

Henner™

Conditions générales



Expatriés UNO

Expatriés français

SOMMAIRE

VOTRE CONTRAT	3
A DEFINITIONS COMMUNES A TOUS LES RISQUES	3
B ADMISSIBILITE - AFFILIATION	4
C LES BENEFICIAIRES DE LA GARANTIE	5
D EFFET ET DUREE DE L'ADHESION.....	5
E LES COTISATIONS.....	6
F CHOIX ET MODIFICATION DES GARANTIES OU DE LA ZONE.....	6
G ADJONCTION D'UN BENEFICIAIRE	6
H RESILIATION DU CONTRAT	7
VOS GARANTIES FRAIS MEDICAUX	8
A ÉTENDUE DES GARANTIES	8
B MONTANT ET DETAIL DES GARANTIES FRAIS MEDICAUX.....	9
C DELAIS D'ATTENTE	11
D TERRITORIALITE DE VOTRE CONTRAT	12
E DEMANDES DE REMBOURSEMENT	12
F CHOIX DE LA DEVISE	13
G DEMANDE D'ENTENTE PREALABLE	13
H LES EXCLUSIONS DES GARANTIES FRAIS MEDICAUX.....	14
LES GARANTIES OPTIONNELLES	16
A L'ASSISTANCE RAPATRIEMENT SANITAIRE	16
B LA RESPONSABILITE CIVILE PRIVEE.....	24
C LES GARANTIES PREVOYANCE	27
DISPOSITIONS GÉNÉRALES COMMUNES A TOUS LES RISQUES	38
A ROLE ET IDENTIFICATION HENNER ET ASSUREURS DE L'OFFRE	38
B DECLARATIONS ET COMMUNICATIONS.....	38
C PRESCRIPTION	39
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

VOTRE CONTRAT

VOTRE CONTRAT

A| DEFINITIONS COMMUNES A TOUS LES RISQUES

Accident

Toute atteinte ou lésion corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré venant exclusivement de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Adhérent/Assuré

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.

Bénéficiaire/Assuré

Toute personne physique, mentionnée sur le certificat d'affiliation, pour laquelle une cotisation est réglée par l'Adhérent et sur la tête de laquelle repose le risque.

Outre l'Adhérent, peuvent être Bénéficiaires les personnes mentionnées à l'article « les Bénéficiaires du contrat ».

Conjoint

Le conjoint proprement dit ou le concubin ou le partenaire lié à l'Adhérent par un Pacte Civil de Solidarité (PACS).

Domicile initial

Le lieu de résidence principale et habituelle des Bénéficiaires avant l'expatriation ; le domicile initial est situé en France ou dans un état membre de l'Union Européenne ou en Suisse.

Domicile à l'étranger

Le lieu de résidence principale et habituelle de l'Adhérent dans le pays d'expatriation.

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 du bénéficiaire » : 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'événement jusqu'à l'hôpital ou le centre médicalisé le plus proche.

Frais de séjour

Frais d'hôtel petit-déjeuner continental inclus.

Maladie (inopinée)

Affection soudaine et imprévue de l'état de santé de l'Assuré constatée par une autorité médicale (et postérieure à la date d'adhésion) 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 d'adhésion.

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 l'adhésion).

Sinistre

Est constitutif d'un sinistre, la survenance de tout événement susceptible d'entraîner l'application d'une garantie du contrat.

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/Autruï

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

B| ADMISSIBILITE - AFFILIATION

L'Adhérent doit au moment de son adhésion compléter et signer le formulaire d'adhésion incluant un questionnaire de santé validé par le département médical de Henner. 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 ».

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.

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.

Chaque Bénéficiaire se voit également remettre une carte d'Assuré.

C| LES BENEFICIAIRES DE LA GARANTIE

L'Adhérent

- ▶ Sont admissibles, les Adhérents français de l'association la Garantie Médicale et Chirurgicale (Association Loi 1901) âgés de plus de 18 ans et de moins de 70 ans à l'adhésion, résidant et en dehors de leur pays d'origine (la France).
- ▶ Le contrat peut être conservé à vie tant que la situation de l'Adhérent correspond à la catégorie admissible.

Les Bénéficiaires du contrat

On entend par Bénéficiaire du contrat :

- ▶ L'Adhérent de nationalité française,
- ▶ Les membres de sa famille relevant de l'énumération ci-après, sous réserve qu'ils figurent sur le bulletin d'adhésion transmis à Henner :
 - Le conjoint de l'Adhérent ou concubin notoire⁽¹⁾ ou partenaire lié par un PACS ⁽²⁾ âgé de moins de 70 ans à l'adhésion.
 - Les enfants de l'Adhérent, de son conjoint (ou de son concubin notoire⁽¹⁾ ou de son partenaire lié par un PACS ⁽²⁾), vivant au foyer, jusqu'à leur 20^{ème} anniversaire ou 28^{ème} inclus s'ils poursuivent des études secondaires.

Au-delà du 20^{ème} anniversaire si l'ayant-droit souhaite continuer à bénéficier des prestations, il doit adresser chaque année un certificat de scolarité justifiant de ses études secondaires.

L'adhésion et l'adjonction des bénéficiaires sont soumises à une sélection médicale et à l'éventuelle application de délais d'attente.

⁽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.

D| EFFET ET DUREE DE L'ADHESION

L'adhésion est conclue par l'accord entre l'Adhérent et l'Assureur. La date de conclusion est indiquée sur le certificat d'affiliation.

En cas de vente à distance, l'adhésion peut être exécutée immédiatement et intégralement à compter de sa conclusion à la demande expresse de l'Adhérent (L112-2-1 du Code des Assurances et L121.20-8 du Code de la Consommation)

- ▶ La conclusion de l'adhésion prend effet à la date indiquée sur le certificat 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, informations complémentaires éventuellement demandées), sous réserve du paiement de la première cotisation et de l'acceptation du département Médical de Henner. 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 ».

L'adhésion cesse de produire ses effets le dernier jour du mois civil au cours duquel l'Adhérent atteint :

Son 60^{ème} anniversaire pour les garanties Invalidité absolue et définitive,

Son 65^{ème} anniversaire pour la garantie Incapacité de Travail (garantie nommée Arrêt de travail),

Son 65^{ème} anniversaire pour la garantie Décès, l'assurance de cette garantie pouvant toutefois être prorogée jusqu'au 70^{ème} anniversaire lorsque l'Adhérent est en bon état de santé caractérisé par l'exercice normal de son activité dans le cadre de son contrat de travail.

E| 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.

