



Nom et cachet de l'intermédiaire
Agence AXA République
mail : agence.republique@axa.fr
tel : 02 28 54 00 54
Orias 14 005 665
Code portefeuille : 44039344
Nom de l'ICE :

Bulletin d'adhésion et d'affiliation
Assurance Perte d'Emploi du Dirigeant

RENSEIGNEMENTS SUR L'ENTREPRISE PROPOSANTE

Dénomination sociale de l'entreprise :
Adresse du siège social :
Code postal : Ville :
Numéro de client AXA :
Date de création : N° Siret :
Secteur d'activité : Forme juridique :
Nombre de salariés : Code NAF :
L'entreprise est déjà adhérente à un contrat d'assurance souscrit par l'association ANPERE : Oui Non

DEMANDE D'AFFILIATION DU DIRIGEANT

S'il y a plusieurs dirigeants à assurer, merci de nous retourner un bulletin pour chacun.
M. Mme Nom : Prénom :
Nom de jeune fille :
Adresse :
Code postal : Ville :
Statut du dirigeant : Date de naissance :
Régime : Sécurité sociale (SS) Travailleur non salarié (TNS)
Si vous êtes TNS, optez-vous pour la déductibilité fiscale des cotisations de la loi Madelin (auquel cas le « Bonus Protection Familiale » prévu à l'article 12 des CG, n'est pas acquis) ? Oui Non
Bénéficiaire en cas de décès durant la période d'indemnisation :
Mon conjoint survivant non divorcé, à défaut mes enfants par parts légales, à défaut mes héritiers par parts légales
Autres. Précisez noms, prénoms, dates de naissance :

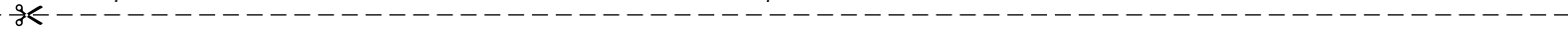
Si option révocation demandée :
Date de nomination* : Durée du mandat :
* Si plusieurs mandats, indiquer la date de la dernière nomination.
Durée d'exercice des fonctions dans l'entreprise : ans

FORMULE DE GARANTIE ET COTISATIONS

Taux de prime TTC	12 mois		18 mois ^(*)	
	Sans révocation	Avec révocation	Sans révocation	Avec révocation
Formule 50 %	2,70 %	3,80 %	4,05 %	4,94 %
Formule 70 %	3,75 %	4,55 %	5,63 %	6,76 %
Formule 80 %	4,75 %	7,00 %	7,13 %	9,10 %

La garantie s'exercera en nature conformément aux termes des Conditions Générales référence 965585 pour l'ensemble des faits générateurs définis à l'article 8 des CG.

^(*) L'option 18 mois est réservée aux seuls cas de contrainte économique.



DATE D'EFFET ET MODE DE PAIEMENT

Date d'effet souhaitée (au plus tôt le 1^{er} du mois de réception du présent bulletin par l'assureur) :

Mode de paiement :

☐ Annuel ☐ Semestriel (majoration de la cotisation de 4 %) ☐ Trimestriel (majoration de la cotisation de 6 %)

Revenu contractuel = Revenu net professionnel* : _____ € + Dividendes : _____ € (20 000 € maximum)

Revenu contractuel = _____ €

x Taux de prime annuel TTC : _____ %

x 1,04 si paiement semestriel : _____ € TTC

ou x 1,06 si paiement trimestriel = _____ € TTC

+ Frais de quittance : 36 € TTC par quittance

* Dernier revenu annuel net professionnel déclaré à l'administration fiscale (cf. CG p. 4). Le revenu contractuel doit être supérieur à 0,5 PASS (18 516 € en 2013) et est plafonné à 6 PASS (222 192 € en 2013).

