

**INTÉRIALE**

# NOUVELLES OFFRES LABELLISÉES TERRITORIAUX

AVEC MAINTIEN DES PRIMES ET INDEMNITÉS RENFORCÉES

## Bulletin d'adhésion

- SANTÉ
- PRÉVOYANCE
- SERVICES

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.*

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

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 les garanties 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

- 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 <sup>(1)</sup> (dont bénéficient automatiquement mes ayants droit inscrits sur mon bulletin d'adhésion)
- INTÉRIALE ESSENTIELLE<sup>®</sup>  INTÉRIALE ÉQUILIBRE<sup>®</sup>  INTÉRIALE CONFORT<sup>®</sup>  INTÉRIALE SÉRÉNITÉ<sup>®</sup>  INTÉRIALE PLÉNITUDE<sup>®</sup>
- Garanties et services liés (Ma cotisation Garanties et services liés est incluse dans la cotisation de ma Garantie frais de santé)
- Garantie allocation cancer <sup>(1)</sup>  Assistance à domicile <sup>(2)</sup>  Protection juridique santé et Protection juridique pénale professionnelle <sup>(3)</sup>
  - Assurance scolaire / étudiante pour vos enfants ayants droit scolarisés jusqu'à 28 ans <sup>(4)</sup>
  - Réseau de Soins (hors garantie Intériale Essentielle<sup>®</sup>) <sup>(5)</sup>
- Packs santé optionnels<sup>(1)</sup>:  PACK INTÉRIALE PRO<sup>®</sup>  PACK INTÉRIALE FAMILLE<sup>®</sup>  PACK INTÉRIALE SENIOR<sup>®</sup>

### Offre Jeune

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 € (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<sup>ème</sup> catégorie avec majoration pour tierce personne et,
  - résider en France métropolitaine ou dans un DROM.
- Pour bénéficier de la garantie, votre conjoint ayant droit doit remplir les mêmes conditions au jour de la prise d'effet de son affiliation.

### GARANTIES PRÉVOYANCE

Vos 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 <sup>(1)</sup> (TIB + NBI + primes soumises à pension)	90 %	95 %	95 %	100 %
Maintien de salaire en cas d'invalidité permanente <sup>(1)</sup>			95 %	100 %
Capital décès - PTIA accidentels (TIB + NBI annuels) <sup>(1)</sup>	50 %	75 %	100 %	125 %
Assistance prévoyance <sup>(2)</sup>	Oui	Oui	Oui	Oui

Je choisis 1 des 4 niveaux de garanties :

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 <sup>(1)</sup> - Option 1 - Franchise 30 jours - Option 2 - Sans franchise	90 %	95 %	95 %	100 %
Maintien des primes et indemnités nettes en cas d'invalidité permanente <sup>(1)</sup>			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 la date de prise d'effet de ma garantie.
- > 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 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.
- 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<sup>er</sup> jour du mois que j'ai choisi 0 1/ / / 20  (sans rétroactivité possible),
- B/  soit le 1<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> jour du mois que j'ai choisi 0 1/ / / 20  (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<sup>er</sup> 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 / / 20 .

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>.

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

INTÉRIALE 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 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 mon bulletin d'adhésion.
- Je complète, date et signe la Fiche Recommandation Personnalisée.
- 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.

→ **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 :**

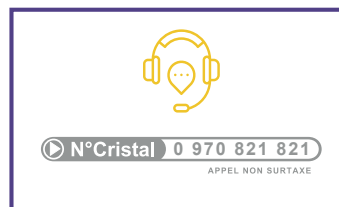
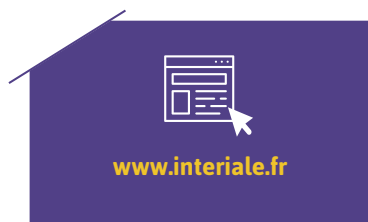


Centre de gestion Intériale  
CS 50 005  
59 040 Lille cedex

**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/ou 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](http://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) **Santéclair** - 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.

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.

**INTÉRIALE**

# NOUVELLES OFFRES LABELLISÉES TERRITORIAUX

AVEC MAINTIEN DES PRIMES ET INDEMNITÉS RENFORCÉES

## Bulletin d'adhésion

- SANTÉ
- PRÉVOYANCE
- SERVICES

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  
(à compléter pour l'adhésion santé)

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.*

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

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 les garanties 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

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 <sup>(1)</sup> (dont bénéficient automatiquement mes ayants droit inscrits sur mon bulletin d'adhésion)

INTÉRIALE ESSENTIELLE<sup>®</sup>  INTÉRIALE ÉQUILIBRE<sup>®</sup>  INTÉRIALE CONFORT<sup>®</sup>  INTÉRIALE SÉRÉNITÉ<sup>®</sup>  INTÉRIALE PLÉNITUDE<sup>®</sup>

Garanties et services liés (Ma cotisation Garanties et services liés est incluse dans la cotisation de ma Garantie frais de santé)

- Garantie allocation cancer <sup>(1)</sup>  Assistance à domicile <sup>(2)</sup>  Protection juridique santé et Protection juridique pénale professionnelle <sup>(3)</sup>  
 Assurance scolaire / étudiante pour vos enfants ayants droit scolarisés jusqu'à 28 ans <sup>(4)</sup>  
 Réseau de Soins (hors garantie Intériale Essentielle<sup>®</sup>) <sup>(5)</sup>

Packs santé optionnels<sup>(1)</sup> :  PACK INTÉRIALE PRO<sup>®</sup>  PACK INTÉRIALE FAMILLE<sup>®</sup>  PACK INTÉRIALE SENIOR<sup>®</sup>

### Offre Jeune

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 € (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<sup>ème</sup> catégorie avec majoration pour tierce personne et,
- résider en France métropolitaine ou dans un DROM.

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

### GARANTIES PRÉVOYANCE

Vos 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 <sup>(1)</sup> (TIB + NBI + primes soumises à pension)	90 %	95 %	95 %	100 %
Maintien de salaire en cas d'invalidité permanente <sup>(1)</sup>			95 %	100 %
Capital décès - PTIA accidentels (TIB + NBI annuels) <sup>(1)</sup>	50 %	75 %	100 %	125 %
Assistance prévoyance <sup>(2)</sup>	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 <sup>(1)</sup> - Option 1 - Franchise 30 jours - Option 2 - Sans franchise	90 %	95 %	95 %	100 %
Maintien des primes et indemnités nettes en cas d'invalidité permanente <sup>(1)</sup>			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 la date de prise d'effet de ma garantie.

> 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 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.
- 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<sup>er</sup> jour du mois que j'ai choisi 0 1/ /20  (sans rétroactivité possible),  
B/  soit le 1<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> jour du mois que j'ai choisi 0 1/ /20  (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<sup>er</sup> 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 / /20

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>.

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

INTÉRIALE 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 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 mon bulletin d'adhésion.
- Je complète, date et signe la Fiche Recommandation Personnalisée.
- 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.

→ **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 :**

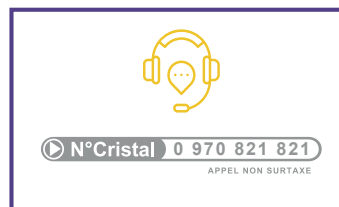


Centre de gestion Intériale  
CS 50 005  
59 040 Lille cedex

**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/ou 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](http://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) **Santéclair** - 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.

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.