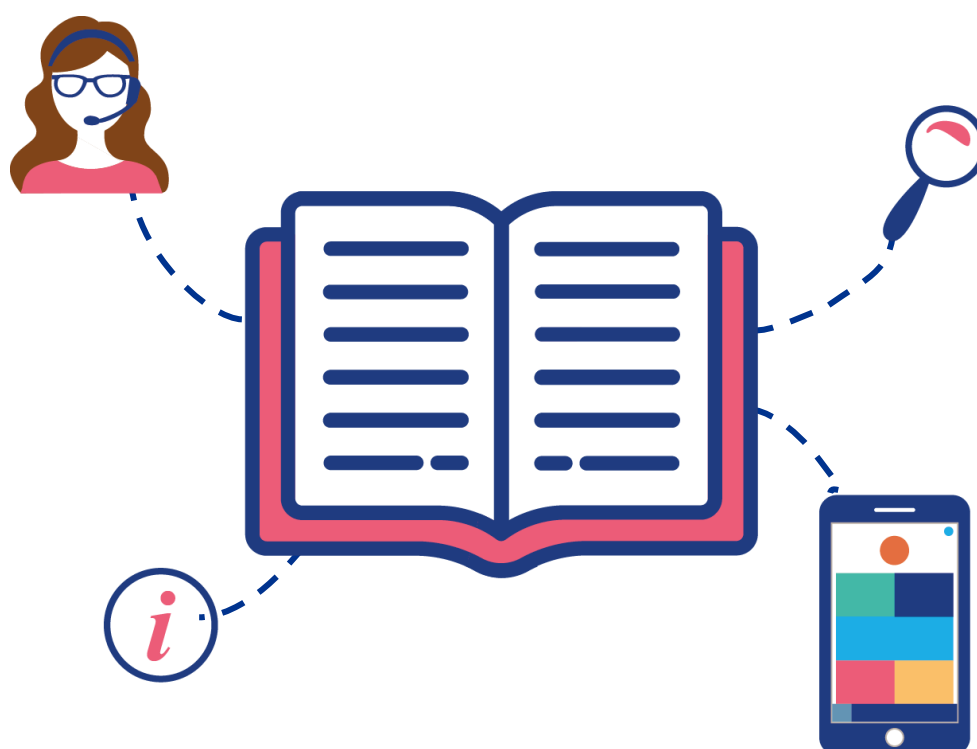


GUIDE DE VOTRE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ AU 01/01/2019

Ensemble du personnel



ENTITES BNP PARIBAS

Périmètre Assurance

TABLEAU DE VOS GARANTIES

Les prestations s'entendent en complément des remboursements de l'Assurance maladie, sauf indication contraire spécifique : "Non pris en charge par l'AM".

Les garanties BASE et BASE + OPTION sont qualifiées de responsables en application du décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014. Elles respectent la réglementation concernant la couverture et les montants des remboursements.

En tout état de cause, le contrat prend en charge le ticket modérateur dans les conditions prévues dans le décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014.

Toutes les prestations appliquent la législation du 13 août 2004. La participation forfaitaire, les franchises et la majoration du ticket modérateur en cas de non-respect du parcours de soins ne sont pas prises en charge.

	BASE	BASE + OPTION
Hospitalisation (hors maternité)		
Hospitalisation chirurgicale et médicale (hors centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle, établissement ou service psychiatrique, maison de santé)		
Frais de séjour	TM	TM
Honoraires du chirurgien et de l'anesthésiste réanimateur	Médecin OPTAM : TM + 180 % BR Médecin non OPTAM : TM + 100 % BR	Médecin OPTAM : TM + 180 % BR Médecin non OPTAM : TM + 100 % BR
Chambre particulière	65 € par jour	80 € par jour
Hospitalisation en centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle, établissement ou service psychiatrique, maison de santé		
Frais de séjour	TM	TM
Chambre particulière	48 € par jour	48 € par jour
Chambre particulière en établissement ou service psychiatrique, plafond sur 2 ans = 15 250 €	51 € par jour	61 € par jour
Autres frais hospitaliers		
Lit d'accompagnant (moins de 16 ans, enfant handicapé et de bénéficiaires affiliés de plus de 70 ans)	40 € par jour	40 € par jour
Forfait hospitalier journalier	100 % FR	100 % FR
Forfait 18 € sur les actes lourds	100 % FR	100 % FR
Frais de transport	130 % BR	130 % BR
Frais de transport non pris en charge par l'AM, avec ou sans hospitalisation (transport domicile-établissement de soins-domicile)	50 €	65 €
Hospitalisation maternité		
Honoraires de l'obstétricien et de l'anesthésiste réanimateur	Voir hospitalisation	Voir hospitalisation
Chambre particulière	50 € par jour limité à 6 jours	65 € par jour limité à 6 jours
Forfait naissance ou adoption (par enfant) versé au salarié dans tous les cas même si la mère n'est pas affiliée au régime, et sur présentation d'une copie du jugement d'adoption)	250 €	250 €

