



Nom et cachet de l'intermédiaire

Code portefeuille : \_\_\_\_\_

Nom de l'ICE : \_\_\_\_\_

## Formulaire de Déclaration du Risque Assurance Perte d'Emploi du dirigeant Pluralité de mandats

### Renseignements sur l'entreprise proposant désignée comme entité souscriptrice (mandat principal) ou société Holding

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

M.  Mme Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

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, ma 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 à 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 : \_\_\_\_\_

## Pluralité de mandats

### Mandat n°1

Statut

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 :

Si option révocation demandée

• Date de nomination :

Durée du mandat :

• Durée d'exercice des fonctions dans l'entreprise :

ans.

Régime :

Sécurité sociale (SS)  Travailleur non salarié (TNS)

### Mandat n°2

Statut

Dénomination sociale de l'entreprise :

Adresse du siège social :

Code postal :

Ville :

Numéro de client AXA :

Date de création :

Siret :

Secteur d'activité :

Forme juridique :

Si option révocation demandée :

• Date de nomination :

Durée du mandat :

• Durée d'exercice des fonctions dans l'entreprise :

ans.

Régime :

Sécurité sociale (SS)  Travailleur non salarié (TNS)

### Mandat n°3

Statut

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 :

Si option révocation demandée :

• Date de nomination :

• Durée du mandat :

• Durée d'exercice des fonctions dans l'entreprise :

ans.

Régime :

Sécurité sociale (SS)  Travailleur non salarié (TNS)

**Mandat n°4**

Statut

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 :

Si option révocation demandée :

• Date de nomination :

• Durée du mandat :

• Durée d'exercice des fonctions dans l'entreprise : ans.

Régime :

 Sécurité sociale (SS)  Travailleur non salarié (TNS)**Mandat n°5**

Statut

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 :

Si option révocation demandée :

• Date de nomination :

• Durée du mandat :

• Durée d'exercice des fonctions dans l'entreprise : ans.

Régime :

 Sécurité sociale (SS)  Travailleur non salarié (TNS)**Date d'effet et mode de paiement**Date d'effet souhaitée (au plus tôt le 1<sup>er</sup> 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 (Mandat 1)

Revenu Contractuel (Mandat 2)

Revenu Contractuel (Mandat 3)

Revenu Contractuel (Mandat 4)

Revenu Contractuel (Mandat 5)

+ Frais de quittancement : 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 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 <http://www.ameli.fr/employeurs/vos-demarches/chiffres-utiles/plafond-de-la-securite-sociale>.

## Questionnaire de déclaration du risque

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

### Événements significatifs concernant les entreprises

L'entreprise a-t-elle un client représentant plus de 50 % de son CA ? : Si oui, merci de joindre au dossier le détail de la répartition du CA et le SIRET du client principal	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
L'entreprise a-t-elle un fournisseur représentant plus de 75 % de son CA ? : Si oui, merci de joindre au dossier le détail des fournisseurs et le SIRET du fournisseur principal	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
L'entreprise dispose-t-elle d'une assurance-crédit ? A-t-elle déjà fait l'objet d'un refus de prise en charge (ou de résiliation) auprès d'une assurance-crédit au cours des trois dernières années ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
L'entreprise a-t-elle connue une perte de marché au cours de l'exercice actuel (non clos), et/ou existe-t-il une perte prévisible de marchés ? Si oui, précisez :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Les entreprises ont-elles mis en place une procédure de licenciement économique ou de plan social au cours des 3 dernières années ? Si oui, précisez : .....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Les entreprises sont-elles connu un ou des incidents de paiement au cours des 3 dernières années ? Si oui, précisez : .....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Les 'entreprise ont-t-elle connu un ou des changements de dirigeants au cours des deux dernières années ? Si oui, précisez : .....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Y a-t-il eu, au cours des deux dernières années, des révocations de mandats de dirigeants ? Si oui, précisez :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si l'entreprise est une SA, y a-t-il eu au cours des deux dernières années l'arrivée d'un nouvel actionnaire représentant plus de 5 % des actions de l'entreprise ? Si oui, précisez :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

