

DEMANDE D'ADHÉSION  
2015

---

# GARANTIE CHÔMAGE DES DIRIGEANTS



L'assurance n'est plus ce qu'elle était.

# DEMANDE D'ADHÉSION



MERCI D'ÉCRIRE EN MAJUSCULES

N° de l'assureur-conseil : 90353

Nouvelle adhésion  modification  Fax transmis le :  /  /  N° adhérent :

## COORDONNÉES DE L'ENTREPRISE ADHÉRENTE

Dénomination sociale : .....

Forme juridique : .....

Franchise : oui  non  Holding : oui  non  Si oui, holding animatrice : oui  non

Adresse du siège social : .....

Code Postal :  Ville : .....

Tél. :  Tél. portable :  Adresse email <sup>(1)</sup> : .....

Date de création de l'entreprise :  /  /

Secteur d'activité : .....

Numéro de SIRET : ..... Code NACE : .....

Date de clôture de bilan :  /  /

(1) En nous communiquant votre adresse e-mail vous acceptez de recevoir les documents et informations relatifs à l'exécution de votre contrat par courrier électronique. Etant entendu que vous pourrez mettre fin à ce mode de communication à l'occasion de chaque envoi.

Référence produit :  10  15  20  40/10

## DIRIGEANTS À AFFILIER ET CHOIX DES GARANTIES - joindre une demande d'affiliation pour chacun d'eux

NOM(S)	PRÉNOM(S)	DATE DE NAISSANCE	GARANTIE CHÔMAGE pour assiette de garanties souhaitée en € : (min = 1/2 PASS par personne max = 5 PASS par personne)	OPTION RÉVOCAION (2)	GARANTIE CREATEUR montant de garantie fixé forfaitairement
		<input type="text"/>	.....€	<input type="checkbox"/>	.....€
		<input type="text"/>	.....€	<input type="checkbox"/>	.....€
		<input type="text"/>	.....€	<input type="checkbox"/>	.....€
		<input type="text"/>	.....€	<input type="checkbox"/>	.....€

(2) - Pour souscrire cette option, l'assuré doit détenir un mandat social depuis au moins 2 ans dans l'entreprise adhérente.  
- Option non proposée sur la garantie Créateur.  
- Option non proposée aux dirigeants d'une entreprise familiale.

## CALCUL DES COTISATIONS

	GARANTIE CHÔMAGE	OPTION REVOCATION	GARANTIE CRÉATEUR
TOTAL ASSIETTE DE GARANTIES			
TAUX DE COTISATION			
MONTANT DE LA COTISATION ANNUELLE TTC			
COTISATION À L'ASSOCIATION DES ASSURÉS APRIL		+ 9,60 €/an <sup>(3)</sup>	
FRAIS DE DOSSIER <sup>(4)</sup>		70 €	
RÉDUCTION COUPLAGE -10% VIAGER <sup>(5)</sup>		<input type="checkbox"/>	
TOTAL TTC			

(3) Cotisation qui n'est pas due si vous êtes déjà adhérent à l'Association des Assurés APRIL.

(4) Frais qui ne sont pas dus si vous bénéficiez déjà d'un contrat APRIL Santé Prévoyance.

(5) Le couplage avec un autre contrat doit être réalisé dans un délai maximum de 12 mois entre les dates de réception. En cas de dates d'effet différentes, les réductions s'appliqueront à compter de la prise d'effet du 2<sup>e</sup> contrat.

## LE RÈGLEMENT DES COTISATIONS

PÉRIODICITÉ	PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE	CHÈQUE	FRAIS D'ÉCHÉANCE
ANNUELLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2,50 €
SEMESTRIELLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2,50 €
TRIMESTRIELLE	<input type="checkbox"/>	Impossible	2,50 €
MENSUELLE	<input type="checkbox"/>	Impossible	2,50 €

Indiquez le jour du mois qui vous paraît le plus favorable pour le prélèvement de votre cotisation entre le 1<sup>er</sup> et le 10 du mois  
  .

## COORDONNÉES DU CABINET COMPTABLE (pour lui communiquer des informations sur la gestion de ce dossier)

Raison sociale : .....

Interlocuteur : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal :  Ville : .....

Tél. :  Adresse email <sup>(6)</sup> : .....

Numéro de SIRET : .....

(6) En nous communiquant votre adresse e-mail vous acceptez de recevoir les documents et informations relatifs à l'exécution de votre contrat par courrier électronique. Etant entendu que vous pourrez mettre fin à ce mode de communication à l'occasion de chaque envoi.

