

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 garanties assurées au sein de chaque contrat sont détaillées dans le "Tableau des garanties de prévoyance" joint à la présente demande.

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

Contrat Régime Conventionnel /
Avenant 362

☐ Ensemble du personnel

Taux de cotisation en % du salaire brut			
Non Cadre		Cadre	
TA	TB	TA	TB/TC
2,49 %	2,49 %	2,49 %	3,75 %

Contrat(s) Garanties Optionnelles (Régime complémentaire)

Option Capital Décès Additionnel	<input type="checkbox"/> Ensemble du personnel (TA/TB/TC)	0,24 %	0,24 %
	<input type="checkbox"/> Personnel Non Cadre seulement	0,23 %	-
	<input type="checkbox"/> Personnel Cadre seulement	-	0,26 %
Option Rente de Conjoint complémentaire	<input type="checkbox"/> Ensemble du personnel (TA/TB/TC)	0,16 %	0,16 %
	<input type="checkbox"/> Personnel Non Cadre seulement	0,17 %	-
	<input type="checkbox"/> Personnel Cadre seulement	-	0,15 %
Option Rachat de Franchise	60 à 90 jours : <input type="checkbox"/> Ensemble du personnel	0,25 %	0,33 % TB/TC
	30 à 90 jours : <input type="checkbox"/> Ensemble du personnel	0,70 %	1,18 % TB/TC

DATE D'EFFET SOUHAITÉE : J | J | M | M | A | A

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 (hors articles 4 et 4bis de la CCN de 1947 dont déf. reproduites à l'article 2 de l'ANI du 17/11/2017)		TA
		TB/TC
Personnel Cadre (articles 4 et 4 bis de la CCN de 1947 dont déf. reproduites à l'article 2 de l'ANI du 17/11/2017)		TA
		TB/TC

Code NAF de l'activité dont relève ce personnel :

Nom du Syndicat Employeur : ☐ NEXEM ☐ Aucun ☐ Autre

La CCN 66 est-elle appliquée dans son intégralité aux salariés à assurer : ☐ Oui ☐ Non

Ces assurés 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 capitaux décès, incapacité temporaire, invalidité et incapacité permanente professionnelle

O.C.I.R.P.

Organisme Commun des Institutions de Rente et de
Prévoyance. Union d'institutions de prévoyance régie
par le Code de la Sécurité sociale - SIREN 788 334 720

Siège social : 17 rue de Marignan 75008 Paris

Assureur des garanties rente éducation, rente
handicap et rente de conjoint

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, en invalidité, en incapacité permanente professionnelle ou en temps partiel thérapeutique à la date d'effet, qu'aucun ancien salarié n'est indemnisé par un précédent contrat de prévoyance et ne pas avoir connaissance d'ayants droit d'anciens salariés décédés bénéficiaires de rente d'éducation, handicap ou de conjoint en vertu d'un contrat prévoyance collective souscrit antérieurement.

☐ Je déclare que l'un au moins des salariés ci-dessus ou de mes anciens salariés est en arrêt de travail, en invalidité, en incapacité permanente professionnelle ou en temps partiel thérapeutique indemnisés par la Sécurité sociale ou un contrat précédent et/ou j'ai connaissance d'ayants droit d'anciens salariés décédés bénéficiaires de rentes d'éducation, handicap ou de conjoint en vertu d'un contrat de prévoyance collective souscrit antérieurement.

CHORUM CONSEIL :

Distributeur et gestionnaire - Courtier en assurance

SAS d'intermédiation en assurance au capital de 1.539.000€

RCS Nanterre 833 426 851 – répertoire ORIAS 170 073 20 - www.oriass.fr

Siège social : 4-8 rue Gambetta - 92240 MALAKOFF - Tél : 01.84.76.15.00.

E-mail : chorum.conseil@chorum.fr - site internet : www.chorum.fr

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 521-2 II 1° b : après avoir recueilli les exigences de son client, CHORUM Conseil propose un ou plusieurs contrats d'assurances sélectionnés parmi les offres et produits provenant d'un ou plusieurs organismes partenaires.