	BASE	BASE + OPTION
Médecine courante		
Médecin généraliste	Médecin OPTAM : TM + 90 % BR Médecin non OPTAM : TM + 70 % BR	Médecin OPTAM : TM + 120 % BR Médecin non OPTAM : TM + 100 % BR
Médecin spécialiste	Médecin OPTAM : TM + 110 % BR Médecin non OPTAM : TM + 90 % BR	Médecin OPTAM : TM + 145 % BR Médecin non OPTAM : TM + 100 % BR
Actes techniques dispensés par le médecin	Médecin OPTAM : TM + 170 % BR Médecin non OPTAM : TM + 100 % BR	Médecin OPTAM : TM + 170 % BR Médecin non OPTAM : TM + 100 % BR
Actes de radiologie et échographie (y compris ostéodensitométrie)	Médecin OPTAM : TM + 145 % BR Médecin non OPTAM : TM + 100 % BR	Médecin OPTAM : TM + 145 % BR Médecin non OPTAM : TM + 100 % BR
Examen de dépistage de l'ostéoporose (ostéodensitométrie) non pris en charge par l'AM, par an et par bénéficiaire		70 €
Auxiliaires médicaux	80 % BR	80 % BR
Analyses et travaux de laboratoire	80 % BR	80 % BR
Analyses et travaux de laboratoire non pris en charge par l'AM, par an et par bénéficiaire		100 €
Médicaments et vaccins	TM	TM
Contraception prescrite non prise en charge par l'AM, par an	50 €	50 €
Dentaire		
Radiologie dentaire	TM + 145 % BR	TM + 145 % BR
Soins dentaires		
Soins conservateurs (y compris prophylaxie et endodontie)	55 % BR	80 % BR
Soins chirurgicaux et parodontologie pris en charge par l'AM	150 % BR	265 % BR
Stomatologie	150 % BR	265 % BR
Prothèses dentaires		
Prothèses fixes : couronnes et bridges	270 € par dent	470 € par dent
Prothèses amovibles	53 € par dent	220 € par dent
Inlays core	175 € par dent	210 € par dent
Inlays / onlays	30 % BR + 35 €, par dent	30 % BR + 100 €, par dent
Prothèses non prises en charge par l'AM Voir liste en annexe	107,50 € par dent	107,50 € par dent
Implantologie		
Couronne sur implant	270 € par dent	470 € par dent
Plafond sur l'implantologie Implant intraosseux (racine) non pris en charge par l'AM Inlay core non pris en charge par l'AM	200 € par implant avec un maximum de 4 implants par an	450 € par implant avec un maximum de 4 implants par an
Orthopédie dento-faciale		
Orthodontie (par semestre)	200 % BR	400 % BR
Orthodontie non prise en charge par l'AM (assuré de moins de 25 ans)	50 % BR reconstituée	50 % BR reconstituée

Liste des actes limitativement couverts par le forfait "prothèses non prises en charge par l'AM" : Rescèlement et/ou recollage de couronnes ou d'un ou deux ancrages d'une prothèse dentaire fixée (HBMD009, HBMD016), Pose d'une prothèse dentaire plurale transitoire (HBLD034), Pose de mainteneur d'espace interdentaire (HBLD002, HBLD006), Pose d'un arc de maintien d'espace interdentaire (HBLD001, HBLD003), Pose d'une couronne dentaire transitoire (HBLD037), Pose d'une facette céramique ou en équivalents minéraux sur une dent d'un secteur incisivo-canin (HBMD048), Pose d'un attachement coronoradiculaire sur une dent (HBLD008), Réfection de la base d'une prothèse dentaire amovible complète (HBMD004), Réfection des bords et/ou de l'intrados d'une prothèse dentaire amovible partielle (HBMD007), Réparation de l'artifice cosmétique d'une dent prothétique par technique directe / indirecte (HBMD076, HBMD079), Ablation d'un ancrage coronoradiculaire (HBGD005), Ablation d'une prothèse dentaire implantoportée (HBGD009)

