



VIDA + VENCER

CONDICIONES GÉNERALES

Traduction de courtoisie

Cette traduction française de l'original portugais des Conditions Générales est une traduction volontaire fournie au Client. Dans tout litige, l'original en langue portugaise prévaut.

POLICE D'ASSURANCE VIDA + VENCER

CONDITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE PRÉLIMINAIRE

Entre Generali Seguros, 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.

ART. 1 - Définitions

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

- a) **Assureur:** Generali Seguros, 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.

ART. 2 - Garanties du contrat

- 2.1. Par le biais 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 survenu durant la validité de la Police.
- 2.2. Au-delà de la Couverture Principale Décès, le présent Contrat garantit également, selon les conditions et les termes définis dans les Conditions Spéciales annexées aux présentes Conditions Générales, par l'Assuré/Personne assurée et expressément prévues aux Conditions Particulières de la Police, les Couvertures additionnelles suivantes:
- a) Cancer Non Invasif;
 - b) Cancer Invasif;
 - c) Check-up Annuel;
 - d) Assistance à la Personne Assurée.
- 2.3. **Moyennant une communication préalable à l'Assureur et s'il l'accepte expressément, la couverture Décès peut être également garantie 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, en accord avec les recommandations des organes compétents du ministère des Affaires étrangères du Portugal.
- 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.**

ART. 3 - Risques exclus

3.1. La couverture Décès prévue à 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 traduisent par l'activation des couvertures souscrites;
- b) Le suicide de l'Assuré/Personne assurée lorsqu'il a lieu dans la première année de l'adhésion à la Police ou dans la première 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 est le passager d'un avion de ligne commercial de transport de passagers, dûment autorisée par l'Union 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 et Trekking (à plus de 4.000 mètres), escalade (libre, sur glace et des glaciers);
 - 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, plongée (à une profondeur supérieure à 40 mètres) et plongée souterraine;
 - Pratique de boxe, arts martiaux de contact ou n'importe quelle modalité de lutte libre;
 - Pratique de voile à plus de 25 milles de la côte et à terre (*parakarting*);
 - Pratique de ski extrême: ski acrobatique, héli-ski, sauts à ski, ski hors-pistes, traversée en ski ou ski *freeride*.
- 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;**
 - 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. Generali Seguros, S.A., n'est pas tenue de souscrire une quelconque couverture/un quelconque risque ou de payer une quelconque indemnité de sinistre, ou encore de fournir un quelconque service ou avantage, dans la mesure où une telle souscription, le paiement d'une indemnité de sinistre ou la fourniture d'un quelconque avantage exposerait l'assureur à une sanction, une interdiction ou une restriction en application des Résolutions des Nations Unies, ou de toute autre sanction économique ou commerciale, des lois ou règlements de l'Union européenne, des Etats-Unis d'Amérique et/ou du Portugal.**

Aux fins de l'assurance obligatoire, l'exclusion de la responsabilité précitée ne s'applique que dans les cas où les sanctions sont applicables au cadre réglementaire portugais.

- 3.4. Conformément aux normes internationales et nationales, ainsi qu'aux bonnes pratiques commerciales, l'Assureur se réserve le droit de refuser la proposition d'assurance ou d'annuler unilatéralement la police et/ou de geler les fonds/actifs si le Preneur d'assurance/Assuré ou toute personne qui lui est associée figure sur la liste internationale destinée à la prévention des phénomènes liés aux terrorisme.**

ART. 4 - Incontestabilité

- 4.1. Le Preneur d'assurance et l'Assuré/Personne assurée doivent déclarer, avec totale véracité, tous les faits ou circonstances qui permettent l'exacte appréciation du risque ou qui peuvent avoir une influence sur l'acceptation du Contrat mentionné ou sur la détermination correcte de la prime applicable, même les circonstances dont la déclaration n'est pas expressément**

demandée par un questionnaire fourni 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:
- a) Communiquer l'acceptation du Contrat sans réserve;
 - b) Proposer l'acceptation conditionnelle ou avec une augmentation de la prime;
 - c) 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 5^e et 6^e, 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 ou 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 Cancer Invasif et Cancer Non Invasif, si elles ont été souscrites.

