

Bulletin d'adhésion ou Demande de modification Garantie maintien des primes et indemnités en cas d'incapacité temporaire totale de travail 2018

☞ Mon Conseiller : Nom Prénom

Email

Code Conseiller : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Mon Agence :

..... Tél. |_|_|_|_|_|_|_|_|


Devoir d'information et de conseil

Nous vous invitons avant d'adhérer à la Garantie maintien des primes et indemnités en cas d'incapacité temporaire totale de travail (ITT) ou de la modifier, à lire attentivement les conditions générales et particulières de la garantie qui figurent en annexe de votre Règlement Mutualiste, **et notamment les articles relatifs à la prise d'effet de l'adhésion, à la radiation, aux déclarations, à la prescription, aux limites des prestations, aux exclusions (primes exceptionnelles et/ou aléatoires, indemnités d'entretien des assistants maternels), au délai de stage et à la franchise.**

Votre conseiller est là pour répondre à vos questions, vous informer et vous conseiller avant votre adhésion dans la détermination de vos besoins et le choix des garanties adaptées à votre situation personnelle.

Votre Garantie maintien des primes et indemnités en cas d'incapacité temporaire totale de travail

Vous avez le choix de votre niveau de couverture :

**Plafond annuel
des primes
et indemnités
nettes** 

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> jusqu'à 1 200 € (<i>soit en moyenne 100 € / mois</i>) | <input type="checkbox"/> jusqu'à 4 980 € (<i>soit en moyenne 415 € / mois</i>) |
| <input type="checkbox"/> jusqu'à 1 740 € (<i>soit en moyenne 145 € / mois</i>) | <input type="checkbox"/> jusqu'à 5 520 € (<i>soit en moyenne 460 € / mois</i>) |
| <input type="checkbox"/> jusqu'à 2 280 € (<i>soit en moyenne 190 € / mois</i>) | <input type="checkbox"/> jusqu'à 6 060 € (<i>soit en moyenne 505 € / mois</i>) |
| <input type="checkbox"/> jusqu'à 2 820 € (<i>soit en moyenne 235 € / mois</i>) | <input type="checkbox"/> jusqu'à 6 600 € (<i>soit en moyenne 550 € / mois</i>) |
| <input type="checkbox"/> jusqu'à 3 360 € (<i>soit en moyenne 280 € / mois</i>) | <input type="checkbox"/> jusqu'à 7 140 € (<i>soit en moyenne 595 € / mois</i>) |
| <input type="checkbox"/> jusqu'à 3 900 € (<i>soit en moyenne 325 € / mois</i>) | |
| <input type="checkbox"/> jusqu'à 4 440 € (<i>soit en moyenne 370 € / mois</i>) | <input type="checkbox"/> au-delà, autre montant :€ (<i>par tranche de 540 € / an</i>) |

Nous vous recommandons le niveau coché ci-dessus.

L'adhésion à la garantie et la modification du niveau de couverture sont assorties d'un **délai de stage de 6 mois** en cas de maladie, sauf dérogation.

Pour les agents de la Fonction Publique Territoriale, la garantie peut être assortie d'un délai de franchise dont le nombre de jours dépend de la formule choisie.

► Vous êtes agent de la Fonction Publique Territoriale, nous vous recommandons le nombre de jours de franchise ci-dessous :

- Sans franchise 30 jours de franchise 60 jours de franchise 90 jours de franchise 360 jours de franchise

Le montant des prestations versées par la Mutuelle est égal au montant réel de la perte des primes et indemnités non soumises à pension civile ou CNRACL nettes, dans la limite du niveau annuel que le membre participant a choisi. Le versement cesse après 1095 jours d'indemnisation continus ou discontinus.

Demande d'adhésion à la garantie Demande de modification de garantie

N° adhérent _____

Je soussigné(e)*

Mme M. Nom : _____ Prénom : _____
Nom de jeune fille : _____

_____ N° Sécurité sociale _____ clé Régime Alsace - Moselle _____ Date de naissance _____
 Célibataire Marié(e) Divorcé(e) ou séparé(e) Pacsé(e) Vie maritale ou concubinage Veuf(ve)

Adresse*

_____ N° _____ Bis-Ter _____ Nature et nom de la voie : _____
Complément d'adresse : _____
_____ Code postal _____ Ville : _____ N° Tél. fixe _____ N° Tél. portable _____
E-Mail : _____

* Informations obligatoires ; à défaut votre demande d'adhésion ne pourra être traitée.

