INSCRIPTION D'UN ÉTABLISSEMENT

A compléter pour étendre à tout nouvel établissement les garanties prévoyance déjà souscrites par l'employeur.

1 ORGANISME DONT RELÈVE L'ÉTABLISSEMENT

Raison sociale : .....

.....

N° SIREN : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

NIC du Siège : |_|_|_|_|_|

2 INTERLOCUTEUR EN CAS DE BESOIN

Nom / Prénom : .....

Tél. : .....

Email : .....

3 ÉTABLISSEMENT À INSCRIRE

Nom : .....

SIRET : |_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|

CCN appliquée : .....

Code NAF : |_|_|_|_|_| Nb Sal. : .....

Date de 1ère embauche : |J|J|M|M|A|A|

Adresse : .....

.....

CP : ..... Ville : .....

4 MODALITÉS DE GESTION À APPLIQUER À L'ÉTABLISSEMENT

Merci de préciser le mode de gestion souhaité pour les cotisations et les prestations relatif à votre contrat :

COTISATIONS *(adresse d'envoi des avis d'appel)* :

- ☐ L'établissement lui-même
- ☐ Le siège de l'organisme
- ☐ Autre : .....

SIRET |_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|

Adresse : .....

.....

CP : ..... Ville : .....

PRESTATIONS *(adresse d'envoi des décomptes)* :

- ☐ L'établissement lui-même
- ☐ Le siège de l'organisme
- ☐ Autre : .....

SIRET |_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|

Adresse : .....

.....

CP : ..... Ville : .....

5 ÉLÉMENTS COMPLÉMENTAIRES RELATIFS À L'ÉTABLISSEMENT ET SES SALARIÉS

▶ **S'il s'agit de la création d'un nouvel établissement au répertoire Sirène :**

A. Date d'inscription au répertoire : |J|J|M|M|A|A|

B. Je confirme qu'aucun salarié n'était en arrêt de travail à la date d'inscription de l'établissement ☐ VRAI ☐ FAUX*

▶ **S'il s'agit de la reprise d'un établissement préexistant :**

C. Tout ou partie des salariés proviennent d'un autre employeur (SIREN différent) ☐ VRAI ☐ FAUX

D. Aucun salarié n'était en arrêt de travail à la date d'inscription souhaitée (cf. ci-dessous) ☐ VRAI ☐ FAUX*

E. Aucune rente n'était en cours à la date d'inscription, au titre d'un précédent contrat prévoyance ☐ VRAI ☐ FAUX*

▶ **S'il s'agit d'une régularisation administrative :**

F. Les cotisations pour les salariés de cet établissement étaient déclarées jusqu'à ce jour sur le SIRET : |_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|

6 Date d'effet souhaitée |J|J|M|M|A|A|

7 Documents à joindre à la présente déclaration :

- ✓ Liste du personnel à la date d'inscription
- ✓ Déclaration des risques en cours en cas de réponse «FAUX*» aux questions B, D ou E en 5
- ✓ En cas de Risques en cours positifs, le contrat de l'assureur précédent ou les 12 bulletins de salaire précédant l'arrêt de chaque salarié concerné

8 Fait à ....., le .....

Signature et cachet du souscripteur :

DGP - CE - Inscription - Juillet 2012

Mutuelle CHORUM : BP 70 066 - 75622 Paris Cedex 13
La Mutuelle CHORUM est soumise au livre II du code de la mutualité et est 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)

Document à adresser à : **EspaceClient@ChorumEtVous.fr**

LISTE DU PERSONNEL À AFFILIER

Remplir un tableau par établissement ou joindre un fichier XLS

Raison Sociale / Etablissement : ..... N° SIRET :

CAT. (1)	NOM DE FAMILLE (2)	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	N° SÉCURITÉ SOCIALE	SITUATION DE FAMILLE(3)	ENFANT(S) À CHARGE	SAL. ANNUEL BRUT (SANS LES CENTIMES)	DATE EMBAUCHE ENTREPRISE	DATE ENTRÉE DANS CATÉGORIE (1)	NIC ETABL. PRÉCÉDENT(4)
			JJ / MM / AA					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) C = Célibataire, veuf(ve), divorcé(e), séparé(e), M = marié(e), P = Partenaire de PACS, U = Concubinage
(4) 5 derniers chiffres du SIRET de l'établissement précédent, pour chaque salarié déjà assuré par Chorum.

L'entreprise atteste que la liste du personnel ci-dessus est établie à la date de prise d'effet des garanties, soit le : J J M M A A

Fait à ....., le .....
Signature et cachet du souscripteur :

Instruction : Toutes les informations figurant dans le tableau ci-dessus sont obligatoires. Toute omission ou inexactitude empêchera le versement des prestations éventuelles. Si vous devez déclarer un grand nombre de salariés, merci de solliciter EspaceClient@ChorumEtVous.fr qui vous adressera un fichier XLS de saisie.

Mutuelle CHORUM : BP 70 066 - 75622 Paris Cedex 13
La Mutuelle CHORUM est soumise au livre II du code de la mutualité et est 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)

DGP - CX - Liste du personnel - Juillet 2012