

Certificat d'adhésion

● RETRAITE COMPLÉMENTAIRE
agirc et arrco

Adhésion n°

L'adhésion de votre entreprise aux régimes Arrco et Agirc a été enregistrée par les institutions de retraite complémentaire suivantes :

- , institution membre de l'Arrco, en application de l'Accord du 08/12/61,
- , institution membre de l'Agirc, en application de la Convention collective nationale du 14/03/47.

Sa date d'effet a été fixée au

Votre entreprise s'engage à appliquer les dispositions, actuelles et futures, des accords collectifs précités.

Votre entreprise est immatriculée sur la base des informations suivantes :

NOM ou RAISON SOCIALE :
Sigle et (ou) enseigne commerciale :
Date de création :
Forme juridique : N° de RC ou RM :
Adresse du siège social :
Tél : Fax : E-mail :
Adresse correspondance :
Convention collective applicable :
Activité économique :
Syndicat professionnel : Régime de base de Sécurité sociale :
N° SIRET : Code NAF :

Nous vous remercions de bien vouloir vérifier ces éléments d'identification en nous apportant, le cas échéant, tout complément utile, les modifications ultérieures (changements de raison sociale, forme juridique, adresse, ...) devant également nous être signalées.

Nous vous précisons que cette adhésion s'applique à l'ensemble des établissements présents et futurs de votre entreprise et nous vous demandons de bien vouloir nous informer des créations de nouveaux établissements.

Vous trouverez ci-joint :

- une fiche d'informations récapitulant les conditions générales de cotisations à l'Arrco et à l'Agirc,
- la liste d'emplois simplifiée vous permettant de procéder à l'affiliation spécifique des salariés relevant de l'Agirc.

Votre numéro Siret ou votre numéro d'adhérent doit être rappelé dans toute correspondance.

(A mentionner lorsque des dispositions particulières s'appliquent)

La convention collective de travail applicable à votre secteur d'activité prévoit les obligations spécifiques ci-après qui se substituent aux conditions générales de cotisations :

- taux de cotisations à l'Arrco : appelé à 125% ;
- répartition des cotisations pour l'Arrco :% part employeur,% part salarié ;
- affiliation à l'Agirc des salariés "article 36" à partir du coefficient hiérarchique :

Vos interlocuteurs

Mention du logo du groupe, du nom des institutions, des coordonnées et des mentions légales.
Indiquer le site internet et éventuellement le nom d'un correspondant et ses modes de contact.

CONDITIONS GÉNÉRALES DE COTISATIONS À L'ARRCO ET À L'AGIRC

Salariés visés

Tous les salariés relevant du régime général ou de la MSA cotisent à l'Arcco. Les salariés appartenant aux catégories suivantes cotisent également à l'Agirc :

- Article 4 : ingénieurs et cadres définis par des conventions ou accords conclus au plan national ou régional, dirigeants de sociétés, VRP cadres ;
- Article 4 bis : assimilés cadres, c'est-à-dire employés, techniciens et agents de maîtrise occupant des emplois classés, par la convention collective applicable à l'entreprise, à une cote hiérarchique > ou = 300 ou à un niveau équivalent ;
- Article 36 : option, ouverte à certaines entreprises, permettant l'affiliation des employés, techniciens et agents de maîtrise dont la cote hiérarchique est au moins égale au seuil choisi par l'entreprise (coefficient minimum > ou = 200 ou niveau équivalent).

TAUX PAR TRANCHE DE SALAIRE ET RÉGIME RECEVANT LES COTISATIONS (voir détail des systèmes de cotisation dans le tableau ci-dessous)			
Salariés relevant exclusivement de l'Arcco	▶ à l'Arcco 6% ⁽¹⁾ appelé à 125% soit 7,5%	▶ à l'Arcco 16% appelé à 125% soit 20%	
	T1 (jusqu'à 1 PSS) ⁽²⁾	T2 (entre 1 et 3 PSS) ⁽²⁾	
Salariés relevant de l'Agirc et de l'Arcco	T1 (jusqu'à 1 PSS) ⁽²⁾	TB (entre 1 et 4 PSS) ⁽²⁾	TC (entre 4 et 8 PSS) ⁽²⁾
	▶ à l'Arcco 6% ⁽¹⁾ appelé à 125% soit 7,5% ▶ à l'Agirc CET + GMP	▶ à l'Agirc 16,24% appelé à 125% soit 20,30% + CET + GMP	▶ à l'Agirc 16,24% appelé à 125% soit 20,30% + CET

(1) Sauf dispositions spécifiques prévues par votre convention collective professionnelle qui vous sont précisées par votre certificat d'adhésion

(2) PSS = Plafond de la Sécurité sociale

■ Répartition des cotisations entre l'employeur et le salarié (sauf CET, AGFF et APEC) :

- Régime Arcco : 60% des cotisations employeur / 40% salarié. (Cette répartition s'applique sauf dispositions spécifiques conventionnelles).
- Régime Agirc : Tranche B (sauf CET) : 62,07% des cotisations employeur / 37,93% salarié.
Tranche C : jusqu'à 16% décidée librement au sein de l'entreprise,
et de 16 à 16,24% : 33,33% employeur / 66,67% salarié.

