

**DEMANDE D'ADHESION**  
(Pour les entreprises de moins de 12 mois d'existence)

Je, soussigné(e) \_\_\_\_\_  
Agissant en qualité de \_\_\_\_\_  
Représentant l'entreprise \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Adresse du Siège social \_\_\_\_\_  
Code Postal \_\_\_\_\_ Commune \_\_\_\_\_  
Tél \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_

Forme juridique \_\_\_\_\_  
Au capital de \_\_\_\_\_ € Date de création \_\_\_\_\_  
N° SIRET                Code NAF

Registre du Commerce et des Sociétés de : \_\_\_\_\_  
Répertoire des Métiers \_\_\_\_\_ de : \_\_\_\_\_  
Nature de l'activité \_\_\_\_\_  
CA H.T. réalisé depuis la création \_\_\_\_\_ € au \_\_\_\_\_

<b>Cadre réservé à l'APPI</b>
<b>REGIME CREATEUR</b>
Adhésion N° _____
Date d'adhésion _____ (point de départ de la période de carence)
Nombre de bénéficiaires _____
Allocation forfaitaire

**Déclare :**

- avoir pris connaissance des statuts et du règlement intérieur de l'A.P.P.I., des conditions générales du contrat d'assurance groupe souscrit par l'A.P.P.I., dont un exemplaire de chaque m'a été remis,
- 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,
- vouloir adhérer à l'A.P.P.I. et régler la cotisation fixe annuelle de 125 €,
- vouloir faire bénéficier de la garantie de ressources de l'A.P.P.I. les bénéficiaires désignés au verso de ce bulletin et régler la cotisation correspondante. La cotisation de garantie de ressources est payée pour une période de 12 mois.

Cachet de l'entreprise

Date \_\_\_\_\_

Signature du chef d'entreprise  
(précédée de la mention LU et APPROUVE)

Signature des Bénéficiaires  
(précédée de la mention LU et APPROUVE)

Prise d'effet : toute cotisation encaissée avant le 25 du mois prend effet à compter du 1<sup>er</sup> du mois suivant et constitue le départ de la période de carence.

**Toute fausse déclaration, toute omission ou déclaration inexacte, entraînerait la déchéance du droit aux allocations de Garantie de Ressources.**

**ASSOCIATION POUR LA PROTECTION DES PATRONS INDÉPENDANTS**



Je soussigné(e), (nom, prénom) \_\_\_\_\_ agissant en qualité de \_\_\_\_\_ de l'entreprise  
ou de la société \_\_\_\_\_, connaissance prise des statuts et du règlement intérieur de l'APPI, informé(e) :

- que le niveau des cotisations appelées par l'APPI au titre du régime de garantie de ressources consécutif à un redressement ou une liquidation judiciaire des entreprises adhérentes repose exclusivement sur un principe d'équilibre entre le montant des cotisations appelées et le règlement des allocations et des charges financières et d'exploitation,
- qu'en conséquence seules les entreprises « en bonne santé » peuvent utilement prétendre à adhérer à l'APPI et désigner des bénéficiaires au régime de garantie de ressources,

déclare adhérer sans réserve à ces principes et en foi de quoi, je certifie sur l'honneur :

**NB : Seule la réponse "OUI" confirme les affirmations proposées aux différentes questions**

OUI NON

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1) que ma dernière rémunération nette mensuelle s'élevait à : _____ €  |                          |                          |
| 2) recevoir actuellement des allocations chômage   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3) avoir reçu des allocations chômage au cours des 3 dernières années  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4) avoir une expérience professionnelle dans l'activité de l'entreprise créée  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5) avoir un diplôme professionnel  |                          |                          |
| Si oui, lequel : _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6) avoir déjà été inscrit au Répertoire des Métiers, au RCS ou au Répertoire des Agents Commerciaux  |                          |                          |
| Si oui, N° : _____ Lieu : _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7) depuis le début d'activité, être parfaitement à jour de toutes déclarations sociales ou fiscales ainsi que du règlement de toutes cotisations, impôts ou taxes aux échéances prescrites par la loi ou les règlements, n'être l'objet d'aucune inscription au registre des protêts, du privilège du Trésor, des privilèges généraux de la Sécurité Sociale et des régimes complémentaires, et n'avoir aucun procès en cours ou litige important. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8) n'avoir jamais émis de chèques sans provision.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9) qu'aucun des dirigeants de droit ou de fait et/ou qu'aucun des associés n'a eu d'intérêt direct ou indirect dans une entreprise ayant fait l'objet d'un jugement de redressement judiciaire ou de liquidation judiciaire au cours des cinq dernières années ; et n'avoir jamais perçu une allocation APPI.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Toute fausse déclaration, toute omission ou déclaration inexacte, entraînerait la déchéance du droit aux allocations de Garantie de Ressources.**

