

M.     Mme     Mlle

Nom : .....

Prénom : .....

Nom de jeune fille : .....

Né(e) le ..... A : ..... Nationalité : .....

Adresse : .....

.....

Code Postal : ..... Ville : .....

Tél. professionnel : ..... Tél. portable : .....

Fax : ..... Adresse mail : \_\_\_\_\_



Je joins à mon envoi :



- 1- Ce dossier rempli et signé
- 2- Une photocopie recto verso, datée et signée, de ma pièce d'identité en cours de validité comportant une photographie
- 3- Un Relevé d'Identité Bancaire de votre compte personnel (R.I.B.) pour les remboursements santé
- 4- Une photocopie de l'attestation de Sécurité sociale ou du régime obligatoire de chacun des assurés
- 5- Un extrait K Bis ou attestation URSSAF pour les professions libérales
- 6- Une attestation d'accompagnement de votre projet par un organisme d'aide à la création d'entreprise
- 7- Le justificatif d'obtention de la **subvention AGEFIPH**

# INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

## VOTRE ACTIVITÉ

Nom de votre entreprise : .....

Statut Légal de votre entreprise :

Entreprise individuelle  SARL  EURL  Association  autre (précisez) : .....

Date de sa création : .....

Code Siret : .....

Date de démarrage de l'activité : ..... Nombre de salariés : .....

Nature exacte de l'activité (Information obligatoire. Merci d'être le plus précis possible) : .....

.....

.....

.....

Adresse du siège social de l'entreprise :

.....

Code Postal : ..... Ville : .....

## VOUS

Votre situation antérieure :  Demandeur d'emploi  Etudiant(e)  Allocataire du RSA

Salarié(e)  Autre (préciser) : .....

Votre situation familiale :  Seul  En couple Nb d'enfants à charge : .....

Niveau d'études :  Sans diplôme  Brevet des collèges/BEPC  BEP/CAP  Bac

Bac + 2  Bac + 3  Bac + 4  Bac + 5

Avez-vous une qualification professionnelle en relation avec votre activité ?  OUI  NON

Avez-vous des amis ou de la famille compétents dans votre domaine d'activité ?  OUI  NON

Bénéficiez-vous de la CMU ?  OUI  NON

D'une autre assurance complémentaire ?  OUI  NON

# TROUSSE PREMIERE ASSURANCE GARANTIE COMPLEMENTAIRE SANTE

Votre Famille	Nom	Prénom	Né(e) le	Sexe	Régime obligatoire (n° SS)
Vous				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Conjoint*				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
1er enfant**				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
2ème enfant**				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
3ème enfant**				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
4ème enfant**				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	

\* Conjoint ou concubin

\*\* Enfants à la charge de l'assuré et rattachés fiscalement (Cf : article 3 des conditions générales contrat N° 0L00767M)

Je reconnais avoir été informé(e) qu'un contrôle a posteriori de ces informations sera effectué par les services de gestion (copie de l'avis d'imposition)

Cette déclaration est soumise aux articles L.222-14 et L221-15 du Code de la Mutualité relatifs à la réticence intentionnelle ou la fausse déclaration de l'adhérent.

Bénéficiez-vous d'une aide à l'accès à une complémentaire santé ?

OUI  NON

Bénéficiez-vous de la CMU Complémentaire ?

OUI  NON

Souhaitez-vous bénéficier de la télétransmission pour vos remboursements de frais de santé ?

OUI  NON

La télétransmission est le lien automatique entre les centres de régime obligatoire et les complémentaires santé. Ceci vous évitera d'envoyer vos relevés de régime obligatoire.

Attention, cette télétransmission est possible uniquement avec le RAM, le GAMEX et les Caisses de Sécurité sociale.

## ATTENTION !

**Pensez bien à nous fournir les attestations  
de la carte vitale  
pour chaque personne adhérente**

# **TROUSSE PREMIERE ASSURANCE GARANTIE PREVOYANCE – ARRET DE TRAVAIL**

## **Déclaration d'état de santé pour la garantie prévoyance - arrêt de travail**

Je soussigné(e) certifie que :

- Je n'ai pas été en arrêt de travail plus de 30 jours consécutifs, au cours des 2 dernières années, pour raison de santé, ou suite à un accident,
- Je n'ai aucune hospitalisation ou intervention chirurgicale prévue dans les douze prochains mois.

Je déclare avoir lu et compris chacune des affirmations ci-dessus et certifie qu'elles sont exactes.

