



Conditions générales



Expatriés

Expat DUO | Santé, Assistance
rapatriement et Responsabilité civile

SOMMAIRE

VOTRE CONTRAT	3
A DEFINITIONS COMMUNES A TOUS LES RISQUES.....	3
B ADMISSIBILITE – AFFILIATION.....	5
C LES BENEFICIAIRES DE LA GARANTIE.....	5
D EFFET ET DUREE DE L’ADHESION	6
E LES COTISATIONS	6
F CHOIX ET MODIFICATIONS DES GARANTIES OU DE LA ZONE.....	7
G CHOIX ET MODIFICATIONS DES BOOSTERS OPTIQUE/DENTAIRE	7
H ADJONCTION D’UN BENEFICIAIRE.....	8
I RESILIATION	8
VOS GARANTIES FRAIS MEDICAUX	9
A ÉTENDUE DES GARANTIES.....	9
B MONTANT ET DETAIL DES GARANTIES FRAIS MEDICAUX.....	9
C DELAIS DE CARENCE CFE ET DELAIS D’ATTENTE EXPAT DUO.....	12
D TERRITORIALITE DE VOTRE CONTRAT	13
E DEMANDES DE REMBOURSEMENT	13
F CHOIX DE LA DEVISE	14
G DEMANDE D’ENTENTE PREALABLE	14
H LES EXCLUSIONS DES GARANTIES FRAIS MEDICAUX	15
LES GARANTIES OPTIONNELLES.....	17
A ASSISTANCE & RAPATRIEMENT SANITAIRE	17
B RESPONSABILITE CIVILE VIE PRIVEE.....	27
DISPOSITIONS GÉNÉRALES COMMUNES.....	30
A ROLE ET IDENTIFICATION HENNER ET ASSUREURS DE L’OFFRE	30
B DECLARATIONS ET COMMUNICATIONS.....	30
C PRESCRIPTION	31
D SUBROGATION	33
E CONCILIATION - RECLAMATIONS	33
F LOI APPLICABLE.....	34
G CONTROLE DES ASSURANCES	34
H PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES	34
I RENONCIATION AU CONTRAT	35

VOTRE CONTRAT

VOTRE CONTRAT

A| DEFINITIONS COMMUNES A TOUS LES RISQUES

Accident

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

Adhérent/Assuré

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

Bénéficiaire/Assuré

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

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

Conjoint

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

CFE

Caisse des Français à l'Étranger.

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 de l'Adhérent dans le pays d'expatriation.

Entente préalable

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

Étranger

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

Evènement

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

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

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

Frais de recherche

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

Frais de secours

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

Frais de séjour

Frais d'hôtel petit-déjeuner continental inclus.

Maladie

Affection soudaine et imprévue de l'état de santé du Bénéficiaire constatée par une autorité médicale (et postérieure à la date d'adhésion) qui ne doit pas avoir de lien de cause à effet avec le motif d'une maladie ou d'une hospitalisation antérieure à la date d'adhésion.

Pays d'expatriation

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

Pays d'origine

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

Prise d'effet - Durée

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

Questionnaire médical

Document retraçant les antécédents médicaux permettant au Médecin conseil d'évaluer le risque en matière de santé que représente un futur Adhérent et ses éventuels Bénéficiaires (validité de 3 mois avant la date d'adhésion).

Sinistre

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

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

Tiers/Autru

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

B| ADMISSIBILITE – AFFILIATION

L'Adhérent doit au moment de son affiliation compléter et signer, pour lui et ses Bénéficiaires, le bulletin d'adhésion incluant un Questionnaire Médical validé par le Département Médical de Henner ainsi qu'un bulletin d'adhésion. Ce dernier document 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 Henner peut être amené à refuser ou à subordonner son accord à un complément d'information ou à un examen de santé ou à appliquer une surprime sur le montant des cotisations.

Après examen de la demande d'adhésion, et des informations complémentaires éventuellement demandées, Henner 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 Bénéficiaire se voit également remettre une carte d'assuré.

C| LES BENEFICIAIRES DE LA GARANTIE

► L'adhérent

Est admissible, l'Adhérent de l'Association La Garantie Médicale et Chirurgicale (Association Loi 1901) âgé de moins de 68 ans à l'adhésion, résidant en dehors de son pays d'origine et adhérant auprès de la Caisse des Français à l'Étranger (CFE) au minimum pour les risques « Maladie - Maternité » MondExpat ou RetraitExpat.

► Les Bénéficiaires du contrat

- La personne expatriée, **âgée de moins de 68 ans à l'adhésion**. Le contrat se poursuit jusqu'à la fin du mois qui suit la 70^{ème} année de l'Adhérent ou de son conjoint.

A compter du 70^{ème} anniversaire, après 2 années d'ancienneté continues et sur demande de l'assuré, le contrat peut être maintenu en limitant les garanties à la formule 1 ou 2 moyennant la majoration des cotisations au titre du changement de tranche d'âge.

- Les membres de sa famille relevant de l'énumération ci-après, sous réserve qu'ils figurent sur le bulletin d'adhésion transmis à Henner :
 - Le conjoint de l'Adhérent ou concubin notoire⁽¹⁾ ou partenaire lié par un PACS ⁽²⁾ âgé de moins de 68 ans à l'adhésion.
 - Les enfants de l'Adhérent, de son conjoint (ou de son concubin notoire⁽¹⁾ ou de son partenaire lié par un PACS⁽²⁾) jusqu'à leur 16^{ème} anniversaire ou 20^{ème} anniversaire s'ils poursuivent des études secondaires (ou 18^{ème} anniversaire si l'adhérent principal est couvert par la CFE dans le cadre de l'offre RetraitExpat)

Au-delà du 18^{ème} et 20^{ème} anniversaire l'ayant-droit souhaitant continuer à bénéficier des prestations doit être inscrit à titre individuel auprès de la Caisse des Français à l'Étranger et souscrire son propre contrat.

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

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

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

D| EFFET ET DUREE DE L'ADHESION

► Prise d'effet de la garantie

L'Adhérent s'engage pour lui-même et ses Bénéficiaires, à compter de l'acceptation par La GMC, pour une durée initiale **d'un an** et se renouvelle ensuite par tacite reconduction **le 1^{er} avril de chaque année**.

L'adhésion prend effet à la date indiquée sur le certificat d'adhésion, et au plus tôt le 1^{er} jour du mois civil suivant la réception par La GMC du dossier d'adhésion complet (demande d'adhésion, Questionnaire Médical complété, informations complémentaires éventuellement demandées), sous réserve du paiement de la 1^{ère} cotisation et de l'ouverture effective des droits à la CFE.

Toutefois, si compte tenu des conditions de garantie et/ou de cotisations consenties, les dispositions particulières doivent être contresignées par l'Adhérent, le contrat ne prendra effet à la date indiquée qu'après réception par La GMC d'un exemplaire desdites dispositions signées par l'Adhérent, et ceci indépendamment du versement des cotisations.

Les conditions des garanties sont définies en fonction de la législation 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.