	BASE	BASE + OPTION
Optique		
Equipement renouvelable tous les 2 ans pour les adultes (ou tous les ans en cas d'évolution de la vue justifiée par une prescription) et tous les ans pour les mineurs. La période de référence s'apprécie à partir de la date de souscription du contrat. Pour les assurés presbytes ne pouvant ou ne souhaitant pas avoir des verres progressifs, il est possible de faire réaliser un équipement pour la vision de près et un équipement pour la vision de loin toutes les périodes de 2 ans.		
Monture		
Adultes et enfants	150 €	150 €
Verres adultes et enfants : selon niveau de correction, pour 2 verres (en cas de niveaux de corrections différents par verre, application de la moyenne des deux forfaits de remboursements)		
Verres adultes :		
Verres unifocaux, faible correction (sphère comprise entre - 6,00 et + 6,00) et cylindre $\leq + 4,00$	TM + 175 €	TM + 250 €
Verres unifocaux, forte correction (sphère hors zone - 6,00 + 6,00), ou cylindre $> + 4,00$	TM + 280 €	TM + 400 €
Verres multifocaux et progressifs à faible correction : Sphère comprise entre - 4,00 et + 4,00 (sphériques) ou comprise entre - 8,00 et + 8,00 (sphéro-cylindriques)	TM + 280 €	TM + 400 €
Verres multifocaux et progressifs à forte correction : Sphère hors zone - 4,00 + 4,00 (sphériques) et hors zone - 8,00 + 8,00 (sphéro-cylindriques)	TM + 400 €	TM + 520 €
Verres enfants de moins de 18 ans :		
Verres unifocaux, faible correction (sphère comprise entre - 6,00 et + 6,00) et cylindre $\leq + 4,00$	TM + 175 €	TM + 175 €
Verres unifocaux, forte correction (sphère hors zone - 6,00 + 6,00), ou cylindre $> + 4,00$	TM + 280 €	TM + 280 €
Verres multifocaux et progressifs à faible correction : Sphère comprise entre - 4,00 et + 4,00 (sphériques) ou comprise entre - 8,00 et + 8,00 (sphéro-cylindriques)	TM + 280 €	TM + 280 €
Verres multifocaux et progressifs à forte correction : Sphère hors zone - 4,00 + 4,00 (sphériques) et hors zone - 8,00 + 8,00 (sphéro-cylindriques)	TM + 400 €	TM + 400 €
Lentilles cornéennes		
Prises en charge par l'AM, par paire	280 % BR + 150 €	280 % BR + 200 €
Non prises en charge par l'AM, par an et par bénéficiaire, y compris jetables	150 €	200 €
Chirurgie réfractive	300 € par œil	600 € par œil
Appareillage, cures		
Prothèses médicales (appareillages, accessoires)	280 % BR	280 % BR
Prothèses auditives Bénéficiaires de moins de 20 ans : prestation majorée de 50 % en base et en option	600 € par oreille	1 200 € par oreille
Entretien et réparation de l'appareil auditif	100 % BR par oreille	200 % BR par oreille
Cures thermales, frais engagés plafonnés à : (sont couverts, dans la limite du plafond, les frais de soins et de surveillance médicale engagés, en complément de l'AM, et les frais d'hébergement exposés dans les établissements de cure)	100 € par an et par bénéficiaire	215 € par an et par bénéficiaire

	BASE	BASE + OPTION
Prévention		
Vos garanties incluent les actes de prévention conformément aux dispositions du contrat responsable.	TM	TM
Forfait prévention couvrant les vaccins non pris en charge par l'Assurance Maladie, la pharmacie non prise en charge par l'AM, les substituts nicotiniques remboursés par l'AM, les séances d'ostéopathie, de chiropractie, d'étiopathie et de pédicurie-podologie	200 € par an et par bénéficiaire 45 € par séance	200 € par an et par bénéficiaire 45 € par séance
Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitude à l'acquisition du langage	TM	TM

AM : Assurance Maladie.

BR : Base de Remboursement retenue par l'Assurance Maladie pour le versement des prestations après application des coefficients modificateurs.

