

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 : \_\_\_\_\_

Domiciliation fiscale en France :  OUI  NON

Si non, indiquer le pays de la domiciliation fiscale : .....

**L'adhérent s'engage à fournir les informations relatives à tout changement de situation.**



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 à votre nom (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 9) par un organisme d'aide à la création d'entreprise
- 6- L'autorisation de prélèvement remplie et signée (page 13)
- 7- Le justificatif d'obtention d'un concours financier (accord de prêt, micro-crédit, garantie de prêt, prêt d'honneur, subvention .....)
- 8- Si vous êtes locataire : une photocopie de l'**intégralité** de votre contrat de bail.

# INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

## VOTRE ACTIVITÉ

Nom de votre entreprise : .....

Statut Légal de votre entreprise :

Entreprise individuelle  Micro-entreprise  SARL  EURL  autre (précisez) : .....

Qualité à l'égard du fonds de commerce :  Propriétaire  Gérant

Date de sa création : .....

Code Siret : .....

Date de démarrage de l'activité : ..... Nombre de salariés à votre charge : .....

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

.....

.....

Adresse du siège social de l'entreprise :

.....

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

Faites-vous de la vente  Par Internet  Sur les marchés  Autre (précisez).....

Utilisez-vous un véhicule aménagé (type remorque ou camion) ? :  Oui  Non

## 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 MULTIRISQUE PROFESSIONNELLE

Lieu principal de stockage :  Local professionnel (Pensez au **service Local Secur'**. Bénéficiez d'une expertise de votre local, **totalelement prise en charge** par la Fondation Entrepreneurs de la Cité et Polyexpert)

**Il est obligatoire de remplir** cette page dans tous les cas

Adresse du lieu d'activité ou du local de stockage (si différent du siège social) : .....

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

Superficie de votre local : ..... M<sup>2</sup> Avez-vous un système d'alarme ? .....  OUI  NON

Qualité à l'égard des murs :  Propriétaire  Locataire  Copropriétaire  Occupant à titre gratuit

Montant et nature du Matériel à Garantir : .....

Montant et nature du stock à garantir : .....

\* Votre local est t-il situé dans un centre commercial, un supermarché, une galerie marchande ?  OUI  NON

\* L'immeuble dans lequel est situé votre local est construit et couvert en matériaux dur pour au moins 75 %  OUI  NON

\* Le bâtiment dans lequel votre local est situé est un immeuble dont la hauteur excède 28 mètres (Environ 17 étages)  OUI  NON

\* Le bâtiment dans lequel votre local est situé est un immeuble dont la superficie excède 20.000 m<sup>2</sup>  OUI  NON

\* Le bâtiment dans lequel votre local est situé est inscrit, inventorié ou classé monument historique  OUI  NON

\* Après votre entrée dans le local, est-ce que celui-ci va rester inoccupé plus de 45 jours ?  OUI  NON

\* Le bâtiment dans lequel votre local est situé est à plus de 1500 m d'altitude ?  OUI  NON

Si oui, se trouve t il à moins de 3 km d'un centre de secours professionnel ?  OUI  NON

\* Le bâtiment dans lequel votre local est situé est contigu ou renferme des locaux  
- présentant un risque professionnel relevant du tarif des risques d'Entreprise  OUI  NON  
- réservés à une activité politique, syndicale, diplomatique, un night club  OUI  NON

\* Le siège social et le risque de votre entreprise sont situés en France Métropolitaine (Hors Corse).....  OUI  NON

**Vos fenêtres, baies vitrées, lucarnes accessibles doivent être équipées de barreaux de fer plein (espacés de moins de 12 cm) ou de volets en bois plein ou métal, efficacement maintenus de l'intérieur ! Mon local est conforme à cette obligation** .....  OUI  NON

**Les portes vitrées sur rue doivent être munies d'une serrure multipoint sur les portes. Les fenêtres des étages facilement accessibles sont munies de volets ou de barreaux. Mon local est conforme à cette obligation** .....  OUI  NON

**Vos portes d'accès doivent être munies de 2 points de fermeture (serrures ou verrous) Mon local est conforme à cette obligation** .....  OUI  NON

Si **non à l'une de ces trois questions**, quels sont vos moyens de protection.....

