médis

Nouvelle Adhésion ☐
Modification ☐

Police Nº: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Médiation **ME:** ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Date de début* : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Proposition: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Bulletin de Souscription

Assurance Santé Médis

Vintage et Vintage Plus

Nom de l'agent / courtier: _____

*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)

Adresse: _____

Code Postal: _____ Ville: _____ E-mail: _____

État civil: _____ Profession: _____

Date de Naissance: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Sexe: ☐ F ☐ M

Carte d'Identité: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Nº d'identification fiscale: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Portable: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Téléphone (emploi): ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Téléphone (résidence): ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

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

L'Adhérent est-il la personne assurée? ☐ Oui ☐ Non

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

Titulaire (Si vous avez répondu "Non" au champs Adhérent):

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

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

Conjoint(e):

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

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

médis

Bulletin de Souscription

Assurance Santé Médis

Vintage et Vintage Plus

Couvertures, capitaux, sous-limites et franchises par Personne Assurée / an		
Option	**Médis Vintage**	**Médis Vintage Plus**
Indiquez l'option de votre choix. Ceci ne dispense pas de la lecture de l'information pré contractuelle et contractuelle légalement exigée	☐	☐
Hospitalisation	€ 2.500	€ 5.000
Soins Courants	€ 150	€ 250
Vaccin Antigrippe (1)	1 vaccin	1 vaccin
Services d'Assistance	Oui	Oui
Bilan de santé / check-up	1 check-up	1 check-up
Physiothérapie / kinésithérapie à domicile (2,3)	5 séances	10 séances
Soins infirmiers à domicile (2,3)	5 soins	10 soins
Services d'entretien ménager et d'hygiène personnelle à domicile (2)	5 jours	10 jours
Services d'alimentation à domicile (2, 4)	5 jours	10 jours
Livraison de médicaments à domicile (5)	1 livraison	1 livraison
Analyses médicales à domicile (6)	1 prélèvement	1 prélèvement
Transport non urgent	2 transports	2 transports
Maladies Graves (7)	-	€ 1.000.000
2ème Avis (8)	Oui	Oui
Franchises		
Hospitalisation	50% (9)	50% (9)
Soins Courants	50% (9)	50% (9)
Médecin en ligne	sans franchise	sans franchise
Bilan de santé / check-up	€ 40	€ 40

médis

Bulletin de Souscription

Assurance Santé Médis

Vintage et Vintage Plus

Les délais de carence

60 jours - Soins courants. **90 jours -** Hospitalisation ; Services d'assistance. **180 jours -** Maladies Graves ; Chirurgie ou d'autres méthodes invasives de traitement pour l'hypertrophie de la prostate, pour la pathologie bénigne de l'utérus, la cystocèle et la rectocèle. **365 jours -** Traitement chirurgical de varices des membres inférieurs et de la hernie discale ; Hémorroïdectomie et autres traitements de la maladie hémorroïdaire et traitement chirurgical de la fistule périnéale ; Traitement de la pathologie articulaire par voie arthroscopique; Amygdalectomie, adénoïdectomie, paracentèse avec ou sans application de tubes de ventilation, septoplastie, rhinoseptoplastie et le traitement chirurgical de l'apnée du sommeil ; Exérèse chirurgicale des lésions bénignes de la peau et des tissus sous-cutanés, et traitements par laser des lésions de peau bénignes.

Mode de règlement, durée et périodicité de la cotisation

Choisissez l'option de paiement:

Agent /Courtier ☐ Direct (ATM / Chèque) ☐ Par prélèvement automatique (Remplir l'Autorisation de Prélèvement Automatique) ☐

Durée: Année en cours et suivantes **Règlement de la Cotisation** Annuel ☐ Mensuel* ☐

Le 1er reçu de prix, plus le coût de la politique et les frais juridiques liés totalisant € 5,38

***(uniquement par prélèvement automatique)**

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 permanent ☐ ou 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

Bulletin de Souscription

Assurance Santé Médis

Vintage et Vintage Plus

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: _____,_____**de**_____**de** _____

Signature des Titulaires du Compte:

_____ _____

(Conformément à la Fiche de Signatures ou un Document d'Identification, et en accord avec les conditions de mouvements 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

Nous soussigné(e) l'Adhérent, déclarons 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.

