Henner

Assurances & Prévoyance

NAVIGATOR
Insurance Brokers Ltd.
Unit 8E, Golden Sun Centre, 223 Wing Lok St, Sheung Wan, Hong Kong
Tel : +852 2530 2530 | Fax : +852 2530 2535
Email : crew@navigator-insurance.com | www.navigator-insurance.com

EXPAT UNO

Conditions Générales

EXPATRIÉS SALARIES & TNS

SOMMAIRE

VOTRE CONTRAT, VOTRE ADHESION....3
DEFINITIONS....3
VOTRE CONTRAT....3
VOS GARANTIES....3
DELAIS D'ATTENTE....4
PERSONNES ASSUREES....4
ETENDUE TERRITORIALE DE VOTRE CONTRAT....5
ADMISSIBILITE - ADHÉSION....5
CONCLUSION ET DUREE DE VOTRE ADHESION....5
VOTRE DROIT DE RENONCIATION....5
CHOIX ET MODIFICATIONS DES GARANTIES OU DE LA ZONE....6
RESILIATION....7
CE QUI EST GARANTI....7
PRESTATIONS GARANTIES....7
FRAIS REMBOURSABLES....7
CE QUI N'EST PAS GARANTI....9
LES RISQUES NON COUVERTS....9
VOS DROITS ET OBLIGATIONS....10
REGLEMENT DES PRESTATIONS....10
ENTENTE PREALABLE....10
DECLARATIONS ET COMMUNICATIONS....10
PAIEMENT ET EVOLUTION DES COTISATIONS....11
NON PAIEMENT DES COTISATIONS ET CONSEQUENCES....11
PRESCRIPTION....11
SUBROGATION....11
EXAMEN DES RECLAMATIONS....11
DROIT DE COMMUNICATION ET DE RECTIFICATION....11
CONTROLE DES ASSURANCES....11
LES GARANTIES OPTIONNELLES....12
ASSISTANCE RAPATRIEMMENT WORLD ZEN (OPTION)....12
RESPONSABILITE CIVILE PRIVEE (OPTION)....17
GARANTIES PREVOYANCE....19

I VOTRE CONTRAT, VOTRE ADHESION

DEFINITIONS

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

Adhérent
Personne physique, membre de l'Association qui adhère au présent contrat, en paie les cotisations, et acquiert ou fait acquérir vocation aux avantages assurés par elle.

Bénéficiaire
Toute personne physique, de nationalité française, mentionnée sur le certificat d'adhésion, pour laquelle une cotisation est réglée par l'Adhérent et sur la tête de laquelle repose le risque, sous réserve des conditions prévues à l'article « Personnes Assurées » en page 4.

Déclaration de Santé
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).

Entente préalable
Les hospitalisations et certains actes médicaux nécessitent un accord de prise en charge. 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.

La GMC
La Garantie Médicale et Chirurgicale. Association signataire du présent contrat collectif offre la possibilité à ses membres adhérents de bénéficier des garanties décrites dans les présentes Conditions Générales et particulières.

Maladie inopinée
Maladie soudaine et imprévisible constatée par une autorité médicale, 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.

VOTRE CONTRAT

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 - 10 rue Henner 75009 Paris - Préfecture Paris n° 011559.

La gestion des adhésions au contrat est effectuée par HENNER, SAS de courtage et de gestion d'assurances - Capital de 8 212 500€ RCS Paris B 323 377 739 - TVA intra-communautaire FR 48323377739 - ORIAS N° 07.002.039 (consultable sur www.orias.fr). Relevant du contrôle de l'ACP (Autorité de Contrôle Prudentiel). Entreprise certifiée ISO 9001 par le Bureau Veritas Certification Certificat n° 122190. Siège Social : 10 rue Henner 75009 Paris et ces conventions sont souscrites auprès de :

- **AXA France Vie**, S.A, Siège Social : 26, rue Drouot 75009 Paris, pour les risques santé (contrat 900.588) et prévoyance (contrat 900.278).
- **GARANTIE ASSISTANCE**, Siège Social : 38 rue la Bruyère 75009 Paris, pour le risque assistance rapatriement sanitaire (contrat 000001514).
- **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 du contrat **EXPAT UNO**.

L'adhésion au contrat **EXPAT UNO** garantit aux salariés ou Travailleurs Non Salariés expatriés 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.

VOS GARANTIES

Le contrat **EXPAT UNO** présente un choix parmi quatre formules de garanties frais de santé auxquelles l'Adhérent pourra, en fonction de ses besoins, ajouter des options.

Les garanties Frais de santé

Les garanties Frais de santé au 1er euro ont pour objet d'assurer le remboursement aux Adhérents et membres de leur famille nominativement désignés, les 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 exprimées en euros. Le remboursement du contrat **EXPAT UNO** est toujours limité aux frais réellement engagés.

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.

Les garanties optionnelles

- **La Recharge On Demand** est une innovation créée par HENNER qui permet à l'Adhérent lorsque ce dernier a atteint 80% de son plafond Maternité, Optique/Dentaire, Bien-être et/ou Prothèse médicale/Appareillage de recharger son forfait.

Le nouveau plafond peut être utilisé immédiatement ou dans les 12 mois qui suivent l'adhésion via l'espace personnalisé internet.
Cette option est accessible à partir de la formule 3.

Les recharges peuvent être souscrites :

- A partir du 11ème mois d'adhésion pour la maternité,

- A partir du 7ème mois d'adhésion pour les recharges Bien-être, Optique & Dentaire et Appareillage.

L'Adhérent peut recharger un ou plusieurs de ses forfaits ainsi que ceux de ses éventuels Bénéficiaires à partir de son espace personnalisé sur www.henner.com.

- **L'Assistance Rapatriement Sanitaire World Zen** permet d'organiser le rapatriement d'un Bénéficiaire, le transport vers un lieu de soin approprié, le rapatriement de corps etc.
- **La Responsabilité Civile (vie privée)** protège l'Adhérent et ses Bénéficiaires contre les conséquences financières de dommages corporels, matériels et immatériels causés à autrui.

Les garanties suivantes couvrent l'Adhérent principal et ne sont accessibles qu'au souscripteur principal salarié ou Travailleur Non Salarié.

