

DEMANDE D'ADHÉSION

Zen Prev Pro Premium

PREPAR-VIE, entreprise régie par le Code des assurances, filiale de la BRED Banque Populaire. Société Anonyme à Directoire et Conseil de Surveillance au capital de 182 183 792 euros, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre sous le numéro 323 087 379, dont le Siège social est situé : Immeuble Le Village 1 – Quartier Valmy, 33 Place Ronde, CS 90241, 92981 Paris La Défense Cedex et **PREPAR-IARD**, entreprise régie par le Code des assurances, filiale de la BRED Banque Populaire. Société Anonyme au capital de 800 000 euros - 343 158 036 RCS Nanterre dont le Siège social : Immeuble Le Village 1 - Quartier Valmy - 33 Place Ronde - CS 20243 - 92981 Paris La Défense Cedex.

Elles sont soumises au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR, 4 place de Budapest, 75436 Paris Cedex).

ZENIOO distribue le produit - SAS au capital de 1 267 431 euros - Immatriculée sous le n° 884 782 582 RCS Lyon et n° 20 005879 ORIAS - www.orias.com

VOTRE CONSEILLER PARTENAIRE ZENIOO

Dénomination sociale : Code courtier :
N°ORIAS :

COORDONNÉES DE L'ADHÉRENT(E) / L'ASSURÉ(E)

État civil : ☐ Monsieur ☐ Madame

Nom d'usage : Nom de naissance :

Prénom(s) : Date de naissance : / /

Département de naissance : Commune de naissance :

Pays de naissance : Nationalité : ☐ Française ☐ Autre (précisez)

Adresse :
.....

Code postal : Commune :

Téléphone : E-mail :

Une copie de la carte nationale d'identité (C.N.I.) ou du passeport sera obligatoirement fourni avec cette demande d'adhésion par l'assuré(e).

☐ Fumeur ☐ Non-fumeur ⁽¹⁾

⁽¹⁾ Je déclare sur l'honneur ne pas fumer de cigarette, cigare, pipe ou cigarette électronique ou avoir arrêté de fumer depuis au moins 24 mois à compter de la date de signature de la présente demande d'adhésion, sans que cet arrêt ne m'ait été expressément demandé par le corps médical. Par ailleurs, je m'engage à prévenir MULTI-IMPACT en cas de modification de cette déclaration spéciale non-fumeur. Cette déclaration fait partie intégrante de mon contrat d'assurance, je prends acte qu'à ce titre toute fausse déclaration intentionnelle de ma part entraîne la nullité du contrat conformément à l'article L113-8 du Code des assurances.

Information sur les déplacements professionnels hors de France supérieurs à 3 mois ⁽²⁾

☐ Non ☐ Oui, dans les pays suivants :

➔ Si oui, souhaitez-vous être assuré pour le risque de séjour professionnel : ☐ Non ☐ Oui

⁽²⁾ Hors Union Européenne, Angleterre, Suisse, Principauté d'Andorre, Monaco, Liechtenstein, Norvège, Islande, Etats-Unis, Canada, Japon, Australie, Nouvelle-Zélande

Information sur les sports à risques ⁽³⁾

Pratiquez-vous un ou plusieurs sports à risque : ☐ Non ☐ Oui, le(s)quel(s) :

➔ Si oui, souhaitez-vous être assuré pour ces sports à risque : ☐ Non ☐ Oui

⁽³⁾ Tel que définie dans la notice d'informations

ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE DE L'ADHÉRENT(E) / L'ASSURÉ(E)

Créateur ⁽¹⁾ : ☐ Oui ☐ Non

⁽¹⁾ Personne ayant créée son entreprise depuis moins de 12 mois à partir de la date d'effet de l'adhésion

Repreneur ⁽²⁾ : ☐ Oui ☐ Non

⁽²⁾ Personne dont l'activité professionnelle exercée, s'agissant d'une reprise d'entreprise, a débuté depuis moins de 12 mois à la date d'effet de l'adhésion

Activité professionnelle exercée :

**Caisse de
vieillesse :**

☐ CNAV TNS (SSI)