## QUESTIONNAIRE

### Actuellement et au cours des trois (3) derniers exercices comptables :

L'ENTREPRISE FAIT-ELLE OU A-T-ELLE FAIT L'OBJET D'UNE DES PROCÉDURES SUIVANTES :	
- plan de sauvegarde,	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
- redressement ou liquidation judiciaire,	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
- dissolution, fusion ou absorption,	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
- restructuration entraînant une réduction d'effectif, l'arrêt, la cessation, la cession d'une activité ou branche d'activité,	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
- autre évènement sous contrainte économique tels que le défaut de paiement de l'un de ses clients, l'augmentation de son endettement ou le dépôt de bilan.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
L'ENTREPRISE CONNAÎT-ELLE OU A-T-ELLE CONNU L'UNE DES SITUATIONS SUIVANTES :	
- report à nouveau débiteur,	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
- situation nette comptable négative,	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
- résultat d'exploitation négatif,	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
- capitaux propres négatifs ou correspondant à la moitié du capital social ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
L'ENTREPRISE CONNAÎT-ELLE OU A-T-ELLE CONNU UNE BAISSÉ DE SON CHIFFRE D'AFFAIRES DE 30% OU PLUS, EN UN EXERCICE OU RÉPARTIE SUR LES 2 OU 3 DERNIERS EXERCICES ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
L'ENTREPRISE A-T-ELLE UN CLIENT QUI REPRÉSENTE PLUS DE 75% DE SON CHIFFRE D'AFFAIRES OU UN FOURNISSEUR QUI REPRÉSENTE PLUS DE 75% DE SES ACHATS ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

# DÉCLARATIONS DE L'ADHÉRENTE OU DE L'ADHÉRENT

Je demande mon adhésion à l'Association des Assurés APRIL ainsi qu'aux conventions N°MNAC2012P1 (Non Madelin) et MNAC2012P2 (Madelin) souscrites par elle auprès de MNCAP-AC pour la garantie Chômage des Dirigeants.

Je déclare avoir pris connaissance des statuts et du règlement intérieur de l'Association des Assurés APRIL ([www.association-assures-april.fr](http://www.association-assures-april.fr)).

**Je déclare avoir reçu et pris connaissance de la Notice valant conditions générales, référencée GCD150115 pour la Garantie Chômage des Dirigeants, qui est jointe à ma demande d'adhésion, en accepter les dispositions et en avoir conservé un exemplaire, ainsi que des conditions applicables aux opérations de gestion d'APRIL Santé Prévoyance.** J'atteste notamment être informé(e) que je peux renoncer à mon adhésion par lettre recommandée avec demande d'avis de réception dans un délai de 14 jours calendaires révolus à compter de la date de réception de mon certificat d'adhésion, conformément à la Notice valant conditions générales et que mon contrat est renouvelable par tacite reconduction à chaque échéance annuelle, soit au 31 décembre de chaque année. Mon droit à renonciation peut être exercé suivant le modèle de lettre inclus dans la Notice. Dans le cadre d'une modification de mon contrat par voie d'avenant, je prends acte que la Notice applicable est celle dont j'ai pris connaissance lors de la signature de la demande d'adhésion initiale et référencée ci-dessus.

Je suis informé(e) que les données recueillies sont nécessaires à l'appréciation et au traitement de ma demande d'assurance. Ces données font l'objet de traitements informatiques par APRIL pour les besoins de l'étude, la proposition, la souscription et la gestion de mon contrat d'assurance et ne peuvent être transmises à ces fins qu'aux organismes assureurs, réassureurs, intermédiaires en assurance ainsi qu'à leurs prestataires. Ces données font également l'objet de traitements informatiques pour la communication d'informations sur les offres APRIL et, le cas échéant, de ses partenaires commerciaux. A ces fins, des données sont susceptibles de faire l'objet de transferts hors de l'Union Européenne. Ces transferts sont encadrés par des règles de protection et de sécurité des données.

Pour mesurer et améliorer notre qualité de service, vos échanges de courriers, télécopies, courriels et conversations téléphoniques avec notre société sont susceptibles d'être analysés et enregistrés et, à cette fin, de faire l'objet de traitements informatiques pour lesquels des données vous concernant ne peuvent être communiquées qu'à APRIL et à nos prestataires. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et, le cas échéant, d'opposition et de rectification des données vous concernant que vous pouvez exercer en adressant un courrier accompagné d'une copie de votre pièce d'identité à APRIL Santé Prévoyance - 114 boulevard Marius Vivier Merle, 69439 Lyon Cedex 03.