J'accepte de recevoir des informations sur les offres Intériale par voie électronique.
 J'accepte de recevoir des offres du groupe Intériale et de ses partenaires préalablement autorisés.

Situation Professionnelle

Fonctionnaire de la Police Nationale percevant l'ISSP Agent de la Fonction Publique d'État Agent de la Fonction Publique Territoriale
Catégorie : A B C

Ma Garantie maintien des primes et indemnités en cas d'incapacité temporaire totale de travail

► Je choisis le montant annuel de primes et indemnités nettes que je souhaite garantir :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> jusqu'à 1 200 € (soit en moyenne 100 € / mois) | <input type="checkbox"/> jusqu'à 4 980 € (soit en moyenne 415 € / mois) |
| <input type="checkbox"/> jusqu'à 1 740 € (soit en moyenne 145 € / mois) | <input type="checkbox"/> jusqu'à 5 520 € (soit en moyenne 460 € / mois) |
| <input type="checkbox"/> jusqu'à 2 280 € (soit en moyenne 190 € / mois) | <input type="checkbox"/> jusqu'à 6 060 € (soit en moyenne 505 € / mois) |
| <input type="checkbox"/> jusqu'à 2 820 € (soit en moyenne 235 € / mois) | <input type="checkbox"/> jusqu'à 6 600 € (soit en moyenne 550 € / mois) |
| <input type="checkbox"/> jusqu'à 3 360 € (soit en moyenne 280 € / mois) | <input type="checkbox"/> jusqu'à 7 140 € (soit en moyenne 595 € / mois) |
| <input type="checkbox"/> jusqu'à 3 900 € (soit en moyenne 325 € / mois) | <input type="checkbox"/> au-delà, autre montant : _____ € (par tranche de 540 € / an) |
| <input type="checkbox"/> jusqu'à 4 440 € (soit en moyenne 370 € / mois) | |

► Je suis agent de la Fonction Publique Territoriale, je choisis ma formule en fonction du nombre de jours de franchise :

- Sans franchise 30 jours de franchise 60 jours de franchise 90 jours de franchise 360 jours de franchise

En cas de modification du nombre de jours de franchise, délai de stage de 3 mois si la nouvelle formule choisie comporte un nombre de jours de franchise inférieur (sauf en cas d'accident).

Je suis informé(e) que pour bénéficier de la Garantie maintien des primes en cas d'incapacité temporaire totale de travail ou pour la modifier, je dois au jour de la prise d'effet de mon adhésion / de ma demande de modification :

- être à jour de mes cotisations et,
- être en activité de service et,
- ne pas être suspendu(e) de mes fonctions et,
- ne pas être en arrêt de travail pour raisons médicales ou d'accident et,
- ne pas être en disponibilité d'office et,
- ne pas être en temps partiel thérapeutique ou en poste aménagé et,
- ne pas avoir été en arrêt de travail durant les deux mois précédant la date de prise d'effet de la garantie.

Les conditions de mon adhésion/de ma demande de modification de garantie

Je déclare exact l'ensemble des renseignements communiqués et j'atteste avoir été informé(e) de l'ensemble de mes droits et obligations par la remise préalable à mon adhésion d'un exemplaire des Statuts de la Mutuelle et des conditions générales et particulières de la garantie, dont je déclare avoir accepté les termes.

- ▶ Je reconnais que les éléments communiqués dans le cadre du devoir d'information et de conseil m'ont permis d'adhérer ou de modifier ma garantie conformément à mes besoins.
- ▶ J'accepte que les informations qui me sont adressées en cours de contrat le soient par courrier électronique à l'adresse mail que j'ai communiquée.
- ▶ Sous réserve de l'enregistrement de ma demande d'adhésion, la Garantie maintien des primes et indemnités en cas d'incapacité temporaire totale de travail prend effet :
 - A/ soit le 1^{er} jour du mois que j'ai choisi 0,1 / 2,0,1,8 (sans rétroactivité possible).
 - B/ soit le 1^{er} jour du mois suivant la réception de la demande d'adhésion par la Mutuelle.
- ▶ J'ai bien noté que ma demande de modification de garantie prendra effet le 1^{er} jour du mois qui suit la réception par la Mutuelle de mon dossier dûment complété et signé.
- ▶ J'ai bien noté que la cotisation de la garantie sera incluse dans ma cotisation globale et prélevée dans les mêmes conditions.
Attention: si je suis déjà adhérent(e) à la Nouvelle Offre Labellisée Intériale, le paiement de ma cotisation se fera par prélèvement distinct. Je complète obligatoirement le formulaire de mandat SEPA ci-dessous.

