause Bénéficiaire sera considérée irrévocable lorsque le bénéfice est accepté par le Bénéficiaire, et le Preneur d'assurance est donc empêché d'apporter n'importe quelle modification à la Clause Bénéficiaire.

18.5. La renonciation du Preneur d'assurance et/ou de l'Assuré/Personne assurée à modifier la Clause Bénéficiaire, ainsi que l'acceptation du Bénéficiaire, devront figurer à un document écrit, dont la validité dépend de sa communication effective à l'Assureur.

18.6. Dans le cas où la Clause Bénéficiaire est irrévocable, il faudra obtenir le consentement du Bénéficiaire pour résilier le contrat ou pour exercer n'importe quel droit ou faculté de modifier les conditions contractuelles ayant une incidence sur les droits du Bénéficiaire, sauf en cas de fausses déclarations.

18.7. Dans le cas où la Clause Bénéficiaire est irrévocable, l'Assureur communiquera, simultanément, au Bénéficiaire et au Preneur d'assurance le défaut de paiement de la prime et ses conséquences.

Le Bénéficiaire peut se substituer au Preneur d'assurance concernant le paiement de la prime.

18.8. Le Bénéficiaire acquiert le droit de prendre la place du Preneur d'assurance, en cas de décès de celui-ci, à condition que le Preneur d'assurance en ait préalablement informé l'Assureur par écrit, et l'Assuré/Personne assurée en ait donné son consentement par écrit.

19. OBLIGATIONS DE L'ASSURÉ/PERSONNE ASSURÉE ET/OU DU BÉNÉFICIAIRE EN CAS DE SINISTRE

19.1. La survenance d'un sinistre garanti par le biais de la couverture principale - Décès de la Personne Assurée - doit être rapportée à l'Assureur par le Preneur d'assurance (s'il n'est pas l'Assuré/Personne assurée), ou par le(s) Bénéficiaire(s), dans un délai maximal de huit (8) jours immédiatement suivant celui où il en a pris connaissance, moyennant une explication des circonstances de la survenance du sinistre, notamment, les causes du décès de l'Assuré/Personne assurée, attestées par le certificat de décès et, dans le cas d'une mort violente, par le rapport d'autopsie et le rapport de police, ainsi que d'autres documents pertinents auxquels il a accès, émis par les autorités officielles.

19.2. Les Bénéficiaires devront présenter à l'Assureur des documents attestant leur qualité ainsi que l'identification de la Personne assurée. Si un Bénéficiaire n'a pas été nommé dans la Police, il faut présenter le certificat d'héritier.

19.3. Lors de la survenance d'une situation garantie par le biais d'une Couverture additionnelle, sans préjudice des dispositions des Conditions Spéciales respectives, et si elle a été souscrite, l'Assuré/Personne assurée doit envoyer à l'Assureur un certificat médical du médecin traitant indiquant le début, les causes, la nature et l'évolution de l'état de santé ou de l'incapacité, **dans un délai maximal de soixante (60) jours à partir du moment où il l'a constatée.**

19.4. En plus des dispositions du paragraphe précédent, s'il est justifié pour déterminer de façon correcte les circonstances où le sinistre est survenu, l'Assureur se réserve le droit d'exiger toute justification complémentaire et de procéder aux investigations qu'il juge convenables pour la détermination exacte de l'état de santé de l'Assuré/Personne assurée, en le faisant examiner par ses médecins à sa discrétion, les frais respectifs étant à la charge de l'Assureur.

19.5. Aux fins des paragraphes précédents, l'Assuré/Personne assurée, lors de la souscription du Contrat d'assurance, doit autoriser son médecin traitant à fournir, à titre confidentiel, au médecin représentant l'Assureur toute information médicale concernant le sinistre rapporté.

19.6. Les primes dues aux termes du Contrat par rapport à la période de temps écoulée depuis le fait aboutissant à la situation d'Invalidité Définitive pour la Profession ou une Activité Compatible ou d'Invalidité Absolue et Définitive, si souscrites, jusqu'à la prise de décision par l'Assureur concernant l'encadrement du sinistre, doivent continuer d'être payées par le Preneur d'assurance à l'Assureur.

19.7. Les documents à présenter et le délai pour le paiement des prestations assurées, le cas échéant, sont décrites dans les Conditions Spéciales respectives.

19.8. Lorsque le Contrat d'assurance couvre deux (2) Personnes assurées (assurance dénommée « deux têtes »), les références dans les paragraphes précédents à la Personne assurée doivent être considérées étendues et applicables à toutes les deux Personnes assurées.

19.9. Le non-respect par le Bénéficiaire ou l'Assuré/Personne assurée des dispositions des paragraphes précédents, ainsi que le manque de véracité des informations fournies à l'Assureur peuvent entraîner la perte du droit aux montants assurés ou la suspension des garanties.

20. PAIEMENT DES MONTANTS ASSURÉS PAR L'ASSUREUR

20.1. Après le rapport d'un sinistre en raison de Décès, Invalidité ou Maladie Grave, et tous les documents complémentaires éventuellement demandés par l'Assureur ayant été présentés, en conformité avec l'article précédent, l'Assureur s'engage à communiquer à l'Assuré/Personne assurée et/ou au Bénéficiaire, dans un délai maximal de trente (30) jours, s'il considère ou non qu'il est garanti par le biais du Contrat.

20.2. Si les circonstances du décès le justifient, selon les termes de l'autorisation accordée par l'Assuré/Personne assurée, l'Assureur pourra demander aux autorités policières, judiciaires ou à des prestataires de services de santé de lui remettre des documents additionnels clarifiant les causes du décès ou un certificat médical indiquant les causes, l'évolution et les circonstances du décès.

20.3. S'il y a lieu au paiement du capital assuré en raison de décès, invalidité ou maladie grave:

a) Les montants assurés seront payés au Bénéficiaire nommé à la date du Décès ou de l'Invalidité de l'Assuré/Personne assurée;

b) En l'absence d'un Bénéficiaire nommé, et suite au décès de l'Assuré/Personne assurée, les montants assurés seront payés aux Héritiers de l'Assuré/Personne assurée selon l'ordre établi pour la succession légitime aux termes des points a) à d) du par. 1 de l'article 2133^o du Code Civil;

c) Si le Bénéficiaire est décédé avant l'Assuré/Personne assurée, les montants assurés seront payés aux Héritiers de celui-ci, en accord avec les règles définies au point a);

d) Si le Bénéficiaire est décédé avant l'Assuré/Personne assurée, dans le cas de renonciation à la révocation de la Clause Bénéficiaire ou dans le cas d'acceptation du bénéfice par le Bénéficiaire, les montants assurés seront payés aux héritiers de celui-ci, en accord avec les règles définies au point a);

e) Si l'Assuré/Personne assurée et le Bénéficiaire sont décédés en même temps, les montants assurés seront payés aux héritiers de celui-ci, en accord avec les règles définies au point a);

f) Si à la date du paiement des prestations le Bénéficiaire est mineur, les montants assurés seront canalisés vers une assurance capitalisation à capital garanti, en faveur de celui-ci, ayant les caractéristiques suivantes:

i. Le Contrat d'assurance aura une durée minimale correspondant au nombre d'ans manquant jusqu'à ce que le Bénéficiaire atteigne l'âge de la majorité;

ii. Le Bénéficiaire sera inamovible, ne pouvant pas être remplacé;

iii. Les capitaux assurés ne pourront être rachetés par le Bénéficiaire que lorsqu'il atteint l'âge de la majorité ou, avant cette date-là, par décision judiciaire;

iv. Il incombe à l'Assureur de choisir l'assurance la plus adéquate à chaque cas concret.

20.4. Si la date de naissance déclarée par l'Assuré/Personne assurée dans la proposition d'assurance et celle figurant au document d'identification sont différentes, cela peut entraîner la correction des montants assurés, en fonction des primes payées, compte tenu de l'âge exact et le barème en vigueur à la date d'émission de la Police.

20.5. S'il y a lieu au paiement du capital assuré en raison d'**Invalidité Définitive pour la Profession ou une Activité Compatible ou d'Invalidité Absolue et Définitive**, les aspects suivants seront pris en compte concernant sa détermination:

a) Si l'Invalidité causée par une maladie ou un accident est aggravée ou découle d'un défaut physique que l'Assuré/Personne assurée avait déjà à la date de son inclusion dans l'Assurance, la responsabilité de l'Assureur ne pourra pas excéder celle qu'il aurait si la maladie ou l'accident avait atteint une personne sans ledit défaut physique, sans préjudice de l'annulabilité de l'Assurance-vie pour fausses déclarations sur l'état de santé de l'Assuré/Personne assurée, si c'est le cas;

b) Le degré de dévaluation correspondant aux défauts physiques que l'Assuré/Personne assurée avait déjà à la date de la conclusion du Contrat d'assurance ne sera pris en considération pour la fixation du degré de dévaluation à attribuer selon les termes de cette garantie.

