



Henner™

Bulletin d'adhésion



Expatriés UNO

Expatriés français

Salarié, Travailleur Non Salarié, Sans Activité, Retraité

INFORMATIONS IMPORTANTES

Votre contrat prend effet à la date mentionnée sur votre bulletin d'adhésion et au plus tôt le lendemain qui suit la réception de votre bulletin d'adhésion pour une durée de 12 mois minimum et se renouvelle tacitement.

Vous êtes couvert dès le premier jour dans la zone souscrite. La garantie est néanmoins acquise lors de séjour temporaire de moins de 90 jours consécutifs en France et en dehors de la zone tarifaire choisie, sous réserve que les frais occasionnés relèvent d'un caractère accidentel ou inopiné.

Pour un séjour au-delà de 90 jours consécutifs en dehors de la zone tarifaire choisie, l'adhérent doit faire part à Henner du changement de zone géographique pour l'ajustement de sa cotisation.

La **zone A** correspond au monde entier à l'exclusion des pays relevant de la zone B et C ci-dessous.

La **zone B** correspond aux pays suivants : Arabie Saoudite, Australie, Bahreïn, Biélorussie, Bosnie, Canada, Irlande, Israël, Italie, Liban, Monaco, Nouvelle Calédonie, Nouvelle Zélande, Qatar, Royaume Uni, Russie, Singapour et Suisse.

La **zone C** comprend : Bahamas, Brésil, Chine, Japon, Hong-Kong et Macao.

La zone C donne également accès aux soins dans les pays des zones B et A, la zone B donne également accès aux soins dans les pays de la zone A, la zone A ne donne pas d'accès aux soins engagés dans une autre zone.

L'adhésion pour les Etats-Unis et les Emirats Arabes Unis n'est plus autorisée du fait des législations locales.

Ce contrat ne dispense pas des éventuelles obligations légales du pays d'expatriation en matière d'assurance.

Vos Cotisations

Vos cotisations sont payables par trimestre, semestre ou pour l'année au terme à échoir (d'avance).

Vos cotisations évoluent chaque année à la date anniversaire de votre adhésion en fonction des résultats techniques, de l'évolution du coût de la santé dans le monde et de votre âge et de celui de votre éventuel(le) conjoint(e) ou enfant en cotisation « couple ».

Des **délais d'attente** sont appliqués à compter de la date d'adhésion sur :

- les frais liés à la maternité : 10 mois
- les actes dentaires, les frais d'optique, les prothèses médicales et l'orthodontie enfant : 6 mois*
- autres soins sauf en cas d'accident : 3 mois*

*Les délais d'attente de 3 et 6 mois peuvent être supprimés en joignant à votre dossier une attestation d'assurance de niveau équivalent datée du mois précédant votre adhésion, afin de prouver une continuité d'assurance.

Vos garanties santé

- ▶ Les membres de la famille inscrits au contrat bénéficient des mêmes garanties santé.

Vos garanties prévoyance

- ▶ Les garanties prévoyance couvrent uniquement le souscripteur principal qui exerce une activité professionnelle, à l'exception de la garantie **Décès Accidentel** qui peut être souscrite par tous.
- ▶ Les options **Décès Toutes Causes** et **Décès Accidentel** sont cumulables entre elles.
- ▶ Les options **Arrêt de Travail-Indemnités Journalières** et **Rente Éducation** ne peuvent être souscrites que si l'option **Décès Invalidité Absolue et Définitive (DC/IAD) toutes causes** est choisie.

Vos garanties d'assistance

- ▶ L'Assistance rapatriement sanitaire bénéficie à l'ensemble des membres de la famille.

3 VOS GARANTIES

J'ai bien noté que l'adhésion au présent régime sera effective sous réserve :

- ▶ De l'avis favorable du Médecin Conseil de Henner, cet avis étant donné après examen du questionnaire de santé dûment complété pour chaque bénéficiaire.
- ▶ Du versement par chèque d'un acompte équivalent à 6 mois de cotisation (sauf si le prélèvement automatique ou le paiement par carte bancaire est demandé).

Je désire que cette adhésion prenne effet le : ____/____/____ (Jour/Mois/Année) et au plus tôt le lendemain de la réception du présent bulletin d'adhésion.

