



Conseiller :
Code distributeur :

A retourner dûment complété à :
L'Association PS PRO
23 rue Chauchat – CS 33132
75009 PARIS

accompagné d'un chèque de
cotisation annuelle de 10 €,
à l'ordre de l'Association PS PRO

CCN du SPORT – HANDBALL Masculin 1^{ère} Division

Votre Entreprise

Raison sociale _____ N°SIRET _____

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

Code NAF _____ Assurés : ☐ Joueurs Professionnels Effectif : _____

☐ Entraîneurs Effectif : _____

Vos garanties et cotisations 2025

Joueurs et Entraîneurs

▪ **Prévoyance**

☐ Joueurs et Entraîneurs

Taux TA : 1.02%

Taux TB : 1.63%

La date d'effet de votre contrat

La date d'effet de votre contrat sera déterminée en fonction de la date de réception du dossier complet d'adhésion intégrant :

- La liste des salariés en arrêt de travail (indiquer si le contrat de travail est suspendu ou rompu)
- Les bulletins d'adhésion individuels des salariés

La souscription sera définitive après l'acceptation d'AXA.

Législation relative au traitement des données à caractère personnel

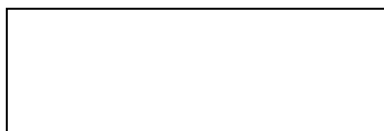
L'entreprise atteste avoir été informé(e) conformément à l'Article 32 de la Loi du 6 janvier 1978 modifiée du caractère obligatoire des réponses aux questions posées ci-dessus ainsi que des conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration prévues aux Articles L 113-8 (nullité du contrat) et L 113-9 (réduction des indemnités) du Code des Assurances.

L'entreprise autorise l'assureur, responsable du traitement dont la finalité est la souscription, la gestion et l'exécution du contrat d'assurance, à communiquer les réponses ainsi que les données la concernant que l'assureur pourrait ultérieurement recueillir à l'occasion de la gestion ou de l'exécution de son contrat, à ses intermédiaires d'assurances, réassureurs, organismes professionnels habilités et sous traitants dans la mesure où cette transmission est nécessaire à la gestion et à l'exécution du contrat.

L'entreprise l'autorise également à utiliser ses données dans la mesure où elles sont nécessaires à la gestion et à l'exécution des autres contrats souscrits auprès de lui (l'assureur) ou auprès des autres sociétés du Groupe auquel il appartient.

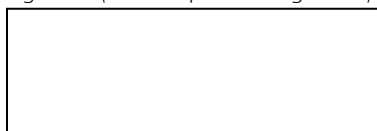
Les représentants de l'entreprise disposent d'un droit d'accès et de rectification auprès d'AXA - Service Information Clients 313 Terrasses de l'Arche 92727 NANTERRE Cedex - pour toute information les concernant".

Fait à _____ le _____



CACHET de votre CONSEILLER

Signature (Nom et qualité du signataire)



CACHET DE L'ENTREPRISE