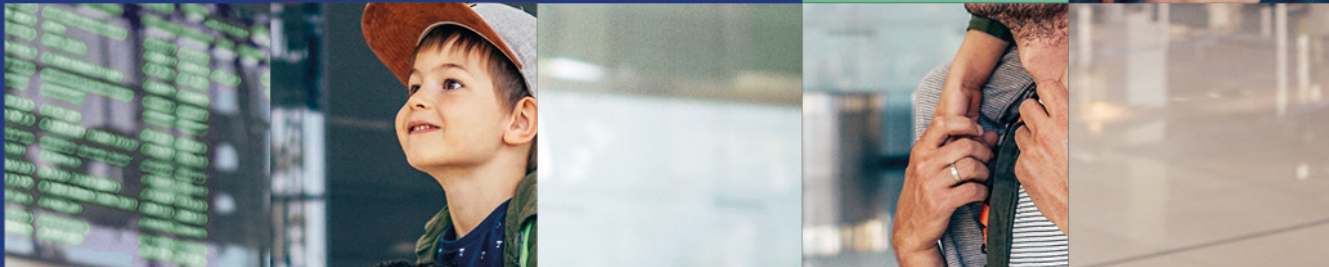




Henner Expatriés Santé

1^{er} euro & Complément CFE



Chaque jour à vos côtés



FORMULES		1	2	3	4
Plafond global des prestations santé par personne et par année d'adhésion		500 000 €	800 000 €	1 000 000 €	1 500 000 €
HOSPITALISATION MÉDICALE ET CHIRURGICALE (+ de 24h)					
Frais hospitaliers		Prise en charge directe auprès de la clinique ou de l'hôpital			
Honoraires (médecin, chirurgien, anesthésiste)					
Frais de séjour, forfait journalier					
Actes médicaux et chirurgicaux, examens, analyses, médicaments		100 % des frais réels			
Greffe d'organe					
Psychiatrie (30 jours par vie du contrat)					
Hospitalisation à domicile (30 jours/séjour)					
Ambulance terrestre (sur prescription)					
Autre frais hospitaliers		Par jour :			
Chambre particulière (privée ou semi-privée standard)		-	100 €	200 €	300 €
BONUS FIDÉLITÉ	Sur le plafond de la chambre particulière, après 3 ans d'adhésion	-		+ 100 €	
Lit d'accompagnement enfant moins de 15 ans (10 jours/an)		-	-	50 €	75 €
HOSPITALISATION DE JOUR					
Hospitalisation de jour et visite aux urgences		100 % des frais réels			
Traitement ambulatoire du Sida, du Cancer (chimiothérapie et radiologie), insuffisance rénale (dialyse)		90 % des frais réels	100 % des frais réels		
MÉDECINE COURANTE					
Consultation et visite de médecin généraliste et spécialiste, par acte :		Zone A/B : 30 € Zone C/D : 50 €	Zone A/B : 80 € Zone C/D : 100 €	Zone A/B : 120 € Zone C/D : 140 €	Zone A/B : 160 € Zone C/D : 180 €
Téléconsultation Teladoc (téléconsultation médicale et second avis médical)		inclus			
Actes techniques médicaux		-			
Pharmacie		-			
Analyses médicales - Laboratoire		-	90 % FR	100 % FR	
Imagerie - Radiologie - Échographie		-			
Bilan de santé (tous les 5 ans)		-	200 €	350 €	600 €
Auxiliaires médicaux (infirmier, kiné, physiothérapeute, orthophonie, orthoptie, podologue) au global du poste, par acte.		-	50 € max 1 000 €/an	80 € max 2 000 €/an	100 € max 2 500 €/an
MATERNITÉ à partir du 11^{ème} mois d'adhésion :		plafond par accouchement :			
Accouchement et premiers soins du nouveau né		-	-	Zone A/B : 3 000 € Zone C/D : 4 500 €	Zone A/B : 5 000 € Zone C/D : 8 000 €
Si césarienne médicalement justifiée		-	-	+ 2 000 €	+ 3 000 €
BIEN-ÊTRE À L'ÉTRANGER		au global du poste, par acte, par personne :			
Sur prescription : ostéopathie, chiropractie, ergothérapie, psychomotricien (+si médecin : homéopathe, acupuncteur, diététicien et nutritionniste)		-	30 € max 150 €/an	50 € max 300 €/an	70 € max 500 €/an
DENTAIRE		plafond par année d'adhésion, par personne :			
Soins dentaires		-	300 €	600 €	1 000 €
Prothèse et prothèse sur implant dentaire		-	700 €	1 400 €	2 000 €
Orthodontie de l'enfant (si traitement débuté avant 16 ans - max 3 ans)		-	-	850 €	1 250 €
BONUS FIDÉLITÉ	Sur le plafond des prothèses dentaires après 3 ans d'adhésion	-	+ 50 €	+ 100 €	+ 150 €

FORMULES		1	2	3	4
OPTIQUE plafond pour 2 années d'adhésion, par personne :					
Monture et verres correcteurs					
Lentilles correctrices prises en charge et non prises en charge		-	300 €	500 €	800 €
Chirurgie réfractive des yeux					
BONUS FIDÉLITÉ	Sur le plafond optique après 3 ans d'adhésion	-	+ 50 €	+ 100 €	
APPAREILLAGE ET PRESTATIONS DIVERSES par année d'adhésion, par personne :					
Appareillage - Orthopédie - Prothèses non dentaires - Prothèses auditives		-	400 €	700 €	1 500 €
INCLUS	FRAIS D'OBSÈQUES	Par personne :			
Frais d'obsèques - jusqu'à 69 ans inclus		2 500 €			

Pour les contrats en complément de la CFE, les plafonds incluent la part CFE.

Une demande d'entente préalable est obligatoire pour l'hospitalisation (y compris l'accouchement), les prothèses dentaires et médicales et les actes en série à partir de 5 séances.

Si vous adhérez en complément de la CFE

OPTION ACCIDENT AU 1^{ER} EURO (EN CAS DE DÉLAI DE CARENCE CFE)

Si vous souscrivez plus de 3 mois après votre départ, un délai de carence vous sera appliqué par la CFE.

Sa durée varie selon votre âge :

- **3 mois** si vous avez entre 30 et 45 ans
- **6 mois** à partir de 45 ans

Aucun délai de carence CFE n'est appliqué pour les moins de 30 ans.

Pendant ce délai, aucun remboursement n'est effectué par la CFE.

Afin de pallier cette absence d'assurance, Henner vous propose l'option « Accident au 1^{er} euro ».

Cette garantie vous couvre sur la base de la Formule 1 avec un plafond global de 100 000 € en cas d'accident ou de maladie inopinée sans intervention de la CFE. Elle est temporaire et n'est appliquée que pour la durée de la carence.

Accident : toute atteinte corporelle provenant d'un événement extérieur, soudain et indépendant de la volonté de l'assuré.

Maladie inopinée : toute altération de la santé, médicalement constatée, soudaine, imprévisible.

Hospitalisation médicale urgente de plus de 24h ou de moins de 24h en cas d'intervention chirurgicale urgente (demande d'entente préalable dans les 24h obligatoire)		
Frais de séjour, de salle d'opération, actes de chirurgie, actes d'anesthésie-réanimation, actes d'auxiliaires médicaux, actes de biologie médicales, actes de consultations, actes utilisant des radiations ionisantes, frais pharmaceutiques		100 % des frais réels
Chambre particulière		Non couverte
Frais de lit de l'accompagnant d'un enfant de moins de 12 ans		Non couvert
Frais ambulatoires courants - Consultations/visites (sauf celles de dentiste)		
Zone A/B :		30 €
Zone C/D :		50 €
Hospitalisation de jour		
Visite aux urgences		90 % des frais réels
Cotisations trimestrielles - Option « Accident au 1 ^{er} Euro »		
	Adulte	Enfant
Zone A	115 €	57 €
Zone B	149 €	75 €
Zone C	185 €	93 €
Zone D	203 €	101 €

OPTION ASSISTANCE & RAPATRIEMENT SANITAIRE DANS LE MONDE ENTIER :

Henner vous propose également d'ajouter l'option Assistance Rapatriement à vos garanties. En cas d'urgence, vol ou perte de papiers, de moyens de paiement, problème juridique, maladie grave ou décès, contactez Filassistance avant tout engagement de frais.

CETTE ASSISTANCE VOUS PERMET :

- Un accompagnement dans l'organisation des démarches souvent lourdes,
- D'obtenir des renseignements rapidement pour agir au plus juste et le plus efficacement.

VOS GARANTIES

Nature des garanties	Limite des garanties
Assistance en cas de maladie ou d'accident	
Rapatriement sanitaire dans le pays d'origine ou transport médical d'urgence vers un hôpital adapté et retour dans le pays d'expatriation à l'issue de la convalescence	Frais réels
Titre de transport pour un proche resté dans le pays d'expatriation ou titre de transport et frais de séjour pour un proche au départ du pays d'origine en cas d'hospitalisation à l'étranger > 7 jours ou rapatriement des membres de la famille en cas d'impossibilité de retour dans le pays d'expatriation après 90 jours ou titre de transport pour l'accompagnateur des enfants mineurs vers le pays d'origine	Frais de séjours 80 € / nuit / 7 nuits
Présence au chevet d'un enfant hospitalisé > 48h dans le pays d'origine	Titre de transport
Garde des enfants de moins de 16 ans au domicile en cas d'hospitalisation > à 7 jours consécutifs ou en cas de décès de l'adhérent dans le pays d'expatriation	max. 300 €
Assistance en cas de décès	
Rapatriement du corps	
Frais de cercueil et frais annexes	max. 800 €
Transport de l'aéroport jusqu'au lieu d'inhumation	max. 800 €
Ou accompagnement du défunt :	
Titre de transport et frais de séjour pour un proche en cas d'inhumation imposée dans le pays d'expatriation pour des raisons administratives	Titre de transport aux frais réels
Titre de transport en cas de décès accidentel d'un membre de la famille dans le pays d'origine (parents ou enfants)	Frais de séjour 80 € / nuit / 7 nuits
Frais de secours suite à un accident de ski sur une piste balisée	max. 1 534 € / bénéficiaire 6 000 € / événement
Assistance juridique	
Honoraires d'avocat	max. 1 900 €
Avance d'une caution	max. 15 000 €
Assistance administrative	
En cas de perte ou de vol des papiers d'identité ou d'un titre de transport	inclus
Avance de fonds en cas de perte ou de vol des moyens de paiement	max. 800 €
Assistance psychologique par téléphone	inclus
Assistance sécurité, pratique, juridique ou fiscale par téléphone	inclus

Cotisations trimestrielles TTC :

- ▶ Célibataire : 45 €
- ▶ Couple / Famille : 78 €

OPTION RESPONSABILITÉ CIVILE (VIE PRIVÉE) :

Cette garantie vous permet la prise en charge des conséquences financières des dommages corporels, matériels et immatériels causés à autrui dans le cadre de la vie privée uniquement.

Nature des garanties	Limite des garanties
Tous dommages confondus	7 800 000 € par sinistre
Dont dommages matériels et immatériels consécutifs (incluant les risques locatifs en complément d'une assurance habitation locale)	780 000 € par sinistre
Défense	40 000 € par sinistre
E-bike	20 000 € par sinistre
Franchise : l'adhérent conservera à sa charge une franchise de 150 € sur tout dommage autre que corporel	

Cotisations trimestrielles TTC :

- ▶ Option 1 (Hors USA et Canada) : 36 €
- ▶ Option 2 (Monde entier) : 54 €

PRÉVOYANCE

OPTION DÉCÈS / PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE ACCIDENTELLE

CAPITAL	50 000 €	100 000 €	180 000 €
COTISATIONS TRIMESTRIELLES	16 €	31 €	56 €

OPTION DÉCÈS / PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (TOUTES CAUSES) > Salarié ou TNS

Cette garantie vous permet d'obtenir le versement d'un capital en cas de décès avant 70 ans ou perte totale et irréversible d'autonomie déclarée avant l'âge de 62 ans (nécessité d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie), à choisir à l'adhésion parmi les montants indiqués ci-dessous.

CAPITAUX	Jusqu'à 30 ans	31-40 ans	41-50 ans	51-60 ans	61-69 ans
	Cotisations trimestrielles en euros				
50 000 €	26 €	35 €	65 €	140 €	337 €
100 000 €	51 €	69 €	129 €	280 €	673 €
150 000 €	76 €	104 €	193 €	420 €	1 009 €
200 000 €*	101 €	138 €	257 €	560 €	1 346 €
250 000 €*	126 €	172 €	321 €	700 €	1 682 €
300 000 €*	152 €	207 €	385 €	840 €	2 018 €

* Pour toute demande de capital supérieur à 150 000 €, un questionnaire médical approfondi vous sera demandé. Les garanties prévoyance sont optionnelles et sont réservées au souscripteur du contrat qui exerce une activité professionnelle en dehors de son pays d'origine.

OPTION ARRÊT DE TRAVAIL / INVALIDITÉ PERMANENTE

(OBLIGATION DE SOUSCRIRE LE CAPITAL DÉCÈS / PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE TOUTES CAUSES) > Salarié ou TNS

Cette garantie vous permet en cas d'arrêt de travail (suite à un accident ou une maladie) d'obtenir le versement d'Indemnités Journalières en cas d'incapacité temporaire de travail après expiration de la franchise (30 jours) puis le versement d'une rente en cas d'invalidité permanente. Le versement des prestations est maintenu au plus tard jusqu'au 67^{ème} anniversaire de l'assuré pour la garantie d'incapacité temporaire de travail, et au plus tard jusqu'au 65^{ème} anniversaire pour la garantie invalidité permanente.

CAPITAUX	Jusqu'à 30 ans	31-40 ans	41-50 ans	51-60 ans	61-66 ans
	Cotisations trimestrielles en euros				
50 €	95 €	138 €	193 €	329 €	424 €
100 €	190 €	276 €	386 €	658 €	848 €
150 €	285 €	414 €	578 €	986 €	1 272 €
200 €*	379 €	552 €	771 €	1 315 €	1 696 €
250 €*	474 €	690 €	964 €	1 643 €	2 120 €
300 €*	569 €	828 €	1 156 €	1 972 €	2 544 €

* Pour toute demande de capital supérieur à 150 €, un questionnaire médical approfondi vous sera demandé.

SOMMAIRE

VOTRE CONTRAT.....	3
A DEFINITIONS COMMUNES A TOUS LES RISQUES.....	3
B ADMISSIBILITE - AFFILIATION.....	5
C LES ASSURES.....	5
D EFFET DE L'ADHESION.....	6
E RESILIATION DE L'ADHESION.....	6
F LES COTISATIONS.....	7
G CHOIX ET MODIFICATION DES GARANTIES OU DE LA ZONE.....	8
H ADJONCTION D'UN BENEFICIAIRE.....	8
VOS GARANTIES FRAIS MEDICAUX.....	9
A ÉTENDUE DES GARANTIES.....	9
B MONTANT ET DETAIL DES GARANTIES FRAIS MEDICAUX.....	10
C DELAIS DE CARENCE ET DELAIS D'ATTENTE.....	12
D TERRITORIALITE DE VOTRE CONTRAT.....	13
E DEMANDES DE REMBOURSEMENT.....	13
G DEMANDE D'ENTENTE PREALABLE.....	14
H LES EXCLUSIONS DES GARANTIES FRAIS MEDICAUX.....	15
INCLUSION GARANTIE OBSEQUES.....	17
A ASSURES.....	17
B DATE D'EFFET ET DE VALIDITE DE LA GARANTIE.....	17
C GARANTIES ET CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE.....	17
D EXCLUSIONS.....	18
LES GARANTIES OPTIONNELLES.....	19
A L'ASSISTANCE RAPATRIEMENT SANITAIRE.....	19
B LA RESPONSABILITE CIVILE PRIVEE.....	27
C LES GARANTIES PREVOYANCE.....	30
C1 DÉCÈS.....	32
C2 DÉCÈS ACCIDENTEL.....	34
C3 INCAPACITE DE TRAVAIL - INVALIDITE PERMANENTE.....	35
DISPOSITIONS GÉNÉRALES COMMUNES A TOUS LES RISQUES.....	39
A ROLE ET IDENTIFICATION HENNER ET ASSUREURS DE L'OFFRE.....	39
B DECLARATIONS ET COMMUNICATIONS.....	39
C PRESCRIPTION.....	40
D SUBROGATION.....	41
E CONCILIATION - RECLAMATIONS.....	41
F LOI APPLICABLE.....	42
G CONTROLE DES ASSURANCES.....	42
H PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES.....	42
I RENONCIATION AU CONTRAT.....	43

I- VOTRE CONTRAT

VOTRE CONTRAT

A| DEFINITIONS COMMUNES A TOUS LES RISQUES

Accident

Lésion provoquée par l'action violente et soudaine d'une cause extérieure, fortuite et indépendante de la volonté de l'Assuré.

Adhérent

Personne physique de nationalité française, expatriée, membre de l'Association La GMC qui adhère au présent contrat auprès de Henner, en paie les cotisations, et acquiert ou fait acquérir vocation aux avantages assurés par elle.

Assuré

Personne adhérente ou Bénéficiaire du contrat

Bénéficiaire/Ayant(s) droit

Personne(s) physique(s) mentionnée sur le certificat d'adhésion au profit de laquelle ou desquelles les prestations sont versées lorsque s'applique la garantie souscrite, en raison du lien familial dont elle(s) bénéficie(nt) avec l'Adhérent, listée(s) limitativement à l'article « les Bénéficiaires ».

Entente préalable

Une demande d'entente préalable doit être effectuée pour l'hospitalisation, les actes en série à partir de 5 actes, la maternité et les prothèses médicales et dentaires. Cette demande est obligatoire pour les hospitalisations prévues à l'avance et doit être effectuée 10 jours avant la date d'admission dans l'établissement hospitalier.

Étranger

Le pays d'expatriation ainsi que l'ensemble des états et territoires situés géographiquement hors du pays d'origine.

Evènement

S'agissant des garanties prévues « En cas de maladie ou d'accident de l'Assuré » : La maladie ou l'accident.

S'agissant des garanties prévues « En cas de décès » : Le décès.

S'agissant des garanties prévues « Perte ou vol d'un titre de transport » : La perte ou le vol.

Frais de recherche

Les frais des opérations effectuées par des sauveteurs ou des organismes de secours (privés ou publics) se déplaçant spécialement pour rechercher l'Assuré en un lieu dépourvu de tous moyens de secours organisés ou rapprochés.

Frais de secours

Frais de transport du Bénéficiaire, lorsque celui-ci a été localisé, à partir du point où survient l'évènement jusqu'à l'hôpital ou le centre médicalisé le plus proche.

Frais de séjour

Frais d'hôtel petit-déjeuner continental inclus.

Maladie inopinée

Maladie soudaine qui ne doit pas avoir de lien de cause à effet avec le motif d'une maladie ou d'une hospitalisation antérieure à la date de départ en déplacement.

L'urgence est appréciée et reconnue comme telle par une autorité compétente et confirmée ultérieurement lors de la discussion de l'observation médicale. L'urgence médicale ne comprend pas ce qui est énuméré ci-dessous :

- Fausse urgence : situation considérée comme urgente par les appelants mais qui ne l'est pas du strict point de vue médical ;
- Urgence relative : situation d'un patient dont le traitement peut attendre ;
- Urgence ressentie : période de latence ou urgence potentielle où il y a peu de signes attirant l'attention du point de vue médical.

Nouveau-né

Enfant qui vient de naître jusqu'à son vingt-huitième (28^{ème}) jour.

Pays d'expatriation

Pays dans lequel se situe le domicile de l'Adhérent. Le pays d'expatriation est nécessairement différent du pays d'origine.

Pays d'origine

Pays dans lequel se situe le domicile initial de l'Adhérent. Le pays d'origine est nécessairement différent du pays d'expatriation.

Prise d'effet - Durée

L'ensemble des garanties définies dans la présente convention suit le sort du contrat d'assurance Santé/Frais Médicaux auquel il se rattache et dont il fait partie intégrante (date d'effet, durée, renouvellement, résiliation...).

Questionnaire médical

Document retraçant les antécédents médicaux permettant au Médecin conseil d'évaluer le risque en matière de santé que représente un futur Assuré (validité trois mois avant la date d'adhésion).

Risque

Événement futur, incertain et dommageable, affectant un Adhérent dont la réalisation est prise en considération par une garantie objet du présent Contrat, et qui, sous réserve des conditions du présent Contrat, constitue un Sinistre en cas de réalisation.