☐ CARPV

☐ CAVAMAC

☐ CAVEC

☐ CAVOM

☐ CARCDSF Dentistes et Stomatologues

☐ CARCDSF Sage-Femmes

☐ CARMF

☐ CARPIMKO

☐ CAVP

☐ CIPAV

☐ CNBF-LPA

☐ CRN

☐ CNAV (SS)

BASE DE RÉFÉRENCE

Assiette de garantie : € (Revenus) + € (Dividendes)

- Dernier revenu annuel net ou moyenne des revenus annuels nets (hors dividendes) des 3 dernières années déclaré(s) à l'administration fiscale et perçu(s) au titre de l'activité professionnelle (ou pour les créateurs d'entreprise, le revenu annuel professionnel prévisionnel établi dans le compte de résultat prévisionnel).
- Dividendes garantis perçus dans le cadre de l'entreprise dans laquelle vous exercez l'activité garantie du présent contrat, dans la limite de 50 % du revenu annuel déclaré.

CHOIX DES GARANTIES

Les garanties sont applicables sous réserve d'acceptation de l'organisme Assureur matérialisé par le certificat d'adhésion et du paiement de la première cotisation

Date d'effet souhaitée : / /

Référence produit (à compléter par le courtier) : ☐ 4010 ☐ 3010 ☐ 1010 ☐ 1515 ☐ 2020

Garanties choisies / Montant et base des prestations choisies		Madelin
Décès toutes causes / Perte totale et irréversible d'autonomie toutes causes (PTIA) Double effet Garanties de bases obligatoires	Versement d'une prestation correspondant à un pourcentage de l'assiette de garantie % ⁽¹⁾ soit € ⁽¹⁾ entre 275 % et 400 % par tranche de 25 %	<input type="checkbox"/> Oui Versement sous forme de rente <input type="checkbox"/> Non Versement sous forme de capital
<input type="checkbox"/> Doublement accident Garantie facultative	La prestation versée en cas de décès ou de PTIA consécutif à un accident est multiplié par 2.	
<input type="checkbox"/> Rente éducation Garantie facultative	Rente annuelle correspondant à un pourcentage de l'assiette de garantie : ➤ 8 % jusqu'à 12 ans ➤ 10 % jusqu'à 18 ans ➤ 12 % jusqu'à 26 ans (sous réserve de poursuite d'étude)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Incapacité temporaire totale de travail (ITT) Garantie facultative indissociable de la garantie invalidité	Versement d'indemnités journalières Correspondant à l'assiette de garantie divisée par 365, sous déduction des prestations versées ou dues par votre régime de protection sociale obligatoire Franchise ITT (maladie / accident / hospitalisation) <input type="checkbox"/> 30/3/3 <input type="checkbox"/> 30/3/0 <input type="checkbox"/> 15/3/3 <input type="checkbox"/> 15/3/0 <input type="checkbox"/> 90/90/90 <input type="checkbox"/> 90/3/3 La garantie Exonération des cotisations incluse dans l'option ITT avec application d'une franchise de 90 jours	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Invalidité permanente totale et partielle (IPT/IPP) Garantie facultative indissociable de la garantie incapacité	Versement d'une rente trimestrielle Correspondant à l'assiette de garantie sous déduction des prestations versées ou dues par votre régime de protection sociale obligatoire multiplié par taux d'invalidité divisée par 66	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Option IP Pro 15 % ⁽¹⁾ Garantie facultative en complément de la garantie ITT/IPT/IPP	En cas d'IPP, seuil de déclenchement dès 15 % d'invalidité permanente + expertise tenant compte uniquement du taux professionnel ⁽¹⁾ Uniquement pour les professions libérales médicales, du droit, du conseil ou de l'expertise	
<input type="checkbox"/> Option PSY ⁽²⁾ En complément des garanties ITT/IPT/IPP/ IP Pro 15 %	En cas d'ITT/IPT couverture des affections de type psychiatrique défini dans la notice d'information sans condition d'hospitalisation." ⁽²⁾ Non éligible pour les paramédicaux affiliés à la CARPIMKO et la CIPAV	
<input type="checkbox"/> Frais Généraux Permanents (FGP)	Versement d'une indemnité journalière Calculée sur la base du dernier bilan comptable au prorata de la durée de l'arrêt de travail et limitée à 50 % des indemnités journalières de la garantie ITT pendant une durée maximale de dix-huit (18) mois Franchise FGP ⁽⁴⁾ (maladie / accident / hospitalisation) <input type="checkbox"/> 15/3/0 <input type="checkbox"/> 15/3/3 <input type="checkbox"/> 30/3/0 <input type="checkbox"/> 30/3/3 <input type="checkbox"/> 90/3/3 <input type="checkbox"/> 90/90/90	

