

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Intériale – Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité - SIREN 775 685 365

Produit : OFFRE ECOLE – EQUILIBRE

INTÉRIALE

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le produit d'Assurance Complémentaire Santé est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels ayants droit en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de la Sécurité sociale française sauf exceptions prévues au tableau de garanties. Ce produit est destiné aux élèves de la Fonction Publique et son adhésion est facultative. Ce produit respecte les conditions légales et réglementaires des contrats responsables.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui, figurent dans le tableau de garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à votre charge. Pour l'exhaustivité des garanties, se reporter au Règlement Mutualiste et ses annexes.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Soins courants** : Honoraires médicaux (consultations et visites généralistes, spécialistes et actes techniques médicaux) ; honoraires paramédicaux ; analyses et examens de laboratoire ; actes d'imagerie médicale et échographie ; médicaments à service médical rendu majeur ou important (65%) et à service médical rendu modéré (30%) par la Sécurité sociale, médicaments non remboursés, dont homéopathie ; matériel médical.
- ✓ **Prévention et accompagnement** : consultations d'ostéopathes, chiropracteurs, étioopathes, pédicures-podologues, homéopathes, acupuncteurs ; consultations de psychologues, psychothérapeutes, psychomotriciens, ergothérapeutes ; bilan nutrition ; substituts nicotiniques ; protections périodiques et hygiéniques ; contraceptifs prescrits non remboursés par la Sécurité Sociale ; actes de prévention remboursés par la Sécurité sociale ; allocation cancer.
- ✓ **Dentaire** : Soins et prothèses « 100% santé » ; soins et prothèses « à tarifs maîtrisés ou libres » ; soins et prothèses non remboursés par la Sécurité sociale : prothèses, implantologie, parodontologie ; orthodontie remboursée par la Sécurité sociale.
- ✓ **Optique** : Equipements (monture et verres) « 100% santé » ; équipements (monture et verres) « à tarifs libres » ; lentilles remboursées ou non par la Sécurité sociale ; chirurgie réfractive.
- ✓ **Aides auditives** : Equipements « 100% santé » ; équipements à tarifs libres ; accessoires (dont piles).
- ✓ **Hospitalisation** : Honoraires (médicaux et chirurgicaux) ; forfait journalier hospitalier ; forfait patient urgences ; forfait actes lourds ; frais de séjour ; frais de transport ; chambre particulière (y compris ambulatoire) ; frais d'accompagnement ; forfait TV, tél, wifi.
- ✓ **Maternité** : Dépistage des trisomies par analyse de l'ADN fœtal circulant non remboursé par la Sécurité sociale ; amniocentèse ; caryotype fœtal ; péridurale ; bilan acoustique du nouveau-né.
- ✓ **Cures thermales**.

LES SERVICES ET AUTRES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ **Assistance santé** : assistance en cas d'hospitalisation, de maternité, de cancer, de décès et évènement traumatisant.
- ✓ **Protection juridique (santé et pénale professionnelle)** : conseils illimités par téléphone, défense amiable et judiciaire
- ✓ **Réseau de partenaires à tarifs négociés** (opticiens, chirurgiens-dentistes, implantologues, diététiciens, ostéopathes, chiropracteurs et audioprothésistes partenaires).
- ✓ **2ème avis médical**
- ✓ **Service de téléconsultation médicale**

Les garanties précédées d'une ✓ sont systématiquement prévues au contrat.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité de l'adhésion au contrat.
- ✗ Sont exclus les frais d'hospitalisation long séjour facturés par les établissements médico-sociaux comme les Maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD).



Y-a-t-il des exclusions à la couverture ?

PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

- ! La participation forfaitaire de 1€ et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport.
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins.
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM et OPTAM-CO).

