Henner
Here to care

Lefebvre Dalloz



Guide de votre complémentaire santé

Ensemble du personnel

Document non contractuel. Pour les détails, référez-vous à la notice d'information assureur de votre contrat.

Bienvenue chez Henner

En tant que salarié(e) de votre entreprise, vous bénéficiez de la **complémentaire santé Henner**.
Vous trouverez dans ce guide, le détail de vos garanties ainsi que les informations relatives à la gestion de votre contrat (affiliation de vos ayants droit, maintien de vos garanties…).
Nous mettons également à votre disposition, sur votre espace client, un guide présentant les services intégrés dans votre contrat.
Vous pouvez naturellement compter sur la disponibilité de notre équipe pour vous informer et vous accompagner au quotidien.

Nous vous remercions pour la confiance que vous nous accordez.

Votre équipe Henner



HENNER – UG 300
TSA 71937
92894 NANTERRE CEDEX 9
Tél : 03.26.79.21.00
ug300@henner.fr
https://www.henner.com/



Vos garanties



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

Les Surcomplémentaire 1 et Surcomplémentaire 2 s'expriment en complément de la base.

Les garanties Base et Surcomplémentaire 1 sont qualifiées de responsables conformément aux dispositions des articles L. 871-1 et R. 871-1 II du code de la sécurité sociale.

La garantie Surcomplémentaire 2 n'est pas responsable et fait l'objet d'un contrat distinct.

Toutes les prestations respectent les dispositions du contrat solidaire : ainsi sont exclues la participation forfaitaire, les franchises et la majoration du ticket modérateur en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés.

Réseau	Itelis		
	Base	**Surcomplémentaire 1**	**Surcomplémentaire 2**
Hospitalisation			
Hospitalisation chirurgicale et médicale (hors centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle, établissement ou service psychiatrique, maison de santé)			
Frais de séjour	Conventionné : 600 % BR Non conventionné : 90 % FR dans la limite de 600 % BR	-	-
Chambre particulière	4,5 % PMSS par jour	-	-
Honoraires			
Honoraires du chirurgien, de l'obstétricien et de l'anesthésiste réanimateur	Médecin DPTM : 600 % BR Médecin non DPTM : TM + 100 % BR	-	Médecin non DPTM : 280 % BR
Forfait sur les actes lourds	100 % FR	-	-
Hospitalisation en centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle, établissement ou service psychiatrique, maison de santé			
Frais de séjour	Conventionné : 600% BR Non conventionné : 90 % FR dans la limite de 600% BR	-	-
Chambre particulière (maximum 30 jours renouvelable une fois par année civile)	4,5 % PMSS par jour	-	-
Forfait journalier hospitalier			
Forfait journalier hospitalier	100 % FR	-	-
Autres frais hospitaliers			
Lit d'accompagnant (moins de 12 ans)	2 % PMSS par jour	-	-
Frais de transport	100 % BR	-	-

	Base	Surcomplémentaire 1	Surcomplémentaire 2
Maternité			
Chambre particulière (maximum 30 jours renouvelable une fois par année civile)	4,5 % PMSS par jour	-	-
Honoraires de l'obstétricien et de l'anesthésiste réanimateur	Médecin DPTM : 600 % BR Médecin non DPTM : TM + 100 % BR	-	-
Forfait naissance (doublé en cas de naissances multiples)	23 % PMSS	-	-
Soins courants			
Honoraires médicaux			
Médecin généraliste	Médecin DPTM : 200 % BR Médecin non DPTM : TM + 100 % BR	Médecin DPTM : 300 % BR	Médecin non DPTM : 370 % BR
Médecin spécialiste	Médecin DPTM : 300 % BR Médecin non DPTM : TM + 100 % BR	Médecin DPTM : 200 % BR	Médecin non DPTM : 370 % BR
Actes techniques dispensés par le médecin	Médecin DPTM : 350 % BR Médecin non DPTM : TM + 100 % BR	Médecin DPTM : 150 % BR	-
Actes de radiologie et échographie	Médecin DPTM : 200 % BR Médecin non DPTM : TM + 100 % BR	Médecin DPTM : 300 % BR	Médecin non DPTM : 370 % BR
Honoraires paramédicaux			
Auxiliaires médicaux	200 % BR	300 % BR	-
Séances de psychologues conventionnés dans le cadre du dispositif « MonPsy »	TM	-	-
Médicaments			
Médicaments et vaccins pris en charge par l'AM	TM	-	-
Autres soins courants			
Analyses et examens de laboratoire	150 % BR	350 % BR	-
Matériel médical 100% santé*			
Fauteuils roulants en location courte durée et prothèses capillaires avec prise en charge renforcée	100 % PLV - MR	-	-
Matériel médical à tarifs libres			
Matériel médical	250 % BR	-	-