► Cessation de la garantie

Les garanties du présent titre s'éteignent à l'égard de l'Adhérent à l'expiration du mois au cours duquel la personne assurée atteint l'âge de 70 ans. Pour les Bénéficiaires, la garantie cesse de plein droit en même temps que celle de l'Adhérent.

Les garanties peuvent être maintenues au-delà du 70^{ème} anniversaire du Bénéficiaire sous réserve que celui-ci ait au jour de son anniversaire une ancienneté continue dans le contrat de plus de 2 ans. La formule de garanties retenue est limitée à la formule 1 ou 2, celle-ci ne peut être supérieure à celle dont relevait l'Assuré précédemment.

E| LES COTISATIONS

Païement et évolution des cotisations

Les cotisations sont fixées en fonction du choix de la formule, de la zone, de la composition familiale, des éventuelles options souscrites figurant sur le bulletin d'adhésion et des éventuelles surprimes médicales.

- Pour la détermination des cotisations, il est précisé que l'âge de l'Adhérent est déterminé par la différence de millésimes entre l'année en cours et l'année de naissance. La revalorisation des cotisations est prise en compte au 1^{er} jour du mois qui suit l'anniversaire de l'Adhérent lors d'un changement de tranche d'âge quinquennale
- Le paiement des cotisations à Henner incombe à l'Adhérent qui est seul responsable de leur versement.
- En cas d'adhésion en couple (2 assurés) ou familiale (à partir de 3 assurés), le montant de la cotisation est déterminé en fonction de la tranche d'âge quinquennale de l'Adhérent principal.
- Le montant des cotisations pourra être modifié en cas de modification des règles fiscales.

Elles évoluent au 1^{er} avril de chaque année en fonction des résultats techniques du groupe assuré et de l'augmentation du coût de la pratique médicale dans le monde.

Elles peuvent également évoluer en cours d'année en cas de changement de tranche d'âge quinquennale (30 ans, 35 ans, 40 ans, 45 ans, 50 ans, 55 ans, 60 ans, 65 ans, 70 ans, 75 ans, 80 ans, 85 ans, 90 ans, 95 ans etc.).

- L'évolution des cotisations liée à un changement de tranche d'âge est automatique et ne fait pas l'objet d'un avenant ou d'une notification préalable.

Les cotisations relatives à l'adhésion à la CFE doivent être réglées directement auprès de la CFE (www.cfe.fr). L'adhérent devra contacter la CFE pour toute question relative aux cotisations de la caisse.

Non-paiement des cotisations et conséquences

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 10 jours après la fin de la période de suspension des garanties.

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

Les prestations éventuellement versées par la CFE à Henner ne peuvent pas être reversées à l'adhérent et sont restituées à la CFE.

La résiliation des droits de la CFE en cas de non-paiement des cotisations n'entraîne pas la résiliation automatique du présent contrat.

F| CHOIX ET MODIFICATIONS DES GARANTIES OU DE LA ZONE

Le choix de la formule est effectué par l'Adhérent lors de l'adhésion pour lui. La même formule est appliquée à ses éventuels Bénéficiaires.

Il ne peut être modifié qu'au moment du renouvellement de l'adhésion, c'est à dire, au 1^{er} avril (après 12 mois d'adhésion dans le cadre de la première année d'adhésion).

En cas d'augmentation du niveau de garantie, un nouveau bulletin d'adhésion et un Questionnaire Médical doivent être complétés pour l'ensemble des bénéficiaires.

Selon les réponses apportées, le Département Médical Henner peut être amené à refuser ou à subordonner son accord à un complément d'information ou à un examen de santé ou à appliquer une surprime sur le montant des cotisations.

En cas de modification ou de radiation de l'adhésion CFE, l'adhérent doit en informer Henner sans délai et par écrit.

G| CHOIX ET MODIFICATIONS DES BOOSTERS OPTIQUE/DENTAIRE

En complément de la formule retenue, l'Adhérent a la possibilité d'opter pour une garantie complémentaire appelée « Booster niveau 1 ou niveau 2 ». Lorsque ce choix est effectué par l'Adhérent concomitamment lors de l'adhésion à la formule de base, les garanties complémentaires ne supportent pas d'autres délais d'attente que ceux prévus au titre de la garantie principale.

Lorsque ce choix est effectué par l'Adhérent plus d'un mois après celui de l'adhésion à la formule de base, les garanties surcomplémentaires prennent effet après un délai d'attente de 6 mois après la date d'adjonction du Booster ; durant ce délai, les garanties accordées antérieurement à la demande d'affiliation au niveau du Booster restent acquises.

Le même niveau de booster est appliqué à l'ensemble de la famille.

Lorsque l'Adhérent est affilié à un niveau de Booster, il peut demander sa radiation au titre de ce complément de garantie par Lettre Recommandée adressée à Henner moyennant un préavis de 2 mois avant la date de renouvellement. Cette demande n'est recevable qu'après 1 an d'affiliation à l'extension de garantie. **Lorsque la radiation est prononcée, celle-ci est définitive, l'Adhérent n'a plus la possibilité d'opter ultérieurement pour un niveau de Booster.**

Cas particuliers :

En cas de mariage ou de changement de pays d'expatriation, l'adhésion à un niveau de Booster dans le mois qui suit l'un de ces deux événements n'entraîne pas l'application du délai d'attente de 6 mois, dans le cas contraire le délai d'attente reste applicable dans les mêmes conditions.

H | ADJONCTION D'UN BÉNÉFICIAIRE

En cas de demande d'adjonction d'un Bénéficiaire en cours de contrat, l'Adhérent doit compléter et signer, pour son ou ses nouveaux Bénéficiaires, le bulletin d'adhésion incluant un **Questionnaire Médical**. Le bulletin d'adhésion dont un double sera conservé par l'Adhérent, devra également être revêtu de sa signature précédée de la mention « lu et approuvé ».

Selon les réponses apportées, le Département Médical Henner peut être amené à refuser ou à subordonner son accord à un complément d'information ou à un examen de santé ou à appliquer une surprime sur le montant des cotisations.

Après examen de la demande d'adhésion, et des informations complémentaires éventuellement demandées, La 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 nouvelle liste des Bénéficiaires du contrat. Chaque nouveau bénéficiaire se voit également remettre une carte d'assuré.

Des délais d'attente sont appliqués sur les garanties des nouveaux Bénéficiaires si la demande est adressée plus de trois mois après le mariage de l'Adhérent ou la naissance de son enfant.

Ces délais sont de 3 mois pour l'hospitalisation et les soins courants (sauf accident ou maladie inopinée), 6 mois pour le dentaire, l'optique, le traitement de la stérilité et de 10 mois obligatoires pour la maternité et le suivi de la grossesse. Toutefois, si le conjoint ou concubin joint au dossier une attestation d'assurance équivalente et datée de moins d'un mois avant la prise d'effet du présent contrat, les délais de carence de 3 et 6 mois ne seront pas appliqués.

Cas particuliers :

En cas de demande d'adjonction d'un enfant dont l'accouchement a été couvert par le contrat et, si la demande a été effectuée par l'Adhérent dans les trois mois qui suivent la naissance, le nouveau-né est inscrit au jour de sa naissance, sans sélection médicale et sans application de délais d'attente.