#### Les entreprises proposantes

Demandent leur adhésion à l'association ANPERE (Association Nationale pour la Prévoyance, l'Épargne et la Retraite),	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
demandent leur adhésion au contrat « Garantie Perte d'Emploi du Dirigeant » souscrit par l'association ANPERE auprès d'AXA France IARD,	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
certifient exactes et sincères les déclarations servant de base à l'affiliation de l'entreprise et du dirigeant,	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
s'engagent à informer l'Assureur des modifications statutaires concernant l'entreprise ou le dirigeant.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

#### L'entreprise souscriptrice :

déclare avoir pris connaissance des statuts d'ANPERE, et accepter le paiement du droit unique d'adhésion à l'association ANPERE de 15 €,	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
déclare avoir reçu un exemplaire des conditions générales du contrat d'assurance groupe souscrit par ANPERE n° 965585, en accepter les dispositions,	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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,	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

#### L'ensemble des entreprises au sein desquelles le dirigeant a un mandat :

Constituent un groupe avec une communauté d'intérêt	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
n'ont pas connaissance d'aucun fait susceptible de mettre en jeu les garanties à la date de souscription	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
n'ont pas connaissance de sinistres survenus au cours des trois dernières années sur l'ensemble du périmètre,	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
n'ont pas fait l'objet de résiliation pour sinistre,	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Ne font pas 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....),	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Ne connaissent aucune difficulté économique et financière et qu'elles sont à jour de toutes déclarations sociales et fiscales ainsi que du paiement de toutes cotisations, impôts ou taxes prescrites par la loi ou les règlements	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Certifient 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), 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,	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

certifient 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 répondu NON à au moins une des questions, contacter votre intermédiaire et joindre impérativement pour une étude plus approfondie, les 2 dernières liasses fiscales des entreprises**

#### Le dirigeant déclare qu'il :

A moins de 58 ans au jour de son affiliation	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
ne perçoit pas de rente/pension d'invalidité 2ème ou 3ème catégorie au titre d'un régime obligatoire Sécurité sociale ou d'une pension de retraite au titre de l'activité déclarée	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
est titulaire d'aucun autre mandat que celui détenu au sein des entreprises désignées constituant un groupe,	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
ne bénéficie pas des dispositions des articles L 5421-1 et suivants du Code du Travail relatives aux travailleurs privés d'emploi, à quelque titre que ce soit	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
n'est pas titulaire d'un contrat Perte d'Emploi du dirigeant auprès d'un autre Assureur.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
n'a pas été dirigeant d'une société ayant fait l'objet d'une procédure collective	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
n'a fait l'objet d'aucune révocation antérieurement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

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

#### 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 % <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.

(\*) 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.

#### Documents à joindre au dossier

- **Les derniers comptes sociaux des entreprises (Bilans + comptes de résultat des deux derniers exercices clos).**
- **Justification de revenu professionnel du dirigeant à affilier :**
  - pour les sociétés soumises à l'impôt sur les sociétés : extrait de la DADS mentionnant le revenu du dirigeant à assurer, ou bulletin de salaire du mois de décembre, ou procès-verbal fixant le revenu annuel net professionnel en cours,
  - pour les sociétés de personnes ou entreprises individuelles soumises à l'impôt sur le revenu : déclaration 2031 (activité imposable dans la catégorie des BIC) ou 2035 (catégorie des NBC).
- **Si le dirigeant demande à prendre en compte ses dividendes dans le revenu contractuel, justification des derniers dividendes versés :**
  - déclaration CERFA 2777, ou
  - procès-verbal du conseil d'administration.
- **Copie des statuts de sociétés**
- **Copie des PV de nomination du dirigeant à affilier**

Conformément à l'article 32 de la loi du 6 Janvier 1978, je reconnais être informé par l'assureur en sa qualité de responsable de traitement que :

