

Zen Santé Flexi Senior by zenioo assuré par unmiMUT

La solution santé qui ressemble à vos seniors !

Pour qui ?

Pour les plus de 55 ans à la recherche de garanties complètes, sur mesure et évolutives

En un clin d'œil

Produit géré par CPMS et assuré par UNMI'Mut



L'assureur

Mutuelle spécialisée en santé, prévoyance et dépendance depuis 1929



assistance

L'assistanteur

Expert de l'assistance aux personnes depuis 2000 et disponible 24h/24, 7j/7

CPMS

Le gestionnaire

Acteur indépendant parisien, professionnel de la gestion des contrats santé depuis 1948

Pourquoi choisir Zen Santé Flexi Senior ?

- > **Une prise en main facile avec une structure simple et 4 options au choix, cumulables sans limitation**, pour renforcer les garanties sur les postes clés : Renfort Hospitalisation, Renfort Soins courants, Renfort Dentaire et Renfort Bien-être
- > **Un contrat ultra-fidélisant** : les garanties augmentent automatiquement sur les postes clés dès la 2^{ème} année
- > **Une réduction de 10 % pour les couples**
- > **Un contrat entièrement responsable et éligible au zéro reste à charge du 100 % Santé**
- > **Aucun délai d'attente sur toutes les formules**
- > **20 professions éligibles pour le poste médecine naturelle**
- > **Une reprise à la concurrence facilitée** avec la prise en charge de l'envoi de la résiliation en cas de RIA
- > **Une assistance haut de gamme en inclusion**

Gérez vos assurés en toute autonomie grâce à l'espace courtier CPMS

Réalisez les actes de gestion simples comme :

- ↳ Le report de la date de prise d'effet du contrat
- ↳ La modification des coordonnées de votre assuré et les modes de communication
- ↳ Le classement en sans effet en cas de renonciation

Et accédez à toutes les informations pratiques telles que :

- ↳ La visualisation des cotisations ainsi que les impayés
- ↳ Le téléchargement de la carte de tiers-payant ainsi que tous les documents contractuels

CPMS

Avec Zen Santé Flexi Senior, adaptez la couverture aux besoins de votre assuré

1. **Choisissez le socle de base parmi 4 formules** responsables de 125 % à 250 % de la BRSS avec en inclusion :
 - ↳ Des bonus fidélité dès la 2^{ème} année
 - ↳ Des garanties d'assistance haut de gamme
2. **Complétez si besoin avec 4 renforts au choix et cumulables** afin d'augmenter les garanties sur un poste ciblé :
 - Renfort Hospitalisation
 - Renfort Soins courants
 - Renfort Dentaire
 - Renfort Bien-être

Tableau de synthèse (cf. tableau détaillé en pages 4 à 7)

	Formule 125	Formule 150	Formule 200	Formule 250
HOSPITALISATION				
OPTAM ou OPTAM-CO Bonus fidélité !	An 1 : 125 % An 2 : 150 % An 3 et + : 175%	An 1 : 150 % An 2 : 175 % An 3 et + : 200 %	An 1 : 200 % An 2 : 225 % An 3 et + : 250 %	An 1 : 250 % An 2 : 275 % An 3 et + : 300 %
Avec renfort Hospitalisation	+ 25 %			
CHAMBRE PARTICULIÈRE				
Forfait par journée, chirurgie en illimitée, exclusion psy et ambulatoire, soins de suite limités à 40 jours	40 €	55 €	70 €	85 €
Avec renfort Hospitalisation	+ 15 € / jour		+ 25 € / jour	
CONSULTATIONS				
OPTAM ou OPTAM-CO Bonus fidélité !	An 1 : 100% An 2 : 125 %	An 1 : 125 % An 2 : 150 %	An 1 : 150 % An 2 : 175 %	An 1 : 200 % An 2 : 225 %
Avec renfort Soins Courants	+ 25 %			
DENTAIRE				
Prothèses dentaires à tarifs maitrisés ou à tarifs libres Bonus fidélité !	An 1 : 150 % An 2 : 175 %	An 1 : 200 % An 2 : 225 %	An 1 : 250 % An 2 : 275 %	An 1 : 275 % An 2 : 300 %
Avec renfort Dentaire	+ 25 %			
OPTIQUE				
Monture de classe B avec au moins 1 verre complexe ou très complexe	200 €	250 €	300 €	350 €
AIDES AUDITIVES				
Hors 100 % Santé	100 %	100 %	100 %	100 %
MÉDECINES NATURELLES				
Par assuré et par an (limité à 25 € par acte) Bonus fidélité !	An 1 : 45 € An 2 : 70 €	An 1 : 60 € An 2 : 85 €	An 1 : 75 € An 2 : 125 €	An 1 : 90 € An 2 : 140 €
Avec renfort Bien-être	+ 20 €	+ 30 €	+ 40 €	+ 50 €