21. PARTICIPATION AUX RESULTATS

Le présent Contrat ne prévoit pas l'attribution de Participation aux résultats.

22. DOMICILE

Aux fins de ce Contrat, on considèrera en tant que domicile du Preneur d'assurance et de l'Assuré/Personne assurée celui indiqué dans les Conditions Particulières ou, s'il est modifié, n'importe quel autre domicile communiqué à l'Assureur par écrit.

Si le Preneur d'assurance fixe sa résidence hors du Portugal, il devra désigner un domicile sur le territoire portugais aux fins du présent Contrat.

23. COMMUNICATIONS ET NOTIFICATIONS ENTRE LES PARTIES

23.1. Les communications ou notifications prévues dans cette Police doivent adopter la forme écrite ou être faites 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.

23.2. Tout changement d'adresse ou de siège du Preneur d'Assurance ou de l'Assuré/Personne assurée, s'ils sont des personnes différentes, 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.

24. LEGISLATION ET JURIDICTION

24.1. Le présent Contrat est régi par la Loi portugaise.

24.2. Dans les cas omis au présent Contrat, on aura recours à la législation applicable.

24.3. La juridiction compétente pour la résolution de tout litige émergent de ce Contrat est celle qui est fixée dans la loi civile.

24.4. En cas de conflit, les parties pourront faire recours aux voies de règlement des litiges prévues à la loi.

24.5. Lors de la souscription, le Preneur d'assurance sera informé sur le régime fiscal en vigueur à cette date, concernant les impôts sur le revenu, les droits de succession et d'autres, ne portant pas sur l'Assureur n'importe quelles charges ou commissions suite à une modification apportée audit régime.

25. PORTEE TERRITORIALE

Sauf si les Conditions Particulières en disposent autrement et sans préjudice des dispositions de l'article 2º, le présent Contrat prendra effet, par rapport à tout événement garanti par la présente Police, en toute partie du monde.

26. GESTION DE RECLAMATIONS

Tous éclaircissements ou réclamations devront être directement présentés par écrit à l'Assureur ou auprès de l'Intermédiaire qui assiste le Preneur d'assurance.

On informe davantage que l'Assureur dispose d'une unité organique responsable de la gestion de réclamations à laquelle toutes questions concernant le présent Contrat peuvent être dirigées par écrit.

En cas de divergence avec l'Assureur, le Preneur d'assurance et/ou l'Assuré/Personne assurée peuvent également présenter des réclamations sur le site Internet www.tranquilidade.pt, le livre de réclamations, ou saisir le Médiateur du Client selon les termes définis dans les règlements, ainsi que demander l'intervention de l'Autorité de Surveillance des Assurances et des Fonds de Pension (www.asf.com.pt), sans préjudice de la possibilité de recours à l'arbitrage ou aux tribunaux, conformément aux dispositions légales en vigueur.

Pour d'autres informations sur le processus de gestion de réclamations en vigueur de l'Assureur, notamment, le point de réception des réclamations, le contenu minimal, les délais de réponse et l'identification du Médiateur du Client désigné, le Preneur d'assurance et/ou l'Assuré/Personne assurée devra consulter la « Politique de Traitement du Client », disponible sur le respectif site Internet www.tranquilidade.pt.

Si souscrites par le Preneur d'assurance et expressément prévues dans les Conditions Particulières de la Police, les Conditions Spéciales suivantes seront applicables au présent Contrat d'assurance.

COUVERTURE ADDITIONNELLE INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE (IAD)

1. PORTEE DE LA COUVERTURE

1.1. S'il est expressément prévu dans les Conditions Particulières de la Police, en vertu du présent Contrat, en tant qu'un complément de la Couverture principale Décès, les situations d'Invalidité Absolue et Définitive (IAD) en raison de maladie ou d'accident peuvent être garanties.

1.2. Aux fins des dispositions de cette couverture, on considère que l'Assuré/Personne assurée se trouve dans une situation d'invalidité absolue et définitive lorsque, en raison d'une maladie ou d'un accident, les conditions suivantes se vérifient de façon cumulative et simultanée:

- a) S'il est complètement et définitivement incapable d'exercer n'importe quelle activité rémunérée;
- b) S'il doit recourir à l'assistance permanente d'un tiers pour effectuer n'importe quels actes quotidiens; et
- c) S'il présente un degré d'incapacité égal ou supérieur à 85%, en accord avec le « Barème national d'invalidités d'accidents de travail ou de maladies professionnelles » officiellement en vigueur lors de la reconnaissance de l'invalidité.

1.3. Aux fins du point b), on entend par acte quotidien:

- Se laver, c'est-à-dire, effectuer les actes nécessaires pour maintenir un niveau d'hygiène adéquat;
- Se nourrir, c'est-à-dire, prendre des repas préparés et servis à la table;
- S'habiller et se déshabiller, compte tenu des vêtements qu'il porte habituellement;
- Se déplacer à son lieu de résidence habituelle.

1.4. Si l'Assuré/Personne assurée se trouve dans une situation d'invalidité absolue et définitive, selon les termes ci-dessus indiqués, l'Assureur procédera au paiement anticipé du capital souscrit pour la couverture Décès fixé dans les Conditions Particulières de la Police.

2. CONDITIONS D'OPERATION DE LA COUVERTURE

2.1. Pour l'opération de cette garantie, on ne prend pas en compte l'octroi d'une pension d'invalidité ou la classification d'Impotent par la Sécurité sociale ou n'importe quel autre régime optionnel ou obligatoire qui la remplace ou complémente.

2.2. Aux fins de la reconnaissance de l'invalidité absolue et définitive, celle-ci doit être constatée et reconnue par un médecin de l'Assureur, sur la base de critères médicaux objectifs, cette reconnaissance prévalant sur n'importe quels avis ou décisions de la Sécurité sociale, la *Caixa Geral de Aposentações* ou n'importe quel autre régime optionnel ou obligatoire qui les remplace ou complémente. En l'absence d'un accord, on pourra avoir recours à l'arbitrage selon les termes légaux en vigueur ou à la justice.

2.3. Sans préjudice des dispositions du paragraphe suivant, la Couverture additionnelle Invalidité Absolue et Définitive ne sera applicable que si elle survient pendant la durée de la Police et avant la fin de l'annuité où l'Assuré/Personne assurée atteint l'âge limite prévu dans le contrat.

2.4. Lorsque le présent Contrat garantit deux (2) Assurés/Personnes assurées (si l'assurance couvre deux (2) vies), la survenance d'une situation d'invalidité absolue et définitive par rapport à l'un des Assurés/Personnes assurées entraîne la cessation du Contrat par rapport à l'autre Assuré/Personne assurée.

2.5. Si l'Invalidité causée par un accident est aggravée ou découle d'un défaut physique que l'Assuré/Personne assurée avait déjà à la date de son inclusion dans la présente couverture additionnelle, la responsabilité de l'Assureur ne pourra pas excéder celle qu'il aurait si l'accident avait atteint une personne sans ledit défaut physique.

2.6. Le degré de dévaluation correspondant aux défauts physiques que l'Assuré/Personne assurée avait déjà à la date de début de cette Couverture additionnelle ne sera pris en considération pour la fixation du degré de dévaluation à attribuer selon les termes de cette couverture.

3. EXIGIBILITE DU CAPITAL ASSURE

Lorsque la situation d'invalidité absolue et définitive est reconnue par le médecin de l'Assureur, le paiement du capital assuré sera rendu disponible au Bénéficiaire selon les termes de l'article 20^e des Conditions Générales. La reconnaissance de la situation d'invalidité, compte tenu de son effective confirmation ou régression, d'un point de vue clinique, ne surviendra jamais avant que trois (3) mois se soient écoulés après la date de la communication de l'invalidité à l'Assureur.

4. JUSTIFICATION ET RECONNAISSANCE DU DROIT AUX MONTANTS ASSURES

4.1. En cas d'invalidité, sans préjudice des autres obligations prévues à l'article 18^e des Conditions Générales, le Preneur d'assurance et/ou le Bénéficiaire indiqué dans les Conditions Particulières doivent:

a) Envoyer à l'Assureur, dans les soixante (60) jours suivant la constatation de l'invalidité absolue et définitive, un certificat émis par le médecin traitant, pour le compte du Preneur d'assurance ou de l'Assuré/Personne assurée, indiquant le début, les causes, la nature et l'évolution de l'état d'incapacité;

b) Annexer une description exacte de l'activité exercée par l'Assuré/Personne assurée avant l'incapacité.