- les réponses aux questions qui me sont posées sont obligatoires et qu'en cas de fausses déclarations ou d'omissions, les conséquences à mon égard peuvent être la nullité du contrat (article L 113-8 du Code des Assurances) ou la réduction des indemnités (article L 113-9 du Code des Assurances)
- la finalité du traitement est la souscription, la gestion y compris commerciale et l'exécution du contrat d'assurance mais que mes données pourront également être utilisées dans la mesure où elles seraient nécessaires à la gestion ou à l'exécution des autres contrats souscrits auprès de l'assureur ou auprès d'autres sociétés du Groupe auquel il appartient.
- les destinataires des données me concernant sont principalement les collaborateurs de l'assureur mais aussi ses intermédiaires, réassureurs et organismes professionnels habilités.
- en sa qualité d'organisme financier, l'assureur est soumis aux obligations légales issues principalement du Code Monétaire et Financier en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et contre le financement du terrorisme et, qu'à ce titre, il met en œuvre un traitement de surveillance des contrats pouvant aboutir à la rédaction d'une déclaration de soupçon ou à une mesure de gel des avoirs conformément à l'autorisation unique donnée par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) le 16 Juin 2011.
- en sa qualité d'assureur, il est fondé à utiliser mon numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques pour la gestion des risques d'assurance complémentaire santé, retraite supplémentaire, responsabilité civile et pour la gestion des rentes et ce, conformément à l'autorisation unique donnée par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) le 23 Janvier 2014.
- mes données personnelles pourront également être utilisées dans le cadre d'un traitement de lutte contre la fraude à l'assurance que la CNIL a autorisé l'assureur à mettre en œuvre conformément à l'autorisation unique en date du 17 Juillet 2014 ; ce traitement pouvant conduire, le cas échéant, à une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.
- en sa qualité d'assureur, il est fondé à effectuer des traitements de données relatives aux infractions, condamnations et mesures de sûreté soit au moment de la souscription du contrat d'assurance, soit en cours de son exécution ou dans le cadre de la gestion de contentieux conformément à l'autorisation unique donnée par la CNIL en date du 23 Janvier 2014.
- mes données personnelles pourront également être utilisées par l'assureur dans le cadre de traitements qu'il met en œuvre et dont l'objet est la recherche et le développement pour améliorer la qualité ou la pertinence de ses futurs produits d'assurance et offres de services

Les données recueillies par l'assureur lors de la souscription et des actes de gestion peuvent être utilisées par les sociétés du Groupe AXA à des fins de prospection commerciale auxquelles je peux m'opposer en cochant la case ci-contre

- les données à caractère personnel me concernant peuvent être accessibles à certains des collaborateurs ou prestataires de l'assureur établis dans des pays situés hors de l'Union Européenne.

Des garanties sont prises par Axa pour assurer un bon niveau de protection de ces données.

En me rendant sur le site Axa.fr à la rubrique « données personnelles », je trouverai plus de détails sur : la finalité de ces accessibilités aux données, les pays de localisation des destinataires et sur les garanties de sécurité prises.

Je peux également demander une communication de ces renseignements par voie postale en m'adressant à « Axa – Service Information Client – 313 Terrasses de l'Arche – 92727 Nanterre Cedex ».

- pour exercer mon droit d'accès et de rectification sur l'ensemble des données me concernant, je peux écrire à « Axa – Service Information Client – 313 Terrasses de l'Arche – 92727 Nanterre Cedex ».

Fait à : \_\_\_\_\_ Le :

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 France IARD. S.A. au capital de 214 799 030 € - 722 057 460 R.C.S. Nanterre. TVA intracommunautaire n° FR 14 722 057 460. AXA Assurances IARD Mutuelle. Société d'Assurance Mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers - Siren 775 699 309 - TVA intracommunautaire n° FR 39 775 699 309. Sièges sociaux : 313, Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex. Entreprises régies par le code des assurances.**