DÉSIGNATION DU OU DES BÉNÉFICIAIRES EN CAS DE DÉCÈS

☐ Clause type : Mon conjoint survivant non divorcé ni séparé de corps par un jugement définitif ; à défaut mon partenaire de PACS tel que défini au lexique de la notice d'information ; à défaut, à mes enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales ; à défaut, à mes autres héritiers par parts égales.

OU

☐ Clause particulière

Au-delà de 3 bénéficiaires, utiliser une annexe à la demande d'adhésion

	Bénéficiaire 1	Bénéficiaire 2	Bénéficiaire 3
Nom d'usage			
Nom de naissance			
Prénom(s)			
Date de naissance/...../...../...../...../...../.....
Département de naissance			
Commune de naissance			
Pays de naissance			
Adresse de résidence			
Répartition en % dans la limite de 100% % % %
à défaut de tous, mes héritiers par parts égales entre eux (*)			

(*) Joindre une copie des documents d'identité des bénéficiaires nommément désignés.

CALCUL DES COTISATIONS

Cotisations annuelles des garanties en cas de décès / perte totale et irréversible d'autonomie €
En cas d'arrêt de travail / invalidité permanente totale et partielle €
Soit une cotisation annuelle TTC ⁽¹⁾ : €
Soit une cotisation mensuelle TTC : €
Frais de dossier ⁽²⁾ €
Frais adhésion association Care ⁽³⁾ €

(1) Cotisation indicative avant sélection médicale. La cotisation définitive sera indiquée sur le certificat d'adhésion

(2) Frais unique au moment de l'adhésion

(3) Frais d'adhésion annuel

VENTE À DISTANCE

En cas de vente à distance, la prise d'effet des garanties, et le paiement de la cotisation sont normalement différés à l'expiration du délai de renonciation de trente (30) jours calendaires révolus. Pour une prise d'effet immédiate, le l'adhérent reconnaît l'avoir expressément demandée et être informé qu'il conserve la faculté de renoncer jusqu'à expiration du délai de 30 jours ci-dessus mentionné, décompté à compter de la date de signature de l'adhésion, sous réserve du paiement de la 1ère cotisation. Cette renonciation peut être faite par retour du modèle de lettre figurant en fin de demande d'adhésion.

DÉCLARATION DE LA PERSONNE À ASSURER ET DE L'ADHÉRENT

Cocher les cases

Êtes-vous une Personne Politiquement Exposée ? ⁽¹⁾ ☐ Oui ☐ Non

Êtes-vous membre de la famille ⁽²⁾ d'une Personne Politiquement Exposée et/ou entretenez-vous des liens étroits ⁽³⁾ avec une Personne Politiquement Exposée ? ☐ Oui ☐ Non

⁽¹⁾ Une Personne Politiquement Exposée (PPE) est une personne qui exerce ou a exercé depuis moins d'un an une haute fonction politique, juridictionnelle ou administrative ou encore, une haute fonction pour le compte d'une institution internationale publique :

- Chef d'Etat, chef de gouvernement, membre d'un gouvernement national ou de la Commission Européenne.
- Membre d'une assemblée parlementaire nationale ou du Parlement Européen.
- Membre d'une cour suprême, d'une cour constitutionnelle ou d'une autre haute juridiction dont les décisions ne sont pas, sauf circonstances exceptionnelles, susceptibles de recours.
- Membre d'une cour des comptes.
- Dirigeant ou membre de l'organe de direction d'une banque centrale.
- Ambassadeur, chargé d'affaires, consul général et consul de carrière.
- Officier général ou officier supérieur assurant le commandement d'une armée.
- Membre d'un organe d'administration, de direction ou de surveillance d'une entreprise publique.
- Dirigeant d'une institution internationale publique créée par un traité.

