

DEMANDE D'ADHÉSION

Zen Santé Senior

☐ Nouvelle adhésion ☐ Remplacement contrat n° : ☐ Avenant adhésion n° :

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 L221-18 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°A 7052 0001 souscrit par l'Association des assurés Zenioo auprès de SwissLife. 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'affiliation au contrat est subordonné au paiement de ces cotisations auprès de ceux-ci.

CHOIX DE LA GARANTIE – La cotisation de l'option, si choisie, s'applique à chaque assuré

Date d'effet : / /

Référence :

Les adhésions prennent effet à la date indiquée dans le certificat d'adhésion et au plus tôt le lendemain de la réception auprès de GENERATION du présent bulletin d'adhésion, complété, daté et signé, sous réserve d'acceptation de l'Assureur expressément notifiée par la délivrance d'un certificat d'adhésion et sous réserve du paiement de la 1^{ère} cotisation.

L'adhésion est conclue pour une durée d'un an, puis se renouvelle annuellement par tacite reconduction à chaque échéance anniversaire. En cas de mandat confié à GENERATION pour la résiliation infra-annuelle de votre contrat d'assurance actuel, nous vous informons qu'un délai légal de préavis d'un (1) mois à compter de la date de notification de la résiliation faite par GENERATION à votre assureur doit être respecté. GENERATION pourra ainsi être amenée à décaler la date d'effet de votre nouveau contrat d'assurance dans le cas où vous souhaiteriez que cette date d'effet intervienne durant le délai de préavis légal de résiliation. Cela évitera une double couverture tout en vous garantissant la continuité de vos garanties d'assurance.

Formules	<input type="checkbox"/> Formule Hospi	<input type="checkbox"/> Formule 1	<input type="checkbox"/> Formule 2	<input type="checkbox"/> Formule 3
	<input type="checkbox"/> Formule 4	<input type="checkbox"/> Formule 5	<input type="checkbox"/> Formule 6	
Renforts	<input type="checkbox"/> Hospitalisation + (à partir de la F1)		<input type="checkbox"/> Honoraire + (à partir de la F1)	
Option ECO	<input type="checkbox"/> Option Eco 1 (à partir de la F2)		<input type="checkbox"/> Option Eco 2 (à partir de la F1)	

CALCUL DES COTISATIONS

COTISATION MENSUELLE TTC :

COTISATION ANNUELLE TTC :

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

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

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

Vous pouvez prendre connaissance de la politique de protection des données à caractère personnel sur les sites Internet respectifs :

SWISSLIFE : <https://www.swisslife.fr/home/footer/Protection-des-donnees.html>

GÉNÉRATION : <https://www.generation.fr/politique-de-protection-des-donnees>

Conformément à la réglementation en vigueur, et en particulier au règlement général sur la protection des données n°2016/679 du 27 avril 2016, les informations transmises via ce formulaire sont destinées à SWISSLIFE et à Génération en leur qualité respective de responsables de traitement, et pourront être transmises à l'association des assurés de Zenioo ainsi qu'aux éventuels partenaires et ceux de Génération, le cas échéant. Les données sont collectées, pour la gestion administrative de votre dossier. Vos données sont également collectées en vue de respecter nos obligations légales et réglementaires, en particulier afin de lutter contre le blanchiment de capitaux, le financement du terrorisme, et contre la fraude à l'assurance. Les données sont conservées durant toute la durée de l'exécution de votre contrat, puis jusqu'aux termes des délais de prescription légaux. Vous pouvez demander l'accès, la rectification, l'effacement, la portabilité, le retrait du consentement au traitement de vos données personnelles, nous indiquer les directives quant à l'utilisation de vos données après votre décès, ainsi que limiter ou vous opposer au traitement en écrivant à [mettre l'adresse mail et postale de SWISSLIFE ou à : Génération, en adressant un courrier au 12 bis rue de Kerogan 29080 QUIMPER Cedex 9, soit par courriel à dpo@generation.fr. Afin de nous permettre de confirmer votre identité, un justificatif d'identité pourra vous être demandé.

Nous conserverons une copie de votre pièce d'identité pendant une durée conforme à la réglementation. Swisslife et Génération prennent les mesures visant à assurer la sécurité et la confidentialité de vos données conformément à la réglementation en vigueur. Vous pouvez saisir directement la CNIL à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07. Par ailleurs, nous vous informons, que conformément au Code de la consommation, vous avez le droit de vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique BLOCTEL à l'adresse suivante : <https://www.bloctel.gouv.fr/>

Zenioo : les modalités de traitement de vos données par ZENIOO sont annexées à votre notice d'information et vous pouvez en redemander un exemplaire en écrivant dpo@zenioo.com.