Un contrat ULTRA fidélisant

En combinant renfort et bonus, les garanties deviennent nettement plus élevées dès la 2^{nde} année du contrat !

Si votre client souscrit une Formule 125 avec un renfort Hospitalisation, ses garanties seront de :

- ↳ 175 % de la BRSS en année 2 ;
- ↳ 200 % de la BRSS en année 3.

Conditions

		Formule 125	Formule 150	Formule 200	Formule 250
Renforts (cumulables sans limitation)	Hospitalisation	✓	✓	✓	✓
	Soins courants	✓	✓	✓	✓
	Prévention et bien-être	✓	✓	✓	✓
	Dentaire	✓	✓	✓	✓
Tarif des renforts (par assuré et par mois)	Hospitalisation	3 €	4 €	5 €	5 €
	Soins courants	4 €	4 €	4 €	4 €
	Prévention et bien-être	4 €	6 €	6 €	6 €
	Dentaire	5 €	10 €	10 €	10 €
Conditions	Âge limite à l'adhésion	<ul style="list-style-type: none"> ○ De 55 à 99 ans pour l'adhérent principal ○ De 18 à 99 ans pour le conjoint 			
	Âge limite aux prestations	Aucun			
	Tiers-payant	Oui			
	Contrat responsable	Oui			
	Délai d'attente	Aucun			
	Date d'effet	<ul style="list-style-type: none"> ○ Au plus tôt : J + 4 jours ○ Au plus tard : J + 6 mois 			
	Madelin	Oui			
	Conformité 100 % Santé	Oui			
	Territorialité	France métropolitaine, Guadeloupe, Martinique et Réunion			
Tarifs	Réductions tarifaires	Réduction couple de 10 %			
	Frais annexe	<ul style="list-style-type: none"> ○ Frais de dossier : 10 € payables lors de la 1^{ère} cotisation ○ Frais d'association des assurés Zenioo : 12 € payables lors de la 1^{ère} cotisation 			
Cotisation	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 CPMS ○ Tiers-payant Viamedis 			

Accompagnez vos assurés en cas de coup dur !

L'accès à Filassistance, un réseau de 10 000 prestataires en France avec des experts de l'assistance disponibles 7j/7 et 24h/24 pour répondre de façon optimale à chaque demande d'assistance tels que :

- ↳ **L'aide-ménagère** en cas d'hospitalisation ;
- ↳ **Le port de médicaments** en cas d'immobilisation ;
- ↳ **La téléconsultation illimitée**, dispensée par des médecins inscrits à l'ordre national des médecins pour un diagnostic avec ordonnance, un conseil ou un 2nd avis médical ;
- ↳ **Un service d'informations animé par des médecins pour répondre à toutes les questions de nature médicale et accompagner les pathologies chroniques** : traitement et conséquences, évolution de la maladie, risque de transmission... ;
- ↳ **L'aide aux aidants** : droit au répit, accompagnement administratif, bilan 360°....

