

## INFORMATIONS ADHÉRENT(E)

 N° adhérent        

### Je soussigné(e) :

Mme  M.  Nom  Prénom   
 Nom de naissance  Date de naissance  /  /   
 N° Sécurité sociale             
 N° / nature et nom de la voie   
  
 Code postal      Ville   
 Date d'adhésion  /  /     Email

### Situation familiale

Célibataire  Marié(e)  Divorcé(e) ou Séparé(e)  Pacsé(e)  Vie maritale ou concubinage  Veuf(ve)

### Situation professionnelle

En activité : Profession  Employeur   
 En invalidité  À la retraite

## COMPOSITION DU FOYER

Conjoint(e)  Concubin(e)  Pacsé(e)  
 Mutuelle d'entreprise  OUI  NON Nom   
 Date de naissance  /  /     Prénom   
 Profession ou situation   
 Nom et adresse du (ou des) employeur(s)

### Enfant(s) à charge :

Nom Prénom	Mutuelle	Situation	né(e) le
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

### Autres personnes à charge : (précisez le lien de parenté avec l'adhérent)

<b>Nombre total de personnes à charge</b>
<input type="text"/> <input type="text"/>

## OBJET DE LA DEMANDE

Fonds social	Prise en charge des cotisations	Aide et assistance à la personne	Aide et secours divers
<input type="checkbox"/> Secours exceptionnel <input type="checkbox"/> Secours solidarité santé <input type="checkbox"/> Secours mutualiste solidarité Handicap <input type="checkbox"/> Micro-prêt santé ou aide remboursable à but social	<input type="checkbox"/> Solidarité indiciaire <input type="checkbox"/> Cotisation Rente Survie <input type="checkbox"/> Cotisation pension de réversion	<input type="checkbox"/> Aide en faveur du logement	<input type="checkbox"/> Soutien enfants déscolarisés <input type="checkbox"/> Secours intervention <input type="checkbox"/> Secours dépendance

### MOTIF DE LA DEMANDE (à compléter par l'adhérent)

Si votre demande est relative à un micro-prêt ou une aide remboursable à but social, vous pouvez préciser le montant maximum de la mensualité que vous pouvez rembourser à la Mutuelle au titre de ce prêt.

## DÉMARCHES EFFECTUÉES AUPRÈS D'AUTRES ORGANISMES

> Avez-vous présenté une demande auprès d'un organisme ?  OUI  NON

Montant des aides obtenues ou susceptibles de l'être :

<input type="checkbox"/> Service social Caisse de Retraite	<input type="text"/>	€	<input type="checkbox"/> CAF	<input type="text"/>	€	
<input type="checkbox"/> Service social Employeur	<input type="text"/>	€	<input type="checkbox"/> Employeur conjoint	<input type="text"/>	€	
<input type="checkbox"/> CPAM (Commission Action Sanitaire et Sociale)	<input type="text"/>	€	<input type="checkbox"/> Autres organismes	<input type="text"/>	€	
<b>TOTAL GÉNÉRAL</b>					<input type="text"/>	€

## DÉMARCHES EFFECTUÉES AUPRÈS D'AUTRES ORGANISMES

> La date du début des soins :  /  /

> La nature des soins :

> Remboursements Sécurité sociale :

> TOTAL DES REMBOURSEMENTS SÉCURITÉ SOCIALE + MUTUELLE :

## MONTANT TOTAL DE LA DÉPENSE ENGAGÉE OU À ENGAGER PAR L'ADHÉRENT :

> MONTANT :

RESSOURCES MENSUELLES <u>à compléter obligatoirement</u>	Adhérent(e)	Conjoint(e) - Concubin(e)	Autre personne	Partie réservée à la Commission
Salaires nets imposables				
Indemnités journalières				
Pension rente invalidité				
Complément régime de prévoyance (IJ ou PI)				
Allocations diverses CAF <i>(Allocations familiales, allocations logement)</i>				
Pensions diverses <i>(Retraite, réversion, invalidité, ...)</i>				
Allocations ASSEDIC				
RSA				
Pensions alimentaires perçues				
AAH et AFH				
APA, majoration compensatrice tierce personne				
Bourse d'études enseignement supérieur				
Autres revenus <i>(Fonciers, mobiliers, ...)</i>				
<b>MONTANT TOTAL :</b>				

CHARGES MENSUELLES <u>à compléter obligatoirement</u>	Adhérent(e)	Conjoint(e) - Concubin(e)	Autre personne
Pensions alimentaires versées			
Montant du loyer			
Frais d'accession à la propriété			
Impôts sur le revenu payés			
Taxe d'habitation			
Taxe foncière			
Cotisation mutuelle			
Autres prêts			
<b>MONTANT TOTAL :</b>			

Fait à

Le :  /  / 2 0 2

Signature obligatoire :

## PIÈCES JUSTIFICATIVES

### À joindre obligatoirement à chaque dossier :

- Copie du ou des derniers bulletins de salaire ou de pension de l'adhérent et de toutes les personnes vivant habituellement sous son toit ;
- Copie de toutes pièces justificatives d'autres ressources éventuelles du foyer (CAF,...) ;
- Copie de la plus récente déclaration des revenus adressée aux services fiscaux ainsi que la copie du dernier avis d'imposition ou de non imposition ;
- Copie du jugement précisant le montant du versement d'une prestation compensatoire ou d'une pension alimentaire pour les enfants ;
- Tous justificatifs de dépenses engagées ou à engager (devis codifiés, factures acquittées, décomptes de remboursement, prise en charge).

