



BULLETIN D'ADHÉSION ET D'AFFILIATION ASSURANCE PERTE D'EMPLOI DU DIRIGEANT

1. 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

2. DEMANDE D'AFFILIATION DU DIRIGEANT (MANDAT UNIQUE)⁽¹⁾

S'il y a plusieurs dirigeants à assurer, merci de nous retourner un bulletin pour chacun.

M. Mme Nom : Prénom :

Nom de naissance :

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 les dispositions prévues à l'article 12 des CG, ne sont pas applicables) ? Oui Non

Bénéficiaire en cas de décès durant la période d'indemnisation :

Mon conjoint non séparé judiciairement, à défaut, mon partenaire avec lequel je suis lié par un pacte civil de solidarité, à défaut, par parts égales entre eux, mes enfants vivants ou représentés, à défaut, par parts égales entre eux, mon père et ma mère, ou au survivant d'entre eux, à défaut, mes héritiers.
Pour être bénéficiaire du capital, le concubin doit avoir fait l'objet d'une désignation particulière nominative.

Autres bénéficiaires. Précisez noms, prénoms, dates de naissance :

Si option révocation demandée :

■ Date de nomination : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

■ Durée du mandat :

■ Durée d'exercice des fonctions dans l'entreprise : [] [] ans.

(1) Si le dirigeant a d'autres mandats au sein d'autres entreprises, ce bulletin ne peut être utilisé. Contactez votre intermédiaire pour bénéficier d'une approche personnalisée.

3. FORMULE DE GARANTIE ET COTISATIONS

Taux de prime TTC	12 mois		18 mois	
	Sans révocation	Avec révocation	Sans révocation	Avec révocation ⁽²⁾
Formule 50 %	2,70 % <input type="checkbox"/>	3,80 % <input type="checkbox"/>	4,05 % <input type="checkbox"/>	4,94 % <input type="checkbox"/>
Formule 70 %	3,75 % <input type="checkbox"/>	4,55 % <input type="checkbox"/>	5,63 % <input type="checkbox"/>	6,76 % <input type="checkbox"/>
Formule 80 %	4,75 % <input type="checkbox"/>	7,00 % <input type="checkbox"/>	7,13 % <input type="checkbox"/>	9,10 % <input type="checkbox"/>

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.

4. 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⁽³⁾ : € + 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 quittancement : 36 € TTC par quittance

5. QUESTIONNAIRE DE DÉCLARATION DU RISQUE

L'entreprise représentée par M./Mme agissant en qualité de représentant légal :

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

L'entreprise :

- déclare avoir pris connaissance des statuts d'ANPERE et accepter le paiement du droit unique d'adhésion à l'association ANPERE de 15 € ; Oui Non
- déclare avoir reçu 1 exemplaire des Conditions générales du contrat d'assurance groupe souscrit par ANPERE n° 965585, en accepter les dispositions ; Oui Non
- déclare 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 ; Oui Non
- n'a pas connaissance de faits susceptibles de mettre en jeu les garanties à la date de souscription ; Oui Non
- n'a pas connaissance de sinistres survenus au cours des 3 dernières années ; Oui Non
- n'a pas fait l'objet de résiliation pour sinistre ; Oui Non
- n'a pas fait l'objet d'une procédure collective à ce jour (sauvegarde, redressement ou liquidation judiciaire) ou de tous autres événements la touchant sous contrainte économique (dissolution, fusion ou absorption...) ; Oui Non
- certifie ne pas exercer ses activités dans les secteurs des Agences de Voyage (codes NAF 2008 commençant par 79), des Agences Immobilières (codes NAF 2008 commençant par 68) des activités des services financiers (codes NAF 2008 commençant par 64) des activités des sièges sociaux, conseil de gestion (codes NAF 2008 commençant par 70) et des sociétés de recherche et développement tous secteurs d'activité confondus ; Oui Non
- certifie avoir présenté, au cours des 2 derniers exercices, une situation financière positive (Capitaux Propres, Résultat d'Exploitation et Résultat Net positifs). Oui Non

Si vous avez répondu NON à au moins une des questions, contactez votre intermédiaire et joignez impérativement les 2 dernières liasses fiscales de l'entreprise ou les 2 derniers bilans simplifiés pour les artisans non-inscrits au RCS, pour une étude plus approfondie.

Le dirigeant déclare qu'il :

- est titulaire d'aucun autre mandat que celui détenu au sein de l'entreprise ; Oui Non
- ne bénéficie pas des dispositions des articles L 5421-1 et suivants du Code du travail relatives aux travailleurs privés d'emploi ; Oui Non
- n'est pas titulaire d'un contrat Perte d'Emploi du dirigeant auprès d'un autre Assureur. Oui Non

Si vous avez répondu NON à au moins une des questions, contactez votre intermédiaire pour une étude plus approfondie.