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Dentaire** : Panier « 100% santé » et panier à « tarifs maîtrisés » limités aux Honoraires Limites de Facturation.
- ! **Dentaire** : Soins et prothèses « à tarifs maîtrisés ou libres » la prise en charge est limitée à 2 forfaits prothèses par an les 2 premières années puis 3 forfaits à compter de la 3^{ème} année.
- ! **Optique** : Prise en charge limitée à un équipement (monture et 2 verres) sur une période de 2 ans sauf pour les cas de renouvellement anticipé, période notamment réduite à 1 an pour une personne âgée de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.
- ! **Optique et Aides auditives** : Panier « 100% santé » limité aux Prix Limites de Vente.
- ! **Aides auditives** : Prise en charge limitée à un équipement par oreille sur une période de 4 ans.
- ! **Forfait TV, tél, wifi** : limité à 45 jours par an.
- ! **Chambre particulière** : limitée à 60 jours par an en psychiatrie, cure, régime, maison de repos, convalescence.
- ! **Frais d'accompagnement** : Enfants < 15 ans, handicapés < 20 ans et adultes > 70 ans.



Où suis-je couvert ?

- En France ou dans les départements d'Outre-Mer.
- Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement se fait en complément d'un remboursement effectué par un organisme étranger de sécurité sociale équivalent à la Sécurité sociale française, ou par un régime de base d'Outre-mer, et sur la base du remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée.



Quelles sont mes obligations ?

A l'adhésion de la garantie (à défaut, non prise d'effet de la garantie)

- Remplir les critères d'adhésion suivants : relever d'un régime obligatoire d'assurance maladie français (ou relever d'une couverture de base), appartenir à la population susceptible d'adhérer définie par le Règlement Mutualiste.
- Remplir avec exactitude le bulletin d'adhésion fourni par la Mutuelle.
- Fournir tous documents justificatifs demandés par la Mutuelle.
- Régler la cotisation (ou première fraction de cotisation) indiquée en annexe du Règlement Mutualiste.

En cours de contrat :

- **à défaut, suspension puis résiliation de la garantie :**
Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) due.
- **à défaut, non prise en compte de la nouvelle situation sur les cotisations et les prestations :**
Informez et justifiez à la Mutuelle des événements suivants dans un délai de quatre mois à compter de l'évènement (les modifications prennent alors effet le premier jour du mois suivant la date de survenance de l'évènement) :
 - Changements de situation familiale : changement d'adresse, modification de votre composition familiale (naissance, mariage, PACS, concubinage, divorce, décès), changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie et maternité.

En cas de sinistre :

- **à défaut, non règlement des sinistres :**
 - Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations.
 - Faire parvenir les demandes de remboursements à la Mutuelle dans un délai maximum de 2 ans suivant la date des soins.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Votre cotisation est annuelle. Vous devez la régler par avance à échéance annuelle. Le règlement se fait par prélèvement automatique sur votre compte bancaire, ou exceptionnellement par chèque sur accord de la Mutuelle.

Vous pouvez régler votre cotisation mensuellement. Dans ce cas, la cotisation est payable à terme échu.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

L'adhésion prend effet le lendemain de la date de résiliation de votre ancien contrat d'assurance (lorsque la Mutuelle a été mandatée dans le cadre de la résiliation infra-annuelle) ou le jour que vous indiquez librement sur le bulletin d'adhésion (sans rétroactivité),

Par exception, l'adhésion peut prendre effet le lendemain de la date de radiation de votre ancien organisme assureur, à condition que la demande d'adhésion intervienne 3 mois suivant la date de radiation de l'ancien organisme, sous réserve de la fourniture du certificat de radiation, et si vous étiez précédemment couvert par une garantie couvrant les frais de santé au moins équivalente.

A compter du moment où vous êtes informé que l'adhésion au Règlement Mutualiste a pris effet, vous disposez d'un délai de 30 jours calendaires révolus pour renoncer à votre adhésion par lettre ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la mutualité.

L'adhésion est valable pour une année civile, du 1^{er} janvier au 31 décembre à minuit. Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année pour une durée d'un an.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin à votre adhésion :

- tous les ans, en envoyant une notification de fin d'adhésion à la Mutuelle au plus tard le 31 octobre de l'année en cours. La demande prend effet au 1^{er} janvier de l'année suivante.
- à tout moment, sans frais ni pénalités, après expiration d'un délai d'un an à compter de la date d'effet de l'adhésion. La demande prend alors effet un mois après que la Mutuelle en a reçu notification par le membre participant.

Pour résilier, vous devrez envoyer la notification à la Mutuelle selon votre choix, par lettre ou tout autre support durable, acte extrajudiciaire ou par le même mode de communication à distance que celui proposé par la Mutuelle pour l'adhésion ou via la fonctionnalité de résiliation accessible à partir de votre espace adhérent.



