

 **Mon Conseiller :** Nom Prénom

Email

Code Conseiller :

Mon Agence :

Tél.

Devoir d'information et de conseil

Nous vous invitons, avant d'adhérer aux Garanties santé **et/ou** prévoyance et à la Garantie dépendance totale obligatoire, à lire attentivement les Statuts, le Règlement Mutualiste et ses annexes 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, 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 frais de santé

Vous avez le choix entre 5 formules pour vous, et si vous le désirez votre conjoint, vos enfants ou autres ayants droit.

Formules Intérieure	Intérieure Essentielle [®]	Intérieure Equilibre [®]	Intérieure Confort [®]	Intérieure Sérénité [®]	Intérieure Plénitude [®]
Soins courants / Pharmacie	😊	😊😊	😊😊😊	😊😊😊😊	😊😊😊😊😊
Hospitalisation	😊	😊😊	😊😊😊	😊😊😊😊	😊😊😊😊😊
Optique	😊	😊😊	😊😊😊	😊😊😊😊	😊😊😊😊😊
Dentaire	😊	😊😊	😊😊😊	😊😊😊😊	😊😊😊😊😊
Appareillage / Acoustique	😊	😊😊	😊😊😊	😊😊😊😊	😊😊😊😊😊
Services Plus	😊😊😊	😊😊😊😊	😊😊😊😊😊	😊😊😊😊😊😊	😊😊😊😊😊😊😊

Nous vous recommandons la formule ci-contre qui répond à vos besoins :

Vous pouvez adhérer à un ou plusieurs Packs santé optionnels pour renforcer votre protection santé complémentaire : Pack Intérieure PRO[®], Pack Intérieure FAMILLE[®], Pack Intérieure SENIOR[®]. Vous bénéficiez d'une allocation cancer, d'une assistance à domicile, d'une Protection juridique santé, d'une Protection juridique pénale professionnelle et d'une Assurance scolaire/étudiante (cf. notices d'information).

Si vous adhérez aux formules Intérieure Equilibre[®], Intérieure Confort[®], Intérieure Sérénité[®] ou Intérieure Plénitude[®] vous bénéficiez du Réseau de Soins Santéclair (cf. notice d'information).

Votre Garantie dépendance totale obligatoire

Vous et votre conjoint ayant droit bénéficiez d'une rente dépendance totale viagère en cas de maladie ou d'accident, à condition d'avoir moins de 67 ans, de ne pas être en état de dépendance totale ni en invalidité de 3^{ème} catégorie avec majoration pour tierce personne et de résider en France ou dans un DROM. **Franchise de 90 jours.** La Garantie dépendance totale est obligatoire pour vous et votre conjoint ayant droit santé si vous adhérez à la Garantie frais de santé ou aux Garanties santé et prévoyance, et pour vous seul si vous adhérez uniquement aux Garanties prévoyance de base (cf. conditions générales et particulières).

Vos Garanties prévoyance de base

Si vous êtes en activité, vous pouvez bénéficier de la Garantie maintien de salaire (délai de stage de 12 mois, sauf dérogation), de la Garantie décès - PTIA accidentels et de la Garantie assistance prévoyance.

Vous avez le choix entre 4 niveaux de garanties.

	NIVEAUX DE GARANTIES			
	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
Maintien de salaire en cas d'incapacité temporaire totale de travail	90 %	95 %	95 %	100 %
Maintien de salaire en cas d'invalidité permanente			95 %	100 %
Capital décès - PTIA accidentels	50 %	75 %	100 %	125 %
Assistance prévoyance	Oui	Oui	Oui	Oui

Nous vous recommandons le niveau ci-contre qui répond à vos besoins :

Est considéré comme accident, toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part d'un assuré et provenant exclusivement et directement de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Vos Garanties prévoyance complémentaires

Si vous êtes en activité, vous pouvez bénéficier de la Garantie maintien des primes et indemnités renforcées (délai de stage de 6 mois, sauf dérogation).

Dans ce cas, le niveau de garantie sera obligatoirement celui choisi pour vos Garanties prévoyance de base.

Garanties complémentaires maintien des primes et indemnités nettes RENFORCÉES	NIVEAUX DE GARANTIES			
	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
Maintien des primes et indemnités nettes en cas d'incapacité temporaire totale de travail - Option 1 - Franchise 30 jours - Option 2 - Sans franchise	90 %	95 %	95 %	100 %
Maintien des primes et indemnités nettes en cas d'invalidité permanente			95 %	100 %

La garantie peut être assortie d'un délai de franchise de 30 jours

- Nous vous recommandons la Garantie maintien des primes et indemnités nettes RENFORCÉES option 1 – Franchise de 30 jours
- Nous vous recommandons la Garantie maintien des primes et indemnités nettes RENFORCÉES option 2 – Sans franchise

Vous bénéficierez automatiquement du même niveau de garantie que les garanties de base.

Je soussigné(e)*

- Merci de remplir ce bulletin d'adhésion, avec un stylo noir non effaçable -

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 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 Intérieure par voie électronique.

