

**NOUVELLE
OFFRE****Bulletin
d'adhésion**

- SANTÉ
- PRÉVOYANCE
- SERVICES

Parrainage (réservé aux agents du Ministère de l'Intérieur)

Réservé à la mutuelle

Référence**Votre conseiller****Nom****Prénom****Email****Code Conseiller****N° Téléphone****Agence**

Suite à la réception de votre Fiche Recommandation Personnalisée et de la (ou des) fiche(s) IPID associée(s), vous trouverez ci-après votre bulletin d'adhésion à l'offre.

VOS COORDONNÉES ET VOTRE SITUATION PROFESSIONNELLE

Merci de compléter tous les champs; à défaut votre demande d'adhésion ne pourra être traitée.

Mme M. Nom Prénom

Nom de naissance Date de naissance / /

N° de Sécurité sociale / clé / Régime Alsace - Moselle

N° / Nature et nom de la voie

Code postal Ville N° Téléphone

E-Mail

Vous êtes : actif retraité *Si vous êtes retraité(e), cochez la case ci-dessous correspondant à votre dernière situation en activité.*

- Fonction Publique d'État** : 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

Employeur

Ville Dépt.

Grade Échelon

Date d'entrée dans l'administration / /

Matricule

Indice majoré N.B.I. Temps partiel %

Titulaire Contractuel Vacataire

Catégorie : A B C

VOTRE CONJOINT(E) / CONCUBIN(E) / PACSÉ(E) À compléter si vous souhaitez son affiliation pour la garantie santé (et dépendance)

Mme M. Nom Prénom

Nom de naissance Date de naissance / /

N° de Sécurité sociale / clé / Régime Alsace - Moselle

VOTRE (VOS) ENFANT(S) / AUTRE(S) AYANT(S) DROIT À compléter si vous souhaitez son (leur) affiliation pour la garantie santé

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

NB : si vous avez d'autres enfants, indiquez les informations nécessaires sur papier libre.

CHOIX DES GARANTIES

Garantie frais de santé (1)

- Je choisis ma formule (dont bénéficiant automatiquement mes ayants droit inscrits sur mon bulletin d'adhésion)
- INTÉRIALE HOSPI+ INTÉRIALE ESSENTIELLE INTÉRIALE ÉQUILIBRE 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 (11) Assistance à domicile (12) Protection juridique santé et protection juridique pénale professionnelle (13)
- Assurance scolaire / étudiante pour vos enfants ayants droit scolarisés jusqu'à 28 ans (14)
- Réseau de soins (hors garantie Intériale Hospi+ et Intériale Essentielle) (15)

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 SENIOR

Offre Jeune 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) (11)
- > 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 4 000 €** (si les conditions d'âge à l'adhésion sont remplies) (16)
- Intériale Renfort Décès pour les agents actifs de la Fonction Publique d'État : capital de 250 €** (si les conditions d'adhésion sont remplies) (17)
- Garanties assistance prévoyance** (ma cotisation assistance prévoyance est incluse dans la cotisation de ma Garantie décès-PTIA) (12)
- 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 € (se reporter aux 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 VOTRE ADHÉSION

Je demande mon adhésion à Intériale et 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, et de la Fiche Recommandation Personnalisée et de la (ou des) fiche(s) IPID associée(s).

- Je demande mon adhésion et éventuellement l'affiliation 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 / / (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 / / (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.

Restons en contact Je souhaite recevoir des lettres d'informations (communications prévention, événements ...) de la part de la Mutuelle.

