



Parc d'Attractions et Animalier

Saint-Pourçain-sur-Besbre
CS 60001 - 03290 Dompierre-sur-Besbre

☎ 04 70 42 68 10

04 70 42 01 52

✉ www.lepal.com
info@lepal.com

Madame, Monsieur,

Nous sommes heureux de vous compter parmi nos équipes. Afin de pouvoir gérer au mieux votre arrivée, et d'établir votre contre de travail, nous avons **IMPERATIVEMENT** besoins des éléments suivants :

- Fiche de renseignements dûment remplie
- Un RIB **à votre nom**
- Une attestation de droit (à télécharger sur votre espace adhérent à l'assurance maladie, MSA, selon votre régime)
- La feuille d'attestations de réception AG2R **et** Adréa (à remplir **obligatoirement**, que vous adhérez ou non)
- Les documents relatifs à la mutuelle :
 - Si adhésion : le bulletin d'adhésion
 - Si adhésion sans votre conjoint : Bulletin de demande de dispense pour conjoint
 - Si refus d'adhésion : le bulletin de demande de dispense d'adhésion
- L'attestation du Droit à l'image signée
- Si vous êtes mineur(e)**, une autorisation parentale signée par vos représentants légaux, vous autorisant à travailler au PAL (*Modèle en dernière page du corpus de documents*).

Informations complémentaires :

Mutuelle d'entreprise, Adréa :

L'avenant n°45 du 28 juin instituant un régime de remboursement de frais de santé au sein de la branche des Espaces de loisirs, d'attractions et culturels impose à partir du 01 janvier 2014 la mise en place d'une mutuelle d'entreprise obligatoire. **Si vous êtes en CDD, vous avez le choix d'adhérer ou non.**

Si vous souhaitez adhérer : Tarification 2023

Garantie de base : 50% à la charge de l'employeur et 50% à la charge du salarié.

*Sans conjoint : 38.27€/mois et par salarié(e) : couvre salarié(e) + enfants.

*Avec conjoint : 71.19€/mois et par salarié(e) : couvre salarié(e) + conjoint + enfants.

Garantie optionnelle :

Le contrat de santé comprend des options permettant d'étendre certaines garanties. Pour ces options, merci de bien vouloir vous adresser directement à Adréa Mutuelle.

Pour toute question, merci d'envoyer un mail à : flavienjoubert@lepal.com .

Nous vous retrouvons bientôt, au PAL !

Le Service Ressources Humaines



SAS au capital de 1 990 200€

RCS Cusset 788 139 632

Siret 788 139 632 00012

Code APE 9321 Z

TVA Intracommunautaire FR 64 788 139 632





Parc d'Attractions et Animalier

Saint-Pourçain-sur-Besbre
CS 60001 - 03290 Dompierre-sur-Besbre

04 70 42 68 10

04 70 42 01 52

www.lepal.com
info@lepal.com

Fiche de renseignements

MERCI DE REMPLIR EN LETTRES MAJUSCULES

*Rayer les mentions inutiles

Madame - Monsieur*

Célibataire - Marié(e) - Concubinage - Divorcé(e) - Veuf(ve) - Pacsé(e)*

Nom d'usage Prénom

Nom de naissance

Date de naissance Lieu de naissance

Département de naissance Nationalité

N° de Sécurité Sociale

Pour les mineurs, n° différents de vos parents

Adresse postale

Code postal Ville

Téléphone fixe Portable

Personne à joindre en cas d'urgence

Nom Prénom

Lien de parenté Portable

Êtes-vous titulaire d'une RQTH ou reconnu avec un taux d'incapacité* Oui – Non

Si oui, merci de joindre les justificatifs à votre dossier

Plaque d'immatriculation de votre véhicule

Email@.....

