INTÉRIALE

BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION

Couverture Santé Obligatoire
Agents actifs affectés à l'étranger

Ministère de la Justice

MJU00001ETR

Réservé à la mutuelle

Référence

Votre conseiller

Nom **Prénom**

Email

Code conseiller **N° téléphone**

Agence

- Conserver une copie de ce document -

☐ **Je suis déjà adhérent de la mutuelle Intériale**

Suite à la réception et à la prise de connaissance des différentes fiches IPID associées, veuillez compléter votre bulletin d'adhésion en fonction des garanties choisies.

VOS COORDONNÉES

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** ☐ **Régime Local de Mayotte**

N° / nature et nom de la voie _____

_____

Code postal _____ **Ville** _____

N° téléphone _____ **Email** _____

Vous êtes ☐ Actif ☐ Disponibilité ☐ Autre

Fonction _____

Corps _____ **Matricule** _____ **Ville** _____ **Département** _____

Pays _____

Catégorie ☐ A ☐ B ☐ C

Vous êtes ☐ Titulaire ☐ Stagiaire ☐ Contractuel

Indice Nouveau Majoré (en point d'indice) _____ **Temps de travail** ___ **%**

Date d'entrée Administration __ / __ / ____

VOTRE CONJOINT(E) / CONCUBIN(E) / PACSÉ(E) À compléter si vous souhaitez son affiliation

☐ **Mme** ☐ **M.** **Nom** _____ **Prénom** _____

Nom de naissance _____ **Date de naissance** __ / __ / ____

N° de Sécurité sociale / clé _____ / __ ☐ **Régime Alsace - Moselle** ☐ **Régime Local de Mayotte**

VOTRE (VOS) ENFANT(S) / AUTRE(S) AYANT(S) DROIT À compléter si vous souhaitez son affiliation

Nom et prénom	Date de naissance	Sexe	N° Sécurité sociale / clé	Régime Alsace - Moselle	Régime Local de Mayotte
	__ / __ / ____	☐ F ☐ M	_____ / __	☐	☐
	__ / __ / ____	☐ F ☐ M	_____ / __	☐	☐
	__ / __ / ____	☐ F ☐ M	_____ / __	☐	☐
	__ / __ / ____	☐ F ☐ M	_____ / __	☐	☐
	__ / __ / ____	☐ F ☐ M	_____ / __	☐	☐

NB : si vous avez d'autres enfants et/ou autre(s) ayant(s) droit, indiquez les informations nécessaires sur papier libre.

CHOIX DES GARANTIES

Je choisis ma formule[1] (dont bénéficient automatiquement mes ayants droit inscrits sur mon bulletin d'adhésion)

☑ **Panier de soins spécifiques agents affectés à l'étranger**

Les garanties et services inclus dans la cotisation de la Garantie Frais de santé :

☑ Assistance Internationale[2]

☑ Réseau de Soins[3] *

☑ Proxim'ite*

☑ Téléconsultation et prise de rendez-vous médicaux[4]

☑ Impulsion Santé*

☑ 2ième avis médical[5]*

**service ne fonctionnant que pour les soins réalisés en France*

LES CONDITIONS DE VOTRE ADHÉSION

Sous réserve de l'enregistrement de l'adhésion par la Mutuelle, mon adhésion prend effet :

☑ À la date d'effet du contrat collectif le 01/10/2025 (sans rétroactivité possible) ;

Le paiement de ma cotisation globale se fera par prélèvement mensuel automatique sur compte courant. À cet effet, je complète le mandat de prélèvement SEPA.

Bénéficiez-vous à titre personnel d'une garantie santé auprès d'un autre organisme assureur ? ☐ **Oui** ☐ **Non**

Votre conjoint bénéficie-t-il à titre personnel d'une garantie santé auprès d'un autre organisme assureur ? ☐ **Oui** ☐ **Non**

Vos autres ayants droit bénéficient-t-ils d'une garantie santé auprès d'un autre organisme assureur ? ☐ **Oui** ☐ **Non**

Si oui, souhaitez-vous bénéficier de la télétransmission pour vos autres ayants droit entre votre organisme de Sécurité sociale et INTÉRIALE ? ☐ **Oui** ☐ **Non**

Durée des garanties : L'adhésion aux garanties est valable jusqu'au 30 Septembre de l'année d'adhésion. L'adhésion se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1er Octobre de chaque année, pour une durée d'un an..

Restons en contact ☐ Je souhaite recevoir des communications et informations relatives aux services (actualités, infos pratiques, services innovants...) de la part d'INTÉRIALE.

Je demande mon adhésion aux garanties cochées ci-dessus et je déclare exact l'ensemble des renseignements communiqués. 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 Intérieur, de la notice d'information, dont je déclare avoir accepté les termes, de la Fiche Conseil et de la (ou des) fiche(s) IPID associée(s).