J'accepte de recevoir des offres du groupe Intérieure et de ses partenaires préalablement autorisés.

Situation professionnelle Êtes-vous ? actif retraité Si vous êtes retraité(e), cochez la case correspondant à votre dernière situation en activité.

Conseil Départemental Conseil Régional Police Municipale SDIS Mairies et autres FPT Préfecture de Police de Paris Disponibilité

Fonction :

Nom de l'employeur :

Ville :

Grade : Échelon :

Date d'entrée dans l'administration :

..... N° Tél. professionnel Matricule

..... Dépt. Indice majoré N. B. I. Temps partiel %₀

Titulaire Contractuel Vacataire

Catégorie : A B C

Je souhaite l'adhésion de mon (ma) Conjoint(e) / Concubin(e) / Pacsé(e) pour les Garanties santé et dépendance

Mme M. Nom : Prénom :

Nom de jeune fille :

..... N° Sécurité sociale clé Régime Alsace - Moselle Date de naissance

Situation professionnelle Fonctionnaire Non Fonctionnaire

Je souhaite l'adhésion de mon (mes) enfant(s) ou autres ayants droit pour la Garantie santé

Nom et prénom	Date de naissance	Sexe	N° Sécurité sociale	Régime Alsace Moselle
.....	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>

Mon contrat : Je choisis de me protéger pour :

- « La Garantie frais de santé » et « La Garantie dépendance totale obligatoire »
- « Les Garanties prévoyance » et « La Garantie dépendance totale obligatoire »
- « La Garantie frais de santé », « La Garantie dépendance totale obligatoire » et « Les Garanties prévoyance »

Votre conjoint ayant droit sera couvert par la Garantie dépendance totale obligatoire uniquement si vous choisissez de le protéger en santé.

Garantie frais de santé

- Je choisis ma formule (1) (dont bénéficient automatiquement mes ayants droit inscrits sur mon bulletin d'adhésion)
- Intérieure Essentielle[®] Intérieure Equilibre[®] Intérieure Confort[®] Intérieure Sérénité[®] Intérieure Plénitude[®]
- Garanties et services liés (Ma cotisation Garanties et services liés est incluse dans la cotisation de ma Garantie frais de santé)
- Garantie allocation cancer (1) Assistance à domicile (2) Protection juridique santé et Protection juridique pénale professionnelle (3)
- Assurance scolaire / étudiante pour vos enfants ayants droit scolarisés jusqu'à 28 ans (4)
- Réseau de Soins (hors garantie Intérieure Essentielle[®]) (5)
- Packs santé optionnels (1) : Pack Intérieure PRO[®] Pack Intérieure FAMILLE[®] Pack Intérieure SÉNIOR[®]

Offre Jeune 2018

J'adhère pour la première fois à la Mutuelle et j'ai moins de 30 ans à la date de prise d'effet de l'adhésion : Je bénéficie des 2 premiers mois de cotisation offerts sur ma Garantie frais de santé (à l'exclusion des Packs santé optionnels) pour moi et mes éventuels ayants droit.

Garantie dépendance totale obligatoire

Garantie dépendance totale pour moi et mon conjoint ayant droit : rente mensuelle viagère de 250 € (cf. conditions générales et particulières).

Je suis informé(e) que pour bénéficier de la Garantie dépendance totale, je dois au jour de la prise d'effet de mon adhésion :

- être âgé(e) de moins de 67 ans et.
- ne pas être reconnu(e) en état de dépendance totale ni en invalidité de 3^{ème} catégorie avec majoration pour tierce personne et.
- résider en France métropolitaine ou dans un DROM.

Pour bénéficier de la garantie, mon conjoint ayant droit doit remplir les mêmes conditions au jour de la prise d'effet de son affiliation.

Garanties prévoyance

Mes garanties de base	NIVEAUX DE GARANTIES			
	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
Maintien de salaire en cas d'incapacité temporaire totale de travail (1) (TIB + NBI + primes soumises à pension)	90 %	95 %	95 %	100 %
Maintien de salaire en cas d'invalidité permanente (1)			95 %	100 %
Capital décès - PTIA accidentels (TIB + NBI annuels) (1)	50 %	75 %	100 %	125 %
Assistance prévoyance (2)	Oui	Oui	Oui	Oui

Je choisis 1 des 4 niveaux de garanties :

> Je suis informé(e) que pour bénéficier de la Garantie maintien de salaire en cas d'incapacité temporaire totale de travail et de la Garantie maintien de salaire en cas d'invalidité permanente, je dois au jour de la prise d'effet de mon adhésion :

- être en activité de service,
- ne pas être suspendu(e) de mes fonctions,
- ne pas être en position de disponibilité d'office,
- ne pas être en arrêt de travail pour des raisons médicales (le congé maternité n'étant pas considéré comme arrêt de travail pour raisons médicales),
- ne souffrir d'aucune pathologie empêchant l'exercice de mes fonctions,
- ne pas avoir repris mes fonctions dans le cadre d'un temps partiel thérapeutique,
- ne pas bénéficier d'un aménagement de mon poste de travail en raison de mon état de santé.