Fait à , le / / Signature de l'adhérent (précédée de la mention « Lu et approuvé »)

Les informations recueillies par la Mutuelle font l'objet d'un traitement informatique et ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la passation, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution du contrat. La Mutuelle sera également susceptible de les utiliser (I) dans le cadre de contentieux, (II) pour la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, (III) afin de se conformer à une réglementation applicable, ou (IV) pour l'analyse de tout ou partie des données vous concernant collectées afin d'améliorer ses produits (recherche et développement), évaluer votre situation ou la prédire (scores d'appétence) et personnaliser votre parcours en tant qu'adhérent (V) pour vous proposer de nouveaux produits ou nouvelles garanties. La base légale des traitements mentionnés est l'exécution du contrat. Les données relatives à votre santé éventuellement recueillies seront exclusivement utilisées pour la passation, la gestion et l'exécution de votre contrat. Vos données seront conservées le temps nécessaire à ces différentes opérations, ou pour la durée spécifiquement prévue par la CNIL ou la loi. Elles seront uniquement communiquées aux intermédiaires d'assurance, réassureurs, administrations, partenaires ou organismes professionnels habilités qui ont besoin d'y avoir accès pour la réalisation de ces opérations. Les données relatives à votre santé éventuellement recueillies ne seront communiquées qu'aux seuls sous-traitants habilités à traiter des données de santé. La Mutuelle est légalement tenue de vérifier que vos données sont exactes, complètes et, si nécessaire, mises à jour. Elle pourra ainsi vous solliciter pour le vérifier ou être amenée à compléter votre dossier (par exemple en enregistrant votre email si vous avez écrit un courrier électronique). Vous pouvez demander l'accès, la rectification, l'effacement ou la portabilité de vos données, définir des directives relatives à leur sort après votre décès, choisir d'en limiter l'usage ou vous opposer à leur traitement. Si vous avez donné une autorisation spéciale et expresse pour l'utilisation de certaines de vos données, vous pouvez la retirer à tout moment sous réserve qu'il ne s'agisse pas d'informations qui conditionnent l'application de votre contrat. Vous pouvez nous écrire pour exercer vos droits par email (directionjuridique@interiale.fr) ou par courrier (INTÉRIALE - DIRECTION JURIDIQUE - 32 RUE BLANCHE - 75009 PARIS). En cas de réclamation, vous pouvez choisir de saisir la CNIL. Pour plus d'informations, consultez <https://www.interiale.fr/donnees-personnelles>.

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 naissance
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 : INTÉRIALE MUTUELLE

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

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 : INTÉRIALE MUTUELLE
I.C.S (Identifiant Créancier SEPA) : FR43ZZZ212733
Adresse du CRÉANCIER : 32 rue Blanche
75009 PARIS
FRANCE
Type de paiement : Paiement récurrent / répétitif

Signé à* :
Date* :
Signature* :

Nom du tiers débiteur :

Si votre paiement concerne un accord passé entre INTÉRIALE 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.

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 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.
- 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'État) selon le mode de recouvrement que je choisis.
- Je joins un Relevé d'Identité Bancaire (RIB) pour le versement des prestations.
- 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).
- 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.
- Je complète, date et signe la Fiche Recommandation Personnalisée.

+ 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 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.
- 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.

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.

+ Désignation de bénéficiaires pour les garanties Décès

À 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.

➔ **Retournez votre 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 :**

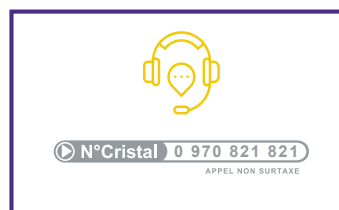


Centre de gestion Intériale
CS 50 005
59 040 Lille cedex

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 vous souhaitez que vos décomptes Sécurité sociale soient transmis automatiquement à Intériale, il suffit de demander à votre organisme actuel l'arrêt de la télétransmission de vos décomptes et/ou ceux de vos ayants droit. Intériale peut vous 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), vous disposez d'un délai de **30 jours calendaires** pour renoncer à votre adhésion **par lettre recommandée avec accusé de réception**, à envoyer à l'adresse ci-dessus.



(1) Intériale — Siège social : 32, rue Blanche, 75009 Paris — www.interiale.fr
Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, N° 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 3 834 029 € - Siège social : 7 Mail Pablo Picasso - 44 046 Nantes Cedex 1 - RCS de Nantes 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 4 place de Budapest CS 92459 75436 Paris cedex 09.