- ▶ Le paiement des cotisations à Henner selon les modalités fixées dans le bulletin d'adhésion, incombe à l'Adhérent. Il est 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.
- ▶ En cas d'adhésion célibataire ou familiale (plus de 3 personnes assurées), le montant de la cotisation est déterminé en fonction de l'âge de l'Adhérent principal.
- ▶ En cas d'adhésion couple (2 personnes assurées), le montant de la cotisation est déterminé en fonction de l'âge de chaque Assuré.
- ▶ Une cotisation spécifique Famille + est appliquée aux familles à compter de 5 personnes assurées.

Elles évoluent au 1^{er} avril de 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 l'Adhérent (et de son Bénéficiaire dans le cadre d'une adhésion couple).

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

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.

F| 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 ou zone B vers zone C), 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.

G| ADJONCTION D'UN BÉNÉFICIAIRE

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 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.

H| RESILIATION DU CONTRAT

A l'initiative de l'Adhérent

La résiliation de l'ensemble du contrat ou d'une option doit être notifiée auprès de Henner par lettre recommandée moyennant un préavis de 2 mois minimum avant la date anniversaire de l'adhésion.

Le contrat peut être résilié en cours d'année en joignant un justificatif :

- ▶ En cas de retour définitif en France,
- ▶ En cas d'adhésion à un contrat d'assurance obligatoire 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).

L'Adhérent a la possibilité de conserver le contrat **Expat UNO** pendant 3 mois à compter de la date de son retour en France et jusqu'à la réouverture de ses droits auprès de l'Assurance Maladie française moyennant le paiement de ses cotisations.

Dans tous les cas, la date de résiliation ne peut être rétroactive à la date de la demande.

A l'initiative 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.

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.

VOS GARANTIES



VOS CONTACTS

Votre numéro d'identification Henner et le bureau dont vous dépendez sont mentionnés sur votre carte d'assuré.

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 **Expat UNO** présente un choix parmi quatre formules de garanties Frais de santé auxquelles vous pouvez, en fonction de vos besoins, ajouter des options.

Les garanties Frais de santé au 1^{er} euro 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 dans le cadre de l'adhésion. Les remboursements sont exprimés sous la forme de prestations forfaitaires en pourcentages et/ou en euros.

- ▶ Le remboursement du contrat **Expat UNO** est toujours limité aux frais réellement engagés.
- ▶ 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 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. Des précisions sont apportées dans le présent document en ce qui concerne les modalités d'application et les exclusions.
- ▶ Le contrat **Expat UNO** 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 :

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 : radiologie, imagerie, pharmacie, examens, analyses de laboratoire et consultations généralistes/spécialistes,
- ▶ **Transport** : transport en ambulance terrestre prescrit, médicalement justifié, lié à une hospitalisation au moment de l'admission et/ou de la sortie de l'hôpital,
- ▶ 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

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 séjour ouvrant droit à remboursement sont :
 - 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 dans le cadre de la médecine ambulatoire courante à l'exception des cas de fractures nécessitant la pose d'un plâtre et/ou lorsque l'Adhérent est immédiatement hospitalisé.

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

Les frais ouvrant droit à prestations sont ceux relatifs au suivi de la grossesse et à l'accouchement de l'Adhérente principale ou de la conjointe de l'Adhérent principal si cette dernière est couverte par le contrat. Ces frais sont déduits automatiquement du forfait maternité dans la limite du niveau de couverture correspondant à la zone souscrite. Le forfait s'entend par grossesse 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.

- ▶ Suivi de la grossesse
 - Consultations spécialistes en gynécologie,
 - Analyses de laboratoire,
 - Échographie,
 - Traitement médicamenteux,
 - Préparation à l'accouchement par une sage-femme.
- ▶ L'accouchement
 - Accouchement simple,
 - Accouchement avec césarienne médicalement justifiée.

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 intégralement.

Les séances de rééducation périnéales sont couvertes dans le cadre de la médecine ambulatoire courante.

Médecine ambulatoire courante

- ▶ Consultations et visites de généralistes ou de spécialistes (hors dentistes et ophtalmologistes),
- ▶ 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 3 ans).

Bien-être

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 effectuées par un praticien reconnu dans le pays dans lequel il exerce (ostéopathe, chiropracteur, homéopathe, tabacologue, acupuncteur et diététicien).

Si vous n'avez pas utilisé votre forfait Bien-être pendant une année à compter de la date d'adhésion, 50 % du plafond annuel est automatiquement reporté l'année suivante sur la même formule. Le report est limité à 50%.

Optique / Dentaire

- ▶ Consultations et visites de dentistes **et d'ophtalmologistes**,
- ▶ Verres correcteurs et monture,
- ▶ Lentilles de contact correctives jetables ou non,
- ▶ Opération laser 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 ans**),
- ▶ Interventions et traitements parodontaux.

Si vous n'avez pas utilisé votre forfait Optique ou Dentaire pendant une année d'adhésion, 50 % du plafond annuel est automatiquement reporté l'année suivante sur la même formule. Le report est limité à 50%.

Prothèses médicales d'appareillage

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

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 :

- ▶ 200 000 € pour la Formule 1
- ▶ 350 000 € pour la Formule 2
- ▶ 500 000 € pour la Formule 3
- ▶ 1 000 000 € pour la Formule 4

C| DELAIS D'ATTENTE

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 de couverture en zone C pour le plafond relatif à la maternité.

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 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.

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 C donne également accès aux soins dans les zones B et A, 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 C** comprend les Bahamas, le Brésil, la Chine, Hong Kong, Japon et Macao ainsi que les zones A et B.
- ▶ La **zone B correspond aux pays suivants** : Arabie Saoudite, Australie, Bahreïn, Biélorussie, Bosnie, Canada, Irlande, Israël, Italie, Liban, Monaco, Nouvelle Calédonie, Nouvelle Zélande, Qatar, Royaume Uni, Russie, Singapour, Suisse ainsi que la zone A.
- ▶ La **zone A** correspond au reste du monde à l'exclusion des Etats-Unis, des Emirats arabes unis et des pays relevant des zones B ou C listés ci-dessus.

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 **Expat UNO** ne permet pas de déroger aux éventuelles obligations locales en matière d'assurance.

E| DEMANDES DE REMBOURSEMENT

Les demandes de remboursements doivent être présentées à Henner, sous peine de déchéance, dans un délai de 24 mois 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, ou d'un mandataire expressément désigné par celui-ci, pour l'ensemble des personnes garanties.

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

- ▶ Si les frais ont été exposés dans le pays d'expatriation, en France ou dans la zone de couverture souscrite :
 - Le formulaire de demande de remboursement dûment complété et comportant les coordonnées de l'Adhérent et/ou de ses Bénéficiaires,
 - L'original de la prescription médicale,
 - L'original de la facture détaillée et acquittée.
- ▶ Si les frais ont été exposés dans un pays tiers en dehors de la zone de couverture souscrite :

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 français :**

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

▶ **E-claiming :**



E-CLAIMING

Les demandes de remboursement d'un montant inférieur à 500 € (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.