Garanties complémentaires maintien des primes et indemnités nettes RENFORCÉES	NIVEAUX DE GARANTIES			
	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
Maintien des primes et indemnités nettes en cas d'incapacité temporaire totale de travail (1) - Option 1 - Franchise 30 jours - Option 2 - Sans franchise	90 %	95 %	95 %	100 %
Maintien des primes et indemnités nettes en cas d'invalidité permanente (1)			95 %	100 %

- J'opte pour la Garantie maintien des primes et indemnités et bénéficie automatiquement du même niveau de garantie que les garanties de base
- Option 1 - Franchise 30 jours Option 2 - sans franchise

Montant annuel brut des primes et indemnités à couvrir :€

> Je suis informé(e) que pour bénéficier de la Garantie maintien des primes et indemnités en cas d'incapacité temporaire totale de travail et de la Garantie maintien des primes et indemnités en cas d'invalidité permanente, je dois également ne pas avoir été en position d'arrêt de travail durant les deux mois qui précèdent ma demande d'adhésion.

> Je suis informé(e) que pour bénéficier de la Garantie décès - PTIA accidentels, je dois être âgé(e) d'au moins 18 ans et de moins de 67 ans au jour de la prise d'effet de mon adhésion.

Les conditions de mon adhésion

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, du Règlement Mutualiste et de ses annexes 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 à des garanties adaptées 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.
- ▶ Je demande mon adhésion et éventuellement celle de mes ayants droit.
- ▶ Le paiement de ma cotisation globale se fera par mandat de prélèvement SEPA. J'ai la possibilité de demander un précompte sur traitement si ma collectivité l'a autorisé. Dans ce cas, je complète une demande de précompte que je peux me procurer auprès de la Mutuelle (sous réserve qu'il soit effectué gratuitement).
- ▶ Je reconnais avoir obtenu l'accord de mon conjoint ayant droit afin qu'il soit assuré au titre de la Garantie dépendance totale.
- ▶ Sous réserve de l'enregistrement de ma demande d'adhésion par la Mutuelle, mon adhésion prend effet :

▷ **Pour ma Garantie frais de santé, les Garanties et services liés :**

A/ soit le 1^{er} jour du mois que j'ai choisi 01 / 2018 (sans rétroactivité possible),

B/ soit le 1^{er} jour du mois suivant la réception de la demande d'adhésion par la Mutuelle,

C/ soit le jour de réception de la demande d'adhésion par la Mutuelle,

D/ soit le lendemain de la date de radiation de l'ancien organisme complémentaire d'assurance maladie du membre participant, à condition que la demande d'adhésion intervienne dans le délai de 3 mois suivant la date de radiation de l'ancien organisme, sous réserve de la fourniture du certificat de radiation, et si le membre participant était précédemment couvert par une garantie couvrant les frais de santé au moins équivalente.

Dans ce dernier cas, la Garantie allocation cancer, la Protection juridique santé, la Protection juridique pénale professionnelle et l'Assurance scolaire/étudiante prennent effet au plus tôt le jour de réception de la demande d'adhésion par la Mutuelle. Ces garanties ne peuvent prendre effet rétroactivement.

▷ **Les Garanties prévoyance et dépendance totale prennent effet :**

A/ soit le 1^{er} jour du mois que j'ai choisi 01 / 2018 (sans rétroactivité possible).

En cas d'adhésion couplée aux garanties santé et prévoyance, la prise d'effet des garanties doit être concomitante à la prise d'effet de la Garantie frais de santé (date choisie au A/).

B/ soit le 1^{er} jour du mois suivant la réception de la demande d'adhésion par la Mutuelle.

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 délégataires 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.

Veuillez 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

- Je complète, date et signe mon « mandat de prélèvement SEPA » ou ma « demande de précompte » selon le mode de recouvrement que je choisis,
- Je joins un Relevé d'Identité Bancaire (RIB) pour le versement des prestations,
- J'ajoute une copie de ma carte nationale d'identité ou de mon passeport valide et celle de mes ayants droit majeurs,
- Je fournis une copie de mon dernier bulletin de salaire ou dernier titre de pension.

⊕ Si je choisis d'adhérer à la Garantie frais de santé :

- Je complète, date et signe le bulletin d'adhésion avec les informations personnelles me concernant ainsi que celles concernant mes ayants droit si je souhaite les protéger avec moi,
- Je coche la case correspondant à la formule santé et éventuellement la (les) case(s) correspondant au(x) Pack(s) santé optionnel(s) que je choisis,
- J'insère une copie de l'(des) attestation(s) Vitale en cours de validité pour moi et chacun de mes ayants droit si elle(s) est(sont) différente(s),
- Pour les enfants de plus de 25 ans atteints d'un handicap, je fournis une copie de l'attestation MDPH ou de la carte d'invalidité,
 - ➔ **Le cas échéant**, j'ajoute le certificat de radiation de l'ancien organisme complémentaire d'assurance maladie. Si je le souhaite, Intériale adresse à ce dernier ma demande de résiliation sous réserve que le délai de résiliation puisse être respecté. Je complète alors la demande de résiliation que je peux me procurer auprès d'Intériale.