*Dans le cas de doute ou de réponses négatives, vous pouvez joindre toutes pièces ou notes justificatives et l'APPI sera susceptible de solliciter tout éclaircissement qu'elle jugera nécessaire.*

Cachet de l'Entreprise

Date : \_\_\_\_\_

Signature du chef d'entreprise

Signature des Bénéficiaires

(précédées de la mention LU et APPROUVE)

# GARANTIE DE RESSOURCES – Régime CREATEUR

**OBJET DE LA GARANTIE :** Garantir un revenu aux chefs d'entreprise en cas de liquidation ou de redressement judiciaire.

**QUI PEUT S'ASSURER :** Tous les dirigeants d'entreprise : PDG, DG, salarié, TNS, travailleur et employeur indépendants, gérant de société de personnes, profession libérale etc... et d'une façon générale toute personne non couverte par le Pôle Emploi exerçant depuis moins d'un an. Les dirigeants de sociétés dont la composition du capital social a fait l'objet d'une modification substantielle et en particulier d'un changement de majorité depuis moins d'un an.

## CONDITIONS A REMPLIR :

### • Par le bénéficiaire :

- Age à l'adhésion : moins de 65 ans.
- Age maximum pour bénéficier de l'indemnisation : jusqu'au 70<sup>e</sup> anniversaire.

### • Par l'entreprise (personne physique ou morale) :

- Avoir moins de 12 mois d'existence.

**DATE D'EFFET DE L'ADHESION :** Après l'acceptation de la demande par le Bureau de l'APPI, la garantie prend effet le 1<sup>er</sup> jour du mois qui suit le règlement de la cotisation d'adhésion et de la garantie de ressources appelée par l'APPI.

**RENOUVELLEMENT :** Par tacite reconduction à la date anniversaire de l'adhésion.

**RESILIATION DE L'ADHESION PAR L'ADHERENTE :** L'entreprise peut résilier son adhésion par lettre recommandée, un mois au moins avant la date de renouvellement. L'entreprise peut résilier les garanties au profit d'un bénéficiaire désigné.

**PERIODE DE CARENCE :** 12 mois à compter de la date d'effet de la garantie de ressources.

## CHANGEMENT DE REGIME :

Après un an de cotisation, le bénéficiaire pourra demander à changer de régime et ainsi choisir une garantie dans la limite de 55%, 70% ou 100% de son revenu professionnel. Cette demande fera l'objet d'un examen par le Bureau de l'APPI.

## GARANTIES :

Principe : Une cotisation annuelle forfaitaire de 600 € pour une allocation annuelle forfaitaire de 11 000 €, quelle que soit la rémunération.

## CONDITIONS D'OCTROI DE LA GARANTIE :

### Ouverture des droits :

La date d'ouverture des droits est toujours celle de la date du jugement de redressement judiciaire ou de liquidation judiciaire.

L'ouverture des droits intervient à la condition expresse que la période de carence de 12 mois soit accomplie à la date de cessation des paiements retenue dans le jugement de redressement judiciaire ou de liquidation judiciaire, ou la date de saisine du juge par le débiteur, ou la date d'ouverture de la procédure sur assignation d'un créancier, requête du Ministère Public ou d'office. Dans tous les cas, c'est la date la plus ancienne qui est retenue.

**Rappel important :** A peine de déchéance, pour bénéficier de la garantie de ressources, l'entreprise adhérente ou le bénéficiaire qui a demandé l'ouverture d'une procédure de conciliation ou de sauvegarde, de redressement judiciaire ou de liquidation judiciaire, doit en informer l'APPI par lettre recommandée avec avis de réception, impérativement dans les trois mois de la saisine du Juge.