Fait à _____, le _____

Signature de l'adhérent

(précédée de la mention « Lu et approuvé »)

Les informations recueillies par la Mutuelle auprès de ses membres participants sont exclusivement utilisées dans le cadre de la passation des contrats, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution des obligations de la Mutuelle conformément à son objet. Elles peuvent être communiquées aux autres organismes assureurs auprès desquels le membre participant bénéficie de garanties ainsi qu'aux délégués de gestion, intermédiaires d'assurance, partenaires, prestataires, réassureurs et notamment aux organismes gestionnaires du régime obligatoire dans le cadre des procédures de télétransmission. Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, le membre participant, ainsi que toute personne dont les données personnelles sont conservées par la Mutuelle, dispose d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition sur les informations les concernant. Pour ce faire, le membre participant peut adresser un courrier à la Direction Juridique de la Mutuelle, 32 rue Blanche, 75009 Paris, ou un courriel à directionjuridique@interiale.fr, accompagné d'un justificatif d'identité. Les données personnelles recueillies à cette occasion seront conservées pour la durée du contrat et conformément aux exigences réglementaires ou pour une durée de trois ans en cas de renonciation à l'adhésion.

Référence unique du Mandat

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

NOM DU CRÉANCIER : INTERIALE MUTUELLE

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez INTERIALE MUTUELLE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions d'INTERIALE MUTUELLE.

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 ET ADRESSE DU DÉBITEUR*

Mme M. Nom* : _____ Prénom* : _____
Adresse* : _____
Code postal* : _____ Ville* : _____ Pays : _____

LES COORDONNÉES DE VOTRE COMPTE*

Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)

Code international d'identification de la banque - BIC (Bank Identifier Code) _____

NOM ET ADRESSE DU CRÉANCIER

Nom du CRÉANCIER
I.C.S (Identifiant Créancier SEPA)
Adresse du CRÉANCIER

INTERIALE MUTUELLE
FR43ZZZ212733
32 rue Blanche
75009 PARIS
FRANCE
Paiement récurrent / répétitif

Type de paiement

Signé à* : _____

Date* : _____

Signature*

Nom du tiers débiteur : _____

Si votre paiement concerne un accord passé entre INTERIALE MUTUELLE et un tiers (par exemple, vous payez la facture d'une autre personne), veuillez indiquer ici son nom.

Code identifiant du débiteur : _____

Indiquez ici tout code que vous souhaitez voir restitué par votre banque.

Contact : 0 970 821 821. www.interiale.fr/mandat-sepa

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

Pour adhérer / modifier la garantie

- 1 Je complète la demande d'adhésion / demande de modification de garantie avec les informations personnelles me concernant ;
- 2 Je coche la case correspondant au montant de primes et indemnités nettes que je choisis et la case correspondant au nombre de jours de franchise que je choisis si je suis agent de la Fonction Publique Territoriale ;
- 3 Je retourne la demande d'adhésion / demande de modification de garantie ainsi qu'une copie de mon dernier bulletin de salaire dans une des agences de la Mutuelle ou à l'adresse suivante :

**Centres de gestion Intériale
CS 50005
59040 Lille Cedex**

➔ L'enregistrement de la demande d'adhésion / demande de modification de garantie par la Mutuelle me sera notifié par un courrier qui précisera la date de prise d'effet de l'adhésion / de la demande de modification de garantie, le niveau de primes et indemnités que j'ai choisi de garantir, le montant des cotisations et leur échéance.

Délai de renonciation

A compter de la prise d'effet de l'adhésion à ma Garantie maintien des primes et indemnités en cas d'incapacité temporaire totale de travail, je dispose d'un délai de **30 jours calendaires** pour renoncer à mon adhésion **par lettre recommandée avec accusé de réception**, à envoyer à l'adresse suivante :

**Centres de gestion Intériale
CS 50005
59040 Lille Cedex**

EXEMPLE de lettre de renonciation : « Je soussigné (...) (nom, prénom, n° d'adhérent), demeurant (...) (adresse), déclare renoncer à mon adhésion à la Garantie maintien des primes et indemnités en cas d'incapacité temporaire totale de travail ».
Date (...)
Signature »

POUR NOUS CONTACTER


 www.interiale.fr

  **N°Cristal 0 970 821 821**
APPEL NON SURTAXE

 **Rencontrez votre conseiller**

Centres de Gestion - CS 50005 - 59040 Lille cedex

Bulletin d'adhésion ou Demande de modification Garantie maintien des primes et indemnités en cas d'incapacité temporaire totale de travail 2018

 Mon Conseiller : Nom Prénom

Email.....

