



Réf WTW :

Date d'effet (JJMMAAAA)

Le présent document est à remettre dûment complété et signé à la Direction des Ressources Humaines

**Etablissement :** \_\_\_\_\_

- Vous êtes :**
- CNRACL
  - IRCANTEC
  - CONTRACTUEL DE DROIT PRIVE
  - POMPIER
  - CONTRACTUEL DE DROIT PRIVE

**ADHERENT**

M  MME

NOM

PRENOM

NOM DE NAISSANCE

Date de naissance (JJ/MM/AAAA)

N° Sécurité sociale

Date d'embauche (JJ/MM/AAAA)

Date d'entrée dans l'administration (JJ/MM/AAAA)

Adresse

Code Postal  Commune  Pays

Téléphone  E-mail  @

**Je certifie vouloir adhérer au contrat prévoyance souscrit par mon employeur prévoyant au minimum la garantie de base « Incapacité Temporaire de Travail ».**

Etes-vous actuellement en arrêt de travail ou en temps partiel thérapeutique \*  Oui  Non

Etes-vous adhérent à une offre individuelle Intériale  Non  Oui – Indiquez le numéro.....

Etiez-vous précédemment assuré(é) chez un autre assureur (Mutuelle, Institution de Prévoyance, Assureur) pour le(s) risque(s) :

Incapacité de travail  Invalidité  Décès

Votre contrat était-il :  Individuel  Collectif

\* Dans l’affirmative, je contacte mon employeur afin de connaître les conditions d’adhésion au contrat.

**GARANTIES SUPPLEMENTAIRES - A compléter obligatoirement lors d’une adhésion**

- Je ne souhaite pas souscrire de garanties supplémentaires à celles souscrites par mon employeur (offre de base : Incapacité Temporaire de Travail)
- Garantie « Invalidité »
- Garanties « Invalidité » + « Perte de retraite »
- Garantie « Décès/Perte Total et Irréversible d’Autonomie » - Je prends connaissance des modalités pour la désignation de bénéficiaire(s) page suivante

Nom de l'assuré : \_\_\_\_\_

**ASSIETTE DE COTISATIONS**

Je choisis mon assiette de cotisations :

- Traitement Indiciaire Brut + Nouvelle Bonification Indiciaire
- Traitement Indiciaire Brut + Nouvelle Bonification Indiciaire + Régime Indemnitaire (primes)

**CLAUSE DE DESIGNATION DE BENEFICIAIRE(S) EN CAS DE DECES**

**Sauf désignation particulière**, le capital prévu est versé, conformément aux dispositions figurant aux conditions particulières du contrat et reprises dans la notice d'information.

**ATTENTION**, cette stipulation reste valable (quelles que soient les modifications dans la situation de famille) et ce jusqu'à révocation écrite de votre part.

**PIECES A JOINDRE**

Avant de transmettre le bulletin d'affiliation à votre service Ressources Humaines, dûment rempli et signé, MERCI DE JOINDRE :

- Photocopie de votre carte d'identité ou passeport
- Un RIB/IBAN à votre nom.
- Copie du bulletin de salaire du mois de décembre, à défaut le dernier bulletin de salaire (document obligatoire pour l'enregistrement de votre adhésion)
- Désignation de bénéficiaire(s) sur papier libre, uniquement si vous ne souhaitez pas l'application de la clause contractuelle

**FACULTE DE RENONCIATION A L'ADHESION**

A compter de la prise d'effet de l'adhésion à la Mutuelle, je dispose d'un délai de 30 jour calendaire pour renoncer à mon adhésion par lettre recommandée avec accusé de réception, à envoyer à Willis Towers Watson France (ex Gras Savoye) / Intérieure – TSA 91005 – 69303 LYON CEDEX 07

Exemple de lettre de renonciation :

« Je, soussigné (nom, prénom), demeurant (adresse) déclare renoncer à mon adhésion (numéro d'adhésion) au contrat collectif à adhésion facultative conclu auprès de la Mutuelle Intérieure. Faite à \_\_\_ le \_\_\_ »

**INFORMATIONS LEGALES**

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 dans le cadre de contentieux, pour la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, afin de se conformer à une réglementation applicable, ou 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 pour vous proposer de nouveaux produits ou nouvelles garanties. La base légale des traitements mentionnés est l'exécution du contrat. Les données relatives à vos santés éventuellement recueillies seront exclusivement utilisées pour la passation, la gestion et l'exécution du 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, mise 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 (INTERIALE-DIRECTION JURIDIQUE-32 RUE BLANCHE-75009 PARIS). En cas de réclamation, vous pouvez choisir de saisir la CNIL.

Pour plus d'informations, consultez <http://www.interiale.fr/donnees-personnelles>

*En fournissant vos données personnelles et, notamment des données à caractère médical, vous autorisez expressément leur utilisation pour les besoins de la prise en compte de votre adhésion et de la gestion de votre contrat. Par ailleurs, si vous fournissez des renseignements au sujet d'une autre personne, vous vous engagez à l'informer de l'utilisation de ses données personnelles et à obtenir son consentement pour une telle utilisation en son nom.*

**Tous les champs de ce formulaire correspondant à votre situation sont obligatoires et doivent être complétés.**

Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_

Signature de l'adhérent(e) précédée de la mention manuscrite " **je donne mon accord pour le précompte de la cotisation sur mon salaire** "

Cachet de l'établissement

Ce document est à retourner dûment complété, signé par l'adhérent et cacheté par l'employeur à : WILLIS TOWERS WATSON France (EX GRAS SAVOYE) – Intérieure – TSA 91005 – 69303 LYON CEDEX 07

Ou à l'adresse mail [fr.santeprev.gsbs@wtwco.com](mailto:fr.santeprev.gsbs@wtwco.com)