Je reconnais avoir été informé(e) que toute fausse déclaration ou réticence intentionnelle de ma part et de nature à fausser l'appréciation de l'état de santé par CNP Assurances et la Mondiale Accidents entraînerait la nullité de l'adhésion (art. L 113-8 du Code des assurances).

Je suis informé(e) que les renseignements demandés sont obligatoires pour l'entrée dans l'assurance et le traitement de l'adhésion. Ils sont destinés à CNP Assurances et La Mondiale Accidents et à leurs prestataires.

J'accepte que les données relatives à ma santé, qui sont obligatoires en vue de mon adhésion à l'assurance, fassent l'objet d'une gestion interne, à cette fin, par CNP Assurances qui en est responsable et par La Mondiale Accidents, respectivement apériteur et co-assureur de la garantie prévoyance - arrêt de travail, dans le respect du secret professionnel.

Je reconnais avoir été informé (e) de la possibilité de transmettre mes données de santé sous pli confidentiel à l'attention du Médecin Conseil de CNP Assurances. Dans le cas où je fais le choix de ne pas transmettre les données relatives à ma santé sous pli confidentiel au Médecin Conseil de CNP Assurances, j'accepte qu'elles soient traitées par CNP Assurances et par La Mondiale Accidents et par leurs délégataires, dans le respect du secret professionnel.

Conformément à la Loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, je dispose d'un droit d'accès et de rectification des données relatives à ma santé que je peux exercer à tout moment auprès du Médecin Conseil de CNP Assurances 4 place Raoul Dautry 75716 Paris Cedex 15.

Signature de l'adhérent précédée de la mention « lu et approuvé » :

Le ..... à .....

Signature

## TROUSSE PREMIERE ASSURANCE COTISATIONS (1)

<input type="checkbox"/> <b>Je choisis d'adhérer au contrat Trousse Première Assurance Garantie Prévoyance – Arrêt de travail</b>	
	<b>Annuel</b>
<input type="checkbox"/> <b>Assuré</b>	
Cotisation durant la 1 <sup>ère</sup> année d'adhésion	120.00 €
Cotisation durant la 2 <sup>ème</sup> année d'adhésion	160.00 €
Cotisation durant la 3 <sup>ème</sup> année d'adhésion	200.00 €
Cotisation durant la 4 <sup>ème</sup> année d'adhésion	240.00 €
<input type="checkbox"/> <b>Je choisis d'adhérer au contrat Trousse Première Assurance Garantie Complémentaire Santé</b>	
	<b>Annuel</b>
<input type="checkbox"/> <b>Assuré</b>	240.00 €
<input type="checkbox"/> <b>Conjoint</b>	240.00 €
<input type="checkbox"/> <b>1 Enfant</b>	136.80 €
<input type="checkbox"/> <b>2 Enfant</b>	273.60 €
<b>Gratuité à partir du 3<sup>ème</sup> enfant</b> (pensez bien à les inscrire dans le tableau de la fiche « complémentaire santé »)	
<b>Total des Cotisations</b>	<b>=</b>
<b>Mode de paiement</b>	<b>AGEFIPH</b>

(1) Ces tarifs sont TTC et restent valables jusqu'au 30 juin 2012

# TROUSSE PREMIERE ASSURANCE FORMULAIRE D'ADHESION GARANTIE SANTE

J'adhère à l'Association des Assurés Entrepreneurs de la Cité ainsi qu'au contrat de groupe souscrit par elle auprès de PRIMAMUT (Mutuelle régie par le livre II du Code de la Mutualité - immatriculée sous le n° 382 565 745, Mutuelle membre d'AGMUT) pour la garantie remboursement frais de soins de santé. Cet organisme est soumis à l'Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP) - 61 rue Taitbout 75436 - Paris Cedex 09.

Je déclare avoir reçu et pris connaissance des statuts de l'Association des Assurés Entrepreneurs de la Cité. Je déclare avoir reçu et pris connaissance de la Notice d'Information afférente au contrat que j'ai choisi, référencée 0L00767M pour la garantie remboursement frais de soins de santé assurée par PRIMAMUT. Cette Notice d'information est jointe à cette demande d'adhésion. Je déclare en accepter les dispositions et en avoir conservé un exemplaire.

Je certifie ne pas être déjà assuré(e) au titre de ce contrat.

Je donne mon accord à l'utilisation de la langue française pendant toute la durée de l'adhésion.

Les relations précontractuelles et contractuelles entre l'adhérent et PRIMAMUT sont régies par le droit français.

Je reconnais avoir pris connaissance du fait que le contrat de remboursement frais de soins de santé souscrit par Entrepreneurs de la Cité n'est pas éligible au titre de la loi Madelin.