Nous avons également pris connaissance que:

4. L'acceptation de l'assurance pour chaque Assuré, dépend de l'analyse du respectif Questionnaire Individuel de Santé, considérant que l'assurance est acceptée si, dans les 14 jours à compter de la date de réception de la proposition et du Questionnaire Individuel de Santé respectif par les Services de Souscription Médicale de l'Assureur n'informent pas l'Assuré de la non-acceptation du risque proposé ou de la nécessité d'obtenir des éléments supplémentaires pour leur appréciation.

5. Dans le cas d'un transfert du risque préalablement couvert par un autre contrat d'assurance, les

Déclarations, consentements, date et signatures (cont.)

exclusions particulières et les délais de stage pour les nouvelles couvertures seront appliquées à la différence du capital de la police précédente, et à la couverture Accouchement, le cas échéant. Les exclusions particulières seront examinées sur la base des données cliniques existantes, à savoir le questionnaire médical de l'assureur précédent qui doit obligatoirement être remis. En l'absence de ce questionnaire médical, la souscription sera basée sur le nouveau questionnaire médical et reportée à la date de contrat de cette assurance Médis. Les pré-existences seront présentées à compter de la date où le questionnaire médical de base pour la souscription de cette assurance a été rempli.

6. 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.

7. 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.

8. Les prestations garanties nommées dans ce bulletin se rapportent exclusivement à chaque année de contrat.

9. 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

médis

Bulletin de Souscription

Assurance Santé Médis

Vintage et Vintage Plus

Déclarations, consentements, date et signatures (cont.)

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 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 Praça Príncipe Perfeito 2, 1990-278 Lisboa, 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, S.A. (marque Ocidental), Ageas Portugal - Companhia de Seguros de Vida, 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.

médis

Bulletin de Souscription

Assurance Santé Médis

Vintage et Vintage Plus

Déclarations, consentements, date et signatures (cont.)

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.

☐ 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 du Groupe Ageas Portugal (décrites ci-dessus), 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.

L'Adhérent	**L'agent/ Le Courtier**
La Personne Assurée	**La Personne Assurée**

Lieu et date:_____,_____**de**_____**de** _____

médis

Bulletin de Souscription

Assurance Santé Médis

Vintage et Vintage Plus

www.medis.pt

(1) Applicable aux vaccins remboursés par le système de santé portugais (Sistema Nacional de Saúde - SNS), sur ordonnance médicale et disponibles dans le réseau de pharmacies agrées. (2) Dès que la personne assurée soit dépendante d'un tiers et que cette dépendance soit attestée par un certificat médical. (3) Le coût du matériel est supporté par la personne assurée. (4) Le coût de la nourriture est à la charge de la personne assurée. (5) Le coût des médicaments est à la charge de la personne assurée. (6) Le coût de l'analyse est à la charge de la personne assurée. (7) Les avantages de cette couverture sont valables uniquement dans le réseau de partenaires agrées hors du territoire national. Les maladies considérées graves comprises dans cette couverture sont listées dans les conditions contractuelles. (8) Accessible via « Ligne directe Médis », service fourni par la Clinique Universitaire de Navarre. (9) Franchise de l'assuré(e) au sein du réseau Médis, jusqu'au plafond contractuel, sans remboursement des dépenses santé en dehors du réseau Médis.

Le présent document est une traduction de la version portugaise. En cas de divergence entre les versions, la version portugaise fera foi. Ne dispense pas de la consultation des informations précontractuelles et contractuelles légalement exigées.

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