

# Demande d'affiliation à la Convention d'Assurance Chômage GSC

L'assurance chômage  
des Chefs et dirigeants  
d'entreprise



| GSC

# DEMANDE D’AFFILIATION À LA CONVENTION D’ASSURANCE CHÔMAGE GSC

(établir une demande pour chaque Participant / Adhérent)

Nouvelle affiliation  Ajout de participant  Changement de dirigeant  Transfert de société

**La présente demande d’affiliation n’a pas valeur contractuelle. L’engagement définitif des parties sera constaté par le certificat d’affiliation.**

**ORGANISATION PATRONALE À LAQUELLE EST RATTACHÉE L’ENTREPRISE ET N° D’ADHÉSION AU RÉGIME GSC**

L’entreprise	L’Adhérent (Travailleur Non Salarié)	
Dénomination sociale de l’entreprise ( <i>développée</i> ).....		
Forme juridique N° SIRET.....		
Date de création ou reprise <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Nom commercial, enseigne.....	
Code NACE.....	Sigle.....	
N° Registre du Commerce et des Sociétés.....	N° Répertoire des Métiers.....	
Adresse du Siège Social : N° <input type="text"/> <input type="text"/> Rue.....		
Code postal <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Commune.....		
Adresse postale (si différente du Siège Social) : N° <input type="text"/> <input type="text"/> Rue.....		
Code postal <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Commune.....		
Nom du correspondant éventuel.....		Fonction.....
Téléphone <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Télécopie <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Courriel.....
Activité de l’entreprise.....		
Si entreprise déjà affiliée, N° d’affiliation.....		Effectif global des salariés de l’entreprise.....

Le Participant (Mandataire social salarié)	L’Adhérent (Travailleur non Salarié)
<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme. Nom.....	Prénom.....
Date de naissance <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Si le Participant / Adhérent est déjà assuré auprès du Régime GSC au titre d’autres mandats, N° SIRET des entreprises et N° de contrat : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
<input checked="" type="checkbox"/> Dirigeant mandataire salarié	<input type="checkbox"/> Dirigeant Non Salarié
Statut juridique du Participant / Adhérent :.....	
<i>(ex : Président, Directeur Général, gérant minoritaire ...)</i>	
Date de nomination : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Régime social de base :.....	
<i>(ex : Sécurité sociale...)</i>	
Statut juridique de l’Adhérent :.....	
<i>(ex : Gérant majoritaire, Commerçant, Entrepreneur individuel</i>	
Entrepreneur non révocable : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
<i>(gérant majoritaire détenant plus de 50 % des parts, artisan, commerçant, dirigeant en nom personnel)</i>	
Régime social de base :.....	
<i>(ex : RSI...)</i>	
Souhaitez-vous opter pour la déductibilité fiscale des cotisations de la loi Madelin ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

## Le revenu

Le revenu net fiscal professionnel issu de l’entreprise au titre de l’exercice civil précédant l’affiliation, à l’exclusion de tous dividendes, permet de déterminer le montant des cotisations et des indemnités journalières versées en cas de perte d’emploi. Il doit être déclaré chaque année aux Services GSC avant le 1<sup>er</sup> avril.

Revenu net fiscal professionnel\*

Montant du revenu net fiscal professionnel hors dividendes : ..... €

(\* En l’absence de revenu antérieur, revenu fiscal prévisionnel stipulé dans le procès verbal de nomination.)

## Les déclarations de l'entreprise

Je soussigné(e) (*nom et prénom*) ..... représentant légal de l'entreprise visée ci-avant, demande l'affiliation de l'entreprise à la Convention GSC et celle de (*nom et prénom*) ..... pour les garanties précisées ci-après, et :

- certifie avoir connaissance des conditions d'affiliation à la convention telles qu'elles sont définies dans la Notice d'information référence N° 31001 ;
- certifie avoir reçu les statuts de l'Association GSC et la Notice d'information précités ;
- certifie l'exactitude et la sincérité des déclarations servant de base à l'affiliation de l'entreprise et à celle du Participant/Adhérent précité et reconnaît que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraînerait la nullité de l'affiliation conformément à l'article L. 113-8 du Code des assurances ;
- m'engage à faire part aux Services GSC de toutes les modifications qui pourraient intervenir au cours de l'affiliation (exemples de modifications : statut ou fonction du Participant/Adhérent, forme juridique de l'entreprise, changement d'adhésion à une organisation patronale etc ...) ;
- m'engage à vérifier dans le délai d'un an, que la fonction du Participant/Adhérent indiquée ci-dessus, ne relève pas du champ d'application de Pôle emploi ;
- m'engage à déclarer, chaque année, le revenu professionnel (hors dividendes) net fiscal alloué au Participant/Adhérent par l'entreprise ;
- certifie que la fonction du Participant/Adhérent ne résulte pas d'un contrat ou d'une activité dont la durée est déterminée contractuellement et les conditions de renouvellement non expressément définies ;
- **déclare que l'entreprise ne fait pas l'objet d'un plan de sauvegarde, d'un redressement judiciaire ou d'une procédure collective d'apurement du passif.**

