



BULLETIN D'ADHÉSION

Zen Santé Intégrale Famille

zenio
ASSUREZ COMME JAMAIS

☐ Nouvelle adhésion ☐ Avenant adhésion référencée :

VOTRE CONSEILLER PARTENAIRE ZENIOO

Raison sociale :
Code courtier :
N°ORIAS :

ADHÉSION RÉALISÉE À DISTANCE

☐ Adhésion réalisée dans le cadre d'une commercialisation à distance (article L 221 -18 du Code de la mutualité)

Si la case ci-dessus est cochée, s'agit-il d'une vente non sollicitée par l'adhérent ? Si oui, cochez ☐

COORDONNÉES ADHÉRENT(E)

☐ M. ☐ Mme

Nom :

Prénom(s) :

Adresse :

.....

Code postal :

Ville :

Département de naissance :

Ville de naissance :

Pays de naissance :

Tél fixe :

Tél mobile :

Email :

Régime obligatoire :

☐ Rég. général (hors TNS) ☐ Rég. général (TNS)

☐ Rég. agricole ☐ Rég. Alsace / Moselle

PERSONNES À ASSURER

ADHÉRENT(E)

☐ M. ☐ Mme

Nom :

Prénom(s) :

Né(e) le : / /

N° Sécurité sociale : / /

N° d'affiliation :

CONJOINT(E)

☐ M. ☐ Mme

Nom :

Prénom(s) :

Né(e) le : / /

N° Sécurité sociale : / /

N° d'affiliation :

ENFANTS :

1 Nom : Prénom :

N° Sécurité sociale : / /

Né(e) le : / / Ayant droit assuré ☐ 1 ☐ 2

N° d'affiliation :

2 Nom : Prénom :

N° Sécurité sociale : / /

Né(e) le : / / Ayant droit assuré ☐ 1 ☐ 2

N° d'affiliation :

3 Nom : Prénom :

N° Sécurité sociale : / /

Né(e) le : / / Ayant droit assuré ☐ 1 ☐ 2

N° d'affiliation :

4 Nom : Prénom :

N° Sécurité sociale : / /

Né(e) le : / / Ayant droit assuré ☐ 1 ☐ 2

N° d'affiliation :

LOI MADELIN

Réservé aux assurés en activité déclarant des revenus au titre des BNC/BIC ou une rémunération au titre de l'article 62 du CGI

☐ OUI, je souhaite pouvoir bénéficier de la déductibilité fiscale de mes cotisations Santé permise dans le cadre de la Loi Madelin. Dans l'affirmative, j'adhère au contrat collectif n° HM202201CP425S-A souscrit par l'association des assurés de Zenioo auprès Harmonie Mutuelle. Je déclare sur l'honneur être à jour des cotisations dues au titre des régimes légaux obligatoires de la Sécurité sociale et avoir été informé(e) que le maintien de l'adhésion au contrat est subordonné au paiement de ces cotisations auprès de ceux-ci.

CHOIX DE LA GARANTIE

Date d'effet : / /

Référence :

Choix de la formule

☐ Formule 1 ☐ Formule 2 ☐ Formule 3 ☐ Formule 4 ☐ Formule 5

Options :

☐ Renfort Bien-être

☐ Eco Dentaire

☐ Eco Optique

CALCUL DES COTISATIONS

COTISATION MENSUELLE TTC :

COTISATION ANNUELLE TTC ^(*) :

Cotisation Association des assurés Zenioo : 12 € (prélevés sur la 1^{ère} cotisation)

Frais de dossier Zenioo : 10 € (prélevés sur la 1^{ère} cotisation)

^(*) La cotisation est garantie sur une durée de 1 an à compter de la date d'effet sauf hausse des taxes réglementaires applicables

Périodicité de paiement

☐ Annuelle ☐ Semestrielle ☐ Trimestrielle ☐ Mensuelle

Mode de paiement

☐ Prélèvement / Date de prélèvement : 5 12

☐ Chèque (uniquement si annuel ou semestriel)

PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Harmonie Mutuelle : Les données « téléphone, téléphone portable, situation familiale, e-mail » sont demandées à titre facultatif, l'ensemble des autres données étant indispensable au traitement de votre adhésion.

Elles sont destinées à la mutuelle, aux organismes assureurs auprès desquels la mutuelle a souscrit un contrat collectif, aux éventuels sous-traitants et prestataires impliqués dans la gestion du contrat ainsi que le cas échéant à nos réassureurs et utilisées aux fins et selon les modalités de conservation et d'hébergement précisées à la notice d'information, de passation et de gestion (y compris commerciale) du contrat ainsi que pour garantir les obligations légales de la Mutuelle (lutte contre les fraudes, lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme). Ces données sont aussi destinées le cas échéant, à l'association souscriptrice du contrat d'assurance dans le cadre de l'adhésion à celle-ci. Par ailleurs, vous pouvez également à tout moment vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique (bloctel.gouv.fr).

Conformément à la réglementation en vigueur, vous, ainsi que vos ayant-droits, disposez d'un droit d'accès, de rectification ou de portabilité de vos données personnelles, et pouvez décider de leur sort après votre décès.

Vous disposez en outre, pour des motifs légitimes, d'un droit à la limitation des traitements, d'un droit au retrait de votre consentement, d'un droit à l'effacement et d'un droit d'opposition.

