

DIRECTION ET BUREAUX

TSA 42222
92246 MALAKOFF CEDEX
Tél. 01 46 84 36 36 - Fax 01 46 99 05 84

Cadre réservé à l'Institution

Adhérent n° : _____

Contrat n° : _____

(Numéros à indiquer dans vos correspondances)

Remplace le n° de contrat : _____

Date d'effet : _____

Groupe financier : **0000000480**

BULLETIN D'ADHÉSION

Personnel non cadre ⁽¹⁾

Décès - incapacité - invalidité

Raison sociale : _____

Adresse siège social : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Forme juridique : _____

Téléphone : _____ Adresse e-mail : _____

Date de création : _____ Effectif : Cadre(s) _____ Non cadre(s) _____

Code NAF : _____ Code SIRET : _____

Nature de l'activité : _____ Lieu d'activité : _____

L'entreprise ci-dessus nommée, représentée par _____
agissant en qualité de _____ muni de tous les pouvoirs
nécessaires ⁽²⁾ Déclare adhérer, au profit de ses salariés non cadres ⁽¹⁾, à Ionis prévoyance et à l'OCIRP, conformément
à la Convention Collective Nationale du Sport du 7 juillet 2005 mettant en place un régime de prévoyance obligatoire,
conclu entre les partenaires sociaux négociateurs de la Convention Collective Nationale du Sport,

Et les organismes gestionnaires du régime de Prévoyance : Ionis prévoyance, OCIRP, AG2R, UNPMF et GNP, en vue
d'appliquer les dispositions du chapitre X de la Convention Collective Nationale du Sport et de ses futurs avenants,

Déclare avoir pris connaissance du contrat de garanties collectives et des «Conditions Générales 2006 CCN Sport» qui
régissent la présente adhésion,

déclare ne pas avoir de salariés ⁽¹⁾ en arrêt de travail ⁽³⁾

déclare avoir des salariés ⁽¹⁾ en arrêt de travail (liste au verso) ⁽³⁾

(1) A l'exception des sportifs professionnels, de leurs entraîneurs et des intermittents du spectacle.

(2) 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.

(3) Cochez la case correspondant à votre situation.

RENSEIGNEMENTS NÉCESSAIRES À LA MISE EN PLACE DE L'ADHÉSION

ADRESSE À RETENIR par l'organisme gestionnaire pour toute correspondance (appel de cotisations, échanges administratifs,...)

■ Liste des salariés et anciens salariés de l'entreprise en arrêt de travail à la date d'effet de l'adhésion :

NOM	PRÉNOM	N° SÉCURITÉ SOCIALE	DATE DE L'ARRÊT DE TRAVAIL	DATE DE MISE EN INVALIDITÉ	DATE DE RUPTURE DU CONTRAT DE TRAVAIL	INDEMNITÉS JOURNALIÈRES OU RENTES MENSUELLES *

* Précisez éventuellement la catégorie d'invalidité ou le taux d'incapacité permanente.

■ Institution de Prévoyance, Mutuelle ou tout Organisme précédent versant des indemnités journalières ou rentes d'invalidité à ces salariés en arrêt de travail :

NOM _____
 Adresse _____
 Code postal Ville _____ Tél. _____

L'adhésion est acquise à effet du 1^{er} jour du mois suivant l'envoi du bulletin (cachet de la poste faisant foi) ; un double vous sera retourné après acceptation par Ionis prévoyance. Le signataire reconnaît avoir pris connaissance du recto du présent bulletin.

Fait à _____ le _____

L'Entreprise
Signature et cachet

Pour acceptation, Ionis prévoyance