Code Conseiller : | | | | | | | |

Mon Agence :

..... Tél. | | | | | | | |

Devoir d'information et de conseil

Nous vous invitons avant d'adhérer à la Garantie maintien des primes et indemnités en cas d'incapacité temporaire totale de travail (ITT) ou de la modifier, à lire attentivement les conditions générales et particulières de la garantie qui figurent en annexe de votre Règlement Mutualiste, **et notamment les articles relatifs à la prise d'effet de l'adhésion, à la radiation, aux déclarations, à la prescription, aux limites des prestations, aux exclusions (primes exceptionnelles et/ou aléatoires, indemnités d'entretien des assistants maternels), au délai de stage et à la franchise.**

Votre conseiller est là pour répondre à vos questions, vous informer et vous conseiller avant votre adhésion dans la détermination de vos besoins et le choix des garanties adaptées à votre situation personnelle.

Votre Garantie maintien des primes et indemnités en cas d'incapacité temporaire totale de travail

Vous avez le choix de votre niveau de couverture :

Plafond annuel
des primes
et indemnités
nettes



- jusqu'à 1 200 € (*soit en moyenne 100 € / mois*)
- jusqu'à 1 740 € (*soit en moyenne 145 € / mois*)
- jusqu'à 2 280 € (*soit en moyenne 190 € / mois*)
- jusqu'à 2 820 € (*soit en moyenne 235 € / mois*)
- jusqu'à 3 360 € (*soit en moyenne 280 € / mois*)
- jusqu'à 3 900 € (*soit en moyenne 325 € / mois*)
- jusqu'à 4 440 € (*soit en moyenne 370 € / mois*)

- jusqu'à 4 980 € (*soit en moyenne 415 € / mois*)
- jusqu'à 5 520 € (*soit en moyenne 460 € / mois*)
- jusqu'à 6 060 € (*soit en moyenne 505 € / mois*)
- jusqu'à 6 600 € (*soit en moyenne 550 € / mois*)
- jusqu'à 7 140 € (*soit en moyenne 595 € / mois*)
- au-delà, autre montant :€ (*par tranche de 540 € / an*)

Nous vous recommandons le niveau coché ci-dessus.

L'adhésion à la garantie et la modification du niveau de couverture sont assorties d'un **délai de stage de 6 mois** en cas de maladie, sauf dérogation.

Pour les agents de la Fonction Publique Territoriale, la garantie peut être assortie d'un délai de franchise dont le nombre de jours dépend de la formule choisie.

► Vous êtes agent de la Fonction Publique Territoriale, nous vous recommandons le nombre de jours de franchise ci-dessous :

- Sans franchise 30 jours de franchise 60 jours de franchise 90 jours de franchise 360 jours de franchise

Le montant des prestations versées par la Mutuelle est égal au montant réel de la perte des primes et indemnités non soumises à pension civile ou CNRACL nettes, dans la limite du niveau annuel que le membre participant a choisi. Le versement cesse après 1095 jours d'indemnisation continuus ou discontinus.

Demande d'adhésion à la garantie Demande de modification de garantie

N° adhérent _____

Je soussigné(e)*

Mme M. Nom : _____ Prénom : _____
Nom de jeune fille : _____

_____ N° Sécurité sociale _____ clé Régime Alsace - Moselle _____ Date de naissance _____
 Célibataire Marié(e) Divorcé(e) ou séparé(e) Pacsé(e) Vie maritale ou concubinage Veuf(ve)

Adresse*

_____ N° _____ Bis-Ter _____ Nature et nom de la voie : _____
Complément d'adresse : _____
_____ Code postal _____ Ville : _____ _____ N° Tél. fixe _____ _____ N° Tél. portable _____
E-Mail : _____

* Informations obligatoires ; à défaut votre demande d'adhésion ne pourra être traitée.

J'accepte de recevoir des informations sur les offres Intériale par voie électronique.
 J'accepte de recevoir des offres du groupe Intériale et de ses partenaires préalablement autorisés.

