



Humanis Prévoyance
348 rue du Puech Villa
BP7209
34183 Montpellier Cedex 4
Tél. 09 77 40 06 40

CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DU TOURISME SOCIAL ET FAMILIAL

CONTRAT D'ADHESION REGIME DE PREVOYANCE COMPLEMENTAIRE OBLIGATOIRE

Régime conventionnel n° **CCN503000**

N° Entreprise : _____

Date d'effet retenue de l'adhésion : 01/ /

Votre interlocuteur commercial : _____

Raison sociale : _____
Adresse du siège social : _____
Code postal : _____ Ville : _____
Adresse de correspondance (si différente) : _____
Téléphone : _____ Télécopie _____ e-mail : _____
Date de création : _____ Forme juridique : _____
Code NAF : _____ N° SIREN : _____
Nature de l'activité : _____
Effectif concerné à la date de l'adhésion : _____

> ADHESION

L'entreprise, ci-dessus nommée, représentée par _____
agissant en qualité de _____ muni de tous les pouvoirs nécessaires ⁽¹⁾ déclare souscrire, au profit de l'ensemble de son personnel cadre (salariés relevant de l'article 4, 4bis et 36 de la Convention Collective Nationale du 14 Mars 1947) et non cadre (salariés ne relevant pas des articles 4, 4bis et 36 de la Convention Collective Nationale du 14 Mars 1947), auprès d'Humanis Prévoyance et de l'OCIRP ⁽²⁾, en vue d'appliquer les dispositions du régime de prévoyance complémentaire obligatoire instauré par la Convention collective nationale du Tourisme Social et Familial.

- (1) *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. Afin d'enregistrer l'adhésion, l'entreprise doit joindre au présent document un Kbis de moins de 3 mois ou le récépissé de déclaration à la Préfecture pour une Association.*
- (2) *L'OCIRP (Union d'Institutions de prévoyance régie par le code de la Sécurité sociale – 17 rue de Marignan, 75008 PARIS) est l'organisme assureur de la garantie rente éducation. Il en délègue la gestion à Humanis Prévoyance.*

Les données à caractère personnel sont collectées et traitées pour les besoins de la gestion du contrat, dans le respect des dispositions légales en vigueur en matière de protection des données à caractère personnel. Les données sont destinées exclusivement aux entités composant le groupe Humanis ainsi qu'aux partenaires du groupe en charge d'activités confiées par ce dernier. Conformément aux dispositions légales précitées, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des données vous concernant à exercer par courriel à contact-cnll@humanis.com ou par lettre à l'adresse suivante : Groupe Humanis – Cellule CNIL – Satisfaction clients – 303 rue Gabriel Debacq – 45777 Saran Cedex. Votre demande doit être accompagnée d'une copie d'un titre d'identité en cours de validité. Vous disposez également d'un droit d'opposition, pour des motifs légitimes, au traitement de ces données. Vos données personnelles sont conservées pendant une durée maximale de deux années à compter de la fin des relations contractuelles vous liant au groupe Humanis. Le groupe prend les mesures conformes à l'état de l'art afin d'assurer la sécurité et la confidentialité de vos données conformément aux dispositions légales susvisées.

> ENGAGEMENT

Le contrat prend effet à la date indiquée au présent contrat d'adhésion par Humanis Prévoyance, et au plus tôt au 1^{er} jour du mois civil qui suit la réception du présent contrat d'adhésion (cachet de la poste faisant foi). En tout état de cause, l'adhésion ne sera effective qu'à l'issue des vérifications règlementaires incombant aux entreprises d'assurance. Un double vous sera retourné après acceptation par Humanis prévoyance.

L'entreprise reconnaît avoir préalablement reçu et pris connaissance du présent contrat (le contrat d'adhésion et les Conditions Générales du régime conventionnel référencées « CG-CCN TSF Prevoyance 2017 », ainsi que de la notice d'information « NI-CCN TSF Prévoyance 2017 ». Les garanties et les cotisations figurent en annexes des Conditions Générales.

L'entreprise a-t-elle à la date de signature du présent contrat d'adhésion, des salariés et/ou anciens salariés en arrêt de travail (*) ou des bénéficiaires de rente éducation et/ou rente de conjoint en cours de service (*cochez la case concernée*) :

NON : Si cette situation venait à être modifiée avant la date d'effet de l'adhésion, l'entreprise s'engage à en informer immédiatement notre organisme

OUI : Dans ce cas, vous devez obligatoirement remplir le document intitulé « Déclaration de reprise de passif »

** Incapacité Temporaire de Travail, y compris en temps partiel pour raison thérapeutique, ou Invalidité*

L'entreprise

HUMANIS PREVOYANCE

Fait à _____ le _____

Fait à _____ le _____

Signature (et cachet)

Le Directeur

Signature (et cachet)