BULLETIN D'ADHÉSION FACULTATIVE « SALARIÉS SANS SOLDE »
COUVERTURE SUPPLÉMENTAIRE MALADIE (CSM DES IEG)

Bulletin à retourner :
- via votre espace adhérent
adh.energiemutuelle.fr
rubrique, « Nous contacter » puis « Transmettre un document »
- ou par courrier à :
Energie mutuelle
66 avenue du Maine
75014 PARIS

Entreprise d'origine : ____________________

(cf. liste des entreprises energiemutuelle.fr/mutiegA/definition-liste-entreprises-p1-p2)

N° d'adhérent CSM :

MA SITUATION FAMILIALE

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

Attention : si votre conjoint est également salarié d'une entreprise de la Branche des IEG, déclarez uniquement dans le tableau ci-dessous vos enfants ayants droit inscrits sous votre numéro de Sécurité sociale Camieg. Si vos enfants sont couverts à titre obligatoire par ailleurs, vous avez la possibilité de ne pas les déclarer et de ne pas cotiser à la CSM pour eux.

N° de Sécurité sociale	Clé	Catégorie	Nom en lettres capitales	Prénom en lettres capitales	Date de naissance
		Membre Participant			
		Conjoint / Partenaire / Concubin			
		1er enfant			
		2e enfant			
		3e enfant			
		4e enfant			
		5e enfant			

Pour les personnes déclarées ci-dessus, la télétransmission directe de vos remboursements entre 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 obligatoire, vous devez refuser cette télétransmission en cochant la ou les case(s) ci-dessous.
Si vous ne souhaitez pas la télétransmission des décomptes de Sécurité sociale (Noemie), cocher la/les case(s) : ☐ Pour moi-même ☐ Pour mes ayants droit
Pour plus de renseignements, vous pouvez contacter Energie mutuelle.

MES COORDONNÉES

Ces informations présentent un caractère obligatoire en vue de l'affiliation dans les conditions visées sur le site https://www.energiemutuelle.fr/documentation-en-ligne, à l'exception de votre adresse email et de votre numéro de téléphone personnel.

Appt/Etage : Résidence/Bâtiment :
N° et Voie :
Lieu-dit :
Code Postal : Commune : Pays :
Tél. Fixe : Mobile : Mail : @

bloctel.gouv.fr : Ayant communiqué vos coordonnées téléphoniques à la mutuelle, vous avez le droit de vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur ce site.
Les relevés de prestations vous seront adressés par courriel et seront également téléchargeables dans votre Espace Adhérent : https://adh-mutiega.energiemutuelle.fr/
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 ☐

☐ Je choisis le prélèvement automatique de mes cotisations :
☐ Mensuellement et d'avance (le 10 du mois concerné) ☐ Trimestriellement et d'avance (le 10 du premier mois du trimestre concerné)

Je dispose d'un délai de rétractation de 14 jours à compter de la date d'effet de l'adhésion en renonçant par lettre recommandée papier ou électronique avec accusé de réception papier ou électronique à envoyer à l'adresse suivante : Energie mutuelle, 66 avenue du Maine - 75014 Paris. »

DOCUMENTS À FOURNIR

Je soussigné(e), demande pour moi-même et les personnes bénéficiaires de la garantie CSM, l'adhésion à Energie mutuelle pour laquelle j'ai pris connaissance des Statuts, du Règlement Intérieur et de la Notice d'Information sur le site www.energiemutuelle.fr/mutiegA/docs-info-rglm-csm, ainsi que la réception de la fiche d'information normalisée sur le produit d'assurance et en accepte les dispositions.

Je certifie l'exactitude des éléments indiqués et d'avoir ainsi décrit la composition exacte de ma famille à inscrire à la CSM et m'engage à déclarer toute modification de ma situation familiale et de mes coordonnées auprès de Energie mutuelle à l'aide du formulaire de modification.

Je reconnais être informé que toute réticence ou fausse déclaration entraînera l'application de sanctions prévues aux articles L. 221-14 et L. 221-5 du Code de la mutualité.

Je joins à mon bulletin d'adhésion :

- un Relevé d'Identité Bancaire (RIB), Postal (RIP) ou de Caisse d'Epargne (RICE). Sauf consigne contraire de votre part, les prestations seront payées par virement et les cotisations seront prélevées, sur le compte dont vous nous aurez communiqué les coordonnées,
- 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 ou CSP RH),
- ma pièce d'identité en cours de validité,
- l'attestation de droit Camieg,
- l'attestation de paiement de la dernière pension d'invalidité ou de rente, si concerné(e).

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.

☐ J'accepte d'être informé(e) et de recevoir des communications et informations sur les services de la mutuelle, du groupe Malakoff Humanis et de ses partenaires.
☐ J'accepte d'être informé(e) et de recevoir des offres commerciales de la mutuelle, du groupe Malakoff Humanis et de ses partenaires.