En cas de demande d'adjonction d'un conjoint dans les trois mois qui suivent le mariage de l'Adhérent, le nouveau bénéficiaire ne se voit pas appliqué les délais d'attente de 3 et 6 mois.

I | RESILIATION

- ▶ A l'initiative de l'Adhérent **auprès d'Henner** :

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

Lors de la première année d'adhésion, le contrat Expat DUO peut être dénoncé au plus tôt à la date anniversaire d'adhésion.

Toutefois, dans le cadre d'une demande de résiliation commune, la résiliation des droits CFE et du contrat complémentaire Henner seront effectués dès la fin du trimestre civil en cours. La date de résiliation ne peut être antérieure à la date à laquelle la demande a été réceptionnée par Henner.

A partir du 1^{er} décembre 2020, le contrat Henner peut être résilié à compter de la seconde année d'adhésion sans frais ni pénalités. La résiliation prend effet un mois après la réception de la notification. Les formalités nécessaires à l'exercice de ce droit de résiliation peuvent être effectuées, pour le compte de l'adhérent, par son nouvel assureur, lequel doit s'assurer de la permanence de la couverture.

Conséquence de la résiliation : Les demandes de remboursements doivent être présentées à Henner sous peine de déchéance, dans un délai de 3 mois suivant la date de cessation de l'adhésion.

- ▶ A l'initiative de Henner dans les cas suivants :

- Un enfant bénéficiaire atteint l'âge de 20 ans,
- En cas de non paiement des cotisations après accomplissement des formalités prévues,
- En cas de fausse déclaration concernant l'état de santé de l'Adhérent ou d'un Bénéficiaire, de déclarations sciemment fausses ou de falsifications de pièces faites dans le but d'obtenir des prestations indues,
- En cas de résiliation des contrats souscrits auprès de l'Assureur.

VOS GARANTIES

VOS GARANTIES FRAIS MEDICAUX

A| ÉTENDUE DES GARANTIES

Le contrat **Expat DUO** présente un choix parmi 4 formules de garanties complémentaires frais médicaux auxquelles l'Adhérent pourra, en fonction de ses besoins, ajouter des options et renforcer ainsi certaines prestations.

► Les garanties Frais Médicaux du contrat de base

Les garanties Frais Médicaux 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, en complément ou sous réserve de l'intervention de la CFE. 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, y compris pour les garanties optionnelles. Les remboursements sont généralement exprimés en pourcentage du remboursement de la CFE et sous la forme de prestations forfaitaires exprimées en euros. Le cumul des remboursements de la CFE et du contrat **Expat DUO** est toujours limité aux frais réellement engagés.

► Les garanties optionnelles Henner

L'assistance et rapatriement sanitaire permet d'organiser le rapatriement ou le transport vers un lieu de soin approprié de l'Adhérent ou d'un Bénéficiaire.

Les niveaux des Boosters dentaire/optique prévoient de renforcer les remboursements de prothèses dentaires et des frais d'optique en complément de la formule de base choisie. Deux niveaux de garanties sont proposés dans le cadre de cette option. Les niveaux de Boosters ne sont pas cumulables.

La Responsabilité Civile (vie privée) protège l'Adhérent et ses Bénéficiaires contre les conséquences financières de dommages corporels, matériels et immatériels causés à autrui.

L'assurance décès, arrêt de travail et invalidité absolue et définitive couvre l'Adhérent principal. Cette option n'est accessible qu'aux salariés ayant souscrit l'option invalidité de la CFE.

B| MONTANT ET DETAIL DES GARANTIES FRAIS MEDICAUX

Prestations garanties

- Les frais pris en considération sont ceux relevant de l'énumération ci-dessous et figurant dans le tableau de garanties sous réserve d'un remboursement de base de la CFE ou du Régime Obligatoire de Sécurité Sociale français.
- Ouvrent droit à prestation les frais pour lesquels la date de début de soin est comprise entre la date de prise d'effet et de cessation des garanties à l'égard de la personne assurée.

- ▶ Toutefois l'Assureur peut prendre en charge certains frais n'ayant pas donné lieu à remboursement de la CFE s'il en est expressément fait mention au tableau de garanties.
- ▶ **Il est précisé que les prestations garanties par la présente assurance viennent en complément des prestations de même nature qui pourraient être versées à l'Adhérent par la CFE sans que l'Adhérent ne puisse percevoir au total un montant supérieur à celui de ses frais engagés.**

Frais remboursables

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

▶ L'Hospitalisation

- ▶ Les frais de chirurgie et d'hospitalisation ouvrant droit à remboursement sont ceux correspondant aux interventions chirurgicales (honoraires du chirurgien, de l'anesthésiste),
- ▶ Les frais de séjour à l'hôpital y compris dans un service de réanimation en chambre particulière, le forfait hospitalier, le lit accompagnant enfant,
- ▶ Les repas du patient,
- ▶ Les installations médicales,
- ▶ Tous les actes et honoraires, médicaments et vaccins prescrits sur ordonnance,
- ▶ Les examens médicaux,
- ▶ Les actes de radiologie, d'imagerie médicale, d'analyses médicales en cas d'hospitalisation ou d'admission dans un hôpital de jour ou en soins externes,
- ▶ Le traitement d'un enfant en établissement à caractère sanitaire est limité à 30 jours,
- ▶ Les séjours en maison de repos et de convalescence uniquement lorsque ceux-ci sont consécutifs à une hospitalisation, et pendant une durée maximum de 30 jours,
- ▶ Le transport en ambulance terrestre lié à l'hospitalisation.

▶ La Maternité (délai d'attente de 10 mois à compter de l'adhésion)

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

- ▶ Fécondation in vitro,
- ▶ Accouchement simple,
- ▶ Accouchement avec césarienne médicalement justifié ou en cas de complications pour la maman ou l'enfant,
- ▶ Les honoraires des médecins (chirurgien, anesthésiste),
- ▶ La chambre privée ou semi-privée,
- ▶ Le forfait journalier,
- ▶ Les premiers soins post accouchement du nouveau-né.

À l'adhésion, 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. Pour les deux derniers cas, les remboursements sont effectués sur la base des garanties antérieures.

- ▶ Avance des frais d'hospitalisation à l'étranger :

Lorsque les frais d'hospitalisation doivent être engagés par l'Adhérent, Henner délivre la prise en charge directement auprès des établissements hospitaliers après vérification des droits tant auprès de la CFE que du présent régime et effectue le paiement de la facture de l'hospitalisation.

Toutefois, si l'hôpital refuse notre prise en charge et exige que le patient règle lui-même la facture, Henner remboursera les frais à réception de la facture acquittée originale.

- ▶ Avance des frais d'hospitalisation en France :

Le patient doit présenter ses cartes CFE et Henner afin que l'hôpital effectue les demandes de prise en charge.

► **Médecine ambulatoire courante**

- Consultations et visites de généralistes ou de spécialistes,
- Actes de chirurgie,
- Actes d'auxiliaires médicaux (tels que infirmiers, kinésithérapeutes/physiothérapeutes, orthophonistes, orthoptistes et sages-femmes),
- Actes de biologie médicale,
- Actes de radiologie,
- Vaccins,
- Frais pharmaceutiques à condition que l'achat ou le renouvellement ait fait l'objet d'une ordonnance écrite d'un médecin, que la vente soit effectuée par un pharmacien diplômé ou une personne légalement autorisée à faire le commerce de la pharmacie.
- Bilan de santé (espacé de 5 ans).

