

N° d’adhérent CCM CCAS : 30 [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

MA SITUATION PERSONNELLE

Je déclare, ci-dessous, ma situation personnelle dans les champs prévus à cet effet.

Numéro de Sécurité sociale [] Clé [] []

Nom (en capitales)

Prénom (en capitales)

Sexe M F Date de naissance / /

La télétransmission directe de vos remboursements entre la Sécurité sociale et Energie Mutuelle sera automatique. Toutefois, si vous êtes couvert par la complémentaire santé de votre conjoint et que vous souhaitez la faire intervenir en premier, avant la CCM CCAS « Loi Evin », vous devez refuser cette télétransmission en cochant la case ci-dessous. Pour plus de renseignements, vous pouvez contacter Energie Mutuelle.

Je refuse la télétransmission :

MES COORDONNÉES

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. [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Blotcel : Ayant communiqué vos coordonnées téléphoniques à la mutuelle, vous avez le droit de vous inscrire sur la liste d’opposition au démarchage téléphonique :

blotcel.gouv.fr

Adresse

Code postal [] [] [] [] [] []

Ville

DOCUMENTS À FOURNIR

• Je soussigné(e), demande pour moi-même, bénéficiaire de la garantie « CCM CCAS loi Evin » l’adhésion à Energie Mutuelle pour laquelle j’ai pris connaissance des statuts, du règlement intérieur et du règlement mutualiste CCM CCAS EVIN sur le site energiemutuelle.fr/documentation-en-ligne, l’annexe relative aux frais de gestions, 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 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.

• Je joins un Relevé d’Identité Bancaire (RIB), Postal (RIP) ou de Caisse d’Epargne (RICE).

• Les photocopies de l’attestation papier ou électronique de ma carte vitale.

Sauf consigne contraire de votre part, les prestations seront payées par virement sur le compte dont vous nous aurez communiqué les coordonnées.

• Je dispose d’un délai de rétraction 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.

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.

La date d’effet est le 1^{er} jour du mois en cours à réception du bulletin individuel d’adhésion.

Date : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

SIGNATURE

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 télémédecine, le tiers-payant et la télétransmission automatique des décomptes.

Pour l'année 2019, **au titre de l'ensemble des contrats frais de santé** assurés par Energie Mutuelle :

- **le taux de redistribution** s'élevait à **74,68 %**.

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 **21,50 %**.

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.

Le montant des frais de gestion correspond à un montant de 2,82€ / mois par membre bénéficiaire souscripteur d'un contrat.

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