

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- 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 11) par un organisme d'aide à la création d'entreprise
- 7- L'autorisation de prélèvement remplie et signée (page 15)
- 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 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 : .....

## 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

A quel Régime Obligatoire appartenez-vous ?

Sécurité Sociale

RSI

Si RSI, quel est le nom ?.....

A quel Régime Obligatoire appartient votre conjoint(e) ou enfant(s) ?

Sécurité Sociale

RSI

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 – ARRÊT 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 ne perçois pas de pension d'invalidité de la part de mon Régime Obligatoire.

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 Prima, groupe AG2R La Mondiale, 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 Prima 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 Prima, 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 Prima 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 169 Avenue Roger Salengro 69100 Villeurbanne,  
CNP Assurances, Société Anonyme avec conseil d'administration, au capital de 686 618 477 € entièrement libéré,  
Entreprise régie par le Code des assurances dont le siège social est  
4 place Raoul Dautry – 75716 Paris Cedex 15 - 341 737 062 RCS Paris

Prima, membre du Groupe AG2R La Mondiale, Société Anonyme au capital social de 30 489 803,45 € entièrement libéré – Entreprise régie par  
le Code des assurances – 37 boulevard Brune 75014 Paris – 333 193 795 RCS Paris

# TROUSSE PREMIERE ASSURANCE COTISATION (1)

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

	Mensuel	Semestriel	Annuel
<input type="checkbox"/> <b>Assuré</b>			
<b>Cotisation durant la 1<sup>ère</sup> année d'adhésion</b>	10.00 €	60.00 €	120.00 €
<b>Cotisation durant la 2<sup>ème</sup> année d'adhésion</b>	13.33 €	80.00 €	160.00 €
<b>Cotisation durant la 3<sup>ème</sup> année d'adhésion</b>	16.67 €	100.00 €	200.00 €
<b>Cotisation durant la 4<sup>ème</sup> année d'adhésion</b>	20.00 €	120.00 €	240.00 €

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

	Mensuel	Semestriel	Annuel
<input type="checkbox"/> <b>Assuré</b>	24.75 €	148.50 €	297.00 €
<input type="checkbox"/> <b>Conjoint</b>	24.75 €	148.50 €	297.00 €
<input type="checkbox"/> <b>1 Enfant</b>	14.00 €	84.00 €	168.00 €
<input type="checkbox"/> <b>2 Enfant</b>	28.00 €	168.00 €	336.00 €

**Gratuité à partir du 3<sup>ème</sup> 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)**

**Prélèvement**

**Prélèvement**  
 **Chèque**

**Prélèvement**  
 **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 SANTE

J'adhère au contrat de groupe souscrit par Entrepreneurs de la Cité 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 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 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 169 Avenue Roger Salengro 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.

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 au contrat d'assurance de groupe TROUSSE PREMIERE ASSURANCE Garantie Prévoyance Arrêt de travail souscrit par Entrepreneurs de la Cité auprès de CNP Assurances et de Prima, soumises 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 du contrat TROUSSE PREMIERE ASSURANCE Garantie Prévoyance - Arrêt de travail n° 7531L que j'ai choisi, assuré par CNP Assurances et Prima. 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 Prima 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 169 Avenue Roger Salengro 69100 Villeurbanne ou à CNP Assurances, à l'attention du Correspondant Informatique et Libertés, 4 place Raoul Dautry 75716 Paris Cedex 15 ou à Prima, 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 Prima, 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 -----

Association des Assurés Entrepreneurs de la Cité 169 Avenue Roger Salengro 69100 Villeurbanne,  
CNP Assurances, Société Anonyme avec conseil d'administration, au capital de 686 618 477 € entièrement libéré,  
Entreprise régie par le Code des assurances dont le siège social est  
4 place Raoul Dautry - 75716 Paris Cedex 15 - 341 737 062 RCS Paris  
Prima, membre du Groupe AG2R La Mondiale, Société Anonyme au capital social de 30 489 803,45 € entièrement libéré - Entreprise régie par le  
Code des Assurances - 37 boulevard Brune 75014 Paris - 333 193 795 RCS Paris



# 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

CNP Assurances, Société Anonyme avec conseil d'administration, au capital de 686 618 477 € entièrement libéré,  
Entreprise régie par le Code des assurances dont le siège social est  
4 place Raoul Dautry – 75716 Paris Cedex 15 - 341 737 062 RCS Paris

Prima, membre du Groupe AG2R La Mondiale, Société Anonyme au capital social de 30 489 803,45 € entièrement libéré – Entreprise régie par le Code des assurances – 37 boulevard Brune 75014 Paris – 333 193 795 RCS Paris

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-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 .....



## MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez **Entrepreneurs de la Cité** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de **Entrepreneurs de la Cité**.  
Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

**Veillez compléter les champs marqués \***

.....  
Nom / Prénoms du débiteur

.....  
Numéro et nom de la rue

.....  
Code Postal                      Ville

.....  
Pays

Les coordonnées de votre compte \*  
.....  
**IBAN** (International Bank Account Number) - Numéro d'identification international du compte bancaire

.....  
**BIC** (Bank Identifier Code) - Code international d'identification de votre banque

Nom du créancier                      ENTREPRENEURS DE LA CITE .....

I. C. S                                      FR20ZZZ515399 .....

Adresse du créancier                169 Avenue Roger Salengro .....

69100..... VILLEURBANNE .....

FRANCE .....

Pays

Type de paiement \*                Paiement récurrent / répétitif                       Paiement ponctuel

Signé à \*                                      .....                      .....  
Lieu    Date

Signature(s) \*                              Veuillez signer ici

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Dès souscription de votre contrat, vous recevrez sur votre avis d'échéance votre Référence Unique du Mandat (RUM).

Les informations contenues dans le présent mandat, font l'objet d'un traitement informatique par **Entrepreneurs de la Cité** pour la gestion de vos prélèvements et ne sont transmis à cet effet qu'à votre banque. Conformément à la Loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition, que vous pouvez exercer en adressant un courrier à **Entrepreneurs de la Cité 169 Avenue Roger Salengro 69100 VILLEURBANNE**.