

Zen Santé Pro Essentiel by zenioo assuré par Swiss Life

La couverture santé indispensable des professionnels

Nouveau délégataire de gestion



Pour qui ?

Les TNS avec de jeunes enfants à la recherche d'un haut niveau de couverture en hospitalisation, soins courants et médecine naturelle et des besoins plus limités en optique, dentaire et audiologie

En un clin d'œil

Produit avec comme gestionnaire Génération et assuré par Swiss Life

zenioo

Distributeur

Courtier grossiste spécialisé
en assurances de personnes
et situé à Lyon

Génération

Gestionnaire

Spécialiste en gestion santé
depuis plus de 25 ans
et situé à Quimper



SwissLife

Assureur

Acteur reconnu sur le marché de
l'assurance santé et prévoyance
en France depuis 1898

Pourquoi choisir Zen Santé Pro Essentiel ?

- > 3 formules responsable et 1 option pour une meilleure prise en charge des médecins non OPTAM
- > Inédit : Haut niveau de couverture en hospitalisation, soins courants et médecine naturelle. Couverture limitée en optique, dentaire et audiologie
- > Aucun délai d'attente
- > Un contrat qui évolue et récompense la fidélité
- > De nombreux services d'assistance en inclusion : prestations spécifiques pour les familles, télémedecine illimitée, assistance spécifique maternité...
- > 21 professions éligibles dans les médecines douces

Tableau de synthèse (cf. tableau détaillé en pages 3 et 4)

| | Formule ÉQUILIBRE | Formule CONFORT | Formule PRIVILÈGE |
|--|--|---|--|
| Hospitalisation (OPTAM) | 175 % | 250 % | 325 % |
| Chambre particulière | An 1 : 60 € / jour An 2 : 80 € / jour | An 1 : 80 € / jour An 2 : 100 € / jour | An 1 : 100 € / jour An 2 : 120 € / jour |
| Soins courants (OPTAM) | An 1 : 175 % An 2 : 225 % | An 1 : 250 % An 2 : 300 % | An 1 : 325 % An 2 : 375 % |
| Forfait naissance / adoption | 150 € | 200 € | 250 € |
| Médecine douce (21 professions éligibles) | 150 € / an | 200 € / an | 250 € / an |
| Vaccins prescrits non remboursés | 100 € / an | 150 € / an | 200 € / an |
| Optique (monture + verres complexes ou très complexes) | 200 € | 225 € | 250 € |
| Dentaire (soins et prothèse hors 100 % Santé) | 100 % | 125 % | 150 % |
| Dentaire (orthodontie) | An 1 : 100 % An 3 : 175 % | An 1 : 125 % An 3 : 225 % | An 1 : 150 % An 3 : 275 % |
| Audio | 100 % | 100 % | 100 % |
| Option non OPTAM | Alignement des niveaux de couverture des médecins non OPTAM sur le niveau OPTAM en hospitalisation et soins courants | | |

En tant que distributeur de produits d'assurance, vous devez proposer des produits qui sont cohérents avec les exigences et besoins du souscripteur éventuel ou de l'adhérent éventuel.

Pour plus de détails sur le produit vous pouvez vous référer au Document d'Information normalisé sur le Produit (DIP) ou à la notice d'informations.

Conditions

| | | Formule ÉQUILIBRE | Formule CONFORT | Formule PRIVILÈGE |
|------------|---------------------------------------|---|-----------------|-------------------|
| Conditions | Limite âge adhésion | De 18 à 70 ans | | |
| | Limite âge prestation | Aucune | | |
| | Tiers payant | ✓ | | |
| | Contrat responsable | ✓ | | |
| | Délais d'attente | ✓ | | |
| | Madelin | ✓ | | |
| | Conformité 100 % Santé | ✓ | | |
| | Formalité médicale | Aucune | | |
| Tarifs | Réduction tarifaire | <ul style="list-style-type: none"> Adhésion couple ou famille : - 7 % Régime Alsace Moselle : - 40 % | | |
| | Frais annexes | <ul style="list-style-type: none"> Frais de dossier : 10 € prélevés sur la 1^{ère} cotisation Frais d'association des assurés Zenioo : 25 centimes par mois | | |
| | Modalités de paiement des cotisations | <ul style="list-style-type: none"> Périodicité mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle au choix de l'assuré Mode de paiement : <ul style="list-style-type: none"> Prélèvement automatique (le 5 ou le 12 du mois) Chèque (uniquement si annuel ou semestriel) | | |
| Gestion | Gestion des prestations | <ul style="list-style-type: none"> Gestion déléguée à Génération Réseau de soins délégué au réseau Carte Blanche | | |

Un gestionnaire performant : Génération

Nous avons choisi Génération pour gérer Zen Santé Pro Essentiel. Il est donc votre interlocuteur privilégié ainsi que celui de vos clients.

