



Assurances

Votre société indépendante
de courtage en assurances

ASSURANCE CHÔMAGE DIRIGEANT



POUR RENVOYER VOTRE DEMANDE, MERCI DE NOUS LA RETOURNER SOIT :

• **PAR COURRIER À**

PMC Assurances
26 Rue de la République
36000 CHÂTEAURoux

• **PAR FAX AU**

02 54 22 08 24
(Tél. 02 54 35 53 20)

• **PAR MAIL À**

contact@pmc-assurances.fr

www.pmc-assurances.fr

RCS CHÂTEAURoux 444 278 725 - ORIAS N° 07002261

Demande d'actualisation des revenus Assurance perte d'emploi du dirigeant

IDENTIFICATION DE L'ENTREPRISE :

Dénomination sociale de l'entreprise : _____

Adresse du siège social : _____

Code Postal : _____ Ville : _____ Président : _____

N° Siret (14 chiffres) : _____ Numéro de contrat AXA (no d'affiliation): _____

IDENTIFICATION DU DIRIGEANT :

Nom, Prénom : _____ Date de Naissance : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____ Fonction : _____

DEMANDE DE MODIFICATION DES REVENUS:

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

Nouveau revenu contractuel*: _____ € dont dividendes éventuels : _____ €

* Dernier revenu professionnel net déclaré à l'administration fiscale
+ tout ou partie des dividendes annuels versés par l'entreprise, à hauteur de 20000 € maximum (si l'entreprise le souhaite)

Prise d'effet du nouveau revenu contractuel déclaré :

La modification prendra effet le 1^{er} du mois de la demande de modification du revenu

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.

Fait à : _____ le _____

Signature du représentant légal de l'entreprise