médis

Nouvelle assurance ☐

Police n.º : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Date de début*: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Modification ☐

Succursale : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Proposition : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Nom de l'agent / courtier : _____

Proposition d'Assurance
Médis Dental

*Le contrat commencera le 1er ou le 15 du mois qui suit l'acceptation du risque par l'Assureur

Adhérent (La personne identifiée ci-dessous est celle qui signe le bulletin d'adhésion et qui endosse la responsabilité du paiement de la cotisation)

Nom: _____

Adresse: _____

Code postal : _____ Ville : _____ E-mail : _____

État civil : _____ Profession : _____

Date de naissance : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Sexe : F ☐ M ☐

Carte d'identité: ☐☐☐☐☐☐☐☐

NIF: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Téléphone portable : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Téléphone (professionnel) : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Téléphone (domicile) : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Identification des Personnes Assurées (En cas de plusieurs personnes assurées, merci de remplir un autre bulletin uniquement avec ces données)

Le Souscripteur est-il l'Assuré ? ☐ Oui ☐ Non

Nom à inscrire sur la Carte Médis Dental ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ (25 caractères maximum)

Titulaire (Ne pas remplir si vous avez coché la case " Oui " indiquant que le Souscripteur est l'Assuré) :

Date de naissance : / /	Sexe : ☐ M ☐ F	Carte d'identité :	Nº d'identification fiscale :

Nom à inscrire sur la Carte Médis Dental ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ (25 caractères maximum)

Conjoint :

Date de naissance : / /	Sexe : ☐ M ☐ F	Carte d'identité :	Nº d'identification fiscale :

Nom à inscrire sur la Carte Médis Dental ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ (25 caractères maximum)

Fils :

Date de naissance : / /	Sexe : ☐ M ☐ F	Carte d'identité :	Nº d'identification fiscale :

Nom à inscrire sur la Carte Médis Dental ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ (25 caractères maximum)

Fils :

Date de naissance : / /	Sexe : ☐ M ☐ F	Carte d'identité :	Nº d'identification fiscale :

Nom à inscrire sur la Carte Médis Dental ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ (25 caractères maximum)

médis

Proposition d'Assurance
Médis Dental

Garanties et Limites par Assuré / Année

Garanties	Limites	Paiements partagés
Dental		3 € par consultation
Réseau Médis Dental		
Consultation de médecine dentaire	Illimité	
Composites pour scellement de fissures (par quadrant)	1 tous les 2 ans	
Application topique de fluorures	1 par semestre	
Détartrage bimaxilaire	1 par semestre	
Retrait de pigment dentaire au jet de bicarbonate de sodium	1 par semestre	
Radiographie panoramique	1 par annuité	
Restauration	3 par annuité	
Protection pulpaire	3 par annuité	
Première séance d'endodontie	1 par annuité	
Sessions suivantes d'endodontie	2 par annuité	
Avulsion de dent caduque	Illimité	
Exodontie dentaire avec odontosection et ostéotomie	Illimité	
Exodontie dentaire multi-radiculaire	Illimité	
Exodontie dentaire mono-radiculaire	Illimité	
Pack d'Étude d'implantologie	1 par annuité	
Pack d'Étude en orthodontie	1 par annuité	
Contrôle d'appareil fixe	3 par annuité	
Médecin en ligne		
Médecine générale et familiale	Illimité	
Pédiatrie	Illimité	
Psychologie	prix convenus	prix convenus
Psychiatrie	prix convenus	prix convenus
Autres spécialités	prix convenus	prix convenus
Prises en charge	**Dans le réseau**	**Hors réseau**
Dental	100%	0%

