Energie mutuelle
Groupe malakoff humanis

BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION

CCM CCAS

Couverture Complémentaire Maladie des salariés (hors statutaires) 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

Date d'embauche : |_|_|_|_|_|_|_|_| Date de fin de CDD : |_|_|_|_|_|_|_|_|

N° de salarié (matricule figurant sur votre fiche de paie) : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

MA SITUATION FAMILIALE

Les personnes à déclarer ci-dessous sont vous-même et vos ayants droit (enfant(s) à charge et conjoint de votre foyer fiscal. Voir définition au verso).

Attention : si votre conjoint est également salarié hors statutaire de la CCAS, seul l'un d'entre vous est à inscrire en tant que Membre Participant.

Renseigner impérativement, à chaque ligne, la situation de chaque bénéficiaire à inscrire					
N° IMMATRICULATION SÉCURITÉ SOCIALE		NOM (en capitales)	PRÉNOM (en capitales)	RÉGIME	DATE DE NAISSANCE
|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	Membre participant				..... /..... /.....
|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	Conjoint				.... /..... /.....
|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	1er enfant				.... /..... /.....
|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	2e enfant				.... /..... /.....
|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	3e enfant				.... /..... /.....
|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	4e enfant				.... /..... /.....
|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	5e enfant				.... /..... /.....

RÉGIME

Indiquer obligatoirement en face de chaque personne à inscrire :
- Assuré social au Régime Général de Sécurité sociale : 1
- Assuré du Régime Local d'Alsace-Moselle : 2

Pour les personnes déclarées ci-dessus, la télétransmission directe de vos remboursements entre la Sécurité sociale 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 CCM CCAS obligatoire, 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

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.

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 soussigné(e), demande pour moi-même et les personnes bénéficiaires de la garantie CCM CCAS, 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 **energiemutuelle.fr/documentation-en-ligne** et en accepte les dispositions.

• Je certifie l'exactitude des éléments indiqués et m'engage à déclarer toute modification de ma situation personnelle et de mes coordonnées.

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.

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.

Date : |_|_|_|_|_|_|_|_|

SIGNATURE

Je joins :

• 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.

• l'attestation papier ou électronique de Sécurité sociale de chacun des membres de la famille.

☐ 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.

Suite au verso

Energie mutuelle
Groupe malakoff humanis

BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION

CCM CCAS

Couverture Complémentaire Maladie des salariés (hors statutaires) de la Caisse Centrale d'Activités Sociales des Industries Electriques et Gazières

Renseigner impérativement, à chaque ligne, la situation de chaque bénéficiaire à inscrire					
N° IMMATRICULATION SÉCURITÉ SOCIALE		NOM (en capitales)	PRÉNOM (en capitales)	RÉGIME	DATE DE NAISSANCE
⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊	6e enfant				..... /..... /.....
⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊	7e enfant				..... /..... /.....
⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊	8e enfant				..... /..... /.....
⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊	9e enfant				..... /..... /.....
⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊	10e enfant				..... /..... /.....
⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊	11e enfant				..... /..... /.....
⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊⌊	12e enfant				..... /..... /.....

***Définition des ayants droit**

Les ayants droit bénéficiaires à titre obligatoire des garanties frais de santé sont les personnes désignées par le Membre Participant via le site Internet dédié à cet effet ou à défaut sur son bulletin individuel d'affiliation, à savoir les personnes mineures et les personnes majeures ouvrants droit telles que définies à l'article L.160-2 du Code de la sécurité sociale modifié par la loi n°2015-1702 du 21 décembre 2015 introduisant le dispositif de Protection Universelle Maladie :

- le conjoint ou concubin, ou personne ayant conclu un PACS, du Membre Participant à charge ou non au sens du Régime Général de l'Assurance Maladie ;
- les enfants à charge du Membre Participant ou de son conjoint ou concubin ou personne ayant conclu un PACS au sens de l'Assurance Maladie ;
- les enfants à charge du Membre Participant ou de son conjoint ou concubin ou personne ayant conclu un PACS, âgés de moins de 26 ans poursuivant leurs études ;
- les enfants du Membre Participant, de son conjoint ou concubin ou personne ayant conclu un PACS inscrits sous leur numéro de Sécurité sociale, sous contrat d'apprentissage, de professionnalisation, de qualification, d'orientation (y compris local), d'emploi-solidarité, en recherche d'emploi ou inscrits au Pôle Emploi s'ils ont moins de 26 ans et ont une rémunération propre inférieure à la moitié du SMIC ;
- les enfants du Membre Participant, de son conjoint ou concubin ou personne ayant conclu un PACS qui par suite d'infirmité ou de maladie incurable sont atteints d'une incapacité permanente d'un taux égal ou supérieur à 80 %. Le taux d'incapacité permanente est apprécié en application du guide-barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées figurant à l'annexe 2-4 au décret n°2004-1136 du 21 octobre 2004 relatif au Code de l'Action Sociale et des Familles modifié par le décret n°2007-1574 du 6 novembre 2007.

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 - 4 rue Fulton – 49000 ANGERS.** Pour plus d'informations, consultez notre politique de protection des données à caractère personnel accessible sur notre site internet en bas de page.

Copyright d'Energie mutuelle 2024. Toute communication, reproduction, publication, même partielle, est interdite sauf autorisation. 08_EM_CCM_CCAS_IND_BIA-20240215