Ne pas remplir

Stat		Coef	
Emploi		Taux horaire	
Entrée Sortie		Essai	
Tps W	Mars : Juillet :	Avril : Août :	Mai : Sept : Juin : Oct :
			Total : Total :

DPAE	
EXCEL	
Contrat	
Paye	

NEOBOX	
ADREA @	
SSTI 03	
+/- de 2 mois	



SAS au capital de 1 990 200€
RCS Cusset 788 139 632
Siret 788 139 632 00012
Code APE 9321 Z
TVA Intracommunautaire FR 64 788 139 632





Parc d'Attractions et Animalier

Saint-Pourçain-sur-Besbre
CS 60001 - 03290 Dompierre-sur-Besbre

04 70 42 68 10

04 70 42 01 52

www.lepal.com
info@lepal.com

Document à remplir obligatoirement

ATTESTATION DE RECEPTION DES NOTICES D'INFORMATIONS

Je soussigné(e) salarié(e) de l'entreprise SAS LE PAL, reconnais avoir reçu la notice d'information relative au contrat « REGIME DE PREVOYANCE » souscrit auprès du groupe AG2R, ainsi que la notice d'information relative au contrat « SOINS MEDICAUX » auprès d'ADREA MUTUELLE, par mon employeur.

À

Le

Signature

ATTESTATION DE RECEPTION DE LA DECISION UNILATERALE DE L'EMPLOYEUR

à remplir même en cas de non-adhésion

Décision unilatérale de l'employeur :

Je soussigné(e) déclare par la présente avoir reçu l'acte constatant la décision unilatérale de mon employeur de mettre en place un régime de prévoyance complémentaire couvrant le risque « frais de santé ».

Je constate que la mise en place de cette décision unilatérale entraine mon affiliation au régime de prévoyance complémentaire ainsi que le prélèvement de la cotisation correspondante mise à ma charge, **sauf cas dérogatoire.**

À

Le

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »



SAS au capital de 1 990 200€

RCS Cusset 788 139 632

Siret 788 139 632 00012

Code APE 9321 Z

TVA Intracommunautaire FR 64 788 139 632



BULLETIN D'ADHÉSION INDIVIDUEL OU AJOUT D'AYANT(S) DROIT OU DE MODIFICATION

*À compléter par l'entreprise

** La date de la demande permet de déterminer la date d'effet selon les conditions fixées par la notice d'information

RAISON SOCIALE DE L'ENTREPRISE* : SAS LE PAL

Contrat Collectif n°* : LC6471132601

Date de la demande** : _____

Collège* Ensemble du personnel Non affilié à l'AGIRC Affilié à l'AGIRC Autre : _____

NATURE DE LA DEMANDE (à compléter par le salarié et à transmettre au correspondant de l'entreprise) - **À cocher obligatoirement**

(un seul choix possible)

Bulletin d'adhésion individuel

Ajout d'ayant(s) droit

Bulletin de modification

Garantie obligatoire* (à compléter à l'adhésion du salarié uniquement) : _____ Option choisie (facultatif) : _____

NOM DU SALARIÉ : _____ NOM DE JEUNE FILLE : _____ PRÉNOM : _____

ADRESSE : _____ CODE POSTAL : _____ VILLE : _____

N° de Téléphone : _____ N° de portable : _____ EMAIL : _____

Caisse d'affiliation : _____ Étiez-vous précédemment assuré auprès d'ADRÉA ? OUI NON Si OUI, n° adhérent : _____

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE	RÉGIME ⁽¹⁾	BÉNÉFICIAIRES	NOM (en lettres capitales)	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	SEXE (M/F)	TÉLÉTRANS-MISSION NOÉMIE ⁽²⁾
_____		SALARIÉ					<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
_____		CONJOINT(E)					<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
_____		1 ^{er} ENFANT					<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
_____		2 ^e ENFANT					<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
_____		3 ^e ENFANT					<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
_____		4 ^e ENFANT					<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
_____		5 ^e ENFANT					<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

(1) Précisez : CPAM, MSA, RSI, Étudiant, SNCF, autres

(2) En cochant la case OUI, vous bénéficiez du traitement automatisé de vos feuilles de soins et décomptes soumis à la participation de l'Assurance maladie obligatoire (liaison NOÉMIE). Cochez la case NON si vous refusez ce service. Si le conjoint et les ayants droit bénéficient déjà de la télétransmission par l'adhésion à un régime obligatoire, ils peuvent conserver le bénéfice d'un remboursement en surcomplémentaire par le régime, sans être connectés.

