

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		Taux de cotisation en % du salaire brut					
		Non Cadre			Cadre		
		TA	TB	TC	TA	TB	TC
Régime de base	<input type="checkbox"/> Ensemble du personnel	2,33 %	3,64 %	-	2,33 %	3,64 %	-
Option Capital Décès Additionnel	<input type="checkbox"/> Ensemble du personnel	0,20 %	0,50 %	-	0,20 %	0,50 %	-
Option Extension à la Tranche C Sur le Régime de Base	<input type="checkbox"/> Ensemble du personnel	-	-	4,99 %	-	-	4,99 %
Option Extension à la Tranche C Sur l'Option Capital Décès	<input type="checkbox"/> Ensemble du personnel	-	-	0,60 %	-	-	0,60 %

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
		TC
Personnel Cadre (Articles 4 et 4 bis de la convention AGIRC)		TA
		TB
		TC

Code NAF de l'activité dont relève ce personnel :

L'entité employeur est-elle adhérente de l'Union Mutualiste GHMF : ☐ Oui ☐ Non

La CCN FEHAP 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

Malakoff Médéric Prévoyance

Institution de prévoyance régie par le titre III

du livre IX du Code de la Sécurité sociale

agréée pour les branches 1, 2, 20, 25 et 26

Siège social : 21 rue Laffitte 75009 Paris

Co-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

(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

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

Siège 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