Sinistre

Est constitutif d'un sinistre, la survenance d'un risque.

Tous dommages relatifs au même fait générateur constituent un seul sinistre, dont la date est celle de ce fait générateur. Les conditions et montants de garantie sont ceux en vigueur à cette date.

Tiers/Autru

Toute personne autre que l'Adhérent et les Bénéficiaires, étant entendu que les Bénéficiaires sont considérés comme tiers entre eux.

Urgence médicale

Apparition d'un état pathologique soudain, imprévu et aigu causé par un Accident ou une Maladie inopinée, nécessitant sans délais, la consultation, visite, et/ou la prescription, administration d'un traitement médical proportionné et adapté, par des professionnels de santé régulièrement habilités et autorisés selon les règles et standards médicaux du pays dans lequel sont prodigués les soins. Seul un traitement médical prodigué dans les premières 24 heures à compter du Sinistre est couvert.

B | ADMISSIBILITE - AFFILIATION

L'Adhérent doit au moment de son adhésion compléter et signer le **formulaire d'adhésion** incluant un questionnaire médical validé par le département médical de Henner. En cas de nouveaux éléments médicaux **qui n'ont pas été précisés sur le questionnaire médical** avant la prise d'effet de l'adhésion, l'Adhérent devra effectuer une déclaration complémentaire auprès du département médical.

Selon les réponses apportées, le département médical peut être amené à refuser ou à subordonner son accord à un complément **d'information ou à un examen de santé. L'accord du département médical avec ou sans application d'une surprime ne saurait avoir d'effet sur la liste des prestations citées aux paragraphes « Exclusions »** au titre du présent contrat.

Un bulletin d'adhésion dont un double sera conservé par l'Adhérent devra également être revêtu de sa signature précédée de la mention « lu et approuvé ». Après examen de la demande d'adhésion, et des informations complémentaires éventuellement demandées, Henner notifie son accord par l'émission d'un certificat d'affiliation sur lequel figure les garanties retenues correspondant à la zone d'étendue géographique choisie, la date d'adhésion et la liste des Bénéficiaires du contrat.

C | LES ASSURES

L'Adhérent

Est admissible, l'Adhérent de l'Association La Garantie Médicale et Chirurgicale (Association Loi 1901), de nationalité européenne, résidant en dehors de son pays d'origine et âgé à la date de début de l'adhésion de plus de 18 ans et :

- De moins de 69 ans s'il est étudiant, en programme Vacances Travail (PVT) ou sans activité (ou de moins de 70 ans s'il est salarié ou Travailleur Non Salarié (TNS)) pour les garanties santé. Les garanties santé peuvent être prolongées jusqu'à la fin du mois qui suit le 75^{ème} anniversaire de l'Adhérent en cas de poursuite d'une activité professionnelle, s'il en apporte la preuve au moment de chaque renouvellement annuel.
- de moins de 65 ans pour les garanties de prévoyance s'il est salarié ou Travailleur Non Salarié (TNS).

L'adhésion peut être souscrite soit au 1^{er} Euro, soit en complément de l'offre MondExpat de la Caisse des Français à l'Étranger (CFE).

Les Bénéficiaires

Les membres de sa famille relevant de l'énumération ci-après, sous réserve qu'ils figurent sur le bulletin d'adhésion transmis à Henner et que leur dossier soit accepté par le département médical.

- Le conjoint non divorcé de l'Adhérent ou concubin notoire⁽¹⁾ ou partenaire lié par un PACS ⁽²⁾ âgé de moins de 69 ans à l'adhésion, résident à l'étranger⁽³⁾ et n'exerçant pas d'activité professionnelle dans son pays d'origine.
- Les enfants de l'Adhérent, de son conjoint (ou de son concubin notoire⁽¹⁾ ou de son partenaire lié par un PACS⁽²⁾), qui résident à l'étranger dans la zone⁽³⁾ souscrite (hors mineurs émancipés) :
 - . jusqu'à leur 20^{ème} anniversaire.
 - . jusqu'à leur 28^{ème} anniversaire s'ils poursuivent des études secondaires et en apportent la preuve chaque année au début du cursus. Une activité rémunérée est acceptée à la condition qu'elle n'exerce pas trois (3) mois par an.

L'adhésion et l'adjonction de Bénéficiaires en cours d'adhésion sont soumises à une sélection médicale et à l'application de délais d'attente. La qualité de conjoint, partenaire d'union civile, concubin ne peut être reconnue simultanément à plusieurs personnes.

⁽¹⁾ Sous réserve d'une déclaration sur l'honneur et d'un justificatif de domicile commun.

⁽²⁾ Sous réserve de la production de la copie du contrat enregistré aux Greffes du Tribunal d'Instance du domicile commun, et que cet ayant-droit soit à charge fiscale de l'Adhérent.

⁽³⁾ Les Bénéficiaires qui résident en France doivent être rattachés à la CPAM et ne peuvent pas bénéficier d'une adhésion auprès de la CFE.

IMPORTANT POUR LE COMPLEMENT CFE

Au-delà du 20^{ème} anniversaire, l'enfant Bénéficiaire souhaitant continuer à bénéficier des prestations doit être inscrit à titre individuel auprès de la Caisse des Français à l'Étranger et souscrire son propre contrat individuel MondExpat.

Un adhérent de la CFE qui ne serait pas Bénéficiaire du contrat Henner Expat Santé doit transmettre ses demandes de remboursement par courrier directement auprès de la CFE.

D| EFFET DE L'ADHESION

L'adhésion prend effet à la date indiquée sur le bulletin d'affiliation, et au plus tôt le lendemain du jour de réception par La GMC du dossier d'adhésion complet (demande d'adhésion, questionnaire médical complété et signé, pièces justificatives), sous réserve du paiement de la première cotisation et de l'acceptation du département Médical de Henner.

Un questionnaire médical approfondi est prévu en cas de couverture de capitaux décès assurés de plus de 150 000 € et lorsque le montant de l'indemnité journalière dépasse 150 €.

L'adhésion est souscrite pour une durée d'un an avec tacite reconduction.

Elle est reconduite de plein droit d'année en année au jour anniversaire de sa prise d'effet, sauf résiliation demandée selon les modalités du paragraphe ci-après intitulé « Résiliation ».

Des délais d'attente sont appliqués sur les frais médicaux et en cas d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité permanente d'origine non accidentelle.

E| RESILIATION DE L'ADHESION

L'assurance prend fin pour chaque Assuré:

- ▶ à la date à laquelle l'Assuré ne répond plus aux conditions d'admissibilité,
- ▶ en cas de changement de situation de famille de l'Adhérent, il lui incombe de demander la radiation dudit Bénéficiaire. L'assurance cesse le dernier jour du mois civil qui suit la réception de la demande.
- ▶ en cas de cessation du paiement des cotisations, étant précisé que la suspension ou la résiliation en cours d'exercice pour non-paiement de cotisations n'aura d'effet, au regard de chaque Assuré, qu'à l'expiration de la Période d'assurance correspondant à la cotisation versée, la résiliation de l'adhésion au niveau de chaque Assuré étant effectuée conformément au Code des assurances,
- ▶ à la date de liquidation d'une pension de vieillesse ou assimilée et le dernier jour du mois civil au cours duquel l'Assuré atteint :
 - Son 70^{ème} anniversaire (ou 75^{ème} anniversaire en cas de poursuite d'une activité professionnelle) ou dès liquidation d'une pension de retraite pour la garantie santé,
 - Son 65^{ème} anniversaire pour les garanties Invalidité Permanente,
 - Son 67^{ème} anniversaire pour la garantie Incapacité de Travail,
 - Son 70^{ème} anniversaire pour la garantie Décès.

L'adhésion CFE/Henner Expat Santé peut être dénoncée en adressant le formulaire « Confirmation de ma demande de résiliation » complété, signé par email à l'adresse mentionnée sur le document.

Lors de la première année d'adhésion, le contrat Henner Expat Santé peut être dénoncé au plus tôt après 12 mois d'adhésion. La résiliation du contrat doit être notifiée auprès de Henner par lettre recommandée moyennant un préavis de 2 mois minimum avant la date anniversaire de l'adhésion.

Toutefois, le contrat peut être résilié en cours d'année en joignant un justificatif :

- ▶ En cas de retour définitif dans son pays d'origine. L'Adhérent sera tenu d'informer le Souscripteur dans les 3 mois qui suivent la date de la nouvelle installation. La résiliation prendra effet à la fin du mois suivant la réception de la notification.

L'Adhérent a la possibilité de conserver le contrat Henner Expat Santé pendant 3 mois à compter de la date de son retour et jusqu'à la réouverture de ses droits auprès du système de protection sociale local moyennant le paiement de ses cotisations.

- ▶ En cas d'adhésion à un contrat d'assurance obligatoire local imposé par l'employeur (à l'exclusion de tout régime équivalent à un régime de base ou à une assurance apparentée à un régime de sécurité sociale).

Dans tous les cas, la date de résiliation ne peut être rétroactive à la date laquelle la demande a été réceptionnée par Henner.

Le contrat peut être résilié à compter de la seconde année d'adhésion un mois après la réception de la notification dans le cadre de la RIA.

A l'initiative de Henner et de l'Assureur

- En cas d'omission ou d'inexactitude dans le questionnaire médical à l'adhésion, ou en cours d'adhésion,
- En cas de déclarations sciemment fausses ou de falsifications de pièces faites dans le but d'obtenir les prestations indues. Dans ce cas, la radiation prend effet 10 jours après la notification faite à l'Adhérent,
- En cas de non-paiement des cotisations, en application de l'Article L113-3 du Code des Assurances,
- En cas de résiliation des contrats souscrits par l'association La GMC auprès de l'Assureur,
- En cas de retrait d'agrément de l'Assureur.

La notification sera adressée à l'Adhérent par Henner et par lettre recommandée au dernier domicile connu.

Conséquence de la résiliation

Les demandes de remboursements pour des soins effectués pendant la période de couverture doivent être présentées à Henner, sous peine de déchéance, dans un délai de 3 mois à compter de la date de résiliation du contrat.

F | LES COTISATIONS

Les cotisations sont fixées sur les bases définies dans la proposition commerciale et selon les éventuelles surprimes appliquées par le département médical de Henner ou de l'Assureur.

Les cotisations sont payables d'avance mensuellement, trimestriellement, semestriellement ou annuellement. Toutes les taxes d'assurance existantes ou établies postérieurement à la date d'effet du Contrat sont versées en même temps que les cotisations.

La cotisation est exprimée et payable en euros.

Le Contrat n'a d'existence et d'effet, à l'égard de l'Adhérent, qu'après le paiement de la première cotisation.

Le paiement des cotisations à Henner selon les modalités fixées dans le bulletin d'adhésion, incombe à l'Adhérent. Il est seul responsable de leur versement, sauf si celles-ci sont payées par un tiers qui en acquiert la responsabilité.

Les cotisations ne peuvent pas être versées par l'employeur de l'Adhérent.

Le montant de la cotisation est déterminé en fonction de l'âge de chaque Assuré.

Elles évoluent chaque année en fonction de la mutualisation des résultats techniques, de l'augmentation du coût de la pratique médicale dans le monde et de l'âge de chaque Assuré.

Les nouvelles cotisations sont appliquées au renouvellement (à la date anniversaire) du contrat.

Les cotisations de la CFE sont à régler directement auprès de la CFE. Afin d'être informé de la mise à disposition de l'appel de cotisations, il est nécessaire de procéder à l'activation des notifications sur l'espace personnel de la CFE.

L'Adhérent doit contacter directement la CFE pour toute question relative aux cotisations de la CFE.

Non-paiement des cotisations et conséquences

En l'absence de paiement de la cotisation dans les quinze jours de son échéance, la garantie est suspendue trente jours après l'envoi par Henner d'une mise en demeure adressée par lettre recommandée.

La résiliation intervient sans autre formalité dix jours après la fin de la période de suspension des garanties.

Les cotisations sont dues jusqu'à la date de résiliation effective du contrat.

La résiliation des droits de la CFE en cas de non-paiement des cotisations n'entraîne pas la résiliation automatique du présent contrat. **L'Adhérent doit effectuer une demande de résiliation** par email ou via le formulaire disponible sur son espace Client.

G| CHOIX ET MODIFICATION DES GARANTIES OU DE LA ZONE

Le choix de la formule est effectué par l'Adhérent pour lui et ses éventuels Bénéficiaires à l'adhésion. Il ne peut être modifié qu'au moment du renouvellement de l'adhésion, c'est à dire, la date anniversaire de son contrat.

L'augmentation des garanties et l'adjonction d'options n'est toutefois plus possible au-delà de l'âge de 70 ans. Les formules et options sont conservées au même niveau. Il est cependant possible de diminuer le niveau des garanties à chaque renouvellement annuel de l'adhésion.

En cas de déménagement de l'Adhérent dans une zone supérieure (zone A vers zone B, C ou D par exemple), la modification de la zone intervient au lendemain de sa demande, sous réserve de l'accord du département médical suite à l'étude d'un nouveau questionnaire médical.

En cas d'augmentation du niveau de garantie ou de la zone de couverture, sous réserve de l'accord du département médical suite à l'étude d'un nouveau questionnaire médical, les nouvelles garanties sont soumises aux délais d'attente mentionnés au paragraphe C « Délais d'attente ». Les plafonds de la garantie antérieure restent applicables pendant la durée des délais d'attente.

H| ADJONCTION D'UN BENEFCIAIRE

L'adjonction d'un Bénéficiaire est soumise à la sélection médicale et à l'éventuelle application de délais d'attente.

L'adjonction d'un nouveau-né doit être demandée dans les 3 mois qui suivent sa naissance en joignant à la demande un certificat de naissance.

- ▶ Si l'accouchement a été couvert par le contrat et le délai de la demande respecté, aucune formalité médicale n'est nécessaire et l'enfant est inscrit sur le contrat à compter de sa date de naissance sans application de délais d'attente. En cas d'augmentation de la prime, l'accord de l'Adhérent est demandé.
- ▶ Si la demande est effectuée plus de 3 mois après la naissance de l'enfant ou si l'accouchement n'a pas été couvert par le contrat, l'adjonction nécessite l'accord du département médical avec l'étude d'un questionnaire médical. La date d'adjonction de l'enfant ne pourra pas être rétroactive à la date de la demande et les délais d'attente seront appliqués.

II- VOS GARANTIES



VOS CONTACTS

Votre numéro d'identification Henner et le bureau dont vous dépendez sont mentionnés dans vos espaces client.

Pour répondre à toutes vos demandes de renseignements, de prises en charge, d'ententes préalables ou de remboursements de frais de santé, une équipe spécialisée se tient à votre disposition.

VOS GARANTIES FRAIS MEDICAUX

A| ÉTENDUE DES GARANTIES

Le contrat **Henner Expat Santé** présente un choix parmi quatre formules de garanties Frais de santé auxquelles il est possible, en fonction des besoins, ajouter des options.

Les garanties Frais de santé ont pour objet d'assurer le remboursement de l'Adhérent et des membres de sa famille nominativement désignés, des frais d'ordre médical et chirurgical qu'ils ont exposés à la suite d'une maladie ou d'un accident. Le montant des prestations dépend de la formule choisie par l'Adhérent. Ce choix est précisé sur le bulletin d'adhésion.

La formule de garantie souscrite est la même pour l'ensemble des personnes assurées. Les remboursements sont exprimés sous la forme de prestations forfaitaires en pourcentages et/ou en euros, par acte ou par année d'adhésion.

Le remboursement du contrat **Henner Expat Santé** est toujours limité aux frais réellement engagés quel que soit le régime de remboursement (1^{er} Euro ou complément CFE).

Les frais remboursables sont ceux pour lesquels la date de début de soin est comprise entre la date de prise d'effet (postérieure à l'application des délais d'attente) et la date de cessation des garanties à l'égard de la personne assurée.

Les frais ouvrant droit à prestation sont ceux qui ont donné lieu à un remboursement de la Caisse des Français de l'Etranger ou qui auraient donné lieu à un remboursement de cet organisme si l'Adhérent y avait été affilié.

Les frais présentant un caractère manifestement déraisonnable ou inhabituel peuvent faire l'objet d'un refus de prise en charge ou d'une limitation du montant de la garantie.

Henner et l'assureur se réservent le droit d'effectuer tout contrôle médical ou administratif en cas de dépense inhabituelle ou déraisonnable. L'Assuré peut exceptionnellement être convoqué pour un contrôle en France.

Les frais qui ont fait l'objet d'un refus par Henner restent à la charge exclusive de l'Adhérent.

Les frais pris en considération sont mentionnés dans le tableau des garanties et dont l'exécution est postérieure à la fin du délai d'attente.

Les montants, pourcentages de remboursements et limites éventuelles sont mentionnés dans le tableau des garanties. La part de remboursement versée par la CFE est incluse dans les plafonds mentionnés. Des précisions sont apportées dans le présent document en ce qui concerne les modalités d'application et les exclusions.

Le contrat **Henner Expat Santé** ne permet pas de déroger aux éventuelles obligations locales en matière d'assurance.

Les conditions des garanties sont définies en fonction de la législation locale en vigueur à la date d'effet du contrat et du coût de la pratique médicale de chaque pays ; en cas de modification du coût médical de nature à remettre en cause la portée des engagements réciproques, l'Assureur se réserve le droit de revoir ces conditions.

Dans ce cadre, lorsque l'Assureur demande la révision des conditions du contrat et tant qu'un accord n'est pas intervenu, ses engagements restent limités en montant à ce qu'ils étaient avant la modification de la législation ou de la pratique.

Les nouvelles conditions prennent effet à la date de l'accord.

B | MONTANT ET DETAIL DES GARANTIES FRAIS MEDICAUX

Sous réserve des dispositions prévues ci-dessus, les frais remboursables par l'Assureur sont les suivants :

Accident au 1^{er} Euro en cas d'application d'une période de carence par la CFE

En cas d'application d'une carence de la part de la CFE, l'option temporaire Accident au 1^{er} Euro permet de couvrir sans intervention de la CFE les frais d'hospitalisation chirurgicale et les consultations lorsque ces soins sont consécutifs à un accident ou une pathologie inopinée.

Sont exclus : les frais de chambre particulière, de lit d'accompagnant d'un enfant, la psychiatrie et de consultation d'un dentiste.

Hospitalisation de plus de 24 heures

Les frais de séjour en chirurgie et médecine générale, en interne ou externe, dans un établissement public ou privé ouvrant droit à remboursement sont :

- Les honoraires de praticiens (médecin, chirurgien, anesthésiste),
- La chambre privée ou semi-privée standard,
- Lit accompagnant pour les moins de 16 ans,
- Le forfait journalier,
- Tous les actes médicaux réalisés au cours de l'hospitalisation : radiologie, imagerie, pharmacie, examens, analyses de laboratoire et consultations généralistes/spécialistes,

Transport : transport en ambulance terrestre prescrit et médicalement justifié, au moment de l'admission et/ou de la sortie de l'hôpital vers l'établissement de soins le plus proche ou dont le choix se justifie médicalement eu égard au caractère spécifique de la pathologie.

Le traitement d'un enfant en établissement à caractère sanitaire et les hospitalisations psychiatriques sont limités à 30 jours par durée de vie du contrat,

Le séjour en soins palliatifs ou de maintien dans un état végétatif est limité à 90 jours par durée de vie du contrat.

Dans le cadre d'une greffe d'organe, les frais relatifs à la recherche, l'acquisition, au prélèvement et au transport de l'organe ne sont pas couverts par le contrat lorsque l'Adhérent est le receveur. Si l'Adhérent est le donneur, le prélèvement de l'organe est couvert à la condition que l'assurance du receveur refuse de couvrir les frais médicaux du donneur.

Avance des frais d'hospitalisation de plus de 24h :

Lorsque les frais d'hospitalisation doivent être engagés en France ou à l'étranger par l'Assuré, Henner délivre une lettre de prise en charge auprès de l'hôpital après vérification des droits auprès du présent régime et effectue le paiement direct de la facture sous réserve que la demande d'entente préalable ait été adressée avec un préavis de 10 jours et ait été accordée par le département médical d'Henner.