Je reconnais avoir reçu un exemplaire des statuts de la mutuelle, du Document d'Information sur le Produit d'Assurance (DIPA), de la notice d'information des garanties souscrites, du tableau de garanties frais de santé, de la notice d'information de la garantie assistance IMA. Je certifie avoir pris connaissance des dispositions de ces documents et avoir été informé de l'ensemble de mes droits et obligations. Je certifie l'exactitude de l'ensemble des informations renseignées dans le présent document et le mandat SEPA associé. J'autorise, le cas échéant, mon employeur à prélever sur mon salaire le montant de la part salariale de la cotisation. J'accepte la mise en ligne des données me concernant dans l'espace adhérents du site Internet de la mutuelle. Ces données sont sécurisées et ne sont consultables que par moi-même après identification par mot de passe et code d'accès.

DOCUMENTS À FOURNIR

- RIB (ou RIP) de mon compte bancaire pour le virement des prestations et le paiement des cotisations en cas de choix du paiement par prélèvement
- Mandat SEPA si paiement des cotisations par prélèvement
- Copie(s) de mon attestation d'Assuré Social et celle(s) de mes ayants droit
- Copie de la carte d'invalidité ou CDAPH (enfants handicapés)

Protection des données à caractère personnel :

Dans le cadre de votre adhésion, vous confiez à ADRÉA Mutuelle des données personnelles vous concernant ou concernant vos ayants droit (en particulier des données de santé). Aussi, conformément à la réglementation en vigueur (Règlement Général sur la Protection des Données, dit "RGPD", du 27 avril 2016 et Loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés du 6 janvier 1978 modifiée en dernier lieu par la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018), nous avons adopté une politique de protection de ces données. Cette politique est formalisée dans notre Charte de protection des données à caractère personnel, disponible sur notre site internet : www.adrea.fr ainsi qu'en agence, sur simple demande.

Cette charte vous permettra ainsi de prendre connaissance :

- des catégories de données personnelles que nous sommes susceptibles de collecter, en particulier des données de santé qui font l'objet d'une vigilance particulière en termes de sécurité,
- de l'utilisation qui peut être faite de ces données (finalités de traitement),
- des raisons qui peuvent nous conduire à partager vos données avec des tiers (délégués de gestion, partenaires, intermédiaires, etc.),
- du cadre dans lequel vos données peuvent nécessiter un transfert hors de l'Union Européenne,
- des durées de conservation applicables à vos données personnelles (en fonction de leur nature et de la finalité de leur traitement),
- des droits dont vous disposez sur vos données conformément à la réglementation applicable et des moyens pour vous en prévaloir y compris en cas de réclamation,
- des mesures que nous prenons pour assurer une sécurité optimale de vos données et des procédures que nous mettons en œuvre en cas d'incident affectant ces données.

Vous disposez du droit de vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique (pour plus d'information : www.bloctel.gouv.fr) et vous pouvez à tout moment refuser le démarchage par voie électronique.

Pour toute information ou exercice de vos droits sur les traitements de données personnelles effectués par ADRÉA Mutuelle, vous pouvez contacter notre Délégué à la Protection des Données (DPO) en accompagnant votre demande d'une copie d'un titre d'identité comportant votre signature (carte d'identité, passeport) :

- soit en envoyant un mail à : adrea.dpo@adreamutuelle.fr

- soit par courrier à l'adresse suivante : ADRÉA Mutuelle – Groupe AÉSIO, Délégué à la Protection des Données, 25 place de la Madeleine - 75008 PARIS.