⊕ Si je choisis d'adhérer aux Garanties prévoyance :

- Je complète, date et signe le bulletin d'adhésion avec les informations personnelles me concernant,
- Je coche la case correspondant au niveau de couverture des Garanties prévoyance de base que je choisis et éventuellement la case correspondant à la Garantie complémentaire maintien des primes et indemnités renforcées,

➔ Le cas échéant

- Je fournis une attestation mentionnant la date d'entrée dans l'administration (si je ne suis pas encore en possession de mon bulletin de salaire),
- J'ajoute le document de l'organisme complémentaire d'assurance mentionnant que je suis bénéficiaire au jour de l'adhésion des mêmes garanties aux mêmes conditions,
- J'ajoute un justificatif si je bénéficiais précédemment d'une couverture à une garantie de référence (Offre Labellisée ou convention de participation) avec la date de résiliation,

⊕ Désignation de bénéficiaires pour la Garantie décès accidentel

A défaut d'avoir procédé à la rédaction d'une clause libre de désignation de bénéficiaire(s), la clause type prévue par la notice d'information propre à la garantie s'applique.

Toute désignation ou substitution de bénéficiaire(s) n'ayant pas été portée à la connaissance de la Mutuelle ne pourra lui être opposable.

Tant qu'une acceptation d'un bénéficiaire n'a pas eu lieu, vous pouvez révoquer le bénéficiaire désigné et procéder à son changement.

En cas d'acceptation selon les modalités de l'article L223-11 du Code de la Mutualité, la situation devient irrévocable.

- ➔ **Je retourne mon bulletin d'adhésion dûment complété, daté et signé, accompagné des pièces justificatives (RIB, attestation(s) Vitale, cartes d'identité ou passeports, bulletin de salaire ou titre de pension) dans une des agences de la Mutuelle :**

Centre de gestion Intériale
CS 50005
59040 Lille cedex

L'enregistrement de l'adhésion par la Mutuelle sera notifié à l'adhérent par un courrier qui précisera les dates de prise d'effet de l'adhésion des différentes garanties, ainsi que leur niveau, le montant des cotisations et leur échéance.

La télétransmission peut être mise en place avec un seul organisme complémentaire. Si je souhaite que mes décomptes Sécurité sociale soient transmis automatiquement à Intériale, il suffit de demander à mon organisme actuel l'arrêt de la télétransmission de mes décomptes et/ou ceux de mes ayants droit. Intériale peut m'assister dans cette démarche.

Délai de renonciation

À compter de la prise d'effet de l'adhésion au Règlement Mutualiste (prise d'effet des Garanties santé et/ou prévoyance), 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 :

Centre de gestion Intériale - CS 50005 - 59040 Lille cedex

EXEMPLE de lettre de renonciation : « Je soussigné (...) (nom, prénom, n°adhérent), demeurant (...) (adresse), déclare renoncer à mon adhésion à la Nouvelle Offre labellisée Territoriaux.
Date (...) Signature »



Groupe
Intériale

(1) **Intériale** - Siège social : 32 rue Blanche - 75009 Paris - www.interiale.fr
Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, numéro SIREN 775 685 365.



(2) **IMA ASSURANCES** Société Anonyme au capital de 7 000 000 € entièrement libéré, entreprise régie par le Code des assurances. Siège social : 118 avenue de Paris - CS 40 000 79033 Niort cedex 9 - Immatriculée au RCS de Niort n° 481 511 632.
(3) **Juridica** Société Anonyme au capital de 14 627 854,68 € - Entreprise régie par le Code des Assurances - Siège social : 1 Place Victorien Sardou 78160 Marly Le Roi - Immatriculée au RCS de Versailles 572 079 150.
(4) **La Sauvegarde** Société Anonyme d'assurances au capital de 38 312 200 € - Entreprise régie par le Code des Assurances - Siège social : 76 rue de Prony 75857 PARIS Cedex 17 - Immatriculée au RCS de Paris n° 612 007 674.
(5) **Santéclair** : Société Anonyme au capital de 3 834 030 € - Siège social : 78 Boulevard de la République 92514 BOULOGNE-BILLANCOURT cedex - Immatriculée au RCS de Nanterre n° 428 704 977.
La société **ITE DISTRIB** est mandataire d'assurance (MA) et distributeur des garanties de la Mutuelle Intériale et de la Mutuelle Intériale Entreprises et Expatriés.
ITE DISTRIB - Société par Actions Simplifiée au capital de 13 500 000 €. Siège social : 32, rue Blanche 75009 Paris. RCS Paris n° 793 620 345. Inscrite à l'ORIAS sous le n° 13008026.
Le capital d'ITE DISTRIB est détenu à hauteur de 99,70% par la Mutuelle Intériale. Service réclamation **ITE DISTRIB** : direction juridique 32, rue Blanche 75009 Paris.
Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution : 61, rue Tailbout 75436 Paris Cedex 09.