Génération met à disposition un ensemble de services pour simplifier la gestion de la complémentaire santé de vos assurés et vous accompagner au quotidien dans votre activité.

Votre espace courtier Génération, disponible directement depuis votre plateforme Zenioo, permet une gestion optimale de vos clients avec notamment :

- Le téléchargement de la carte de tiers-payant ainsi que tous les documents liés au contrat : demande d'adhésion, certificat d'adhésion, notice d'information, IPID, attestation Madelin...
- Le détail du contrat, les garanties, les ayants droits
- Le suivi de l'envoi des RIA
- Le téléchargement de votre portefeuille
- Le suivi des impayés ...

Marché cible

Les personnes physiques âgées d'au moins 18 ans et de moins de 70 ans ; exerçant une activité professionnelle sous le statut de travailleur non salarié ou de mandataire social relevant d'un régime obligatoire français.

Cœur de cible : Travailleurs non-salariés de 30 à 45 ans avec de jeunes enfants.

Rémunération

En tant que distributeur de produits d'assurance, il vous appartient de vérifier que les modalités de rémunération prévues ne sont pas de nature à créer un risque de conflit d'intérêts qui serait préjudiciable à votre client.

Commissionnement au choix :

- Linéaire : 10 % et 15 %
- Escompte : 30/10 et 25/15

Le tarif du produit est basé sur un taux de commissionnement de 30/10 ou 15/15

La conformité en toute simplicité !

La gouvernance produit

Dans le cadre de notre démarche d'amélioration continue de la qualité de nos produits, faites-nous part de vos retours si vous constatez que soit :

- le produit n'est pas en adéquation avec les intérêts, objectifs et caractéristiques du marché cible précisé ci-dessus ;
- des circonstances relatives au produit sont susceptibles d'avoir des répercussions défavorables pour le client ;
- les modalités de rémunération proposées pour le produit vous placent dans une situation de conflit d'intérêt vis-à-vis du client ;

à partir de la messagerie instantanée mise à disposition depuis notre plateforme de vente, ou via votre délégué régional.

La réglementation LCBFT

Au regard du risque faible du produit, vous devez appliquer a minima un niveau de **vigilance simplifiée** au titre du titre VI du livre V du code monétaire et financier.

Concrètement cela signifie que vous devez collecter les informations d'identification suivants :

| | Client personne physique | Client personne morale |
|--|--|--|
| Client potentiel | Nom, prénoms, date et lieu de naissance | Forme juridique, dénomination sociale, numéro SIREN, adresse du siège et du lieu de direction effective si différent |
| Bénéficiaire effectif | Non concerné | Nom, prénoms, date et lieu de naissance |
| Personne agissant pour le compte du Client (ex : payeur de prime, représentant légal) | Nom, prénoms, date et lieu de naissance, lien avec la personne représentée | Nom, prénoms, date et lieu de naissance, fonction de représentation exercée |

En cas d'opération atypique au sens de l'article L561-10-2 du code monétaire et financier, vous devez :

- ✓ Effectuer la vérification d'identité conformément aux articles R561-5-1 et suivants du code monétaire et financier
- ✓ Collecter les informations pertinentes au titre de la relation d'affaires et de la connaissance de la situation professionnelle, économique et financière du client et, le cas échéant de son bénéficiaire effectif, afin d'éliminer ou de réduire le risque de blanchiment d'argent et de financement du terrorisme
- ✓ Recueillir une seconde pièce d'identité
- ✓ S'assurer que le premier paiement soit effectué en provenance d'un compte situé en UE et ouvert au nom du Client ou de son représentant.



En cas de question, vous pouvez vous adresser au correspondant TRACFIN de notre société à l'adresse mail suivante : lcb-ft.tracfin@zenioo.com.

TABLEAU DES GARANTIES ZEN PRO ESSENTIEL

Contrat imaginé par Zenioo, avec comme gestionnaire Génération et assuré par Swiss Life