MR : Montant du Remboursement de l'Assurance Maladie, proportion dans laquelle l'Assurance Maladie intervient pour le remboursement des actes médicaux.

FR : Frais Réels, montant total de la dépense de santé.

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale. Il s'agit du salaire servant de référence pour déterminer certaines prestations. Il est de 3 377 € pour l'année 2018.

TM : Ticket Modérateur. Il s'agit de la différence entre la Base de Remboursement et le Montant du Remboursement de l'Assurance Maladie

O.P.T.A.M. : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée. Il s'agit d'un engagement du médecin envers la Sécurité sociale, visant à encadrer la prise en charge des dépassements d'honoraires. Elle remplace le Contrat d'Accès aux Soins (CAS).

Quelques exemples de remboursement : BASE

Le présent contrat est qualifié de responsable en application de la loi du 18/11/2014.

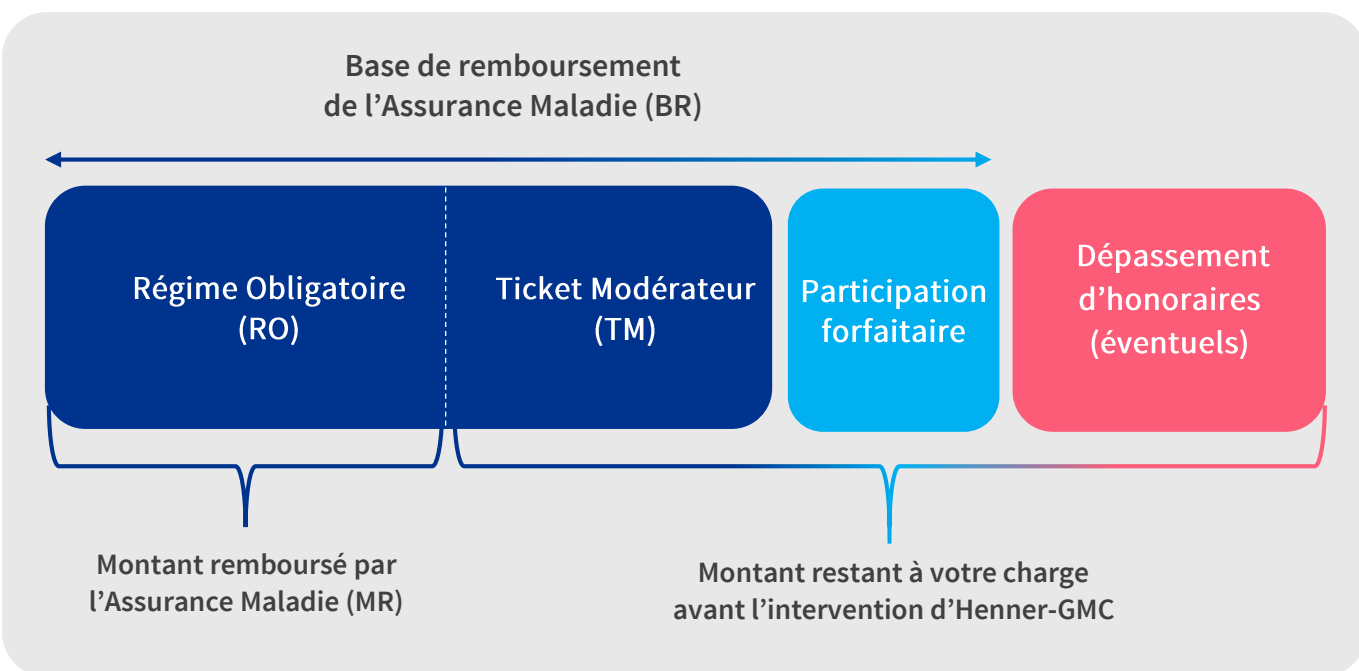
Date de mise à jour des valeurs de l'Assurance Maladie : 01/01/2019

Type de soins	Frais Réels	Assurance Maladie		Votre contrat Henner-GMC			Reste à charge
		Base de Rembt	Montant remboursé	Votre garantie	Rembt maxi	Montant remboursé	
**Médecin généraliste conventionné secteur 1	25,00 €	25,00 €	16,50 €* 16,50 €	TM + 90 % BR	30,00 €	7,50 €	1,00 €
**Médecin spécialiste correspondant signataire de l'OPTAM	50,00 €	30,00 €	20,00 €* 20,00 €	TM + 110 % BR	42,00 €	29,00 €	1,00 €
**Médecin spécialiste de secteur 2 non signataire de l'OPTAM (honoraires libres)	50,00 €	23,00 €	15,10 €* 15,10 €	TM + 90 % BR	27,60 €	27,60 €	7,30 €

* La participation forfaitaire de 1€ restant à la charge de l'affilié est déduite du remboursement de l'AM.

