

À retourner à Energie mutuelle – 66 avenue du Maine – 75014 PARIS
ou à adherer@energiemutuelle.fr ou via votre espace personnel adh.energiemutuelle.fr

Effet 0 1 2 0 Versement €

RÉSERVÉ À LA MUTUELLE

Référence adhérent : 3 0

MA SITUATION FAMILIALE

Les personnes que vous pouvez inscrire ci-dessous doivent être vos ayants droit rattachés à la Camieg (enfant(s) à charge et/ou conjoint à faibles ressources). 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
Adhérent					 /.... /....
Conjoint					 /.... /....
1 ^{er} enfant					 /.... /....
2 ^e enfant					 /.... /....
3 ^e enfant					 /.... /....
4 ^e enfant					 /.... /....

CHOISISSEZ VOTRE GARANTIE EN COCHANT L'UNE DES CASES CI-DESSOUS :

GARANTIE CHOISIE	
☐ ÉQUILIBRE MÉDECINS	☐ eÉQUILIBRE MÉDECINS
☐ CONFORT MÉDECINS	☐ eCONFORT MÉDECINS
AVEC Assistance Dépendance*	SANS Assistance Dépendance*

* Garantie Perte d'Autonomie / Dépendance : se reporter à l'article 29 du Règlement Mutualiste ainsi qu'à la fiche service Indépendance Royale disponible sur energiemutuelle.fr

VOTRE COTISATION

Cotisations 2024 en € / mois*

Seul	Adhérent + 1 bénéficiaire	Famille
58,97 €	85,88 €	106,47 €
92,37 €	125,37 €	152,08€

Cotisation incluant la garantie Perte d'Autonomie / Dépendance : 3,24 €

eEquilibre MED	56,24 €	83,15 €	103,74 €
eConfort MED	89,13 €	122,13 €	148,84 €

Cotisation sans la garantie Perte d'Autonomie / Dépendance

* Les cotisations comprennent la Taxe de Solidarité Additionnelle sur la base du taux en vigueur : 13,27 %

1/3 – Tournez SVP →

**À retourner à Energie mutuelle – 66 avenue du Maine – 75014 PARIS
ou à adhérer@energiemutuelle.fr ou via votre espace personnel adh.energiemutuelle.fr**

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.

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 souscrite, l'adhésion à Energie Mutuelle pour laquelle j'ai pris connaissance des Statuts, du Règlement Intérieur et du Règlement Mutualiste sur le site <https://www.energiemutuelle.fr/documentation-en-ligne>, l'annexe relative aux frais de gestion, 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 m'engage à déclarer toute modification de ma situation personnelle et de mes coordonnées.
- 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.
- 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.

- Je joins l'attestation de droit de Sécurité sociale.
- Je joins ma pièce d'identité en cours de validité.

☐ 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 d'effet de l'adhésion (cf. page 1)

| | | | | | | | |

SIGNATURE

Date _____

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA (Single Euro Payments Area)

RÉSERVÉ À LA MUTUELLE

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

NOM ET ADRESSE
DU CRÉANCIER

ENERGIE MUTUELLE
66 avenue du Maine
75014 Paris

**SIGNATURE DU TITULAIRE
DU COMPTE À DÉBITER**

Fait à le

DÉSIGNATION DU COMPTE À DÉBITER IBAN (International Bank Account Number)

BIC / SWIFT (Bank Identifier Code) | | | | | | | | | |

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.

BULLETIN D'ADHÉSION
POUR LES MÉDECINS DES IEG

Energie Mutuelle vous remercie de votre confiance.
Pour faciliter l'enregistrement de votre adhésion, merci de bien vouloir remplir votre bulletin d'adhésion au recto et de joindre l'ensemble des pièces demandées ci-après.