Je déclare que la situation financière de l'entreprise est la suivante :

- report à nouveau débiteur .....  NON  OUI
- dernier résultat d'exercice déficitaire supérieur à 50 % du capital social .....  NON  OUI
- perte d'exploitation supérieure à 50 % du capital social, .....  NON  OUI
- situation nette comptable négative .....  NON  OUI

*Si vous avez coché au moins une case OUI à la déclaration concernant la santé financière de l'entreprise, joindre impérativement pour étude préalable les 2 derniers bilans et comptes de résultats de l'entreprise, ainsi que les rapports des commissaires aux comptes (les 2 derniers bilans simplifiés pour les artisans non inscrits au RCS).*

J'accepte que la situation comptable de l'entreprise fasse l'objet d'une vérification, tant à la date de la signature de la demande d'affiliation qu'au moment de l'instruction d'un dossier de demande d'indemnisation, et j'ai connaissance que, conformément aux dispositions de l'article L. 113-8 du Code des assurances toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité de l'affiliation.

Fait à : ..... Le

Cachet de l'entreprise

Signature obligatoire

## Les garanties et les cotisations (cochez la formule choisie)

**Régime Tout Entrepreneur :** ▶ **Deux formules** pour le montant des indemnités journalières exprimées en % du dernier revenu net fiscal (à l'affiliation, pour une durée maximale d'indemnisation de 12 mois).

### Formule 55

Indemnité journalière égale à 55 % de la 365<sup>e</sup> partie des tranches A, B et C du revenu,

Taux de cotisation	
Revenu ≤ 1/2 PASS <sup>(1)</sup>	3,00 % sur 1/2 PASS
	3,00 % sur tranche A
Revenu ≥ 1/2 PASS	3,23 % sur tranche B
	3,68 % sur tranche C

### Formule 70

Indemnité journalière égale à 70 % de la 365<sup>e</sup> partie des tranches A et B du revenu et 55 % de la 365<sup>e</sup> partie de la tranche C du revenu.

Taux de cotisation	
	3,98 % sur tranche A
	4,28 % sur tranche B
	3,68 % sur tranche C

Taux de cotisation appelé à 75 % de la valeur contractuelle, taxe sur les conventions d'assurance comprise, hors frais de fractionnement. L'entrepreneur ayant le statut de gérant majoritaire, d'artisan, de commerçant, de dirigeant en nom personnel, non exposé au risque de révocation compte tenu de ce statut, bénéficie d'un abattement de 15 % sur le tarif indiqué. La cotisation de la première année est calculée au prorata du nombre de jours. Droit d'entrée la première année, perception unique et par entreprise : 0,20 % du plafond annuel de la Sécurité sociale en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier.

(1) Plafond Annuel de la Sécurité Sociale au 1<sup>er</sup> janvier.

**Régime Créateur :** ▶ **Une formule forfaitaire** pour le participant créateur ou repreneur depuis moins de trois ans et avec un revenu net fiscal professionnel inférieur à 1/2 plafond annuel de la Sécurité sociale (à l'affiliation, pour une durée maximale d'indemnisation de 12 mois).

**Formule Créateur :** Cotisation forfaitaire : ..... €

## Date d'effet de l'affiliation

La garantie prend effet après application d'un **délai d'attente fixé à 12 mois** à compter de la date de prise d'effet de l'affiliation indiquée sur le certificat d'affiliation.

Date d'effet de l'affiliation (au plus tôt le 1<sup>er</sup> du mois de la réception de la demande d'affiliation par les Services GSC) - Le

## Les pièces à fournir

### Les documents doivent être remis avec la présente demande d'affiliation :

- un extrait K ou Kbis datant de moins de trois mois ;
- pour les repreneurs : les statuts mis à jour de l'entreprise ou la copie de l'acte de cession mentionnant l'identité du nouveau dirigeant, le nombre de parts reprises et la date de la reprise ;
- le mandat de prélèvement SEPA complété et signé, accompagné d'un RIB de l'entreprise ;
- le justificatif d'adhésion à une organisation patronale professionnelle ou territoriale du MEDEF, de la CGPME ou de l'UPA (*facultatif en cas de souscription de la formule Créateur*).

### Le justificatif du dernier revenu net alloué au titre de l'entreprise :

- **Dirigeant mandataire salarié** : bulletin de paie de décembre reprenant le cumul net imposable ou justificatif du revenu prévisionnel (*Procès Verbal pour les dirigeants nouvellement nommés*) ;
- **Dirigeant non salarié** : attestation établie par l'expert comptable.

### Pour le dirigeant non salarié qui opte pour le régime fiscal de la loi Madelin, joindre :

- une copie de la carte d'assuré social au Régime des TNS accompagnée de l'attestation correspondante ;
- une attestation certifiant que l'Adhérent est à jour du paiement des cotisations dues au titre des régimes obligatoires d'assurance maladie et d'assurance vieillesse (*attestation délivrée par les caisses concernées ou attestation sur l'honneur*).

**Pour le gérant majoritaire bénéficiaire de la cotisation minorée de 15% :** joindre une copie des statuts de l'entreprise mentionnant la répartition des parts sociales.