⁽²⁾ Sont considérées comme des personnes connues pour être membre direct de la famille d'une PPE :

- Le conjoint ou le concubin notoire.
- Le partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou par un contrat de partenariat enregistré en vertu d'une loi étrangère.
- En ligne directe, les ascendants, descendants et alliés, au premier degré, ainsi que leur conjoint, leur partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou par un contrat de partenariat enregistré en vertu d'une loi étrangère.

⁽³⁾ Sont considérées comme des personnes connues pour être étroitement associées à une PPE :

- Toute personne physique identifiée comme étant le bénéficiaire effectif d'une personne morale conjointement avec cette PPE.
- Toute personne physique connue comme entretenant des liens d'affaires étroits avec cette PPE.

Je déclare être pleinement informé que PREPAR-VIE et PREPAR IARD, en leur qualité d'organisme d'assurance, sont soumises aux obligations légales issues principalement du code monétaire et financier en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme (articles L.561-1 et suivants du code monétaire et financier) et que pour répondre à leurs obligations légales, PREPAR-VIE et PREPAR IARD mettent en œuvre un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme et l'application des sanctions financières prononcées au titre des articles L.562-1 et suivants du code monétaire et financier.

Je certifie sur l'honneur que les sommes qui sont ou seront versées par mes soins au titre de ce contrat ne proviennent pas d'une fraude fiscale ou de tout autre infraction passible d'une peine privative de liberté supérieure à un an et ne participent pas au financement du terrorisme.

Je certifie exactes et sincères les réponses apportées à la présente demande d'adhésion et au questionnaire de santé qui serviront de base à l'appréciation du risque par l'organisme Organisme Assureur et que la réticence ou la fausse déclaration intentionnelle entraînerait la nullité de mon adhésion conformément aux articles L113-8, L113-9 ou L132-26 du Code des assurances dont les textes sont reproduits dans la notice d'information.

Je déclare avoir été informé(e) de la possibilité d'envoyer la demande d'adhésion et le questionnaire de santé sous pli confidentiel à l'attention du Médecin Conseil de l'Organisme Assureur, MULTI IMPACT, Service Médical 41/43 Av. Hoche, 51100 Reims.

Je déclare, lorsque l'assuré est également l'adhérent, être à jour de mes cotisations d'assurances vieillesse.

L'Adhérent(e) demande à adhérer à l'Association CARE (Collectif Associative pour la Retraite et Epargne) association de la loi de 1901 dont le siège est situé 11 cité Malesherbes, 75009 Paris, souscriptrice du contrat groupe à adhésion facultative ZEN PREV PRO PREMIUM CP 30/034 et CP 30/035 auprès de PREPAR-VIE et 1/064 et 1/065 auprès de PREPAR-IARD l'adhérent verse à ce jour la cotisation à CARE et lui donne mandat pour choisir les organismes qu'elle aura sélectionnés et le(la) représenter auprès de ceux-ci.

L'adhérent déclare avoir reçu copie des statuts ainsi qu'un exemplaire des conditions générales valant notice d'information du contrat ZEN PREV PRO PREMIUM CP 30/034 et CP 30/035 auprès de PREPAR-VIE et 1/064 et 1/065 auprès de PREPAR-IARD, l'ensemble formant un tout indissociable. L'adhérent déclare avoir pris connaissance des conditions de cette assurance, de la définition des garanties, des formalités à accomplir en cas de sinistre, en accepter les termes et rester en possession de ladite notice d'information.