** Dans le parcours de soins

Type de soins	Frais Réels	Assurance Maladie		Votre contrat Henner-GMC			Reste à charge
		Base de Rembt	Montant remboursé	Votre garantie	Rembt maxi	Montant remboursé	
Couronne dentaire	500,00 €	107,50 €	75,25 €	270,00 €	270,00 €	270,00 €	154,75 €
Monture	150,00 €	2,84 €	1,70 €	150,00 €	150,00 €	148,30 €	0,00 €
2 verres complexes adulte (LPP °2288519)	450,00 €	18,90 €	11,34 €	TM + 280,00 €	287,56 €	287,56 €	151,10 €
Chambre particulière en hospitalisation par jour	80,00 €	0,00 €	0,00 €	65,00 €	65,00 €	65,00 €	15,00 €



Quelques exemples de remboursement : BASE + OPTION

Le présent contrat est qualifié de responsable en application de la loi du 18/11/2014.

Date de mise à jour des valeurs de l'Assurance Maladie : 01/01/2019

Type de soins	Frais Réels	Assurance Maladie		Votre contrat Henner-GMC			Reste à charge
		Base de Rembt	Montant remboursé	Votre garantie	Rembt maxi	Montant remboursé	
**Médecin généraliste conventionné secteur 1	25,00 €	25,00 €	16,50 €*	TM + 120 %BR	37,50 €	7,50 €	1,00 €
**Médecin spécialiste correspondant signataire de l'OPTAM	50,00 €	30,00 €	20,00 €*	TM + 145 % BR	52,50 €	29,00 €	1,00 €
**Médecin spécialiste de secteur 2 <u>non signataire de l'OPTAM</u> (honoraires libres)	50,00 €	23,00 €	15,10 €*	TM + 100 % BR	29,90 €	29,90 €	5,00 €

* La participation forfaitaire de 1€ restant à la charge de l'affilié est déduite du remboursement de l'AM.

** Dans le parcours de soins

Type de soins	Frais Réels	Assurance Maladie		Votre contrat Henner-GMC			Reste à charge
		Base de Rembt	Montant remboursé	Votre garantie	Rembt maxi	Montant remboursé	
Couronne dentaire	500,00 €	107,50 €	75,25 €	470,00 €	470,00 €	424,75 €	0,00 €
Monture	150,00 €	2,84 €	1,70 €	150,00 €	150,00 €	148,30 €	0,00 €
2 verres complexes adulte (LPP °2288519)	450,00 €	18,90 €	11,34 €	TM + 400,00 €	407,56 €	407,56 €	31,10 €
Chambre particulière en hospitalisation par jour	80,00 €	0,00 €	0,00 €	80,00 €	80,00 €	80,00 €	0,00 €

RESUME DES CONDITIONS DE VOTRE CONTRAT

1 - L'objet du contrat

Votre contrat vous accorde le versement de prestations complémentaires à celles du régime de base de l'Assurance Maladie en cas de frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation, dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires. Henner-GMC, qui a pour vocation de gérer des régimes de protection sociale, a été chargé de la gestion du contrat souscrit par votre société ou groupement auprès de SWISSLIFE PREVOYANCE ET SANTE (A3871). Dans certains cas, le salarié peut être dispensé d'adhérer à ce régime obligatoire. Pour plus de précisions, rapprochez-vous de la Direction des Ressources Humaines de votre entreprise.

2 – Garanties proposées

Une garantie de base obligatoire, qui peut être complétée, à titre facultatif, par une option pour l'ensemble de vos ayants droit et vous-même.

3 - Qui peut en bénéficier ?

Sont bénéficiaires de la garantie, outre vous-même en tant qu'affilié, vos ayants droit ci-après définis :

- ▶ votre conjoint, concubin* ou partenaire lié par un PACS **,
- ▶ vos enfants à charge,
- ▶ vos ascendants à charge.

