



Devoir d'information et de conseil

Nous vous invitons, avant d'adhérer à l'offre PN Mutuelle, à lire attentivement le Règlement Mutualiste spécifique et la notice d'information et notamment **les articles relatifs à la prise d'effet de l'adhésion, à la radiation, aux fausses déclarations, à la prescription, aux limites des prestations, aux exclusions, au délai de stage et à la franchise.**

Votre conseiller est là pour répondre à vos questions, vous informer et vous conseiller avant votre adhésion dans la détermination de vos besoins et le choix des garanties adaptées à votre situation personnelle, qu'elles soient obligatoires ou facultatives.

Coordonnées et situation professionnelle

Mme M. Nom : Prénom :

Nom de naissance : Date de naissance :

N° Sécurité sociale : clé Régime Alsace-Moselle

Nature et nom de la voie :
N° Bis-Ter

Complément d'adresse :
Code postal

Ville : Téléphone : Email :

Vous êtes : Actif Retraité

Police nationale avec ISSP Préfecture Police municipale Disponibilité Autre :

Employeur : Date d'entrée dans l'administration :

Ville : Département : Matricule :

Grade : Echelon : Indice majoré : NBI : Temps partiel : %

Catégorie : A B C Titulaire Non titulaire Stagiaire

Votre conjoint(e) / concubin(e) / pacsé(e) A compléter si vous souhaitez son (leur) affiliation pour les garanties santé, allocation obsèques et dépendance.

Mme M. Nom : Prénom :

Nom de naissance : Date de naissance :

N° Sécurité sociale : clé Régime Alsace-Moselle

Votre (vos) enfant(s) / autre(s) ayant(s) droit A compléter si vous souhaitez son (leur) affiliation pour les garanties santé, allocation obsèques et dépendance.

Nom et prénom	Date de naissance	Sexe		N° Sécurité sociale	Régime Alsace Moselle
		H	F		
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Choix des garanties

Garantie frais de santé (1)

Je choisis ma formule (dont bénéficient automatiquement mes ayants droit inscrits sur mon bulletin d'adhésion) : PN AZUR PN INDIGO PN HORIZON

Garanties et services liés (Ma cotisation Garanties et services liés est incluse dans la cotisation de ma Garantie frais de santé)

- PN Assistance (3) PN Protection juridique (4) PN Naissance (2) PN Réseau de soins (5)
- Pack PRO optionnel (1) Pack FAMILLE optionnel (1)
- Pack RENFORT optionnel (1) Je protège mon conjoint Je protège mon / mes enfant(s)

Précisez les noms et prénoms :

Je déclare remplir les conditions de l'article «Maintien des seules garanties prévoyance - adhésion aux seules garanties prévoyance» du Règlement Mutualiste et je demande la suspension de ma garantie frais de santé pour moi et mes ayants droit.

Garanties prévoyance obligatoires

- Je suis assuré(e) par la **Garantie PN Traitement en cas d'incapacité temporaire totale de travail** (Maintien du traitement indiciaire + NBI + primes soumises à pension civile ou CNRACL) (1)
- Moi et mes ayants droit d'au moins 12 ans sommes assurés par la **Garantie PN Obsèques de 1000€** en cas de décès (2)
- Je suis assuré(e) en cas de décès accidentel par la **Garantie PN Décès accidentel de 1000€** dont le capital est versé sans limite d'âge (2)
- Je suis assuré(e) en cas de décès ou de PTIA suite à une maladie ou un accident par la **Garantie PN Décès (2)**

	CAPITAL DE BASE 1000€	CAPITAL COMPLÉMENTAIRE 7400€
Age à l'adhésion	Capital garanti après adhésion jusqu'à 65 ans en cas de PTIA ou sans limite d'âge en cas de décès - Délai de stage de 12 mois en cas de PTIA	Capital garanti après adhésion jusqu'à 65 ans en cas de PTIA et jusqu'à 70 ans en cas de décès
Jusqu'à 49 ans	<input type="checkbox"/> Adhésion obligatoire	<input type="checkbox"/> Adhésion obligatoire
Actifs de 50 ans et +	<input type="checkbox"/> Adhésion obligatoire	-
Retraités	<input type="checkbox"/> Adhésion et maintien facultatifs	-

