

1 IDENTIFICATION DU SOUSCRIPTEUR

Raison sociale :

.....

N° SIREN :

NIC du Siège :

Adresse du Siège :

.....

.....

CP : Ville :

2 INTERLOCUTEUR EN CAS DE BESOIN

Nom/Prénom :

Tél. :

Email :

3 EFFECTIFS DE LA STRUCTURE EMPLOYEUR

Nb. d'établissements (Siret distincts) :

Nb. de salariés Non Cadres :

Nb. de salariés Cadres :

Autres effectifs :

Effectif total de la structure :

4 GARANTIES SOUHAITÉES

Les taux de cotisations ci-dessous sont indiqués à titre d'information. Pour plus de détails, se référer à la documentation commerciale disponible sur simple demande auprès de votre conseiller

| Pour chaque garantie souhaitée, cocher la catégorie de personnel à assurer | | | Cotisation en % du salaire brut |
|--|---------------|--|------------------------------------|
| Régime Conventionnel (Avenant 22) | | <input type="checkbox"/> Ensemble du personnel | 2,47% TA - 4,15% TB |
| Extension Tranche C sur les garanties conventionnelles | | <input type="checkbox"/> Cadres | 4,15% TC |
| Option rachat de franchise | 60 à 90 jours | <input type="checkbox"/> Ensemble du personnel | 0,31% TA - 0,36% TB |
| | 30 à 90 jours | <input type="checkbox"/> Ensemble du personnel | 0,81% TA - 1,01% TB |
| Option Rente de Conjoint (temporaire et viagère) | | <input type="checkbox"/> Ensemble du personnel | 0,11% TA et TB |
| Option Capital Décès Additionnel (40% sur la tranche B) | | <input type="checkbox"/> Cadres | 0,04% TB |
| Option Frais Obsèques salarié et conjoint | | <input type="checkbox"/> Ensemble du personnel | 0,03% TA et TB |

DATE D'EFFET SOUHAITÉE J J M M A A

5 PERSONNEL À ASSURER

| Preciser les informations suivantes par catégorie de personnel | Effectif à la date d'adhésion | Masses Salariales annuelles estimées |
|---|----------------------------------|---|
| Personnel Non Cadre | | TA |
| | | TB |
| Personnel Cadre (article 4 de la convention AGIRC) | | TA |
| | | TB |

Code NAF de l'activité dont relève ce personnel :

Nom du Syndicat Employeur : ☐ ANEM ☐ Aucun ☐ Autre

La CCN Mutualité est-elle appliquée dans son intégralité aux salariés à assurer : ☐ Oui ☐ Non

Ces salariés bénéficient-ils d'un précédent contrat de prévoyance collective complémentaire :

☐ Oui, auprès de Chorum ; Dans ce cas, préciser si ce précédent contrat doit ☐ être résilié ou ☐ rester actif

☐ Oui, auprès d'un autre assureur ; En fournir une copie et préciser son nom

☐ Non, pas de précédent contrat

MUTEX

Société anonyme au capital de 37 302 300 euros.

Entreprise régie par le Code des assurances

RCS Nanterre 529 219 040

Siège social : 140 avenue de la République - CS 30007 - 92327 Châtillon cedex

Assureur des garanties

6 CHOIX DU DISPOSITIF DE GESTION

Nous vous invitons à préciser les modalités de mise en oeuvre de votre contrat de prévoyance. La structure employeur ayant plusieurs établissements peut opter pour une gestion centralisée de son contrat ou laisser à chaque structure le soin de se gérer. A noter : Si la présente demande d'adhésion ne porte que sur l'ajout d'une option ou d'une population (cas C ci-dessous), la gestion des cotisations et prestations pour cette option sera alignée sur celle du régime de base en vigueur.

☐ **Cas A : Gestion centralisée** (association monosite ou multi-établissements en gestion regroupée)

Les salariés seront affiliés sur l'établissement siège qui sera le destinataire unique des décomptes et prestations versées.