NOUVELLE OFFRE

Bulletin d'adhésion

- SANTÉ
- PRÉVOYANCE
- SERVICES

Parrainage (réservé aux agents du Ministère de l'Intérieur)

Réservé à la mutuelle

Référence

Votre conseiller

Nom

Prénom

Email

Code Conseiller

N° Téléphone

Agence

Suite à la réception de votre Fiche Recommandation Personnalisée et de la (ou des) fiche(s) IPID associée(s), vous trouverez ci-après votre bulletin d'adhésion à l'offre.

VOS COORDONNÉES ET VOTRE SITUATION PROFESSIONNELLE

Merci de compléter tous les champs; à défaut votre demande d'adhésion ne pourra être traitée.

Mme M. Nom Prénom

Nom de naissance Date de naissance / /

N° de Sécurité sociale / clé / Régime Alsace - Moselle

N° / Nature et nom de la voie

Code postal Ville N° Téléphone

E-Mail

Vous êtes : actif retraité *Si vous êtes retraité(e), cochez la case ci-dessous correspondant à votre dernière situation en activité.*

Fonction Publique d'État : 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

Employeur

Ville Dépt.

Grade Échelon

Date d'entrée dans l'administration / /

Matricule

Indice majoré N.B.I. Temps partiel %

Titulaire Contractuel Vacataire

Catégorie : A B C

VOTRE CONJOINT(E) / CONCUBIN(E) / PACSÉ(E) À compléter si vous souhaitez son affiliation pour la garantie santé (et dépendance)

Mme M. Nom Prénom

Nom de naissance Date de naissance / /

N° de Sécurité sociale / clé / Régime Alsace - Moselle

VOTRE (VOS) ENFANT(S) / AUTRE(S) AYANT(S) DROIT À compléter si vous souhaitez son (leur) affiliation pour la garantie santé

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

NB : si vous avez d'autres enfants, indiquez les informations nécessaires sur papier libre.

CHOIX DES GARANTIES

Garantie frais de santé ⁽¹⁾

Je choisis ma formule (dont bénéficiant automatiquement mes ayants droit inscrits sur mon bulletin d'adhésion)

INTÉRIALE HOSPI+ INTÉRIALE ESSENTIELLE INTÉRIALE ÉQUILIBRE 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 ⁽¹¹⁾ Assistance à domicile ⁽¹²⁾ Protection juridique santé et protection juridique pénale professionnelle ⁽¹³⁾

Assurance scolaire / étudiante pour vos enfants ayants droit scolarisés jusqu'à 28 ans ⁽¹⁴⁾

Réseau de soins (hors garantie Intériale Hospi+ et Intériale Essentielle) ⁽¹⁵⁾

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 SENIOR

Offre Jeune 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) ⁽¹¹⁾

> 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 4 000 € (si les conditions d'âge à l'adhésion sont remplies) ⁽¹⁶⁾

Intériale Renfort Décès pour les agents actifs de la Fonction Publique d'État : capital de 250 € (si les conditions d'adhésion sont remplies) ⁽¹⁷⁾

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 € [se reporter aux 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 VOTRE ADHÉSION

Je demande mon adhésion à Intériale et 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, et de la Fiche Recommandation Personnalisée et de la (ou des) fiche(s) IPID associée(s).

- Je demande mon adhésion et éventuellement l'affiliation 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 / / (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 / / (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.

Restons en contact Je souhaite recevoir des lettres d'informations (communications prévention, événements ...) de la part de la Mutuelle.