médis

Proposition d'Assurance
Médis Dental

Description des actes

Composites pour scellement de fissures - Application de résine fluide sur la surface de mastication des dents pour prévenir les caries. Jusqu'à l'âge de 18 ans, une unité est financée tous les 2 ans
Application topique de fluorures - Application de fluorure pour prévenir les caries. Selon les bonnes pratiques cliniques, une unité est financée tous les 6 mois;
Détartrage bimaxilaire - Nettoyage dentaire. Selon les bonnes pratiques cliniques, une unité est financée tous les 6 mois;
Retrait de pigment dentaire au jet de bicarbonate de sodium - utilisation de jets d'eau, air et particules de bicarbonate de sodium qui sont projetés à grande vitesse sur la surface de la dent pour enlever le tartre et la plaque dentaire;
Radiographie panoramique - Radiographie qui permet d'avoir une vue d'ensemble des maxillaires et des dents, l'Assureur paie une radiographie panoramique par annuité;
Restaurations - Traitement de lésions dentaires, en restaurant leur forme et leur fonction, l'Assureur paie deux restaurations par annuité;
Protection pulpaire - application d'un médicament ou recouvrement de la dent pour essayer de préserver sa vitalité;
Première séance d'endodontie - Dévitalisation, qui comprend l'exérèse de la pulpe et du nerf dentaire, l'Assureur paie une dévitalisation par annuité;
Sessions suivantes d'endodontie - sessions suivantes de dévitalisation, qui consiste au retrait complet de la pulpe et du nerf dentaire;
Avulsion de dent caduque - Extraction de dent de lait, sans limites;
Exodontie dentaire avec odontosection et ostéotomie - extraction de dents à l'aide d'une petite chirurgie;
Exodontie dentaire multi-radiculaire - extraction de dents ayant plus d'une racine;
Exodontie dentaire mono-radiculaire - extraction de dents ayant une racine;
Pack d'Étude d'implantologie - Étude réalisée avant que le client ne pose l'appareil dentaire. Cette étude inclut la consultation en médecine dentaire, une étude de rééducation avec implants et des modèles d'étude.
Pack d'Étude en orthodontie - Étude réalisée avant que le client ne pose l'appareil dentaire. Cette étude inclut la consultation en médecine dentaire, les modèles d'études orthodontiques, l'analyse céphalométrique, la téléradiographie et l'étude photographique.
Contrôle d'appareil fixe - Six contrôles financés les deux premières annuités (trois par annuité), après la pose de l'appareil.

Autres conditions

- Pas d'âge limite d'adhésion
- Pas d'existences préalables
- Pas de délais de carence
- Sans autorisations préalables
- Pas de questionnaire médicale à remplir

médis

Proposition d'Assurance
Médis Dental

Paiement, durée et périodicité du paiement de la prime

Paiement :

Par débit sur le compte (remplir l'autorisation de débit sur le compte) ☐

Durée : Année et suivants ☐ **Périodicité de paiement de la prime** ☐ Annuel ☐ Semestriel ☐ Trimestriel ☐ Mensuel ☐

Au 1er paiement de la prime s'ajoute le coût de la police et ses charges légales, d'un total de 5,38 €

Autorisation de prélèvement automatique / prélèvement Sepa

Titulaire du compte : _____

J'autorise la Banque à effectuer le paiement à Médis – Companhia Portuguesa de Seguros de Saúde, S.A., de la prime relative à l'Assurance souscrite à travers la présente Proposition et en respectant la périodicité convenue, par prélèvement automatique conformément aux termes de l'autorisation ou, si le paiement de la prime initiale ou de la première prestation de celle-ci n'est pas compatible avec ce service de paiement compte tenu de la date de début de l'assurance, par virement sur le compte de Médis – Companhia Portuguesa de Seguros de Saúde, S.A., avec l'IBAN PT50.0033.0000.00170575083.05, en débitant mon compte indiqué ci-dessous.

Numéro de compte :

IBAN ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐ **BIC /SWIFT** ☐☐☐☐☐☐☐☐

Type de paiement : Paiement récurrent ☐ Paiement ponctuel ☐

En souscrivant à cette autorisation, vous consentez à ce que (i) Médis - Companhia Portuguesa de Seguros de Saúde, SA envoie des instructions à votre Banque pour débiter votre compte et (ii) que votre banque débite votre compte conformément aux instructions de Médis - Companhia Portuguesa de Seguros de Saúde, S.A. Vos droits concernant l'autorisation désignée ci-dessus, sont exposés dans un communiqué que vous pouvez obtenir auprès de votre Banque et inclut la possibilité d'exiger de votre banque le remboursement du montant débité, dans les termes et conditions convenus avec votre Banque. Le remboursement doit être demandé dans un délai de huit semaines à compter de la date du prélèvement sur votre compte. Nous avertissons, cependant, que la satisfaction de la demande de remboursement de la part de votre banque, n'exempte pas de l'obligation de payer la cotisation en question ni la responsabilité résultant de la violation du contrat d'assurance. En cas de paiement des montants en vertu de ce contrat d'assurance, le crédit doit être fait sur le même compte, sauf instructions contraires.

médis

Proposition d'Assurance
Médis Dental

Autorisation de prélèvement automatique / prélèvement Sepa (cont.)

