



# Comment remplir mon bulletin d'Adhésion ?



PRÉVOYANCE



SANTÉ



ÉPARGNE - RETRAITE



IARD



INGÉNIERIE SOCIALE



**Chorum**

GRUPE **vyv**

[www.chorum.fr](http://www.chorum.fr)

## LES DIFFÉRENTS BLOCS



## Identification du souscripteur

**N° de SIREN :** détailler ici le N°SIREN du souscripteur.

**Adresse du siège :** détailler l'adresse de l'établissement souscripteur.

1 IDENTIFICATION DU SOUSCRIPTIONNEUR	
Raison sociale :	.....
N° SIREN :	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div>
NIC du Siège :	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div>
Adresse du Siège :	.....
CP :	.....
Ville :	.....



## Garanties souhaitées

## Lorsque je suis déjà titulaire d'un contrat de base, comment souscrire une option supplémentaire ?

Si vous êtes déjà titulaire d'un contrat de prévoyance de base et souhaitez seulement souscrire une option, dans ce cas ne pas cocher la zone «régime conventionnel obligatoire» et **cocher uniquement la case option** que vous souhaitez souscrire.

**4**

**GARANTIES SOUHAITÉES**

*Les taux de cotisations ci-dessous  
à la documentation commerciale*

*Pour chaque garantie souhaitée,  
cocher la catégorie de personnel à assurer*

Régime Conventionnel (Avenant 32)	<input type="checkbox"/> Ensemble du personnel <input type="checkbox"/> Ensemble du personnel <input type="checkbox"/> Personnel Non Cadre s <input type="checkbox"/> Personnel Cadre seule <input type="checkbox"/> Ensemble du personnel <input type="checkbox"/> Personnel Non Cadre s <input type="checkbox"/> Personnel Cadre seule
Option Capital Décès Additionnel	
Option Rente de Conjoint complémentaire	
Option Rachat de Franchise	60 à 90 jours : <input type="checkbox"/> Ensemble du personnel 30 à 90 jours : <input type="checkbox"/> Ensemble du personnel



## Personnel à assurer

## Qui dois-je mentionner dans la liste « PERSONNEL A ASSURER » ?

Vous pouvez fournir les informations générales concernant votre personnel à assurer, **y compris les personnes actuellement en arrêt de travail**.

**Masses salariales annuelles estimées :**  
détailler ici la somme totale annuelle des salaires bruts du personnel à assurer. Si l'activité salariée est inférieure à 12 mois, fournir une estimation de votre masse salariale sur 12 mois.

5 PERSONNEL À ASSURER		
Préciser les informations suivantes par catégorie de personnel	Effectif à la date d'adhésion	Masses Salariales annuelles estimées
Personnel Non Cadre		TA TB
Personnel Cadre		TA TB/TC

Code NAF de l'activité dont relève ce personnel :

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

Si Oui, veuillez préciser le nom de l'organisme assureur :

**« Les salariés à assurer bénéficient-ils des dispositions de la CCN » :**

cette information est disponible sur la  
fiche de paie. Si une réponse de type  
« partiellement » ou « non » devait être  
apportée ici, merci de nous contacter. Les  
coordonnées de votre délégation régionale  
sont disponibles sur :  
[www.chorum.fr/delegation](http://www.chorum.fr/delegation)

## Vos salariés bénéficient-ils d'un précédent contrat de prévoyance collective complémentaire ?

Il est impératif de sélectionner ici la case qui correspond à votre situation.



### BLOC 6

## Choix du dispositif de gestion

### Cas B gestion MULTISITES :

si cette case est cochée, il sera nécessaire de joindre la fiche d'inscription d'établissement fournie par Chorum.



**Un nouvel établissement = une fiche à remplir**

### 6 CHOIX DU DISPOSITIF DE GESTION

Nous vous invitons à préciser les modalités de mise en œuvre de votre contrat de prévoyance. Les associations ayant plusieurs établissements peuvent opter pour une gestion centralisée de leur 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 sur SITE UNIQUE** (association monosite ou multi-établissements regroupés)

L'association sera destinataire, à l'adresse indiquée au recto, de ses avis d'appel de cotisations et décomptes de prestations, sauf si vous indiquez ci-après les coordonnées de gestionnaire(s) spécifique(s).

**COTISATIONS** (adresse d'envoi des avis d'appel) :

☐ Le siège de l'association

☐ Autre : .....

SIRET : .....

Adresse : .....

CP : .....

Ville : .....

**PRESTATIONS** (adresse d'envoi des décomptes) :

☐ Le siège de l'association

☐ Autre : .....

SIRET : .....

Adresse : .....

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)



### BLOC 7

## Personnel à affilier

### Qui dois-je mentionner dans la liste « PERSONNEL A AFFILIER » ?

Vous devrez fournir ici les informations détaillées pour chaque salarié à assurer. L'ensemble de ce bloc est à remplir : le tableau dans son intégralité, mais également les 2 cases à cocher.