*Si vous avez coché **au moins une case OUI** à la déclaration concernant la santé financière de l'entreprise, joindre impérativement pour étude préalable les 2 derniers bilans et comptes de résultats de l'entreprise, ainsi que les rapports des commissaires aux comptes (les 2 derniers bilans simplifiés pour les artisans non inscrits au RCS).*

L'ensemble des documents doit être adressé aux :

**SERVICES GSC AFFILIATIONS – 4-8, cours Michelet - 92082 La Défense Cedex**  
**TÉL. : 01 70 96 75 00 - Fax : 01 70 96 75 40 - e-mail : gscaffiliations@gan.fr**

## Le mode de règlement

Périodicité choisie :  Annuelle  Semestrielle  Trimestrielle  Mensuelle

En cas de fractionnement, des frais sont perçus en supplément.

## Rattachement commercial

Comment avez-vous connu le Régime GSC ? .....

### Intermédiaire :

#### GAN ASSURANCES

Agence : .....

Chargé de mission : ..... Courriel : .....

Code Groupe/ICX : .....  CM SEUL  AGENT SEUL  CM+AGENT

#### COURTIER, AGENT, MANDATAIRE

Nom du Cabinet : **JRG CONSEIL - ASSURANCE - 14 rue de Moronval - 28100 DREUX** .....

Interlocuteur : ..... Courriel : .....

Code apporteur : **917570D** ..... si ouverture du code en cours : N° ORIAS : **ASSURANCE** <sup>@</sup>

Adresse : ..... Téléphone

#### GROUPAMA

Caisse Régionale : .....

Chargé de Clientèle : ..... Courriel : .....

Adresse bureau / Caisse locale : .....

Téléphone

**ASSURANCE**  
 LE COURTAGE WEB EN TOUTE CONFIANCE



## Information de l'entreprise et du participant

### Informatique et libertés

Les informations sollicitées auprès des entreprises sont traitées dans le respect de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée. Leur traitement est nécessaire à la gestion de la demande d'affiliation et des formules y afférentes. Elles sont destinées à l'assureur et son distributeur, à ses prestataires ou sous-traitants, réassureur, ainsi qu'aux organismes professionnels et administratifs dans le cadre d'obligations légales. Elles peuvent être par ailleurs utilisées à des fins de contrôle interne et dans le cadre des dispositions légales concernant la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme. Dans le cadre de la lutte contre la fraude à l'assurance, lors de la gestion des affiliations, les données peuvent être transmises à l'organisme professionnel ALFA ainsi qu'à des enquêteurs certifiés.

L'entreprise et le participant/adhérent disposent d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition sans frais en s'adressant par courrier au service de l'assureur apériteur suivant : Direction des relations avec les consommateurs – GROUPAMA – 5/7 rue du Centre – 93199 NOISY-LE-GRAND.

Dans le cadre des relations avec l'assureur, l'entreprise et le participant/adhérent peuvent être amenés à téléphoner. L'assureur l'informe que ces appels téléphoniques peuvent être enregistrés afin de s'assurer de la bonne exécution des prestations à son égard et plus généralement à faire progresser la qualité de service. Ces enregistrements sont destinés aux seuls services en charge de l'appel. Si l'entreprise a été enregistrée et qu'elle souhaite écouter l'enregistrement d'un entretien, elle peut en faire la demande par courrier adressé au siège de l'assureur. Il lui sera délivré, sans frais, copie de l'enregistrement téléphonique ou retranscription du contenu de la conversation, dans les limites de la durée de conservation de ces appels.

Dans le cadre de l'exécution de la convention et conformément aux finalités convenues, des données à caractère personnel concernant le participant peuvent faire l'objet d'un transfert dans un pays de l'Union Européenne ou hors Union Européenne, ce dont il est informé par la présente demande d'affiliation et qu'il autorise de manière expresse.

## Autorité chargée du contrôle

Autorité de Contrôle Prudenciel et de Résolution (ACPR) – 61, rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09.

## Cadre réservé à l'Association GSC et aux Services GSC

Retrouvez nos services en ligne :  
**[www.gsc.asso.fr](http://www.gsc.asso.fr)**

**Association GSC**  
42 avenue de la Grande Armée - 75017 Paris  
Tél : 01 45 72 63 10 - Fax : 01 45 74 25 38  
[www.gsc.asso.fr](http://www.gsc.asso.fr) – [contact@gsc.asso.fr](mailto:contact@gsc.asso.fr)  
n° Orias : 12 068 162 – ([www.orias.fr](http://www.orias.fr))  
Mandataire exclusif soumis au contrôle de l'ACPR  
(61 rue Taitbout – 75009 Paris)

**Services GSC**

4-8 cours Michelet  
92082 La Défense Cedex.  
Tél : 01 70 96 75 00 Fax : 01 70 96 75 40  
e-mail : [gscaffiliations@gan.fr](mailto:gscaffiliations@gan.fr)



L'assurance chômage  
des Chefs et dirigeants  
d'entreprise



GSC