Après avoir pris connaissance des **Conditions générales, des garanties et de leurs modalités d'application ainsi que des tarifs correspondants**, je demande mon adhésion au contrat EXPAT UNO pour les garanties suivantes (cochez les cases correspondantes et reportez les cotisations et les éventuels capitaux souscrits) :

Zone :		<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C
Niveau de garanties	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Régime : <input checked="" type="checkbox"/> 1 ^{er} euro		COTISATIONS		
Nombre d'assurés :				
<input type="checkbox"/> 1 personne (se référer au tableau célibataire/couple)	 €		
<input type="checkbox"/> 2 personnes (se référer au tableau célibataire/couple)	€ +€ = €		
<input type="checkbox"/> 3 ou 4 personnes (se référer au tableau famille)	 €		
<input type="checkbox"/> 5 personnes et + (se référer au tableau famille +)	 €		
<input type="checkbox"/> Assistance rapatriement sanitaire World Zen	 €		
<input type="checkbox"/> Garantie Responsabilité Civile				
<input type="checkbox"/> Option 1 (hors USA/Canada)	 €		
<input type="checkbox"/> Option 2 (Monde entier)				
<input type="checkbox"/> Décès accidentel et Infirmité Permanente accidentelle				
Capital choisi : €		
Si vous êtes Salarié(e) ou TNS :				
<input type="checkbox"/> Décès/Invalidité Absolue et Définitive (toutes causes)				
Capital choisi : €		
<input type="checkbox"/> Rente Education (Obligation de souscrire Décès et Invalidité Absolue et Définitive)				
<input type="checkbox"/> Option 1				
<input type="checkbox"/> Option 2				
<input type="checkbox"/> Option 3	 €		
<input type="checkbox"/> Arrêt de travail (Obligation de souscrire Décès et Invalidité Absolue et Définitive)				
<input type="checkbox"/> Franchise 30 jours				
<input type="checkbox"/> Franchise 60 jours				
Montant des Indemnités Journalières choisi : €		
TOTAL COTISATIONS TRIMESTRIELLES	 €		

4 VOTRE DESIGNATION DE BENEFICIAIRE EN CAS DE DECES (SI OPTION SOUSCRITE)

Je désigne comme bénéficiaire(s) en cas de décès :

Je choisis la clause standard : mon conjoint survivant non séparé de corps judiciairement, à défaut mon partenaire de Pacte Civil de Solidarité, à défaut par parts égales, mes enfants nés ou à naître, vivants et non renonçant ou représentés, à défaut, mes héritiers. Attention, pour être bénéficiaire le concubin doit faire l'objet d'une désignation particulière car il ne figure pas au rang de conjoint ou de partenaire de PACS.

Je ne choisis pas la clause standard : je désigne comme bénéficiaire(s) et je précise les noms de naissance et d'usage, prénoms d'état civil (dans l'ordre), prénoms d'usage, dates de naissance, communes et départements de naissance, adresses, liens de parenté, et pourcentages de répartition du capital pour chaque bénéficiaire : _____

5 VOS REGLEMENTS DE COTISATIONS

Au-delà du 1^{er} acompte, je désire payer mes cotisations :

Par prélèvement automatique sur un compte en Euros de la zone SEPA :

Joindre un RIB et le mandat de prélèvement complété, daté et signé

Par carte bancaire :

A réception de votre premier appel de cotisation, connectez-vous à votre espace personnalisé sur www.henner.com afin de renseigner vos coordonnées bancaires.

Par virement (6 mois d'acompte par chèque) :

Nos coordonnées bancaires seront mentionnées sur votre appel de cotisation.

Je souhaite régler mes cotisations :

Mensuellement par prélèvement automatique Trimestriellement Semestriellement Annuellement

6 VOS REMBOURSEMENTS

Indiquez le compte sur lequel vous souhaitez que vos remboursements soient versés.

Titulaire du compte : _____

Nom et adresse de la banque : _____

Numéro de compte : _____ IBAN (si Europe) : _____

BIC (si hors Europe) : _____ Devise du compte : _____

Je soussigné(e) déclare adhérer à l'association Loi 1901 « La Garantie Médicale et Chirurgicale » 14 bd du Général Leclerc, CS20058, 92527 Neuilly sur Seine Cedex, France. Je déclare être informé(e) que le contrat Expat UNO fait l'objet de contrats groupe souscrits par la Garantie Médicale et Chirurgicale (La GMC) auprès de différents assureurs présentés dans les Conditions Générales jointes. La GMC a confié la conception, la distribution et la gestion à HENNER, société de gestion et de courtage habilitée ORIAS n° 07002039. Henner n'a aucun lien d'exclusivité avec ces sociétés.

