

**A remettre à votre gestionnaire de contrat de travail**

Date d’embauche : \_\_\_\_\_

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 rattachés à la Camieg (enfant(s) à charge et conjoint à faibles ressources. Voir définition au verso).**

Attention : si votre conjoint est également salarié conventionné de la CCAS, déclarez uniquement dans le tableau ci-dessous vos enfants ayants droit inscrits sous votre numéro de Sécurité sociale Camieg.

N° IMMATRICULATION SÉCURITÉ SOCIALE		NOM (en capitales)	PRÉNOM (en capitales)	DATE DE NAISSANCE
_____	MEMBRE PARTICIPANT	_____	_____	_____
_____	CONJOINT	_____	_____	_____
_____	1 <sup>er</sup> ENFANT	_____	_____	_____
_____	2 <sup>e</sup> ENFANT	_____	_____	_____
_____	3 <sup>e</sup> ENFANT	_____	_____	_____
_____	4 <sup>e</sup> ENFANT	_____	_____	_____
_____	5 <sup>e</sup> ENFANT	_____	_____	_____

(au-delà du 5<sup>e</sup> enfant, compléter au verso)

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 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

## MES COORDONNÉES

### ADRESSE POSTALE :

Appt/Etage : \_\_\_\_\_ Résidence / Bâtiment : \_\_\_\_\_

N° et voie : \_\_\_\_\_

Lieu-dit : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

### @ COURRIEL : \_\_\_\_\_

Je souhaite recevoir mes relevés de prestations :

par courriel  par courrier à mon domicile  par consultation directement sur mon Espace Adhérent (Par défaut envoi par courriel)

Je souhaite recevoir mes informations réglementaires :

par courriel  par courrier à mon domicile (Par défaut envoi par courriel)

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.

TÉL. DOM. : \_\_\_\_\_ FAX : \_\_\_\_\_ 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

## DOCUMENTS À FOURNIR

Je joins, à mon bulletin individuel d’affiliation :

- Le RIB du compte sur lequel je souhaite recevoir mes remboursements ;
- 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 reconnais avoir pris connaissance de la notice d’information.

DATE : \_\_\_\_\_

SIGNATURE

Cachet et Signature de l’entreprise



N° IMMATRICULATION SÉCURITÉ SOCIALE	NOM (en capitales)	PRÉNOM (en capitales)	DATE DE NAISSANCE
_____	6 <sup>e</sup> ENFANT _____	_____	_____
_____	7 <sup>e</sup> ENFANT _____	_____	_____
_____	8 <sup>e</sup> ENFANT _____	_____	_____
_____	9 <sup>e</sup> ENFANT _____	_____	_____
_____	10 <sup>e</sup> ENFANT _____	_____	_____
_____	11 <sup>e</sup> ENFANT _____	_____	_____
_____	12 <sup>e</sup> ENFANT _____	_____	_____

### \*Définition des ayants droit

Les ayants droits bénéficiaires à titre obligatoire des garanties frais de santé sont les personnes telles que désignés à l'article 3 de l'accord du 21 décembre 2010 modifié par l'avenant en date du 8 novembre 2011, bénéficiaires du Régime complémentaire géré par la Camieg désignées par le Membre Participant sur son bulletin individuel d'affiliation et dont les ressources annuelles déclarées lors de l'exercice fiscal précédent, sont inférieures ou égales à 1560 fois la moyenne annuelle des valeurs horaires du SMIC, à savoir les personnes mineures et les personnes majeures définies ci-après :

- 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 mineur et majeur, du Membre Participant ou de son conjoint ou de son conjoint séparé, ou de son concubin ou de son partenaire lié par un PACS inscrits sur le numéro d'immatriculation du Membre Participant à la Sécurité sociale ou de celui de son conjoint, concubin, personne ayant conclu un PACS ou immatriculés sous leur propre numéro de Sécurité sociale ; dont la filiation, y compris adoptive, est légalement établie, pupille de la Nation dont le Membre Participant 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<sup>e</sup> 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 des Industries Electriques et Gazières.

#### LOI N° 89-10009 DU 31 DÉCEMBRE 1989

Article 9 – Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais réels restant à la charge de l'assuré ou de l'adhérent après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

#### DÉCRET N° 90-769 DU 30 AOÛT 1990

Article 2 – Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie, quelle que soit la date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

#### LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉS DU 6 JANVIER 1978 ET RÈGLEMENT GÉNÉRAL EUROPÉEN SUR LA PROTECTION DES DONNÉES DU 27 AVRIL 2016

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](mailto:correspondant.dpo@energiemutuelle.fr)