ART. 5 - Omissions ou manquement délibérés au devoir d'exactitude dans la déclaration initiale du risque du Preneur d'Assurance et/ou de l'Assuré/Personne assurée

- 5.1. **Au cas où il y a ou manquement délibérés 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.**

ART. 6 - Omissions ou inexactitudes négligentes du Preneur d'Assurance et/ou de l'Assuré/Personne assurée

- 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:**
- a) **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;**

- b) 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:
- a) Garantit le sinistre dans la proportion de la différence entre la prime payée et la prime qui serait due, dans le cas où, lors de la conclusion du Contrat, il avait connaissance du fait omis ou inexactement déclaré;
 - b) Ne garantit pas le sinistre, démontrant qu'en aucun cas il n'aurait conclu le Contrat 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.

ART. 7 - Début, prise d'effet et durée 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. Après la fin du délai prévu dans le paragraphe 10.2 (Clause 10), le Contrat est tacitement et automatiquement renouvelé pour des périodes de 1 (un) an, jusqu'à la fin du délai indiqué dans les Conditions Particulières de la Police, au maximum jusqu'à l'âge prévu dans le point c) du paragraphe 11.1 ou tout autre âge différent, à condition qu'il soit indiqué dans les Conditions Particulières et toujours sans préjudice des droits de dénonciation et de résiliation dont disposent les Parties, selon les termes et dispositions du paragraphe 10.

ART. 8 - Résiliation 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:
- a) Montant de la prime relative à la période de temps déjà écoulée, dans la mesure où il a supporté le risque;
 - b) Montant des frais raisonnables que l'Assureur a effectués pour des examens médicaux lorsque ces montants sont contractuellement imputés au Preneur d'assurance.

ART. 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, sans préjudice des dispositions de l'article 17.1. de ces Conditions Générales.
- 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'examens médicaux à réaliser par l'Assuré/Personne assurée qu'il juge nécessaires à cette fin-là.

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

ART. 10 - Dénonciation ou résiliation du Contrat

- 10.1. **Sous réserve des dispositions du paragraphe 17.5., 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 au droit de dénonciation du Contrat pendant une période de cinq (5) annuités depuis la date de début du contrat. Après cette période, l'Assureur peut résilier le contrat selon les conditions prévues dans le paragraphe 10.1 et dans les cas prévus dans la Loi, notamment à la suite de:**
- a) **La faute de paiement de la prime, comme prévu à l'article 15;**
 - 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.**

10.3. 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 17.

ART. 11 - Expiration des garanties

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

- a) A la date où la dénonciation ou la résiliation du Contrat a lieu selon les termes de l'article 10;
- b) A la date où le capital assuré en cas de Décès est payé;
- c) A la date où le capital souscrit pour la couverture additionnelle Cancer Invasif est épuisé;
- 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.

11.2. La Couverture additionnelle Cancer Non Invasif cesse ses effets lors du paiement du capital assuré souscrit, les autres couvertures demeurant en vigueur.

ART. 12 - Capital assuré

12.1. Le capital assuré garanti par le biais du présent Contrat est indiqué par le Preneur d'assurance et correspond à une somme forfaitaire.

12.2. L'indication du capital assuré, ainsi que toute modification de celui-ci, selon les termes prévus à l'article 9, est toujours de la responsabilité du Preneur d'assurance.

ART. 13 - Prime du Contrat

13.1. 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.

13.2. Après la fin de la période prévue dans le paragraphe 10.2 (Clause 10) le tarif applicable peut être modifié et la valeur de la prime sera annuellement ajustée à la date de renouvellement du contrat, en fonction du capital assuré initial et de l'âge actuariel de l'Assuré/la personne assurée.

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

ART. 14 - Paiement de la prime

14.1. 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.

- 14.2. 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.
- 14.3. 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.
- 14.4. 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.
- 14.5. La prime est due jusqu'à la fin de l'annuité où survient le décès de l'Assuré/Personne assurée ou au cours de laquelle est fait le paiement de l'indemnité suite à un sinistre garanti par le biais des Couvertures additionnelles Cancer Non Invasif et Cancer Invasif.

ART. 15 - Défaut de paiement de la prime

- 15.1. **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 chacun des reçus de la prime, accorde à l'Assureur le droit de résilier le Contrat.**
- 15.2. 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.