- **La garantie Décès toutes causes - Invalidité Absolue et Définitive** permet le versement d'un capital en cas de décès pouvant être versé par anticipation en cas d'invalidité absolue et définitive.
- **La garantie Décès Accidentel** permet le versement d'un capital en cas de décès accidentel ou en cas d'Infirmité Permanente Accidentelle.
- **La garantie Incapacité de travail et Invalidité Permanente** permet le versement d'indemnités journalières et/ou des rentes d'invalidité en cas d'arrêt de travail (suite à accident ou maladie). Cette garantie ne peut être souscrite que conjointement à la garantie **décès toutes causes.**
- **La garantie Rente Education** permet le versement d'une rente annuelle au profit des enfants à charge qui poursuivent des études. Cette garantie ne peut être souscrite que conjointement à la garantie **décès toutes causes.**

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 en zone C,
- L'adjonction d'un Bénéficiaire.

Leur durée s'élève à :

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

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

- Si l'Adhérent justifie 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'adhésion 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.

PERSONNES ASSUREES

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 60 ans à l'adhésion**, résidant et exerçant une activité professionnelle salariée ou non salariée en dehors de leur pays d'origine (la France).

Le contrat se poursuit jusqu'à la fin du mois qui suit la 65ème année de l'Adhérent ou 70ème si l'Adhérent continue un exercice professionnel dont il peut apporter la preuve chaque année.

A partir de 65 ans, l'Adhérent ne peut plus bénéficier de la cotisation familiale.

Les Bénéficiaires du contrat

On entend par Bénéficiaire du contrat :

- L'Adhérent,
- Les membres de sa famille relevant de l'énumération ci-après, sous réserve qu'ils figurent sur le bulletin d'adhésion transmis au délégataire :
  - Le conjoint de l'Adhérent ou concubin notoire(*) ou partenaire lié par un PACS (**), à condition qu'il n'exerce pas d'activité professionnelle,
  - Les enfants de l'Adhérent, de son conjoint (ou de son concubin notoire(*) ou de son partenaire lié par un PACS (**)), vivant au foyer, jusqu'à leur 20ème anniversaire ou 28ème inclus s'ils poursuivent des études secondaires.

Nota : Au-delà du 20ème 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.

Nota 2 : L'adhésion et l'adjonction des bénéficiaires sont soumises à une sélection médicale.

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

(**) 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.

ETENDUE TERRITORIALE DE VOTRE CONTRAT

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 A** correspond au monde entier à l'exclusion des pays relevant de la zone B ou C ci-dessus.
- **La zone B correspond aux pays suivants:** Arabie Saoudite, Australie, Bahreïn, Biélorussie, Bosnie, Brésil, Chine, Émirats Arabes Unis, Espagne, Grande-Bretagne, Hong-Kong, Irlande, Israël, Italie, Liban, Monaco, Nouvelle Calédonie, Nouvelle Zélande, Portugal, Qatar, Russie, Singapour, Suisse et Taïwan.
- **La zone C** comprend les États-Unis, le Canada et le Japon.

La garantie est néanmoins acquise lors de séjours temporaires de **moins de 90 jours consécutifs** en dehors de la zone tarifaire choisie, 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.

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

ADMISSIBILITE - ADHÉSION

- L'Adhérent doit au moment de son adhésion compléter et signer le formulaire d'adhésion incluant une **déclaration de santé** validée par le département médical de HENNER. Un bulletin d'adhésion/étude personnalisée 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 - GMC notifie son accord par l'émission d'un certificat d'adhésion 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 Adhérent se voit également remettre une carte d'assuré.

CONCLUSION ET DUREE DE VOTRE ADHESION

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

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'adhésion, et au plus tôt le lendemain du jour de réception par La GMC du dossier d'adhésion complet (demande d'adhésion, déclaration de santé complétée et signée, 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 à la fin de la 65ème année de l'Adhérent assuré en famille et à la fin de la 69ème année de l'Adhérent assuré en célibataire ou en couple à la condition qu'il exerce une activité professionnelle et qu'il en apporte la preuve chaque année. L'adhésion du conjoint/concubin cesse à la fin de sa 69 ème année.

VOTRE DROIT DE RENONCIATION

- L'Adhérent dispose d'un délai de 14 jours calendaires révolus, à partir du jour de la date de conclusion de son adhésion (date indiquée sur le certificat d'adhésion), pour y renoncer, dans le cadre et dans les conditions prévus 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.

Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception, envoyée au Gestionnaire HENNER - GMC Département des Particuliers, 10 rue Henner, 75009 Paris. Elle peut être formulée suivant le modèle de lettre ci-dessous. La résiliation de l'adhésion prendra effet au jour de la réception de la Lettre Recommandée A.R, Chronopost ou Fedex par HENNER - GMC.

Article L112-9 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'adhésion) 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.

En cas de 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.

Modèle de lettre de renonciation :

Messieurs,

Je soussigné(e) *(Nom et Prénom de l'Adhérent)*, demeurant à *(domicile principal)*, ai l'honneur de vous informer 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 en cas d'exercice du droit à renonciation

- En cas d'exercice du droit à renonciation, dans le cadre de l'article L112-9 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 procèdera au remboursement des cotisations dans le délai de 30 jours suivant la date de résiliation, déduction faite du montant correspondant à la durée pendant laquelle 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 L112-2-1 du Code des Assurances et L121.20-8 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.

CHOIX ET MODIFICATIONS 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.

En cas de déménagement de l'Adhérent dans une autre zone, la modification intervient dès le premier jour du mois suivant sa demande, sous réserve de l'accord du département médical.

En cas d'augmentation du niveau de garantie ou de modification de la zone, sous réserve de l'accord du département médical, les garanties de niveau supérieur sont soumises aux délais d'attente mentionnés en page 4.

Les plafonds de la garantie antérieure restent applicables pendant les délais d'attente.

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.

RESILIATION

L'adhésion cesse de produire ses effets pour chaque assuré :

A l'initiative de l'Adhérent

La résiliation doit être notifiée auprès de HENNER par lettre recommandée, Chronopost ou Fedex moyennant un **préavis de 2 mois minimum** :

- Avant la date anniversaire de l'adhésion,
- En cas de retour définitif en France,
- Si l'Adhérent n'est plus Salarié ou Travailleur Non Salarié (perte d'emploi, arrêt d'activité ou liquidation de la retraite).

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

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

Lorsque les cotisations sont payées par un tiers, ce dernier est responsable du règlement des cotisations jusqu'à la résiliation effective du contrat.

A l'initiative de l'Assureur

La notification sera adressée à l'Adhérent par HENNER et par lettre recommandée, Chronopost ou Fedex au dernier domicile connu.

- En cas d'omission ou d'inexactitude dans la Déclaration de Santé 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 auprès de l'Assureur.

Conséquence de la résiliation

Les demandes de remboursements doivent être présentées à HENNER - GMC, sous peine de déchéance, dans un **délai de 3 mois** suivant la date de cessation des soins.

CE QUI EST GARANTI

II PRESTATIONS GARANTIES

- Les frais pris en considération sont ceux relevant de l'énumération ci-dessous et 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.

