

Demande d'actualisation des revenus Assurance perte d'emploi du dirigeant

IDENTIFICATION DE L'ENTREPRISE :

Dénomination sociale de l'entreprise : _____

Adresse du siège social : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

N° Siret (14 chiffres) : _____ Numéro de contrat AXA : _____

IDENTIFICATION DU DIRIGEANT :

Nom, Prénom : _____ Date de Naissance : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____ Fonction : _____

DECLARATION:

L'entreprise proposante déclare :

- 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, et présente au jour de la présente demande 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 et accord préalable, les 2 dernières liasses fiscales de l'entreprise ou les 2 derniers bilans simplifiés pour les artisans non-inscrits au RCS.

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.

DEMANDE DE MODIFICATION DES REVENUS:

Ancien revenu contractuel : _____ € déclaré pour l'année : _____

Nouveau revenu contractuel* : _____ € dont dividendes éventuel _____

* Dernier revenu professionnel net déclaré à l'administration fiscale + tout ou partie des dividendes à hauteur de 20 000 € maximum (si l'entreprise le souhaite)

Prise d'effet du nouveau revenu contractuel déclaré :

La modification prendra effet le 1^{er} du mois de la demande de modification du revenu dans la mesure où l'Assureur aura notifié son accord sur les nouvelles bases.

Le supplément d'indemnité garantie sera soumis à une période de carence de 12 mois à compter de la prise d'effet du nouveau revenu.

Les dispositions prévues aux Articles L 113-8 (nullité du contrat) et L 113-9 (réduction des indemnités) du Code des Assurances sont applicables en cas d'omission ou de fausse déclaration.

Fait à : _____ le _____

Signature du représentant légal de l'entreprise