

CONTRAT D'ADHESION



CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DU SPORT

TSA 77374
34186 MONTPELLIER Cedex 04
Tél : 09-77-40-06-40 (appel non surtaxé)
Fax : 04 67 61 53 95

CONTRAT D'ASSURANCE COLLECTIVE OBLIGATOIRE PREVOYANCE

REGIME CONVENTIONNEL

PERSONNEL NON CADRE*

Adhésion Modification

Contrat d'assurance collective du régime Prévoyance :
CCN509000

N° Entreprise : _____

Date d'effet retenue de l'adhésion : _____

Code distributeur : _____

Taux : _____

Raison sociale : _____
Adresse du siège social : _____
Code postal : _____ Ville : _____
Adresse de correspondance (si différente) : _____
Téléphone : _____ Télécopie : _____ Adresse e-mail : _____
Date de création : _____ Forme juridique : _____
Code NAF : _____ N° IDCC : _____ N° SIREN : _____
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 ⁽¹⁾ déclare adhérer au
contrat d'assurance collective du régime de prévoyance référencé ci-dessus, au profit de l'ensemble de son personnel non cadre*,
auprès de Malakoff Humanis Prévoyance et de l'OCIRP⁽²⁾, en vue d'appliquer les dispositions du régime de Prévoyance instauré
par la Convention collective Nationale du Sport du 7 juillet 2005.

* On entend par personnel non cadre, le personnel ne relevant pas des articles 4 et 4 Bis de la CCN du 14 mars 1947

(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.** Lorsque le signataire n'est pas le représentant légal mentionné sur le Kbis ou n'est pas le président de l'association, il doit fournir une copie de sa pièce d'identité (CNI, passeport, carte de séjour) en cours de validité ainsi que le pouvoir l'ayant dûment habilité à cet effet.

(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 Malakoff Humanis Prévoyance.

TOURNEZ SVP ►

> ENGAGEMENT

Le contrat d'adhésion est souscrit à effet du 1er jour du mois civil suivant l'envoi du contrat d'adhésion (cachet de la poste faisant foi) ; un double vous sera retourné après signature par Malakoff Humanis Prévoyance. En tout état de cause, l'adhésion ne sera effective qu'à l'issue des vérifications réglementaires incombant aux entreprises d'assurance.

La rémunération perçue par le personnel Malakoff Humanis Prévoyance au titre de la distribution du contrat a la nature d'un salaire.

L'entreprise certifie avoir été sollicitée par son conseiller pour déterminer ses besoins et exigences en matière de couverture prévoyance et avoir bénéficié d'un conseil adapté à sa situation préalablement à la souscription du présent contrat d'adhésion.

Préalablement à la signature du contrat d'adhésion, l'entreprise reconnaît avoir reçu et pris connaissance du Document d'Information Produit «CCN Sport», du présent contrat (le contrat d'adhésion et les Conditions Générales référencées « CG/HP/PREV CCN SPORT NC 06.2016 » où figurent les cotisations et les garanties) et de la notice d'information « NI/HP/PREV CCN SPORT NC 06.2016 ». Après avoir pris connaissance de l'ensemble des documents, elle en accepte les termes.

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 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

MALAKOFF HUMANIS PREVOYANCE

Fait à _____ le _____

Fait à _____ le _____

Signature (et cachet)

Le Directeur
Signature (et cachet)

Les informations collectées sont toutes nécessaires à « Malakoff Humanis Prévoyance », ci-après désigné Malakoff Humanis, responsable du traitement, pour la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance.

En application de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit de demander l'accès, la rectification ou l'effacement de vos données et de décider du sort de celles-ci, post-mortem. Vous disposez également d'un droit de vous opposer au traitement pour motifs légitimes, de limiter le traitement dont vous faites l'objet et d'un droit à la portabilité des données personnelles dans les limites fixées par la loi. Vous disposez enfin de la possibilité de vous opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale, y compris lorsque celle-ci est réalisée de manière ciblée.

Ces droits peuvent être exercés directement sur notre site via nos formulaires, par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9. Pour plus d'informations, consultez notre politique de protection des données à caractère personnel accessible sur notre site internet.

Vous disposez également du droit de vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Opposetel. Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr.