

DEMANDE D'ADHÉSION
2017

GARANTIE CHÔMAGE DES DIRIGEANTS



L'assurance en plus facile.

DEMANDE D'ADHÉSION GARANTIE CHÔMAGE DES DIRIGEANTS

N° de l'assureur-conseil :

MERCI D'ÉCRIRE EN MAJUSCULES

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

Location gérance : Société cotée en Bourse :

Adresse du siège social :

Code Postal : Ville :

Tél. : Tél. portable : Adresse email ⁽¹⁾ :

Date de création de l'entreprise : / / Nombre d'exercices comptables :

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 y compris médicaux 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="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>€	<input type="checkbox"/>€
		<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>€	<input type="checkbox"/>€
		<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>€	<input type="checkbox"/>€
		<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <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.

COTISATIONS ANNUELLES TTC

	GARANTIE CHÔMAGE	OPTION REVOCATION	GARANTIE CRÉATEUR
TOTAL ASSIETTE DE GARANTIES			
TAUX DE COTISATION			
MA COTISATION ANNUELLE TTC			
REMISE MULTI-ÉQUIPEMENT ⁽³⁾			
<input type="checkbox"/> -10% sur la cotisation Frais Généraux Permanents			
COTISATION TOTALE			
COTISATION À L'ASSOCIATION DES ASSURÉS APRIL		+ 9,60 €/an ⁽⁴⁾	
FRAIS DE DOSSIER ⁽⁵⁾		70 €	

(3) Le multi-équipement doit être réalisé dans un délai maximum de 12 mois entre les dates de réception des contrats de réception des contrat. En cas de date d'effet différente, les réductions couplages s'appliqueront à compter de la prise d'effet du 2ème contrat.

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

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

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^{er} 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 ⁽⁶⁾ :

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.

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).

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.

En tant que travailleur indépendant, en optant pour le dispositif « Loi Madelin », j'atteste sur l'honneur être à jour du paiement des cotisations relatives à mes régimes d'assurance obligatoires.

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 reconnais être informé que l'étude des risques sera réalisée par APRIL Santé Prévoyance à partir des informations que j'ai fournies ainsi que celles communiquées par un prestataire spécialisé dans les bases de données qualifiées. Ces données qualifiées peuvent m'être communiquées sur simple demande de ma part.

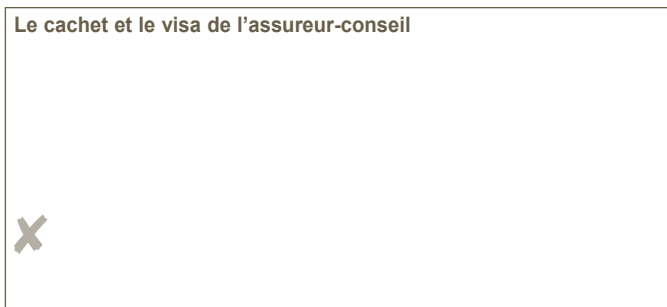
Je soussigné(e) certifie avoir répondu personnellement et avec exactitude et sincérité aux questions posées, n'avoir rien à déclarer ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur les Assureurs de l'Association des Assurés APRIL.

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 / /

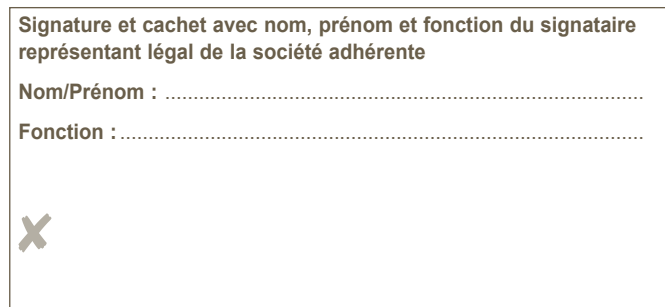
Le cachet et le visa de l'assureur-conseil



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

Nom/Prénom :

Fonction :



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 débitier votre compte, et votre banque à débitier 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.

Veillez 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 internationale du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)

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

Nom du créancier : ASP

I.C.S. : FR 8 5 ASP 4 2 3 1 4 6

Adresse du créancier : APRIL Santé Prévoyance

6 9 4 3 9 LYON CEDEX 03

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.

L'assurance en plus facile.





L'assurance en plus facile.

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

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 : 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 la notice valant conditions générales qui nous a été remise par APRIL Santé Prévoyance.

