

PIECES A FOURNIR POUR VALIDER L'ADHESION A LA MUTUELLE INTERIALE ENTREPRISES ET EXPATRIES

- Bulletin d'adhésion dûment rempli et signé ;
- Pour justifier de l'état civil de chacun des ayants droit, prière de joindre une **photocopie** :
 - du livret de famille ou ;
 - du passeport ou ;
 - de la carte nationale d'identité ou ;
 - de la carte d'ancien combattant ou de la carte d'invalidé de guerre ou de la carte d'invalidé civil ou ;
 - de l'extrait d'acte de naissance de chacun des ayants droit.
- Attestation de la qualité d'ayant droit jointe, s'il y a lieu, accompagnée de l'avis de non imposition de l'ayant droit ;
- Photocopie de l'attestation de droits à la sécurité sociale du membre participant et du conjoint, s'ils sont assurés sociaux ;
- Les trois derniers bulletins de salaire du demandeur et de son conjoint dans le cas où celui-ci exerce une activité professionnelle ;
- Certificat de scolarité pour chaque enfant de 16 ans ou plus, s'il y a lieu ;
- Arrêté ou contrat d'affectation à l'étranger, s'il y a lieu ;
- Mandat de prélèvement SEPA joint, accompagné d'un RIB ;
- Relevé d'identité bancaire ou postal du compte ouvert en France, dans les collectivités territoriales d'outre-mer ou dans les territoires d'outre-mer ou assimilés sur lequel vous souhaitez voir verser vos prestations ;
- En cas de règlement par chèque, un premier versement d'un montant correspondant au règlement du 1^{er} trimestre de cotisation.
- En cas de règlement par prélèvement, les services de la mutuelle se chargeront de la première opération.

CONDITIONS GENERALES D'ADHESION A LA MUTUELLE INTERIALE ENTREPRISES ET EXPATRIES

REGLE DE RECEVABILITE

La date de réception du dossier conditionne la date d'adhésion à l'exception des dossiers transmis avec un certificat de radiation d'une mutuelle appartenant à la FNMF ou à la MFP. Les dossiers parvenus après le 16 du mois en cours emportent adhésion à partir du 1^{er} du mois suivant. L'adhésion n'est effective que lorsque le demandeur a satisfait à la production de l'ensemble des renseignements et pièces à fournir. Le défaut d'une seule pièce ou d'une signature retarde d'autant le traitement du dossier.

CONFIDENTIALITE

La loi Informatique et Liberté s'applique aux informations figurant dans ce questionnaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification, pour les données vous concernant, auprès du Président de La Mutuelle Intériale Entreprises et Expatriés.

BULLETIN d'ADHESION

à la

Mutuelle Intériale Entreprises et Expatriés

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du code de la Mutualité immatriculée au Siren sous le n° 784 647 323

DEMANDE D'ADHESION
A LA MUTUELLE INTERIALE
ENTREPRISES ET EXPATRIES
A EFFET DU _____
EN CATEGORIE : _____



CADRE RESERVE
AU SERVICE

MEMBRE PARTICIPANT

ETAT CIVIL

M Mme Mlle Célibataire Marié(e) Vie maritale Divorcé(e) Veuf (ve)

NOM _____ Prénom _____

Nom de jeune fille _____ Nationalité _____

Né(e) le _____ à _____ département _____ Pays _____

N° d'immatriculation à la Sécurité Sociale _____

N° et adresse de votre dernier Centre de Sécurité Sociale _____

Êtes-vous adhérent d'une Mutuelle appartenant à la Fédération Nationale de la Mutualité Française ou à la Mutualité Fonction

Publique OUI NON Date de radiation _____

Nom et adresse de la Mutuelle _____

Votre adresse en métropole
ou dans l'Union européenne

N° APPARTEMENT ou de BOITE A LETTRE - ETAGE - COULOIR - ESCALIER ou SERVICE - IDENTITE du DESTINATAIRE

ENTREE - TOUR - IMMEUBLE - BATIMENT - RESIDENCE - ZONE INDUSTRIELLE...

N° et VOIE ou HAMEAU (Ex. : AVENUE DES FLEURS)

MENTION SPECIALE DE DISTRIBUTION et N° (Ex : BP - TSA - POSTE RESTANTE...) ou LIEU DIT

CODE POSTAL ou CEDEX - LOCALITE DE DESTINATION ou LIBELLE CEDEX - PAYS

Fax : _____ adresse mail : _____

Votre adresse hors métropole
ou hors Union européenne

N° et VOIE ou HAMEAU (Ex. : AVENUE DES FLEURS)

MENTION SPECIALE DE DISTRIBUTION et N° (Ex : BP - TSA - POSTE RESTANTE...) ou LIEU DIT

CODE POSTAL ou CEDEX - LOCALITE DE DESTINATION ou LIBELLE CEDEX - PAYS

Fax : _____ adresse mail : _____

SITUATION PROFESSIONNELLE

Emploi ou fonction _____

Traitement annuel brut _____

Traitement annuel net _____

Nom et adresse de l'employeur _____

Date d'entrée dans l'administration _____

JE DECLARE AVOIR PRIS CONNAISSANCE DES STATUTS, DU REGLEMENT INTERIEUR ET DU REGLEMENT MUTUALISTE.