La liste des assureurs partenaires est fournie sur la fiche d'information conseil.

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 : La Chambre Nationale des Praticiens de la Médiation (CNPM), SAS dédiée à la médiation de la consommation, est compétente pour intervenir sur tout litige n'ayant pas pu être réglé dans le cadre d'une réclamation préalable directement adressée à votre courtier. Elle peut être saisie via la plateforme de médiation du site <http://cnpm-mediation-conso.com>, ou par courrier postal en écrivant à : CNPM-MEDIATION-CONSO, 27, avenue de la Libération, 42400 Saint-Chamond.

CHORUM CONSEIL perçoit au titre de son activité de distribution une commission incluse dans la prime d'assurance.

TRAITEMENT DES DONNÉES PERSONNELLES

Les données recueillies sont nécessaires à Chorum, à Mutex et l'OCIRP pour la passation, la gestion et l'exécution du contrat, la gestion de la relation commerciale, l'exercice du devoir de conseil, la gestion des réclamations, des éventuels contentieux et du recouvrement. Les données personnelles sont également traitées afin de répondre aux dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur. D'autres traitements sont basés sur l'intérêt légitime de Chorum et/ou des organismes assureurs afin d'apporter de meilleurs produits et services, d'améliorer la connaissance client pour personnaliser les contenus et de proposer des offres adaptées aux besoins des assurés. Les données personnelles pourront être utilisées afin de respecter des obligations prudentielles prévues par la législation nationale et européenne. Les traitements correspondent notamment à la réalisation de statistiques, d'études actuarielles, d'analyses de recherche et développement, à des opérations de prospection et de lutte contre la fraude.

Les données collectées sont indispensables à la mise en œuvre de ces traitements et sont destinées aux services concernés de ces organismes, ainsi que le cas échéant à leurs sous-traitants, prestataires, partenaires, intermédiaires d'assurance, réassureurs et coassureurs, organismes professionnels habilités, dans la limite de leurs attributions respectives.

Ces organismes sont tenus de s'assurer que les données sont exactes, complètes et, le cas échéant, mises à jour. Les données collectées sont conservées pendant toute la durée de la relation contractuelle augmentée de la durée des prescriptions légales.

Vous, et toute personne dont les données personnelles sont collectées, disposez du droit de demander l'accès à vos données à caractère personnel, de les rectifier ou de les effacer, ainsi que de décider de leur sort post-mortem. Vous disposez également du droit de vous opposer au traitement à tout moment pour des raisons tenant à votre situation particulière, de limiter le traitement dont vous faites l'objet, et du droit à la portabilité des données à caractère personnel dans les limites fixées par la loi. Vous pouvez à tout moment retirer votre consentement si le traitement est soumis à consentement.

Vous pouvez exercer vos droits soit par mail à dpo@chorum.fr ou par courrier à Délégué à la Protection des Données de Chorum, 4 Rue Gambetta, 92240 Malakoff.

Chorum étant soumis à une obligation d'identification de la personne concernée dans le cadre de l'exercice des droits, la production d'un titre d'identité peut être demandée à cette dernière. Si vous estimez, après avoir contacté l'interlocuteur précité, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL sur www.cnil.fr ou par courrier à l'adresse suivante : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy - TSA 80715, 75334 PARIS CEDEX 07

Une notice de Protection des données à caractère personnel apportant des informations complémentaires est consultable sur le site www.mutex.fr.

- ☐ 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(s) produit(s) d'assurance, les Conditions Générales et certifiez avoir pris connaissance des dispositions contenues dans ces documents.
- ☐ Vous certifiez sincères et valables les indications données dans ce bulletin d'adhésion.

DOCUMENTS A JOINDRE A LA PRESENTE 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**)
- ☐ Extrait du JO constatant la déclaration en préfecture ou Extrait K-Bis de moins de 3 mois.

Nom et qualité du signataire :

Signature et cachet du souscripteur

Date

Attention, toute fausse déclaration ou toute réticence intentionnelle de nature à changer l'objet du risque garanti ou à en atténuer l'importance pour l'organisme assureur peut entraîner la nullité du contrat de prévoyance.