► **Optique**

- Consultations et visites ophtalmologistes,
- Verres et montures,
- Lentilles de contact correctives jetables ou non.

► **Actes dentaires**

- 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,
- Orthodontie (traitement entrepris avant le 16ème anniversaire de l'enfant bénéficiaire et effectué sur 3 années consécutives),

► **Prothèses médicales d'appareillage**

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

► **Bien-être à l'étranger (à partir de mai 2020)**

- Consultations d'ostéopathes, de chiropracteurs, de médecins homéopathes, de médecins acupuncteurs et/ou de médecins diététiciens/nutritionnistes.

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 d'adhésion 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.

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'Adhérent 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, restent à la charge exclusive de l'Adhérent.

En cas d'erreur de remboursement d'Henner, si l'assuré a indûment perçu une prestation, un remboursement pourra être demandé ou une retenue sera déduite du prochain remboursement de l'assuré.

Montant des remboursements - Engagement maximum

Les remboursements accordés par l'Assureur sont définis dans le document « Garanties ».

Les garanties s'exercent par personne et **par année civile** (du 1er janvier au 31 décembre) jusqu'à concurrence des sommes suivantes :

- ▶ 300 000 € pour la **formule 1**
- ▶ 400 000 € pour la **formule 2**
- ▶ 500 000 € pour la **formule 3**
- ▶ 1 000 000 € pour la **formule 4**

C| DELAIS DE CARENCE CFE ET DELAIS D'ATTENTE EXPAT DUO

▶ Délais de carence appliqués par la CFE

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

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

▶ Délais d'attente appliqués par Henner

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

- ▶ La date d'adhésion,
- ▶ L'augmentation du niveau de garantie,
- ▶ La modification de zone vers une zone supérieure (A vers B ou 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,
- ▶ **3 mois** : Pour les frais ambulatoires courants, l'hospitalisation,
- ▶ **6 mois** : Pour les actes dentaires, l'optique médicale, les prothèses médicales et le traitement de la stérilité.

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

- ▶ Si l'Adhérent justifie au moment de l'adhésion d'une couverture sociale équivalente et immédiatement antérieure à sa demande d'adhésion au présent contrat en joignant au dossier une attestation d'assurance datée de moins d'un mois qui prouve la continuité d'assurance,
- ▶ En cas d'accident ou de maladie inopinée survenu postérieurement à la date d'admission à l'assurance,
- ▶ En cas de mariage lorsque la demande d'adhésion du conjoint parvient dans les 90 jours qui suivent la date du mariage,
- ▶ En cas d'inscription d'un nouveau-né à sa date de naissance si l'accouchement a été couvert par le contrat et si la demande est réalisée dans les 90 jours qui suivent la date de naissance de l'enfant.

D| TERRITORIALITE DE VOTRE CONTRAT

La garantie est acquise dans la zone tarifaire choisie et en France. 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 Emirats arabes unis, des Etats-Unis, de la Suisse et des pays relevant de la zone B ou C ci-dessous.
- ▶ La **zone B** correspond aux pays suivants : Arabie Saoudite, Australie, Bahreïn, Bosnie, Brésil, Espagne, Grande Bretagne, Hong Kong, Irlande, Israël, Italie, Liban, Monaco, Nouvelle Calédonie, Nouvelle Zélande, Portugal, Qatar, Russie, Singapour.
- ▶ La **zone C** comprend le Canada et le Japon.

La garantie est néanmoins acquise lors de séjour temporaire de moins de 90 jours consécutifs en dehors de la zone tarifaire choisie, aux Emirats arabes unis, aux Etats-Unis et en Suisse 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.

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

Les enfants âgés de moins de 20 ans ont la possibilité de résider en France sans limite de durée à condition qu'ils soient à la charge de l'Adhérent.

E| DEMANDES DE REMBOURSEMENT

Un guide du bénéficiaire est mis à la disposition des Bénéficiaires dans l'espace assuré et l'application mobile MyHenner.

Les demandes de remboursements doivent être présentées à Henner, sous peine de déchéance, dans un délai de 24 mois suivant la date de cessation des soins, ce délai est ramené à 3 mois en cas de résiliation du contrat.

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

- Le formulaire de demande de remboursement dûment complété et comportant les coordonnées de l'Adhérent et/ou de ses Bénéficiaires,
- L'original de la prescription médicale,
- L'original de la facture détaillée et acquittée
- La feuille CERFA pour les soins effectués en France
- Toute pièce établissant la preuve que les frais médicaux sont consécutifs à un **accident** ou à une **maladie inopinée** apparue lors du déplacement (si les frais ont été exposés en dehors de la zone de couverture souscrite ou pendant la période du délai d'attente de 3 mois).

Exception : si l'adhérent est **retraité du régime français**, il doit adresser ses demandes de remboursement à la CPAM de Tours (s'il n'a pas utilisé sa carte vitale). Une télétransmission sera mise en place à réception de son attestation vitale afin d'automatiser le transfert des décomptes entre la CPAM et Henner.

Le paiement est effectué à l'ordre de l'Adhérent pour l'ensemble des personnes garanties.

E-claiming :



E-CLAIMING

Les demandes de remboursement jusqu'à 1000 € par facture peuvent être adressées par e-claiming.

Ce service gratuit est accessible via l'espace assuré du site www.henner.com et via l'application mobile.

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

F| CHOIX DE LA DEVISE

Si le pays d'expatriation est hors zone Euro, l'Adhérent a le choix d'opter pour un paiement des prestations par transfert sur un compte étranger et dans la devise de son choix au cours du jour du remboursement de la prestation.

G| DEMANDE D'ENTENTE PREALABLE

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

► Hospitalisation - Frais d'accouchement

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

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

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

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

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

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

► Médecine ambulatoire courante

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

Lorsque l'acte doit être effectué par un auxiliaire médical (kinésithérapeute, orthophoniste etc.), la demande d'entente préalable doit être accompagnée d'une prescription médicale, comporter la pathologie et la durée prévisible du traitement.