| | FORMULE ÉQUILIBRE | FORMULE CONFORT | FORMULE PRIVILÈGE |
|--|----------------------|--------------------|----------------------|
| Questionnaire de santé / Délai d'attente | Aucun | Aucun | Aucun |
| Contrat Responsable | Oui | Oui | Oui |
| HOSPITALISATION (y compris maternité) | | | |
| Forfait journalier hospitalier – durée illimitée | Rbt intégral | Rbt intégral | Rbt intégral |
| Frais de séjour en établissement conventionné (y compris la maternité) | Rbt intégral | Rbt intégral | Rbt intégral |
| Honoraires professionnels de santé | | | |
| OPTAM ⁽¹⁾ | 175 % | 250 % | 325 % |
| Non OPTAM / OPTAM-CO | 150 % | 200 % | 200 % |
| Forfait patient urgence ⁽²⁾ | Rbt intégral | Rbt intégral | Rbt intégral |
| Chambre particulière ^{(3) (4)} | 60 € / jour | 80 € / jour | 100 € / jour |
| À partir de la deuxième année | 80 € / jour | 100 € / jour | 120 € / jour |
| Frais d'accompagnant, télévision, téléphone et internet – (15 jours par évènement) | 15 € / jour | 20 € / jour | 30 € / jour |
| Frais de transport | 100 % | 100 % | 100 % |
| Hospitalisation à domicile | 175 % | 250 % | 325 % |
| Hospitalisation à l'étranger | 100 % | 120 % | 150 % |
| SOINS COURANTS | | | |
| Honoraires médicaux des généralistes et spécialistes (consultations, radiologie, imagerie, échographie, actes techniques et de spécialités) | | | |
| OPTAM / OPTAM-CO ⁽¹⁾ | 175 % | 250 % | 325 % |
| À partir de la deuxième année | 225 % | 300 % | 375 % |
| Non OPTAM / OPTAM-CO | 150 % | 200 % | 200 % |
| Honoraires paramédicaux (auxiliaires médicaux) tels que kinésithérapeute, orthoptiste, infirmier | 175 % | 250 % | 325 % |
| Analyses et examens de laboratoires | 100 % | 100 % | 100 % |
| Médicaments remboursés par le Régime Obligatoire | 100 % | 100 % | 100 % |
| Matériel médical remboursés par la Sécurité sociale (prothèses orthopédiques, petit et gros appareillage tels qu'attelle, fauteuil roulant, lit médicalisé) | 100 % | 100 % | 100 % |
| Forfait naissance / adoption (par enfant) | 150 € | 200 € | 250 € |
| Soins effectués à l'étranger | 100 % | 120 % | 150 % |
| Cures thermales : honoraires et frais remboursés par la Sécurité Sociale | 100 % | 100 % | 100 % |
| OPTIQUE | | | |
| Équipements 100 % Santé * : Équipement (1 monture et 2 verres) entrant dans le cadre du panier de soins 100 % Santé* (classe à prise en charge renforcée) (b) - Renouvellement tous les 2 ans (c) | | | |
| - Un équipement de deux verres de classe A + monture de classe A | Rbt Intégral | Rbt Intégral | Rbt Intégral |
| - Une monture de classe B (associée à deux verres de classe A) | 50 € | 75 € | 100 € |
| Équipements hors 100 % Santé* : Équipement entrant dans le cadre du panier libre (b) - Renouvellement tous les 2 ans (c) - Le remboursement de la monture est plafonné à 100 € | | | |
| - Une monture de classe B avec 2 verres simples | 50 € | 75 € | 100 € |
| - Une monture de classe B avec au moins 1 verre complexe ou très complexe | 125 € | 150 € | 175 € |
| - Une monture de classe B avec 2 verres complexes ou très complexes | 200 € | 225 € | 250 € |
| Lentilles de contact | | | |
| - Lentilles remboursées par la Sécurité sociale | 100 % | 100 % | 100 % |
| - Forfait lentilles remboursées ou non par la Sécurité sociale - par an | 50 € | 75 € | 100 € |
| - Chirurgie réfractive – forfait annuel | 75 € | 100 € | 125 € |

| DENTAIRE | | | |
|--|--------------|--------------|--------------|
| Soins | | | |
| Soins dentaires, prophylaxie, parodontologie, prévention remboursée par la Sécurité sociale | 100 % | 125 % | 150 % |
| Inlays - onlays et Inlays Core, remboursés par la Sécurité sociale hors cadre du panier de soins 100 % Santé * et entrant donc dans le champ des paniers honoraires modérés (a) ou libres | 100 % | 125 % | 150 % |
| Orthodontie | | | |
| - Actes d'orthodontie remboursés par la Sécurité sociale | 100 % | 125 % | 150 % |
| À partir de la troisième année | 175 % | 225 % | 275 % |
| Soins et prothèses 100 % Santé * | | | |
| - Actes prothétiques et inlays-cores entrant dans le cadre du panier de soins 100% Santé* sans reste à charge pour l'assuré (classe à remboursement renforcé) | Rbt intégral | Rbt intégral | Rbt intégral |
| Soins et prothèses hors 100 % Santé * | | | |
| - Actes prothétiques hors cadre du panier de soins 100 % Santé * et entrant donc dans le champ des paniers honoraires modérés (a) ou libres | 100 % | 125 % | 150 % |
| Actes non remboursés par la Sécurité Sociale | | | |
| - Implantologie, Prothèses, Orthodontie, Parodontologie - Forfait annuel par bénéficiaire | 75 € | 100 € | 125 € |
| AIDES AUDITIVES (par oreilles) | | | |
| Équipements 100 % Santé * | | | |
| - Aides auditives remboursées par la Sécurité sociale de classe I entrant dans le cadre du panier de soins 100 % Santé * (classe à remboursement renforcé) - Renouvellement tous les quatre ans (d) | Rbt intégral | Rbt intégral | Rbt intégral |
| Équipements hors 100 % Santé * | | | |
| - Aides auditives remboursées par la Sécurité sociale hors panier de soins 100 % Santé * (Appareil de classe 2 à prix libre) - Renouvellement tous les quatre ans (d) - Remboursement maximum : 1700 € par oreille à appareiller (d) | 100 % | 100 % | 100 % |
| PRÉVENTION ET BIEN-ÊTRE | | | |
| Médecines douces : ostéopathie, chiropractie, étiopathie, homéopathie, naturopathie, diététique, podologie, pédicure, homéopathes, acupuncteur, micro-kinésithérapeutes, reflexologue, sophrologue, luminothérapeute, hypnothérapeute, tabacologue, mésothérapeute, psychomotricien, psychologue, ergothérapeute, sexologue. Dans la limite d'un forfait annuel par bénéficiaire et plafonné à 60 € par acte | 150 € / an | 200 € / an | 250 € / an |
| Vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité Sociale | 100 € / an | 150 € / an | 200 € / an |
| Forfait prévention | 100 % | 100 % | 100 % |
| ASSISTANCE SERVICES | | | |
| Tiers payant | Oui | Oui | Oui |
| Assistance | Oui | Oui | Oui |
| Téléconsultation | Oui | Oui | Oui |