ART. 16 - Remise en vigueur du Contrat

- 16.1. **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.**
- 16.2. 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.
- Les frais liés aux examens médicaux seront supportés par le Preneur d'assurance.
- 16.3. 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.

ART. 17 - Bénéficiaires

- 17.1. Le Preneur d'assurance aura le droit de nommer les Bénéficiaires, selon les garanties du contrat, 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.

- 17.2. 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.
- 17.3. 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.
- 17.4. 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.
- 17.5. 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.
- 17.6. 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.
- 17.7. 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.

ART. 18 - Obligations de l'Assuré/Personne assurée et/ou du Bénéficiaire en cas de sinistre

- 18.1. **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.**
- 18.2. Les Bénéficiaires devront présenter à l'Assureur des documents attestant leur qualité ainsi que l'identification de l'Assuré/Personne assurée. Si un Bénéficiaire n'a pas été nommé dans la Police, il faut présenter le certificat d'héritier.
- 18.3. Lors de la survenance d'une situation garantie par le biais d'une Couverture additionnelle, sans préjudice des dispositions des Conditions Spéciales respectives, **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.

- 18.4. 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 s'il l'entend, les frais respectifs étant à la charge de l'Assureur.
- 18.5. 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.
- 18.6. Les primes dues aux termes du Contrat par rapport à la période de temps écoulée depuis le fait aboutissant à la situation garantie par le biais de l'une des Couvertures additionnelles 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.
- 18.7. Les documents à présenter et le délai pour le paiement des prestations assurées, le cas échéant, sont décrites dans les Conditions Spéciales respectives.
- 18.8. Le non-respect par le(s) Bénéficiaire(s) des dispositions des paragraphes précédents pourra entraîner la réduction des prestations de l'Assureur et, au cas où des informations incorrectes ont été fournies à l'Assureur de façon délibérée et consciente, pourra entraîner la perte du droit aux montants assurés.

ART. 19 - Paiement des montants assurés par l'Assureur

- 19.1. Après le rapport d'un sinistre en raison de Décès ou Cancer, et tous les documents complémentaires éventuellement demandés par l'Assureur ayant été présentés, en conformité avec le paragraphe 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.**
- 19.2. Si les circonstances du décès de la Personne assurée 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.
- 19.3. S'il y a lieu au paiement du capital assuré en raison de décès ou cancer:
 - a) Les montants assurés seront payés au Bénéficiaire nommé à la date du Décès ou de la reconnaissance du Cancer 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 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.

19.4. 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.

19.5. S'il y a lieu au paiement du capital assuré en raison de Cancer Invasif ou Cancer Non Invasif, les aspects suivants seront pris en compte concernant sa détermination:

- a) Si l'Assuré/Personne assurée en souffrait déjà à la date de son inclusion dans l'Assurance, la responsabilité de l'Assureur ne pourra excéder celle qu'il aurait si la maladie avait atteint une personne de bonne santé, sans préjudice de l'annulabilité de l'Assurance-vie pour fausses déclarations sur l'état de santé de l'Assuré/Personne assurée, le cas échéant;
- 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.

ART. 20 - Participation aux résultats

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

ART. 21 - 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.

ART. 22 - Communications et notifications entre les parties

- 22.1.** Les communications ou notifications prévues à 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.
- 22.2.** **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.**

ART. 23 - Législation et juridiction

- 23.1.** Le présent Contrat est régi par la Loi portugaise.
- 23.2.** Dans les cas omis au présent Contrat, on aura recours à la législation applicable.
- 23.3.** La juridiction compétente pour la résolution de tout litige émergent de ce Contrat est celle qui est fixée dans la loi civile.
- 23.4.** En cas de conflit, les parties pourront faire recours aux voies de règlement des litiges prévues à la loi.
- 23.5.** 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.

ART. 24 - Portée territoriale

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

ART. 25 - Gestion de réclamations

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

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.

CONDITIONS SPECIALES

COUVERTURE ADDITIONNELLE CANCER NON INVASIF

1. PORTÉE DE LA COUVERTURE

Si l'Assuré/Personne assurée se trouve dans une situation de cancer non invasif, l'Assureur procédera au paiement du capital souscrit et fixé dans les Conditions Particulières de la Police.