	Base	Surcomplémentaire 1	Surcomplémentaire 2
Dentaire			
Soins			
Soins conservateurs, chirurgicaux et actes techniques	200 % BR	300 % BR	-
Radiologie dentaire	200 % BR	300 % BR	-
Parodontopathie non prise en charge par l'AM Voir liste en annexe	10 % PMSS par année civile	-	-
Prothèses			
Prothèses 100% santé*			
Prothèses fixes, amovibles, provisoires, inlays core	100 % PLV - MR	-	-
Prothèses à tarifs maitrisés limités à 100 % PLV - MR			
Prothèses fixes : couronnes et bridges	400 % BR	100 % BR	-
Prothèses amovibles	400 % BR	100 % BR	-
Couronnes provisoires	400 % BR	100 % BR	-
Inlays core	400 % BR	100 % BR	-
Inlays / onlays	200 % BR	300 % BR	-
Implantologie			
Couronne sur implant (acte à tarif libre)	400 % BR	100 % BR	-
Plafond sur l'implantologie **Implant intra osseux (racine) non pris en charge par l'AM** **Inlay core non pris en charge par l'AM**	26 % PMSS par implant avec un maximum de 3 implants par année civile	-	-
Orthodontie			
Orthodontie (par semestre de soin)	370 % BR	130 % BR	-
Orthodontie non prise en charge par l'AM	370 % BR reconstituée	130 % BR reconstituée	
Optique			
Paire de lunettes			
Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement. **A l'exception des cas mentionnés dans la liste visée à l'article L. 165-1 du CSS notamment** pour les enfants de moins de 16 ans et les adultes de 16 ans et plus pour lesquels un renouvellement est prévu chaque année en cas de dégradation des performances oculaires d'au moins 0.5 sur un œil ou 0.25 sur les deux yeux.** **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.**			
Equipements 100% Santé*			
Monture, verres, suppléments et prestation optique	100 % PLV - MR	-	-
Equipements à tarifs libres			
Réseau : Itélis	-	-	-
Monture	100€ - € - MR	-	-
Par verre unifocal	100% FR	-	-
Par verre multifocal	100 % FR	-	-

	Base	Surcomplémentaire 1	Surcomplémentaire 2
Hors réseau :	-	-	-
Monture	100€ - € - MR	-	-
Verre unifocal	-	-	-
Verre simple : Sphère comprise entre -4 et +4, cylindre de 0 à 2	70 €	-	-
Verre simple : Sphère de -6 à -4,25 et cylindre de 0 à 2 Sphère de -6 à -0,25 et cylindre de 2,25 à 4 Sphère de +4,25 à +6 et cylindre de 0 à 2 et S+C inférieur égal à 6 Sphère de 0 à +4 et cylindre de 2,25 à 6 et S+C inférieur égal à 6	100 €	-	-
Verre complexe : Sphère de -8 à 6,25 et cylindre de 0 à 4 Sphère de -8 à 0 et cylindre supérieur égal à 4,25 Sphère de 0 à +8 et S+C supérieur à 6	130 €	-	-
Verre complexe : Sphère hors zone de -8,25 à +8,25 (tout cylindres)	220 €	-	-
Verre multifocal	-	-	-
Verre complexe : Sphère comprise entre -4 et +4, cylindre de 0 à 2	170 €	-	-
Verre complexe : Sphère de -8 à -4,25 et cylindre de 0 à 2 Sphère de -8 à -0,25 et cylindre de 2,25 à 4 Sphère de +4,25 à +8 et cylindre de 0 à 2 et S+C inférieur égal à 8 Sphère de 0 à +5,75 et cylindre de 2,25 à 8 et S+C inférieur égal à 8	220 €	-	-
Verre très complexe : Sphère de -8 à 0 et cylindre supérieur égal à 4,25 Sphère de 0 à +8 et S+C supérieur à 8	260 €	-	-
Verre très complexe : Sphère hors zone de -8,25 à +8,25 (tout cylindres)	300 €	-	-
Les suppléments et prestations optiques pris en charge par l'AM sont inclus dans les plafonds indiqués ci-dessus.			
Lentilles cornéennes			
Lentilles prises en charge ou non par l'AM Au-delà du plafond, remboursement du TM	330 € par année civile (y compris les produits d'entretien)	-	-
Chirurgie réfractive	500 € par œil		
Aides auditives			
Le renouvellement de la prise en charge ne peut intervenir avant une période de 4 ans suivant la date de délivrance précédente. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.			
Equipements 100% Santé*			
Aides auditives	100 % PLV - MR	-	-
Equipements à tarifs libres			
Aides auditives jusqu'à 20 ans	1540 € limité à 1700 € - MR Par oreille	-	-