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

F| CHOIX DE LA DEVISE

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 et dans la devise de son choix au cours du jour du remboursement de la prestation.

G| DEMANDE D'ENTENTE PREALABLE

L'accord préalable de l'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 physiothérapeute ou un chiropracteur,

▶ **Les autres actes médicaux en série, dès lors que le nombre est supérieur à 10.**

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 qui auraient donné lieu à un refus de la Sécurité Sociale française 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 **complications de grossesse et d'accouchement** pendant le délai d'attente de maternité ou si ce risque n'est pas couvert en formule 1 et 2 à l'exception des cas suivants : môle hydatiforme et grossesse extra-utérine.
- 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 prescriptions d'un **membre de la famille** ou d'une personne vivant à la **même adresse** que l'Adhérent ou le Bénéficiaire.
- Les frais exposés dans un pays ne correspondant pas à la **zone de souscription**, sauf en cas d'accident ou de maladie inopinée apparu lors du séjour temporaire dont la durée est inférieure à 90 jours consécutifs.
- 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.
- 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).
- Tout frais résultant d'une **guerre, guerre civile, d'hostilités** (qu'il y ait ou non-déclaration de guerre), d'une invasion, émeute, insurrection, rébellion, révolution, renversement militaire, coup d'état, soulèvement populaire, rixe, acte de terrorisme, l'acte d'un **ennemi étranger** lorsque l'Assuré, malgré les conseils de rapatriement diffusés par les autorités consulaires françaises auprès de ses ressortissants continue d'exercer leur activité dans le pays d'expatriation concerné ou si la personne y a pris une part active et volontaire. Il est précisé que les cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger et d'accomplissement du devoir professionnel sont garantis.
- 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, 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 résultants d'une **tentative de suicide** ou de blessures, mutilations et coups effectués à titre volontaire par l'intéressé.
- Les **cures** de désintoxication, de rajeunissement, d'amaigrissement et d'engraissement.

- 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 postcure ; de rééducation ou d'éducation professionnelle ; de gérontologie ; en maison de retraite ; 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 **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.
- 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 **médicaments** qui n'ont pas fait l'objet d'une prescription par un médecin.
- Les **frais annexes** tels que téléphone, télévision, accès internet, repas accompagnant, loisirs, manucure, pédicure, coiffeur etc.
- Les frais de déplacement relatifs aux frais médicaux ou à une hospitalisation de moins de 24h tels que taxi, transports en commun, essence, parking etc.
- Les produits **non médicamenteux** tels que : coton hydrophile, alcool, maquillage, crèmes hydratantes ou solaires, produits cosmétiques, vitamines, minéraux, compléments alimentaires, produits diététiques, aliments pour bébé, eaux minérales...
- Les thermomètres, tensiomètres, matériels hypoallergéniques ou anti acariens.
- 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**,
- Les soins dispensés par des praticiens **non conventionnés et non diplômés**,
- Les prothèses dentaires **provisoires**.
- Les frais et les soins relatifs aux **psychomotriciens**, aux **étlopathes**, aux **psychologues**, aux **psychothérapeutes** et les traitements **psychanalytiques**.
- 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.
- Tout frais résultant des conséquences de la désintégration du **noyau atomique** ou de rayonnements ionisants émis de façon soudaine et fortuite par des combustibles nucléaires ou par des produits ou déchets radioactifs provenant des réacteurs et ayant **contaminé les alentours de la source d'émission** (que celle-ci soit fixe ou en déplacement), à tel point que, dans un rayon de plus d'un kilomètre, la dose absorbée mesurée au sol, 24h après l'émission dépasse 0,01 Gray (ou 1 rad) par heure.
- Les **frais non mentionnés** dans le contrat.
- Les frais dont la demande de remboursement est adressée au-delà de **3 mois** après la résiliation du contrat.

LES GARANTIES OPTIONNELLES

LES GARANTIES OPTIONNELLES

A| L'ASSISTANCE RAPATRIEMENT SANITAIRE (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 **Expat UNO** 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.



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

► 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 DECES

► 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 de ce délai, 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'évènements 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 **Expat UNO**,
- 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 convoiage.
- 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

GARANTIES

Sont garanties à concurrence des sommes fixées au paragraphe « 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 s'engage en outre à défendre l'Adhérent devant toute juridiction ou commission lorsqu'il est cité à comparaître à la suite d'un dommage garanti au titre du présent contrat.

Les frais de défense sont à la charge de l'Assureur, sans imputation sur le montant de garantie des dommages correspondants. Toutefois, si le montant des dommages et intérêts dépasse le plafond de garantie correspondant, l'Assureur prend en charge les frais de défense au prorata du montant de garantie par rapport au montant de l'indemnité due à la victime.

Cette garantie comprend les frais et honoraires d'enquêtes, d'instruction, d'expertise, d'avoué, d'avocat et les frais de procès. Si en raison du lieu de survenance du dommage l'Assureur ne peut effectuer lui-même la défense de l'Adhérent, il s'engage à rembourser les frais engagés par l'Adhérent pour sa défense.

EXCLUSIONS DE LA RESPONSABILITE CIVILE VIE PRIVEE

► Est seule exclue la responsabilité de l'Adhérent

- 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.

- 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 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 5,05 mètres, munies ou non d'un moteur inférieur à 5 cv.

- Du fait de sa participation en tant que concurrent à des compétitions sportives comportant des obligations légales d'assurance.
- Du fait de tout immeuble dont les personnes assurées seraient propriétaires ou locataires.
- Du fait des dommages intentionnellement causés ou provoqués par le Bénéficiaire, ou avec sa complicité.
- Du fait de la participation du Bénéficiaire à des rixes ou bagarres, sauf en cas de légitime défense.
- Du fait des dommages causés par les chevaux appartenant au Bénéficiaire et par les animaux sauvages même apprivoisés.

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 : 20 000 € par sinistre.

► Franchise

L'Adhérent conservera à sa charge une franchise de 300 € sur tout dommage autre que corporel.

RESPONSABILITE CIVILE LOCATIVE

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 305 000 € 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,
- Résultant d'éruptions volcaniques, tremblement de terre, inondations, raz de marée ou autres cataclysmes, hormis dans le cas de constatation de catastrophes naturelles ou équivalence locale,
- 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 entrée d'eau par les portes, fenêtres, impostes, soupiraux et lucarnes ou par les gaines d'aération, de ventilation et les conduits de fumée,
- 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.