Je déclare avoir reçu les Conditions Générales du contrat Expat UNO, en avoir pris connaissance et en avoir accepté les termes.

Je soussigné(e) certifie exactes et sincères les informations renseignées dans la présente demande d'adhésion ainsi que les réponses mentionnées sur le questionnaire médical, n'avoir rien déclaré ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur Henner ou les assureurs et produire des sanctions :

- En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle entraînant la nullité du contrat (article L113-8 du Code des Assurances).
- En cas d'omission ou de déclaration inexacte, provoquant une réduction de garantie (articles L113-9 et L132.26 du Code des Assurances).

Je déclare avoir pris connaissance que mes communications téléphoniques avec les services d'Henner ou son mandataire peuvent faire l'objet d'enregistrement, dans le cadre de leur programme Qualité et que je peux avoir accès aux enregistrements me concernant en m'adressant par écrit à Henner.

En cas de réclamation, les modalités et les coordonnées des différents niveaux d'interlocuteurs sont communiquées dans les conditions générales.

Je déclare être informé qu'en cas d'adhésion sur la base de documents scannés, si je choisis de ne pas transmettre les originaux, afin d'éviter la déchéance de mes garanties, je m'engage à les conserver pendant toute la durée de l'adhésion afin de les présenter en cas de contrôle.

Les données à caractère personnel qui sont recueillies dans le cadre des présentes font l'objet – dans le cadre de la législation applicable – d'un traitement dont la finalité est la passation, la gestion (y compris commerciale), et l'exécution de votre contrat d'assurance, elles sont conservées pour la durée nécessaire à son exécution. Ces données sont susceptibles d'être transmises à des tiers pour les besoins de la gestion de votre contrat, notamment aux partenaires assureurs, assistants et réassureurs intervenant dans la gestion des garanties. Compte tenu de la dimension internationale du groupe Henner, présent dans le monde entier, certaines de vos données à caractère personnel sont susceptibles d'être transférées en dehors de l'Union Européenne (UE) vers d'autres entités du groupe, dans le strict cadre de nos opérations techniques de règlement direct de certains prestataires de santé. Ces opérations sont encadrées par des clauses contractuelles types ou par des règles internes d'entreprise (BCR), garantissant ainsi un niveau de protection aussi élevé qu'en France.

Ces données pourront également faire l'objet, dans le cadre des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, de traitements spécifiques mis en œuvre dans le cadre de :

- La lutte contre la fraude en assurance
- La lutte contre le blanchiment des capitaux et contre le financement du terrorisme

Dans tous les cas, vous pouvez exercer votre droit d'accès, de rectification et d'opposition de toute information vous concernant et figurant sur tout fichier à l'usage de Henner ou des éventuels autres gestionnaires des risques garantis, partenaires assureurs ou tout autre organisme professionnel habilité en écrivant à Henner, Accès/Rectification des Données à Caractère Personnel, 14 boulevard du général Leclerc, 92200 Neuilly-sur-Seine ou à l'adresse de messagerie suivante : informatique-libertes@henner.com

J'ai bien noté la faculté légale de rétractation dont je dispose dans un délai de 14 jours à compter de la signature du présent bulletin d'adhésion (article L121-20-12 du Code de la Consommation).

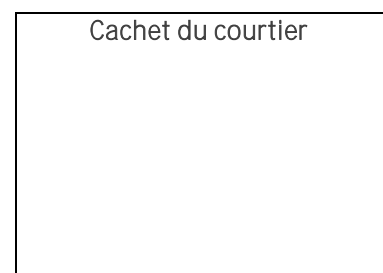
La date effective de l'adhésion sera précisée dans l'attestation d'adhésion adressée par Henner.

J'autorise Henner à traiter mes données de santé pour l'exécution de mon contrat d'assurance.

Mon adresse e-mail pourra être utilisée par Henner pour me proposer de nouveaux produits ou offres de services si je coche la case ci-contre.