Aides auditives plus de 20 ans	1000 € limité à 1700 € - MR Par oreille	-	-
Cures			
Cures thermales, frais engagés plafonnés par année civile (frais de surveillance, hébergement et transport pris en charge par l'AM)		100% BR + 15 % PMSS	-
Prévention non prise en charge par l'AM			
Consultation et examens : Nutritionnistes et diététiciens ; podologues ; pédicure ; amniocentèse ; orthophonie ; orthoptie ; ostéopathe ; test de mémoire réalisé par un psychologue clinicien agréé ; kinésithérapie ; radiologie ; analyses ; psychomotricité ; densitométrie ; absorptiométrie ; Dépenses pharmaceutiques : Substituts nicotiniques ; sevrage tabagique ; vaccins ; bas de contention ; protection pour incontinents ; lingerie adaptée aux prothèses mammaires ; contraceptifs ; orthopédie (semelle spéciale non remboursée par la SS), prise en charge de l'obésité ; Praticiens : Acupuncture ; étiopathie ; homéopathie ; chiropractie ; psychologie Aide aux déplacements : Attelles non remboursées ; ceintures non remboursées ; Alimentation-sur prescription médicale : Complément nutritionnels et apport vitaminiques ; aliments diététiques ; Traitements dentaires : Parodontologie (ou parodontie) ; scanner dentaire ; techniques de fluoration ; rebasage des appareils ; blanchiment ; Optique : Séance d'adaptation aux lentilles de contact ; produits d'entretien pour lentilles de contact.	80 % FR dans la limite de 12 % PMSS par année civile et par bénéficiaire pour le cumul des actes mentionnés		
Assistance			
Vie quotidienne	OUI	-	-

Liste des actes limitativement couverts par le forfait "Parondotologie non pris en charge par l'AM" :
Curetage / Surfaçage de codage HBGB006, HBJA003, HBJA171 et HBJA634.
Greffe gingival de codage HBED023 et HBED024.
Lambeau de Codage HBJA247 et HBMA001.
Allongement coronaire de codage HBAA338

Lexique

* tels que définis réglementairement.
** Article qui renvoie à la liste prévue par l'Arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux et prestations associés pour la prise en charge d'optique médicale au chapitre 2 du titre II de la liste des produits et prestations remboursés prévue à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale (§ VIII qui vise les cas de renouvellements anticipés).

- **AM :** Assurance Maladie. Organisme qui indemnise et accompagne toutes les victimes de maladies et d'accidents et qui, à ce titre, prend notamment en charge tout ou partie de vos dépenses de santé.

- **BR :** Base de Remboursement. Tarif de référence sur lequel l'Assurance Maladie se base pour calculer le montant de vos remboursements. En fonction de l'acte médical, un coefficient multiplicateur est appliqué à la base de remboursement pour déterminer le montant versé.

- **Dépassements d'honoraires :** part du tarif de l'acte médical supérieure au tarif conventionné établi par l'Assurance Maladie. Lorsque que les tarifs pratiqués par un professionnel de santé sont supérieurs aux tarifs de convention (i.e. BR), on dit qu'il pratique des « dépassements d'honoraires ».

- **FR :** Frais Réels. Le montant réel des frais engagés. Une garantie aux frais réels signifie que les dépenses facturées seront intégralement remboursées.

- **MR :** Montant Remboursé par l'Assurance Maladie. Montant réel remboursé par l'Assurance Maladie dans le cadre d'un acte médical.

- **OPTAM / DPTM :** Option Pratique Tarifaire Maîtrisée / Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée. Engagement du médecin envers l'Assurance Maladie visant à encadrer la prise en charge des dépassements d'honoraires. Le DPTM est applicable à l'ensemble des spécialités de médecins et recouvre l'OPTAM et l'OPTAM-CO (CO pour chirurgie et obstétrique).