Par "séjour temporaire", il faut entendre uniquement les congés, séjours de formation et les missions se situant à l'intérieur d'une période d'expatriation dans un pays donné. N'entrent pas dans la garantie les séjours de plus de 2 mois entre deux expatriations.

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 Bénéficiaires, à compter du jour de départ de chacun d'eux. Les garanties cesseront deux 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 Bénéficiaire.

Toutefois, pour l'Assuré 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 Bénéficiaire (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.

GESTION DES SINISTRES

L'Adhérent doit :

Donner dès qu'il en a connaissance et au plus tard dans les 15 jours, avis du sinistre par écrit à Henner, sauf en cas de force majeure.

Faire parvenir à Henner 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 Henner 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.

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.

En application de l'article 1000.2° du Code Général des Impôts, l'Adhérent bénéficie de l'exonération de la taxe spéciale d'assurance. Cependant, en vertu dudit article, il ne peut être fait usage en France de ce contrat par acte public ou devant toute autorité constituée que s'il a été préalablement soumis à la formalité du visa pour timbre, formalité donnée moyennant paiement de la taxe.

C| LES GARANTIES PREVOYANCE

ARTICLE 1 - OBJET DU CONTRAT

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

- ▶ Décès - invalidité absolue et définitive,
- ▶ Rente éducation,
- ▶ Décès accidentel - infirmité permanente accidentelle,
- ▶ Incapacité de travail - invalidité permanente (Arrêt de Travail),

Dans la suite du présent document, ils sont dénommés « les Adhérents » ou « les membres assurés ».

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.

ARTICLE 2 - EFFET ET DUREE DU CONTRAT

Le contrat prend effet au 1^{er} jour du mois qui suit la réception de la demande d'adhésion et est conclu pour une période de 12 mois. Il se renouvelle ensuite par tacite reconduction.

Il peut être dénoncé à l'initiative de l'une ou l'autre des parties, par lettre recommandée avec accusé de réception, au moins deux mois avant la date de renouvellement.

L'adhésion cesse de produire ses effets le dernier jour du mois civil au cours duquel l'Adhérent atteint :

Son 60^{ème} anniversaire pour les garanties Invalidité absolue et définitive,

Son 65^{ème} anniversaire pour la garantie Incapacité de Travail (garantie nommée Arrêt de travail),

Son 65^{ème} anniversaire pour la garantie Décès, l'assurance de cette garantie pouvant toutefois être prorogée jusqu'au 70^{ème} anniversaire lorsque l'Adhérent est en bon état de santé caractérisé par l'exercice normal de son activité dans le cadre de son contrat de travail.

ARTICLE 3 - CONDITIONS D'ADMISSION

▶ Admissibilité

Sont admissibles à l'assurance les Adhérents d'origine française ayant le statut d'expatrié et exerçant une activité professionnelle rémunérée (à l'exception de la garantie Décès Infirmité Permanente en cas d'accident qui n'est pas conditionnée à l'exercice d'une activité professionnelle).

▶ 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 4 - BASE DE L'ASSURANCE

► 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,
 - Visite médicale aux frais de l'Adhérent.

Le changement de garanties n'est accepté, à effet du renouvellement trimestriel (avec un préavis de trois mois), que si les réponses au questionnaire ou les résultats de l'examen sont jugés satisfaisants par l'Assureur.

C1 | DECES

ARTICLE 1 - OBJET DE LA GARANTIE

La garantie a pour objet, en cas de DECES de l'Adhérent, le versement d'un capital, ledit capital étant versé **par anticipation** en cas d'invalidité absolue et définitive de l'Adhérent telle que visée à l'article 4 « INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE ».

ARTICLE 2 - COTISATIONS

La cotisation est fixée en fonction du capital assuré et de la tranche d'âge de l'Adhérent. Elle évolue en cas de changement de tranche d'âge dès le mois suivant.

ARTICLE 3 - BENEFICIAIRES DU CAPITAL

Le capital est versé, sauf désignation particulière effectuée par l'Adhérent :

- Au conjoint non séparé judiciairement,
- A défaut, par parts égales entre eux aux enfants de l'Adhérent vivants ou représentés,
- A défaut, par parts égales entre eux, au père et à la mère de l'Adhérent ou au survivant d'entre eux,
- A défaut, aux héritiers de l'Adhérent.

A toute époque, l'Adhérent a la faculté de faire une désignation différente, par lettre transmise à Henner. Lorsque l'Adhérent a désigné plusieurs Bénéficiaires et que l'un d'eux décède, le capital est versé aux autres Bénéficiaires au prorata de leurs parts respectives.

Toutefois, la désignation particulière est annulée et la désignation type s'applique en cas de prédécès du Bénéficiaire ou de la totalité des Bénéficiaires désignés par l'Adhérent.

En cas de pluralité de Bénéficiaires, les règlements sont effectués au Siège Social de l'Assureur sur quittance conjointe des intéressés.

En cas de 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, ce dernier est présumé être décédé le dernier.

ARTICLE 4 - INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE

- ▶ En cas d'invalidité absolue et définitive reconnue par l'Assureur, le capital prévu en cas de décès de l'Adhérent peut être versé par anticipation à l'Adhérent (ou à son représentant légal s'il ne jouit pas de la capacité juridique).
- ▶ L'Adhérent est reconnu comme atteint d'une invalidité absolue et définitive lorsque l'Assureur a reçu la preuve que l'Adhérent est totalement inapte à la moindre activité ou occupation, 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.
- ▶ L'état d'invalidité absolue et définitive doit être constaté par l'Assureur avant le 60^{ème} anniversaire de l'Adhérent et pendant l'existence du contrat.
- ▶ La date de la reconnaissance de l'invalidité absolue et définitive est la date d'envoi du document par lequel l'Assureur accepte de verser par anticipation le capital ; la garantie décès prend fin à cette même date.
- ▶ Toute difficulté d'ordre médical pourra être 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 3^{ème} 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.

ARTICLE 5 - PIECES A FOURNIR EN CAS DE SINISTRE

▶ Décès

Doivent être adressées à l'Assureur, dans les 6 mois qui suivent le décès, toutes pièces nécessaires au règlement des prestations, et notamment :

- Extrait d'acte de décès,
- Toute pièce officielle justifiant auprès de l'Assureur la situation de famille de l'Adhérent et la qualité des Bénéficiaires,
- Pièces justificatives de la qualité et des droits des Bénéficiaires,
- Certificat médical indiquant si le décès est dû ou non à une cause naturelle,
- Justificatif prouvant que l'Adhérent avait une activité professionnelle au moment du sinistre.