Fait à
le

Signature du salarié précédée de la mention "lu et approuvé"

Cachet de l'entreprise et signature du correspondant*

Assureur des garanties santé : ADRÉA Mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité - Immatriculée sous le n° 311 799 878 - 25 place de la Madeleine - 75008 PARIS
Assureur de la garantie assistance : IMA Assurances SA – RCS Niort N°481.511.632 – 118 avenue de Paris – 79 000 NIORT



Parc d'Attractions et Animalier

Saint-Pourçain-sur-Besbre
CS 60001 - 03290 Dompierre-sur-Besbre

☎ 04 70 42 68 10

04 70 42 01 52

✉ www.lepal.com
info@lepal.com

DISPENSE D'AFFILIATION DES SALARIES

À ADRESSER À L'EMPLOYEUR

Je soussigné(e),, salarié(e) de
l'entreprise SAS LE PAL CS 60001 03290 DOMPIERRE SUR BESBRE,

→ Je demande par la présente à être dispensé d'adhésion au régime frais de santé collectif et obligatoire mis en place dans mon entreprise car je me trouve dans l'une des situations suivantes

Salarié(e) bénéficiaire de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C). Je m'engage à signaler à mon employeur la date à laquelle je cesserai de bénéficier, le cas échéant, de cette couverture.

Salarié(e) bénéficiaire de l'Aide à l'Acquisition d'une complémentaire santé (ACS). [Renseigner dans ce cas le cadre « référence du contrat souscrit par ailleurs » en fin de document.] Je m'engage à signaler à mon employeur la date à laquelle je cesserai de bénéficier, le cas échéant, de cette couverture.

Salarié(e) déjà couvert(e) par une couverture complémentaire santé individuelle au moment de mon embauche ou de la mise en place de la couverture collective et obligatoire dans mon entreprise. [Renseigner dans ce cas le cadre « référence du contrat souscrit par ailleurs » en fin de document.]

Je bénéficie d'une dispense jusqu'à l'échéance de mon contrat, fixée au : ___ / ___ / ___

Salarié(e) bénéficiaire, en tant que salarié(e) ou en tant qu'ayant droit (par exemple au titre de mon conjoint), d'une couverture complémentaire santé au titre d'un des dispositifs suivants
Je m'engage à signaler à mon employeur la date à laquelle je cesse de bénéficier, le cas échéant, d'un de ces dispositifs.

Couverture collective obligatoire d'une autre entreprise à caractère obligatoire de l'époux travaillant dans une autre entreprise

Couverture collective obligatoire d'une autre entreprise ou de l'entreprise dans le cas des couples qui travaillent dans la même entreprise.

.....
.....

[Inscrire ici le nom et l'adresse de l'entreprise]

Régime local d'assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle.

Régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG) - au titre d'un autre emploi si j'utilise cette dispense en tant que salarié.

Protection sociale complémentaire des agents de la fonction publique d'État ou de la fonction publique territoriale. [Renseigner dans ce cas le cadre « référence du contrat souscrit par ailleurs » en fin de document.]



SAS au capital de 1 990 200€

RCS Cusset 788 139 632

Siret 788 139 632 00012

Code APE 9321 Z

TVA Intracommunautaire FR 64 788 139 632





Parc d'Attractions et Animalier

Saint-Pourçain-sur-Besbre
CS 60001 - 03290 Dompierre-sur-Besbre

☎ 04 70 42 68 10

04 70 42 01 52

✉ www.lepal.com
info@lepal.com

Contrat d'assurance de groupe dit « Madelin » destiné aux travailleurs indépendants. *[Renseigner dans ce cas le cadre « référence du contrat souscrit par ailleurs » en fin de document.]*

Salarié en CDD ou en contrat de mission pour une durée de moins de 3 mois et couvert par une complémentaire santé responsable. *[Renseigner dans ce cas le cadre « référence du contrat souscrit par ailleurs » en fin de document.]* Je bénéficierai d'une aide de mon employeur pour financer cette complémentaire santé sous certaines conditions.

Salarié(e) ou apprenti(e) bénéficiaire d'un CDD ou contrat de mission de moins de 12 mois.

