

	VOTRE GARANTIE		UNE OPTION FACULTATIVE		
	<input checked="" type="checkbox"/> PRÉFÉRENCE	<input type="checkbox"/> eSO DELI	<input type="checkbox"/> eCORT	<input type="checkbox"/> SO DELI	<input type="checkbox"/> CORT
Couverture santé		Renfort +	Renfort ++	Renfort +	Renfort ++
Garantie Perte d'Autonomie/Dépendance*	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Assistance - Energie Mutuelle Services	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Téléconsultation Médicale	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Deuxième Avis Médical	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Visible Patient Solution	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Prof Express	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

* Garantie Perte d'Autonomie / Dépendance : se reporter à l'article 29-3 du Règlement Mutualiste ainsi qu'au document contractuel Energie Mutuelle Assistance Dépendance

RÉSERVÉ À LA MUTUELLE

Référence adhérent 30

Effet 0 1 2 0

	N° IMMATRICULATION SÉCURITÉ SOCIALE	CAISSE DE SÉCURITÉ SOCIALE*	NOM (en capitales)	PRÉNOM (en capitales)	SEXE M - F	RÉGIME**	DATE DE NAISSANCE
Adhérent	<input type="text"/>						... / ... / ...
Conjoint	<input type="text"/>						... / ... / ...
1 ^{er} enfant	<input type="text"/>						... / ... / ...
2 ^e enfant	<input type="text"/>						... / ... / ...
3 ^e enfant	<input type="text"/>						... / ... / ...
4 ^e enfant	<input type="text"/>						... / ... / ...

* Pour l'indication de votre caisse de Sécurité sociale, veuillez-vous référer au verso.

Si vous ne souhaitez pas la télétransmission des décomptes de Sécurité sociale (Noemie), cocher la/les cases. Pour moi-même Pour mes ayants-droit

** RÉGIME DE SÉCURITÉ SOCIALE

Indiquer obligatoirement en face de chaque personne à inscrire :

- Assuré social au Régime Général : 1
- Travailleurs Non Salariés : 2
- Autres (MSA - SNCF - Alsace-Moselle - etc.) : 3

POUR LES TRAVAILLEURS NON SALARIÉS

Adhésion au Contrat Loi Madelin ***

*** Lorsque la mention « Contrat Loi Madelin » est cochée, la présente adhésion entraîne l'adhésion à l'Association Nationale de la Prévoyance des Professions Indépendantes (ANPPI), sans incidence sur le montant de votre cotisation santé.

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.

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

blotcell.gouv.fr

Adresse

Code postal Ville

- 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'Épargne (RICE).

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

- J'atteste sur l'honneur avoir renseigné la caisse de Sécurité sociale à laquelle j'appartiens.

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. verso)

SIGNATURE

Date

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA (Single Euro Payments Area)

RÉSERVÉ À LA MUTUELLE

ICS : FR57ZZZ426075

Votre Référence Unique du Mandat (RUM) vous sera communiquée sur votre appel de cotisation.

Zone réservée au créancier : N° RUM (Référence Unique du Mandat)

Les informations contenues dans le présent mandat ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion et pourront donner lieu à exercice des droits individuels d'accès et de rectification auprès du créancier à l'adresse ci-dessous, en application des dispositions de la loi n°2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles.

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

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

BIC / SWIFT (Bank Identifier Code)

Prélèvements récurrents

Fait à le

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

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 adhérer@energiemutuelle.fr

OU


 par courrier à Energie Mutuelle
66 avenue du Maine - 75014 Paris

RAPPEL DES PIÈCES À FOURNIR

Le bulletin d'adhésion au recto :

Renseignez l'option que vous souhaitez souscrire en cochant l'une des cases.

Renseignez toutes les rubriques demandées.

Le mandat de prélèvement SEPA toujours accompagné d'un Relevé d'Identité Bancaire (RIB), Postal (RIP) ou de Caisse d'Epargne (RICE).

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

organisme de rattachement sécurité sociale	code gestion	n° de sécurité sociale de l'assuré (à utiliser pour tous les bénéficiaires à cotiser)	modèle du ticket deur
01 751 0541		1 71 03 75 015 082 12	14/03/1971 1
Bénéficiaires (nom de famille sans d'un éventuel nom d'usage)		n° de sécurité sociale du bénéficiaire (pour information)	
DUPONT JEAN à déclarer un médecin traitant		14/03/1971 1	

DATE D'EFFET DE L'ADHÉSION



La date d'effet de l'adhésion est le **1^{er} jour du mois** en cours, si le dossier complet est adressé à la mutuelle avant le 10 du mois considéré ; dans le cas contraire, la date d'effet sera le 1^{er} jour du mois suivant.




PRÉLÈVEMENTS DES COTISATIONS

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

+ RIB

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 ou tous moyens contractuels prévus dans le règlement mutualiste.

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

DIRECTIVE [UE] SUR LA DISTRIBUTION D'ASSURANCE 2016/97 DU 20 JANVIER 2016
 Nos conseillers en assurance sont rémunérés par Energie Mutuelle pour la distribution de votre contrat d'assurance. La rémunération de nos conseillers est composée d'une partie fixe et d'une partie variable.

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.