Je donne mon accord pour que ma garantie remboursement frais de soins de santé prenne effet à la date d'acceptation de ma demande d'adhésion.

Je reconnais avoir reçu et pris connaissance de la Notice d'information relative au contrat Trousse Première Assurance. Je reconnais également avoir reçu et pris connaissance des informations relatives à la vente à distance et au démarchage, comportant notamment les conditions d'exercice de la faculté de renonciation et de ses modalités d'exercice.

Je déclare avoir reçu et pris connaissance de l'intercalaire 1 joint à la demande d'adhésion m'informant de mon droit de renonciation et de ses modalités d'exercice.

Je déclare exact l'ensemble des renseignements communiqués.

**Je déclare sur l'honneur ne pas avoir eu de contrat résilié pour sinistralité et/ou nullité pour fausse déclaration.** 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 les assureurs.

Conformément à la Loi Informatique et Libertés n° 78-17 du 6 janvier 1978, modifiée par la Loi n° 2004-801 du 6 août 2004, je dispose d'un droit d'accès, de modification et de rectification des données qui me concernent. Je peux exercer ce droit à tout moment en adressant un courrier portant le numéro de mon adhésion à l'Association des Assurés Entrepreneurs de la Cité 72 rue Francis de Pressensé, 69100 Villeurbanne ou à PRIMAMUT, membre du Groupe AG2R La Mondiale, Direction des Risques C&D 104-110 Boulevard Hausmann 75379 Paris Cedex 08. Ces données sont nécessaires au traitement de mon adhésion et à la gestion de mon contrat et sont destinées à cette fin, à l'Association des Entrepreneurs de la Cité, à PRIMAMUT, leurs partenaires et prestataires respectifs.

Sauf opposition écrite de ma part auprès de l'Association des Assurés Entrepreneurs de la Cité, les données recueillies pourront également être utilisées à des fins de prospection commerciale par l'Association des Assurés Entrepreneurs de la Cité.

- J'accepte que mes références soient communiquées à d'autres sociétés du groupe d'Entrepreneurs de la Cité, du groupe PRIMAMUT et de leurs partenaires respectifs à des fins de prospection commerciale :
- J'accepte de recevoir des propositions commerciales par voie électronique :

Signature de l'adhérent précédée de la mention « lu et approuvé » :

Le ----- à -----

# TROUSSE PREMIERE ASSURANCE FORMULAIRE D'ADHESION GARANTIE PREVOYANCE - ARRET DE TRAVAIL

- J'adhère à l'Association des Assurés Entrepreneurs de la Cité ainsi qu'au contrat d'assurance de groupe TROUSSE PREMIERE ASSURANCE Garantie Prévoyance Arrêt de travail souscrit par elle auprès de CNP Assurances et de La Mondiale Accidents, soumises à l'Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP) - 61 rue Taitbout 75436 Paris Cedex 09.
- Je déclare avoir reçu et pris connaissance des statuts de l'Association des Assurés Entrepreneurs de la Cité.
- Je déclare avoir reçu et pris connaissance de la Notice d'information du contrat TROUSSE PREMIERE ASSURANCE Garantie Prévoyance - Arrêt de travail n° 7531L que j'ai choisi, assuré par CNP Assurances et La Mondiale Accidents. Cette Notice d'information est jointe à cette demande d'adhésion. Je déclare en accepter les dispositions et en avoir conservé un exemplaire.
- Je certifie ne pas être déjà assuré(e) au titre de ce contrat.
- Je donne mon accord à l'utilisation de la langue française pendant toute la durée de l'adhésion. Les relations précontractuelles et contractuelles entre l'adhérent, CNP Assurances et La Mondiale Accidents sont régies par le droit français.
- Je reconnais avoir pris connaissance que le contrat TROUSSE PREMIERE ASSURANCE Garantie prévoyance - arrêt de travail souscrit par l'Association des Assurés Entrepreneurs de la cité n'est pas éligible au titre de la loi Madelin.
- Je donne mon accord pour que la garantie prévoyance - arrêt de travail prenne effet, sous réserve de l'encaissement de la première cotisation, à compter du premier jour du mois suivant la date de conclusion de mon adhésion. La date de conclusion de mon adhésion est indiquée sur le certificat d'adhésion qui me sera transmis ultérieurement.
- Je reconnais avoir reçu et pris connaissance des informations relatives à la vente à distance et au démarchage, comportant notamment les conditions d'exercice de la faculté de renonciation et de ses modalités d'exercice.
- Je déclare avoir reçu et pris connaissance de l'intercalaire 1 joint à la demande d'adhésion m'informant de mon droit de renonciation et de ses modalités d'exercice.
- Je déclare exact l'ensemble des renseignements communiqués.
- **Je déclare sur l'honneur ne pas avoir eu de contrat résilié pour sinistralité et/ou nullité pour fausse déclaration.** Je certifie avoir répondu avec exactitude et sincérité à la déclaration d'état de santé.