4.2. L'Assureur se réserve le droit d'exiger toute justification complémentaire et de procéder aux investigations qu'il juge convenables pour la détermination exacte de l'état de santé de l'Assuré/Personne assurée, en le faisant examiner par ses médecins s'il l'entend. Dans ce cas-là, les frais sont à la charge de l'Assureur, et l'Assuré/Personne assurée doit autoriser son médecin traitant à fournir, à titre confidentiel, au médecin représentant l'Assureur toute information médicale concernant le sinistre rapporté.

4.3. Le non-respect par le Preneur d'assurance et/ou le Bénéficiaire des dispositions des paragraphes 4.1. et 4.2. entraîne sa responsabilité des dommages-intérêts y découlant ou la suspension de cette couverture tandis que le non-respect se maintient.

4.4. Le manque de véacité des informations fournies à l'Assureur entraîne la perte du droit aux montants assurés.

4.5. En cas de conflit, les parties pourront faire recours aux voies de règlement des litiges prévues à la loi.

4.6. Tandis que les litiges ne sont pas réglés, les primes et les surprimes concernant la couverture Décès, ainsi que les primes et les surprimes concernant la couverture d'invalidité, à échoir éventuellement au cours des discussions, doivent être payées à l'Assureur. Si la décision est contre l'Assureur, il retournera les montants reçus et paiera, le cas échéant, les sommes dues majorées de 1% par an, à partir de la fin du délai indiqué dans l'article 3^e de la présente Condition Spéciale.

5. RISQUES EXCLUS

Outre les exclusions prévues à l'article 3^e des Conditions Générales applicables *mutatis mutandis* à la présente couverture, celle-ci ne couvrira pas non plus des sinistres découlant:

a) Directement ou indirectement d'un acte de l'Assuré/Personne assurée ou avec sa complicité, ainsi que sa tentative de suicide.

6. CESSATION DE LA COUVERTURE

6.1. En plus des situations prévues à l'article 11^e des Conditions Générales, la Couverture additionnelle Invalidité Absolue et Définitive (IAD), si elle est souscrite, prendra fin lors de la date de l'une des situations suivantes:

- a) Tentative de suicide par l'Assuré/Personne assurée;
- b) Aggravation intentionnelle, quel qu'en soit le moyen, du degré d'invalidité par l'Assuré/Personne assurée;
- c) Participation de l'Assuré/Personne assurée à des opérations de guerre, policières ou à des répressions d'actes de terrorisme;
- d) A la fin de l'annuité pendant laquelle l'Assuré/Personne assurée atteint l'âge de soixante-quinze (75) ans ou tout autre âge dès lors qu'il est indiqué dans les Conditions Particulières de la Police;
- e) Paiement du capital assuré en vertu de cette Couverture.

6.2. Si le Contrat couvre deux (2) vies, la couverture cesse à la date où l'un des Assurés/Personnes assurées atteint l'âge réferé au point d) du paragraphe 6.1., mais reste en vigueur concernant l'autre Assuré/Personne assurée tandis qu'il n'atteint pas ledit âge.

COUVERTURE ADDITIONNELLE INVALIDITE DEFINITIVE POUR LA PROFESSION OU UNE ACTIVITE COMPATIBLE (IDPAC 60% et 65%)

1. PORTEE DE LA COUVERTURE

Si souscrite par le Preneur d'assurance et selon les termes expressément prévus dans les Conditions Particulières de la Police, en vertu du présent Contrat, en tant qu'un complément de la Couverture principale Décès, les situations d'invalidité définitive pour la profession ou une activité compatible en raison de maladie ou d'accident peuvent être aussi garanties.

Si l'Assuré/Personne assurée se trouve dans une situation d'invalidité définitive pour la profession ou une activité compatible, l'Assureur procédera au paiement anticipé du capital défini pour cette couverture, fixé dans les Conditions Particulières de la Police.

2. DEFINITIONS

Aux fins de la présente couverture, on entend par:

2.1. **Accident** : Tout événement fortuit, soudain et anormal, dû à une cause extérieure et indépendante de la volonté de l'Assuré/Personne Assurée ayant lieu pendant la durée du Contrat, et qui lui provoque des lésions corporelles.

2.2. **Invalidité Définitive pour la Profession ou une Activité Compatible (IDPAC 60% ou 65%)**: L'Assuré/Personne assurée est dans une situation d'invalidité définitive pour la profession ou une activité compatible lorsque, en raison d'une maladie ou d'un accident, il se trouve **totalelement incapable d'exercer sa profession ou toute autre activité lucrative en fonction de ses connaissances et aptitudes, de façon permanente, et en plus lorsqu'il présente un degré d'incapacité de 60% ou 65%, conformément à l'option souscrite par le Preneur d'assurance et dûment indiquée dans les Conditions Particulières, en accord avec le « Barème national d'invalidités d'accidents de travail ou de maladies professionnelles » officiellement en vigueur lors de la reconnaissance de l'invalidité.**

3. CONDITIONS D'OPERATION DE LA COUVERTURE

3.1. Pour l'opération de cette Garantie, on ne prend pas en compte l'octroi d'une pension d'invalidité ou la classification d'Impotent par la Sécurité sociale ou n'importe quel autre régime optionnel ou obligatoire qui la remplace ou complémente.

3.2. Aux fins de la reconnaissance de l'invalidité définitive pour la profession ou une activité compatible, celle-ci doit être constatée et reconnue par un médecin de l'Assureur, sur la base de critères médicaux objectifs, cette reconnaissance prévalant sur n'importe quels avis ou décisions de la Sécurité sociale, la *Caixa Geral de Aposentações* ou n'importe quel autre régime optionnel ou obligatoire qui les remplace ou complémente. En l'absence d'un accord, on pourra avoir recours à l'arbitrage selon les termes légaux en vigueur ou à la justice.

3.3. Sans préjudice des dispositions du paragraphe suivant, la Couverture additionnelle Invalidité Définitive pour la Profession ou une Activité Compatible (IDPAC 60% ou 65%) ne sera applicable que si elle survient pendant la durée de la Police et avant la fin de l'annuité où l'Assuré/Personne assurée atteint l'âge de soixante-sept (67) ans.

3.4. Lorsque le présent Contrat garantit deux (2) Assurés/Personnes assurées (si l'assurance couvre deux (2) vies), la survenance d'une situation d'invalidité définitive pour la profession ou une activité compatible par rapport à l'un des Assurés/Personnes assurées entraîne la cessation du Contrat par rapport à l'autre Assuré/Personne assurée.

4. EXIGIBILITE DU CAPITAL ASSURE

Lorsque la situation d'invalidité définitive pour la profession ou une activité compatible est reconnue par le médecin de l'Assureur, le paiement du capital assuré sera rendu disponible au Bénéficiaire selon les termes de l'article 20^e des Conditions Générales. La reconnaissance de la situation d'Invalidité, compte tenu de son effective confirmation ou régression, d'un point de vue clinique, ne surviendra jamais avant que trois (3) mois se soient écoulés après la date de la communication de l'Invalidité à l'Assureur, cette période étant étendue à deux (2) ans dans les cas de maladie mentale ou de troubles psychiques.

5. JUSTIFICATION ET RECONNAISSANCE DU DROIT AUX MONTANTS ASSURES

5.1. En cas d'Invalidité, sans préjudice des autres obligations prévues à l'article 19^e des Conditions Générales, le Preneur d'assurance et/ou le Bénéficiaire indiqué dans les Conditions Particulières doivent:

a) Envoyer à l'Assureur, dans les soixante (60) jours suivant la constatation de l'invalidité définitive pour la profession ou une activité compatible, un certificat émis par le médecin traitant, pour le compte du Preneur d'assurance ou de l'Assuré/Personne assurée, indiquant le début, les causes, la nature et l'évolution de l'état d'incapacité;

b) Annexer une description exacte de l'activité exercée par l'Assuré/Personne assurée avant l'incapacité.

5.2. L'Assureur se réserve le droit d'exiger toute justification complémentaire et de procéder aux investigations qu'il juge convenables pour la détermination exacte de l'état de santé de l'Assuré/Personne assurée, en le faisant examiner par ses médecins s'il l'entend. Dans ce cas-là, les frais sont à la charge de l'Assureur, et l'Assuré/Personne assurée doit autoriser son médecin traitant à fournir, à titre confidentiel, au médecin représentant l'Assureur toute information médicale concernant le sinistre rapporté.