Intérieure — 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



Intérieure est soumise au contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) - 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS cedex 09.

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Intériale – Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité - SIREN 775 685 365

Produit : OFFRE ECOLE - ESSENTIELLE

INTÉRIALE

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le produit d'Assurance Complémentaire Santé est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels ayants droit en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de la Sécurité sociale française sauf exceptions prévues au tableau de garanties. Ce produit est destiné aux élèves agents de la Fonction publique. L'adhésion au produit est facultative. **Ce produit est non responsable.**



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui, figurent dans le tableau de garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à votre charge. Pour l'exhaustivité des garanties, se reporter au Règlement Mutualiste et ses annexes.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Soins courants** : Honoraires médicaux (consultations et visites généralistes, spécialistes et actes techniques médicaux) ; honoraires paramédicaux ; analyses et examens de laboratoire ; actes d'imagerie médicale et échographie ; médicaments à service médical rendu majeur ou important (65%) et à service médical rendu modéré (30%) par la Sécurité sociale, médicaments non remboursés, dont homéopathie ; matériel médical.
- ✓ **Prévention et accompagnement** : Consultations d'ostéopathes, chiropracteurs, étioopathes, pédicures-podologues, homéopathes, acupuncteurs ; consultations de psychologues, psychothérapeutes, psychomotriciens, ergothérapeutes ; substituts nicotiniques ; protections périodiques et hygiéniques ; actes de prévention remboursés par la Sécurité sociale ; allocation cancer.
- ✓ **Dentaire** : Soins et prothèses ; orthodontie remboursée par la Sécurité sociale.
- ✓ **Optique** : Equipements (monture et verres) ; lentilles remboursées par la Sécurité sociale.
- ✓ **Aides auditives** : Aides auditives prescrites, accessoires (dont piles).
- ✓ **Hospitalisation** : Honoraires (médicaux et chirurgicaux) ; forfait journalier hospitalier ; forfait patient urgences ; forfait actes lourds ; frais de séjour ; frais de transport ;

LES SERVICES ET AUTRES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ **Assistance santé** : assistance en cas d'hospitalisation, de maternité, de cancer, de décès et événement traumatisant.
- ✓ **Protection juridique (santé et pénale professionnelle)** : conseils illimités par téléphone, défense amiable et judiciaire.
- ✓ **Service de téléconsultation médicale**

Les garanties précédées d'une ✓ sont systématiquement prévues au contrat.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité de l'adhésion au contrat.
- ✗ Sont exclus les frais d'hospitalisation long séjour facturés par les établissements médico-sociaux comme les Maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD).



Y-a-t-il des exclusions à la couverture ?

PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

- ! La participation forfaitaire de 1€ et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport.
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins.
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM et OPTAM-CO).



Où suis-je couvert ?

- En France ou dans les départements d'Outre-Mer.
- Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement se fait en complément d'un remboursement effectué par un organisme étranger de sécurité sociale équivalent à la Sécurité sociale française, ou par un régime de base d'Outre-mer, et sur la base du remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée.



Quelles sont mes obligations ?

A l'adhésion de la garantie (à défaut, non prise d'effet de la garantie)

- Remplir les critères d'adhésion suivants : relever d'un régime obligatoire d'assurance maladie français (ou relever d'une couverture de base), appartenir à la population susceptible d'adhérer définie par le Règlement Mutualiste.
- Remplir avec exactitude le bulletin d'adhésion fourni par la Mutuelle.
- Fournir tous documents justificatifs demandés par la Mutuelle.
- Régler la cotisation (ou première fraction de cotisation) indiquée en annexe du Règlement Mutualiste.

En cours de contrat :

- **à défaut, suspension puis résiliation de la garantie :**
Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) due.
- **à défaut, non prise en compte de la nouvelle situation sur les cotisations et les prestations :**
Informez et justifiez à la Mutuelle des événements suivants dans un délai de quatre mois à compter de l'évènement (les modifications prennent alors effet le premier jour du mois suivant la date de survenance de l'évènement) :
 - Changements de situation familiale : changement d'adresse, modification de votre composition familiale (naissance, mariage, PACS, concubinage, divorce, décès), changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie et maternité.

