



Nos références :  
EDICFE

SIRET: 920028263 00019  
Votre correspondant risques professionnels :  
Madame SACREZ  
☎ : 0140053347  
Courriel :  
tarification.a2.cramif@assurance-maladie.fr

**CRAMIF CRAMIF 17-19 avenue de Flandre  
75954 PARIS Cedex 19**  
0206489533 600916 150  
eco'pli CI 1505 14.02.23 14 BASSE NORMANDIE PIC

**SAS GENIUS HOLDING  
81 RUE DE SILLY  
92100 BOULOGNE BILLANCOURT**

PARIS, le 09/02/2023

**Objet :** Demande d'informations complémentaires pour votre établissement situé :  
81 RUE DE SILLY  
92100 BOULOGNE BILLANCOURT

Madame, Monsieur,

Vous avez reçu, ou allez recevoir, votre notification de taux de cotisations accidents du travail et maladies professionnelles.

Pour me permettre de vérifier le classement de votre établissement, veuillez me retourner le questionnaire ci-joint après l'avoir complété.

Si aucune des définitions ne s'applique à l'activité exercée par vos salariés, précisez celle-ci et indiquez la nature des travaux effectués.

Les renseignements demandés sont indispensables pour m'assurer que vos salariés sont correctement garantis en fonction du risque professionnel encouru. A défaut, le taux notifié est déterminé à partir des seuls éléments en ma possession.

Recevez, Madame, Monsieur, mes sincères salutations

Le responsable adjoint Tarification

Jacques BOUBOUNE

Le compte AT/MP, c'est :

- vos notifications de taux de cotisation AT/MP et le détail de leur calcul, grâce à la notification dématérialisée ;
- vos accidents du travail et maladies professionnelles récemment reconnus\* ;
- votre bilan individuel des risques professionnels ;
- l'attestation des indicateurs des risques professionnels ;
- un service de demande en ligne des Subventions Prévention TPE ;
- les barèmes des coûts moyens par secteur d'activité.

La notification dématérialisée des décisions de taux de cotisation devient progressivement obligatoire. Pour remplir cette obligation légale, n'oubliez pas d'ouvrir votre compte AT/MP sur [net-entreprises.fr](http://net-entreprises.fr).

\*Données fournies à titre provisoire, susceptibles d'évoluer conformément à l'article D.242-6-7 du code de la sécurité sociale.



PJ : questionnaire n° 0037

Caisse régionale d'assurance maladie d'Île-de-France  
17-19 avenue de Flandre - 75954 Paris Cedex 19 - [www.cramif.fr](http://www.cramif.fr)



TARIFICATION

Votre correspondant risques professionnels : Madame SACREZ

SIRET:920028263 00019

## DEMANDE D'INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Occupez-vous du personnel salarié affilié au régime général de Sécurité Sociale ?

OUI : - précisez la date d'embauche du 1<sup>er</sup> salarié :

- l'effectif
- le nombre d'apprenti

et complétez les renseignements demandés dans le tableau ci-dessous

NON : - si vous n'avez jamais occupé de personnel salarié, retournez le questionnaire sans compléter les rubriques ci-dessous

- si vous n'occupez plus de personnel salarié à ce jour, mais que vous en avez occupé précédemment, remplissez le questionnaire ci-dessous et précisez les dates de début et de fin de contrat

### ACTIVITE

Nombre de salariés

#### Holding

- Détention de participations financières dans les filiales de votre groupe
- Direction ou contrôle de gestion auprès de vos filiales
- Acquisition de participations dans d'autres sociétés pour s'assurer des revenus financiers

#### Services aux entreprises

- Facturation de travaux effectués pour des sociétés filiales de votre groupe ou pour des sociétés extérieures (secrétariat, comptabilité, gestion...)  
Si oui, précisez la nature des travaux facturés :  
\_\_\_\_\_
- Facturation pour prestations de services, pour des sociétés filiales de votre groupe ou pour des sociétés extérieures  
Si oui, précisez la nature des travaux effectués :  
\_\_\_\_\_

#### Travaux à façon

- Travaux de secrétariat, centrale d'appel téléphonique, archivage
- Saisie de données

#### Groupement inter économique d'employeurs (GIE, GIEQ)

Veillez préciser la nature des activités de vos salariés

Autres activités à préciser :



Si vos salariés sont polyvalents, précisez entre quelles activités :

Prédécesseur éventuel (nom et SIRET) :  
Quelle est la proportion de salariés repris ? :

Nom de la personne à contacter

Cachet

Téléphone

FAX

Adresse Mail

Date