▶ Invalidité absolue et définitive

Doivent être adressées à l'Assureur, avant le 60^{ème} anniversaire de l'Adhérent, toutes pièces justificatives, et notamment :

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

ARTICLE 6 – EXCLUSIONS

▶ Sont exclus de la garantie Décès Invalidité Absolue et Définitive

- Le décès et l'invalidité absolue et définitive résultant de guerre civile ou étrangère,
- Le décès par suicide et l'invalidité absolue et définitive résultant d'une tentative de suicide lorsque l'intéressé est assuré depuis moins de douze mois consécutifs ou qu'il a procédé à une augmentation du capital depuis moins de douze mois consécutifs.

C2| RENTE EDUCATION

ARTICLE 1 - OBJET DE LA GARANTIE

En cas de décès de l'Adhérent, la garantie a pour objet le versement d'une rente éducation au profit de chaque enfant à charge poursuivant des études. Cette garantie ne peut être souscrite que conjointement à la garantie DECES INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE.

ARTICLE 2 - MONTANT DE LA RENTE ET COTISATIONS

Les cotisations et les rentes sont consultables dans le document « Garanties ».

ARTICLE 3 - DEFINITION DES ENFANTS A CHARGE

On entend par « enfants à charge », les enfants légitimes, naturels, reconnus ou recueillis, sous réserve qu'ils soient retenus comme tels par l'administration fiscale pour la détermination du quotient familial de l'Adhérent :

- Les enfants âgés de moins de 18 ans,
- Les enfants âgés de 18 ans à moins de 26 ans, non-salariés, poursuivant leurs études dans le cycle secondaire ou dans un établissement permettant leur adhésion au régime des étudiants de la Sécurité Sociale (article L 381-4 du Code de la Sécurité Sociale française),
- ou effectuant leur service dans le cadre d'un VIE pour autant qu'ils aient été à charge au sens du présent article à la veille de leur départ.
- Les enfants du conjoint de l'Adhérent remplissant les conditions visées ci-dessus sont assimilés aux enfants de l'Adhérent lorsqu'ils sont pris en compte pour la détermination du quotient familial du foyer fiscal de l'Adhérent.

ARTICLE 4 - EFFET ET CESSATION DE LA RENTE EDUCATION

La rente prend effet le lendemain du jour du décès de l'Adhérent. La majoration de la rente prend effet le premier jour du trimestre civil de l'anniversaire de l'enfant, s'agissant d'un changement de tranche d'âge. La rente cesse d'être due à compter du jour où les conditions requises pour être considéré comme enfant à charge ne sont plus remplies.

ARTICLE 5 - MODALITES DE REGLEMENT

La rente annuelle est payable par quart à la fin de chaque trimestre civil, le premier et le dernier paiement étant calculés au prorata temporis. Elle est versée à l'enfant lui-même s'il jouit de la capacité juridique ou à son représentant légal, dans le cas contraire.

ARTICLE 6 - PIECES A FOURNIR

Outre les pièces visées au Chapitre 5, D « Décès », l'enfant, s'il jouit de la capacité juridique ou son représentant légal doit, par la suite remettre périodiquement à l'Assureur les pièces justificatives de la qualité d'enfant à charge visées audit article.

Le service de la rente étant subordonné à la fourniture de la preuve de la qualité d'enfant à charge, l'Assureur se réserve le droit de demander toute autre pièce nécessaire à l'appréciation de la situation de l'enfant.

ARTICLE 7 - EXCLUSIONS

Est exclu de la garantie Rente Education, le décès :

- Résultant de guerre civile ou étrangère,
- Par suicide, lorsque l'intéressé est assuré depuis moins de douze mois consécutifs ou qu'il a procédé à une augmentation du capital depuis moins de douze mois consécutifs.

C3 | DECES ACCIDENTEL - INFIRMITE PERMANENTE ACCIDENTELLE

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,
- Le versement d'un capital en cas d'infirmité permanente de l'Adhérent consécutive à un accident survenu pendant la période d'assurance sous réserve que l'infirmité soit constatée dans le délai visé audit article et que son taux, déterminé conformément aux dispositions de l'article 5 « Infirmité Permanente Accidentelle » soit au moins égal à 20 %.

ARTICLE 2 - DEFINITION DE L'ACCIDENT

Par "accident", il faut entendre tout événement extérieur, soudain et indépendant de la volonté de l'Adhérent. Pour ouvrir droit au versement du capital supplémentaire, le sinistre doit avoir lieu dans les 12 mois (de date à date) qui suivent l'accident.

S'agissant d'une infirmité permanente accidentelle, l'atteinte corporelle doit être constatée dans les 12 mois (de date à date) qui suivent l'accident. Lorsque la consolidation n'est pas intervenue dans les 24 mois (de date à date) qui suivent l'accident, l'état de l'Adhérent est apprécié au plus tard à l'expiration de ce délai.

ARTICLE 3 - MONTANT DU CAPITAL ET COTISATIONS

Les cotisations et les capitaux sont consultables dans le document « Tableau des garanties ». Le montant du capital choisi à l'adhésion est versé en cas de Décès accidentel ou d'Infirmité Permanente accidentelle.

En cas d'Infirmité Permanente accidentelle, le montant du capital est égal au produit du taux d'infirmité et du capital souscrit.

En cas de décès accidentel postérieur au règlement d'un capital infirmité permanente accidentelle, ce dernier sera déduit du capital décès accidentel.

ARTICLE 4 - BENEFICIAIRES DU CAPITAL DECES ACCIDENTEL

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

ARTICLE 5 - INFIRMITE PERMANENTE ACCIDENTELLE

Le taux d'infirmité déterminé d'après le barème ci-dessous est estimé en fonction de la capacité existant à la date d'admission à l'assurance. Toute aggravation ultérieure de l'atteinte corporelle ne donne pas lieu à révision du taux d'infirmité.