- Ouvrent droit à prestation les frais pour lesquels la date de début de soin telle qu'elle figure sur le bulletin d'adhésion, 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.

FRAIS REMBOURSABLES

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 dans le pays d'origine.

Toute dérogation devra, sous peine de refus d'un remboursement, être soumise préalablement à HENNER - GMC.

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.

La compagnie se réserve le droit d'effectuer tout contrôle médical ou administratif en cas de dépense inhabituelle ou déraisonnable.

Elle peut convoquer exceptionnellement l'assuré pour un contrôle en France en cas de non incompatibilité avec l'état de santé.

Les frais qui ont fait l'objet d'un refus par l'Assureur, reste à la charge exclusive de l'Adhérent.

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

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 médecins (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 médicalement justifié lié à une hospitalisation au moment de l'admission ou de la sortie de l'hôpital,
- Le traitement d'un enfant en établissement à caractère sanitaire et les hospitalisations psychiatriques sont limitées à 30 jours par durée de vie du contrat,
- **Exclusions :** loisirs, télévision, téléphone, manucure, pédicure, coiffeur et extras jugés somptuaires ne peuvent pas faire l'objet d'un remboursement.

Avance des frais d'hospitalisation :

Lorsque les frais d'hospitalisation doivent être engagés en France ou à l'étranger par l'assuré et que la demande d'entente préalable a été accordée par le département médical, HENNER – GMC 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.

Maternité (délai d'attente de 10 mois)

Les frais ouvrant droit à prestations sont ceux relatifs au suivi de la grossesse et à l'accouchement. Ces frais sont déduits automatiquement du forfait maternité dans la limite du niveau de couverture correspondant à la zone souscrite.

En cas de modification de la zone géographique ou d'augmentation du niveau de garanties, 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.

- **Suivi de la grossesse**
  - Consultations spécialistes en gynécologie,
  - Analyses de laboratoire,
  - Échographie,
  - Traitement médicamenteux.
- **L'accouchement**
  - Accouchement simple,
  - Accouchement avec césarienne.

En cas de complications pour la maman ou l'enfant, les frais médicaux sont indemnisés dans le cadre du doublement du plafond maternité,

- Les honoraires des médecins (chirurgien, anesthésiste),
- La chambre privée ou semi-privée standard,
- Le forfait journalier.

Recharge On Demand :
Si vos dépenses sont supérieures au plafond de votre niveau de garantie, pensez à souscrire l'option Recharge On Demand (plafond non reportable, utilisable immédiatement après la recharge et au plus tard dans les 12 mois).

Médecine ambulatoire courante

- Consultations et visites de généralistes ou de spécialistes,
- Actes d'auxiliaires médicaux (tels que infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, podologues),
- Actes de biologie médicale,
- Actes de radiologie,
- Frais pharmaceutiques à condition que l'achat ou le renouvellement ait fait l'objet d'une ordonnance écrite d'un médecin et que la vente soit effectuée par un pharmacien diplômé ou une personne légalement autorisée à faire le commerce de la pharmacie,
- Bilan de santé (tous les 3 ans).

Bien-être

Honoraires de 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, physiothérapeute, 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 sera reporté l'année suivante.

Recharge On Demand : Si vos dépenses sont supérieures au plafond de votre niveau de garantie, pensez à souscrire l'option Recharge On Demand (plafond non reportable, utilisable immédiatement après la recharge et au plus tard dans les 12 mois).

Optique / Dentaire

- Consultations et visites ophtalmologistes,
- Verres et monture,
- Lentilles de contact correctives jetables ou non
- Consultations et visites de dentiste,
- 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),
- Interventions et traitements parodontaux.

Si vous n'avez pas utilisé votre forfait Optique/Dentaire pendant une année à compter de la date d'adhésion, 50 % du plafond annuel sera reporté l'année suivante.

Recharge On Demand : si vos dépenses sont supérieures au plafond de votre niveau de garantie, pensez à souscrire l'option Recharge On Demand (plafond non reportable, utilisable immédiatement après la recharge et au plus tard dans les 12 mois).

Prothèses médicales d'appareillage

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

Recharge On Demand :
Si vos dépenses sont supérieures au plafond de votre niveau de garantie, pensez à souscrire l'option Recharge On Demand (plafond non reportable, utilisable immédiatement après la recharge et au plus tard dans les 12 mois).

Montant des remboursements

Les remboursements accordés par l'Assureur sont définis dans le tableau des garanties.

Les garanties par Bénéficiaire 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**

III CE QUI N'EST PAS GARANTI

LES RISQUES NON COUVERTS

D'une manière générale, sont exclus les actes qui auraient donné lieu à un refus de la Sécurité Sociale française si l'affilié y avait été affilié.

Sont exclus les frais dus aux causes suivantes :

- Les frais relatifs à des accidents ou maladies antérieurs à la date d'effet et non déclarés à l'Assureur.
- 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 frais pour lesquels les procédures et 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 frais exposés dans un pays ne correspondant pas à la zone de souscription, sauf en cas d'accident ou de maladie inopinée apparu lors d'un séjour temporaire inférieur à 90 jours consécutifs.
- Les traitements liés à la fertilité (FIV, insémination…).
- Les frais résultant d'une tentative de suicide ou de blessures, mutilations et coups effectués à titre volontaire par l'intéressé.
- Les frais résultant de pathologies liées à la pratique de sports à titre professionnel.
- Des conséquences de la pratique d'activités ou de sports dangereux tels que notamment : sports aériens, sports de combat, sports de montagne, sports nécessitant l'utilisation de véhicules aériens et à moteur.
- 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 Française auprès de ses ressortissants continue d'exercer leur activité dans le pays d'expatriation concerné et 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 résultant de la participation active dans les forces de police ou les forces militaires.
- Les frais occasionnés suite à la consommation de drogues, narcotiques 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 cures de désintoxication, de rajeunissement, d'amaigrissement.
- Le traitement des troubles mentaux, psychiatriques et psychologiques sera 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 suite à une hospitalisation, au-delà du trentième jour.
- Les frais relatifs à un séjour en chambre particulière de luxe.
- 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 relatifs à des catastrophes naturelles, de l'exposition délibérée à un danger extrême.
- Les frais d'hébergement et de traitements relatifs à un séjour ou cure en établissement, centre, service ou assimilé dit de long séjour ; de postcure ; de rééducation ou d'éducation professionnelle ; d'hydrothérapie, thermal, de thalassothérapie, une clinique de naturopathie ou un lieu similaire, même s'il présente les caractéristiques ou est enregistré en tant qu'hôpital.
- Les dépenses relatives aux services ou produits médicaux ou paramédicaux dont la valeur thérapeutique n'est pas reconnue par l'association professionnelle médicale officielle du pays dans lequel sont engagés les frais.
- Les services et fournitures qui ne sont pas indispensables au diagnostic et au traitement de la maladie,
- Les frais annexes tels que téléphone, repas accompagnant, télévision, loisirs, manucure, pédicure, coiffeur etc.
- Les frais afférents à la médecine préventive (sauf vaccins obligatoires ou médicalement recommandés pour le pays d'expatriation des Bénéficiaires),
- Les soins relatifs à un traitement ou à une opération de chirurgie esthétique non consécutifs à un accident.
- Les cures thermales.
- 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 soins pratiqués par les psychomotriciens, les étiopathes, les psychologues, les psychothérapeutes, les traitements psychanalytiques,
- Les produits non médicamenteux d'usage courant tels que : coton hydrophile, alcool, crèmes solaires...
- Les frais jugés somptuaires, déraisonnables ou inhabituels compte tenu du pays dans lequel ils ont été engagés,
- Les frais non mentionnés dans le contrat.
- Les prothèses dentaires provisoires.
- Les frais occasionnés suite à un voyage qui a été effectué contrairement à un avis médical.
- Les frais dont la demande de remboursement est adressée au-delà de 3 mois après la résiliation du contrat.