5.3. Le non-respect par le Preneur d'assurance et/ou le Bénéficiaire des dispositions des paragraphes 5.1. et 5.2. entraîne sa responsabilité des dommages-intérêts y découlant ou la suspension de cette couverture tandis que le non-respect se maintient.

5.4. Le manque de véricité des informations fournies à l'Assureur entraîne la perte du droit aux montants assurés.

5.5. En cas de conflit, les parties pourront faire recours aux voies de règlement des litiges prévues à la loi.

5.6. Tandis que les litiges ne sont pas réglés, les primes et les surprimes concernant la couverture Décès, ainsi que les primes et les surprimes concernant la couverture Invalidité, à échoir éventuellement au cours des discussions, doivent être payées à l'Assureur. Si la décision est contre l'Assureur, il retournera les montants reçus et paiera, le cas échéant, les sommes dues majorées de 1% par an, à partir de la fin du délai indiqué dans l'article 4^e de la présente Condition Spéciale.

6. RISQUES EXCLUS

Outre les exclusions prévues à l'article 3^e des Conditions Générales applicables *mutatis mutandis* à la présente couverture, celle-ci ne couvrira pas non plus des sinistres découlant:

a) Directement ou indirectement d'actes et respectives conséquences d'une maladie ou d'un accident causés intentionnellement par l'Assuré/Personne assurée ou pratiqués avec sa complicité, ainsi que sa tentative de suicide;

b) D'un accident causé par l'Assuré/Personne assurée lorsqu'il présente un taux d'alcoolémie supérieur à 0,5 g/l, ou a consommé des drogues toxiques, des stupéfiants ou des substances psychotropes sans prescription. On considère que l'Assuré/Personne assurée était sous l'influence de drogues toxiques, de stupéfiants ou de substances psychotropes lorsque la présence de n'importe quel d'eux soit détectée dans son organisme ou dans n'importe quel liquide organique dans le cadre d'un test de détection.

7. CESSATION DE LA COUVERTURE

En plus des situations prévues à l'article 11^e des Conditions Générales, la Couverture additionnelle Invalidité Définitive pour la Profession ou une Activité Compatible (IDPAC 60% ou 65%), si elle est souscrite, prendra aussi fin lors de la date de l'une des situations suivantes:

a) Tentative de suicide par l'Assuré/Personne assurée;

b) Aggravation intentionnelle, quel qu'en soit le moyen, du degré d'invalidité par l'Assuré/Personne assurée;

c) Participation de l'Assuré/Personne assurée à des opérations de guerre, policières ou à des répressions d'actes de terrorisme;

d) A la fin de l'annuité pendant laquelle l'Assuré/Personne assurée atteint l'âge de soixante-sept (67) ans ou tout autre âge dès lors qu'il est indiqué dans les Conditions Particulières de la Police. Si le Contrat couvre deux (2) vies, la couverture cesse à la date où l'un des Assurés/Personnes assurées atteint l'âge ci-dessus réferé, mais reste en vigueur concernant l'autre Assuré/Personne assurée tandis qu'il n'atteint pas ledit âge;

e) A la date où l'Assuré/Personne assurée commence à recevoir une pension de vieillesse, de retraite ou de retraite anticipée.

COUVERTURE ADDITIONNELLE MALADIES GRAVES 16 (MG 16)

1. PORTEE DE LA COUVERTURE

S'il est expressément prévu dans les Conditions Particulières de la Police, en vertu du présent Contrat, en tant qu'un complément de la Couverture principale Décès, les situations de maladies graves peuvent être aussi garanties.

2. GARANTIES

2.1. Si l'Assuré/Personne assurée développe l'une des maladies graves définies aux points suivants, si elles sont indiquées dans les Conditions Particulières de la Police, l'Assureur garantit le paiement du capital souscrit et fixé dans les Conditions Particulières de la Police. Les garanties de cette Couverture additionnelle sont applicables lorsque la maladie grave est constatée cliniquement pendant la durée des Conditions Particulières et avant la fin de l'annuité où l'Assurée/Personne assurée atteint l'âge de soixante-cinq (65) ans.

2.2. Lorsque la présente couverture garantit deux (2) Assurés/Personnes assurées (si l'assurance couvre deux (2) vies), la survenance d'une situation de maladie grave par rapport à l'un des Assurés/Personnes assurées entraîne la cessation du Contrat par rapport à l'autre Assuré/Personne assurée.

3. DEFINITIONS

Les Maladies Graves couvertes en vertu du présent Contrat sont celles qui suivent:

a) Accident vasculaire cérébral (AVC)

Tout accident vasculaire cérébral aboutissant à des séquelles neurologiques permanentes et irréversibles, y compris l'infarctus du tissu cérébral, l'hémorragie cérébrale et l'embolie cérébrale de nature extra-crânienne. **Le diagnostic doit être confirmé par un médecin spécialiste et constaté par des symptômes cliniques typiques, en plus des résultats d'une TDM (tomodensitométrie) et d'une RMN (résonance magnétique nucléaire) du cerveau. Le handicap neurologique doit être cliniquement documenté pendant une période de temps d'au moins trois (3) mois.**

Exclusions:

- Accidents ischémiques transitoires (AIT);
- Lésions traumatiques du cerveau;
- Déficits neurologiques en raison d'hypoxie générale, infection, maladie inflammatoire ou migraine;
- Infarctus lacunaires sans déficit neurologique.

b) Cancer

Maladie manifestée par la présence d'une tumeur maligne caractérisée par la croissance incontrôlée de cellules malignes et l'invasion des tissus.

Le diagnostic doit être confirmé par histologie clairement définie.

Le terme « cancer » inclut les leucémies et les maladies malignes du système lymphatique tels que le lymphome de Hodgkin.

Exclusions:

- Les tumeurs pré-malignes;
- N'importe quel stade de NCIE (néoplasie cervicale intra-épithéliale);
- Tumeurs non invasives (cancer in situ);
- Cancer de la prostate de stade 1 (T1a, 1b, 1c);
- Carcinome basocellulaire et carcinome des cellules squameuses;
- Mélanome maligne de stade IA (T1a, 1b, 1c);
- N'importe quelle tumeur maligne en présence de n'importe quel virus d'immunodéficience humaine,

c) Chirurgie des artères coronaires (deux (2) ou plus)

La réalisation d'une chirurgie à cœur ouvert pour la correction de deux (2) ou plus artères coronaires, qui se trouvent bloquées, par by-pass coronaire (PAC - pontage aorto-coronarien). **Le besoin de cette chirurgie doit être constaté par le biais d'une angiographie coronaire et la réalisation de la chirurgie doit être confirmée par un médecin spécialiste.**

Exclusions:

- Angioplastie;
- N'importe quelle autre procédure intra-artérielle;
- Chirurgie par thoracotomie minimale.

d) Chirurgie pour maladie de l'aorte

La réalisation d'une chirurgie pour une maladie chronique de l'aorte exigeant l'excision et le remplacement chirurgical de l'aorte par un greffon. On entend par aorte l'aorte thoracique et abdominale, mais non ses branches. La réalisation de la chirurgie aortique doit être confirmée par un médecin spécialiste.

e) Coma

Etat d'inconscience totale, sans réaction ou réponse à des stimuli externes ou des besoins internes, persistant continuellement pendant au moins quatre-vingt-seize (96) heures et aboutissant à un déficit neurologique permanent. **Le diagnostic doit être confirmé par un médecin spécialiste et par un rapport hospitalier accrédité.**

Le déficit neurologique doit être cliniquement documenté pendant une période de temps d'au moins trois (3) mois. Pendant la période d'inconscience, un système de survie devra avoir été utilisé, y compris la respiration assistée.