ADRESSE COTISATIONS (envoi des avis d'appel) :

☐ Le siège de la structure employeur mentionnée au recto

☐ Autre destinataire :

SIRET :

N° et rue :

CP : Ville :

ADRESSE PRESTATIONS (envoi des décomptes) :

☐ Le siège de la structure employeur mentionnée au recto

☐ Autre destinataire :

SIRET :

N° et rue :

CP : Ville :

☐ **Cas B : Gestion MULTISITES** (les établissements sont gérés de manière distincte)

Merci de joindre un formulaire « Inscription d'établissement » pour chacun des sites, y compris le siège, accompagné(s) de la liste du personnel à affilier et de la déclaration des risques en cours. Préciser le nombre de formulaires joints

☐ **Cas C : Non applicable** (Souscription d'options ou ajout d'une catégorie de salariés uniquement)

7 PERSONNEL À AFFILIER À LA DATE D'EFFET

Si vous devez déclarer un plus grand nombre de salariés merci de renseigner le formulaire « liste du personnel à affilier » prévu à cet effet

| CAT. (1) | NOM (2) | PRÉNOM | DATE DE NAISSANCE | N° SÉCURITÉ SOCIALE | SITUATION DE FAMILLE (3) | DATE EMBAUCHE |
|----------|---------|--------|----------------------|---------------------|-----------------------------|------------------|
| | | | JJ/MM/AA | | | JJ/MM/AA |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

(1) Catégories : NC = Non Cadre, C = Cadre, TH = Travailleur Handicapé usager d'ESAT

(2) Pour les femmes mariées, merci d'indiquer le nom marital

(3) Merci d'indiquer l'abréviation de situation C = Célibataire, veuf(ve), divorcé(e), séparé(e), M = Marié(e), P = Partenaire de PACS, U = Concubinage, suivi du nombre d'enfants à charge (ex = M2 pour marié et 2 enfants à charge)

☐ Je déclare qu'aucun des salariés ci-dessus n'est en arrêt de travail à la date d'effet, ni qu'aucun ancien salarié n'est indemnisé par un précédent contrat de prévoyance.

☐ L'un au moins des salariés ci-dessus est en arrêt de travail et je joins à ce bulletin le formulaire « Déclaration des Risques en cours ».

- ☐ Vous déclarez avoir pris connaissance et signé le devoir d'information et de conseil préalablement à la présente demande d'adhésion.
- ☐ Vous déclarez avoir reçu le résumé des garanties proposées à la souscription, le(s) document(s) d'information normalisé(s) sur le produit d'assurance, les conditions générales et certifiez avoir pris connaissance des dispositions contenues dans ce document.
- ☐ Vous certifiez sincères et valables les indications données dans cette demande d'adhésion.

DOCUMENTS À JOINDRE À LA PRÉSENTE DÉCLARATION

- ☐ Statuts de l'association si non déjà adhérent à Chorum
- ☐ Copie d'un bulletin de salaire récent pour chaque catégorie de salariés concernée (cadre, non cadre...)
- ☐ Formulaire(s) d'inscription d'établissement mentionné(s) en 6 si applicable (Cas B)
- ☐ Liste(s) du personnel à affilier et le cas échéant, déclaration(s) des risques en cours pour chaque site déclaré (cf 6 et/ou 7)

Nom et qualité du signataire :

Signature et cachet du souscripteur

Date

Attention, toute fausse déclaration ou toute réticence de nature à atténuer l'importance du risque entraînera la nullité du contrat de prévoyance.

CHORUM CONSEIL : distributeur

SAS d'intermédiation en assurance au capital de 1.539.000€

RCS Nanterre 833 426 851 – répertoire ORIAS 170 073 20

Siege social : 4-8 rue Gambetta - 92240 MALAKOFF

Responsabilité Civile Professionnelle et Garantie Financière conformes aux articles L 512-6 et L 512-7 du Code des assurances - sous le contrôle de l'ACPR - 4 Place de Budapest, 75436 Paris - (www.acpr.banque-france.fr) exerce son activité en application des dispositions de l'article L 520-1 II b du Code des assurances, la liste des assureurs partenaires est disponible sur demande

Capital social détenu à hauteur de 97% par VYV INVEST dont le siège social est sis 33, avenue du Maine - Tour Montparnasse - BP 25 - 75755 Paris Cedex 15, immatriculée au RCS de Paris sous le numéro SIREN 839 314 242

Réclamation : CHORUM CONSEIL - Service Réclamation - 4-8 rue Gambetta - 92240 Malakoff

Médiation : le Médiateur de l'Assurance est compétent pour intervenir sur tout litige n'ayant pu être réglé dans le cadre d'une réclamation préalable directement adressée à votre courtier. Il peut être saisi par La Médiation de l'Assurance, TSA 50110 75441 Paris Cedex 09