

3 VOTRE PRÉCÉDENT CONTRAT

- Si votre organisme dispose d'un précédent contrat de Prévoyance collective, renseigner la rubrique ④ et préciser s'il s'agit :
- d'un contrat Chorum
 - d'un contrat d'un autre assureur. Dans ce cas, joindre une copie des « conditions générales et particulières ». Merci de noter que ces documents sont nécessaires au traitement de votre adhésion et que leur absence la retardera d'autant.
- Si votre organisme ne dispose pas d'un précédent contrat de Prévoyance collective, confirmer que :
- Chorum doit organiser l'indemnisation intégrale des éventuels salariés en arrêt de travail. Dans ce cas, joindre les 12 bulletins de salaire précédant l'arrêt de travail de chaque salarié déclaré en ②.

4 INDEMNISATION D'ANCIENS SALARIÉS AU TITRE D'UN PRÉCÉDENT CONTRAT

- Votre entreprise a-t-elle d'anciens salariés en arrêt de travail, mi-temps thérapeutique, invalidité ou incapacité permanente indemnisés par la Sécurité Sociale, pris en charge au titre d'un précédent régime de prévoyance ?
- OUI > Merci de compléter le tableau ci-après
 - NON > Veuillez barrer le tableau ci-après et y porter la mention « NEANT »

	Numéro de Sécurité Sociale	Nom	Prénom	Date de naissance	Situation de famille (1)	Statut (2)	Salaire annuel brut précédent l'arrêt
1				JJ / MM / AA			
2							
3							
4							
5							

	Date de survenance (3)	Nature de l'arrêt (4)	Type Indemn. (5)	Si mi-temps thérap. salaire annuel brut	Montant prestation S.S.	Prestation versée par précédent assureur (6)	Date de passage en invalidité	Date de licenciement
1	JJ / MM / AA						JJ / MM / AA	JJ / MM / AA
2								
3								
4								
5								

- Avez-vous connaissance d'ayants droit bénéficiaires de Rente Education ou de Rente de Conjoint en cours de service ?
- OUI > Merci de compléter le tableau ci-après
 - NON > Veuillez barrer le tableau ci-après et y porter la mention « NEANT »

	Numéro de Sécurité Sociale	Nom	Prénom	Parenté (7)	Date de naissance de l'ayant droit	Nature de la garantie (8)	Prestation versée par précédent assureur (6)	Terme de la prestation (9)
1					JJ / MM / AA			
2								
3								

(1) Situation de famille C : Célibataire, veuf(ve), divorcé(e), séparé(e) M : Marié(e) P : Partenaire de PACS U : Concubinage La lettre doit être suivie du nombre d'enfant(s) à charge (ex : marié, 2 enfants = M2)	(2) Statut NC : Non Cadre C : Cadre UE : Usager d'ESAT	(3) Date de surv. Date d'arrêt de travail pour l'incapacité temporaire totale	(4) Nature de l'arrêt INV 1 : Invalidité 1 ^{ère} catégorie INV 2 : Invalidité 2 ^{ème} catégorie INV 3 : Invalidité 3 ^{ème} catégorie ITT VP : Incap. temporaire totale vie privée ITT AT : Incap. temporaire totale profession. INCnn : Incap. permanente nn : taux d'incapacité (ex : INC70 = 70%)	(5) Type Indemn. MT : Mi-temps PT : Plein Temps	(6) Presta versée par précédent assureur Faire suivre le montant indiqué de la périodicité en distinguant la part viagère de la temporaire : J : Prestation journalière M : Prestation mensuelle T : Prestation trimestrielle A : Prestation annuelle Si l'arrêt est encore sous franchise du précédent contrat, indiquer « franchise »
---	--	---	---	--	--

(7) Parenté C : Conjoint E : Enfant	(8) Nature de la garantie RE : Rente éducation RC : Rente de conjoint	((9) Terme de la prestation Précisez l'âge du terme ou le caractère viager.
--	--	---

5 Fait à le
Signature et cachet du souscripteur :

L'entreprise certifie exactes et sincères les informations figurant sur ce document. Elle reconnaît que toute fausse déclaration de sa part ou toute réticence de nature à atténuer l'importance du risque entraînerait la nullité du contrat de prévoyance. Elle est informée également que l'article L.912-3 du Code de la Sécurité sociale met à la charge de l'employeur l'organisation de la reprise des risques en cours et que tout manquement à cette obligation laisse à la charge exclusive de celui-ci ses conséquences financières.

EN TOUT ÉTAT DE CAUSE, SI LA DÉCLARATION NE PARVIENT PAS COMPLÈTE DANS LES TROIS MOIS DE LA DATE D'EFFET SOUHAITÉE, L'OFFRE D'ASSURANCE SERA CADUQUE DE PLEIN DROIT.

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, l'exécution des dispositions légales et réglementaires, et ce, en application du présent contrat ou de l'intérêt légitime de Chorum.

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. 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) soit par courrier adressé à : Délégué à la Protection des Données de Chorum, 4/8, rue Gambetta – 92240 MALAKOFF.

L'exercice de vos droits est subordonné à la production d'un titre d'identité que vous devez joindre à votre demande.

En cas de litige persistant, vous avez la faculté de saisir la CNIL sur www.cnil.fr.