Exclusions:

- Le coma découlant de l'abus de l'alcool et de drogues n'est pas couvert.

f) Maladie d'Alzheimer

Diagnostic univoque de la maladie d'Alzheimer (démence présénile) avant l'âge de soixante-cinq (65) ans, confirmé par un médecin spécialiste et constaté par des résultats cliniques cognitifs et neuroradiologiques (par ex. TAC, RMN et TEP du cerveau). La maladie doit aboutir à une incapacité permanente de réaliser de façon indépendante trois (3) ou plus activités quotidiennes - prendre des bains (la capacité de prendre un bain d'immersion ou une douche sans l'aide d'un tiers), s'habiller (la capacité de porter et de retirer les vêtements habituellement utilisés, y compris des prothèses et des orthèses, sans l'aide d'un tiers), hygiène personnelle (la capacité d'utiliser le lavabo et de maintenir un niveau raisonnable d'hygiène, i.e. hygiène dentaire, se coiffer, se raser et le nettoyage des organes excréteurs, sans l'aide d'un tiers), mobilité (la capacité de se déplacer dans son lieu de résidence, sur une surface lisse, sans l'aide d'un tiers), continence (la capacité de contrôler le fonctionnement des intestins et/ou de la vessie (l'incapacité de contrôler l'une de ces fonctions impliquant l'utilisation régulière de couches ou d'autres types d'absorbants est considérée en tant qu'incontinence)), manger/boire (la capacité d'ingérer des aliments solides et liquides, préparés et servis, nécessaires à sa nourriture, y compris de pouvoir boire à l'aide d'une paille ou d'utiliser d'autres ustensiles adaptés, sans l'aide d'un tiers), ou aboutir au besoin de surveillance et de la présence permanente de soins spéciaux de la part de tiers, en raison de la maladie. **Cette condition doit être documentée pendant une période d'au moins trois (3) mois.**

g) Maladie de Parkinson

Diagnostic univoque de la maladie de Parkinson idiopathique ou primaire avant l'âge de soixante-cinq (65) ans, qui doit être confirmé par un médecin spécialiste. La maladie doit aboutir à une incapacité permanente de réaliser de façon indépendante trois (3) ou plus activités quotidiennes - prendre des bains (la capacité de prendre un bain d'immersion ou une douche sans l'aide d'un tiers), s'habiller (la capacité de porter et de retirer les vêtements habituellement utilisés, y compris des prothèses et des orthèses, sans l'aide d'un tiers), hygiène personnelle (la capacité d'utiliser le lavabo et de maintenir un niveau raisonnable d'hygiène, i.e. hygiène dentaire, se coiffer, se raser et le nettoyage des organes excréteurs, sans l'aide d'un tiers), mobilité (la capacité de se déplacer dans son lieu de résidence, sur une surface lisse, sans l'aide d'un tiers), continence (la capacité de contrôler le fonctionnement des intestins et/ou de la vessie (l'incapacité de contrôler l'une de ces fonctions impliquant l'utilisation régulière de couches ou d'autres types d'absorbants est considérée en tant qu'incontinence)), manger/boire (la capacité d'ingérer des aliments solides et liquides, préparés et servis, nécessaires à sa nourriture, y compris de pouvoir boire à l'aide d'une paille ou d'utiliser d'autres ustensiles adaptés, sans l'aide d'un tiers), ou aboutir à une situation d'être permanentement alité ou incapable de se lever sans d'aide externe. **Cette situation doit être documentée pendant une période d'au moins trois (3) mois.**

Exclusions:

- Toutes autres formes de parkinsonisme qui ne soient pas idiopathiques ou primaires.

h) Infarctus du myocarde

Mort d'une partie du muscle cardiaque découlant d'une insuffisance du flux sanguin vers la zone en question. **Cette nécrose doit être récente et le diagnostic doit être confirmé par un médecin spécialiste et clairement objectivé par tous les critères ci-dessous indiqués:**

- Histoire de douleur thoracique (précordialgie) caractéristique;
- Modifications électrocardiographiques récentes et spécifiques de l'infarctus du myocarde;
- Élévation des enzymes cardiaques spécifiques de l'infarctus, troponines ou d'autres marqueurs biochimiques.

Exclusions:

- Infarctus du myocarde silencieux;
- D'autres syndromes coronariens aigus (par exemple, angine de poitrine stable ou instable);
- Infarctus du myocarde sans élévation du segment ST, seulement avec élévation de la Troponine I ou T.

i) Sclérose multiple

Diagnostic univoque de Sclérose Multiple établi par un médecin neurologue. La maladie doit être manifestée par des symptômes cliniques typiques de démyélinisation et d'affaiblissement des fonctions motrices et sensorielles, ainsi que par des résultats d'une Résonance Magnétique.

Pour justifier le diagnostic, l'Assuré/Personne assurée doit présenter des anomalies neurologiques ayant existé pour une période de temps continue d'au moins six (6) mois, ou doit avoir eu au moins deux (2) épisodes cliniquement documentés avec un intervalle d'un (1) mois entre eux ou, au moins, un épisode cliniquement documenté conjointement avec des résultats caractéristiques dans le liquide cébrospinal, ainsi que des lésions cérébrales spécifiques détectées par la Résonance Magnétique.

j) Insuffisance rénale

Phase finale d'une maladie rénale se manifestant par une défaillance chronique et irréversible de la fonction de tous les deux reins, aboutissant au besoin de réaliser régulièrement de la dialyse rénale (hémodialyse ou dialyse péritonéale) ou au besoin de réaliser une transplantation rénale. **Le diagnostic doit être confirmé par un médecin spécialiste.**

k) Paralyse

Perte totale et irréversible de l'usage de deux (2) ou plus membres en raison de paralysie découlant d'un accident ou d'une maladie de la moelle spinale. **Cette condition doit être cliniquement documentée par un médecin spécialiste et devra persister pendant au moins trois (3) mois.**

Exclusions:

Paralyse en raison du syndrome de Guillain-Barré.

l) Perte de la parole

Perte totale et irréversible de la capacité de parler en raison d'une lésion ou d'une maladie des cordes vocales. **Cette situation doit être confirmée par un médecin spécialiste et cliniquement documentée pendant une période de temps d'au moins six (6) mois. La perte psychogénique de la parole est exclue de la couverture.**

m) Perte de la vision

Perte totale, permanente et irréversible de la vision dans tous les deux yeux, en raison d'une maladie ou d'un accident. **Le diagnostic doit être confirmé par un médecin ophtalmologiste et constaté par des résultats de tests supplémentaires de diagnostic spécifiques.**

n) Brûlures graves

Brûlures au troisième degré affectant au moins 20% de la surface du corps. **Le diagnostic doit être confirmé par un médecin spécialiste et constaté cliniquement par des résultats spécifiques selon la méthode de Lund et Browder ou d'un calculateur de surface brûlée équivalent.**

o) Remplacement et réparation d'une valve cardiaque

La valvuloplastie à cœur ouvert, la valvulotomie ou le remplacement d'une ou plus valves cardiaques, y compris la chirurgie des valves aortiques, mitrale, pulmonaire ou tricuspide en raison de sténose ou d'insuffisance ou d'une combinaison de tous les deux facteurs. **La réalisation de la chirurgie valvulaire doit être confirmée par un médecin spécialiste.**

p) Transplantation d'un organe vital

La réalisation d'une transplantation d'organes où l'Assuré/Personne assurée participe en tant que receveur d'un des organes suivants : Cœur, Poumon, Foie, Pancréas, Rein, Intestin grêle ou Moelle osseuse. **La réalisation de la transplantation doit être confirmée par un médecin spécialiste.**

4. PERIODE DE CARENCE

Le paiement du capital en cas de maladie grave ne sera effectué que si la maladie se manifeste après qu'une période de carence de quatre-vingt-dix (90) jours se soit écoulée depuis la date de début de la couverture.

5. JUSTIFICATION ET RECONNAISSANCE DU DROIT AUX MONTANTS ASSURES

a) En cas de maladie grave, l'Assuré/Personne assurée doit envoyer à l'Assureur un rapport élaboré par le médecin traitant, après le diagnostic d'une maladie grave, précis et détaillé, décrivant son histoire clinique et mentionnant la date des premiers symptômes. Ce certificat, pour le compte du Preneur d'assurance ou de l'Assuré/Personne assurée, doit être envoyé à l'Assureur dans les soixante (60) jours suivant le diagnostic de la maladie;

b) La maladie grave devra être détectée pendant la durée du Contrat et/ou pendant la période de temps où la couverture est en vigueur concernant l'Assuré/Personne assurée;

c) Lors de la souscription du Contrat d'assurance, l'Assuré/Personne assurée doit autoriser son médecin traitant à fournir, à titre confidentiel, au médecin représentant l'Assureur toute information médicale concernant le sinistre rapporté;

d) Le non-respect par le Bénéficiaire ou l'Assuré/Personne assurée des dispositions des points a), b) et c) ainsi que le manque de vérité des informations fournies à l'Assureur peuvent entraîner la perte du droit aux montants assurés ou la suspension de la couverture tandis que le non-respect se maintient;

e) L'Assureur peut procéder aux investigations qu'il juge convenables auprès de l'Assuré/Personne assurée pour la détermination exacte de son état de santé ou sur la maladie déclarée. Sauf en cas de force majeure, le refus du libre accès par l'Assureur causera la suspension de la Garantie. L'Assuré/Personne assurée doit autoriser son médecin traitant à fournir, à titre confidentiel, au médecin représentant l'Assureur toute information médicale concernant le sinistre rapporté;

f) Dans le cadre de cette Couverture additionnelle, après la communication du diagnostic et tous les documents complémentaires éventuellement demandés par l'Assureur ayant été présentés, l'Assureur s'engage à communiquer à l'Assuré/Personne assurée et/ou au Bénéficiaire, dans un délai maximal de trente (30) jours, s'il considère ou non qu'il est garanti par le biais du Contrat;

g) En cas de conflit, les parties pourront faire recours aux voies de règlement des litiges prévues à la loi.

h) Les primes et les surprimes concernant l'assurance principale, ainsi que les primes et les surprimes concernant l'Assurance additionnelle Maladies Graves (MG 16), à échoir éventuellement au cours des discussions, doivent être payées à l'Assureur. Si la décision reconnaît l'existence d'une maladie grave selon les termes définis dans ces Conditions Spéciales, l'Assureur retournera les montants reçus.