Hospitalisation de jour

Les frais de séjour ouvrant droit à remboursement sont :

- Les soins administrés dans le cadre d'une admission de jour dans un établissement public ou privé, comprenant l'usage d'une chambre d'Hôpital et les soins infirmiers, mais ne nécessitant pas la garde du patient pendant la nuit, et pour laquelle une autorisation de sortie est délivrée le jour même.
- Les frais de chimiothérapie, de radiothérapie, la dialyse, le traitement du SIDA/VIH en hospitalisation de jour.
- Les frais des services d'urgences sont couverts uniquement lorsqu'il s'agit de pratiquer des soins pour une urgence médicale liée à un accident ou une maladie inopinée, selon les définitions de la page 4 et lorsque le recours à des soins de ville n'est pas possible ou lorsque l'Adhérent est immédiatement hospitalisé. Si la pathologie ne nécessitait pas de solliciter les services d'urgence et aurait dû être traitée en médecine de ville, le plafond de la consultation s'applique.

Accouchement (après le délai d'attente obligatoire de 10 mois)

Les frais ouvrant droit à prestations sont ceux relatifs à l'accouchement de l'Adhérente principale ou de la conjointe de l'Adhérent principal si cette dernière est couverte par le contrat. Le forfait s'entend par accouchement quel que soit le nombre d'enfants attendus.

En cas de modification de la zone géographique vers la zone C ou d'augmentation du niveau de garanties du présent contrat, le délai d'attente de 10 mois est appliqué sur les nouvelles garanties. Les remboursements sont alors effectués sur la base des garanties antérieures à la modification de formule.

- Accouchement simple ou avec césarienne médicalement justifiée.
- Chambre particulière ou commune,

En cas de complications pour la maman ou l'enfant, les frais chirurgicaux occasionnés lors de l'accouchement par une césarienne médicalement justifiée sont indemnisés selon un plafond plus élevé.

Téléconsultation et second avis médical

Grâce au service de téléconsultation Teladoc, vous pouvez consulter un médecin à distance via votre application MyHenner ou votre espace client et ainsi :

- Accéder à une équipe de médecins qualifiés disponibles 24h/24 7j/7 et poser toutes les questions concernant votre santé.
- Recevoir des conseils médicaux, des prescriptions et obtenir des réponses aux questions urgentes auprès d'une équipe de médecins.
- Accéder à une équipe de spécialistes renommés qui pourront apporter une aide et vérifier le diagnostic, et envisager les options de traitement.

Médecine ambulatoire courante

- Consultations et visites de généralistes ou de spécialistes (le plafond est appliqué selon la zone souscrite),
- **Actes d'auxiliaires médicaux (tels que infirmiers, kinésithérapeutes (ou physiothérapeutes si la spécialité n'existe pas dans le pays de soins), orthophonistes, orthoptistes, pédicure-podologues),**
- Actes de biologie médicale,
- Actes de radiologie, **d'imagerie médicale,**
- Frais pharmaceutiques (dont homéopathie et phytothérapie) à condition que :
 - l'achat ou le renouvellement ait fait l'objet d'une ordonnance écrite d'un médecin,
 - la vente soit effectuée par un pharmacien diplômé ou une personne légalement autorisée à faire le commerce de la pharmacie,
 - le médicament ou son équivalent soit remboursable par le **Régime Obligatoire de l'Assurance Maladie en France.**
- Bilan de santé (tous les 5 ans).

Bien-être à l'étranger

Honoraires de consultation des **praticiens qui n'auraient pas donné lieu à un remboursement par le Régime Obligatoire de l'Assurance Maladie en France** sous réserve que ces prestations aient été prescrites puis effectuées par un praticien reconnu dans le pays dans lequel il exerce (ostéopathe, chiropracteur, ergothérapeute, psychomotricien et si médecin : homéopathe, acupuncteur, diététicien et nutritionniste).

Optique / Dentaire

- Verres correcteurs et monture,
- Lentilles de contact correctives jetables ou non,
- Chirurgie réfractive de la myopie, **de l'hypermétropie et de l'astigmatie,**
- Soins dentaires (soins conservateurs, soins chirurgicaux, détartrages, techniques de conservation et soulagement de la douleur, obturations simples, radiographies ou scanners, traitement des gencives),
- Prothèses dentaires (rétablissement de la fonction prothèses dentaires et pose de nouvelles prothèses, couronnes, bridges et dents sur pivots), inlays, onlays, appareillage mobile, implants dentaires,
- Orthopédie dento-faciale (**traitement entrepris avant le 16ème anniversaire de l'enfant Bénéficiaire d'une durée maximale de 3 années consécutives**),
- Interventions et traitements parodontaux (hors greffe)

Prothèses médicales d'appareillage

- Orthèses,
- Appareils de surdité,
- Prothèses orthopédiques,
- Prothèses non orthopédiques non dentaires,
- Matériels et appareillage.

Bonus fidélité

Les remboursements des prestations de la chambre particulière, des prothèses dentaires et d'optique bénéficient d'un bonus à compter de la 4eme année d'adhésion sur la même formule.

Montant des remboursements

Les remboursements accordés par l'Assureur sont définis dans le tableau des garanties. Les garanties par Assuré et par année glissante d'adhésion s'exercent jusqu'à concurrence des sommes suivantes :

- ▶ 500 000 € pour la Formule 1
- ▶ 800 000 € pour la Formule 2
- ▶ 1 000 000 € pour la Formule 3
- ▶ 1 500 000 € pour la Formule 4

C| DELAIS DE CARENCE ET DELAIS D'ATTENTE

Délai de carence CFE

Si l'Adhérent souscrit auprès de la CFE alors qu'il réside hors de France depuis plus de 3 mois, un délai de carence est appliqué par la CFE (3 mois pour le Bénéficiaire âgé de moins de 45 ans ou 6 mois s'il a plus de 45 ans). L'Adhérent a alors la possibilité de souscrire une assurance accidentelle au 1er Euro pour pallier l'absence totale d'intervention de la CFE pendant ce délai.

La prise d'effet des garanties Frais Médicaux (Formule 1 à 4) peut être décalée afin de coïncider avec l'ouverture effective des droits de la CFE. Dans ce cas, les délais d'attente appliqués par Henner sont également décalés à la date d'ouverture effective des droits de la CFE.

Délais d'attente Henner Expat Santé

Les délais d'attente sont appliqués sur certains soins compter de :

- ▶ La date d'adhésion initiale,
- ▶ L'adjonction d'un Bénéficiaire,
- ▶ L'augmentation du niveau de garantie,
- ▶ La modification de la zone (sur le plafond des consultations et de l'accouchement)

Leur durée s'élève à :

- ▶ 10 mois : Pour les frais liés au suivi de la grossesse et à l'accouchement,
- ▶ 6 mois : Pour les actes dentaires, l'optique médicale, les appareillages ou prothèses médicales.
- ▶ 3 mois : Pour les frais ambulatoires courants, l'hospitalisation et les autres frais.

Les délais d'attente de 3 et 6 mois peuvent être supprimés sous certaines conditions :

- Si l'Adhérent et ses Bénéficiaires justifient à la souscription d'une couverture sociale équivalente et immédiatement antérieure à la demande d'inscription au présent contrat en joignant une attestation datée de moins d'un mois qui prouve la continuité d'assurance.
- En cas **d'accident ou de maladie inopinée** survenu(e) postérieurement à la date d'admission à l'assurance.
- En cas de mariage lorsque la demande d'adjonction du conjoint parvient dans les 3 mois qui suivent la date du mariage.
- En cas d'adjonction d'un nouveau-né à sa date de naissance si l'accouchement a été couvert par le contrat et si la demande est réalisée dans les 3 mois.

D | TERRITORIALITE DE VOTRE CONTRAT

Les frais doivent être engagés, sauf cas de force majeure, en priorité soit dans le pays d'expatriation, soit dans un pays limitrophe appartenant à la zone géographique de souscription si la qualité des soins est meilleure, soit en France (ou dans le pays d'origine si ce dernier est inclus dans la zone de couverture choisie). Toute dérogation devra, sous peine de refus d'un remboursement, être soumise préalablement à Henner.

La garantie est acquise dans la zone tarifaire choisie et en France lors de retours de moins de 90 jours consécutifs. La zone D donne également accès aux soins dans les autres zones, la zone C donne également accès aux soins dans les zones A et B, la zone B donne également accès aux soins dans la zone A, la zone A ne donne pas d'accès aux soins engagés dans une autre zone.

- ▶ La zone A correspond au monde entier à l'exclusion des Emirats arabes unis, des Etats-Unis, des pays sous embargo international et des pays relevant des zones B, C et D ci-après.
- ▶ La zone B correspond aux pays suivants : Afrique du Sud, Allemagne, Argentine, Bolivie, Chili, Colombie, Costa Rica, Danemark, Equateur, Guatemala, Honduras, Indonésie, Liban, Mexique, Népal, Norvège, Nicaragua, Panama, Pérou, République Dominicaine, Suède, Thaïlande, Turquie, Uruguay et Venezuela.
- ▶ La zone C comprend les pays suivants : Arabie Saoudite, Australie, Autriche, Canada, Espagne, Irlande, Israël, Italie, Nouvelle Zélande, Portugal, Qatar, Royaume Uni, Russie et Singapour (et les territoires rattachés : Anguilla, Guernesey, Heard Et Mc Donald, Ile De Man, Iles Malouines, Ile Norfolk, Iles Vierges Britanniques, Jersey, Montserrat, Sainte Helene, Tokelau, Turques Et Caïques etc.)
- ▶ La zone D intègre : Bahamas, Brésil, Chine, Hong Kong, Japon, Suisse et Taïwan.

La garantie est néanmoins acquise lors de séjours temporaires de moins de 90 jours consécutifs en dehors de la zone tarifaire choisie aux Emirats arabes unis et aux Etats-Unis, sous réserve que les frais occasionnés relèvent d'un caractère accidentel ou inopiné.

Pour un séjour au-delà de 90 jours consécutifs en dehors de la zone tarifaire choisie, l'Adhérent doit faire part à Henner du changement de zone géographique pour l'ajustement de sa cotisation. Le changement de zone nécessite l'accord du département médical avec l'étude d'un nouveau questionnaire médical.

Les garanties Santé et Assistance sont acquises 24H/24, tant dans la vie privée que professionnelle de l'Adhérent.

Le contrat [Henner Expat Santé](#) ne permet pas de déroger aux éventuelles obligations locales en matière d'assurance.

E | DEMANDES DE REMBOURSEMENT

Le guide pratique est à la disposition de l'Adhérent dans son espace Client et l'application mobile MyHenner.

Les demandes de remboursements doivent être présentées à Henner, sous peine de déchéance, dans un délai de 2 ans suivant la date de cessation des soins, ce délai est ramené à 3 mois en cas de résiliation du contrat.

Le paiement est effectué à l'ordre de l'Adhérent et/ou du conjoint pour l'ensemble des Assurés.

Si le pays d'expatriation est hors zone Euro, l'Adhérent a le choix d'opter pour un paiement des prestations par transfert sur un compte étranger. Dans ce cas, le taux de conversation du jour de la réalisation de la prestation sera utilisé pour procéder au remboursement.

L'Adhérent doit transmettre à Henner les pièces justificatives suivantes :

Si les frais ont été exposés dans la zone du **pays d'expatriation** ou dans une zone inférieure (D est la zone la plus élevée, A est la zone est la plus basse) :

- Le formulaire de demande de remboursement dûment complété et comportant les coordonnées de l'Adhérent et/ou de ses Bénéficiaires,
- La feuille CERFA pour tous les soins effectués en France
- L'original de la prescription médicale,
- L'original de la facture détaillée et acquittée.

Si les frais ont été exposés dans une zone de couverture supérieure (D est la zone la plus élevée, A est la zone est la plus basse) :

En complément des pièces réclamées au paragraphe ci-dessus, toute pièce établissant la preuve que les frais médicaux sont consécutifs à un accident ou à une maladie inopinée apparue lors du déplacement.

Si les garanties interviennent en complément d'un organisme de base :

L'original des décomptes de prestations de ce régime et la copie des factures.

F| E-CLAIMING

Les demandes de remboursement d'un montant inférieur à 1 000 € (sauf pour les frais d'hospitalisation) peuvent être adressées par e-claiming. Ce service gratuit est accessible via l'espace assuré du site www.henner.com et via l'application mobile MyHenner.

Les originaux peuvent être demandés à des fins de contrôle et doivent être conservés pendant 24 mois.

G| DEMANDE D'ENTENTE PREALABLE

L'accord préalable de Henner doit être demandé pour tous les frais énumérés ci-dessous. En cas de non-respect de la procédure **d'entente préalable, le remboursement des soins fera l'objet d'un refus.**

Hospitalisation - Frais d'accouchement

La demande d'entente préalable doit être effectuée par l'Adhérent ou l'établissement hospitalier choisi auprès de Henner, au moins 10 jours avant la date d'hospitalisation prévue, sauf cas d'urgence, au numéro figurant sur la carte d'Assuré.

Si pour des raisons de sécurité médicale, l'Adhérent ne peut être hospitalisé dans le pays où il se trouve, il peut être transféré dans un pays limitrophe aux structures médicales les mieux adaptées, dans son pays d'origine ou de résidence/d'expatriation (Option Assistance Rapatriement Sanitaire sous réserve de l'accord du médecin de Filassistance).

En cas d'urgence manifeste, la demande d'entente préalable doit être adressée à Henner ou son mandataire dans les 48 heures qui suivent l'entrée à l'hôpital, avec mention du caractère urgent de l'hospitalisation.

En cas d'absence d'entente préalable, et ce à titre exceptionnel, les frais sont remboursés sur la base de 100% du tarif de convention des hôpitaux de l'Assistance Publique de PARIS pour une même pathologie.

Pour toute prolongation de l'hospitalisation, au-delà de 10 jours consécutifs, la demande d'entente préalable doit être renouvelée tous les 10 jours. Elle doit parvenir à Henner dans les 48 heures qui suivent la fin de ladite période.

Pour tout transfert de service médical ou chirurgical une nouvelle demande d'entente préalable doit être demandée impérativement dans les 48 heures du changement.

Médecine ambulatoire courante

Les actes pratiqués par un kinésithérapeute, un physiothérapeute ou un chiropracteur.

Les autres actes médicaux en série, dès lors que le nombre est supérieur à 5.

Lorsque l'acte doit être effectué par un auxiliaire médical ou un chiropracteur ou un physiothérapeute, la demande d'entente préalable doit être accompagnée de l'ordonnance du médecin prescripteur et doit comporter la pathologie et la durée prévisible du traitement.

L'Adhérent doit faire parvenir à Henner **au moins 10 jours avant le début de l'exécution des actes**, la demande d'entente préalable complétée et signée par le praticien.

Actes dentaires

- ▶ Les inlays core, les inlays, onlays,
- ▶ Les prothèses et les implants dentaires,
- ▶ L'orthopédie dento-faciale.

L'Adhérent doit faire parvenir au centre de gestion Henner, au moins 10 jours avant le début de l'exécution des actes, le formulaire de demande d'entente préalable complété et signé par le praticien. Une radiographie panoramique peut être demandée dans certains cas.

Prothèses médicales et d'appareillage

La formalité de l'entente préalable est exigée dans tous les cas.

H | LES EXCLUSIONS DES GARANTIES FRAIS MEDICAUX

Les actes et dépenses qui donnent ou auraient donné lieu à un refus de la **Caisse des Français de l'Étranger** si l'affilié y avait été affilié sont exclus.

Sont également exclus les frais dus aux causes suivantes :

- **Les frais relatifs à des accidents ou maladies antérieurs à la date d'effet et non déclarés sur le questionnaire médical.**
- **Les frais engagés avant la date d'entrée en vigueur de l'adhésion ou après celle de sa résiliation.**
- Les frais engagés pendant le **délai d'attente sauf en cas d'accident ou de maladie inopinée.**
- **Les prestations non couvertes par la formule choisie par l'Adhérent et les frais non mentionnés dans le contrat.**
- Les frais pour lesquels les procédures et/ou les délais de demande de **remboursement n'auraient pas été respectés.**
- **Les frais relatifs à des actes pour lesquels la demande d'entente préalable prévue au contrat n'a pas été effectuée ou a été refusée.**
- Les dépenses remboursées ou remboursables par tout organisme de protection sociale (exemple Sécurité Sociale) ou par un autre contrat **d'assurance.**
- **Les prescriptions d'un membre de la famille ou d'une personne vivant à la même adresse que l'Assuré.**
- Les actes effectués par une personne ne disposant pas des diplômes requis, non conventionnés et non diplômés.
- Les frais engagés dans un pays non couvert par la zone souscrite et non consécutif à un accident ou à une maladie inopinée **lors d'un séjour d'une durée inférieure à 90 jours consécutifs.**
- **Les complications de grossesse et d'accouchement pendant le délai d'attente de maternité** (formules 3 et 4) ou, **si ce risque n'est pas couvert** (formule 1 et 2) **à l'exception des cas suivants** : môle hydatiforme et grossesse extra-utérine.
- **Les médicaments qui n'ont pas fait l'objet d'une prescription par un médecin.**
- Les traitements liés à la fertilité, à la stérilité ou à la gestation pour autrui.
- **Les tests génétiques prénataux à l'exception du test combiné de la trisomie 21 et de l'amniocentèse si l'Adhérente ou la conjointe de l'Adhérent est âgée de plus de 35 ans.**
- Les frais liés aux troubles de la sexualité, au changement de sexe.
- Les frais résultants de pathologies liées à la pratique de sports à titre professionnel ou en compétition. Les frais afférents aux accidents survenus ou maladies contractées au cours de toute activité sportive dans le non-respect des règles élémentaires de sécurité et du jeu exigés par les **pouvoirs publics ou par la fédération sportive correspondant à l'activité, du pays où elle est pratiquée.**
- Des conséquences de la **pratique d'activités ou de sports dangereux tels que notamment** :
 - Sports aériens (ULM, deltaplane, parapente, parachutisme, vol à voile, voltige)
 - Sports de montagne en hors-piste ou piste fermée et bobsleigh, skeleton, saut à ski, escalade, varappe et spéléologie
 - **Sports nécessitant l'utilisation de véhicules à moteur**
 - **Sports extrêmes (base jump, saut à l'élastique, randonnée au-delà de 3000 mètres, navigation en solitaire)**
- Les frais consécutifs à la participation active à une guerre, une rébellion, une révolution, une insurrection, une prise de pouvoir, un mouvement **populaire, une émeute, un complot, un acte de terrorisme, une invasion, une agression étrangère ou hostilités, une rixe, à l'exception de ceux consécutifs à un cas de légitime défense ou d'assistance à personne en danger.**
- Les frais résultants de la participation active dans les forces de police ou les forces militaires.
- Les frais occasionnés suite à la consommation de drogues, narcotiques, stupéfiants, médicaments ou produits similaires incluant ces substances dans des doses non prescrites médicalement.
- **Les frais relatifs aux états pathologiques consécutifs à la consommation d'alcool. Les frais afférents aux maladies occasionnées par l'état d'ivresse constatés par un taux d'alcoolémie supérieur ou égal au taux légal défini par le code de la circulation routière du pays où a lieu l'accident.**
- Les cures de désintoxication, le traitement du sevrage tabagique, **de rajeunissement, d'amaigrissement, de lutte contre l'obésité et d'engraissement.**
- Les frais résultants **d'une tentative de suicide ou de blessures, mutilations et coups effectués à titre volontaire par l'intéressé.**
- **Le traitement des troubles psychiatriques est couvert en cas d'hospitalisation pendant une durée maximum de 30 jours pour toute la durée du contrat.**
- **Les frais d'hébergement et de traitements relatifs à un séjour en maison de repos et de convalescence dans les 30 jours suivants une hospitalisation sont limités à 30 jours pour toute la durée du contrat.**
- Les frais médicaux et de séjour relatifs au maintien en vie **au-delà de 90 jours de traitement en cas de mort cérébrale ou d'état végétatif permanent.**
- Les frais relatifs à un séjour en chambre particulière de luxe, exécutive, VIP, suite ou assimilée.