EXCEPTION J'ai entre 50 et 69 ans, j'opte pour le capital complémentaire de 7400€ si j'étais couvert(e) précédemment par une garantie ayant le même objet et dans les mêmes conditions, avec des capitaux d'un montant égal à 2% près ou supérieur à ceux de la présente garantie (se reporter à la notice d'information PN Décès)

- Je suis assuré(e) en cas de décès par la **Garantie PN Renfort décès de 250€ si je suis agent actif de la Fonction Publique d'Etat (6)**
- Moi et mon conjoint, concubin, pacsé, ayant droit sommes assurés par la **Garantie PN Dépendance** qui garantit le versement d'une rente mensuelle de 240€ en cas de dépendance totale. Ma rente est doublée en cas d'accident de service.

Garantie PN Primes optionnelle (1)

Je choisis le montant mensuel des primes et indemnités à assurer dans la limite du montant réel de la perte nette

- 1 part : jusqu'à 50€/mois 4 parts : jusqu'à 200€/mois 7 parts : jusqu'à 350€/mois 10 parts : jusqu'à 500€/mois 13 parts : jusqu'à 650€/mois
- 2 parts : jusqu'à 100€/mois 5 parts : jusqu'à 250€/mois 8 parts : jusqu'à 400€/mois 11 parts : jusqu'à 550€/mois 14 parts : jusqu'à 700€/mois
- 3 parts : jusqu'à 150€/mois 6 parts : jusqu'à 300€/mois 9 parts : jusqu'à 450€/mois 12 parts : jusqu'à 600€/mois Au delà, nombre de parts souhaitées :
(jusqu'à 80 parts maximum soit 4000€/mois)

Garantie optionnelle (1)

JOUR DE CARENCE : vous pouvez bénéficier de la garantie optionnelle Jour de carence dont le niveau de couverture dépend de votre niveau de couverture sur votre garantie «PN Traitement - Garantie maintien de salaire en cas d'incapacité temporaire totale de travail» à la condition que vous soyez en situation effective d'activité, et que vous répondiez aux conditions du Règlement Mutualiste «Garantie Jour de carence PN»

Les conditions de mon adhésion

Je demande mon adhésion à la Mutuelle et 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'un exemplaire des statuts, du Règlement Intérieur, du Règlement Mutualiste et de ses annexes et le cas échéant du Règlement Mutualiste Jour de Carence PN dont je déclare avoir accepté les termes et la fiche de Recommandation personnalisée et de la (ou des) fiches IPID associée(s).

► Je demande mon adhésion et éventuellement l'affiliation de mes ayants droit.

► Pour bénéficier de la **Garantie PN Traitement**, je dois être en activité de service, ne pas être en arrêt de travail pour raisons médicales et ne pas être en temps partiel thérapeutique ou en poste aménagé à temps partiel au jour de la prise d'effet de mon adhésion.

► Pour bénéficier de la **Garantie PN Dépendance**, moi et mon conjoint ayant droit devons être âgé(e) de moins de 75 ans et ne pas être reconnu(e) en état de dépendance au jour de la prise d'effet de l'adhésion/l'affiliation.

► Pour bénéficier de la **Garantie PN Primes**, je dois être en activité de service, ne pas être en arrêt de travail pour raisons médicales, ne pas être en disponibilité d'office ni suspendu de mes fonctions, ne pas être en cours de scolarité, ne pas être en congé parental, ne pas exercer mes fonctions dans le cadre d'un temps partiel thérapeutique ou d'un poste aménagé à temps partiel au jour de la prise d'effet de mon adhésion.

► Je reconnais avoir obtenu l'accord de mon conjoint ayant droit pour être assuré au titre des **Garanties PN Obsèques et PN Dépendance**

► Le paiement de ma cotisation globale se fera par mandat de prélèvement SEPA.