■ Taux d'appel des cotisations contractuelles : 125% (régimes Agirc et Arcco) répartis dans les mêmes proportions que la cotisation contractuelle, ce qui porte le taux global à 7,50% sur Tranche 1, 20% sur Tranche 2 et 20,30% sur Tranches B et C.

■ Garantie Minimale de Points (GMP) : tout salarié relevant du régime Agirc doit obtenir au moins 120 points par an. Une cotisation forfaitaire est donc appelée sur son salaire pour lui permettre d'obtenir ce nombre de points.

■ Contribution Exceptionnelle et Temporaire (CET) au régime Agirc : 0,35% du salaire, du premier euro jusqu'à 8 plafonds de la Sécurité sociale. La répartition de cette cotisation est la suivante : 0,22% employeur et 0,13% salarié.

AUTRES COTISATIONS OBLIGATOIRES, GÉRÉES PAR DÉLÉGATION

■ Association pour la Gestion du Fonds de Financement (AGFF) : les cotisations sont appelées par délégation par les régimes Agirc et Arcco et sont reversées à cet organisme. Le taux est de 2% sur la Tranche 1 et 2,20% sur les Tranches 2 et B des salaires. La répartition de cette cotisation est la suivante :

T1 : 1,20% employeur et 0,80% salarié
T2 et TB : 1,30% employeur et 0,90% salarié

■ Association Pour l'Emploi des Cadres (APEC) : les cotisations sont appelées par délégation par le régime Agirc et sont reversées à cet organisme. Le taux est de 0,06% sur la Tranche B des salaires, réparti à hauteur de 0,036% à la charge de l'employeur et de 0,024% à la charge du salarié. Une cotisation forfaitaire est également appelée une fois l'an pour les cadres présents dans l'entreprise le 31 mars de chaque exercice.

DIRECTION ET BUREAUX

TSA 42222
92246 MALAKOFF CEDEX
Tél. 01 46 84 36 36 - Fax 01 46 99 05 84

Cadre réservé à l'Institution

Adhérent n° : _____

Contrat n° : _____

(Numéros à indiquer dans vos correspondances)

Remplace le n° de contrat : _____

Date d'effet : _____

Groupe financier : **0000000480**

BULLETIN D'ADHÉSION

Personnel non cadre ⁽¹⁾

Décès - incapacité - invalidité

Raison sociale : _____
Adresse siège social : _____
Code postal : _____ Ville : _____
Forme juridique : _____
Téléphone : _____ Adresse e-mail : _____
Date de création : _____ Effectif : Cadre(s) _____ Non cadre(s) _____
Code NAF : _____ Code SIRET : _____
Nature de l'activité : _____ Lieu d'activité : _____

L'entreprise ci-dessus nommée, représentée par _____
agissant en qualité de _____ muni de tous les pouvoirs
nécessaires ⁽¹⁾ Déclare adhérer, au profit de ses salariés non cadres ⁽²⁾, à Ionis prévoyance et à l'OCIRP, conformément
à la Convention Collective Nationale du Sport du 7 juillet 2005 mettant en place un régime de prévoyance obligatoire,
conclu entre les partenaires sociaux négociateurs de la Convention Collective Nationale du Sport,

Et les organismes gestionnaires du régime de Prévoyance : Ionis prévoyance, OCIRP, AG2R, UNPMF et GNP, en vue
d'appliquer les dispositions du chapitre X de la Convention Collective Nationale du Sport et de ses futurs avenants,

Déclare avoir pris connaissance du contrat de garanties collectives et des «Conditions Générales 2006 CCN Sport» qui
régissent la présente adhésion,

- déclare ne pas avoir de salariés ⁽³⁾ en arrêt de travail ⁽³⁾
- déclare avoir des salariés ⁽³⁾ en arrêt de travail (liste au verso) ⁽³⁾

(1) A l'exception des sportifs professionnels, de leurs entraîneurs et des intermittents du spectacle.