☞ **Mon Conseiller :** Nom Prénom

Email

Code Conseiller : [][][][][][][][][][]

Mon Agence :

Tél. [][][][][][][][][][][][][][][][]

Devoir d'information et de conseil

Nous vous invitons, avant d'adhérer aux Garanties santé **et/ou** prévoyance et à la Garantie dépendance totale obligatoire, à lire attentivement les Statuts, le Règlement Mutualiste et ses annexes 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, 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 frais de santé

Vous avez le choix entre 5 formules pour vous, et si vous le désirez votre conjoint, vos enfants ou autres ayants droit.

Formules <i>Interiale</i>	Interiale Essentielle [®]	Interiale Equilibre [®]	Interiale Confort [®]	Interiale Sérénité [®]	Interiale Plénitude [®]
Soins courants / Pharmacie	😊	😊😊	😊😊😊	😊😊😊😊	😊😊😊😊😊
Hospitalisation	😊	😊😊😊	😊😊😊😊	😊😊😊😊😊	😊😊😊😊😊😊
Optique	😊	😊😊	😊😊😊	😊😊😊😊	😊😊😊😊😊
Dentaire	😊	😊😊😊	😊😊😊😊	😊😊😊😊😊	😊😊😊😊😊😊
Appareillage / Acoustique	😊	😊😊😊	😊😊😊😊	😊😊😊😊😊	😊😊😊😊😊😊
Services Plus	😊😊😊😊	😊😊😊😊😊	😊😊😊😊😊😊	😊😊😊😊😊😊😊	😊😊😊😊😊😊😊😊

Nous vous recommandons la formule ci-contre qui répond à vos besoins :

Vous pouvez adhérer à un ou plusieurs Packs santé optionnels pour renforcer votre protection santé complémentaire : Pack Interiale PRO[®], Pack Interiale FAMILLE[®], Pack Interiale SENIOR[®]. Vous bénéficiez d'une allocation cancer, d'une assistance à domicile, d'une Protection juridique santé, d'une Protection juridique pénale professionnelle et d'une Assurance scolaire/étudiante (cf. notices d'information).

Si vous adhérez aux formules Interiale Equilibre[®], Interiale Confort[®], Interiale Sérénité[®] ou Interiale Plénitude[®] vous bénéficiez du Réseau de Soins Santéclair (cf. notice d'information).

Votre Garantie dépendance totale obligatoire

Vous et votre conjoint ayant droit bénéficiez d'une rente dépendance totale viagère en cas de maladie ou d'accident, à condition d'avoir moins de 67 ans, de ne pas être en état de dépendance totale ni en invalidité de 3^{ème} catégorie avec majoration pour tierce personne et de résider en France ou dans un DROM. **Franchise de 90 jours.** La Garantie dépendance totale est obligatoire pour vous et votre conjoint ayant droit santé si vous adhérez à la Garantie frais de santé ou aux Garanties santé et prévoyance, et pour vous seul si vous adhérez uniquement aux Garanties prévoyance de base (cf. conditions générales et particulières).

Vos Garanties prévoyance de base

Si vous êtes en activité, vous pouvez bénéficier de la Garantie maintien de salaire (délai de stage de 12 mois, sauf dérogation), de la Garantie décès - PTIA accidentels et de la Garantie assistance prévoyance.

Vous avez le choix entre 4 niveaux de garanties.

	NIVEAUX DE GARANTIES			
	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
Maintien de salaire en cas d'incapacité temporaire totale de travail	90 %	95 %	95 %	100 %
Maintien de salaire en cas d'invalidité permanente			95 %	100 %
Capital décès - PTIA accidentels	50 %	75 %	100 %	125 %
Assistance prévoyance	Oui	Oui	Oui	Oui

Nous vous recommandons le niveau ci-contre qui répond à vos besoins :

Est considéré comme accident, toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part d'un assuré et provenant exclusivement et directement de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Vos Garanties prévoyance complémentaires

Si vous êtes en activité, vous pouvez bénéficier de la Garantie maintien des primes et indemnités renforcées (délai de stage de 6 mois, sauf dérogation).

Dans ce cas, le niveau de garantie sera obligatoirement celui choisi pour vos Garanties prévoyance de base.

Garanties complémentaires maintien des primes et indemnités nettes RENFORCEES	NIVEAUX DE GARANTIES			
	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
Maintien des primes et indemnités nettes en cas d'incapacité temporaire totale de travail	90 %	95 %	95 %	100 %
- Option 1 - Franchise 30 jours - Option 2 - Sans franchise				
Maintien des primes et indemnités nettes en cas d'invalidité permanente			95 %	100 %

La garantie peut être assortie d'un délai de franchise de 30 jours

Nous vous recommandons la Garantie maintien des primes et indemnités nettes RENFORCEES option 1 – Franchise de 30 jours

Nous vous recommandons la Garantie maintien des primes et indemnités nettes RENFORCEES option 2 – Sans franchise

Vous bénéficiez automatiquement du même niveau de garantie que les garanties de base.