6. RISQUES EXCLUS

Outre les exclusions prévues à l'article 3^e des Conditions Générales, cette Assurance additionnelle ne couvrira pas non plus des maladies graves découlant de:

a) Maladies préexistantes à la date d'acceptation de l'assurance;

b) Toutes maladies secondaires ou tumeurs liées au syndrome de l'immunodéficience humaine acquise ou relatives à celui-ci;

c) Blessures ou lésions causées par des actes de séquestration, troubles, insurrection, émeutes, rixes, terrorisme ou sabotage, quel que soit le lieu où ces événements se déroulent et quels qu'en soient les intervenants, à condition que l'Assuré/Personne assurée en prenne une part active, sauf en cas de légitime défense;

d) Maladie accompagnée de l'infection VIH;

e) Toute maladie et/ou intervention chirurgicale non prévue dans la présente Couverture additionnelle;

f) L'état d'alcoolisme et l'ingestion de drogues sans prescription;

g) Un accident causé par l'Assuré/Personne assurée lorsqu'il présente un taux d'alcoolémie supérieur à 0,5 g/l, ou a consommé des drogues toxiques, des stupéfiants ou des substances psychotropes sans prescription. On considère que l'Assuré/Personne assurée était sous l'influence de drogues toxiques, de stupéfiants ou de substances psychotropes lorsque la présence de n'importe quel d'eux soit détectée dans son organisme ou dans n'importe quel liquide organique dans le cadre d'un test de détection;

h) Directement ou indirectement découlant d'accidents causés intentionnellement par l'Assuré/Personne assurée ou pratiqués avec sa complicité, ainsi que sa tentative de suicide.

7. CESSATION DE LA COUVERTURE

7.1. En plus des situations prévues à l'article 11^e des Conditions Générales, cette couverture additionnelle, si elle est souscrite, prendra fin lors de:

a) La cessation de la Couverture principale (Décès);

b) Le paiement du capital assuré en vertu de cette Couverture additionnelle;

c) Si l'Assuré/Personne assurée tente de se suicider;

d) Si l'Assuré/Personne assurée participe à des opérations de guerre, policières ou à des répressions d'actes de terrorisme;

e) A la fin de l'annuité où l'Assuré/Personne assurée atteint l'âge de soixante-cinq (65) ans.

7.2. Si le Contrat couvre deux (2) vies, la couverture cessera à la date où l'un des Assurés/Personnes assurées atteint l'âge de soixante-cinq (65) ans, mais reste en vigueur concernant l'autre Assuré/Personne assurée tandis qu'il n'atteint pas ledit âge.

**COUVERTURE ADDITIONNELLE
EXEMPTION DU PAIEMENT DES PRIMES**

EN CAS D'INCAPACITE TEMPORAIRE ET ABSOLUE DE TRAVAIL
EN RAISON D'ACCIDENT OU DE MALADIE, DE CHOMAGE
INVOLONTAIRE OU DE SEJOUR HOSPITALIER

1. PORTEE DE LA COUVERTURE

S'il est expressément prévu dans les Conditions Particulières de la Police, en tant qu'un complément de la Couverture principale Décès, les situations d'incapacité temporaire et absolue de travail en raison d'accident ou de maladie, de chômage involontaire ou de séjour hospitalier de l'Assuré/Personne assurée (ou de l'un des Assurés/Personnes assurées, si l'assurance couvre deux (2) vies) peuvent être aussi garanties selon les termes définis dans les paragraphes suivants.

2. DEFINITIONS

Aux fins de la présente Couverture additionnelle, on entend par :

Sinistre : La vérification totale ou partielle de tout événement, incertain et indépendant de la volonté du Preneur d'assurance, ou de l'Assuré/Personne assurée, susceptible de déclencher le fonctionnement des couvertures prévues dans la présente Condition Spéciale.

Accident : Tout événement fortuit, soudain et anormal, dû à une cause extérieure et indépendante de la volonté de l'Assuré/Personne Assurée, et qui lui provoque des lésions corporelles.

Maladie : Tout changement de l'état de santé, étranger à la volonté de l'Assuré/Personne assurée, non causé par un accident, se manifestant par le biais de signes ou symptômes et reconnu en tant que tel par un médecin.

Incapacité Temporaire et Absolue (ITA) : Impossibilité physique totale et temporaire, cliniquement constatée, par l'Assuré/Personne assurée d'exercer temporairement son activité professionnelle en raison d'Accident ou de Maladie.

Chômage Total : Situation découlant de l'inexistence totale et involontaire d'emploi de l'Assuré/Personne assurée, celui-ci se trouvant enregistré auprès du Centre d'emploi, à l'exception des situations de chômage ou emploi partiel, même si elles permettent de garder le droit au paiement d'allocations de chômage.

Chômage Involontaire : Situation de « Chômage Total » en raison de :

- Licenciement collectif;
- Licenciement par extinction de postes de travail justifiée par des motifs économiques ou de marché, technologiques ou structurels, concernant l'employeur;
- Licenciement illicite, nul et sans juste cause à l'initiative unilatérale de l'employeur;
- Résolution avec invocation de juste cause à l'initiative unilatérale du salarié.

Séjour Hospitalier : Situation entraînant le séjour hospitalier de l'Assuré/Personne assurée pendant une période de temps de plus de sept (7) jours, aboutissant à une situation d'ITA.

Période de Carence : Période où, immédiatement après l'adhésion de l'Assuré/Personne assurée, il n'y a pas lieu à la prestation de l'Assureur.

Franchise Relative : Période prédéterminée comptée immédiatement après le sinistre, où il n'y a pas droit à la Prestation de l'Assureur. Si la période d'incapacité dépasse la période de Franchise Relative, celle-ci ne sera pas appliquée.

Période de Requalification : Période où, immédiatement après le dernier paiement dû découlant d'un sinistre, il n'y a pas droit à la Prestation de l'Assureur.

Travailleur Salarié : L'exercice, moyennant une rémunération, d'une activité professionnelle, en tant qu'un travailleur dépendant, dans un employeur, sous son autorité et direction, par le biais d'un contrat individuel de travail, enregistrée à la Sécurité sociale.

Travailleur Indépendant : L'exercice d'une activité professionnelle, en tant qu'un travailleur indépendant, ou d'une activité commerciale, industrielle ou agricole, en tant qu'un entrepreneur, pouvant exercer de façon individuelle ou en association avec d'autres personnes, à condition qu'elle soit enregistrée auprès du Registre national de Personnes Morales en tant qu'un entrepreneur ou au respectif Bureau de Finances en tant qu'un travailleur indépendant et paie des cotisations sociales ou selon un régime contributif similaire.

3. DEBUT ET DUREE DE LA COUVERTURE

3.1. La présente Couverture, si souscrite, prend effet à partir de la date de début de la Couverture principale Décès indiquée dans les Conditions Particulières respectives.

3.2. Sans préjudice des dispositions de l'article 11^e des Conditions Générales, les garanties de la présente Couverture additionnelle restent en vigueur jusqu'à la première des dates suivantes:

- a) Date de la retraite ou préretraite de l'Assuré/Personne assurée;
- b) Date où l'Assuré/Personne assurée atteint soixante-cinq (65) ans;

- c) Date où a lieu la cessation de la Couverture principale Décès.