Comprendre le tableau de garanties

4 formules responsables de 125 % à 250 % de la BRSS avec des garanties d'assistance en inclusion

Des bonus fidélité dès la 2nde année sur les postes clés : honoraires médicaux, médecine naturelle et prothèses dentaires

4 renforts ciblés facultatifs :

- Renfort Hospitalisation
- Renfort Soins courants
- Renfort Dentaire
- Renfort Prévention et Bien-être

Tableau de garantie détaillée

Les garanties sont exprimées soit en % de la BRSS incluant le remboursement de la Sécurité sociale, soit en forfait (euros) dans la limite des frais réels.

	Formule 125	Formule 150	Formule 200	Formule 250
LES GARANTIES HOSPITALISATION Y COMPRIS MATERNITÉ ⁽¹⁾ AVEC UNMI'MUT				
Médecins OPTAM ou OPTAM-CO				
↳ 1 ^{ère} année	125 %	150 %	200 %	250 %
avec le bonus fidélité				
↳ 2 ^{ème} année	150 %	175 %	225 %	275 %
↳ 3 ^{ème} année et +	175 %	200 %	250 %	300 %
avec le renfort Hospitalisation	+ 25 %			
Médecins hors OPTAM ou OPTAM-CO	100 %	125 %	175 %	200 %
avec le renfort Hospitalisation	+ 25 % dans la limite de 200 %			
Forfait journalier hospitalier - Durée illimitée	Remboursement intégral			
Frais de séjour :	Remboursement intégral			
• Secteur conventionné	100 %			
• Secteur non conventionné	100 %			
Chambre particulière ⁽²⁾ : Forfait par journée, illimitée en maladie chirurgie, exclusion de l'ambulatoire et de la psychiatrie, limitation des soins de suite y compris rééducation fonctionnelle à 40 jours	40 €	55 €	70 €	85 €
avec le renfort Hospitalisation	+ 15 € / jour		+ 25 € / jour	
Forfait de 24 € sur les actes lourds supérieurs à 120 €	Remboursement intégral			
Confort à l'hôpital (wifi, téléphone et télévision)	5 € / jour		10 € / jour	
si souscription du renfort Hospitalisation				
Forfait patient urgence	100 % du tarif en vigueur			
Hospitalisation à domicile	100 %			
Hospitalisation à l'étranger	100 %			
Transport du malade	100 %			
L'ASSISTANCE AVEC FILASSISTANCE				
Hospitalisation supérieure à 48 h : aide-ménagère	Jusqu'à 30 heures réparties sur les 15 jours ouvrés suivant le début ou la date de fin de l'hospitalisation ou en cas d'immobilisation.			
Rapatriement ou transport sanitaire à l'étranger	En cas de nécessité médicalement établie, rapatriement à domicile ou dans un hôpital adapté proche du domicile.			