Nous vous remercions d'adresser votre dossier complet aux coordonnées ci-dessous :

par courriel à adherer@energiemutuelle.fr
OU
par courrier à Energie Mutuelle
66 avenue du Maine - 75014 Paris

RAPPEL DES PIÈCES À FOURNIR

BULLETIN D'ADHÉSION ÉQUILIBRE MED ET CONFORT MED
MA SITUATION FAMILIALE
CHOISISSEZ VOTRE GARANTIE EN COCHANT L'UNE DES CASES CI-DESSOUS :
VOTRE COTISATION

Le bulletin d'adhésion au recto :

Renseignez toutes les rubriques demandées.

Cochez la garantie que vous souhaitez souscrire en cochant l'une des cases.

Consultez les cotisations de la garantie choisie.

CAISSE DE SÉCURITÉ SOCIALE

Vous pouvez retrouver le numéro de votre caisse de Sécurité sociale sur votre attestation de droits à l'assurance maladie.
Ce document est accessible sur le site ameli.fr
Votre numéro de caisse correspond aux 5 premiers chiffres de votre organisme de rattachement Sécurité sociale. Sur l'exemple ci-dessous, il s'agit du 01751.

Attestation de droits à l'assurance maladie
Valable du 01/02/2019 au 31/01/2020 sous réserve de changement dans la situation de l'assuré

DATE D'EFFET DE L'ADHÉSION

En cas d'adhésion de garanties :
La date d'effet de l'adhésion est le 1er jour du mois en cours, si le dossier complet est adressé avant le 10 du mois, dans le cas contraire, la date d'effet sera le 1er jour du mois suivant.

PRÉLÈVEMENTS DES COTISATIONS

Les prélèvements automatiques mensuels auront lieu le 10 de chaque mois pour le mois en cours.

- + RIB
+ Pièce d'identité
+ Attestation de droit de Sécurité sociale

MODALITÉS DE REMBOURSEMENT

- Par virement automatique sur le compte bancaire.
À leur demande, les mineurs de plus de 16 ans peuvent être membres participants des mutuelles sans l'intervention de leur représentant légal. Sauf refus exprès de leur part, les ayants droit de plus de 16 ans sont identifiés de façon autonome par rapport au membre participant qui leur ouvre des droits et perçoivent à titre personnel les prestations de la mutuelle.

Tout dossier incomplet retarde votre adhésion

RÉSILIATION INFRA-ANNUELLE
Conformément à la Loi n°2019-733 du 14 juillet 2019, l'adhérent(e), à compter de sa première souscription à une garantie complémentaire ou surcomplémentaire santé sans dépendance, à la suite de l'expiration d'un délai d'un an (12 mois), peut mettre fin à son adhésion à la mutuelle, sans frais ni pénalités, en adressant une notification par lettre ou tout autre support durable, notamment à l'adresse électronique suivante : resiliation@energiemutuelle.fr
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.
DIRECTIVE [UE] SUR LA DISTRIBUTION D'ASSURANCE 2016/97 DU 20 JANVIER 2016
Dans le cadre de la présentation des opérations d'assurance, l'Association de Moyens Assurances de Personnes est rémunérée par la combinaison de commissions, c'est-à-dire d'une rémunération incluse dans la prime d'assurance et versée par l'assureur et de tout autre type de rémunération, y compris tout avantage économique, proposé ou offert en rapport avec le contrat d'assurance.

Copyright Energie mutuelle 2024. Toute communication, reproduction, publication, même partielle, est interdite sans autorisation. 08_EM_EQU_CONF_MED_BIA-20240126

ANNEXE « FRAIS DE GESTION »

Cette annexe d'information légale vous informe, selon l'arrêté du 6 mai 2020, des frais de gestion au titre des garanties destinées au remboursement et à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, les services inclus tels que le réseau de soins KALIXIA ou les services de télémedecine, le tiers-payant et la télétransmission automatique des décomptes.

Pour l'année 2022, **au titre de l'ensemble des contrats frais de santé** assurés par Energie mutuelle :

- le **taux de redistribution** s'élevait à **77,54 %**.

Ce ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.

- le montant total des **frais de gestion**, exprimé en pourcentage des cotisations hors taxes, s'élevait à **20,50 %**.

Ce ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion.

Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.

Pour toute question, votre mutuelle est à votre disposition et vous remercie de votre confiance.