Date : **Signature :**

Date d'effet :

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

Tournez SVP →

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA (Single Euro Payments Area) : nouveaux moyens de paiement européens

ICS : FR57ZZZ426075

Zone réservée au créancier

N° RUM* (Référence Unique du Mandat) _____

** La Référence Unique de Mandat (RUM) sera communiquée ultérieurement dans le relevé bancaire du titulaire de compte à débiter.*

Titulaire du compte

Nom, prénom : .....

Adresse : .....

.....

Code postal : ..... Ville : .....

Pays : .....

Désignation du compte à débiter

IBAN (International Bank Account Number)

_____

BIC/SWIFT (Bank Identifier Code) _____

Nom et Adresse du créancier

ENERGIE MUTUELLE
66 avenue du Maine
75014 PARIS

Signature du titulaire du compte à débiter

Fait à : ..... Le : .....

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez Energie mutuelle à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions d'Energie mutuelle. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

VOTRE COTISATION

Cotisation annuelle « isolé » TTC : 0,843 % de la rémunération principale dans la limite du Plafond Annuel de la Sécurité Sociale* en vigueur perçue au cours des 12 derniers mois avant la suspension du contrat de travail.

Cotisation annuelle « famille » TTC : 1,489 % de la rémunération principale dans la limite du Plafond Annuel de la Sécurité Sociale* en vigueur perçue au cours des 12 derniers mois avant la suspension du contrat de travail.
**PMSS 2024 : 3 864 euros.*

DÉFINITION DES AYANTS DROIT

Ayants droit couverts à titre obligatoire : Les ayants droit bénéficiaires des garanties de frais de santé sont les personnes bénéficiaires du Régime spécial des IEG géré par la Camieg (part de base et / ou complémentaire) désignées par le Membre Participant sur son bulletin individuel d'affiliation et dont les ressources annuelles sont inférieures ou égales à 1 560 fois la moyenne annuelle des valeurs horaires du SMIC au cours de l'année de référence, à savoir :

• le conjoint, le conjoint séparé, le partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou le concubin affilié à un régime d'Assurance Maladie, autre que le Régime spécial des IEG,

• l'enfant célibataire du Membre Participant à la charge de l'ouvrant droit, de son conjoint, de son conjoint séparé, de son concubin ou de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, dont la filiation, y compris adoptive, est légalement établie, pupille de la Nation dont l'ouvrant droit est tuteur, ou l'enfant recueilli et qui est :
- âgé de 26 ans au plus,
- ou âgé de plus de 16 ans, atteint d'un handicap médicalement reconnu avant son 21e anniversaire,
- ou âgé de plus de 16 ans, orphelin partiel de l'ayant droit, handicapé, titulaire d'une pension d'un autre régime ou percevant l'Allocation Adulte Handicapé.

La situation de handicap est prise en compte conformément aux dispositions du premier alinéa de l'article 29 de l'annexe 3 du décret n° 46-1541 du 22 juin 1946 approuvant le statut national du personnel des Industries Électriques et Gazières.

PROTECTION DES DONNÉES

Les informations collectées sont toutes nécessaires pour la mutuelle, ci-après désignée Energie mutuelle du groupe Malakoff Humanis, responsable du traitement, pour la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance. Vos données sont destinées aux partenaires de la mutuelle uniquement aux fins d'exécution des garanties souscrites et sont conservées selon les durées de conservation applicables conformément aux délais de prescription en vigueur et aux recommandations de la CNIL.

En application de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit de demander l'accès, la rectification ou l'effacement de vos données, et de décider du sort de celles-ci, post-mortem. Vous disposez également d'un droit de vous opposer au traitement à tout moment pour des raisons tenant à votre situation particulière, de limiter le traitement dont vous faites l'objet et d'un droit à la portabilité des données personnelles dans les limites fixées par la loi. Vous disposez enfin de la possibilité de vous opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale, y compris lorsque celle-ci est réalisée de manière ciblée.

Ces droits peuvent être exercés par email à correspondant.dpo@energiemutuelle.fr ou par courrier à Energie mutuelle - Délégué à la Protection des données - 5 esplanade de la Gare – 49100 ANGERS.

Pour plus d'informations, consultez notre politique de protection des données à caractère personnel accessible sur notre site internet en bas de page.

08_MAA_CSM_IEG_SSOL_BIA-20240709

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité - SIREN 419 049 499 (ENERGIE MUTUELLE)
Energie mutuelle, 66 avenue du Maine 75014 PARIS - energiemutuelle.fr - Tél : 0969 32 46 46. Association de Moyens Assurance de Personnes, Association régie par la loi du 1er juillet 1901 Siège social : 21 rue Laffitte 75009 Paris - N° SIREN 840 599 930 - N° Orias 19000811.
N° SIREN 538518 473 (HARMONIE MUTUELLE) et 784 669 954 (SMI)
Mutuelle soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS Cedex 9