4. CONDITIONS

Afin de bénéficier de la couverture Exemption du paiement des primes, l'Assuré/Personne assurée doit remplir les conditions suivantes:

- a) Avoir entre dix-huit (18) et soixante-cinq (65) ans;
- b) Avoir exercé régulièrement, pendant seize (16) heures par semaine minimum, une activité professionnelle pendant les derniers douze (12) mois sans avoir connaissance d'un possible chômage involontaire ou d'un possible séjour hospitalier;
- c) Avoir connaissance que toutes les pathologies préexistantes à la date de souscription du Contrat d'assurance et toute autre pathologie future ayant une relation directe ou indirecte avec celles-là sont exclues;
- d) Etre un travailleur salarié ayant un contrat de travail régi par la législation portugaise pour bénéficier de la couverture chômage involontaire.

5. GARANTIES

5.1. EXEMPTION DU PAIEMENT DES PRIMES EN CAS D'INCAPACITE TEMPORAIRE ET ABSOLUE (ITA):

L'Assureur garantit le remboursement de la fraction de la prime totale de l'assurance payée par le Preneur d'assurance, indiquée dans les Conditions Particulières de la Police, pendant la période de temps où l'Assuré/Personne assurée se trouve dans une situation d'incapacité temporaire et absolue de travail en raison d'un accident et/ou d'une maladie, jusqu'à la limite maximale de douze (12) mois consécutifs par sinistre et de trente-six (36) mois par groupe de sinistres. La limite maximale mensuelle d'indemnisation de cette couverture est de 300,00 € (trois cents euros). Lors du dernier paiement, le montant à indemniser sera 1/30 de la fraction de la prime totale de l'assurance due pour chaque jour de durée de la situation d'Incapacité Temporaire et Absolue.

Risques Exclus:

La présente Couverture additionnelle ne couvre pas les incapacités découlant de:

- a) Affections existant à la date de début des garanties de la Police;
- b) Anomalies congénitales, incapacités physiques ou mentales existant à la date de début des garanties de la Police;
- c) Affections générées directement par l'alcoolisme (aigues ou chroniques), la toxicomanie ou l'usage de stupéfiants ou d'autres drogues sans prescription;
- d) Affections découlant de l'intervention de l'Assuré/Personne assurée à des paris, défis ou rixes, sauf si, dans ce dernier cas, l'Assuré/Personne assurée a agi en légitime défense ou pour sauver des personnes ou des biens;
- e) Affections causées intentionnellement par l'Assuré/Personne assurée;
- f) Tentative de suicide;
- g) Accouchement, grossesse ou interruption volontaire ou involontaire de la grossesse;
- h) Accidents causés par l'Assuré/Personne assurée en conduisant des véhicules à moteur sans en être légalement qualifié;
- i) Affections en raison de psychopathologies de n'importe quelle nature, telles que maladies sans preuve clinique;
- j) Accidents découlant de la pratique professionnelle de sports, ou aussi, dans le cas des amateurs, les épreuves sportives intégrées dans des championnats et entraînements respectifs, sports d'hiver, boxe, karaté et d'autres arts martiaux, parachutisme, taumachie et d'autres sports entraînant une dangerosité similaire;
- k) Traitements esthétiques et cosmétiques, sauf si découlant directement d'une maladie ou d'un accident;
- l) Douleurs de dos ou lombalgies.

5.2. EXEMPTION DU PAIEMENT DES PRIMES EN CAS DE CHOMAGE INVOLONTAIRE

L'Assureur garantit le remboursement de la fraction de la prime totale de l'assurance payée par le Preneur d'assurance, indiquée dans les Conditions Particulières de la Police, pendant la période de temps où l'Assuré/Personne assurée se trouve dans une situation de chômage involontaire, jusqu'à la limite maximale de six (6) mois consécutifs par sinistre et de trente-six (36) mois par groupe de sinistres. La limite maximale mensuelle d'indemnisation de cette couverture est de 300,00 € (trois cents euros).

Lors du dernier paiement, le montant à indemniser sera 1/30 de la fraction de la prime totale de l'assurance due pour chaque jour de durée de la situation de Chômage Involontaire.

Risques Exclus:

Les garanties du présent Contrat ne couvrent pas de situations de Chômage Involontaire découlant de:

- Expiration du contrat de travail par le fait que l'Assuré/Personne assurée a atteint l'âge de la retraite ou préretraite;
- Révocation du contrat de travail moyennant un accord entre les parties, sauf dans le cas d'extinction du poste de travail;
- Résiliation du contrat de travail par le salarié, sans juste cause;
- Dénonciation du contrat de travail, pendant la période d'essai, par l'employeur ou par le salarié;
- Licenciement avec juste cause;
- Expiration d'un contrat de travail à durée fixe ou indéterminée;
- Salariés à l'étranger ayant des contrats de travail non régis par la législation portugaise;
- Chômage découlant d'une activité saisonnière.

5.3. EXEMPTION DU PAIEMENT DES PRIMES EN CAS DE SEJOUR HOSPITALIER

L'Assureur garantit le remboursement de la fraction de la prime totale de l'assurance payée par le Preneur d'assurance, indiquée dans les Conditions Particulières de la Police, pendant la période de temps où l'Assuré/Personne assurée se trouve en séjour hospitalier, jusqu'à la limite maximale de six (6) mois consécutifs par sinistre et de trente-six (36) mois par groupe de sinistres. La limite maximale mensuelle d'indemnisation de cette couverture est de 300,00 € (trois cents euros). Lors du dernier paiement, le montant à indemniser sera 1/30 de la fraction de la prime totale de l'assurance due pour chaque jour de durée de la situation de Séjour Hospitalier.

Risques Exclus:

Les garanties du présent Contrat ne couvrent pas d'incapacités découlant de:

- Affections existant à la date de début des garanties de la Police;
- Anomalies congénitales, incapacités physiques ou mentales existant à la date de début des garanties de la Police;
- Affections générées directement par l'alcoolisme (aigues ou chroniques), la toxicomanie ou l'usage de stupéfiants ou d'autres drogues sans prescription;
- Affections découlant de l'intervention de l'Assuré/Personne assurée à des paris, défis ou rixes, sauf si, dans ce dernier cas, l'Assuré/Personne assurée a agi en légitime défense ou pour sauver des personnes ou des biens;
- Affections causées intentionnellement par l'Assuré/Personne assurée;
- Tentative de suicide;
- Accouchement, grossesse ou interruption volontaire ou involontaire de la grossesse;
- Accidents causés par l'Assuré/Personne assurée en conduisant des véhicules à moteur sans en être légalement qualifié;
- Affections en raison de Psychopathologies de n'importe quelle nature, telles que maladies sans preuve clinique;
- Accidents découlant de la pratique professionnelle de sports, ou aussi, dans le cas des amateurs, les épreuves sportives intégrées dans des championnats et entraînements respectifs, sports d'hiver, boxe, karaté et d'autres arts martiaux, parachutisme, taromachie et d'autres sports entraînant une dangerosité similaire;
- Traitements esthétiques et cosmétiques, sauf si découlant directement d'une maladie ou d'un accident;
- Douleurs de dos ou lombalgies.

6. OBLIGATIONS DE L'ASSURE/PERSONNE ASSUREE EN CAS DE SINISTRE

6.1. En cas de sinistre, c'est la responsabilité de l'Assuré/Personne assurée ou de n'importe quelle personne ayant un intérêt légitime à l'opération de cette couverture de rapporter le sinistre à l'Assureur dans un délai de huit (8) jours immédiatement suivant celui où il prend connaissance du sinistre, sous peine de réduction de la Prestation de l'Assureur, compte tenu du dommage que le non-respect lui cause.

6.2. L'Assuré/Personne assurée doit, lors de la communication, expliquer toutes les circonstances de la vérification du sinistre, les causes éventuelles de sa survenance et les respectives conséquences.

6.3. Le sinistre ayant été rapporté à l'Assureur, l'Assuré/Personne assurée ou n'importe quelle personne ayant un intérêt légitime à l'opération de cette couverture recevra un formulaire de communication de sinistre, qu'il devra retourner à l'Assureur, totalement rempli et accompagné de tous les éléments et les documents qui lui sont demandés.

6.4. Il incombe à l'Assuré/Personne assurée ou à n'importe quelle personne ayant un intérêt légitime à l'opération de cette couverture de prouver la véracité de la réclamation sur l'existence du sinistre, ainsi que de prouver le remplissage des conditions d'éligibilité par rapport à la couverture en question.