Conformément à la Loi Informatique et Libertés n° 78-17 du 6 janvier 1978, modifiée par la Loi n° 2004-801 du 6 août 2004, je dispose d'un droit d'accès, de modification et de rectification des données qui me concernent. Je peux exercer ce droit à tout moment en adressant un courrier portant le numéro de mon adhésion à l'Association des Assurés Entrepreneurs de la Cité 72 rue Francis de Pressensé, 69100 Villeurbanne ou à CNP Assurances, à l'attention du Correspondant Informatique et Libertés, 4 place Raoul Dautry 75716 Paris Cedex 15 ou à La Mondiale Accidents, membre du groupe AG2R La Mondiale, Direction des Risques C&D 104-110 Boulevard Haussmann 75379 Paris Cedex 08.

Ces données sont nécessaires au traitement de mon adhésion et à la gestion de mon contrat et sont destinées à cette fin, à l'Association des Entrepreneurs de la Cité, à CNP Assurances et à La Mondiale Accidents, leurs partenaires et prestataires respectifs.

Sauf opposition écrite de ma part auprès de l'Association des Assurés Entrepreneurs de la Cité, les données recueillies pourront également être utilisées à des fins de prospection commerciale par l'Association des Assurés Entrepreneurs de la Cité.

- J'accepte que mes références soient communiquées à d'autres sociétés du groupe d'Entrepreneurs de la Cité, du groupe des assureurs, CNP Assurances, La Mondiale Accidents et de leurs partenaires respectifs à des fins de prospection commerciale :
- J'accepte de recevoir des propositions commerciales par voie électronique :

Signature de l'adhérent précédée de la mention « lu et approuvé » :

Le ----- à -----

# Votre dossier est maintenant complet ?

## Envoyez le tout à :

Association des Assurés  
Entrepreneurs de la Cité  
72 rue Francis de Pressensé  
69100 VILLEURBANNE

## La suite...

Dès la réception de votre dossier COMPLET, votre demande d'adhésion sera étudiée.

**Sous réserve d'acceptation**, vous allez bientôt recevoir :

- Votre certificat d'adhésion
- Votre avis d'échéance

Ces documents seront à garder précieusement.

## Des questions ?

Contactez nous au  
04 37 24 52 70 (Coût d'un appel normal à partir d'un poste fixe)  
[contact@entrepreneursdelacite.org](mailto:contact@entrepreneursdelacite.org)

**Association des Assurés Entrepreneurs de la Cité** – 72, Rue Francis de Pressensé 69100 VILLEURBANNE  
Association Loi 1901 enregistrée en Préfecture du Rhône sous le n°W691064917

CNP Assurances, Société anonyme au capital de 594 151 292 € entièrement libéré

Entreprise régie par le Code des assurances – 341 737 062 RCS Paris – Siège social : 4, Place Raoul Dautry – 75716 Paris Cedex 15.

La Mondiale Accidents, membre du Groupe AG2R La MONDIALE, S.A. au capital de 1.200.000 €, Entreprise régie par le Code des assurances -  
RCS Lille B 572 019 727 -

Siège social : 32, avenue Emile Zola - 59370 Mons-en-Barœul

PRIMAMUT, membre du Groupe AG2R La MONDIALE, Mutuelle régie par le livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au RNM sous le n°382 565 745,  
membre d'AGMUT.  
35, bd Brune - 75014 Paris

# INTERCALAIRE N° 1

## RENONCIATION

Article L 112-2-1 du Code des Assurances

Vous disposez d'un délai de renonciation de quatorze jours calendaires révolus à compter de la date de conclusion de votre adhésion.

Si vous souhaitez renoncer à votre adhésion, retournez-nous complété et signé ce formulaire et envoyez-le sous enveloppe par lettre recommandée avec avis de réception à l'Association des Assurés Entrepreneurs de la Cité, 72 rue Francis de Pressensé, 69100 Villeurbanne.

Je soussigné(e) (NOM, Prénom, Adresse) .....  
.....  
.....

Déclare renoncer à mon adhésion au contrat .....  
N° ..... du ..... à ..... (lieu d'adhésion)

Signature de l'adhérent précédée de la mention « lu et approuvé » :

Le ..... à .....