Salarié(e) ou apprenti(e) bénéficiaire d'un CDD ou d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à 12 mois et j'ai souscrit une complémentaire santé individuelle. *[Renseigner dans ce cas le cadre « référence du contrat souscrit par ailleurs » en fin de document.]*

Salarié(e) ou apprenti(e) dont la cotisation est au moins égale à 10% de leur rémunération brute.

Référence du contrat souscrit par ailleurs :

.....
.....

[Indiquer ici le nom de l'organisme assureur et la référence du contrat.]

Je renonce ainsi, pour la période pendant laquelle je suis dispensé(e), à la couverture complémentaire santé mise en place à titre collectif et obligatoire dans mon entreprise ainsi qu'au bénéfice de mes droits à portabilité mentionnés à l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale, aux bénéfices des dispositions de l'article 4 de la loi n°89-1009 et aux avantages sociaux et fiscaux.

Je reconnais ainsi avoir été préalablement informé(e) par mon employeur des conséquences de mon choix.

J'atteste l'exactitude des renseignements portés ci-dessus et je joins à l'attention de mon employeur les documents me permettant de faire valoir cette dispense d'affiliation.

J'ai bien noté qu'en fonction de ma situation, un justificatif sera à fournir chaque année.

Fait à

Le

Signature du salarié



SAS au capital de 1 990 200€

RCS Cusset 788 139 632

Siret 788 139 632 00012

Code APE 9321 Z

TVA Intracommunautaire FR 64 788 139 632





Parc d'Attractions et Animalier

Saint-Pourçain-sur-Besbre
CS 60001 - 03290 Dompierre-sur-Besbre

04 70 42 68 10

04 70 42 01 52

www.lepal.com
info@lepal.com

DEMANDE DE DISPENSE D’AFFILIATION AU REGIME OBLIGATOIRE FRAIS DE SANTE DES AYANTS DROITS À ADRESSER À L’EMPLOYEUR

Je soussigné(e),, salarié(e) de
l’entreprise SAS LE PAL CS 60001 03290 DOMPIERRE SUR BESBRE

Ayant comme ayant(s) droit :

→ Je demande par la présente à dispenser mon (mes) ayant(s) droit mentionné(s) ci-dessus d’adhérer au régime frais de santé collectif et obligatoire mis en place dans mon entreprise car il(s) est (sont) dans l’une des situations suivantes

- Couverture collective obligatoire d’une autre entreprise :
- Régime local d’assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle.
- Régime complémentaire d’assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG) - au titre d’un autre emploi si j’utilise cette dispense en tant que salarié.
- Protection sociale complémentaire des agents de la fonction publique d’État ou de la fonction publique territoriale. [Renseigner dans ce cas le cadre « référence du contrat souscrit par ailleurs » en fin de document.]
- Contrat d’assurance de groupe dit « Madelin » destiné aux travailleurs indépendants. [Renseigner dans ce cas le cadre « référence du contrat souscrit par ailleurs » en fin de document.]

Référence du contrat souscrit par ailleurs :

.....
.....

[Indiquer ici le nom de l’organisme assureur et la référence du contrat.]

Je m’engage à signaler à mon employeur la date à laquelle mon (mes) ayant(s) droit cesse(nt) de bénéficier, le cas échéant, d’un de ces dispositifs.

Je reconnais avoir été préalablement informé que pour la période pendant laquelle mon (mes) ayant(s) droit est (sont) dispensé(s), ils ne peuvent prétendre au bénéfice de la couverture complémentaire santé mise en place dans mon entreprise.

J’atteste l’exactitude des renseignements portés ci-dessus et je joins à l’attention de mon employeur les documents me permettant de faire valoir cette dispense d’affiliation.