2. DÉFINITIONS

Aux fins de la présente couverture, on entend par cancer non invasif:

- Des tumeurs histologiquement confirmées comme étant des carcinomes *in-situ* (cancer limité à la surface et sans invasion de l'organe d'origine), classifiées comme (Tis) par le dernier manuel de "American Joint Committee on Cancer" (AJCC);
- Des tumeurs histologiquement confirmées et classifiées comme (Ta) par le dernier manuel de "American Joint Committee on Cancer" (AJCC).

Le diagnostic de cancer non invasif doit être confirmé par le biais d'un rapport histologique d'un laboratoire biomédical accrédité.

3. CONDITIONS D'OPERATION DE LA COUVERTURE

3.1. Aux fins de la reconnaissance du cancer non invasif, il doit être constaté et reconnu par un médecin de l'Assureur, sur la base de critères médicaux objectifs.

3.2. La Couverture additionnelle Cancer Non Invasif ne sera applicable que si le cancer est reconnu pendant la durée de la Police et préalablement à la fin de l'annuité pendant laquelle l'Assuré/Personne assurée atteint l'âge de soixante-quinze (75) ans.

4. PÉRIODE DE CARENCE

Période de carence initiale

Cette période est fixée en fonction de l'âge actuariel à la date de début du contrat et est comptée à partir de cette date-là. Si l'âge actuariel de la personne assurée se trouve entre 18 et 55 ans (inclus), la période de carence est de **90 jours**. S'il est plus âgé, la période de carence est de **180 jours**.

Tout signe, symptôme ou investigation médicale survenant dans les 90 jours après la date de souscription de l'assurance qui aboutit à un diagnostic de cancer est exclu.

5. PÉRIODE DE SURVIE

Si le décès de l'Assuré/Personne assurée survient avant que quatorze (14) jours se soient écoulés après la date du diagnostic de cancer non invasif (date du rapport histologique d'un laboratoire biomédical accrédité), le capital dû selon les termes de la

présente couverture Cancer Non Invasif sera le capital assuré de la couverture décès, et le contrat cesse immédiatement.

6. EXIGIBILITÉ DU CAPITAL ASSURÉ

- 6.1. Lorsque la situation de cancer non invasif est reconnue par le médecin de l'Assureur, le paiement du capital assuré défini dans les conditions particulières concernant cette couverture sera rendu disponible au Bénéficiaire selon les termes de l'article 19 des Conditions Générales.
- 6.2. La reconnaissance de la situation de cancer non invasif, compte tenu de son effective confirmation ou régression, d'un point de vue clinique, **ne surviendra jamais avant que quatorze (14) jours se soient écoulés après la date du diagnostic de cancer** (date du rapport histologique d'un laboratoire biomédical accrédité).
- 6.3. **Le paiement du capital assuré par le biais de la couverture cancer non invasif entraîne la cessation de cette couverture. Cependant, la police reste en vigueur concernant les autres couvertures et les capitaux assurés disponibles.**

7. JUSTIFICATION ET RECONNAISSANCE DU DROIT AUX MONTANTS ASSURÉS

- 7.1. **En cas de cancer non invasif, sans préjudice des autres obligations prévues à l'article 18 des Conditions Générales, le Preneur d'assurance et/ou le Bénéficiaire indiqué dans les Conditions Particulières doivent envoyer à l'Assureur, dans les soixante (60) jours suivant la constatation du cancer non invasif, le rapport biomédical avec le diagnostic définitif et le rapport médical concernant la tumeur avec la date du diagnostic initial et la date du premier rendez-vous médical.**
- 7.2. 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 à la discrétion de l'Assureur.
- 7.3. 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.
- 7.4. **Le non-respect par le Preneur d'assurance et/ou le Bénéficiaire des dispositions des paragraphes 7.1. et 7.2. entraîne sa responsabilité des dommages-intérêts y découlant ou la suspension de cette couverture tandis que le non-respect se maintient.**
- 7.5. **Le manque de véracité des informations fournies à l'Assureur entraîne la perte du droit aux montants assurés.**
- 7.6. En cas de conflit, les parties pourront faire recours aux voies de règlement des litiges prévues à la loi.
- 7.7. 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 cancer non invasif, 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.