Je soussigné(e)*

- Merci de remplir ce bulletin d'adhésion, avec un stylo noir non effaçable -

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*

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

Êtes-vous ? actif retraité Si vous êtes retraité(e), cochez la case correspondant à votre dernière situation en activité.

Conseil Départemental Conseil Régional Police Municipale SDIS Mairies et autres FPT Préfecture de Police de Paris Disponibilité
 Fonction : Date d'entrée dans l'administration :
 Nom de l'employeur : N° Tél. professionnel : Matricule :
 Ville : Dépt. : Indice majoré : N. B. I. : Temps partiel : %
 Grade : Échelon :
 Titulaire Contractuel Vacataire
 Catégorie : A B C

Je souhaite l'adhésion de mon (ma) Conjoint(e) / Concubin(e) / Pacsé(e) pour les Garanties santé et dépendance

Mme M. Nom : Prénom :
 Nom de jeune fille : Date de naissance :
 N° Sécurité sociale : clé : Régime Alsace - Moselle

Situation professionnelle Fonctionnaire Non Fonctionnaire

Je souhaite l'adhésion de mon (mes) enfant(s) ou autres ayants droit pour la Garantie santé

Nom et prénom	Date de naissance	Sexe	N° Sécurité sociale	Régime Alsace Moselle
.....	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/>

Mon contrat : Je choisis de me protéger pour :

- « La Garantie frais de santé » et « La Garantie dépendance totale obligatoire »
 « Les Garanties prévoyance » et « La Garantie dépendance totale obligatoire »
 « La Garantie frais de santé », « La Garantie dépendance totale obligatoire » et « Les Garanties prévoyance »

Votre conjoint ayant droit sera couvert par la Garantie dépendance totale obligatoire uniquement si vous choisissez de le protéger en santé.

Garantie frais de santé

- Je choisis ma formule (1) (dont bénéficient automatiquement mes ayants droit inscrits sur mon bulletin d'adhésion)
 Intériale Essentielle[®] Intériale Equilibre[®] Intériale Confort[®] Intériale Sérénité[®] Intériale Plénitude[®]
 Garanties et services liés (Ma cotisation Garanties et services liés est incluse dans la cotisation de ma Garantie frais de santé)
 Garantie allocation cancer (1) Assistance à domicile (2) Protection juridique santé et Protection juridique pénale professionnelle (3)
 Assurance scolaire / étudiante pour vos enfants ayants droit scolarisés jusqu'à 28 ans (4)
 Réseau de Soins (hors garantie Intériale Essentielle[®]) (5)
 Packs santé optionnels (1) : Pack Intériale PRO[®] Pack Intériale FAMILLE[®] Pack Intériale SÉNIOR[®]

Offre Jeune 2018

J'adhère pour la première fois à la Mutuelle et j'ai moins de 30 ans à la date de prise d'effet de l'adhésion :
 Je bénéficie des 2 premiers mois de cotisation offerts sur ma Garantie frais de santé (à l'exclusion des Packs santé optionnels) pour moi et mes éventuels ayants droit.

Garantie dépendance totale obligatoire

- Garantie dépendance totale pour moi et mon conjoint ayant droit : rente mensuelle viagère de 250 € (cf. conditions générales et particulières).
 Je suis informé(e) que pour bénéficier de la Garantie dépendance totale, je dois au jour de la prise d'effet de mon adhésion :
 • être âgé(e) de moins de 67 ans et,
 • ne pas être reconnu(e) en état de dépendance totale ni en invalidité de 3^{ème} catégorie avec majoration pour tierce personne et,
 • résider en France métropolitaine ou dans un DROM.

Pour bénéficier de la garantie, mon conjoint ayant droit doit remplir les mêmes conditions au jour de la prise d'effet de son affiliation.

Garanties prévoyance

Mes garanties de base	NIVEAUX DE GARANTIES			
	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
Maintien de salaire en cas d'incapacité temporaire totale de travail (1) (TIB + NBI + primes soumises à pension)	90 %	95 %	95 %	100 %
Maintien de salaire en cas d'invalidité permanente (1)			95 %	100 %
Capital décès - PTIA accidentels (TIB + NBI annuels) (1)	50 %	75 %	100 %	125 %
Assistance prévoyance (2)	Oui	Oui	Oui	Oui

Je choisis 1 des 4 niveaux de garanties : Niveau 1 Niveau 2 Niveau 3 Niveau 4

Garanties complémentaires maintien des primes et indemnités nettes RENFORCÉES	NIVEAUX DE GARANTIES			
	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
Maintien des primes et indemnités nettes en cas d'incapacité temporaire totale de travail (1) - Option 1 - Franchise 30 jours - Option 2 - Sans franchise	90 %	95 %	95 %	100 %
Maintien des primes et indemnités nettes en cas d'invalidité permanente (1)			95 %	100 %

- J'opte pour la Garantie maintien des primes et indemnités et bénéficie automatiquement du même niveau de garantie que les garanties de base
 Option 1 - Franchise 30 jours Option 2 - sans franchise
 Montant annuel brut des primes et indemnités à couvrir :€

> Je suis informé(e) que pour bénéficier de la Garantie maintien de salaire en cas d'incapacité temporaire totale de travail et de la Garantie maintien de salaire en cas d'invalidité permanente, je dois au jour de la prise d'effet de mon adhésion :

- être en activité de service,
- ne pas être suspendu(e) de mes fonctions,
- ne pas être en position de disponibilité d'office,
- ne pas être en arrêt de travail pour des raisons médicales (le congé maternité n'étant pas considéré comme arrêt de travail pour raisons médicales),
- ne souffrir d'aucune pathologie empêchant l'exercice de mes fonctions,
- ne pas avoir repris mes fonctions dans le cadre d'un temps partiel thérapeutique,
- ne pas bénéficier d'un aménagement de mon poste de travail en raison de mon état de santé.