**« l'un au moins des salariés ci-dessus est en arrêt de travail et je joins ... »** dès lors que cette case est cochée, merci de joindre au dossier le formulaire de « Déclaration des Risques en Cours » pour la bonne poursuite de la souscription.

### 7 PERSONNEL À AFFILIER

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

CAT. (1)	NOM (2)	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	N° SÉCURITÉ SOCIALE	SITUATION DE FAMILLE (3)
			J J J J J J J J	J J J J J J J J	
			J J J J J J J J	J J J J J J J J	
			J J J J J J J J	J J J J J J J J	
			J J J J J J J J	J J J J J J J J	
			J J J J J J J J	J J J J J J J J	
			J J J J J J J J	J J J J J J J J	
			J J J J J J J J	J J J J J J J J	

(1) Catégories : NC = Non Cadre, C = Cadre, TH = Travailleur Handicapé

(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), M = Marié(e), P = Partenaire de PACS, U = Concubinage, suivi du n° 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'a 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 »

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



### BLOC 8

## Date d'effet souhaitée

La **date d'effet souhaitée est le 1er jour de début de couverture souhaité** (exemple : 01/06/2016 pour un début courant juin). Cette date est la même que celle dans le Bloc 2 et 4 de votre Déclaration de Risques en Cours et/ou Bloc 6 de votre Bulletin d'Adhésion.



**Les employés doivent obligatoirement être couverts dès leur 1er jour de travail.**



### BLOC 9

## Documents à joindre à la présente déclaration



**Il est impératif de joindre tous les documents listés dans le Bloc 9.  
Un dossier complet = une mise en gestion fluide et rapide !**

**Ancien salarié :** salarié non retraité dont le contrat de travail a été rompu.

**Arrêt de travail :** absence motivée par la nécessité d'un arrêt de toute activité professionnelle, constatée par le médecin traitant du salarié, et envoyé à la Sécurité sociale.

Le salarié a justifié son absence en vous adressant un certificat médical dans les 48 heures.

**Date d'effet :** 1er jour du mois de début de couverture souhaité (exemple : 01/06/2016 pour un début courant juin 2016). Cette date doit être cohérente entre :

- ▶ Bulletin d'Adhésion : pavé 8 ;
- ▶ Bulletin d'inscription d'établissement : pavé 6 ;
- ▶ Fiche de Déclaration de Risques en Cours : pavés 2 et 4.

Les employés doivent obligatoirement être couverts dès leur 1er jour de travail. Si vous n'avez pas de précédent contrat de prévoyance, il s'agit de la date d'embauche du premier salarié.

**Date de passage en invalidité :** date de reconnaissance du statut d'invalidité. Elle est visible sur la notification de pension d'invalidité fournie par la CPAM. A noter, après un an, l'incapacité de travail prend le nom d'invalidité.

**Date de survenance :** date d'arrêt de travail initial. **A noter :** en cas d'invalidité, il s'agit de la date d'arrêt initial ayant entraîné l'invalidité.

**Incapacité permanente indemnisée par la Sécurité sociale :** statut de toute personne atteinte d'une affection réduisant d'au moins deux tiers sa capacité de travail ou de gains et ce de manière permanente.

**Invalidité :** statut de toute personne atteinte d'une affection réduisant d'au moins deux tiers sa capacité de travail ou de gains.

**Mi-temps thérapeutique :** statut de votre salarié permettant de reprendre progressivement son activité suite à un arrêt de travail pour maladie.

**NIC du siège :** Numéro Interne de Classement (NIC). Il correspond au cinq chiffres ajoutés au numéro de SIREN de l'unité légale pour composer le numéro SIRET d'un établissement.

**Qualité du signataire :** adossée au nom de la personne ayant le pouvoir de signature, la « qualité » correspond à la fonction au sein de la structure (exemple : président/trésorier/...).

**Rente de conjoint :** en cas de décès, ou d'invalidité totale, versement d'une somme déterminée par le contrat au conjoint, concubin, ou partenaire de PACS.

**Rente éducation :** en cas de décès, ou invalidité absolue et définitive de l'un des parents, versement périodique aux enfants à charge d'une somme déterminée par le contrat.

**Souscripteur :** il s'agit de la personne qui s'engage à la signature des documents du contrat.

**Terme de la prestation :** c'est la date de fin de versement pour les bénéficiaires. Par exemple, pour la rente conjoint cela peut correspondre à la date de la retraite, ou de remariage, tandis que pour la rente éducation ce pourra être la date de la majorité ou date de fin d'étude de l'enfant (dans la limite d'âge prévue par le contrat).

**Tranche A (TA) :** tranche inférieure de la rémunération, au plus égale au salaire annuel plafond de la Sécurité sociale (39 228 € bruts en 2017).

**Tranche B (TB) :** tranche de la rémunération comprise entre 1 et 4 fois le plafond de la Sécurité sociale (39 228 € bruts en 2017).

## 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](http://www.acpr.banque-france.fr)) exerce son activité en application des dispositions de l'article L 520-11 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