Fait à _____ **, le** ☐☐ / ☐☐ / 2 0 2 ☐ **Signature du membre participant**
(précédée de la mention « Lu et approuvé »)

INTÉRIALE et AXA, en tant que responsables conjoints de traitement, collectent et traitent les informations personnelles figurant sur ce bulletin d'adhésion pour la passation, la gestion (y compris commerciale), l'exécution du contrat et le respect des obligations légales. Elles sont également utilisées, sur la base de l'intérêt légitime, pour la gestion des contentieux, la lutte contre la fraude et le blanchiment, l'amélioration des produits et services, la personnalisation du parcours adhérent et la prospection commerciale. Les données de santé, traitées dans le respect du secret professionnel, servent uniquement à la gestion du contrat. Nous sommes également tenus de veiller à l'exactitude, à la complétude et à la mise à jour des informations et pourrons à ce titre solliciter le membre participant et ses ayants droit afin de vérifier ou compléter les données les concernant. Celles-ci sont conservées pendant la durée strictement nécessaire à la réalisation des finalités précitées, puis archivées conformément aux obligations légales. Elles peuvent être communiquées, dans la stricte mesure nécessaire, à des sous-traitants et partenaires habilités. Les personnes concernées disposent des droits d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, d'opposition, de portabilité, de retrait du consentement et de définition de directives post-mortem, en contactant notre délégué à la protection des données (dpo@interiale.fr ou INTÉRIALE – DPO – 32 rue Blanche, 75009 PARIS). En cas de réclamation, la CNIL peut être saisie (www.cnil.fr).

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez SIGMAGE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de SIGMAGE. 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 ; sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Référence Unique du Mandat (RUM) - Zone réservée aux services de gestion

_____ ✔ Prélèvement Récurrent

Veuillez compléter, en MAJUSCULES, les champs obligatoires marqués*

Références de l'Agent

Nom - Prénom* : .....

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Titulaire du compte à débiter	Créancier
Nom - Prénom* : ..... Adresse* : .... Code Postal* : ..... Ville* : ..... Pays* :	Nom : SIGMAGE ICS : FR32ZZZ86FD42 Identifiant Créancier SEPA SIGMAGE COTISATION INTÉRIALE FONCTION PUBLIQUE IMMEUBLE CHAMP CHARDON 14 AV DES DROITS DE L'HOMME 45000 ORLÉANS

Les coordonnées de votre compte

IBAN* (Numéro d'identification international du compte bancaire)

A* : ..... Le* : ...../...../.....

BIC* (Code International d'identification de votre banque)

Mandat à retourner, accompagné d'un RIB, à l'adresse suivante :	Signature*
INTERIALE - Centre de gestion CS 50005 59040 Lille Cedex	Date et signature obligatoires

43-0000000052-SPP4302852-0717-1/2 V1091013

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Les informations contenues dans le présent mandat sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client et sont conservées le temps de la durée contractuelle augmentée des délais légaux de prescription.

Ces données sont à l'usage exclusif du porteur de risques, du gestionnaire et/ou de l'intermédiaire en assurances du contrat. Conformément à la réglementation applicable en matière de protection des données personnelles, vous disposez sur vos données des droits suivants : d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition, de limitation et à la portabilité que vous pouvez exercer par mail à dpo@interiale.fr ou par courrier - Mutuelle INTÉRIALE - DPO - 32 RUE BLANCHE - 75009 PARIS. En cas de désaccord persistant, vous avez la possibilité d'introduire une réclamation auprès de la CNIL : https://www.cnil.fr/fr/plaintes.

PIÈCES À JOINDRE POUR ADHÉRER

- ☐ Le bulletin d'adhésion dûment complété, daté et signé.
- ☐ Le mandat de prélèvement SEPA pour le paiement de vos cotisations.
- ☐ La copie de la (les) attestation(s) Vitale en cours de validité pour vous et chacun de vos ayants droit inscrits, si elle(s) est(sont) différente(s).
- ☐ Le relevé d'identité bancaire pour le compte de remboursement.

→ Vous retournez votre bulletin d'adhésion dûment complété, daté et signé, accompagné des pièces justificatives demandées à l'adresse suivante :

INTÉRIALE
Centre de gestion Ministère de la Justice
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.

Informations sur les ratios relatifs aux prestations et aux frais de gestion des garanties frais de santé : Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties. Au titre de l'exercice 2024, ce ratio était égal à 75,5 % au sein d'INTÉRIALE. Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion. Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles. Au titre de l'exercice 2024, ce ratio était égal à 18,5 % au sein d'INTÉRIALE.

La confiance, notre force

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

MEMBRE DE LA MUTUALITÉ FRANÇAISE

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

(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 et son délégataire de gestion, AXA France Vie, société anonyme au capital de 487.725.073,50 euros, dont le siège est situé 313 Terrasses de l'Arches - 92727 NANTERRE et immatriculée au registre du commerce et des sociétés de NANTERRE sous le numéro 310 499 959.
(2) IMA ASSURANCES – Société Anonyme régie par le Code des Assurances au capital de 7 000 000 euros entièrement libéré, siège social : 118 avenue de PARIS - CS 40 000 – 79033 NIORT Cedex 9, n° 481.511.632.
(3) ITELIS est une marque d'ISEA, Société Anonyme à Directoire et Conseil de Surveillance au capital de 5 452 135,92 €, dont le siège est situé Immeuble « Le Diapason » - 218 avenue Jean Jaurès - 75916 PARIS cedex 19, immatriculée au registre du commerce et des sociétés de PARIS sous le numéro 440 358 471.
(4) Le service de Téléconsultation médicale est opéré par **MAIIA**, proposé et géré par **IMA ASSURANCES**.
(5) « 2ème avis médical », fourni par la société CARIANS, société par actions simplifiée au capital de 109.230 euros, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de PARIS sous le numéro 803 657 717, ayant son siège social au 1 Boulevard Pasteur, 75015 PARIS.

2506 - BIA - MINJU santé Étrangers