| Option Non OPTAM | | | |
|---|-----|-----|-----|
| Option responsable | Non | Non | Non |
| Alignement des niveaux de couverture des médecins Non OPTAM sur le niveau OPTAM (Hospitalisation et Soins) | Oui | Oui | Oui |

Toutes les garanties sont exprimées en % de la Base de Remboursement (BR) sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire

Les garanties du contrat décrites ci-dessus respectent l'ensemble des conditions du cahier des charges des contrats dits « responsables et solidaires » mentionnées à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes réglementaires d'application dont les articles R 871-1 et 2 du même code. De ce fait, elles peuvent bénéficier des aides fiscales et sociales prévues par la législation.

Elles prévoient le remboursement de vos dépenses de santé occasionnées à la suite d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité ayant donné lieu à un remboursement de la Sécurité sociale. Certains frais non pris en charge par la Sécurité sociale peuvent donner lieu à une participation au titre du contrat à la condition qu'il en soit fait mention dans le tableau des garanties ci-dessus.

Lorsqu'elles ne sont pas évoquées sous la forme « Remboursement intégral », les garanties sont exprimées sous la forme de forfait (en euro), en pourcentage des bases de remboursement de la Sécurité sociale incluant le remboursement de la Sécurité sociale. Elles s'entendent toujours dans la limite des frais réellement engagés et des « Prix Limites de Ventes » (PLV) et des « Honoraires Limites de Facturation » (HLF) déterminés par la réglementation en vigueur.

(1) OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maitrisée

OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maitrisée Chirurgie / Obstétrique

(2) Passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation

(3) Limitation à 30 jours par an et par assuré pour les séjours de rééducation, convalescence, réadaptation fonctionnelle

(4) La chambre particulière n'est pas garantie pour les séjours de psychiatrie ou neuropsychiatrie, diététique, gériatrie

* tels que définis réglementairement

(a) Remboursement dans la limite des prix fixés en application de l'article L.165-3 du Code de la Sécurité sociale. Pour le remboursement de prothèses dentaires entrant dans le cadre du panier 100% Santé* ou dans le panier à honoraires modérés, les remboursements (Sécurité sociale + Zen Sante Pro Essentiel) sont limités aux honoraires limites de facturation (HLF) tels que définis par la réglementation.

(b) Les forfaits sont exprimés y compris remboursement de la Sécurité sociale.

Les remboursements intègrent la prestation d'appairage et supplément pour verres avec filtre en complément de la Sécurité sociale et à hauteur du ticket modérateur.

(c) Pour l'appréciation de la période de deux ans permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition du dernier équipement. La période est ramenée à un an pour les assurés de plus de 16 ans, en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une dégradation des performances oculaires ou d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières prévues par la réglementation en vigueur. Pour les assurés de moins de 16 ans, la période est ramenée à un an sauf dégradation des performances oculaires prévue par la réglementation en vigueur.

(d) Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de quatre ans par oreille et par bénéficiaire dans les conditions précisées par la liste prévue à l'article L. 165-1. Pour l'appréciation de la période de quatre ans permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition du dernier équipement. Conformément à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale, le remboursement total des aides auditives de classe 2 est plafonné à 1700 € par oreille à appareiller. Une aide auditive de classe I doit comporter au moins trois options de la liste A prévues par la réglementation en vigueur.