► Sous réserve de l'acceptation de ma demande d'adhésion par la Mutuelle, mon adhésion prend effet :

Pour la Garantie PN Frais de santé, les Garanties et services liés, et éventuellement les packs optionnels :

A/ soit le 1^{er} jour du mois que j'ai choisi 0.1 (sans rétroactivité possible),

B/ soit le 1^{er} jour du mois suivant la réception de la demande d'adhésion par la Mutuelle,

C/ soit le jour de réception de la demande d'adhésion par la Mutuelle

D/ soit le lendemain de la date de radiation de l'ancien organisme complémentaire du membre participant, à condition que la demande d'adhésion intervienne dans le délai de 3 mois suivant la date de radiation de l'ancien organisme, sous réserve de la fourniture du certificat de radiation, et si le membre participant était précédemment couvert par une garantie couvrant les frais de santé au moins équivalente.

Dans ce dernier cas, la **Protection juridique santé et pénale professionnelle prend effet au plus tôt le jour de réception de la demande d'adhésion** par la Mutuelle. Cette garantie ne peut prendre effet rétroactivement.

Bénéficiez-vous à titre personnel d'une autre mutuelle ? Oui Non

Si oui, souhaitez-vous bénéficier de la télétransmission entre votre organisme de Sécurité sociale et Intériale ? Oui Non

Votre conjoint bénéficie-t-il à titre personnel d'une autre mutuelle ? Oui Non

Si oui, souhaite-t-il bénéficier de la télétransmission entre son organisme de Sécurité sociale et Intériale ? Oui Non

Vos autres ayants droit bénéficient-ils d'une autre mutuelle ? 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

Mes garanties prévoyance prennent effet :

A/ soit le 1^{er} jour du mois que j'ai choisi 0.1 (sans rétroactivité possible), dans ce cas, la prise d'effet des garanties doit être concomitante à la prise d'effet de la garantie frais de santé (date choisie au A/)

B/ soit le 1^{er} jour du mois suivant la réception de la demande d'adhésion par la Mutuelle,

Etiez-vous précédemment assuré(e) 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

Restons en contact : je souhaite recevoir des lettres d'informations de la part de la Mutuelle

Fait à le

Signature de l'adhérent

(précédée de la mention «Lu et approuvé»)

Référence unique du Mandat

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT
SEPA

NOM DU CRÉANCIER :
LAMIE

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la Mutuelle à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la Mutuelle.

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.

Veillez compléter les champs marqués*

NOM ET ADRESSE DU DÉBITEUR*

Mme M.

Nom* :

Prénom* :

Adresse* :

Code postal* Ville* : Pays :

LES COORDONNÉES DE VOTRE COMPTE*

Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)

.....

Code international d'identification de la banque - BIC (Bank Identifier Code)

NOM ET ADRESSE DU CRÉANCIER

Nom du CRÉANCIER
I.C.S (Identifiant Créancier SEPA)
Adresse du CRÉANCIER

LAMIE MUTUELLE
FR12ZZZ485376
18 rue Léon Jouhaux
75010 PARIS
FRANCE

Type de paiement

Paiement récurrent / répétitif

Signé à* :

Date* :

Signature*

Nom du tiers débiteur :

Si votre paiement concerne un accord passé entre la Mutuelle et un tiers (par exemple, vous payez la facture d'une autre personne), veuillez indiquer ici son nom.

Code identifiant du débiteur :

Indiquez ici tout code que vous souhaitez voir restitué par votre banque.