► Infirmité permanente totale

Cécité totale :	100 %
Aliénation mentale incurable et totale :	100 %
Perte des deux bras ou des deux mains :	100 %
Surdité complète des deux oreilles, d'origine traumatique :	100 %
Ablation de la mâchoire inférieure :	100 %
Perte de la parole :	100 %
Perte d'un bras et d'une jambe :	100 %
Perte d'un bras et d'un pied :	100 %
Perte d'une main et d'une jambe ou d'un pied :	100 %
Perte des deux jambes ou des deux pieds :	100 %
Paralysie complète :	100 %

► Infirmité permanente partielle

Tête

Perte de substance osseuse du crâne dans toute son épaisseur :	
- Surface d'au moins 6 centimètres carrés :	40 %
- Surface de 3 à 6 centimètres carrés :	20 %
- Surface inférieure à 3 centimètres carrés :	10 %
Ablation partielle de la mâchoire inférieure branche montante en totalité ou moitié du corps maxillaire :	40 %
Perte d'un œil :	40 %
Surdité complète d'une oreille :	30 %

Membres supérieurs

	Droit	Gauche
Perte d'un bras ou d'une main :	60 %	50 %
Perte de substance osseuse étendue du bras (lésion définitive et incurable) :	50 %	40 %
Paralysie totale du membre supérieur (lésion incurable des nerfs) :	65 %	55 %
Paralysie du nerf circonflexe :	20 %	15 %
Ankylose de l'épaule :	40 %	30 %
Ankylose du coude (en position favorable 15° autour de l'angle droit) :	25 %	20 %
Ankylose du coude (en position défavorable) :	40 %	35 %
Perte de substance osseuse étendue des deux os de l'avant-bras (lésion définitive et incurable) :	40 %	30 %
Paralysie complète du nerf médian :	45 %	35 %
Paralysie complète du nerf radial (à la gouttière de torsion) :	40 %	35 %
Paralysie complète du nerf radial (à l'avant bras) :	30 %	25 %
Paralysie complète du nerf radial (à la main) :	20 %	15 %
Paralysie complète du nerf cubital :	30 %	25 %
Ankylose du poignet en position favorable (dans la rectitude et en pronation) :	20 %	15 %
Ankylose du poignet en position défavorable (flexion ou extension forcée ou en supination) :	30 %	25 %
Perte totale du pouce :	20 %	15 %
Perte partielle du pouce (phalange unguéale) :	10 %	5 %
Ankylose totale du pouce :	20 %	15 %
Amputation totale de l'index :	15 %	10 %
Amputation de deux phalanges de l'index :	10 %	8 %
Amputation de la phalange unguéale de l'index :	5 %	3 %
Amputation simultanée du pouce et de l'index :	35 %	25 %
Amputation du pouce et d'un doigt autre que l'index :	25 %	20 %
Amputation de deux doigts autres que le pouce et l'index :	12 %	8 %
Amputation de trois doigts autres que le pouce et l'index :	20 %	15 %
Amputation de quatre doigts y compris le pouce :	45 %	40 %
Amputation de quatre doigts, le pouce étant conservé :	40 %	35 %
Amputation du médius :	10 %	8 %
Amputation d'un doigt autre que le pouce, l'index et le médius :	7 %	3 %

Membres inférieurs

Amputation de la cuisse (moitié supérieure) :	60 %
Amputation de la cuisse (moitié inférieure et de jambe) :	50 %
Perte totale du pied (désarticulation tibio-tarsienne) :	45 %
Perte partielle du pied (désarticulation sous-astragalienne) :	40 %
Perte partielle du pied (désarticulation médio-tarsienne) :	35 %
Perte partielle du pied (désarticulation tarso-métatarsienne) :	30 %
Paralysie totale du membre inférieur (lésion incurable des nerfs) :	60 %
Paralysie complète du nerf sciatique poplité externe :	30 %
Paralysie complète du nerf sciatique poplité interne :	20 %
Paralysie complète des deux nerfs (sciatique poplité externe et interne) :	40 %
Ankylose de la hanche :	40 %
Ankylose du genou :	20 %
Perte de substance osseuse étendue de la cuisse ou des deux os de la jambe, état incurable :	60 %
Perte de substance osseuse étendue de la rotule avec gros écartement des fragments et gêne considérable des mouvements d'extension de la jambe sur la cuisse :	40 %
Perte de substance osseuse de la rotule avec conservation des mouvements :	20 %
Raccourcissement du membre inférieur d'au moins 5 cm :	30 %
Raccourcissement du membre inférieur de 3 à 5 cm :	20 %
Raccourcissement du membre inférieur de 1 à 3 cm :	10 %
Amputation totale de tous les orteils :	25 %
Amputation de quatre orteils dont le gros orteil :	20 %
Amputation de quatre orteils :	10 %
Ankylose du gros orteil :	10 %
Amputation de deux orteils :	5 %
Amputation d'un orteil (autre que le gros) :	3 %

L'ankylose des doigts (autres que le pouce et l'index) et des orteils (autres que le gros orteil) ne donnera droit qu'à 50 % du capital pour la perte desdits organes.

Modalités d'application du barème

Si l'Adhérent est gaucher, les taux prévus au barème ci-dessus pour les différentes infirmités du membre supérieur droit et du membre supérieur gauche seront intervertis.

Les infirmités ne figurant pas au barème sont appréciées par comparaison avec les cas énumérés.

En cas d'infirmités multiples provenant soit d'un même accident, soit d'accidents successifs, chaque infirmité partielle est appréciée isolément sans que, toutefois, l'addition des taux d'infirmité partielle concernant le même membre ou organe puisse excéder le taux résultant de sa perte totale.

En tout état de cause, la somme globale des infirmités partielles est limitée à 100 %, le capital global ou le dernier capital partiel, en cas d'accidents successifs, étant calculé en conséquence.

ARTICLE 6 - PIECES A FOURNIR EN CAS D'INFIRMITE PERMANENTE ACCIDENTELLE

Doivent être adressées à l'Assureur :

- **A l'origine** : déclaration de l'accident indiquant la date, le lieu et les circonstances dans lesquelles il s'est produit, accompagnée d'un certificat médical comportant la description détaillée des blessures et indiquant les conséquences qui peuvent éventuellement en découler,
- **Dès consolidation de l'état de l'Adhérent** : certificat du médecin traitant indiquant les conséquences définitives de l'accident accompagné de toutes pièces de nature à permettre une exacte appréciation de l'état de l'Adhérent ainsi que la détermination du taux d'infirmité.

L'Adhérent est tenu de recourir immédiatement aux soins médicaux nécessaires et de suivre soigneusement les prescriptions du médecin traitant ; l'aggravation due au retard, à la négligence ou à l'inobservation du traitement médical de la part de l'Adhérent sera considérée comme résultant du fait volontaire ou intentionnel et par la même exclue de la garantie car **ne résultant pas d'un accident.**

ARTICLE 7 - PIECES A FOURNIR EN CAS DE DECES ACCIDENTEL

Doivent être adressées à l'Assureur, outre les pièces visées au chapitre 5, D « Décès », tout document apportant la preuve de la relation de cause à effet entre l'accident et le décès.

La preuve du caractère accidentel du décès incombe aux Bénéficiaires.