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

► Actes dentaires

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

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

► Prothèses médicales et d'appareillage

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

H| LES EXCLUSIONS DES GARANTIES FRAIS MEDICAUX

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,
- ▶ Les frais engagés avant la date d'entrée en vigueur de l'affiliation ou après celle de sa résiliation,
- ▶ Les frais pour lesquels les procédures et les délais de demande de remboursement n'auraient pas été respectés, ou 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 d'adhésion, sauf en cas d'accident ou de maladie inopinée lors d'un séjour temporaire inférieur à 90 jours consécutifs,
- ▶ Les frais ayant fait l'objet d'un refus de remboursement de la part de la Caisse des Français de l'Etranger,
- ▶ Les frais résultants d'une tentative de suicide ou de blessures et coups effectués à titre volontaire par l'intéressé,
- ▶ Les frais résultants de pathologies liées à la pratique de sports à titre professionnel et aux conséquences de la pratique de sports dangereux tels que notamment : sports aériens, sports de combat, ascension de haute montagne, sports nécessitant l'utilisation de véhicules aériens,
- ▶ Tous frais résultant d'une guerre étrangère, guerre civile, émeute, insurrection, rixe, acte de terrorisme, 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,
- ▶ Tous frais résultant d'une guerre, d'une invasion, de l'acte d'un ennemi étranger, d'hostilités (avec ou sans déclaration de guerre), d'activités terroristes, d'une guerre civile, d'une rébellion, d'une révolution, d'une insurrection, d'un renversement militaire, d'un coup d'état, d'un soulèvement populaire ou d'une émeute de toute nature, lorsque l'Adhérent, malgré les conseils de rapatriement diffusés par les autorités consulaires Française auprès de ses ressortissants, reste dans le pays d'expatriation concerné,
- ▶ Les frais résultants de la participation active dans les forces de police ou les forces militaires,
- ▶ Les frais occasionnés suite à la consommation de drogues, narcotiques ou produits similaires incluant ces substances dans des doses non prescrites médicalement,
- ▶ Les frais relatifs aux états pathologiques consécutifs à la consommation d'alcool,
- ▶ Tous 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'1 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 occasionnés suite à un voyage qui a été effectué contrairement à un avis médical,
- ▶ Les frais de médecine préventive non remboursés au titre du contrat,
- ▶ Les conséquences ou les complications d'un traitement non couvert par le contrat,
- ▶ Les séjours, frais d'hébergement et de traitements relatifs à un séjour en établissement assimilé même s'il présente les caractéristiques ou est enregistré en tant qu'hôpital :
 - De postcure,
 - De rééducation ou d'éducation professionnelle, de réadaptation,
 - D'hydrothérapie, thermal, de thalassothérapie, de naturopathie,
 - De convalescence, maison de repos, de soins de suite, de long séjour,
 - D'éducation professionnelle ou spécialisée, à caractère sanitaire,
 - De désintoxication de toute nature, de rajeunissement, de diététique, d'amaigrissement ou d'engraissement,
 - De chirurgie esthétique non consécutifs à un accident survenu pendant l'adhésion au présent contrat,
- ▶ Les hospitalisations liées aux affections psychiatriques, psychologiques et aux troubles mentaux,

- ▶ Les frais relatifs à la gestation pour autrui, à la stérilisation ou réversion de stérilisation, au changement de sexe,
- ▶ 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 prothèses dentaires provisoires,
- ▶ Les interventions et traitements parodontiques,
- ▶ Les traitements d'orthodontie d'un enfant entrepris après l'âge de 16 ans,
- ▶ Les frais de pédicure-podologues sont limités au remboursement de la part CFE,
- ▶ Les frais de médecines alternatives occasionnés en France, notamment ostéopathie, chiropractie, acupuncture, homéopathie, nutritionniste, sophrologie etc.
- ▶ Les frais non mentionnés dans le contrat,
- ▶ Les frais relatifs à l'édition ou à la réédition d'une facture ou d'une pièce administrative visant à obtenir un remboursement au titre du présent contrat.

LES GARANTIES OPTIONNELLES

LES GARANTIES OPTIONNELLES

A| ASSISTANCE & RAPATRIEMENT SANITAIRE

► Dispositions d'ordre général

Les dispositions qui suivent ont pour objet de définir les services d'assistance destinés aux Adhérents du contrat d'assurance **Expat DUO** conclu auprès de Henner et ayant souscrit l'option Assistance.

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

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



IMPORTANT

Pour que les prestations d'assistance soient acquises, FILASSISTANCE doit avoir été prévenue et avoir donné son accord préalable :

Tel : 33 (0)9 77 40 70 57

Fax : 33 (0)9 77 40 17 87

VALIDITE TERRITORIALE DE LA GARANTIE D'ASSISTANCE

Sauf précision contraire, les prestations garanties sont acquises à l'Assuré dans le Monde entier, hors pays d'origine.

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

MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE DES GARANTIES

NÉCESSITÉ DE L'APPEL PRÉALABLE

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

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

Pour toute demande d'assistance, l'Assuré (ou toute autre personne agissant en son nom) doit fournir les renseignements suivants :

- ▶ Le numéro du contrat d'assurance : n° GAC08MED0105
- ▶ Son nom, prénom,
- ▶ Le lieu où il se trouve
- ▶ Le numéro de téléphone où il pourra éventuellement être contacté,
- ▶ La nature des difficultés motivant l'appel,
- ▶ **En cas de maladie ou d'accident :** Les noms, adresse et numéro de téléphone du médecin ou, le cas échéant, de la clinique ou de l'hôpital dans lequel est soigné le blessé, afin que Filassistance puisse se mettre en rapport avec eux et suivant les décisions de l'autorité médicale, préparer le transport ou le rapatriement et l'admission de la victime dans un établissement de santé adapté au cas médical.

Conditions de remboursement

Sans préjudice des règles spécifiques ci-après exposées, toute demande de remboursement adressée par l'Assuré à Filassistance devra être accompagnée de toutes les factures originales et tous les justificatifs originaux correspondant à la demande. **Attention, l'accord de Filassistance doit être notifié par écrit avant tout engagement de frais.**

Titres de transport

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

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

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

Frais de garde d'enfants

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

Avance de frais

Dans le cadre de certaines garanties, Filassistance peut verser au Bénéficiaire, à sa demande, une avance de fonds afin de lui permettre de faire face aux dépenses imprévues et urgentes.

- ▶ Conditions préalables au versement de l'avance par Filassistance :

A titre de garantie de remboursement par l'Assuré de l'avance consentie, Filassistance adressera un certificat d'engagement au Bénéficiaire qui devra, sauf cas de force majeure, le renvoyer dûment complété et signé par ses soins. L'avance sera mise en œuvre après réception dudit certificat d'engagement par Filassistance.

L'Assuré devra joindre au certificat d'engagement transmis à Filassistance un chèque certifié ou un chèque de banque.

- ▶ Délai de remboursement de l'avance :

L'Assuré s'engage à rembourser à Filassistance la somme avancée dans un délai de 3 mois à compter de la date de versement de l'avance.