- **Participation forfaitaire :** contribution obligatoire entièrement à votre charge (sauf cas particuliers) qui a pour objectif de limiter les déficits de l'Assurance Maladie et ainsi préserver le système de santé. Elle s'applique dans le cadre d'actes et de consultations réalisés par un médecin, d'examens radiologiques, d'analyses de biologie médicale…

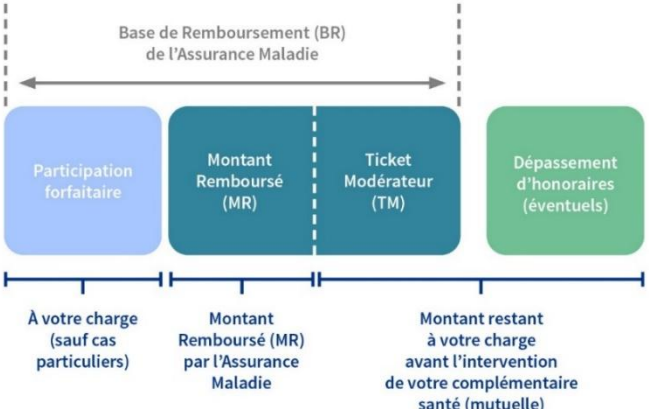
- **PLV :** Prix Limite de Vente défini par la réglementation en vigueur. Prix plafond limitant les tarifs de certaines prestations de santé. Par exemple, les aides auditives et les lunettes ont un PLV dans le cadre de la réforme « 100 % Santé » qui permet aux assurés de bénéficier d'un reste à charge nul sur ces équipements.

- **PMSS :** Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale. Montant de salaire servant de référence pour le calcul de certaines cotisations sociales. Dans le cadre d'une complémentaire santé, certaines garanties ou cotisations peuvent être exprimées en pourcentage du PMSS.

- **RO :** Régime Obligatoire. Régime de protection sociale auquel vous êtes rattaché(e). Il est déterminé en fonction de votre situation et de votre statut professionnel. Exemple : le régime général (le plus important de France), le régime agricole, les régimes spéciaux (fonction publique, SNCF…).

- **Séance de psychologue :** Séance liée au Dispositif "Mon psy santé"

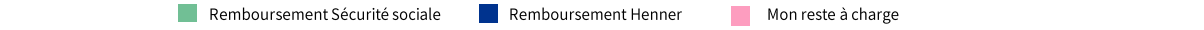
- **TM :** Ticket Modérateur. Part des dépenses de santé qui n'est pas remboursée par l'Assurance Maladie et qui reste à votre charge. Le TM peut être remboursé en partie ou dans sa totalité par votre complémentaire santé, en fonction des garanties de votre contrat (hors participation forfaitaire).

