



BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION

*Contrat collectif
à adhésion facultative*

Santé et Services

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

Date de naissance / /

Nationalité

N° de Sécurité sociale

Organisme de rattachement à la Sécurité sociale

Je souhaite la mise en place de la télétransmission

N° / nature et nom de la voie

Ville Code postal

N° Téléphone Email

Nom de la collectivité

Titulaire Contractuel Retraité

Je souhaite l'adhésion de mon conjoint

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

Mme M. Nom Prénom

Date de naissance / /

N° de Sécurité sociale / clé /

Organisme de rattachement Activation de la télétransmission

Statut du conjoint Actif Retraité

Je souhaite l'adhésion de mon (mes) enfant(s) ou autres ayants droit

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	Organisme de rattachement	Activation de la télétransmission
<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

Je souscris ma formule (dont bénéficient automatiquement mes ayants droits inscrits sur mon bulletin d'adhésion)

Niveau 1 OU Niveau 2 OU Niveau 3

Assistance à domicile (garantie assurée par IMA Assurances)

Ma cotisation Assistance est incluse dans ma cotisation Santé.

Action sociale (assurée par Intériale)

Ma cotisation Action Sociale est incluse dans ma cotisation Santé.

La télétransmission ne peut être mise en place qu'avec un seul organisme complémentaire. Si je souhaite que mes décomptes Sécurité sociale soient transmis automatiquement à Intériale, il suffit de demander à mon organisme actuel l'arrêt de la télétransmission de mes décomptes et/ou ceux de mes ayants droit. Intériale peut m'assister dans cette démarche.

POUR ADHÉRER EN VERSION PAPIER, MERCI DE JOINDRE LES PIÈCES SUIVANTES :

- Une copie recto/verso de la pièce d'identité (pour tous les bénéficiaires inscrits)
- Un RIB
- Une copie de l'attestation Vitale et celles des bénéficiaires inscrits sous leur propre numéro auprès de la Sécurité sociale
- Une attestation d'appartenance sur l'honneur
- Un mandat de résiliation (si vous souhaitez qu'INTÉRIALE effectue les démarches de résiliation de votre contrat auprès de votre mutuelle actuelle)

LES CONDITIONS DE MON ADHÉSION

Je déclare exact l'ensemble des renseignements communiqués et j'atteste avoir été informé(e) de l'ensemble de mes droits et obligations par la remise préalable à mon adhésion d'une part, d'un exemplaire des Statuts et du Règlement intérieur d'INTÉRIALE, de la notice d'information du contrat, de la notice d'information de la garantie assurée par IMA Assurances et d'autre part, du volet Devoir d'information et de conseil et de la (ou des) fiche(s) IPID associées.

- Je déclare avoir pris connaissance des documents remis et en accepter les termes.

Toute fausse déclaration entraînera l'application des sanctions prévues aux articles L. 221-14 ou L. 221-15 du Code de la Mutualité.

- J'adhère :

à la date indiquée librement ci-contre (sans rétroactivité possible) : / /

ou le lendemain de la date de radiation de votre ancien contrat, à la condition que la demande d'adhésion soit simultanée à la radiation de l'ancien contrat, soit le / / .

La demande de résiliation ou le certificat de radiation vous sera demandé

ou au lendemain de la date de résiliation de votre ancien contrat, à condition que la Mutuelle ait été préalablement mandatée pour procéder à sa résiliation (à l'aide du mandat de résiliation joint en annexe), soit le / / .

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

Fait à :

, le / / Signature de l'adhérent(e) (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 la fraude, (III) pour la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, (IV) afin de se conformer à une réglementation applicable, (V) 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, ou (VI) pour vous proposer de nouveaux produits ou nouvelles garanties. Les bases légales des traitements mentionnés sont les l'exécution du contrat, l'intérêt légitime (I, II, V et VI) et le respect des obligations légales (III, IV). 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 : dpo@interiale.fr ou par courrier (INTÉRIALE - DPO - 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>.

FACULTÉ DE RENONCIATION À L'ADHÉSION (applicable aussi au démarchage ou à la vente à distance)

À compter de la prise d'effet de l'adhésion à la Mutuelle, je dispose d'un délai de 30 jours calendaires pour renoncer à mon adhésion par lettre recommandée avec accusé de réception, à envoyer à l'adresse suivante :



Centre de Gestion INTÉRIALE
CS 50005
59040 LILLE CEDEX

Exemple de lettre de renonciation

« Je soussigné..... (nom, prénom)
demeurant..... (adresse)
déclare renoncer à mon adhésion (numéro d'adhérent) à la mutuelle INTÉRIALE.
Date _____ Signature

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 2021, ce ratio était égal à 71,4 % au sein d'Intériale Mutuelle. 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 2021, ce ratio était égal à 22,9 % au sein d'Intériale Mutuelle.

Loi sur la résiliation infra annuelle : À compter du 1^{er} décembre 2020, vous avez la possibilité de résilier votre contrat à l'expiration d'un délai d'un an à compter de votre souscription audit contrat sans frais ni pénalité. La résiliation prendra effet dans un délai de 30 jours après envoi de la notification à la mutuelle par courrier ou tout autre support durable.

VOS POINTS DE CONTACTS



Centre de Gestion INTÉRIALE
CS 50005
59040 LILLE CEDEX



proxifil 0 970 828 670
APPEL NON SURTAXÉ

La confiance, *notre force*

INTÉRIALE

Intériale — Siège social : 32, rue Blanche, 75009 Paris — www.interiate.fr
Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, N° SIREN : 775 685 365


MUTUALITÉ
MEMBRE DE LA **FRANÇAISE**


afaq
ISO 9001
Qualité
ANNOU CERTIFICATION

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

Sofaxis - groupe Relyens société de courtage d'assurances - siège social : route de Creton - 18110 VASSELAY, immatriculée au RCS de Bourges sous le numéro 335 171 096 et enregistrée à l'ORIAS sous le numéro 07000814. SOFAXIS est le distributeur dudit contrat frais de santé.

Centre De Gestion de la Fonction Publique Territoriale du Morbihan - 6 bis Rue Olivier de Clisson - 56000 Vannes

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.