- **Les frais d'hébergement et de traitements relatifs** à un séjour ou cure en établissement, hôpital, centre, clinique, service, ou assimilé dit de long séjour ; de posture ; de rééducation ou d'éducation professionnelle ; de gérontologie ; d'hydrothérapie, thermal, de thalassothérapie, de naturopathie ou un lieu similaire, même s'il présente les caractéristiques ou est enregistré en tant qu'hôpital.
- **Les soins prodigués dans un établissement infirmier ou une maison de retraite, et les frais consécutifs à l'assistance d'une** personne dans ces tâches de la vie quotidienne, même si cette personne est déclarée en état d'invalidité temporaire ou permanente. De tels services sont considérés comme des soins d'assistance à domicile même s'ils sont prescrits par un médecin et s'ils sont délivrés par des fournisseurs ayant un statut médical ou paramédical.
- **Les soins prodigués dans un hôpital ou un établissement médical public qui auraient été pratiqués gratuitement en l'absence** du présent contrat.
- **Les frais relatifs à la recherche, l'acquisition, au prélèvement et au transport d'un organe si l'Adhérent est le receveur. Si l'Adhérent est le donneur, le prélèvement de l'organe est couvert en l'absence d'intervention de l'assurance du receveur visant à couvrir les frais médicaux du donneur.**
- Les hormones de croissance.
- Les services et fournitures qui ne sont pas indispensables au diagnostic et au traitement de la maladie. Les dépenses relatives aux services ou **produits médicaux ou paramédicaux dont la valeur thérapeutique n'est pas reconnue par l'association professionnelle** médicale officielle du pays dans lequel sont engagés les frais.
- Les frais relatifs aux postiches non prescrits médicalement.
- **La médecine chinoise sauf l'acupuncture.**
- **Les frais liés au prélèvement, à la culture, au stockage et à l'utilisation de cellules souches.**
- Les frais jugés somptuaires, déraisonnables ou inhabituels compte tenu du pays dans lequel ils ont été engagés.
- Les frais annexes tels que téléphone, télévision, accès internet, repas accompagnant, loisirs, manucure, pédicure, coiffeur etc.
- Les frais de déplacement tels que taxi, transports en commun, essence, parking etc.
- **Les frais de transport du médecin, à l'exception des indemnités de déplacement qui auraient été prises en charge par la Sécurité Sociale française.**
- Les rendez-vous manqués.
- Les **frais liés à l'obtention des pièces justificatives au versement de prestations.**
- Les produits non médicamenteux tels que : coton hydrophile, alcool, pansements, savon, parfum, shampoing, maquillage, crèmes hydratantes ou solaires, produits cosmétiques, dentifrice, vitamines, minéraux, traitement au fluor pour adulte, compléments alimentaires et nutritionnels (hors vitamines prénatales), produits diététiques, aliments pour bébé, eaux minérales...
- Les thermomètres, tensiomètres, matériels **hypoallergéniques ou antiacariens ainsi que les frais de fonctionnement, d'utilisation et d'entretien** de ces appareils.
- **Les frais afférents à la médecine préventive (sauf vaccins obligatoires ou médicalement recommandés pour le pays d'expatriation** des Bénéficiaires), aux essais cliniques, aux traitements expérimentaux ou alternatifs.
- Les soins relatifs à un traitement ou à une opération de chirurgie esthétique non consécutifs à un accident.
- Les frais ayant pour but de remédier à toutes anomalies ou malformations congénitales, à l'exception de toute intervention sur un enfant dont **l'accouchement a été couvert par le contrat** après la fin du délai d'attente de maternité de 10 mois et inscrit dans les 3 mois qui suivent sa naissance.
- Tout soin médical ou dentaire ne répondant pas aux normes professionnelles.
- Les frais relatifs aux pilules microdosées dites de « 3eme génération » et patches ou tout autre dépense liée à la contraception qui ne ferait pas **l'objet d'une prise en charge par la CFE.**
- Les prothèses dentaires provisoires.
- Les lunettes de soleil et les lunettes sans correction de la vue.
- Les frais de consultation de professeurs.
- Les frais et les soins relatifs aux psychomotriciens, aux étioopathes, aux psychologues, aux psychothérapeutes et les traitements psychanalytiques.
- Les frais de consultation de professionnels en médecine douce, médecine naturelle, médecine parallèle ou médecine alternative sauf les spécialités couvertes dans la formule choisie.
- Les frais occasionnés suite à un voyage qui a été effectué contrairement à un avis médical.
- **Les frais relatifs à des catastrophes naturelles, de l'exposition délibérée à un danger extrême.**
- **Les frais afférents aux accidents ou maladies occasionnés par la transmutation du noyau de l'atome ou l'action de radio-isotopes.**

INCLUSION GARANTIE OBSEQUES

A| Assurés

La présente adhésion a pour objet de garantir aux Assurés du contrat Henner Expat Santé, en cas de décès, des prestations destinées à couvrir tout ou partie des frais d'obsèques. Ces garanties sont assurées par Allianz Vie.

Sont admissibles à l'assurance en tant qu'Assurés, les Adhérents et les Bénéficiaires d'une formule 1 à 4, âgés de moins de 70 ans, sous réserve des conditions prévues au paragraphe « Les Assurés ».

La qualité des Assurés sera appréciée au moment du décès. Les pièces justificatives indiquées ci-après, seront demandées lors de la demande de prestation de la garantie obsèques.

B| Date d'effet et de validité de la garantie

Dans le cadre d'un contrat individuel santé Henner Expat Santé, l'Assuré bénéficie de la Garantie Obsèques incluse avec les Frais Médicaux.

Elle prend effet à la date mentionnée sur le bulletin individuel d'adhésion du contrat santé.

Elle cesse pour l'ensemble des Assurés :

- ▶ En cas de résiliation du contrat groupe souscrit par l'Association La GMC auprès d'AXA pour le risque maladie.
- ▶ En cas de résiliation du contrat groupe souscrit par HENNER auprès d'ALLIANZ Vie.
- ▶ En cas de renonciation ou de dénonciation à son adhésion au contrat santé.
- ▶ A la fin du mois qui suit le 70ème anniversaire de l'Assuré.
- ▶ En cas de non-paiement des cotisations.
- ▶ Au décès du Bénéficiaire.

Il est entendu que la cessation de contrat de l'Adhérent entraîne la cessation de l'affiliation des Bénéficiaires couverts.

C| Garanties et conditions de mise en œuvre

Objet des garanties

Elles ont pour objet de couvrir tout ou partie des frais d'obsèques en cas de décès de l'Adhérent ou de l'un de ses Bénéficiaires couvert.

Le capital décès ne peut être utilisé, à concurrence du coût des obsèques, à des fins étrangères au financement des obsèques.

Le montant de la garantie s'élève à 100% des frais réels dans la limite de 2500 €.

Ce montant pourra être versé à la personne physique ou morale ayant pris en charge les frais d'obsèques, sur présentation de la facture de l'organisme de pompes funèbres acquittée (stipulant l'identité de la personne ayant acquitté la facture).

En cas d'inhumation ou crémation hors de France, aucune prestation ne pourra être versée sur un compte bancaire domicilié hors de France. En cas de conversion de devise, le taux de change correspondra au taux du jour du versement de la prestation.

Le montant de la garantie sera versé en Euros sur un compte bancaire français dans un délai minimal de 4 jours après réception de l'ensemble des pièces justificatives, sans que ce délai ne puisse dépasser 30 jours.

Pièces justificatives

Au moment du décès, les pièces justificatives listées ci-après doivent être adressées à :

HENNER - Département La Garantie Obsèques
14 boulevard du Général Leclerc - CS 20058 - 92527 Neuilly-sur-Seine
Téléphone : 01.55.62.53.19
Email : garantie.obseques@henner.fr

Dans tous les cas (décès de l'Adhérent ou d'un Bénéficiaire couvert) :

- Acte de décès
- Facture des frais d'obsèques

En cas de décès d'un des Bénéficiaires s'il était couvert : tout document officiel justifiant de l'affiliation des Bénéficiaires notamment :

- Concubin : certificat de concubinage ou attestation sur l'honneur ou copie des actes de naissance et justificatif du domicile aux deux noms
- Enfant fiscalement à charge : Certificat de scolarité, dernier avis d'imposition.

2/ Lorsque la garantie est versée directement à l'organisme de Pompes Funèbres en France (Tiers payant) :

- Devis/facture de l'organisme de Pompes Funèbres,
- Relevé d'Identité Bancaire de l'organisme de Pompes Funèbres ayant organisé les obsèques.

3/ Lorsque la garantie n'est pas versée directement à l'organisme de Pompes Funèbres :

- Facture acquittée accompagnée du reçu mentionnant la personne ayant acquitté les frais d'obsèques (original si le défunt avait moins de 12 ans),
- Relevé d'Identité Bancaire du compte en France de la personne ayant acquitté les frais d'obsèques,
- Copie recto/verso de la pièce d'identité en cours de validité de la personne ayant acquitté les frais d'obsèques : passeport, carte nationale d'identité ou du titre de séjour.

D| Exclusions

Sont exclus des garanties les risques suivants :

► Risques de guerre :

Pour les risques survenant dans les Etats composant l'Espace Economique Européen : les conséquences d'une guerre civile ou étrangère, d'une insurrection, d'une émeute ou d'un mouvement populaire.

Pour les risques survenant hors des Etats composant l'Espace Economique Européen : au cas où la France est impliquée dans une action militaire ou de police et sauf convention contraire particulière, les conséquences d'une guerre civile ou étrangère, d'une insurrection, d'une émeute ou d'un mouvement populaire se produisant dans le ou les pays où la France est impliquée. L'exclusion ne s'applique que lorsque l'assuré prend une part active à l'événement.

► Risques aériens :

Les conséquences d'un accident survenu au cours de compétitions, démonstrations aériennes, acrobaties, raids, tentatives de records, vols sur prototypes, vols d'essais, sauts effectués avec des parachutes non homologués et activité de navigant militaire.

Par ailleurs, les conséquences d'un accident de la navigation aérienne ne sont garanties que dans le cas où l'assuré se trouve à bord d'un avion muni d'un certificat de navigabilité et conduit par un pilote possédant un brevet et une licence non périmés, le pilote pouvant être l'assuré lui-même.

► Autres risques :

Le suicide de l'assuré au cours de la première année d'assurance de la présente garantie obsèques.

Les conséquences d'un attentat, ou d'une tentative d'attentat, dès l'instant où l'assuré y prend une part active.

III- LES GARANTIES OPTIONNELLES

LES GARANTIES OPTIONNELLES

A| L'ASSISTANCE RAPATRIEMENT SANITAIRE



NÉCESSITE DE L'APPEL PRÉALABLE

Pour que les prestations d'assistance ci-après exposées soient acquises, FILASSISTANCE doit avoir été prévenue au préalable par téléphone ou par télécopie, avoir communiqué un numéro de dossier et exprimé son accord préalable.

L'organisation par le Bénéficiaire ou par son entourage de l'une de ces prestations ne donne lieu à aucun remboursement de la part de FILASSISTANCE.

Tel : 33 (0)9 77 40 70 57

Fax : + 33 (0)9 77 40 17 87

Convention GAC08MED0105

Dispositions d'ordre général

Les dispositions qui suivent ont pour objet de définir les services d'assistance accordés aux Assurés d'un contrat d'assurance **Henner Expat Santé** conclu auprès de Henner.

Henner est habilité à délivrer tout document contractuel dans le cadre de la présente convention, en annexe au contrat santé.

Ces prestations sont gérées par FILASSISTANCE INTERNATIONAL, Société d'Assistance agréée par le Ministère de l'Economie et des Finances, Société anonyme au capital de 4 100 000 € - 433 012 689 RCS Nanterre, entreprise régie par le Code des Assurances, dont le Siège Social est situé 108 Bureaux de la Colline - 92210 Saint-Cloud.

Prise d'effet - durée

L'ensemble des garanties définies dans la présente convention suit le sort du contrat d'assurance auquel il se rattache et dont il fait partie intégrante (date d'effet, durée, renouvellement, résiliation...).

Validité territoriale

Sauf précision contraire, les prestations garanties sont acquises aux Assurés dans le monde entier, **hors pays d'origine**.

La « France » correspond à la France Métropolitaine et les Principautés de Monaco et d'Andorre.

Modalités de mise en œuvre des garanties

FILASSISTANCE **ne peut se substituer aux organismes locaux d'urgence ni prendre en charge les frais consécutifs à leur intervention.**

Conditions de remboursement (après accord préalable)

Sans préjudice des règles spécifiques ci-après exposées, toute demande de remboursement adressée par l'Assuré à FILASSISTANCE devra être accompagnée de toutes les factures originales et tous les justificatifs originaux correspondant à la demande.

Titres de transport

En cas de transport, de retour anticipé ou de rapatriement organisé et pris en charge par FILASSISTANCE en application de l'une des garanties d'assistance prévues au contrat, l'Assuré consent à utiliser en priorité ses titres de voyage initiaux, modifiés ou échangés.

A défaut de modification ou d'échange, l'Assuré s'engage à accomplir toutes les démarches nécessaires au remboursement des titres non utilisés et à verser les sommes correspondantes à FILASSISTANCE, et ce dans les 90 jours de son retour.

Seuls les frais supplémentaires (résultant d'une modification, d'un échange ou d'un remboursement des titres de transport) par rapport au prix du titre initial acquitté par l'Assuré pour son retour en France seront pris en charge par FILASSISTANCE.

Frais de garde d'enfants

Dans le cadre de certaines garanties, FILASSISTANCE peut rembourser les frais de garde sur présentation des justificatifs originaux.

Avance de frais

Au titre de la présente convention d'assistance, FILASSISTANCE peut effectuer une avance de fonds à l'Assuré afin de lui permettre de faire face aux dépenses visées aux paragraphes « Avance de fonds » et « Avance de caution pénale ».

A titre de garantie de remboursement par l'Assuré des avances effectuées dans le cadre des garanties prévues, FILASSISTANCE adressera un certificat d'engagement à l'Assuré qui devra :

- Renvoyer ce document dûment complété et signé par ses soins à FILASSISTANCE L'avance des frais sera mise en œuvre après réception par FILASSISTANCE dudit certificat d'engagement,
- Et fournir à FILASSISTANCE un chèque certifié ou un chèque de banque.

L'Assuré s'engage à rembourser à FILASSISTANCE la somme avancée dans un délai de 3 mois.

- A compter de la date de l'avance s'agissant la garantie du paragraphe « Avance de Fonds ».
- Dès que les autorités judiciaires locales auront procédé à sa restitution lorsque celle-ci intervient avant l'expiration du délai de 3 mois, s'agissant de la « Caution Pénale ».

A défaut de remboursement dans le délai de 3 mois, la somme avancée deviendra immédiatement exigible et FILASSISTANCE pourra, sans mise en demeure préalable, prendre toutes mesures susceptibles d'en assurer le recouvrement.

Conditions d'ordre médical

Dans tous les cas de maladie ou d'accident, la décision relative à l'assistance et le choix des moyens relèvent de la décision exclusive du médecin de FILASSISTANCE après avoir recueilli, si nécessaire, l'avis du médecin traitant sur place et/ou celui du médecin de famille.

Le médecin de FILASSISTANCE peut, selon le cas médical, demander à l'Assuré de se soumettre à un (des) examen(s) complémentaire(s) si le compte rendu médical initial n'est pas suffisamment précis. La décision du médecin de FILASSISTANCE quant au caractère contractuel de la maladie ou de l'accident de l'Assuré et l'organisation de l'assistance médicale sont alors subordonnées à la réalisation de cet (ces) examen(s) complémentaire(s).

GARANTIES ACCORDEES EN CAS DE MALADIE OU D'ACCIDENT DU BENEFICIAIRE HORS DU PAYS D'ORIGINE

Assistance médicale - transport – rapatriement de l'Assuré

Après s'être entretenu avec le médecin traitant de l'état de santé de l'Assuré et des impératifs d'ordre médical correspondants, le médecin de FILASSISTANCE décide de la mise en œuvre de tous les moyens appropriés. L'assistance médicale pourra prendre l'une des formes suivantes :

- Transfert de l'Assuré dans un établissement médicalisé adapté et situé dans le pays d'expatriation ou dans un pays proche,
- Envoi d'un médecin sur place,
- Rapatriement dans un centre hospitalier situé dans le pays d'origine,
- Transport jusqu'au domicile initial,
- Ou tout autre moyen adapté.

Cette liste n'est pas exhaustive et les choix concernant les modalités de cette assistance médicale relèvent en tout état de cause de l'appréciation souveraine du médecin de FILASSISTANCE.

Le transport ou rapatriement sanitaire organisé par FILASSISTANCE consiste à transférer l'Assuré du lieu d'hospitalisation dans lequel les organismes locaux de secours d'urgence l'ont préalablement acheminé vers une structure médicale plus adaptée.

Titre de transport pour un accompagnant en cas de transport sanitaire ou de rapatriement de l'Assuré

En cas de rapatriement de l'Assuré dans son pays d'origine ou de transport sanitaire vers un centre médicalisé adapté proche du domicile à l'étranger, FILASSISTANCE met à la disposition de son conjoint ou d'une personne de son choix résidant dans le pays d'expatriation, un billet de train 1^{ère} classe ou d'avion classe touriste pour l'accompagner durant ce rapatriement ou transport. La prise en charge des titres de transport par FILASSISTANCE s'effectue dans les conditions exposées au paragraphe « Titres de transport ».

Cette prestation d'assistance n'est pas cumulable avec la prestation suivante « Présence d'une personne auprès de l'Assuré hospitalisé ».

Présence d'une personne auprès de l'Assuré hospitalisé

En cas d'hospitalisation supérieure à 7 jours de l'Assuré suite à un accident ou une maladie et si son état de santé ne permet pas son rapatriement, FILASSISTANCE met à la disposition d'une personne choisie par lui, un billet aller-retour de train 1^{ère} classe ou d'avion classe touriste au départ du pays d'origine pour se rendre à son chevet dans le pays d'hospitalisation.

FILASSISTANCE prend également en charge ses frais de séjour pendant 7 nuits maximum et à concurrence de 80 € TTC maximum par nuit.

Cette garantie n'est pas cumulable avec la garantie « Titre de transport pour un accompagnant en cas de transport sanitaire ou de rapatriement de l'Assuré »

Rapatriement des membres de la famille

En cas de rapatriement de l'Assuré dans son pays d'origine, et en cas d'impossibilité pour l'Assuré de retourner dans son pays d'expatriation au bout de 90 jours, FILASSISTANCE prend en charge un billet aller-retour de train 1^{ère} classe ou d'avion classe touriste, pour ramener dans le pays d'origines les Bénéficiaires restés dans le pays d'expatriation.

La prise en charge des titres de transport par FILASSISTANCE s'effectue dans les conditions exposées au paragraphe « Titres de transport ».

Cette garantie n'est pas cumulable avec la garantie « Présence d'une personne auprès de l'Assuré hospitalisé ».

Accompagnement des enfants mineurs

Si, durant son hospitalisation, l'Assuré est dans l'impossibilité de s'occuper de ses enfants bénéficiaires mineurs laissés sans surveillance d'un adulte, FILASSISTANCE prend en charge le billet aller et retour de train 1^{ère} classe ou d'avion classe touriste au profit d'un accompagnateur ou d'une personne de son choix, pour les ramener dans le pays d'origine.

Les frais de transport éventuels sont pris en charge par FILASSISTANCE dans les conditions du paragraphe « Titre de transport ».

Cette prestation d'assistance n'est pas cumulable avec la garantie « **Présence d'une personne auprès de l'Assuré hospitalisé** ».

Retour après consolidation

Après consolidation médicalement constatée et pour permettre à l'Assuré de retourner dans son pays d'expatriation, lorsqu'il a été préalablement rapatrié ou transporté par FILASSISTANCE, FILASSISTANCE organise et prend en charge le retour de l'Assuré par avion classe touriste ou train 1^{ère} classe. Dans tous les cas, cette garantie n'est acquise qu'après accord des médecins de FILASSISTANCE. Dans le **cas où le retour après consolidation ne pourrait s'effectuer dans les conditions normales définies ci-dessus**, le coût excédentaire du retour restera obligatoirement à la charge du Bénéficiaire.

Frais de secours

Si l'Assuré est blessé suite à un accident survenu sur une piste de ski balisée ouverte aux skieurs au moment des faits, FILASSISTANCE prend **en charge les frais de secours du lieu de l'accident jusqu'au centre de soins le plus proche, à concurrence de 1 534 € TTC par Assuré** sans dépasser **6 000 € TTC par évènement**.

Sont exclus de la garantie : les forfaits de remontées mécaniques inutilisées.

Présence au chevet d'un enfant hospitalisé

En cas d'hospitalisation, dans le pays d'origine, supérieure à 48h de l'enfant de l'Assuré, âgé de moins de 18 ans, ou de moins de 28 ans s'il poursuit des études, FILASSISTANCE organise et prend en charge le voyage aller-retour de l'Assuré vers le pays d'origine, à concurrence d'un billet de train 1^{ère} classe ou d'avion classe touriste pour se rendre au chevet de l'enfant.

