

☞ 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 prévoyance, 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 6 formules pour vous, et si vous le désirez votre conjoint, vos enfants ou autres ayants droit.

Formules <i>Intérieure</i>	Intérieure Hospi +	Intérieure Essentielle	Intérieure Equilibre	Intérieure Confort	Intérieure Sérénité	Intérieure Plénitude
<i>Soins courants / Pharmacie</i>		☺	☺☺	☺☺☺	☺☺☺☺	☺☺☺☺☺
<i>Hospitalisation</i>	☺☺☺	☺	☺☺	☺☺	☺☺☺☺	☺☺☺☺☺
<i>Optique</i>		☺	☺	☺☺	☺☺☺☺	☺☺☺☺☺
<i>Dentaire</i>		☺	☺☺	☺☺☺☺	☺☺☺☺☺	☺☺☺☺☺☺
<i>Appareillage / Acoustique</i>		☺	☺☺	☺☺☺☺	☺☺☺☺☺	☺☺☺☺☺☺
<i>Services Plus</i>	☺☺☺	☺☺☺☺	☺☺☺☺☺	☺☺☺☺☺☺	☺☺☺☺☺☺☺	☺☺☺☺☺☺☺☺

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).

Vos Garanties prévoyance obligatoires

Vous bénéficiez obligatoirement, dans les conditions du Règlement Mutualiste et de ses annexes, de :

- la Garantie maintien de salaire en cas d'incapacité temporaire totale de travail (délai de stage de 12 mois en cas de maladie, sauf dérogation), si vous êtes en activité de service.
- la Garantie décès – PTIA en cas de maladie ou d'accident jusqu'à 65 ans et uniquement en cas d'accident entre 66 ans et 72 ans inclus.
- la Garantie Intérieure Renfort Décès, si vous êtes agent actif de la Fonction Publique d'Etat.
- la Garantie assistance prévoyance en cas d'incapacité de travail ou d'invalidité (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^e catégorie avec majoration pour tierce personne et de résider en France ou dans un DROM. **Franchise de 90 jours** (cf. conditions générales et particulières).

Je soussigné(e)*

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

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

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

- Fonction Publique d'Etat : Policier national percevant l'ISSP Préfecture Autres FPE
 Fonction Publique Territoriale : Conseil Général/Régional Police municipale SDIS Préfecture de Police de Paris Mairies et autres FPT
 Fonction Publique Hospitalière 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 : Echelon : 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"/>

Garantie frais de santé (1)

- Je choisis ma formule (dont bénéficient automatiquement mes ayants droit inscrits sur mon bulletin d'adhésion)
 Intériale Hospi + 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 garanties Intériale Hospi + et Intériale Essentielle) (5)
 Je déclare déjà bénéficier d'une garantie « frais de santé » dans les conditions de l'article 20 du Règlement Mutualiste.

Packs santé optionnels

- 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 31 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.

Garanties prévoyance obligatoires

- Garantie maintien de salaire en cas d'incapacité temporaire totale de travail (Traitement indiciaire (ou salaire) + NBI + primes soumises à pension) (1)
Je suis informé(e) que pour bénéficier de la garantie, je dois au jour de la prise d'effet de mon adhésion :
- être en activité de service et,
- ne pas être en arrêt de travail pour raisons médicales.
- Garantie décès - PTIA : capital de 4000 € (si les conditions d'âge à l'adhésion sont remplies) (6)
 Intériale Renfort Décès pour les agents actifs de la Fonction Publique d'Etat : capital de 250 € (si les conditions d'adhésion sont remplies) (7)
 Garanties assistance prévoyance (ma cotisation assistance prévoyance est incluse dans la cotisation de ma Garantie décès-PTIA) (2)
 Je déclare déjà bénéficier d'une garantie « maintien de salaire en cas d'incapacité temporaire totale de travail » et/ou d'une garantie « décès-PTIA », dans les conditions de l'article 20 du Règlement Mutualiste.

Garantie dépendance totale obligatoire (1)

- 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 dépendance totale, mon conjoint ayant droit doit remplir les mêmes conditions au jour de la prise d'effet de son affiliation.