Fait à

Le

Signature du salarié



SAS au capital de 1 990 200€

RCS Cusset 788 139 632

Siret 788 139 632 00012

Code APE 9321 Z

TVA Intracommunautaire FR 64 788 139 632





Parc d'Attractions et Animalier

Saint-Pourçain-sur-Besbre
CS 60001 - 03290 Dompierre-sur-Besbre

☎ 04 70 42 68 10

☎ 04 70 42 01 52

✉ www.lepal.com
✉ info@lepal.com

Modèle d'autorisation parentale de travail pour un mineur

[Prénom Nom]

[Adresse personnelle]

À [Commune], le [date],

Objet : autorisation parentale de travail pour un mineur

Je soussigné(e) [Prénom nom],

Agissant en qualité de [père, mère, représentant légal] de l'enfant [Prénom nom] né(e) le [date de naissance de l'enfant], autorise la société **Le PAL** à l'embaucher sur la période indiquée de son contrat de travail.

[NOM PRENOM]

[Signature]



SAS au capital de 1 990 200€

RCS Cusset 788 139 632

Siret 788 139 632 00012

Code APE 9321 Z

TVA Intracommunautaire FR 64 788 139 632



Présentation du coffre-fort électronique salarié MyPrimobox

Madame, Monsieur,

Dans une véritable démarche éco-citoyenne, le service des Ressources Humaines de la **SAS LE PAL** innove en vous permettant de bénéficier d'un nouveau service : un **coffre-fort électronique**® personnel dans lequel sera distribué votre bulletin de paie à compter du **30/04/2018**.

Chaque mois, vous recevrez un e-mail de notification vous indiquant la disponibilité de votre fiche de paie dans votre coffre-fort électronique **MyPrimobox**. Vous pourrez la consulter de manière sécurisée, quand vous le souhaitez, à l'aide de votre identifiant et mot de passe personnels à l'adresse suivante : <https://www.myprimobox.net>

Pour la mise en place, dès que nous vous aurons envoyé le 1^{er} bulletin de paie via MyPrimobox, vous recevrez un mail d'activation, avec un lien à suivre. Vous serez les seuls à choisir vos identifiants et vos mots de passe. Nous n'aurons en aucun cas accès à ces informations.

Voici quelques éléments pour mieux comprendre l'utilité de ce nouveau service :

- ✓ Vos bulletins de paie sont automatiquement déposés dans votre coffre-fort électronique® sécurisé.
- ✓ Cet espace est personnel et individuel, votre société ne peut en **AUCUN CAS** y avoir accès. Vous le conserverez, sans limitation de durée, même en cas de départ de l'entreprise.
- ✓ L'accès à votre coffre-fort électronique ainsi qu'à vos bulletins de paie est gratuit même si vous quittez la société. Le coût de ce service est assumé à 100% par **LE PAL**
- ✓ Vous n'avez plus besoin de conserver un exemplaire papier et vous pouvez consulter vos bulletins de paie où que vous soyez, quand vous voulez, à partir d'un PC connecté à Internet ou d'une tablette.
- ✓ Vous disposez d'un original électronique, incontestable et opposable à tout organisme (caisses de retraite, établissements bancaires et financiers...)
- ✓ Leur conservation est garantie. Vos bulletins de paie sont archivés pour une durée minimum de 50 ans dans les centres d'hébergement et de stockage de la Caisse des Dépôts & Consignations (CDC Arkhineo).
- ✓ Vous disposez d'un espace de stockage sécurisé de 1 Go (hors documents déposés par votre société), soit l'équivalent de 10.000 documents de 100 ko, taille moyenne d'un document administratif. Cela vous permettra d'archiver d'autres documents numériques à votre convenance.
- ✓ Vous pourrez transmettre vos bulletins de paie pour vos démarches personnelles (banque, assurance, etc..). Vous serez toujours en possession de votre bulletin par internet, plus de risque de perte !
- ✓ Pour le suivi de vos cotisations en vue de votre retraite, sachez que les informations sont d'ores et déjà télétransmises lors des déclarations de l'entreprise aux organismes sociaux. Grâce à ces télédéclarations, votre relevé de carrière se fait automatiquement.

Merci de transmettre votre adresse mail personnelle à flavienjoubert@lepal.com **en cas de changement**.

Pour toutes interrogations de votre part, vous pouvez contacter Flavien ou Céline (Compta/RH).