DÉCLARATION DE L'ADHÉRENT

Je soussigné(e) l'Adhérent(e) :

➤ Demande à adhérer :

- Au contrat souscrit par l'association des Assurés Zenioo auprès de SwissLife pour les garanties mentionnées à la présente demande d'adhésion.
- La convention d'assistance n°FIC21SAN0075 souscrite par Zenioo auprès de Filassistance
- À l'Association des assurés de Zenioo, dont le siège social est situé au 33 rue de la République 69002 Lyon.

➤ Je déclare :

- Avoir reçu et pris connaissance du document d'information relatif aux frais de gestion et au rapport prestations/cotisations,
- Avoir reçu un exemplaire des notices d'information des contrats précités et du document d'information normalisé sur le produit d'assurance, et en avoir pris connaissance,
- Avoir reçu un exemplaire de la présente demande d'adhésion et en avoir pris connaissance,
- Avoir pris connaissance des statuts de l'Association des assurés Zenioo
- Être informé et avoir pris connaissance des modalités de renonciation prévues par le contrat et rappelées au paragraphe droit de renonciation de la présente demande d'adhésion,
- En tant que travailleur indépendant affilié à la Sécurité sociale des indépendants, en optant pour le dispositif fiscal « Loi Madelin », j'atteste sur l'honneur être à jour du paiement des cotisations relatives à mes régimes d'assurances obligatoires.
- Accepter que ma demande d'adhésion ainsi que, le cas échéant, tout autre document se rapportant au contrat, puisse m'être communiqué sous format électronique, notamment à l'adresse e-mail que j'ai renseignée au sein de la présente demande,
- Que ladite adresse e-mail est strictement personnelle et demeure sous mon contrôle exclusif,

- Que la communication d'informations et de documents par voie électronique est adaptée à ma situation personnelle et que je dispose des moyens techniques nécessaires me permettant d'en prendre connaissance,

- Avoir été informé(e) de la possibilité qui m'est donnée de m'opposer à tout moment et par tout moyen à l'utilisation d'un support durable autre que le papier, et du droit que je détiens de demander, sans frais, qu'un support durable papier soit utilisé pour la poursuite de la relation commerciale.

- Je certifie exactes et sincères toutes les informations mentionnées à la présente demande d'adhésion et j'ai bien noté que toute réticence ou fausse déclaration entraîne les sanctions prévues aux articles L113-8 et L113-9 du Code des assurances.

Je joins à la présente demande d'adhésion :

- Un relevé d'identité bancaire pour le paiement des prestations,
- Un mandat de prélèvement SEPA complété.

➤ Droit de renonciation

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 commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalité.

- Je reconnais savoir que je dispose d'un délai de 14 jours calendaires révolus, à partir du jour de la date de conclusion de mon adhésion (date indiquée sur le Certificat d'Adhésion), pour y renoncer, dans les conditions et selon les modalités précisées dans la Notice d'Information

- Dans le cas d'une adhésion réalisée exclusivement à distance au sens de l'article L112-2-1 du Code des assurances, je demande expressément l'exécution immédiate et intégrale de mon adhésion à compter de sa conclusion (date indiquée sur le certificat d'adhésion).

Fait à

le / /

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

MANDAT SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez GÉNÉRATION à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de GÉNÉRATION. 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 : SAS GÉNÉRATION

Adresse : 29080 QUIMPER CEDEX 9

Type de paiement : Paiement récurrent / répétitif ☒

ICS : FR76ZZZ428061

Fait à le / /

Signature

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

COORDONNÉES BANCAIRES

(DANS LE CAS D'UN PAIEMENT PAR CHÈQUE, 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 : GÉNÉRATION

Adresse : 12 bis rue de Kérogan 29080 QUIMPER CEDEX 9

RCS : QUIMPER B 410 069 066

ORIAS : 07 000 842

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 113-15-2 du code des assurances ;
- De réclamer le cas échéant, en mon nom, un certificat de radiation / résiliation ;
- Et d'être assuré auprès de MILTIS pour le risque santé tel qu'il en résulte de notre entretien.

Fait à le / /

Signature