(2) La durée d'indemnisation de l'option Révocation est portée à 18 mois après une période d'attente de 3 ans d'affiliation sans indemnisation.

(3) Dernier revenu annuel net professionnel déclaré à l'administration fiscale (cf. CG p. 4). Le revenu contractuel doit être supérieur à 0,5 PASS et est plafonné à 6 PASS. (exemple de valeur : 0,5 PASS = 19 866 € et 6 PASS = 238 392 € pour 2018).

Le **plafond** de la Sécurité sociale est revalorisé chaque année par les pouvoirs publics en fonction de l'évolution des salaires. Pour obtenir sa valeur voir sur ameli.fr/employeurs/vos-demarches/chiffres-utiles/plafond-de-la-securite-sociale.

6. INFORMATIONS SUR L'UTILISATION DE VOS DONNÉES PERSONNELLES

Dans le cadre de votre relation avec une société du groupe AXA pour un contrat d'assurance, cette dernière va principalement utiliser vos données pour la passation, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution de celui-ci. Elle sera également susceptible de les utiliser (i) dans le cadre de contentieux, (ii) pour la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, (iii) afin de se conformer à une réglementation applicable, ou (iv) pour l'analyse de tout ou partie des données vous concernant collectées au sein du groupe AXA, éventuellement croisées avec celles de partenaires choisis, afin d'améliorer nos produits (recherche et développement), évaluer votre situation ou la prédire (scores d'appétence) et personnaliser votre parcours client (offres et publicités ciblées).

Vos données seront conservées le temps nécessaire à ces différentes opérations, ou pour la durée spécifiquement prévue par la CNIL (normes pour le secteur de l'assurance) ou la loi (prescriptions légales).

Elles seront uniquement communiquées aux sociétés du groupe AXA, intermédiaires d'assurance, réassureurs, partenaires ou organismes professionnels habilités (comme AXA Banque) qui ont besoin d'y avoir accès pour la réalisation de ces opérations. Pour ceux de ces destinataires situés en-dehors de l'Union Européenne, le transfert est limité (i) aux pays listés par la Commission Européenne comme protégeant suffisamment les données ou (ii) aux destinataires respectant soit les clauses contractuelles types proposées par la CNIL soit les règles internes d'entreprise du groupe AXA de protection des données (BCR).

Lors de la souscription de votre contrat, certaines questions sont obligatoires. En cas de fausses déclarations ou d'omissions, les conséquences à votre égard pourront être la nullité du contrat souscrit (article L 113-8 du Code des assurances) ou la réduction des indemnités versées (article L 113-9 du Code des assurances).

Nous sommes légalement tenus de vérifier que vos données sont exactes, complètes et, si nécessaire, mises à jour. Nous pourrions ainsi vous solliciter pour le vérifier ou être amenés à compléter votre dossier (par exemple en enregistrant votre email si vous nous avez écrit un courrier électronique).

Vous pouvez demander l'accès, la rectification, l'effacement ou la portabilité de vos données, définir des directives relatives à leur sort après votre décès, choisir d'en limiter l'usage ou vous opposer à leur traitement. Si vous avez donné une autorisation spéciale et expresse pour l'utilisation de certaines de vos données, vous pouvez la retirer à tout moment sous réserve qu'il ne s'agisse pas d'informations qui conditionnent l'application de votre contrat.

Vous pouvez écrire à notre Délégué à la Protection des Données pour exercer vos droits par email (HYPERLINK « <mailto:service.informationclient@axa.fr> » service.informationclient@axa.fr) ou par courrier (AXA France - Service Information Client - 313, Terrasses de l'Arche - 92727 Nanterre Cedex). En cas de réclamation, vous pouvez choisir de saisir la CNIL.

Pour plus d'informations, consultez HYPERLINK « <http://www.axa.fr/donnees-personnelles.html> » www.axa.fr/donnees-personnelles.html

Fait à Le

Je suis informé(e) qu'AXA France peut utiliser mes informations pour promouvoir ses offres d'assurance, banque et assistance. Je peux m'y opposer en cochant la case ci-contre .

Signature du dirigeant
précédée de la mention « lu et approuvé »

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

--	--



AXA Entreprises IARD
Lignes Spécialisées - L8421
313, Terrasses de l'Arche
92727 Nanterre Cedex

✉ service.risquesfinanciersped@axa.fr

Nom et cachet de l'intermédiaire



Code portefeuille :

Nom de l'ICE :