Vous pouvez exercer vos droits auprès du Responsable Protection des données - Data Protection Officer - de la Mutuelle par mail à l'adresse dpo@harmonie-mutuelle.fr ou par courrier postal adressé à

« Harmonie Mutuelle - Service DPO - 29 quai François Mitterrand - 44273 Nantes Cedex 2 », en joignant à votre demande une copie de votre justificatif d'identité. En cas de réclamations relatives au traitement de vos données personnelles et à l'exercice de vos droits, vous pouvez saisir la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) : 3 place de Fontenoy-TSA 80715 - 75 334 Paris cedex 07 (www.cnil.fr)

Zenioo : La politique de protection des données à caractère personnel de Zenioo vous a été remise par votre conseiller partenaire Zenioo et vous pouvez en redemander un exemplaire en écrivant à dpo@zenioo.com

Je soussigné(e) l'Adhérent(e) :

Je reconnais avoir pris connaissance de l'ensemble des pages du présent bulletin d'adhésion ou demande de modification de mon adhésion.

Je certifie avoir répondu avec exactitude aux déclarations faites ci-dessus.

Je déclare avoir pris connaissance des cotisations demandées. La cotisation globale TTC par mois pour l'année mentionnée est indiquée sous réserve du maintien des taux et taxes en vigueur pour la période de garantie concernée.

Je demande à adhérer à l'association des assurés de Zenioo, au contrat collectif à adhésion facultative souscrit par cette dernière auprès d'Harmonie Mutuelle.

Je déclare avoir reçu et pris connaissance préalablement à mon adhésion :

- du document d'information sur le produit d'assurance complémentaire santé ;
- des statuts et du règlement intérieur de la mutuelle ;
- de la notice d'information N° HM.NI 02 2022 détaillant mes droits et obligations dans le cadre de mon adhésion au contrat souscrit par l'association des assurés de Zenioo ;
- de la notice d'information résumant les conditions générales du contrat d'assistance Filassistance FIC22SAN0075.

Modalités de renonciation à l'adhésion :

- **Adhésion en agence** : Il est possible de renoncer à votre adhésion en envoyant à l'adresse de votre agence ou bien à notre délégataire de gestion CPMS (adresse indiquée sur ce bulletin d'adhésion) dans un délai de 14 jours maximum à compter de la date de signature de votre bulletin d'adhésion, une lettre recommandée ou envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception. Cette faculté est un avantage commercial dont vous fait bénéficier votre mutuelle.

➤ **En vente à distance** : Toute personne physique ayant adhéree à distance, à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle bénéficie de la possibilité d'y renoncer par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception à l'adresse de notre délégataire de gestion CPMS (adresse indiquée sur ce bulletin d'adhésion) pendant un délai de 14 jours calendaires révolus à compter de la date de signature du bulletin d'adhésion, ou du jour où les conditions d'adhésion et les informations précontractuelles ont été reçues si cette dernière date est postérieure.

➤ **Démarchage** : Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui adhère dans ce cadre à un règlement ou à un contrat collectif à adhésion facultative à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception à l'adresse de notre délégataire de gestion CPMS (adresse indiquée sur ce bulletin d'adhésion) pendant un délai de 14 jours calendaires révolus à compter de la date de signature du bulletin d'adhésion, sans avoir à justifier de motifs ni supporter de pénalités.

Modèle de rédaction de renonciation :

« Je soussigné(e) (NOM, Prénom) demeurant à (Adresse), déclare renoncer à mon adhésion effectuée par la signature de mon bulletin d'adhésion le ... »

Date et signature

Fait à le / /

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

MANDAT SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez CPMS à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de CPMS. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Votre nom et prénom :

Votre adresse :

.....

Code postal :

Ville :

Numéro d'identification internationale du compte bancaire - I B A N :

Code international d'identification de votre banque - BIC :

Nom du créancier : CPMS

Adresse : 5 rue Geoffroy Marie 75009 PARIS

Type de paiement : Paiement récurrent / répétitif ☒

ICS : FR 30 ZZZ 390186

Fait à le / /

Note : vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

COORDONNÉES BANCAIRES (POUR LE REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS)

Votre nom et prénom :

Votre adresse :

.....

Code postal :

Ville :

VOTRE COMPTE

Numéro d'identification internationale du compte bancaire - I B A N :

Code international d'identification de votre banque - BIC :

RÉSILIATION DE L'ANCIEN CONTRAT (RÉSILIATION INFRA ANNUELLE – ARTICLE L113-15-2 DU CODE DES ASSURANCES)

MANDAT DE RÉSILIATION

Je soussigné(e), Mme / M. déclare vouloir résilier mon contrat
d'assurance complémentaire Santé détenu auprès de la Compagnie :

Nom de l'assureur :

Adresse du siège :

Code postal :

Ville :

Nom du contrat : Complémentaire santé

Numéro du contrat :

Pour cela, je donne pouvoir et mandat à Harmonie Mutuelle par délégation à CPMS

Adresse : 5 rue Geoffroy Marie 75009 PARIS

RCS : 414 357 889

ORIAS : 07 001 007

Aux fins de :

- De procéder aux formalités de résiliation de ce(s) contrat(s), au motif de la résiliation infra-annuelle visée à l'article L 221-10-2 du Code de la mutualité ;
- De réclamer le cas échéant, en mon nom, un certificat de radiation/résiliation ;
- Et d'être assuré(e) auprès d'Harmonie Mutuelle pour le risque santé tel qu'il en résulte de notre entretien.

Fait à le / /

Signature