



Demande **d'adhésion** 2009/2010

## *Garantie Chômage des Dirigeants*

[ Des solutions ] pour les dirigeants de société



*Une solution simple et complète  
pour s'assurer le maintien d'un  
revenu fixe en cas de perte  
d'emploi*



# Questionnaire proposition

Afin de mieux appréhender l'environnement économique, financier et juridique de votre entreprise, nous vous remercions de bien vouloir répondre précisément aux questions ci-dessous. A compter de sa signature, ce questionnaire est valable 60 jours.

L'Assureur s'engage à garder confidentielles l'ensemble des informations communiquées par la Société adhérente.

<b>Nom et adresse de la société adhérente :</b> .....	
.....	
<b>Cotation Banque de France</b>	
<b>1. Votre entreprise a-t-elle une cotation Banque de France ? (pour obtenir votre cotation, contacter la Banque de France)</b> Si oui, laquelle : ..... Date <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (fournir obligatoirement une copie de la pièce justificative à réclamer à la Banque de France)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Section A</b>	
<b>2. Hors subvention, pour chacun des 2 derniers exercices clos, le résultat présente-t-il toujours :</b> • un bénéfice d'exploitation, • un bénéfice courant avant impôt, • un bénéfice net, • un report à nouveau créditeur.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>3. Les provisions sont-elles en adéquation avec les risques et charges prévisibles à ce jour ?</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>4. Les stocks en cours ont-ils fait l'objet d'un inventaire physique détaillé et la valeur retenue est-elle inférieure à la valeur vénale marchande ?</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> pas de stock
<b>5. Un événement significatif est-il intervenu ou est-il à prévoir depuis la date de clôture du dernier exercice ? (changement de dirigeant, créances douteuses, perte prévisible de marchés, incidents de paiement...)</b> Si oui, lequel ? .....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>6. Avez-vous un client qui représente plus de 75% de votre chiffre d'affaires ?</b> Si oui, lequel ? .....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>7. Avez-vous un fournisseur qui représente plus de 75% de vos achats ?</b> Si oui, lequel .....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>8. L'entreprise présente-t-elle des capitaux propres négatifs ou correspondant à la moitié du capital social ?</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Section B</b>	
<b>9. L'entreprise a-t-elle déjà émis des chèques sans provision, ou des traites impayées au cours des 2 derniers exercices ?</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>10. L'entreprise utilise-t-elle de façon permanente le découvert bancaire ?</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>11. L'entreprise a-t-elle fait l'objet d'un refus de prise en charge (ou d'une résiliation) auprès d'une assurance crédit au cours des 3 dernières années ?</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Section C</b>	
<b>12. L'entreprise déclare être parfaitement à jour de toute déclaration sociale ou fiscale, ainsi que du règlement de toutes cotisations, impôts ou taxes aux échéances prescrites par la loi ou les règlements et ne faire l'objet d'aucune inscription au registre des privilèges (hors crédit bail), ni d'un redressement fiscal ou social susceptible de faire perdre à l'entreprise la moitié de son capital social.</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>13. Le nombre d'actions judiciaires en cours à l'encontre de l'entreprise a-t-il augmenté au cours des 3 dernières années ?</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>14. L'entreprise a-t-elle connu un ou plusieurs changements de dirigeants durant les 10 dernières années ?</b> Si oui, combien : .....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>15. L'entreprise a-t-elle une activité de holding de reprise* ?</b> <small>*holding de reprise : entreprise dont la vocation est le rachat d'entreprises financé partiellement par des emprunts.</small>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Date :

**Signature avec nom et fonction du signataire représentant légal de la société adhérente**

X

## Déclarations de l'Adhérente ou de l'Adhérent

Je demande mon adhésion ou l'adhésion de mon entreprise, si l'Adhérente est l'entreprise, à l'Association des Assurés d'APRIL ainsi qu'aux conventions souscrites par elle auprès de MCR, pour les dirigeants inscrits sur la demande d'adhésion.

Je déclare avoir pris connaissance des statuts de l'Association des Assurés d'APRIL.

Je déclare avoir pris connaissance des conditions générales valant note d'information référencées GCD 09-09/09, qui sont jointes à cette demande d'adhésion et notamment des conditions d'exercice de ma faculté de renonciation et du modèle de lettre de renonciation, en accepter les dispositions et en avoir conservé un exemplaire.

Je déclare avoir pris connaissance des conditions applicables aux opérations de gestion d'APRIL Assurances.

Dans le cadre d'une modification de mon contrat par voie d'avenant, je prends acte que les conditions générales applicables seront celles référencées ci-dessus.

Je reconnais être informé que les informations recueillies sont nécessaires à l'appréciation et au traitement de mon dossier d'adhésion et que les informations administratives font l'objet de traitements informatiques par APRIL Assurances et l'Assureur ou leur mandataire pour les besoins de l'exécution de mon adhésion 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 Assurances - Immeuble Aprilium, 114 boulevard Marius Vivier Merle 69439 LYON Cedex 03. Je peux m'opposer à recevoir des informations commerciales sur les offres et produits proposés par APRIL Assurances par simple courrier à l'adresse susmentionnée.

Je déclare avoir pris connaissance que mes communications téléphoniques avec les services d'APRIL Assurances 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 Assurances (à l'adresse susmentionnée), étant entendu que chaque enregistrement est conservé pendant un délai maximum de deux mois.

