

**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 et les taux de cotisation afférents sont détaillés dans le "Tableau des garanties de prévoyance" et le "Tableau des cotisations" joints à la présente demande.*

Cocher la case correspondante à chaque garantie souhaitée		Taux de cotisation en % du salaire brut			
		Non Cadre		Cadre	
		TA	TB	TA	TB
<input type="checkbox"/> Régime Conventionnel	Ensemble du personnel	4,89 %	4,89 %	4,89 %	4,89 %
<b>Garanties optionnelles (uniquement en complément du régime conventionnel)</b>					
<input type="checkbox"/> Option A <i>Capital Décès Additionnel (200%)</i>	Personnel Cadre seulement	-	-	0,40 %	-
<input type="checkbox"/> Option B <i>Capital Décès Additionnel (125%) + Rente de Conjoint</i>	Personnel Cadre seulement	-	-	0,40 %	-

DATE D'EFFET SOUHAITÉE

**5 PERSONNEL À ASSURER**

Préciser les informations suivantes par catégorie de personnel	Effectif à la date d'adhésion	Masses Salariales annuelles estimées
Régime conventionnel :		TA
Ensemble du Personnel		TB
Garanties additionnelles :		TA
Ensemble du Personnel		

Code NAF de l'activité dont relève ce personnel :

Nom du Syndicat Employeur :  ADESSADomicile  FNAAFP/CSF  UNA  
 UNADMR  Aucun  Autre .....

La CCN BAD 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

**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	<input type="text"/>		JJ/MM/AA
				<input type="text"/>		
				<input type="text"/>		
				<input type="text"/>		
				<input type="text"/>		

(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 ou de conjoint en vertu d'un contrat de prévoyance collective souscrit antérieurement.
- 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 bénéficiaires de rente d'éducation ou de conjoint en vertu d'un contrat de prévoyance collective souscrit antérieurement.

**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, maintien de salaire, 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 - SIRET 788 334 720

Siège social : 17 rue de Marignan 75008 Paris

Assureur des garanties décès en rente

## TRAITEMENT DES DONNÉES PERSONNELLES

Chorum et votre assureur mettent en œuvre un traitement de données à caractère personnel et de données dites sensibles vous concernant pour assurer la passation, la gestion et l'exécution de votre contrat, ainsi que pour la gestion commerciale de notre relation.

Ces données pourront aussi être utilisées dans le cadre d'opérations de prospection, de contrôle, de lutte contre la fraude et le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, de recherche des bénéficiaires de contrats décès non réglés, de recouvrement, de contentieux, d'élaboration de statistiques, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement, d'exécution des dispositions légales et réglementaires, et ce, en application du présent contrat ou de l'intérêt légitime de Chorum et/ou de votre assureur.

Les données collectées dans ce formulaire sont indispensables à la mise en œuvre de ces traitements, et sont destinées aux services concernés de Chorum et de votre assureur, ainsi que, le cas échéant, à leurs sous-traitants ou prestataires. Dans ce cadre, Chorum et votre assureur sont tenus de s'assurer que les données sont exactes, complètes et, le cas échéant, mises à jour. Les données collectées sont susceptibles d'être conservées pendant toute la durée de la relation contractuelle augmentée de la durée des prescriptions légales.

En application de la législation en vigueur, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification ou d'effacement, de limitation du traitement de vos données, de portabilité, d'opposition aux traitements, ainsi que du droit de définir des directives sur leur sort après votre décès.

Vous pouvez exercer vos droits soit par mail ([dpo@chorum.fr](mailto:dpo@chorum.fr)) soit par courrier adressé à : Délégué à la Protection des Données de Chorum, 4/8, rue Gambetta – 92240 MALAKOFF.

Lors de l'exercice de leurs droits, la production d'un titre d'identité peut être demandée.

Vous avez le droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL sur [www.cnil.fr](http://www.cnil.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 produit 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 cette demande 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



**CHORUM**  
TSA 40000 - 92245 Malakoff Cedex

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 : Courtier en assurance

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 521-2 II 1°b du Code des assurances.

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 : le service de médiation Medicyc 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 via le site internet [www.medicyc-consommation.fr](http://www.medicyc-consommation.fr) ou par voie postale : MEDICYC - 73, Boulevard de Clichy, 75009 - Paris.