A _____, le _____
(Date et signature du demandeur)

AYANTS DROIT

CONJOINT ou CONCUBIN(E)

M Mme Mlle NOM _____ Prénom _____
Nom de jeune fille _____ date et lieu de naissance _____
N° immatriculation à la Sécurité Sociale _____
Situation professionnelle actuelle _____ Nationalité _____
Nom et adresse de l'employeur _____

ENFANT(S) à CHARGE

Nom et Prénom _____ Né(e) le _____
Nom et Prénom _____ Né(e) le _____
Nom et Prénom _____ Né(e) le _____
Nom et Prénom _____ Né(e) le _____

AUTRES AYANTS DROIT à CHARGE

Nom et Prénom _____ Né(e) le _____ lien de parenté avec le demandeur _____
Nom et Prénom _____ Né(e) le _____ lien de parenté avec le demandeur _____
Nom et Prénom _____ Né(e) le _____ lien de parenté avec le demandeur _____

A _____, le _____
(Date et signature du demandeur)

ATTESTATION DE LA QUALITE D'AYANT DROIT (*)

au titre de l'article 1 bis du Règlement Mutualiste

à compléter pour toute personne à la charge du membre participant

Je soussigné(e) _____, déclare sur l'honneur,
que M _____ est à ma charge effective, totale et permanente et
réside sous mon toit depuis le _____.

Je m'engage à porter immédiatement à la connaissance de La Mutuelle Intériale Entreprises et Expatriés, tout changement survenant dans la situation exposée ci-dessus.

A _____, le _____
(signature)

(*) à remplir par le membre participant

CONTRAT DE PRÉVOYANCE MUTUALISTE « PREMIO » M005

obligatoire

ÂGE(E) DE MOINS DE 45 ANS

Je prends acte de ce que mon adhésion à La Mutuelle Intérieure Entreprises et Expatriés entraîne mon inscription au contrat de Prévoyance Mutualiste « PREMIO » M005 (prévue à l'article 25 du règlement mutualiste) pour un capital correspondant à 130 % de l'assiette annuelle servant de base au calcul de mes cotisations.

Je désigne comme bénéficiaire(s) de mon capital décès :

mon conjoint non séparé de corps par jugement, ni divorcé, à défaut et par parts égales, mes enfants nés ou à naître vivants ou représentés, à défaut et par parts égales, mes ascendants du 1^{er} degré, à défaut, mes héritiers en proportion de leurs parts héréditaires, à défaut, la Mutuelle Intérieure Entreprises et Expatriés.

ou toute autre formule particulière différente : _____

NATURE DES GARANTIES

DECES AVANT 65 ANS OU AU-DELA SI DES ENFANTS A CHARGE SONT GARANTIS	<ul style="list-style-type: none">➤ Un capital décès de 130 % de l'assiette annuelle de la cotisation "mutuelle-maladie" ;➤ Un capital éducation de 10.288,80 € par enfant à charge ;➤ Un capital éducation supplémentaire de 5.144,40 € par enfant ayant bénéficié des 10.288,80 € en cas de décès du conjoint dans les 12 mois qui suivent celui de l'adhérent ;➤ Une rente annuelle viagère au profit de l'enfant handicapé non cumulable avec la rente servie en cas d'invalidité permanente et absolue (IPA).
INVALIDITE PERMANENTE ET ABSOLUE SURVENANT AVANT 65 ANS	<ul style="list-style-type: none">➤ Versement d'un capital forfaitaire de 34.294,20 € ;➤ Rente survie annuelle de 1.783,90 € au profit de l'enfant handicapé.
DEPENDANCE	<ul style="list-style-type: none">➤ Rente mensuelle de 515,50 € en cas d'hospitalisation ;➤ Ou rente mensuelle de 258,10 € dans les autres cas.

Je déclare :

- ◆ avoir pris connaissance de la notice d'information du contrat de prévoyance mutualiste « PREMIO » M005,
- ◆ m'engager à signaler toute modification de mon état de santé qui surviendrait d'ici la date d'effet de mon adhésion au contrat de prévoyance mutualiste « PREMIO » M005
- ◆ autoriser ma mutuelle et la Mutualité Fonction Publique à communiquer ces informations à leurs mandataires, réassureurs et organismes habilités.

A _____, le _____
(Date et signature du demandeur)

CONTRATS FACULTATIFS

(Pour chacun de ces contrats, une notice d'information est consultable sur notre site : www.lamie-mutuelle.fr ou peut vous être adressée par courrier sur simple demande de votre part.)

