Energie mutuelle
Groupe malakoff humanis

Bulletin Individuel d'Affiliation facultative « Salariés sans solde »

CSM CCAS (Couverture Supplémentaire Maladie des salariés conventionnés de la Caisse Centrale d'Activités Sociales des Industries Electriques et Gazières)

À retourner à Energie mutuelle - Service Adhésion
66 avenue du Maine - 75014 Paris

N° d'adhérent CSM CCAS : 30 ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋

MA SITUATION FAMILIALE

Les personnes à déclarer ci-dessous sont vous-même et vos ayants droit rattachés à la Camieg que vous souhaitez affilier (enfant(s) à charge et conjoint à faibles ressources. Voir définition au verso).

N° IMMATRICULATION SÉCURITÉ SOCIALE		NOM (en capitales)	PRÉNOM (en capitales)	DATE DE NAISSANCE
⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋	Membre participant	.....	.....	..... /..... /.....
⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋	Conjoint	.....	.....	.... /..... /.....
⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋	1er enfant	.....	.....	.... /..... /.....
⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋	2e enfant	.....	.....	.... /..... /.....
⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋	3e enfant	.....	.....	.... /..... /.....
⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋	4e enfant	.....	.....	.... /..... /.....
⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋	5e enfant	.....	.....	.... /..... /.....

Pour les personnes déclarées ci-dessus, la télétransmission directe de vos remboursements entre la Camieg et Energie mutuelle sera automatique. Toutefois, si vous et/ou l'un de vos ayants droit êtes couverts par la complémentaire santé de votre conjoint et que vous souhaitez la faire intervenir en premier, avant la CSM CCAS « Salariés sans solde », vous devez refuser cette télétransmission en cochant la ou les case(s) ci-dessous. Pour plus de renseignements, vous pouvez contacter Energie mutuelle.

Je refuse la télétransmission : ☐ Pour moi-même ☐ Pour mes ayants droit

MES COORDONNÉES

Adresse postale
Appt/Etage : ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋ Résidence / Bâtiment : .....
N° et voie : .....
Lieu dit : .....
Code postal : ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋ Ville : .....

Courriel .....@.....
Les relevés de prestations vous seront adressés par courriel et téléchargeables dans votre Espace Adhérent.
Si vous souhaitez les recevoir par courrier à domicile, cocher la case ☐
Les informations réglementaires vous seront adressées par courriel. Si vous souhaitez les recevoir par courrier à domicile, cocher la case ☐
Tél. dom. ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋ Tél. prof. ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋ Tél. port. ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋
Bloctel : Ayant communiqué vos coordonnées téléphoniques à la mutuelle, vous avez le droit de vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique :
bloctel.gouv.fr
Adresse .....
Code postal ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋ Ville .....

DOCUMENTS À FOURNIR

Je joins, à mon bulletin individuel d'adhésion facultative :
- Le RIB du compte sur lequel je souhaite recevoir mes remboursements et sur lequel seront prélevées mes cotisations ;
- Une attestation de la rémunération principale perçue au cours des 12 derniers mois précédant la suspension du contrat de travail (à demander au gestionnaire du contrat de travail) ;
- Les photocopies de l'attestation papier de droits Camieg de chacun des membres de la famille.

En cas d'incapacité au moins égale à 80 % (taux d'incapacité attribué par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées « ex-COTOREP ») d'une des personnes déclarées ci-dessus, je joins un justificatif. Cela conditionne la majoration des prestations soins courants.

Je certifie l'exactitude des éléments indiqués et avoir ainsi décrit la composition exacte de ma famille à inscrire pour la CSM CCAS et m'engage à déclarer toute modification de ma situation familiale et de mes coordonnées.

Je certifie avoir pris connaissance de la notice d'information. Dans le cadre d'une adhésion à distance et conformément à la loi, vous disposez d'un délai de trente jours calendaires, à compter de la date d'enregistrement de votre contrat, pour renoncer à votre adhésion par lettre recommandée avec accusé de réception, à envoyer à l'adresse suivante :
Energie mutuelle - 66 avenue du Maine - 75014 Paris.

Date d'effet : .....

La date d'effet est le 1er jour suivant la suspension du contrat de travail.

Date : ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋

SIGNATURE

Suite au verso

Energie mutuelle
Groupe malakoff humanis

Bulletin Individuel d'Affiliation facultative « Salariés sans solde »

CSM CCAS (Couverture Supplémentaire Maladie des salariés conventionnés de la Caisse Centrale d'Activités Sociales des Industries Electriques et Gazières)

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA (Single Euro Payments Area) — **RÉSERVÉ À LA MUTUELLE** — **ICS : FR57ZZZ426075**

Votre Référence Unique du Mandat (RUM) vous sera communiquée sur votre appel de cotisation.

Zone réservée au créancier : N° RUM (Référence Unique du Mandat) |_|_|_|