8. RISQUES EXCLUS

Outre les situations prévues dans les Conditions Générales et Spéciales, la présente couverture ne couvrira pas non plus:

- Des tumeurs histologiquement décrites comme étant bénignes, pré-malignes, borderline, ayant un faible potentiel de malignité, dysplasie ou néoplasie intra-épithéliale;
- Carcinome *in-situ* de la peau;
- Mélanome *in-situ*, et les lésions non consolidées ou n'importe quelles maladies de nature évolutive dont la manifestation des premiers symptômes précède la date de prise d'effet de la présente garantie.

9. CESSATION DE LA COUVERTURE

En plus des situations prévues à l'article 11 des Conditions Générales, la Couverture additionnelle Cancer Non Invasif, si elle est souscrite, prendra fin lors de la date de l'une des situations suivantes:

- a) Paiement du Capital Assuré concernant la présente couverture;
- b) 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.

10. DISPOSITIONS FINALES

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

COUVERTURE ADDITIONNELLE CANCER INVASIF

1. PORTÉE DE LA COUVERTURE

Si l'Assuré/Personne assurée se trouve dans une situation de cancer invasif, l'Assureur procédera au paiement de parts du capital souscrit et fixé dans les Conditions Particulières de la Police en fonction du stade du cancer.

2. DÉFINITIONS

Aux fins de la présente couverture, on entend par cancer invasif la tumeur maligne caractérisée par la croissance incontrôlée, la dispersion de cellules malignes et l'invasion et la destruction du tissu normal.

Cette couverture est composée de 3 niveaux. Pour chacun d'eux, on définit le stade du cancer couvert en accord avec la classification médicale universelle.

- Niveau 1: correspond aux cancers histologiquement classifiés en tant que cancers de stade I;
- Niveau 2 : correspond aux cancers histologiquement classifiés en tant que cancers de stade II;
- Niveau 3 : correspond aux cancers histologiquement classifiés en tant que cancers des stades III et IV;

Le diagnostic doit être confirmé par le biais d'un rapport histologique d'un laboratoire biomédical accrédité.

3. CONDITIONS D'OPERATION DE LA COUVERTURE

- 3.1. Aux fins de la reconnaissance du cancer invasif, il doit être constaté et reconnu par un médecin de l'Assureur, sur la base de critères médicaux objectifs.**
- 3.2. La Couverture additionnelle Cancer Invasif ne sera applicable que si le cancer est reconnu pendant la durée de la Police et préalablement à la fin de l'annuité pendant laquelle l'Assuré/Personne assurée atteint l'âge de soixante-quinze (75) ans.**
- 3.3. La reconnaissance de la situation de cancer invasif, compte tenu de son effective confirmation ou régression, d'un point de vue clinique, **ne surviendra jamais avant que quatorze (14) jours se soient écoulés après la date du diagnostic de cancer** (date du rapport histologique d'un laboratoire biomédical accrédité).
- 3.4. En cas de vérification d'un cancer invasif, l'Assureur s'engage à maintenir le contrat d'assurance en vigueur par rapport aux couvertures et capitaux restants et ne pourra pas s'opposer à son renouvellement automatique, à moins que le Preneur d'assurance ne respecte pas les obligations prévues dans les Conditions Générales et Spéciales.**

4. PÉRIODE DE CARENCE

Période de carence initiale

Cette période est fixée en fonction de l'âge actuariel à la date de début du contrat et est comptée à partir de cette date-là. Si l'âge actuariel de la personne assurée se trouve entre 18 et 55 ans (inclus), la période de carence est de **90 jours**. S'il est plus âgé, la période de carence est de **180 jours**.

Tout signe, symptôme ou investigation médicale survenant dans les 90 jours après la date de souscription de l'assurance qui aboutit à un diagnostic de cancer est exclu.

Période de carence entre cancers

Pour un même cancer invasif, il n'y a pas de période de carence. Pour des cancers différents, la période de carence est de **cent-quatre-vingts (180) jours** entre les dates de diagnostic de chaque cancer.

5. PÉRIODE DE SURVIE

Si le décès de l'Assuré/Personne assurée survient avant que quatorze (14) jours se soient écoulés après la date du diagnostic de cancer invasif (date du rapport histologique d'un laboratoire biomédical accrédité), le capital dû selon les termes de la présente couverture Cancer Invasif sera le capital assuré de la couverture décès, et le contrat cesse immédiatement.