Je certifie avoir répondu avec exactitude et sincérité à l'ensemble des questions posées, n'avoir rien à déclarer ou omis de déclarer qui puisse induire en erreur l'Assureur de l'Association des Assurés d'APRIL et avoir communiqué des pièces comptables conformes à la réalité.

Si je demande que certaines garanties de la présente adhésion 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 Assurances 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 :  Date :

Cachet et visa de l'assureur-conseil

X

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

Nom/Prénom : .....

Fonction : .....

X

## Important Bordereau d'autorisation de prélèvement

Nom et prénom de l'adhérent principal : ..... Réf. PRF0250 N° assureur-conseil :

Date de naissance

## Autorisation de prélèvement

J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier si sa situation le permet tous les prélèvements ordonnés par le créancier ci-contre. En cas de litige sur le prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend directement avec le créancier.

Le créancier : **APRIL Assurances** N° national d'émetteur : 142 662  
Immeuble Aprilium 114 boulevard Marius Vivier merle - 69439 Lyon cedex 03

A compléter obligatoirement

**Le débiteur**

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal :  Ville : .....

Date :  Signature : .....

**Le compte à débiter**

Codes Etablissement Guichet N° de compte Clé RIB

L'Etablissement teneur du compte à débiter

Nom : .....

Adresse : .....

Code Postal :  Ville : .....

**Je renvoie cet imprimé au créancier en y joignant obligatoirement un relevé d'identité bancaire (RIB) ou postal (RIP) (agrafé au dos).**

## Je joins à mon envoi

- 1 - La demande d'adhésion : remplie, datée et signée,**
- 2 - La ou les demandes d'affiliation, pour chaque dirigeant à garantir,**
- 3 - Le relevé d'identité bancaire ou postal,**
- 4 - Une copie de la dernière liasse fiscale de l'entreprise, (bilan + compte de résultat + annexes).**
- 5 - Le rapport du commissaire aux comptes, ( quand il y en a un)**
- 6 - Si l'entreprise est cotée par la Banque de France : copie de la dernière cotation.**
- 7 - L'autorisation de prélèvement.**

**J'envoie le tout à APRIL Assurances - Immeuble Aprilium - Direction Prévoyance  
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 Assurances. La prise d'effet de vos garanties peut intervenir au plus tôt le lendemain de la date de réception, sous réserve du versement de l'acompte. Dans les jours qui suivent la signature de votre contrat, votre assureur-conseil vous remet votre dossier d'assuré comprenant :**

- Le guide de l'assuré (informations pratiques)
- Votre carte avec votre numéro d'assuré
- Votre certificat d'adhésion
- Votre avis d'échéance (situation de votre compte)
- Un nouvel exemplaire des conditions générales de votre contrat
- Un résumé de vos garanties

## APRIL Assurances à vos côtés

Spécialiste de l'assurance de personnes, APRIL Assurances conçoit des solutions d'assurances santé et prévoyance simples et innovantes pour les particuliers, les dirigeants d'entreprises et les travailleurs indépendants. Elle propose également une gamme complète de contrats d'assurance de prêt. Depuis sa création, APRIL Assurances s'engage à apporter une satisfaction optimale à ses assurés par des contrats clairs, lisibles, assortis de nombreux services et d'une qualité de gestion hors normes en 24 heures.



**Santé, Prévoyance, Assurance de Prêt**  
particuliers et professionnels

Tél. **09 74 50 20 20**  
(appel non surtaxé)

[www.april.fr](http://www.april.fr)

### [ Notre engagement, votre satisfaction ]



- Vous apporter la qualité au prix juste
- Vous garantir un traitement en 24h
- Vous simplifier l'assurance
- Vous protéger surtout en cas de difficulté
- Vous faire profiter de services en ligne sur april.fr
- Vous satisfaire



Une société certifiée ISO 9001(1) version 2000

Retrouvez le détail des engagements d'APRIL Assurances sur [www.april.fr](http://www.april.fr)

## APRIL GROUP, changer l'image de l'assurance

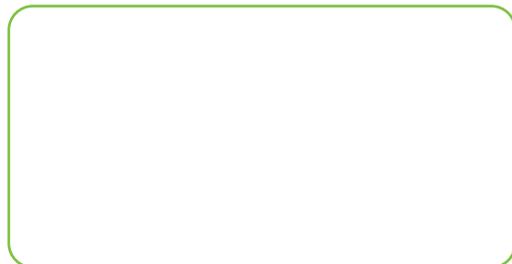
APRIL GROUP propose des gammes de solutions complètes et diversifiées pour répondre aux besoins des particuliers, des professionnels et des entreprises, dans tous les domaines de l'assurance.

A sa création en 1988, APRIL GROUP a pris l'engagement de changer l'image de l'assurance en plaçant le client au cœur de son organisation.

Aujourd'hui, ce sont plus de **3 millions d'assurés** qui confient chaque jour la protection de leur famille et de leurs biens, de leurs salariés, de leurs entreprises aux **3 500 collaborateurs et 70 sociétés du groupe**.

#### Pour en savoir plus

contactez votre assureur-conseil ou votre conseiller mutualiste



**APRIL ASSURANCES UNE SOCIÉTÉ APRIL GROUP**

#### Siège social,

Immeuble Aprilium  
114 boulevard Marius Vivier Merle  
69439 LYON Cedex 03  
Fax 04 78 53 65 18 - Internet [www.april.fr](http://www.april.fr)