ARTICLE 8 - EXCLUSIONS

Sont exclues du Décès accidentel/Infirmité permanente accidentelle, les conséquences des accidents résultant :

- Du fait intentionnel du Bénéficiaire,
- De suicide de l'Adhérent ou de tentative de suicide,
- De guerre civile ou étrangère, d'émeute, de rixe, d'acte de terrorisme dans lesquels l'Adhérent a pris une part active, étant précisé que les cas de légitime défense et d'assistance à personne en danger sont garantis,
- De la consommation de boissons alcoolisées, constatée par un taux d'alcoolémie égal ou supérieur au taux légal,
- De l'usage de stupéfiants ou substances médicamenteuses en dehors des limites de prescriptions médicales,
- De la transmutation du noyau de l'atome.

C4 | ARRET DE TRAVAIL (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 telle que visée à l'article 3.

Cette garantie ne peut être souscrite que conjointement à la garantie Décès Invalidité Absolue et Définitive

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

L'incapacité physique 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.

Franchise

Cette indemnité est versée à l'issue d'une période d'arrêt total et continu de travail, appelée « franchise ».

La franchise est fixée, selon le choix de l'Adhérent lors de son admission, à 30 jours ou à 60 jours sous réserve que le délai d'attente de trois mois pour les arrêts de travail d'origine non accidentelle soit écoulé.

Lorsque l'Adhérent ayant commencé à bénéficier de l'indemnité journalière reprend son activité pour l'interrompre moins de deux mois après pour la même cause, la reprise temporaire n'entraîne qu'une suspension du service de la prestation.

Montant et revalorisation de l'indemnité journalière

L'Assureur verse une indemnité journalière dont le montant est indiqué sur le bulletin d'adhésion lors de l'admission à l'assurance.

L'indemnité journalière est revalorisée en fonction de l'évolution de la valeur du point du régime de retraite de l'AGIRC entre la date de l'arrêt de travail et la date d'échéance de la prestation.

En cas de résiliation du présent contrat, l'indemnité journalière cesse d'être revalorisée ; elle continue d'être servie pour le montant atteint à la date de la résiliation.

Effet et cessation

Le service de cette indemnité se poursuit tant que dure l'incapacité totale de travail, soit jusqu'à guérison, soit jusqu'à stabilisation de l'état de santé (consolidation en cas d'accident).

Il cesse, en tout état de cause :

- Au plus tard jusqu'à la fin du 36^{ème} mois qui suit la date de l'arrêt de travail,
- Dès que l'Adhérent est indemnisé au titre de l'invalidité permanente (article 3 ci-après),
- Au dernier jour du trimestre civil du 65^{ème} anniversaire de l'Adhérent,
- A la date de liquidation de toute pension « vieillesse » ou pension assimilée.

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

ARTICLE 3 - INVALIDITE PERMANENTE

L'état d'invalidité est apprécié par expertise médicale (dont les frais sont à la charge de l'Assureur) :

- Soit après consolidation de la blessure en cas d'accident,
- Soit à l'expiration de la période pendant laquelle l'Adhérent a bénéficié de l'indemnité journalière visée à l'article 2 du présent chapitre,
- Soit au moment de la constatation médicale de l'invalidité lorsque celle-ci résulte de l'usure prématurée de l'organisme.

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

A partir du taux d'incapacité fonctionnelle et du taux d'incapacité professionnelle, le taux d'invalidité en pourcentage est donné par le tableau ci-dessous :

	Taux d'incapacité fonctionnelle									
	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
Taux d'incapacité professionnelle	10				29	33	37	40	43	46
	20			32	37	42	46	50	55	58
	30		30	36	42	48	53	58	62	67
	40	25	33	40	46	52	58	64	69	74
	50	27	36	43	50	56	63	68	74	79
	60	29	38	46	53	60	66	73	79	84
	70	30	40	48	56	63	70	77	83	89
	80	32	42	50	58	66	73	80	87	93
	90	33	43	52	61	69	76	83	90	97
	100	34	45	54	63	71	79	86	93	100

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

Aucune rente n'est due lorsque le taux d'invalidité est inférieur à 33 %.

Montant de la rente

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 permanente au moins égal à 66 %

Le montant annuel de la rente est égal à 365 fois le montant de l'indemnité journalière due dans le cadre du présent contrat au titre du jour précédant le passage en invalidité.

▶ Taux d'invalidité permanente au moins égal à 33 % et inférieur à 66 %

Le montant annuel de la rente est égal au montant visé au présent article que multiplie le taux d'invalidité permanente divisé par 66 %.

▶ Revalorisation de la rente

La rente est revalorisée en fonction de l'évolution de la valeur du point du régime de retraite de l'AGIRC entre la date de l'arrêt de travail et la date d'échéance.

En cas de résiliation du présent contrat, la rente cesse d'être revalorisée ; elle continue d'être servie pour le montant atteint à la date de la résiliation.

À tout moment, l'Assureur peut soumettre l'Adhérent à une expertise médicale.

▶ Révision / Suppression

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

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

Durée

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

Il cesse en tout état de cause au dernier jour du mois civil du 65ème anniversaire de l'Adhérent ou à la date de liquidation de toute pension « vieillesse » ou pension assimilée.

En cas de décès de l'Adhérent, la rente n'est due que jusqu'au dernier jour du mois civil précédant le décès.

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

ARTICLE 4 - PIÈCES À FOURNIR EN CAS DE SINISTRE

Les pièces justificatives à fournir sont notamment :

- Au plus tard 15 jours avant la fin de l'expiration de la franchise : avis d'interruption de travail (sur formulaire prévu à cet effet) dûment complété par l'Adhérent,
- Dès l'expiration de la franchise : certificat médical initial (sur formulaire prévu à cet effet) dûment complété par l'Adhérent et le médecin traitant, accompagné des certificats médicaux établis depuis l'origine de l'arrêt de travail,
- Dans les 30 jours qui suivent leur établissement : 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,

Les arrêts de travail doivent être déclarés à l'Assureur dans un délai maximum d'un mois après l'expiration de la franchise, sinon ils sont considérés comme s'étant produits au jour de la déclaration.

ARTICLE 5 - CONTRÔLE MÉDICAL

Dans tous les cas et à toute époque, même après résiliation du contrat ou de la garantie, l'Assureur se réserve le droit de faire visiter l'Adhérent et éventuellement de le soumettre à expertise médicale ; les frais de contrôle médical sont à la charge de l'Assureur.