III VOS DROITS ET OBLIGATIONS

REGLEMENT DES PRESTATIONS

L'Adhérent doit transmettre à HENNER - GMC les pièces originales justificatives suivantes :

- **Si les frais ont été exposés dans le pays d'expatriation ou en France**

  - Le formulaire de demande de remboursement dûment complété et comportant les coordonnées de l'Adhérent et/ou de ses Bénéficiaires,
  - Copie de la prescription médicale,
  - L'original de la facture détaillée et acquittée

- **Si les frais ont été exposés dans un pays tiers**

En complément des pièces mentionnées au paragraphe ci-dessus, toute pièce établissant la preuve que les frais médicaux relèvent bien d'un accident ou d'une maladie inopinée tel que défini aux Conditions Générales.

Les demandes de remboursements doivent être présentées à HENNER - GMC, 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.

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. Le taux de change correspond à celui de la date du remboursement.

ENTENTE PREALABLE

L'accord préalable de l'Assureur 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 ou Accouchement

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

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 World Zen).

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

Pour toute prolongation de l'hospitalisation, au-delà de 30 jours consécutifs, la demande d'entente préalable doit être **renouvelée tous les 30 jours**. Elle doit parvenir à HENNER – GMC 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 médicaux en série, dès lors que le nombre est supérieur à 5.

Lorsque l'acte doit être effectué par un auxiliaire médical ou un chiropracteur, 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'assuré doit faire parvenir à HENNER - GMC, **au moins 10 jours avant le début de l'exécution des actes**, la demande d'entente préalable remplie et signée par le praticien.

Actes dentaires

- Les inlays core, les inlays, onlays,
- La parodontie,
- Les prothèses dentaires,
- L'orthopédie dento-faciale enfant (le traitement doit débuter avant l'âge de 16 ans),
- Les implants dentaires.

L'assuré doit faire parvenir à son unité de Gestion HENNER - GMC, au moins 10 jours avant le début de l'exécution des actes, le formulaire de demande d'entente préalable remplie et signée par le praticien. Une radiographie panoramique peut être demandée dans certains cas.

Prothèses médicales d'appareillage

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

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.
- 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.

PAIEMENT ET EVOLUTION DES COTISATIONS

Les cotisations sont fixées sur les bases définies aux conditions particulières et des éventuelles surprimes figurant sur le certificat d'adhésion.

Elles évoluent au 1er janvier de chaque année en fonction des résultats techniques du groupe assuré, 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.

- Le paiement des cotisations à HENNER selon les modalités fixées aux conditions particulières, incombe à l'Adhérent qui est seul responsable de leur versement, sauf si celles-ci sont payées par un tiers qui en acquiert la responsabilité.
- En cas d'adhésion célibataire ou familiale, le montant de la cotisation est déterminé en fonction de l'âge de l'Adhérent.
- En cas d'adhésion couple, le montant de la cotisation est déterminé en fonction de l'âge de chaque assuré.

NON PAIEMENT DES COTISATIONS ET CONSEQUENCES

- A défaut du paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation dans les quinze jours de son échéance, la garantie est suspendue trente jours après l'envoi d'une mise en demeure adressée par HENNER 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.

PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui leur donne naissance (Article L114.1 et 2 du Code des Assurances).

SUBROGATION

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

Conformément aux dispositions de l'Article L121-2 du Code des Assurances français, la Compagnie est subrogée à concurrence des sommes qu'elle a versée, dans les droits et actions de l'assuré, contre tout tiers responsable du sinistre.

EXAMEN DES RECLAMATIONS

En cas de difficultés liées à l'application du contrat, l'Adhérent expose par écrit, l'objet de sa réclamation ou de son désaccord, par courrier simple adressé au Secteur Qualité - Relations Clientèles AXA ENTREPRISES (26, Rue Drouot - 75458 PARIS Cedex 09).

Si la réponse ne satisfait pas, l'Adhérent peut demander l'avis d'un médiateur indépendant. Les conditions d'accès au Médiateur seront communiquées sur simple demande au Secteur Qualité - Relations Clientèles AXA ENTREPRISES (26, Rue Drouot - 75458 PARIS Cedex 09).

DROIT DE COMMUNICATION ET DE RECTIFICATION (LOI 78.17 DU 6 JANVIER 1978 MODIFIEE)

Conformément à l'article 32 de la loi du 6 janvier 1978 dite « informatique et libertés » modifiées par la loi N° 2004- 801 du 6 août 2004, l'Assureur déclare que le responsable du traitement des données personnelles est la direction Services Clients des Assurances Collectives AXA France Vie 26, rue Drouot 75009 Paris, auprès de laquelle l'Adhérent pourra exercer son droit d'accès et de rectification prévus par les articles 39 et 40 de la loi précitée.

Les données personnelles recueillies seront exclusivement utilisées pour le suivi et la gestion du contrat et l'envoi de documents concernant les produits des sociétés du groupe AXA, destinataires, avec ses mandataires, de l'information.

Si l'Adhérent souhaite, cependant, ne pas être sollicité, l'Assureur l'invite à le lui préciser par simple courrier à l'adresse précitée.