En cas de souscription par des comptes joints ou mixtes, l'accord exprès des co-titulaires des conditions de souscription est nécessaire, et la présente instruction de paiement doit être signée en conformité avec les conditions de mouvements du compte de dépôt à vue.

Lieu et Date : _____ **, le** _____

Signature des Titulaires du compte :

_____ _____

(Conforme à la Fiche de Signatures, ou Document d'Identification, et selon les conditions de manipulation du compte de dépôt à vue)

Autorisation de collecte de données personnelles concernant la santé

J'autorise l'Assureur à saisir des données à caractère personnel relatives à ma santé auprès des médecins ou d'autres professionnels de la santé et des organismes publics ou privés tels que les hôpitaux, les cliniques, les cabinets médicaux, les dispensaires, les instituts de médecine légale, même après ma mort, afin de confirmer ou de compléter les informations fournies lors de ou après ma souscription à cette assurance, avec les fins de l'évaluation de risque de souscription ou d'adhésion à l'assurance ou de la gestion de la relation contractuelle ultérieure, en particulier pour déterminer l'origine, la cause et l'évolution d'une maladie éventuelle et je comprends le caractère essentiel de cette autorisation pour la conclusion et le fonctionnement du présent contrat d'assurance.

_____ _____

La Personne Assurée **La Personne Assurée**

Déclarations, consentements, date et signatures

Pour conclure ce contrat d'assurance, le Soumissionnaire/Souscripteur et les Assurés déclarent que :

1. Nous avons pris connaissance des conditions du contrat d'assurance et avons reçu toutes les informations nécessaires et requises par la loi, et déclarons avoir reçu à cet effet les pièces jointes de cette proposition: Document d'information sur le produit d'assurances et les Conditions générales et particulières.

2. Dans les assurances conclues pour une période de six mois ou plus, le Preneur d'assurance qui est une personne physique a le droit de résilier le contrat, sans avoir besoin d'invoquer un motif valable, dans les 30 jours suivant la date de réception de la police.

3. Les dispositions du numéro précédent ne s'appliquent pas à l'assurance collective.

médis

Proposition d'Assurance
Médis Dental

Déclarations, consentements, date et signatures (cont.)

Le Soumissionnaire/Souscripteur et les Assurés ont également connaissance que :