- ▶ Sanctions :

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

CONDITIONS D'ORDRE MÉDICAL

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

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

EXCLUSIONS COMMUNES A TOUTES LES GARANTIES D'ASSISTANCE

Sont exclus des garanties :

- ▶ Les frais engagés sans l'accord préalable de Filassistance,
- ▶ Les maladies ou blessures préexistantes, diagnostiquées et/ou traitées, ayant fait l'objet d'une hospitalisation continue ou ambulatoire dans les 6 mois précédant l'adhésion au contrat **Expat DUO**,
- ▶ Les maladies mentales,
- ▶ Les états pathologiques faisant suite à une Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) ou une Procréation Médicalement Assistée (PMA),
- ▶ 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 l'Assuré de poursuivre son expatriation,
- ▶ Les convalescences et affections en cours de traitement et/ou non encore totalement guéries au moment de l'adhésion,
- ▶ Les incidents liés à un état de grossesse dont le risque était connu avant le départ, et leurs conséquences (accouchement compris) et dans tous les cas, les incidents dus à un état de grossesse à partir de la 32^{ème} semaine, et leurs conséquences (accouchement compris),
- ▶ Les frais de recherche de personne en montagne, en mer, ou dans le désert,
- ▶ Les visites médicales de contrôle et les frais 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 du Bénéficiaire,
- ▶ Les frais liés aux excédents de poids des bagages lors d'un transport par avion ainsi que les frais d'acheminement des bagages,
- ▶ Les frais non justifiés par des factures originales,
- ▶ Les conséquences de l'usage de médicaments, drogues, stupéfiants et produits assimilés non ordonnés médicalement ou de l'absorption d'alcool,
- ▶ Les événements survenus du fait de la participation du Bénéficiaire en tant que concurrent à des compétitions sportives, paris, matches, concours, rallyes, ou à leurs essais préparatoires,
- ▶ Les conséquences d'un conflit armé (guerre étrangère ou civile), d'une émeute,
- ▶ Les conséquences de la participation volontaire du Bénéficiaire à un acte de terrorisme ou de sabotage, à un crime ou à un délit, 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,
- ▶ De l'exposition à des agents neurotoxiques ou à des effets neurotoxiques rémanents,

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

EXONÉRATION DE RESPONSABILITÉ

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

- ▶ La responsabilité de Filassistance est écartée lorsque les retards ou défaillances dans l'exécution des garanties sont imputables à une cause étrangère, notamment, aux délais et/ou aux difficultés d'obtention de documents administratifs (visas d'entrée et de sortie de territoire, passeports...) qui constituent des conditions essentielles et préalables, fixées par certains états, à la circulation et/ou au transport des personnes sur un territoire ou entre deux états donnés.
- ▶ La responsabilité de Filassistance ne pourra être recherchée lorsque le retard ou l'inexécution de la prestation d'assistance demandée par l'Assuré est consécutif(ve) à l'insuffisance des disponibilités locales,
- ▶ Filassistance ne peut être tenue pour responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient :
 - Soit, de cas de force majeure,
 - Soit, d'événements que 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.

▶ Garanties accordées

INFOS SANTÉ

Infos santé est un service d'informations générales, animé par les médecins de l'équipe médicale de Filassistance, destiné à répondre à toute question de nature médicale et, notamment dans les domaines suivants :

- ▶ La santé, les vaccinations,
- ▶ La mise en forme, la diététique,
- ▶ La puériculture.

Les médecins peuvent répondre à toutes demandes vous concernant. Les informations qui seront données le seront toujours dans le respect de la déontologie médicale (confidentialité et respect du secret médical).

Ce service est conçu pour écouter, informer et orienter et, en aucun cas, il ne peut remplacer votre médecin traitant. Il est à votre disposition du lundi au samedi de 9H à 19H (heure française).

Les informations fournies ne peuvent se substituer à une consultation médicale et ne peuvent donner lieu à une quelconque prescription.

De plus, en cas d'urgence médicale, votre premier réflexe doit être d'appeler votre médecin traitant, les pompiers ou les services médicaux d'urgence.

INFOS VOYAGE

Filassistance peut vous fournir des renseignements sur les formalités administratives concernant les pays étrangers dans lesquels vous devez vous rendre.

L'équipe médicale de Filassistance est à votre disposition pour vous indiquer les obligations en matière de vaccins et les précautions d'usage avant, pendant et après les voyages, selon les pays visités. Elle est également disponible pour vous venir en aide si vous vous trouvez confronté à l'étranger à des difficultés pour consulter sur place.

ASSISTANCE EN CAS DE MALADIE OU D'ACCIDENT DU BENEFICIAIRE

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 Filassistance 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 Filassistance.

IMPORTANT



Filassistance ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence, ni prendre en charge les frais y afférents. Le transport ou rapatriement sanitaire organisé par Filassistance consiste à transférer l'Assuré* du lieu d'hospitalisation dans lequel les organismes locaux de secours d'urgence l'ont préalablement acheminé vers une structure médicale plus adaptée.

Titre de transport pour un accompagnement 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, Filassistance met à la disposition de son conjoint ou d'une personne de son choix résidant dans le pays d'expatriation, **un billet de train 1^{ère} classe ou d'avion classe touriste pour l'accompagner durant ce rapatriement ou transport. La prise en charge des titres de transport par Filassistance s'effectue dans les conditions exposées au paragraphe « Titre de transport ».**

Cette prestation d'assistance n'est pas cumulable avec celle visée au paragraphe « 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, **Filassistance met à la disposition d'une personne choisie par lui, un billet aller-retour de train 1^{ère} classe ou d'avion classe touriste au départ du pays d'origine pour se rendre à son chevet dans le pays d'hospitalisation.**

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

Cette garantie n'est pas cumulable avec celle visée au paragraphe « Titres de transport pour un accompagnement 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 l'Assuré de retourner dans son pays d'expatriation au bout de 90 jours, Filassistance prend en charge un billet aller-retour de train 1^{ère} classe ou d'avion classe touriste, pour ramener dans le pays d'origine les autres Bénéficiaires restés dans le pays d'expatriation. La prise en charge des titres de transport par Filassistance s'effectue dans les conditions exposées au paragraphe « Titres de transport ».

Cette garantie n'est pas cumulable avec celle visée au paragraphe « Présence d'une personne auprès du Bénéficiaire hospitalisé ».

Accompagnement des enfants mineurs

Si, durant son hospitalisation, l'Assuré est dans l'impossibilité de s'occuper de ses Bénéficiaires mineurs laissés sans surveillance d'un adulte, Filassistance prend en charge le billet aller et retour de train 1^{ère} classe ou d'avion classe touriste au profit d'un accompagnateur ou d'une personne de son choix, pour les ramener dans le pays d'origine. Les frais de transport éventuels sont pris en charge par Filassistance dans les conditions du paragraphe « Titres de transport ».

Cette prestation d'assistance n'est pas cumulable avec celle visée au paragraphe « Présence d'une personne auprès du Bénéficiaire hospitalisé ».

Retour après consolidation

Après consolidation médicalement constatée et pour permettre au Bénéficiaire (préalablement rapatrié ou transféré par Filassistance) de retourner dans son pays d'expatriation, Filassistance organise et prend en charge le retour du Bénéficiaire en place assise par avion classe touriste ou train 1^{ère} classe.

Dans tous les cas, cette garantie n'est acquise qu'après accord des médecins de Filassistance. Dans le cas où le retour après consolidation ne pourrait s'effectuer dans les conditions normales définies ci-dessus, le coût excédentaire du retour restera obligatoirement à la charge de l'Adhérent.

Frais de secours

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

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

Présence au chevet d'un enfant hospitalisé

En cas d'hospitalisation dans le pays d'origine supérieure à 48 heures de l'enfant de l'Adhérent âgé de moins de 18 ans, ou de moins de 20 ans s'il poursuit des études, Filassistance organise et prend en charge le voyage aller-retour du Bénéficiaire vers le pays d'origine, à concurrence d'un billet aller et retour de train 1^{ère} classe ou d'avion classe touriste pour se rendre au chevet de l'enfant.