ARTICLE 6 - EXCLUSIONS

Est exclu de la garantie Arrêt de travail, l'accident ou la maladie occasionnée par :

- Le fait intentionnel de l'Adhérent, la tentative de suicide ou de mutilation volontaire,
- Toute compétition sportive autre que celle de pur amateurisme, ainsi que les conséquences de la pratique de sports dangereux ou de sports nécessitant l'utilisation de véhicules à moteur,
- La consommation de boissons alcoolisées contactée par un taux d'alcoolémie égal ou supérieur au taux légal,
- L'usage de stupéfiants ou substances médicamenteuses en dehors des limites de prescriptions médicales,
- Toute guerre civile ou étrangère, insurrection, émeute, complot, mouvement populaire, d'acte de terrorisme si l'Adhérent en y prenant part, a contrevenu aux lois en vigueur (art. L121.8 du Code des Assurances),
- La participation de l'Adhérent à des rixes, sauf les cas de légitime défense ou d'assistance à personne en danger,
- Les faits antérieurs à la date d'effet de l'adhésion et non déclarés à l'Assureur,
- La transmutation du noyau de l'atome ou de l'action de radio-isotopes.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

DISPOSITIONS GÉNÉRALES COMMUNES A TOUS LES RISQUES

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

Le contrat **Expat UNO** 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 : 26, rue Drouot 75009 Paris, pour les risques santé (contrat 2.900.588.000.200.S70) et prévoyance (contrat 2.900.278.000.100.M70).
- ▶ **FILASSISTANCE International**, Siège Social : 108 Bureaux de la Colline - 92210 Saint-Cloud, pour le risque assistance rapatriement sanitaire (contrat GAC08MED0105).
- ▶ **XN Financial**, 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 **Expat UNO**.

L'adhésion au contrat **Expat UNO** garantit aux Adhérents de nationalité française, 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 auprès de plusieurs assureurs des 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

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi. Toutes actions dérivant du présent Contrat sont prescrites dans les délais et termes du Code des Assurances :

▶ Délai de prescription

Article L.114-1 :

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- 1) en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;
- 2) 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 la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

▶ Causes d'interruption de la prescription

Article L.114-2 :

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'Assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

▶ **Caractère d'ordre public de la prescription**

Article L.114-3 :

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.

▶ **Causes ordinaires d'interruption de la prescription :**

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'article L.114-2 précité sont celles prévues selon les termes et conditions des articles suivants du Code civil :

▶ **Reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait**

Article 2240 du Code civil

La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription.

▶ **Demande en justice**

Article 2241 du Code civil

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 2242 du Code civil

L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance.

Article 2243 du Code civil

L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.

▶ **Mesure conservatoire et acte d'exécution forcée**

Article 2244 du Code civil

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.

▶ **Etendue de la prescription quant aux personnes**

Article 2245 du Code civil

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 les 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 les héritiers.

Article 2246 du Code civil

L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution.

▶ **Saisine du médiateur**

Il est également prévu que la prescription de deux (2) ans sera suspendue en cas de médiation ou de conciliation entre les Parties (article 2238 du Code civil).

D| SUBROGATION

Les prestations ayant un caractère indemnitaire et étant versées en remboursement de frais supportés par l'Adhèrent, 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 versé, dans les droits et actions de l'Adhèrent, contre tout tiers responsable du sinistre à concurrence du montant de la prestation servie.

L'Adhèrent 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 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 :

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'Adhèrent 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'Adhèrent 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'Adhèrent, 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.

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), 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 d'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

Vous disposez d'un délai de 14 jours calendaires révolus, à partir du jour de la date de conclusion de l'adhésion pour vous rétracter dans le cadre et dans les conditions prévues par l'article L112-9 du Code des Assurances ou par les articles L112-2-1 du Code des Assurances et L121-20-8 et suivants du Code de la Consommation.

Article L112-9 du premier alinéa du Code des Assurances :

«Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. (...) Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat, l'Adhérent ne peut plus exercer ce droit à renonciation ».

Dans le cas où l'adhésion a été souscrite exclusivement à distance au sens des articles L112-2 du Code des Assurances et L121-20-8 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'affiliation) à la demande expresse de l'Adhérent.

La cotisation, dont il est redevable, le cas échéant, en contrepartie de l'exécution immédiate et intégrale de son adhésion avant l'expiration du délai de rétractation, est égale au prorata de la cotisation annuelle 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.

Si des prestations ont été versées, l'Adhérent s'engage à rembourser à l'Assureur les montants perçus dans un délai de 30 jours.

Votre demande doit être transmise par lettre recommandée avec accusé de réception, envoyée à Henner, Département des Individuels Expatriés, 14 Bd du Général Leclerc, CS20058, 92527 NEUILLY SUR SEINE Cedex. Elle peut être formulée suivant le modèle de lettre ci-après.

Modèle de lettre de renonciation

Madame, Monsieur,

Je soussigné(e) (*Nom et Prénom de l'Adhérent*), demeurant à (*domicile principal*), vous informe que je renonce à mon adhésion au contrat « **Expat UNO** » (*numéro d'adhésion*), que j'ai signé le (*date*).

(*Si des cotisations ont été perçues*) Je vous prie de me rembourser les cotisations versées, déduction faite de la cotisation imputable au prorata de la période de garantie.

(*En cas de commercialisation à distance*) Je m'engage, pour ma part, à rembourser le montant des prestations qui ont pu m'être versées.

A..... Le..... Signature

Conséquences de la renonciation

- ▶ En cas d'exercice du droit à renonciation, dans le cadre de l'article L 112-9 du Code des Assurances. Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie, l'Adhérent ne peut plus exercer ce droit de renonciation. En cas de renonciation l'Assureur procédera au remboursement des cotisations dans le délai de 30 jours suivant la date de résiliation, déduction faite du montant correspondant à la durée où l'adhésion a effectivement produit ses effets. L'intégralité de la prime reste due à l'Assureur, si l'Adhérent exerce son droit de renonciation alors qu'un sinistre mettant en jeu la garantie de l'adhésion et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.
- ▶ En cas d'exercice du droit à renonciation dans le cadre des articles L 112-2-1 du Code des Assurances et L 121.20-8 du Code de la Consommation (commercialisation à distance): En contrepartie de l'exécution immédiate et intégrale de l'adhésion avant l'expiration de ce délai de rétractation, la cotisation dont l'Adhérent est redevable est égale au prorata de la cotisation annuelle pour la période écoulée entre la date d'effet prévue lors de la conclusion de l'adhésion et l'éventuelle date de réception de la rétractation. Si des prestations ont été versées, l'Adhérent s'engage à rembourser à l'assureur les montants perçus dans un délai de 30 jours. Si des cotisations ont été perçues, l'Assureur les remboursera, déduction faite de la cotisation au prorata de la période de garantie dans un délai de 30 jours.



**la garantie médicale
et chirurgicale**

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



FINANCIAL^{MD}
Une société du Groupe Henner

XN Services Financiers (Canada) Inc.
600, Boul. De Maisonneuve O, Bureau 2310,
Montréal (Québec) Canada H3A 3J2



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



assistance

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



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

Expat UNO 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.