



Henner™

EXPAT UNO

Bulletin d'adhésion

EXPATRIES FRANCAIS

# SOMMAIRE

BULLETIN D'ADHESION .....	3
PIECES A JOINDRE.....	8
QUESTIONNAIRE MEDICAL .....	9

POUR LE DETAIL DES GARANTIES ET DES  
OPTIONS, REPORTEZ VOUS AU  
DOCUMENT GARANTIES EXPAT UNO

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

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

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

La **zone C** comprend : Bahamas, Brésil, Chine, Japon et Hong-Kong (l'adhésion pour les Etats-Unis n'est plus autorisée du fait de la mise en place de l'Affordable Care Act - Obamacare)

La garantie est néanmoins acquise lors de séjour temporaire de moins de 90 jours consécutifs en dehors de la zone tarifaire choisie. Pour un séjour au-delà de 90 jours consécutifs en dehors de la zone tarifaire choisie, l'adhérent doit faire part à l'assureur ou à son délégataire du changement de zone géographique pour l'ajustement de sa cotisation.

**VOS COORDONNÉES**

Je soussigné(e) (nom, prénom) \_\_\_\_\_ déclare résider en dehors de mon pays d'origine et être de nationalité française.

Date de naissance \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

N° de Sécurité sociale   |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|   Date d'expatriation \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Pays d'expatriation .....

(1) Adresse en France  
.....

(2) Adresse à l'étranger.....  
.....

(3) Adresse de facturation (*si différente de celle du souscripteur*) .....  
.....

E-mail : ..... Téléphone ..... Portable .....

Je souhaite recevoir mon kit d'adhésion à l'adresse suivante :  (1) En France ou  (2) A l'étranger

- ▶ Je souhaite recevoir mes décomptes de remboursement par :  e-mail ou par courrier :  
 (1) En France  (2) A l'étranger
- ▶ Je souhaite que mes appels de cotisations me soient adressés par :  e-mail ou par courrier :  
 (1) En France  (2) A l'étranger  (3) A un tiers

**LES PERSONNES À ASSURER**

Je désire inscrire les personnes à ma charge mentionnées ci-dessous :

LIEN DE PARENTE	NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE
<b>Conjoint à charge</b>	_____	_____	_ _ _ _ _ _ _ _ _
<b>Enfant</b>	_____	_____	_ _ _ _ _ _ _ _ _
<b>2<sup>ème</sup> enfant</b>	_____	_____	_ _ _ _ _ _ _ _ _
<b>3<sup>ème</sup> enfant</b>	_____	_____	_ _ _ _ _ _ _ _ _
<b>4<sup>ème</sup> enfant</b>	_____	_____	_ _ _ _ _ _ _ _ _

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 rempli pour chaque bénéficiaire et joint sous pli cacheté à l'attention du Médecin Conseil à la présente demande d'adhésion,
- ▶ Du versement d'un acompte équivalent à 6 mois de cotisation par chèque (sauf si le prélèvement automatique ou le paiement par carte bancaire est demandé).

Je prends acte que les garanties décrites font l'objet de contrats groupes souscrits par GMC Association :

- ▶ Contrat d'assurance Frais Médicaux n° 900.588.000.200.S70 souscrit auprès d'AXA France Vie,
- ▶ Contrat d'assurance Décès, Incapacité, Invalidité n° 900.278.000.100.M70 souscrit auprès d'AXA France Vie,
- ▶ Contrat d'assurance Responsabilité Civile Lloyds n°4-044-5-0000 souscrit auprès de XN Financial,
- ▶ Contrat d'assistance rapatriement n° 000001689 souscrit auprès de GARANTIE ASSISTANCE.

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.

## MES GARANTIES

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 régime individuel des expatriés 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 <sup>er</sup> euro	<b>COTISATIONS</b>		
<b>Nombre d'assurés :</b>			
<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 Salarié 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 : .....	..... €		
<b>TOTAL COTISATIONS TRIMESTRIELLES</b>	..... €		

## VOTRE DESIGNATION DE BENEFICIAIRE EN CAS DE DECES

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 : \_\_\_\_\_

---

---

---

## MES REMBOURSEMENTS

Indiquez le compte sur lequel vous souhaitez que vos remboursements soient versés (français ou étranger).

