



Demande d'actualisation du revenu et des garanties Assurance perte d'emploi du dirigeant

IDENTIFICATION DE L'ENTREPRISE : Forme juridique : _____
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 : _____
Régime : Sécurité sociale (SS) Travailleur non salarié (TNS)

DECLARATION A COMPLÉTER:

L'entreprise proposante déclare :

- ne fait pas l'objet d'aucune procédure collective à ce jour (sauvegarde, redressement ou liquidation judiciaire), ou de tous autres événements la touchant sous contrainte économique (dissolution, fusion ou absorption...), cessation d'activité, ou dans toute situation analogue résultant d'une procédure de même nature existant dans les législations et réglementations nationales, qu'elle ne connaît aucune difficultés économiques et financières et qu'elle est 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. **Oui** **Non**
- 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 aux déclarations 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.

- que je n'ai aucune connaissance d'aucuns faits ou événements pouvant mettre en jeu la garantie à ce jour et dans les années à venir. **Oui** **Non**
- et si option révocation souscrite, le dirigeant ne fait pas l'objet de révocation, n'a pas connaissance de tous événements pouvant mettre en jeu la garantie au titre de cette option **Oui** **Non**

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. **Oui** **Non**
- ne cumule un contrat de travail et un mandat social **Oui** **Non**

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

DEMANDE DE MODIFICATION DES REVENUS:

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

* Dernier revenu annuel **NET** professionnel déclaré à l'administration fiscale (cf. CG p. 4).

Le revenu contractuel doit être supérieur à **0,5 PASS (20 262 € en 2019) et est plafonné à **6 PASS** (243 144€ en 2019)

Nouveau **Revenu contractuel**** = _____ €

Dont Revenu net professionnel* : _____ € + Dividendes : _____ € (20 000 € maximum)

Déclaré pour l'année : _____



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 et à réception d'un dossier complet.

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.

DEMANDE DE MODIFICATION DES GARANTIES : OUI NON

Le dirigeant souhaite modifier les garanties de son contrat comme suit :

Formule 50 %

Formule 70 %

Formule 80 %

Durée d'indemnisation :

12 mois

18 mois

Option Révocation

AVEC

SANS

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.

Le dirigeant déclare qu'il :

est titulaire d'aucun autre mandat que celui détenu au sein de l'entreprise proposante, Oui Non

• le dirigeant ne fait pas l'objet de révocation, n'a pas connaissance de tous événements pouvant mettre en jeu la garantie au titre de cette option Oui Non

(* Si le dirigeant a d'autres mandats au sein d'autres entreprises, ce bulletin ne peut être utilisé.
Contactez votre intermédiaire pour bénéficier d'une approche personnalisée).

Si option révocation demandée :

• Date de nomination :

• Durée du mandat :

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

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 _____

Nom, fonction et signature du représentant légal de l'entreprise

Cachet de l'entreprise

"Précédé de la mention lu et approuvé"

Nom du représentant légal :

Cachet de l'entreprise

Fonction du représentant légal

Signature du représentant légal :