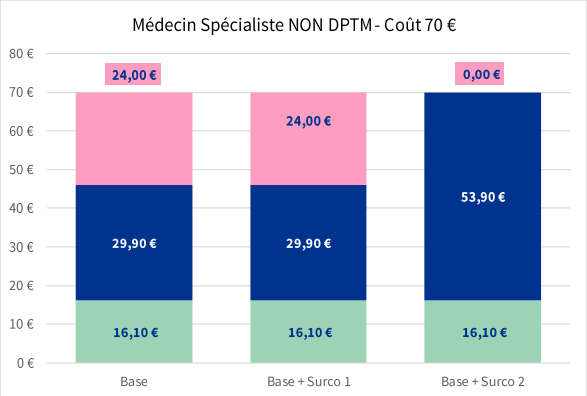




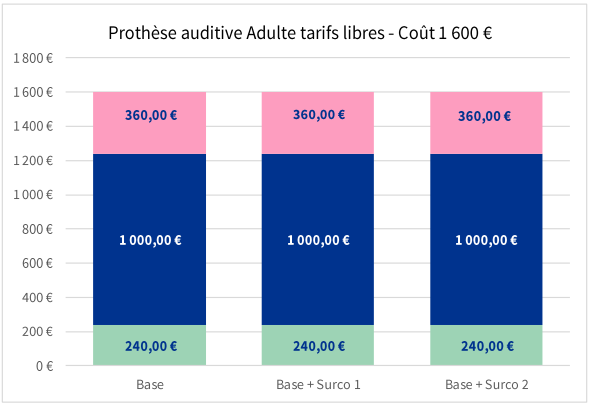
Vos exemples de remboursement

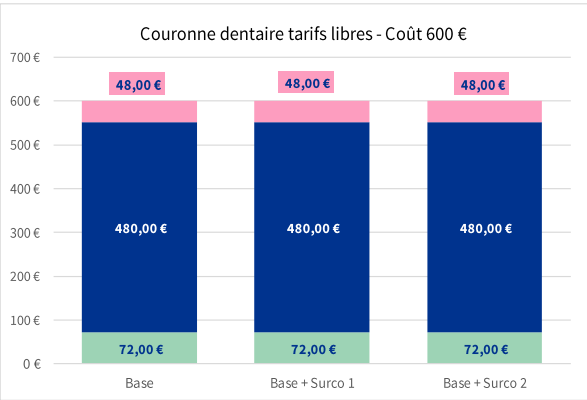
Ces exemples de remboursement relatifs à vos garanties, sont indicatifs et vous sont présentés sous réserve de toute modification de la législation en vigueur sur les frais de santé. Ils viennent améliorer la lisibilité et la compréhension des garanties mais peuvent ne pas correspondre en tous points à votre situation et ne se substituent pas aux documents contractuels.
Pour toute information, référez-vous à la Notice d'information.
Dans les exemples ci-dessous, les médecins sont conventionnés.

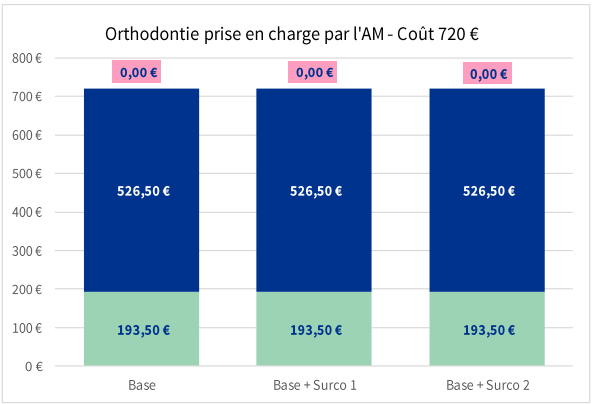


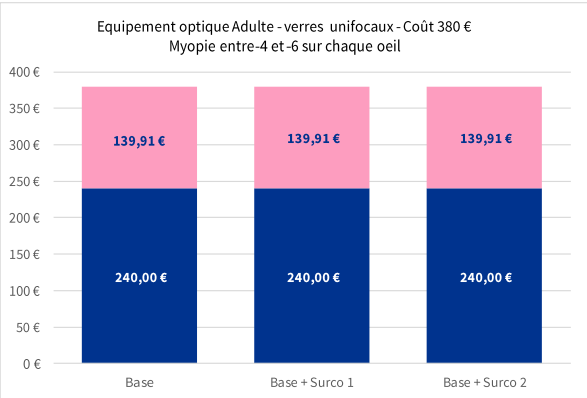


Consultation établie dans le cadre du parcours de soins.
Le remboursement Sécurité sociale estde 16,10 € (dont 2 € restant à la charge de l'assuré).

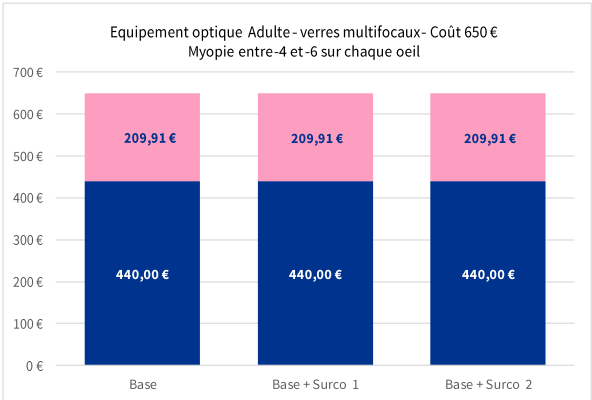








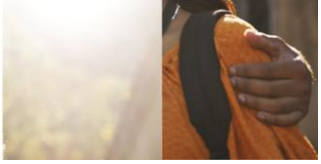
La Sécurité sociale intervient à hauteur de 0,09 € par équipement.



La Sécurité sociale intervient à hauteur de 0,09 € par équipement.



Les bénéficiaires de votre contrat



Qui bénéficie de la complémentaire santé Henner ?