Par ailleurs, pour répondre à ses obligations légales, notre société met en œuvre un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux, le financement du terrorisme et l'application des sanctions financières. Conformément aux dispositions de l'article L561-45 du Code Monétaire et Financier, vous pouvez exercer votre droit d'accès auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés - 8 rue Vivienne - CS 30223 - 75083 Paris Cedex 02. Toutefois, si la demande concerne le traitement mis en œuvre aux fins d'identifier les personnes faisant l'objet d'une mesure de gels des avoirs ou d'une sanction financière, conformément à la Loi Informatique et Libertés n°78-17 du 6 janvier 1978, vous pouvez exercer votre droit en adressant un courrier accompagné d'une copie de votre pièce d'identité à APRIL (à l'adresse susmentionnée).

**Je soussigné(e) certifie avoir répondu personnellement et avec exactitude et sincérité aux questions posées, n'avoir rien à déclarer ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur les Assureurs de l'Association des Assurés APRIL.**

**Je reconnais être informé que toute réticence ou fausse déclaration entraînera l'application des sanctions prévues aux articles L221-14 et L221-15 du Code de la Mutualité.»**

J'accepte que mes coordonnées soient communiquées à des partenaires d'APRIL Santé Prévoyance afin de leur permettre de me proposer de nouveaux produits ou offres de services.

Fait à  le / /

**Le cachet et le visa de l'assureur-conseil**

JRG CONSEIL  
14 RUE DE MORONVAL  
28100 DREUX  
Tél : 02 37 42 23 33  
Email : [contact@cabip.com](mailto:contact@cabip.com)

X

**Signature et cachet avec nom, prénom et fonction du signataire représentant légal de la société adhérente**

Nom/Prénom : .....

Fonction : .....

X

Référence  
Unique de  
Mandat :  
(Ne pas compléter)

## MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez ASP à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de ASP. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Nom du créancier : ASP

I.C.S. : R85ASP423146

Adresse du créancier : APRIL Santé Prévoyance

69439 LYON CEDEX 03

Veuillez compléter l'ensemble des champs marqués\*

Votre nom\* :

Votre prénom\* :

Adresse\* :

Code Postal\* :   Ville\* :

Pays\* :

Les coordonnées de votre compte\* : **Joindre un Relevé d'Identité Bancaire**

FR

Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)

Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)

Type de paiement\* :  Paiement récurrent  
 Paiement ponctuel

Signé à\* :

Date\* : / /

Signature(s)\* :

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque. Les informations contenues dans le présent mandat, font l'objet d'un traitement informatique par ASP pour la gestion de vos prélèvements et ne sont transmises à cet effet qu'à votre banque. Conformément à la Loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition, que vous pouvez exercer en adressant un courrier à APRIL Santé Prévoyance - 69439 LYON CEDEX 03.

## JE JOINS À MON ENVOI

1. La demande d'adhésion : remplie, datée et signée,
2. La ou les demandes d'affiliations,
3. Le relevé d'identité bancaire,
4. Le chèque de 70 euros de droit d'adhésion : à l'ordre d'APRIL Santé Prévoyance,
5. Le formulaire de mandat SEPA.

J'envoie le tout à APRIL Santé Prévoyance - Immeuble Aprilium - Direction Relation Courtier  
114 boulevard Marius Vivier-Merle 69439 LYON Cedex 03

## ET APRÈS L'ADHÉSION ?

Votre demande d'adhésion est traitée le jour de sa réception par APRIL Santé Prévoyance. La prise d'effet de vos garanties peut intervenir au plus tôt le lendemain de la date de réception.

Dans les jours qui suivent la signature de votre contrat, vous recevez votre dossier d'assuré comprenant :

- Le guide de l'assuré (informations pratiques)
- Votre certificat d'adhésion
- Un résumé de vos garanties

---

**APRIL Santé Prévoyance - Immeuble Aprilium**  
**114 boulevard Marius Vivier Merle - 69439 LYON Cedex 03**

april | santé prévoyance

Immeuble Aprilium  
114 boulevard Marius Vivier Merle  
69439 LYON Cedex 03  
Fax 0478536518 - [www.april.fr](http://www.april.fr)

S.A. au capital de 500 000 € - RCS Lyon 428 702 419 - Intermédiaire en assurances - immatriculée à l'ORIAS sous le n° 07 002 609 ([www.orias.fr](http://www.orias.fr))  
Autorité de contrôle prudentiel et de résolution - 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09.  
Contrat conçu et géré par APRIL Santé Prévoyance et assuré par MNCAP-AC.



L'assurance n'est plus ce qu'elle était.