(2) L'adhésion constituant un engagement contractuel de l'entreprise, la présente demande doit être signée par un représentant légal de
l'entreprise ou, à défaut, par une personne dûment habilitée à prendre cet engagement.

(3) Cocher la case correspondant à votre situation.

RENSEIGNEMENTS NÉCESSAIRES À LA MISE EN PLACE DE L'ADHÉSION

ADRESSE À RETENIR par l'organisme gestionnaire pour toute correspondance (appel de cotisations, échanges administratifs, ...)

- Liste des salariés et anciens salariés de l'entreprise en arrêt de travail à la date d'effet de l'adhésion :

NOM	PRÉNOM	N° SECURITE SOCIALE	DATE DE L'ARRÊT DE TRAVAIL	DATE DE MISE EN INVALIDITÉ	DATE DE RUPTURE DU CONTRAT DE TRAVAIL	INDOMNITÉS JOURNALIÈRES OU RENTES MENSUELLES *

* Préciser éventuellement la catégorie d'invalidité ou le taux d'incapacité permanente.

- Institution de Prévoyance, Mutuelle ou tout Organisme précédent versant des indemnités journalières ou rentes d'invalidité à ces salariés en arrêt de travail :

NOM _____
 Adresse _____
 Code postal Ville _____ Tél. _____

L'adhésion est acquise à effet du 1^{er} jour du mois suivant l'envoi du bulletin (cachet de la poste faisant foi) ; un double vous sera retourné après acceptation par Ionis prévoyance. Le signataire reconnaît avoir pris connaissance du recto du présent bulletin.

Fait à _____ le _____

L'Entreprise
Signature et cachet

Pour acceptation, Ionis prévoyance



profession sport & loisirs

Groupement Associatif

EMPLOI
ASSOCIATION

Affaire suivie par :
JPH / JM

Madame, Monsieur le(la) Président(e),

Sport Pyrénées Emploi 64 est une association loi 1901 soutenue notamment par l'Etat (Jeunesse et Sports, DDTEFP) et le Conseil Général qui œuvre en faveur de l'emploi dans le sport et l'animation sur l'ensemble du département des Pyrénées-Atlantiques depuis 16 années.

Nous voulons vous proposer **un nouveau service** : Impact Emploi Association permettant de gérer l'ensemble des formalités administratives liées à l'emploi de personnel au sein de votre structure. En fait, cela se traduit par un logiciel spécifique qui nous est mis à disposition par l'URSSAF – avec qui nous en avons conventionné l'exploitation – en qualité de « tiers de confiance », c'est à dire le relais entre l'association employeur et les organismes sociaux.

Cette démarche s'inscrit dans un objectif plus large de simplification des démarches administratives en faveur des dirigeants bénévoles associatifs. Il nous a paru naturel de prolonger l'initiative de l'Etat en adhérant à ce nouveau système qui est opérationnel depuis janvier 2003.

Notre objectif d'accompagnement des bénévoles est assorti d'un souci d'accessibilité au service, notamment en ce qui concerne son coût. Je peux d'ores et déjà vous affirmer que les tarifs pratiqués seront fixés en accord avec nos partenaires institutionnels afin qu'il vous en coûte le moins possible (9 Euros par bulletin édité + 20 Euros d'adhésion annuelle à notre association).

Vous trouverez joint à ce courrier un prospectus de présentation ainsi que les fiches d'identification de la structure et de chacun de ses salarié(e)s. Je vous invite à prendre contact avec nos services afin d'obtenir les renseignements que vous souhaitez.

Dans l'attente, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur le(la) Président(e), l'expression de mes salutations distinguées.

Le Président de l'Association

Jean-Pierre HERVIEU



PAU • Centre Départemental Nelson Paillou • 12, rue Garrigou Lagrange - 64000 PAU
Tél. : 05 59 14 19 60 • Fax : 05 59 14 19 61 • E-mail : spe64@profession-sport-loisirs.fr • Site : www.spe64.org

BAYONNE • Relais du Centre Nelson Paillou • 2, allée des Platanes - 64100 BAYONNE