En tant que salarié(e) de votre entreprise, vous bénéficiez de la complémentaire santé Henner. Selon les conditions de votre contrat, vos ayants droit ci-après définis, peuvent également bénéficier de la couverture :

- Votre conjoint ou partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) ou concubin.
- Vos enfants à charge et ceux de votre conjoint, âgés de moins de 18 ans ou de moins de 28 ans sous réserve de fournir un justificatif (exemple : certificat de scolarité…) *.
- Vos enfants handicapés à charge*.

** Selon les conditions prévues dans la notice d'information assureur.*

Bon à savoir :
Pour faciliter la gestion de vos remboursements, Henner vous propose la "gestion multi-RIB" : votre conjoint et/ou vos enfants majeurs bénéficiaires peuvent percevoir directement leurs remboursements sur leur compte bancaire. Rapprochez-vous de votre unité de gestion pour en bénéficier.

L'affiliation de votre nouveau-né sera effective à compter du jour de sa naissance.

Retrouvez votre bulletin d'affiliation à compléter et à renvoyer, accompagné des justificatifs, directement sur votre espace client Henner, dans la rubrique "mes documents".

Adhésion / résiliation de la surcomplémentaire

Transmettez votre demande de souscription à Henner en complétant le bulletin d'affiliation disponible sur votre accès en ligne.

Les garanties et cotisations relatives à ces surcomplémentaires pourront s'appliquer dès réception par Henner d'une demande complète d'adhésion, sous réserve que celle-ci soit effectuée :

- Dans les 20 jours qui suivent la date d'effet du contrat fixé au 01/01/2027,
- Dans les 30 jours qui suivent la date d'entrée dans l'entreprise,
- Dans les 30 jours qui suivent la date de changement de situation de famille,
- Au 1er janvier de chaque année si la demande d'adhésion est reçue avant le 1er novembre.

En cas de résiliation :

- L'assuré a la possibilité de résilier son affiliation au(x) régime(s) surcomplémentaire(s) à la date d'anniversaire du contrat avec préavis de 2 mois ou à tout moment après 1 an d'adhésion.

La demande doit être transmise directement à votre Unité de Gestion.

Suspension de votre contrat de travail non indemnisée

En cas de suspension de votre contrat de travail non indemnisée (congés sans solde de type congé parental ou sabbatique), vous pouvez maintenir votre couverture santé en vous acquittant de la cotisation totale (part salariale et part patronale). Pour toute demande d'affiliation, rapprochez-vous de votre unité de gestion afin de compléter un bulletin d'adhésion.

Portabilité

En cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à l'assurance chômage, les garanties santé pourront être maintenues sous certaines conditions pour une durée de 12 mois maximum (article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale). Les modalités de maintien sont communiquées par l'employeur.
Pour bénéficier de la portabilité, transmettez vos justificatifs d'indemnisation France Travail (ex-Pôle Emploi) à votre unité de gestion, dans le mois qui suit votre départ de la société.

Départ à la retraite

Lors d'un départ à la retraite, plusieurs possibilités s'offrent à vous :

1. **Maintien « Loi Evin » (Article 4 loi Evin 31 décembre 1989) des garanties à l'identique, uniquement pour vous-même.**
   - → La première année, la cotisation est identique à celle des actifs
   - → La deuxième année, la cotisation est majorée de 25 %
   - → La troisième année, la cotisation est majorée de 50 %

Pour bénéficier de ce maintien, rapprochez-vous, dans les 6 mois suivant votre sortie des effectifs, de votre unité de gestion dédiée. Pour les salariés partant à la retraite, le maintien de couverture portera uniquement sur les garanties frais de santé. Sont aussi exclues du maintien, les garanties d'assistance.

2. **L'offre contrat individuel Henner**

Lorsque vous quittez les effectifs de votre entreprise, vous pouvez également souscrire un contrat complémentaire santé individuel Henner et bénéficier d'un tarif préférentiel, à savoir une remise de 10 % sur le montant de la cotisation. La gestion de votre contrat continue d'être assurée par Henner.
Pour obtenir un devis, contactez les équipes Henner aux coordonnées ci-dessous :

@ Email : sante.individuels@henner.fr

Téléphone : 03.28.76.37.37

Optimisez votre budget santé

Vos dépenses de santé ont un impact sur vos cotisations.