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

Pour adhérer

- 1 Je complète, date et signe le bulletin d'adhésion avec les informations personnelles me concernant, ainsi que celles de mes ayants droit si je souhaite les protéger avec moi.
- 2 Je coche la case correspondante à la formule santé et éventuellement la / les case(s) correspondante(s) au(x) pack(s) optionnel(s), au montant des primes et indemnités à garantir, et la garantie Jour de carence PN.
- 3 Je complète, date et signe mon « mandat de prélèvement SEPA » pour le paiement de mes cotisations
- 4 Je joins un Relevé d'Identité Bancaire (RIB) pour le versement de mes prestations.
- 5 Je joins une copie de ma carte nationale d'identité ou de mon passeport valide, ainsi que celle de mes ayants droit majeurs.
- 6 J'insère une copie de mon attestation Vitale en cours de validité, pour moi et chacun de mes ayants droit si elle(s) est / sont différente(s)
- 7 J'ajoute une copie de mon dernier bulletin de salaire ou dernier titre de pension
- 8 Je complète, date et signe la Fiche de Recommandation personnalisée

⊕ Le cas échéant :

- 9 Je fournis une attestation mentionnant la date d'entrée dans l'administration (si je ne suis pas encore en possession de mon bulletin de salaire).
- 10 J'ajoute le certificat de radiation de l'ancien organisme complémentaire d'assurance maladie. Si je le souhaite, la Mutuelle adresse à ce dernier, ma demande de résiliation sous réserve que le délai de résiliation puisse être respecté. Je complète alors la demande de résiliation que je peux me procurer auprès de la Mutuelle.
- 11 Pour les enfants ayants droit de plus de 20 ans atteints d'un handicap, je fournis une copie de l'attestation de versement de l'allocation adultes handicapés.

⊕ Si je souhaite adhérer aux seules Garanties prévoyance, dans les conditions de l'article « Maintien des seules garanties prévoyance - Adhésion aux seules garanties prévoyance » du Règlement Mutualiste, je fournis soit :

- un justificatif de ma position statutaire de détachement,
- un justificatif d'adhésion à la Caisse des Français de l'Étranger,
- un justificatif d'adhésion à la CMU-C,
- une attestation justifiant de mon affiliation à un contrat collectif « garantie frais de santé » conclu par mon employeur ou d'une « garantie frais de santé familiale » à adhésion obligatoire par le biais d'un contrat collectif souscrit par l'employeur de mon conjoint, et mon bulletin d'adhésion à la garantie hospitalisation en cas d'accident.

⊕ Désignation de bénéficiaires pour les Garanties Décès

À défaut d'avoir procédé à la rédaction d'une clause libre de désignation de bénéficiaire(s), la clause type prévue par le Règlement Mutualiste spécifique s'applique. Toute désignation ou substitution de bénéficiaire(s) n'ayant pas été portée à la connaissance de la Mutuelle ne pourra lui être opposable. Tant qu'une acceptation d'un bénéficiaire n'a pas eu lieu, vous pouvez révoquer le bénéficiaire désigné et procéder à son changement. En cas d'acceptation selon les modalités de l'article L223-11 du Code de la Mutualité, la situation devient irrévocable.

⊕ Je retourne mon bulletin d'adhésion dûment complété, daté et signé à l'adresse suivante :

Centre de gestion
CS 50 005
59 040 Lille Cedex

L'enregistrement de l'adhésion par la Mutuelle sera notifiée à l'adhérent par un courrier qui précisera les dates de prise d'effet des différentes garanties, ainsi que leur niveau, le montant des cotisations et leur échéance.

Délai de renonciation

À compter de la prise d'effet de l'adhésion au Règlement Mutualiste (prise d'effet des garanties santé et prévoyance), 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 - CS 50 005 - 59 040 Lille Cedex**



lamie-mutuelle.com

(1) **Lamie mutuelle** - Siège social : 18 rue Léon Jouhaux - 75010 PARIS. Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, numéro SIREN 784 647 323. (2) **Intériale** - Siège social : 32 rue Blanche - 75009 Paris - Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, numéro SIREN 775 685 365. (3) **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, RCS de Niort n° 481 511 632 (4) **JURIDICA** Société Anonyme régie par le Code des assurances, au capital de 14 627 854,68 €, siège social : 1 place Victorien Sardou - 78160 Marly Le Roi - France. RCS Versailles n° 572 079 150. (5) **SANTECLAIR** Société anonyme au capital de 3 834 029 € - Siège social : 7 mail Pablo Picasso - 44 046 Nantes Cedex 1 - RCS de Nantes n° 428 704 977. (6) **SMAID** La Société Mutualiste d'Aide Immédiate au Décès des policiers - Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, numéro SIREN 443 008 354. Siège social : Hôtel de Police - Place du Maréchal Leclerc - BP 53 - 91265 Juvisy-sur-Orge Cedex. Mutuelle substituée par la Mutuelle Intériale, numéro SIREN 775 685 365 - Siège social : 32 rue Blanche 75009 PARIS. Mutuelle substituée par la Mutuelle Intériale, numéro SIREN 775 685 365 - Siège social : 32 rue Blanche 75009 Paris.