E-mail : cathy.fischer@profession-sport-loisirs.fr



SERVICE D'AIDE A LA GESTION ADMINISTRATIVE DE L'EMPLOI

Démarches Préalables et Obligatoires à effectuer par l'employeur

Association Employeur	Observations				
Déclaration Unique d'Embauche (D.U.E) <i>Registre Unique du Personnel</i>	Elle est à effectuer par l'employeur 8 jours avant l'embauche, Soit sur internet : www.due.urssaf.fr Soit sur papier				
Visite médicale d'embauche Elle est obligatoire, elle est à la charge de l'employeur. <i>Registre Médical</i>	S'adresser à : - AHIRP 25 rue Louis Barthou 64000 PAU - 05.59.27.40.15 - SIMETRA 38 chemin de Sabalce zone de donzacq 64100 BAYONNE - 05.59.58.38.80				
Rédaction et signature du contrat de travail	Le contrat de travail doit obligatoirement mentionner la convention collective dont relève l'association. (Sport, Animation,...) Le critère permettant de déterminer le champ d'application d'une convention collective est celui « d'activité principale ». Une seule convention collective applicable à l'ensemble des salariés de la structure même ceux exerçant une autre activité				
Adhésion à une caisse de retraite complémentaire	UGRR 05.59.27.41.94				
Adhésion à une caisse de Prévoyance selon la Convention Collective Applicable	<table border="1"> <thead> <tr> <th>CCN Sport</th> <th>CCN Animation</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Caisse d'affiliation : IONIS : 02.32.81.31.82</td> <td>Caisse d'affiliation : APRI Prévoyance : 01.40.64.86.22</td> </tr> </tbody> </table>	CCN Sport	CCN Animation	Caisse d'affiliation : IONIS : 02.32.81.31.82	Caisse d'affiliation : APRI Prévoyance : 01.40.64.86.22
CCN Sport	CCN Animation				
Caisse d'affiliation : IONIS : 02.32.81.31.82	Caisse d'affiliation : APRI Prévoyance : 01.40.64.86.22				
Taux Accident du travail	Taux AT à communiquer à SPE dès réception de la notification délivrée par la CRAMA				
N° SIRET et code APE	INSEE Aquitaine 33 rue de Saget 33076 Bordeaux cedex www.insee.fr 05.57.95.04.00 (<i>taper 4 sur le clavier de votre téléphone</i>)				
Formation Professionnelle Continue	Uniformation Sud Ouest 61 rue Minvielle 33001 Bordeaux cedex - Tel : 05.56.51.66.49 unifbordeaux@unifformation.fr ou AGEFOS-PME Aquitaine 7 Avenue du Millac 33370 Artigues près Bordeaux - Tel : 05.57.77.34.84				
N° d'agrément Jeunesse et Sport	Direction Départementale de la Santé, de la Jeunesse et des Sports Tel : 05.59.27.27.56				

Formalités entre l'association employeur et Sport Pyrénées Emploi 64

Association Employeur	Sport Pyrénées Emploi 64
Dossier « IEA » à compléter	Le retour de ce dossier complété permet à SPE - la création de la structure employeur sur le logiciel de gestion IEA
Adhésion annuelle à l'association SPE 64 (20 € pour 2007)	Facturée lors du 1 ^{er} mois de fonctionnement
Signature de la convention d'assistance Impact Emploi et du mandat	Faire parvenir un exemplaire à SPE
Fiche navette à compléter et à renvoyer <u>chaque mois</u>	Cette fiche est indispensable à SPE pour établir le bulletin de salaire

Services fournis par Sport Pyrénées Emploi 63

Les informations précédentes permettent à Sport Pyrénées Emploi d'effectuer :

☞ Chaque mois :

- les modifications administratives de l'association et /ou des salariés ;
- les bulletins de salaire *(1 exemplaire à conserver par la structure, 1 à remettre au salarié)*

☞ Chaque trimestre :

- les déclarations URSSAF, ASSEDIC, Caisses de retraite complémentaire, Prévoyance
- les télédéclarations

☞ Chaque année :

- les bordereaux annuels récapitulatifs pour l'URSSAF, ASSEDIC, la Formation Continue
- les Déclarations Annuelles des Données Sociales pour la CRAMA et la retraite complémentaire

☞ Ponctuellement :

- les formalités de fin d'emploi (attestation Assedic, reçu pour solde de tout compte, certificat de travail)

Pièces à fournir

Afin de permettre l'ouverture de votre dossier, nous vous demandons de bien vouloir nous fournir les documents mentionnés dans la liste ci-dessous :

Dans tous les cas :

- La ou les fiches « Info'Salariés » et « Info'Contrat de travail » ;
- La photocopie du ou des diplômes de chacun de vos salariés plus, éventuellement, celle de la carte professionnelle ;
- La fiche « Info'Structure »
- La photocopie du contrat de travail.

Si vous avez déjà employé du personnel :

- La fiche « Info'Employeur »
- Les photocopies des derniers bordereaux de cotisation de chacun des organismes sociaux ;
- La photocopie de la notification, par la C.R.A.M, du taux d'accident de travail
- La ou les photocopie(s) du ou des dernier(s) Bulletin(s) de salaire.