Garde des enfants de moins de 16 ans

En cas d'hospitalisation de l'Assuré supérieure à 7 jours et si, durant cette période, ses enfants, âgés de moins de 16 ans, ne peuvent s'organiser seuls et être pris en charge par une personne de l'entourage de l'Assuré, FILASSISTANCE prend en charge leur garde au domicile de l'Assuré **à concurrence de 300 € TTC**.

Le remboursement par FILASSISTANCE **à l'Assuré** se fera dans les conditions et selon les modalités exposées dans le paragraphe « **Frais de garde d'enfants** ».

GARANTIE ACCORDEE EN CAS DE DÉCÈS

En cas de décès de l'Assuré hors du pays d'origine : rapatriement du corps

En cas de décès de l'Assuré, FILASSISTANCE organise et prend en charge le rapatriement du corps du lieu du décès jusqu'au lieu d'inhumation dans le pays d'origine.

FILASSISTANCE prend également en charge :

- Les frais annexes rendus nécessaires par la législation en vigueur (soins de préparation, aménagements spécifiques au transport du corps, etc.),
- Le coût du cercueil (modèle de base) nécessaire au transport du corps, **à concurrence de 800 € TTC**.

Tous les autres frais annexes (frais de cérémonie, d'inhumation ou de crémation, convois locaux, accessoires...) restent à la charge de la famille.

Accompagnement du défunt

Dans le cas où des raisons administratives imposent une inhumation provisoire ou définitive sur place, FILASSISTANCE organise et prend en charge le transport aller et retour du conjoint ou de tout membre de la famille désigné par celui-ci (ascendant ou descendant, frère ou sœur), si aucun d'eux n'est déjà présent dans le pays d'inhumation, en mettant à sa disposition un billet d'avion classe touriste ou de train 1^{ère} classe, pour se rendre jusqu'au lieu d'inhumation.

Dans ce cas, FILASSISTANCE prend en charge **les frais de séjour de cette personne, sur justificatifs, et à concurrence de 80 € TTC par jour. Cette prise en charge ne peut en aucun cas dépasser 400 € TTC par évènement.**

Retour en cas de décès par accident d'un proche parent de l'Assuré

En cas de décès par accident du conjoint, d'un ascendant ou descendant au 1^{er} degré de l'Assuré, FILASSISTANCE met à la disposition de ce dernier et prend en charge un billet aller-retour d'avion classe touriste ou de train 1^{ère} classe, depuis le pays d'expatriation jusqu'au lieu d'inhumation dans le pays d'origine afin de lui permettre d'assister aux obsèques.

Garde des enfants de moins de 16 ans

En cas de décès de l'Assuré si, durant cette période, ses enfants, âgés de moins de 16 ans, ne peuvent s'organiser seuls et être pris en charge par une personne de l'entourage de l'Assuré, FILASSISTANCE prend en charge leur garde au domicile de l'Assuré **à concurrence de 300 € TTC.**

Le remboursement par FILASSISTANCE à l'Assuré se fera dans les conditions et selon les modalités exposées dans le paragraphe « Frais de garde d'enfants ».

ASSISTANCE ADMINISTRATIVE

Transmission de messages urgents

FILASSISTANCE reçoit et transmet à leur destinataire dans le pays d'origine, les messages à caractère urgent émis par l'Assuré.

De même, à la demande d'un membre de sa famille, FILASSISTANCE communique à l'Assuré tout message à caractère urgent qui est laissé à son intention.

Les commandes, annulations de commande, tous textes entraînant une responsabilité financière sont transmis sous la seule responsabilité de leur auteur, qui devra être identifié. Toutefois, FILASSISTANCE **se réserve le droit de refuser la mise en œuvre de cette garantie si le contenu du message constitue une atteinte à l'ordre public et/ou aux bonnes mœurs.**

Avance de fonds

En cas de perte ou de vol à l'étranger d'effets personnels ou des moyens de paiement (chèque, carte bancaire), FILASSISTANCE peut accorder à l'Assuré pour faire face aux dépenses de première nécessité, **une avance d'un montant de 800 € TTC sous réserve du respect par l'Assuré des dispositions contenues au paragraphe « Avance de frais ».**

ASSISTANCE JURIDIQUE A L'ETRANGER

Honoraires d'avocat

En cas de poursuites judiciaires consécutives à une violation non intentionnelle par l'Assuré de la législation du pays d'expatriation, FILASSISTANCE met un avocat à la disposition de l'Assuré et lui règle directement ses honoraires jusqu'à concurrence de 1 900 € TTC par évènement. Sont exclus : les litiges à caractère professionnel de l'Assuré.

Caution pénale

FILASSISTANCE fait à l'Assuré, si besoin est, l'avance de la caution pénale exigée par les autorités locales pour éviter ou faire cesser l'incarcération, dans la limite de 15 000 € TTC. Cette avance de fonds sera consentie par FILASSISTANCE et remboursée par l'Assuré dans les conditions et selon les modalités exposées au paragraphe « Avance de frais »

Si la caution lui est restituée par les autorités locales avant l'expiration du délai de 3 mois, l'Assuré rembourse immédiatement l'avance reçue. S'il est cité devant un Tribunal et ne se présente pas ou ne se fait pas représenter, le remboursement de l'avance devient immédiatement exigible, car il est impossible d'obtenir la restitution de la caution si le prévenu fait défaut.

ASSISTANCE PSYCHOLOGIQUE

Si du fait de l'isolement, du choc culturel, du stress ou de l'angoisse générée(s) par l'expatriation, l'Assuré vit une situation psychologique sensible d'ordre professionnel ou privé, la prestation PASS 24/7 Expatriés est mise en œuvre.

Accessible 24h/24, cette prestation permet à l'Assuré de plus de 16 ans, d'obtenir une écoute téléphonique dont l'objectif est de lui permettre d'aborder ou de gérer cette période difficile sereinement.

Cette prestation est accessible **dans les 3 mois précédant le départ, durant toute l'expatriation et dans les 3 mois suivant le retour.**

ASSISTANCE EN CAS D'INCENDIE AU DOMICILE

Si, suite à un incendie au domicile de l'Assuré dans le pays d'origine, l'Assuré doit regagner celui-ci en l'absence des autres Bénéficiaires au moment du sinistre et si sa présence est indispensable, FILASSISTANCE organise et prend en charge son voyage vers le pays d'origine à concurrence d'un billet aller et retour en train 1^{ère} classe ou en avion classe touriste du lieu d'expatriation à celui de son domicile sinistré dans le pays d'origine.

ASSISTANCE INFORMATION PRATIQUE, JURIDIQUE ET FISCALE

L'Assuré peut accéder au service d'informations dispensé par téléphone par FILASSISTANCE

Toute demande d'information de l'Adhérent est enregistrée immédiatement et un numéro de dossier lui est communiqué.

FILASSISTANCE s'engage à lui fournir une réponse, si possible immédiatement, et en tout cas dans un délai ne dépassant pas 72h.

Le contenu de l'information délivrée, ne saurait excéder le champ défini par l'article 66-1 de la Loi n° 71-1130 du 31 décembre 1971.

FILASSISTANCE ne pourra toutefois pas être tenue responsable des éventuelles difficultés, et leurs conséquences, qui pourraient **surgir ultérieurement du fait d'une interprétation erronée et/ou d'une utilisation inappropriée ou abusive, par l'Assuré**, des informations communiquées.

ASSISTANCE SECURITE

Mesures préventives

Assistance conseiller sécurité

Sur simple appel, FILASSISTANCE peut mettre l'Assuré en liaison avec un conseiller sécurité qui le conseillera sur les comportements à adopter en cas de danger et l'informer de l'évolution des risques du pays dans lequel il se trouve.

Mesures curatives

Evacuation ou rapatriement politique

En cas de trouble politique majeur mettant en péril la sécurité de l'Assuré et sur recommandation officielle du gouvernement français d'évacuer tous les ressortissants français du pays concerné, FILASSISTANCE met en œuvre tous les moyens dont elle dispose pour organiser l'évacuation ou le rapatriement politique de l'Assuré dans les meilleures conditions vers un lieu sécurisé dans le pays où il est expatrié ou dans un pays limitrophe en fonction des conditions de sécurité jugées objectivement satisfaisantes.

FILASSISTANCE organise et prend en charge le transport **de l'Assuré depuis l'aéroport ouvert le plus proche du lieu sécurisé vers un pays proche du pays d'expatriation si les conditions d'accueil et de sécurité sont jugées satisfaisantes ou le pays d'origine.** Le choix du lieu de destination, de la date et des moyens utilisés relève exclusivement de FILASSISTANCE.

Frais d'immobilisation

En cas d'impossibilité de sortir du pays d'expatriation ou du pays dans lequel l'Assuré se trouve en déplacement, pour cause d'émeutes ou de troubles entraînant l'annulation des vols ou la fermeture des aéroports, FILASSISTANCE prend en charge les frais d'hébergement et de restauration pour une durée de 8 jours consécutifs maximum, à concurrence de 305 € TTC par jour et par Bénéficiaire.

Limitation des prises en charge

La prise en charge au titre des garanties du paragraphe « Mesures curatives » est limitée à 5 000 € TTC par Bénéficiaire et par année contractuelle, quel que soit le nombre d'événements ou de services mis en œuvre. Au-delà de ce plafond, les coûts seront refacturés par FILASSISTANCE à l'Adhérent.

Organisation de services

A la demande du souscripteur, FILASSISTANCE peut organiser les services décrits au paragraphe « Mesures curatives » dans les cas suivants :

- Absence de recommandation officielle du gouvernement français d'évacuer tous les ressortissants français du pays concerné,
- Demande d'organisation d'un rapatriement politique formulé par l'Adhérent en l'absence d'une recommandation officielle du gouvernement français à la date du jour de la demande,
- Dépassement du plafond de prise en charge décrit au paragraphe « Limitation des prises en charge ».

Une estimation financière est alors soumise à l'Adhérent par écrit avant toute intervention. Après accord écrit de l'Adhérent, FILASSISTANCE organise le service. L'intégralité des coûts engagés reste à la charge de l'Adhérent.

Exclusions de l'option Assistance Rapatriement

- **Les frais engagés sans l'accord préalable de FILASSISTANCE,**
- Les maladies ou blessures préexistantes, diagnostiquées et/ou **traitées, ayant fait l'objet d'une hospitalisation continue ou d'une hospitalisation ambulatoire** dans les 6 mois précédant la souscription du contrat [Henner Expat Santé](#),
- Les hospitalisations prévues ou répétitives pour une même cause,
- Les convalescences et affections en cours de traitement et/ou non encore totalement guéries au moment de la souscription de la convention,
- **Les affections ou lésions bénignes qui peuvent être traitées sur place et n'empêchent pas le Bénéficiaire de poursuivre son expatriation,**
- Les maladies mentales,
- Les états pathologiques faisant suite à une Interruption Volontaire de Grossesse ou une Procréation Médicalement Assistée,
- Toute intervention médicale volontaire pour convenance personnelle (chirurgie esthétique notamment),
- Les incidents liés à un état de grossesse dont le risque était connu avant le départ, et leurs conséquences (accouchement compris) et dans tous les cas, les incidents dus à un état de grossesse à partir de la 32^{ème} semaine, et leurs conséquences (accouchement compris),
- Les frais de recherche de personne en montagne, en mer, ou dans le désert,
- Les visites médicales de contrôle et les frais y afférents,
- Les voyages entrepris à des fins de diagnostic et/ou de traitement,
- **Les conséquences civiles et/ou pénales d'actes intentionnels commis par l'Assuré** en violation de la législation en vigueur dans les pays traversés par lui,
- **La tentative de suicide ou le suicide de l'Assuré,**
- **Les frais liés aux excédents de poids des bagages lors d'un transport par avion ainsi que les frais d'acheminement des bagages,**
- Les frais non justifiés par des factures originales,
- **Les conséquences de l'usage de médicaments, drogues, stupéfiants et produits assimilés non ordonnés médicalement ou de l'absorption d'alcool,**
- Les événements survenus du fait de la participation du Bénéficiaire en tant que concurrent à des compétitions sportives, paris, matches, concours, rallyes, ou à leurs essais préparatoires,

- **Les conséquences d'un conflit armé (guerre étrangère ou civile), d'une émeute,**
- Les conséquences de la **participation volontaire de l'Assuré** à un acte de terrorisme, de sabotage, à un crime, à un délit, à une rixe, un pari ou un défi,
- **Les frais de restauration (à l'exception des petits déjeuners lorsqu'ils sont prévus dans les garanties),**
- Les dommages ou aggravation des dommages causés par des armes ou engins destinés à exploser par modification de structure du noyau de l'atome ou par tout combustible nucléaire, produit ou déchet radioactif ou par toute autre source de rayonnements ionisants et qui engagent la responsabilité exclusive d'un exploitant d'installation nucléaire.

Sont également exclues des garanties, les conséquences

- Des situations à risques infectieux en contexte épidémique,
- **De l'exposition à des agents biologiques infectants,**
- **De l'exposition à des agents chimiques type gaz de combat,**
- **De l'exposition à des agents incapacitants, neurotoxiques ou à des effets neurotoxiques rémanents,**

Dès **lors qu'elles font l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures sanitaires préventives** ou de surveillance spécifique de la part **des autorités sanitaires internationales et/ou locales du pays d'origine.**

Exonération de responsabilité

FILASSISTANCE est responsable de la nature et de la qualité des prestations d'assistance fournies aux Bénéficiaires des garanties.

Toutefois la responsabilité de FILASSISTANCE est écartée lorsque les retards ou défaillances dans l'exécution des garanties sont imputables à une cause étrangère, notamment, aux délais et/ou aux difficultés d'obtention de documents administratifs (visas d'entrée et de sortie de territoire, passeports...) qui constituent des conditions essentielles et préalables, fixées par certains états, à la circulation et/ou au transport des personnes sur un territoire ou entre deux états donnés.

- La responsabilité de FILASSISTANCE est également écartée en cas de détérioration ou vol d'effets personnels, de matériels, de bagages ou d'accessoires commis sur ou dans le véhicule que ce dernier soit immobilisé ou en cours de remorquage, de transport, retour ou rapatriement ou convoi.
- La responsabilité de FILASSISTANCE ne pourra être recherchée lorsque le retard ou l'inexécution de la prestation d'assistance demandée par l'Assuré est consécutif(ve) à l'insuffisance des disponibilités locales.

FILASSISTANCE ne peut être tenue pour responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient :

- Soit, de cas de force majeure,
- Soit, d'événements tels guerre civile ou étrangère, révolution, mouvements populaires émeutes ou grèves (article L121-8 alinéa 2 du Code des Assurances),
- Soit des saisies ou contraintes par la force publique,
- Soit des interdictions officielles,
- Soit des actes de piraterie, de terrorisme ou d'attentats soit, d'un enlèvement, d'une séquestration ou d'une prise d'otage,
- Soit des tempêtes, ouragans ou catastrophes naturelles.

B | LA RESPONSABILITE CIVILE PRIVEE

ASSURES

- ▶ L'adhérent au contrat Henner Expat Santé ainsi que les membres de sa famille partant avec lui,
- ▶ Les membres de sa famille comprennent outre le conjoint et les enfants, le concubin ou la concubine, les enfants du concubin ou de la concubine ainsi que tous les enfants vivant habituellement au foyer et à la charge de l'expatrié ou du détaché,
- ▶ Cette qualité est étendue à titre exceptionnel aux enfants jouissant d'un logement distinct mais demeurant sous la dépendance économique de leurs parents lorsqu'ils poursuivent des études même dans un pays autre que celui d'expatriation,
- ▶ Le personnel domestique en tant qu'employé et au service de l'assuré.

GARANTIES

Sont garanties à concurrence des sommes fixées à l'article « Montant des garanties et franchise » ci-après, les conséquences pécuniaires de la responsabilité civile pouvant incomber à l'Adhérent en vertu de toute loi ou règlement en vigueur sur le lieu du sinistre en dehors de toute activité professionnelle.

L'Assureur prendra en charge tous frais raisonnables encourus par une personne garantie pour assurer sa défense devant toute juridiction civile ou pénale du fait d'un sinistre garanti et auxquels il aura préalablement expressément consenti.

L'assureur ne sera pas responsable des frais auxquels il n'a pas consenti.

Les frais de défense comprennent :

- Les honoraires d'avocat,
- Les frais de justice, les dépens,
- Les cautions et garanties demandées dans le cadre d'un procès dans la mesure où leur montant ne dépasse pas celui du montant de garantie responsabilité civile. De plus, l'assureur a le libre choix de ne pas prendre en charge le montant de ses cautions et des garanties.

L'obligation de l'assureur de prendre en charge les frais de défense cessera lorsque le montant des indemnités payées aura épuisé le montant de garantie Défense/Recours.

EXCLUSIONS DE LA RESPONSABILITE CIVILE VIE PRIVEE

Est seule exclue la responsabilité de l'Adhérent :

- ▶ **D'une affection ou d'une** maladie transmise intentionnellement ou accidentellement par un Adhérent à un tiers ainsi que **l'ensemble des conséquences découlant de cette affection ou de cette maladie**
- ▶ **Du fait de l'exercice de sa profession**
Toutefois, cette exclusion ne s'applique pas à l'Adhérent pour le trajet domicile - lieu de travail - aller et retour dès lors qu'il n'utilise pas un véhicule à moteur. De même, la responsabilité des Adhérents lorsqu'ils participent à titre bénévole à des activités éducatives et/ou sportives, est bien garantie.
- ▶ **Des locaux appartenant à un Adhérent ou loués à ce dernier et qui ne sont pas la résidence de l'Adhérent**
- ▶ **Du fait de la conduite de véhicules à moteur qu'ils soient, terrestres, aériens, fluviaux et maritimes (dommages causés et/ou subis)**

Toutefois, cette exclusion ne s'applique pas :

- Lorsque lesdits véhicules terrestres à moteur sont utilisés à l'insu de l'Adhérent par des personnes dont il est civilement responsable et résidant sous son toit et que ces véhicules n'appartiennent ni à ces derniers ni à l'Adhérent.
- La responsabilité encourue par l'utilisateur, même non muni du permis de conduire, est également garantie lorsqu'il s'agit d'embarcations de moins de 8 mètres, munies ou non d'un moteur inférieur à 5 CV.
- ▶ **Du fait de l'usage d'armes à feu lors de tous actes de chasse visés par une obligation locale d'assurance**
- ▶ **Du fait de sa participation en tant que concurrents à des compétitions sportives comportant des obligations légales d'assurances**

- ▶ **Du fait de tout immeuble dont l'Adhérent serait** propriétaire
- ▶ **Du fait des dommages intentionnellement causés ou provoqués par l'Adhérent, ou avec sa complicité**
- ▶ **Du fait de la participation de l'Adhérent à des rixes ou bagarres, sauf en cas de légitime défense**
- ▶ Du fait des dommages causés par les chevaux appartenant à l'Adhérent et par les animaux sauvages même apprivoisés
- ▶ Du fait des pertes et dommages occasionnés aux objets qui lui sont confiés.

MONTANT DES GARANTIES ET FRANCHISES

Garanties

Tous Dommages confondus : 7 800 000 € par sinistre dont :

- Dommages matériels et Immatériels consécutifs : 780 000 € par sinistre.
- Défense : 40 000 € par sinistre.
- E Bike (vélo et trottinette électrique) : 20 000 € par sinistre

Franchise

L'Adhérent conservera à sa charge une franchise de 150 € sur tout dommage autre que corporel.

RESPONSABILITE CIVILE LOCATIVE

Garanties

L'Assureur garantit la responsabilité que l'Adhérent peut encourir à l'égard des voisins et des tiers pour les dommages matériels résultants d'un sinistre en cas d'incendie, explosion ou dégâts des eaux trouvant son origine dans les bâtiments dont l'Adhérent est locataire ou occupant.

L'Assureur garantit la responsabilité de l'Adhérent en tant que locataire ou occupant, à l'égard du propriétaire pour les dommages affectant les bâtiments et les équipements fixes mis à sa disposition.

L'Assureur garantit également la responsabilité de l'Adhérent en tant que locataire envers le propriétaire pour la perte de loyers ou troubles de jouissance.

Toutefois, la présente couverture s'exercera uniquement en complément d'une garantie spécifique souscrite localement.

Le montant des garanties est fixé globalement à 780 000 € par sinistre, sous limité à 10% du montant de l'indemnité au titre de la perte de loyers et des troubles de jouissance.