Garde des enfants de moins de 16 ans

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

Le remboursement par Filassistance au Bénéficiaire se fera dans les conditions et selon les modalités exposées dans le paragraphe « frais de garde d'enfants ».

ASSISTANCE EN CAS DE DÉCÈS

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

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

FILASSISTANCE prend également en charge :

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

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

Accompagnement du défunt

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

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

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 1^{er} degré, du Bénéficiaire, Filassistance met à la disposition de ce dernier et prend en charge un **billet aller-retour d'avion classe touriste ou de train 1^{ère} classe, depuis le pays d'expatriation jusqu'au lieu d'inhumation dans le pays d'origine** afin de lui permettre d'assister aux obsèques.

Garde des enfants de moins de 16 ans

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

Filassistance reçoit et transmet à leur destinataire dans le pays d'origine, les messages à caractère urgent émis par l'Assuré. De même, à la demande d'un membre de la famille, Filassistance 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, Filassistance se réserve le droit de refuser la mise en œuvre de cette garantie si le contenu du message constitue une atteinte à l'ordre public et/ou aux bonnes mœurs.

Perte ou vol de papiers d'identité

En cas de perte ou de vol des papiers d'identité (tels que passeport, visa, carte d'identité) du Bénéficiaire survenu à l'étranger, Filassistance informe l'Assuré des démarches à effectuer auprès des autorités locales pour la reconstitution des documents indispensables à la poursuite de sa mission.

Les frais consécutifs restent dans tous les cas à la charge du Bénéficiaire.

Perte ou vol de titre de transport

En cas de perte ou de vol du titre de transport du Bénéficiaire survenant à l'étranger et sous réserve de dépôt de plainte pour vol auprès des autorités locales, Filassistance met à disposition un titre de transport de remplacement pour la poursuite de sa mission.

Les frais consécutifs restent dans tous les cas à la charge du Bénéficiaire.

Avance de fonds

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

ASSISTANCE PRATIQUE ET JURIDIQUE A L'ÉTRANGER

Honoraires d'avocat

En cas de poursuites judiciaires consécutives à une violation non intentionnelle par l'Assuré de la législation du pays d'expatriation, Filassistance met un avocat à la disposition du Bénéficiaire et lui **règle directement ses honoraires à concurrence de 1 900 € TTC par évènement.**

Sont exclus : les litiges à caractère professionnel du Bénéficiaire.

Caution pénale

Filassistance 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 Filassistance et remboursée par l'Assuré dans les conditions et selon les modalités exposées dans le paragraphe **« Avance de Frais » et ses subdivisions.**

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

ASSISTANCE PSYCHOLOGIQUE - PASS 24/7 EXPATRIÉS

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

Accessible 24H/24, cette prestation permet au Bénéficiaire 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 aux Bénéficiaires âgés de plus de 16 ans dans les 3 mois précédant le départ, pendant l'expatriation et dans les 3 mois suivant le retour.

Le « PASS 24/7 Expatriés » est à la libre disposition des Bénéficiaires concernés qui l'utilisent selon leurs besoins dans les domaines psychologiques, qu'ils soient professionnels ou privés.

ASSISTANCE INFORMATIQUE, JURIDIQUE ET FISCALE

L'Assuré peut accéder au service d'informations pratiques, juridiques et fiscales dispensé par téléphone par Filassistance.

Toute demande d'information du Bénéficiaire est enregistrée et un numéro de dossier lui est communiqué.

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

Le contenu de l'information délivrée ne saurait excéder le champ défini par l'article 66-1 de la Loi N°71-1130 du 31 décembre 1971. Filassistance ne pourra toutefois pas être tenue responsable des éventuelles difficultés, et leurs conséquences, qui pourraient surgir ultérieurement du fait d'une interprétation erronée et/ou d'une utilisation inappropriée ou abusive, par l'Assuré, des informations communiquées.

ASSISTANCE EN CAS D'INCENDIE AU DOMICILE

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

ASSISTANCE SECURITÉ

Mesures préventives

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

Ce service est accessible 24h/24 et 7j/7

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, Filassistance met en œuvre tous les moyens dont elle dispose pour organiser l'évacuation ou le rapatriement politique des Bénéficiaires dans les meilleures conditions vers un lieu sécurisé dans le pays où il est expatrié ou dans un pays limitrophe en fonction des conditions de sécurité jugées objectivement satisfaisantes.

Filassistance organise et **prend en charge le transport 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 y sont jugées satisfaisantes.
- ▶ Le pays d'origine.

Le choix du lieu de destination, la décision de la date et des moyens utilisés relève exclusivement de Filassistance.

Frais d'immobilisation

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

Limitation des prises en charge

La prise en charge au titre des garanties du paragraphe « Mesures curatives » et de ses subdivisions est limitée à 5000 € TTC par Bénéficiaire et par année contractuelle, quel que soit le nombre d'évènements ou de services mis en œuvre. Au-delà de ce plafond, les coûts seront refacturés par Filassistance à l'Adhérent.

Organisation de services

A la demande de l'Adhérent, Filassistance peut organiser les services décrits au paragraphe « **Mesures curatives** » et dans ses subdivisions 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 formulée par l'Adhérent en dehors 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** » ci-dessus.

Une estimation financière est alors soumise à l'Adhérent par écrit avant toute intervention. Après accord écrit de l'Adhérent, Filassistance organise le service.

L'intégralité des coûts engagés reste à la charge de l'Adhérent.

B| RESPONSABILITE CIVILE VIE PRIVEE

► Garanties

Sont garanties à concurrence des sommes fixées à « Montant des garanties et franchises » 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.

► Exclusion 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 l'Adhérent serait propriétaires ou locataires,
- Du fait des dommages intentionnellement causés ou provoqués par l'Adhérent, ou avec sa complicité,
- Du fait de la participation de l'Adhérent à des rixes ou bagarres, sauf en cas de légitime défense,
- Du fait des dommages causés par les chevaux appartenant à l'Adhérent et par les animaux sauvages même apprivoisés.

► Montant des garanties et franchise

Garanties

- Tous Dommages confondus : 7 800 000 € par sinistre

Dont :

- Dommages matériels et Immatériels consécutifs : 780 000 € par sinistre
- Défense : 20 000 € par sinistre
- E bike : 20 000€ par sinistre

Franchise

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

Responsabilité civile locative

Garanties

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

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

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

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

Montant des garanties

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.

Exclusion 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.

Étendue territoriale

Les garanties de Responsabilité Civile s'exercent dans le monde entier avec une surprime pour les Etats-Unis/Canada.

Définition de 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.

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 2 mois après le retour définitif de l’Adhérent sauf avis contraire de l’Adhérent ou sauf si le fait générateur du sinistre est né avant cette date et, en cas de retour successif, deux mois avant le retour du même Adhérent.

Toutefois, pour l’Adhérent autre que de nationalité française, les garanties du présent contrat cesseront lors de son retour définitif dans son pays d’origine ou sauf si le fait générateur du sinistre est né avant cette date et, en cas de retour successif, 2 mois avant le retour du même Adhérent (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 l’adhésion au contrat.

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

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

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

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

Effet et durée du contrat

Effet : 1^{er} jour du mois qui suit la réception du bulletin d’adhésion et du règlement correspondant.