CONTROLE DES ASSURANCES

Autorité chargée du contrôle :
Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR)
61, rue Taitbout - 75009 PARIS

III LES GARANTIES OPTIONNELLES

ASSISTANCE RAPATRIEMMENT SANITAIRE WORLD ZEN (OPTION)

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 GARANTIE ASSISTANCE, Société d'Assistance agréée par le Ministère de l'Economie et des Finances, Société anonyme au capital de 1 850 000€ - 312 517 493 RCS Paris, entreprise régie par le Code des Assurances, dont le Siège Social est situé 38, rue La Bruyère - 75009 Paris.

Définitions

Pour l'application du présent contrat, on entend par :

Accident
Toute lésion corporelle provenant d'un événement soudain, imprévisible et extérieur au Bénéficiaire.

G.A.
La société GARANTIE ASSISTANCE (G.A.).

Bénéficiaire/Conjoint/Enfant
Toute personne physique désignée comme tel en page 4.

Expatriation: Tout séjour professionnel effectué hors du pays d'origine par le Bénéficiaire.

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 professionnel
Le lieu de résidence principale et habituelle des Bénéficiaires dans le pays d'expatriation.

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

Frais de recherche
Les frais des opérations effectuées par des sauveteurs ou des organismes de secours (privés ou publics) se déplaçant spécialement pour rechercher le Bénéficiaire 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.

France
Il s'agit de la France Métropolitaine et des Principautés de Monaco et d'Andorre.

Maladie
Affection soudaine et imprévue de l'état de santé du Bénéficiaire constatée par une autorité médicale.

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

Pays d'expatriation
Pays dans lequel se situe le domicile professionnel du Bénéficiaire. Le pays d'expatriation est nécessairement différent du pays d'origine.

Validité territoriale

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

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...).

Prescription

Conformément aux dispositions des articles L114-1 et L114-2 du Code des Assurances, toute action dérivant du présent contrat se prescrit par deux ans à compter de l'événement qui lui a donné naissance.

Subrogation

Conformément à l'article L121-12 du Code des Assurances, G.A. est subrogée, à concurrence des frais engagés par elle en exécution du présent contrat, dans les droits et actions du Bénéficiaire contre tout tiers responsable de l'événement ayant donné lieu à l'assistance.

Loi applicable

Le présent contrat est soumis à la loi française.

Commission de contrôle

G.A est soumise au contrôle assuré par l'AUTORITE DE CONTROLE PRUDENTIEL (ACP) :

61 rue Taitbout 75009 Paris

Bénéficiaires

La personne physique détachée ou expatriée ayant souscrit ou au nom de laquelle a été souscrit le contrat d'assurance **EXPAT UNO** et, ses éventuels Bénéficiaires selon les définitions énumérées au paragraphe « Personnes Assurées » en page 4.

Modalités de mise en œuvre des garanties

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

- Nécessité de l'appel préalable

Pour que les prestations d'assistance ci-après exposées soient acquises, G.A. 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 G.A..

- Conditions de remboursement

Sans préjudice des règles spécifiques ci-après exposées, toute demande de remboursement adressée par le Bénéficiaire à G.A. 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 G.A. en application de l'une des garanties d'assistance prévues au contrat, le Bénéficiaire consent à utiliser en priorité ses **titres de voyage initiaux, modifiés ou échangés**.

A défaut de modification ou d'échange, le Bénéficiaire s'engage à accomplir toutes les démarches nécessaires au remboursement des titres non utilisés et à verser les sommes correspondantes à G.A., 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 le Bénéficiaire pour son retour en France seront pris en charge par G.A..

- Frais de garde d'enfants

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

- Avance de frais

Au titre de la présente convention d'assistance, G.A. peut effectuer une avance de fonds au Bénéficiaire 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 le Bénéficiaire des avances effectuées dans le cadre des garanties prévues, G.A. adressera un certificat d'engagement au Bénéficiaire qui devra :

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

Le Bénéficiaire s'engage à rembourser à G.A. 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 PENALE ».

A défaut de remboursement dans le délai de 3 mois, la somme avancée deviendra immédiatement exigible et G.A. 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 G.A. après avoir recueilli, si nécessaire, l'avis du médecin traitant sur place et/ou celui du médecin de famille.

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

Garanties accordées en cas de maladie ou d'accident du Bénéficiaire hors du pays d'origine

- Assistance médicale - transport - rapatriement du Bénéficiaire

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

- Transfert du Bénéficiaire 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 G.A.

Le transport ou rapatriement sanitaire organisé par G.A. consiste à transférer le Bénéficiaire 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 du Bénéficiaire

En cas de rapatriement du Bénéficiaire dans son pays d'origine ou de transport sanitaire vers un centre médicalisé adapté proche du domicile professionnel, G.A. met à la disposition de son conjoint ou d'une personne de son choix résidant dans le pays d'expatriation, **un billet de train 1ère classe ou d'avion classe touriste** pour l'accompagner durant ce rapatriement ou

transport. **La prise en charge des titres de transport par G.A. 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 du Bénéficiaire hospitalisé ».

- Présence d'une personne auprès du Bénéficiaire hospitalisé

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

- Rapatriement des membres de la famille

En cas de rapatriement du Bénéficiaire dans son pays d'origine, et en cas d'impossibilité pour le Bénéficiaire de retourner dans son pays d'expatriation au bout de 90 jours, G.A. prend en charge **un billet aller-retour de train 1ère classe ou d'avion classe touriste**, pour ramener dans le pays d'origines les autres Bénéficiaires restés dans le pays d'expatriation.

La prise en charge des titres de transport par G.A. 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 du Bénéficiaire hospitalisé ».

- Accompagnement des enfants mineurs

Si, durant son hospitalisation, le bénéficiaire est dans l'impossibilité de s'occuper de ses enfants bénéficiaires mineurs laissés sans surveillance d'un adulte, G. A. prend en charge le billet aller et retour de train **1ère 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 G.A. dans les conditions du paragraphe **« Titre de transport ».**

Cette prestation d'assistance n'est pas cumulable avec la garantie « Présence d'une personne auprès du Bénéficiaire hospitalisé ».

- Retour après consolidation

Après consolidation médicalement constatée et pour permettre au Bénéficiaire de retourner dans son pays d'expatriation, lorsqu'il a été préalablement rapatrié ou transporté par G.A., G.A. organise et prend en charge le retour du Bénéficiaire **par avion classe touriste ou train 1ère classe. Dans tous les cas, cette garantie n'est acquise qu'après accord des médecins de G.A. 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 de l'Adhérent.**

- Frais de secours

Si le Bénéficiaire est blessé suite à un accident survenu sur une piste de ski balisée ouverte aux skieurs au moment des faits, **G.A. 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 Bénéficiaire 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 du Bénéficiaire, âgé de moins de 18 ans, ou de moins de 28 ans s'il poursuit des études, G.A. organise et prend en charge le voyage aller-retour du Bénéficiaire vers le pays d'origine, à concurrence d'un billet **de train 1ère 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 du Bénéficiaire 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 du Bénéficiaire, G.A. prend en charge leur garde au domicile du Bénéficiaire **à concurrence de 300 € TTC.**
Le remboursement par G.A. au Bénéficiaire se fera dans les conditions et selon les modalités exposées dans le paragraphe « Frais de garde d'enfants ».