	Formule 125	Formule 150	Formule 200	Formule 250
LES GARANTIES SOINS COURANTS AVEC UNMI'MUT				
Honoraires médicaux :				
<ul style="list-style-type: none"> Médecins OPTAM ou OPTAM-CO : Médecins généralistes et spécialistes, radiologie, imagerie, échographie, actes de spécialité et actes techniques médicaux (ATM) 	100 %	125 %	150 %	200 %
avec le bonus fidélité en 2 ^{ème} année et +	125 %	150 %	175 %	225 %
avec le renfort Soins courants	+ 25 %			
<ul style="list-style-type: none"> Médecins hors OPTAM ou OPTAM-CO 	100 %	105 %	125 %	150 %
avec le renfort Soins courants	+ 25 %			
Honoraires paramédicaux : Infirmier, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, pédicure-podologue, masseur-kinésithérapeute	100 %	125 %	125 %	150 %
avec le renfort Soins courants	+ 25 %			
Analyses, examens de laboratoire	100 %	125 %	125 %	150 %
avec le renfort Soins courants	+ 25 %			
Matériel médical remboursé par la Sécurité sociale : Prothèses orthopédiques, prothèses capillaires, gros et petit appareillage (bas de contention, semelles orthopédiques, orthèses, prothèse capillaire...)	100 %	125 %	150 %	175 %
avec renfort Soins courants	+ 25 %			
Psychologue remboursé par le régime obligatoire ⁽³⁾			100 %	
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale			100 %	
L'ASSISTANCE AVEC FILASSISTANCE				
Téléconsultation illimitée	Illimitée, dispensée par des médecins inscrits à l'ordre national des médecins, pour un diagnostic avec ordonnance ou un conseil ou un second avis médical.			
Accompagnement pathologies chroniques, ALD	Service d'informations sur les pathologies (Parkinson, Alzheimer, SIDA, allergies, etc.) animé par des médecins pour répondre à toute question de nature médicale, notamment dans les domaines suivants : traitements et conséquences, évolution de la maladie, risque de transmission génétique, risque de contagion pour l'entourage.			

	Formule 125	Formule 150	Formule 200	Formule 250
LES GARANTIES PRÉVENTION & BIEN-ÊTRE AVEC UNMI'MUT				
Cure thermale : Honoraires et frais remboursés par la Sécurité sociale disponible si souscription du renfort Prévention & bien-être	100 %	100 %	100 %	100 %
Forfait transport, hébergement et dépassement de soins remboursés ou non par la Sécurité sociale disponible si souscription du renfort Prévention & bien-être	150 € / an	200 € / an	250 € / an	300 € / an
Forfait prévention : Ensemble des actes de prévention prévus dans le cadre de la réglementation des contrats responsables	50 € / an			
Consultations non remboursées par la Sécurité sociale & médecine naturelle ⁽⁴⁾ : Ostéopathe, chiropracteur, étiope, naturopathe, diététicien, podologue, pédicure, homéopathe, acupuncteur, micro-kinésithérapeute, reflexologue, sophrologue, luminothérapeute, hypnothérapeute, tabacologue, mésothérapeute, psychomotricien, psychologue, ergothérapeute, sexologue.	45 € / an	60 € / an	75 € / an	90 € / an
avec le bonus fidélité en 2 ^{ème} année et +	70 € / an	85 € / an	125 € / an	140 € / an
Avec le renfort prévention & bien-être	+ 20 € / an	+ 30 € / an	+ 40 € / an	+ 50 € / an
Médicaments non remboursés par la Sécurité sociale avec ou sans prescription médicale, vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale, glucomètre, autotensiomètre disponible si souscription du renfort Prévention & bien-être	40 € / an	50 € / an	60 € / an	70 € / an
L'ASSISTANCE AVEC FILASSISTANCE				
L'aide aux aidants : Bilan global de la situation pour l'aidant et son proche parent aidé en tenant compte du contexte et des conditions de vie, de l'entourage, des ressources financières, etc.	Bilan 360° : Information de l'aidant dans les thématiques liées à la dépendance telles que l'habitat, la formation, la prévention santé, l'organisation de la vie au domicile, la coordination, le droit au répit ...			