Fait à , le / / Signature de l'adhérent (précédée de la mention « Lu et approuvé »)

Les informations recueillies par la Mutuelle font l'objet d'un traitement informatique et ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la passation, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution du contrat. La Mutuelle sera également susceptible de les utiliser (I) dans le cadre de contentieux, (II) pour la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, (III) afin de se conformer à une réglementation applicable, ou (IV) pour l'analyse de tout ou partie des données vous concernant collectées afin d'améliorer ses produits (recherche et développement), évaluer votre situation ou la prédire (scores d'appétence) et personnaliser votre parcours en tant qu'adhérent (V) pour vous proposer de nouveaux produits ou nouvelles garanties. La base légale des traitements mentionnés est l'exécution du contrat. Les données relatives à votre santé éventuellement recueillies seront exclusivement utilisées pour la passation, la gestion et l'exécution de votre contrat. Vos données seront conservées le temps nécessaire à ces différentes opérations, ou pour la durée spécifiquement prévue par la CNIL ou la loi. Elles seront uniquement communiquées aux intermédiaires d'assurance, réassureurs, administrations, partenaires ou organismes professionnels habilités qui ont besoin d'y avoir accès pour la réalisation de ces opérations. Les données relatives à votre santé éventuellement recueillies ne seront communiquées qu'aux seuls sous-traitants habilités à traiter des données de santé. La Mutuelle est légalement tenue de vérifier que vos données sont exactes, complètes et, si nécessaire, mises à jour. Elle pourra ainsi vous solliciter pour le vérifier ou être amenée à compléter votre dossier (par exemple en enregistrant votre email si vous avez écrit un courrier électronique). Vous pouvez demander l'accès, la rectification, l'effacement ou la portabilité de vos données, définir des directives relatives à leur sort après votre décès, choisir d'en limiter l'usage ou vous opposer à leur traitement. Si vous avez donné une autorisation spéciale et expresse pour l'utilisation de certaines de vos données, vous pouvez la retirer à tout moment sous réserve qu'il ne s'agisse pas d'informations qui conditionnent l'application de votre contrat. Vous pouvez nous écrire pour exercer vos droits par email (directionjuridique@interiale.fr) ou par courrier (INTÉRIALE - DIRECTION JURIDIQUE - 32 RUE BLANCHE - 75009 PARIS). En cas de réclamation, vous pouvez choisir de saisir la CNIL. Pour plus d'informations, consultez <https://www.interiale.fr/donnees-personnelles>.

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 naissance
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 : INTÉRIALE MUTUELLE

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

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 : INTÉRIALE MUTUELLE
I.C.S (Identifiant Créancier SEPA) : FR43ZZZ212733
Adresse du CRÉANCIER : 32 rue Blanche
FRANCE
Paieement récurrent / répétitif

Signé à* :
Date* :
Signature* :

Type de paiement

Nom du tiers débiteur :

Si votre paiement concerne un accord passé entre INTÉRIALE 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.

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 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.
- 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'État) selon le mode de recouvrement que je choisis.
- Je joins un Relevé d'Identité Bancaire (RIB) pour le versement des prestations.
- 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).
- 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.
- Je complète, date et signe la Fiche Recommandation Personnalisée.

+ 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 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.
- 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.

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.

+ Désignation de bénéficiaires pour les garanties Décès

À 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.

➔ **Retournez votre 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 :**

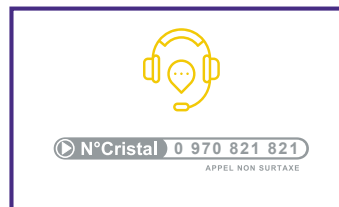


Centre de gestion Intériale
CS 50 005
59 040 Lille cedex

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 vous souhaitez que vos décomptes Sécurité sociale soient transmis automatiquement à Intériale, il suffit de demander à votre organisme actuel l'arrêt de la télétransmission de vos décomptes et/ou ceux de vos ayants droit. Intériale peut vous 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), vous disposez d'un délai de **30 jours calendaires** pour renoncer à votre adhésion **par lettre recommandée avec accusé de réception**, à envoyer à l'adresse ci-dessus.



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, N° SIREN : 775 685 365

**MUTUALITÉ
FRANÇAISE**

afaq
ISO 9001
Qualité
AFNOR CERTIFICATION

[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 3 834 029 € - Siège social : 7 Mail Pablo Picasso - 44 046 Nantes Cedex 1 - RCS de Nantes 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 4 place de Budapest CS 92459 75436 Paris cedex 09.