EXCLUSIONS DE LA RESPONSABILITE CIVILE LOCATIVE

L'Assureur ne garantit pas les dommages :

- ▶ Causés intentionnellement par l'Adhérent ou avec sa complicité,
- ▶ Occasionnés par la guerre étrangère ou la guerre civile,
- ▶ Causés par les armes ou engins destinés à exploser par modification du noyau de **l'atome**,
- ▶ Causés par tout combustible nucléaire, produit ou déchet radioactif ou par toute autre source de rayonnements ionisants et qui engagent la **responsabilité exclusive d'un exploitant d'installation nucléaire**,
- ▶ Causés par toute source de rayonnements ionisants (en particulier tout radio-**isotope**) **utilisée ou destinée hors d'une installation nucléaire et dont l'Adhérent a la propriété, la garde, ou l'usage.**

ÉTENDUE TERRITORIALE

Les garanties s'exercent dans le monde entier avec une surprime pour les USA / Canada.

ACQUISITION ET DUREE DES GARANTIES

Les garanties sont acquises pendant toute la durée de l'expatriation et pendant les séjours temporaires en France ou dans les départements d'outre-mer.

Les garanties sont automatiquement acquises à compter du jour du départ en expatriation de l'Adhérent et en cas de départs successifs des Adhérents : à compter du jour de départ de chacun d'eux.

Les garanties cesseront un mois après le retour définitif de l'Adhérent sauf avis contraire du souscripteur ou sauf si le fait générateur du sinistre est né avant cette date et, en cas de retour successif, deux mois avant le retour du même Adhérent.

Toutefois, pour l'Adhérent autre que de nationalité française, les garanties du présent contrat cesseront lors de son retour définitif dans son pays d'origine ou sauf si le fait générateur du sinistre est né avant cette date et, en cas de retour successif, deux mois avant le retour du même Adhérent. (Par retour définitif nous entendons la fin de son contrat d'expatriation).

PERIODE DE GARANTIE

La garantie porte sur les sinistres survenus entre la date d'effet et la date de suspension ou de cessation de la garantie à laquelle ces sinistres se rattachent, à l'exclusion des sinistres dont l'Adhérent a connaissance lors de la souscription de cette garantie.

DECLARATION DE SINISTRE

Les représentants multilingues du centre de réclamations XN sont disponibles 24 heures par jour, 7 jours par semaine, pour traiter rapidement et efficacement votre déclaration de sinistre.

L'Adhérent doit :

- ▶ Donner dès qu'il en a connaissance et au plus tard dans les 5 jours ouvrables, avis du sinistre par écrit à XN sauf en cas de force majeure,
- ▶ Faire parvenir à XN après sinistre dans le plus bref délai une déclaration indiquant les circonstances du sinistre, ses causes connues ou présumées, la nature et le montant approximatif des dommages,
- ▶ En cas de sinistre mettant en cause la responsabilité civile de l'Adhérent et si en raison du lieu de survenance du sinistre l'Assureur ne peut assurer sa défense, l'Adhérent peut prendre un avocat local et informer Henner du nom et adresse de celui-ci,
- ▶ Transmettre à XN les copies de toutes les lettres, convocations, actes judiciaires ou pièces de procédure.

L'Assureur ne peut se voir opposer une reconnaissance de responsabilité ou une transaction intervenue en dehors de lui ou sans son accord, l'aveu d'un fait matériel n'étant pas considéré comme une reconnaissance de responsabilité.

Pour entamer le processus de déclaration de sinistre, choisissez l'une des options suivantes :

Numéro sans frais international :	+800-XN-CENTER (+800-962-36837)
Numéro sans frais partout en Amérique du Nord :	1-866-286-4076
Par Email :	claims@xn.com
Par courrier :	Centre de Gestion des Réclamations XN Global 600 Boulevard de Maisonneuve Ouest, bureau 2310 Montréal, Québec, Canada H3A 3J2

EFFET ET DUREE DU CONTRAT

L'ensemble des garanties définies dans la présente convention suit le sort du contrat d'assurance auquel il se rattache et dont il fait partie intégrante.

LOI ET JURIDICTION APPLICABLES

Le présent contrat est régi par la loi française. Tout différend résultant de l'application du présent contrat sera de la compétence des tribunaux français.

C | LES GARANTIES PREVOYANCE

ARTICLE 1 - OBJET DU CONTRAT

La garantie désigne le droit à prestation en cas de réalisation, entre la date d'admission à l'assurance et la date de cessation de l'assurance, d'un risque assuré dans le cadre du contrat.

Les Garanties s'appliquent dans le monde entier, sous réserve du respect des dispositions du présent Contrat.

Le présent Contrat prévoit une couverture au premier euro (ci-après « 1er euro »), qui se caractérise par l'intervention au premier rang de l'Assureur qui n'intervient pas en principe, en complément d'un régime facultatif ou obligatoire de base, sous réserve des dispositions spécifiques relatives à chaque garantie.

Le contrat a pour objet de faire bénéficier les Adhérents des garanties listées ci-après :

- ▶ Décès toutes causes

Cette garantie permet le versement d'un capital en cas de décès et le versement d'un capital en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'Assuré.

- ▶ Décès accidentel

Cette garantie permet le versement d'un capital en cas de Décès Accidentel et le versement d'un capital en cas Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'Assuré.

- ▶ Incapacité de travail et invalidité permanente

Cette garantie permet le versement d'indemnités journalières et/ou de rentes d'invalidité en cas d'arrêt de travail (suite à accident ou maladie). Cette garantie ne peut toutefois être souscrite que conjointement à la garantie Décès toutes causes.

Délai d'attente

Un délai d'attente de 90 jours est appliqué en cas d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité permanente d'origine non accidentelle.

ARTICLE 2 – CHOIX ET NIVEAUX DE GARANTIES

Choix des garanties

Lors de son admission, l'Adhérent a la faculté de choisir l'une des options proposées sur le bulletin d'adhésion, en vue de la détermination du montant des prestations garanties et des cotisations afférentes.

Changement de base des garanties ou option en cours du contrat

Toute demande de changement de base de garanties et d'option au sein du même contrat entraîne l'application, à compter de sa date d'effet, des modalités suivantes :

- Le changement pour une garantie inférieure prend effet à l'échéance trimestrielle suivant la demande écrite de l'Adhérent.
- Le changement pour une garantie supérieure est subordonné aux formalités médicales suivantes :
 - Questionnaire médical,
 - Et éventuellement, en fonction des conclusions du questionnaire, examens complémentaires à la charge de l'Adhérent.

Le changement de garanties n'est accepté, à effet du 1^{er} jour du trimestre civil suivant, que si les réponses au questionnaire ou les résultats de l'examen médical de l'Adhérent sont jugés satisfaisants par l'Assureur.

ARTICLE 3 – REVALORISATION DES PRESTATIONS

Les prestations périodiques servies sous la forme d'indemnités journalières ou de rentes sont revalorisées chaque année.

Ainsi, chaque premier jour du mois suivant la date d'anniversaire de l'évènement ayant donné lieu aux versements, l'Assureur prend en compte, pour calculer le montant des prestations, l'évolution du point du régime de retraite AGIRC-ARRCO intervenue depuis l'anniversaire précédent

Après la résiliation du Contrat ou de la garantie, la prestation cesse d'être revalorisée ; elle continue d'être versée pour le montant atteint à la date de la résiliation.

Conformément à la Loi ECKERT du 13 juin 2014, entrée en vigueur le 1er janvier 2016, les capitaux servis en cas de décès sont revalorisés à compter de la date du décès ouvrant droit à prestations. Les conditions d'application de cette revalorisation sont fixées par les Articles L132-5 et R132-3-1 du Code des Assurances.

ARTICLE 4 – EXCLUSIONS

GARANTIES DECES – DECES ACCIDENTEL – ARRET DE TRAVAIL

Est exclu des garanties précitées, le décès **et/ou** l'arrêt de travail cause par les faits générateurs suivants :

- **D'un suicide ou tentative de suicide au cours de la première année d'assurance. Si l'Adhérent était précédemment garanti au titre d'un contrat d'assurance de groupe à adhésion obligatoire, pour des niveaux de garanties similaires, sans qu'il y ait eu interruption de garanties, le délai d'un an est supprimé.**
- Sur le territoire français, d'une guerre (déclarée ou non) avec une puissance étrangère ou d'une guerre civile, d'une émeute, d'une **insurrection populaire, d'un attentat, d'un conflit arme, dans lesquels l'Assuré est impliqué du fait de sa participation active, à l'exception des cas de** légitime défense, assistance à personne en danger, accomplissement du devoir professionnel.
- Hors du territoire français, d'une guerre (déclarée ou non) ou d'une guerre civile d'une émeute, **d'une insurrection populaire, d'un attentat, d'un conflit arme, dans lesquels l'Adhérent est impliqué du fait de sa participation active à l'exception des cas de** légitime défense, assistance à personne en danger, accomplissement du devoir professionnel.

GARANTIES DECES ACCIDENTEL ET ARRET DE TRAVAIL

Est exclu des garanties précitées, le décès **et/ou** l'arrêt de travail cause par les faits générateurs suivants :

- **Du fait intentionnel de l'Adhérent ou d'un autre** Bénéficiaire ;
- Des conséquences directes ou indirectes de la désintégration du noyau atomique ;
- De la navigation aérienne :
 - **A bord d'un appareil non muni d'un certificat valable de** navigabilité ou pilote par une personne ne possédant ni brevet, ni licence, ou qui est titulaire d'un brevet ou d'une licence qui n'est pas ou plus en cours de validité ;
 - **De l'utilisation d'un parachute, d'un deltaplane, d'un parapente, d'un appareil** ultraléger motorisé (ULM) ou de tout engin assimilé ;
 - Au cours de meetings, raids sportifs, vols acrobatiques, tentatives de records, essais préparatoires, essais de réception, sauts en parachute non motivés par des raisons de sécurité ;
- **De la pratique par l'Adhérent** de toute activité sportive dans le non-respect des règles élémentaires de sécurité recommandées par les pouvoirs publics ou par la fédération sportive correspondant à l'activité ;
- **De la pratique par l'Adhérent** de toute activité sportive et compétition à titre professionnel.

GARANTIE DECES ACCIDENTEL

Est exclu des garanties précitées, le décès **et/ou** l'arrêt de travail cause par les faits générateurs suivants :

- **D'attentats ou d'actes de nature terroriste utilisant directement ou indirectement toute arme ou toute matière, qu'elles soient radioactives, d'origine chimique ou d'origine bactériologique ou virale ;**
- De la consommation de boissons alcoolisées, constatée par un taux d'alcoolémie égal ou supérieur au taux légal défini par le code de la circulation routière **du pays ou l'accident a lieu ;**
- De l'usage de stupéfiants ou substances médicamenteuses **en l'absence** ou en dehors des limites de prescriptions médicales ;

Les événements totalement ou partiellement provoqués par une cause pathologique et en particulier les épidémies, ainsi que les accidents vasculaires cérébraux ne peuvent pas être considérés comme des accidents.

C1 | DÉCÈS

ARTICLE 1 - OBJET DE LA GARANTIE

La garantie a pour objet, en cas de décès de l'Adhérent, le versement d'un capital, ledit capital étant versé par anticipation en cas de perte totale et irréversible d'autonomie de l'Adhérent telle que visée à l'article 4.

ARTICLE 2 - COTISATIONS

La cotisation est fixée en fonction du capital assuré (montant à verser en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie de l'Adhérent) et de la tranche d'âge de l'Adhérent. Elle évolue en cas de changement de tranche d'âge.

ARTICLE 3 - BENEFICIAIRES DU CAPITAL

3.2 DESIGNATION TYPE

En principe le capital est versé :

- Au conjoint de l'Adhérent non séparé judiciairement ou à son partenaire avec lequel il est lié par une union civile ;
- À défaut, par parts égales entre eux, aux enfants à charge de l'Adhérent vivants ou représentés, et aux enfants à charge du conjoint ;
- À défaut, par parts égales entre eux, au père et à la mère de l'Adhérent, ou au survivant d'entre eux ;
- À défaut, aux héritiers de l'Adhérent.

Pour être Bénéficiaire du capital décès, le concubin de l'Adhérent, doit avoir fait l'objet d'une désignation particulière selon les modalités de l'Article 3.3. ci-après.

La qualité de conjoint légitime d'un Adhérent ne peut être reconnue simultanément à plusieurs individus.

3.3 DESIGNATION PARTICULIERE

Toutefois, l'Adhérent conserve à tout moment la faculté de rédiger une désignation particulière transmise à Henner.

En cas de désignation de plusieurs Bénéficiaires au titre de la garantie, et de la survenance du décès de l'un d'entre eux qui est antérieur à celui de l'Adhérent, le capital est versé aux autres Bénéficiaires au prorata de leurs parts respectives.

Nonobstant les dispositions ci-dessus, la désignation particulière n'est pas appliquée, la désignation type s'y substituant, dans les seuls cas listés ci-après :

- ▶ précès du Bénéficiaire ou de la totalité des Bénéficiaires désignés par l'Adhérent ;
- ▶ décès au cours d'un même événement et sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès, de l'Adhérent et du Bénéficiaire ou de la totalité des Bénéficiaires désignés par l'Adhérent ;

- ▶ révocation de plein droit prévue par le Code Civil français.

Toute désignation particulière rédigée par l'Adhérent antérieurement à la date d'effet du présent Contrat cesse de produire ses effets. À défaut de désignation particulière émise par l'Adhérent, les dispositions relatives à la désignation type s'appliquent.

Les paiements ne sont pas divisibles, et, s'il y a pluralité des Bénéficiaires, les règlements sont effectués sur quittance conjointe des intéressés.

ARTICLE 4 - PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE

En cas de reconnaissance de la perte totale et irréversible d'autonomie de l'Adhérent par l'Assureur, le capital prévu en cas de décès de l'Adhérent peut être versé par anticipation à l'Adhérent ou le cas échéant, à son représentant légal s'il ne jouit pas de la capacité juridique.

L'Adhérent est reconnu comme atteint d'une perte totale et irréversible d'autonomie lorsque, avant le 62ème anniversaire de l'Adhérent, l'Assureur a reçu la preuve que celui-ci est totalement inapte à la moindre activité ou occupation lui procurant gain ou profit, et ceci de façon irréversible ; il doit notamment être dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

La date de la reconnaissance de la perte totale et irréversible d'autonomie est la date d'envoi du document par lequel l'Assureur accepte de verser par anticipation le capital ; la garantie décès prend fin, par voie de conséquence, à cette même date.

Toute difficulté d'ordre médical est réglée par le recours à expertise médicale ; à défaut d'accord entre le médecin de l'Adhérent et celui de l'Assureur, ces deux médecins s'en adjoindront un troisième pour les départager. À défaut d'entente sur le choix de ce médecin, la désignation est faite, à la requête de la Partie la plus diligente, par le Président du Tribunal compétent. Chaque Partie supporte les honoraires de son médecin ainsi que, le cas échéant, la moitié des frais de la contre-expertise.

ARTICLE 5 - PIECES A FOURNIR EN CAS DE SINISTRE

▶ Décès

Doivent être adressées à l'Assureur, dans les 6 mois qui suivent le jour du décès de l'Adhérent, toute pièce nécessaire au règlement des prestations listée ci-après ou équivalente eu égard au pays concerné, et selon le cas :

- Extrait d'acte de décès de l'Adhérent
- Extrait d'acte de naissance de l'Adhérent,
- Justificatif prouvant que l'Adhérent avait une activité professionnelle au moment du sinistre.
- Les pièces justificatives de la qualité d'enfant à charge, selon le cas :
 - extrait d'acte de naissance ;
 - certificat de scolarité de l'année en cours ;
 - en cas de formation en alternance, une copie du contrat de formation en alternance ;
 - en cas de conservation d'intérêts financiers en France, une copie de la déclaration fiscale la plus récente ou attestation de l'Administration fiscale, précisant le nombre d'enfants à charge au jour du décès ;
- Les pièces justificatives des droits et de la qualité des Bénéficiaires et notamment, selon le cas :
 - un certificat de mariage, une copie de la convention d'union civile, un certificat de concubinage notoire délivré par l'autorité compétente ou une attestation sur l'honneur de vie commune ;
 - un certificat d'hérédité, un acte de notoriété ou à défaut un certificat de propriété délivré par le greffe du Tribunal d'Instance et un extrait du jugement de tutelle.
- Un certificat médical indiquant la cause du décès.
- Un certificat médical indiquant si le décès est dû ou non à une cause naturelle,

A DEFAUT POUR L'ADHERENT ET/OU LE BENEFICIAIRE DE FOURNIR DANS LE DELAI SUSVISE LES PIECES LISTEES CI-DESSUS PERMETTANT DE VERIFIER OU FAIRE VERIFIER QU'IL(S) PEUT/PEUVENT PRETENDRE AUX PRESTATIONS VISEES PAR LA GARANTIE, IL(S) SE TROUVERA/TROUVERONT DECHU(S) DE TOUT DROIT A INDEMNITE.

Dès lors que les pièces ont été fournies, l'Assureur se réserve le droit de demander toute autre pièce justificative au moment du sinistre et au cours du règlement des prestations.

► Perte totale et irréversible **d'autonomie de l'Adhérent**

Doivent être adressées à l'Assureur dans les 6 mois qui suivent le jour de la reconnaissance de la perte totale et irréversible d'autonomie de l'Adhérent, avant le 62^{ème} anniversaire de l'Adhérent, toutes pièces justificatives, et notamment :

- Le certificat du médecin traitant,
- La demande de reconnaissance de l'état de perte totale et irréversible d'autonomie,
- Justificatif prouvant que l'Adhérent avait une activité professionnelle au moment du sinistre.

A DEFAUT POUR L'ADHERENT ET/OU SON REPRESENTANT LEGAL DE FOURNIR DANS LE DELAI SUSVISE LES PIECES LISTEES CI-DESSUS PERMETTANT DE VERIFIER OU FAIRE VERIFIER QU'IL PEUT PRETENDRE AUX PRESTATIONS VISEES PAR LA GARANTIE, IL SE TROUVERA DECHU DE TOUT DROIT A INDEMNITE.

Dès lors que les pièces ont été fournies, l'Assureur se réserve le droit de demander toute autre pièce justificative au moment du sinistre et au cours du règlement des prestations.

C2 | DÉCÈS ACCIDENTEL

ARTICLE 1 - OBJET DE LA GARANTIE

La garantie a pour objet le versement d'un capital lorsque le décès de l'Adhérent est consécutif à un accident.

Lorsque l'accident survenu pendant la période d'assurance entraîne une perte totale et irréversible d'autonomie de l'Adhérent, ledit capital peut être versé par anticipation conformément aux dispositions de l'Article 4.

ARTICLE 2 - MONTANT DU CAPITAL ET COTISATIONS

La cotisation annuelle en euros est fixée en fonction du capital assuré (montant à verser en cas de décès accidentel ou de perte totale et irréversible d'autonomie accidentelle de l'Adhérent).

Le montant du capital choisi à l'adhésion est versé en cas de Décès Accidentel ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie accidentelle.

Le capital est versé, dans les mêmes conditions que celles prévues à l'Article 3. du Chapitre 2 pour la garantie Décès, soit aux Bénéficiaires de l'Adhérent décédé, soit à l'Adhérent lui-même si l'accident dont il est victime conduit à une perte totale et irréversible d'autonomie.

ARTICLE 3 - BENEFICIAIRES DU CAPITAL DÉCÈS ACCIDENTEL

Les Bénéficiaires du capital sont ceux prévus au titre de la garantie Décès.

ARTICLE 4 - PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie accidentelle, l'atteinte corporelle doit être constatée dans les 12 mois (de date à date) qui suivent l'accident.

En cas de reconnaissance de la perte totale et irréversible d'autonomie de l'Adhérent par l'Assureur, le capital prévu en cas de décès de l'Adhérent peut être versé par anticipation à l'Adhérent ou le cas échéant, à son représentant légal s'il ne jouit pas de la capacité juridique.

L'Adhérent est reconnu comme atteint d'une de perte totale et irréversible d'autonomie lorsque, avant le 62^{ème} anniversaire de l'Adhérent, l'Assureur a reçu la preuve que l'Adhérent est totalement inapte à la moindre activité ou occupation lui procurant gain ou profit, et ceci de façon irréversible ; il doit notamment être dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

La date de la reconnaissance de la perte totale et irréversible d'autonomie est la date d'envoi du document par lequel l'Assureur accepte de verser par anticipation le capital ; la garantie décès prend fin, par voie de conséquence, à cette même date.