Situation Professionnelle

Fonctionnaire de la Police Nationale percevant l'ISSP Agent de la Fonction Publique d'État Agent de la Fonction Publique Territoriale
Catégorie : A B C

Ma Garantie maintien des primes et indemnités en cas d'incapacité temporaire totale de travail

► Je choisis le montant annuel de primes et indemnités nettes que je souhaite garantir :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> jusqu'à 1 200 € (soit en moyenne 100 € / mois) | <input type="checkbox"/> jusqu'à 4 980 € (soit en moyenne 415 € / mois) |
| <input type="checkbox"/> jusqu'à 1 740 € (soit en moyenne 145 € / mois) | <input type="checkbox"/> jusqu'à 5 520 € (soit en moyenne 460 € / mois) |
| <input type="checkbox"/> jusqu'à 2 280 € (soit en moyenne 190 € / mois) | <input type="checkbox"/> jusqu'à 6 060 € (soit en moyenne 505 € / mois) |
| <input type="checkbox"/> jusqu'à 2 820 € (soit en moyenne 235 € / mois) | <input type="checkbox"/> jusqu'à 6 600 € (soit en moyenne 550 € / mois) |
| <input type="checkbox"/> jusqu'à 3 360 € (soit en moyenne 280 € / mois) | <input type="checkbox"/> jusqu'à 7 140 € (soit en moyenne 595 € / mois) |
| <input type="checkbox"/> jusqu'à 3 900 € (soit en moyenne 325 € / mois) | <input type="checkbox"/> au-delà, autre montant : _____ € (par tranche de 540 € / an) |
| <input type="checkbox"/> jusqu'à 4 440 € (soit en moyenne 370 € / mois) | |

► Je suis agent de la Fonction Publique Territoriale, je choisis ma formule en fonction du nombre de jours de franchise :

- Sans franchise 30 jours de franchise 60 jours de franchise 90 jours de franchise 360 jours de franchise

En cas de modification du nombre de jours de franchise, délai de stage de 3 mois si la nouvelle formule choisie comporte un nombre de jours de franchise inférieur (sauf en cas d'accident).

Je suis informé(e) que pour bénéficier de la Garantie maintien des primes en cas d'incapacité temporaire totale de travail ou pour la modifier, je dois au jour de la prise d'effet de mon adhésion / de ma demande de modification :

- être à jour de mes cotisations et,
- être en activité de service et,
- ne pas être suspendu(e) de mes fonctions et,
- ne pas être en arrêt de travail pour raisons médicales ou d'accident et,
- ne pas être en disponibilité d'office et,
- ne pas être en temps partiel thérapeutique ou en poste aménagé et,
- ne pas avoir été en arrêt de travail durant les deux mois précédant la date de prise d'effet de la garantie.

Les conditions de mon adhésion/de ma demande de modification de garantie

Je déclare exact l'ensemble des renseignements communiqués et j'atteste avoir été informé(e) de l'ensemble de mes droits et obligations par la remise préalable à mon adhésion d'un exemplaire des Statuts de la Mutuelle et des conditions générales et particulières de la garantie, dont je déclare avoir accepté les termes.

- ▶ Je reconnais que les éléments communiqués dans le cadre du devoir d'information et de conseil m'ont permis d'adhérer ou de modifier ma garantie conformément à mes besoins.
- ▶ J'accepte que les informations qui me sont adressées en cours de contrat le soient par courrier électronique à l'adresse mail que j'ai communiquée.
- ▶ Sous réserve de l'enregistrement de ma demande d'adhésion, la Garantie maintien des primes et indemnités en cas d'incapacité temporaire totale de travail prend effet :
 - A/ soit le 1^{er} jour du mois que j'ai choisi 0,1 / 2,0,1,8 (sans rétroactivité possible).
 - B/ soit le 1^{er} jour du mois suivant la réception de la demande d'adhésion par la Mutuelle.
- ▶ J'ai bien noté que ma demande de modification de garantie prendra effet le 1^{er} jour du mois qui suit la réception par la Mutuelle de mon dossier dûment complété et signé.
- ▶ J'ai bien noté que la cotisation de la garantie sera incluse dans ma cotisation globale et prélevée dans les mêmes conditions.
Attention: si je suis déjà adhérent(e) à la Nouvelle Offre Labellisée Intériale, le paiement de ma cotisation se fera par prélèvement distinct. Je complète obligatoirement le formulaire de mandat SEPA ci-dessous.