En cas de sinistre:

- **à défaut, non règlement des sinistres :**
 - Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations.
 - Faire parvenir les demandes de remboursements à la Mutuelle dans un délai maximum de 2 ans suivant la date des soins.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Votre cotisation est annuelle. Vous devez la régler par avance à échéance annuelle. Le règlement se fait par prélèvement automatique sur votre compte bancaire, ou exceptionnellement par chèque sur accord de la Mutuelle.

Vous pouvez régler votre cotisation mensuellement. Dans ce cas, la cotisation est payable à terme échu.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

L'adhésion prend effet le lendemain de la date de résiliation de votre ancien contrat d'assurance (lorsque la Mutuelle a été mandatée dans le cadre de la résiliation infra-annuelle) ou le jour que vous indiquez librement sur le bulletin d'adhésion (sans rétroactivité). Par exception, l'adhésion peut prendre effet le lendemain de la date de radiation de votre ancien organisme assureur, à condition que la demande d'adhésion intervienne 3 mois suivant la date de radiation de l'ancien organisme, sous réserve de la fourniture du certificat de radiation, et si vous étiez précédemment couvert par une garantie couvrant les frais de santé au moins équivalente.

A compter du moment où vous êtes informé que l'adhésion au Règlement Mutualiste a pris effet, vous disposez d'un délai de 30 jours calendaires révolus pour renoncer à votre adhésion par lettre ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la mutualité.

L'adhésion est valable pour une année civile, du 1^{er} janvier au 31 décembre à minuit. Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année pour une durée d'un an.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin à votre adhésion :

- tous les ans, en envoyant une notification de fin d'adhésion à la Mutuelle au plus tard le 31 octobre de l'année en cours. La demande prend effet au 1^{er} janvier de l'année suivante.
- à tout moment, sans frais ni pénalités, après expiration d'un délai d'un an à compter de la date d'effet de l'adhésion. La demande prend alors effet un mois après que la Mutuelle en a reçu notification par le membre participant.

Pour résilier, vous devrez envoyer la notification à la Mutuelle selon votre choix, par lettre ou tout autre support durable, acte extrajudiciaire ou par le même mode de communication à distance que celui proposé par la Mutuelle pour l'adhésion ou via la fonctionnalité de résiliation accessible à partir de votre espace adhérent.



Intérieure — 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



Intérieure est soumise au contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) - 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS cedex 09.

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Intériale – Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité - SIREN 775 685 365

Produit : OFFRE ECOLE- HOSPI +

INTÉRIALE

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le produit d'Assurance Complémentaire Santé est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels ayants droit en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de la Sécurité sociale française sauf exceptions prévues au tableau de garanties. Ce produit est destiné aux élèves agents de la Fonction publique. L'adhésion au produit est facultative. **Ce produit est non responsable.**



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui, figurent dans le tableau de garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à votre charge. Pour l'exhaustivité des garanties, se reporter au Règlement Mutualiste et ses annexes.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Prévention et accompagnement** : consultations de psychologues, psychothérapeutes, psychomotriciens, ergothérapeutes et allocation cancer.
- ✓ **Hospitalisation** : honoraires (médicaux et chirurgicaux) ; forfait journalier hospitalier ; forfait actes lourds ; frais de séjour ; chambre particulière (y compris ambulatoire) ; frais d'accompagnement ; frais de transport.

LES SERVICES ET AUTRES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ **Protection juridique (santé et pénale professionnelle)** : conseils illimités par téléphone, défense pénale professionnelle, gestion amiable et judiciaire d'un litige.
- ✓ **Assistance santé à domicile** : assistance en cas d'hospitalisation, de maternité, de cancer, de décès et événement traumatisant.
- ✓ **Service de téléconsultation médicale**

Les garanties précédées d'une ✓ sont systématiquement prévues au contrat.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité de l'adhésion au contrat.
- ✗ Frais liés à des hospitalisations long séjour au sein d'USLD, EHPAD, CHLD, ESLD et établissements médico-sociaux tels que les Maisons d'accueil spécialisées ou foyers d'accueil médicalisés.
- ✗ Consultations et soins remboursés par la Sécurité sociale et réalisés en dehors de l'hôpital.



