CCN DES STRUCTURES ASSOCIATIVES DE PECHE ET DE PROTECTION DU MILIEU AQUATIQUE

DEMANDE D'ADHÉSION PRÉVOYANCE

A compter du 1er janvier 2016

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	TA	TB
Régime Conventionnel	❑ **Ensemble du personnel**	**1,31%**	**1,95%**	**1,31%**	**1,95%**
Maintien de salaire	❑ *Ensemble du personnel*	**0,83%**	**2,08%**	**0,83%**	**2,08%**
Additionnel Décès	❑ *Cadres seulement*	**-**	**-**	**0,40%**	**0,40%**

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 *(Articles 4 et 4 bis de la convention AGIRC)*		TA
		TB

Code NAF de l'activité dont relève ce personnel : |_|_|_|_|_|

Nom du Syndicat Employeur : ❑ SNSAPL ❑ Aucun ❑ Autre .....

Les salariés à assurer bénéficient-ils des dispositions de la CCN SAPPMA : ❑ Intégralement ❑ Partiellement ❑ 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

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 : Mise en place d'un contrat unique** (association monosite ou multi-établissements regroupés)
L'ensemble des salariés concernés seront affiliés au(x) contrat(s) Siège qui sera destinataire unique des avis d'appel de cotisations et décomptes de prestations.

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

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
(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».

8 DATE D'EFFET SOUHAITÉE

J J M M A A

9 DOCUMENTS À JOINDRE À LA PRÉSENTE DÉCLARATION :

✓ Statuts de l'association si non 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)

10

Fait à ..... le .....

Nom et qualité du signataire : .....

.....

Signature et cachet du souscripteur :

Mutuelle CHORUM : BP 70 066 - 75 622 Paris Cedex 13
Mutuelle soumise au livre II du code de la mutualité
et immatriculée au répertoire Sirène sous le n° 784 621 419
Siège social : 56/60 rue Nationale - 75013 Paris
Gestionnaire pour le compte de(s) assureur(s)

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