Fait à _____, le _____

Signature de l'adhérent

(précédée de la mention « Lu et approuvé »)

Les informations recueillies par la Mutuelle auprès de ses membres participants sont exclusivement utilisées dans le cadre de la passation des contrats, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution des obligations de la Mutuelle conformément à son objet. Elles peuvent être communiquées aux autres organismes assureurs auprès desquels le membre participant bénéficie de garanties ainsi qu'aux délégués de gestion, intermédiaires d'assurance, partenaires, prestataires, réassureurs et notamment aux organismes gestionnaires du régime obligatoire dans le cadre des procédures de télétransmission. Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, le membre participant, ainsi que toute personne dont les données personnelles sont conservées par la Mutuelle, dispose d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition sur les informations les concernant. Pour ce faire, le membre participant peut adresser un courrier à la Direction Juridique de la Mutuelle, 32 rue Blanche, 75009 Paris, ou un courriel à directionjuridique@interiale.fr, accompagné d'un justificatif d'identité. Les données personnelles recueillies à cette occasion seront conservées pour la durée du contrat et conformément aux exigences réglementaires ou pour une durée de trois ans en cas de renonciation à l'adhésion.

Référence unique du Mandat

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

NOM DU CRÉANCIER : INTERIALE MUTUELLE

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez INTERIALE MUTUELLE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions d'INTERIALE MUTUELLE.

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 ET ADRESSE DU DÉBITEUR*

Mme M. Nom* : _____ Prénom* : _____
Adresse* : _____
Code postal* : _____ Ville* : _____ Pays : _____

LES COORDONNÉES DE VOTRE COMPTE*

Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)

Code international d'identification de la banque - BIC (Bank Identifier Code) _____

NOM ET ADRESSE DU CRÉANCIER

Nom du CRÉANCIER
I.C.S (Identifiant Créancier SEPA)
Adresse du CRÉANCIER

INTERIALE MUTUELLE
FR43ZZZ212733
32 rue Blanche
75009 PARIS
FRANCE
Paiement récurrent / répétitif

Type de paiement

Signé à* : _____

Date* : _____

Signature*

Nom du tiers débiteur : _____

Si votre paiement concerne un accord passé entre INTERIALE MUTUELLE et un tiers (par exemple, vous payez la facture d'une autre personne), veuillez indiquer ici son nom.

Code identifiant du débiteur : _____

Indiquez ici tout code que vous souhaitez voir restitué par votre banque.

Contact : 0 970 821 821. www.interiale.fr/mandat-sepa

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

Pour adhérer / modifier la garantie

- 1 Je complète la demande d'adhésion / demande de modification de garantie avec les informations personnelles me concernant ;
- 2 Je coche la case correspondant au montant de primes et indemnités nettes que je choisis et la case correspondant au nombre de jours de franchise que je choisis si je suis agent de la Fonction Publique Territoriale ;
- 3 Je retourne la demande d'adhésion / demande de modification de garantie ainsi qu'une copie de mon dernier bulletin de salaire dans une des agences de la Mutuelle ou à l'adresse suivante :

**Centres de gestion Intériale
CS 50005
59040 Lille Cedex**

➔ L'enregistrement de la demande d'adhésion / demande de modification de garantie par la Mutuelle me sera notifié par un courrier qui précisera la date de prise d'effet de l'adhésion / de la demande de modification de garantie, le niveau de primes et indemnités que j'ai choisi de garantir, le montant des cotisations et leur échéance.

Délai de renonciation

A compter de la prise d'effet de l'adhésion à ma Garantie maintien des primes et indemnités en cas d'incapacité temporaire totale de travail, je dispose d'un délai de **30 jours calendaires** pour renoncer à mon adhésion **par lettre recommandée avec accusé de réception**, à envoyer à l'adresse suivante :

**Centres de gestion Intériale
CS 50005
59040 Lille Cedex**

EXEMPLE de lettre de renonciation : « Je soussigné (...) (nom, prénom, n° d'adhérent), demeurant (...) (adresse), déclare renoncer à mon adhésion à la Garantie maintien des primes et indemnités en cas d'incapacité temporaire totale de travail ».
Date (...)
Signature »

POUR NOUS CONTACTER

 www.interiale.fr

  **N°Cristal 0 970 821 821**
APPEL NON SURTAXE

 **Rencontrez votre conseiller**

Centres de Gestion - CS 50005 - 59040 Lille cedex