**ATTENTION : Si les moyens de protection ne sont pas suffisants, l'assureur peut imposer une franchise vol/vandalisme de 500.00 € au lieu de 200.00 €**

**Vos installations électriques et de gaz doivent être conformes à la réglementation en vigueur et vérifiées tous les ans par un professionnel !**

**Vous devez avoir des extincteurs et les faire vérifier tous les ans par un professionnel !**

# TROUSSE PREMIERE ASSURANCE COTISATION (1)

**Je choisis d'adhérer au contrat Trousse Première Assurance  
Garantie Multirisque Professionnelle**

Cochez l'une des trois options	<b>Mensuel</b>	<b>Semestriel</b>	<b>Annuel</b>
<input type="checkbox"/> <b>Option 1</b> : contenu professionnel : 2 500 € vol/dégâts des eaux 5 000 € incendie	15.00 €	90.00 €	180.00 €
<input type="checkbox"/> <b>Option 2</b> : contenu professionnel : 5 000 € vol/dégâts des eaux 10 000 € incendie	18.00 €	108.00 €	216.00 €
<input type="checkbox"/> <b>Option 3</b> : contenu professionnel : 10 000 € vol/dégâts des eaux 20 000 € incendie	22.50 €	135.00 €	270.00 €
Plus une Taxe Attentat de 5.90 € qui sera demandée à la première échéance			
<b>Cotisation de solidarité (frais de dossier inhérents à l'Association Entrepreneurs de la Cité)</b>	30.00 € la première année 15.00 € les années suivantes		
<b>Total des Cotisations</b>	=	=	=
<b>Mode de paiement souhaité (2)</b>	<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 31 décembre 2019

(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.

# ADHESION A L'ASSOCIATION ENTREPRENEURS DE LA CITE

**J'adhère à l'Association des Assurés Entrepreneurs de la Cité**

**Je déclare avoir reçu et pris connaissance des statuts de l'Association**

Ces statuts sont téléchargeables sur le site [www.entrepreneursdelacite.org](http://www.entrepreneursdelacite.org)

Nom : .....

Prénom : .....

Nom de jeune fille : .....

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

Adresse : .....

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

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

Fax : ..... Adresse mail : .....

Domiciliation fiscale en France :  OUI  NON

Si non, indiquer le pays de la domiciliation fiscale : .....

<b>Cotisation de solidarité</b>	30.00 € la première année 15.00 € les années suivantes
<b>Mode de paiement souhaité (1)</b>	<input type="checkbox"/> <b>Prélèvement (autorisation de prélèvement ci-jointe à remplir + joindre un RIB)</b> <input type="checkbox"/> <b>Chèque</b>

(1) Ces tarifs sont TTC et restent valables jusqu'au 31 décembre 2019

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.

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

Le ----- à -----

# **TROUSSE PREMIERE ASSURANCE FORMULAIRE D'ADHESION GARANTIE MULTIRISQUE PROFESSIONNELLE**

J'adhère au contrat d'assurance de groupe souscrit par Entrepreneurs de la Cité auprès d'Axeria iard pour la garantie multirisque professionnelle, soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 Place de Budapest CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09.

Je déclare avoir reçu et pris connaissance de la Notice d'Information afférente au contrat multirisque professionnelle, référencée CG-PRO.2015.V2 pour le contrat multirisque professionnelle porté par Axeria iard qui est jointe à cette demande d'adhésion, en acceptant les dispositions et en ayant 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 Axeria iard sont régies par le droit français.

Je donne mon accord pour que mes garanties prennent effet à la date d'acceptation de ma demande d'adhésion.

L'acceptation pour la garantie multirisque professionnelle est matérialisée par l'envoi des conditions particulières du contrat par **l'Association des Assurés Entrepreneurs de la Cité**.

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'ayant 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 169 Avenue Roger Salengro 69100 Villeurbanne ou à AXERIA IARD, 27 rue Maurice Flandin 69444 Lyon Cedex 03.

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 AXERIA IARD, 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.

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  
169 Avenue Roger Salengro  
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** - 169 Avenue Roger Salengro - 69100 VILLEURBANNE  
Association Loi 1901 enregistrée en Préfecture du Rhône sous le n° W691064917

Axeria IARD 27, rue Maurice Flandin 69444 Lyon Cedex 03 - [www.axeria-iard.fr](http://www.axeria-iard.fr)  
S.A. au capital de 13 000 000 € - RCS Lyon 352 893 200 -  
N° Siret 352 893 200 00019 - Entreprise régie par le Code des Assurances





## 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

Après de la structure (*nom de la structure*) .....

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

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

Ce projet a-t'il nécessité un financement extérieur ?

**Oui** En ce cas, pour pouvoir bénéficier de la Trousse Première Assurance, le créateur doit justifier de l'obtention d'un concours financier accordé par l'un des réseaux d'aide à la création d'entreprise et/ou par un organisme financier classique

**Non**

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 169 Avenue Roger Salengro 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 .....