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 (pour la garantie santé uniquement ; seul mon conjoint, concubin ou pacsé peut bénéficier de la Garantie dépendance).
- ▶ Je reconnais avoir obtenu l'accord de mon conjoint ayant droit afin qu'il soit assuré au titre de la Garantie dépendance.
- ▶ Le paiement de ma cotisation globale se fera par : mandat de prélèvement SEPA précompte sur traitement (sous réserve qu'il soit effectué gratuitement et uniquement pour les agents de la Fonction Publique Territoriale).
- ▶ 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 (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,

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.

▷ Mes Garanties prévoyance obligatoires, assistance prévoyance et dépendance totale prennent effet :

A/ soit le 1^{er} jour du mois que j'ai choisi (0, 1, 2, 0, 1, 8) (sans rétroactivité possible).

Dans ce cas, 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.

Demande de précompte (Sous réserve qu'il soit effectué gratuitement et uniquement pour les agents de la Fonction Publique Territoriale)

Je soussigné(e) Mme M. Nom : Prénom :

Nom de jeune fille :

J'autorise mon employeur à retenir mensuellement sur mon traitement le montant de ma cotisation globale Intériale.

En cas d'impossibilité d'opérer le précompte, j'autoriserai le prélèvement sur mon compte bancaire et remplirai le mandat de prélèvement SEPA.

Date : Signature :

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

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.

Pour adhérer

- 1 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.
- 2 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.
- 3 Je complète, date et signe mon « mandat de prélèvement SEPA » ou ma « demande de précompte » (si je ne relève pas de la Fonction Publique d'Etat) selon le mode de recouvrement que je choisis.
- 4 Je joins un Relevé d'Identité Bancaire (RIB) pour le versement des prestations.
- 5 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).
- 6 J'ajoute une copie de ma carte nationale d'identité ou de mon passeport valide et celle de mes ayants droit majeurs.
- 7 Je fournis une copie de mon dernier bulletin de salaire ou dernier titre de pension.

➕ le cas échéant :

- 8 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).
- 9 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.
- 10 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.
- 11 Pour toute adhésion à la seule Garantie frais de santé ou aux seules Garanties prévoyance dans le respect des conditions de l'article 20 du Règlement Mutualiste, je fournis :

Pour une adhésion aux seules Garanties prévoyance :

- Un justificatif de ma position de détachement et de mon adhésion à la Caisse des Français de l'Étranger ;
- **OU** un justificatif de mon affiliation à un contrat collectif frais de santé conclu par mon employeur ;
- **OU** un justificatif de mon affiliation à un contrat collectif frais de santé familial OBLIGATOIRE souscrit par l'employeur de mon conjoint ;
- **ET** mon adhésion auprès de la Mutuelle à la Garantie hospitalisation en cas d'accident ou à la Garantie décès-PTIA en cas d'accident ;
- **OU** un justificatif de mon adhésion au contrat éligible à l'Aide à la Complémentaire Santé, coassuré par Intériale (Atout Cœur Santé) ou de couverture CMU-C.

Pour une adhésion à la seule Garantie frais de santé :

- Un justificatif de mon affiliation à un contrat collectif prévoyance conclu par mon employeur et dont l'objet est au moins une des garanties prévoyance obligatoires proposées par la Mutuelle.

12 Désignation de bénéficiaires pour les Garanties décès :

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 ou à l'adresse suivante :**

**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 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 Intériale. 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) **Santclair** 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.

(6) Contrat collectif souscrit par l'association **Intériale Vie**, association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901, dont le siège social se situe 32 rue Blanche 75009 PARIS auprès d'Intériale, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, inscrite au répertoire SIRENE sous le numéro 775 685 365, dont le siège social est 32 Rue Blanche - 75009 PARIS.

(7) **SMAID** - La Société Mutualiste d'Aide Immédiate au Décès des policiers - Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, numéro SIREN 443 008 354. Siège social : Hôtel de Police - Place du Maréchal Leclerc - BP 53 - 91265 JUVISY-SUR-ORGE Cedex. Mutuelle substituée par la Mutuelle Intériale, numéro SIREN 775 685 365- Siège social : 32, rue Blanche 75009 PARIS. En cas de retrait ou de caducité de l'agrément de la Mutuelle Intériale, qui assure la constitution des garanties d'assurance et l'exécution des engagements, le contrat collectif sera résilié le quarantième jour à midi à compter de la date de la publication de retrait d'agrément, la portion de cotisation afférente à la période non garantie est restituée à l'adhérent.