> Je suis informé(e) que pour bénéficier de la Garantie maintien des primes et indemnités en cas d'incapacité temporaire totale de travail et de la Garantie maintien des primes et indemnités en cas d'invalidité permanente, je dois également ne pas avoir été en position d'arrêt de travail durant les deux mois qui précèdent ma demande d'adhésion.

> Je suis informé(e) que pour bénéficier de la Garantie décès - PTIA accidentels, je dois être âgé(e) d'au moins 18 ans et de moins de 67 ans au jour de la prise d'effet de mon adhésion.

Les conditions de mon adhésion

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, du Règlement Mutualiste et de ses annexes 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 à des garanties adaptées 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.
- ▶ Je demande mon adhésion et éventuellement celle de mes ayants droit.
- ▶ Le paiement de ma cotisation globale se fera par mandat de prélèvement SEPA. J'ai la possibilité de demander un précompte sur traitement si ma collectivité l'a autorisé. Dans ce cas, je complète une demande de précompte que je peux me procurer auprès de la Mutuelle (sous réserve qu'il soit effectué gratuitement).
- ▶ Je reconnais avoir obtenu l'accord de mon conjoint ayant droit afin qu'il soit assuré au titre de la Garantie dépendance totale.
- ▶ Sous réserve de l'enregistrement de ma demande d'adhésion par la Mutuelle, mon adhésion prend effet :

▷ **Pour ma Garantie frais de santé, les Garanties et services liés :**

A/ soit le 1^{er} jour du mois que j'ai choisi 01 / 2018 (sans rétroactivité possible),

B/ soit le 1^{er} jour du mois suivant la réception de la demande d'adhésion par la Mutuelle,

C/ soit le jour de réception de la demande d'adhésion par la Mutuelle,

D/ soit le lendemain de la date de radiation de l'ancien organisme complémentaire d'assurance maladie du membre participant, à condition que la demande d'adhésion intervienne dans le délai de 3 mois suivant la date de radiation de l'ancien organisme, sous réserve de la fourniture du certificat de radiation, et si le membre participant était précédemment couvert par une garantie couvrant les frais de santé au moins équivalente.

Dans ce dernier cas, la Garantie allocation cancer, la Protection juridique santé, la Protection juridique pénale professionnelle et l'Assurance scolaire/étudiante prennent effet au plus tôt le jour de réception de la demande d'adhésion par la Mutuelle. Ces garanties ne peuvent prendre effet rétroactivement.

▷ **Les Garanties prévoyance et dépendance totale prennent effet :**

A/ soit le 1^{er} jour du mois que j'ai choisi 01 / 2018 (sans rétroactivité possible).

En cas d'adhésion couplée aux garanties santé et prévoyance, la prise d'effet des garanties doit être concomitante à la prise d'effet de la Garantie frais de santé (date choisie au A/).

B/ soit le 1^{er} jour du mois suivant la réception de la demande d'adhésion par la Mutuelle.

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 délégataires 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.

Veuillez 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

- Je complète, date et signe mon « mandat de prélèvement SEPA » ou ma « demande de précompte » selon le mode de recouvrement que je choisis,
- Je joins un Relevé d'Identité Bancaire (RIB) pour le versement des prestations,
- J'ajoute une copie de ma carte nationale d'identité ou de mon passeport valide et celle de mes ayants droit majeurs,
- Je fournis une copie de mon dernier bulletin de salaire ou dernier titre de pension.

⊕ Si je choisis d'adhérer à la Garantie frais de santé :

- Je complète, date et signe le bulletin d'adhésion avec les informations personnelles me concernant ainsi que celles concernant mes ayants droit si je souhaite les protéger avec moi,
- Je coche la case correspondant à la formule santé et éventuellement la (les) case(s) correspondant au(x) Pack(s) santé optionnel(s) que je choisis,
- J'insère une copie de l'(des) attestation(s) Vitale en cours de validité pour moi et chacun de mes ayants droit si elle(s) est(sont) différente(s),
- Pour les enfants de plus de 25 ans atteints d'un handicap, je fournis une copie de l'attestation MDPH ou de la carte d'invalidité,
 - ➔ **Le cas échéant**, j'ajoute le certificat de radiation de l'ancien organisme complémentaire d'assurance maladie. Si je le souhaite, Intériale adresse à ce dernier ma demande de résiliation sous réserve que le délai de résiliation puisse être respecté. Je complète alors la demande de résiliation que je peux me procurer auprès d'Intériale.

