

Formule de garantie et cotisations

Taux de prime TTC	12 mois		18 mois	
	Sans révocation	Avec révocation	Sans révocation	Avec révocation(*)
Formule 50 %	2,70 % <input type="checkbox"/>	3,80 % <input type="checkbox"/>	4,05 % <input type="checkbox"/>	4,94 % <input type="checkbox"/>
Formule 70 %	3,75 % <input type="checkbox"/>	4,55 % <input type="checkbox"/>	5,63 % <input type="checkbox"/>	6,76 % <input type="checkbox"/>
Formule 80 %	4,75 % <input type="checkbox"/>	7,00 % <input type="checkbox"/>	7,13 % <input type="checkbox"/>	9,10 % <input type="checkbox"/>

La garantie s'exercera en nature conformément aux termes des Conditions Générales référence 965585 pour l'ensemble des faits générateurs définis à l'article 8 des CG.

(*) La durée d'indemnisation de l'option Révocation est portée à 18 mois après une période d'attente de 3 ans d'affiliation sans indemnisation.

Date d'effet et mode de paiement

Date d'effet souhaitée (au plus tôt le 1^{er} du mois de réception du présent bulletin par l'assureur) :

Mode de paiement :

Annuel Semestriel (majoration de la cotisation de 4 %) Trimestriel (majoration de la cotisation de 6 %)

Revenu contractuel = Revenu net professionnel* : € + Dividendes : € (20 000 € maximum)

Revenu contractuel = €

x Taux de prime annuel TTC : %

x 1,04 si paiement semestriel : € TTC

ou x 1,06 si paiement trimestriel = € TTC

+ Frais de quittancement : 36 € TTC par quittance

* Dernier revenu annuel net professionnel déclaré à l'administration fiscale (cf. CG p. 4). Le revenu contractuel doit être supérieur à 0,5 PASS et est plafonné à 6 PASS. (exemple de valeur : 0,5 PASS = 19 308 € et 6 PASS = 231 696 € pour 2016).

Le **plafond** de la **Sécurité sociale** est **revalorisé** chaque **année** par les pouvoirs publics en fonction de l'évolution des **salaires**.

Pour obtenir sa valeur voir sur <http://www.ameli.fr/employeurs/vos-demarches/chiffres-utiles/plafond-de-la-securite-sociale>.

Questionnaire de déclaration du risque

L'entreprise proposant représentée par Mme/M. agissant en qualité de représentant légal :

demande son adhésion à l'association ANPERE (Association Nationale pour la Prévoyance, l'Épargne et la Retraite),	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
demande son adhésion au contrat « Garantie Perte d'Emploi du Dirigeant » souscrit par l'association ANPERE auprès d'AXA France IARD,	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
certifie exactes et sincères les déclarations servant de base à l'affiliation de l'entreprise et du dirigeant,	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
s'engage à informer l'Assureur des modifications statutaires concernant l'entreprise ou le dirigeant.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

L'entreprise :

déclare avoir pris connaissance des statuts d'ANPERE, et accepter le paiement du droit unique d'adhésion à l'association ANPERE de 15 €,	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
déclare avoir reçu un exemplaire des conditions générales du contrat d'assurance groupe souscrit par ANPERE n° 965585, en accepter les dispositions,	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
déclare être informé que les statuts et le règlement intérieur de l'association ainsi que le contrat d'assurance groupe peuvent être modifiés sur décision ou à l'initiative du conseil d'administration ou de l'assemblée générale des sociétaires et que ces modifications s'imposent à tous les membres qui en sont informés lors de chaque assemblée générale annuelle,	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
n'a pas connaissance de fait susceptible de mettre en jeu les garanties à la date de souscription,	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
n'a pas connaissance de sinistres survenus au cours des trois dernières années,	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
n'a pas fait l'objet de résiliation pour sinistre,	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
n'a pas fait 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....),	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
certifie ne pas exercer ses activités dans les secteurs des Agences de Voyage (codes NAF 2008 commençant par 79), des Agences Immobilières (codes NAF 2008 commençant par 68), des activités des services financiers (codes NAF 2008 commençant par 64), des activités des sièges sociaux, conseil de gestion (codes NAF 2008 commençant par 70) et des sociétés de recherche et développement tous secteurs d'activité confondus,	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
certifie avoir présenté, au cours des deux derniers exercices, une situation financière positive (Capitaux Propres, Résultat d'Exploitation et Résultat Net positifs).	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Si vous avez répondu NON à au moins une des questions, contacter votre intermédiaire et joindre impérativement pour une étude plus approfondie, les 2 dernières liasses fiscales de l'entreprise ou les 2 derniers bilans simplifiés pour les artisans non-inscrits au RCS.