Toute difficulté d'ordre médical est réglée par le recours à expertise médicale ; à défaut d'accord entre le médecin de l'Adhérent et celui de l'Assureur, ces deux médecins s'en adjoindront un troisième pour les départager. A défaut d'entente sur le choix de ce médecin, la désignation est faite, à la requête de la partie la plus diligente, par le Président du Tribunal compétent. Chaque Partie supporte les honoraires de son médecin ainsi que, le cas échéant, la moitié des frais de la contre-expertise.

La preuve que la perte totale et irréversible d'autonomie est consécutive à un accident doit être reçue par l'Assureur dans les 12 mois qui suivent l'accident.

ARTICLE 5 - PIÈCES A FOURNIR EN CAS DE SINISTRE

▶ DECES ACCIDENTEL

Outre les pièces listées à l'Article 5. du Chapitre 2 pour la garantie DECES, le/les Bénéficiaire(s) doit(vent) dans les modalités prévues, fournir les justificatifs suivants : le procès-verbal de police ou à défaut, tout document apportant la preuve de la relation de cause à effet entre l'accident et le décès.

A DEFAUT POUR LE/LES BENEFICIAIRES DE FOURNIR DANS LE DELAI SUSVISE LES PIECES LISTEES CI-DESSUS PERMETTANT DE VERIFIER OU FAIRE VERIFIER QU'IL PEUT/PEUVENT PRETENDRE AUX PRESTATIONS VISEES PAR LA GARANTIE, IL(S) SE TROUVERA/TROUVERONT DECHU(S) DE TOUT DROIT A INDEMNITE.

Dès lors que les pièces listées au paragraphe 1 ont été fournies, l'Assureur se réserve le droit de demander toute autre pièce justificative au moment du sinistre et au cours du règlement des prestations.

▶ PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE

Outre les pièces listées à l'Article 5. du Chapitre 2 pour la garantie DECES, l'Adhérent doit dans les modalités prévues, fournir les justificatifs suivants : tout document apportant la preuve de la relation de cause à effet entre l'accident et la perte totale et irréversible d'autonomie

A DEFAUT POUR L'ADHERENT DE FOURNIR DANS LE DELAI SUSVISE LES PIECES LISTEES CI-DESSUS PERMETTANT DE VERIFIER OU FAIRE VERIFIER QU'IL PEUT PRETENDRE AUX PRESTATIONS VISEES PAR LA GARANTIE, IL SE TROUVERA DECHU DE TOUT DROIT A INDEMNITE.

Dès lors que les pièces listées au paragraphe 1 ont été fournies, l'Assureur se réserve le droit de demander toute autre pièce justificative au moment du sinistre et au cours du règlement des prestations.

C3 | INCAPACITE DE TRAVAIL - INVALIDITE PERMANENTE

ARTICLE 1 - OBJET DE LA GARANTIE

La garantie a pour objet le service :

- D'une Indemnité Journalière, en cas d'incapacité temporaire de travail telle que visée à l'article 2,
- D'une rente temporaire en cas d'invalidité permanente de l'Adhérent telle que visée à l'article 3.

Cette garantie ne peut être souscrite que conjointement à la garantie Décès toutes causes.

Les éventuelles prestations servies au même titre par tout régime de prévoyance dont pourrait relever l'Adhérent sont à déduire des prestations ci-après.

ARTICLE 2 - INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL

L'Adhérent est en incapacité temporaire de travail lorsqu'il est dans l'incapacité physique totale de travailler à la suite d'une maladie ou d'un accident.

L'incapacité de continuer ou de reprendre le travail doit être constatée par un médecin traitant. L'Assureur se réserve le droit de soumettre l'Adhérent à l'expertise médicale. Les frais d'expertise sont alors à la charge de l'Assureur.

Les congés de maternité et de paternité sont exclus de cette garantie.

Franchise

L'indemnité journalière est servie après une période d'arrêt continu et total de travail pour maladie ou accident, appelée "franchise", et fixée à trente (30) jours à compter de la date de survenance du Sinistre, sous réserve que le délai d'attente de 3 mois pour les arrêts de travail d'origine non accidentelle -au moment de l'adhésion tel que visé à l'Article 4.2 du Chapitre 1.- soit écoulé.

Montant et revalorisation de l'indemnité journalière

Le montant de l'indemnité journalière s'échelonne entre 50 euros et 300 euros maximum, par tranche de 50 euros, selon le choix de l'Adhérent à la souscription.

L'indemnité journalière est revalorisée selon les dispositions prévues à l'Article 5.3 du Chapitre 1.

L'indemnité journalière, acquise jour par jour, est payable à l'Adhérent mensuellement à terme échu.

En cas de résiliation de l'adhésion à l'Association GMC, de résiliation de la garantie ou du Contrat, l'indemnité journalière cesse d'être revalorisée dès la date de résiliation. Son montant sera alors égal à celui atteint à cette date.

Cessation de l'indemnité

Le service de l'indemnité journalière se poursuit tant que dure l'incapacité de travail, soit jusqu'à guérison, soit jusqu'à stabilisation de l'état de santé (consolidation en cas d'accident) et au plus tard, jusqu'au terme du 36ème mois qui suit la date de l'arrêt de travail concerné.

Le service de l'indemnité journalière cesse en tout état de cause :

- ▶ dès que l'Adhérent est indemnisé au titre de l'invalidité permanente visée à l'Article 3. du présent Chapitre ;
- ▶ à la date de liquidation de toute pension vieillesse ou assimilée, et au plus tard, au 67ème anniversaire de l'Adhérent.

ARTICLE 3 - INVALIDITE PERMANENTE

Pour ouvrir droit à prestation, l'Adhérent doit présenter une invalidité réduisant sa capacité de travail ou de gain. L'état d'invalidité est apprécié par expertise médicale, en tenant compte de la capacité de travail restante, de l'état général, de l'âge et des facultés physiques et mentales de l'Adhérent, ainsi que de ses aptitudes et sa formation professionnelles :

- ▶ soit après consolidation de la blessure en cas d'accident ;
- ▶ soit à l'expiration de la période pendant laquelle l'Adhérent a bénéficié des indemnités journalières visées à l'Article 2. du présent Chapitre,
- ▶ soit après stabilisation de son état intervenue avant l'expiration du délai susmentionné.

Montant de la rente

L'invalidité ouvrant droit au service de la rente temporaire d'invalidité est appréciée en fonction de :

- ▶ l'incapacité fonctionnelle, physique ou mentale ;
- ▶ l'incapacité professionnelle.

Les taux d'incapacité fonctionnelle et professionnelle, variant de 0 à 100 %, sont établis d'un commun accord entre les Parties ou par arbitrage d'ordre médical.

Taux d'incapacité fonctionnelle

Il est apprécié en dehors de toute considération professionnelle, uniquement sur la diminution de capacité physique ou mentale consécutive à la maladie ou à l'accident.

Taux d'incapacité professionnelle

Il est apprécié en fonction du taux et de la nature de l'incapacité fonctionnelle, par rapport à la profession exercée, en tenant compte de la façon dont elle était exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident générateur de l'état d'incapacité, des conditions d'exercice normales et des possibilités d'exercice restantes, abstraction faite des possibilités de reclassement dans une profession différente.

Taux d'invalidité

À partir du taux d'incapacité fonctionnelle et du taux d'incapacité professionnelle, le taux d'invalidité (exprimé en pourcentage) est donné par le tableau suivant :

TAUX D'INCAPACITE PROFESSIONNELLE	TAUX D'INCAPACITE FONCTIONNELLE								
	20	30	40	50	60	70	80	90	100
10				29,24	33,02	36,59	40,00	43,27	46,42
20			31,75	36,94	41,60	46,10	50,40	54,51	58,48
30		30,00	36,34	42,17	47,62	52,78	57,69	62,40	66,94
40	25,20	33,02	40,00	46,42	52,42	58,09	63,50	68,68	73,68
50	27,14	35,57	43,09	50,00	56,46	62,57	68,40	73,99	79,37
60	28,85	37,80	45,79	53,13	60,00	66,49	72,69	78,62	84,34
70	30,37	39,79	48,20	55,93	63,16	70,00	76,52	82,79	88,79
80	31,75	41,60	50,40	58,48	66,04	73,19	80,00	86,54	92,83
90	33,02	43,27	52,42	60,82	68,68	76,12	83,20	90,00	96,55
100	34,20	44,81	54,29	63,00	71,14	78,84	86,18	93,22	100

Il est entendu que le taux d'invalidité est susceptible d'être révisé, soit d'un commun accord, soit par arbitrage.

Le montant de la rente annuelle est fixé comme suit, sous déduction des éventuelles prestations servies au même titre par tout régime de Prévoyance dont pourrait relever l'Adhérent :

Taux d'Invalidité N	Montant de la rente annuelle
N = 100% 66% ≤ N < 100%	365 x le montant de l'indemnité journalière
33% ≤ N < 66%	Montant de l'indemnité journalière fois taux d'invalidité divisé par 66%

AUCUNE RENTE N'EST DUE LORSQUE LE TAUX D'INVALIDITE EST INFÉRIEUR A 33 %.

La rente d'invalidité est revalorisée selon les dispositions prévues à l'Article 5 du Chapitre 1.

En cas de résiliation du présent Contrat ou de l'adhésion à l'Association GMC, la rente cesse d'être revalorisée ; elle continue d'être servie pour le montant atteint à la date de la résiliation, sous réserve des dispositions relatives à sa limitation telles que prévues ci-dessus, et sans préjuger, s'agissant d'un même fait générateur, d'une éventuelle modification de classement dans les catégories d'invalides.

Révision et suppression de la rente

À tout moment l'Assureur peut soumettre l'Adhérent à expertise médicale. Les frais d'expertise sont à la charge de l'Assureur.

La rente peut être révisée en raison d'une modification de l'état d'invalidité de l'Adhérent.

La rente d'invalidité est supprimée lorsque le taux d'invalidité permanente devient inférieur à 33 %.

Effet et cessation de la rente

Le service de la rente débute dès que l'Assureur reconnaît l'état d'invalidité de l'Adhérent.

La rente prend fin :

- ▶ à la date de liquidation de toute pension vieillesse ou assimilée, et au plus tard, au 65ème anniversaire de l'Adhérent ;
- ▶ au dernier jour du trimestre civil précédant le décès de l'Adhérent.

Modalités de règlement

La rente annuelle est payable par quart, à la fin de chaque trimestre civil à terme échu, pendant toute la durée de l'invalidité tant que le taux d'invalidité est au moins égal à 33 %.

Pendant toute la durée du séjour à l'étranger, la rente est versée à l'Adhérent.

ARTICLE 4 - PIECES A FOURNIR EN CAS DE SINISTRE

Doivent être adressées à l'Assureur dans les 6 mois qui suivent le début de l'arrêt de travail de l'Adhérent, toute pièce nécessaire au règlement des prestations listée ci-après ou équivalente eu égard au pays concerné, et notamment :

- ▶ au plus tard 15 jours (i) avant la fin d'expiration de la franchise ou, à défaut, (ii) 30 jours à compter de la survenance du Sinistre : l'avis d'interruption de travail sur formulaire prévu à cet effet et dûment complété par l'Adhérent ;
- ▶ dès l'expiration du délai de la franchise, ou à défaut, au plus tard 15 jours à compter de la survenance du Sinistre : un certificat médical initial sur formulaire prévu à cet effet, dûment complété par l'Adhérent et le médecin traitant, accompagné des certificats médicaux établis depuis la date de l'arrêt de travail ;
- ▶ dans les trente (30) jours à compter de l'établissement des certificats médicaux susvisés : les certificats médicaux de prolongation d'arrêt de travail ;
- ▶ en cas de préjudice corporel de l'Adhérent impliquant une tierce personne dont la responsabilité est engagée : les coordonnées de cette dernière ainsi que celles de son Assureur ;
- ▶ s'agissant d'un Adhérent reprenant le travail mais toujours en état d'invalidité, notamment le cas d'un l'Adhérent classé en 1ère catégorie d'invalidité : les attestations de salaire ;
- ▶ s'agissant d'un Adhérent classé en 1ère catégorie d'invalidité et ne travaillant pas : une déclaration sur l'honneur de non-activité professionnelle.

Doivent être signalés dans les meilleurs délais :

- ▶ toute reprise du travail ;
- ▶ toute rupture du contrat de travail.

En cas de période de franchise, les arrêts de travail doivent être déclarés à l'assureur dans un délai **maximum d'un mois** à compter de l'expiration de la franchise, à défaut ils sont considérés comme ayant débuté au jour de la déclaration.

A défaut **pour l'Adhérent** de fournir dans le délai susvisé les pièces listées ci-dessus permettant de vérifier ou faire vérifier qu'il peut prétendre aux prestations visées par la garantie, il se trouvera déchu de tout droit à indemnité.

Dès lors que les pièces listées au paragraphe 1 ont été fournies, l'Assureur se réserve le droit de demander toute autre pièce justificative au moment du Sinistre et au cours du règlement des prestations.

ARTICLE 5 - CONTROLE MEDICAL

À tout moment durant un arrêt de travail pour incapacité temporaire ou invalidité permanente, et à toute époque, même après résiliation du Contrat ou de la Garantie, l'Assureur peut mettre en œuvre un contrôle médical afin de constater la réalité de l'état d'incapacité ou d'invalidité de l'Adhérent.

Le service des prestations est subordonné, sous peine de suspension des paiements, à l'obligation pour l'Adhérent de se soumettre aux contrôles demandés par l'Assureur. L'Adhérent doit en particulier fournir toutes les pièces justificatives et se prêter à toute expertise médicale que le médecin désigné par l'Assureur juge utile pour apprécier son état.

Les décisions de l'Assureur relatives au refus d'ouverture, à la réduction ou à la cessation des prestations, prises en fonction des conclusions du médecin qu'il a désigné, sont notifiées à l'Adhérent.

En cas de contestation par l'Adhérent des conclusions du médecin désigné par l'Assureur, il est procédé à une expertise effectuée par le médecin choisi d'un commun accord par l'Assureur et l'Adhérent, à partir de la liste de médecins experts proposés par l'Assureur. Faute d'entente sur son choix, la désignation est faite par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'Adhérent en France.

Dans ce cas, les conclusions de cette dernière expertise sont opposables à l'Assureur et à l'Adhérent.

L'Assureur et l'Adhérent supportent chacun la moitié des frais relatifs à la nomination et à l'intervention du médecin expert.

Tant que cette dernière expertise n'a pas été menée à son terme, les Parties s'interdisent d'avoir recours à la voie judiciaire pour le règlement des prestations.

IV- DISPOSITIONS GÉNÉRALES

DISPOSITIONS GÉNÉRALES COMMUNES A TOUS LES RISQUES

A| ROLE ET IDENTIFICATION HENNER ET ASSUREURS DE L'OFFRE

Le contrat [Henner Expat Santé](#) fait l'objet de conventions groupe ouvert souscrites par La Garantie Médicale et Chirurgicale (La GMC), association régie par la loi de 1901 - 14 bd du Général Leclerc, 92200 Neuilly-sur-Seine - RNA W751016775.

La gestion des adhésions au contrat est effectuée par Henner, SAS de courtage et de gestion d'assurances - Capital de 8 212 500 € - RCS Nanterre 323 377 739 - TVA intra-communautaire FR 48323377739 - Immatriculation ORIAS n° 07.002.039 - Relevant du contrôle de l'ACPR - Entreprise certifiée ISO 9001 par le Bureau Veritas Certification - Siège social : 14 bd du Général Leclerc, 92200 Neuilly-sur-Seine, France.

Ces conventions sont souscrites auprès de :

AXA France Vie, S.A, Siège Social : 313, Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex, pour les risques santé (contrat 2.901.049) et prévoyance (contrat 2.901.050).

ALLIANZ VIE, Siège Social : 1 cours Michelet, CS 30051, 92076 Paris la Défense Cedex, pour le risque Obsèques (contrat 25000).

FILASSISTANCE International, Siège Social : 108 Bureaux de la Colline - 92210 Saint-Cloud, pour le risque assistance rapatriement sanitaire (contrat GAC08MED0105).

XN Europe SAS, Siège Social : 600, Boul. De Maisonneuve O, Bureau 2310, Montréal (Québec) Canada H3A 3J2, pour le risque responsabilité civile (contrat LLOYDS n° 4-044-5-0000).

Ces sociétés sont régies par le Code des Assurances.

La GMC a confié, au terme d'un mandat exclusif, à Henner la commercialisation et la gestion du contrat [Henner Expat Santé](#).

L'adhésion au contrat [Henner Expat Santé](#) garantit aux Adhérents de nationalité européenne, ainsi qu'à leurs Bénéficiaires désignés, le remboursement de frais médicaux occasionnés par une maladie, un accident ou une maternité constatés médicalement et survenus postérieurement à la prise d'effet des garanties et des délais d'attente en fonction des formules souscrites.

B| DECLARATIONS ET COMMUNICATIONS

Les déclarations et communications n'ont d'effet que si elles sont parvenues par écrit à Henner.

L'Adhérent est tenu d'aviser Henner, par écrit, de tout changement de son pays de résidence et/ou d'activité professionnelle y compris pour les Bénéficiaires.

A défaut de l'avis de changement, toutes les communications lui seront faites valablement sous la dernière adresse dont l'Assureur ou son délégataire a eu connaissance.

L'emploi de documents ou la production de renseignements inexacts ayant pour but ou pour effet d'induire l'Assureur en erreur sur les causes, circonstances, conséquences ou le montant d'un sinistre entraînent la perte de tous droits à l'assurance.

Si dans une intention frauduleuse vous n'avez pas :

- ▶ Dans le délai fixé par le Contrat, donné avis à Henner de la survenance d'un sinistre, sauf si cet avis a été donné aussi rapidement que cela pouvait raisonnablement se faire ; ou
- ▶ Fourni sans retard à Henner tous renseignements utiles et répondu aux demandes qui vous ont été faites par Henner pour déterminer les circonstances et fixer l'étendue de votre sinistre ; ou

- ▶ Pris toutes mesures raisonnables pour prévenir et atténuer les conséquences du sinistre.

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, les garanties accordées à l'Assuré sont nulles en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'Assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'Assuré a été sans influence sur la réalisation du risque. Les cotisations payées demeurent alors acquises à l'Assureur qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

L'omission ou la déclaration inexacte de l'Assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de la garantie.

Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, l'Assureur peut maintenir la garantie moyennant une augmentation de cotisation acceptée par l'Assuré ; à défaut d'accord de celui-ci, l'affiliation prend fin dix jours après notification adressée à l'Assuré par lettre recommandée. L'Assureur restitue à celui-ci la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par l'Assuré par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

Pluralité d'assurance

Si vous avez souscrit ou bénéficiez de plusieurs contrats d'assurance portant sur les mêmes risques et prévoyant des garanties de même nature, vous devez déclarer l'existence de ces assurances aux différents assureurs, en leur indiquant le nom des autres assureurs et la somme assurée. Vous déclarez le sinistre à l'assureur de votre choix. Toutefois, quand différentes assurances contre le même risque sont contractées intentionnellement ou par tromperie ou frauduleusement, le contrat peut être déclaré nul et des dommages et intérêts pourront vous être réclamés.

C| PRESCRIPTION

Conformément aux dispositions de l'Article L. 114-1 du Code des Assurances, toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'évènement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

- (i) en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le Risque couru, que du jour où l'Assureur en a eu connaissance ;
- (ii) en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'Assuré contre l'Assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Adhérent ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à dix (10) ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le Bénéficiaire est une personne distincte du Souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les Bénéficiaires sont les ayants droit de l'Adhérent décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, notwithstanding les dispositions du paragraphe 1. (ii), les actions du Bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente (30) ans à compter du décès de l'Adhérent.

Conformément à l'Article L114-2 du Code des assurances, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'Assureur à l'Adhérent en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'Adhérent à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription auxquelles l'Article L. 114-2 du Code des assurances fait référence sont :

- (i) La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait qui interrompt le délai de prescription (Article 2240 du Code civil) ;
- (ii) La demande en justice, même en référé, qui interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (Article 2241 du Code civil) ;
- (iii) L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance (Article 2242 du Code civil) ;
- (iv) L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée (Article 2243 du Code civil) ;
- (v) Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (Article 2244 du Code civil) ;
- (vi) L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers. En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier

n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.

Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers (Article 2245 du Code civil) ;

- (vii) L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution (Article 2246 du Code civil).