Titulaire du compte : \_\_\_\_\_

Nom et adresse de la banque : \_\_\_\_\_

Numéro de compte : \_\_\_\_\_ IBAN (si Europe) : \_\_\_\_\_

BIC (si hors Europe) : \_\_\_\_\_

## PAIEMENT DES COTISATIONS

Au-delà du 1<sup>er</sup> acompte, je désire que les cotisations appelées d'avance le soient :

Trimestriellement       Semestriellement       Annuellement

**Par prélèvement automatique sur un compte en Euros**

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](http://www.henner.com) afin de renseigner vos coordonnées bancaires.

**Par chèque (6 mois d'acompte)**

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

CODE BANQUE	CODE GUICHET	COMPTE	CLE RIB
30003	03620	00320291934	56
SWIFT	SOGEFRPP		
IBAN	FR7630003036200032029193456		

## MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

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 :	_ _ _ _   _ _ _ _   _ _ _ _   _ _ _ _   _ _ _ _   _ _ _ _	
BIC :	_ _ _ _   _ _ _ _	

### 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.

**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.**

Je déclare être informé(e) que la gamme EXPAT UNO fait l'objet de contrats groupe souscrits par La Garantie Médicale et Chirurgicale, association Loi 1901, auprès d'AXA France Vie pour les Frais de santé, la Prévoyance et la Responsabilité Civile et de Garantie Assistance pour l'Assistance Rapatriement. Ces sociétés sont régies par le Code des Assurances, Henner n'ayant aucun lien d'exclusivité avec ces sociétés.

La GMC Association a confié la conception, la présentation et la distribution de la gamme EXPAT à Henner, société de gestion et de courtage habilitée ORIAS n°07002039. Je déclare avoir pris connaissance des conditions générales, valant note d'information, de mes garanties qui sont jointes à cette demande d'adhésion. Je reconnais être informé(e) que les informations recueillies sont nécessaires à l'appréciation et au traitement de mon dossier d'adhésion et que les informations administratives font l'objet de traitements informatiques par Henner, les assureurs ou leurs mandataires pour les besoins de l'exécution de mon adhésion au contrat. La loi 78.17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données me concernant auprès d'Henner. Ce droit peut être exercé au siège d'Henner, département des individuels expatriés, 14 Bd du Général Leclerc CS 20058 92527 Neuilly sur Seine cedex. 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 (à l'adresse susmentionnée). Je soussigné(e) certifie avoir répondu avec exactitude et sincérité à l'ensemble des questions posées, n'ayant rien à déclarer ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur les assureurs et La Garantie Médicale et Chirurgicale.

**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.**

## Quelques Précisions...

### Votre contrat

- ▶ 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) en cotisation couple.
- ▶ 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.
- ▶ 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 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.**

- ▶ Des délais d'attente sont appliqués à compter de la date d'adhésion :
  - 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

- ▶ Toute la famille bénéficie des mêmes garanties santé.

### Vos garanties prévoyance

- ▶ Les garanties prévoyance couvrent uniquement le chef de famille, porteur du contrat.
- ▶ 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.

Fait à ....., le .....

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

Cachet du courtier



## 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 français à débiter,
- Si vous souhaitez percevoir vos remboursements sur un compte étranger: **relevé d'identité bancaire** ou postal du compte étranger à créditer,
- Questionnaire médical** dûment complété pour tous les membres de votre famille et signé, à mettre sous pli confidentiel à l'attention du Médecin conseil,

### POUR LES 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



# QUESTIONNAIRE DE SANTE EXPAT UNO

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

	Assuré	Conjoint	1er Enfant	2 <sup>ème</sup> Enfant	3 <sup>ème</sup> Enfant	4 <sup>ème</sup> 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](mailto:medical.questionnaire@henner.com)

## Votre contact

EXPAT UNOG3 - ba - 12/2016



la garantie médicale  
et chirurgicale

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



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



**réinventons / notre métier**

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



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



**Garantie  
Assistance**

**Garantie Assistance** - Société Anonyme au capital de  
1 850 000 € - 312 517 493 RCS NANTERRE  
Siège social : 108, Bureaux de la Colline, 92210 SAINT-CLOUD  
- Entreprise régie par le Code des Assurances

EXPAT UNO est une offre santé structurée par formules.

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