La société ITE DISTRIB est mandataire d'assurance (MA) et distributeur des garanties de la Mutuelle Intériale et de LAMIE MUTUELLE.

ITE DISTRIB - Société par Actions Simplifiée au capital de 756 000 €. Siège social : 32 rue Blanche 75009 Paris. RCS Paris n° 793 620 345. Inscrite à l'ORIAS sous le n° 13008026. Le capital d'ITE DISTRIB est détenu à hauteur de 99,70 % par la Mutuelle Intériale. Service réclamation ITE DISTRIB : direction juridique 32 rue Blanche 75009 Paris. Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution : 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris cedex 09.

Coordonnées et situation professionnelle

Mme M. Nom : Prénom :

Nom de naissance : Date de naissance :

N° Sécurité sociale : clé Régime Alsace-Moselle

Nature et nom de la voie :
N° Bis-Ter

Complément d'adresse :
Code postal

Ville : Téléphone : Email :

Vous êtes : Actif Retraité

Police nationale avec ISSP Préfecture Police municipale Disponibilité Autre :

Employeur : Date d'entrée dans l'administration :

Ville : Département : Matricule :

Grade : Echelon : Indice majoré : NBI : Temps partiel : %

Catégorie : A B C Titulaire Non titulaire Stagiaire

Votre conjoint(e) / concubin(e) / pacsé(e) A compléter si vous souhaitez son (leur) affiliation pour les garanties santé, allocation obsèques et dépendance.

Mme M. Nom : Prénom :

Nom de naissance : Date de naissance :

N° Sécurité sociale : clé Régime Alsace-Moselle

Votre (vos) enfant(s) / autre(s) ayant(s) droit A compléter si vous souhaitez son (leur) affiliation pour les garanties santé, allocation obsèques et dépendance.

Nom et prénom	Date de naissance	Sexe		N° Sécurité sociale	Régime Alsace Moselle
		H	F		
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Choix des garanties

Garantie frais de santé (1)

Je choisis ma formule (dont bénéficient automatiquement mes ayants droit inscrits sur mon bulletin d'adhésion) : PN AZUR PN INDIGO PN HORIZON

Garanties et services liés (Ma cotisation Garanties et services liés est incluse dans la cotisation de ma Garantie frais de santé)

- PN Assistance (3) PN Protection juridique (4) PN Naissance (2) PN Réseau de soins (5)
- Pack PRO optionnel (1) Pack FAMILLE optionnel (1)
- Pack RENFORT optionnel (1) Je protège mon conjoint Je protège mon / mes enfant(s)

Précisez les noms et prénoms :

Je déclare remplir les conditions de l'article «Maintien des seules garanties prévoyance - adhésion aux seules garanties prévoyance» du Règlement Mutualiste et je demande la suspension de ma garantie frais de santé pour moi et mes ayants droit.