Garantie accordée en cas de décès

- En cas de décès du Bénéficiaire hors du pays d'origine : rapatriement du corps

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

G.A. 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, G.A. 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 1ère classe,** pour se rendre jusqu'au lieu d'inhumation.

Dans ce cas, G.A. 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 du Bénéficiaire

En cas de décès par accident du conjoint, d'un ascendant ou descendant au 1er degré du Bénéficiaire, G.A. met à la disposition de ce dernier et prend en charge un **billet aller-retour d'avion classe touriste ou de train 1ère 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 du Bénéficiaire 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 du Bénéficiaire, G.A. prend en charge leur garde au domicile du Bénéficiaire **à concurrence de 300 € TTC.**
Le remboursement par G.A. au Bénéficiaire se fera dans les conditions et selon les modalités exposées dans le paragraphe « Frais de garde d'enfants ».

Assistance administrative

- Transmission de messages urgents

G.A. reçoit et transmet à leur destinataire dans le pays d'origine, les messages à caractère urgent émis par le Bénéficiaire.

De même, à la demande d'un membre de sa famille, G.A. communique au Bénéficiaire 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, G.A. 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), G.A. peut accorder au Bénéficiaire pour faire face aux dépenses de première nécessité, **une avance d'un montant de 800 € TTC sous réserve du respect par le Bénéficiaire des dispositions contenues au paragraphe « Avance de frais ».**

Assistance pratique et juridique à l'étranger

- Honoraires d'avocat

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

- Caution pénale

G.A. fait au Bénéficiaire, 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 G.A. et remboursée par le Bénéficiaire 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, le Bénéficiaire 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 généré(s) par l'expatriation, le Bénéficiaire 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 au Bénéficiaire **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 information pratique, juridique et fiscale

Le Bénéficiaire peut accéder au service d'informations dispensé par téléphone par G.A.
Toute demande d'information de l'Adhérent est enregistrée immédiatement et un numéro de dossier lui est communiqué.
G.A. 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.

G.A. 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 le Bénéficiaire, des informations communiquées.

Assistance en cas d'incendie au domicile

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

Assistance Sécurité

- Mesures préventives
- Assistance conseiller sécurité

Sur simple appel, G.A. peut mettre le Bénéficiaire en liaison avec un conseiller sécurité qui le conseillera sur les comportements à adopter en cas de danger et l'informera 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 du Bénéficiaire et sur recommandation officielle du gouvernement français d'évacuer tous les ressortissants français du pays concerné, G.A. met en œuvre tous les moyens dont elle dispose pour organiser l'évacuation ou le rapatriement politique des Bénéficiaires dans les meilleurs 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.

G.A. organise et prend en charge le **transport du Bénéficiaire** 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 G.A..**

- Frais d'immobilisation

En cas d'impossibilité de sortir du pays d'expatriation ou du pays dans lequel le Bénéficiaire se trouve en déplacement, pour cause d'émeutes ou de troubles entraînant l'annulation des vols ou la fermeture des aéroports, G.A. 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, quelque soit le nombre d'évènements ou de services mis en œuvre. Au-delà de ce plafond, les coûts seront refacturés par G.A. à l'Adhérent

- Organisation de services

A la demande du souscripteur, G.A. 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, G.A. organise le service. L'intégralité des coûts engagés reste à la charge de l'Adhérent.

Exclusions

- 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 maladies mentales,
- Les états pathologiques faisant suite à une Interruption Volontaire de Grossesse ou une Procréation Médicalement Assistée,
- Les hospitalisations prévues ou répétitives pour une même cause,
- Toute intervention médicale volontaire pour convenance personnelle (chirurgie esthétique notamment),
- Les affections ou lésions bénignes qui peuvent être traitées sur place et n'empêchent pas le Bénéficiaire de poursuivre son expatriation,
- Les convalescences et affections en cours de traitement et/ou non encore totalement guéries au moment de la souscription de la convention,
  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 32ème 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 engagés sans l'accord préalable de G.A.,
- 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, matchs, 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 spécifiques de la part des autorités sanitaires internationales et/ou locales du pays d'origine.

- **Exonération de responsabilité**

G.A. est responsable de la nature et de la qualité des prestations d'assistance fournies aux Bénéficiaires des garanties. **Toutefois :**

La responsabilité de G.A. 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 G.A. 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 convoyage.
- La responsabilité de G.A. ne pourra être recherchée lorsque le retard ou l'inexécution de la prestation d'assistance demandée par le Bénéficiaire est consécutif(ve) à l'insuffisance des disponibilités locales.

G.A. 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.

RESPONSABILITE CIVILE PRIVEE (OPTION)

Définitions

Séjour temporaire hors du pays d'expatriation
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.

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

Garanties

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

L'Assureur 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 responsabilité civile vie privée

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 : 7 622 45 € par sinistre.
Dont **Dommages matériels et Immatériels consécutifs :** 762 245 € par sinistre

Défense : 15 250€ par sinistre

Franchise

L'Adhérent conservera à sa charge une franchise de 305 € 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 Responsabilité 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.

Etendue territoriale

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

Acquisition et Durée 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).

Période 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 durée 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.

Dispositions diverses

- **Prescription**
  Toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance, dans les conditions prévues aux articles L114-1 et L114.2 du Code des Assurances.

- **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.

GARANTIES PREVOYANCE

Article 1 - Objet du contrat

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

- Décès - invalidité absolue et définitive,
- Rente éducation,
- Décès accidentel - infirmité permanente accidentelle,
- Incapacité de travail - invalidité permanente,

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 durée du contrat

Le contrat prend effet au 1er 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.

Article 3 - Conditions d'admission

Admissibilité

Sont admissibles à l'assurance de groupe les membres assurés de HENNER d'origine française ayant le statut d'expatrié, sous réserve qu'ils soient âgés de moins de 60 ans à l'adhésion.
En vue de bénéficier de l'assurance, tout membre admissible doit faire parvenir à l'Assureur, par l'intermédiaire de HENNER, les pièces nécessaires à l'admission et notamment:

- Une demande écrite sur formulaire fourni par l'Assureur comportant les réponses précises à la déclaration de santé.
- Si nécessaire un examen médical plus complet pourra être demandé par l'Assureur qui en assumera les frais. L'Assureur notifie sa décision quant à l'acceptation ou au refus de l'admission.
- Le montant du premier acompte de cotisation égal à six mois de cotisation.