Le dirigeant déclare qu'il :

est titulaire d'aucun autre mandat que celui détenu au sein de l'entreprise proposante,	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
ne bénéficie pas des dispositions des articles L 5421-1 et suivants du Code du Travail relatives aux travailleurs privés d'emploi,	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
n'est pas titulaire d'un contrat Perte d'Emploi du dirigeant auprès d'un autre Assureur.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

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

« **Je reconnais** avoir été informé(e) conformément à l'Article 32 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée :

- Du caractère obligatoire des réponses aux questions posées ci-dessus ainsi que des conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou fausse déclaration prévues aux Articles L 113-8 (nullité du contrat) et L 113-9 (réduction des indemnités) du Code des Assurances.
- Que les destinataires des données personnelles me concernant pourront être d'une part, les collaborateurs de l'assureur responsable du traitement et, d'autre part, ses intermédiaires, réassureurs, organismes professionnels habilités ainsi que les sous-traitants, missionnés tant en France que dans des pays situés hors de l'Union Européenne.
- Que la finalité du traitement est la souscription, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution du contrat d'assurance mais que mes données pourront également être utilisées dans la mesure où elles seraient nécessaires :
 - A la gestion et à l'exécution des autres contrats souscrits auprès de l'assureur ou auprès des autres sociétés du Groupe auquel il appartient.
 - Dans le cadre de traitements mis en œuvre par l'Assureur dont l'objet est la recherche et le développement pour améliorer la qualité ou la pertinence de ses futurs produits d'assurance et offres de services.
- Que, en sa qualité d'assureur, il est fondé à effectuer des traitements de données relatives aux infractions, condamnations et mesures de sûreté soit au moment de la souscription du contrat d'assurance, soit au cours de son exécution ou dans le cadre de la gestion de contentieux conformément à l'autorisation unique donnée par la CNIL en date du 23 Janvier 2014.
- Que, en sa qualité d'organisme financier, l'assureur est soumis aux obligations légales issues principalement du Code Monétaire et Financier en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et contre le financement du terrorisme et, que à ce titre, il met en oeuvre un traitement de surveillance des contrats pouvant aboutir à la rédaction d'une déclaration de soupçon ou à une mesure de gel des avoirs conformément à l'autorisation unique donnée par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) le 16 Juin 2011.
- Que mes données personnelles pourront également être utilisées dans le cadre d'un traitement de lutte contre la fraude à l'assurance que la CNIL a autorisé l'assureur à mettre en œuvre conformément à l'autorisation unique en date du 17 Juillet 2014 ; ce traitement pouvant conduire, le cas échéant, à une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.
- Que je dispose d'un droit d'accès et de rectification auprès d'AXA, Service Information Clients, 313 Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex pour toute information me concernant.

Des garanties sont prises par AXA pour assurer un bon niveau de protection des données à caractère personnel. En me rendant sur le site axa.fr à la rubrique « données personnelles », je trouverai plus de détails sur la finalité de ces accessibilités aux données, les pays de localisation des destinataires et sur les garanties de sécurité prises.

Je peux également demander une communication de ces renseignements par voie postale en m'adressant à « AXA – Service Information Client – 313 Terrasses de l'Arche – 92727 Nanterre Cedex ».

Fait à : _____ Le : | | | | | | | |

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

Cachet du souscripteur avec signature et fonction du signataire
représentant légal de la société adhérente
précédée de la mention « lu et approuvé »