Garanties prévoyance obligatoires

- Je suis assuré(e) par la **Garantie PN Traitement en cas d'incapacité temporaire totale de travail** (Maintien du traitement indiciaire + NBI + primes soumises à pension civile ou CNRACL) (1)
- Moi et mes ayants droit d'au moins 12 ans sommes assurés par la **Garantie PN Obsèques de 1000€** en cas de décès (2)
- Je suis assuré(e) en cas de décès accidentel par la **Garantie PN Décès accidentel de 1000€** dont le capital est versé sans limite d'âge (2)
- Je suis assuré(e) en cas de décès ou de PTIA suite à une maladie ou un accident par la **Garantie PN Décès (2)**

	CAPITAL DE BASE 1000€	CAPITAL COMPLÉMENTAIRE 7400€
Age à l'adhésion	Capital garanti après adhésion jusqu'à 65 ans en cas de PTIA ou sans limite d'âge en cas de décès - Délai de stage de 12 mois en cas de PTIA	Capital garanti après adhésion jusqu'à 65 ans en cas de PTIA et jusqu'à 70 ans en cas de décès
Jusqu'à 49 ans	<input type="checkbox"/> Adhésion obligatoire	<input type="checkbox"/> Adhésion obligatoire
Actifs de 50 ans et +	<input type="checkbox"/> Adhésion obligatoire	-
Retraités	<input type="checkbox"/> Adhésion et maintien facultatifs	-

EXCEPTION J'ai entre 50 et 69 ans, j'opte pour le capital complémentaire de 7400€ si j'étais couvert(e) précédemment par une garantie ayant le même objet et dans les mêmes conditions, avec des capitaux d'un montant égal à 2% près ou supérieur à ceux de la présente garantie (se reporter à la notice d'information PN Décès)

- Je suis assuré(e) en cas de décès par la **Garantie PN Renfort décès de 250€ si je suis agent actif de la Fonction Publique d'Etat (6)**
- Moi et mon conjoint, concubin, pacsé, ayant droit sommes assurés par la **Garantie PN Dépendance** qui garantit le versement d'une rente mensuelle de 240€ en cas de dépendance totale. Ma rente est doublée en cas d'accident de service.

Garantie PN Primes optionnelle (1)

Je choisis le montant mensuel des primes et indemnités à assurer dans la limite du montant réel de la perte nette

- 1 part : jusqu'à 50€/mois 4 parts : jusqu'à 200€/mois 7 parts : jusqu'à 350€/mois 10 parts : jusqu'à 500€/mois 13 parts : jusqu'à 650€/mois
- 2 parts : jusqu'à 100€/mois 5 parts : jusqu'à 250€/mois 8 parts : jusqu'à 400€/mois 11 parts : jusqu'à 550€/mois 14 parts : jusqu'à 700€/mois
- 3 parts : jusqu'à 150€/mois 6 parts : jusqu'à 300€/mois 9 parts : jusqu'à 450€/mois 12 parts : jusqu'à 600€/mois Au delà, nombre de parts souhaitées :
(jusqu'à 80 parts maximum soit 4000€/mois)

Garantie optionnelle (1)

JOUR DE CARENCE : vous pouvez bénéficier de la garantie optionnelle Jour de carence dont le niveau de couverture dépend de votre niveau de couverture sur votre garantie «PN Traitement - Garantie maintien de salaire en cas d'incapacité temporaire totale de travail» à la condition que vous soyez en situation effective d'activité, et que vous répondiez aux conditions du Règlement Mutualiste «Garantie Jour de carence PN»

Les conditions de mon adhésion

Je demande mon adhésion à la Mutuelle et 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'un exemplaire des statuts, du Règlement Intérieur, du Règlement Mutualiste et de ses annexes et le cas échéant du Règlement Mutualiste Jour de Carence PN dont je déclare avoir accepté les termes et la fiche de Recommandation personnalisée et de la (ou des) fiches IPID associée(s).

► Je demande mon adhésion et éventuellement l'affiliation de mes ayants droit.

► Pour bénéficier de la **Garantie PN Traitement**, je dois être en activité de service, ne pas être en arrêt de travail pour raisons médicales et ne pas être en temps partiel thérapeutique ou en poste aménagé à temps partiel au jour de la prise d'effet de mon adhésion.

► Pour bénéficier de la **Garantie PN Dépendance**, moi et mon conjoint ayant droit devons être âgé(e) de moins de 75 ans et ne pas être reconnu(e) en état de dépendance au jour de la prise d'effet de l'adhésion/l'affiliation.