6. EXIGIBILITÉ DU CAPITAL ASSURÉ

Lorsque la situation de cancer invasif est reconnue par le médecin de l'Assureur, la valeur du capital assuré à être payé à L'assuré/Personne assurée selon les termes de l'article 19 des Conditions Générales est déterminée en fonction du stade du cancer invasif et correspond à un pourcentage du capital assuré défini dans les conditions particulières pour cette couverture.

A chaque stade correspondra un pourcentage du capital assuré défini pour la présente couverture, notamment:

- **Stade I: 25% du capital assuré total;**
- **Stade II: 50% du capital assuré total;**
- **Stades III et IV: 100% du capital assuré total.**

Lorsque le premier cancer invasif d'un certain stade est diagnostiqué, le pourcentage du capital assuré correspondant est payé, et la police reste en vigueur par rapport aux couvertures Décès, Cancer Non Invasif et Cancer Invasif concernant le capital assuré restant.

Si le même cancer (du même organe) se répète, il n'y aura lieu à un paiement que si la maladie correspond à un stade supérieur à celui qui a été à l'origine du paiement précédent. Ainsi, le montant à payer dans ce cas correspondra au pourcentage défini pour le stade en question, net d'indemnités précédentes et jusqu'à la limite maximale du capital assuré total.

Si un cancer est diagnostiqué sur un organe différent, on payera le montant correspondant au stade de la maladie et jusqu'à la limite du capital assuré encore disponible.

La couverture Cancer Invasif protège jusqu'à deux cancers maximum sur des organes différents, et leur respective évolution, jusqu'à la limite maximale du capital assuré total de cancer invasif.

7. JUSTIFICATION ET RECONNAISSANCE DU DROIT AUX MONTANTS ASSURÉS

7.1. En cas de cancer invasif, sans préjudice des autres obligations prévues à l'article 18 des Conditions Générales, **le Preneur d'assurance et/ou le Bénéficiaire indiqué dans les Conditions Particulières doivent envoyer à l'Assureur, dans les soixante (60) jours suivant la constatation du cancer invasif, le rapport biomédical avec le diagnostic définitif et le rapport médical concernant la tumeur avec la date du diagnostic initial et la date du premier rendez-vous médical.**

7.2. 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 à la discrétion de l'Assureur.

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.

- 7.3. Le non-respect par le Preneur d'assurance et/ou le Bénéficiaire des dispositions des paragraphes 7.1. et 7.2. entraîne sa responsabilité des dommages-intérêts y découlant ou la suspension de cette couverture tandis que le non-respect se maintient.**
- 7.4. Le manque de véracité des informations fournies à l'Assureur entraîne la perte du droit aux montants assurés.**
- 7.5. En cas de conflit, les parties pourront faire recours aux voies de règlement des litiges prévues à la loi.
- 7.6. 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 cancer invasif, 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.

8. RISQUES EXCLUS

Outre les situations prévues dans les Conditions Générales et Spéciales, la présente couverture ne couvrira pas non plus:

- **Des tumeurs histologiquement décrites comme étant bénignes, pré-malignes, borderline, ayant un faible potentiel de malignité, dysplasie ou néoplasie intra-épithéliale ou non invasives;**
- **Des tumeurs classifiées comme étant des carcinomes in-situ (Tis) ou (Ta) par le dernier manuel de "American Joint Committee on Cancer" (AJCC);**
- **Tous cancers de la peau classifiés comme n'étant pas de mélanomes, et les lésions non consolidées ou n'importe quelles maladies de nature évolutive dont la manifestation des premiers symptômes précède la date de prise d'effet de la présente garantie.**

9. CESSATION DE LA COUVERTURE

En plus des situations prévues à l'article 11 des Conditions Générales, **la Couverture supplémentaire Cancer Invasif, si elle est souscrite, prendra fin lors de la date de l'une des situations suivantes:**

- a) **Paiement du Capital Assuré total concernant la présente couverture;**
- b) **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.**

DISPOSITIONS FINALES

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

COUVERTURE ADDITIONNELLE CHECK-UP ANNUEL

1. PORTÉE DE LA COUVERTURE

De façon à promouvoir des habitudes de santé et, surtout, à agir activement dans le cadre de la prévention du cancer, à partir de la deuxième annuité de la police, la personne assurée pourra réaliser annuellement un (1) check-up en fonction de son âge, sexe et situation clinique.