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

X

Date d'effet souhaitée : / /

n° adhérent :

DIRIGEANT

nouvelle affiliation

reprise à la concurrence

M. Mme

Nom d'usage : Nom de naissance :

Prénoms :

Né(e) le / /

Département de naissance : Commune de naissance : Pays de naissance :

Nationalité : Française Autre :

Situation de famille :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Adresse email⁽¹⁾ :

Tél. professionnel : Tél. portable :

Profession exacte : Date de prise de fonctions / /

Statut (PDG, DG,...) :

Régime obligatoire⁽²⁾ : SS TNS Exploitant agricole Alsace/Moselle

Dans le cadre de cette activité professionnelle :

Revenus annuels imposables (hors dividendes) : € Dividendes perçus : €

Assiette de garantie souhaitée :

Revenu déclaré à garantir : € Dividendes à garantir : €

(le total doit être inférieur ou égal à 5 PASS, et supérieur ou égal à 1/2 PASS, le montant des dividendes est limité à 20 000 €)

Garantie Créateur : oui non

Si vous êtes TNS, souhaitez vous bénéficier de la loi Madelin pour vos revenus professionnels (hors dividendes) ? oui non

(1) En nous communiquant votre adresse e-mail, vous acceptez de recevoir les documents et informations y compris médicaux 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.

(2) Votre prospect étant affilié au régime Sécurité sociale, si il a un contrat de travail, il convient de vérifier auprès de Pôle Emploi qu'il n'est pas éligible à des indemnités chômage.

Êtes-vous une Personne Politiquement Exposée ? ⁽³⁾	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Êtes-vous membre de la famille ⁽⁴⁾ d'une Personne Politiquement Exposée et/ou entretenez-vous des liens étroits ⁽⁵⁾ avec une Personne Politiquement Exposée ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

(3) Une Personne Politiquement Exposée (PPE) est une personne qui exerce ou a exercé depuis moins d'un an une haute fonction politique, juridictionnelle ou administrative ou encore, une haute fonction pour le compte d'une institution internationale publique :

- Chef d'Etat, chef de gouvernement, membre d'un gouvernement national ou de la Commission Européenne ;
- Membre d'une assemblée parlementaire nationale ou du Parlement Européen ;
- Membre d'une cour suprême, d'une cour constitutionnelle ou d'une autre haute juridiction dont les décisions ne sont pas, sauf circonstances exceptionnelles, susceptibles de recours ;
- Membre d'une cour des comptes ;
- Dirigeant ou membre de l'organe de direction d'une banque centrale ;
- Ambassadeur, chargé d'affaires, consul général et consul de carrière ;
- Officier général ou officier supérieur assurant le commandement d'une armée ;
- Membre d'un organe d'administration, de direction ou de surveillance d'une entreprise publique ;
- Dirigeant d'une institution internationale publique créée par un traité.

(4) Sont considérées comme des personnes connues pour être membre direct de la famille d'une PPE :

- Le conjoint ou le concubin notoire ;
- Le partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou par un contrat de partenariat enregistré en vertu d'une loi étrangère ;
- En ligne directe, les ascendants, descendants et alliés, au premier degré, ainsi que leur conjoint, leur partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou par un contrat de partenariat enregistré en vertu d'une loi étrangère.

(5) Sont considérées comme des personnes connues pour être étroitement associées à une PPE :

- Toute personne physique identifiée comme étant le bénéficiaire effectif d'une personne morale conjointement avec cette PPE ;
- Toute personne physique connue comme entretenant des liens d'affaires étroits avec cette PPE.

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 d'usage, nom de naissance, prénoms, date de naissance, département de naissance, commune de naissance, adresse) :

.....

.....

.....

, à défaut mes héritiers par parts égales entre eux.

« 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 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.

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 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

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



J'ADHÈRE

- A - Remplissez vos renseignements personnels (nom, prénom, profession...)
- B - Choisissez votre garantie
- C - Choisissez votre mode et périodicité de paiement
- D - Datez et signez votre demande d'adhésion

JE JOINS À MON ENVOI

- Ma demande d'adhésion : remplie, datée et signée
- Mon relevé d'identité bancaire
- Le formulaire de mandat SEPA dûment complété.

J'envoie le tout à APRIL Santé Prévoyance - Immeuble Aprilium - Direction Relation Client
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. Dans les jours qui suivent la signature de votre contrat, vous recevez votre dossier d'assuré comprenant :

- le guide pratique de l'assuré (informations pratiques)
- votre carte avec votre numéro d'assuré
- votre certificat d'adhésion
- votre avis d'échéance
- un résumé de vos garanties

april | santé prévoyance

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

S.A.S. 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 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 en plus facile.