Toutes les informations collectées lors de l'adhésion au présent contrat, de même que celles recueillies ultérieurement, sont enregistrées par l'organisme Organisme Assureur, responsable du traitement. Elles sont indispensables pour traiter votre demande. Elles ont vocation à être utilisées pour : (i) la contractualisation, le suivi et l'exécution des contrats d'assurance, ainsi que pour la résiliation de votre ancien contrat auprès de votre ancien organisme Assureur, si par exemple vous mandatez l'Organisme Assureur pour faire usage de votre droit à résiliation infra annuelle - dans le cadre de certains contrats d'assurance santé complémentaire - (ii) la mise en œuvre des obligations légales et/ou réglementaires de l'Organisme Assureur notamment en matière d'Echange Automatique d'Information en matière fiscale ou de lutte contre le blanchiment d'argent et de financement du terrorisme et (iii) l'amélioration des produits ou des prestations. Les données collectées sont transmises : (i) aux équipes ou sous-traitants de l'Organisme Assureur, (ii) au prêteur le cas échéant (pour les données médicales, uniquement si vous renoncez à la confidentialité), (iii) aux membres du groupe BPCE, (iv) aux organismes professionnels habilités, (v) aux partenaires commerciaux de l'Organisme Assureur, comme des intermédiaires, mandataires ou réassureurs Assureurs, (vi) au médecin conseil le cas échéant pour ce qui concerne les données médicales et (vii) aux autorités publiques conformément à la loi. Il n'existe aucune prise de décision entièrement automatisée par l'Organisme Assureur, sur la base de vos données personnelles. Les données personnelles collectées sont stockées à l'intérieur de l'Union européenne ou dans des pays dont la protection des données personnelles a été jugée adéquate par la Commission européenne. Elles sont conservées, par l'Organisme Assureur, de manière sécurisée et conformément à la réglementation et, pour la durée réglementaire correspondant soit à la prescription légale, soit à la réglementation des assurances. Vos données personnelles de santé sont particulièrement protégées, accessibles et traitées uniquement par des professionnels spécifiquement formés et soumis à une confidentialité réglementaire. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de limitation, de suppression, d'opposition pour motif légitime, d'un droit à la portabilité de vos données, du droit de définir des directives post-mortem relatives au sort de vos données personnelles et, le cas échéant, de retirer votre consentement à tout moment, hormis les cas où la réglementation ne permet pas l'exercice de ces droits. Pour exercer un ou plusieurs de ces droits il convient de contacter le délégué à la protection des données de l'Organisme Assureur par mél (dpo@prepar-vie.com) ou le médecin conseil de l'Organisme Assureur (service.medical@prepar-vie.com) pour vos données de santé, ou par courrier : PREPAR-VIE, Immeuble Le Village 1, Quartier Valmy, 33 Place Ronde, CS 90241, 92981 Paris La Défense cedex ou PREPAR IARD Immeuble Le Village 1, Quartier Valmy, 33 Place Ronde, CS 20243, 92981 Paris La Défense cedex pour les informations figurant dans ses propres fichiers ou ceux de ses mandataires. En cas de doute sur l'identification de la personne concernée, une pièce justificative d'identité peut être demandée.

En cas de réclamation, vous pouvez contacter la CNIL par mel (www.cnil.fr) ou par courrier postal en écrivant à : CNIL - Service des Plaintes - 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07. Vous pouvez vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage par mel (www.bloctel.gouv.fr) ou par courrier postal en écrivant à : OPPOSETEL- Service Bloctel- 6 rue Nicolas Siret - 10000 TROYES.

Pour plus d'informations, vous pouvez vous reporter, à tout moment, à notre Politique de données personnelles, susceptible d'évoluer au fil du temps, sur notre site internet www.prepar-vie.fr.

J'autorise la collecte et le traitement des informations médicales me concernant, aux seules fins du traitement de mon dossier :

- ☐ Je déclare sur l'honneur être à jour du paiement des cotisations au titre de mon régime de protection sociale obligatoire
- ☐ En cas de souscription digitale, j'accepte les Conditions Générales du site MULTI IMPACT et la Politique de données personnelles.

Lu et approuvé

Fait à : Le :

Signature de l'assuré

MODÈLE DE RÉDACTION DE LETTRE DE RENONCIATION À L'ADHÉSION

Pour exercer votre droit de renonciation, vous pouvez utiliser le modèle de rédaction suivant, le compléter, le signer puis l'adresser, par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception, à MULTI IMPACT (RCS B402 502 108; numéro ORIAS 07 004 884), gestionnaire délégataire, 41-43 Avenue Hoche - CS 110002 - 51687 REIMS Cedex :

Je soussigné demeurant

déclare renoncer à mon adhésion numéro, souscrit le/...../....., par l'intermédiaire de, en application des dispositions de l'article L 132-5-1 (cas général) ou de l'article L 112-9 du code des assurances (cas de démarchage à domicile) ou L 112-2-1 du code des assurances (cas d'adhésion à distance).

Fait à : Le :

Signature de l'assuré