► Pour bénéficier de la **Garantie PN Primes**, je dois être en activité de service, ne pas être en arrêt de travail pour raisons médicales, ne pas être en disponibilité d'office ni suspendu de mes fonctions, ne pas être en cours de scolarité, ne pas être en congé parental, ne pas exercer mes fonctions dans le cadre d'un temps partiel thérapeutique ou d'un poste aménagé à temps partiel au jour de la prise d'effet de mon adhésion.

► Je reconnais avoir obtenu l'accord de mon conjoint ayant droit pour être assuré au titre des **Garanties PN Obsèques et PN Dépendance**

► Le paiement de ma cotisation globale se fera par mandat de prélèvement SEPA.

► Sous réserve de l'acceptation de ma demande d'adhésion par la Mutuelle, mon adhésion prend effet :

Pour la Garantie PN Frais de santé, les Garanties et services liés, et éventuellement les packs optionnels :

A/ soit le 1^{er} jour du mois que j'ai choisi 0.1 (sans rétroactivité possible),

B/ soit le 1^{er} jour du mois suivant la réception de la demande d'adhésion par la Mutuelle,

C/ soit le jour de réception de la demande d'adhésion par la Mutuelle

D/ soit le lendemain de la date de radiation de l'ancien organisme complémentaire du membre participant, à condition que la demande d'adhésion intervienne dans le délai de 3 mois suivant la date de radiation de l'ancien organisme, sous réserve de la fourniture du certificat de radiation, et si le membre participant était précédemment couvert par une garantie couvrant les frais de santé au moins équivalente.

Dans ce dernier cas, la **Protection juridique santé et pénale professionnelle prend effet au plus tôt le jour de réception de la demande d'adhésion** par la Mutuelle. Cette garantie ne peut prendre effet rétroactivement.

Bénéficiez-vous à titre personnel d'une autre mutuelle ? Oui Non

Si oui, souhaitez-vous bénéficier de la télétransmission entre votre organisme de Sécurité sociale et Intériale ? Oui Non

Votre conjoint bénéficie-t-il à titre personnel d'une autre mutuelle ? Oui Non

Si oui, souhaite-t-il bénéficier de la télétransmission entre son organisme de Sécurité sociale et Intériale ? Oui Non

Vos autres ayants droit bénéficient-ils d'une autre mutuelle ? 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

Mes garanties prévoyance prennent effet :

A/ soit le 1^{er} jour du mois que j'ai choisi 0.1 (sans rétroactivité possible), dans ce cas, la prise d'effet des garanties doit être concomitante à la prise d'effet de la garantie frais de santé (date choisie au A/)

B/ soit le 1^{er} jour du mois suivant la réception de la demande d'adhésion par la Mutuelle,

Etiez-vous précédemment assuré(e) 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

Restons en contact : je souhaite recevoir des lettres d'informations de la part de la Mutuelle

Fait à le

Signature de l'adhérent

(précédée de la mention «Lu et approuvé»)

Référence unique du Mandat

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT
SEPA

NOM DU CRÉANCIER :
LAMIE

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la Mutuelle à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la Mutuelle.

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.

Veillez compléter les champs marqués*

NOM ET ADRESSE DU DÉBITEUR*

Mme M.

Nom* :

Prénom* :

Adresse* :

Code postal* Ville* : Pays :

LES COORDONNÉES DE VOTRE COMPTE*

Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)

.....

Code international d'identification de la banque - BIC (Bank Identifier Code)

NOM ET ADRESSE DU CRÉANCIER

Nom du CRÉANCIER
I.C.S (Identifiant Créancier SEPA)
Adresse du CRÉANCIER

LAMIE MUTUELLE
FR12ZZZ485376
18 rue Léon Jouhaux
75010 PARIS
FRANCE

Type de paiement

Paiement récurrent / répétitif

Signé à* :

Date* :

Signature*

Nom du tiers débiteur :

Si votre paiement concerne un accord passé entre la Mutuelle et un tiers (par exemple, vous payez la facture d'une autre personne), veuillez indiquer ici son nom.