() sous réserve de la production de la copie de l'attestation "Vitale" en vigueur, justifiant du même lieu de résidence que le salarié du Contractant et de l'appartenance du concubin à la même caisse d'assurance maladie, à défaut production d'un justificatif de domicile commun.*

*(**) sous réserve de la production de la copie du contrat enregistré aux Greffes du Tribunal d'Instance du domicile commun.*

3 - Date d'effet

Pour vous, en tant que salarié :

Votre affiliation à la garantie de base est obligatoire et automatique au 1^{er} jour du mois de votre entrée dans l'entreprise.

Vous avez la possibilité de souscrire immédiatement à l'option facultative, dont vous assurerez la charge financière.

Votre adhésion aux garanties prend fin lorsque vous quittez l'entreprise, sauf en cas de maintien dans des conditions spécifiques (maintien des garanties dans le cadre de la portabilité prévue par l'article L911-8 du Code de la Sécurité sociale ou du régime relais (mis en place afin de respecter la loi EVIN du 31/12/1989).

Pour vos ayants droit :

Sont couverts à titre obligatoire

- le conjoint, ou partenaire de PACS, ou concubin, n'exerçant aucune activité professionnelle et ne percevant aucun revenu professionnel,
- les enfants mineurs de moins de 18 ans,
- les enfants de plus de 18 ans à charge fiscale du salarié affilié.

Votre dernier avis d'imposition et une attestation sur l'honneur précisant que vos

ayants droit sont fiscalement à charge seront à produire lors de l'inscription et du contrôle annuel.

Nota : les enfants handicapés présentant une invalidité égale ou supérieure à 80% et bénéficiant de la carte d'invalidité sont couverts gratuitement sans limite d'âge si leur invalidité a été reconnue avant l'entrée de l'assuré dans l'entreprise ou pendant la période d'assurance, mais avant leur 25^{ème} anniversaire.

Sont couverts à titre facultatif :

- le conjoint, ou concubin ou partenaire de PACS ayant un revenu professionnel et vivant sous le même toit,
- les enfants scolarisés ou étudiants non rattachés fiscalement au salarié affilié, jusqu'à 28 ans (à condition qu'ils soient scolarisés ou étudiants),
- les enfants, non rattachés fiscalement, au chômage, en contrat d'insertion, d'alternance ou d'apprentissage jusqu'à leur 25^{ème} anniversaire,
- les ascendants du salarié ou de son conjoint n'ayant pas d'activité professionnelle ni de revenu professionnel (traitement/salaire, BIC, BA, BNC; pension/retraite/rente) pris en charge par l'administration fiscale pour la détermination du quotient familial ou à charge au titre de l'article L 313-3 du code de la Sécurité Sociale, vivant sous le toit de l'assuré.

Les modalités d'affiliation de vos ayants droit :

Leur affiliation ne peut se faire que dans le cadre des garanties que vous avez, vous-

même, retenues et au même moment que votre propre affiliation :

- soit garantie de base,
- soit garantie de base + option.

En cas de modification de votre situation de famille (exemple : mariage, naissance, adoption, séparation ou divorce, décès...), ou en cas de radiation de votre ayant droit de sa complémentaire frais de santé, l'adhésion du ou des ayants droit, dans le cas d'adhésion facultative, est possible dans les 3 mois suivant la date de l'événement et pourra prendre effet au 1er jour du mois suivant la réception de la demande par Henner-GMC.

Dans le seul cas de modification de votre situation de famille, ou de chômage de votre conjoint, vous pouvez également modifier votre niveau de garantie (base ou base + option) qui s'appliquera alors à vous-même et vos ayants droit.

Nota : Dans tous les cas pour une famille, il y a deux enfants cotisants maximums. Au-delà, la garantie est gratuite.

Choix de votre garantie :

Tous les ans du 1er novembre au 30 novembre et à effet du 1er janvier de l'année suivante, vous pouvez passer du régime de base à l'option.

Le choix de l'option implique que vous y restiez affilié 3 ans minimums.

Vous pourrez cependant modifier votre choix, en retenant ou en abandonnant

l'option, dans les 3 mois suivant l'un des événements suivants :

- changement de situation de famille (mariage, naissance, adoption, séparation ou divorce, décès),
- mise en chômage du conjoint, moyennant présentation des pièces justificatives de ce changement.