## BÉNÉFICIAIRES DE L'INDEMNISATION EN CAS DE DÉCÈS

- Mon conjoint survivant non divorcé ni séparé de corps par un jugement définitif ou le cas échéant, à mon partenaire avec lequel je suis lié dans le cadre d'un Pacte Civil de Solidarité en vigueur au jour du décès, à défaut mes enfants nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales, à défaut mes ascendants par parts égales, à défaut mes héritiers par parts égales (clause 00010) .
- Autres (préciser nom, prénom, date de naissance, adresse) : .....

## QUESTIONNAIRE DE SOUSCRIPTION

1. Êtes-vous dirigeant d'une entreprise familiale ? .....  oui  non  
Si oui, l'option révocation n'est pas proposée aux dirigeants d'une entreprise familiale
2. Vos cautions personnelles ou sûretés au profit de l'entreprise ont-elles évoluées ces 3 dernières années ?  oui  non
- Pour quelle raison ? .....

« Je demande mon affiliation au contrat "Garantie chômage des dirigeants" souscrit par l'entreprise adhérente et assuré par MNCAP-AC.  
Je déclare avoir pris connaissance et reçu de l'entreprise adhérente la notice valant conditions générales référencée GCD150115, en accepter les dispositions et en avoir conservé un exemplaire, ainsi que des conditions applicables aux opérations de gestion d'APRIL Santé Prévoyance. Je déclare avoir été parfaitement informé(e) des garanties souscrites par l'entreprise adhérente à mon profit et en accepter les conditions.

Je certifie ne pas avoir souscrit de garanties équivalentes auprès d'un autre organisme.  
Je déclare ne pas bénéficier ou ne pas être en cours d'attribution d'une rente ou d'une pension d'invalidité 2e ou 3e catégorie au titre d'un régime obligatoire de Sécurité sociale, et ne pas être titulaire d'une pension de retraite au titre de l'activité déclarée.

Je suis informé(e) que les informations recueillies sont nécessaires à l'appréciation et au traitement de ma demande d'assurance. Ces données font l'objet de traitements informatiques par APRIL pour les besoins de l'étude, la proposition, la souscription et la gestion de vos contrats d'assurance et ne peuvent être transmises à ces fins qu'aux organismes assureurs, réassureurs, intermédiaires en assurance ainsi qu'à leurs prestataires. Ces données font également l'objet de traitements informatiques pour la communication d'informations sur les offres APRIL et, le cas échéant, de ses partenaires commerciaux. A ces fins, des données sont susceptibles de faire l'objet de transferts hors de l'Union Européenne. Ces transferts sont encadrés par des règles de protection et de sécurité des données.

Pour mesurer et améliorer notre qualité de service, vos échanges de courriers, télécopies, courriels et conversations téléphoniques avec notre société sont susceptibles d'être analysés et enregistrés et, à cette fin, de faire l'objet de traitements informatiques pour lesquels des données vous concernant ne peuvent être communiquées qu'à APRIL et à nos prestataires. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et, le cas échéant, d'opposition et de rectification des données vous concernant que vous pouvez exercer en adressant un courrier accompagné d'une copie de votre pièce d'identité à APRIL Santé Prévoyance - 114 boulevard Marius Vivier Merle, 69439 Lyon Cedex 03.

Si je demande que certaines garanties de la présente affiliation soient placées sous le régime fiscal de la loi Madelin N° 946126 du 11 février 1994, je joins à cet effet la copie de ma carte d'assuré social et la situation de mon compte retraite. A défaut, j'atteste sur l'honneur être à jour du paiement des cotisations relatives à mes régimes obligatoires d'assurances.

**Je soussigné(e) certifie avoir répondu personnellement et avec exactitude et sincérité aux questions posées, n'avoir rien à déclarer ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur les Assureurs de l'Association des Assurés APRIL.  
Je reconnais être informé que toute réticence ou fausse déclaration entraînera l'application des sanctions prévues aux articles L113-8 et L113-9 du Code des Assurances.»**

- J'accepte que mes coordonnées soient communiquées à des partenaires d'APRIL Santé Prévoyance afin de leur permettre de me proposer de nouveaux produits ou offres de services

Fait à  le

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

X

april | santé prévoyance

Immeuble Aprilium  
114 boulevard Marius Vivier Merle  
69439 LYON Cedex 03  
Fax 0478536518 - www.april.fr

S.A. au capital de 500 000 €- RCS Lyon 428 702 419 - Intermédiaire en assurances - immatriculée à l'ORIAS sous le n° 07 002 609 (www.orias.fr).  
Autorité de Contrôle prudentiel, 61 rue Taitbout, 75436 Paris cedex 09.  
Produit conçu et géré par APRIL Santé Prévoyance et assuré par MNCAP-AC.



L'assurance n'est plus ce qu'elle était.