Fait à , le

Signature (précédée de la mention "lu et approuvé")



En signant ce formulaire de mandat SEPA (Single Euro Payments Area ou Espace unique de paiement en euros), vous autorisez Henner à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de Henner.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande éventuelle de remboursement devra être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

CRÉANCIER :

Henner GMC 14 bd du Général Leclerc, 92200 Neuilly-sur-Seine, France

Identifiant Créancier SEPA FR56ZZZ414162
Référence Unique de Mandat

LE DEBITEUR (Veuillez compléter les champs suivants en majuscules) :

Nom / Prénom :
Adresse :
Code postal : Ville : Pays :
Coordonnées bancaires du compte à débiter (Merci de joindre un Relevé d'Identité Bancaire) :
IBAN : <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>
BIC : <u> </u> <u> </u>

LE TIERS-DEBITEUR (Si différent du DEBITEUR) :

Nom/Prénom :
Si vous payez la facture d'une autre personne veuillez indiquer ici son nom et prénom. Si vous payez pour votre propre compte ne pas remplir.

Type de paiement : Récurrent

Fait à : Le :/...../.....

J'accepte d'être informé(e) de mes prélèvements au minimum 5 jours avant l'échéance

Signature :

Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

7 RASSEMBLEZ L'ENSEMBLE DES ELEMENTS POUR QUE VOTRE DOSSIER SOIT COMPLET

POUR VOUS :

- Copie de votre **carte d'identité** ou de votre **passeport**,
- Si vous bénéficiez d'une mutuelle de niveau équivalent le mois précédent votre inscription, copie de **l'attestation de votre mutuelle** précédente afin de supprimer les délais d'attente (excepté pour la maternité),
- Si vous optez pour le prélèvement automatique : **relevé d'identité bancaire** ou postal du compte en Euros de la zone SEPA à débiter,
- Pour vos remboursements : relevé d'identité bancaire du compte à créditer,
- Questionnaire médical** dûment complété pour tous les membres de votre famille et signé, à mettre à **l'attention du Médecin conseil** sous pli confidentiel.

POUR LES EVENTUELS MEMBRES DE VOTRE FAMILLE :

- Copie du **livret de famille**
ou
- Copie de **l'acte de mariage** pour votre conjoint(e)
ou
- Copie du **passeport** ou de la **carte nationale d'identité**, du contrat de **PACS** ou d'une déclaration sur l'honneur de vie commune pour votre concubin(e),

- Certificat de scolarité** pour vos enfants âgés de 20 à 28 ans.

Une fois tous ces éléments rassemblés, vous n'avez plus qu'à les envoyer avec le présent bulletin d'adhésion daté et signé à l'adresse suivante :

Henner
Département Individuels Expatriés
14 boulevard du Général Leclerc
CS 20058
92527 NEUILLY-SUR-SEINE
FRANCE

8 COMPLETEZ LE QUESTIONNAIRE MEDICAL

Cochez la case correspondante à la réponse choisie. Une colonne par personne

	Assuré	Conjoint	1er Enfant	2 ^{ème} Enfant	3 ^{ème} Enfant	4 ^{ème} Enfant
Email :						
Nom :						
Prénom :						
Date de naissance :						
Sexe :						
Taille :						
Poids :						
Connaissez-vous votre Tension Artérielle ? Si oui, merci de bien vouloir l'indiquer						
Êtes-vous actuellement en arrêt de travail pour raison médicale ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Avez-vous interrompu votre activité plus de 15 jours consécutifs pour maladie ou accident au cours des 5 dernières années ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Suivez-vous actuellement ou avez-vous suivi au cours des 5 dernières années un traitement médical, un régime, une surveillance particulière ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Au cours des 5 dernières années, avez-vous séjourné dans un établissement hospitalier (hôpital, clinique, maison de santé, établissement de cure, service psychiatrique...)?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Avez-vous subi ou devez-vous subir une intervention chirurgicale ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Êtes-vous atteint d'une infirmité, d'une invalidité ou d'une maladie chronique ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Si vous avez répondu « oui » à l'une des questions veuillez nous donner les détails supplémentaires concernant l'époque, les suites éventuelles de la maladie ou de l'accident* :						
Je certifie complètes, exactes et sincères les déclarations ci-dessus et m'engage à fournir au Médecin-conseil d'Henner tous les renseignements médicaux dont il aura besoin. Conformément à l'article L113-8 du Code des Assurances, toute fausse déclaration ou omission entraînerait la nullité de l'assurance						
Fait à _____ le _____						
Signature(s) de l'adhérent et éventuellement du conjoint, précédée(s) de la mention « lu et approuvé ».						

(*) Vous pouvez si vous le souhaitez répondre sur papier libre qui sera joint au présent questionnaire

Retournez ce document au choix :

- ▶ Par courrier sous pli confidentiel à l'attention du Médecin conseil avec votre dossier d'adhésion
- ▶ Par e-mail à : medical.questionnaire@henner.com