Code identifiant du débiteur :

Indiquez ici tout code que vous souhaitez voir restitué par votre banque.

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

Pour adhérer

- 1 Je complète, date et signe le bulletin d'adhésion avec les informations personnelles me concernant, ainsi que celles de mes ayants droit si je souhaite les protéger avec moi.
- 2 Je coche la case correspondante à la formule santé et éventuellement la / les case(s) correspondante(s) au(x) pack(s) optionnel(s), au montant des primes et indemnités à garantir, et la garantie Jour de carence PN.
- 3 Je complète, date et signe mon « mandat de prélèvement SEPA » pour le paiement de mes cotisations
- 4 Je joins un Relevé d'Identité Bancaire (RIB) pour le versement de mes prestations.
- 5 Je joins une copie de ma carte nationale d'identité ou de mon passeport valide, ainsi que celle de mes ayants droit majeurs.
- 6 J'insère une copie de mon attestation Vitale en cours de validité, pour moi et chacun de mes ayants droit si elle(s) est / sont différente(s)
- 7 J'ajoute une copie de mon dernier bulletin de salaire ou dernier titre de pension
- 8 Je complète, date et signe la Fiche de Recommandation personnalisée

⊕ Le cas échéant :

- 9 Je fournis une attestation mentionnant la date d'entrée dans l'administration (si je ne suis pas encore en possession de mon bulletin de salaire).
- 10 J'ajoute le certificat de radiation de l'ancien organisme complémentaire d'assurance maladie. Si je le souhaite, la Mutuelle adresse à ce dernier, ma demande de résiliation sous réserve que le délai de résiliation puisse être respecté. Je complète alors la demande de résiliation que je peux me procurer auprès de la Mutuelle.
- 11 Pour les enfants ayants droit de plus de 20 ans atteints d'un handicap, je fournis une copie de l'attestation de versement de l'allocation adultes handicapés.

⊕ Si je souhaite adhérer aux seules Garanties prévoyance, dans les conditions de l'article « Maintien des seules garanties prévoyance - Adhésion aux seules garanties prévoyance » du Règlement Mutualiste, je fournis soit :

- un justificatif de ma position statutaire de détachement,
- un justificatif d'adhésion à la Caisse des Français de l'Étranger,
- un justificatif d'adhésion à la CMU-C,
- une attestation justifiant de mon affiliation à un contrat collectif « garantie frais de santé » conclu par mon employeur ou d'une « garantie frais de santé familiale » à adhésion obligatoire par le biais d'un contrat collectif souscrit par l'employeur de mon conjoint, et mon bulletin d'adhésion à la garantie hospitalisation en cas d'accident.

⊕ Désignation de bénéficiaires pour les Garanties Décès

À défaut d'avoir procédé à la rédaction d'une clause libre de désignation de bénéficiaire(s), la clause type prévue par le Règlement Mutualiste spécifique s'applique. Toute désignation ou substitution de bénéficiaire(s) n'ayant pas été portée à la connaissance de la Mutuelle ne pourra lui être opposable. Tant qu'une acceptation d'un bénéficiaire n'a pas eu lieu, vous pouvez révoquer le bénéficiaire désigné et procéder à son changement. En cas d'acceptation selon les modalités de l'article L223-11 du Code de la Mutualité, la situation devient irrévocable.

⊕ Je retourne mon bulletin d'adhésion dûment complété, daté et signé à l'adresse suivante :

Centre de gestion
CS 50 005
59 040 Lille Cedex

L'enregistrement de l'adhésion par la Mutuelle sera notifiée à l'adhérent par un courrier qui précisera les dates de prise d'effet des différentes garanties, ainsi que leur niveau, le montant des cotisations et leur échéance.

Délai de renonciation

À compter de la prise d'effet de l'adhésion au Règlement Mutualiste (prise d'effet des garanties santé et prévoyance), 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 - CS 50 005 - 59 040 Lille Cedex**



lamie-mutuelle.com