4. En cas de changement des conditions de la police, les délais de stage seront appliqués aux nouvelles couvertures et à la différence de capital en comparaison avec celui de l'option précédente. Des pré-existences et des exclusions particulières seront considérées, se basant sur l'information clinique existante (questionnaire médical et informations supplémentaires résultant de l'utilisation de l'assurance) pour les nouvelles couvertures ou pour la différence de capital en comparaison avec celui de l'option précédente.
5. Sur le plan juridique, après l'acceptation de cette proposition, la couverture des risques n'est effective qu'à partir du paiement de la cotisation ou de la part due.
6. Les prestations garanties nommées dans ce bulletin se rapportent exclusivement à chaque année de contrat.
7. Les réclamations émergeant du contrat peuvent être adressées par écrit au département de gestion des réclamations de l'Assureur (notamment par courrier électronique: reclamacoes@medis.pt ou par Courrier à: Praça Príncipe Perfeito 2, 1990-278 Lisboa), dans le Livre des Réclamations, au Médiateur clientèle (notamment par courrier électronique: provedor.medis@mm-advogados.com) et à l'Autorité de surveillance des assurances et des fonds de pension sur www.asf.com.pt. En cas de litige, outre le recours aux autres Organismes de résolution alternative des litiges dans les conditions prévues par la législation applicable, les parties peuvent recourir au CIMPAS – Centre d'information, de médiation et d'arbitrage sur les Assurances, dont l'Assureur est membre - www.cimpas.pt - ou aux tribunaux judiciaires. La Politique de Traitement de la clientèle de l'Assureur et les autres informations concernant la gestion des plaintes sont disponibles sur www.medis.pt.
Médis - Companhia Portuguesa de Seguros de Saúde, S.A. (ci-après désigné "Médis") est l'entité responsable du traitement des données personnelles du souscripteur (s'il s'agit d'une personne physique) ou du (des) représentant(s) du souscripteur (s'il s'agit d'une personne morale), autres assurés et/ou bénéficiaires ("Titulaires de données"), dans le cadre de la souscription de produits d'assurance, fournis dans ce document, de même que celles qui viendraient à être fournies ultérieurement, en particulier dans le cadre de la déclaration d'un sinistre, avant qu'elles ne soient collectées par des tiers. Les données personnelles fournies sont nécessaires à la souscription et à la gestion de l'assurance, y compris l'émission de la police, la gestion d'assurance, la gestion de sinistres et l'annulation de la police, lesquelles sont uniquement traitées à cette fin. Dans ce contexte, Médis traite les catégories de données suivantes : identification et coordonnées de contact, données de santé, données financières et autres données nécessaires à la conclusion du contrat d'assurance. Afin de poursuivre la ou les fins décrites ci-dessus, Médis peut communiquer les données personnelles collectées à des entités sous-traitantes, des partenaires commerciaux et des entités du secteur des assurances, telles que l'Associação Portuguesa de Seguradores (Association portugaise des compagnies d'assurances), des distributeurs d'assurances et des réassureurs. Médis peut également communiquer des données personnelles lorsqu'elle le juge nécessaire ou approprié (i) eu égard au droit applicable, (ii) dans le respect des obligations légales/décisions de justice, ou (iii) pour répondre aux demandes des autorités publiques ou gouvernementales. La prestation de produits et de services par Médis peut impliquer le transfert de données à caractère personnel vers des pays tiers (autres que ceux appartenant à l'Union européenne ou à l'Espace économique européen).
Dans de tels cas, Médis met en œuvre les mesures nécessaires et appropriées eu égard du droit applicable pour assurer la protection des données à caractère personnel faisant l'objet d'un tel transfert. Médis conserve ces données pendant toute la durée du contrat, à moins que la loi ne l'oblige à conserver les

médis

Proposition d'Assurance
Médis Dental

Déclarations, consentements, date et signatures (cont.)

données plus longtemps. Les Titulaires de données peuvent solliciter à tout moment l'accès à leurs données à caractère personnel, ainsi que la rectification, l'élimination ou la limitation de leur traitement, la portabilité de leurs données, ou s'opposer à leur traitement (à l'exception des données strictement nécessaires à la prestation du service) sur demande écrite adressée à Médis en envoyant un email à apoioaocliente@medis.pt ou à l'adresse Avenida Dr. Mário Soares (Tagus Park), Edifício 10, piso 1, 2744-002, Porto Salvo, Portugal. Pour contacter la personne chargée de la protection des données, envoyez un email à dpo@medis.pt. Sans préjudice de tout autre recours administratif ou judiciaire, les Titulaires de données ont le droit de porter plainte auprès du CNPD ou de toute autre autorité de contrôle compétente en vertu de la loi, s'ils estiment que leurs données ne sont pas soumises à un traitement légitime de la part de Médis. Médis peut traiter des données à caractère personnel afin d'évaluer le niveau de risque associé à la souscription d'une assurance sur la base d'un traitement automatisé (c'est-à-dire sans intervention humaine) de données à caractère personnel, ce qui constitue une décision pouvant influer sur la situation juridique du titulaire, en particulier sur le devis d'assurance. À cet égard, Médis s'engage à prendre les mesures appropriées pour protéger les droits, les libertés et les intérêts légitimes des titulaires de données, à savoir le droit d'obtenir une intervention humaine de la part d'Ocidental, d'exprimer son point de vue et de contester la décision en question.

Moyennant son consentement (s'il s'agit d'une personne physique), Médis utilise les données recueillies pour envoyer des communications promotionnelles, faire connaître les campagnes relatives aux produits et aux services de Médis, adaptées au profil du titulaire.