QUESTIONNAIRE DE DÉCLARATION DU RISQUE

L'entreprise proposante représentée par Mme/Mr _____ agissant en qualité de représentant légal :

- demande son adhésion :
 1. À l'association ANPERE (Association Nationale pour la Prévoyance, l'Épargne et la Retraite),
 2. Au contrat « Garantie Perte d'Emploi du Dirigeant » souscrit par l'association ANPERE auprès d'AXA France IARD
- certifie exactes et sincères les déclarations servant de base à l'affiliation de l'entreprise et du dirigeant
- s'engage à informer l'Assureur des modifications statutaires concernant l'entreprise ou le dirigeant

Elle déclare :

- avoir pris connaissance des statuts d'ANPERE, et accepter le paiement du droit unique d'adhésion à l'association ANPERE de 15 €,
- avoir reçu un exemplaire des conditions générales du contrat d'assurance groupe souscrit par ANPERE n° 965585, en accepter les dispositions,
- être informé que les statuts et le règlement intérieur de l'association ainsi que le contrat d'assurance groupe peuvent être modifiés sur décision ou à l'initiative du conseil d'administration ou de l'assemblée générale des sociétaires et que ces modifications s'imposent à tous les membres qui en sont informés lors de chaque assemblée générale annuelle.
- **ne pas faire l'objet de procédure collective à ce jour (sauvegarde, redressement ou liquidation judiciaire), ou de tous autres événements la touchant sous contrainte économique (dissolution, fusion ou absorption....)**
- **avoir présenté, au cours des deux derniers exercices, une situation financière positive (Capitaux Propres, Résultat d'Exploitation et Résultat Net positifs)** Oui ☐ Non ☐

Si vous avez coché NON à la déclaration ci-dessus, joindre impérativement pour étude préalable, les 2 dernières liasses fiscales de l'entreprise ou les 2 derniers bilans simplifiés pour les artisans non inscrits au RCS.

- certifie ne pas exercer leurs activités dans les secteurs des Agences de Voyage (codes NAF 2008 commençant par 79), des Agences Immobilières (codes NAF 2008 commençant par 68) ou des sociétés de recherche et développement tous secteurs d'activité confondus.

Le dirigeant déclare ne pas bénéficier des dispositions des articles L 5421-1 et suivants du Code du Travail relatives aux travailleurs privés d'emploi.

« Je soussigné(e) _____ reconnais 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 pour l'adhésion au contrat Perte d'Emploi du Dirigeant souscrit par l'ANPERE auprès d'AXA France IARD 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,
- Que les destinataires des données personnelles me concernant pourront être d'une part, et en vertu d'une autorisation de la Commission Nationale de l'Informatique et Libertés, les collaborateurs de l'assureur, responsable du traitement, tant en France qu'au Maroc, dont la finalité est la souscription, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance et d'autre part, ses intermédiaires, réassureurs, organismes professionnels habilités ainsi que les sous-traitants missionnés,
- Que mes données peuvent être utilisées dans la mesure où elles sont nécessaires à la gestion et à l'exécution des autres contrats souscrits auprès de lui ou auprès des autres sociétés du groupe auquel il appartient,
- Que je dispose 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 me concernant,
- Que les données recueillies par l'Assureur lors de la souscription et des actes de gestion peuvent être utilisées par le Groupe AXA à des fins de prospection commerciale. Je peux m'y opposer en écrivant à l'adresse indiquée ci-dessus. »

Fait à : _____, le :

Signature du dirigeant
(précédé de la mention « lu et approuvé »)

Cachet du souscripteur avec signature et fonction du signataire
représentant légal de la société adhérente
(précédé de la mention « lu et approuvé »)

AXA France IARD. Société anonyme au capital de 214 799 030 € - 722 057 460 R.C.S Nanterre. – **AXA Assurances IARD Mutuelle.** Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers – Siren 775 699 309 – Siège social : 313 Terrasses de l'Arche-92727 Nanterre Cedex - Entreprises régies par le Code des assurances.

Je soussigné(e) _____ (représentant(e) légal(e) de l'entreprise, atteste demander le règlement des cotisations par prélèvement automatique.

Contrat n° : _____

Autorisation de prélèvement

Titulaire du compte à débiter				Organisme créancier			
Nom : Prénom : Adresse :				AXA 313, Terrasses de l'Arche - 92727 Nanterre Cedex N° national d'émetteur : 3918832			
Compte à débiter				Établissement teneur du compte à débiter			
J'autorise l'Établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, le prélèvement de la cotisation et l'Assureur à débiter mon compte n°				Nom et adresse postale de l'établissement teneur à débiter : Banque : Agence : Adresse :			
Code Banque	Code guichet	N° de Compte	Clé RIB				