PRIVILÉGIEZ LES PRATICIENS MEMBRES DU RÉSEAU ITELIS

Votre réseau Itélis vous permet de bénéficier de tarifs avantageux négociés (notamment en optique) et d'informations pratiques (prévention, bilan…)*.

SUIVEZ LE PARCOURS DE SOINS

Cela consiste à consulter en priorité votre médecin traitant pour votre suivi médical (avant de consulter un autre spécialiste par exemple). Si vous n'avez pas encore de médecin traitant déclaré ou si vous ne respectez pas ce parcours, vous serez moins bien remboursé(e) par l'Assurance Maladie**.

CONSULTEZ VOTRE DENTISTE UNE FOIS PAR AN EN PRÉVENTION

Même si vous estimez que vos dents sont saines, ces contrôles réguliers éviteront d'engager des dépenses importantes par la suite.

DEMANDEZ UN DEVIS AUPRÈS DE PLUSIEURS PRATICIENS

En cas de dépenses importantes en dentaire ou en optique, Henner peut vérifier si les devis transmis correspondent aux prix du marché et vous indique le montant remboursé par votre complémentaire santé.

INFORMEZ-VOUS SUR LES DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES PRATIQUÉS

Avant de prendre rendez-vous avec votre praticien, connectez-vous sur le site de l'Assurance Maladie : ameli-direct.fr pour connaitre les praticiens adhérant à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) et les établissements de soins conventionnés.

NE COMMUNIQUEZ JAMAIS LES MONTANTS DE VOS GARANTIES

Afin de ne pas offrir aux praticiens l'opportunité d'ajuster leurs tarifs en fonction du niveau des garanties de votre contrat.

INTERROGEZ VOS PHARMACIENS SUR LES MÉDICAMENTS GÉNÉRIQUES

Ils sont vendus 30 % à 40 % moins chers que le médicament original.

**Pour plus d'informations, rendez-vous sur votre espace client. **Hors cas particuliers.*

Règlement Général sur la Protection des données

Conformément au Règlement n°2016/679 relatif à la protection des personnes physiques, à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation des données et à la Loi « Informatique et Libertés » modifiée, le traitement de vos données à caractère personnel est nécessaire pour la gestion de votre contrat d'assurance par HENNER SAS, 14 Boulevard du Général Leclerc 92200 Neuilly-sur-Seine et votre Organisme Assureur dont l'identité et les coordonnées se trouvent dans votre contrat d'assurance.

Les traitements mis en œuvre ont pour finalité : la passation, l'exécution et la gestion (y compris commerciale) de votre contrat d'assurance, l'élaboration des statistiques et études actuarielles, l'exercice des recours et la gestion des réclamations et des contentieux, la lutte contre la fraude, la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, les opérations relatives à la gestion des clients et à la prospection commerciale, l'amélioration de la qualité des services et de la relation avec les assurés, la gestion des sites et applications et la gestion des demandes d'exercices de droits.

Certaines de vos données à caractère personnel sont susceptibles d'être transférées, pour les finalités précisées ci-dessus, en dehors de l'Union Européenne (UE) vers d'autres entités du Groupe Henner ou vers des tiers. Ces transferts sont encadrés par des Clauses Contractuelles types de la Commission Européenne ou par tout autre instrument juridique garantissant ainsi un niveau de protection aussi élevé qu'en France.

Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, en demander la portabilité ou leur suppression. Vous pouvez également vous opposer au traitement de vos données, en demander la limitation ou retirer votre consentement à tout moment. Enfin, vous avez également le droit de définir des directives relatives au sort de vos données après votre décès. Pour exercer ces droits ou pour toute question relative au traitement de vos données, vous pouvez contacter notre service DPO par courrier à Henner, Délégué à la Protection des Données, Conformité/Relation Assureurs, 14 Boulevard du Général Leclerc 92 200 Neuilly-sur-Seine ou à l'adresse email suivante : dpo@henner.com
En cas de désaccord persistant concernant vos données, vous avez la possibilité d'introduire une réclamation auprès de la CNIL : 3 Place Fontenoy – TSA 80715 – 75334 Paris Cedex 07.

Pour en savoir plus sur la gestion de vos données et pour exercer vos droits, reportez-vous à la Charte RGPD Assurés disponible sur votre Espace Client.

Henner

Here to care

***Here to care : Répondre présent à chaque moment.**

Document non contractuel. Pour les détails, référez-vous à la notice d'information assureur de votre contrat.

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.

Crédits photo : © GettyImages. 01/2026