Effet et durée de l'assurance

En cas d'acceptation par l'Assureur, l'admission et le point de départ des cotisations prend effet le premier jour du mois suivant la date de réception de la demande d'adhésion.

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

Cessation de l'assurance

L'assurance prend fin pour chaque assure :

- A la date anniversaire de l'adhésion sous réserve que la demande de résiliation ait été notifiée à l'Assureur par lettre recommandée avec deux mois de préavis,
- A la date d'échéance de la prime qui suit immédiatement la date à laquelle il n'appartient plus à la catégorie d'admissibles,
- En cas de cessation du paiement des cotisations étant précisé que la suspension ou la résiliation en cours d'exercice pour non paiement de cotisations n'aura d'effet, au regard de chaque assuré, qu'à l'expiration de la période d'assurance correspondant à la cotisation versée, la résiliation de l'adhésion au niveau de chaque assuré étant effectuée conformément au Code des Assurances,
- En cas de retrait d'agrément de l'Assureur,
- Le dernier jour du mois civil au cours duquel le Bénéficiaire atteint :
- Son 65ème anniversaire de naissance pour la garantie Incapacité de Travail
- Son 60ème anniversaire de naissance pour les garanties Invalidité permanente et Invalidité absolue et définitive,
- **Son 65ème anniversaire de naissance pour la garantie Décès, l'assurance de cette garantie pouvant toutefois être prorogée jusqu'au 70ème 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,
- En cas d'omission ou déclaration fausse ou inexacte faite de mauvaise foi,
- En cas de résiliation du présent contrat N°900 278.

Article 4 - Base de l'assurance

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.

Le choix des garanties

L'Adhérent a la faculté de choisir l'une ou plusieurs des options suivantes:

- **Option I : Garantie Décès/ Invalidité Absolue et Définitive toutes causes**

Cette garantie permet le versement d'un capital.

- **Option II : Garantie Rente Education**

Cette garantie permet le versement d'une rente annuelle au profit des enfants à charge et ne peut être souscrite que conjointement au DECES (Option I).

- **Option III : Garantie Décès Accidentel et/ou Infirmité Permanente Accidentelle**

Cette garantie permet le versement d'un capital en cas de Décès Accidentel et le versement d'un capital en cas d'Infirmité Permanente Accidentelle.

- **Option IV : Garantie Incapacité de Travail et Invalidité Permanente**

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

- **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 :

- Déclaration de santé,
- 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.

Article 5 - Paiement de la cotisation

Les cotisations ou, à défaut, des provisions suffisantes, sont payables d'avance trimestriellement, semestriellement ou annuellement, soit au domicile de l'Assureur, soit entre les mains des personnes chargées d'en recevoir le montant.

Toutes les taxes d'assurance existantes ou établies postérieurement à la date d'effet du contrat sont versées en même temps que les cotisations.

Le contrat n'a d'existence et d'effet, à l'égard de l'Adhérent, qu'après le paiement de la première cotisation ou provision.
Conformément aux dispositions de l'article L140-3 du Code des Assurances :

- Un délai de trente et un jours, à compter de son échéance, sans intérêt, est accordé à l'Adhérent pour le paiement de toute cotisation autre que la première, l'adhésion restant en vigueur pendant ce délai.
- En cas de non paiement de la cotisation à l'expiration du délai de 30 jours indiqué à l'alinéa précédent, une lettre recommandée de mise en demeure remplissant les conditions imposées par la réglementation est adressée par l'Assureur à l'Adhérent, lui accordant un nouveau délai de trente jours, à l'expiration duquel le défaut de paiement de la prime est susceptible d'entraîner l'exclusion de l'Adhérent du contrat l'assurance est suspendue si la cotisation n'a pas été acquittée,
- 10 jours à partir du délai de l'expiration du délai fixé à l'alinéa précédent, l'adhésion est résiliée par une déclaration de l'Assureur adressée par lettre recommandée à l'Adhérent.

Article 6 - Délai de renonciation

L'admissible qui a signé son bulletin d'adhésion et payé sa première cotisation a la faculté de renoncer à son adhésion par lettre recommandée avec avis de réception, adressée au siège de l'Assureur, dans un délai de 30 jours à compter du paiement de cette cotisation (article L132-5.1 du Code des Assurances).
En cas de renonciation pendant les 7 jours qui suivent le paiement de la première cotisation, l'Assureur s'engage à lui rembourser l'intégralité de cette cotisation dans un délai maximum de 30 jours à compter de la date de réception de la lettre recommandée.
Passé ce délai de 7 jours, l'Assureur retiendra la portion de cotisation correspondant à la durée de garantie éventuellement accordée.

Article 7 - Prescription

Le contrat est régi par le Code des Assurances, toute action en dérivant étant prescrite conformément aux articles L114-1 et L114-2 dudit Code.

Article 8 - Réclamation

Toute réclamation émanant du souscripteur, de l'Adhérent ou d'un membre assuré peut être adressée à l'interlocuteur habituel de l'Assureur. Si les réponses apportées ne donnent pas satisfaction, l'intéressé peut adresser sa réclamation au service Qualité -Relations Clientèles AXA ENTREPRISES (26, Rue Drouot - 75458 Paris Cedex 09).
Si un désaccord subsiste, ledit service indiquera les modalités de recours au médiateur de l'Assureur.

Décès

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 - Garanties et cotisations

La cotisation annuelle en euro est fixée en fonction du capital assuré et de l'âge de l'Adhérent. **Les montants sont consultables dans le document Garanties EXPAT UNO*.***

Article 3 - Bénéficiaires 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 l'Assureur. 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 DESIGNATION PARTICULIERE EST ANNULEE 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 - Invalidité Absolue et Définitive

- 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 60ème 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 3ème 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 - Pièces à 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.

Invalidité absolue et définitive

Doivent être adressées à l'Assureur, avant le 60ème 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.

Article 6 - Exclusions

Sont exclus de la garantie

- 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 Adhérent depuis moins de douze mois consécutifs au sens de l'article 2 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989.

Rente éducation

Article 1 - Objet de la garantie

En cas de DECES de l'Adhérent la garantie a pour objet le service 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.