Conformément aux dispositions contractuelles, aucune rétroactivité ne peut être appliquée dans la prise en compte d'une adhésion, modification de choix ou de radiation :

- L'adhésion ou la modification de choix prendra effet le 1er jour du mois de la réception de la demande par Henner-GMC.
- La radiation prendra effet au dernier jour du mois de réception de la demande par Henner-GMC.

► **Maternité**

La prestation est versée au salarié dans tous les cas, même si la mère n'est pas affiliée au contrat, en cas de maternité. Elle a pour objet de couvrir les frais engagés restant à la charge de l'affilié, liés aux actes médicaux et soins relatifs à la maternité, notamment les dépassements d'honoraires, les suppléments de chambre particulière, etc.

Dans le cadre de la réglementation du contrat responsable, les dépassements d'honoraires sont limités à 100% de la base de remboursement pour les médecins non adhérents à l'OPTAM. A noter, en cas de complication chirurgicale prise en charge par l'Assurance Maladie au titre de la branche maladie, les honoraires et le séjour

sont réglés au tarif indiqué au paragraphe HOSPITALISATION.

► **Cures thermales**

Sont couverts dans la limite du plafond de la garantie : les frais de soins et de surveillance médicale engagés en complément de l'Assurance Maladie et les frais d'hébergement exposés dans l'établissement de cure.

► **Exclusions générales**

- Les prestations non indiquées dans ce guide.
- Les dossiers présentés plus de deux ans après la date des soins.
- Les actes médicaux dont la date figurant sur le volet de la caisse d'Assurance Maladie est antérieure ou postérieure à la période de garantie. Cependant, la date de début des soins est retenue lorsque seules les dates de début et de fin d'une série d'actes, dans le cadre d'un traitement, figurent sur le volet de la caisse d'Assurance Maladie.

Remarques importantes

- Ces prestations ont été établies en considération de la législation de l'Assurance Maladie en vigueur. Toute modification de cette législation pourra entraîner une modification de nos remboursements. Pour tous les soins pratiqués à l'étranger, notre remboursement sera effectué en complément de l'Assurance Maladie sur la base des tarifs pratiqués en France.
- Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés

par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'affilié après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

- Les garanties de même nature, contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix (article 9 de la Loi du 31.12.1989).

► **En cas de cessation d'affiliation au contrat « Groupe »**

Si votre affiliation au contrat groupe cesse, quel qu'en soit le motif, adressez-vous à votre Unité de Gestion.

Dans le cadre du régime « relais » conformément à la loi du 31.12.1989, peuvent bénéficier d'un contrat spécifique, sous réserve d'en faire la demande dans les 6 mois qui suivent le départ de l'entreprise, la fin du droit à portabilité ou le décès du salarié :

- les anciens salariés qui quittent l'entreprise suite à une incapacité de travail ou invalidité, prise en charge par la Sécurité sociale, ou un licenciement,
- les conjoints et enfants d'un salarié décédé pour une durée maximum de 12 mois,
- les salariés souhaitant maintenir individuellement leur affiliation en cas de résiliation du contrat « groupe ».

Dans le cadre du régime spécifique mis en place pour les salariés quittant l'entreprise

pour départ à la retraite : demandez à votre DRH les informations relatives à EKCS (Etoile Kléber Complémentaire Santé) ou connectez-vous sur le site de celle-ci : <http://ekcs.fr>.

► **Maintien des garanties**

En cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, les garanties pourront être maintenues sous certaines conditions pour une durée ne pouvant excéder 12 mois. Les modalités de ce maintien sont communiquées par votre employeur.

Traitement des données à caractère personnel

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, aux assistants et réseaux de soins 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, de portabilité et d'opposition de toute information vous concernant et figurant sur tout fichier à l'usage d'Henner ou des éventuels autres gestionnaires des risques garantis, partenaires assureurs ou tout autre organisme professionnel habilité en écrivant à l'adresse email dpo@henner.com – ou par courrier à l'adresse postale :

Groupe Henner
Délégué à la Protection des Données
Direction des Risques
14 boulevard du Général Leclerc
92200 Neuilly-sur-Seine
France

NOTES

[illegible]

NOTES

[illegible][illegible]



Henner, SAS de gestion et de courtage d'assurances - 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) - Siège social : 14 bd du Général Leclerc, 92200 Neuilly-sur-Seine, France - www.henner.com - Réclamations : consulter la rubrique Réclamations sur www.henner.com