6.5. La communication du sinistre ayant été effectuée, c'est la responsabilité de l'Assuré/Personne assurée, en plus d'autres prévues dans le présent Contrat, sous peine de perte ou suspension du droit à indemnisation:

- De communiquer à l'Assureur jusqu'à quinze (15) jours après sa survenance la guérison des lésions, en promouvant l'envoi d'une déclaration médicale indiquant, en plus de la date de sortie de l'hôpital, la période totale vérifiée d'incapacité temporaire et absolue de travail;
- De respecter les prescriptions médicales;
- De se soumettre aux examens médicaux désignés par l'Assureur;
- D'autoriser le médecin traitant à fournir toutes les informations qui lui sont demandées par l'Assureur;
- D'envoyer à l'Assureur tous les documents qu'il lui demande, quel qu'en soit le moment.

6.6. En cas d'impossibilité démontrée de la part de l'Assuré/Personne assurée de respecter les obligations prévues aux points a), d) et e) du paragraphe précédent, ces obligations, si possible, se transfèrent à n'importe quelle personne pouvant les respecter.

6.7. C'est la responsabilité de l'Assuré/Personne assurée, sous peine de perte ou suspension du droit à indemnisation, de présenter les documents suivants:

En ce qui concerne spécifiquement la situation d'ITA (Incapacité Temporaire et Absolue):

- Photocopies de la déclaration de congé de maladie, avec mention des dates;
- Dernière déclaration de revenus et preuve de paiement des cotisations de la Sécurité sociale ou d'un régime contributif similaire (pour les travailleurs indépendants).

Il incombe au médecin traitant de prévoir et déclarer que la période d'ITA est supérieure à la période de Franchise Relative définie dans cette Couverture additionnelle.

La période d'incapacité temporaire et absolue sera déterminée par le médecin traitant, il étant défini en fonction de cette décision s'il y aura lieu ou non à l'application de la franchise relative définie dans cette Couverture additionnelle.

6.8. En ce qui concerne spécifiquement la situation de Chômage:

C'est l'obligation de l'Assuré/Personne assurée de communiquer le sinistre par écrit à l'Assureur, lorsqu'il y a des indications que la période de Franchise sera dépassée et dans le délai maximal de trente (30) jours comptés à partir de la date de l'événement, en indiquant la date de son début et ses causes par le biais du remplissage de l'imprimé « Communication de Sinistre » qu'il devra demander à l'Assureur, accompagné des documents suivants aussitôt qu'ils sont disponibles:

- Formulaire officiel, remis et rempli par l'Employeur;
- Photocopie du contrat de travail ou d'un autre document justificatif de la date où il a commencé son activité;
- Photocopie de la preuve de demande des allocations de chômage (document émis par le Centre d'emploi);
- Photocopie de la communication de licenciement ou d'un autre document justificatif de la cessation du contrat de travail avec indication de la cause respective;
- Déclaration du Centre d'emploi en prouvant l'inscription (ce document devra être demandé auprès du Centre d'emploi trente (30) jours après la date de début de la situation de chômage et devra être renouvelée tous les mois).

6.9. En ce qui concerne spécifiquement la situation de Séjour Hospitalier:

C'est l'obligation de l'Assuré/Personne assurée de promouvoir l'envoi à l'Assureur, dans les délais définis, sous peine de perte ou suspension du droit à indemnisation:

- Photocopie de la déclaration d'hospitalisation;
- Dernière déclaration de revenus et preuve de paiement des cotisations de la Sécurité sociale ou d'un régime contributif similaire;
- Photocopie d'une déclaration médicale où soient mentionnés le diagnostic, la nature des lésions et la durée probable du Séjour Hospitalier.

La période de séjour hospitalier sera déterminée par le médecin traitant, il étant défini en fonction de cette décision s'il y aura lieu ou non à l'application de la franchise relative définie dans cette Couverture additionnelle.

7. PROCEDURES DE REGLEMENT DES SINISTRES

7.1. L'Assureur n'enverra le formulaire de communication de sinistre à l'Assuré/Personne assurée que lorsque sa situation est réglée selon les conditions définies dans la présente Couverture additionnelle.

7.2. La fraude ou tentative de fraude commise par le Preneur d'assurance, l'Assuré/Personne assurée ou n'importe quelle personne agissant sous sa responsabilité acquittent l'Assureur de toute responsabilité par rapport au sinistre en question, lui accordant aussi le droit à la résiliation du contrat et, sans préjudice des dispositions pénales applicables, le droit à indemnisation dommages-intérêts;

7.3. La vérification d'un sinistre n'exempte pas l'Assuré/Personne assurée de l'obligation de payer la prime ou la fraction de la prime du Contrat d'assurance.

7.4. En cas de sinistre couvert par la Couverture additionnelle Exemption du Paiement des Primes, si l'Assuré/Personne assurée a payé à l'avance la fraction de la prime, ce montant devra lui être remboursé;

7.5. Les frais avec l'obtention des documents justificatifs et nécessaires au règlement des sinistres sont à charge de l'Assuré/Personne assurée ou de n'importe quelle personne ayant un intérêt légitime à l'opération de l'assurance.

7.6. La Couverture Exemption du Paiement des Primes sera opérée après la réception des documents nécessaires à l'analyse de chaque dossier, soit de la part de l'Assuré/Personne assurée, soit de la part du Preneur d'assurance, et fonctionnera sur une base mensuelle jusqu'à la limite maximale par sinistre, tel que défini à l'article 5^e.

La couverture Exemption du Paiement des Primes est opérée après la période de Franchise Relative fixée à l'article 8^e.

7.7. Si l'assurance couvre deux (2) Assurés/Personnes assurées, même si tous les deux Assurés/Personnes assurées sont simultanément atteints par un sinistre, seul le remboursement de la fraction de la prime totale payée par le Preneur d'assurance par rapport au Contrat d'assurance sera garanti.

8. PERIODES DE CARENCE, DE REQUALIFICATION ET DE FRANCHISE RELATIVE

8.1. La Couverture Exemption du Paiement des Primes ne prend effet qu'après qu'une période de temps de quatre-vingt-dix (90) jours se soit écoulée pour chaque Assuré/Personne assurée, à partir de la date de début de la Police.

8.2. Les Garanties de cette Couverture additionnelle sont également soumises aux Franchises Relatives suivantes:

a) Trente (30) jours pour les situations d'Incapacité Temporaire et Absolue et de Chômage Involontaire;

b) Sept (7) jours pour la couverture Séjour Hospitalier.

8.3. Une période de requalification de six (6) mois de travail actif sera également appliquée aux garanties de ce Contrat, sauf dans les cas suivants:

a) Lorsqu'il s'agit de deux (2) sinistres de couvertures différentes;

b) Un sinistre d'Incapacité Temporaire et Absolue en raison de Maladie et un autre en raison d'Accident;

c) Un sinistre d'Incapacité Temporaire et Absolue en raison de Maladie et une rechute de la même pathologie;

d) Deux (2) sinistres d'Incapacité Temporaire et Absolue en raison d'Accident.

DISPOSITIONS FINALES

Dans tous les cas non prévus dans ces Conditions Spéciales, sont applicables les Conditions Générales de l'Assurance Principale Décès et/ou la législation en vigueur.

INDICE DE RÉFÉRENCE

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

FRANÇAIS → PORTUGAIS	
AGE ACTUARIEL	IDADE ATUARIAL
ASSURÉ/PERSONNE ASSURÉE	SEGURADO(S)/PESSOA(S) SEGURA(S)
ASSUREUR	SEGURADOR
BÉNÉFICIAIRE	BENEFICIÁRIO
CONDITIONS GÉNÉRALES	CONDIÇÕES GERAIS
CONDITIONS SPÉCIALES	CONDIÇÕES ESPECIAIS
CONDITONS PARTICULIÈRES	CONDIÇÕES PARTICULARES
POLICE	APÓLICE
PRENEUR D'ASSURANCE	TOMADOR DO SEGURO
PRIME	PRÊMIO
PROCÈS-VERBAL ADDITIONNEL	ATA ADICIONAL

PORTUGAIS → FRANÇAIS	
APÓLICE	POLICE
ATA ADICIONAL	PROCÈS-VERBAL ADDITIONNEL
BENEFICIÁRIO	BÉNÉFICIAIRE
CONDIÇÕES ESPECIAIS	CONDITIONS SPÉCIALES
CONDIÇÕES GERAIS	CONDITIONS GÉNÉRALES
CONDIÇÕES PARTICULARES	CONDITONS PARTICULIÈRES
IDADE ATUARIAL	AGE ACTUARIEL
PRÊMIO	PRIME
SEGURADO/PESSOA SEGURA	ASSURÉ/PERSONNE ASSURÉE
SEGURADOR	ASSUREUR
TOMADOR DO SEGURO	PRENEUR D'ASSURANCE