Durée : 1 an à compter de la date d’effet de l’adhésion.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

DISPOSITIONS GÉNÉRALES COMMUNES

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

Le contrat **Expat DUO** fait l'objet de conventions « groupe ouvert » souscrites par La Garantie Médicale et Chirurgicale (G.M.C), Association régie par la loi de 1901 – 14 Bd du Général Leclerc – 92200 Neuilly sur Seine- RNA W751016775. La gestion des adhésions au contrat est assurée par Henner, SAS de courtage et de gestion d'assurance Capital de 8 212 500 € - RCS Nanterre B 323 377 739 - TVA intra-communautaire FR 48323377739. Immatriculation 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 : 14 Bd du Général Leclerc 92200 Neuilly sur seine - www.henner.com

Ces conventions sont souscrites auprès de :

- ▶ **SWISSLIFE**, Siège Social : 7 rue Belgrand, 92300 Levallois-Perret - SA au capital de 150 000 000€ Entreprise régie par le Code des Assurances - 322.215.021 RCS Nanterre pour les risques santé (contrat A.4266.001) et prévoyance (A.4266.002).
- ▶ **FILASSISTANCE**, Siège Social : 108 bureaux de la colline, 92213 Saint-Cloud Cedex, pour le risque assistance rapatriement sanitaire (contrat GAC08MED0105).
- ▶ **XN Financial**, pour le risque Responsabilité Civile (contrat LLOYDS 4-044-5-000).

Ces sociétés sont régies par le Code des Assurances. L'Association La G.M.C a confié, au terme d'un mandat exclusif, à Henner la commercialisation du contrat **Expat DUO**.

L'adhésion au contrat **Expat DUO** garantit aux Adhérents Expatriés cotisant à la Caisse des Français de l'Étranger (CFE), 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 et en complément des prestations versées par la Caisse des Français à l'Étranger en fonction des formules et modules complémentaires souscrits.

B| DECLARATIONS ET COMMUNICATIONS

- ▶ Les déclarations et communications n'ont d'effet que si elles sont parvenues par écrit à l'Assureur ou à Henner.
- ▶ L'Adhérent est tenu d'aviser l'Assureur ou Henner, par écrit, de tout changement : situation familiale, coordonnées, pays de résidence, activité professionnelle y compris pour les Bénéficiaires, affiliation CFE etc.
- ▶ A défaut de l'avis de changement, toutes les communications lui seront faites valablement sous la dernière adresse dont l'Assureur ou Henner a eu connaissance.

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

Si dans une intention frauduleuse vous n'avez pas :

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

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, les garanties accordées à l'assuré sont nulles en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'Assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à l'Assureur qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

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

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

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

Pluralité d'assurance

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

C| PRESCRIPTION

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

▶ Délai de prescription

Article L.114-1 :

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

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

► Causes d'interruption de la prescription

Article L.114-2 :

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'Assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

► Caractère d'ordre public de la prescription

Article L.114-3 :

Par dérogation à l'article 2254 du Code Civil, les Parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

► Causes ordinaires d'interruption de la prescription :

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

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

Article 2240 du Code civil

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

► Demande en justice

Article 2241 du Code civil

La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion.

Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.

Article 2242 du Code civil

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

Article 2243 du Code civil

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

► Mesure conservatoire et acte d'exécution forcée

Article 2244 du Code civil

Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.

► Etendue de la prescription quant aux personnes

Article 2245 du Code civil

L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre les héritiers.

En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible.

Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.

Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous les héritiers.

Article 2246 du Code civil

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

► Saisine du médiateur

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

D| SUBROGATION

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

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

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

E| CONCILIATION - RECLAMATIONS

- 1) Toute réclamation portant sur le traitement d'une prestation devra être formulée dans un premier temps par téléphone au service qui a traité votre demande :
 - A votre Unité de Gestion dont les coordonnées sont indiquées sur votre carte d'assuré ou de contacter notre standard au +33 (0)1 55 62 53 79, muni de votre identifiant,
 - A Filassistance pour les prestations d'assistance au 01 53 21 70 57.
 - A XN pour les garanties de responsabilité civile au +800 962 36837 (numéro sans frais international) ou + 1 866 286 4076 (numéro sans frais d'Amérique du Nord)
- 2) Si vous êtes n'êtes pas satisfait de la réponse apportée par le service client, vous avez la possibilité d'adresser un courrier précisant le motif de votre désaccord à la cellule réclamation :

Pour les Frais Médicaux :

HENNER – Service Qualité
14 bd du Général Leclerc
92200 Neuilly-sur-Seine
Ou par email à : service.qualite@henner.fr.

Pour l'assistance rapatriement :

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

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

Pour la Responsabilité Civile :

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

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

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

Médiation de l'Assurance
TSA 50110
75441 Paris Cedex 09

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

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

F| LOI APPLICABLE

Le présent contrat est soumis à la loi française.

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

G| CONTROLE DES ASSURANCES

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

www.acpr.banque-france.fr.

H| PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

Conformément à la réglementation en vigueur relative à la protection des données à caractère personnel, SwissLife et Henner sont les responsables de traitement au titre du présent contrat.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Vous pouvez également vous opposer à recevoir par SMS et mail des offres commerciales de la part des responsables de traitement pour des services et produits analogues.

Pour l'ensemble des demandes relatives à vos droits, vous pouvez vous adresser en priorité à Henner :

- par email : informatique-libertes@henner.com
- ou par courrier : HENNER - Correspondant CNIL – CS 20058 -14 bd du Général Leclerc - 92527 Neuilly-sur-Seine cedex

Les demandes médicales doivent être libellées à la même adresse et à l'attention du médecin-conseil.

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

Vous pouvez également vous adresser à la direction gouvernance et qualité de la donnée auprès de l'assureur de votre contrat SWISSLIFE - 7, rue Belgrand – 92300 Levallois-Perret ou au Délégué à la Protection des Données (DPO) à la même adresse (DPOswisslife@swisslife.fr).

Les demandes médicales doivent être libellées à la même adresse et à l'attention du médecin-conseil.

Dans le cadre de l'option Assistance Rapatriement, vous pouvez contacter le Délégué à la Protection des Données (DPO) de FILASSISTANCE INTERNATIONAL par courrier ou par email : (dpo@filassistance.fr)

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

I | RENONCIATION AU CONTRAT

L'Adhérent dispose d'un délai de 14 jours calendaires révolus, à partir du jour de la date de conclusion de son adhésion (date de signature du bulletin d'adhésion), pour y renoncer, dans le cadre et dans les conditions prévues par l'article L112-9 du Code des Assurances ou par les articles L112-2-1 du Code des Assurances et L121-20-8 et suivants du Code de la Consommation.

Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception, envoyée au Gestionnaire Henner, 14 boulevard du Général Leclerc, CS 20058, 92527 Neuilly-sur-Seine Cedex. 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 par Henner.

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 DUO** » *(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.



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



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



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



SwissLife Prévoyance et Santé
Siège social : 7 rue Belgrand, 92300 Levallois-Perret
SA au capital de 150 000 000 €
Entreprise régie par le code des assurances 322 215 021
RCS Nanterre



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



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