	Formule 125	Formule 150	Formule 200	Formule 250
LES GARANTIES OPTIQUE AVEC UNMI'MUT				
Panier de soins 100 % Santé – Équipement de classe A y compris prestation d'adaptation de la correction, prestations d'appairage et autres suppléments dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV) : Équipements de 2 verres de classe A + Monture de classe A	Remboursement intégral ⁽⁵⁾			
Panier de soins libres – Équipement de classe B :				
• Une monture de classe B avec 2 verres simples	100 €	150 €	200 €	250 €
• Une monture de classe B avec au moins 1 verre complexe ou très complexe	200 €	250 €	300 €	350 €
• Prestations d'adaptation de la correction visuelle	100 %			
• Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques, verres à filtre)	100 %			
Équipement mixte :	Remboursement intégral ⁽⁵⁾			
• Monture de classe A	Remboursement intégral ⁽⁵⁾			
• 2 verres de classe B	Se reporter aux forfaits « Panier de soins libres – Équipement de classe B » ci-dessus, sous déduction du remboursement de la monture de classe A			
Équipement mixte :	Remboursement intégral ⁽⁵⁾			
• Monture de classe B	Se reporter aux forfaits « Panier de soins libres – Équipement de classe B » ci-dessus, sous déduction du remboursement des verres de classe A et dans la limite de 100 €			
• 2 verres de classe A	Remboursement intégral ⁽⁵⁾			
Autres prestations optiques :	100 %			
• Lentilles remboursées par la Sécurité sociale	100 %			
• Chirurgie réfractive : traitement de l'œil au laser (myopie et presbytie), implant oculaire	100 € par an et par oeil	150 € par an et par oeil	200 € par an et par oeil	250 € par an et par oeil
Le renouvellement de la prise en charge de l'équipement s'effectue tous les deux ans, sauf pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue (renouvellement annuel). La période de deux ans (ou d'un an) s'apprécie à compter de la dernière facturation de l'équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge de la Sécurité sociale, conformément à l'article L.165-1 du code de la Sécurité sociale. Les montures sont limitées à 30 € en classe A et à 100 € en classe B. La grille optique (définition des verres simples, complexes et très complexes) ainsi que les conditions de renouvellement sont détaillées dans les Conditions Générales valant Notice d'Information.				

	Formule 125	Formule 150	Formule 200	Formule 250
LES GARANTIES DENTAIRE ⁽⁶⁾ AVEC UNMI'MUT				
Panier de soins 100 % Santé – Actes prothétiques et inlays-cores	Remboursement intégral			
Soins dentaires : Prophylaxie, parodontologie et prévention remboursés par la Sécurité sociale	125 %	150 %	175 %	200 %
avec le renfort Dentaire	+ 25 %			
Panier de soins modéré et libre – Prise en charge selon les prestations définies ci-dessous dans la limite des prix limites de vente pour le panier modéré :				
<ul style="list-style-type: none"> 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 ou libres 	125 %	150 %	175 %	200 %
avec le renfort Dentaire	+ 25 %			
<ul style="list-style-type: none"> Actes prothétiques remboursés par le régime obligatoire 	150 %	200 %	250 %	275 %
avec le bonus fidélité en 2 ^{ème} année et +	175 %	225 %	275 %	300 %
avec le renfort Dentaire	+ 25 %			
<ul style="list-style-type: none"> Orthodontie remboursée par la sécurité sociale 	100 %			
<ul style="list-style-type: none"> Implantologie, orthodontie ⁽⁷⁾, prothèses, parodontologies non remboursés par la Sécurité sociale disponible si souscription du renfort Dentaire 	150 €	200 €	250 €	300 €
Plafond dentaire (hors 100 % Santé) ⁽⁸⁾	Néant		Année 1 : 1 000 € Année 2 : 1 200 € Année 3 et + : 1 500 €	

	Formule 125	Formule 150	Formule 200	Formule 250
LES GARANTIES AIDES AUDITIVES AVEC UNMI'MUT				
Équipements 100 % Santé (classe 1 - dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV))	Remboursement intégral			
Aides auditives remboursées par la Sécurité sociale hors panier de soins 100 % Santé (appareil de classe 2 à prix libre - dont piles, accessoires et frais de réparation)	100 %			
<p>Le renouvellement de la prise en charge des aides auditives s'effectue tous les quatre ans (par oreille). La période de quatre ans s'apprécie à compter de la dernière facturation d'un appareil ayant fait l'objet d'une prise en charge par la sécurité sociale. Pendant quatre ans, le suivi est assuré par votre audioprothésiste, à raison d'au moins une séance tous les six mois au-delà de la première année. Lors de ces séances, l'audioprothésiste vérifie l'efficacité de l'aide auditive, effectue les réglages et l'entretien nécessaires. Les aides auditives de classe 2 sont limitées à 1 700 € par oreille moins le remboursement du régime obligatoire (hors prestations annexes telles que les consommables, piles et accessoires).</p>				