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 prévoyance, 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 6 formules pour vous, et si vous le désirez votre conjoint, vos enfants ou autres ayants droit.

Formules Intériale	Intériale Hospi +	Intériale Essentielle	Intériale Equilibre	Intériale Confort	Intériale Sérénité	Intériale 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 Intériale PRO, Pack Intériale FAMILLE, Pack Intériale 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 Intériale Equilibre, Intériale Confort, Intériale Sérénité ou Intériale Plénitude vous bénéficiez du Réseau de Soins Santéclair (cf. notice d'information).

Vos Garanties prévoyance obligatoires

Vous bénéficiez obligatoirement, dans les conditions du Règlement Mutualiste et de ses annexes, de :

- la Garantie maintien de salaire en cas d'incapacité temporaire totale de travail (délai de stage de 12 mois en cas de maladie, sauf dérogation), si vous êtes en activité de service.
- la Garantie décès – PTIA en cas de maladie ou d'accident jusqu'à 65 ans et uniquement en cas d'accident entre 66 ans et 72 ans inclus.
- la Garantie Intériale Renfort Décès, si vous êtes agent actif de la Fonction Publique d'Etat.
- la Garantie assistance prévoyance en cas d'incapacité de travail ou d'invalidité (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^e catégorie avec majoration pour tierce personne et de résider en France ou dans un DOM. Franchise de 90 jours (cf. conditions générales et particulières).

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 : 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.

- Fonction Publique d'Etat : Policier national percevant l'ISSP Préfecture Autres FPE
 Fonction Publique Territoriale : Conseil Général/Régional Police municipale SDIS Préfecture de Police de Paris Mairies et autres FPT
 Fonction Publique Hospitalière 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 : Echelon : 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"/>

Garantie frais de santé (1)

- Je choisis ma formule (dont bénéficient automatiquement mes ayants droit inscrits sur mon bulletin d'adhésion)
 Intériale Hospi + 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 garanties Intériale Hospi + et Intériale Essentielle) (5)
 Je déclare déjà bénéficier d'une garantie « frais de santé » dans les conditions de l'article 20 du Règlement Mutualiste.

Packs santé optionnels

- 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 31 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.

Garanties prévoyance obligatoires

- Garantie maintien de salaire en cas d'incapacité temporaire totale de travail (Traitement indiciaire (ou salaire) + NBI + primes soumises à pension) (1)
Je suis informé(e) que pour bénéficier de la garantie, je dois au jour de la prise d'effet de mon adhésion :
- être en activité de service et,
- ne pas être en arrêt de travail pour raisons médicales.
 Garantie décès - PTIA : capital de 4000 € (si les conditions d'âge à l'adhésion sont remplies) (6)
 Intériale Renfort Décès pour les agents actifs de la Fonction Publique d'Etat : capital de 250 € (si les conditions d'adhésion sont remplies) (7)
 Garanties assistance prévoyance (ma cotisation assistance prévoyance est incluse dans la cotisation de ma Garantie décès-PTIA) (2)
 Je déclare déjà bénéficier d'une garantie « maintien de salaire en cas d'incapacité temporaire totale de travail » et/ou d'une garantie « décès-PTIA », dans les conditions de l'article 20 du Règlement Mutualiste.

Garantie dépendance totale obligatoire (1)

- 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 dépendance totale, mon conjoint ayant droit doit remplir les mêmes conditions au jour de la prise d'effet de son affiliation.

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 (pour la garantie santé uniquement ; seul mon conjoint, concubin ou pacsé peut bénéficier de la Garantie dépendance).
- ▶ Je reconnais avoir obtenu l'accord de mon conjoint ayant droit afin qu'il soit assuré au titre de la Garantie dépendance.
- ▶ Le paiement de ma cotisation globale se fera par : mandat de prélèvement SEPA précompte sur traitement (sous réserve qu'il soit effectué gratuitement et uniquement pour les agents de la Fonction Publique Territoriale).
- ▶ 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 (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,
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.