Toute structure qui voudra confier sa gestion des salaires à SPE 64 en cours d'année sera soumise à examen. Dans le cas d'une reprise, vous sera demandé :

- Les photocopies de tous les bulletins de salaires, de tous vos salariés, depuis le 1^{er} janvier ;
- Les photocopies de tous les bordereaux de cotisation établis, pour tous les organismes sociaux concernés, depuis le 1^{er} janvier.

Après la réception des pièces ci-dessus, pour mettre en place la télé déclaration et simplifier la gestion de vos cotisations :

- Renvoyer la convention et le mandat

Info' Structure

Raison sociale :

Adresse :

.....

.....

|_|_|_|_|_|

N° de tél. : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

N° de fax : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

Nom du Président :

Correspondant courrier (si différent) :

Nom :

Adresse :

.....

.....

|_|_|_|_|_|

N° de tél. : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

N° de fax : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

Adresse e. mail :

Statut de la structure :

Activité principale :

Date de création : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

N° SIRET : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Code APE : |_|_|_|_|_|

Agrément :

A.E.P activités non sportives

A.E.P activités sportive

Fédération sportive

Centre aéré - Colonie

Aucun

Info' Employeur

Cette fiche doit être remplie par les structures ayant déjà employé du personnel

Date d'embauche du 1^{er} salarié : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|_|

Horaire hebdomadaire applicable : 39 heures

35 heures

Un accord sur la réduction du temps de travail (passage au 35 heures) a-t-il été signé :

Non

Oui Date : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|_|

En cours

Convention collective applicable :

Organismes sociaux :

	Nom et adresse	Référence Ou Code interne
URSSAF		
ASSEDIC		
Caisse de retraite Complémentaire		
Caisse de prévoyance (obligatoire pour les structures employant la CCN animation)		
Organisme collecteur de la formation professionnelle		
Mutuelle		
Recette des impôts		

Taux d'accident du travail (c.f notification CRAM) : |_|_| |_|_| %

Code risque : |_|_|_|_|_|_|

Médecine du Travail : Joindre le document attestant de la visite.

Info' Salarié

NOM :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Adresse :

.....

.....

|_|_|_|_|_|

N° de tél. : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| / E-mail :

Situation de famille :

Célibataire
 Marié(e)

Concubin(e)
 Veuf(ve)

Date de naissance: |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Lieu : Nationalité :

N° de Sécurité Sociale : |_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|_| |_|_|_| |_|_|

Diplôme(s) :

.....

Si diplôme sportif, n° de carte professionnelle : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Info' Contrat de Travail

Date d'embauche : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Emploi :

Type de Contrat :

C.D.I
 C.D.D. date de fin : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Contrat aidé par l'Etat :

C.A.E
 Contrat d'Avenir
 C.I.E
 Autre : préciser

Date début de l'aide : |_|_| |_|_| |_|_|_|_| fin : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

La paie : Nombre d'heures mensuel : heures

 Salaire brut de base : euros

Fiche Navette

Employeur : Salarié :

Mois de : 2010

Nombre d'heures travaillées :

Groupe : Nouvelle Rémunération Horaire Brute :

Heures Complémentaires :

Semaine où les heures complémentaires ont été effectuées	Nombre d'heures
Semaine du : au	
Semaine du : au	
Semaine du : au	
Semaine du : au	

Une augmentation a-t-elle été accordée au salarié : oui non

Montant : €

Net Brut

Autres bases de rémunération :

LIBELLÉ	MONTANT	NET	BRUT
Prime exceptionnelle			
Indemnités Kilométriques			
Indemnités de déplacement			
Frais de repas			

Un acompte sur salaire a-t-il été versé : oui non

Montant de l'acompte : €

Absences :

Congés payés Jours soit heures
---------------------	-------	-------	-------------------------------

LIBELLÉ	Date de début	Date de fin	Nombre de jours	Maintien de salaire (O/N)
Maladie		
Absences exceptionnelles		

(Joindre la copie de l'arrêt maladie émise par le médecin)

Autres points à préciser :

.....

A retourner avant le 25 du mois concerné par tout moyen à votre convenance



SERVICE D'AIDE A LA GESTION ADMINISTRATIVE DE L'EMPLOI

Vous êtes NOUVEL EMPLOYEUR, vous devez adhérer à :

- une caisse de retraite
- une caisse de prévoyance
- un organisme de formation

BULLETINS D'ADHESION CI-JOINT :

- Adhésion caisse de retraite
- Adhésion Ionis (convention collective sport)
- Adhésion Uniformation