⊕ Si je choisis d'adhérer aux Garanties prévoyance :

- Je complète, date et signe le bulletin d'adhésion avec les informations personnelles me concernant,
- Je coche la case correspondant au niveau de couverture des Garanties prévoyance de base que je choisis et éventuellement la case correspondant à la Garantie complémentaire maintien des primes et indemnités renforcées,

➔ Le cas échéant

- Je fournis une attestation mentionnant la date d'entrée dans l'administration (si je ne suis pas encore en possession de mon bulletin de salaire),
- J'ajoute le document de l'organisme complémentaire d'assurance mentionnant que je suis bénéficiaire au jour de l'adhésion des mêmes garanties aux mêmes conditions,
- J'ajoute un justificatif si je bénéficiais précédemment d'une couverture à une garantie de référence (Offre Labellisée ou convention de participation) avec la date de résiliation,

⊕ Désignation de bénéficiaires pour la Garantie décès accidentel

A défaut d'avoir procédé à la rédaction d'une clause libre de désignation de bénéficiaire(s), la clause type prévue par la notice d'information propre à la garantie s'applique.

Toute désignation ou substitution de bénéficiaire(s) n'ayant pas été portée à la connaissance de la Mutuelle ne pourra lui être opposable.

Tant qu'une acceptation d'un bénéficiaire n'a pas eu lieu, vous pouvez révoquer le bénéficiaire désigné et procéder à son changement.

En cas d'acceptation selon les modalités de l'article L223-11 du Code de la Mutualité, la situation devient irrévocable.

- ➔ **Je retourne mon bulletin d'adhésion dûment complété, daté et signé, accompagné des pièces justificatives (RIB, attestation(s) Vitale, cartes d'identité ou passeports, bulletin de salaire ou titre de pension) dans une des agences de la Mutuelle :**

Centre de gestion Intériale
CS 50005
59040 Lille cedex

L'enregistrement de l'adhésion par la Mutuelle sera notifié à l'adhérent par un courrier qui précisera les dates de prise d'effet de l'adhésion des différentes garanties, ainsi que leur niveau, le montant des cotisations et leur échéance.

La télétransmission peut être mise en place avec un seul organisme complémentaire. Si je souhaite que mes décomptes Sécurité sociale soient transmis automatiquement à Intériale, il suffit de demander à mon organisme actuel l'arrêt de la télétransmission de mes décomptes et/ou ceux de mes ayants droit. Intériale peut m'assister dans cette démarche.

Délai de renonciation

À compter de la prise d'effet de l'adhésion au Règlement Mutualiste (prise d'effet des Garanties santé et/ou prévoyance), 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 :

Centre de gestion Intériale - CS 50005 - 59040 Lille cedex

EXEMPLE de lettre de renonciation : « Je soussigné (...) (nom, prénom, n°adhérent), demeurant (...) (adresse), déclare renoncer à mon adhésion à la Nouvelle Offre labellisée Territoriaux.
Date (...) Signature »



Groupe
Intériale

(1) **Intériale** - Siège social : 32 rue Blanche - 75009 Paris - www.interiale.fr
Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, numéro SIREN 775 685 365.



(2) **IMA ASSURANCES** Société Anonyme au capital de 7 000 000 € entièrement libéré, entreprise régie par le Code des assurances. Siège social : 118 avenue de Paris - CS 40 000 79033 Niort cedex 9 - Immatriculée au RCS de Niort n° 481 511 632.
(3) **Juridica** Société Anonyme au capital de 14 627 854,68 € - Entreprise régie par le Code des Assurances - Siège social : 1 Place Victorien Sardou 78160 Marly Le Roi - Immatriculée au RCS de Versailles 572 079 150.
(4) **La Sauvegarde** Société Anonyme d'assurances au capital de 38 312 200 € - Entreprise régie par le Code des Assurances - Siège social : 76 rue de Prony 75857 PARIS Cedex 17 - Immatriculée au RCS de Paris n° 612 007 674.
(5) **Santéclair** : Société Anonyme au capital de 3 834 030 € - Siège social : 78 Boulevard de la République 92514 BOULOGNE-BILLANCOURT cedex - Immatriculée au RCS de Nanterre n° 428 704 977.
La société **ITE DISTRIB** est mandataire d'assurance (MA) et distributeur des garanties de la Mutuelle Intériale et de la Mutuelle Intériale Entreprises et Expatriés.
ITE DISTRIB - Société par Actions Simplifiée au capital de 13 500 000 €. Siège social : 32, rue Blanche 75009 Paris. RCS Paris n° 793 620 345. Inscrite à l'ORIAS sous le n° 13008026.
Le capital d'ITE DISTRIB est détenu à hauteur de 99,70% par la Mutuelle Intériale. Service réclamation **ITE DISTRIB** : direction juridique 32, rue Blanche 75009 Paris.
Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution : 61, rue Taitbout 75436 Paris Cedex 09.