**FRANCHISE :** Aucune.

## MONTANT ET DUREE DU VERSEMENT DE LA GARANTIE :

La durée de versement est de 12 mois.

L'allocation est versée mensuellement.

- Plusieurs cas peuvent se présenter :

- L'assuré devenu allocataire n'a plus de revenu professionnel : l'allocation sera alors d'1/12<sup>e</sup> du montant garanti.
- L'assuré devenu allocataire recouvre, après l'ouverture de ses droits, un revenu professionnel mensuel, une pension de vieillesse, une pension d'invalidité ou une allocation au titre du chômage inférieur au montant de son allocation due, l'APPI verse le complément. Si le revenu est supérieur, l'allocation n'est plus versée, mais l'assuré a alors 10 ans et au plus tard jusqu'à son 70<sup>e</sup> anniversaire pour épuiser son crédit correspondant au montant garanti.

L'allocation est versée mensuellement. Elle contribue toujours et au maximum à garantir à l'assuré un revenu mensuel, tous revenus professionnels confondus, au plus égal au montant mensuel garanti.

## EXONERATION DES COTISATIONS :

Pendant la phase d'indemnisation l'assuré est exonéré du paiement des cotisations.

## BENEFICIAIRE DE LA GARANTIE :

- Tant qu'il est vivant : l'assuré.
- En cas de décès de l'assuré allocataire : Les personnes désignées par l'assuré et à défaut ses héritiers.

## COTISATION ANNUELLE :

La cotisation est payable annuellement en une seule fois (possibilité de régler par prélèvement mensuel, trimestriel sous certaines conditions).

- Lors de l'adhésion, la cotisation doit être payée le 25 du mois pour que l'adhésion prenne effet le 1<sup>er</sup> du mois qui suit.
- Cotisation de renouvellement : Dès la réception de l'appel de cotisation qui doit être réglé au plus tard à la date anniversaire de l'adhésion.

## DEDUCTIBILITE DES COTISATIONS :

Les cotisations sont déductibles par les cotisants qui se placent dans le cadre de la Loi Madelin.

## FRAIS LORS DE L'ADHESION :

- Pas de frais de dossier à l'adhésion.
- Pour toute demande de modification les années suivantes : 125 €.
- Cotisation annuelle à l'APPI : 125 € la 1<sup>re</sup> année, 190 € la 2<sup>e</sup> année, 250 € la 3<sup>e</sup> année.

**REGIME CREATEUR  
RESERVE AUX ENTREPRISES CREEES DANS L'ANNEE**

**Cotisation annuelle forfaitaire**

**600 €**

**Allocation annuelle forfaitaire**

**11 000 €**

**Pour formuler votre demande d'adhésion, vous devez nous adresser :**

- le bulletin d'adhésion à l'APPI et à la garantie de ressources (en double exemplaire) dûment rempli et signé,
- un curriculum vitae et la copie d'une pièce d'identité du (ou des) bénéficiaire(s),
- une note succincte sur le projet,

**Et, pour les sociétés :**

- une copie des statuts certifiés conformes,
- le procès-verbal de la nomination du Président ou du Gérant non statutaire,
- la répartition du capital social à la date de la demande : - identité des associés,  
- % détenu dans le capital.

**Prélèvement automatique**

Vous avez la possibilité de régler par prélèvement automatique la cotisation de garantie de ressources de 600 €.

Je souhaite bénéficier du prélèvement Trimestriel  ou Mensuel

*La cotisation fixe de 125 € HT (150 € TTC) est à régler en une seule fois par chèque à la réception de l'appel de cotisation.*

**IDENTITE DES BENEFICIAIRES DE LA GARANTIE DE RESSOURCES**

Nom \_\_\_\_\_

Prénoms \_\_\_\_\_

Date et lieu de naissance \_\_\_\_\_

Nationalité \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Qualité dans l'entreprise \_\_\_\_\_ Rémunération annuelle \_\_\_\_\_

Bénéficiaire en cas décès \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_

Prénoms \_\_\_\_\_

Date et lieu de naissance \_\_\_\_\_

Nationalité \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Qualité dans l'entreprise \_\_\_\_\_ Rémunération annuelle \_\_\_\_\_

Bénéficiaire en cas décès \_\_\_\_\_