

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- 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- L'attestation de suivi à la création d'entreprise (page 7) par un organisme d'aide à la création d'entreprise
- 7- L'autorisation de prélèvement remplie et signée (page 9)
- 8- 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 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 COTISATION (1)

**Je choisis d'adhérer au contrat Trousse Première Assurance
Garantie Complémentaire Santé**

	Mensuel	Semestriel	Annuel
<input type="checkbox"/> Assuré	20.00 €	120.00 €	240.00 €
<input type="checkbox"/> Conjoint	20.00 €	120.00 €	240.00 €
<input type="checkbox"/> 1 Enfant	11.40 €	68.40 €	136.80 €
<input type="checkbox"/> 2 Enfant	22.80 €	136.80 €	273.60 €
Gratuité à partir du 3^{ème} enfant (pensez bien à les inscrire dans le tableau de la fiche « complémentaire santé »)			
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 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 -----

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

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

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