MUDUO

Le contrat MUDUO a été conçu pour votre conjoint. Il couvre les risques majeurs de la vie, le décès et la dépendance. Le décès jusqu'à 65 ans. La dépendance à tout âge.

En cas de décès de votre conjoint avant ses 65 ans, ses bénéficiaires désignés perçoivent un capital de 11 145,90 €.

En cas de dépendance, selon sa situation d'hébergement, votre conjoint reçoit après un délai de carence de 180 jours (ou 90 jours pour une dépendance d'origine accidentelle) une rente à domicile de 258,10 €/mois ou une rente d'hospitalisation de 515,50 €/mois.

Si le conjoint est adhérent d'une autre mutuelle de la fonction publique, il peut souscrire à ce contrat avant l'âge de ses 70 ans.

PLURIO (MI-09) - Option III

Ce contrat intéresse les fonctionnaires titulaires et assimilés, les auxiliaires ou contractuels sous contrat à durée indéterminée, les salariés qui perçoivent au titre de l'incapacité de travail des prestations en espèces, au titre de leur statut professionnel ou au titre d'un régime de Sécurité sociale. L'adhésion doit s'effectuer avant l'âge de 45 ans.

L'Union MFPrévoyance garantit le versement d'indemnités journalières au profit de l'adhérent au contrat, en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail, s'il est en situation effective d'activité à la veille du premier jour de l'arrêt de travail. De plus, l'Incapacité Temporaire Totale de travail doit survenir avant l'entrée en jouissance effective de ses droits à la retraite et, au plus tard avant son 65^{ème} anniversaire. L'indemnisation intervient à partir du 91^{ème} jour d'arrêt de travail si l'adhérent est reconnu invalide avant 65 ans. L'adhérent retraité perçoit une rente à vie.

L'incapacité Temporaire Totale de travail est le fait de se trouver momentanément dans l'impossibilité physique ou psychique, constatée médicalement, d'exercer son activité professionnelle.

PLURIO DEPENDANCE (MI-06) - Groupe 2

PLURIO DEPENDANCE, offre individuelle et facultative à destination de tous les membres participants, actifs et retraités, veufs et conjoints âgés de moins de 70 ans, garantit une rente mensuelle en cas de perte d'autonomie partielle GIR IV servie tant que dure l'état de dépendance et/ou jusqu'au décès de l'assuré.

Les cotisations sont définies en fonction de l'âge de l'assuré à l'adhésion et du choix de la couverture ; une sélection médicale à l'entrée est opérée ; le degré de dépendance est évalué selon la grille nationale appelée grille AGGIR.

Contrat d'assurance rente de survie n° 7452A

Ce contrat a pour objet de garantir en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie avant 65 ans, une rente viagère au profit d'un bénéficiaire atteint d'une infirmité, conformément aux dispositions fiscales applicables afin de bénéficier de la réduction d'impôt des contrats « rente de survie ».

L'adhésion doit s'effectuer avant le 45^{ème} anniversaire de l'adhérent (pour les cas particuliers, prendre contact avec les services de la mutuelle).

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

RÉFÉRENCE UNIQUE DU MANDAT :

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

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.

DÉSIGNATION TITULAIRE DU COMPTE A DÉBITER

Nom, prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Pays :

DÉSIGNATION DU CRÉANCIER

Nom : **Mutuelle Intérieure Entreprises et Expatriés**

Identifiant : **FR63ZZZ130893**

Adresse : **18 rue Léon Jouhaux**

Code postal : **75483**

Ville : **PARIS CEDEX 10**

Pays : **France**

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

Code international d'identification de votre banque – BIC (Bank Identifier Code)

PAIEMENT RÉCURRENT / RÉPÉTITIF



PAIEMENT PONCTUEL



Fait à : Le :

SIGNATURE



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

Informations relatives au contrat entre le créancier et le débiteur - fournies seulement à titre indicatif.

Code identifiant
du débiteur

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

Tiers débiteur pour
le compte duquel le
paiement est effectué
(si différent du débiteur
lui-même)

.....
Nom du tiers débiteur : si votre paiement concerne un accord passé entre la Mutuelle Inter Expat et un tiers
(par exemple, vous payez la facture d'une autre personne), veuillez indiquer ici son nom.
Si vous payez pour votre propre compte, ne pas remplir.

.....
Code identifiant du tiers débiteur.

.....
Nom du tiers créancier : le créancier doit compléter cette section s'il remet des prélèvements pour le compte d'un tiers.

.....
Code identifiant du tiers créancier.

Contrat concerné

.....
Numéro d'identification du contrat.

.....
Description du contrat.

A retourner à : **LAMIE – SERVICE COTISATIONS**
18 rue Léon Jouhaux
75483 PARIS CEDEX 10