2. DÉFINITIONS

Le check-up annuel consiste à **un (1) rendez-vous gratuit de médecine générale et familiale**, aux hôpitaux et cliniques de CUF, où on renforcera notamment la lutte contre l'obésité et les habitudes liées au tabac et à l'alcool, et où on promouvra la pratique d'exercice physique et des bonnes habitudes alimentaires.

Dans le cadre de ce rendez-vous médical, on pourra prescrire des examens médicaux additionnels pour la réalisation d'un check-up plus complet. Ces tests médicaux font l'objet de prix conventionnés au réseau CUF.

Après la réalisation des examens médicaux, on fixera un rendez-vous de suivi, compris dans l'assurance, sans frais additionnels, pour analyser les résultats et évaluer les étapes suivantes, le cas échéant.

3. CONDITIONS D'OPERATION DE LA COUVERTURE

La Couverture additionnelle Check-up annuel sera applicable **pendant la durée de la police et correspondra à un (1) rendez-vous de Médecine Générale et Familiale et un (1) rendez-vous de suivi par an, à partir de la 2^e annuité.**

DISPOSITIONS FINALES

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

COUVERTURE ADDITIONNELLE ASSISTANCE A LA PERSONNE ASSURÉE

1. RÉSEAU DE PRESTATAIRES

On garantit l'accès direct par la Personne assurée à des prestataires liés aux domaines de santé oncologique, avec lesquels AdvanceCare a établi un accord de partenariat, celle-ci étant responsable de choisir le prestataire en question.

On entend par réseau de prestataires AdvanceCare le groupe de prestataires de soins de santé, notamment les médecins, hôpitaux, cliniques, centres de diagnostic et d'autres unités

de santé avec lesquels AdvanceCare a établi un accord de prestation de services garantis par le contrat.

L'accès au réseau de prestataires est disponible pendant la durée du contrat et, dans les cas où le capital assuré de la couverture cancer invasif est complètement épuisé et le contrat est terminé, l'accès au réseau se maintient pendant une période maximale de 5 ans à partir de la date où la couverture est terminée.

2. SOUTIEN A LA PERSONNE ASSURÉE

En cas de cancer, en accord avec les dispositions des couvertures additionnelles Cancer Invasif ou Cancer Non Invasif, on accorde à la Personne assurée les services suivants:

Ligne téléphonique d'assistance (n° 210 114 417 - tarif d'appel sur le réseau téléphonique fixe national) laquelle permettra:

- D'accélérer et de faciliter le processus de présentation des documents nécessaires à la communication du sinistre;
- D'informer la personne assurée sur les prestataires de soins de santé du réseau conventionné d'AdvanceCare où elle pourra réaliser le traitement de sa maladie, tout en bénéficiant de prix conventionnés.

Le **programme Welcome Home**, qui permettra le suivi et le soutien téléphonique proactif de la part des infirmiers/techniciens de santé après la sortie de l'hôpital. Un contact téléphonique est effectué le deuxième jour ouvré après la sortie de la personne assurée, ce qui permet:

- D'évaluer la satisfaction de la personne concernant les soins du prestataire;
- D'évaluer l'état actuel du patient, et ajuster les orientations compte tenu des recommandations du médecin;
- De collecter des informations sur les traitements ou rendez-vous suivants;
- De donner des conseils et de renforcer les soins postopératoires, thérapie, signes et symptômes;
- De fixer la date d'un appel de suivi si la situation le justifie;
- On rend encore disponible à la personne assurée une ligne téléphonique spécifique **pendant le premier mois après la sortie de l'hôpital** (n° 210 114 415 - tarif d'appel sur le réseau téléphonique fixe national) pour clarification de doutes, si nécessaire.

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



Generali Seguros, S.A.
Av. da Liberdade, 242, 1250-149 Lisboa
Capital Social: 90 500 000€
Registo C.R.C. e NIPC: 500 940 231

E clientes@tranquilidade.pt
W tranquilidade.pt

GLOSSAIRE

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/PESSOA SEGURA
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	PRÉMIO
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
PRÉMIO	PRIME
SEGURADO/PESSOA SEGURA	ASSURÉ/PERSONNE ASSURÉE
SEGURADOR	ASSUREUR
TOMADOR DO SEGURO	PRENEUR D'ASSURANCE