

Demande d'affiliation Garantie Chômage des dirigeants

MERCI D'ÉCRIRE EN MAJUSCULES

n° assureur-conseil :

fax transmis le :

ENTREPRISE ADHÉRENTE

Dénomination sociale :	.....
Numéro de SIRET :	.....
Adresse du siège social :	.....
.....
Code Postal :	<input type="text"/>
Ville :	.....

En ce qui concerne notre entreprise, nous confirmons exacts les renseignements portés sur cette Demande d’Affiliation, et nous nous engageons à remettre aux dirigeants concernés les conditions générales qui nous ont été remises par APRIL Santé Prévoyance.

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



Date d'effet souhaitée :

n° adhérent :

DIRIGEANT

nouvelle affiliation

reprise à la concurrence

M. <input type="radio"/>	Mme <input type="radio"/>	Mlle <input type="radio"/>
Nom :	.....
Prénom :	.....
Nom de jeune fille :	.....
Né(e) le	<input type="text"/>	
Situation matrimoniale :	<input type="radio"/> Célibataire <input type="radio"/> Marié(e) <input type="radio"/> Divorcé(e) <input type="radio"/> Pacsé(e) <input type="radio"/> Séparé(e) <input type="radio"/> Union libre <input type="radio"/> Veuf(ve)	
Adresse :	.....
Code Postal :	<input type="text"/>	
Ville :	.....
Adresse email ⁽¹⁾ :	
Tél. professionnel :	<input type="text"/>	
Tél. portable :	<input type="text"/>	
Profession exacte :	.....
Date de prise de fonctions	<input type="text"/>	
Statut (PDG, DG,...) :	.....
Régime obligatoire :	<input type="radio"/> SS <input type="radio"/> TNS <input type="radio"/> Exploitant agricole	
Dans le cadre de cette activité professionnelle :		
Revenus annuels imposables (hors dividendes) :	<input type="text"/> €	
Dividendes perçus :	<input type="text"/> €	
Date de déclaration à l'administration fiscale (jour/mois) :	<input type="text"/>	
Assiette de garantie souhaitée :	<input type="text"/> €	
(le total doit être inférieur ou égal à 5 PASS, et supérieur ou égal à 1/2 PASS)		
Si vous êtes TNS, souhaitez vous bénéficier de la loi Madelin pour vos revenus professionnels (hors dividendes) ?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
Si oui, sur quel montant :	<input type="text"/> €	

(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.

Attention

QUESTIONNAIRE À REMPLIR ET À SIGNER AU VERSO

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. Combien de parts (ou d'actions en cas de SA) détenez-vous dans la société ? %

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 reçu de l'entreprise adhérente la notice des conditions générales valant note d'information référencée GCD 12-09/12 et en avoir accepté les dispositions. Je déclare avoir été parfaitement informé(e) des garanties souscrites par l'entreprise adhérente à mon profit et en accepter les conditions.

Je soussigné(e), certifie avoir répondu avec exactitude et sincérité, n'avoir rien à déclarer ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur l'assureur de l'Association des Assurés d'APRIL.

Je soussigné(e), certifie complets et exacts les renseignements portés sur la présente demande.

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 2^e ou 3^e 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 reconnais être informé que les informations recueillies sont nécessaires à l'appréciation et au traitement de mon dossier d'affiliation et que les informations administratives font l'objet de traitements informatiques par APRIL Santé Prévoyance et l'Assureur ou leur mandataire pour les besoins de l'exécution de mon affiliation au contrat. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, je dispose d'un droit d'accès et, le cas échéant, de rectification de toutes informations me concernant figurant sur ces fichiers en m'adressant par écrit à APRIL Santé Prévoyance - Immeuble Aprilium, 114 boulevard Marius Vivier Merle 69439 LYON Cedex 03.

Les destinataires de vos données personnelles, dans le cadre de l'établissement de la proposition d'assurance, de la conclusion ou de l'exécution de votre contrat sont nos collaborateurs, tant en France qu'en Tunisie, toutes autres personnes appelées à en connaître, en tant qu'apporteurs d'affaires, organisme assureur, intervenant dans la gestion d'un sinistre et tout organisme professionnel habilité à centraliser les données issues des contrats d'assurance. Les données personnelles collectées et traitées, sauf opposition de votre part, ont été déclarées à la CNIL qui nous a autorisé à procéder aux flux transfrontaliers de vos données personnelles hors Union Européenne.

Je peux m'opposer à recevoir des informations commerciales sur les offres et produits proposés par APRIL Santé Prévoyance par simple courrier à l'adresse susmentionnée.

Je déclare avoir pris connaissance que mes communications téléphoniques avec les services d'APRIL Santé Prévoyance peuvent faire l'objet d'enregistrement, pour les besoins de gestion interne et que je peux avoir accès aux enregistrements me concernant en m'adressant par écrit à APRIL Santé Prévoyance (à l'adresse susmentionnée), étant entendu que chaque enregistrement est conservé pendant un délai maximum de deux mois.

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.

Vos coordonnées pourront être communiquées à des partenaires d'APRIL Santé Prévoyance afin de leur permettre de vous proposer de nouveaux produits ou offres de service. Si vous ne le souhaitez pas, veuillez cocher la case ci-contre.

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.