Chorum
GROUPE vyv

CCN DU SPORT

BULLETIN D'ADHÉSION PRÉVOYANCE

A compter du 1er avril 2019

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 Obligatoire	❑ **Personnel Non Cadre**		**0,58 %**	**0,58 %**	-	-
Option Capital Décès Additionnel 270 %	❑ Personnel Non Cadre		0,81 %	-	-	-
Proposition de régime Cadre *conforme à la CCN du 14 mars 1947 et aux garanties conventionnelles Sport*	❑ Personnel Cadre	Garanties de la CCN	-	-	0,73 %	0,73 %
		Additionnel Décès	-	-	0,77 %	-
Option Maintien de salaire	❑ Ensemble du personnel		1,10 %	2,00 %	1,10 %	2,00 %

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		TA
		TB
Personnel Cadre *(article 4 de la convention AGIRC)*		TA
		TB

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

Nom du Syndicat Employeur : ❑ COSMOS ❑ CNEA ❑ Aucun ❑ Autre .....

La CCN Sport 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

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 rentes en cas de Décès

CHORUM - TSA 40000 - 92245 Malakoff Cedex

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 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)

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 : 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) 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