Article 2 - Montant de la rente et cotisations

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

Article 3 - Définition des enfants à 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 éducation

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 - Modalités de règlement

La rente annuelle est payable par quart à la fin de chaque trimestre civil, le premier et le dernier paiement étant calculés 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 - Pièces à fournir

Outre les pièces visées au Chapitre Décès (article 5), 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 le décès :

- Résultant de guerre civile ou étrangère,
- Par suicide, lorsque l'intéressé est assuré depuis moins de douze mois consécutifs.

Décès accidentel - Infirmité permanente accidentelle

Article 1 - Objet de la garantie

La garantie a pour objet :

- Le versement d'un capital lorsque le DECES 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 5.1 soit au moins égal à 20%.

Article 2 - Définition 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.

En cas d'Infirmité Permanente Accidentelle, le montant du capital est égal au produit du taux d'infirmité et du capital choisi. En cas de décès accidentel postérieur au règlement d'un capital infirmité permanente accidentelle, ce dernier sera déduit du capital décès accidentel.

Article 3 - Montant du capital et cotisations

Les cotisations et les capitaux sont consultables dans le document « 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.

Article 4 - Bénéficiaires du capital décès accidentel

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

Article 5 - Infirmité permanente accidentelle

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 : ..... 100 %
Perte d'une main et d'un pied : ..... 100 %
Perte des deux jambes : ..... 100 %
Perte des deux pieds : ..... 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 %

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 %

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.
Le taux d'infirmité déterminé d'après le BAREME faisant l'objet du chapitre, 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.
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

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 6 - Pièces à fournir en cas de décès accidentel

Doivent être adressées à l'Assureur, outre les pièces visées au chapitre Décès (article 5), 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 7 - Exclusions

Sont exclues de la garantie, les conséquences des accidents résultant :

- Du fait intentionnel du Bénéficiaire,
- De suicide de l'Adhérent ou de tentative de suicide s'agissant d'invalidité absolue et définitive de l'Adhérent,
- 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.

Incapacité de travail - invalidité 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 3,
- D'une rente temporaire en cas d'invalidité permanente telle que visée à l'article 4.

Cette garantie ne peut être souscrite que conjointement à la garantie DECES. 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 - Incapacité temporaire de travail

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

L'incapacité physique de continuer ou de reprendre le travail doit être constaté 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.

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.

L'Assureur verse une indemnité journalière indiquée 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 valorisée; elle continue d'être servie pour le montant atteint à la date de la résiliation. 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 36ème mois qui suit la date de l'arrêt de travail,
- Dès que l'Adhérent est indemnisé au titre de l'invalidité permanente (article 3),
- Au dernier jour du trimestre civil du 65ème 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 - Invalidité 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 (%) est donné par le tableau suivant :
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%.

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.

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.

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

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

Suppression

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

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,
- A 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 %.

Taux d'incapacité professionnelle	Taux d'incapacité fonctionnelle								
	20	30	40	50	60	70	80	90	100
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

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 le Souscripteur,
- 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

Sont exclus des garanties décès et infirmité permanente, les accidents occasionnés par:

- Le fait intentionnel du Bénéficiaire ou de l'Adhérent,
- Le suicide ou la tentative de suicide ou de mutilation volontaire,
- Toutes compétitions sportives autres que celles de pur amateurisme, ainsi que les conséquences de la pratique des 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 dans lesquels l'Adhérent a pris une part active, étant précisée que les cas de légitime défense et d'assistance à personne en danger sont garantis,
- 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.

Est exclu de la garantie incapacité temporaire de travail, invalidité permanente, l'accident ou la maladie occasionnée par :

- Le fait intentionnel du Bénéficiaire ou de l'Adhérent,
- La tentative de suicide ou de mutilation volontaire,
- Toutes compétitions sportives autres que celles de pur amateurisme, ainsi que les conséquences de la pratique des 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 dans lesquels l'Adhérent a pris une part active, étant précisée que les cas de légitime défense et d'assistance à personne en danger sont garantis,
- 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.

Sont exclues de toutes les garanties :

- Les accidents et maladies qui sont le fait volontaire de l'Adhérent et de ceux qui résultent de tentatives de suicide ou de mutilation volontaire,
- Les accidents ou maladies survenant ou contractes au cours de toutes les compétitions sportives autres que celles de pur amateurisme, ainsi que les conséquences de la pratique des sports dangereux ou de sports nécessitant l'utilisation de véhicules a moteur,
- Les maladies ou accidents causes par l'ivresse, l'alcoolisme ou l'usage de stupéfiants, du fait de l'Adhérent ou du Bénéficiaire,
- Les accidents ou maladies occasionnes par guerre civile ou étrangère, insurrection, émeute, complot, mouvement populaire, si l'Adhérent, en y prenant part, a contrevenu aux lois en vigueur (dispositions de l'article l 121.8 du Code des Assurances),
- Des accidents ou des maladies antérieurs à la date d'effet et non déclares à l'Assureur,
- De la participation de l'Adhérent à des rixes, sauf le cas de légitime défense ou d'assistance à personne en danger,
- Des accidents ou maladies dus à la transmutation du noyau de l'atome ou à l'action de radio-isotopes.

Article 7 - Subrogation

Les prestations ayant un caractère indemnitaire pour l'Adhérent et étant versées en réparation du dommage qui lui est causé du fait de la perte de salaire, il pourra être fait application, le cas échéant, des dispositions de l'article L. 121-12 du Code des Assurances: l'Assureur est subrogé, à concurrence des sommes par lui versées, dans les droits et actions de l'Adhérent contre tout tiers responsable.

VOTRE CONTACT

NAVIGATOR
Insurance Brokers Ltd.
Unit 8E, Golden Sun Centre, 223 Wing Lok St, Sheung Wan, Hong Kong
Tel : +852 2530 2530 | Fax : +852 2530 2535
Email : crew@navigator-insurance.com | www.navigator-insurance.com

Les conversations téléphoniques avec nos services de gestion peuvent être enregistrées aux fins d'amélioration de la qualité de nos services.

Ces enregistrements ne sont pas destinés à être conservés au-delà d'une journée.

Vous pouvez demander communication et rectification de toute information vous concernant et figurant sur tout fichier à l'usage de Henner. Le droit d'accès et de rectification peut être exécuté au 10, rue Henner, 75009 Paris (Loi n°78-17 du 6 janvier 1978).

Henner
Assurances & Prévoyance

Henner, SAS de courtage et de gestion d'assurances - Capital de 8 212 500 €
RCS Paris B 323 377 739 - TVA intra-communautaire FR 48323377739 - ORIAS n° 07.002.039 (consultable sur www.orias.fr).
Relevant du contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution). Entreprise certifiée ISO 9001 par le Bureau Veritas Certification Certificat n° 122190. Siège Social : 10 rue Henner 75009 Paris.