

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 Obligatoire (Quelque soit le mode de paiement)
- 4- Un extrait K Bis ou attestation URSSAF pour les professions libérales
- 5- L'attestation de suivi à la création d'entreprise (page 7) par un organisme d'aide à la création d'entreprise
- 6- L'autorisation de prélèvement remplie et signée (page 9)
- 7- Le justificatif d'obtention d'un concours financier (accord de prêt, micro-crédit, garantie de prêt, prêt d'honneur, subvention

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 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

Association des Assurés Entrepreneurs de la Cité 72 rue Francis de Pressensé, 69100 Villeurbanne,
CNP Assurances, Société Anonyme au capital de 594 151 292 Euros entièrement libéré,
Entreprise régie par le Code des assurances

Siège social: 4 place Raoul Dautry – 75716 Paris Cedex 15 - 341 737 062 RCS Paris

La Mondiale Accidents, membre du groupe AG2R La Mondiale, Direction des Risques C&D 104-110 Boulevard Haussmann 75379 Paris Cedex 08

TROUSSE PREMIERE ASSURANCE COTISATIONS (1)

Je choisis d'adhérer au contrat Trousse Première Assurance
Garantie Prévoyance – Arrêt de travail

	Mensuel	Semestriel	Annuel
<input type="checkbox"/> Assuré			
Cotisation durant la 1^{ère} année d'adhésion	10.00 €	60.00 €	120.00 €
Cotisation durant la 2^{ème} année d'adhésion	13.33 €	80.00 €	160.00 €
Cotisation durant la 3^{ème} année d'adhésion	16.67 €	100.00 €	200.00 €
Cotisation durant la 4^{ème} année d'adhésion	20.00 €	120.00 €	240.00 €
Cotisation de solidarité (frais de dossier inhérents à l'Association Entrepreneurs de la Cité)	30.00 € la première année 15.00 € les années suivantes		
Total des Cotisations	=	=	=
Mode de paiement souhaité (2)	<input type="checkbox"/> Prélèvement	<input type="checkbox"/> Prélèvement <input type="checkbox"/> Chèque	<input type="checkbox"/> Prélèvement <input type="checkbox"/> Chèque

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

(2) Le paiement des cotisations doit être effectué par le débit d'un compte bancaire ouvert au nom de l'adhérent auprès d'un établissement de crédit domicilié en France.

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

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

ATTESTATION DE SUIVI A LA CREATION D'ENTREPRISE

Afin d'être éligible aux produits de micro assurance, un créateur doit attester de son accompagnement auprès d'un réseau d'aide à la création d'entreprise.

Je soussigné (e) (*nom du conseiller*)

Certifie que (*nom du créateur*)

A suivi un accompagnement à la création d'Entreprise

Auprès de la structure (*nom de la structure*)

Du (*date de début de l'accompagnement*).....

Au (*date de fin de l'accompagnement*)

Ce projet a nécessité un financement extérieur :

Ce projet ne nécessite pas de financement extérieur :

- Le créateur bénéficie d'un apport personnel suffisant
- Le projet ne nécessite pas d'apport d'argent
- Le créateur est aidé financièrement par un membre de sa famille/ami
- Autre raison :

Fait à.....

Le

Signature et Tampon

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

✂ -----

AUTORISATION DE PRELEVEMENT

N° national d'émetteur
515399

Titulaire du compte à débiter :

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Code Postal :

Ville :

Nom et adresse postale de l'établissement teneur du compte à débiter :

.....

.....

.....

Compte à débiter

Etablissement Guichet Numéro de compte Rib

Nom et Adresse du Créancier

Association des Assurés
Entrepreneurs de la Cité

72, Rue Francis de Pressensé – 69100 VILLEURBANNE

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

Date Signature