Y-a-t-il des exclusions à la couverture ?

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Consultations psychologues, psychothérapeutes, psychomotriciens, ergothérapeutes** : limitées à 4 séances par an et par bénéficiaire.
- ! **Frais d'accompagnement** : Enfants < 15 ans, handicapés < 20 ans et adultes > 70 ans.
- ! **Téléconsultation médicale** : limitée à 5 téléconsultations par an et par bénéficiaire



Où suis-je couvert ?

En France Métropolitaine ou dans les départements d'Outre-Mer.

Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement se fait en complément d'un remboursement effectué par un organisme étranger de sécurité sociale équivalent à la Sécurité sociale française, ou par un régime de base d'Outre-mer, et sur la base du remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée.



Quelles sont mes obligations ?

A l'adhésion de la garantie (à défaut, non prise d'effet de la garantie)

- Remplir les critères d'adhésion suivants : relever d'un régime obligatoire d'assurance maladie français (ou relever d'une couverture de base), appartenir à la population susceptible d'adhérer définie par le Règlement Mutualiste.
- Remplir avec exactitude le bulletin d'adhésion fourni par la Mutuelle.
- Fournir tous documents justificatifs demandés par la Mutuelle.
- Régler la cotisation (ou première fraction de cotisation) indiquée en annexe du Règlement Mutualiste.

En cours de contrat :

- à défaut, suspension puis résiliation de la garantie :

Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) due.

- à défaut, non prise en compte de la nouvelle situation sur les cotisations et les prestations :

Informez et justifiez à la Mutuelle des événements suivants dans un délai de quatre mois à compter de l'événement (les modifications prennent alors effet le premier jour du mois suivant la date de survenance de l'événement) :

- Changements de situation familiale : changement d'adresse, modification de votre composition familiale (naissance, mariage, PACS, concubinage, divorce, décès), changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie et maternité.

En cas de sinistre :

- à défaut, non règlement des sinistres :

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations.
- Faire parvenir les demandes de remboursements à la Mutuelle dans un délai maximum de 2 ans suivant la date des soins.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Votre cotisation est annuelle. Vous devez la régler par avance à échéance annuelle. Le règlement se fait par prélèvement automatique sur votre compte bancaire, ou exceptionnellement par chèque sur accord de la Mutuelle.

Vous pouvez régler votre cotisation mensuellement. Dans ce cas, la cotisation est payable à terme échu.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

L'adhésion prend effet le lendemain de la date de résiliation de votre ancien contrat d'assurance (lorsque la Mutuelle a été mandatée dans le cadre de la résiliation infra-annuelle) ou le jour que vous indiquez librement sur le bulletin d'adhésion (sans rétroactivité). Par exception, l'adhésion peut prendre effet le lendemain de la date de radiation de votre ancien organisme assureur, à condition que la demande d'adhésion intervienne 3 mois suivant la date de radiation de l'ancien organisme, sous réserve de la fourniture du certificat de radiation, et si vous étiez précédemment couvert par une garantie couvrant les frais de santé au moins équivalente.

A compter du moment où vous êtes informé que l'adhésion au Règlement Mutualiste a pris effet, vous disposez d'un délai de 30 jours calendaires révolus pour renoncer à votre adhésion par lettre ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la mutualité.

L'adhésion est valable pour une année civile, du 1^{er} janvier au 31 décembre à minuit. Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année pour une durée d'un an.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin à votre adhésion :

- tous les ans, en envoyant une notification de fin d'adhésion à la Mutuelle au plus tard le 31 octobre de l'année en cours. La demande prend effet au 1^{er} janvier de l'année suivante.
- à tout moment, sans frais ni pénalités, après expiration d'un délai d'un an à compter de la date d'effet de l'adhésion. La demande prend alors effet un mois après que la Mutuelle en a reçu notification par le membre participant.

Pour résilier, vous devrez envoyer la notification à la Mutuelle selon votre choix, par lettre ou tout autre support durable, acte extrajudiciaire ou par le même mode de communication à distance que celui proposé par la Mutuelle pour l'adhésion ou via la fonctionnalité de résiliation accessible à partir de votre espace adhérent.



Intérieure — 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

