

# CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DU SPORT

348 rue Puech Villa – B.P. 7209  
34183 MONTPELLIER Cedex 04  
Tél : 09-77-40-06-40 (appel non surtaxé)  
Fax : 09 69 39 77 40

Régime conventionnel CCN509000

N° Entreprise : \_\_\_\_\_

Votre interlocuteur commercial : \_\_\_\_\_

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

## CONTRAT D'ADHESION

ENSEMBLE DU PERSONNEL NE RELEVANT PAS DES  
ARTICLES 4 ET 4 Bis DE LA CCN DU 14 MARS 1947

## REGIME DE PREVOYANCE

Raison sociale : \_\_\_\_\_  
Adresse du siège social : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
Adresse de correspondance (si différente) : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_ Adresse e-mail : \_\_\_\_\_  
Date de création : \_\_\_\_\_ Forme juridique : \_\_\_\_\_  
Code NAF : \_\_\_\_\_ N° SIRET : \_\_\_\_\_  
Nature de l'activité : \_\_\_\_\_  
Effectif assuré 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 <sup>(1)</sup> déclare adhérer au  
contrat d'assurance collective du régime de prévoyance référencé ci-dessus, au profit de l'ensemble de son personnel non cadre  
(salariés ne relevant pas des articles 4 et 4 Bis de la CCN du 14 mars 1947), auprès de Humanis Prévoyance et de l'OCIRP<sup>(2)</sup>, en  
vue d'appliquer les dispositions du régime de Prévoyance instauré par la Convention collective Nationale du Sport du 7 juillet  
2005.

(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 des garanties rente éducation et rente de conjoint. Il en délègue la gestion à Humanis Prévoyance.

Les données à caractère personnel que vous nous communiquez via ce formulaire sont nécessaires pour la gestion de votre contrat. Elles sont destinées à l'OCIRP,  
aux entités composant le groupe Humanis ainsi qu'aux partenaires du groupe Humanis en charge d'activités confiées par le Groupe.  
Conformément à la loi Informatique et Libertés n° 78-17 du 6 janvier 1978, vos salariés disposent d'un droit d'accès, de rectification et de suppression de leurs données  
personnelles en écrivant à l'adresse : Groupe Humanis – cellule CNIL – satisfaction clients – 303 rue Gabriel Debacq – 45777 Saran Cedex ou par courriel à contact-  
cnil@humanis.com. Leur demande doit être accompagnée d'une copie d'un titre d'identité en cours de validité.  
Ils disposent également d'un droit d'opposition, pour des motifs légitimes au traitement de ces données et à leur utilisation à des fins de prospection commerciale. Le groupe  
Humanis prend les mesures conformes à l'état de l'art afin d'assurer la sécurité et la confidentialité de leurs données conformément aux dispositions de la loi susmentionnée.

**TOURNEZ SVP ▶**

## > ENGAGEMENT

Sous réserve de l'acceptation par l'Institution et en tout état de cause à l'issue des vérifications réglementaires incombant aux entreprises d'assurance, le contrat prend effet à la date indiquée au présent Contrat d'Adhésion par Humanis Prévoyance, et au plus tôt au 1<sup>er</sup> jour du mois civil suivant l'envoi du présent contrat d'adhésion (cachet de la poste faisant foi) ; un double vous sera retourné après signature par Humanis Prévoyance.

L'entreprise déclare avoir reçu et pris connaissance du présent contrat d'adhésion (le contrat d'adhésion et les Conditions Générales référencées « CG/HP/PREV CCN SPORT NC 06.2016 » où figurent les garanties et les cotisations) ainsi que de la notice d'information « NI/HP/PREV CCN SPORT NC 06.2016 ».

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 <sup>(\*)</sup> ou des bénéficiaires de rente éducation 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)