

BULLETIN INDIVIDUEL D’AFFILIATION COUVERTURE SUPPLÉMENTAIRE MALADIE (CSM DES IEG) - PROCESSUS P2

À RETOURNER À VOTRE GESTIONNAIRE DE CONTRAT DE TRAVAIL OU AU CSP RH

Bulletin à retourner à votre
gestionnaire du contrat de travail ou
au CSP RH, lequel se chargera de le
transmettre à Mutieg A Asso



Entreprise d’origine : _____
(cf. liste des entreprises www.energiemutuelle.fr/mutiegA/definition-liste-entreprises-p1-p2)

Si vous arrivez au terme d’une dispense d’adhésion, indiquer
la date de votre affiliation (ou réaffiliation) à la CSM : _____

Date d’embauche : _____

N° salarié (NNI ou matricule figurant sur votre fiche de paie) : _____

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)

Si votre conjoint et/ou vos enfants sont couverts à titre obligatoire par ailleurs, vous avez la possibilité de ne pas les déclarer et de ne pas cotiser pour eux à la CSM, le présent Bulletin valant déclaration sur l’honneur de votre part.

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 propre numéro de Sécurité sociale Camieg.

Attention : Si votre conjoint est également salarié d’une entreprise de la branche des IEG et que vos enfants sont inscrits à la fois sous votre numéro de Sécurité sociale Camieg et sous celui de votre conjoint, un choix sera nécessaire. En effet, vos enfants ne pourront être inscrits que par l’un d’entre vous sur son bulletin d’affiliation CSM.

Ce dernier s’acquittera en contrepartie d’une cotisation « famille » (le conjoint ne déclarant pas les enfants n’étant redevable que d’une cotisation « isolé »).

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

(au delà du 5^e enfant, compléter au verso)

Pour les personnes déclarées ci-dessus, la télétransmission directe de vos remboursements entre Camieg et MUTIEG A ASSO 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 MUTIEG A ASSO.

MES COORDONNÉES

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 : 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

DOCUMENTS À FOURNIR

- Je soussigné(e), demande pour moi-même et les personnes bénéficiaires de la garantie CSM, l’adhésion à MUTIEG A ASSO 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, 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 MUTIEG A ASSO 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 un Relevé d’Identité Bancaire du compte sur lequel je souhaite recevoir mes remboursements.

- J’atteste sur l’honneur être affilié, ainsi que mes ayants droit, à la caisse 939 CAMIEG.

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.

J’accepte d’être informé(e) et de recevoir des offres commerciales de la mutuelle.

Date : _____

Signature :

Cachet et signature de l’entreprise : _____

N° de Sécurité sociale	Clé	Catégorie	Nom en lettres capitales	Prénom en lettres capitales	Date de naissance
		6 ^{er} enfant			

QUI DOIS-JE AFFILIER ?

Vous êtes couvert à titre obligatoire par la CSM et vous devez affilier obligatoirement, via un Bulletin Individuel d’Affiliation, vos ayants droit qui sont vos enfants et votre conjoint, concubin ou partenaire de PACS, sous conditions de ressources, dès lors qu’ils sont bénéficiaires de la CAMIEG.

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 21^e 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 personnelles recueillies sont à destination de la mutuelle en sa qualité de Responsable de traitement. Ces informations font l’objet d’un traitement nécessaire à la gestion de votre contrat. Elles peuvent être communiquées aux partenaires de la mutuelle uniquement aux fins d’exécution des garanties souscrites.

Aucune information gérée ne peut faire l’objet d’une cession ou mise à disposition de tiers à des fins commerciales. Les informations recueillies seront conservées pendant une durée qui n’excèdera pas la durée nécessaire aux finalités pour lesquelles elles sont collectées et traitées.

Conformément à la loi, vous disposez, ainsi que vos ayants droits :

- d’un droit d’accès, de rectification, de portabilité et d’opposition sur les informations le concernant ;
- du droit de définir des directives relatives à la conservation, à l’effacement et à la communication des données à caractère personnel après son décès.

Pour exercer ce droit, merci d’effectuer votre demande, par courrier accompagné de la copie d’un titre d’identité en cours de validité, auprès d’Energie Mutuelle - Délégué à la Protection des Données - 4 rue Fulton - 49000 ANGERS, ou par courriel à l’adresse suivante : correspondant.dpo@energiemutuelle.fr