SERVICES	
Assistance ⁽⁹⁾	Oui
Tiers-payant Viamedis	Oui

CONDITIONS GÉNÉRALES DE PRISE EN CHARGE

- Les remboursements sont limités aux frais réels et sous réserve de prise en charge par le régime obligatoire (sauf mention contraire).
- Les taux du régime obligatoire et le total sont donnés à titre indicatif dans le cadre du respect du parcours de soins coordonnés.
- Le remboursement du régime obligatoire est énoncé avant : - déduction de la participation forfaitaire (1 € au 01/01/2008), - déduction des franchises médicales (Décret n° 2007-1937 du 26/12/2007).
- La participation forfaitaire des actes supérieurs à 120 € est prise en charge par la mutuelle ainsi que celle due lors d'un passage non programmé dans une structure des urgences d'un établissement de santé (Forfait Patient Urgence).
- Dans le cadre du hors parcours de soins coordonnés, la mutuelle ne prend pas en charge la majoration du ticket modérateur ni les dépassements d'honoraires.
- Les pourcentages indiqués incluent le remboursement du régime obligatoire et s'appliquent au tarif de responsabilité ou à la base de remboursement de la Sécurité sociale.
- Les plafonnements annuels indiqués pour certaines garanties sont par année d'adhésion et par assuré.

BR : Base de Remboursement de la sécurité sociale.

Panier de soins modérés : Pour le dentaire, des prix limites de vente sont applicables. Ils sont fixés par voie réglementaires.

Panier de soins libre : Pour le dentaire, possibilité de choisir librement les techniques et matériaux les plus sophistiqués sans que le dentiste ne soit obligé de respecter des prix limites de vente. Pas d'obligation d'une prise en charge intégrale. Remboursement sur la base du tarif de la sécurité sociale et du niveau de prestations prévu au contrat. Possible reste à charge élevé suivant le niveau de couverture.

(1) Hospitalisation : les longs séjours (unités de soins pour long séjour) et les établissements médico-sociaux (maisons d'accueil spécialisées par exemple) sont exclus.

(2) La prise en charge de la chambre particulière dans le cadre des séjours en soins de suite (maison de repos, de convalescence, de rééducation fonctionnelle ...) est limitée à 40 jours par an.

(3) Prise en charge des psychologues conventionnés au dispositif "MonPsy". Plus d'informations sur : <https://monpsy.santé.gouv.fr>

(4) Pour des actes réalisés par un praticien disposant d'un numéro ADELI, RPPS ou d'un numéro d'enregistrement sur le répertoire national de la discipline prévue au tableau des garanties et d'un diplôme enregistré dans la discipline.

(5) Dans la limite des Prix Limite de Vente (PLV).

(6) Les soins Hors Nomenclatures (HN) effectués à l'étranger sont exclus.

(7) Incluant le traitement actif, le bilan et la contention non remboursé par la Sécurité sociale.

(8) Plafond dentaire : au-delà du plafond, les actes remboursés par le régime obligatoire seront pris en charge à hauteur de 100 % BR.

(9) Garantie assistance assurée par Filassistance.

Marché cible

Les personnes physiques résidant en France, âgées d'au moins 55 ans et maximum 99 ans lors de l'adhésion, affiliées et à jour de leurs cotisations auprès de leurs régimes obligatoires d'assurance maladie et vieillesse français.

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 linéaire ou escompté au choix : se référer à la convention de partenariat.

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 suivantes :

	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.