Conformément à l'Article L. 114-3 du Code des assurances, par dérogation à l'Article 2254 du Code civil, les Parties au Contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

D| SUBROGATION

Les prestations ayant un caractère indemnitaire et étant versées en remboursement de frais supportés par l'Adhérent, il pourra être fait application, le cas échéant, des dispositions du Code des Assurances français.

Conformément aux dispositions de l'Article L121-2 du Code des Assurances, l'assureur est subrogé à concurrence des sommes qu'il a versées, dans les droits et actions de l'Adhérent, contre tout tiers responsable du sinistre à concurrence du montant de la prestation servie.

L'Adhérent doit informer Henner de l'exercice d'un recours, d'une procédure pénale ou civile, dont il a connaissance, contre l'auteur présumé du dommage dont il a été victime.

E| CONCILIATION - RECLAMATIONS

1/ Toute réclamation portant sur le traitement d'une prestation devra être formulée dans un premier temps par téléphone au service qui a traité votre demande :

- A votre Unité de Gestion dont les coordonnées sont indiquées sur votre carte d'assuré ou de contacter notre standard au + 33 (1) 55 62 53 79, muni de votre identifiant,
- A Filassistance pour les prestations d'assistance au + 33 (1) 53 21 70 57,
- A XN Europe pour les garanties de responsabilité civile au + 800 962 36837 (numéro sans frais international) ou + 1 866 286 4076 (numéro sans frais d'Amérique du Nord).

2/ Si vous êtes n'êtes pas satisfait de la réponse apportée par le service client, vous avez la possibilité d'adresser un courrier précisant le motif de votre désaccord à la cellule réclamation :

Pour les Frais Médicaux, les garanties obsèques et prévoyance :

HENNER – Service Qualité
14 bd du Général Leclerc
92200 Neuilly-sur-Seine

Ou par email à l'adresse service.qualite@henner.fr.

Pour l'Assistance rapatriement :

FILASSISTANCE – Service Qualité
108 Bureaux de la Colline
92213 SAINT-CLOUD Cedex

Cette réclamation pourra également être formulée sur le site internet www.filassistance.fr via le formulaire de contact accessible dans la rubrique « Contactez-nous ».

Pour la Responsabilité Civile :

Centre de Gestion des Réclamations XN Global
600 Boulevard de Maisonneuve Ouest, bureau 2310
Montréal, (Québec), Canada H3A 3J2
Ou par email à : claims@xn.com

Une réponse sera adressée sous dix (10) jours à compter de la réception de votre courrier de réclamation. Si l'instruction de la réclamation nécessite un examen justifiant un délai supplémentaire, il vous sera communiqué une date probable de réponse.

3/ Si aucune solution n'est trouvée à l'issue de l'examen du courrier de réclamation, l'Adhérent pourra saisir gratuitement le Médiateur de l'Assurance, en adressant sa demande à l'adresse ci-dessous :

Médiation de l'Assurance
TSA 50110
75441 Paris Cedex 09

L'Adhérent pourra également formuler sa demande sur le site internet de la Médiation de l'Assurance, accessible via le lien suivant www.mediation-assurance.org.

Le médiateur formulera un avis dans le délai prévu dans la charte de la médiation de l'assurance, à réception du dossier complet. Son avis ne s'impose pas aux Parties et laisse la liberté pour l'Adhérent, de saisir les tribunaux compétents.

F| LOI APPLICABLE

Le présent contrat est soumis à la loi française.

A défaut d'accord amiable, il sera fait expressément attribution de juridiction près les tribunaux dans le ressort desquels se situe le domicile de l'Adhérent.

Mesures restrictives définies par la réglementation française et internationale

Le présent Contrat sera sans effet et l'Assureur ne sera pas tenu de payer une indemnité ou de fournir des garanties au titre du présent Contrat dès lors que l'exécution du Contrat exposerait l'Assureur aux sanctions, interdictions ou aux restrictions résultant des résolutions des Nations Unies ou aux sanctions économiques ou commerciales prévues par les lois ou règlements édictées par l'Union européenne, le Royaume Uni ou les Etats-Unis d'Amérique.

G| CONTROLE DES ASSURANCES

Autorité chargée du contrôle :

Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 Place de Budapest – CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

www.acpr.banque-france.fr

H| PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

Conformément à la réglementation en vigueur relative à la protection des données à caractère personnel, le responsable du traitement des informations recueillies est HENNER.

Le traitement conjoint de vos données personnelles par HENNER (et XN EUROPE), AXA, et FILASSISTANCE est nécessaire à la gestion (y compris commerciale), la passation et l'exécution de votre contrat d'assurance. Elles peuvent par ailleurs être utilisées à des fins d'évaluation et acceptation des risques et de contrôle interne.

Elles seront également susceptibles d'être utilisées (i) dans le cadre de contentieux, (ii) pour la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, (iii) afin de se conformer à une réglementation applicable, ou (iv) pour l'analyse de tout ou partie des données vous concernant afin d'améliorer nos produits (recherche et développement), évaluer votre situation ou la prédire (scores d'appétence) et personnaliser votre parcours en tant qu'assuré.

Elles sont destinées aux services des Assureurs, de l'Assisteur, à ses distributeurs, prestataires et sous-traitants, aux réassureurs ainsi qu'aux organismes professionnels habilités qui ont besoin d'un accès pour la réalisation de ces opérations.

Les données relatives à votre santé éventuellement recueillies seront exclusivement utilisées pour la gestion et l'exécution de votre contrat. Ces données sont traitées dans le respect des règles de confidentialité médicale. Elles sont exclusivement destinées au Département médical de HENNER et de l'Assureur et à des personnes habilitées.

Vos données seront conservées le temps nécessaire à ces différentes opérations, ou pour la durée spécifiquement prévue par la CNIL (normes pour le secteur de l'assurance) ou la loi (prescriptions légales).

Pour ceux de ces destinataires situés en-dehors de l'Union Européenne, le transfert est limité (i) aux pays listés par la Commission Européenne comme protégeant suffisamment les données ou (ii) aux destinataires respectant soit les clauses contractuelles types proposées par la CNIL soit les règles internes d'entreprise de HENNER de protection des données (BCR). Les données relatives à votre santé éventuellement recueillies ne seront communiquées qu'aux seuls sous-traitants habilités.

Nous sommes légalement tenus de vérifier que vos données sont exactes, complètes et, si nécessaire, mises à jour. Nous pourrions ainsi vous solliciter pour le vérifier ou être amenés à compléter votre dossier (par exemple en enregistrant votre email si vous nous avez écrit un courrier électronique).

Vous pouvez demander l'accès, la rectification, l'effacement ou la portabilité de vos données, définir des directives relatives à leur sort après votre décès, choisir d'en limiter l'usage ou vous opposer à leur traitement. Si vous avez donné une autorisation spéciale et expresse pour l'utilisation de certaines de vos données, vous pouvez la retirer à tout moment sous réserve qu'il ne s'agisse pas d'informations qui conditionnent l'application de votre contrat.

Vous pouvez vous opposer au traitement de vos données pour un motif légitime.

Concernant les données collectées et traitées afin d'être traitées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, vous pouvez vous adresser directement auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (<https://www.cnil.fr>).

Pour l'ensemble des demandes relatives à vos droits, vous pouvez vous adresser en priorité à HENNER par email : informatique-libertes@henner.com ou par courrier : HENNER - Correspondant CNIL – CS 20058 -14 bd du Général Leclerc - 92527 Neuilly-sur-Seine cedex. Les demandes médicales doivent être libellées à la même adresse et à l'attention du médecin-conseil.

Pour plus d'informations, consultez <https://groupe.henner.com/nos-engagements-rgpd/>

Vous pouvez également vous adresser à AXA par email : service.informationclient@axa.fr ou par courrier : AXA France - Service Information Client - 313 Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre cedex. Les demandes médicales doivent être libellées à la même adresse et à l'attention du médecin-conseil.

Dans le cadre de l'option Assistance Rapatriement, vous pouvez contacter le Délégué à la Protection des Données (DPO) de FILASSISTANCE INTERNATIONAL par courrier FILASSISTANCE - Correspondant CNIL – 108 Bureaux de la Colline – 92213 Saint Cloud cedex ou par email : (dpo@filassistance.fr)

I | RENONCIATION AU CONTRAT

L'Adhérent dispose d'un délai de réflexion de 14 jours à compter de la signature de son adhésion.

S'il souhaite renoncer à son adhésion, il devra notifier sa décision à l'Assureur par lettre recommandée avec accusé de réception selon le modèle suivant :

« Je soussigné(e), Nom et Prénom, né(e) le, demeurant, décide irrévocablement de renoncer à mon adhésion au Contrat n° que j'ai souscrit le et demande le remboursement intégral des sommes versées dans les conditions prévues par l'Article L 112-2-1 du Code des Assurances.

Date..... Signature..... »

L'adhésion cesse immédiatement à la date de l'envoi de cette lettre et l'intégralité des sommes versées sera remboursée par l'Assureur dans les 30 jours qui suivent la date de réception de cette demande.

Dans le cas où l'adhésion a été souscrite exclusivement à distance au sens des Articles L 112-2 du Code des Assurances et L 121-20-8 et suivants du Code de la Consommation, l'adhésion peut être exécutée immédiatement et intégralement à compter de sa conclusion (date indiquée sur le certificat d'adhésion) à la demande expresse de l'Adhérent.

En cas de renonciation avant l'expiration du délai de renonciation, l'intégralité de la cotisation est remboursée, y compris pour la période écoulée entre la date d'effet prévue lors de la conclusion du Contrat et la date de réception de l'éventuelle renonciation.

En cas de non-renonciation, si des prestations ont été versées, l'Adhérent s'engage à rembourser à l'Assureur les montants perçus dans un délai de trente (30) jours.



Henner, SAS de courtage et de gestion d'assurance - Capital de 8 212 500 € - RCS Nanterre 323 377 739 - TVA intra-communautaire FR 48323377739 Immatriculation ORIAS n° 07.002.039 (www.orias.fr) Relevant du contrôle de l'ACPR 4 Place de Budapest – CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09 - www.acpr.banque-france.fr - Entreprise certifiée ISO 9001 par le Bureau Veritas Certification - Siège social : 14 bd du Général Leclerc, 92200 Neuilly-sur-Seine, France www.henner.com Réclamations : service.qualite@henner.fr



réinventons / notre métier

AXA France Vie - SA au capital de 487 725 073,50 € - 310 499 959 - R.C.S Nanterre Entreprise régie par le code des Assurances - Siège social : 313 Terrasses de l'Arche - 92727 NANTERRE Cedex



La Garantie Médicale et Chirurgicale - Association régie par la loi du - 1er juillet 1901 - 14 bd du Général Leclerc, 92200 Neuilly-sur-Seine - France



CFE - Caisse des Français de l'Étranger - 160, rue des Meuniers - BP 100 - 77950 Rubelles - FRANCE
Tel : 01 64 71 70 12 – Fax : 01 60 68 95 74
E-mail : developpement@cfe.fr - www.cfe.fr



XN EUROPE SAS
600, Boul. De Maisonneuve O, Bureau 2310,
Montréal (Québec) Canada H3A 3J2



FILASSISTANCE International - Société Anonyme au capital de 4 100 000 € - 433 012 689 RCS Nanterre - Siège social : 108, Bureaux de la Colline, 92213 SAINT-CLOUD Cedex - Entreprise régie par le Code des Assurances



La Garantie Obsèques, Association régie par la loi du 1er juillet 1901 - 14 Bd du Général Leclerc 92200 Neuilly sur Seine - Services Administratifs - 14 Bd du Général Leclerc 92200 Neuilly sur Seine - Services Administratifs - 14 bd du Général Leclerc 92200 Neuilly-sur-Seine



Allianz Vie, S.A. au capital de 643 054 425 € 340 234 962 RCS Nanterre – Entreprise régie par le Code des Assurances – Siège social : 1 cours Michelet - CS 30051 92076 Paris La Défense Cedex

Henner Expat Santé est une offre santé structurée par formules.

Cette offre a été conçue par Henner qui en assure également la distribution et la gestion. Elle est mutualisée dans le cadre de contrats de groupe souscrits par La GMC (La Garantie Médicale et Chirurgicale), association Loi 1901 appartenant à Henner, auprès des assureurs indiqués ci-dessus.

“

Si Henner était une personne, je dirais que c'est une personne sérieuse, efficace. Quelqu'un de disponible à qui on peut faire confiance. Pour moi, ce serait une femme compétente, à l'écoute et qui maîtrise les situations, aussi bien les moments heureux comme compliqués, de stress et d'intenses émotions.”

Christian H., expatrié français, Belgique

Contact

Centre de Relation Client

+33 (0) 3 28 76 37 38

sante.international.individuels@henner.com



“

Si jamais il arrive quelque chose de grave à moi ou à mon conjoint, je veux être sûr d'être couvert et pris en charge. Je veux être couvert entièrement en cas de gros problèmes, j'ai même choisi le rapatriement. J'ai donc souhaité une assurance flexible qui me laisse la possibilité de plusieurs options.”

Jean B., 51 ans, expatrié français, Chine



henner.com

*Here to care : Répondre présent à chaque moment

Henner, SAS de gestion et de courtage d'assurances - Capital de 8 212 500 € - RCS Nanterre 323 377 739 - TVA Intra-communautaire FR 48323377739 - Immatriculation ORIAS n° 07.002.039 (www.orias.fr) - Relevant du contrôle de l'ACPR (4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09, www.acpr.banque-france.fr) - Siège social : 14 bd du Général Leclerc, 92200 Neuilly-sur-Seine, France - www.henner.com - Réclamations : consulter la rubrique Réclamations sur www.henner.com

Document commercial à caractère non contractuel. H9074 - 05/2022 - Credit: © GettyImages

Premier Euro ou en complément de la Caisse des Français de l'Étranger (C.F.E.)

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : AXA France Vie SA, entreprise d'assurance immatriculée en France et régie par le Code des Assurances
Siren 310 499 959

Produit Individuel Frais médicaux (901 049)

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties. Les garanties précédées d'une coche verte signifient qu'elles sont accordées selon le programme choisi par l'adhérent.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le contrat d'assurance, souscrit par l'Association Garantie Médicale et Chirurgicale (La GMC) vise à garantir aux personnes physiques membres de cette dernière ne bénéficiant pas du régime de base obligatoire de la Sécurité Sociale Française quelle que soit leur nationalité et résidant hors de France, ainsi que leurs ayants droit et selon le programme choisi, le remboursement de frais médicaux en cas de maladie, accident ou maternité. Il intervient au premier euro ou en complément du régime de la Caisse des Français de l'Étranger.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Garantie frais médicaux couverte quelle que soit la formule choisie :

- ✓ **Frais hospitaliers** : frais de séjour, forfait journalier, honoraires, chirurgie réparatrice, Psychiatrie, Hospitalisation à domicile, transport et ambulance.
- ✓ **Médecine courante** : consultations et visites de médecins généralistes et spécialistes, service de téléconsultation et second avis médical Teladoc.

Garanties frais médicaux couvertes (Formules 2, 3 et 4) :

- ✓ **Frais Hospitaliers** : chambre particulière.
- ✓ **Médecine courante** : actes techniques médicaux et de spécialités, actes d'imageries, radiologies, échographies, analyses et laboratoire, auxiliaires médicaux, pharmacie, vaccins rendus obligatoires par la législation en vigueur.
- ✓ **Bien être** : ostéopathie, chiropractie ergothérapie, psychomotricien, et si prescrit médicalement : acupuncture, homéopathie, diététicien, nutritionniste.
- ✓ **Dentaire** : Soins, prothèses et implants dentaires.
- ✓ **Optique** : Monture et verres correcteurs, lentilles correctrices, chirurgie réfractive des yeux.
- ✓ **Prothèses médicales autres** : prothèses auditives et médicales, orthopédie.

Garanties frais médicaux couvertes (Formules 3 et 4) :

- ✓ **Frais Hospitaliers** : Lit accompagnant enfant -15 ans.
- ✓ **Maternité** : frais liés à la maternité (grossesse et accouchement) à compter du 11ème mois d'adhésion.
- ✓ **Dentaire** : orthodontie de l'enfant (si débuté avant 16 ans)



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat.
- ✗ La part des dépenses remboursées ou remboursables par tout régime de base d'organisme de protection sociale (ex : Sécurité Sociale) ou par un autre contrat d'assurance.
- ✗ Les actes pour lesquels l'Assuré n'a pas fait la demande préalable nécessaire, dont la demande préalable a été refusée, ou en cas de non-respect des conditions de la garantie.
- ✗ Les frais engagés dans un pays appartenant à une zone géographique supérieure.
- ✗ Les soins reçus par des personnes n'ayant pas la qualité d'Assuré ou de Bénéficiaire.
- ✗ Les actes non remboursés au titre du contrat.



Y a-t-il des exclusions à la couverture ?

Principales exclusions :

- ! Frais consécutifs à la participation active à une guerre
- ! Frais afférents aux accidents ou maladies occasionnés par la transmutation du noyau de l'atome ou l'action de radio-isotopes
- ! Frais résultant du fait volontaire, tentative de suicide, mutilation volontaire
- ! Frais occasionnés par l'état d'ivresse, usage de stupéfiants, lors de compétitions sportives ou dans le non-respect des règles élémentaires
- ! Frais à visée uniquement esthétique
- ! Frais relatifs aux cures de désintoxication pour alcoolisme, toxicomanie et aux cures de thalassothérapie ou thermales
- ! Les frais médicaux jugés somptuaires, déraisonnables ou inhabituels, par rapport aux pratiques du pays dans lequel ils ont été engagés, peuvent faire l'objet d'un refus de prise en charge ou d'une limitation du montant de la garantie.



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ Zone choisie à l'adhésion et zone(s) inférieure(s)
- ✓ Zone supérieure en cas d'urgence médicale (consécutive à accident ou maladie inopinée)

Les quatre zones de résidence sont ainsi définies :

- ✓ Zone A : Monde Entier sauf Etats-Unis, Emirats Arabes Unis et pays situés dans les Zones B, C ou D
- ✓ Zone B : Afrique du Sud, Allemagne, Argentine, Bolivie, Chili, Colombie, Costa Rica, Danemark, Equateur, Guatemala, Honduras, Indonésie, Liban, Mexique, Népal, Norvège, Nicaragua, Panama, Pérou, République Dominicaine, Suède, Thaïlande, Turquie, Uruguay, Venezuela
- ✓ Zone C : Arabie Saoudite, Australie, Autriche, Canada, Espagne, Irlande, Israël, Italie, Nouvelle Zélande, Portugal, Qatar, Royaume-Uni, Russie, Singapour
- ✓ Zone D : Bahamas, Brésil, Chine, Hong-Kong, Japon, Suisse, Taiwan



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de nullité du contrat d'assurance ou de non garantie, la personne physique adhérente a l'obligation de :

A la souscription du contrat :

- Fournir tous les documents justificatifs demandés
- Remplir avec exactitude le bulletin individuel d'adhésion fourni ainsi que le questionnaire médical aussi bien pour le compte de l'assuré principal que pour les membres de sa famille devant bénéficier de l'assurance.
- Payer la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat
- Respecter les délais d'attente

En cours de contrat :

- Déclarer les sinistres survenus, sans fausse déclaration et sans fraude
- Informer le souscripteur de l'un de ces événements : changement de situation de famille (pays de résidence, composition familiale...), résiliation des droits CFE pour la garantie complémentaire
- Payer les cotisations
- Respecter les délais d'attente en cas de changement de formule et formuler la demande d'entente préalable pour les actes qui le nécessitent



Quand et comment effectuer les paiements ?

La cotisation est payable d'avance mensuellement, trimestriellement, semestriellement ou annuellement dans les 30 jours qui suivent l'édition de l'appel de cotisations.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Les garanties pour chaque personne physique adhérente prennent effet à compter du lendemain suivant la réception de la demande d'adhésion, sous réserve du respect des délais d'attente pour les actes concernés. L'adhésion est conclue pour une période de 12 mois à compter de la date d'affiliation et se renouvelle tacitement à sa date anniversaire sauf résiliation dans les cas et conditions fixés au contrat.



Comment puis-je résilier le contrat ?

La personne physique adhérente peut résilier :

- A l'échéance annuelle, sous réserve d'en avoir fait la demande par lettre recommandée avec accusé de réception au moins 2 mois avant la date précitée,
- À tout moment, à l'expiration du délai d'un an à compter de la première souscription. Dans ce cas, la résiliation prend effet un mois après la réception de la notification de résiliation de la personne physique adhérente.