Moyennant son consentement, les entités du Groupe Ageas Portugal (à savoir : Ageas Portugal - Companhia de Seguros (marque Ocidental), S.A., Ageas Portugal - Companhia de Seguros de Vida, S.A.,Ocidental - Companhia Portuguesa de Seguros de Vida, S.A., Médis - Companhia Portuguesa de Seguros de Saúde, S.A., Ageas - Sociedade Gestora de Fundos de Pensões, S.A.) auront accès à vos données personnelles, pour l'envoi de communications promotionnelles, la publicité de campagnes liées à vos propres produits et aux services selon votre profil, ces entités agissant en tant que responsables autonomes du traitement que chacune d'entre elles effectue. Vous pouvez demander, à tout moment, l'accès aux données personnelles vous concernant, ainsi que leur rectification, l'élimination ou la limitation de leur traitement, la portabilité de vos données, ou vous opposer à leur traitement, sur demande écrite adressée aux entités responsables du traitement aux contacts identifiés ci-dessus. Pour contacter le DPO du Groupe Ageas Portugal, envoyez un email à dpo@ageas.pt. Vous pouvez gérer les consentements que vous avez accordés dans l'espace qui vous est réservé. Si vous souhaitez en savoir plus sur la manière dont les entités du Groupe Ageas Portugal traitent vos données personnelles, consultez leurs politiques de confidentialité, figurant sur les sites Web de chacune d'entre elles.

Le profil est créé en fonction notamment de variables démographiques, telles que l'âge et le sexe, le lieu de résidence, les préférences personnelles indiquées, ainsi que les produits souscrits, le profil étant ajusté en fonction de la relation qui a été établie avec certaines des entités du Groupe Ageas Portugal. Les données personnelles sont conservées à des fins de marketing tant que le titulaire de données ne retire pas son consentement. Toutes nos communications contiennent un lien par lequel le titulaire peut, à tout moment, retirer son consentement, ce qui n'annule pas pour autant le traitement effectué jusqu'à cette date sur la base du consentement précédemment accordé.

Le preneur d'assurance (personne physique ou morale), lorsqu'il met à disposition des données provenant de tiers, à savoir un ou plusieurs assurés et/ou un ou des bénéficiaires, s'engage à fournir les informations relatives au traitement des données à caractère personnel décrites ci-dessus, ainsi qu'à obtenir le ou les consentement(s) pouvant être applicable.

médis

Proposition d'Assurance
Médis Dental

Déclarations, consentements, date et signatures (cont.)

☐ J'accepte que les entités du Groupe Ageas Portugal (identifiées ci-dessus) aient accès à mes données personnelles conservées dans le cadre du contrat établi avec la ou les entités du Groupe Ageas, dans les conditions susmentionnées.

☐ J'autorise le traitement de mes données personnelles par les entités Médis et Ageas Seguros, dans le but d'envoyer des communications marketing par le biais des différents canaux de communication, physiques et numériques, à savoir les notifications électroniques, les courriers, les SMS ou les emails, adaptés à mon profil, conformément aux dispositions décrites ci-dessus et détaillées dans les diverses politiques de confidentialité disponibles sur leurs sites Web.

☐ Je déclare être le représentant légal et le titulaire des responsabilités parentales du ou des mineurs identifiés ou être dûment autorisés par le représentant légal et le titulaire des responsabilités parentales du ou des mineurs identifiés, et avoir été informé des conditions du traitement des données à caractère personnel, par Ageas Seguros aux fins décrites et dans les conditions énoncées ci-dessus.

Souscripteur	**L'agence/ Le Courtier**
La Personne Assurée	**La Personne Assurée**
La Personne Assurée	**La Personne Assurée**

Lieu et Date : _____ **, le** _____

www.medis.pt

Médis – Companhia Portuguesa de Seguros de Saúde, S.A. - Siège: Praça Príncipe Perfeito 2, 1990-278 Lisboa. Personne Morale n.º 503 496 944, enregistrée sous ce numéro au Registre Commercial (Conservatória do Registo Comercial) de Lisbonne, avec un capital social de €12.000.000. Registre ASF 1131, www.asf.com.pt