▷ **Mes Garanties prévoyance obligatoires, assistance prévoyance et dépendance totale prennent effet :**

- A/ soit le 1^{er} jour du mois que j'ai choisi (0, 1, 2, 0, 1, 8) (sans rétroactivité possible).
Dans ce cas, 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.

Demande de précompte (Sous réserve qu'il soit effectué gratuitement et uniquement pour les agents de la Fonction Publique Territoriale)

Je soussigné(e) Mme M. Nom : Prénom :

Nom de jeune fille :

J'autorise mon employeur à retenir mensuellement sur mon traitement le montant de ma cotisation globale Intériale.

En cas d'impossibilité d'opérer le précompte, j'autoriserai le prélèvement sur mon compte bancaire et remplirai le mandat de prélèvement SEPA.

Date : Signature :

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* :

..... Ville* : Pays :
Code postal*

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

Signé à* :

Date* :

Signature*

Type de paiement

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.

Pour adhérer

- 1 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.
- 2 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.
- 3 Je complète, date et signe mon « mandat de prélèvement SEPA » ou ma « demande de précompte » (si je ne relève pas de la Fonction Publique d'Etat) selon le mode de recouvrement que je choisis.
- 4 Je joins un Relevé d'Identité Bancaire (RIB) pour le versement des prestations.
- 5 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(ont) différente(s).
- 6 J'ajoute une copie de ma carte nationale d'identité ou de mon passeport valide et celle de mes ayants droit majeurs.
- 7 Je fournis une copie de mon dernier bulletin de salaire ou dernier titre de pension.

➕ le cas échéant :

- 8 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).
- 9 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.
- 10 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.
- 11 Pour toute adhésion à la seule Garantie frais de santé ou aux seules Garanties prévoyance dans le respect des conditions de l'article 20 du Règlement Mutualiste, je fournis :

Pour une adhésion aux seules Garanties prévoyance :

- Un justificatif de ma position de détachement et de mon adhésion à la Caisse des Français de l'Étranger ;
- **OU** un justificatif de mon affiliation à un contrat collectif frais de santé conclu par mon employeur ;
- **OU** un justificatif de mon affiliation à un contrat collectif frais de santé familial OBLIGATOIRE souscrit par l'employeur de mon conjoint ;
- **ET** mon adhésion auprès de la Mutuelle à la Garantie hospitalisation en cas d'accident ou à la Garantie décès-PTIA en cas d'accident ;
- **OU** un justificatif de mon adhésion au contrat éligible à l'Aide à la Complémentaire Santé, coassuré par Intériale (Atout Cœur Santé) ou de couverture CMU-C.

Pour une adhésion à la seule Garantie frais de santé :

- Un justificatif de mon affiliation à un contrat collectif prévoyance conclu par mon employeur et dont l'objet est au moins une des garanties prévoyance obligatoires proposées par la Mutuelle.

12 Désignation de bénéficiaires pour les Garanties décès :

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 ou à l'adresse suivante :**

**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 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 Intériale. 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) **Santclair** 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.

(6) Contrat collectif souscrit par l'association **Intériale Vie**, association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901, dont le siège social se situe 32 rue Blanche 75009 PARIS auprès d'Intériale, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, inscrite au répertoire SIRENE sous le numéro 775 685 365, dont le siège social est 32 Rue Blanche - 75009 PARIS.

(7) **SMAID** - La Société Mutualiste d'Aide Immédiate au Décès des policiers - Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, numéro SIREN 443 008 354. Siège social : Hôtel de Police - Place du Maréchal Leclerc - BP 53 - 91265 JUVISY-SUR-ORGE Cedex. Mutuelle substituée par la Mutuelle Intériale, numéro SIREN 775 685 365- Siège social : 32, rue Blanche 75009 PARIS. En cas de retrait ou de caducité de l'agrément de la Mutuelle Intériale, qui assure la constitution des garanties d'assurance et l'exécution des engagements, le contrat collectif sera résilié le quarantième jour à midi à compter de la date de la publication de retrait d'agrément, la portion de cotisation afférente à la période non garantie est restituée à l'adhérent.

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.