### À joindre obligatoirement en fonction de la demande :

#### 1. SECOURS EXCEPTIONNEL :

- Acte de décès
- Facture des frais d'obsèques
- Déclaration de sinistre (Assurance, Mairie,...)

#### 2. SECOURS SOLIDARITÉ SANTÉ (frais de santé) :

- Tous justificatifs des dépenses engagées ou à engager (devis codifiés avec indication de la part Sécurité sociale, factures acquittées, décomptes de remboursement)
- Prothèses dentaires : devis du praticien + simulation de remboursement de la Mutuelle obligatoire

#### 3. SECOURS MUTUALISTE SOLIDARITÉ HANDICAP :

- Rapport de la Maison Départementale des Personnes Handicapées obligatoire
- Tous justificatifs des dépenses engagées ou à engager (devis, factures, décomptes de remboursement)
- Carte d'invalidité ou certificat médical
- Facture du forfait journalier pour les enfants handicapés hospitalisés dans des établissements spécialisés

#### 4. AIDE REMBOURSABLE À BUT SOCIAL :

Aide d'un montant de 150 € à 4 575 € remboursable entre 12 et 30 mensualités

##### 1) Micro-prêt santé : prêt bonifié de 600 € à 4 500 € sur 48 mois

- Prothèses dentaires : devis du praticien + simulation de remboursement de la Mutuelle obligatoire
- Frais de santé : tous justificatifs des dépenses engagées ou à engager
- Tous justificatifs des prêts en cours

##### 2) Micro-prêt social bonifié ou non bonifié pour des situations difficiles non liées à la santé (financement des projets de vie) :

- Tous justificatifs des dépenses engagées ou à engager
- Tous justificatifs des prêts en cours
- Attestation sur l'honneur (absence de surendettement)

#### 5. SOLIDARITÉ INDICIAIRE :

- Justificatif des charges du foyer
- Lettre ou rapport circonstancié motivant la demande

#### 6. COTISATION RENTE SURVIE :

- Appel des primes

#### 7. COTISATION PENSION DE RÉVERSION :

- Copie de la pension de réversion

#### 8. AIDE EN FAVEUR DU LOGEMENT (prêt dans le cadre d'une installation et caution locative)

Aide d'un montant de 600 € à 2 700 € remboursable entre 6 et 36 mensualités

- Copie de l'arrêt de recrutement ou contrat d'embauche
- Copie du contrat de location
- Tous justificatifs des dépenses liées à l'installation
- Tous justificatifs des prêts en cours
- Attestation sur l'honneur (absence de surendettement)

#### 9. SOUTIEN ENFANTS DÉSCOLARISÉS :

- Certificat médical mentionnant une affection de longue durée reconnue impliquant une déscolarisation
- La durée de déscolarisation devra être précisée sur le certificat médical
- Une attestation de l'organisme mentionnant le tarif horaire des cours et la période d'intervention

#### 10. SECOURS INTERVENTION :

- Attestation sur l'honneur certifiant que la blessure a été causée au cours du service et au cours d'une émeute ou du maintien de l'ordre ou au cours de la mission de sapeur-pompier ou au cours de l'exercice de la mission d'agent de sécurité
- Tous justificatifs justifiant de la survenance de la blessure au cours de l'émeute ou du maintien de l'ordre ou au cours de la mission de sapeur-pompier ou au cours de la mission d'agent de sécurité
- Attestation d'hospitalisation

#### 11. SECOURS DÉPENDANCE :

- Copie de décision APA de classement dans les Groupes Iso Ressources (GIR) allant de 1 à 3
- Tous justificatifs des dépenses engagées ou à engager

> Nous vous rappelons que certaines attributions d'aides sont basées sur les barèmes de l'Action Sociale et qu'il ne peut s'agir que d'une participation aux frais laissés à votre charge.

## CADRE RÉSERVÉ ÉVENTUELLEMENT POUR AVIS AU PRÉSIDENT DU COMITÉ DÉPARTEMENTAL

**Nous vous demandons de bien vouloir retourner cet imprimé, accompagné de l'ensemble des pièces justificatives à :**

**Centre de gestion INTERIALE  
CS 50005 – 59040 Lille Cedex**

**Tout imprimé non complété à toutes les rubriques ne sera pas étudié par la Commission et ne fera pas l'objet d'un retour pour finalisation.**



Les informations recueillies par Intérieure 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. Intérieure 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. Intérieure 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 au Délégué à la protection des données personnelles nommé par la Mutuelle, soit par courrier au siège de la mutuelle (32, rue Blanche – 75002 Paris), soit par courriel à l'adresse [directionjuridique@interiale.fr](mailto:directionjuridique@interiale.fr), accompagné d'un justificatif d'identité. En cas de réclamation, vous pouvez choisir de saisir la CNIL. Les informations recueillies par Intérieure 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. Intérieure 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 leurs 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. 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](mailto:directionjuridique@interiale.fr)) ou par courrier (INTERIALE – DPO – 32 RUE BLANCHE – 75009 PARIS).